

## 久留米大学内科研修プログラム

### 2025年度久留米大学内科研修プログラム:内科専門医早期取得および医学博士を目指して

#### 目次

項目	ページ
○ 久留米大学病院内科研修の特徴	2
○ 1. 理念・使命・特性	3
○ 2. 内科専門医研修はどのように行われるのか	5
○ 3. 専攻医の到達目標	10
○ 4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得	11
○ 5. 学問的姿勢	12
○ 6. 医師に必要なコアコンピテンシー・倫理性・社会性	13
○ 7. 研修施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方	13
○ 8. 年次毎の研修計画	14
○ 9. 専門研修の評価	15
○ 10. 専門研修プログラム管理委員会	16
○ 11. 専攻医の就業環境（労務管理）	17
○ 12. 専門研修プログラムの改善方法	17
○ 13. 修了判定	17
○ 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	18
○ 15. 研修プログラムの施設群	18
○ 16. 専攻医の受入数	18
○ 17. Subspecialty 領域	19
○ 18. 研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件	19
○ 19. 専門研修指導医	19
○ 20. 専門研修実績記録システム、マニュアル等	20
○ 21. 研修に対するサイトビジット（訪問調査）	20
○ 22. 専攻医の採用と修了	20
○ 久留米大学内科専門医を目指した後期研修にあたって	21

## 久留米大学病院内科研修の特徴

### 内科専門医早期取得に向けて

1. 福岡県南で唯一の内科全領域(13領域)
2. プロフェッショナル上級医による指導
3. 地域社会との強いつながり  
90年にわたり、地域医療を支えてきた歴史ある実績  
地域と密着した多彩な関連病院と病院郡を形成  
久留米大学同門との強い連携を活かした研修
4. 初診を含む外来(1回/週以上)を通算6か月以上経験
5. 内科研修プログラムに必要な当直業務
6. JMCCを自前で開催
7. 安全研修・感染研修を定期的に毎月開催
8. CPCを定期的に開催
9. 充実したカンファレンス体制
10. わが国が直面している超高齢社会に対する治療の最前線を経験
11. 福岡県南で最多の剖検数(年総数30-40件、内科14件)

### 医学博士号取得に向けて

12. 研究の伝統  
研究することにより、自ら考える能力を身につける医師として成長  
研究を通じた人材育成  
研修後の長期にわたるキャリアを構築
13. 学位の取得(最短コースでは4年目)
14. 国内外への留学
15. プロフェッショナル研究者による指導

### はじめに

近年、医療は専門分化が著しく、若手医師の専門医志向も強い。このことは、一方で医師と患者のコミュニケーションを大切にしたい全人的な幅広い診療能力の欠如を生ずる結果にもなっている。今後の医療では、少子高齢化、社会の複雑化・多様化等を背景に、患者の全人的な診療を行うために、多様な診療科と地域保健・医療等の素養を身につけることが、医師にとって不可欠となる。専ら一般的な診療に当たる医師はもとより専門的な診療に当たる医師を含めて、全ての医師にこれらの分野でのプライマリ・ケアの対応能力が求められている。

医師には患者の健康と疾病についての全体を診ることが期待されており、特に小児や高齢者に対しては、医師と患者及びその家族との間での十分なコミュニケーションの下に総合的な診療が行われることが必要である。したがって、臨床研修は、医療という社会的重要性、公共性の高い事業の必要不可欠な要素であり、医師個人の技術向上ということを越えて社会にとっての必要性が強いものであり、また、そのような研修が行われる必要がある。そのため、適切な指導体制の下で、効果的に、プライマリ・ケアを中心に幅広く医師として必要な診療能力を身につけ、人格を涵養する必要がある。また、医療安全への配慮は医療の基本として特に重要な要素であり、臨床研修を通じてしっかりと身につける必要がある。

## 1.理念・使命・特性

### 理念【整備基準1】

1) 本プログラムは、福岡県の私立大学である久留米大学病院を基幹施設として、福岡県筑後医療圏・近隣医療圏にある連携施設とで内科専門研修を経て福岡医療圏の医療事情を理解し、地域の実情に合わせた実践的な医療も行えるように訓練され、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おこなって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1～2年間+連携施設1～2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を指します。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ル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)プロフェッショナル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) 本プログラムを修了し内科専門医の認定を受けた後も、内科専門医は常に自己研鑽を続け、最新の情報を学び、新しい技術を修得し、標準的な医療を安全に提供し、疾病の予防、早期発見、早期治療に努め、自らの診療能力をより高めることを通じて内科医療全体の水準をも高めて、地域住民、日本国民を生涯にわたって最善の医療を提供してサポートできる研修を行います。

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、福岡県の私立大学である久留米大学病院を基幹施設として、福岡県筑後医療圏、近隣医療圏をプログラムとして守備範囲とし、必要に応じた可塑性のある、地域の実情に合わせた実践的な医療も行えるように訓練されます。研修期間は基幹施設 1～2 年間＋連携施設 1～2 年間の 3 年間です。
- 2) 本研修プログラムでは、症例をある時点で経験するというだけでなく、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。
- 3) 基幹施設である久留米大学病院及び連携施設での 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。そして、専攻医 2 年修了時点で、指導医による形式的な指導を通じて、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。
- 4) 連携病院が地域においてどのような役割を果たしているかを経験するために、原則として 1～2 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します。
- 5) 専攻医 3 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」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【整備基準 3】

- 1) 地域医療における内科領域の診療医（かかりつけ医）：地域において常に患者と接し、内科慢性疾患に対して、生活指導まで視野に入れた良質な健康管理・予防医学と日常診療を実践します。
- 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。

本プログラムでは久留米大学病院を基幹施設として、多くの連携施設と病院群を形成しています。複数の施設での経験を積むことにより、様々な環境に対応できる内科専門医が育成される体制を整えています。

## 2.内科専門医研修はどのように行われるのか[整備基準：13～16，30]

- 1) 研修段階の定義：内科専門医は 2 年間の初期臨床研修後に設けられた専門研修（専攻医研修）3 年間の研修で育成されます。
- 2) 専門研修の 3 年間は、それぞれ医師に求められる基本的診療能力・態度・資質と日本内科学会が定める「内科専門研修カリキュラム」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：日本内科学会では内科領域を 70 疾患群（経験すべき病態等を含む）に分類し、代表的なものについては病歴要約や症例報告として記載することを定めています。日本内科学会専攻医登録評価システム「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

- 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 2 年

- 疾患：カリキュラムに定める 70 疾患群のうち、通算で 45 疾患群以上を（できるだけ均等に）経験し、日本内科学会専攻医登録評価システム「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

