

東北医科薬科大学病院 内科専門研修プログラム

(2023 年度版)



東北医科薬科大学病院内科専門研修プログラム

目 次

●内科専門研修プログラムの概要

1. 東北医科薬科大学病院内科専門研修プログラムの概要【整備基準 1-3】・・・P1
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】・・・P3
3. 専攻医の到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)【整備基準 4,5,8-11】・・・P5
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】・・・P6
5. 学問的姿勢【整備基準 6,30】・・・P6
6. 医師としての倫理性、社会性【整備基準 7】・・・P7
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【整備基準 25-29】・・・P7
8. 年次毎の研修計画【整備基準 16,25,31】・・・P8
9. 専門研修の評価【整備基準 17-22】・・・P9
10. 専門研修プログラム管理委員会【整備基準 34-39】・・・P10
11. 専攻医の労働環境、労働安全、勤務条件【整備基準 40】・・・P10
12. 専門研修プログラムの評価と改善【整備基準 49-51】・・・P11
13. 修了判定【整備基準 20,21,53】・・・P11
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】・・・P11
15. 専門研修プログラムの施設群【整備基準 23-27】・・・P12
16. 専攻医の受入数【整備基準 27】・・・P12
17. Subspecialty 領域【整備基準 32】・・・P13
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】・・・P13
19. 専門研修指導医【整備基準 36】・・・P14
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】・・・P14
21. 研修に対するサイトビジット(訪問調査)【整備基準 51】・・・P15
22. 専攻医の採用と修了【整備基準 52,53】・・・P15

●内科基本コース・・・P16

●Subspecialty 重点コース・・・P17

●地域医療コース・・・P18

●内科専門研修連携病院群・・・P19

●内科専門研修プログラム管理委員会【整備基準 37】・・・P23

●内科専門研修マニュアル【整備基準 44】・・・P26

●内科専門研修プログラム指導医マニュアル【整備基準 45】・・・P.33

●別表. 各年次到達目標【整備基準 53】・・・P36

1. 東北医科薬科大学病院内科専門研修プログラムの概要〔整備基準 1-3〕

○理念

本プログラムは、東北医科薬科大学病院を基幹施設として、東北 6 県の連携施設を中心に内科専門研修を行い、地域の医療事情を理解し、実情に合わせた実践的な医療を行えるすそ野の広い内科専門医を育成することを目的としています。内科専門医としての基本的臨床能力獲得後はさらに高度な総合内科の **Generality** を獲得する場合や内科領域 **Subspecialty** 専門医への道を歩む場合を想定して複数のコース別に研修を行います。

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+連携施設・特別連携施設 1 年間または基幹施設 1 年間+連携施設・特別連携施設 2 年間）に、本プログラムが認定する指導医のもとで、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行い、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を修得します。

内科領域全般の診療能力とは、内科系 **Subspecialty** の各分野に共通して求められる基礎的な診療能力です。また、知識や技能を有するのみならず、豊かな人間性をもって患者と接することができると同時に、リサーチマインドの素養を併せ持ち、医師としてのプロフェッショナリズムを実践する先導者の持つ能力です。

○使命

- 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、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、内科専門医として常に自己研鑽を続け、最新の知識と技術を修得し、標準的な医療を安全に提供して疾病の予防、早期発見、早期治療に努めるとともに自らの診療能力の向上を通じて内科医療全体の水準を高めて、最善の医療を提供することにより地域住民、日本国民を生涯にわたっ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、東北医科薬科大学病院を基幹施設として、東北 6 県を中心に、地域の実情に合わせた可塑性のある実践的な医療を行える内科専門医を育成します。研修期間は原則として基幹施設 2 年間+連携施設・特別連携施設 1 年間、または基幹施設 1 年間+連携施設・特別連携施設 2 年間の 3 年間です。
- 2) 本プログラムでは、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・在宅支援〉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・療養環境調整などを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) 基幹施設である東北医科薬科大学病院での 2 年間もしくは基幹施設 1 年間+連携施設 1 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、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 ※以下 J-OSLER と略す) に登録することを目標とします。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 症例の病歴要約を記載し J-OSLER への登録を終了します。
- 4) 連携病院・特別連携施設が地域において、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ことを原則とします。
- 5) 専攻医 3 年 (内科 Subspecialty 混合タイプは 4 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、160 症例以上を経験し、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。

○専門研修後の成果

- 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。

2. 内科専門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 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。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 **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 年次

- ・【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、J-OSLER に登録します。
- ・【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、指導医とメデイカルスタッフによる評価を複数回行い、担当指導医がフィードバックを行います。

