

平成 28 年度事業報告の附属明細書

I. 学術集会

1. 学術委員会

委員長 坂 井 義 治

1. 定期学術集会について

- 1) 定期学術集会のプログラムは、会頭がプログラム委員会を設置した上で検討を行い、さらに本委員会でも継続的に扱うテーマや分野毎のバランスなどを考慮した上で、第117回の特別企画や上級演題のテーマの最終確認を行った。
- 2) 学術集会の今後のあり方として、演題の採用率や会場の聴講者数の増加などにおいても検討している。

2. 第30回日本医学会総会について

日本医学会より、2019年の第30回日本医学会総会で相応しいと思われるセッションの案を挙げて欲しい旨の依頼があり、本委員会で検討して回答した。

3. 各種賞の推薦について

平成24年度から文化財団や科学財団などから各種賞の候補推薦が依頼された場合には、本委員会にて募集し、選定を行っている。

II. 教育

2. 教育委員会

委員長 小寺 泰弘

1. 卒後教育セミナーについて（資料1）

- 1) 第89回は「Basic Scienceと外科」のテーマで、昨春の第116回定期学術集會に並行して、澤芳樹前会頭のお世話で大阪国際会議場（大阪市）にて開催した（参加者：2,948名）。
- 2) 第90回は「ガイドラインと外科」のテーマで、昨秋の第78回日本臨床外科学会総会の金子弘真前会長にお世話いただきグランドプリンスホテル新高輪国際館パミール（東京都港区）にて開催した（参加者：856名）。
- 3) 平成29年度の実施計画としては、第91回を「患者安全から質向上へー外科医が知りたい質管理マネジメントー」と「外科医のキャリアデザインと留学」のテーマで、4月29日に資料1の如く、桑野博行会頭のお世話で開催する。
- 4) 第92回は「低侵襲手術のpitfall」のテーマで、今秋の第79回日本臨床外科学会総会の高山忠利会長にお世話いただき開催予定である。

（資料1）

第91回卒後教育セミナー（平成29年度春季）

日 時：平成29年4月29日（土）13：30～17：30

（第117回日本外科学会定期学術集會3日目）

場 所：第1会場（パシフィコ横浜 1F 国立大ホール）

世話人：桑野 博行（第117回日本外科学会定期学術集會会頭，群馬大学病態総合外科）

開会挨拶：日本外科学会教育委員長，名古屋大学消化器外科 小寺 泰弘

企画：安田あゆ子（日本外科学会教育委員，藤田保健衛生大学医療の質・安全対策部）

テーマ：患者安全から質向上へー外科医が知りたい質管理マネジメントー

1. 外科医として患者安全・医療の質向上を考える

司会：藤田保健衛生大学下部消化管外科 前田耕太郎

講師：藤田保健衛生大学医療の質・安全対策部，

名古屋大学 ASUISHI プロジェクト 安田あゆ子

2. トヨタの（品）質管理を医療に役立てる

司会：九州大学小児外科 田口 智章

講師：トヨタ自動車株式会社業務品質改善部，

名古屋大学 ASUISHI プロジェクト 古谷 健夫

企画：北川 哲也（日本外科学会教育委員，徳島大学心臓血管外科）

テーマ：外科医のキャリアデザインと留学

1. 臨床医の米国研究留学

司会：熊本大学乳腺・内分泌外科 岩瀬 弘敬

講師：米国国立衛生研究所 藤原 沙織

2. 欧州での移植外科留学と専門医取得

司会：長崎大学移植・消化器外科 江口 晋
 講師：長崎大学移植・消化器外科 曾山 明彦

3. 留学は医師人生を大きく変える

司会：東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野 池田 徳彦
 講師：東京大学心臓外科・呼吸器外科 佐藤 雅昭

4. 研究から臨床へ

司会：横浜市立大学外科治療学 益田 宗孝
 講師：九州大学心臓血管外科 塩瀬 明

5. カナダ・中国・マレーシアへの臨床留学

司会：徳島大学心臓血管外科 北川 哲也
 講師：神奈川県立こども医療センター心臓血管外科 太田 教隆

6. ダラス通信—臨床留学ガイド—

司会：九州大学小児外科 田口 智章
 講師：大阪大学小児成育外科 上野 豪久

卒後教育セミナーは、本学会外科専門医制度規則施行規定により指導医の選定申請（春季は定期学術集會に参加しなかった場合のみ）及び更新申請，外科専門医の更新申請，認定登録医登録及び更新（10単位）の際の研究実績に加算することができる旨，周知方お願いしたい。

2. 映像による私の手術手技—ビデオライブラリーについて（資料2・3）

平成20年度より「標準手術シリーズ」と「定期学術集會のビデオ演題から10演題程度を選定する最新手術シリーズ」に分けることとし，平成28年度の標準手術シリーズは従来通り5名を選定（資料2），最新手術シリーズは第116回定期学術集會のビデオ演題から10名を選定した（資料3）。制作補助費は標準手術シリーズが一人20万円，最新手術シリーズは再編集や音声入れなども考慮して一人10万円を補助した。

