(様式第 10)

東医大発第　441 号
令和元年 10 月 3 日

厚生労働大臣　殿

開設者名　学校法人東京医科
理事長　矢﨑　義

[redacted]

東京医科大学病院の業務に関する報告について

標記について、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 12 条の 3 第 1 項及び医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第 9 条の 2 の 2 の第 1 項の規定に基づき、平成 30 年度の業務に関して報告します。

記

1　開設者の住所及び氏名

住　　所	〒160-8402　東京都新宿区新宿6-1-1
氏　　名	学校法人東京医科大学

(注)　開設者が法人である場合は、「住所」欄には法人の主たる事務所の所在地を、「氏名」欄には法人の名称を記入すること。

2　名　　称

東京医科大学病院

3　所在の場所

〒160-0023　東京都新宿区西新宿6-7-1 電話 (03) 3342－6111

4　診療科名

4-1　標榜する診療科名の区分

①医療法施行規則第六条の四第一項の規定に基づき、有すべき診療科名すべてを標榜 2 医療法施行規則第六条の四第四項の規定により読み替えられた同条第一項の規定に基づき、がん、循環器疾患等の疾患に関し、高度かつ専門的な医療を提供する特定機能病院として、十以上の診療科名を標榜

(注)　上記のいずれかを選択し、番号に○印を付けること。

4-2　標榜している診療科名

(1) 内科

内科			○有　・　無
内科と組み合わせた診療科名等			
①呼吸器内科	②消化器内科	③循環器内科	④腎臓内科
⑤神経内科	⑥血液内科	7内分泌内科	8代謝内科
9感染症内科	10アレルギー疾患内科またはアレルギー科		⑪リウマチ科
診療実績			

(注) 1　「内科と組み合わせた診療科名等」欄については、標榜している診療科名の番号に○印を付けること。

2　「診療実績」欄については、「内科と組み合わせた診療科名等」欄において、標榜していない診療科がある場合、その診療科で提供される医療を、他の診療科で提供している旨を記載すること。

(2) 外科

外科	○有　・　無
外科と組み合わせた診療科名 ①呼吸器外科　②消化器外科　③乳腺外科　4心臓外科 5血管外科　⑥心臓血管外科　7内分泌外科　⑧小児外科	
診療実績	

(注) 1　「外科と組み合わせた診療科名」欄については、標榜している診療科名の番号に○印を付けること。

2　「診療実績」欄については、「外科」「呼吸器外科」「消化器外科」「乳腺外科」「心臓外科」「血管外科」「心臓血管外科」「内分泌外科」「小児外科」のうち、標榜していない科がある場合は、他の標榜科での当該医療の提供実績を記載すること（「心臓血管外科」を標榜している場合は、「心臓外科」「血管外科」の両方の診療を提供しているとして差し支えないこと）。

(3) その他の標榜していることが求められる診療科名

①精神科　②小児科　③整形外科　④脳神経外科　⑤皮膚科　⑥泌尿器科　7産婦人科 ⑧産科　⑨婦人科　⑩眼科　⑪耳鼻咽喉科　⑫放射線科　⑬放射線診断科　⑭放射線治療科 ⑮麻酔科　⑯救急科

(注)　標榜している診療科名の番号に○印を付けること。

(4) 歯科

歯科	○有　・　無
歯科と組み合わせた診療科名 1小児歯科　②矯正歯科　③口腔外科	
歯科の診療体制	

(注) 1　「歯科」欄及び「歯科と組み合わせた診療科名」欄については、標榜している診療科名の番号に○印を付けること。

2　「歯科の診療体制」欄については、医療法施行規則第六条の四第五項の規定により、標榜している診療科名として「歯科」を含まない病院については記入すること。

(5) (1)～(4)以外でその他に標榜している診療科名

①臨床検査科　②形成外科　③リハビリテーション科　④病理診断科　⑤糖尿病内分泌内科 ⑥老年内科

(注)　標榜している診療科名について記入すること。

5　病床数

精　神	感染症	結　核	療　養	一　般	合　計
19床	0床	0床	0床	885床	904床

6　医師、歯科医師、薬剤師、看護師及び准看護師、管理栄養士その他の従業者の員数

職　種	常　勤	非常勤	合　計	職　種	員　数	職　種	員　数
医　師	734人	322人	752.9人	看護補助者	61人	診療エックス線技師	0人
歯科医師	25人	24人	27.3人	理学療法士	20人	臨床検査技師	124人
薬剤師	72人	0人	72.0人	作業療法士	6人	衛生検査技師	1人
保健師	5人	1人	5.8人	視能訓練士	16人	その他	0人
助産師	49人	1人	49.4人	義肢装具士	0人	あん摩マッサージ指圧師	0人
看護師	1,075人	10人	1,080.6人	臨床工学士	26人	医療社会事業従事者	14人
准看護師	0人	0人	0.0人	栄養士	1人	その他の技術員	15人
歯科衛生士	7人	0人	7.0人	歯科技工士	2人	事務職員	333人
管理栄養士	25人	4人	26.1人	診療放射線技師	78人	その他の職員	25人

(注) 1　報告書を提出する年度の10月1日現在の員数を記入すること。
2　栄養士の員数には、管理栄養士の員数は含めないで記入すること。
3「合計」欄には、非常勤の者を当該病院の常勤の従事者の通常の勤務時間により常勤換算した員数と常勤の者の員数の合計を小数点以下2位を切り捨て、小数点以下1位まで算出して記入すること。それ以外の欄には、それぞれの員数の単純合計員数を記入すること。

7　専門の医師数

専門医名	人　数	専門医名	人　数
総合内科専門医	41人	眼科専門医	13人
外科専門医	29人	耳鼻咽喉科専門医	16人
精神科専門医	7人	放射線科専門医	9人
小児科専門医	17人	脳神経外科専門医	10人
皮膚科専門医	8人	整形外科専門医	7人
泌尿器科専門医	6人	麻酔科専門医	11人
産婦人科専門医	15人	救急科専門医	8人
		合　計	197人

(注) 1　報告書を提出する年度の10月1日現在の員数を記入すること。
2　人数には、非常勤の者を当該病院の常勤の従事者の通常の勤務時間により常勤換算した員数と常勤の者の員数の合計を小数点以下1位を切り捨て、整数で算出して記入すること。

8　管理者の医療に係る安全管理の業務の経験

管理者名（三木　保）　任命年月日　平成30年9月1日

医療の質・安全管理学分野主任教授　平成25年4月～継続中
医療安全管理室室長　平成25年4月～平成30年8月
医療安全管理委員会委員　平成25年4月～平成30年8月
医療安全管理委員会委員長　平成30年9月～継続中
医療安全推進委員会委員長　平成25年4月～平成30年8月

9　前年度の平均の入院患者、外来患者及び調剤の数

歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の前年度の平均の入院患者及び外来患者の数

	歯科等以外	歯科等	合計
1日当たり平均入院患者数	778.9人	6.9人	785.8人
1日当たり平均外来患者数	2,338.8人	103.0人	2,441.3人
1日当たり平均調剤数			1,828.6剤
必要医師数			214.278人
必要歯科医師数			6.150人
必要薬剤師数			27.0人
必要（准）看護師数			475.0人

(注) 1　「歯科等」欄には、歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科を受診した患者数を、「歯科等以外」欄にはそれ以外の診療料を受診した患者数を記入すること。

2　入院患者数は、前年度の各科別の入院患者延数(毎日の 24 時現在の在院患者数の合計)を暦日で除した数を記入すること。

3　外来患者数は、前年度の各科別の外来患者延数をそれぞれ病院の年間の実外来診療日数で除した数を記入すること。

4　調剤数は、前年度の入院及び外来別の調剤延数をそれぞれ暦日及び実外来診療日数で除した数を記入すること。

5　必要医師数、必要歯科医師数、必要薬剤師数及び必要（准）看護師数については、医療法施行規則第二十二条の二の算定式に基づき算出すること。

10　施設の構造設備

施設名	床面積	主要構造	設備概要			
集中治療室	1,331.99 m^2	鉄骨造	病床数	26床	心電計	○有・無
			人工呼吸装置	○有・無	心細動除去装置	○有・無
			その他の救急蘇生装置	○有・無	ペースメーカー	○有・無
無菌病室等	[固定式の場合]　床面積　177.07m^2　　病床数　11床 [移動式の場合]　台数　台					
医薬品情報管理室	[専用室の場合]　床積　46.81m^2 [共用室の場合]　共用する室名					
化学検査室	149.84m^2		(主な設備) 生化学自動分析装置 全自動化学発光免疫測定装置			
細菌検査室	96.36m^2		(主な設備) 微生物感受性分析装置 血液培養全自動分析装置			
病理検査室	369.27m^2		(主な設備) 密閉式自動固定包埋装置、クリオスタット			
病理解剖室	m^2		(主な設備) 臓器投影台、ホルマリン希釈装置			
研究室	1459.76㎡		(主な設備) 顕微鏡、フリーザー、遠心分離機			
講義室	1,237.4m^2		室数	17室	収容定員	1,029人
図書室	678.6m^2		室数	1室	蔵書数	131,888冊程度

(注) 1　主要構造には、鉄筋コンクリート、簡易耐火、木造等の別を記入すること。

2　主な設備は、主たる医療機器、研究用機器、教育用機器を記入すること。

11　紹介率及び逆紹介率の前年度の平均値

紹介率		72.6%	逆紹介率	46.9%
算出根拠	A：紹介患者の数			26,060人
	B：他の病院又は診療所に紹介した患者の数			18,652人
	C：救急用自動車によって搬入された患者の数			2,801人
	D：初診の患者の数			39,752人

(注) 1　「紹介率」欄は、A、Cの和をDで除した数に100を乗じて小数点以下第1位まで記入すること。
2　「逆紹介率」欄は、BをDで除した数に100を乗じて小数点以下第1位まで記入すること。
3　A、B、C、Dは、それぞれの前年度の延数を記入すること。

12　監査委員会の委員名簿及び委員の選定理由（注）

氏名	所属	委員長（○を付す）	選定理由	利害関係	委員の要件該当状況
落合　和徳	医療法人社団三成会　新百合ヶ丘総合病院　常勤顧問	○	医師としての実績と医療安全に関する豊富な経験を持ち合わせているため	有・○無	医療に係る安全管理に関する識見を有する者
安原　幸彦	東京南部法律事務所　弁護士		弁護士として医療の法律に関する豊富な実績と経験を持ち合わせているため	有・○無	法律に関する識見を有する者
桑原　公平	西新宿六丁目町会　会長		医療を受ける者として長年当院を受診されているため	有・○無	医療を受ける者

（注）　「委員の要件該当状況」の欄は、次の1～3のいずれかを記載すること。
1. 医療に係る安全管理又は法律に関する識見を有する者その他の学識経験を有する者
2. 医療を受ける者その他の医療従事者以外の者（1. に掲げる者を除く。）
3. その他

13　監査委員会の委員名簿及び委員の選定理由の公表の状況

委員名簿の公表の有無	○有・無
委員の選定理由の公表の有無	○有・無
公表の方法 大学・病院ホームページ	

（様式第2）

高度の医療の提供の実績

1 承認を受けている先進医療の種類（注1）及び取扱患者数

先進医療の種類	取扱患者数
ウイルスに起因する難治性の眼感染疾患に対する迅速診断（PCR法）	35 人
MRI撮影及び超音波検査融合画像に基づく前立腺針生検法	1 人
多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術	0 人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人

（注）1 「先進医療の種類」欄には、厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準（平成二十年厚生労働省告示第百二十九号）第二各号に掲げる先進医療について記入すること。

（注）2 「取扱患者数」欄には、前年度の年間実患者数を記入すること。

（様式第2）

高度の医療の提供の実績

2 承認を受けている先進医療の種類（注1）及び取扱患者数

先進医療の種類	取扱患者数
ペメトレキセド静脈内投与及びシスプラチン静脈内投与の併用療法　肺がん（扁平上皮肺がん及び小細胞肺がんを除き、病理学的見地から完全に切除されたと判断されるものに限る。）	０人
内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下広汎子宮全摘術　子宮頸がん（FIGOによる臨床進行期分類がIB期以上及びIIB期以下の扁平上皮がん又はFIGOによる臨床進行期分類がIA2期以上及びIIB期以下の腺がんであって、リンパ節転移及び腹腔内臓器に転移していないものに限る。）	８人
コレステロール塞栓症に対する血液浄化療法	０人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人

（注）1 「先進医療の種類」欄には、厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準（平成二十年厚生労働省告示第百二十九号）第三各号に掲げる先進医療について記入すること。

（注）2 「取扱患者数」欄には、前年度の年間実患者数を記入すること。

（様式第2）

高度の医療の提供の実績

3 その他の高度の医療

医療技術名	切除不能局所進行膵癌に対する不可逆性電気穿孔法	取扱患者数	0 人
当該医療技術の概要 組織に電極針を刺入し、高電圧で短時間に通電し細胞膜に孔を空けで細胞をアポトーシスに導く治療法。			
医療技術名	肝癌に対する不可逆性電気穿孔法	取扱患者数	0 人
当該医療技術の概要 組織に電極針を刺入し、高電圧で短時間に通電し細胞膜に孔を空けで細胞をアポトーシスに導く治療法。腫瘍周囲の支持組織（血管、胆管、神経）を保持したまま、腫瘍等の細胞を壊死させることができる。従来では治療困難であった、大血管や消化管に隣接する腫瘍も治療可能となる。			
医療技術名	切除不能局所進行膵癌に対する高密度焦点式超音波治療	取扱患者数	8 人
当該医療技術の概要 切除不能局所進行膵癌に対する高密度焦点式超音波治療 。			
医療技術名	樹状細胞を用いた免疫療法	取扱患者数	0 人
当該医療技術の概要 がん細胞に存在するWT1ペプチドやMUC1ペプチドと呼ばれるがん抗原をターゲットとした樹状細胞ワクチン療法。			
医療技術名		取扱患者数	人
当該医療技術の概要			
医療技術名		取扱患者数	人
当該医療技術の概要			
医療技術名		取扱患者数	人
当該医療技術の概要			
医療技術名		取扱患者数	人
当該医療技術の概要			

（注）1 当該医療機関において高度の医療と判断するものが他にあれば、前年度の実績を記入すること。

（注）2 医療法施行規則第六条の四第四項の規定に基づき、がん、循環器疾患等の疾患に関し、高度かつ専門的な医療を提供する特定機能病院として十以上の診療科名を標榜する病院については、他の医療機関での実施状況を含め、当該医療技術が極めて先駆的であることについて記入すること（当該医療が先進医療の場合についても記入すること）。

（様式第2）

高度の医療の提供の実績

4 指定難病についての診療

	疾患名	患者数		疾患名	患者数
1	球脊髄性筋萎縮症	3	56	ベーチェット病	75
2	筋萎縮性側索硬化症	22	57	特発性拡張型心筋症	39
3	脊髄性筋萎縮症	1	58	肥大型心筋症	106
4	原発性側索硬化症	0	59	拘束型心筋症	0
5	進行性核上性麻痺	9	60	再生不良性貧血	28
6	パーキンソン病	292	61	自己免疫性溶血性貧血	232
7	大脳皮質基底核変性症	2	62	発作性夜間ヘモグロビン尿症	69
8	ハンチントン病	3	63	特発性血小板減少性紫斑病	121
9	神経有棘赤血球症	0	64	血栓性血小板減少性紫斑病	6
10	シャルコー・マリー・トゥース病	7	65	原発性免疫不全症候群	15
11	重症筋無力症	328	66	IgA 腎症	33
12	先天性筋無力症候群	0	67	多発性嚢胞腎	23
13	多発性硬化症／視神経脊髄炎	291	68	黄色靱帯骨化症	7
14	慢性炎症性脱髄性多発神経炎／多巣性運動ニューロパチー	8	69	後縦靱帯骨化症	6
15	封入体筋炎	0	70	広範脊柱管狭窄症	0
16	クロウ・深瀬症候群	0	71	特発性大腿骨頭壊死症	5
17	多系統萎縮症	16	72	下垂体性ADH分泌異常症	0
18	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)	22	73	下垂体性TSH分泌亢進症	0
19	ライソゾーム病	0	74	下垂体性PRL分泌亢進症	0
20	副腎白質ジストロフィー	0	75	クッシング病	20
21	ミトコンドリア病	4	76	下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症	0
22	もやもや病	9	77	下垂体性成長ホルモン分泌亢進症	0
23	プリオン病	0	78	下垂体前葉機能低下症	0
24	亜急性硬化性全脳炎	0	79	家族性高コレステロール血症(ホモ接合体)	1
25	進行性多巣性白質脳症	3	80	甲状腺ホルモン不応症	0
26	HTLV-1関連脊髄症	6	81	先天性副腎皮質酵素欠損症	0
27	特発性基底核石灰化症	1	82	先天性副腎低形成症	0
28	全身性アミロイドーシス	5	83	アジソン病	15
29	ウルリッヒ病	0	84	サルコイドーシス	498
30	遠位型ミオパチー	1	85	特発性間質性肺炎	56
31	ベスレムミオパチー	1	86	肺動脈性肺高血圧症	6
32	自己貪食空胞性ミオパチー	0	87	肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症	0
33	シュワルツ・ヤンペル症候群	0	88	慢性血栓塞栓性肺高血圧症	38
34	神経線維腫症	9	89	リンパ脈管筋腫症	3
35	天疱瘡	14	90	網膜色素変性症	0
36	表皮水疱症	0	91	バッド・キアリ症候群	5
37	膿疱性乾癬(汎発型)	0	92	特発性門脈圧亢進症	1
38	スティーヴンス・ジョンソン症候群	7	93	原発性胆汁性肝硬変	131
39	中毒性表皮壊死症	1	94	原発性硬化性胆管炎	25
40	高安動脈炎	18	95	自己免疫性肝炎	501
41	巨細胞性動脈炎	0	96	クローン病	45
42	結節性多発動脈炎	5	97	潰瘍性大腸炎	89
43	顕微鏡的多発血管炎	169	98	好酸球性消化管疾患	0
44	多発血管炎性肉芽腫症	210	99	慢性特発性偽性腸閉塞症	0
45	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	14	100	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症	0
46	悪性関節リウマチ	63	101	腸管神経節細胞僅少症	0
47	バージャー病	13	102	ルビンシュタイン・テイビ症候群	0
48	原発性抗リン脂質抗体症候群	5	103	CFC症候群	0
49	全身性エリテマトーデス	1443	104	コステロ症候群	0
50	皮膚筋炎／多発性筋炎	302	105	チャージ症候群	2
51	全身性強皮症	39	106	クリオピリン関連周期熱症候群	2
52	混合性結合組織病	192	107	全身型若年性特発性関節炎	1
53	シェーグレン症候群	708	108	TNF受容体関連周期性症候群	1
54	成人スチル病	13	109	非典型溶血性尿毒症症候群	1
55	再発性多発軟骨炎	2	110	ブラウ症候群	2

（様式第2）

高度の医療の提供の実績

4 指定難病についての診療

	疾患名	患者数		疾患名	患者数
111	先天性ミオパチー	1	161	家族性良性慢性天疱瘡	5
112	マリネスコ・シェーグレン症候群	1	162	類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）	27
113	筋ジストロフィー	11	163	特発性後天性全身性無汗症	1
114	非ジストロフィー性ミオトニー症候群	0	164	眼皮膚白皮症	0
115	遺伝性周期性四肢麻痺	0	165	肥厚性皮膚骨膜症	0
116	アトピー性脊髄炎	1	166	弾性線維性仮性黄色腫	1
117	脊髄空洞症	3	167	マルファン症候群	41
118	脊髄髄膜瘤	1	168	エーラス・ダンロス症候群	19
119	アイザックス症候群	0	169	メンケス病	0
120	遺伝性ジストニア	0	170	オクシピタル・ホーン症候群	0
121	神経フェリチン症	0	171	ウィルソン病	17
122	脳表ヘモジデリン沈着症	0	172	低ホスファターゼ症	1
123	禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症	0	173	VATER症候群	0
124	皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症	0	174	那須・ハコラ病	0
125	神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症	0	175	ウィーバー症候群	0
126	ペリー症候群	0	176	コフィン・ローリー症候群	0
127	前頭側頭葉変性症	3	177	有馬症候群	0
128	ビッカースタッフ脳幹脳炎	1	178	モワット・ウィルソン症候群	1
129	痙攣重積型（二相性）急性脳症	0	179	ウィリアムズ症候群	0
130	先天性無痛無汗症	0	180	ATR－X症候群	0
131	アレキサンダー病	0	181	クルーゾン症候群	0
132	先天性核上性球麻痺	0	182	アペール症候群	2
133	メビウス症候群	0	183	ファイファー症候群	1
134	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群	0	184	アントレー・ビクスラー症候群	0
135	アイカルディ症候群	0	185	コフィン・シリス症候群	0
136	片側巨脳症	0	186	ロスムンド・トムソン症候群	0
137	限局性皮質異形成	0	187	歌舞伎症候群	0
138	神経細胞移動異常症	0	188	多脾症候群	0
139	先天性大脳白質形成不全症	0	189	無脾症候群	0
140	ドラベ症候群	2	190	鰓耳腎症候群	0
141	海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん	0	191	ウェルナー症候群	0
142	ミオクロニー欠神てんかん	1	192	コケイン症候群	0
143	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん	0	193	プラダー・ウィリ症候群	5
144	レノックス・ガストー症候群	0	194	ソトス症候群	1
145	ウエスト症候群	9	195	ヌーナン症候群	1
146	大田原症候群	1	196	ヤング・シンプソン症候群	0
147	早期ミオクロニー脳症	0	197	1p36欠失症候群	0
148	遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん	0	198	4p欠失症候群	0
149	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群	40	199	5p欠失症候群	0
150	環状20番染色体症候群	0	200	第14番染色体父親性ダイソミー症候群	0
151	ラスムッセン脳炎	0	201	アンジェルマン症候群	2
152	PCDH19関連症候群	0	202	スミス・マギニス症候群	0
153	難治頻回部分発作重積型急性脳炎	0	203	22q11.2欠失症候群	0
154	徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症	0	204	エマヌエル症候群	0
155	ランドウ・クレフナー症候群	0	205	脆弱X症候群関連疾患	0
156	レット症候群	1	206	脆弱X症候群	0
157	スタージ・ウェーバー症候群	5	207	総動脈幹遺残症	0
158	結節性硬化症	11	208	修正大血管転位症	1
159	色素性乾皮症	1	209	完全大血管転位症	0
160	先天性魚鱗癬	1	210	単心室症	0

（様式第2）

高度の医療の提供の実績

4 指定難病についての診療

	疾患名	患者数		疾患名	患者数
211	左心低形成症候群	1	259	レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症	0
212	三尖弁閉鎖症	0	260	シトステロール血症	0
213	心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症	0	261	タンジール病	0
214	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症	0	262	原発性高カイロミクロン血症	0
215	ファロー四徴症	3	263	脳腱黄色腫症	0
216	両大血管右室起始症	0	264	無βリポタンパク血症	0
217	エプスタイン病	0	265	脂肪萎縮症	3
218	アルポート症候群	1	266	家族性地中海熱	12
219	ギャロウェイ・モワト症候群	0	267	高IgD症候群	0
220	急速進行性糸球体腎炎	280	268	中條・西村症候群	0
221	抗糸球体基底膜腎炎	32	269	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群	11
222	一次性ネフローゼ症候群	0	270	慢性再発性多発性骨髄炎	2
223	一次性膜性増殖性糸球体腎炎	0	271	強直性脊椎炎	20
224	紫斑病性腎炎	0	272	進行性骨化性線維異形成症	0
225	先天性腎性尿崩症	0	273	肋骨異常を伴う先天性側弯症	1
226	間質性膀胱炎（ハンナ型）	0	274	骨形成不全症	8
227	オスラー病	6	275	タナトフォリック骨異形成症	0
228	閉塞性細気管支炎	0	276	軟骨無形成症	0
229	肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）	0	277	リンパ管腫症/ゴーハム病	0
230	肺胞低換気症候群	1	278	巨大リンパ管奇形（頚部顔面病変）	0
231	α1－アンチトリプシン欠乏症	1	279	巨大静脈奇形（頚部口腔咽頭びまん性病変）	0
232	カーニー複合	0	280	巨大動静脈奇形（頚部顔面又は四肢病変）	0
233	ウォルフラム症候群	0	281	クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群	2
234	ペルオキシソーム病（副腎白質ジストロフィーを除く。）	0	282	先天性赤血球形成異常性貧血	0
235	副甲状腺機能低下症	205	283	後天性赤芽球癆	4
236	偽性副甲状腺機能低下症	1	284	ダイアモンド・ブラックファン貧血	0
237	副腎皮質刺激ホルモン不応症	0	285	ファンコニ貧血	0
238	ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症	70	286	遺伝性鉄芽球性貧血	0
239	ビタミンD依存性くる病/骨軟化症	2	287	エプスタイン症候群	1
240	フェニルケトン尿症	1	288	自己免疫性出血病XIII	0
241	高チロシン血症1型	0	289	クロンカイト・カナダ症候群	0
242	高チロシン血症2型	0	290	非特異性多発性小腸潰瘍症	1
243	高チロシン血症3型	0	291	ヒルシュスプルング病（全結腸型又は小腸	0
244	メープルシロップ尿症	0	292	総排泄腔外反症	0
245	プロピオン酸血症	0	293	総排泄腔遺残	0
246	メチルマロン酸血症	0	294	先天性横隔膜ヘルニア	1
247	イソ吉草酸血症	0	295	乳幼児肝巨大血管腫	0
248	グルコーストランスポーター1欠損症	0	296	胆道閉鎖症	12
249	グルタル酸血症1型	0	297	アラジール症候群	0
250	グルタル酸血症2型	0	298	遺伝性膵炎	2
251	尿素サイクル異常症	0	299	嚢胞性線維症	0
252	リジン尿性蛋白不耐症	0	300	IgG4関連疾患	414
253	先天性葉酸吸収不全	0	301	黄斑ジストロフィー	8
254	ポルフィリン症	2	302	レーベル遺伝性視神経症	1
255	複合カルボキシラーゼ欠損症	0	303	アッシャー症候群	0
256	筋型糖原病	2	304	若年発症型両側性感音難聴	0
257	肝型糖原病	0	305	遅発性内リンパ水腫	4
258	ガラクトース－１－リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症	0	306	好酸球性副鼻腔炎	41

（様式第2）

高度の医療の提供の実績

4 指定難病についての診療

	疾患名	患者数		疾患名	患者数
307	カナバン病	0	319	セピアプテリン還元酵素（SR）欠損症	0
308	進行性白質脳症	0	320	先天性グリコシルホスファチジルイノシトール（GPI）欠損症	0
309	進行性ミオクローヌスてんかん	1	321	非ケトーシス型高グリシン血症	0
310	先天異常症候群	0	322	β—ケトチオラーゼ欠損症	0
311	先天性三尖弁狭窄症	0	323	芳香族L—アミノ酸脱炭酸酵素欠損症	0
312	先天性僧帽弁狭窄症	0	324	メチルグルタコン酸尿症	0
313	先天性肺静脈狭窄症	0	325	遺伝性自己炎症疾患	2
314	左肺動脈右肺動脈起始症	0	326	大理石骨病	2
315	ネイルパテラ症候群（爪膝蓋骨症候群）／LMX1B関連腎症	0	327	特発性血栓症（遺伝性血栓性素因によるものに限る。）	0
316	カルニチン回路異常症	0	328	前眼部形成異常	0
317	三頭酵素欠損症	0	329	無虹彩症	1
318	シトリン欠損症	0	330	先天性気管狭窄症	0

（様式第2）

高度の医療の提供の実績

5 届出が受理されている診療報酬制度における施設基準等（基本診療科）

施設基準の種類	施設基準の種類
・地域歯科診療支援病院歯科初診料	・後発医薬品使用体制加算3
・歯科外来診療環境体制加算	・病棟薬剤業務実施加算1
・歯科診療特別対応連携加算	・病棟薬剤業務実施加算2
・特定機能病院入院基本料（一般: 7対1、精神: 13対1）	・データ提出加算2 イ
・超急性期脳卒中加算	・入退院支援加算2・3 入院時支援加算・地域連携診療計画加算
・診療録管理体制加算1	・認知症ケア加算 1
・医師事務作業補助体制加算1 40対1	・精神疾患診療体制加算
・急性期看護補助体制加算 50対1	・精神科急性期医師配置加算
・看護職員夜間配置加算 12対1イ	・救命救急入院料4
・看護補助加算 2	・特定集中治療室管理料1 小児加算
・療養環境加算	・新生児特定集中治療室管理料1
・重症者等療養環境特別加算	・小児入院医療管理料1
・無菌治療室管理加算1	・入院時食事療養（1）・入院時生活療養（1）
・緩和ケア診療加算	
・精神科身体合併症管理加算	
・精神科リエゾンチーム加算	
・摂食障害入院医療管理加算	
・栄養サポートチーム加算	
・医療安全対策加算1	
・感染防止対策加算1 ・ 感染防止対策地域連携加算・ 抗菌薬適正使用支援加算	
・患者サポート体制充実加算	
・褥瘡ハイリスク患者ケア加算	
・ハイリスク妊娠管理加算	
・ハイリスク分娩管理加算	
・総合評価加算	
・呼吸ケアチーム加算	

（様式第2）

高度の医療の提供の実績

6 届出が受理されている診療報酬制度における施設基準等（特掲診療科）

施設基準の種類	施設基準の種類
・ウイルス疾患指導料	・HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）
・糖尿病合併症管理料	・検体検査管理加算（Ⅰ）
・がん性疼痛緩和指導管理料	・検体検査管理加算（Ⅳ）
・がん患者指導管理料イ	・国際標準検査管理加算
・がん患者指導管理料ロ	・遺伝カウンセリング加算
・がん患者指導管理料ハ	・心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算
・外来緩和ケア管理料	・時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト
・移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後）	・ヘッドアップティルト試験
・糖尿病透析予防指導管理料	・ポジトロン断層撮影
・乳腺炎重症化予防・ケア指導料	・長期継続頭蓋内脳波検査
・院内トリアージ実施料	・光トポグラフィー
・外来放射線照射診療料	・神経学的検査
・ニコチン依存症管理料	・補聴器適合検査
・療養・就労両立支援指導料の注2に規定する相談体制充実加算	・ロービジョン検査判断料
・がん治療連携計画策定料	・コンタクトレンズ検査料1
・排尿自立指導料	・小児食物アレルギー負荷検査
・肝炎インターフェロン治療計画料	・内服・点滴誘発試験
・薬剤管理指導料	・乳がんセンチネルリンパ加算及びセンチネルリンパ節生検（併用・ 単独）
・地域連携診療計画加算	・画像診断管理加算1
・医療機器安全管理料1	・CT撮影及びMRI撮影
・医療機器安全管理料2	・冠動脈CT撮影加算
・医療機器安全管理料（歯科）	・心臓MRI撮影加算
・歯科治療総合医療管理料	・抗悪性腫瘍剤処方管理加算
・在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	・外来化学療法加算1
・持続血糖測定器加算及び皮下連続式グルコース測定	・無菌製剤処理料
・遺伝学的検査	・心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 初期加算

・脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） 初期加算	・上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）
・運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 初期加算	
・呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） 初期加算	・上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）
・がん患者リハビリテーション料	
・集団コミュニケーション療法料	・乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算1及び乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。）
・歯科口腔リハビリテーション料2	・ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）
・抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	・胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
・エタノールの局所注入（甲状腺）	・胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
・エタノールの局所注入（副甲状腺）	・胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
・人工腎臓（慢性維持透析を行った場合）	・食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃・十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び膣腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
・導入期加算2及び腎代替療法実績加算	
・CAD／CAM冠	
・歯科技工加算	
・皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	・経皮的中隔心筋焼灼術
・皮膚移植術（死体）	・ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術
・組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）	・ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術（リードレスペースメーカー）
・骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	・両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術
・後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	・植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術
・腫瘍脊椎骨全摘術	・両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術
・原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	・大動脈バルーンパンピング法（IABP法）
・脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）	・経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）
・脊髄刺激装置植込術及び脊椎刺激装置交換術	・補助人工心臓
・緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	・バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術
・緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	・胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）
・網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	・精密触覚機能検査
・網膜再建術	・腹腔鏡下肝切除術
・人工中耳植込術	・体外衝撃波膵石破砕術
・人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	・腹腔鏡下膵腫瘍摘出術
・内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型（拡大副鼻腔手術）	・腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術
・喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	・腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術

・早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	・悪性腫瘍病理組織標本加算
・腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	・口腔病理診断管理加算2
・体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	・クラウン・ブリッジ維持管理料
・腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	・歯科矯正診断料
・腹腔鏡下仙骨膣固定術	・1回線量増加加算
・腹腔鏡下膣式子宮全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	・腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)
・腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)	
・腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合)	
・胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。)	
・輸血管理料(Ⅰ)	
・輸血適正使用加算	
・自己生体組織接着剤作成術	
・人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	
・胃瘻造設時嚥下機能評価加算	
・歯周組織再生誘導手術	
・保険医療機関間の連携による病理診断	
・広範囲顎骨支持型装置埋入手術	
・口腔粘膜血管腫凝固術	
・レーザー機器加算	
・麻酔管理料(Ⅰ)	
・麻酔管理料(Ⅱ)	
・放射線治療専任加算	
・外来放射線治療加算	
・高エネルギー放射線治療	
・強度変調放射線治療(IMRT)	
・画像誘導放射線治療加算(IGRT)	
・定位放射線治療	
・画像誘導密封小線源治療加算	
・病理診断管理加算2	

（様式第2）

高度の医療の提供の実績

7 診療報酬の算定方法に先進医療から採り入れられた医療技術

施設基準等の種類	施設基準等の種類
・前眼部三次元画像解析	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・

（注）1 特定機能病院の名称の承認申請の場合には、必ずしも記入しなくともよいこと。
（注）2 「施設基準等の種類」欄には、特定機能病院の名称の承認申請又は業務報告を行う3年前の4月以降に、診療報酬の算定方法(平成二〇年厚生労働省告示第五九号)に先進医療（当該病院において提供していたものに限る。）から採り入れられた医療技術について記入すること。

8 病理・臨床検査部門の概要

臨床検査及び病理診断を実施する部門の状況	①. 臨床検査部門と病理診断部門は別々である。 2. 臨床検査部門と病理診断部門は同一部門にまとめられている。
臨床部門が病理診断部門或いは臨床検査部門と開催した症例検討会の開催頻度	診療科毎に曜日を決め、概ね月に1～4回の検討会を開催している。また、全科対象の「臨床病理検討会」を毎月最終月曜日に定期開催している。
剖検の状況	剖検症例数　32例 ／ 剖検率 3.9%

（注） 「症例検討会の開催頻度」及び「剖検の状況」欄には、前年度の実績を記入すること。

（様式第3）

高度の医療技術の開発及び評価を行う能力を有することを証する書類

1 研究費補助等の実績

研究課題名	研究者氏名	所属部門	金額	補助元又は委託元	
グルタミン酸受容体によるPh陽性白血病幹細胞の制御	岡部 聖一	血液内科学	1,820,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
セクレトーム解析に基づいた前がん病態からがん進展過程におけるがん間質の役割の解明	梅津 知宏	血液内科学	1,300,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
エクソソーム含有テロメアRNA定量系による血液中がんバイオマーカー測定法の開発	小林 千晶	血液内科学	1,040,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
皮下脂肪を介したCOPD併存症の新規治療の開発	辻 隆夫	呼吸器内科学	1,040,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
糖尿病の的確医療を実現する治療効果・心血管リスク予測法と新規治療法の開発	小田原 雅人	糖尿病・代謝・内分泌・リウマチ・膠原病内科学	520,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
2型糖尿病遺伝子SLC16A11/13のインスリン抵抗性における役割の解明	原 一雄	糖尿病・代謝・内分泌・リウマチ・膠原病内科学	1,430,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
糖尿病によるアストロサイト脂質代謝異常に伴う認知機能への影響	鈴木 亮	糖尿病・代謝・内分泌・リウマチ・膠原病内科学	910,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
肝病態評価における超音波 弾性・粘性イメージングの基礎的検討	杉本 勝俊	消化器内科学	2,470,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
新開発超音波エラストグラフィーによる画期的「非侵襲的食道胃静脈瘤診断法」の開発	古市 好宏	消化器内科学	1,690,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
自己拡張性と易抜去性が両立されたハイドロゲルステントの創出とその有用性の実証	土屋 貴愛	消化器内科学	1,560,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
消化管癌の新規治療について	河野 真	消化器内科学	2,080,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
高齢者への運動介入による老化予防の検討	清水 聰一郎	高齢総合医学	1,105,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
認知症介護者の介護負担感と介護うつに対する介護者教育の効果に関する研究	櫻井 博文	高齢総合医学	910,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
軽度認知機能障害における大脳白質病変容積の認知機能、抑うつ、脳血流に対する影響	平尾 健太郎	高齢総合医学	1,430,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
高齢者の認知症・脳血管障害での「分子制御された細胞死・オートファジー」包括研究	馬原 孝彦	高齢総合医学	2,210,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
糖尿病性認知症の治療法探索研究	金高 秀和	高齢総合医学	1,170,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
超短鎖型核酸投与による腎線維症の治療	齋藤 優	腎臓内科学	1,300,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
うつ病発症機序の2-hitストレスモデルによる検証	井上 猛	精神医学	650,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
個別化した睡眠の改善による学生の欠席・不調の改善	志村 哲祥	精神医学	1,430,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
産後うつ病スクリーニング後のインターネット認知行動療法：無作為化比較試験	馬場 俊明	精神医学	520,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
筋萎縮性側索硬化症の分子病態研究	相澤 仁志	神経学	1,560,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
胸腔洗浄液メタボローム解析による肺癌新規バイオマーカーと予後予測因子の網羅的探索	前田 純一	呼吸器・甲状腺外科学	1,560,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
皮膚内残留薬剤測定システムを用いた光線過敏症予防の検討	前原 幸夫	呼吸器・甲状腺外科学	1,040,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
肺癌遠隔転移における播種性腫瘍細胞由来エクソソームの役割と休眠化維持機構の解明	嶋田 善久	呼吸器・甲状腺外科学	1,430,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会
リンカーリン酸化SMAD2による非小細胞肺癌EGFR-TKI抵抗性誘導機序	牧野 洋二郎	呼吸器・甲状腺外科学	1,560,000	(補)委	独立行政法人日本学術振興会

小計 25件

研究課題名	研究者氏名	所属部門	金額	補助元又は委託元	
消化管狭窄予防ステント(吸収性)の開発	粕谷 和彦	消化器・小児外科学	910,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
切除不能再発大腸癌に対する化学療法の効果予測に対する唾液メタボローム解析の有用性	榎本 正統	消化器・小児外科学	1,560,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
膵癌における不可逆電気穿孔法(IRE)を用いたハイブリット手術の開発	永川 裕一	消化器・小児外科学	1,040,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
メタボローム解析を用いた膵癌の抗がん剤感受性予測と個別化治療法の確立	細川 勇一	消化器・小児外科学	1,820,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
感染に起因する術後膵液瘻発生メカニズムの解明と感染制御の確立	瀧下 智恵	消化器・小児外科学	780,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
静脈グラフトにおけるプロスタノイド受容体の発現とポジティブ・リモデリングの誘導	西部 俊哉	心臓血管外科学	1,300,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
血管平滑筋細胞におけるTGFβとPKCδによる動脈瘤発生メカニズムの解明	神谷 健太郎	心臓血管外科学	1,170,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
マイトファジーにおけるBRCA1の機能解明とBRCA1変異乳癌の新規治療開発	宮原 か奈	乳腺科学	1,300,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
乳腺悪性腫瘍患者血小板中mRNAの診断的価値についての検討	上田 亜衣	乳腺科学	1,950,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
子宮体癌の新規バイオマーカーとしての血清中miRNAの探索と解析	西 洋孝	産科婦人科学	1,300,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
新しいヒト胎盤モデルを用いた妊娠高血圧症候群の分子生物学的な解明	小島 淳哉	産科婦人科学	1,560,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
機能性ナノ磁気微粒子を用いた新規抗てんかん薬の作用機序解明と脳保護作用の探索	山中 岳	小児科学	1,430,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
眼部悪性腫瘍における網羅的ゲノム解析と臨床応用への展開	後藤 浩	眼科学	1,560,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
難治性眼炎症性疾患におけるアマクリン細胞による神経-血管相互作用の役割	臼井 嘉彦	眼科学	1,560,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
超高齢化社会に向けたVRQoLに基づく緑内障治療プロトコルの確立	丸山 勝彦	眼科学	1,300,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
角膜細菌感染症における組織常在型マクロファージの機能解析	成松 明知	眼科学	1,560,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
DUSP-1によるヒト変形性関節症の軟骨変性および神経侵入制御の解明	澤地 恭昇	整形外科学	1,560,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
椎間板性腰痛の軟骨変性および神経侵入におけるDUSP-1による抑制効果	遠藤 健司	整形外科学	1,560,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
腱・腱鞘再建の治療成績改善を目指して:生体工学的研究	西田 淳	整形外科学	1,300,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
プロスタグランジンによる椎間板性腰痛抑制機構解明に基づいた新規制御因子の探索	鈴木 秀和	整形外科学	1,430,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
セラミック製人工股関節ライナーの体内破損機序解明と安全性向上に向けた提言	宍戸 孝明	整形外科学	1,170,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
血管誘導と虚血耐性獲得を用いた新しい脂肪移植方法の確立とその臨床応用	松村 一	形成外科学	1,560,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
極小ナノバブル水の創傷治癒への効果と臨床応用にむけて	井田 夕紀子	形成外科学	1,170,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
前立腺癌におけるFUSE binding protein制御による治療戦略の確立	橋本 剛	泌尿器科学	1,300,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
難治性前立腺癌に対するタキサン系抗癌剤とNFκB阻害剤を用いた新規治療戦略開発	平澤 陽介	泌尿器科学	910,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会

小計 25件

研究課題名	研究者氏名	所属部門	金額	補助元又は委託元	
膀胱癌患者における膿尿発現の機序解明とBCG抵抗性克服に向けた治療戦略	佐竹　直哉	泌尿器科学	1,560,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
人工知能を用いた新規前立腺MRI診断ソフトによる低侵襲前立腺癌診断システムの構築	権藤　立男	泌尿器科学	2,730,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
「書きことば」への移行期にある人工内耳装用児の言語発達に関する縦断研究	河野　淳	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学	780,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
幼児期から学齢期における人工内耳装用児の言語能力と対人関係能力の縦断研究	白井　杏湖	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学	910,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
アトピー性皮膚炎におけるバリア破綻がもたらす炎症の惹起機構の解明	山本　真実	皮膚科学	1,950,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
有棘細胞癌の発症及び転移に関与するシグナル伝達系の解析	原田　和俊	皮膚科学	1,170,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
Th2サイトカインによる尋常性乾癬制御機構の解明	沼田　貴史	皮膚科学	2,080,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
敗血症関連脳症における脳ミトコンドリア機能不全と小胞体ストレス制御機構の役割解明	内野　博之	麻酔科学	1,040,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
手術場における麻酔関連アラームのリスク低減と新たなモニタリングシステム構築	柿沼　孝泰	麻酔科学	650,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
サイクロフィリンDノックアウトマウスによる敗血症関連脳症のミトコンドリア分子解析	魚島　直美	麻酔科学	1,040,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
唾液メタボローム解析を用いた放射線感受性予測法の確立	徳植　公一	放射線医学	1,690,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
膵癌，胆道癌の肝転移評価のためのMRI検査にメタボロミクスを併用することの有効性	齋藤　和博	放射線医学	1,690,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
インプラント周囲炎によるチタンインプラントの腐食・溶出挙動とフッ素との関連の解明	高橋　英俊	口腔外科学	910,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
ヒト歯髄幹細胞を用いた新規三次元骨再生医療戦略	古賀　陽子	口腔外科学	1,560,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
口腔癌におけるがん幹細胞の特性を利用した新規治療戦略の基礎的研究	渡辺　正人	口腔外科学	1,560,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
上顎骨延長法における牽引力と軟組織変化のモニタリングシステムの開発	南　綾	口腔外科学	910,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
TAMとCSCをターゲットにした口腔癌リンパ節転移に対する新たな治療戦略	河野　通秀	口腔外科学	1,300,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
口腔進行癌に対する組織内光線力学的治療の応用法に関する研究	宮本　重樹	口腔外科学	1,430,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
救急集中治療における医学的判断と評価に注目した診療技術の可視化と解析基盤の開発	織田　順	救急・災害医学	3,120,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
患者幸福のための、救急・集中治療領域における説明同意過程の標準化に関する研究	織田　順	救急・災害医学	1,040,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
冷凍保存ブタ臓器による外傷手術手技研修の開発応用	本間　宙	救急・災害医学	1,560,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
糖尿病患者における血糖変動性及び血圧変動性と認知症発症リスクの検討	松本　知沙	健診予防医学センター	1,690,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
妊孕姓温存のためのヒト卵巣凍結保存と移植後の血管新生促進による成熟卵子の作出	本橋　秀之	疾患モデル研究センター	1,170,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
ラマン分光を応用した膝靱帯変性の新たな診断技術開発と実用化への展開	高橋　康仁	骨・関節バイオマテリアル研究寄附講座	1,170,000	(補)委	独立行政法人 日本学術振興会
エイズ対策研究事業の企画と評価に関する研究	福武　勝幸	臨床検査医学	3,250,000	(補)委	厚生労働省

小計　25件

研究課題名	研究者氏名	所属部門	金額	補助元又は委託元	
ベーチェット病に関する調査研究	後藤 浩	眼科学	400,000	補委	厚生労働省
IgG4関連疾患の診断基準並びに診療指針の確立を目指す研究	後藤 浩	眼科学	600,000	補委	厚生労働省
脊柱靭帯骨化症に関する調査研究	山本 謙吾	整形外科学	250,000	補委	厚生労働省
特発性大腿骨頭壊死症の医療水準及び患者のQOL向上に関する大規模多施設研究	山本 謙吾	整形外科学	100,000	補委	厚生労働省
脳死下・心停止下における臓器・組織提供ドナー家族における満足度の向上及び効率的な提供体制構築に資する研究	織田 順	救急・災害医学	320,000	補委	厚生労働省
救急医療体制の推進に関する研究	織田 順	救急・災害医学	200,000	補委	厚生労働省
HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究	久慈 直昭	産科婦人科学	3,000,000	補委	厚生労働省
先天異常症候群領域の指定難病等のQOLの向上を目指す包括的研究	沼部 博直	小児科学／遺伝子診療センター	800,000	補委	厚生労働省
骨髄異形成症候群(MDS)のオミックス解析による治療反応性および病型進展の新たなバイオマーカーの同定とその実用化に関する研究	大屋敷 一馬	血液内科学	950,000	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
糖尿病合併冠動脈疾患レジストリを基盤としたコルヒチン第3相検証的試験の実施とRCT On Registryに向けたレジストリデータの品質管理と標準化に関する研究	冨山 博史	循環器内科学	1,200,000	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
IoT活用による糖尿病重症化予防法の開発を目指した研究	小田原 雅人	糖尿病・代謝・内分泌・リウマチ・膠原病内科学	390,000	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
適時適切な医療・ケアを目指した、認知症の人等の全国的な情報登録・追跡を行う研究	羽生 春夫	高齢総合医学	7,200,000	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
高齢者2型糖尿病における認知症予防のための多因子介入研究―パイロット研究―	羽生 春夫	高齢総合医学	500,000	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
うつ病性障害における包括的治療ガイドラインの標準化および普及に関する研究	井上 猛	精神医学	600,000	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
孤発性筋萎縮性側索硬化症を対象としたE2007(perampanel)の多施設共同、二重盲検、無作為化、プラセボ対照、並行群間比較試験	相澤 仁志	神経学	968,198	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
非小細胞肺がんの転移活性を評価し、術後補助化学療法の効果を予測するバイオマーカーの実用化に関する研究	岡野 哲也	呼吸器外科・甲状腺外科学	2,100,000	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
超高齢者社会における治癒困難な高齢切除不能進行再発大腸癌患者に対する標準治療確立のための研究	勝又 健次	消化器・小児外科学	260,000	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
急性大動脈解離のEvidence Practice Gap の可視化を行うための指標の作成と測定に関する研究	荻野 均	心臓血管外科学	16,500,000	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
慢性血栓塞栓性肺高血圧症(CTEPH)に対する balloon pulmonary angioplasty(BPA)の有効性と安全性に関する多施設レジストリー研究	荻野 均	心臓血管外科学	100,001	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
急性大動脈解離症発症前造影CT画像の解析	荻野 均	心臓血管外科学	520,000	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
超音波CTによる乳癌の自動計測・自動診断	海瀬 博史	乳腺科学	650,000	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
生殖補助医療の技術の標準化と出生児の安全性に関する研究	久慈 直昭	産科婦人科学	1,000,000	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
国内ならびにグローバルサーベイランスのためのRSウイルス感染症に関する検査システムの開発研究	河島 尚志	小児科学	3,000,000	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
ウイルス性重症呼吸器感染症に係る診断・治療法の研究	河島 尚志	小児科学	1,300,000	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
真に個別患者の診療に役立ち領域横断的に高い拡張性を有する変異・多型情報データベースの創成	沼部 博直	小児科学	1,040,000	補委	国立研究開発法人 日本医療研究開発機構

小計 25件

研究課題名	研究者氏名	所属部門	金額	補助元又は委託元	
革新的中分子創薬技術の開発/先端的な中分子創薬関連技術の開発	河野 淳	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学	300,000	補(委)	国立研究開発法人日本医療研究開発機構
国内未承認エイズ治療薬等を用いたHIV感染症治療薬及びHIV感染症至適治療法の開発に係る応用研究	福武 勝幸	臨床検査医学	100,000,000	補(委)	国立研究開発法人日本医療研究開発機構
国内侵入・流行発生が危惧される昆虫媒介性ウイルス感染症に対する総合的対策に資する開発研究	濱田 篤郎	渡航者医療センター	1,500,000	補(委)	国立研究開発法人日本医療研究開発機構
HIV関連病態としての血友病の根治を目指した次世代治療法・診断法の創出	野坂(篠澤) 圭子	血液凝固異常症遺伝子研究寄附講座	3,510,000	補(委)	国立研究開発法人日本医療研究開発機構
フレイル高齢者のレジストリ研究及び地域高齢者におけるフレイル予防プログラムの開発・検証	羽生 春夫	高齢総合医学	1,000,000	補(委)	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
オレンジレジストリを活用した認知症予防とケアに関する研究	羽生 春夫	高齢総合医学	500,000	補(委)	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
市民と共に進める災害医療救護訓練プログラムの実装	織田 順	救急・災害医学	2,451,800	補(委)	国立研究開発法人科学技術振興機構

小計 7件

合計107件

(注) 1 国、地方公共団体又は公益法人から補助金の交付又は委託を受け、当該医療機関に所属する医師等が申請の前年度に行った研究のうち、高度の医療技 術の開発及び評価に資するものと判断される主なものを記入すること。

2 「研究者氏名」欄は、1つの研究について研究者が複数いる場合には、主たる研究者の氏名を記入すること。

3 「補助元又は委託元」欄は、補助の場合は「補」に、委託の場合は「委」に、○印をつけた上で、補助元又は委託元を記入すること。

（様式第3）

高度の医療技術の開発及び評価を行う能力を有することを証する書類

2 論文発表等の実績

(1)高度の医療技術の開発及び評価を行うことの評価対象となる論文

番号	発表者氏名	筆頭著者の特定機能病院における所属	題名	雑誌名・出版年月等	論文種別
1	【資料1】				Original Article
2					Case report
3					Review
4					Letter
5					Others
6					
～					
70					
～					

計 件

(注) 1 当該特定機能病院に所属する医師等が前年度に発表した英語論文のうち、高度の医療技術の開発および評価に資するものと判断されるものを七十件以上記入すること。七十件以上発表を行っている場合には、七十件のみを記載するのではなく、合理的な範囲で可能な限り記載すること。

2 報告の対象とするのは、筆頭著者の所属先が当該特定機能病院である論文であり、査読のある学術雑誌に掲載されたものに限るものであること。ただし、実態上、当該特定機能病院を附属している大学の講座等と当該特定機能病院の診療科が同一の組織として活動を行っている場合においては、筆頭著者の所属先が大学の当該講座等であっても、論文の数の算定対象に含めるものであること（筆頭著者が当該特定機能病院に所属している場合に限る。）

3 「発表者氏名」に関しては、英文で、筆頭著者を先頭に論文に記載された順に3名までを記載し、それ以上は、他、またはet al.とする。

4 「筆頭著者の所属」については、和文で、筆頭著者の特定機能病院における所属を記載すること。

5 「雑誌名・出版年月等」欄には、「雑誌名. 出版年月（原則雑誌掲載月とし、Epub ahead of printやin pressの掲載月は認めない）; 巻数: 該当ページ」の形式で記載すること
（出版がオンラインのみの場合は雑誌名、出版年月（オンライン掲載月）の後に（オンライン）と明記すること）。
記載例： Lancet. 2015 Dec; 386: 2367-9 / Lancet. 2015 Dec (オンライン)

6 「論文種別」欄には、Original Article、Case report, Review, Letter, Othersから一つ選択すること。

(2)高度の医療技術の開発及び評価を行うことの評価対象とならない論文（任意）

番号	発表者氏名	筆頭著者の特定機能病院における所属	題名	雑誌名・出版年月等	論文種別
1					Original Article
2					Case report
3					
～					

計 件

(注) 1 当該医療機関に所属する医師等が前年度に発表したもののうち、高度の医療技術の開発および評価に資するものと判断される主なものを記入すること。

2 記載方法は、前項の「高度の医療技術の開発及び評価を行うことの評価対象となる論文」の記載方法に準じること。

番号	発表者 氏名	筆頭著者の 特定機能病院における 所属	題名	雑誌名・出版年 月等	論文 種別
1	Morichi S	小児科学・思春期科学分野	Pathological analysis of children with childhood central nervous system infection based on changes in chemokines and interleukin-17 family cytokines in cerebrospinal fluid.	J Clin Lab Anal. 32(1): 2018 doi: 10.1002/jcla.22162.	Original Article
2	Mihoko Yotsumoto	臨床検査医学分野	HIV positivity may not have a negative impact on survival in Epstein-Barr virus-positive Hodgkin lymphoma: A Japanese nationwide retrospective survery	Oncology Letters (Oncol Lett) 16(3):3923-3928, 2018	Original Article
3	Yotsumoto M	血液内科学分野	HIV positivity does not have a negative impact on survival in Epstein-Barr virus-positive Hodgkin lymphoma: Nationwide retrospective study in Japan.	Oncol Lett 16(3): 3923-3928, 2018	Original Article
4	Katagiri S	血液内科学分野	Cardiac biopsy with intracardiac echocardiographic-guidance to successfully diagnose cardiac lymphoma. lymphoma.	Clin Case Rep 6(9):1681-1683, 2018	Original Article
5	Imanishi S	血液内科学分野	Chromatin regulation by HP1・ contributes to survival of 5-azacytidine-resistnat cells.	Front Pharmacol 16; 9(9): 1166, 2018	Original Article
6	Yoshizawa S	血液内科学分野	Exosomal miRNA signatures for late-onset acute graft-versus-host disease in allogeneic hematopoietic stem cell transplantation.	Int J Mol Sci 19: E2493, 2018	Original Article
7	Okabe S	血液内科学分野	Therapeutic targeting of Aurora A kinase in Philadelphia chromosome-positive ABL tyrosine kinase inhibitor-resistant cells.	Oncotarget 9(65): 32496-32506, 2018	Original Article
8	Katagiri S	血液内科学分野	Hidden FLT3-D835Y clone in FLT3-ITD-positive acute myeloid leukemia that evolved into very late relapse with T-lymphoblastic leukemia.	Leuk Lymphoma 59(6): 1490-1493, 2018	Original Article
9	Kezuka, T	眼科学分野	Diagnosis and treatment of anti-myelin oligodendrocyte glycoprotein antibody positive optic neuritis.	Jpn J Ophthalmol 62: 101-108, 2018.	Original Article
10	Usui Y	眼科学分野	Punctate retinal pigment epitheliopathy and choroidopathy after radiotherapy with chemotherapy.	JAMA Ophthalmology 136(8): e181754, 2018	Original Article
11	Umazume A	眼科学分野	Evaluation of efficacy of infliximab for retinal vasculitis and extraocular symptoms in Behçet disease.	Jpn J Ophthalmol 62: 390-397, 2018	Original Article
12	Motohashi R	眼科学分野	Dynamics of soluble vascular endothelial growth factor receptors and their ligands in aqueous humour during ranibizumab for age-relatedmacular degeneration.	J Inflamm (Lond) 10.1186/s12950-018-0203-x. eCollection, 2018	Original Article

小計12

番号	発表者氏名	筆頭著者の特定機能病院における所属	題名	雑誌名・出版年月等	論文種別
13	Tajima K	眼科学分野	Rebamipide suppresses TNF-α production and macrophage infiltration in the conjunctiva.	Vet Ophthalmol 21: 347-352, 2018	Original Article
14	Kotake O	眼科学分野	Comparing Cytokine Kinetics between Ranibizumab and Aflibercept inCentral Retinal Vein Occlusion with Macular Edema.	Ophthalmic Res 25:1-8, 2018	Original Article
15	Shimura M	小児科学・思春期科学分野	Ferroportin Disease Caused by a Heterozygous Variant p.Cys326Phe in the SLC40A1 Gene and the Efficacy of Therapeutic Phlebotomy in Children.	J Pediatr Hematol Oncol. 2018 doi: 10.1097/MPH.0000000000001301. [Epub ahead of print]	Original Article
16	Nakajima J	小児科学・思春期科学分野	Correlations of enzyme levels at birth in stressed neonates with short-term outcome.	Fetal Pediatr Pathol 37(3): 157-165, 2018	Original Article
17	Shirakashi M	眼科学分野	Factors in glucocorticoid regimens associated with treatment response and relapses of IgG4-related disease: a multicentre study.	Sci Rep 8: 10262, 2018.	Original Article
18	Watanabe K	日立市地域産婦人科医療学寄	New definition and classification of "Hypertensive disorder of pregnancy (HDP)"	Hypertens Res in Pregnancy 6: 39-40, 2018	Original Article
19	Nakajima J	小児科学・思春期科学分野	Novel compound heterozygous DPH1 mutations in a patient with the unique clinical features of airway obstruction and external genital abnormalities.	J Hum Genet 63(4): 529-532, 2018	Original Article
20	Kawai T	消化器内視鏡学分野	Vonoprazan prevents low-dose aspirin-associated ulcer recurrence: randomised phase 3 study	Gut 67(6): 1033-1041, 2018	Original Article
21	Terashi H	神経学分野	Characteristics of apathy in treatment-naive patients with Parkinson's disease	Int J Neurosci. 2018 Nov 29:1-6. doi: 10.1080/00207454. 2018.1503184.	Case Report
22	Eriguchi D.	人体病理学分野	Predictive accuracy of lepidic growth subtypes in early-stage adenocarcinoma of the lung by quantitative CT histogram and FDG-PET.	Lung Cancer 125: 14-21, 2018	Others
23	Masuda M	神経学分野	Treatment of Myasthenia Gravis With High-Dose Cholinesterase Inhibitors and Calcineurin Inhibitors Caused Spontaneous Muscle Cramps in Patients	Clin Neuropharmacol. 2018 Sep/Oct;41(5):164-170. doi: 10.1097/WNF.0000000000000295.	Case Report
24	Mizokami Y	消化器内視鏡学分野	Vonoprazan prevents ulcer recurrence during long-term NSAID therapy: randomised, lansoprazole-controlled non-inferiority and single-blind extension study	Gut 67(6): 1042-1051, 2018	Original Article

小計12

番号	発表者 氏名	筆頭著者の 特定機能病院における 所属	題名	雑誌名・出版年 月等	論文 種別
25	Harada TL.	人体病理学分野	Prediction of high-stage liver fibrosis using ADC value on diffusion-weighted imaging and quantitative enhancement ratio at the hepatobiliary phase of Gd-EOB-DTPA-enhanced MRI at 1.5 T	Acta Radiol 59 (5) : 509-516, 2018	Original Article
26	Urano M.	人体病理学分野	The high expression of FOXA1 is correlated with a favourable prognosis in salivary duct carcinomas: a study of 142 cases	Histopathology 73 (6) : 943-952, 2018	Others
27	Furuichi Y	消化器内視鏡学分野	Role of dual red imaging to guide intravariceal sclerotherapy injection of esophageal varices (with videos)	Gastrointest Endosc 87(2): 360-369, 2018	Original Article
28	Kazama H	生化学分野	Designing an effective drug combination for ER stress loading in cancer therapy using a real-time monitoring system.	Biochemical and Biophysical Research Communications. 501(1) : 286-292, 2018	Original Article
29	Inagaki N	遺伝子診察センター	Clinical and genetic backgrounds of hypertrophic cardiomyopathy with mid-ventricular obstruction.	Journal of Human Genetics 63: 1273-1276, 2018	Review
30	Aizawa H	神経学分野	Impaired Nucleoporins Arc Present in Sporadic Amyotrophic Lateral Sclerosis Motor Neurons that Exhibit Mislocalization of the 43-kDa TAR DNA-Binding Protein	J Clin Neurol. 2019 Jan:15(1):62-67. doi:10.3988/jcn.2019.15.1.62.	Case Report
31	Saito Y	生化学分野	Amino acid-starving culture condition sensitizes gefitinib-induced cytotoxicity via atypical necroptosis in EGFR-expressing cancer cell lines.	International Journal of Oncology. 52(4) : 1165-1177, 2018	Original Article
32	Takenoshita N	高齢総合医学分野	Amyloid and tau positron emission tomography in diabetes-related dementia. Curr Alzheimer Res. 15: 1062-1069, 2018. IF=3.595	Curr Alzheimer Res. 15: 1062-1069, 2018.	Review
33	Hiramoto M	生化学分野	A type 2 diabetes-associated SNP in KCNQ1 (rs163184) modulates the binding activity of the locus for Sp3 and Lsd1/Kdm1a, potentially affecting CDKN1C expression.	International Journal of Molecular Medicine. 41(2) : 717-728, 2018	Original Article
34	Nammo T	生化学分野	Genome-wide profiling of histone H3K27 acetylation featured fatty acid signalling in pancreatic beta cells in diet-induced obesity in mice.	Diabetologia. 61(12) : 2608-2620, 2018	Original Article
35	Kazama H	生化学分野	Designing an effective drug combination for ER stress loading in cancer therapy using a real-time monitoring system.	Biochemical and Biophysical Research Communications. 501(1) : 286-292, 2018	Original Article
36	Kaise H	乳腺科学分野	Prediction of pathological response to neoadjuvant chemotherapy in breast cancer patients by imaging.	J Surg Res. 2018 May;225:175-180.	Case Report

小計12

番号	発表者氏名	筆頭著者の特定機能病院における所属	題名	雑誌名・出版年月等	論文種別
37	Ogawa Y	高齢総合医学分野	Sarcopenia and muscle functions at various stages of Alzheimer disease.	Frontiers in Neurology 2018 Aug 28;9:710. doi: 10.3389/fneur.2018.00710. eCollection 2018	Review
38	Kawamoto A.	人体病理学分野	Sonographic classification of testicular tumors by tissue harmonic imaging: experience of 58 cases	J Med Ultrason 45 (1) : 103-111, 2018	Original Article
39	Shima H	乳腺科学分野	Lnc RNA H19 is associated with poor prognosis in breast cancer patients and promotes cancer stemness.	Breast Cancer Res Treat. 2018 Apr 24. doi: 10.1007/s10549-018-4793-z.	Case Report
40	Saito Y	生化学分野	Amino acid-starving culture condition sensitizes gefitinib-induced cytotoxicity via atypical necroptosis in EGFR-expressing cancer cell lines.	International Journal of Oncology. 52(4) : 1165-1177, 2018	Original Article
41	Hiramoto M	生化学分野	A type 2 diabetes-associated SNP in KCNQ1 (rs163184) modulates the binding activity of the locus for Sp3 and Lsd1/Kdm1a, potentially affecting CDKN1C expression.	International Journal of Molecular Medicine. 41(2) : 717-728, 2018	Original Article
42	Iriyama N	生化学分野	The cyclin-dependent kinase 4/6 inhibitor, abemaciclib, exerts dose-dependent cytostatic and cytocidal effects and induces autophagy in multiple myeloma cells.	Leukemia and Lymphoma. 59(6) : 1439-1950, 2018	Original Article
43	Ota K	生化学分野	Fingolimod sensitizes EGFR wild-type non-small cell lung cancer cells to lapatinib or sorafenib and induces cell cycle arrest.	Oncology Reports	Original Article
44	Ogino H	心臓血管外科学分野	Surgical strategy for regractory aortitis	Gen Throrac Cardiovasc Surg. 2018	Original Article
45	Fujiyoshi T	心臓血管外科学分野	Direct Repair of Localized Aortic Dissection with Critical Malperfusion of the Left Main Trunk.	Ann Thorac Cardiovasc Surg. 20;24(6) :320-323, 2018	Original Article
46	Iwasaki T	心臓血管外科学分野	Infrainguinal Lesion of Peripheral Artery Disease and Levels of ω-3 Polyunsaturated Fatty Acids in Peripheral Artery Disease.	Ann Vasc Dis. 25;11(1) :96-100, 2018	Original Article
47	Fujiyoshi T	心臓血管外科学分野	Coil embolization of bilateral internal mammary artery aneurysms is durable in a patient with Marfan syndrome	J Vasc Surg Cases Innov Tech 17;4(3) :216-219, 2018	Original Article
48	Enomoto A.	人体病理学分野	Intraepithelial CD8+ lymphocytes as a predictive diagnostic biomarker for the remission of oral lichen planus	Hum Pathol 74 : 43-53, 2018	Others

小計12

番号	発表者 氏名	筆頭著者の 特定機能病院における 所属	題名	雑誌名・出版年 月等	論文 種別
49	Kazama H	乳腺科学分野	Designing an effective drug combination for ER stress loading in cancer therapy using a real-time monitoring system.	Biochem Biophys Res Commun. 2018 Jun 18;501(1):286-292	Case Report
50	Saito Y	乳腺科学分野	Amino acid starvation culture condition sensitizes EGFR-expressing cancer cell lines to gefitinib-mediated cytotoxicity by inducing atypical necroptosis.	Int J Oncol. 52(4):1165-1177, 2018	Case Report
51	Akasaka J	心臓血管外科学分野	Coil embolization for endovascular treatment of proper hepatic artery aneurysm using the balloon occlusion technique.	EJVES short reports. Nov; 41:1-4 2018	Original Article
52	Itoh H	心臓血管外科学分野	Intensive Treat-to-target stati therapy in high-risk Japanese patients with hypercholesterolemia and diabetic retinipathy : Report of a randomized study	Daiabetes Care 41(6): 1275-1284, 2018	Original Article
53	Miyama N	心臓血管外科学分野	Long-term results of crossover bypass for iliac atherosclerotic lesions in the Era of endovascular treatment: The Re-ACTION Study (retrospective assessment of crossover bypass as a treatment for iliac lesions)	Annals of Vascular Disease (AVD), doi: 10.3400/avd.oa.18-00007, May 15, 2018	Original Article
54	Motohashi S	心臓血管外科学分野	Clinical significance of the serotonin relaease assay and platelet count monitoring after cadiac surgery.	Clinic and Applied Thrombosis/Hemostasis 24(6); 944-949, 2018	Original Article
55	Nagaoka Y.	腎臓内科学分野	The effect of small dose of topiroxostat on serum uric acid in patients receiving hemodialysis	Hemodial Int 22(3): 388-393, 2018(再掲)	Original Article
56	Murata K	整形外科学分野	Spinal Sagittal Alignment in Patients With Dropped Head Syndrome	Spine 43 (21) : E1267-E1273, 2018	Original Article
57	Mizutani J	整形外科学分野	Global Spinal Alignment in Cervical Kyphotic Deformity: The Importance of Head Position and Thoracolumbar Alignment in the Compensatory Mechanism	Neurosurgery 82(5): 686-694, 2018	Original Article
58	Matsuoka Y	整形外科学分野	Small sagittal vertical axis accompanied with lumbar hyperlordosis is a risk factor for developing postoperative cervical kyphosis after expansive open-door laminoplasty	J Neurosurg Spine. 29(2): 176-181, 2018	Original Article
59	関　健	整形外科学分野	【脊柱靱帯骨化症研究の進歩】術後評価 頸椎後縦靱帯骨化症に対する椎弓形成術後後彎発生と脊椎矢状面アライメント	整形外科69 (6) : 655-659, 2018	Original Article
60	Fukutake K	整形外科学分野	Percutaneous fixation of avulsion fracture at the plantar lateral base of the first metatarsal using ZipTight Fixation System: a case report	Foot Ankle Surg 24(3) : e13-e17, 2018	Original Article

小計12

番号	発表者氏名	筆頭著者の特定機能病院における所属	題名	雑誌名・出版年月等	論文種別
61	Onishi H	乳腺科学分野	A genome-wide association study identifies three novel genetic markers for response to tamoxifen : A prospective multicenter study.	PLoS One. 2018 Aug 30;13(8):e0201606. doi: 10.1371/journal.pone.0201606. eCollection 2018.	Case Report
62	Hosonaga M	乳腺科学分野	HER2 Heterogeneity Is Associated with Poor Survival in HER2-Positive Breast Cancer.	Int J Mol Sci. 2018 Jul 24;19(8). pii: E2158. doi: 10.3390/ijms19082158.	Case Report
63	Yamada A	乳腺科学分野	ABCC1-Exported Sphingosine-1-phosphate, Produced by Sphingosine Kinase 1, Shortens Survival of Mice and Patients with Breast Cancer.	Mol Cancer Res. 2018 Jun;16(6):1059-1070.	Case Report
64	Shimizu S	高齢総合医学分野	Role of neuroimaging as a biomarker for neurodegenerative diseases	Frontiers in Neurology 9:1-6, 2018	Review
65	Kusakabe K	整形外科学分野	Bacille Calmette-Guérin (BCG) spondylitis with adjacent mycotic aortic aneurysm after intravesical BCG therapy: a case report and literature review	BMC Infect Dis. 28: 18(1):290, 2018	Original Article
66	Himuro N	整形外科学分野	Change in mobility function and its causes in adults with cerebral palsy by Gross Motor Function Classification System level: A cross-sectional questionnaire study	NeuroRehabilitation. 42(4):383-390, 2018	Original Article
67	Matsuoka Y	整形外科学分野	Postoperative radiographic early onset adjacent segment degeneration after single-level L4-L5 posterior lumbar interbody fusion in patients without preoperative severe sagittal spinal imbalance	Asian Spine J 12(4): 743-748, 2018	Original Article
68	Agata K	小児科学・思春期科学分野	Clinical Usefulness of Magnetic Resonance Imaging in Four Children With Scleroderma.	Arch Rheumatol 33(2): 230-235, 2018	Original Article
69	西村　浩輔	整形外科学分野	椎弓形成術　アップデート チタン製椎弓プレートを用いた頸椎椎弓形成術	臨床整形外科 53(8) :693-697, 2018	Original Article
70	Satake T	乳腺科学分野	Endoscopic Nipple-Sparing Mastectomy with Immediate Multistage Fat Grafting for Total Breast Reconstruction: A New Combination for Minimal Scar Breast Cancer Surgery.	Plast Reconstr Surg. 2018 Nov;142(5):816e-818e. doi: 10.1097/PRS.0000000000004908	Case Report
71	Homma Y	乳腺科学分野	Salvage mastectomy for local recurrence and second ipsilateral autologous breast reconstruction using a perforator flap from a different donor site.	Case Reports Plast Surg Hand Surg. 2018 Sep 25;5(1):54-58.	Case Report
72	Shimazu K	乳腺科学分野	Intraoperative Nomograms, Based on One-Step Nucleic Acid Amplification, for Prediction of Non-sentinel Node Metastasis and Four or More Axillary Node Metastases in Breast Cancer Patients with Sentinel Node Metastasis.	Ann Surg Oncol. 2018 Sep;25(9):2603-2611.	Case Report

小計12

番号	発表者 氏名	筆頭著者の 特定機能病院における 所属	題名	雑誌名・出版年 月等	論文 種別
73	山崎　由花	シュミレーションセンター	Relation of clinical context to accuracy of simulator-based blood pressur meacurement by first-year medical students	Inter national Journal of Medical Educaition. 2018 ;9:325-331	Case Report
74	Itaru Nakamura.	シュミレーションセンター	Scenario-based simulation health care education for performance of hand hygiene	American Journal of Infection Control 000 (2018) 1-5	Case Report
75	Kajiwara N.	呼吸器・甲状腺外科学分野	Cost-benefit performance simulation of robot-assisted thoracic surgery as required for financial viability under the 2016 revised reimbursement paradigm of the Japanese National Health Insurance System	Annals of Thoracic and Cardiovascular Surgery 24 (2) : 73-80, 2018	Case Report
76	Kawaguchi Y.	呼吸器・甲状腺外科学分野	Transition rate from EGFR-TKI to cytotoxic chemotherapy patients with EGFR mutation-positive lung adenocarcinoma	Anticancer Res 38 (5) : 3127-3132, 2018	Case Report
77	Nishibukuro M	小児科学・思春期科学分野	Poststreptococcal reactive arthritis in Japan	Jounal of Infection and Chemotherapy 24 (7) : 531-537, 2018	Original Article
78	Ikehata N.	人体病理学分野	Toll-like receptor 2 activation implicated in oral squamous cell carcinoma development	Biochem Biophys Res Commun 495 (3) : 2227-2234, 2018	Others
79	Suzuki H	整形外科学分野	Radiographic assessment of spinopelvic sagittal alignment from sitting to standing position	Spine Surgery and Related Research 2 (4) : 290-293, 2018	Original Article
80	Matsuoka Y	整形外科学分野	Cervical kyphotic deformity after laminoplasty in patients with cervical ossification of posterior longitudinal ligament with normal sagittal spinal alignment	Spine Surgery and Related Research 2 (3) : 210-214, 2018	Original Article
81	Hosokawa Y.	人体病理学分野	Surgical outcomes of pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer with proximal dorsal jejunal vein involvement	J Gastrointest Surg 22 (7) : 1179-1185, 2018	Others
82	Murakami K.	呼吸器・甲状腺外科学分野	Granulocyte colony stimulating factor-producing lung cancer with severe anemia of inflammation	General Thoracic and Cardiovascular Surgery 66 (7) : 415-418, 2018	Case Report
83	Kobayashi T	整形外科学分野	Representive survey of frozen shoulder quetionaire responses from the japan shoulder society: What are the appropriate diagnostic for primary idiopatic frozen shoulder, stiff shoulder or frozen shoulder?	J Orthop Sci. 2019 Jan 10. pii: S0949-2658 (18) 30383-X. doi: 10.1016/j.jos.2018.12.012	Original Article
84	Nishimura H	整形外科学分野	A Case of Rapidly-Progressing Cervical Spine Subependymoma with Atypical Features	Spine Surg Relat Res 3 (1) : 91-94, 2019	Original Article

小計12

番号	発表者氏名	筆頭著者の特定機能病院における所属	題名	雑誌名・出版年月等	論文種別
85	Tamai K	整形外科学分野	Risk Factors for Proximal Junctional Fracture following Fusion Surgery for Osteoporotic Vertebral Collapse with Delayed Neurological Deficits: A Retrospective Cohort Study of 403 Patients	Spine Surgery and Related Research 3 (2): 171-177, 2019	Original Article
86	Takase K	整形外科学分野	Therapeutic results and function of conoid ligament on the basis of postoperative radiographic findings of arthroscopic stabilization for the distal clavicle fractures	Orthop Traumatol Surg Res. 105 (2) :281-286, 2019	Original Article
87	Nakayama H	呼吸器内科学分野	Breathing Irregularity Is Independently Associated With the Severity of Obstructive Sleep Apnea in Patients With Multiple System Atrophy.	J Clin Sleep Med. 2018 Oct 15;14(10):1661-1667	Original Article
88	Takeuchi H	消化器内科学分野	Liver fibrosis: noninvasive assessment using supersonic shear imaging and FIB4 index in patients with non-alcoholic fatty liver disease	J Med Ultrason 45 (2): 243-249, 2018	Original Article
89	Tsuchiya T	消化器内科学分野	Long-term outcomes of EUS-guided choledochoduodenostomy using a lumen-apposing metal stent for malignant distal biliary obstruction: a prospective multicenter study	Gastrointest Endosc 87 (4): 1138-1146, 2018	Original Article
90	Wakabayashi K	高齢総合医学分野	14-3-3 protein sigma isoform co-localizes with phosphorylated α-synuclein in Lewy bodies and Lewy neurites in patients with Lewy body disease.	Neurosci Lett 674: 171-175, 2018	Review
91	Matsunami Y	消化器内科学分野	Evaluation of a new stent for EUS-guided pancreatic duct drainage: long-term follow-up outcome	Endosc Int Open 6 (5): E505-E512, 2018	Original Article
92	Yamamoto K	消化器内科学分野	The role of endoscopic ultrasound-guided drainage for autoimmune pancreatitis-associated pancreatic cysts: A report of five cases and a literature review	Intern Med 57 (11): 1523-1531, 2018	Original Article
93	Hosokawa Y	消化器内科学分野	Surgical outcomes of pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer with proximal dorsal jejunal vein involvement	J Gastrointest Surg 22 (7): 1179-1185, 2018	Original Article
94	Tomita A	消化器内科学分野	Effect of storage conditions on salivary polyamines quantified via liquid chromatography-mass spectrometry	Sci Rep 8 (1): 12075, 2018	Original Article
95	Mukai S	消化器内科学分野	An animal experimental study to assess the core tissue acquisition ability of endoscopic ultrasound-guided histology needles	Endosc Ultrasound 7 (4): 263-269, 2018	Original Article
96	Sugimoto K	消化器内科学分野	Viscoelasticity measurement in rat livers using Shear-Wave US elastography	Ultrasound Med Biol 44 (9): 2018-2024, 2018	Original Article

小計12

番号	発表者 氏名	筆頭著者の 特定機能病院における 所属	題名	雑誌名・出版年 月等	論文 種別
97	Nakamura I	消化器内科学分野	Restoration of natural killer cell activity by interferon-free direct-acting antiviral combination therapy in chronic hepatitis C patients	Hepatology Research 48: 855-861, 2018	Original Article
98	Sugimoto K	消化器内科学分野	Irreversible electroporation for nonthermal tumor ablation in patients with locally advanced pancreatic cancer: Initial clinical experience in Japan	Intern Med 57(22): 3225-3231, 2018	Original Article
99	Honjo M	消化器内科学分野	Safety and efficacy of ultra-tapered mechanical dilator for EUS-guided hepaticogastrostomy and pancreatic duct drainage compared with electrocautery dilator (with video)	Endosc Ultrasound 7(6): 376-382, 2018	Original Article
100	Yamamoto K	消化器内科学分野	EUS-guided antegrade metal stenting with hepaticoenterostomy using a dedicated plastic stent with a review of the literature (with video)	Endosc Ultrasound 7(6): 404-412, 2018	Original Article
101	Itoi T	消化器内科学分野	East meets West: historical investigation of non-operative biliary interventions	J Hepatobiliary Pancreat Sci 25(2): 162-163, 2018	Original Article
102	Itoi T	消化器内科学分野	Development of EUS-guided gallbladder drainage and current indications	Endosc Ultrasound 7(2): 76-78, 2018	Original Article
103	Yamaguchi H	消化器内科学分野	A case of severe stenosis of hepatic veins and inferior vena cava with stomal variceal bleeding induced by oxaliplatin-based chemotherapy	Clin J Gastroenterol 11(2): 150-155, 2018	Original Article
104	Tsuchiya T	消化器内科学分野	Treatment for difficult bile duct stones: Balloon enteroscopy assisted-endoscopic retrograde cholangiopancreatography	Dig Endosc 30 Suppl 1: 76-77, 2018	Original Article
105	Mukai S	消化器内科学分野	EUS-guided antegrade intervention for benign biliary diseases in patients with surgically altered anatomy (with videos)	Gastrointest Endosc 89(2): 399-407, 2019 IF=7.229	Original Article
106	Go S	小児科学・思春期科学分野	Atomoxetine-induced hyperadrenergic postural tachycardia syndrome: a case report.	Clin Auton Res. 28(2): 247-249, 2018	Original Article
107	Furumoto H.	呼吸器・甲状腺外科学分野	Prognostic impact of the integration of volumetric quantification of the solid part of the tumor on 3DCT and FDG-PET imaging in clinical stage IA adenocarcinoma of the lung	Lung Cancer 121: 91-96, 2018	Case Report
108	Tonozuka R	消化器内科学分野	Ex vivo assessment of anchoring force of covered biflanged metal stent and covered self-expandable metal stent for interventional endoscopic ultrasound	J Gastroenterol Hepatol 34(1): 194-201, 2019 IF=3.632	Original Article

小計12

番号	発表者氏名	筆頭著者の特定機能病院における所属	題名	雑誌名・出版年月等	論文種別
109	Kashiwagi Y	小児科学・思春期科学分野	Clinical features of solitary functioning kidney	CEN Case Rep. 7(1): 185-186, 2018	Original Article
110	Mukai S	消化器内科学分野	A retrospective histological comparison of EUS-guided fine-needle biopsy using a novel franseen needle and a conventional end-cut type needle	Endosc Ultrasound 8(1): 50-57, 2019 IF=2.835	Original Article
111	Yoshimasu Y	消化器内科学分野	Predictive factors for hepatocellular carcinoma occurrence or recurrence after direct-acting antiviral agents in patients with chronic hepatitis C	J Gastrointestin Liver Dis 28(1): 63-71, 2019 IF=2.063	Original Article
112	Yamaguchi H	消化器内科学分野	Impact of gastric endoscopic submucosal dissection in elderly patients: The latest single center large cohort study with a review of the literature	Medicine (Baltimore) 98(11): e14842, 2019 IF=1.870	Original Article
113	Morichi S	小児科学・思春期科学分野	Sudden unexpected death in epilepsy (SUDEP) in childhood: report of two cases	Journal of Pediatric Epilepsy 7(1): 24-26, 2018	Original Article
114	Yamamoto K	消化器内科学分野	Expanding the indication of endoscopic papillectomy for T1a ampullary carcinoma	Dig Endosc 31(2): 188-196, 2019 IF=3.640	Original Article
115	Harada K.	人体病理学分野	Centrifugal lipodystrophy of the scalp manifesting as centrifugal lipodystrophic alopecia.	Clin Exp Dermatol 43 (3) : 286-290, 2018	Original Article
116	Sofuni T	消化器内科学分野	Transpapillary gallbladder drainage: when and how?	Endoscopy International Open 07: E1-E2, 2019 IF=0	Original Article
117	Eriguchi D.	呼吸器・甲状腺外科学分野	Fire during pulmonary bullectomy by video-assisted thoracoscopic surgery	Journal of Thoracic Disease 10(7): E549-E551, 2018	Case Report
118	Tonozuka R	消化器内科学分野	Novel peroral direct digital cholangioscopy-assisted lithotripsy using a monorail technique through the overtube in patients with surgically altered anatomy (with video)	Dig Endosc 31(2): 203-208, 2019 IF=3.640	Original Article
119	Sanada T.	人体病理学分野	CT and MRI findings of bronchopulmonary endometriosis: a case presentation.	Acta Radiol Open 7 (10) : 2058460118801164, 2018	Original Article
120	Tomiyama H	循環器内科学分野	Simultaneously measured interarm blood pressure difference and stroke: an individual participants data meta-analysis	Hypertension 71(6): 1030-1038, 2018	Original Article

小計12

番号	発表者 氏名	筆頭著者の 特定機能病院における 所属	題名	雑誌名・出版年 月等	論文 種別
121	Shimura M	小児科学・思春期科学分野	Ferroportin Disease Caused by a Heterozygous Variant p.Cys326Phe in the SLC40A1 Gene and the Efficacy of Therapeutic Phlebotomy in Children.	J Pediatr Hematol Oncol. doi: 10.1097/MPH.0000000000001301. Aug 2018	Original Article
122	Shimada Y.	呼吸器・甲状腺外科学分野	Future strategy of surgical simulations in video-assisted thoracic surgery	Video-Assisted Thoracic Surgery 3: 31, 2018	Case Report
123	Shimada Y.	呼吸器・甲状腺外科学分野	Preface: Establishment of video-assisted and robot-assisted thoracic surgery training platform with surgical simulations for the new generation of thoracic surgeons	Video-Assisted Thoracic Surgery 3: 32, 2018	Case Report
124	Murakami K.	人体病理学分野	Granulocyte colony stimulating factor-producing lung cancer with severe anemia of inflammation.	Gen Thorac Cardiovasc Surg 66 (7) : 415-418, 2018	Original Article
125	Numabe H	小児科学・思春期科学分野	58th Annual Meeting of the Japanese Teratology Society: Congenital anomalies as variants	Congenit Anom (Kyoto) 58(6): 186-187, 2018	Original Article
126	Shimura M	小児科学・思春期科学分野	ICU-acquired weakness in a pediatric patient with bronchial asthma after mechanical ventilation and corticosteroids therapy	J. Tokyo Med. Univ. 76(1); 64-69, 2018	Original Article
127	Fukushi R	小児科学・思春期科学分野	A case of Kindler syndrome in a young Indian female with exon deletion.	Int J Dermatol. 2018 doi:10.1111/ijd.14288[Epub ahead of print]	Original Article
128	Wakai M	小児科学・思春期科学分野	Self-perceptions from people with Down syndrome in Japan	J Hum Genet 63(5): 669-672, 2018	Original Article
129	Yamaguchi G.	呼吸器・甲状腺外科学分野	Head-down tilt position successfully prevent severe brain air embolism	SAGE Open Med Case Rep 6: 1-3, 2018	Case Report
130	Yamamichi T.	呼吸器・甲状腺外科学分野	Surgery for pulmonary fungal infections complicating hematological malignancies	Korean J Thorac Cardiovasc Surg 51(5): 350-355, 2018	Case Report
131	Yamanaka G	小児科学・思春期科学分野	Serial Analysis of Multiple Serum Cytokine Responses to Adrenocorticotropic Hormone Therapy in Patients with West Syndrome	J Child Neurol 33(8): 528-533, 2018	Original Article
132	Tomiyama H	循環器内科学分野	Involvement of arterial stiffness and inflammation in hyperuricemia-related development of hypertension	Hypertension 72(3): 739-745, 2018	Original Article

小計12

番号	発表者 氏名	筆頭著者の 特定機能病院における 所属	題名	雑誌名・出版年 月等	論文 種別
133	Tomiyama H	循環器内科学分野	Effect of wave reflection and arterial stiffness on the risk of development of hypertension in Japanese men	J Am Heart Assoc 7(10). pii: e008175, 2108	Original Article
134	Nakano H	循環器内科学分野	Impact of iron deficiency on long-term clinical outcomes of hospitalized patients with heart failure	Int J Cardiol 261: 114-118, 2018	Original Article
135	Chida R	小児科学・思春期科学分野	Efficacy of ketogenic diet for pyruvate dehydrogenase complex deficiency.	Pediatr Int. doi: 10. 1111/ped. 13700. Nov 2018	Original Article
136	Iwasaki Y	循環器内科学分野	Liver stiffness and arterial stiffness/abnormal central hemodynamics in the early stage of heart failure	Int J Cardiol Heart Vasc 20: 32-37, 2018	Original Article
137	Inagaki N	循環器内科学分野	Clinical and genetic backgrounds of hypertrophic cardiomyopathy with mid-ventricular obstruction	Journal of Human Genetics 63: 1273-1276, 2018	Original Article
138	Nakayama M	循環器内科学分野	Effects of caffeine on fractional flow reserve values measured using intravenous adenosine triphosphate.	Cardiovasc Interv Ther 33(2): 116-124, 2108	Original Article
139	Nakai T	循環器内科学分野	Role of dental sleep medicine in management of patients with obstructive sleep apnea disorders using a team approach	Acta Odontol Scand 76(8): 605-611, 2018	Original Article
140	Shiina k	循環器内科学分野	Gender difference in the effects of cacao polyphenols on blood pressure and glucose/lipid metabolism in prediabetic subjects: a double-blinded, randomized, placebo-controlled crossover trial.	Hypertens Res 42: 1083-1085, 2019	Original Article
141	Tomiyama H	循環器内科学分野	Steno-stiffness approach for cardiovascular disease risk assessment in primary prevention.	Hypertension 73(3): 508-513, 2019	Original Article
142	Fukami S	脳神経外科学分野	Pathologic findings and clinical course of midline paraventricular gliomas diagnosed using a neuroendoscope	World Neurosurgery 114: e366-e377, 2018	Original Article
143	Fukami S	脳神経外科学分野	Microvascular decompression for oculomotor nerve palsy due to compression by infundibular dilatation of posterior communicating artery	World Neurosurgery 119: 142-145, 2018	Original Article
144	Nishimura H	脳神経外科学分野	A case of rapidly-progressing cervical spine subependymoma with atypical features	Spine Surgery and Related Research, doi. org/10. 2260 3/ssrr. 2018-0005, 2018	Original Article

小計12

番号	発表者 氏名	筆頭著者の 特定機能病院における 所属	題名	雑誌名・出版年 月等	論文 種別
145	Terayama H	高齢総合医学分野	Caregivers' education decreases depression symptoms and burden in caregivers of patients with dementia	Psychogeriatrics 18: 327-333, 2018	Review
146	Umahaara T	高齢総合医学分野	Time-dependent and lesion-dependent HMGB1-selective localization in brains of patients with cerebrovascular diseases.	Histol Histopathol. 33: 215-222, 2018.	Review
147	Makino Y.	呼吸器・甲状腺外科学分野	Assessment of emphysema severity as measured on three-dimensional computed tomography images for predicting respiratory complications after lung surgery	European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 54(4): 671-676, 2018	Case Report
148	Eriguchi D.	呼吸器・甲状腺外科学分野	Predictive accuracy of lepidic growth subtypes in early-stage adenocarcinoma of the lung by quantitative CT histogram and FDG-PET	Lung Cancer 125: 14-21, 2018	Case Report
149	Aizawa H	神経学分野	Pruritus as acomplication of foramen magnum neutrinoma	Neurology and Clinial Neuroscience 15 september 2018 doi:10.111/ncn3.12234	Original Article
150	Kanaya K	高齢総合医学分野	Evaluation of Cerebral Blood Flow in Dementia with Lewy Bodies by 99mTECD SPECT Imaging,	J Alzheimers Dis Parkinsonism 8: 440 DOI: 10.4172/2161-0460.1000440, 2018	Review
151	Shimada Y.	呼吸器・甲状腺外科学分野	Gap between clinical and basic researches in multifocal synchronous lung adenocarcinoma studies	Journal of Thoracic Disease 10(supl 33): S4021-S4022, 2018	Case Report
152	Tanaka Y	脳神経外科学分野	Post-embolization neurological syndrome after embolization for intracranial and skull base tumors: transient exacerbation of neurological symptoms with inflammatory responses	Neuroradiology 60(8): 843-851, 2018	Original Article
153	Matsushima K	脳神経外科学分野	Variations of occipital artery-posterior inferior cerebellar artery bypass: anatomic consideration	Oper Neurosurg (Hagerstown). (Journal Cover selected) 14(5): 563-571, 2018	Original Article
154	Matsushima K	脳神経外科学分野	Trochlear nerve repair during retrosigmoid suprameatal approach for petrotentorial meningioma: operative video	J Neurol Surg B Skull Base 79(Suppl 5): S404-S406, 2018	Original Article
155	Matsushima K	脳神経外科学分野	Retrosigmoid intradural temporal bone drilling for intrapetrous chondrosarcoma extending to cerebellopontine angle	World Neurosurg, doi: 10.1016/j.wneu.2018.10.104, 2018	Original Article
156	Azuma K	薬剤部	Ability of suvorexant to prevent delirium in patients in the intensive care unit: a randomized controlled trial.	Acute Med Surg, 5, 362-368, 2018	Original Article

小計12

番号	発表者氏名	筆頭著者の特定機能病院における所属	題名	雑誌名・出版年月等	論文種別
157	Matsushima K	脳神経外科学分野	Partial transcondylar approach for ventral foramen magnum neurenteric cyst: 2-dimensional operative video	Oper Neurosurg (Hagerstown), doi: 10.1093/ons/opy300, 2018	Original Article
158	Fukushima Shinji	渡航者医療センター	Safety and immunogenicity study of a single dose of a meningococcal (group A, C, W and Y) polysaccharide diphtheria toxoid conjugate vaccine (MEN-ACWY-D) in healthy Japanese participants,	Japanese Journal of Infectious Disease. 277. 2018	Original Article
159	Matsushima K	脳神経外科学分野	Combined transpetrosal approach with preservation of superior petrosal vein drainage for a cerebellopontine angle epidermoid cyst extending into Meckel's cave: 3-dimensional operative video	Oper Neurosurg (Hagerstown), doi: 10.1093/ons/opy286, 2018	Original Article
160	Matsushima K	脳神経外科学分野	Dorsally displaced facial nerve in retrosigmoid transmeatal approach for vestibular schwannoma: 3-dimensional operative video	World Neurosurg, doi: 10.1016/j.wneu.2018.11.261, 2018	Original Article
161	Tamura A.	呼吸器・甲状腺外科学分野	Thermal effects of the Thunderbeat™ device on the recurrent laryngeal nerve during thyroid surgery	Surgery Today 48(12): 1076-1080, 2018	Case Report
162	Shimada Y.	呼吸器・甲状腺外科学分野	Prognostic value of tumor solid-part size and solid-part volume in patients with clinical stage I non-small cell lung cancer	Journal of Thoracic Disease 10(12): 6491-6500, 2018	Case Report
163	Matsushima K	脳神経外科学分野	Anterior transpetrosal approach for trigeminal schwannoma with persistent primitive trigeminal artery: operative video	Oper Neurosurg (Hagerstown), doi.org/10.1093/ons/opz020, 2018	Original Article
164	Matsushima K	脳神経外科学分野	Preservation of venous drainage in middle fossa during combined transpetrosal approach for petroclival meningioma	World Neurosurg, doi: 10.1016/j.wneu.2018.11.215, 2018	Original Article
165	Ikeda N	呼吸器・甲状腺外科学分野	Updates on minimally invasive surgery in non-small cell lung cancer	Curr Treat Options Oncol 20(2): 16, 2019	Case Report
166	Matsushima K	脳神経外科学分野	Comment on "Variability in wall thickness and related structures of major dural sinuses in posterior cranial fossa: A microscopic anatomical study and clinical implications"	Oper Neurosurg (Hagerstown), doi.org/10.1093/ons/opy287, 2018	Original Article
167	Yamaguchi G,	呼吸器・甲状腺外科学分野	Lobectomy for subsegmental lymph node metastasis of unknown origin	Nagoya Journal of Medical Science 81(1): 165-169, 2019	Case Report
168	Ohashi T	脳神経外科学分野	Therapeutic Results after the Introduction of Tailored CAS	Journal of Neuroendovascular Therapy 12(3): 117-120, 2018	Original Article

小計12

番号	発表者 氏名	筆頭著者の 特定機能病院における 所属	題名	雑誌名・出版年 月等	論文 種別
169	Yoneyama R,	呼吸器・甲状腺外科学分野	Clinicopathological characteristics and treatment strategies for young lung cancer patients	Ann Transl Med 7(5): 100, 2019	Case Report
170	Numabe H	遺伝子診察センター	58th Annual Meeting of the Japanese Teratology Society: Congenital anomalies as variants	Congenit Anom (Kyoto) 58(6): 186-187, 2018	Case Report
171	Ohashi T	脳神経外科学分野	Preventive effects of an EPA preparation on restenosis after carotid artery stenting	Journal of Endovascular Therapy 12(11): 527-531, 2018	Original Article
172	Tamura A.	人体病理学分野	Thermal effects of the thunderbeat(™) device on the recurrent laryngeal nerve during thyroid surgery	Surg Today 48 (12) : 1076-1080, 2018	Others
173	Obayashi K	渡航者医療センター	Socially assistive robots and their potential in enhancing older people's activity and social participation	JAMDA May 2018 Volume 19, Issue 5, Pages 462-463	Original Article
174	Obayashi K.	渡航者医療センター	Enhancing Older People's Activity and Participation with Socially Assistive Robots: A Multicentre Quasi-Experimental Study using the ICF Framework	Advanced Robotics 2018, vol. 32, No. 22, 1207-1216	Original Article
175	Ichikawa M	脳神経外科学分野	Photodynamic therapy with talaporfin sodium induces dose- and time-dependent apoptotic cell death in malignant meningioma HKBMM cells	Photodiagnosis Photodyn Ther, doi: 10.1016/j.pdpdt.2018.10.022, 2018	Original Article
176	Tsurukiri J	脳神経外科学分野	Thrombectomy for Stroke at 6-24 hours without Perfusion CT Software for Patient Selection	J of Stroke Cerebrovasc Dis, doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis, 2018	Original Article
177	Wakai M	遺伝子診察センター	Self-perceptions from people with Down syndrome in Japan	J Hum Genet 63(5): 669-672, 2018	Case Report
178	Yuzo Arima	渡航者医療センター	Sociodemographic characteristics and clinical description of congenital syphilis patients and their mothers in Japan:a qualitative study, 2016	Sociodemographic characteristics and clinical description of congenital syphilis patients and their mothers in Japan:a qualitative study, 2016	Original Article
179	Obayashi K.	渡航者医療センター	Do age, gender and stage of dementia matter in the intervention study of communicative robots? An assessment of their impact in older people's homes	Age and Ageing 47(suppl_5): v13-v60, September 2018 DOI: 10.1093/ageing/afy140.18	Original Article
180	Okumura E	脳神経外科学分野	Intracranial Hemorrhaging following Cardiobacterium hominis Endocarditis	Intern Med, doi:10.2169/internalmedicine, 2111-18, 2018	Original Article

小計12

番号	発表者氏名	筆頭著者の特定機能病院における所属	題名	雑誌名・出版年月等	論文種別
181	Aizawa H	脳神経外科学分野	Pruritus as a complication of foramen magnum neurinoma	Neurology and Clinical Neuroscience 6(6): 200, 2018	Original Article
182	Oga M	脳神経外科学分野	Higher Brain Dysfunction after Traumatic Brain Injury in School-aged Children: Review of the Literature	Int J Neurorehabilitation 5(4): 326, 2018	Original Article
183	Akihiko Gemma	臨床腫瘍科	Interstitial Lung Disease Onset and Its Risk Factors in Japanese Patients With ALK-Positive NSCLC After Treatment With Crizotinib	Journal of Thoracic Oncology	Original Article
184	Yoshimura M	看護部	Soft silicone foam dressing is more effective than polyurethane film dressing for preventing intraoperatively acquired pressure ulcers in spinal surgery patients: the Border Operating room Spinal Surgery (BOSS) trial in Japan.	Int Wound J 15(2):188-197, 2018	Original Article
185	Shimura M	遺伝子診察センター	Ferroportin Disease Caused by a Heterozygous Variant p.Cys326Phe in the SLC40A1 Gene and the Efficacy of Therapeutic Phlebotomy in Children.	J Pediatr Hematol Oncol. 2018 doi: 10.1097/MPH.0000000000001301. [Epub ahead of print]	Case Report
186	Yamanaka G	小児科学・思春期科学分野	Spinal Fluid Cytokine Levels and Single-Photon Emission Computed Tomography Findings in Complex Febrile Seizures	J Child Neurol 33(6): 417-421, 2018	Original Article
187	Azuma K.	救急・災害医学分野	Ability of suvorexant to prevent delirium in patients in the intensive care unit: a randomized controlled trial	Acute Medicine & Surgery 5(4): 362-368, 2018	Original Article
188	Yamakawa H	高齢総合医学分野	A comparison between the Mini-Mental State examination and Montreal Cognitive Assessment in assessing cognitive function in patients with diabetes-related dementia.	Psychogeriatrics. 2018;18:72-73	Review
189	Shigefuku S.	人体病理学分野	Prognostic factors for surgically resected non-small cell lung cancer with cavity formation	J Thorac Dis 10(2): 973-983, 2018	Others
190	Oda J.	救急・災害医学分野	Endogenous genetic risk factor for serious heat stroke: the thermolabile phenotype of carnitine palmitoyltransferase II variant	Acute Medicine & Surgery 6(1): 25-29, 2019	Original Article
191	Azuma K.	救急・災害医学分野	Validation of the prediction of delirium for intensive care model to predict subsyndromal delirium	Acute Medicine & Surgery 6(1): 54-59, 2019	Original Article
192	Robert C. Roach*	渡航者医療センター	The 2018 Lake Louise Acute Mountain Sickness Score	High Altitude Medical & Bioloogy Volume 00, Number 00, 2018 Mary Ann Liebert, Inc. DOI:	Original Article

小計12

番号	発表者 氏名	筆頭著者の 特定機能病院における 所属	題名	雑誌名・出版年 月等	論文 種別
193	Reiichiro O.	救急・災害医学分野	Severe acute respiratory distress syndrome in a patient with AIDS successfully treated with veno-venous extracorporeal membrane oxygenation: A case report and literature review	Acute Medicine & Surgery 5(4): 384-389, 2018	Original Article
194	Shimizu S	高齢総合医学分野	Case of progressive supranuclear palsy detected by tau imaging with [18F]THK-5351 before the appearance of characteristic clinical features.	Geriat Gerontol Int 18:501-502, 2018	Review
195	Hirao K	高齢総合医学分野	Patient with Parkinson's disease presenting with impulse control disordres following treatment with selegirine.	Int Psychogeriatr. 2018 Dec 6:1-2. doi: 10.1017/S1041610218001862	Review
196	Shimada Y.	人体病理学分野	Prognostic value of tumor solid-part size and solid-part volume in patients with clinical stage I non-small cell lung cancer.	J Thorac Dis 10 (12) : 6491-6500, 2018	Others
197	Nakajima J	遺伝子診察センター	Novel compound heterozygous DPH1 mutations in a patient with the unique clinical features of airway obstruction and external genital abnormalities.	J Hum Genet 63(4): 529-532, 2018	Case Report
198	Shimura M	遺伝子診察センター	Ferroportin Disease Caused by a Heterozygous Variant p.Cys326Phe in the SLC40A1 Gene and the Efficacy of Therapeutic Phlebotomy in Children.	J Pediatr Hematol Oncol. doi: 10.1097/MPH.0000000000001301. Aug 2018	Case Report
199	Hashimoto T	ロボット手術センター	Prostate-specific antigen screening impacts on biochemical recurrence in patients with clinically localized prostate cancer.	Int J Urol. 2018 Jun;25(6):561-567	Original Article
200	Ohno Y	ロボット手術センター	Editorial Comment to High neutrophil-to-lymphocyte ratio predicts worse overall survival in patients with advanced/metastatic urothelial bladder cancer.	Int J Urol. 2018 Mar;25(3):238-239	Original Article
201	Hashimoto T	ロボット手術センター	The Impact of Lateral Bladder Neck Preservation on Urinary Continence Recovery After Robot-Assisted Radical Prostatectomy	J Endourol. 2018 Jan;32(1):40-45	Original Article
202	Iwasaki Y	健診予防医学センター	Liver stiffness and arterial stiffness/abnormal central hemodynamics in the early stage of heart failure.	International journal of cardiology Heart & vasculature. 2018;20:32-37.	Original Article
203	Tanaka A	健診予防医学センター	Cross-sectional and longitudinal associations between serum uric acid and endothelial function in subjects with treated hypertension.	International journal of cardiology. 2018;272:308-313.	Original Article
204	Tomiyama H	健診予防医学センター	Effect of Wave Reflection and Arterial Stiffness on the Risk of Development of Hypertension in Japanese Men.	Journal of the American Heart Association. 2018;7.	Original Article

小計12

番号	発表者氏名	筆頭著者の特定機能病院における所属	題名	雑誌名・出版年月等	論文種別
205	Tomiyama H	健診予防医学センター	Involvement of Arterial Stiffness and Inflammation in Hyperuricemia-Related Development of Hypertension.	Hypertension (Dallas, Tex : 1979). 2018;72:739-745.	Original Article
206	Shigefuku S	放射線医学科	Prognostic factors for surgically resected non-small cell lung cancer with cavity formation	J Thorac Dis 10(2) : 973-983, 2018	Original Article
207	Hosokawa Y	放射線医学科	Surgical outcomes of pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer with proximal dorsal jejunal vein involvement	J Gastrointest Surg 22(7) : 1179-1185, 2018	Original Article
208	Saito K	放射線医学科	DCE-MRI for early prediction of response in hepatocellular carcinoma after TACE and sorafenib therapy: A pilot study	J Belg Soc Radio 102(1) : 40, 2018	Original Article
209	Harada TL	放射線医学科	Prediction of high-stage liver fibrosis using ADC value on diffusion-weighted imaging and quantitative enhancement ratio at the hepatobiliary phase of Gd-EOB-DTPA-enhanced MRI at 1.5T	Acta Radiol 59(5) : 509-516, 2018	Original Article
210	Saito T	放射線医学科	Is severe emphysema, as defined by quantitative CT measurement, a negative risk factor of radiation fibrosis?	Br J Radiol 91:20170921, 2018	Original Article
211	Sugimoto K	放射線医学科	Irreversible electroporation for nonthermal tumor ablation in patients with locally advanced pancreatic cancer: initial clinical experience in Japan	Intern Med 57(22) : 3225-3231	Original Article

小計7

計 211件

(様式第 3)

高度の医療技術の開発及び評価を行う能力を有することを証する書類

3　高度の医療技術の開発及び評価の実施体制

(1) 倫理審査委員会の開催状況

①　倫理審査委員会の設置状況	○有・無
②　倫理審査委員会の手順書の整備状況	○有・無
・　手順書の主な内容 委員会の運用、各種報告、研究者・研究責任者の資格、事務局に関する事項	
③　倫理審査委員会の開催状況	年 10 回

（注）　1　倫理審査委員会については、「臨床研究に関する倫理指針」に定める構成である場合に「有」に○印を付けること。
2　前年度の実績を記載すること。

(2) 利益相反を管理するための措置

①　利益相反を審査し、適当な管理措置について検討するための委員会の設置状況	○有・無
②　利益相反の管理に関する規定の整備状況	○有・無
・　規定の主な内容　　職員等が研究活動及び業務活動を行う上での利益相反の審査、判定を行うための運用について定めている。	
③　利益相反を審査し、適当な管理措置について検討するための委員会の開催状況	年　1回

(注）前年度の実績を記載すること。

(3) 臨床研究の倫理に関する講習等の実施

①　臨床研究の倫理に関する講習等の実施状況	年 8 回
・研修の主な内容 研究者向け研修（6回）臨床研究法、臨床研究における患者保護手続　等 委員向け研修（2回）臨床研究法、臨床研究法における説明と同意 倫理審査のポイント、グループディスカッション　等	

(注）前年度の実績を記載すること。

(様式第 4)

高度の医療に関する研修を行わせる能力を有することを証する書類

1　研修の内容

【資料2】

（注）上記の研修内容は医師法及び歯科医師法の規定による臨床研修を終了した医師及び歯科医師に対する専門的な研修について記載すること。

2　研修の実績

上記研修を受けた医師数	163.6　人

（注）前年度の研修を受けた医師の実績を記入すること。

3　研修統括者

研修統括者氏名	診　療　科	役　職　等	臨床経験年数	特　記　事　項
平山 陽示	総合診療科	臨床教授	35　年	
後藤 明彦	血液内科	主任教授	31　年	
阿部 信二	呼吸器内科	主任教授	26　年	
近森 大志郎	循環器内科	主任教授	37　年	
小田原 雅人	糖尿病・代謝・内分泌内科	主任教授	39　年	
沢田 哲治	リウマチ・膠原病内科	教授	31　年	
糸井 隆夫	消化器内科	主任教授	28　年	
菅野 義彦	腎臓内科	主任教授	28　年	
相澤 仁志	脳神経内科	主任教授	37　年	
羽生 春夫	高齢診療科	主任教授	38　年	
井上　猛	メンタルヘルス科	主任教授	35　年	
池田 徳彦	呼吸器外科・甲状腺外科	主任教授	33　年	
荻野　均	心臓血管外科	主任教授	37　年	
土田 明彦	消化器外科・小児外科	主任教授	37　年	
石川　孝	乳腺科	主任教授	32　年	
河野 道宏	脳神経外科	主任教授	32　年	
山本 謙吾	整形外科	主任教授	36　年	
松村　一	形成外科	主任教授	31　年	
西　洋孝	産科・婦人科	主任教授	25　年	
河島 尚志	小児科・思春期科	主任教授	38　年	
後藤　浩	眼科	主任教授	35　年	
塚原 清彰	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	主任教授	21　年	
大野 芳正	泌尿器科	主任教授	29　年	
内野 博之	麻酔科	主任教授	32　年	
齋藤 和博	放射線科	主任教授	29　年	
木内　英	臨床検査医学科	主任教授	32　年	
織田　順	救命救急センター	主任教授	26　年	
上野 竜一	リハビリテーション科	臨床講師	29　年	
坪井 良治	皮膚科	主任教授	39　年	
渡邉 秀裕	感染症科	教授	33　年	
長尾 俊孝	病理診断部	主任教授	27　年	

(注) 1　医療法施行規則第六条の四第一項又は第四項の規定により、標榜を行うこととされている

診療科については、必ず記載すること。

(注) 2　内科について、サブスペシャルティ領域ごとに研修統括者を配置している場合には、すべてのサブスペシャルティ領域について研修統括者を記載すること。

(注) 3　外科について、サブスペシャルティ領域ごとに研修統括者を配置している場合には、すべてのサブスペシャルティ領域について研修統括者を記載すること。

資料 2

総合診療科

東京医科大学病院総合診療専門研修プログラム　Ver1.3

目次

1．東京医科大学病院総合診療専門研修プログラムについて
2．総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか
3．専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）
4．各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得
5．学問的姿勢について
6．医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて
7．施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方
8．研修プログラムの施設群について
9．専攻医の受け入れ数について
10．施設群における専門研修コースについて
11．研修施設の概要
12．専門研修の評価について
13．専攻医の就業環境について
14．専門研修プログラムの改善方法とサイトビジットについて
15．修了判定について
16．専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
17．Subspecialty 領域との連続性について
18．総合診療研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件
19．専門研修プログラム管理委員会
20．総合診療専門研修指導医
21．専門研修実績記録システム、マニュアル等について
22．専攻医の採用

1．東京医科大学病院総合診療専門研修プログラムについて

現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えています。今後の日本社会の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要となることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価するために、新たな基本診療領域の専門医として総合診療専門医が位置づけられました。

総合診療専門医の養成は以下の３つを理念に基づいて構築されています。

（１）総合診療専門医の質の向上を図り、以て、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的とする。

（２）地域で活躍する総合診療専門医が、誇りをもって診療等に従事できる専門医資格とする。特に、これから、総合診療専門医資格の取得を目指す若手医師にとって、夢と希望を与える制度となることを目指す。

（３）我が国の今後の医療提供体制の構築に資する制度とする。

こうした制度の理念に則って、東京医科大学病院総合診療専門研修プログラム（以下、本研修 PG）は病院・診療所などで活躍する高い診断・治療能力を持つ総合診療専門医を養成するために創設されました。東京医科大学病院（当院）は特定機能病院でありながら、新宿区、中野区、杉並区、渋谷区、世田谷区の一部の住宅地を診療圏として抱えており、地域の拠点病院としても機能しています。しかし、当院には救急外来を中心に、高度に細分化された専門科診療では対処できない患者さんが少なからずおり、総合診療科（当科）ではこうした患者さんを中心に広く全人的医療を展開しています。また、当科は医学部学生や初期臨床研修医、後期研修医レジデント等を対象とした教育に携わる機会も多く、教育を通じた多くの学びの場が存在します。本研修 PG では、院内各専門科の医師やコメディカルスタッフ、周辺の各地域医療機関の協力のもと、様々な医療現場で、適やかなフィードバックを受けながら研修できる環境を整えていることが特徴です。

専攻医は、日常遭遇する疾病と傷害等に対して適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、絶えざる自己研鑽を重ねながら人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する総合診療専門医になることで、以下の機能を果たすことを目指します。

（１）地域を支える診療所や病院においては、他の領域別専門医、一般の医師、指科医師、医療や健康に関わるその他職種等と連携して、地域の保健・医療・介護・福祉等の様々な分野におけるリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア、等を含む）を包括的かつ継続的に提供

（２）総合診療部門を有する病院においては、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）と臓器別でない外来診療（救急や複数の健康問題をもつ患者への包括的ケア）を提供

本研修 PG においては指導医が皆さんの教育・指導にあたりますが、皆さんも主体的に学ぶ姿勢をもつことが大切です。総合診療専門医は医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、プライマリ・ケアの専門家である総合診療医としての専門性を自覚しながら日々の診療にあたると同時に、ワークライフバランスを保ちつつも自己研鑽を欠かさず、日本の医療や総合診療領域の発展に資するべく教育や学術活動に積極的に携わることが求められます。本研修 PG での研修後に皆さんは標準的な医療を安全に提供し、疾病の予防に努めるとともに将来の医療の発展に貢献できる総合診療専門医となります。

本研修 PG では、総合診療専門研修Ⅰ（外来診療・在宅医療中心）、総合診療専門研修Ⅱ（病棟診療、救急診療中心）、内科、小児科、救急科の５つの必須診療科と選択診療科で４年間の研修を行います。このことにより、１．人間中心の医療・ケア、２．包括的統合アプローチ、３．連携重視のマネジメント、４．地域志向アプローチ、５．公益に資する職業規範、６．診療の場の多様性という総合診療専門医に欠かせない６つのコアコンピテンシーを効果的に修得することが可能になります。

本研修 PG は専門研修基幹施設（以下、基幹施設）と専門研修連携施設（以下、連携施設）の施設群で行われ、それぞれの特徴を生かした症例や技能を広く、専門的に学ぶことが出来ます。

2．総合診療専門研修はどのようにおこなわれるのか

１）研修の流れ：　総合診療専門研修は、卒後３年目からの専門研修（後期研修）４年間で育成されます。

- １年次修了時には、患者の情報を過不足なく明確に指導医や関連職種に報告し、健康問題を迅速かつ正確に同定することを目標とします。
- ２年次修了時には、診断や治療プロセスも標準的で患者を取り巻く背景も安定しているような比較的単純な健康問題に対して的確なマネジメントを提供することを目標とします。
- ３年次修了時には、多疾患合併で診断や治療プロセスに困難さがあったり、患者を取り巻く背景も疾患に影響したりしているような複雑な健康問題に対しても的確なマネジメントを提供することができ、かつ指導できることを目標とします。
- ４年次終了時には
- また、総合診療専門医は日常遭遇する疾病と傷害等に対する適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を提供するだけでなく、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組むことが求められますので、18 ヵ月以上の総合診療専門研修Ⅰ及びⅡにおいては、後に示す地域ケアの学びを重点的に展開することとなります。

➢ 4年間の研修の修了判定には以下の3つの要件が審査されます。

- 定められたローテート研修を全て履修していること
- 専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した最良作品型ポートフォリオを通じて、到達目標がカリキュラムに定められた基準に到達していること
- 研修手帳に記録された経験目標が全てカリキュラムに定められた基準に到達していること

様々な研修の場において、定められた到達目標と経験目標を常に意識しながら、問じ症候や疾患、更には検査・治療手技を経験する中で、徐々にそのレベルを高めていき、一般的なケースで、自ら判断して対応あるいは実施できることを目指していくこととなります。

2）専門研修における学び方

専攻医の研修は臨床現場での学習、臨床現場を離れた学習、自己学習の大きく3つに分かれます。それぞれの学び方に習熟し、生涯に渡って学習していく基盤とすることが求められます。

（1）臨床現場での学習

職務を通じた学習（On-the-job training）を基盤とし、診療経験から生じる疑問に対してEBMの方法論に則って文献等を通じた知識の収集と批判的吟味を行うプロセスと、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスを両輪とします。その際、学習履歴の記録と自己省察の記録をポートフォリオ（経験と省察のファイリング）作成という形で全研修課程において実施します。場に応じた教育方略は下記の通りです。

（ア）外来医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。外来診察中に指導医への症例提示と教育的フィードバックを受ける外来教育法（プリセプティング）、更には診察場面をビデオ等で直後視聴してフィードバックを提供するビデオレビューを実施します。また、指導医による定期的な診療録レビューによる評価、更には、症例カンファレンスを通じた臨床推論や総合診療の専門的アプローチに関する議論などを通じて、総合診療への理解を深めていきます。また、技能領域については、習熟度に応じた指導を提供します。

（イ）在宅医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。初期は経験ある指導医の診療に同行して診療の枠組みを理解するためのシャドウイングを実施します。外来医療と同じく、症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学びます。

（ウ）病棟医療

経験目標を参考に幅広い経験症例を確保します。入院担当患者の症例提示と教育的フィードバックを受ける回診及び多職種を含む病棟カンファレンスを通じて診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関する理解を深めます。指導医による診療録レビューや手技の学習法は外来と同様です。

（エ）救急医療

経験目標を参考に救急外来や救命救急室等で幅広い経験症例を確保します。外来診療に準じた教育方略となりますが、特に救急においては迅速な判断が求められるため救急特有の意思決定プロセスを重視します。また、救急処置全般については技能領域の教育方略（シミュレーションや直接観察指導等）が必要となり、特に、指導医と共に処置にあたる中から経験を積みます。

（オ）地域ケア

地域医師会の活動を通じて、地域の真地医療と交流することで、地域包括ケアへ参画し、自らの診療を支えるネットワークの形成を図り、日々の診療の基盤とします。さらには産業保健活動、学校保健活動等を学び、それらの活動に参画します。参画した経験を指導医と共に振り返り、その意義や改善点を理解します。

（2）臨床現場を離れた学習

- ●総合診療の様々な理論やモデル、組織運営マネジメ ント、総合診療領域の研究と教育については、日本プライマリ・ケア連合学会や日本病院総合診療医学会等の関連する学会の学術集会やセミナー、研修会へ参加し、研修カリキュラムの基本的事項を履修します。
- ●臨床現場で経験の少ない手技などはシミュレーション機器を活用して学ぶこともできます。
- ●医療倫理、医療安全、感染対策、保健活動、地域医療活動等については、学内の各種勉強会や日本医師会の生涯教育制度や関連する学会の学術集会等を通じて学習を進めます。地域医師会における生涯教育の講演会は、診療に関わる情報を学ぶ場としてのほか、診療上の意見交換等を通じて人格を陶冶する場として活用します。

（3）自己学習

研修カリキュラムにおける経験目標は原則的に自プログラムでの経験を必要としますが、やむを得ず経験を十分に得られない項目については、総合診療領域の各種テキストやWeb教材、更には日本医師会生涯教育制度及び日本プライマリ・ケア連合学会等における e-learning 教材、医療専門雑誌、各学会が作成するガイドライン等を適宜活用しながら、幅広く学習します。

3）専門研修における研究

専門研修プログラムでは、最先端の医学・医療を理解すること及び科学的思考法を体得することが、医師としての幅を広げるため重要です。また、専攻医は原則として学術活動に携わる必要があり、学術大会等での発表（筆頭に限る）及び論文発表（共同著者を含む）を行うこととします。

4）研修の週間計画および年間計画

【基幹施設　（東京医科大学病院）　】

総合診療科

	月	火	水	木	金	土	日
8:00-8:30　朝カンファレンス							
8:30-12:00　病棟業務							
8:30-12:00　初診外来							
13:00-16:00　再診外来・初期救急当番							
13:00-16:00　病棟業務							
17:00-18:00　夕カンファレンス							
17:00-19:30　症例カンファレンス							
17:00-18:00　教育カンファレンス							
9:00-11:00　振り返りカンファレンス							
9:00-17:00　近隣の医療機関で研修							
時間外外来での診療　（平日1回、2週の夜勤、 土日1~2回、月の日勤または夜勤）					夜勤		

救急科（救急医療センター）

※専攻医採用に向けて作成中

	月	火	水	木	金	土	日
7:30-8:00　朝カンファレンス							
8:00-16:00 二次・三次救急診療、病棟業務							
16:00-16:30　夕カンファレンス							
16:00-7:30 二次・三次救急診療、病棟業務　（夜勤）							
17:00-19:30　症例カンファレンス							
9:00-12:00　教育カンファレンス							
9:00-11:00 振り返りカンファレンス							
9:00-17:00　近隣の医療機関での研修							

内科

※専攻医採用に向けて作成中

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00　診療班カンファレンス							
9:00-10:00　病棟業務							
10:00-12:00　午前外来							
10:00-12:00　検査　（エコー、内視鏡）							
13:00-17:00　午後外来							
13:00-17:00　処置							
16:00-17:00　総回診							
16:00-17:00　症例カンファレンス							
平日宿直　（1~2回／週） 土日の日直・宿直　（1回／月）							

小児科

※専攻医採用に向けて作成中

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-10:00　病棟業務							
8:00-12:00　教授回診							
10:00-12:00　外来診療							
13:00-17:00 外来診療　（検診・予防接種）							
13:00-17:00　小児救急外来							
17:00-19:00　病棟カンファレンス							
17:00-19:00 勉強会							
平日宿直　（1~2回／週） 土日の日直・宿直（1回／月）							

選択科

※専攻医採用に向けて作成中

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00　朝カンファレンス							
9:00-12:00　午前外来							
13:00-16:00　午後外来							
13:00-16:00　午後リエゾン回診							
16:00-18:00　症例カンファレンス							

【連携施設】

総合診療科（総合診療専門研修1）

※専攻医採用に向けて作成中

	月	火	水	木	金	土	日

8:00-9:00　朝カンファレンス							
9:00-12:00　病棟業務							
9:00-12:00　総合診療外来（午前）							
13:00-16:00　病棟業務							
13:00-16:00　総合診療外来（午後）							
13:00-17:00　救急外来							
16:00-17:00　症例カンファレンス							
17:00-18:00　多職種勉強会							
17:00-18:00　診療科横断勉強会							
平日宿直　（1～2回／週） 土日の日直・宿直　（1回／月）							

【連携施設】

総合診療科（総合診療専門研修Ⅱ）

※専攻医採用に向けて作成中

	月	火	水	木	金	土	日
8:30-9:00　勉強会							
9:00-12:30　外来診療							
13:00-15:00　訪問診療							
15:00-18:00　外来診療							
18:00-19:00　症例カンファレンス							
18:00-19:00　多職種カンファレンス							
平日待機　（1～2回／週） 土日の待機　（1回／月）							

本研修PGに関連した全体行事の年度スケジュール

SR1：1年次専攻医、SR2：2年次専攻医、SR3：3年次専攻医　SR4：4年次専攻医

コメントの追加 [研修センター事務1]: 何か文言を付け足す必要があるかご確認願います

月	全体行事予定
4	・SR1：研修開始。専攻医および指導医に提出用資料の配布（東京医科大学病院ホームページ） ・SR2、SR3、研修修了予定者：前年度分の研修記録が記載された研修手帳を月末まで提出 ・指導医・PG統括責任者：前年度の指導実績報告の提出
5	・第1回研修管理委員会：研修実施状況評価、修了判定
6	・研修修了者：専門医認定審査書類を日本専門医機構へ提出 ・日本プライマリ・ケア連合学会参加（発表）（開催時期は要確認）
7	・研修修了者：専門医認定審査（筆記試験、実技試験） ・次年度専攻医の公募および説明会開催
8	・日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部地方会演題公募（詳細は要確認）
9	・第2回研修管理委員会：研修実施状況評価 ・公募締切（9月末）
10	・日本プライマリ・ケア連合学会ブロック支部地方会参加（発表）（開催時期は要確認） ・SR1、SR2、SR3：研修手帳の記載整理（中間報告） ・次年度専攻医採用審査（書類及び面接）
11	・SR1、SR2、SR3：研修手帳の提出（中間報告）
12	・第3回研修PG管理委員会：研修実施状況評価、採用予定者の承認
1	・ブロック支部ポートフォリオ発表会
3	・その年度の研修終了 ・SR1、SR2、SR3：研修手帳の作成（年次報告）（書類は翌月に提出） ・SR1、SR2、SR3：研修PG評価報告の作成（書類は翌月に提出） ・指導医・指導責任者：指導実績報告の作成（書類は翌月に提出）

3．専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

1）専門知識

総合診療の専門知識は以下の5領域で構成されます。

（1）地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病いの経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などのコンテクスト(※)が関与していることを全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、家族志向でコミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。（※コンテクスト：患者を取り巻く背景・脈絡を意味し、家族、家計、教育、職業、余暇、社会サポートのような身近なものから、地域社会、文化、経済情勢、ヘルスケアシステム、社会的歴史的経緯など遠景にあるものまで幅広い位置づけを持つ概念）

（2）プライマリ・ケアの現場では、疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療から、複数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、更には健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチが求められる。そうした包括的なアプローチは断片的に提供されるのではなく、地域に対する医療機関としての継続性、更には診療の継続性に基づく医師・患者の信頼関係を通じて、一貫性をもった統合的な形で提供される。

（3）多様な健康問題に的確に対応するためには、地域の多職種との良好な連携体制の中での適切なリーダーシップの発揮に加えて、医療機関同士あるいは医療・介護サービス間での円滑な切れ目ない連携も欠かせない。更に、所属する医療機関内の良好な連携のとれた運営体制は質の高い診療の基盤となり、そのマネジメントは不断に行う必要がある。

（4）医療機関を受診していない方も含む全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチを通じて、地域全体の健康向上に寄与する。

