

新専門医制度 内科領域 モデルプログラム

浜松労災病院

内科専門医研修プログラム…… P 1～15

専攻医研修マニュアル…… P 16～19

指導医マニュアル…… P 20～22

研修コースの選択について…… P 23～24

文中に記載されている資料『専門研修プログラム整備基準』『研修カリキュラム項目表』『研修手帳（疾患群項目表）』『技術・技能評価手帳』は、日本内科学会 Web サイトにてご参照ください。



浜松労災病院内科専門研修プログラム

目 次

1. 理念・使命・特性とプログラムの概要	1
2. 募集専攻医数	3
3. 修得される専門知識・専門技術	3
4. 年次ごとの専門知識・専門技術の習得計画	3
5. プログラム全体と各施設におけるカンファレンス	8
6. リサーチマインドの養成	9
7. 学術活動に関する研修	9
8. コア・コンピテンシーの研修	9
9. 地域医療における施設群の役割と専門研修施設群の構成要件	10
10. 専門医の評価時期と方法	10
11. 専門研修プログラム管理委員会	12
12. 専門研修指導医	13
13. プログラムとしての指導者研修（FD）	13
14. 専攻医の就業環境の整備機能（労務管理）	13
15. 内科専門研修プログラムの改善方法	14
16. 専攻医の募集および採用の方法	14
17. 内科専門研修の休止・中断、プログラム異動、プログラム外研修の条件	14
18. 専門研修施設（連携施設・特別連携施設）の選択	15
19. 専門研修施設群の地理的範囲	15

1. 理念・使命・特性とプログラムの概要

理念【整備基準1】

1) 本プログラムは、静岡県西部医療圏の中心的な急性期病院である独)労働者健康安全機構(平成28年4月より労働者健康福祉機構から呼称変更)浜松労災病院(以下、浜松労災病院)を基幹施設、同じ医療圏にある浜松医科大学附属病院(以下浜松医科大学)、浜松赤十字病院を連携施設、そして全人的医療・在宅医療などの研修のために、従来より浜松労災病院の初期臨床研修プログラムに参加している坂の上ファミリークリニック及び坂の上在宅医療支援医院を特別連携施設として構成されるものです。このプログラムを通じて基礎的臨床能力及び地域の実情に合わせた実践的医療の遂行能力が修得されます。修得後は必要に応じた可塑性のある内科専門医として静岡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(基幹施設2年間+連携・特別連携施設1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。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ります。これには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も含まれます。本研修プログラムでは診療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) 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) より高度な次のステップに踏み出す基盤的な研修プログラムでもあります。
- 3) リサーチマインドを涵養し臨床研究、基礎研究を実際に行う契機となる研修を行います。

特性

I. 研修プログラムの施設群と専門知識の習得[整備基準23-27]

1) 基幹施設である浜松労災病院は、静岡県西部医療圏の中心的な急性期病院であるとともに、地域の病診・病病連携の中核であります。一方で、地域に根ざす第一線の病院でもあり、コモンディジェーズの経験はもちろん、超高齢社会を反映し複数の病態を持った患者の診療経験、内科的救急疾患も数多く経験できます。連携施設としての浜松医科大学ではより高度な、或いは希少疾患も経験することが可能であり、基幹施設である浜松労災病院で経験できなかった疾患群をカバーします。連携施設の浜松赤十字病院は浜松労災病院と同様の地域の基幹的な急性期病院であり、多くの実践的な研修を行うことが可能です。特別連携施設の坂の上ファミリークリニック及び坂の上在宅医療支援医院では地域密着型の診療、病診連携の実際、そして超高齢者の診療、緩和医療や在宅訪問診療を経験することができます。

2) 最初の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45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。症例をある時点で経験するというだけでなく、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。

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。

3) 基幹施設である浜松労災病院での2年間と専門研修連携施設群での1年間で、「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、160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。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。参考として表1に浜松労災病院の昨年の新入院患者、外来患者を診療科ごとに示します。

表1 浜松労災病院 診療科別診療実績 (単位：人)

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	520	5,968
呼吸器科	521	7,558
循環器内科	1,230	15,961
糖尿病・内分泌代謝内科	125	4,428
腎臓内科	129	1,525
神経内科	73	4,352
総合内科	72	3,975
総合計	2,670	43,767

II 専門研修後の成果【整備基準3】

内科専門医の使命は高い倫理観を持ち、最新の標準的医療を実践し安全な医療を心がけ、プロフェッショナルリズムに基づく患者中心の医療を展開することです。

具体的には本プログラムにより以下のような成果を獲得します。

1) 地域医療における内科領域の診療医（総合内科医、かかりつけ医）：超高齢化社会を迎え、総合内科医やかかりつけ医の役割は益々重要となります。本プログラムでは基幹施設の浜松労災病院と連携施設の浜松赤十字病院とで地域医療の実際を幅広く研修し、総合内科医、かかりつけ医としての能力を獲得し、終末期医療、在宅医療は特別連携施設の坂の上ファミリークリニック及び坂の上在宅医療

支援医院で研修します。

- 2) 内科系救急医療の専門医：基幹施設の浜松労災病院および連携施設の浜松医科大学、浜松赤十字病院で循環器系、消化器系、脳神経系、内分泌代謝系、呼吸器系などの内科系救急疾患に対してトリアージを含めた適切な対応を幅広く、かつ深く研修します。
- 3) 総合内科的視点を持った **Subspecialist**：基幹施設および浜松医科大学において内科医としてのプロフェッショナルリズムと総合内科的視点を基盤とし、**Subspecialist** としての研修や高度・先進的医療、大学院などでの研究を開始する準備を整えうる経験を獲得します。