平成28年度は，全作品300本（うち，特別ビデオセッション2010：4本，2012：4本，2015：3本，計11本）のDVDを1本5,000円（うち，特別ビデオセッション2010：1本10,000円，2012・2015：1本7,000円）で頒布し，257本（うち，特別ビデオセッション2010：15本，2012：19本，2015：11本）の申込みがあった。

(資料2)

映像による私の手術手技
 標準手術シリーズ

1. 胃上部がんに対する脾温存胃全摘D2郭清術

熊本大学消化器外科 馬場 秀夫

2. 腋窩鏡切開による小児胸部手術（先天性食道閉鎖症と嚢胞性肺疾患）

九州大学小児外科 田口 智章

3. 両側乳腺全摘術と両側センチネルリンパ節生検術＋エキスパンダー挿入術

京都大学乳腺外科 戸井 雅和

4. 各種弁輪拡大術を伴った大動脈弁置換術

横浜市立大学外科治療学 益田 宗孝

5. 気管・気管分岐部の切除再建術

千葉大学呼吸器病態外科 吉野 一郎

(資料3)

最新手術シリーズ

1. 小腸による食道再建の定型的適用と再建困難症例への応用について
名古屋大学消化器外科 小池 聖彦
2. Long-term results of 80 consecutive resection of locally advanced pancreatic body cancer using DP-CAR : Right-sided approach to the celiac artery intended to R0 resection
北海道大学消化器外科 II 中村 透
3. Circumportal Pancreas における臍切除術の要点
九州大学臨床・腫瘍外科 大塚 隆生
4. 人工物と自家組織を併用した乳房再建手術
三重大学乳腺外科 小川 朋子
5. 完全内視鏡下僧帽弁形成術におけるシンプルかつ効果的な弁形成法
東京ベイ・浦安市川医療センター心臓血管外科 田端 実
6. Transmanubrial Osteomuscular Sparing Approach を用いて切除再建した右腕頭・鎖骨下動脈へ浸潤した異所性甲状腺癌の1例
刈谷豊田総合病院呼吸器外科 松井 琢哉
7. Innovative surgical technique : right and left inverted lobar lung transplantation
京都大学呼吸器外科 陳 豊史
8. TAVI時代の重症大動脈弁狭窄症外科治療
埼玉医科大学国際医療センター心臓血管外科 新浪 博
9. 骨盤内臓全摘術を行う際に必要な骨盤内静脈の解剖
神鋼記念病院大腸骨盤外科 石井 正之
10. 先天性十二指腸閉鎖症に対する腹腔鏡下手術—安全かつ確実にを行う工夫—
長崎大学小児外科 山根 裕介

3. 生涯教育セミナーについて

- 1) 平成28年度は「胃癌」のテーマで開催した。全国7地区で合計1,152名が受講され、順調に実施された。
- 2) 平成29年度は「医療安全」のテーマで開催される。

4. 病院間医師交流による若手外科医師の教育プロジェクトについて (資料4)

若手外科医師の手術を含めた外科診療能力の向上のためには、現在指導を受けている施設での修練だけに満足することなく、複数の施設での外科修練を受けることが、広い視野で外科学を学ぶこと、最前線の救急外科医療を学ぶこと、専門性の高い高度医療を学ぶことなど若手外科医師の教育に大きく貢献出来ると考えられる。

本プロジェクトは外科専門医を取得した若手医師が、参加を了承された本会指定・関連施設(271施設)の教育コースを選び申込みを行っていただくようになっている。

実際に修練をした場合には、交通費や宿泊費の一部を本会が負担するが、参加施設の一覧や詳細はホームページをご覧ください。

昨年は、2名の申請があり、修練が完了した。修練完了者は、会員へ広く周知するために本会邦文誌へ「印象記」を掲載する。また、申請者数を増やすため、従来「1カ月以上・2カ月以上・3カ月以上」であった修練期間を、本プロジェクトに参加している修練施設および関連施設にアンケートを実施し、「1週間以上」の期間を追加した「1週間以上・1カ月以上・2カ月以上・3カ月以上」の修練期間とした。

なお、「1週間以上」の修練期間を追記したことに伴い、宿泊費の支援金を改定したが、交通費の支援金は従来通りである（資料4）。

（資料4）

宿泊施設が無い場合は、「7日間（1週）あたり12,500円」（1週未満の場合は、支援しない。また、1週に満たない端数の日にち分は、切り捨てる。）

宿泊費の計算方式

○ 12,500円×4週間（28日）=50,000円

● 1日～6日は、0円

● 7日～13日は、12,500円

● 14日～20日は、25,000円

5. 外科専門医修練カリキュラムの到達目標について

専門医を目指す若い会員が外科専門医修練カリキュラムにある腫瘍学や栄養・代謝学などの「到達目標」を理解出来るように、各学会のセミナーを低料金で参加できるような検討をしたが、まずは本会卒後教育セミナーのテーマの幅を広げ対応していくこととする。

