香川県立中央病院

内科専門研修プログラム

「K-1（かがわん）内科プログラム」

2027 年度





香川県立中央病院
Kagawa Prefectural Central Hospital

1. 理念・使命・特性[整備基準：1～3]

理念【整備基準 1】

1) 本プログラムは，香川県高松医療圏の中心的な急性期病院である当院を基幹施設として，香川県小豆・大川・中讃・三豊医療圏にある連携施設・特別連携施設とで内科専門研修を経て香川県の医療事情を理解し，地域の実情に合わせた実践的な医療も行える環境を提供します．基本的臨床能力獲得後は，必要に応じた可塑性のある内科専門医として香川県全域を支える内科専門医の育成を行います．

2) 初期臨床研修を修了した内科専攻医は，本プログラム専門研修施設群での 3 年間に，豊富な臨床経験を持つ指導医の適切な指導の下で，内科専門医制度研修カリキュラムに定められた内科領域全般にわたる研修を通じて，標準的かつ全人的な内科的医療の実践に必要な知識と技能とを修得します．

3) 内科領域全般の診療能力とは，臓器別の内科系 Subspecialty 分野の専門医にも共通して求められる基礎的な診療能力です．また，知識や技能に偏らずに，患者に人間性をもって接すると同時に，医師としてのプロフェッショナリズムとリサーチマインドの素養をも修得して可塑性が高く様々な環境下で全人的な内科医療を実践する先導者の持つ能力です．内科の専門研修では，幅広い疾患群を順次，経験してゆくことによって，内科の基礎的診療を繰り返して学ぶとともに，疾患や病態に特異的な診療技術や患者の抱える多様な背景に配慮する経験とが加わることに特徴があります．そして，これらの経験を単に記録するのではなく，病歴要約として，科学的根拠や自己省察を含めて記載し，複数の指導医による指導を受けることによってリサーチマインドを備えつつも全人的医療を実践する能力を涵養することを可能とします．

使命【整備基準 2】

1) 香川県高松医療圏に限定せず，超高齢社会を迎えた日本を支える内科専門医として，１）高い倫理観を持ち，２）最新の標準的医療を実践し，３）安全な医療を心がけ，４）プロフェッショナリズムに基づく患者中心の医療を提供し，臓器別専門性に著しく偏ることなく全人的な内科診療を提供すると同時にチーム医療を円滑に運営できる研修を行います．

2) 本プログラムを修了し内科専門医の認定を受けた後も，内科専門医は常に自己研鑽を続け，最新の情報を学び，新しい技術を修得し，標準的な医療を安全に提供し，疾病の予防，早期発見，早期治療に努め，自らの診療能力をより高めることを通じて内科医療全体の水準をも高めて，地域住民，日本国民を生涯にわたって最善の医療を提供してサポートできる研修を行います．

3) 疾病の予防から治療に至る保健・医療活動を通じて地域住民の健康に積極的に貢献できる研修を行います．将来の医療の発展のためにリサーチマインドを持ち臨床研究，基礎研究を実際に行う契機となる研修を行います．

特性

1) 本プログラムは，香川県立中央病院を基幹施設として，香川県高松医療圏，近隣医療圏をプログラムとして守備範囲とし，必要に応じた可塑性のある，地域の実情に合わせた実践的な医療も行えるように訓練されます．研修期間は基幹施設 2 年間＋連携施設 1 年間の 3 年間です．

2) 本研修プログラムでは，症例をある時点で経験するということだけではなく，主担当医として，入院から退院〈初診・入院～退院・通院〉まで可能な範囲で経時的に，診断・治療の流れを通じて，一人一人の患者の全身状態，社会的背景・療養環境調整をも包括する全人的医療を実践します．そして，個々の患者に最適な医療を提供する計画を立て実行する能力の修得をもって目標への到達とします．

3) 基幹施設である香川県立中央病院での 2 年間（専攻医 2 年修了時）で，新・内科専門医制度　研修手帳（疾患群項目表）に定められた 70 疾患群のうち，通算で 56 疾患群，120 症例以上を経験する事が予想されます．この期間中に日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER: Online system for Standardized Log of Evaluation and Registration of specialty training System）に症例登録と病歴要約の作成を行える様に援助しています．毎月開催される内科系指導者会議で研修の進

捗が確認され，同時に全専攻医が登録予定の症例発表を行います．形成的な指導を通じて内科専門医ボードの評価に合格できる病歴要約ができる様にします．

4) 連携病院が地域においてどのような役割を果たしているかを経験するために，原則として 1 年間，立場や地域における役割の異なる医療機関で研修を行うことによって，内科専門医に求められる役割を実践します．

5) 専攻医 3 年修了時で，「研修手帳（疾患群項目表）」に定められた 70 疾患群，200 症例以上の経験を目標とします．

専門研修後の成果【整備基準 3】

1) 地域医療における内科領域の診療医（かかりつけ医）：地域において常に患者と接し，内科慢性疾患に対して，生活指導まで視野に入れた良質な健康管理・予防医学と日常診療を実践します．

2) 内科系救急医療の専門医：内科系急性・救急疾患に対してトリアージを含めた適切な対応が可能な，地域での内科系救急医療を実践します．

3) 病院での総合内科（Generality）の専門医：病院での内科系診療で，内科系の全領域に広い知識・洞察力を持ち，総合内科医療を実践します．

4) 総合内科的視点を持った Subspecialist：病院での内科系の Subspecialty を受け持つ中で，総合内科（Generalist）の視点から，内科系 Subspecialist として診療を実践します．

5) 本プログラムでは香川県立中央病院を基幹病院として，多くの連携施設と病院群を形成しています．複数の施設での経験を積むことにより，様々な環境に対応できる内科専門医が育成される体制を整えています．

2. 内科専門医研修はどのように行われるのか[整備基準：13〜16，30]

