愛媛大学内科専門医プログラム

1. 理念・使命・特性

理念【整備基準 1】

1) 本プログラムは，愛媛大学医学部附属病院を基幹施設として，愛媛県および近隣の医療圏にある連携施設とで内科専門研修を経て愛媛県の医療事情を理解し，同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るものです．また内科専門医としての基本的臨床能力獲得後，より高度な総合内科の Generality の獲得，内科領域 Subspecialty 専門医への道に進む場合を想定して，複数のコース別に研修をおこなって内科専門医の育成を行います．

2) 愛媛県の唯一の医育機関である愛媛大学医学部附属病院を中心に，同大学の指導体制を最大限に生かすとともに，大学病院のみならず県内の基幹病院プログラムと連携，あるいは，愛媛県内において指導体制を確立しているほぼ全ての病院と連携し，安定的に研修リソースを提供します．さらに，本プログラムの研修を通じて愛媛県の風土，人情に触れ，本県の地域性と医療情勢を理解していただくと共に，将来の財産となる医療機関およびそこで働く医師との関係構築を体得してもらいます．

3) 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（基幹施設 1 年以上＋連携施設 1 年以上の計3年）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．

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を意味します．また，知識や技能に偏らず，人間性をもって患者に接すると同時に，独立した内科医師としてのプロフェッショナリズムと医学へのリサーチマインドの素養を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．

使命【整備基準 2】

1) 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と博愛精神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．

4) 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，愛媛大学医学部附属病院を基幹施設として，愛媛県医療圏，および近隣医療圏を守備範囲とし，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 1 年以上＋連携施設 1 年以上の 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) 基幹施設である愛媛大学医学部附属病院での研修を含む 2 年間(専攻医 2 年修了時)で,「研修手帳(疾患群項目表)」に定められた 70 疾患群のうち, 少なくとも通算で 56 疾患群, 120 症例以上を経験し, 日本内科学会専攻医登録評価システム(J-OSLER)に登録できます. そして, 専攻医 2 年修了時点で, 指導医による形成的な指導を通じて, 内科専門医ボードによる評価に合格できる 29 症例の病歴要約を作成できます.

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 疾患群のうち, 少なくとも通算で 56 疾患群, 120 症例以上を経験し, 日本内科学会専攻医登録評価システム(J-OSLER)に登録できる体制とします. そして可能な限り,「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.

6) なお, 専攻医研修において内科領域はその幅の広さと稀少疾患の存在から全疾患群を受け持つ機会が困難な場合が想定されるため, 初期臨床研修期間中の症例も登録できます. 初期臨床研修中の内科研修での経験も, 内科専門研修で得られなかった貴重な経験が含まれる場合があるため, これらを省察し学習することは専門研修においても有益と考えられます. そのため, その専攻医が初期臨床研修中に経験した症例のうち, 主担当医として適切な医療を行い, 専攻医のレベルと同等以上の適切な考察を行っていると指導医が確認できる場合に限り, 最低限の範囲で登録を認めます. ただし, 修了要件 120 症例のうち 1/2 に相当する 60 症例が上限です. これらの症例は専門研修中に登録した症例と同様に日本内科学会専攻医登録評価システム(J-OSLER)を通じて指導医が確認と承認を行います.

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．

本プログラムでは愛媛大学医学部附属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．

2） 専門研修の 3 年間は，それぞれ医師に求められる基本的診療能力・態度・資質と日本内科学会が定める「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・技能の修得目標を設定し，基本科目修了の終わりに達成度を評価します．具体的な評価方法は後の項目で示します．

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．日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）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 UpToDate に明示することとします．各年次の到達目標は以下の基準を目安とします．

〇専門研修 1 年

- 症例: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，専攻医登録評価システム（J-OSLER）に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，指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価とを複数回行なって態度の評価を行い担当指導医がフィードバックを行います．

〇専門研修 2 年

- 疾患:カリキュラムに定める 70 疾患群のうち，通算で 45 疾患群以上を均等に経験し，日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）に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，指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価を複数回行って態度の評価を行います．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．

〇専門研修 3 年

- 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）とします．この経験症例内容を専攻医登録評価システム（J-OSLER）へ登録します．既に登録を終えた病歴要約は，日本内科学会病歴要約評価ボードによる査読を受けます．
- 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，指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価を複数回行って態度の評価を行います．専門研修 2 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．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，さらなる改善を図ります．

愛媛大学内科専門医プログラムにおける各診療科の週間予定表についての詳細は表 2（P.26～）参照

なお，専攻医登録評価システム（J-OSLER）の登録内容と適切な経験と知識の修得状況は指導医によって承認される必要があります．

【専門研修 1-3 年を通じて行う現場での経験】

① 専攻医 2 年目以降から初診を含む外来（1 回／週以上）を通算で 6 ヵ月以上行います．

② 日直・当直（オンコールを含む）を経験します．

4） 臨床現場を離れた学習

①内科領域の救急，②最新のエビデンスや病態・治療法について専攻医対象の研究会・セミナーが開催されており，それを聴講し，学習します．受講歴は登録され，充足状況が把握されます．内科系学術集会，JMECC（内科救急講習会）等においても学習します．

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または IT 教室に設備を準備します．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．週に 1 回，指導医との Weekly summary discussion を行い，その際，当該週の自己学習結果を指導医が評価し，研修手帳に記載します．

6） 大学院進学

大学院における研究は臨床医としてのキャリアアップにも大いに有効であることから，研究の期間も専攻医の研修期間として認められます．大学院へ進学しても専門医資格が取得できるプログラムも用意されています．

7） Subspecialty コース：内科標準タイプ，連動研修タイプ，非連動研修タイプ

本プログラムでは，それぞれの専門医像に応じた研修を準備しています．具体的には 3 年間で内科基本領域を研修する内科標準タイプ、および連動研究が可能な領域においては研修期間のいずれかの時期において一定期間 Subspecialty 研修を行う連動して行う連動研修（連動研究を行わない領域もあり）があります．

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．なお，習得すべき疾患，技能，態度については多岐にわたるため，研修手帳を参照してください．
   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（J-OSLER）へ症例(定められた 200 件のうち，最低 120 例)を登録し，それを指導医が確認・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．

2) 専門知識について

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．愛媛大学医学部附属病院には 6 つの内科系診療科があり，そのうち 5 つの診療科が複数領域を担当しています．また，救急疾患は各診療科や救急科によって管理されており，愛媛大学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．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．さらに他の愛媛県内で連携する基幹病院，県内全域にわたる地域研修を可能にする連携病院，特徴的な診療領域をもつ（特別）連携病院を多数有しており，それらの病院と専門研修施設群を構築することで，希望に応じた，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．患者背景の多様性に対応するため，地域または県外病院での研修を通じて幅広い活動を推奨しています．

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) 朝カンファレンス・チーム回診：朝，指導医が集まるカンファレンスにおいて，受け持ち患者のうち，初回入院患者，重症患者，検査および処置後の患者について症例提示を行い，指導医を交えた症例検討を行います．指導医からのフィードバックを受け，指摘された課題について学習を進めていきます．

