（様式第10）

東医大発294 号

令和　4 年　10 月　5 日

厚生労働大臣　殿

開設者名　学校法人 東京医科大学
理事長 矢﨑 義雄

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、令和3年度の業務に関して報告します。

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○を付けること。

4-2 標榜している診療科名

(1)内科

内科						有	
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
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に○印を付けること。

(4)歯科

歯科					有
歯科と組み合わせた診療科名					
	1小児歯科	○	2矯正歯科	○	3歯科口腔外科
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	7		8		9		10	
11		12		13		14		15	
16		17		18		19		20	
21		22		23		24		25	

(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

(単位: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
医師	770	21.5	791.5
歯科医師	25	1.7	26.7
薬剤師	74	0	74
保健師	9	0	9
助産師	48	0.3	48.3
看護師	1,111	12.1	1,123.1
准看護師	0	0	0
歯科衛生士	7	0	7
管理栄養士	26	0.9	26.9

職種	員数
看護補助者	55
理学療法士	19
作業療法士	6
視能訓練士	16
義肢装具士	0
臨床工学士	30
栄養士	0
歯科技工士	2
診療放射線技師	85

職種		員数
診療エックス線技師		0
臨床検査	臨床検査技師	135
	衛生検査技師	0
	その他	0
あん摩マッサージ指圧師		0
医療社会事業従事者		13
その他の技術員		11
事務職員		313
その他の職員		16

（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（人）	専門医名	人数（人）
総合内科専門医	66	眼科専門医	12
外科専門医	51	耳鼻咽喉科専門医	15
精神科専門医	6	放射線科専門医	17
小児科専門医	24	脳神経外科専門医	10
皮膚科専門医	10	整形外科専門医	12
泌尿器科専門医	20	麻酔科専門医	23
産婦人科専門医	17	救急科専門医	13
		合計	296

（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 （山本 謙吾） 任命年月日 令和 3 年 9 月 1 日

医療安全管理委員会
委員
平成30年９月～令和３年８月（副院長として）
医療安全管理委員会委員長
令和３年９月～継続中（病院長として）

院内病因死因（Ｍ＆Ｍ）検討会委員
委員
令和２年１月～令和３年８月（整形外科として）
院内病因死因（Ｍ＆Ｍ）検討会委員長
令和３年９月～継続中（病院長として）

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	684 人	6.4 人	690.4 人
1日当たり平均外来患者数	2444.9 人	117 人	2561.9 人
1日当たり平均調剤数	1900.1 剤		
必要医師数	207.745 人		
必要歯科医師数	6.85 人		
必要薬剤師数	24 人		
必要(准)看護師数	431 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

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	1437.97 ㎡	鉄骨造	病床数	32 床	心電計	有
			人工呼吸装置	有	心細動除去装置	有
			その他の救急蘇生装置	有	ペースメーカー	有
無菌病室等	[固定式の場合]		床面積 178.99 ㎡		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]		床面積 46.81 ㎡			
	[共用室の場合]		共用する室名			
化学検査室	149.84 ㎡	鉄骨造	(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	96.36 ㎡	鉄骨造	(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	431.12 ㎡	鉄骨造	(主な設備)	排気機能付切出しシンク、自動染色装置など		
病理解剖室	75.02 ㎡	鉄骨造	(主な設備)	排気装置付L型解剖台など		
研究室	1,470.26 ㎡	鉄骨造	(主な設備)			
講義室	1,294.05 ㎡	鉄骨造	室数 14 室		収容定員 991 人	
図書室	686.61 ㎡	鉄骨造	室数 1 室		蔵書数 133,140 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	81.8 %	逆紹介率	53.8 %
算出根拠	A:紹介患者の数	25,073	人
	B:他の病院又は診療所に紹介した患者の数	18,191	人
	C:救急用自動車によって搬入された患者の数	2,618	人
	D:初診の患者の数	33,839	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 （〇を付す）	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	〇	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	無	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
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	無	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
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	無	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。）

（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
委員の選定理由の公表の有無	有
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（人）
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）	19
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	11
先進医療の種類の合計数	2
取扱い患者数の合計（人）	30

（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（人）
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	0
S-1内服投与並びにパクリタキセル静脈内及び腹腔内投与の併用療法	0
内視鏡的エタノール局所注入療法	7
周術期デュルバルマブ静脈内投与療法	0
術後のアスピリン経口投与療法	5
不可逆電気穿孔法	3
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	0
先進医療の種類の合計数	7
取扱い患者数の合計（人）	15

（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	樹状細胞を用いて免疫療法	取扱患者数	0
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	切除不能局所進行膵癌に対する高密度焦点式超音波療法	取扱患者数	8
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療法			
医療技術名	悪性十二指腸閉塞に対する超音波内視鏡下胃空腸吻合術	取扱患者数	16
当該医療技術の概要 悪性胃・十二指腸狭窄に対してHot AXIOSシステムを用いて超音波内視鏡下胃空腸吻合術を施行する			
医療技術名		取扱患者数	
当該医療技術の概要			
医療技術名		取扱患者数	
当該医療技術の概要			
医療技術名		取扱患者数	
当該医療技術の概要			
医療技術名		取扱患者数	
当該医療技術の概要			
医療技術名		取扱患者数	
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）。

その他の高度医療の種類の合計数	3
取扱い患者数の合計（人）	24

（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	1	56	下垂体性PRL分泌亢進症	2
2	筋萎縮性側索硬化症	18	57	クッシング病	2
3	脊髄性筋萎縮症	3	58	下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症	4
4	進行性核上性麻痺	12	59	下垂体前葉機能低下症	35
5	パーキンソン病	204	60	家族性高コレステロール血症（ホモ接合体）	1
6	大脳皮質基底核変性症	4	61	アジソン病	1
7	ハンチントン病	3	62	サルコイドーシス	155
8	シャルコー・マリー・トゥース病	2	63	特発性間質性肺炎	18
9	重症筋無力症	135	64	肺動脈性肺高血圧症	3
10	多発性硬化症／視神経脊髄炎	120	65	肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症	1
11	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	2	66	慢性血栓塞栓性肺高血圧症	39
12	多系統萎縮症	10	67	リンパ脈管筋腫症	3
13	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)	15	68	バッド・キアリ症候群	1
14	ミトコンドリア病	3	69	原発性胆汁性胆管炎	9
15	もやもや病	9	70	原発性硬化性胆管炎	4
16	進行性多巣性白質脳症	2	71	自己免疫性肝炎	47
17	HTLV-1関連脊髄症	1	72	クローン病	93
18	全身性アミロイドーシス	1	73	潰瘍性大腸炎	231
19	神経線維腫症	6	74	好酸球性消化管疾患	9
20	天疱瘡	5	75	慢性特発性偽性腸閉塞症	1
21	表皮水疱症	1	76	ルビンシュタイン・テイビ症候群	1
22	膿疱性乾癬（汎発型）	8	77	チャージ症候群	2
23	スティーヴンス・ジョンソン症候群	8	78	TNF受容体関連周期性症候群	1
24	中毒性表皮壊死症	2	79	ブラウ症候群	1
25	高安動脈炎	8	80	遺伝性周期性四肢麻痺	1
26	巨細胞性動脈炎	12	81	アトピー性脊髄炎	1
27	結節性多発動脈炎	5	82	脊髄空洞症	5
28	顕微鏡的多発血管炎	12	83	脊髄髄膜瘤	3
29	多発血管炎性肉芽腫症	11	84	脳表ヘモジデリン沈着症	1
30	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	7	85	前頭側頭葉変性症	3
31	悪性関節リウマチ	17	86	痙攣重積型（二相性）急性脳症	3
32	バージャー病	9	87	ドラベ症候群	1
33	原発性抗リン脂質抗体症候群	2	88	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん	1
34	全身性エリテマトーデス	164	89	レノックス・ガストー症候群	1
35	皮膚筋炎／多発性筋炎	60	90	ウエスト症候群	8
36	全身性強皮症	22	91	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群	29
37	混合性結合組織病	11	92	徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症	1
38	シェーグレン症候群	180	93	スタージ・ウェーバー症候群	1
39	成人スチル病	10	94	結節性硬化症	17
40	再発性多発軟骨炎	4	95	家族性良性慢性天疱瘡	2
41	ベーチェット病	80	96	類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）	9
42	特発性拡張型心筋症	38	97	特発性後天性全身性無汗症	4
43	肥大型心筋症	44	98	弾性線維性仮性黄色腫	1
44	再生不良性貧血	15	99	マルファン症候群	18
45	自己免疫性溶血性貧血	10	100	エーラス・ダンロス症候群	17
46	発作性夜間ヘモグロビン尿症	6	101	ウィルソン病	56
47	特発性血小板減少性紫斑病	47	102	モワット・ウィルソン症候群	1
48	血栓性血小板減少性紫斑病	2	103	ウィリアムズ症候群	1
49	原発性免疫不全症候群	4	104	歌舞伎症候群	1
50	IgA 腎症	28	105	プラダー・ウィリ症候群	3
51	多発性嚢胞腎	18	106	ソトス症候群	1
52	後縦靱帯骨化症	6	107	ヌーナン症候群	1
53	広範脊柱管狭窄症	3	108	4p欠失症候群	1
54	特発性大腿骨頭壊死症	21	109	アンジェルマン症候群	1
55	下垂体性ADH分泌異常症	14	110	22q11.2欠失症候群	1

（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	エマヌエル症候群	1	166		
112	完全大血管転位症	1	167		
113	ファロー四徴症	1	168		
114	両大血管右室起始症	1	169		
115	アルポート症候群	1	170		
116	急速進行性糸球体腎炎	14	171		
117	抗糸球体基底膜腎炎	6	172		
118	紫斑病性腎炎	3	173		
119	間質性膀胱炎（ハンナ型）	5	174		
120	オスラー病	3	175		
121	閉塞性細気管支炎	1	176		
122	副甲状腺機能低下症	14	177		
123	ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症	11	178		
124	フェニルケトン尿症	1	179		
125	脂肪萎縮症	1	180		
126	家族性地中海熱	19	181		
127	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群	7	182		
128	慢性再発性多発性骨髄炎	1	183		
129	強直性脊椎炎	9	184		
130	骨形成不全症	2	185		
131	後天性赤芽球癆	1	186		
132	ファンコニ貧血	1	187		
133	自己免疫性後天性凝固因子欠乏症	1	188		
134	胆道閉鎖症	1	189		
135	アラジール症候群	1	190		
136	遺伝性膵炎	1	191		
137	IgG4関連疾患	68	192		
138	黄斑ジストロフィー	14	193		
139	レーベル遺伝性視神経症	3	194		
140	若年発症型両側性感音難聴	1	195		
141	好酸球性副鼻腔炎	46	196		
142	遺伝性自己炎症疾患	3	197		
143	特発性血栓症（遺伝性血栓性素因によるものに限る。）	1	198		
144	無虹彩症	1	199		
145			200		
146			201		
147			202		
148			203		
149			204		
150			205		
151			206		
152			207		
153			208		
154			209		
155			210		
156			211		
157			212		
158			213		
159			214		
160			215		
161			216		
162			217		
163			218		
164			219		
165			220		

（注）「患者数」欄には、前年度の年間実患者数を記入すること。

疾患数	144
合計患者数（人）	2,548

（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
・情報通信機器を用いた診療に係る基準	・ハイリスク妊娠管理加算
・地域歯科診療支援病院歯科初診料	・ハイリスク分娩管理加算
・歯科外来診療環境体制加算	・呼吸ケアチーム加算
・歯科診療特別対応連携加算	・後発医薬品使用体制加算2
・特定機能病院入院基本料（一般: 7対1、精神:13対1）	・病棟薬剤業務実施加算1
・注11　入院栄養管理体制加算	・病棟薬剤業務実施加算2
・救急医療管理加算	・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・注8　総合機能評価加算
・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	・せん妄ハイリスク患者ケア加算
・急性期看護補助体制加算　25対1（看護補助者5割以上）	・精神科急性期医師配置加算2イ
・看護職員夜間配置加算 12対1イ	・排尿自立支援加算
・看護補助加算　13対1	・地域医療体制確保加算
・療養環境加算	・救命救急入院料4　小児加算 注9　早期栄養介入管理加算
・重症者等療養環境特別加算	・特定集中治療室管理料1　小児加算 早期離床・リハビリテーション加算、早期栄養介入管理加算
・無菌治療室管理加算1	・新生児特定集中治療室管理料1
・緩和ケア診療加算	・小児入院医療管理料1　注2プレイルーム加算 注5無菌製剤治療管理加算1及び2、注7養育支援体制加算
・精神科身体合併症管理加算	・摂食障害入院医療管理加算
・精神科リエゾンチーム加算	・精神疾患診療体制加算
・摂食障害入院医療管理加算	・総合周産期特定集中治療室管理料
・栄養サポートチーム加算	・入院時食事療養（1）・入院時生活療養（1）
・医療安全対策加算1	・褥瘡ハイリスク患者ケア加算
・感染防止対策加算1　・ 指導強化加算	
・患者サポート体制充実加算	
・重症患者初期支援充実加算	

