

- (3)呼吸器
  - ①肺疾患
    - 1)原発性肺腫瘍
    - 2)転移性肺腫瘍
    - 3)先天性肺疾患
    - 4)炎症性肺疾患
  - ②縦隔疾患
    - 1)縦隔腫瘍
    - 2)頸胸境界領域疾患
  - ③胸壁・胸膜疾患
    - 1)気胸
    - 2)膿胸
    - 3)胸壁・胸膜腫瘍
  - ④気道系疾患
    - 1)気道異物・閉塞
    - 2)気道系腫瘍
- (4)心臓・大血管
  - ①後天性心疾患
    - 1)虚血性心疾患
    - 2)弁膜症
  - ②先天性心疾患
  - ③大動脈疾患
    - 1)動脈瘤(胸部大動脈瘤, 腹部大動脈瘤, 解離性大動脈瘤)
- (5)末梢血管(頭蓋内血管を除く)
  - 1)閉塞性動脈硬化症
  - 2)下肢静脈瘤
- (6)頭頸部・体表・内分泌外科(皮膚, 軟部組織, 顔面, 唾液腺, 甲状腺, 上皮小体, 性腺, 副腎など)
  - 1)甲状腺癌
  - 2)体表腫瘍
- (7)小児外科
  - 1)ヘルニア(鼠径ヘルニア, 臍ヘルニアなど)
  - 2)陰嚢水腫, 停留精巣, 包茎
  - 3)腸重積症
  - 4)虫垂炎
- (8)外傷

## ii 経験すべき診察・検査等

外科診療に必要な下記の検査・診察(管理)を経験する。(具体的な基準は研修手帳を参照)

(1)下記の検査手技ができる。

- ①超音波検査: 自身で実施し、病態を診断できる。
- ②エックス線単純撮影, CT, MRI: 適応を決定し、読影することができる。
- ③上・下部消化管造影, 血管造影等: 適応を決定し、読影することができる。
- ④内視鏡検査: 上・下部消化管内視鏡検査, 気管支内視鏡検査, 術中胆道鏡検査, ERCP等の必要性を判断し、読影することができる。
- ⑤心臓カテーテル: 必要性を判断することができる。
- ⑥呼吸機能検査の適応を決定し、結果を解釈できる。

(2)周術期管理ができる。

- ①術後疼痛管理の重要性を理解し、これを行うことができる。
- ②周術期の補正輸液と維持療法を行うことができる。
- ③輸血量を決定し、成分輸血を含め適切に施行できる。
- ④出血傾向に対処できる。
- ⑤血栓症の治療について述べるができる。
- ⑥経腸栄養の投与と管理ができる。
- ⑦抗菌薬の適正な使用ができる。
- ⑧抗菌薬の有害事象に対処できる。
- ⑨デブリードマン, 切開およびドレナージを適切にできる。

(3)次の麻酔手技を安全に行うことができる。

- ①局所・浸潤麻酔
- ②脊椎麻酔
- ③硬膜外麻酔(望ましい)
- ④気管挿管による全身麻酔

(4)外傷の診断・治療ができる。

- ①すべての専門領域の外傷の初期治療ができる。
- ②多発外傷における治療の優先度を判断し、トリアージを行うことができる。
- ③緊急手術の適応を判断し、それに対処することができる。

(5)以下の手技を含む外科的クリティカルケアができる。

- ①心肺蘇生法—一次救命処置(Basic Life Support), 二次救命処置(Advanced Life Support)
- ②動脈穿刺
- ③中心静脈カテーテルの挿入とそれによる循環管理
- ④人工呼吸器による呼吸管理
- ⑤気管支鏡による気道管理
- ⑥熱傷初期輸液療法
- ⑦気管切開, 輪状甲状軟骨切開
- ⑧心嚢穿刺
- ⑨胸腔ドレナージ
- ⑩ショックの診断と原因別治療(輸液, 輸血, 成分輸血, 薬物療法を含む)

⑪播種性血管内凝固症候群(disseminated intravascular coagulation), 多臓器不全(multiple organ failure), 全身性炎症反応症候群(systemic inflammatory response syndrome), 代償性炎症性反応症候群(compensatory anti-inflammatory response syndrome)の診断と治療

