新専門医制度　内科専門医

鹿児島大学病院
新・内科専門医研修プログラム
「開聞」

鹿児島大学病院　内科専門医研修プログラム・・・・・P. 1-14
同内科専攻医研修マニュアル・・・・・・・・・・・・・P. 15-19
同研修プログラム指導医マニュアル・・・・・・・・・・P. 20-21

巻末資料１
内科ローテート専門研修コース
内科ローテート大学院コース
内科ローテートコース
鹿児島県地域枠医師内科コース
鹿児島県自治医科大卒医師内科コース

巻末資料２
専門研修連携施設一覧

目次

1. 鹿児島大学内科専門医研修プログラムの概要
2. 内科専門医研修はどのように行われるのか
3. 専攻医の到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)
4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得
5. 学問的姿勢
6. 医師に必要な倫理性、社会性
7. 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
8. 年次毎の研修計画
9. 専門研修の評価
10. 専門研修プログラム管理委員会
11. 専攻医の就業環境(労働管理)
12. 研修プログラムの改善方法
13. 修了判定
14. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
15. 研修プログラムの施設群
16. 専攻医の受け入れ数
17. Subspecialty 領域
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
19. 専門研修指導医
20. 専門研修実績記録システム、マニュアル等
21. 研修に対するサイトビジット(訪問調査)
22. 専攻医の採用と修了

1. 理念・使命・特性

①理念【整備基準 1】

1)本プログラムは、鹿児島大学病院を基幹施設として、鹿児島県本土および離島、その近隣医療圏にある連携施設とで行われるプログラムであり、鹿児島本土および離島、その近隣医療圏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を行うことができる内科専門医師を養成することを目的とする。初期研修を通じて獲得した基本的臨床能力を、さらに高度な総合内科の generality を獲得する場合や内科領域サブスペシャルティ専門医への道を歩む場合、また大学院へ進学する場合を想定した 4 つの研修コースを通じて、内科専門医の育成を行う。

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(基幹施設研修 1 年間以上+連携施設研修)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する。

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ある。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ある。

②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う。

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讃を続け、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う。

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う。

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う。

③特性

1)　本プログラムは、鹿児島大学病院を基幹施設として、鹿児島県本土および離島、その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る。研修期間は**基幹施設での 1 年間以上の研修を含んだ 3 年間である。**

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・療育環境調整をも包括する全人的医療を実践する。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する。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、専門研修期間中の 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する。

3)　専攻プログラムを開始した場合、開始後速やかに日本内科学会専攻医登録評価システム(J-OSLER)に登録される。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**

の病歴要約を適宜作成開始する。

4)　基幹施設である鹿児島大学病院 1 年間を含む計 **2 年間**の研修終了時、「研修手帳(疾患群項目表)」に定められた 70 疾患群(資料 2 参照)のうち、通算で **45 疾患群以上**を経験する。

5)　基幹施設である鹿児島大学病院 1 年間を含む計 **3 年間**の研修終了時、「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。（目標 70 疾患群、200 症例以上）

6)　From Bedside to Bench の研究マインドを擁する研修生のために、基幹施設である鹿児島大学病院 1 年間の研修ののち、大学院に入学し研究活動の上、大学症例の経験指導医による講義を継続するプログラムを用意している。

④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する。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する。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する。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 として診療を実践する。
　本プログラムでは鹿児島大学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」(別添)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(以下、「専攻医登録評価システム」)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。各年次の到達目標は以下の基準を目安とします。

○専門研修 1 年　基幹病院
・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に登録する。**病歴要約 10 編**以上を日本内科学会専攻医登録評価システムに登録
・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。
・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う。
○専門研修 2 年　地域の中核病院、へき地・離島診療所勤務
・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(できるだけ均等に)経験し、日本内科学会専攻医登録評価システムに登録することを目標とする。**専門研修修了に必要な病歴要約 29 編**

をすべて記載して日本内科専攻医登録評価システムへの登録を終了
・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。
・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う。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する。
○専門研修 3 年　地域の中核病院、へき地・離島診療所勤務

・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する。但し、修了要件はカリキュラムに定める **56 疾患群、120 症例以上(外来症例は 1 割まで含むことができる)**とする。**専門研修 2 年次まで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、受理されるまで改訂を重ねる。**
・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。
・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う。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する。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、さらなる改善を図る。

なお、専攻医登録評価システム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る。

【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**行うこと。
②**当直を経験すること。**

【学術活動・研究】整備基準　12-4), 12-5,6,7)
①日本内科学会あるいはサブスペシャリティ学会の学術集会・地方会・生涯教育講演会・講習会などに 3 年間の間に 6 回以上参加する。(参加証の提出要)
②3 年間の研修中に経験した症例を内科系学会や研究会などで学術発表（筆頭者）2 回あるいは論文作成（筆頭者）1 本（日本語・外国語問わず。投稿中も可。抄録集などコピー要)。

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モーニングセミナーやイブニング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る。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。**研修終了までに最低一度の JMECC の受講が修了要件です。＊初期研修期間の受講でも可**

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する。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
大学院における臨床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、臨床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(項目 8 を参照)。

7)Sub-specialty 研修：それぞれの専門医像に応じた研修を準備しています。後述の項目 8 を参照してく

ださい。

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。
①70 に分類された各カテゴリーのうち、最低 56 のカテゴリーからそれぞれ 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。
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。

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。**鹿児島大学病院には８つの内科系診療科（心臓血管内科・消化器内科・脳神経内科・呼吸器内科・腎臓内科・血液膠原病内科、糖尿病内分泌内科、心療内科）があり、消化器内科と腎臓内科は消化器疾患生活習慣病学講座が併せて診療を行っていますので７つの診療科をローテートすることができます。**
内科領域の「専門研修整備基準」では心療内科の疾患群がありませんので 6 つの診療科をローテートすることになります。将来心療内科を専攻する予定の内科専攻医は、内科ローテート専門研修コース（後述 8 参照）の中で心療内科をローテートすることもできます。
救急疾患は、救急部に緊急入院した患者様を受け持つことで経験することができます。また、連携施設の多くは地域の前線医療機関であるため救急患者受け入れは日常診療で行われていますので十分な経験症例数をもつことができます。