（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	・持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）及び皮下連続式グルコース測定
・遠隔モニタリング加算（ペースメーカー指導管理料）	・遺伝学的検査
・糖尿病合併症管理料	・BRCA 1／2遺伝子検査
・がん性疼痛緩和指導管理料	・がんゲノムプロファイリング検査
・がん患者指導管理料イ	・先天性代謝異常症検査
・がん患者指導管理料ロ	・HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）
・がん患者指導管理料ハ	・ウイルス・細菌核酸多項目同時検出
・がん患者指導管理料ニ	・検体検査管理加算（Ⅰ）
・外来緩和ケア管理料	・検体検査管理加算（Ⅳ）
・移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後）	・国際標準検査管理加算
・糖尿病透析予防指導管理料	・遺伝カウンセリング加算
・乳腺炎重症化予防・ケア指導料	・遺伝性腫瘍カウンセリング加算
・婦人科特定疾患治療管理料	・心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算
・院内トリアージ実施料	・時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト
・外来放射線照射診療料	・ヘッドアップティルト試験
・ニコチン依存症管理料	・静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）
・歯科疾患管理料の注11に掲げる総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料	・長期継続頭蓋内脳波検査
・がん治療連携計画策定料	・光トポグラフィー
・外来排尿自立指導料	・神経学的検査
・肝炎インターフェロン治療計画料	・補聴器適合検査
・薬剤管理指導料	・黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図
・医療機器安全管理料1	・ロービジョン検査判断料
・医療機器安全管理料2	・コンタクトレンズ検査料1
・医療機器安全管理料（歯科）	・小児食物アレルギー負荷検査
・在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	・内服･点滴誘発試験

・持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）及び皮下連続式グルコース測定	・精密触覚機能検査
・画像診断管理加算1	・腫瘍脊椎骨全摘術
・ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影	・原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算
・CT撮影及びMRI撮影	・脊髄刺激装置植込術及び脊椎刺激装置交換術
・冠動脈CT撮影加算	・角膜移植術（内皮移植加算）
・心臓MRI撮影加算	・羊膜移植術
・抗悪性腫瘍剤処方管理加算	・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））
・外来化学療法加算1	・緑内障手術(水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術)
・無菌製剤処理料	・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）
・心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 初期加算	・網膜再建術
・脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） 初期加算	・人工中耳植込術、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
・運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 初期加算	・内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）
・呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） 初期加算	・鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
・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	・鏡視下咽頭悪性手術
・歯科口腔リハビリテーション料2	・喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）
・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。）	・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。）
・エタノールの局所注入（甲状腺）	
・エタノールの局所注入（副甲状腺）	・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。）
・人工腎臓（慢性維持透析を行った場合1）	・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生検（併用）
・透析水質確保加算及び慢性医事透析濾過加算	・乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））
・CAD／CAM冠	・ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）
・有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	・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）
・皮膚悪性腫瘍切除術(センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	・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）
・皮膚移植術(死体)	・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)
・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。）	・内視鏡下筋層切除術

・処理骨再建加算	・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)
・骨移植術(軟骨移植術を含む。)(自家培養軟骨移植術に限る。)	
・後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)	
・椎間板内酵素注入療法	・経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)
・腹腔鏡下弁形成術及び腹腔鏡下弁置換術	・腹腔鏡下仙骨膣固定術
・経カテーテル大動脈弁置換術	・腹腔鏡下仙骨膣固定術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
・経皮的中隔心筋焼灼術	・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)
・ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	・腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)
・両心室ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換術(経静脈電極の場合)	・腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮頸がんに限る。)
・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	・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)
・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	・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。)
・大動脈バルーンパンピング法(IABP法)	・輸血管理料(Ⅰ)
・経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)	・輸血適正使用加算
・補助人工心臓	・自己生体組織接着剤作成術
・経皮的下肢動脈形成術	・人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
・腹腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するもの)	・胃瘻造設時嚥下機能評価加算
・バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	・歯周組織再生誘導手術
・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。)	・広範囲顎骨支持型装置埋入手術
・腹腔鏡下肝切除術	・口腔粘膜血管腫凝固術
・体外衝撃波膵石破砕術	・レーザー機器加算
・腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	・麻酔管理料(Ⅰ)
・腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	・麻酔管理料(Ⅱ)
・腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	・放射線治療専任加算
・腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	・外来放射線治療加算
・早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	・高エネルギー放射線治療
・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)	・1回線量増加加算
・体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	・強度変調放射線治療(IMRT)
・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)及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	・画像誘導放射線治療加算(IGRT)
・腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	・体外照射呼吸性移動対策加算
・腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	・定位放射線治療

・定位放射線治療呼吸性移動対策加算	・悪性腫瘍病理組織標本加算
・画像誘導密封小線源治療加算	・口腔病理診断管理加算2
・保険医療機関間の連携による病理診断	・クラウン・ブリッジ維持管理料
・病理診断管理加算2	・歯科矯正診断料
・膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）	・腎代替療法指導管理料
・コーデイネート体制充実加算	・頭頸部悪性腫瘍光線力学療法
・脳刺激装置植込術及び脳刺激交換術	・胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡下手術用支援機器を用いる場合）
・乳がんセンチネルリンパ節加算2及びセンチネルリンパ節生検（単独）	・胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので、内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
・導入期加算2及び腎代替療法実積加算	・胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）
・一般不妊治療管理料	・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）
・生殖補助医療管理料1	・経皮的僧帽弁クリップ術
・二次性骨折予防継続管理料1	・不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの））
・二次性骨折予防継続管理料3	・不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの））
・外来腫瘍化学療法診療料1	・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）
・連携充実加算	・腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）
・救急搬送診療料の注4に規定する重症患者搬送加算	・腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）
・在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	・内視鏡的逆流防止粘膜切除術
・染色体検査の注2に規定する絨毛染色体検査	・腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））
・骨髄微小残存病変量測定	・腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））
・外来栄養食事指導料の注2に規定する基準	・腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））
・抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9）抗体	・腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）
・前立腺針生検法（MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの）	・腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
・児童思春期精神科専門管理加算	・腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）
・療養生活継続支援加算	・内視鏡的小腸ポリープ切除術
・難治性抗コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス療法	・腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
・内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術	・膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）、埋没陰茎手術及び陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）
・癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）	・腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術
・舌下神経電気刺激装置植込術	・体外式膜型人工肺管理料

・角結膜悪性腫瘍切除術	・子宮附属器腫瘍摘出術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する子宮附属器腫瘍摘出術）
・緑内障手術（流出路再建術（眼内法）	・定位放射線治療呼吸性移動対策加算
・緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））	
・経外耳的内視鏡下鼓室形成術	
・植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、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	
・内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）	

（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
・該当なし	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・
・	・

(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	エキスパートパネル：月4回、皮膚科カンファレンス：週1回、 乳腺科カンファレンス：週1回、リンパ腫カンファレンス：年3回、 腎生検カンファレンス：年4回、CPC：年10回	
剖検の状況	剖検症例数（例）	32
	剖検率（%）	4.2

（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	
メタゲノム解析からみた長期プロトンポンプ阻害薬使用が消化管細菌叢に及ぼす影響	永田　尚義	消化器内視鏡学	390,000	㊎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	260,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
糖尿病患者の認知機能低下を予測する新規バイオマーカーの探索とメカニズムの解明	鈴木　亮	糖尿病・代謝・内分泌内科学	910,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
モデルマウスを用いた孤発性筋萎縮性側索硬化症の上位運動ニューロン障害の原因解明	日出山　拓人	神経学	1,040,000	㊎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	白石　沙眞	放射線医学	1,560,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
近赤外線レーザーを用いた心筋炎の非侵襲的治療法の探求	小菅　寿徳	循環器内科学	1,560,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
肺癌術後再発の克服を目指した網羅的遺伝子発現解析と再発予測アルゴリズムの確立	工藤　勇人	呼吸器・甲状腺外科学	1,170,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
ヒト椎間板性疼痛病態形成における慢性微小炎症制御を目指した研究	遠藤　健司	整形外科学	1,690,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
概日リズムによる子宮収縮制御機構に着目した産婦人科疾患予防法の探索	小野　政徳	産科婦人科学	1,430,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
初期胚培養環境が哺乳類受精卵・子孫に及ぼす遺伝子変化に関する研究	久慈　直昭	産科婦人科学	1,300,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
トランスオミックス解析によるぶどう膜炎の新規バイオマーカーの確立と治療法の開発	臼井　嘉彦	眼科学	780,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
眼部悪性腫瘍におけるメタボローム解析～新たなバイオマーカーの創出	後藤　浩	眼科学	780,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
コラーゲン添加とマクロファージ誘導による新しい脂肪移植の方法の確立	松村　一	形成外科学	1,430,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
ヒト歯髄幹細胞の骨芽細胞分化におけるヘッジホッグ関連遺伝子制御システムの解明	近津　大地	口腔外科学	1,820,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
新規がん治療法開発に向けた口腔がん幹細胞における上皮間葉転換抑制因子の機能解明	渡辺　正人	口腔外科学	1,560,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
低酸素下にある慢性骨髄性白血病幹細胞に対する新規治療法の構築	岡部　聖一	血液内科学	1,560,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
認知症治療における睡眠障害治療からのアプローチーオレキシン作動系の重要性ー	清水　聰一郎	高齢総合医学	2,210,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
睡眠の問題の改善によるアブセンティズム・プレゼンティズムの改善	志村　哲祥	精神医学	2,730,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
ヒト微生物叢と代謝物質の相互作用に着眼したアスピリン性腸粘膜傷害のメカニズム解明	河合　隆	消化器内視鏡学	910,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
ヒト胃幹細胞の腸上皮化生・胃癌起源細胞へのガストリン依存性転化機序の解析	新倉　量太	消化器内視鏡学	1,170,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
完全自家血管新生療法における間葉系細胞培養に係るシグナル伝達に関する検討	福田　尚司	心臓血管外科学	1,040,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
NCDデータを利用した急性大動脈解離外科治療の全国規模実態調査研究	荻野　均	心臓血管外科学	910,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
敗血症性脳症誘発機序とシクロフィリンD情報伝達系の連関及びMPT孔構造解析の試み	内野　博之	麻酔科学	780,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
屈筋腱・腱鞘障害に対する機能再建法の開発：生体工学的観点から	西田　淳	整形外科学	1,040,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会
若年がん男児の妊孕性温存に向けた精巣凍結保存・自家移植による生殖回復モデルの開発	本橋　秀之	疾患モデル研究センター	780,000	㊎委	独立行政法人 日本学術振興会