6. ATOM コース（Advanced Trauma Operative Management）について

本会が受講者募集案内に協力している ATOM コースは、「九州大学コース」「大阪市立大学コース」「自治医科大学コース」「東北大学コース」「北海道大学コース」「帝京大学コース」の6つのコースを順調に開催しており、平成28年度の応募は82名で、うち26名が受講し、今後も継続して受講者募集案内に協力していくこととする。

7. その他

平成28年度外科専門医認定試験受験者とその指導者を対象にアンケートを実施するため、本委員会の下部組織として、時限的に外科専門医修練カリキュラム検討ワーキンググループが立ち上げられ、「日本における外科研修の現状に関する全国アンケート調査」を実施した。

3. 専門医制度委員会

委員長 北川 雄光

1. 新制度における外科領域専門研修プログラムについては、平成 28（2016）年 5 月までに一次審査として計 188 プログラムを承認し、その結果を日本専門医機構に上程した。しかし、厚生労働省社会保障審議会医療部会内の「専門医養成の在り方に関する専門医委員会」などの要請を受けて、同年 6 月に、日本専門医機構より各基本領域学会に対して『新専門医制度を日本専門医機構が 19 基本領域一斉に平成 29（2017）年 4 月からスタートさせる予定を延期し、平成 29（2017）年度については専門医制度運営を各学会に委ねる』旨の通知がなされた。そこで、本会は今後の方針を決定し、平成 28（2016）年 8 月 1 日付で「外科専門医制度に関する重要なお知らせ」として会員に公告した（次頁）。
2. 前記 1 の決定を受けて、一次審査に合格した計 188 件の外科専門研修プログラムのうち、平成 29（2017）年度からプログラムの病院群連携を教育の枠組みとして試行的に活用することを希望し、なおかつ、情報公開も希望した外科専門研修プログラムの一覧を本会ホームページに掲載した。
3. 前記 1 の決定を受けて、平成 29（2017）年度から予定していた現行の外科専門医の更新時に、適宜、日本専門医機構認定の新専門医へ移行させる手続きは当面行わないこととした（→現行の更新制度を維持）。ただし、新専門医移行のための各種講習の受講実績が無駄にならないように、現行の更新制度でも活用できるように配慮することとした。
4. 今後の参考とするために、全会員を対象に「新専門医制度に関するアンケート」を実施した（集計結果はホームページに公開）。
5. 平成 28（2016）年 12 月に、日本専門医機構からこれまでのものを大幅に改訂した「専門医制度新整備指針」（54～76 頁）が提示されたので、その内容を受けて、「外科領域専門研修プログラム整備基準」を修正し（77～94 頁）、日本専門医機構に提出した。
6. 日本専門医機構から、サブスペシャリティ領域については当該サブスペシャリティ学会と関連する基本領域学会が“検討委員会（仮称）”を構築して、それぞれ制度設計を行うというスキームが提示されたので、消化器外科、小児外科、心臓血管外科、呼吸器外科、および乳腺、内分泌外科の計 6 領域と、外科領域のサブスペシャリティの枠組みについての検討を開始した。
7. 本委員会の下部に「外傷小委員会」を設置し、大友康裕教授（東京医科歯科大学救命救急センター）に小委員長をお願いした。そして、第 117 回定期学術集会中から「外傷講習会」を開催することとした。
 - ・コース 1；ダメージコントロール
平成 29 年 4 月 27 日（木）18 時～19 時
 - ・コース 2；治療戦略
平成 29 年 4 月 28 日（金）18 時～19 時
 - ・コース 3；手術手技
平成 29 年 4 月 29 日（土）12 時 30 分～13 時 30 分
8. NCD の術式データが変更されたので、従来どおり本会の術式データとの相互紐付の修正作業を行った。
9. 定款委員会から上程された外科専門医制度規則および各種施行規定の変更を議決した。
10. その他、前例に倣って各種の問合せに対応した。

2016年8月1日

外科専門医制度に関する重要なお知らせ

一般社団法人日本外科学会
理事長 渡邊 聡明

- 2017年度に外科専門研修を開始した専攻医については、現行制度で外科専門医としての認定を行います。
- 新専門医制度の1次審査に合格した188件の外科専門研修プログラムについては、これを専攻医教育の枠組みとして活用することができます。この場合、プログラムに所属して研修を行っても、それ以外の枠組みで研修を行っても、2017年度に外科専門研修を開始した専攻医の外科専門医としての認定は、現行制度で行います。

説明：

1. 2017年度の外科専門研修について

2016年7月25日に開催された日本専門医機構の社員総会にて、2017年度については日本専門医機構による新専門医制度に基づく専門研修を開始せず、各学会の運営に委ねることが正式に報告されました。

日本外科学会では、新専門医制度の「外科専門研修プログラム整備基準」に基づく188件の外科専門研修プログラムを審査・承認し、地域医療への配慮を含めて準備を進めてまいりましたが、現時点で