2. 募集専攻医数【整備基準 27】

基幹施設である浜松労災病院は連携施設との相乗りであり、医療資源、指導医数から勘案して専攻医は1学年3名とします。この定員範囲内であれば専攻医2年修了時に「研修手帳（疾患群項目表）」に定められた120症例以上の診療経験と29病歴要約の作成は可能であり、専攻医3年終了時に「研修手帳（疾患群項目表）」に定められた少なくとも56疾患群、160症例は達成可能です。連携施設は高次機能を有し、希少疾患を経験可能な大学病院と地域の基幹病院であり、特別連携施設は終末期医療、在宅医療を経験可能な有床医院であり、専攻医のさまざま希望・将来像に対応可能です。

剖検数は3体とします。

3. 習得される専門知識・専門技能

- 1) 専門知識【整備基準4】[「内科研修カリキュラム項目表」参照]

専門知識の範囲（分野）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」、ならびに「救急」で構成されます。

これらの分野における「解剖と機能」、「病態生理」、「身体診察」、「専門的検査」、「治療」、「疾患」などを目標（到達レベル）とします。

- 2) 専門技能【整備基準5】[「技術・技能評価手帳」参照]

内科領域の「技能」は、幅広い疾患を網羅した知識と経験とに裏付けをされた、医療面接、身体診察、検査結果の解釈、ならびに科学的根拠に基づいた幅の広い診断・治療方針決定を指します。さらに全人的に患者・家族と関わってゆくことや他の **Subspecialty** 専門医へのコンサルテーション能力とが加わります。

4. 年次ごとの専門知識・専門技能の習得計画【整備基準 16、25、31】

- 1) 到達目標【整備基準8～10】主担当医として「研修手帳（疾患群項目表）」(表2)に定める全70疾患群を経験し、200症例以上経験することを目標とします。

以下に年次ごとに研修計画を記すが、本プログラムの特徴で重要な点は地域に根ざした研修を行うことである。その一環として総合内科コース、**Subspecialty** コースともに坂の上ファミリークリニック及び坂の上在宅医療支援医院にて研修を行い、終末期医療、緩和医療、超高齢者医療を実践する（2年次）。さらに地域医療で求められている地域包括ケアシステムの実情を理解するために地域包括ケア病棟での入院患者を担当し、患者と家族や地域のコミュニティとの関係性を理解し、医療連携

システムの実際を研修する。浜松労災病院、浜松赤十字病院ともに地域包括ケア病棟を有している。
(2年次、3年次)。

専門研修(専攻医) 希望に応じて総合内科コース、**Subspecialty** 重点コースのどちらかを選択し、
年限ごとに内科専門医に求められる知識・技能・態度の研修を行います。詳細は23-24頁に記載し
ています。

○専門研修(専攻医) 1年; 基幹施設で行う。

総合内科コース、**Subspecialty** 重点コースともに7診療科(内分泌と代謝を分けると8診療科)
をほぼ均等に配分し研修します。なお、これらの診療科において「アレルギー」、「感染症」「救急」
は研修可能であり、「血液」、「膠原病および類縁疾患」については連携施設である浜松医科大学で
2年目に研修します。

- ・症例:「研修手帳(疾患群項目表)」に定める70疾患群のうち、少なくとも20疾患群、60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**)にその研修内容を登録しま
す。以下、全ての専攻医の登録状況については担当指導医の評価と承認が行われます。
- ・専門研修修了に必要な病歴要約を10症例以上記載して日本内科学会専攻医登録評価システム
(**J-OSLER**)に登録します。
- ・技能:研修中の疾患群について、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
決定を指導医、**Subspecialty** 上級医とともに行うことができます。
- ・態度:専攻医自身の自己評価と指導医、**Subspecialty** 上級医および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います。

○専門研修(専攻医) 2年: 連携病院、特別連携病院で行います。

総合内科コース; 症例不足が予想される疾患群(血液疾患など)の研修を浜松医科大学で3ヶ月
間行います。残りの期間は浜松赤十字病院で救急、コモンディジェーズなどに対する実地臨床の研修
(3ヶ月)を行います。そして坂の上ファミリークリニック(3ヶ月)及び坂の上在宅医療支援医
院(3ヶ月)で終末期医療、超高齢者医療、在宅診療などを研修します。

Subspecialty 重点コース; 症例不足が予想される疾患群(血液疾患など)の研修を浜松医科大
学で3ヶ月間行います。さらに、浜松医科大学の希望診療科で3ヶ月間の研修を行います。残りの
期間は浜松赤十字病院で3ヶ月そして坂の上ファミリークリニック及び坂の上在宅医療支援医
院のどちらかで3ヶ月で研修します。

症例:「研修手帳(疾患群項目表)」に定める70疾患群のうち、通算で少なくとも45疾患群、
120症例以上の経験をし、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
登録します。専門研修修了に必要な病歴要約をすべて記載して日本内科学会専攻医登録評価システ
ム(**J-OSLER**)への登録を終了します。

- ・技能:研修中の疾患群について、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
決定を指導医、**Subspecialty** 上級医の監督下で行うことができます。
- ・態度:専攻医自身の自己評価と指導医、**Subspecialty** 上級医および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ます。専門研修(専攻医)一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。