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]

鹿児島大学病院の例

1)朝力ンファレンス・チーム回診
朝、患者申し送りを行い、チーム回診を行って指導医から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ます。

2)総回診 : 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る。受持以外の症例についても見識を深めます。

3)症例検討会 : 診断・治療困難例、臨床研究症例などについて専攻医が報告し、指導医からのフィードバック、質疑などを行います。

4)研修医・専攻医全体に対する診療手技セミナー
一年間を通じて各診療科の講師を招いて診療手技セミナーを行う。

5)内科学会および関連内科系学会の学術総会ないし地方会参加
日本内科学会あるいはサブスペシャリティ学会の学術集会・地方会・生涯教育講演会・講習会などに 3 年間の間に 6 回以上の参加

5)剖検・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。3 年間を通じて主治医

で経験した剖検症例の CPC 参加が必要。

6)関連診療科との合同力ンファレンス：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。

7)抄読会・研究報告会：受持症例等に関する論文概要をロ頭説明し、意見交換を行う。研究報告会では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。

8)Weekly summary discussion：週に 1 回、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。

9)学生・初期研修医に対する指導：病棟や外来で医学生・初期研修医を指導する。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、治療を行う(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。

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学びます。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]

1) 大学病院(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、地域医療の一翼を担います。全てのコースにおいて連携施設での研修を予定しています。(詳細は項目 8)そのため、基本的にはプログラム 1 年目（PG1）は大学病院において研修しますが、プログラム 2 年目（PG2)、プログラム 3 年目（PG3）は、大学病院あるいは連携施設での研修期間を設けています。

連携施設での研修は、地域診療という観点のみならず、大学病院で研修不十分となる領域をカバーし、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、行動を総合的に研修することを可能とする場です。

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。

2) 連携施設の認定基準専門研修連携施設は以下の条件を満たし、基幹施設との連携機能を勘案して、日

本専門医機構内科領域研修委員会が決定する。

専攻医の環境
・臨床研修指定病院であることが望ましい.（但し必須ではない）
・施設内に研修に必要なインターネットの環境が整備されていること。
・適切な労務環境が保障されていること。
・メンタルストレスに適切に対処するため基幹施設と連携できること。
・ハラスメント委員会（不定期開催でも可）が整備されている、
・女性専攻医が安心して勤務できるような休憩室や更衣室等が配慮されていること。
・敷地内外を問わず保育施設等が利用可能であること。

専門研修プログラムの環境
・指導医が 1 名以上在籍していること（施設の研修委員会)。
・研修委員会を設置して，施設内で研修する専攻医の研修を管理し，基幹施設に設置されるプログラム管理委員会と連携を図ることができること。
・医療倫理・医療安全・感染対策講習会を定期的に開催していることが望ましい。開催している場合には、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。開催が困難な場合には、基幹施設で行う上記講演会の受講を専攻医に義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。
・研修施設群合同カンファレンスを定期的に参画し、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。
・CPC を定期的に開催し、専攻医に受講を義務付け、そのための時間的余裕を与えていることが望ましいが、開催が困難な場合には、基幹施設で行う CPC、もしくは日本内科学会が企画する CPC の受講を専攻医に義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。
・地域参加型のカンファレンス、あるいは研究会に参加すること義務付け、そのための時間的余裕を与えていること。

診療経験の環境
・カリキュラムに示す内科領域 13 分野のうちいずれかの分野で定常的に専門研修
が可能な症例数を診療していること。

学術活動の環境
・日本内科学会講演会あるいは同地方会に年間で計 1 演題以上の学会発表をしていること。

3) 連携施設基準を満たさない施設の参加

なお、内科領域では、診療所での経験や過疎地での診療経験も幅広い専門研修の一部であり、地域に根ざした全人的な医療の担い手としての素養を形成すると考えている。また、内科専門医としての知識や技能を得るためには、他の基本領域のローテーション研修（例：内視鏡研修、救急研修、病理研修、麻酔科研修など）や研究機関勤務も有益である。しかし、このような施設では、指導医が在籍しない可能性がある。そこで、このような指導医が在籍しない施設を特別連携施設としてプログラム内に規定し、そこでの研修を最大 1 年までの期間で認めることとする。特別連携施設には要件を課さないが、基幹施設のプログラム管理委員会と研修委員会とが管理と指導の責任を行うことを条件とする。

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４つのコース、①内科ローテート専門研修コース、②内科ローテート大学院コース、③内科ローテートコース、④鹿児島県地域枠医師内科コースの４つを準備しています。研修する連携施設の選定は症例の蓄積数や本人の意向を勘案してプログラム委員会で決定しますが、いずれのコースを選択した後も、条件を満たせば他のコースへの移行も認められます。

将来専攻する Subspecialty を見据えている場合は①内科ローテート専門研修コースを選択します。地

域中核病院では専門外来を受診される方が非常に多く、外来はほとんどが専門外来基本です。広く内科臨床経験を積むとともに地域の病院で求められる専門研修も行うことで地域医療機関でのニーズに答える研修を行います。しかし同時に、地域中核病院は地域の一般救急が最終的に集まってくる病院でもあります。救急外来担当や当直業務、オンコール勤務を通じて、疾患を限定しない幅広い救急外来患者および入院中急変患者に対応する力を培います。

研究まで見据える、From Bedside to Bench を志向する場合は内科ローテート大学院コースを選択します。臨床と研究を同時に経験することで From Bedside to Bench マインドを涵養し、高いレベルの専門医としての思考力を育みます。

入局先が未決定で内科専門医の資格を目指す場合は、内科ローテ―トコースを選択し、**3ヶ月単位でスーパーローテート**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 年終了後で内科専門医試験を受験できます。内科専門医プログラム終了後は Subspecialty 領域の専門医取得プログラムに参加ができます。

① 内科ローテート専門研修コース(巻末資料１)

希望する Subspecialty 領域を重点的に研修するコースです。研修開始直後は希望する Subspecialty 領域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、2 ヵ月間を基本として他科(PG2、PG3 は連携施設での他科研修含む)をローテーションします。PG3 では、大学病院あるいは連携施設における当該 Subspecialty 科において内科研修を継続して 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。