黄熱ワクチン接種の効果に関する研究	福島　慎二	渡航者医療センター	1,300,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
口腔機能低下症およびロコモティブシンドロームと動脈硬化の関連	松本　知沙	健診予防医学センター	650,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
入院が高齢者の栄養・認知・体力に及ぼす影響	佐藤　友彦	高齢総合医学	910,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
複合セラミック製人工股関節の耐用性検証とその予測精度向上を目指した新たな提言	高橋　康仁	骨・関節バイオマテリアル研究寄附講座	1,300,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
不可逆電気穿孔法による免疫賦活効果を応用した新規がん治療法の開発	杉本　勝俊	消化器内科学	2,470,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
ALK陽性ALCLにおけるTP53欠失が与える臨床的影響の解明と層別化治療の構築	片桐　誠一朗	血液内科学	1,170,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
進行再発大腸癌診断におけるメタボロームを用いた新規マーカーの開発	勝又　健次	消化器・小児外科学	1,300,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
うつ病発症におけるレジリアンスの役割に関する研究	井上　猛	精神医学	1,300,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
腸内細菌叢と薬物動態を考慮した直接経口抗凝固薬の出血リスク層別化システムの確立	杉本　光繁	消化器内視鏡学	1,300,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
UV照射で可逆的に拡張-収縮する胆道ドレナージステントの創製	殿塚　亮祐	消化器内科学	1,690,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
半永久開存性を示すradioactiveなハイドロゲル胆管ステントの創製	土屋　貴愛	消化器内科学	1,430,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
若年性僧帽弁逸脱症における3次元的形態異常とその病因遺伝子バリアントに関する検討	武井　康悦	循環器内科学	1,300,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
ハイリスクグループの肥大型心筋症における病態形成機序の解明	稲垣　夏子	循環器内科学	780,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
第Ⅷ因子の半減期に関わる遺伝子多型の解析と応用	稲葉　浩	臨床検査医学	910,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
がん関連血栓症に対するニューロキニン1受容体スプライスバリアント発現の影響の検討	濱田　宏	麻酔科学	1,820,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
麻酔薬による脳保護あるいは脳障害作用のメカニズム解明	柴田　勝一郎	麻酔科学	780,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
培養細胞を用いた機械的肺障害モデルにおけるaquaporinの役割と治療の検討	石井　友理	救急・災害医学	780,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
色彩工学を加味した『医療用tattooを用いた乳輪色素の再建』の基盤確立	小宮　貴子	形成外科学	1,560,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
高度架橋ポリエチレン製人工股関節の超長期耐用性の実現を目指した材料設計の至適化	立岩　俊之	整形外科学	1,170,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
骨肉腫の脂肪分化転換を制御する遺伝子転写リプログラミングの分子機構解明	山田　哲司	消化器・小児外科学	3,250,000	㊎	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	2,090,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
アカントアメーバ角膜炎発症に関する角膜内の免疫動態の解明	中川　迅	眼科学	775,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
出血傾向と血栓傾向の判別が困難なAPTT延長症例における鑑別法の確立と応用	近澤　悠志	臨床検査医学	1,170,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
血液透析患者における低栄養状態と神経栄養因子の関連	長井　美穂	腎臓内科学	520,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
敗血症関連脳障害におけるシクロフィリンD/Surtuin3情報伝達系の連関解析	石田　裕介	麻酔科学	780,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
新規シグナル分子8-ニトロ-cGMPに着目した変形性顎関節症の新規治療薬の開発	金子　児太郎	口腔外科学	1,560,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
口腔粘膜の炎症性疾患に対する半夏瀉心湯含嗽液と粘膜保護剤による併用療法の開発	安田　卓史	口腔外科学	910,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会
血中エクソソーム解析による乳癌骨転移バイオマーカーの開発	宮原　か奈	乳腺科学	1,950,000	㊎	独立行政法人 日本学術振興会

ミオシン重鎖10の動脈硬化の早期診断マーカーとしての有用性の検証	高橋　梨紗	循環器内科学	2,600,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
脳組織酸素代謝を指標とした新しい早産児管理法の確立	奈良　昇乃助	小児科・思春期科学	1,170,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
膵癌集学的治療のモニタリングに有用なリピドームマーカーの探索	中川　暢彦	消化器・小児外科学	1,950,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
敗血症関連脳症の機序解明およびグルタチオンによる抗酸化作用関与の解析	小林　賢礼	麻酔科学	910,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
脳内炎症伝播の司令塔ペリサイトから「熱性けいれんのてんかん原性」に挑む	森地　振一郎	小児科・思春期科学	1,300,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
日本における精神医療改革の実装科学研究を用いた政策評価	本屋敷　美奈	精神医学	1,430,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
海外の高所観光地に滞在する旅行者の高山病対策に関する研究	栗田　直	渡航者医療センター	650,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
4D-CTと呼吸機能検査を用いた放射線肺臓炎の定量化と呼吸機能変化予測	糸永　知広	放射線医学	2,470,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
人工知能のバイオシミュレーションによる膵癌細胞機能の解明と個別化療法への応用	向井　俊太郎	消化器内科学	1,820,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
TGF-β-SMAD信号伝達による甲状腺癌未分化転化機構の解明	田村　温美	呼吸器・甲状腺外科学	2,470,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
胃がんにおける自律神経の分布が予後にもたらす影響について	岩崎　謙一	消化器・小児外科学	1,170,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
心停止後脳障害の機序解明およびミトコンドリア移植による新規脳保護戦略の開発	長島　史明	麻酔科学	1,820,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
CRISPR libraryを用いた卵巣癌プロモーター制御による新規治療法の検討	山本　阿紀子	産科婦人科学	2,470,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
薬剤関連顎骨壊死を解明する－高感度量子ビームを用いた挑戦	田村　知子	口腔外科学	1,820,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
骨免疫学的アプローチによるインプラント周囲炎の新規治療法の基礎的研究	濱田　勇人	口腔外科学	1,950,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
細胞外マトリックスタンパク質Nephronectinの機能解析と生体材料への応用	池畑　美紀子	口腔外科学	1,690,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
新規チェルビズムモデルマウスの確立と顎骨病変の発症メカニズムの解明	藤居　泰行	口腔外科学	3,250,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
マルチモダリティ4D気道評価による睡眠時無呼吸症に対する定量的タイトレーション法	池畑　直樹	口腔外科学	2,990,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
活性イオウ分子種の破骨細胞分化における作用機序の解明	杉崎　リサ	口腔外科学	1,430,000	補委	独立行政法人日本学術振興会
人工知能を用いた大腸腫瘍における新規診断学と急速発育癌の遺伝学的本質の解明	山口　隼	消化器内科学	1,560,000	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	天野　景裕	臨床検査医学	3,250,000	補委	厚生労働省
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	天野　景裕	臨床検査医学	100,000,000	補委	厚生労働省
喫煙と消化管マイクロバイオームの相互作用から紐解く動脈硬化性疾患発症メカニズム	永田　尚義	消化器内視鏡学分野	2,000,000	補委	公益財団法人喫煙科学研究財団
多階層オミックスと人工知能解析による難治性ぶどう膜炎に関連したバイオマーカーの探索と新規治療法の開発	臼井　嘉彦	眼科学分野	2,000,000	補委	公益財団法人武田科学振興財団
末梢血液検査データを用いた機械学習によるぶどう膜炎の診断	坪田　欣也	眼科学分野	1,000,000	補委	公益財団法人日本応用酵素協会
実臨床への応用を目指した、小腸カプセル内視鏡検査のAI診断	新倉　量太	消化器内視鏡学分野	500,000	補委	公益財団法人内視鏡医学研究振興財団
がん遺伝子MYCの転写を標的とした治療薬の開発	山田　哲司	消化器・小児外科学分野	91,000,000	補委	国立研究開発法人日本医療研究開発機構
がん遺伝子MYCの転写を標的とした治療薬の開発	山田　哲司	消化器・小児外科学分野	6,500,000	補委	国立研究開発法人日本医療研究開発機構

梅毒の迅速診断法に資する研究開発	齋藤　万寿吉	皮膚科学分野	3,250,000	補 (委)	国立研究開発法人日本医療研究開発機構
インフルエンザ監視・応答システム(GISRS)と連携した国内RSウイルスサーベイランスシステムの構築と重症化メカニズムの病態解明	河島　尚志	小児科・思春期科学分野	16,950,000	補 (委)	国立研究開発法人日本医療研究開発機構
昆虫媒介性ウイルス感染症の世界的流行状況に基づく我が国の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	1,950,000	補 (委)	国立研究開発法人日本医療研究開発機構
胃内細菌をバイオマーカーとした胃発癌リスク層別化と化学療法反応性予測に関する研究開発	新倉　量太	消化器内視鏡学分野	13,000,000	補 (委)	国立研究開発法人日本医療研究開発機構
胃内細菌をバイオマーカーとした胃発癌リスク層別化と化学療法反応性予測に関する研究開発	新倉　量太	消化器内視鏡学分野	2,500,000	補 (委)	国立研究開発法人日本医療研究開発機構

計86

（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、〇印をつけた上で、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	Amemiya R,	呼吸器・甲状腺外科学分野	Prognostic impact of the tumor immune microenvironment in pulmonary pleomorphic carcinoma	Lung Cancer 153: 56-65, 2021	Original Article
2	Shimada Y,	呼吸器・甲状腺外科学分野	Small RNA sequencing to differentiate lung squamous cell carcinomas from metastatic lung tumors from head and neck cancers	PLoS One 16(3): e0248206, 2021	Original Article
3	Shimada Y,	呼吸器・甲状腺外科学分野	Serum-derived exosomal PD-L1 expression to predict anti-PD-1 response and in patients with non-small cell lung cancer	Scientific Reports 11(1): 7830, 2021	Original Article
4	Murakami K,	呼吸器・甲状腺外科学分野	The correlation between fissureless technique and prolonged air leak for patients undergoing video-assisted right upper lobectomy	World J Surg 45(5): 1569-1574, 2021	Original Article
5	Osawa J,	呼吸器・甲状腺外科学分野	Clinical usefulness of the 3-tier classification according to the proportion of morphological patterns for patients with pathological stage I invasive lung adenocarcinoma	Gen Thorac Cardiovasc Surg 69(6): 943-949, 2021	Original Article
6	Murakami K,	呼吸器・甲状腺外科学分野	Successful resection of giant mediastinal tumor with growing teratoma syndrome by bilateral transmanubrial approach, clamshell and median sternotomy	Gen Thorac Cardiovasc Surg 69(6): 1022-1025, 2021	Case report
7	Amemiya R,	呼吸器・甲状腺外科学分野	Atypical carcinoid with multiple central airway metastases: A case report	Respir Med Case Rep 34: 101550, 2021	Case report
8	Matsubara T,	呼吸器・甲状腺外科学分野	Investigation of EGFR mutations in non-small cell lung cancer ususally undetectable by PCR methods	Molecular and Clinical Oncology 16: 2049-9450, 2022	Original Article
9	Ikeda N,	呼吸器・甲状腺外科学分野	Training program of general thoracic surgery in Japan: Present status and future tasks	J Thorac Cardiovasc Surg 163(1): 353-358, 2022	Review
10	Shigefuku S,	呼吸器・甲状腺外科学分野	Significance of very-low-voltage coagulation plus coverage with polyglycolic acid sheet after bullectomy for primary spontaneous pneumothorax	Asian Cardiovasc Thorac Ann Online ahead of print: , 2022	Original Article
11	Tsutsui H,	呼吸器・甲状腺外科学分野	Surgery for thyroid cancer invading the trachea	Indian Journal of Surgical Oncology 13(1): 184-190, 2022	Review
12	Amemiya R,	呼吸器・甲状腺外科学分野	Temporary Stenting for Anastomotic Stenosis after Tracheal Resection of Adenoid Cystic Carcinoma: A Case Report	Ann Thorac Cardiovasc Surg Online ahead of print: , 2022	Review

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	Kudo Y,	呼吸器・甲状腺外科学分野	Artificial intelligence analysis of three-dimensional imaging data derives factors associated with postoperative recurrence in patients with radiologically solid-predominant small-sized lung cancers	European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 61(4): 751-760, 2022	Original Article
14	Itonaga T,	放射線医学分野	Morphological changes of the thyroid gland as a new radiographic marker for lung cancer treatment efficacy of immune checkpoint inhibitors	Acta Radiol 62(1): 42-50,2021	Original Article
15	Itonaga T,	放射線医学分野	Evaluation of the relationship between the range of radiation-induced lung injury on CT images after IMRT for stage Ⅰ lung cancer and dosimetric parameters	Ann Med 53(1): 267-273,2021	Original Article
16	Yunaiyama D,	放射線医学分野	Use of gadoxetic acid-enhanced MRI to predict the development of postoperative pancreatic fistulas by estimating the degree of pancreatic fibrosis	Curr Med Imaging doi: 10.2174/1573405617666210311114017	Original Article
17	Yunaiyama D,	放射線医学分野	Sarcopenia at the infrahyoid level as a prognostic factor in patients with advanced-stage non-virus related head and neck carcinoma	Eur Arch Otorhinolaryngol doi:10.1007/s00405-021-07147-z	Original Article
18	Yoshimura M,	放射線医学分野	Usefulness of texture analysis in 123I-FP-CIT for the differentiation of AD and DLB subtypes	Hell J Nucl Med 24(3): 206-213,2021	Original Article
19	Masuno R,	放射線医学分野	Magnetic resonance imaging of orbital solitary fibrous tumors: rdiological-pathological correlation analysis	J Belg Soc Radiol 105(1): 14,2021	Original Article
20	Yunaiyama D,	放射線医学分野	Clinical outcomes of intra-arterial chemoradiotherapy and neoadjuvant chemoradiotherapy followed by surgery for maxillary sinus squamous cell carcinoma	Iran J Radiol 18(3): e108875,2021（オンライン）	Original Article
21	Nakamura T,	細胞生理学	Multilayered Human Skeletal muscle myoblast sheets promote the healing process after colonic anastomosis in rats.	Cell Transplant. 2021 Apr（オンライン）; 30	Original Article
22	Saito J,	細胞生理学	Transcriptome analysis reveals differential gene expression between the closing ductus arteriosus and the patent ductus arteriosus in humans.	J Cardiovasc Dev Dis. 2021 May（オンライン）;8	Original Article