1) 研修段階の定義：内科専門医は 2 年間の初期臨床研修後に設けられた専門研修（専攻医研修）3 年間の研修で育成されます．研修中は各専攻医に 1 名のメンター（研修指導医）が対応します．メンターの決定には専攻医の意志を尊重しつつプログラム責任者と指導医が相談して決定します．

2) 専門研修の 3 年間で，「内科専門研修カリキュラム」にもとづいて内科専門医に求められる知識・技能の修得目標の達成と内科医師としての基本的診療能力・態度・資質の涵養を行います．メンターによる年 2 回の評価を行いますが，その際には選択研修科の指導医による評価も参考にします．

3) 臨床現場での学習：日本内科学会では内科領域を 70 疾患群（経験すべき病態等を含む）に分類し，代表的なものについては病歴要約や症例報告として記載することを定めています．新・内科専門医制度　研修手帳（疾患群項目表）を参照して下さい．日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER: Online system for Standardized Log of Evaluation and Registration of specialty training System）への登録と指導医の評価と承認とによって目標達成までの段階を up to date に明示することとします．当院では臨床経験 6 年未満の場合は単独で主担当医（主治医）とはなれませんので，多くの場合は指導医を決定して主担当医となります．各年次の到達目標は以下の基準を目安とします．

① 専門研修 1 年次

- 疾患：カリキュラムに定める 70 疾患群のうち，20 疾患群以上を経験し，日本内科学会専攻医登録評価システムに 40 例以上を登録し，病歴要約を 10 例以上登録することを目標とします．
- 技能：疾患の診断と治療に必要な身体診察，検査所見解釈，および治療方針決定を指導医とともに行うことができるようにします．
- 態度：専攻医自身の自己評価及び指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価を年 2 回以上行い，その結果を J-OSLER への登録と担当指導医がフィードバックを行います．
- その他の研修として JMECC・CPC・感染防御・医療安全・医療倫理の研修会を院内で開催します．

- 1 年次の 6 ヶ月は研修医当直枠で内科系当直医と共に当直業務を行います．6 ヶ月以降は内科当直研修を経験します．当直研修中に入院となった内科系患者の主治医として担当することは可能，その際の指導医は入院を担当する診療科もしくは研修中の診療科の上級医があたります
- 総合診療・救急を研修する際には，入院が必要になった患者は原則的に主治医として担当します，その際の指導医は入院を担当する診療科の上級医があたります

② 専門研修 2 年次

- 疾患：カリキュラムに定める 70 疾患群のうち，通算で 45 疾患群以上を経験し，日本内科学会専攻医登録評価システムに 80 例以上を登録し，病歴要約を 20 例以上登録することを目標とします．
- 技能：疾患の診断と治療に必要な身体診察，検査所見解釈，および治療方針決定を指導医の監督下で行うことができるようにします．
- 態度：専攻医自身の自己評価及び指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価を年 2 回以上行い，その結果を J-OSLER への登録と担当指導医がフィードバックを行います．更に専門研修 1 年次に行った評価についての省察と改善とが図られたか否かを指導医がフィードバックします．
- その他の研修として JMECC・CPC・感染防御・医療安全・医療倫理の研修会を院内で開催します．
- 内科当直研修を経験します．当直研修中に入院となった内科系患者を主治医として担当することは可能です．その際の指導医は入院を担当する診療科もしくは研修中の診療科の上級医があたります．
- 総合診療・救急を研修する際には，入院が必要になった患者は原則的に主治医として担当します．その際の指導医は入院を担当する診療科の上級医があたります．

③ 専門研修 3 年次

- 疾患：主担当医として，カリキュラムに定める全 70 疾患群，計 200 症例の経験を目標とします．但し，修了要件はカリキュラムに定める 56 疾患群，そして 120 症例以上（外来症例は 1 割まで含むことができる）を登録します．8 月末までに一次評価の終了した 29 以上の病歴要約を J-OSLER 登録して，二次評価（査読）受けます．
- 技能：内科領域全般について，診断と治療に必要な身体診察，検査所見解釈，および治療方針決定を自立して行うことができるようにします．
- 態度：専攻医自身の自己評価及び指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価を年 2 回以上行い，その結果を J-OSLER への登録と担当指導医がフィードバックを行います．また，基本領域専門医としてふさわしい態度，プロフェッショナリズム，自己学習能力を修得しているか否かを指導医が専攻医と面談し確認します．

④ 専門研修 1-3 年を通じて行う現場での経験

- 初診を含む外来（1 回／週以上）を通算で 6 ヵ月以上行います．
- 当直を経験します．
- 救急外来を経験します．
- 連携病院での研修を 1 年間行います，進捗によっては 6 ヶ月に短縮する事もあります．

4) 臨床現場を離れた学習

- 定期的な内科カンファレンス・総合診療科カンファレンス・救急カンファレンスに参加
- 最新のエビデンスや病態・治療法についてのセミナーに参加
- 内科系学術集会の参加
- 医療倫理・医療安全・感染防御に関する講習は年 2 回受講
- JMECC(内科救急講習会)を受講

5) 自己学習

研修カリキュラムにある疾患について，内科系学会が行っているセミナーの DVD やオンデマンドの配信を用いて自己学習します．個人の経験に応じて適宜 DVD の視聴ができるよう図書館に準備します．また，日本内科学会雑誌の MCQ やセルフトレーニング問題を解き，内科全領域の知識のアップデートの確認手段とします．

6) Subspecialty 研修

後述する”各科重点コース”において，それぞれの専門医像に応じた研修を準備しています．

Subspecialty 研修は 3 年間の内科研修期間の，いずれかの年次を利用して合計最長 2 年間行う事が可能です.

