

専門研修プログラム整備基準

【内科領域】

一般社団法人日本内科学会

1. 理念と使命

① 領域専門制度の理念

1

内科専門医制度は、国民から信頼される内科領域の専門医を養成するための制度である。本制度における専門研修の基本理念は、指導医の適切な指導の下で、カリキュラムに定め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ことである。内科領域全般の診療能力とは、臓器別の内科系サブスペシャリティ領域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。内科の専門研修では、幅広い疾患群を順次、経験してゆくことによって、内科の基礎的診療を繰り返して学ぶとともに、疾患や病態に特異的な診療技術や患者の抱える多様な背景に配慮する経験とが加わることに特徴がある。そして、これらの経験を単に記録するのではなく、病歴要約として、科学的根拠や自己省察を含めて記載し、複数の指導医による指導を受けることによってリサーチマインドを備えつつも全人的医療を実践する能力を涵養することが可能になる。

② 領域専門医の使命

2

内科専門医は疾病の予防から治療に至る保健・医療活動を通じて市民の健康に積極的に貢献する。内科専門医が関わる場合は多岐にわたるが、それぞれの場において、最新の医療を提供し、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する使命がある。

研修カリキュラム

2. 専門研修の目標

① 専門研修後の成果 (Outcome)

3

内科領域の専門医の使命は、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展開することである。

内科専門医のかかわる場合は多岐にわたるが、それぞれの場に応じて、下記に掲げる専門医像に合致した役割を果たし、国民の信頼を獲得することが求められている。それぞれのキャリア形成やライフステージ、あるいは医療環境によって、求められる専門医像は単一でないが、その環境に応じて役割を果たすことこそが内科専門医に求められる可塑性である。本制度の成果とは、必要に応じた可塑性のある幅広い内科専門医を多く輩出することにある。

- 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任務とする全人的な内科診療を実践する。
- 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、身体・精神の統合的・機能的視野から診断・治療を行う能力を備えた総合内科医療を実践する。
- 4) 総合内科的視点を持ったサブスペシャリスト: 病院での内科系のサブスペシャリティを受け持つ中で、総合内科 (generalist) の視点から、全人的、臓器横断的に診断・治療を行う基本的診療能力を有する内科系サブスペシャリストとして診療を実践する。

※ それぞれのキャリア形成やライフステージによって、これらいずれかの形態に合致することもあれば、同時に兼ねることもある。いずれにしても内科医としてのプロフェッショナルリズムの涵養とジェネラルなマインドが重要である。

② 到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

i 専門知識（最終頁 別表および研修カリキュラムの項目表を参照）

4

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」で構成される。研修カリキュラムでは、これらの分野に「解剖と機能」、「病態生理」、「身体診察」、「専門的検査」、「治療法」、「疾患」などの目標（到達レベル）を記載している〔研修カリキュラムの項目表を参照のこと〕。

内科領域の専門知識は、広範な分野を横断的に研修し、各種の疾患経験とその省察とによって獲得される。内科領域を70疾患群（経験すべき病態等を含む）に分類し、それぞれに提示されているいずれかの疾患を順次経験してゆく。この過程によって専門医に必要な知識を修得する。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。自らが経験することのできなかつた症例についてもカンファレンスや自己学習によって知識を補足することを求めている。これによって、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うことが可能になる。これらを通じて内科領域全般の経験と知識の修得とが成立しており、日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）^{ジェイオスラー}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達成までの段階を明示する。各年次の到達目標は以下の基準を目安とする。

○ 専門研修1年：カリキュラムに定める70疾患群のうち、20疾患群以上を経験し、日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）の研修ログに登録することを目標とする。指導医は研修ログの登録内容を確認し、専攻医として適切な経験と知識の修得ができていることが確認できた場合に承認をする。不十分と考えた場合にはフィードバックと再指導とを行う。また、専門研修修了に必要な病歴要約を10編以上を記載して日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）に登録する。

○ 専門研修2年：この年次の研修が修了するまでに、カリキュラムに定める70疾患群のうち、少なくとも通算で45疾患群以上を経験し、日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）に登録することを目標とする。