2) 総回診：すべての受持患者について教授をはじめとした指導医陣に報告してフィードバックを受けます．受持以外の症例についても見識を深めます．

3) リサーチ抄読会：現在トピックの基礎研究，レビューの抄読会を通じて，生の最新情報を得るとともに，リサーチマインドを養成します．また講座で行われている研究について討論を行い，学識を深め，国際性や医師の社会的責任について学びます．

4) 臨床抄読会・症例検討会：新しいガイドライン，臨床研究について抄読会を通じて最新情報を把握します．また，診断・治療困難例，臨床研究症例などについて報告し，指導医からのフィードバック，質疑などを行います．

5) 検査手技・治療手技の研修およびハンズオンセミナー：例えば，超音波装置，内視鏡，カテーテルを用いて診療スキルの実践的なトレーニングを行います

6) CPC：死亡・剖検例，難病・稀少症例についての病理診断を検討します．

7) 関連診療科との合同カンファレンス：関連診療科と合同で，患者の治療方針について検討し，内科専門医のプロフェッショナリズムについても学びます．

8) グループカンファレンス：週に 1 回，各領域の疾患について専門医，指導医との討論を行い，その際，当該週の自己学習結果を担当するグループの指導医が評価し，研修手帳に記載します．

9) 学生・初期研修医に対する指導：病棟や外来で医学生・初期研修医を指導します．後輩を指導することは，自分の知識を整理・確認することにつながることから，当プログラムでは，専攻医の重要な取組と位置づけています．

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】

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．

愛媛大学医学部附属病院（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．

地域医療を経験するため，全てのプログラムにおいて 60 以上の（特別）連携施設での研修期間を設けています．（特別）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，（特別）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，（特別）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．

医療安全と院内感染症対策を充分に理解するため，年に 2 回以上の医療安全講習会，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】

愛媛大学医学部附属病院(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病診・病病連携，地域包括ケア，在宅医療，都市部以外などでの医療経験を求めます．
(詳細は項目 10 と 11 を参照のこと)

地域医療を経験するため，全てのプログラムにおいて 60 以上の(特別)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．(特別)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．

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総合臨床研修センターと連絡ができる環境を整備し，月に 1 回，指定日に基幹病院を訪れ，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コースを準備しています．

Subspecialty が未決定，または高度な総合内科専門医を目指す場合は内科基本コースを選択します．専攻医は各内科学部門ではなく，総合臨床研修センター(研修センター)に所属し，3 年間で各内科や内科臨床に関連ある救急部門などを 3 ヵ月毎にローテートします．将来の Subspecialty が決定している専攻医は Subspecialty コースを選択し，各科をローテーションします．いずれのコースを選択しても遅滞なく内科専門医受験資格を得られる様に工夫されており，専攻医は卒後 5～6 年で内科専門医，その後 Subspecialty 領域の専門医取得ができます．

① 内科基本コース(P.25 参照)

内科(Generality)専門医は勿論のこと，将来，内科指導医や高度な Generalist を目指す方も含まれます．将来の Subspecialty が未定な場合に選択することもあり得ます．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，下記内容を原則として専攻医研修期間の 3 年間において内科領域を担当する全ての科をローテーションします．

- 基幹施設での研修期間は1年以上を原則とします．

- 連携施設での研修期間は1年以上を原則とし，地域医療の経験と症例数が充足していない領域を重点的に連携施設で研修します．複数施設での研修の場合は研修期間の合計が 1 年以上となります．
- 原則，3 ヵ月を 1 単位としてローテーションします．
- 研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上，プログラム統括責任者（医局に属している場合には主任教授）が決定します．

② Subspecialty コース（P.25 参照）

希望する Subspecialty 領域を研修するコースです．本コースには領域により連動研修を行い得る領域（消化器内科，循環器内科，呼吸器内科，血液内科，内分泌代謝・糖尿病内科，脳神経内科，腎臓内科，膠原病・リウマチ内科）と連動研修を行わない領域（アレルギー，感染症，老年科，腫瘍内科）があり， 連動研修を行い得る領域では，内科専門研修との連動研修または並行研修が可能で，2 年目からは希望する Subspecialty 領域にて初期トレーニングを並行して行い，期間中に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．研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上，希望する Subspecialty 領域の責任者とプログラム統括責任者（医局に属している場合には主任教授）が協議して決定します．なお，研修中の専攻医数や進捗状況により，初年度から連携施設での研修を行うことがありますが，あくまでも内科専門医研修が主体であります．また，専門医資格の取得と大学院への進学を希望する場合は，本コースを選択の上，担当教授と協議して大学院入学時期を決めて頂きます．

9. 専門医研修の評価【整備基準：17～22】

① 形成的評価（指導医の役割）

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．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

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 ベスト専攻医賞の選考

プログラム管理委員会と総括責任者は上記の評価を基にベスト専攻医賞を専攻医研修終了時に 1 名選出し，表彰状を授与します．

⑤ 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，Weekly summary discussion 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．

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. 専門研修プログラム管理委員会【整備基準：35～39】

1） 研修プログラム管理運営体制

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プログラム管理委員会を愛媛大学医学部附属病院に設置し，その委員長と各内科から 1 名ずつ管理委員を選任します．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，委員長が統括します．

2） 専攻医外来対策委員会

外来トレーニングとしてふさわしい症例（主に初診）を経験するために専攻医外来対策委員会を組織し，外来症例割当システムを構築します．未経験疾患患者の外来予定が研修センターから連絡がきたら，スケジュール調整の上，外来にて診療します．専攻医は外来担当医の指導の下，当該症例の外来主治医となり，一定期間外来診療を担当し，研修を進めます．

11. 専攻医の就業環境（労務管理）【整備基準：40】

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．

労働基準法を順守し，愛媛大学医学部附属病院の「専攻医就業規則及び給与規則*」に従います．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．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．

＊本プログラムでは基幹施設，連携施設の所属の如何に関わらず，基幹施設である愛媛大学医学部附属病院の統一的な就業規則と給与規則で統一化していますが，このケースが標準系ということはありません．個々の連携施設において事情は様々ですが，専攻医に配慮のある明確な諸規則を用意いたします．

12. 専門研修プログラムの改善方法【整備基準：49～51】

3 ヵ月毎に研修プログラム管理委員会を愛媛大学医学部附属病院にて開催し，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．

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（J-OSLER）に以下のすべてが登録され，かつ担当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います．

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，登録しなければなりません．
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） 指導医と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．

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】

専攻医は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必要書類を送付して下さい．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します．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って下さい．

15. 研修プログラムの施設群【整備基準：23～27】

愛媛大学医学部附属病院が基幹施設となり，60 以上の専門研修施設群を構築することで，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．

16. 専攻医の受入数

愛媛大学医学部附属病院における専攻医の上限(学年分)は 20 名です.