○専門研修（専攻医）3年：基幹病院で行います。

総合内科コース；希望に応じてある程度診療科を絞って研修することは可能です。

Subspecialty 重点コース；希望する単一診療科を3－9ヶ月間、研修します。2年目における大学での希望診療科と同種の診療科となりますが、同種の診療科での研修期間は12ヶ月を超えないようにします。残りの期間は他の診療科を希望に応じてローテートします。

- ・ 症例：主担当医として「研修手帳（疾患群項目表）」に定める全70疾患群を経験し、200症例以上経験することを目標とします。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160症例以上（外来症例は1割まで含むことができます）を経験し、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します。
 - ・ 専攻医として適切な経験と知識の修得ができることを指導医が確認します。
 - ・ 既に専門研修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（仮称）による査読を受けます。査読者の評価を受け、形成的により良いものへ改訂します。但し、改訂に値しない内容の場合は、その年度の受理が一切認められないことに留意します。
 - ・ 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ます。
 - ・ 態度：専攻医自身の自己評価と指導医、**Subspecialty** 上級医および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ます。専門研修（専攻医）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、内科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。

専門研修修了には、すべての病歴要約29症例の受理と、少なくとも70疾患群中の56疾患群以上で計160症例以上の経験を必要とします。日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）における研修ログへの登録と指導医の評価と承認とによって目標を達成します。

表 2

内科専攻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

	内容	専攻医3年終了時	専攻医3年終了時	専攻医2年終了時	専攻医1年終了時	*5病歴要約提出数
		カリキュラムに示す疾患群	修了要件	経験目標	経験目標	
分野	総合内科Ⅰ(一般)	1	1 *2	1		2
	総合内科Ⅱ(高齢者)	1	1 *2	1		
	総合内科Ⅲ(腫瘍)	1	1 *2	1		
	消化器	9	5以上 *1*2	5以上 *1		3 *1
	循環器	10	5以上 *2	5以上		3
	内分泌	4	2以上 *2	2以上		3 *1
	代謝	5	3以上 *2	3以上		
	腎臓	7	4以上 *2	4以上		2
	呼吸器	8	4以上 *2	4以上		3
	血液	3	2以上 *2	2以上		2
	神経	9	5以上 *2	5以上		2
	アレルギー	2	1以上 *2	1以上		1
	膠原病	2	1以上 *2	1以上		1
	感染症	4	2以上 *2	2以上		2
	救急	4	4 *2	4		2
	外科紹介症例					2
	解剖症例					1
	合計 *5	70疾患群	56疾患群 (任意選択含む)	45疾患群 (任意選択含む)	20疾患群	29症例 *3 (外来は最大7)
	症例数 *5	200以上 (外来は最大20)	160以上 (外来は最大16)	120以上	60以上	

- *1 消化器分野では『疾患群』の経験と『病歴要約』の提出のそれぞれにおいて、『消化管』、『肝臓』、『胆・膵』が含まれること。
- *2 修了要件に示した分野の合計は 41 疾患群だが、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 外来症例による病歴要約の提出を 7 例まで認める。(全て異なる疾患群での提出が必要)
- *4 『内分泌』と『代謝』からはそれぞれ 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 初期臨床研修時の症例は、例外的に各専攻医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。

2) 臨床現場での学習【整備基準 13】

実際の学習は以下のとおりです。また、自らが経験することのできなかった症例については、カンファレンスや自己学習によって知識を補足します。これらを通じて、遭遇する事が稀な疾患であっても類縁疾患の経験と自己学習によって適切な診療を行えるようにします。

- ① 内科専攻医は、担当指導医もしくは **Subspecialty** の上級医の指導の下、主担当医として入院症例と外来症例の診療を通じて、内科専門医を目指して常に研鑽します。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。
- ② 定期的（毎週 1 回）に開催する各診療科あるいは内科合同カンファレンスを通じて、担当症例の病態や診断過程の理解を深め、多面的な見方や最新の情報を得ます。また、プレゼンターとして情報検索およびシュミレーション能力を高めます。
- ③ 総合内科外来（初診を含む）と **Subspecialty** 診療科外来（初診を含む）を少なくとも週 1 回、1 年以上担当医として経験を積みます。
- ④ 救急宿日直で内科領域の救急診療の経験を積みます。
- ⑤ 当直医として病棟急変などの経験を頼みます。
- ⑥ 必要に応じて、**Subspecialty** 診療科検査を担当します。

《内科研修プログラムの週間スケジュール：消化器内科の例》

	月	火	水	木	金	土・日
午前	受け持ち患者情報の把握				抄読会	
	チーム回診	上部消化管内視鏡検査	カンファレンス	チーム回診	チーム回診	
	病棟	総回診	一般外来	病棟	病棟	
午後	各種インターバージョン	各種インターバージョン	病棟	病棟	ERCP	
			消外との合同カンファレンス	症例検討会	weekly summary discussion	
	当直(1/週)					

3) 臨床現場を離れた学習【整備基準 14】

1) 最新のエビデンスや病態理解・治療法の理解、2) 標準的な医療安全や感染対策に関する事項、3) 医療倫理、医療安全、感染防御、臨床研究や利益相反に関する事項、4) 専攻医の指導・評価方法に関する事項、などについて、以下の方法で研鑽します。

