

## 日本専門医機構による外科領域専門研修プログラムの作成についてのFAQ

(2020年2月28日時点)

※新専門医制度の基準や方針などは適宜見直されているため、過去にお寄せいただいた個別のお問合せに対する回答と異なっている場合もありますが、このFAQが最新の内容ですので、ご容赦の上、改めてご確認ください。

---

### **Q1：新専門医制度の研修はいつから開始し、いつ頃に試験が行われるのか？**

A1：新専門医制度の研修は原則として2016年3月に卒業し、初期臨床研修を開始した先生方から対象となります\*。新専門医制度は2018年4月より開始され、外科領域では3年以上の専門研修を課していることから、2018年4月より研修を開始した先生方は最短で2021年3月に研修を修了し、同年中の試験を受験できるということになります。

2018年は9月に全基本領域で専攻医の募集が開始され、順次専攻医の採用が行われる予定となっており、2019年4月から当該領域の専門研修プログラムに則った専門研修を開始することとなります。

\*2016年3月より前に卒業した先生方は現行の日本外科学会の専門医制度、もしくは新専門医制度のどちらでも選択することは可能ですが、新専門医制度を選択する場合は専門研修プログラムに採用されてからの研修開始となります。

---

### **Q2：外科領域専門研修プログラムと、サブスペシャリティ領域の研修プログラムは連動できるのか？**

A2：日本専門医機構提示のスキームに従い、基本領域としての外科と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）との検討会を設置して、鋭意検討を進めております。こちらは決まり次第、適宜ご報告いたします。

---

### **Q3：一つの施設が、複数の専門研修プログラムの連携施設に重複して登録できるのか？**

A3：整備基準の項目番号27に記載のとおり、登録することができます。基幹施設が別の専門研修プログラムの連携施設を兼ねることも可能です。ただし、専門研修指導医数と手術例数（NCD登録数）の按分が不可欠となり、ダブルカウントはできません（⇒申請書：外科領域別紙1～2, 4～7）。

---

**Q4：自施設が基幹施設となり、A病院を連携施設として専門研修プログラムを作成すると共に、B大学の専門研修プログラムの連携施設にも登録したような場合に、B大学から受け入れた専攻医をA病院で研修させることはできるのか（A病院はB大学の専門研修プログラムに登録していない）？**

A4：A病院がB大学の専門研修プログラムの連携施設として登録されていない場合は、専攻医の研修実績として認められません。

---

**Q5：専門研修プログラムを構成する連携施設の数に上限はあるのか？**

A5：上限はありません。ただし、サイトビジットなどで、長期に亘って連携施設に専攻医の受入の実態がないなどの指摘を受けた場合は、何らかの指導・勧告が行われる可能性がありますので、ご注意ください。

---

**Q6：病院の外科全体ではなく、1診療科のみが連携施設として登録する場合は、連携施設の申請書の連携概要1や2には当該診療科の内容を記入すればよいのか？**

A6：いいえ。特定の診療科のみが専門研修プログラムに参加する場合でも、申請書には病院全体の情報を記入してください。

---

**Q7：申請書の別紙2、4で、医療機関コード（7桁）の記入が求められているが、何の番号なのか？**

A7：医療機関コードとは、それぞれの医療機関について定められた7桁の番号で、各地方厚生（支）局のホームページから調べることができます。

---

**Q8：専門研修指導医の基準の一つとして、「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」とあるが（整備基準の項目35）、具体的に何を指すのか？**

A8：外科領域では、将来的に、現行制度下の外科専門医を新制度下の外科専門医に移行させる予定ですので、当面は「現行制度下で1回以上の更新を経た外科専門医」が該当します。

また、当面は「日本外科学会指導医」または「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、日本小児外科学会のいずれかの指導医」を取得しているか、もしくは「直近5年以内にサブスペシャリティ外科専門医（消化器外科専門医、心臓血管外科専門医、呼吸器外科専門医、小児外科専門医）のいずれかの更新を経た者」および「サブスペシャリティ外科専門医のいずれかを取得したため、有効期限延長により外科専門医を更新せず、外科専門医取得後6年以上経過している者」であれば、「これと同等と考えられる外科専門医」に該当すると見做します。