1) 愛媛大学医学部附属病院における専門研修指導医数は 43 人であり, 按分後の連携施設分を加算したプログラム全体では 約 160 人です.
2) 愛媛大学医学部附属病院における内科剖検体数は 2025 年 2 体です.
3) 愛媛大学医学部附属病院に卒後 3 年目で内科系講座に入局した後期研修医は過去 3 年間併せて 31 名で 1 学年 10 名程度の実績があります. 一方, 卒後 3 年目の時点では入局はしていないものの, 新専門医制度の連携施設に該当する施設で内科系の後期研修医として開始した医師が過去 3 年間併せて 30 名で1学年あたり 10 名程度の実績があります. また, 愛媛県内の研修指定病院で初期研修を開始する初期研修医の推移をみると年々増加しており, 少なくとも 20 人の専攻医の受け入れが可能である.
4) 愛媛大学医学部附属病院には各医局に割り当てられた雇用人員数に応じて, 募集定員を一医局あたり数名の範囲で調整することは可能です.
5) 経験すべき症例数の充足について. 表 2 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 疾患群のうち, 全ての疾患群において充足可能でした. 従って 56 疾患群の修了条件を満たすことができます. ただし, 疾患群によっては専攻医の人数分を満たさない可能性があり, 連携施設および特別連携施設での研修により用件を満たす.
6) 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 5 施設, 地域連携病院 48 施設および僻地における医療施設の 9 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.

表 1. 愛媛大学医学部附属病院診療科別診療実績

診療実績	入院患者実数			外来延患者数		
年	2023 年	2024 年	2025 年	2023 年	2024 年	2025 年
総合内科				1145	1287	2314
消化器	1113	1100	969	22552	22510	22899
循環器	724	695	716	16342	16391	14245
内分泌	84	95	84	11879	12497	13418
腎臓	124	122	72	4343	4359	3215
呼吸器	553	533	381	5375	4499	7764
血液	486	587	722	8563	8783	9069
神経	332	370	400	9827	9488	8532
膠原病	138	91	182	1930	2865	4178
感染症	43	53	27	6650	6481	5080
救急	963	963	1020	636	699	689

17. Subspecialty 領域

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，領域により可能であれば連動研修コースを選択することになります．基本コースを選択していても，条件を満たせば各コースに移行することも可能です．内科専門医研修修了後，各領域の専門医（例えば消化器病専門医）を目指します．

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】

指導医は下記の基準を満たした内科専門医です．専攻医を指導し，評価を行います．

【必須要件】

1. 内科専門医を取得していること
2. 専門医取得後に臨床研究論文（症例報告含む）を発表する（「first author」もしくは「corresponding author」であること）．もしくは学位を有していること．
3. 厚生労働省もしくは学会主催の指導医講習会を修了していること．
4. 内科医師として十分な診療経験を有すること．

【(選択とされる要件（下記の 1，2 いずれかを満たすこと】

1. CPC，CC，学術集会（医師会含む）などへ主導的立場として関与・参加すること
2. 日本内科学会での教育活動（病歴要約の査読，JMECC のインストラクターなど）

＊但し，当初は指導医の数も多く見込めないことから，すでに「総合内科専門医」を取得している方々は，そもそも「内科専門医」より高度な資格を取得しているため，申請時に指導実績や診療実績が十分であれば，内科指導医と認めます．また，現行の日本内科学会の定める指導医については，内科系 Subspecialty 専門医資格を 1 回以上の更新歴がある者は，これまでの指導実績から，移行期間（2025 年まで）においてのみ指導医と認めます．

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. 専攻医の修了【整備基準：52，53】

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」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．

愛媛大学内科専攻医研修マニュアル

1. 研修後の医師像と終了後に想定される勤務形態や勤務先

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．地域の医院に勤務（開業）し，実地医家として地域医療に貢献します．

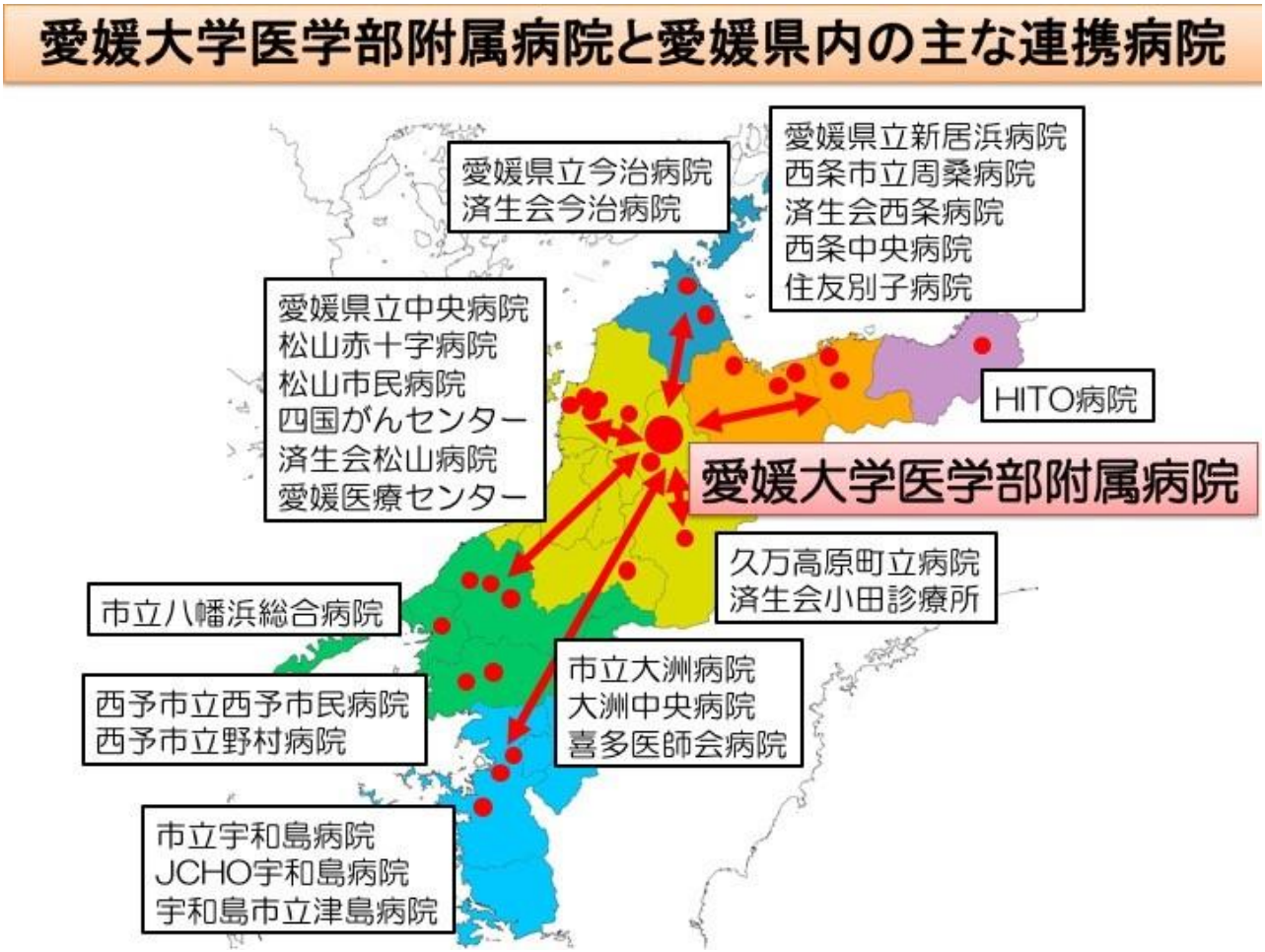
2) 内科系救急医療の専門医：病院の救急医療を担当する診療科に所属し，内科系急性・救急疾患に対してトリアージを含めた適切な対応が可能な，地域での内科系救急医療を実践します．

