近畿大学医学部附属病院における 内科専門研修プログラム（案）について

近畿大学医学部附属病院

栗田 隆志, 上碓 俊法, 宮崎 俊一

Takashi Kurita, Toshinori Kamisako and Shunichi Miyazaki: Kinki University School of Medicine, Japan.

Key words 新内科専門医制度内科専門医研修プログラム, 内科専攻医, 近畿大学附属病院

はじめに

2017年4月からの新内科専門医制度開始に際して、専攻医の研修プログラムを作成することが急がれる時期となっている。また、作成の指針となる研修プログラム整備指針の概略が日本専門医機構においても固まってきた。そこで、2015年6月、近畿大学医学部附属病院（近大病院）では全国に先駆けて内科専攻プログラムを作成した。今回はその経験を踏まえ、同プログラ

ムが作成されるまでの経緯とその概要を紹介する。本稿が各施設におけるプログラム整備の標準的サンプルとなることを期待する。

なお、ここに紹介するプログラムはあくまで近大病院内で作成された「案」の段階であり、正式なプログラムとして稼働するためには、今後、日本専門医機構の承認を得る必要がある。

1. 近畿大学の概要

近畿大学医学部附属病院は昭和50（1975）年、大阪府の南部に位置する大阪狭山市に開設され、大阪南地区にある唯一の大学病院として、40年間にわたって地域医療に貢献してきた。現在、同病院は医療分野の全てを網羅する44の診療科と933床の入院ベッド数を揃え、年

間の入院患者数は21,000人以上、外来患者数は60万人にのぼり、大阪南地区の中心的医療施設として重要な位置を占めている。

内科系の診療は9つの診療科によって分担され、年間約8,300例の入院患者と21万例以上の外来患者を診療している。

2. 内科専門医研修プログラム（案）作成の経緯

プログラム作成の手引きとして、日本専門医機構が各専門領域での専門医育成のために「専門医制度整備指針」を作成している¹⁾。この整備指針では専門医の認定・更新の基準や、どのように研修プログラムが評価・認定されるかなどについて詳しく述べられており、以下に述べるプログラムは本指針に準拠して作成されたものである。

2015年4月、各内科医局への新内科専門医制度の周知と模範的なプログラム作成を目的とし

て、近畿大学内科専門医プログラム管理委員会（プログラム委員会）が組織された。同委員会は近大病院の各内科から1～2名、連携施設（近大堺病院、近大奈良病院）から内科代表者それぞれ1名の委員で構成されている。これまで4回の全体協議を重ね、先に述べた専門医制度整備指針に準拠しつつ、近大の特色を盛り込んだ専門医育成プログラム（案）を作成した。以下、その概要について述べる。

3. 内科専門医受験資格

内科専門医の研修期間において、以下に示す内科専門医受験資格を完了することが求められている^{2,3)}。

- ① 70に分類された各カテゴリーで最低1例を経験すること
- ② Web研修手帳へ症例登録（200件）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 専攻医2年目以降から初診を含む外来（1回/週以上）を目安として通算で6カ月以上行うこと

- ⑤ 当直を経験すること
- ⑥ JMECCを受講すること
- ⑦ 安全研修、倫理研修を受講すること
- ⑧ CPCを受講すること

補足：経験すべき疾患カテゴリーと疾患名については新内科専門医制度、研修手帳に記載されている³⁾。

4. 近大病院における内科専門医研修プログラム

1) 基本方針

近大病院が設けた内科専攻医プログラムに基づいて、理想的な内科専門医を遅滞なく育成し、後期研修3年目（内科専門研修3年目）終了時点で内科専門医筆記試験の受験資格を獲得する。また、募集専攻医数は各年度で指導医数（現時点で24名）とする。

2) 専門知識の習得計画

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る⁴⁾。近大病院には9つの内科系診療科があり、4つの単独型診療科（循環器、消化器、神経、腎臓）に加え、5つの診療科（内分泌・代謝・糖尿病内科、呼吸器・アレルギー内科、血液・膠原病内

科、腫瘍内科、心療・緩和ケア内科）が複数領域を担当している。また、救急疾患については各診療科やER科によって管理され、近大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る。さらに連携施設の近大奈良病院、近大堺病院に大阪済生会富田林病院、くしもと町立病院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る。