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
23	Saito J,	細胞生理学	Scaffold-free tissue-engineered arterial grafts derived from human skeletal myoblasts.	Artif Organs. 2021 Aug; 45:919-932.	Original Article
24	Inoue H,	細胞生理学	The zinc-binding motif of TRPM7 acts as an oxidative stress sensor to regulate its channel activity.	J Gen Physiol. 2021 Jun; 153:e202012708.	Original Article
25	Takahashi L,	循環器内科学・細胞生理学	Increased plasma levels of myosin heavy chain 11 is associated with atherosclerosis.	J Clin Med. 2021Jul（オンライン）;10	Original Article
26	Morichi S	小児科・思春期科学分野	Increased Platelet-Derived Growth Factor and Cytokine Levels in the Cerebrospinal Fluid of Patients of Sudden Unexpected Death with or without Viral Infection	Indian J Pediatr. 2021 Sep;88(9):879-884. doi: 10.1007/s12098-020-03588-2. Epub 2021 Jan 5.	Original Article
27	Yamanaka G	小児科・思春期科学分野	Complementary and Integrative Medicines as Prophylactic Agents for Pediatric Migraine: A Narrative Literature Review	J Clin Med. 2021 Jan 3;10(1):138. doi: 10.3390/jcm10010138.	Review
28	Kashiwagi Y	小児科・思春期科学分野	Congenital stridor induced by cytomegalovirus infection	Pediatr Int. 2021 Jan;63(1):112-113. doi: 10.1111/ped.14372. Epub 2021 Jan 16.	Original Article
29	Yamanaka G	小児科・思春期科学分野	Interleukin-1β in peripheral monocytes is associated with seizure frequency in pediatric drug-resistant epilepsy	J Neuroimmunol. 2021 Mar 15;352:577475. doi: 10.1016/j.jneuroim.2021.577475. Epub 2021 Jan 7.	Original Article
30	Morichi S	小児科・思春期科学分野	High mobility group box 1 and angiogenetic growth factor levels in children with central nerve system infections	J Infect Chemother. 2021 Jun;27(6):840-844. doi: 10.1016/j.jiac.2021.01.019. Epub 2021 Feb 11.	Original Article
31	Numabe H	小児科・思春期科学分野	Prevalence of Hallermann-Streiff syndrome in a Japanese pediatric population	Pediatr Int. 2021 Apr;63(4):474-475. doi: 10.1111/ped.14434. Epub 2021 Feb 27.	Original Article
32	Yamanaka G	小児科・思春期科学分野	Links between Immune Cells from the Periphery and the Brain in the Pathogenesis of Epilepsy: A Narrative Review	Int J Mol Sci. 2021 Apr 22;22(9):4395. doi: 10.3390/ijms22094395.	Review
33	Morichi S	小児科・思春期科学分野	Epileptic encephalopathy patients with SCN2A variant initiated by neonatal seizure	Pediatr Int. 2021 Aug;63(8):971-972. doi: 10.1111/ped.14509. Epub 2021 May 18.	Case Report

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
34	Yamanaka G	小児科・思春期科学分野	The Neuroinflammatory Role of Pericytes in Epilepsy	Biomedicines. 2021 Jun 30;9(7):759. doi: 10.3390/biomedicines9070759.	Review
35	Yamanaka G	小児科・思春期科学分野	Towards a Treatment for Neuroinflammation in Epilepsy: Interleukin-1 Receptor Antagonist, Anakinra, as a Potential Treatment in Intractable Epilepsy	Int J Mol Sci. 2021 Jun 11;22(12):6282. doi: 10.3390/ijms22126282.	Review
36	Takeshita M	小児科・思春期科学分野	Primary Stabbing Headache in Children and Adolescents	Indian J Pediatr. 2021 Nov;88(11):1160. doi: 10.1007/s12098-021-03889-0. Epub 2021 Aug 11.	Case Report
37	Yamanaka G	小児科・思春期科学分野	Role of Neuroinflammation and Blood-Brain Barrier Permutability on Migraine	Int J Mol Sci. 2021 Aug 19;22(16):8929. doi: 10.3390/ijms22168929.	Review
38	Yamanaka G	小児科・思春期科学分野	Experimental and Clinical Evidence of the Effectiveness of Riboflavin on Migraines	Nutrients. 2021 Jul 29;13(8):2612. doi: 10.3390/nu13082612.	Review
39	Kawashima H	小児科・思春期科学分野	Correlation between Cerebrospinal Fluid IL-12 Levels and Severity of Encephalopathy in Children	J Clin Med. 2021 Aug 28;10(17):3873. doi: 10.3390/jcm10173873.	Original Article
40	Kawashima H	小児科・思春期科学分野	Cardiac Complications Caused by Respiratory Syncytial Virus Infection: Questionnaire Survey and a Literature Review	Glob Pediatr Health. 2021 Sep 7;8:2333794X211044114. doi: 10.1177/2333794X211044114. eCollection 2021.	Original Article
41	Morishita N	小児科・思春期科学分野	Pediatric retinal migraine: A case report and literature review	Pediatr Int. 2022 Jan;64(1):e14922. doi: 10.1111/ped.14922. Epub 2021 Dec 13.	Case report
42	Takamatsu T	小児科・思春期科学分野	Involvement of Peripheral Monocytes with IL-1β in the Pathogenesis of West Syndrome	J Clin Med. 2022 Jan 16;11(2):447. doi: 10.3390/jcm11020447.	Original Article
43	Takahashi H	小児科・思春期科学分野	A 17-year-old boy with lymphocytic infundibuloneurohypophysitis who developed non-alcoholic steatohepatitis effectively treated with growth hormone	Endocrinol Diabetes Metab Case Rep. 2022 Mar 1;2022:21-0148. doi: 10.1530/EDM-21-0148. Online ahead of print.	Case report
44	Yamanaka G	小児科・思春期科学分野	Experimental and clinical evidence of the effectiveness of riboflavin in migraine	Nutrients. 2021;13(8):2612. Published 2021 Jul 29. doi:10.3390/nu13082612	Review

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
45	Tsutsumi N	小児科・思春期科学分野	Hepcidin Levels and Pathological Characteristics in Children with Fatty Liver Disease	Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2021;24(3):295-305. doi:10.5223/pghn.2021.24.3.295	Original Article
46	Hasegawa R	小児科・思春期科学分野	A Case of Primary Ciliary Dyskinesia Caused by a Mutation in OFD1, Which Was Diagnosed Owing to Clostridium difficile Infection	Pediatr Rep. 2021;13(2):241-244. Published 2021 May 10. doi:10.3390/pediatric13020033	Case Report
47	Yamada M	小児科・思春期科学分野	Sudden infant death suspected to be due to human bocavirus infection: a case report and literature review	J Tokyo Med Univ 79(2):157-162, 2021	Case Report
48	Ogino H	心臓血管外科学分野	Comparative study of Japanese frozen elephant trunk device for open aortic arch repairs.	Thorac Cardiovasc Surg 2021Apr	Original Article
49	Nishibe T	心臓血管外科学分野	Association of preoperative pulse wave velocity to aneurysm sac shrinlage after endovascular aneurysm repair	International Angiology Vol.40 No.5 409-416,2021	Original Article
50	Fujiyoshi T	心臓血管外科学分野	Inter-operative determination of the aortic root and cusp geometry associated with the aortic regurgitation grade.	Surg Today. 2021 Mar;51(3):384-390.	Original Article
51	Kano M	心臓血管外科学分野	Association of High-Sensitivity C-Reactive Protein With Aneurysm Sac Shrinkage in Patients Undergoing Endovascular Abdominal Aneurysm Repair	Journal of Endovascular Therapy	Original Article
52	Nishibe T	心臓血管外科学分野	Association of neutrophils, lymphocytes, and neutrophil-lymphocyte ratio to overall mortality after endovascular abdominal aortic aneurysm repair	Int Angiol. 2022 Feb 9. doi: 10.23736/S0392-9590.22.04795-2	Original Article
53	Yamanaka Z	産科婦人科学分野	Circulating and tissue miR-100 acts as a potential diagnostic biomarker for cervical cancer	Cancer Biomark ,32(4):551-558,2021	Original Article
54	Okuma T,	呼吸器内科学分野	Orbital apex syndrome associated with intraorbital metastasis of lung cancer	Respirol Case Rep. 2022 Feb 28;10(4):e0922.	Case report
55	Kikuchi R,	呼吸器内科学分野	Impact of sarcopenia on chemotherapy-triggered exacerbation of interstitial lung disease in patients with non-small cell lung cancer	Thorac Cancer. 2022 Feb;13(4):549-556.	Original Article

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
56	Ishiwari M,	呼吸器内科学分野	Early intervention of plasma exchange combined with intensive immunosuppressive treatment for anti-MDA-5 antibody-positive rapidly progressive interstitial pneumonia: Two case reports	Respir Med Case Rep. 2021 Jun 25;33:101464.	Case report
57	Kikuchi R,	呼吸器内科学分野	Fenofibrate inhibits TGF-β-induced myofibroblast differentiation and activation in human lung fibroblasts in vitro	FEBS Open Bio. 2021 Jul 6;11(8):2340-9.	Original Article
58	Kawagoe J,	呼吸器内科学分野	Differential effects of dexamethasone and roflumilast on asthma in mice with or without short cigarette smoke exposure	Pulm Pharmacol Ther. 2021 Oct;70:102052.	Original Article
59	Toriyama K,	呼吸器内科学分野	Azithromycin enhances the cytotoxicity of DNA-damaging drugs via lysosomal membrane permeabilization in lung cancer cells	Cancer Sci. 2021 Aug;112(8):3324-3337.	Original Article
60	Kikuchi R,	呼吸器内科学分野	Glasgow prognostic score for prediction of chemotherapy-triggered acute exacerbation interstitial lung disease in patients with small cell lung cancer	Thorac Cancer. 2021 Jun;12(11):1681-1689.	Original Article
61	Kawagoe J,	呼吸器内科学分野	Serum Neutrophil Gelatinase-associated Lipocalin (NGAL) Is Elevated in Patients with Asthma and Airway Obstruction	Curr Med Sci. 2021 Apr;41(2):323-328.	Original Article
62	Kikuchi R,	呼吸器内科学分野	Glasgow Prognostic Score predicts chemotherapy-triggered acute exacerbation-interstitial lung disease in patients with non-small cell lung cancer	Thorac Cancer. 2021 Mar;12(5):667-675.	Original Article
63	Matsumoto C	健診予防医学センター	Incidence of atrial fibrillation in elderly patients with type 2 diabetes mellitus	BMJ Open Diabetes Res Care . 2022 Mar;10(2):e002745.	Original Article
64	Matsumoto C （dual first author）	健診予防医学センター	New Vision, Mission, and Values of the Japanese Circulation Society	Circ J . 2021 Nov 25;85(12):2248-2251.	Others
65	Endo T.	健康増進スポーツ医学分野	Changes in optical path length reveal significant potential errors of muscle o xygenation evaluation during exercise in humans	Med Sci Sports Exerc. 2021 Apr 1;53(4):853-859.	Original Article
66	Kuroiwa M.	健康増進スポーツ医学分野	Correlation of Plasma Amino Acid and Anthropometric Profiles with Brown Adipose Tissue Density in Humans	J Clin Med. 2021 May 27;10(11):2339.	Original Article
67	Kuroiwa M.	健康増進スポーツ医学分野	Impact of brown adipose tissue vascular density on body adiposity in healthy Japanese infants and children.	Obes Sci Pract. 2021 Sep 21;8(2):190-198.	Original Article

