

平成 29 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118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. オンライン抄録について

第115回定期学術集会より本会雑誌としての「抄録集」が廃止になり、現状では会ごとにオンライン抄録をホームページで公開しているが、学会のホームページに過去の抄録を一度に検索できるようにオンライン抄録専用のページを作成することとなった。

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91回は「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、昨春の第117回定期学術集会に並行して、桑野博行前会頭のお世話でパシフィコ横浜（横浜市）にて開催した（参加者：2,361名）。
- 2) 第92回は「低侵襲手術のpitfall」のテーマで、昨秋の第79回日本臨床外科学会総会の高山忠利前会長にお世話いただき、東京国際フォーラム（東京都千代田区）にて開催した（参加者：504名）。
- 3) 平成30年度の実施計画としては、第93回を「医工連携」のテーマで、本年4月7日に資料1の如く、国土典宏会頭のお世話で開催する。
- 4) 第94回は「術後の重大合併症の予防と対策」のテーマで、今秋の第80回日本臨床外科学会総会の窪田敬一総会会長にお世話いただき、開催予定である。

（資料1）

第93回卒後教育セミナー（平成30年度春季）

日 時：平成30年4月7日（土）13：30～16：30

（第118回日本外科学会定期学術集会3日目）

場 所：第1会場（東京国際フォーラム ホールA）

世 話 人：国土 典宏（第118回日本外科学会定期学術集会会頭，国立国際医療研究センター/東京大学）

企 画：田口 智章（日本外科学会教育副委員長，九州大学小児外科）

テ ー マ：医工連携

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

1. 医工連携の実用化のための医療安全

司会：福西会病院 山下 裕一

講師：藤田保健衛生大学病院医療の質・安全対策部医療の質管理室 安田あゆ子

2. 小児および成人固形がんにおける陽子線および重粒子線治療

司会：九州大学小児外科 田口 智章

講師：筑波大学放射線腫瘍学 櫻井 英幸

3. 乳腺外科領域における医工連携—磁気ナノ粒子を用いたセンチネルリンパ節の同定と新たな免疫染色法—

司会：熊本大学乳腺・内分泌外科 岩瀬 弘敬

講師：日本医科大学乳腺外科 武井 寛幸

4. 心臓血管外科における血管内治療—大動脈ステントグラフト内挿術と経カテーテル大動脈弁植え込み術の現状と未来—

司会：徳島大学心臓血管外科 北川 哲也

講師：大阪大学低侵襲循環器医療学 倉谷 徹

5. 呼吸器外科領域におけるナビゲーション

司会：東京医大呼吸器・甲状腺外科 池田 徳彦

講師：筑波大学呼吸器外科 佐藤 幸夫

6. 外科医が関与しうる医工連携と事業化への課題

司会：北海道大学消化器外科 I 武富 紹信

講師：国立がん研究センター東病院大腸外科 伊藤 雅昭

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（春季は定期学術集会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。また、新専門医制度の外科専門医移行（更新）と外科領域講習にも対応したセミナーとしている。

2. 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（映像による私の手術手技）」と「定期学術集会のビデオ演題から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29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117回定期学術集会のビデオ演題から10名を選定した（資料3）。それぞれ製作補助費を支給した。

平成29年度は、全作品315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、117本（うち、特別ビデオセッション2010：8本、2012：10本、2015：9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. 気管浸潤を伴う食道癌に対する縦隔気管孔造設術

大阪大学消化器外科 土岐祐一郎

2. 内視鏡外科は教育を変えたか

北里大学外科 渡邊 昌彦

3. 整容性を重視した甲状腺乳頭癌に対する甲状腺切除および頸部側方郭清

筑波大学乳腺甲状腺内分泌外科 原 尚人

4. 腓体部癌に対する胃血行再建を付加した腹腔動脈合併尾側腓切除（DP-CAR）

北海道大学消化器外科 II 平野 聡

5. 局所進行肺癌に対する導入化学放射線療法・肺切除術

香川大学呼吸器・乳腺内分泌外科 横見瀬裕保

(資料3)

最新手術シリーズ

(第117回定期学術集会のビデオ演題より選定)

1. Knacks and pit falls in laparoscopic ISR and APR using TaTME technique
京都大学消化管外科 肥田 侯矢
2. 進行胃癌に対する腹腔鏡下胃切除のセットアップと手技の工夫：神経外側の層を解剖学的指標としたD2リンパ節郭清
慶應義塾大学医学部腫瘍センター 須田 康一
3. 臍空腸吻合におけるBlumgart変法縫合(Nagoya method)と手術成績
富山大学消化器・腫瘍・総合外科 藤井 努
4. 分岐部肺全摘術；Sleeve Pneumonectomy
福岡大学呼吸器・乳腺内分泌・小児外科 白石 武史
5. 肝切除における術中超音波を用いた胆道ナビゲーションサージャリーの現状と将来展望
北播磨総合医療センター外科・消化器外科 浦出 剛史
6. 肝脾同時切除(肝右葉・尾状葉切除, 臍頭十二指腸切除, 肝左葉・尾状葉切除, 臍頭十二指腸切除, 肝動脈合併切除・再建)
静岡県立静岡がんセンター肝胆脾外科 杉浦 禎一
7. 胸腹部大動脈瘤に対するOpen手術成績の検討
慶應義塾大学外科(心臓血管) 吉武 明弘
8. 食道胃接合部癌に対する内視鏡手術：横隔膜くりぬきによる経裂孔アプローチと胸腔内食道胃管吻合術
大津市民病院外科 岡部 寛
9. 安全確実な腹腔鏡下臍頭十二指腸切除術を行う上での効果的な術野展開法
東京医科大学消化器・小児外科 永川 裕一
10. 肺アスペルギルス症が契機となった重篤な胸部感染症に対する遊離大網充填術
金沢大学先進総合外科 松本 勲

3. 生涯教育セミナーについて

- 1) 平成29年度は「医療安全」のテーマで開催した。全国7地区で合計1,120名が受講され、順調に実施された。
- 2) 平成30年度は「最新の診断技術(画像, 病理, 内視鏡的診断, など)」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

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(277施設)から教育コースを選び申込みいただいている。修練期間は、「1週間以上・1カ月以上・2カ月以上・3カ月以上」としている。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。

昨年度の申請者数は、1名であった。

なお、申請者を増やすための手段を、本プロジェクトの取り止めも含めて、現在検討中である。

5. 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29年度の応募は33名で、うち25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した。

6. その他

本委員会の下部組織として時限的に立ち上げられた「外科専門医修練カリキュラム検討ワーキンググループ」を中心に、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「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—外科専門医制度改善に向けて—」を実施した。

1) 外科専門医修練カリキュラム検討ワーキンググループ

委員長 平野 聡

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「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—外科専門医制度改善に向けて—」を実施した。

1) 背景

欧米に比較し、本邦では外科医の修練状況が把握されておらず、外科領域の技術や機器の進歩・発展に伴う新しい外科修練のあり方が十分に検討されていない。

2) 目的

全国の外科修練医および指導医に対してアンケート調査を行い、本邦の外科専門医修練の現状、および外科専門医に必要とされている手術手技レベルと、実際に習得しているレベルとの差異を明確にする。

3) 対象と方法

- 修練医：平成28年度外科学会専門医制度による認定試験合格者全員
- 指導医：受験者の指導医
- 期間：平成28年12月20日～平成29年1月31日
- 回答方法：ウェブ上での回答および記入用紙への回答どちらも可能とした。
- 回答率
 - 修練医：512/909 (56.33%)
 - 指導医：469/611 (76.76%)

4) 結果のまとめ

調査の結果、半数程度の修練医はカリキュラム内容が実際の修練と合致していないと考え、6割の修練医は外傷症例の経験に困難を感じていた。8割の修練医と9割の指導医が手術室外でのトレーニングが必要と考えていたが、定期的に行われていたのは1～2割の施設のみであった。手術（手技）の自立度調査では、脾臓摘出術、肺切除術、甲状腺腫瘍摘出術に関し、「大半を自ら行える」と自己評価した修練医は25%以下であった。また、これらの手術手技は、指導医の期待するレベルと修練医の自己評価レベルには30%以上の大差があった。

本調査により、現行の外科専門医制度における修練状況と、問題点が明らかとなった。指導方法の確立や修練環境整備、あるいは到達目標とすべき手術・手技など、外科専門医修練カリキュラム改訂に重要な情報が得られた。

上記の概要は第118回定期学術集会1日目（4月5日）の「特別企画（1）：サブスペシャリティ領域を見据えた専門医制度のあり方」において、報告予定である。

3. 専門医制度委員会

委員長 北川 雄光

1. 「外科領域専門研修プログラム整備基準」に“(専攻医は) 本会会員であること”と“乳腺専門医と内分泌外科専門医をサブスペシャリティに加えること”を追記し、日本専門医機構に承認された。さらに、厚生労働省の「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」から、各基本領域の「専門研修プログラム整備基準」に“カリキュラム制”という文言を記載することが強く要請されたため、「相当の合理的な理由がある場合は、柔軟なプログラム制の適用（カリキュラム制への移行）を認める」旨の一文も追記した（→別頁）。
2. 新制度における外科領域専門研修プログラムについて、平成29（2017）年5月31日をメ切として本年度の申請を受け付けたところ、昨年度に承認した188プログラムの他に、新たに16プログラムから申請があった（計204プログラム）。8月1日に委員会を開催し、昨年度の基準に合わせて慎重かつ公正に審議を行った結果、全204プログラムを一次審査合格と判定し、理事会の承認を経た上で、日本専門医機構の二次審査に申し送った。なお、平成30（2018）年度も同様の基準で外科領域専門研修プログラムの一次審査を行う予定である。
3. 外科領域の専門研修プログラムの一次審査結果に対して、都道府県協議会から種々の指摘を受けたが、外科領域としての見解を求められた内容については、日本専門医機構を介して回答済みである。
4. 日本専門医機構のWebシステムで、平成30（2018）年4月より新制度における研修を開始する専攻医の一次登録が10月10日から11月15日に行われ、二次登録が12月16日から1月15日に行われた。その結果、外科領域は一次登録にて772名の応募者のうち766名が採用され、二次登録では40名の応募者のうち39名が採用された（採用後に1名が辞退したため、計804名）。専攻医登録の結果を分析したところ、都市部への極端な集中は見受けられなかったものの、地域によっては専攻医の応募数が少なく、偏在も見受けられることから、本学会として解消に努めていく方針とした。なお、外科領域では、平成29年3月以前に初期臨床研修は終了しているが、まだ外科専門研修を開始していない者や、既に現行制度で外科専門研修を開始済みだが、改めてプログラム制での研修を希望する者も、新制度の研修の対象に含めることとした。
5. 新制度における研修の開始に向けて、専攻医、プログラム統括責任者および専門研修指導医が研修状況を双方向でリアルタイムに確認するための本学会独自のWebシステムを、NCDの協力の下で構築中である。
6. 新制度の専門医試験においては、面接試験を廃止すると共に、筆記試験の判定基準も見直すこととした（→現行制度の専門医試験をいつ終了するかということも含めて、詳細は平成30年度中に専門医認定委員会で検討する予定である）。
7. 新制度による専門医が2021年度から認定されることに併せて、現行の外科専門医から新制度の専門医