- ① 外科サブスペシャリティ領域の認定・更新基準、連動方法などのグランドデザインが確定していないこと
- ② 外科領域としての募集定員総数を日本専門医機構や、厚生労働省の求める現行専攻医数の1.1-1.2倍までとすることが困難であること（188プログラムの1次審査・承認の段階で、現状の約2.0-2.5倍）

など、準備が十分に整っていない状況であると判断いたしました。

つきましては、日本外科学会は2016年6月27日付で発表しました「新専門

医制度に対する日本外科学会としての対応について」で示しましたように、2017年度に外科領域専門研修を開始する専攻医につきましては、現行の外科専門医制度による認定を継続いたします。この場合、現行制度の日本外科学会指定施設であれば従来の単独施設による専門医育成も認められますが、すでに新制度に向けて連携ネットワークを構成した病院群が、これを専門医育成の枠組みとし活用することも許容されます（詳細については下記をご覧ください）。現行制度による認定を継続しながら、地域医療の動向や病院群による連携ネットワーク機能の検証を行い、より良い制度構築に活かしてまいります。

2. 専門医制度に関する日本外科学会としての長期的な方針

- ① 日本外科学会は、研修を受ける専攻医にとって手術症例数、指導医数、修練期間・過程などが明確に可視化され、質が担保されたプログラムによる責任を持った専門医育成・認定システム、すなわち「プログラム制」発足に向けた準備を今後も主体的に行ってまいります。
- ② 外科サブスペシャリティ領域を含む外科関連専門医制度を担う各学会と緊密に連携し、外科系医師が安心して研修できる外科専門医制度のグランドデザインを日本外科学会が主体となって構築してまいります。日本専門医機構とはこれまで同様に意見交換を行い、日本外科学会としての要望を述べてまいります。日本専門医機構が基本領域の新専門医制度の一斉発足を目指している 2018 年度以降に、日本専門医機構による新専門医制度（現行専門医から新制度専門医への移行を含む）に参画するか否かを外科領域（日本外科学会および外科関連学会）として慎重に判断いたします。

3. 新専門医制度の 1 次審査に合格した 188 件の外科専門研修プログラムについて

2017 年度発足予定であった新制度に向けて準備を進め、プログラム申請を行ってくださった 188 件の外科専門研修プログラム（日本外科学会による 1 次審査合格プログラム）については、新たに構築した病院群連携を教育の枠組み（専攻医募集や連携に基づく専攻医ローテーションなど）として活用いただくことができます。新たなプログラムにつきましては、日本外科学会ホームページにプログラム名、募集概要、詳細説明などのリンク先を掲載いたします。プログ

ラムを活用する各プログラム統括責任者の皆様におかれましては、2017年3月末までに当該プログラムに所属する専攻医情報を日本外科学会にご報告ください（報告方法は追ってご通知いたします）。

新制度要件となる「形成的評価」のための評価シートにつきましては、日本外科学会としても新制度に準拠したものを作成し、配布いたしますので、適宜ご活用ください。また、新制度で求められる講習受講に関しましても、日本外科学会や外科関連学会の学術集会などで適宜開催いたします。「形成的評価」「基幹施設、連携施設による複数施設での研修」など、新制度で新たに必要となる要件も「試行」していただく中で運用上の問題点があれば、最下部の「日本外科学会外科専門医制度お問合せ先」までメールでご連絡ください。プログラム統括責任者の皆様だけでなく、専門研修指導医の皆様、専攻医の皆様からの忌憚ないご意見を頂きたいと存じます。

ただし、これら現行制度には規定がなく、新専門医制度で必要となる要件につきましては、あくまで「試行」という位置付けで、2017年度研修開始の専攻医の外科専門医認定必須要件とはいたしません。

以上、188件の外科専門研修プログラムの病院群を教育の枠組みとして活用して、プログラムに所属して研修を行った場合でも、それ以外の枠組みで研修を行った場合でも、外科専門医としての認定は現行制度で行います。

なお、188件の外科専門研修プログラムに新たに参画していただいた連携施設のうち、現行制度において、指定施設・関連施設に認定されていない86施設（新制度では地域医療への配慮から連携施設要件を従来の関連施設要件より緩和しております）につきましても、プログラム制を試行する場合には、現行制度の指定施設・関連施設と同様に専攻医を受け入れることができるように、早急に現在の外科専門医制度規則を改正いたします。

また、2017年度につきましては日本外科学会として「プログラム審査・認定料」を徴収いたしません。

4. 現行専門医の更新・新制度専門医への移行について

2017年度から予定しておりました現行専門医の更新時における日本専門医機構認定の専門医への移行手続きは当面行わないことといたします。また、外科サブスペシャリティ領域専門医を取得されている皆様が、当該サブスペシャリティ専門医を更新する時に外科専門医更新が自動的に（審査不要、更新認定料は必要）行われる現行制度を継続いたします。新制度における外科領域と、サブスペシャリティ領域の更新要件が確定して、更新に必要な講習受講などの準

