

内科領域 プログラム作成に関するポイント

(モデルプログラムなど関連資料について)

内科領域は全領域の中で最も多くのプログラムの提出が見込まれています。提出されるプログラムは、全国(大学病院や一般市中病院)において出来る限り極端な地域差や規模の差が出ないように、かつ実際に運営可能なプログラムが用意されることが期待されています。そのプログラム作成の一助となるべく、ここにモデルプログラムを2つ用意しております。

「都市型大学病院プログラム」

「地方型一般病院プログラム」

これらは先に公表しております内科領域の「専門研修プログラム整備基準」をもとに作成されています。多くの施設が参考とするために2つ用意しましたが、プログラム作成をよりご理解いただくために、更にモデルプログラムを追加する可能性もございます。モデルプログラムを「標準形」として参考にしながら、各施設ではプログラムの作成にあたることと思われませんが、モデルプログラムはあくまで「見本」となります。整備基準の趣旨を踏まえた内容であれば、各プログラムの事情や地域特性に応じ、審査の過程で一定程度考慮されることもあれば、適切な助言をされることもあります。他の資料も併せてご覧いただきながら、ご作成にあたっていただければと思います。

ご不明な点につきましては日本専門医機構や日本内科学会へのお問い合わせ(日本内科学会の方が実務的な回答に適しております)ください。日本内科学会ではHPのFAQなどを充実させていきますので、そちらもご覧いただければと思います。

以下、特徴的なポイントを明記します。

1. プログラム作成に関する資料について

- 日本専門医機構文書
 - ▶『専門研修プログラムにおける注意点について』
 - ▶『基本領域専門研修プログラム形成』
- 『内科領域 プログラム整備基準』
- 『内科領域からのプログラム作成に関する見解(4点)』
 - ▶基幹施設と基幹施設以外での研修期間について・・・・・・・・・・・・・・・・ P.3
 - ▶プログラム定員数に関する見解・・・・・・・・・・・・・・・・ P.4
 - ▶初期研修の症例取扱いについて・・・・・・・・・・・・・・・・ P.5
 - ▶基本領域と subspecialty 領域とのオーバーラップ研修について・・・・・・ P.6
 - ▶内科専門研修とサブスペ専門研修の連動研修(並行研修)の概念図・・・・ P.7
- 『内科領域モデルプログラム(2点)』
 - ▶都市型大学病院モデルプログラム
 - ▶地方型一般病院モデルプログラム

2. モデルプログラムの研修期間設定について

プログラムは基幹施設と基幹施設以外での研修期間の組み合わせによって、プログラムを構成することになっております(『内科領域からのプログラム作成に関する見解』参照)。

この研修期間は「原則、基幹施設および基幹施設以外での研修期間を、それぞれ1年以上とすること」が掲げられています。モデルプログラムはいずれもそれに準拠して作成されていますが、プログラムの特性や地域の事情によっては、必ずしもモデルプログラムどおりにプログラムを作成することが難しい事情もあるかもしれません。その際は、『内科領域からのプログラム作成に関する見解』をご覧くださいながら、プログラムの作成にあたってください。但し、この見解に示される内容から外れることがないように、ご理解のほどよろしく願います。

3. 専攻医にとってわかりやすいプログラムの作成

モデルプログラムは整備基準に基づいた「標準的」な内容となっているため、専攻医の理解を深める説明としては、まだ表現に工夫が必要な箇所があるかもしれません（このモデルプログラムはまだ、教科書的かもしれません）。

プログラム作成においては審査のことを懸念される向きもあると思いますが、専攻医に研修の質を保障し、研修の実体が理解できる内容であることが最も重要となります。そのため、専攻医の理解を深めるために次のような工夫があることも推奨されます。

1) 図表などを用いて、よりプログラムの実体が見えるようにする。

例) 年間スケジュールや週間スケジュールなどを用いる。また診療実績を実際に示し、研修体制の裏打ちとなるものを示す。

2) 専攻医にとって魅力のあるプログラムの持ち味を示す。

プログラム内容の項目列挙に終止せず、プログラムの特徴や持ち味を実態に基づいて明記する。専攻医が専門研修を終えた後に、どのような専門医になるのかを分かりやすく記載し、プログラムにおいてどのようなフォロー体制があるのかを記す。