○専門研修 2 年次

- ・【症例】カリキュラムに定める 70 疾患群のうち、通算で 45 疾患群以上を（できるだけ均等に）経験し、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、指導医とメデイカルスタッフによる評価を複数回行います。

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。

○専門研修 3 年次

- ・【疾患】主担当医として、カリキュラムに定める全 70 疾患群、計 200 症例の経験を目標とします。但し、修了要件はカリキュラムに定める 56 疾患群、そして 160 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 J-OSLER へ登録する。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(仮称)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、指導医とメデイカルスタッフによる評価を複数回行います。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、プロフェッショナルリズム、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。

〈 内科研修プログラムの週間スケジュール：総合内科の例 〉

ブルー：教育的行事

	午前		午後	当直 2 回／月
月		カンファレンス 外来、病棟	外来、病棟 研修医向けセミナー	
火		カンファレンス 外来、病棟	外来、病棟	
水	抄読会	カンファレンス 外来、病棟	外来、病棟、総回診	
木		カンファレンス 外来、病棟	外来、病棟 CPC、研修医発表会	
金		カンファレンス 外来、病棟	外来、病棟	
土・日	週末日直 2 回／月			

なお、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 ヶ月以上行います。
- ② 当直を経験します。

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セミナー、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整備します。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。スキルスラボを整備し指導医の指導のもと基本的手技、侵襲的主義について学習できるようにします。

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。

7) **Subspecialty** 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（修得すべき知識・技能の項目）【整備基準 4, 5, 8-11】

1) 3年間の専攻医研修期間で、以下に示す内科専門医受験資格を完了することとします。

- ① 70に分類された各カテゴリーのうち、最低56のカテゴリーから1例を経験すること。
- ② **J-OSLER**に症例（定められた200件のうち、最低160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に提出し、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、プロフェッショナルリズム、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・総合診療科、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。東北医科薬科大学病院には10の内科系診療科があり、そのうち総合診療科が領域横断的に診療を担当しています。また、救急疾患は各診療科や救急センターによって管理されており、東北医科薬科大学病院においては内科領域全般の疾患が網羅できる体制が敷かれています。さらに連携施設を加えた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。

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、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(毎週)：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) 診療手技セミナー例：心臓エコー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。

5) 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。

6) 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。

7) 抄読会・研究報告会：受持症例等に関する論文概要を口頭説明し、意見交換を行います。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、診療の総括および関連する事柄について指導医と話し合います。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、内外に広く情報発信する姿勢も高く評価されます。

6. 医師としての倫理性、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。

東北医科薬科大学病院（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、病診連携や病病連携を依頼する立場を経験することにより、地域医療を学び地域医療に貢献します。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むことを原則とします。詳細は項目 8 を参照してください。

地域医療を経験するため、全てのコースにおいて連携施設もしくは特別連携施設での研修期間を設けています。連携施設では基幹施設で研修不十分となる領域を主として研修します。入院症例だけでなく外来での基本となる能力、知識、スキル、行動の組み合わせを指します。なお、連携病院へのローテーションを行うことで、地域においては、人的資源の集中を避け、派遣先の医療レベル維持に貢献します。

基幹施設、連携施設を問わず、患者への診療を通して、医療現場から学ぶ姿勢の重要性を知ることができます。インフォームド・コンセントを取得する際には上級医に同伴し、接遇態度、患者への説明、予備知識の重要性などについて学習します。医療チームの重要な一員としての責務（患者の診療、カルテ記載、病状説明など）を果たし、リーダーシップをとれる能力を獲得できるようにします。

医療安全と院内感染症対策を十分に理解するため、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. 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 25-29】

東北医科薬科大学病院（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れます。

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

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基幹病院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①内科基本コース②Subspecialty 重点コース③地域医療コースの3つを準備しています。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。

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、内科キャリアサポート委員会、卒後研修支援センターのサポートのもと、3年間で各内科や内科臨床に関連ある救急部門など3ヵ月を目安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 重点コースを選択し、前者では各科を原則として2ヵ月毎に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 (16 頁参照)

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、専攻医研修期間の3年間に於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 (研修期間の調整可能) として、1年間に4科、3年間で延べ10科を基幹施設 (および連携施設) で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。なお、研修中の専攻医数や進捗状況により、基幹施設を1年間、連携施設を2年間とする場合もあります。

② Subspecialty 重点コース (17 頁参照)

希望するSubspecialty 領域を重点的に研修するコースです。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。Subspecialty 専門研修の研修期間は1年もしくは2年で、開始、終了時期、継続性は問わずに専門研修を基幹病院もしくは連携病院で行い内科専門医を最短期間の3年で取得することを目標に研修が行われます。内科基本研修の残りの1~2年の期間に充足していない症例を経験します。また内科Subspecialty 混合タイプとして4年間、やや余裕をもって内科研修を組み、Subspecialty 研修を行うコースもオプションとして設けます。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。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めて頂きます。なお、研修中の専攻