このように、本プログラムでは各診療科をローテートし、病院間の交流も行うため、総合医学教育研修センター（研修センター）は各診療科間、病院間での緊密な連携と調整を行うという重要な役割を持つ。

3) 専門技能の習得計画

(1) 症例経験数について

主治医（主担当医）として受け持つように目標として要求されている経験200症例を後期研修（内科専門研修）2年目終了時点でその8割（160症例）以上、3年目終了時点で必要とされる症例の全てを担当できるようなプログラムとする。

上記の目標が達成できるかどうかを判断するために、予備調査として、近大病院（基幹病院）の各内科診療科における入院患者のDPC病名を基本としたカテゴリー別の入院患者数（平成26年度）を13領域、70カテゴリーの全てについてカウントした（表）⁴⁾。

各内科に最大2名の専攻医（後期研修医）が2～3カ月ローテーションするとした場合、カテゴリー内の症例数が年間12以上あれば、ほぼ全員の専攻医に主治医としての診療が可能と試算した。70カテゴリーのうち、年間入院数11例以下のカテゴリー（少数カテゴリー）が20近く存在していた。症例数が少ない理由として、DPC病名が実際の診断名（主病名）と解離していることと、主に外来で管理される疾患が含まれていることが挙げられた。そこで、少数カテゴリー

へ振り分け可能な主病名（非DPC病名）の抽出、複数の診療科や外来での診療にて経験できる疾患の拾い上げを行い、その内容をプログラム管理委員会で再度協議したところ、10のカテゴリーは外来での経験を含めることで、ほぼ全てのカテゴリーは充足されると判断された。

また、研修期間内に全カテゴリー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、また外来での疾患頻度が高いカテゴリーを診療できるシステム（外来症例割当システム）を構築することとした。

補足1：新しい内科専門医制度においては、内科診療の実情を踏まえ、これまで入院症例に限っていた経験症例を、全体の1割（20/200症例）は外来での受け持ちを実績として許容する方針である。

補足2：外来でのトレーニングとしてふさわしい症例（特に初診）を経験するために専攻医外来対策委員会を組織し、外来症例割当システムを構築する。同システムにより、病棟での活動を中心としている専攻医にとって、未経験の疾患を外来で効率よく診療することができる[4-15]-(1)〈1626頁〉参照]。

補足3：研修センターはローテーション先の選択と当該科での未経験症例の担当を優先するよう配慮する。

(2) 症例経験以外の学習

医療面接や身体診察、専門的検査などに基づいた「診断」のみならず、治療方針の決定、他の専門医へのコンサルテーション、患者・家族への説明などについて指導医の指導を受け、多岐にわたって高い「技術・技能」を習得する。この実際の現場における評価にあたっては、内科学会で準備しているWeb研修手帳（専攻医登録システム）を活用することも視野に入れている。

表

	循環器	到達 レベル	小計	合計
1	虚血性心疾患	1) 急性冠症候群 ①不安定狭心症	A 8	427
		②急性心筋梗塞	A 85	
		2) 安定型狭心症	180	
2		①労作性狭心症	A 66	
		②安静時狭心症, 異型狭心症	A 15	
	3) 陳旧性心筋梗塞, 無症候性心筋虚血	A 73		
3	血圧異常	1) 本態性高血圧症	A	循環器内科の入院 では0であるが, 腎臓高血圧内科と 外来にて診療する。
		2) 腎性高血圧症 (腎血管性高血圧症を含む)	B	
		3) その他の二次性高血圧症		
		①原発性アルドステロン症→内分泌の項も参照	B	
		②褐色細胞腫→内分泌の項も参照	C	
		③Cushing症候群→内分泌の項も参照	B	
		④大動脈縮窄症	C	
	4) 低血圧, 起立性調節障害	B		
4	不整脈	1) 期外収縮	A 4	245
		2) 頻脈性不整脈		
		①上室頻拍, WPW症候群	A 34	
		②心房粗・細動	A 187	
		③心室頻拍, 心室細動	A 20	
		3) 徐脈性不整脈		
	5	①洞不全症候群	A 22	67
		②房室ブロック	A 34	
		4) QT延長症候群	B	
		5) 心臓突然死, Brugada症候群	C 4	
		失神		
	失神	1) 神経調節性失神	B 4	
		2) 心原性失神	B 3	