への移行措置も2021年度から開始する方針とした（→詳細は平成30年度中に専門医認定委員会で検討する予定である）。

8. 新制度の共通講習/領域別講習について、日本専門医機構より、平成29（2017）年度も前年度同様に、各基本領域学会の判断で取りまとめてほしい旨の通達があったことを受けて、各サブスペシャリティ学会に共通講習/領域別講習を開催した場合は申請するように通知した。
9. 現行の「外科専門医修練カリキュラム」において、NCD術式名を旧来から本学会で使用している術式名に読み替えて利活用しているが、その読み替えのための手術手技一覧対応表の内容が現状と乖離していたため、小寺理事を中心としたワーキンググループで全面的な見直しを行った（併せて、新規のNCDの術式データとの相互紐付けの修正作業も行った）。
10. 現行制度の認定試験（面接試験）の問題内容が社会情勢の変化により実状を反映しないものとなったため、海野理事を中心としたワーキンググループで全面的な見直しを行った。
11. NCD施設会員規則に基づく施設会費未納の場合の外科専門医制度上の取扱いについて同意した。
12. 厚生労働省補助金事業の「平成29年度外傷外科医養成研修事業」の実施者として、本学会が採択された。これは2020年の東京オリンピック・パラリンピックを見据えた救急医療体制の整備の一つとして、爆発物、銃器、刃物などによる創傷を受けた傷病者の診療に関わる外科医の資質および技術の向上を図ることを目的としたもので、本委員会の下部に「外傷外科医養成研修実施委員会」を設置し、外科専門医1名と看護師1名によるペア30組を対象に、講義およびoff-the-job trainingによる研修を行った。研修修了者の名簿は、厚生労働省に提出する。なお、この事業の実施に伴い、日本救急医学会を中心とした「2020年東京オリンピック・パラリンピックに係る救急・災害医療体制を検討する学術連合体」にも参画した。
13. 本委員会の下部の「外傷小委員会」で、第117回定期学術集會中から「外傷講習會」を開催しており、第118回定期学術集會中は以下の日程で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30年4月7日（土；第3日目）12時20分～13時20分
 - ・コース2：治療戦略
平成30年4月5日（木；第1日目）12時20分～13時20分
 - ・コース3：手術手技
平成30年4月6日（金；第2日目）12時20分～13時20分
14. 定款委員会から上程された「外科専門医制度の外科専門医に関する施行規定」の変更を議決した。
15. その他、前例に倣って各種の問合せに対応した。

※外科系新専門医制度のグランドデザインについて、次頁に掲載する。

外科系新専門医制度のグランドデザインについて

2018年4月からの新外科専門医制度発足に際して、ご支援ご理解を頂きました日本外科学会会員の皆様に心より感謝いたします。新制度において日本専門医機構は第三者的評価機関として、制度の標準化・検証を行い、各学会が専門医育成のプログラム作成、専攻医募集と教育、専門医認定・更新、研修施設の評価・認定などの実務を行う方針となりました。日本外科学会は、下記の方針に沿って引き続き責任を持って主体的に外科専門医制度を運営して参ります。

1. 外科専門医制度の基本的グランドデザイン

国民にわかりやすく、簡素な制度とするため、日本外科学会は外科専門医を基本領域として、原則2段階制の専門医制度を構築しました（別添資料：図1）。消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、小児外科、乳腺、内分泌外科の6サブスペシャリティを外科専門医直結のサブスペシャリティ領域とし、今後、3階部分に相当する専門医制度との連動を構築して参ります。外科専門医はこのデザインに沿って高次の専門医を取得することで、より高度の技能、知識を体得し、国民から信頼される外科医として国民の健康と福祉に貢献するものいたします。

2. その他の横断的領域専門医制度の位置付け

外科専門医ないし日本外科学会認定登録医が受験することのできるその他多くの横断的領域専門医制度については、日本外科学会が認定を行い外科専門医が多様なキャリアパスを歩むことを可能にいたします。一方、外科医にとってこれらの横断的領域専門医の取得は必須ではなく、上記の外科専門医直結のサブスペシャリティ領域専門医を取得・更新することで、生涯外科医として自信を持って活動することができる制度とします。なお、外科専門医制度3階部分に相当する高次の専門医取得には、外科専門医直結のサブスペシャリティ領域専門医取得を必須とする予定です。

日本外科学会は、外科関連専門医制度委員会に加盟する各学会の皆様とともに、国民に理解され、かつ新たに専門医研修を受ける専攻医にとって透明性のある充実した外科系専門医制度の構築に努めて参ります。

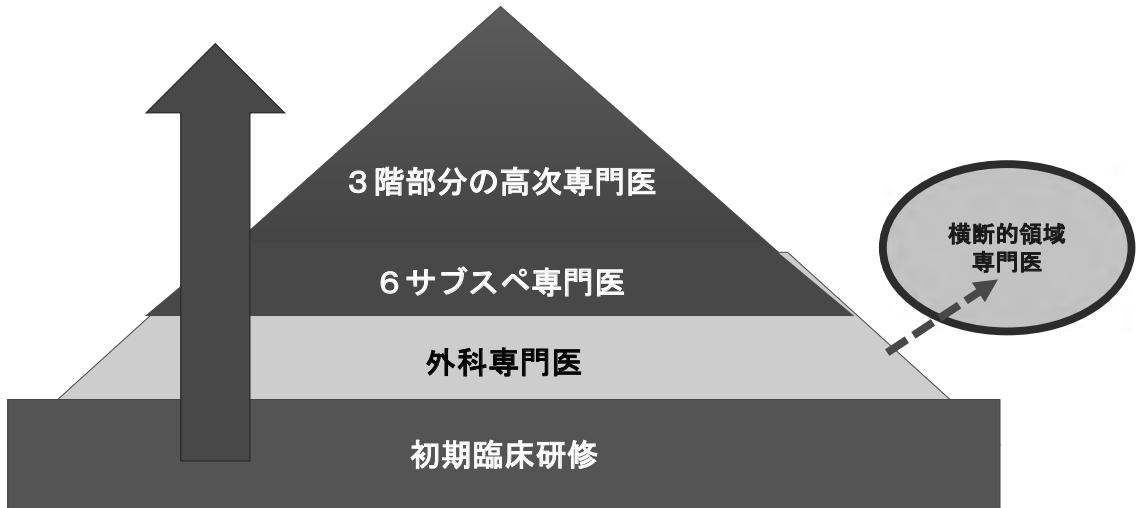
今後ともご指導、ご支援を賜りますよう何卒よろしく願いいたします。

平成30年4月4日

日本外科学会 理事長 森 正樹

同 専門医制度委員長 北川雄光

外科系専門医制度グランドデザイン



専門研修プログラム整備基準(20170804変更)

研修プログラムを申請する研修基幹施設の責任者は、本整備基準に準拠した研修プログラムを作成してください。研修プログラムは日本専門医機構の中の「研修プログラム研修施設評価・認定部門 研修委員会」で審査され、基準に照らして認定されます。細かな解説が必要な事項については各専門研修プログラムの付属解説資料として別に用意して下さい。

項目番号 専門領域

--

 科

1 理念と使命

① 領域専門制度の理念

1

--

 外科専門研修プログラムに基づき病院群が以下の外科専門医の育成を行うことを本制度の理念とする。なお、外科専門研修プログラムの研修期間は3年以上とし、研修開始時点から**日本外科学会会員でなければならない**。
外科専門医とは医の倫理を体得し、一定の修練を経て、診断、手術適応判断、手術および術前後の管理・処置、合併症対策など、一般外科医療に関する標準的な知識とスキルを修得し、プロフェッショナルとしての態度を身に付け地域医療を担うことのできる医師である。規定の手術手技を経験し、一定の資格認定試験を経て認定される。また、外科専門医はサブスペシャリティ領域(消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、小児外科、乳腺外科、内分泌外科)やそれに準じた外科関連領域の専門医取得に必要な基盤となる共通の資格である。この専門医の維持と更新には、最新の知識・テクニック・スキルを継続して学習し、安全かつ信頼される医療を実施していることが必須条件となる。

② 領域専門医の使命

2

--

 外科専門医は、標準的かつ包括的な外科医療を提供することにより地域医療を支え国民の健康・福祉に貢献する。また、外科領域診療に関わる最新の知識・テクニック・スキルを習得し、実践できる能力を養いつつ、この領域の学問的発展に貢献することを使命とする。

研修カリキュラム

2 専門研修の目標

① 専門研修後の成果(Outcome)

3

--

 専攻医は専門研修プログラムによる専門研修により、以下の6項目を備えた外科専門医となる。
(1) 外科領域のあらゆる分野の知識とスキルを習得する。
(2) 外科領域の臨床的判断と問題解決を主体的に行うことができる。
(3) 診断から手術を含めた治療戦略の策定、術後管理、合併症対策まですべての外科診療に関するマネジメントができる。
(4) 医の倫理に配慮し、外科診療を行う上での適切な態度と習慣を身に付けている。
(5) 外科学の進歩に合わせた生涯学習を行うための方略を修得している。
(6) 外科学の進歩に寄与する研究を実践するための基盤を取得している。

② 到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)

i 専門知識

外科診療に必要な下記の基礎的知識・病態を習熟し、臨床応用できる。(具体的な基準は研修手帳を参照)