医数や進捗状況により、基幹施設、連携施設のローテーション期間が変更される場合があります。

③ 地域医療コース（18 頁参照）

地域医療従事希望者、総合診療希望者、地域枠、奨学金を受給している専攻医のためのコースです。勤務義務履行のため研修委員会が適切なローテーションを提案します。

特別連携施設では、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することを目標とします。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も目指します。さらに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経験を、高次病院や地域病院との病病連携、在宅医療と地域包括医療ケアを経験します。特別連携施設の選択については、地域枠、奨学金を受給している専攻医の状況を考慮し、担当部署（事務）がサポートします。

9. 専門研修の評価【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 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・メデイ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。

担当部署（事務）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 J-OSLER を用いて、目標達成度の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 多職種評価

指導医や上級医のみでなく、メデイカルスタッフ(病棟看護師長、臨床検査・放射線技師・臨床工学技士など)から、接点の多い職員 5 名程度を指名し、毎年 3 月に評価します。

評価法については別途定めるものとします。

④ 専攻医による自己評価とプログラムの評価

日々の診療・教育的行事において指導医から受けたアドバイス・フィードバックに基づき、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する。アンケート用紙は別途定めるものとします。

10. 専門研修プログラム管理委員会 [整備基準 34-39]

○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東北医科薬科大学病院に設置し、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。

11. 専攻医の労働環境、労働安全、勤務条件 [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。

労働基準法を遵守し、「東北医科薬科大学病院職員就業規則」等の規則に従います。なお、連携施設等での研修は、1 施設あたり連続する 3 ヶ月以上を原則とし、それぞれの施設の規程が適用されます。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。

12. 専門研修プログラムの評価と改善[整備基準 49-51]

年1回以上、プログラム管理委員会を東北医科薬科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）に対しては管理委員が真摯に対応し、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がります。

13. 修了判定 [整備基準 20, 21, 53]

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 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]

専攻医は様式を専門医認定申請年の 1 月末までにプログラム管理委員会に送付してください。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】

東北医科薬科大学病院が基幹施設となり、25-27 頁に列挙した医療機関を加えた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【整備基準 27】

東北医科薬科大学病院における専攻医の上限(学年分)は 20 名です。

- 1) 東北医科薬科大学病院に卒後 3 年目で内科系講座に入局した専攻医は過去 3 年間併せて 11 名で 1 学年 3.67 名の実績があります。
- 2) 東北医科薬科大学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。
- 3) 剖検体数は 2020 年度 11 体、2021 年度 14 体です。
- 4) JMECC は年度 1 回の開催を予定しています。

- 5) 経験すべき症例数の充足について

表一 東北医科薬科大学病院診療科別診療実績

2021 年度実績	入院患者実数 (人／年)	外来患者延数 (人／年)
病院全体	13,294	249,353
消化器内科	1,712	23,739
循環器内科	1,018	11,372
糖尿病内分泌内科	218	14,958
呼吸器内科	273	7,120
脳神経内科	405	7,654
腎臓内分泌内科	745	12,649
血液・リウマチ科	347	17,680
総合診療科	291	3,358
腫瘍内科	343	4,372
感染症内科	401	5,202
救急科	357	4,516

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、ほぼ全ての分野において充足可能でした。従って東北医科薬科大学病院での研修に、連携施設で研修を加える

と 56 疾患群の修了条件を満たすことができます。

- 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、地域連携病院および僻地における医療施設等があり、専攻医のさまざまな希望・将来像に対応可能です。21 頁に連携施設で経験可能な疾患群を示しますが、この表はあくまで暫定的であり、実際には相乗りプログラムの状況、専攻医、指導医の数により幅広い疾患群を経験できる可能性があります。

17. Subspecialty 領域【整備基準 32】

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、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、条件を満たせば 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(例えば循環器専門医)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) 留学または勤務医としての病棟または外来勤務のない大学院の期間は、研修期間にカウントできません。
- 4) 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る場合、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、J-OSLER への登録を認める。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なう。
- 5) 初期研修中に経験した内科症例については、以下の条件を満たすものに限り専門研修に取り入れることを認めます。

- ① 日本内科学会指導医が直接指導した症例であること。
- ② 主たる主治医としての症例であること。
- ③ 直接指導を行った日本内科学会指導医が内科領域専門医としての経験症例とすることの承認が得られること。
- ④ 内科領域の専門研修プログラムの統括責任者の承諾が得られること。
- ⑤ 内科領域の専門研修で必要とされる修了要件 160 症例のうち 1/2 に相当する 80 症例を上限とすること。
- ⑥ 病歴要約への適用も 1/2 に相当する 14 症例を上限とすること。

