



日本赤十字社

Japanese Red Cross Society

諏訪赤十字病院

Suwa Red Cross Hospital

— 諏訪赤十字病院外科研修プログラムのご案内 —

飛翔
の時



Soar to great new heights

病院案内



諏訪赤十字病院は、長野県諏訪市にあり、諏訪市、岡谷市、茅野市、下諏訪町、富士見町（人口約 20 万人）を医療圏としています。専門的な治療に関しては、とくに長野県南信地区から多くの症例が集まります。東京や名古屋まで数時間の距離なので、都心などで行われる学会や研究会には日帰り参加することができます。病院は諏訪湖の畔、上諏訪温泉の中心部に存在します。周囲は高名な山々に囲まれ、近くは八ヶ岳、遠くは北アルプスや富士山を望むことができます。また、全国的に有名な霧ヶ峰、美ヶ原、蓼科高原が近くにあり、四季折々の景観を楽しむことができます。標高は 750m あり冬の気温は常時氷点下を下回りますが、降雪量は少なく晴れの日が多いのが特徴です。ご家族をお持ちの方は、ドライブ、トレッキング、キャンプ、スキーなど家族サービスに事欠くことはありません。諏訪湖畔花火大会やマラソン大会は全国的にも有名です。病院からも選手として、また救護班として多数参加しております。とても忙しい外科研修生活ですが、休みの日には近場で気軽に休養でき英気を養うことができます。病院内には職員用の温泉風呂が設置されており、仕事の合間に温泉につかることができます。各病棟からも諏訪湖や周囲の山々が見渡せます。

恵まれた環境の中で人間らしく生活しながら、外科診療・外科専門技術を伴に極めましょう。



Mt. Fuji



Northern Alps



Mt. Yatsugatake



Lake Suwa

Hot spring

病院概要

所在地

〒392-8510 長野県諏訪市湖岸通り 5 丁目 1 1 番 5 0 号
TEL 0266-52-6111 FAX 0266-57-6036

URL

<http://suwa.jrc.or.jp>

病床数

455 床 （一般 425 床、精神 30 床）

診療科目

内科、精神科、神経内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、リウマチ科、リハビリテーション科、血液内科、腎臓内科、歯科口腔外科、救急科、腫瘍内科、糖尿病・内分泌科、病理診断科

認定施設

地域医療支援病院、救命救急指定病院、地域がん診療連携拠点病院、地域災害拠点病院
臨床研修指定病院、日本外科学会指定施設、心臓血管外科専門医認定機構基幹修練施設、
呼吸器外科専門医合同委員会関連施設、日本乳癌学会認定施設、日本甲状腺学会認定専門
施設、日本消化器外科学会専門制度指定修練施設、日本救急医学会救急科専門医指定施設
日本集中治療医学会専門医研修認定施設、日本食道学会認定施設

高度診療機能

手術室(7 室)、ICU (8 床)、救命救急センター(10 床)、SCU (6 床)、HCU (8 床)、
NICU (6 床)、ハイブリッドカテーテル室 (1 室)、血液浄化センター (39 床)、通院治
療センター (30 床)、ディザスターレスキュー (特殊医療救護車両：1 台)

高度医療機器

PET-CT、MRI、CT、リニアック、γ-カメラ



診療部門紹介

諏訪赤十字病院

外科

名前	資格	専門領域
梶川 昌二	名誉院長 日本消化器外科学会認定医	外科一般 肝胆膵外科
三原 基弘	日本外科学会専門医、日本消化器外科学会消化器がん外科治療認定医、日本がん治療認定医機構認定医	外科一般 肝胆膵外科 肛門疾患 下肢静脈瘤
丸山 起誉幸	日本外科学会指導医・専門医、日本消化器外科学会指導医・専門医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本食道学会食道科認定医・食道外科専門医、日本栄養治療学会認定医	外科一般 食道・胃外科
島田 宏	日本外科学会専門医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医	外科一般 ヘルニア、食道・胃外科
五味 邦之	日本外科学会指導医・専門医、日本消化器外科学会指導医・専門医、がん薬物療法認定医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本内視鏡外科学会技術認定医、da Vinci Console Surgeon Certificate	外科一般 大腸外科 がん薬物療法
牧野 安良能		外科一般 消化器外科
代田 智樹	日本外科学会指導医・専門医、日本消化器外科学会専門医	外科一般 肝胆膵外科
天野 隆皓	日本外科学会専門医、日本消化器外科学会専門医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本内視鏡外科学会技術認定医、da Vinci Console Surgeon Certificate, 消化器内視鏡専門医、大腸肛門病専門医、日本栄養治療学会認定医	外科一般 大腸外科 肛門疾患
松井 寛郎	専攻医	外科
吉田 和夫	日本外科学会指導医・専門医、日本胸部外科学会指導医・認定医、呼吸器外科専門医、日本ロボット外科学会認定医、da Vinci Console Surgeon Certificate, 日本がん治療認定医機構暫定教育医、日本登山医学会認定山岳医	呼吸器外科
吾妻 寛之	日本外科学会指導医・専門医、呼吸器外科専門医、da Vinci Console	呼吸器外科

	Surgeon Certificate, 日本がん治療認定医機構がん治療認定医	
松岡 峻一郎	日本外科学会専門医, 呼吸器外科専門医, da Vinci Console Surgeon Certificate,	呼吸器外科
前野 一真	日本外科学会専門医・指導医, 日本乳癌学会乳腺指導医・専門医, 日本内分泌外科学会指導医・専門医, 検診マンモグラフィー読影認定医, 消化器病専門医, 消化器内視鏡専門医	乳腺・甲状腺外科
網谷 正統	日本外科学会専門医, 検診マンモグラフィー読影認定医	乳腺・甲状腺外科

心臓血管外科

名前	資格（外科関連）	専門領域
中原 孝	日本外科学会指導医・専門医、心臓血管外科指導医・専門医, 日本脈管学会指導医・専門医, ステントグラフト指導医, 下肢静脈血管内治療実施管理委員会実施医/指導医, 腹部救急学会認定医,	心臓血管外科
茅野 周治	日本外科学会専門医	心臓血管外科

集中治療部・救急科

名前	資格（外科関連）	専門領域
坂口 昌幸	日本外科学会指導医・専門医、日本集中治療学会専門医、心臓血管外科専門医・指導医、日本救急医学会専門医	救急科、心臓血管外科
野首 元成	本外科学会専門医 日本救急医学会専門医 日本 DMAT, 統括 DMAT	救急科
吉澤 俊彦	日本内科学会認定医 日本救急医学会専門医 日本集中治療学会専門医 長野県 DMAT	救急科
大石 祐希	日本救急医学会専門医	救急科

専門研修プログラムの理念・使命

理念

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年以上とする。

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た医師である。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）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。