70疾患群の内訳と到達目標

総合内科 I	1疾患群のうち1疾患群以上
総合内科 II	1疾患群のうち1疾患群以上
総合内科 III	1疾患群のうち1疾患群以上
消化器	9疾患群のうち5疾患群以上
循環器	10疾患群のうち5疾患群以上
内分泌	4疾患群のうち2疾患群以上
代謝	5疾患群のうち3疾患群以上
腎臓	7疾患群のうち4疾患群以上
呼吸器	8疾患群のうち4疾患群以上
血液	3疾患群のうち2疾患群以上
神経	9疾患群のうち5疾患群以上
アレルギー	2疾患群のうち1疾患群以上
膠原病	2疾患群のうち1疾患群以上
感染症	4疾患群のうち2疾患群以上
救急	4疾患群のうち4疾患群以上

計 45 疾患群以上の経験を到達基準とする。

これらの疾患群のうち外来症例については、内科専攻に相応しい症例経験として、プロブレムリストの上位に位置して対応が必要となる場合（単なる投薬のみなどは認めない）に限り、登録が可能である。＊内科研修として相応しい入院症例の経験はDPCにおける主病名、退院時サマリの主病名、入院時診断名、外来症例でマネジメントに苦慮した症例などにおける病名が想定される。

指導医は研修ログの登録内容を確認し、専攻医として適切な経験と知識の修得ができていると確認できた場合に承認する。不十分と考えた場合にはフィードバックと再指導とを行う。また、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学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）への登録を終了する。

○ 専門研修3年：主担当医として、カリキュラムに定める全70疾患群を経験し、計200症例（外来症例は20症例まで含むことができる）以上を経験することを目標とする。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る）を経験し、登録しなければならない。添付の別表参照。指導医は専攻医として適切な経験と知識の修得ができていると確認できた場合に承認をする。不十分と考えた場合にはフィードバックと再指導とを行う。また、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、受理されるまで改訂を重ねる。この過程は論文のピアレビューの過程と同様に行う。この過程を経験する事によって論文投稿のプロセスを経験することができる。専門研修修了には、すべての病歴要約29編の受理と、70疾患群中の56疾患群以上で計160症例以上の経験のすべてを必要とする。

ii 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

5

内科領域の基本的「技能」とは、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・治療方針決定を指す。さらに全人的に患者・家族と関わってゆくことや他の専門医へのコンサルテーション能力とが加わる。これらは、特定の手技の修得や経験数によって表現する事はできない。そこで、内科領域の診療技能の到達目標を以下のように設定する。

- 専門研修1年：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とともに行うことができる。
- 専門研修2年：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の監督下で行うことができる。
- 専門研修3年：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。

内科領域の中には臓器別の特殊な検査や手技も含まれており、サブスペシャリティ専門医でなくとも一定程度の経験が求められている。そこで、内科専門医に求められる技術・技能を「技術・技能評価手帳」に記載している（別冊の「研修カリキュラム項目表」および「技術・技能評価手帳」参照）。内科専門研修では、これらの修得は症例経験の中で達成されるべきものである。

iii 学問的姿勢

6

1) 患者から学ぶという姿勢を基本とし、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、といった基本的な学問的姿勢を涵養する。

iv 医師としての倫理性、社会性など

7

内科専門医として高い倫理観と社会性を有することが要求される。具体的には以下の項目が要求される。

- 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

③ 経験目標（種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等）

i 経験すべき疾患・病態

8

主担当医として受け持つ経験症例は専門研修を修了するまでに 200 症例以上とする。受け持ち患者が特定分野に偏らないように内科全分野を 70 疾患群に分類して、これらの疾患群の中から 1 症例以上受け持つことを目標とする（疾患群は「研修手帳」の疾患群項目を参照のこと）。主担当医であることと適切な診療が行われたか否かの評価については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う。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。但し、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り、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る。よって、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して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る。これも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う。

ii 経験すべき診察・検査等

9

内科の修得すべき診察、検査は横断的なものと、分野特異的なものに分けて設定している（別冊「技術・技能評価手帳」を参照）。これらは症例経験を積む中で身につけていくべきものであり、その達成度は指導医が確認する。

iii 経験すべき手術・処置等

10

内科領域のすべての専門医に求められる手技について、技術・技能評価手帳に示している。内科領域ではこれらの到達目標を症例経験数で一律に規定することはできない。到達目標として提示した疾患や病態の主体的経験を通じて修得すべき事項であり、安全に実施または判定できることを求めている。これらは専攻医が経験をするとともに日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）に登録を行い、指導医が承認を行うことによってその到達度を評価する。