（5）総合診療専門医は日本のプライマリ・ケアの現場が外来・救急・病棟・在宅と多様であることを踏まえて、その能力を場に応じて柔軟に適用することが求められ、その際には各現場に応じた多様な対応能力が求められる。

※各項目の詳細は、総合診療専門医 専門研修カリキュラムの到達目標1～4及び6を参照

2）専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

総合診療の専門技能は以下の5領域で構成されます。

（1）外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査・治療手技

（2）患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係の構築を土台として患者中心の医療面接を行い、複雑な家族や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法

（3）診療情報の継続性を保ち、自己省察や学術的利用に耐えうるように、過不足なく適切な診療記録を記載し、他の医療・介護・福祉関連施設に紹介するときには、患者の診療情報を適切に診療情報提供書へ記載して速やかに情報提供することができる能力

（4）生涯学習のために、情報技術（information technology：IT）を適切に用いたり、地域ニーズに応じた技能の修練を行ったり、人的ネットワークを構築することができる能力

（5）診療所・中小病院において基本的な医療機器や人材などの管理ができ、スタッフとの協働において適切なリーダーシップの提供を通じてチームの力を最大限に発揮させる能力

3）経験すべき疾患・病態

以下の経験目標については一律に症例数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。（研修手帳 p.20-29 参照）

なお、この項目以降での経験の要求水準としては、「一般的なケースで、自ら判断して対応あるいは実施できたこと」とします。

（1）以下に示す一般的な症候に対し、臨床推論に基づく鑑別診断および、他の専門医へのコンサルテーションを含む初期対応を適切に実施し、問題解決に結びつける経験をする。（全て必須）

ショック	急性中毒	意識障害	疲労・全身倦怠感	心肺停止
呼吸困難	身体機能の低下	不眠	食欲不振	体重減少・るいそう
体重増加・肥満	浮腫	リンパ節腫脹	発疹	黄疸
発熱	認知脳の障害	頭痛	めまい	失神
言語障害	けいれん発作	視力障害・視野狭窄	目の充血	聴力障害・耳痛
鼻漏・鼻閉	鼻出血	嗄声	胸痛	動悸
咳・痰	咽頭痛	誤嚥	誤飲	嚥下困難
吐血・下血	嘔気・嘔吐	胸やけ	腹痛	便通異常
肛門・会陰部痛	熱傷	外傷	褥瘡	背部痛
腰痛	関節痛	歩行障害	四肢のしびれ	肉眼的血尿
排尿障害（尿失禁・排尿困難）		乏尿・尿閉	多尿	不安
気分の障害（うつ）		精神科領域の救急	流・早産および満期産	
女性特有の訴え・症状		成長・発達の障害		

（2）以下に示す一般的な疾患・病態について、必要に応じて他の専門医・医療職と連携をとりながら、適切なマネジメントを経験する。（必須項目のカテゴリーのみ掲載）

貧血	脳・脊髄血管障害	脳・脊髄外傷	変性疾患	脳炎・脊髄炎
一次性頭痛	湿疹・皮膚炎群	蕁麻疹	薬疹	皮膚感染症
骨折	脊柱障害	心不全	狭心症・心筋梗塞	不整脈
動脈疾患	静脈・リンパ管疾患	高血圧症	呼吸不全	呼吸器感染症
閉塞性・拘束性肺疾患		異常呼吸	胸膜・縦隔・横隔膜疾患	
食道・胃・十二指腸疾患		小腸・大腸疾患	胆嚢・胆管疾患	肝疾患
膵臓疾患	腹壁・腹膜疾患	腎不全	全身疾患による腎障害	
泌尿器科的腎・尿路疾患		妊婦・授乳婦・褥婦のケア		
女性生殖器およびその関連疾患		男性生殖器疾患	甲状腺疾患	糖代謝異常
脂質異常症	蛋白および核酸代謝異常		角結膜炎	中耳炎
急性・慢性副鼻腔炎		アレルギー性鼻炎	認知症	依存症
気分障害	身体表現性障害	ストレス関連障害・心身症		不眠症
ウイルス感染症	細菌感染症	膠原病とその合併症		中毒
アナフィラキ	熱傷	小児ウイルス	小児細菌感染	小児喘息

シー		感染	症
小児虐待の評価 緩和ケア	高齢者総合機能評価	老年症候群	維持治療後の悪性腫瘍

※詳細は総合診療専門医　専門研修カリキュラム経験目標３を参照

4）経験すべき診察・検査等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な身体診察及び検査を経験します。なお、下記の経験目標については一律に症例数や経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。

（研修手帳 p. 16-18 参照）

（1）身体診察

●小児の一般的身体診察及び乳幼児の発達スクリーニング診察

●成人患者への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、甲状腺、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む）

●高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察（歩行障害、転倒、骨折リスク評価など）や認知機能検査（HDS-R、MMSE など）

●耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。

●婦人科的診察（腟鏡診による内診や外陰部の視診など）を実施できる。

（2）検査

●各種の採血法（静脈血・動脈血）

●簡易機器による血液検査・簡易血糖測定・簡易凝固能検査、採尿法（導尿法を含む）

●注射法（皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴・成人及び小児の静脈確保法、中心静脈確保法を含む）

●穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）

●単純 X 線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）

●心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査

●超音波検査（腹部・表在・心臓）

●生体標本（喀痰、尿、腟分泌物、皮膚等）に対する顕微鏡的診断

●呼吸機能検査

●オージオメトリーによる聴力評価及び視力検査表による視力評価

●子宮頸部細胞診

●消化管内視鏡（上部、下部）

●造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）

※詳細は総合診療専門医　専門研修カリキュラム経験目標１を参照

5）経験すべき手術・処置等

以下に示す、総合診療の現場で遭遇する一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な治療手技を経験します。なお、下記については一律に経験数で規定しておらず、各項目に応じた到達段階を満たすことが求められます。（研修手帳 p. 18-19 参照）

（1）救急処置

・新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS）

・成人心肺蘇生法（ICLS または ACLS または JMECC）

・病院前外傷救護法（PTLS）

（2）薬物治療

・使用頻度の多い薬剤の副作用・相互作用・形状・薬価・保険適応を理解して処方することができる。

・適切な処方箋を記載し発行できる。

・処方、調剤方法の工夫ができる。

・調剤薬局との連携ができる。

・麻薬管理ができる。

（3）治療手技・小手術

簡単な切開・異物摘出・ドレナージ

止血・縫合法及び閉鎖療法

簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス法

局所麻酔（手指のブロック注射を含む）

トリガーポイント注射

関節注射（膝関節・肩関節等）

静脈ルート確保および輸液管理（IVH を含む）

経鼻胃管及び胃瘻カテーテルの挿入と管理

導尿及び尿道留置カテーテル・膀胱瘻カテーテルの留置及び交換

膿瘍に対する被覆治療及びデブリードマン

在宅酸素療法の導入と管理

人工呼吸器の導入と管理

輸血法（血液型・交差適合試験の判定を含む）

各種ブロック注射（仙骨硬膜外ブロック・正中神経ブロック等）

小手術（局所麻酔下での簡単な切開・摘出・止血・縫合法滅菌・消毒法）

包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法

穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）

鼻出血の一時的止血

耳垢除去、外耳道異物除去

咽喉頭異物の除去（間接喉頭鏡、上部消化管内視鏡などを使用）

睫毛抜去

※詳細は総合診療専門医　専門研修カリキュラムの経験目標１を参照

4．各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

職務を通じた学習（On-the-job training）において、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスにおいて各種カンファレンスを活用した学習は非常に重要です。主として、外来・在宅・病棟の３つの場面でカンファレンスを活発に開催します。

（ア）外来医療

幅広い症例を経験し、症例カンファレンスを通じた臨床推論や総合診療の専門的アプローチに関する議論などを通じて、総合診療への理解を深めていきます。

（イ）在宅医療

症例カンファレンスを通じて学びを深め、多職種と連携して提供される在宅医療に特徴的な多職種カンファレンスについても積極的に参加し、連携の方法を学びます。

（ウ）病棟医療

入院担当患者の症例提示と教育的フィードバックを受ける回診及び多職種を含む病棟カンファレンスを通じて診断・検査・治療・退院支援・地域連携のプロセスに関する理解を深めます。

5．学問的姿勢について

専攻医には、以下の２つの学問的姿勢が求められます。

●常に標準以上の診療能力を維持し、さらに向上させるために、ワークライフバランスを保ちつつも、生涯にわたり自己研鑽を積む習慣を身につける。

●総合診療の発展に貢献するために、教育者あるいは研究者として啓発活動や学術活動を継続する習慣を身につける。

この実現のために、具体的には下記の研修目標の達成を目指します。

（1）教育

①学生・研修医に対して１対１の教育をおこなうことができる。

②学生・研修医向けにテーマ別の教育目的のセッションを企画・実施・評価・改善することができる。

③総合診療を提供するうえで連携する多職種への教育を提供することができる。

（2）研究

①日々の臨床の中から研究課題を見つけ出すという、プライマリ・ケアや地域医療における研究の意義を理解し、症例報告や臨床研究を様々な形で実践できる。

②量的研究（医療疫学・臨床疫学）、質的研究双方の方法と特長について理解し、批判的に吟味でき、各種研究成果を自らの診療に活かすことができる。

この項目の詳細は、総合診療専門医　専門研修カリキュラムの到達目標５に記載されています。

また、専攻医は原則として学術活動に携わる必要があり、学術大会等での発表（筆頭に限る）及び論文発表（共同著者を含む）を行うことが求められます。

臨床研究の実施にあたっては、必要に応じ、東京医科大学医学部総合診療医学分野ならびに臨床研究推進センターのサポートをうけることができます。

6．医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて

総合診療専攻医は以下４項目の実践を目指して研修をおこないます。

1）医師としての倫理観や説明責任はもちろんのこと、プライマリ・ケアの専門家である総合診療医としての専門性を自覚しながら日々の診療にあたることができる。

2）安全管理（医療事故、感染症、廃棄物、放射線など）を行うことができる。

3）地域の現状から見出される優先度の高い健康関連問題を把握し、その解決に対して各種会議への参加や住民組織との協働、あるいは地域ニーズに応じた自らの診療の継続や変容を通じて貢献できる。

4）へき地・離島、被災地、都市部にあっても医療資源に乏しい地域、あるいは医療アクセスが困難な地域でも、可能な限りの医療・ケアを率先して提供できる。

7．施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方

本研修 PG では東京医科大学病院総合診療科を基幹施設とし、地域の連携施設とともに施設群を構成しています。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。当 PG では、東京医科大学病院総合診療科において臨床推論、医療面接、総合診療の概念を学習するための基礎研修 12ヵ月行った後、下記のような構成でローテート研修を行います。

（1）総合診療専門研修は診療所・中小病院における総合診療専門研修Ⅰと病院総合診療部門における総合診療専門研修Ⅱで構成されます。当 PG では、総合診療研修Ⅱを基

恵会医科大学第３病院または聖路加国際病院または立川相互病院総合診療科において６ヵ月、必須領域別研修として、東京医科大学病院または立川相互病院の救急科にて３ヶ月、東京医科大学病院の小児科にて３ヵ月の研修を行います。

（２）総合診療専門研修Ⅰを大島医療センターにて12ヶ月の研修を行います。

（３）その他の領域別研修として、東京医科大学病院総合診療科にて９ヶ月、東京医科大学病院整形外科にて３ヶ月の研修を行います。

施設群における研修の順序、期間等については、専攻医を中心に考え、個々の総合診療科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、本研修PG管理委員会が決定します。

８．研修プログラムの施設群について

本研修プログラムは基幹施設１、連携施設７の合計８施設の多様な施設群で構成されます。施設は東京都心の二次医療圏に位置しています。各施設の診療実績や医師の配属状況はII. 研修施設の概要を参照して下さい。

【専門研修基幹施設】

東京医科大学病院総合診療科が専門研修基幹施設となります。

【専門研修連携施設】

本研修PGの施設群を構成する専門研修連携施設は以下の通りです。全て、診療実績基準と所定の施設基準を満たしています。

慈恵会医科大学第３病院（東京都狛江市、調布市の各種専門診療を提供する急性期病院である。）

聖路加国際病院（東京都中央区に存立する都心の急性期病院である。）

立川相互病院（東京都立川市に存立する急性期病院である。）

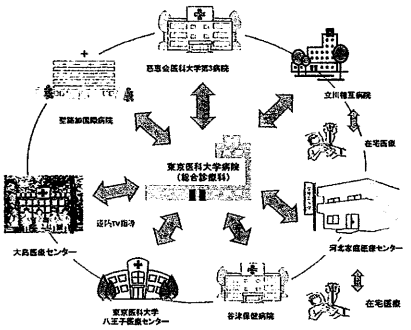
大島医療センター（東京都大島における唯一の有床診療所である。）

河北ヶ丘クリニック家庭医療学センター（東京都杉並区に存立する急性期病院のひとつである河北病院のサテライトクリニックである。総合診療専門研修指導医が常勤している。）

【専門研修施設群】

基幹施設と連携施設により専門研修施設群を構成します。体制は図Ⅰのような形になります。

図Ⅰ：研修体制



【専門研修施設群の地理的範囲】

本研修PGの専門研修施設群は東京都都市部及び離島にあります。施設群の中には、地域中核病院と診療所が入っています。

９．専攻医の受け入れ数について

各専門研修施設における年度毎の専攻医数の上限は、当該年度の総合診療専門研修Ⅰ及びⅡを提供する施設で指導にあたる総合診療専門研修指導医×２です。３学年の総数は総合診療専門研修指導医×６です。本研修PGにおける専攻医受け入れ可能人数は、基幹施設および連携施設の受け入れ可能人数を合算したものです。

また、ローテートする各診療科において、同時期に受け入れできる専攻医の数は、指導を担当する医師１名に対して３名までとします。受入専攻医数は施設群が専攻医の必要経験数を十分に提供でき、質の高い研修を保証するためのものです。

現在、当プログラム内には総合診療専門研修指導医が９名（総合診療専門研修Ⅰ及びⅡを提供する施設では６名）在籍しており、この基準に基づくと毎年最大で12名程度受け入れ可能になりますが、当プログラムでは、毎年３名定員としています。

１０．施設群における専門研修コースについて

図２に本研修PGの施設群による研修コース例を示します。後期研修１年目は基幹施設である東京医科大学病院で総合診療科での基礎研修と、内科領域別必修研修を行います。後期研修２年目は近隣にある慈恵会医科大学第３病院または聖路加国際病院または立川相互病院において総合診療専門研修Ⅱと、救急科、小児科研修を行います。後期研修３年目は大島医療センターにおいて総合診療専門研修Ⅰを行います。４年目は東京医科大学病院総合診療科・整形外科、河北サテライトクリニック家庭医療学センターにおいてその他領域研修を行います。

なお、本プログラムは総合診療専門研修プログラム整備基準「専門研修施設群の構成要件」に則ってプログラム構築することが難しい場合に、整備基準の項目10「他に自領域のプログラムにおいて必要なこと」に示した「平成30年度からの４年間に専門研修が開始されるフラグラムについては、専門研修施設群の構成についての例外を日本専門医機構において諸事情を考慮して認めることがある。」に則して作成されたフログラムとなっています。

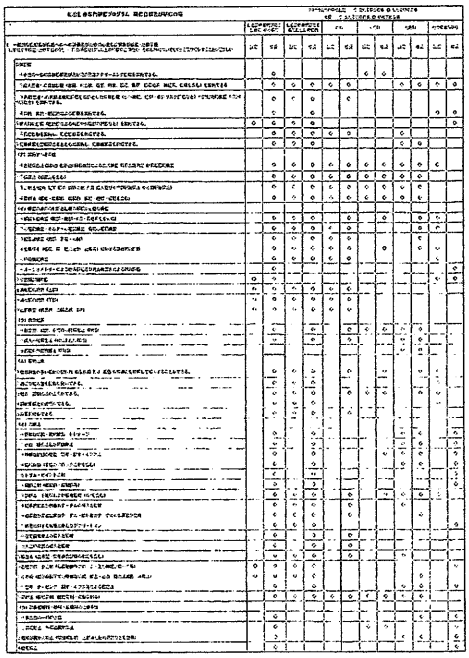
図２：ローテーション

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	施設名	東京医科大学病院、東京医科大学八王子医療センター、谷津保健病院											
	領域	内科											
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
2年目	施設名	慈恵医大第３病院、聖路加国際病院、立川相互病院						東京医科大学病院、立川相互病院			東京医科大学病院		
	領域	総診Ⅱ						救急科			小児科		
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
3年目	施設名	大島医療センター											
	領域	総診Ⅰ											
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
4年目	施設名	東京医科大学病院 総合診療科 河北サテライトクリニック家庭医療学センター									東京医科大学病院 整形外科など		
	領域	その他									その他		

※総診Ⅱと内科領域において６ヶ月同時研修をおこなう場合があります。

図３に本研修PGでの４年間の施設群ローテーションにおける研修目標と研修の場を示しました。ローテーションの際には特に主たる研修の場では目標を達成できるように意識して修練を積むことが求められます。

本研修PGの研修期間は４年間としていますが、修得が不十分な場合は修得できるまでの期間を延長することになります。



内科

東京医科大学病院内科専門研修プログラム

1. 理念・使命・特性

理念【整備基準 1】

1) 「内科医師の礎を築く」

本プログラムは、東京医科大学病院が東京都区西部医療圏、近隣医療圏、関連医療機関で構成される連携施設と協力し、豊富な臨床経験を持つ指導医の適切な指導の下で、内科専門医制度研修カリキュラムに定められた内科領域全般にわたる 3 年間の研修を通じて、将来社会に貢献できる標準的かつ全人的な内科的医療の実践に必要な知識と技能とを修得できる医療人財の育成を目指す。また、地域の実情に合わせた医療も実践できるよう、内科専門医としての基本的臨床能力を養える環境を整備し、さらには高度な総合内科の Generality・内科領域 Subspecialty 専門医への道を歩む場合を想定して、複数の研修コース管理により専攻医を支援する。

使命【整備基準 2】

1) 内科専門医として、(1)高い倫理観を持ち、(2)最新の標準的医療を実践し、(3)安全な医療を心がけ、(4)プロフェッショナリズムに基づく患者中心の医療を提供し、臓器別専門性に著しく偏ることなく全人的な内科診療を提供すると同時にチーム医療を円滑に運営できる研修を行う。

2) 本プログラムを修了し内科専門医の認定を受けた後も、内科専門医は常に自己研鑽を続け、最新の情報を学び、新しい技術を修得し、標準的な医療を安全に提供し、疾病の予防、早期発見早期治療に努め、自らの診療能力をより高めることを通じて内科医療全体の水準をも高めて、地域住民、日本国民に生涯にわたって最善の医療を提供する基盤となる研修を行う。

3) 疾病の予防から治療に至る保健・医療活動を通じて地域住民の健康に積極的に貢献できる研修を行う。

4) 将来の医療の発展のためにリサーチマインドを持ち臨床研究、基礎研究を実際に行う契機となる研修を行う。

特性

1) 本プログラムでは、東京医科大学病院と東京都区西部医療圏、近隣医療圏、関連医療機関の医療圏を診療エリアとし、可塑性のある地域の実情に合わせた実践的な医療を行えるように訓練する。研修期間は 3 年間（基幹 2 年＋連携 1 年）とする。

2) 本プログラムでは、症例をある時点で経験するということだけではなく、主担当医として、入院から退院（初診・入院～退院・通院）まで可能な範囲で経時的に、診断・治療の流れを通じて、一人一人の患者の全身状態、社会的背景・療養環境調整をも包括する全人的医療を実践する。そして、個々の患者に最適な医療を提供する計画を立て実行する能力の修得をもって目標への到達とする。

3) 基幹施設である東京医科大学病院での 2 年間（専攻医 2 年修了時）で、「研修手帳（疾患群項目表）」に定められた 70 疾患群のうち、少なくとも通算で 45 疾患群、120 症例以上を経験し、日本内科学会専攻医登録評価システム（「J-OSLER」以下 J-OSLER）に登録できる。そして、専攻医 2 年修了時点で、指導医による形成的な指導を通じて、内科専門医ボードによる評価に合格できる 29 症例の病歴要約を作成する。

4) 連携病院が地域においてどのような役割を果たしているかを経験するために、原則として 1 年間、立場や地域における役割の異なる医療機関で研修を行うことによって、内科専門医に求められる役割を実践する。

5) 専攻医 3 年修了時で、「研修手帳（疾患群項目表）」に定められた 70 疾患群のうち、少なくとも 56 疾患群、160 症例以上を経験し、J-OSLER に登録できる体制をとる。そして可能な限り、「研修手帳（疾患群項目表）」に定められた 70 疾患群、200 症例以上の経験を目標とする。

専門研修後の成果【整備基準 3】

1) 地域医療における内科領域の診療医（かかりつけ医）：地域において常に患者と接し、内科慢性疾患に対して、生活指導まで視野に入れた良質な健康管理・予防医学と日常診療を実践できる。

2) 内科系救急医療の専門医：内科系急性・救急疾患に対してトリアージを含めた適切な対応が可能な、地域での内科系救急医療を実践できる。

3) 病院での総合内科（Generality）の専門医：病院での内科系診療で、内科系の全領域に広い知識・洞察力を持ち、総合内科医療を実践できる。

4) 総合内科的視点を持った Subspecialist：病院での内科系の Subspecialty を受け持つ中で、総合内科（Generalist）の視点から、内科系 Subspecialist として診療を実践できる。

2. 内科専門医研修内容【整備基準：13～16、30】

1) 研修段階の定義：内科専門医は 2 年間の初期臨床研修後に設けられた専門研修（専攻医研修）3 年間の研修で育成される。

2) 専門研修の 3 年間は、それぞれ医師に求められる基本的診療能力・態度・資質と日本内科学会が定める「内科専門研修カリキュラム」（別添）にもとづいて内科専門医に求められる知識・技能の修得目標を設定し、基本科目修了の終わりに達成度を評価する。具体的な評価方法は後の項目で示す。

3) 臨床現場での学習：日本内科学会では内科領域を 70 疾患群（経験すべき病態等を含む）に分類し、代表的なものについては病歴要約や症例報告として記載することを定める。日本内

科学会 J-OSLER への登録と指導医の評価と承認とによって目標達成までの段階を uptodate に明示することとする。各年次の到達目標は以下の基準を目安とする。

○専門研修 1 年

- 症例：カリキュラムに定める 70 疾患群のうち、20 疾患群以上を経験し、J-OSLER に登録することを目標とする。
- 技能：疾患の診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決定を指導医とともに行うことができるようにする。
- 態度：専攻医自身の自己評価、指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価とを複数回行って態度の評価を行い担当指導医がフィードバックを行う。

○専門研修 2 年

- 疾患：カリキュラムに定める 70 疾患群のうち、通算で 45 疾患群以上を（できるだけ均等に）経験し、日本内科学会 J-OSLER に登録することを目標とする。
- 技能：疾患の診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決定を指導医の監督下で行うことができるようにする。
- 態度：専攻医自身の自己評価、指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価を複数回行って態度の評価を行う。専門研修 1 年次に行った評価についての省察と改善とが図られたか否かを指導医がフィードバックする。

○専門研修 3 年

- 疾患：主担当医として、カリキュラムに定める全 70 疾患群、計 200 症例の経験を目標とする。但し、修了要件はカリキュラムに定める 56 疾患群、そして 160 症例以上（外来症例は 1 割まで含むことができる）とする。この経験症例内容を J-OSLER へ登録する。既に登録を終えた病歴要約は、日本内科学会病歴要約評価ボード（仮称）による査読を受ける。
- 技能：内科領域全般について、診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針決定を自立して行うことができるようにする。
- 態度：専攻医自身の自己評価、指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価を複数回行って態度の評価を行う。専門研修 2 年次に行った評価についての省察と改善とが図られたか否かを指導医がフィードバックする。また、基本領域専門医としてふさわしい態度、プロフェッショナリズム、自己学習能力を修得しているか否かを指導医が専攻医と面談し、さらなる改善を図る。

＜内科研修プログラムの週間スケジュール：循環器内科の例＞

<table>
<tr><th></th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土(診療日)</th><th>土(休診日)・日</th></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">受け持ち患者情報の把握</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>7:45～8:30</td><td colspan="5">循環器内科全体朝カンファレンス、カテーテル症例カンファレンス</td><td>心電図カンファレンス（月 1 回）</td></tr>
<tr><td>8:30～9:00</td><td colspan="6">CCU 回診</td><td>CCU 申し送り</td></tr>
<tr><td>9:00～12:00</td><td>教授回診</td><td colspan="3">病棟(チーム回診)、検査治療(カテーテル検査および治療)、ペースメーカー治療、</td><td></td><td>病棟回診</td><td>CCU(および一般病棟回診)、緊急入院患者対応</td></tr>
<tr><td>13:00～17:30</td><td colspan="5">新規予定入院患者診察、病棟、検査治療(カテーテル検査治療)、緊急入院患者対応、学生と初期研修医指導</td><td>患者申し送り</td><td>患者申し送り</td></tr>
<tr><td>16:30-17:30</td><td>画像カンファレンス</td><td></td><td></td><td>心エコー読影会</td><td></td><td rowspan="5"></td><td rowspan="5"></td></tr>
<tr><td>(17:00～18:00)</td><td colspan="3"></td><td>CPC（月 1 回）</td><td></td></tr>
<tr><td>17:30～18:00</td><td colspan="5">患者申し送り(CCU にて)</td></tr>
<tr><td>18:15～19:00</td><td colspan="3" rowspan="3"></td><td>医局会</td><td rowspan="3">他施設合同カンファレンス(月 1 回)～21:00</td></tr>
<tr><td>19:00～20:00</td><td>心臓血管外科合同カンファレンス</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="6">当直(週 1 回程度)</td></tr>
</table>

なお、J-OSLER の登録内容と適切な経験と知識の修得状況は指導医によって承認される必要がある。

【専門研修 1-3 年を通じて行う現場での経験】

① 専攻医 2 年目以降から初診を含む外来（1 回／週以上）を通算で 6 ヵ月以上行う。

② 当直を経験する。

4) 臨床現場を離れた学習

①内科領域の救急、

②最新のエビデンスや病態・治療法について専攻医対象のセミナーの開催

③内科系学術集会、JMECC（内科救急講習会）等。

5) 自己学習

研修カリキュラムにある疾患について、内科系学会が行っているセミナーの DVD やオンデマンドの配信を用いて自己学習する。個人の経験に応じて適宜 DVD の視聴ができるよう図書館または IT 教室に設備を準備する。また、日本内科学会雑誌の MCQ やセルフトレーニング問題を活用して学習することができる。

6) 大学院進学

大学院における臨床研究は臨床医としてのキャリアアップにも大いに有効であることから、臨床研究の期間も専攻医の研修期間として認める。臨床系大学院へ進学しても専門医資格が取得できるプログラムを準備している。

7) Subspecialty 研修

後述する"Subspecialty 重点コース"において、それぞれの専門医像に応じた研修を準備している。Subspecialty 研修は 3 年間の内科研修期間の、いずれかの年度で最長 2 年間について内科研修の中で重点的に行う。

3. 専門医の到達目標 [整備基準：4、5、8～11]

1) 3年間の専攻医研修期間で、以下に示す内科専門医受験資格を修了することとする。
   1) 70 に分類された各カテゴリーのうち、最低 56 のカテゴリーから 1 例を経験すること。
   2) 日本内科学会 J-OSLER へ症例(定められた 200 件のうち、最低 160 例)を登録し、それを指導医が確認・評価すること。
   3) 登録された症例のうち、29 症例を病歴要約として内科専門医制度委員会へ提出し、査読委員から合格の判定をもらうこと。
   4) 技能・態度：内科領域全般について診断と治療に必要な身体診察、検査所見解釈、および治療方針を決定する能力、基本領域専門医としてふさわしい態度、プロフェッショナリズム、自己学習能力を修得すること。

2) 専門知識について

日本内科学会が定める内科研修カリキュラムは総合内科、消化器、循環器、内分泌、代謝、腎臓、呼吸器、血液、神経、アレルギー、膠原病および類縁疾患、感染症、救急の 13 領域から構成されている。東京医科大学病院には 12 の内科系診療科があり、そのうち 5 つの診療科（総合診療科、高齢診療科、糖尿病・代謝・内分泌内科、リウマチ・膠原病内科）が複数領域を担当する。また、救急疾患は各診療科の時間外外来や救命救急センターによって管理されており、東京医科大学病院においては内科領域全般の疾患が網羅できる体制が敷かれている。これらの診療科での研修を通じて、専門知識の習得を行う。また、連携施設ではより総合的な研修や地域における医療体験が可能となる。患者背景の多様性に対応するため、地域または県外病院での研修を通じて幅広い活動を推奨する。

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得[整備基準：13]

カンファレンス、回診、CPC、抄読会・研究報告会などを通じて知識・技能を習得する。
また、後進指導にも重点を置き、自らの知識を整理・確認する場を与える。

5. 学問的姿勢[整備基準：6、30]

患者から学ぶという姿勢を基本とし、科学的な根拠に基づいた診断、治療を行う（evidence based medicine の精神）。最新の知識、技能を常にアップデートし、生涯を通して学び続ける習慣を身につける。

6. 医師に必要な、倫理性、社会性[整備基準：7]

医師の日々の活動や役割にかかわってくる基本となる能力、資質、態度を患者への診療を通して医療現場から学ぶ。

東京医科大学病院（基幹病院）において症例経験や技術習得に関して、単独で履修可能であっても、連携施設において地域住民に密着し、病病連携や病診連携を依頼する立場を経験することにより地域医療を実施する。そのため複数施設での研修を行うことが望ましく、全てのコースにおいてその経験が積める。

地域医療を経験するため、全てのプログラムにおいて連携施設での研修期間を設ける。専攻医は連携施設では基幹施設で追加強化が必要とされる領域及び Subspecialty 領域を主として研修する。入院症例だけでなく外来での基本となる能力、知識、スキル、行動の組み合わせを指す。なお、連携病院へのローテーションを行うことで、地域においては、人的資源の集中を避け、派遣先の医療レベル維持に貢献する。

基幹施設、連携施設を問わず、患者への診療を通して、医療現場から学ぶ姿勢の重要性を知ることができる。インフォームド・コンセントを取得する際には上級医に同伴し、接遇態度、患者への説明、予備知識の重要性などについて学習する。医療チームの重要な一員としての資務（患者の診療、カルテ記載、病状説明など）を果たし、リーダーシップをとれる能力を獲得できるようにする。

「医療安全」「感染対策」「個人情報保護」に関する講習会を年に 2 回以上出席する。

7. 研修施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方[整備基準：25、26、28、29]

地域医療を経験するため、全てのプログラムにおいて連携施設での研修期間を設けている。連携病院へのローテーションを行うことで、人的資源の集中を避け、研修先の医療レベル維持に貢献する。連携施設では基幹施設で追加強化が必要とされる領域及び Subspecialty 領域を主として研修する。入院症例だけでなく外来での経験を積み、施設内で開催されるセミナーへ参加する。

連携施設での研修中においても、研修状況の把握、進捗管理ができる環境を整備する。

8. 年次毎の研修計画[整備基準：16、25、31]

本プログラムでは以下の 2 つのコース、①内科基本コース、②Subspecialty 重点コースを準備している。いずれのコースを選択しても遅滞なく内科専門医受験資格を得られる様に工夫する。また、コース選択後も条件を満たせば他のコースへの移行も認めることとする。

専攻医研修を支援するための専攻医研修センター（仮）を設置する。

① 内科基本コース

内科（Generality）専門医は勿論のこと、将来、内科指導医や高度な Generalist を目指す医師も含む。内科基本コースは内科の領域を偏りなく学ぶことを目的としたコースであり、専攻医研修期間の 3 年間において内科領域を担当する全ての科をローテーションする。原則として 2 ヵ月を 1 単位として、1 年間に 6 科、2 年間で延べ 12 科を基幹施設でローテーションする。3 年目は地域医療の経験と Subspecialty 領域を重点的に連携施設で原則 1 年間研修する。研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上、プログラム統括責任者が決定する。

② Subspecialty 重点コース（2 年型）

希望する Subspecialty 領域を重点的に研修するコース。研修開始直後の 6 か月間は希望する Subspecialty 領域にて研修する。この期間、専攻医は将来希望する内科において理想的医師像とする指導医や上級医師から、内科医としての基本姿勢のみならず、目指す領域での知識、技術を学習することにより、内科専門医取得への Motivation を強化することができる。その後、原則として 2 ヵ月を 1 単位として他科をローテーションする。

研修 3 年目には、連携施設における当該 Subspecialty 科において内科研修を継続して Subspecialty 領域を重点的に研修するとともに、充足していない症例を経験する。研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上、希望する Subspecialty 領域の資任者とプログラム統括責任者が協議して決定する。なお、重点研修は最長 2 年間とする。また、専門医資格の取得と臨床系大学院への進学を希望する場合は、本コースを選択の上、担当教授と協議して大学院入学時期を決定する。

9. 専門医研修の評価[整備基準：17～22]

① 形成的評価（指導医の役割）

指導医およびローテーション先の上級医は専攻医の日々のカルテ記載と、専攻医が Web 版の研修手帳に登録した当該科の症例登録を経時的に評価し、症例要約の作成についても指導する。また、技術・技能についての評価も行う。年に 1 回以上、目標の達成度に基づき、研修責任者は専攻医の研修の進行状況の把握と評価を行い、適切な助言を行う。

専攻医研修センター（仮）が指導医のサポートと評価プロセスの進捗状況についても追跡し、必要に応じて支援する。

② 総括的評価

専攻医研修 3 年目の 3 月に研修手帳を通して経験症例、技術・技能の目標達成度について最終的な評価を行う（29 例の病歴要約の合格、所定の講習受講や研究発表なども判定基準とする）。指導医による総合的評価に基づいてプログラム管理委員会でプログラムの修了判定を行う。専門研修プログラム修了後に実施される内科専門医試験（毎年夏～秋頃実施）に合格することで、内科専門医の資格を取得する。

③ 研修態度の評価

指導医や上級医のみでなく、他職種（病棟看護師長、臨床検査・放射線技師・臨床工学技士など）から、接点の多い職員 5 名程度を指名し、毎年 3 月に評価する。評価法については別途定めるものとする。

④ ベスト専攻医の選考

プログラム管理委員会と総括責任者は上記の評価を基に「ベスト専攻医賞」を専攻医研修終了時に 1 名選出し、表彰状を授与する。

⑤ 専攻医による自己評価とプログラムの評価

日々の診療・教育的行事において指導医から受けたアドバイス・フィードバックに基づき、研修上の問題点や悩み、研修の進め方、キャリア形成などについて考える機会を持たせる。

毎年 3 月に現行プログラムに関するアンケート調査を行い、専攻医の満足度と改善点に関する意見を収集し、次期プログラムの改訂の参考とする。アンケート用紙は別途定める。

10. 専門研修プログラム管理委員会[整備基準：35～39]

1) 研修プログラム管理運営体制

本プログラムを履修する内科専攻医の研修について責任を持って管理するプログラム管理委員会を東京医科大学病院に設置し、委員長・副委員長と各科から 1 名以上管理委員を選任する。プログラム管理委員会の下部組織として、基幹病院および連携施設に専攻医の研修を管理する研修委員会を置き、委員長が統括する。

11. 専攻医の就業環境（労務管理）[整備基準：40]

専攻医の勤務時間、休暇、当直、給与等の勤務条件に関しては、専攻医の就業環境を整えることを重視する。

労働基準法を遵守し、東京医科大学の就業規則及び給与規則に従う。専攻医の心身の健康維持の配慮については各施設の研修委員会と労働安全衛生委員会で管理する。特に精神衛生上の問題点が疑われる場合は臨床心理士によるカウンセリングを行う。専攻医は採用時に上記の労働環境、労働安全、勤務条件の説明を受けることとなる。プログラム管理委員会では各施設における労働環境、労働安全、勤務に関して報告され、これらの事項について総括的に評価する。

12. 専門研修プログラムの改善方法 [整備基準：49～51]

本プログラムでは短期・年度・長期で課題事項を分類し、定期・臨時開催の研修プログラム管理委員会で改善し、最新のプログラムに更新する。プログラム内での課題は専攻医研修センター（仮）を相談窓口とし、内科全領域で情報共有のできる体制を構築する。

専門医機構によるサイトビジット（ピアレビュー）に対しては研修管理委員会が真摯に対応し、専門医の育成プロセスの制度設計と専門医の育成が保証されているかのチェックを受け、プログラムの改善に繋げる。

13. 修了判定 [整備基準：21、53]

日本内科学会 J-OSLER に以下のすべてが登録され、かつ担当指導医が承認していることをプログラム管理委員会が確認して修了判定会議を行う。

1) 主担当医として 56 疾患群以上の経験と計 160 症例以上の症例（外来症例は登録症例の 1 割まで含むことができる）を登録する。
2) 所定の受理された 29 編の病歴要約
3) 所定の 2 編の学会発表または論文発表
4) JMECC 受講
5) プログラムで定める講習会受講
6) 指導医とメディカルスタッフによる 360 度評価の結果に基づき、医師としての適性に疑問がないこと。

14. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと[整備基準：21、22]

専攻医は様式●●(未定)を専門医認定申請年の 1 月末までにプログラム管理委員会に送付する。プログラム管理委員会は 3 月末までに修了判定を行い、研修証明書を専攻医に授与する。その後、専攻医は日本専門医機構内科専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行う。

15. 研修プログラムの施設群 [整備基準：23〜27]

東京医科大学病院及び 22 の専門研修施設群を構築することで、より総合的な研修や地域における医療体験が可能となる。

16. 専攻医の受入数

東京医科大学病院における専攻医の上限は 1 学年 32 名。
経験すべき症例数の充足については下記の通り。

表. 東京医科大学病院診療科別診療実績

2014 年実績	入院症例件数（年）
総合Ⅰ	250
総合Ⅱ	
総合Ⅲ	
消化器	1,096
循環器	960
内分泌	71
代謝	244
腎臓	192
呼吸器	817
血液	453
神経	310
アレルギー	41
膠原病	197
感染症	95
救急	677

上記表の入院患者について DPC 病名を基本とした各診療科における疾患群別の入院患者数を分析したところ、全 70 疾患群のうち 69 において充足可能。従って 56 疾患群以上の修了条件を満たすことができる。

17. 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 [整備基準：33]

1) 出産、育児によって連続して研修を休止できる期間を 6 カ月とし、研修期間内の調整で不足分を補うこととする。6 か月以上の休止の場合は、未修了とみなし、不足分を予定修了日以降に補うこととする。また、疾病による場合も同じ扱いとする。

2) 研修中に居住地の移動、その他の事情により、研修開始施設での研修続行が困難になった場合は、移動先の基幹研修施設において研修を続行できる。専門医機構の研修委員会の承認後、移動先のプログラム管理委員会と協議して調整されたプログラムを摘要する。

18. 専門研修指導医 [整備基準：36]

指導医は下記の基準を満たした内科専門医です。専攻医を指導し、評価を行う。

【必須要件】
1. 内科専門医を取得していること
2. 専門医取得後に臨床研究論文（症例報告含む）を発表する（「firstauthor」もしくは「corresponding。author」であること）。もしくは学位を有していること。
3. 厚生労働省もしくは学会主催の指導医講習会を修了していること。
4. 内科医師として十分な診療経験を有すること。

【(選択とされる要件（下記の 1、2 いずれかを満たすこと】
1. CPC、CC、学術集会（医師会含む）などへ主導的立場として関与・参加すること
2. 日本内科学会での教育活動（病歴要約の査読、JMECC のインストラクターなど）

※ 但し、当初は指導医の数も多く見込めないことから、すでに「総合内科専門医」を取得している方々は、そもそも「内科専門医」より高度な資格を取得しているため、申請時に指導実績や診療実績が十分であれば、内科指導医と認める。また、現行の日本内科学会の定める指導医については、内科系 Subspecialty 専門医資格を 1 回以上の更新歴がある者は、これまでの指導実績から、移行期間（2025 年まで）は指導医と認める。

19. 専門研修実績記録システム、マニュアル等 [整備基準：41〜48]

専門研修は別添の専攻医研修マニュアルにもとづいて行われる。専攻医は別添の専攻医研修実績記録に研修実績を記載し、指導医より評価表による評価およびフィードバックを受ける。総括的評価は臨床検査専門医研修カリキュラムに則り、少なくとも年 1 回行う。

20. 研修に対するサイトビジット（訪問調査）[整備基準：51]

研修プログラムに対して日本専門医機構からのサイトビジットがある。サイトビジットにおいては研修指導体制や研修内容について調査が行われる。その評価はプログラム管理委員会に伝えられ、必要な場合は研修プログラムの改良を行う。

21. 専攻医の採用方法と修了 [整備基準：52、53]

1) 採用方法

東京医科大学病院内科専門研修プログラム管理委員会は、毎年 6 月に専攻医の募集要項を掲載し、10 月・11 月の 2 回採用試験を開催する。応募受付期間は各開催の 1 ヵ月前から開催 10 日前に締め切る。応募者は研修プログラム責任者宛に出願書類一式を提出することとする。申請書は(1)東京医科大学病院専攻医研修センター（仮）の website よりダウンロード、(2)電話で問い合わせ、(3)e-mail で問い合わせのいずれかで入手可能。10 月・11 月に書類選考および面接を行い、採否を決定して本人に文書で通知する。応募者および選考結果については 12 月の東京医科大学病院内科専門研修プログラム管理委員会において報告する。

2) 研修開始届け

研修を開始した専攻医は、各年度の 4 月 1 日までに以下の専攻医氏名報告書を、東京医科大学病院内科専門研修プログラム管理委員会および、日本専門医機構内科領域研修委員会(####@jsog.or.jp)に提出する。

- 専攻医の氏名と医籍登録番号、内科医学会会員番号、専攻医の卒業年度、専攻医の研修開始年（様式###)
- 専攻医の履歴書（様式 15-3 号）
- 専攻医の初期研修修了証

3) 研修の修了

プログラム管理委員会にて書類審査し、研修修了の可否を判定する。
点検の対象となる書類は以下の通り。

（1）専門研修実績記録（疾患群 56 以上、症例 160 以上、病歴要約 29 以上）
（2）所定の 2 編の学会発表または論文発表
（3）「臨床現場を離れた学習」で定める講習会出席記録
（4）JMECC の受講
（5）指導医による「形成的評価表」とメディカルスタッフの 360 度評価。

※面接試験は書類点検で問題にあった事項について行われる。

東京医科大学病院内科専攻医研修マニュアル

1. 東京医科大学病院が求める医師像

内科専門医制度研修カリキュラムに定められた内科領域全般にわたる 3 年間の研修を通じて、将来社会に貢献できる標準的かつ全人的な内科的医療の実践に必要な知識と技能とを修得できる医療人を求める。また、地域の実情に合わせた医療も実践できるよう、内科専門医として基本的臨床能力と救急対応能力を養い、さらには高度な総合内科の Generality・内科領域の Subspecialty 専門医への道を目指して自ら自主的に研修することを望む。

東京医科大学病院内科が求める医師像は以下の通り。

1) 地域医療における内科領域の診療医（かかりつけ医）：地域において常に患者と接し、内科慢性疾患に対して、生活指導まで視野に入れた良質な健康管理・予防医学と日常診療を実践できる。地域の医院に勤務（開業）し、実地医家として地域医療に貢献できる。
2) 内科系救急医療の専門医：病院の救急医療を担当する診療科に所属し、内科系急性・救急疾患に対してトリアージを含めた適切な対応が可能な、地域での内科系救急医療を実践できる。
3) 病院での総合内科（Generality）の専門医：病院の総合内科に所属し、内科系の全領域に広い知識・洞察力を持ち、総合的医療を実践できる。
4) 総合内科的視点を持った subspecialist：病院で内科系の Subspecialty、例えば消化器内科や循環器内科に所属し、総合内科（Generalist）の視点から、内科系 subspecialist として診療を実践できる。

2. 専門研修の期間

3 年間（卒後 3 年目〜5 年目）

3. 研修施設群の各施設名

基幹病院：東京医科大学病院

連携施設：東京医科大学茨城医療センター、東京医科大学八王子医療センター、医療法人社団東光会 戸田中央総合病院、独立行政法人 東京都健康長寿医療センター、全国土木建築国民健康保険組合 総合病院 厚生中央病院、日本赤十字社医療センター、新座志木中央総合病院、社会医療法人河北医療財団 河北総合病院、公益財団法人 東京都保健医療公社 豊島病院、独立行政法人 労働者健康福祉機構 東京労災病院、独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京蒲田医療センター、立正佼成会附属佼成病院、佐野厚生農業協同組合連合会 佐野厚生総合病院、平塚市民病院、独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター、医療法人立川メディカルセンター 立川綜合病院、社会医療法人近森会 近森病院、医療法人社団東光会 西東京中央総合病院、公益財団法人 日本心臓血圧研究振興会附属 榊原記念病院、医療法人尚寿会 あさひ病院、社会福祉法人 恩賜財団東京都同胞援護会 昭島病院、大島医療センター、医療法人伊豆七海会 熱海所記念病院　（順不同）

4. プログラムに関わる委員会と委員

1) 研修プログラム管理運営体制

本プログラムを履修する内科専攻医の研修について責任を持って管理するプログラム管理委員会を東京医科大学病院に設置し、その委員長と各内科から１名以上管理委員を選任する。

プログラム管理委員会の下部組織として、基幹病院および連携施設に専攻医の研修を管理する研修委員会を置き、委員長が統括する。

5. 研修内容と研修目標達成の目安

本プログラムでは専攻医が抱く専門医像や将来の希望に合わせて以下の２つのコース、①内科基本コース、②Subspecialty 重点コースを準備。コース選択後も条件を満たせば他のコースへの移行も認めることとする。

内科基本コース

内科（Generality）専門医は勿論のこと、将来、内科指導医や高度な Generalist を目指す方も含まれる。内科基本コースは内科の領域を偏りなく学ぶことを目的としたコースであり、専攻医研修期間の３年間において内科領域を担当する全ての科をローテーションする。原則として２ヵ月を１単位として、１年間に６科、２年間で延べ 12 科を基幹施設でローテーションする。３年目は地域医療の経験と Subspecialty 領域を重点的に連携施設で原則１年間研修する。研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上、プログラム統括責任者が決定する。

専攻医 1年目	Subspecialty選択科 ※1年目にJMECCを受講(プログラム要件)	【目標】 疾患群 20以上 症例数 60以上
専攻医 2年目	※初期2年目のローテーション状況に応じてSubspecialty選択科を追加する　病歴提出準備	【目標】 疾患群 45以上 症例数 120以上
専攻医 3年目	地域医療 (Subspecialty重点期間はプログラム内で最長1年) 初診＋再診外来を週に1回担当(プログラム要件)	【修了要件】 疾患群 56以上 症例数 160以上 病歴要約 29
その他要件	安全管理セミナー、感染セミナーの年2回の受講、CPCの受講	

※モデルプログラムとして紹介するこのコースでは連携施設での研修を３年目としていますが、連携施設での研修を何年目に行うのかはプログラムの任意とする。（最終的に修了要件を満たすことが重要）

Subspecialty 重点コース

希望する Subspecialty 領域を重点的に研修するコース。研修開始直後の６か月間は希望する Subspecialty 領域にて研修する。この期間、専攻医は将来希望する内科において理想的医師像とする指導医や上級医師から、内科医としての基本姿勢のみならず、目指す領域での知識、技術を学習することにより、内科専門医取得への Motivation を強化することができる。その後、原則として２ヵ月を１単位として他科をローテーションする。

研修 3 年目には、連携施設における当該 Subspecialty 科において内科研修を継続して Subspecialty 領域を重点的に研修するとともに、充足していない症例を経験する。研修する連携施設の選定は専攻医と面談の上、希望する Subspecialty 領域の責任者とプログラム統括責任者が協議して決定する。なお、重点研修は期間制約上最長 1 年間（専攻医 1 年目 Subspecialty6 ヶ月＋専攻医 3 年目の連携施設で残りの 6 ヶ月）とする。また、専門医資格の取得と臨床系大学院への進学を希望する場合は、本コースを選択の上、担当教授と協議して大学院入学時期を決定する。

※Subspecialty 専門医研修プログラム開始時期に合わせて、適宜内科専門研修プログラム内に連動研修を組み込めるよう配慮する。

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	摘要
初期研修 2年目													症例上限51症例 病歴要約上限9症例
	※ローテーション編成により10月～3月でのラウンドも可とする												
専攻医 1年目	Subspecialty選択科												【目標】 疾患群 20以上 症例数 60以上
	※1年目にJMECCを受講(プログラム要件)												
専攻医 2年目										病歴提出準備			【目標】 疾患群 45以上 症例数 120以上
専攻医 3年目	地域医療 Subspecialty6ヶ月モニ期内容 (Subspecialty重点期間はプログラム内で最長1年)												【修了要件】 疾患群 56以上 症例数 160以上 病歴要約 29
	初診＋再診外来を週に1回担当(プログラム要件)												
その他要件	安全管理セミナー、感染セミナーの年2回の受講、CPCの受講												
大学院進学のケース	本コースで考慮、通常の専門研修と同様のプログラム内容で研修できる限りにおいて、 その症例と経験実績を専門研修期間として認めることとする。												

6. 主要な疾患の年間診療件数

内科専門医研修カリキュラムに掲載されている主要な疾患については、東京医科大学病院（基幹病院）の DPC 病名を基本とした各内科診療科における疾患群別の入院患者数（H26 年度）を調査し、研修修了条件を満たす疾患が経験できる。

7. 自己評価と指導医評価、ならびに 360 度評価を行う時期とフィードバックの時期

1) 専攻医による自己評価とプログラムの評価

日々の診療・教育的行事において指導医から受けたアドバイス・フィードバックに基づき、Weekly summary discussion を行い、研修上の問題点や悩み、研修の進め方、キャリア形成などについて考える機会を持つ。

毎年３月に現行プログラムに関するアンケート調査を行い、専攻医の満足度と改善点に

関する意見を収集し、次期プログラムの改訂の参考とする。アンケート用紙は別途定める。

2) 指導医による評価と 360 度評価

指導医およびローテーション先の上級医は専攻医の日々のカルテ記載と、専攻医が Web 版の研修手帳に登録した当該科の症例登録を経時的に評価し、症例要約の作成についても指導する。また、技術・技能についての評価も行う。年に 1 回以上、目標の達成度や各指導医・メディカルスタッフの評価に基づき、研修責任者は専攻医の研修の進行状況の把握と評価を行い、適切な助言を行う。毎年、指導医とメディカルスタッフによる複数回の 360 度評価を行い、態度の評価が行われる。

8. プログラム修了の基準

専攻医研修３年目の３月に研修手帳を通して経験症例、技術・技能の目標達成度について最終的な評価を行う。29 例の病歴要約の合格、所定の講習受講や研究発表なども判定要因になる。

最終的には指導医による総合的評価に基づいてプログラム管理委員会によってプログラムの修了判定が行われる。

9. 専門医申請に向けての手順

日本内科学会 J-OSLER を用いる。同システムでは以下を web ベースで日時を含めて記録する。具体的な入力手順については内科学会 HP から"専攻研修のための手引き"を参照（ダウンロード）。

- 専攻医は全 70 疾患群の経験と 200 症例以上を主担当医として経験することを目標に、通算で最低 56 疾患群以上 160 症例の研修内容を登録する。指導医はその内容を評価し、合格基準に達したと判断した場合に承認を行う。
- 指導医による専攻医の評価、メディカルスタッフによる 360 度評価、専攻医による逆評価を入力して記録する。
- 全 29 症例の病歴要約を指導医が校閲後に登録し、専門研修施設群とは別の日本内科学会病歴要約評価ボード（仮称）によるピアレビューを受け、指摘事項に基づいた改訂をアクセプトされるまでシステム上で行う。
- 専攻医は学会発表や論文発表の記録をシステム上に登録する。
- 専攻医は各専門研修プログラムで出席を求められる講習会等（例：CPC、地域連携カンファレンス、医療倫理・医療安全・感染対策講習会）の出席をシステム上に登録する。

10. プログラムにおける待遇

専攻医の勤務時間、休暇、当直、給与等の勤務条件に関しては、労働基準法を順守し、東京医科大学の就業規則及び給与規則に従う。専攻医の心身の健康維持の配慮については各施設の研修委員会と労働安全衛生委員会で管理する。特に精神衛生上の問題点が疑われる場合は臨床心理士によるカウンセリングを行う。専攻医は採用時に上記の労働環境、労働安全、勤務条件の説明を受ける。プログラム管理委員会では各施設における労働環境、労働安全、勤務に関して報告され、これらの事項について総括的に評価する。

11. プログラムの特色

本プログラムでは専攻医が抱く専門医像や将来の希望に合わせて以下の 2 つのコース、①内科基本コース、②Subspecialty 重点コースを準備している。

尚、プログラムの特色（詳細）については毎年６月にホームページで公開することとする。

12. 継続した Subspecialty 領域の研修の可否

内科学における 13 の Subspecialty 領域を順次研修する。基本領域の到達基準を満たすことができる場合には、専攻医の希望や研修の環境に応じて、各 Subspecialty 領域に重点を置いた専門研修を行うことがありえる（Subspecialty 重点コース参照）。本プログラム終了後はそれぞれの医師が研修を通じて定めた進路に進むために適切なアドバイスやサポートを行う。

13. 逆評価の方法とプログラム改良姿勢

現行プログラムに関するアンケート調査を行い、専攻医の満足度と改善点に関する意見を収集し、次期プログラムの改訂の参考とする。アンケート用紙は別途定めることとする。

14. 研修における協議

本研修において問題が発生し施設群内で解決が困難な場合は、日本専門医機構内科領域研修委員会を相談先とする。

整備基準 45 に対応

東京医科大学病院内科専門研修プログラム
指導医マニュアル

1) 専攻医研修ガイドの記載内容に対応したプログラムにおいて期待される指導医の役割

- 1 人の担当指導医（メンター）に専攻医 1 人が東京医科大学病院内科専門研修プログラム委員会により決定される。
- 担当指導医は、専攻医が web にて日本内科学会 J-OSLER にその研修内容を登録するので、その履修状況の確認をシステム上で行ってフィードバックの後にシステム上で承認をする。この作業は日常臨床業務での経験に応じて順次行う。
- 担当指導医は、専攻医がそれぞれの年次で登録した疾患群、症例の内容について、都度、評価・承認する。
- 担当指導医は専攻医と十分なコミュニケーションを取り、研修手帳 Web 版での専攻医による症例登録の評価や臨床研修センター（仮称）からの報告などにより研修の進捗状況を把握する。専攻医は Subspecialty の上級医と面談し、専攻医が経験すべき症例について報告・相談する。担当指導医と Subspecialty の上級医は、専攻医が充足していないカテゴリー内の疾患を可能な範囲で経験できるよう、主担当医の割り振りを調整する。
- 担当指導医は Subspecialty 上級医と協議し、知識、技能の評価を行う。
- 担当指導医は専攻医が専門研修（専攻医）2 年修了時までに合計 29 症例の病歴要約を作成することを促進し、内科専門医ボードによる査読・評価で受理（アクセプト）されるように病歴要約について確認し、形成的な指導を行う。

2) 専門研修プログラムにおける年次到達目標と評価方法、ならびにフィードバックの方法と時期

- 年次到達目標は、東京医科大学病院内科研修プログラム「疾患群」、「症例数」、「病歴提出数」に示すとおりとする。
- 担当指導医は、専攻医研修センター（仮）と協働して、3 か月ごとに研修手帳 Web 版にて専攻医の研修実績と到達度を適宜追跡し、専攻医による研修手帳 Web 版への記入を促す。また、各カテゴリー内の研修実績と到達度が充足していない場合は該当疾患の診療経験を促す。
- 担当指導医は、専攻医研修センター（仮）と協働して、6 か月ごとに病歴要約作成状況を適宜追跡し、専攻医による病歴要約の作成を促す。また、各カテゴリー内の病歴要約が充足していない場合は該当疾患の診療経験を促す。
- 担当指導医は、専攻医研修センター（仮）と協働して、6 か月ごとにプログラムに定められている所定の学術活動の記録と各種講習会出席を追跡する。
- 担当指導医は、専攻医研修センター（仮）と協働して、毎年 8 月と 2 月とに自己評価と指導医評価、ならびに 360 度評価を行う。評価終了後、1 か月以内に担当指導医は専攻医にフィードバックを行い形成的に指導する。2 回目以降は、以前の評価についての省察と改善とが図られたか否かを含めて、担当指導医はフィードバックを形成的に行う。

3) 個別の症例経験に対する評価方法と評価基準。

- 担当指導医は Subspecialty の上級医と十分なコミュニケーションを取り、研修手帳 Web 版での専攻医による症例登録の評価を行う。
- 研修手帳 Web 版での専攻医による症例登録に基づいて、当該患者の電子カルテの記載、退院サマリ作成の内容などを吟味し、主担当医として適切な診療を行っていると第三者が認めうると判断する場合に合格とし、担当指導医が承認を行う。
- 主担当医として適切に診療を行っていると認められない場合には不合格として、担当指導医は専攻医に研修手帳 Web 版での当該症例登録の削除、修正などを指導する。

4) 日本内科学会 J-OSLER の利用方法

- 専攻医による症例登録と担当指導医が合格とした際に承認する。
- 担当指導医による専攻医の評価、メディカルスタッフによる 360 度評価および専攻医による逆評価などを専攻医に対する形成的フィードバックに用いる。
- 専攻医が作成し、担当指導医が校閲し適切と認めた病歴要約全 29 症例を専攻医が登録したものを担当指導医が承認する。
- 専門研修施設群とは別の日本内科学会病歴要約評価ボード（仮称）によるピアレビューを受け、指摘事項に基づいた改訂を専攻医がアクセプトされるまでの状況を確認する。
- 専攻医が登録した学会発表や論文発表の記録、出席を求められる講習会等の記録について、各専攻医の進捗状況をリアルタイムで把握する。担当指導医と臨床研修センター（仮称）はその進捗状況を把握して年次ごとの到達目標に達しているか否かを判断する。
- 担当指導医は、日本内科学会 J-OSLER を用いて研修内容を評価し、修了要件を満たしているかを判断する。

5) 逆評価と日本内科学会 J-OSLER を用いた指導医の指導状況把握

専攻医による日本内科学会 J-OSLER を用いた無記名式逆評価の集計結果を、担当指導医、施設の研修委員会、およびプログラム管理委員会が閲覧する。集計結果に基づき、東京医科大学病院内科専門研修プログラムや指導医、あるいは研修施設の研修環境の改善に役立てる。

6) 指導に難渋する専攻医の扱い

必要に応じて、臨時（毎年 8 月と 2 月とに予定の他に）で、日本内科学会 J-OSLER を用いて専攻医自身の自己評価、担当指導医による内科専攻医評価およびメディカルスタッフによる 360 度評価（内科専門研修評価）を行い、その結果を基に東京医科大学病院内科専門研修プログラム管理委員会で協議を行い、専攻医に対して形成的に適切な対応を試みる。状況によっては、担当指導医の変更や在籍する専門研修プログラムの異動勧告などを行う。

7) FD 講習の出席義務

厚生労働省や日本内科学会の指導医講習会の受講を推奨する。指導者研修（FD）の実施記録として、日本内科学会 J-OSLER を用いる。

8) 日本内科学会作製の冊子「指導の手引き」（仮称）の活用

内科専攻医の指導にあたり、指導法の標準化のため、日本内科学会作製の冊子「指導の手引き」（仮称）を熟読し、形成的に指導する。

9) 研修施設群内で何らかの問題が発生し、施設群内で解決が困難な場合の相談先

日本専門医機構内科領域研修委員会を相談先とする。

10) その他

特になし。

内科基本コース

専攻医 1年目	Subspecialty 選択科	【目標】 疾患群 20以上 症例数 60以上
	※1年目にJMECCを受講（プログラム要件）	
専攻医 2年目		【目標】 疾患群 45以上 症例数 120以上
	※初期2年目のローテーション状況に応じてSubspecialty選択科を追加する / 病歴提出準備	
専攻医 3年目	地域医療 Subspecialty 内科 （Subspecialty重点期間はプログラム内で最長1年）	【修了要件】 疾患群 56以上 症例数 160以上 病歴要約 29
	初診＋再診外来を週に1回担当（プログラム要件）	
その他要件	安全管理セミナー、感染セミナーの年2回の受講、CPCの受講	

※モデルプログラムとして紹介するこのコースでは連携施設での研修を 3 年目としているが、連携施設での研修を何年目に行うのかはプログラムの任意とする。（最終的に修了要件を満たすことが重要です）

Subspecialty 重点コース

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	備考
初期研修 2年目													症例上限51症例 病歴要約上限9症例
	※ローテーション組成により10月～3月でのラウンドも可とする												
専攻医 1年目	Subspecialty選択科												【目標】 疾患群 20以上 症例数 60以上
	※1年目にJMECCを受講（プログラム要件）												
専攻医 2年目													【目標】 疾患群 45以上 症例数 120以上
										病歴提出準備			
専攻医 3年目	地域医療 Subspecialty内科 （Subspecialty重点期間はプログラム内で最長1年）												【修了要件】 疾患群 56以上 症例数 160以上 病歴要約 29
	初診＋再診外来を週に1回担当（プログラム要件）												
その他要件	安全管理セミナー、感染セミナーの年2回の受講、CPCの受講												
大学院進学のケース	本コースで考慮。通常の専門研修と同様のプログラム内容で研修できる限りにおいて、その症例と経験実績を専門研修期間として認めることとする。												

※Subspecialty 専門医研修プログラム開始時期に合わせて、適宜内科専門研修プログラム内に連動研修を組み込めるよう配慮する。

メンタルヘルス科

精神科領域専門医研修プログラム

■ 専門研修プログラム名：東京医科大学病院　精神科専門医研修プログラム

■ プログラム担当者氏名：市来　真彦
住　　所：〒 160 － 0023　東京都新宿区西新宿６－７－１
電話番号：03 -3342 -6111
ＦＡＸ：03 -3340 -4499
E-mail：ichiki@tokyo-med.ac.jp

■ 専攻医の募集人数：（ 13 ）人

■ 応募方法：
履歴書を下記宛先に送付の上、面接申し込みを行う。
宛先：〒160-0023　東京都新宿区西新宿６－７－１
東京医科大学病院　メンタルヘルス科
市来　真彦
TEL：03-3342-6111（代表）
FAX：03-3340-4499（直通）
担当者：市来　真彦

■ 採用判定方法：
主任教授、准教授、プログラム担当者が履歴書記載内容と面接結果に基づき厳正な審査を行い、採用の適否を判断する。

I 専門研修の理念と使命

1．専門研修プログラムの理念（全プログラム共通項目）
精神科領域専門医制度は、精神医学および精神科医療の進歩に応じて、精神科医の態度・技能・知識を高め、すぐれた精神科専門医を育成し、生涯にわたる相互研鑽を図ることにより精神科医療、精神保健の向上と社会福祉に貢献し、もって国民の信頼にこたえることを理念とする。

2．使命（全プログラム共通項目）
患者の人権を尊重し、精神・身体・社会・倫理の各面を総合的に考慮して診断・治療する態度を涵養し、近接領域の診療科や医療スタッフと協力して、国民に良質で安全で安心できる精神医療を提供することを使命とする。

3．専門研修プログラムの特徴
本施設群は東京医科大学病院メンタルヘルス科を基幹施設とするプログラムであり、15の施設群から成り立っている。
研修基幹病院は東京都新宿区にある東京医科大学病院メンタルヘルス科である。都心に位置する特定機能病院として、質量ともに充実した診療を行う。主要な疾患の患者を受け持ち、面接法、診断と治療計画、精神療法、薬物療法、電気けいれん療法の基本を学ぶ。更に、思春期症例、人格障害、身体合併症、コンサルテーション・リエゾン精神医療の症例は豊富であり、特殊な領域（睡眠障害、措置入院）以外幅広い臨床経験ができる。また、研究・学会発表についても指導を受けることができ、学位取得を奨励している。教育にも力を入れており、専攻医のみならず、臨床研修医、臨床実習学生を含めた屋根瓦式のシステムを構築している。
成仁病院は,急性期精神疾患の集中医療と早期退院に特化したスーパー救急病棟を持ち、電気痙攣療法の症例も多い一方、地域医療も多角的に展開している。また、東京医科大学社会人大学院にて学位を取得することも可能である。
睡眠ケアクリニック代々木・同第二は、睡眠障害クリニック（入院は全て１泊の検査入院）である。主たる障害は基幹病院ではカバーできない領域の睡眠障害である。年間外来患者数、入院患者数ともに2000例を超えており、睡眠障害全般を習得できる。基幹病院で研修中にも、希望により週１回のパート勤務が可能である。
立川メディカルセンター柏崎厚生病院、三川病院、富士心身リハビリテーション病院、丸山荘病院、日本平病院、前沢病院、川口会病院はそれぞれ地域に密着した病院であるとともに、措置入院の受け入れも積極的に行っている。これらの施設に、基幹病院に在籍する1~2年目に週１回のパート勤務をすることができる。それにより、基幹病院でカバーしきれない領域（地域連携など）の経験を積む。また、３年目に常勤医として出張することもある。基幹病院で経験できない措置入院の症例を経験することにより、精神科専門医だけでなく精神保健指定医の症例に事欠くことはない。
協和病院、西八王子病院は、措置入院の受け入れこそやっていないが、上記の病院群と同様地域に根差した病院であり、基幹病院在籍中に週１回のパート勤務をすることができる。また、基幹病院と地理的に近く、患者の紹介逆紹介を積極的に行っている。
立正佼成会附属佼成病院は、東京都杉並区の中でも高齢者の多い地域にある総合病院であり、総合病院の中にある精神科として、他診療科、地域の医療機関や施設と連携し、身体的治療や看護、介護などとの兼ね合いを重視し、こころと体の健康の支えとなることを目指している。精神科病床はなく、外来診療とコンサルテーション・リエゾン精神医療が主たる業務である。このような環境の中で、特に老年期の精神医療やコンサルテーション・リエゾン精神医療を中心に、無床総合病院精神科において精神科医が担う役割について学ぶことができる。
東京医科大学茨城医療センターと八王子医療センターはそれぞれ地域の大学病院として、地域医療に貢献している。両院ともに精神科病床はなく、外来診療とコンサルテーション・リエゾン精神医療が主たる業務である。
典型的なローテーションパターンとしては、1～２年目に基幹病院に在籍し、週4～5日の日勤及び週１回程度のオンコール業務につく。また週１日の研究日にパート勤務を認めており、上記の連携病院のいずれかに勤務する。３年目以降に連携病院をローテートして研修する。

II. 専門研修施設群と研修プログラム

1．プログラム全体の指導医数・症例数
■ プログラム全体の指導医数：　人
■ 昨年一年間のプログラム施設全体の症例数

疾患	外来患者数（年間）	入院患者数（年間）
F0	1658	2787
F1	408	224
F2	2797	1808
F3	4683	913
F4　F50	2302	244
F4 F7 F8 F9 F50	1438	377
F6	269	123

その他	341	81

2．　連携施設名と各施設の特徴

A　研修基幹施設

・施設名：東京医科大学病院

・施設形態：大学病院

・院長名：土田　明彦

・プログラム統括責任者氏名：井上　猛

・指導責任者氏名：市来　真彦

・指導医人数：（　5　）人

・精神科病床数：（　27　　）床

・疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数（年間）	入院患者数（年間）
F0	378	32
F1	74	9
F2	756	63
F3	1544	72
F4　F50	968	18
F4 F7 F8 F9 F50	111	5
F6	152	15
その他		

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）

当院は 2016 年に創立 100 周年を迎え、都心に位置する特定機能病院として、良質で高度な医療を提供することを使命としている。標準治療はもとより、新規医療技術の開発や種々の臨床研究を積極的に行っている。また、「チーム東京医大で安心・安全な医療の提供」をテーマに、医療安全とインフォームドコンセントを徹底することで、患者さん中心の医療と信頼関係の構築を心がけている。

メンタルヘルス科の診療は、メンタルヘルス科病棟、メンタルヘルス科外来、コンサルテーション・リエゾンサービスの３つの柱に分かれている。

・当科病棟には 27 床の閉鎖病棟を持ち、約 15 人/月の新入院患者を受け入れている。薬物療法、精神療法、環境調整が治療の主体であるが、治療抵抗例には修正型電気けいれん療法を行う。

・当科外来では約 3600 人/月の診療にあたっており、全国 80 大学病院の中でも屈指の外来患者数であり、それだけに多彩なケースを診ることができる。

・総合病院のメンタルヘルス科として、約 60 人/月の患者に対しコンサルテーション・リエゾンサービス（CLS）を行っている。

これらの３つの柱がお互いを補完する形で診療が成り立っている。例えば、外来治療で入院を要する状態になったら病棟にて治療をし、軽快したらまた外来治療に移行する。一方、CLS では内科、外科、救命救急センターなど様々な科から依頼を受け、他科との連携、精神科的治療にあたっているが、その中には身体状態が安定してからも精神科治療の継続が必要なケースも多く、その場合当科病棟または外来にての治療に移行する。

このような診療体制の特性から、うつ病や統合失調症といった主要疾患のみならず、不安障害、摂食障害や人格障害から器質性・症状性の精神障害まで、幅広い診療を行うことができる。

また、社会人大学院へ入学することにより、働きながら 4 年で学位を取得できる。現に、基幹病院である成仁病院からは３名の医師が学位を取得しており、平成 27 年度現在も１名、翌年度からも１名入学を予定している。

当科の診療スタンスは、基本的に「目の前にいる患者は全て診る」というところにある。新宿という立地、地域の医療機関との連携もあり、多彩かつ十分数の患者が外来に集まってくる。現代のストレス社会を生きている人間は様々なストレスにさらされ、そのために多彩な症状を呈することがある。一方、身体疾患において、常に「こころ」は影響を受け、様々な精神的反応や症状が生じる。こうした事例に対応するリエゾン精神医療は医学が高度になればなるほど大切なものとなり、その知識は全ての臨床医に必要と言える。将来、臨床医を目指す学生が身体疾患のみならず、精神面への配慮を常に行い、全人的医療を行っていけることを望んでいる。

B　研修連携施設

① 施設名：医療法人社団　成仁病院

施設形態：民間病院

院長名：片山　成仁

指導責任者氏名：木内　健二郎

指導医人数：（　6　）人

精神科病床数：（　114　）床

疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数（年間）	入院患者数（年間）
F0	423	86
F1	107	47
F2	897	508
F3	909	345
F4　F50	521	76
F4 F7 F8 F9 F50	63	22
F6	36	16
その他	59	3

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）

急性期精神疾患の短期集中治療と早期退院に特化した単科精神科病院である。入院精神科医療全般について学ぶことができる。平均在院日数は 30 日強で、スーパー救急病棟である。救急件数は都内随一であり、相談件数は月平均 130 件超である。また、m-ECT 導入は年間 2,000 件を数える。

精神科ショート、デイ、デイナイトケアや、アウトリーチ事業も積極的に行っており、精神科訪問看護、訪問診療、相談支援事業など多角的に展開。再入院率を減らし、退院後の定期的な通院医療や地域生活への定着に力を入れている。

役割機能別業務体制、トリアージシステムをはじめとした独自のシステムを採用している。症例数は都内最多、指定医に必要な症例が網羅でき、早期に実力をつけることができる。

これまでの実績として過去３名の医師が当院在籍中に指定医を取得し、現在も１名申請中である。また、３名の医師が東京医科大学社会人大学院にて学位を取得している。H27 年度より １名の後期研修医が、東京大学医学部付属病院こころの発達診療部にて児童精神および発達障害の研修中である。1 名の医師が精神保健判定医の研修を受け、精神保健審判員として活動している。当院にて指定医を取得した医師のうち１名が、産業医として研修を受け、現在３会社を担当している。

＊併設施設等：m-ECT、措置指定、応急指定、精神科ショート・デイ・デイナイトケア、精神科救急輪番、医療観察法指定通院医療機関、成仁介護老人保健施設、亀有訪問看護ステーション、地域包括支援センター中川、成仁相談支援事業所、就労移行支援事業所（Job 庵）

週間計画、年間計画は別紙４に示す。

②施設名：三川病院
・施設形態：単科精神科病院
・院長名：錦織　靖
・指導責任者氏名：錦織　靖
・指導医人数：（　3）人
・精神科病床数：（９６）床
・疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数（年間）	入院患者数（年間）
F0	２２０	１３５
F1	１７	２１
F2	１２７	８１
F3	１８５	２５
F4　F50	７６	４
F4 F7 F8 F9 F50	１１３	７
F6	３	０
その他	０	０

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）

当院は、認知症病棟(48 床)、精神療養病棟(48 床)、医療療養病棟(内科系)(98 床)の計 194 床にて診療を行っている。障害者総合支援法による福祉施設運営も行っているため退院後の継続的総合的支援の実践経験も積むことができる。
精神系病棟の入院患者さんの症例は広く精神障害全般に亘り、措置入院も少数ではあるが受け入れている。時間をかければ広い分野の症例を経験可能。
認知症病棟は認知症系疾患全般の患者さんを受け入れている。BPSD への対応、症状進行の可能な範囲の予防、生活機能回復訓練、専門的薬物療法の治療を経験できる。認知症患者さんは合併症をお持ちの方も多いため、身体的疾患の管理・対応を含めて治療しないと精神状態の安定が得難い場合も多い。本院は内科医との連携により、このような患者さんの診療も経験できる。
物質使用障害(アルコール)の方に対しては、アルコールリハビリテーションプログラムも施行している。入院診療研修として当初３カ月間、指導医と一緒に主治医として診療していただいている。その後、各疾患群ごとに選ばれた又は自分の関係する外来診察からの入院患者さんを担当して、診療上の指導を指導医から適時に受けていただく。
外来研修は、初期３カ月間は週一回指導医診察に同席していただき、診察直後に質問を受け、その要点を指導する。３カ月後、半日単位の外来を週に１単位程度担当していただきながら、本人からの質疑に適時対応する。
また、希望により、認知症初期集中支援チーム、知的障害者更生施設や特別養護老人ホーム、障害者総合支援法によるグループホーム、就労支援施設、学校医や精神保健相談業務の説明と体験も可能なプログラムとなっている。
年間計画表、週間予定表をそれぞれ別紙５、別紙６に示す。

③　施設名：睡眠総合ケアクリニック代々木・同第二
・施設形態：診療所
・院長名：中村真樹・（第二）碓氷　章
・指導責任者氏名：井上雄一
・指導医人数：（　　3）人
・精神科病床数：（　　0）床
・疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数（年間）	入院患者数（年間）
F0	2788	2067
F1	50	10
F2	10	2
F3	50	40
F4　F50	50	20
F4 F7 F8 F9 F50	300	200
F6	10	0
その他		

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）
睡眠障害クリニック（入院は全て１泊の検査入院）である。
うつ病等他の障害も診ているが、主たる障害は睡眠障害（不眠症、睡眠関連呼吸障害、過眠症、概日リズム睡眠覚醒障害、睡眠時随伴症、睡眠関連運動障害）である。年間外来患者数（初診数）、入院患者数（終夜睡眠ポリグラフィ件数）が上記のように豊富であり、睡眠障害全般を習得できる。
年間スケジュール、週間スケジュールをそれぞれ別紙７、別紙８に示す。

④　施設名：立川メディカルセンター柏崎厚生病院
・施設形態：民間病院
・院長名：松田ひろし
・指導責任者氏名：吉濱　淳
・指導医人数：（　4　）人
・精神科病床数：（　240　）床
・疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数（年間）	入院患者数（年間）
F0	334	101
F1	55	23
F2	447	143
F3	780	93
F4　F50	301	15
F4 F7 F8 F9 F50	415	33
F6	5	1
その他	84	4

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）
当院は新潟県長岡市にある立川綜合病院を中心とする立川メディカルセンターに含まれる、精神科病床　２４０床（精神科急性期治療病棟３４床、精神療養病棟１０６床、認知症治療病棟１００床）、内科病床６０床を有する病院である。認知症疾患医療センターの指定を新潟県より受けており、周辺には老人保健施設米山爽風苑、指定障害福祉サービス事業所自在館、認知症老人グループホーム五楽庵、地域包括支援センター茨内があり、訪問看護など多職種によるアウトリーチ活動にも力を入れている。また当院は平成 16 年度から実施された医師臨床研修制度の当初から、立川綜合病院の協力型研修病院として多くの初期研修医や後期研修医の精神科臨床研修の場となってきた。現在も立川綜合病院や柏崎総合医療センターの協力型臨床研修病院だけではなく、東京医科大学の地域医療研修施設にもなっており、新宿区の東京医大病院や八王子医療センター、茨城医療センターから毎月数名の初期研修医が研修を行っている。
週間スケジュール、年間スケジュールをそれぞれ別紙９、別紙 10 に示す。

⑤施設名：協和病院

・施設形態：単科精神科病院

・院長名：椿　雅志

・指導責任者氏名：椿　雅志

・指導医人数：（　2　）人

・精神科病床数：（　179　）床

・疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数（年間）	入院患者数（年間）
F0	15	11
F1	6	5
F2	62	145
F3	33	4
F4　F50	18	0
F4 F7 F8 F9 F50	0	12
F6	0	3
その他	0	0

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）

当院は、精神科一般病棟179床にて診療を行っている。入院患者さんは統合失調症を中心として広く精神障害全般に亘る。八王子市にあり東京都の精神科救急後方当番システムに参加しており、また東京医科大学病院にて長期入院を要すると判断された患者さんを積極的に受け入れ、大学病院の若手医師が長期に亘って診療できるように配慮している。入院が長期となる高齢の患者さんは合併症を併発する場合が多々あるが、当院は東京医科大学八王子医療センターとの連携診療を行っており、身体的に重症化した患者さんに対しては可能な限り速やかな対応が出来る体制となっている。また、長期入院患者さんに対する社会復帰援助にも力を注いでいる。入院中はＳＳＴ（生活技能訓練）を行い社会復帰に向けた問題解決能力の向上を目指し、退院に向けたプログラムを実施している。病院近辺に退院した患者さんに対しては精神科訪問看護を実施し、服薬中断や再発の防止、地域生活への適応促進を図っている。

週間スケジュール、年間スケジュールを別紙11に示す。

⑥施設名：日本平病院

・施設形態：単科精神科病院

・院長名：加藤亮太

・指導責任者氏名：加藤亮太

・指導医人数：（　3　）人

・精神科病床数：（　189　）床

・疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数（年間）	入院患者数（年間）
F0	26	31
F1	7	6
F2	128	163
F3	83	12
F4　F50	27	4
F4 F7 F8 F9 F50	3	1
F6	2	0
その他		

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）

当院は15：1精神病棟（39床）、精神療養病棟（150床）の計189床にて診療を行っている。法人内には介護老人保健施設、就労継続支援Ｂ型事業所を有しており、有機的な連携が取れている。

当院の常勤医師は全員精神保健指定医で、うち３名は日本精神神経学会精神科専門医制度の指導医のため、研修において手厚いサポート体制にある。

入院患者の症例は、統合失調症・気分障害・認知症・器質性精神病など幅広く、措置入院の受け入れも行っている。入院患者への治療は精神科専門療法や薬物療法のほか、生活技能訓練（SST）や作業療法（OT）も経験できる。入院診療研修では、初期は指導医の診察に同席し指導を受け、その後、各症患群の患者を担当し、診療上の指導を指導医より適時受けて頂く。

外来においては、精神科デイケアと精神科訪問看護を行っているため、通常の外来診察以外にも経験が可能である。なお、外来の研修では指導医診察に同席し要点の指導を受ける。

その他、介護老人保健施設入所者の診察や、精神保健相談への同席も可能なプログラムとなっている。週間スケジュール、年間スケジュールをそれぞれ別紙12、別紙13に示す。

⑦施 設 名 ： 富士心身リハビリテーション研究所附属病院

・施設形態 ： 単科精神科病院

・院 長 名 ： 髙橋 伸忠

・指導責任者名 ： 引場 智

・指導医人数 ：（ 2 ）人

・精神科病床数 ：（ 210 ）床

・疾患別入院数・外来数 （ 年間 ）

疾 患	外来患者数(年間)	入院患者数(年間)
F0	11	20
F1	2	3
F2	255	130
F3	343	67
F4　F50	95	7
F4 F7 F8 F9 F50	19	1
F6	1	2
その他	172	46

・施設としての特徴 （扱う疾患の特徴等）

当院は1970年開設以来、長年にわたり精神神経科を主とした診療を行い、現在常勤4名・非常勤10名、計14名の医師が所属している。

病棟は、精神一般病棟(45床)が2病棟、精神療養病棟(60床)が１病棟、認知症治療病棟(60床)が１病棟、計210床の入院施設がある。

症例としては幅広く、精神障害全般において受入れており、精神保健指定医・精神科専門医などの取得に適した症例を経験することや、認知症臨床専門医の医師や認知症者支援医療機関ネットワークで活動する医師が指導医としてあたるため、認知症に関しても専門的な知識の習得ができる。指導医の下で入院患者を受け持ち、臨床精神科医に求められる面接や診断、治療についての基礎的な技術が学べる。

外来診察は月曜から金曜日と、会社勤めの患者さんのため月１回の日曜外来、そしてサテライトクリニックでも診察を行っていることから、指導医の外来の診療、薬物療法、精神療法、家族への対応などについて学んだあと、初診患者さんの相談や予診を行っていく。

一般的な精神疾患や慢性精神疾患の他、措置鑑定、簡易鑑定などの機会もあり、指導医の下、鑑定に同席あるいは助手として鑑定にも携わる。措置鑑定での症例は、臨床精神科医としての総合的な能力を身につけられる。

入院から退院、また退院後の患者さんの社会復帰と地域移行のため、作業療法、精神科デイケア（大規模）、精神科訪問指導も行っている他、病院と同一敷地に介護老人保健施設と、グループホームを併設していることもあり、患者さん本人並びにご家族の意向に沿った提案も可能であり、退院後も治療を通じて一貫した経過観察ができる構成になっている。

症例検討会や入退院の報告会を定期的に開催し、それを医局研究会や各種学会発表につなげる意向があれば、そのための論文作成などの指導も行う。

週間スケジュール、年間スケジュールをそれぞれ別紙14、別紙15に示す。

⑧施設名：医療法人滝田会　丸山荘病院
・施設形態：単科精神科病院
・院長名：瀧田　泰彦
・指導責任者氏名：瀧田　泰彦
・指導医人数：（　２）人
・精神科病床数：（　１９４）床
・疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数（年間）	入院患者数（年間）
F0	１２	２７
F1	１３	２５
F2	９８	１５４
F3	４４	９
F4　F50	２７	０
F4 F7 F8 F9 F50	８４	２４
F6	７	１
その他		

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）
当院は精神科病棟７４床及び精神科療養病棟１２０床を有している。その内１０床は県の指定病床であり応急入院指定も受けている。
輪番制精神科救急制度にも参画、医療観察法の鑑定入院、外来病院にも指定されている。
更に茨城県では認知症初期集中支援制度を先駆的に推進している石岡市のサポート医も引き受けている。作業療法棟、社会復帰施設としてグループホームを併設している。
従って、ＩＣＤ－１０のカテゴリー中すべての（児童、発達障害は確定診断後）疾病を経験可能である。
又、急性期から慢性期に至る時系列での症例経験も出来る。
加えて夜間、休日の緊急診察入院、医療観察法における鑑定入院、通院措置入院、医療保護入院などの非自発的入院、認知症初期集中支援制度における未受診例、医療中断例を治療につなげるケース等々、精神科ではほとんどの治療場面が経験可能である。
又、障害者総合支援法を利用した社会復帰も経験できる。
これらすべての症例に於いて指導医及び非常勤専門医の指導助言のもと、主治医となることができる。
週間計画、年間計画をそれぞれ別紙 16、別紙 17 に示す。

⑨施設名：立正佼成会附属佼成病院
・施設形態：総合病院
・院長名：甲能　直幸
・指導責任者氏名：中野　正寛
・指導医人数：（　１　）人
・精神科病床数：（　０　）床
・疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数（年間）	入院患者数（年間）
F0	79	104
F1	11	9
F2	53	4
F3	100	17
F4　F50	4	0
F4 F7 F8 F9 F50	192	36
F6	10	2
その他	0	0

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）

当院は、宗教法人立正佼成会の社会貢献事業の一環として昭和 27 年に東京都中野区に開設された。平成 26 年 9 月に一般病床 300 床、緩和ケア病床 20 床、療養病床 20 床を有する杉並区の新病院に移転し、現在に至る。当院は 27 診療科を有し、杉並区の中でも比較的高齢者が多い地域にあり、その地域に根ざす総合病院である。総合病院の中にある精神科として他診療科、地域の医療機関や施設などと連携し、身体的治療や看護、介護などとの兼ね合いを重視し、こころと体の健康の支えとなることを目指している。当科は常勤の精神科医 1 人と非常勤の精神科医 1 名の体制であり、必要に応じて臨床心理士に患者さんの心理学的側面の評価を依頼し、精神状態の把握や治療方針の判断の際の支援を得たり、当科診療とともに臨床心理士のカウンセリングを併用したりして連携しながら診療を行っている。当院には精神科病床がなく、外来診療と他診療科の入院患者さんが抱える精神的問題への対応が主たる業務である。外来診療では気分障害や神経症性障害、ストレス関連障害、認知症の行動・心理症状(BPSD)などへの対応が主であり、他診療科の入院患者さんには、身体疾患や環境変化などに伴うせん妄の出現や BPSD の悪化、うつ状態の対応、もともと抱えている精神科疾患の対応などを行っている。このような環境の中で、特に老年期の精神医療やコンサルテーション・リエゾン精神医療を中心に、無床総合病院精神科において精神科医が担う役割について学ぶことができる。
週間予定表、年間予定表を別紙 18 に示す。

⑩施設名：　前沢病院
・施設形態：　単科精神科病院
・院長名：　前沢　孝通
・指導責任者氏名：　前沢　孝通
・指導医人数：（３）人
・精神科病床数：（１０５）床
・疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数（年間）	入院患者数（年間）
F0	20	22
F1	2	0
F2	225	122
F3	101	15
F4　F50	6	3
F4 F7 F8 F9 F50	86	1
F6	1	0
その他	0	0

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）
週間計画、年間計画はそれぞれ別紙 19、別紙 20 に示す。

当法人は、栃木県の南端に位置し、別紙 21 に記載している通り、精神科病院を中核に各種関連施設が整備されており、主に「維持・回復期にある精神疾患患者の社会復帰・地域　生活支援」と「認知症高齢者の治療と介護」に力を入れて取り組んでいる。
それぞれの事業の専門性を生かしながら、様々な形で在宅療養から入院治療までのサポートを実践している。

⑪施設名：西八王子病院
・施設形態：精神科病院
・院長名：三根　芳明
・指導責任者氏名：三根　芳明
・指導医人数：（　　5）人
・精神科病床数：（　182）床
・疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数（年間）	入院患者数（年間）
F0	33	17
F1	11	5
F2	166	80
F3	225	108
F4　F50	74	36
F4 F7 F8 F9 F50	0	0
F6	11	5
その他	8	4

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）
当院では 1998 年よりストレスケア病棟を開設しうつ病・うつ状態に特化したアメニティと治療プログラム及びチーム医療を実践している。急性期治療病棟では精神科一般の入院治療を行っている。リエゾン病棟(内科病棟)を併設し、腎透析治療が必要な精神疾患にも対応している。また自立生活訓練施設を設置し外来治療に加え、デイケア・訪問看護を行い地域精神医療に力を入れている。

⑫施設名　：　川口会病院
・施設形態　：　精神科単科病院　・　公的単科精神科病院　・　公的総合病院
独立行政法人　・　国立病院機構　などから選択してください。

・院長名　：　宮坂　佳幸

・指導責任者氏名　：　宮坂　佳幸

・指導医人数　：　（　1人）　常勤換算

・精神科病床数　：　（２２０　）床

・疾患別入院数・外来数　：

疾患	外来患者数（年間）	入院患者数（年間）
F0	180	90
F1	16	8
F2	414	207
F3	102	51
F4　F50	6	0
F4 F7 F8 F9 F50	5	0
F6	3	0
その他	8	4

施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）
当院は、認知症治療病棟入院料Ⅰ（60床）、精神療養病棟入院料（60床）、(40床)、精神病棟入院基本料 15：1（60床）の計 220 床を有しており、8 室の保護室と 6 室のストレスケア個室の設置がある。精神科作業療法や SST、CP による心理検査や認知行動療法にも力を入れており、コメディカルと連携を取りながらの診療を経験できる。外来診療に加え、精神科デイケア（大規模）、ショートケア（大規模）、訪問看護にも取り組んでいる。
また、介護保険法による介護老人保健施設を併設しており、継続的総合支援の実績も積むことができる。
指定病床 10 床を有する指定病院として指定を受けているほか、輪番対応型精神科救急施設として輪番事業の委託も受けているため、入院患者さんの症例は広く精神障害全般にわたり、措置入院も受け入れている。時間をかければ、広い分野の症例を経験可能である。
認知症疾患センターとの連携により、認知症治療病棟は認知症系疾患全般の患者さんを受け入れている。BPSD への対応、症状進行の可能な範囲の予防、生活機能回復訓練、専門的薬物療法の治療を経験できる。認知症患者さんは合併症をお持ちの方も多い。身体的疾患の管理・対応を含めて治療しないと精神状態の安定が難しい場合も多い。当院では、非常勤内科医との連携により、このような患者さんの診療も経験できる。
また、当院は医療観察法の指定通院医療機関としての指定も受けており、平成 29 年度には、1名の対象患者の通院を支援する予定がある。

平成２９年度　研修プログラム

Ⅰ．患者及び家族との面接
①　講義を受ける。
②　予診をとり、次いで指導医の診察を見学する。
③　単独で患者を診察し、診療録へ記載し、報告に基づいて指導を受ける。
④　教材及びビデオを用いて学ぶ。

Ⅱ．疾患の概念と病態の理解
①　講義、講演などを聴いて情報を得る。
②　学会に出席して情報を得る。

Ⅲ．診断と治療計画
①　担当している患者の診断及び治療についての助言と指導を受ける。
②　退院時に症例について要約し、指導医の校閲を受ける。
③　教材及びビデオを用いて学ぶ。

Ⅳ．補助検査法
①　講義を受ける。
②　教材及びビデオを用いて学ぶ。

Ⅴ．薬物・身体療法
①　講義を受ける。
②　経験症例により薬物療法を学ぶ。
③　指導医からチェックを受ける。
④　教材及びビデオを用いて学ぶ。

Ⅵ．精神療法
①　患者を担当し、指導医より定期的に指導を受ける。
②　指導医が家族と面接している様子を見学する。
③　家族と単独で面接し、その内容を指導医に報告して助言を受ける。
④　教材及びビデオを用いて学ぶ。

Ⅶ．心理社会的療法、精神科リハビリテーション、及び地域精神医療・保健・福祉
①　デイケア、社会復帰病棟などで治療活動に参加する。
②　生活指導、作業療法、レクリエーション療法を見学し活動に参加する。
③　小規模作業所、授産施設、生活訓練施設、福祉ホーム、グループホーム、地域活動支援センターなどを見学し活動に参加する。
④　各種制度利用に関する公式文書を作成する。

Ⅷ．精神科救急
①　日直、宿直で遭遇する救急患者を指導医の指示のもとに診察する。
Ⅸ．リエゾン・コンサルテーション精神医学
①　教材及びビデオを用いて学ぶ。

Ⅹ．法と精神医学
①　精神保健指定医の措置診察を見学する。
②　成年後見制度については指導医の指導の下に診断書を作成する。（最低１件）
③　教材及びビデオを用いて学ぶ。

Ⅺ．医の倫理
①　指導医の臨床姿勢を観察することにより、日常の臨床で、自らの行動を「医の倫理」の視点から点検する態度を身につける。

⑬施設名：東京医科大学茨城医療センター
施設形態：大学付属病院
院長名：小林 正貴
指導責任者氏名：桝屋 二郎
指導医人数：（　1　）人
精神科病床数：（　0　）床
疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数（年間）	入院患者数（年間）
F0	57	
F1	3	
F2	63	
F3	116	
F4　F50	35	
F4 F7 F8 F9 F50	69	
F6	1	
その他	7	

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）
当研修施設は、茨城県県南地域の地域医療中核病院の一角を成すと共に、大学付属の総合病院として、また地域がん診療連携拠点病院として、高度な水準の臨床・教育・研究を推進する使命を持って業務にあたっている。地域医療機関との病診連携により精神科外来治療の研修機会は多い。精神科入院治療については、当研修施設は精神科病床を持たない総合病院精神科であるため、精神科入院治療が必要な症例の診療や精神科入院治療の研修に当たっては、当大学の付属病院本院にあたる東京医科大学病院との連携を軸に、地域の日本精神神経学会研修施設である複数の病院とも連携して行っている。総合病院精神科として、また地域がん診療連携拠点病院精神科として、コンサルテーション・リエゾン業務の研修機会は多い。
うつ病や統合失調症をはじめ、摂食障害や人格障害の診療から 器質性・症状性の精神障害に対する診療など幅広く研修を行うことができる。また児童思春期症例が多いことも特徴である。指導医として子どものこころ専門医機構専門医が在籍しているため、自閉症スペクトラムや注意欠如多動性障害などの神経発達障害症例も多く学べるのが特徴である。
指導医の下で各種の精神科医療に従事し、また、症例検討会・ケーススーパービジョン（外来症例やリエゾン症例などの個別症例指導）を通じて、精神科医としての態度（姿勢）、知識、技能の習得、研鑽に努め、精神科専門医を目指すものとする。
① 週間計画、年間計画は別紙 22 に示す。

⑭施設名：東京医科大学八王子医療センター
施設形態：大学病院
院長名：池田　寿昭
指導責任者氏名：藤村　洋太
指導医人数：（　2　）人
精神科病床数：（　0　）床
疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数（年間）	入院患者数（年間）
F0	0	45
F1	0	56
F2	0	72
F3	0	76
F4　F50	0	52
F4 F7 F8 F9 F50	0	30
F6	0	68
その他	11	24

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）
東京医科大学八王子医療センターは八王子市の人口約 56 万人を含めた南多摩医療圏 142 万人の中核病院として、許可病床数 610 床および 34 の標榜科を有する医療機関である。当センターは、三次救命救急センターとがん診療連携拠点病院の指定を受けており、また生体肝移植や生体腎移植などの移植医療も盛んに行われている。
当センターは精神科病床を有しない。メンタルヘルス科では、身体疾患の治療で入院している患者が入院中に来たしやすい、不眠、不安、抑うつ、せん妄などの精神・身体症状を対象として、各診療科の医師やスタッフと協力してチーム医療を行い、本来の身体疾患の治療が滞りなくスムーズに行えるよう心身両面での回復の援助を行っている。また、様々な精神科疾患を有する患者が身体疾患に罹患し当センターでの入院治療を受ける際に当科も並診し、適宜精神科専門医の視点による治療的介入を行っている。そのため、当院での研修ではコンサルテーション・リエゾン精神医療全般について学ぶことができる。また、当センターには広域で大勢の人口を有する医療圏域を背景とした三次救命救急センターがあり、自殺未遂や自傷行為で入院する患者が多いため、そのような行動を呈する患者への重要な初期対応を学ぶことができる。年間計画・週間計画を別紙 23 で示す。

3．　研修プログラム

1）　年次到達目標

専攻医は精神科領域専門医制度の研修手帳にしたがって専門知識を習得する。研修期間中に以下の領域の知識を広く学ぶ必要がある。1.患者及び家族との面接、2.疾患概念の病態の理解、3.診断と治療計画、4.補助検査法、5.薬物・身体療法, 6.精神療法、7.心理社会的療法など、8.精神科救急、9.リエゾン・コンサルテーション精神医学、10.法と精神医学、11.災害精神医学、12.医の倫理、13.安全管理。各年次毎の到達目標は以下の通りである。

到達目標

1年目：基幹病院で週4～5日、指導医と一緒に統合失調症、気分障害、神経症性障害、摂食障害、人格障害、器質性精神障害等の患者等を主に入院で受け持ち、面接の仕方、診断と治療計画、薬物療法及び精神療法の基本を学び、リエゾン・精神医学を経験する。また、外来では主に予約外診療、救急診療を担当しするとともに、初診外来の陪席を行う。それらにより基本的な薬物療法、精神療法を学ぶとともに、プライマリケアのありようを学ぶ。とくに面接によって情報を抽出し診断に結びつけるとともに、良好な治療関係を構築し維持することを学ぶ。また、週に1日は連携施設にて勤務する。基幹病院と同様に、指導医と一緒に病棟、外来業務に従事するとともに、地域に密着した医療について学ぶ。院内研究会や学会で発表・討論する。

2年目：基幹病院及び連携病院で、指導医の指導を受けつつ、自立して、面接の仕方を深め、診断と治療計画の能力を充実させ、薬物療法の技法を向上させ、精神療法として認知行動療法と力動的精神療法の基本的考え方と技法を学ぶ。精神科救急に従事して対応の仕方を学ぶ。ひきつづき精神療法の修練を行う。院内研究会や学会で発表・討論する。

3年目：指導医から自立して診療できるようにする。連携病院はより幅広い選択肢の中から専攻医の志向を考慮して選択する。認知行動療法や力動的精神療法を上級者の指導の下に実践する。心理社会的療法、精神科リハビリテーション・地域精神医療等を学ぶ。外部の学会・研究会などで積極的に症例発表する。

2）　研修カリキュラムについて

研修カリキュラムは、「専攻医研修マニュアル」（別紙）、「研修記録簿」（別紙）を参照。

3）　個別項目について

①　倫理性・社会性

基幹施設において他科の専攻医とともに研修会が実施される。コンサルテーションリエゾンを通して身体科との連携を持つことによって医師としての責任や社会性、倫理観などについても多くの先輩や他の医療スタッフからも学ぶ機会を得ることができる。

②　学問的姿勢

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る。すべての研修期間を通じて与えられた症例を院内の症例検討会で発表することを基本とし、その過程で過去の類似症例を文献的に調査するなどの姿勢を心がける。その中で特に興味ある症例については、地方会等での発表や学内誌などへの投稿を進める。

③　コアコンピテンシーの習得

研修期間を通じて、1）患者関係の構築、2）チーム医療の実践、3）安全管理、4）症例プレゼンテーション技術、5）医療における社会的・組織的・倫理的側面の理解、を到達目標とし、医師としてのコアコンピテンシーの習得を目指す。さらに精神科診断面接、精神療法、精神科薬物療法、リエゾンコンサルテーションといった精神科医特有のコンピテンシーの獲得を目指す。

④　学術活動（学会発表、論文の執筆等）

基幹施設において臨床研究、基礎研究に従事しその成果を学会や論文として発表する。

⑤　自己学習

月曜 12 時より抄読会を行い、最新のエビデンスに基づき見聞を広めていく。

4）　ローテーションモデル

典型的には 1～2 年目に東京医科大学病院をローテートし、精神科医としての基本的な知識を身につける。また、週に 1 日、連携施設に勤務し、地域医療を実践する。この中で、身体合併症治療、難治・急性期症例、児童症例、認知症症例を幅広く経験し、精神療法、薬物療法を主体とする治療手技、生物学的検査・心理検査などの検査手法、精神保健福祉法や社会資源についての知識と技術を深めていく。3 年目には基幹病院に残る場合と連携施設に派遣される場合とに分かれる。一般的には地域密着型の病院に派遣になることが多く、そこで精神科専門医だけでなく精神保健指定医の症例を集めることが可能である。これら 3 年間のローテート順については、本人の希望に応じて柔軟な対応が可能である。

5）　研修の週間・年間計画

別紙 2～23 を参照。

4．　プログラム管理体制について

・プログラム管理委員会

委員長　　東京医科大学病院　井上　猛
副委員長　　東京医科大学病院　市来　真彦
東京医科大学病院　佐藤光彦、松本恭典、小野泰之
坂井 俊之（臨床心理士）、礒江 典子（看護師）
睡眠総合ケアクリニック代々木・同第二　井上　雄一
日本平病院　加藤 亮太
医療法人社団成仁　成仁病院　木内　健二郎
立川メディカルセンター柏崎厚生病院　吉濱 淳
丸山荘病院　瀧田 泰彦
協和病院　椿 雅志
立正佼成会附属佼成病院　中野 正寛
三川病院　錦織　靖
富士心身リハビリテーション病院　引場 智
前沢病院　前沢 孝通
西八王子病院　三根 芳明
川口会病院　宮坂 佳幸
東京医科大学茨城医療センター　桝屋二郎
東京医科大学八王子医療センター　藤村洋太

・プログラム統括責任者

井上　猛

・連携施設における委員会組織

各連携病院の指導責任者及び実務担当の指導医によって構成される。

5．　評価について

1）評価体制

委員長　　東京医科大学病院　井上　猛
副委員長　東京医科大学病院　市来　真彦
東京医科大学病院　佐藤光彦、松本恭典、小野泰之
成仁病院　　木内健二郎
三川病院　　錦織　靖
睡眠総合ケアクリニック代々木・同第二　井上雄一
立川メディカルセンター柏崎厚生病院　吉濱　淳
丸山荘病院　瀧田 泰彦
協和病院　椿　雅志
日本平病院　加藤亮太
富士心身リハビリテーション病院　引場　智
前沢病院　前沢　孝通
立正佼成会附属佼成病院　中野　正寛
西八王子病院　三根　芳明
川口会病院　宮坂　佳幸
東京医科大学茨城医療センター　桝屋二郎
東京医科大学八王子医療センター　藤村洋太

2）評価時期と評価方法

・3か月ごとに、カリキュラムに基づいたプログラムの進行状況を専攻医と指導医が確認し、その後の研修方法を定め、研修プログラム管理委員会に提出する。

・ 研修目標の達成度を、当該研修施設の指導責任者と専攻医がそれぞれ６ヶ月ごとに評価し、フィードバックする。

・ 1年後に1年間のプログラムの進行状況並びに研修目標の達成度を指導責任者が確認し、次年度の研修計画を作成する。またその結果を統括責任者に提出する。

・その際の専攻医の研修実績および評価には研修記録簿／システムを用いる。

3）研修時に則るマニュアルについて

「研修記録簿」（別紙）に研修実績を記載し、指導医による形成的評価、フィードバックを受ける。総括的評価は精神科研修カリキュラムに則り、少なくとも年１回おこなう。

東京医科大学病院にて専攻医の研修履歴（研修施設、期間、担当した専門研修指導医）、研修実績、研修評価を保管する。さらに専攻医による専門研修施設および専門研修プログラムに対する評価も保管する。

プログラム運用マニュアルは以下の専攻医研修マニュアルと指導医マニュアルを用いる。

- 専攻医研修マニュアル（別紙）
- 指導医マニュアル（別紙）
- 専攻医研修実績記録

「研修記録簿」に研修実績を記録し、一定の経験を積むごとに専攻医自身が形成的評価をおこない記録する。少なくとも年に１回は形成的評価により、指定された研修項目を年次ごとの達成目標に従って、各分野の形成的自己評価をおこなうこと。研修を修了しようとする年度末には総括的評価により評価が行われる。

・指導医による指導とフィードバックの記録

専攻医自身が自分の達成度評価をおこない、指導医も形成的評価をおこない記録する。少なくとも年１回は指定された研修項目を年次ごとの達成目標に従って、各分野の形成的評価をおこない評価者は「劣る」、「やや劣る」の評価をつけた項目については必ず改善のためのフィードバックをおこない記録し、翌年度の研修に役立たせる。

6．　全体の管理運営体制

1）専攻医の就業環境の整備（労務管理）

東京医科大学病院；

勤務：平日日勤　　9:00～17:10
　第 1、3、5 土曜日　　9:00～12:10
当直勤務：　　17:10～翌 9:00
　　（第 1、3、5 土曜日は 12:10～9:00）

休日：日曜日、第 2、4 土曜日、祝祭日

病棟指導医と相談のうえ、業務に支障のない範囲で 1 週間の夏季休暇を含む計 2 週間の休暇を与える。

その他、慶弔休暇、産前産後休暇、介護休暇、育児休業など就業規則に規定されたものについては請求に応じて付与できる。

連携施設に関しては各施設の労務管理基準に準拠する。

2）　専攻医の心身の健康管理

東京医科大学病院；

年 1 回の職員健康診断を実施する。

産業医による心身の健康管理を実施し異常の早期発見に努める。

連携施設に関しては各施設の労務管理基準に準拠する。

3）プログラムの改善・改良

基幹病院の統括責任者と連携施設の指導責任者による委員会にて定期的にプログラム内容について討議し、継続的な改良を実施する。

4）ＦＤの計画・実施

年 1 回、プログラム管理委員会が主導し各施設における研修状況を評価する。

別紙１　ローテーションモデル

1～2 年目

東京医科大学病院　メンタルヘルス科にて研修 （週１日連携病院で勤務）

3 年目

連携病院に出張 （勤務体系は連携病院との契約による）	東京医科大学病院で研修継続 （勤務体系は 1～2 年目に準じる）

別紙２．東京医科大学病院　週間予定

	月	火	水	木	金	土
8:45～	病棟ｶﾝﾌｧﾗﾝｽ					
9:00～	予診 外来 陪席	予約外診療	病棟業務 リエゾン	関連病院にて勤務	予約外診療	病棟業務 リエゾン
12:00	抄読会参加	昼休み	昼休み	昼休み	昼休み	昼休み
13:00～	病棟業務	病棟業務 リエゾン	外来業務	関連病院にて勤務	病棟業務 リエゾン	ｶﾝﾌｧﾗﾝｽ
14:00～	教授回診					
15:00～	病棟業務 リエゾン	リエゾン 病棟業務	外来業務	関連病院にて勤務	リエゾン 病棟業務	
16:30～	症例検討会・抄読会参加	リエゾン 病棟業務			リエゾン 病棟業務	
夜間			関連病院にて当直		救急診療 夜間病棟診療	

土曜日は第 2･4 土曜日は休診日
その他日曜日、祝日に当直有

※いずれの施設においても、就業時間が 40 時間/週を超える場合は、専攻医との合意の上で実施される。原則として、40 時間/週を超えるスケジュールについては自由参加とする。

別紙３　東京医科大学病院　年間予定

4月	オリエンテーション 院内クルズス参加（５月以降も適宜実施、計12コマ）
5月	
6月	院内安全研修参加 日本精神神経学会学術総会参加（発表）
7月	日本神経精神薬理学会年会（任意）
8月	
9月	
１０月	
１１月	院内安全研修参加 東京精神医学会学術集会参加
１２月	
1月	社会精神医学会（任意）
2月	
3月	東京精神医学会学術集会参加

院内研修は他にも不定期に実施される（診療報酬、ハラスメント等）。
学会には指導医と相談の上で参加不参加を決める。業務に支障のない範囲で他の学会にも積極的に参加することが望まれる。

別紙４　≪研修計画：成仁病院≫
週間計画

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	外来予診	救急診療	外来陪席 （再診）	外来陪席 （初診）	救急診療 訪問診療
午後	病棟業務 m-ECT	外来陪席 （再診）	病棟業務 m-ECT	医局会 回診	病棟業務 m-ECT 訪問診療
17 時以降		症例検討会			当直（月２回）

年間計画

4月	オリエンテーション
5月	
6月	
7月	
8月	
9月	
10 月	日本精神科医学学術大会 東京都精神科病院協会学会
11 月	
12 月	
1月	
2月	足立区医学会
3月	

別紙5

三川病院　年間計画

4月	オリエンテーション
5月	院内クルズス参加
6月	日本精神神経学会学術総会参加 山形県精神科医の会参加
7月	庄内地区精神科集談会参加
8月	適正就学支援に関する要点研修
9月	院内研究参加
10月	東北精神神経学会参加
11月	山形心身医学研究会参加 山形精神病理・精神療法研究会参加
12月	庄内地区精神科集談会参加
1月	
2月	三川町うつ病予防対策事業同行参加
3月	山形認知症研究会参加 研修プログラム評価報告書の作成

別紙6＜三川病院＞

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	入退院報告ミーティング 病棟診察	外来診察(予診) 指導医診察陪席	病棟診察、もしくは治療手技 指導・脳波検査・心理検査陪席	デイケア診察陪席	外来診察(予診) 指導医診察陪席、もしくは病棟診察
午後	病棟診察(リエゾン)	病棟診察 抄読会	病棟診察(リエゾン) 障害者総合支援法・介護保険関係の診察陪席	アルコール勉強会参加(隔週) 病棟診察	知的障害施設診察(月1回)
17時以後				外部講師講演会参加(月1回)	

別紙7　週間スケジュール

睡眠総合ケアクリニック代々木・同第二

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
9:15～10:00		症例検討会	症例検討会	症例検討会	
10:00～12:00		外来初診	外来初診	外来初診	
12:15～13:00		抄読会	運営会議		
13:00～17:00	外来再診	外来再診	外来再診	外来再診	外来再診
18:00～20:30	外来再診				外来再診

別紙8　年間スケジュール

睡眠総合ケアクリニック代々木・同第二

4月	オリエンテーション SR2 ・3前年研修報告書提出／指導医の指導実績報告提出
5月	
6月	日本精神神経学会
7月	日本睡眠学会
8月	
9月	
10月	
11月	日本臨床神経生理学会
12月	
1月	
2月	
3月	SR2・3研修報告書作成、研修プログラム評価報告書作成

別紙9

立川メディカルセンター柏崎厚生病院

週間スケジュール

	月	火	水	木	金	土
午前	院長外来陪席 新患予診	病棟業務	病棟業務	デイケア業務	院長外来陪席 新患予診	院長外来陪席 新患予診
午後	12:00 薬剤説明会（月2回） 12:30 入院報告会議・医局会 病棟業務 17:00 入退所判定会議	関連施設業務	病棟業務	12：30 院内勉強会 病棟業務	病棟業務	
	17:10 総合主任会議（月一回） 17：30 感染症対策委員会（月一回）	8:30 医療安全委員会（月一回）	当直（週1回）			

別紙10

年間スケジュール

4月		柏崎臨床精神医学研究会参加	
5月			
6月	日本精神神経学会参加	柏崎臨床精神医学研究会参加	東京医科大学医学会総会参加
7月			
8月		柏崎臨床精神医学研究会参加	
9月			
10月	日本精神医学会参加	柏崎臨床精神医学研究会参加	新潟精神医学会参加
11月			東京医科大学医学会総会参加
12月		柏崎臨床精神医学研究会参加	
1月			
2月	新潟県ＧＨＰ研究会参加	精神鑑定事例検討会参加	

別紙11

協和病院週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	病棟診察 外来診察 作業療法	病棟診察 外来診察 作業療法	病棟診察 外来診察 作業療法	病棟診察 外来診察 作業療法	病棟診察 外来診察 作業療法
午後	病棟診察 外来診察 作業療法	病棟診察 外来診察 病棟ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ参加	訪問看護ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ参加 生活技能訓練 院内研修参加（不定期）	病棟診察 外来診察 作業療法	病棟診察 外来診察 作業療法

協和病院年間スケジュール

4月	オリエンテーション 院内研修参加
5月	
6月	日本精神神経学会学術総会参加 院内研修参加
7月	院内研修参加
8月	
9月	院内研修参加
10月	院内研修参加
11月	
12月	
1月	
2月	
3月	院内研修参加

その他、感染対策委員会及び安全対策委員会を随時開催し、医療環境の充実を図っている。

別紙12

＜日本平病院＞

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	外来診察 指導医診察陪席	デイケア診察陪席 外来診察	外来診察 指導医診察陪席	指導医診察陪席	外来診察 指導医診察陪席
午後	病棟診察	病棟診察	病棟診察 老健診察陪席（月2回） 保健相談陪席（月1回）	病棟診察 脳波検査陪席	病棟診察 障害者手帳及び自立支援医療 判定会陪席

別紙13:
年間研修計画

日本平病院

4月	オリエンテーション
5月	院内クルズス参加
6月	日本精神神経学会学術総会参加
7月	
8月	院内クルズス参加
9月	日本精神科医学会学術大会参加
10月	日本デイケア学会年次大会参加
11月	院内クルズス参加
12月	
1月	

2月	院内クルズス参加
3月	研修プログラム評価報告書の作成

別紙14:研修の週間・年間研修計画(連携)< 富士心身リハビリテーション研究所附属病院 >

・週間

	月	火	水	木	金
午前	精神科ﾃﾞｲ 診察陪席	外来 指導医診察陪席・ 予診 (脳波・心理検査)	外来 指導医診察陪席・ 予診	病棟診察 (ﾘｴｿﾞﾝ)	外来 指導医診察陪席・ 予診
午後	ｻﾃﾗｲﾄCにて 指導医診察陪席・ 予診	病棟診察 症例検討会 (随時) 各種委員会 (月1回)	病棟診察 特別養護老人ﾎｰﾑ診察(月1回)	特別支援学校・障害者施設診察 (隔週)	病棟診察 (作業療法)
17時以後		薬物療法勉強会 (月1回)			

別紙15

・年間

4月	・オリエンテーション
5月	・院内クルズス参加
6月	・日本精神神経学会学術総会参加 ・静岡県東部精神科医会参加 ・精神保健に関する技術研修参加(発達障害早期総合支援研修)
7月	・富士・富士宮 物忘れ検討会参加 ・東部臨床精神科懇親会学術集会参加 ・アルコール依存症臨床医等研修参加
8月	・静岡県精神保健福祉事業講座参加
9月	・精神保健に関する技術研修参加(自殺対策相談支援研修)
10月	・院内研究参加
11月	・富士・富士宮 物忘れ検討会参加 ・静岡県東部精神科医会参加
12月	
1月	・精神保健に関する技術研修参加(発達障害支援医学研修)
2月	・静岡県かかりつけ医うつ病対応力向上研修会参加
3月	・東部臨床精神科懇親会学術集会参加 ・富士・富士宮 物忘れ検討会参加 ・研修プログラム評価報告書の作成

別紙 16

週間計画

丸山荘病院

	月曜日	火曜日	水曜日	金曜日
午前	入退院報告ミーティング 病棟診察・精神科病棟	病棟診察・精神科病棟 指導医診察陪席	外来診察	外来診察・初診患者 指導医診察陪席
午後	外来診察・再診患者 指導医診察陪席	外来診察・再診患者	病棟診察・療養病棟	病棟診察・療養病棟
１７時以降		抄読会　月１回	当直	症例検討会　月２回

別紙 17　年間計画

丸山荘病院

４月	オリエンテーション 認知症初期集中支援チーム員会議にポート医と陪席 知的障害者入所施設嘱託医訪問同行・生活保護法による救護施設嘱託医訪問同行
５月	認知症初期集中支援チーム員会議にポート医と陪席 知的障害者入所施設嘱託医訪問同行・生活保護法による救護施設嘱託医訪問同行 認知症初期集中支援チーム員会議にポート医と陪席
６月	日本精神神経学会参加 知的障害者入所施設嘱託医訪問同行・生活保護法による救護施設嘱託医訪問同行 認知症初期集中支援チーム員会議にポート医と陪席
７月	知的障害者入所施設嘱託医訪問同行・生活保護法による救護施設嘱託医訪問同行 認知症初期集中支援チーム員会議にポート医と陪席
８月	知的障害者入所施設嘱託医訪問同行・生活保護法による救護施設嘱託医訪問同行 認知症初期集中支援チーム員会議にポート医と陪席
９月	知的障害者入所施設嘱託医訪問同行・生活保護法による救護施設嘱託医訪問同行 認知症初期集中支援チーム員会議にポート医と陪席
１０月	知的障害者入所施設嘱託医訪問同行・生活保護法による救護施設嘱託医訪問同行 認知症初期集中支援チーム員会議にポート医と陪席
１１月	知的障害者入所施設嘱託医訪問同行・生活保護法による救護施設嘱託医訪問同行 認知症初期集中支援チーム員会議にポート医と陪席
１２月	知的障害者入所施設嘱託医訪問同行・生活保護法による救護施設嘱託医訪問同行 認知症初期集中支援チーム員会議にポート医と陪席
１月	知的障害者入所施設嘱託医訪問同行・生活保護法による救護施設嘱託医訪問同行 認知症初期集中支援チーム員会議にポート医と陪席
２月	知的障害者入所施設嘱託医訪問同行・生活保護法による救護施設嘱託医訪問同行 認知症初期集中支援チーム員会議にポート医と陪席
３月	石岡市自立支援協議会陪席 研修プログラム評価報告書の作成

医療保護入院者退院支援委員会、行動制限最小化委員会に参加可能

別紙１８

＜立正佼成会附属佼成病院＞

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
午前	外来診察	外来診察	外来診察	病棟診察 (リエゾン)	外来診察	外来診察
午後	外来診察 (予診) 病棟診察 (リエゾン)	外来診察 (予診) 病棟診察 (リエゾン)	外来診察 (予診) 病棟診察 (リエゾン)	病棟診察 (リエゾン)	外来診療 (予診) 病棟診察 (リエゾン)	

＜立正佼成会附属佼成病院＞

４月	オリエンテーション
５月	
６月	日本精神神経学会参加 日本老年精神医学会参加
７月	
８月	
９月	日本サイコオンコロジー学会参加
１０月	
１１月	日本総合病院精神医学会参加
１２月	
１月	
２月	
３月	研修プログラム評価報告書の作成

別紙 19

週間計画

	月	火	水	木	金	土	日
午前	外来	外来	外来	外来	外来	外来	日直業務 (担当日のみ)
	(予診)	(予診)	(予診)	(予診)	(予診)	(予診)	
	(陪席)	(陪席)	(陪席)	(陪席)	(陪席)	(陪席)	
	一部入院業務	一部入院業務	一部入院業務	一部入院業務	一部入院業務	一部入院業務	
	その他	その他	その他	その他	その他	その他	
午後	入院業務	入院業務	入院業務	入院業務	入院業務	入院業務	日直業務 (担当日のみ)
	作業療法・SST やデイケア等のプログラムの参加	作業療法・SST やデイケア等のプログラムの参加	作業療法・SST やデイケア等のプログラムの参加	作業療法・SST やデイケア等のプログラムの参加	作業療法・SST やデイケア等のプログラムの参加	作業療法・SST やデイケア等のプログラムの参加	
	併設介護老人保健施設への回診	ケース検討会	併設介護老人保健施設への回診	併設介護老人保健施設への回診	併設介護老人保健施設への回診	併設介護老人保健施設への回診	
		医局会 (診療管理会議)	法人内認知症グループホームへの訪問診療		法人内認知症グループホームへの訪問診療	法人内認知症グループホームへの訪問診療	
	その他	その他	その他	その他	その他	その他	
夜間(17:30以降)	夜間当直業務 (担当日のみ)	夜間当直業務 (担当日のみ)	夜間当直業務 (担当日のみ)	夜間当直業務 (担当日のみ)	夜間当直業務 (担当日のみ)	夜間当直業務 (担当日のみ)	夜間当直業務 (担当日のみ)

別紙 20

年間計画

4 月	オリエンテーション
5月	
6 月	日本精神神経学会学術総会参加
7 月	
8 月	
9 月	日本精神科医学会学術大会参加
10 月	
11 月	
12 月	
1 月	
2 月	
3 月	

※研修に関しては、上記の研修の他、法人が必要と認めた院内外の各研修に
参加するものとする

別紙２１　医療法人　孝栄会　運営業務並びに事業計画

[前沢病院]

1．運営業務

☆ ①　入院業務（１０５床）
　　６０床（第一病棟）・・精神療養病棟入院料　算定
　　４５床（第二病棟）・・精神病棟入院基本料 15 対 1（旧 3 対 1 看護配置）算定
　　看護配置加算（正看護師比率 70%以上）算定
　　看護補助加算１（5 対 1）算定
☆ ②　外来業務（１日平均７０名前後）
☆ ③　在宅患者訪問診療（９名）
④精神科訪問看護・指導（平均６５名前後）
☆ ⑤　精神科デイケア（大規模・定員５０名）（１日平均１０名前後）
☆ ⑥　精神科デイ・ナイトケア（定員５０名）（１日平均３５名前後）
☆ ⑦　精神科ナイトケア（定員２０名）（１日平均４名前後）
☆ ⑧　精神科ショートケア（大規模・定員５０名）
⑨　精神科作業療法（平均８５名前後）
⑩　心身喪失者等医療観察法：指定通院医療機関の受託

[精神障害者社会復帰施設関連]

1．運営業務

①　地域活動支援センター
　（1）居宅介護事業（精神・身体・知的障害者へのホームヘルプサービス）
　（2）移動支援事業
　（3）相談支援事業
　（4）地域活動支援センター事業
☆ 介護サービス包括型共同生活援助（旧ケアホーム：定員２０名）
☆ ③　外部サービス利用型共同生活援助（精神障害者グループホーム第１：定員７名）
☆ ④　外部サービス利用型共同生活援助（精神障害者グループホーム第２：定員７名）
☆ ⑤　共同住居（精神障害者準グループホーム：定員６名）

[介護老人保健施設 グリーンホーム]

1．運営業務

☆ ①　施設入所（定員３８名）（平均要介護度 3.6）
☆ ②　短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（ショートステイ）（平均要介護度 3.2）
☆ ③　通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（デイケア：定員１０名）
（平均要介護度 2.8）（１日平均８名前後）
④　訪問看護
⑤　訪問介護・介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）（平均要介護度 2.4）

[居宅介護支援事業者 グリーンホームケアプランセンター]

①　居宅介護支援事業・介護予防支援事業（ケアプラン作成他）

[認知症高齢者グループホーム 陽だまり]

☆ ①　認知症対応型共同生活介護（１ユニット定員９名）（平均要介護度 2.4）
☆ ②　認知症対応型通所介護（定員３名）

事業計画

1．障害福祉サービス：就労移行支援、就労継続支援Ｂ型の開設
3．外来業務の拡充：外来作業療法、専門外来の開設、訪問診療の拡充
4．サービス付高齢者向け住宅等の高齢者住宅事業の開設

平成２８年２月現在

別紙 22　東京医科大学茨城医療センター　年間予定

４月	オリエンテーション 院内クルズス参加（５月以降も適宜実施） 院内安全研修参加
５月	院内安全研修参加
６月	日本精神神経学会学術総会参加 院内安全研修参加
７月	院内安全研修参加
８月	院内安全研修参加
９月	院内安全研修参加
１０月	院内安全研修参加
１１月	東京精神医学会学術集会参加
１２月	院内安全研修参加
１月	院内安全研修参加
２月	院内安全研修参加
３月	東京精神医学会学術集会参加 院内安全研修参加 研修プログラム評価報告書の作成

院内研修は他にも不定期に実施される（診療報酬、ハラスメント等）。
各種学会には指導医と相談の上で参加不参加を決める。業務に支障のない範囲で他の学会にも積極的に参加することが望まれる。

週間予定（概略）

	月	火	水	木	金	土
8:30-	外来業務 リエゾン業務 個別症例指導 病棟ｵﾘｴﾝﾃｰｼｮﾝ	外来業務 リエゾン業務 個別症例指導	外来業務 リエゾン業務 個別症例指導	外来業務 リエゾン業務 個別症例指導	外来業務 リエゾン業務 個別症例指導	リエゾン業務 個別症例指導
12:00-	昼休み	昼休み	昼休み	昼休み	昼休み	
13:00-	外来業務 リエゾン業務 個別症例指導	外来業務 リエゾン業務 個別症例指導	外来業務 リエゾン業務 個別症例指導	外来業務 リエゾン業務 個別症例指導	外来業務 リエゾン業務 個別症例指導	オンコールによる救急診療やリエゾン診療
15:00-	外来業務 リエゾン業務 個別症例指導	外来業務 病棟業務 リエゾン業務 個別症例指導	外来業務 病棟業務 リエゾン業務 個別症例指導	外来業務 病棟業務 リエゾン業務 個別症例指導	外来業務 病棟業務 リエゾン業務 個別症例指導	
16:00-	リエゾン報告 症例検討会 抄読会					
夜間	オンコールによる救急診療やリエゾン診療	オンコールによる救急診療やリエゾン診療	オンコールによる救急診療やリエゾン診療	オンコールによる救急診療やリエゾン診療	オンコールによる救急診療やリエゾン診療	オンコールによる救急診療やリエゾン診療

土曜日：午前業務

別紙23　東京医科大学八王子医療センター　年間予定

４月	オリエンテーション 院内クルズス参加
５月	院内クルズス参加
６月	院内安全研修参加 日本精神神経学会学術総会参加
７月	日本睡眠学会学術総会参加（任意）
８月	院内クルズス参加
９月	院内クルズス参加
１０月	院内クルズス参加
１１月	院内安全研修参加 東京精神医学会学術集会参加
１２月	日本総合病院精神医学会学術総会参加（任意）
１月	社会精神医学会参加（任意）
２月	院内クルズス参加
３月	東京精神医学会学術集会参加

院内研修は他にも不定期に実施される。
学会には指導医と相談の上で参加不参加を決める。業務に支障のない範囲で他の学会にも積極的に参加することが望まれる。

＜東京医科大学八王子医療センター　週間予定＞

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
午前	病棟診察 救命救急センター診察 (リエゾン)	生体臓器移植レシピエント診察	関連病院にてパート勤務	生体臓器移植ドナー診察	病棟診察 救命救急センター診察 (リエゾン)	病棟診察 救命救急センター診察 (リエゾン)
午後	回診 多職種カンファレンス	病棟診察 救命救急センター診察 (リエゾン)	関連病院にてパート勤務	病棟診察 救命救急センター診察 (リエゾン)	病棟診察 救命救急センター診察 (リエゾン)	