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る。また、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. 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応【整備基準 51】

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

22. 専攻医の採用と修了【整備基準 52、53】

1) 採用方法

プログラムへの応募者は、研修プログラム責任者宛に所定の形式の東北医科薬科大学内科専門研修プログラム応募申請書および履歴書等を提出してください。申請書は（１）東北医科薬科大学病院のウェブサイトよりダウンロード、（２）Email で問い合わせ（kenshu-shien@tohoku-mpu.ac.jp）のいずれの方法でも入手可能です。書類選考および面接を行い、採否を決定して本人に文書等で通知します。応募者および選考結果については東北医科薬科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) 研修開始届け

研修を開始した専攻医は、各年度の 4 月 1 日までに以下の専攻医氏名報告書を日本専門医機構内科領域研修委員会に提出します。

- ・専攻医の氏名と医籍登録番号、内科医学会会員番号、専攻医の卒業年度、専攻医の研修開始年度、専攻医の履歴書、専攻医の初期研修修了証

3) 研修の修了

全研修プログラム終了後、プログラム統括責任者が召集するプログラム管理委員会にて審査し、研修修了の可否を判定します。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」

書類点検で問題にあった事項については、別途面接試験が行われます。

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。

内科基本コース

専門医研修	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	循環器			呼吸器			神経			消化器		
	月1回のプライマリケア当直研修											
		JMECC受講										
2年目	内分泌・代謝			腎臓			血液・腫瘍・膠原病・アレルギー			感染症		
										内科専門医取得のための病歴提出開始		
3年目	連携施設（1施設3ヶ月以上）											
	週1回の初診・再診外来 （3年目までに外来研修を終了する）											
その他	安全管理セミナー、感染症セミナー、CPC受講											

※モデルプログラムとして紹介するこのコースでは連携施設での研修を3年目としていますが、連携施設での研修を何年目に行うかは、プログラムの任意となります。
連携病院での研修は原則1年以上です。

Subspecialty 重点コース

循環器内科をSubspecialtyとした場合												
専門医 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	循環器内科にて初期 トレーニング				他内科 1		他内科 2		他内科 3		他内科 4	
		月1回のプライマリーケア当直研修										
		JMECC受講										
2年目	他内科 5		他内科6		他内科 7		他内科 8		予備			
										内科専門医取得のため の病歴提出開始		
3年目	連携施設（Subspecialty重点期間は1年目と合算して最長8カ月）											
	週1回の初診・再診外来											
その他	安全管理セミナー、感染症セミナー、CPC受講											
他科ローテーションについて	最初の4か月間は所属科で基本トレーニング、その後全ての内科を2か月毎にローテーションします。ローテーション順は研修センターが調整します。症例不足科については2年目予備期間、3年目で調整します。指導は当該科の指導医が行う。											
その他	他科ローテーション中の当直は当該科で行い、入局先の検査業務は免除とする。地域医療研修として2年目後半以降で関連病院において内科総合初診外来を担当します。大学院（社会人）進学も考慮します。大学院進学後もプログラム研修が可能であれば診療実績として認めます。											

※モデルプログラムとして紹介するこのコースでは、入局希望科（例えば循環器）で基本トレーニングを4か月間受けます。その後、希望に合わせて基幹病院、連携施設をローテーションします。

※希望者は、地域医療研修として石巻市立病院、登米市立病院、南三陸病院、気仙沼市立病院等での研修も可能です。

地域医療コース

専門医研修	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	循環器		呼吸器		総合診療 (救急)		他内科 1		他内科 2		他内科 3	
		月 1 回当直・JEMECC 受講・CPC・各種院内講習会参加										
2年目	登米市立登米病院 (糖尿病)			石巻市立病院 (内科、在宅)			南三陸病院 (地域医療)			栗原中央病院 (地域医療)		
	月 1 回当直・在宅診療・JEMECC 受講・CPC・各種院内講習会参加											
3年目	気仙沼市立病院 (消化器内科)			公立刈田総合病院 (神経内科)			大学病院、連携施設 予備					
	月 1 回当直・在宅診療・JEMECC 受講・CPC・各種院内講習会参加											

※モデルプログラムは、1年目に基幹病院において循環器、呼吸器、総合診療・救急を中心にローテーションを行い、仙台市外での1～2次救急に対応できるようにします。

※2年目以降に仙台市外の連携施設をローテーションします。登米市は自治体合併により複数の医療機関を抱えておりそれらの病院や診療所での外来、在宅診療を経験します。石巻市立病院、気仙沼市立病院、南三陸病院では被災地診療所支援、在宅診療を経験します。