また、バイタルサインに異常をきたすような救急患者や急変患者あるいは重症患者の診療と心肺機能停止状態の患者に対する蘇生手技とについては、off-the-job training としてシミュレーターを用いた JMECC 受講によって修得する。

iv 地域医療の経験（病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など）

11

内科領域では、多岐にわたる疾患群を経験するために地域の中核となる総合病院での研修は必須である。ここでは臓器別のサブスペシャリティ領域に支えられた高度な急性期医療を経験すると同時に、地域の病診・病病連携の中核としての役割を経験する。これらは主に専門研修基幹施設における研修を想定する。一方、3年間の専攻期間のうち、一定期間を地域に根ざす第一線の病院で研修することも必須である。これは主に連携施設での研修を想定する。ここでは、コモンディーズの経験をすると同時に、中核病院との病病連携や診療所と中核病院との間をつなぐ病診・病病連携の役割を経験する。このように、立場や地域における役割の異なる複数の医療機

関で研修を行うことによって、各医療機関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し、内科専門医に求められる役割を実践する。また、指導医が在籍していない診療所や過疎地の病院等を特別連携施設と定義して、プログラム統括責任者と指導医による管理のもとで1年以内の研修を認め、地域医療や僻地医療の経験を積極的に評価する。

V 学術活動

- 12 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ある。この能力は自己研鑽を生涯にわたってゆく際に不可欠となる。このため、症例の経験を深めるための学術活動と教育活動とを目標として設定する。

教育活動（必須）

- 1) 初期臨床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。

学術活動

- 4) 内科系の学術集会や企画に年2回以上参加する（必須）。

※ 推奨される講演会として、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 および内科系サブスペシャリティ学会の学術講演会・講習会など。

- 5) 経験症例についての文献検索を行い、症例報告を行う。
- 6) クリニカルクエスチョンを見出して臨床研究を行う。
- 7) 内科学に通じる基礎研究を行う。

(上記のうち5)～7)は筆頭演者または筆頭著者として学会あるいは論文発表を2件以上すること)

3. 専門研修の方法

① 臨床現場での学習

- 13
- 1) 各診療科あるいは内科合同カンファレンスを通じて、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る。また、プレゼンターとして情報検索およびコミュニケーション能力を高める。
 - 2) 初診を含む外来の担当医として経験を積む。
 - 3) 内科領域の救急診療の経験を、外来あるいは当直において積む。

② 臨床現場を離れた学習（各専門医制度において学ぶべき事項）

- 14
- 1) 内科領域の救急対応、2) 最新のエビデンスや病態理解・治療法の理解、3) 標準的な医療安全や感染対策に関する事項、4) 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、5) 専攻医の指導・評価方法に関する事項、などについては抄読会や内科系学術集会、指導医講習会、JMECC（内科救急講習会）等において学習する。また、CPCに参加し、診断、治療の理解を深化させる。上記のJMECCでは、シミュレーションによる手技修得の他に、チーム医療を実践するトレーニングとしての役割を果たす。

なお、医療倫理・医療安全・感染防御に関する講習は、日本専門医機構が定める専門医共通講習と同等の内容の受講が求められ、これを年に2回以上受講すること。

③ 自己学習（学習すべき内容を明確にし、学習方法を提示）

- 15
- カリキュラムでは、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（複数回の経験を経て、安全に実施できる、または判定できる）、B（経験は少数例だが、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ーシミュレーションで学習した）と分類している。自身の経験がなくても自己学習すべき項目については、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さらに、日本内科学会雑誌のセルフトレーニング問題や、日本内科学会の行なっているセルフトレーニング問題を活用して学習する。

④ 専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス（最終頁 別表参照）

16

内科領域研修は幅広く行うために、内科領域内のどの臓器別専門分野から研修を行うかについては多様性がある。そこで、年度ごとの知識・技能・態度の修練プロセスは以下の設定が目安となる。

○ 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、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。以下、全ての専攻医の登録状況については指導医の評価と承認が行われている。
- 専門研修修了に必要な病歴要約を 10 編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）に登録する。
- 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：

- 症例：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する。
- 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）への登録を終了する。
- 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：

- 症例：主担当医としてカリキュラムに定める全 70 疾患群を経験し、200 症例以上経験することを目標とする。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る）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なければならない。添付の別表参照。
- 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する。
- 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）による査読を受ける。査読者の評価を受け、形成的により良いものへ改訂を促す。但し、改訂に値しない内容の場合は、その年度の受理を一切認めないこともある。
- 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。

4. 専門研修の評価

1) フィードバックの方法とシステム

17 専門研修では領域内の各分野を基幹施設と連携施設、さらには特別連携施設をローテーションするので、3年間を通じて研修状況の継続的な記録と把握とが必要になる。このため、日本内科学会専攻医登録評価システム(J-OSLER)を構築する。