備が整った状況を見極めて、さらに一定の猶予・周知期間を設けたうえで、現行専門医の更新・新制度専門医への移行を開始する予定です。

日本外科学会といたしましては、今後、新専門医制度に参画する場合を想定し、外科専門医の皆様が様々な外科系学会に出席される時に新制度における専門医更新（移行）に際して認定対象となる講習を受講しやすい環境を構築してまいります。そのために、外科関連学会のご要望に応じて、各種の外科関連学会で開催される講習を受講実績の対象として認定してまいります。また、これらの講習の受講実績を現行制度の専門医更新にもご活用いただけるように早急に現行制度の改定いたします。すでに受講された皆様につきましては、これら受講実績が無駄になることはございませんのでご安心ください。

これまで、新しい専門医制度の発足に向けて多大なるご尽力ご協力をくださいました日本外科学会会員の皆様に対して改めまして心より深く感謝を申し上げます。ご協力いただきました内容が決して無駄にならないよう、今後も更により良い新しい制度作りを行ってまいります。また、2017年度からの外科専門研修開始を目指している皆様におかれましては多大なるご心配をおかけいたしましたこと、改めまして深くお詫び申し上げます。2017年度に研修開始の外科専攻医の皆様が不利益を被ることのない制度設計を行ってまいりますのでご安心ください。

日本外科学会は、国民の皆様、そして日本の医療を支えるすべての皆様の声に真摯に耳を傾けながら、「質の高い専門医育成のためのより良い制度」構築を目指してなお一層の努力をしておりますので、引き続きご理解とご支援を賜りますようお願い申し上げます。

専門医制度新整備指針

2016年12月

一般社団法人 日本専門医機構

序文

わが国の専門医の歴史は、昭和37年に日本麻酔科学会が「指導医制」を制定したことに始まると言われています。その後、主要な診療領域の学会、さらには、様々な細分化した領域の学会が次々と専門医の認定システムを立ち上げ、専門医の質の向上、社会的認知の促進、専門医としての評価などを目指して、50年近い活動がなされて来ました。

一方、医師の養成、特に、卒後研修についてみると、現在、卒後2年間の臨床研修制度が必修化されています。これは、将来の専門性に関わらず医師としての基本的診療能力の獲得を目的としたものです。しかし、その後の、専門研修については、系統的な研修の仕組みがないのが実状です。現実には、各研修施設（大学病院および基準ののった地域の中核病院を含むすべての医療機関）が、各領域の学会が定めた専門医の取得を一つの目標に、独自に後期研修制度を設けています。先進国の中で、後期専門研修が統一的な仕組みとして確立していない国はほとんどないといっても過言ではありません。

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、広告可能な専門医資格を有する医師は、おおよそ7割前後に止まっています。専門医を育てる後期研修システムの確立、専門医の統一的な認証、さらに専門医の広告は、医療界にとって早急に解決すべき重要な課題のひとつであると思います。

さて、厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」の報告書を受けて、2年前にプロフェッショナルオートノミーを基盤とした第三者機関として日本専門医機構が設立され、新たな専門医の仕組みの構築がスタートしました。しかしながら、地域医療への影響等を考慮し、一旦立ち止まりその見直しを図っていることはご承知のとおりです。

その理由の一つに、新たな専門医の仕組み作り定めた「整備指針（第一版）」の画一的な制度設計とリジッドな運用が挙げられています。

また、専門医の仕組みに反対する人達の中には、専門医を取得するとその専門領域以外の患者は診ないといった弊害を指摘する声も少なくありません。医師として自らの専門領域の知識や技術を高めることは、誇りであり、また、励みでもあり、至極当然のことと思います。しかし、専門医である前に「医師」であることを決して忘れるべきではありません。幅広いジェネラルのすそ野の上により高いレベルのスペシャリティを築くことが専門医の仕組みであることを明記すべきと思います。

この度、第二期執行部の発足にともない、機構の基本姿勢を「新たな専門医の仕組みは、機構と各基領域学会が連携して構築すること」を掲げ、また、仕組みを柔軟に運用するという方針を掲げました。そして、各領域学会には、学術的な観点から責任をもってプログラムを構築すること、機構は、そのプログラムを検証し、調整し、標準化を図ること、そして、プロフェッショナル・オートノミーの理念のもと、機構認定の専門医としてオーソライズすることを挙げています。すなわち、今後は、各領域学会の責任と自主性を出来る限り重視する方向となっています。この基本方針に則って、この度、整備指針の改定を行いました。

専門医の質の向上を図ることは新たな仕組み作りの最重要課題の一つですが、同時に地域医療への影響に配慮し、少なくとも今以上に医師の偏在が加速しない仕組みを構築することが、必要不可欠のことと考えます。