- 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日本内科学会専攻医登録評価システム「J-OSLER」へ登録します。既に登録を終えた病歴要約は、日本内科学会専攻医登録評

価システム「J-OSLER」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。

久留米大学病院の理念・めざす医療	
理念	人と地球にやさしい、生命(いのち)を慈しむ医療
めざす医療	(1) 患者中心の医療 生命の尊さにもとづき、患者さんや家族の権利を尊重し、心のかよう医療を行います。
	(2) 共生の医療 地球環境にやさしい共生の医療をめざします。
	(3) 高度で安全なチーム医療 安全性を確保し、高度で専門的なチーム医療の確立をめざします。
	(4) 地域と共に歩む医療 地域のニーズに応え、地域医療機関との連携を密にした医療を行います。
	(5) 優れた医療人の育成 教育機関として、高水準の医療技術と思いやりを備えた医療人の育成に努めます。

臨床研修施設としての久留米大学病院の概要	
(1)	久留米大学病院を基幹施設として、連携施設・特別連携施設で病院群を形成し、先端医療から地域医療まで網羅する。
(2)	久留米大学病院は昭和3(1928)年に「良き臨床医を育成する」ことを目指して設立され、23の診療科と1025床の入院ベッド数を揃え、年間の入院患者数は31万人、外来患者数は45万人にのぼり、筑後地区の中心的医療施設としての役割を果たしている。
(3)	内科系の診療は6つの診療科によって分担され、すべての内科分野を網羅している。
(4)	地域の中核病院を研修協力施設とし、地域医療に貢献する。
(5)	内科および救急医療の後期研修に必要な疾患領域をすべて網羅しており、十分な指導力のある指導医を有する。
(6)	救急医療の研修の場として高度救命救急センターが設置されている。
(7)	臨床病理カンファレンス(CPC)・TQMが定期的に行われている。
(8)	後期臨床研修に必要な施設、図書、雑誌が整備されている。
(9)	医療安全感染対策のための体制が整っている。
(10)	リサーチマインドの養成および学術活動に参加する。
(11)	平成24年4月より敷地内全面禁煙となっている。

<p><b>【久留米大学 呼吸器・神経・膠原病内科部門ホームページ】</b>          URL : <a href="http://www.kurume-ichinaika.com/">http://www.kurume-ichinaika.com/</a>          &lt;問合せ先&gt;          〒830-0011 福岡県久留米市旭町 67 番地          久留米大学病院 呼吸器・神経・膠原病内科 時任 高章          TEL:0942-31-7560 FAX:0942-31-7703          E-mail : matsuoaka.masanobu@kurume-u.ac.jp</p>	<p><b>【久留米大学 内分泌代謝内科部門ホームページ】</b>          URL : <a href="http://med.kurume-u.com/">http://med.kurume-u.com/</a>          &lt;問合せ先&gt;          〒830-0011 福岡県久留米市旭町 67 番地          久留米大学病院 内分泌代謝内科 永山 綾子          TEL:0942-31-7563 FAX:0942-31-8943          E-mail : nagayama_ayako@kurume-u.ac.jp</p>
<p><b>【久留米大学 消化器内科部門ホームページ】</b>          URL : <a href="http://www.kurume-shoukaki.jp/">http://www.kurume-shoukaki.jp/</a>          &lt;問合せ先&gt;          〒830-0011 福岡県久留米市旭町 67 番地          久留米大学病院 消化器内科 吉岡 慎一郎          TEL:0942-31-7561 FAX:0942-34-2623          E-mail : yoshioka_shinichirou@kurume-u.ac.jp</p>	<p><b>【久留米大学 腎臓内科部門ホームページ】</b>          URL : <a href="http://www.jin-jin.jp/">http://www.jin-jin.jp/</a>          &lt;問合せ先&gt;          〒830-0011 福岡県久留米市旭町 67 番地          久留米大学病院 腎臓内科 伊藤 佐久耶          TEL:0942-31-7002 FAX:0942-31-7763          E-mail : itou_sakuya@kurume-u.ac.jp</p>
<p><b>【久留米大学 心臓・血管内科部門ホームページ】</b>          URL : <a href="http://www.kurume-shinzo.com/">http://www.kurume-shinzo.com/</a>          &lt;問合せ先&gt;          〒830-0011 福岡県久留米市旭町 67 番地          久留米大学病院 心臓・血管内科 板家 直樹          TEL:0942-31-7562 FAX:0942-31-6509          E-mail : itaya_naoki@kurume-u.ac.jp</p>	<p><b>【久留米大学 血液・腫瘍内科部門ホームページ】</b>          URL : <a href="http://www.kurume-u-blood.net/">http://www.kurume-u-blood.net/</a>          &lt;問合せ先&gt;          〒830-0011 福岡県久留米市旭町 67 番地          久留米大学病院 血液・腫瘍内科 中村 剛之          TEL:0942-31-7852 FAX:0942-31-7854          E-mail : nakamura_takayuki@kurume-u.ac.jp</p>

## 専門医取得を目指した久留米大学内科後期研修カリキュラム

各内科選択科をローテーションし、内科専門医取得に向け、早期に資格取得に必要な研修を行う  
 後期研修3年目で不十分な場合は、4年目、5年目に選択科をローテーションすることも可能  
 内科専門医に必要な症例がほぼ揃っている場合は、希望するサブスペシャリティで研修を行い、早期にサブスペシャリティ専門医を取得する。

大学院進学（あるいは論文博士コースでの研究）の場合、研究を行いながら、内科専門医取得に必要な臨床修練を並行して行う。

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
卒後3年目	久留米大学で下記の選択科を2~3ヵ月ローテーション、あるいは連携施設での研修											
卒後4年目	基幹施設・連携施設・特別連携施設における総合内科あるいはサブスペシャリティの研修											
卒後5年目												
卒後6年目	基幹施設・連携施設・特別連携施設におけるサブスペシャリティの研修											
卒後7年目												
卒後8年目												

選択科：呼吸器・神経・膠原病内科部門、消化器内科部門、心臓・血管内科部門  
 内分泌代謝内科部門、腎臓内科部門、血液・腫瘍内科部門、高度救命救急センター

卒後3年目で面接試験に合格した上で内科学講座サブスペシャリティ部門に入局することが望ましい。  
 サブスペシャリティを決定しない場合、世話人担当サブスペシャリティ部門に在籍（仮入局）し、内科後期研修を受けることも可能である。