使命

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国民の健康を保持し福祉に貢献する。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。

諏訪赤十字病院外科専門研修プログラムについて

外科専門研修プログラムの目的は以下の5点です。

- 1) 専攻医が医師として必要な基本能力を習得すること
- 2) 専攻医が外科領域の専門的診療能力を習得すること
- 3) 上記に関する知識・技能・態度と高い倫理性を備えることにより、患者に信頼され、標準的な医療を提供でき、プロフェッショナルとしての誇りを持ち、患者への責任を果たせる外科専門医となること
- 4) 外科専門医の育成を通して国民の健康・福祉に貢献すること
- 5) 外科領域全般から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、内分泌外科）またはそれに準じた外科関連領域の専門研修を行い、それぞれの領域の専門医取得へと連動すること

専門研修の目標—到達目標

1. 習得すべき専門知識

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ことができる。
- (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ことができる。
 - 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ことができる。
 - 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ことができる。
- (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ことができる。
- (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 ことができる。
 - 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ことができる。
- (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ことができる。
- (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ことができる。
 - ②脊椎麻酔の原理を述べることができる。
 - ③気管挿管による全身麻酔の原理を述べることができる。
 - ④硬膜外麻酔の原理を述べることができる。
- (13) 集中治療
 - ①集中治療について述べることができる。
 - ②基本的な人工呼吸管理について述べることができる。
 - ③播種性血管内凝固症候群(disseminated intravascular coagulation)と多臓器不全(multipleorgan 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.

2. 習得すべき専門技能（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）

専門研修の目標—経験目標

1. 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，腸管バネチット病など）
- 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

2. 経験すべき診察・検査など

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．

1. 経験すべき手術・処置など

- (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 の規定に準拠） 1 点

重症外傷（ISS 16 以上）初期参加 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 4 点

ATOM コース受講 4 点

外傷外科手術指南塾受講 4 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

専門研修の方法

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）

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

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。

諏訪赤十字病院においては、図書館を設置している他、インターネット環境も整っており図書館はもとより各自の医局デスクにおいて文献検索などができる環境が整っている。院

内にない文献に関しては、図書室秘書が適宜早急に手配します。

諏訪赤十字病院における手術件数

諏訪赤十字病院(2022 年) (鏡視下手術)

消化器外科		呼吸器外科		心臓血管外科	
食道	10(10)	原発性肺癌	86(78)	心臓弁膜症	64
食道癌	9	葉切除	55	基部置換術	1
その他	1	肺摘除	0	大動脈弁置換術	10
胃・十二指腸	57(36)	区域切除	13	僧帽弁形成術	5
胃粘膜下腫瘍	2	部分切除	17	僧帽弁形成術	2
胃癌	51	その他	1	TAVR	46
その他	4	転移性肺腫瘍	16(16)	虚血性心疾患	22
結腸・直腸	90(80)	自然気胸	29(29)	CABG	18
結腸癌	54	炎症・感染症	2(2)	OPCAB	4
直腸癌	34	肺疾患その他	2(2)	急性大動脈解離	4
その他	2	縦隔腫瘍	16(15)	複合手術	6
胆道・膵・脾	180(126)	胸腺腫	5	弁膜症+大血管	4
胆石症・ポリープ	124	胸腺癌	2	弁膜症+CABG	1
胆のう癌	12	その他	9	大血管+CABG	1
胆管癌	1	重症筋無力症	0	腹部大動脈瘤	39
膵良性腫瘍	14	胸膜中皮腫	1	開腹手術	18
膵癌	0	外傷	6	ステントグラフト	21
乳頭部癌	2	計	158(142)	末梢血管	12
脾摘	2			計	147
その他					
肝	16(14)	乳腺内分泌外科			
原発性肝癌	10	上皮小体	4		
転移性肝癌	6	甲状腺	41		
その他	0	甲状腺腫	6		
		甲状腺癌	28		
急性腹症	97(30)	その他	3		
虫垂炎	28	乳腺	114		
腸閉塞	26	良性	6		
腹膜炎	20	乳癌	108		
その他	23				

		乳房温存	62		
ヘルニア	127 (16)	非定型乳切	43		
鼠径ヘルニア	112	その他	3		
大腿ヘルニア	3	計	158		
閉鎖孔ヘルニア	2				
腹壁	10				
計	577(312)			計	1040

当院の特徴

消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺内分泌外科に指導医あるいは専門医が多数在籍しており、定型的・非定型的な手術を行うことができます。県内でもこれだけの指導医を有する施設は多くはありません。また、他科にまたがる疾患についても、各診療科が揃っている所以他科と協力して手術を行うことが可能です。

消化器外科と呼吸器外科では 2011 年度に鏡視下手術を導入し、各術式の定型化を達成しています。各ガイドラインに沿って、食道疾患の全て、早期胃癌、胃良性腫瘍の全て、大腸癌のほとんどを鏡視下手術で治療しています。ヘルニア手術においても症例を選んで鏡視下手術を行っています。急性胆嚢炎や急性虫垂炎手術のほとんどを専攻医が鏡視下に行っています。このように多くの症例を鏡視下手術で行っており、サブスペシャリティ領域の研修につながっています。県内でこれだけの鏡視下手術症例数を有する施設は多くはありません。今後、消化器外科医と呼吸器外科医にとって鏡視下手技が習得すべき手技の 1 つとなっていくので、当院での研修において鏡視下手術を経験することは非常に有用だと思われます。また、毎年 1 回、動物を使った手術手技トレーニングを行っています。さらにロボット手術の導入も計画しています。

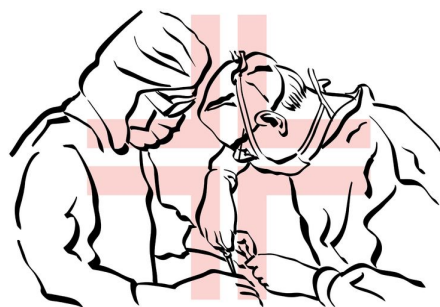
呼吸器外科には 2015 年から指導医が着任し、手術症例数が増えています。手術の多くは中堅の若い先生が行い、専攻医には気胸などから手術を経験してもらっています。

肝胆脾の症例も他院に比較し非常に多く、血管合併切除・血行再建を含む手術もあり高度な技術と術後管理を学ぶことができます。

病院の性格上急性腹症の症例も非常に多く、その多くは専攻医が執刀しています。急性胆嚢炎は発症早期に手術を行っています。

小児外科に関する手術は少ないですが、これについては当プログラム連携施設の長野県立こども病院で研修していただきます。

この様に全領域に渡り手術症例が多いのが特徴で、平日は朝から平均 3 件の手術を行っていますので、専攻医はほぼ毎日手術に参加します。



諏訪赤十字病院外科の週間および年間予定

諏訪赤十字病院外科 週間予定

	月	火	水	木	金
8:00				英文抄読会	
	外科カンファ	外科カンファ	外科カンファ	外科カンファ	外科カンファ
	病棟回診	外来業務	病棟回診	病棟回診	病棟回診
9:00	手術		手術	手術	手術
10:00		病棟業務			
11:00		検査			
12:00		医局勉強会			
13:00					
14:00					
15:00					
16:00	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務	外科コメディカル合同カンファレンス
17:00		外科内科放射線科病理合同カンファレンス			
18:00					
19:00					