- ⑫化学療法(抗腫瘍薬, 分子標的薬など)と放射線療法の有害事象に対処することができる。

## iii 経験すべき手術・処置等

- 10
- (1) 350例以上の手術手技を経験(NCDに登録されていることが必須)。  
 (2) (1)のうち術者として120例以上の経験(NCDに登録されていることが必須)。  
 (3) 各領域の手術手技または経験の最低症例数。
- ① 消化管および腹部内臓(50例)
  - ② 乳腺(10例)
  - ③ 呼吸器(10例)
  - ④ 心臓・大血管(10例)
  - ⑤ 末梢血管(頭蓋内血管を除く)(10例)
  - ⑥ 頭頸部・体表・内分泌外科(皮膚, 軟部組織, 顔面, 唾液腺, 甲状腺, 上皮小体, 性腺, 副腎など)(10例)
  - ⑦ 小児外科(10例)
  - ⑧ 外傷の修練(10点)\*
  - ⑨ 上記①～⑦の各分野における内視鏡手術(腹腔鏡・胸腔鏡を含む)(10例)
- 注1. 初期臨床研修期間中に外科専門研修基幹施設ないし連携施設で経験した症例(NCDに登録されていることが必須)は、研修プログラム統括責任者が承認した症例に限定して、手術症例数に加算することができる(ただし、加算症例は100例を上限とする)。  
 注2. 術者として独立して実施できる一定数は設定しない。  
 注3. \* 体幹(胸腹部)臓器損傷手術 3点(術者), 2点(助手)  
 上記以外の外傷手術(NCDの既定に準拠) 1点  
 ・重症外傷(ISS 16以上)初療参加 1点  
 ・日本外科学会外傷講習会受講 1点  
 ・外傷初期診療研修コース受講 -4点  
 ・e-learning受講 2点  
 ・ATOMコース受講 4点  
 ・外傷外科手術指南塾受講(日本Acute Care Surgery学会主催講習会) 3点  
 ・日本腹部救急医学会認定医制度セミナー受講(分野V(外科治療)-C.Trauma surgery) 1点

## 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
- 地域医療への外科診療の役割を習熟し、実行できる。
- (1) 連携施設(または基幹施設)において地域医療を経験し、病診連携・病病連携を理解し実践する。
  - (2) 地域で進展している高齢化または都市部での高齢者急増に向けた地域包括ケアシステムを理解し、介護と連携して外科診療を実践する。
  - (3) 在宅医療を理解し、終末期を含めた自宅療法を希望する患者に病診または病病連携を通して在宅医療を実践する。

## v 学術活動

外科学の進歩に合わせた知識・スキルを継続して学習する, 自己学習能力を習得する.

## (1) 学術発表

指定の学術集会または学術刊行物に, 筆頭者として研究発表または論文発表する.

## (2) 学術参加

日本外科学会定期学術集会に1回以上参加する.

## (3) 研究参加

臨床研究また学術研究に参加し, 医の倫理と後進の教育指導ができる'Academic surgeon'を目指すのに必要な基礎的知識, スキルおよび志を修得する.

注. 学術発表における具体的な外科専門医研修に必要な業績(筆頭者)は下記の合計20単位を必要とする.(専攻医マニュアル、指導医マニュアル参照)