② 内科ローテート大学院コース(巻末資料１)

大学院へ進学することを希望する専攻医のためのコースです。専門医制度は全医師にかかる影響力のある制度であるため、大学院へ進む人財への配慮が、医学・臨床研修の推進にとっても必要です。大学はその役割と特性を活かして大学院コースを設置し、研究に進む医師へも配慮します。但し、専攻医の修了要件は同一ですので、必要とされる研修を効率よく設計の上、提供し、研究に当てる期間も確保します。経験すべき症例は原則として専攻医研修期間において充足される必要があるため、コースの開始時には、相応の症例経験を修了していることが参加条件となります。原則、修了要件の半数以上である 19 カテゴリーと 60 症例以上)を経験していることが求められます。

大学院への進学は専攻医研修 2 年目の 4 月から可能ですが、その後の入学も可能です。入学の基本的な条件として、①3 つの必須項目(56 カテゴリー、120 症例の経験、29 の病歴要約)の 80%を完了していること、②専攻医研修のローテーション期間中に技術手帳 A 項目の 80%を習得していることとします。

尚、上記条件に満たない場合でも、残りの未経験症例や技能習得が追加ローテーション(適宜計画)にて可能であることが所属科のプログラム管理委員から保証される場合は、専攻医研修 2 年目での大学院進学の許可について研修プログラム管理委員会において審議します。

③ 内科ローテートコース(巻末資料１)

内科(generality)専門医は勿論のこと、将来、内科指導医や高度なジェネラリストを目指す方も含まれる。将来の sub-specialty が未定な場合にも選択できます。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科をローテーションします。原則として 3−4 カ月を 1 単位として、基幹施設で 1 年間以上、連携施設で 1 年以上ローテーションします。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。

④ 鹿児島県地域枠医師　内科コース　（巻末資料１）

地域枠医師として将来の地域医療を担う内科医師となることを目指します。高度なジェネラリスト

のみではなく将来の sub-specialty を見据えて研修を行います。基本的には内科ローテート専門研修プログラムと同様に１年目鹿児島大学病院で研修を行います。２、３年目で実務研修として県立病院での研修・勤務を行うか、鹿児島市以外の知事指定病院（地域拠点病院、へき地支援病院）で研修を行います。内科専攻医の研修を受けながら、地域枠義務も履行するプログラムです。

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、専攻医が専攻医登録評価システム（J-OSLER）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。

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

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鹿児島大学医学部に設置し、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)　プログラム管理委員会の役割と権限

①　プログラム作成、改訂
②　CPC、JMECC 開催
③　適切な評価の保証
④　プログラム修了判定

⑤ 各施設の研修委員会への指導権限を有し、各施設委員会における専攻医の履修状況の把握、プログラムに関する問題点などの情報を共有し、解決に当たる。

3) プログラム責任者
プログラム責任者は基幹施設の内科領域の責任者であり、内科学会指導医である。プログラム研修委員会を定期的に開催する。

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。

研修期間中の就労環境条件については、勤務時間、休暇、当直、給与を含め、専攻医が研修する当該研修機関の就労規則に従うこととします。専攻医の就労環境条件については各連携機関が決定します。

PG１年目の給与に関しては鹿児島大学の医員として処遇します。鹿児島大学の「※専攻医就業規則及び給与規則」に従います。PG2 年目、PG3 年目については専攻コースにより異なりますが、PG2 年目および PG3 年目の連携機関での研修中は当該機関の規約に従うものとします。

専攻医の心身の健康維持の配慮については各施設のプログラム管理委員会（および労働安全衛生委員会等）で管理します。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。

12.専門研修プログラムの改善方法 [整備基準:49-51]

月に一回、内科専門医研修プログラム管理委員会を鹿児島大学病院にて開催し、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、登録しなければならない。
2) 所定の受理された 29 編の病歴要約
3) 一回以上の JMECC 受講履歴
4) 3 年間を通じて 1 回以上 CPC への参加。主治医で経験した剖検症例であること。
5) 日本内科学会あるいはサブスペシャリティ学会の学術集会・地方会・生涯教育講演会・講習会などに 3 年間の間に 6 回以上の参加
6) ３年間の研修中に経験した症例を内科系学会や研究会などで学術発表（筆頭者）2 回あるいは論文作成（筆頭者）1 本（投稿中も可)。
7) 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]

専攻医は様式(未定)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してください。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ください。

15.研修プログラムの施設群　[整備基準:23-27]

鹿児島大学病院が基幹施設となり、専門研修施設群（巻末資料２：専門研修連携施設一覧）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を可能とします。

16.専攻医の受入数

鹿児島大学病院における専攻医の上限(学年分)は 36 名です。

１）鹿児島大学病院に卒後 3 年目で内科系講座に入局した後期研修医は過去 3 年間あわせて 77 人です。一学年あたりおよそ 26 人の入局実績があります。
２）ローテート順、研修病院はプログラム管理委員会で決定します。
３）病院群全体の内科入院患者の剖検体数は 2025 年度　6 人です。
４）経験すべき症例数の充足について

表.鹿児島大学病院診療科別診療実績

2014 年実績	入院患者実数 (人/年)	外来延患者数 (延人数/年)
消化器内科	624	11156
循環器内科	327	12038
糖尿病・代謝・内分泌内科	262　(74+188)	9770
腎臓内科	228	2390
呼吸器内科	487	6108
神経内科	216	7838
血液・膠原病内科	105	9894
心療内科・緩和ケア科	26	3045
救急科	各科に連携入院	1260

((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 疾患群のうち、56 において充足可能でした。残り 14 疾患群は連携施設で経験することになります。
５）専攻医 2，3 年目に研修する 50 の連携施設・52 の特別連携施設があり、専攻医のさまざま希望・将来像に対応可能です。))