3.専門医の到達目標項目 2-3）を参照[整備基準：4，5，8〜11]

1） ３年間の専攻医研修期間で，以下に示す内科専門医受験資格を完了することとします.
① 70 に分類された各カテゴリーのうち，最低 56 のカテゴリーから 1 例を経験すること.
② 日本内科学会専攻医登録評価システムへ症例(定められた 200 件のうち，最低 120 例)を登録し，それをメンター（指導医）が確認・評価すること.
③ 登録された症例のうち，29 症例を病歴要約として内科専門医制度委員会へ提出し，査読委員から合格の判定をもらうこと.
④ 技能・態度：内科領域全般について診断と治療に必要な身体診察，検査所見解釈，および治療方針を決定する能力，基本領域専門医としてふさわしい態度，プロフェッショナリズム，自己学習能力を修得すること.
習得すべき疾患，技能，態度については多岐にわたるため，研修手帳に記載します.

2） 専門知識について
① 内科研修カリキュラムは総合内科，消化器，循環器，内分泌，代謝，腎臓，呼吸器，血液，神経，アレルギー，膠原病および類縁疾患，感染症，救急の 13 領域から構成されています.
② 香川県立中央病院には院内標榜も含め 11 の内科系診療科（消化器内科　肝臓内科　循環器内科　糖尿病・内分泌内科　腎臓・膠原病内科　呼吸器内科　神経内科　血液内科　緩和医療内科　腫瘍内科　総合診療科）があります.
③ また救急疾患は救急救命センターや各診療科によって管理されており，香川県立中央病院においては内科領域全般の疾患が網羅できる体制が敷かれています.
④ これらの診療科での研修を通じて，専門知識の習得を行ないます．さらに関連施設での研修を行うことで，より総合的な研修や地域における医療体験が可能となります.

4.各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得[整備基準：13]

1） JMECC・感染防御・医療安全・医療倫理の必須研修会のほかに，CPC への参加も必須です．その他に診療科を超えた専攻医に参加推奨カンファレンスを定めています．診療科毎にチームカンファレンス，症例カンファレンス，手技カンファレンス，抄読会等を定めており，各診療科での研修時期はそれらに主体的に参加しフィードバックを受けます．その課程を通して知識・技能の習得を援助します.

2） 参加推奨カンファレンス
① 内科症例カンファレンス
全内科専攻医が月１回，経験した症例を病歴要約して発表して内科系指導医と討論するカンファレンスです．初期臨床研修医も自己研鑽のために参加します.
② 総合診療カンファレンス
月１回，総合診療を中心に行うカンファレンス
③ 救急カンファレンス
月１回，救急患者を中心に行うカンファレンスで，コメディカルの他に地域の救命救急士も参加して行います.
初期臨床研修医を中心に救急患者の症例検討と調べたトピック等を発表します
④ 臨床病理検討会
月１回，症例の臨床診断と病理診断を検討します
担当医の場合はプレゼンテーションとミニレクチャーを担当します
その他の時は討論者として参加します
⑤ 拡大キャンサーボード
月１回，症例の検討を診断部門・治療部門が合同で行うものです.
参加する事を通してがん診療に関する知識の習得を目指します.

5.学問的姿勢[整備基準：6，30]

患者から学ぶという姿勢を基本とし，科学的な根拠に基づいた診断，治療を行います（evidence based medicine の精神）．最新の知識，技能を常にアップデートし，生涯を通して学び続ける習慣を作ります．また，日頃の診療で得た疑問や発想を科学的に追求するため，症例報告あるいは研究発表を奨励します．論文の作成は科学的思考や病態に対する深い洞察力を磨くために極めて重要なことであり，内外へ広く情報発信する姿勢も高く評価されます．

6. 医師に必要な，倫理性，社会性[整備基準：7]

1) 医師の日々の活動や役割に関わってくる基本となる能力，資質，態度を患者への診療を通して医療現場から学びます．香川県立中央病院（基幹病院）において症例経験や技術習得に関して，単独で履修可能であっても，連携施設において，地域住民に密着し，病病連携や病診連携を依頼する立場を経験することにより，地域医療を実施します．そのため複数施設での研修を行うことが望ましく，全てのコースにおいてその経験を積みます．

2) 地域医療を経験するため，全てのプログラムにおいて連携施設での研修期間を設けており．連携施設では基幹施設で研修不十分となる領域を主として研修します．入院症例だけでなく外来での基本となる能力，知識，スキル，行動の組み合わせを指します．なお，連携病院へのローテーションを行うことで，地域においては，人的資源の集中を避け，派遣先の医療レベル維持に貢献します．基幹施設，連携施設を問わず，患者への診療を通して，医療現場から学ぶ姿勢の重要性を知ることができます．インフォームド・コンセントを取得する際には上級医に同伴し，接遇態度，患者への説明，予備知識の重要性などについて学習します．医療チームの重要な一員としての責務（患者の診療，カルテ記載，病状説明など）を果たし，リーダーシップをとれる能力を獲得できるようにします．

3) 倫理性の研修に関しては，医療倫理の研修会に参加するのみならず，院内で行われる倫理的な検討会に参加するかその課程・結果の学習する事で行います．医療安全と院内感染症対策を充分に理解するため，年数回行われる医療安全講習会，感染対策講習会に出席します．出席回数は常時登録され，年度末近くになると受講履歴が個人にフィードバックされ，受講を促されます．

7. 研修施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方[整備基準：25,26,28, 29]

1) 香川県立中央病院（基幹施設）において症例経験や技術習得に関して，単独で履修可能であっても，地域医療を実施するため，複数施設での研修を行うことが望ましく，全てのコースにおいてその経験を求めます．（詳細は項目 10 と 11 を参照のこと）

2) 地域医療を経験するため，全てのプログラムにおいて連携施設での研修期間を設けています．連携病院へのローテーションを行うことで，人的資源の集中を避け，派遣先の医療レベル維持にも貢献できます．連携施設では基幹施設で研修不十分となる領域を主として研修します．入院症例だけでなく外来での経験を積み，施設内で開催されるセミナーへ参加します．