第三金曜日 17:00-18:00 Cancer Board (全科医師、薬剤部)

第二月曜日 18:00-19:00 : CPC (医局合同病理カンファ)



各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

- (1) 基幹施設および連携施設それぞれにおいて医師および看護スタッフによる治療および管理方針の症例検討会を行い、専攻医は積極的に意見を述べ、同僚の意見を聴くことにより、具体的な治療と管理の論理を学びます。
- (2) 放射線診断・病理合同カンファレンス(CPC):手術症例を中心に放射線診断部とともに術前画像診断を検討し、切除検体の病理診断と対比いたします。
- (3) CancerBoard:複数の臓器に広がる進行・再発例や、重症の内科合併症を有する症例、非常に稀で標準治療がない症例などの治療方針決定について、内科など関連診療科、病理部、放射線科、緩和などによる合同カンファレンスを行います。
- (4) 基幹施設と連携施設による症例検討会（諏訪赤十字病院、研修プログラム管理委員会内）：各施設の専攻医や若手専門医による研修発表会を各年度末に諏訪赤十字病院内の施設を用いて行い、発表内容、スライド資料の良否、発表態度などについて指導的立場の医師や同僚・後輩から質問を受けて討論を行います。
- (5) 各施設において抄読会や勉強会を実施します。専攻医は最新のガイドラインを参照するとともにインターネットなどによる情報検索を行います。
- (6) トレーニング設備（年1回）やドライラボ、教育DVDなどを用いて積極的に手術手技を学びます
- (7) 日本外科学会の学術集会（特に教育プログラム）、e-learning、その他各種研修セミナーや各病院内で実施されるこれらの講習会などで下記の事柄を学びます。
 - ☐ 標準的医療および今後期待される先進的医療
 - ☐ 医療倫理、医療安全、院感染対策

諏訪赤十字病院外科研修プログラムに関連した年間スケジュール

月	全体行事予定
4	外科専門研修開始 専攻医および指導医に提出用資料の配布 日本外科学会（参加）
5	研修修了者：専門医認定審査申請・提出 信州外科集談会（発表） 手術手技トレーニング（1泊2日）
6	消化器外科学会参加（参加あるいは発表）
7	研修修了者：専門医認定審査（筆記試験）
9	信州外科集談会（発表）
11	臨床外科学会（発表）
2	専攻医：研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙の 作成（年次報告）（書類は翌月に提出） 専攻医：研修プログラム評価報告用紙の作成 （書類は翌月に提出）
3	その年度の研修終了 専攻医：その年度の研修目標達成度評価報告用紙と経験手例数 報告要旨を提出 指導医・指導責任者：前年度の指導実績報告用紙の提出 研修プログラム管理委員会開催

上記の他、日本胸部外科学会、日本食道学会、日本胃癌学会、日本肝胆膵外科学会、日本呼吸器外科学会、日本乳癌学会、日本がん治療学会、日本内視鏡外科学会などへの参加を促し、発表の機会を与えます。各学会の指導医が指導します。

研修総括カンファ

諏訪赤十字病院外科（肝胆膵外科、消化器外科、呼吸器外科、乳腺外科）、長野県立こども病院（小児外科）、富士見高原病院外科終了時に経験症例を題材とした研修報告カンファレンス（諏訪赤十字病院）を行います。

各年度末には、1年間の研修総括を基幹施設医師および連携施設指導医の集合のもと（諏訪赤十字病院、研修プログラム管理委員会内）行います。

リサーチマインドの養成

専攻医は、医学・医療の進歩に遅れることなく、常に研鑽、自己学習することが求められます。患者の日常的診療から浮かび上がるクリニカルクエスチョンを日々の学習により解決し、今日のエビデンスでは解決し得ない問題は臨床研究に自ら参加、もしくは企画する事で解決しようとする姿勢を身につけます。学会には積極的に参加し、基礎的あるいは臨床的研究成果を発表します。さらにえられた成果は論文として発表し、公に広めるとともに批評を受ける姿勢を身につけます。単なる技術医ではなく論理的な思考の上に立った外科専門医を目指すところです。

1. 学問的姿勢

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。

2. 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
- (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. 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を中心に専門研修施設群内で構築する。本研修プログラム内では、4ヶ月から6ヶ月程度の大学研修を必須とし、大学での臨床あるいは基礎研究を経験(体験)してもらいます。大学での臨床カンファレンスや医局カンファレンスに参加し、論理的思考を養います。

諏訪赤十字病院外科研修・業績

2020 年から 2022 年に在籍した医師の業績を示します。今後も活発に発表を行っていく予定です。学会出張旅費や論文作成費用が病院から支給されます。

学会発表

1. 同時性多発膿瘍に対し積極的ドレナージにて救命し得た 1 例. 市岡 健, 島田 宏, 森田 夏広, 清水 忠朗, 牧野 安良能, 代田 智樹, 五味 邦之, 丸山 起誉幸, 三原 基弘, 梶川 昌二, 芦原 典宏. 第 122 回信州外科集談会. 2022.
2. 術前に短期間で内臓脂肪を減少させた食道胃接合部癌の 1 例 (A case of preoperative short-term planned reduction in visceral fat for esophagogastric junction ca). Maruyama Kiyotomi, Shimada Kou, Makino Arano, Hisamune Ryo, Iguchi Takuya, Ichioka Ken, Kataoka Masahiro, Shiota Tomoki, Gomi Kuniyuki, Mihara Motohiro, Kajikawa Shouji
第 94 回, 日本胃癌学会総会. 2022.
3. 乳糜腹水及び腸間膜乳糜浮腫を呈した腹腔鏡下幽門側胃切除後の内ヘルニアの 1 例. 森田 夏広, 牧野 安良能, 市岡 健, 清水 忠朗, 代田 智樹, 五味 邦之, 島田 宏, 丸山 起誉幸, 三原 基弘, 梶川 昌二. 第 122 回信州外科集談会. 2022.
4. 横行結腸の血管解剖に関する検討. 片岡 将宏, 五味 邦之, 市岡 健, 井口 琢哉, 代田 智樹, 牧野 安良能, 島田 宏, 丸山 起誉幸, 三原 基弘, 梶川 昌二. 第 77 回, 日本消化器外科学会総会. 2022.
5. 高侵襲鏡視下手術前に内臓脂肪の減量を目的に行う、Formula diet を使用した計画的・短期食事療法. 丸山 起誉幸, 島田 宏, 牧野 安良能, 久宗 遼, 井口 琢哉, 片岡 将宏, 代田 智樹, 五味 邦之, 三原 基弘, 梶川 昌二. 第 122 回, 日本外科学会定期学術集会. 2022.
6. 腹腔鏡下に根治切除が施行された大腸癌症例において術後 7 日目の CRP/アルブミン比が予後に与える影響. 片岡 将宏, 五味 邦之, 市岡 健, 井口 琢哉, 代田 智樹, 牧野 安良能, 島田 宏, 丸山 起誉幸, 三原 基弘, 梶川 昌二. 第 122 回, 日本外科学会定期学術集会. 2022.
7. 腹腔鏡下に根治切除が施行された大腸癌症例において術後 7 日目の CRP/アルブミン比が予後に与える影響. 片岡 将宏, 五味 邦之, 市岡 健, 井口 琢哉, 代田 智樹, 牧野 安良能, 島田 宏, 丸山 起誉幸, 三原 基弘, 梶川 昌二. 第 122 回, 日本外科学会定期学術集会. 2022.
8. 診断支援システム (DSS) を活用した当院検査室からの情報発信 血清亜鉛異常値への対応. 小松 亜紀子, 藤森 和樹, 佐藤 雪絵, 皆川 久美子, 宮崎 雄紀, 巨島 文子, 丸