各領域学会におかれましては、改定の趣旨を十分にご理解頂き、研修プログラムの策定をお願い致します。

新たな専門医の仕組みがわが国の現在の高い医療レベルの確保と発展に寄与することを願っています。

一般社団法人 日本専門医機構
理事長 吉村 博 邦

I. 専門医制度の理念と設計

1. 専門医像、専門医制度、各領域学会と専門医機構
2. 専門医制度の概要
 - (1) 専門医の領域について
 - (2) 専門研修について
3. 研修方略について
 - (1) 研修プログラム制と研修カリキュラム制について
 - 1) 研修プログラム制
 - 2) 研修カリキュラム制
 - (2) 研修施設群の形成
4. 専門医制度整備指針について

II. 専門医育成

1. 専門医制度の意義と整備指針
2. 専門研修カリキュラム
 - ①理念・目的
 - ②到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）
 - i. 専門知識
 - ii. 専門技能
 - iii. 医師としての倫理性、社会性など
 - iv. 学問的姿勢
 - ③経験目標
 - i. 経験すべき疾患・病態
 - ii. 経験すべき診察・検査等
 - iii. 経験すべき手術・処置等
 - iv. 地域医療の経験
 - v. 学術活動
 - ④研修方略
 - i. 専門研修プログラムおよび研修カリキュラム制による研修
 - ii. 臨床現場での学習（On the Job Training）
 - iii. 臨床現場を離れた学習（Off the Job Training）
 - iv. 自己学習
 - ⑤研修評価
 - i. 形成的評価
 - ii. 総括的評価
 - iii. その他
 - ⑥サブスペシャリティ学会専門医の研修プログラムについて
3. 専門研修プログラム制における専門研修プログラムの詳細
 - ①専門研修プログラムについて
 - ②専門研修プログラム整備基準
 - ③専門研修プログラムの構成要素
 - i. 専門研修基幹施設、専門研修連携施設
 - ii. 専門研修指導医
 - iii. 専門研修プログラム管理・評価体制
 - iv. 専門研修実績記録システムの整備
 - v. マニュアル、フォーマット等の整備
 - ④専門研修施設の認定基準
 - ⑤専門研修プログラムの継続的改良
 - ⑥専攻医の採用と修了について
 - ⑦専門研修プログラムの審査・認定について

⑧サブスペシャルティ学会専門医の研修プログラムについて

Ⅲ. 専門医の認定と更新

1. 専門医の認定
 - ①申請資格書類審査
 - ②認定試験
 - ③専門医認定
 - ④特定の理由のある場合の措置
 - ⑤サブスペシャルティ学会専門医について
2. 専門医の更新
 - ①更新認定基準
 - i. 専門医共通講習
 - ii. 領域講習
 - iii. 学術業績・診療以外の活動実績
 - iv. 単位（クレジット）
 - ②更新認定
 - ③連続して複数回の更新を経た専門医の更新について
 - ④特定の理由のある場合の措置
 - ⑤サブスペシャルティ学会専門医について

Ⅳ. 専門研修プログラムの検証と認定（更新を含む）

1. 専門研修プログラムの申請と認定
 - ①新規申請の必要項目
 - i. 専門研修プログラム（研修カリキュラム制を含む）申請書
 - ii. 専門研修プログラム
 - ②認定の流れ
 - i. 新規申請書提出
 - ii. 各基本領域学会による評価
 - iii. 機構での審査
 - iv. 認定の判定
2. 専門研修プログラムの更新
 - ①更新の必要項目
 - i. 更新申請書
 - ii. 専門研修プログラムの主たる項目の実績報告書
 - iii. 専門研修プログラム自己評価書
 - iv. 専門研修プログラム詳細
 - ②更新認定の流れ
 - i. 専門研修プログラム更新申請書提出
 - ii. 各基本領域学会による評価（一次審査）
 - iii. 機構による審査（二次審査）・認定
3. サブスペシャルティ学会専門医について
4. 認定後の変更、認定辞退については別途定める

Ⅴ. 本指針の運用について

専門医制度新整備指針

I. 専門医制度の理念と設計

1. 専門医像、専門医制度、各領域学会と専門医機構

専門医とは、各専門領域において、国民に標準的で適切な診断・治療を提供できる医師である。専門医制度を構築するにあたっては、上記の専門医の意義を正しく反映するものでなければならない。専門医制度では、各領域のあるべき専門医としての医師像を定め、医師として共通の基本的能力の修得は言うに及ばず、各領域において備えるべき専門的診療能力、専門医の育成・更新過程を明示するとともに、各領域を通じた標準化が求められる。

各基本領域学会は、基本領域学会専門医（専門医の名称については今後検討する）育成のため、①専門医育成のプログラム基準の作成、②専攻医募集と教育、③専門医認定・更新の審査、④研修プログラムの審査をおこなう。

サブスペシャリティ学会の専門医制度（専門医の名称については今後検討する）は基本領域学会がサブスペシャリティ学会と協同して、サブスペシャリティ学会専門医検討委員会（仮称）を構築し、サブスペシャリティ学会専門医育成のための①専門医育成のプログラム基準の作成、②専攻医募集と教育、③専門医認定・更新の審査基準、④研修プログラムの審査を含む整備基準、モデル研修プログラムを作成して日本専門医機構に提出し、日本専門医機構の承認を得たうえで、当該サブスペシャリティ学会専門医制度を運用する。