- ① 定期的（毎週 1 回程度）に開催する各診療科での抄読会
- ② 医療倫理・医療安全・感染防御に関する講習会（基幹施設 2014 年度実績 12 回）

※内科専攻医は年に 2 回以上受講します。

- ③ CPC（基幹施設 2014 年度実績 5 回）
- ④ 研修施設群合同カンファレンス（2017 年度：年 2 回開催予定）
- ⑤ 地域参加型の院外のカンファレンス・研究会・講習会
- ⑥ JMECC 受講
 専門研修 1 年もしくは 2 年までに 1 回受講します。
- ⑦ 内科系学術集会に参加、発表します。
- ⑧ 各種指導医講習会／JMECC 指導者講習会に参加します。 など

4) 自己学習【整備基準 15】

「研修カリキュラム項目表」では、知識に関する到達レベルを **A**（病態の理解と合わせて十分に深く知っている）と **B**（概念を理解し、意味を説明できる）に分類、技術・技能に関する到達レベルを **A**（複数の経験を経て、安全に実施できる、または判定できる）、**B**（経験は少数例であるが、指導者の立ち会いのもとで安全に実施できる、または判定できる）、**C**（経験はないが、自己学習で内容と判断根拠を理解できる）に分類、さらに、症例に関する到達レベルを **A**（主担当医として自ら経験した）、**B**（間接的に経験している（実症例をチームとして経験した、または症例検討会を通して経験した）、**C**（レクチャー、セミナー、学会が公認するセルフスタディやコンピュータシミュレーションで学習した）と分類しています。（「研修カリキュラム項目表」参照）

自身の経験がなくても自己学習すべき項目については、以下の方法で学習します。

- ① 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
- ② 日本内科学会雑誌にある MCQ
- ③ 日本内科学会が実施しているセルフトレーニング問題 など

5) 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム【整備基準 41】

日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて、以下を web ベースで日時を含めて記録します。

- ・ 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 160 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。
- ・ 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間後に登録し、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受理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。

5. プログラム全体と各施設におけるカンファレンス【整備基準 13、14】

プログラム全体と各施設のカンファレンスについては基幹施設である浜松労災病院臨床研修センター（仮称）が把握し、定期的に E-mail など専攻医に周知し、出席を促します。

6. リサーチマインドの養成【整備基準 6、12、30】

内科専攻医に求められる姿勢とは単に症例を経験することにとどまらず、これらを自ら深めてゆく姿勢です。この能力を以下から修練します。

- ① 患者から学ぶという姿勢を基本とする。
- ② 科学的な根拠に基づいた診断、治療を行う（EBM ;evidence based medicine）。
- ③ 最新の知識、技能を常にアップデートする（生涯学習）。
- ④ 診断や治療の evidence の構築・病態の理解につながる研究を行う。
- ⑤ 症例報告を通じて深い洞察力を磨く。

併せて、

- ① 初期研修医あるいは医学部学生の指導を行う。
- ② 後輩専攻医の指導を行う。
- ③ メディカルスタッフを尊重し、指導を行う。

を通じて、内科専攻医としての教育活動を行います。

7. 学術活動に関する研修【整備基準 12】

- ① 内科系の学術集会や企画に年 2 回以上参加します（必須）。

※日本内科学会本部または支部主催の生涯教育講演会、年次講演会、CPC および内科系 Subspecialty 学会の学術講演会・講習会を推奨します。

- ② 経験症例についての文献検索を行い、症例報告を行います。

これらを通じて、科学的根拠に基づいた思考を全人的に活かせるようにし、さらに、問題解決における基礎研究の意義を理解します。

内科専攻医は学会発表あるいは論文発表は筆頭者で 2 件以上行います。

8. コア・コンピテンシーの研修【整備基準 7】

「コンピテンシー」とは観察可能な能力で、知識、技能、態度が複合された能力です。その中で共通・中核となる、コア・コンピテンシーは倫理観・社会性です。

本プログラム研修施設群は基幹施設、連携施設、特別連携施設のいずれにおいても指導医、Subspecialty 上級医とともに下記 1) ～10) について積極的に研鑽する機会を与えます。

- ① 患者とのコミュニケーション能力
- ② 患者中心の医療の実践
- ③ 患者から学ぶ姿勢
- ④ 自己省察の姿勢
- ⑤ 医の倫理への配慮
- ⑥ 医療安全への配慮
- ⑦ 公益に資する医師としての責務に対する自律性（プロフェッショナリズム）
- ⑧ 地域医療保健活動への参画
- ⑨ 他職種を含めた医療関係者とのコミュニケーション能力
- ⑩ 後輩医師への指導

9. 地域医療における施設群の役割【整備基準 11、28、29】と専門研修施設群の構成要件【整備基準 25】

本内科専門研修施設群研修施設は静岡県西部医療圏の施設から構成されています。

基幹施設である浜松労災病院は、静岡県西部医療圏の中心的な専門性の高い急性期病院であるとともに、地域の病診・病病連携の中核です。一方で、地域に根ざす第一線の病院でもあり、内科的救急疾患やコモンディジーズの経験はもちろん、超高齢社会を反映し複数の病態を持った患者の診療も経験できます。また、臨床研究や症例報告などの学術活動の素養を身につけることもできます。

連携施設、特別連携施設には、内科専攻医の多様な希望・将来性に対応し、高度急性期医療、地域医療や全人的医療を組み合わせ、患者の生活に根ざした医療を経験できることを目的に、高次機能・専門病院である浜松医科大学、そして浜松労災病院と同様の本医療圏の急性期基幹病院である浜松赤十字病院、および地域に根ざした医療を中心とする坂の上ファミリークリニック及び坂の上在宅医療支援医院からなっています。