17.Sub-specialty 領域

内科専攻医になる時点で将来目指す sub-specialty 領域が決定していれば、各科重点コースまたは大学院重点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、条件が満たせば 3 年目は各科重点コースに移行することも可能です。内科専門医取得後、各領域の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　[整備基準項目 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 カ月とします。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、不足分を 3 年間の予定修了日以降に補う研修で補います。また、疾病による場合も同じ扱いとします。これとは別に育児休暇を最大 1 年間認めます。

2)研修中に居住地の移動、その他の不可避の事情により、研修開始施設での研修続行が困難になった場合は、プログラム委員会が認めた場合、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。
3)研修期間中に本プログラムに参加していない鹿児島県内の病院に赴任する場合、国内留学、国外留学、他大学の大学院に入学する場合など、特殊なケースの場合のみプログラムの一時中断ができます。中断期間の総計は原則最長 4 年間まで認められますが、中断についてはあらかじめ鹿児島大学内科専門医研修プログラム管理委員会による審査を必要とします。
4)短時間あるいは定期的なプログラム参加施設以外での非常勤勤務については、地域医療研修としての意義を認め制限をしないが、一週間あたり 8 時間×5 日（40 時間）の本プログラム研修時間が担保されていることが条件である。

19.専門研修指導医　[整備基準項目 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。
鹿児島大学では 81 名（2025 年）の内科指導医を有している。
4.内科医師として十分な診療経験を有すること。

【選択要件(下記の 1、2 いずれか)】
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る。また、現行の日本内科学会の定める指導医については、内科系サブスペシャルティ専門医資格を 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(2027 年まで)においてのみ指導医と認める。

20.専門研修実績記録システム、マニュアル等　[整備基準項目 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　[整備基準項目 52,53]

1)採用方法
鹿児島大学内科専門研修プログラム管理委員会は、日本専門医機構のスケジュールに則って専攻医の応募を受付けます。プログラムへの応募者は、一般社団法人日本専門医機構専攻医登録システムにより登録を行う。(1)電話で問い合わせ(代表：鹿児島大学心臓血管・高血圧内科学医局 099-275-5318)、(2)e-

mail で問い合わせ(n-kaimon@m.kagoshima-u.ac.jp)。原則として内科診療科へ入局未決定者のみ面接を行い、採否を決定します。採用人数は最大 36 名です。応募者および選考結果については、鹿児島大学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)研修の修了

1.統括責任者は，J-OSLER を用いて研修内容を評価し，以下 i)～vi）の修了を確認する

i）主担当医として「研修手帳（疾患群項目表)」に定める目標：全 70 疾患群を経験し，計 200 症例以上（外来症例は 20 症例まで含むことができます）を経験し，J-OSLER に登録，指導医の承認済.

修了認定 : 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）を経験し，登録，指導医の承認済.

ii）29 病歴要約が内科学会二次評価による査読・形成的評価を経て受理.

iii）所定の 2 編の学会発表（抄録またはプログラムのコピー）または論文発表（論文の別刷りまたはコピー）の登録

iv）JMECC 受講（修了証）の登録

v）プログラムで定める講習会受講

医療倫理・医療安全・感染制御に関する講習会：任意の異なる組み合わせで年間 2 回以上の受講すること（受講証明書または自筆のメモ書きがある配布資料など).

vi）J-OSLER を用いてメディカルスタッフによる 360 度評価（内科専門研修評価）と指導医による内科専攻医評価を参照し，社会人である医師としての適性に疑問がない.

2.研修プログラム管理委員会は，当該専攻医が上記修了要件を充足していることを確認，研修期間修了約 1 か月前に研修プログラム管理委員会で合議のうえ統括責任者が修了判定．修了認定後 J-OSLER から内科専門研修修了証を発行できる.

鹿児島大学医学部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する。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する。

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ァ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する。

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、総合的医療を実践する。

4)総合内科的視点を持った sub-specialist:病院で内科系の sub-specialty、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 sub-specialist として診療を実践する。

2.専門研修の期間

内科専門医は 2 年間の初期臨床研修の後に設けられた専門研修(後期研修)3 年間の研修で育成される。

3.研修施設群の各施設名

基幹施設：鹿児島大学病院

連携施設および特別連携施設：巻末資料２の通り。

4.プログラムに関わる委員会と委員、および指導医名

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を管理する「プログラム管理委員会」が鹿児島大学医学部に設置されている。委員会は、委員長と各内科から 1 名ずつ選出された管理委員で構成され、定期的に専攻医のプログラムの策定を行っている。委員は専攻医の研修病院の調整に当たるとともに、専攻医の個別の問題についても対応する。専攻医は、研修中、プログラムに関する質問を各科の担当委員に問い合わせることができる。本プログラムをサポートする委員会は各病院に設置されており、プログラムに関する問題や相談、個別の案件について対応することができる。

2)指導医一覧

別途用意する。

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 4 つのコース、①内科ローテート専門研修コース、②内科ローテート大学院コース、③内科ローテートコース、④鹿児島県地域枠医師内科コースの 4 つを準備している。

Sub-specialty が未決定､または総合内科専門医を目指す場合は内科ローテートコースを選択する｡((同専攻医は各内科学部門ではなく、総合医学教育研修センター(研修センター)に所属し､)) PG1（1 年目)、PG2（2 年目)、PG3（3 年目）の 3 年間で各内科や内科臨床に関連ある救急部門などをローテートする。将来の sub-specialty が決定している専攻医は①内科ローテート専門研修コース、あるいは②内科ローテート大学院コースを選択する。

いずれのコースも PG1 の 1 年間を基幹施設である鹿児島大学病院で研修する。PG2、PG3 は連携施設あるいは鹿児島大学病院で研修する。

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る。特別連連携施設では僻地医療に貢献する重要性を学ぶ。

また、自治医科大卒業医師が義務勤務中に開始できるプログラムコース⑤鹿児島県自治医科大卒医師内科コースも準備している。県立病院での実務研修 1 年、離島・へき地診療所での義務勤務 2 年を経て大学病院で 1 年研修することで、専攻医は最短で卒後 6 年終了後内科専門医試験を受験できる。