3) 病院での総合内科（Generality）の専門医：病院の総合内科に所属し，内科系の全領域に広い知識・洞察力を持ち，総合的医療を実践します．

4) 総合内科的視点を持った subspecialist：病院で内科系の Subspecialty，例えば消化器内科や循環器内科に所属し，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．

2. 専門研修の期間

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 3 年間の研修で育成されます．



3. 研修施設群の各施設名

基幹施設:愛媛大学医学部附属病院

連携施設(高次機能・専門病院*)および特別連携施設リスト(表 A)

		連携病院	特別連携病院
東予地区	四国中央	HITO 病院	
	新居浜	県立新居浜病院 住友別子病院 十全総合病院 愛媛労災病院	岩崎病院 立花病院
	西条	西条市立周桑病院 済生会西条病院 西条中央病院 村上記念病院 西条愛寿会病院	共立病院

	今治	県立今治病院 済生会今治病院 瀬戸内海病院 吉野病院 白石病院	済生会今治第二病院
中予地区	松山	愛媛県立中央病院* 松山赤十字病院* 松山市民病院* 国立病院機構四国がんセンター* 済生会松山病院 道後温泉病院 松山記念病院 南松山病院 貞本病院 松山協和病院	渡辺病院 鷹ノ子病院 松山城東病院 松山まどんな病院 おおぞら病院 野本記念病院 浦岡胃腸クリニック 松山ベテル病院 久米病院
	東温	国立病院機構愛媛医療センター	愛媛十全医療学院附属病院
	伊予・砥部		砥部病院
	久万		久万高原町立病院#
南予地区	内子		済生会小田診療所#
	大洲	市立大洲病院 喜多医師会病院 大洲記念病院	大洲中央病院
	八幡浜	市立八幡浜総合病院	
	西予	西予市立西予市民病院	西予市立野村診療所# 伊方町国保瀬戸診療所#
	宇和島	市立宇和島病院* JCHO 宇和島病院	宇和島市立津島病院# 松野町国保中央診療所#
	南宇和	県立南宇和病院#	愛南町国保一本松病院#

			愛南町国保内海村診療所#
愛媛県外	広島県呉市	呉共済病院	
	大分県別府市	野口病院	
	福岡県飯塚市	飯塚病院	
	福岡県久留米市	久留米大学	
	大阪府	耳原総合病院	
	大阪府	国立循環器病研究センター	
	大阪府	大阪急性期・総合医療センター	
	大阪府	住友病院	

地域施設

4. プログラムに関わる委員会と委員，および指導医

1） 研修プログラム管理運営体制

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プログラム管理委員会を愛媛大学医学部附属病院に設置し，その委員長と各内科から 1 名ずつ管理委員を選任します.

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，委員長が統括します.

2） 指導医

愛媛大学医学部附属病院における指導医数は およそ 40 人程度で推移

5. 各施設での研修内容と期間

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2つのコース，①内科基本コース，②Subspecialty コースを準備しています.

Subspecialty が未決定，または総合内科専門医を目指す場合は内科基本コースを選択します. 専攻医は各内科学部門ではなく，総合臨床研修センター（研修センター）に所属し，3 年間で各内科や内科臨床に関連ある救急部門などを 3 ヵ月毎にローテートします. 将来の Subspecialty が決定している専攻医は Subspecialty コースを選択し，各科を原則として 3 ヵ月毎，研修進捗状況によっては 1 ヵ月～3 ヶ月毎にローテーションします.

基幹施設である愛媛大学医学部附属病院での研修が中心ですが，関連施設での研修は必須であり，原則 1 年以上はいずれかの連携施設で研修します．連携施設では基幹病院では経験しにくい領域や地域医療の実際について学ぶことができます．また，特別連携施設では外来診療，総合内科（一般，高齢者）を学びます．連携施設・特別連携施設では愛媛県内の僻地医療に貢献する重要性を学びます．

6. 主要な疾患の年間診療件数

内科専門医研修カリキュラムに掲載されている主要な疾患については，愛媛大学医学部附属病院（基幹病院）の DPC 病名を基本とした各内科診療科における疾患群別の入院患者数（H27 年度）を調査し，ほぼ全ての疾患群が充足されることが解っています（10 の疾患群は外来での経験を含めるものとします）．ただし，研修期間内に全疾患群の経験ができるように誘導する仕組みも必要であり，初期研修時での症例をもれなく登録すること，外来での疾患頻度が高い疾患群を診療できるシステム（外来症例割当システム）を構築することで必要な症例経験を積むことができます．

7. 年次ごとの症例経験到達目標を達成するための具体的な研修の目安

1）内科基本コース

高度な総合内科（Generality）の専門医を目指す場合や，将来の Subspecialty が未定な場合に選択します．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，後期研修期間の 3 年間において内科領域を担当する全ての科をローテーションします．原則として 3ヵ月を 1 単位として，1 年間に 4 科，2 年間で延べ 8 科をローテーションし，3 年目は地域医療の経験と症例数が充足していない領域を重点的に連携施設で研修します．研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上，プログラム統括責任者が決定します．

2） Subspecialty コース

希望する Subspecialty 領域を研修するコースです． Subspecialty 領域にて初期トレーニング期間，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，2ヵ月間を基本として他科をローテーションします．研修 3 年目には原則 1 年間，連携施設における当該 Subspecialty

科において内科研修を継続し， Subspecialty 領域を重点的に研修するとともに，充足していない症例を経験します．研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上，希望する Subspecialty 領域の責任者とプログラム統括責任者が協議して決定します．なお，研修中の専攻医数や進捗状況により，初年度から連携施設での重点研修を行うことがありますが，あくまでも内科専門医研修が主体であり，最長 1 年間とします．また，専門医資格の取得と臨床系大学院への進学を希望する場合は，本コースを選択の上，担当教授と協議して大学院入学時期を決定します．

8. 自己評価と指導医評価，ならびに 360 度評価を行う時期とフィードバックの時期

1） 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，Weekly summary discussion 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．

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．

2） 指導医による評価と 360 度評価

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．毎年，指導医とメディカルスタッフによる複数回の 360 度評価を行い，態度の評価が行われます．