## 研究発表

(1) 日本外科学会定期学術集会 20単位

(2) 海外の学会 20単位

例) American Society of Clinical Oncologyなど

(3) 外科系(サブスペシャリティ)の学会の年次総会, 定期学術集会 15単位

例) 日本消化器外科学会, 日本胸部外科学会, 日本呼吸器外科学会, 日本小児外科学会など

(4) 全国規模の外科系(サブスペシャリティ)以外の学会の年次総会, 定期学術集会 10単位

例) 日本消化器病学会, 日本内視鏡外科学会, 日本救急医学会, 日本癌学会など

(5) 外科系(サブスペシャリティ)の学会の地方会, 支部会 7単位

例) 研究発表-(3)参照

(6) 各地区外科集談会 7単位

例) 外科集談会, 大阪外科集談会, 九州外科学会, 山陰外科集談会 など

(7) 全国規模の研究會 7単位

例) 大腸癌研究会, 日本肝移植研究会, 日本ヘルニア研究会 など

(8) 地区単位の学術集会, 研究会 5単位

例) 北海道医学大会, 四国内視鏡外科研究会, 九州内分泌外科学会 など

(9) 全国規模の外科系(サブスペシャリティ)以外の学会の地方会, 支部会 3単位

例) 研究発表-(4)参照

(10) その他 3単位

## 論文発表

(1) 日本外科学会雑誌, Surgery Today 20単位

(2) 英文による雑誌 20単位

例) Journal of clinical oncology, Annals of Surgery など

(3) 著作による書籍 20単位

(4) 外科系(サブスペシャリティ)の学会の和文雑誌 15単位

例) 研究発表-(3)参照

(5) 全国規模の外科系(サブスペシャリティ)以外の学会の和文雑誌 10単位

例) 研究発表-(4)参照

(6) 編纂された書籍の一部 10単位

(7) その他 7単位

## 3 専門研修の方法

## ① 臨床現場での学習

13

専攻医は専門研修施設群内の施設で専門研修指導医のもとで研修を行う。専門研修指導医は、専攻医が偏りなく到達(経験)目標を達成できるように配慮する。

(1) 定期的に開催される症例検討会やカンファレンス、抄読会、CPCなどに参加する。

(2) 350例以上の手術手技を経験(NCDに登録されていることが必須)。

(3) (2)のうち術者として120例以上の経験(NCDに登録されていることが必須)

(4) 各領域の手術手技または経験の最低症例数。

- ① 消化管および腹部内臓(50例)
- ② 乳腺(10例)
- ③ 呼吸器(10例)
- ④ 心臓・大血管(10例)
- ⑤ 末梢血管(頭蓋内血管を除く)(10例)
- ⑥ 頭頸部・体表・内分泌外科(皮膚、軟部組織、顔面、唾液腺、甲状腺、上皮小体、性腺、副腎など)(10例)
- ⑦ 小児外科(10例)
- ⑧ 外傷の修練(10点)
- ⑨ 上記①～⑦の各分野における内視鏡手術(腹腔鏡・胸腔鏡を含む)(10例)

## 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

臨床現場以外でも知識やスキル獲得のため学会やセミナーに参加する。セミナーには学会主催または専門研修施設群主催の教育研修(医療安全、感染対策、医療倫理、救急など)、臨床研究・臨床試験の講習(eラーニングなど)、外科学の最新情報に関する講習や大動物(ブタ)を用いたトレーニング研修が含まれる。医療安全講習会、感染対策講習会、医療倫理講習会の受講はそれぞれ1単位合計3単位を必須とする。(1回の講習は1時間とし、1時間の講習受講をもって1単位と算定します)

## 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

自己学習は、生涯学習の観点から重要である。外科領域は広範囲にわたるため、研修施設での臨床修練だけでなく、書籍や論文などを通読して幅広く学習する。さらに日本外科学会が作成しているビデオライブラリーや日本消化器外科学会が用意している教育講座(eラーニング)、各研修施設群などで作成した教材などを利用して深く学習する。

## ④ 専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス

16

各専門研修プログラムで年度次ごとの研修目標と修練内容を設定し、個々の専攻医に合わせた研修計画を示して、年度毎の修練プロセスを明示する。また、年度毎に到達度の自己評価および指導医評価を受け、不足分については次年度での研修を行う。

(一例)

専門研修1年目

知識: 外科診療に必要な基礎的知識・病態を習得する。

技能: 外科診療に必要な検査・処置・手術(助手)・麻酔手技・術前後のマネージメントを習得する。外傷領域、消化管および腹部内臓領域、乳腺領域、小児外科領域、およびそれぞれ領域の内視鏡外科の研修

(プログラム毎の目標経験症例〇例以上、術者〇例以上など)

態度: 医の倫理や医療安全に関する基盤の知識を持ち、指導医とともに患者中心の医療を行う

専門研修2年目

知識: 専門研修2年間で専門知識、専門技能、経験症例の知識を習得する。

技能: 専門研修1年目の研修事項を確実にこなすことを踏まえ、不足した領域の症例経験と、低難度手術から術者としての基本的スキル修得を目指す。外傷領域、呼吸器領域、心臓・大血管、末梢血管領域、頭頸部・体表・内分泌外科領域、およびそれぞれ領域の内視鏡外科の研修(順不同)

(プログラム毎の目標経験症例〇例以上、術者〇例以上など)