3) 地域における指導の質および評価の正確さを担保するため，常にメールなどを通じて研修センターと連絡ができる環境を整備し，最低 3 ヶ月に 1 回，指定日に基幹病院を訪れ，メンター（指導医）と面談し，プログラムの進捗状況を報告します．

8. 年次毎の研修計画[整備基準：16, 25,31]

本プログラムでは専攻医が抱く専門医像や将来の希望に合わせて以下の 5 つのコース，1)内科基本コース，2)専門科重点コース 1（専門研修 1 年），3）専門科重点コース 2（専門研修 2 年），および 4)自治医大卒業生コースを準備しています．なお内科専攻医・サブスペシャルティ専門医混合コースも専門医機構に承認されれば追加予定です．

1) 内科基本コース

高度な総合内科専門医を目指す場合は勿論のこと，将来の Subspecialty 領域（専門科）が未定な場合，専門科が決定およびほぼ決定している場合も選択頂けます．内科基本コースは，内科の領域

を偏りなく学ぶことを目的としたコースであり，専攻医研修期間の 3 年間において内科領域を担当する全ての領域をローテーションします．2 年間で 8 グループ(下記の【選択研修内容】参照)を基幹施設でのローテーションと希望に応じた選択研修を行いま．1 つの診療科は 2 ヶ月単位を基本としていますが変更は可能です．また，専門科が決まっている場合や研修途中で決まった場合は，この期間の一部を専門科研修に当てる事が可能です．

1 年次	2 年次	3 年次	
院内研修		連携研修	連携研修

① 院内研修

各診療科では 10 名を上限として主治医となり診療に当たります．外来は 1 年次に総合診療科の初診外来を 3 ヶ月間（週 1 回）担当します，総合診療・救急ローテーションの 2 ヶ月で初診外来を週 1 回担当します(残りの 1 ヶ月は院内または連携施設で補充)．ローテーションの順番は研修開始時に決定します．院内研修が終了する 2 年終了時点で，56 領域，80 例以上の症例登録し，外科紹介 2 例と剖検症例 1 例を含む 29 例の病歴要約を受理される必要があります．

【選択研修内容】

	内容	症例数	疾患群数	病歴要約数
分野	総合内科Ⅰ(一般)	計 10 以上	1	2
	総合内科Ⅱ(高齢者)		1	
	総合内科Ⅲ(腫瘍)		1	
	消化器	10 以上	5 以上	3
	循環器	10 以上	5 以上	3
	内分泌	3 以上	2 以上	3
	代謝	10 以上	3 以上	
	腎臓	10 以上	4 以上	2
	呼吸器	10 以上	4 以上	3
	血液	3 以上	2 以上	2
	神経	10 以上	5 以上	2
	アレルギー	3 以上	1 以上	1
	膠原病及び類縁疾患	3 以上	1 以上	1
	感染症	8 以上	2 以上	2
	救急	10 以上	4	2
外科紹介症例		2 以上		2
剖検症例		1 以上		1
合計		120 以上	56 疾患群	29

② 連携施設研修

研修期間は 12 ヶ月間で 3 年次に行います． 1 施設 6 ヶ月～12 ヶ月を研修期間とします．期間中に院内研修と併せて 6 ヶ月以上の外来診療を行う様にします．2 年次の研修開始時期頃に研修施設を決定して，研修委員会（基幹施設と連携施設による）で承認を得る事としますが，その後の研修の進捗状況に合わせてプログラム責任者と連携施設との合意により変更する事は可能です．研修上有用と判断されれば，1 施設の研修期間を 3 ヶ月に変更することは可能です．

連携施設で研修中に施設の許可があれば 6 ヶ月を超えない範囲で週に 1 日程度基幹施設で研修することができます．

③ 指導体制

疾患については，院内および連携施設のローテーション先の診療科が指導を行います．

プログラム全体の相談・指導はメンターにより 3 ヶ月に 1 回以上行われます．

年に 1 回以上のプログラム責任者との面談があり，進捗状況の確認や研修環境の評価を行い，必要に応じて変更を検討します．

④ プログラムと到達目標

		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
1 年次	臨床研修	ローテーション期間と選択研修期間											
	その他研修	JMECC・CPC・感染防御・医療安全・医療倫理											
	学術活動	内科学会への参加・可能なら発表または論文											
	年次目標	20 疾患群以上経験して 40 例以上登録											

		病歴要約を 10 編以上登録
2年次	臨床研修	ローテーションと選択研修期間
	その他研修	CPC・不足している研修・地域・他施設参加型カンファレンス
	学術活動	学会への参加・発表または論文
	年次目標	45 疾患群以上経験して 80 例登録 20 症例の病歴要約を登録
3年次	臨床研修	連携施設研修
	その他研修	CPC・不足している研修・地域・他施設参加型カンファレンス
	学術活動	学会への参加・発表または論文
	年次目標	56 疾患群を経験して 120 例以上登録 8 月までに一次評価の終了した 29 以上の病歴要約を登録

2) 専門科重点コース１（専門研修１年）

希望する Subspecialty 領域（専門科）を重点的に研修するコースです．初期臨床研修で幅広い研修を受けている専攻医が選択できるコースです．研修開始直後の 6 ヶ月間は希望する専門科にて初期トレーニングを行います．この期間，専攻医は将来希望する内科において理想的医師像とする指導医や上級医師から，内科医としての基本姿勢のみならず，目指す領域での知識，技術を学習することにより，内科専門医取得への Motivation を強化することができます．その後の 2 年間は，1 年間以上の連携施設研修と 6 ヶ月以上の院内研修を行います．残りの 6 ヶ月は基幹施設の専門科において研修します．以下の様な選択パターンがあります。

例	1 年次	2 年次		3 年次	
	院内研修	自由選択			院内研修
1	院内専門科	院内選択	院内選択	連携	連携	院内専門科
2		院内選択	連携	院内選択	連携	
3		院内選択	連携	連携	院内選択	
4		院内選択	連携	連携	連携	
5		連携	院内選択	院内選択	連携	
6		連携	院内選択	連携	院内選択	
7		連携	院内選択	連携	連携	
8		連携	連携	院内選択	院内選択	
9		連携	連携	院内選択	連携	
10		連携	連携	連携	院内選択	