- 2024年度 呼吸器・神経・膠原病内科部門
- 2025年度 消化器内科部門
- 2026年度 心臓・血管内科部門
- 2027年度 内分泌代謝内科部門
- 2028年度 腎臓内科部門
- 2029年度 血液・腫瘍内科部門



優秀な内科専門医を目指した久留米大学内科研修コース

↓内科学会入会、専門が決まれば、早期にサブスペシャリティ学会入会      ↓サブスペシャリティ専門医試験

	← 医学博士取得 →											
	↓内科専門医病歴提出											
	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目	11年目	12年目
			↑入局			↓内科専門医筆記試験			↓内科指導医認定			
			JMECC受講(プログラム要件)									
初期研修医・論文博士コース	初期臨床研修		後期臨床研修(連携施設・特別連携施設を含む)			論文作成/助教			助教			
初期研修医・早期大学院コース①	初期臨床研修		後期臨床研修(連携施設・特別連携施設を含む)						助教			
		大学院・社会人大学院										
初期研修医・早期大学院コース②	初期臨床研修		後期臨床研修(連携施設・特別連携施設を含む)						助教			
		大学院・社会人大学院										
初期研修医・大学院通常コース①	初期臨床研修		後期臨床研修(連携施設・特別連携施設を含む)						助教			
		大学院・社会人大学院										
初期研修医・大学院通常コース②	初期臨床研修		後期臨床研修(連携施設・特別連携施設を含む)						助教			
		大学院・社会人大学院										
初期研修医・大学院通常コース③	初期臨床研修		後期臨床研修(連携施設・特別連携施設を含む)						助教			
		大学院・社会人大学院										
臨床研修後大学院コース	初期臨床研修		後期臨床研修(連携施設・特別連携施設を含む)			大学院・社会人大学院			助教			
初期研修医・論文博士・留学コース	初期臨床研修		後期臨床研修(連携施設・特別連携施設を含む)			論文作成/助教			助教			留学(1~3年程度、必要に応じ調整)
初期研修医・早期大学院・留学コース①	初期臨床研修		後期臨床研修(連携施設・特別連携施設を含む)						助教			留学(1~3年程度、必要に応じ調整)
初期研修医・早期大学院・留学コース②	初期臨床研修		後期臨床研修(連携施設・特別連携施設を含む)						助教			留学(1~3年程度、必要に応じ調整)
初期研修医・大学院・留学通常コース①	初期臨床研修		後期臨床研修(連携施設・特別連携施設を含む)						助教			留学(1~3年程度、必要に応じ調整)
初期研修医・大学院・留学通常コース②	初期臨床研修		後期臨床研修(連携施設・特別連携施設を含む)						助教			留学(1~3年程度、必要に応じ調整)
初期研修医・大学院・留学通常コース③	初期臨床研修		後期臨床研修(連携施設・特別連携施設を含む)						助教			留学(1~3年程度、必要に応じ調整)
臨床研修後大学院・留学コース	初期臨床研修		後期臨床研修(連携施設・特別連携施設を含む)			大学院・社会人大学院			助教			留学(1~3年程度、必要に応じ調整)
内科サブスペシャリティ混合・論文博士コース	初期臨床研修		後期臨床研修(連携施設・特別連携施設を含む)			内科専門研修/サブスペシャリティ専門研修/論文作成/助教			助教			
内科サブスペシャリティ混合・論文博士・留学コース	初期臨床研修		後期臨床研修(連携施設・特別連携施設を含む)			内科専門研修/サブスペシャリティ専門研修/論文作成/助教			助教			留学(1~3年程度、必要に応じ調整)

上記以外に将来の臨床研究医を養成する目的で、これまでの専門研究制度（プログラム制か、カリキュラム制）に加えて 2021 年度から臨床研究医コースが設置されました。

### 「臨床研究医コース」概要

- ① 研修期間は最低 5 年とする。
- ② 開始後 1 年間は臨床研鑽を行い、それ以後の 4 年間はエフォートの 50%以上を研究に充てる。
- ③ 専門研修は責任医療機関が管理し、カリキュラム制で行う。
- ④ 研究は大学院などで行い、SCI 論文 2 本以上を執筆する。ただし、1 本の論文に関しては、英文による症例報告か、和文による臨床研究に関する論文で代用することが可能である。
- ⑤ コース在籍中は、責任医療機関の規程に従い、給与などの身分が保障される。
- ⑥ 専攻医の募集は通常募集とは分離して行い、不採用となった研修医は通常募集に応募可能とする。

#### <内科研修プログラムの週間スケジュール腎臓内科の例>

	月	火	水	木	金	土、日
午前	8:30 患者情報把握、チーム回診 9:30 透析室回診	8:30 患者情報把握、チーム回診 9:30 透析室回診 10:00 腎生検	8:00 抄読会 9:00 入院カンファランス 10:00 総回診	8:00 腎病理カンファランス 9:30 透析室回診 10:00-腎生検	8:00 手術 9:30 透析室回診 新患外来担当	週末当直は月 1-2 回
午後	Weekly summary discussion	Weekly summary discussion	13:00-カテーテル治療 14:00-腎病理レクチャー 15:00-腹膜透析カンファ	13:00-手術		
当直週 1 回						

なお、日本内科学会専攻医登録評価システム「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モーニングセミナーやイブニングセミナーが開催されており、それを聴講し、学習します。受講歴は登録され、充足状況が把握されます。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図書館また

は IT 教室に設備を準備します。また、日本内科学会雑誌の MCQ やセルフトレーニング問題を解き、内科全領域の知識のアップデートの確認手段とします。週に 1 回、指導医との Weekly summary discussion を行い、その際、当該週の自己学習結果を指導医が評価し、研修手帳に記載します。

#### 6) 大学院進学

大学院における臨床研究は臨床医としてのキャリアアップにも大いに有効であることから、臨床研究の期間も専攻医の研修期間として認められます。臨床系大学院へ進学しても専門医資格が取得できるプログラムも用意されています（後述の項目 8 を参照）。

#### 7) Subspecialty 研修

後述する”各科重点コース”において、それぞれの専門医像に応じた研修を準備しています。Subspecialty 研修は 3 年間の内科研修期間の、いずれかの年度で最長 1 年間について内科研修の中で重点的に行います。大学院進学を検討する場合につきましても、こちらのコースを参考に後述の項目 8 を参照してください。

### 3.専攻医の到達目標[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) 日本内科学会専攻医登録評価システム「J-OSLER」へ症例(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へ提出し、査読委員から合格の判定をもらうこと。
- 4) 技能・態度：内科領域全般について診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針を決定する能力、基本領域専門医としてふさわしい態度、プロフェッショナリズム、自己学習能力を修得すること。