- 山 起誉幸. 第 36 回, 日本臨床栄養代謝学会学術集会. 2021.
9. 当院における、高齢者食道癌の治療戦略. 丸山 起誉幸, 島田 宏, 牧野 安良能, 久宗 遼, 代田 智樹, 五味 邦之, 三原 基弘, 梶川 昌二. 第 75 回, 日本食道学会学術集会. 2021.
 10. 肝原発 Epithelioid hemangioendothelioma の 1 例. 市岡 健, 三原 基弘, 井口 琢哉, 片岡 将宏, 代田 智樹, 牧野 安良能, 五味 邦之, 島田 宏, 丸山 起誉幸, 梶川 昌二. 第 121 回信州外科集談会. 2021.
 11. 高齢者の急性胆嚢炎に対する腹腔鏡下胆嚢摘出術の成績 (The outcomes of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly). Shirota Tomoki, Kimura Dai, Hisamune Ryou, Sugeno Shinsuke, Makino Arano, Takasu Kaori, Gomi Kuniyuki, Shimada Koh, Maruyama Kiyotomi, Mihara Motohiro, Kajikawa Shoji. 第 32 回, 日本肝胆膵外科学会学術集会. 2021.
 12. 肝腫瘍の切除により診断された濾胞性甲状腺癌の稀な一例 (A rare case of follicular thyroid carcinoma diagnosed by resection of a liver tumor). Sugeno Shinsuke, Shirota Tomoki, Kimura Dai, Hisamune Ryou, Makino Arano, Takasu Kaori, Gomi Kuniyuki, Shimada Kou, Maruyama Kiyotomi, Mihara Motohiro, Kajikawa Shouji. 第 32 回, 日本肝胆膵外科学会学術集会. 2021.
 13. 術中に冠動脈不全を合併し救命し得た食道癌の 1 例. 丸山 起誉幸, 島田 宏, 牧野 安良能, 菅谷 慎祐, 五味 邦之, 木村 大, 代田 智樹, 三原 基弘, 梶川 昌二. 第 74 回, 日本食道学会学術集会. 2020.
 14. 高齢者の胆嚢炎に対する腹腔鏡下胆嚢摘出術の手術成績. 代田 智樹, 久宗 遼, 菅谷 慎祐, 牧野 安良能, 高須 香吏, 五味 邦之, 島田 宏, 丸山 起誉幸, 三原 基弘, 梶川 昌二. 第 75 回, 日本消化器外科学会総会. 2020.
 15. 当院における胃粘膜下腫瘍に対する治療. 丸山 起誉幸, 島田 宏, 牧野 安良能, 菅谷 慎祐, 久宗 遼, 木村 大, 代田 智樹, 高須 香吏, 五味 邦之, 三原 基弘. 第 75 回, 日本消化器外科学会総会. 2020.
 16. 当院における外科手術患者に対する言語聴覚士 (ST) 介入症例の検討. 久宗 遼, 丸山 起誉幸, 巨島 文子, 岡本 梨江, 百瀬 将晃. 第 35 回, 日本臨床栄養代謝学会学術集会. 2020.
 17. 急性期脳卒中患者への PPI 投与下でのハイネーゲルの有用性について. 皆川 久美子, 古清水 元子, 宮崎 雄紀, 佐藤 雪絵, 丸山 起誉幸, 巨島 文子. 第 35 回, 日本臨床栄養代謝学会学術集会. 2020.
 18. 嚥下機能を低下させる薬剤が誤嚥性肺炎患者にもたらす影響について. 宮崎 雄紀, 岡本 梨江, 百瀬 将晃, 唐澤 綾, 網野 一真, 登内 盛治, 皆川 久美子, 丸山 起誉幸, 巨島 文子. 第 35 回, 日本臨床栄養代謝学会学術集会. 2020.
 19. 盲腸癌による虫垂炎と Spiegel ヘルニアに同時手術を施行した一例. 高須 香吏, 木村