近畿大学循環器内科における平成26年1月～12月までの入院患者数を各カテゴリー別にカウントしたものである(循環器領域の10カテゴリーから5つを抜粋)。病名は原則としてDPC病名としている。この場合、カテゴリー3の血圧異常のDPC病名がゼロであり、入院患者のみの経験では後期研修医が経験できない可能性がある。そこで、本態性高血圧など比較的頻度の高いレベルAの疾患の経験を目的として、腎臓内科との連携や外来症例割当システムを活用して研修することで症例経験が達成される。

この例のように、全内科の全てのカテゴリーについてDPC病名をカウントし、年間11例以下のものについて当該科代表者がプログラム管理委員会にて討議した。その結果、外来を含む近畿大学病院での研修を行えば、全てのカテゴリーについて充足可能との判断がなされた。

4) 近畿大学内科専門医プログラムにおける研修コース

専攻医の希望に広く対応するため、近大では内科基本コース、各科重点コース、大学院重点コースの3つのコースを設定した。

Subspecialtyが未決定、または一般的に新・内科専門医を目指す場合は内科基本コースを選択

する。専攻医は各医局ではなく、総合医学教育研修センター(研修センター)に所属し、3年間で各内科や内科臨床に連携ある救急部門などを3カ月ごとにローテートする。将来のsubspecialtyが決定している専攻医は各医局に入局した上で各科重点コースを選択し、各科を原則として2カ月ごとにローテーションする。なお、

	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	呼吸器・アレルギー			神経			腎臓			消化器		
	1回/月のプラマリケア当直研修を6カ月間行う											
		1年目にJMECCを受講										
2年目	腫瘍			循環器			血液・膠原病			内分泌・代謝		
										内科専門医取得のための 病歴提出		
3年目	心療内科			ER			連携施設			症例不足科の予備 または希望科		
	初診＋再診外来 週に1回担当											
	(3年目までに外来研修を終了する)											

図1 基本コース

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する。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する。原則として3カ月を1単位として、3年間で延べ12科をローテーションする。地域医療を経験するため、近畿大学奈良病院、同堺病院、大阪済生会富田林病院、くしもと病院で連携施設群を形成し、いずれかの施設を3カ月間ローテーションする。

大学院への進学を希望する専攻医は大学院重点コースを選択することができるが、研修プログラムへ応募時点で原則として日本専門医機構が定める充足すべきカテゴリー数と症例数の双方の2/3を経験していることを条件とする（経験すべきカテゴリー数と症例数の具体的な数字については近々、日本専門医機構から発表されるプログラム整備基準を参照されたい）。

(1) 内科基本コース（図1）

総合内科（generality）の専門医を目指す場合や、将来のsubspecialtyが未定である場合に選択する。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する。原則として3カ月を1単位として、1年間に4科、3年間で延べ12科をローテーションする。ERを含む内科系10科と地域医療の合計11領域での経験を原則とし、症例経験数が充足しなかった場合は最終の3カ月を予備期間として調整する。

地域医療を経験するため、近大奈良病院、同堺病院、済生会富田林病院、くしもと町立病院、和泉市立病院を研修連携病院として、いずれか

を3カ月間ローテーションする。

(2) 各科重点コース（図2）

後期研修3年目に希望するsubspecialty領域を重点的に研修するコースである。希望するsubspecialty領域の内科に入局し、同内科で研修開始4カ月間の初期トレーニングを行う。この期間、専攻医は将来希望する内科において指導医から、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。その後、2カ月間を基本として他科および研修連携施設をローテーションする。研修3年目にはsubspecialtyを選択した科などで内科研修を継続しつつ、経験できなかった疾患や修得できなかった技術技能を補う。

(3) 大学院重点コース（図3）

大学の使命として大学院の充実も重要であり、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ある。本コースの参加資格は研修開始前に原則として日本専門医機構が定める充足すべきカテゴリー数と症例数の双方の2/3を経験していることを条件とする。希望するsubspecialty領域の内科に入局したうえで、1年目に各科を1カ月間ローテーションし、大学院