※3年目10月以降は基幹病院、連携施設において不足症例を補う期間、内科総合力を充実させる期間に当てます。

※連携病院研修担当者は専攻医と随時連絡を取り、指導体制、研修内容、症例数について情報を共有し適時フィードバックを行います。

東北医科薬科大学病院内科専門研修連携病院群

1) 各連携施設の概要

施 設 名		病床数	内科系 病床数	内科系 診療科数	内科 指導医数	総合内科 専門医数	内科 剖検数
基幹	東北医科薬科大学病院	600	235	10	30	49	14

□連携施設

東北医科薬科大学 若林病院	127	81	11	5	4	0
JCHO仙台病院	384	160	5	14	10	3
石巻市立病院	180	100	4	2	1	0
石巻赤十字病院	464	205	6	20	16	11
大崎市民病院	500	216	12	27	16	7
栗原市立栗原中央病院	300	160	1	4	2	－
気仙沼市立病院	404	144	5	5	2	－
広南病院	209	－	－	－	－	－
公立刈田綜合病院	308	161	6	1	1	－
蔵王町国民健康保険蔵王病院	36	36	1	1	1	0
仙台医療センター	660	248	12	21	18	11
仙台オープン病院	330	208	3	21	13	4
仙台市立病院	525	176	8	30	16	16
仙台赤十字病院	389	90	5	9	7	－
仙台徳洲会病院	315	100	6	6	3	0
総合南東北病院	271	60	6	5	3	1
東北大学病院	1160	328	14	121	86	16
東北労災病院	504	228	11	23	14	5
登米市立登米市民病院	198	51	1	1	1	0
丸森町国民健康保険丸森病院	90	－	1	1	1	－
南三陸病院	90	60	1	3	2	－
みやぎ県南中核病院	310	216	10	17	14	8
宮城厚生協会泉病院	94	45	2	2	2	0
宮城厚生協会坂総合病院	357	184	10	12	11	2
涌谷町国民健康保険病院	121	81	5	1	2	0
帯広第一病院	224	173	7	1	2	0
岩手県立胆沢病院	346	177	6	14	7	7

施 設 名	病床数	内科系 病床数	内科系 診療科数	内科 指導医数	総合内科 専門医数	内科 剖検数
岩手県立中央病院	681	318	9	30	19	26
山形市立病院済生館	528	228	8	20	13	-
会津医療センター	226	121	9	11	12	0
いわき市医療センター	700	210	10	21	5	4
公立藤田総合病院	311	147	5	5	0	1
白河厚生総合病院	471	141	5	16	7	14
東京都健康長寿医療センター	550	331	13	31	29	21
聖マリアンナ医科大学病院	1175	458	9	114	62	21
大阪公立大学医学部附属病院	972	246	12	96	73	18
育和会記念病院	265	150	6	11	9	1
石切生喜病院	331	140	7	20	9	5
和泉市立総合医療センター	307	160	11	21	8	4
大阪市立十三市民病院	263	130	5	10	8	1
大阪市立総合医療センター	1063	301	13	39	42	10
東住吉森本病院	329	160	6	14	8	4
府中病院	380	170	7	17	15	10
ベルランド総合病院	477	180	6	16	10	6
淀川キリスト教病院	581	265	11	27	34	8

2) 内科 13 領域の研修の可能性 (○：研修できる △：時に研修できる ×：ほとんど研修できない)

施 設 名	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	感 染 症	救 急
東北医科薬科大学病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

□連携施設

東北医科薬科大学 若林病院	○	×	×	×	○	○	○	×	×	×	○	×	×
JCHO仙台病院	○	○	○	○	○	○	△	○	△	○	○	○	○
石巻市立病院	○	△	○	×	△	△	△	×	×	△	×	△	○
石巻赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
大崎市民病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