土曜日は第 2･4 土曜日は休診日

小児科

東京医科大学小児科専攻医プログラム

目次

1．　東京医科大学小児科専攻医プログラム　概要
2．　小児科専門研修はどのようにおこなわれるのか
3．　専攻医の到達目標
　3−1　修得すべき知識・技能・態度など
　3−2　各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得
　3−3　学問的姿勢
　3−4　医師としての倫理性、社会性
4．　施設群による研修プログラムと地域医療についての考え方
　4−1　年次毎の研修計画
　4−2　研修施設群と研修プログラム
5．　専門研修の評価
6．　修了判定
7．　専門研修管理委員会
　7−1　専門研修管理委員会の業務
　7−2　専攻医の就業環境
　7−3　専門研修プログラムの改善
　7−4　専攻医の採用と修了
　7−5　小児科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件
　7−6　研修に対するサイトビジット（訪問調査）
8．　専門研修実績記録システム、マニュアル等
9．　専門研修指導医
10．　Subspecialty 領域との連続性

東京医科大学小児科専攻医プログラム

1．東京医科大学小児科専攻医プログラム　概要

[整備基準：1, 2, 3, 30]

当プログラムでは小児科医は general physician であるという考えのもと、小児科医は疾患への対応のみならず、子供の健全な発育を総合的に支援することが求められていると考えています。そのためには幅広い知識が求められる小児医学を網羅的に経験し、小児科専攻医として必要な知識と技量を身につける必要があり、一定の専門領域に偏ることなく、血液・腫瘍・神経・新生児・内分泌・代謝・感染・アレルギー・循環器などすべての分野にわたって幅広く研修を行ないます。また、各分野での臨床研修を通じて、疾患の知識だけではなくチーム医療・問題対応能力・安全管理能力を獲得し、家族への説明と同意を得る技能を身につける事を目指します。

本プログラムでは、小児医療の水準向上・進歩発展を図り、小児の健康増進および福祉の充実に寄与する事ができる優れた小児科専門医を育成することを目的としています。そのために専攻医は3 年間の研修を通じて「小児科医は子どもの総合医である」という考えを基本とし、「子どもの総合診療医」、「育児・健康支援者」、「子どもの代弁者」、「学識・研究者」、「医療のプロフェッショナル」の５つの資質をそなえた専門医となる事を目指してください。

研修１年目は主に東京医大病院にて病棟・外来業務を通して一般小児科学・救急医学必須知識・技能の修得、小児特有の疾患の診断・治療について研修すし、２年目以降は八王子医療センター（、茨城医療センター、河北総合病院にて一般小児科学必須知識・技能の修得に加え、小児外来診療を実践する。新生児・未熟児医療技術の修得は日本赤十字医療センターもしくは東京医大病院 NICU にて、血液悪性腫瘍部門は成育医療研究センターもしくは国立国際医療センターにて、循環器は成育医療研究センターもしくは日本赤十字医療センターにて研修します。その他の専門領域に関しては東京医大病院にて研修します。

当病院は新宿区の地域中核病院として、新生児医療においては地域周産期母子医療センターとして西東京地区の中核的な役割を担っています。また、大学病院としての高度な専門医療に対応するため、小児科専門医の他に Subspecialty の専門医(小児神経専門医、日本てんかん学会臨床専門医、感染症専門医、日本アレルギー学会専門医、遺伝カウンセリング専門医など)を有しています。さらに、１次から３次までの救急患者を受け入れる体制も有しており、研修を行なう全員が救急蘇生(PALS)、人工呼吸管理、脳波、小児画像診断、超音波の技術を習得してもらいます。また、ICU 管理では当院集中治療部や小児外科など他科と連携し、低体温療法や血液浄化療法などの高次医療の現場を経験してもらい、症例検討会や学会発表を通じて積極的な最新医療、医学情報の吸収を行なってもらいます。また、当院で経験できない症例については連携施設にて経験してもらい、定期的な勉強会を行なう事で知識を深めてもらいます。

２．小児科専門研修はどのように行われるか　[整備基準:13-16, 30]

小児科医として３年間の研修で経験すべき症候、経験すべき疾患、習得すべき診療技能と手技は日本小児科学会で到達目標として定められており、プログラムではこの「小児科医の到達目標」のレベルＡの臨床経験を積んでもらい、外来、病棟、健診などを通じて小児科専門医として確実な知識・技能を有し、自ら診断、治療、臨床判断、説明が行なえるよう研修を行なってもらいます。

１）臨床現場での学習：外来、病棟、健診において、血液・腫瘍・神経・新生児・内分泌・代謝・感染・アレルギー・循環器などの疾患を経験してもらいます。担当した症例については日々の診療録の記載、サマリーレポートの作成を行なってもらい、カンファレンスにおいて指導医からのフィードバック、アドバイスを受けてもらいます。同時に臨床研修医手帳への記載、関連文献の抄読、CPCでの発表などを行なってもらい、知識、臨床能力を定着させてゆきます。

- 「小児科専門医の役割」に関する学習：日本小児科学会が定めた小児科専門医の役割を３年間で身につけるようにしてください（次項参照、研修手帳に記録）。
- 「経験すべき症候」に関する学習：日本小児科学会が定めた経験すべき 33 症候のうち 8 割以上（27 症候以上）を経験するようにしてください（次項参照、研修手帳に記録）。
- 「経験すべき疾患」に関する学習：日本小児科学会が定めた経験すべき 109 疾患のうち 8 割以上（88 症候以上）を経験するようにしてください（研修手帳参照、記録）。
- 「習得すべき診療技能と手技」に関する学習：日本小児科学会が定めた経験すべき 54 技能のうち、8 割以上（44 技能以上）を経験するようにしてください（研修手帳に記録）。

２）臨床現場を離れた学習：知識と診療能力をバランスよく獲得し、前述の５つの資質をそなえた専門医となる為に、臨床と共に以下の学習機会を利用して研修目標を達成して下さい。

(1) 日本小児科学会および分科会が主催する学術集会、地方会、研究会、セミナー、講習会等への参加、発表
(2) 小児科学会主催の「小児科専門医取得のためのインテンシブコース」(1 泊 2 日)：到達目標に記載された 24 領域に関するポイントを３年間で網羅して学習できるセミナー
(3) 日本小児科学会オンラインセミナー：医療安全、感染対策、医療倫理，医療者教育など
(4) 日本小児科学会雑誌等の定期購読および症例報告等の投稿　(専門医取得のためには、小児科に関する論文を査読制度のある雑誌に１つ報告しなければなりません)

３）自己学習：研修を通じて疾患知識や手技に通じて自己評価を行い、不足している領域に関しては上記２に含まれる学会への参加、セミナー・勉強会への参加などの自己学習を含め学習し、研修手帳に記載されている到達目標を達成できるよう自己学習を進めてください。

４）大学院進学：専門研修期間中、小児科学の大学院進学は可能ですが、専門研修に支障が出ないように、プログラム・研修施設について事前相談します。小児科臨床に従事しながら臨床研究を進めるのであればその期間は専門研修として扱われます（夜間大学院として研修と並行して入学可能）。

３．専攻医の到達目標

３−１．（習得すべき知識・技能・態度など）　[整備基準：4, 5, 8-11]

専攻医は日本小児科学会で到達目標として定めている「小児科医の到達目標」のレベルＡの臨床経験を積んでもらい、専門医としての知識・技能・医師を習得してもらいます。

１）「小児科専門医の役割」に関する到達目標：日本小児科学会が定めた小児科専門医としての役割を３年間で身につけるようにしてください（研修手帳に記録してください）。

①子どもの総合診療医

子どもの総合診療

- 子どもの身体，心理，発育に関し、時間的・空間的に全体像を把握できる．
- 子どもの疾病を生物学的,心理社会的背景を含めて診察できる．
- EBM と Narrative-based Medicine を考慮した診療ができる．

成育医療

- 小児期だけにとどまらず，思春期・成人期も見据えた医療を実践できる．
- 次世代まで見据えた医療を実践できる．

小児救急医療

- 小児救急患者の重症度・緊急度を判断し，適切な対応ができる
- 小児救急の現場における保護者の不安に配慮ができる．

地域医療と社会資源の活用

- 地域の一次から二次までの小児医療を担う．
- 小児医療の法律・制度・社会資源に精通し，適切な地域医療を提供できる．
- 小児保健の地域計画に参加し，小児科に関わる専門職育成に関与できる．

患者、家族との信頼関係

- 多様な考えや背景を持つ小児患者と家族に対して信頼関係構築できる．
- 家族全体の心理社会的因子に配慮し，支援できる．

②育児・健康支援者

プライマリ・ケアと育児支援

- Common diseases など，日常よくある子どもの健康問題に対応できる．
- 家族の不安を把握し，適切な育児支援ができる．

健康支援と予防医療

- 乳幼児・学童・思春期を通して健康支援・予防医療を実践できる．

③子どもの代弁者

アドヴォカシー（advocacy）

- 子どもに関する社会的な問題を認識できる．
- 子どもや家族の代弁者として問題解決にあたることがで

④学識・研究者

高次医療と病態研究

- 最新の医学情報を常に収集し,現状の医療を検証できる．
- 高次医療を経験し，病態・診断・治療法の研究に積極的に参画する．

国際的視野

- 国際的な視野を持って小児医療に関わることができる．
- 国際的な情報発信・国際貢献に積極的に関わる．

⑤医療のプロフェッショナル

医の倫理

- 子どもを一つの人格として捉え、年齢・発達段階に合わせた説明・告知と同意を得ることができる．
- 患者のプライバシーに配慮し、小児科医としての社会的・職業的責任と医の倫理に沿って職務を全うできる．

省察と研鑽

- 他者からの評価を謙虚に受け止め，生涯自己省察と自己研鑽に努める．

教育への貢献

- 小児医療に関わるロールモデルとなり，後進の教育に貢献できる．
- 社会に対して小児医療に関する啓発的・教育的取り組みができる．

協働医療

- 小児医療にかかわる多くの専門職と協力してチーム医療を実践できる．

医療安全

- 小児医療における安全管理・感染管理の適切なマネジメントができる．

医療経済

- 医療経済・保険制度・社会資源を考慮しつつ，適切な医療を実践できる．

２）「経験すべき疾患・病態・症候」に関する到達目標：専攻医は 3 年間の臨床研修を通じて、血液・腫瘍・神経・新生児・内分泌・代謝・感染・アレルギー・循環器などの各分野の疾患・特徴的な症候を経験してもらいます。特に日本小児科学会が定めた到達目標レベル A の疾患・病態・症候に関しては小児科専門医として自ら確実に経験すべき必要があります。研修プログラムを通じて、経験すべき症候 33 症候のうち 8 割以上（27 症候以上）、109 疾患のうち、8 割以上（88 疾患以上）を経験するようにしてください（研修手帳に記録してください）。

経験すべき症候・病態

体温の異常
発熱，不明熱，低体温
疼痛
頭痛
胸痛
腹痛（急性，反復性）
背・腰痛，四肢痛，関節痛
全身的症候
泣き止まない，睡眠の異常
発熱しやすい，かぜをひきやすい
だるい，疲れやすい
めまい，たちくらみ，顔色不良，気持ちが悪い
ぐったりしている，脱水
食欲がない，食が細い
浮腫，黄疸
成長の異常
やせ，体重増加不良
肥満，低身長，性成熟異常
外表奇形・形態異常
顔貌の異常，唇・口腔の発生異常，鼠径ヘルニア，臍ヘルニア，股関節の異常
皮疹，爪の異常
発疹，湿疹，皮疹のびらん，蕁麻疹，浮腫，母斑，膿痂，皮下の腫瘤，乳腺の異常，爪の異常，発毛の異常，紫斑
頭頸部の異常
大頭，小頭，大泉門の異常
頸部の腫脹，耳介周囲の腫脹，リンパ節腫大，耳痛，結膜充血
消化器症状
嘔吐（吐血），下痢，下血，血便，便秘，口内のただれ，裂肛
腹部膨満，肝腫大，腹部腫瘤
呼吸器症状
咳，嗄声，喀痰，喘鳴，呼吸困難，陥没呼吸，呼吸不整，多呼吸
鼻閉，鼻汁，咽頭痛，扁桃肥大，いびき
循環器症状
心雑音，脈拍の異常，チアノーゼ，血圧の異常
血液の異常
貧血，鼻出血，出血傾向，脾腫
泌尿生殖器の異常
排尿痛，頻尿，乏尿，失禁，多飲，多尿，血尿，陰嚢腫大，外性器の異常
神経・筋症状

けいれん，意識障害
歩行異常，不随意運動，麻痺，筋力が弱い，体が柔らかい，floppy infant
発達の問題
発達の遅れ，落ち着きがない，言葉が遅い，構音障害（吃音），学習困難
行動の問題
夜尿，遺糞
泣き入りひきつけ，夜泣き，夜驚，指しゃぶり，自慰，チック
うつ，不登校，虐待，家庭の危機
事故，傷害
溺水，管腔異物，誤飲，誤嚥，熱傷，虫刺
臨死，死
臨死，死

経験すべき疾患

新生児疾患，先天異常	感染症	循環器疾患	精神・行動・心身医学
低出生体重児	麻疹，風疹	先天性心疾患	心身症，心身医学的問題
新生児黄疸	単純ヘルペス感染症	川崎病の冠動脈障害	夜尿
呼吸窮迫症候群	水痘・帯状疱疹	房室ブロック	心因性頻尿
新生児仮死	伝染性単核球症	頻拍発作	発達遅滞，言語発達障害
新生児の感染症	突発性発疹	血液，腫瘍	自閉症スペクトラム
マス・スクリーニング	伝染性紅斑	鉄欠乏性貧血	AD/HD
先天異常，染色体異常症	手足口病，ヘルパンギーナ	血小板減少	救急
先天代謝，代謝性疾患	インフルエンザ	白血病，リンパ腫	けいれん発作
先天代謝異常症	アデノウイルス感染症	小児がん	喘息発作
代謝性疾患	溶連菌感染症	腎・泌尿器	ショック
内分泌	感染性胃腸炎	急性糸球体腎炎	急性心不全
低身長，成長障害	血便を呈する細菌性腸炎	ネフローゼ症候群	脱水症
単純性肥満，症候性肥満	尿路感染症	慢性腎炎	急性腹症
性早熟症，思春期早発症	皮膚感染症	尿細管機能異常症	急性腎不全
糖尿病	マイコプラズマ感染症	尿路奇形	虐待，ネグレクト
生体防御，免疫	クラミジア感染症	生殖器	乳児突然死症候群
免疫不全症	百日咳	亀頭包皮炎	来院時心肺停止
免疫異常症	ＲＳウイルス感染症	外陰膣炎	溺水，外傷，熱傷
膠原病，リウマチ性疾患	肺炎	陰茎水腫，精索水腫	異物誤飲・誤嚥，中毒
若年性特発性関節炎	急性中耳炎	停留精巣	思春期
SLE	髄膜炎（化膿性，無菌性）	包茎	過敏性腸症候群
川崎病	敗血症，菌血症	神経・筋疾患	起立性調節障害
血管性紫斑病	真菌感染症	熱性けいれん	性感染，性感染症
多型滲出性紅斑症候群	呼吸器	てんかん	月経の異常
アレルギー疾患	クループ症候群	顔面神経麻痺	関連領域
気管支喘息	細気管支炎	脳炎，脳症	虫垂炎
アレルギー性鼻炎・結膜炎	気道異物	脳性麻痺	鼠径ヘルニア
アトピー性皮膚炎	消化器	高次脳機能障害	肘内障
蕁麻疹，血管性浮腫	鼠径ヘルニア	筋ジストロフィー	先天性股関節脱臼
食物アレルギー	反復性腹痛		母斑，血管腫
アナフィラキシー	肝機能障害		扁桃，アデノイド肥大
			鼻出血

3）**「習得すべき診療技能・手技」に関する到達目標：専攻医は臨床研修を通じて、小児科各分野の疾患の診断に至るまでの診察・検査、診断後の治療法や必要な処置などを経験してもらいます。特に日本小児科学会が定めた到達目標レベル A の診察・検査・手技に関しては小児科専門医として自ら確実に経験すべき必要があります。研修プログラムを通じて経験すべき 54 項目のうち、8 割以上（44 技能以上）を経験するようにしてください（研修手帳に記録してください）。**

経験すべき診療手技と臨床検査

身体計測		採 尿	けいれん重積の処置と治療
皮脂厚測定		導 尿	末梢血液検査
バイタルサイン		腰椎穿刺	尿一般検査、生化学検査、蓄尿
小奇形・形態異常の評価		骨髄穿刺	便一般検査
前弯試験		浣 腸	髄液一般検査
透光試験（陰嚢，脳室）		高圧浣腸（腸重積整復術）	細菌培養検査、塗抹染色
眼底検査		エアゾール吸入	血液ガス分析
鼓膜検査		酸素吸入	血糖・ビリルビン簡易測定
急腹検査		腟内芽の処置	心電図検査（手技）
注射法	静脈内注射	鼠径ヘルニアの還納	Ｘ線単純撮影
	筋肉内注射	小外科，腟癌の外科処置	消化管造影
	皮下注射	肘内障の整復	静脈性尿路腎盂造影
	皮内注射	輸血	ＣＴ検査
採血法	毛細管採血	胃 洗 浄	腹部超音波検査
	静脈血採血	経管栄養法	排泄性膀胱尿道造影
	動脈血採血	簡易静脈圧測定	腹部超音波検査
静脈路確保	新生児	光線療法	
	乳児	心肺蘇生	
	幼児	消毒・滅菌法	

3−2．各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得　[整備基準:13]

1）朝カンファレンス・チーム回診（毎日）：毎朝、当直体制に入院した患者を中心に患者申し送りを全員で行っています。また、チーム回診を行って指導医からフィードバックを受け、指摘された課題について学習を進めます。

2）総回診ならびにweekly meeting（それぞれ週1回）：受持患者の入院経過、診断、治療方針について教授をはじめとした指導医陣にプレゼンテーションしてもらいます。教授や指導医陣からのフィードバックを受ける事で新たな知識・考え方を習得し、受持以外の症例についてのプレゼンテーションを聞く事でさらなる見識を深めます。週末に1週間の退院患者の報告と外来への申し送りならびに問題点を研修医と上級医にて検討します。

3）ＣＰＣ：死亡・剖検例、難病・稀少症例についての病理診断を検討する。

4）周産期合同カンファレンス（毎週）：産科、NICU合同で、超低出生体重児、手術症例、先天異常、死亡例などの症例検討を行います。

5）抄読会（毎週）：受持症例や希少症例に関する論文概要をプレゼンテーションしてもらい、他の医師からの質問を受ける事で自分の論文や疾患に対する理解度を明確にする、また意見交換を行うことで見識を深めます。

6）合同勉強会：当プログラムに参加する連携施設同士での定期的な勉強会・意見交換会や他病院から専門知識を有する専門医に来て頂いての定期的な勉強会を行なっています。
神経勉強会、ウイルス感染症勉強会、肝臓勉強会、内分泌代謝勉強会、免疫カンファレンス
レントゲンカンファレンスなど

7）ふりかえり：毎月１回、専攻医と指導医が１対１またはグループで集まり、１か月間の研修をふりかえる。研修上の問題点や悩み、研修（就業）環境、研修の進め方、キャリア形成などについてインフォーマルな雰囲気で話し合いを行います。

8）学生・初期研修医に対する指導：当科では東京医科大学医学生や初期研修医の受け入れも行なっている。専攻医は彼らの先輩として各疾患の病態・診断に至るまでの経過・治療法などを指導することによって、自分の知識の整理・確認を行なってもらいます。

3−3．学問的姿勢　[整備基準：6, 12, 30]

当プログラムでは、３年間の研修を通じて小児科各分野の疾患知識や検査・治療手技を習得するだけではなく。学識・研究者として科学的な考え方や、医師-研究者として生涯新たな知識を学んでいく姿勢、各分野で行なわれている研究へ関心を持つ姿勢を身につけてもらいます。その為に最新の医学情報に基づく診断・治療の検証、高次医療を経験し、病態・診断・治療法の臨床研究に自らも参加、国際的な視野を持ち、論文・勉強会から国際的な知識を得るなどの学問的な姿勢で研修に当たってください。

3−4．医師としての倫理性、社会性　[整備基準：7]

当プログラムでは専攻医には小児科専門医としての臨床能力はもちろんの事、医師としての基本的診療能力を身につけてもらいます。また、小児科医として子どもを一個人の人格として捉え、適切な説明、告知ができる事、医師の基本的な考え方である患者のプライバシーの保護やそれに配慮した社会的・職業的責任を全うする事、医師の先輩として後進のロールモデルとなる事、小児医療に関する啓発的・教育的取り組みを行ない社会貢献する事、チーム医療を実践し他専門職と協力する事、自ら医療の現場における安全管理・ 感染管理を理解し適切なマネジメントができる事、医療経済・社会保険制度・社会的資源を考慮した適切な医療を実践できる事を目指します。

4．研修施設群による研修プログラムと地域医療についての考え方

4−1　年次毎の研修計画　[整備基準：16, 25, 31]

日本小児科学会では研修年次毎の達成度（マイルストーン）を定めています（下表）。小児科専門研修においては広範な領域をローテーションしながら研修するため、研修途中においてはマイルストーンの達成度は専攻医ごとに異なっていて構いませんが、研修修了時点で一定レベルに達していることが望まれます。「小児科専門医の役割（１６項目）」の各項目に関するマイルストーンについては研修マニュアルを参照してください。研修３年次はチーフレジデントとして専攻医全体のとりまとめ、後輩の指導、研修プログラムへの積極的関与など、責任者としての役割が期待されます。

１年次	健康な子どもと家族、common disease、小児保健・医療制度の理解 基本的診療技能（面接、診察、手技），健康診査法の修得 小児科総合医、育児・健康支援者としての役割を自覚する
２年次	病児と家族、重症疾患・救急疾患の理解 診療技能に習熟し、重症疾患・救急疾患に的確に対応できる 小児科総合医としての実践力を高める、後輩の指導
３年次 （チーフレジデント）	高度先進医療、希少難病、障害児に関する理解 高度先進医療、希少難病、障害児に関する技能の修得 子どもの代弁者、学識者、プロフェッショナルとしての実践 専攻医とりまとめ、後輩指導、研修プログラムへの積極的関与

＜専門研修中の年度毎の研修カリキュラム＞

月	1年次	2年次	3年次	修了者	
4	○				研修開始ガイダンス（研修医および指導医に各種資料を配布）
		○	○		研修手帳を研修管理委員会に提出し、チェックを受ける
				○	研修手帳・症例レポート等を研修管理委員会に提出し判定を受ける
					＜研修管理委員会＞ ・研修修了予定者の修了判定を行う ・２年次、３年次専攻医の研修の進捗状況の把握 ・次年度の研修プログラム、採用計画などの策定
					＜日本小児科学会学術集会＞
5				○	専門医認定審査書類を準備する
	○	○	○	○	＜東京医科大学小児科専攻医プログラム 合同勉強会・歓迎会・修了式＞
6				○	専門医認定審査書類を専門医機構へ提出
					＜日本小児科学会東京都地方会＞
8	○	○	○		＜東京医科大学小児科専攻医プログラム合同勉強会＞
					＜小児科専門医取得のためのインテンシブコース＞
9				○	小児科専門医試験
	○	○	○		臨床能力評価（Mini-CEX）を１回受ける
	○	○	○		研修手帳の記載、指導医とのふりかえり
					専門医更新、指導医認定・更新書類の提出
10					＜研修管理委員会＞ ・研修の進捗状況の確認 ・次年度採用予定者の書類審査、面接、筆記試験 ・次年度採用者の決定
12	○	○	○		＜東京医科大学小児科専攻医プログラムプログラム 合同勉強会・納会＞
1	○	○	○		＜日本小児科学会東京都地方会＞
3	○	○	○		臨床能力評価（Mini-CEX）を１回受ける
	○	○	○		360度評価を１回受ける
	○	○	○		研修手帳の記載、指導医とのふりかえり、研修プログラム評価
					専門医更新、指導医認定・更新書類の提出

4－2　研修施設群と研修モデル　　[整備基準：23 - 37]

小児科専門研修プログラムは３年間（３６か月間）と定められています。本プログラムにおける研修施設群と、年次毎の研修モデルは下表のとおりです。

研修施設群指導体制

施設名	指導医数	指導医以外の専門医数
専門研修基幹施設		
東京医科大学	23名	3名
専門医研修連携施設		
1) 東京医科大学八王子医療センター	4名	
2) 東京医科大学茨城医療センター	3名	
3) 国立成育医療研究センター	16名	
4) 日本赤十字医療センター	8名	
5) 河北総合病院	7名	
6) 国立国際医療研究センター	4名	

	A 東京医科大学病院 研修基幹施設（責任施設）	B 東京医科大学八王子医療センター	C 東京医科大学茨城医療センター	D 国立成育医療研究センター	E 日本赤十字医療センター	F 河北総合病院	G 国立国際医療研究センター
専攻医 イ	1	2	3	4	5		
専攻医 ロ	1	3	2	5	4		
専攻医 ハ	1	4	2		3		5
専攻医 ニ	1	2	3		5		4
専攻医 ホ	2	1		3		4	
専攻医 ヘ	3	1		4		2	
専攻医 ト	2					1	
専攻医 チ	3					1	
各施設での研修期間	6～12か月	3～6か月	3～6か月	6か月	6か月	6か月	6か月
施設での研修内容	一般小児各種専門分野 新生児集中管理	一般小児小児外来 救急医療	一般小児小児外来 救急医療	循環器 血液 悪性腫瘍	新生児循環器	一般小児 精神・神経	血液 悪性腫瘍

その他の関連施設

施設名	小児科病床数	小児科専門医数	専攻医受け入れ数	小児科の専門分野における施設の特徴や役割
1) 厚生中央病院		1		小児保健、予防接種、乳児健診
2) 高島平中央総合病院		1		一般小児科外来

領域別研修カリキュラム

研修領域	研修カリキュラム	基幹研修施設	研修連携施設	その他の関連施設
診療技能	小児の患者に適切に対応し，特に生命にかかわる疾患や治療可能な疾患を見逃さないために小児に見られる各症候を理解し情報収集と身体診察を通じて病態を推測するとともに，疾患の出現頻度と重症度に応じて的確に診断し，患者・家族の心理過程や苦痛，生活への影響に配慮する能力を身につける． 1. 平易な言葉で患者や家族とコミュニケーションをとる． 2. 症候をめぐる患者と家族の解釈モデルと期待を把握し，適切に対応する． 3. 目と耳と手とを駆使し，診察用具を適切に使用して，基本的な診察を行う． 4. 対診・紹介を通して，医療者間の人間関係を確立する． 5. 地域の医療資源を活用する． 6. 診療録に利用価値の高い診療情報を記載する． 7. 対症療法を適切に実施する． 8. 臨床検査の基本を理解し，適切に選択・実施する．	A 東京医科大学病院	B C F G	厚生中央病院 高島平中央総合病院
小児保健	子どもが家庭や地域社会の一員として心身の健康を維持・向上させるために，成長発達に影響を与える文化・経済・社会的要因の解明に努め，不都合な環境条件から子どもを保護し，疾病・傷害・中毒の発生を未然に防ぎ，医療・社会福祉資源を活用しつつ子どもや家族を支援する能力を身につける．	A	B C F G	厚生中央病院
成長・発達	子どもの成長・発達に異常をきたす疾患を適切に診断・治療するために，身体・各臓器の成長，精神運動発達，成長と発達に影響する因子を理解し，成長と発達を正しく評価し，患者と家族の心理社会的背景に配慮して指導する能力を身につける．	A	B C F G	
栄養	小児の栄養改善のために，栄養所要量や栄養生理を熟知し，母乳育児や食育を推進し，家庭や地域，環境に配慮し，適切な栄養指導を行う能力を身につける．	A	B C F G	
水・電解質	小児の体液生理，電解質，酸塩基平衡の特殊性を理解し，脱水や水・電解質異常の的確な診断と治療を行う能力を身につける。輸液療法の基礎については講義を行う。入院患者を担当しながら、全身管理の一環として水・電解質管理を学ぶ。	A	B C F G	
新生児	新生児の生理，新生児期特有の疾患と病態を理解し，母子早期接触や母乳栄養を推進し，母子の愛着形成を支援するとともに，母体情報，妊娠・分娩経過，系統的な身体診察，注意深い観察に基づいて病態を推測し，侵襲度に配慮して検査や治療を行う能力を修得する．	A	E	
先天異常	主な先天異常，染色体異常，奇形症候群，遺伝子異常のスクリーニングや診断を一般診療の中で行うために，それら疾患についての知識を有し，スクリーニング，遺伝医学的診断法，遺伝カウンセリングの基本的知識と技能を身につける．	A		
先天代謝異常代謝性疾患	主な先天代謝異常症の診断と治療を行うために，先天代謝異常症の概念と基本的な分類を理解し，新生児マス・スクリーニング陽性者には適切に対応し，一般診療の中で種々の症状・所見から先天代謝異常症を疑い，緊急を要する病態には迅速に対応し，適切なタイミングで専門医へ紹介する技能を身につける．また，遺伝医学的診断法や遺伝カウンセリングの基礎知識に基づいて，適切に対応する能力を身につける．	A		

研修領域	研修カリキュラム	基幹研修施設	研修連携施設	その他の関連施設
内分泌	内分泌疾患に対して適切な初期対応と長期管理を行うために，各種ホルモンの一般的概念，内分泌疾患の病態生理を理解し，スクリーニング検査や鑑別診断，緊急度に応じた治療を行うことのできる基本的能力を身につける．	A	B C F G	
生体防御 免疫	免疫不全症や免疫異常症の適切な診断と治療のために各年齢における免疫能の特徴や病原微生物などの異物に対する生体防御機構の概略，免疫不全状態における感染症，免疫不全症や免疫異常症の病態と治療の概略を理解する．病歴や検査所見から免疫不全症や免疫異常症を疑い，適切な検査を選択し検査結果を解釈し専門医に紹介できる能力を身につける．	A	B C F G	
膠原病、リウマチ性疾患	主な膠原病・リウマチ性疾患について小児の診断基準に基づいた診断，標準的治療とその効果判定を行うために，系統的な身体診察，検査の選択，結果の解釈を身につけるとともに，小児リウマチの専門家との連携や，整形外科，皮膚科，眼科，リハビリテーション科など多専門職種とのチーム医療を行う能力を身につける．	A		
アレルギー	アレルギー反応の一連の仕組み，非即時型アレルギーの病態，IgE抗体を介した即時型アレルギーについて，アトピー素因を含めた病歴聴取，症状の推移の重要性を理解し，十分な臨床経験を積んで，検査・診断・治療法を修得する．	A	B C F G	
感染症	主な小児期の感染症について，疫学，病原体の特徴，感染機構，病態，診断・治療法，予防法を理解し，病原体の同定，感染経路の追究，感染症サーベイランスを行うとともに，薬剤耐性菌の発生や院内感染予防を認識し，患者・家族および地域に対して適切な指導ができる能力を修得する．	A	B C F G	
呼吸器	小児の呼吸器疾患を適切に診断・治療するため成長・発達にともなう呼吸器官の解剖学的特性や生理的変化，小児の身体所見の特徴を理解し，それらに基づいた診察を行い，急性呼吸不全患者には迅速な初期対応を，慢性呼吸不全患者には心理社会的側面にも配慮した対応のできる能力を身につける．	A	B C F G	
消化器	小児の主な消化器疾患の病態と症候を理解し，病歴聴取・診察・検査により適切な診断・治療・予防を行い，必要に応じて外科等の専門家と連携し，緊急を要する消化器疾患に迅速に対応する能力を身につける．	A	B C F G	
循環器	主な小児の心血管系異常について，適切な病歴聴取と身体診察を行い，基本的な心電図・超音波検査のデータを評価し，初期診断と重症度を把握し，必要に応じて専門家と連携し，救急疾患については迅速な治療対応を行う能力を身につける．	A	D E	
血液 腫瘍	造血系の発生・発達，止血機構，血球と凝固因子・線溶系異常の発生機序，病態を理解し，小児の血液疾患の鑑別診断を行い，頻度の高い疾患については正しい治療を行う能力を修得する． 小児の悪性腫瘍の一般的特性，頻度の高い良性腫瘍を知り，初期診断法と治療の原則を理解するとともに，集学的治療の重要性を認識して，腫瘍性疾患の診断と治療を行う能力を修得する．	A	D G	
腎・泌尿器	頻度の高い腎・泌尿器疾患の診断ができ，適切な治療を行い．慢性疾患においては成長発達に配慮し，緊急を要する病態や難治性疾患には指導医や専門家の監督下で適切に対応する能力を修得する．	A	B C F G	
生殖器	性の決定，分化の異常を伴う疾患では，小児科での対応の限界を認識し，推奨された専門家チーム（小児内分泌科医，小児外科医/泌尿器科医，形成外科医，小児精神科医/心理士，婦人科医，臨床遺伝医，新生児科医などから構成されるチーム）と連携し治療方針を決定する能力を修得する．	A	B C F G	

研修領域	研修カリキュラム	基幹研修施設	研修連携施設	その他の関連施設
神経・筋	主な小児神経・筋疾患について，病歴聴取，年齢に応じた神経学的診察，発達および神経学的評価，脳波などの基本的検査を実施し，診断・治療計画を立案し，また複雑・難治な病態については，指導医や専門家の指導のもと，患者・家族との良好な人間関係の構築，維持に努め，適切な診療を行う能力を修得する．	A	B C F	
精神行動・心身医学	小児の訴える身体症状の背景に心身医学的問題があることを認識し，出生前からの小児の発達と母子相互作用を理解し，主な小児精神疾患，心身症，精神発達の異常，親子関係の問題に対する適切な初期診断と対応を行い，必要に応じて専門家に紹介する能力を身につける．	A	B F	
救急	小児の救急疾患の特性を熟知し，バイタルサインを把握して年齢と重症度に応じた適切な蘇生・救急処置およびトリアージを行い，高次医療施設に転送すべきか否かとその時期を判断する能力を修得する．	A	B C F G	
思春期	思春期の子どものこころと体の特性を理解し，健康問題を抱える思春期の子どもと家族に対して，適切な判断・対応・治療・予防措置などの支援を行うとともに，関連する診療科・機関と連携して社会的支援を行う能力を身につける．	A	B C F G	
地域総合小児医療	地域の一次・二次医療，健康増進，予防医療，育児支援などを総合的に担い，地域の各種社会資源・人的資源と連携し，地域全体の子どもを全人的・継続的に診て，小児の疾病の診療や成長発達，健康の支援者としての役割を果たす能力を修得する．	A	B C F G	厚生中央病院 高島平中央総合病院

5．専門研修の評価　[整備基準：17-22]

研修を有益なものとし、定められた到達目標達成を促すために、専攻医が属するグループ内で連日行なわれるミット会、週に一度行う小児科全医師による weekly meeting、教授回診ならびに医局会での症例発表などを通して、指導医および施設責任者により専攻医に対して形成的評価（アドバイス、フィードバック）を行います。また、専攻医の学習意欲を高める目的で定期的にフィードバックの評価表を専攻医に開示します。専攻医研修実績記録は指導医ならびに施設責任者が毎月確認し、東京医科大学八王子医療センター、東京医科大学茨城医療センター、日本赤十字医療センター、河北総合病院、国立国際医療センターなどの連携施設は定期的に指導医ならびにプログラム統括責任者が訪問し、専攻医の研修状況を確認します。

研修医自身にも常に自己評価を行なってもらう為に、毎年２回、各専攻医の研修の進歩状況を研修手帳にてチェック、また専攻医の診療を観察し、記録・評価して研修医にフィードバックを行ないます（Mini-CEX）。研修修了時には目標達成度を総括的に評価し、研修修了認定を行います。指

導医は、臨床経験 10 年以上の経験豊富な臨床医で、適切な教育・指導法を習得するために、日本小児科学会が主催する指導医講習会もしくはE-ラーニングで研修を受け、日本小児科学会から指導医としての認定を受けています。

6．修了判定　[整備基準：21, 22, 53]

1）評価項目：(1) 小児科医として必須の知識および問題解決能力、(2) 小児科専門医としての適切なコミュニケーション能力および態度について、指導医・同僚研修医・看護師等の評価に基づき、研修管理委員会で修了判定を行います。

2）評価基準と時期

(1) の評価：簡易診療能力評価 Mini-CEX (mini-clinical Evaluation Exercise)を参考にします。指導医は専攻医の診療を 10 分程度観察して研修手帳に記録し、その後研修医と 5~10 分程度振り返ります。評価項目は、病歴聴取、診察、コミュニケーション（態度）、臨床判断、プロフェッショナリズム、まとめる力・能率、総合的評価の７項目です。毎年２回（10 月頃と３月頃）、３年間の専門研修期間中に合計６回行います。

(2) の評価：360 度評価を参考にします。専門研修プログラム統括責任者、連携施設の専門研修担当者、指導医、小児科看護師、同時期に研修した専攻医などが、①総合診療能力、②育児支援の姿勢、③代弁する姿勢、④学識獲得の努力、⑤プロフェッショナルとしての態度について、概略的な 360 度評価を行います。

(3) 総括判定：研修管理委員会が上記の Mini-CEX, 360 度評価を参考に、研修手帳の記載、症例サマリー、診療活動・学術活動などを総合的に評価して、修了判定します。研修修了判定がおりないと、小児科専門医試験を受験できません。

(4)「妊娠・出産、産前後に伴う研修期間の休止」、「疾病での休止」、「短時間雇用形態での研修」、「専門研修プログラムを移動する場合」、「その他一時的にプログラムを中断する場合」に相当する場合は、その都度諸事情および研修期間等を考慮して判定を行います。

7．専門研修プログラム管理委員会

7-1　専門研修プログラム管理委員会の業務　[整備基準：35~39]

本プログラムでは、基幹施設である東京医科大学小児科に、基幹施設の研修担当委員および各連携施設での責任者から構成され、専門研修プログラムを総合的に管理運営する「専門研修プログラム管理委員会」を、また連携施設には「専門研修連携施設プログラム担当者」を置いています。プログラム統括責任者は研修プログラム管理委員会を定期的に開催し、以下の（１）～（１０）の役割と権限を担います。専門研修プログラム管理委員会の構成メンバーには、医師以外に、看護部、病院事務部、薬剤部、検査部などの多種職が含まれます。

＜研修プログラム管理委員会の役割と権限＞

1）　研修カリキュラムの作成・運用・評価
2）　個々の専攻医に対する研修計画の立案
3）　研修の進捗状況の把握（年度毎の評価）
4）　研修修了認定（専門医試験受験資格の判定）
5）　研修施設・環境の整備
6）　指導体制の整備（指導医 FD の推進）
7）　学会・専門医機構との連携、情報収集

7-2　専攻医の就業環境（統括責任者、研修施設管理者）　[整備基準：40]

プログラム統括責任者は、国民に誇れる小児科専門医としての技量・人格を含めての完成を目的としたプログラムを実行するため、全人的教育体制を確立し、リーダーシップを持ってこれに当たります。

また、統括責任者及び研修施設の管理者は、専攻医の勤務環境と健康に対する責任を負い、適切な労働環境の整備に努めます。指導医と共に専攻医の心身の健康を配慮し、適切な勤務時間（週 80 時間）、適切な休日を保証します。勤務においては当直業務と夜間診療業務を区別し、専攻医が当直あるいは夜間診療業務あたるときには適切なバックアップ体制を整備します。労働環境(休日、当直、時間外業務)、給料体系を含めた専攻医による指導施設の評価も行い、その内容は東京医科大学病院　小児科専門研修管理委員会に報告されます。

7-3　専門研修プログラムの改善　[整備基準：49, 50, 51]

1）研修プログラム評価（年度毎）：専攻医はプログラム評価表（下記）に記載し、毎年１回（年度末）京京医科大学研修管理委員会に提出してください。専攻医からプログラム、指導体制等に対して、いかなる意見があっても、専攻医はそれによる不利益を被ることはありません。「指導に問題あり」と考えられる指導医に対しては、基幹施設・連携施設のプログラム担当者、あるいは研修管理委員会として対応措置を検討します。問題が大きい場合、専攻医の安全を守る必要がある場合などには、専門医機構の小児科領域研修委員会の協力を得て対応します。

2）研修プログラム評価（３年間の総括）：３年間の研修修了時には、当プログラム全般について研修カリキュラムの評価を記載し、専門医機構へ提出してください。（小児科臨床研修手帳）

7-4　専攻医の採用と修了　[整備基準：27, 52, 53]

1）受け入れ専攻医数：本プログラムでの毎年の専攻医募集人数は、専攻医が３年間の十分な専門研修を行えるように配慮されています。本プログラムの指導医総数は（67）名（基幹施設23　名、連携施設42　名、関連施設２名）であるが、整備基準で定めた過去３年間の小児科専門医の育成実績（専門医試験合格者数の平均＋5 名程度以内）から（　8　）名を受け入れ人数とします。

受け入れ人数	（　8　）名

2）採用：東京医科大学小児科研修プログラム管理委員会は、専門研修プログラムを毎年 4～5 月に公表し、7～8 月に説明会を実施し応募者を募集します。研修プログラムへの応募者は、12 月 31 日までに、プログラム統括責任者宛に所定の「応募申請書」および履歴書等定められた書類を提出してください。申請書は、東京医科大学小児科研修プログラムの website(team.tokyo-med.ac.jp/shoni/index.html)よりダウンロードするか、電話あるいはe-mail で問い合わせてください（Tel: 03-3342-6111/ gaku@tokyo-med.ac.jp）。原則として 10 月中に書類選考および面接（必要があれば学科試験）を行い、専門研修プログラム管理委員会は審査のうえ採否を決定します。採否は文書で本人に通知します。採用時期は４月１日（全領域で統一）です。

3）研修開始届け：研修を開始した専攻医は、各年度の５月 31 日までに以下の専攻医氏名報告書を、東京医科大学小児科専門研修プログラム管理委員会(gaku@tokyo-med.ac.jp)に提出してください。　専攻医氏名報告書：医籍登録番号・初期研修修了証・専攻医の研修開始年度（様式###）、専攻医履歴書（様式 15-3 号）

4）修了（６修了判定参照）：毎年１回、研修管理委員会で各専攻医の研修の進捗状況、能力の修得状況を評価し、専門研修３年修了時に、小児科専門医の到達目標にしたがって達成度の総括的評価を行い、修了判定を行います。修了判定は、専門研修プログラム管理委員会の評価に基づき、プログラム統括責任者が行います。「妊娠・出産、産前後に伴う研修期間の休止」、「疾病での休止」、「短時間雇用形態での研修」、「専門研修プログラムを移動する場合」、「その他一時的にプログラムを中断する場合」に相当する場合は、その都度諸事情および研修期間等を考慮して判定します。

7-5　小児科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件　[整備基準：33]

1）研修の休止・中断期間を除いて３年以上の専門研修を行わなければなりません。勤務形態は問いませんが、専門医研修であることを統括責任者が認めることが絶対条件です（大学院や留学などで常勤医としての勤務形態がない期間は専門研修期間としてはカウントされません）

2）出産育児による研修の休止に関しては、研修休止が６か月までであれば、休止期間以外での規定の症例経験がなされ、診療能力が目標に到達しているとプログラム管理委員会が判断すれば、３年間での専攻医研修修了を認めます。

3）病気療養による研修休止の場合は、研修休止が３か月までであれば、休止期間以外で規定の症例経験がなされ、診療能力が目標に到達しているとプログラム管理委員会が判断すれば、３年間での専攻医研修修了を認めます。

4）諸事情により専門医研修プログラムを中断し、プログラムを移動せざるをえない場合には、日本専門医機構内に組織されている小児科領域研修委員会へ報告、相談し、承認された場合には、プログラム統括責任者同士で話し合いを行い、専攻医のプログラム移動を行います。

7-6　研修に対するサイトビジット　[整備基準：51]

研修プログラムに対する外部からの監査・調査（サイトビジット）はより良い研修プログラム、小児科専門医育成には必須なものと考え、基幹施設および連携施設の責任者はサイトビジットに対し真摯に対応します。日本専門医機構からのサイトビジットに対しては研修管理委員会が責任を持って対応し、専門医の育成プロセスの制度設計と専門医の育成が保証されているかのチェックを受け、問題点は迅速に改善し、より良いプログラムの運営、専門医の育成に繋げます。

8．専門研修実績記録システム、マニュアル等　[整備基準：41-48]

研修実績および評価を記録するために小児科専門医研修手帳を携帯し、経験症例、診療、手技について自己評価し未達成な項目については指導医に相談し、達成後は指導医による評価、フィードバックを受けてください。研修マニュアル、指導医マニュアルは別途定めます。

9．専門研修指導医　[整備基準：36]

指導医は、臨床経験 10 年以上（小児科専門医として５年以上）の経験豊富な小児科専門医で、適切な教育・指導法を習得するために、日本小児科学会が主催する指導医講習会もしくはオンラインセミナーで研修を受け、日本小児科学会から指導医としての認定を受けています。

10．Subspecialty 領域との連続性　[整備基準：32]

現在、小児科に特化した Subspecialty 領域としては、小児神経専門医（日本小児神経学会）、小児循環器専門医(日本小児循環器病学会)、小児血液・がん専門医(日本小児血液がん学会)、新生児専門医(日本周産期新生児医学会)の４領域があります。

本プログラムでは、基本領域の専門医資格取得から、Subspecialty 領域の専門研修へと連続的な研修が可能となるように配慮します。Subspecialty 領域の専門医資格取得の希望がある場合、３年間の専門研修プログラムの変更はできませんが、可能な範囲で専攻医が希望する subspecialty 領域の疾患を経験できるよう、当該 subspecialty 領域の指導医と相談しながら研修計画を立案します。ただし、基本領域専門研修中に経験した疾患は、Subspecialty 領域の専門医資格申請に使用できない場合があります。

以上

外科

東京医科大学病院

東京医科大学病院外科専門医研修プログラム
2018年度

目次

1. 外科専門研修プログラムの理念 2
2. 東京医科大学外科専門研修プログラムについて 2
3. 研修プログラムの施設群 3
4. 専攻医の受け入れ数について 4
5. 外科専門研修について 5
   1) 外科専門研修について 5
   2) 年次毎の専門研修計画 6
   3) 研修の週間および年間計画（東京医科大学病院例） 9
6. 専攻医の到達目標（習得すべき知識・技能・態度など） 12
7. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得 16
8. 学術活動について 16
9. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて 17
10. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方 18
    1) 施設群による研修 18
    2) 地域医療の経験 18
11. 専門研修の評価について 19
12. 専門研修プログラム管理委員会について 19
13. 専攻医の就業環境について 19
14. 修了判定について 19
15. 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 20
16. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について研修実績および評価の記録 21
17. 専攻医の採用と修了方法 21

1. 外科専門研修プログラムの理念

外科専門研修プログラムに基づき連携した病院群が外科専門医の育成を行うことを目的とします。なお、外科専門研修プログラムの研修期間は3年以上とします。外科専門医とは医の倫理を必要な修練を経て、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するとともに、プロフェッショナリズムを身に付けた医師です。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ます。また、外科専門医はサブスペシャルティ領域（消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、小児外科、乳腺、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す。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ります。

2. 東京医科大学外科専門研修プログラムについて

東京医科大学外科専門研修プログラムの目的と使命は以下の5点です。

- 専攻医が専門医として必要な基本的診療能力を習得すること
- 専攻医が外科領域の専門的診療能力を習得すること
- 専門医として必要な知識・技能と高い倫理性を備えることにより、質の高い医療を提供でき、患者への責任を果たせる外科専門医となること
- 外科専門医の育成を通して地域医療および国民の健康・福祉に貢献すること
- 外科領域全般から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、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

3. 研修プログラムの施設群

東京医科大学病院と連携施設（8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40名の専門研修指導医が専攻医を指導します。

専門研修基幹施設

名称	都道府県	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）	1. 統括責任者名 2. 統括副責任者名
東京医科大学病院	東京都	1. 2. 3. 4. 5. 6	1. 土田　明彦 2. 池田　徳彦 2. 荻野　均 2. 石川　孝

専門研修連携施設

No	名称	都道府県	研修担当分野	連携施設担当者名
1	熱海所記念病院	静岡県	1	安倍　知見
2	井上外科・内科	東京都	1	井上　敬一郎
3	金沢文庫病院	神奈川県	1, 3	森山　浩
4	厚生中央病院	東京都	1, 3, 5	逢坂　由昭
5	仁和会総合病院	東京都	1, 5, 6	長尾　恒
6	牧野記念病院	神奈川県	1, 2, 3, 4, 5, 6	小山　信彌
7	ＪＡ北海道厚生連札幌厚生病院	北海道	1, 2, 3, 4, 5	田中　浩一
8	国立がん研究センター東病院	千葉県	3	坪井　正博
9	伊藤病院	東京都	5	長濱　充二
10	国際医療福祉大学市川病院	千葉県	3, 6	小中　千守

No	名称	都道府県	研修担当分野	連携施設担当者名
11	関東中央病院	東京都	1	河原　正樹
12	国際医療福祉大学三田病院	東京都	3	林　和
13	山王病院	東京都	3	奥仲　哲弥
14	上尾中央総合病院	埼玉県	1, 2, 3, 4, 5	大村　健二
15	船橋市立医療センター	千葉県	3	一ノ瀬　修二
16	西東京中央総合病院	東京都	1, 2	黒沢　圭一
17	東京医科大学八王子医療センター	東京都	1, 2, 3, 5, 6	河地　茂行
18	戸田中央総合病院	埼玉県	1, 3, 5	壽美　哲生
19	新座志木中央総合病院	埼玉県	1, 3, 5	宮島　邦治
20	神奈川県立がんセンター	神奈川県	1, 3, 5	大川　眞美
21	東京医科大学茨城医療センター	茨城県	1, 3, 5	鈴木　修司
22	横浜市立みなと赤十字病院	神奈川県	1, 2, 3, 4, 5, 6	清水　大輔
23	医療法人社団筑波記念会	茨城県	1, 2, 3	坂本　俊樹
24	水戸病院	茨城県	2	土田　博光

4. 専攻医の受け入れ数について

本専門研修施設群の3年間NCD登録数は15,000例で、専門研修指導医は40名のため、本年度の募集専攻医数は12名です。

5. 外科専門研修について

1) 外科専門研修について

外科専門医は初期臨床研修修了後、3年（以上）の専門研修で育成されます。

➢ 3年間の専門研修期間中、専門研修基幹施設で最低6カ月以上の研修を行います。

➢ 専門研修の3年間の1年目、2年目、3年目には、それぞれ医師に求められる基本的診療能力・態度（コアコンピテンシー）と外科専門研修プログラム整備基準にもとづいた外科専門医に求められる知識・技術の習得目標を設定し、その年度の終わりに達成度評価とともにフィードバックし年次毎の目標を達成させるように配慮します。

➢ 専門研修期間中に研究活動を行うことも可能です。社会人大学院コースを選択して臨床に従事しながら研究を並行して進めるのであればその期間は専門研修期間として扱われます。

➢ サブスペシャルティ領域によっては外科専門研修を修了し、外科専門医資格を習得した年の年度始めに遡ってサブスペシャルティ領域専門研修の開始と認める場合があります。サブスペシャルティ領域連動型については、各サブスペシャルティ領域の規定に基づいて行う予定です。

➢ 研修プログラムの修了判定には規定の症例数を経験することが必要です。

➢ 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ます。

(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）。

＊体幹（胸腹部）臓器損傷手術 3 点（術者）、2 点（助手）

上記以外の外傷手術（NCD の既定に準拠）1 点

・重症外傷（ISS 16 以上）初療参加 1 点

・日本外科学会外傷講習会受講 1 点

・外傷初期診療研修コース受講 4 点

・e-learning 受講 2 点・ATOM コース受講 4 点

・外傷外科手術指南塾受講（日本 Acute Care Surgery 学会主催講習会） 3 点

・日本腹部救急医学会認定医制度セミナー受講（分野 V（外科治療）-C. Trauma surgery）1 点

2） 年次毎の専門研修計画

専攻医の研修は、毎年の達成目標と達成度を評価しながら進められます。以下に年次毎の研修内容・習得目標の目安を示します。

① 年次毎の専門研修計画

専攻医の研修は、毎年の達成目標と達成度を評価しながらすすめられる。以下に、年次埋の研修内容、習得目標の目安を示す。

・専門研修 1 年目では、基本的診療能力および外科基本的知識と技能の習得を目標とする。専攻医は定期的に開催されるカンファレンスや症例検討会、抄読会、院内主催のセミナーの参加、e-learning や書籍、論文などの通読、日本外科学会が用意しているビデオライブラリーなどを通して自らも専門知識・技能の習得をはかる。

・専門研修 2 年目では、基本的診療能力の向上に皮えて、外科基本的知識・技能を実際の診断・治療へ応用する力量を養うことを目標とする。専攻医はさらに学会・研究会への参加などを通して専門知識・技能の習得をはかる。

・専門研修 3 年目では、チーム医療において責任を持って診療に当たり、後進の指導にも参画し、リーダーシップを発揮して、外科の実践的知識・技能の習得により様々な外科疾患へ対応する力量を養うことを目標とする。

カリキュラムを習得したと認められる専攻医には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研修へすすむ。また、大学院へ進み臨床研究を開始することも可能とする。

研修スケジュール

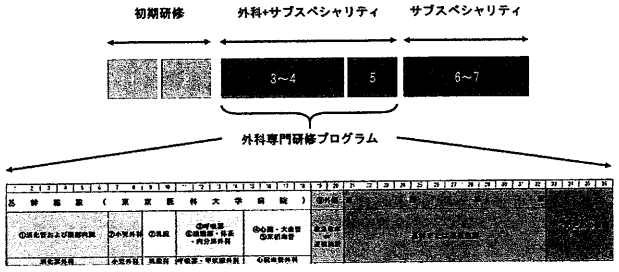
1 年次	呼吸器・甲状腺/心臓血管/消化器・小児/乳腺/救急 （研修　基幹施設） 経験症例 150 例以上 （術者 20 例以上）
2 年次	呼吸器・甲状腺/心臓血管/消化器・小児/乳腺/救急 （研修　基幹および連携施設） 経験症例 350 例以上／2 年 （術者 120 例以上／2 年）臨床研究開始（基幹施設）
3 年次	不足症例に対しローテーションなど （研修　基幹または連携施設） 【外科専門医認定試験】
4 年次以降 （オプション）	より専門的なサブスペシャルティ領域に特化した研修に移行 （呼吸器・甲状腺/心臓血管/消化器・小児/乳腺科） （研修　基幹および連携施設） 臨床・基礎研究（基幹施設）

・1 年次の研修は基本的に研修基幹施設で行う。基幹施設での研修は 6 か月以上とする。

・2-3 年次は研修基幹または連携施設で行う。いずれかの連携施設で 6 か月以上を基本とした研修を必ず含む。また、その中で、地域医療の拠点となっている施設（地域中核病院、地域中小病院）での研修を含む。

[研修ローテーション例]

下図に東京医科大学外科研修プログラムの例を示します。専門研修 1・2 年目は基幹施設、専門研修 3 年目は連携施設等での研修です。



東京医科大学外科研修プログラムでの 3 年間の施設群ローテート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。どのコースであっても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。

東京医科大学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、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、必要に応じてサブスペシャルティ領域専門医取得に向けた技能教育を開始し、また大学院進学希望者には、臨床研修と平行して研究を開始することができます。

① 専門研修 1～2 年（20 ヶ月間）

原則として東京医科大学病院で研修を行います。

② 専門研修 2 年目

いずれかに所属し研修を行います。

呼吸器・甲状腺/心臓血管/消化器・小児/乳腺/救急

③ 専門研修 3 年目

基幹施設または連携施設群のうちいずれかに所属し、その後サブスペシャリティ領域への連動期間とすることも可能です。

呼吸器・甲状腺/心臓血管/消化器・小児/乳腺/救急

④ 不足症例に関して希望の領域をローテート可能とします。

（サブスペシャルティ領域などの専門医連動について）

東京医科大学病院または連携施設での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、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開始することも可能なります。

（大学院について）

社会人大学院に進学し、臨床研究または学術研究・基礎研究を開始する場合、研究専任となる基礎研究は 6 か月以内とします。外科専門医はサブスペシャルティ領域（消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、小児外科、乳腺、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り、外科専門医研修から連続し関心のある領域の症例経験や手技・手術を積み重ねていくことは将来の専門へ向けての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ます。外科領域と各サブスペシャルティ領域は診療実績記録システムとして NCD を採用し、NCD 登録が行われた症例についてのみ認定するものとします。

3） 研修の週間および年間計画（東京医科大学病院例）

※土曜日は 1・3・5 週目は午前診療、2・4 週目は休診とする。

呼吸器・甲状腺外科

		月	火	水	木	金	土	日
8:00-8:20	医局全体ミーティング	■						
7:30-8:00	抄読会、勉強会						■	
7:30-8:15	術後カンファレンス		■					
8:30-17:00	病棟業務	■	■	■	■	■	■	
8:30-17:00	外来	■		■	■	■	■	
9:00-17:00	手術	■	■			■		
9:00-16:00	検査		■	■		■		
9:00-10:30	総回診			■				
17:00-18:00	3 科合同カンファレンス		■					
17:00-18:30	初診・症例検討会	■						

心臓・血管外科

	月	火	水	木	金	土	日
7:00-8:15 術前カンファレンス			■				
7:45-8:10 医局全体ミーティング	■	■	■	■	■	■	
7:45-9:30 術後カンファレンス	■	■	■	■	■	■	
8:30-17:00 病棟業務	■	■	■	■	■	■	
8:30-17:00 外来	■	■	■	■	■	■	
9:00-17:00 手術	■	■	■	■	■	■	
9:00-12:00 検査			■				
9:00-10:30 総回診			■			■	
17:30-18:30 初診・症例検討会			■				
17:30-18:30 勉強会			■				

消化器・小児外科

	月	火	水	木	金	土	日
8:15-8:30 医局全体ミーティング	■	■	■	■	■		
8:00-8:30 抄読会、勉強会						■	
8:30-9:30 術後カンファレンス			■				
8:30-17:00 病棟業務	■	■	■	■	■	■	
8:30-17:00 外来	■	■	■	■	■	■	
9:00-17:00 手術	■	■	■	■	■	■	
9:00-12:00 検査		■		■	■	■	
9:00-10:30 総回診			■				
16:00-18:00 初診・症例検討会		■					

乳腺科

	月	火	水	木	金	土	日
7:30-8:30 術前・術後3科合同カンファレンス			■				
8:00-8:30 症例検討会		■			■		
8:30-17:00 病棟業務	■	■	■	■	■	■	
8:30-17:00 外来	■	■	■	■	■	■	
9:00-17:00 手術			■		■		
9:00-16:00 検査							
18:00-19:00 形成合同カンファレンス（月1回）	■						
18:00-19:30 抄読会、勉強会	■						

研修プログラムに関連した全体行事の年間スケジュール

月	全体行事予定
4月	・外科専門研修開始。
	・学術集会等への参加および発表
2月	・専攻医:研修目標達成度評価と経験症例数の報告（年次報告） ・専攻医:研修プログラム評価報告 ・指導医・指導責任者：指導実績報告
3月	・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の報告 ・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

6. 専攻医の到達目標（習得すべき知識・技能・態度など）

➢ 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。

(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。主要な疾患の病理組織像を理解できる。

(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 集中治療の概要を理解する。

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(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。

➢ 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 I）

(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 単純エックス線撮影、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) 周術期の全身管理ができる。

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 輸血の適応を理解し、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――次救命処置(Basic Life Support)、二次救命処置(Advanced Life Suport)
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 organfailure)、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ル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、専門医との連携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。（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）

➢ 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。

➢ 医師としての倫理性、社会性など

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。

7. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

➢ 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。
➢ 放射線診断・病理合同カンファレンス：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。
➢ Cancer Board：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、看護スタッフなどによる合同カンファレンスを行います。
➢ 基幹施設と連携施設による研究会：各施設の専攻医や若手専門医による研修発表会を毎年行い、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。
➢ 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。
➢ 動物を用いたトレーニング設備や教育DVDなどを用いて積極的に手術手技を学びます。
➢ 日本外科学会および全国的な学術集会（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講習会などで下記の事柄を学びます。
・医療倫理、医療安全、院内感染対策
・標準的医療および今後期待される先進的医療

8. 学術活動について

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。さらに得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。

研修期間中に以下の要件を満たす必要があります。

➢ 日本外科学会定期学術集会に1回以上参加

➢ 指定の学術集会や学術出版物に、筆頭者として症例報告や臨床研究の結果を発表

9. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて

医師として求められるコアコンピテンシーには態度、倫理性、社会性などが含まれています。

1) 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。
2) 医の倫理に基づき患者中心の医療を実践し、医療安全に配慮すること
➢ 患者の社会的・遺伝学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、アクシデント・インシデントの対応をマニュアルに沿って実践します。
3) 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、外科医としての専門知識や技能を身につけます。
4) チーム医療の一員として行動すること
➢ チーム医療の必要性を理解しチームの一員として活動します。
➢ 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。
5) 後輩医師に教育・指導を行うこと
➢ 自らの診療技術、態度が後輩の模範となることを目指します。また形成的指導が実践できるように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学生や初期研修医および後輩専攻医の教育・指導を担います。
6) 保険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険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、証明書が記載できます。

10. 施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方

1) 施設群による研修

本研修プログラムでは東京医科大学病院を基幹施設とし、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。この点、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。東京医科大学病院外科専門医研修プログラムの専攻医は十分な指導内容と経験症例数が保証されるよう十分配慮します。

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、東京医科大学外科専門研修プログラム管理委員会が決定します。

2) 地域医療の経験

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。

- 本研修プログラムの連携施設には、その地域における地域医療の拠点となっている施設（地域中核病院、地域中小病院）が入っています。そのため、連携施設での研修中に以下の地域医療（過疎地域も含む）の研修が可能です。
- 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、ADL 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。

11. 専門研修の評価について

専門研修中の専攻医と指導医の相互評価は施設群による研修とともに専門研修プログラムの根幹となるものです。専門研修の 1 年目、2 年目、3 年目のそれぞれに、コアコンピテンシーと外科専門医に求められる知識・技能の習得目標を設定し、その年度の終わりに達成度を評価します。このことにより、基本から応用へ、さらに専門医として独立して実践できるまで着実に実力をつけていくように配慮しています。

12. 専門研修プログラム管理委員会について

基幹施設である東京医科大学病院には、専門研修プログラム管理委員会と、専門研修プログラム統括責任者を置きます。連携施設群には、専門研修プログラム連携施設担当者と専門研修プログラム委員会組織が置かれます。東京医科大学外科専門研修プログラム管理委員会は、専門研修プログラム統括責任者（委員長）、副委員長、事務局代表者、外科の 4 つの専門分野（消化器・小児外科、心臓血管外科、呼吸器・甲状腺外科、乳腺科）の研修指導責任者、および連携施設担当委員などで構成されます。研修プログラムの改善へ向けての会議には専門医取得直後の若手医師代表が加わります。

専門研修プログラム管理委員会は、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と、専門研修プログラムの継続的改良を行います。

13. 専攻医の就業環境について

- 専門研修基幹施設および連携施設の外科責任者は専攻医の労働環境の充実に努めます。
- 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します。
- 専攻医の勤務時間、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従います。

14. 修了判定について

3 年間の研修期間における年次毎の評価表および 3 年間の実地経験目録にもとづいて、知識・技能・態度が専門医試験を受けるのにふさわしいものであるかどうか、症例経験数が日本専門医機構の外科領域研修委員会が要求する内容を満たしているものであるかどうかを、専門医認定申請年(3 年目あるいはそれ以後)の 3 月末に研修プログラム統括責任者または研修連携施設担当者が研修プログラム管理委員会において評価し、研修プログラム統括責任者が修了の判定をします。

15. 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りません。

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。

①未修了の取扱い

a. 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します。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います。

b. 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

a. 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します。

b. 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います。

c. 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います。

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ますが、中断期間中のものは認められません。

16. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について研修実績および評価の記録

日本外科学会で定められた書式（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、専攻医指導評価記録）を用いて、専攻医は研修実績（NCD 登録）を記載し、指導医による形成的評価、フィードバックを受けます。総括的評価は外科専門研修プログラム整備基準に沿って、少なくとも年 1 回行います。

東京医科大学病院にて、専攻医の研修履歴（研修施設、期間、担当した専門研修指導医）、研修実績、研修評価を保管します。さらに専攻医による専門研修施設および専門研修プログラムに対する評価も保管します。

プログラム運用マニュアルは外科学会のホームページにあるマニュアルを用います。

17. 専攻医の採用と修了方法

日本専門医機構の選考医による登録とあわせて、東京医科大学外科専門研修プログラム管理委員会は、毎年 7 月から説明会等を行い、外科専攻医を募集します。プログラムへの応募者は、所定の期日までに研修プログラム責任者宛に所定の形式の『東京医科大学外科専門研修プログラム応募申請書』および履歴書を提出してください。

申請書は

(1) 東京医科大学病院　卒後臨床研修センターホームページよりダウンロード

(URL:http://hospinfo.tokyo-med.ac.jp/hospinfo/kensyu/index.html)

(2) 電話で問い合わせ (03-5339-3798)

(3) e-mail で問い合わせ (ryo-taka@tokyo-med.ac.jp)

のいずれの方法でも入手可能です。

書類選考および面接を行い、採否を決定して本人に文書で通知します。応募者および選考結果については東京医科大学外科専門研修プログラム管理委員会において報告します。

研修開始届け

研修を開始した専攻医は、各年度の 5 月 31 日までに以下の専攻医氏名報告書を、日本外科学会事務局に提出します。

- 専攻医の氏名と医籍登録番号、日本外科学会会員番号、専攻医の卒業年度
- 専攻医の履歴書（様式 15-3 号）
- 専攻医の初期研修修了証

眼科

平成 31 年度
東京医科大学　眼科　専門研修プログラム

平成 30 年 8 月

プログラム要旨	
目的	眼科学の進歩に応じて、眼科医の知識と医療技術を高め、すぐれた眼科医を養成し、生涯にわたり研鑽を積むことによって、国民医療に貢献することを目的とする
責任者	後藤　浩:東京医科大学　臨床医学系眼科学分野　主任教授
副責任者	若林　美宏:同教授
専門研修基幹施設	東京医科大学病院　所在地:東京都新宿区
専門研修連携施設	全 13 施設:所在地 東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、茨城県
指導医数	18 名
募集人数	10 名
研修期間	平成 31 年 4 月 1 日～平成 35 年 3 月 31 日 (4 年間)
本プログラムの特色	1. 100 年の臨床と研究に裏付けされた医療 当教室は大正 5 年に開講し、100 年の歴史ある眼科学教室である。 2. 各分野に専門医を有する 眼科における全ての分野に専門家を有し、偏りのない研修を行うことができる。 3. 多彩な研修施設を有し、地域医療にも貢献できる 専門研修基幹施設と 4 県に広がる 13 の関連施設がある。 4. 抜群の症例経験数で即戦力のある専門医を育成する 専門研修基幹施設および専門研修連携施設において、充分な外来症例数、手術件数を経験することができ、到達目標を達成することが可能である。研修終了時には基本的な眼科疾患の診療を自分で行うことができるよう計画されたカリキュラムである。 5. 多くの仲間と切磋琢磨できる 毎年平均約 6 名の若手医師が当教室に入局し、切磋琢磨しながら活躍している。

～目次～

1. 眼科専門医とは
2. 眼科専門医の使命
3. 専門医の認定と登録
4. 東京医科大学眼科のプログラム内容、募集要項 等
5. 到達目標
6. 年次ごとの到達目標
7. 症例経験
8. 研修到達目標の評価
9. 専門研修管理委員会について
10. 専攻医の就業環境について
11. 専門研修プログラムの改善方法
12. 修了判定について
13. 専攻医が修了判定に向けて行うべきこと
14. 専門研修施設とプログラムの認定基準
15. 眼科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件
16. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
17. 研修に対するサイトビジット(訪問調査)について

1. 眼科専門医とは

眼科学の進歩に応じて、医療人としての知識と技術を高め、優れた眼科医を育成し、生涯にわたり研鑽を積む姿勢を育むことによって、国民医療に貢献する眼科医をさす。

2. 眼科専門医の使命

未熟児から高齢者に至る様々な眼科疾患に対して、日々進歩する眼科医療に対応しながら、どの地域においても同様な専門的知識と診療技能で対応し、目の健康と眼疾患の予防を行うことが使命である。

3. 専門医の認定と登録

次の各号のいずれにも該当し専門医審査に合格したものが、専門医機構によって専門医と認定される。

1) 日本国の医師免許を有する者
2) 医師臨床研修修了登録証を有する者
(第 98 回以降の医師国家試験合格者のみ該当)
3) 認可された日本専門医機構眼科専門研修プログラムを修了した者
4) 日本専門医機構による専門医試験に合格した者

4. 東京医科大学眼科のプログラム内容、募集要項 等

I. プログラム概要

- 100 年の臨床と研究に裏付けされた医療

東京医科大学眼科は大正 5 年(1916 年)、東京医科大学の創立と時を同じくして発足した歴史ある教室である。100 年間にわたって培われてきた技術と知識を活かしながら、最先端の医療を追求する姿勢を常に持ち続けることが当教室の理念である。専攻医として入局した若手医師にもこの伝統を受け継いで活躍してもらえるよう指導を行う。

- 眼科の各分野の専門家を有する

当教室では、眼科 6 領域である角結膜、緑内障、白内障、網膜硝子体・ぶどう膜、屈折矯正・弱視・斜視、神経眼科・眼窩・眼付属器のそれぞれに専門家が在籍している。専門研修基幹施設では、13 の専門外来(角膜、ぶどう膜炎、網膜硝子体、黄斑、緑内障、神経眼科、眼腫瘍、涙道、コンタクトレンズ、斜視弱視、色覚、ロービジョンケア、電気生理)を設置しており、専門研修連携施設にもそれぞれの専門を活かした指導を行える指導医を派遣している。従って、眼科のいかなる分野においても偏りなく、また広く深く最新医療を学ぶことができる。

- 多くの症例を経験することで即戦力となる専門医を育成する

専門研修基幹施設および専門研修連携施設において充分な外来症例、手術件数を経験可能であり、到達目標を遥かに上回ることが可能である。研修修了時には基本的疾患の治療に関して独り立ちしていることが可能となるカリキュラムである。

- 多彩な関連研修施設を有し、地域医療に貢献できる

当教室は専門研修基幹施設である東京医科大学病院(東京都)の他に 4 県に広がる 13 の関連施設を有する。これらは関東地方全域に広がり、全て地方の中堅以上の中核病院である。これらの施設には当教室から 26 名の医師が派遣されている。これらの関連施設を活用し、専門研修基幹施設だけでは経験が不足しがちな一般的な疾患や眼科救急医療、各地域特有の医療事情など幅広く研修を行える場を提供する。大学病院での最先端の専門的診療経験と地域中核病院での即戦力となる臨床経験によって、眼科専門医を育てることが当プログラムの目指すところである。

- 多くの仲間と切磋琢磨できる

当教室には現在全国から毎年平均約 4 名が入局しており、過去 10 年間の入局者は 37 名(男性 22 名、女性 15 名)である。なお、出身大学も様々で、その内訳は、東京医科大学出身者 26 名、他大学出身者 11 名であった。このように経歴の異なる仲間とともに、お互い切磋琢磨しながら眼科専門医を目指して研修を行っている。

- 学術面での指導体制

当教室は同一施設内に基礎研究の遂行が可能な研究室、実験室を有し、大学院生が在籍している。また、大学院生を中心に研究の指導や国内外への留学、臨床研究指導を行っている。さらに他大学とも協力して多くの基礎研究や臨床研究を行っている。

この研修プログラムは、日本専門医機構が定めた専門研修施設の医療設備基準をすべて満たしており、日本専門医機構に承認されている。定められた研修達成目標は 4 年間の研修修了時に全て達成される。研修中の評価は施設ごとの指導管理責任者、指導医、専攻医が行い、最終評価をプログラム責任者が行う。4 年間の研修中に規定された学会で 2 回以上の発表を行い、また筆頭演者として学術雑誌に 1 編以上の論文執筆を行う。

- 専門研修プログラム管理委員会の設置

本プログラムの管理、評価、改良を行う委員会を専門研修基幹施設に設置する。専門研修プログラム委員会は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、専攻医、外部委員、他職種からの委員で構成され、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と専門研修プログラムの継続的改良を行う。

II. 募集要項

募集定員:各学年 10 名 合計 40 名/4 学年 指導医の合計 18 名

指導医 1 名につき 3 名までの専攻医の指導が可能と考えると、指導できる専攻医数は 18×3÷4=13.5 となり、1 学年約 13 名専攻医募集が可能となる。専攻医受け入れは、全体(4 年間)で専門研修施設群に在籍する指導医 1 人に対し、専攻医 3 人を超えないよう調整する。この募集定員数は、本プログラムにおける全ての施設の診療実績(内眼手術、外眼手術、レーザー手術)を考慮すると妥当な数字と考えられる。

研修期間: 平成 31 年 4 月 1 日～平成 35 年 3 月 31 日

処遇: 身分;医員
勤務時間;各施設の規定による
社会保険;各施設の規定による
宿舎 :なし
専攻医室:各施設の規定による
健康管理:各施設施行の健康診断の受診を義務化、予防接種各種
医師賠償責任保険:個人で加入(学会、大学などの保険の紹介が可能)
外部研修活動:学会や研修会などへの参加を推奨(費用支給なし)

応募方法:

- 応募資格
① 日本国の医師免許証を有する者
② 医師臨床研修修了登録証を有する者(第 98 回以降の医師国家試験合格者について必要、平成 31 年 3 月 31 日までに臨床研修を修了する見込みの者を含む)

- 応募期間:平成 30 年 10 月 1 日～平成 31 年 3 月 15 日
- 選考方法:書類選考および面接により選考する。面接の日時・場所は別途通知する。
- 応募書類:願書、希望調査票、履歴書、医師免許証の写し、医師臨床研修修了登録証の写し
- 問い合わせ先および提出先

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1
東京医科大学病院 眼科
電話:03-3342-6111 Fax: 03-3346-9170
E-mail: ophthalm@tokyo-med.ac.jp
URL: http://team.tokyo-med.ac.jp/ganka/index.html

III. 専門研修連携施設・指導医と専門領域

研修施設の分類

- 専門研修基幹施設:東京医科大学病院
- 専門研修連携施設 A(4 施設):日本眼科学会指導医は専門医が在籍し、年間手術症例数 500 件以上またはそれに準ずる病院
- 専門研修連携施設 B(9 施設):日本眼科学会専門医が在籍し、地域医療を担う病院

施設名と概要

専門研修基幹施設:東京医科大学病院
(年間 内眼手術 3,181 件、外眼手術 464 件、レーザー手術 695 件)
プログラム統括責任者: 後藤 浩(主任教授)
指導医管理責任者: 若林美宏(教授)
指導医: 熊倉重人(講師)(角結膜)
丸山勝彦(講師)(緑内障)
臼井嘉彦(講師)(ぶどう膜炎、眼腫瘍、網膜硝子体)
馬詰和比古(講師)(網膜硝子体、黄斑、眼腫瘍、白内障)
川上摂子(臨床講師)(網膜硝子体、黄斑)
山本香織(助教)(他科診療連携、網膜硝子体、黄斑、白内障)
専門医: 根本怜(助教)(網膜硝子体、黄斑)
馬詰朗比古(助教)(ぶどう膜炎、神経眼科)
成松明知(助教)(角結膜)
嶺崎輝海(助教)(角結膜、涙道)
坪田欣也(助教)(ぶどう膜炎、眼腫瘍)

東京医科大学病院では、幅広い分野の紹介患者があり、眼科全領域の疾患が経験できる。しかも、各専門分野において専門性の高い医療を提供しているため最先端の診断と治療を学ぶことができ、加えて希少疾患も数多く経験することができる。眼科病棟および外来をローテートしながら各プログラムに記載されている疾患や病態について研修を行い、基本的検査、診断技術および処置、手術手技を習得し、それぞれのプログラムに掲げられた目標の達成を目指す。また、毎週行われている症例カンファレンスに参加し、プレゼンテーションの訓練も行う。外来では角膜、ぶどう膜炎、網膜硝子体、黄斑、緑内障、神経眼科、眼腫瘍、涙道、コンタクトレンズ、斜視弱視、色覚、ロービジョンケア、電気生理の各専門外来をローテーションする。なお、平成 29 年の内眼手術

件数は3,181件で、その内訳は白内障2,374件、網膜硝子体854件、緑内障353件、角膜移植 37 件、その他(同時手術の場合はそれぞれの術式で算出)、外眼手術件数は464件で、内訳は斜視手術30件、眼腫瘍手術237件、その他(同時手術の場合はそれぞれの術式で算出)であり、眼科専攻医が研修すべきほぼ全ての手術を施行している。さらに、学会報告や論文作成を専門研修基幹病院在籍中に積極的に行う。

専門研修連携施設

専門研修連携施設A

日本眼科学会指導医もしくはそれに準ずる指導医が在籍し、年間手術症例数 500件以上の病院

- 東京医科大学 茨城医療センター
  (年間 内眼手術987件、外眼手術30件、レーザー手術980件)
  指導管理責任者: 岩崎琢也
  専門医: 三浦雅博、阿川哲也、塚原林太郎

- 東京医科大学 八王子医療センター
  (年間 内眼手術1,942件、外眼手術71件、レーザー手術65件)
  指導管理責任者: 志村雅彦
  専門医: 野間英孝、安田佳奈子

- 戸田中央総合病院
  (年間 内眼手術817件、外眼手術9件、レーザー手術262件)
  指導管理責任者、専門医: 鈴木 潤、八木浩倫

- 厚生中央病院
  (年間 内眼手術510件、外眼手術68件、レーザー手術34件)
  指導管理責任者: 森 秀樹

専門連携研修施設B

日本眼科学会専門医が在籍し、地域医療を担う病院

- 総合東京病院
  (年間 内眼手術220件、外眼手術17件、レーザー手術65件)
  指導管理責任者、専門医: 大越洋治

- 西東京中央総合病院
  (年間 内眼手術232件、外眼手術12件、レーザー手術59件)
  指導管理責任者、専門医: 本橋良祐

- 船橋総合病院
  (年間 内眼手術140件、外眼手術2件、レーザー手術36件)
  指導管理責任者、専門医: 片平晴己

- 蕨市立病院
  (年間 内眼手術253件、外眼手術31件、レーザー手術208件)
  指導管理責任者、専門医: 平野美恵子

- 東京蒲田医療センター
  (年間 内眼手術78件、外眼手術25件、レーザー手術22件)
  指導管理責任者、専門医: 寺田明生

- 立川中央病院
  (年間 内眼手術298件、外眼手術2件、レーザー手術142件)
  指導管理責任者、専門医: 後藤広樹

- イムス三芳総合病院
  (年間 内眼手術348件、外眼手術10件、レーザー手術159件)
  指導管理責任者、専門医: 大井桂子

- 中野総合病院
  (年間 内眼手術209件、外眼手術27件、レーザー手術76件)
  指導管理責任者、専門医: 山下理恵子

- 新百合ヶ丘総合病院
  (年間 内眼手術334件、外眼手術13件、レーザー手術22件)
  指導管理責任者、専門医: 三橋良輔

全指導医数:18名
専攻医数:各学年 10名 合計40名/4学年

指導医1名につき3名までの専攻医の指導が可能と考えると、指導できる専攻医数は18×3÷4=13.5となり、1学年約13名専攻医募集が可能となる。

IV. 基本研修プラン

本プログラムは1つの専門研修基幹施設と13の専門研修連携施設(年間手術合計 内眼手術9,710件、外眼手術781件、レーザー手術2,825件)で施行される。専門研修連携施設は、日本眼科学会指導医もしくはそれに準ずる指導医が在籍する地域の中核病院であるグループAと、地域医療を担う、もしくは専門性の高いグループBに分類され、それぞれの特徴を活かした眼科研修を行い、日本眼科学会が定めた研修到達目標や症例経験基準に掲げられた疾患や手術を経験する。

4年間の研修期間中、1年目は専門研修基幹施設である東京医科大学病院で研修を行う。同病院は症例数が豊富で救急疾患、希少症例、難病が経験可能で、手術件数、指導医数も多いので1年目に診察技術、手術手技の基本を習得する。2年目以降はグループA、グループB、もしくは東京医科大学病院で研修する。グループBを選択すればより地域に密着した医療やこども病院などの特殊な専門領域に特化した研修が可能となる。グループAを選択すればやや高度な手術を含むより多くの症例を経験することができる。東京医科大学病院を選択すれば、眼科内のより専門領域に特化した研修が可能となる。随時、東京医科大学大学院に進学し、研修を行いながら臨床研究、基礎研究を行うことも可能である専攻医の希望にできるだけ沿ったプログラムを構築するが、どのコースを選んでも最終的に到達目標に達することができるようにローテーションを調整する。

研修コース例

例1

1年目	東京医科大学病院での研修
2年目	グループAでの研修
3年目	東京医科大学病院での研修
4年目	グループBでの研修
5年目	東京医科大学病院での研修 専門医認定試験受験 認定

例2

1年目	東京医科大学病院での研修
2年目	グループAでの研修
3年目	グループAでの研修
4年目	東京医科大学病院での研修
5年目	東京医科大学病院での研修 専門医認定試験受験 認定

例3

1年目	東京医科大学病院での研修
2年目	グループAでの研修
3年目	東京医科大学病院での研修 東京医科大学大学院進学
4年目	東京医科大学病院での研修 東京医科大学大学院
5年目	東京医科大学病院での研修 東京医科大学大学院 専門医認定試験受験 認定

研修の週間計画

専門研修基幹施設:東京医科大学病院

	月	火	水	木	金	土
午前	病棟回診 病棟業務 外来業務	手術	病棟回診 病棟業務 外来業務	教授回診 病棟回診 病棟業務	病棟回診 病棟業務 外来業務	手術
午後	外来業務 病棟業務	手術	専門外来 カンファレンス	手術	外来業務 病棟業務	

その他の必要な当直業務を行う。

- 各施設主催の講習(医療安全、感染対策、医療倫理)に規定数参加する。
- 夏期・冬期休暇有り

- カンファレンスや勉強会、抄読会への参加とプレゼンの指導。
- 年に3回、学術集会と懇親会があり、知識を深めるとともに地域医療に貢献している同窓や近隣の医師との交流により見識を深める。

専門研修連携施設：代表例を示す。カンファレンスや手術の曜日、時間には若干の違いがある。

	月	火	水	木	金	金
午前	外来業務 病棟回診 病棟業務	手術	外来業務 病棟回診 病棟業務	手術	外来業務 病棟回診 病棟業務	外来業務
午後	外来業務 病棟業務 カンファレンス	手術	外来業務	手術	外来業務 病棟回診 病棟業務	

5. 到達目標

専攻医は東京医科大学眼科研修プログラムによる専門研修により、専門知識、専門技能、学問的姿勢、医師としての倫理性、社会性を身につけることを目標とする。

i. 専門知識

医師としての基本姿勢・態度、眼科6領域、他科との連携に関する専門知識を習得する。眼科6領域には、1) 角結膜、2) 緑内障、3) 白内障、4) 網膜硝子体・ぶどう膜、5) 屈折矯正・弱視・斜視、6) 神経眼科・眼窩・眼付属器が含まれる。到達目標、年次ごとの目標は別に示す。

ii. 専門技能

① 診察：患者心理を理解しつつ問診を行い、所見を評価し、問題点を医学的見地から確実に把握できる技能を身につける。
② 検査：診断、治療に必要な検査を実施し、所見が評価できる技能を持つ。
③ 診断：診察、検査を通じて鑑別診断を念頭におきながら治療計画を立てる技能を持つ。
④ 処置：眼科領域の基本的な処置を行える技能を持つ。
⑤ 手術：外眼手術、白内障手術、斜視手術など、基本的な手術を術者として行える技能を持つ。
⑥ 手術管理など：緑内障手術、網膜硝子体手術の助手を務め、術後管理を行い、合併症に対処する技能を持つ。
⑦ 疾患の治療・管理：視覚に障害がある人へロービジョンケアを行う技能を持つ。

*年次ごとの研修到達目標は次項に示す。

iii. 学問的姿勢

① 医学、医療の進歩に対応して、常に自己学習し、新しい知識の修得に努める。
② 将来の医療のために、基礎研究や臨床研究にも積極的に関わり、リサーチマインドを涵養する。
③ 常に自分自身の診療内容をチェックし、関連する基礎医学・臨床医学情報を探索し、Evidence-Based Medicine (EBM)を実践できるように努める。
④ 学会・研究会などに積極的に参加し、研究発表を行い、論文を執筆する。

iv. 医師としての倫理性、社会性

① 患者への接し方に配慮し、患者や医療関係者とのコミュニケーション能力を磨く。
② 誠実に、かつ自律的に医師としての責務を果たし、周囲から信頼されるように努める。
③ 診療記録の適確な記載ができるようにする。
④ 医の倫理、医療安全等に配慮し、患者中心の医療を実践できるようにする。
⑤ 臨床から学ぶことを通して基礎医学・臨床医学の知識や技術を修得する。
⑥ チーム医療の一員としての実践と後進を指導する能力を修得する。

6. 年次ごとの到達目標

専攻医の評価はプログラム統括責任者、専門研修指導医、専攻医の3者で行う。専門研修指導医は3か月ごと、プログラム統括責任者は6か月ごとの評価を原則とする。

① 専門研修1年目：眼科医としての基本的臨床能力および医療人としての基本的姿勢を身につける。
医療面接・記録：病歴聴取、所見の観察、把握が正しく行え、診断名の想定、鑑別診断を述べることが出来るようにする。
検査：診断を確定させるための検査の意味を理解し、実際に検査を行うことが出来るようにする。
治療：局所治療、内服治療、局所麻酔の方法、基本的な手術治療を行うことが出来るようにする。
② 専門研修2年目：専門研修1年目の研修事項を確実に行えることを前提に、眼科の基本技能を身につけていく。
③ 専門研修3年目：より高度な技術を要する手術手技を習得する。学会発表、論文発表を行うための基本的知識を身につける。後進の指導を行うための知識、技能を身につける。
④ 専門研修4年目以降：3年目までの研修事項をより深く理解し自分自身が主体となって治療を進めていけるようにする。 後進の指導も行う。

年次ごとの研修到達目標

下記の目標につき専門医として安心して任せられるレベル

	基本姿勢・態度　研修年度	1年目	2年目	3年目	4年目
1	医の倫理・生命倫理について理解し、遵守できる.	○	○	○	○
2	患者、家族のニーズを把握できる.	○	○	○	○
3	インフォームドコンセントが行える.		○	○	○
4	他の医療従事者との適切な関係を構築し、チーム医療ができる.	○	○	○	○
5	守秘義務を理解し、遂行できる.	○	○	○	○
6	医事法制、保険医療法規・制度を理解する.	○	○	○	○
7	医療事故防止および事故への対応を理解する.	○	○	○	○
8	インシデントレポートを理解し、記載できる.	○	○	○	○
9	初期救急医療に対する技術を身につける.	○	○	○	○
10	医療福祉制度、医療保険・公費負担医療を理解する.	○	○	○	○
11	医療経済について理解し、それに基づく診療実践ができる.	○	○	○	○
12	眼科臨床に必要な基礎医学*の知識を身につける. *解剖、組織、発生、生理、病理、免疫、遺伝、生化学、薬理、微生物が含まれる	○	○	○	○
13	眼科臨床に必要な社会医学**の知識を身につける. **衛生、公衆衛生、医療統計、失明予防等が含まれる	○	○	○	○
14	眼科臨床に必要な眼光学の知識を身につける.	○	○	○	○
15	科学的根拠となる情報を収集できる.	○	○	○	○
16	症例提示と討論ができる.	○	○	○	○
17	学術研究を論理的、客観的に行える.	○	○	○	○
18	日本眼科学会総会、専門別学会、症例検討会等に積極的に参加する.	○	○	○	○

19	学会発表、論文発表等の活動を行う.			○	○
20	自己学習・自己評価を通して生涯にわたって学習する姿勢を身につける.	○	○	○	○
21	生物学的製剤について理解する.		○	○	○
22	医薬品などによる健康被害の防止について理解する.	○	○	○	○
23	感染対策を理解し、実行できる.	○	○	○	○
24	地域医療の理解と診療実践ができる(病診連携、地域、包括ケア、 在宅医療、地方での医療経験).		○	○	○
25	先天異常・遺伝性疾患への対応を理解する.	○	○	○	
26	移植医療について理解する.	○	○	○	○
27	アイバンクの重要性とその制度を理解する.	○	○	○	○
28	ロービジョンケアについて理解する.	○	○	○	○
29	視覚障害者に適切に対応できる.	○	○	○	○
30	後進の指導ができる.			○	○

	角結膜	1年目	2年目	3年目	4年目
31	間接法・染色法を含めた細隙灯顕微鏡検査で角結膜の所見がとれる.	○	○		
32	アデノウイルス結膜炎の診断ができ、感染予防対策がとれる.	○	○		
33	角膜化学腐蝕の処置ができる.		○	○	○
34	結膜炎の鑑別診断ができ、治療計画を立てることができる.	○	○		
35	角結膜感染症を診断し、培養および塗抹に必要な検体を採取できる.	○	○	○	
36	ドライアイの診断ができ、治療計画を立てることができる.	○	○		
37	上皮型角膜ヘルペスの診断と治療ができる.	○	○	○	
38	円錐角膜の診断ができる.		○	○	○
39	角膜移植の手術適応を理解している.			○	○

40	角膜知覚検査ができ、結果を評価できる.	○	○		

白内障		1年目	2年目	3年目	4年目
41	水晶体の混濁・核硬度を評価できる。	○	○		
42	白内障手術の適応を判断できる.	○	○	○	○
43	角膜内皮細胞を計測、評価できる.	○	○	○	
44	眼軸長を測定できる.	○	○	○	
45	眼内レンズの度数計算ができる.	○	○	○	
46	白内障手術の術前管理ができる.	○	○	○	
47	白内障手術の術後管理ができる.	○	○	○	
48	術後眼内炎を診断できる.		○	○	○
49	後発白内障を評価できる.	○	○	○	
50	水晶体(亜)脱臼を診断できる.		○	○	○

緑内障		1年目	2年目	3年目	4年目
51	眼圧測定ができる.	○	○		
52	隅角を観察し評価できる.	○	○	○	
53	動的・静的視野検査ができる.	○	○		
54	緑内障性視神経乳頭変化を評価できる.	○	○	○	
55	緑内障性視野障害を評価できる.		○	○	○
56	緑内障治療薬の特性を理解している.	○	○	○	
57	急性原発閉塞隅角緑内障の診断と処置ができる.	○	○	○	
58	原発開放隅角緑内障の診断ができる.	○	○	○	
59	続発緑内障の病態を理解している.		○	○	○
60	緑内障手術の合併症を理解している.		○	○	○

網膜硝子体・ぶどう膜		1年目	2年目	3年目	4年目
61	倒像鏡・細隙灯顕微鏡による網膜硝子体の観察ができる.	○	○		
62	超音波検査ができ、結果を評価できる.	○	○	○	
63	フルオレセイン蛍光眼底造影検査ができ、結果を評価できる.	○	○		
64	電気生理学的検査ができ、結果を評価できる.		○	○	○
65	黄斑部の浮腫、変性、円孔を診断できる.	○	○	○	
66	ぶどう膜炎の所見をとることができる.	○	○	○	
67	糖尿病網膜症を診断でき、治療計画を立てることができる.		○	○	○
68	網膜剝離を診断でき、治療計画を立てることができる.		○	○	○
69	網膜動脈閉塞症を診断でき、治療計画を立てることができる.	○	○	○	
70	典型的な網膜色素変性を診断できる.	○	○	○	

屈折矯正・弱視・斜視		1年目	2年目	3年目	4年目
71	視力検査ができる.	○	○	○	
72	屈折検査ができる.	○	○	○	
73	調節について理解している.	○	○	○	
74	外斜視と内斜視を診断できる.	○	○	○	
75	弱視を診断でき、年齢と治療時期との関係を理解している.		○	○	○
76	眼鏡処方ができる.	○	○	○	
77	両眼視機能検査ができる.	○	○	○	
78	斜視の手術適応を判断できる.		○	○	○
79	コンタクトレンズのフィッティングチェックができる.	○	○	○	
80	屈折矯正手術の適応を理解している.		○	○	○

神経眼科・眼窩・眼付属器	1年目	2年目	3年目	4年目

81	瞳孔検査ができ、結果を評価できる.	○	○	○	
82	色覚検査ができ、結果を評価できる.	○	○	○	
83	むき運動・ひき運動検査、Hess 赤緑試験ができ、結果を評価できる.	○	○	○	
84	視神経乳頭の腫脹・萎縮を評価できる.	○	○		
85	涙液分泌・導涙検査ができる.	○	○	○	
86	眼窩の画像を評価できる.		○	○	
87	半盲の原因部位を診断できる.	○	○	○	
88	甲状腺眼症の症状を理解している.		○	○	
89	眼球突出度を計測できる.	○	○	○	
90	視神経、眼窩、眼付属器の外傷を診察し、治療の緊急性を判断できる.		○	○	○

他科との連携		1年目	2年目	3年目	4年目
91	糖尿病患者の眼底管理、循環器疾患等の眼底検査が適切にできる.	○	○	○	
92	他科からの視機能検査や眼合併症精査の依頼に適切に対応できる.	○	○	○	○
93	他科疾患の関与を疑い、適切に他科へ精査を依頼できる.	○	○	○	○
94	眼症状を伴う疾患群に精通し、適切な診断ができる.		○	○	○
95	未熟児網膜症等の治療の必要性が判断できる.			○	○
96	眼科手術にあたり全身疾患の内容と軽重を把握し、他科と協力して全身管理ができる.	○	○	○	○
97	眼科手術あるいはステロイド投与時の血糖管理を内科医と協力して行える.	○	○	○	
98	全身麻酔が必用な眼科手術患者の全身管理を麻酔科医と協力して行える.	○	○	○	
99	全身投与薬・治療の眼副作用、眼局所投与薬の全身副作用に注意をはらえる.	○	○	○	
100	他科の医師と良好な人間関係を構築できる.	○	○	○	○

7. 症例経験

専攻医は年間の研修期間中に以下の疾患について、外来あるいは入院患者の管理、手術を受け持ち医として実際に診療を経験する。

(1)基本的手術手技の経験:術者あるいは助手として経験	
内眼手術	
・白内障手術	・網膜硝子体手術
超音波乳化吸引術 + 眼内レンズ挿入術	硝子体手術
嚢外摘出術 + 眼内レンズ挿入術	強膜内陥術
眼内レンズ二次挿入術	
・緑内障手術	・強角膜縫合術
観血的虹彩切除術	・眼内異物摘出術
線維柱帯切開術	・角膜移植術
線維柱帯切除術	・その他の手術
その他の減圧手術	

外眼手術	
斜視手術	
・眼瞼下垂手術(摘出も含む)	・麦粒腫切開術
・眼瞼内反手術	・霰粒腫摘出術
・眼瞼形成術	・眼窩に関する手術
・眼球摘出術	・角膜異物摘出術
・涙嚢鼻腔吻合術	・翼状片手術
・涙器に関する手術	

レーザー手術
レーザー線維柱帯形成術
レーザー虹彩切開術
YAG による後発白内障切裂術
網膜光凝固術
その他の手術

手術については術者あるいは助手としての経験 100 例以上

そのうち術者としての経験が内眼手術、外眼手術、レーザー手術それぞれ 20 例以上

初期臨床研修期間中に眼科専門研修基幹施設および専門研修連携施設で経験した手術症例は、専門

研修プログラム統括責任者が承認した症例に限り、手術症例に加算することができる。

8. 研修到達目標の評価

- 研修の評価については、プログラム統括責任者、指導管理責任者（専門研修連携施設）、専門研修指導医、専攻医、研修プログラム委員会が行う。
- 専攻医は専門研修指導医および研修プログラムの評価を行い、4:とても良い、3:良い、2:普通、1：これでは困る、0:経験していない、評価できない、わからない、で評価する。

- 専門研修指導医は専攻医の実績を研修到達目標にてらして、4:とても良い、3:良い、2:普通、1：これでは困る、0:経験していない、評価できない、わからない、で評価する。
- 研修プログラム管理委員会（プログラム統括責任者、指導管理責任者、その他）で内部評価を行う。
- 日本眼科学会専門医制度委員会で内部評価を行う。

9. 専門研修管理委員会について

専門研修基幹施設に専門研修プログラム管理委員会を置く。専門研修プログラム管理委員会は、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、専攻医、外部委員、他職種からの委員で構成され、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と、専門研修プログラムの継続的改良を行う。

10. 専攻医の就業環境について

専門研修基幹施設、専門研修連携施設はそれぞれの勤務条件に準じるが、以下の項目について、配慮がなされていることに対して研修施設の管理者とプログラム統括責任者が責務を負う。

1）専攻医の心身の健康維持への配慮がされている。
2）週の勤務時間の基本と原則が守られている。
3）当直業務と夜間診療業務との区別、また、それぞれに対応した適切な対価が支払われている。
4）適切な休養について明示されている。
5）有給休暇取得時などのバックアップ体制が整備されている。

11. 専門研修プログラムの改善方法

1）専門研修プログラム管理委員会は、プログラムも含めて必要な改善を適宜行う。
2）問題が大きい場合や専攻医の安全を守る必要がある場合などは、研修施設の管理者

と専門研修プログラム統括責任者で総合的に判断し、専門研修プログラム委員会へ提言し、協力を得ることができる。

12. 修了判定について

修了要件は以下のとおりである。

1）専門研修を4年以上行っていること。
2）知識・技能・態度について目標を達成していること。
3）プログラム統括責任者が専門研修プログラム管理委員会の評価に基づき、研修修了の認定を行っていること。
4）4年以上日本眼科学会会員であること。

13. 専攻医が修了判定に向けて行うべきこと

専攻医は専門研修プログラム統括責任者の修了判定を受けた後、日本眼科学会専門医制度委員会に専門医認定試験受験の申請を行う。医師以外の他職種の1名以上からの評価を受けるようにする。

14. 専門研修施設とプログラムの認定基準

専門研修基幹施設

東京医科大学病院は以下の専門研修基幹施設の認定基準を満たしている。

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病院であること。
2) 眼科臨床研修とともに他科との診療連携を重視し、いわゆる旧総合病院の規定と同程度規模の基準を満たした施設で、特に解剖学的および疾病的に眼科と密接な関係がある耳鼻咽喉科、新生児眼科あるいは未熟児網膜症と密接な関係がある産科婦人科、小児眼科と密接な関係がある小児科があること。
3) プログラム統括責任者1名と、眼科6領域の専門的な診療経験を有する専門医6名、他の診療科との連携委員1名の合計8名以上が勤務していること
4) 原則として年間手術症例数が700件以上あること。
5) 症例検討会が定期的に行われていること。
6) 専門研修プログラムの企画、立案、実行を行い、専攻医の指導に責任を負えること。
7) 専門研修連携施設を指導し、研修プログラムに従った研修を行うこと。
8) 臨床研究・基礎研究を実施し、公表した実績が一定数以上あること。
9) 施設として医療安全管理、医療倫理管理、労務管理を行う部門を持つこと。
10) 施設実地調査（サイトビジット）による評価に対応できる体制を備えていること。
11) 研修内容に関する監査・調査に対応できる体制を備えていること。

専門研修連携施設

東京医科大学眼科研修プログラムの施設群を構成する専門研修連携施設は以下の条件を満たし、かつ、当該施設の専門性および地域性から専門研修基幹施設が作成した専門研修プログラムに必要とされる施設である。

1) 専門性および地域性から当該研修プログラムで必要とされる施設であること。
2) 専門研修基幹施設が定めた研修プログラムに協力して、専攻医に専門研修を提供すること。
3) 指導管理責任者(専門研修指導医の資格を持った診療科長ないしはこれに準ずる者)1名以上が配置されていること。
4) 症例検討会が定期的に行われていること。
5) 指導管理責任者は当該研修施設における指導体制、内容、評価に関し責任を負う。

専門研修施設群の構成要件

東京医科大学眼科専門研修プログラムの専門研修施設群は、専門研修基幹施設と専門研修連携施設が効果的に協力して一貫した指導を行うために以下の体制を整える。

1) 専門性および地域性から当該プログラムで必要とされる施設であること。
2) 専門研修基幹施設が定めた研修プログラムに協力して、専攻医に専門研修を提供すること。
3) 専門研修基幹施設と専門研修連携施設は研修プログラムを双方に持ち、カンファレンスや症例検討会で情報を共有し、双方で確認し合うこと。
4) 専門研修施設群で、専門研修指導医が在籍していない場合や、僻地、離島などで研修を行う場合には、専門研修基幹施設が推薦する病院として指導の責任をもち、専門研修基幹施設の専門研修指導医が必ず週1回以上指導を行う。
5) 専門研修基幹施設と専門研修連携施設の地理的分布に関しては、地域性も考慮し、都市圏に集中することなく地域全体に分布し、地域医療を積極的に行っている施設を含む。
6) 専門研修基幹施設と専門研修連携施設は研修プログラム管理委員会で、専攻医に関する情報を6か月に一度共有する。

専門研修施設群の地理的範囲

専門研修基幹施設の所在地と、隣接した地域を専門研修施設群の範囲とする。専門研修基幹施設と専門研修連携施設が専攻医に関する情報交換や専攻医の移動などスムーズに連携することができる範囲となっている。地域医療に配慮し、都市圏に偏在することなく、関連施設に山間部や僻地も含まれている。また、特殊な医療を行う施設も関連施設に入れて、専門研修基幹施設の眼科6領域の研修委員と他科診療連携委員、専門研修連携施設でカバーできないような領域を研修できる施設も含まれている。

専攻医受入数についての基準

各専攻医指導施設における専攻医受入れ人数は専門研修指導医数、診療実績を基にして決定する。

専攻医受入れは、専門研修施設群での症例数が十分に確保されていることが必要である。

専攻医受入は、全体（4年間）で専門研修施設群に在籍する指導医1人に対し、専攻医3人を超えないように調整する。

専攻医の地域偏在が起こらないように配慮する。

診療実績基準

東京医科大学病院の年間手術件数は、内眼手術 3,181 件、外眼手術 464 件、レーザー手術 695 件で、専門研修施設群の合計は、内眼手術 9,049 件、外眼手術 905 件、レーザー手術 3,206 件と必要な基準を満たしている。

なお、法令や規定を遵守できない施設、サイトビジットでのプログラム評価に対して、改善が行われない施設は認定から除外される。

15. 眼科研修の休止・中断・プログラム移動、プログラム外研修の条件

1）大学院※、海外留学、海外留学に同行の場合
2）出産・育児、病気、介護で研修を中断した場合
①研修期間の中で産休（産前6週、産後8週、計14週）は研修期間に含める。
②研修期間中で傷病や育児休暇により研修を中断する場合、研修期間の休止を本人が申請し、復帰する時には復帰申請を行い、残りの研修期間を補う。
3）上記以外の理由で委員会が認めた場合
休止申請を行い、認められれば専門研修を休止できる。

※大学院に在籍しても眼科臨床実績がある場合、専門研修指導医の証明とともに、眼科領域研修委員会に申請を行い、認められれば臨床実績を算定できる。

眼科研修プログラム管理委員会

専門研修基幹施設に専門研修プログラム管理委員会を置く。専門研修プログラム管理委員会は、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、専攻医、外部委員、他職種からの委員で構成され、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と、専門研修プログラムの継続的改良を行う。プログラム管理委員会は以下の役割と権限を持つ。

1) 専門研修プログラムの作成を行う。
2) 専門研修基幹施設、専門研修連携施設において、専攻医が予定された十分な手術経

験と学習機会が得られているか評価し、個別に対応法を検討する。

3) 適切な評価の保証を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とともに行う。

4) 修了判定の評価を委員会で行う。本委員会は年１回の研修到達目標の評価を目的とした定例管理委員会に加え、研修施設の管理者や専門研修プログラム統括責任者が研修に支障を来す事案や支障を来している専攻医の存在などが生じた場合、必要に応じて適宜開催する。

16. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

専攻医は、眼科専門研修マニュアル（資料１）に基づいて研修する。研修実績と評価を記録し保管するシステムは日本眼科学会専門医制度委員会の研修記録簿（資料２　エクセル形式＊添付）を用いる。専門研修プログラムに登録されている専攻医の各領域における手術症例の蓄積および技能習得は定期的に開催される専門研修プログラム管理委員会で更新蓄積される。眼科領域研修委員会ではすべての専門研修プログラム登録者の研修実績と評価を蓄積する。指導医は眼科研修指導医マニュアル（資料３）を使用する。

専門研修指導医による指導とフィードバックの記録

専攻医に対する指導内容は、研修記録簿に時系列で記入して、専攻医と情報を共有するとともに、プログラム統括責任者および専門研修プログラム管理委員会で定期的に評価し、改善を行う。

1) 専門研修指導医は３か月ごとに評価する。

2) 専門研修プログラム統括責任者は６か月ごとに評価する。

3) 専攻医は、専門研修プログラム統括責任者や施設内の研修委員会などで対応できない事例、報告できない事例について、日本眼科学会専門医制度委員会に直接申し出ることができる。

17. 研修に対するサイトビジット（訪問調査）への対応について

専門研修プログラム統括責任者は、日本眼科学会の行う研修プログラムの点検・評価を受ける。その評価は専門研修プログラム管理委員会に伝えられ、研修プログラムの適切な改良を行う。

脳神経外科専門研修 東京医科大学病院脳神経外科プログラム

はじめに

脳神経外科診療の対象は、国民病とも言える脳卒中（脳血管性障害）や脳神経外傷などの救急疾患、脳腫瘍に加え、てんかん・パーキンソン病・三叉神経痛・顔面けいれん等の機能的疾患、小児疾患、脊髄・脊椎・末梢神経疾患などです。脳神経外科専門医の使命は、これらの予防や診断、救急治療、手術および非手術的治療、あるいはリハビリテーションにおいて、総合的かつ専門的知識と診療技術を持ち、必要に応じて他の専門医への転送判断も的確に行うことで、国民の健康・福祉の増進に貢献することです。

脳神経外科専門研修では、初期臨床研修後に専門研修プログラム（以下「プログラム」という）に所属し 4 年以上の定められた研修により、脳神経外科領域の病気すべてに対して、予防や診断、手術的治療および非手術的治療、リハビリテーションあるいは救急医療における総合的かつ専門的知識と診療技能を、獲得します。

本文は東京医科大学病院脳神経外科専門研修プログラムの概要を示すものです。

※専門医認定要件については、日本脳神経外科学会 専門医認定制度内規（平成 27 年 10 月 13 日改正）を確認してください。

プログラムの特徴や固有の教育方針・実績など

「脳神経外科学を通じて神経疾患の基本な知識、技術の修得と人間性豊かな臨床医の教育」を初期研修目標とし、一般に敬遠されがちな神経疾患や意識障害の診断治療を基本から系統的に習得することを基本理念としております。

東京医科大学脳神経外科学講座は新都心の脳神経外科の基幹病院として脳神経外科疾患の全領域に対して最先端の高度先進治療を行っています。又迅速な診療が必要な超急性期・急性期の脳血管障害や神経外傷に、救命救急センター、神経内科と連携しながら対応しています。一方で基幹施設である東京医科大学病院脳神経外科講座の最大の特徴は脳腫瘍の治療であり、良性脳腫瘍、悪性脳腫瘍の最先端の集学的治療を実践しております。良性腫瘍である聴神経腫瘍や頭蓋底髄膜腫は国内で有数の症例があり、その手術を毎週３件のペースで行っております。悪性脳腫瘍の症例も豊富であり、光線力学療法を全国に先駆けて始動しており、この研究も継続して行われております。その他としては専門指導医の充実も本学の特徴であり、脳血管治療に関しては指導医１名、専門医３名、神経内視鏡に関しては神経内視鏡学会技術認定医が５名おり、幅広い脳神経疾患に対して最先端治療、高度の技術の経験、習得が獲得できることも特徴です。基幹病院でも十分な症例はありますが、より専門に脊髄脊椎疾患、神経

下垂体疾患の経験希望がある場合は、症例豊富な亀田総合病院脊椎脊髄外科や虎の門病院、間脳下垂体外科で研修も可能です。

当プログラムにて、習得可能な資格は１）医学博士　２）日本脳神経外科専門医　３）日本脳卒中学会専門医　４）日本脳神経血管内治療学会専門医　5) 神経内視鏡学会技術認定医　等があります。

問合せ先：深見　真二郎　03-3342-6111 内線 5773
メールアドレス：fukami-nsu@umin.ac.jp

2017 年 5 月

習得すべき知識・技能・学術活動

1．国民病とも言える脳卒中や頭部外傷などの救急疾患、また、脳腫瘍に加え、てんかんやパーキンソン病、三叉神経痛や顔面けいれん、小児奇形、脊髄、脊椎、末梢神経などの病気の予防から診断治療に至る、総合的かつ専門的知識を研修カリキュラムに基づいて習得します。
2．上記の幅広い疾患に対して、的確な検査を行い、正確な診断を得て、手術を含めた適切な治療を自ら行うとともに、必要に応じ他の専門医への転送の判断も的確に行える能力を研修カリキュラムに基づいて養います。
3．経験すべき疾患・病態および要求レベルは研修マニュアルで規定されています。管理経験症例数、手術症例数については最低経験数が規定されています。
4．脳神経外科の幅広い領域について、日々の症例、カンファレンスなどで学ぶ以外に、文献からの自己学習、生涯教育講習の受講、定期的な研究会、学会への参加などを通じて、常に最新の知識を吸収するとともに、基礎的研究や臨床研究に積極的に関与し、さらに自らも積極的に学会発表、論文発表を行い脳神経外科学の発展に寄与しなければなりません。専門医研修期間中に筆頭演者としての学会（全国規模学会）発表2回以上、筆頭著者として査読付論文採択受理1編以上（和文英文を問わない）が必要です。
5．　脳神経外科専門領域の知識、技能に限らず、医師としての基本的診療能力を研修カリキュラムに基づいて獲得する必要があります。院内・院外で開催される講習会などの受講により常に医療安全、院内感染対策、医療倫理、保険診療に関する最新の知識を習得し、日常診療において医療倫理的、社会的に正しい行いを行うように努めます。

専門研修プログラムの概略

1．　プログラムは、単一の専門研修基幹施設（以下「基幹施設」という）と複数の専門研修連携施設（以下「連携施設」という）によって構成され、必要に応じて関連施設（複数可）が加わります。なお専門研修は、基幹施設及び連携施設において完遂されることを原則とし、関連施設はあくまでも補完的なものです。
当プログラムの構成は以下の施設からなります。
基幹施設：　東京医科大学病院
連携施設：　東京医科大学茨城医療センター、東京医科大学八王子医療センター、総合病院厚生中央病院、　東京都立大塚病院脳神経外科、　新座志木中央総合病院脳神経外科、西東京中央総合病院脳神経外科、　藤枝市立総合病院 脳神経外科
関連施設：　JCHO 東京山手メディカルセンター 脳神経外科、医療法人社団広恵会春山記念病院、亀田総合病院 脊髄脊椎外科、　日本大学医学部 脳神経外科、　埼玉医科大学国際医療センター 、社会医療法人禎心会病院脳神経外科、　東京警察病院脳神経外科　、虎の門病院 間脳下垂体外科

2．基幹施設における専門研修指導医に認定された脳神経外科部門長、診療責任者ないしはこれに準ずる者が専門研修プログラム統括責任者（以下「統括責任者」という）としてプログラムを統括します。当プログラムでは河野　道宏です。

3．プログラム全体では規定にある以下の要件を満たしています。（別表1）
(1) SPECT / PET 等核医学検査機器、術中ナビゲーション、電気生理学的モニタリング、内視鏡、定位装置、放射線治療装置等を有する。

(2) 以下の学会より円滑で充分な研修支援が得られています。
ア 脳腫瘍関連学会合同（日本脳腫瘍学会、日本脳腫瘍病理学会、日本間脳下垂体腫瘍学会、日本脳腫瘍の外科学会）
イ 日本脳卒中の外科学会
ウ 日本脳神経血管内治療学会
エ 日本脊髄外科学会
オ 日本神経内視鏡学会
カ 日本てんかん外科学会
キ 日本定位・機能神経外科学会
ク 日本小児神経外科学会
ケ 日本脳神経外傷学会
(3) 基幹施設と連携施設の合計で原則として以下の手術症例数を有する。
ア 年間５００例以上（昨年手術実数　　1720　）
イ 腫瘍（開頭、経鼻、定位生検を含む）50例以上（昨年手術実数　　304　）
ウ 血管障害（開頭術、血管内手術を含む）100例以上（昨年手術実数　　478　）
エ 頭部外傷の開頭術（穿頭術を除く）２０例以上（昨年手術実数　　59　）
4．各施設における専攻医の数は、指導医1名につき同時に２名までです。
5．研修の年次進行、各施設での研修目的を例示しています。
6．プログラム内での専攻医のローテーションが無理なく行えるように地域性に配慮し、基幹施設を中心とした地域でのプログラム構成を原則とし、遠隔地を含む場合は理由を記載します。
7．統括責任者および連携施設指導管理責任者より構成される研修プログラム管理委員会を基幹施設に設置し、プログラム全般の管理運営と研修プログラムの継続的改良にあたります。

当プログラムでの研修年次進行パターン（別表2）

プログラム内での研修ローテーションにより到達目標の達成が可能となります。当プログラムでの代表的な年次進行パターンを以下に示します。必ずしもこの通りにはなりませんが、到達目標の達成が可能なようにローテーションを組みます。また研修途中でも不足領域を補うように配慮します。

基幹施設（東京医科大学病院脳神経外科）

専攻医教育の中核をなし、連携施設における研修補完を得て、専攻医の到達目標を達成させます。専攻医は基幹施設には最低6か月の在籍が義務付けられています。
基幹施設は特定機能病院または以下の条件を満たす施設です。
1．(1) 年間手術症例数（定位放射線治療を除く）が300例以上。（昨年手術数　531）
(2) 1名の統括責任者と統括責任者を除く4名以上の専門研修指導医をおく。
（指導医　7名：2017年5月1日現在）
(3) 他診療科とのカンファレンスを定期的に開催する。
(4) 臨床研修指定病院であり、倫理委員会を有する。
2．他のプログラムへの参加は、関連施設としてのみ認められており、連携施設として参加はしません。

3．　基幹施設での週間スケジュール

	月	火	水	木	金	土
7：45	抄読会		教授回診			休日
8	カンファ	カンファ	カンファ	カンファ	カンファ	カンファ
9						
10	病棟	病棟		外来	病棟	病棟
11			病棟・手術・検査			
12						
13	血管内治療	アンギオ等の検査		病棟　アンギオ	血管内治療	説明会
14						土曜日は第2,4は休日
15						
16						
17		自己学習		自己学習		
18	途中休憩時間あり					

4．カンファレンス・院内講習会

抄読会（週1回月曜日）
病理カンファレンス（年2回）
医療安全講習（年2回）
救命救急脳神経カンファレンス（週1回金曜）
東京医大カンファレンス（7月年1回）
西東京脳神経外科カンファレンス（年4回）
デスカンファレンス（適宜）
脳教カンファレンス（年1回）
脳卒中カンファレンス（月～金）

連携施設（別表3）

基幹施設による研修を補完します。
1．1名の指導管理責任者（専門研修指導医に認定された診療科長ないしはこれに準ずる者）と2名以上の専門研修指導医をおいています。ただし、指導管理責任者と指導医の兼務は可です。症例検討会を開催し、指導管理責任者は当該施設での指導体制、内容、評価に関し責任を持ちます。指導管理責任者、専門研修指導医からなる連携施設研修管理委員会を設置し、専攻医の教育、指導、評価を行うとともに、指導者間で情報を共有し施設内での改善に努めます。

2．他の研修プログラムへの参加は関連施設としてのみ認められ、複数の研修プログラムに連携施設として参加することはできません。
3．連携施設は年次報告を義務付けられ、問題点については改善勧告が行われます。

関連施設（別表3）

1．統括責任者が、基幹施設および連携施設だけでは特定の研修が不十分と判断した場合、或いは地域医療の不足部分を補完するためにその責任において指定します。
2．関連施設の要件は特に定めていませんが、関連施設での研修は原則として通算1年を超えないものとします。

研修の休止・プログラム移動

疾病、出産、留学、地域診療専念などの理由により、専門研修は専攻医・統括責任者の判断により休止・中断は可能です。中断・休止期間は研修期間から原則として除かれます。研修期間4年間のうち脳神経外科臨床専従期間が3年以上必要であり、神経内科学、神経放射線学、神経病理学、神経生理学、神経解剖学、神経生化学、神経薬理学、一般外科学、麻酔学等の関連学科での研修や基礎研究・留学は1年を限度に専門研修期間として領域研修委員会（専門医認定委員会）により認めることができます。
プログラム間の移動も専攻医、統括責任者の合意の上、領域研修委員会（専門医認定委員会）により認めることが可能です。

プログラムの管理体制

1．　プログラム責任者（基幹施設長）、連携施設長から構成される研修プログラム管理委員会を設け、プログラムの管理運営にあたります。研修プログラム管理委員会は専攻医の専門研修について随時管理し、達成内容に応じた適切な施設間の異動を図ります。また、各研修施設における指導体制、内容が適切かどうか検討を行い、指導者、専攻医の意見をもとに継続的にプログラム改善を行います。また、各連携施設においては施設長、指導医から構成される連携施設研修管理委員会を設置し施設での研修について管理運営を行います。
2．　専攻医は研修プログラム、指導医についての意見を研修管理プログラムに申し出ることができます。研修終了時には総括的意見を提出しプログラムの改善に寄与します。研修プログラム管理委員会は専攻医から得られた意見について検討し、システム改善に活用していきます。
3．　プログラム責任者は専攻医の良好な勤務環境が維持されるように配慮しています。労働環境、勤務時間、待遇などについて専攻医よりの直接ヒアリングを行い、良好な労働環境が得られていることを確認します。

専攻医の評価時期と方法

1．　研修年度ごとに、指導医・在籍施設の責任者が専攻医の経験症例、達成度、自己評価を確認し研修記録帳に記入します。研修プログラム管理委員会はこれをもとに不足領域を補えるように施設異動も含めて配慮します。
2．　研修修了は、プログラム責任者（基幹施設長）が、経験症例、自己評価などをもとに、技術のみでなく知識、技能、態度、倫理などを含めて総合的に研修達成度を評価します。研修態度や医師患者関係、チーム医療面の評価では、他職種の意見も参考にします。

以上

脳神経外科

脳神経外科専門研修 東京医科大学病院脳神経外科プログラム

はじめに

脳神経外科診療の対象は、国民病とも言える脳卒中（脳血管性障害）や脳神経外傷などの救急疾患、脳腫瘍に加え、てんかん・パーキンソン病・三叉神経痛・顔面けいれん等の機能的疾患、小児疾患、脊髄・脊椎・末梢神経疾患などです。脳神経外科専門医の使命は、これらの予防や診断、救急治療、手術および非手術的治療、あるいはリハビリテーションにおいて、総合的かつ専門的知識と診療技術を持ち、必要に応じて他の専門医への転送判断も的確に行うことで、国民の健康・福祉の増進に貢献することです。

脳神経外科専門研修では、初期臨床研修後に専門研修プログラム（以下「プログラム」という）に所属し 4 年以上の定められた研修により、脳神経外科領域の病気すべてに対して、予防や診断、手術的治療および非手術的治療、リハビリテーションあるいは救急医療における総合的かつ専門的知識と診療技能を、獲得します。

本文は東京医科大学病院脳神経外科専門研修プログラムの概要を示すものです。

※専門医認定要件については、日本脳神経外科学会 専門医認定制度内規（平成 27 年 10 月 13 日改正）を確認してください。

プログラムの特徴や固有の教育方針・実績など

「脳神経外科学を通じて神経疾患の基本な知識、技術の修得と人間性豊かな臨床医の教育」を初期研修目標とし、一般に敬遠されがちな神経疾患や意識障害の診断治療を基本から系統的に習得することを基本理念としております。

東京医科大学脳神経外科学講座は新都心の脳神経外科の基幹病院として脳神経外科疾患の全領域に対して最先端の高度先進治療を行っています。又迅速な診療が必要な超急性期・急性期の脳血管障害や神経外傷に、救命救急センター、神経内科と連携しながら対応しています。一方で基幹施設である東京医科大学病院脳神経外科講座の最大の特徴は脳腫瘍の治療であり、良性脳腫瘍、悪性脳腫瘍の最先端の集学的治療を実践しております。良性腫瘍である聴神経腫瘍や頭蓋底髄膜腫は国内で有数の症例があり、その手術を毎週３件のペースで行っております。悪性脳腫瘍の症例も豊富であり、光線力学療法を全国に先駆けて始動しており、この研究も継続して行われております。その他としては専門指導医の充実も本学の特徴であり、脳血管治療に関しては指導医２名、専門医２名、神経内視鏡に関しては神経内視鏡学会技術認定医が５名おり、幅広い脳神経疾患に対して最先端治療、高度の技術の経験、習得が獲得できることも特徴です。基幹病院でも十分な症例はありますが、より専門に脊髄脊椎疾患、神経

下垂体疾患の経験希望がある場合は、症例豊富な亀田総合病院脊椎脊髄外科や虎の門病院、間脳下垂体外科で研修も可能です。

当プログラムにて、習得可能な資格は１）医学博士　２）日本脳神経外科専門医　３）日本脳卒中学会専門医　４）日本脳神経血管内治療学会専門医　5)神経内視鏡学会技術認定医　等があります。

問合せ先：伊澤　仁之　03-3342-6111 内線 5773
メールアドレス：nougekahi@gmail.com

2016 年 1 月

習得すべき知識・技能・学術活動

1．国民病とも言える脳卒中や頭部外傷などの救急疾患、また、脳腫瘍に加え、てんかんやパーキンソン病、三叉神経痛や顔面けいれん、小児奇形、脊髄、脊椎、末梢神経などの病気の予防から診断治療に至る、総合的かつ専門的知識を研修カリキュラムに基づいて習得します。
2．上記の幅広い疾患に対して、的確な検査を行い、正確な診断を得て、手術を含めた適切な治療を自ら行うとともに、必要に応じ他の専門医への転送の判断も的確に行える能力を研修カリキュラムに基づいて養います。
3．経験すべき疾患・病態および要求レベルは研修マニュアルで規定されています。管理経験症例数、手術症例数については最低経験数が規定されています。
4．脳神経外科の幅広い領域について、日々の症例、カンファレンスなどで学ぶ以外に、文献からの自己学習、生涯教育講習の受講、定期的な研究会、学会への参加などを通じて、常に最新の知識を吸収するとともに、基礎的研究や臨床研究に積極的に関与し、さらに自らも積極的に学会発表、論文発表を行い脳神経外科学の発展に寄与しなければなりません。専門医研修期間中に筆頭演者としての学会（全国規模学会）発表2回以上、筆頭著者として査読付論文採択受理1編以上（和文英文を問わない）が必要です。
5．脳神経外科専門領域の知識、技能に限らず、医師としての基本的診療能力を研修カリキュラムに基づいて獲得する必要があります。院内・院外で開催される講習会などの受講により常に医療安全、院内感染対策、医療倫理、保険診療に関する最新の知識を習得し、日常診療において医療倫理的、社会的に正しい行いを行うように努めます。

専門研修プログラムの概略

1. プログラムは、単一の専門研修基幹施設（以下「基幹施設」という）と複数の専門研修連携施設（以下「連携施設」という）によって構成され、必要に応じて関連施設（複数可）が加わります。なお専門研修は、基幹施設及び連携施設において完遂されることを原則とし、関連施設はあくまでも補完的なものです。
当プログラムの構成は以下の施設からなります。
基幹施設：　東京医科大学病院
連携施設：　東京医科大学茨城医療センター、東京医科大学八王子医療センター、総合病院厚生中央病院、　東京都立大塚病院脳神経外科、　新座志木中央総合病院脳神経外科、西東京中央総合病院
関連施設：　JCHO 東京山手メディカルセンター 脳神経外科、　藤枝市立総合病院 脳神経外科　、医療法人社団広恵会　春山記念病院、亀田総合病院 脊髄脊椎外科、日本大学医学部 脳神経外科、　埼玉医科大学国際医療センター 、社会医療法人禎心会病院脳神経外科、　東京警察病院 脳神経外科　、虎の門病院 間脳下垂体外科、

2．基幹施設における専門研修指導医に認定された脳神経外科部門長、診療責任者ないしはこれに準ずる者が専門研修プログラム統括責任者（以下「統括責任者」という）としてプログラムを統括します。当プログラムでは河野　道宏です。

3．プログラム全体では規定にある以下の要件を満たしています。（別表1）
(1) SPECT / PET 等核医学検査機器、術中ナビゲーション、術中生理学的モニタリング、内視鏡、定位装置、放射線治療装置等を有する。

(2) 以下の学会より円滑で充分な研修支援が得られています。
ア 脳腫瘍関連連学会合同（日本脳腫瘍学会、日本脳腫瘍病理学会、日本間脳下垂体腫瘍学会、日本脳腫瘍の外科学会）
イ 日本脳卒中の外科学会
ウ 日本脳神経血管内治療学会
エ 日本脊髄外科学会
オ 日本神経内視鏡学会
カ 日本てんかん外科学会
キ 日本定位・機能神経外科学会
ク 日本小児神経外科学会
ケ 日本脳神経外傷学会
(3) 基幹施設と連携施設の合計で原則として以下の手術症例数を有する。
ア 年間５００例以上（昨年手術実数　　1451　）
イ 腫瘍（開頭、経鼻、定位生検を含む）50例以上（昨年手術実数　　231　）
ウ 血管障害（開頭術、血管内手術を含む）100例以上（昨年手術実数　　398　）
エ 頭部外傷の開頭術（穿頭術を除く）２０例以上（昨年手術実数　　47　）
4．各施設における専攻医の数は、指導医１名につき同時に２名までです。
5．研修の年次進行、各施設での研修目的を例示しています。
6．プログラム内での専攻医のローテーションが無理なく行えるように地域性に配慮し、基幹施設を中心とした地域でのプログラム構成を原則とし、遠隔地を含む場合は理由を記載します。
7．統括責任者および連携施設指導管理責任者より構成される研修プログラム管理委員会を基幹施設に設置し、プログラム全般の管理運営と研修プログラムの継続的改良にあたります。