- 大, 久宗 遼, 菅谷 慎祐, 牧野 安良能, 代田 智樹, 五味 邦之, 島田 宏, 丸山 起誉幸, 梶川 昌二. 第 82 回, 日本臨床外科学会総会. 2020.
20. 悪性リンパ腫との鑑別が困難だった腸間膜脂肪織炎の一例. 高須 香吏, 木村 大, 久宗 遼, 菅谷 慎祐, 牧野 安良能, 代田 智樹, 五味 邦之, 島田 宏, 丸山 起誉幸, 梶川 昌二. 第 82 回, 日本臨床外科学会総会. 2020.
21. 縦隔腫瘍ロボット支援手術の検討 その現状と展望. 吉田 和夫, 小山 力, 吾妻 寛之. 第 39 回, 日本呼吸器外科学会学術集会. 2022.
22. daVinci 手術の工夫 ポート間距離の取れない症例での 3 ポート+1 アシストの試み. 吾妻 寛之, 橋本 有華, 小山 力, 吉田 和夫. 第 39 回, 日本呼吸器外科学会学術集会. 2022.
23. 若年女性に発生した muller 管嚢胞の 1 例. 橋本 有華, 小山 力, 吾妻 寛之, 吉田 和夫. 第 39 回, 日本呼吸器外科学会学術集会. 2022.
24. 縦隔腫瘍に対する低侵襲手術: 胸腔鏡 vs ロボット 当科における縦隔腫瘍ロボット支援手術の適応 胸腺腫瘍を中心に. 吉田 和夫, 小山 力, 吾妻 寛之. 第 35 回, 日本内視鏡外科学会総会. 2022.
25. 胸部外傷. 吉田 和夫. 第 41 回, 登山医学会総会. 2021.
26. 左 S1+2+S6 区域切除後に残存上葉の無気肺を呈した 1 例. 小山 力, 寺田 志洋, 吉田 和夫. 第 60 回, 日本癌治療学会学術集会. 2022.
27. 当科におけるロボット支援下肺切除術の現状. 小山 力, 寺田 志洋, 吉田 和夫. 第 84 回, 日本臨床外科学会総会. 2022.
28. ロボット支援下手術の現状と展望 縦隔腫瘍ロボット支援手術の検討 その現状と展望. 吉田 和夫, 小山 力, 寺田 志洋, 吾妻 寛之. 第 47 回, 日本外科系連合学会学術集会. 2022.
29. 肺の細菌叢研究のための外科医の役割. 小山 力, 清水 公裕, 井手 祥吾, 三島 修治, 松岡 峻一郎, 竹田 哲, 三浦 健太郎, 吾妻 寛之, 江口 隆, 濱中 一敏, 吉田 和夫. 第 122 回, 日本外科学会定期学術集会. 2022.
30. 胸腔鏡下気胸修復術後に Horner 症候群を生じた 1 例. 小山 力, 吾妻 寛之, 吉田 和夫. 第 38 回, 日本呼吸器外科学会学術集会. 2021.
31. ロボット支援手術における肺区域切除の工夫. 吉田 和夫, 吾妻 寛之, 小山 力. 第 38 回, 日本呼吸器外科学会学術集会. 2021.
32. 高度癒着症例でのロボット手術の有用性. 吾妻 寛之, 小山 力, 吉田 和夫. 第 38 回, 日本呼吸器外科学会学術集会. 2021.
33. ロボット支援下拡大胸腺摘出術を施行した重症筋無力症クリーゼ併発硬化性胸腺腫の一切除例. 中村 健也, 吾妻 寛之, 小山 力, 吉田 和夫. 第 61 回, 日本肺癌学会学術集会. 2020.
34. 左肺上葉扁平上皮内癌(Squamous cell carcinoma in situ)の 1 切除例. 小山 力, 吾妻

- 寛之, 吉田 和夫. 第 61 回, 日本肺癌学会学術集会. 2020.
35. 心膜再建を行ったロボット支援胸腺摘出術 3 例の経験. 吾妻 寛之, 小山 力, 吉田 和夫, 久米田 浩孝. 第 61 回, 日本肺癌学会学術集会. 2020.
36. 増大する両側多発肺結節を呈した血管筋脂肪腫の 1 例. 久米田 浩孝, 吾妻 寛之, 吉田 和夫. 第 37 回, 日本呼吸器外科学会学術集会. 2020.
37. 術中にターゲッティングを変更しながら切除した拡大胸腺全摘術の一例. 吾妻 寛之, 久米田 浩孝, 吉田 和夫. 第 37 回, 日本呼吸器外科学会学術集会. 2020.
38. 呼吸器外科ロボット支援手術の現況と展望. 吉田 和夫, 久米田 浩孝, 吾妻 寛之, 砥石 正幸, 椎名 隆之. 第 37 回, 日本呼吸器外科学会学術集会. 2020.
39. ロボット手術におけるヒヤリハット事例の経験. 吾妻 寛之, 久米田 浩孝, 吉田 和夫. 第 37 回, 日本呼吸器外科学会学術集会. 2020.
40. 各領域におけるロボット手術の適応拡大 呼吸器外科ロボット支援手術の展望. 吉田 和夫, 久米田 浩孝, 吾妻 寛之. 第 36 回, 医工学治療学会学術大会. 2020.
41. 当科におけるトラスツズマブデルクステカン使用症例の検討. 岡田 敏宏, 相馬 藍, 小山 洋. 第 30 回, 日本乳癌学会総会. 2022.
42. 局所進行乳癌の予後規定因子についての検討. 相馬 藍, 岡田 敏宏, 小山 洋. 第 30 回, 日本乳癌学会総会. 2022.
43. 難治性乳腺膿瘍を契機に発見された胸壁結核の 1 例. 相馬 藍, 岡田 敏宏. 第 83 回, 日本臨床外科学会総会. 2021.
44. 再発 1 次・2 次化学療法後に CDK4/6 阻害剤併用による内分泌療法が奏功した再発乳癌の 1 例. 岡田 敏宏, 相馬 藍. 日本乳癌学会総会. 2021.
45. 高濃度乳房が乳癌のリスク因子となりうるかについての検討. 相馬 藍, 岡田 敏宏, 小山 洋. 第 29 回, 日本乳癌学会総会. 2021.
46. 夫婦関係の破綻を契機に妊孕性温存と乳がん治療の両立に難渋した 1 例. 相馬 藍, 岡田 敏宏. 第 34 回, 長野県乳腺疾患懇話会. 2020.
47. 手術不能および再発乳癌症例に対する Olaparib 適応の検討. 相馬 藍, 岡田 敏宏, 小山 洋. 第 28 回, 日本乳癌学会総会. 2020.
48. 乳癌と大腸癌の重複癌に併発した肝炎性偽腫瘍の 1 例. 岡田 敏宏, 相馬 藍, 渡辺 正秀. 第 28 回, 日本乳癌学会総会. 2020.
49. 市中病院における AYA 世代がん患者への妊孕性温存に関する情報提供の現状と課題. 網野 一真, 榊間 絢子, 登内 盛治, 倉田 絵里, 岡田 敏宏. 第 10 回, 日本がん・生殖医療学会学術集会. 2020.
50. 再発 1 次・2 次化学療法後に CDK4/6 阻害剤併用による内分泌療法が奏功した再発乳癌の 1 例. 井地 瞭子, 岡田 敏宏, 相馬 藍. 第 93 回, 日本内分泌外科学会学術総会. 2020.
51. EVAR 後のエンドリークによる腹部大動脈瘤破裂に対して再EVARを施行し救命した 1 例.

- 内藤 一樹, 田中 晴城, 駒津 和宜. 第 84 回, 日本臨床外科学総会. 2022.
52. 孤立性外腸骨動脈瘤の 1 例. 内藤 一樹, 田中 晴城, 駒津 和宜. 第 83 回日本臨床外科学会総会. 2021.
53. 冠動脈バイパス術直後に広範囲冠動脈攣縮を発症した 1 例. 五味渕 俊仁, 毛原 啓, 駒津 和宜, 寺崎 貴光, 坂口 昌幸, 河野 哲也. 第 47 回, 日本集中治療医学会学術集会. 2020.