なお、習得すべき疾患、技能、態度については多岐にわたるため、[研修手帳](#)を参照してください。

#### 2) 専門知識について

[内科研修カリキュラム](#)は総合内科、消化器、循環器、内分泌、代謝、腎臓、呼吸器、血液、神経、アレルギー、膠原病および類縁疾患、感染症、救急の 13 領域から構成されています。久留米大学病院には 6 つの内科系診療科があり、3 つの診療科（呼吸器・膠原病・神経内科、内分泌・代謝内科、血液・腫瘍内科）が複数領域を担当しています。また、救急疾患は各診療科や高度救命救急センターによって管理されており、久留米大学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。これらの診療科での研修を通じて、専門知識の習得を行ないます。さらに関連施設の久留米大学医療センターなど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。患者背景の多様性に対応するため、地域または県外病院での研修を通じて幅広い活動を推奨しています。

## 内科専門医研修プログラム(到達レベル)

- 1) 知識に関する到達レベル
  - A: 病態の理解と合わせて十分に深く知っている
  - B: 概念を理解し、意味を説明できる
- 2) 技術・技能に関する到達レベル
  - 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
- 3) 症例に関する到達レベル
  - A: 主治医(主たる担当医)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

## 内科専門医取得のために必要な経験症例

- 専攻医自身が内科を専攻することを意識した時点で、Web研修手帳のシステムへ登録を開始する  
症例登録(5年間のうち、200症例以上目標、160症例以上修了)
- 1) 研修登録症例の領域  
総合内科I(一般)、総合内科II(高齢者)、総合内科III(腫瘍)、  
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
  - 2) 各領域の疾患群の数  
消化器(9)循環器(10)内分泌(4)代謝(5)腎臓(7)呼吸器(8)血液(3)  
神経(9)アレルギー(2) 膠原病および類縁疾患感染症(4救急(4))  
疾患群の数の合計=67+3(総合内科I、II、III) 総合内科I、II、IIIは特定の臓器別領域を指すものではない
  - 3) 求められる症例経験(登録する症例)  
67+3に大別された疾患群それぞれにおいて、最低1つ以上の症例経験が求められる
- 1年 70疾患群のうち、20疾患群以上を経験し、専攻医登録評価システムに登録する  
2年 45疾患群以上をできるだけ均等に経験し、専攻医登録評価システムに登録する  
初診を含む外来(1回/週以上)を通年で6か月以上行う  
定期的に当直する  
3年 200疾患群以上(ただし修了要件は56疾患群160症例以上)を経験し、  
日本内科学会病歴要約評価ボードによる査読をうける  
3年間のうちに、JMECCを受講する
- 内科専門医の受験資格
- 1) 後期研修から満2年の内科研修期間が経過している
  - 2) 初期研修時の症例も含め、160症例以上を主治医(主たる担当医)として受け持っており、  
Web研修手帳への登録が完了している
  - 3) 症例は上記の67+3疾患群の全てにおいて、最低1症例を登録している
  - 4) 作成する病歴要約は全て、Web研修手帳に登録と評価が完了している症例から提出する

## 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ま  
す。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：腎、腹部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（毎週）：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：指導医とディスカッションを行い，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。
- 9) 学生・初期研修医に対する指導：病棟や外来で医学生・初期研修医を指導します。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。

#### 内科専門医取得のためのカンファレンス

- 1) 朝カンファレンス、チーム医療
- 2) 総回診(毎週)
- 3) 症例検討会(毎週)
- 4) 診療手技セミナー(毎週) エコーなど
- 5) CPC
- 6) 関連診療科とのカンファレンス
- 7) 抄読会・研究報告会(毎週)
- 8) Weekly summary discussion(毎週)
- 9) 屋根瓦方式による学生・初期研修医への指導
- 10) 年2回以上の医療安全講習会と感染対策講習会への出席
- 11) 2編以上の学会発表または論文発表

## 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，内外へ広く情報発信する姿勢も高く評価されます。

## 6. 医師に必要なコアコンピテンシー，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。

久留米大学病院（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，連携施設において，地域住民に密着し，病病連携や病診連携を依頼する立場を経験することにより，地域医療を実施します。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みます。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，全てのプログラムにおいて連携施設および特別連携施設（次ページ参照）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，連携施設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. 研修施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方[整備基準：25,26,28,29]

久留米大学病院（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しく，全てのコースにおいてその経験を求めます。（詳細は項目 10 と 11 を参照）

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および特別連携施設（次ページ参照）での研修期間を設けています。連携施設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研修センターと連絡ができる環境を整備し，月に 1 回，指定日に基幹施設を訪れ，指導医と面談し，プログラムの進捗状況を報告します。

## 久留米大学病院内科連携施設

(福岡県)

産業医科大学病院、大牟田市立病院、聖マリア病院、公立八女総合病院、社会保険田川病院、久留米総合病院、柳川病院、筑後市立病院、朝倉医師会病院、済生会福岡総合病院、済生会二日市病院、高木病院、小倉記念病院、杉循環器科内科病院、田主丸中央病院、戸畑共立病院、長田病院、嶋田病院、新古賀病院、樋口病院、萩原中央病院、古賀病院 21、福岡山王病院、国立病院機構九州医療センター、米の山病院、宗像水光会病院、久留米大学医療センター、福岡記念病院、国立病院機構福岡病院

(佐賀県)

佐賀県医療センター好生館、佐賀中部病院、白石共立病院、今村病院、嬉野医療センター

(大分県)

済生会日田病院、中津市立中津市民病院、野口病院

(長崎県)

長崎大学病院、佐世保共済病院

(熊本県)

熊本セントラル病院、西日本病院

(宮崎県)

宮崎大学医学部附属病院、宮崎市郡医師会病院、県立宮崎病院、古賀総合病院

(沖縄県)

琉球大学病院、大浜第一病院

(山口県)

下関市立市民病院

(九州・山口以外)

国立循環器病研究センター（大阪府）、上尾中央総合病院（埼玉県）、亀田総合病院（千葉県）  
虎の門病院分院（神奈川県）、榊原記念病院（東京都）、国立がん研究センター中央病院（東京都）、東北大学病院（宮城県）、秋田大学医学部附属病院（秋田県）、鶴岡市立荘内病院（山形県）、標津町国民健康保険標津病院（北海道）