- 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、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。
- 年に複数回、自己評価、指導医による評価、ならびにメディカルスタッフによる360度評価を行う。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、担当指導医によって専攻医にフィードバックを行って、改善を促す。
- 専門研修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)に登録する。ピアレビュー方式の形成的評価を行い、専門研修3年次修了までにはすべての病歴要約が受理されるように改訂する。これによって病歴記載能力を形成的に深化させる。
- 施設の研修委員会は年に複数回、プログラム管理委員会は年に1回以上、日本内科学会専攻医登録評価システム(J-OSLER)を用いて、履修状況を確認して適切な助言を行う。必要に応じて専攻医の研修中プログラムの修整を行う。

2) (指導医層の) フィードバック法の学習(FD)

18 指導法の標準化のため内科指導医マニュアル・手引き(改訂版)により学習する。また、厚生労働省や日本内科学会の指導医講習会の受講が望ましい。

② 総括的評価

1) 評価項目・基準と時期

- 19
- 担当指導医が日本内科学会専攻医登録評価システム(J-OSLER)を用いて、症例経験と病歴要約の指導と評価および承認を行う。1年目専門研修修了時にカリキュラムに定める70疾患群のうち20疾患群以上の経験と病歴要約を10編以上の記載と登録が行われるようにする。2年目専門研修修了時に70疾患群のうち45疾患群以上の経験と病歴要約計29編の記載と登録が行われるようにする。3年目専門研修修了時には70疾患群のうち56疾患群以上の経験の登録が修了する。それぞれの年次で登録された内容は都度、指導医が評価・承認する。このように各年次の研修進行状況を管理する。進行状況に遅れがある場合には、担当指導医と専攻医とが面談の後、施設の研修委員会とプログラム管理委員会とで検討を行う。
 - 内科領域の臓器別スペシャルティ領域をローテーション研修する場合には、当該領域で直接指導を行う指導医がそのローテーション研修終了時に、日本内科学会専攻医登録評価システム(J-OSLER)を用いて指導医による内科専攻医評価を行い、研修態度や全人的医療の実践をはじめとした医療者としての態度の評価とフィードバックとを行う。
 - メディカルスタッフによる360度評価は年に複数回行ってフィードバックを行う。

2) 評価の責任者

20 内科領域の分野のローテーションでは担当指導医が評価を行い、基幹施設あるいは連携施設の研修委員会で検討する。その結果を年度ごとにプログラム管理委員会で検討し、統括責任者が承認する。

3) 修了判定のプロセス（最終頁 別表参照）

21 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、以下の修了を確認する。

- 主担当医としてカリキュラムに定める全 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る）を経験することを目標とする。その研修内容を日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）に登録する。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る）を経験し、登録しなければならない（各疾患領域は 50% 以上の疾患群での経験が必要である）。添付の別表参照。
- 29 病歴要約の査読後の受理（accept）
- 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 度評価と指導医による内科専攻医評価を参照し、医師としての適性の判定を行う。

2) 上記を確認後、プログラム管理委員会で合議のうえ統括責任者が最終判定を行う。

4) 多職種評価

22 多職種による内科専門研修評価を行う。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他職種が評価する。評価は無記名方式で、統括責任者が各施設の研修委員会に委託して 2 名から 5 名まで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）に登録する（他職種がシステムにアクセスすることを避けるため）。評価結果をもとに担当指導医がフィードバックを行って専攻医に改善を促す。改善状況を確認し形成的な評価とするために 1 年間に複数回の評価を行う。ただし、1 年間に複数の施設に在籍する場合には、各施設で行うことが望ましい。これらの評価を参考に、修了判定時に社会人である医師としての適性判断を行う。

研修プログラム

5. 専門研修施設とプログラムの認定基準

① 専門研修基幹施設の認定基準

23 専門研修基幹施設は以下の条件を満たし、過去の専門医養成機能の実績を勘案して、日本専門医機構内科領域研修委員会が決定する。

1) 専攻医の環境

- 原則、初期臨床研修制度の基幹型研修指定病院であること。
- 施設内に研修に必要な図書や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部署が整備されていること。
- ハラスメント委員会が整備されていること。
- 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。

2) 専門研修プログラムの環境

- 指導医が 3 名以上在籍していること。
- プログラム管理委員会を設置して基幹施設、連携施設に設置されている研修委員会との連携を図ることができること。
- 基幹施設内において研修する専攻医の研修を管理する研修委員会を設置すること。
- 医療倫理・医療安全・感染対策講習会を定期的に開催して、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。