9. プログラム修了の基準

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．

10. 専門医申請に向けての手順

日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用います．同システムでは以下を web ベースで日時を含めて記録します．具体的な入力手順については内科学会 HP から”専攻研修のための手引き”をダウンロードし，参照してください．

- 専攻医は全 70 疾患群の経験と 200 症例以上を主担当医として経験することを目標に，通算で最低 56 疾患群以上 120 症例の研修内容を登録します．指導医はその内容を評価し，合格基準に達したと判断した場合に承認を行います．
- 指導医による専攻医の評価，メディカルスタッフによる 360 度評価，専攻医による逆評価を入力して記録します．
- 全 29 症例の病歴要約を指導医が校閲後に登録し，専門研修施設群とは別の日本内科学会病歴要約評価ボード（仮称）によるピアレビューを受け，指摘事項に基づいた改訂をアクセプトされるまでシステム上で行います．
- 専攻医は学会発表や論文発表の記録をシステム上に登録します．
- 専攻医は各専門研修プログラムで出席を求められる講習会等（例：CPC，地域連携カンファレンス，医療倫理・医療安全・感染対策講習会）の出席をシステム上に登録します．

11. プログラムにおける待遇

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，労働基準法を順守し，愛媛大学の専攻医就業規則及び給与規則に従います．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．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. プログラムの特色

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 2 つのコース，①内科基本コース，②各科重点コース，を準備していることが最大の特徴です．コース選択後も条件を満たせば他のコースへの移行も認められます．また，外来トレーニングとしてふさわしい症例（主に

初診）を経験するために外来症例割当システムを構築し，専攻医は外来担当医の指導の下，当該症例の外来主治医となり，一定期間外来診療を担当し，研修を進めることができます．

13. 継続した **Subspecialty** 領域の研修の可否

内科学における 13 の Subspecialty 領域を順次研修します．基本領域の到達基準を満たすことができる場合には，専攻医の希望や研修の環境に応じて，各 Subspecialty 領域に重点を置いた専門研修を行うことがありえます（各科重点コース参照）．本プログラム終了後はそれぞれの医師が研修を通じて定めた進路に進むために適切なアドバイスやサポートを行います．

14. 逆評価の方法とプログラム改良姿勢

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．

15. 研修施設群内で何らかの問題が発生し，施設群内で解決が困難な場合は,日本専門医機構内科領域研修委員会に相談します．

整備基準 45 に対応

愛媛大学内科専門研修プログラム指導医マニュアル

1）専攻医研修ガイドの記載内容に対応したプログラムにおいて期待される指導医の役割

- 1 人の担当指導医（メンター）に専攻医 1 人が愛媛大学内科専門研修プログラム委員会により決定されます.
- 担当指導医は，専攻医が Web にて日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）にその研修内容を登録するので，その履修状況の確認をシステム上で行ってフィードバックの後にシステム上で承認をします. この作業は日常臨床業務での経験に応じて順次行います.
- 担当指導医は，専攻医がそれぞれの年次で登録した疾患群，症例の内容について，その都度，評価・承認します.
- 担当指導医は専攻医と十分なコミュニケーションを取り，研修手帳 Web 版での専攻医による症例登録の評価や総合臨床研修センターからの報告などにより研修の進捗状況を把握します. 専攻医は Subspecialty の上級医と面談し，専攻医が経験すべき症例について報告・相談します. 担当指導医と Subspecialty の上級医は，専攻医が充足していないカテゴリー内の疾患を可能な範囲で経験できるよう，主担当医の割り振りを調整します.
- 担当指導医は Subspecialty 上級医と協議し，知識，技能の評価を行います.
- 担当指導医は専攻医が専門研修（専攻医）2 年修了時までに合計 29 症例の病歴要約を作成することを促進し，内科専門医ボードによる査読・評価で受理（アクセプト）されるように病歴要約について確認し，形成的な指導を行います.

2）専門研修プログラムにおける年次到達目標と評価方法，ならびにフィードバックの方法と時期

- 年次到達目標は，内科専門研修において求められる「疾患群」，「症例数」，「病歴提出数」に示すとおりです.
- 担当指導医は，総合臨床研修センターと協働して，3 か月ごとに研修手帳 Web 版にて専攻医の研修実績と到達度を適宜追跡し，専攻医による研修手帳 Web 版への記入を促します. また，各カテゴリー内の研修実績と到達度が充足していない場合は該当疾患の診療経験を促します.

- 担当指導医は，総合臨床研修センターと協働して，6 か月ごとに病歴要約作成状況を適宜追跡し，専攻医による病歴要約の作成を促します．また，各カテゴリー内の病歴要約が充足していない場合は該当疾患の診療経験を促します．
- 担当指導医は，総合臨床研修センターと協働して，6 か月ごとにプログラムに定められている所定の学術活動の記録と各種講習会出席を追跡します．
- 担当指導医は，総合臨床研修センターと協働して，毎年 8 月と 2 月とに自己評価と指導医評価，ならびに 360 度評価を行います．評価終了後，1 か月以内に担当指導医は専攻医にフィードバックを行い，形成的に指導します．2 回目以降は，以前の評価についての省察と改善とが図られたか否かを含めて，担当指導医はフィードバックを形成的に行って，改善を促します．

3）個別の症例経験に対する評価方法と評価基準．

- 担当指導医は Subspecialty の上級医と十分なコミュニケーションを取り，研修手帳 Web 版での専攻医による症例登録の評価を行います．
- 研修手帳 Web 版での専攻医による症例登録に基づいて，当該患者の電子カルテの記載，退院サマリ作成の内容などを吟味し，主担当医として適切な診療を行っていると第三者が認めうると判断する場合に合格とし，担当指導医が承認を行います．
- 主担当医として適切に診療を行っていると認められない場合には不合格として，担当指導医は専攻医に研修手帳 Web 版での当該症例登録の削除，修正などを指導します．

4）日本内科学会専攻医登録評価システム（**J-OSLER**）の利用方法

- 専攻医による症例登録と担当指導医が合格とした際に承認します．
- 担当指導医による専攻医の評価，メディカルスタッフによる 360 度評価および専攻医による逆評価などを専攻医に対する形成的フィードバックに用います．
- 専攻医が作成し，担当指導医が校閲し適切と認めた病歴要約全 29 症例を専攻医が登録したものを担当指導医が承認します．
- 専門研修施設群とは別の日本内科学会病歴要約評価ボード（仮称）によるピアレビューを受け，指摘事項に基づいた改訂を専攻医がアクセプトされるまでの状況を確認します．
- 専攻医が登録した学会発表や論文発表の記録，出席を求められる講習会等の記録について，各専攻医の進捗状況をリアルタイムで把握します．担当指導医と総合臨床研修センターはその進捗状況を把握して年次ごとの到達目標に達しているか否かを判断します．

- 担当指導医は，日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて研修内容を評価し，修了要件を満たしているかを判断します．