施 設 名	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	感 染 症	救 急
栗原市立栗原中央病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
気仙沼市立病院	△	○	○	△	△	△	○	△	×	△	×	△	△
広南病院	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
公立刈田総合病院	○	○	○	○	○	×	○	×	○	○	×	○	○
蔵王町国民健康保険 蔵王病院	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
仙台医療センター	○	○	○	○	○	△	○	○	○	△	△	△	○
仙台オープン病院	○	○	○	×	△	△	○	△	△	○	△	○	○
仙台市立病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
仙台赤十字病院	×	○	○	×	×	○	○	△	×	△	△	○	○
仙台東洲会病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
総合南東北病院	×	○	○	×	×	×	△	×	○	×	×	×	○
東北大学病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
東北労災病院	○	○	○	△	○	○	○	△	△	○	○	○	○
登米市立登米市民病院	○	○	△	×	△	×	△	×	△	×	×	△	○
丸森町国民健康保険 丸森病院	○	△	△	△	△	△	△	×	△	△	△	△	△
南三陸病院	○	○	○	△	△	△	○	△	△	○	△	○	○
みやぎ県南中核病院	○	○	○	△	○	○	○	△	○	○	△	△	○
宮城厚生協会泉病院	○	×	×	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×
宮城厚生協会坂総合病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
涌谷町国民健康保険病院	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
帯広第一病院	○	○	○	○	○	○	○	×	×	○	○	○	○
岩手県立胆沢病院	○	○	○	△	○	○	○	○	○	○	○	△	○
岩手県立中央病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
山形市立病院済生館	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
会津医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×	○	×
いわき市医療センター	○	○	○	△	○	△	△	○	△	△	△	○	○
公立藤田総合病院	○	○	○	○	○	○	○	△	△	○	○	○	○
白河厚生総合病院	○	○	○	○	○	△	△	○	×	○	○	○	○

施 設 名	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	感 染 症	救 急
東京都健康長寿 医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△
聖マリアンナ 医科大学病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
大阪公立大学 医学部附属病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○
育和会記念病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
石切生喜病院	○	○	○	△	○	○	○	○	△	○	△	○	○
和泉市立 総合医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
大阪市立十三市民病院	○	○	○	○	○	×	○	×	×	○	○	○	○
大阪市立 総合医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
東住吉森本病院	○	○	○	△	△	×	○	×	×	△	△	○	○
府中病院	○	○	○	△	×	×	△	○	△	△	×	△	○
ベルランド総合病院	○	○	○	△	○	×	○	×	○	○	×	○	○
淀川キリスト教病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

東北医科薬科大学病院内科専門研修プログラム管理委員会

（令和４年４月１日現在）

東北医科薬科大学病院

委員長	佐藤 賢一	（病院長、消化器内科科長、 内科専門研修プログラム統括責任者）
副委員長	古川 勝敏	（総合診療科科長）
	木村 朋由	（腎臓内分泌内科）
内科研修プログラム委員	小丸 達也	（循環器内科科長）
	澤田正二郎	（糖尿病代謝内科科長）
	大類 孝	（呼吸器内科科長）
	森 建文	（腎臓内分泌内科科長）
	中島 一郎	（脳神経内科科長）
	下平 秀樹	（腫瘍内科科長）
	遠藤 史郎	（感染症内科科長）
	亀岡 淳一	（血液・リウマチ科科長）
	遠藤 智之	（救急科科長）

連携施設担当委員

東北医科薬科大学若林病院	住友 和弘	（総合診療科）
JCHO仙台病院	渡邊 崇	（総合診療科医長）
石巻市立病院	末永 拓郎	（教育研修センター長）
石巻赤十字病院	矢内 勝	（院長補佐・呼吸器内科）
大崎市民病院	工藤 正孝	（診療部長（内科系外来 診療部担当）兼 第一腎臓・内分泌内科科長兼 リウマチ科科長）
栗原市立栗原中央病院	矢作 浩一	（循環器内科部長）
気仙沼市立病院	星 達也	（内科診療部長）
広南病院	藤原 悟	（病院長）
公立刈田総合病院	渡辺 正	（副院長）
蔵王町国民健康保険蔵王病院	伊妻 壮晃	（院長）
仙台医療センター	鵜飼 克明	（副院長）
仙台オープン病院	伊藤 啓	（消化管・肝胆膵内科主任部長）
仙台市立病院	菊地 達也	（消化器内科部長）