## 久留米大学病院内科特別連携施設

(福岡県) 福岡県済生会大牟田病院、川崎病院、ヨコクラ病院、粕屋南病院、篠栗病院、新古賀クリニック

(佐賀県) うえむら病院、和田内科循環器科

(大分県) 岩尾病院

(鹿児島県) 上山病院、上山腎クリニック

## 8.年次毎の研修計画[整備基準：16, 25,31]

本プログラムでは専攻医が抱く専門医像や将来の希望に合わせて以下の 2 つのコース，①内科基本コース，②各科重点コース，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、臨床研修センターに所属し、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ヵ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各科重点コースを選択し、各科を原則として2ヵ月毎、研修進捗状況によっては1ヵ月～3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

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単位として、1年間に4科、3年間で延べ8科を基幹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。連携施設としてはA大学医学部B分院、同C分院、※※※町立病院、※※会※※※病院などで病院群を形成し、いずれかを原則として1年間ローテーションします（複数施設での研修の場合は研修期間の合計が1年間となります）。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 各科重点コース

希望する Subspecialty 領域を重点的に研修するコースです。研修開始直後の4か月間は希望する Subspecialty 領域にて初期トレーニングを行います。この期間、専攻医は将来希望する内科において理想的医師像とする指導医や上級医師から、内科医としての基本姿勢のみならず、目指す領域での知識、技術を学習することにより、内科専門医取得への Motivation を強化することができます。その後、2ヵ月間を基本として他科（場合によっては連携施設での他科研修含む）をローテーションします。研修3年目には、連携施設における当該 Subspecialty 科において内科研修を継続して Subspecialty 領域を重点的に研修するとともに、充足していない症例を経験します。研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上、希望する Subspecialty 領域の責任者とプログラム統括責任者が協議して決定します。なお、研修中の専攻医数や進捗状況により、初年度から連携施設での重点研修を行うことがありますが、あくまでも内科専門医研修が主体であり、重点研修は最長1年間とします。例えば、最初の4ヵ月間を Subspecialty の重点期間に当てると、連携施設での Subspecialty 重点期間は残る8ヵ月のコースとなります。Subspecialty 重点コースには最長1年間という期間制約があることをご留意ください。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。

## 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 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。

研修センターは指導医のサポートと評価プロセスの進捗状況についても追跡し、必要に応じて指導医へ連絡を取り、評価の遅延がないようにリマインドを適宜行います。

## ② 総括的評価

専攻医研修3年目の3月に研修手帳を通して経験症例、技術・技能の目標達成度について最終的な評価を行います。29例の病歴要約の合格、所定の講習受講や研究発表なども判定要因になります。

最終的には指導医による総合的評価に基づいてプログラム管理委員会によってプログラムの修了判定が行われます。

修了後に実施される内科専門医試験（毎年夏～秋頃実施）に合格して、内科専門医の資格を取得します。

## ③ 研修態度の評価

指導医や上級医のみでなく、メディカルスタッフ（病棟看護師長、臨床検査・放射線技師・臨床工学技士など）から、接点の多い職員5名程度を指名し、毎年3月に評価します。評価法については別途定めるものとします。

## ④ 専攻医による自己評価とプログラムの評価

日々の診療・教育的行事において指導医から受けたアドバイス・フィードバックに基づき、Weekly summary discussion を行い、研修上の問題点や悩み、研修の進め方、キャリア形成などについて考える機会を持ちます。

毎年3月に現行プログラムに関するアンケート調査を行い、専攻医の満足度と改善点に関する意見を収集し、次期プログラムの改訂の参考とします。アンケート用紙は別途定めます。

# 10. 専門研修プログラム管理委員会[整備基準：35～39]

## 1) 研修プログラム管理運営体制

本プログラムを履修する内科専攻医の研修について責任を持って管理するプログラム管理委員会を久留米大学医学部に設置し、その委員長と各内科から1名ずつ管理委員を選任します。プログラム管理委員会の下部組織として、基幹施設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) 専攻医外来対策委員会

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します。未経験疾患患者の外来予定が研修センターから連絡がきたら、スケジュール調整の上、外来にて診療します。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、研修を進めます。

## 11. 専攻医の就業環境（労務管理）[整備基準：40]

専攻医の勤務時間、休暇、当直、給与等の勤務条件に関しては、専攻医の就業環境を整えることを重視します。

労働基準法を順守し、久留米大学の「※専攻医就業規則及び給与規則」に従います。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合的に評価します。

※ 本プログラムでは基幹施設、連携施設の所属の如何に関わらず、基幹施設である久留米大学病院の統一的な就業規則と給与規則で統一化していますが、このケースが標準系ということではありません。個々の連携施設において事情は様々ですが、専攻医に配慮のある明確な諸規則を用意いたします。

## 12. 専門研修プログラムの改善方法 [整備基準：49～51]

3ヵ月毎にプログラム管理委員会を久留米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）に対してはプログラム管理委員会が真摯に対応し、専門医の育成プロセスの制度設計と専門医の育成が保証されているかのチェックを受け、プログラムの改善に繋がります。

## 13. 修了判定 [整備基準：21, 53]

日本内科学会専攻医登録評価システム「J-OSLER」に以下のすべてが登録され、かつ担当指導医が承認していることをプログラム管理委員会が確認して修了判定会議を行います。

- 1) 修了認定には、主担当医として通算で最低 56 疾患群以上の経験と計 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]

専攻医は登録症例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]

久留米大学病院が基幹施設となり、久留米大学医療センターと連携施設・特別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。

#### 16. 専攻医の受入数

久留米大学病院における専攻医の上限（学年分）は22名です。

- 1) 久留米大学病院に令和6年度に受け入れた専攻医は、20名です。
- 2) 久留米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) 久留米大学病院内科での剖検体数は2021年度11体、2022年度14体、2023年度11体です。
- 4) 経験すべき症例数の充足について

表. 久留米大学病院診療科別診療実績

2023年度実績	入院患者数 (延人数/年)	外来延患者数 (延人数/年)
呼吸器・神経・膠原病内科	18,090	—
消化器内科	13,359	—
心臓・血管内科	18,494	—
腎臓内科	8,342	—
内分泌代謝内科	5,850	—
血液・腫瘍内科	12,052	—
内科総合外来	—	94,981
呼吸器病センター	—	23,107
消化器病センター	—	35,096
循環器病センター	—	24,394

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、全てにおいて充足可能でした。

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（6 施設）、僻地における医療施設（4 施設）および地域連携病院（多数）があり、専攻医のさまざま希望・将来像に対応可能です。

## 17. Subspecialty 領域

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、条件を満たせば各科重点コースに移行することも可能です。内科専門研修修了後、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て調整されたプログラムを摘要します。この一連の経緯は専門医機構の研修委員会の承認を受ける必要があります。