5） 逆評価と日本内科学会専攻医登録評価システム（**J-OSLER**）を用いた指導医の指導状況把握

専攻医による日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いた無記名式逆評価の集計結果を，担当指導医，施設の研修委員会，およびプログラム管理委員会が閲覧します．集計結果に基づき，愛媛大学内科専門研修プログラムや指導医，あるいは研修施設の研修環境の改善に役立てます．

6） 指導に難渋する専攻医の扱い

必要に応じて，臨時（毎年 8 月と 2 月とに予定の他に）で，日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて専攻医自身の自己評価，担当指導医による内科専攻医評価およびメディカルスタッフによる 360 度評価（内科専門研修評価）を行い，その結果を基に愛媛大学内科専門研修プログラム管理委員会で協議を行い，専攻医に対して形成的に適切な対応を試みます．状況によっては，担当指導医の変更や在籍する専門研修プログラムの異動勧告などを行います．

7） プログラムならびに各施設における指導医の待遇

愛媛大学病院給与規定によります．

8） **FD** 講習の出席義務

厚生労働省や日本内科学会の指導医講習会の受講を推奨します．指導者研修（FD）の実施記録として，日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用います．

9） 日本内科学会作製の冊子「指導の手引き」（仮称）の活用

内科専攻医の指導にあたり，指導法の標準化のため，日本内科学会作製の冊子「指導の手引き」（仮称）を熟読し，形成的に指導します．

10） 研修施設群内で何らかの問題が発生し，施設群内で解決が困難な場合の相談先

日本専門医機構内科領域研修委員会を相談先とします.

11）その他特になし.

Subspecialty コース：内科標準タイプ，連動研修，非連動研修の概念図

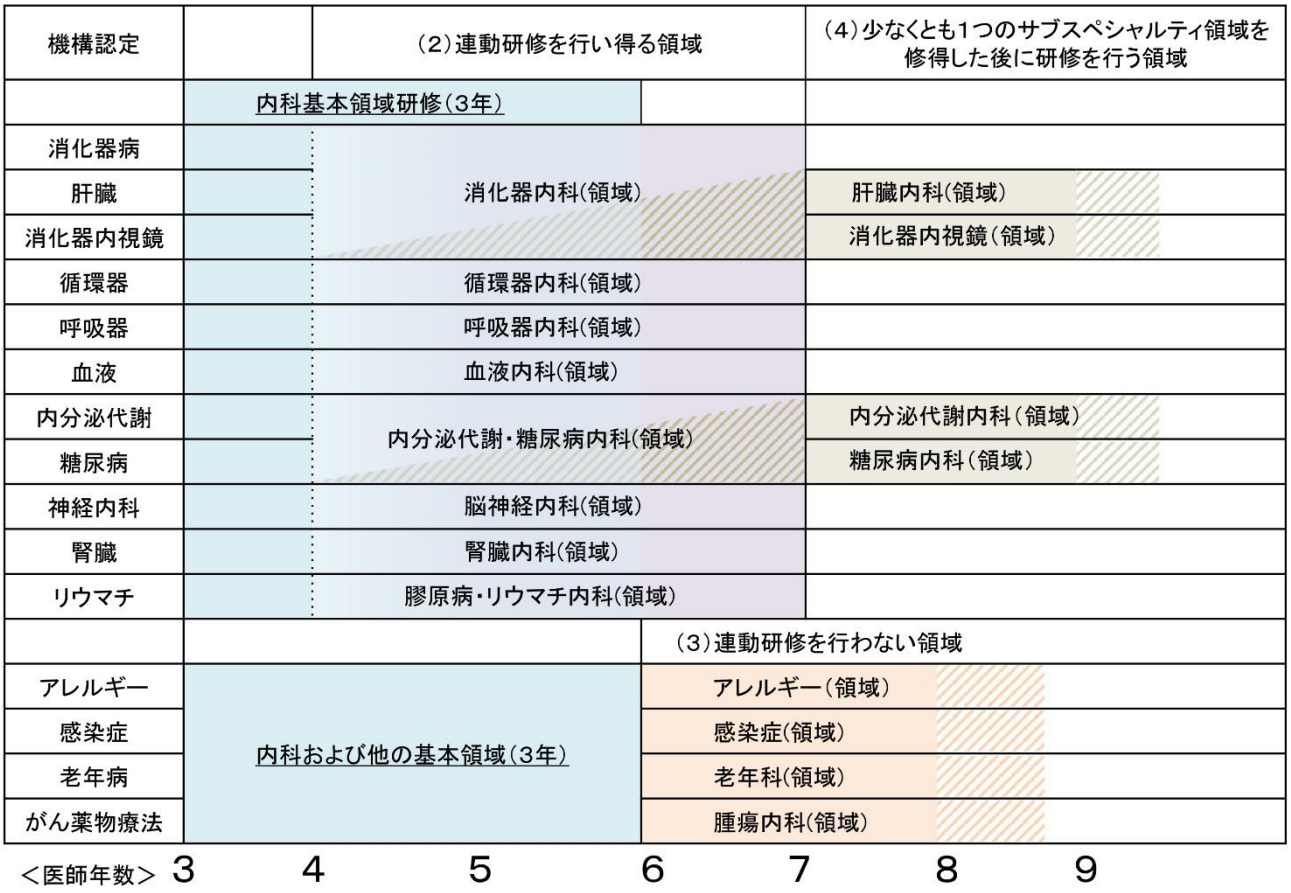


表 2. 基幹施設である愛媛大学医学部附属病院における各診療科の週間予定表

◎第 **1** 内科 [1]:オレンジ部分は教育的・学術的カリキュラム

<table>
<tr><th></th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土・日</th></tr>
<tr><td>-8:30</td><td colspan="5">病棟回診（申し送り）</td><td></td></tr>
<tr><td>8:30-9:00</td><td colspan="5">チーム医療カンファレンス [3,5]</td><td rowspan="5">各重症患者の対応
日直
（1-2/月）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">9:00-12:00
#指導の下，専攻医によるミニレクチャーを含む（研修期間中2〜3ヶ月毎）</td><td>診療・処置</td><td>総回診前カンファレンス [2]</td><td>診療・処置</td><td>診療・処置</td><td>診療・処置</td></tr>
<tr><td>担当患者診療</td><td>総回診 [2]</td><td>超音波関節エコー検査等</td><td>特殊手技（骨髄穿刺・生検・関節エコー等）の実技指導</td><td>担当患者診療</td></tr>
<tr><td>12:00-13:00</td><td colspan="5">昼食・休憩（昼休み）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">13:00-16:00
★専攻医による臨床抄読会（研修期間中2〜3ヶ月毎）</td><td>担当患者診療・処置</td><td>担当患者診療・処置</td><td>担当患者診療・処置</td><td>担当患者診療・処置</td><td>担当患者診療・処置</td></tr>
<tr><td></td><td>症例検討と疾患関連の抄読 [8]</td><td></td><td></td><td>Weekly summary</td></tr>
<tr><td>16:00−夕方
グループカンファレンスほか [2,4,5]</td><td colspan="5">病棟回診（申し送り）</td></tr>
<tr><td colspan="6">キャンサー・ボード [4]　HIVカンファレンス [3,5]　膠原病・感染症カンファレンス [3,5]　骨髄移植カンファレンス [3,5]　血液カンファレンス [3,5]</td></tr>
<tr><td>当直</td><td colspan="6">2-3 回/月</td></tr>
</table>