- (1) 局所解剖:手術をはじめとする外科診療上で必要な局所解剖について述べるができる。
- (2) 病理学:外科病理学の基礎を理解している。
- (3) 腫瘍学
 - ①発癌過程,転移形成およびTNM分類について述べるができる。
 - ②手術,化学療法および放射線療法を含む集学的治療の適応を述べるができる。
 - ③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ついて理解している。
- (4) 病態生理
 - ①周術期管理や集中治療などに必要な病態生理を理解している。
 - ②手術侵襲の大きさと手術のリスクを判断することができる。
- (5) 輸液・輸血:周術期・外傷患者に対する輸液・輸血について述べるができる。
- (6) 血液凝固と線溶現象
 - ①出血傾向を鑑別し,リスクを評価することができる。
 - ②血栓症の予防,診断および治療の方法について述べるができる。
- (7) 栄養・代謝学
 - ①病態や疾患に応じた必要熱量を計算し,適切な経腸,経静脈栄養剤の投与,管理について述べるができる。
 - ②外傷,手術などの侵襲に対する生体反応と代謝の変化を理解できる。
- (8) 感染症
 - ①臓器特有,あるいは疾病特有の細菌の知識を持ち,抗菌薬を適切に選択することができる。
 - ②術後発熱の鑑別診断ができる。
 - ③抗菌薬による有害事象を理解できる。
 - ④破傷風トキソイドと破傷風免疫ヒトグロブリン投与の適応を述べるができる。
- (9) 免疫学
 - ①アナフィラキシーショックを理解できる。
 - ②組織適合と拒絶反応について述べるができる。
- (10) 創傷治癒:創傷治癒の基本を理解し,適切な創傷処置を実践することができる。
- (11) 周術期の管理:病態別の検査計画,治療計画を立てることができる。
- (12) 麻酔科学
 - ①局所・浸潤麻酔の原理と局所麻酔薬の極量を述べるができる。
 - ②脊椎麻酔の原理を述べるができる。
 - ③気管挿管による全身麻酔の原理を述べるができる。
 - ④硬膜外麻酔の原理を述べるができる。
- (13) 集中治療
 - ①集中治療について述べるができる。
 - ②基本的な人工呼吸管理について述べるができる。
 - ③播種性血管内凝固症候群(disseminated intravascular coagulation)と多臓器不全(multiple organ failure)の病態を理解し,適切な診断・治療を行うことができる。
- (14) 救命・救急医療
 - ①蘇生術について理解し,実践することができる。
 - ②ショックを理解し,初療を実践することができる。
 - ③重度外傷の病態を理解し,初療を実践することができる。
 - ④重度熱傷の病態を理解し,初療を実践することができる。

ii 専門技能(診察、検査、診断、処置、手術など)

A. 外科診療に必要な検査・処置・麻酔手技に習熟し、それらの臨床応用ができる。(到達目標2)(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ことができる。
- 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すべての専門領域で、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)、代償性抗炎症性反応症候群(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。

(6) 外科系サブスペシャリティまたはそれに準ずる外科関連領域の分野の初期治療ができ、かつ、専門医への転送の必要性を判断することができる。

B. 一定レベルの手術を適切に実施できる能力を修得し、その臨床応用ができる。(経験目標2)

一般外科に包含される下記領域の手術を実施することができる。(研修手帳、手術手技一覧対応表を参照)

- ①消化管および腹部内臓
- ②乳腺
- ③呼吸器
- ④心臓・大血管
- ⑤末梢血管(頭蓋内血管を除く)
- 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)
- ⑦小児外科
- ⑧外傷の修練
- ⑨上記①～⑧の各分野における内視鏡手術(腹腔鏡・胸腔鏡を含む)

iii 学問的姿勢

6

外科学の進歩に合わせた生涯学習の基本を習得し実行できる。
 (1) カンファレンス、その他の学術集会に出席し、積極的に討論に参加することができる。
 (2) 専門の学術出版物や研究発表に接し、批判的吟味をすることができる。
 (3) 学術集会や学術出版物に、症例報告や臨床研究の結果を発表することができる。
 (4) 学術研究の目的または直面している症例の問題解決のため、資料の収集や文献検索を独力で行うことができる。

iv 医師としての倫理性、社会性など

7

外科診療を行う上で、医師としての倫理や医療安全に基づいたプロフェッショナルとして適切な態度と習慣を身に付ける。
 (1) 医療行為に関する法律を理解し、遵守できる。
 (2) 患者およびその家族と良好な信頼関係を築くことができるよう、コミュニケーション能力と協調による連携能力を身につける。
 (3) 外科診療における適切なインフォームド・コンセントをえることができる。
 (4) 関連する医療従事者と協調・協力してチーム医療を実践することができる。
 (5) ターミナルケアを適切に行うことができる。
 (6) インシデント・アクシデントが生じた際、的確に処置ができ、患者に説明することができる。
 (7) 初期臨床研修医や学生などに、外科診療の指導をすることができる。
 (8) すべての医療行為、患者に行った説明など治療の経過を書面化し、管理することができる。
 (9) 診断書・証明書などの書類を作成、管理することができる。

③ 経験目標(種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等)

i 経験すべき疾患・病態

外科診療に必要な下記の疾患を経験または理解する。(具体的な基準は研修手帳を参照)

(1) 消化管および腹部内臓

① 食道疾患:

- 1) 食道癌
- 2) 胃食道逆流症(食道裂孔ヘルニアを含む)
- 3) 食道アカラシア
- 4) 特発性食道破裂

② 胃・十二指腸疾患:

- 1) 胃十二指腸潰瘍(穿孔を含む)
- 2) 胃癌
- 3) その他の胃腫瘍(GISTなど)
- 4) 十二指腸癌

③ 小腸・結腸疾患

- 1) 結腸癌
- 2) 腸閉塞
- 3) 難治性炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎, クローン病, 腸管ペーチェット病など)
- 4) 憩室炎・虫垂炎

④ 直腸・肛門疾患

- 1) 直腸癌
- 2) 肛門疾患(内痔核・外痔核, 痔瘻)

⑤ 肝臓疾患

- 1) 肝細胞癌
- 2) 肝内胆管癌
- 3) 転移性肝腫瘍

⑥ 胆道疾患

- 1) 胆道癌(胆嚢癌, 胆管癌, 乳頭部癌)
- 2) 胆石症(胆嚢結石症, 総胆管結石症, 胆嚢ポリープ)
- 3) 胆道系感染症

⑦ 膵臓疾患

- 1) 膵癌
- 2) 膵管内乳頭状粘液性腫瘍, 粘液性嚢胞腫瘍
- 3) その他の膵腫瘍(膵内分泌腫瘍など)
- 4) 膵炎(慢性膵炎, 急性膵炎)

⑧ 脾臓疾患

- 1) 脾機能亢進症
- 2) 食道・胃静脈瘤

⑨ その他

- 1) ヘルニア(鼠径ヘルニア, 大腿ヘルニア)
- 2) 腸間膜虚血性疾患(塞栓, 血栓, NOMI)

(2) 乳腺

① 乳腺疾患

- 1) 乳癌

- (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ことができる。
 - 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), 代償性抗炎症性反応症候群(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	<p>(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)</p> <p>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。 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。 (更新)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の規定に準拠) 1点 ・日本外科学会外傷講習会受講 1点 ・日本外傷診療研究機構e-learning受講 2点 ・外傷初期診療研修コース(JATEC)受講 4点 (日本外傷診療研究機構) ・動物もしくは遺体を用いた外傷研修コース 4点 ○ ATOM(Advanced Trauma Operative Management)コース ○ DSTC™(Definitive Surgical Trauma Care)コース ○ ASSET(Advanced Surgical Skills for Exposure in Trauma) ・外傷外科手術指南塾受講 3点 (日本Acute Care Surgery学会主催講習会) ・日本腹部救急医学会認定医制度セミナー受講 1点 ・日本Acute Care Surgery学会外傷教育セミナー 1点 ・日本外傷学会外傷教育セミナー受講 1点</p>
11	<p>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)</p> <p>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。</p>

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)全国規模の研究会 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, 九州内分秘外科学会 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, Surgical Case Reports 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

(8)論文査読: Surgery TodayおよびSurgical Case Reports投稿論文査読1編につき5単位(単位は仮)

3

① 臨床現場での学習

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)

13

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)

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)

14

③ 自己学習(学習すべき内容を明確にし、学習方法を提示)

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。

15

④ 専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス

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・術前術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

16

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リ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する。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)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。

付記 認定試験(筆記)の実施について

- 21 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+肝胆脾臓: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	<p>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。</p>
----	--

- | | |
|----|---|
| 23 | <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(5) 外科系病床として常時30床を有している。</p> <p>(6) 年間500例以上のNCD登録外科手術症例数を有している。</p> <p>(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開催されかつその記録が整備されている。</p> <p>(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。</p> <p>(9) NCDの登録認定施設である。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> |
|----|---|

② 専門研修連携施設の認定基準

24	<p>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。</p>
----	--

- | | |
|----|--|
| 24 | <p>(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している。</p> <p>(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。</p> <p>(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</p> <p>(4) 年間50例以上のNCD登録外科手術例数を有している。</p> <p>(5) NCDの登録認定施設である。</p> |
|----|--|

③ 専門研修施設群の構成要件

25	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
----	---

④ 専門研修施設群の地理的範囲

26	<p>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。</p>
----	---

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）

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

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

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

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〕

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。）

27

28

29

30

31

⑩ Subspecialty領域との連続性について

外科専門医はサブスペシャリティ領域(消化器外科, 心臓血管外科, 呼吸器外科, 小児外科, 乳腺外科, 内分泌外科)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。

サブスペシャリティ領域やそれに準ずる外科関連領域の研修方法(プログラム制・カリキュラム制)に関しては, それぞれの領域が日本外科学会と検討委員会を構築し協議して決定する。なお, プログラム制を採用する場合の専門医研修開始登録は外科専門医研修開始後2年目以降とし, サブスペシャリティ領域の診療経験や修練経験は外科専門医研修開始時点に遡って算定することができる。また, 研修方法に関わらずサブスペシャリティ領域やそれに準ずる外科関連領域の専門医認定審査の申請者は外科専門医でなければならない。

サブスペシャリティ領域の外科専門医を取得済みの場合, 外科専門医の更新手続きはサブスペシャリ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リ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。(ただし, 海外で経験した手術症例に関しては別途規定する。)

32

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…

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180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3年の研修期間中180日を超える場合, 専門研修修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, 180日を超えた休止日数分以上の日数の研修を行う。

また, 相当の合理的な理由がある場合は, 柔軟なプログラム制の適用(カリキュラム制への移行)を認める。

(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, 臨床研修修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取扱い, 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。

33

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。

注3. 相当の合理的な理由とは, 以下のものを指す。

1. 卒業後に義務年限を有する医科大学等の卒業生において必要と考えられる場合。

2. 地域医療に資することが明らかな場合。

3. その他, 出産・育児・留学など, 相当の合理的な理由がある場合等。

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、乳腺外科、内分泌外科)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原著論文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。

⑥ 連携施設での委員会組織

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で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か月毎に開催する。

39

⑦ 労働環境、労働安全、勤務条件

- (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。

40

7 専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備

① 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム

- (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で管理する。
- (3) 手術症例は既に利活用されているNCDに登録する。(NCD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。

41

② 医師としての適性の評価

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會に参加する。
- (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。