論文

1. 造影 CT が診断に有効であった胆嚢穿孔による胆汁性腹膜炎の 1 例. 久宗 遼, 坂口 昌幸, 吉澤 俊彦, 野首 元成, 代田 智樹, 丸山 起誉幸. 救急医学. 46 巻 11 号 p. 1373-1376. 2022.
2. 食道壁に刺さった PTP シートに対する内視鏡的粘膜切開と核出 (Successful endoscopic mucosal incision and enucleation of an implanted press-through package sheet in the esophageal wall). Suga Tomoaki, Oguchi Takaya, Maruyama Kiyotomi. Dig Endosc. 34(1) p. e24-e25. 2022.
3. Clinical impact of C-reactive protein to albumin ratio of the 7th postoperative day on prognosis after laparoscopic colorectal cancer surgery. Masahiro Kataoka, Kuniyuki Gomi, Ken Ichioka, Takuya Iguchi, Tomoki Shiota, Arano Makino, Ko Shimada, Kiyotomi Maruyama, Motohiro Mihara, Shoji Kajikawa. Ann Coloproctol. 13. 2022.
4. Effective and safe reduction in visceral fat using a formula diet in a short period before highly invasive endoscopic surgery - Case series. Kiyotomi Maruyama, Kou Shimada, Arano Makino, Ryo Hisamune, Tomoki Shiota, Kuniyuki Gomi. Int Surg Case Rep. 83:106026. 2021.
5. Laparoscopic abdominal perineal rectal resection for rectal cancer with a horseshoe kidney using preoperative 3D-CT angiography: a case report. Jun-ichi Yoshizawa, Kuniyuki Gomi, Arano Makino, Ryo Hisamune, Sinsuke Sugeno, Kou Shimada, Kiyotomi Maruyama, Motohiro Mihara, Shoji Kajikawa. BMC Surg. 21(1), 2021.
6. 食道壁に埋没した PTP シートを内視鏡的に切開摘出した一例. 藤井 隆太, 菅 智明, 小口 貴也, 丸山 康弘, 林 健次郎, 平林 正裕, 井地 遼子, 小松 通治, 太田 裕志, 武川 健二, 丸山 起誉幸. ENDOSCOPIC FORUM for digestive disease. 37 巻 2 号 p. 126. 2021.
7. 当院における小児腹腔鏡下虫垂切除術の治療成績. 久宗 遼, 坂口 昌幸, 丸山 起誉幸. 日本腹部救急医学会雑誌. 40 巻 6 号 p713-717. 2020.

8. 「各領域におけるロボット手術の適応拡大」呼吸器外科ロボット支援手術の展望(解説). 吉田 和夫, 小山 力, 吾妻 寛之. 医工学治療. 33 巻 1 号. p. 52-59. 2021.
9. 乳管内増殖を特徴とした乳房皮脂腺癌 1 症例報告(Sebaceous carcinoma of the breast predominantly characterized by intraductal growth: a case report). Ohno Koichi, Okada Toshihiro, Nakamura Toshitsugu, Koyama Hiroshi. Surgical Case Reports. 6 巻 p. 1 of 7-7 of 7. 2020.
10. 4DCT 併用により, 主要リエントリーの同定と大血管の評価を同時に行えた大動脈解離術後の 1 例. 山中 克修, 駒津 和宜, 所 祐里香, 望月 裕斗, 関 真司, 田中 沙也加, 長田 勇亮, 青沼 萌光, 荻原 佳那, 小沢 広行. 諏訪赤十字医学雑誌. 14 巻. p. 28-33. 2022.



医療倫理、医療安全、院内感染対策

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ます。

(1) 医療行為に関する法律を理解し、遵守できる。

(2) 医師としての責務を自律的に果たし信頼されること（プロフェッショナリズム）

医療専門家である医師と患者を含む社会との契約を十分に理解し、患者、家族から信頼される知識・技能および態度を身につけます。

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。

外科診療における適切なインフォームド・コンセントを得ることができる。

(3) 患者中心の医療を実践し、医の倫理・医療安全に配慮すること

患者の社会的・遺伝的背景もふまえ患者ごとに的確な医療を目指します。

医療安全の重要性を理解し事故防止、事故後の対応をマニュアルに沿って実践します。

(4) 臨床の現場から学ぶ態度を習得すること

臨床の現場から学び続けることの重要性を認識し、その方法を身につけます。

(5) 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。

チーム医療の必要性を理解しチームのリーダーとして活動します。

的確なコンサルテーションを実践します。

他のメディカルスタッフと協調して診療にあたります。

(6) ターミナルケアを適切に行うことができる。

(7) インシデント・アクシデントが生じた際、的確に処置し患者に説明することができる。

(8) 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。

自らの診療技術、態度が後輩の模範となり、また形成的指導が実践できるように学生や初期臨床研修医および後輩専攻医を指導医とともに受け持ち患者を担当し、チーム医療の一員として後輩医師の教育・指導を担います。

(9) すべての医療行為、患者に行った説明など治療の経過を书面化し、管理することができる。

(10) 保健医療や主たる医療法規を理解し、遵守すること

健康保険制度を理解し保健医療をメディカルスタッフと協調し実践します。

医師法・医療法、健康保険法、国民健康保険法、老人保健法を理解します。

診断書、証明書が作成、管理することができる。

諏訪赤十字病院においては、年に複数回の医療安全・医療倫理あるいは感染対策に関する講演会（学習会）を計画しており、職員には最低2回以上の受講を促しています。

地域医療

本研修プログラムでは諏訪赤十字病院を基幹施設とし、地域の連携施設とともに病院施設群を構成してします。専攻医はこれらの施設群をローテートすることにより、多彩で偏りのない充実した研修を行うことが可能となります。これは専攻医が専門医取得に必要な経験を積むことに大変有効です。地域の連携病院で多彩な症例を多数経験することで医師としての基本的な力を獲得します。このような理由から施設群内の複数の施設で研修を行うことが非常に大切です。専攻医に対しては、指導内容や経験症例数に不公平が無いように十分配慮します。

施設群における研修の順序、期間等については、専攻医数や個々の専攻医の希望と研修進捗状況、各病院の状況、地域の医療体制を勘案して、諏訪赤十字病院外科専門研修プログラム管理委員会が決定します。

目的：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。

当外科専門研修プログラムにおいては、地域医療を諏訪赤十字病院（地域中核病院：担当指導医 7 名）と富士見高原病院（地域中核病院：担当指導医 2 名）で研修を行います。地域の連携病院では責任を持って多くの症例を経験することができます。また、地域医療における病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療などの意義について学ぶことができます。以下に本研修プログラムにおける地域医療についてまとめます。