① 院内研修

各診療科では 10 名を上限として主治医となり診療に当たります．

外来は 1 年次に総合診療科の初診外来を 3 ヶ月間（週 1 回）担当します(残りの 3 ヶ月は院内研修または連携施設で補充)．

当番制で内科当直を経験します．

専門科以外の研修は 1 グループ 2 ヶ月を目安として選択研修が可能で，研修期間の変更や複数グループを同時に選択することもでき，ほとんどの分野を網羅することが可能となります．

専門科での研修は，プログラム開始 6 ヶ月間と終了前 6 ヶ月に行います．選択研修の予定は研修開始時に決定します．

【選択研修内容】

	内容	症例数	疾患群数	病歴要約数
分野	総合内科Ⅰ(一般)	計 10 以上	1	2
	総合内科Ⅱ(高齢者)		1	
	総合内科Ⅲ(腫瘍)		1	
	消化器	10 以上	5 以上	3
	循環器	10 以上	5 以上	3
	内分泌	3 以上	2 以上	3
	代謝	10 以上	3 以上	
	腎臓	10 以上	4 以上	2
	呼吸器	10 以上	4 以上	3

	血液	3 以上	2 以上	2
	神経	10 以上	5 以上	2
	アレルギー	3 以上	1 以上	1
	膠原病及び類縁疾患	3 以上	1 以上	1
	感染症	8 以上	2 以上	2
	救急	10 以上	4	2
外科紹介症例		2 以上		2
剖検症例		1 以上		1
合計		120 以上	56 疾患群	29

② 連携施設研修

研修期間は 12 ヶ月以上で，研修開始 7 ヶ月以降より開始します．１施設 6 ヶ月～12 ヶ月を研修期間とします．

期間中に院内研修と併せて 6 ヶ月以上の外来診療を行う様にします．

研修開始時期頃に研修施設を決定して，研修委員会（基幹施設と連携施設による）で承認を得る事としますが，その後の研修の進捗状況に合わせてプログラム責任者と連携施設との合意により変更する事は可能です．

研修上有用と判断されれば，1 施設の研修期間を 3 ヶ月に変更することは可能です．

連携施設で研修中に施設の許可があれば 6 ヶ月を超えない範囲で週に 1 日程度基幹施設で研修することができます．

③ 指導体制

疾患については，院内および連携施設の当該疾患の診療科が指導を行います．複数診療科を研修する場合はそれぞれの指導医を決定します．

プログラム全体の相談・指導はメンターにより 3 ヶ月に 1 回以上行われます．

年に 1 回以上のプログラム責任者との面談があり，進捗状況の確認や研修環境の評価を行い，必要に応じて変更を検討します．

④ プログラムと到達目標

		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
1 年次	臨床研修	専門科（院内）						自由選択期間					
	その他研修	JMECC・CPC・感染防御・医療安全・医療倫理											
	学術活動	内科学会への参加・可能なら発表または論文											
	年次目標	20 疾患群以上経験して 40 例以上登録 病歴要約を 10 編以上登録											
2 年次	臨床研修	自由選択期間											
	その他研修	CPC・不足している研修・地域・他施設参加型カンファレンス											
	学術活動	学会への参加・発表または論文											
	年次目標	45 疾患群以上経験して 80 例登録 20 症例の病歴要約を登録											
3 年次	臨床研修	自由選択期間						専門科（院内）					
	その他研修	CPC・不足している研修・地域・他施設参加型カンファレンス											
	学術活動	学会への参加・発表または論文											
	年次目標	56 疾患群を経験して 120 例以上登録 8 月までに一次評価の終了した 29 以上の病歴要約を登録											

3) 専門科重点コース 2（専門研修 2 年）

希望する Subspecialty 領域（専門科）を重点的に研修するコースです．初期臨床研修で幅広い研修を受けている専攻医が選択できるコースです．1 年次とプログラム終了前 6 ヶ月間は基幹施設の専門科で研修を行います．専門科の研修を 2 年間行うコースなので，残りの 6 ヶ月の専門科研修は院内か連携施設で行う事になります．2 年次と 3 年次の前半の計 18 ヶ月は，12 ヶ月間以上の関連施設研修を含む研修が選択できます．以下の様な選択パターンがあります。

例	1 年次	2 年次	3 年次
	院内	自由選択	院内

1	院内専門科	選択/専門	連携	連携	院内専門科
2		連携	選択/専門	連携	
3		連携	連携	選択/専門	
4		連携	連携	連携	

① 院内研修

各診療科では 10 名を上限として主治医となり診療に当たります.

総合診療科の指導の下で初診外来を 3 ヶ月間週 1 回担当します(残りの 3 ヶ月は院内または連携施設で補充).

当番制で内科当直を経験します.

専門科以外の研修は，1 グループ 2 ヶ月を目安として選択研修が可能で，研修期間の変更や複数グループを同時に選択することもでき，ほとんどの分野を網羅することが可能となります．院内で 2 年間専門科研修を行う場合は，連携施設でこの研修を行います.

【選択研修内容】

	内容	症例数	疾患群数	病歴要約数
分野	総合内科Ⅰ(一般)	計 10 以上	1	2
	総合内科Ⅱ(高齢者)		1	
	総合内科Ⅲ(腫瘍)		1	
	消化器	10 以上	5 以上	3
	循環器	10 以上	5 以上	3
	内分泌	3 以上	2 以上	3
	代謝	10 以上	3 以上	
	腎臓	10 以上	4 以上	2
	呼吸器	10 以上	4 以上	3
	血液	3 以上	2 以上	2
	神経	10 以上	5 以上	2
	アレルギー	3 以上	1 以上	1
	膠原病及び類縁疾患	3 以上	1 以上	1
	感染症	8 以上	2 以上	2
	救急	10 以上	4	2
外科紹介症例		2 以上		2
剖検症例		1 以上		1
合計		120 以上	56 疾患群	29

② 連携施設研修

2 年次から 3 年次の前半で 12 ヶ月以上行います． 1 施設 6 ヶ月～12 ヶ月を研修期間とします.