42

③ プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

以下の専門研修プログラム運用のマニュアルおよび各種フォーマットを整備する。

- (1) 専攻医研修マニュアル(専攻医)
- (2) 指導医マニュアル(専門研修指導医)
- (3) 専攻医研修実績記録(専攻医・専門研修指導医・メディカルスタッフ)
- (4) 専攻医研修手帳(専攻医)

- 43 注1. 専門研修プログラムのプロセス評価が問われるため、専攻医は研修マニュアルを履修ごと専攻医研修実績記録に記録する。
 注2. 記録には専攻医の研修履歴(研修施設、期間、担当専門研修指導医など)、研修実績(経験した症例・手技・手術・処置・カンファレンス・研究など)、研修評価および人間性などの評価を含む。
 注3. 個人情報保護は考慮されなければならない。

●専攻医研修マニュアル

- 44 専攻医研修マニュアルを参照。

●指導者マニュアル

- 45 指導医マニュアルを参照。

●専攻医研修実績記録フォーマット

- 46 専攻医研修実績記録を参照。
 手術症例はNCDに登録する。

●指導医による指導とフィードバックの記録

- 47 専攻医研修実績記録を参照

●指導者研修計画(FD)の実施記録

- 48 日本専門医機構、日本外科学会、サブスペシャリティ領域学会またはそれに準ずる外科関連領域の学会が開催するFD講習会に専門研修指導医は積極的に参加し、参加記録を保存する。

8 専門研修プログラムの評価と改善

① 専攻医による指導医および研修プログラムに対する評価

- 49 (1) 毎年、専攻医は「専攻医による評価(指導医)」に指導医の評価を記載して研修プログラム統括責任者に提出する。
 (2) 毎年、専攻医は「専攻医による評価(専門研修プログラム)」に専門研修プログラムの評価を記載して研修プログラム統括責任者に提出する。
 (3) 研修プログラム統括責任者は指導医や専門研修プログラムに対する評価で専攻医が不利益を被ることがないことを保証する。

② 専攻医等からの評価(フィードバック)をシステム改善につなげるプロセス

- 50 (1) 専門研修指導医および専門研修プログラムの評価を記載した「専攻医による評価」は研修プログラム統括責任者に提出する。
 (2) 研修プログラム統括責任者は報告内容を匿名化し、研修プログラム管理委員会で審議を行い、プログラムの改善を行う。些細な問題はプログラム内で処理するが、重大な問題に関しては外科研修委員会にその評価を委託する。
 (3) 研修プログラム管理委員会では専攻医からの指導医評価報告をもとに指導医の教育能力を向上させる支援を行う。
 (4) 専攻医は研修プログラム統括責任者または研修プログラム委員会に報告できない事例(パワーハラスメントなど)について、外科領域研修委員会に直接申し出ることができる。

③ 研修に対する監査(サイトビジット等)・調査への対応

- 51 プログラム運営に対する外部からの監査・調査には真摯に対応する。外科専門研修基幹(連携)施設に対するサイトビジットの受け入れを専門研修プログラムに明記する。

9 専攻医の採用と修了

① 採用方法

専攻医の採用は、各プログラムの公表、公募とする。
 (1) 研修プログラム管理委員会は、専門研修プログラムおよび採用方法をホームページや印刷物により毎年公表する。
 (2) 専門研修プログラム応募者は、募集期間中に専門研修プログラム責任者宛に、所定様式の専門研修プログラム申請書や履歴書、医学部卒業証明、医師免許書写し、初期研修修了証明などの必要書類を提出する。
 (3) 研修プログラム管理委員会は、書類審査、筆記試験、面接試験など(プログラムごとに規定)の必要に応じて施行した審査により、採否を決定する。
 <専攻医の応募資格>
 (1) 医師法に定められた日本の医師免許を有する。
 (2) 初期臨床研修修了登録証を有する。ただし、平成16年3月に卒業以前の医師は免除とする。

52

② 修了要件

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で専攻医の総括的評価を行う。修了要件を満たし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。
 <修了要件>
 外科専門研修プログラムの一般目標、到達(経験)目標を修得または経験した者。

53

10 他に、自領域のプログラムにおいて必要なこと

特記事項なし。

54

1) 外科関連専門医制度委員会

委員長 國 土 典 宏

平成 29 年 11 月 22 日に第 60 回、平成 30 年 1 月 30 日に第 61 回総会を、本会の専門医制度委員会と合同で開催した。

外科領域のサブスペシャリティは消化器外科、小児外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺、および内分泌外科の 6 領域であるが、日本消化器内視鏡学会、日本感染症学会、日本臨床腫瘍学会、および日本消化器病学会から、これまでの制度同様に、外科を基本領域の一つとして位置してほしい旨の要望書が届いた。

そこで、各学会の代表者にそれぞれの専門医制度についてのプレゼンテーションを行ってもらった上で検討した結果、日本消化器病学会以外は、「外科専門医取得者が申請できる横断的領域（仮称）」の専門医制度の一つとして認定した。

ただし、それぞれの専門医の申請に際し、外科専門医の他に本学会認定登録医も同じく基盤資格とし、新規および更新申請が可能であるようにすることも条件付けた。

一方、日本消化器病学会に関しては、消化器外科専門医との棲み分けが明確になっていないため、継続審議とした。（→日本肝臓学会からも遅れて同趣旨の要望書が到着したが、同様に対応の予定である）。

2) 一般社団法人日本専門医機構

社員代表 森 正 樹

平成 29（2017）年 4 月に厚生労働省で「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」が設置され、新制度についても検討が行われた。6 月 12 日開催の第 3 回検討会では、北川雄光専門医制度委員長が外科領域の地域医療への配慮や、研修医の負担軽減のための取組みなどについてプレゼンテーションを行った。なお、検討会から、①専門医はすべての医師が取得しなければならないものではなくて自己研鑽として位置付けること、②地域医療従事者などに配慮したカリキュラム制を設置すること、③市中病院も重要な研修拠点として大学病院に研修先が偏らないようにすること、といった方針が示され、日本専門医機構としても了承し、「専門医制度新整備指針」と運用細則の修正も行われた。

8 月から 9 月にかけて、各基本領域の一次審査を終了した専門研修プログラムの二次審査が行われた。審査にあたっては、各都道府県に設置された協議会との調整も行われ、地域医療へ可能な限り配慮された。なお、二次審査に合格した専門研修プログラムについては、当該の基幹施設宛に認定料（54,000 円）の請求が行われた。

平成 30（2018）年 4 月より新制度における研修を開始する専攻医については、10 月 10 日から 11 月 15 日にかけて一次登録、12 月 16 日から 1 月 15 日にかけて二次登録が、Web システムを介して行われた。なお、外科、産婦人科、病理、臨床検査以外の領域については、5 都府県（東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県）の専攻医登録数が過去 5 年間における専攻医の採用実績を超過しないように、募集定員数に上限が設けられており、定員数以上の採用は認めない方針とした。

なお、専攻医登録の結果で地域偏在が進んだ旨が一部のマスコミで報道されたが、日本専門医機構として過去のデータの取扱い方に相違がある旨の反論を行った。

4. 専門医認定委員会/予備試験委員会

委員長 平野 聡

1. 平成 29 年度予備試験（筆記試験）について

第 12 回目の外科専門医予備試験（筆記試験）を施行した。申請者は 995 名であったが、このうち 18 名が期日までに所定の手続きを完了しなかったため、受験の意思がないものと見做した。したがって、977 名を対象として、8 月 27 日に「神戸ポートピアホテル」で予備試験（筆記試験）を実施したところ、実際は 968 名が受験した（欠席者は 9 名）。

9 月 1 日に委員会を開催し、慎重かつ公正に審議を行った結果（外科専門医制度の外科専門医に関する施行規定第 10 条第 1 項により、公開しない）、786 名を合格と判定した。なお、識別指数がマイナスであった 1 問（正答率：59.3%，識別指数：-0.01）を不適切問題とし、この問題に不正解であれば採点対象から除外し、正解であれば除外せずに正答とした。

合格者氏名は、申請者数、受験者数、不合格者数、合格率とともに雑誌第 119 巻臨時増刊号（1）に公表した。また、今回出題した問題のうちの代表的な問題を雑誌第 119 巻の各号に 2 問ずつ解説付きで掲載するため、邦文誌編集委員会へ申し送った。さらに、平成 27（2015）年度から平成 29（2017）年度に出題した問題を収載した過去問題集を書籍化し、販売することとした。

なお、出題した問題は試験問題検討委員会が作成したものの中から本委員会が選定し、承認したものである。

2. 平成 29 年度認定試験（面接試験）について

第 11 回目の外科専門医認定試験（面接試験）を施行した。申請者は 944 名であったが、このうち 5 名が期日までに所定の手続きを完了しなかったため、受験の意思がないものと見做した。したがって、939 名を対象として、11 月 5 日に「京王プラザホテル」で認定試験（面接試験）を実施したところ、実際は 935 名が受験した（欠席者は 4 名）。

11 月 10 日付文書で持ち回りにより委員会を開催し、慎重かつ公正に審議を行った結果（外科専門医制度の外科専門医に関する施行規定第 35 条第 1 項により、公開しない）、本年度は 935 名全員を合格と判定した。合格者氏名は、申請者数、受験者数とともに雑誌第 119 巻臨時増刊号（1）に公表した。

3. 平成 29 年度外科専門医更新認定業務について

本年度の対象者は有効期限が平成 29（2017）年 12 月 31 日までの外科専門医 5,911 名であった。対象者のうち、5,486 名からの申請があったが、そのうち 10 名がオンラインによる申請登録は行ったが、申請書そのものを提出しなかった。したがって、審査対象者は 5,476 名であった。その内訳は、①通常に更新する者：3,634 名、②サブスペシャルティ外科専門医の有効期限が来年度以降のため期限を延長する者：654 名、③サブスペシャルティ外科専門医の有効期限も本年度のため同時更新する者：845 名、④認定登録医に移行する者：343 名であった。

11 月 10 日付文書で持ち回りにより委員会を開催し、慎重かつ公正に審議を行った結果、②については審査の要なく、外科専門医認定証の有効期限の延長を示すシールを発行した。③については各学会の更新審査の結果、8 名が不合格と判定されたため、837 名を合格とした。なお、不合格となった 8 名のうち 5 名が①の通常の更新手続き、2 名が④の移行手続きを行い、条件の充足が確認できたので、それぞれを合格と判定した。①と④を申請した者いずれも条件が充足していたため、①と④についてはそれぞれ 3,639 名、