当プログラムでの研修年次進行パターン（別表2）

プログラム内での研修ローテーションにより到達目標の達成が可能となります。当プログラムでの代表的な年次進行パターンを以下に示します。必ずしもこの通りにはなりませんが、到達目標の達成が可能なようにローテーションを組みます。また研修途中でも不足領域を補うように配慮します。

基幹施設（東京医科大学病院脳神経外科）

専攻医教育の中核をなし、連携施設における研修補完を得て、専攻医の到達目標を達成させます。専攻医は基幹施設には最低6か月の在籍が義務付けられています。
基幹施設は特定機能病院または以下の条件を満たす施設です。
1．(1) 年間手術症例数（定位放射線治療を除く）が300例以上。（昨年手術数　490）
(2) １名の統括責任者と統括責任者を除く４名以上の専門研修指導医をおく。（指導医　9名：2016年2月1日現在）
(3) 他診療科とのカンファレンスを定期的に開催する。
(4) 臨床研修指定病院であり、倫理委員会を有する。
2．他のプログラムへの参加は、関連施設としてのみ認められており、連携施設として参加はしません。

3．　基幹施設での週間スケジュール

7：45	抄読会		教授回診			休日
8	カンファ	カンファ	カンファ	カンファ	カンファ	カンファ
9						
10	病棟	病棟		外来	病棟	病棟
11			病棟・手術・検査			
12						
13	血管内治療	アンギオ等の検査		病棟　アンギオ	血管内治療	説明会
14						
15						土曜日は第2,4は休日
16						
17		自己学習		自己学習		
18	途中休憩時間あり					

4．カンファレンス・院内講習会

抄読会（週1回月曜日）
病理カンファレンス（年2回）
医療安全講習（年2回）
救命救急脳神経カンファレンス（週1回金曜）
東京医大カンファレンス（7月年1回）
西東京脳神経外科カンファレンス（年4回）
デスカンファレンス（月1回）
脳教カンファレンス（年1回）
脳卒中カンファレンス（月～金）

連携施設（別表3）

基幹施設による研修を補完します。
1．１名の指導管理責任者（専門研修指導医に認定された診療科長ないしはこれに準ずる者）と２名以上の専門研修指導医をおいています。ただし、指導管理責任者と指導医の兼務は可です。症例検討会を開催し、指導管理責任者は当該施設での指導体制、内容、評価に関し責任を持ちます。指導管理責任者、専門研修指導医からなる連携施設研修管理委員会を設置し、専攻医の教育、指導、評価を行うとともに、指導者間で情報を共有し施設内での改善に努めます。

2．他の研修プログラムへの参加は関連施設としてのみ認められ、複数の研修プログラムに連携施設として参加することはできません。
3．連携施設は年次報告を義務付けられ、問題点については改善勧告が行われます。

関連施設（別表3）

1. 統括責任者が、基幹施設および連携施設だけでは特定の研修が不十分と判断した場合、或いは地域医療の不足部分を補完するためにその責任において指定します。
2. 関連施設の要件は特に定めていませんが、関連施設での研修は原則として通算１年を超えないものとします。

研修の休止・プログラム移動

疾病、出産、留学、地域診療専念などの理由により、専門研修は専攻医・統括責任者の判断により休止・中断は可能です。中断・休止期間は研修期間から原則として除かれます。研修期間４年間のうち脳神経外科臨床専従期間が３年以上必要であり、神経内科学、神経放射線学、神経病理学、神経生理学、神経解剖学、神経生化学、神経薬理学、一般外科学、麻酔学等の関連学科での研修や基礎研究・留学は１年を限度に専門研修期間として領域研修委員会（専門医認定委員会）により認めることができます。
プログラム間の移動も専攻医、統括責任者の合意の上、領域研修委員会（専門医認定委員会）により認めることが可能です。

プログラムの管理体制

1. プログラム責任者（基幹施設長）、連携施設長から構成される研修プログラム管理委員会を設け、プログラムの管理運営にあたります。研修プログラム管理委員会は専攻医の専門研修について随時管理し、達成内容に応じた適切な施設間の異動を図ります。また、各研修施設における指導体制、内容が適切かどうか検討を行い、指導者、専攻医の意見をもとに継続的にプログラム改善を行います。また、各連携施設においては施設長、指導医から構成される連携施設研修管理委員会を設置し施設での研修について管理運営を行います。
2. 専攻医は研修プログラム、指導医についての意見を研修管理プログラムに申し出ることができます。研修終了時には総括的意見を提出しプログラムの改善に寄与します。研修プログラム管理委員会は専攻医から得られた意見について検討し、システム改善に活用していきます。
3. プログラム責任者は専攻医の良好な勤務環境が維持されるように配慮しています。労働環境、勤務時間、待遇などについて専攻医よりの直接ヒアリングを行い、良好な労働環境が得られていることを確認します。

専攻医の評価時期と方法

1. 研修年度ごとに、指導医・在籍施設の責任者が専攻医の経験症例、達成度、自己評価を確認し研修記録帳に記入します。研修プログラム管理委員会はこれをもとに不足領域を補えるように施設異動も含めて配慮します。
2. 研修修了は、プログラム責任者（基幹施設長）が、経験症例、自己評価などをもとに、技術のみでなく知識、技能、態度、倫理などを含めて総合的に研修達成度を評価します。研修態度や医師患者関係、チーム医療面の評価では、他職種の意見も参考にします。

以上

耳鼻咽喉科頭頸部外科

平成 32 年度

東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

専門研修プログラム

～目 次～

I. 耳鼻咽喉科専門医

1. 耳鼻咽喉科専門医の定義
2. 耳鼻咽喉科専門医の使命
3. 耳鼻咽喉科専門医の認定と登録

II. 募集要項

1. 募集定員
2. 研修期間
3. 処遇
4. 応募方法

III. 東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野専門研修プログラム

1. プログラムの概要
2. 本研修プログラムの特長
3. 専門研修基幹施設および専門研修連携施設の概要
4. 専門研修指導医と専門領域
5. 手術症例数
6. 専攻医受入数
7. 基本的研修プラン
8. 到達目標
9. 学術活動
10. 研修方略

11. 研修評価

12. 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

IV. 専門研修管理委員会

1. 専門研修管理委員会の設置

2. 専攻医の就業環境について

3. 専門研修プログラムの改善方法

4. 終了判定について

5. 専攻医が修了判定に向けて行うべきこと

V. 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

2. 専門研修連携施設

3. 専門研修施設群の構成要件

4. 専門研修施設群の地理的範囲

5. 専攻医受入数についての基準

6. 診療実績基準

7. 専門研修指導医の基準

8. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

9. 研修に対するサイトビジット（訪問調査）について

II. 募集要項

1. 募集定員　10 名（東京都の人数制限により変更の可能性あり）

2. 研修期間　平成 32 年 4 月 1 日～平成 36 年 3 月 31 日

3. 処遇

身分：	医員
勤務時間：	各施設の規定による。
社会保険：	各施設の規定による。
宿舎：	なし
専攻医室：	各施設規定による。
健康管理：	各施設施行の健康診断の受診を義務化、予防接種各種
医師賠償責任保険：	個人で加入（学会、大学などの保険の紹介可能）
外部研修活動：	学会や研修会などへの参加を推奨（発表者は費用支給）

4. 応募方法

①応募資格：	日本国の医師免許証を有する。 臨床研修終了登録証を有する。 （第 99 回以降の医師国家試験合格者のみ必要。平成 32 年 3 月 31 日までに臨床研修の終了見込みの者を含む）
②応募期間：	平成 31 年 9 月 2 日～10 月 31 日
③選考方法：	書類審査、面接　（日時は別途通知）
④必要書類：	後期研修願書（病院ホームページからダウンロード），推薦状（初期研修所属施設の先生に作成依頼），医師免許証コピー，臨床研修修了見込み証明書（初期研修所属施設より発行）
⑤連絡先：	〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1 東京医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野 専攻医応募担当：　本橋　玲 電話 03-3342-6111（内線 5788），FAX　03-3346-9275 E-MAIL：　rav-a@tokyo-med.ac.jp

III. 東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野専門研修プログラム

1. プログラムの概要

目的：　「標準的な診療技能を習得した耳鼻咽喉科専門医の育成」
　　「医療人・科学者たるべき意識・思考の根幹の形成」

現代の医師に求められているのは、「人格」と「幅広い知識と医療技能の習得」である。耳鼻咽喉科・頭頸部外科領域の疾患の対象となる患者は老若男女に幅広く存在し、外科的技能のみならず内科的思考も必要とされる。

東京医科大学の校是は「正義・友愛・奉仕」である。東京医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野専門研修プログラム（以下、本研修プログラム）では、人間愛と奉仕の精神に基づいた医療の中で医師としての人格の涵養に努める。臨床では、耳，鼻・副鼻腔，口腔咽喉頭，頭頸部の全ての領域において医療の進歩に応じた知識・医療技能の習得に努める。学術では、臨床や研究で得られた知見を学会発表や論文という形に昇華させる科学者としての能力の習得に努める。

2. 本研修プログラムの特長

a. 沿革：　平成 28 年、東京医科大学は創立 100 周年を迎えた。耳鼻咽喉科学分野の開講は大学創立と同年で、当科は開講 100 年の歴史を持つ。

b. 立地：　専門研修基幹施設は東京医科大学病院であり、「西新宿」に位置している。この立地により、東京都区内は元より、多摩地域、埼玉県、神奈川県、など各方面から多数の患者が受診する。専門研修連携施設は東京医科大学茨城医療センター（阿見町，茨城県），東京医科大学八王子医療センター（八王子市，東京都），戸田中央総合病院（戸田市，埼玉県），厚生中央病院（目黒区，東京都），新座志木中央総合病院（新座市，埼玉県）の 5 施設で、各地域に根差したバラエティーに富んだ研修が可能である。また聖マリアンナ医科大学病院（神奈川）、群馬大学医学部附属病院（群馬）の 2 か所の研修基幹施設とも連携している。

c. 専門性：　耳鼻咽喉科はその中でも専門性が多岐にわたる。専門研修基幹施設では、午後に専門外来を設けている。各分野で専門性の高い医療の研修が可能である。専門研修連携施設にもそれぞれの専門を活かした指導を行える指導医が派遣されていて、その下で研修を積むことで理解はより一層深まる。

I. 耳鼻咽喉科専門医

1. 耳鼻咽喉科専門医の定義

- 耳鼻咽喉科領域における適切な教育を受けている。
- 耳鼻咽喉科領域の疾患に対し、外科的・内科的視点と確かな技能をもって診断治療を行える。
- 必要に応じて他科との連携ができる。
- 社会的に信頼される良質かつ安全な標準的医療を提供できる。
- 医療の発展に寄与する意識と、知識および技能を有する。

2. 耳鼻咽喉科専門医の使命

耳鼻咽喉科専門医として責任を果たすことができる十分な倫理観と知識・技能・責任感を持ち、耳鼻咽喉科領域の疾患を外科的内科的視点と技術をもって扱う。必要に応じて他科と協力しあって治療を行う。社会に対して良質かつ安全で標準的な医療を提供するとともに、さらなる医療の発展にも寄与する。
これらが耳鼻咽喉科専門医の使命である。

3. 耳鼻咽喉科専門医の認定と登録

次の各号のいずれにも該当し専門医審査に合格したものが、専門医機構によって専門医と認定される。

- 日本国の医師免許を有する者。
- 臨床研修終了登録証を有する者（第 99 回以降の医師国家試験合格者のみ該当）。
- 認可された専門医機構耳鼻咽喉科専門研修プログラムを終了したもの。
- 専門医機構による専門医試験に合格した者。

豊富な症例数と専門性の高い医療により、質・量ともに十分な研修を積めるプログラムとなっている。

3. 専門研修基幹施設および専門研修連携施設の概要

群		施設名	所在地	指導医数
専門研修基幹施設		東京医科大学病院	新宿区，東京都	12
専門研修連携施設	①	東京医科大学茨城医療センター	阿見町，茨城県	2
	②	東京医科大学八王子医療センター	八王子市，東京都	2
	③	戸田中央病院	戸田市，埼玉県	0
	④	厚生中央病院	目黒区，東京都	1
	⑤	新座志木中央総合病院	新座市，埼玉県	1
	⑥	聖マリアンナ医科大学病院	川崎市，神奈川県	6
	⑦	群馬大学医学部附属病院	前橋市，群馬県	5

4. 専門研修指導医と専門領域

プログラム責任者	塚原 清彰	主任教授	頭頸部
指導管理責任者	塚原 清彰	主任教授	頭頸部
副責任者	大塚 康司	教授	鼻・副鼻腔

No.	氏名	所属	役職	指導担当分野
1	塚原 清彰	東京医科大学病院	主任教授	頭頸部
2	河野 淳	東京医科大学病院	教授	耳
3	大塚 康司	東京医科大学病院	教授	鼻・副鼻腔
4	清水 顕	東京医科大学病院	臨床准教授	頭頸部
5	稲垣 太郎	東京医科大学病院	准教授	耳
6	岡本 伊作	東京医科大学病院	准教授	頭頸部
7	本橋 玲	東京医科大学病院	講師	口腔咽喉頭
8	佐藤宏樹	東京医科大学病院	講師	頭頸部
9	矢富正徳	東京医科大学病院	講師	鼻・副鼻腔
10	井谷茂人	東京医科大学病院	助教	耳
11	岡田拓郎	東京医科大学病院	助教	頭頸部
12	太田陽子	東京医科大学病院	助教	耳
13	西山 信宏	東京医科大学茨城医療センター	臨床准教授・診療科長	耳
14	高田 大輔	東京医科大学茨城医療センター	臨床講師	鼻・副鼻腔
15	小川 恭生	東京医科大学八王子医療センター	教授・診療科長	耳
16	近藤 貞仁	東京医科大学八王子医療センター	講師	頭頸部
17	永井 賢子	厚生中央病院	医長	耳
18	内田 亮介	新座志木中央総合病院	部長	頭頸部
19	肥塚 泉	聖マリアンナ医科大学	教授	耳、鼻副鼻腔
20	谷口 雄一郎	聖マリアンナ医科大学	准教授	耳、鼻副鼻腔
21	宮本 康裕	聖マリアンナ医科大学	講師	口腔咽喉頭、頭頸部
22	赤澤 吉弘	聖マリアンナ医科大学	講師	口腔咽喉頭、頭頸部
23	春日井 滋	聖マリアンナ医科大学	講師	口腔咽喉頭、頭頸部
24	深澤 雅彦	聖マリアンナ医科大学	助教	口腔咽喉頭、頭頸部
25	近松 一朗	群馬大学医学部附属病院	教授	口腔咽喉頭、頭頸部
26	髙安 幸弘	群馬大学医学部附属病院	講師	耳、頭頸部
27	栄野 正人	群馬大学医学部附属病院	講師	口腔咽喉頭、頭頸部
28	新國 恭	群馬大学医学部附属病院	助教	鼻副鼻腔、頭頸部
29	桑原 幹夫	群馬大学医学部附属病院	助教	耳、鼻副鼻腔、口腔咽頭

手術症例数

	分野	術項目	目標数	施設合計数	割り当て専攻医数
助手または執刀	耳科手術	鼓膜形成術 鼓室形成術 乳突削開術 人工内耳 あぶみ骨手術 顔面神経減荷術	20例以上	454	22.7
	鼻科手術	内視鏡下鼻副鼻腔手術	40例以上	479	11.97
	口腔咽喉頭手術40例以上	扁桃摘出術	15例以上	557	37.1
		舌・口腔・咽喉腫瘍摘出術	5例以上	174	34.8
		喉頭微細手術,嚥下機能改善、誤嚥防止、音声機能改善手術	20例以上	203	10.15
	頭頸部腫瘍手術30例以上	頸部郭清術	10例以上	189	18.9
		頭頸部腫瘍摘出術	20例以上	299	14.95
術者として経験	扁桃摘出術		10例以上	557	55.7
	鼓膜チューブ挿入		10例以上	112	11.2
	喉頭微細手術		10例以上	133	13.3
	内視鏡下鼻副鼻腔手術		20例以上	479	23.95
	気管切開術		5例以上	91	18.2
	良性腫瘍摘出術		10例以上	176	17.6

5. 専攻医受入数

a. 基準： 各専攻医指導施設における専攻医受け入れ人数は専門研修指導医数、診療実績を基にして決定する。

- 専攻医受入は、専門研修指導医の数、専門研修基幹施設や専門研修連携施設の症例数、専攻医の経験症例数および経験執刀数が十分に確保されていなければ、専門研修を行うこと は不可能である。そのため専門研修基幹施設や専門研修連携施設の症例数、専攻医の経験症例数および経験執刀数から専攻医受入数を算定する。
- 専門研修指導医の数からの専攻医受入の上限については学年全体（4年間）で指導医1人に対し、専攻医3人を超えない。
- 専攻医の地域偏在が起こらないよう配慮する。

b. 本研修プログラムの専攻医受入数

- 専門研修指導医数を基にした上限： 13名
  18（全専門研修指導医数）×3（1人当たりの専攻医数）÷4（学年数）＝13.5
- 診療実績（手術症例数）を基にした上限： 10名
  手術症例数による「割り当て専攻医数」の最小値は10.15名であった。

以上より、10名の専攻医を募集する（東京都の人数制限により変更の可能性あり）。

6. 基本的研修プラン

本研修プログラムは、専門研修基幹研修施設および4つの専門研修連携施設を概ね1年毎にローテーションして行う。

a. 専攻医研修ローテーション

	1年目	2年目	3年目	4年目
基本プログラム Ⅰ	基幹	茨城医療センター または 八王子医療センター	戸田中央総合病院 厚生中央病院 新座志木中央総合病院	基幹／連携
基本プログラム Ⅱ	茨城医療センター または 八王子医療センター	基幹	戸田中央総合病院 厚生中央病院 新座志木中央総合病院	基幹／連携

1年目	専門研修基幹施設で医療人としての基本姿勢を身につける。 診察の基本，代表的な疾患への正しい対処法を習得し、耳鼻咽喉科医としての基礎を築く。 スペシャリストの手技を直接見て学ぶ。
2年目	東京医科大学茨城医療センターまたは東京医科大学八王子医療センターにて研修を行う。 大学病院特有の高度な専門性を有する疾患への対処の経験、都心以外の場所に位置する施設としての、各種疾患への初期対応の経験、主治医としての姿勢を身につける。
通常は基本プログラムⅠに沿った研修になる。 研修人数が多い場合、1年目と2年目のプログラムが入れ替わる場合もある（基本プログラムⅡ）。 （場合により2年目と3年目のプログラムも適宜入れ替えの可能性もあり）	
3年目	1-2 年目での経験をもとに、連携病院で研修を行う。 主治医として耳鼻咽喉科プライマリー疾患の診断および治療を責任をもって行う。 自ら治療方針をたて、手術執刀から術後管理まで行えるように研修を積む。 大学病院以外の研修で医師としての幅を広げるとともに、社会貢献・地域貢献への意識を高める。
4 年目	1-3 年目で習得してきた知識、技術を実践していくことで更にブラッシュアップする。 知識、技術を指導医のフィードバックを受けて咀嚼し直す。 専門医として独り立ちするために、多くの症例に主治医として対応していく。

オプションとして大学院入学を希望するものは、4年間を上限に大学院で学ぶことができる。大学院入学にあたっては各院の入学考査に合格する必要がある。また学費は自己負担とする。学会規定により、大学院通学中にも一定量の臨床に携わる場合には、研修期間としてカウントされる。臨床から完全に離れて大学院で学ぶ場合には、研修休止の扱いとなり、プログラム復帰時は休止時点から再開となる。留学に関して、当教室では国内および海外留学いずれも可能である。基本期間は 1-3 年で、その期間の研修プログラムは中断の扱いとなる。ただし、学会規定により一定量臨床に携わっている場合には研修期間としてカウントされる。また、留学へ派遣できる人数には限りがあるため、留学時期や行先は要相談となる。プログラム中断と復帰に関する詳細は「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」を参照のこと。

- 年始に、医局員およびOBを対象とした学術集会および懇親会を開催している。
- 年2回（4月，10月）、近隣医師を招き学術集会および懇親会を開催している。
  知識とともに地域との連携を深め、地域医療に貢献する。

b. 週間予定（専門研修基幹研修施設）

	8:00-9:00	9:00-12:00	13:00-17:00	17:00-18:00	18:00-19:00
月		診療	専門外来（難聴・嚥下）	カンファレンス（SAS）	
火			専門外来（めまい）	カンファレンス（めまい）	
水	症例検討会		専門外来（腫瘍）	カンファレンス（腫瘍）	cancer board
木	手術報告会		専門外来（アレルギー・音声）		医局会（抄読会）
金	カンファレンス（人工内耳）		専門外来（中耳炎・人工内耳）	カンファレンス（中耳炎）	
土		専門外来（SAS・難聴遺伝）			

手術日「月」・「火」・「木」・「金」

7. 到達目標

- 医師としてのプロ意識を持ち、全人的な医療を行うとともに社会的な視点も併せ持ち、リーダーとして医療チームを牽引していく能力を持つ。
- 耳・鼻副鼻腔・口腔咽喉頭・頭頸部領域に及ぶ疾患の標準的な診断、外科的内科的治療を行うことができる。
- 小児から高齢者に及ぶ患者を扱うことができる。
- 高度急性期病院から地域の医療活動まで幅広い重症度の疾患に対応できる。
- 耳鼻咽喉科・頭頸部外科領域の臨床研究、学術発表を行い、医学・医療のさらなる発展に貢献することができる。

a. 研修到達目標

専攻医は4年間の研修期間中に基本姿勢態度や耳，鼻・副鼻腔，口腔咽頭喉頭，頭頸部腫瘍の各領域の疾患について、定められた研修到達目標を達成しなければならない。年次別の研修到達目標を示す。以下項目に関して専門医にふさわしいレベルが求められる。

研修年度		1	2	3	4
基本姿勢・態度					
1	患者、家族のニーズを把握できる。	○	○	○	○
2	インフォームドコンセントが行える。		○	○	○
3	守秘義務を理解し、遂行できる。	○	○	○	○
4	他科と適切に連携ができる。	○	○	○	○
5	他の医療従事者と適切な関係を構築できる。	○	○	○	○
6	後進の指導ができる。			○	○
7	科学的根拠となる情報を収集し、それを適応できる。	○	○	○	○
8	研究や学会活動を行う。			○	○
9	科学的思考、課題解決型学習、生涯学習の姿勢を身につける。	○	○	○	○
10	医療事故防止および事故への対応を理解する。	○	○	○	○
11	インシデントリポートを理解し、記載できる。	○	○	○	○
12	症例提示と討論ができる。	○	○	○	○
13	学術集会に積極的に参加する。	○	○	○	○
14	医事法制・保険医療法規・制度を理解する。	○	○	○	○
15	医療福祉制度・医療保険・公費負担医療を理解する。	○	○	○	○
16	医の倫理・生命倫理について理解し、行動する。	○	○	○	○
17	医薬品などによる健康被害の防止について理解する。	○	○	○	○
18	感染対策を理解し実行できる。	○	○	○	○
19	医療連携の重要性とその制度を理解する。	○	○	○	○
20	医療経済について理解し、それに基づく診療実践ができる。	○	○	○	○
21	地域医療の理解と診療実践ができる（病診、病病連携、地域包括ケア、在宅医療、地方での医療経験）。		○	○	○

耳					
22	側頭骨の解剖を理解する。	○			
23	聴覚路、前庭系伝導路、顔面神経の走行を理解する。	○			
24	外耳・中耳・内耳の機能について理解する。	○			
25	中耳炎の病態を理解する。	○			
26	難聴の病態を理解する。	○			
27	めまい・平衡障害の病態を理解する。	○			
28	顔面神経麻痺の病態を理解する。	○			
29	外耳・鼓膜の所見を評価できる。	○	○		
30	聴覚検査を実施し、その所見を評価できる。	○	○		
31	平衡機能検査を実施し、その所見を評価できる。	○	○		
32	耳管機能検査を実施し、その所見を評価できる。	○	○		
33	側頭骨およびその周辺の画像（CT、MRI）所見を評価できる。	○	○	○	
34	人工内耳の仕組みと言語聴覚訓練を理解する。		○	○	○
35	難聴患者の診断ができる。			○	○
36	めまい・平衡障害の診断ができる。			○	○
37	顔面神経麻痺の患者の治療と管理ができる。			○	○
38	難聴患者の治療・補聴器指導ができる。			○	○
39	めまい・平衡障害患者の治療、リハビリテーションができる。			○	○
40	鼓室形成術の助手が務められる。	○	○		
41	アブミ骨手術の助手が務められる。	○	○		
42	人工内耳手術の助手が務められる。		○	○	○
43	耳科手術の合併症、副損傷を理解し、術後管理ができる。	○	○		

鼻・副鼻腔					
44	鼻・副鼻腔の解剖を理解する。	○			
45	鼻・副鼻腔の機能を理解する。	○			
46	鼻・副鼻腔炎の病態を理解する。	○			
47	アレルギー性鼻炎の病態を理解する。	○			
48	嗅覚障害の病態を理解する。	○			
49	鼻・副鼻腔腫瘍の病態を理解する。	○			
50	細菌・真菌培養、アレルギー検査を実施し、その所見を評価できる。	○			
51	鼻咽腔内視鏡検査を実施し、その所見を評価できる。	○			
52	嗅覚検査を実施し、その所見を評価できる。	○	○		
53	鼻腔通気度検査を実施し、その所見を評価できる。	○	○		
54	鼻・副鼻腔の画像（CT、MRI）所見を評価できる。	○	○	○	
55	鼻・副鼻腔炎の診断ができる。	○	○		
56	アレルギー性鼻炎の診断ができる。	○	○		
57	鼻・副鼻腔腫瘍の診断ができる。	○	○		
58	顔面外傷の診断ができる。	○	○		
59	鼻中隔矯正術、下鼻甲介手術が行える。	○	○		
60	鼻茸切除術・篩骨洞手術・上顎洞手術などの副鼻腔手術が行える。		○	○	○
61	鼻・副鼻腔腫瘍手術の助手が務められる。	○	○		
62	鼻出血の止血ができる。	○	○	○	○
63	鼻科手術の合併症、副損傷を理解し、術後管理ができる。	○	○		
64	鼻骨骨折、眼窩壁骨折などの外科治療ができる。		○	○	○

口腔咽喉頭					
65	口腔、咽頭、唾液腺の解剖を理解する。	○			
66	喉頭、気管、食道の解剖を理解する。	○			
67	扁桃の機能について理解する。	○			
68	摂食、咀嚼、嚥下の生理を理解する。	○			
69	呼吸、発声、発語の生理を理解する。	○			
70	味覚障害の病態を理解する。	○			
71	扁桃病巣感染の病態を理解する。	○			
72	睡眠時呼吸障害の病態を理解する。	○	○		
73	摂食・咀嚼・嚥下障害の病態を理解する。	○	○		
74	発声・発語障害の病態を理解する。	○	○		

75	呼吸困難の病態を理解する。	○	○		
76	味覚検査を実施し、その所見を評価できる。	○	○		
77	喉頭内視鏡検査を実施し、その所見を評価できる。	○	○		
78	睡眠時呼吸検査の結果を評価できる。	○	○	○	
79	嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査を実施し、その所見を評価できる。	○	○	○	
80	喉頭ストロボスコープ検査、音声機能検査を実施し、その所見を評価できる。	○	○	○	
81	口蓋扁桃摘出術、アデノイド切除術ができる。	○	○		
82	咽頭異物の摘出ができる。	○	○		
83	睡眠時呼吸障害の治療方針が立てられる。		○	○	○
84	嚥下障害に対するリハビリテーションや外科的治療の適応を判断できる。			○	○
85	音声障害に対するリハビリテーションや外科的治療の適応を判断できる。			○	○
86	喉頭微細手術を行うことができる。	○	○		
87	緊急気道確保の適応を判断し、対処できる。		○	○	○
88	気管切開術とその術後管理ができる。	○	○		

頭頸部腫瘍					
89	頭頸部の解剖を理解する。	○			
90	頭頸部の生理を理解する。	○			
91	頭頸部の炎症性および感染性疾患の病態を理解する。	○			
92	頭頸部の先天性疾患の病態を理解する。	○			
93	頭頸部の良性疾患の病態を理解する。	○			
94	頭頸部の悪性腫瘍の病態を理解する。	○			
95	頭頸部の身体所見を評価できる。	○	○		
96	頭頸部疾患に内視鏡検査を実施し、その結果が評価できる。	○	○		
97	頭頸部疾患に対する血液検査の適応を理解し、その結果を評価できる。	○	○		
98	頭頸部疾患に対する画像診断の適応を理解し、その結果を評価できる。	○	○		
99	頭頸部疾患に病理学的検査を行い、その結果を評価できる。	○	○		
100	頭頸部悪性腫瘍のTNM分類を判断できる。	○	○		
101	頭頸部悪性腫瘍に対する予後予測を含め、適切な治療法の選択ができる。			○	○
102	頸部膿瘍の切開排膿ができる。			○	○
103	良性の頭頸部腫瘍摘出(リンパ節生検を含む)ができる。	○		○	
104	早期頭頸部癌に対する手術ができる。			○	○
105	進行頭頸部癌に対する手術(頸部郭清術を含む)の助手が務められる。	○	○	○	○
106	頭頸部癌の術後管理ができる。	○	○	○	○
107	頭頸部癌に対する放射線治療の適応を判断できる。			○	○
108	頭頸部癌に対する化学療法の適応を理解し、施行できる。			○	○
109	頭頸部癌に対する支持療法の必要性を理解し、施行できる。			○	○
110	頭頸部癌治療後の後遺症を理解し対応できる。			○	○

b. 症例経験

専攻医は 4 年間の研修期間中に以下の疾患について、外来あるいは入院患者の管理を受け持ち医として実際に診療経験しなければならない。なお、手術や検査症例との重複は可能である。年次別の症例経験基準を示す。

① 疾患の管理経験	以下の領域の疾患について、外来・入院患者の管理経験を主治医ないし担当医(受け持ち医)として実際に経験し指導医の指導監督を受ける。	基準症例数	研修年度			
			1	2	3	4
難聴・中耳炎		25例以上	10	5	5	5
めまい・平衡障害		20例以上	5	5	5	5
顔面神経麻痺		5例以上	2	2	1	
アレルギー性鼻炎		10例以上	5	5		
副鼻腔炎		10例以上	5	5		
外傷、鼻出血		10例以上	5	5		
扁桃感染症		10例以上	5	5		
嚥下障害		10例以上	2	2	2	4
口腔咽頭腫瘍		10例以上	3	3	2	2
喉頭腫瘍		10例以上	3	3	2	2
音声・言語障害		10例以上	2	2	2	4
呼吸障害		10例以上	3	3	4	
頭頸部良性腫瘍		10例以上	3	3		4
頭頸部悪性腫瘍		20例以上	6	6		8
リハビリテーション	(難聴 めまい・平衡障害, 顔面神経麻痺, 音声・言語, 嚥下	10例以上	2	2	2	4
緩和医療		5例以上	1	1	1	2

② 基本的手術手技の経験	術者または助手として経験する。(①の症例との重複可)	基準症例数	研修年度			
			1	2	3	4
耳科手術	鼓膜形成術、鼓室形成術、乳突削開術、人工内耳、アブミ骨手術、顔面神経減荷術	20例以上	5	5	5	5
鼻科手術	内視鏡下鼻副鼻腔手術	40例以上	10	10	10	10
口腔・咽頭・喉頭手術(合計40例以上)	扁桃摘出術	15例以上	10	5		
	舌、口腔、咽頭腫瘍摘出術	5例以上	2	2		1
	喉頭微細手術、嚥下機能改善、誤嚥防止、音声機能改善手	20例以上	5	5	5	5
頭頸部腫瘍手術(合計30例以上)	頸部郭清術	10例以上	4			6
	頭頸部腫瘍摘出術 (唾液腺、喉頭、頭部腫瘍等)	20例以上	2	3	5	10

③ 個々の手術経験	術者として経験する。(①, ②との重複可。)	術者としての経験症例数	研修年度			
			1	2	3	4
扁桃摘出術		10例以上	5	5		
鼓膜チューブ挿入術		10例以上	5	5		
喉頭微細手術		10例以上	2	2	2	4
内視鏡下鼻副鼻腔手術		20例以上		5	5	10
気管切開術		5例以上	1	2	2	
良性腫瘍摘出術	(リンパ節生検を含む。)	10例以上	1	2	3	4

【1 年目】

- 研修施設： 東京医科大学病院
- 期間： 平成 32 年 4 月 1 日～平成 33 年 3 月 31 日
- 一般目標： 耳鼻咽喉科医としての基本的臨床能力および医療人としての基本的姿勢を身につける。このために、代表的な疾患や主要徴候に適切に対処できるための知識，技能，診療態度および臨床問題解決能力の習得と人間性の向上に努める。
- 行動目標： 基本姿勢・態度
  研修到達目標（基本姿勢・態度）：#1,3-5,7,9-20
  基本的知識・診断・治療
  研修到達目標（耳）：#22-33
  研修到達目標（鼻・副鼻腔）：#44-59,61-63
  研修到達目標（口腔咽喉頭）：#65-82
  研修到達目標（頭頸部腫瘍）： #87-100,103-106
- 経験すべき手術・治療など： 術者あるいは助手を務めることができる。
  耳科手術（鼓膜切開術、鼓膜チューブ挿入術、鼓室形成術、人工内耳手術など）
  鼻科手術（鼻中隔矯正術、下鼻甲介切除術、内視鏡下鼻副鼻腔手術など）
  口腔・咽頭・喉頭手術（口蓋扁桃摘出術、アデノイド切除術、舌・口腔・咽頭腫瘍摘 出術、喉頭微細手術など）
  頭頸部腫瘍手術（気管切開術、頸部リンパ節生検、頸部郭清術、頭頸部腫瘍摘出術など）
  緩和医療
- 経験すべき検査：
  聴覚検査（純音聴力検査、語音聴力検査、ティンパノメトリー、自記オージオメトリー 検査、耳音響放射検査、幼児聴力検査）
  平衡機能検査（起立検査、頭位および頭位変換眼振検査、温度眼振検査、視運動性眼振 検査、視標追跡検査、重心動揺検査）
  耳管機能検査
  鼻アレルギー検査（鼻汁好酸球検査、皮膚テストまたは誘発テスト、血液検査）
  嗅覚検査（静脈性嗅覚検査、基準嗅覚検査
  鼻腔通気度検査
  中耳・鼻咽腔・喉頭内視鏡検査
  味覚検査（電気味覚検査またはろ紙ディスク法）
  音声検査（喉頭ストロボスコープ検査、音声機能検査、音響分析検査）
  超音波検査（頭部、唾液腺、甲状腺）、穿刺吸引細胞診（頭部、唾液腺、甲状腺）
  嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査

- 研修内容： 専攻医は入院患者の管理を行う。外来診療の基本を学ぶ。
  症例検討会（水曜日・朝），手術報告会（木曜日・朝），医局会（木曜日・夜）に出席する。
  各専門班のカンファレンスに適宜参加する。
  医療倫理，医療安全，感染対策，等の講習会に出席する。
  学会または研修会に参加する。

【2 年目】

- 研修施設： 東京医科大学茨城医療センターまたは東京医科大学八王子医療センター
- 期間： 平成 33 年 4 月 1 日～平成 34 年 3 月 31 日
- 一般目標： 大学附属病院でさまざまな疾患を経験し、病棟管理や手術のマネージメントなどを身につけていく。学会発表なども経験する。
- 行動目標： 基本姿勢・態度
  研修到達目標（基本姿勢・態度）：#1-5,7.9.21
  基本的知識・診断・治療
  研修到達目標（耳）：#29-34,40-43
  研修到達目標（鼻・副鼻腔）：#52-64
  研修到達目標（口腔咽喉頭）：#72-83,86-88
  研修到達目標（頭頸部）：#95-100,103,105,106
- 経験すべき手術など： 術者あるいは助手を務めることができる。
  耳科手術（鼓膜切開術、鼓膜チューブ挿入術、鼓室形成術、人工内耳手術など）鼻科手術（鼻中隔矯正術、下鼻甲介切除術、内視鏡下鼻副鼻腔手術など）
  口腔・咽頭・喉頭手術（口蓋扁桃摘出術、アデノイド切除術、舌・口腔・咽頭腫瘍摘 出術、喉頭微細手術など）
  頭頸部腫瘍手術（気管切開術、頸部リンパ節生検、頭頸部腫瘍摘出術など）
  緩和医療
- 経験すべき検査： 自ら行い、結果を理解できるように努める。
  聴覚検査、平衡機能検査、鼻アレルギー検査、鼻咽腔・喉頭内視鏡査、嗅覚検査、味覚検査、超音波（エコー）検査（頭部、唾液腺、甲状腺）、穿刺吸引細胞診（頭部、唾液腺、 甲状腺）、嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査など
- 研修内容： 耳鼻咽喉科のプライマリー疾患の診断・対応について自身で判断できることを目指す。専攻医は指導医とともに、外来診療と病棟診療を行う。
  夜間や休日の当直を行い、各種の救急疾患に対応する。
  症例検討会（水曜日・朝），手術報告会（木曜日・朝），医局会（木曜日・夜）に出席する。
  各専門外来をローテートする。各専門班のカンファレンスに適宜参加する。

医療倫理，医療安全，感染対策，等の講習会に出席する。
学会または研修会に参加し、日耳鼻が定めた学会において１回以上発表を行う。

【3 年目】
- 研修施設：　戸田中央総合病院、厚生中央病院、新座志木中央総合病院
- 期間：　平成 34 年 4 月 1 日～平成 35 年 3 月 31 日
- 一般目標：　地域の中核病院において、耳鼻咽喉科領域のプライマリー疾患に対する診断および治療の実地経験を積む。また、各種の耳鼻咽喉科疾患に対する実地経験を深め、自らが診断および治療方針決定を行う。院内および院外との連携をとるとともに、他科医師や コメディカル、その他の病院スタッフとのチーム医療を実践する。
- 行動目標：　基本姿勢・態度
  研修到達目標（基本姿勢・態度）：#1-21
  基本的知識・診断・治療
  研修到達目標（耳）：#33-39,42
  研修到達目標（鼻・副鼻腔）：#54-60,62,64
  研修到達目標（口腔咽喉頭）：#78-80,83-85,87
  研修到達目標（頭頸部）：#101-110
- 経験すべき手術など：　術者あるいは助手を務めることができる。
  耳科手術（鼓室形成術、アブミ骨手術など）
  鼻科手術（鼻中隔矯正術、下鼻甲介切除術、内視鏡下鼻副鼻腔手術など）
  口腔・咽頭・喉頭手術（口蓋扁桃摘出術、舌・口腔・咽頭腫瘍摘出術、喉頭微細手術、　嚥下機能改善、誤嚥防止、音声機能改善手術など）
  頭頸部腫瘍手術（気管切開術、頸部リンパ節生検、頸部良性腫瘍摘出術、頭頸部腫瘍　摘出術など）
- 経験すべき検査：
  聴覚検査、平衡機能検査、鼻アレルギー検査、鼻咽腔・喉頭内視鏡査、嗅覚検査、味覚検査、超音波（エコー）検査（頸部、唾液腺、甲状腺）、穿刺吸引細胞診（頸部、唾液腺、　甲状腺）、嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査など。
- 研修内容：　耳鼻咽喉科のプライマリー疾患の診断と対応、および鼻科・口腔・咽頭・喉頭手術経験を積むことに重点を置く。専攻医は指導医とともに外来診療と病棟診療を行い、チーム医療を実践する。
  夜間や休日の当直を行い、各種の救急疾患に対応する。
  症例検討会（水曜日・朝），手術報告会（木曜日・朝），医局会（木曜日・夜）に出席する。
  各専門外来のローテートを進める。各専門班のカンファレンスに適宜参加する。
  医療倫理，医療安全，感染対策，等の講習会に出席する。

学会または研修会に参加し、日耳鼻が定めた学会において１回以上発表を行う
【4 年目】
- 研修施設：　東京医科大学病院または専門研修連携施設
- 期間：　平成 35 年 4 月 1 日～平成 36 年 3 月 31 日
- 一般目標：　人間愛と奉仕の精神に基づいて良質な医療を実践する。
  代表的な耳鼻咽喉科疾患に対する診断および治療、特に耳科手術・鼻副鼻腔手術・音声改善手術・頭頸部腫瘍手術などに対する手術経験を積むとともに、より専門性の高い診療の実地経験も深める。これまで習得した知識、技能、態度および臨床問題解決法を発展させ、耳鼻咽喉科専門医としてふさわしい知識と診療能力を身につける。
  臨床研究は、学術発表のみでなく論文として完結させ、医学・医療のさらなる発展に貢献することができる。高い倫理観と豊かな人間性を持ち、専門医として人類の福祉と幸せの実現に貢献できる優れた医療人となることを目指す。
- 行動目標：　基本姿勢・態度
  研修到達目標:#1-21
  基本的知識・診断・治療
  研修到達目標（耳）：#31-40
  研修到達目標（鼻・副鼻腔）：#34-39,42
  研修到達目標（口腔咽喉頭）：#83-85,87
  研修到達目標（頭頸部）：#101-110
- 経験すべき治療など：　術者あるいは助手を務めることができる。
  耳科手術（鼓膜切開術、鼓膜チューブ挿入術、鼓室形成術、人工内耳手術など）鼻科手術（鼻中隔矯正術、下鼻甲介切除術、内視鏡下鼻副鼻腔手術など）
  口腔・咽頭・喉頭手術（舌・口腔・咽頭腫瘍摘出術、喉頭微細手術、嚥下機能改善、誤嚥防止、音声機能改善手術など）
  頭頸部腫瘍手術（頸部郭清術、頸部リンパ節生検、頭頸部腫瘍摘出術など）
- 経験すべき検査：
  超音波（エコー）検査（頸部、唾液腺、甲状腺）、穿刺吸引細胞診（頸部、唾液腺）、嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査、中耳機能検査（鼓膜穿孔閉鎖検査）、補聴器適合検査、顔面神経予後判定（NET、ENoG）
- 研修内容：　専攻医は入院患者の管理および外来患者の診療を行う。
  症例検討会（水曜日・朝），手術報告会（木曜日・朝），医局会（木曜日・夜）に出席する。
  各専門外来のローテートを進める。各専門班のカンファレンスに適宜参加する。
  医療倫理，医療安全，感染対策，等の講習会に出席する。学会または研修会に参加する。
  学会または研修会に参加し、日耳鼻が定めた学会において年 1 回以上発表を行う

筆頭著者として学術雑誌に１編以上の論文を執筆する。

8. 学術活動

リサーチマインドの養成および学術活動に関する研修計画を立てる。
専門研修中、以下の事を習得し、研修中に論文の執筆、学会発表を行う。

- 科学的根拠となる情報を収集し、それを適応できること。
- 研究や学会発表、論文執筆を行う。
- 科学的思考、課題解決型学習、生涯学習の姿勢を身につける。
- 学術集会に積極的に参加する。

論文：　筆頭著者として１編以上の学術論文を執筆する。
学会発表：　日本耳鼻咽喉科学会ならびに関連学会で３回以上の学術発表を行う。

9. 研修方略

a. 専門研修プログラムでの研修
専攻医は専門研修カリキュラムに基づいて、当該研修委員会が設定した専門研修プログラムで研修を行う。これにより、系統だった偏りのない研修が行える。

b. 臨床現場での学習（On the Job Training）
臨床現場における日々の診療が最も大切な研修であり、専門研修施設内で専門研修指導医のもとで行う。カンファレンスや抄読会、助手として経験した症例でも詳細な手術録を記録する等の活動も積極的に行う。

c. 臨床現場を離れた学習（Off the Job Training）
臨床現場以外の環境で学ぶ。例として、医師としての倫理性、社会性に関する職場外研修や知識獲得のための学術活動を行う。国内外の学会や講習会への参加、医療倫理に関する講習会や医療安全セミナー、リスクマネージメント講習会、感染対策講習会等へも積極的に参加し記録する。

d. 自己学習
自己学習は、生涯学習の観点から重要な方法である。これによって学習すべき内容を明確にできる。学会発行の学術誌やガイドライン、英文雑誌（Auris Nasus Larinx 等）を活用する。

10. 研修評価

a. 形成的評価
① 研修内容の改善を目的として、研修中の専攻医の不足分を明らかにし、フィードバックするために随時行われる評価である。
② 専攻医は研修状況を研修記録簿に随時記録し、専門研修指導医が評価を行う。

b. 包括的評価
① 専門研修プログラムにおいて、専攻医の目標達成度を総括的に把握するため研修の節目で行われる評価である。実績管理とレビューのシステムで、3 か月毎に指導医と、6 か月毎にプログラム責任者または副責任者と、研修状況について相互に評価しあう。
② 評価内容は、医師としての倫理性・社会性、知識、診療技術、手術の到達度、学術活動についてである。
③ 専門研修終了時に、プログラム統括責任者が総括的な評価を行い、専攻医の研修終了を認定する。
④ 評価基準は、4：とても良い，3：良い，2：ふつう，1：これでは困る，0：経験していない・評価できない・わからない，の 5 段階である。

c. その他
① 専攻医に対する評価は、専門研修指導医によるものだけではなく多職種からの評価が考慮される。本プログラムでは、現場の言語聴覚士・臨床検査技師等からの評価も考慮する。
② 専攻医による専門研修指導医の評価も実施する。
③ 専攻医による専門研修プログラムに対する評価を行う。
④ 専門研修プログラム管理委員会（主任教授、教授、医局長、プログラム担当者から成る）を設置し、専門研修指導医、専門研修プログラムに対する評価を活用してプログラムの改良に努める。
⑤ 評価の記録は、医局内の独立したパソコンにパスワードを設定して厳重に保存する。万が一の事態にそなえ、外部接続のハードディスクおよび、独立した記録メディアにも同データを保存し、厳重に保管する。
⑥ 研修年度末に、研修記録簿を専門研修委員会に提出する。

11. 専門研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件

a. 専門研修の休止

専門研修休止の理由として認めるものは、傷病、妊娠、出産、育児、その他正当な理由（専門研修プログラムで定められた年次休暇を含む）とする。

- 必要履修期間等についての基準： 研修期間（4年間）を通じた休止期間の上限は90日（研修機関（施設）において定める休日は含めない）とする。
- 休止期間の上限を超える場合の取扱い： 専門研修期間終了時に当該専攻医の研修の休止期間が90日を超える場合には未修了とする。この場合、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、90日を超えた日数分以上の日数の研修を行うことが必要である。また、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。
- その他： プログラム責任者は、研修休止の理由の正当性を判定し履修期間の把握を行うべきである。専攻医が修了基準を満たさなくなる恐れがある場合には事前に対策を講じ、当該専攻医があらかじめ定められた専門研修期間内に研修を修了できるように努めるべきである。

b. 専門研修の中断，未修了

専門研修プログラムを提供しているプログラム責任者及び研修プログラム管理委員会には、あらかじめ定められた研修期間内に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。やむを得ず専門研修の中断や未修了の検討を行う際には、プログラム責任者及び研修プログラム管理委員会は当該専攻医及び専門研修指導関係者と十分話し合い、当該専攻医の研修に関する正確な情報を十分に把握する必要がある。さらに専攻医が専門研修を継続できる方法がないか検討し、専攻医に対し必要な支援を行う必要がある。これらを通じて、中断・未修了という判断に至る場合にも当該専攻医が納得するよう努めるべきである。なお、この様な場合においては、経緯や状況等の記録を残しておくべきである。また、必要に応じて事前に日本専門医機構に相談をするべきである。

① 専門研修の中断： 現に専門研修を受けている専攻医について専門研修プログラムに定められた研修期間の途中で専門研修を中止することをいうものであり、原則として 専門研修プログラムを変更して専門研修を再開することを前提としたものである。「専攻医が専門研修を継続することが困難であると研修プログラム管理委員会が評価、勧告した場合」、「専攻医からプログラム責任者に申し出た場合」の2通りの基準がある。

プログラム責任者は、当該専攻医の求めに応じて、速やかに、当該専攻医に対して専門研修中断証を交付しなければならない。この時、プログラム責任者は、専攻医の求めに応じて、他の専門研修プログラムを紹介する等、専門研修の再開のための支援を行う必要がある。また、プログラム責任者は中断した旨を日本専門医機構に報告する必要がある。

専門研修の再開専門研修を中断した者は、自己の希望する専門研修プログラムに、専門研修中断証を添えて、専門研修の再開を申し込むことができるが、研修再開の申し込みを受けたプログラム責任者は、研修の修了基準を満たすための研修スケジュール等を日本専門医機構に提出する必要がある。

② 専門研修の未修了： 専攻医の研修期間の終了に際する評価において、専攻医が専門研修の修了基準を満たしていない等の理由により、プログラム責任者が当該専攻医の専門研修を修了したと認めないことをいうものであり、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うことを前提としたものである。

当該専攻医は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継続することとなるが、その場合には、専門研修プログラムの定員を超えてしまう事もあり得ることから、指導医1人当たりの専攻医数や専攻医1人当たりの症例数等について、専門研修プログラムに支障を来さないよう、十分な配慮が必要である。また、この時、プログラム責任者は、当該専攻医が専門研修の修了基準を満たすための研修スケジュールを日本専門医機構に提出する必要がある。

c. プログラム移動

① 同一領域（耳鼻咽喉科領域）内での移動

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有り、日本専門医機構の審査を受け認可された場合は、耳鼻咽喉科領域の他の研修プログラムに移動できる。

② 他領域への移動

新しく希望領域での専門研修プログラムに申請し、専門研修を新たに開始する。

d. プログラム外研修の条件

① 留学、診療実績のない大学院の期間は研修期間にカウントできない。その期間については休止の扱いとする。

② 同一領域（耳鼻咽喉科領域）での留学，大学院で診療実績のあるものについては、その指導、診療実績を証明する文書の提出を条件とし、プログラム責任者の理由書を添えて日本専門医機構に提出、当該領域での審査を受けて認められれば、研修期間にカウントできる。

IV. 専門研修管理委員会

1. 専門研修管理委員会の設置

専門研修基幹施設である東京医科大学病院には、耳鼻咽喉科専門研修プログラム管理委員会と、統括責任者を置く。専門研修連携施設群には、専門研修連携施設担当者と委員会組織が置かれる。東京医科大学病院耳鼻咽喉科専門研修プログラム管理委員会は、統括責任者（委員長）、副委員長、事務局代表者、研修指導責任者、および担当委員で構成される。研修プログラムの改善へ向けての会議には専門医取得直後の若手医師代表が加わり、専門研修プログラム管理委員会は、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と、専門研修プログラムの継続的改良を行うなど以下の役割と権限を持つ。

- 専門研修プログラムの作成を行う。
- 基幹研修施設、連携施設において、専攻医が予定された十分な手術経験と学習機会が得られているかについて評価し、個別に対応法を検討する。
- 適切な評価の保証を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とともに行う。
- 修了判定の評価を委員会で行う。

本委員会は年 1 回の研修到達目標の評価を目的とした定例管理委員会に加え、研修施設の管理者やプログラム統括責任者が研修に支障を来す事案や支障をきたしている専攻医の存在などが生じた場合、必要に応じて適宜開催する。

2. 専攻医の就業環境について

専門研修基幹施設および連携施設の耳鼻咽喉科・頭頸部外科責任者は専攻医の労働環境改善に努める。専攻医の勤務時間、休日、当直、給与などの勤務条件については、労働基準法を遵守し、各施設の労使協定に従う。さらに、専攻医の心身の健康維持への配慮、当直業務と夜間診療業務の区別とそれぞれに対応した適切な対価を支払うこと、バックアップ体制、適切な休養などについて、勤務開始の時点で説明を行う。

研修年次毎に専攻医および指導医は専攻医指導施設に対する評価も行い、その内容は東京医科大学病院専門研修管理委員会にて検討され、労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれる。

3. 専門研修プログラムの改善方法

本研修プログラムでは専攻医からのフィードバックを重視して専門研修プログラムの改善を行う。

a. 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

専攻医は年次毎に指導医，専攻医指導施設，専門研修プログラムに対する評価を行う。

指導医も専攻医指導施設、専門研修プログラムに対する評価を行う。

専攻医や指導医等からの評価は、研修プログラム管理委員会に提出され、研修プログラム管理委員会は研修プログラムの改善に役立てていく。

このようなフィードバックによって専門研修プログラムをより良いものに改善していく。専門研修プログラム管理委員会は必要と判断した場合、専攻医指導施設の実地調査および指導を行う。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、毎年3月31日までに日本専門医機構の耳鼻咽喉科専門研修委員会に報告する。

b. 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

専門研修プログラムに対して日本専門医機構からサイトビジット（現地調査）が行われる。その評価にもとづいて専門研修プログラム管理委員会で研修プログラムの改良を行っていく。専門研修プログラム更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構の耳鼻咽喉科研修委員会に報告する。

4. 終了判定について

4年間の研修期間における年次毎の評価表および4年間の実地経験目録にもとづいて、知識・技能・態度が専門医試験を受けるのにふさわしいものであるかどうか、症例経験数が日本専門医機構の耳鼻咽喉科領域研修委員会が要求する内容を満たしているものであるかどうかを、専門医認定申請年(4年目あるいはそれ以後)の3月末に研修プログラム統括責任者または研修連携施設担当者が研修プログラム管理委員会において評価し、研修プログラム統括責任者が修了の判定をする。

5. 専攻医が修了判定に向けて行うべきこと

専攻医は専門研修プログラム統括責任者の修了判定を受けた後、日本専門医機構の耳鼻咽喉科専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行う。また、他職種評価として、言語聴覚士や臨床検査技師等医師以外のメディカルスタッフ1名以上からの評価も受ける。

V. 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

東京医科大学病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科は以下の専門研修基幹施設認定基準を満たしている。

- 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病院であること。
- プログラム統括責任者１名と専門研修指導医４名以上が配置されていること。
  ただし、プログラム統括責任者と専門研修指導医の兼務は可とする。
- 原則として年間手術症例数が 200 件以上あること。
- 他の診療科とのカンファランスが定期的に行われていること。
- 専門研修プログラムの企画、立案、実行を行い、専攻医の指導に責任を負えること。
- 研修連携施設を指導し、研修プログラムに従った研修を行うこと。
- 臨床研究・基礎研究を実施し、公表した実績が一定数以上あること。
- 施設として医療安全管理、医療倫理管理、労務管理を行う部門を持つこと。
- 施設実地調査（サイトビジット）による評価に対応できる体制を備えていること。

2. 専門研修連携施設

本研修プログラムの施設群を構成する連携病院は以下の条件を満たし、かつ、当該施設の専門性および地域性から専門研修基幹施設が作成した専門研修プログラムに必要とされる施設である。

- 専門性および地域性から当該研修プログラムで必要とされる施設であること。
- 専門研修基幹施設が定めた研修プログラムに協力して、専攻医に専門研修を提供すること。
- 指導管理責任者(専門研修指導医の資格を持った診療科長ないしはこれに準ずる者）１名と専門研修指導医 1 名以上が配置されていること。ただし、専門研修指導管理責任者と専門研修指導医の兼務は可とする。
- 症例検討会を行っている。
- 指導管理責任者は当該研修施設での指導体制、内容、評価に関し責任を負う。
- 地域医療を研修する場合には３カ月を限度として、専門医が常勤する１施設に限って病院群に参加することができる。

3. 専門研修施設群の構成要件

本研修プログラムの専門研修施設群は、専門研修基幹施設と専門研修連携施設が効果的に協力して一貫した指導を行うために以下の体制を整える。

- 専門研修が適切に実施・管理できる体制である。
- 専門研修施設は一定以上の診療実績と専門研修指導医を有する。
- 研修到達目標を達成するために専門研修基幹施設と専門研修連携施設ですべての専門研修項目をカバーできる。
- 専門研修基幹施設と専門研修連携施設の地理的分布に関しては、地域性も考慮し都市圏に集中することなく地域全体に分布し、地域医療を積極的に行っている施設を含む。
- 専門研修基幹施設や専門研修連携施設に委員会組織を置き、専攻医に関する情報を最低６カ月に一度共有する。

4. 専門研修施設群の地理的範囲

本研修プログラムの専門研修施設群は東京都、埼玉県、茨城県に広がる施設群である。また神奈川、群馬の大学病院とも連携している。

5. 専攻医受入数についての基準

各専攻医指導施設における専攻医受け入れ人数は専門研修指導医数、診療実績を基にして決定する。

- 専攻医受入は、専門研修指導医の数、専門研修基幹施設や専門研修連携施設の症例数、専攻医の経験症例数および経験執刀数が十分に確保されていなければ、専門研修を行うことは不可能である。そのため専門研修基幹施設や専門研修連携施設の症例数、専攻医の経験症例数および経験執刀数から専攻医受入数を算定する。
- 専門研修指導医の数からの専攻医受入の上限については学年全体（4 年間）で指導医１人に対し、専攻医３人を超えない。
- 専攻医の地域偏在が起こらないよう配慮する。

6. 診療実績基準

本研修プログラムにおいては、以下の診療実績基準を満たし、プログラム参加施設の合計として以下の手術件数および診療件数（年間平均）を有する。

a. 手術件数基準
- 年間 400 件以上の手術件数
- 頭頸部外科手術　　年間 50 件以上
- 耳科手術（鼓室形成術等）　　年間 50 件以上
- 鼻科手術（鼻内視鏡手術等）　　年間 50 件以上
- 口腔・咽喉頭手術　　年間 80 件以上

b. 診療件数基準（総受入人数 × 基準症例の診療件数）
以下、総受入人数が 10 人の場合の診療件数基準を示す。
- 難聴・中耳炎　　250 件以上
- めまい・平衡障害　　200 件以上
- 顔面神経麻痺　　50 件以上
- アレルギー性鼻炎　　100 例以上
- 副鼻腔炎　　100 例以上
- 外傷、鼻出血　　100 例以上
- 扁桃感染症　　100 例以上
- 嚥下障害　　100 例以上
- 口腔、咽頭腫瘍　　100 例以上
- 喉頭腫瘍　　100 例以上
- 音声・言語障害　　100 例以上
- 呼吸障害　　100 例以上
- 頭頸部良性腫瘍　　100 例以上
- 頭頸部悪性腫瘍　　200 例以上
- リハビリテーション　　100 例以上
  （難聴・平衡障害・嚥下・音声・顔面神経麻痺）
- 緩和医療　　50 例以上

なお、法令や規定を遵守できない施設、サイトビジットにてのプログラム評価に対して改善が行われない施設は認定から除外される。

7. 専門研修指導医の基準

耳鼻咽喉科専門研修指導医マニュアルに基づき、専門研修指導医は、当該領域における十分な診療経験を有し、教育・指導能力を有さなければならない。また、以下の要件を満たす必要がある。

- 専門医の更新を１回以上行った者。
- 年間 30 例以上の手術に指導者、術者、助手として関与している者。
- ２編以上の学術論文（筆頭著者）を執筆し、５回以上の学会発表（日耳鼻総会・学術講演会、日耳鼻専門医講習会、関連する学会、関連する研究会、ブロック講習会、地方部会学術講演会）を行った者。
- 専門研修委員会の認定する専門研修指導講習を受けていること。

専門研修指導医資格の更新は、診療・研修実績を確認し５年ごとに行う。

8. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

a. 研修実績および評価の記録

専攻医の研修実績と評価を記録し保管するシステムは耳鼻咽喉科専門研修委員会の研修記録簿を用いる。専門研修プログラムに登録されている専攻医の各領域における手術症例蓄積および技能習得は定期的に開催される専門研修プログラム管理委員会で更新蓄積される。専門研修委員会ではすべての専門研修プログラム登録者の研修実績と評価を蓄積する。

- 専門研修記録簿：　研修実績を記録する。一定の経験を積むごとに専攻医自身が形成的評価を行い記録する。少なくとも３カ月に１回は形成的評価により自己評価を行う。指導医による指導とフィードバックの記録を時系列で記載する。専攻医と情報を共有するとともに、プログラム統括責任者およびプログラム管理委員会で定期的に評価し改善する。
- 専門研修指導医　　３カ月毎に評価。
- プログラム統括責任者　　６カ月毎に評価。

b. プログラム運用マニュアル
- 専攻医研修マニュアル　　別紙「専攻医研修マニュアル」参照。
- 指導者マニュアル　　別紙「指導医マニュアル」参照。

9. 研修に対するサイトビジット（訪問調査）について

専門研修プログラムに対して日本専門医機構からのサイトビジットがある。サイトビジットにおいては研修指導体制や研修内容について調査が行われる。その評価は専門研修プログラム管理委員会に伝えられ、プログラムの必要な改良を行う。

整形外科

東京医科大学整形外科学分野　専門研修プログラム

目次

１．東京医科大学整形外科学分野専門研修プログラムについて
２．東京医科大学整形外科学分野専門研修の特徴
３．東京医科大学整形外科学分野専門研修の目標
４．東京医科大学整形外科学分野専門研修の方法
５．専門研修の評価について
６．研修プログラムの施設群について
７．専攻医受入数
８．地域医療・地域連携への対応
９．サブスペシャリティ領域との連続性について
１０．整形外科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件
１１．専門研修プログラムを支える体制
１２．専門研修実績記録システム、マニュアル等について
１３．専門研修プログラムの評価と改善
１４．専攻医の採用と修了

１．　東京医科大学整形外科学分野専門研修プログラムについて

東京医科大学では「人間愛と奉仕の精神に基づいて良質な医療を実践する」ことを理念としています。整形外科学分野としては、この理念を達成するための専門研修プログラムとして（1）高い倫理観を持つ（2）最新の豊富な知識を取得する（3）安心で安全な医療を心掛ける（4）プロフェッショナリズムに基づく（5）患者の権利を尊重した医療を提供する、以上のことを重視しております。さらに全人的な整形外科診療を提供するとともにチーム医療を円滑に実践できる研修を行います。

整形外科の研修で経験すべき疾患・病態は、骨、軟骨、筋、靭帯、神経などの運動器官を形成するすべての組織の疾病・外傷・加齢変性で、新生児から高齢者まで全ての年齢層が対象となります。

この多様な疾患・病態に対する専門知識・技能を習得するために、本研修プログラムでは１ヶ月の研修を 1 単位とする単位制をとります。全カリキュラムを脊椎、上肢・手、下肢、外傷、リウマチ、リハビリテーション、スポーツ、地域医療、小児、腫瘍の 10 の研修領域に分割し、基幹施設および連携施設をローテーションすることで、それぞれの領域で定められた単位数以上を修得し、3 年 9 ヶ月間で 45 単位を修得する研修を行います。

整形外科後期研修プログラムにおいて必要とされる症例数は、年間新患数が 500 例、年間手術症例が 40 例と定められておりますが、基幹施設および連携施設全体において年間新患数 40000 名以上、年間手術件数およそ 5000 件以上の豊富な症例数を有する本研修プログラムでは必要症例数をはるかに上回る症例を経験することが可能です。

また、東京医科大学整形外科学分野主催の研究会（西新宿整形外科研究会、西新宿整形外科懇話会など）への参加（年 12 回）、東京医科大学医学会総会での発表（３年９ヶ月目まで毎年１回）、関東整形災害外科学会集談会での研究発表並びに論文投稿（１年目終了時までに１回、１編以上）、日本整形外科学会、日本整形外科学会基礎学術集会への参加を奨励、および各種学会・研究会での発表と論文投稿（３年９ヶ月終了までに１回以上、１編以上）を行うことによって、各専門領域における臨床研究に深く関わりを持つことができます。

希望者は、1 年目より大学院医学研究科博士課程に入学し、研修医として勤務しながら研究を開始することも可能です。本研修プログラム履修によりサブスペシャリティ領域の研修を開始する準備が整えられます。

No	施設名称	他プログラムとの関係	都道府県	指導医数(2018)	新専攻数(2018)	手術数(2018)							
						脊椎	上肢・手	下肢	外傷	リウマチ	スポーツ	小児	腫瘍	計
0	東京医科大学病院		東京都	13	2914	228	148	236	289	5	160	11	91	1148
1	東京医科大学茨城医療センター	※プログラムの連携	茨城県	4	3628	122	75	95	362	13	5	16	22	731
2	東京医科大学八王子医療センター		東京都	2	1468	128	53	99	136	27	77	24	20	564
3	都立大塚病院		東京都	2	2255	32	102	207	290	25	5	35	7	703
4	医療法人社団葉光会　医療法人社団東光会　戸田中央総合病院		埼玉県	2	7288	11	95	65	698	3	17	80	17	6006
5	社会福祉法人　信濃医療福祉センター		長野県	1	1312	0	0	0	0	0	0	2	0	2
6	医療法人社団幸和会　多摩丘陵病院		東京都	1	2192	5	20	16	323	0	0	0	4	368
7	独立行政法人労働者健康福祉機構福島労災病院		福島県	1	1797	0	3	3	135	5	20	15	20	201
8	医療法人財団荻野会　右田病院		東京都	1	2421	1	33	76	290	4	0	16	3	423
9	医療法人伊豆七海会　熱海所記念病院		静岡県	1	1863	2	19	39	138	0	0	0	0	198
10	社会福祉法人恩賜財団　東京都済生会中央病院		東京都	1	2885	0	16	40	216	1	0	0	6	279
11	医療法人恵和会　関口病院		群馬県	1	3747	0	27	59	129	0	0	0	0	215
12	特定医療法人同愛会　新谷外科病院		埼玉県	1	1123	0	65	122	0	0	0	0	0	191
13	社会福祉法人浴恩館　中野江古田病院		東京都	1	516	0	0	0	27	0	0	0	0	27
14	医療法人社団　昭成会　島田台総合病院		千葉県	1	3036	0	7	3	30	0	0	0	0	40
15	アントラーズスポーツクリニック		茨城県	1	5269	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計				34	43874	529	667	1051	3063	83	284	199	190	6036

2．　東京医科大学整形外科学分野専門研修の特徴

本研修プログラムでは、基幹施設および連携施設全体において脊椎外科、関節外科、スポーツ医学、手外科、外傷、腫瘍、小児などの専門性の高い診療を経験することで、整形外科専門医取得後のサブスペシャリティ領域の研修へと継続していくことができます。基幹施設である東京医科大学における研修では、サブスペシャリティに対する専門性の高い研修を行うことができます。

また、大学院医学研究科博士課程に入学することで、早くから臨床研究および基礎研究への深い関わりを持ちながら研修を行うことができます。東京医科大学の特色である社会人大学院を専攻した場合は大学及び近隣連携施設に勤務しながら研究を進め学位を取得することが可能です。

研修終了後はサブスペシャリティ領域の研修に進み、各分野の臨床、研究に従事しますが、国内外への留学で研究の幅を深める選択肢もあります。サブスペシャリティ領域の研修に直接進む場合には、それぞれの専門領域の診療班に所属し、東京医科大学整形外科ならびに連携施設において専門領域の研修を行います。

東京医科大学整形外科は 1949 年に初代野崎寛三教授のもと開講され、2 代三浦幸雄教授、3 代今給黎篤弘教授と続き、2004 年からは山本謙吾教授が教室を主宰しています。その特徴として、当科では大まかに脊椎班、関節班、スポーツ・関節鏡班、外傷班そして、腫瘍班といった 5 つの診療班にわかれ専門的な治療を行っています。リハビリテーションセンターのセンター長も山本謙吾教授が兼任しており、術後のリハビリにも力をいれております。リハビリセンター在籍の医師も当整形外科出身であることから、クリニカルパスを用いた有機的なリハビリプログラムを実施することが可能です。スポーツ・関節鏡班では、プロサッカーチームのチームドクターを務めている関係で様々な競技のスポーツ選手を受け入れ診療にあたっております。

現在、整形外科内に大学院講座と 2 つの寄付講座を持ち、1. 関節外科特にバイオメカニクスおよび摺動面の特性の研究に基づいた人工関節新素材の開発やオステオライシス防止に関する治療戦略の確立　2. 脊椎外科特に脊柱靭帯骨化症の病態解明と予防・治療法の確立ならびにバイオメカニクスの観点からの各種脊椎・脊髄疾患の病態解明　3. 骨代謝・軟骨代謝の免疫学的アプローチをさらに充実させることにより各種物理刺激を用いた骨折治癒促進および骨・軟部腫瘍の分子生物学的治療の確立、これらを教室の研究の柱として研究を進めております。

大学における研修では、それぞれの診療班に所属して研修することによりサブスペシャリティに対する専門性の高い研修を受けると同時に、臨床研究に対する関わりを深く持つことができます。

東京医科大学整形外科週間予定表（診療班ごと）

		月	火	水	木	金	土
脊椎	午前	病棟	病棟	脊椎進脳検査 手術	脊椎カンファ 手術	脊椎カンファ 外来	病棟
	午後	病棟	外来	脊椎進脳検査 術前カンファ	手術	病棟	
スポーツ	午前	外来	病棟 スポーツ症カンファ	手術	外来	手術	外来
	午後	病棟	病棟	手術	外来	手術	
関節	午前	病棟	手術	病棟	外来	外来	外来 病棟
	午後	病棟	手術	手術 関節カンファ	外来	病棟	
腫瘍	午前	病棟	外来	手術	外来	外来	手術 病棟
	午後	外来	病棟	外来 放着カンファ	手術	病棟	
外傷	午前	病棟	外傷症カンファ 外来	手術	手術	外来	病棟
	午後	外来	病棟	手術	手術	病棟	

東京医科大学整形外科週間予定表（共通）

	月	火	水	木	金	土
朝	モーニングカンファレンス	モーニングカンファレンス	モーニングカンファレンス	モーニングカンファレンス	モーニングカンファレンス	モーニングカンファレンス
						若手勉強会(隔週)
午前	病棟	病棟・外来	教授回診	手術	病棟・外来	病棟・外来
	外来	手術		外来	手術	手術
午後	病棟	病棟・外来	カンファレンス	手術	病棟・外来	
	検査	手術	手術	外来	手術	

① 専門研修連携施設

本専門研修プログラムでは、茨城県の肝疾患診療連携拠点病院であり地域がん診療連携拠点病院である総合病院の東京医科大学茨城医療センターをはじめ以下の連携施設で幅広い研修を受けることが可能です。三次救命救急センター、災害拠点病院、感染症指定医療機関、がん診療連携拠点病院の指定を受け、移植医療の推進をはじめとした時代に即した高度先進医療を実践している東京医科大学八王子医療センター、病院機能評価認定病院であり、臨床研修指定病院、がん診療連携協力病院である都立大塚病院、臨床研修指定病院・病院機能評価認定病院・地域医療連携解放型病院、そして埼玉県がん診療指定病院である戸田中央総合病院、障害児（者）地域療育等支援事業の指定を受け、県下１ヶ所の療育拠点施設として地域で生活している障害児（者）のサポートを行っている信濃医療福祉センター、加えて地域救急医療を担う福島労災病院、熱海所記念病院、多摩丘陵病院、昭島病院、右田病院、熊谷外科病院、関口病院、中野江古田病院、アントラーズスポーツクリニック、島田台総合病院といった様々な施設があります。

東京医科大学茨城医療センター、東京医科大学八王子医療センター、都立大塚病院、戸田中央総合病院のような大規模総合病院では救急医療としての外傷に対する研修に加え、サブスペシャリティに対する専門性の高い研修を受けることができます。

一方、専門領域研修病院として、信濃医療福祉センターでは小児整形に特化したサブスペシャリティに対する専門性の高い研修を受けることができます。多摩丘陵病院、福島労災病院、右田病院、熱海所記念病院、昭島病院、関口病院、熊谷外科病院、中野江古田病院、アントラーズスポーツクリニック、島田台総合病院においては、地域医療ならびに外傷に対する研修など幅広く受けることが可能です。

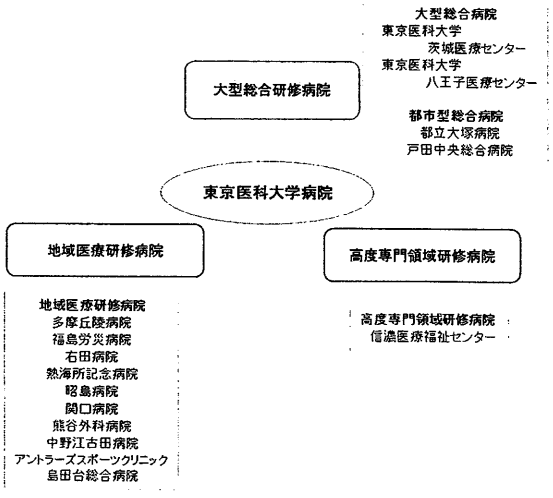
連携施設（一部除く）でも豊富な症例数を有しており、連携施設研修では毎年 50 件以上の手術執刀経験を積むことができます。また執刀した症例は原則として主治医として担当することで、医師としての責任感や、患者やメディカルスタッフなどと良好な信頼関係を構築する能力も育んでいきます。

東京医科大学整形外科学分野専門研修プログラム

② 研修コースの具体例

東京医科大学整形外科学分野の専門研修施設の各施設の特徴（脊椎、上肢・手、下肢、外傷、リウマチ、リハビリテーション、スポーツ、地域医療、小児、腫瘍）に基づいたコースの例を示します。

各専門研修コースは、各専攻医の希望を考慮し、個々のプログラムの内容や基幹施設・連携施設のいずれの施設からの開始に対しても対応できるような研修コースを作成しています。流動単位の 5 単位については、必須単位取得後にさらなる経験が必要と考えられる分野や、将来希望するサブスペシャリティ分野を重点的に研修することが可能です。



研修コース（研修施設のローテーション例）				
	1年目	2年目	3年目	4年目
Pro 1	大学	戸田中央総合病院	大学	茨城医療センター
Pro 2	大学	茨城医療センター	八王子医療センター	都立大塚病院
Pro 3	大学	昭島病院	茨城医療センター	大学
Pro 4	大学	八王子医療センター	都立大塚病院	八王子医療センター
Pro 5	大学	多摩丘陵病院	信濃医療センター	大学
Pro 6	大学	福島労災病院	大学	戸田中央総合病院
Pro 7	大学	熱海所記念病院	八王子医療センター	大学
Pro 8	大学	関口病院	茨城医療センター	大学
Pro 9	大学	中野江古田病院	大学	茨城医療センター
Pro 10	大学	熊谷外科病院	大学	八王子医療センター

各コースでの研修例

	Pro_1					Pro_2					Pro_3				
	1年目	2年目	3年目	4年目	終了時	1年目	2年目	3年目	4年目	終了時	1年目	2年目	3年目	4年目	終了時
研修施設	大学	戸田中央	大学	茨城		大学	茨城	八王子	都立大塚		大学	昭島病院	茨城	大学	
a 脊椎 6単位	3			3	6	3		3		6	3			3	6
b 上肢・手 6単位	1	3	1	1	6		3	3		6	1		2	2	6
c 下肢 6単位	1	2	1	1	6	1		2	3	6	1	3	2		6
d 外傷 6単位	1	3	1	1	6	1		2	3	6	1		3	2	6
e リウマチ 3単位	3				3				3	3		3			3
f リハビリ 3単位			3		3	3				3	3				3
g スポーツ 3単位	1			2	3			3		3	1			2	3
h 地域医療 3単位				3	3			3		3		3			3
i 小児 3単位				3	3	2				2			2		2
j 腫瘍 3単位	2				2	2				2	2				2
必修 5単位			3	2	5			3	2	5		3	2		5

3. 東京医科大学整形外科学分野専門研修の目標

① 専門研修後の成果

整形外科研修プログラムを修了した専攻医は、あらゆる運動器に関する科学的知識と高い社会的倫理観を備え、さらに、進歩する医学の新しい知識と技能を修得できるような幅広い基本的な臨床能力（知識・技能・態度）が身についた整形外科専門医となることができます。また、同時に専攻医は研修期間中に以下のコアコンピテンシーも習得できます。

1）患者さんとの接し方に配慮し、良好な信頼関係を築くこと、また患者さんや医療従事者とのコミュニケーション能力を習得することで医師としての倫理を自覚するとともに社会的な責務を果たし、周囲から信頼を得ること

2）診療記録の適確な記載を習得すること

4）医師としての倫理性、社会性など

i. 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つながりを十分に理解し、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るようにします。本専門研修プログラムでは、指導医とともに患者・家族への診断・治療に関する説明に参加し、実際の治療過程においては受け持ち医として直接患者さん・家族の方々と接していく中で、医師としての倫理性や社会性を修得していきます。

ii. 医の倫理・医療安全に配慮し患者さん本位の医療を実践すること

整形外科専門医として、患者の社会的・遺伝学的背景もふまえ患者さんごとに適切な医療を実践できること、医療安全の重要性を理解し事故防止、事故後の対応がマニュアルに沿って実践できることが必要です。本専門研修プログラムでは、専門研修（基幹および連携）施設で、義務付けられる職員研修（医療安全、感染、情報管理、保険診療など）への参加を必須とします。また、インシデント、アクシデントレポートの意義、重要性を理解し、これを積極的に活用することを学んでいきます。インシデントなどが診療において生じた場合には、指導医とともに報告と速やかな対応を行い、その経験と反省を施設全体で共有し、安全な医療を提供していくことが必要不可欠であると考えます。

iii. 臨床の現場を通し、臨床医学のみならず、基礎医学の重要性を認識すること

本専門研修プログラムでは、知識を単に暗記するのではなく、「患者から学ぶ」ということを実践し、個々の症例に対し、診断・治療の計画を立てて診療していく中で指導医とともに考え、調べながら学ぶプログラムとなっています。毎朝行われる症例検討会や術前・術後カンファレンスでは様々な症例から臨床的な知識だけでなく基礎医学にまで及び幅広い知識を得たり共有したりすることができると考えています。

iv. チーム医療の一員として行動すること

整形外科専門医として、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できること、的確なコンサルテーションができること、他のメディカルスタッフと協調して診療にあたることができることが求められます。本専門研修プログラムでは、指導医とともに個々の症例に対して、他のメディカルスタッフと議論・協調しながら、診断・治療の計画を立てて診療していく中でチーム医療の一員として参加し、また、毎週行われる症例検討会や術前・術後カンファレンスでは、指導医とともにチーム医療の一員として、症例の提示や問題点などを議論していきます。

4）医の倫理、医療安全等に配慮し、患者さん本位の医療を実践すること
5）基礎医学・臨床医学ともに精通し、最適な医療を提供すること
6）チーム医療の一員として行動すること
7）後輩医師に教育・指導を行うこと

② 到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

1）専門知識

専攻医は、整形外科研修カリキュラムに沿って研修し、整形外科専門医として、あらゆる運動器に関する科学的知識と高い社会的倫理観を習得します。さらに、日々進歩し続ける医学の新しい知識を修得できるよう、幅広く基本的、専門的知識を修得します。専門知識習得の年次毎の到達目標を別添する資料1に示します。

2）専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

専攻医は、整形外科研修カリキュラムに沿って研修し、整形外科専門医として、あらゆる運動器に関する幅広い基本的な専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）を身につけます。専門技能習得の年次毎の到達目標を別添する資料2示します。

3）学問的姿勢

臨床的な疑問点を見出して解明しようとする意欲を持ち、答を科学的に導き出し、論理的に正しくまとめる能力を修得することを目標とし、以下の行動目標を定めています。

i. 経験症例から研究テーマを立案し、プロトコールを作成できる。
ii. 研究に参考となる文献を検索し、適切に引用することができる。
iii. 結果を科学的かつ論理的にまとめ、口演ならびに論文として報告できる。
iv. 研究・発表媒体には個人情報を含めないように留意できる。
v. 研究・発表に用いた個人情報を厳重に管理できる。
vi. 統計学的検定手法を選択し、解析できる。

さらに、本研修プログラムでは学術活動として、下記2項目を定めています。

i. 東京医科大学整形外科学分野主催の研究会（西新宿整形外科研究会、西新宿整形外科懇話会など）への参加（年12回）、東京医科大学医学会総会での発表（3年9ヶ月目まで毎年1回）

ii. 関東整形災害外科学会集談会での研究発表並びに論文投稿（1年目終了時までに1回、1編以上）、日本整形外科学会・日本整形外科学会基礎学術集会への参加を奨励、および各種学会・研究会での発表と論文投稿（3年9ヶ月終了までに1回以上、1編以上）

v. 後輩医師に教育・指導を行うこと

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さんを担当してもらい、チーム医療の一員として後輩医師の教育・指導も担ってもらいます。本専門研修プログラムでは、基幹施設においては指導医と共に学生実習の指導の一端を担うことで、自分自身の知識の整理につながることを理解していきます。また、連携施設においては、後輩医師、他のメディカルスタッフとチーム医療の一員として、互いに学びあうことから、自分自身の知識の整理、形成的指導を実践していきます。

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）

1）経験すべき疾患・病態

本専門研修プログラムには、茨城県の肝疾患診療連携拠点病院であり地域がん診療連携拠点病院である総合病院の東京医科大学茨城医療センター、三次救命救急センター、災害拠点病院、感染症指定医療機関、がん診療連携拠点病院の指定を受け、移植医療の推進をはじめとした時代に即した高度先進医療を実践している東京医科大学八王子医療センター、都市型総合病院である都立大塚病院、戸田中央総合病院、さらに専門領域研修病院として、信濃医療福祉センター、また、地域医療を担っている多摩丘陵病院、福島労災病院、右田病院、熱海所記念病院、昭島病院、関口病院、熊谷外科病院、中野江古田病院、アントラーズスポーツクリニック、島田台総合病院といった幅広い連携施設が入っています。

基幹施設である東京医科大学病院整形外科では脊椎、上肢・手、下肢、外傷、リウマチ、リハビリテーション、スポーツ、小児、腫瘍と各分野での十分な症例数があり、基幹施設、連携施設での研修で専門研修期間中に経験すべき疾患・病態は十分に経験することが出来ます。また地域中核病院においては地域医療から様々な疾患に対する技能を経験することが出来ます。

2）経験すべき診察・検査等

別添する資料3：整形外科研修カリキュラムに明示した経験すべき診察・検査等の行動目標に沿って研修します。尚、年次毎の到達目標は資料2：専門技能習得の年次毎の到達目標に示します。Ⅲ診断基本手技、Ⅳ治療基本手技については3年9ヶ月間で5例以上経験します。

3） 経験すべき手術・処置等

別添する資料3：整形外科専門研修カリキュラムに明示した一般目標及び行動目標に沿って研修します。経験すべき手術・処置等の行動目標に沿って研修します。

本専門研修プログラムの基幹施設である東京医科大学病院整形外科では、研修中に必要な手術・処置の修了要件を満たすのに十分な症例を経験することができます。症例を十分に経験した上で、上述したそれぞれの連携施設において、施設での特徴を生かした症例や技能を広くより専門的に学ぶことができます。

4）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）
別添する資料 3：整形外科専門研修カリキュラムの中にある地域医療の項目に沿って周辺の医療施設との病病・病診連携の実際を経験します。
他県にある連携施設とは長年にわたって人事交流があります。本プログラムとは別の地域における整形外科診療や病病連携、病診連携を経験することを目的に、他県での研修を行います。

i. 研修基幹施設である東京医科大学病院が存在する東京 23 区以外の地域医療研修病院において 3 ヶ月（3 単位）以上勤務します。

ii. 本専門研修プログラムの連携施設には、その地域において医療の拠点となっている東京医科大学茨城医療センター、多摩丘陵病院、福島労災病院、右田病院、熱海所記念病院、昭島病院、関口病院、熊谷外科病院、中野江古田病院、信濃医療福祉センター、アントラーズスポーツクリニック、島田台総合病院といった幅広い連携施設が入っています。そのため、連携施設での研修中に以下の地域医療（過疎地域も含む）の研修が可能です。
- 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できる。
- 例えば、ADL の低下した患者に対して、在宅医療やケア専門施設などを活用した医療を立案する。

5）学術活動
研修期間中に日本整形外科学会が主催又は認定する教育研修会を受講し、所定の手続により 30 単位を修得します。また、臨床的な疑問点を見出して解明しようとする意欲を持ち、その解答を科学的に導きだし、論理的に正しくまとめる能力を修得するため、以下にしめる学術活動を行います。
東京医科大学整形外科学分野主催の研究会（西新宿整形外科研究会、西新宿整形外科懇話会など）への参加（年 12 回）、東京医科大学医学会総会での発表（3 年 9 ヶ月目まで毎年 1 回）、関東整形災害外科学会集談会での研究発表並びに論文投稿（1 年目終了時までに 1 回、1 編以上）、日本整形外科学会、日本整形外科学会基礎学術集会への参加を奨励、および各種学会・研究会での発表と論文投稿（3 年 9 ヶ月終了までに 1 回以上、1 編以上）また、東京医科大学整形外科学分野主催の研究会（西新宿整形外科研究会、西新宿整形外科懇話会など）への参加によって、他大学整形外科教授からの多領域にわたる最新知識の講義を受けることができます。

4. 東京医科大学整形外科学分野専門研修の方法

① 臨床現場での学習
研修内容を修練するにあたっては、1 ヶ月の研修を 1 単位とする単位制をとり、全カリキュラムを 10 の研修領域に分割し、基幹施設および連携施設をローテーションすることで、それぞれの領域で定められた修得単位数以上を修得し、3 年 9 ヶ月間で 45 単位を修得する修練プロセスで研修します。
本研修プログラムにおいては手術手技を 160 例以上経験し、そのうち術者としては 80 例以上を経験することができます。尚、術者として経験すべき症例については、別添する資料 3：整形外科専門研修カリキュラムに示した（A：それぞれについて最低 5 例以上経験すべき疾患、B：それぞれについて最低 1 例以上経験すべき疾患）疾患の中のものとします。（日本整形外科学会ホームページ参照）
術前術後カンファレンスにおいて手術報告をすることで、手技および手術の方法や注意点を深く理解し、整形外科的専門技能の習得を行います。
指導医は上記の事柄について、責任を持って指導します。

② 臨床現場を離れた学習
日本整形外科学会学術集会時に教育研修講演（医療安全、感染管理、医療倫理、指導・教育、評価法に関する講演を含む）に参加します。また関連学会・研究会において日本整形外科学会が認定する教育研修会、各種研修セミナーで、国内外の標準的な治療および先進的・研究的治療を学習します。特に本研修プログラムでは、東京医科大学整形外科学分野が主催する西新宿整形外科研究会などの研究会（年 12 回）に参加することにより、他大学整形外科教授などからの多領域にわたる最新知識の講義を受けることができます。また幅広い知識を身に着けるため、日本整形外科学会、日本整形外科学会基礎学会など様々な学会参加を推奨しています。

③ 自己学習
日本整形外科学会や関連学会が認定する教育講演受講、日本整形外科学会が作成する e-Learning や Teaching file などを活用して、より広く、より深く学習することができます。日本整形外科学会作成の整形外科卒後研修用 DVD 等を利用することにより、診断・検査・治療等についての教育を受けることもできます。

④ 専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス
整形外科専門医としての臨床能力（コンピテンシー）には、専門的知識・技能だけでなく、医師としての基本的診療能力（コアコンピテンシー）が重要であることから、どの領域から研修を開始しても基本的診療能力（コアコンピテンシー）を身につけさせることを重視しながら指導し、さらに専攻医評価表を用いてフィードバックをすることによって基本的診療能力（コアコンピテンシー）を早期に獲得することを目標とします。
1） 具体的な年度毎の達成目標は、資料 1：専門知識習得の年次毎の到達目標及び資料 2：専門技能習得の年次毎の到達目標を参照のこと。
2） 整形外科の研修で修得すべき知識・技能・態度は、骨、軟骨、筋、靭帯、神経などの運動器官を形成するすべての組織の疾病・外傷・加齢変性を対象とし、専門分野も解剖学的部位別に加え、腫瘍、リウマチ、スポーツ、リハビリ等多岐に渡ります。この様に幅広い研修内容を修練するにあたっては、別添した研修方略（資料 6）に従って 1 ヶ月の研修を 1 単位とする単位制をとり、全カリキュラムを 10 の研修領域に分割し、それぞれの領域で定められた修得単位数以上を修得し 3 年 9 ヶ月間で 45 単位を修得する修練プロセスで研修します。（各資料は、日本整形外科学会ホームページ参照）研修コースの具体例は上に別表 2 に示した通りです。

5. 専門研修の評価について

①形成的評価
1）フィードバックの方法とシステム
専攻医は、各研修領域終了時および研修施設移動時に日本整形外科学会が作成したカリキュラム成績表（資料 7）の自己評価欄に行動目標毎の自己評価を行います。また指導医評価表（資料 8）で指導体制、研修環境に対する評価を行います。指導医は、専攻医が行動目標の自己評価を終えた後にカリキュラム成績表（資料 7）の指導医評価欄に専攻医の行動目標の達成度を評価します。尚、これらの評価は日本整形外科学会が作成した整形外科専門医管理システムから web で入力します。指導医は抄読会や勉強会、カンファレンスの際に専攻医に対して教育的な建設的フィードバックを行います。（日本整形外科学会ホームページ参照）

2）指導医層のフィードバック法の学習（FD）
指導医は、日本整形外科学会が行う指導医講習会等を受講してフィードバック法を学習し、より良い専門医研修プログラムの作成に努めています。指導医講習会には、フィードバック法を学習するために「指導医のあり方、研修プログラムの立案（研修目標、研修方略及び研修評価の実施計画の作成）、専攻医、指導医及び研修プログラムの評価」などが組み込まれています。

②総括的評価
1）評価項目・基準と時期
専門専攻研修 3 年目の 12 月に研修期間中の研修目標達成度評価報告と経験症例数報告をもとに総合的評価を行い、専門的知識、専門的技能、医師としての倫理性、社会性などを習得したかどうかを判定します。

2）評価の責任者
年次毎の評価は専門研修基幹施設や専門研修連携施設の専門研修指導医が行います。専門研修期間全体を通しての評価は、専門研修基幹施設の専門研修プログラム統括責任者が行います。

3）修了判定のプロセス
研修基幹施設の整形外科専門研修プログラム管理委員会において、各専門研修連携施設の指導管理責任者を交えて修了判定を行います。

修了認定基準は、以下の通りです。
i. 各修得すべき領域分野に求められている必要単位を全て満たしていること
（別添の専攻医獲得単位報告書（資料 9）を提出）。
iii. 行動目標のすべての必修項目について目標を達成していること
iv. 臨床医として十分な適性が備わっていること。
v. 研修期間中に日本整形外科学会が主催又は認定する教育研修会を受講し、所定の手続により 30 単位を修得していること。
vi. 1 回以上の学会発表、筆頭著者として 1 編以上の論文があること。

4）他職種評価
専攻医に対する評価判定に他職種（看護師、技師等）の医療従事者の意見も加えて医師としての全体的な評価を行い専攻医評価表（資料 10）に記入します。専攻医評価表には指導医名以外に医療従事者代表者名を記します。

6．研修プログラムの施設群について

専門研修基幹施設
東京医科大学病院整形外科が専門研修基幹施設となります。

専門研修連携施設
東京医科大学整形外科学分野研修プログラムの施設群を構成する連携病院は以下の通りです。専門研修連携施設の認定基準を満たしています。

東京医科大学茨城医療センター
東京医科大学八王子医療センター
都立大塚病院
戸田中央総合病院
信濃医療福祉センター
多摩丘陵病院
福島労災病院
右田病院
熱海所記念病院
昭島病院
関口病院
熊谷外科病院
中野江古田病院
アントラーズスポーツクリニック
島田台総合病院

専門研修施設群
東京医科大学病院整形外科と連携施設により専門研修施設群を構成します。

専門研修施設群の地理的範囲
東京医科大学整形外科学分野研修プログラムの専門研修施設群は東京都内および近隣の埼玉県、群馬県、茨城県、福島県、静岡県、長野県、千葉県にあります。施設群の中には、地域中核病院が含まれています。

7．専攻医受入数

各専攻医指導施設における専攻医総数の上限（4学年分）は、当該年度の指導医数×3となっています。各専門研修プログラムにおける専攻医受け入れ可能人数は、専門研修基幹施設および連携施設の受け入れ可能人数を合算したものです。またプログラム参加施設の合計の症例数で専攻医の数が規定され、プログラム全体での症例の合計数は、（年間新患数が500例、年間手術症例を40例）×専攻医数とされています。
この基準に基づき、専門研修基幹施設である東京医科大学病院整形外科と専門研修連携施設全体の指導医数は33名、年間新患数おおよそ50000名、年間手術件数6000件以上と十分な指導医数・症例数を有しますが、質量ともに十分な指導を提供するために1年6名、3年9ヶ月で24名を受入数とします。

8．地域医療・地域連携への対応

整形外科専門医制度は、地域の整形外科医療を守ることを念頭に置いています。地域医療研修病院における外来診療および二次救急医療に従事し、主として一般整形外科外傷の診断、治療、手術に関する研修を行います。また地域医療研修病院における周囲医療機関との病病連携、病診連携を経験・習得します。本研修プログラムでは、専門研修基幹施設である東京医科大学病院整形外科が存在する、東京23区以外の地域医療研修病院に3ヶ月（3単位）以上勤務することによりこれを行います。他県にある連携施設とは長年にわたって人事交流があります。本プログラムとは別の地域における整形外科診療や病病連携、病診連携を経験することを目的に、他県での研修を行います。
地域において指導の質を落とさないための方法として、地域医療研修病院の指導医には西新宿整形外科研究会をはじめとする東京医科大学整形外科学分野主催の研究会への参加を義務付け、他大学整形外科教授の多領域における最新知識に関する講義を受けると同時に、自らが指導する専攻医の集談会あるいは学会への参加を必須としています。また研修関連施設の指導医は、研修プログラム管理委員会に参加するとともに、自らが指導した専攻医の評価報告を行います。同時に、専攻医から研修プログラム管理委員会に提出された指導医評価表に基づいたフィードバックを受けることになります。

9．サブスペシャリティ領域との連続性について

東京医科大学整形外科学分野研修プログラムでは各指導医が脊椎・脊髄外科、関節外科、スポーツ整形外科、外傷、腫瘍、手外科等のサブスペシャリティを有しています。専攻医が興味を有し将来指向する各サブスペシャリティ領域については、指導医のサポートのもと、より深い研修を受けることができます。なお、専攻医によるサブスペシャリティ領域の症例経験や学会参加は強く推奨されます。

10．整形外科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件

傷病、妊娠、出産、育児、その他やむを得ない理由がある場合の休止期間は合計6ヶ月間以内とします。限度を超えたときは、原則として少なくとも不足期間分を追加履修することになります。疾病の場合は診断書の、妊娠・出産の場合はそれを証明するものの添付が必要です。留学、診療実績のない大学院の期間は研修期間に組み入れることはできません。また研修の休止期間が6ヶ月を超えた場合には、専門医取得のための専門医試験受験が1年間遅れる場合もあります。専門研修プログラムの移動に際しては、移動前・後のプログラム統括責任者及び整形外科領域の研修委員会の同意が必要です。

11．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
基幹施設である東京医科大学病院整形外科においては、指導管理責任者（プログラム統括責任者を兼務）および指導医の協力により、また専門研修連携施設においては指導管理責任者および指導医の協力により専攻医の評価体制を整備します。専門研修プログラムの管理には添付した日本整形外科学会が作成した指導医評価表や専攻医評価表などを用いた双方向の評価システムにより、互いにフィードバックすることから研修プログラムの改善を行います。
上記目的達成のために専門研修基幹施設に専門研修プログラムと専攻医を統括的に管理する整形外科専門研修プログラム管理委員会を置き、年に一度開催します。

② 労働環境、労働安全、勤務条件
労働環境、労働安全、勤務条件等は各専門研修基幹施設や専門研修連携施設の病院規定によります。
1）研修施設の責任者は専攻医のために適切な労働環境の整備に努めます。
2）研修施設の責任者は専攻医の心身の健康維持に配慮します。
3）過剰な時間外勤務を命じないようにします。」
4）施設の給与体系を明示し、3年9ヶ月間の研修で専攻医間に大きな差が出ないよう配慮します。
専攻医の勤務時間、休日、当直、給与などの勤務条件については、労働基準法を遵守し、各施設の労使協定に従います。さらに、専攻医の心身の健康維持への配慮、当直業務と夜間診療業務の区別とそれぞれに対応した適切な対価を支払うこと、バックアップ体制、適切な休養などについて、勤務開始の時点で説明を行います。

総括的評価を行う際、専攻医および指導医は専攻医指導施設に対する評価も行い、その内容は東京医科大学整形外科学分野専門研修管理委員会に報告されますが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれます。

12．専門研修実績記録システム、マニュアル等について

① 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム
原則として別添資料の日本整形外科学会が作成した整形外科専門医管理システム（日本整形外科学会ホームページ参照）を用いて整形外科専門研修カリキュラムの自己評価と指導医評価及び症例登録をweb入力で行います。日本整形外科学会非会員は、紙評価表を用います。

② 人間性などの評価の方法
指導医は別添の研修カリキュラム「医師の法的義務と職業倫理」の項で医師としての適性を併せて指導し、整形外科専門医管理システムにある専攻医評価表（資料10参照）を用いて入院患者・家族とのコミュニケーション、医療職スタッフとのコミュニケーション、全般的倫理観、責任感を評価します。

③ プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備
日本整形外科学会が作成した①整形外科専攻医研修マニュアル（資料13）、②整形外科指導医マニュアル（資料12）、③専攻医取得単位報告書（資料9）、④専攻医評価表（資料10）、⑤指導医評価表（資料8）、⑥カリキュラム成績表（資料7）を用います。③、④、⑤、⑥は整形外科専門医管理システムを用いてweb入力することが可能です。日本整形外科学会非会員の場合、紙評価表、報告書を用います。

1） 専攻医研修マニュアル
日本整形外科学会が作成した整形外科専攻医研修カリキュラム（資料13）参照。自己評価と他者（指導医等）評価は、整形外科専門医管理システムにある④専攻医評価表（資料10）、⑤指導医評価表（資料8）、⑥カリキュラム成績表（資料7）を用いてweb入力します。

2） 指導者マニュアル
日本整形外科学会が作成した別添の整形外科指導医マニュアル（資料12）を参照。

3） 専攻医研修実績記録フォーマット
整形外科研修カリキュラム（資料7参照）の行動目標の自己評価、指導医評価及び経験すべき症例の登録は日本整形外科学会の整形外科専門医管理システムを用いてwebフォームに入力します。非学会員は紙入力で行います。

４） 指導医による指導とフィードバックの記録
日本整形外科学会の整形外科専門医管理システムにある専攻医評価表、指導医評価表 web フォームに入力することで記録されます。尚、非学会員は紙入力で行います。

５） 指導者研修計画（FD）の実施記録
指導医が、日本整形外科学会が行う指導医講習会等を受講すると指導医に受講証明書が交付されます。指導医はその受講記録を整形外科専門研修プログラム管理委員会に提出し、同委員会はサイトビジットの時に提出できるようにします。受講記録は日本整形外科学会でも保存されます。

１３． 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
日本整形外科学会が作成した指導医評価表を用いて、各ローテーション終了時（指導医交代時）毎に専攻医による指導医や研修プログラムの評価を行うことにより研修プログラムの改善を継続的に行います。専攻医が指導医や研修プログラムに対する評価を行うことで不利益を被ることがないように保証します。

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
専攻医は、各ローテーション終了時に指導医や研修プログラムの評価を行います。その評価は研修プログラム統括責任者が報告内容を匿名化して研修プログラム管理委員会に提出、研修プログラム管理委員会では研修プログラムの改善に生かすようにするとともに指導医の教育能力の向上を支援します。

③ 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応
研修プログラムに対する日本専門医機構など外部からの監査・調査に対して研修プログラム統括責任者および研修連携施設の指導管理責任者ならびに専門研修指導医及び専攻医は真摯に対応、プログラムの改良を行います。専門研修プログラム更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構の整形外科研修委員会に報告します。

１４．専攻医の採用と修了

① 採用方法
【応募資格】
初期臨床研修修了見込みの者であること。

【採用方法】
基幹施設である東京医科大学病院整形外科学分野に置かれた整形外科専門研修プログラム管理委員会が、整形外科専門研修プログラムをホームページや印刷物により毎年公表します。毎年 6 月頃より説明会などを複数回行い、整形外科専攻医を募集します。翌年度のプログラムへの応募者は、研修プログラム責任者宛に所定の形式の『東京医科大学整形外科学分野専門研修プログラム応募申請書』および履歴書を提出します。

申請書は (1) 東京医科大学整形外科学分野の website (URL：http://www.tokyo-med.ac.jp/ortho/) よりダウンロード、(2) 医局に電話で問い合わせ (03-3342-6111 内線 5862)、(3) 医局に e-mail で問い合わせ（tateiwa@tokyo-med.ac.jp）のいずれの方法でも入手可能です。
原則として 10 月ごろに書類選考および面接を行い、採否を決定して本人に文書で通知します。応募者および選考結果については 12 月の 東京医科大学整形外科学分野専門研修プログラム管理委員会において報告します。

【問い合わせ先】
〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1
東京医科大学 整形外科
担当：医局長 立岩俊之

② 修了要件
１） 各修得すべき領域分野に求められている必要単位を全て満たしていること。
２） 行動目標のすべての必修項目について目標を達成していること。
３） 臨床医として十分な適性が備わっていること。
４） 研修期間中に日本整形外科学会が主催又は認定する教育研修会を受講し、所定の手続により 30 単位を修得していること。
５） 1 回以上の学会発表を行い、また筆頭著者として 1 編以上の論文があること。
以上１）～５）の修了認定基準をもとに、専攻研修 3 年目の 12 月に、研修基幹施設の整形外科専門研修プログラム管理委員会において、各専門研修連携施設の指導管理責任者を交えて修了判定を行います。

形成外科

東京医科大学形成外科学分野
形成外科専門研修プログラム

（目　次）

１．東京医科大学形成外科学分野形成外科専門研修プログラムについて
２．形成外科専門研修はどのように行われるのか
３．専攻医の到達目標（習得すべき知識・技能・態度など）
４．各種カンファランスなどによる知識・技能の習得
５．学問的姿勢について
６．医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて
７．施設群による専門研修プログラムおよび地域医療についての考え方
８．専門研修プログラムの施設群について
９．施設群における専門研修コースについて
１０．専門研修の評価について
１１．専門研修管理委員会について
１２．専門医の就業環境について
１３．専門研修プログラムの改善方法
１４．修了判定について
１５．専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
１６．Subspecialty 領域との連続性について
１７．形成外科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム研修の条件
１８．専門研修プログラム管理委員会
１９．専門研修指導医
２０．専門研修実績記録システム、マニュアル等について
２１．研修に対するサイトビジット（訪問調査）について
２２．専攻医の採用と修了

１．東京医科大学形成外科学分野形成外科専門研修プログラムについて

１）東京医科大学形成外科学分野形成外科専門研修プログラムの目的

形成外科は臨床医学の一端を担うものであり、先天性あるいは後天性に生じた変形や機能障害に対して外科的手技を駆使することにより、形態および機能を回復させ患者の Quality of Life の向上に貢献する外科系専門分野です。

形成外科専門医制度は、形成外科専門医として有すべき診断能力の水準と認定のプロセスを明示するものであり、専門研修プログラムは医師として必要な基本的診断能力（コアコンピテンシー）と形成外科領域の専門的能力，社会性，倫理性を備えた形成外科専門医を育成することを目的としています。

２）形成外科専門医の使命

形成外科専門医は、形成外科領域における幅広い知識と練磨した技術を習得することはもちろん、同時に医学発展のための研究マインドを持ち、社会性と高い倫理性を備えた医師となり、標準的医療を安全に提供し国民の健康と福祉に貢献できるよう自己研鑽する使命があります。

上記目的と使命が達成できるように、専門研修プログラムでは基幹施設と連携施設の病院群で指導医のもとに研修が行なわれます。専門研修プログラムでは外傷、先天異常、腫瘍、瘢痕・瘢痕拘縮・ケロイド、難治性潰瘍、炎症・変性疾患、美容外科などについて研修することができます。

研修の一部には臨床系大学院を組み入れることもできます。また、Subspecialty 領域専門医の研修準備をすることもできるよう配慮しています。更に、専門研修プログラムでは医師としての幅が広げられるよう、臨床現場から見つけ出した題材の研究方法，論理的な考察，統計学的な評価，論文にまとめ発表する能力の育成を行います。専門研修プログラム終了後には専門知識と診療技術を習得し、他の診療科とのチーム医療を実践できる能力を備えるとともに社会性と高い倫理性を持った形成外科専門医となります。

２．形成外科専門研修はどのように行われるのか

１）研修段階の定義

形成外科専門医は、初期臨床研修の２年間と専門研修（後期研修）の４年間の合計６年間の研修で育成されます。

- 初期臨床研修 2 年間に自由選択により形成外科研修を選択することができますが、この期間をもって全体での６年間の研修期間を短縮することはできません。

- 専門研修の 4 年間で、医師として倫理的・社会的に基本的な診療能力を身につけることと、日本形成外科学会が定める「形成外科領域専門研修カリキュラム」にもとづいて形成外科専門医に求められる専門技能の修得目標を設定します。それぞれの年度の終わりに達成度を評価したのち、専門医として独立し医療を実践できるまでに実力をつけていくように配慮します。具体的な評価方法は後の項目で示します。

- 専門研修期間中に大学院へ進むことは可能です。臨床医学コースを選択して、臨床に従事しながら臨床研究を進めるのであれば、その期間は専門研修として扱われます。詳細は、23 頁注記に規定されています。

- Subspecialty 領域専門医によっては、形成外科専門研修を修了し専門医資格を修得した年の年度初めに遡って、Subspecialty 領域研修の開始と認める場合があります。

- 専門研修プログラムの終了判定には、経験症例数が必要です。日本形成外科学会専門医制度が定める研修カリキュラムに示されている研修目標および経験すべき症例数を参照してください。（「形成外科研修の必要症例一覧表」を参照、Ⅰ-Ⅶの大項目ごとの症例数は必須。小項目の症例数は目標数）

２）年次毎の専門研修計画

専攻医の研修は毎年の達成目標と達成度を評価しながら進められます。以下に年次毎の研修内容・修得目標の目安を示します。

- 専門研修１年目（SR1）では、一般的な医師としての基本的診療能力、および形成外科の基本的知識と基本的技能の修得を目標とします。具体的には、形成外科の外来診療・診断法、周術期管理と基本手技の学習（術前準備、手術体位のセット、基本的な手術機械操作法）、褥瘡・潰瘍などをはじめとする創傷の管理（持続陰圧閉鎖療法を含む）、部分的な執刀（熱傷の植皮術、皮弁移植術、瘢痕形成術、頬骨骨折整復術）、鼻骨骨折・

顔面や体幹の小さな良性腫瘍の執刀などがあります。また、学会発表や論文作成を行うための基本的知識を身につけます。

- 専門研修２年目（SR2）では、専門研修１年目研修事項を確実に行えることを前提に、形成外科の手術を中心とした基本的技能を身につけていきます。マイクロサージャリー手技習得にむけての練習を開始します。医学生、初期研修医、専門研修１年目の後期研修医を上級医と共に指導します。

- 専門研修 3 年目（SR3）では、四肢・顔面の外傷や多指症などの四肢先天奇形、口唇口蓋裂などの顔面奇形、マイクロサージャリー手技（切断指再接着、遊離複合組織移植など）の部分的な執刀、耳下腺腫瘍や脂肪腫などの良性腫瘍、代表的な有茎皮弁（大胸筋、広背筋など）の執刀を行います。医学生、初期研修医、専門研修 2 年目以下の後期研修医を上級医と共に指導します。

- 専門研修４年目（SR4）では、3 年目までの研修事項をより深く理解し、自分自身が主体となって治療を進めていけるようにします。さらに、再建外科医として他科医師と協力の上、治療する能力を身につけます。指導医と共に各種形成外科手術の執刀医となります。医学生、初期研修医、専門研修 3 年目以下の後期研修医を上級医と共に指導します。

３）研修の週間計画および年間計画

週間スケジュール

基幹施設（東京医科大学）での例

	月	火	水	木	金	土
	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前
一般外来	○					○
乳房再建外来				○		
レーザー外来			○			
病棟回診		○			○	
医局カンファレンス	○　○					
手術	○	○	○	○	○　○	

年間スケジュール

4月　SR1：研修開始。研修医および指導医に提出用資料の配布。
SR2・SR3・SR4・研修終了予定者：前年度の研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙を提出
指導医・指導責任者：前年度の指導実績報告用紙の提出
日本形成外科学会学術集会および春期学術講習会への参加

8月　基幹施設・連携施設合同の症例検討会（西新宿形成外科フォーラム）
研修終了予定者：専門医申請書類請求開始（10月に締め切り。詳細は要確認）

10月　SR2・SR3・SR4：研修目標達成度評価報告用紙と経験症例報告用紙の提出（中間報告）
日本形成外科学会基礎学術集会および秋期学術講習会への参加

11月　研修終了予定者：専門医書類選考委員会の開催

12月　専門研修プログラム管理委員会の開催

1月　研修終了予定者：専門医認定審査（筆記試験、面接試験）

3月　それぞれの年度の研修終了

3．専攻医の到達目標（習得すべき知識・技能・態度など）

基幹施設である東京医科大学では、熱傷や顔面外傷などのさまざまな外傷をはじめとして、口唇口蓋裂や多指症などの先天異常、悪性腫瘍切除後の再建術など様々な症例を経験することができます。形成外科は頭の先から足の先まで診る科です。そのため疾患が多岐にわたることも多く、眼科、耳鼻科、救命科、整形外科、乳腺科などとの連携を密にして診療を行っています。

（当科の特徴）

1.外傷

顔面骨骨折や軟部組織損傷などの新鮮外傷のみならず、顔の瘢痕や醜形や陳旧性骨折の手術も行っています。熱傷は機能、整容面に考慮した治療を心がけています。熱傷ユニットも併設しているので広範囲熱傷の治療も行っています。切断指をはじめとする手指の外傷や手の機能再建なども行っています。

2.先天奇形

口唇口蓋裂センターを有しており、小児科や歯科口腔外科をはじめとする関連各科と連携しながら治療にあたっています。その他、合指症や多指症、臍ヘルニアなども多く経験します。母斑症や血管腫などの先天性色素異常症に対してはレーザー治療も行っています。

3.悪性腫瘍切除後の再建

中咽頭癌などをはじめとする頭頸部癌切除後の再建に力を入れています。最近は、乳癌切除後の一次・二次再建を自家組織・インプラント等を用いて治療しています。その他、眼瞼悪性腫瘍切除後の再建や食道癌術後の結腸再建など比較的稀と思われる症例も経験できます。

4.難治性潰瘍

糖尿病、血管閉塞などの疾患に付随して起こる難治性潰瘍、褥瘡、壊疽に対する集学的な治療を行っています。他科の手術後の SSI(surgical site infection)に対しても積極的に治療にあたり、局所陰圧閉鎖療法や皮弁術を併用することで良好な成績をあげています。

また、専門研修プログラムでは地域医療の研修が可能です。具体的な到達目標を以下に示します。

1）専門知識

専攻医は専門研修プログラムに沿って 1）外傷，2）先天異常，3）腫瘍，4）瘢痕・瘢痕拘縮・ケロイド，5）難治性潰瘍，6）炎症・変性疾患，7）美容外科について広く学ぶ必要があります。専攻医が習得すべき年次ごとの内容については「形成外科領域専門研修カリキュラム」を参照してください。

2）専門技能

形成外科領域の診療を①医療面接②診断③検査④治療⑤偶発症に留意して実施する能力の開発に務める必要があります。それぞれの具体的内容、年次ごとの内容については「形成外科領域専門研修カリキュラム」を参照してください。

3）経験すべき疾患・病態

「形成外科領域専門研修カリキュラム」を参照

4）経験すべき診察・検査

「形成外科領域専門研修カリキュラム」を参照

5）経験すべき手術・処置

「形成外科領域専門研修カリキュラム」を参照

6）地域医療の経験

地域医療の経験を３ヶ月以上必須とします。専門研修プログラムには、地域の中核病院や東京医科大学茨城医療センターなどその地域の拠点となっている施設（診療圏が異なり、過疎地域を含む）が病院群に入っています。したがって、研修中に地域医療を学ぶことが可能です。

4．各種カンファランスなどによる知識・技能の習得

- 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ます。専攻医はその場で積極的に意見を述べ、上級医だけでなく同僚や後輩の意見を聞くことにより、具体的な治療方法や管理方法を自ら考えていくことができるようにします。

- 他科との合同カンファランス例えば、頭頸部腫瘍の治療に対する耳鼻科とのカンファランスや乳がん治療における乳腺科とのカンファランスなど、それぞれの疾患に関わる他科との協力のもと治療を進める課程を学んでいきます。

- Cancer Board：複数の臓器にまたがる疾患症例，内科疾患の合併を有する症例，非常にまれで標準治療がない症例などの治療方針決定について、各科医師や緩和ケアスタッフおよび看護スタッフなどによる合同カンファランスを行います。

- 基幹施設と連携施設による症例検討会：まれな症例や検討を要すると判断された症例などについては、施設間による合同カンファランスによって症例の検討を行います。

- 各施設において抄読会や勉強会を実施します。専攻医は学術誌だけでなく、インターネットなどを利用して最新の情報検索を行います。

- 手術手技をトレーニングする設備，教育 DVD，学会が提供するインターネット上のコンテンツなどを用いて積極的に手術手技を学びます。

- 日本形成外科学会の学術集会（特に学術講習会），日本形成外科学会地方会，日本形成外科学会が承認する関連学会，日本形成外科学会が提供する e-learning などで下記の事項を学んでいきます。各病院内で実施される講習会にも参加してください。
  ☆標準的医療および今後期待される先進的医療
  ☆医療安全、院内感染対策
  ☆指導法、評価法などの教育技能

5．学問的姿勢について

指導医は専攻医が研修目的を達成できるよう指導しますが、専攻医も自らの診療内容を常にチェックし、研鑽、自己学習し、知識を補足することが求められます。知識として Evidence-Based Medicine（以下 EBM）は当然その基礎となります。専門研修プログラムでは症例に関するカンファランスが設定されていますが、これに積極的に参加し、呈示と討論ができるようにしてください。専攻医は受け持ち患者についての疑問を提示し、同僚や指導医から提示された疑問については、EBM に沿って批判的吟味を行う姿勢が重要です。次に、日常の診療から疑問に思ったことを研究課題とし、参考文献を資料として研究方法を組み立て、結果をまとめ、論理的、統計学的な正当性を持って評価、考察する能力を養うことが大切です。そして、専攻医は学会に積極的に参加し、その成果を発表する姿勢を身に付けてください。

専門研修プログラム終了後に形成外科領域専門医資格を受験するためには以下の条件を充足する必要があります（23 頁注記も参照）。

1）6年以上の日本国医師免許証を有するもの。

2）臨床研修２年の後、学会が推薦し機構の認定を受けた専門研修基幹施設あるいは専門研修連携施設において通算４年以上の形成外科研修を終了していること。ただし、専門研修基幹施設での最低１年の研修を必要とします。

3）研修期間中に直接関与した 300 症例（うち 80 症例以上は術者）および申請者が術者として手術を行った 10 症例についての所定の病歴要約の提出が必要です。

4）日本形成外科学会主催の講習会受講証明書を４枚以上有すること。

5）少なくとも１編以上の形成外科に関する論文を筆頭著者として発表しているもの。（発表誌は年２回以上定期発行され、査読のあるものに限ります）

また、専門医資格の更新には診療実績の証明、専門医共通講習、診療領域別講習、学術業績・診療以外の活動実績など５年間に合計 50 単位の取得が求められます。

６．医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて

専攻医は、医師として自己管理能力を身につけ、生涯にわたり基本的診療能力（コアコンピテンシー）を涵養する努力が必要です。基本的診療能力には領域の知識・技能だけでなく、態度，倫理性，社会性などが含まれます。指導医と共にプロフェッショナルを目指しましょう。以下に専門研修プログラムでの具体的な目標、方法を示します。

1）医師としての責務を自律的に果たし、患者に信頼されるコミュニケーション能力

領域における専門的知識・技能を身につけ、診断能力を高めることはプロフッショナルとして当然です。さらに疾患について説明できるだけでなく、相手の立場になって聞くことができ疑問に答えられなければ信頼を得ることは出来ません。分からないことは、誠意をもって調べて回答しましょう。形成外科領域では治療方法が手術となることが多く、その必要性，危険性，合併症とその対策，予後，術後の注意点などについて、医師や患者・家族がともに納得できるようなインフォームドコンセントについて指導医のもとで学習し、実践します。また、治療経過や結果について的確に把握し、患者に説明できなければなりません。治療期間や治療費についても精通しておく必要があります。

2）患者・社会との契約を理解し実践できる能力

健康保険制度を理解し、保険医療をメディカルスタッフと協調して実践します。そのためには、医療行為に関する法律を理解し遵守しなければなりません。それらに基づきすべての医療行為や患者に行った説明などを書面化し、管理しなければなりません。診断書・証明書などを作成や管理することも重要です。また、医薬品や医療用具による健康被害の発生防止の理解と適切な行動が求められます。これらのすべてにおいて守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができなければなりません。原則として、家族に話す内容は事前に患者の同意を得ておくべきです。

3）医療安全を理解し、チーム医療が実践できる能力

保存療法，手術療法，その他医療行為のすべてにおいて医療安全の重要性を理解し、事故防止や事故後の対応がマニュアルに沿って実践できることが求められます。専門研修プログラムでは、施設における医療安全に関する講習会や感染対策に関する講習会にそれぞれ最低１年に２回は出席することが義務づけられています。これらの講習会は、日本形成外科学会でも開催されており、積極的に参加し日常の診療にフィードバックすることが大切です。また、チーム医療が多いことは形成外科の大きな特徴であり、他の医療従事者と良好な関係を構築し協力して患者の診療にあたることが重要です。臨床の現場から疑問に思うことや今社会が医療に求めていることを自ら感知し、研究する姿勢が大切であり、その態度が後進の模範となるよう努めます。チーム医療の一員として指導医のもとに患者を受け持ち、学生や後輩医師の教育、指導も積極的に行います。もちろん専攻医自身もチームの一員として様々なメンバーから指導を受けることができます。

4）問題対応能力と提示できる能力

指導医は専攻医が、専門医として独り立ちできるよう努めますが、独り立ちとは通り一遍のことができるようになるということではありません。臨床上の疑問点を解決するための情報を自ら収集および評価し、患者への対応を実践します。EBM は、当然その基礎となります。専門研修プログラムでは、症例に関するカンファランスが設定されていますが、これに積極的に参加し、呈示と討論ができるようにしてください。専攻医は受け持ち患者についての疑問を提示し、同僚や指導医から提示された疑問については EBM に沿って批判的吟味を行うことが重要です。また、臨床研究や治験の意義を理解し、参加する姿勢も大切です。

７．施設群による専門研修プログラムおよび地域医療についての考え方

1）施設群による研修

本研修プログラムでは東京医科大学形成外科を基幹施設とし、地域の連携施設とともに病院施設群を構成しています。施設群で育成することの意義は、各施設によって分野や症例数が異なるため、専攻医が専門研修カリキュラムに沿って十分に研修を行うことです。専攻医はこれらの施設群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。このことは、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。また、大学だけの研修ではまれな疾患や治療困難例が中心となり Common Disease の経験が不十分となります。この点においては、地域の連携病院では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で

きる上、医師としての基礎となる課題探索能力や課題解決能力は一つ一つの症例について深く考え、広く論文収集を行い症例報告や論文としてまとめることで身についていきます。このような理由から、施設群で研修を行うことが非常に大切です。東京医科大学形成外科研修プログラムのどのコースに進んでも、指導内容や症例経験数に不公平が無いように十分に配慮します。

施設群における研修の順序や期間等については、専攻医を中心に考え個々の形成外科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、東京医科大学形成外科専門研修プログラム管理委員会が決定します。

2）地域医療の経験

臨床においては、診断名からだけではなく患者の社会的背景や希望も考慮に入れた上で治療方針を選択し、患者に医療を提供する必要があります。その点において地域の連携病院では、責任を持って多くの症例の診療にあたる機会を経験することができます。また、足病変など形成外科における慢性的な疾患の治療においては、地域医療との連携が不可欠となります。形成外科を中心とした地域医療に貢献するためには、総合的な治療マネージメント能力が要求されるため、臨床能力の向上を目的とした地域医療機関における外来診療や地域連携とのコミュニケーションも含めた勉強会や講演会に積極的に参加する必要があります。本プログラムにおいても３ヶ月以上の地域医療研修を行います。

８．専門研修プログラムの施設群について

（専門研修基幹施設）

東京医科大学形成外科が専門研修基幹施設となります。（研修プログラム責任者：1 名，指導医：3 名，症例数：約 1700 例）

（専門研修連携施設）

東京医科大学形成外科専門研修プログラムの施設群を構成する連携病院は以下の通りです。専門研修連携施設は、診療実績基準を満たす必要があります。

・東京医科大学八王子医療センター形成外科（指導医：1 名，症例数：約 600 例）
・船橋市立医療センター形成外科（指導医：1 名，症例数：約 400 例）
・佼成病院形成外科（指導医：2 名，症例数：約 650 例）
・春山記念病院形成外科（指導医：1 名、症例数：約 430 例）
・熊谷外科病院形成外科（指導医：1 名、症例数：約 630 例）

・深谷赤十字病院形成外科（指導医：1 名、症例数：約 560 例）

※　東京医科大学グループ全体の症例数は、約 5000 例にのぼります。

（過疎地域医療施設）（研修連携候補施設および地域医療研修施設）

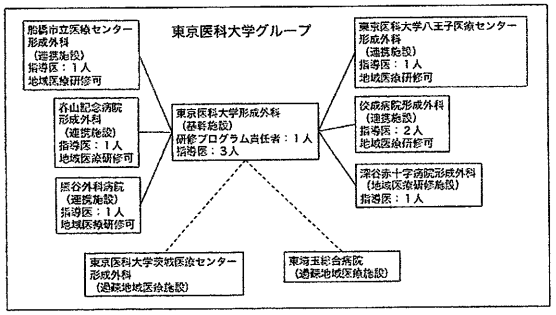
・東京医科大学茨城医療センター形成外科
・東埼玉総合病院形成外科

（専門研修施設群）

東京医科大学形成外科と連携施設および過疎地域医療施設により専門研修施設群を構成します。

※ 専門研修連携施設は、地域の中核病院が多く地域医療研修が可能である。たとえば、船橋市立医療センターは病院併設型救命救急センターを有し、東葛南部地域の一次から三次までの救急に対応している。形成外科では、一般診療に加え、救命救急センター内の外傷チームとしても治療を行っている。船橋市はドクターカーを運用しており、形成外科では週に１日、同乗医師として地域に出て救急搬送、治療を担当している。

※ 過疎地域医療施設としては、取手・龍ヶ崎保健医療圏に２施設しかない形成外科のうちの一つである東京医科大学茨城医療センターでの研修を行う。近隣医療機関と密に連携をとり、軟部組織損傷、手の外傷、熱傷、顔面骨骨折、蜂窩織炎などの救急疾患、がん診療、糖尿病に付随した下肢の蜂窩織炎、壊疽などを研修する。



（専門研修施設群の地理的範囲）

東京医科大学形成外科専門研修プログラムの専門研修施設群は関東の施設群です。また施設群の中には、地域中核病院や地域中小病院（過疎地域も含む）も含まれます。

（専攻医受入数）

東京医科大学グループ全体で、症例のデータベースをもとに 1 年間で専攻医の教育可能な人数を算出すると、最も効率的に行った場合で 12 名です。しかし実際には、人事異動などの都合上その約半分の 6 名までが 1 年間に十分な教育が可能な人数となります。

各病院の専攻医の有給雇用枠は、東京医科大学形成外科：6 名，東京医科大学八王子医療センター形成外科：3 名，船橋市立医療センター形成外科：1 名，佼成病院形成外科：1 名，春山記念病院形成外科：1 名，深谷赤十字病院形成外科：1 名、東京医科大学茨城医療センター形成外科：1 名であり、14 名の有給雇用枠が確保されています。

指導医の数は東京医科大学形成外科：3 名，東京医科大学八王子医療センター形成外科：1 名，船橋市立医療センター形成外科：1 名，佼成病院形成外科：2 名，春山記念病院形成外科：1 名、深谷赤十字病院：1 名、熊谷外科病院：1 名の計 10 名となります。

そのため、東京医科大学グループの専攻医受入数は現在 1 年間に最大 6 名となりますが、東京医科大学グループ全体では指導医の数も多く症例数は十分であるため、より多くの症例を経験することができます。

なお、本プログラムにおける指導者の異動なども今後考えられますが、東京医科大学においては今後 4 年間の間に 5 名が新たに指導医の資格を得る（専門医取得後 1 回の更新を行う）予定であるため、指導体制に不足は生じない見込みです。