後期研修	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	
	5月から1回/月のプラマリケア当直研修を6カ月間行う											
	1年目にJMECCを受講											
2年目	他内科5		他内科6		他内科7		他内科8		連携施設		予備	
										内科専門医取得のための 病歴提出		
3年目	循環器内科ローテーション(ただし、充足していない領域をローテーションすることもある)											
	初診+再診外来 週に1回担当										内科専門医取得のための 筆記試験	
その他の要件			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									
他科 ローテ ーションに ついて	最初の4カ月は所属科にて基本的トレーニングを受ける。その後、他科および連携施設を原則として各々2カ月間ローテーションする。 ローテーションの順序は研修センターが決定するが、充足状況などを勘案し、2年目最後の2カ月、3年目に不足科をローテーションする。ローテーション中は当該科の指導医が研修指導する。											
大学院 進学の 場合	入局3年目以降、大学院への進学を考慮する。この場合、大学院での研究を行いながら、内科専門医、循環器専門医取得に必要な臨床修練を平行して行うこととする。ただし、大学院大学に入学した場合は必要に応じて週に1日程度、研究に専念する研究日を設けることができる。											
その他	他の内科ローテーション中は当該科の当直とする。入局先の検査や業務(循内ではTMT, RI, 陪席, 緊急当番など)は他科ローテーション中は免除する。地域医療研修として2年目の後半以降に関連病院での内科総合初診外来を担当する。											

図2 循環器内科に入局した場合の重点プログラム

後期研修3年目に希望するsubspecialty領域を重点的に研修するコースである。研修開始直後の4カ月間は希望するsubspecialty領域に入局し、初期トレーニングを行う。その後2カ月間を基本として、いずれかの連携施設および他科をローテーションする。研修3年目にはsubspecialtyを選択した科などで内科研修を継続する。

への進学は後期研修2年目の4月を目標とする。ただし、入学の基本的な条件として、①3つの必須項目(日本専門医機構が定める経験すべきカテゴリーと症例数、病歴要約)の90%を完了していること、②後期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、③残りの未経験症例や技能習得は所属科における今後の研修にて可能と判断されることを要件とする。

なお、本コースへの参加資格と後期研修2年目での大学院進学の許可は研修プログラム管理委員会において判定される。

5) その他の臨床現場での学習

①各診療科内のカンファレンスや他科との合

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抄読会や研究会において、最新のevidenceや先端的な知識を得る。

③CPCに参加し、診断、治療の理解を深化させる。年に1回、CPCの講習会を開催し、参加する。

④初診を含む外来の担当医として経験を積む。

6) 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・治療法についてモーニングセミナーやイブニングセミナーが1回/月の頻度で開催されて

後期研修	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	循内 初期トレ	他内科1	他内科2	他内科3	他内科4	他内科5	他内科6	他内科7	他内科8	連携施設	予備	予備
		5月から1回/月のプラマリケア当直研修を6カ月間行う										
1年目にJMECCを受講（プログラムの要件）												
2年目	循環器内科学 大学院（循環器内科での臨床研修も可能とする）										内科専門医取得のための 病歴提出	
3年目	循環器内科学 大学院（循環器内科での臨床研修も可能とする）										内科専門医取得のための 筆記試験	
	初診＋再診外来 週に1回担当											
そのほかの要件		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										
プログラム 参加資格	後期研修開始前の段階で原則として日本専門医機構が定める充足すべきカテゴリー数と症例数の双方の2/3を経験していることを条件とする。											
他科 ローテー ションに ついて	最初の1カ月は所属科にて基本的トレーニングを受ける。その後、他科および連携施設を原則として1カ月間ローテーションする。ローテーションの順序は研修委員長が決定するが、充足状況などを勘案し、1年目最後の1カ月に不足科をローテーションする。ローテーション中は当該科の上級医が研修指導する。											
大学院 進学の 場合	後期研修2年目以降、大学院への進学を考慮する。この場合、大学院での研究を行いながら、内科専門医、循環器専門医取得に必要な臨床修練を平行して行うこととする。ただし、大学院大学に入学した場合は必要に応じて週に1日程度、研究に専念する研究日を設けることができる。											
その他	他の内科ローテーション中は当該科の当直とする。入局先の検査や業務（循内ではTMT, RI, 陪席, 緊急当番など）は他科ローテーション中は免除する。地域医療研修として連携施設において初診内科総合外来を担当する。											