345名を合格とした。

本年度合格者氏名は、雑誌第119巻臨時増刊号(1)に公表した。

4. 平成29年度外科専門医特例更新業務について

当該年度に更新することができず外科専門医を失効した場合、資格失効後1年以内に条件を充足できれば外科専門医の再取得もしくは認定登録医の登録が可能である。

本年度の対象者は平成28年度に失効した168名であり、対象者のうち15名から外科専門医の再取得、18名から認定登録医の登録の申請があった。

11月10日付文書で持ち回りにより委員会を開催し、慎重かつ公正に審議を行った結果、外科専門医15名、認定登録医18名全員の特例更新を認めた。

本年度合格者氏名は、雑誌第119巻臨時増刊号(1)に公表した。

5. 平成29年度外科専門医移行認定業務について

外科専門医制度規則第12条により、直近5年間に100例以上の手術実績を充足した認定登録医は外科専門医への移行申請を行うことができる。

本年度に申請を行った者は58名であり、11月10日付文書で持ち回りにより委員会を開催し、慎重かつ公正に審議を行った結果、58名全員の移行を認めた。

本年度合格者氏名は、雑誌第119巻臨時増刊号(1)に公表した。

6. 平成29年度認定登録医更新業務について

本年度の対象者は有効期限が平成29(2017)年12月31日までの929名であり、対象者のうち、638名からの申請があったが、そのうち8名がオンラインによる申請登録は行ったが、申請書そのものを提出しなかった。したがって、審査対象者は630名であった。

11月10日付文書で持ち回りにより委員会を開催し、慎重かつ公正に審議を行った結果、630名全員の更新を認めた。

本年度合格者氏名は、雑誌第119巻臨時増刊号(1)に公表した。

7. 平成29年度認定登録医特例更新について

当該年度に更新することができず認定登録医を失効した場合、資格失効後1年以内に条件を充足できれば認定登録医の再登録が可能である。

本年度の対象者は平成28年度に失効した25名であり、対象者のうち8名から認定登録医の再登録の申請があった。

11月10日付文書で持ち回りにより委員会を開催し、慎重かつ公正に審議を行った結果、8名全員の特例更新を認めた。

本年度合格者氏名は、雑誌第119巻臨時増刊号(1)に公表した。

8. 日程について

今年の日程、および会場は以下のとおりである。

- ・ 予備試験(筆記試験) …日時：8月26日(日)13時～16時
会場：神戸ポートピアホテル(兵庫県神戸市)
- ・ 認定試験(面接試験) …日時：11月4日(日)
会場：京王プラザホテル(東京都新宿区)

5. 指定施設指定委員会/指導医選定委員会

委員長 松 居 喜 郎

1. 平成 29 年度指定施設指定業務について

本年度も 7 月中に雑誌ならびにホームページを通じ、指定施設および関連施設の申請手続きを行うように、オンラインを介して通知した。また、指定期間中の指定施設に対しては、同様にオンラインを介して年次報告を行うように通知した。8 月 31 日に申請を締め切ったところ、指定施設として 983 施設、関連施設として 1,037 施設の申請があった。

所定の手続きを経て、11 月 2 日付文書で持ち回り委員会を開催し、指定施設基準に準拠して慎重かつ公正に審議を行ったところ、指定施設として 983 施設、関連施設として 1,037 施設を指定した。指定施設の指定期間は平成 30 年 1 月 1 日から平成 32 年 12 月末日まで、関連施設の指定期間は平成 30 年 1 月 1 日から同年 12 月末日までである。なお、この結果は理事会で決議されたので、雑誌第 119 巻臨時増刊号 (1) に公表し、それぞれ外科専門医制度修練施設証、外科専門医制度関連施設証を交付して、各施設長宛に送付した。

したがって、現指定施設数 1,233 施設、現関連施設数 1,037 施設である（平成 30 年 1 月末日現在：条件を満たせば、指定施設から関連施設への移行は随時認めている）。

本年 12 月末日で指定期限切れとなる施設に対しては、7 月中に文書および雑誌ならびにホームページなどを通じて、指定施設もしくは関連施設の更新手続きを行うよう通知する予定である。同じく、指定期間中の指定施設に対しては、年次報告を行うよう通知する予定である。

また、指定を受けていない施設は、指導医および修練医の在籍がある場合に限り、年度の途中から指定を受けるための関連施設の仮指定申請を行うことができる。

本年度は 8 施設から申請があった。仮指定の申請を行った施設は実績報告書の提出をもって本指定となるため、1 月 12 日を期限として実績報告書提出の受付を行った結果、5 施設は全ての条件を充足していたが、3 施設は申請時よりも実際の指導医・修練医の在籍期間が短かった。

1 月 15 日付で持ち回りにより委員会を開催し、慎重かつ公正に審議を行った結果、仮指定期間より指導医在籍期間を短く申告していた 1 施設について、申告のなかった期間に別の指導責任者が常勤していたことが判明した。そのため、実績報告書の再提出を求め、その内容に基づき、仮指定期間を全て本指定期間とすることとなった。

したがって、全ての条件を充足していた 6 施設の仮指定期間をそのまま本指定とし、2 施設については指導医・修練医が在籍していた期間のみを本指定とした。

2. 平成 29 年度指導医選定業務について

本年度は、2 月中旬から指導医の申請受付を行った。5 月 31 日に申請を締め切ったところ、335 名からの申請があった。このうち、所定の申請書を提出しなかった者は 1 名、事前に申請を取り下げた者が 5 名であった。したがって、審査対象者は 329 名であった。

所定の手続きを経て、9 月 11 日に委員会を開催し、慎重かつ公正に審議を行った結果、業績の条件を満たしていなかった 1 名を不合格とし、328 名を合格と判定した。この結果は理事会で決議されたので、合格者氏名は雑誌第 119 巻臨時増刊号 (1) に公表した。

3. 平成 29 年度指導医更新選定業務について

例年通り取得から5年が経過した指導医の更新選定業務を行った。本年度の対象者は平成24年度に新規選定により取得、または更新選定により取得した1,324名であった。選定申請と同じく5月31日に申請を締め切ったところ、1,119名からの申請があった。このうち、所定の申請書を提出しなかった者は5名、事前に申請を取下げた者は6名であった。したがって、審査対象者は1,108名であった。所定の手続きを経て、9月11日に委員会を開催し、慎重かつ公正に審議を行った結果、業績の条件を満たしていなかった3名を不合格とし、1,105名を合格と判定した。この結果は理事会で決議されたので、合格者氏名は雑誌第119巻臨時増刊号(1)に公表した。

4. 平成 29 年度指導医再選定業務について

申請資格を満たせず更新が行えなくても、失効後2年以内に更新条件を充足できれば再選定を認めることとしている。

本年度の対象者は308名(平成27年度:153名,平成28年度:155名)であり、所定の申請書でのみ申請を受け付けた。選定申請および更新申請同様に5月31日に申請を締め切った結果、23名からの申請があった。このうち、事前に申請を取り下げた者が2名であった。したがって、審査対象者は21名であった。所定の手続きを経て、9月11日に委員会を開催し、慎重かつ公正に審議を行った結果、21名全員を合格と判定した。この結果は理事会で決議されたので、合格者氏名は雑誌第119巻臨時増刊号(1)に公表した。

6. 医学用語委員会

委員長 藤原 俊 義

1. 外科学用語集について

平成15年5月に過去発刊してきた「外科的手術用語集」「外科的疾患用語集」「外科略語集」を1冊にまとめ「外科学用語集」を発刊しており、収録された用語数は英和約7,800語、和英約8,500語、略語約1,600語であり、産婦人科、整形外科、形成外科など周辺領域の用語も取り入れている。

なお、発刊以降改訂していなかった外科学用語集は、全面改訂ではなく一部改訂することが理事会で決定し、平成25～26年に掛けて本会 Web 上で広く会員から意見を募集した上で、本委員会で見直しやチェックなどを行い、平成27年4月から Web 版に反映した。

2. 外科学用語集 Web 版について

本会ホームページにて外科学用語集の Web 版を公開している。

平成29年2月～平成30年1月の利用状況は、6,904件程度のアクセスがあった。

3. 日本医学用語辞典について

本委員会では、日本医学会より発刊されている「日本医学用語辞典」の編集も関与し、用語のチェックも行っている。

また、日本医学会医学用語委員会を介して、日本小児科学会より『「奇形」を含む医学用語の置き換えの提案』と『日本小児科学会とともに、この問題の審議に加わるかどうかの意向』に対する意見を求める文書が届き、検討した結果、以下のとおり対応した。

○『「奇形」を含む医学用語の置き換えの提案』について

置き換えに賛成する。

○『日本小児科学会とともに、この問題の審議に加わるかどうかの意向』について

日本小児科学会に一任する。

その後、日本医学会医学用語委員会より、各分科会からのアンケートのまとめ（資料1）について、「患者が不快に感じる用語の置き換えの趨勢、患者の心情に配慮する趣旨は賛同、置き換えによる影響などに慎重さを求める意見」などの報告がなされ、引き続き啓発と提案を続ける継続審議事項となった。

資料1 「奇形」を含む医学用語の置き換え提案分科会アンケートのまとめ

アンケート総送付数 126 学会

【提案 1】

「奇形」という日本語が充てられることが多い以下の用語について、原則的に右側に示す日本語を充てるようにする。

anomaly 先天異常, 先天性○○異常, 異常

deformity 変形

malformation 形成異常

【提案 1】（奇形の代替案）

「奇形」の置き換えとして、字数も音節数も同じである新語、「違形（いけい）」を充てる。

【提案 2】

terato- を含む用語については、それぞれ以下のように置き換える。

teratoma 奇形腫 → テラトーマ

teratogen 催奇形因子 → 胎児毒性因子

teratology 奇形学 → 先天異常学

【提案 3】

臓器名や人名に続いて「奇形」が置かれている用語については、以下のような言い換えをする。

○○（臓器）奇形 先天性○○疾患（例：先天性心血管奇形 → 先天性心血管疾患）

◎◎（人名）奇形 ◎◎病（例：Arnold-Chiari 奇形 → Arnold-Chiari 病）

【提案 4 及び 5】

dysmorphology 奇形学, 異常形態学 → ディスモルフォロジー

teratogenesis 催奇形 → 形成異常誘発 または 形成異常発生 または 催違形

teratogenicity 催奇形性 → 形成異常誘発性 または 催違形性

major anomaly/malformation 大奇形 → 大異常 または 大違形

minor anomaly/malformation 小奇形 → 小異常 または 小違形

提案1～5までの質問項目に対して寄せられた分科会からの回答は、総論としての意見を述べたものや個別の提案に詳細に意見を記載したものなど様々でした。もとより今回は賛否を集計するアンケートではなく意見聴取を目的としたものであったため、用語の置き換えに関する総論的な示唆に富む回答が多数ありました。また該当用語が診療に関わる分科会においては詳細な検討を加えた回答をいただきました。その主なものを記載しました。なお学会名は匿名化いたしました。

【提案に対して総論として寄せられた意見】

〈基本的に賛同もしくは意見無しへの回答〉

置き換えに賛同します (30 数学会). 特段の意見はありません (7 学会). 特に異論はありません (9 学会). 賛成 6 名置き換え不要 4 名でした (NB 学会). 日本医学会医学用語辞典に従う方針であり特段の意見はございません (HKI 学会). ご提案通りをお願い致します (KGR 学会). 極めて当然の議論であり学会として賛同いたします (REU 学会). 患者やその家族への配慮等の点から賛成いたします (SKG 学会). 素晴らしいご趣意と思います (CHO 学会). 承認いたします (DMK 学会).