9．施設群における専門研修コースについて

形成外科領域専門研修カリキュラムでは、到達目標の達成時期や症例数を 1 年次から 4 年次まで項目別で設定しています。しかし実際には、各施設の症例数や人事異動などでその時期が前後すると予測されます。そのため、設定した年次はあくまで目安であり、4 年次までにすべての到達目標を達成することを最終目標とした上で、基幹施設と連携施設で連携しながら専門研修コースを設定していく必要があります。

1）各年次の目標

（専門研修 1 年目）

医療面接・記録：病歴聴取を正しく行い、診断名の想定・鑑別診断を述べることができる。

検査：診断を確定させるための検査を行うことができる。

治療：局所麻酔方法、外用療法、病変部の固定法、理学療法の処方を行うことができる。基本的な外傷治療、創傷治療を習得する。

偶発症：考えられる偶発症の想定、生じた偶発症に対する緊急的処置を行うことができる。

（専門研修 2 年目）

専門研修 1 年目研修事項を確実に行えることを前提に、形成外科の手術を中心とした基本的技能を身につけていく。研修期間中に 1）外傷，2）先天異常，3）腫瘤，4）瘢痕・瘢痕拘縮・ケロイド，5）難治性潰瘍，6）炎症・変性疾患，7）その他 について基本的な手術手技を習得する。

（専門研修 3 年目）

マイクロサージャリー、クラニオフェイシャルサージャリーなどより高度な技術を要する手術手技を習得する。また、学会発表・論文作成を行うための基本的知識を身につける。

（専門研修 4 年目以降）

3 年目までの研修事項をより深く理解し、自分自身が主体となって治療を進めていけるようにする。さらに、再建外科医として他科医師と協力の上、治療する能力を身につける。また、言語、音声、運動能力などのリハビリテーションを他の医療従事者と協力の上、指示、実施する能力を習得する。

2）4 年間での手術経験数および執刀数

基幹施設と連携施設を合わせた研修施設群全体について、専攻医 1 名あたり 4 年間で最低 300 例（内執刀数 80 例）の経験（執刀）症例数を必要とします。（手術内容の内訳は 2．の一覧表を参照）

3）専門研修ローテーション

東京医科大学および6つの連携施設で、すべての形成外科専門医カリキュラムを達成することを目標にします。但し、それぞれの施設には取り扱う疾患の分野にばらつきがあるため、不足分を補うように病院間での異動を行っていきます。

（ローテーションの一例）

専門研修 1 年目：東京医科大学形成外科（1 年）
↓
専門研修 2 年目：東京医大茨城医療センター形成外科（6 ヶ月）、
春山記念病院形成外科（6 ヶ月）、または船橋市立医療センター（1 年）
↓
専門研修 3 年目：東京医大八王子医療センター（6 ヶ月）、
佼成病院形成外科（6 ヶ月）
↓
専門研修 4 年目： 東京医科大学形成外科（1 年）

- 特に東京医科大学研修期間中には、臨床だけでなく基礎実験の助手など基礎研究に携わることによって、早期からからリサーチマインドを育てていきます。また、症例報告などの論文作成を行い、論文作成能力の向上を図っていきます。

10．専門研修の評価について

1） 専門研修中の専攻医と指導医の相互評価は施設群による研修と共に専門研修プログラムの根幹となるものです。専門研修の 1 年目から 4 年目までのそれぞれに、基本的診療能力と形成外科専門医に求められる知識・技能の習得目標を設定し、その年度の終わりに達成度を評価します。このことにより、基本から応用へ、さらに専門医として独立して実践できるまで着実に実力をつけていけるように配慮しています。

- 指導医は日々の臨床の中で専攻医を指導します。
- 専攻医は経験症例数・研修目標達成度の自己評価を行います。
- 指導医も専攻医の研修目標達成度の評価を行います。
- 医師としての態度についての評価には、自己評価に加えて、指導医による評価、施設の指導責任者による評価、看護師長などの他職種による評価が含まれています。
- 専攻医は毎年 9 月末（中間報告）と 3 月末（年次報告）に所定の用紙を用いて経験症例数報告書及び自己評価報告書を作成し、指導医はそれに評価・講評を加えます。「専攻医研修実績フォーマット」を用いて行います。
- 指導責任者は「専攻医研修実績フォーマット」を印刷紙、署名・押印したものを専門研修プログラム管理委員会に提出します。「専攻医研修実績フォーマット」は、6 ヶ月に一度、専門研修プログラム委員会に提出します。自己評価と指導医評価、指導医コメントが書き込まれている必要があります。「専攻医研修実績フォーマット」

の自己評価と指導医評価、指導医コメント欄は 6 ヶ月ごとに上書きしていきます。

- 4 年間の総合的な修了判定は研修プログラム統括責任者が行います。この修了判定を得ることができてから専門医試験の申請を行うことができます。

2）指導医のフィードバック法の学習（FD）

指導医は日本形成外科学会が主催する、あるいは日本形成外科学会の承認のもとで主催される形成外科指導医講習会において、フィードバックの方法についての講習を受けます。指導医講習会の受講は、指導医認定や更新のために必須です。

11．専門研修管理委員会について

専門研修基幹施設と各専門研修連携施設の各々において、形成外科領域指導医から選任されたプログラム責任者を置きます。専門研修基幹施設においては、各専門研修連携施設を含めたプログラム統括責任者を置きます。

専門研修基幹施設には、専門研修基幹施設と各専門研修連携施設のプログラム責任者より構成される専門研修プログラム管理委員会を置き、プログラム統括責任者がその委員会の責任者となります。専門研修基幹施設は、専門研修プログラム管理委員会を中心として専攻医と連携施設を統括し、専門研修プログラム全体の管理を行い専攻医の最終的な研修修了判定を行います。

専門研修プログラムには、各連携施設が研修のどの領域を主に担当するか（例えば形成外科一般，小児治療，癌治療，熱傷治療，美容など）を明示し、専門基幹施設が専門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・管理を行います。

専門研修連携施設においては、指導専門医と形成外科領域専門医より構成する専門研修プログラム管理委員会を置き、指導専門医から選任された専門研修プログラム連携施設担当者が委員会の責任者となります。

専門研修基幹施設と各専門研修連携施設の各々において、領域指導医と施設責任者の協力により定期的に専攻医の評価を行い、また専攻医による領域指導医・指導体制に対する評価も行います。これらの双方向の評価を専門研修プログラム管理委員会で検討し、プログラムの改善を行います。

12．専門医の就業環境について

研修施設責任者とプログラム統括責任者は、専攻医の適切な労働環境の整備に努め、ま

た専攻医の心身の健康維持に配慮し、これに関する責務を負います。

専攻医の安全及び衛生並びに災害補償については、労働基準法や労働安全衛生法及び学校保健法に準じます。給与（当直業務給与や時間外業務給与を含めて）、福利厚生（健康保険、年金、住居補助、健康診断など）、労働災害補償などについては、各研修施設の処遇規定、就業規則に従いますが、これらが適切なものであるかにつき研修プログラム管理委員会がチェックを行います。育児休暇や介護休暇に関しては、「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」に準じます。

当直あるいは時間外業務に対しては、各研修施設において専門医や指導医のバックアップ体制を整えます。専攻医の服務時間は、1か月単位の変形労働時間を準用し、1か月を平均して1週間あたり40時間の範囲内において定めるものとしますが、専門研修を行う施設の実態に応じて変更できるものとします。

１３．専門研修プログラムの改善方法

東京医科大学形成外科専門研修プログラムでは専攻医からのフィードバックを重視して専門研修プログラムの改善を行うこととしています。

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

専攻医は、年次毎に指導医，専攻医指導施設，専門研修プログラムに対する評価を行います。また、指導医も専攻医指導施設や専門研修プログラムに対する評価を行います。専攻医や指導医等からの評価は、専門研修プログラム管理委員会に提出され研修プログラム管理委員会は専門研修プログラムの改善に役立てます。このようなフィードバックによって、専門研修プログラムをより良いものに改善していきます。

専門研修プログラム管理委員会は必要と判断した場合、専攻医指導施設の実地調査および指導を行います。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、毎年日本形成外科学会及び日本専門医機構に報告します。

2）研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

専門研修プログラムに対して、学会または日本専門医機構からサイトビジット（現地調査）が行われます。その評価にもとづいて、専門研修プログラム管理委員会で研修プログラムの改良を行います。専門研修プログラム更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本形成外科学会及び日本専門医機構に報告します。

１４．修了判定について

専門研修4年終了時あるいはそれ以降に、専門研修プログラムに明記された達成到達基準を基に、研修期間が基準に満たしていることを確認し、知識，技能，態度それぞれについて評価を行い、知識，技能，態度に関わる目標の達成度を総括的に把握し、専門研修基幹施設の専門研修プログラム管理委員会において、総合的に終了判定の可否を決定します。知識，技能，態度のひとつでも欠落する場合は専門研修終了と認めません。

そして、専門研修プログラム管理委員会の責任者であるプログラム統括責任者が、専門研修プログラム管理委員会における評価に基づいて、専攻医の最終的な専門研修修了判定を行います。

１５．専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと

（修了判定のプロセス）

専攻医は「専攻医研修実績フォーマット」と「医師としての適正評価シート」を専門医認定申請年の4月末までに専門研修プログラム管理委員会に送付します。専門研修プログラム管理委員会は5月末までに修了判定を行い、研修証明書を専攻医に送付します。専攻医は日本専門医機構の形成外科専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行います。

（他職種評価）

専攻医は病棟の看護師長など少なくとも医師以外のメディカルスタッフ1名以上からの評価も受ける必要があります。

１６．Subspecialty 領域との連続性について

日本専門医機構形成外科専門医を取得した医師は、形成外科専攻医としての研修期間以後に Subspecialty 領域の専門医のいずれかを取得することが望まれます。現在 Subspecialty 領域の専門医には、日本形成外科学会認定の皮膚腫瘍外科特定分野指導医と日本形成外科学会認定の分野指導医として日本創傷外科学会認定の創傷外科専門医，日本

頭蓋顎顔面外科学会認定の頭蓋顎顔面外科専門医，日本熱傷学会認定の熱傷専門医，日本手外科学会認定の手外科専門医，日本美容外科学会（JSAPS）認定の美容外科専門医がありますが、今後拡大していく予定です。

１７．形成外科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム研修の条件

1）専門研修プログラム期間のうち、出産に伴う1年以内の休暇は1回までは研修期間にカウントできる。
2）疾病での休暇は1年まで研修期間をカウントできる。
3）疾病の場合は診断書を、出産の場合は出産を証明するものの添付が必要である。
4）留学、診療実績のない大学院の期間は研修期間にカウントできない。
5）専門研修プログラムの移動は、認定施設認定委員会に申請の上、日本専門医機構の承認が必要であり、移動前・後のプログラム統括責任者と協議した上で決定する。
6）その他は、23頁注記参照のこと。

１８．専門研修プログラム管理委員会

専門研修基幹施設に専門研修基幹施設と各専門研修連携施設のプログラム責任者より構成される専門研修プログラム管理委員会を置き、専門研修プログラムと専攻医を統括的に管理します。

（専門研修プログラム管理委員会の役割と権限）

専門研修プログラム管理委員会は、専門研修基幹施設と各専門研修連携施設のプログラム責任者の緊密な連絡のもとに、専門研修プログラムの作成やプログラム施行上の問題点の検討や再評価を継続的に行います。また、各専攻医の統括的な管理（専攻医の採用や中断，専門研修基幹施設や専門研修連携施設での研修計画や研修進行の管理，学習機会の確保，研修環境の整備など）や評価を行います。更に、各専門研修連携施設において適切に専攻医の研修が行われているかにつき各専門研修連携施設を評価して、問題点を検討し改善を指導します。

（プログラム統括責任者）

プログラム統括責任者は、専門研修プログラム管理委員会の責任者であり、専門研修プログラムの管理・遂行や専攻医の採用・終了判定につき最終責任を負います。またプログラム統括責任者は、専門研修プログラム管理委員会における評価に基づいて、専攻

医の最終的な研修修了判定を行い、その資質を証明する書面を発行します。

（副プログラム統括責任者）

20名を越える専攻医を持つ場合は、副プログラム統括責任者を置き、副プログラム統括責任者はプログラム統括責任者を補佐します。

（専門研修連携施設での委員会組織）

専門研修連携施設においては、指導専門医と形成外科領域専門医より構成する専門研修プログラム管理委員会を置き、指導専門医から選任された専門研修プログラム連携施設担当者が委員会の責任者となります。

専門研修連携施設での委員会の責任者である専門研修プログラム連携施設担当者は、専門研修基幹施設と各専門研修連携施設のプログラム責任者より構成される専門研修プログラム管理委員会の一員として、専門研修プログラム管理委員会における役割を遂行します。

専門研修連携施設の専門研修プログラム管理委員会は、専門研修連携施設におけるプログラムの作成・管理・改善を行い、また各専攻医の管理（専門研修連携施設での研修計画や研修進行の管理、学習機会の確保、研修環境の整備など）や評価を行ないます。

１９．専門研修指導医

指導医の基準については、指導医は一定の基準を満たした専門医であり、専攻医を指導し評価を行います。

２０．専門研修実績記録システム、マニュアル等について

研修実績および評価の記録については、「専攻医研修実績フォーマット」に研修実績を記載し、指導医による形成的評価、フィードバックを受けます。総括的評価は形成外科研修カリキュラムに則り、少なくとも年1回行います。

東京医科大学形成外科にて、専攻医の研修履歴（研修施設，期間，担当した専門研修指導医），研修実績，研修評価を保管します。さらに専攻医による専門研修施設および専門研修プログラムに対する評価も保管します。

専門研修プログラム運用マニュアルは以下の専攻医研修マニュアルと指導者マニュアルを用います。

- 専攻医研修マニュアル
- 指導者マニュアル

・ 専攻医研修実績記録フォーマット

「専攻医研修実績フォーマット」に研修実績を記録し、一定の経験を積むごとに専攻医自身が形成的評価を行い記録してください。少なくとも1年に1回は「専攻医研修実績フォーマット」を用いて、医師としての基本姿勢，診療態度・チーム医療，担当した入院患者の疾患・症例，経験すべき症状への対応，経験した手技について形成的自己評価を行ってください。研修を修了しようとする年度末には総括的評価により評価が行われます。

・ 指導医による指導とフィードバックの記録

専攻医自身が自分の達成度評価を行い、指導医も形成的評価を行って記録します。少なくとも1年に1回は「専攻医研修実績フォーマット」を用いて、医師としての基本姿勢，診療態度・チーム医療，担当した入院患者の疾患・症例，経験すべき症状への対応，経験した手技について形成的評価を行い、評価者は「劣る」、「やや劣る」の評価を付けた項目については必ず改善のためのフィードバックを行い記録し、翌年度の研修に役立たせます。

21．研修に対するサイトビジット（訪問調査）について

専門研修プログラムに対して、日本形成外科学会または日本専門医機構からのサイトビジットがあります。サイトビジットにおいては、研修指導体制や研修内容について調査が行われます。その評価は、専門研修プログラム管理委員会に伝えられ、専門研修プログラムの必要な改良を行います。

22．専攻医の採用と修了

（採用方法）

東京医科大学形成外科専門研修プログラム管理委員会は、毎年7月から説明会等を行い、形成外科専攻医を募集します。専門研修プログラムへの応募者は、9月20日前後（東京医科大学後期研修医出願期間に準ずる。病院 HP の後期研修医募集要項を参照して下さい。）までに専門研修プログラム責任者宛に所定の形式の「形成外科専門研修プログラム応募申請書」と履歴書を提出してください。同時に、東京医科大学後期研修医にも出願して下さい（病院 HP 後期研修医募集を参照してください）。申請書は（1）東京医科大学形成外科の website (http://www.tokyo-med.ac.jp/prs/index.html)よりダウンロード，（2）電話で問い合わせ(03-3342-6111)，（3）e-mail で問い合わせ(prs-hp@tokyo-med.ac.jp)、のいずれの方法でも入手可能です。原則として10月中に書類選考および面接を行い、採否を決定して本人に文書で通知します。応募者および選考結果については12月の東京医科大学形成外科専門研修プログラム管理委員会において報告します。

（研修開始届け）

研修を開始した専攻医は、各年度の4月20日までに「東京医科大学形成外科専門研修開始届」を東京医科大学形成外科専門研修プログラム管理委員会(prs-hp@tokyo-med.ac.jp)に提出します。同委員会はその後速やかに開始届を日本形成外科学会に提出し、機構への登録を行います。

（修了要件）

下記注記ならびに日本形成外科学会専門医制度細則を参照のこと。

注記

研修の条件

1. 研修期間

形成外科専門研修は 4 年以上とする。但し義務化された臨床研修期間中の形成外科研修は含まない。この規定は第 98 回日本国医師国家試験合格者以降の者に適用する。それに該当しない者については、これと同等 以上の形成外科研修を終了したと専門医認定委員会が認定したものは可とする。 ただし、大学院生、時短勤務者や非常勤医などの研修 期間に関しては、週 32 時間（ただし 1 日 8 時間以内） 以上形成外科の臨床研修に携わったものはフルカウ ントできる。なお、臨床研修が週 32 時間に満たなくとも、機構の形成外科領域研修委員会が認めた場合には，勤務時間に応じて分数でのカウントもあり得る。研修の実状は当該科の所属長、または 施設長が責任をもって認定する。なお、申請内容に疑義が生じた場合、専門委員会で審議することがある。

麻酔科

東京医科大学麻酔科専門研修プログラム 2019 年度

1. 専門医制度の理念と専門医の使命

① 麻酔科専門医制度の理念

麻酔科専門医制度は，周術期の患者の生体管理を中心としながら，救急医療や集中治療における生体管理，種々の疾病および手術を起因とする疼痛・緩和医療などの領域において，患者の命を守り，安全で快適な医療を提供できる麻酔科専門医を育成することで，国民の健康・福祉の増進に貢献する．

② 麻酔科専門医の使命

麻酔科学とは，人間が生存し続けるために必要な呼吸器・循環器等の諸条件を整え，生体の侵襲行為である手術が可能なように管理する生体管理医学である．麻酔科専門医は，国民が安心して手術を受けられるように，手術中の麻酔管理のみならず，術前・術中・術後の患者の全身状態を良好に維持・管理するために細心の注意を払って診療を行う，患者の安全の最後の砦となる全身管理のスペシャリストである．同時に，関連分野である集中治療や緩和医療，ペインクリニック，救急医療の分野でも，生体管理学の知識と患者の全身管理の技能を生かし，国民のニーズに応じた高度医療を安全に提供する役割を担う．

2. 専門研修プログラムの概要と特徴

麻酔専門研修の概要

本プログラムは安全で質の高い周術期医療を実践し，国民の健康と福祉の増進に寄与するための，麻酔科関連領域の研鑽を積むことを目的とした専門研修プログラムである．将来日本の麻酔科医療を担う人材となり，如何なる事態にも対応のできる自信と麻酔科医療に対する誇りを有する麻酔科医となるべく，専門研修を通じて麻酔科学の基本である麻酔管理学，集中治療医学，ペインクリニック学，緩和医療学の基礎を学び，将来，世界に通用する麻酔科医となり医療貢献するための研修である．

本研修を通じて，麻酔科医にとって不可欠な知識・技術を身につけるだけでなく，医師・看護師・学生への教育指導能力の獲得とチーム医療に携わる者に必要な豊かな人間性やリーダーシップの涵養に努め，プロフェッショナルな麻酔科医になるための研修プログラムを用意している．本研修プログラム終了後に麻酔科専門医を取得し，その後，麻酔科学会指導医，ペインクリニック学会専門医、集中治療医学会専門医、博士号取得を目指す。

麻酔専門研修の目的

1) 十分な麻酔科領域，および麻酔科関連領域の専門知識と技能を修得すること．
2) 刻々と変わる臨床現場における，適切な臨床的判断能力，問題解決能力を備えること．
3) 医の倫理に配慮し，診療を行う上での適切な態度，習慣を学ぶ．人への思いやりと医療に対する愛情を有すること．
4) 常に進歩する医療・医学に則して，生涯を通じて研鑽を継続する向上心を持つ．弛まぬ努力により知識と技術の向上に努めること「学則不固」をモットーに！リサーチマインドを有すること．
5) チーム医療を担うための人格とリーダーシップを有すること．

以上の資質を修得した医師となることを目的とする．

プログラムの特徴

本プログラムにおける麻酔科専門研修では，あらゆる症例に対応できる手術麻酔の研修を受けることが出来る．特殊症例（小児麻酔，心臓血管麻酔，胸部外科麻酔，産科麻酔，脳神経外科麻酔）は，基幹病院である東京医科大学病院のみならず，多様で特色のある専門研修連携施設（19施設）で更に学ぶ事が出来る．

麻酔関連領域である集中治療研修は，過大侵襲を受けた術後患者や敗血症，ARDSなど重症患者の病態を把握し，エビデンスに基づいた呼吸・循環管理，感染症管理，代謝栄養管理などの全身管理，集中治療の基礎と最先端を学ぶ事が出来る．ICUスタッフと主治医，感染制御部医師，看護師，薬剤師，臨床工学技士と合同でカンファランスを開き，治療方針の決定を行う．多職種で呼吸管理や感染症，代謝異常の患者の全身状態を把握する．多職種連携の総合医療である集中治療領域でリーダーシップを学ぶ．

麻酔関連領域であるペインクリニック研修では，とくに診断学を重視する．診察・検査・診断・治療のロードマップをしっかり引けるような研修を行う．超音波ガイド下神経ブロックやレントゲン透視神経ブロックなどの手技や薬物療法，理学療法，東洋医学，臨床心理学など幅広い診療を学ぶ事が出来る．また，整形外科，リハビリテーション科，神経内科，看護師，臨床心理士と合同カンファランスを行うことで，多職種連携の医療とチームワークを学ぶ事が出来る．

麻酔関連領域である緩和医療研修では，増加するがん患者のQOLを向上させるための医療を学ぶ事が出来る．がんと診断されがんの治療している患者と家族の苦痛をトータルペインとして捉え，患者主体のアセスメントを行い，適切な緩和ケアを行うことを学ぶ事が出来る．

到達目標

東京医科大学形成外科学分野
形成外科専門研修プログラム

（目　次）

１．東京医科大学形成外科学分野形成外科専門研修プログラムについて
２．形成外科専門研修はどのように行われるのか
３．専攻医の到達目標（習得すべき知識・技能・態度など）
４．各種カンファランスなどによる知識・技能の習得
５．学問的姿勢について
６．医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて
７．施設群による専門研修プログラムおよび地域医療についての考え方
８．専門研修プログラムの施設群について
９．施設群における専門研修コースについて
１０．専門研修の評価について
１１．専門研修管理委員会について
１２．専門医の就業環境について
１３．専門研修プログラムの改善方法
１４．修了判定について
１５．専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
１６．Subspecialty 領域との連続性について
１７．形成外科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム研修の条件
１８．専門研修プログラム管理委員会
１９．専門研修指導医
２０．専門研修実績記録システム、マニュアル等について
２１．研修に対するサイトビジット（訪問調査）について
２２．専攻医の採用と修了

１．東京医科大学形成外科学分野形成外科専門研修プログラムについて

１）東京医科大学形成外科学分野形成外科専門研修プログラムの目的

形成外科は臨床医学の一端を担うものであり、先天性あるいは後天性に生じた変形や機能障害に対して外科的手技を駆使することにより、形態および機能を回復させ患者の Quality of Life の向上に貢献する外科系専門分野です。

形成外科専門医制度は、形成外科専門医として有すべき診断能力の水準と認定のプロセスを明示するものであり、専門研修プログラムは医師として必要な基本的診断能力（コアコンピテンシー）と形成外科領域の専門的能力，社会性，倫理性を備えた形成外科専門医を育成することを目的としています。

２）形成外科専門医の使命

形成外科専門医は、形成外科領域における幅広い知識と練磨した技術を習得することはもちろん、同時に医学発展のための研究マインドを持ち、社会性と高い倫理性を備えた医師となり、標準的医療を安全に提供し国民の健康と福祉に貢献できるよう自己研鑽する使命があります。

上記目的と使命が達成できるように、専門研修プログラムでは基幹施設と連携施設の病院群で指導医のもとに研修が行なわれます。専門研修プログラムでは外傷、先天異常、腫瘍、瘢痕・瘢痕拘縮・ケロイド、難治性潰瘍、炎症・変性疾患、美容外科などについて研修することができます。

研修の一部には臨床系大学院を組み入れることもできます。また、Subspecialty 領域専門医の研修準備をすることもできるよう配慮しています。更に、専門研修プログラムでは医師としての幅が広げられるよう、臨床現場から見つけ出した題材の研究方法，論理的な考察，統計学的な評価，論文にまとめ発表する能力の育成を行います。専門研修プログラム終了後には専門知識と診療技術を習得し、他の診療科とのチーム医療を実践できる能力を備えるとともに社会性と高い倫理性を持った形成外科専門医となります。

2．形成外科専門研修はどのように行われるのか

1）研修段階の定義

形成外科専門医は、初期臨床研修の２年間と専門研修（後期研修）の４年間の合計６年間の研修で育成されます。

・ 初期臨床研修 2 年間に自由選択により形成外科研修を選択することができますが、この期間をもって全体での６年間の研修期間を短縮することはできません。

・ 専門研修の 4 年間で、医師として倫理的・社会的に基本的な診療能力を身につけることと、日本形成外科学会が定める「形成外科領域専門研修カリキュラム」にもとづいて形成外科専門医に求められる専門技能の修得目標を設定します。それぞれの年度の終わりに達成度を評価したのち、専門医として独立し医療を実践できるまでに実力をつけていくように配慮します。具体的な評価方法は後の項目で示します。

・ 専門研修期間中に大学院へ進むことは可能です。臨床医学コースを選択して、臨床に従事しながら臨床研究を進めるのであれば、その期間は専門研修として扱われます。詳細は、23 頁注記に規定されています。

・ Subspecialty 領域専門医によっては、形成外科専門研修を修了し専門医資格を修得した年の年度初めに遡って、Subspecialty 領域研修の開始と認める場合があります。

・ 専門研修プログラムの終了判定には、経験症例数が必要です。日本形成外科学会専門医制度が定める研修カリキュラムに示されている研修目標および経験すべき症例数を参照してください。（「形成外科研修の必要症例一覧表」を参照、Ⅰ-Ⅶの大項目ごとの症例数は必須。小項目の症例数は目標数）

2）年次毎の専門研修計画

専攻医の研修は毎年の達成目標と達成度を評価しながら進められます。以下に年次毎の研修内容・修得目標の目安を示します。

・ 専門研修１年目（SR1）では、一般的な医師としての基本的診療能力、および形成外科の基本的知識と基本的技能の修得を目標とします。具体的には、形成外科の外来診療・診断法、周術期管理と基本手技の学習（術前準備、手術体位のセット、基本的な手術機械操作法）、褥瘡・潰瘍などをはじめとする創傷の管理（持続陰圧閉鎖療法を含む）、部分的な軟刀（熱傷の植皮術、皮弁移植術、瘢痕形成術、頬骨骨折整復術）、鼻骨骨折・

顔面や体幹の小さな良性腫瘍の軟刀などがあります。また、学会発表や論文作成を行うための基本的知識を身につけます。

・ 専門研修２年目（SR2）では、専門研修１年目研修事項を確実に行えることを前提に、形成外科の手術を中心とした基本的技能を身につけていきます。マイクロサージャリー手技習得にむけての練習を開始します。医学生、初期研修医、専門研修１年目の後期研修医を上級医と共に指導します。

・ 専門研修 3 年目（SR3）では、四肢・顔面の外傷や多指症などの四肢先天奇形、口唇口蓋裂などの顔面奇形、マイクロサージャリー手技（切断指再接着、遊離複合組織移植など）の部分的な執刀、耳下腺腫瘍や脂肪腫などの良性腫瘍、代表的な有茎皮弁（大胸筋、広背筋など）の執刀を行います。医学生、初期研修医、専門研修 2 年目以下の後期研修医を上級医と共に指導します。

・ 専門研修４年目（SR4）では、3 年目までの研修事項をより深く理解し、自分自身が主体となって治療を進めていけるようにします。さらに、再建外科医として他科医師と協力の上、治療する能力を身につけます。指導医と共に各種形成外科手術の執刀医となります。医学生、初期研修医、専門研修 3 年目以下の後期研修医を上級医と共に指導します。

3）研修の週間計画および年間計画

週間スケジュール

基幹施設（東京医科大学）での例

	月	火	水	木	金	土
	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前
一般外来	○					○
乳房再建外来				○		
レーザー外来			○			
病棟回診		○			○	
医局カンファレンス	○　○					
手術	○	○	○	○	○　○	

年間スケジュール

4月　SR1：研修開始。研修医および指導医に提出用資料の配布。
SR2・SR3・SR4・研修終了予定者：前年度の研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙を提出
指導医・指導責任者：前年度の指導実績報告用紙の提出
日本形成外科学会学術集会および春期学術講習会への参加

8月　基幹施設・連携施設合同の症例検討会（西新宿形成外科フォーラム）
研修終了予定者：専門医申請書類請求開始（10 月に締め切り。詳細は要確認）

10月　SR2・SR3・SR4：研修目標達成度評価報告用紙と経験症例報告用紙の提出（中間報告）
日本形成外科学会基礎学術集会および秋期学術講習会への参加

11月　研修終了予定者：専門医書類選考委員会の開催

12月　専門研修プログラム管理委員会の開催

1月　研修終了予定者：専門医認定審査（筆記試験、面接試験）

3月　それぞれの年度の研修終了

3．専攻医の到達目標（習得すべき知識・技能・態度など）

基幹施設である東京医科大学では、熱傷や顔面外傷などのさまざまな外傷をはじめとして、口唇口蓋裂や多指症などの先天異常、悪性腫瘍切除後の再建術など様々な症例を経験することができます。形成外科は頭の先から足の先まで診る科です。そのため疾患が多岐にわたることも多く、眼科、耳鼻科、救命科、整形外科、乳腺科などとの連携を密にして診療を行っています。

（当科の特徴）

1.外傷

顔面骨骨折や軟部組織損傷などの新鮮外傷のみならず、顔の瘢痕や醜形や陳旧性骨折の手術も行っています。熱傷は機能、整容面に考慮した治療を心がけています。熱傷ユニットも併設しているので広範囲熱傷の治療も行っています。切断指をはじめとする手指の外傷や手の機能再建なども行っています。

2.先天奇形

口唇口蓋裂センターを有しており、小児科や歯科口腔外科をはじめとする関連各科と連携しながら治療にあたっています。その他、合指症や多指症、臍ヘルニアなども多く経験します。母斑症や血管腫などの先天性色素異常症に対してはレーザー治療も行っています。

3.悪性腫瘍切除後の再建

中咽頭癌などをはじめとする頭頸部癌切除後の再建に力を入れています。最近は、乳癌切除後の一次・二次再建を自家組織・インプラント等を用いて治療しています。その他、眼瞼悪性腫瘍切除後の再建や食道癌術後の結腸再建など比較的稀と思われる症例も経験できます。

4.難治性潰瘍

糖尿病、血管閉塞などの疾患に付随して起こる難治性潰瘍、褥瘡、壊症に対する集学的な治療を行っています。他科の手術後の SSI(surgical site infection)に対しても積極的に治療にあたり、局所陰圧閉鎖療法や皮弁術を併用することで良好な成績をあげています。

また、専門研修プログラムでは地域医療の研修が可能です。具体的な到達目標を以下に示します。

1）専門知識

専攻医は専門研修プログラムに沿って 1）外傷，2）先天異常，3）腫瘍，4）瘢痕・瘢痕拘縮・ケロイド，5）難治性潰瘍，6）炎症・変性疾患，7）美容外科について広く学ぶ必要があります。専攻医が習得すべき年次ごとの内容については「形成外科領域専門研修カリキュラム」を参照してください。

2）専門技能

形成外科領域の診療を①医療面接②診断③検査④治療⑤偶発症に留意して実施する能力の開発に務める必要があります。それぞれの具体的内容、年次ごとの内容については「形成外科領域専門研修カリキュラム」を参照してください。

3）経験すべき疾患・病態

「形成外科領域専門研修カリキュラム」を参照

4）経験すべき診察・検査

「形成外科領域専門研修カリキュラム」を参照

5）経験すべき手術・処置

「形成外科領域専門研修カリキュラム」を参照

6）地域医療の経験

地域医療の経験を３ヶ月以上必須とします。専門研修プログラムには、地域の中核病院や東京医科大学茨城医療センターなどその地域の拠点となっている施設（診療圏が異なり、過疎地域を含む）が病院群に入っています。したがって、研修中に地域医療を学ぶことが可能です。

4．各種カンファランスなどによる知識・技能の習得

- 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ます。専攻医はその場で積極的に意見を述べ、上級医だけでなく同僚や後輩の意見を聞くことにより、具体的な治療方法や管理方法を自ら考えていくことができるようにします。

- 他科との合同カンファランス例えば、頭頸部腫瘍の治療に対する耳鼻科とのカンファランスや乳がん治療における乳腺科とのカンファランスなど、それぞれの疾患に関わる他科との協力のもと治療を進める課程を学んでいきます。

- Cancer Board：複数の臓器にまたがる疾患症例，内科疾患の合併を有する症例，非常にまれで標準治療がない症例などの治療方針決定について、各科医師や緩和ケアスタッフおよび看護スタッフなどによる合同カンファランスを行います。

- 基幹施設と連携施設による症例検討会：まれな症例や検討を要すると判断された症例などについては、施設間による合同カンファランスによって症例の検討を行います。

- 各施設において抄読会や勉強会を実施します。専攻医は学術誌だけでなく、インターネットなどを利用して最新の情報検索を行います。

- 手術手技をトレーニングする設備，教育 DVD，学会が提供するインターネット上のコンテンツなどを用いて積極的に手術手技を学びます。

- 日本形成外科学会の学術集会（特に学術講習会），日本形成外科学会地方会，日本形成外科学会が承認する関連学会，日本形成外科学会が提供する e-learning などで下記の事項を学んでいきます。各病院内で実施される講習会にも参加してください。
  ☆標準的医療および今後期待される先進的医療
  ☆医療安全、院内感染対策
  ☆指導法、評価法などの教育技能

5．学問的姿勢について

指導医は専攻医が研修目的を達成できるよう指導しますが、専攻医も自らの診療内容を常にチェックし、研鑽、自己学習し、知識を補足することが求められます。知識として Evidence-Based Medicine（以下 EBM）は当然その基礎となります。専門研修プログラムでは症例に関するカンファランスが設定されていますが、これに積極的に参加し、呈示と討論ができるようにしてください。専攻医は受け持ち患者についての疑問を提示し、同僚や指導医から提示された疑問については、EBM に沿って批判的吟味を行う姿勢が重要です。次に、日常の診療から疑問に思ったことを研究課題とし、参考文献を資料として研究方法を組み立て、結果をまとめ、論理的、統計学的な正当性を持って評価、考察する能力を養うことが大切です。そして、専攻医は学会に積極的に参加し、その成果を発表する姿勢を身に付けてください。

専門研修プログラム終了後に形成外科領域専門医資格を受験するためには以下の条件を充足する必要があります（23 頁注記も参照）。

1）6 年以上の日本国医師免許証を有するもの。

2）臨床研修 2 年の後、学会が推薦し機構の認定を受けた専門研修基幹施設あるいは専門研修連携施設において通算 4 年以上の形成外科研修を終了していること。ただし、専門研修基幹施設での最低 1 年の研修を必要とします。

3）研修期間中に直接関与した 300 症例（うち 80 症例以上は術者）および申請者が術者として手術を行った 10 症例についての所定の病歴要約の提出が必要です。

4）日本形成外科学会主催の講習会受講証明書を 4 枚以上有すること。

5）少なくとも 1 編以上の形成外科に関する論文を筆頭著者として発表しているもの。（発表誌は年 2 回以上定期発行され、査読のあるものに限ります）

また、専門医資格の更新には診療実績の証明、専門医共通講習、診療領域別講習、学術業績・診療以外の活動実績など 5 年間に合計 50 単位の取得が求められます。

6．医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて

専攻医は、医師として自己管理能力を身につけ、生涯にわたり基本的診療能力（コアコンピテンシー）を涵養する努力が必要です。基本的診療能力には領域の知識・技能だけでなく、態度，倫理性，社会性などが含まれます。指導医と共にプロフェッショナルを目指しましょう。以下に専門研修プログラムでの具体的な目標、方法を示します。

1）医師としての資務を自律的に果たし、患者に信頼されるコミュニケーション能力

領域における専門的知識・技能を身につけ、診断能力を高めることはプロフッショナルとして当然です。さらに疾患について説明できるだけでなく、相手の立場になって聞くことができ疑問に答えられなければ信頼を得ることは出来ません。分からないことは、誠意をもって調べて回答しましょう。形成外科領域では治療方法が手術となることが多く、その必要性，危険性，合併症とその対策，予後，術後の注意点などについて、医師や患者・家族がともに納得できるようなインフォームドコンセントについて指導医のもとで学習し、実践します。また、治療経過や結果について的確に把握し、患者に説明できなければなりません。治療期間や治療費についても精通しておく必要があります。

2）患者・社会との契約を理解し実践できる能力

健康保険制度を理解し、保険医療をメディカルスタッフと協調して実践します。そのためには、医療行為に関する法律を理解し遵守しなければなりません。それらに基づきすべての医療行為や患者に行った説明などを書面化し、管理しなければなりません。診断書・証明書などを作成や管理することも重要です。また、医薬品や医療用具による健康被害の発生防止の理解と適切な行動が求められます。これらのすべてにおいて守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができなければなりません。原則として、家族に話す内容は事前に患者の同意を得ておくべきです。

3）医療安全を理解し、チーム医療が実践できる能力

保存療法，手術療法，その他医療行為のすべてにおいて医療安全の重要性を理解し、事故防止や事故後の対応がマニュアルに沿って実践できることが求められます。専門研修プログラムでは、施設における医療安全に関する講習会や感染対策に関する講習会にそれぞれ最低 1 年に 2 回は出席することが義務づけられています。これらの講習会は、日本形成外科学会でも開催されており、積極的に参加し日常の診療にフィードバックすることが大切です。また、チーム医療が多いことは形成外科の大きな特徴であり、他の医療従事者と良好な関係を構築し協力して患者の診療にあたることが重要です。臨床の現場から疑問に思うことや今社会が医療に求めていることを自ら感知し、研究する姿勢が大切であり、その態度が後輩の模範となるよう努めます。チーム医療の一員として指導医のもとに患者を受け持ち、学生や後輩医師の教育、指導も積極的に行います。もちろん専攻医自身もチームの一員として様々なメンバーから指導を受けることができます。

4）問題対応能力と提示できる能力

指導医は専攻医が、専門医として独り立ちできるよう努めますが、独り立ちとは通り一遍のことができるようになるということではありません。臨床上の疑問点を解決するための情報を自ら収集および評価し、患者への対応を実践します。EBM は、当然その基礎となります。専門研修プログラムでは、症例に関するカンファランスが設定されていますが、これに積極的に参加し、呈示と討論ができるようにしてください。専攻医は受け持ち患者についての疑問を提示し、同僚や指導医から提示された疑問については EBM に沿って批判的吟味を行うことが重要です。また、臨床研究や治験の意義を理解し、参加する姿勢も大切です。

7．施設群による専門研修プログラムおよび地域医療についての考え方

1）施設群による研修

本研修プログラムでは東京医科大学形成外科を基幹施設とし、地域の連携施設とともに病院施設群を構成しています。施設群で育成することの意義は、各施設によって分野や症例数が異なるため、専攻医が専門研修カリキュラムに沿って十分に研修を行うことです。専攻医はこれらの施設群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。このことは、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。また、大学だけの研修ではまれな疾患や治療困難例が中心となり Common Disease の経験が不十分となります。この点においては、地域の連携病院では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で

きる上、医師としての基礎となる課題探索能力や課題解決能力は一つ一つの症例について深く考え、広く論文収集を行い症例報告や論文としてまとめることで身についていきます。このような理由から、施設群で研修を行うことが非常に大切です。東京医科大学形成外科研修プログラムのどのコースに進んでも、指導内容や症例経験数に不公平が無いように十分に配慮します。

施設群における研修の順序や期間等については、専攻医を中心に考え個々の形成外科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、東京医科大学形成外科専門研修プログラム管理委員会が決定します。

2）地域医療の経験

臨床においては、診断名からだけではなく患者の社会的背景や希望も考慮に入れた上で治療方針を選択し、患者に医療を提供する必要があります。その点において地域の連携病院では、責任を持って多くの症例の診療にあたる機会を経験することができます。また、足病変など形成外科における慢性的な疾患の治療においては、地域医療との連携が不可欠となります。形成外科を中心とした地域医療に貢献するためには、総合的な治療マネージメント能力が要求されるため、臨床能力の向上を目的とした地域医療機関における外来診療や地域連携とのコミュニケーションも含めた勉強会や講演会に積極的に参加する必要があります。本プログラムにおいても3ヶ月以上の地域医療研修を行います。

8．専門研修プログラムの施設群について

（専門研修基幹施設）

東京医科大学形成外科が専門研修基幹施設となります。(研修プログラム責任者：1名，指導医：3名，症例数：約2100例)

（専門研修連携施設）

東京医科大学形成外科専門研修プログラムの施設群を構成する連携病院は以下の通りです。専門研修連携施設は、診療実績基準を満たす必要があります。

・東京医科大学八王子医療センター形成外科（指導医：1名，症例数：約800例）
・船橋市立医療センター形成外科（指導医：1名，症例数：約500例）
・佼成病院形成外科（指導医：2名，症例数：約500例）
・泰山記念病院形成外科（指導医：1名、症例数：約800例）
・熊谷外科病院形成外科（指導医：1名、症例数：約1000例）

・深谷赤十字病院形成外科（指導医：1名、症例数：約700例）

※　東京医科大学グループ全体の症例数は、約7000例にのぼります。

（過疎地域医療施設）（研修連携候補施設および地域医療研修施設）

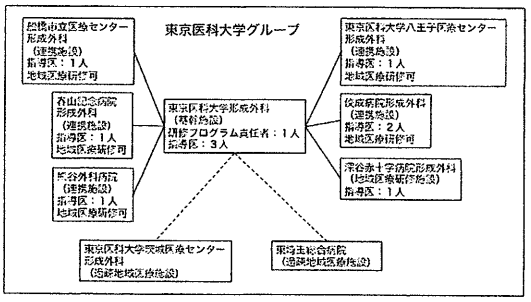
・東京医科大学茨城医療センター形成外科
・東埼玉総合病院形成外科

（専門研修施設群）

東京医科大学形成外科と連携施設および過疎地域医療施設により専門研修施設群を構成します。

※ 専門研修連携施設は、地域の中核病院が多く地域医療研修が可能である。たとえば、船橋市立医療センターは病院併設型救命救急センターを有し、東葛南部地域の一次から三次までの救急に対応している。形成外科では、一般診療に加え、救命救急センター内の外傷チームとしても治療を行っている。船橋市はドクターカーを運用しており、形成外科では週に1日、同乗医師として地域に出て救急搬送、治療を担当している。

※ 過疎地域医療施設としては、取手・龍ヶ崎保健医療圏に2施設しかない形成外科のうちの一つである東京医科大学茨城医療センターでの研修を行う。近隣医療機関と密に連携をとり、軟部組織損傷、手の外傷、熱傷、顔面骨骨折、蜂窩織炎などの救急疾患、がん診療、糖尿病に付随した下肢の蜂窩織炎、壊疽などを研修する。



（専門研修施設群の地理的範囲）

東京医科大学形成外科専門研修プログラムの専門研修施設群は関東の施設群です。また施設群の中には、地域中核病院や地域中小病院（過疎地域も含む）も含まれます。

（専攻医受入数）

東京医科大学グループ全体で、症例のデータベースをもとに1年間で専攻医の教育可能な人数を算出すると、最も効率的に行った場合で12名です。しかし実際には、人事異動などの都合上その約半分の6名までが1年間に十分な教育が可能な人数となります。

各病院の専攻医の有給雇用枠は、東京医科大学形成外科：6名，東京医科大学八王子医療センター形成外科：3名，船橋市立医療センター形成外科：1名，佼成病院形成外科：1名，泰山記念病院形成外科：1名，深谷赤十字病院形成外科：1名、東京医科大学茨城医療センター形成外科：1名であり、14名の有給雇用枠が確保されています。

指導医の数は東京医科大学形成外科：3名，東京医科大学八王子医療センター形成外科：1名，船橋市立医療センター形成外科：1名，佼成病院形成外科：2名，泰山記念病院形成外科：1名、深谷赤十字病院：1名、熊谷外科病院：1名の計10名となります。

そのため、東京医科大学グループの専攻医受入数は現在1年間に最大6名となりますが、東京医科大学グループ全体では指導医の数も多く症例数は十分であるため、より多くの症例を経験することができます。

なお、本プログラムにおける指導者の異動なども今後考えられますが、東京医科大学においては今後4年間の間に5名が新たに指導医の資格を得る（専門医取得後1回の更新を行う）予定であるため、指導体制に不足は生じない見込みです。

9．施設群における専門研修コースについて

形成外科領域専門研修カリキュラムでは、到達目標の達成時期や症例数を1年次から4年次まで項目別で設定しています。しかし実際には、各施設の症例数や人事異動などでその時期が前後すると予測されます。そのため、設定した年次はあくまで目安であり、4年次までにすべての到達目標を達成することを最終目標とした上で、基幹施設と連携施設で連携しながら専門研修コースを設定していく必要があります。

1）各年次の目標

（専門研修1年目）

医療面接・記録：病歴聴取を正しく行い、診断名の想定・鑑別診断を述べることができる。

検査：診断を確定させるための検査を行うことができる。

治療：局所麻酔方法、外用療法、病変部の固定法、理学療法の処方を行うことができる。基本的な外傷治療、創傷治療を習得する。

偶発症：考えられる偶発症の想定、生じた偶発症に対する緊急的処置を行うことができる。

（専門研修2年目）

専門研修1年目研修事項を確実に行えることを前提に、形成外科の手術を中心とした基本的技能を身につけていく。研修期間中に　1）外傷，2）先天異常，3）腫瘍，4）瘢痕・瘢痕拘縮・ケロイド，5）難治性潰瘍，6）炎症・変性疾患，7）その他　について基本的な手術手技を習得する。

（専門研修3年目）

マイクロサージャリー、クラニオフェイシャルサージャリーなどより高度な技術を要する手術手技を習得する。また、学会発表・論文作成を行うための基本的知識を身につける。

（専門研修4年目以降）

3年目までの研修事項をより深く理解し、自分自身が主体となって治療を進めていけるようにする。さらに、再建外科医として他科医師と協力の上、治療する能力を身につける。また、言語、音声、運動能力などのリハビリテーションを他の医療従事者と協力の上、指示、実施する能力を習得する。

2）4年間での手術経験数および執刀数

基幹施設と連携施設を合わせた研修施設群全体について、専攻医1名あたり4年間で最低300例（内執刀数80例）の経験（執刀）症例数を必要とします。(手術内容の内訳は2．の一覧表を参照)

3）専門研修ローテーション

東京医科大学および6つの連携施設で、すべての形成外科専門医カリキュラムを達成することを目標にします。但し、それぞれの施設には取り扱う疾患の分野にばらつきがあるため、不足分を補うように病院間での異動を行っていきます。

（ローテーションの一例）

専門研修１年目：東京医科大学形成外科（１年）
↓
専門研修２年目：東京医大茨城医療センター形成外科（６ヶ月）、
春山記念病院形成外科（６ヶ月）、または船橋市立医療センター（１年）
↓
専門研修３年目：東京医大八王子医療センター（６ヶ月）、
佼成病院形成外科（６ヶ月）
↓
専門研修４年目： 東京医科大学形成外科（１年）

・ 特に東京医科大学研修期間中には、臨床だけでなく基礎実験の助手など基礎研究に携わることによって、早期からからリサーチマインドを育てていきます。また、症例報告などの論文作成を行い、論文作成能力の向上を図っていきます。

１０．専門研修の評価について

１） 専門研修中の専攻医と指導医の相互評価は施設群による研修と共に専門研修プログラムの根幹となるものです。専門研修の１年目から４年目までのそれぞれに、基本的診療能力と形成外科専門医に求められる知識・技能の習得目標を設定し、その年度の終わりに達成度を評価します。このことにより、基本から応用へ、さらに専門医として独立して実践できるまで着実に実力をつけていけるように配慮しています。

・ 指導医は日々の臨床の中で専攻医を指導します。
・ 専攻医は経験症例数・研修目標達成度の自己評価を行います。
・ 指導医も専攻医の研修目標達成度の評価を行います。
・ 医師としての態度についての評価には、自己評価に加えて、指導医による評価、施設の指導責任者による評価、看護師長などの他職種による評価が含まれています。
・ 専攻医は毎年９月末（中間報告）と３月末（年次報告）に所定の用紙を用いて経験症例数報告書及び自己評価報告書を作成し、指導医はそれに評価・講評を加えます。「専攻医研修実績フォーマット」を用いて行います。
・ 指導責任者は「専攻医研修実績フォーマット」を印刷し、署名・押印したものを専門研修プログラム管理委員会に提出します。「専攻医研修実績フォーマット」は、６ヶ月に一度、専門研修プログラム委員会に提出します。自己評価と指導医評価、指導医コメントが書き込まれている必要があります。「専攻医研修実績フォーマット」

の自己評価と指導医評価、指導医コメント欄は６ヶ月ごとに上書きしていきます。
・ ４年間の総合的な修了判定は研修プログラム統括責任者が行います。この修了判定を得ることができてから専門医試験の申請を行うことができます。

２）指導医のフィードバック法の学習（FD）
指導医は日本形成外科学会が主催する、あるいは日本形成外科学会の承認のもとで主催される形成外科指導医講習会において、フィードバックの方法についての講習を受けます。指導医講習会の受講は、指導医認定や更新のために必須です。

１１．専門研修管理委員会について

専門研修基幹施設と各専門研修連携施設の各々において、形成外科領域指導医から選任されたプログラム責任者を置きます。専門研修基幹施設においては、各専門研修連携施設を含めたプログラム統括責任者を置きます。

専門研修基幹施設には、専門研修基幹施設と各専門研修連携施設のプログラム責任者より構成される専門研修プログラム管理委員会を置き、プログラム統括責任者がその委員会の責任者となります。専門研修基幹施設は、専門研修プログラム管理委員会を中心として専攻医と連携施設を統括し、専門研修プログラム全体の管理を行い専攻医の最終的な研修修了判定を行います。

専門研修プログラムには、各連携施設が研修のどの領域を主に担当するか（例えば形成外科一般，小児治療，癌治療，熱傷治療，美容など）を明示し、専門基幹施設が専門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・管理を行います。

専門研修連携施設においては、指導専門医と形成外科領域専門医より構成する専門研修プログラム管理委員会を置き、指導専門医から選任された専門研修プログラム連携施設担当者が委員会の責任者となります。

専門研修基幹施設と各専門研修連携施設の各々において、領域指導医と施設責任者の協力により定期的に専攻医の評価を行い、また専攻医による領域指導医・指導体制に対する評価も行います。これらの双方向の評価を専門研修プログラム管理委員会で検討し、プログラムの改善を行います。

１２．専門医の就業環境について

研修施設責任者とプログラム統括責任者は、専攻医の適切な労働環境の整備に努め、ま

た専攻医の心身の健康維持に配慮し、これに関する責務を負います。

専攻医の安全及び衛生並びに災害補償については、労働基準法や労働安全衛生法及び学校保健法に準じます。給与（当直業務給与や時間外業務給与を含めて）、福利厚生（健康保険、年金、住居補助、健康診断など）、労働災害補償などについては、各研修施設の処遇規定、就業規則に従いますが、これらが適切なものであるかにつき研修プログラム管理委員会がチェックを行います。育児休暇や介護休暇に関しては、「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」に準じます。

当直あるいは時間外業務に対しては、各研修施設において専門医や指導医のバックアップ体制を整えます。専攻医の服務時間は、１か月単位の変形労働時間を準用し、１か月を平均して１週間あたり 40 時間の範囲内において定めるものとしますが、専門研修を行う施設の実態に応じて変更できるものとします。

１３．専門研修プログラムの改善方法

東京医科大学形成外科専門研修プログラムでは専攻医からのフィードバックを重視して専門研修プログラムの改善を行うこととしています。

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
専攻医は、年次毎に指導医，専攻医指導施設，専門研修プログラムに対する評価を行います。また、指導医も専攻医指導施設や専門研修プログラムに対する評価を行います。専攻医や指導医等からの評価は、専門研修プログラム管理委員会に提出され研修プログラム管理委員会は専門研修プログラムの改善に役立てます。このようなフィードバックによって、専門研修プログラムをより良いものに改善していきます。
専門研修プログラム管理委員会は必要と判断した場合、専攻医指導施設の実地調査および指導を行います。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、毎年日本形成外科学会及び日本専門医機構に報告します。

２）研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応
専門研修プログラムに対して、学会または日本専門医機構からサイトビジット（現地調査）が行われます。その評価にもとづいて、専門研修プログラム管理委員会で研修プログラムの改良を行います。専門研修プログラム更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本形成外科学会及び日本専門医機構に報告します。

１４．修了判定について

専門研修４年終了時あるいはそれ以降に、専門研修プログラムに明記された達成到達基準を基に、研修期間が基準に満たしていることを確認し、知識，技能，態度それぞれについて評価を行い、知識，技能，態度に関わる目標の達成度を総括的に把握し、専門研修基幹施設の専門研修プログラム管理委員会において、総合的に終了判定の可否を決定します。知識，技能，態度のひとつでも欠落する場合は専門研修終了と認めません。

そして、専門研修プログラム管理委員会の責任者であるプログラム統括責任者が、専門研修プログラム管理委員会における評価に基づいて、専攻医の最終的な専門研修修了判定を行います。

１５．専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと

（修了判定のプロセス）
専攻医は「専攻医研修実績フォーマット」と「医師としての適正評価シート」を専門医認定申請年の４月末までに専門研修プログラム管理委員会に送付します。専門研修プログラム管理委員会は５月末までに修了判定を行い、研修証明書を専攻医に送付します。専攻医は日本専門医機構の形成外科専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行います。

（他職種評価）
専攻医は病棟の看護師長など少なくとも医師以外のメディカルスタッフ１名以上からの評価も受ける必要があります。

１６．Subspecialty 領域との連続性について

日本専門医機構形成外科専門医を取得した医師は、形成外科専攻医としての研修期間以後に Subspecialty 領域の専門医のいずれかを取得することが望まれます。現在 Subspecialty 領域の専門医には、日本形成外科学会認定の皮膚腫瘍外科特定分野指導医と日本形成外科学会認定の分野指導医として日本創傷外科学会認定の創傷外科専門医，日本

頭蓋顎顔面外科学会認定の頭蓋顎顔面外科専門医，日本熱傷学会認定の熱傷専門医，日本手外科学会認定の手外科専門医，日本美容外科学会（JSAPS）認定の美容外科専門医がありますが、今後拡大していく予定です。

１７．形成外科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム研修の条件

1）専門研修プログラム期間のうち、出産に伴う１年以内の休暇は１回までは研修期間にカウントできる。
2）疾病での休暇は１年まで研修期間をカウントできる。
3）疾病の場合は診断書を、出産の場合は出産を証明するものの添付が必要である。
4）留学、診療実績のない大学院の期間は研修期間にカウントできない。
5）専門研修プログラムの移動は、認定施設認定委員会に申請の上、日本専門医機構の承認が必要であり、移動前・後のプログラム統括責任者と協議した上で決定する。
6）その他は、23 頁注記参照のこと。

１８．専門研修プログラム管理委員会

専門研修基幹施設に専門研修基幹施設と各専門研修連携施設のプログラム責任者より構成される専門研修プログラム管理委員会を置き、専門研修プログラムと専攻医を統括的に管理します。

（専門研修プログラム管理委員会の役割と権限）
専門研修プログラム管理委員会は、専門研修基幹施設と各専門研修連携施設のプログラム責任者の緊密な連絡のもとに、専門研修プログラムの作成やプログラム施行上の問題点の検討や再評価を継続的に行います。また、各専攻医の統括的な管理（専攻医の採用や中断，専門研修基幹施設や専門研修連携施設での研修計画や研修進行の管理，学習機会の確保，研修環境の整備など）や評価を行います。更に、各専門研修連携施設において適切に専攻医の研修が行われているかにつき各専門研修連携施設を評価して、問題点を検討し改善を指導します。

（プログラム統括責任者）
プログラム統括責任者は、専門研修プログラム管理委員会の責任者であり、専門研修プログラムの管理・遂行や専攻医の採用・終了判定につき最終責任を負います。またプログラム統括責任者は、専門研修プログラム管理委員会における評価に基づいて、専攻

医の最終的な研修修了判定を行い、その資質を証明する書面を発行します。

（副プログラム統括責任者）
20 名を越える専攻医を持つ場合は、副プログラム統括責任者を置き、副プログラム統括責任者はプログラム統括責任者を補佐します。

（専門研修連携施設での委員会組織）
専門研修連携施設においては、指導専門医と形成外科領域専門医より構成する専門研修プログラム管理委員会を置き、指導専門医から選任された専門研修プログラム連携施設担当者が委員会の責任者となります。
専門研修連携施設での委員会の責任者である専門研修プログラム連携施設担当者は、専門研修基幹施設と各専門研修連携施設のプログラム責任者より構成される専門研修プログラム管理委員会の一員として、専門研修プログラム管理委員会における役割を遂行します。
専門研修連携施設の専門研修プログラム管理委員会は、専門研修連携施設におけるプログラムの作成・管理・改善を行い、また各専攻医の管理（専門研修連携施設での研修計画や研修進行の管理、学習機会の確保、研修環境の整備など）や評価を行ないます。

１９．専門研修指導医

指導医の基準については、指導医は一定の基準を満たした専門医であり、専攻医を指導し評価を行います。

２０．専門研修実績記録システム、マニュアル等について

研修実績および評価の記録については、「専攻医研修実績フォーマット」に研修実績を記載し、指導医による形成的評価、フィードバックを受けます。総括的評価は形成外科研修カリキュラムに則り、少なくとも年１回行います。
東京医科大学形成外科にて、専攻医の研修履歴（研修施設，期間，担当した専門研修指導医），研修実績，研修評価を保管します。さらに専攻医による専門研修施設および専門研修プログラムに対する評価も保管します。

専門研修プログラム運用マニュアルは以下の専攻医研修マニュアルと指導者マニュアルを用います。
- 専攻医研修マニュアル
- 指導者マニュアル

- 専攻医研修実績記録フォーマット
  「専攻医研修実績フォーマット」に研修実績を記録し、一定の経験を積むごとに専攻医自身が形成的評価を行い記録してください。少なくとも１年に１回は「専攻医研修実績フォーマット」を用いて、医師としての基本姿勢，診療態度・チーム医療，担当した入院患者の疾患・症例，経験すべき症状への対応，経験した手技について形成的自己評価を行ってください。研修を修了しようとする年度末には総括的評価により評価が行われます。
- 指導医による指導とフィードバックの記録
  専攻医自身が自分の達成度評価を行い、指導医も形成的評価を行って記録します。少なくとも１年に１回は「専攻医研修実績フォーマット」を用いて、医師としての基本姿勢，診療態度・チーム医療，担当した入院患者の疾患・症例，経験すべき症状への対応，経験した手技について形成的評価を行い、評価者は「劣る」，「やや劣る」の評価を付けた項目については必ず改善のためのフィードバックを行い記録し、翌年度の研修に役立たせます。

２１．研修に対するサイトビジット（訪問調査）について

専門研修プログラムに対して、日本形成外科学会または日本専門医機構からのサイトビジットがあります。サイトビジットにおいては、研修指導体制や研修内容について調査が行われます。その評価は、専門研修プログラム管理委員会に伝えられ、専門研修プログラムの必要な改良を行います。

２２．専攻医の採用と修了

（採用方法）
東京医科大学形成外科専門研修プログラム管理委員会は、毎年 7 月から説明会等を行い、形成外科専攻医を募集します。専門研修プログラムへの応募者は、9 月 20 日前後（東京医科大学後期研修医出願期間に準ずる。病院 HP の後期研修医募集要項を参照して下さい。）までに専門研修プログラム責任者宛に所定の形式の「形成外科専門研修プログラム応募申請書」と履歴書を提出してください。同時に、東京医科大学後期研修医にも出願して下さい（病院 HP 後期研修医募集を参照してください）。申請書は（1）東京医科大学形成外科の website (http://www.tokyo-med.ac.jp/prs/index.html)よりダウンロード，（２）電話で問い合わせ(03-3342-6111)，（３）e-mail で問い合わせ(prs-hp@tokyo-med.ac.jp)、のいずれの方法でも入手可能です。原則として 10 月中に書類選考および面接を行い、採否を決定して本人に文書で通知します。応募者および選考

結果については 12 月の東京医科大学形成外科専門研修プログラム管理委員会において報告します。

（研修開始届け）
研修を開始した専攻医は、各年度の 4 月 20 日までに「東京医科大学形成外科専門研修開始届」を東京医科大学形成外科専門研修プログラム管理委員会(prs-hp@tokyo-med.ac.jp)に提出します。同委員会はその後速やかに開始届を日本形成外科学会に提出し、機構への登録を行います。

（修了要件）
下記注記ならびに日本形成外科学会専門医制度細則を参照のこと。

注記

研修の条件
1. 研修期間
形成外科専門研修は 4 年以上とする。但し義務化された臨床研修期間中の形成外科研修は含まない。この規定は第 98 回日本国医師国家試験合格者以降の者に適用する。それに該当しない者については、これと同等 以上の形成外科研修を終了したと専門医認定委員会が認定したものは可とする。 ただし、大学院生、時短勤務者や非常勤医などの研修 期間に関しては、週 32 時間（ただし 1 日 8 時間以内） 以上形成外科の臨床研修に携わったものはフルカウ ントできる。なお、臨床研修が週 32 時間に満たなくとも、機構の形成外科領域研修委員会が認めた場合には、勤務時間に応じて分数でのカウントもあり得る。研修の実状は当該科の所属長、または 施設長が責任をもって認定する。なお、申請内容に疑義が生じた場合、専門委員会で審議することがある。

本研修プログラムでは，専攻医が整備指針に定められた麻酔科研修の到達目標を達成できる専攻医教育を提供し，十分な知識・技術・態度を備えた麻酔科専門医を育成する．

麻酔科専門研修プログラム全般に共通する研修内容の特徴などは別途資料麻酔科専攻医研修マニュアルに記されている．

3. 専門研修プログラムの運営方針

- 研修の前半2年間のうち少なくとも1年間、後半2年間のうち6ヶ月は，基本的に専門研修基幹施設である東京医科大学病院において研修を行う．
- 6ヶ月は，基本的に専門研修連携施設Aである東京医科大学八王子医療センターで研修を行うこととする．
- 研修内容・進行状況に配慮して，プログラムに所属する全ての専攻医が経験目標に必要な特殊麻酔症例数を達成できるように，ローテーションを構築する．
- 本プログラムにおける麻酔研修期間中の年間の麻酔経験件数は約200例以上を経験する．
- 特殊麻酔研修では，研修内容の充実を図るため本院以外の専門研修連携施設で更なる研修を行う．
- 小児麻酔研修では，小児領域に特徴のある研修連携施設である，国立成育医療研究センター，埼玉県立小児医療センター，自治医科大学附属病院のいずれかにおいて研修を行う．
- 心臓血管麻酔では，心臓血管領域に特徴のある研修連携施設である，国立循環器病研究センター，自治医科大学附属病院，自治医科大学附属さいたま医療センター，三井記念病院，ニューハート・ワタナベ国際病院，東京医科大学八王子医療センター，千葉大学医学部附属，病院山形大学医学部附属病院，松波総合病院のいずれかにおいて研修を行う．
- 産科麻酔では，産科麻酔領域に特徴のある研修連携施設である，国立成育医療研究センター，自治医科大学附属病院，順天堂大学医学部附属順天堂医院のいずれかにおいて研修をおこなう．
- 専門研修基幹施設で研修プログラムをもつ，自治医科大学附属病院，自治医科大学附属さいたま医療センター，順天堂大学医学部附属順天堂医院，千葉大学医学部附属病院，東京女子医科大学病院，三井記念病院，山形大学医学部附属病院，熊本大学医学部附属病院，戸田中央総合病院と連携し共に補い合うことで，専攻医のニーズに合わせた幅広い麻酔科専門研修を行うことが出来る．
- すべての領域を網羅するローテーションAを基本とするが，小児麻酔を中心に学びたい者へのローテーション（ローテーション例B），ペインクリニックを学びたい者へのローテーション（ローテーション例C），集中治療を中心に学びたい者へのローテーション（ローテーション例D）など，専攻医のキャリアプランに合わせたローテーションも考慮する．
- 地域医療の維持のため，最低でも３ヶ月以上は地域医療支援病院である，岐阜県の松波総合病院，あるいは埼玉県の埼玉県立小児医療センターで研修を行う．また，プログラム内では基幹施設のある東京都以外に，山形県，茨城県，千葉県，埼玉県、栃木県，岐阜県，熊本県，大阪府と幅広い地域に対して医療貢献するプログラムとしている．

研修実施計画例

コース	A(標準)	B(小児)	C(ペイン)	D(集中治療)
初年度前期	本院	本院	本院	本院
初年度後期	本院	本院	本院	本院
2年度前期	研修連携施設A またはB	本院または 研修連携施設A	本院または 研修連携施設A	本院または 研修連携施設A
2年度後期	研修連携施設A またはB	小児麻酔研修	本院(ペイン)	本院(集中治療)
3年度前期	本院または 心臓麻酔研修	本院または 本院(集中治療)	本院または 心臓麻酔研修	本院または 小児麻酔研修
3年度後期	本院または 小児麻酔研修	本院または 本院(ペイン)	本院または 小児麻酔研修	本院または 心臓麻酔研修
4年度前期	本院または 本院(ペイン)	本院または 心臓麻酔研修	本院または 本院(ペイン)	本院または 本院(集中治療)
4年度後期	本院 本院(集中治療)	本院または 研修連携施設B	本院または 本院(集中治療)	本院または 本院(ペイン)

週間予定表

本院麻酔ローテーションの例

	月	火	水	木	金	土	日
午前	手術室	手術室	外勤	手術室	休み	カンファ	休み
午後	手術室	手術室	外勤	手術室	術前評価	休み	休み
当直				当直			

4. 研修施設の指導体制と前年度麻酔科管理症例数

本研修プログラム全体における前年度合計麻酔科管理症例数：12893症例

本研修プログラム全体における総指導医数：21人

	合計症例数
小児（6歳未満）の麻酔	442症例
帝王切開術の麻酔	250症例
心臓血管手術の麻酔（胸部大動脈手術を含む）	687症例
胸部外科手術の麻酔	658症例
脳神経外科手術の麻酔	643症例

① 専門研修基幹施設

●東京医科大学病院

研修プログラム統括責任者：内野博之

専門研修指導医：内野 博之（麻酔，ペインクリニック，集中治療）
大瀬戸 清茂（ペインクリニック，麻酔）
田上 正（緩和医療，麻酔）
今泉 均（集中治療，麻酔）
中澤 弘一（麻酔，集中治療）
荻原 幸彦（麻酔，集中治療，ペインクリニック）
福井 秀公（ペインクリニック，麻酔）
柿沼 孝泰（麻酔）
関根 秀介（集中治療，麻酔）
板橋 俊雄（麻酔）

専門医：安藤 千尋（麻酔，心臓麻酔）
濵田 隆太（麻酔）
清川 聖代（麻酔）
坂本 美紀（麻酔）
沖田 綾乃（麻酔）
齊木 巌（麻酔）
魚島 直美（麻酔）
西山 遼太（麻酔）

認定病院番号 28

特徴：

麻酔，ペインクリニック，集中治療，緩和医療の領域を幅広く学ぶ事が出来る．

麻酔科管理症例数 6108症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	210症例
帝王切開術の麻酔	201症例

心臓血管手術の麻酔（胸部大動脈手術を含む）	201症例
胸部外科手術の麻酔	447症例
脳神経外科手術の麻酔	352症例

② 専門研修連携施設A

●東京医科大学八王子医療センター

研修プログラム統括責任者：輪嶋善一郎

専門研修指導医：輪嶋 善一郎（麻酔）
杉 正俊（麻酔）
西山 隆久（麻酔，ペイン）
岩瀬 直人（麻酔，ペイン）
富野 美紀子（麻酔，心臓麻酔）

専門医：前田 亮二（麻酔）
大嶽 宏明（麻酔）
奥山 亮介（麻酔）

認定病院番号 203

特徴：

心臓血管手術を含め多様な症例を経験できる．とくに生体腎移植など移植医療の麻酔を経験できる．

麻酔科管理症例数 3066症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	20症例
帝王切開術の麻酔	15症例
心臓血管手術の麻酔（胸部大動脈手術を含む）	174症例
胸部外科手術の麻酔	146症例
脳神経外科手術の麻酔	114症例

●順天堂大学医学部附属順天堂医院

研修プログラム統括責任者：稲田 英一

専門研修指導医：稲田 英一
西村 欣也（小児麻酔）
林田 眞和（心臓血管外科麻酔）
井関 雅子（ペインクリニック、緩和ケア）

佐藤 大三（麻酔全般、集中治療）
角倉 弘行（産科麻酔）
水野 樹
石川 晴士（胸部外科麻酔）
三高 千恵子（集中治療）
川越 いづみ（呼吸器外科麻酔）
竹内 和世
原 厚子（脳神経外科麻酔）
工藤 治
千葉 聡子（ペインクリニック）
山本 牧子（心臓血管外科麻酔）
掛水 真帆（心臓血管外科麻酔）
玉川 隆生（ペインクリニック）
門倉 ゆみ子

専門医：
片岡 久実
濱岡 早枝子（ペインクリニック）
河合 愛子（ペインクリニック）
石井 智子（ペインクリニック）
井上 理恵（産科麻酔）
岡原 祥子
福田 征孝
河内 山宰

麻酔科認定病院番号 12
特徴：手術麻酔全般のほか、ペインクリニック、緩和ケア、集中治療のローテーションも可能である。
麻酔科管理症例数 ： 10,354症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	0症例
帝王切開術の麻酔	0症例
心臓血管手術の麻酔（胸部大動脈手術を含む）	0 症例
胸部外科手術の麻酔	0 症例
脳神経外科手術の麻酔	0症例

●東京女子医科大学病院
研修プログラム統括責任者：野村 実
専門研修指導医：野村 実 （麻酔）

尾﨑 眞 （麻酔、集中治療）
樋口 秀行（麻酔、ペインクリニック）
尾崎 恭子（麻酔）
黒川 智 （麻酔）
深田 智子（麻酔）
岩出 宗代（麻酔、ペインクリニック）
近藤 泉 （麻酔）
横川 すみれ（麻酔）
濱田 啓子（麻酔）
庄司 詩保子（麻酔）
岩田 志保子（麻酔）
鎌田 ことえ（麻酔）
糟谷 祐輔（麻酔）
佐久間 潮里（麻酔）
山縣 克之（麻酔、ペインクリニック）
佐藤 暢夫（麻酔、集中治療）
土井 健司（麻酔）
畔柳 綾 （麻酔、ペインクリニック）
中澤 圭介（麻酔）
権田 希望（麻酔）
永井 美玲（麻酔）
野村 岳志（集中治療）
中川 淳哉（集中治療）
石川 淳哉（集中治療）
清野 雄介（集中治療）

専門医：
伊藤 祥子（麻酔）
古井 郁恵（麻酔）
楠田 理絵（麻酔）
石川 高 （麻酔）
丸山 恵梨香（麻酔）
福島 里沙（麻酔）
山本 英一郎（麻酔）
加藤 孝子（麻酔）
駒山 徳明（麻酔）
市川 喜之（麻酔）
長谷川 晴子（麻酔）

大野 久美（麻酔）
福井 公哉（集中治療）
出井 真史（集中治療）
西周 祐美（集中治療）

認定病院番号 32
特徴：豊富な症例数を背景とした包括的な麻酔研修、ICU・ペインクリニック・緩和の研修も可能

麻酔科管理症例数7302症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	0症例
帝王切開術の麻酔	0症例
心臓血管手術の麻酔（胸部大動脈手術を含む）	0 症例
胸部外科手術の麻酔	0 症例
脳神経外科手術の麻酔	0症例

③ 専門研修連携施設B
●東京医科大学茨城医療センター
研修プログラム統括責任者：室園 美智博
専門研修指導医：室園 美智博（麻酔，集中治療）
専門医： 石田 祐介（麻酔）

認定病院番号 172
特徴：
癌診療連携拠点病院として癌症例を多く管理している一方，救急患者に対する集中治療も行っている．当院では集中治療部へのローテーションも可能である．

麻酔科管理症例数 1890症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	30症例
帝王切開術の麻酔	4症例
心臓血管手術の麻酔（胸部大動脈手術を含む）	0 症例
胸部外科手術の麻酔	115 症例
脳神経外科手術の麻酔	154症例

●熊本大学医学部附属病院
研修プログラム統括責任者：山本 達郎
専門研修指導医：山本 達郎（麻酔，ペインクリニック）
杉田 道子（麻酔，ペインクリニック）
田代 雅文（麻酔，ペインクリニック）
生田 義浩（麻酔）
鷲島 克之（麻酔、集中治療）
成松 紀子（麻酔、集中治療）
吉武 淳（麻酔、緩和医療）
菊池 忠 （集中治療）
洲崎 祥子（麻酔、ペインクリニック、緩和医療）
江嶋 正志（麻酔、集中治療）
隈元 泰輔（麻酔）
野中 崇広（麻酔）

専門医：
樋口 拓志（麻酔）
石村 遼拡（麻酔）
荒木 美貴（麻酔）
小林 加織（麻酔）
矢津 田麻里（麻酔）
林田 裕美（麻酔）
梶原 那美恵（麻酔）
平岡 知江子（麻酔）
井上 由季子（麻酔）
吉田 拡二（麻酔）

認定病院番号：34
特徴：ペイン，集中治療のローテーション可能

麻酔科管理症例数 5823症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	0症例
帝王切開術の麻酔	0症例
心臓血管手術の麻酔（胸部大動脈手術を含む）	0症例
胸部外科手術の麻酔	0 症例
脳神経外科手術の麻酔	0症例

●国立研究開発法人　国立循環器病研究センター
研修プログラム統括責任者：大西 佳彦
専門研修指導医：大西 佳彦（心臓麻酔）
吉谷 健司（心臓麻酔，脳外科麻酔）
金沢 裕子（心臓麻酔）
加藤 真也（心臓麻酔、脳外科麻酔）
南 公人（集中治療）
前田 琢磨（輸血管理）
専門医：　濱口 英佑（心臓麻酔）
前川 真基（心臓麻酔）
月永 晶人（心臓麻酔）
下川 亮（心臓麻酔）
矢作 武蔵（心臓麻酔）

認定病院番号：168
特徴：
麻酔全般，特に心臓血管手術の麻酔
心臓大血管手術の症例数が多いこと．脳血管外科手術症例，産科症例が多くあること．
成人心臓外科手術では弁手術，冠動脈バイパス術が多い．小切開手術，ロボット手術，TAVI，LVAD装着手術，心臓移植もある．
血管外科手術では胸腹部大動脈置換手術，弓部大動脈置換手術が多い．腹部大動脈手術，ステント手術，慢性肺塞栓除去術も多い．
小児心臓外科では新生児から世人先天性手術まで幅広く手術をおこなっている．新生児姑息術も多い．
脳外科手術ではバイパス手術，カテーテルインターベンションが多くある．内頸動脈内膜剥離術やクリッピングも多い．
帝王切開手術では，先天性心疾患や肺高血圧などを合併した妊婦の管理がある．

麻酔科管理症例：2,376 症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	10症例
帝王切開術の麻酔	5症例
心臓血管手術の麻酔 （胸部大動脈手術を含む）	75症例
胸部外科手術の麻酔	0症例

脳神経外科手術の麻酔	20症例

●国立研究開発法人 国立成育医療研究センター
研修プログラム統括責任者：鈴木 康之
専門研修指導医：鈴木 康之（麻酔・集中治療）
田村 高子（麻酔・緩和医療）
糟谷 周吾（麻酔）
遠山 悟史（麻酔）
佐藤 正規（麻酔）
蜷川 純（麻酔）
専門医：　山下 陽子（麻酔）
久保 浩太（麻酔）
行正 翔（麻酔）
古田 真知子（麻酔）
青木 智史（麻酔・集中治療）

特徴
・国内最大の小児・周産期施設であり、胎児、新生児、小児、先天性疾患の成人麻酔、産科麻酔（無痛分娩管理を含む）および周術期管理を習得できる。
・国内最大の小児集中治療施設を有し、小児救急疾患・重症疾患の麻酔・集中治療管理を習得できる。
・小児肝臓移植（生体、脳死肝移植）、腎移植の麻酔、周術期管理を習得できる。
・小児がんセンターがあり、小児緩和医療を経験できる。
・臨床研究センターによる臨床研究サポート体制があり研究環境が整っている。

麻酔科管理症例数 5,201症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	100症例
帝王切開術の麻酔	20症例
心臓血管手術の麻酔 （胸部大動脈手術を含む）	5症例
胸部外科手術の麻酔	0症例
脳神経外科手術の麻酔	0症例

●埼玉県立小児医療センター
研修プログラム統括責任者：蔵谷 紀文
専門研修指導医：蔵谷 紀文（小児麻酔）
濱屋 和泉（小児麻酔）
佐々木 麻美子（小児麻酔）
釜田 峰都（小児麻酔）
大橋 智（小児麻酔）
石川 玲利（小児麻酔）
石田 佐知（小児麻酔）
寺端 昭博（小児麻酔）
専門医　：古賀 洋安（小児麻酔）
小原 崇一郎（小児麻酔）
高橋 京助（小児麻酔）
成田 湖筍（小児麻酔）
認定病院番号 399

・研修者の到達目標に応じて、小児麻酔・周術期管理の研修かが可能です。
・日本麻酔科学会の教育ガイドラインに準拠した教育を行っています。
・多くの麻酔科専門医研修プログラムと連携しています。
・スタッフは臨床研修指導医講習会を順次受講して、研修医に対する適切な指導力を身につけるようにしています。
・新生児麻酔、心臓麻酔、区域麻酔など、小児麻酔のサブスペシャリティ領域に高い専門性を持つ指導者かがいます。
・北米の小児病院への臨床留学経験者による留学希望者へのアドバイスを行っています。
・希望者には公衆衛生学修士 (MPH) による臨床研究立案、実行、データ解析、論文執筆のアドバイスを行います。

麻酔科管理症例数 3328症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	25症例
帝王切開術の麻酔	0症例
心臓血管手術の麻酔 （胸部大動脈手術を含む）	1症例
胸部外科手術の麻酔	0 症例

脳神経外科手術の麻酔	0症例

●自治医科大学附属病院
研修プログラム統括責任者：竹内　護
専門研修指導医：竹内 護（小児麻酔，心臓麻酔）
布宮 伸（集中治療，鎮静）
五十嵐 孝（ペインクリニック，硬膜外内視鏡）
多賀 直行（小児麻酔，小児集中治療）
佐藤 正章（蘇生学，医学教育）
堀田 訓久（エコーガイド下ブロック，創部浸潤麻酔）
門崎 衛（心臓麻酔）
丹羽 康則（手術室運営，周術期管理）
清水 かおり（神経麻酔）
平 幸輝（術後鎮痛，周術期管理），
方山 加奈（麻酔）
吉積 優子（麻酔）
島田 宣弘（ペインクリニック，緩和），
永川 敦士（心臓麻酔）
専門医：　永野 達也（小児麻酔，小児集中治療）
篠原 貴子（小児麻酔）
岩井 英隆（小児麻酔，小児集中治療）
杉本 健三郎（心臓麻酔）
芝順 太郎（移植麻酔）
須藤 智幸（麻酔全般）
時任 利奈（麻酔全般）

認定病院番号 105
特徴：
自治医科大学附属病院には，全国初の大学病院併設型小児病院であるとちぎ子ども医療センターが隣接し，麻酔科は両施設の症例を共同で担当している．そのため通常の小児症例に加えて，全国的に実施施設の少ない小児生体肝移植や小児泌尿器手術などは遠方からの紹介症例も多い．また当院が位置する北関東地域は人口当たりの医療施設が比較的少なく，広範囲から多様な患者を受け入れている．その結果，対象患者は新生児から高齢者まで幅広く，また症例も common な疾患から重症・希少な症例までを，基幹施設で経験できることが当院の特色である．

麻酔科管理症例数 6972症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	50症例
帝王切開術の麻酔	0症例
心臓血管手術の麻酔 （胸部大動脈手術を含む）	50症例
胸部外科手術の麻酔	0 症例
脳神経外科手術の麻酔	0症例

●自治医科大学附属さいたま医療センター

研修プログラム統括責任者：讃井　將満

専門研修指導医：讃井 將満（集中治療）
石黒 芳紀（心臓手術麻酔）
谷口 由枝（小児麻酔）
大塚 祐史（麻酔、救急医療）
後藤 卓子（麻酔、ペインクリニック）
長友 香苗（麻酔　集中治療）
下山 哲　（麻酔、救急医療）
佐島 威行（麻酔）

専門医：　柿本 大輔（麻酔）
山路 寛人（麻酔）
瀧澤 裕（緩和ケア　ペインクリニック）
仲冨 岳（麻酔）
宮澤 恵果（麻酔）

認定病院番号：0961

特徴：
1. 独立型ICUへのローテーション可能
2. 豊富な心臓大血管手術、呼吸器外科手術症例

麻酔科管理症例数 5445症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	0症例
帝王切開術の麻酔	0 症例

心臓血管手術の麻酔 （胸部大動脈手術を含む）	50 症例
胸部外科手術の麻酔	0 症例
脳神経外科手術の麻酔	0症例

●千葉大学医学部附属病院

研修プログラム統括責任者：磯野史朗

専門研修指導医：磯野　史朗（学会指導医、麻酔、睡眠医療、呼吸生理、気道管理）
石川 輝彦（学会指導医、麻酔、呼吸生理、気道管理）
田口 奈津子（学会指導医、麻酔、緩和ケア、ペインクリニック）
鐘野 弘洋（学会指導医、麻酔、緩和ケア、ペインクリニック）
岡崎 純子（学会指導医、麻酔、心臓麻酔）
北村 祐司（学会指導医、麻酔、小児麻酔）
水野 裕子（学会専門医更新、麻酔、緩和ケア、ペインクリニック）
佐藤 晋（麻酔）

専門医：　篠原 彩子（麻酔、産科麻酔）
斉藤 渓（麻酔）
孫 慶淑（麻酔、心臓麻酔）
奥山 めぐみ（麻酔、心臓麻酔）
菅沼 絵美里（麻酔、心臓麻酔）
栃木 知子（麻酔）
波照間 友基（麻酔）
加藤 辰一朗（麻酔）
石橋 克彦（麻酔）
國分 宙（麻酔）
吉村 晶子（麻酔）
井出 旭（麻酔）
坂口 雄一（麻酔）
林田 泰一郎（麻酔）
村松 隆宏（麻酔）

認定病院番号　37

特徴：大学病院として一般病院では経験できない最先端手術、侵襲の大きな手術や重篤な合併症を持つ患者さんの麻酔管理がほとんどで、臨床医としての実力をつけるには十

分な症例が経験できる。心臓麻酔や小児麻酔、産科麻酔などの特殊麻酔も専門施設以上の研修が可能である。

麻酔科管理症例数 5880症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	0症例
帝王切開術の麻酔	0症例
心臓血管手術の麻酔 （胸部大動脈手術を含む）	0 症例
胸部外科手術の麻酔	0 症例
脳神経外科手術の麻酔	0症例

●戸田中央総合病院

研修プログラム統括責任者：石崎 卓

専門研修指導医：石崎 卓（麻酔）
畑山 聖（麻酔、集中治療）
工藤 良平（麻酔）

認定病院番号 587

特徴：

心臓血管外科，脳神経外科，小児外科など殆どの外科系診療科の手術があり，腎移植手術，ロボット支援下手術，各種鏡視下手術なども行っている．全身麻酔，硬膜外麻酔，末梢神経ブロックなど包括的な麻酔研修を行っている．

麻酔科管理症例数2664症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	0症例
帝王切開術の麻酔	0症例
心臓血管手術の麻酔 （胸部大動脈手術を含む）	0症例
胸部外科手術の麻酔	0 症例
脳神経外科手術の麻酔	0症例

●西東京中央総合病院

研修プログラム統括責任者：藤田 理恵

専門研修指導医：藤田 理恵（麻酔）

認定病院番号 1535

特徴：

整形外科領域の周術期神経ブロック症例が豊富．

麻酔科管理症例数 831症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	1症例
帝王切開術の麻酔	0症例
心臓血管手術の麻酔 （胸部大動脈手術を含む）	8症例
胸部外科手術の麻酔	0 症例
脳神経外科手術の麻酔	3症例

●ニューハート・ワタナベ国際病院

研修プログラム統括責任者：宮田 和人

専門研修指導医：宮田 和人（心臓麻酔・集中治療）
専門医：重松 明香（心臓麻酔・集中治療）

認定病院番号 1727

特徴：

成人心臓手術に特化した病院で、ロボット支援下心臓手術を行っている日本でも数少ない施設．

麻酔科管理症例数 595症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	0症例
帝王切開術の麻酔	0症例
心臓血管手術の麻酔 （胸部大動脈手術を含む）	0症例
胸部外科手術の麻酔	0 症例
脳神経外科手術の麻酔	0症例

●社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院

研修プログラム統括責任者：松波紀行

専門研修指導医：松波 紀行（麻酔，ペインクリニック）
江崎 善保（麻酔）
橋本 慎介（麻酔）

専門医：　　田中 亜季（麻酔，集中治療）
　　小島 明子（麻酔，集中治療）
認定病院番号 480
特徴：
地域医療支援病院．緩和ケアチームに参加可能．

麻酔科管理症例数 2194 症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	0症例
帝王切開術の麻酔	0症例
心臓血管手術の麻酔 （胸部大動脈手術を含む）	50症例
胸部外科手術の麻酔	0 症例
脳神経外科手術の麻酔	0症例

●社会福祉法人　三井記念病院
研修プログラム統括責任者：寺嶋 克幸
専門研修指導医：寺嶋 克幸（麻酔一般）
大野 長良（心臓麻酔，集中治療）
和田 浩輔（麻酔）
甫母 章太郎（麻酔）
横塚 基（心臓麻酔，麻酔一般）
阿久津 麗香（麻酔）
坪光 祥晃（麻酔）
小林 秀嗣（麻酔）
宇山 裕也（麻酔）
平松 瑠奈（麻酔）
千葉 峻士（麻酔）
大槻 達郎（麻酔）
本田 香織（麻酔）

認定病院番号 68
特徴：
心臓血管麻酔や呼吸器外科麻酔の歴史が古く，この分野では先進的医療も行われている．透析患者や循環器疾患の合併をもつ患者が多い．蘇生能力は，新生児から成人患者までを習得する．

麻酔科管理症例数 4387症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	0症例
帝王切開術の麻酔	0症例
心臓血管手術の麻酔 （胸部大動脈手術を含む）	50症例
胸部外科手術の麻酔	0 症例
脳神経外科手術の麻酔	0症例

●山形大学医学部附属病院
研修プログラム統括責任者：川前 金幸
専門研修指導医：川前 金幸
岡田 真行
山川 真由美
飯澤 和恵
鈴木 博人

麻酔科認定病院番号133

特徴：ペイン，集中治療のローテーション可能

麻酔科管理症例数 3985症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	0症例
帝王切開術の麻酔	25症例
心臓血管手術の麻酔 （胸部大動脈手術を含む）	25 症例
胸部外科手術の麻酔	0 症例
脳神経外科手術の麻酔	0症例

●小山記念病院
研修プログラム統括責任者：田上 恵
専門研修指導医：田上 恵
近江 明文

認定病院番号：1430

特徴：
地域の中核的医療施設で、産婦人科・整形外科・脳外科の手術症例が豊富
麻酔科管理症例数　1848症例

	本プログラム分
小児（6歳未満）の麻酔	0症例
帝王切開術の麻酔	0症例
心臓血管手術の麻酔 （胸部大動脈手術を含む）	0 症例
胸部外科手術の麻酔	0 症例
脳神経外科手術の麻酔	0症例

募集定員
未定
（＊募集定員は，4年間の経験必要症例数が賄える人数とする．複数のプログラムに入っている施設は，各々のプログラムに症例数を重複計上しない）

5. 専攻医の採用と問い合わせ先
① 採用方法
専攻医に応募する者は，日本専門医機構に定められた方法により，期限までに志望の研修プログラムに応募する．

② 問い合わせ先
本研修プログラムへの問い合わせは，東京医科大学麻酔科専門研修プログラム website，電話，e-mail，郵送のいずれの方法でも可能である．
東京医科大学病院　麻酔科秘書　嶋田寛子
東京都新宿区西新宿６−７−１
TEL 03-3342-6111（内5811）
E-mail hshimada@ tokyo-med.ac.jp
Website　　http://team.tokyo-med.ac.jp/masui/index.html

6. 麻酔科医資格取得のために研修中に修めるべき知識・技能・態度について
① 専門研修で得られる成果（アウトカム）
麻酔科領域の専門医を目指す専攻医は，4年間の専門研修を修了することで，安全で質の高い周術期医療およびその関連分野の診療を実践し，国民の健康と福祉の増進に寄

与することができるようになる．具体的には，専攻医は専門研修を通じて下記の4つの資質を修得した医師となる．
１）十分な麻酔科領域，および麻酔科関連領域の専門知識と技能
２）刻々と変わる臨床現場における，適切な臨床的判断能力，問題解決能力
３）医の倫理に配慮し，診療を行う上での適切な態度，習慣
４）常に進歩する医療・医学に則して，生涯を通じて研鑽を継続する向上心

麻酔科専門研修後には，大学院への進学やサブスペシャリティー領域の専門研修を開始する準備も整っており，専門医取得後もシームレスに次の段階に進み，個々のスキルアップを図ることが出来る．

② 麻酔科専門研修の到達目標
国民に安全な周術期医療を提供できる能力を十分に備えるために，研修期間中に別途資料麻酔科専攻医研修マニュアルに定められた専門知識，専門技能，学問的姿勢，医師としての倫理性と社会性に関する到達目標を達成する．

③ 麻酔科専門研修の経験目標
研修期間中に専門医としての十分な知識，技能，態度を備えるために，別途資料麻酔科専攻医研修マニュアルに定められた経験すべき疾患・病態，経験すべき診療・検査，経験すべき麻酔症例，学術活動の経験目標を達成する．

このうちの経験症例に関して，原則として研修プログラム外の施設での経験症例は算定できないが，地域医療の維持など特別の目的がある場合に限り，研修プログラム管理委員会が認めた認定病院において卒後臨床研修期間に経験した症例のうち，専門研修指導医が指導した症例に限っては，専門研修の経験症例数として数えることができる．

7. 専門研修方法
別途資料麻酔科専攻医研修マニュアルに定められた１）臨床現場での学習，２）臨床現場を離れた学習，３）自己学習により，専門医としてふさわしい水準の知識，技能，態度を修得する．

8. 専門研修中の年次毎の知識・技能・態度の修練プロセス
専攻医は研修カリキュラムに沿って，下記のように専門研修の年次毎の知識・技能・態度の到達目標を達成する．

専門研修１年目

手術麻酔に必要な基本的な手技と専門知識を修得し，ASA１～２度の患者の通常の定時手術に対して，指導医の指導の元，安全に周術期管理を行うことができる．

専門研修２年目

１年目で修得した技能，知識をさらに発展させ，全身状態の悪いASA３度の患者の周術期管理やASA１～２度の緊急手術の周術期管理を，指導医の指導のもと，安全に行うことができる．

専門研修３年目

心臓外科手術，胸部外科手術，脳神経外科手術，帝王切開手術，小児手術などを経験し，さまざまな特殊症例の周術期管理を指導医のもと，安全に行うことができる．また，ペインクリニック，集中治療，救急医療など関連領域の臨床に携わり，知識・技能を修得する．

専門研修４年目

３年目の経験をさらに発展させ，さまざまな症例の周術期管理を安全に行うことができる．基本的にトラブルのない症例は一人で周術期管理ができるが，難易度の高い症例，緊急時などは適切に上級医をコールして，患者の安全を守ることができる．

9. 専門研修の評価（自己評価と他者評価）

① 形成的評価

- 研修実績記録：専攻医は毎研修年次末に，専攻医研修実績記録フォーマットを用いて自らの研修実績を記録する．研修実績記録は各施設の専門研修指導医に渡される．
- 専門研修指導医による評価とフィードバック：研修実績記録に基づき，専門研修指導医は各専攻医の年次ごとの知識・技能・適切な態度の修得状況を形成的評価し，研修実績および到達度評価表，指導記録フォーマットによるフィードバックを行う．研修プログラム管理委員会は，各施設における全専攻医の評価を年次ごとに集計し，専攻医の次年次以降の研修内容に反映させる．

② 総括的評価

研修プログラム管理委員会において，専門研修４年次の最終月に，専攻医研修実績フォーマット，研修実績および到達度評価表，指導記録フォーマットをもとに，研修カリキュラムに示されている評価項目と評価基準に基づいて，各専攻医が専門医にふさわしい①専門知識，②専門技能，③医師として備えるべき学問的姿勢，倫理性，社会性，適

性等を修得したかを総合的に評価し，専門研修プログラムを修了するのに相応しい水準に達しているかを判定する．

10. 専門研修プログラムの修了要件

各専攻医が研修カリキュラムに定めた到達目標，経験すべき症例数を達成し，知識，技能，態度が専門医にふさわしい水準にあるかどうかが修了要件である．各施設の研修実施責任者が集まる研修プログラム管理委員会において，研修期間中に行われた形成的評価，総括的評価を元に修了判定が行われる．

11. 専攻医による専門研修指導医および研修プログラムに対する評価

専攻医は，毎年次末に専門研修指導医および研修プログラムに対する評価を行い，研修プログラム管理委員会に提出する．評価を行ったことで，専攻医が不利益を被らないように，研修プログラム統括責任者は，専攻医個人を特定できないような配慮を行う義務がある．

研修プログラム統括管理者は，この評価に基づいて，すべての所属する専攻医に対する適切な研修を担保するために，自律的に研修プログラムの改善を行う義務を有する．

12. 専門研修の休止・中断，研修プログラムの移動

① 専門研修の休止

- 専攻医本人の申し出に基づき，研修プログラム管理委員会が判断を行う．
- 出産あるいは疾病などに伴う６ヶ月以内の休止は１回までは研修期間に含まれる．
- 妊娠・出産・育児・介護・長期療養・留学・大学院進学など正当な理由がある場合は，連続して２年迄休止を認めることとする．休止期間は研修期間に含まれない．研修プログラムの休止回数に制限はなく，休止期間が連続して２年を越えていなければ，それまでの研修期間はすべて認められ，通算して４年の研修期間を満たせばプログラムを修了したものとみなす．
- ２年を越えて研修プログラムを休止した場合は，それまでの研修期間は認められない．ただし，地域枠コースを卒業し医師免許を取得した者については，卒後に課せられた義務を果たすために特例扱いとし２年以上の休止を認める．

② 専門研修の中断

- 専攻医が専門研修を中断する場合は，研修プログラム管理委員会を通じて日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会へ通知をする．
- 専門研修の中断については，専攻医が臨床研修を継続することが困難であると判断した場合，研修プログラム管理委員会から専攻医に対し専門研修の中断を勧告できる．

③ 研修プログラムの移動

- 専攻医は，やむを得ない場合，研修期間中に研修プログラムを移動することができる．その際は移動元，移動先双方の研修プログラム管理委員会を通じて，日本専門医機構の麻酔科領域研修委員会の承認を得る必要がある．麻酔科領域研修委員会は移動をしても当該専攻医が到達目標の達成が見込まれる場合にのみ移動を認める．

13. 地域医療への対応

本研修プログラムの連携施設には，地域医療の中核病院としての，埼玉県立小児医療センター，松波総合病院など幅広い連携施設が入っている．医療資源の少ない地域においても安全な手術の施行に際し，適切な知識と技量に裏付けられた麻酔診療の実施は必要不可欠であるため，専攻医は，大病院だけでなく，地域での中小規模の研修連携施設においても一定の期間は麻酔研修を行い，当該地域における麻酔診療のニーズを理解する．

皮膚科

2019年度 東京医科大学皮膚科研修プログラム

A．専門医研修の教育ポリシー：

研修を終了し所定の試験に合格した段階で，皮膚科専門医として信頼され安全で標準的な医療を国民に提供できる充分な知識と技術を獲得できることを目標とする。医師としての全般的な基本能力を基盤に，皮膚疾患の高度な専門的知識・治療技能を修得し，関連領域に関する広い視野をもって診療内容を高める。皮膚科の進歩に積極的に携わり，患者と医師との共同作業としての医療の推進に努める。医師としてまた皮膚科専門医として，医の倫理の確立に努め，医療情報の開示など社会的要望に応える。

B．プログラムの概要：

本プログラムは東京医科大学皮膚科を研修基幹施設として，東京医科大学八王子医療センター皮膚科，東京医科大学茨城医療センター皮膚科，新座志木中央総合病院，戸田中央総合病院，上尾中央総合病院を研修連携施設として加えた研修施設群を統括する研修プログラムである。なお，本プログラムは各研修施設の特徴を生かした複数の研修コースを設定している。（項目Ｊを参照のこと）

C．研修体制：

研修基幹施設：東京医科大学皮膚科

研修プログラム統括責任者（指導医）：坪井良治（診療科長）

専門領域：真菌症、脱毛症、皮膚潰瘍、皮膚癌、アトピー性皮膚炎

指導医：大久保　ゆかり　専門領域：乾癬、掌蹠膿疱症、アトピー性皮膚炎、接触皮膚炎

指導医：原田和俊　専門領域：皮膚腫瘍，皮膚附属器疾患

指導医：伊藤友章　専門領域：アトピー性皮膚炎，蕁麻疹，食物アレルギー，膠原病

指導医：齋藤万寿吉　専門領域：感染免疫，アトピー性皮膚炎，AIDS関連皮膚疾患

指導医：入澤亮吉　専門領域：皮膚腫瘍，脱毛症，褥瘡，性感染症

指導医：阿部名美子　専門領域：乾癬，掌蹠膿疱症

指導医：山本真実　専門領域：アトピー性皮膚炎

指導医：小林知子　専門領域：アレルギー、白斑

指導医：内山真樹　専門領域：脱毛症、水疱症

指導医：白井浩平　　専門領域：皮膚腫瘍
指導医：前賢一郎　　専門領域：皮膚腫瘍
指導医：川上洋　　専門領域：乾癬，掌蹠膿疱症
指導医：沼田貴史　　専門領域：アトピー性皮膚炎
指導医：桐山徳子　　専門領域：皮膚腫瘍

施設特徴：専門外来として，乾癬外来，アトピー外来，白斑外来，膠原病外来，水疱症外来，腫瘍外来，爪外来，遺伝外来，レーザー外来，パッチテスト外来を設けており，外来患者数は 1 日平均 175 名にのぼり，豊富な経験を積むことが可能。また，年間手術件数はおよそ 1000 件に及ぶ。研究の面では，いくつかのグループを作り，指導医との連携を強め，多様な研究結果を創出している。

施設特徴：東京都心に位置する私立医科大学の皮膚科学教室 として，総合的な知識と技術を併せ持つ皮膚科臨床医を育成し，臨床に基づいた研究を実施することを目標としている。東京都内がん診療連携拠点病院であり，外来手術を除いた年間手術件数は，200 件を超える。

研修連携施設：東京医科大学八王子医療センター
所在地：東京都八王子市館町 1163
プログラム連携施設担当者（指導医）：梅林芳弘
指導医：加藤雪彦、

研修連携施設：東京医科大学茨城医療センター
所在地：茨城県稲敷郡阿見町中央 3-20-1
プログラム連携施設担当者（指導医）：川内康弘

研修連携施設：新座志木中央総合病院
所在地：埼玉県新座市東北 1-7-2
プログラム連携施設担当者（指導医）：新井崇

研修連携施設：戸田中央総合病院
所在地：埼玉県戸田市本町 1-19-3
プログラム連携施設担当者（指導医）：平野宏文

研修連携施設：上尾中央総合病院
所在地：埼玉県上尾市柏座 1-10-10
プログラム連携施設担当者（指導医）：加藤雄一郎

研修基幹施設には、専攻医の研修を統括的に管理するための組織として以下の研修管理委員会を置く。研修管理委員会委員は研修プログラム統括責任者，プログラム連携施設担当者，指導医，他職種評価に加わる看護師等で構成される。研修管理委員会は，専攻医研修の管理統括だけでなく専攻医からの研修プログラムに関する研修評価を受け、施設や研修プログラム改善のフィードバックなどを行う。専攻医は十分なフィードバックが得られない場合には、専攻医は日本専門医機構皮膚科領域研修委員会へ意見を提出できる

研修管理委員会委員
委員長：坪井良治（東京医科大学皮膚科主任教授）
委　員
指導医
：大久保ゆかり（東京医科大学皮膚科教授）
：原田和俊（東京医科大学皮膚科准教授）
：伊藤友章（東京医科大学皮膚科講師）
看護師
：関戸昌子（東京医科大学病院皮膚科外来看護師）
プログラム連携施設担当者
：梅林芳弘（東京医科大学八王子医療センター教授）
：川内康弘（東京医科大学茨城医療センター教授）
：新井崇（新座志木中央総合病院皮膚科部長）
：平野宏文（戸田中央総合病院皮膚科部長）
：加藤雄一郎（上尾中央総合病院皮膚科部長）

前年度診療実績：

	皮膚科				
	1日平均外来患者数	1日平均入院患者数	局所麻酔年間手術数（含生検術）	全身麻酔年間手術数	指導医数
東京医科大学	175 人	14 人	928 件	66 件	15 人
東京医科大学八王	74 人	11 人	697 件	41 件	2 人

子医療センター					
東京医科大学茨城医療センター	54人	14人	140件	1件	1人
新座志木中央総合病院	83人	7人	170件	9件	1人
戸田中央総合病院	67人	3人	187件	1件	1人
上尾中央総合病院	70人	2人	282件	0件	1人
合計	523人	51人	2404件	118件	21人

D．募集定員：5人

E．研修応募者の選考方法：
書類審査，小論文および面接により決定（東京医科大学皮膚科のホームページ等で公表する）。また，選考結果は，本人あてに別途通知する。なお、応募方法については、応募申請書を東京医科大学病院卒後臨床研修センターのホームページよりダウンロードし、履歴書と併せて提出すること。

F．研修開始の届け出：
選考に合格した専攻医は，研修開始年の3月31日までにプログラム登録申請書（仮称）に必要事項を記載のうえ，プログラム統括責任者の署名捺印をもらうこと。その後，同年4月30日までに皮膚科領域専門医委員会（hifu-senmon@dermatol.or.jp）に通知すること。

G．研修プログラム　問い合わせ先
東京医科大学皮膚科
伊藤　友章　　TEL：03-3342-6111
FAX：03-3342-2055

H．到達研修目標：
本研修プログラムには，いくつかの項目において，到達目標が設定されている。別冊の研修カリキュラムと研修の記録を参照すること。特に研修カリキュラムのp.26～27には経験目標が掲示しているので熟読すること。

I．研修施設群における研修分担：
それぞれの研修施設の特徴を生かした皮膚科研修を行い，研修カリキュラムに掲げられた目標に従って研修を行う。

1．東京医科大学皮膚科では医学一般の基本的知識技術を習得させた後，難治性疾患，稀な疾患などより専門性の高い疾患の診断・治療の研修を行う。さらに医師としての診療能力に加え，教育・研究などの総合力を培う。関連診療科との定期的症例検討会にも参加する。また，少なくとも1年間の研修を行う。
2．東京医科大学八王子医療センター，東京医科大学茨城医療センター，新座志木中央総合病院，戸田中央総合病院，上尾中央総合病院では，急性期疾患，頻繁に関わる疾病に適切に対応できる総合的な診療能力を培い，地域医療の実践、病診連携を習得し、東京医科大学皮膚科の研修を補完する。東京医科大学八王子医療センターでは、主に皮膚悪性腫瘍に対する手術療法、化学療法、終末期医療を習得する。これらの連携研修施設のいずれかで，少なくとも1年の研修を行う。地域医療を経験するための指導体制が十分でない場合は，研修基幹施設に連絡し研修計画の改変を検討する。

J．研修内容について
1．研修コース
本研修プログラムでは，以下の研修コースをもって皮膚科専門医を育成する。
ただし，研修施設側の事情により希望するコースでの研修が出来ないこともあり得る。また，記載されている異動時期についても研修施設側の事情により変更となる可能性がある。

コース	研修1年目	研修2年目	研修3年目	研修4年目	研修5年目
a	基幹	連携	基幹	連携	基幹
b	基幹	連携	連携	基幹	基幹
c	基幹	連携	基幹	基幹	連携
d	連携	大学院(研究)	大学院(研究)	大学院(研究)	大学院(研究)
e	基幹	連携	大学院(研究)	大学院(研究)	大学院(研究)
f	基幹	連携	連携	大学院(研究)	大学院(研究)
g	基幹	連携	基幹	大学院	大学院

				(研究)	(研究)

a：研修基幹施設を中心に研修する基本的なコース。最終年次に大学で後輩の指導を行うことにより自らの不足している部分を発見し補う。連携施設は原則として別な施設であるがが，諸事情により同一施設もあり得る。
b：研修基幹施設を中心に研修する基本的なコース。最終年次に大学で後輩の指導を行うことにより自らの不足している部分を発見し補う。連携施設は原則として 1 年ごとで異動するが，諸事情により 2 年間同一施設もあり得る。
c：研修基幹施設を中心に研修する基本的なコース。連携施設は原則として別な施設であるがが，諸事情により同一施設もあり得る。
d：研修 2 年目から，博士号取得のための研究を開始するプログラム。多大な努力により，専門医取得と博士号取得を同時に目指すことも可能である。
e：研修３年目から，博士号取得のための研究を開始するプログラム。専門医取得の１年後に博士号取得を目指す。
f：研修後半に，博士号取得のための研究を開始するプログラム。博士号取得の基本的コース。連携施設は原則として 1 年ごとで異動するが，諸事情により２年間同一施設もあり得る。
g：研修後半に，博士号取得のための研究を開始するプログラム。博士号取得の基本的コース。

２．研修方法

１）東京医科大学皮府科

外来：診察医に陪席し，外来診察，皮府科的検査，治療を経験する。

病棟：病棟医長のもと数チームの診療チームを構成する。専攻医は指導医のもと担当患者の診察，検査，外用療法，手術手技を習得する。毎週の病棟回診で受け持ち患者のプレゼンテーションを行い，評価を受ける。毎週の病理カンファレンスで症例発表を行い，評価を受ける。

抄読会では１回/月　英文論文を紹介する。皮府科学会主催の必須の講習会を受講し，年に 2 回以上筆頭演者として学会発表を行う。また、皮府科関連の学会，学術講演会，セミナーに積極的に参加する。病院が実施する医療倫理・医療安全・院内感染対策等の講習会に定期的に参加する。年に１編以上筆頭著者で論文を作成することを目標とする。文献検索など，自己学習の環境は完備している。

研修の週間予定表

	月	火	水	木	金	土	日
午前	外来 /病棟	外来 /病棟 手術	外来 /病棟 手術	外来 /病棟	外来 /病棟	外来 /病棟 (隔週)	
午後	外来 /病棟	外来 /病棟 回診 ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ	外来 /病棟 手術	外来 /病棟	外来 /病棟		

２）連携施設

東京医科大学八王子医療センター：

指導医の下，地域医療の中核病院の勤務医として，第一線の救急医療，処置，手術法を習得する。カンファレンス，抄読会に週１回参加し学習する。皮府科学会主催の必須の講習会を受講し，年に 2 回以上筆頭演者として学会発表を行う。皮府科関連の学会，学術講演会，セミナーに積極的に参加する。病院が実施する医療倫理・医療安全・院内感染対策等の講習会に定期的に参加する。

研修の週間予定表

	月	火	水	木	金	土	日
午前	外来 病棟	外来 病棟	外来 病棟	外来 病棟	外来 病棟	外来 病棟 (隔週)	
午後	病棟 手術	病棟 手術 ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ	病棟 手術	病棟 手術	病棟 手術	宿直※	

※宿直は１回／月を予定

東京医科大学茨城医療センター：

指導医の下，地域医療の中核病院の勤務医として，第一線の皮府科医療，皮府処置，手術法を習得する。臨床カンファレンス，皮府病理カンファレンス，抄読会に週１回参加し学習する。必須の講習会を受講し，年に 2 回以上筆頭演者として学会発表を行う。皮府科関連の学会，学術講演会，セミナーに積極的に参加する。病院が実施する医療倫理・医療安全・院内感染対策等の講習会に定期的に参加する。

研修の週間予定表

	月	火	水	木	金	土	日
午前	外来	外来	外来 手術	外来	外来	外来	
午後	病棟 手術	病棟 ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ	病棟 ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ	病棟	病棟 手術		

※宿直は２回／月を予定

新座志木中央総合病院：
皮膚科専門医取得に必要な一般皮膚科全般の診断、治療について研修を行う。また、形成外科との合同手術にも参加し外科的手技を習得する。週１回病理検討会を行い、診断と臨床との相関についてのディスカッションを通して知識を習得する。学会に数多く参加する機会を設け、筆頭演者・著者として学会発表と論文発表を可能な限り数多く行う。病院が実施する医療倫理・医療安全・院内感染対策等の講習会に定期的に参加する。

研修の週間予定表

	月	火	水	木	金	土	日
午前	外来 病棟	外来	外来	病棟 手術	外来	外来 病棟	
午後	外来 手術	検査 病理ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ	病棟	外来	病棟 手術		

戸田中央総合病院：
指導医の下，地域医療の中核病院の勤務医として，第一線の救急医療，処置，手術法を習得する。カンファレンス，抄読会に週１回参加し学習する。必須の講習会を受講し，年に２回以上筆頭演者として学会発表を行う。皮膚科関連の学会，学術講演会，セミナーに積極的に参加する。病院が実施する医療倫理・医療安全・院内感染対策等の講習会に定期的に参加する。

研修の週間予定表

	月	火	水	木	金	土	日
午前	外来	病棟	病棟	外来	外来	手術	
午後	病棟	褥瘡回診	外来	病棟	手術		

上尾中央総合病院：
指導医の下，地域医療の中核病院の勤務医として，第一線の救急医療，処置，手術法を習得する。カンファレンス，抄読会に週１回参加し学習する。必須の講習会を受講し，年に２回以上筆頭演者として学会発表を行う。皮膚科関連の学会，学術講演会，セミナーに積極的に参加する。病院が実施する医療倫理・医療安全・院内感染対策等の講習会に定期的に参加する。

研修の週間予定表

	月	火	水	木	金	土	日
午前	病棟 外来	病棟 外来	病棟 外来	病棟 外来	病棟 外来	外来	
午後	小手術 外来	小手術 外来	小手術 外来	小手術 褥瘡回診	小手術 ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ		

３）大学院(研究)
皮膚科以外の臨床教室，基礎教室にて皮膚科に関連する研究を行う。週１回，基幹病院にて臨床研修を行うが，この期間，大学病院での達成度評価・年次総合評価は不要とする。

研修の年間予定表

月	行事予定
4	１年目：研修開始。皮膚科領域専門医委員会に専攻医登録申請を行う。 ２年目以降：前年度の研修目標達成度評価報告を行う。
5	
6	日本皮膚科学会総会（開催時期は要確認）
7	
8	研修終了後：皮膚科専門医認定試験実施
9	
10	試験合格後：皮膚科専門医認定
11	
12	研修プログラム管理委員会を開催し，専攻医の研修状況の確認を行う（開催時期は年度によって異なる）
1	
2	５年目：研修の記録の統括評価を行う。

3	当該年度の研修終了し，年度評価を行う。 皮膚科専門医受験申請受付

K．各年度の目標：

1，2年目：主に東京医科大学皮膚科において，カリキュラムに定められた一般目標，個別目標（1.基本的知識 2.診療技術 3.薬物療法・手術・処置技術・その他治療 4.医療人として必要な医療倫理・医療安全・医事法制・医療経済などの基本的姿勢・態度・知識 5.生涯教育）を学習し，経験目標（1.臨床症例経験 2.手術症例経験 3.検査経験）を中心に研修する。

3　年　目：経験目標を概ね修了し，皮膚科専門医に最低限必要な基本的知識・技術を習得し終えることを目標にする。

4，5年目：経験目標疾患をすべて経験し，学習目標として定められている難治性疾患，稀な疾患など，より専門性の高い疾患の研修を行う。
3年目までに習得した知識，技術をさらに深化・確実なものとし，生涯学習する方策，習慣を身につけ皮膚科専門医として独立して診療できるように研修する。専門性を持ち臨床に結びついた形での研究活動に携わり，その成果を国内外の学会で発表し，論文を作成する。さらに後輩の指導にもあたり，研究・教育が可能な総合力を持った人材を培う。

毎　年　度：日本皮膚科学会主催教育講習会を受講する。また、東京地方会には可能な限り出席する。各疾患の診療ガイドラインを入手し、診療能力の向上に努める。PubMED などの検索や日本皮膚科学会が提供するE-ラーニングを受講し、自己学習に励む。

L．研修実績の記録：

1．「研修の記録」を，日本皮膚科学会ホームページからダウンロードし，利用すること。

2．「研修の記録」の評価票に以下の研修実績を記録する。
経験記録（皮膚科学各論，皮膚科的検査法，理学療法，手術療法），講習会受講記録（医療安全，感染対策，医療倫理，専門医共通講習，日本皮膚科学会主催専攻医必須講習会，専攻医選択講習会），学術業績記録（学会発表記録，論文発表記録）。

3．専門医研修管理委員会はカンファレンスや抄読会の出席を記録する。

4．専攻医，指導医，総括プログラム責任者は「研修の記録」の評価票を用いて下記（M）の評価後，評価票を毎年保存する。

5．「皮膚科専門医研修マニュアル」を，日本皮膚科学会ホームページからダウンロードし，確認すること。特に p. 15～16 では「皮膚科専攻医がすべきこと」が掲載されているので注意すること。

M．研修の評価：

診療活動はもちろんのこと，知識の習熟度，技能の修得度，患者さんや同僚，他職種への態度，学術活動などの診療外活動，倫理社会的事項の理解度などにより，研修状況を総合的に評価され，「研修の記録」に記録される。

1．専攻医は「研修の記録」のA. 形成的評価票に自己評価を記入し，毎年3月末までに指導医の評価を受ける。また，経験記録は適時，指導医の確認を受け確認印をもらう。

2．専攻医は年次総合評価票に自己の研修に対する評価，指導医に対する評価，研修施設に対する評価，研修プログラムに対する評価を記載し，指導医に提出する。指導医に提出しづらい内容を含む場合、研修プログラム責任者に直接口頭、あるいは文書で伝えることとする。

3．指導医は専攻医の評価・フィードバックを行い年次総合評価票に記載する。また，看護師などに他職種評価を依頼する。以上を研修プログラム責任者に毎年提出する。

4．研修プログラム責任者は，研修プログラム管理委員会を開催し，提出された評価票を元に次年度の研修内容，プログラム，研修環境の改善を検討する。

5．専攻医は研修修了時までに全ての記載が終わった「研修の記録」，経験症例レポート 15 例，手術症例レポート 10 例以上をプログラム統括責任者に提出し，総括評価を受ける。

6．研修プログラム責任者は，研修修了時に研修到達目標のすべてが達成されていることを確認し，総括評価を記載した研修修了証明書を発行し，皮膚科領域専門医委員会に提出する。

N．研修の休止・中断，異動：

1．研修期間中に休職等により研修を休止している期間は研修期間に含まれない。

2．研修期間のうち，産休・育休に伴い研修を休止している期間は最大6ヶ月までは研修期間に認められる。なお，出産を証明するための添付資料が別に必要となる。

3．諸事情により本プログラムの中断あるいは他の研修基幹施設のプログラムへ異動する必要が生じた場合，すみやかにプログラム統括責任者に連

絡し，中断あるいは異動までの研修評価を受けること。

O．労務条件、労働安全：

労務条件は勤務する病院の労務条件に従うこととする。

給与，休暇等については各施設のホームページを参照，あるいは人事課に問い合わせること。なお、当院における当直はおおむね 2～3 回/月程度である。

2018 年 4 月 20 日
東京医科大学皮府科
専門研修プログラム統括責任者
坪井　良治

産科婦人科

東京医科大学産科婦人科専門研修プログラム

1. 理念と使命

産婦人科専門医制度は、産婦人科専門医として有すべき診療能力の水準と認定のプロセスを明示する制度である。そこには医師として必要な基本的診療能力（コアコンピテンシー）と産婦人科領域の専門的診療能力が含まれる。そして、産婦人科専門医制度は、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産婦人科専門医を育成して、国民の健康に資する事を目的とする。特に、東京医科大学病院産婦人科を基幹施設とする専門研修プログラムでは、医師として、また産婦人科医師として、基本的診療能力や幅広い知識を研修プログラムの中で共通課題として確実に習得し、社会に貢献することを目標としている。

2. 専門研修の到達目標

① 専門研修プログラムの概説

本専門研修プログラムでは、医師としてまた産婦人科医としての基本的な診療技術、幅広い知識を習得し、婦人科腫瘍、周産期、女性のヘルスケア、生殖医療、内視鏡手術、さらに医療過疎地における地域医療に特化した連携施設での研修により、幅広く、より高度な知識・技能を持つことが可能となる。研修終了後は、首都圏のみならず地域医療の担い手として、首都圏外も含めた希望する施設で就業することが出来る。さらに専門研修施設群における専門研修後には、大学院への進学やサブスペシャリティ領域の専門医の研修を開始する準備も整っているため、スムーズに個々のスキルアップを図ることが出来る。

② 専門知識・技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

資料1「産婦人科専門研修カリキュラム」参照

本専門研修プログラムでは、知識を単に暗記するのではなく、個々の症例に対して、診断・治療の計画を立てていく中で指導医とともに考え、調べながら学ぶプログラムを作成している。6ヶ月以上は基幹施設において、毎週行われる症例検討会や腫瘍・周産期カンファレンスでは、個々の症例から幅広い知識を得ることが出来る様にしている。さらにテーマを決めreviewし最新の知識を学ぶことが出来るプログラムを作成している。

本専門研修プログラムでは、医師として、産婦人科医としての基本的な知識や技能はもちろんのこと、婦人科腫瘍、周産期、女性のヘルスケア、生殖医療、内視鏡手術、さらに医療過疎地における地域医療に特化した連携施設での研修により、より幅広く、より高度な知識・技能を持つことが可能となる。研修カリキュラム修得するまでの期間は3年間としているが、修得が不十分な場合は修得できるまで期間を延長することとする。

一方で、カリキュラムの技能を修得したと認められた専攻医には、積極的にサブスペシャリティ領域専門医取得に向けた研修を開始し、また大学院進学希望者には、臨床研修と平行して研究を開始することが出来る。

③ 学問的姿勢

本専門研修プログラムでは、医学・医療の進歩に遅れることなく、常に研鑽、自己学習するために、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指導医とともに日々の学習により解決していく。また、疑問点については、最新の知識を review し診療に生かしていく。今日のエビデンスでは解決し得ない問題については、臨床研究などに自ら参加、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る。学会に積極的に参加し、臨床的あるいは基礎的研究成果を発表する。得られた成果は論文として社会に発信するする姿勢を身につける。

東京医科大学病院の施設群は多くの多施設共同臨床研究に参加しており、研修の一環として臨床試験のプロトコールに則った診療を行う事で、専門医取得後に自らが臨床試験を主体的に実施する能力を養う。基幹病院、連携病院、連携施設（地域医療）、連携施設（地域医療-生殖）のいずれにおいても学会に出席し、自らも発表する機会を積極的に与える。

④ 医師としての倫理性、社会性など

1) 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）

本専門研修プログラムでは、指導医ともに患者・家族への診断・治療に関する説明に参加し、実際の治療過程においては受け持ち医として直接患者・家族と接していく中で医師としての倫理性や社会性を理解し身につけていく。

2) 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

本専門研修プログラムでは、基幹施設および連携施設における医療安全講習会や倫理講習会への参加を義務づけている。また、インシデント、オカレンスレポートの意義、重要性を理解し、これを積極的に活用する。インシデントなどが診療において生じた場合には、指導医とともに報告と速やかな対応を行い、その経験と反省を施設全体で共有し、安全な医療を提供していく。

3) 臨床の現場から学ぶ態度を修得すること

本専門研修プログラムでは、知識を単に暗記するのではなく、「患者から学ぶ」を実践し、個々の症例に対して、診断・治療の計画を立てて診療していく中で指導医とともに考え、調べながら学ぶプログラムを作成している。また、毎週行われる症例検討会や腫瘍・周産期カンファレンスでは個々の症例から幅広い知識を得たり共有したりすることからより深く学ぶことが出来る。

4) チーム医療の一員として行動すること

本専門研修プログラムでは、指導医とともに個々の症例に対して、他のメディカルスタッフと議論・協調しながら、診断・治療の計画を立てて診療していく中でチーム医療

の一員として参加し学ぶプログラムを作成している。また、毎週行われる症例検討会や腫瘍・周産期カンファレンスでは、指導医とともにチーム医療の一員として、症例の提示や問題点などを議論していく。

5) 後塵医師に教育・指導を行うこと

本専門研修プログラムでは、基幹施設においては指導医と共に学生実習の指導の一端を担うことで、教えることが、自分自身の知識の整理につながることを理解する。また、自らの診療技術、態度が後塵の模範となり、また達成度評価が実践できる。さらに、連携施設においては、後塵医師、他のメディカルスタッフとチーム医療の一員として、互いに学びあうことから、自分自身の知識の整理、形成的指導を実践する。

6) 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する。医師法・医療法（母体保護法{人工妊娠中絶、不妊手術}）健康保険法、国民健康保険法、老人保健法を理解する。診断書、証明書が記載できる（妊娠中絶届出を含む）。

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）

① 経験すべき疾患・病態

資料1「産婦人科専門研修カリキュラム」参照

本専門研修プログラムでは、基幹施設である東京医科大学病院を中心に連携施設での研修で専門研修期間中に経験すべき疾患・病態は十分に経験することができるようになっている。東京医科大学病院では周産期、婦人科腫瘍、腹腔鏡下手術、女性ヘルスケア、生殖医療の各分野の十分な症例数があり、連携施設では婦人科腫瘍などを中心に行っている東京医科大学茨城医療センター・東京医科大学八王子医療センター・船橋市立医療センター、腹腔鏡下手術などを中心に行っている聖ヨハネ会桜町病院・大久保病院、周産期医療などを中心に行っている戸田中央産院・永井マザーズホスピタル・国立病院機構横浜医療センター，生殖医療を中心に行っている杉山産婦人科および医療過疎地域における地域医療の中核病院としての日立総合病院など幅広い連携施設がある。これらの特徴ある連携施設群においては、地域中核病院・地域中小病院などで地域医療から様々な疾患に対する技能を経験することができるようにローテート先を個々の専攻医によって決めていく。

② 経験すべき診察・検査等

資料1「産婦人科専門研修カリキュラム」参照

③ 経験すべき手術・処置等

資料2「修了要件」参照

本専門研修プログラムの基幹施設では、研修中に必要な手術・処置の修了要件の3倍以上の症例を経験することが出来る。症例を十分に経験した上で、上述したそれぞれの

連携施設では、施設での特徴を生かした症例や技能を広くより専門的に学ぶことが出来る。

④ 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）

地域医療の経験のために、産婦人科専門研修制度の他の専門研修プログラムも含め基幹施設となっておらずかつ東京23区および政令指定都市以外にある連携施設または連携施設（地域医療）で、1か月以上の研修を行うことを必須とする。ただし、専門研修指導医のいない施設（専門医の常勤は必須）での研修は通算12ヶ月以内（研修期間が3年を超える場合には延長期間の研修を当該連携施設で行うことは可とする）とし、その場合、専攻医の研修指導体制を明確にし、基幹施設や他の連携施設から指導や評価を行う担当指導医を決める。担当指導医は少なくとも1-2か月に1回はその研修状況を確認し、専攻医およびその施設の専門医を指導する。なお、連携施設（地域医療-生殖）での研修は、専門研修指導医のいない施設での研修12か月以内に含める。

本専門研修プログラムの連携施設には、その地域における地域医療の拠点となっている施設（地域中核病院）としての東京医科大学茨城医療センター、東京医科大学八王子医療センター、国立病院機構横浜医療センター、船橋市立医療センターおよび医療過疎地域における地域医療の中核病院としての日立総合病院、永井マザーズホスピタル、米山産婦人科など幅広い連携施設が入っている。そのため、連携施設での研修中に以下の地域医療（過疎地域も含む）の研修が可能である。

地域医療特有の産婦人科診療を経験や、地域での救急体制、地域の特性に応じた病診連携などを学んでもらう。例えば、妊婦の保健指導の相談・支援に関与する。子育てが困難な家庭を把握して、保健師と協力して子育て支援を行ったり、婦人科がん患者の緩和ケアなど、ADLの低下した患者に対して、ケースワーカー、看護師とチーム医療で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実践する。

⑤ 学術活動

以下の2点が修了要件に含まれている。

1) 日本産科婦人科学会学術講演会などの産婦人科関連の学会・研究会で筆頭者として1回以上発表していること。

2) 筆頭著者として論文1編以上発表していること。（註1）

註1）産婦人科関連の内容の論文で、原著・総説・症例報告のいずれでもよいが、抄録、会議録、書籍などの分担執筆は不可である。査読制（編集者による校正を含む）を敷いている雑誌であること。査読制が敷かれていれば商業誌でも可であるが院内雑誌は不可である。ただし医学中央雑誌またはMEDLINEに収載されており、かつ査読制が敷かれている院内雑誌は可とする。