仙台赤十字病院	三木 誠	(呼吸器内科部長)
仙台徳洲会病院	伊藤 弘紀	(糖尿病・代謝内科医長)
総合南東北病院	須藤 晃佑	(消化器内科科長)
東北大学病院	青木 正志	(脳神経内科科長)
東北労災病院	榊原 智博	(第二呼吸器内科部長)
登米市立登米市民病院	三上 哲彦	(内科長)
丸森町国民健康保険丸森病院	大友 正隆	(院長)
南三陸病院	西澤 匡史	(副院長)
みやぎ県南中核病院	佐藤 晃彦	(副院長)
宮城厚生協会泉病院	関口すみれ子	(副院長)
宮城厚生協会坂総合病院	渡部 潔	(副院長)
涌谷町国民健康保険病院	鈴木 憲次郎	(内科科長兼 教育研修センター長)
帯広第一病院	眞坂 智寛	(消化器内科部長)
岩手県立胆沢病院	野崎 哲司	(循環器内科・臨床検査科長)
岩手県立中央病院	相馬 淳	(統括副院長兼診療部長)
山形市立病院済生館	五十嵐 雅彦	(糖尿病・内分泌内科長)
会津医療センター	山中 克郎	(総合内科 医監兼教授)
いわき市医療センター	杉 正丈	(副院長・臨床研修センター長)
公立藤田総合病院	鈴木 修三	(副院長兼教育研修センター長)
白河厚生総合病院	岡本 裕正	(副院長兼消化器内科部長)
東京都健康長寿医療センター	荒木 厚	(副院長・内科統括部長)
聖マリアンナ医科大学病院	井上 健男	(呼吸器内科准教授)
大阪公立大学医学部附属病院	渡辺 徹也	(呼吸器内科講師)
育和会記念病院	寺川 和彦	(副院長)
石切生喜病院	堀尾 武史	(副院長、教育研究センター長)
和泉市立総合医療センター	大野 恭裕	(副院長)
大阪市立十三市民病院	倉井 修	(副院長)
大阪市立総合医療センター	山根 孝久	(副院長)
東住吉森本病院	仲川 浩一郎	(副院長)
府中病院	田口 晴之	(副院長)
ベルランド総合病院	片岡 亨	(院長)
淀川キリスト教病院	紙森 隆雄	(呼吸器内科部長)
石巻市立牡鹿病院	井上 国彦	(院長)
女川町地域医療センター	齋藤 充	(センター長)
栗原市立若柳病院	中里 直樹	(院長)

公立加美病院	芦立 毅	(内科医長)
公立黒川病院	本郷 道夫	(管理者)
国民健康保険川崎病院	内山 美寧	(院長)
塩竈市立病院	山田 美樹	(診療部長兼 健康管理センター長)
登米市立豊里病院	小寺 俊之	(院長)
登米市立米谷病院	千葉 正典	(院長)
美里町立南郷病院	玉手 英一	(院長)
中頓別町国民健康保険病院	川埜 芳照	(院長)

東北医科薬科大学病院内科専門研修マニュアル

【整備基準 44】

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）は、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(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： 東北医科薬科大学病院

連携施設：

[宮城県] 東北医科薬科大学 若林病院
JCHO仙台病院
石巻市立病院
石巻赤十字病院
大崎市民病院
栗原市立栗原中央病院
気仙沼市立病院
広南病院
公立刈田総合病院
蔵王町国民健康保険蔵王病院
仙台医療センター
仙台オープン病院

	仙台市立病院
	仙台赤十字病院
	仙台徳洲会病院
	総合南東北病院
	東北大学病院
	東北労災病院
	登米市立登米市民病院
	丸森町国民健康保険丸森病院
	南三陸病院
	みやぎ県南中核病院
	宮城厚生協会泉病院
	宮城厚生協会坂総合病院
	涌谷町国民健康保険病院
[北海道]	帯広第一病院
[岩手県]	岩手県立胆沢病院
	岩手県立中央病院
[山形県]	山形市立病院済生館
[福島県]	会津医療センター
	いわき市医療センター
	公立藤田総合病院
	白河厚生総合病院
[東京都]	東京都健康長寿医療センター
[神奈川県]	聖マリアンナ医科大学病院
[大阪府]	大阪公立大学医学部附属病院
	育和会記念病院
	石切生喜病院
	和泉市立総合医療センター
	大阪市立十三市民病院
	大阪市立総合医療センター
	東住吉森本病院
	府中病院
	ベルランド総合病院
	淀川キリスト教病院
特別連携施設：	
[宮城県]	石巻市立牡鹿病院
	女川町地域医療センター

栗原市立若柳病院
公立加美病院
公立黒川病院
国民健康保険川崎病院
塩竈市立病院
登米市立豊里病院
登米市立米谷病院
美里町立南郷病院
〔北海道〕 中頓別町国民健康保険病院

4. プログラムに関わる委員会と委員

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東北医科薬科大学病院に設置し、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 3 つのコース、①内科基本コース、②Subspecialty 重点コース、③地域医療コースの 3 つを準備しています。

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、医学部卒後研修支援センターに所属し、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 ヶ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 重点コースを選択し、各科を原則として 2 ヶ月毎、研修進捗状況によっては 1～3 ヶ月毎にローテーションします。地域枠、奨学金を受給している専攻医は、勤務義務履行のため研修委員会が適切なローテーションを提案する地域医療コースを選択します。

基幹施設である東北医科薬科大学病院での研修が中心になりますが、関連施設での研修は必須であり、どのコースにおいても原則 1 年間はいずれかの関連施設で研修します。なお、研修中の専攻医数や進捗状況により、基幹施設と連携施設のローテーション期間および順番が変更される場合があります。