①　内科ローテート専門研修コース

希望する sub-specialty 領域を重点的に研修するコースです。研修開始直後は希望する sub-specialty

領域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、2 ヵ月間を基本として他科(PG2、PG3 は連携施設での他科研修含む)をローテーションします。PG3 では、大学病院あるいは連携施設における当該 sub-specialty 科において内科研修を継続して sub-specialty 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 sub-specialty 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。

② 内科ローテート大学院コース

大学院へ進学することを希望する専攻医のためのコースです。専門医制度は全医師にかかる影響力のある制度であるため、大学院へ進む人財への配慮が、医学・臨床研修の推進にとっても必要です。大学はその役割と特性を活かして大学院コースを設置し、研究に進む医師へも配慮します。但し、専攻医の修了要件は同一ですので、必要とされる研修を効率よく設計の上、提供し、研究に当てる期間も確保します。経験すべき症例は原則として専攻医研修期間において充足される必要があるため、コースの開始時には、相応の症例経験を修了していることが参加条件となります。原則、修了要件の半数以上である 19 カテゴリーと 60 症例以上)を経験していることが求められます。

大学院への進学は専攻医研修 2 年目の 4 月から可能ですが、その後の入学も可能です。入学の基本的な条件として、①3 つの必須項目(56 カテゴリー、120 症例の経験、29 の病歴要約)の 80%を完了していること、②専攻医研修のローテーション期間中に技術手帳 A 項目の 80%を習得していることとします。

尚、上記条件に満たない場合でも、残りの未経験症例や技能習得が追加ローテーション(適宜計画)にて可能であることが所属科のプログラム管理委員から保証される場合は、専攻医研修 2 年目での大学院進学の許可について研修プログラム管理委員会において審議します。

②　内科ローテートコース

内科(generality)専門医は勿論のこと、将来、内科指導医や高度なジェネラリストを目指す方も含まれる。将来の sub-specialty が未定な場合にも選択できます。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科をローテーションします。原則として 3−4 カ月を 1 単位として、基幹施設で 1 年間以上、連携施設で 1 年以上ローテーションします。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。

④ 鹿児島県地域枠医師　内科コース

地域枠医師として将来の地域医療を担う内科医師となることを目指します。高度なジェネラリストのみではなく将来の sub-specialty を見据えて研修を行います。内科専攻医の研修を受けながら、地域枠義務も履行するプログラムです。

⑤鹿児島県自治医科大卒医師内科コース

自治医科大卒業医師が義務年限中に専門医取得を目指し研修できるプログラムです。PG1（1 年目）は県立病院で実務研修、PG2（2 年目）、PG3（3 年目）離島・へき地診療所での義務勤務、PG4（4 年目）に基幹施設である鹿児島大学病院で研修します。

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、鹿児島大学病院(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(H26 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る(10 の疾患群は外来での経験を含めるものとする。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る。

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内科ローテート専門研修コース(巻末資料１)

希望する sub-specialty 領域を重点的に研修するコースです。研修開始直後は希望する sub-specialty 領域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、2 ヵ月間を基本として他科(PG2、PG3 は連携施設での他科研修含む)をローテーションします。PG3 では、大学病院あるいは連携施設における当該 sub-specialty 科において内科研修を継続して sub-specialty 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 sub-specialty 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。

②内科ローテート大学院コース(巻末資料１)

大学院へ進学することを希望する専攻医のためのコースです。大学院コースでは、その性格上、研究に重点をおく期間が必要とされます。しかし、経験すべき修了要件は他のコースと同様であるので、開始時に相応の経験を積んでいること、あるいはコース内の効率的な研修設計が行われます。初期研修時期の症例も、その質が充分に担保されているものに限り、遡って含めることも可能であることから、まず本コースへの参加資格は、原則として修了要件の半数を終了していることが求められます。

大学院への進学は専攻医研修 2 年目の 4 月を目標としますが、3 年目の 4 月でも入学できます。入学(専攻医研修 2 年目)の基本的な条件として、①3 年終了時の必須項目(56 カテゴリー、120 症例の経験、29 の病歴要約)の 80%を完了していること、②専攻医研修のローテーション期間中に技術手帳 A 項目の 80%を習得していることとします。

尚、上記条件に満たない場合でも、残りの未経験症例や技能習得が追加ローテーション(適宜計画)にて可能であることが所属科のプログラム管理委員から保証される場合は、専攻医研修 2 年目での大学院進学の許可について研修プログラム管理委員会において審議します。

③ 内科ローテートコース(巻末資料１)

高度な総合内科(generality)の専門医を目指す場合や、将来の sub-specialty 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 カ月を 1 単位として、基幹施設で 1 年間以上、連携施設で 1 年以上ローテーションします。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。

④鹿児島県地域枠医師内科コース(巻末資料１)

地域枠医師として将来の地域医療を担う内科医師となることを目指します。高度なジェネラリストのみではなく将来の sub-specialty を見据えて研修を行います。基本的には内科ローテート専門研修プログラムと同様に 1 年目鹿児島大学病院で研修を行います。2、3 年目で実務研修として県立病院での研修・勤務を行うか、鹿児島市以外の知事指定病院（地域拠点病院、へき地支援病院）で研修を行います。内科専攻医の研修を受けながら、地域枠義務も履行するプログラムです。

⑤鹿児島県自治医科大卒医師内科コース（巻末資料 1）

自治医科大卒業医師が義務年限中に専門医取得を目指し研修できるプログラムです。基本的には PG1（1 年目）は県立病院で実務研修、PG2（2 年目）、PG3（3 年目）離島・へき地診療所での義務勤務、PG4（4 年目）に基幹施設である鹿児島大学病院で研修することで、内科専攻医の研修を受けながら自治医科大卒医師義務も履行するプログラムです。

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つ。

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する。
アンケート用紙は別途定める。

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、専攻医が専攻医登録評価システム（J-OSLER）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する。また、技術・技能についての評価もおこなう。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、適切な助言を行う。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る。

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う。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る。
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る。

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)を用いる。同システムでは以下を web ベースで日時を含めて記録する。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"をダウンロードして参照すること。
・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する。
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う。
・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する。
・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う。
・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する。
・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、地域連携力ンファレンス、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する。