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
68	Kurosawa Y,	健康増進スポーツ医学分野	Effects of Prolonged Sitting with or without Elastic Garments on Limb Volume, Arterial Blood Flow, and Muscle Oxygenation	Med Sci Sports Exerc. 2022 Mar 1;54(3):399-407.	Original Article
69	Harada Y	医学教育学分野	Medical School Staff's Standardized Patient Experience Alters their Understanding of Student Education.	Tohoku J Exp Med. 2022 Jan;256(1):63-71	Original Article
70	Yamazaki Y	医学教育学分野	Assessment of blood pressure measurement skills in second-year medical students after ongoing simulation-based education and practice	Med Educ Online . 2021 Dec;26(1):1841982.	Original Article
71	Mitoma H	医学教育学分野	Fundamental mechanisms of autoantibody-induced impairments on ion channels and synapses in immune-mediated cerebellar ataxias.	Int J Mol Sci. 2021; 21: 4936.	Original Article
72	Mitoma H	医学教育学分野	Cerebellar long-term depression and auto-immune target of auto-antibodies: the concept of LTDpathies.	Mol Biomedicine 2021;2: 2.	Original Article
73	Mitoma H	医学教育学分野	Immune-mediated cerebellar ataxias: Clinical diagnosis and treatment based on immunological and physiological mechanisms.	J Mov Disord 2021; 14: 10-28..	Original Article
74	Mitoma H	医学教育学分野	LTDpathies: a novel clinical concept.	Cerebellum. 2022; 20: 948-951.	Original Article
75	Mitoma H	医学教育学分野	Physiology of cerebellar reserve: redundancy and plasticity of a modular machine.	Int J Mol Sci. 2021; 22: 4777.	Original Article
76	Mitoma H	医学教育学分野	Mechanisms of ethanol-induced cerebellar ataxia: Understanding of neuronal death in the cerebellum.	Int J Environ Res Public Health. 2021;18:8678.	Original Article
77	Mitoma H	医学教育学分野	Advances in the pathogenesis of auto-antibody-induced cerebellar synaptopathies.	Cerebellum 2022; DOI 10.1007/s12311-021-01359-z.	Original Article
78	Mitoma H	医学教育学分野	The clinical concept of LTDpathy: Is dysregulated LTD responsible for prodromal cerebellar symptoms?	Brain Sci 2022;12: 303	Original Article
79	Nagata N	消化器内視鏡学分野	Cumulative evidence for reducing recurrence of colonic diverticular bleeding using endoscopic clipping versus band ligation: Systematic review and meta-analysis	J Gastroenterol Hepatol 36(7): 1738-1743, 2021	Original Article

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
80	Sugimoto M	消化器内視鏡学分野	Risk of reflux-related symptoms and reflux esophagitis after Helicobacter pylori eradication treatment in the Japanese population	J Clin Med 10(7):1434, 2021	Original Article
81	Nagata N	消化器内視鏡学分野	Identifying bleeding etiologies by endoscopy affected outcomes in 10,342 cases with hematochezia: CODE BLUE-J Study	Am J Gastroenterol 116(11): 2222-2234, 2021	Original Article
82	Kawai T	消化器内視鏡学分野	Editorial:Improved transnasal examination of the upper gastrointestinal tract through advancements in ultrathin endoscopes	Dig Endosc. 2021 Oct 1. Online ahead of print	Others
83	Tsukahara K.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Second postoperative hemorrhage five weeks after transoral robotic surgery	Auris Nasus Larynx 49:340-307, 2022	Original Article
84	Okamoto I.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Single-center prospective study on the efficacy of nivolumab against platinum-sensitive recurrent or metastatic head and neck squamous cell carcinoma	Sci Rep. 7;12(1):2025, 2022	Original Article
85	Okamoto I.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Photoimmunotherapy for Managing Recurrent Laryngeal Cancer Cervical Lesions: A Case Report	Case Rep Oncol. 1;15:34-39, 2022	Original Article
86	Okamoto I.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	A Case Treated With Photoimmunotherapy Under a Navigation System for Recurrent Lesions of the Lateral Pterygoid Muscle	In Vivo 36(2):1035-1040,2022	Case Report
87	Kondo T.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Predicting the efficacy of chemoradiotherapy for locally advanced human papilloma virus-related oropharyngeal squamous cell carcinoma using one course of TPF chemotherapy	Eur Arch Otorhinolaryngol 278: 3497-3506, 2021	Case Report
88	Kondo T	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Minocycline-induced black thyroid with black pigmentation of the thyroid cartilage, cricoid cartilage, and trachea found during reconstructive surgery for hypopharyngeal cancer	Auris Nasus Larynx. 49(2):299-303, 2022	Original Article
89	Okada T.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Efficacy and Safety of Paclitaxel Combined With Cetuximab for Head and Neck Squamous Cell Carcinoma.	In Vivo. 35: 1253-1259, 2021	Original Article
90	Okada T.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Comparison of Dosage of Nivolumab in Efficacy and Safety for Recurrent Metastatic Squamous Cell Carcinoma	Anticancer reserch 42(3): 1607-1613, 2022	Original Article
91	Tokashiki K.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Postoperative Complications of Jejunal and Skin Valve Reconstruction in Free Reconstructive Surgery for Hypopharyngeal Carcinoma	Anticancer Research 41: 4033-4038, 2021	Original Article

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
92	Tokashiki K.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Postoperative Complications and Swallowing Function after Jejunal and Skin Flap Reconstruction for Hypopharyngeal Carcinoma-A Multicenter Retrospective Study	J Clin Med 7;11(5):1464, 2022	Original Article
93	Hirasawa K.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	A case of eosinophilic sinusitis controlled by Kampo medicine	Traditional & Kampo Medicine 8: 115-118, 2021	Case Report
94	Hirasawa K.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Efficacy of Chotosan in Dizziness Induced by Head Rotation or Extension in the Standing Position: A Retrospective Study	International Medical Journal 29(2):105-108 , 2022	Original Article
95	Hattori K.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Induction of synergistic non apoptotic cell death by simultaneously targeting proteasomes with bortezomib and histone deacetylase 6 with ricolinostat in head and neck tumor cells	Oncology Letters 22: 680, 2021	Original Article
96	Tomioka R.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	A case of localized nasopharyngeal amyloidosis	Otolaryngology Case Reports 20: 100299, 2021	Case Report
97	Tomioka R.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	A case of cholesteatoma associated with traumatic ear canal stenosis discovered 50 years after injury	Otolaryngology Case Reports 20: 100309, 2021	Original Article
98	Tomioka R.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Transoral Endoscopic Examination of the Oropharynx With Tongue Protrusion, Phonation, and Open Mouth	Cancer Diagnosis & Prognosisi 1: 427-434, 2021	Original Article
99	Ito T.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Neck dissection prolongs survival in patient with stage ⅣC hypopharyngeal cartinoma with mixed responses to nivolumab	Auris Nasus Larynx 48: 322-326, 2021	Case Report
100	Ito T.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Changes in carnitine levels through induction chemotherapy in head and neckcancer patients as a potential cause of therapy-related malaise	BMC Cancer 21: 742, 2021	Original Article
101	Ito T.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	PD-L1 Expression and Survival Rates Using TPS and CPS for Nivolumab-treated Head-and-Neck Cancer	Anticancer Res 42(3):1547-1554, 2022	Original Article
102	Miyake K.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Ricolinostat enhances adavosertib-induced mitotic catastrophe in TP53-mutated head and neck squamous cell carcinoma cells	International Journal of Oncology 60:5, 2022	Original Article
103	Yano T.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Preoperative evaluation of substernal goiter by computed tomography in the extended neck position	Case Rep Oncol 14:1353-1358, 2021	Case Report

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
104	Yamashita G.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	A Case of Recurrent Metastatic Parotid Acinic Cell Carcinoma Responsive to Pembrolizumab	In Vivo 36(2):1047-1051, 2022	Case Report
105	Kitajima N.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Ocular counter-rolling in scuba divers with motion sickness	Auris Nasus Larynx 48: 214-220, 2021	Original Article
106	Yoshino K.	耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野	Effect of Concomitant Lafutidine on Adjuvant S-1 for Head and Neck Cancer: A Comparative Study	Anticancer Res. 41: 6279-6285, 2021	Original Article
107	Miyaoka Y	腎臓内科学分野	Structural changes in renal arterioles are closely associated with central hemodynamic parameters in patients with renal disease	Hypertension Research 44(9): 1113-1121, 2021	Original Article
108	Moriyama T	腎臓内科学分野	Intracellular traficking pathway of albumin in glomerular epithelial cells	Biochem Biophys Res Commun. 574:97-103, 2021	Original Article
109	Saito S	腎臓内科学分野	Semaglutide, a newly available glucagon-like peptide receptor agonist, shows remarkable favorable effects in hemodialysis patients with obesity and Type 2 diabetes	Therapeutic Apheresis and Dialysis 26(1): 242-243, 2022	Case report
110	Goto H	眼科学分野	Clinicopathologic analysis of 32 ciliary body tumors.	Jpn J Ophthalmol. 65:237-249, 2021.	Original Article
111	Goto H	眼科学分野	Histopathology and immunohistochemistry of choroidal melanocytoma demonstrated by local resection: A case report.	Am J Ophthalmol Case Rep. 2021 Jun 19;23:101147. オンライン	Original Article
112	Goto H	眼科学分野	Clinical features and symptoms of IgG4-related ophthalmic disease: a multicenter study.	Jpn J Ophthalmol. 65:651-656, 2021.	Original Article
113	Goto H	眼科学分野	Iris melanoma in a patient with retinitis pigmentosa.	Ocul Oncol Pathol. 7:267-271, 2021.	Original Article
114	Goto H	眼科学分野	Clinico-epidemiological analysis of 1000 cases of orbital tumors.	Jpn J Ophthalmol. 65:704-723, 2021.	Original Article
115	Kawakami S	眼科学分野	Long-term outcome of eyes with vitrectomy for submacular and/or vitreous hemorrhage in neovascular age-related macular degeneration.	J Ophthalmol. Nov 2;2021:2963822. オンライン	Original Article

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
116	Yanagida K	眼科学分野	Ectopic inner foveal layer as a factor associated with metamorphopsia after vitrectomy for epiretinal membrane.	Acta Ophthalmol. 2022 Jan 25. doi: 10.1111/aos.15092. Online ahead of print.	Original Article
117	Nezu N	眼科学分野	Machine learning approach for intraocular disease prediction based on aqueous humor immune mediator profiles.	Ophthalmology. 128:1197-1208, 2021.	Original Article
118	Kunimi K	眼科学分野	Changes in etiology of uveitis in a single center in Japan.	Ocul Immunol Inflamm. 29:976-981, 2021.	Original Article
119	Kunimi K	眼科学分野	Intraocular surgery under adalimumab therapy in patients with refractory uveitis: a single center study of 23 eyes.	Jpn J Ophthalmol. 65:836-842, 2021.	Original Article
120	Kunimi K	眼科学分野	Anti-TNF-α therapy for refractory uveitis associated with Behçet's syndrome and Sarcoidosis: A single center study of 131 patients.	Ocul Immunol Inflamm. 30:223-230, 2022.	Original Article
121	Baba R	眼科学分野	Study of the correlation between severity of endophthalmitis and posterior vitreous detachment using a rabbit endophthalmitis model.	Invest Ophthalmol Vis Sci. 2022 Feb 1;63(2):6. オンライン	Original Article
122	Asakage M	眼科学分野	A case of intravascular lymphoma diagnosed with a primary vitreoretinal lymphoma-like fundus lesion.	J Ophthalmic Inflamm Infect. 2021 Dec 24;11(1):47. doi: 10.1186/s12348-021-00280-0.オンライン	Original Article
123	Sone K	眼科学分野	Primary intraocular Methotrexate-related lymphoproliferative disorder in a patient with rheumatoid arthritis undergoing long-term methotrexate therapy.	Ocul Immunol Inflamm. 29:456-459, 2021.	Original Article
124	Sugawara R	眼科学分野	A case of conjunctival precursor T cell lymphoblastic lymphoma presenting with salmon colored conjunctival mass.	Am J Ophthalmol Case Rep. 2022 Jan 31;25:101382. doi: 10.1016/j.ajoc.2022.101382. オンライン	Original Article
125	Nidome E	眼科学分野	Vitreoretinal lymphoma occurring after systemic chemotherapy for primary conjunctival diffuse large B cell lymphoma: A case report.	Medicine (Baltimore). 2021 Oct 1;100(39): e27347. doi: 10.1097/MD.0000000000027347.オンライン	Original Article
126	Tomiyama H	循環器内科学分野	Heart rate modulates the relationship of augmented systolic blood pressure with the blood natriuretic peptide levels.	ESC Heart Fail 8(5): 3957-3963, 2021	Original Article