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。特に特別連携病院では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、東北医科薬科大学病院（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。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（16 頁参照）

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 年間に於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、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（専攻医の状況により連携施設から研修を開始する場合もあります）。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 重点コース（17 頁参照）

希望する Subspecialty 領域を重点的に研修するコースです。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。Subspecialty 専門研修の研修期間は 1 年もしくは 2 年で、開始、終了時期、継続性は問わずに専門研修を基幹病院もしくは連携病院で行い内科専門医を最短期間の 3 年で取得することを目標に研修が行われます。内科基本研修の残りの 1～2 年の期間に充足していない症例を経験します。また内科 Subspecialty 混合タイプとして 4 年間、やや余裕をもって内科研修を組み、Subspecialty 研修を行うコースもオプションとして設けます。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。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。

3) 地域医療コース（18 頁参照）

地域医療従事希望者、総合診療希望者、地域枠、奨学金を受給している専攻医のためのコースです。勤務義務履行のため研修委員会が適切なローテーションを提案します。特別連携施設では、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。さらに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経験もでき，高次病院や地域病院との病病連携も経験できます。特別連携病院の選択については，地域枠、奨学金を受給している専攻医の状況を考慮し受け入れ態勢を整えていただくよう、内科キャリアサポート委員会、卒後研修支援センターがサポートします。

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・メディカルスタッフによる評価

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 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評価により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 J-OSLER を用いて経験症例、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な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

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、東北医科薬科大学病院の職員就業規則や他の規則に従います。なお、連携施設等での研修は、1 施設あたり連続する 3 ヶ月以上を原則とし、それぞれの施設の規程が適用されます。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 3 つのコース、①内科基本コース、②Subspecialty 重点コース、③地域医療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 のサブスペシャリティ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ます(Subspecialty 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。

1 4. 逆評価の方法とプログラム改良姿勢

毎年 3 月に J-OSLER を通して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ます。

1 5. 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します。

東北医科薬科大学病院内科専門研修プログラム指導医マニュアル

【整備基準 45】

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人が東北医科薬科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ます。
- ・担当指導医は、専攻医が Web にて 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、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 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・相談する。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、卒後研修支援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、卒後研修支援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します。
- ・担当指導医は、卒後研修支援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、卒後研修支援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コメディカルによる評価を行う。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 J-OSLER での特攻医による症例登録の評価を行います。
- ・J-OSLER での特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かと第三者が認め得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かと認められない場合には、不合格として担当指導医は特攻医に J-OSLER での当該症例登録の削除・修正などを指導します。

4) 日本内科学会特攻医登録評価システム (J-OSLER) の利用方法

- ・特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。
担当指導医による特攻医の評価、メディカルスタッフによる評価および特攻医による逆評価などを特攻医に対する形成的フィードバックに用います。
- ・特攻医が作成し、担当指導医が校閲し適切と認めた病歴要約全 29 症例を特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特攻医がアクセプトされるまでの状況を確認します。
- ・特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、各特攻医の進捗状況をリアルタイムで把握する。担当指導医と卒後研修支援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、J-OSLER を用いて研修内容の評価し、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特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

特攻医による 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、東北医科薬科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ます。

6) 指導に難渋する特攻医の扱い

必要に応じて、J-OSLER を用いて特攻医自身の自己評価、担当指導医による内科特攻医評価およびメディカルスタッフによる評価（内科専門研修評価）を行い、その結果を

基に東北医科薬科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、専攻医に対して形式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

基幹施設の指導医の待遇は、東北医科薬科大学（附属病院）の規程によります。なお、連携施設等での研修時の待遇は、それぞれの施設の規程が適用されます。

8) FD 講習の出席義務【整備基準】

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、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。

別表. 東北医科薬科大学病院内科専門研修 各年次到達目標【整備基準 53】

	内容	専攻医3年修了時 2020年3月31日現在	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	※3 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 ^{※1}	4		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 200	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。

初期研修中に経験した内科症例については、以下の条件を満たすものに限り専門研修に取り入れることを認めます。

- ① 日本内科学会指導医が直接指導した症例であること。
- ② 主たる主治医としての症例であること。
- ③ 直接指導を行った日本内科学会指導医が内科領域専門医としての経験症例とすることの承認が得られること。
- ④ 内科領域の専門研修プログラムの統括責任者の承諾が得られること。
- ⑤ 内科領域の専門研修で必要とされる修了要件 160 症例のうち 1/2 に相当する 80 症例を上限とすること。
- ⑥ 病歴要約への適用も 1/2 に相当する 14 症例を上限とすること。