11.プログラムにおける待遇
研修期間中の就労環境条件については、勤務時間、休暇、当直、給与を含め、専攻医が研修する当該研修機関の就労規則に従うこととする。専攻医の就労環境条件については各連携機関に従う。
PG 1 年目の給与に関しては鹿児島大学の医員として処遇する。（鹿児島県自治医科大卒医師内科コースは例外とする。）鹿児島大学の「※専攻医就業規則及び給与規則」に従うものとする。PG2 年目、PG3 年目については専攻コースにより異なりますが、PG2 年目および PG3 年目の連携機関での研修中は当該機関の規約に従うものとする。
専攻医の心身の健康維持の配慮については各施設のプログラム管理委員会（および労働安全衛生委員会等）で管理する。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る。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する。

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 4 つのコース、①内科ローテート専門研修コース、②内科ローテート大学院コース、③内科ローテートコース、④鹿児島県地域枠医師内科コースを準備していることが最大の特徴である。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る。いずれのコースも一定期間外来診療を担当し、研修を進めることができる。

13.継続したサブスペシャルティ領域の研修の可否
内科学における 13 のサブスペシャルティ領域を順次研修する。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、各サブスペシャルティ領域に重点を置いた専門研修を行うことがありうる(①内科ローテート専門研修コース、②内科ローテート大学院コース参照)。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う。

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する。アンケート用紙は別途定める。

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日本専門医機構内科領域研修委員会に相談する。

整備基準 45 に対応

鹿児島大学病院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 人が鹿児島大学病院内科専門研修プログラム委員会により決定される。

・担当指導医は、専攻医が web にて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する。この作業は日常臨床業務での経験に応じて順次行う。

・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、都度、評価・承認する。

・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、J-OSLER での専攻医による症例登録の評価や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する。専攻医は sub-specialty 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・相談する.担当指導医と sub-specialty 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する。

・担当指導医は sub-specialty 上級医と協議し、知識、技能の評価を行う。

・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、形成的な指導を行う。

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、別表 1「鹿児島大学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」について」に示すとおりである。

・担当指導医は、臨床研修センターと協働して、3 か月ごとに J-OSLER 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 J-OSLER への記入を促す。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す。

・担当指導医は、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す。

・担当指導医は、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する。

・担当指導医は、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 度評価を行う。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、形成的に指導する。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、J-OSLER での専攻医による症例登録の評価を行う。

・J-OSLER 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う。

・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 J-OSLER での当該症例登録の削除修正などを指導する。

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する。

・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る。
・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する。
・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する。
・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する。担当指導医と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する。
・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する。

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する。集計結果に基づき、鹿児島大学病院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る。

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、その結果を基に鹿児島大学病院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る。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う。

7)プログラムならびに各施設における指導医の待遇

鹿児島大学病院給与規定による。

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する。
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)を用いる。

9)日本内科学会作製の冊子「指導の手引き」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」を熟読し、形成的に指導する。

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

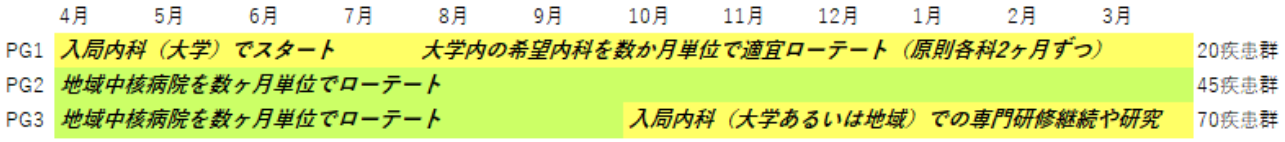
日本専門医機構内科領域研修委員会を相談先とする。

11)その他

特になし

内科ローテート（専門研修コース）プログラム

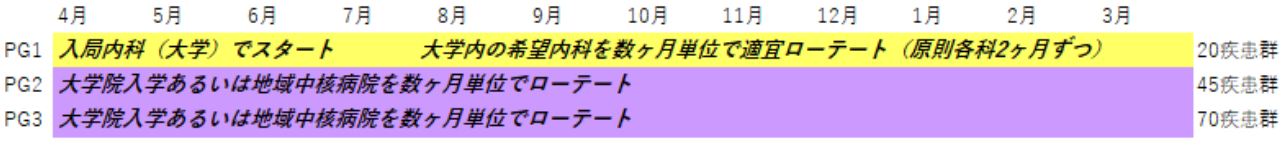
・将来進むサブスペシャリティと学位取得を考慮したプログラムです。



プログラム１年目（PG1）は、大学で１年間ローテートします。進捗状況により各科の移動を決定します。
基本的知識の理解から専門疾患の勉強の仕方まで十分な教育スタッフのもと指導されます。高いレベルのカンファレンスや専門分野教育講座を受けることができます。
プログラム２年目（PG2）は、地域の中核病院で１年間ローテートしながら経験症例を増やします。
医療の最前線である地域の中核病院を回ります。各科の推奨した質・量ともハイレベルな病院で幅広い症例を経験することができます。
プログラム３年目（PG3）は、PG2 の継続にひきつづき、専門研修を続けながら研究活動を開始します。

内科ローテート（大学院コース）プログラム

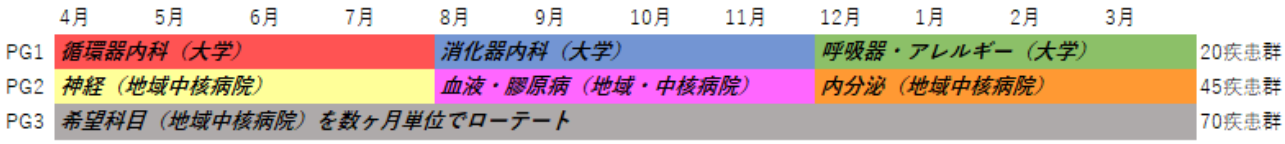
・将来進むサブスペシャリティと学位取得を考慮したプログラムです。



PG1 は、大学で１年間ローテートします。進捗状況により各科の移動を決定します。
基本的知識の理解から専門疾患の勉強の仕方まで十分な教育スタッフのもと指導されます。高いレベルのカンファレンスや専門分野教育講座を受けることができます。
PG2 は、大学院に入学するか地域中核病院で１年間ローテートしながら経験症例を増やします。
大学院に入り研究活動を開始するか、各科の推奨した地域の中核病院で幅広い症例を経験することができます。
PG3 は、大学院に入学するか地域中核病院で１年間ローテートしながら経験症例を増やします。
大学院に入り研究活動を開始するか、各科の推奨した地域の中核病院で幅広い症例を経験することができます。