期間中に院内研修と併せて 6 ヶ月以上の外来診療を行う様にします.

診療科は限られますが，専門科研修を受ける事も可能です.

1 年次の研修開始時期頃に研修施設を決定して，研修委員会（基幹施設と連携施設による）で承認を得る事としますが，その後の研修の進捗状況に合わせてプログラム責任者と連携施設との合意により変更する事は可能です.

研修上有用と判断されれば，1 施設の研修期間を 3 ヶ月に変更することは可能です.

連携施設で研修中に施設の許可があれば 6 ヶ月を超えない範囲で週に 1 日程度基幹施設で研修することができます.

連携施設で研修中に施設の許可があれば，週に 1 日程度基幹施設で研修することができます.

③ 指導体制

疾患については，院内および連携施設の当該疾患の診療科が指導を行います．複数診療科を研修する場合はそれぞれの指導医を決定します.

院内および連携施設のプログラム全体の相談・指導はメンターにより 3 ヶ月に 1 回以上行われます.

年に 1 回以上のプログラム責任者との面談があり，進捗状況の確認や研修環境の評価を行い，必要に応じて変更を検討します.

④ プログラムと到達目標

		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
1 年次	臨床研修	専門科（院内）											

	その他研修	JMECC・CPC・感染防御・医療安全・医療倫理
	学術活動	内科学会への参加・可能なら発表または論文
	年次目標	20 疾患群以上経験して 40 例以上登録 病歴要約を 10 編以上登録
2 年次	臨床研修	自由選択期間
	その他研修	CPC・不足している研修・地域・他施設参加型カンファレンス
	学術活動	学会への参加・発表または論文
	年次目標	45 疾患群以上経験して 80 例登録 20 症例の病歴要約を登録
3 年次	臨床研修	自由選択期間 / 専門科（院内）
	その他研修	CPC・不足している研修・地域・他施設参加型カンファレンス
	学術活動	学会への参加・発表または論文
	年次目標	56 疾患群を経験して 120 例以上登録 8 月までに一次評価の終了した 29 以上の病歴要約を登録

4) 自治医大卒業生コース

地域医療の中心となる医師を育成する事を目的として，連携施設を 1 年，特別連携施設で 1 年，その間の 1 年を基幹施設で研修を行うコースです．2 年次終了時点で連携施設での経験も併せて 56 領域，160 例以上の症例を登録し，外科紹介 2 例と剖検症例 1 例を含む 29 例の病歴要約が受理される必要があります．

① 連携施設研修

1 年次に連携施設で研修を行います．施設の選択は専攻医と医務国保課により決定されます．研修内容は連携施設により決定されます．

② 院内研修

2 年次に基幹施設で 1 グループ 2 ヶ月を目安として選択研修が可能で，研修期間の変更や複数グループを同時に選択することもでき，ほとんどの分野を網羅することが可能となります．

当直は当番制で内科当直を経験します．

【選択研修内容】

	内容	症例数	疾患群数	病歴要約数
分野	総合内科Ⅰ(一般)	計 10 以上	1	2
	総合内科Ⅱ(高齢者)		1	
	総合内科Ⅲ(腫瘍)		1	
	消化器	10 以上	5 以上	3
	循環器	10 以上	5 以上	3
	内分泌	3 以上	2 以上	3
	代謝	10 以上	3 以上	
	腎臓	10 以上	4 以上	2
	呼吸器	10 以上	4 以上	3
	血液	3 以上	2 以上	2
	神経	10 以上	5 以上	2
	アレルギー	3 以上	1 以上	1
	膠原病及び類縁疾患	3 以上	1 以上	1
	感染症	8 以上	2 以上	2
	救急	10 以上	4	2
外科紹介症例		2 以上		2
剖検症例		1 以上		1
合計		120 以上	56 疾患群	29

③ 特別連携施設研修

3 年次に特別連携施設で研修を行います．施設の選択は専攻医と医務国保課により決定されます．連携施設で研修中に施設の許可があれば週に 1 日程度基幹施設で研修することができます．

④ 指導体制

疾患についてはローテーション先の診療科が指導を行います.

プログラム全体の相談・指導はメンターにより 3 ヶ月に 1 回以上行われます. 連携施設および特別連携施設でも同様に行われます.

年に 1 回以上のプログラム責任者との面談があり，進捗状況の確認や研修環境の評価を行い，必要に応じて変更を検討します.

⑤ プログラムと到達目標

		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
1 年次	臨床研修	連携施設											
	その他研修												
	学術活動	内科学会への参加											
	年次目標	20 疾患群以上経験して 40 例以上登録 病歴要約を 10 編以上登録											
2 年次	臨床研修	院内研修											
	その他研修	JMECC・CPC・感染防御・医療安全・医療倫理 地域・他施設参加型カンファレンス											
	学術活動	内科学会への参加・発表または論文											
	年次目標	45 疾患群以上経験して 80 例登録 20 症例の病歴要約を登録											
3 年次	臨床研修	特別連携施設											
	その他研修	CPC・不足している研修・地域・他施設参加型カンファレンス											
	学術活動	学会への参加・発表または論文											
	年次目標	56 疾患群を経験して 120 例以上登録 8 月までに一次評価の終了した 29 以上の病歴要約を登録											

9. 専門医研修の評価[整備基準：17～22]

1) 形成的評価（メンター（指導医）の役割）

メンター（指導医）およびローテーション先の上級医は専攻医の日々のカルテ記載と，専攻医が Web 版の研修手帳に登録した当該科の症例登録を経時的に評価し，症例要約の作成についても指導します. また，技術・技能についての評価も行います. 年に 1 回以上，目標の達成度や各メンター（指導医）・メディカルスタッフの評価に基づき，研修責任者は専攻医の研修の進行状況の把握と評価を行い，適切な助言を行います.