浜松医科大学では高度な急性期医療、より専門的な内科診療、希少疾患を中心とした診療経験を研修し、臨床研究や基礎的研究などの学術活動の素養を身につけます。浜松赤十字病院では浜松労災病院と異なる環境で、地域の第一線における中核的な医療機関での診療経験をさらに研修します。坂の上ファミリークリニック及び坂の上在宅医療支援医院では地域医療密着型施設として地域に根ざした医療、地域包括ケア、超高齢者診療、緩和医療、在宅医療などを修得します。特別連携施設である坂の上在宅医療支援病院での研修は、浜松労災病院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います。浜松労災病院の担当指導医が、坂の上ファミリークリニック及び坂の上在宅医療支援医院の上級医とともに、専攻医の研修指導にあたり、指導の質を保ちます。

10. 専攻医の評価時期と方法【整備基準 17、19～22】

(1) 浜松労災病院臨床研修センター（仮称：2016年度設置予定）の役割

- ・ 同センター内に浜松労災病院内科専門研修プログラム管理委員会を置きます。
- ・ 研修プログラム開始時に、各専攻医が初期研修期間などで経験した疾患について日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）の研修手帳 Web 版を基にカテゴリー別の充足状況を確認します。
- ・ 3ヶ月ごとに専攻医登録評価システム（J-OSLER）にて専攻医の研修実績と到達度を適宜追跡し、専攻医による専攻医登録評価システム（J-OSLER）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。
- ・ 6ヶ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。
- ・ 6ヶ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。
- ・ 年に複数回（8月と2月、必要に応じて臨時に）、専攻医自身の自己評価を行います。その結果は日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を通じて集計され、1ヶ月以内に担当指導医によって専攻医に形式的にフィードバックを行って、改善を促します。
- ・ 臨床研修センター（仮称）は、メディカルスタッフによる 360 度評価（内科専門研修評価）を毎年複数回（8月と2月、必要に応じて臨時に）行います。担当指導医、Subspecialty 上級医

に加えて、看護師長、看護師、臨床検査・放射線技師・臨床工学技士、事務員などから、接点の多い職員 5 人を指名し、評価します。評価表では社会人としての適性、医師としての適正、コミュニケーション、チーム医療の一員としての適性を多職種が評価します。評価は無記名方式で、臨床研修センター（仮称）もしくは統括責任者が各研修施設の研修委員会に委託して 5 名以上の複数職種に回答を依頼し、その回答は担当指導医が取りまとめ、日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）に登録します（他職種はシステムにアクセスしません）。その結果は日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を通じて集計され、担当指導医から形式的にフィードバックを行います。

- ・ 日本専門医機構内科領域研修委員会によるサイトビジット（施設実地調査）に対応します。

(2) 専攻医と担当指導医の役割と修了に向けて行うべきこと

- ・ 専攻医 1 人に 1 人の担当指導医（メンター）が浜松労災病院内科専門研修プログラム管理委員会により決定されます。
- ・ 専攻医は 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し、担当指導医は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。
- ・ 専攻医は、1 年目専門研修終了時に研修カリキュラムに定める 70 疾患群のうち 20 疾患群、60 症例以上の経験と登録を行うようにします。2 年目専門研修終了時に 70 疾患群のうち 45 疾患群、120 症例以上の経験と登録を行うようにします。3 年目専門研修終了時には 70 疾患群のうち 56 疾患群、160 症例以上の経験の登録を修了します。それぞれの年次で登録された内容は都度、担当指導医が評価・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、専攻医登録評価システム（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（仮称）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。
- ・ 専攻医は、専門研修（専攻医）2 年修了時までには 29 症例の病歴要約を順次作成し、日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）に登録します。担当指導医は専攻医が合計 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・評価で受理されるように病歴要約について確認し、形式的な指導を行います。専攻医は、内科専門医ボードのピアレビュー方式の査読・形式的評価に基づき、専門研修（専攻医）3 年次修了までにすべての病歴要約が受理（アクセプト）されるように改訂します。これによって病歴記載能力を形式的に深化させます。

(3) 評価の責任者

年度ごとに担当指導医が評価を行い、基幹施設あるいは連携施設の内科研修委員会で検討します。その結果を年度ごとに本専門研修プログラム管理委員会で検討し、統括責任者が承認します。

(4) 修了判定【整備基準 53】

- 1) 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、以下 i)～vi) の修了を確認します。
 - i) 主担当医として「研修手帳（疾患群項目表）」に定める全 70 疾患群、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）の経験を目標とし、その研修内容の日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）への登録。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 160 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ます）の経験。
 - ii) 29 病歴要約の内科専門医ボードによる査読・形成的評価後の受理
 - iii) 所定の 2 編の学会発表または論文発表
 - iv) JMECC 受講
 - v) プログラムで定める講習会受講
 - vi) 日本内科学会専攻医登録評価システム（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の
修得
- 2) 本専門医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し、研修期間修了約 1 ヶ月前に本専門医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を行います。

(5) プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

「専攻医研修実績記録フォーマット」、「指導医による指導とフィードバックの記録」および「指導者研修計画（FD）の実施記録」は、日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用います。