学問: 経験した症例の学会発表を行う基本的能力を身に付ける。

態度: 医の倫理や医療安全を習得し、プロフェッショナリズムに基づく医療を実践できる。

専門研修3年以上の期間において

知識: サブスペシャリティまたはそれに準じた外科関連領域の基盤となる外科領域全般の専門知識、専門技能、経験症例の知識を習得する。

技能: 専門研修2年間で修得できなかった領域の修得を目指す。専門研修2年間の研修事項を確実にこなすことを踏まえ、より高度な技術を要するサブスペシャリティ(一般・消化器外科、心臓・血管外科、呼吸器外科、小児外科)またはそれに準じた外科関連領域の研修を進める。

学問: 学会発表・論文執筆の基本的知識を身に付ける。

態度: 倫理感に根ざした患者中心の安全な医療を実践し、研修医や学生などのロールモデルとなる。(経験症例350例以上、術者120例以上、学術発表 20単位以上など)

## 4 専門研修の評価

## ① 形成的評価

## 1) フィードバックの方法とシステム

専攻医の研修内容の改善を目的として、研修中の不足部分を明らかにしフィードバックするために随時行われる評価である。

- 17 (1) 専攻医は研修状況を研修マニュアル(手帳)で確認と記録を行い経験した手術症例をNCDに登録する。  
 (2) 専門研修指導医が口頭または実技で形成的評価(フィードバック)を行い、NCDの承認を行う。  
 (3) 研修施設の移動やローテーションなど一定の期間毎(3か月～1年毎 プログラムに明記)に、研修マニュアルに基づく研修目標達成度評価を行い、研修プログラム管理委員会に報告する。  
 (4) 研修プログラム管理委員会は中間報告と年次報告の内容を精査し、次年度の研修指導に反映させる。

## 2) (指導医層の)フィードバック法の学習(FD)

18 専門研修指導医は日本外科学会定期学術集会またはサブスペシャルティ領域学会の学術集会、それに準ずる外科関連領域の学会の学術集会、基幹施設などで開催する指導講習会、FDなどの機会にフィードバック法を学習し、より良い専門研修プログラムの作成を目指す。

## ② 総括的評価

## 1) 評価項目・基準と時期

専攻医の専門研修プログラム修了認定のために行われる評価である。

- 19 (1) 知識、病態の理解度、処置や手術手技の到達度、学術業績、プロフェッショナルとしての態度と社会性などを評価する。研修プログラム管理委員会に保管されている年度ごとに行われる形成的評価記録も参考に、最終年度の専攻医指導評価と目標達成度評価報告で基準以下(到達レベルDまたは1.劣る)の場合は未修了として取扱う。項目21修了判定のプロセスを参照)  
 (2) 専門研修プログラム管理委員会で総括的評価を行い、満足すべき研修を行いえた者に対して専門研修プログラム統括責任者が外科専門医研修修了証を交付する。  
 (3) この際、多職種(看護師など)のメディカルスタッフの意見も取り入れて評価を行う。  
 (4) 項目33. 研修期間中の休止期間が規定を超える場合、専門研修修了時に未修了扱いとし、原則として、引き続き同一の専門研修プログラムで研修を行い、規定を超えた休止日数分以上の日数の研修を行う。

## 2) 評価の責任者

20 3年の専門研修修了時に項目21修了判定のプロセスに従い修了判定を行い、評価の責任は専門研修プログラム統括責任者が担う。

## 3) 修了判定のプロセス

専門研修プログラム修了時に、研修プログラム管理委員会が専攻医の知識、スキル、態度それぞれについて審査する。専門研修プログラム統括責任者がその結果を参照し総合的に修了判定の可否を決定する。知識、技能、態度のひとつでも欠落する場合は専門研修修了と認めない。

- 21 付記 認定試験(筆記)の実施について  
 到達目標1(専門知識)、到達目標2(専門技能)、経験目標1(経験症例)について多肢選択式問題による試験を研修修了後に行う。計110題(上部消化管+下部消化管+肝胆膵脾:約45%、心臓+血管:約15%、呼吸器:約10%、小児:約10%、乳腺+内分泌:約10%、救急+麻酔:約10%)を出題する。

## 4) 多職種評価

22 専攻医に対する評価は、他職種(看護師、技師など)のメディカルスタッフなど第三者の意見も取り入れて行う。具体的には、メディカルスタッフを研修プログラム管理委員会または連携施設内委員会のメンバーに加え、メディカルスタッフからの評価を年度毎に行われる形成的評価に含めて研修プログラム管理委員会に報告し、修了判定の審査に使用する。