地域の医療資源や救急体制について把握し、地域の特性に応じた病診連携、病病連携のあり方について理解して実践します。

消化器がん患者の緩和ケアなど、活動性の低下した患者に対して、在宅医療や緩和ケア専門施設などを活用した医療を立案します。

専攻医研修ローテーション（例）

1. 研修プログラムの施設群

諏訪赤十字病院と連携施設（3施設）により専門研修施設群を構成します。本専門研修施設群では **12名** の専門研修指導医が専攻医を指導します。3年間の施設群ローテーションにおける研修内容を示します。

専門研修基幹施設

名称	都道府県	研修分野 1: 消化器外科, 2: 心臓血管外科, 3: 呼吸器外科, 4: 小児外科, 5: 乳腺内分泌外科, 6: その他（救急含む）	統括責任者名
諏訪赤十字病院	長野県	①. ②. ③. 4. ⑤. ⑥	丸山 起誉幸

専門研修連携施設

No.	名称	都道府県		連携施設担当者
1	長野県立こども病院	長野県	1. 2. 3. ④. 5. 6.	高見澤 滋
2	富士見高原病院	長野県	①. 2. 3. 4. ⑤. ⑥.	安達 互
3	信州大学病院	長野県	①. ②. ③. 4. ⑤. 6.	濱中 一敏

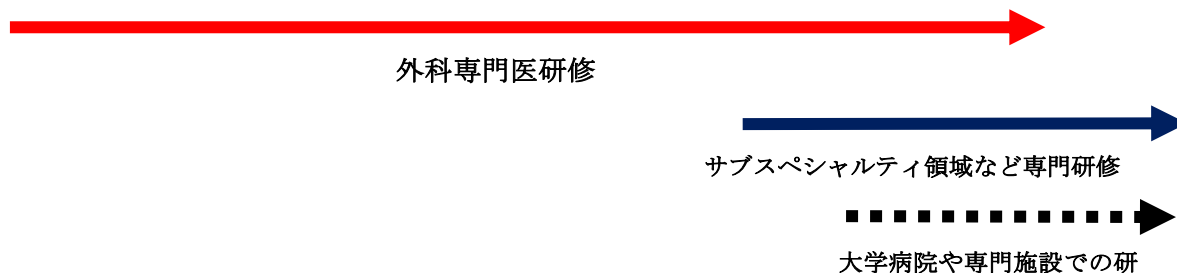
2. 研修ローテーション

下記に諏訪赤十字病院外科専門研修プログラムにおける研修ローテーションの1例を示します。専攻医の希望や、他専攻医との兼ね合い、研修先施設の都合などを考慮し、研修開始時にローテーション順を決定する予定ですが、1年目は諏訪赤十字病院での研修となります。関連病院の研修時期や期間は専攻医の希望にある程度沿うように調節可能ですが、最低計6ヶ月以上の連携施設での研修が必須となります。

諏訪赤十字病院外科研修プログラムでの3年間の施設群ローテーションにおける研修内容と予想される経験症例数を下記に示します。どの施設においても専攻医間で内容と経験症例数に偏り、不公平がないように十分配慮します。

< 諏訪赤十字病院外科専門研修プログラムの1例 >

1 年次	2 年次			3 年次		4 年次以降
12 ヶ月	3 ヶ月	6 ヶ月	3 ヶ月	4 ヶ月	8 ヶ月	
諏訪赤十字病院	富士見高原病院	諏訪赤十字病院	長野県立こども病院	信州大学病院	諏訪赤十字病院	



修

諏訪赤十字病院

消化器外科、呼吸器外科、心臓・血管外科、乳腺・内分泌外科を研修します。1 年目に、消化器外科（上部消化管外科、下部消化管外科、肝胆膵外科）7 ヶ月、呼吸器外科 2 ヶ月、心臓血管外科 1 ヶ月、乳腺内分泌外科 2 ヶ月研修します。2 年目、3 年目には、専攻医の希望に沿った分野を中心にローテート研修を行う予定ですが 1 分野に偏らないようにします。例：肝胆膵外科 6 ヶ月、上部消化管外科 4 ヶ月、呼吸器外科 4 ヶ月など。諏訪赤十字病院における目標経験症例数の 1 例を示します。

諏訪赤十字病院における目標経験症例数

諏訪赤十字病院	研修期間	指導医数 () 担当医数 *重複あり	Subspecialty 専門医数	経験症例数 (3 年間)	執刀医数 (3 年間)
肝胆膵外科	6 ヶ月	2 (2)	1	120	30
上部消化管	6 ヶ月	2 (2)	1	80	5
下部消化管	7 ヶ月	2 (3)	1	100	20
呼吸器外科	3 ヶ月	1 (2)	1	30	5
乳腺内分泌外科	3 ヶ月	1 (1)	1	20	10
心臓血管外科	1 ヶ月	2 (4)	2	10	0
一般外科	－	5	2	100	50
救急	－	2 (5)	3	150	－

上記以外にも、小児のヘルニアや虫垂炎の症例が少数例あるので、症例数に関する限り、3 年間の諏訪赤十字病院外科研修で経験必要数に達することは可能です。

過去実際に諏訪赤十字病院外科で研修した後期研修医の経験症例数を示します。

ある外科後期研修医の 2 年 6 ヶ月間の手術経験（同時期後期研修医数：計 2-3 名）

領域	経験症例数（NCD 承認済み）	外科研修必要数
消化管および腹部内臓	347	最低 50
乳腺	10	最低 10
呼吸器	35	最低 10
心臓・大血管	10	最低 10
末梢血管	13	最低 10
頭頸部・体表・内分泌	29	最低 10
小児外科	10	最低 10
外傷	2	最低 10
合計	431	最低 350

術者区分	経験症例数（NCD 承認済み）	外科研修必要数
術者	128	最低 120
助手	303	-

手術方法	経験症例数（NCD 承認済み）	外科研修必要数
通常手術	230	-
内視鏡手術	201	最低 10

長野県立こども病院

小児外科を研修します。小児ヘルニアをはじめ幽門狭窄、食道閉鎖、鎖肛など専門的な症例や小児の集中治療を研修することができます。

小児外科：経験症例 120 例以上/3 ヶ月（術者 10 例以上/3 ヶ月）

富士見高原病院

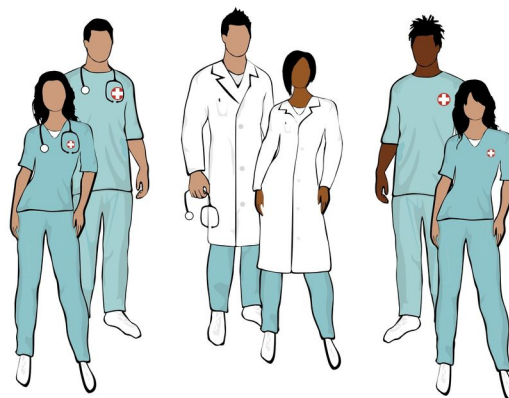
諏訪赤十字病院よりもさらに地域に根ざした医療が行われており、プレイマリーケアを含んだ外科専門研修を行うことができます。病診連携・病病連携や地域包括ケアシステムを理解して外科診療を行います。