〈学会としての意見を含む回答〉

そもそも欧米の医学用語がとくに言い換えをしていないのに、その語から翻訳された日本語の用語で言い換えを必要とするのか、ということも考えておくべきことかと思えます。それは日本語が漢字で表記されると直感的に意味が把握できるという特性に関わりがありそうです。「精神分裂病」と言えば精神が引き裂かれた状態という意味をほとんどの人が分かりますが、「schizophrenia」はギリシャ語の *schizo* (to split) と *phren* (diaphragma) に由来し、直感的に意味が分かるものではありません。「奇形」も同様で日本語では身体の形が奇妙だという意味が伝わりますが、「anomaly」ではそのようなイメージは浮かびにくいでしょう。要するに、意味を直感的に伝える力をもっている日本語の特殊事情ということになります。用語の言い換えをすることは、病気に対する社会のイメージを改善することが期待できます。その一方でデメリットもあり、欧米の用語が持っている本来の意味から外れてしまう、欧米語の用語との対応関係がわかりにくくなる、用語を変更することで過去の文献の検索や引用が難しくなります。そもそも用語を変更するということは特段の事情がある場合にのみやむを得ず行うことであり、また必要最小限にとどめるべきことでもあります。医学史を専門としている立場からは、古い用語を削除するのではなく、並記して残すことが望まれます (IS 学会)。

日本小児科学会からの問題提起は「奇形」という言葉の持つ意味の中のごく一部分、「人に生じる先天性外表形態異常」を指す部分に関してのことです。確かにこの意味での「奇形」は「臨床の現場で当事者（患者や家族）への精神的ダメージが大きく、尊厳を損なう恐れのある言葉」である（というより日本人の精神文化の中でそのようなニュアンスの言葉になってしまった）と言えるでしょう。当事者の心情を優先してこの意味を表す言葉としての「奇形」を他の言葉に置き変える方向で検討されることに異存はありません。

「人に生じる先天性外表形態異常」という意味以外の意味で「奇形」という言葉が使われることは病理学や発生学などのほか様々な分野で多々あります。当事者の心情を考慮するのであれば「人に生じる先天性外表形態異常」に相当する新たな用語をお考えになり、それを臨床医学の分野では使うことにすれば良いのではないのでしょうか？ 必要な範囲を超えて混乱を引き起こすことにならないようにご配慮頂ければと思います（一部抜粋）(KG 学会)。

「用語」はコミュニケーションの基盤なので、一律に換えるのではなく、当該「用語」の一つ一つに違和感が生じないような配慮が望ましいと思います (NK 学会)。

医学界全体の用語統一のために共同歩調をとることはやぶさかではありません。また、これと関連して、動物を冠する病名もそのまま現状維持としていますが、医学界全体で統一的な基準作りの動きがあれば参加したいと考えています (GK 学会)。

個別問題として「奇形」を言い換えることには賛成しますが、このような一部の言葉の忌避を行うのは日本文化にとって本当に良いかどうかについて高度な視点から検討されるべきことと思います。(英語ではこのような忌避が頻繁に行われてはいないと思います)。学会としては、ある程度の成人を対象にすることが圧倒的に多いので、小児科系に比べると奇形という言葉に対する好ましくない印象・影響は少

ないかと思えます (KKY 学会).

これまで使用されていた経緯もあり、全分野においての完全な置き換えは困難ではないでしょうか。置き換えた用語が浸透して行くことで、また同じような問題が生ずることも考えられます (KKS 学会).

「奇形」及びこの言葉を含む医学用語を可能な限り別の言葉に置き換えることについて、変更を前提とするのではなく、医学的、科学的、社会的根拠を十分に検討のうえ、拙速な対応とならぬようにしていただきたいと思えます (JI 学会).

WHO が 2001 年に制定した国際生活機能分類でも、マイナスイメージを持つ用語を使用しないように配慮がされています。日本小児科学会の今回の提案趣旨については、全く異論はございません (RHT 学会).

患者・家族の心情の精神的ダメージが強いと考えられる欧語を最優先して、論議することが望ましい (RHT 学会).

この「奇形」は日本医学会の各分科会が取り扱う「奇形」を含む疾患により捉え方が異なると考えられます。委員らの回答では、「奇形」という言葉がご家族に強い精神的ダメージを与えてしまったというような臨床上の経験がある者はおりませんでした。よって、患者・家族を含む社会全体が本当に「奇形」の除外を望んでいるか違和感があった。

また最近になって流れとして、逆に「奇形」を含む疾患名に変わりつつある「リンパ管奇形・血管奇形」(リンパ管腫・血管腫) もあります (SG 学会).

混乱をまねかぬよう移行期に新旧の用語を併記していただきたい (SM 学会).

統合失調症や認知症とは異なり、置き換えが多岐にわたるため社会に与える影響が大きいと思われるのでその点を十分に御配慮頂きたいと思えます (ME 学会).

我々の扱う「奇形」を含む用語があまり多くないので、自らの領域の用語について意見を提出するにとどめ、全体の審議は小児科学会をはじめとする関連学会と日本医学会に最終判断をおまかせしたいと思います (SKG 学会).

書き換えの提案に賛成です。特に社会全体で「当事者及び肉親の心情を慮る姿勢」が必要と思えます (KKY 学会).

貴会の意見を尊重するが、医学用語辞典などでは併記を認める (NSK 学会).

7. E-learning 委員会

委員長 平 野 聡

本委員会は、新専門医制度の更新要件の新専門医制度における資格更新要件である「専門医共通講習」(医療安全講習会、感染対策講習会、医療倫理講習会)を E-learning として会員に提供すると共に、「専門医共通講習」以外で会員に有益なコンテンツを E-learning 化し、会員の知識向上を図ることを目的として新設された委員会である。

平成 30 年度の公開に向けコンテンツ配信内容とシステム開発委託業者の検討を行っている。

Ⅲ. 研究

8. 邦文誌編集委員会

委員長 金子 公一

1 邦文誌（日本外科学会雑誌）について

日本外科学会雑誌は、年間8巻（通常号6巻，臨時増刊号2巻）を発行している。その編集作業のため邦文誌編集委員会を4カ月に1度開催している。

また、2018年3月までに第119巻第2号を会員に配本した。なお、通常号は、第118巻から希望する会員のみ配本している。

2 邦文誌の概要について

・通常号

- 1) 発行は、隔月（奇数月）とする。
- 2) 頁数は、基本的に1号あたり150頁程度とする。
- 3) 配本は、2017年の第118巻より希望制を開始している。

・臨時増刊号

- 1) 臨時増刊号（1）：「外科専門医制度による各種資格業務に関するお知らせ」は毎年1月、臨時増刊号（2）：「定期学術集会日程号」は毎年2月の発行とする。
- 2) 配本は、希望の有無にかかわらず、全会員に配本する。

3 邦文誌の掲載企画について

・依頼原稿

- 1) Editorial（編集委員による）
- 2) 会員へのメッセージ（各委員会の委員長から会員へ、委員会の現状や課題をテーマとした企画）
- 3) 先達に聞く（名誉会長や名誉会員、特別会員、編集委員・幹事の恩師などからの若手外科医に対する助言や過去の経験談をテーマとした企画）
- 4) 理想の男女共同参画を目指して（男女共同参画委員会と連携して、労働環境、キャリアパスなどの女性医師関連をテーマとした企画）
- 5) 若手外科医の声（概ね40歳以下の若手会員からの自由な内容をテーマとした企画）
- 6) 特集（編集委員による、主に各専門領域をテーマとした企画）
- 7) 会員のための企画（編集幹事による、会員に役立つような内容をテーマとした企画）
- 8) 医療訴訟事例から学ぶ（弁護士の立場から過去の医療訴訟事例を解説した企画）
- 9) 手術のtips and pitfalls（編集幹事による、図を中心とした手術の工夫やコツをテーマとした企画）
- 10) 講演の記録（定期学術集会「特別企画」、卒後教育セミナー（春季・秋季）、生涯教育セミナー（7地区）、臨床研究セミナー（春季・秋季）の記録を掲載する企画）
- 11) 卒後教育セミナーの講演要旨（卒後教育セミナー（秋季）の事前抄録を掲載する企画）
- 12) 特別寄稿（編集委員・幹事による臨時の企画）
- 13) 外科専門医試験問題解説（専門医認定委員会と連携して、10領域から毎号2問ずつ、「試験問題」と

「解説」を掲載する企画)

・一般投稿論文

- 1) 論文種別は、『会員からの寄稿』のみとする。
- 2) 投稿規定は、字数 4,000 字以内、図表点数 4 点以内（1 点 400 字換算、字数に含む）とする。

・その他

- 1) 集談会記事（抄録は除く）を無料で受け付けている。
- 2) 理事会ニュース等の会告は、本会ホームページでの公開に一本化している。なお、必要と認められた会告については随時掲載することとしている。

4 邦文誌の執筆料（謝金）、掲載料について

財務委員会との検討の結果、平成 30 年度より以下のとおりとする。（全て税別）

・執筆料（謝金）

- 1) 会員は無料、非会員は 30,000 円。

・掲載料

- 1) 一般投稿論文は、30,000 円（4 頁以内）、超過分は 1 頁毎に 15,000 円。
（カラー掲載を希望する場合は別途、実費を徴収する。1 頁あたり、約 48,000 円）
- 2) 有料会告（会告・学会案内・地方会案内など）は、20,000 円。

5 その他について

・配本希望制

- 1) 配本、送料にあたっての会費以外の料金徴収はしない。
- 2) 配本を希望しない場合でも、会員は Online Journal より閲覧が可能である。
- 3) 配本希望の申し出を受けた場合は、改めて配本中止の申し出があるまで、継続して配本する。
- 4) 途中で配本中止の申し出を受けた場合は、翌年発行の巻から配本中止とする（当該年の第 6 号までは配本する）。
- 5) 配本を希望しなかった場合も、改めて配本希望の申し出があれば、その翌年発行の巻から配本する。