1. 履修可能な疾患群：血液（含む骨髄移植），膠原病及び類似疾患，感染症（含む HIV 感染症），総合内科（一般・高齢者・腫瘍内科），救急.
2. 総合病棟カンファレンス：全ての病棟患者を総合内科の視点で討議する.
3. 血液・膠原病・感染症・腫瘍内科各グループカンファレンス：担当患者プレゼンテーション，診断・治療方針決定に参加.
4. キャンサーボード・カンファレンス（全診療科）.
5. Subspecialty コース：各グループカンファおよび研究抄読会への参加.
6. CPC：年に 3-5 回程度.
7. 研究会・セミナー参加：月に 2〜3 回程度（1 回は専攻医に特化，連携施設と Web カンファレンス開催）.

8. 学会・研究会発表（通年）：内科，血液，リウマチ（膠原病），感染症，がん関連の学会(国際学会・全国学会レベル) 等で発表し，論文作成を目標とする．

◎第2内科 [1]：オレンジ部分は教育的・学術的カリキュラム

	月	火	水	木	金	土・日 [6]
-8:15	病棟回診（申し送り）					
午前	朝カンファレンス	朝カンファレンス	朝カンファレンス	心臓カテーテル検査[7]カテーテル治療	朝カンファレンス	日直（1−2/ 月）
	心臓カテーテル検査・不整脈治療・気管支鏡検査	外来 超音波検査[7]・処置などのハンズオンセミナー	外来 超音波検査[7] 処置など		外来 超音波検査[7]・処置などのハンズオンセミナー	
12:00-13:00	昼休み					
午後	Weekly summary discussion	腎生検	気管支鏡検査[7]	心臓カテーテル検査[7]カテーテル治療	腎臓内科カンファレンス[2]	
	総回診	呼吸器科カンファレンス[2]	呼吸器科回診		腎臓内科回診	
	臨床抄読会[9] ミニレクチャー[10] 症例発表研究発表	他科との合同カンファレンス[3] 心臓外科放射線科呼吸器外科泌尿器科	循環器科カンファレンス[2]	腎臓内科 腎生検カンファレンス[2]	循環器科（経カテーテル的大動脈弁留置術・僧帽弁クリップ手術） 回診 リサーチ抄読会	
	当直（1−2 回/月）					

1. 履修可能な疾患群：循環器，呼吸器，腎臓，総合内科（一般・高齢者・腫瘍：特に肺癌），救急．
2. グループカンファレンス：担当患者プレゼンテーション，診断・治療方針決定に参加．
3. 外科合同カンファレンス（内科・心臓外科・呼吸器外科・放射線科・泌尿器科）
4. CPC：年に 6 回程度．
5. 研究会・セミナー参加：月に 2〜4 回程度（1 回は専攻医に特化し，連携施設と開催）．
6. 学会発表（主に春秋）：内科，循環器，呼吸器，腎臓
7. 総合臨床研修センターシミュレーター室：適宜利用．

8. Subspecialty コース：各グループカンファおよび研究抄読会への参加．学術的には国際学会・全国学会レベルで発表し，論文作成を目標とする．
9. 専攻医による臨床抄読会（研修期間中，2〜3ヶ月毎に担当）
10. 指導の下，専攻医によるミニレクチャーを含む（研修期間中，2〜3ヶ月毎）

◎第 **3** 内科[1]：オレンジ部分は教育的・学術的カリキュラム

<table>
<tr><td></td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>土・日[6]</td></tr>
<tr><td>-8:15</td><td colspan="5">病棟回診（申し送り）</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">午前

*専攻医による臨床抄読会
（研修期間中，2〜3ヶ月毎）</td><td colspan="3">朝カンファレンス新入院・重点症例の症例検討</td><td>研究抄読会</td><td>朝カンファレンス</td><td rowspan="11">日直
（1−2/ 月）</td></tr>
<tr><td>外来または入院患者まとめ</td><td>外来または入院患者まとめ</td><td>外来または入院患者まとめ</td><td>総回診</td><td>外来または入院患者まとめ</td></tr>
<tr><td colspan="3">消化器消化器内視鏡，腹部超音波検査など</td><td>共通臨床抄読会* 症例発表
研究発表</td><td>消化器
消化器内視鏡・超音波検査など</td></tr>
<tr><td colspan="2">内分泌初診問診：検査方針提案</td><td>内分泌
甲状腺超音波検査細胞診負荷試験</td><td>内分泌負荷試験</td><td>内分泌
初診問診：検査方針提案</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>12:00-13:00</td><td colspan="5">昼休み</td></tr>
<tr><td rowspan="4">午後

#指導の下，専攻医によるミニレクチャーを含む（研修期間中，2〜3ヶ月毎）</td><td colspan="5">学生・初期研修医の指導・ミニレクチャー ♯</td></tr>
<tr><td colspan="5">消化器：消化器内視鏡，腹部超音波検査内 IVR，処置，他
分泌糖尿病：他科病棟コンサルト</td></tr>
<tr><td>ハンズオン内視鏡[7]</td><td></td><td>栄養指導入院まとめ</td><td>ハンズオンエコー[7]</td><td>Weekly summary</td></tr>
<tr><td colspan="5">病棟回診（申し送り）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">夕方グループカンファレンスほか 2,4,5</td><td colspan="4">消化管（内視鏡）</td><td>消化管合同[3]</td></tr>
<tr><td>胆膵</td><td>肝臓</td><td>内分泌糖尿病内科全般</td><td>肝胆膵合同[3]</td><td>NST
病態栄養</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">当直（1−2 回/月）</td></tr>
</table>

1. 履修可能な疾患群：消化器，内分泌，代謝（糖尿病を含む），総合内科（一般・高齢者・腫瘍），救急．
2. 各グループカンファレンス：担当患者プレゼンテーション，診断・治療方針決定に参加．

3. 消化器合同カンファレンス（内科・外科・放射線科・病理）：隔週.

4. CPC：年に 6 回程度.

5. 研究会・セミナー参加：月に 2～4 回程度（1 回は専攻医に特化し，連携施設と開催）.

6. 学会発表（主に春秋）：内科，消化器，消化器内視鏡，肝臓，内分泌，糖尿病

7. 総合臨床研修センターシミュレーター室：適宜利用.

8. Subspecialty コース：各グループカンファおよび研究抄読会への参加以外に下記研修を行う. また，学術的には国際学会・全国学会レベルで発表し，論文を作成する.
   a. 消化器領域専攻：内視鏡・超音波関連（ルーチン検査→観血的処置）の研修が中心． b. 内分泌・代謝領域専攻：NST 回診への参加. 患者向けに栄養指導・各種教室を実践.