## 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）を公表する（「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定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年度まで）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。総括的評価は内科専門医研修カリキュラムに則り、少なくとも年1回行います。

## 21. 研修に対するサイトビジット（訪問調査）[整備基準：51]

研修プログラムに対して日本専門医機構からのサイトビジットがあります。サイトビジットにおいては研修指導體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、指定された日までに研修プログラム責任者宛に所定の形式の『久留米大学内科研修プログラム応募申請書』および履歴書を提出してください。書類選考および面接を行い、採否を決定して本人に文書で通知します。応募者および選考結果については久留米大学内科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、以下の専攻医氏名報告書を、久留米大学内科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に提出します。

- 専攻医の氏名と医籍登録番号、内科学会会員番号、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（様式 15-3 号）
- 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研修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。

審査は書類の点検と面接試験からなります。

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」

面接試験は書類点検で問題のあった事項について行われます。

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。

## 久留米大学内科専門医を目指した後期研修にあたって

### 研修の心構え

- (1) 医療の基本は献身と奉仕。自己の人間性を磨く。
- (2) 信頼の第一歩はコミュニケーション。挨拶、自己紹介、時間厳守、身だしなみに気を配り、丁寧語や敬語を使うなど、社会人としてのマナーが必要である。
- (3) 知識や技術を磨くだけでなく、科学的な目を持つ臨床医 (Scientific-minded generalists) が求められる。
- (4) 何故かと問いかね、なるほどと学び取り、それならと実践できる研修医になる。
- (5) 生涯学習の出発点であることを自覚し、自己啓発に努める。

### 医師としての心得

#### 【社会人としてのマナー】

- (1) 相手の立場を尊重して常識のある態度で接する。
- (2) 挨拶をきちんと行う。
- (3) 自分の名前や立場を明らかにして接する。
- (4) 丁寧な言葉使いで接する。
- (5) 対等な条件で会話ができるように工夫する。
- (6) 時間をきちんと守る (外来開始時間、患者との面接時間)。
- (7) 不愉快な印象を与える服装は避ける。
- (8) 院内での軽薄な行動は慎む (廊下や病棟での騒がしい談笑など)。

#### 【患者との対応】

- (1) 患者の病態や心理状態を十分に考慮して接する。
- (2) 専門用語や難しい表現は避けて、分かりやすく話す。
- (3) 患者が緊張せずに和やかに対話ができるような雰囲気作りを工夫する。
- (4) 一方的に叱ったり、命令口調で話さない。
- (5) 正しいインフォームド・コンセントを心がける。
- (6) 各種の書類 (診断書や入院証明書など) は患者の事情を考慮して期日までに正確に記載する。
- (7) 守秘義務を遵守する。
- (8) 患者や家族の尊厳を損なわないようにする。
- (9) 他科、他院への紹介の希望には快く応じ、紹介状の記載や資料の貸出を拒まない。
- (10) 患者が他の施設にセカンドオピニオンを求めることを希望した場合は快く応じ、協力する。
- (11) 患者がこちらの勧めた治療方針に同意しない場合でもその後の管理には全力を尽くす。

### 医療従事者の倫理 (職業倫理)

- (1) 人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する。
- (2) 国籍、人種、民族、宗教、信条、年齢、性別、社会的地位、経済状況、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に医療を提供する。
- (3) 対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて医療を提供する。
- (4) 人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する。
- (5) 守秘義務を遵守し、個人情報の保護に努めるとともに、これを共有する場合は適切な判断のもとに行う。
- (6) 自己の責任と能力を的確に認識し、実施した医療について個人としての責任を持つ。
- (7) 常に個人の責任として継続学習による能力の維持、開発に努める。

### 臨床現場における倫理 (臨床倫理)

- (1) 医学的な適応に基づいた医療を提供する。
- (2) 患者の治療方針について十分に説明する。
- (3) 患者の意思を尊重する。
- (4) QOLを考慮した医療を提供する。
- (5) 患者を取り巻く環境を把握するように努める。

### 患者の権利と義務

- (1) 良質の医療を平等に継続して受ける権利がある。
- (2) 医師、医療機関を自由に選択または変更する権利があり、あらゆる治療の段階において他の医師 (医療機関) の意見を求める権利がある。
- (3) 自由意思にもとづき、医療行為を選択し決定する権利がある。
- (4) 自分の診療に関し、情報の開示を求める権利、十分な情報を得る権利がある。
- (5) 自分の診療に関し、その機密を保持される権利がある。
- (6) 尊厳とプライバシーに関する権利は、医療、医学教育のあらゆる場面で尊重される。

#### 個人情報の取り扱いに関する基本的方針

- (1) 個人情報の収集・利用・提供  
個人情報の収集、利用及び提供に関しては、個人情報の保護・管理体制を確立し、院内規則を定め遵守する。
- (2) 個人情報の安全管理  
個人情報を取り巻くリスクを十分に認識し、不正アクセス、紛失、改ざん及び漏えい等の予防を適切に実施し、個人情報の安全管理に努める。また、問題発生時には速やかな是正対策を実施する。
- (3) 個人情報の開示・訂正・利用停止  
患者等からの個人情報の開示・訂正あるいは利用停止を求められた場合には、別に定める院内規則に従って適切に対応する。
- (4) 個人情報に関する法令・規範の遵守  
「個人情報保護に関する法律」等の法令、院内規則及びその他の規範を遵守する。

#### インフォームド・コンセント(説明と同意)

##### 【基本的な考え方】

- (1) インフォームド・コンセント  
医師は患者や家族が判断するために必要な事項について十分に説明し、患者はその説明を理解、納得した上で同意すること。
  - 1) 医療法第1条の4第2項  
「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するにあたり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るように努めなければならない」と記されている。
  - 2) インフォームド・コンセントは一度行えば足りるものではなく、病状の変化に応じて適宜に必要な情報を提供し続けなければならない。特に手術後に合併症を起こした場合などは、継続して頻繁に行わなければならない。