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
- 専門医制度の定める専門研修プログラム基準を満たした基幹となる研修施設で以下の要件を満たす。
- (1) 初期臨床研修の基幹型臨床研修病院の指定基準を満たす一般的な教育水準を保証する。
  - (2) 専門研修プログラムを構築して管理し、これに基づく研修が可能である。
  - (3) 研修プログラム管理委員会を設立し、専門研修プログラム統括責任者をおいている。
  - (4) 日本外科学会指導医、外科専門医が合計3人以上常勤し、うち2名はプログラム統括責任者の基準を満たしている。
  - (5) 外科系病床として常時30床を有している。
  - (6) 年間500例以上のNCD登録外科手術症例数を有している。
  - (7) 他科との総合カンファレンスおよび合併症例または死亡例に関する合同カンファレンスなどの教育行事が定期的に行われかつその記録が整備されている。
  - (8) 学術雑誌または学術集会での研究発表が年間3件以上行われている。
  - (9) NCDの登録認定施設である。
  - (10) 施設実地調査(サイトビジット)に対応できる態勢を備えている。
  - (11) 現行の日本外科学会の指定施設であり、3領域以上のサブスペシャリティ領域学会の修練施設(消化器外科学会専門医制度指定修練施設、心臓血管外科基幹(関連)施設、呼吸器外科基幹(関連)施設、小児外科学会認定(教育関連)施設)である。
- 注1. 複数の基本領域専門研修プログラムを擁している専門研修基幹施設には、当該施設長、施設内の各専門研修プログラム統括責任者および専門研修プログラム連携施設担当者からなる専門研修プログラム連絡協議会を設置し、当該施設と連携施設における専攻医ならびに専門研修指導医の処遇、専門研修の環境整備などを協議する。
- 注2. 地域医療に配慮した規定外救済措置は専門研修プログラム研修施設評価・認定部門で個別に協議・判断する。

## ② 専門研修連携施設の認定基準

- 24
- 専門研修基幹施設では研修できない部分を補うための研修施設で以下の要件を満たす。
- (1) 研修プログラム管理委員会と連携する委員会を施設内に設立し、専門研修プログラム連携施設担当者をおいている。
  - (2) 専門研修指導医(外科専門医更新を1回以上経た外科専門医)が最低1人以上常勤している。
  - (3) 専門研修基幹施設が定めた専門研修プログラムに協力して専攻医の専門研修が可能であること
  - (4) 年間50例以上のNCD登録外科手術例数を有している。
  - (5) NCDの登録認定施設である。

## ③ 専門研修施設群の構成要件

- 25
- 専門研修施設群は、中核となる専門研修基幹施設(1施設)と複数の専門研修連携施設で構成され、外科専門研修プログラム整備基準に基づく専門研修プログラムを作成する。
- 専門研修施設群は、施設全体でこの専門研修プログラムを基盤に専攻医の専門医資格取得までの全過程を人的および物的に支援する。
- 専門研修施設群は、地域性のバランスとともに、研修内容の維持や研究との両立にも配慮する。

## ④ 専門研修施設群の地理的範囲

- 26
- 専門研修施設群は、地域性のバランス、当該医療圏における地域医療に配慮する。ただし専門領域によっては研修内容の質の維持・向上のため、都道府県をまたがる施設で構成することも可能である。



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 専門研修指導医数と専門性および診療実績（症例数）、地域性を考慮し、外科専門研修プログラム整備基準に基づく研修の質の担保とその実効性から専門研修プログラムに受け入れ可能な専攻医数を明記する。ただし、以下の基準を満たすこと。  
 (1) 専攻医1人あたり専門研修施設群のNCD登録数は3年間で500例以上を確保すること。  
 (2) 専門研修指導医1名につき学年を問わず、3名の専攻医を超えないような管理体制をとる。プログラム統括責任者も指導医になることができる。  
 注1. 2つ以上の研修施設群の連携施設となる場合は、各研修施設群への症例数の割り当てについてダブルカウントとならないよう協議調整する。連携施設からの症例数の割り当ては、1人の専攻医当たり15症例/月以上のNCD登録数を目安とする。  
 注2. 地域医療に配慮した例外的救済措置は専門研修プログラム研修施設評価・認定部門で個別に協議・判断する。