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
127	Tomiyama H	循環器内科学分野	Routine stair climbing for vascular health.	Hypertens Res 44(10): 1357-1358, 2021	Review
128	Tomiyama H	循環器内科学分野	Carotid artery: A window for the assessment of multiple cardiovascular risks.	JMA J 4(2): 174-175, 2021	Review
129	Ito R	循環器内科学分野	Efficacy and safety of balloon pulmonary angioplasty for residualpulmonary hypertension after pulmonary endarterectomy.	Int J Cardiol 334: 105-109, 2021	Original Article
130	Iwasaki Y	循環器内科学分野	Correlation of the fatty liver index with the pathophysiological abnormalities associated with cardiovascular risk markers in Japanese men without any history of cardiovascular disease: comparison with the fibrosis-4 score.	J Atheroscler Thromb 28(5): 524-534, 2021	Original Article
131	Nakano H	循環器内科学分野	Cardiovascular outcomes in the acute phase of COVID-19.	Int Moi Sci 22(8): 4071, 2021	Review
132	Takahashi L	循環器内科学分野	Increased plasma levels of myosin heavy chain 11 is associated with atherosclerosis.	J Clin Med 10(14): 3155, 2021	Original Article
133	Kobayashi M	循環器内科学分野	Estimated plasma volume status in heart failure: clinical implications and future directions.	Clin Res Cardiol 110(8): 1159-1172, 2021	Review
134	Satomi K	循環器内科学分野	Unveiling a forgotten risk－premature atrial contractions as the risk for atrial fibrillation and ischemic strokes－.	Circ J 85(8): 1273-1274, 2021	Review
135	Tomiyama H	循環器内科学分野	The relationships between micro- and macrovascular damages: Their functional and morphological aspects.	J Atheroscler Thromb 29(1):1-2, 2022	Review
136	Inagaki N	循環器内科学分野	Pathogenic variant of RBM20 in a multiplex family with hypertrophic cardiomyopathy.	Hum Genome Var 9(1): 6 doi:10.1038/s41439-022-00183-z(オンライン)	Original Article
137	Aizawa H	脳神経内科	Randomized phase 2 study of perampanel for sporadic amyotrophic lateral sclerosis	J Neurol. 2021 Jun 30. doi: 10.1007/s00415-021-10670-y.	Original Article
138	Terashi H	脳神経内科	Relationship between 123I-FP-CIT-SPECT and motor severity in drug-naive patients with Parkinson's disease	J Neurol Sci. 2021 Jul 15;426:117476.	Original Article

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
139	Yamazaki J	脳神経内科	Pure red cell aplasia and re-aggravation of myasthenia gravis as a result of early reduction of steroid and immunosuppressant after starting eculizumab: A case report	Clinical&Experimental Neuroimmunology. 2021 Aug 12:175-178	Case report
140	Kikuno M	脳神経内科	Distinction in Prevalence of Atherosclerotic Embolic Sources in Cryptogenic Stroke With Cancer Status	J Am Heart Assoc. 2021 Nov 2;10(21)	Original Article
141	Ueta Y	脳神経内科	Persistent hemichorea as a preceding symptom of cerebral infarction due to middle cerebral artery stenosis: a case report	Intern Med 2021 Dec 1;60(23):3805-3808. doi: 10.2169/internalmedicine.7191-21. Epub 2021 Jun 12.	Case report
142	Aizawa H	脳神経内科	Low-dose statin therapy for intracranial artery stenosis: A single center preliminary study	J Neurol Sci 2022 Jan 15;432:120075. doi: 10.1016/j.jns.2021.120075. Epub 2021 Nov 26.	Original Article
143	Terashi H	脳神経内科	Characteristics of sagittal spinopelvic alignment in patients with Parkinson's disease	Acta Neurol Scand 2022 Jan;145(1):53-62. doi: 10.1111/ane.13521. Epub 2021 Aug 24.	Original Article
144	Aizawa H	脳神経内科	Nuclear pore destruction and loss of nuclear TDP-43 in FUS mutation-related amyotrophic lateral sclerosis motor neurons	J Neurol Sci. 2022 Febrary 16, 436: 120187. doi.org/10.1016/j.jns.2022.120187	Original Article
145	Nogita A	皮膚科学分野	Giant amoebic perianal ulcer in a HIV-positive homosexual man.	J Dermatol. 49:e73-e74,2022.	Case report
146	Harada K	皮膚科学分野	Gardner-Diamond syndrome complicated with chronic urticaria successfully treated with antihistamine.	J Dermatol. 49:e75-e76,2022.	Case report
147	Takeda Y	皮膚科学分野	Case of generalized pustular psoriasis preceded by acute generalized pustular bacterid-like eruptions on the palms and soles.	J Dermatol. 48:e250-e251,2021	Case report
148	Harada K	皮膚科学分野	Extensive tinea corporis caused by a virulent strain of Trichophyton interdigitale.	J Dermatol. 48:e190-e191,2021	Case report
149	Irisawa R	皮膚科学分野	Treatment of intra-anal warts with imiquimod 5% cream: A single-center prospective open study.	J Dermatol. 48:476-480,2021	Original Article
150	Hiruma J	皮膚科学分野	Epidemiological study of terbinafine-resistant dermatophytes isolated from Japanese patients.	J Dermatol. 48:564-567,2021	Original Article

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
151	Mae K	皮膚科学分野	Recent reductions in the size of facial pigmented basal cell carcinoma at diagnosis and the surgical margin: A retrospective and comparative study.	J Dermatol. 48:661-666,2021	Original Article
152	Ito T	皮膚科学分野	Effectiveness of omalizumab in two cases of normocomplementemic urticarial vasculitis due to perivascular mast cell infiltration.	Allergol Int. 70:269-270,2021	Case report
153	Hayakawa K	皮膚科学分野	Efficacy and safety of full-dose dabrafenib and trametinib combination therapy in a patient on hemodialysis with metastatic melanoma.	Int J Dermatol. 60:516-517,2021	Case report
154	Masuda-Kuroki K	皮膚科学分野	Nail lesions in palmoplantar pustulosis and pustulotic arthro-osteitis impairs patients' quality of life: Suggesting new assessment tool of PPP nail lesions.	J Dermatol Sci. 106:29-36,2022	Original Article
155	Okubo Y	皮膚科学分野	Comparison of Treatment Goals between Users of Biological and Non-Biological Therapies for Treatment of Psoriasis in Japan.	J Clin Med. 10:5732,2021	Original Article
156	Okubo Y	皮膚科学分野	Sustained efficacy and safety of guselkumab in patients with palmoplantar pustulosis through 1.5 years in a randomized phase 3 study.	J Dermatol. 48:1838-1853,2021	Original Article
157	Mori M	皮膚科学分野	Clinical background of patients with psoriasiform skin lesions due to tumor necrosis factor antagonist administration at a single center.	J Dermatol. 48:1745-1753,2021	Case report
158	Okubo Y	皮膚科学分野	Population pharmacokinetic and exposure-response analysis of apremilast in Japanese subjects with moderate to severe psoriasis.	J Dermatol. 48:1652-1664,2021	Original Article
159	Okubo Y	皮膚科学分野	Clinical characteristics and health-care resource utilization in patients with generalized pustular psoriasis using real-world evidence from the Japanese Medical Data Center database.	J Dermatol. 48:1675-1687,2021	Original Article
160	Okubo Y	皮膚科学分野	Evaluation of treatment satisfaction misalignment between Japanese psoriasis patients and their physicians - Japanese psoriasis patients and their physicians do not share the same treatment satisfaction levels.	Curr Med Res Opin. 37:1103-1109,2021	Original Article
161	Tanigawa M	人体病理学分野	The diagnostic utility of RAS Q61R mutation-specific immunohistochemistry in epithelial-myoepithelial carcinoma	Am J Surg Pathol 45(7): 885-894, 2021	Original Article
162	Takahashi RH	人体病理学分野	Accumulation of cellular prion protein within β-amyloid oligomer plaques in aged human brains	Brain Pathol 31(5): e12941, 2021	Original Article

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
163	Saigusa N	人体病理学分野	The role of the EZH2 and H3K27me3 expression as a predictor of clinical outcomes in salivary duct carcinoma patients: a large-series study with emphasis on the relevance to the combined androgen blockade and HER2-targeted therapy	Front Oncol 11: 779882, 2022	Original Article
164	Ohno S	分子病理学分野	Nuclear microRNAs release paused Pol II via the DDX21-CDK9 complex.	Cell Reports 39(2)110673,2022	Original Article
165	Kanekura K	分子病理学分野	Chemically oligomerizable TDP-43 a novel chemogenetic tool for studying the pathophysiology of amyotrophic lateral sclerosis.	Neural Regeneration Research 17(11) 2434-2436,2022	Original Article
166	Kanekura K	分子病理学分野	Order controls disordered droplets: structure-function relationships in C9ORF72-derived poly(PR).	Am J Physiol Cell Physiol 322(2) C197-C204,2022	Original Article
167	Jigjidkhorloo N	分子病理学分野	Expression of L-type amino acid transporter 1 is a poor prognostic factor for Non-Hodgkin's lymphoma	Sci Rep 11(1) 21638,2021	Original Article
168	Miyagi T	分子病理学分野	An improved macromolecular crowding sensor CRONOS for detection of crowding changes in membrane-less organelles under stressed conditions.	Biochem Biophys Res Commun 583 29-34,2021	Original Article
169	Yamanaka Y	分子病理学分野	Establishment of chemically oligomerizable TAR DNA-binding protein-43 which mimics amyotrophic lateral sclerosis pathology in mammalian cells.	Lab Invest 101(10) 1331-1340,2021	Original Article
170	Yamada Y	分子病理学分野	Fascin as a useful marker for cancer-associated fibroblasts in invasive lung adenocarcinoma.	Medicine (Baltimore) 100(35) e27162,2021	Original Article
171	Kurata A	分子病理学分野	Cisplatin induces differentiation in teratomas derived from pluripotent stem cells.	Regenerative Therapy 18 117-126,2021	Original Article
172	Watanabe N	分子病理学分野	A case report on death from acute bacterial cholangitis accompanied by von Meyenburg complexes -Use of 16S rRNA gene sequencing to identify pathogenic microbes from postmortem formalin-fixed, paraffin -embedded tissue.	Medicine 100(15)e25526,2021	Case report
173	Umezu T	分子病理学分野	Acerola exosome-like nanovesicles to systemically deliver nucleic acid medicine via oral administration.	Mol Ther Metod & Clin Dev 21 199-208,2021	Original Article
174	Hirasawa Y,	泌尿器科学分野	Diagnostic performance of Oncuria™, a urinalysis test for bladder cancer.	J Transl Med. 2021 Apr 6;19(1)	Original Article

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
175	Hirasawa Y	泌尿器科学分野	Case Study of Noni Extract in Men with Very Low-Risk or Low-Risk Prostate Cancer.	Hawaii J Health Soc Welf. 2021 Oct;80(10):242-250	Original Article
176	Hirasawa Y,	泌尿器科学分野	Phase Ib study of patients with metastatic castrate-resistant prostate cancer treated with different sequencing regimens of atezolizumab and sipuleucel-T.	Immunother Cancer. 2021 Aug;9(8)	Original Article
177	Miyahara K	生化学分野	BRCA1 degradation in response to mitochondrial damage in breast cancer cells.	Sci Rep. 2021 Apr	Original Article
178	Miyazaki M	生化学分野	Targeted disruption of GAK stagnates autophagic flux by disturbing lysosomal dynamics	Int J Mol Med. 2021 Oct	Original Article
179	Toriyama K	生化学分野	Azithromycin enhances the cytotoxicity of DNA-damaging drugs via lysosomal membrane permeabilization in lung cancer cells	Cancer Sci. 2021 Aug	Original Article
180	Hattori K	生化学分野	Induction of synergistic non-apoptotic cell death by simultaneously targeting proteasomes with bortezomib and histone deacetylase 6 with ricolinostat in head and neck tumor cells	Oncol Lett. 2021 Sep	Original Article
181	Suzuki S, Ogawa M	生化学分野	Lysosome-targeted drug combination induces multiple organelle dysfunctions and non-canonical death in pancreatic cancer cells	Oncol Rep. 2022 Feb	Original Article
182	Katagiri S	血液内科学分野	Mutated KIT Tyrosine Kinase as a Novel Molecular Target in Acute Myeloid Leukemia.	International Journal of Molecular Sciences 2022;23(9):4694.	Review
183	Katagiri S	血液内科学分野	Very late relapse with rapid BCR-ABL1 elevation after more than seven years of treatment-free remission with undetectable molecular residual disease in chronic myeloid leukaemia.	British Journal of Haematology 2020; 188(2): 332-4.	Others
184	Katagiri S	血液内科学分野	Elevation of HHV-6 viral load mimicking HHV-6 reactivation after second umbilical cord blood transplantation in chromosomally integrated human herpesvirus-6.	Journal of Infectection and Chemotherapy 2021; 27(10): 1517-9.	Case report
185	Okabe S	血液内科学分野	Effect of D-mannose on Philadelphia chromosome-positive leukemia cells	Cancer Biomark 2022;34(3):337-346.	Original Article
186	Akahane D	血液内科学分野	Dexamethasone Treatment for COVID-19-Related Lung Injury in an Adult with WHIM Syndrome	J Clin Immunol 2022;42(2):270-273.	Case report