プログラム作成にあたっては、モデルプログラムに準拠して作成を進めることになるかと思いますが、プログラムは最終的には専攻医が読み込み、それをもとに応募する判断材料となります。その点を踏まえて、モデルプログラムをはじめ、各種資料を参照してプログラムの作成を行っていただければと思います。

基幹施設と基幹施設以外での研修期間についての見解

プログラムにおいて基幹施設、連携施設（あるいは特別連携施設）による施設構成することとなっているが、基幹施設および連携施設（特別連携施設含む）における研修年限の基準に関する見解は次のとおりである。

- 1) 整備基準「項目 23 専門研修基幹施設の認定基準」に示されるように、基幹施設は診療経験の大半の研修が可能な環境を有しており、その観点からも基幹施設での研修期間は一定程度必要と考えられる。このため「原則」として、基幹施設での研修を1年以上、基幹施設以外での研修も1年以上とする。
※基幹施設以外とは、連携施設（特別連携施設も含む）1箇所でも良いし、複数でも良い。但し、研修の質を担保するため、基幹施設以外の研修（連携施設の研修）を複数箇所にする場合は、1箇所につき、最低3か月であること。
- 2) 但し、地域における実情（都市部と地方の違い）やこれまでの病院間連携この制度自体が導入間もないこと、などから施設群の組み方に困難があるかもしれない。そこで2020年度に研修を開始するプログラム（専攻医）までは原則にあたらぬケースも勘案する（2019年1月21日更新）。
- 3) 大学病院は基幹施設になることもあれば、地域の市中病院の研修プログラムをサポートするため、連携施設になることもあると思われるが、このような市中病院のプログラムへの支援的な参加は推奨される。
- 4) いわゆる「入局」や大学院籍は専門医制度と紐付いたものではないので、専攻医の応募定員が入局員数と合致するわけではない。入局している専攻医が、大学以外のプログラムに参加していることはありうる。

今回のプログラム制においては、「基幹施設での研修」と「連携施設での研修」を組み合わせる研修体制となっており、その必要性については、整備基準「項目 28 地域医療・地域連携への対応」に明記されているとおりである。

この見解に基づき、一般的な考え方として次のような組み合わせ方が考えられる。

例) 基幹施設 2年 + A 連携施設 6か月 + B 連携施設 6か月、
基幹施設 1年 + 連携施設 1年 + 特別連携施設 1年など。

研修期間の件については全国の施設から問い合わせがきている。特に「基幹施設での研修期間が1年ではなく、6ヶ月（半年）ではどうなのか」という意見が寄せられている。これらの指摘は、都市部と地方の違いや、あるいはこれまで時間をかけて構築された各地域の病院連携体制への影響を最小限にしたいという意向から出ているものと考えられる。よって、各地域の実情に配慮する必要もあるため、先述のとおり、基幹施設および連携施設の研修期間の基準は、あくまで「原則」としている。どうしても難しい事情がある場合は、2020年までは原則にあたらぬケースも勘案し、個別の審査によって、プログラム作成に関する助言や配慮を行う。

プログラムの作成にあたっては病院間や現場での取り組みに多大なる調整が求められることになるとは思われるが、今回の制度改革の趣旨に是非ともご理解をいただき、ご協力をお願いしたいところである。

制度の導入当初にさしあたっては、繰り返しになるが、各施設の現況を踏まえて審査上、これを考慮する。よって、もともと内科の専門研修プログラムを実行できる施設であれば、全国においてあまり偏りのないよう、多くのプログラムの申請があることを期待する。

プログラムの定員数に関する見解 (2017年5月8日更新)

内科領域は全領域中、随一の専攻研修規模が想定され、プログラム数も事前の意向調査から400前後の手挙げが想定されている。専攻医のために魅力あるプログラムが、規模の大小や地域を問わず、数多く出てくると自体は望ましいと思われる。勿論、いずれのプログラムとも専攻医のための研修体制がしっかりと確立されることが肝要であるため、実体の伴わないプログラムには厳しい審査が入ることをご了解いただきたい。

その一方、ソフト・ハードとも充実している規模の大きなプログラムが全国からいくつか出てくると思われる。事前の意向調査では、募集定員として最大一年次60名程度という数を筆頭に、40名を上回る施設が5%程度見受けられた。