⑥ 地域医療・地域連携への対応

- 28 地域の1次・2次・3次医療を担うため計画的に進出し、地域の社会的資源・人的資源と連携して地域医療を支えることが重要である。そのために、複数の施設で構成された専門研修施設群の基幹施設は医師偏在の回避を念頭に置いた研修プログラムを提供し、連携施設に地域医療の充実を目的とした具体的な方策の検討と実践を促す。また、専門研修連携施設で最低6か月以上の研修を必須とする。  
 注1. 地域医療または地域連携への対応が不十分な場合、専門研修プログラムが外科専門研修プログラム整備基準を満たしていても、修正を要する又は承認されないこともありえる。

⑦ 地域において指導の質を落とさないための方法

- 29 専門研修指導医が少ないまたは症例数が少ない連携施設では、専門研修基幹施設が定期的に専門研修の実態を把握し、必要な助言あるいは改善案を提示することで、質を担保するための方策を考える。常勤指導医の不在な施設へは、専門研修指導医の非常勤派遣にて専攻医指導の質を維持するよう配慮する。経験症例数の偏在是正や研究の研修を目的に、専門研修基幹施設で最低6か月以上の研修を必須とする。

⑧ 研究に関する考え方

- 30 外科医療に関する標準的な知識とスキルのみならず、最先端の知識とスキルを習得し、その発展に寄与する能力を養うことも専門医の資質として求められる。専攻医が将来指導者として活動するため、研修中に臨床研究あるいは基礎研究に従事する環境やシステムを専門研修基幹施設が中心に専門研修施設群内で構築する。プログラムによっては研究期間を設定してもよい。

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 専門研修施設群は外科専門研修プログラム整備基準を達成しうる症例数、疾患、検査/処置、手術を提供する必要がある。  
 (1) 個々の専門研修基幹施設及び連携施設は前述（項目23. 専門研修基幹施設認定基準、項目24 専門研修連携施設認定基準）の認定基準を満たす必要がある。  
 (2) 専攻医1人募集するにあたり専門研修施設群のNCD登録数は3年間で500例以上を確保しなければならない。  
 (3) 専門研修指導医1名につき学年を問わず、3名の専攻医を超えないような管理体制をとらなければならない。  
 注1. 地域医療に配慮した例外的救済措置は専門研修プログラム研修施設評価・認定部門で個別に協議・判断する。  
 注2. 上記認定基準以外の診療実績基準は求めないが、専門研修基幹施設と各専門研修連携施設の過去3年間のNCD登録数をプログラムに記載し、専門研修施設群としての総NCD登録数を公表する。その際、2つ以上の研修施設群に参加する場合は、各研修施設群への症例数の割り当てについてダブルカウントとならないよう協議調整する。（連携施設からの症例数の割り当ては、1人の専攻医当たり15症例/月以上のNCD登録数を目安とする。）



## ⑩ Subspecialty領域との連続性について

32 外科専門医はサブスペシャルティ領域（消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、小児外科など）やそれに準ずる外科関連領域の専門医を取得する際に基盤となる共通の資格である。したがって、外科専門医研修から連続してあるいは一時期重複してそれぞれの領域の症例経験や手技・手術を積み重ねていくことはむしろ効率的かつ連続的な専門研修実践という観点から推奨すべきと考えられる。サブスペシャルティ領域との連動プログラムの詳細に関しては、別途既定する。また、サブスペシャルティ領域の外科専門医を取得済み場合は、外科専門医の更新手続きはサブスペシャルティ領域の更新をもって代行できるものとする。

外科領域と各サブスペシャルティ領域は診療実績記録システムとしてNCDを採用し、NCD登録が行われた症例についてのみ認定するものとする。

## 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 専攻医は、外科専門研修プログラム整備基準に沿ってそれぞれのプログラムで規定した研修期間以内（3年以上）に経験症例数などをすべて満たさなければならない。

(1) 3年間の専門研修プログラムにおける休止期間は最長120日とする。1年40日の換算とし、プログラムの研修期間が4年のものは160日とする。（以下同様）

(2) 妊娠・出産・育児、傷病その他の正当な理由による休止期間が120日を超える場合、専門研修終了時に未修了扱いとする。原則として、引き続き同一の専門研修プログラムで研修を行い、120日を超えた休止日数分以上の日数の研修を行う。