日本専門医機構（以下、機構という）は、各基本領域学会の各制度及び各基本領域学会とサブスペシャリティ学会で構築してサブスペシャリティ学会専門医検討委員会の各制度に助言・評価する機関とする。機構は、その所掌するサブスペシャリティ学会専門医およびそのあり方について今後検討をおこない、3年を目処として見直しをおこなう。その業務内容は各専門医制度の①標準化および質の担保、②検証、③専門医（更新者を含む）および研修プログラムの機構としての審査と認定を行う。1986年三者懇談会（日本医師会、日本医学会、学会認定医制協議会）の議論の結果、専門医制度の根幹は「学会の専門医制度」ではなく、「各基本領域の専門医制度を各専門領域学会が運営し担う」ことである。意味するところは「学会の専門医制度」は機構の助言・評価がないが、「各基本領域の専門医制度を各専門領域学会が運営し担う」は機構の助言・評価を受けることである。

なお、「総合診療領域」の専門医については、機構内で制度構築を行っているところであるが本整備指針を踏まえることとする。

以上を勘案して、専門医の制度確立の基本理念を以下のように定めた。

1. プロフェッショナルオートノミーに基づいた専門医の質を保証・維持できる制度であること
2. 国民に信頼され、受診にあたり良い指標となる制度であること
3. 専門医の資格が国民に広く認知される制度であること
4. 医師の地域偏在等を助長することがないよう、地域医療に十分配慮した制度であること

2. 専門医制度の概要

機構は、1981年学会認定医制協議会、1986年三者懇談会（日本医師会、日本医学会、学会認定医制協議会）、2003年専門医認定制機構、2008年日本専門医制評価・認定機構を経て、長年にわたり専門医制度を整備してきた各領域学会（基本領域学会、サブスペシヤルティ学会）と緊密に協同・連携・分担体制をとりつつ、専門医制度の評価を行い、標準化を目指す事により専門医の質の一層の向上を図ることを目指している。本指針により、専門医研修プログラム作成の基準、研修施設の評価・認定基準、専門医の認定・更新の基準等を明確にし、機構と学会が専門医制度の充実に向けた作業を進めるものとする。

（1）専門医の領域について

上記の歴史の中、機構が扱っている専門医には、（1）基本領域学会専門医（専門医の名称については今後検討する）、（2）基本領域より診療の範囲は狭いが、より専門性の高いサブスペシヤルティ学会専門医（専門医の名称については今後検討する）がある。

「専門医の在り方に関する検討会」（厚生労働省）の最終報告書によると、今後の日本の医師は基本領域学会専門医については、その専門医の定義や位置づけに鑑み、いずれかの専門医を取得することを基本とするとしている。このようなことから、今後、あらたに医学部を卒業し診療に携わる医師は、原則としていずれかの専門領域を選択しその基本領域学会の専門研修を受けることを基本とするが、専門医制度は法的に規制されるべきものではなく、基本領域学会専門医については、適正な基準のもとに施行されるべきである。今後、基本領域学会専門医およびサブスペシヤルティ学会専門医の在り方について、担当基本領域学会と機構の間で十分な議論を行う。詳細は別途定める。

（2）専門研修について

基本領域学会の専門医資格取得には、原則として、卒後医師になってから5年以上の専門研修を行い、各基本領域学会で定めた知識・技能の習得を必要とする。

サブスペシヤルティ学会専門医の研修プログラムについては「I. 専門医制度の理念と設計

（1および2）」記載のサブスペシャルティ学会専門医認定概要に基づく。すなわち関連する基本領域学会はサブスペシャルティ学会とで構築する検討委員会（仮称）において、専門医研修内容を調整し、基本領域学会がサブスペシャルティ学会と協同して、専門医制度を設計運営する。機構は、当該領域のサブスペシャルティ学会専門医検討委員会（仮称）による業務の評価・認定行う。詳細は別途定める。

3. 研修方法について

（1）研修プログラム制と研修カリキュラム制について

1) 研修プログラム制

研修プログラムに定められた到達目標を、年次ごと（例えば3～5年間）に定められた研修プログラムに則って研修を行い、専門医を養成するもので、一つの基幹施設のみでの完結型の研修ではなく、一つ以上の連携施設と研修施設群を作り循環型の研修を行うものとする。すなわち、一つの病院だけの研修を行うと、その病院の性質（地域性、医師の専門等）の偏りにより研修に偏りがでる可能性があるため、他の連携病院を必ず作り循環型の研修を行うものである。また、到達目標が達成できない場合には、年限を延長することも可能とする。

地域枠入学や奨学金供与（給与・貸与）を受けている専攻医に関しては、機構は、地域枠や奨学金供与の義務の発生する各都道府県等及び各基本領域学会に対して、専門医制度を適切に行えるように要請する。