◎脳神経内科[1]：オレンジ部分は教育的・学術的カリキュラム

<table>
<tr><td></td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td></tr>
<tr><td rowspan="2">午前
900～1200</td><td>病棟患者紹介</td><td rowspan="2">脳神経内科
外来・診察</td><td>脳神経内科
外来</td><td>脳神経内科
外来</td><td>老年内科外来</td></tr>
<tr><td>脳神経内科
外来・診察</td><td>神経内科専門医レクチャー
(神経内科 診察法)</td><td>神経内科専門医レクチャー
(神経内科検査データの 読み方)</td><td>老年内科専門医レクチャー
(頚動脈超音波検査，脈波伝播速度検査)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">午後
1300～

1500～

1800～</td><td colspan="5">昼休み</td></tr>
<tr><td colspan="5">病棟診察および所見のまとめ</td></tr>
<tr><td>老年内科専門医よりの高齢者に関する診察法についてのミニ講義</td><td>カンファレンスおよび神経内科・老年内科新入院回診</td><td colspan="2">指導医とともに
頸動脈エコー，
下肢静脈エコー，
腰椎穿刺
指導医とともに
神経伝導検査，
針筋電図検査</td><td>カンファレンスおよび神経内科・老年内科総回診</td></tr>
<tr><td>医局会での
抄読会</td><td></td><td></td><td></td><td>Weekly
summary</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

1. 履修可能な疾患群：脳神経内科，老年内科，総合内科（一般・高齢者）.

2. カンファレンス：担当患者プレゼンテーション，診断・治療方針決定に参加.

3. 脳神経内科・老年内科カンファレンス：毎週火曜日，金曜日.

4. 研究会・セミナー参加：月に 1～2 回程度（他に web セミナー視聴あり）.

5. 学会発表（主に春秋）：内科学会，神経学会，老年医学会の各学術大会・地方会

6. Subspecialty コース：基本的に脳神経内科専門医取得を目標として下記のような専門的手技を修練します．また近年，難病に対する多種多様な分子標的薬が保険適応されており，特殊治療に関する修練を積みます．
   腰椎穿刺，筋電図，神経伝導検査（ルーチン検査→観血的処置），脳波検査，頸動脈エコー，神経・筋・下肢静脈エコー，などの研修が中心．

◎糖尿病内科・臨床検査医学 [1]：オレンジ部分は教育的・学術的カリキュラム

<table>
<tr><td></td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>土・日 [5]</td></tr>
<tr><td>-9:00</td><td colspan="5">糖尿病内科病棟回診</td><td></td></tr>
<tr><td>午前</td><td>糖尿病内科
外来・病棟
業務</td><td>糖尿病内科
外来・病棟
業務</td><td>糖尿病内科
外来・病棟
業務</td><td>糖尿病内科
外来・病棟
業務</td><td>糖尿病内科
外来・病棟
業務</td><td rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>12:00-13:00</td><td colspan="5">昼休み</td></tr>
<tr><td rowspan="3">午後</td><td colspan="5">学生・初期研修医の指導、超音波検査，細菌検査等に参加</td></tr>
<tr><td>ミニレクチャー（糖尿病教室等）[3]</td><td>病棟カンファレンス[2]・総回診 、糖尿病教室 [3]</td><td>指導医による講義等</td><td>メディカルスタッフとの合同カンファレンス [2]</td><td>病棟カンファレンス [2]・回診</td></tr>
<tr><td></td><td>検査部勉強会・抄読会</td><td></td><td></td><td>他病棟入院患者カンファレンス [2,4]</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">オンコール 5～7 回/月</td><td></td></tr>
</table>

1. 履修可能な疾患群：糖尿病・代謝領域，内分泌，総合内科（一般・高齢者），救急（糖尿病急性合併症等），合併症に関連する循環器・腎臓・神経・感染症等．当科での履修は，糖尿病が中心であるが，“糖尿病専門医として全身を診る”ために，糖尿病に関連する多くの疾患を有機的に習得できるように配慮する．また，基本的に，他の内科系診療科と連携し，他の疾患群も幅広く履修できるように対応する．
2. カンファレンス：担当患者プレゼンテーション，診断・治療方針決定に参加．
3. 指導の下，専攻医によるミニレクチャーを含む（研修期間中月 2～3 回）．
4. 他病棟入院患者カンファレンス：当科が血糖管理している他病棟の入院患者（周術期，ステロイド，妊娠，ICU，救急，感染症など）を対象としたカンファレンス．
5. 学会発表：内科，糖尿病とその関連領域(年 2 回程度)
6. 研究会・セミナー：月に 2～4 回程度（連携施設と開催，一部は専攻医に特化）．
7. Subspecialty コース，大学院：当科は，内分泌代謝・糖尿病内科領域専門医、糖尿病専門医の研修に必須の 1 型糖尿病や，緊急性を要するケトアシドーシス，遺伝子異常による糖尿病，二次性糖尿病，妊娠糖尿病など

専門科でなければ経験できない症例が多い．ポンプを用いたインスリン持続皮下注入療法や，持続血糖モニタリング等の先端機器を常時使用しており，最短期間で専門医取得に必要なカリキュラムを修了することができる．また，専門医資格取得のための研修と大学院を並行して行うことも可能である．

◎ 臨床薬理神経内科[1]：オレンジ部分は教育的・学術的カリキュラム

	月	火	水	木	金	土・日
8:00-					外来症例カンファレンス	
8:30-9:00	朝・病棟カンファレンス[2]					
午前	外来（新患者外来）病棟・処置・検査・薬物動態検査など				病棟総回診	病棟
12:00-13:00	昼休み				抄読会	
午後	誘発筋電図	エコー検査 認知機能検査など	髄液検査 自律神経検査など	誘発筋電図	生検（筋・神経），負荷試験など	
17:00-	夕・病棟カンファレンス[2]					
カンファレンス ほか	神経カンファレンス[3]				リハビリカンファレンス[4]	
	オンコール 4 回～／月					

1. 履修可能な疾患群：神経，総合内科（一般・高齢者），救急．
2. 朝夕・病棟カンファレンス：担当患者プレゼンテーション，診断・治療方針決定に参加．
3. 神経合同カンファレンス：月に 1 回．
4. リハビリカンファレンス：月に 2 回．
5. 研究会・セミナー参加：月に 2～4 回程度（一部は専攻医に特化し，連携施設と開催）．
6. 学会発表（主に春秋）：内科，神経内科関連学会．
7. 総合臨床研修センターシミュレーター室：適宜利用．
8. Subspecialty コース：神経内科全般にわたる研修を行い，学術的には国際学会・全国学会レベルで発表し，論文作成を目標とする．薬物血中濃度に基づく治療や薬物相互作用など臨床に即した臨床薬理学や臨床研究についても研修する．