内科ローテートコースプログラム

・内科専門医をめざす専攻医のために、より多くの幅広い内科症例を経験してもらうプログラムです。

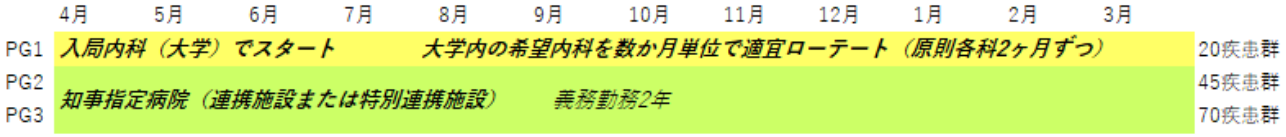


PG1 は、大学で１年間ローテートします。各科で基本は４ヶ月です。
基本的知識の理解から専門疾患の勉強の仕方まで十分な教育スタッフのもと指導されます。高いレベルのカンファレンスや専門分野教育講座を受けることができます。
PG2 は、地方中核病院で１年間ローテートしながら経験症例を増やします。興味ある分野の研修期間を延長することも可能です。
療の最前線である市中の中核病院を回ります。各科の推奨した質・量ともハイレベルな病院で幅広い症例を経験することができます。
PG3 は、地方中核病院を研修します。興味ある病院を延長することもでき、3 年間をフルに使って各分野の症例を幅広く経験することができます。
医療の最前線である市中の中核病院を回ります。各科の推奨した質・量ともハイレベルな病院で幅広い症例を経験することができます。

鹿児島県地域枠医師内科コースプログラム

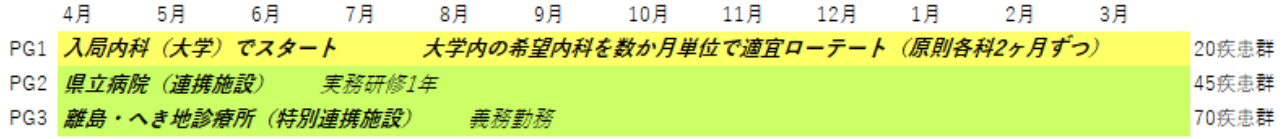
・地域枠医師として将来の地域医療を担う内科医師となることを目指します。高度なジェネラリストのみではなく将来の sub-specialty を見据えて研修を行います。

〔早期専門医取得のモデル〕



PG1 は、 大学で 1 年間ローテートします。進捗状況により各科の移動を決定します。
基本的知識の理解から専門疾患の勉強の仕方まで十分な教育スタッフのもと指導されます。高いレベルのカンファレンスや専門分野教育講座を受けることができます。
PG2,3 は、義務勤務 2 年を知事指定病院（鹿児島市外の地域医療支援病院、へき地医療支援病院、公的医療機関、独立行政法人国立病院機構）で研修します。内科専門研修を受けながら、地域枠医師義務勤務も履行するプログラムです。

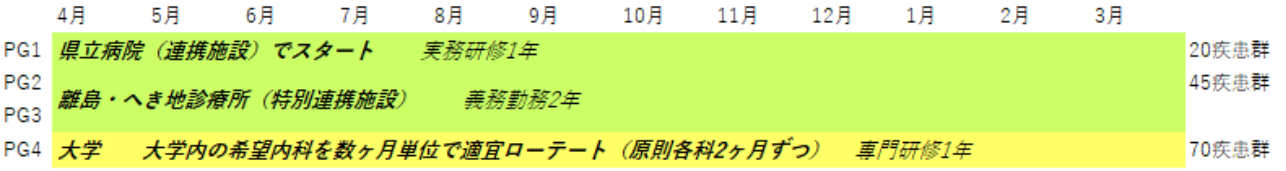
〔早期契約履行（へき地診療所勤務優先）のモデル〕



PG1 は、 大学で 1 年間ローテートします。進捗状況により各科の移動を決定します。
基本的知識の理解から専門疾患の勉強の仕方まで十分な教育スタッフのもと指導されます。高いレベルのカンファレンスや専門分野教育講座を受けることができます。
PG2 は、 実務研修として県立病院で研修し、内科専門医研修を受けながら地域枠義務も履行できるプログラムです。
PG3 は、 義務勤務として離島・へき地診療所（特別連携施設）で研修します。地域での様々な症例を経験し、専門医取得時期も遅れることはありません。※特別連携施設での研修は、最長で 1 年間を研修期間として認めます。大学の指導医による指導のもと研修を行います。

鹿児島県自治医科大卒医師内科コースプログラム

・自治医科大卒医師のための義務年限中であっても専門医取得を目指し研修できるプログラムです。



PG1 は、 県立病院で、離島へき地の 1 人診療所での勤務を想定し、より実務に即した研修を行います。
PG2,3 は、義務勤務 2 年を離島・へき地診療所で単独勤務,複数での勤務,離島巡回診療等様々な業務に従事します。大学の指導医による指導を受けながら研修することができます。
PG4 は、 大学で 1 年間ローテートします。進捗状況により各科の移動を決定します。
基本的知識の理解から専門疾患の勉強の仕方まで十分な教育スタッフのもと指導されます。高いレベルのカンファレンスや専門分野教育講座を受けることができます。

内科専門研修 修了要件（「症例数」、「疾患群」、「病歴要約」）一覧表

	内容	症例数	疾患群	病歴要約提出数
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	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 (外来は最大12)	56 疾患群 (任意選択含む)	29 (外来は最大7)

補足

1. 目標設定と修了要件
   以下に年次ごとの目標設定を掲げるが、目標はあくまで目安であるため必達ではなく、修了要件を満たせば問題ない。各プログラムでは専攻医の進捗、キャリア志向、ライフイベント等を踏まえ、研修計画は柔軟に取り組んでいただきたい。