研修センターはメンター（指導医）のサポートと評価プロセスの進捗状況についても追跡し，必要に応じてメンター（指導医）へ連絡を取り，評価の遅延がないようにリマインドを適宜行います.

2) 総括的評価

専攻医研修 3 年目の 3 月に研修手帳を通して経験症例，技術・技能の目標達成度について最終的な評価を行います. 29 例の病歴要約の合格，所定の講習受講や研究発表なども判定要因になります. 最終的にはメンター（指導医）による総合的評価に基づいてプログラム管理委員会によってプログラムの修了判定が行われます. この修了後に実施される内科専門医試験（毎年夏～秋頃実施）に合格して，内科専門医の資格を取得します.

3) 研修態度の評価

メンター（指導医）や上級医のみでなく，メディカルスタッフ（病棟看護師長，臨床検査・放射線技師・臨床工学技士など）から，接点の多い職員 5 名程度を指名し，毎年 3 月に評価します. 評価法については別途定めるものとします.

4) 専攻医による自己評価とプログラムの評価

日々の診療・教育的行事において指導医から受けたアドバイス・フィードバックに基づき､1 週毎に自己評価を行い，研修上の問題点や悩み，研修の進め方，キャリア形成などについて考える機会を持ちます. 2 ヶ月に 1 回メンターと面談して問題点の解決する様にします. また必要に応じてプログラム責任者を交えての会合を開催します.

毎年３月に現行プログラムに関するアンケート調査を行い，専攻医の満足度と改善点に関する意見を収集し，次期プログラムの改訂の参考とします. アンケート用紙は別途定めます.

10. 専門研修管理委員会[整備基準：35～39]

1) 香川県立中央病院内科専門研修プログラム管理委員会
本プログラムを履修する内科専攻医の研修について責任を持って管理する委員会として，香川県立中央病内科専門研修プログラム管理委員会を設置し，最低年１回の定例会を開催します.
主及び副プログラム統括責任者，基幹病院の研修員会と連携施設の研修委員会の代表が参加します.各年次の専攻医代表者も加わり，プログラムに能動的に参加します.
2) 香川県立中央病院内科専門研修管理委員会
プログラム管理委員会の下部組織として，基幹病院および連携施設に専攻医の研修を管理する研修委員会を置き，それぞれの委員長が統括します．基幹施設である香川県立中央病院では，主・副プログラム統括責任者と各専門内科の代表が加わる他，コメディカルも参加する香川県立中央病院内科専門研修管理委員会を年１回以上開催して，よりよい専攻医研修環境を整備する努力をします.

11. 専攻医の就業環境（労務管理）[整備基準：40]

1) 専攻医の勤務時間，休暇，当直，給与等の勤務条件に関しては，専攻医の就業環境を整えることを重視します.
2) 労働基準法を順守し，それぞれの研修病院の「就業規則及び給与規則」に従います.
3) 専攻医の心身の健康維持の配慮については各施設の研修委員会と労働安全衛生委員会で管理します.特に精神衛生上の問題点が疑われる場合は臨床心理士によるカウンセリングを行います.
4) 専攻医は採用時に上記の労働環境，労働安全，勤務条件の説明を受けることとなります．プログラム管理委員会では各施設における労働環境，労働安全，勤務に関して報告され，これらの事項について総括的に評価します.

12. 専門研修プログラムの改善方法　　[整備基準：49～51]

1) 3 ヵ月毎に研修プログラム管理委員会を香川県立中央病院にて開催し，プログラムが遅滞なく遂行されているかを全ての専攻医について評価し，問題点を明らかにします．また，各メンター（指導医）と専攻医の双方からの意見を聴取して適宜プログラムに反映させます．また，研修プロセスの進行具合や各方面からの意見を基に，プログラム管理委員会は毎年，次年度のプログラム全体を見直すこととします.
2) 専門医機構によるサイトビジット（ピアレビュー）に対しては研修管理委員会が真摯に対応し，専門医の育成プロセスの制度設計と専門医の育成が保証されているかのチェックを受け，プログラムの改善に繋げます.

13. 修了判定［整備基準：21，53]

日本内科学会専攻医登録評価システム（仮称）に以下のすべてが登録され，かつ担当メンター（指導医）が承認していることをプログラム管理委員会が確認して修了判定会議を行う.

① 修了認定には，主担当医として通算で最低 56 疾患群以上の経験と計 120 症例以上の症例（外来症例は登録症例の１割まで含むことができる）を経験し，登録する.
② 所定の受理された 29 編の病歴要約
③ 所定の２編の学会発表または論文発表
④ JMECC 受講
⑤ プログラムで定める講習会受講
⑥ メンター（指導医）と多職種のメディカルスタッフによる 360 度評価の結果に基づき，医師としての適性に疑問がないことが判定されていること.

14. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと[整備基準：21，22]

① 専攻医は専用申請様式を専門医認定申請年の１月末までにプログラム管理委員会に送付する.
② プログラム管理委員会は３月末までに修了判定を行い，研修証明書を専攻医に送付する.
③ その後，専攻医は日本専門医機構内科専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行う.

15. 研修プログラムの施設群　　[整備基準：23～27]

1) 香川県立中央病院が基幹施設となり，香川県内の全医療圏にまたがる連携施設群と離島の診療抄を含む特別連携施設を含む構築することで，より総合的な研修や地域における医療体験が可能となります.