・「医療訴訟事例から学ぶ」の書籍販売

2003 年発行の第 104 巻第 6 号から 2015 年発行の第 116 巻第 6 号までに掲載した 87 事例から 47 事例を抜粋し、2016 年 4 月から書籍（電子書籍を含む）として販売している。

なお、販売は全て出版社である株式会社杏林舎に委託している。

・転載許諾

- 1) 審査については、委員会にて定めた以下の規定に従い、原則委員長判断により許諾を判断する。規定外の申請については委員会にて審議し、決定する。

①転載先が下記のいずれかであること。

- ・学術・教育活動（論文、学会発表、業績集等を含む）
- ・医療関連企業等の印刷物・ウェブサイト等
- ・出版社等の印刷物・ウェブサイト等
- ・その他（委員会で認められたもの）

②転載点数が、1論文あたり原則として3点以内であること。

③修正がないこと。（原則的に図表を含めて修正は認めていない。）

④「日本外科学会雑誌第○巻第○号（○年）より転載」の一文が明記されていること。

その他の事項は、STM 出版ガイドラインに準ずる。

2) 転載料については、徴収することとし、転載料は以下のとおりとする。

種 別	転載料
1) 学術・教育活動（論文、学会発表、業績集等を含む）	無料
2) 医療関連企業等の印刷物・ウェブサイト等	50,000 円（媒体ごとに徴収）
3) 出版社等の印刷物・ウェブサイト等	50,000 円（媒体ごとに徴収）
4) その他（委員会で認められたもの）	原則、50,000 円

※税別とする。

※出版物で 5,000 部を超過する場合は、発行部数に応じて変動する。
ただし、ウェブサイトについては閲覧数等を問わないこととする。

・ Online Journal

今後、以下のとおりに進める予定である。

- 1) 会員、非会員問わず閲覧可能とする。ただし、最新巻は会員のみ閲覧できることとする。
- 2) 過去の論文もリニューアル後の第 117 巻以降より順次、閲覧制限を解除することとする。ただし、執筆者が非会員への公開を拒否した場合はこれまでどおり会員のみに公開する。
- 3) 論文以外に有料会告・集談会記事等（企業広告、外科専門医試験問題解説を除く）も Online Journal に公開する。

9. 英文誌編集委員会

委員長 海野 倫明

英文誌（Surgery Today）について

本誌は、年間 12 冊、電子ジャーナルを含めて約 40,000 部を発行している。2017 年中に 658 編の投稿があった。同年発行の第 47 巻には 199 編が掲載され、2017 年の採用率は 21.2%であった。

2011 年 11 月より Online First での出版を開始している。Online First の出版により号の出版を待たずに論文ごとの電子版の出版が可能となり、入稿から掲載までの期間は約 1 ヶ月となっている。Online First に掲載された論文は、電子版出版は正式な出版と認められており DOI (Digital Object Identifier) のコードにより、頁なしでも引用可能である。2017 年の Online First の出版による論文数は、Original : 166 編、How To Do It : 9 編、Review Article : 21 編、Short Communication : 2 編、Others : 1 編となっている。

Surgery Today Table of Contents について

平成 28 年 2 月より Springer へ会員のメールアドレスを提供しており、オプト・アウト方式で会員各位に毎月配信をおこなっている。

Impact Factor について

Surgery Today が Vol.47 まで順調に発刊され、Impact Factor は 1 月 4 日の時点で 2.245 となっており、既に 2 点を超える過去最高の値となっている。更に 6 月に向けて少しずつ上昇が予想される。

今回大きく上げた要因は、Case Report を 2016 年に掲載をやめたため、Impact factor にカウントされる Case Report 論文の掲載数が半分以下になったこと、108 回引用された論文があり、Impact factor の数値に大きく影響があったこと。これらが大きな要因となった。

Best Reviewer Award について

選出方法は前回通り Completed の上位 5 名とする。なお、1 回受賞したあと 5 年間受賞できないルールとしているため、前回の受賞者を表彰対象外とし、今回の Best Reviewer Award 受賞者を以下の通り決定した。

Best Reviewer Award 受賞者

- ・掛地 吉弘（神戸大学食道胃腸外科学）
- ・藤井 努（富山大学消化器・腫瘍・総合外科（第二外科））
- ・中村 雅史（九州大学臨床・腫瘍外科学）
- ・五井 孝憲（福井大学消化器・乳腺内分泌外科学）
- ・比企 直樹（がん研有明病院胃外科）

第 24 回研究奨励賞について

平成 18 年に研究助成委員会が廃止され、本委員会が研究奨励賞の授賞者選定を引き継ぐこととなった。本年度 第 24 回の授賞者を下記の如く決定させていただいた。

最後に、投稿原稿数の増加とともに編集委員並びに代議員の負担も年々大きくなっており、この場を借りて厚くお礼申し上げたい。

第 24 回研究奨励賞授賞者 5 名

研究奨励賞受賞者

深田 伸二（国立長寿医療研究センター）

Haloperidol prophylaxis for preventing aggravation of postoperative delirium in elderly patients : a randomized, open-label prospective trial 47 : 815-826

小林 宏寿（東京都立広尾病院外科）

Association between the age and the development of colorectal cancer in patients with familial adenomatous polyposis : a multi-institutional study 47 : 470-475

早坂 研（琉球大学大学院医学研究科消化器・腫瘍外科学）

A new anatomical classification of the bronchial arteries based on the spatial relationships to the esophagus and the tracheobronchus 47 : 883-890

吉田 昇平（福井循環器病院心臓血管外科）

Short- and long-term results of radial artery and saphenous vein grafts in the right coronary system : a propensity-matched study 47 : 335-343

水野 隆史（名古屋大学腫瘍外科）

Adjuvant gemcitabine monotherapy for resectable perihilar cholangiocarcinoma with lymph node involvement : a propensity score matching analysis 47 : 182-192

なお、授賞者は第118回定期学術集会中の第3日目（4月7日）に臨床研究セミナー中で授賞式を行うこととなっている。また、この5名の中の最優秀者と優秀者の上位2名には発表いただくことになっており、選考の結果、最優秀者を早坂研正会員、優秀者を深田伸二正会員とすることとした。

掲載原稿種別表

年次	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
巻数	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
投稿数	102	142	164	131	151	179	197	208	275	268	322	339	419	443	429	438
掲載数	89	83	76	87	119	116	119	120	107	206	222	211	212	245	281	271
採用率 (%)	87.3	58.5	46.3	66.4	78.8	64.8	60.4	57.7	38.9	76.9	68.9	62.2	50.5	55.3	65.5	61.9
Editorial	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	9	1
Review	4	12	4	6	5	7	6	1	7	1	5	5	3	2	1	1
Original	77	50	44	47	71	59	67	67	59	107	106	101	82	120	102	100
Case Report	0	12	19	25	33	44	38	47	37	89	93	88	99	97	152	145
Short Communication	5	7	9	6	6	2	7	5	3	7	8	5	9	9	6	9
How to do it	3	1	0	3	4	1	1	0	1	2	10	12	7	10	11	14
Others	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	12	0	0	1
Impact Factor							0.21	0.223	0.188	0.163	0.118	0.171	0.209	0.233	0.303	0.379

年次	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17
巻数	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
投稿数	424	509	607	667	623	566	926	948	1099	1232	1165	1245	1525	1408	1059	728	709	658
掲載数	239	247	243	214	238	216	231	235	231	220	217	314	226	256	381	244	195	199
採用率 (%)	56.4	48.5	40.0	32.1	43.9	38.2	24.9	24.7	21.0	17.8	18.6	25.2	14.8	18.2	35.9	25.0	21.8	21.2
Editorial	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	2	0	0	0	0
Review	4	2	3	0	8	13	5	10	11	19	37	30	13	24	36	32	29	21
Original	97	86	88	76	102	102	102	75	85	74	76	108	93	130	215	136	158	166
Case Report	129	142	146	134	113	91	109	137	120	106	91	161	102	74	108	63	0	0
Short Communication	2	6	2	2	2	1	1	2	6	4	2	5	3	5	3	1	0	2
How to do it	7	11	4	2	13	8	10	10	5	15	7	9	13	14	8	10	8	9
Others	0	0	0	0	0	1	4	1	3	2	2	0	2	7	11	2	0	1
Impact Factor	0.356	0.480	0.501	0.528	0.553	0.478	0.698	0.679	0.804	1.050	1.057	1.224	0.963	1.208	1.526	1.329	1.745	

投稿数内訳

Original	149	166	196	222	174	146	232	264	297	366	357	416	542	524	478	540	560	524
Others	275	343	411	445	449	420	671	683	807	873	809	837	983	884	581	188	149	134

Impact Factorの予想値

2018.01.16.

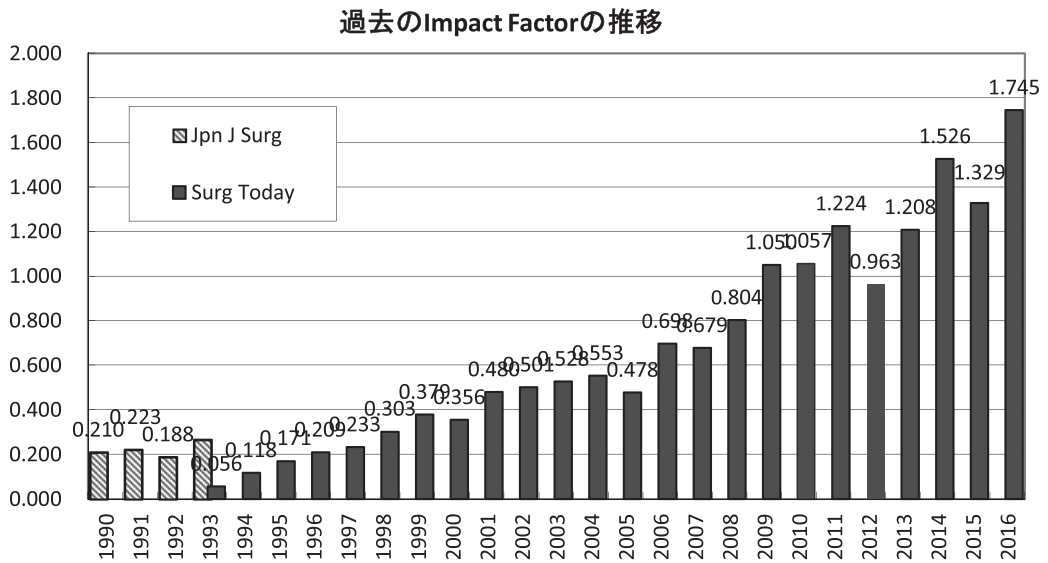
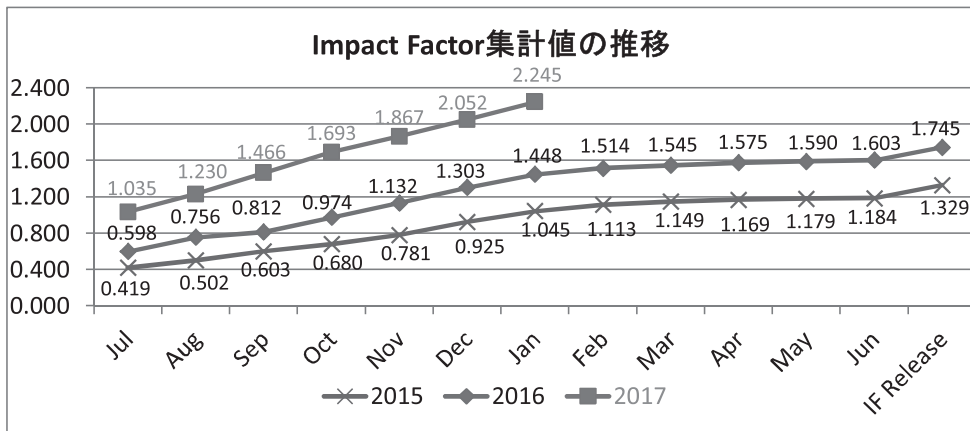
(2015年の出版論文と2016年の出版論文が
2017年の掲載論文に引用された回数)