本専門研修プログラムでは、日々の臨床の場での疑問点については、最新の知識をreview 形式でカンファレンスでの発表を行いながら学ぶことを基本としている。その結果や貴重な症例については、指導医の下で、日本産科婦人科学会学術講演会、近畿産

婦人科学会学術集会を始め、日本婦人科腫瘍学会、日本女性医学会、日本生殖医学会、日本周産期・新生児医学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本産婦人科手術学会、日本臨床細胞学会などでの学会発表や論文の形にしていく。学会発表・論文作成は専門医が自ら努力し行うべき職責であることを指導する。

4. 専門研修の方法

① 臨床現場での学習

本専門研修プログラムでは、6ヶ月以上24ヶ月以内は原則として基幹施設である東京医科大学病院での研修を行い、産婦人科医としての基本的な診療技術、幅広い知識を習得し、婦人科腫瘍、周産期、女性のヘルスケア、生殖医療、内視鏡手術などを学んでもらう。

研修方法は、知識を単に暗記するのではなく、個々の症例に対して、診断・治療の計画を立てていく中で指導医とともに考え、調べながら学ぶプログラムを作成している。

特に研修1年目には基幹施設において、毎週行われる症例検討会で手術症例や術後症例の経過や手術状況について発表してもらう。また、毎週行われる腫瘍カンファレンスでは、悪性腫瘍症例に対する症例提示、MRIなどの画像診断提示、術後腫瘍症例の病理標本を提示しながら、個々の症例から幅広い知識を得ることが出来る様にしている。毎週行われる周産期カンファレンスでは、1週間の産科症例、母体搬送症例などの症例提示を胎児心拍モニターや超音波検査結果などを提示しながら発表してもらい、個々の症例から幅広い知識を得ることが出来る様にしている。月に1回以上は、テーマを決めreviewする抄読会や勉強会を実施するし、最新の知識を学ぶことが出来るプログラムを作成している。また、毎週1回、研修医および専攻医を対象とした専門医(指導医)による講義(クルズス)を行っており、各領域の先輩からの直接指導も十分に受けることが出来る。

手術手技のトレーニングとしては、積極的に手術の執刀・助手を経験する。術前にはイメージトレーニングの実践を行い、術後に詳細な手術内容を記録する。初回の執刀の前には手術のイメージトレーニングが出来ているかどうかを指導医が試問し、それに合格した時点で執刀を許可する。東京医科大学では、年2回は縫合・腹腔鏡下手術などのハンズオンセミナーなどを独自に開催しており腹腔鏡下手術の手技取得の為の練習器が婦人科病棟に2台置かれており、それらを用いた腹腔鏡下手術手技トレーニングを指導する。さらに教育DVDも用いて指導する。

検査として、内診、経腟超音波、胎児エコー、コルポスコピー、子宮鏡検査等の検査は、入院症例および外来診療において指導を受け、主治医として各種検査を行い、検査手技を取得する。

外来については、最初は予診と初診外来、再診外来のシュライバーとして見学および指導医の助手として学んでもらう。6か月後には、各専門外来(周産期、腫瘍、生殖医学、女性ヘルスケア)にも外来担当医(指導医)の助手として学んで行く。

2年次以後に外来診療が行えるように目標を持って研修をしてもらう。

② 臨床現場を離れた学習

日本産科婦人科学会の学術講演会(特に教育プログラム)、日本産科婦人科学会のe-learning、連合産科婦人科学会、各都道府県産科婦人科学会などの学術集会、その他各種研修セミナーなどで、下記の機会が設けられている。

- 標準的医療および今後期待される先進的医療を学習する機会
- 医療安全などを学ぶ機会
- 指導法、評価法などを学ぶ機会

さらに、本専門研修プログラムでは、基幹施設および連携施設内で行われる医療安全・倫理セミナーならびに指導法、評価法を学ぶ機会に積極的に参加してもらう。また、年2回は縫合・腹腔鏡下手術などのハンズオンセミナーなどを独自に開催しており、これらのセミナーにも参加してもらう。また、基幹施設では、毎週1回、研修医および専攻医を対象とした専門医による講義(クルズス)を行っており、臨床現場を離れた学習も十分に行うことが出来る。

③ 自己学習

東京医科大学では、1年目の専攻医には日本産科婦人科学会が発行している「産婦人科研修の必修知識」を熟読し、その内容を深く理解できるまで指導している。また、産婦人科診療に関連する各種ガイドライン(婦人科外来、産科、子宮頸がん治療、子宮体がん治療、卵巣がん治療、生殖医療、ホルモン補充療法など)の内容を把握する。また、e-learning によって、産婦人科専攻医教育プログラムを受講することもできる。さらに、教育DVD等で手術手技を研修できる。

④ 専門研修中の年度毎の知識・技能度の修練プロセス

・専門研修1年目

内診、直腸診、経腟エコー、通常超音波検査、胎児心拍モニタリングの解釈ができるようになる。正常分娩を指導医・上級医の指導のもとで取り扱える。上級医の指導のもとで通常の帝王切開、子宮内容除去術、子宮付属器摘出術ができる。

・専門研修2年目

妊婦健診および婦人科の一般外来ができるようになる。正常および異常な妊娠・分娩経過を判別し、問題のある症例については指導医・上級医に確実に相談できるようになる。正常分娩を一人で取り扱える。指導医・上級医の指導のもとで通常の帝王切開、腹腔鏡下手術ができる。指導医・上級医の指導のもとで患者・家族のICを取得できるようになる。

・専門研修3年目

3年目には専攻医の修了要件全てを満たす研修を行う(資料2 修了要件参照)。帝王切開の適応を一人で判断できるようになる。通常の帝王切開であれば同学年の専攻医と一緒にできるようになる。指導医・上級医の指導のもとで前置胎盤症例など特殊な症例の帝王切開ができるようになる。指導医・上級医の指導のもとで癒着があるなどやや困難な症例であっても、腹式単純子宮全摘術ができる。悪性手術の手技を理解して助手ができるようになる。一人で患者・家族のICを取得できるようになる。

以上の修練プロセスはモデルであり、専攻医の達成程度により研修年にとらわれすぎずに柔軟に運用する。3年という期間で研修を修了する事が目的ではなく、専門医にふさわしい知識・技能・態度を最終的に修得する事を目的とする。修得に時間がかかっても専門医として恥ずかしくない産婦人科医を育てるのが東京医科大学産科婦人科施設群専門研修のポリシーである。ただし東京医科大学産科婦人科施設群には専攻医の研修に十分な症例数があり、通常はモデル修練プログラムに先行して知識・技能・態度を修得できると考えている。そのため、修得が早い専攻医には3年に満たなくとも次のステップの研修を体験させる方針である。

⑤ 研修コースの具体例と回り方(資料3)

東京医科大学病院を基幹施設とする専門研修プログラムでは、6ヶ月以上は原則として基幹施設である東京医科大学病院での研修を行い、産婦人科医としての基本的な診療技術、幅広い知識を習得し、婦人科腫瘍、周産期、女性のヘルスケア、生殖医療、内視鏡手術などを学んでもらう。多くの専攻医は1年目に基幹施設である東京医科大学病院での研修を行うことになる。2年目以降は、プログラム統括責任者と相談して、東京医科大学病院の専門研修施設群の各施設の特徴(腫瘍、生殖医学、腹腔鏡下手術、周産期医療、女性のヘルスケア、地域医療)に基づいたコース例に示したような連携施設での研修を行う。各専門研修コースは、各専攻医の希望を考慮し、個々のプログラムの内容に対応できるような研修コースを作成する。1年目の研修を連携施設から開始し、2年目以降に基幹施設での研修をすることも可能であり、プログラム統括責任者と相談して、各専攻医の希望で研修プログラムを決定していく。

本専門研修プログラムでは、専門医取得後には、「サブスペシャリティ産婦人科医養成プログラム」として、産婦人科4領域の医療技術向上および専門医取得を目指す臨床研修や、リサーチマインドの醸成および医学博士号取得を目指す研究活動も提示している。

また本専門研修プログラム管理委員会は、初期臨床研修管理センターと協力し、大学卒業後2年以内の初期研修医の希望に応じて、将来産婦人科を目指すための初期研修プログラム作成にもかかわる。

5. 専門研修の評価

① 到達度評価

1) フィードバックの方法とシステム

専攻医が、研修中に自己の成長を知るために、到達度評価を行う。少なくとも12か月に1度は専攻医が研修目標の達成度および態度および技能について、Web上で日本産科婦人科学会が提供する産婦人科研修管理システム(以下、産婦人科研修管理システム)に記録し、指導医がチェックする。態度についての評価には、自己評価に加えて、指導医による評価(指導医あるいは施設毎の責任者により聴取された看護師長などの他職種による評価を含む)がなされる。 以上の条件を満たす到達度評価の時期を本プログラム管理委員会が決める。原則として年度末に専攻医が所属する施設の担当指導医が産婦人科研修管理システムを用いて評価する。専門研修プログラム管理委員会は産婦人科研修管理システム上で到達度を管理する。

2) 指導医層のフィードバック法の学習(FD)

日本産科婦人科学会が主催する、あるいは日本産科婦人科学会の承認のもとで連合産科婦人科学会が主催する産婦人科指導医講習会において、フィードバックの方法について講習が行われている。指導医講習会の受講は、指導医認定や更新のために必須である。さらに、東京医科大学附属病院産婦人科に勤務している指導医は東京医科大学で行われる「医師の臨床研修に係る指導医講習会」を受講し、医師臨床研修指導医の認定を受けている。

② 総括的評価

1) 評価項目・基準と時期

総括的評価の責任者は、専門研修プログラム統括責任者である。項目の詳細は「資料2 修了要件」に記されている。

産婦人科研修管理システムで総括的評価を行う。専門医認定申請年(3年目あるいはそれ以後)の3月末時点での研修記録および評価、さらに専門研修の期間、到達度評価が決められた時期に行われていたという記録も評価項目に含まれる。手術・手技については、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担当者が、産婦人科研修管理システムの記録に基づき、経験症例数に見合った技能であることを確認する。また、指導医は病棟の看護師長など少なくとも医師以外のメディカルスタッフ1名以上からの評価を聴取し、専攻医が専門医に相応しいチームの一員としての行動が取れているかについても評価し、産婦人科研修管理システムに記録する。

2) 修了判定のプロセス

専攻医は産婦人科研修管理システム上で専門研修プログラム管理委員会に対し修了申請を行う。専門研修プログラム管理委員会は「資料2 修了要件」が満たされていることを確認し、5月末までに修了判定を行い、研修修了証明書を専攻医に送付する。修了と判定された専攻医は、各都道府県の地方委員会に専門医認定試験受験の申請を行う。

地方委員会での審査を経て、日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会で専門医認定一次審査受験の可否を決定する。

6. 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

東京医科大学病院は以下の専門研修基幹施設の認定基準を満たしている。

1) 初期研修における基幹型臨床研修病院であること
2) 同一施設内で他科との連携による総合診療が可能で（少なくとも内科、外科、泌尿器科、麻酔科、小児科（または新生児科）の医師が常勤していること）、救急医療を提供していること
3) 分娩数が（帝王切開を含む）申請年の前年1月から12月までの1年間に少なくとも150件程度あること
4) 開腹手術が帝王切開以外に申請年の前年1月から12月までの1年間に150件以上あること（この手術件数には腹腔鏡下手術を含めることができるが、腟式手術は含めない）
5) 婦人科悪性腫瘍(浸潤癌のみ)の治療実数が申請年の前年1月から12月までの1年間に30件以上あること（手術件数と同一患者のカウントは可とする）
6) 生殖・内分泌および女性のヘルスケアに関して専門性の高い診療実績を有していること
7) 申請年の前年12月末日までの5年間に、当該施設（産婦人科領域）の所属である者が筆頭著者として発表した産婦人科領域関連論文（4頁、註1）が10編以上あること。
8) 産婦人科専門医が4名以上常勤として在籍し、このうち専門研修指導医が2名以上であること（機構認定の機会が与えられる、学会認定の専門医、指導医も含める）
9) 周産期、婦人科腫瘍の各領域に関して、日本産科婦人科学会登録施設として症例登録および調査等の業務に参加すること
10) 症例検討会、臨床病理検討会、抄読会、医療倫理・安全などの講習会が定期的に行われていること
11) 学会発表、論文発表の機会を与え、指導ができること
12) 日本専門医機構が認定する専門研修プログラムを有すること
13) 施設内に専門研修プログラム管理委員会を設置し、専攻医および専門研修プログラムの管理と、専門研修プログラムの継続的改良ができること
14) 日本専門医機構のサイトビジットを受け入れ可能であること

② 専門研修連携施設の認定基準

以下の1）～45）を満たし、かつ、当該施設の専門性および地域性から専門研修基幹施設が作成した専門研修プログラムに必要とされる施設が認定基準であり、東京医科大学産科婦人科の専門研修連携施設群（資料4）はすべてこの基準を満たしている。

1) 下記a) b) c)のいずれかを満たす（専門研修指導医がいない下記b)c)の施設での研修は通算で12か月以内とする）。
a) 連携施設：専門研修指導医が1名以上常勤として在籍する。
b) 連携施設（地域医療）：専門研修指導医が在籍していないが専門医が常勤として在籍しており、基幹施設または他の連携施設の指導医による適切な指導のもとで、産婦人科に関わる地域医療研修（項目3-④ 参照）を行うことができる。産婦人科専門研修制度の他の専門研修プログラムも含め基幹施設となっておらず、かつ東京23区以外および政令指定都市以外にある施設。
c) 連携施設（地域医療-生殖）：専門研修指導医が常勤として在籍しておらず、かつ、産婦人科に関わる必須の地域医療研修（項目3-④ 参照）を行うことはできないが、専門医が常勤として在籍しており、基幹施設または他の連携施設の指導医による適切な指導のもとで、地域における生殖補助医療の研修を行うことができる。
2) 女性のヘルスケア領域の診療が行われていることに加えて、申請年の前年1月から12月までの1年間に、a）体外受精（顕微授精を含む）30サイクル以上、b)婦人科良性腫瘍の手術が100件以上 c）婦人科悪性腫瘍（浸潤癌のみ）の診療実数が30件以上、d）分娩数（帝王切開を含む）が100件以上の3つのうち、いずれか1つの診療実績を有する。ただし日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会が地域医療のために必要と判断する場合、この診療実績を満たさなくとも、特例で連携施設（地域医療）として認められることがある。
3) 所属する専門研修施設群の基幹施設が作成する専門研修プログラムに沿った専攻医の指導が出来ること
4) 専門研修プログラム連携施設担当者は、所属する専門研修施設群の基幹施設が設置する専門研修プログラム管理委員会に参加し、専攻医および専門研修プログラムの管理と、専門研修プログラムの継続的改良に携われること。
5) 週1回以上の臨床カンファレンスおよび、月1回以上の抄読会あるいは勉強会を実施できること。

③ 専門研修施設群の構成要件

東京医科大学の専門研修施設群は、基幹施設および複数の連携施設からなる。専攻医は6ヶ月以上24ヶ月以内の期間、基幹施設での研修を行う。（研修期間が3年を超える場合には延長期間の研修を基幹施設で行うことは可とする）。連携施設1施設での研修も24か月以内とする（研修期間が3年を超える場合には延長期間の研修を当該連携施設で行うことは可とする）。原則として、専攻医は、当該プログラムの募集時に示され

ていた施設群の中でのみ専門研修が可能である。もしも、その後に研修施設が施設群に追加されるなどの理由により、募集時に含まれていなかった施設で研修を行う場合、プログラム管理委員会は、専攻医本人の同意のサインを添えた理由書を日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会に提出し、承認を得なければならない。専攻医の研修に際しては、原則として施設群内の複数施設を年次で定められたプログラムに則って計画的に移動するが、産婦人科領域の特殊性、地域医療への配慮などにより柔軟に運用する。東京医科大学病院の専門研修施設群は、基幹施設、連携施設共に委員会組織を置き、専攻医に関する情報を定期的に共有するために専門研修プログラム管理委員会を毎年12月に開催する。基幹施設、連携施設ともに、毎年12月1日までに、専門研修プログラム管理委員会に以下の報告を行う。

1) 前年度の診療実績
a) 病院病床数、b) 産婦人科病床数、c) 1日あたり産婦人科外来患者数、d) 分娩件数、e) 帝王切開件数、f) 婦人科手術件数、g) 悪性腫瘍手術件数、h) 腹腔鏡下手術件数、i) 体外受精サイクル数
2) 専門研修指導医数および専攻医数
a) 前年度の専攻医の指導実績、b) 今年度の産婦人科専門医および専攻医指導医の人数、c) 今年度の専攻医数
3) 前年度の学術活動
a) 学会発表、b) 論文発表
4) 施設状況
a) 施設区分、b) 指導可能領域、c) 産婦人科カンファレンス、d) 他科との合同カンファレンス、e) 抄読会、f) 図書館、g) 文献検索システム、h) 医療安全・感染対策・医療倫理に関する研修会
5) サブスペシャリティ領域の専門医数
サブスペシャリティ領域への連続的な育成を考慮して、下記専門医数についても把握しておく。a) 周産期専門医（母体・胎児）、b) 婦人科腫瘍専門医、c) 生殖医療専門医、d) 女性ヘルスケア専門医、e) 内視鏡技術認定医、f) 臨床遺伝専門医、g) 細胞診専門医、

④ 専門研修施設群の地理的範囲

東京医科大学の専門研修施設群（資料4）は都内および近隣の神奈川県、埼玉県、千葉県、茨城県内の施設群である。施設群の中には、地域中核病院や地域中小病院（過疎地域も含む）が入っている。

⑤専攻医受入数についての基準

各専攻医指導施設における専攻医総数の上限（すべての学年を含めた総数）は、産婦人科領域専門研修プログラム整備基準では指導医数×4としている。各専門研修プログ

ラムにおける専攻医受け入れ可能人数は、専門研修基幹施設および連携施設の受け入れ可能人数を合算したものである。

この基準に基づき、東京医科大学産科婦人科専門研修プログラム管理委員会は各施設の専攻医受け入れ数を決定する。現在（平成29年度）、東京医科大学病院産科婦人科専門研修施設群の指導医数は21名であるが、十分な指導を提供できることを考慮し、3学年で30名までを受け入れ可能人数の上限とする。この数には、2017年度以前に専門研修を開始した専攻医の数を含めない。

⑥地域医療・地域連携への対応

産婦人科専門医制度は、地域の産婦人科医療を守ることを念頭に置いている。専攻医のプログラムとしては、地域中核病院・地域中小病院において外来診療、夜間当直、救急診療を行うことや、病診連携、病病連携を円滑にすすめられるようになれば、地域の産婦人科医療を守ることにつながる。東京医科大学の専門研修施設群（資料4）は、地域医療（地域中核病院や地域中小病院（過疎地域も含む））を行っている施設群が入っているため、連携施設での研修時に地域医療・地域連携への対応を習得できる。

本プログラム管理委員会は、専攻医に地域医療を経験させることを目的とする場合、専門研修指導医が常勤していない場合であっても、専攻医を当該施設で研修させることができる。ただし、その場合は連携施設（地域医療）、連携施設（地域医療-生殖）の要件（項目6-② 参照）を満たしている必要がある。必須研修としての地域医療は連携施設（地域医療-生殖）では行うことはできない。指導医が常勤していない施設の研修においては、専攻医の研修指導体制を明確にし、基幹施設や他の連携施設から指導や評価を行う担当指導医を決める。担当指導医は少なくとも1-2か月に1回はその研修状況を確認し、専攻医およびその施設の専門医を指導する。指導医のいない施設であっても、週1回以上の臨床カンファレンスと、月1回以上の勉強会あるいは抄読会は必須であり、それらは他施設と合同で行うことも可としている。このような体制により指導の質を落とさないようにする。東京医科大学の専門研修施設群には、専攻医指導施設の要件を満たさない施設はなく、地域医療を経験する際にも指導の質が落ちることはない。

⑦研究に関する考え方

(1)産婦人科領域としては、専攻医が研究マインドを持つことが、臨床医としての成長につながると考えている。ただし、3年間以上常勤の臨床医として勤務することが専門医取得の必須条件であり、大学院の在籍や留学等によって、常勤の臨床医ではなくなる場合は、その期間は専門研修の期間には含めない。

(2)医学・医療研究にかかわる倫理指針を理解することは必須である。研修中に臨床研究を行ったり、治験、疫学研究に関わったりするように促す。また専攻医の希望によっては、専門研修に加えて、基礎医学、社会医学、ヒトゲノム・遺伝子解析研究を行うことも考えられる。それらの研究は学会や論文で発表するよう指導する。

⑧診療実績基準

東京医科大学産科婦人科施設群（資料4）は以下の診療実績基準を満たしている。

・基幹施設

1) 分娩数（帝王切開を含む）が申請年の前年1月から12月までの1年間に少なくとも150件程度あること。

2) 開腹手術が帝王切開以外に申請年の前年1月から12月までの1年間に150件以上あること（この手術件数には腹腔鏡下手術を含めることができるが、腟式手術は含めない）。

3) 婦人科悪性腫瘍（浸潤癌のみ）の治療実数が申請年の前年1月から12月までの1年間に30件以上あること（手術件数と同一患者のカウントは可とする）。

4) 生殖・内分泌および女性のヘルスケアについて専門性の高い診療実績を有していること。

・連携施設

女性のヘルスケア領域の診療が行われていることに加えて、申請年の前年1月から12月までの1年間に、1）体外受精（顕微授精を含む）30サイクル以上、2）婦人科悪性腫瘍（浸潤癌のみ）の診療実数が30件以上、3）分娩数（帝王切開を含む）が100件以上の3つのうち、いずれか1つの診療実績を有する。ただし日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会が地域医療のために必要と判断する場合、この診療実績を満たさなくとも、上記条件の総合評価で、連携施設（地域医療）として認められることがある。

3. 連携施設（地域医療）

4. 連携施設（地域医療-生殖）

2. 3. 4. の詳細に関しては6-②-1)-a)、-b)、-c)を参照

⑨サブスペシャリティ領域との連続性について

産婦人科専門医を取得した者は、産婦人科専攻医としての研修期間以後にサブスペシャリティ領域の専門医（生殖医療専門医、婦人科腫瘍専門医、周産期専門医（母体・胎児）、女性ヘルスケア専門医）のいずれかを取得することができる。。

⑩産婦人科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件

1) 専門研修プログラム期間のうち、出産に伴う6ヶ月以内の休暇は1回までは研修期間にカウントできる。また、疾病での休暇は6ヵ月まで研修期間にカウントできる。なお、疾病の場合は診断書を、出産の場合は出産を証明するものの添付が必要である。

2) 週20時間以上の短時間雇用の形態での研修は3年間のうち6ヵ月まで認める。

3) 上記1)、2）に該当する者は、その期間を除いた常勤（註2）での専攻医研修期間が通算2年半以上必要である。

4) 留学、常勤医としての病棟または外来勤務のない大学院の期間は研修期間にカウントできない。

5) 専門研修プログラムを移動する場合は、日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会に申請し、承認が得られた場合にこれを可能とする。

6) ストレートに専門研修を修了しない場合、研修期間は1年毎の延長とする。専攻医は専門研修開始から9年以内に専門研修を修了し10年以内に専門医試験の受験を行う。9年間で専門研修が修了しなかった場合、専門医となるためには一から新たに専門研修を行う必要がある。

7) 専門研修修了後、専門医試験は5年間受験可能（毎年受験する場合、受験資格は5回）である。専門研修修了後、5年間で専門医試験に合格しなかった場合、専門医となるためには一から新たに専門研修を行う必要がある。

註2）常勤の定義は、週4日以上かつ週32時間以上の勤務とする。ただし、それ以外でも、中央専門医制度委員会の審査によって同等の勤務と認められれば、常勤相当とできる場合がある。育児短時間勤務制度を利用している場合は、常勤の定義を週4日以上かつ週30時間以上の勤務とする（この勤務は、上記2）項の短時間雇用の形態での研修には含めない）。

7. 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

専攻医指導基幹施設である東京医科大学病院には、専門研修プログラム管理委員会と、統括責任者（委員長）、副統括責任者（副委員長）を置く。専攻医指導連携施設群には、連携施設担当者と委員会組織を置く。東京医科大学産科婦人科専門研修プログラム管理委員会は、委員長、副委員長、事務局代表者、産科婦人科の4つの専門分野（周産期、婦人科腫瘍、生殖医学、女性ヘルスケア）の研修指導責任者、および連携施設担当委員で構成される（資料5）。専門研修プログラム管理委員会は、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と、専門研修プログラムの継続的改良を行う。

連携施設には専門研修プログラム連携施設担当者と委員会組織を置く。

② 基幹施設の役割

専門研修基幹施設は連携施設とともに研修施設群を形成する。基幹施設に置かれた専門研修プログラム管理委員会は、総括的評価を行い、修了判定を行う。また、連携施設の状況把握と改善指導、プログラムの改善を行う。専門研修プログラム連絡協議会では、専攻医、専門研修指導医の処遇、専門研修の環境整備等を協議する。

専門研修プログラム連絡協議会では、専攻医、専門研修指導医の処遇、専門研修の環境整備等を協議する。

専門研修プログラムの以下の軽微、もしくは事務的な変更は、随時、日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会に報告し、最新の情報提供に努める。

(1) 退職、勤務施設異動などに伴うプログラム統括責任者、副プログラム統括責任者、連携施設専門研修責任者、指導医、専門医の変更

(2) 指導医の異動に伴う連携施設から連携施設（地域医療）ないし連携施設（地域医療-生殖）への変更

(3) (2)で連携施設（地域医療）ないし連携施設（地域医療-生殖）となった施設の指導医の異動（復活）に伴う連携施設への変更

(4) プログラムの研修内容に事実上の変更がない字句などの修正

(5) 専攻医募集年度の更新に伴う、妥当な募集人数の変更

(6) 退職、勤務施設異動などに伴う連携施設の辞退

(7) 整備基準の改訂に伴う記載の変更

(8) その他、日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会が認めるもの

（変更前と変更後を対比させたリストを提出）

新規指導医認定に伴なわない連携施設追加、研修内容の事実上の変更を伴う改訂、拡大研修委員会が随時変更は適切ではないと判断した事項の変更は新規基幹施設・連携施設募集時に申請する。

③ 専門研修指導医の基準

日本産科婦人科学会の専門研修指導医の基準は、以下のように定められている。

1) 指導医認定の基準

以下の(1)～(4)の全てを満たすことを指導医認定の基準とする。

(1) 申請する時点で常勤産婦人科医として勤務しており、産婦人科専門医の更新履歴が1回以上ある者

(2) 専攻医指導要綱に沿って専攻医を指導できる者

(3) 産婦人科に関する論文で、次のいずれかの条件を満たす論文が2編以上ある者（4頁、註1）

i) 自らが筆頭著者の論文

ii) 第二もしくは最終共著者として専攻医を指導し、専攻医を筆頭著者として発表した論文

(4) 日本産科婦人科学会が指定する指導医講習会を3回以上受講している者（註3）

註3）指導医講習会には i) 日本産科婦人科学会学術講演会における指導医講習会、ii) 連合産科婦人科学会学術集会における指導医講習会、iii) e-learning による指導医講習、iv) 第65回および第66回日本産科婦人科学会学術講演会において試行された指導医講習会が含まれる。指導医講習会の回数には e-learning による指導医講習を1回含めることができる。ただし、出席した指導医講習会と同じ内容の e-learning は含めることができない。

2) 暫定指導医が指導医となるための基準（指導医更新の基準と同じ）

以下の(1)～(4)の全てを満たすことを暫定指導医が指導医となるための基準とする。

(1) 常勤の産婦人科専門医として産婦人科診療に従事している者

(2) 専攻医指導要綱に沿って専攻医を指導できる者

(3) 直近の5年間に産婦人科に関する論文（4頁、註1）が2編以上（筆頭著者、第二もしくは最終共著者であることは問わない）ある者

(4) 日本産科婦人科学会が指定する指導医講習会を2回以上受講している者（16頁、註3）

④プログラム管理委員会の役割と権限

・専門研修を開始した専攻医の把握

・専攻医ごとの、到達度評価・症例記録・症例レポートの内容確認と、今後の専門研修の進め方についての検討

・研修記録、総括的評価に基づく、専門医認定申請のための修了判定

・それぞれの専攻医指導施設の前年度診療実績、施設状況、指導医数、現在の専攻医数に基づく、次年度の専攻医受け入れ数の決定

・専攻医指導施設の評価に基づく状況把握、指導の必要性の決定

・研修プログラムに対する評価に基づく、研修プログラム改良に向けた検討

・サイトビジットの結果報告と研修プログラム改良に向けた検討

・研修プログラム更新に向けた審議

・翌年度の専門研修プログラム応募者の採否決定

・専攻医指導施設の指導報告

・研修プログラム自体に関する評価と改良について日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会および日本専門医機構への報告内容についての審議

・専門研修プログラム連絡協議会の結果報告

⑤プログラム統括責任者の基準、および役割と権限

1) プログラム統括責任者認定の基準

(1) 申請する時点で専攻医指導施設もしくは最新の専攻医研修プログラムにおいて研修の委託が記載されている施設で、常勤の産婦人科専門医として合計10年以上産婦人科の診療に従事している者（専門医取得年度は1年とみなす。2回以上産婦人科専門医を更新した者）

(2) 専門研修基幹施設における常勤の専門研修指導医であり、専門研修プログラム管理委員会によりプログラム統括責任者として適していると認定されている者

(3) 直近の10年間に共著を含め産婦人科に関する論文が20編以上ある者（4頁、註1）

2) プログラム統括責任者更新の基準

(1) 専門研修基幹施設における常勤の専門研修指導医であり、専門研修プログラム管理委員会によりプログラム統括責任者として適していると認定されている者

(2) 直近の5年間に産婦人科専門研修カリキュラムに沿って専攻医を指導した者

(3) 直近の5年間に共著を含め産婦人科に関する論文が10編以上ある者（4頁、註1）

3) プログラム統括責任者資格の喪失（次のいずれかに該当する者）

(1) 産婦人科指導医でなくなった者

(2) 更新時に、更新資格要件を満たさなかった者

(3) プログラム統括責任者として不適格と判断される者

4) プログラム統括責任者の役割と権限

プログラム統括責任者は専門研修プログラム管理委員会を主催し、専門研修プログラムの管理と、専攻医および指導医の指導および専攻医の修了判定の最終責任を負う。

5) 副プログラム統括責任者

専攻医の研修充実を図るため東京医科大学の専門研修施設群の専門研修プログラム管理委員会にはプログラム統括責任者を補佐する副プログラム統括責任者を置く。副プログラム統括責任者は指導医とする。

⑥連携施設での委員会組織

専門研修連携施設には、専門研修プログラム連携施設担当者と委員会組織を置く。専門研修連携施設の専攻医が到達度評価と指導を適切に受けているか評価する。専門研修プログラム連携施設担当者は専門研修連携施設内の委員会組織を代表し専門研修基幹施設に設置される専門研修プログラム管理委員会の委員となる。

⑦労働環境、労働安全、勤務条件

すべての専門研修連携施設の管理者とプログラム統括責任者は、「産婦人科勤務医の勤務条件改善のための提言」(平成25年4月、日本産科婦人科学会)に従い、「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」(日本医師会)等を用いて、専攻医の労働環境改善に努めるようにしている。

専攻医の勤務時間、休日、当直、給与などの勤務条件については、労働基準法を遵守し、各施設の労使協定に従う。さらに、専攻医の心身の健康維持への配慮、当直業務と夜間診療業務の区別とそれぞれに対応した適切な対価を支払うこと、バックアップ体制、適切な休養などについて、勤務開始の時点で説明を受けるようになっている。

専攻医は研修を行う研修施設群に属する各施設を循環するので、給与等は研修場所となる施設で支払うものとする。

8. 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

研修管理システムに研修実績を記録蓄積し、到達度評価、フィードバックの実施と記録を行う。総括的評価は産婦人科研修カリキュラム(資料1)に則り研修を修了しようとする年度末に行う。

② プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

プログラム運用マニュアルは以下の専攻医研修マニュアルと指導者マニュアルを用いる。専攻医研修実績記録フォーマットと指導医による指導とフィードバックの記録を整備する。指導者研修計画(FD)の実施記録を整備する。

※専攻医研修マニュアル

別紙「専攻医研修マニュアル」(資料6)参照。

※指導者マニュアル

別紙「指導医マニュアル」(資料7)参照。

※専攻医研修実績記録フォーマット

産婦人科研修管理システムに研修実績を記録し、一定の経験を積むごとに専攻医自身が到達度評価を行い記録する。少なくとも1年に1回は到達度評価により、学問的姿勢、生殖内分泌、周産期、婦人科腫瘍、女性のヘルスケアの各分野の形成的自己評価を行う。研修を修了しようとする年度末には総括的評価により評価を行う。

※指導医による指導とフィードバックの記録

産婦人科研修管理システムに一定の経験数が記載記録され専攻医自身が到達度評価を行うごとに、指導医も到達度評価を行い記録し、産婦人科研修管理システム上でフィードバックする。少なくとも1年に1回は学問的姿勢、生殖内分泌、周産期、婦人科腫瘍、女性のヘルスケアの各分野の到達度評価を行い、評価者は「劣る」、「やや劣る」の評価を付けた項目については必ず改善のためのアドバイスを行い記録する。

※指導者研修計画(FD)の実施記録

日本産科婦人科学会が指定する指導医講習会(16頁、註3の受講は個人ごとに電子管理されており(H27.4.1.以降)、指導医の認定および更新の際に定められた期間における3回以上の受講が義務づけられている。

9. 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

総括的評価を行う際、専攻医は指導医、専攻医指導施設、専門研修プログラムに対する評価産婦人科研修管理システム上で行う。また、指導医も専攻医指導施設、専門研修プログラムに対する評価を行う。その内容は専門研修プログラム管理委員会に記録される。なお、専攻医はパワーハラスメントなどの人権問題に関しては、日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会にいつでも直接訴えることが可能であり、専攻医にはそのこと及び、日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会の連絡先を伝えておく必要がある。

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

専攻医や指導医などからの専門研修プログラムおよび専攻医指導施設に対する評価は、専門研修プログラム管理委員会で公表し、専門研修プログラム改善の為の方策を審議して改善に役立てる。専門研修プログラム管理委員会は必要と判断した場合、専攻医指導施設の実地調査および指導を行う。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、毎年3月31日までに日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会に報告する。

③ 研修に対する監査(サイトビジット等)・調査への対応

専門研修プログラムに対する日本専門医機構からのサイトビジットを受け入れ対応する。その評価を専門研修プログラム管理委員会で報告し、プログラムの改良を行う。

専門研修プログラム更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構に報告する。

④ 東京医科大学病院専門研修プログラム連絡協議会

東京医科大学病院は複数の基本領域専門研修プログラムを擁している。毎年東京医科大学病院長、東京医科大学病院内の各専門研修プログラム統括責任者および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、東京医科大学病院における専攻医ならびに専攻医指導医の処遇、専門研修の環境整備等を協議する。

⑤ 専攻医や指導医による日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会への直接の報告

専攻医や指導医が専攻医指導施設や専門研修プログラムに大きな問題があると考えた場合、東京医科大学産科婦人科専門研修プログラム管理委員会を介さずに、いつでも直接、下記の連絡先から日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会に訴えることができる。この内容には、パワーハラスメントなどの人権問題が含まれる。

電話番号:03-5524-6900

e-mailアドレス:chuosenmoniseido@jsog.or.jp

住所:〒104-0031 東京都中央区京橋3-6-18 東京建物京橋ビル4階

プログラムの更新のための審査

産科婦人科専門研修プログラムは、日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会および日本専門医機構の産婦人科研修委員会によって、5年毎にプログラムの更新のための審査を受ける(7-②も参照)。

10. 専攻医の採用と修了

① 採用方法

東京医科大学産科婦人科専門研修プログラム管理委員会は、毎年7月から次年度の専門研修プログラムの公表と説明会等を行い、産科婦人科専攻医を募集する。翌年度のプログラムへの応募者は、11月30日までに研修プログラム責任者宛に所定の形式の『東京医科大学産科婦人科専門研修プログラム応募申請書』および履歴書を提出する。申請書は(1)東京医科大学病院産科婦人科の website (http://www.med.ac.jp/dcps/gyn/)よりダウンロード、(2)医局に電話で問い合わせ(03-3342-6111 内線 5870)、(3)医局にe-mailで問い合わせ(obgy@tokyo-med.ac.jp)、のいずれの方法でも入手可能である。12月の本プログラム管理委員会において協議の上で採否を決定し、本人に通知する。なお、定員に満たない場合には、追加募集することがある。

専攻医の研修における登録上の所属は基幹施設とするが、専攻医の採用は基幹施設、連携施設、連携施設(地域医療)、連携施設(地域医療一生殖)のいずれでも可である。

② 研修開始届け

研修を開始した専攻医は、開始年度の2月末日までに、以下の専攻医氏名を含む報告書を、日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会(chuosenmoniseido@jsog.or.jp)に提出すれば産婦人科研修管理システムを研修開始年度の当初より使用できる。研修を開始した専攻医は開始年度の9月末日までに日本産科婦人科学会に会費を納めない場合、当該年度は研修年度に含めることができない。

・専攻医の氏名と医籍登録番号、日産婦会員番号、専攻医の卒業年度、専攻医の研修開始年度(初期臨床研修2年間に設定された特別コースは専攻研修に含まない)
・専攻医の履歴書
・専攻医の初期研修修了証

③ 修了要件

資料2参照

産婦人科専門研修カリキュラム

I. 目的

医師としての基本的姿勢（倫理性、社会性ならびに真理追求に関して）を有し、かつ4領域（生殖内分泌、周産期、婦人科腫瘍、ならびに女性のヘルスケア）に関する基本的知識・技能を有した医師（専門医）を育成する。そのための専門研修カリキュラムを示した。なお、専攻医が専門医として認定されるためには「専門医共通講習受講（医療安全、医療倫理、感染対策の3点に関しては必修）」、「産婦人科領域講習」、ならびに「学術業績・診療以外の活動実績」で計50単位必要なので、専攻医がプログラム履修中に50単位分（論文掲載1編を含む）の活動ができるようプログラム統括責任者は十分に配慮する。

II. 医師としての倫理性と社会性

医師としての心構えを2006年改訂世界医師会ジュネーブ宣言(医の倫理)ならびに2013年改訂ヘルシンキ宣言（人間を対象とする医学研究の倫理的原則）に求め、それらを忠実に実行できるよう不断の努力を行う。2013年改訂ヘルシンキ宣言一般原則冒頭には以下「」内のようにある。「世界医師会ジュネーブ宣言は、『私の患者の健康を私の第一の関心事とする』ことを医師に義務づけ、また医の国際倫理綱領は、『医師は、医療の提供に際して、患者の最善の利益のために行動すべきである』と宣言している」。これら観点から以下を満足する医師をめざす。

1) クライアントに対して適切な尊敬を示すことができる。
2) 医療チーム全員に対して適切な尊敬を示すことができる。
3) 医療安全と円滑な標準医療遂行を考慮したコミュニケーションスキルを身につけている。
4) クライアントの多様性を理解でき、インフォームドコンセントの重要性について理解できる。

II-1. 到達度の評価

専攻医は研修管理システムによって到達度・総括評価を受ける。

III. 学問的姿勢

先人の努力により、現在の標準医療があることを理解し、より質の高い医療に寄与できるよう、「真理の追求」を心掛け、以下6点を真摯に考慮し可能なかぎり実行する。

1) 産婦人科学および医療の進歩に対応できるよう不断に自己学習・自己研鑽する。
2) Evidence based medicine (EBM)を理解し、関連領域の診療ガイドライン等を参照して医療を行える。
3) 学会に参加し研究発表する。

4) 学会誌等に論文発表する。
5) 基礎・臨床的問題点解決を図るため、研究に参加する。
6) 本邦の医学研究に関する倫理指針を理解し、研究実施の際にそれらを利用できる。

III-1 評価

専攻医は研修管理システムによって到達度・総括評価を受ける。なお、学会発表、論文執筆、獲得単位数についても評価し、適宜指導する。

IV. 4領域別専門知識・技能の到達目標、経験目標症例数、ならびに専門医受験に必要な専門技能経験症例数。

IV -1. 生殖・内分泌領域

排卵・月経周期のメカニズムを理解し、排卵障害や月経異常とその検査、治療法を学ぶ。不妊症、不育症の概念を把握し、適切な診療やカウンセリングを行うのに必要な知識・技能・態度を身につける。

(1) 以下いずれについても複数例の症例で経験したことがあり、それらに関して説明、診断、あるいは実施することができる（いずれも必須）。

視床下部-下垂体-卵巣-子宮内膜変化の関連、女性の基礎体温、血中ホルモン（FSH、LH、PRL、甲状腺ホルモン、エストラジオール、プロゲステロン、テストステロン等）の評価、ホルモン負荷試験（GnRH、TRH、プロゲステロン試験、エストロゲン+プロゲステロン試験）意義と評価、乏精子症、原発・続発無月経、過多月経・過少月経、機能性子宮出血、月経困難症・月経前症候群、肥満・やせ、多嚢胞性卵巣症候群、卵管性不妊症の病態、子宮因子による不妊症、子宮内膜ポリープ、子宮腔内癒着、子宮内膜症、腹腔鏡検査/子宮鏡検査/腹腔鏡下手術/子宮鏡下手術の適応、腹腔鏡検査/子宮鏡検査/腹腔鏡下手術/子宮鏡下手術の設定方法。

(2) 以下のいずれについても診断・病態等について説明できる（いずれも必須）。

Turner症候群、アンドロゲン不応症、Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser症候群、体重減少性無月経および神経性食欲不振症、乳汁漏出性無月経、薬剤性高PRL血症、下垂体腫瘍、早発卵巣不全・早発閉経。

(3) 以下のいずれの技能についても経験が必須である。

頸管粘液検査、性交後試験（Huhner試験）、超音波検査による卵胞発育モニタリング、子宮卵管造影検査、精液検査、腹腔鏡下手術、あるいは子宮鏡下手術。

(4) 以下のいずれの専門技能についても経験していることが望ましい。

卵管通気・通水検査、子宮鏡検査、腹腔鏡検査、子宮腔癒着剥離術（Asherman症候群）あるいは子宮形成術。

IV-1-1 経験すべき疾患と具体的な達成目標

(1) 内分泌疾患

1) 女性性機能の生理で重要な、視床下部ー下垂体ー卵巣系のホルモンの種類、それぞれの作用・分泌調節機構、および子宮内膜の周期的変化について理解し、説明できる。
2) 副腎・甲状腺ホルモンの生殖における意義を理解し説明できる。
3) 月経異常をきたす疾患について理解し、分類・診断でき、治療できる。

(2) 不妊症

1) 女性不妊症について検査・診断を行うことができ、治療法を説明できる。
2) 男性不妊症について検査・診断を行うことができ、治療法を説明できる。
3) その他の原因による不妊症検査・診断を行うことができ、治療法を説明できる。
4) 高次で専門的な生殖補助医療技術について、倫理的側面やガイドラインを含めて説明し、紹介できる（生殖補助医療における採卵あるいは胚移植に術者、助手、あるいは見学者として5例以上経験する）。
5) 不妊症チーム一員として不妊症の原因検索あるいは治療に担当医(あるいは助手)として5例以上経験する。

(3) 不育症

1) 不育症の定義や不育症因子について理解し、それぞれを適切に検査・診断できる。
2) 受精卵の着床前診断の適応範囲と倫理的側面を理解できる。

IV -1-2 検査を実施し、結果に基づいて診療をすることができる具体的項目。

(1) 家族歴、月経歴、既往歴の聴取
(2) 基礎体温表
(3) 血中ホルモン値測定
(4) 超音波検査による卵胞発育モニタリング、排卵の判定
(5) 子宮卵管造影検査、卵管通気・通水検査
(6) 精液検査
(7) 頸管粘液検査、性交後試験（Huhner試験）
(8) 子宮の形態異常の診断：経腟超音波検査、子宮卵管造影

IV -1-3 治療を実施でき、手術では助手を務めることができる具体的な項目。

(1) Kaufmann療法; Holmstrom療法
(2) 高プロラクチン血症治療、乳汁分泌抑制法
(3) 月経随伴症状の治療
(4) 月経前症候群治療
(5) AIHの適応を理解する
(6) 排卵誘発：クロミフェン・ゴナドトロピン療法の適応を理解する。
副作用対策 i) 卵巣過剰刺激症候群 ii) 多胎妊娠
(7) 生殖外科（腹腔鏡検査、腹腔鏡下手術、子宮鏡下手術）

IV-1-4 評価

専攻医は研修管理システムによって到達度・総括評価を受ける。

IV -2. 周産期領域

妊娠、分娩、産褥ならびに周産期において母児の管理が適切に行えるよう、母児の生理と病理を理解し、保健指導と適切な診療を実施するのに必要な知識・技能・態度を身につける。

(1) 以下いずれについても複数例の症例で経験したことがあり、それらに関して説明、診断、あるいは実施することができる（いずれも必須）。

妊娠週数の診断、妊娠前葉酸摂取の効用、出生前診断に関する倫理的事項ならびに出生前診断法、妊婦定期健診において検出すべき異常、妊娠悪阻時の治療法、切迫流産治療法、流産患者への対応、異所性妊娠への対応、妊娠中ならびに授乳女性への薬剤投与の留意点、妊娠中ならびに産褥女性の血栓症リスク評価と血栓症予防法、妊娠初期子宮頸部細胞診異常時の対応、妊娠初期付属期腫瘤発見時の対応、妊娠中の体重増加、妊娠糖尿病スクリーニング法と診断法、妊婦へのワクチン接種に関する留意点、妊娠女性放射線被曝の影響、子宮収頸管長測定の臨床的意義、子宮頸管無力症の診断と治療法、切迫早産の診断と治療法、前期破水への対応、常位胎盤早期剥離の診断と治療法、前置胎盤の診断と治療法、低置胎盤の診断と治療法、多胎妊娠の診断と留意点、妊娠高血圧症候群および HELLP 症候群の診断と治療法、羊水過多(症)/羊水過少(症)の診断と対応、血液型不適合妊娠あるいは Rh 不適合妊娠の診断と対応、胎児発育不全 (FGR) の診断と管理、妊娠女性下部生殖期 GBS スクリーニング法と GBS 母子感染予防法、巨大児が疑われる場合の対応、産褥精神障害が疑われる場合の対応、単胎骨盤位への対応、帝王切開既往妊婦への対応、Non-stress test (NST)、 contraction stress test (CST)、biophysical profile score (BPS)、頸管熟化度の評価 (Bishop スコア)、Friedman 曲線、分娩進行度評価（児頭下降度と子宮頸管開大)、子宮収縮薬の使用法、吸引/鉗子分娩の適応と要約（子宮底圧迫法時の留意点を含む)、過強陣痛を疑うべき徴候、妊娠 41 以降妊婦への対応、分娩監視法、胎児心拍数図の評価法と評価後の対応（胎児機能不全の診断と対応)、分娩誘発における留意点、正常分娩時の児頭回旋、産後の過多出血 (PPH) 原因と対応、新生児評価法 (Apgar スコア、黄疸の評価等)、正常新生児の管理法。

(2) 以下のいずれについても診断・病態・治療等について説明できる（いずれも必須）。

妊娠悪阻時のウェルニッケ脳症、胎状奇胎、抗リン脂質抗体症候群合併妊娠、子癇、妊婦トキソプラズマ感染、妊婦サイトメガロウイルス感染、妊婦パルボウイルス B19 感染、子宮破裂時の対応、臍帯脱出/下垂時の対応、産科危機的出血への対応、羊水塞栓症。

(3) 以下のいずれの技能についても経験が必須である。

子宮内容除去術、子宮頸管縫縮術、子宮頸管縫縮糸の抜糸術、経膣分娩超音波断層法による子宮頸管長測定法、超音波断層法による胎児体重の予測法、内診による子宮頸管熟化評価法、吸引分娩あるいは鉗子分娩法、会陰保護、内診による児頭回旋評価、会陰切開術、膣・会陰裂傷/頸管裂傷の縫合術、帝王切開術、骨盤位帝王切開術。

(4) 以下のいずれの専門技能についても経験していることが望ましい。

異所性妊娠手術、器械的子宮頸管熟化術、新生児蘇生法、前置胎盤帝王切開術、骨盤位牽出術、胎盤用手剥離術、双合子宮圧迫法、分娩後の子宮摘出術。

IV -2-1 正常妊娠・分娩・産褥の具体的な達成目標。

(1) 正常妊娠経過に照らして母児を評価し、適切な診断と保健指導を行う。

1) 妊娠の診断
2) 妊娠週数の診断
3) 妊娠に伴う母体の変化の評価と処置
4) 胎児の発育、成熟の評価
5) 正常分娩の管理 (正常、異常を含むすべての経膣分娩の立ち会い医として 100 例以上経験する)

(2) 正常新生児を日本版 NRP [新生児蘇生法] NCPR に基づいて管理することができる。

IV -2-2 異常妊娠・分娩・産褥のプライマリケア、管理の具体的な達成目標。

(1) 切迫流産、流産
(2) 異所性妊娠 (子宮外妊娠)
(3) 切迫早産・早産
(4) 常位胎盤早期剥離
(5) 前置胎盤 (常位胎盤早期剥離例と合わせ 5 例以上の帝王切開執刀あるいは帝王切開助手を経験する)、低置胎盤
(6) 多胎妊娠
(7) 妊娠高血圧症候群
(8) 胎児機能不全
(9) 胎児発育不全 (FGR)

IV -2-3 異常新生児の管理の具体的な達成目標。

(1) プライマリケアを行うことができる。
(2) リスクの評価を自ら行うことができる。
(3) 必要な治療・措置を講じることができる。

IV -2-1-3 妊婦、産婦、褥婦ならびに新生児の薬物療法の具体的な達成目標。

(1) 薬物療法の基本、薬効、副作用、禁忌薬を理解したうえで薬物療法を行うことができる。
(2) 薬剤の適応を理解し、適切に処方できる。

(3) 妊婦の感染症の特殊性、母体・胎内感染の胎児への影響を理解できる。

IV-2-4 産科手術の具体的な達成目標。

(1) 子宮内容除去術の適応と要約を理解し、自ら実施できる (子宮内膜全面掻爬を含めた子宮内容除去術を執刀医として 10 例以上経験する)。
(2) 帝王切開術の適応と要約を理解し、自ら実施できる (執刀医として 30 例以上、助手として 20 例以上経験する。これら 50 例中に前置胎盤/常位胎盤早期剥離を 5 例以上含む)。
(3) 産科麻酔の種類、適応ならびに要約を理解できる。

IV-2-5 態度の具体的な達成目標。

(1) 母性の保護、育成に努め、胎児に対しても人としての尊厳を付与されている対象として配慮することができる。

IV-2-6 評価

専攻医は研修管理システムによって到達度・総括評価を受ける。

IV -3. 婦人科腫瘍領域

女性生殖器に発生する主な良性・悪性腫瘍の検査、診断、治療法と病理とを理解する。性機能、生殖機能の温存の重要性を理解する。がんの早期発見、とくに、子宮頸癌のスクリーニング、子宮体癌の早期診断の重要性を理解し、説明、実践する。

(1) 以下いずれについても複数例の症例で経験したことがあり、それらに関して説明、診断、あるいは実施することができる (いずれも必須)。

腫瘍マーカーの意義、バルトリン腺膿瘍・嚢胞への対応、子宮頸部円錐切除術の適応、子宮頸部円錐切除術後妊娠時の留意点、子宮頸部円錐切除術後のフォローアップ、子宮筋腫の診断と対応、腺筋症診断と対応、子宮内膜症診断と対応、卵巣の機能性腫大の診断と対応、卵巣良性腫瘍の診断と対応、卵巣類腫瘍病変 (卵巣チョコレート嚢胞) の診断と対応、子宮頸管・内膜ポリープ診断と対応、子宮頸癌/CIN 診断と対応、子宮体癌/子宮内膜 (異型) 増殖症診断と対応、卵巣・卵管の悪性腫瘍の診断と対応。

(2) 以下のいずれについても診断・病態・治療等について説明できる (いずれも必須)。

子宮肉腫、胞状奇胎、侵入奇胎、絨毛癌、Placental site trophoblastic tumor (PSTT)、Epithelial trophoblastic tumor (ETT)、存続絨毛症、外陰がん、腟上皮内腫瘍 (VaIN)、外陰悪性黒色腫、外陰 Paget 病、腟扁平上皮癌、腟悪性黒色腫。

(3) 以下のいずれの技能についても経験が必須である。

内診による小骨盤腔内臓器サイズの評価、超音波断層装置による骨盤内臓器の評価、子宮頸部細胞診、子宮内膜細胞診、バルトリン腺膿瘍・嚢胞の切開・排膿・造袋術、子宮内膜組織診、子宮頸管・内膜ポリープ切除術、子宮頸部円錐切除術、付属器・卵巣腫瘍・卵巣嚢腫摘出術、子宮筋腫核出術、単純子宮全摘術。

(4) 以下のいずれの専門技能についても経験していることが望ましい。

腹水・腹腔洗浄液細胞診、腹腔鏡検査、コルポスコピー下狙い生検、胞状奇胎除去術、準広汎子宮全摘術・広汎子宮全摘術、後腹膜リンパ節郭清、悪性腫瘍 staging laparotomy、卵巣・卵管の悪性腫瘍の primary debulking surgery。

IV -3-1 検査を実施し、結果に基づいて診療をすることができる具体的項目。

(1) 細胞診
(2) コルポスコピー
(3) 組織診
(4) 画像診断
1) 超音波検査：経腟、経腹
2) レントゲン診断 (胸部、腹部、骨、IVP)
3) MRI
4) CT

IV -3-2 病態と管理・治療法を理解し、診療に携わることができる必要がある具体的婦人科疾患。

(1) 子宮筋腫、腺筋症
(2) 子宮頸癌/CIN
(3) 子宮体癌/子宮内膜 (異型) 増殖症
(4) 子宮内膜症
(5) 卵巣の機能性腫大
(6) 卵巣の良性腫瘍、類腫瘍病変 (卵巣チョコレートのう胞)
(7) 卵巣・卵管の悪性腫瘍
(8) 外陰疾患
(9) 絨毛性疾患

IV-3-3 前後の管理も含めて理解し、携わり、実施できる必要がある具体的治療法。

(1) 手術
1) 単純子宮全摘術 (執刀医として 10 例以上経験する、ただし開腹手術 5 例以上を含む)
2) 子宮筋腫核出術 (執刀)
3) 子宮頸部円錐切除術 (執刀)
4) 付属器・卵巣摘出術、卵巣腫瘍・卵巣嚢胞摘出術 (開腹、腹腔鏡下を含め執刀医として 10 例以上経験する)
5) 悪性腫瘍手術 (浸潤癌手術、執刀あるいは助手として 5 例以上経験する)
6) 腟式手術 (頸管無力症時の子宮頸管縫縮術, 子宮頸部円錐切除術等を含め執刀医として 10 例以上経験する)
7) 子宮内容除去術 (流産等時の子宮内容除去術を含め悪性診断目的等の子宮内膜全面掻爬術を執刀医として 10 例以上経験する)
8) 腹腔鏡下手術 (執刀医あるいは助手として 15 例以上経験する、ただし 1), 4) と重複は可能)

(2) 適切なレジメンを選択し化学療法を実践できる
(3) 放射線腫瘍医と連携し放射線療法に携わることができる。

IV-3-4 評価

専攻医は研修管理システムによって到達度・総括評価を受ける。

IV -4. 女性のヘルスケア領域

思春期、性成熟期、更年期・老年期の生涯にわたる女性のヘルスケアの重要性を、生殖機能の観点からも理解し、それぞれの時期に特有の疾病の適切な検査、治療法を実施できる。

(1) 以下いずれについても複数例の症例で経験したことがあり、それらに関して説明、診断、あるいは実施することができる (いずれも必須)。

カンジダ腟炎・外陰炎、トリコモナス腟炎、細菌性腟症、子宮奇形、思春期の月経異常、加齢にともなうエストロゲンの減少と精神・身体機能に生じる変化 (骨量血中脂質変化等)、エストロゲン欠落症状、更年期障害に伴う自律神経失調症状、骨粗鬆症、メタボリック症候群、子宮脱・子宮下垂・腟脱 (尿道過可動・膀胱瘤・直腸瘤・小腸瘤)、尿路感染症 (膀胱炎、腎盂腎炎)、クラミジア頸管炎、ホルモン補充療法。

(2) 以下のいずれについても診断・病態・治療等について説明できる (いずれも必須)。

腟欠損症 (Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser 症候群)、Turner 症候群、精巣女性化症候群、早発思春期、遅発思春期、子宮内膜炎、卵管炎、骨盤腹膜炎と汎発性腹膜炎、性器結核、Fitz-Hugh-Curtis、淋菌感染症、性器ヘルペス、ベーチェット病、梅毒、HIV 感染症、臓器間の瘻孔 (尿道腟瘻、膀胱腟瘻、尿管腟瘻、直腸腟瘻、小腸腟瘻)、月経瘻 (子宮腹壁瘻、子宮膀胱瘻、子宮直腸瘻)

(3) 以下のいずれの技能についても経験が必須である。

ホルモン補充療法、子宮脱・子宮下垂の保存療法 (腟内ペッサリー)、子宮脱・子宮下垂の手術療法 (腟式単純子宮全摘術および上部腟管固定術、前腟壁形成術、後腟壁形成術。

(4) 以下のいずれの技能についても経験していることが望ましい。

Manchester 手術、腟閉鎖術、Tension-free Vginal Mesh [TVM] 法)、腹圧性尿失禁に対する手術療法 (tension-free vaginal tape [TVT] 法)。

IV -4-1 思春期・性成熟期に関する具体的な達成目標

(1) 性器発生・形態異常を述べることができる。
(2) 思春期の発来機序およびその異常を述べることができる。

(3) 月経異常の診断ができ、適切な治療法を述べることができる。
(4) 年齢を考慮した避妊法を指導することができる。

IV -4-2 中高年女性のヘルスケアに関する具体的な達成目標
(1) 更年期・老年期女性のヘルスケア
1) 更年期障害の診断・治療ができる。
2) 中高年女性に特有な疾患、とくに、骨粗鬆症、メタボリック症候群（高血圧、脂質異常症、肥満）の重要性を閉経との関連で理解する。
3) ホルモン補充療法のメリット、デメリットを理解し、中高年女性のヘルスケアに応用できる。
(2) 骨盤臓器脱(POP)の診断と適切な治療法を理解できる。
IV -4-3 感染症に関する具体的な達成目標
(1) 性器感染症の病態を理解し、診断、治療ができる。
(2) 性感染症（STI）の病態を理解し、診断、治療ができる。
IV -4-4 産婦人科心身症に関する具体的な達成目標
(1) 産婦人科心身症を理解し管理できる。
IV -4-5 母性衛生に関する具体的な達成目標
(1) 思春期、性成熟期、更年期・老年期の各時期における女性の生理、心理を理解し、適切な保健指導ができる（思春期や更年期以降女性の腫瘍以外の問題に関する愁訴に対しての診断や治療を担当医あるいは助手として5例以上経験する）。
(2) 経口避妊薬や低用量エストロゲン・プロゲスチン薬の処方（初回処方時の有害事象等の説明に関して、5例以上経験する）

IV-4-6 評価
研修管理システムによって到達度・総括評価を受ける。

資料2　修了要件

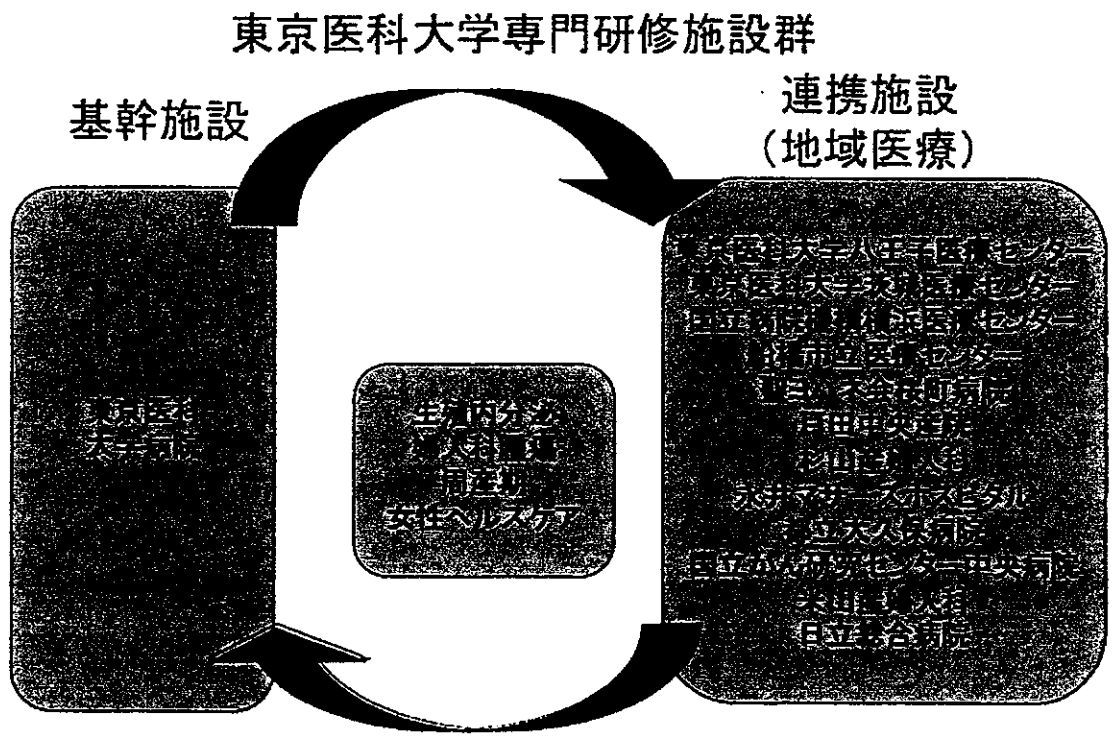
専攻医は専門医認定申請年の4月末までに、研修管理システム上で修了申請を行う。手術・手技については、専門研修プログラム統括責任者または専門研修連携施設担当者が、経験症例数に見合った技能であることを確認する。専門研修プログラム管理委員会は、5月末までに修了判定を行い、修了と判定した場合には研修修了証明書を専攻医に送付する。修了と判定された専攻医は日本専門医機構の産婦人科専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行う。、各都道府県の地方委員会に専門医認定試験受験の申請を行う。地方委員会での審査を経て、日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会で専門医認定一次審査受験の可否を決定する。
1) 専門研修の期間と形成的評価の記録
a) 専門研修の期間が3年以上あり、うち基幹施設での研修は6か月以上24か月以内（研修期間が3年を超える場合には延長期間の研修を基幹施設で行うことは可）の期間含まれる。産婦人科専門研修制度の他のプログラムも含め基幹施設となっていない施設での地域医療研修が1月以上ある。常勤指導医がいない施設での地域医療研修は12ヶ月以内である。
b) 到達度評価(4-①)が定められた時期に行われている。
c) プログラムの休止、中断、異動が行われた場合、5-⑪の条件を満たしている。
2) 研修記録(実地経験目録、症例レポート、症例記録、学会・研究会の出席・発表、学術論文)
施設群内の外勤で経験する分娩、帝王切開、腹腔鏡下手術、生殖補助医療などの全ての研修はその時に常勤している施設の研修実績に加えることができる。
a) 分娩症例150例以上、ただし以下を含む（(4)については(2) (3) との重複可）
(1) 経腟分娩；立ち会い医として100例以上
(2) 帝王切開；執刀医として30例以上
(3) 帝王切開；助手として20例以上
(4) 前置胎盤症例(あるいは常位胎盤早期剥離症例)の帝王切開術執刀医あるいは助手として5例以上
b) 子宮内容除去術、あるいは子宮内膜全面掻爬を伴う手術執刀10例以上（稽留流産を含む）
c) 腟式手術執刀10例以上（子宮頸部円錐切除術、子宮頸管縫縮術を含む）
d) 子宮付属器摘出術（または卵巣嚢胞摘出術）執刀10例以上（開腹、腹腔鏡下を問わない）
e) 単純子宮全摘出術執刀10例以上（開腹手術5例以上を含む）
f) 浸潤がん（子宮頸がん、体がん、卵巣がん、外陰がん）手術（執刀医あるいは助手として）5例以上

g) 腹腔鏡下手術（執刀あるいは助手として）15例以上（上記d、eと重複可）
h) 不妊症治療チーム一員として不妊症の原因検索（問診、基礎体温表判定、内分泌検査オーダー、子宮卵管造影、子宮鏡等）、あるいは治療（排卵誘発剤の処方、子宮形成術、卵巣ドリリング等）に携わった（担当医、あるいは助手として）経験症例5例以上
i) 生殖補助医療における採卵または胚移植に術者・助手として携わるか、あるいは見学者として参加した症例5例以上
j) 思春期や更年期以降女性の愁訴（主に腫瘍以外の問題に関して）に対して、診断や治療(HRT含む)に携わった経験症例5例以上（担当医あるいは助手として）
k) 経口避妊薬や低用量エストロゲン・プロゲスチン配合薬の初回処方時に、有害事象などに関する説明を行った経験症例5例以上（担当医あるいは助手として）
l) 症例記録：10例
m) 症例レポート（4症例）（症例記録の10例と重複しないこと）
n) 学会発表：日本専門医機構の産婦人科領域研修委員会が定める学会・研究会で筆頭者として1回以上発表していること
o) 学術論文：日本専門医機構の産婦人科領域研修委員会が定める医学雑誌に筆頭著者として論文1編以上発表していること
p) 学会・研究会：日本専門医機構の産婦人科領域研修委員会が定める学会・研究会に出席し50単位以上を取得していること（学会・研究会発表、学術論文で10単位まで補うこと可）
3) 態度に関する評価
a) 施設責任者からの評価
b) メディカルスタッフ(病棟の看護師長など少なくとも医師以外のメディカルスタッフ1名以上）からの評価（指導医が聴取し記録する）
c) 指導医からの評価
d) 専攻医の自己評価
4) 学術活動に関する評価
5) 技能に関する評価
a) 生殖・内分泌領域
b) 周産期領域
c) 婦人科腫瘍領域
d) 女性のヘルスケア領域
6) 指導体制に対する評価
a) 専攻医による指導医に対する評価
b) 専攻医による施設に対する評価
c) 指導医による施設に対する評価

d) 専攻医による専門研修プログラムに対する評価
e) 指導医による専門研修プログラムに対する評価

資料 3. 東京医科大学専門研修コース例

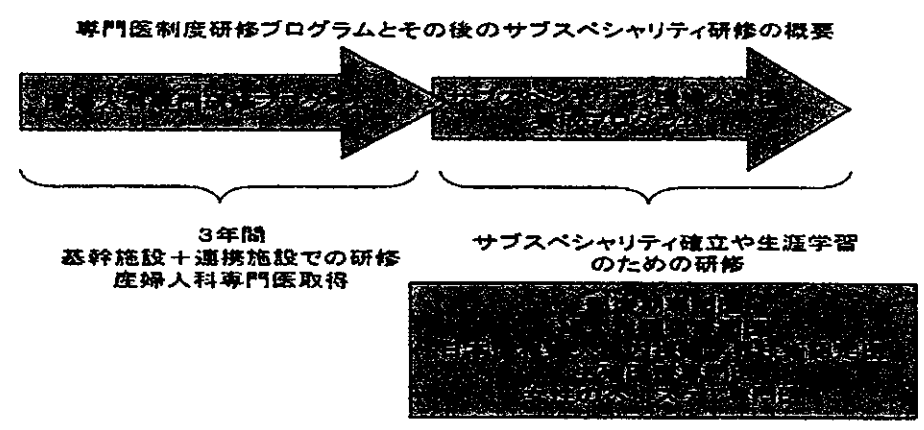
A. 東京医科大学専門研修コースの概要



東京医科大学専門研修コースでは東京医科大学病院産科婦人科を基幹施設とし、連携指導施設とともに医療圏を形成して専攻医の指導にあたる。これは専門医養成のみならず、地域の安定した医療体制をも実現するものである。さらに、指導医の一部も施設を移る循環型の医師キャリア形成システムとすることで、地域医療圏全体での医療レベルの向上と均一化を図ることができ、これがまた、専攻医に対する高度かつ安定した研修システムを提供することにつながる。

研修は、原則として、東京医科大学病院およびその連携病院によって構成される、専攻医指導施設群において行う。研修の順序、期間等については、個々の産科婦人科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、東京医科大学産科婦人科専門研修プログラム管理委員会が決定する。

B. 東京医科大学専門研修コースの具体例



・産科婦人科専門医養成コース；基幹施設である東京医科大学病院 1 年 3 ヶ月間、専攻医指導施設において 1 年 6 ヶ月間 (6 ヶ月間を 3 施設)、地域医療研修として日立総合病院 3 か月間の合計 3 年間で専門医取得を目指すプログラムである。研修は、まず 6 ヶ月間または 1 年間の基幹病院から開始することを基本としている (例 1、例 2)。また東京医科大学病院で研修をしながら、社会人大学院にも在籍し、専門医取得と同時に医学博士号を取得することも可能である。

C. サブスペシャリティの取得に向けたプログラムの構築

東京医科大学産科婦人科研修プログラムは専門医取得後に以下の専門医・認定医取得へつながるようなものとする。

・日本周産期・新生児医学会　母体・胎児専門医
・日本婦人科腫瘍学会　婦人科腫瘍専門医
・日本生殖医学会　生殖医療専門医
・日本女性医学学会　女性ヘルスケア専門医
・日本産科婦人科内視鏡学会　技術認定医

専門医取得後には、「サブスペシャリティ産婦人科医養成プログラム」として、産婦人科 4 領域の医療技術向上および専門医取得を目指す臨床研修や、リサーチマインドの醸成および医学博士号取得を目指す研究活動も提示する。

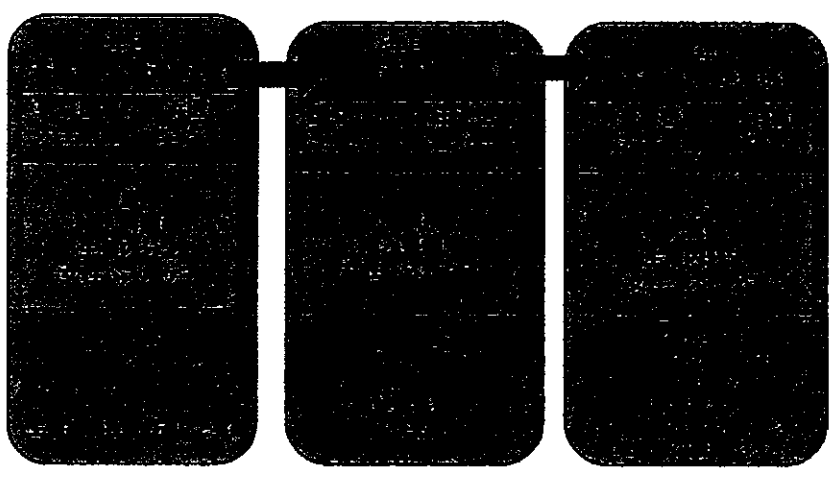
D. 初期研修プログラム

東京医科大学産科婦人科専門研修プログラム管理委員会は、初期臨床研修管理センターと協力し、大学卒業後 2 年以内の初期研修医の希望に応じて、将来産婦人科を目指すための初期研修プログラム作成にもかかわる。現在の初期研修プログラムでは、内科系、外科系、麻酔科、救急医療などの基礎研修の後に産婦人科の初期研修を行い、産婦人科専門研修への準備を行うコースを設けている。

1). 産婦人科専門医養成コース例

東京医科大学病院専門研修プログラム例

1)産婦人科専門医育成研修プログラムの概要(例1)

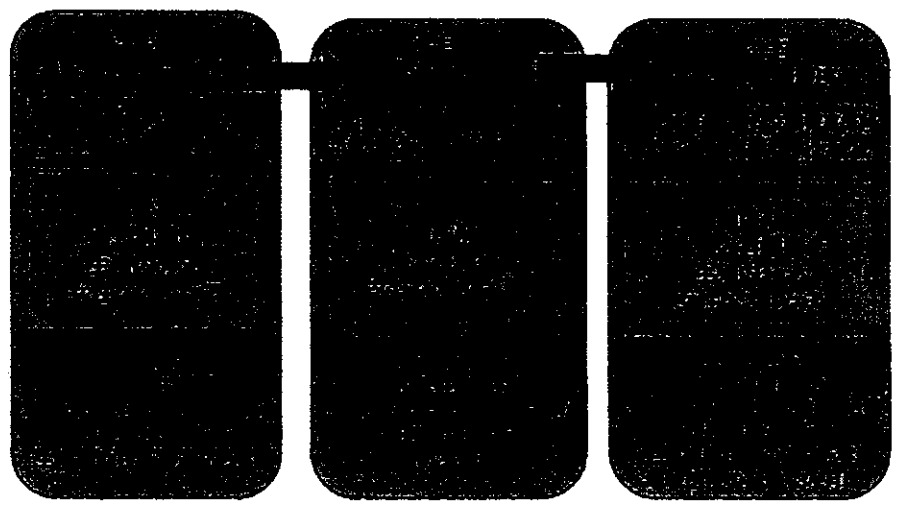


予定経験症例数

	東京医科大学病院	[illegible]センター	[illegible]センター	八王子医療センター	[illegible]	日立総合病院	予定経験症例数(うち執刀)
経腟分娩(立ち会い医)	20	100	0	50	20	30	220(150)
帝王切開術執刀	10	30	0	25	10	5	80(30)
帝王切開助手	5	20	0	10	5	5	45(20)
前置胎盤・常位胎盤早期剥離の帝王切開執刀・助手	5	5	0	0	5	0	15(5)
子宮内容除去術・子宮内膜全面掻爬術執刀(稽留流産を含む)	5	20	0	5	5	5	30(10)
腟式手術執刀(子宮腟部円錐切除術、子宮頸管縫縮術を含む)	5	5	0	5	5	0	20(10)
子宮付属器摘出術(または卵巣嚢腫摘出術)執刀(開腹・腹腔鏡)	4	10	1	10	5	0	30(10)
単純子宮全摘出術執刀	4	20	1	15	5	0	35(10)(腹腔鏡手術5例以上を含む)
悪性腫瘍(子宮頸癌、体癌、卵巣癌、外陰癌)手術助手	5	5	30	5	5	0	50(5)
腹腔鏡下手術執刀・助手	10	20	0	10	10	0	40(15)
不妊症チーム一員として不妊症の原因検索・治療の経験	5	0	0	0	5	0	10(5)
採卵・胚移植の術者・助手・見学者	5	0	0	0	10	0	15(5)
思春期や更年期以降女性の愛訴に対して診断・治療の経験	5	5	2	5	5	3	25(5)
OCやLEPの初回処方時の有害事象などに関する説明の経験(担当医または助手)	4	5	0	5	5	1	20(5)

東京医科大学病院専門研修プログラム例

1)産婦人科専門医育成研修プログラムの概要(例2)



予定経験症例数

	東京医科大学病院	[illegible]センター	[illegible]	[illegible]センター	日立総合病院	東京医科大学[illegible]	予定経験症例数(うち執刀)
経腟分娩(立ち会い医)	20	50	60	30	30	10	200(100)
帝王切開術執刀	10	25	25	10	5	5	80(30)
帝王切開助手	5	10	13	5	5	2	40(20)
前置胎盤・常位胎盤早期剥離の帝王切開執刀・助手	5	3	0	0	0	2	10(5)
子宮内容除去術・子宮内膜全面掻爬術執刀(稽留流産を含む)	5	5	8	5	5	2	30(10)
腟式手術執刀(子宮腟部円錐切除術、子宮頸管縫縮術を含む)	5	8	0	5	0	2	20(10)
子宮付属器摘出術(または卵巣嚢腫摘出術)執刀(開腹・腹腔鏡)	4	15	10	14	0	2	45(10)
単純子宮全摘出術執刀	4	15	5	14	0	2	40(10)(腹腔鏡手術5例以上を含む)
悪性腫瘍(子宮頸癌、体癌、卵巣癌、外陰癌)手術助手	5	5	0	3	0	2	15(5)
腹腔鏡下手術執刀・助手	10	5	32	5	0	3	55(15)
不妊症チーム一員として不妊症の原因検索・治療の経験	5	0	0	0	0	5	10(5)
採卵・胚移植の術者・助手・見学者	10	0	0	0	0	5	15(5)
思春期や更年期以降女性の愛訴に対して診断・治療の経験	5	7	5	5	3	5	30(5)
OCやLEPの初回処方時の有害事象などに関する説明の経験(担当医または助手)	4	6	5	5	1	4	25(5)

6) 東京医科大学産科婦人科初期研修プログラム

1．初期研修プログラムの概要

東京医科大学病院では初期研修医を毎年 42 名募集している。そこで東京医科大学病院産科婦人科の初期研修では、教室の主催する学会、研究会、産婦人科卒後研修セミナー等に参加でき、各種学会発表や論文作成などができる。

2. 初期研修プログラム例

(1) 選択コース：全ての初期研修医のためのプログラムであり、産婦人科診療の基礎と産婦人科救急の対応などできるようになるため、周産期、婦人科腫瘍、生殖・内分泌および女性のヘルスケアの各領域での担当医として治療に関わっていく。基本的に産科１ヶ月間、婦人科１ヶ月間研修を行い、希望があれば研修期間の延長も可能である。

(2) 産婦人科重点コース：産婦人科を目指す初期研修医のためのプログラムであり、小児科、産婦人科を中心に、最長８ヶ月間の産婦人科研修を行うことが可能である。産婦人科研修では、周産期、婦人科腫瘍、生殖・内分泌、女性のヘルスケアの各領域での担当医として治療に関わっていく。不妊患者の診断・管理・治療、正常妊娠の診断・管理・分娩に関わる知識・技術の習得、胎児診断の基礎的技術の習得、新生児管理の基礎的技術の習得、婦人科悪性腫瘍の診断に要する各種検査方法･病理学診断と治療計画立案に関わる知識･技術の習得、腹部手術の基本手技から解剖に則った骨盤外科手技を習得、子宮頸癌、子宮体癌、卵巣癌における、手術療法、術後化学療法、放射線療法など集学的治療を学び、癌治療における全般的な知識と治療経験を積む。閉経という女性が必ず迎える内分泌的な変化以降に生じる多くの疾患を管理しトータルヘルスケアを目指す。また研修中には１ヶ月間のNICUで新生児管理研修を行うことができる。

１年目

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
小児科 or 産婦人科				NICU	内科						救急

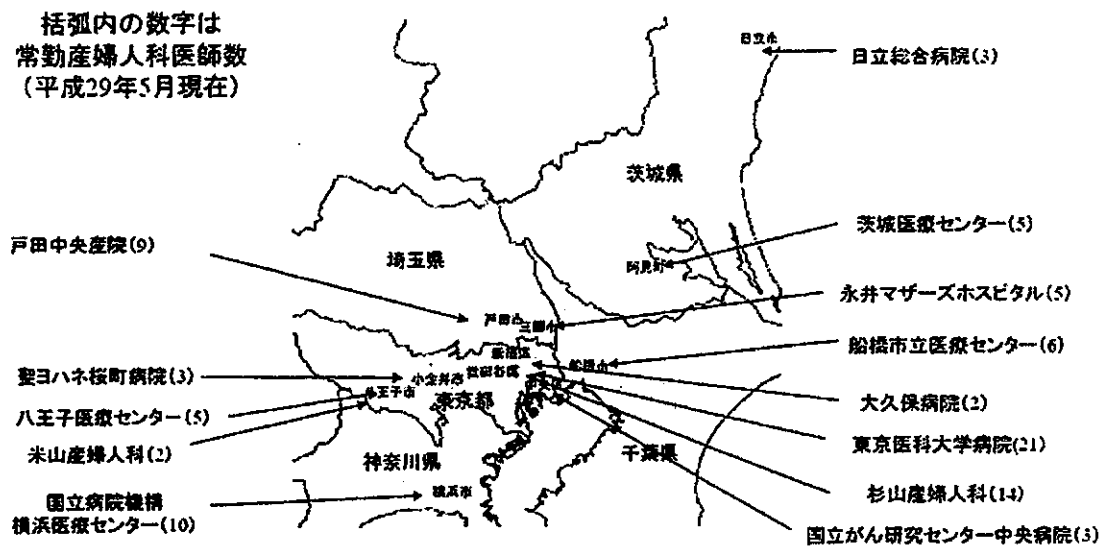
２年目

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
救急		地域	選択必修				選択				

選択必修：外科、精神科、麻酔科を１ヶ月づつ研修し、さらに外科または麻酔科を１ヶ月研修を行う。

資料 4. 東京医科大学専門研修連携施設群

東京医科大学産婦人科関連病院



各研修～病院における手術件数と分娩数（平成26年1月～12月）

	病院	総手術数	婦人科手術	子宮内[illegible]	[illegible]	分娩数	[illegible]
基幹施設	東京医科大学病院	913	706	40	275	541	207
連携施設	八王子医療センター	350	247	26	6	321	103
	茨城医療センター	161	130	12	9	186	31
	横浜医療センター	607	411	64	161	786	196
	船橋市立医療センター	279	198	31	29	227	81
	桜町病院	620	525	45	282	457	95
	戸田中央産院	421	186	210	23	1675	235
	杉山産婦人科	137	36	108	34	985	101
	永井マザーズホスピタル	308	169	258	89	1353	139
	都立大久保病院	316	316	4	72	0	0
	国立がん研究センター中央病院	200	200	0	0	0	0
指導施設外研修病院	米山産婦人科	85	85	237	0	680	85
	日立総合病院	60	25	17	0	271	35

各教育研修病院における研修体制

病院	生殖内分泌	婦人科腫瘍	周産期	女性のヘルスケア
東京医科大学病院	◎	◎	◎	◎
八王子医療センター	△	◎	◎	◎
茨城医療センター	△	◎	○	○
横浜医療センター	△	◎	◎	◎
船橋市立医療センター	△	◎	◎	◎
桜町病院	△	○	◎	○
戸田中央産院	△	△	◎	○
杉山産婦人科	◎	△	◎	○
永井マザーズホスピタル	◎	△	◎	◎
都立大久保病院	△	○	△	○
国立がん研究センター中央病院	△	◎	△	△
米山産婦人科	△	△	◎	○
日立総合病院	△	△	◎	△

各研修病院での専攻医指導に関する研修可能性を3段階（◎、○、△）に評価した。

Ⅰ）総合型研修病院

1．東京医科大学病院

指導医数	6 名（日本産科婦人科学会専門医：14 名，日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医：3 名，日本がん治療認定医機構がん治療認定医：2 名，日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医：1 名，日本内視鏡外科学会技術認定医：1 名，日本生殖医学会生殖医療専門医：2 名，日本周産期・新生児医学会周産期（母体・胎児）専門医：1 名、同暫定指導医：1 名，日本人類遺伝学会臨床遺伝専門医：1 名）
医師数	常勤医：21 名、非常勤：5 名　合計：26 名
病床数	婦人科 50 床、産科 26 床、NICU10 床、GCU14 床　合計：100 床
手術件数	産科手術：195 件 /年、婦人科手術：754 件/年、採卵件数：137 件/年
分娩数	592 件/年（うち帝王切開　207 件）　母体搬送：79 件/年
入院患者数	名 2377/年
外来患者数	約 170 名/日
病院の特徴	日本産科婦人科学会専門研修施設に加え、周産期専門医制度基幹病院、婦人科腫瘍研修認定施設となっている。サブスペシャリティーである周産期（母体・胎児）専門医、婦人科腫瘍専門医、生殖医療専門医、産婦人科内視鏡学会認定医を取得可能な施設であり、近年急速に普及しているダヴィンチによるロボット支援手術を学ぶことができる。また希望する者は大学院での医学博士号を取得することができる。
研修の特徴	良性から悪性疾患まで様々な婦人科疾患、正常妊娠からハイリスク妊娠まで様々な周産期疾患、生殖内分泌疾患、女性ヘルスケア疾患など非常に豊富な症例を指導医のもとで研修することができる。婦人科手術症例数が多く、特に腹腔鏡手術を執刀経験することができる。
臨床研修の内容	指導医のもとで産科、婦人科領域での患者を担当し、産婦人科診療に必要な臨床知識・技術を習得する。帝王切開術や単純子宮全摘出術など基本術式の執刀を担当する。また、カンファレンスでの症例提示や抄読会発表に加えて、学会発表や論文執筆を行う。
単年度専攻医受け入れ可能人数	10 名

Ⅱ）連携型研修病院

1. 東京医科大学八王子医療センター

指導医数	1 名（日本産科婦人科学会専門医：2 名，日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医：1 名，日本臨床細胞診学会細胞診専門医：1 名，日本がん治療認定医機構暫定認定医：1 名）
医師数	常勤医：5 名、非常勤：1 名　合計：6 名
病床数	婦人科：6 床、産科：26 床、合計：32 床
手術件数	産科手術：148 件 /年、婦人科手術：209 件/年、
分娩数	265 件/年（うち帝王切開:88 件）
入院患者数	約 30 名/日
外来患者数	約 60 名/日
病院の特徴（学会認定施設）	日本産科婦人科学会認定研修施設 日本周産期・新生児学会周産期専門医基幹研修施設（母体・胎児） 当センターは南多摩地域の中核病院で、産科・婦人科の数多くの重度な症例が集まる。年間分娩数：約300件、婦人科手術数：約200件 ほとんどの産婦人科疾患を経験することができるが、不妊症の専門診療および35週未満の分娩は扱っていない。
研修の特徴	１年目より帝王切開術、良性疾患開腹手術、腹腔鏡手術、経腟手術の助手・術者となり基本術式を習得し、３年目には悪性腫瘍手術の第一助手あるいは執刀をする。後期研修医期間に必要な手技を満遍なく習得することが可能。

臨床研修の内容	産婦人科専門医取得達成のために、周産期（新生児・産科麻酔を含む）、内分泌、婦人科腫瘍に分けて研修要領に沿って、知識または手技を収得する毎に指導医がチェックするシステムを取っている。研修3年間の間、研修の進み具合、足りない項目などを確認しながら分娩、各手術等に携わり、研修目標に到達できるようにする。さらに、学会発表2回以上、原著論文1編以上を目標とする研究・学会活動を行う。
単年度専攻医受け入れ可能人数	3名

2. 東京医科大学茨城医療センター

指導医数	1名（日本産科婦人科学会専門医：3名，日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医：1名，日本臨床細胞診学会細胞診専門医：1名，日本がん治療認定医機構暫定教育医：1名、同認定医：1名）
医師数	常勤医：5名、非常勤：2名　　合計：7名
病床数	婦人科：6床、産科：6床、　合計：12床
手術件数	産科手術：31件 /年、婦人科手術：161件/年、
分娩数	208件/年（うち帝王切開:46件）　母体搬送：5件/年
入院患者数	約485名/年
外来患者数	約9657名/年
病院の特徴	各科の連携が取りやすく、小回りが効いた診療ができる。
研修の特徴	指導医師との距離が近く、密な研修が可能。
臨床研修の内容	産科・婦人科いずれにおいても大病院よりも症例数は少ないが、指導医と専攻医の距離が近い中で濃密な研修が出来る。特に、知識・技術を習得するのみではなく、何故そうするのかを考える研修を受ける事が出来る。
単年度専攻医受け入れ可能人数	1名

3. 国立病院機構横浜医療センター

指導医数	5名（日本産科婦人科学会専門医：5名，日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医：1名，日本周産期・新生児医学会周産期（母体・胎児）専門医：4名）
医師数	常勤医：10名、非常勤：4名　　合計：14名
病床数	婦人科：9床、産科：22床、新生児：9床　　合計：40床
手術件数	616件（産科手術：55件 /年、婦人科手術：360件/年）

分娩数	901件/年（うち帝王切開:196件）　母体搬送：48件/年
入院患者数	約3000名/年
外来患者数	約25000名/年
病院の特徴（学会認定施設）	日本産科婦人科学会専門研修施設に加え、周産期専門医制度基幹病院となっている。サブスペシャリティーである周産期（母体・胎児）専門医を取得可能な施設である。
研修の特徴	生殖関連以外の分野で幅広く研修できる。特に 周産期についてはNICUとの連携で30週からの受け入れが可能である。 また、救命との連携で大量出血症例など産婦人科領域の重症例も受け入れている。最近では骨盤臓器脱についても積極的に対応できるようにしている。
臨床研修の内容	大学病院では難しい、正常産を中心とした産科から母体搬送の受け入れなど2次病院としての研修が中心であるが、婦人科手術では積極的に腹腔鏡を用いての手術にも対応している。
単年度専攻医受け入れ可能人数	3名

4. 聖ヨハネ会桜町病院

指導医数	1名（日本産科婦人科学会専門医：2名）
医師数	常勤医：3名、非常勤：7名　　合計：10名
病床数	婦人科：19床、産科：19床、新生児：3床　　合計：41床
手術件数	産科手術：95件/年、婦人科手術：391件/年、
分娩数	455件/年（うち帝王切開:95件）
入院患者数	約17500名/年
外来患者数	約7880名/年
病院の特徴（学会認定施設）	日本産科婦人科学会専門研修施設である。地域に根付いた医療を行っており、近隣医療施設より妊娠症例、婦人科疾患症例を多数紹介していただき、周産期管理、婦人科疾患手術を中心に行っている。特に婦人科良性疾患に対し、腹空鏡下手術、子宮鏡下手術など低侵襲性手術を行っている。 東京医科大学の関連施設であり、指導医を派遣していただき腹腔鏡下手術を多数施行している。
研修の特徴	婦人科手術症例数が多く、特に腹腔鏡手術を中心に低侵襲性手術を多数執刀経験することができる。
臨床研修の内容	指導医のもとで産科、婦人科領域での患者を担当し、産婦人科診療に必要な臨床知識・技術を習得する。産科領域では、正常分娩、帝王切開術に対し基本的な技術を学ぶ。また無痛分娩処置を経験可能である。婦人科手術は腹腔

	鏡手術症例、子宮鏡手術症例を執刀医として多数経験する。低侵襲性手術が中心であるが、単純子宮全摘出術、筋腫核出術など基本術式の執刀も経験する。また症例報告として学会発表や論文執筆・投稿を行う。
単年度専攻医受け入れ可能人数	2名

5. 船橋市立医療センター

指導医数	2名（日本産科婦人科学会専門医：5名，日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医：2名，日本臨床細胞診学会細胞診専門医：1名，日本がん治療認定医機構暫定教育医：3名）
医師数	常勤医：6名、非常勤：3名　　合計：9名
病床数	産婦人科：36床
手術件数	産科手術：120件 /年、婦人科手術：191件/年、
分娩数	約259件/年（うち帝王切開約80件）　母体搬送：約10件/年
入院患者数	約700名/年
外来患者数	約4200名/年
病院の特徴	第3次救急病院（重症症例・術後ショック・産後の出血等：救急医療を積極的に取り入れています。） 日本産科婦人科学会専門研修施設、婦人科腫瘍研修認定施設。 緩和ケアー病棟あり。（がん治療も末期医療まで患者さんをケアーできます・院内で緩和医療専門医の資格が取れます。） 千葉県ではＮＣＰＲの講習会が多く　専修医の間にＮＣＰＲの資格が取れます。産婦人科専門医、婦人科腫瘍専門医を取得可能な施設であり、生殖医療をはぶき　その他オールマイティーです。 諸大学から医師が来ており　偏りが無く　和気あいあいで　活気の有る病院です。
研修の特徴	良性から悪性疾患まで様々な婦人科疾患、正常妊娠からハイリスク妊娠まで様々な周産期疾患、女性ヘルスケアなど非常に豊富な症例を研修することができます。 婦人科手術症例数が多く、半年で約 50 件以上専修医で執刀経験することができます。
臨床研修の内容	指導医のもとで産科、婦人科領域での患者を担当し、産婦人科診療に必要な臨床知識・技術を習得する。帝王切開術や単純子宮全摘出術.腹腔鏡手術など基本術式の執刀を担当できます。 また、カンファレンスでの症例提示や抄読会発表に加えて、学会発表や論文

	執筆・投稿を行う事ができます。
単年度専攻医受け入れ可能人数	4名

6. 戸田中央産院

指導医数	1名（日本産科婦人科学会専門医：4名）
医師数	常勤医：9名、非常勤：4名　　合計：13名
病床数	産婦人科：52床、新生児：10床　　合計：62床
手術件数	産科手術：582件 /年、婦人科手術：225件/年、
分娩数	1,690件/年（うち帝王切開256件）　母体搬送：37件/年
入院患者数	約18,025名/年
外来患者数	約56,614名/年
病院の特徴	戸田中央産院は、1973年に戸田中央総合病院より、産科・婦人科・小児科の専門病院として独立。「自然分娩、夫立会い分娩、母乳育児」を三本柱とし、分娩を中心とした母子の健康サポート、婦人科疾患、小児科など、専門的に診療できる医療設備を整えています。
研修の特徴	62床（新生児室10床）の病院ですが、年間分娩件数が1,701件（平成26年度実績）と非常に多く、妊娠診断や妊婦健診、切迫早産等の妊娠経経適机上に対する管理、分娩管理、分娩処置など指導医の手厚い指導のもとに研修可能です。
臨床研修の内容	女性生殖器の発生、解剖、生理、病理 周産期領域 婦人科腫瘍領域（良性） 女性のヘルスケア領域
単年度専攻医受け入れ可能人数	1名

7. 永井マザーズホスピタル

指導医数	1名（日本産科婦人科学会専門医：3名）
医師数	常勤医：4名、非常勤：15名　　合計19名
病床数	婦人科：6床、産科：24床、新生児：0床　　合計：30床
手術件数	産科手術：240件 /年、婦人科手術：147件/年、採卵件数：298件/年
分娩数	1400件/年（うち帝王切開139件）　母体搬送：24件/年

入院患者数	約 48,000 名/年
外来患者数	約 1,800 名/年
病院の特徴	積極的な無痛分娩を行っている産科、悪性腫瘍以外の婦人科疾患は全て取り扱っている婦人科に小児科と形成外科を併設。
研修の特徴	毎年 1,400 例の分娩があり、自然分娩から異常分娩の管理まで豊富な症例で周産期医療の研修ができる。良性腫瘍に対する腹腔鏡下手術や骨盤臓器脱に対する手術を数多く行っており良性腫瘍、ヘルスケアの研修ができる。人工受精から体外受精、さらに顕微授精まで行っており生殖医療の研修もできる。
臨床研修の内容	指導医とともに外来から入院患者さんを担当し産婦人科診療に必要な基本的な姿勢と技術を習得する。週 1 回のカンファレンスで症例提示や、学会発表、論文投稿を行う。
単年度専攻医受け入れ可能人数	2 名

8. 国立がん研究センター中央病院

指導医数	1 名 日本産科婦人科学会専門医：6 名 日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医：3 名 日本臨床細胞診学会細胞診専門医：4 名 日本がん治療認定医機構暫認定医：4 名
医師数	常勤医：3　名、非常勤：4　名　　合計：7 名
病床数	婦人科：18　床、産科：0　床、新生児：0　床　　合計：18 床
手術件数	産科手術：0 件 /年、婦人科手術：200 件/年、
分娩数	0 件/年
入院患者数	約 350 名/年
外来患者数	約 1500 名/年
病院の特徴	腫瘍を専門とする唯一の国立病院。今年国立研究開発法人となった。婦人科腫瘍研修認定施設となっている。サブスペシャリティーである婦人科腫瘍専門医を取得可能な施設である。診断では病理、細胞診、放射線診断を、治療では、手術、薬物療法、放射線治療、緩和ケアなど、それぞれの専門医が担当している。
研修の特徴	診断では病理、細胞診、放射線診断を、治療では、手術、薬物療法、放射線治療、緩和ケアなど、それぞれの専門医のもとで指導を受ける機会がある。研修は病棟と手術が中心である。腫瘍専攻を希望しているものにとっては、

	第一線のがん医療を研修することは、婦人科腫瘍専門医を目指す決意を一層深めるものとなろう。
臨床研修の内容	指導医のもとで、婦人科がん領域での患者を担当し、婦人科がん診療に必要な臨床知識・技術を習得する。円錐切除、単純子宮全摘出術など基本術式の執刀に加え、リンパ節郭清や広汎子宮全摘の第二、第一助手を務める。また、カンファレンスでの症例提示や抄読会発表に加えて、学会発表や論文執筆・投稿を行う。
単年度専攻医受け入れ可能人数	半年間ずつ 1 名。1 年で 2 名

9. 杉山産婦人科

指導医数	2 名 日本産科婦人科専門医：　　14 名 日本生殖医学会生殖医療専門医：　4 名
医師数	常勤医：14 名、非常勤：11 名　　合計：24 名
病床数	婦人科 0 床、産科 19 床、新生児 0 床　　合計：19 床
手術件数	産科手術：102 件 /年、腹腔鏡下手術：21 件/年、採卵件数：3,380 件/年
分娩数	981 件/年（うち帝王切開 101 件）
入院患者数	1,003 名/年
外来患者数	82,369 名/年
病院の特徴	民間クリニックであり、特に産科と生殖医療の治療が行える
研修の特徴	正常分娩、無痛分娩、帝王切開、母体救命、胎児救命を含む周産期症例や、腹腔鏡から体外受精までの生殖内分泌・女性ヘルスケアなどの症例をそれぞれの専門家による手厚い指導にて研修することができる。
臨床研修の内容	指導医とともに周産期、生殖医療の症例を担当し、産婦人科診療に必要な基本的な姿勢・技術を身に着ける。帝王切開、腹腔鏡下手術の基本術式の第 1 助手、ならびに採卵・胚移植などの生殖医療の基本技術の術者を担当する。学会発表、論文執筆・投稿を行う
単年度専攻医受け入れ可能人数	2 名

10. 公益財団法人　東京都保健医療公社　大久保病院

指導医数	1 名 日本産科婦人科学会専門医：2 名

	日本婦人科内視鏡学会：1 名
医師数	常勤医：2 名、非常勤：1 名　　合計：3 名
病床数	婦人科 12 床、産科 0 床、合計：12 床
手術件数	産科手術：0 件 /年、婦人科手術：316 件/年、採卵件数：0 件/年
分娩数	0 件/年
入院患者数	約 376 名/年
外来患者数	約 5016 名/年
病院の特徴	日本産科婦人科内視鏡学会認定研修施設である。地域連携に特化し、婦人科低侵襲手術入院患者を積極的に受け入れている。
研修の特徴	婦人科低侵襲手術（子宮鏡下手術・腹腔鏡下手術）を数多く指導し、最終的には日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医を目指します。
臨床研修の内容	指導医とともに婦人科外来診療全般・手術入院診療を担当し、基本姿勢および技術を身につける。
単年度専攻医受け入れ可能人数	1 名

Ⅲ）指導施設外研修病院（地域医療研修）

1. 日立総合病院

指導医数	0 名（日本産科婦人科学会専門医：2 名）
医師数	常勤医：3 名、非常勤：3 名　　合計：7 名
病床数	産婦人科：10 床、新生児：1 床　　合計：11 床
手術件数	産科手術：54 件 /年、婦人科手術：7 件/年、合計 61 件
分娩数	233 件/年（うち帝王切開 35 件）　母体搬送：3 件/年
入院患者数	約 300 名/年
外来患者数	約 4300 名/年
病院の特徴	茨城県県北地区の地域医療を担う中核的な総合病院。 日本産科婦人科学会専門医制度卒後研修指導施設。
研修の特徴	産科に特化。
臨床研修の内容	外来における産科管理。経腟分娩・帝王切開術の管理。
単年度専攻医受け入れ可能人数	1 名

2. 米山産婦人科

指導医数	0 名（日本産科婦人科学会専門医：2 名）
医師数	常勤医：2 名、非常勤：6 名　　合計：8 名
病床数	婦人科：0 床、産科：35 床、新生児：0 床　合計：35 床
手術件数	産科手術：100 件 /年、婦人科手術：0 件/年
分娩数	680 件/年（帝王切開:90 件）　母体搬送：10 件/年
入院患者数	約 800 名/年
外来患者数	約 20000 名/年
病院の特徴	地域に根付いた医療を行っている。 分娩数は年間約 700 件、手術は産科手術のみ行っている。
研修の特徴	正常分娩の基本的技術を習得する。また、帝王切開術の助手・術者となり、基本術式を習得する。
臨床研修の内容	産婦人科診療に必要な臨床知識、技術を習得する。 正常分娩、帝王切開に対し基本的な技術を学ぶ。
単年度専攻医受け入れ可能人数	2 名

資料5　東京医科大学産科婦人科専門研修プログラム管理委員会

（平29年5月現在）

東京医科大学病院

西　　洋孝（管理委員会委員長、女性ヘルスケア分野責任者）
久慈　直昭（周産期医学分野責任者，副委員長）
寺内　文敏（婦人科腫瘍分野責任者）
伊東　宏絵（生殖内分泌分野責任者）
森竹　哲也（事務局長）

東京医科大学八王子医療センター	清水　基弘
東京医科大学茨城医療センター	藤村　正樹
国立病院機構横浜医療センター	窪田　奥志
船橋市立医療センター	齊藤　俊雄
聖ヨハネ会桜町病院	高江洲　陽太郎
戸田中央産院	佐野　養
国立がん研究センター中央病院	加藤　友康
日立総合病院	永光　雄造
米山産婦人科	金　成一
永井マザーズホスピタル	永井　泰
杉山産婦人科	杉山力一
東京都保健医療公社　大久保病院	高田淳子

専攻医研修マニュアル

I 専門医資格取得のために必要な知識・技能・態度について

(1) 産婦人科研修カリキュラムに則り研修を行い、修得目標において、達成度自己評価が「3. 最低限達成した」以上、指導医、プログラム統括責任者の評価が「3. 普通」以上であること。

II 経験すべき症例、手術、検査などの種類と数について

(1) 分娩症例150例、ただし以下を含む（症例の重複は可）
- 経膣分娩立ち会い医として100例以上
- 帝王切開執刀医として30例以上
- 帝王切開助手として20例以上
- 前置胎盤あるいは常位胎盤早期剥離症例の帝王切開執刀医（あるいは助手）として5例以上

(2) 子宮内容除去術、あるいは子宮内膜全面掻爬を伴う手術執刀10例以上（稽留流産を含む）

(3) 腟式手術執刀10例以上（子宮頸部円錐切除術、子宮頸管縫縮術を含む）

(4) 子宮付属器摘出術（または卵巣嚢胞摘出術）執刀10例以上（開腹、腹腔鏡下を問わない）

(5) 単純子宮全摘出術執刀10例以上（開腹手術5例以上を含む）

(6) 浸潤癌（子宮頸癌、体癌、卵巣癌、外陰癌）手術（助手として）5例以上

(7) 腹腔鏡下手術（執刀あるいは助手として）15例以上（上記(4)、(5)と重複可）

(8) 不妊症治療チーム一員として不妊症の原因検索（問診、基礎体温表判定、内分泌検査オーダー、子宮卵管造影、あるいは子宮鏡等）、あるいは治療（排卵誘発剤の処方、子宮形成術、卵巣ドリリング等）に携わった（担当医、あるいは助手として）経験症例5例以上

(9) 生殖補助医療における採卵または胚移植に術者・助手として携わるか、あるいは見学者として参加した症例5例以上

(10) 思春期や更年期以降女性の愁訴（主に腫瘍以外の問題に関して）に対して、診断や治療（HRT含む）に携わった経験症例5例以上（担当医あるいは助手として）

(11) 経口避妊薬や低用量エストロゲン・プロゲスチン配合薬の初回処方時に、有害事象などに関する説明を行った経験症例5例以上（担当医あるいは助手として）

註：施設群内の外勤で経験する分娩、帝王切開、腹腔鏡下手術、生殖補助医療などの全ての研修はその時に常勤している施設の研修実績に加えることができる。

III 自己評価と他者評価

(1) 日常診療において機会があるごとに達成度評価を行い、指導医の評価を得る。

(2) 経験すべき症例、手術、検査などについてはそれぞれ一定の症例数を経験した時点で自己評価と指導医による評価を行い、到達目標の達成程度を確認する。

(3) 年1回は達成度評価として研修管理システムに自己評価を記録し、指導医による評価、プログラム統括責任者の評価、医師以外のメディカルスタッフ1名以上による評価を得る。

(4) 研修終了前に総括的評価として研修管理システムに自己評価を記録し、、指導医、プログラム統括責任者らの評価を得る。

IV 専門研修プログラムの修了要件

(1) 日本専門医機構が認定した専門研修施設群において常勤として通算3年以上の産婦人科の臨床研修を終了した者。常勤とはパートタイムではない勤務を意味するが、パートタイムであっても週5日以上の勤務は常勤相当として扱う。また、同期間のうち、出産に伴う6ヶ月以内の休暇は1回までは研修期間にカウントすることができる。疾病での休暇は6ヵ月まで研修期間にカウントすることができる。なお、疾病の場合は診断書を、出産の場合は出産を証明するものが必要である。週5日未満の勤務形態であっても週20時間以上であれば短時間雇用の形態での研修も3年間のうち6ヵ月まで認める。留学、病棟勤務のない大学院の期間は研修期間にカウントできない。いずれの場合も常勤での専攻医研修期間が通算2年半以上必要となる。

(2) 産婦人科関連の学会・研究会で筆頭者として1回以上産婦人科に関する発表をしていること

(3) 筆頭著者として論文1編以上発表していること。この論文は産婦人科関連の内容の論文で、原著・総説・症例報告のいずれでもよいが抄録や会議録は不可である。査読制を敷いている雑誌であること。査読制が敷かれていれば商業誌も可だが、院内雑誌は不可である。但し医学中央雑誌又はMEDLINEに収載されており、かつ査読制が敷かれている院内雑誌は可とする。

(4) 本マニュアルII-(1)～(11)に示されている症例数について、いずれについてもそれ以上の経験症例数があり、かつI-(1)の要件を満たし、かつIV(1)書類すべて用意できることが明らかな場合。

(5) 研修を行った専門研修施設群の専門研修プログラム管理委員会で研修の修了が認められている。

IV 専門医申請に必要な書類と提出方法

(1) 必要な書類

1) 専門医認定申請書
2) 履歴書
3) 研修修了証明書
4) 学会発表記録（様式：学会発表）、筆頭者として1回以上
5) 学術論文（様式：学術論文）、筆頭著者として1編以上
6) 学会・研究会など参加と講習会受講：日本専門医機構の産婦人科領域研修委員会が定める学会・研究会等に出席し50単位以上取得していること（様式：学会参加記録）。「専門医共通講習受講（医療安全、医療倫理、感染対策の3点に関しては必修なので、各1単位は必須）」、「産婦人科領域講習」、ならびに「学術業績・診療以外の活動実績」で計50単位　（別添資料1）。

(2) 提出方法

専門医資格を申請する年度の5月末日までに各都道府県の日本産科婦人科学会専門医制度地方委員会に専門医認定試験受験の申請を行う。

指導医マニュアル

I　指導医の要件

以下の a）～d）の全てを満たすことを指導医認定の基準とする。

a）申請する時点で常勤産婦人科医として勤務しており、産婦人科専門医の更新履歴が 1 回以上ある者。

b）専攻医指導要綱に沿って専攻医を指導できる者。

c）産婦人科に関する論文で、次のいずれかの条件を満たす論文が 2 編以上ある者（註 1）

(1) 自らが筆頭著者の論文

(2) 第二もしくは最終共著者として専攻医を指導し、専攻医を筆頭著者として発表した論文

註 1）産婦人科関連の内容の論文で、原著・総説・症例報告のいずれでもよいが抄録、会議録、書籍などの分担執筆は不可である。査読制（編集者により校正を含む）を敷いている雑誌であること。査読制が敷かれていれば商業誌でも可であるが院内雑誌は不可である。ただし医学中央雑誌又は MEDLINE に収載されており、かつ査読制が敷かれている院内雑誌は可とする。

d）日本産科婦人科学会が指定する指導医講習会を 3 回以上受講している者（註 2）

註 2）指導医講習会には (1) 日本産科婦人科学会学術講演会における指導医講習会、(2) ブロック単位の産科婦人科学会学術講演会（連合産科婦人科学会学術講演会＋北海道産科婦人科学会学術講演会）における指導医講習会、(3) e-learning による指導医講習、(4) 第 65 回および第 66 回日本産科婦人科学会学術講演会において試行された指導医講習会が含まれる。指導医講習会の回数には e-learning による指導医講習を 2 回含めることができる。ただし、出席した指導医講習会と同じ内容の e-learning は含めることができない。

2) 暫定指導医が指導医となるための基準（指導医更新の基準と同じ）

以下の a）～d）の全てを満たすことを暫定指導医が指導医となるための基準とする。

a）産婦人科診療に常勤の産婦人科専門医として従事している者。

b）専攻医指導要綱に沿って専攻医を指導できる者。

c）直近の 5 年間に産婦人科に関する論文が 2 編以上ある者（註 1）。著者としての順番は問わない。

d）本会が指定する指導医講習会を 3 回以上受講している者（註 2）。

II. 指導医更新の基準

以下の a）～d）の全てを満たすことを暫定指導医が指導医となるための基準とする。

a）産婦人科診療に常勤の産婦人科専門医として従事している者。

b）専攻医指導要綱に沿って専攻医を指導できる者。

c）直近の 5 年間に産婦人科に関する論文が 2 編以上ある者（註 1）。著者としての順番は問わない。

d）本会が指定する指導医講習会を 3 回以上受講している者（註 2）。

III 指導医として必要な教育法

(1) 指導医は日本専門医機構、日本産科婦人科学会、専門研修施設群に所属する医療機関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積極的に受けること

(2) プログラム統括責任者は指導医が II-(1) の講習に参加できるように取りはからうこと

(3) II-d) の講習会での教育を生かし、専攻医に達成度評価、総括的評価を行うこと

(4) 専攻医の求めに応じて、精神的、社会的な問題についてもアドバイスを行うこと。必要に応じて専門研修プログラム管理委員会などで専攻医が抱える問題への対応を協議すること。ただし専攻医のプライバシーの保護には十分に留意すること。

(5) 自らの言動がセクハラ、パワハラなどの問題が生じないように留意すると共に、専門研修施設群内の指導者同士でも、このような問題が発生しないように留意すること。

IV 専門医に対する評価法

(1) 日常診療において常時、達成度評価を行うように心がけること。

(2) Web 上で日本産科婦人科学会が提供する産婦人科研修管理システム（以下、産婦人科研修管理システム）上で、経験すべき症例、手術、検査などについてはそれぞれ一定の症例数を経験した時点で達成度評価を行うこと。

(3) 1 年に一度以上、産婦人科研修管理システム上で、全項目の達成度評価を行うこと。

(4) 研修終了の判定時には、産婦人科研修管理システム上で、当該専攻医について総括的評価を行うこと。

(5) 評価にあたって、自らの評価が低い場合には、同僚の当該専攻医に対する評価も聴取し、独善的は評価とならないよう留意すること。

泌尿器科

東京医科大学泌尿器科専門研修施設群

専門研修プログラム

1. 理念と使命

(1) 泌尿器科専門研修プログラムの目的

泌尿器科専門医制度は、医の倫理に基づいた医療の実践を体得し、高度の泌尿器科専門知識と技能とともに地域医療にも対応できる総合的診療に必要な基本的臨床能力を修得した泌尿器科専門医の育成を図り、国民の健康増進、医療の向上に貢献することを目的とします。特に、本プログラムの目的は、基幹施設である東京医科大学病院において先進医療を学ぶとともに、地域医療を担う連携病院で一般泌尿器科診療の研鑽を積み、診療、教育、研究に貢献する泌尿器科医の育成を行うことにあります。

(2) 泌尿器科専門医の使命

泌尿器科専門医は小児から成人に至る様々な泌尿器疾患、ならびに我が国の高齢化に伴い増加が予想される排尿障害、尿路性器悪性腫瘍、慢性腎疾患などに対する専門的知識と診療技能を持ちつつ、高齢者に多い一般的な併存疾患にも独自で対応でき、必要に応じて地域医療との連携や他の専門医への紹介・転送の判断も的確に行える能力を備えた医師です。泌尿器科専門医はこれらの診療を実践し、総合的診療能力も兼ね備えることによって社会に対する責務を果たし、地域医療にも配慮した国民の健康・福祉の増進に貢献します。

2 専門研修の目標

専攻医は泌尿器科研修プログラムによる専門研修により、「泌尿器科医は超高齢社会の総合的な医療ニーズに対応しつつ泌尿器科領域における幅広い知識、錬磨された技能と高い倫理性を備えた医師である」という基本的姿勢のもと、

1．泌尿器科専門知識
2．泌尿器科専門技能：診察・検査・診断・処置・手術
3．継続的な科学的探求心の涵養
4．倫理観と医療のプロフェッショナリズム

の４つのコアコンピテンシーからなる資質を備えた泌尿器科専門医になることを目指します。また、各コアコンピテンシーにおける一般目標、知識、診療技能、態度に関する到達目標が設定されています。

研修記録簿の「泌尿器科専門医のための研修目標」（20～29頁）（日本泌尿器科学会ウェブサイトhttps://www.urol.or.jp/specialist/data/2013objective.pdfに掲載）を参照して下さい。

3 東京医科大学泌尿器科専門研修プログラムの特色

東京医科大学泌尿器科専門研修プログラムは、東京医科大学病院を基幹施設とし、7 つの連携施設から構成されています。東京医科大学泌尿器科研修プログラムの連携施設と協力施設は都会拠点病院、地方拠点病院を含み、幅広い研修が可能です。さらに、ほとんどの施設が症例の多い拠点病院であり、これらの施設で質、量ともに十分な研修が受けられます。ロボット支援手術や腹腔鏡手術などの最先端医療、小児泌尿器科、女性泌尿器科、透析医療、生殖医療、地域医療などの幅広い領域の研修が可能で、サブスペシャリティー領域の研修も十分に経験できます。さらに、基幹施設である東京医科大学病院では、臨床研究や基礎研究を行うことができます。また希望があれば研修１年目から社会人大学院に進学することも可能です。

4. 募集専攻医数

各専攻医指導施設における専攻医総数の上限（4 学年分）は、当該年度の指導医数×２である。各専門研修プログラムにおける専攻医受け入れ可能人数は、専門研修基幹施設および連携施設の受け入れ可能人数を合算したものです。受入専攻医数は病院群の症例数が専攻医の必要経験数を十分に提供できるものです。本施設群での研修指導医は 21 名のため 4 年間で42 名、年間 10 名までの専攻医の受け入れが可能ですが、経験可能な手術件数などを考慮し、年間５名を当プログラムの専攻医の受け入れ上限とします。ただし、2017 年度の募集に関しては定数を上回った場合でも柔軟に対応できるようにします。

5. 専門知識・専門技能の習得計画

(1) 研修段階の定義

泌尿器科専門医は2年間の初期臨床研修が終了し、後期研修が開始した段階から開始され4年間の研修で育成されます。基本的には4年間のうち1年次の研修を基幹施設（東京医科大学病院泌尿器科）で行い、その後2年次、3年次の研修は連携施設の中でも特に症例の多い拠点病院で行います。4年次の研修は基幹施設で行います。

(2) 研修期間中に習得すべき専門知識と専門技能

専門研修では、それぞれ医師に求められる基本的診療能力・態度（コアコンピテンシー）と日本泌尿器科学会が定める「研修記録簿」にもとづいて泌尿器科専門医に求められる知識・技術の修得目標を設定し、その年度の終わりに達成度を評価して、基本から応用へ、さらに

専門医として独立して実践できるまで着実に実力をつけていくように配慮します。具体的な評価方法は後の項目で示します。

① 専門知識

泌尿器科領域では発生学・局所解剖・生殖生理・感染症・腎生理学・内分泌学の６領域での包括的な知識を獲得する。詳細は研修記録簿の「目標1　基本知識：学ばねばならない基本的知識」（21～22頁）（日本泌尿器科学会ウェブサイト
https://www.urol.or.jp/specialist/data/2013objective.pdfに掲載）を参照して下さい。

② 専門技能

泌尿器科領域では、鑑別診断のための各種症状・徴候の判断、診察法・検査の習熟と臨床応用、手術適応の決定や手技の習得と周術期の管理、を実践するための技能を獲得します。詳細は研修記録簿の「目標2　診療技術」「目標3　手術、処置手技」（23～26頁）（日本泌尿器科学会ウェブサイト
https://www.urol.or.jp/specialist/data/2013objective.pdfに掲載）を参照して下さい。

③ 経験すべき疾患・病態の目標

泌尿器科領域では、腎・尿路・男性生殖器ならびに関連臓器に関する、先天異常、外傷・損傷、良性・悪性腫瘍、尿路結石症、内分泌疾患、男性不妊症、性機能障害、感染症、下部尿路機能障害、女性泌尿器疾患、神経性疾患、慢性・急性腎不全、小児泌尿器疾患などの疾患について経験します。詳細は研修記録簿の「II.　経験目標」（30～33頁）（日本泌尿器科学会ウェブサイト
https://www.urol.or.jp/specialist/data/2013objective.pdfに掲載）を参照して下さい。

④ 経験すべき診察・検査

泌尿器科領域では、内視鏡検査、超音波検査、ウロダイナミックス、前立腺生検、各種画像検査などについて、実施あるいは指示し、結果を評価・判定することを経験します。詳細は研修記録簿の「目標2　診療技術」（24～25頁）（日本泌尿器科学会ウェブサイト
https://www.urol.or.jp/specialist/data/2013objective.pdfに掲載）を参照して下さい。

⑤ 経験すべき手術・処置

泌尿器科領域では、経験すべき手術件数は以下のとおりとします。

A. 一般的な手術に関する項目

下記の４領域において、術者として経験すべき症例数が各領域5例以上かつ合計50例以上であること。

・副腎、腎、後腹膜の手術
・尿管、膀胱の手術
・前立腺、尿道の手術
・陰嚢内容臓器、陰茎の手術

B. 専門的な手術に関する項目

下記の７領域において、術者あるいは助手として経験すべき症例数が1領域10例以上を最低2領域かつ合計30例以上であること。

・腎移植・透析関連の手術
・小児泌尿器関連の手術
・女性泌尿器関連の手術
・ED、不妊関連の手術
・結石関連の手術
・神経泌尿器・臓器再建関連の手術
・腹腔鏡・腹腔鏡下小切開・ロボット支援関連の手術

詳細は研修記録簿の「手術に関する研修記録」（38～51頁）（日本泌尿器科学会ウェブサイトhttps://www.urol.or.jp/specialist/data/2013objective.pdfに掲載）を参照して下さい。

C. 全身管理

入院患者に関して術前術後の全身管理と対応を行います。詳細は研修記録簿の「目標3 手術、処置手技」（26頁）（日本泌尿器科学会ウェブサイト
https://www.urol.or.jp/specialist/data/2013objective.pdfに掲載）を参照して下さい。

D. 処置

泌尿器科に特有な処置として以下のものを経験します。詳細は研修記録簿の「目標3　手術、処置手技」（26頁）（日本泌尿器科学会ウェブサイト
https://www.urol.or.jp/specialist/data/2013objective.pdfに掲載）を参照して下さい。

1) 膀胱タンポナーデ
・凝血塊除去術
・経尿道的膀胱凝固術

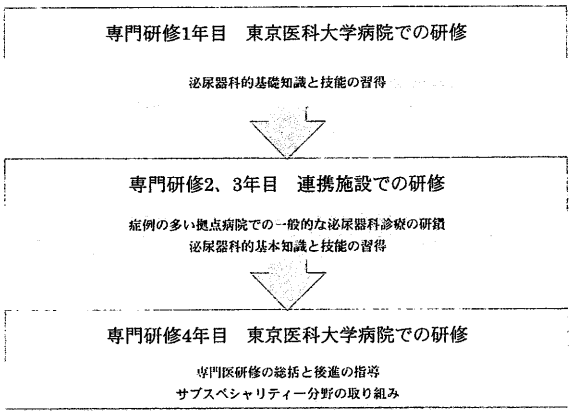
2) 急性尿閉
・経皮的膀胱瘻造設術

3) 急性腎不全
・急性血液浄化法
・double-Jカテーテル留置
・経皮的腎瘻造設術

(3) 年次毎の専門研修計画

専攻医の研修は毎年の達成目標と達成度を評価しながら進められます。以下に年次毎の研修内容・習得目標の目安を示します。詳細は専攻医研修マニュアルの「個別目標」（15～19頁）を参照してください。

以下に4年間の研修の概略を示します。



① 専門研修1年目

1) 専門研修１年目では基本的診療能力および泌尿器科的基本的知識と技能の習得を目標とします。
2) 原則として研修基幹施設である東京医科大学病院での研修になります。
3) 病棟における入院患者の診療を通じて、泌尿器科専門知識、技能、態度について研修します。
4) 経験できなかった疾患に関する知識等については、各種診療ガイドラインを用いた学習や日本泌尿器科学会や関連学会等に参加することによって、より実践的な知識を習得できるように指導します。
5) 抄読会や勉強会での発表、学会や研究会などで症例報告などを積極的に行うよう指導します。

1年次研修病院	専攻医の研修内容	執刀手術
東京医科大学病院	・泌尿器科専門知識として発生学、局所解剖、生殖生理、感染症、腎生理学、内分泌学を学ぶ。 ・泌尿器科専門技能として症状・徴候からの鑑別診断、泌尿器科診察に必要な診察法・検査法を学ぶ（具体的な症状に関しては研修記録簿の 23 ページを	A 一般的な手術 ・経皮的腎瘻造設術 ・経尿道的膀胱腫瘍切除術 ・経尿道的膀胱異物除去術 ・膀胱瘻造設術 ・膀胱水圧拡張術 ・経尿道的前立腺切除術

	参照）。検査では腹部診察と超音波画像検査、検尿、前立腺、精巣の触診が自ら行うことができる。尿道膀胱鏡検査と尿管カテーテル法、ウロダイナミックス（尿流測定、膀胱内圧測定）、各種生検法（前立腺、膀胱、精巣）、X 線検査（KUB、DIP、膀胱造影、尿道造影）が自ら行うことができる ・手術：疾患および各患者の医学的背景に応じて適切な手術方法を選択することができる。診療科でのカンファレンスでプレゼンテーションを行うことができる。患者および家族に手術に関する説明を行うことができる。施行された術式に関しては詳細な手術記録を記載し術後のカンファレンスでプレゼンテーションを行う。研修終了に必要な手術術式および件数に関しては研修記録簿の 38 ページを参照する。 ・患者を全人的に理解し良好な人間関係を確立するための患者ー医師関係、他のメンバーと強調し医療チームの構成員としてチーム医療への貢献、安全な医療を遂行するための安全管理（リスクマネージメント）を習得する。 ・臨床研究を行い学会発表、論文発表を行う。	・経尿道的内尿道切開術 ・尿道全摘術 ・精巣固定術 ・精巣捻転手術 ・精巣摘除術 ・精巣水瘤根治術 B 専門的な手術 ・経尿道的膀胱砕石術 ・対外衝撃波砕石術 ・膀胱切石術 ・尿管皮膚瘻造設術 ・回腸導管造設術

② 専門研修2-3年目

1) 専門研修の2-3年目は基本的には研修連携施設での研修となります。特に症例の多い拠点病院で研修を行ってもらいます。一般的な泌尿器科疾患、泌尿器科処置あるいは手術について重点的に学ぶことが可能です。
2) 既に修得した知識・技能・態度の水準をさらに高められるように指導します。
3) 一般的手術の執刀を行うとともに、指導医のもとで専門的手術の執刀、助手を行います。
4) 専攻医研修マニュアルの「個別目標」（15~19頁）に示した事項について、達成すべき年次までに水準を満たせるよう指導します。

2、3年次研修病院	専攻医の研修内容	執刀手術

連携施設	・泌尿器科専門知識として発生学、局所解剖、生殖生理、感染症、腎生理学、内分泌学を熟知する。 ・泌尿器科専門技能として症状・徴候からの鑑別診断、泌尿器科診察に必要な診察法・検査法を熟知し、臨床応用ができる。 ・泌尿器科検査の指示、依頼を行い、または指導医のもとで実施し、自ら結果を評価できる。 ・入院患者に対し術前後の基本的な全身管理が行える。 ・膀胱タンポナーデ、急性尿閉、急性腎不全に対する対応が可能となる。 ・患者の問題を把握し、問題対応型の思考を行い、生涯にわたる自己学習の習慣を身につける。 ・臨床研究を行い学会発表、論文発表を行う。	A 一般的な手術 ・副腎摘除術 ・単純腎摘除術 ・根治的腎摘除術 ・腎部分切除術 ・腎尿管全摘術 ・後腹膜腫瘍摘除術 ・膀胱全摘術 ・尿膜管摘除術 ・前立腺被膜下摘除術 ・前立腺全摘除術 ・陰茎部分切除術 ・陰茎全摘術 B 専門的な手術 ・VUR 防止術 ・腎盂形成術 ・尿管膀胱新吻合術 ・経尿道的尿管砕石術 ・経皮的腎砕石術 ・腹腔鏡下副腎摘除術 ・腹腔鏡下腎摘除術 ・ロボット支援前立腺全摘術