経験症例 50 例以上/3 ヶ月（術者 10 例以上/3 ヶ月）

信州大学附属病院

一般病院では経験できない専門的で高度な急性期医療や研究を経験し、専門医取得後の道筋をつけるための研修を行うことができます。大学でのカンファレンスや勉強会、臨床研究や基礎研究、各種診療経過に関わることにより、さらに論理的でアカデミックな研修を経験することができます。内視鏡治療を中心とした消化器外科（上部消化管、下部消化管）、肝移植を含む肝胆膵外科、呼吸器外科、乳腺内分泌外科、心臓血管外科のいくつかを 2 ヶ月毎研修します。専攻医の希望と施設の都合により決定します。

経験症例（例：消化管と呼吸器外科を選択した場合）40 例以上/4 ヶ月（術者 0 例以上/4 ヶ月）



サブスペシャリティ領域などの専門医連動コース

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

サブスペシャリティ領域の専門医制度の今後の未だ不明確なのであくまでも現在の予定を示します。

諏訪赤十字病院外科研修プログラムの研修期間は3年間としていますが、習得が不十分な場合は習得できるまで期間を延長することになります（未修了）。一方で、3年次研修中にカリキュラムの技能を習得したと認められた専攻医には、その時点から積極的にサブスペシャリティ領域専門医取得に向けた技能教育を開始し、また大学入局希望者や専門施設での研修希望者には、当該施設での了承が得られれば同施設において研修を開始することができます。研修先については積極的に紹介致しますし、諏訪赤十字病院外科、心臓血管外科においても引き続きサブスペシャリティ領域の専門研修は十分可能です。



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す。

- (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に登録します。
- (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の承認を行います。
- (3) 1年毎(年度末)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します。
- (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ます。

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す。

- (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します。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します。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います。(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します。
- (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います。
- (4) 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います。

2) 評価の責任者

3年の専門研修終了時に下記の終了プロセスに従い終了判定を行い、評価の責任は専門研修プログラム統括責任者が担います。

3) 終了判定のプロセス

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します。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します。知識、技能、態度の1つでも欠落する場合は専門研修修了と認めません。

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います。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%）を出題します。

4) 他職種評価

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います。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（年度末）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します。

参考：専門研修の休止・中断、プログラムの移動、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120日とします。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日とします。（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、専門研修修了時に未修了扱いとします。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います。
- (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します。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します。
- (4) 専門研修プログラムの移動は原則認めません。（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ます。）
- (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す。

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ます。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ありません。

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。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。
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。

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。
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。
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。

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ません。

専門研修管理委員会の運営

1. 専門研修プログラムの管理運営体制の基準

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。

<諏訪赤十字病院外科専門研修プログラム管理委員会>

氏名	所属	役職	備考
丸山 起誉幸	諏訪赤十字病院	消化器外科部長	専門研修プログラム統括責任者
高見澤 滋	長野県立こども病院	外科部長	専門研修プログラム連携施設担当者
巾 芳昭	富士見高原病院	副院長	専門研修プログラム連携施設担当者
濱中 一敏	信州大学医学部附属病院	准教授	専門研修プログラム連携施設担当者
小山 泰仙	諏訪赤十字病院	看護師長	
唐沢 綾	諏訪赤十字病院	薬剤師	
的池 拓	諏訪赤十字病院	医療支援課	

2. 基幹施設の役割

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. プログラム管理委員会の役割と権限

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) 1 年毎に開催する。

4. プログラム統括責任者の基準および役割と権限

《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）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。

5. 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) 6 カ月毎に開催する。

専門研修指導医

1. 専門研修指導医の要件

- (1) 専門研修施設群を構成する専門研修基幹施設または、専門研修連携施設に常勤する 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。
- (2) 専門研修指導医の更新は、毎年提出される専門研修プログラムで行われる。

2. 専門研修指導医の役割（教育・指導・評価など）

- (1) 専門研修指導医は、専門研修基幹施設あるいは専門研修連携施設において、専攻医が偏りなく到達（経験）目標を達成できるように、専門研修プログラムに沿って専攻医の指導を行う。
- (2) 専門研修指導医は、口頭または実技で専攻医に形成的評価を行い、1 年毎（年度末）、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。
- (3) 専門研修指導医は、専攻医が NCD に登録した手術症例の承認を行う。
- (4) 専門研修指導医は、専攻医のメンタルヘルスにお配慮する。
- (5) 専門研修指導医は、連携施設において研修プログラム連携施設担当者もしくは委員会のメンバーとして研修を管理する。
- (6) 専門研修指導医は、日本専門医機構または日本外科学会が提供する指導医講習会、FD 講習会などに参加し、指導医として必要な教育を受ける。

専攻医の労働管理

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スに配慮する。
- (3) 勤務時間、当直、給与、休日は労働基準法に準じて諏訪赤十字病院、各専門研修連携施設の施設規定に準じる。

外科専門研修プログラムの評価

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

毎年度末、総括カンファの時にプログラムの評価を行います。

- (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します。
- (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します。
- (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します。

2. 専攻医などからの評価システム改善につなげるプロセス

- (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します。
- (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います。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します。
- (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います。
- (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ます。

3. 研修に対する監査・調査への対応

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します。

専攻医の採用

採用方法について

<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) 初期臨床研修終了登録証を有する。

ただし、平成 16 年 3 月に卒業以前の医師は免除とする。

<提出書類>

- (1) 専門研修プログラム申請書（所定様式）
- (2) 履歴書
- (3) 医学部卒業証明書
- (4) 医師免許書（写し）
- (5) 初期臨床研修修了書（終了予定の者は終了次第提出）

書類提出先

〒392-0027 長野県諏訪市湖岸通り 5-11-50

諏訪赤十字病院 医療支援課

諏訪赤十字病院外科研修プログラム委員会 宛

必ず簡易郵便で郵送のこと

<審査>

書類審査に合格した場合、下記の日程で筆記試験と面接試験を行います。

一次登録

日時：令和 7 年 12 月 10 日 10 時から

場所：諏訪赤十字病院 第 2 会議室

二次登録

日時：令和 8 年 2 月 18 日 10 時から

場所：諏訪赤十字病院 第 2 会議室

<発表>

個人宛通知する

<問い合わせ先>

諏訪赤十字病院 医療支援課

kensyu@suwa.jrc.or.jp

<http://www.suwa.jrc.or.jp>

0266-52-6111（代表）