1 1. 専門研修プログラム管理委員会【整備基準 34、35、37～39】

- 1) 内科専門研修プログラムの管理運営体制
本専門研修プログラムの管理運営のためにプログラム管理委員会を浜松労災病院内に設置し、統括責任者、プログラム管理者を選任します。内科 Subspecialty 分野の研修指導責任者を管理委員とします。プログラム管理委員会の下部組織として基幹施設、連携施設、特別連携施設に専攻医の研修を管理する研修員会を置き、委員長が統括します。
- 2) 内科専門研修プログラム委員会
統括責任者：豊島幹生、プログラム管理者：大石裕子
委員：篠田英二（循環器内科）、豊島幹生（呼吸器内科）、大田悠司（消化器内科）、床並房雄（神経内科）、大石裕子（内分泌代謝内科）、太田孝行（腎臓内科）、神田宏（総合内科）、山田美保（救急）
- 3) 研修委員会

循環器内科；篠田英二、河本章、前田千代、呼吸器内科；豊島幹生、土屋一夫、消化器内科；大田悠司、北村陽介、北山嘉隆、内分泌代謝内科；大石裕子、槇野裕也、河野英里子、神経内科；床並房雄、腎臓内科；太田孝行、総合内科；神田宏、田邊順子、救急；山田美保

12. 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。

【必要要件】

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田冷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。

13. プログラムとしての指導者研修(FD)【整備基準18、43】

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)を活用します。

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。

14. 専攻医の就業環境の整備機能(労務管理)【整備基準40】

労働基準法や医療法を順守することを原則とします。

専門研修(専攻医)1年目、3年目は基幹施設である浜松労災病院の就業環境に、専門研修(専攻医)2年目は連携施設もしくは特別連携施設の就業環境に基づき、就業します。

基幹施設である浜松労災病院の整備状況：

- ・研修に必要な図書室とインターネット環境があります。
- ・浜松労災病院嘱託医師乃至は常勤医師として労務環境が保障されています。
- ・メンタルストレスに適切に対処する部署(総務課職員担当)があります。
- ・ハラスメント委員会が整備されています。
- ・女性専攻医が安心して勤務できるように、休憩室、更衣室、当直室などが整備されています。
- ・敷地内に院内保育所があり、利用可能です。

また、総括的評価を行う際、専攻医および指導医は専攻医指導施設に対する評価も行い、その内容は本専門研修プログラム管理委員会に報告されるが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれ、適切に改善を図ります。

15. 内科専門研修プログラムの改善方法【整備基準 48～51】

1) 専攻医による指導医および研修プログラムに対する評価

日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて無記名式逆評価を行います。逆評価は年に複数回行います。また、年に複数の研修施設に在籍して研修を行う場合には、研修施設ごとに逆評価を行います。その集計結果は担当指導医、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。また集計結果に基づき、本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。

2) 専攻医等からの評価（フィードバック）をシステム改善につなげるプロセス

専門研修施設の内科専門研修委員会、本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は日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて、専攻医の逆評価、専攻医の研修状況を把握します。把握した事項については浜松労災病院内科専門研修プログラム管理委員会が対応を検討します。

なお、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である場合は、専攻医や指導医から日本専門医機構内科領域研修委員会を相談先とします。

3) 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

浜松労災病院臨床研修センター（仮称）と本専門研修プログラム管理委員会は、本専門研修プログラムに対する日本専門医機構内科領域研修委員会からのサイトビジットを受け入れ対応します。その評価を基に、必要に応じて本専門研修プログラムの改良を行います。

本専門研修プログラム更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構内科領域研修委員会に報告します。

16. 専攻医の募集および採用の方法【整備基準 52】

本プログラム管理委員会は、毎年7月から website での公表や説明会などを行い、内科専攻医を募集します。翌年度のプログラムへの応募者は、11月30日までに浜松労災病院臨床研修センター（仮称）の website の浜松労災病院医師募集要項（浜松労災病院内科専門研修プログラム：内科専攻医）に従って応募します。書類選考および面接を行い、翌年1月の浜松労災病院内科専門研修プログラム管理委員会において協議の上で採否を決定し、本人に文書で通知します。

（問い合わせ先）

浜松労災病院臨床研修センター（仮称）E-mail: HP: : <http://www.hamamatsuh.rofuku.go.jp>

浜松労災病院内科専門研修プログラムを開始した専攻医は遅滞なく日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）にて登録を行います。

17. 内科専門研修の休止・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】

やむを得ない事情により他の内科専門研修プログラムの移動が必要になった場合には、適切に日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いて本専門研修プログラムでの研修内容を遅滞なく登録し、担当指導医が認証します。これに基づき、本専門研修プログラム管理委員会と移動後のプログラム管理委員会が、その継続的研修を相互に認証することにより、専攻医の継続的な研修を認めます。他の内科専門研修プログラムから本専門研修プログラムへの移動の場合も同様です。

他の領域から本専門研修プログラムに移行する場合、他の専門研修を修了し新たに内科領域専門研修をはじめる場合、あるいは初期研修における内科研修において専門研修での経験に匹敵する経験をしている場合には、当該専攻医が症例経験の根拠となる記録を担当指導医に提示し、担当指導医が内科専門研修の経験としてふさわしいと認め、さらに本専門研修プログラム統括責任者が認めた場合に限り、日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）への登録を認めます。症例経験として適切か否かの最終判定は日本専門医機構内科領域研修委員会の決定によります。

疾病あるいは妊娠・出産、産前後に伴う研修期間の休止については、プログラム終了要件を満たしており、かつ休職期間が6ヶ月以内であれば、研修期間を延長する必要はないものとします。これを超える期間の休止の場合は、研修期間の延長が必要です。短時間の非常勤勤務期間などがある場合、按分計算（1日8時間、週5日を基本単位とします）を行なうことによって、研修実績に加算します。