- 研修施設群合同カンファレンスを定期的に主催し、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。
- 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。
- 地域参加型のカンファレンスを定期的に開催し、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。
- プログラムに所属する全専攻医に JMECC 受講の機会を与え、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。
- 施設実地調査に対応可能な体制があること。
- プログラムに指導医の在籍していない施設（特別連携施設：診療所や過疎地病院、あるいは研究施設等を想定）での専門研修が含まれる場合には、指導医がその施設での研修指導を行えるような工夫をしていること（テレビ電話など）。

3) 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 7 分野以上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。
- 70 疾患群のうち 35 以上の疾患群について研修できること。
- 専門研修に必要な剖検を適切に行っていること。

4) 学術活動の環境

- 臨床研究が可能な環境が整っていること。
- 倫理委員会が設置されていること。
- 臨床研究センターや治験センター等が設置されていること。
- 日本内科学会講演会あるいは同地方会に年間で計 3 演題以上の学会発表をしていること。

② 専門研修連携施設の認定基準

24

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。

1) 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が整備されていること。
- 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。

2) 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。

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。

3) 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。

4) 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。

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。

③ 専門研修施設群の構成要件

25 内科専門研修プログラムは複数の専門研修施設が協力して運営する。カリキュラムに示した疾患経験をどのように施設内で配分するかはプログラムにおいて設定し、妥当性を示すことが求められるが、以下を勘案して日本専門医機構内科領域研修委員会が承認する。

専門研修基幹施設は地域で中核となる急性期病院であり、そこでの研修は、地域における中核的な医療機関の果たす役割、高度な急性期医療、あるいは稀少疾患を中心とした診療経験を研修するのに適している。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に適している。一方、連携施設や特別連携施設では、地域の第一線に立ち、患者の生活により近づいてコモンディジーズを中心とした急性期医療と慢性期医療を経験することにより、地域医療や全人的医療を研修するのに適している。これらを組み合わせて、高度な急性期医療と患者の生活に根ざした地域医療とを経験できるように施設群を形成することが求められる。このような施設群における 3 年間の専門研修によって、幅が広く柔軟性に富んだ専門医を養成できる。

④ 専門研修施設群の地理的範囲

26 基幹施設と連携施設とが地理的に離れている場合には、その移動や連携に支障をきたす可能性があるため、都道府県やブロック内での施設群構成が望ましい。但し、研修の一環として、地理的に離れた連携を取ることも想定され、その場合は施設連携の保障と必要性について、日本専門医機構内科領域研修委員会が確認する。

⑤ 専攻医受入数についての基準（診療実績、指導医数等による）

27 1) 指導医数： 基幹研修施設と連携施設とに所属し、かつその専門研修プログラムに専属の指導医の人数の合計数が年度内募集定員の上限である。なお、ここでの指導医とは別に定める日本内科学会指導医要件（項目 36）を満たし、専門研修プログラムに指導医としての役割が登録された医師である。

※ 指導医 1 名は同時に 3 名までの専攻医を指導できる。内科以外の専攻医を指導する場合、この数に含めない。

2) 施設群の年度内募集専攻医数は 3 名以上でなければならない。

3) また、入院患者および外来患者数とを合わせた診療実績において、70 疾患群の症例経験（剖検症例含む）が専攻医の人数分は担保されなければならない。

⑥ 地域医療・地域連携への対応

28 内科専門研修では、人口集中地域か過疎地域かを問わず、それぞれの地域の医療の中核として病病・病診連携を担う基幹施設における研修と、地域住民に密着して病病連携や病診連携を依頼する立場でもある連携施設における研修とを行うことによって、地域医療を幅広く研修することが特徴である。これによって専門研修の制度開始による医師の都市部大病院偏在といった負の影響を回避しつつ、専門研修の質を高めることができる。また、内科領域のプログラムでは、指導医が不在となるような診療所等での研修も可能になるように、特別連携施設を設定できるので、地域のニーズや専攻医のニーズに応えることができる。

⑦ 地域において指導の質を落とさないための方法

29

- ・ 僻地など、研修体制が充実していない場所での指導については、電話やメール等により容易に指導医と連絡が取れることは必須である。専攻医が基幹施設へ、あるいは指導医が研修施設へ訪問するなど、月に数回程度、専攻医と指導医との間で直接的な指導を行う体制を構築する。
- ・ DVD やビデオの教材やオンデマンド配信、オンライン研修を利用できる環境であることを条件とする。