③ 専門研修4年目

1) 専門研修の4年目は研修基幹施設に戻っての研修となります。泌尿器科の実践的知識・技能の習得により様々な泌尿器科疾患へ対応する力量を養うことを目標とします。
2) 専門知識、技能、態度について、全ての項目が達成できていることを確認し、それらの水準をさらに高められるように指導します。
3) 1年次、2年次の専攻医を指導する機会を積極的に持ってもらいます。指導を通じて自身の知識・技能・態度の向上にフィードバックしてください。
4) サブスペシャルティ領域の専門医を取得する希望があれば、その領域に関連する疾患や技能をより多く経験できるように調整します。

4年次研修病院	専攻医の研修内容	執刀手術
東京医科大学病院	・3 年次までに習得した泌尿器科専門知識および泌尿器科専門技能をさらに発展させ、臨床応用ができる。 ・2-3 年目での連携病院における一般的	A 一般的な手術 ・副腎摘除術 ・単純腎摘除術

	泌尿器疾患に対する経験をもとにさらに専門性の高いあるいは複雑な症例に対するマネージメントを習得する。最先端医療である尿路生殖器悪性腫瘍に対する腹腔鏡下、ロボット支援手術を多数行っているためこれらの手術に対する経験を深める。また浸潤性膀胱癌に対する膀胱全摘と回腸導管造設術、自然排尿型尿路変向術に積極的に参加する。 ・臨床研究を行い学会発表、論文発表を行う。 ・1 年次、2 年次の専攻医の指導を行う ・サブスペシャルティ領域の専門医を取得する希望があれば、その領域に関連する疾患や技能をより多く経験できるように調整する。	・根治的腎摘除術 ・腎部分切除術 ・腎尿管全摘術 ・後腹膜腫瘍摘除術 ・膀胱全摘術 ・尿膜管摘除術 ・前立腺被膜下摘除術 ・前立腺全摘除術 ・陰茎部分切除術 ・陰茎全摘術 B 専門的な手術 ・VUR 防止術 ・腎盂形成術 ・尿管膀胱新吻合術 ・経尿道的尿管砕石術 ・経皮的腎砕石術 ・腹腔鏡下副腎摘除術 ・腹腔鏡下腎摘除術 ・ロボット支援前立腺全摘術

(4) 臨床現場での学習

bed-side や実際の手術での実地修練(on-the-job training)に加えて、広く臨床現場での学習が可能となる様に指導する。研修カリキュラムに基づき東京医科大学泌尿器科研修プログラムでは以下のような指導を行います。

1） 診療科におけるカンファレンスおよび関連診療科との合同カンファレンスを通して病態と診断過程を深く理解し、治療計画作成の理論を学ぶ。
2） 抄読会や勉強会を実施し、インターネットによる情報検索の指導を行う。
3） hands-on-training として積極的に手術の助手を経験させる。その際に術前のイメージトレーニングと術後の詳細な手術記録を実行する。
4） 手術手技をトレーニングする設備や教育ビデオなどの充実を図る。

基幹施設（東京医科大学病院）の１週間の具体的なスケジュールを以下に示します。

時間	月	火	水	木	金
8：00	受持患者回診	受持患者回診	受持患者回診	受持患者回診	教育回診
9：00	外来/検査/病棟処置/前立腺小線源治療	手術/検査/病棟処置/前立腺小線源治療	手術/病棟回診/処置	手術/検査/病棟処置	手術/外来/検査/病棟処置
午後	検査/膀胱鏡/前立腺生検	手術/検査/外来/前立腺小線源治療	手術/検査/外来/膀胱鏡/前立腺生検	手術/検査/外来	検査/外来/膀胱鏡/前立腺生検
17：00～	医局カンファレンス・抄読会（毎週） 泌尿器・病理合同検討会（月１回） リサーチカンファレンス（月１回）	受持患者回診/チームカンファレンス Cancer board（多職種による症例検討会：毎月第４週）	受持患者回診/チームカンファレンス	受持患者回診/チームカンファレンス	受持患者回診

- 各専攻医は、3-4 名程度の医師からなる診療チームに所属し、チーム医療における構成員として専門知識・技能の習得を行います。
- 毎朝 8：00 から担当患者の病棟回診を行い、入院および外来患者で検討が必要な症例に関して症例提示を行い、全員で討論して治療方針を決定します。この際に CT、MRI など画像診断を行い、読影技術を習得してもらいます。手術症例に関しては術前の評価および術式に関して検討を行います。
- 金曜の教授回診に参加し、各症例のプレゼンテーションを行うことでプログラム統括責任者から直接指導を受けます。
- 月曜に抄読会を開催します。自分で選んだ英語原著論文を精読し、その要約を参加者全員に英語でプレゼンテーションします。これに対する質疑応答も英語で行い、将来の英語での学会発表の練習を行います。
- 火・水・木曜は受持患者の回診時に各チームカンファレンスを行い、チーム内で症例検討を行い、プレゼンテーション技能、コミュニケーション技能、診療の進め方などを学習します。
- クリニカルシミュレーションラボでの hands-on-training を行い、技術の向上を目指します。また実験センターにはトレーニング用 daVinci システムが設置されており随時利用が可能です。
- 基幹施設においては現在までに施行されたロボット支援手術および内視鏡手術に関しては全例の手術ビデオをライブラリーとして保管してあり、いつでも参照することが可能です。

(5) 臨床現場を離れた学習

優れた泌尿器科専門医育成のためには、幅広い知識や情報の収集が必要である。このために、日本泌尿器科学会の学術集会や関連学会・各種研修セミナーなどに参加して、臨床現場を離れた学習を行ってもらいます。

- 国内外の標準的治療および先進的・研究的治療を学習する機会
- 医療安全等を学ぶ機会
- 指導・教育法、評価法などを学ぶ機会　（e ラーニングも含む）
- 基幹施設・連携施設における各種研修セミナー：医療安全等を学ぶ機会、医療倫理を学ぶ機会、感染管理を学ぶ機会

具体的には泌尿器科学会総会、泌尿器科学会東部総会へ毎年参加し、学術発表を行います。希望があれば国際学会での発表も行えます。東京地方会での症例報告を行います。また各学会では卒後教育プログラムが開催されているのでこれらを積極的に受講してもらいます。さらにサブスペシャリティー領域の学会（泌尿器内視鏡学会、排尿機能学会、がん治療学会など）への参加も奨励されます。

(6) 自己学習

研修する施設の規模や疾患の希少性により専門研修期間内に研修カリキュラムに記載されている疾患、病態を全て経験することは出来ない可能性があります。このような場合は以下のような機会を利用して理解を深め該当疾患に関するレポートを作成し指導医の検閲を受けるようにして下さい。

- 日本泌尿器科学会および支部総会での卒後教育プラグラムへの参加
- 日本泌尿器科学会で作成されているAudio Visual Journal of JUAの閲覧
- 日本泌尿器科学会ならびに関連学会で作成している各種診療ガイドライン
- インターネットを通じての文献検索（医学中央雑誌やPub MedあるいはUp To Dateのような電子媒体）
- 専門医試験を視野に入れた自己学習

6. プログラム全体と各施設によるカンファレンス

(1) 基幹施設でのカンファレンス

基幹施設では以下のカンファレンスを行っています。

1) 月曜 17：00 からの医局カンファレンス

検討を要する症例に関して、全員で討論して治療方針を決定します。この際、専攻医に短時間で効率的な症例提示を行ってもらい、プレゼンテーション技術習得の場としています。同時に、CT、MRI など画像診断を行い、読影技術を習得してもらいます。手術症例に関しては術前の評価および術式に関して検討を行います。

2) 火・水・木曜日のチームカンファレンス

基幹施設では、3-4 名程度の医師からなる３チームで入院患者診療に当たっています。専攻医はいずれかのチームに属し、チーム医療における構成員として専門知識・技能の習得を行います。チーム内での情報共有と症例検討を行い、プレゼンテーション技能、コミュニケーション技能、診療技術などを学習します。

3) 月曜日の抄読会

自分で選んだ英語原著論文を精読し、その要約を参加者全員に英語でプレゼンテーションします。これに対する質疑応答も英語で行い、将来の英語での学会発表の練習を行います。

4) 第４月曜日には病棟安全カンファレンス・死亡症例カンファレンス、安全管理講習会（随時）、等随時施行される医療安全講習会に参加してもらいます。

5) 泌尿器・病理合同検討会（月１回）：泌尿器科と病理診断部合同で、特に臨床上重要と思われる症例を抽出し、臨床像と病理診断とを併せた症例検討を行います。

6) リサーチカンファレンス（月１回）：当院では主に前立腺癌、膀胱癌、腎臓癌に関する基礎研修、臨床研究を積極的に行っています。学会発表（国内・国外）、学術論文作成における研究テーマを定め、その内容につき皆で議論するためのリサーチカンファレンスを行っています。

7) 病理部による CPC（随時）

泌尿器科関連病理解剖実施症例に関する CPC に参加してもらいます。

(2) プログラム全体でのカンファレンス

専門研修プログラム管理委員会が年１回開催され、それに引き続き全体でのカンファレンスを開催します。そのうちの１回は症例検討、臨床研究としての発表を行います。基幹施設、全連携施設で検討・討論を行います。さらに、別の１回では全連携施設における現状報告（外来患者数、手術件数、学会発表や臨床研究の紹介）を行い、専攻医に連携施設の情報提供を行います。

7. 学問的姿勢について

優れた泌尿器科専門医となるためには、問題解決型の思考・学術集会への参加を通じて学問的姿勢の基本を修得することが必要です。詳細は専攻医研修マニュアルの「個別目標 3．科学的探求と生涯教育」（18 頁）を参照してください。

具体的には、日常診療における問題点について、診療ガイドライン、文献検索を通して、EBM に基づいた適切な診断治療を行うことを習得してください。また、基幹施設、連携施設でのカンファレンスでの症例提示などを通じ、第三者による評価を受け、臨床判断の妥当性を検証する習慣を習得してください。さらに、関連学会に積極的に参加して最先端の情報を学びます。

東京医科大学泌尿器科研修プログラムでは、医学や医療の進歩のために臨床研究、基礎研究が重要かつ必須であると考えて、基幹施設である東京医科大学病院で指導医の指導の下で基礎研究、臨床研究に参加しその研究成果を学会等で発表することを必須とします。また、研

修中に臨床研究、治験、疫学研究にかかわるように指導します。さらに、希望があればヒトゲノム、遺伝子解析、などの基礎医学研究も行えます。

本プログラムにおいては以下の要件を満たす必要があります。

- 学会での発表：日本泌尿器科学会が示す学会において筆頭演者として 2 回以上の発表を行います。
- 論文発表：査読制を敷いている医学雑誌へ筆頭著者の場合は１編以上、共著者の場合は２編以上の論文を掲載します。
- 研究参画：基幹施設における臨床研究への参画を１件以上行います。

8. コアコンピテンシーの研修計画

泌尿器科領域では、患者・家族との良好な人間関係の確立、チーム医療の実践、安全管理や危機管理への参画、を通じて医師としての倫理性、社会性などを修得する。

詳細は専攻医研修マニュアルの「個別目標 4．倫理観と医療のプロフェッショナリズム」(18～19 頁）を参照のこと。

内容を具体的に示します。

① 患者-医師関係

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。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を実施します。守秘義務を果たしプライバシーへの配慮をします。

② 安全管理（リスクマネージメント）

医療安全の重要性を理解し事故防止、事故後の対応がマニュアルに沿って実践します。院内感染対策を理解し、実施します。個人情報保護についての考え方を理解し実施します。

③チーム医療

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。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ます。他のメディカルスタッフと協調して診療にあたします。後輩医師に教育的配慮をします。

④社会性

保健医療や主たる医療法規を理解し、遵守します。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、老人保健法を理解する。診断書、証明書を記載します。

コアコンピテンシー（医療安全、医療倫理、感染対策）に関しては日本泌尿器科学会総会、各地区総会で卒後教育プログラムとして開催されていますので積極的にこれらのプログラムを受講するようにして下さい。

9. 地域医療における施設群の役割・地域医療に関する研修計画

(1) 地域医療と地域連携の重要性

東京医科大学泌尿器科専門研修プログラムは、東京医科大学病院を基幹施設とし、7 の連携施設を含む合計 8 施設から構成されています。東京医科大学泌尿器科研修プログラムの連携施設は都会拠点病院、地方拠点病院を含み、東京都内のみならず茨城県、神奈川県と広範囲に存在します。その多くは拠点病院として先進医療を含む診療を行い、地域の泌尿器科医療を支えています。しかし、これらの地域においても泌尿器科医の数は十分ではなく、泌尿器科医が常勤していない地方拠点病院が多く存在します。そのため、泌尿器科医が不在の施設または不足している施設へ基幹施設と連携施設から泌尿器科医を派遣し、地域の泌尿器科診療を守り、維持しています（後に記載した協力施設である福島県坂下総合病院等）。

また、泌尿器科には高齢患者が多く、泌尿器科以外の診療科や施設などとの連携が求められます。そのため、東京医科大学泌尿器科専門研修プログラムでは、拠点病院以外の医療圏にある研修連携施設において研修し、周辺の医療施設との病診・病院連携の実際を経験することが必要であると考えています。

このように、地域の泌尿器科医療を守り、地域医療に貢献し、ひいては国民の健康・福祉の増進に貢献する観点から、以下の研修を行います。

- 拠点病院から周辺の関連施設に出向き、初期対応としての疾病の診断を行い、また予防医療の観点から地域住民の健康指導を行い、自立して責任をもって医師として行動することを学ぶ。
- 研修施設群の中の地域中核病院における外来診療、夜間当直、救急疾患への対応などを通して地域医療の実状と求められている医療について学ぶ。
- 3 年目以降で泌尿器科専門医が不在の病院・診療所等で週 1 回外来泌尿器科診療を行う。
- 泌尿器科専門医が常勤または開設している病院、診療所で、週に 1 回泌尿器科診療を行う。

基本的には症例の多い拠点病院での効率的な研修を基本としますが、同時に泌尿器科医が不在の施設または不足している施設へ定期的に出向し地域医療の現状についても理解を深めてもらいます。

(2) 地域医療における指導の質保証

研修基幹施設と連携施設における指導の共有化をめざすために以下のような企画を実施します。

- 研修プログラムで研修する専攻医を集めての講演会や hands-on-seminar などを開催し、教育内容の共通化を図る。
- 研修基幹施設と連携施設を IT でつなぎ Web 会議システムを応用したテレカンファレンスや Web セミナーを開催する。
- 専門研修指導医の訪問による専攻医指導の機会を設ける。

10. 専攻医研修ローテーション

(1) 基本的なローテーション

専門研修 1 年目　基幹施設　東京医科大学病院での研修
基本的診察能力及び泌尿器科的基本知識と技能の習得
医療チームの構成員としてチーム医療への貢献
安全な医療を遂行するための安全管理（リスクマネージメント）の習得
消毒会や勉強会での発表、学会や研究会などでの発表
泌尿器科一般的手術の執刀、専門的手術の助手
専門研修 2, 3 年目　連携施設での研修
一般的泌尿器科疾患の検査、処置、手術の研鑽
泌尿器科地域医療の実践
抄読会や勉強会での発表、学会や研究会での発表
専門研修 4 年目　基幹施設　東京医科大学病院での研修
専門研修の総括と後進の指導
サブスペシャリティー分野の取り組み
より高度な専門知識、技能の習得
臨床研究の学会発表、論文発表

東京医科大学泌尿器科専門研修プログラムでは、基本的には 4 年間のうち 1 年次の研修を基幹施設（東京医科大学病院泌尿器科）で行います。その後 2 年次、3 年次の研修は連携施設の中でも特に症例の多い拠点病院で研修を継続し、4 年次の研修は基幹施設で行います。希望があれば研修 4 年目から大学院に進学することができます。7 の連携施設は都会拠点病院、地方拠点病院を含み、そのほとんどは症例の多い拠点病院であり効率的な研修が可能です。専攻医はロボット支援手術や腹腔鏡手術などの最先端医療、小児泌尿器科、女性泌尿器科、透析医療、生殖医療、地域医療などの幅広い領域の研修が可能で、サブスペシャリティー領域の研修も十分に経験できます。施設全体での年間手術件数は約 2800 件にのぼり、量的にも十分な研修が可能です。年次毎の研修計画については、「5. 専門知識・専門技能の習得計画 (3) 年次毎の専門医研修計画」を参照してください。

(2) 連携施設について

東京医科大学泌尿器科専門研修プログラムは基幹施設である東京医科大学病院と 7 の連携施設から構成されています。7 の施設において泌尿器科指導医が常勤しています。以下の表に示すように、施設毎に様々な病院機能を有し、一般泌尿器科以外に、泌尿器科特殊専門領域

についても診療を行う施設があります。専門医基本的には症例の多い拠点病院での効率的な研修を基本としますが、同時に泌尿器科医が不在の施設または不足している施設へ定期的に出向し地域医療の現状についても理解を深めてもらいます。また、以下の地図に各連携施設と協力施設の所在を示します。

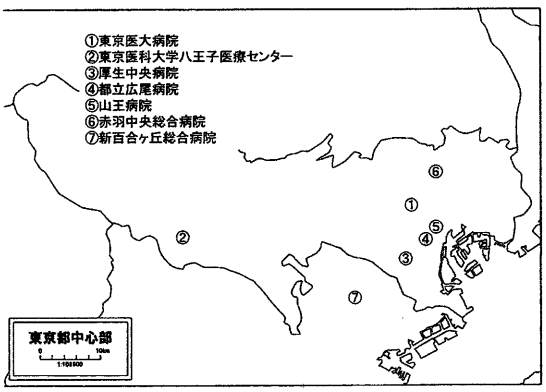
東京医科大学泌尿器科専門研修プログラム基幹・連携・協力施設

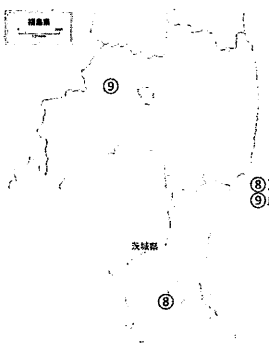
基幹・連携施設（病院）	泌尿器一般手術数（年間）	泌尿器専門手術数（年間）	泌尿器総手術数（年間）	ロボット手術	腹腔鏡手術	腎移植	その他の特殊診療
東京医科大学	662	207	869	○	○		
東京医科大学茨城医療センター	186	35	221		○		
東京医科大学八王子医療センター	230	174	404		○		
厚生中央	65	152	217				女性泌尿器科
赤羽総合	95	199	294				
都立広尾	87	9	96				救急医療
新百合ヶ丘総合	224	240	464	○			
山王	37	4	41	○			生殖医療
坂下厚生総合*	14	0	14				

*は協力施設：本プログラムでは連携施設ではないが、泌尿器科専門研修に必要な特徴、診療内容を有する研修協力施設が、専攻医の研修に参加します。

基幹・連携・協力施設の病院機能

基幹・連携施設（病院）	日本泌尿器科学会教育施設	臨床研究中核病院	特定機能病院	地域医療支援病院	がん拠点病院	臨床研修指定病院	救急救命センター
東京医科大学	拠点	○	○		○	○	○
東京医科大学茨城医療センター	拠点	○	○	○	○	○	○
東京医科大学八王子医療センター	拠点	○	○	○	○	○	○
厚生中央	拠点		○	○		○	
赤羽総合	拠点			○		○	○
新百合ヶ丘総合	拠点			○		○	
都立広尾	拠点			○		○	
山王	拠点			○		○	
坂下厚生総合*	関連			○		○	





⑧東京医科大学茨城医療センター
⑨JA福島厚生連坂下厚生総合病院＊(協力施設)

11. 専攻医の評価時期と方法

専門研修中の専攻医と指導医の相互評価は施設群による研修とともに専門研修プログラムの根幹となるものです。評価は形成的評価（専攻医に対してフィードバックを行い、自己の成長や達成度を把握できるように指導を行う）と総括的評価（専門研修期間全体を総括しての評価）からなります。

(1) 形成的評価

年 2 回、9 月と 3 月に、指導医による形成的評価とそれに基づく各地域プログラム管理委員会による評価を実施します。以下に具体的方法を示します。

- 評価項目は、コアコンピテンシー項目と泌尿器科専門知識および技能。
- 指導医による形成的評価は、項目毎に専攻医に対してフィードバックし、自己の成長や達成度を把握できるようにする。
- 研修管理委員会は年に 1 回開催し、研修記録簿のチェックし専門研修が順調に進んでいるかどうかを管理します。

(2) 総括的評価

専門研修期間全体を総括しての評価は研修プログラム管理委員会およびプログラム統括責任者が行います。最終研修年度（専門研修 4 年目）の 3 月に研修期間中の研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙を総合的に評価し、専門的知識、専門的技能、医師として備えるべき態度を習得したかどうかを判定します。また、ローテーション終了時や年次終了時等の区切りで行う形成的評価も参考にして総括的評価を行います。

最終的に修了可能と判断された専攻医は学会での専門医判定のための申請を行います（詳細については学会のホームページを参照にして下さい）。

12. 専門研修施設群の概要

(1) 専門研修基幹施設の認定基準

泌尿器科専門研修プログラム整備基準では専門研修基幹施設の認定基準を以下のように定めています。

1) 専門研修プログラムを管理し、当該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。
2) 初期臨床研修の基幹型臨床研修病院の指定基準（十分な指導医数、図書館設置、CPC などの定期開催など）を満たす教育病院としての水準が保証されている。
3) 日本泌尿器科学会拠点教育施設である。
4) 全身麻酔・硬膜外麻酔・腰椎麻酔で行う泌尿器科手術が年間 80 件以上である。
5) 泌尿器科指導医が 1 名以上常勤医師として在籍している。

6) 認定は日本泌尿器科学会が定める専門研修基幹施設の認定基準に従い、日本泌尿器科学会が行う。
7) 研修内容に関する監査・調査に対応出来る体制を備えていること。
8) 施設実地調査（サイトビジット）による評価に対応できる。

本プログラムの研修基幹施設である東京医科大学医学部附属病院は以上の要件を全てみたしています。実際の診療実績に関しては別添資料 5 を参照して下さい。

(2) 専門研修連携施設の認定基準

泌尿器科専門研修プログラム整備基準では専門研修連携施設の認定基準を以下のように定めています。

1) 専門性および地域性から当該専門研修プログラムで必要とされる施設であること。
2) 研修連携施設は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に専門研修を提供する。
3) 日本泌尿器科学会拠点教育施設あるいは関連教育施設である。
4) 認定は日本泌尿器科学会が定める専門研修連携施設の認定基準に従い、日本泌尿器科学会が行う。

東京医科大学泌尿器科研修プログラムに属する連携施設は 7 つありますが、全ての連携施設において泌尿器科指導医が常勤しています。これらの病院群は上記の認定基準をみたしています。

(3) 専門研修指導医の基準

泌尿器科専門研修プログラム整備基準では専門研修指導医の基準を以下のように定めています。

1) 専門研修指導医とは、専門医の資格を持ち、十分な診療経験を有しかつ教育指導能力を有する医師である。
2) 専攻医研修施設において常勤泌尿器科医師として 5 年以上泌尿器科の診療に従事していること（合計 5 年以上であれば転勤による施設移動があっても基準を満たすこととする）。
3) 泌尿器科に関する論文業績等が基準を満たしていること。基準とは、泌尿器科に関する学術論文、学術著書等または泌尿器科学会を含む関連学術集会での発表が 5 件以上あり、そのうち 1 件は筆頭著書あるいは筆頭演者としての発表であること。
4) 泌尿器科学会が認める指導医講習会を 5 年間に 1 回以上受講していること。
5) 日本泌尿器科学会が認定する指導医はこれらの基準を満たしているので、本研修プログラムの指導医の基準も満たすものとします。

東京医科大学泌尿器科研修プログラムに属する研修連携施設は 7 つありますが、7 つ全て施設において日本泌尿器科学会が認定する泌尿器科指導医が常勤しているため以上の基準を満たしています。

(4) 専門研修施設群の構成要件

東京医科大学泌尿器科専門研修プログラムは、専攻医と各施設の情報を定期的に共有するために本プログラム管理委員会を毎年 1 回開催します。基幹施設、連携施設ともに、毎年 3 月 30 日までに前年度の診療実績および病院の状況に関し添付資料 5 に示すような様式で本プログラム管理委員会に以下の報告を行います。

1) 病院の概況：病院全体での病床数、特色、施設状況（日本泌尿器科学会での施設区分、症例検討会や合同カンファレンスの有無、図書館や文献検索システムの有無、医療安全・感染対策・医療倫理に関する研修会の有無）
2) 診療実績：泌尿器科指導医数、専攻医の指導実績、次年度の専攻医受けいれ可能人数）、代表的な泌尿器科疾患数、泌尿器科検査・手技の数、泌尿器科手術数（一般的な手術と専門的な手術）
3) 学術活動：今年度の学会発表と論文発表
4) Subspecialty 領域の専門医数

(5) 専門研修施設群の地理的範囲

東京医科大学泌尿器科専門研修プログラムは、東京医科大学病院を基幹施設とし、7 の連携施設を含む合計 8 施設から構成されています。東京医科大学泌尿器科研修プログラムの連携施設は都会拠点病院、地方拠点病院を含み、東京都内のみならず茨城県、神奈川県と広範囲に存在します。「10. 専門医研修ローテーション (2) 研修連携施設について」に地図が掲載されていますので参照して下さい。

(6) 専攻医受け入れ数についての基準

泌尿器科専門研修プログラム整備基準では研修指導医 1 名につき最大 2 名までの専攻医の研修を認めています。本施設群での研修指導医は 21 名のため 4 年間で 42 名、年間 10 名までの専攻医の受け入れが可能ですが、経験可能な手術件数などを考慮し、年間 5 名を当プログラムの専攻医の受け入れ上限とします。ただし、2017 年度の募集に関しては定数を上回った場合でも柔軟に対応します。

(7) 地域医療・地域連携への対応

東京医科大学泌尿器科研修プログラムの連携施設は都会拠点病院、地方拠点病院を含み、東京都内のみならず茨城県、神奈川県と広範囲に存在します。この地域においても泌尿器科医は不足しており、泌尿器科医が常勤していない地方拠点病院が多く存在します。そのため、泌尿器科医が不在の施設または不足している施設へ基幹施設と連携施設から泌尿器科医を派遣し、泌尿器科診療を行って地域医療を守っています。

また、拠点病院以外の医療圏にある研修連携施設において研修し、周辺の医療施設との病診・病病連携の実際を経験することは大変重要なことです。特に泌尿器科には高齢患者が多く、泌尿器科以外の診療科や施設などとの連携が求められます。

このように、地域医療における泌尿器科診療の役割は重要であり、東京医科大学泌尿器科研修プログラムでは地域医療・地域連携に対応できる能力を有する泌尿器科専門医の養成を目指しています。

詳細については 9. 地域医療における施設群の役割・地域医療に関する研修計画　の項を参照して下さい。

13. 専門研修プログラム管理委員会の運営計画

専門研修基幹施設に専門研修プログラムと専攻医を統括的に管理する診療領域ごとの専門研修プログラム管理委員会を設置します。研修プログラム管理委員会は、研修プログラム統括責任者、研修プログラム連携施設担当者等で構成され、専攻医および研修プログラム全般の管理と、研修プログラムの継続的改良を行います。研修プログラムの改善のためには専攻医による指導医・指導体制等に対する評価が必須であり、双方向の評価システムにより互いのフィードバックから研修プログラムの改善を行います。プログラム管理委員会は、少なくとも年に 1 回開催します。以下にその具体的な内容を示します。

(1) 専門研修プログラムの管理運営体制の基準

- 研修基幹施設および研修連携施設は、それぞれの指導医および施設責任者の協力により専攻医の評価ができる体制を整備する。
- 専門研修プログラムの管理には専攻医による指導医・指導体制等に対する評価も含める。
- 双方向の評価システムにより互いのフィードバックから研修プログラムの改善を行う。
- 上記目的達成のために専門研修基幹施設に専門研修プログラムと専攻医を統括的に管理する診療領域ごとの専門研修プログラム管理委員会を置く。
- 専門研修基幹施設のプログラムごとに、各診療領域専門研修プログラム統括責任者を置く。

(2) 基幹施設の役割

東京医科大学泌尿器科研修プログラムの基幹施設の役割。

- 研修基幹施設は専門研修プログラムを管理し、当該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。
- 研修基幹施設は研修環境を整備する責任を負う。
- 研修基幹施設は各専門研修施設が研修のどの領域を担当するかをプログラムに明示する。

(3) プログラム管理委員会の役割と権限

東京医科大学泌尿器科研修プログラムでは管理委員会を設置し、以下のような役割と権限を与えます。

- 研修基幹施設に研修プログラムと専攻医を統括的に管理する診療領域ごとの研修プログラム管理委員会を置く。
- 研修プログラム管理委員会は、研修プログラム統括責任者、研修プログラム連携施設担当者等で構成され、専攻医および研修プログラム全般の管理と、研修プログラムの継続的改良を行う。具体的には以下の事項についてその役割を果たす。

① プログラムの作成
② 専攻医の学習機会の確保
③ 継続的、定期的に専攻医の研修状況を把握するシステムの構築
④ 適切な評価の保証
⑤ 修了判定

- プログラム管理委員会は、少なくとも年に2回開催し、前述の事項を行う。そのうちの1回は修了判定の時期に開催する。
- 研修プログラム管理委員会では、専攻医及び指導医から提出される評価報告書にもとづき専攻医および指導医に対して必要な助言を行う。
- 基幹施設責任者は研修プログラム管理委員会における評価に基づいて修了の判定を行う。

(4) プログラム統括責任者の基準

東京医科大学泌尿器科研修プログラムにおけるプログラム統括責任者の基準は下記の通りとし、これらの基準を満たす専門研修指導医をプログラム統括責任者とします。

- 専門医の資格を持ち、専攻医研修施設において常勤泌尿器科医師として10年以上診療経験を有する専門研修指導医である（合計10年以上であれば転勤による施設移動があっても基準を満たすこととする）。
- 教育指導の能力を証明する学習歴として泌尿器科領域の学位を取得していること。
- 診療領域に関する一定の研究業績として査読を有する泌尿器科領域の学術論文を筆頭著者あるいは責任著者として5件以上発表していること。
- プログラム統括責任者は泌尿器科指導医であることが望ましい。

(5) プログラム統括責任者の役割と権限

- 研修プログラム統括責任者は専攻医の研修内容と修得状況を評価し、その資質を証明する書面を発行する。
- 最大20名の専攻医を持つ研修プログラムを統括できる。
- 20名を超える専攻医をもつ場合、副プログラム責任者を指定する。
- 副プログラム責任者の基準はプログラム統括責任者と同一とする。

(6) 連携施設での委員会組織

連携施設での委員会組織の役割や基幹施設の委員会の関係

- 連携施設に所属する専攻医の研修内容と修得状況を年2回、9月と3月に評価し基幹施設の委員会に報告する。
- 連携施設においても原則として常設の委員会を設置する。ただし、指導医が2名以下の施設では、委員会を設置する代わりに、基幹施設とのワーキンググループを設置し情報交換を行う。
- 委員会を組織している連携施設では、その代表者がプログラム管理委員会に出席する。

14. 専門研修指導医の研修計画

(1) フィードバック法の学習

指導医は指導医講習会などの機会を利用してフィードバック法を学習し、よりよい専門医研修プログラムの作成に役立てます。日本泌尿器科学会で実施する指導医講習会には少なくとも5年間に1回は参加することを義務づけます。

(2) 指導者研修計画（FD Faculty Development）の実施

日本泌尿器科学会が指定する指導医講習会の受講は個人ごとに電子管理されており、指導医の認定および更新の際には、少なくとも5年間に1回は参加することを義務づけられています。その他、泌尿器科学会指導医講習会への参加、基幹施設の東京医科大学病院で行われているFDの受講、学会で実施されている教育方法に関するセッションへの参加などが指導されています。

15. 専攻医の就業環境について

東京医科大学泌尿器科研修プログラムでは労働環境、労働安全、勤務条件等で以下のことを配慮します。

- 研修施設の責任者は専攻医のために適切な労働環境の整備に務めることとする。
- 研修施設の責任者は専攻医の心身の健康維持に配慮しなければならない。
- 勤務時間は週に40時間を基本とし、時間外勤務は月に80時間を超えないものとする。
- 勉学のために自発的に時間外勤務を行うことは考えられることではあるが心身の健康に支障をきたさないように配慮する。
- 当直業務と夜間診療業務は区別しなければならず、それぞれに対応した適切な対価が支給される。
- 当直あるいは夜間診療業務に対して適切なバックアップ体制を整える。
- 過重な勤務とならないように適切な休日の保証について明示する。
- 施設の給与体系を明示する。

16. 泌尿器科研修の中止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件

専門研修中の特別な事情への対処に関しては日本泌尿器科学会専門医制度についての申し合わせ事項（日本泌尿器科学会ウェブサイト：https://www.urol.or.jp/specialist/system/rule.html）に準じます。
また、専門研修プログラムの移動は、移動前・後の両プログラム統括責任者の話し合いで行ってください。ただし、移動の内容に関しては日本泌尿器科学会事務局まで連絡してください。

17. 専門研修プログラムの改善方法

東京医科大学泌尿器科専門研修プログラムでは、指導医、専攻医からの双方向的なフィードバックによりプログラム自体を継続的に改善していきます。またサイトビジット等を通じて外部評価を定期的に受け内容を反映していくことも重要です。最後に専攻医の安全を確保するため、研修施設において重大な問題が生じた場合は研修プログラム総括責任者に直接連絡を取り、場合により臨時の研修管理委員会にて対策を講じる機会を設けることとします。

18. 専門研修に関するマニュアルおよび研修記録簿について

研修実績および評価の記録
研修記録簿に記載し、指導医による形成的評価、フィードバックを受けます。
研修プログラム管理委員会にて、専攻医の研修履歴（研修施設、期間、担当した専門研修指導医）、研修実績、研修評価を保管します。さらに専攻医による専門研修施設および専門研修PGに対する評価も保管します。

19. 専攻医の募集および採用方法

東京医科大学泌尿器科専門研修プログラム管理委員会は、9月初旬を目処に専門研修プログラムを日本泌尿器科学会あるいは東京医科大学泌尿器科のウエブサイトに公布し、泌尿器科専攻医を募集します。プログラムへの応募者は、10月30日までに研修プログラム責任者宛に所定の形式の『東京医科大学泌尿器科専門研修プログラム応募申請書』および履歴書を提出してください。申請書は
(1) 東京医科大学泌尿器科のwebsite（http://team.tokyo-med.ac.jp/hinyo/）よりダウンロード
(2) 電話で問い合わせ(03-3342-6111 内線5739：泌尿器科医局)
(3) e-mailで問い合わせ（momozou@tokyo-med.ac.jp）
のいずれの方法でも結構ですので、プログラムの応募者はプログラム担当者に連絡してください。原則として12月中に書類選考および面接を行い、採否を決定して本人に文書で通知します。応募者および選考結果については12月の大学泌尿器科専門研修プログラム管理委員会において報告します。

研修を開始した専攻医には研修を開始した年度の4月初旬に学会から、専門研修に関する案内が届きますので、内容に従って研修開始宣言を行うようにして下さい。研修開始宣言に必要な事項は以下の4項目です。
日本泌尿器科学会への入会（ホームページから手続き可能です）
JUA academyへのアクセス権の取得（入会後に手続き可能です）
研修開始登録書
初期研修修了の証明（臨床研修修了証・臨床研修修了登録証）

20. 専攻医の修了要件

東京医科大学泌尿器科専門研修プログラムでは以下の全てを満たすことが修了要件です。
(1) 4つのコアコンピテンシー全てに関して、専攻医による自己評価および指導医による指導医評価を行ってください。詳細は研修記録簿の「専門医研修における研修目標（20～29頁）（日本泌尿器科学会ウェブサイト https://www.urol.or.jp/specialist/data/2013objective.pdf に掲載）を参照してください。

1. 泌尿器科専門知識
2. 泌尿器科専門技能
3. 継続的な科学的探求心の涵養
4. 倫理観と医療のプロフェッショナリズム

- 一般的な手術：術者として 50例以上
- 専門的な手術：術者あるいは助手として1領域10例以上を最低2領域かつ合計30例以上
- 経験目標：頻度の高い全ての疾患で経験症例数が各2症例以上
- 経験目標：経験すべき診察・検査等についてその経験数が各2回以上

(2) 教育プログラム・学術集会への参加、業績発表による研修単位の取得：100単位
専門医初回申請に関してはプログラムへの参加から修了までの4年間に100単位の研修取得が必要です。またこのためには日本泌尿器科学会への入会と教育プログラム受講や研修単位管理に必要なJUA Academyに参加しておくことが必要です。
研修単位の詳細に関しては研修記録簿の17-19頁および日本泌尿器科学会ウェブサイト（https://www.urol.or.jp/specialist/system/unit.html）に記載されていますので参照してください。 実際の申請にあたっては研修記録簿の34-37頁に単位取得に関する記録の頁がありますのでここへ記載して提出していただく必要があります。総会や地区総会、卒後教育プログラムなどの参加、受講に関しては、会場での会員カード等による単位登録を忘れないようにしてください。自動登録された研修単位に関しては日本泌尿器科学会のホームページの中の「JUA academy」で自動的に反映されますのでご活用ください。詳細につきましては日本泌尿器科学会のウェブサイトで確認してください。不明な場合は学会事務局内の専門医制度審議会（senmoni@urol.or.jp）までメールでお問い合わせください。

放射線科

2019 年度
東京医科大学病院
放射線科専門研修プログラム

研修施設群

基幹施設　：東京医科大学病院放射線科

連携施設 1 ：東京医科大学茨城医療センター放射線科

連携施設 2 ：東京医科大学八王子医療センター放射線科

連携施設 3 ：戸田中央総合病院放射線科

関連施設　：厚生中央病院放射線科

日本専門医機構
放射線科領域モデル研修プログラム（2017.05.24 承認）準拠

2019 年度
東京医科大学病院
放射線科専門研修プログラム

（放射線科領域専門研修プログラム新整備基準に準拠）

目 次

1. 放射線科領域専門研修の教育方針 1
2. 研修体制 1
3. 専門研修施設群における研修分担 5
4. 募集新規専攻医数 5
5. 専門研修応募者の選考方法 6
6. 研修内容 7
7. 研修方略 11
8. 研修実績の記録 17
9. 研修の評価 19
10. 研修の休止・中断、異動 21
11. 労働環境、労働安全、勤務条件 21

1. 放射線科領域専門研修の教育方針

整備基準 1,2,3

実臨床における放射線科の役割は、X線撮影、超音波検査、CT、磁気共鳴検査（MRI）および核医学検査などを利用する画像診断、画像診断を応用した低侵襲性治療（インターベンショナル・ラジオロジー：IVR）、および放射線を使用して種々の疾患の放射線治療を行うことにあります。

放射線科領域専門制度は、放射線診療・放射線医学の向上発展に資し、医療および保健衛生を向上させ、かつ放射線を安全に管理し、放射線に関する専門家として社会に対して適切に対応し、もって国民の福祉に寄与する、優れた放射線科領域の専門医を育成する制度であることを基本理念としています。そして、放射線診断専門医または放射線治療専門医の育成の前段階として、放射線診断専門医および放射線治療専門医のいずれにも求められる放射線科全般に及ぶ知識と経験を一定レベル以上に有する「放射線科専門医」を育成することを目的としています。

放射線科専門医の使命は、画像診断（X線撮影、超音波検査、CT、MRI、核医学検査等）、IVR、放射性同位元素（RI）内用療法を含む放射線治療の知識と経験を有し、放射線障害の防止に努めつつ、安全で質の高い放射線診療を提供することにあります。

日本医学放射線学会が認定し日本専門医機構が承認した放射線科専門研修プログラム新整備基準では、放射線科専門医制度の理念のもと、放射線科専門医としての使命を果たす人材育成を目的として専門研修の到達目標および経験目標を定めています。本研修プログラムでは、研修施設群内における実地診療によって専門研修の到達目標および経験目標を十分に達成できる研修体制の構築に努めていますが、実地診療のみでは経験が不足する一部の研修については、日本専門医機構が認める講習会（ハンズオン・トレーニング等）及び e-learning の活用等によって、その研修を補完します。

2019 年度東京医科大学病院放射線科専門研修プログラムは上記の新整備基準に従い、3 年以上の専門研修により、放射線科領域における幅広い知識と錬磨された技能、ならびに医師としての高い倫理性、コミュニケーション能力およびプロフェッショナリズムを備えた放射線科専門医をめざし、放射線科専攻医（以下、専攻医）を教育します。

2. 研修体制

整備基準 26,27,36

本プログラムは、東京医科大学病院放射線科を専門研修基幹施設として、東京医科大学茨城医療センター、東京医科大学八王子医療センター，戸田中央総合病院を専門研修連携施設、厚生中央病院を専門研修関連施設として加えた専門研修施設群を統括する専門研修プログラムです。専門研修施設群は、専門研修基幹施設との密接な連携を保つことができる二次医療圏から同一都道府県内を基本的な範囲とし、研修内容の質の向上のために基幹施設から指導医が派遣され密接な連携を保っている戸田中央総合病院（同一都道府県外）を加えた 5 つの施設で構成されています。

専門研修プログラム統括責任者は、専門研修基幹施設の責任者（部長、科長など）があたり、プログラム全体について責任を持ちます。専門研修連携施設の指導管理責任者は、各施設の責任者（部長、科長など）があたり、専攻医の研修ならびに労働環境・条件など全般にわたる責任を負います。専門研修プログラム連携施設担当者は、専門研修プログラム管理委員会における各施設の代表者です。指導にあたる専門研修指導医は、放射線科領域における十分な診療経験と教育および指導能力を有する医師であり、日本医学放射線学会認定の研修指導者資格を取得しています。1 名の指導医が指導可能な専攻医数は、総計 3 名以内です。

1）専門研修施設群

整備基準 23,24,31,35

専門研修基幹施設は、専門研修プログラムを管理し、本プログラムに参加する専攻医ならびに専門研修連携施設および専門研修関連施設を統括します。専門研修連携施設は、専門研修基幹施設が定めた本プログラムに基づいて専攻医に専門研修を提供します。専門研修関連施設は、専門研修基幹施設と専門研修連携施設では経験しきれない研修項目を補完します。

なお、専門研修基幹施設は日本医学放射線学会認定総合修練機関、専門研修連携施設は日本医学放射線学会認定総合修練機関、修練機関または特殊修練機関として認定されており、それぞれ放射線科専門研修プログラム新整備基準の専門研修基幹施設、専門研修連携施設の認定基準を満たしています。専門研修関連施設は非認定施設ですが、専門研修基幹施設である東京医科大学病院放射線科の責任のもとで専門研修を委嘱した施設で、研修内容は超音波検査、消化管造影、IVR 等に限られます。

(1) 専門研修基幹施設：東京医科大学病院放射線科

日本医学放射線学会認定総合修練機関
専門研修プログラム統括責任者（指導医）：眞藤和博（放射線主任教授）
専門研修指導責任者（指導医）：吉村真奈
専門研修指導医：佐口徹
専門研修指導医：三上隆二
専門研修指導医：吉村宜高
専門研修指導医：高良憲一
専門研修指導医：白石沙眞
専門研修指導医：鈴木邦仁

専門研修指導医：桝野龍平
専門研修指導医：勇内山大介
専門研修指導医：大高純

(2) 専門研修連携施設：東京医科大学茨城医療センター放射線科

日本医学放射線学会認定修練機関
指導管理責任者（指導医）：菅原信二（放射線科長）
専門研修プログラム連携施設担当者（指導医）：菅原信二（放射線科長）［兼任］
専門研修指導医：田島祐

(3) 専門研修連携施設：東京科大学八王子医療センター放射線科

日本医学放射線学会認定総合修練機関
指導管理責任者（指導医）：朴辰浩（放射線科科長）
専門研修プログラム連携施設担当者（指導医）：朴辰浩（放射線科長）［兼任］
専門研修指導医：大久保充
専門研修指導医（非常勤）：佐口徹

(4) 専門研修連携施設：戸田中央総合病院

日本医学放射線学会認定修練機関
指導管理責任者（指導医）：兼坂直人（放射線科治療部長）
専門研修プログラム連携施設担当者（指導医）：兼坂直人（放射線科治療部長）［兼任］
専門研修指導医：伊藤直紀
専門研修指導医：石川愛巳

(5) 関連施設：厚生中央病院

指導管理責任者（指導医）：若林ゆかり（放射線科部長）

2）専門研修プログラム管理委員会および専門研修プログラム連携施設研修管理委員会

整備基準 34,37,38,39

(1) 放射線科領域専門研修プログラム管理委員会

専門研修基幹施設である東京医科大学病院には、放射線科領域専門研修プログラム管理委員会（以下、専門研修プログラム管理委員会）を設置しています。専門研修プログラム管理委員会は、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、専門研修指導責任者等で構成され、必要に応じて専門研修指導医やメディカルスタッフ（診療放射線技師や看護師等）等に意見を求めます。

専門研修プログラム管理委員会では、専攻医と専門研修プログラム全般を統括的に管理し、専門研修プログラムの継続的改良を行います。専攻医および専門研修指導医から提出される評価報告書にもとづき、専攻医および専門研修指導医に対して必要な助言を行います。また、専門研修プログラム管理委員会における評価に基づいて、専門研修プログラム統括責任者が研修修了の判定を行います。

(2) 放射線科領域専門研修プログラム連携施設研修管理委員会

各専門研修連携施設には、専門研修プログラム管理委員会と連携する放射線科領域専門研修プログラム連携施設研修管理委員会（以下、連携施設研修管理委員会）を設置しています。連携施設研修管理委員会は、指導管理責任者、専門研修指導医等で構成され、必要に応じてメディカルスタッフ（診療放射線技師や看護師等）等に意見を求めます。ただし、専門研修指導医が一人の専門研修連携施設では連携施設研修管理委員会の設置が不要のため、当該指導医が専門研修プログラム連携施設担当者も併任しています。

連携施設研修管理委員会では、専門研修連携施設における専攻医の研修を管理します。連携施設研修管理委員会における評価に基づいて、指導管理責任者は専攻医の研修評価を専門研修プログラム管理委員会に報告します。また、専門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は、連携施設研修管理委員会を通じて専門研修連携施設に伝達されます。

3）前年度(2017 年度)診療実績

整備基準 31

施設名	東京医科大学病院放射線科	東京医科大学茨城医療センター放射線科	東京医科大学八王子医療センター放射線科	戸田中央総合病院放射線科	厚生中央病院放射線科	(合計)
役　割	基幹	連携	連携	連携	関連	5
日本医学放射線学会認定機関	総合修練	修練	総合修練	修練	非認定	
指導医数 *	11	2	2	3	1	19
CT 検査件数 **	53875	17803	26403	33572	0	108932
IVR 施行件数	405	68	287	74	0	679
放射線治療患者数 ***	822	241	355	256	0	1709

(指導医数 * = 各施設の指導医数 ÷ その施設で参加するプログラム数)

(CT 検査件数,IVR 施行件数 ** = 複数プログラムに参加する施設では本プログラムに割り当てることができる数)

(放射線治療患者数 *** = 新規治療患者数と再治療患者数との合計で、複数プログラムに参加する施設では本プログラ

ムに割り当てることができる数）

3. 専門研修施設群における研修分担

整備基準 4,5,6,7

専門研修施設群では、研修施設それぞれの特徴を生かし、専門研修カリキュラムに掲げられた目標に則って放射線科領域専門研修を行います。

- 東京医科大学病院放射線科では、医学一般の基本的知識技術を習得した後、画像診断法（X 線単純撮影、超音波検査、CT、MRI、核医学検査）、IVR、放射線治療ならびに放射線の安全管理の知識を習得します。さらに医師としての診療能力に加え、教育・研究などの総合力を培います。
- 東京医科大学茨城医療センター病院放射線科、東京医科大学八王子医療センターでは、急性期疾患、頻繁に関わる疾病の画像診断、IVR 及び放射線治療に適切に対応できる総合的な診療能力を培い、東京医科大学病院放射線科の研修を補完します。
- 戸田中央総合病院では検査の適応と読影の実際を研修、治療の適応、治療計画、治療の実際を研修し、それぞれ、東京医科大学病院放射線科の研修を補完します。
- 厚生中央病院では超音波検査および消化管造影の手技と読影を研修し、基幹施設と連携施設では経験しきれない項目を補完します。

4. 募集新規専攻医数

整備基準 27,28

2018 年度放射線科専攻医募集定員：5 名

- 直近 5 年間（2013～2017 年度）の放射線科専攻医採用数：16 名

＜付記事項＞

放射線科専攻医募集定員は、専門研修施設群の診療実績および専門研修指導医数等の教育資源の規模ならびに地域の診療体制への配慮により、日本医学放射線学会および日本専門医機構が以下のごとく数値上限を設定しています。本プログラムでは、この基準に基づいて募集定員を決定しています。

【専攻医受入数の上限】

専門研修施設群全体としての単年度当たりの放射線科専攻医受け入れ総数は、専門研修施設群全体の ①専門研修指導医数、②年間 CT 検査件数 / 3000、③年間血管造影・IVR 件数 / 60、および④年間放射線治療件数 / 60 のうち、最も少ない数を上限とします。なお、都市部（東京、神奈川、愛知、大阪、福岡）の都府県に基幹施設がある研修プログラムの場合、原則として、過去の採用実績を基にした専攻医受入数の上限も加わります（過去 5 年の専攻医採用実績の平均値を超えない）。この上限を超えた場合は、年次で調整します。また、都市部の選択に関しては、地域への派遣実績等も考慮して決定されます。

5. 専門研修応募者の選考方法

整備基準 52

東京医科大学病院放射線科専門研修プログラム管理委員会は、放射線科専門研修プログラムを東京医科大学病院放射線科 website（http://rad-tmc.fiw-web.net/）に公表し、放射線科専攻医を募集します。東京医科大学病院放射線科専門研修プログラムへの応募希望者は、プログラム統括責任者宛に所定の「応募申請書」および履歴書等定められた書類を提出してください。専門研修プログラム管理委員会は、書類審査および面接試験により本プログラムの専攻医の採否を決定します。

1）応募資格

整備基準 1,3

- 初期臨床研修を修了した者、もしくは 2019 年 3 月までに修了見込みの者

なお、2019 年 4 月以降に修了見込みの者については、専門研修プログラム統括責任者までお問い合わせください。また、研修開始の要件として、日本医学放射線学会への入会が求められることを申し添えます。

2）応募期間

- 2018 年 8 月 15 日（水）～11 月 30 日（金）予定

ただし、定員に達しない場合は追加募集を行うことがあります。その場合には、東京医科大学病院放射線科 website（http://rad-tmc.fiw-web.net/）にてお知らせします。

3）提出書類

- 東京医科大学病院放射線科専門研修プログラム応募申請書（ダウンロード）
- 履歴書

申請書は東京医科大学病院放射線科 website（http://rad-tmc.fiw-web.net/）よりダウンロードしてください。電話での問い合わせ（03-3342-6111)あるいは e-mail での問い合わせ（radiolo@tokyo-med.ac.jp）でも入手可能です。

4）選考方法

書類審査および面接により選考します。試験の日時・場所等は別途東京医科大学病院放射線科 website（http://rad-tmc.fiw-web.net/）にてお知らせします。

5）書類提出先・問い合わせ先

東京医科大学病院 放射線科　専門研修プログラム統括責任者 宛
〒160-0023　東京都新宿区西新宿 6－7－1
電話：03-3342-6111
E-mail：radiolo@tokyo-med.ac.jp
URL：http://rad-tmc.fiw-web.net/

6）その他

事情により募集期間、試験日時等に変更が生じることがあります。東京医科大学病院放射線科の website（http://rad-tmc.fiw-web.net/）に最新情報を公開しますので、そちらをご確認ください。

6. 研修内容

「放射線科専門研修カリキュラム」は、放射線科専門医の使命を果たすことができる、放射線科全般に及ぶ知識と経験を一定レベル以上に有する専門医を育成するために策定されており、「到達目標」および「経験目標」から構成されます。

到達目標 A には修得すべき専門知識の範囲とレベル、到達目標 B には画像診断、IVR、放射線治療などの技能に関して求められる範囲とレベルが示されています。放射線科領域では知識と技能は重複するところが多く明確な区別ができない項目もありますが、カリキュラムでは認識、理解、知見に関わることは便宜上到達目標 A「専門知識」に分類し、技術的な能力に深く関わるもののみ到達目標 B「専門技能」に分類されています。到達目標 C には医療倫理、医療安全、コミュニケーション能力など、到達目標 D には生涯学習や研究活動などについて修得すべき事項が示されています。知識や技能の要求度はそれぞれの項目において、「知る、説明できる、実践できる」などの述語により示されています。

経験目標 A には画像診断に関して経験することが要求される疾患・病態等、経験目標 B には知識・技能を修得するために必要とされる検査モダリティ、手技ごとの実施数あるいは読影数、経験目標 C には治療等（IVR および放射線治療）に関して経験することが要求される手技・治療法と経験数が示されています。

到達目標および経験目標の概略は以下の通りですが、詳細については「放射線科専門研修カリキュラム」を参照してください。

1）到達目標

(1) 専門知識

整備基準 4

専攻医は、医療の質と安全管理ならびに画像診断法（X 線撮影、超音波検査、CT、MRI、核医学検査）、IVR および放射線治療の知識を修得する必要があります。

A. 医療の質と安全管理
- 放射線診療に必要な放射線の物理作用ならびに生物作用を説明できる。
- 放射線防護の理念と目標について正しく説明できる。
- 放射線診療において医療の質と安全を確保する対応方法を説明できる。

B. 画像診断
- 画像診断の各モダリティ（X 線撮影、超音波検査、CT、MRI、核医学検査）の基本的な原理・特徴を説明できる。
- 画像診断と関連する基本的な解剖、発生、生理を説明できる。
- 代表的疾患について画像所見を説明できる。

C. IVR
- 代表的な血管系・非血管系 IVR について、その意義と適応、手技の概要、治療成績、合併症を説明できる。

D. 放射線治療
- 放射線治療（外照射、密封小線源治療、R I 内用療法）などの特徴と実際を説明できる。
- がん集学的治療に占める放射線治療の役割を理解し、手術ならびに化学療法との併用療法について理論的根拠を説明できる。

(2) 専門技能

整備基準 5

専攻医は放射線障害の防止に努めつつ、画像診断の各検査法と診断ならびに IVR および放射線治療に携わり、安全で質の高い医療を提供する専門技能を修得する必要があります。

A. 画像診断
- 各種画像診断法のなかから、個々の患者に最適な検査法を自分自身で指示できる。
- 撮像された画像について客観的に適切な用語で所見を記載し、検査目的に即した内容でレポートを指導医の下で作成できる。

B. IVR

・ 血管系 IVR について基本的な手技（穿刺、基本的カテーテル操作、圧迫止血等）を指導医の下で実践できる。
・ 非血管系 IVR について適切なガイド（誘導画像検査法）を自分自身で選択できる。

C. 放射線治療
・ 各疾患に対する適切な放射線治療法について理解し、標準的な治療計画を指導医の下で立案できる。

D. 医療の質と安全管理
・ 放射線診療において医療の質と安全を確保する対応策を指導医の下で立案できる。
・ 放射線診療の質の向上のために必要な方策を指導医の下で実行できる。

(3) 医師としての倫理性、社会性など

整備基準 7

放射線科領域専門医としての臨床能力には、医師としての基本的診療能力と放射線科医としての専門的知識・技術が含まれ、これらを身につける必要があります。

・ 患者への接し方に配慮し、患者や医療関係者とのコミュニケーション能力を磨くこと
・ 誠実に、自律的に医師としての責務を果たし、プロフェッショナリストとして周囲から信頼されること
・ 診療記録の的確な記載ができること
・ 患者情報の適切な管理ができること
・ 医の倫理、医療安全等に配慮し、患者中心の医療を実践できること
・ 臨床から学ぶことを通して基礎医学・臨床医学の知識と技術を修得すること
・ 診療放射線技師、看護師、医学物理士、事務職員と協働しチーム医療を実践できること
・ 後進を的確に指導するための能力を修得すること

(4) 学問的姿勢

整備基準 6,30

科学的思考、課題解決型学習、生涯学習、研究などの技能と態度の修得に努め、自己学習の習慣を身につける必要があります。

・ 科学的思考、課題解決型学習、生涯学習、研究などの技能と態度の修得に努める。
・ 医学、医療の進歩に追随すべく常に自己学習し、新しい知識の修得に努める。

・ 将来の医療の発展のために基礎研究・臨床研究にも積極的に関わり、リサーチマインドを滋養する。
・ 常に自分自身の診療内容をチェックし、関連する基礎医学・臨床医学情報を探索し、EBM の実践に努める。
・ 学術集会に積極的に参加して自己学習に努め、自らの研究成果を発表し論文を執筆する。

2）経験目標

(1) 経験すべき疾患・病態

整備基準 8

専攻医は「専門研修カリキュラム」に沿って該当する疾患・病態を経験・学習する必要がありますが、研修内容に偏りがないようにするために幅広い領域の疾患・病態を経験することが求められます。経験とは、「第一読影者として読影レポートを作成し、その後専門研修指導医の確認を経てレポートが発行された読影」、「専門研修指導医とともに実施し、術者もしくは第一助手を務めた検査・手技・IVR」、および「第一立案者として治療計画を立案し、その後指導医の確認を受けた放射線治療」のことです。一人の患者において複数の疾患を対象に画像診断や治療を行った場合には、それぞれの経験症例として申請することができます。専門研修カリキュラムに定める 11 領域 80 疾患群 100 症例のうち、専門研修が満了するまでに 90%以上の症例を経験することを目標とします。

(2) 経験すべき検査・読影

整備基準 9,15

専攻医は放射線科専門医としての知識・技能を習得するために、一定数以上の読影レポート作成および検査の実施経験を積む必要があります。経験とは、「第一読影者として読影レポートを作成し、その後専門研修指導医の確認を経てレポートが発行された読影」ならびに「専門研修指導医とともに実施し、術者もしくは第一助手を務めた検査・手技」のことです。一人の患者において複数の疾患を対象に読影・検査・手技を行った場合には、それぞれの経験症例として申請することができます。モダリティ・手技ごとに下記の件数の読影もしくは手技を経験することが求められます。

モダリティ・手技	目標症例数
X 線単純撮影	400 例
消化管 X 線検査	60 例
超音波検査	120 例
CT	600 例
MRI	300 例

核医学検査	50 例

＜補足＞
・ 研修が不足する可能性のある超音波検査や消化管造影は、専門研修基幹施設の責任の下に専門研修関連施設での研修で補完します。また、実地診療によって経験目標を達成できない場合は、日本専門医機構が認める講習会（ハンズオン・トレーニング等）及び e-learning の活用等によって、不足する研修を補完します。

(3) 経験すべき治療法

整備基準 10,15

専攻医は下記の件数の IVR ならびに放射線治療を経験することが求められます。IVR における経験とは、「専門研修指導医とともに実施し、術者もしくは第一助手を務めた IVR」のことです。また、放射線治療における経験とは、「第一立案者として治療計画を立案し、その後指導医の確認を受けた治療」のことです。一人の患者において複数の疾患を対象に治療を行った場合には、それぞれの経験症例として申請することができます。手技・治療内容によりそれぞれ目標の症例数が設定されているので留意してください。

治療法	経験症例数	内訳	
IVR	30 例	血管系	10 例以上
		非血管系	5 例以上
放射線治療	30 例	脳・頭頸部	4 例以上
		胸部・乳腺	4 例以上
		腹部・骨盤	4 例以上
		骨軟部	4 例以上

＜補足＞
・ 実地診療によって経験目標を達成できない場合は、日本専門医機構が認める講習会（ハンズオン・トレーニング等）の活用等によって、不足する研修を補完します。

7. 研修方略

整備基準 44,45

放射線科専門医の臨床能力として、専門的知識・技能に加え、医師としての基本的診療能力も習得できるよう指導します。専攻医は、「専攻医研修マニュアル」に基づき、「放射線科領域専攻医研修手帳」を携帯し研修を実践することになります。専門研修指導医は、「指導医マニュアル」をもとに指導します。

1）専門研修プログラム制による研修

整備基準 16,25,30

研修はプログラム制で実施し、研修期間は 3 年間以上です。専門研修プログラムにより研修を開始した日をもって研修開始日とします。

専門研修の質を保障し均一化をはかるため、必ず専門研修施設群の複数の施設をローテート研修します。専門研修期間のうち少なくとも 1 年間以上は日本医学放射線学会認定の総合修練機関で専門研修を行うことを必須とします。また、放射線科専門研修プログラム新整備基準では、基幹施設での研修は 6 カ月以上とし、連携施設での研修は 3 ヵ月未満とならないようにすることが定められていますが、本プログラムでは各施設 1 年単位でのローテートを基本としています。専門研修関連施設での研修は、非常勤医師として専門研修基幹施設の管理・責任の下に行われ、常勤医師としてのローテート研修は行いません。

(1) 専門研修 1 年目
・ 知識：放射線科診療に必要な基礎的知識・病態を習得する。
・ 技能：研修指導医の管理のもと、診断や治療に必要な画像検査が実施可能な技能を習得する。
・ 態度：医師として、医の倫理や医療安全に基づいた適切な態度と習慣（基本的診療能力）を身につける。

(2) 専門研修 2 年目・3 年目
・ 知識：放射線科専門医レベルの放射線診断、IVR、放射線治療の知識を 2 年間で習得する。
・ 技能：放射線科専門医レベルの疾患に対し、専門研修指導医の管理のもと、放射線診断、IVR、放射線治療が実施可能な技能を身につけ、必要に応じ専門研修指導医の援助を求める判断力を 2 年間で身につける。

知識、技能は研修コースの相違で段階的に習得できない場合があり、3 年間で確実に習得することを目指します。また、年次ごとの目標は一つの目安であり、研修環境や進捗状況により柔軟に対応します。

専門性を持ちつつ臨床研究活動に携わり、その成果を国内外の学会で発表し、論文を作成します。さらに後輩の指導にもあたり、研究・教育が可能な総合力を培います。また、日本医学放射線学会認定教育講習会を、必要回数、受講します。

3年目までに習得した知識、技術をさらに深化・確実なものとし、放射線科専門医として診療できるよう専門医試験に臨むとともに、サブスペシャリティ領域専門医（放射線診断専門医または放射線治療専門医）の方向性を決定します。

2）研修コース

整備基準 30

研修には以下の3コースが設定されています。どのコースに進むかは希望を聞いた上、相談で決定します。

コース	専攻医1年目	専攻医2年目	専攻医3年目
A	専門研修基幹施設	専門研修基幹施設	専門研修連携施設
B	専門研修基幹施設	専門研修連携施設	専門研修連携施設
C	専門研修基幹施設（大学院・臨床）	専門研修連携施設（大学院・臨床）	専門研修基幹施設（大学院・臨床）

- コースA：専門研修基幹施設を中心に研修する基本的なコースです。基礎・臨床研究を体験できる体制が整っている基幹施設ではリサーチマインドも滋養します。
- コースB：専門研修連携施設を中心に研修するコースです。専門研修基幹施設での1年間の基本研修修了後、専門研修連携施設で臨床医としての実地研修に重点をおきます。専門研修連携施設は原則として1年ごと異動しますが、諸事情により2年間同一施設で研修することもあります。
- コースC：専門医取得と博士号取得を同時に目指すコースです。大学院に進学し、専門研修基幹施設の東京医科大学病院ならびに専門研修連携施設で、臨床現場での研修と臨床系研究および講義を両立しながら博士号取得をめざします。サブスペシャリティ領域の研修も、学位が取得できるまで同様の状況が持続します。

3）研修方法

整備基準 13

専攻医は、専門研修施設群内の施設で専門研修指導医のもとで研修を行います。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、放射線科領域専門研修カリキュラムに基づいたレベルと内容で学習指導をします。

(1) 専門研修基幹施設：東京医科大学病院放射線科

A. 放射線診断

- X線単純撮影、X線造影検査、超音波検査、CT、MRI、核医学検査などの撮像法の意義、適応について十分理解した上で、臨床情報に基づいた適切な撮像法の指示を経験します。
- 疾患および臨床状況に応じて必要とされる読影情報の提供過程を学習します。

- hands-on-trainingとして積極的に超音波検査を経験したり、血管造影の助手やIVR手技の助手を経験します。
- 検査や治療手技のイメージトレーニングや施行後の詳細な記録を実践します。
- 放射線科におけるカンファレンスおよび関連診療科との合同カンファレンス、あるいはキャンサーボード等で、疾患の病態から診断ならびに治療までの過程を学びます。

＜IVR患者の担当＞

外　来

- 診察医に陪席し、外来診察、診断確定に必要な検査、IVRの適応の判断とインフォームド・コンセント取得に至る過程を経験することができます。

病　棟

- 病棟医長のもと指導医との診療チームを構成します。
- 専攻医は指導医のもと担当患者の診察、IVR手技、IVR後の患者管理を習得することができます。
- 病棟回診で受け持ち患者のプレゼンテーションを行い、評価を受けることができます。

B. 放射線治療

- 指導医の下で、診察、診断、治療方針の決定、治療計画の作成、実際の治療、効果判定、有害事象の検討、治療後の経過観察などを経験します。
- 症例について、放射線科におけるカンファレンスおよび関連診療科との合同カンファレンス、あるいはキャンサーボード等で、疾患の病態から治療までの過程を学習します。

＜放射線治療患者の担当＞

外　来

- 診察医に陪席し、外来診察、診断確定に必要な検査、放射線治療の適応とインフォームド・コンセント取得に至る過程を経験することができます。

病　棟

- 病棟医長のもと指導医との診療チームが構成されています。
- 専攻医は指導医のもと担当患者の診察、放射線治療計画、有害事象への対処を習得することができます。

- 毎週の病棟回診で受け持ち患者のプレゼンテーションを行い、評価を受けることができます。

C. 臨床現場以外での研修

整備基準 12,14

- 抄読会や勉強会に参加し、インターネットによる情報検索の方法を学習します。
- 種々の画像検査、IVR、放射線治療計画をトレーニングするシミュレーション設備や教育ビデオなどを活用し研修の充実を図ることができます。
- 日本医学放射線学会認定の学術集会で専門医資格の更新単位を取得可能な講習会等を聴講するとともに、標準的ならびに先進的な画像診断、IVR、放射線治療および最新の医学的知見について積極的に学習します。
- 放射線科関連の学会、学術講演会、セミナーに積極的に参加することができます。
- 医師としての倫理性、社会性あるいは知識を獲得するため、臨床現場を離れて研修施設が主催する講習会や学会主催の教育講演を聴講することができます。
- 年に1回以上筆頭演者として学会発表を行います。
- 年に1編以上筆頭著者で論文を作成することを目標とします。

➢ ***大学院（臨床系）***

- 基本的に日中は大学病院にてフルタイムで研修し、午後5時以降、大学院講義出席、臨床研究、論文作成等を行うことができます。
- 週1日は研究日として、研究および大学院講義を優先します。

週間予定表（数か月ごとに診断部・IVR、核医学、放射線治療をラウンドする。基本的に初めの6か月は診断・IVRを研修する。その後、専攻医数に応じて数か月毎にそれぞれを研修する。）

		月	火	水	木	金	土
診断IVR	午前	放射線カンファレンス IVR or CT or MRI	IVRカンファレンス IVR or CT or MRI or US	乳腺カンファレンス IVR or CT or MRI or US	放射線カンファレンス CT or MRI	脳神経カンファレンス IVR or CT or MRI	抄読会 IVR or CT or MRI
	午後	CT or MRI 甲状腺カンファレンス 呼吸器カンファレンス	CT or MRI or US 呼吸器カンファレンス 消化器カンファレンス	CT or MRI 頭頸部キャンサーボード	CT or MRI	CT or MRI	
核医学	午前	放射線カンファレンス	IVRカンファレンス	乳腺カンファレンス	放射線カンファレンス	脳神経カンファレンス	抄読会 外来診察

		外来診察	外来診察	核医学検査	核医学検査	外来診察	
	午後	核医学治療 甲状腺カンファレンス	核医学検査	核医学治療	核医学検査	核医学治療	
治療	午前	治療検討会 診察	治療検討会 診察	治療検討会 診察	治療検討会 診察	治療検討会 診察	抄読会 治療計画
	午後	治療計画	治療計画 呼吸器カンファレンス 耳鼻咽喉科カンファレンス	治療計画 RALS 頭頸部キャンサーボード	治療計画	小線源治療 治療計画	

(2) 専門研修連携施設

整備基準 11,28,29

A. 東京医科大学茨城医療センター

- 専門研修指導医の下、地域医療の中核病院の勤務医として、第一線の外傷・急性疾患・頻度の高い悪性腫瘍などの画像診断、IVR、ならびに放射線治療を習得することができます。
- 地域の1次・2次・3次医療を担い、地域と連携して地域医療を支えることができます。また、連携施設で研修を積む他領域の専攻医や指導医と密に連携し、後方支援として貢献できる放射線診療を修得することもできます。
- 東京医科大学病院放射線科の症例検討会に月1回参加し学習することができます。
- 必須の講習会を受講し、年に1回以上筆頭演者として学会発表を行うことができます。
- 放射線科関連の学会、学術講演会、セミナーに積極的に参加することができます。
- 病院が実施する医療安全講習会に定期的に参加することができます。

B. 東京医科大学八王子医療センター

- 専門研修指導医の下、地域医療の中核病院の勤務医として、第一線の外傷・急性疾患・頻度の高い悪性腫瘍などの画像診断、IVR、ならびに放射線治療を習得することができます。
- 地域の1次・2次・3次医療を担い、地域と連携して地域医療を支えることができます。また、連携施設で研修を積む他領域の専攻医や指導医と密に連携し、後方支援として貢献できる放射線診療を修得することもできます。
- 東京医科大学病院放射線科の症例検討会に月1回参加し学習することができます。

・ 必須の講習会を受講し、年に１回以上筆頭演者として学会発表を行うことができます。
・ 放射線科関連の学会、学術講演会、セミナーに積極的に参加することができます。
・ 病院が実施する医療安全講習会に定期的に参加することができます。
・ PET を専門研修指導医の下、習得することができます。

C. 戸田中央総合病院

・ 専門研修指導医の下、地域医療の中核病院の勤務医として、第一線の外傷・急性疾患・頻度の高い悪性腫瘍などの画像診断、IVR、ならびに放射線治療を習得することができます。
・ 地域の１次・２次・３次医療を担い、地域と連携して地域医療を支えることができます。また、連携施設で研修を積む他領域の専攻医や指導医と密に連携し、後方支援として貢献できる放射線診療を修得することもできます。
・ 東京医科大学病院放射線科の症例検討会に月１回参加し学習することができます。
・ 必須の講習会を受講し、年に１回以上筆頭演者として学会発表を行うことができます。
・ 放射線科関連の学会、学術講演会、セミナーに積極的に参加することができます。
・ 病院が実施する医療安全講習会に定期的に参加することができます。

(3)専門研修連携施設

厚生中央病院放射線科

・ 専門研修関連施設として、超音波検査および消化管造影の手技と読影を研修し、専門研修基幹施設と専門研修連携施設では研修できなかった項目を補完することができます。基幹施設の責任のもとで、専攻医が必要な研修ができる様に、研修内容を確認し、直接的な指導・助言を放射線科診断専門医が与えます。

8. 研修実績の記録

整備基準 41, 44, 46

専門研修では専攻医の研修実績および評価を以下のように記録します。

1） 専攻医は、専門研修開始時に専攻医登録を基本領域学会である日本医学放射線学会に届け出、日本専門医機構から承認を受けます。
2） 専攻医は、「研修手帳」に以下を記録します。
- 達成度評価：到達目標の自己評価を記録します。
  A. 専門知識

  B. 専門技能
  C. 医師としての倫理性・社会性などの事項
  D. 学問的姿勢
- 研修実績［経験症例記録］（画像診断、IVR、放射線治療）
  A. 画像診断として経験すべき疾患・病態等
  B. 経験すべき検査・読影等
  C. 経験すべき治療等
- 年次別総合評価（中間・年次末）：研修に対する自己評価、専門研修指導医に対する評価、専門研修施設に対する評価、専門研修プログラムに対する評価を記録します。
- 講習会受講記録（医療安全、感染対策、医療倫理、専門医共通講習、日本医学放射線学会主催放射線科領域講習等）
- 学術業績記録（学会発表記録、論文発表記録）
- カンファレンスや抄読会等の出席記録
- その他の記録
・ 研修目標を補完するために受講した講習会や e-learning の受講証明書などのコピーを添付します。

3） 専攻医は、研修実績データを Excel ベース（専攻医研修実績記録フォーマット）で蓄積し、提出を求められた際に患者 ID が連結可能なファイルとして随時対応できるように管理します。
・ 研修実績データ等の管理・蓄積では、個人情報保護に必要な配慮（例えば、連結可能匿名化、パスワード設定、オフラインコンピュータでの管理等）を行います。
4） 専門研修施設の専門研修指導医は、専攻医の研修手帳にて、達成度評価および年次別総合評価の指導者評価、研修実績等の確認・評価を記録します。
5） 3 年間の専攻医の研修実績と評価を記録した研修手帳のコピーおよび講習会・e-learning の受講証明書などのコピーを、専門研修基幹施設に設置した専門研修プログラム管理委員会が最低 5 年間これを管理・蓄積します。
6） 専門研修施設には、日本医学放射線学会が研修記録などの内容について、無作為抽出による実地調査などに対応するために、随時監査できるシステムを構築することが求められます（例：レポーティングシステムによる読影症例の管理、治療 RIS による放射線治療症例の管理など）。
7） 日本医学放射線学会は、専攻医の専門研修に関わる情報を、求めに応じて日本専門医機構に提供します。

9. 研修の評価

整備基準 17〜22, 41

専門研修指導医が達成度評価を適宜行い、専門研修プログラム管理委員会が総括的評価を行い、専門研修プログラム統括責任者が修了評価を行います。

1）達成度評価

(1) フィードバックの方法とシステム

整備基準 17,49,50

A. 専攻医は、到達目標の達成度について、「研修手帳」を用いて最初に自己評価します。
B. 専門研修施設の専門研修指導医は、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口頭あるいは実技で明らかにし、「研修手帳」を用いて達成度評価を適宜行います。
・ 専攻医は、研修実績を１回/月程度の回数で、専門研修指導医の評価とその確認の署名をもらうことになります。
C. 専攻医は、年度の中間と年度修了直後に年次別総合評価を専門研修プログラム管理委員会に報告します。
・ 専門研修指導医および指導管理責任者は、専攻医の評価を年次別総合評価票に記載して、専攻医にフィードバックします。また、看護師などに多職種評価を依頼します。
・ 専攻医は、研修に対する自己評価、専門研修指導医に対する評価、専門研修施設に対する評価、専門研修プログラムに対する評価を記録して、年次別報告票と研修記録簿を専門研修プログラム管理委員会に提出します。
D. 専門研修プログラム統括責任者は、専門研修プログラム管理委員会を開催し、提出された専攻医からの報告票を検討し、次年度の研修内容、研修指導、研修環境、ならびに専門研修プログラムの改善に反映させます。
・ 専門研修プログラム統括責任者は、専攻医の報告内容を匿名化して研修プログラム管理委員会に提出します。
・ 適切な改善が得られないときは、専攻医は放射線科領域研修委員会に評価内容を直接提示することも可能です。

(2) 指導医層のフィードバック法の学習（Faculty Development; FD）

整備基準 18,36

専門研修指導医は、日本医学放射線学会が認定する「専門研修指導者講習会」、FD などの機会にフィードバック法を学び、よりよい専門研修プログラムの作成を目指します。なお、専門研修指導医は、資格継続のため、日本専門医機構または日本医学放射線学会が主催する指導者講習会の参加が義務づけられています。

2）総括的評価

(1) 評価項目・基準と時期

整備基準 19

専門研修プログラム管理委員会は、専攻医の専門研修が満了する第３年度の３月に、到達目標達成度評価、経験症例記録ならびにその他の研修記録・業績目録から専門的知識・技能・態度について総合評価します。

(2) 評価の責任者

整備基準 20

年度毎の年次別総合評価は、専門研修施設の専門研修指導責任者が行い、専門研修プログラム統括責任者が確認します。

３年間の専門研修修了時の総括的総合評価は、専門研修プログラム統括責任者が行います。

(3) 修了判定のプロセス

整備基準 21,53

専門研修修了の最終判定は、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等で構成される専門研修プログラム管理委員会にて、３年間の専門研修が満了する３月に、研修出席日数・プログラムの達成状況などから行われます。

専門研修プログラム統括責任者は、専門研修修了時に研修到達目標のすべてが達成されていることを確認し、総括的総合評価を記載した専門研修修了証明書を専攻医に発行し、その写しを日本専門医機構放射線科領域専門医委員会に提出します。

修了判定に至らなかった専攻医に対しては、年限を延長して研修を行います。

<修了要件>

・ 放射線科領域専門研修カリキュラムの一般目標、到達（経験）目標を修得または経験した者
・ 必要な研修期間をみたすこと
・ 認定された研修プログラム（研修施設、研修指導医）のもとで定められた目標を達成すること
・ 必要な学術業績・講習会受講記録を提出すること
・ 専門研修プログラム管理委員会での最終審査に合格すること

(4) 多職種評価

整備基準 22

医師としての倫理性、社会性の評価判定には、他職種（診療放射線技師、医学物理士、看護師、事務職員など）の医療スタッフなど第三者の意見も達成度評価に取り入れ、専門研修プログラム統括責任者が修了判定にフィードバックします。

10. 研修の休止・中断、異動

整備基準 33

放射線科専門研修中に特別な事情が生じた場合には、原則として以下に示す対応を取ります。

(1) 出産に伴う6ヶ月以内の休暇は、1回までは研修期間にカウントできます。ただし、出産を証明する書類の添付が必要です。
(2) 疾病での休暇は、6ヶ月まで研修期間にカウントできます。ただし、診断書の添付が必要です。
(3) 基幹施設、連携施設および指導医が常勤する関連施設における短時間雇用形態（非常勤）での研修は、6ヶ月まで研修期間にカウントできます。8時間×100日=800時間をもって6ヶ月間として按分計算を行うことにより、研修実績に加算されます。ただし、週30時間以上の短時間雇用形態（非常勤）での研修は、上記の按分計算をする必要はなく、その期間を研修期間にカウントできますが上限は6ヶ月です。
(4) 社会人大学院のように、放射線関連の臨床研修が可能な大学院の場合は、研修期間としてカウントできます。
(5) 留学期間、並びに診療業務のない大学院の期間は、研修期間にカウントできません。
(6) 専門研修プログラムを移動することは、移動前・後専門研修プログラム統括責任者の承認および放射線科領域研修委員会の承認および機構の承認を必要とします。

11. 労働環境、労働安全、勤務条件

整備基準 40

専門研修プログラム統括責任者および指導管理責任者は、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い、専攻医のメンタルヘルスに配慮します。

勤務時間、当直、給与、休日は労働基準法に準じて、専門研修基幹施設および各専門研修連携施設の施設規定に従います。

2018年7月10日

東京医科大学病院
放射線科領域専門研修プログラム統括責任者
齋藤和博

病理診断科



東京医科大学病院
TOKYO MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

東京医科大学
病理専門研修プログラム

Ⅰ　東京医科大学病理専門研修プログラムの内容と特色

○ プログラムの理念

当東京医科大学病院病理診断科を基幹施設とする専門研修プログラムでは、豊富な指導教官による充実した手厚い指導と多彩な症例を経験することにより、安定して確実な診断を行える技能を習得することに重きを置いている。一人の専攻医を常に複数の経験豊富な指導医が直接指導・評価することにより、専攻医の技能習得状況を正確に把握しながら、適切な症例数を偏りのない内容で提供することが可能であり、各専攻医を信頼に足る病理専門医に確実に育てることを目指している。また、本専門研修プログラムでは、専攻医の希望に応じ、種々の臓器に発生する腫瘍などの人体材料を用いた臨床病理学的・分子病理学的研究も同時に遂行することが推奨され、その指導体制も整っている。

○ プログラムにおける目標

本専門研修プログラムでは、診断技能のみならず、臨床検査技師や臨床医との連携や難解症例の扱いを習得することにより、地域基幹病院にて即戦力として活躍することが期待できる一方で、教育者や研究者など幅広い進路に対応できる経験と技能を積むことが可能である。

専攻医は、常に研究心・向上心をもって検討会やセミナーなどに積極的に参加し研鑽を積んで、生涯にわたり自己学習を続けるとともに、自己を正しく認識し、対象がその限界を超えると判断した時は、指導医や専門家の助言を求める判断力が要求される。設備や機器についても知識と関心を持ち、病理解剖（以下：剖検）室や病理検査室などの管理運営に支障がでないよう対処する必要がある。

○ プログラムの実施内容

本プログラムの基幹施設である東京医科大学病院は、丸ノ内線西新宿駅前の超高層ビル街の一角に位置する新宿区内の代表的な都会型大規模中核病院である。当院は全国の大学病院の中でも突出して病理専門医・指導医数が多く、かつ様々な分野（臓器）の病理診断に精通したベテランの専門家が揃っている。病理組織検体数（年間約 15,000 件）や細胞診検体数（年間約 25,000 件）も非常に多く、また当院病理診断科では、全臓器のあらゆる疾患を偏りなく取り扱っており、研修を行うのに極めて適している。さらに、臨床各科との交流が盛んで、CPC を含めた病理診断科内外とのカンファレンスも定期的に多数行っている。2019 年には現在と同一の敷地内に新病院がオープンする予定で、充実した環境における手厚い親身の指導を約束する。

1．経験できる症例数と疾患内容

本専門研修プログラムでは、組織診断や迅速診断に関しては受験資格要件となる症例数の 2 倍以上の症例を経験することができる。また、不足が懸念される剖検症例に関しては、経験症例数の少ない専攻医に優先的に割り当てたり、基幹施設以外にも剖検を経験できる連携病院を有効活用することにより十分な症例数を用意することが可能である。

疾患の内容としても、基幹施設である東京医科大学病院は言うに及ばず、組織診断が年間 10,000 件を超える大規模病院（日本医科大学付属病院、東京慈恵会医科大学附属病院、聖路加国際病院）を含む東京都近郊の中核病院と連携することで豊富な症例を万遍なく経験できる環境が整っている。また、専攻医の年次や習得状況に応じて、これらの病院の中から適切な環境の病院に派遣することにより、基幹施設である東京医科大学では十分に経験できない領域の症例の経験を積むことや人的交流を行うことも可能である。

2．カンファレンスなどの学習機会

本専門研修プログラムでは、個々の症例の診断を通じて知識を蓄積していくことにより、診断に直結した形で学ぶ一方で、各種のカンファレンスや勉強会に参加することにより稀少症例や難解症例に触れる機会が多く設けられている。また、各サブスペシャリティを有する病理専門医からのレクチャーにより、より専門的な知識の整理・習得が可能である。医療安全、院内感染、医療倫理に関する講習会も基幹施設内で開催されている。

3．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）

本専門研修プログラムでは、病理医不在の病院への出張診断（補助）、出張剖検（執刀・補助）、迅速診断、標本運搬による診断業務等の経験を積む機会を用意している。

4．学会などの学術活動

本研修プログラムでは、専攻医は日本病理学会総会における学会発表を必須としている。また、病理診断症例や剖検症例に関しては、報告書を作成するだけでなく、これらの中から学術的に意義深い症例は外部雑誌への投稿を推奨している。さらに、専攻医の希望に応じ、種々の臓器に発生する腫瘍などの人体材料を用いた臨床病理学的・分子病理学的研究も同時に遂行することも可能である。

○ 研修プログラム（スケジュール）

本プログラムでは、基本的に専攻医は後期研修医となり、病理研修と剖検をしながら、適宜研究も行うスタイルとなっている。また、それと同時に大学院生（社会人）になることが推奨される。従って、このスケジュールでは各施設（病院）での研修と大学での研究を並行して進められるために、無理なくプログラムを消化できるような内容の構成となっている。1 年目から充実したプログラムに則って研修をきちんと行い、2 年目、3 年目でも継続してしっかりとした病理研修を行う。

本プログラムにおける施設分類の説明（各施設に関しては連携施設一覧を参照）

基幹施設：東京医科大学病院病理診断科

連携施設 1 群：複数の常勤病理専門指導医と豊富な症例を有しており、専攻医が所属し十分な教育を行える施設

連携施設 2 群：常勤病理指導医がおり、診断の指導が行える施設

連携施設 3 群：病理指導医が常勤していない施設

パターン①

1 年目前半：基幹施設

1 年目後半：基幹施設＋連携施設 1 群（週 1 日）＋連携施設 1～3 群（随時）

2 年目：基幹施設＋連携施設 1 群（週 1 日）＋連携施設 1～3 群（随時）

3 年目：基幹施設＋連携施設 1 群（週 1 日）＋連携施設 1～3 群（随時）

3 年間とも基幹施設主体として、1 年目後半からは連携施設 1 群にて週 1 日研修する。基幹施設にてじっくりと研修を積むことができ、また連携施設 1 群での症例を経験することで不足している研修内容を重点的に行うことが可能となる。1 年目後半以降には随時、連携施設 1～3 群での病理解剖や CPC も担当する。

パターン①－1

パターン①に加えて、2 年目以降の適当な時期に連携施設 1 群において 2～6 ヵ月の研修を行う。この連携施設 1 群での研修は分割して複数の施設での研修を行う事も可能である。

パターン②

1 年目前半：基幹施設

1 年目後半：基幹施設＋連携施設 2 群（週 1 日）＋連携施設 1～3 群（随時）

2 年目：基幹施設＋連携施設 2 群（週 1 日）＋連携施設 1～3 群（随時）

3 年目：基幹施設＋連携施設 2 群（週 1 日）＋連携施設 1～3 群（随時）

3 年間とも基幹施設主体として、1 年目後半からは連携施設 2 群にて週 1 日研修する。基幹施設にてじっくりと研修を積むことができ、また連携施設 2 群での症例を経験することで不足している研修内容を重点的に行うことが可能となる。1 年目後半以降には随時、連携施設 1～3 群での病理解剖や CPC も担当する。

パターン②－1

パターン②に加えて、2 年目以降の適当な時期に連携施設 1 群において 2～6 ヵ月の研修を行う。この 1 群連携施設での研修は分割して複数の施設での研修を行う事も可能である。

パターン③

1 年目前半：基幹施設

1 年目後半：基幹施設＋連携施設 2 群（週 1 日）＋連携施設 1～3 群（随時）

2 年目：連携施設 1 群＋基幹施設（週 1 日）

3 年目：連携施設 1 群＋基幹施設（週 1 日）

2 年目、3 年目は主に連携施設 1 群にて研修を行う。本プログラムを選ぶ際に、連携施設で研修することを目的としていたなど目的意識の強い専攻医に対応するパターンである。2、3 年目も週 1 回は基幹施設に来ることで研修の均質化を図る。1 年目後半には随時、連携施設 1～3 群での病理解剖や CPC も担当する。

パターン④

1 年目前半：基幹施設

1 年目後半：連携施設 1 群＋基幹施設（週 1 日）

2 年目：基幹施設＋連携施設 1 群（週 1 日）＋連携施設 1～3 群（随時）

3 年目：基幹施設＋連携施設 1 群（週 1 日）＋連携施設 1～3 群（随時）

連携病院 1 群を経験できるパターンである。1 年目に基幹施設と連携施設 1 群にて基本的手技を学ぶことにより、より広い視野を身に付けることが期待できる。2 年目以降は随時、連携施設 1～3 群での病理解剖や CPC も担当する。

パターン⑤

1 年目前半：基幹施設

1 年目後半：連携施設 1 群＋基幹施設（週 1 日）

2 年目：基幹施設＋連携施設 2 群（週 1 日）＋連携施設 1～3 群（随時）

3 年目：基幹施設＋連携施設 2 群（週 1 日）＋連携施設 1～3 群（随時）

連携病院 1 群 2 群を経験できるパターンである。1 年目に基幹施設と連携 1 群施設にて基本的手技を学ぶことにより、より広い視野を身に付けることが期待できる。2 年目からは随時、連携施設 1～3 群での病理解剖や CPC も担当する。

パターン⑥

転向者向け（他の基本領域専門医資格保持者が病理専門研修を開始する場合に限定した対応パターン）

1 年目：連携施設＋基幹施設（週 1 日以上）

2 年目：連携施設＋基幹施設（週 1 日以上）

3 年目：連携施設＋基幹施設（週 1 日以上）

○ 研修連携施設

1．専門医研修基幹病院および研修連携施設の一覧

施設名	担当領域	施設分類	病床数	専任病理医	病理専門医	剖検数	組織診	迅速診	細胞診
東京医科大学病院	組織(生検、手術)、迅速、剖検、細胞診	基幹施設	1015	16	14	42 (39)	15552	860	23788
東京医科大学八王子医療センター	組織(生検、手術)、迅速、剖検、細胞診	連携施設1群	610	2	2	12	6828	393	7792
日本医科大学病院	組織(生検、手術)、迅速、剖検、細胞診	連携施設1群	897	8	7	36 (1)	15701	402	12006
東京慈恵会医科大学附属病院	組織(生検、手術)、迅速、剖検、細胞診	連携施設1群	1073	7	6	30 (1)	16615	610	14872
日本大学医学部附属板橋病院	組織(生検、手術)、迅速、剖検、細胞診	連携施設1群	1037	10	9	70 (1)	12298	539	16193
弘前大学医学部附属病院	組織(生検、手術)、迅速、剖検、細胞診	連携施設1群	634	7	7	19 (0)	8420	436	7413
聖路加国際病院	組織(生検、手術)、迅速、剖検、細胞診	連携施設1群	520	4	3	35 (1)	17312	1046	33975
帝京大学ちば総合医療センター	組織(生検、手術)、迅速、剖検、細胞診	連携施設1群	517	3	3	10 (4)	4500	120	8000
さいたま赤十字病院	組織(生検、手術)、迅速、剖検、細胞診	連携施設1群	632	2	6	14 (1)	6005	336	6240
東京医科大学茨城医療センター	組織(生検、手術)、迅速、剖検、細胞診	連携施設2群	501	2	1	4 (2)	4505	180	3886

戸田中央総合病院	組織(生検、手術)、迅速、細胞診	連携施設2群	492	3	3	17 (1)	4566	107	3100
JCHO 船橋中央病院	組織(生検、手術)、迅速、剖検、細胞診	連携施設2群	464	1	1	7 (1)	6048	11	7588
国保直営総合病院君津中央病院	組織(生検、手術)、迅速、剖検、細胞診	連携施設2群	661	1	1	7	7535	144	6509
厚生中央病院	組織(生検、手術)、迅速、剖検、細胞診	連携施設3群	320	0	2	4	4463	8	7962

※（ ）内は本プログラムに投入される教育資源数です

2．専門研修施設群の地域とその繋がり

東京医科大学病院病理診断科の専門研修施設群は東京都内および関東近県の施設群である。施設の中には、地域中核病院が入っている。

本研修プログラムの専門研修施設群における剖検症例数の合計は、年平均約 73 症例、病理専門指導医数は 14 名在籍していることから、7 名（年平均 2.5 名）の専攻医を受け入れ可能である。

本研修プログラムでは、十分に耐えうる技能を有していると判断された専攻医は、地域に密着した地域中核病院へ非常勤医あるいは常勤医として派遣される。そこでは、地域医療の中で病理診断の持つべき意義を理解した上で診断の重要さや、自立して責任を持って行動することを学ぶ機会とする。

本研修プログラムでは、連携施設に派遣された際にも週 1 回以上は基幹施設である東京医科大学病院病理診断科において、各種カンファレンスや勉強会に参加することを義務づけている。

○研修カリキュラム

1．東京医科大学病院病理診断科

i．組織診断

本研修プログラムの基幹施設である東京医科大学では、研修中は月毎に組まれる病理診断科の日替わり当番に組み込まれる。当番には、手術生検体の処理や固定・切出・生検と手術検体の組織診断・迅速診断、細胞診、および剖検の 3 種類があり、それぞれの研修内容が規定されている。研修中の指導医は固定せず、その日の指導には、切出・生検および手術検体組織診断・迅速診断に一人、細胞診に一人、剖検に一人の計三人の指導医が割り当てられている。各当番の回数は、専攻医の習熟度や状況に合わせて調節され、無理なく研修を積むことが可能である。

各臨床科とは週 1 回～月 1 回のカンファレンスが組まれており、担当症例は専攻医が発表・討論することにより、病態と診断過程を深く理解し、診断から治療に至る計画作成の理論を学ぶことができる。

ii．剖検症例

剖検に関しては、約半年程度で見学から助手を経験させ、その後専攻医の習熟度を評価しながら執刀医を担当させる。その後も適宜助手として参加させることにより、頭部・骨盤・脳・脊髄の円滑な検索が可能な技能を習得できるようにする。執刀症例は全例臨床病理カンファレンスの対象となる。

iii．学術活動

病理学会や学術集会の開催日は専攻医を当番から外し積極的な参加を推奨している。また、

週に一回診断勉強会を開き、症例や最新トピックスを診断医が共有する機会を設けている。

iv．自己学習環境

基幹施設である東京医科大学では、専攻医マニュアル（研修すべき知識・技術・疾患名リスト）p.9 以降に記載されている疾患、病態を対象として、疾患コレクションを随時収集しており、専攻医の経験できなかった疾患を補える体制を構築している。

v．1 日の過ごし方

	生検当番	切出当番日	剖検当番日	当番外
午前	生検診断、細胞診	手術検体切出	剖検（待機中は手術材料診断など）	手術検体診断 剖検症例診断 カンファレンス準備 研究 など
	（随時）迅速診断、生検体処理			
午後	指導医による診断内容チェック	手術検体切出		
	（随時）迅速診断、生検体処理	生検診断と指導医によるチェック		
	カンファレンス参加			

vi．週間予定表

月曜日　医局会、臨床病理カンファレンス（月 1 回）、皮府科カンファレンス、腎臓内科カンファレンス（月 1 回）、医療安全会議（月 1 回）
火曜日
水曜日　乳腺科カンファレンス
木曜日　血液内科カンファレンス（2 ヶ月に 1 回）
金曜日
土曜日　病理診断科内教育・稀少例検討会
＊細胞診勉強会（月 1 回、曜日不定）、呼吸器内科カンファレンス（月 1～2 回）、肝生検カンファレンス（月 2 回）

vii．年間スケジュール

3 月　送別会
4 月　歓迎会
　日本病理学会総会
6 月　日本臨床細胞学会総会春期大会
7 月　納涼会
8 月　病理専門医試験
10 月　慰霊祭
　6 大学ボーリング大会
11 月　日本病理学会秋期特別総会、日本臨床細胞学会秋期大会

　細胞診専門医試験
12 月　忘年会

○ 研　究

本研修プログラムでは基幹施設である東京医科大学におけるミーティングや抄読会などの研究活動に参加することが推奨されている。また、診断医として basic な技能を習得したと判断される専攻医は、指導教官のもと研究活動にも参加できる。なお、本研修プログラムで習得できる研究内容は、多岐にわたるが、基本的には病理診断学を基盤とした、臨床病理学的および分子病理学的解析によるもので、種々の臓器に発生する主に腫瘍の人体材料を研究対象としており、指導医全員が親身になって指導する体制が確立している。

○ 評　価

本プログラムでは各施設の評価責任者とは別に専攻医それぞれに基幹施設に所属する担当指導医を配置する。各担当指導医は 1～3 名の専攻医を受け持ち、専攻医の知識・技能の習得状況や研修態度を把握・評価する。

半年ごとに開催される専攻医評価会議では、担当指導医はその他各指導医から専攻医に対する評価を集約し、施設評価責任者に報告する。

○ 進　路

研修終了後 1 年間は基幹施設において、診療、研究、教育に携わりながら、研修中に不足している内容を習得する。その後も引き続き基幹施設において、病理診断サブスペシャリティ領域の確立、さらには研究の発展、指導者としての経験を積むことを原則としている。その時の状況によっては、基幹施設のスタッフ（助教）としての道も開かれている。また、本人の希望などを踏まえ、留学や連携施設の専任病理医として活躍することも可能である。

○ 労働環境

1．勤務時間

平日 9 時～17 時が基本だが、専攻医の担当症例診断状況によっては、時間外の業務も行うことがある。

2．休日

土曜日（第 2，4）、日曜日、祭日は原則として休日だが、2 ヶ月に 1 回程度土日祝日の剖検当番がある。

3．給与体系

基幹施設に所属する際には後期研修医として給与の支払いがある。また、連携施設からも給与が支払われる一方で、大学院生（社会人）を兼ねる場合には学費（年間 40 万円）を支払う必要がある。

○ 運　営

1．専攻医受入数

本研修プログラムの専門研修施設群における剖検症例数の合計は、年平均 73 症例、病理専門指導医数は 14 名（病理専門医数：65 名）在籍していることから、7 名（年平均 2.5 名）の専攻医を受け入れ可能である。

2．運営体制

本研修プログラムの基幹施設である東京医科大学病院病理診断科においては、9 名の病理専門研修指導医（病理専門医数：14 名）が所属している。

3．プログラム役職の紹介

i．プログラム統括責任者

長尾 俊孝

所属：東京医科大学人体病理学分野主任教授（病院病理診断科部長）
資格：病理専門医・研修指導医
　細胞診専門医・教育研修指導医
略歴：弘前大学医学部卒（1991 年）・千葉大学大学院修了（1995 年）
　帝京大学医学部市原病院病理部助手・講師（1995 年）
　東京医科大学人体病理学分野講師・准教授（2001 年）
　米国 Mayo Clinic へ留学（2002 年）
　現職（2009 年）

黒田 雅彦

所属：東京医科大学分子病理学分野主任教授（病院病理診断科兼務）
資格：病理専門医・研修指導医
略歴：東京医科大学卒（1989 年）・東京大学大学院医学系研究科修了（1993 年）
　東京大学医学部病理学教室文部教官助手（1993 年）
　米国 New York University, Skirball Institute へ留学（1986 年）
　東京医科大学分子病理学分野講師・准教授（1998 年）
　現職（2009 年）

松林 純

所属：東京医科大学人体病理学分野准教授（病院病理診断科副部長）
資格：病理専門医・研修指導医
　細胞診専門医・教育研修指導医
略歴：東京医科大学卒（1996 年）
　東京医科大学人体病理学分野助教・講師（2001 年）
　仏国・分子生物学研究所・国立科学研究センター（IBMC・CNRS）へ留学（2010 年）
　現職（2012 年）

ii．施設評価責任者

・東京医科大学病院：長尾 俊孝
・東京医科大学八王子医療センター：平野 博嗣
・日本医科大学付属病院：清水 章
・東京慈恵会医科大学附属病院：池上 雅博
・日本大学医学部附属板橋病院：増田しのぶ
・弘前大学医学部附属病院：黒瀬 顕
・聖路加国際病院：鈴木 高祐
・帝京大学ちば総合医療センター：石田 康生
・さいたま赤十字病院：安達 章子
・東京医科大学茨城医療センター：森下 由紀雄
・戸田中央総合病院：木口 英子
・JCHO 船橋中央病院：小松 悌介
・国保直営総合病院君津中央病院：井上 泰
・厚生中央病院：黒田 雅彦

Ⅱ　病理専門医制度共通事項

1．病理専門医とは

① 病理科専門医の使命

病理専門医は病理学の総論的知識と各種疾患に対する病理学的理解のもと、医療における病理診断（剖検、手術標本、生検、細胞診）を的確に行い、臨床医との相互討論を通じて医療の質を担保するとともに患者を正しい治療へと導くことを使命とする。また、医療に関連するシステムや法制度を正しく理解し社会的医療ニーズに対応できるような環境作りにも貢献する。さらに人体病理学の研鑽および研究活動を通じて医学・医療の発展に寄与するとともに、国民に対して病理学的観点から疾病予防等の啓発活動にも関与する。

② 病理専門医制度の理念

病理専門医制度は、日本の医療水準の維持と向上に病理学の分野で貢献し、医療を受ける国民に対して病理専門医の使命を果たせるような人材を育成するために十分な研修を行える体制と施設・設備を提供することを理念とし、このために必要となるあらゆる事項に対応できる研修環境を構築する。本制度では、専攻医が研修の必修項目として規定された「専門医研修手帳」に記された基準を満たすよう知識・技能・態度について経験を積み、病理医としての基礎的な能力を習得することを目的とする。

2．専門研修の目標

① 専門研修後の成果（Outcome）

専門研修を終えた病理専門医は、生検、手術材料の病理診断、病理解剖といった病理医が行う医療行為に習熟しているだけでなく、病理学的研究の遂行と指導、研究や医療に対する倫理的事項の理解と実践、医療現場での安全管理に対する理解、専門医の社会的立場の理解等についても全般的に幅広い能力を有していることが求められる。

② 到達目標

ⅰ知識、技能、態度の目標内容

参考資料：「専門医研修手帳」p. 11～37

「専攻医マニュアル」p. 9～「研修すべき知識・技術・疾患名リスト」

ⅱ知識、技能、態度の修練スケジュール［整備基準 3-④］

研修カリキュラムに準拠した専門医研修手帳に基づいて、現場で研修すべき学習レベルと内容が規定されている。

Ⅰ．専門研修１年目　・基本的診断能力（コアコンピテンシー）、・病理診断の基本的知識、技能、態度（Basic/Skill level Ⅰ）

Ⅱ．専門研修２年目　・基本的診断能力（コアコンピテンシー）、・病理診断の基本的知識、技能、態度（Advance-1/Skill level Ⅱ）

Ⅲ．専門研修３年目　・基本的診断能力（コアコンピテンシー）、・病理診断の基本的知識、技能、態度（Advance-2/Skill level Ⅲ）

ⅲ医師としての倫理性、社会性など

・講習等を通じて、病理医としての倫理的責任、社会的責任をよく理解し、責任に応じた医療の実践のための方略を考え、実行することができることが要求される。

・具体的には、以下に掲げることを行動目標とする。

1）患者、遺族や医療関係者とのコミュニケーション能力を持つこと。

2）医師としての資務を自立的に果たし、信頼されること（プロフェッショナリズム）。

3）病理診断報告書の的確な記載ができること。

4）患者中心の医療を実践し、医の倫理・医療安全にも配慮すること。

5）診断現場から学ぶ技能と態度を習得すること。

6）チーム医療の一員として行動すること。

7）学生や後進の医師の教育・指導を行うこと、さらに臨床検査技師の育成・教育、他科臨床医の生涯教育に積極的に関与すること。

8）病理業務の社会的貢献（がん検診・地域医療・予防医学の啓発活動）に積極的に関与すること。

③ 経験目標

ⅰ経験すべき疾患・病態

参考資料：「専門医研修手帳」と「専攻医マニュアル」　参照

ⅱ解剖症例

主執刀者として独立して実施できる剖検 30 例を経験し、当初２症例に関しては標本作製（組織の固定、切り出し、包埋、薄切、染色）も経験する。

ⅲその他細目

現行の受験資格要件（一般社団法人日本病理学会、病理診断に関わる研修についての細則第２項）に準拠する。

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）

地域医療に貢献すべく病理医不在の病院への出張診断（補助）、出張解剖（補助）、テレパソロジーによる迅速診断、標本運搬による診断業務等の経験を積むことが望ましい。

ⅴ学術活動

・人体病理学に関する学会発表、論文発表についての経験数が以下のように規定されている。人体病理学に関する論文、学会発表が３編以上。

(a) 業績の３編すべてが学会発表の抄録のみは不可で、少なくとも１編がしかるべき雑誌あるいは"診断病理"等に投稿発表されたもので、少なくとも１編は申請者本人が筆頭であること。

(b) 病理学会以外の学会あるいは地方会での発表抄録の場合は、申請者本人が筆頭であるものに限る。

(c) 3 編は内容に重複がないものに限る。

(d) 原著論文は人体病理に関するものの他、人体材料を用いた実験的研究も可。

3．専門研修の評価

①研修実績の記録方法

研修手帳の「研修目標と評価表」に指導医が評価を、適時に期日を含めた記載・押印して蓄積する。

「研修目標と評価表」の p. 30～「Ⅲ. 求められる態度」ならびに推薦書にて判断する。医者以外の多職種評価も考慮する。最終評価は複数の試験委員による病理専門医試験の面接にて行う。

参考資料：「専門医研修手帳」

②形成的評価

1)　フィードバックの方法とシステム

・評価項目と時期については専門医研修手帳に記載するシステムとなっている。

・具体的な評価は、指導医が項目ごとに段階基準を設けて評価している。

・指導医と専攻医が相互に研修目標の達成度を評価する。

・具体的な手順は以下の通りとする。

1）専攻医の研修実績および評価の報告は「専門医研修手帳」に記録される。

2）評価項目はコアコンピテンシー項目と病理専門知識および技能、専門医として必要な態度である。

3）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）

・指導医は指導医講習会などの機会を利用してフィードバック法を学習し、より良い専門医研修プログラムの作成に役立てる。FD での学習内容は、研修システムの改善に向けた検討、指導法マニュアルの改善に向けた検討、専攻医に対するフィードバック法の新たな試み、指導医・指導体制に対する評価法の検討、などを含む。

③総括的評価

1)　評価項目・基準と時期

修了判定は研修部署（施設）の移動前と各年度終了時に行い、最終的な修了判定は専門医研修手帳の到達目標とされた規定項目をすべて履修したことを確認することによって行う。

2)　評価の責任者

・年次毎の各プロセスの評価は当該研修施設の指導責任者が行う。

・専門研修期間全体を総括しての評価は研修基幹施設のプログラム総括責任者が行う。

3)　修了判定のプロセス

研修基幹施設は、各施設での知識、技能、態度それぞれについて評価を行い、総合的に修了判定を可とすべきか否かを判定し、プログラム統括責任者の名前で修了証を発行する。知識、技能、態度の項目の中に不可の項目がある場合には修了とはみなされない。

4)　他職種評価

検査室に勤務するメディカルスタッフ（細胞検査士含む臨床検査技師や事務職員など）から毎年度末に評価を受ける。

4．専門研修プログラムを支える体制と運営

① 運営

専攻医指導基幹施設である東京医科大学病院病理診断科には、統括責任者（委員長）をおく。専攻医指導連携施設群には、連携施設担当者を置く。

② 基幹施設の役割

研修基幹施設は専門研修プログラムを管理し、当該プログラムに参加する専攻医および連携施設を統括し、研修環境の整備にも注力する。

③ プログラム統括責任者の基準、および役割と権限

病理研修プログラム統括責任者は専門医の資格を有し、かつ専門医の更新を２回以上行っていること、指導医となっていること、さらにプログラムの運営に関する実務ができ、かつ責任あるポストについていることが基準となる。また、その役割・権限は専攻医の採用、研修内容と修得状況を評価し、研修修了の判定を行い、その資質を証明する書面を発行することである。また、指導医の支援も行う。

④ 病理専門研修指導医の基準

・専門研修指導医とは、専門医の資格を持ち、１ 回以上資格更新を行った者で、十分な診断経験を有しかつ教育指導能力を有する医師である。

・専門研修指導医は日本病理学会に指導医登録をしていること。

⑤ 指導者研修（FD）の実施と記録

指導者研修計画（FD)としては、専門医の理念・目標、専攻医の指導・その教育技法・アセスメント・管理運営、カリキュラムやシステムの開発、自己点検などに関する講習会（各施設内あるいは学会で開催されたもの）を受講したものを記録として残す。

5．労働環境

① 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

・専門研修プログラム期間のうち、出産に伴う６ヶ月以内の休暇は１回までは研修期間にカウントできる。

・疾病での休暇は６ヶ月まで研修期間にカウントできる。

・疾病の場合は診断書を、出産の場合は出産を証明するものの添付が必要である。

・週 20 時間以上の短時間雇用者の形態での研修は３年間のうち６ヶ月まで認める。

・上記項目に該当する者は、その期間を除いた常勤での専攻医研修期間が通算２年半以上必要である。研修期間がこれに満たない場合は、通算２年半になるまで研修期間を延長する。

・留学、診断業務を全く行わない大学院の期間は研修期間にカウントできない。

・専門研修プログラムを移動することは、移動前・後のプログラム統括責任者の承認のみならず、専門医機構の病理領域の研修委員会での承認を必要とする。

6．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

専攻医からの評価を用いて研修プログラムの改善を継続的に行う。「専門医研修手帳」p.38 受験申請時に提出してもらう。なお、その際、専攻医が指導医や研修プログラムに対する評価を行うことで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をシステム改善につなげるプロセス

通常の改善はプログラム内で行うが、ある程度以上の内容のものは審査委員会・病理専門医制度運営委員会に書類を提出し、検討し改善につなげる。同時に専門医機構の中の研修委員会からの評価及び改善点についても考慮し、改善を行う。

③ 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

・研修プログラムに対する外部からの監査・調査に対して、研修基幹施設責任者および連携施設責任者は真摯に対応する。

・プログラム全体の質を保証するための同僚評価であるサイトビジットは非常に重要であることを認識すること。
・専門医の育成プロセスの制度設計と専門医の質の保証に対しては、指導者が、プロフェッショナルとしての誇りと責任を基幹として自立的に行うこと。

7 専攻医の採用と修了

① 採用方法

専門医機構および日本病理学会のホームページに、専門研修プログラムの公募を明示する。時期としては初期研修の後半（10月末）に行う。書類審査とともに随時面接などを行い、あるプログラムに集中したときには、他のプログラムを紹介するようにする。なお、病理診断科の特殊性を考慮して、その後も随時採用する。

② 修了要件

プログラムに記載された知識・技能・態度にかかわる目標の達成度が総括的に把握され、専門医受験資格がすべて満たされていることを確認し、修了判定を行う。最終的にはすべての事項について記載され、かつその評価が基準を満たしていることが必要である。

病理専門医試験の出願資格

（1）日本国の医師免許を取得していること
（2）死体解剖保存法による死体解剖資格を取得していること
（3）出願時3年以上継続して病理領域に専従していること
（4）病理専門医受験申請時に、厚生労働大臣の指定を受けた臨床研修病院における臨床研修（医師法第16条の2第1項に規定）を修了していること
（5）上記（4）の臨床研修を修了後、日本病理学会の認定する研修施設において、3年以上人体病理学を実践した経験を有していること。また、その期間中に病理診断に関わる研修を修了していること。その細則は別に定める。

専門医試験の受験申請に関わる提出書類

（1）臨床研修の修了証明書（写し）
（2）剖検報告書の写し（病理学的考察が加えられていること）　30例以上
（3）術中迅速診断報告書の写し　　50件以上
（4）CPC 報告書（写し）　病理医として CPC を担当し、作成を指導、または自らが作成した CPC 報告書2例以上（症例は（2）の30例のうちでよい）
（5）病理専門医研修指導責任者の推薦書、日本病理学会が提示する病理専門医研修手帳
（6）病理診断に関する講習会、細胞診講習会、剖検講習会、分子病理診断に関する講習会の受講証の写し
（7）業績証明書：人体病理学に関連する原著論文の別刷り、または学会発表の抄録写し3編以上
（8）日本国の医師免許証（写し）
（9）死体解剖資格認定証明書（写し）

資格審査については、病理専門医制度運営委員会が指名する資格審査委員が行い、病理専門医制度運営委員会で確認した後、日本専門医機構が最終決定する（予定）。

上記受験申請が委員会で認められて、はじめて受験資格が得られることとなる。

リハビリテーション科

東京医科大学リハビリテーション科　専門研修プログラム

目次

1.東京医科大学リハビリテーション科専門研修プログラムについて
2.リハビリテーション科専門研修はどのようにおこなわれるのか
3.専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）
4.各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得
5.学問的姿勢について
6.医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて
7.施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方
8.専門研修プログラムの施設群と施設群における専門研修コースについて
9.専門研修の評価について
10. 専門研修プログラム管理委員会について
11. 専攻医の就業環境について
12. 専門研修プログラムの改善方法
13. 修了判定について
14. 専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
15. 専攻医受入数
16. リハビリテーション科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件
17. 専門研修指導医
18. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について
19. 研修に対する訪問調査について
20. 専攻医の採用と修了

1. 東京医科大学リハビリテーション科専門研修プログラムについて

東京医科大学リハビリテーション科専門研修プログラム（以下 PG）は、将来の日本のリハビリテーション医療におけるリーダーシップを果たす人材を育てるため、幅広い経験を、経験豊富な指導医により教育するシステムをポリシーとしています。診療のみならず、リハビリテーションに関する研究や教育においてもリーダーシップを発揮できる人材を育成します。

基幹研修施設である東京医科大学病院は一般 988 床、精神科病棟 27 床の合計 1015 床を持つ特定機能病院で、全ての診療科が高度医療を担っています。また、1015 床の中には救命救急センター(20)　ICU：集中治療室(16)　GCU：回復治療室(14)　NICU：新生児特定集中治療室(12)が含まれております。この病院においてリハビリテーション部門は中央診療部門として 300 名以上の入院患者のリハビリテーション医療に携わっています。疾患の内容は多岐にわたり、研修中に多くの症例を経験することができます。また大学病院として研究にも力を入れており、臨床を行いながら研究活動に参画することもできます。

関連研修施設には、回復期病床をもつリハビリテーション専門病院、児童福祉法に基づく「児童福祉施設」「医療型障害者入所施設」、障害者総合支援法に基づく「療養介護」「生活介護」「短期入所」を実施する施設、および総合病院があります。このため研修プログラムの 3 年間で、大学病院における急性期リハビリテーションの研修、回復期病床における回復期の研修、発達障害を伴った心身障害児（者）を対象とする専門性のあるリハビリテーション医療の研修、総合病院における慢性期から維持期などを包括した一般的なリハビリテーション医療の研修と 4 本柱を中心とした様々なリハビリテーション医療の研修を可能としています。

2. リハビリテーション科専門研修はどのようにおこなわれるのか

1）研修段階の定義：リハビリテーション科専門医は初期臨床研修の 2 年間と専門研修（後期研修）の 3 年間の合計 5 年間の研修で育成されます。

・初期臨床研修 2 年間に、自由選択でリハビリテーション科を選択する場合もあると思いますが、この期間をもって全体での 5 年間の研修期間を短縮することはできません。

・専門研修の 3 年間の 1 年目、2 年目、3 年目には、それぞれ医師に求められる基本的診療能力・態度（コアコンピテンシー）と日本リハビリテーション医学会が定める「リハビリテーション科専門研修カリキュラム以下、研修カリキュラムと略す)」にもとづいてリハビリテーション科専門医に求められる知識・技術の修得目標を設定し、その年度の終わりに達成度を評価して、基本から応用へ、さらに専門医として独立して診療が実践できるまで着実に実力をつけていくように配慮します。

・専門研修期間中に大学院へ進むことも可能です。大学病院において診療登録を行い、臨床に従事しながら臨床研究を進めるのであれば、その期間は専門研修として扱われます。しかし基礎的研究のために診療業務に携わらない期間は、研修期間とはみなされません。

・研修 PG の修了判定には以下の経験症例数が必要です。日本リハビリテーション医学会専門医制度が定める研修カリキュラムに示されている経験すべき症例数を以下に示します。

最低限必要な経験症例数と詳細な疾患群ごとの症例数

（1）脳血管障害・外傷性脳損傷など：15 例　　うち脳血管障害 13 例　外傷性脳損傷 2 例

（2）外傷性脊髄損傷：3 例
（但し、脊髄梗塞、脊髄出血、脊髄腫瘍、転移性脊椎腫瘍等、外傷性脊髄損傷と同様の症状を示す疾患を含めてもよい）

（3）運動器疾患・外傷：22 例　　うち　関節リウマチ 2 例以上　肩関節周囲炎・腱板断裂などの肩関節疾患 2 例以上　変形性関節症(下肢) 2 例以上
骨折 2 例以上　骨粗鬆症 1 例以上　腰痛・脊椎疾患 2 例以上

（4）小児疾患：5 例　うち　脳性麻痺 2 例以上

（5）神経筋疾患：10 例　うち　パーキンソン病 2 例以上（但し、多系統萎縮症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症などを含めてもよい）

（6）切断：3 例

（7）内部障害:10 例　うち呼吸器疾患 2 例以上　心･大血管疾患 2 例以上　末梢血管障害 1 例以上　その他の内部障害 2 例以上

（8）その他：7 例　うち廃用 2 例以上　がん 1 例以上

注 1：必須となっている疾患は、主病名でなく併存病名であっても経験症例として認める。

注 2：必須となっていない疾患についても、できるだけ多くの疾患のリハビリテーションを経験することが望ましい。

2）年次毎の専門研修計画

専攻医の研修は毎年の達成目標と達成度を評価しながら進められます。以下に年次毎の研修内容習得目標の目安を示します。しかし実際には、個々の年次に勤務する施設には特徴があり、その中でより高い目標に向かって研修することが推奨されます。

専門研修 1 年目（SR1）では、指導医の助言・指導の下に、別記の基本的診療能力を身につけるとともに、リハビリテーション科の基本的知識と技能（研修カリキュラムで A に分類されている評価・検査・治療）概略を理解し、一部を実践できることが求められます。

【別記】基本的診療能力（コアコンピテンシー）として必要な事項

1）患者や医療関係者とのコミュニケーション能力を備える
2）医師としての資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）
3）診療記録の適確な記載ができること
4）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
5）臨床の現場から学ぶ技能と態度を修得すること
6）チーム医療の一員として行動すること
7）後輩医師に教育・指導を行うこと

専門研修 2 年目（SR2）では、基本的診療能力の向上に加えて、リハビリテーション関連職種の指導にも参画します。基本的診療能力については、指導医の監視のもと、別記の事項が効率的かつ思慮深くできるようにして下さい。基本的知識・技能に関しては、指導医の監視のもと、研修カリキュラムで A に分類されている評価・検査・治療の大部分を実践でき、B に分類されているものの一部について適切に判断し、専門診療科と連携し、実際の診断・治療へ応用する力量を養うことを目標としてください。指導医は日々の臨床を通して専攻医の知識・技能の習得を指導します。専攻医は学会・研究会への参加などを通して自らも専門知識・技能の習得を図ってください。

専門研修 3 年目（SR3）では、基本的診療能力については、指導医の監視なしでも、別記の事項が迅速かつ状況に応じた対応でできるようにして下さい。基本的知識・技能に関しては、指導医の監視なしでも、研修カリキュラムで A に分類されている評価・検査・治療について中心的な役割を果たし、B に分類されているものを適切に判断し専門診療科と連携でき、C に分類されているものの概略を理解し経験していることが求められます。専攻医は専門医取得に向け、より積極的に専門知識・技能の習得を図り、3 年間の研修プログラムで求められている全てを満たすように努力して下さい。

研修 PG に関連した全体行事の年度スケジュール

月	全体行事予定
4	・SR1：研修開始。 研修医および指導医に提出用資料の配布（東京医科大学ホームページ） ・SR2、SR3、研修修了予定者： 前年度の研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙を提出 ・指導医・指導責任者：前年度の指導実績報告用紙の提出 ・東京医科大学研修 PG 参加病院による 合同カンファレンス（症例検討・予演会　3−4 ケ月に 1 回）
6	・日本リハビリテーション医学会学術集会参加（発表）
7	・東京医科大学研修 PG 参加病院による 合同カンファレンス（症例検討・予演会　3−4 ケ月に 1 回）
9	・日本リハビリテーション医学会関東地方会参加・(発表)
10	・日本リハビリテーション医学会秋季学術集会参加 ・SR1、SR2、SR3： 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（中間報告）
11	・SR1、SR2、SR3： 研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙の提出（中間報告） ・東京医科大学研修 PG 参加病院による 合同カンファレンス（症例検討・予演会　3−4 ケ月に 1 回）
12	・日本リハビリテーション医学会関東地方会参加（発表）
2	・東京医科大学研修 PG 参加病院による 合同カンファレンス（症例検討・予演会　3−4 ケ月に 1 回）

3	・その年度の研修終了 ・SR1、SR2、SR3： 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） ・SR1、SR2、SR3：研修 PG 評価報告用紙の作成（書類は翌月に提出） ・指導医・指導責任者：指導実績報告用紙の作成（書類は翌月に提出） ・日本リハビリテーション医学会関東地方会参加（発表）

3. 専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

1）専門知識

知識として求められるものには、リハビリテーション概論、機能解剖・生理学、運動学、障害学、リハビリテーションに関連する医事法制・社会制度などがあります。詳細は研修カリキュラムを参照してください。

東京医科大学リハビリテーション科専門研修 PG の基幹施設と連携施設それぞれの特徴を生かした症例や技能を広く深く、専門的に学ぶことが出来ます。

2）専門技能（診察、検査、診断、処置、手術・など）

専門技能として求められるものには、リハビリテーション診断学（画像診断、電気生理学的診断、病理診断、超音波診断、その他）、リハビリテーション評価（意識障害、運動障害、感覚障害、言語機能、認知症・高次脳機能）、専門的治療（全身状態の管理と評価に基づく治療計画、障害評価に基づく治療計画、理学療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢、装具・杖・車椅子など、訓練・福祉機器、摂食嚥下訓練、排尿・排便管理、ブロック療法、心理療法、薬物療法、生活指導）が含まれます。それぞれについて達成レベルが設定されています。

詳細は研修カリキュラムを参照してください。

3）経験すべき疾患・病態

研修カリキュラム参照

4）経験すべき診察・検査等

研修カリキュラム参照

5）経験すべき処置等

研修カリキュラム参照

6）習得すべき態度

基本的診療能力（コアコンピテンシー）に関する事項

指導医の監視なしでも、別記基本的診療能力（コアコンピテンシー）として必要な事項が迅速かつ状況に応じた対応でできる

7）地域医療の経験

7. 施設群による研修 PG および地域医療についての考え方　（P13－）

「本医学会における主演者の学会抄録２篇を有すること。２篇のうち１篇は、本医学会地方会における会誌掲載の学会抄録または地方会発行の発表証明書をもってこれに代えることができる。」となっています。

6. 医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などについて

医師として求められる基本的診療能力（コアコンピテンシー）には態度、倫理性、社会性などが含まれています。内容を具体的に示します。

1）患者や医療関係者とのコミュニケーション能力を備える

医療者と患者の良好な関係をはぐくむためにもコミュニケーション能力は必要となり、医療関係者とのコミュニケーションもチーム医療のためには必要となります。基本的なコミュニケーションは、初期臨床研修で取得されるべき事項ですが、障害受容に配慮したコミュニケーションとなるとその技術は高度であり、心理状態への配慮も必要となり、専攻医に必要な技術として身に付ける必要があります。

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る必要があります。

3）診療記録の適確な記載ができること

診療行為を適確に記述することは、初期臨床研修で取得されるべき事項ですが、リハビリテーション科は計画書等説明書類も多い分野のため、診療記録・必要書類を的確に記載する必要があります。

4）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

障害のある患者・認知症のある患者などを対象とすることが多く、倫理的配慮は必要となります。また、医療安全の重要性を理解し事故防止、事故後の対応がマニュアルに沿って実践できる必要があります。

5）臨床の現場から学ぶ態度を修得すること

障害像は患者個々で異なり、それを取り巻く社会環境も一様ではありません。医学書から学ぶだけのリハビリテーションでは、治療には結びつきにくく、臨床の現場から経験症例を通して学び続けることの重要性を認識し、その方法を身につけるようにします。

6）チーム医療の一員として行動すること

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できることが求められます。他の医療スタッフと協調して診療にあたることができるだけでなく、治療方針を統一し、治療の方針を患者に分かりやすく説明する能力が求められます。また、チームとして逸脱した行動をしないよう、時間遵守などの基本的な行動も要求されます。

7）後輩医師に教育一指導を行うこと

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てもらいます。チーム医療の一員として後輩医師の教育・指導も担うのと同時に、他のリハビリテーションスタッフへの教育にも参加して、チームとしての医療技術の向上に貢献にもらいます。教育・指導ができることが、生涯教育への姿勢を醸成することにつながります。

の項を参照ください。

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

チーム医療を基本とするリハビリテーション領域では、カンファレンスは、研修に関わる重要項目として位置づけられます。情報の共有と治療方針の決定に多職種がかかわるため、カンファレンスの運営能力は、基本的診療能力だけでなくリハビリテーション医に特に必要とされる資質となります。

医師および看護師・リハビリテーションスタッフによる症例カンファレンスで、専攻医は積極的に意見を述べ、医療スタッフからの意見を聴き、ディスカッションを行うことにより、具体的な障害状況の把握、リハビリテーションゴールの設定、退院に向けた準備などの方策を学びます。

3～4 ケ月に 1 回、東京医科大学研修 PG 参加病院による合同カンファレンスを開催いたします。症例検討の他、学会・研究会等の予演や報告も行います。専攻医も積極的に発表することが求められ、その準備、発表時のディスカッション等を通じて指導医等から適切な指導を受けるとともに、知識を習得します。

基幹施設では、定期的な勉強会、セミナーを開催いたします。勉強会では、英文の教科書や論文を交代で抄読する他、研究の進捗状況を聞くことができます。連携施設に勤務する専攻医も、これらにできるだけ参加することで、最新の知識や情報を入手するとともに、リハビリテーションに関係する英文教科書や文献を読むことに慣れることができます。

症例経験の少ない分野に関しては、日本リハビリテーション医学会が発行する病態別実践リハビリテーション研修会の DVD などを用いて積極的に学んでください。

日本リハビリテーション医学会の学術集会、地方会学術集会、その他各種研修セミナーなどで、下記の事柄を学んで下さい。また各病院内で実施されるこれらの講習会にも参加してください。

- 標準的医療および今後期待される先進的医療
- 医療安全、院内感染対策
- 指導法、評価法などの教育技能

5. 学問的姿勢について

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臨床上の問題点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るようにしてください。学会に積極的に参加し、基礎的あるいは臨床的研究成果を発表してください。得られた成果は論文として発表して、公に広めると共に批評を受ける姿勢を身につけてください。