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
187	Tanaka Y	血液内科学分野	Potential of a sphingosine 1-phosphate receptor antagonist and sphingosine kinase inhibitors as targets for multiple myeloma treatment	Oncol Lett 2022;23(4):111.	Original Article
188	Moriyama M	血液内科学分野	Cholecystectomy in a patient with paroxysmal nocturnal haemoglobinuria undergoing ravulizumab maintenance treatment	EJHaem 2021; 3(1):203-206.	Case report
189	Okabe S	血液内科学分野	Targeting phosphoinositide 3-kinases and histone deacetylases in multiple myeloma	Exp Hematol Oncol. 2021;10(1):19.	Original Article
190	Yamada A	血液内科学分野	Relevance of diffusion-weighted imaging with background body signal suppression for staging, prognosis, morphology, treatment response, and apparent diffusion coefficient in plasma-cell neoplasms: A single-center, retrospective study	PLoS One 2021;16(7):e0253025.	Original Article
191	Yamada A	血液内科学分野	Epstein-Barr virus-associated post-transplant lymphoproliferative disease during dasatinib treatment occurred 10 years after umbilical cord blood transplantation	J Infect Chemother 2021; 27(7):1076-1079.	Case report
192	Yamada A	血液内科学分野	Successful cord blood transplantation for myelodysplastic syndrome complicated by Mycobacterium kansasii pneumonia	Transpl Infect Dis 2021;23(4):e13463.	Case report
193	Akiko Yamada,	血液内科	Relevance of diffusion-weighted imaging with background body signal suppression for staging, prognosis, morphology, treatment response, and apparent diffusion coefficient in plasma-cell neoplasms: a single-center, retrospective study.	PLOS ONE Published: July 9, 2021 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253025	Original Article
194	Akiko Yamada a ,	血液内科	Epstein-Barr virus-associated post- transplant lymphoproliferative disease during dasatinib treatment occurred 10 years after umbilical cord blood transplantation	Journal of Infection and Chemotherapy 27(7): 1076-1079 (2021)	Case report
195	Matsushima K	脳神経外科	In reply: Management of sigmoid sinus injury: Retrospective study of 450 consecutive surgeries in the cerebellopontine angle and intrapetrous region	Operative Neurosurgery 20(5): E395, 2021	Others
196	Akimoto J	脳神経外科	Preliminary report: Rapid intraoperative detection of residual glioma cell in resection cavity walls using a compact fluorescence microscope	Journal of Clinical Medicine 10(22): 5375, 2021, doi:10.3390/jcm10225375	Others
197	Onodera S	脳神経外科	First clinical experience of administration of Tirabrutinib for the patients with newly diagnosed primary central nervous system lymphoma	Neuro-Oncology Advances, Issue Supplement _6, Dec 2021, Page vi 24	Original Article
198	Matsushima K	脳神経外科	Intraoperative continuous vagus nerve monitoring with repetitive direct stimulation in surgery for jugular foramen tumors	Journal of Neurosurgery 135(4): 1036-1043 ,2021	Original Article

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
199	Sakamoto H	脳神経外科	Importance of appropriate surgical approach selection for radical resection of cerebellopontine angle epidermoid cysts with preservation of cranial nerve functions: our experience of 54 cases.	Acta Neurochir (Wien) 163(9):2465-2474,2021	Case Report
200	Matsushima K	脳神経外科	Intraoperative continuous neuromonitoring for vestibular schwannoma surgery: Real-time, quantitative, and functional evaluation	World Neurosurg, 1;158: 189, 2021	Case Report
201	Matsushima K	脳神経外科	Preoperative facial nerve palsy in patients with vestibular schwannoma: clinical features and postoperative functional prognosis in a case series of 34 among1,228 consecutive patients	Oper Neurosurg (Hagerstown), [Epub ahead of print], 2021	Original Article
202	Kikuno M	脳神経外科	Distinction in Prevalence of Atherosclerotic Embolic Sources in Cryptogenic Stroke With Cancer Status	Journal of the American Heart Association 10(21): e021375, 2021	Original Article
203	Okumura E	脳神経外科	Nonocclusive mesenteric ischemia is a potentially lethal complication just after stroke onset: report of six case studies	NMC Case Report Journal 8(1): 631-635, 2021	Case Report
204	Matsushima K	脳神経外科	Evolution of cerebellomedullary fissure opening: its effects on posterior fossa surgeries from the fourth ventricle to the brainstem.	Neurosurg Rev 44(2):699-708, 2021	Others
205	Morishita C	精神医学分野	Roles of childhood maltreatment, personality traits, and life stress in the prediction of severe premenstrual symptoms.	Biopsychosoc Med. 2022 Apr 28;16(1):11.	Original Article
206	Shimura A	精神医学分野	On workdays, earlier sleep for morningness and later wakeup for eveningness are associated with better work productivity.	Sleep Med. 2022 Apr;92:73-80.	Original Article
207	Masuya J	精神医学分野	Childhood Victimization and Neuroticism Mediate the Effects of Childhood Abuse on Adulthood Depressive Symptoms in Volunteers.	Neuropsychiatr Dis Treat. 2022 Feb 15;18:253-263.	Original Article
208	Inoue T	精神医学分野	Therapeutic Potential of Vortioxetine for Anxious Depression: A Post Hoc Analysis of Data from a Clinical Trial Conducted in Japan.	Neuropsychiatr Dis Treat. 2021 Dec 21;17:3781-3790.	Original Article
209	Inoue T	精神医学分野	Early Improvement with Vortioxetine Predicts Response and Remission: A Post Hoc Analysis of Data from a Clinical Trial Conducted in Japan.	Neuropsychiatr Dis Treat. 2021 Dec 18;17:3735-3741.	Original Article
210	Morishita C	精神医学分野	Psychotropics use and occurrence of falls in hospitalized patients: A matched case-control study	Psychiatry Clin Neurosci. 2022 Mar;76(3):71-76.	Original Article

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
211	Deguchi A	精神医学分野	Rumination Mediates the Effects of Childhood Maltreatment and Trait Anxiety on Depression in Non-Clinical Adult Volunteers.	Neuropsychiatr Dis Treat. 2021 Nov 23;17:3439-3445.	Original Article
212	Ishii Y	精神医学分野	Victimization in Childhood Mediates the Association Between Parenting Quality, Stressful Life Events, and Depression in Adulthood.	Neuropsychiatr Dis Treat. 2021 Oct 19;17:3171-3182.	Original Article
213	Shimura A	精神医学分野	Remote Work Decreases Psychological and Physical Stress Responses, but Full-Remote Work Increases Presenteeism.	Front Psychol. 2021 Sep 30;12:730969.	Original Article
214	Sameshima H	精神医学分野	Corrigendum: Combined Effects of Parenting in Childhood and Resilience on Work Stress in Nonclinical Adult Workers From the Community.	Front Psychiatry. 2021 Sep 16;12:742812.	Original Article
215	Nakazawa H	精神医学分野	Interpersonal Sensitivity Mediates the Effects of Childhood Maltreatment on the Evaluation of Life Events and Anxiety States in Adult Community Volunteers.	Neuropsychiatr Dis Treat. 2021 Aug 20;17:2757-2766.	Original Article
216	Tamada Y	精神医学分野	Identifying Subjective Symptoms Associated with Psychomotor Disturbance in Melancholia: A Multiple Regression Analysis Study.	Neuropsychiatr Dis Treat. 2021 Apr 19;17:1105-1114.	Original Article
217	Inoue T	精神医学分野	Real-World Treatment Patterns and Adherence to Oral Medication Among Patients with Bipolar Disorders: A Retrospective, Observational Study Using a Healthcare Claims Database.	Neuropsychiatr Dis Treat. 2021 Mar 18;17:821-833.	Original Article
218	Morishita C	精神医学分野	TEMPS-A (short version) plays a supplementary role in the differential diagnosis between major depressive disorder and bipolar disorder.	Psychiatry Clin Neurosci. 2021 May;75(5):166-171.	Original Article
219	Watanabe Y	感染制御部	The seasonality, steroid use, and lower ratio of neutrophil to lymphocyte associated with bacteremia of Listeria monocygenes in Japan from 2010 to 2019: a case-control study	BMC Infect Dis.2021 Dec 5;21(1):2021	Original Article
220	Watanabe Y	感染制御部	Prevalence of toxin genes and clinical characteristics of Clostridioides difficile isolates in diarrheal samples among hospitalized patients at Tokyo Medical University Hospital	J Tokyo Med Univ., 80(2):102-108.2022	Original Article
221	Makino A	微生物学分野	RSV infection-elicited high MMP-12-producing macrophages exacerbate allergic airway inflammation with neutrophil infiltration	iScience . 2021 Oct 2;24(10):103201.	Original Article
222	Xu Yang	微生物学分野	The Efficacy of Phage Therapy in a Murine Model of Pseudomonas aeruginosa Pneumonia and Sepsis	Front Microbiol . 2021 Jul 5;12:682255.	Original Article

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	
223	Hasegawa O	口腔外科分野	Preoperative transarterial embolization for solitary fibrous tumor of the tongue: A case report.	Mol Clin Oncol; 14(3): 55.2021 Mar	Case report	
224	Hamada H	口腔外科分野	Skeltal prognathism with factor XII deficiency causing complications in perioperative management: a case report.	Advances in Oral and Maxillofacial Surgery; 2: 100037.2021 Apr-Jun	Case report	
225	Uehara S	口腔外科分野	Evaluation of facial soft tissue in patients with cleft lip and palate corrected using maxillary protraction appliances.	J Craniofac Surg. ; 32(4): 1480-1482.2021 Jun	Original Article	
226	Fujii Y	口腔外科分野	Tlr2/4-Mediated Hyperinflammation Promotes Cherubism-Like Jawbone Expansion in Sh3bp2 (P416R) Knockin Mice.	JBMR PLUS. ; e10562.2021 Oct	Original Article	
227	Takanabe Y	口腔外科分野	Dispersion of Aerosols Generated During Dental Therapy.	Int J Environ Res Public Health. ; 18(21): 11279.2021 Oct	Original Article	
228	Murata T	口腔外科分野	Elucidation of the relationship between Peri-implantitis and Fluoride: A Correlation Study.	Journal of Hard Tissue Biology. 30(3): 317-322.2021	Original Article	
229	Sato M	口腔外科分野	A Case of Orthognathic Surgery for Jaw Deformity in a Patient with Spinocerebellar Ataxia.	Plast Reconstr Surg Glob Open. 13;10(4):e4257.2022 Apr	Case report	合計229

(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
② 倫理審査委員会の手順書の整備状況	有
手順書の主な内容 東京医科大学医学倫理審査委員会に関する規程、東京医科大学医学倫理審査委員会運用手順 (委員会の業務、委員会の組織、審査手数料、教育・研修、事務局に関する事項 等)	
③ 倫理審査委員会の開催状況	年 12 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」に〇印を付けること。

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
② 利益相反の管理に関する規定の整備状況	有
規定の主な内容 教職員が業務活動・研究活動等を行う上での利益相反(COI)を、適正に管理するため必要な事項を定 め、法人運営、研究活動の公正性、信頼性、透明性を高めることを目的としている。	
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 5 回
・研修の主な内容 2021.04.26 演題:倫理審査申請・5つのポイント -指針改定を踏まえて- 2021.06.16 演題:科学者のWell-beingのための志向倫理	