ただし、専門研修プログラムの有効期間（5年間）内には、各連携施設に「1回以上の更新を経た外科専門医」を配置するように努めてください。

---

**Q9：専門研修指導医は、担当する専門医領域の資格（消化器外科専門医など）も取得しておかなければならないのか？**

A9：専門研修指導医の基準を満たしていれば、それ以上は不問です。

---

**Q10：基幹施設の専門研修指導医が、連携施設の専門研修指導医を務めることも可能か？**

A10：基幹施設に勤務していても、連携施設で専攻医を指導している実態があれば、該当者を連携施設の専門研修指導医として登録することができます。ただし、その場合には、基幹施設の専門研修指導医として重複して登録することができません。

---

**Q11：プログラム統括責任者の基準の一つとして、「～それに準ずる外科関連領域専門医資格を1回以上更新した者」とあるが（整備基準の項目番号37）、具体的に何を指すのか？**

A11：現時点では、乳腺専門医と内分泌外科専門医が該当します。

---

**Q12：NCD登録数とは、外科専攻医の経験症例として認められている手術症例数を指すのか？**

A12：いいえ。NCDに登録した全外科症例が該当します。専攻医の募集定員などを算出する場合には、あくまでもNCD登録数を基にします。

**Q13：「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」とあるが（整備基準の項目番号31）、例えば専門研修施設群の年間総手術症例数（NCD登録数）が5,000例の場合は、具体的に何名の専攻医が採用できるのか？**

A13：専門研修プログラム全体で年間5,000例のNCD登録数がある場合は、3年間で15,000例（5,000例×3年間）の手術症例数となるため、3年間で最大30名（15,000例÷500例）の採用が可能ということになります。この定数を毎年均等にしますと、1年あたり平均10名（15,000例÷500例÷3年間）以内の専攻医の採用が可能ということになります。

---

**Q14：基幹施設の申請書4と別紙5（専攻医募集定員計算シート）で、募集専攻医数の記入が求められているが、具体的にどのように算定すればよいのか？**

A14：まず、別紙5のA（指導医数から算出される専攻医受入上限数）欄と、B（診療実績から算出される専攻医受入上限数）欄で、各専門研修プログラムでの募集可能専攻医数（3年）が自動計算されます。初年度はC（これまでの専門医養成の実績）欄が0のため、D（来年度の新規専攻医受入上限数）欄では、3年分の受入上限数そのまま算出されます。しかし、2年目以降は専攻医受入数が入力されていくため、D（来年度の新規専攻医受入上限数）欄は徐々に減少して、算出上の受入可能数（現実的な受入数ではありません）が自動計算され、申請書4の「2. 募集専攻医数」の項の「専攻医受入数についての基準から算出した専攻医受入上限数」に自動入力されます。

この自動入力された受入上限数を参考にして、別紙5の上段の「当プログラムとして新規募集する専攻医の希望数\*\*」を記入すると、申請書の「2. 募集専攻医数」の項の「実際に募集する専攻医の希望数」に自動入力されます。

この人数が、これまでの研修実績などを加味した各専門研修プログラムの現実的な募集人数になりますので、当該単年度に新規募集する専攻医の希望数と同数としてください。

つまり、別紙5で当該プログラムにおいて研修可能な専攻医数を計算し、その人数を上限とした受入上限数から現実的な次年度の募集専攻医数を算出すると（初年度は均等に3等分して、2年目以降は2等分にするなど）、申請書4の「2. 募集専攻医数」の項の「実際に募集する専攻医の希望数」に自動入力されることとなります（申請書4と別紙5は、各基本領域で共通のフォーマットです）。