留学期間は、原則として研修期間として認めません。

18. 専門研修施設（連携施設・特別連携施設）の選択

- ・ 専攻医になるに際して総合内科コース、Subspecialty 重点コースを決定しますが、再度1年目の冬に専攻医の希望・将来像、研修達成度およびメディカルスタッフによる内科専門研修評価などを基に、2年目の研修施設を調整し決定します。
- ・ 病歴提出を終える専攻医3年目の1年間は、基幹施設で研修をします。

19. 専門研修施設群の地理的範囲【整備基準 26】

静岡県西部医療圏の施設から構成しています。すべての施設には車で30分以内で移動できます。

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

以下のように想定します。

- 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 Subspecialty 専門医：総合内科（Generalist）の視点から、内科系 Subspecialty 専門医として病院におい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(後期研修)3年間の研修で育成されます。

3. 研修施設群の各施設名

基幹病院：独）労働者健康安全機構 浜松労災病院（以下、浜松労災病院）
連携病院；浜松医科大学付属病院、浜松赤十字病院
特別連携施設：坂の上ファミリークリニック及び坂の上在宅医療支援医院

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浜松労災病院内に設置し、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) 内科専門研修プログラム委員会

統括責任者：豊島幹生、プログラム管理者：大石裕子

委員：篠田英二（循環器内科）、豊島幹生（呼吸器内科）、大田悠司（消化器内科）、床並房雄（神経内科）、大石裕子（内分泌代謝内科）、太田孝行（腎臓内科）、神田宏（総合内科）、山田美保（救急）

3) 研修委員会

循環器内科；篠田英二、河本章、前田英里子、呼吸器内科；豊島幹生、土屋一夫、消化器内科；大田悠司、北村陽介、北山嘉隆、；内分泌代謝内科；大石裕子、槇野裕也、河野英里子、神経内科；床並房雄、腎臓内科；太田孝行、総合内科；神田宏、田邊順子、救急；山田美保

4) 指導医一覧

篠田英二、豊島幹生、大石裕子、神田宏、床並房雄の5名

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二つのコース、1) 総合内科コースと2) Subspecialty コースを設定しています。前者は本項の1. の中の1) - 3) の医師を目指すものであり、2) は4) の総合内科的視点を持った Subspecialty 専門医を目指します。

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、浜松労災病院（基幹病院）で血液疾患、膠原病以外は充足される予定です（3頁表1に記載）。血液疾患、膠原病については浜松医科大学での研修で満たされる予定です。研修委員会で当該専攻医の症例経験状況を細かくチェックし症例の過不足を絶えず把握し、その状況を踏まえて迅速に対応します。前述したように研修期間内に全疾患群の経験ができるようにプログラム管理委員会、研修委員会のきめ細かいチェックを行います。また、初期研修時での症例を必要に応じ登録すること、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標

1) 総合内科コース

1年目は基幹病院である浜松労災病院で各診療科を1~2ヶ月間ずつ研修します。2年目は連携施設である大学病院で基幹施設では充足が不足する血液疾患、膠原病あるいは希少疾患を経験しうる診療科にて3ヶ月間を目途に研修します。残りの9ヶ月間は他の地域基幹病院を経験する意味で浜松赤十字病院と地域密着型で終末期医療や在宅医療などを研修できる坂の上ファミリークリニック及び坂の上在宅医療支援医院（各3ヶ月）で研修します。この時点で45疾患群以上の経験と病歴要約29編の記載と登録が修了し、基幹病院で経験できない疾患もカバーしておきます。3年目は浜松労災病院に戻り最初の3ヶ月間は不足症例を補充する疾患群の研修にあてます。同時に内科専門医取得のための病歴提出準備期間とします。残りの9ヶ月間で全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各診療科をローテートし、通算で最低56疾患群以上160症例の研修内容を登録します。また、当該専攻医がさらに研修を積みたいと希望する診療科にて期間内に研修を行うことも可能です。

2) Subspecialty 重点コース

希望する Subspecialty 領域は12ヶ月を超えない範囲で重点的に研修するコースです。1年目は1) の総合内科コースと同様です。2年目は最初の3ヶ月間は1) と同様に基幹施設である浜松労災病院では充足が不足する血液疾患、膠原病あるいは希少疾患を経験しうる浜松医大の診療科にて研修します。その後、引き続いて浜松医大で希望する単一診療科で3ヶ月研修し、残りの6ヶ月を浜松赤十字病院（3ヶ月）と坂の上ファミリークリニック或いは坂の上在宅医療支援医院（3ヶ月）で研修します。この時点で45疾患群以上の経験と病歴要約29編の記載と登録が修了します。3年目は浜松労災病院にて最初の3ヶ月間は1) と同様に不足している疾患群の研修と内科専門医取得のための病歴提出準備期間にあてます。残りの9ヶ月間は、希望診療科にて研修します。ただし、全期間を通じて同種の診療科での研修は12ヶ月を超えないようにします。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 160 症例の研修内容を登録します。

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。
- 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. プログラム修了判定

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 160 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原則として当該の基幹施設、連携施設、

特別連携施設のそれらに準拠し、労働基準法を順守します。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希望するキャリアに対応するため、以下の2つのコースを設定します。