	症例	疾患群	病歴要約
目標（研修終了時）	200	70	29
修了要件	120	56	29
専攻医2年修了時 目安	80	45	20
専攻医1年修了時 目安	40	20	10

2. 疾患群：修了要件に示した領域の合計数は41疾患群であるが、他に異なる15疾患群の経験を加えて、合計56疾患群以上の経験とする。
3. 病歴要約：病歴要約は全て異なる疾患群での提出が必要。ただし、外科紹介症例、剖検症例については、疾患群の重複を認める。
4. 各領域について
   ① 総合内科：病歴要約は「総合内科Ⅰ（一般）」、「総合内科Ⅱ（高齢者）」、「総合内科（腫瘍）」の異なる領域から1例ずつ計2例提出する。
   ② 消化器：疾患群の経験と病歴要約の提出それぞれにおいて「消化管」、「肝臓」、「胆・膵」が含まれること。
   ③ 内分泌と代謝：それぞれ1症例ずつ以上の病歴要約を提出する。
   例）「内分泌」2例＋「代謝」1例、「内分泌」1例＋「代謝」2例
5. 臨床研修時の症例について：例外的に各プログラムの委員会が認める内容に限り、その登録が認められる。登録は最大60症例を上限とし、病歴要約への適用については最大14症例を上限とする。

専門研修連携施設一覧

1	鹿児島市立病院	連携施設	52	下甑瀬々野浦診療所	特別連携施設
2	鹿児島医療センター	連携施設	53	下甑片野浦出張診療所	特別連携施設
3	南風病院	連携施設	54	鹿島診療所	特別連携施設
4	今給黎総合病院	連携施設	55	里診療所	特別連携施設
5	鹿児島市医師会病院	連携施設	56	笠沙診療所	特別連携施設
6	鹿児島県立大島病院	連携施設	57	岸良診療所	特別連携施設
7	鹿児島厚生連病院	連携施設	58	肝付町立病院	特別連携施設
8	公益財団法人慈愛会　今村総合病院	連携施設	59	佐多診療所	特別連携施設
9	指宿医療センター	連携施設	60	曽於医師会立病院	特別連携施設
10	済生会川内病院	連携施設	61	永田へき地診療所	特別連携施設
11	出水総合医療センター	連携施設	62	栗生診療所	特別連携施設
12	南九州病院	連携施設	63	竹島へき地診療所	特別連携施設
13	霧島市立医師会医療センター	連携施設	64	硫黄島へき地診療所	特別連携施設
14	川内市医師会立市民病院	連携施設	65	大里へき地診療所	特別連携施設
15	卓翔会記念病院	連携施設	66	黒島へき地診療所	特別連携施設
16	垂水中央病院	連携施設	67	口之島へき地診療所	特別連携施設
17	恒心会おぐら病院	連携施設	68	中之島へき地診療所	特別連携施設
18	小林市立病院	連携施設	69	平島へき地診療所	特別連携施設
19	鹿児島生協病院	連携施設	70	諏訪之瀬島へき地診療所	特別連携施設
20	種子島医療センター	連携施設	71	悪石島へき地診療所	特別連携施設
21	枕崎市立病院	連携施設	72	小宝島へき地診療所	特別連携施設
22	藤元総合病院	連携施設	73	宝島へき地診療所	特別連携施設
23	大分県立病院	連携施設	74	奄美市住用国民健康保険診療所	特別連携施設
24	国立病院機構沖縄病院	連携施設	75	奄美中央病院	特別連携施設
25	厚地脳神経外科病院	連携施設	76	国民健康保険大和診療所	特別連携施設
26	米盛病院	連携施設	77	今里へき地診療所	特別連携施設
27	いづろ今村病院	連携施設	78	瀬戸内へき地診療所	特別連携施設
28	池田病院	連携施設	79	瀬戸内町国民健康保険池地診療所	特別連携施設
29	鹿児島赤十字病院	連携施設	80	加計呂麻徳洲会診療所	特別連携施設
30	天陽会中央病院	連携施設	81	パナウル診療所	特別連携施設
31	腎愛会上山病院	連携施設	82	宮上病院	特別連携施設
32	康成会植村病院	連携施設	83	徳之島診療所	特別連携施設
33	恵山会共立病院	連携施設	84	薩摩郡医師会病院	特別連携施設
34	国分生協病院	連携施設	85	出水郡医師会広域医療センター	連携施設
35	県立北薩病院	連携施設	86	国立循環器病研究センター	連携施設
36	県立薩南病院	連携施設	87	大阪大学医学部附属病院	連携施設
37	肝属郡医師会立病院	連携施設	88	郡へき地診療所	特別連携施設
38	県民健康プラザ鹿屋医療センター	連携施設	89	秋目診療所	特別連携施設
39	公立種子島病院	特別連携施設	90	北山診療所	特別連携施設
40	サザン・リージョン病院	特別連携施設	91	南さつま市立坊津病院	特別連携施設
41	医療法人菊野会　菊野病院	特別連携施設	92	長崎大学病院	連携施設
42	指宿浩然会病院	特別連携施設	93	大勝病院	連携施設
43	野間池診療所	特別連携施設	94	玉水会病院	特別連携施設
44	獅子島へき地診療所	特別連携施設	95	長崎みなとメデイカルセンター	連携施設
45	長島町国民健康保険平尾診療所	特別連携施設	96	平和台病院	連携施設
46	長島町国民健康保険鷹巣診療所	特別連携施設	97	青雲会病院	特別連携施設
47	薩摩川内市上甑診療所	特別連携施設	98	宮崎市郡医師会病院	連携施設
48	薩摩川内市下甑手打診療所	特別連携施設	99	小倉記念病院	連携施設
49	下甑長浜診療所	特別連携施設	100	ベテスダクリニック	連携施設
50	下甑青瀬診療所	特別連携施設	101	沖縄県立中部病院	連携施設
51	下甑内川内出張診療所	特別連携施設	102	神戸市立医療センター中央市民病院	連携施設