---

**Q15：基幹施設の申請書の外科領域別紙2,5と、連携施設の申請書の外科領域別紙7で、年間手術数の記入が求められているが、具体的に1月～12月の1年間なのか、それとも4月～翌3月の1年間なのか？**

A15：原則として、1月～12月の1年間分を入力してください（今回の申請では2016

年 1 月～12 月の分を入力してください)。

---

**Q 1 6 : 申請書の別紙 5 の B (診療実績から算出される専攻医受入上限数) 欄で、3 年間の NCD 登録数の記入が求められているが、年間の NCD 登録数を 3 倍すればよいのか？**

A 1 6 : はい。原則として、今回の申請では 2018 (平成 30) 年 1 月から 12 月の期間の NCD 登録数から算出してください。

---

**Q 1 7 : 専攻医募集定員を算出するにあたり、1 つの手術症例に対して、複数の基本領域の専門研修プログラム (例えば外科と救急科) でカウントする場合に、救急科領域専門研修プログラムでカウントすると、外科領域専門研修プログラムではダブルカウントとなってカウントできないのか？**

A 1 7 : 外科領域と救急科領域は異なる基本領域のため、この場合はダブルカウントに見做しません。内科領域や泌尿器科領域などでも同様です。

---

**Q 1 8 : 実際に複数の専攻医が手術に参加していても、手術例数 (NCD 登録数) はダブルカウントできないのか？**

A 1 8 : 複数の専門研修プログラムに参加する場合には、専攻医募集定員の観点から、NCD 登録数をダブルカウントせず、それぞれのプログラムに按分する必要があります。

しかし、専攻医の経験手術症例数につきましては、現行制度同様に、基本的に術者 1 名、助手は常識の範囲内 (実際に専攻医が手術に参加し、周術期管理を行ったと専門研修指導医が承認していること) の人数分がカウント可能です。

---

**Q 1 9 : 途中で専門研修プログラムの内容が変わったり、連携施設が基幹施設となって新たに専門研修プログラムを作成したりする場合などはどうするのか？**

A 1 9 : 日本専門医機構では、年に 1 回、専門研修プログラムの変更を受け付ける予定ですが、現時点では詳細が未定です。

---

**Q 2 0 : 2020 年中に複数の連携施設の合併が予定されている場合は、申請書 B (連携施設申請 : 外科領域) はどのように作成すればよいのか？**

A20：既に合併後の概要が確定している場合は、新病院として申請書 B（連携施設申請：外科領域）を作成してください。概要が不確定の場合は、とりあえず合併前の現病院がそれぞれ申請書 B（連携施設申請：外科領域）を作成し、後程、専門研修プログラムの専門研修施設群の変更を届け出てください（→Q19）。

---

**Q21：複数の専門研修プログラム（A 大学プログラムと B 病院プログラム）の連携施設を兼ねている場合に、A 大学プログラムに登録した専門研修指導医の執刀による手術に、A 大学プログラムの専攻医と、B 病院プログラムの専攻医が共に助手として付いた時には、それぞれの専攻医の経験手術症例数としてカウントしてよいのか？**

A21：はい。専門研修プログラムへの専門研修指導医の配分は、あくまでも専攻医受入数上限の算定のためであり、実際の専攻医の指導にあたって、専門研修指導医がどのプログラムに登録されているのかは規制されません。

また、例えば A 大学プログラムには消化器外科の手術数のみを按配し、B 病院プログラムには小児外科の手術数のみを按配した場合でも、B 病院プログラムの専攻医は消化器外科の経験手術症例数をカウントすることができます。

---

**Q22：年間の手術症例数に変動があるため、専門研修プログラムに按分した NCD 登録数と、実際の NCD 登録数で差が生じることがあると思われるが、それによって何らかの支障を来たすようなことはないのか？**

A22：支障を来たすことはありません。

---

**Q23：専攻医受入数の基準の一つとして、「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。」とあるが（整備基準の項目 27）、研修期間が 1 年間であれ、半年であれ、3 ヶ月であれ、1 名とカウントするのか？**

A23：当該の要件は、あくまでも専門研修プログラムの専攻医の定員に関するものです。具体的な研修につきましては、「各専門研修指導医が指導可能な人数」を研修プログラム管理委員会で検討して、管理していただきます。

---

**Q24：基幹施設の申請書 2 と、連携施設の概要 2 で、病院全体の年間入院患者数・外来患者数の記入が求められているが、具体的に何を算出すればよいのか？**

A24：当該欄の「1. 総入院患者（実数）」には、「入退院した患者の実数」を記入してください（延数ではありません）。また、「2. 総外来患者（実数）」には、「外来初診患者数」を記入してください。

---