2017年のImpact Factor -----

(2015年と2016年の掲載論文数)

2017年のImpact Factor (1/4現在の集計値):

$$= (959) / (239 + 188) = 2.245$$



Surgery Today

ScholarOne Manuscripts™ 論文投稿・審査状況報告

2017年12月31日現在

1. 論文種類別 投稿数 (投稿日による集計)

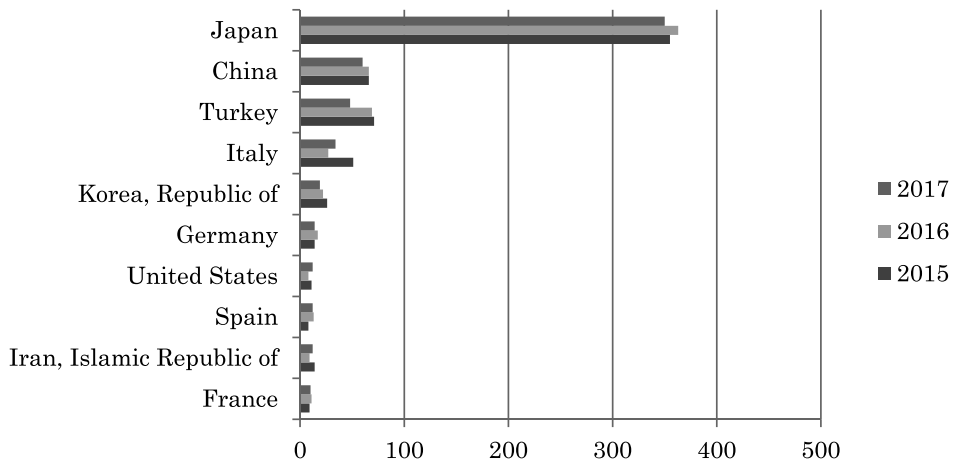
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Case Report	702	747	656	731	849	753	409	2		
Clinical Original	240	293	293	334	481	465	423	485	511	476
Experimental Original	50	66	55	69	72	56	56	65	51	48
How To Do It	35	38	43	45	49	38	48	50	55	49
Invited Review Article	10	19	9	4	12	8	11	8	12	5
Letter to the Editor	11	9	12	10	9	9	13	4	9	15
Other	2	5	1		4	3	19	12		
Review Article	29	31	56	26	56	47	50	62	45	39
Short Communication	18	22	18	12	15	15	30	49	27	26
総計	1097	1230	1143	1231	1547	1394	1059	737	710	658
月平均	91	103	95	103	129	116	88	61	59	55

※ 取り下げられた論文 (Withdrawn) は含まない

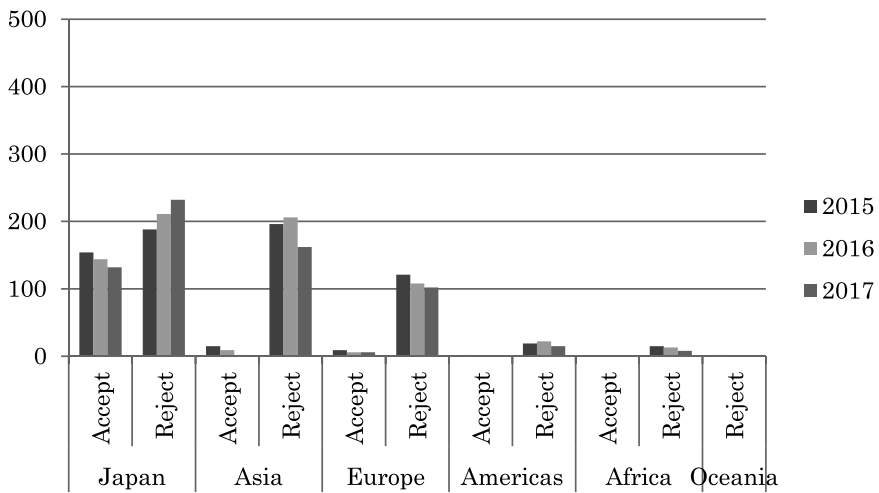
2. 論文種類別 判定結果と採択率 (最終判定日による集計)

	2015			2016			2017		
	Accept	Reject	採択率	Accept	Reject	採択率	Accept	Reject	採択率
Case Report	1	2	33.3%						
Clinical Original	120	352	25.4%	118	394	23.0%	104	365	22.2%
Experimental Original	15	44	25.4%	15	42	26.3%	10	40	20.0%
How To Do It	9	41	18.0%	12	45	21.1%	4	44	8.3%
Invited Review Article	10	2	83.3%	4		100.0%	8	4	66.7%
Letter to the Editor		5	0.0%		9	0.0%	2	12	14.3%
Other	1	13	7.1%						
Review Article	24	40	37.5%	10	39	20.4%	11	31	26.2%
Short Communication	1	42	2.3%	1	32	3.0%	1	24	4.0%
総計	181	541	25.1%	160	561	22.2%	140	520	21.2%

3. 国別 投稿数トップ 10 (投稿日による集計)



4. 地域別 判定結果 (最終判定日による集計)



5. カテゴリー別 判定結果 (最終判定日による集計)

	2015			2016			2017		
	Accept	Reject	採択率	Accept	Reject	採択率	Accept	Reject	採択率
Adrenal gland		2	0.0%		4	0.0%		3	0.0%
Case Report									
Clinical Original		2	0.0%		4	0.0%		3	0.0%
Experimental Original									
Anus		6	0.0%		6	0.0%		7	0.0%
Case Report									
Clinical Original		6	0.0%		5	0.0%		7	0.0%
Experimental Original					1	0.0%			
Bile ducts/Gall bladder	7	25	21.9%	5	32	13.5%	3	23	11.5%
Case Report									
Clinical Original	7	23	23.3%	5	32	13.5%	3	23	11.5%
Experimental Original		2	0.0%						
Breast	5	10	33.3%		8	0.0%	3	11	21.4%
Case Report									
Clinical Original	5	7	41.7%		8	0.0%	3	11	21.4%
Experimental Original		3	0.0%						
Cardiovascular	10	25	28.6%	11	23	32.4%	5	18	21.7%
Case Report									
Clinical Original	7	23	23.3%	10	19	34.5%	4	15	21.1%
Experimental Original	3	2	60.0%	1	4	20.0%	1	3	25.0%
Colon/Rectum	31	87	26.3%	27	90	23.1%	25	76	24.8%
Case Report		1	0.0%						
Clinical Original	29	77	27.4%	25	83	23.1%	22	69	24.2%
Experimental Original	2	9	18.2%	2	7	22.2%	3	7	30.0%
Esophagus	5	23	17.9%	5	17	22.7%	10	11	47.6%
Case Report									
Clinical Original	5	22	18.5%	4	17	19.0%	9	9	50.0%
Experimental Original		1	0.0%	1		100.0%	1	2	33.3%
Liver	5	27	15.6%	12	33	26.7%	5	46	9.8%
Case Report		1	0.0%						
Clinical Original	5	18	21.7%	12	26	31.6%	5	34	12.8%
Experimental Original		8	0.0%		7	0.0%		12	0.0%
Lung/Mediastinum	23	25	47.9%	24	28	46.2%	21	45	31.8%
Case Report	1		100.0%						
Clinical Original	22	25	46.8%	20	26	43.5%	20	42	32.3%
Experimental Original				4	2	66.7%	1	3	25.0%

	2015			2016			2017		
	Accept	Reject	採択率	Accept	Reject	採択率	Accept	Reject	採択率
Others	5	24	17.2%	14	66	17.5%	11	62	15.1%
Case Report									
Clinical Original	5	19	20.8%	11	57	16.2%	10	55	15.4%
Experimental Original		5	0.0%	3	9	25.0%	1	7	12.5%
Pancreas	8	29	21.6%	11	27	28.9%	12	33	26.7%
Case Report									
Clinical Original	6	25	19.4%	10	23	30.3%	10	32	23.8%
Experimental Original	2	4	33.3%	1	4	20.0%	2	1	66.7%
Pediatric surgery	6	20	23.1%	6	16	27.3%	4	12	25.0%
Case Report									
Clinical Original	6	20	23.1%	5	15	25.0%	3	12	20.0%
Experimental Original				1	1	50.0%	1		100.0%
Plastic surgery	3	16	15.8%	2	12	14.3%		7	0.0%
Case Report									
Clinical Original	2	11	15.4%	2	12	14.3%		4	0.0%
Experimental Original	1	5	16.7%					3	0.0%
Portal hypertension		3	0.0%					1	0.0%
Case Report									
Clinical Original		3	0.0%					1	0.0%
Experimental Original									
Stomach/Duodenum	22	40	35.5%	12	36	25.0%	13	38	25.5%
Case Report									
Clinical Original	16	38	29.6%	10	33	23.3%	13	37	26.0%
Experimental Original	6	2	75.0%	2	3	40.0%		1	0.0%
Thyroid/Head and neck	3	19	13.6%	1	22	4.3%	1	7	12.5%
Case Report									
Clinical Original	3	17	15.0%	1	19	5.0%	1	6	14.3%
Experimental Original		2	0.0%		3	0.0%		1	0.0%
Vascular	3	17	15.0%	3	16	15.8%	1	5	16.7%
Case Report									
Clinical Original	2	16	11.1%	3	15	16.7%	1	5	16.7%
Experimental Original	1	1	50.0%		1	0.0%			

以上