プログラムの規模が巨大になるに連れ、その実体管理の難しさから、プログラムには副統括責任者（専攻医20名につき1名）を置くことが認められている。とは言え、プログラムの規模に上限がなく、極端な巨大化が進む傾向が出てくると、全国のいずれかの地域では、プログラムの数に偏りが出てくことや、規模のみに偏重したプログラムの作成という事態（例えば指導医の囲い込み）すら出てくるかもしれない。

このような事態が起こらないためにも、プログラムの規模には一定程度の配慮を求めることを予めご理解いただきたい。具体的には下記のような目安を審査上設け、プログラムの内容を精査し、助言や協議（場合によっては差し戻し）を行うことがある。

- 1) 事前の調査から、専攻医の募集定員（上限）が一年次40名を上回る見込みのプログラムにはプログラムの実体管理の妥当性を精査し、個別に協議を行うことがある。
- 2) 専攻医の募集定員は原則、多くとも一年次60名を上限とし、これを超えるプログラムがある場合は、募集定員の見直しを求める。
- 3) 但し、大学病院がプログラムを作成する場合、大学のもともとの規模と本来持っている性格（役割）から、どうしても規模が大きくなりがちで、募集定員の上限が一年次60名という目安を超える可能性があるかもしれない。
また、入局者と専攻医の募集定員の関係性を懸念することがあるかもしれない。入局と専門医制度の紐付けは全く無いが、予めこれらの懸念点を内科領域の委員会とも相互に確認しておくことにより、「プログラム定員数に関する見解」にご理解をいただきたいところである。
- 4) 専攻医の定員設定については、プログラム作成時、都市部（5大都市圏：東京、神奈川、愛知、大阪、福岡）において現状の定員設定を上回らないように配慮することを求めた経緯がある。今後の申請にあたっては、その点を引き続きご留意いただきたい。
- 5) プログラム定員数については、日本内科学会での審査だけではなく、その後、日本専門医機構と各都道府県での協議・確認を行ない、場合によっては調整もありうることをご留意いただきたい。

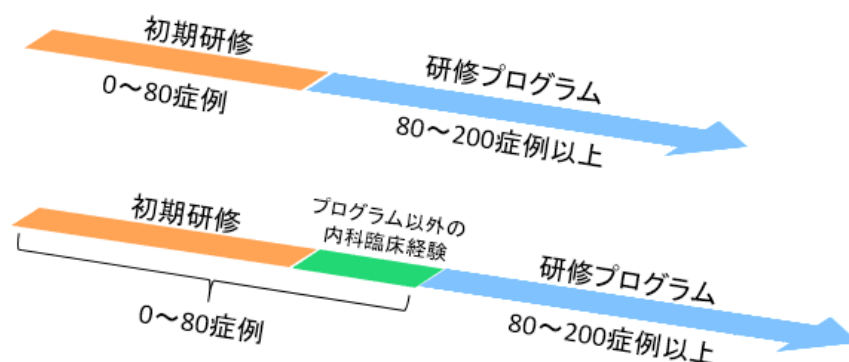
内科領域 症例の遡及登録について (2017年10月5日更新)

内科領域の整備基準公表後、その内容は全国に周知されているが、3年間の内科専攻研修期間中に目標とする200症例、そして修了要件である160症例を安定的に研修させることについて問い合わせが届いている。このような声は都市型の大規模病院よりも、地方において基幹施設を目指す中規模病院から寄せられることが多い。

また、内科の教育施設の中には、すでに研修プログラム参加以前の初期研修中（特に選択研修の2年目）に、主たる担当医として専攻研修と同様な症例経験を持たせることもある。このような指摘や実情（特に地方からの声）を踏まえると、初期研修中、または初期研修修了後の内科臨床経験等で質が担保されている症例の取り込みは、全国における安定的なプログラム作成への配慮から、必要と考えられ、以下の条件をみだすものに限り、その取扱いを認める。

- 1) 日本内科学会指導医が直接指導をした症例であること。
- 2) 主たる担当医師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) 内科領域の専攻研修プログラムの統括責任者の承認が得られること。
- 5) 内科領域の専攻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。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。

J-OSLERに登録できる症例数



初期研修修了後、研修プログラムに属さなかった期間に経験した内科症例でも、内科専門医としての経験症例に相応しいものであれば、遡及して登録できる。