⑧ 研究に関する考え方

30 内科専門研修では、科学的根拠に基づいた思考を全人的に活かす必要性を強調している。このため、病歴要約における考察の記載を起点にして、症例報告や多彩な臨床的疑問の抽出と解決を導く臨床研究の経験と報告を求めている。専攻医は学会発表あるいは論文発表は筆頭者で2件行うことを求められている。このような学術活動はEBM的思考や臨床研究を行う環境の整った施設に所属して研鑽する事によってその素養を得る事ができると考える。このため、主に基幹施設における学術活動の環境を重視して施設要件に加えている。また、内科専門医像の中には、医学研究者としての選択もありうる。そこで、大学院等の所属についてもこれを認める。ただし、研修修了条件は同一である。

⑨ 診療実績基準（基幹施設と連携施設）〔症例数・疾患・検査 / 処置・手術など〕

31 基幹施設：地域の中核をなす急性期病院で以下を満たす。

- ・ 病院病床数：原則、300床以上
- ・ カリキュラムに示す内科領域13分野のうち7分野以上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。
- ・ 70疾患群のうち35以上の疾患群について研修できること。

連携施設：施設の外形基準を定めない。

⑩ サブスペシャルティ領域との連続性について

32 内科領域では13領域のサブスペシャルティ領域を擁する。これらのサブスペシャルティ領域は基本領域としての内科領域専門研修においても順次研修を行う。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。具体的には別添の『内科領域プログラム作成に関するポイント』に示されるように、内科研修の多様性に配慮したプログラム内のコース設定を認める。但し、この内科研修プログラムは内科領域全般を幅広く研修することを求めており、各サブスペシャルティ領域にのみ傾倒したプログラムは認められない。

⑪ 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

33 やむを得ない事情により内科領域内でのプログラムの移動が必要になった場合、日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を活用することにより、これまでの研修内容が可視化され、移動する新しいプログラムにおいても、移動後に必要とされる研修内容が明確になる。これに基づき、移動前の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可能とする。他の領域から内科領域での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

研修をはじめの場合、あるいは初期臨床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、さらにプログラムの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）への登録を認める（最大、修了要件の半数までを許容）。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が行う。

特定の理由（海外への留学や勤務、妊娠・出産・育児、病気療養、介護、災害被災など）による休職については、プログラム修了要件を満たし、休職期間が6か月以内であれば、研修期間を延長する必要はないものとする。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ある。

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日を基本単位とする）を行なうことによって、研修実績に加算される。

6. 専門研修プログラムを支える体制

① 専門研修プログラムの管理運営体制の基準

34 基幹施設において、プログラムと当該プログラムに属するすべての内科専攻医の研修を責任をもって管理するプログラム管理委員会を置き、プログラム統括責任者を置く。プログラム統括責任者はプログラムの適切な運営・進化の責任を負う。プログラム管理委員会の下部組織として、基幹施設および連携施設に当該施設にて行う専攻医の研修を管理する施設研修委員会を置き、委員長が統括する。

② 基幹施設の役割

35 基幹施設には施設群を取りまとめる統括組織として、研修プログラム管理委員会が置かれる。ここでプログラムの管理および修了判定を行う。また、各施設の研修委員会で行う専攻医の診療実績や研修内容の検証から、プログラム全体で必要となる事項を決定する。指導医講習会の開催や連携施設での実施が困難な講習会（JMECCやCPCなど）の開催も担う。

③ 専門研修指導医の基準

36 日本内科学会が定める要件を満たし、認められた指導医であること。その要件は下記のとおりである。
【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）

これら「必須要件」と「選択とされる要件」を満たした後、各プログラム管理委員会から指導医としての推薦を受ける必要がある。この推薦を踏まえてe-testを受け、合格したものを新・内科指導医として認定する。

※ 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、内科指導医への移行を認める。また、移行期における指導医の引き抜きなどの混乱を避けるために、現行の日本内科学会の定める指導医については、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る。