2) 医療圏と連携施設

① 大川医療圏
香川県立白鳥病院　　さぬき市民病院

② 小豆医療圏
小豆島中央病院

③ 高松医療圏
香川大学附属病院　　屋島総合病院　　高松医療センター　　高松平和病院
KKR 高松病院

④ 西讃医療圏
陶病院　　坂出市立病院　　香川労災病院

⑤ 三豊医療圏
三豊総合病院

⑥ その他の医療圏
岡山大学病院　　岡山赤十字病院　　岡山市立市民病院　　倉敷中央病院　　津山中央病院
近森病院　　九州大学病院　　国立循環器病研究センター病院　　住友別子病院
宮崎市郡医師会病院　　公益財団法人心臓血管研究所付属病院　　桜橋渡辺未来医療病院
岡山ろうさい病院　　岡山済生会総合病院

3) 特別連携施設

高松市民病院塩江分院　　直島診療所



16. 専攻医の受入数

香川県立中央病院における専攻医の上限（学年分）は 6 名.

1) 香川県立中央病院は今までは限られた診療科のみが後期研修医を募集していましたので，現在の内科系後期研修医は 3 名で，1 学年 1～3 名です.

2) 専攻医で Subspecialty 領域が決定している場合，各々の Subspecialty 診療科での受入数は制限がありますので相談が必要になります.

3) 剖検体数は 2023 年度 6 体，2024 年度 3 体，2025 年度 7 体です.

4) 経験すべき症例数の充足について
表．香川県立中央病院診療科別診療実績

2025 年実績	入院患者実数 （人/年）	外来延患者数 （人/年）
消化器内科	1,456	22,786
肝臓内科	355	9,750
循環器内科	1,490	15,043
糖尿病・内分泌内科	52	8,151
腎臓・膠原病内科	307	11,544
呼吸器内科	692	7,259
脳神経内科	397	8,152
血液内科	401	7,900
総合診療科	67	4,036
ER（救命・救急センター）	入院は担当せず	9,272

上記表の入院患者について DPC 病名を基本とした各診療科における疾患群別の入院患者数と外来患者疾患を分析したところ，全 70 疾患群すべておいて充足可能でした.

5) 専攻医 3 年目に研修する連携施設・特別連携施設には，高次機能・専門病院 17 施設，地域連携病院 9 施設およびいわゆる僻地における医療施設の 2 施設があり，専攻医のさまざま希望・将来像に対応可能です.

17. Subspecialty 領域

5) 内科専攻医になる時点で将来目指す Subspecialty 領域が決定していれば，専門科重点コースまたは内科専攻医・サブスペシャルティ専門医混合コースを選択することも可能です.
1) 内科基本コースを選択していても，選択科の枠を利用して専門科重点コースと Subspecialty 研修が可能です.
2) 内科専門医研修修了後，他医療機関または当院で各領域の専門医を目指すことが可能です.

18. 研修の休止・中断，プログラム移動，プログラム外研修の条件[整備基準：33]

1) 出産，育児によって連続して研修を休止できる期間を 6 カ月とし，研修期間内の調整で不足分を補うこととします．6 か月以上の休止の場合は，未修了とみなし，不足分を予定修了日以降に補うこととします．また，疾病による場合も同じ扱いとします.

2) 研修中に居住地の移動，その他の事情により，研修開始施設での研修続行が困難になった場合は，移動先の基幹研修施設において研修を続行できます．その際，移動前と移動先の両プログラム管理委員会が協議して調整されたプログラムを摘要します．この一連の経緯は専門医機構の研修委員会の承認を受ける必要があります.

19. 専門研修指導医[整備基準：36]

1) 内科専門医へ移行予定の総合内科専門医，または 1 回以上更新歴のある内科系 Subspecialty 専門医が担当します.

2) さらに香川県立中央病院で行うメンター研修（ワークショップ形式）を終了することが必須となっています.

20. 専門研修実績記録システム，マニュアル等[整備基準：41～48]

専門研修は別添の専攻医研修マニュアルにもとづいて行われます．専攻医は別添の専攻医研修実績記録に研修実績を記載し，指導医より評価表による評価およびフィードバックを受けます．総括的評価は臨床検査専門医研修カリキュラムに則り，少なくとも年1回行います.

21. 研修に対するサイトビジット（訪問調査）[整備基準：51]

研修プログラムに対して日本専門医機構からのサイトビジットがあります．サイトビジットにおいては研修指導体制や研修内容について調査が行われます．その評価はプログラム管理委員会に伝えられ，必要な場合は研修プログラムの改良を行います.

22. 専攻医の採用と修了[整備基準：52，53]

1) 採用方法
香川県立中央病院内科専門研修プログラム管理委員会は，毎年 4 月から専攻医の応募を受付けます．プログラムへの応募者は，9 月 30 日までに研修プログラム責任者宛に所定の形式の『香川県立中央病院内科専門研修プログラム応募申請書』(準備未)および履歴書を提出してください．原則として 10 月中に書類選考および面接を行い，採否を決定して本人に文書で通知します．応募者および選考結果については 12 月の香川県立中央病院内科専門研修プログラム管理委員会において報告します.

2) 研修開始届け
研修を開始した専攻医は，各年度の 4 月 1 日までに以下の専攻医氏名報告書を，香川県立中央病院内科専門研修プログラム管理委員会および，日本専門医機構内科領域研修委員会に提出します.
- 専攻医の氏名と医籍登録番号，内科医学会会員番号，専攻医の卒業年度，専攻医の研修開始
- 専攻医の履歴書
- 専攻医の初期研修修了証

3) 研修の修了
全研修プログラム終了後，プログラム統括責任者が召集するプログラム管理委員会にて審査し，研修修了の可否を判定します.
審査は書類の点検と面接試験からなります.
点検の対象となる書類は以下の通りです.
① 専門研修実績記録
② 「経験目標」で定める項目についての記録
③ 「臨床現場を離れた学習」で定める講習会出席記録
④ 指導医による「形成的評価表」
⑤ 面接試験は書類点検で問題にあった事項について行われます.
以上の審査により，内科専門医として適格と判定された場合は，研修修了となり，修了証が発行されます.