図3 循環器内科に入局した場合の大学院重点プログラム

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ある。本コースの参加資格は研修開始前に原則として70カテゴリーと200症例双方の2/3以上を経験していることを条件とする。希望するsubspecialty領域に入局したうえで、1年目に各科を1カ月間ローテーションし、大学院への進学は後期研修2年目の4月を目標とする。ただし、大学院入学の基本的条件として、①3つの必須項目（70カテゴリー、200症例の経験、29の病歴要約）の90%を完了していること、②後期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、③残りの未経験症例や技能習得は所属科における今後の研修にて可能と判断されることを要件とする。

おり、それを聴講し、学習する。受講歴は登録され、充足状況が把握される。内科系学会集、JMECC（内科救急・ICLS講習会）等においても学習する。

7) 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できるよう図書館に設備を準備する。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、Web版の研修手帳（専攻医登録・評価システム）に記載する。

8) 研修の実施体制

(1) 研修センターの役割

後期研修開始前に、各専攻医について初期研修期で経験した疾患をまとめ、カテゴリー別の充足表を作成し、各専攻医に周知する。3カ月ごとに研修センターはWeb手帳にて疾患の充足状況を適宜追跡し、手帳への記入が促される。また、各カテゴリー内の症例経験が充足してい

ない場合は予備期間に当該科をローテーションするよう調整する。また、外来症例割当システムを管理し、外来の症例を逃さないように心がける。

(2) 指導医の役割

内科基本コースでは専攻医担当の指導医（メンター）1名がプログラム管理委員長により決定される。各科重点コースと大学院重点コースでは、将来希望するsubspecialty領域から1名の指導医（メンター）が内科主任教授によって指名される。指導医は専攻医と十分なコミュニケーションを取り、研修医ノートの閲覧、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。

専攻医はローテーション先の上級医と面談し、専攻医が経験すべき症例について報告する。上級医は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、主治医の割り振りを調整する。指導医はローテーション先の上級医と協議し、知識、技能の評価を行う。

9) カンファレンスを通じた研修

(1) 症例検討会、抄読会は全ての内科において定期的に開催されている。このような会に参加し、機会があるごとに発表することは症例や論文のプレゼンテーション法を学ぶための良い機会となる。

(2) CPCの参加について

受け持ち患者の少なくとも1例について病理解剖を経験し、CPCレポートの作成と症例発表を行う。

(3) 安全研修セミナー、感染症セミナーは適宜開催されるため、最低年に2回は出席する。出席状況は各セミナー開催責任者によって追跡される。最新の医療などについてはモーニングセミナー、イブニングセミナーなどが毎月開催されており、これらの参加を推奨する。

10) リサーチマインドの養成計画

患者から学ぶという姿勢を基本とし、科学的な証拠に基づいた診断、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つくる。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する。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る。

11) 学術活動に関する研修計画

指導医の指導により地方会を含む内科系学会に筆頭者として年に1回以上の発表を行う。3年間の専攻期間中に筆頭筆者として1編以上の論文を発表する。また、内科系の学術集会に年に1回以上出席する。

上記の履修については研修センターが半年に1回、直接専攻医と連絡を取り、充足状況を把握し、進捗状況をフィードバックする。

12) 地域医療における施設群の役割

近大病院において症例経験や技術習得に関し、単独で履修可能であっても、地域医療を実施するため、複数施設での研修を行うことが望ましく、全てのコースにおいてその経験が求められる。

地域医療を経験するため、全てのプログラムにおいて連携施設における研修期間を設けている。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する。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する。