- 37 ④ プログラム管理委員会の役割と権限
 プログラム管理委員会の役割は以下のものがある。
- プログラム作成と改善
 - CPC、JMECC 等の開催
 - 適切な評価の保証
 - プログラム修了判定
 - 各施設の研修委員会への指導権限を有し、同委員会における各専攻医の進達状況の把握、問題点の抽出、解決、および各指導医への助言や指導の最終責任を負う。
- 38 ⑤ プログラム統括責任者の基準、および役割と権限
 基準：
- 1) 基幹施設の内科領域の責任者あるいはそれに準ずるもの。
 - 2) 日本内科学会指導医であること。
 - 3) 専攻医数が計 20 名を超える場合は、副プログラム統括責任者を置くこと。副プログラム統括責任者は統括責任者に準じる要件を満たすこと。
- 役割・権限：
- 1) プログラム管理委員会を主宰して、その作成と改善に責任を持つ。
 - 2) 各施設の研修委員会を統括する。
 - 3) 専攻医の採用、修了認定を行う。
 - 4) 指導医の管理と支援を行う。
- 39 ⑥ 連携施設での委員会組織
 基幹施設と各連携施設において研修委員会を必ず設置し、委員長 1 名（指導医）をおく。委員長は上部委員会であるプログラム管理委員会（基幹施設に設置）の委員となり、基幹施設との連携のもと、活動する。
- 40 ⑦ 労働環境、労働安全、勤務条件
 労働基準法や医療法を順守することが求められる。専攻医の心身の健康維持への環境整備も研修委員会の責務である。時間外勤務の上限を明示するとともに、労働条件をプログラムに明示する。

7. 専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備

- 41 ① 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム
 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。
- 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（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する。

- 上記の研修記録と評価について、各専攻医の進捗状況をリアルタイムで把握することができる。担当指導医、研修委員会、ならびに研修プログラム管理委員会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。
- 専攻医の症例経験入力日時と指導医の評価の日時の差を計測することによって担当指導医が専攻医の研修にどの程度関与しているかをモニタすることができる。担当指導医、研修委員会、ならびにプログラム管理委員会は専攻医の研修状況のみならず、担当指導医の指導状況や、各研修施設群での研修状況の把握を行い、プログラムの改善に役立てることができる。
- 日本専門医機構内科領域研修委員会は研修施設群の専攻医の研修状況を把握し、プログラムの妥当性を検証することができる。

② 医師としての適性の評価

42 多職種による内科専門研修評価(社会人としての適正、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正)を他職種が行う。評価は無記名方式で、統括責任者が各施設の研修委員会に委託して2名から5名までの複数職種に回答を依頼する。回答は紙ベースで行われるが、担当指導医が日本内科学会専攻医登録評価システム(J-OSLER)に登録する(他職種がシステムにアクセスすることを避けるため)。評価結果をもとに担当指導医がフィードバックを行って専攻医に改善を促す。1年間に複数回の評価を行う。1年間に複数の施設に在籍する場合には、各施設で行うことが望ましい。

③ プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

43 各専門研修プログラムでは、下記(44-48)のマニュアルとフォーマットを整備しなければならない。なお、専攻医の研修実績と到達度、評価と逆評価、病歴要約、学術活動の記録、および各種講習会出席の記録を日本内科学会専攻医登録評価システム(J-OSLER)で行う。

◎ 専攻医研修マニュアル

44 各専門研修プログラムは、専攻医候補の初期臨床研修医に専門研修内容とその特徴を明示するため、専攻医研修ガイドを作成して提示しなければならない。そのガイドに記載を要する項目は以下のとおりである。

- 1) 専門研修後の医師像と修了後に想定される勤務形態や勤務先
- 2) 専門研修の期間
- 3) 研修施設群の各施設名
- 4) プログラムに関わる委員会と委員、および指導医名
- 5) 各施設での研修内容と期間
- 6) 本整備基準とカリキュラムに示す疾患群のうち主要な疾患の年間診療件数
- 7) 本整備基準に示す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
- 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
- 9) プログラム修了の基準
- 10) 専門医申請にむけての手順
- 11) プログラムにおける待遇、ならびに各施設における待遇
- 12) プログラムの特色
- 13) 継続したサブスペシャリティ領域の研修の可否
- 14) 逆評価の方法とプログラム改良姿勢
- 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の相談先の明示(日本専門医機構内科領域研修委員会とする)
- 16) その他

◎ 指導者マニュアル

45 各専門研修プログラムは、専攻医を指導する指導医に向けた指導ガイドを作成して指導医に提示しなければならない。そのガイドに記載を要する項目は以下のとおりである。

- 1) 上記の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
- 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
- 3) 個別の症例経験に対する評価方法と評価基準。
- 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
- 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
- 6) 指導に難渋する専攻医の扱い
- 7) プログラムならびに各施設における指導医の待遇
- 8) FD 講習の出席義務
- 9) 日本内科学会作製の冊子「指導の手引き」（仮称）の活用
- 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の明示（日本専門医機構 内科領域研修委員会とする）
- 11) その他