リハビリテーション科専門医資格を受験するためには以下の要件を満たす必要があります。

7. 施設群による研修 PG および地域医療についての考え方

1）施設群による研修

本研修 PG では東京医科大学病院リハビリテーション科を基幹施設とし、地域を中心とした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。リハビリテーションの分野は領域を、大まかに 8 つに分けられますが、他の診療科にまたがる疾患が多く、さらに障害像も多様です。急性期から回復期、維持期（生活期）を通じて、1 つの施設で症例を経験することは困難です。このため、複数の連携施設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。また、医師としての基礎となる課題探索能力や課題解決能力は一つ一つの症例について深く考え、広く論文収集を行い、症例報告や論文としてまとめることで身について行きます。このことは大学などの臨床研究のプロセスに触れることで養われます。

施設群における研修の順序、期間等については、個々の専攻医の希望と研修進捗状況、各病院の状況、地域の医療体制等を勘案して、東京医科大学病院リハビリテーション科専門研修 PG 管理委員会が決定します。

2）地域医療の経験

連携施設群では責任をもって多くの症例の診療に当たる機会を経験することにより、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。

8. 研修 PG の施設群と施設群における専門研修コースについて

1）研修 PG の施設群

専門研修基幹施設

東京医科大学病院リハビリテーション科が専門研修基幹施設となります。

専門研修連携施設

連携施設の認定基準は下記に示すとおり 2 つの施設に分かれます。2 つの施設の基準は、日本専門医機構のリハビリテーション科研修委員会にて規定されています。

連携施設

リハビリテーション科専門研修指導責任者と同指導医が常勤しており、リハビリテーション研修委員会の認定を受け、リハビリテーション科を院内外に標模している病院または施設です。

関連施設

指導医が常勤していない等、連携施設の基準を満たさないものをいいます。指導医が定期的に訪問し適切な指導体制を取る施設です。

東京医科大学リハビリテーション科研修 PG の施設群を構成する連携病院は以下の通りです。

【連携施設】

- 東京都立　東大和療育センター
- 戸田中央リハビリテーション病院

【関連施設】

- 東京医科大学　八王子医療センター

2) 施設群における専門研修コースについて

東京医科大学リハビリテーション科研修 PG のコース例を示します。

1 年目は基幹研修施設である東京医科大学病院に於いて指導医とともにリハビリテーション科診療に必要な基礎知識と技術を習得します。

2 年目はさらに東京医科大学病院に於いて、リハビリテーションに関連する各診療科における疾患の治療、診断などの概要を学ぶことができます。他科研修中は、リハビリテーション科医師としての視点を持って他科研修を行うことが望まれます。(リハビリテーション科外来は週 2 日担当)

3 年目は半年間、回復期リハビリテーション病院において主治医となることで、多くの回復期リハビリテーション症例の診療にあたる機会を経験し、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。後期においては基幹研修施設にてリハビリテーション科医師としてチーム医療に主導的な立場で参加し、緩和ケア、NST 等チーム医療におけるリハビリテーション科医師の役割を責任ある立場から実践できることが望まれます。総合病院における研修は主にリハビリテーション対診への対応（評価と処方）、義肢装具の判定・処方などを行うこととします。

東京医科大学リハビリテーション科研修 PG のコース例

	1 年目	
	前期	後期
研修先	基幹研修施設（リハ科）	
到達目標	・指導医とともにリハ科診療に必要な基礎知識と技術を習得する。 （運動器リハ、脳血管リハ、心臓リハ、呼吸リハ、嚥下リハ、がんリハなど） ・人体解剖学教室で研修を行う。	

	2 年目	
	前期	後期
研修先	基幹研修施設 （整形外科） （脳卒中センター） （神経内科）	連携施設 療育センター、あるいは 回復期リハビリテーション病院
到達目標	整形疾患を経験する。 （外来・手術など）	小児疾患を中心に患者の増齢に伴い必要となるリハビリテーションのあり方について経験
	脳卒中を経験する。 神経系変性疾患等を経験する。	する 回復期リハ治療を経験する。

	3 年目	
	前期	後期
研修先	連携施設 療育センター、あるいは 回復期リハビリテーション病院	基幹研修施設、総合病院 特殊外来：血友病、ペイン、 NICU、聴覚障害（人工内耳）、ER
到達目標	小児疾患を中心に患者の増齢に伴い必要となるリハビリテーションのあり方について経験する 回復期リハ治療を経験する。	基幹研修施設にてリハ医としてチーム医療に主導的な立場として参加する。 緩和ケアチーム、NST 等チーム医療におけるリハ医の役割を実践できる。 総合病院における研修は主にリハビリ対診への対応（評価と処方）、義肢装具の判定を行う。外来診療を通して患者の障害を見出し、リハ処方・検討・修正ができる。 がんリハ研修、義肢装具等適合判定医師研修会、緩和ケア研修会に参加する。

以下に上記研修 PG コースでの 3 年間の施設群ローテーションにおいて予想される経験症例分野を示します。

◎豊富な症例数を経験できる
○必要な症例数を経験できる
△研修時期によっては最低限の症例数を経験できない可能性がある
×当院では研修困難

東京医科大学病院リハビリテーション科

急性期を中心に豊富な種類と数の症例を経験できる。

リハビリテーション分野	急性期	回復期 (相当期)	生活期
(1) 脳血管障害、外傷性脳損傷など	◎	△	△
(2) 脊髄損傷、脊髄疾患	◎	△	△
(3) 骨関節疾患、骨折	◎	○	△
(4) 小児疾患		○	
(5) 神経筋疾患		◎	
(6) 切断	○	△	○
(7) 内部障害	◎	△	△
(8) その他(廃用症候群、がん、疼痛性疾患など)	◎	△	○

東京都立東大和療育センターリハビリテーション科

主に急性期病院を退院した後の小児について、染色体異常を中心とした先天性疾患、周産期脳障害、脳炎･脳症などの後天性疾患など、広い領域にわたって経験できます。また、療育センターは小児疾患患者について乳幼児からの成長に伴う変容と、更に老年期に至るまでのまで長い年月に渡る疾患による推移を生活に伴った変化としても捉えることができるため、小児疾患の患者の増齢に伴う将来的に必要なリハビリテーションのあり方についても、短期間の間に経験、実践できます。

リハビリテーション分野	急性期	回復期	生活期
(1) 脳血管障害、外傷性脳損傷など	×	×	×
(2) 脊髄損傷、脊髄疾患	×	×	△
(3) 骨関節疾患、骨折	△	△	△
(4) 小児疾患		◎	
(5) 神経筋疾患		○	
(6) 切断	×	×	×
(7) 内部障害	△	△	○
(8) その他(廃用症候群、がん、疼痛性疾患など)	×	×	△

戸田中央リハビリテーション病院

回復期を中心に豊富な種類と数の症例を経験できる。

リハビリテーション分野	急性期	回復期	生活期
(1) 脳血管障害、外傷性脳損傷など	×	◎	◎
(2) 脊髄損傷、脊髄疾患	×	◎	○
(3) 骨関節疾患、骨折	×	◎	○
(4) 小児疾患		×	
(5) 神経筋疾患		△	
(6) 切断	×	△	△
(7) 内部障害	×	○	○
(8) その他(廃用症候群、がん、疼痛性疾患など)	×	△	△

東京医科大学八王子医療センター

総合病院の外来リハビリテーション診療を通して　患者の障害を見出し、回復期から生活期を通したリハビリテーションの包括的ケアを経験できる。

リハビリテーション分野	急性期	回復期 (相当期)	生活期
(1) 脳血管障害、外傷性脳損傷など	◎	△	○
(2) 脊髄損傷、脊髄疾患	○	△	○
(3) 骨関節疾患、骨折	◎	○	○
(4) 小児疾患		○	
(5) 神経筋疾患		○	
(6) 切断	○	△	○
(7) 内部障害	◎	△	△
(8) その他(廃用症候群、がん、疼痛性疾患など)	◎	△	○

9. 専門研修の評価について

専門研修中の専攻医と指導医の相互評価は施設群による研修とともに専門研修 PG の根幹となるものです。

専門研修 SR の 1 年目、2 年目、3 年目の各々に、基本的診療能力（コアコンピテンシー）とリハビリテーション科専門医に求められる知識・技能の修得目標を設定し、その年度の終わりに達成度を評価します。このことにより、基本から応用へ、さらに専門医として独立して実践できるまで着実に実力をつけていくように配慮しています。

- 指導医は日々の臨床の中で専攻医を指導します。
- 専攻医は経験症例数・研修目標達成度の自己評価を行います。
- 指導医も専攻医の研修目標達成度の評価を行います。
- 医師としての態度についての評価には、自己評価に加えて、指導医による評価、施設の指導責任者による評価、リハビリテーションに関わる各職種から、臨床経験が豊かで専攻医と直接かかわりがあった担当者を選んでの評価が含まれます。

- 専攻医は毎年 9 月末（中間報告）と 3 月末（年次報告）に「専攻医研修実績記録フォーマット」を用いて経験症例数報告書及び自己評価報告書を作成し、指導医はそれに評価・講評を加えます。
- 専攻医は上記書類をそれぞれ 9 月末と 3 月末に専門研修 PG 管理委員会に提出します。
- 指導責任者は「専攻医研修実績記録フォーマット」を印刷し、署名・押印したものを専門研修 PG 管理委員会に送付します。「実地経験目録様式」は、6 ケ月に 1 度、専門研修 PG 管理委員会に提出します。自己評価と指導医評価、指導医コメントが書き込まれている必要があります。「専攻医研修実績記録フォーマット」の自己評価と指導医評価、指導医コメント欄は 6 ケ月ごとに上書きしていきます。
- 3 年間の総合的な修了判定は研修 PG 統括責任者が行います。この修了判定を得ることができてから専門医試験の申請を行うことができます。

10. 専門研修プログラム管理委員会について

基幹施設である東京医科大学病院には、リハビリテーション科専門研修 PG 管理委員会と、統括責任者を置きます。連携施設群には、連携施設担当者と委員会組織が置かれます。東京医科大学リハビリテーション科専門研修 PG 管理委員会は、統括責任者、事務局代表者、および連携施設担当委員で構成されます。

専門研修 PG 管理委員会の主な役割は、①研修 PG の作成　修正を行い、②施設内の研修だけでなく、連携施設への出張、臨床場面を離れた学習としての学術集会や研修セミナーの紹介斡旋、自己学習の機会の提供を行い、③指導医や専攻医の評価が適切か検討し、④研修プログラムの終了判定を行い、修了証を発行する、ことにあります。特に東京医科大学リハビリテーション科専門研修 PG に含まれる連携

施設が、互いの連絡を密にして、各専攻医が適切な研修を受けられるように管理します。

基幹施設の役割

基幹施設は連携施設とともに研修施設群を形成します。基幹施設に置かれた研修 PG 統括責任者は、総括的評価を行い、修了判定を行います。また研修 PG の改善を行います。

連携施設での委員会組織

専門研修連携施設には、専門研修 PG 連携施設担当者と委員会組織を置きます。専門研修連携施設の専攻医が形成的評価と指導を適切に受けているか評価します。専門研修 PG 連携施設担当者は専門研修連携施設内の委員会組織を代表し専門研修基幹施設に設置される専門研修 PG 管理委員会の委員となります。

11. 専攻医の就業環境について

専門研修基幹施設および連携施設の責任者は、専攻医の労働環境改善に努めます。特に女性医師、家族等の介護を行う必要の医師に十分な配慮を心掛けます。

専攻医の勤務時間、休日、当直、給与などの勤務条件については、労働基準法を遵守し、各施設の労使協定に従います。さらに、専攻医の心身の健康維持への配慮、当直業務と夜間診療業務の区別とそれぞれに対応した適切な対価を支払うこと、バックアップ体制、適切な休養などについて、雇用契約を結ぶ時点で説明を行います。

研修年次毎に専攻医および指導医は専攻医研修施設に対する評価も行い、その内容は東京医科大学リハビリテーション科専門研修管理委員会に報告されますが、そこには労働時間、当直回数、給与など、労働条件についての内容が含まれます。

12. 専門研修 PG の改善方法

東京医科大学リハビリテーション科研修PGでは専攻医からのフィードバックを重視して研修PGの改善を行うこととしています。

1) 専攻医による指導医および研修 PG に対する評価

「指導医に対する評価」は、研修施設が変わり、指導医が変更になる時期に質問紙にて行われ、専門研修 PG 連携委員会で確認されたのち、専門研修 PG 管理委員会に送られ審議されます。指導医へのフィードバックは専門研修 PG 管理委員会を通じで行われます。

「研修 PG に対する評価」は、年次ごとに質問紙にて行われ、専門研修 PG 連携委員会で確認されたのち、専門研修 PG 管理委員会に送られ審議されます。PG 改訂のためのフィードバック作業は、専門研修 PG 管理委員会にて速やかに行われます。

専門研修 PG 管理委員会は改善が必要と判断した場合、専攻医研修施設の実地調査および指導を行います。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、毎年 3 月 31 日までに日本専門医機構のリハビリテーション領域研修委員会に報告します。

2) 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

専門研修 PG に対して日本専門医機構からサイトビジット（現地調査）が行われます。その評価にもとづいて専門研修 PG 管理委員会で研修 PG の改良を行います。専門研修 PG 更新の際には、サイトビジットによる評価の結果と改良の方策について日本専門医機構のリハビリテーション科研修委員会に報告します。

13. 修了判定について

3 年間の研修機関における年次毎の評価表　および 3 年間のプログラム達成状況にもとづいて、知識・技能・態度が専門医試験を受けるのにふさわしいものであるかどうか、症例経験数が日本専門医機構のリハビリテーション科領域研修委員会が要求する内容を満たしているものであるかどうか、研修出席日数が足りているかどうかを、専門医認定申請年（3 年目あるいはそれ以後）の 3 月末に研修 PG 統括責任者または研修連携施設担当者が研修 PG 管理委員会において評価し、研修 PG 統括責任者が修了の判定をします。

14. 専攻医が専門研修 PG の修了に向けて行うべきこと

修了判定のプロセス

専攻医は「専門研修 PG 修了判定申請書」を専攻医研修終了の 3 月までに専門研修 PG 管理委員会に送付してください。専門研修 PG 管理委員会は 3 月末までに修了判定を行い、研修証明書を専攻医に送付します。専攻医は日本専門医機構のリハビリテーション科専門研修委員会に専門医認定試験受験の申請を行ってください。

15. 専攻医受入数

毎年 1 名を受入数とします。

各専攻医指導施設における専攻医総数の上限（3 学年分）は、当該年度の指導医数と日本専門医機構のリハビリテーション科研修委員会で決められています。

東京医科大学研修 PG における専攻医受け入れ可能人数は、専門研修基幹施設および連携施設の受け入れ可能人数を合算したものとなります。基幹施設 1 名、プログラム全体では 2 名の指導医が在籍しています。

また病院群の症例数は、専攻医の必要経験数に対しても十分に提供できるものとなっています。

16. リハビリテーション科研修の休止・中断、PG 移動、PG 外研修の条件

1) 出産・育児・疾病・介護・留学等にあっては、研修プログラムの休止・中断期間を除く通算 3 年間で研修カリキュラムの達成レベルを満たせるように、柔軟な専門研修プログラムの対応を行います。

2) 短時間雇用の形体での研修でも通算 3 年間で達成レベルを満たせるように、柔軟な専門研修プログラムの対応を行います。

3) 住所変更等により選択している研修プログラムでの研修が困難となった場合には、転居先で選択できる専門研修プログラムの統括プログラム責任者と協議した上で、プログラムの移動には日本専門医機構内のリハビリテーション科研修委員会への相談等が必要ですが、対応を検討します。

4) 他の研修プログラムにおいて内地留学的に一定期間研修を行うことは、特別な場合を除いて認められません。特別な場合とは、特定の研修分野を受け持つ連携施設の指導医が何らかの理由により指導を行えない場合、臨床研究を専門研修と併せて行うために必要な施設が研修施設群にない場合、あるいは、統括プログラム責任者が特別に認める場合となっています。

5) 留学、臨床業務のない大学院の期間に関しては研修期間として取り扱うことはできませんが、社会人大学院や臨床医学研究系大学院に在籍し、臨床に従事しながら研究を行う期間については、そのまま研修期間に含めることができます。

6) 専門研修 PG 期間のうち、出産・育児・疾病・介護・留学等でのプログラムの休止は、全研修機関の 3 年のうち 6 カ月までの休止・中断では、残りの期間での研修要件を満たしていれば研修期間を延長せずにプログラム修了と認定しますが、6 ケ月を超える場合には研修期間を延長します。

17. 専門研修指導医

リハビリテーション科専門研修指導医は、下記の基準を満たし、日本リハビリテーション医学会ないし日本専門医機構のリハビリテーション科領域専門研修委員会により認められた資格です。

・専門医取得後、3 年以上のリハビリテーションに関する診療・教育・研究に従事していること。但し、通常 5 年で行われる専門医の更新に必要な条件（リハビリテーション科専門医更新基準に記載されている、(①勤務実態の証明、②診療実績の証明、③講習受講、④学術業績・診療以外の活動実績）を全て満たした上で、さらに以下の要件を満たす必要がある。

・　リハビリテーションに関する筆頭著者である論文 1 篇以上を有すること。

・専門医取得後、本医学会学術集会（年次学術集会、専門医会学術集会、地方会学術集会のいずれか）で 2 回以上発表し、そのうち 1 回以上は主演者であること。

・日本リハビリテーション医学会が認める指導医講習会を 1 回以上受講していること。

指導医は、専攻医の教育の中心的役割を果たすとともに、指導した専攻医を評価することとなります。また、指導医は指導した研修医から、指導法や態度について評価を受けます。

指導医のフィードバック法の学習（FD）

指導医は、指導法を修得するために、日本リハビリテーション医学会が主催する指導医講習会を受講する必要があります。ここでは、指導医の役割・堺導内容・フィードバックの方法についての講習を受けます。指導医講習会の受講は、指導医認定や更新のために必須です。

18. 専門研修実績記録システム、マニュアル等について

研修実績および評価の記録

日本リハビリテーション医学会ホームページよりダウンロードできる「専攻医研修実績記録」に研修実績を記載し、指導医による形成的評価、フィードバックを受けます。総括的評価は研修カリキュラムに則り、少なくとも年 1 回行います。

東京医科大学病院にて、専攻医の研修履歴（研修施設、期間、担当した専門研修指導医）、研修実績、研修評価を保管します。さらに専攻医による専門研修施設および専門研修 PG に対する評価も保管します。

研修 PG の運用には、以下のマニュアル類やフォーマットを用います。これらは日本リハビリテーション医学会ホームページよりダウンロードすることができます。

・専攻医研修マニュアル
・指導医マニュアル
・専攻医研修実績記録フォーマット

「専攻医研修実績記録フォーマット」に研修実績を記録し、一定の経験を積むごとに専攻医自身が達成度評価を行い記録してください。少なくとも 1 年に 1 回は達成度評価により、基本的診療能力（コアコンピテンシー）、総論（知識・技能）、各論（8 領域）の各分野の形成的自己評価を行ってください。各年度末には総括的評価により評価が行われます。

指導医による指導とフィードバックの記録

専攻医自身が月分の達成度評価を行い、指導医も形成的評価を行って記録します。少なくとも 1 年に 1 回は基本的診療能力（コアコンピテンシー）、総論（知識・技能）、各論（8 領域）の各分野の形成的評価を行います。評価者は「1：さらに努力を要する」の評価を付けた項目については必ず改善のためのフィードバックを行い記録し、翌年度の研修に役立たせます。

19. 研修に対するサイトビジット（訪問調査）について

専門研修 PG に対して日本専門医機構からのサイトビジットがあります。サイトビジットにおいては研修指導体制や研修内容について調査が行われます。その評価は専門研修 PG 管理委員会に伝えられ、PG の必要な改良を行います。

20. 専攻医の採用と修了

採用方法

東京医科大学リハビリテーション科専門研修 PG 管理委員会は、毎年 6 月から病院ホームページでの広報や研修説明会等を行い、リハビリテーション科専攻医を募集します。研修 PG への応募者は、10 月末までに研修 PG 統括責任者宛に所定の形式の『東京医科大学リハビリテーション科専門研修 PG 応募申請書』および履歴書、医師免許証の写し、保険医登録証の写し、を提出してください。

申請書は

(1) 東京医科大学病院の Website よりダウンロード
(http://hospinfo.tokyo-med.ac.jp/hospinfo/kensyu/shinryo/rihabiri/)
(2) 電話で問い合わせ（03－3342－6111）
(3) e－mail で問い合わせ（ueno-r@tokyo-med.ac.jp）

のいずれの方法でも入手可能です。

原則として 11 月中に書類選考および面接を行い、11 月末までに採否を本人に文書で通知します。

修了について

13. 修了判定について　を参照ください。

救命救急センター

2019年度

東京医科大学病院
TOKYO MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

救急科専門研修プログラム



日本救急医学会

目次

1．　東京医科大学病院救急科専門研修プログラムについて
2．　救急科専門研修の実際
3．　専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）
4．　各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得
5．　学問的姿勢の習得
6．　医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などの習得
7．　施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方
8．　年次毎の研修計画
9．　専門研修の評価について
10．　研修プログラムの管理体制について
11．　専攻医の就業環境について
12．　専門研修プログラムの改善方法
13．　修了判定について
14．　専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと
15．　研修プログラムの施設群
16．　専攻医の受け入れ数について
17．　サブスペシャルティ領域との連続性について
18．　救急科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件
19．　専門研修実績記録システム、マニュアル等について
20．　専攻医の採用と修了

1．　東京医科大学病院救急科専門研修プログラムについて

1. はじめに

① 救急医療では医学的緊急性への対応、すなわち患者が手遅れとなる前に診療を開始することが重要です。

しかし、救急患者が医療にアクセスした段階では緊急性の程度や罹患臓器も不明なため、患者の安全確保には、いずれの病態の緊急性にも対応できる専門医が必要になります。そのためには救急搬送患者を中心に診療を行い、急病、外傷、中毒など原因や罹患臓器の種類に関わらず、すべての緊急性に対応する救急科専門医の存在が国民にとって重要になります。

本研修プログラムの目的は、「国民に良質で安心な標準的医療を提供できる」救急科専門医を育成することです。

② 救急科専門医の社会的資務は、医の倫理に基づき、急病、外傷、中毒など疾病の種類に関わらず、救急搬送患者を中心に、速やかに受け入れて初期診療に当たり、必要に応じて適切な診療科の専門医と連携して、迅速かつ安全に診断・治療を進めることにあります。さらに、救急搬送および病院連携の維持・発展に関与することにより、地域全体の救急医療の安全確保の中核を担うことが使命です。本研修プログラムを修了することにより、このような社会的資務を果たすことができる救急科専門医となる資格が得られます。

2. 本研修プログラムで得られること

専攻医のみなさんは本研修プログラムによる専門研修により、以下の能力を備えることができます。

1) 様々な傷病、緊急度の救急患者に、適切な初期診療を行える。
2) 複数患者の初期診療に同時に対応でき、優先度を判断できる。
3) 重症患者への集中治療が行える。
4) 他の診療科や医療職種と協働し良好なコミュニケーションのもとで診療を進めることができる。
5) 必要に応じて病院前診療を行える。
6) 病院前救護のメディカルコントロールが行える。
7) 災害医療において指導的立場を発揮できる。
8) 救急診療に関する教育指導が行える。
9) 救急診療の科学的評価や検証が行える。
10) プロフェッショナリズムに基づき最新の標準的知識や技能を継続して修得し能力を維持できる。
11) 救急患者の受け入れや診療に際して倫理的配慮を行える。
12) 救急患者や救急診療に従事する医療者の安全を確保できる。

2．　救急科専門研修の実際

専攻医のみなさんには、以下の3つの学習方法で専門研修を行っていただきます。

① 臨床現場での学習

経験豊富な指導医が中心となり救急科専門医や他領域の専門医とも協働して、専攻医のみなさんに広く臨床現場での学習を提供します。

1) 救急診療や手術での実地修練（on-the-job training）
2) 診療科におけるカンファレンスおよび関連診療科との合同カンファレンス
3) 抄読会・勉強会への参加
4) 臨床現場でのシミュレーションシステムを利用した、知識・技能の習得

② 臨床現場を離れた学習

国内外の標準的治療および先進的・研究的治療を学習するために、救急医学に関連する学術集会、セミナー、講演会およびJATEC、JPTEC、ICLS（AHA/ACLSを含む）コースなどのoff-the-job training courseに積極的に参加していただきます（参加費用の一部は研修プログラムで負担いたします）。また、救急科領域で必須となっているICLS（AHA/ACLSを含む）コースが優先的に履修できるようにします。救命処置法

の習得のみならず、優先的にインストラクターコースへ参加できるように配慮し、その指導法を学んでいただきます。また、研修施設もしくは日本救急医学会やその関連学会が開催する認定された法制・倫理・安全に関する講習にそれぞれ少なくとも1回は参加していただく機会を用意いたします。

③ 自己学習

専門研修期間中の疾患や病態の経験値の不足を補うために、日本救急医学会やその関連学会が準備する「救急診療指針」、e-learningなどを活用した学習を病院内や自宅で利用できる機会を提供します。

研修プログラムの実際

本研修プログラムは、各専攻医のみなさんの希望を考慮し、個々の基本モジュールの内容を吟味した上で、基幹施設・連携施設のいずれの施設からの開始に対しても対応できるような研修コースです。

本研修プログラムによる救急科専門医取得後には、サブスペシャルティ領域である「集中治療医学領域専門研修プログラム」に進んだり、救急科関連領域の医療技術向上および専門医取得を目指す臨床研修や、リサーチマインドの醸成および医学博士号取得を目指す研究活動を選択したりすることが可能です。また本専門研修プログラム管理委員会は、基幹研修施設である東京医科大学病院の初期臨床研修管理センターと協力し、大学卒業後2年以内の初期研修医の希望に応じて、将来、救急科を目指すための救急医療に重点を置いた初期研修プログラム作成にもかかわっています。

① 研修期間：研修期間は3年間です。
② 出産、疾病罹患等の事情に対する研修期間についてのルールは「項目18．　救急科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件」をご参照ください。
③ 研修施設群

本プログラムは、研修施設要件を満たした下記の13施設によって行います。

1) 東京医科大学病院（基幹研修施設）
(1) 救急科領域の病院機能：三次救急医療施設（救命救急センター）、災害拠点病院、DMATカー配備、地域メディカルコントロール（MC）協議会中核施設
(2) 指導者：救急科指導医3名、救急科専門医10名、その他の専門診療科医師（麻酔科1名、集中治療科1名、外科1名、精神科1名）
(3) 救急車搬送件数：5297/年
(4) 研修部門：救命救急センター
(5) 研修領域
i. クリティカルケア・重症患者に対する診療
ii. 病院前救急医療（MC・DMATカー）
iii. 心肺蘇生法・救急心血管治療
iv. ショック
v. 重症患者に対する救急手技・処置
vi. 救急医療の質の評価 ・安全管理
vii. 災害医療
viii. 救急医療と医事法制
(6) 研修内容
i. 外来症例の初療：
ii. 入院症例の管理
iii. 病院前診療
(7) 研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による
(8) 給与：基本給20万円/月（＋夜勤手当、超過勤務手当等）
(9) 身分：常勤（後期臨床研修医）
(10) 勤務時間：8:30-17:15
(11) 社会保険：労働保険、健康保険、厚生年金保険、雇用保険を適用
(12) 宿舎：なし
(13) 専攻医室：専攻医専用の設備はないが、救命救急センター内に個人スペース（机、椅子、

棚）が充てられる。
(14) 健康管理：年1回の健康診断。その他各種予防接種。
(15) 医師賠償責任保険：施設限定で適応（任意保険は個人加入とする）
(16) 臨床現場を離れた研修活動：日本救急医学会、日本救急医学会地方会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本集中治療医学会地方会、日本外傷学会、日本中毒学会、日本熱傷学会、日本集団災害医学会、日本病院前診療医学会など救急医学・救急医療関連医学会の学術集会への1回以上の参加ならびに論文投稿費用は全額支給。
(17) 週間スケジュール
週間スケジュールを下記に示します。レクチャーは週に2回程度、モジュール形式で実施しています。

	月	火	水	木	金	土日休
8	7:45-抄読会 Journal club			脳神経カンファ		
	8:30-朝カンファレンス（多職種合同）					
9						
10	9:30-12:00 救命ICU回診 初療					
11						当直医のみ
12	不定期開催;12:30-13:30 ランチョンセミナー（モジュール形式）					09:30- 救命ICU回診・管理 初療
13						
14	救命ICU管理 初療					
15						
				感染症カンファ		
16	当直医へ申し送り			16:30-当直医へ申し送り	当直医へ申し送り	
17	当直医へ勤務交代					

2) 東京警察病院（連携施設）　所在地：東京都中野区中野4丁目22-1)
(1) 救急科領域関連病院機能：地域二次救急医療機関。
(2) 指導者：救急科指導医1名、救急科専門医1名、その他の専門診療科医師（小児科・耳鼻咽喉科・眼科ほか）
(3) 救急車搬送件数：4893/年
(4) 研修部門：救急外来、他専門科外来・病棟（眼科・小児科・耳鼻咽喉科ほか）
(5) 研修領域
i. 一般的な救急手技・処置
ii. 救急症候に対する診療
iii. 急性疾患に対する診療
iv. 外因性救急に対する診療
v. 小児および特殊救急に対する診療
(6) 施設内研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による

3) 目白病院（連携施設）　所在地：東京都新宿区下落合3-22-23）
(1) 救急科領域関連病院機能：地域初期・二次救急医療機関。

(2) 指導者：救急科専門医3名、その他の専門診療科医師（外科・脳外科・整形外科ほか）
(3) 救急車搬送件数：4598/年
(4) 研修部門：救急外来、他専門科外来・病棟（外科・脳外科・整形外科ほか）
(5) 研修領域
i. 一般的な救急手技・処置
ii. 救急症候に対する診療
iii. 急性疾患に対する診療
iv. 外因性救急に対する診療
v. 小児および特殊救急に対する診療
(6) 施設内研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による

4) 厚生中央病院（連携施設）　所在地：東京都目黒区三田1-11-7）
(1) 救急科領域関連病院機能：地域二次救急医療機関。
(2) 指導者：救急科専門医1名，その他の専門診療科医師（外科・整形外科・麻酔科・放射線科・消化器内科・循環器内科ほか）
(3) 救急車搬送件数：2289/年
(4) 研修部門：救急外来、他専門科外来・病棟（外科・整形外科・麻酔科・放射線科・消化器内科・循環器内科ほか）
(5) 研修領域
i. 一般的な救急手技・処置
ii. 救急症候に対する診療
iii. 急性疾患に対する診療
iv. 外因性救急に対する診療
(6) 施設内研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による

5) 春山記念病院（関連施設）　所在地：東京都新宿区百人町1-24-5）
(1) 救急科領域関連病院機能：地域初期・二次救急医療機関。
(2) 指導者：救急科専門医1名、その他の専門診療科医師（集中治療科、脳外科、整形外科）
(3) 救急車搬送件数：3665/年
(4) 研修部門：救急外来，他専門科外来・病棟（内科，外科，整形外科，脳外科ほか）
(5) 研修領域
i. 一般的な救急手技・処置
ii. 救急症候に対する診療
iii. 急性疾患に対する診療
iv. 外因性救急に対する診療
(6) 施設内研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による

6) 大高病院（連携施設）　所在地：東京都足立区島根3-17-8）
(1) 救急科領域関連病院機能：地域初期・二次救急医療機関。
(2) 指導者：救急科専門医2名
(3) 救急車搬送件数：500/年
(4) 研修部門：救急外来，他専門科外来・病棟（内科・外科・精神科ほか）
(5) 研修領域
i. 一般的な救急手技・処置
ii. 救急症候に対する診療
iii. 急性疾患に対する診療
iv. 外因性救急に対する診療
v. 小児および特殊救急に対する診療
(6) 施設内研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による

7) 水戸済生会総合病院（連携施設）　所在地：茨城県水戸市双葉台3-3-10

(1) 救急科領域関連病院機能：三次救急医療施設（救命救急センター）、災害拠点病院
(2) 指導者：救急科指導医1名、救急科専門医7名、その他の専門診療科医師（脳外科、小児科ほか）
(3) 救急車搬送件数：3500/年
(4) 研修部門：救命救急センター
(5) 研修領域
i. 病院前救急医療（ドクターヘリ）
ii. 災害医療
(6) 施設内研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による

8) 戸田中央総合病院（連携施設）　所在地：埼玉県戸田市本町1-19-3
(1) 救急科領域関連病院機能：地域初期・二次救急医療機関。
(2) 指導者：救急科専門医1名
(3) 救急車搬送件数：6000/年
(4) 研修部門：救急外来、他専門科外来・病棟（外科・整形外科・麻酔科・放射線科・消化器内科・循環器内科ほか）
(5) 研修領域
i. 一般的な救急手技・処置
ii. 救急症候に対する診療
iii. 急性疾患に対する診療
iv. 外因性救急に対する診療
(6) 施設内研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による

9) 国立病院機構別府医療センター（連携施設）　所在地：大分県別府市大字内竈1473
(1) 救急科領域関連病院機能：二次救急医療機関、地域災害拠点病院
(2) 指導者：救急科専門医2名、その他の専門診療科医師（形成外科1名、熱傷専門医1名、外科1名）
(3) 救急車搬送件数：2429/年（ドクターヘリ搬入件数：32/年）
(4) 研修部門：救急初療室、救急センター専用病床、特定集中治療室など
(5) 研修領域
i. 病院前救急医療（ドクターヘリ）
ii. 災害医療
(6) 施設内研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による

10) 東京医科大学八王子医療センター（基幹研修施設）　所在地：東京都八王子市館町1163
(1) 救急科領域関連病院機能：三次救急医療施設（救命救急センター）、災害拠点病院
(2) 指導者：救急科専門医5名、その他の専門診療科医師（集中治療科1名、脳外科1名、脳血管IVR医1名）
(3) 救急車搬送件数：4500/年
(4) 研修部門：救命救急センター
(5) 研修領域
i. クリティカルケア・重症患者に対する診療
ii. 病院前救急医療（MC・DMATカー）
iii. 心肺蘇生法・救急心血管治療
iv. ショック
v. 重症患者に対する救急手技・処置
vi. 救急医療の質の評価 ・安全管理
vii. 災害医療
viii. 救急医療と医事法制
(6) 施設内研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による

11) 弘前大学医学部付属病院（基幹研修施設）　所在地：青森県弘前市本町53
(1) 救急科領域関連病院機能：三次救急医療施設（高度救命救急センター）、災害拠点病院
(2) 指導者：救急科指導医2名、救急科専門医4名、その他専門診療医師
(3) 救急車搬送件数：1308/年
(4) 研修部門：救命救急センター
(5) 研修領域
i. 病院前救急医療（ドクターヘリ）
ii. 災害医療
(6) 施設内研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による

12) 東海大学医学部付属病院（基幹研修施設）　所在地：神奈川県伊勢原市下糟屋143
(1) 救急科領域関連病院機能：三次救急医療施設（救命救急センター）、災害拠点病院
(2) 指導者：救急科指導医4名、救急科専門医9名、その他専門診療医師
(3) 救急車搬送件数：7366/年
(4) 研修部門：救命救急センター
(5) 研修領域
i. 病院前救急医療（ドクターヘリ）
ii. 災害医療
(6) 施設内研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による

13) 鹿児島市立病院（基幹研修施設）　所在地：鹿児島市上荒田町37-1
(1) 救急科領域関連病院機能：三次救急医療施設（救命救急センター）、災害拠点病院
(2) 指導者：救急科指導医1名、救急科専門医9名、その他専門診療医師
(3) 救急車搬送件数：3476/年
(4) 研修部門：救命救急センター
(5) 研修領域
i. 病院前救急医療（ドクターヘリ）
ii. 災害医療
(6) 施設内研修の管理体制：救急科領域専門研修管理委員会による

救急科領域の専門研修プログラムでは、医師としてのコンピテンスの幅を広げるために、最先端の医学・医療を理解すること及び科学的思考法を体得することを重視しています。具体的には、専門研修の期間中に臨床医学研究、社会医学研究あるいは基礎医学研究に直接・間接に触れる機会を持つことができるように、研修施設群の中に臨床研究あるいは基礎研究を実施できる体制を備えた施設を含めています。

④ 研修プログラムの基本構成モジュール
基本モジュールごとの研修期間は、重症救急症例の病院前診療・初期診療・集中治療（クリティカルケア）診療部門12か月、ER診療部門12か月に加えて、初期臨床研修における研修領域、あるいは希望領域に応じて外科・整形外科・脳外科のいずれかを3か月、麻酔科・循環器内科・小児科・放射線科のいずれかを3か月の合計6か月の他科研修、クリティカルケア診療部門（希望に応じてドクターヘリ研修・特殊災害医療対応施設研修（3か月まで）を含む）またはER診療部門（希望に応じて眼科・耳鼻科・小児科等の他科研修（3か月まで）を含む）を合計6か月としています。
総括すると下記4つのモジュールが研修プログラムの基本になります。
- クリティカルケア（基幹研修施設6か月以上を含む）12か月
- ER研修12か月
- 初期臨床研修経験と専門医取得以降の修練希望領域に基づいた他科研修6か月
- クリティカルケアまたはER研修6か月（オプションとしてドクターヘリ・特殊災害研修最大3か月まで、眼科・耳鼻科・小児科等の他科研修最大3か月までを含む）

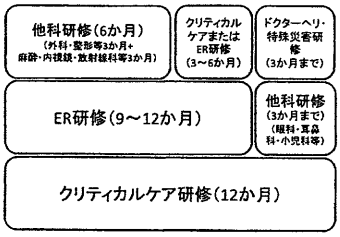


図1　プログラムの概要

⑤　各研修施設で経験可能な項目と経験すべき症例数一覧
別ファイル『経験可能項目』に表示します.

3．　専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

① 専門知識
専攻医のみなさんは救急科研修カリキュラムに沿って、カリキュラムⅠからⅩⅤまでの領域の専門知識を修得していただきます。知識の要求水準は、研修修了時に単独での救急診療を可能にすることを基本とするように必修水準と努力水準に分けられています。

② 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）
専攻医のみなさんは救急科研修カリキュラムに沿って、救命処置、診療手順、診断手技、集中治療手技、外科手技などの専門技能を修得していただきます。これらの技能は、単独で実施できるものと、指導医のもとで実施できるものに分けられています。

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）
1) 経験すべき疾患・病態
専攻医のみなさんが経験すべき疾患、病態は必須項目と努力目標とに区分されています。救急科研修カリキュラムをご参照ください。これらの疾患・病態は全て、本研修プログラムにおける十分な症例数の中で、適切な指導のもとで経験することができます。

2) 経験すべき診察・検査等
専攻医のみなさんが経験すべき診察・検査等は必須項目と努力目標とに区分されています。救急科研修カリキュラムをご参照ください。これらの診察・検査等は全て、本研修プログラムにおける十分な症例数の中で、適切な指導のもとで経験することができます。

3) 経験すべき手術・処置等
専攻医のみなさんが経験すべき手術・処置の中で、基本となる手術・処置については術者として実施出来ることが求められます。それ以外の手術・処置については助手として実施を補助できることが求められています。研修カリキュラムに沿って術者および助手としての実施経験のそれぞれ必要最低数が決められています。救急科研修カリキュラムをご参照ください。これらの診察・検査等は

全て、本研修プログラムにおける十分な症例数の中で、適切な指導のもとで術者もしくは助手として経験することができます。

4)　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）
専攻医のみなさんは、原則として研修期間中に3か月以上、研修基幹施設以外の東京警察病院もしくは厚生中央病院で研修し、周辺の医療施設との病診・病病連携の実際を経験していただきます。また、消防組織との事後検証委員会への参加や指導医のもとでの特定行為指示などにより、地域におけるメディカルコントロール活動に参加していただきます。

5) 学術活動
臨床研究や基礎研究へも積極的に関わっていただきます。専攻医のみなさんは研修期間中に筆頭者として少なくとも1回の救急科領域の学会で発表を行えるように共同発表者として指導いたします。また、筆頭者として少なくとも1編の論文発表を行えるように共著者として指導いたします。更に、東京医科大学病院が参画している外傷登録や心停止登録などで皆さんの経験症例を登録していただきます。

4．　各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得

本研修プログラムでは、救急科専門研修では、救急診療や手術での実地修練（on-the-job training）を中心にして、広く臨床現場での学習を提供するとともに、各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得の場を提供しています。

① 診療科におけるカンファレンスおよび関連診療科との合同カンファレンス
カンファレンスの参加を通して、プレゼンテーション能力を向上し、病態と診断過程を深く理解し、治療計画作成の理論を学んでいただきます。

② 抄読会や勉強会への参加
抄読会や勉強会への参加やインターネットによる情報検索の指導により、臨床疫学の知識やEBMに基づいた救急外来における診断能力の向上を目指していただきます。

③ 臨床現場でのシミュレーションシステムを利用した知識・技能の習得
各研修施設内の設備や教育ビデオなどを利用して、臨床で実施する前に重要な救急手術・処置の技術を修得していただきます。また、基幹研修施設である東京医科大学病院が主催するICLS(AHA/ACLS を含む）コースに加えて、臨床現場でもシミュレーションラボの資器材を用いたトレーニングにより緊急病態の救命スキルを修得していただきます。

5．　学問的姿勢の習得

救急科領域の専門研修プログラムでは、医師としてのコンピテンスの幅を広げるために、最先端の医学・医療を理解すること及び科学的思考法を体得することを重視しています。本研修プログラムでは、専攻医の皆さんは研修期間中に以下に示す内容を通じて、学問的姿勢の習得をしていただきます。

1)　医学、医療の進歩に追随すべく常に自己学習し、新しい知識を修得する姿勢を指導医より伝授します。
2)　将来の医療の発展のために基礎研究や臨床研究にも積極的に関わり、カンファレンスに参加してリサーチマインドを涵養していただきます。
3)　常に自分の診療内容を点検し、関連する基礎医学・臨床医学情報を探索し、EBM を実践する指導医の姿勢を学んでいただきます。

4)　学会・研究会などに積極的に参加、発表し、論文を執筆していただきます。指導医が共同発表者や共著者として指導いたします。
5)　更に、外傷登録や心停止登録などの研究に貢献するため専攻医の皆さんの経験症例を登録していただきます。この症例登録は専門研修修了の条件に用いることが出来ます。

6．　医師に必要なコアコンピテンシー、倫理性、社会性などの習得

救急科専門医としての臨床能力（コンピテンシー）には医師としての基本的診療能力（コアコンピテンシー）と救急医としての専門知識・技術が含まれています。専攻医のみなさんは研修期間中に以下のコアコンピテンシーも習得できるように努めていただきます。
1)　患者への接し方に配慮し、患者やメディカルスタッフとのコミュニケーション能力を磨くこと
2)　自立して、誠実に、自律的に医師としての責務を果たし、周囲から信頼されること（プロフェッショナリズム）
3)　診療記録の適確な記載ができること
4)　医の倫理、医療安全等に配慮し、患者中心の医療を実践できること
5)　臨床から学ぶことを通して基礎医学・臨床医学の知識や技術を修得すること
6)　チーム医療の一員として行動すること
7)　後輩医師やメディカルスタッフに教育・指導を行うこと

7．　施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方

① 専門研修施設群の連携について
専門研修施設群の各施設は、効果的に協力して指導にあたります。具体的には、各施設に置かれた委員会組織の連携のもとで専攻医のみなさんの研修状況に関する情報を6か月に一度共有しながら、各施設毎の救急症例の分野の偏りを専門研修施設群として補完しあい、専攻医のみなさんが必要とする全ての疾患・病態、診察・検査等、手術・処置等を経験できるようにしています。併せて、研修施設群の各連携施設は年度毎に診療実績を基幹施設の救急科専門研修プログラム委員会へ報告しています。また、指導医が1名以上存在する専門研修施設に合計で2年以上研修していただくようにしています。

② 地域医療・地域連携への対応
1)　専門研修基幹施設から地域の救急医療機関である警察病院もしくは厚生中央病院に出向いて救急診療を行い、自立して責任をもった医師として行動することを学ぶとともに、地域医療の実状と求められる医療について学びます。3か月以上経験することを原則としています。
2)　地域のメディカルコントロール協議会に参加し、あるいは消防本部に出向いて、事後検証などを通して病院前救護の実状について学びます。
3)　ドクターカー(東京医科大学病院)で指導医とともに救急現場に出動し、あるいは災害派遣や訓練を経験することにより病院外で必要とされる救急診療について学びます。

③ 指導の質の維持を図るために
研修基幹施設と連携施設における指導の共有化をめざすために以下を考慮しています。
1)　研修基幹施設が専門研修プログラムで研修する専攻医を集めた講演会や hands-on-seminar などを開催し、研修基幹施設と連携施設の教育内容の共通化を図っています。
更に、日本救急医学会やその関連学会が準備する講演会や hands-on-seminar などへの参加機会を提供し、教育内容の一層の充実を図っていただきます。
2)　研修基幹施設と連携施設が IT 設備を整備し Web 会議システムを応用したテレカンファレンスや Web セミナーを開催して、連携施設に在籍する間も基幹施設による十分な指導が受けられるよう配慮しています。

8．　年次毎の研修計画

専攻医のみなさんには、東京医科大学病院救急科専門研修施設群において、専門研修の期間中に研修カ

リキュラムに示す疾患・病態、診察・検査、手術・処置の基準数を経験していただきます。
年次毎の研修計画を以下に示します。

・専門研修1 年目
・基本的診療能力（コアコンピテンシー）
・救急科 ER 基本的知識・技能
・救急科 ICU 基本的知識・技能
・救急科病院前救護・災害医療基本的知識・技能
・必要に応じて他科ローテーションによる研修

・専門研修2 年目
・基本的診療能力（コアコンピテンシー）
・救急科 ER 応用的知識・技能
・救急科 ICU 応用的知識・技能
・救急科病院前救護・災害医療応用的知識・技能
・必要に応じて他科ローテーションによる研修

・専門研修3 年目
・基本的診療能力（コアコンピテンシー）
・救急科 ER 領域実践的知識・技能
・救急科 ICU 領域実践的知識・技能
・救急科病院前救護・災害医療実践的知識・技能
・必要に応じて他科ローテーションによる研修

ER、ICU、病院前救護・災害医療等は年次に拘らず弾力的に研修します。必須項目を中心に、知識・技能の年次毎のコンピテンシーの到達目標（例　A：指導医を手伝える、B：チームの一員として行動できる、C：チームを率いることが出来る）を定めています。
研修施設群の中で研修基幹施設および研修連携施設はどのような組合せと順番でローテーションしても、最終的には指導内容や経験症例数に不公平が無いように十分に配慮いたします。研修の順序、期間等については、専攻医の皆さんを中心に考え、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、研修基幹施設の研修プログラム管理委員会が見直して、必要があれば修正させていただきます。

9．　専門研修の評価について

① 形成的評価
専攻医の皆さんが研修中に自己の成長を知ることは重要です。習得状況の形成的評価による評価項目は、コアコンピテンシー項目と救急科領域の専門知識および技能です。専攻医の皆さんは、専攻医研修実績フォーマットに指導医のチェックを受け指導記録フォーマットによるフィードバックで形成的評価を受けていただきます。指導医は臨床研修指導医養成講習会もしくは日本救急医学会等の準備する指導医講習会などで身につけた方法を駆使し、みなさんにフィードバックいたします。次に、指導医から受けた評価結果を、年度の中間と年度終了直後に研修プログラム管理委員会に提出していただきます。研修プログラム管理委員会はこれらの研修実績および評価の記録を保存し総括的評価に活かすとともに、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
専攻医のみなさんは、研修終了直前に専攻医研修実績フォーマットおよび指導記録フォーマットによる年次毎の評価を加味した総合的な評価を受け、専門的知識、専門的技能、医師として備えるべき態度、社会性、適性等を習得したか判定されます。判定は研修カリキュラムに示された評価項目と評価基準に基づいて行われます。

2) 評価の責任者
年次毎の評価は当該研修施設の指導責任者および研修管理委員会が行います。専門研修期間全体を総括しての評価は専門研修基幹施設の専門研修プログラム統括責任者が行います。
3) 修了判定のプロセス
研修基幹施設の研修プログラム管理委員会において、知識、技能、態度それぞれについて評価を行われます。修了判定には専攻医研修実績フォーマットに記載された経験すべき疾患・病態、診察・検査等、手術・処置等の全ての評価項目についての自己評価および指導医等による評価が研修カリキュラムに示す基準を満たす必要があります。
4) 他職種評価
特に態度について、看護師、薬剤師、診療放射線技師、MSW等の多職種のメディカルスタッフによる専攻医のみなさんの日常臨床の観察を通した評価が重要となります。看護師を含んだ2名以上の担当者からの観察記録をもとに、当該研修施設の指導責任者から各年度の中間と終了時に専攻医研修マニュアルに示す項目の形成的評価を受けることになります。

１０．研修プログラムの管理体制について

専門研修基幹施設および専門研修連携施設が、専攻医の皆さんを評価するのみでなく、専攻医の皆さんによる指導医・指導体制等に対する評価をお願いしています。この双方向の評価システムによる互いのフィードバックから専門研修プログラムの改善を目指しています。そのために、専門研修基幹施設に専門研修プログラムと専攻医を統括的に管理する救急科専門研修プログラム管理委員会を置いています。

救急科専門研修プログラム管理委員会の役割は以下です。

1) 研修プログラム管理委員会は、研修プログラム統括責任者、研修プログラム連携施設担当者等で構成され、専攻医および専門研修プログラム全般の管理と、研修プログラムの継続的改良を行っています。
2) 研修プログラム管理委員会では、専攻医及び指導医から提出される指導記録フォーマットにもとづき専攻医および指導医に対して必要な助言を行っています。
3) 研修プログラム管理委員会における評価に基づいて、研修プログラム統括責任者が修了の判定を行っています。

プログラム統括責任者の役割は以下です。

1) 研修プログラムの立案・実行を行い、専攻医の指導に責任を負っています。
2) 専攻医の研修内容と修得状況を評価し、その資質を証明する書面を発行します。
3) プログラムの適切な運営を監視する義務と、必要な場合にプログラムの修正を行う権限を有しています。

本研修プログラムのプログラム統括責任者は下記の基準を満たしています。

1) 専門研修基幹施設東京医科大学病院の救命救急センター長であり、救急科の専門研修指導医です。
2) 救急科専門医として5回の更新を行い、40年の臨床経験があり、自施設で過去15年間で20名の救急科専門医を育てた指導経験を有しています。
3) 専攻医の人数が20人を超える場合には、プログラム統括責任者の資格を有する救命救急センター副センター長を副プログラム責任者に置きます。

本研修プログラムの指導医5名は日本救急医学会によって定められている下記の基準を満たしています。

1) 専門研修指導医は、専門医の資格を持ち、十分な診療経験を有しかつ教育指導能力を有する医師である。

2) 救急科専門医として5年以上の経験を持ち、少なくとも1回の更新を行っている（またはそれと同等と考えられる）こと。

■基幹施設の役割

専門研修基幹施設は専門研修プログラムを管理し、当該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しています。以下がその役割です。

1) 専門研修基幹施設は研修環境を整備する責任を負っています。
2) 専門研修基幹施設は各専門研修施設が研修のどの領域を担当するかをプログラムに明示します。
3) 専門研修基幹施設は専門研修プログラムの修了判定を行います。

■連携施設での委員会組織

専門研修連携施設は専門研修管理委員会を組織し、自施設における専門研修を管理します。また、参加する研修施設群の専門研修基幹施設の研修プログラム管理委員会に担当者を出して、専攻医および専門研修プログラムについての情報提供と情報共有を行います。

１１．専攻医の就業環境について

救急科領域の専門研修プログラムにおける研修施設の責任者は、専攻医のみなさんの適切な労働環境の整備に努めるとともに、心身の健康維持に配慮いたします。

そのほか、労働安全、勤務条件等の骨子を以下に示します。
1) 勤務時間は週に40時間を基本とします。
2) 研修のために自発的に時間外勤務を行うことは考えられることではあるありますが、心身の健康に支障をきたさないように自己管理してください。
3) 当直業務と夜間診療業務を区別し、それぞれに対応した給与規定に従って対価を支給します。
4) 当直業務あるいは夜間診療業務に対して適切なバックアップ体制を整えて負担を軽減いたします。
5) 過重な勤務とならないように適切に休日をとれることを保証します。
6) 給与規定は自施設の後期研修医給与規定に従います。

１２．専門研修プログラムの評価と改善方法

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
日本救急医学会が定める書式を用いて、専攻医のみなさんは年度末に「指導医に対する評価」と「プログラムに対する評価」を研修プログラム統括責任者に提出していただきます。専攻医のみなさんが指導医や研修プログラムに対する評価を行うことで不利益を被ることがないことを保証した上で、改善の要望を研修プログラム管理委員会に申し立てることができるようになっています。専門研修プログラムに対する疑義解釈等は、研修プログラム管理委員会に申し出ていただければお答えいたします。

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
研修プログラムの改善方策について以下に示します。
1) 研修プログラム統括責任者は報告内容を匿名化して研修プログラム管理委員会に提出し、管理委員会は研修プログラムの改善に生かします。
2) 管理委員会は専攻医からの指導医評価報告用紙をもとに指導医の教育能力を向上させるように支援し

ます。
3) 管理委員会は専攻医による指導体制に対する評価報告を指導体制の改善に反映させます。

③ 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応
救急科領域の専門研修プログラムに対する監査・調査を受け入れて研修プログラムの向上に努めます。
1) 専門研修プログラムに対する外部からの監査・調査に対して研修基幹施設責任者および研修連携施設責任者が対応します。
2) 専門研修の制度設計と専門医の資質の保証に対して、研修基幹施設責任者および研修連携施設責任者をはじめとする指導医は、プロフェッショナルとしての誇りと責任を基盤として自律的に対応します。
3) 他の専門研修施設群からの同僚評価によるサイトビジットをプログラムの質の客観的評価として重視します。

④ 東京医科大学病院専門研修プログラム連絡協議会
東京医科大学病院は複数の基本領域専門研修プログラムを擁しています。東京医科大学病院病院長、同大学病院内の各専門研修プログラム統括責任者および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、東京医科大学病院における専攻医ならびに専攻医指導医の処遇、専門研修の環境整備等を定期的に協議します。

１３．修了判定について

研修基幹施設の研修プログラム管理委員会において、専門医認定の申請年度（専門研修3年終了時あるいはそれ以後）に、知識・技能・態度に関わる目標の達成度を総括的に評価し総合的に修了判定を行います。修了判定には専攻医研修実績フォーマットに記載された経験すべき疾患・病態、診察・検査等、手術・処置等の全ての評価項目についての自己評価および指導医等による評価が研修カリキュラムに示す基準を満たす必要があります。

１４．専攻医が研修プログラムの修了に向けて行うべきこと

研修基幹施設の研修プログラム管理委員会において、知識、技能、態度それぞれについて評価を行います。専攻医は所定の様式を専門医認定申請年の 4月末までに研修基幹施設の研修プログラム管理委員会に送付してください。専門研修 PG 管理委員会は5月末までに修了判定を行い、研修証明書を専攻医に送付します。研修プログラムの修了により日本救急医学会専門医試験の第1次（救急勤務歴）審査、第2次（診療実績）審査を免除されるので、専攻医は研修証明書を添えて、第3次（筆記試験）審査の申請を6月末までに行います。

１５．研修プログラムの施設群

専門研修基幹施設
東京医科大学病院救急科が専門研修基幹施設です。

専門研修連携施設
東京医科大学病院救急科研修プログラムの施設群を構成する連携病院（および連携している基幹研修施設）は、診療実績基準を満たした以下の施設です。

- 東京警察病院

- 目白病院
- 厚生中央病院
- 春山記念病院
- 大高病院
- 水戸済生会総合病院
- 戸田中央総合病院
- 国立病院機構別府医療センター
- 東京医科大学八王子医療センター（基幹研修施設）
- 弘前大学医学部付属病院（基幹研修施設）
- 東海大学医学部付属病院（基幹研修施設）
- 鹿児島市立病院（基幹研修施設）

専門研修施設群
東京医科大学病院救急科と連携施設により専門研修施設群を構成します。

専門研修施設群の地理的範囲
東京医科大学病院救急科研修プログラムの専門研修施設群は、東京・埼玉の地域中核病院（東京警察病院，厚生中央病院，戸田中央総合病院）と地域中小病院（目白病院，春山記念病院，大高病院）が入っています。また災害医療については広域な連携を重視したネットワーク（東京医科大学八王子医療センター，弘前大学医学部付属病院，東海大学医学部付属病院，鹿児島市立病院）を構成しています。

１６．専攻医の受け入れ数について（平成30年度：定員６名）

全ての専攻医が十分な症例および手術・処置等を経験できることが保証できるように診療実績に基づいて専攻医受入数の上限を定めています。日本救急医学会の基準では、各研修施設群の指導医あたりの専攻医受け入れ数の上限は１人／年とし、一人の指導医がある年度に指導を受け持つ専攻医数は3人以内となっています。また、研修施設群で経験できる症例の総数からも専攻医の受け入れ数の上限が決まっています。過去３年間における研修施設群のそれぞれの施設の専攻医受入数を合計した平均の実績を考慮して、次年度はこれを著しく超えないようにとされています。

指導医数は、東京医科大学病院5名（前年より1名増）、東京警察病院1名、目白病院1名、厚生中央病院１名，大高病院1名の計9名（前年より1名増）なので、最大で9名の専攻医を受け入れることが可能です。ただし昨年度と同様、都市部への医師偏在を解消する措置として、受け入れ可能人数よりも少ない定員（最大で6人）となることが予想されます。研修施設群の症例数は専攻医9人のための必要数を十分に満たしているので、余裕を持って経験を積んでいただけます。

１７．サブスペシャルティ領域との連続性について

1) サブスペシャルティ領域として予定されている集中治療領域の専門研修について、東京医科大学病院における専門研修の中のクリティカルケア・重症患者に対する診療において集中治療領域の専門研修で経験すべき症例や手技、処置の一部を修得していただき、救急科専門医取得後の集中治療領域研修で活かし

ていただけます。
2）集中治療領域専門研修施設を兼ねる東京医科大学病院では、救急科専門医から集中治療専門医への連続的な育成を支援します。
3）今後、サブスペシャルティ領域として検討される熟傷専門医、外傷専門医等の専門研修にも連続性を配慮していきます。

１８．救急科研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件

救急科領域研修委員会で示される専門研修中の特別な事情への対処を以下に示します。

1）出産に伴う6ヶ月以内の休暇は、男女ともに1回までは研修期間として認めます。その際、出産を証明するものの添付が必要です。

2）疾病による休暇は6か月まで研修期間として認めます。その際、診断書の添付が必要です。

3）週20時間以上の短時間雇用の形態での研修は3年間のうち6か月まで認めます。

4）上記項目1），2），3）に該当する専攻医の方は、その期間を除いた常勤での専攻医研修期間が通算2年半以上必要になります。

5）大学院に所属しても十分な救急医療の臨床実績を保証できれば専門研修期間として認めます。ただし、留学、病棟勤務のない大学院の期間は研修期間として認められません。

6）外科専門医の取得も希望する者に対しては、１年次の終了時に連携する東京医科大学病院外科専門研修プログラムに移動して外科専門研修を１年次から開始することが可能です。外科専門医取得後は、日本救急医学会の許可を得て、本プログラムによる救急科専門研修を２年次から再開することができます。

7）専門研修プログラムとして定められているもの以外の研修を追加することは、プログラム統括責任者および日本救急医学会が認めれば可能です。ただし、研修期間にカウントすることはできません。

１９．専門研修実績記録システム、マニュアル等について

① 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム
計画的な研修推進、専攻医の研修修了判定、研修プログラムの評価・改善のために、専攻医研修実績フォーマットと指導記録フォーマットへの記載によって、専攻医の研修実績と評価を記録します。これらは基幹施設の研修プログラム管理委員会と連携施設の専門研修管理委員会で蓄積されます。

② 医師としての適性の評価
指導医のみならず、看護師を含んだ２名以上の多職種も含めた日常診療の観察評価により専攻医の人間性とプロフェッショナリズムについて、各年度の中間と終了時に専攻医研修マニュアルに示す項目の形成的評価を受けることになります。

③ プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備
研修プログラムの効果的運用のために、日本救急医学会が準備する専攻医研修マニュアル、指導医マニュアル、専攻医研修実績フォーマット、指導記録フォーマットなどを整備しています。

※ 専攻医研修マニュアル：救急科専攻医研修マニュアルには以下の項目が含まれています。
- 専門医資格取得のために必要な知識・技能・態度について
- 経験すべき症例、手術、検査等の種類と数について
- 自己評価と他者評価
- 専門研修プログラムの修了要件
- 専門医申請に必要な書類と提出方法
- その他

※ 指導者マニュアル：救急科専攻医指導者マニュアルには以下の項目が含まれています。
- 指導医の要件
- 指導医として必要な教育法
- 専攻医に対する評価法
- その他

※ 専攻医研修実績記録フォーマット：診療実績の証明は専攻医研修実績フォーマットを使用して行います。

※ 指導医による指導とフィードバックの記録：専攻医に対する指導の証明は日本救急医学会が定める指導医による指導記録フォーマットを使用して行います。
- 専攻医は指導医・指導責任者のチェックを受けた専攻医研修実績フォーマットと指導記録フォーマットを専門研修プログラム管理委員会に提出します。
- 書類作成時期は毎年 10 月末と３月末です。書類提出時期は毎年 11 月（中間報告）と４月（年次報告）です。
- 指導医による評価報告用紙はそのコピーを施設に保管し、原本を専門研修基幹施設の研修プログラム管理委員会に送付します。
- 研修プログラム管理委員会では指導医による評価報告用紙の内容を次年度の研修内容に反映させます。

※ 指導者研修計画（FD）の実施記録：専門研修基幹施設の研修プログラム管理委員会は専門研修プログラムの改善のために、臨床研修指導医養成講習会もしくは日本救急医学会等の準備する指導医講習会への指導医の参加記録を保存しています。

２０．専攻医の採用と修了

①採用方法
救急科領域の専門研修プログラムの専攻医採用方法を以下に示します。
- 研修基幹施設の研修プログラム管理委員会は研修プログラムを毎年公表します。
- 研修プログラムへの応募者は前年度の定められた９月 30 日までに研修プログラム責任者宛に所定の様式の「研修プログラム応募申請書」および履歴書を提出して下さい。
- 研修プログラム管理委員会は書面審査、および面接の上、採否を決定します。
- 採否を決定後も、専攻医が定数に満たない場合、研修プログラム管理委員会は必要に応じて、随時、追加募集を行います。
- 専攻医の採用は、他の全領域と同時に一定の時期で行う。
- 基幹施設で受け付けた専攻医の応募と採否に関する個人情報は、研修プログラム統括責任者から日本救急医学会に報告されて専攻医データベースに登録されます。

②修了要件
専門医認定の申請年度（専門研修３年終了時あるいはそれ以後）に、知識・技能・態度に関わる目標の達成度を総括的に評価し総合的に修了判定を行います。

(様式第 4)

高度の医療に関する研修を行わせる能力を有することを証する書類

4　医師、歯科医師以外の医療従事者等に対する研修

①　医師、歯科医師以外の医療従事者に対する研修の実施状況（任意）
1. ・研修の主な内容：敗血症患者の看護、人工呼吸器装着中の看護①②、せん妄患者の看護、早期離床 ・研修の期間：平成30年7月27日、9月28日、10月26日、12月7日、12月21日 ・実施回数：5回 ・研修の参加人数：計56名（看護師） 2. ・研修の主な内容：人工呼吸器装着中の看護 ・研修の期間：平成30年11月2日、11月15日、11月22日 ・実施回数：3回 ・研修の参加人数：計119名（看護師） 3. ・研修の主な内容：フィジカルアセスメント、2222要請の現状と対応を振り返ろう（夏・冬編）、災害対応、フィジカルアセスメント（呼吸・気道編、循環器編、意識編）、リーダーのための急変時対応 ・研修の期間：平成30年5月25日、6月15日、7月6日、8月10日、8月31日、11月30日、12月14日、平成31年1月11日 ・実施回数：8回 ・研修の参加人数：計102名（看護師） 4. ・研修の主な内容：一次二次救命、アナフィラキシーショック

・研修の期間：平成30年10月2日、10月15日、10月24日、10月31日

・実施回数：4回

・研修の参加人数：計122名（看護師）

5.

・研修の主な内容：がん手術療法看護、がん化学療法看護症状マネジメント、抗がん薬を知ろう、東京都がん診療連携協議会主催「化学療法に関する注目トピックス」伝達講習、がん看護における家族看護、乳がん患者のアピアランスケア

・研修の期間：平成30年5月30日、6月27日、8月30日、9月27日、10月24日、平成31年1月25日

・実施回数：6回

・研修の参加人数：計45名（看護師）

6.

・研修の主な内容：抗がん薬の曝露対策、がん放射線看護

・研修の期間：平成30年11月16日

・実施回数：1回

・研修の参加人数：計16名（看護師）

7.

・研修の主な内容：心不全患者急性憎悪時の対応のポイント、慢性心不全患者の療養支援

・研修の期間：平成30年7月20日、10月19日

・実施回数：2回

・研修の参加人数：計27名（看護師）

8.

・研修の主な内容：ケースで学ぼう創傷治癒過程から考える創傷管理、ケースで学ぼう管理困難なストーマケア、ストーマ アプライアンス　ストーマアクセサリー適切に使えていますか

・研修の期間：平成30年6月19日、10月25日、11月26日

・実施回数：3回

・研修の参加人数：計44名（看護師）

9.

・研修の主な内容：血液透析に不可欠なバスキュラーアクセス、腹膜透析

・研修の期間：平成30年10月5日、平成31年2月8日

・実施回数：2回

・研修の参加人数：計21名（看護師）

10.

・研修の主な内容：周術期の糖尿病看護、インスリン療法、透析予防のための患者指導、食事指導

・研修の期間：平成30年7月20日、8月22日、11月16日、平成31年1月18日

・実施回数：4回

・研修の参加人数：計66名（看護師）

11.

・研修の主な内容：SIPAP装着中の看護、観察と挿管介助方法、新生児のなだめケア、人工呼吸器管理の実際、ファミリーセンタードケア

・研修の期間：平成30年6月12日、9月26日、10月25日、11月16日、12月5日

・実施回数：5回

・研修の参加人数：計26名（看護師）

12.

・研修の主な内容：ポジショニングの重要性

・研修の期間：平成30年12月18日

・実施回数：1回

・研修の参加人数：5名（看護師）

13.

・研修の主な内容：栄養管理、口腔ケア方法、評価、摂食嚥下障害の病態と評価方法

安全な食事に必要な看護

・研修の期間：平成30年7月4日、8月3日、9月7日、10月5日

・実施回数：4回

・研修の参加人数：計81名（看護師）

14.

・研修の主な内容：排尿自立指導

・研修の期間：平成30年10月19日

・実施回数：1回

・研修の参加人数：22名（看護師）

15.

・研修の主な内容：自動分析装置の仕組みと酵素反応の基礎と応用

・研修の期間：平成30年7月5日

・実施回数：1回

・研修の参加人数：32名（臨床検査技師）

16.

・研修の主な内容：トレーサビリティと不確かさ

・研修の期間：平成30年9月12日

・実施回数：1回

・研修の参加人数：31名（臨床検査技師）

17.

・研修の主な内容：女性が気になる心疾患とその検査

・研修の期間：平成30年10月4日

・実施回数：1回

・研修の参加人数：49名（臨床検査技師）

18.

・研修の主な内容：血液凝固のメカニズムと検査について

・研修の期間：平成30年11月2日

・実施回数：1回

・研修の参加人数：28名（臨床検査技師）

19.

・主な内容：造影剤の体内動態から見た造影 CT・MRI 検査の適正化

・研修期間：平成 30 年 6 月 5 日

・実施回数：1 回

・参加人数：14 人（放射線技師 14 名）

20.

・主な内容：第 4 回技師室合同勉強会

・ESUR ガイドラインの変更について

・Dual Energy 物理評価

・ER の撮影方法について

・研修期間：平成 30 年 7 月 12 日

・実施回数：1 回

・参加人数：23 名（放射線技師 21 名・看護師 2 名）

21.

・主な内容：3 D-CTAngiography における微細脳血管描出のための撮影と造影法

正確な転移性脳腫瘍の画像診断を目指して

・研修期間：平成 30 年 8 月 1 日

・実施回数：1 回

・参加人数：25 名（放射線技師 25 名）

22.

・主な内容：造影剤の安全性に関する最近の話題

・研修期間：平成 30 年 8 月 24 日

・実施回数：1 回

・参加人数：26 名（放射線技師 26 名）

23.

・主な内容：造影剤の副作用によるシミュレーション

・研修期間：平成 30 年 9 月 25 日

・実施回数：1 回

・参加人数：１5 名（放射線技師 6 名・看護師 3 名・放射線科医師 6 名）

24.

・主な内容：画像診断ガイドライン 2016 年版から見た肝臓ＣＴのポイント

・研修期間：平成 31 年 1 月 17 日

・実施回数：1 回

・参加人数：29 名（放射線技師 29 名）

25.

・主な内容：第 5 回ＣＴ室定期勉強会

・ESUR ガイドライン改定について

・Ｘ線線量管理システムの導入と CT オーダー項目の変更

・大血管 3 DCTA の撮影―ここがポイント―

・研修期間：平成 31 年 3 月 14 日

・実施回数：1 回

・参加人員：35 名（放射線技師 32 名・看護師 3 名）

② 業務の管理に関する研修の実施状況（任意）

1.

・研修の主な内容：所属の看護上の問題の明確化、問題解決技法、アクションプラン立案、
目標管理の運用

・研修の期間：平成30年6月7日、6月15日、7月9日、8月3日

・実施回数：4回

・研修の参加人数：計350名（看護師）

2.

・研修の主な内容：医療安全につながる環境、KYT、ヒューマンエラー、インシデントの分析、
安全対策の立案、部署のリスクマネジメント、医療安全管理体制

・研修の期間：平成30年6月18日、8月10日（2回）、11月9日、11月12日、12月3日、
12月14日（2回）、平成31年1月17日

・実施回数：9回

・研修の参加人数：計351名（看護師）

3.

・研修の主な内容：中央検査部　新規要員基礎教育
品質マネジメントシステム、機材管理、継続的改善、危機管理など

・研修の期間：平成30年4月4日、平成30年4月5日、平成30年4月6日、
平成30年5月29日、平成30年6月8日、平成30年7月11日、
平成30年8月30日、平成30年9月11日、平成30年10月5日、
平成30年11月5日、平成30年12月14日、平成31年1月18日

・実施回数：12回

・研修の参加人数：6名（臨床検査技師）

4.

・研修の主な内容：中央検査部　検査部門講義

生化学、遺伝子、血液凝固、検体管理、生理機能検査など

・研修の期間：平成30年5月28日　2講座、平成30年6月5日　2講座、

平成30年6月25日　1講座、平成30年7月4日　2講座、

平成30年7月17日　2講座、平成30年7月30日　3講座、

平成30年8月24日　1講座

・実施回数：13回

・研修の参加人数：14名（臨床検査技師）

5.

・研修の主な内容：中央検査部　文書・記録管理方法

品質マネジメント管理、文書・記録管理方法・ｱﾄﾞﾊﾞｲｽｻｰﾋﾞｽなど

・研修の期間：平成30年4月17日、平成30年4月27日、平成30年5月17日、

平成30年6月13日、平成30年6月14日、平成30年6月29日、

平成30年8月20日、平成30年9月10日

・実施回数：8回

・研修の参加人数：18名（臨床検査技師）

6.

・研修の主な内容：中央検査部　患者急変対応のシミュレーション研修

AED・消火栓・車いすなどの使用実施訓練、

患者急変対応の運用確認

・研修の期間：平成30年4月20日、平成30年7月18日、平成30年10月25日、平成31年2月21日

・実施回数：4回

・研修の参加人数：33名（臨床検査技師）

7.

・研修の主な内容：中央検査部　大学病院に向けて　ISO 15189

・研修の期間：平成31年1月8日

・実施回数：1回 ・研修の参加人数：119名（臨床検査技師）
③　他の医療機関に所属する医療関係職種に対する研修の実施状況
1． ・研修の主な内容：訪問看護師と病院看護師の交流会（成人領域・周産期・小児領域） 退院支援・在宅療養支援、事例検討 ・研修の期間：平成30年9月12日、11月14日 ・実施回数2回 ・研修の参加人数計76名（看護師）

(注) 1　高度の医療に関する研修について、前年度実績を記載すること。
(注) 2　「③他の医療機関に所属する医療関係職種に対する研修の実施状況」については、医療法施行規則第六条の四第四項の規定に基づき、がん、循環器疾患等の疾患に関し、高度かつ専門的な医療を提供する特定機能病院についてのみ記載すること。また、日本全国の医療機関に勤務する医療従事者を対象として実施した専門的な研修を記載すること。

(様式第5)

診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の管理方法に関する書類

計画・現状の別	1．計画　②．現状
管理責任者氏名	三木　保（病院長）
管理担当者氏名	山本謙吾（副院長、総合相談・支援センター長）、 糸井隆夫（副院長、診療部長）、 菅野義彦（副院長、医療安全管理責任者、診療情報管理室長）、 清田朝子（副院長、看護部長）、 三島史朗（医療安全管理室室長）、 前　彰　（医薬品安全管理責任者、薬剤部長）、 内野博之（医療機器安全管理責任者、臨床工学部長）、 渡邊秀裕（感染制御部長）、 竹山邦彦（臨床研究支援センター長）、 平山陽示（卒後臨床研修センター長、生涯教育センター長）、 藤澤雅之（事務部長）、篠崎　功（医事課長）、 龍崎之彦（総務課長）、杉田　渉（人事課長）、 石田俊明（内部監査室長）

			保管場所	管理方法
診療に関する諸記録	規則第二十二条の三第二項に掲げる事項	病院日誌	総務課	日誌等はファイルにより保管。診療に関する諸記録は電子カルテにて保管管理しており、時系列的な情報の一元化で他科・多職種の診療情報の共有化を図り、紙に記載した診療記録はスキャン取り込みし、タイムスタンプ・電子認証を行い保管管理している。 なお、原則、診療録の病院外への持ち出しは禁止。
		各科診療日誌	総務課	
		処方せん	薬剤部	
		手術記録	中央病歴室	
		看護記録	中央病歴室	
		検査所見記録	中央病歴室	
		エックス線写真	中央病歴室	
		紹介状	中央病歴室	
		退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約及び入院診療計画書	中央病歴室	
病院の管理及び運営に関する諸記録	規則第二十二条の三第三項に掲げる事項	従業者数を明らかにする帳簿	人事課	担当する各部門において、コンピューター又はファイル等により保管管理している。
		高度の医療の提供の実績	各診療科、医事課	
		高度の医療技術の開発及び評価の実績	各診療科、研究支援課 臨床研究支援センター	
		高度の医療の研修の実績	各診療科	
		閲覧実績	総務課	
		紹介患者に対する医療提供の実績	医事課	
		入院患者数、外来患者及び調剤の数を明らかにする帳簿	医事課、薬剤部	
	規則第一条の十一第一	医療に係る安全管理のための指針の整備状況	医療安全管理室	担当する各部門において、コンピューター又はファイル等により保管管理している。
		医療に係る安全管理のための委員会の開催状況	医療安全管理室	
		医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	医療安全管理室 生涯教育センター	

		医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の状況	医療安全管理室	

			保管場所	管理方法
病院の管理及び運営に関する諸記録	規則第一条の十一第二項第一号から第三号までに掲げる事項	院内感染対策のための指針の策定状況	感染制御部	担当する各部門において、コンピューター又はファイル等により保管管理している。
		院内感染対策のための委員会の開催状況	感染制御部	
		従業者に対する院内感染対策のための研修の実施状況	感染制御部	
		感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策の実施状況	感染制御部	
		医薬品安全管理責任者の配置状況	薬剤部	
		従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施状況	薬剤部	
		医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施状況	薬剤部	
		医薬品の安全使用のために必要となる未承認等の医薬品の使用の情報その他の情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策の実施状況	薬剤部	
		医療機器安全管理責任者の配置状況	臨床工学部	
		従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施状況	臨床工学部	
		医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の実施状況	臨床工学部 放射線部	
		医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施状況	臨床工学部 放射線部	

			保管場所	管理方法
病院の管理及び運営に関する諸記録	規則第九条の二十の二第一項第一号から第十三号まで及び第十五条の四各号に掲げる事項	医療安全管理責任者の配置状況	医療安全管理室	担当する各部門において、コンピューター又はファイル等により保管管理している。
		専任の院内感染対策を行う者の配置状況	感染制御部	
		医薬品安全管理責任者の業務実施状況	薬剤部	
		医療を受ける者に対する説明に関する責任者の配置状況	中央病歴室	
		診療録等の管理に関する責任者の選任状況	中央病歴室	
		医療安全管理部門の設置状況	医療安全管理室	
		高難度新規医療技術の提供の適否等を決定する部門の状況	臨床研究支援センター	
		未承認新規医薬品等の使用条件を定め、使用の適否等を決定する部門の状況	臨床研究支援センター	
		監査委員会の設置状況	総務課	
		入院患者が死亡した場合等の医療安全管理部門への報告状況	医療安全管理室	
		他の特定機能病院の管理者と連携した相互立入り及び技術的助言の実施状況	医療安全管理室	
		当該病院内に患者からの安全管理に係る相談に適切に応じる体制の確保状況	総合相談・支援センター	
		医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等の情報提供を受け付けるための窓口の状況	内部監査室	
		職員研修の実施状況	医療安全管理室 生涯教育センター	
		管理者、医療安全管理責任者、医薬品安全管理責任者及び医療機器安全管理責任者のための研修の実施状況	医療安全管理室 薬剤部 臨床工学部 総務課	
		管理者が有する権限に関する状況	法人人事課 法人会計課	
		管理者の業務が法令に適合することを確保するための体制の整備状況	内部監査室	
		開設者又は理事会等による病院の業務の監督に係る体制の整備状況	法人総務課	

(注)「診療に関する諸記録」欄には、個々の記録について記入する必要はなく、全体としての管理方法の概略を記入すること。また、診療録を病院外に持ち出す際に係る取扱いについても記載すること。

(様式第 6)

病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法に関する書類

○病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法

計画・現状の別	1．計画　　②．現状	
閲覧責任者氏名	三木　保（病院長）	
閲覧担当者氏名	山本謙吾（副院長、総合相談・支援センター長）、 糸井隆夫（副院長、診療部長）、 菅野義彦（副院長、医療安全管理責任者、診療情報管理室長）、 清田朝子（副院長、看護部長）、 三島史朗（医療安全管理室室長）、 前　彰　（医薬品安全管理責任者、薬剤部長）、 内野博之（医療機器安全管理責任者、臨床工学部長）、 渡邊秀裕（感染制御部長）、 竹山邦彦（臨床研究支援センター長）、 平山陽示（卒後臨床研修センター長、生涯教育センター長）、 藤澤雅之（事務部長）、篠崎　功（医事課長）、 龍崎之彦（総務課長）、杉田　渉（人事課長）、 石田俊明（内部監査室長）	
閲覧の求めに応じる場所	会議室	
閲覧の手続の概要 医療法の定めに基づき、他施設から閲覧の依頼があった場合は、閲覧担当者経由で閲覧責任者の了解の下に、閲覧に供する。		

(注) 既に医療法施行規則第 9 条の 20 第 5 号の規定に合致する方法により記録を閲覧させている病院は現状について、その他の病院は計画について記載することとし、「計画・現状の別」欄の該当する番号に○印を付けること。

○病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧の実績

前年度の総閲覧件数		延	0件
閲覧者別	医師	延	0件
	歯科医師	延	0件
	国	延	0件
	地方公共団体	延	0件

(注) 特定機能病院の名称の承認申請の場合には、必ずしも記入する必要はないこと。

規則第１条の11第１項各号に掲げる医療に係る安全管理のための体制の確保に係る措置

① 医療に係る安全管理のための指針の整備状況	○有・無

・ 指針の主な内容：

１．目的

この指針は、学校法人東京医科大学における医療安全に関する基本指針の趣旨に基づき、東京医科大学病院における医療の安全を確保するために必要な体制並びに医療事故及びインシデント発生時の対応方法を示し、もって良質で安全な医療提供に寄与することを目的とする。

２．基本的な考え方

１）質の高い医療を持続して提供するためには、安全管理体制のより一層の充実を目指す姿勢が重要である。この姿勢の確保は、全ての医療従事者の責務であり、全職員が医療の質の向上と安全の推進に取り組まなければならない。

２）病院長は、個人の努力に依拠する安全管理には限界があることを認識し、組織を挙げた安全管理体制の構築に努める必要がある。

３．組織及び体制

１）病院長は、「学校法人東京医科大学における医療安全に関する基本指針」第２条第２項各号に従い、次に掲げる者を任命し、又は部門を設置する。

（１）医療安全管理責任者

（２）医療安全管理委員会

（３）医療安全管理室

（４）医療安全管理者

（５）医薬品安全管理責任者

（６）医療機器安全管理責任者

（７）感染制御部

（８）総合相談・支援センター

（９）臨床研究支援センター

２）病院長は、前項各号に掲げる者又は部門の運営に係る事項を定める。

３）病院長は、医療安全管理責任者として、危機管理・教育担当の副院長をもって充てる。

4）医療安全管理責任者は、医療安全管理委員会、医療安全管理室、医薬品安全管理責任者並びに医療機器安全管理責任者の者又は部門を統括するほか、以下に掲げる業務を行う。

（1）医療安全管理体制を構築すること

（2）医療安全に関する職員への教育及び研修を実施すること

（3）医療事故等を防止するための情報収集、分析、対策立案及びフィードバック評価を行うこと

（4）医療事故等へ対応すること

（5）医療安全文化の醸成に資する活動をすること

4．職員研修

1）病院長は、医療安全への意識、多職種との連携業務の認識、業務の技能向上を目的として、医療に係る安全管理のための基本的な事項及び具体的な方策について、職員に対する研修を実施する。

2）病院長は、医療法施行規則第９条の２３第１４号に規定する職員研修を実施する。

3）病院長は、定期的に医療安全管理に係る研修を受講する。

4）病院長は、医療安全管理責任者、医薬品安全管理責任者及び医療機器安全管理責任者に、定期的に医療安全管理に係る研修を受講させる。

5．報告等に基づく安全管理体制

全職員は、患者に望ましくない事象が発生した場合、又はその可能性を発見した場合には、別に定める規程に基づく報告をしなければならない。

6．医療事故等発生時の対応

1）全職員は、患者に医療事故等が発生した場合、患者の回復並びに患者及び家族等に対する情報提供に努める。

2）病院長は、患者に医療事故等が発生した場合の対応に係る事項を定める。

7．医療従事者と患者との情報共有等

1）全職員は、患者等の個人情報を保護する義務を有する。

2）病院長は、個人情報保護に係る事項を定める。

3）全職員は、患者が疾病や診療内容等を十分理解し医療上の意思決定ができるように、情報提供と説明を行う。

4）全職員は、患者との情報共有に努める。

５）　病院長は、患者その他の病院利用者及び全職員がこの指針を閲覧可能とすること。

８．患者からの相談への対応

病院長は、患者からの相談に対応する部門を設置し、及び相談に関する手続きを定める。

９．高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供に関する安全管理体制

１）病院長は、高難度新規医療技術を用いた医療及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の適否等を決定する部門を設置する。

２）病院長は、高難度新規医療技術を用いた医療及び未承認新規医薬品等を用いた医療を提供する場合に、職員が遵守すべき事項及び前項の部門が確認すべき事項等を定めた規程を作成する。

３）高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合、関係学会の基本的考え方やガイドライン等を参考に実施する。

１０．特定機能病院間の監査

１）病院長は、他の特定機能病院の管理者と連携し、年に１回以上他の特定機能病院に従業者を立ち入らせ、必要に応じ、医療に係る安全管理の改善のための技術的助言を行わせなければならない。

２）病院長は、年に１回以上他の特定機能病院の管理者が行う前項に規定する従業者の立入りを受け入れ、技術的助言を受けなければならない

② 医療に係る安全管理のための委員会の設置及び業務の状況

- 設置の有無（ ○有・無 ）
- 開催状況：年　12回
- 活動の主な内容：

１．医療事故等を防止するための体制を確立すること

２．医療事故等についての対応、情報収集、調査及び分析を指揮監督すること

３．職員に対して医療事故等に関する情報を提供すること

４．職員に対して医療事故等防止及び医療安全管理に関する教育をすること

５．医療事故等が医療事故調査制度における医療事故調査・支援センターへの報告を要するものか否かを判断すること

６．院内病因死因（Morbidity and Mortality）検討会（以下「M&M検討会」という。）に対して、前号の判断のために必要な情報を取りまとめて、報告書の作成を指示すること

７．医療安全管理委員会の所掌する下部の委員会等から報告を受けること

８．医療事故等が発生した際、事象の事実及び発生前の状況について、職員に医療安全管理室へ報告させること
９．前号の規定による報告の実施状況を確認すること
１０．前号の規定による確認結果を病院長へ報告すること
１１．第８号に規定する実施の状況が不十分な場合、適切な報告のための職員への研修及び指導を行うこと
１２．重大な問題その他医療安全管理委員会において取り扱うべき問題が発生した場合、速やかな原因究明のための調査及び分析を行うこと
１３．前号の分析結果を活用し、医療安全の確保のための方策の立案、実施、職員への周知を行うこと
１４．前号の医療安全の確保のための方策の実施状況の調査及び必要に応じた方策の見直しを行うこと
１５．その他医療安全一般に関すること

③　医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	年　2回

・　研修の内容（すべて）：

１）医療法に定められた医療安全研修

6月と11月に実施。対象は全職員であり、常勤・非常勤問わず必須としている。研修は直接講義を聴講することが最良と考えるが、職員全員を収容する研修場がないため、5日間にわたり（月～金）連日同じ内容で研修会を開催している。5日間開催しても、育児時間、夜勤、当直、緊急手術など諸々の理由で参加できなかった職員に対しては、その後ＤＶＤ上映会を複数回開催し、受講できるようにしている。平成30年度は各5回のライブ講演と各13回のＤＶＤ上映会を合わせて計36回開催した。

２）中途採用・帰任者研修

院内の医療安全・感染・個人情報についてのルールなどを周知、共有する目的で中途採用者・帰任者に対し、研修を実施している。研修はe-learningを活用し、受講状況・理解度について、卒後臨床研修センターと協力し、情報の共有・管理を行っている。

３）初期臨床研修医研修（年12回）

総合診療科ラウンド中の初期臨床研修医に対し、医療安全管理室での研修を1日設け、医療安全の基礎、院内の医療安全に関する取り組み、薬剤の知識の講義及び院内巡視を実施している。

④　医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の実施状況
・　医療機関内における事故報告等の整備　（　○有・無　） ・　その他の改善のための方策の主な内容： 1）イントラネットでのインシデントの報告 2）日本医療機能評価機構への報告 3）医療事故防止および医療の質確保に関する活動 4）医療安全推進委員会（多職種混成チーム）による定期院内巡視と評価、および医療安全管理室の院内巡視（毎月1回） 5）情報の一元化（職員が知っておくべき共有ファイルの指定と管理） 6）職場安全会議を活用した多職種による合同カンファレンスの推進 7）インフォームドコンセント時の複数立ち合いの推奨（看護師の立ち合いの推奨） 8）医療安全管理室ニュースレター、医療安全情報の配信による職員への周知 9）医療安全マニュアル、医療安全マニュアルポケット版の改定作業 10）三施設間医療安全相互ラウンドの実施：東京医科大学には三施設の病院がある。同系列病院として安全管理の質向上と相互理解、情報共有などを図る目的で、三病院医療安全相互ラウンドを実施している。三病院共有のマニュアル、報告制度などの検討を行っている。

(注）前年度の実績を記入すること。

規則第１条の11第２項第１号に掲げる院内感染対策のための体制の確保に係る措置

① 院内感染対策のための指針の策定状況	○有・無

・ 指針の主な内容：

1. 院内感染対策の基本的な考え方を示して、感染症発生防止に留意し、発生時には速やかな制圧を全職員で図る.
2. 病院長直属の中心的な組織、感染制御部を設ける.
3. 対策の病院全体への周知・実施を行っていくため、感染症対策委員会と感染対策小委員会の設置感染リンクドクター・リンクナースを配備する.
4. 病院職員に対しては基本的な考え方や具体的な方策に関する研修会を開催する.
5. 感染症に関する注意情報を随時発するとともに、院内における耐性菌の検出状況を感染症対策委員会・診療合同会議等にて報告する.
6. 感染症発生時には、職員はすみやかに感染制御部へ報告し、感染制御部は原因究明・改善策を検討する。検討した内容は感染症対策委員会で協議の上、各種会議等を通じ全職員に周知徹底する.
7. 指針は患者その家族が閲覧できる. 患者・家族にも感染防止の意義や手技を説明し、協力を求める.
8. 職員はマニュアルを遵守するとともに、自らの健康管理に留意する

② 院内感染対策のための委員会の開催状況	年12回

・ 活動の主な内容：

1. 微生物検査室からの耐性菌分離レポートの集計結果による発生動向の把握と分析
2. 感染制御部病棟ラウンド状況の報告（対象：広域抗菌薬長期間投与例、病棟・外来環境ラウンド、耐性菌分離例、アウトブレイク事例等）
3. 感染制御部立案の具体的対策案について、各種職種代表者による審議
4. 対策案・注意喚起情報の職員への周知（診療合同会議・科長会議・師長会議・総医局会・中央診療部門の各部署での会議や院長通達、サイボウズや書面等による委員会からの情報発信など
5. マニュアル・ガイドラインなど院内全般に渡る規約の最終決議

③ 従業者に対する院内感染対策のための研修の実施状況	年 40回

・ 研修の内容（すべて）：

（１）新採用者オリエンテーション：院内感染対策組織・マニュアル、標準予防策、感染経路別予防

策、針刺し・血液曝露、手指衛生・個人防護具着脱演習

（２）医療安全研修会：「各病棟における手指衛生とAST(抗菌薬抗菌薬適正使用支援チーム)について」、「インフルエンザ、AST活動報告」

（３）定例研修会：「K（感染）Y（予知）T（トレーニング）の進め方」「結核、AST活動報告」

（４）感染リンクナース研修：標準予防策、感染経路別予防策、手指消毒、PPE着脱、耐性菌検出時の感染拡大防止対策、季節性流行疾患の予防と対策、感染リンクナースの役割、年間目標・活動計画、末梢ライン管理、環境ラウンド、グループディスカッション

（５）臨床研修医のためのレクチャー：感染症診療のフレームワーク、血液培養、微生物・抗菌薬培養検査とその解釈、感染症治療の評価

（６）委託業者への勉強会：標準予防策、経路別予防策、清掃について、針刺し血液汚染・曝露対応について、吐物処理について

（７）中途採用・帰任者医療安全研修会：医療安全、感染対策、個人情報

（８）その他：感染対策シミュレーション研修、SSI予防のための抗菌薬投与、PPE選択・着脱トレーニング、看護助手研修

④　感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策の状況

・　病院における発生状況の報告等の整備　　（　○有・無　）
・　その他の改善のための方策の主な内容：

（１）耐性菌発生を減らすための広域抗菌薬一定期間使用者リストアップ・血液培養陽性者/耐性菌検出者リストアップに対する現場のラウンドによる指導

（２）院内感染対策ラウンドによる基本手技、医療行為、病院環境のチェックと指導

（３）マニュアルの見直し・検討・改訂

（４）感染リンクナースの年間活動計画に基づくグループ活動の実施

（５）感染リンクナースによる自己チェック表を用いた自己評価と改善活動報告

（６）各部署における耐性菌アウトブレイク値の設定に基づく早期介入

（７）人事課との協同によるワクチン接種プログラムの計画立案・実施・評価

（８）感染防止対策地域連携加算に関する連携医療機関とのカンファレンス（実施回数：4回）

(注）前年度の実績を記入すること。

規則第１条の11第２項第２号に掲げる医薬品に係る安全管理のための体制の確保に係る措置

①　医薬品安全管理責任者の配置状況	○有・無
②　従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施状況	年　　3回

・　研修の主な内容：

(1) 新入職員研修

医薬品管理について（麻薬・向精神薬・特定生物由来製品等）

(2) 医薬品に関する研修

①アナフィラキシー発症時の対応

医療事故調査・支援センター　医療事故の再発防止に向けた提言第３号をもとに、院内で発生した事例や適切な対応を紹介した

②みんなで実践！患者確認！-薬剤編-

院内で発生した薬剤、処方せんが関連する患者取り違い事例をもとに、患者確認の必要性やタイミングを紹介した

③　医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施状況

・　手順書の作成　　（　○有・無　）

・　手順書の内訳に基づく業務の主な内容：

手順書に基づくチェックシートを作成した。チェックシートによる業務の確認は病院全体及び薬剤部については年２回、病棟・外来については月１回行い、期限切迫医薬品の回収も併せて行っている。採用医薬品については医療安全の観点からも検討している

④　医薬品の安全使用のために必要となる未承認等の医薬品の使用の情報その他の情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策の実施状況

・　医薬品に係る情報の収集の整備　　（　○有・無　）

・　未承認等の医薬品の具体的な使用事例（あれば）：

（適応外）

・一般名：リラグルチド（商品名：ビクトーザ皮下注18mg）

2型糖尿病に対して高用量1.5mg/回での使用（2018年6月9日使用時適応外）

・一般名：シクロホスファミド（商品名：エンドキサン500mg注）

多発性硬化症の進行抑制に対して使用（2018年12月5日）

・　その他の改善のための方策の主な内容：

1）　医薬情報室には専任薬剤師を3名配置している。

2）　医薬品の安全使用に関する情報は厚生労働省ホームページ、インターネット、新聞、雑誌、製薬企業等から入手し、必要に応じて加工し、イントラネット（薬剤部ニュース）、薬事ニュース、各種会議で解説・周知している。また、特に周知が必要な情報については、職場安全管理者会議で報告し、院内各職場安全会議で周知している。

3）　外観変更医薬品の画像を薬事ニュースに掲載、また、院内で発生した医薬品副作用報告を薬事ニュースに掲載している。

4）　未承認薬等の院内の使用の情報においては、調剤業務・病棟薬剤師業務・医薬品安全使用のための業務手順書のチェックシート等より、情報を収集し、医薬情報室にて管理し、医薬品安全管理責任者等に報告している。

5）　院内全ての病棟に加えて手術室、ICU･CCUにも薬剤師を配置し、医薬品の適正な使用、在庫管理をしている。

6）　インシデントレポート等を分析して、診療科、各部署に必要な情報を提供している。

(注）前年度の実績を記入すること。

規則第１条の11第２項第３号に掲げる医療機器に係る安全管理のための体制の確保に係る措置

①　医療機器安全管理責任者の配置状況	○有・無
②　従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施状況	年 164 回

・　研修の主な内容：

人工呼吸器をはじめ特定管理医療機器の7機種（粒子線照射装置は保有しない）等及び新規導入時の機器に対しての説明会や研修会を、関係する医療従事者に対して、有効性・安全性・使用方法・保守点検に関する事項、その他不具合が発生した場合の対応、使用に際し法令上、遵守すべき事項などについて実施している。（人工呼吸器、人工心肺と補助循環、除細動器、血液浄化装置、閉鎖式保育器、高エネルギー放射線装置、放射線照射装置、輸液ポンプ、シリンジポンプなど）また、臨床試用（デモ）機器についても同様としている。

③　医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の実施状況

・　医療機器に係る計画の策定　　（　○有・無　）

・　機器ごとの保守点検の主な内容：

人工呼吸器、人工心肺と補助循環、除細動器、血液浄化装置、閉鎖式保育器、高エネルギー放射線装置、放射線照射装置、輸液ポンプ、シリンジポンプなどに対して、年度計画にもとづきメーカによる年1～2回の定期保守点検のほか、使用前･使用中･使用後点検等を、臨床工学部内及び現場の医師・看護師・技士（師）により実施している。また、臨床工学部では中央管理業務の業務委託を導入し、医療機器管理の質の向上を図っている。

④　医療機器の安全使用のために必要となる未承認等の医療機器の使用の状況その他の情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施状況

・　医療機器に係る情報の収集の整備　　（　○有・無　）

・　未承認等の医療機器の具体的な使用事例（あれば）：なし

・　その他の改善のための方策の主な内容：

メーカや日本医療機能評価機構、ＰＭＤＡ等から出される情報の収集は、関連部署はもとより

医療安全管理室・臨床工学部・事務部資材課(SPD含む)にて行われており、部門対象の機器については、当該部署の関係者へメーカ等より報告、加えて職場安全管理者会議においても、医療機器安全管理責任者(実務者)より回収情報や安全情報、注意喚起などを行っている。また重要度に応じて、医療安全管理室より緊急情報として院内全体に発信される。

未承認等の機器使用については、医療法改正にともない当該機器を使用した医療の提供に対して、臨床研究支援センターが窓口となり、その申請に対して評価をおこなう委員会を組織されているが、平成30年度は申請がなかった。

機器の安全使用を目的とした改善の実施については、新病院移転にともない各病棟へのセントラルモニタ(多人数集中受信)配置と、ネットワーク接続による全波形のサーバ保存システムの導入をした。これによりイベント発生時の記録確認が可能となった。また、除細動器において、内部放電と患者への除細動放電のボタン間違いインシデントがあったため、全除細動器の「放電」ボタンの表記を「ショック」の表記に張り替えた。

(注) 前年度の実績を記入すること。

規則第９条の２０の２第１項第１号から第１３号に掲げる事項の実施状況

① 医療安全管理責任者の配置状況	○有・無

・責任者の資格（医師・歯科医師）

・医療安全管理責任者による医療安全管理部門、医療安全管理委員会、医薬品安全管理責任者及び医療機器安全管理責任者の統括状況

医療安全管理責任者が、医薬品安全管理責任者、医療安全機器安全管理責任者医、医療安全管理部門の出席する医療安全管理委員会に出席し、全体の業務を把握している。
医療安全管理部門に医薬品及び医療機器安全管理実務者を介し連携するよう指示を出し、医療安全管理室において毎朝のミーティングで情報共有が行われている。
また、有事の際は直接連絡がくる体制をとっている。

② 専任の院内感染対策を行う者の配置状況	○有（6名）・無

③ 医薬品安全管理責任者の業務実施状況

・医薬品に関する情報の整理・周知に関する業務の状況

医薬品の安全使用に関する情報は厚生労働省ホームページ、インターネット、新聞、雑誌、製薬企業等から入手し必要に応じて加工し、イントラネット（薬剤部ニュース）、薬事ニュース、各種会議で解説・周知している。また、特に周知が必要な情報については、緊急周知文書、職場安全管理者会議で報告し、院内各職場安全会議で周知を行い、その結果を議事録で確認している。

・未承認等の医薬品の使用に係る必要な業務の実施状況

未承認薬等の院内の使用の情報においては、調剤業務・病棟薬剤師業務・医薬品安全使用のための業務手順書のチェックシート等より、情報を収集し、医薬情報室にて管理をし、医薬品安全管理責任者等に報告している。また、必要に応じて医師等に指導することとしている。

・担当者の指名の有無（○有・無）

・担当者の所属・職種：

（所属：薬剤部　，職種　薬剤師　　）　（所属：　　，職種　　）

（所属：　　，職種　　）　（所属：　　，職種　　）

（所属：　　，職種　　）　（所属：　　，職種　　）

（所属：　　，職種　　）　（所属：　　，職種　　）	
④ 医療を受ける者に対する説明に関する責任者の配置状況	○有・無
・医療の担い手が説明を行う際の同席者、標準的な説明内容その他説明の実施に必要な方法に関する規程の作成の有無　（ ○有・無 ） ・説明等の実施に必要な方法に関する規程に定められた事項の遵守状況の確認、及び指導の主な内容：量的点検、院内診療記録監査において署名・同席者・説明内容同意書の記載等を確認項目としており、指導の主な内容は、確認項目の不備について診療情報管理委員会、診療合同委員会等にて報告し指導（個別含む）している。	

⑤ 診療録等の管理に関する責任者の選任状況	○有・無
・診療録等の記載内容の確認、及び指導の主な内容： 量的点検（患者全件の医師退院時要約、手術記録、入院診療計画書、死亡診断書、剖検報告書）、院内診療記録監査において記載内容を確認している。指導の主な内容は、作成当事者、診療情報管理委員、病棟医長、科長へ詳細な不備内容の修正を督促し、診療情報管理委員会、診療合同委員会等にて報告し指導（個別含む）を行っている。	
⑥ 医療安全管理部門の設置状況	○有・無
・所属職員：専従（ 10 ）名、専任（ ）名、兼任（ 1 ）名 うち医師：専従（ 3 ）名、専任（ ）名、兼任（ 1 ）名 うち薬剤師：専従（ 1 ）名、専任（ ）名、兼任（ ）名 うち看護師：専従（ 2 ）名、専任（ ）名、兼任（ ）名 （注）報告書を提出する年度の 10 月 1 日現在の員数を記入すること ・活動の主な内容： 1）医療安全に関わる会議の所掌業務 医療安全管理委員会・医療安全推進委員会・院内病院死因検討会・職場安全管理者会議・ＣＶライン管理部会・ＶＴＥ管理部会・2222 統括（院内急変対応）委員会・看護師による静脈注射管理部会・侵襲的処置・検査施行時の鎮静管理部会・摂食嚥下部会等 2）事故等の発生時の対応	

・診療録の確認、情報の収集

・患者への説明等の適切な対応、調整

・原因の分析、改善策の立案、職員への周知、改善策の実施状況の確認等

3）死亡患者の確認

・死亡の事実確認、及び死亡に至るまでの状況の確認（定期的な病院長への報告）

4）他の特定機能病院との連携

・都内私大病院安全連絡会議

・私立医科大学病院　医療安全相互ラウンド

5）職員研修の実施

※　平成二八年改正省令附則第四条第一項及び第二項の規定の適用を受ける場合には、専任の医療に係る安全管理を行う者が基準を満たしていることについて説明すること。

※　医療安全管理委員会において定める医療安全に資する診療内容及び従事者の医療安全の認識についての平時からのモニタリングの具体例についても記載すること。

⑦　高難度新規医療技術の提供の適否等を決定する部門の状況

・前年度の高難度新規医療技術を用いた医療の申請件数（2件）、及び許可件数（2件）

・高難度新規医療技術の提供の適否等を決定する部門の設置の有無（○有・無）

・高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合に、従業者が遵守すべき事項及び高難度新規医療技術の提供の適否等を決定する部門が確認すべき事項等を定めた規程の作成の有無（○有・無）

・活動の主な内容：

高難度新規医療技術を用いた医療の提供に関する審査資料の受付、評価委員会への審査依頼、評価委員会の意見に基づく使用の適否・使用条件等の決定及び申請者に対する通知、資料等の保管、適正な手続きに基づいて医療が提供されていたかの確認、提供の適否を決定した際等の病院長への報告。

・規程に定められた事項の遵守状況の確認の有無（　○有・無　）

・高難度新規医療技術評価委員会の設置の有無（　○有・無　）

⑧　未承認新規医薬品等の使用条件を定め、使用の適否等を決定する部門の状況

・前年度の未承認新規医薬品等を用いた医療の申請件数（0件）、及び許可件数（0件）

・未承認新規医薬品等の使用条件を定め、使用の適否等を決定する部門の設置の有無（○有・無）

・未承認新規医薬品等を用いた医療を提供する場合に、従業者が遵守すべき事項及び未承認新規医薬品等の使用条件を定め使用の適否等を決定する部門が確認すべき事項等を定めた規程の作成の有無（○有・無）

・活動の主な内容：

未承認新規医薬品等を用いた医療の提供に関する審査資料の受付、評価委員会への審査依頼、評価委員会の意見に基づく使用の適否・使用条件等の決定及び申請者に対する通知、資料等の保管、適正な手続きに基づいて医療が提供されていたかの確認、提供の適否を決定した際等の病院長への報告。

・規程に定められた事項の遵守状況の確認の有無（　○有・無　）

・未承認新規医薬品等評価委員会の設置の有無　（　○有・無　）

⑨　入院患者が死亡した場合などの医療安全管理部門への報告状況

・入院患者が死亡した場合の医療安全管理部門への報告状況：年　781　件

・上記に掲げる場合以外の場合であって、通常の経過では必要がない処置又は治療が必要になったものとして特定機能病院の管理者が定める水準以上の事象が発生したとき当該事象の発生の事実及び発生前の状況に関する医療安全管理部門への報告状況：年　200　件

・上記に関する医療安全管理委員会の活動の主な内容

1）医療事故及び有害事象を防止するための体制の確立

2）医療事故等についての対応、情報収集、調査及び文責を指揮監督する

3）職員に対して医療事故に関する情報を提供する

4）職員に対して医療事故等防止及び医療安全管理に関する教育をする

5）医療事故が医療事故調査制度における医療事故調査・支援センターへ報告を要するものか否かの判断

6）院内病院死因検討会に対して5）の判断のために必要な情報を取りまとめて、報告書の作成を指示する

7）委員会が所掌する下部の委員会から報告を受ける

8）医療事故が発生した際、事象の事実及び発生前の状況について、職員に医療安全管理室へ報告させる

9）8）の規定による実施状況を確認する

10）8）の規定による確認結果を管理者へ報告する

11）8）に規定する実施状況が不十分な場合、適切な報告のための職員への研修及び指導を行う

12）重大な問題その他医療安全管理委員会に於いて取り扱うべき問題が発生した場合、速やかな原因究明のための調査及び分析を行う

13）分析結果を活用し、医療安全確保のための方策の立案、実施、職員への周知を行う

14）改善のための方策の実施状況の調査と必要に応じた方策の見直しを行う

15）その他医療安全全般

⑩ 他の特定機能病院等の管理者と連携した相互立入り及び技術的助言の実施状況

・他の特定機能病院等への立入り（○有（病院名：自治医科大学附属病院）・無）

・他の特定機能病院等からの立入り受入れ（○有（病院名：自治医科大学附属病院、国立国際医療研究センター病院）・無）

・技術的助言の実施状況

1）救急カートが数種類あると伺いましたが、どの部署へ行っても同じ救急カートが使用できるよう物品や薬品の統一に向け検討してはいかがでしょうかという助言に対し、外来、病棟等の部署毎に救急カートは統一されておりますが、今回の助言を受け再度委員会で検討する予定。

2）病棟のモニターの患者名表示が姓のみであり、患者誤認防止の観点から、フルネーム表示を薦めるとの助言を受け、病棟のモニターの患者氏名はフルネーム表示に変更いたしました。

⑪ 当該病院内に患者からの安全管理に係る相談に適切に応じる体制の確保状況

・体制の確保状況

・専門の担当者が対応している。（窓口を設置している旨、院内に掲示している）

・毎日の朝のミーティングのうち、毎週火曜及び水曜については安全管理室所属の副センター長が担当しており、安全管理に係る直近情報の共有を図っている。

⑫ 職員研修の実施状況

・研修の実施状況

1）医療法に定められた医療安全研修

6月と11月に実施。対象は全職員であり、常勤・非常勤問わず必須としている。研修は直接講義を聴講することが最良と考えるが、職員全員を収容する研修場がないため、5日間にわたり（月～金）連日同じ内容で研修会を開催している。5日間開催しても、育児時間、夜勤、当直、緊急手術など諸

々の理由で参加できなかった職員に対しては、その後ＤＶＤ上映会を開催し（10～15回）、受講できるようにしている。平成30年度は各5回のライブ講演とＤＶＤ上映会を合わせて計36回開催した。

２）中途採用・帰任者研修

e-learningシステムで「医療安全」「感染管理」「薬品の取り扱い」「医療機器の取り扱い」「個人情報保護」「接遇・マナー」に関する研修を毎月（12回）実施している。帰任者については異動・施設間異動、帰任、復職、産休・育休明け（勤務最終月の翌月から6か月を超えて離職しているもの）を対象としている。研修受講状況・確認テスト・理解度について教育部生涯教育センターと協力し、情報共有・管理を行っている。

３）初期臨床研修医研修（年12回）

初期臨床研修医に対し、医療安全管理室での研修を月に1日設け、医療安全の基礎、院内の医療安全に関する取り組み、薬剤に関する知識等の講義のほか院内巡視を実施している。

（毎月(回)3～4人単位で出席。初期臨床研修期間中に1回の出席を義務付けている。）

（注）前年度の実績を記載すること（⑥の医師等の所属職員の配置状況については提出年度の10月1日の員数を記入すること）

⑬ 管理者、医療安全管理責任者、医薬品安全管理責任者及び医療機器安全管理責任者のための研修の実施状況
・研修の実施状況 管理者： 平成30年11月21・22日　平成30年度特定機能病院管理者研修 （公益財団法人　日本医療機能評価機構） 医療安全管理責任者： 令和元年8月30・31日　2019年度医療安全管理者養成課程講習会 （公益社団法人　全日本病院協会） 医薬品安全管理責任者： 平成31年1月12日　平成30年度医薬品安全管理責任者等講習会 （一般社団法人　日本病院薬剤師会） 平成31年2月6日　平成30年度特定機能病院管理者研修 （公益財団法人　日本医療機能評価機構）

医療機器安全管理責任者：

平成 30 年 1 月 9・10 日　平成 29 年度特定機能病院管理者研修

(公益財団法人　日本医療機能評価機構)

（注）前年度の実績を記載すること（⑥の医師等の所属職員の配置状況については提出年度の10月1日の員数を記入すること）

様式 6-3

規則第７条の２第１項各号に掲げる管理者の資質及び能力に関する基準

管理者に必要な資質及び能力に関する基準
・ 基準の主な内容 東京医科大学病院長、茨城医療センター病院長及び八王子医療センター病院長選出規程第５条で、病院長の要件を規定し、選考委員会が具体的な選考基準（病院長に求められる資質・能力）を策定し、公表するものとしている。この度の病院長選出にあたっては、下記を具体的基準として掲げ、病院長候補者調書では、管理職の経験、医療安全管理者の経験、医療安全講習会の研修実績等を記載させている。 1. 日本国の医師免許を有していること 2. 心身ともに健全であること 3. 人格が高潔で、病院の管理運営に識見を有すると認められること 4. 医療安全確保のための必要な資質・能力、危機管理に関する資質・能力を有すること 5. 特定機能病院の役割である高難度医療や新規医療技術等の経験を有し、これらを推進する姿勢と指導力を有すること 6. 東京医科大学・東京医科大学病院の理念を実行する能力を有するとともに、大学病院の将来の在り方に明確な展望を持ち、リーダーシップを発揮できること、 ・ 基準に係る内部規程の公表の有無（　○有・無　） ・ 公表の方法 大学ホームページ

規則第７条の３第１項各号に掲げる管理者の選任を行う委員会の設置及び運営状況

前年度における管理者の選考の実施の有無	○有・無
・ 選考を実施した場合、委員会の設置の有無（ ○有・無 ） ・ 選考を実施した場合、委員名簿、委員の経歴及び選定理由の公表の有無（ ○有・無 ） ・ 選考を実施した場合、管理者の選考結果、選考過程及び選考理由の公表の有無（ ○有・無 ） ・ 公表の方法 大学ホームページ	

管理者の選任を行う委員会の委員名簿及び選定理由

氏名	所属	委員長 （○を付す）	選定理由	特別の 関係

様式 6-3

唐沢　昌敬	常務理事		理事（教授会代表者会議構成員を除く。）から選出	有・○無
永井　秀三	理事		理事（教授会代表者会議構成員を除く。）から選出	有・○無
水巻　中正	理事（外部理事）		理事（教授会代表者会議構成員を除く。）から選出	有・○無
池田　徳彦	主任教授		教授会代表者会議構成員から選出	有・○無
土田　明彦	主任教授	○	理事（教授会代表者会議構成員を除く。）から選出	有・○無
坪井　良治	主任教授		教授会代表者会議構成員から選出	有・○無
平山　陽示	教授		大学病院・診療科長部長会議から選出	有・○無
藤澤　雅之	大学病院事務部長		病院運営管理会議から選出	有・○無
矢﨑　義雄	国際医療福祉大学総長		国立国際医療センター総長や独立行政法人国立病院機構理事長として、国立病院の管理運営に携わられている。	有・○無
市岡　正彦	東京都保健医療公社豊島病院院長		豊島病院院長、広尾病院副院長として病院管理の職責のなかで、地域に密着した病院の機能を果たすべく努力され、大学病院の医療安全確保に関し広く高い識見を有している。	有・○無
水津 まき子	元東京都医療保健公社荏原病院事務長		梅ヶ丘病院事務局長、大塚病院事務局長等として、事務管理部局の責任者として管理運営の実務に携わっている。	有・○無
岡部　真勝	弁護士		医療過誤の分野に精通する専門弁護士であり、医学医療の領域に幅広い識見を有している。更には、医療倫理・医療問題等の各種委員を務められている。	有・○無

※ 教授会代表者会議構成員は、教授会代表者会議の決議、それ以外の者は、理事会の決議による。
※ 選考委員会は、医療法施行規則の一部を改正する省令等の施行日（平成 30. 6. 1）以前に設置している。

規則第９条の２３第１項及び第２項に掲げる病院の管理及び運営を行うための合議体の設置及び運営状況

合議体の設置の有無	理事会・業務連絡会	○有・無

・合議体の主要な審議内容
理事会：予算及び事業計画並びに決算及び実績報告をはじめ、法人の管理運営に関わる重要事項全般について審議される。
業務連絡会：病院の予算執行状況について、マネジメントシート等により管理監督している。

様式 6-3

・審議の概要の従業者への周知状況
学内広報誌（東京医科大学報）

・合議体に係る内部規程の公表の有無（　○有・無　）

・公表の方法
大学ホームページ

・外部有識者からの意見聴取の有無（　○有・無　）
外部理事６名、外部監事３名が出席している。

合議体の委員名簿

氏名	委員長（○を付す）	職種	役職（学内）
矢　﨑　義　雄	○	理事	理事長
林　　由起子		理事	常務理事（学長）
三　木　　保		理事	常務理事（大学病院病院長）
河　島　尚　志		理事	常務理事（副学長）
齋　藤　英　秋		理事	常務理事
五十嵐　則　夫		理事	
池　田　寿　昭		理事	八王子医療センター病院長
市　原　克　彦		理事	事務局長
尾　形　直三郎		理事	
菊　地　威　史		理事	
木　口　英　子		理事	
清　田　朝　子		理事	看護部長
児　玉　安　司		理事	
小　林　正　貴		理事	茨城医療センター病院長
代　田　常　道		理事	
堀　田　知　光		理事	
桃　井　眞里子		理事	
小　野　高　史		監事	常任監事
神　保　好　夫		監事	
仙　波　憲　一		監事	
髙　木　佳　子		監事	

様式 6-3

規則第１５条の４第１項第１号に掲げる管理者が有する権限に関する状況

管理者が有する病院の管理及び運営に必要な権限

・　管理者が有する権限に係る内部規程の公表の有無（　○有・無　）
・　公表の方法

大学ホームページ、規程集、学報

・　規程の主な内容

（人事）

東京医科大学病院就業規則、学校法人東京医科大学職員任免規程等で、管理者が、病院の管理・運営に必要な指導力を発揮するために、管理者（病院長）が推薦・申請を行い、理事長（理事会）の承認または理事長（理事会）への報告により昇任、異動等を実施している。また、理事長が任免権を施設の長（病院長）に委任することで、管理者による必要な人事を実施している。

教育職員の採用、異動等は、各病院長の参加する人事審査会で、各病院の診療科の人員構成、定員の充足状況を思慮しながら、円滑な業務が遂行できるよう審議のうえ決定している。

（財務・会計）

病院長が経理管理者として当該経理単位における会計経理事務を監督管理することとなっている。経理規程第10条に基づく職務権限委任に伴う代決権により、経理管理者である病院長は、200万円以上1,000万円未満の決裁権限である。

また、予算の策定においては、予算編成方針、予算案の作成、予算の配分に関すること等、予算の適正化を図ることを目的として法人本部に予算委員会を設置している。その組織には各施設長（病院長）が委員として任命されている。

「学校法人東京医科大学理事長・学長・３病院長会議規程」がある。
その名のとおり、附属病院の管理運営及び経営状況を総合的な観点に立って審議することを目的とし、毎月１回開催され各施設の管理運営状況、経営状況を審議している。

・　管理者をサポートする体制（副院長、院長補佐、企画スタッフ等）及び当該職員の役割

・副院長（4名）　…　病院長を補佐
・医療安全管理責任者　…　医療安全管理部門、医療安全管理委員会、医薬品安全管理責任者と医療機器安全管理責任者の統括
・診療部長　…　診療部門の統括
・経営企画室長　…　病院経営に係る企画・調査・分析

様式 6-3

(学校法人東京医科大学組織及び職制並びに職員規則　第 15 条、第 29 条、第 33 条の 2)

・　病院のマネジメントを担う人員についての人事・研修の状況

多職種合同研修会、接遇研修、医事課職員研修（新人・中堅）、階層別研修（新人、主任、係長、管理職）コンプライアンス研修、ハラスメント防止研修、医療安全研修。

規則第１５条の４第１項第２号に掲げる医療の安全の確保に関する監査委員会に関する状況

監査委員会の設置状況	○有・無

・監査委員会の開催状況：年　　2 回

・活動の主な内容：

(1) 医療安全管理者、医療安全管理室、医療安全管理委員会、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者等の業務の状況について病院長等から報告を求め、又は必要に応じて自ら確認を実施すること。

(2) 必要に応じて、理事長又は病院長に対し医療に係る安全管理についての是正措置を講ずるよう意見を上申すること。

(3) (1)、(2) に掲げる業務について、その結果を公表すること。

・監査委員会の業務実施結果の公表の有無（　○有・無　）

・委員名簿の公表の有無（　○有・無　）

・委員の選定理由の公表の有無（　○有・無　）

・監査委員会に係る内部規程の公表の有無（　○有・無　）

・公表の方法：

大学・病院のホームページ。

監査委員会の委員名簿及び選定理由（注）

氏名	所属	委員長 (○を付す)	選定理由	利害関係	委員の要件 該当状況
落合　和徳	医療法人社団三成会　新百合ヶ丘総合病院　常勤顧問	○	医師としての実績と医療安全に関する豊富な経験を持ち合わせているため	有・○無	医療に係る安全管理に関する識見を有する者

様式 6-3

安原　幸彦	東京南部法律事務所　弁護士		弁護士として医療の法律に関する豊富な実績と経験を持ち合わせているため	有・○無	医療に係る法律に関する識見を有する者
桑原　公平	西新宿六丁目町会　会長		医療を受ける者として長年当院を受診されているため	有・○無	医療を受ける者

（注）　「委員の要件該当状況」の欄は、次の1～3のいずれかを記載すること。

1. 医療に係る安全管理又は法律に関する識見を有する者その他の学識経験を有する者
2. 医療を受ける者その他の医療従事者以外の者（1. に掲げる者を除く。）
3. その他

様式 6-3

規則第１５条の４第１項第３号イに掲げる管理者の業務の執行が法令に適合することを確保するための体制の整備に係る措置

管理者の業務が法令に適合することを確保するための体制の整備状況

・体制の整備状況及び活動内容

法人監事が行う業務監査として、毎年度の期末監査に必ず病院長の出席を求め、法人監事からの病院業務に関する質問、指摘、意見等に対して、関係部署の責任者のみならず、病院長からも直接、回答、説明を求め、管理者である病院長の業務が法令等に違反することなく適正、公正であるか確認を行い、当該監査に関する監事意見書を作成し、病院業務における課題、改善に向けた意見、提言等を提示している。

法人本部の内部監査室は法人監事の業務監査を補佐するとともに、法人監事と月１回の定例会議を開催し、病院業務を含む法人全般に関する情報共有を図っている。

また、法人監事・内部監査室・公認会計士による三様監査部門会議を年４回開催し、それぞれの監査状況の報告、問題点の確認、改善策の検討を行っている。

・ 専門部署の設置の有無（ ○有・無 ）

・ 内部規程の整備の有無（ ○有・無 ）

・ 内部規程の公表の有無（ ○有・無 ）

・ 公表の方法

大学ホームページ

様式 6-3

規則第１５条の４第１項第３号ロに掲げる開設者による業務の監督に係る体制の整備に係る措置

開設者又は理事会等による病院の業務の監督に係る体制の状況

・ 病院の管理運営状況を監督する会議体の体制及び運営状況

理事会・業務連絡会ともに理事・監事の同一構成員により組織され、それぞれ原則月1回定例に開催、また必要に応じ臨時にも開催される。
理事会は、法人における最高議決機関と位置付けられており、予算･決算等に代表される法人内の管理運営に関わる重要事項全般を審議している。
業務連絡会においては、病院の予算執行状況について、マネジメントシート等により管理監督している。

・ 会議体の実施状況（ 平成30年度：42回・令和元年度(10/1現在)：13回 ）

・ 会議体への管理者の参画の有無および回数（ ○有・無 ）
(平成30年度：42回・令和元年度：13回)

・ 会議体に係る内部規程の公表の有無（ ○有・無 ）

・ 公表の方法
大学ホームページ

病院の管理運営状況を監督する会議体の名称：

会議体の委員名簿

氏名	所属	委員長 (○を付す)	利害関係
			有・無
			有・無
			有・無
			有・無

（注） 会議体の名称及び委員名簿は理事会等とは別に会議体を設置した場合に記載すること。

様式 6-3

規則第１５条の４第１項第４号に掲げる医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等の情報提供を受け付ける窓口の状況

窓口の状況
・情報提供を受け付けるための窓口の設置の有無（　○有・無　）
・通報件数（年０件）
・窓口に提供する情報の範囲、情報提供を行った個人を識別することができないようにするための方策その他窓口の設置に関する必要な定めの有無（　○有・無　）
・窓口及びその使用方法についての従業者への周知の有無（　○有・無　）
・周知の方法 大学ホームページ、学報、医療安全マニュアルへの掲載。院内での掲示。講演会での案内。

(様式第7)

専門性の高い対応を行う上での取組みに関する書類（任意）

1　病院の機能に関する第三者による評価

①　病院の機能に関する第三者による評価の有無	○有・無
・評価を行った機関名、評価を受けた時期 公益財団法人　日本医療機能評価機構　平成29年7月13・14日	

(注)医療機能に関する第三者による評価については、日本医療機能評価機構等による評価があること。

2　果たしている役割に関する情報発信

①　果たしている役割に関する情報発信の有無	○有・無
・情報発信の方法、内容等の概要 (1) ホームページ 【患者向け】 ・先進医療一覧の掲載 ・がん診療拠点病院に関する当院の役割、院内登録データ、がん相談窓口の掲載 ・手術支援ロボット「ダヴィンチ」手術の説明と対象疾患の掲載 【医療機関向け】 ・研究会・セミナーの案内 (2) 市民公開講座 ・毎月（1月・8月を除く）、病院の医師が講師となる市民公開講座で、最先端の医療情報から生活に即した実用的な医学情報までを講演。	

3　複数の診療科が連携して対応に当たる体制

①　複数の診療科が連携して対応に当たる体制の有無	○有・無

・複数の診療科が連携して対応に当たる体制の概要

(1) 脳卒中センター

脳卒中に関連する診療科（救命救急センター、脳神経外科、脳神経内科、高齢診療科）が連携し、あらゆるタイプの脳血管障害に迅速に対応する体制を整えている。ひとつのチームとして定期的に合同会議を行い、脳卒中患者の情報を共有して総合的に治療にあたる。

(2) 口唇口蓋裂センター

口唇口蓋裂に関連する診療科（産科、小児科、耳鼻咽喉科、形成外科、歯科口腔外科・矯正歯科）が連携して対応している。ひとつのチームとして定期的にカンファレンスを行い、患者さんの情報を共有しながら治療にあたる。

(3) 認知症疾患医療センター

認知症疾患に関連する診療科（高齢診療科、脳神経内科、メンタルヘルス科）の認知症専門医が問診、神経心理検査、血液検査、画像診断、時に脳脊髄液検査などを施行し、認知症の早期診断と鑑別を行う。

(4) 遺伝子診療センター

遺伝子疾患に関連する診療科（小児科、産科・婦人科、臨床腫瘍科）が、遺伝学的診断と遺伝性疾患に関する遺伝カウンセリングを行っております。本人や家族の遺伝性疾患に関する疑問、心配、不安に関してのご相談に、臨床遺伝専門医が関連各科と連携したチーム医療で対応する。

(様式第 8)

東 医 大 発 475 号
令和元年 10 月 30 日

厚生労働大臣　殿

開設者名　学校法人東京医科
理事長　矢﨑　義

医療に係る安全管理のための体制整備に関する計画について

標記について、次のとおり提出します。

記

1. 管理職員研修（医療に係る安全管理のための研修、管理者、医療安全管理責任者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者向け）を実施するための予定措置

医療安全管理責任者と医療機器安全管理責任者は下記の研修を受講予定

令和元年 12 月 17 日・18 日　令和元年度特定機能病院管理者研修
（公益財団法人　日本医療機能評価機構）

2. 医療安全管理部門の人員体制

・所属職員：専従（　）名、専任（　）名、兼任（　）名
うち医師：専従（　）名、専任（　）名、兼任（　）名
うち薬剤師：専従（　）名、専任（　）名、兼任（　）名
うち看護師：専従（　）名、専任（　）名、兼任（　）名

3. 医療安全管理部門の専従職員を配置するための予定措置