(3) 大学院（研究専任）または留学などによる研究専念期間が3年の研修期間中6か月を超える場合、臨床研修終了時に未修了扱いとする。ただし、大学院または留学を取り入れたプログラムの場合例外規定とする。

(4) 専門研修プログラムの移動は原則認めない。（ただし、結婚、出産、傷病、親族の介護、その他正当な理由、などで同一プログラムでの専門研修継続が困難となった場合で、専攻医からの申し出があり、外科研修委員会の承認があれば他の外科専門研修プログラムに移動できる。）

(5) 症例経験基準、手術経験基準を満たしていない場合にも未修了として扱い、原則として引き続き同一の専門研修プログラムで当該専攻医の研修を行い、不足する経験基準以上の研修を行うことが必要である。

## 注1. 長期にわたって休止する場合の取扱い

専門研修を長期にわたって休止する場合においては、①②のように、当初の研修期間の修了時未修了とする取扱いと、専門研修を中断する取扱いが考えられる。ただし、専門研修プログラムを提供しているプログラム統括責任者及び専門研修管理委員会には、あらかじめ定められた研修期間内で専攻医に専門研修を修了させる責任があり、安易に未修了や中断の扱いを行うべきではない。

## ① 未修了の取扱い

1. 当初の研修プログラムに沿って研修を再開することが想定される場合には、当初の研修期間の修了時の評価において未修了とすること。原則として、引き続き同一の研修プログラムで研修を行い、上記の休止期間を超えた休止日数分以上の日数の研修を行うこと。

2. 未修了とした場合であって、その後、研修プログラムを変更して研修を再開することになった時には、その時点で臨床研修を中断する取扱いとすること。

## ② 中断扱い

1. 研修プログラムを変更して研修を再開する場合には、専門研修を中断する取扱いとし、専攻医に専門研修中断証を交付すること。

2. 専門研修を中断した場合には、専攻医の求めに応じて、他の専門研修先を紹介するなど、専門研修の再開の支援を行うことを含め、適切な進路指導を行うこと。

3. 専門研修を再開する施設においては、専門研修中断証の内容を考慮した専門研修を行うこと。

注2. 休止期間中の学会参加実績、論文・発表実績、講習受講実績は、専門医認定要件への加算を認めるが、中断期間中のものは認めない。

## 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 専門研修基幹施設に専門研修プログラム統括責任者と専門研修連携施設の専門研修プログラム連携施設担当者等で構成される研修プログラム管理委員会を設置する。研修プログラム管理委員会は、外科専門研修プログラム整備基準に則った、年次ごとの段階的な到達目標を設定した専門研修プログラムを作成する。作成された専門研修プログラムは、日本専門医機構専門研修プログラム研修施設評価・認定部門の評価・認定を受けなければならない。研修プログラム管理委員会が、認定を受けた専門研修プログラムを管理し、定期的にプログラムの問題点の検討や再評価を行い、5年毎に更新を行う。

### ② 基幹施設の役割

35 専門研修基幹施設は以下の役割を担う。  
 (1) 専門プログラム管理委員会を設置し、専門研修プログラムの作成と管理をし、専攻医の最終的な研修修了判定を行う。  
 (2) 専門研修プログラムに参加する専攻医および専門研修連携施設を統括する。(専攻医は専門研修基幹施設で6か月以上の研修を要する)  
 (3) 専門研修施設群内での指導体制(担当領域などを含む)と研修期間内での研修スケジュールを専門研修プログラムに明記し、専門研修基幹施設が研修プログラム管理委員会を中心として、専攻医の連携施設での研修計画、研修環境の整備・管理を行なう。

### ③ 専門研修指導医の基準

36 《基準》  
 1回以上の更新を経た外科専門医、またはこれと同等と考えられる外科専門医(外科領域研修委員会の承認を要する)。  
 注1. 専門研修指導医は「役割」で、「資格」である日本外科学会指導医と別名称。  
 注2. 移行期間中は日本外科学会外科専門医