◎ 専攻医研修実績記録フォーマット

46 日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いる。

◎ 指導医による指導とフィードバックの記録

47 日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いる。

◎ 指導者研修計画（FD）の実施記録

48 日本内科学会専攻医登録評価システム（J-OSLER）を用いる。

8. 専門研修プログラムの評価と改善

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

49 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う。逆評価は年に複数回行う。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う。その集計結果は担当指導医、施設の研修委員会、およびプログラム統括委員会が閲覧できる。また集計結果に基づき、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。改善への取り組み方は項目 50 を参照。

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

50 施設の研修委員会、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する。把握した事項については、プログラム管理委員会が以下に分類して対応を検討する。

- 1) 即時改善を要する事項
- 2) 年度内に改善を要する事項
- 3) 数年をかけて改善を要する事項
- 4) 内科領域全体で改善を要する事項
- 5) 特に改善を要しない事項

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する。内科領域研修委員会が上記と同様に分類して対応する。

- 担当指導医、施設の研修委員会、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）を用いて専攻医の研修状況を定期的にモニタし、研修プログラムが円滑に進められているか否かを判断して研修プログラムを評価する。
- 担当指導医、研修委員会、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）を用いて担当指導医が専攻医の研修にどの程度関与しているかをモニタする。

このモニタを活用して、プログラム内の自律的な改善に役立てるとともに、プログラム内の自律的な改善が難しい場合は、日本専門医機構内科領域研修委員会が適切に支援を行い、場合によっては指導も行う。

また、このモニタを活用によって、理想的にプログラムを運営しているところについてはモデルケースとして積極的に顕彰などを行い、全国のプログラム運営全体の効果的な促進に役立てる。

③ 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

- 51 サイトビジットは内科領域の専門医が互いに専門研修プログラムを形成的に評価し、自律的に改善努力を行うために必要である。各プログラムにおいては、その重要性を明記し、専門研修プログラムを擁する基幹施設は、求めに応じて日本専門医機構内科領域研修委員会のサイトビジットを受けいなければならない。それに際して、求められる資料はプログラム管理委員会によって遅滞なく提出されなければならない。また、虚偽の申告やサイトビジットに対応できない等の不適切な事象が認められた場合には日本専門医機構内科領域研修委員会で対応を検討する。なお、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）を用いて各プログラムの専攻医の研修進捗状況を把握して、サイトビジットを行うものとする。

9. 専攻医の採用と修了

① 採用方法

- 52 プログラムを提示し、それに応募する専攻医を、プログラム管理委員会において選考する。選考基準は各プログラムで規定するが、面接は必須要件である。

② 修了要件（最終頁 別表参照）

- 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う。

- 1) 主担当医としてカリキュラムに定める全 70 疾患群のすべてを経験し、計 200 症例以上（外来症例は 20 症例まで含むことができる）を経験することを目標とする。但し修了認定には、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る）を経験し、登録しなければならない。添付の別表参照。
- 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
また、項目 12 に記されている内科系の学術集会や企画に参加すること。
- 4) JMECC 受講
- 5) プログラムで定める講習会受講（講習会の内容については項目 14 を参照）。
医療倫理・医療安全・感染制御に関する講習会については、それら任意の異なる組み合わせにより、年間 2 回以上の受講が必要とされる。
- 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、医師としての適正に疑問がないこと。

54 他に自領域のプログラムにおいて必要なこと

内科領域の専門研修プログラムは研修の質を担保するため、症例数や指導医数を中心とした教育資源をもとにプログラムを構築することとなっている。しかし、プログラム構築と専攻医の育成には教育資源だけではなく、地域全般の理解と協力が必要となる。そのためプログラム制の導入にあたっては、各地域の実情等に配慮した措置や見直しを行うことがある。別添の『内科研修プログラム作成に関するポイント』には、その点を考慮した但し書きが明記されており、プログラム作成において参照する必要がある。

内科専攻研修において求められる「疾患群」「症例数」「病歴要約提出数」について

	内容	専攻医3年修了時 カリキュラムに示す疾患群	専攻医3年修了時 修了要件	専攻医2年修了時 経験目標	専攻医1年修了時 経験目標	病歴要約提出数
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※ ⁴
	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以上		2
外科紹介症例					2	
剖検症例					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 (外来は最大7)※ ³	
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。

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 「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、例外的に各研修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 (最大80症例を上限とすること。病歴要約への適用については最大14使用例を上限とすること)。