①総合内科コース、②Subspecialty 重点コースです。どちらのコースにおいても専門医試験を受けるまで万全の指導体制を確立します。

13. 継続した Subspecialty 領域の研修の可否

内科学における13のSubspecialty領域の症例を経験するため、基幹病院と連携施設で70疾患群と200症例を研修します。専攻医の希望や研修の環境に応じて、当該のSubspecialty領域に重点を置いた専門研修を行うことは可能です（Subspecialty 重点コース）。本プログラム修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。

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。

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

- ・ 担当指導医（メンター）が受け持つ専攻医を、1名あたり3名まで、浜松労災病院内科専門研修プログラム委員会が決定します。
- ・ 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。
- ・ 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、形式的な指導を行います。連携施設を研修している間は、担当指導医は連携施設における直接の指導医と密に連絡を取り、研修到達度を把握します。

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」に示す通りです。
- ・ 担当指導医は、専攻医からの報告を受け、総合臨床教育・研修センターに連絡します。そして3ヶ月ごとに専攻医登録評価システム(J-OSLER)にて専攻医の研修実績と到達度を適宜追跡し、専攻医による専攻医登録評価システム(J-OSLER)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、総合臨床教育・研修センターと協働して、6ヶ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、Subspecialty 専門医や臨床教育・研修センターと相談して、6ヶ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、総合臨床教育・研修センターと協働して、年2回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ヶ月以内に担当指導医は専攻医にフィードバックを行い、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式的に行って、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、専攻医登録評価システム (J-OSLER)での専攻医による症例登録の評価を行います。
- ・専攻医登録評価システム(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第三者が認め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は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専攻医登録評価システム(J-OSLER)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

- ・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。
- ・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、担当指導医が適切と認め登録された病歴要約全 29 症例を担当指導医が承認します。
- ・担当指導位は、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) のピアレビューによって指摘された事項について、専攻医が適切に改訂しアクセプトされるまでの期間を指導します。
- ・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把握します。担当指導医と総合臨床教育・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、浜松労災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ます。

6) 指導に難渋する専攻医の扱い

必要に応じて、臨時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、その結果を基に浜松労災病院内科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

各々の施設の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、形式的に指導します。

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。

研修コースの選択について

総合内科コースと Subspecialty 重点コースのどちらからを選択します。(4頁の専門知識・専門技能の習得計画参照)

1) 総合内科コース

浜松労災病院には1、3年目に勤務します。

1年目は循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、内分泌代謝内科、神経内科、総合内科を1～2ヶ月ローテートします。この間に感染症、アレルギー疾患についての研修も含まれます。3～4回/月の救急当直を行い、プライマリーケアおよび内科的救急を研修します。

2年目は最初の1～3ヶ月間、浜松医科大学の当該診療科で血液疾患、膠原病について研修します。残りの期間は浜松赤十字病院の内科系診療科にて1回程度/週の外来を含め、研修します。希望に応じて坂の上ファミリークリニック及び坂の上在宅医療支援医院にて終末医療、在宅診療、超高齢者診療などを経験します。

3年目は浜松労災病院にて行います。最初の3ヶ月間は予備期間として不足症例の充足と専門医取得のための病歴提出準備期間にあて、残りの9ヶ月間は1年目に準じた形でローテートしますが、より絞った形でいくつかの希望診療科をローテートすることが可能です。

専攻医研修	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年目	浜松労災病院6内科系診療科をほぼ均等にローテート											
	3～4回/月の救急当直・JMECC受講											
2年目	浜松医科大学にて 血液疾患・膠原病			浜松赤十字病院(3ヶ月) 坂の上ファミリークリニック(3ヶ月) 及び坂の上在宅医療支援医院(3ヶ月)								
	3ヶ月			外来1回/週								
3年目	不足症例補完			浜松労災病院にてローテート								
	内科専門医取得のための病歴提出準備											
そのほかプログラム(安全管理セミナー・感染セミナーの年2回の受講、CPCの受講)												

2) Subspecialty 重点コース

浜松労災病院には1, 3年目に勤務します。

1年目は循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、内分泌代謝内科、神経内科、総合内科を1～2ヶ月ローテートします。この間に感染症、アレルギー疾患についての研修も含まれます。3～4回/月の救急当直を行い、内科的救急を研修します。

2年目は浜松医科大学の当該診療科で血液疾患、膠原病に対する研修を行い、その後、希望する診療科にて3～6ヶ月研修します。残りの期間は浜松赤十字病院 and /or 坂の上ファミリークリニック及び坂の上在宅医療支援医院にて研修します。

3年目は浜松労災病院にて行います。最初の3ヶ月間は予備期間として不足症例の充足と専門医取得のための病歴提出準備期間にあて、残りの9ヶ月間は Subspecialty 専門医習得レベルの研修を行います。研修全期間において同種の診療科での研修は12ヶ月を超えないようにします。

専攻医研修	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
1年目	浜松労災病院6内科系診療科をローテート										
	3～4回/月の救急当直・JMECC受講										
2年目	浜松医科大学にて 血液疾患・膠原病			浜松医科大学の 希望診療科			残期間：浜松赤十字病院（3ヶ月） and 坂の上ファミリークリニック又は 坂の上在宅医療支援医院（3ヶ月）				
	3ヶ月			3ヶ月			外来1回/週				
3年目	不足症例補完			浜松労災病院にて希望診療科（3～9ヶ月）/残期間：他診療科ローテート							
	内科専門医取得のための病歴提出準備										
そのほかプログラム（安全管理セミナー・感染セミナーの年2回の受講、CPCの受講）											