2) 研修カリキュラム制

専攻医はカリキュラムに定められた到達目標を達成した段階で専門医試験の受験資格が与えられるものとする。研修年限については特に定めはない。

各学会が定めた認定施設（基幹施設、連携施設など）における研修実績が評価される。

基本領域学会専門医の研修では、原則として研修プログラム制による研修を行うものとする。

専攻医の研修における登録上の所属は基幹施設とするが、研修を行う研修施設群に属する各施設（基幹施設、連携施設、関連施設（後述））等を循環するので、給与等は研修場所となる施設で支払うものとする。

サブスペシャルティ学会専門医では、研修プログラム制、研修カリキュラム制のいずれも可能とする。また、実際の運用に当たっては、地域医療への影響を考慮し、硬直的になることを避け、研修の質の低下にならない範囲で柔軟に対応するものとする。

（2）研修施設群の形成

研修施設群とは、基幹施設および連携施設が研修プログラム制に基づき研修を行うために構成する施設群を言う。

各基本領域学会が基幹施設、連携施設などを認定し、当該施設における研修を専攻医の実績として評価する。その際、各施設の認定基準は研修内容が専門医育成の質を保証するものが最も大切であるという条件のもと、大学病院以外の医療施設（病院等）も基幹施設となれる基準とする。専攻医の研修プログラム習得の管理は、基幹施設が責任をもって行うものとする（責任の所在の明確化）。すなわち、専攻医の研修に係るローテートの計画は研修施設群が策定し、専攻医を採用した各研修施設がローテート研修を担当するものとし、基幹施設は専攻医の研修履修状況等の管理、評価、指導医への助言を行うものとする。

原則として、基本領域学会専門医の研修では、研修施設群を形成し、ローテート研修を行うものとし、実際の運用に当たっては研修の質の低下にならない範囲で柔軟に対応する。その際、専攻医のローテートについては、基幹病院に専攻医についての研修プログラムに関して責任があるので、専攻医の身分保障の観点から、特別な症例を経験するために必要になる等の事情がなければ、原則として、基幹施設での研修は6カ月以上とし、連携施設での研修は3ヵ月未満とならないように努める。ただし、基幹施設は、研修の質の低下にならない範囲で領域によって、あるいは特殊な研修において3カ月以上、あるいはそれ以下でもありうる研修プログラムとする。

なお、サブスペシャリティ学会専門医では、研修施設群の形成は必須ではないものとする。

4. 専門医制度整備指針について

当指針は基本的に5年に一度程度の定期的な見直しを行うものとする。また、必要に応じて随時改定を行うことを妨げないが、いずれの場合も改定に際しては機構理事会の承認を得るものとする。

II. 専門医育成

1. 専門医制度の意義と整備指針

これまで、多くの学会が専門医制度を創設してきたが、各専門領域の特殊性もあって多種多様な専門医制度が運用されてきた。しかし、今回の制度は各学会の専門医制度に機構が助言・評価をし、質の保証を行っている点が従来の制度と根本的に異なり、国民からの信頼に応えられる新たな制度となっている。従って、本整備指針に基づいて、機構と基本領域の専門医制度を整備してきた各基本領域学会が緊密に協同して専門医制度の標準化を目指すことにより、プロフェッショナル・オートノミーのもとに社会から信頼される標準的医療を提供する専門医育成の制度が確立できる。

また、専門医制度は医療提供体制に深く関わっており、地域医療の重要性から基本領域学会専門医の運用においては、地域における医師偏在を解消することに努めるものとする。

また、専門医制度は優れた医療を国民に提供する役割を持つとともに、日本の医学・医療の発展に寄与する役割も要求されている。したがって、専門医制度は専門医研修と基礎・臨床研究との両立にも配慮する必要がある。各学会と機構が緊密に連携してこれらを成し遂げる一助として、以下に専門研修カリキュラムとプログラムについての基本的な方針を示す。

2. 専門研修プログラム

① 理念・目的

当該基本領域学会が育成する専門医像を明示し、その形成過程に必要な到達目標を提示する。

② 到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

一般的に医師に要求される能力に加えて、各領域の育成する専門医が持つべき診療能力について、基本領域学会は機構と調整のうえで明示する。以下に必須項目を記載する。

i. 専門知識

専門知識の範囲と要求水準

ii. 専門技能

専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）の範囲と要求水準（自身で実施可能、指導を受けて実施可能など）

iii. 医師としての倫理性、社会性など

コミュニケーションの能力、医療倫理、医療安全、医事法制、医療福祉制度、医療経済、地域医療などの理論とそれに基づく診療実践

iv. 学問的姿勢

科学的思考、課題解決型学習、生涯学習、研究などの技能と態度

③ 経験目標

到達目標を達成するために必要な経験項目を設定する。基本領域学会はその種類、評価する内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等を機構と調整のうえで明示する。

i. 経験すべき疾患・病態

ii. 経験すべき診察・検査等

iii. 経験すべき手術・処置等

iv. 地域医療の経験