##### 【実施手順】

- (1) 医師の説明(原則として患者、家族側・医療者側ともに複数で行う)
  - 1) 医師は患者にわかりやすく、患者が理解できる言葉で、病状、診断、検査、手術、治療の有用性、具体的内容、危険性、行わなかった場合の予後および他に代わる治療法があるかなどについて十分な情報を提供し、理解が得られるように説明する。
  - 2) 年月日、時刻、説明場所、説明者、同席者、説明相手の氏名、説明相手の反応、質疑応答の内容、記載者名を診療録に記載する。
- (2) 患者の同意  
医師が行おうとしている検査・手術・治療について、患者および家族が理解し納得して、患者自身の意思で納得できる治療法を決定し承諾(同意)する。
- (3) 代理人が必要な場合  
患者が意思を表明できない場合および未成年者の場合は、家族あるいは代理の人に説明する。
- (4) 患者の同意が得られない場合でも、患者は不利益を被らない。  
セカンド・オピニオンを得る機会があることを説明する。
- (5) 患者や家族のプライバシーを尊重し、守秘義務を守る。  
説明する場所については、個室などを準備し、プライバシー保持に配慮する。
- (6) 医師の説明に対する患者側の同意という受身の一方的な流れだけでなく、医師は謙虚な姿勢で患者の要望や意見を理解して、これを診療方針に反映させることも考慮する。
- (7) 医師は、検査、手術、治療で患者の身体に侵襲を与える行為を実施する場合には、患者に説明書を手渡し、患者が理解したことを確認する。患者は、理解したうえで、同意書に署名する。
- (8) 署名は、自筆署名、もしくは記名押印とする。
- (9) 患者への説明中のビデオ撮影については、久留米大学病院の方針としてお断りする。  
録音については、各現場において医師と患者間で双方が合意すれば、使用を認める。

##### 【インフォームド・コンセント実施上の留意点】

- (1) 必要に応じて書面に書いて説明し、同意が得られた内容や質問があればそれに対する回答を必ず診療録に明記する。
- (2) 同意は患者や家族が医師の方針に強制あるいは半強制的に従わされたと感じるようなものであってはならない。
- (3) 説明する事で患者に悪影響を及ぼし、治療上不都合が生じる可能性がある場合には、家族等に説明し、同意を得ておかなければならない。
- (4) 説明書や同意書が必要な検査や治療については、必ず診療録に貼付しておく。
- (5) 緊急事態で時間的余裕がなく、説明や同意を得ることができない場合には、事後できるだけ早い時期に患者や家族に説明し、了解を得ることが大切である。

## 診療録の書き方

### 【診療録を記載する目的とは？】

～目的遂行のため記載する～法律上の記載義務を主な根拠として、以下の目的が挙げられる。

- (1) 医療活動の根拠とする。
- (2) 質の高い診療を推進させる。
- (3) チーム医療において情報を共有する。
- (4) 臨床研究の資料とする。
- (5) 診療報酬請求の根拠とする。
- (6) 医療機関の管理運営資料とする。
- (7) 医療従事者の教育資料とする。

これらは重要な目的のため、正確で明瞭な診療録の記載が必要不可欠である。

### 【診療録は医師の私的なメモではない！】

～正確かつ客観的に記載する～

以下の項目及び記載要領は※医師法等で定められた内容である。

- (1) 診療録に下記事項を記載すること。

- ・診療の年月日
- ・患者の住所、氏名、性別、年齢
- ・主訴、病名及び既往歴
- ・診断及び治療方法(診察及び検査所見等)
- ・治療根拠(処方・処置及び手術等)

- (2) 診療後、遅滞なく正確かつ客観的に診療内容を記載すること。

- (3) 経過記載などに関しては、明瞭かつ簡潔に記載すること。

(例) 患者及び家族に対する説明内容(病状等)

(例) 口頭指示内容

- (4) 記載根拠を残すこと(署名及び日時)。
- (5) 患者退院後、速やかに退院時要約を完成させること。
- (6) プライバシーに関する事で、臨床に不必要な事項は記載しないこと。
- (7) 改ざん及び改組とみなされる記載はしないこと。

※医師法等とは、医師法第24条、医師法施行規則第23条、保険医療機関及び保険医療担当規則第22条及び一般的記載指標を指す。

### 【診療録記載後、指導医による点検が必要】

～診療録記載の指導を受ける～

研修医は、診療録を記載後、指導医(主治医)に記載内容の点検を受け、補足修正した後、指導医と連名で署名を行う。

## 紹介状や返事の書き方

- (1) 紹介状は、紹介の目的と診療上必要な患者情報を要領よく記載する。

- (2) 返事は、紹介を受けたときだけでなく、診断がついた時、手術が決まった時、退院した時、亡くなった時など、遅滞なく、随時、報告する。

- (3) 平易な日本語で簡潔かつ具体的に。

- (4) 略語や俗語の使用は極力避ける。

- (5) 適切な敬語を用いる。

- (6) 紹介医を批判したり論じたりするような表現は慎む。

- (7) 第三者が閲覧する可能性があることを常に意識する。

## セカンド・オピニオン

### 【基本的な考え方】

- (1) セカンド・オピニオンとは、患者や家族が診療内容あるいは診療方針について担当医以外の専門医あるいは第三者的な立場の医師に意見を求めることをいう。
- (2) セカンド・オピニオンによって、本人の受けている診療が、診断あるいは治療について、適切であるのかどうかを判断する事が出来る。
- (3) セカンド・オピニオンを求めるに際しては、患者自身が担当医の説明を十分に受けていること、担当医の説明を十分に理解していることが必要である。

### 【セカンド・オピニオンが必要となる場合】

- 以下のような場合には、患者自身が納得して治療を選択し受けるために他の医師の意見を聞いてみるのが有効である。
- (1) 担当医から診断や治療方針の説明を受けたが、標準的診察かどうかを確認したい。
  - (2) 担当医からいくつかの治療方針を提示されているがどれを選択すべきか迷っている。
  - (3) 他に治療法はないかと考えている。

### 【セカンド・オピニオンの効果】

患者が診療内容をよく理解し、納得して治療を受ける為にも、専門医あるいは第三者的な立場の医師の意見を聞かれることは今後の治療にもプラスに働くものと考えられる。

- (1) 現在の担当医の診断や方針に対する確認ができる。
- (2) 診断や治療の妥当性(適切性)を再確認する事で、納得して治療を受けることができる。
- (3) 担当医の提示する治療法以外の治療法に関する情報を得ることもありうる。

### 【セカンド・オピニオンを受ける場合に必要なもの】

- (1) 担当医からの紹介状(診療情報提供書)  
\* 病気の経過や診断、現在までの治療、現在の病状などを記載する。
- (2) 全ての検査データ(画像データ、病理結果も含む)

### 【セカンド・オピニオンの手続き】

- (1) 患者に周知させるため、院内やホームページ等で掲載している。

## 研修医のためのリスクマネジメント

### 【医療事故防止のための留意点】

- (1) 医療行為は患者の生命にかかわる業務である事を常に認識すること。
- (2) 専門職として日々、知識習得に努めると共に、医療技術の研鑽を積むこと。
- (3) チーム医療の一員として、他の医療従事者との連携を徹底すること。
- (4) 患者本位の医療を徹底し、誠実な対応を行い、分かり易く十分な情報を提供すること。
- (5) 自己の健康管理に留意すること。
- (6) 職場の整理・整頓・清潔を心がけること。