### ④ プログラム管理委員会の役割と権限

37 研修プログラム管理委員会は以下の役割と権限を担う。  
 (1) 専門研修プログラム統括責任者、専門研修プログラム連携施設担当者等で構成される。  
 (2) 専門研修プログラムの作成、管理、改善などを行う。  
 (3) 専攻医の研修全般の管理を行う。  
 (4) 専門研修プログラム修了時に専攻医の修了判定の審査を行い、専門研修プログラム統括責任者が修了判定を行う。  
 (5) 専攻医および専門研修指導医から提出される意見を参照し、専門研修プログラムや専門研修体制の継続的改良を行う。  
 (6) 6か月～1年毎に開催する。

### ⑤ プログラム統括責任者の基準、および役割と権限

38 《基準》  
 外科領域における十分な診療経験と教育指導能力を有し、所定の外科診療および外科研究に従事した期間、業績、および研究実績を満たす外科医。  
 具体的に以下のすべての基準を満たす必要がある。  
 (1) 現行日本外科学会指導医(添付:日本外科学会指導医基準)。  
 (2) いずれかの外科関連サブスペシャルティ領域(消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、小児外科)またはそれに準ずる外科関連領域専門医資格を一回以上更新した者。  
 (3) 医学博士号またはピアレビューを受けた英語による筆頭著者論文3編を有する。  
 《役割・権限》  
 (1) 専門研修基幹施設における研修プログラム管理委員会の責任者で、プログラムの作成、運営、管理を担う。  
 (2) 専門研修プログラムの管理・遂行や専攻医の採用・修了判定につき最終責任を負う。  
 専攻医数が20名を超える場合、副プログラム統括責任者を置く必要がある。

	<p>⑥ 連携施設での委員会組織</p> <p>39 専門研修連携施設に研修プログラム管理委員会と連携する委員会を設置し、以下の役割を担う。          (1) 専門研修プログラム連携施設担当者と専門研修指導医で構成される。          (2) 連携施設内で専攻医の研修を管理する。          (3) 専門研修プログラム連携施設担当者は、委員会における評価にもとづいて専攻医の研修評価を研修プログラム管理委員会に報告する。          (4) 研修プログラム管理委員会が改良された専門研修プログラムや専門研修体制を連携施設にフィードバックする。          (5) 3か月～6カ月毎に開催する。</p>
	<p>⑦ 労働環境、労働安全、勤務条件</p> <p>40 (1) 専門研修プログラム統括責任者または専門研修連携施設は、専攻医の適切な労働環境、労働安全、勤務条件の整備と管理を担う。          (2) 専門研修プログラム統括責任者または専門研修指導医は専攻医のメンタルヘル스에配慮する。          (3) 勤務時間、当直、給与、休日は労働基準法に準じて各専門研修基幹施設、各専門研修連携施設の施設規定に準じる。</p>
	<p>7 専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備</p> <p>① 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム</p> <p>41 (1) 専攻医、専門研修指導医は外科学会のホームページにある書式(専攻医研修マニュアル、研修目標達成度評価報告用紙、専攻医研修実績記録、指導者用マニュアル、専攻医指導評価記録)をダウンロードし、研修期間で全ての項目の研修が出来るよう目標を定める。          (2) 専攻医の研修目標達成度評価報告用紙および専攻医研修実績記録、指導評価記録は、研修プログラム管理委員会が管理する。          (3) 手術症例は既に利活用されているNCDIに登録する。(NCDIに専攻医が登録し、指導医が承認する)。          (4) 研修プログラム管理委員会は5年間、これらの記録を保管する。</p>
	<p>② 医師としての適性の評価</p> <p>42 以下の点について評価し、研修目標達成度評価報告用紙に記載する。          (1) 患者に対するコミュニケーション能力          1) 患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる。          2) 医師、患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる。          3) 守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる。          (2) チーム医療          1) 指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。          2) 上級および同僚医師、他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。          3) 同僚および後輩への教育的配慮ができる。          4) 患者の転入、転出にあたり情報を交換できる。          5) 関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる。          (3) 問題対応能力          1) 臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への対応を判断できる。          2) 自己評価および第三者による評価をふまえた問題対応能力の改善ができる。          3) 臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ。          4) 自己管理能力を身につけ、生涯にわたり基本的診療能力の向上に努める。          (4) 安全管理          1) 医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる。          2) 医療事故防止および事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる。          3) 院内感染対策を理解し、実施できる。          (5) 症例提示          1) 症例提示と討論ができる。          2) 臨床症例に関するカンファレンスや学術集会に参加する。          (6) 医療の社会性          1) 保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる。          2) 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。          3) 医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる。          4) 医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる。</p>