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回指導医と面談し、研修の進捗状況を報告する。

13) 地域医療に関する研修計画

現在、近大病院では地域連携パス（急性心筋梗塞パス、脳卒中パス）が稼働しており、これらを通じて地域の医療施設との連携を経験する。

14) 専攻医の評価時期と方法

(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受け持ち症例のマネジメント、カルテ記載、症例要約の作成などを検証し、指導する。また、技術・技能についての指導と評価を行う。年に1回以上、目標の達成度や各指導医・コメディカルの評価に基づき、研修委員会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。

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う。

(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う。

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終了判定が行われる。

(3) 研修態度などの評価

指導医や上級医のみでなく、コメディカル（病棟師長、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月に評価する。評価法については別途定めるものとする。

(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もとにベスト専攻医賞を後期研修終了時に1名選出し、表彰状を授与する。

(5) 専攻医によるプログラムの評価

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定の参考とする。アンケート用紙は別途定める。

15) 内科専攻医プログラム管理委員会の運営計画

(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近畿大学医学部附属病院に設置し、その統括責任者と各内科から1名ずつ管理委員を選任する。

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。

外来でのトレーニングとしてふさわしい症例（特に初診）を経験するために専攻医外来対策委員会を組織し、外来症例割当システムを構築する。委員は外来で診療することの多い疾患（カテゴリー）を複数有する診療科（内分泌代謝、神経、呼吸器・アレルギー、腎臓の4内科）から1名ずつ任命する。外来で経験すべき疾患とそのカテゴリーを示す表と各専攻医が未経験のカテゴリーとを照合した外来リストを作成する。内分泌・代謝、神経、呼吸器・アレルギー、腎臓の4内科の外来にて経験すべき該当患者（疑いを含む）が来院した時点で、ドクター・クラークは事前に患者支援センターを経由して予約が入っている患者の疾患名（疑いを含む）を把握し、外来担当医と相談のうえ、研修センターにその旨を報告する。また、予約なく当日受診した患者についても外来診療状況などに余裕があれば、同様の対応をする。研修センターは外来リストに沿って以下の順で専攻医へ連絡する（①当該科ローテーション中の専攻医、②他科の予備期間ローテーション中の専攻医、③前2者に複数の該当者がいる場合は専攻医研修年数が長い、またはカテゴリー充足率の低い専攻医）。連絡を受けた専攻医は疾患（カテゴリー）が未経験であることを確認し、スケジュール調整のうえ、外来にて診療する。専攻医は外来担

当医の指導のもと、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。

(2) 基幹病院の役割

近大病院に研修プログラム管理委員会を置き、プログラムの管理および終了判定を行う。また、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次項を決定する。指導者講習会や連携施設では実施不可能な講習会（JMECCやCPCなど）を開催する。

補足：基幹病院としての要件として、70カテゴリーの中で少なくとも7割（47以上）の疾患群について研修できる必要があるとされている³⁾。

(3) 連携施設での委員会組織

連携施設に研修委員会を設置し、委員長は上部委員会である研修プログラム管理委員会の委員となり、近大病院との連携を行う。

(4) 専攻医の就業環境の整備機能（労務管理）

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、近畿大学の専攻医就業規則および給与規則に従う。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す

る。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う。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。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、勤務に関して適宜報告を受け、プログラム全般に関するこれらの事項について総括的に評価し、改善する。

16) 専門研修プログラムの改善方法

3カ月ごとに研修プログラム管理委員会を近畿大学附属病院にて開催し、プログラムが遅滞なく遂行されているかどうかについて評価し、問題点を明らかにする。また、各指導医と専攻医の双方からの意見を聴取してプログラム改善に反映させる。研修プロセスの進行具合や各方面からの意見をもとに、プログラム管理委員会は次年度のプログラムを見直すこととする。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：栗田隆志；講演料（第一三共，日本メドトロニック）

文献

- 1) 一般社団法人日本専門医機構：専門医制度整備指針（第1版）。<http://www.japan-senmon-i.jp/document/140807.pdf>
- 2) 新・内科専門医制度に向けて—日本内科学会。 http://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2015/05/newfellow4.pdf
- 3) 研修手帳（案）—日本内科学会。 http://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2015/05/info_141224_weblog4.pdf
- 4) 新・内科専門医制度 研修カリキュラム（案）—日本内科学会。 http://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2015/05/info_141224_weblog4.pdf