### 【医療事故防止のための必須事項】

- (1) 事故防止の為、指差し・声出し確認をする。
- (2) 誤認防止: 患者から名前をフルネームで名乗って頂く。

### 【医療安全管理対策のための基本的姿勢】

- (1) 患者(医療者)との信頼関係の構築  
あいさつ、言葉かけ、言葉使い、身だしなみ、傾聴など
- (2) 常に患者の気持ちになって考える
- (3) 基本的知識や技術を身に付ける  
機器の操作方法、薬剤や輸血用血液の知識など
- (4) ルールに従った適切な対応  
記録: 誤字・脱字の防止、数字・単位は正確、明瞭にする。不明字、略語は判断を誤る危険性があり確認を要する。  
指示: 誰が見ても分かるように、相互に理解し確認。
- (5) 事故の起き難いシステム作り(ヒューマンエラー防止)  
指示出し・指示受け・実施時の確認  
★ダブルチェック  
★指差し呼称・声出し確認  
★患者参加型の事故防止(患者から名前をフルネームで名乗って頂く)  
★手順の標準化

### 【インシデント】

医療の過程において、患者に実際に被害は及ぼさなかったが、医療事故につながりかねなかった状況のこと。(未然事例、ニアミス、ヒヤリとしたりハッとしたりする事例)  
医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。

### 【医療事故・アクシデント】

医療の全過程(医療行為に限らず病院内で起きる全ての事象を含む)において、疾病そのものからではなく発生した有害事象(事故)を意味し、合併症、偶発症、不可抗力によるものや医療従事者に不利益を被った事例も含まれる。  
医療事故は、「過失によるもの」と「過失によらないもの」に大別され、「過失によるもの」が医療事故防止の対象となる。

### 【医療過誤・過失によって発生した医療事故】

医療従事者が当然払うべき業務上の注意義務を怠ったことにより、患者が心身に何らかの不利益を被り被害が発生した状態。  
「患者に傷害があること」、「医療行為に人的または物的な過失があること」、「患者の傷害と過失との間に因果関係があること」の3要件が揃った状態を意味する。

#### 研修医のための感染防止対策

##### 【標準予防策とは？】

標準予防策（スタンダード・プリコーション）とはあらゆる感染症に対する基本的に感染予防対策であり、全ての患者の血液、体液（汗を除く）が何らかの病原体を持っている可能性を前提にした対策である。

- (1) 手洗い、手袋の着用。
- (2) 針刺し・切削事故防止。
- (3) 衣類を汚染しやすい処置時は、ディスポエブロンかガウンを着用する。
- (4) 顔面に飛沫が飛びやすい処置時は、マスクやゴーグルを着用する。
- (5) 病室のホルマリン燻蒸、消毒剤の環境噴霧、グルタール（サイデックス、ステリハイド）の環境への使用など過剰な対策は禁止する。

##### 【感染防止対策】

###### 手洗いの励行

手指から有害な微生物を取り除くことにより、患者を交差感染から守るとともに、医療従事者自身を病原微生物から守る。

###### (1) 手洗いの基本動作

- ◎半袖あるいは腕まくりをしているか。
  - ◎時計、指輪を外しているか。
  - ◎爪を短く切っているか。
  - ◎石鹸あるいは消毒薬が設置してあるか。
  - ◎ペーパータオルが手元にあるか。
- (2) 速乾性手指消毒の方法～速乾性消毒剤を手の表面に適用する方法～

- ◎速乾性消毒剤を手掌にとる。
- ◎薬剤を取っていない方の手の爪を薬剤に浸す。
- ◎薬剤を反対の手にこぼさないように移し、反対の手の爪を浸す。
- ◎両手全体にまんべんなくすばやくのばす。
- ◎多少熱を持つくらい、しっかり擦り合わせる。
- ◎指先、爪の間に一本ずつきちんと擦り込む。
- ◎十分乾燥させる。

###### (3) 衛生的な手洗いの方法

～流水と抗菌性ハンドウォッシュによる方法～

- ◎水で水洗いし、付着した有機物を取り除く。
- ◎薬用ハンドウォッシュを用いて15秒間、手の表面を十分に泡立てて、互いに強くすり合わせる。
- ◎手背、指先、特に爪周囲、指の間、手首、親指の付け根に注意する。
- ◎流水で十分に石鹸、消毒剤を取り除き、ペーパータオルでよく拭く。
- ◎しっかり乾燥させる。
- ◎手首か肘で蛇口を閉める。できない場合はペーパータオルで閉める。

##### 【ワクチンによる感染予防】

医療従事者が病院内で感染しうる疾患である麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎及びB型肝炎については抗体検査を行い、抗体陰性者あるいは抗体価低値の者は速やかにワクチン接種を行う。

#### 知っておきたい医療関連法規

##### (1) 医師法

- ◎診療の無拒否権
- ◎診断書の発行
- ◎異状死について
- ◎処方箋の交付、療養の指導
- ◎診療録の記載など

##### (2) 医療法

##### (3) 個人情報保護法～診療情報の提供などに関する指針

##### (4) 健康増進法～受動喫煙の防止

##### (5) その他の法律

- ◎社会保険・医療保険関連：健康保険法、国民健康保険法
- ◎感染症対策関連：伝染予防法、結核予防法、予防接種法、性病予防法
- ◎母子保健福祉関連：母子保護法、母体保護法
- ◎老人保健福祉関連：老人保健法、老人福祉法
- ◎障害者保健福祉関連：身体障害者福祉法、心身障害者福祉協会法、精神保健福祉法、精神薄弱者福祉法
- ◎薬事関連：薬事法、麻薬および向精神薬取締法
- ◎臓器移植に関する法律

#### 研修医のメンタルヘルスケア

- ◎医師という職種は人の生死と向き合いながら昼夜を問わず仕事が舞い込んでくるため、ストレスフルである。
- ◎複数の診療科をローテートし、数か月ごとに指導医や職場スタッフが変わるので、見知らぬ人間関係の中で新たなコミュニケーションをとっていくかねばならない。
- ◎後期研修医ではあり、医師として患者やコメディカルから期待される役割に答えなければならず、個人の特性に合わせて、親身になって指導してくれる相談者が必要である。
- ◎必要に応じて、該当する研修医・メンターを交えて懇談会を開催し、意見交換をする。