2021.08.02　演題：生命科学・医学系研究の計画書で確認すべきポイント

2021.11.26　演題：臨床研究の被験者に発生した有害事象への対応

2022.03.07　演題：責任ある研究活動を目指して　－過去の事例から学ぶ－

（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】参照

（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	215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	38年	
後藤 明彦	血液内科	主任教授	34年	
阿部 信二	呼吸器内科	主任教授	29年	
近森 大志郎	循環器内科	主任教授	40年	
鈴木 亮	糖尿病・代謝・内分泌内科	主任教授	26年	
沢田 哲治	リウマチ・膠原病内科	主任教授	34年	
糸井 隆夫	消化器内科	主任教授	31年	
菅野 義彦	腎臓内科	主任教授	31年	
赫 寛雄	脳神経内科	主任教授	29年	
清水 聰一郎	高齢診療科	主任教授	22年	
井上 猛	メンタルヘルス科	主任教授	38年	
池田 徳彦	呼吸器外科・甲状腺外科	主任教授	36年	
荻野 均	心臓血管外科	主任教授	40年	
永川 裕一	消化器外科・小児外科	主任教授	28年	
石川 孝	乳腺科	主任教授	35年	
河野 道宏	脳神経外科	主任教授	35年	
山本 謙吾	整形外科	主任教授	39年	
松村 一	形成外科	主任教授	34年	
西 洋孝	産科・婦人科	主任教授	28年	
山中 岳	小児科・思春期科	主任教授	26年	
後藤 浩	眼科	主任教授	38年	
塚原 清彰	耳鼻咽喉科・頭頚部外科	主任教授	24年	
大野 芳正	泌尿器科	主任教授	32年	
内野 博之	麻酔科	主任教授	35年	
齋藤 和博	放射線科	主任教授	32年	

木内　英	臨床検査医学科	主任教授	23年	
本間　宙	救命救急センター	主任教授	29年	
上野　竜一	リハビリテーション科	臨床講師	32年	
原田　和俊	皮膚科	主任教授	28年	
渡邉　秀裕	感染症科	教授	36年	
長尾　俊孝	病理診断部	主任教授	30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。

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ビテンシー、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（コアコンビテンシー）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）

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	・SRl：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 ・SRl、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	・SRl、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 ・SRl、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） ・SRl、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（コアコンビテンシー）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－）

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、常に研蹟、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。

「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ビテンシー、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（コアコンビテンシー）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―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方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。

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（コアコンビテンシー）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・塀導内容・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。

東京医科大学病院外科専門医研修プログラム

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	楢原　克典
2	井上外科・内科	東京都	1	井上　敬一郎
3	医療法人社団総生会　麻生総合病院	神奈川県	1,3,5	菅　泰博
4	厚生中央病院	東京都	1,3,5	逢坂　由昭
5	牧野記念病院	神奈川県	1,2,3,4,5,6	小山　信彌
6	三井記念病院	東京都	1	池田　晋吾
7	国立がん研究センター東病院	千葉県	3	坪井　正博
8	伊藤病院	東京都	5	長濱　充二
9	国際医療福祉大学市川病院	千葉県	3,6	小中　千守
10	関東中央病院	東京都	1	河原　正樹

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

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

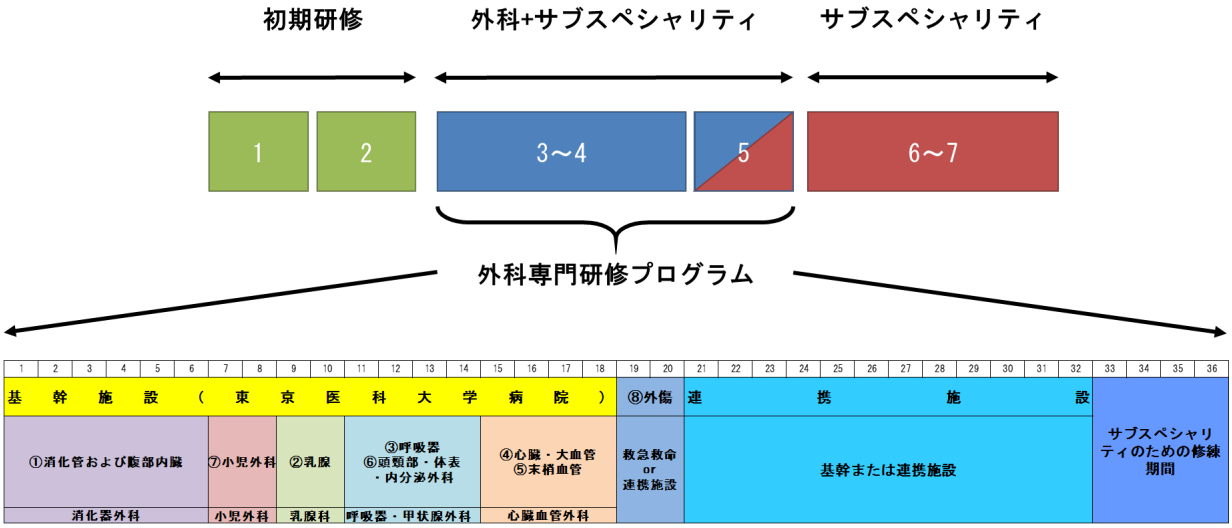
1 年次	呼吸器・甲状腺/心臓血管/消化器・小児/乳腺/救急 （研修　基幹施設） 経験症例 150 例以上 （術者 20 例以上）
2 年次	呼吸器・甲状腺/心臓血管/消化器・小児/乳腺/救急 （研修　基幹および連携施設） 経験症例 350 例以上／2 年 （術者 120 例以上／2 年）臨床研究開始（基幹施設）
3 年次	不足症例に対しローテーションなど （研修　基幹または連携施設） 【外科専門医認定試験】
4 年次以降 （オプション）	より専門的なサブスペシャルティ領域に特化した研修に移行 （呼吸器・甲状腺/心臓血管/消化器・小児/乳腺科） （研修　基幹および連携施設） 臨床・基礎研究（基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

・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 1)

(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―一次救命処置(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（skc@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

2021(令和 3)年度

東京医科大学　眼科　専門研修プログラム

2020(令和 2)年 5 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 14 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	名
研修期間	2021(令和 3)年 4 月 1 日～2025(令和 7)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 14 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 5 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 年間以上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 年間以上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、多焦点眼内レンズ）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 14 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 27 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 5 名が入局しており、過去 10 年間の入局者は 42 名（男性 28 名、女性 14 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 32 名、他大学出身者 10 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　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:　2021(令和 3)年 4 月 1 日～2025(令和 7)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、2021(令和 3)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:　2020(令和 2)年 10 月(予定)～
- 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（10 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 3047 件、外眼手術 441 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： 丸山勝彦（准教授）（緑内障）
熊倉重人（講師）（角結膜）
臼井嘉彦（講師）（ぶどう膜炎、眼腫瘍）
馬詰和比古（講師）（網膜硝子体、黄斑、眼腫瘍、他科診療連携）
阿川毅（臨床講師）（網膜硝子体、黄斑）
川上摂子（臨床講師）（網膜硝子体、黄斑）
山本香織（講師）（網膜硝子体、黄斑、白内障）
野田知子（助教）（ロービジョンケア、斜視弱視）
中川迅（助教）（角結膜、コンタクトレンズ）
根本怜（助教）（網膜硝子体、黄斑、白内障）
成松明知（助教）（ロービジョンケア、斜視弱視）
嶺崎輝海（助教）（角結膜、涙道）

専門医： 坪田欣也（助教）（ぶどう膜）
國見敬子（助教）（ぶどう膜炎、斜視弱視）
禰津直也（助教）（緑内障）
阿部駿（助教）（角結膜、涙道）
馬場良（助教）（網膜硝子体、黄斑、白内障）
柳田紘生（臨床研究医）（網膜硝子体、黄斑）

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、2019（令和元）年の内眼手術件数は 3341 件で、その内訳は白内障 2208 件、網膜硝子体 899 件、緑内障 389 件、角膜移植 15 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 610 件で、内訳は斜視手術 31 件、眼腫瘍手術 245 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 1174 件、外眼手術 37 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、有本剛、上田俊介、三橋良輔

- 東京医科大学　八王子医療センター
  （年間　内眼手術 1763 件、外眼手術 27 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、本橋良祐

- 戸田中央総合病院
  （年間　内眼手術 671 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：阿川毅

- 厚生中央病院

（年間　内眼手術 605 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 371 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 197 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：八木浩倫

- 船橋総合病院
（年間　内眼手術 234 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：小竹修

- 蕨市立病院
（年間　内眼手術 274 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

- 立川中央病院
（年間　内眼手術 354 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 474 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 260 件、外眼手術 50 件、レーザー手術 176 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 358 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： 松島亮介

- 堀ノ内病院
  （年間　内眼手術 130 件、外眼手術 5 件、レーザー手術 50 件）
  指導管理責任者、専門医： 野田知子

- 新座志木中央総合病院
  （年間　内眼手術 220 件、外眼手術 20 件、レーザー手術 50 件）
  指導管理責任者、専門医： 熊倉重人

全指導医数: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=14.5 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 14 の専門研修連携施設（年間手術合計　内眼手術 9781 件、外眼手術 913 件、レーザー手術 2755 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 3341 件、外眼手術 610 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 9781 件、外眼手術 913 件、レーザー手術2755 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。

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

東京医科大学病院救急科専門研修プログラム

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責務は、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、このような社会的責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報告を行う。参加費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。

<table>
<tr><th>時</th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土日祝</th></tr>
<tr><td>8</td><td>7:45-抄読会
Journal club</td><td colspan="3"></td><td>脳神経カンファ</td><td rowspan="13">当直医のみ

09:30-
救命ICU回診・管理
初療</td></tr>
<tr><td colspan="5">8:30-朝カンファレンス（多職種合同）</td></tr>
<tr><td>9</td><td colspan="5" rowspan="3">9:30-12:00　救命ICU回診
初療</td></tr>
<tr><td>10</td></tr>
<tr><td>11</td></tr>
<tr><td>12</td><td colspan="5">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）</td></tr>
<tr><td>13</td><td colspan="5" rowspan="3">救命ICU管理
初療</td></tr>
<tr><td>14</td></tr>
<tr><td>15</td></tr>
<tr><td>16</td><td colspan="2">当直医へ申し送り</td><td colspan="2">感染症カンファ
16:30-当直医へ申し送り</td><td>当直医へ申し送り</td></tr>
<tr><td>17</td><td colspan="5">当直医へ勤務交代</td></tr>
</table>

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）

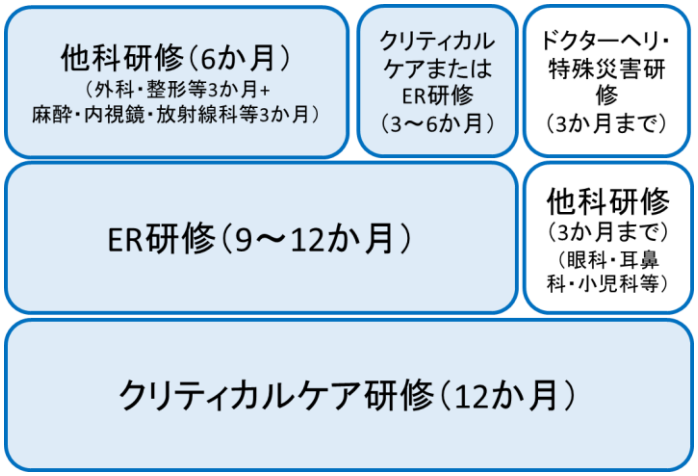


図１　プログラムの概要

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熱傷専門医、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。

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ビテンシー、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（コアコンビテンシー）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）

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	・SRl：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 ・SRl、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	・SRl、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 ・SRl、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） ・SRl、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（コアコンビテンシー）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－）

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、常に研蹟、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。

「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ビテンシー、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（コアコンビテンシー）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―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方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。

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（コアコンビテンシー）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・塀導内容・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。

東京医科大学病院外科専門医研修プログラム

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	楢原　克典
2	井上外科・内科	東京都	1	井上　敬一郎
3	医療法人社団総生会　麻生総合病院	神奈川県	1,3,5	菅　泰博
4	厚生中央病院	東京都	1,3,5	逢坂　由昭
5	牧野記念病院	神奈川県	1,2,3,4,5,6	小山　信彌
6	三井記念病院	東京都	1	池田　晋吾
7	国立がん研究センター東病院	千葉県	3	坪井　正博
8	伊藤病院	東京都	5	長濱　充二
9	国際医療福祉大学市川病院	千葉県	3,6	小中　千守
10	関東中央病院	東京都	1	河原　正樹

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

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

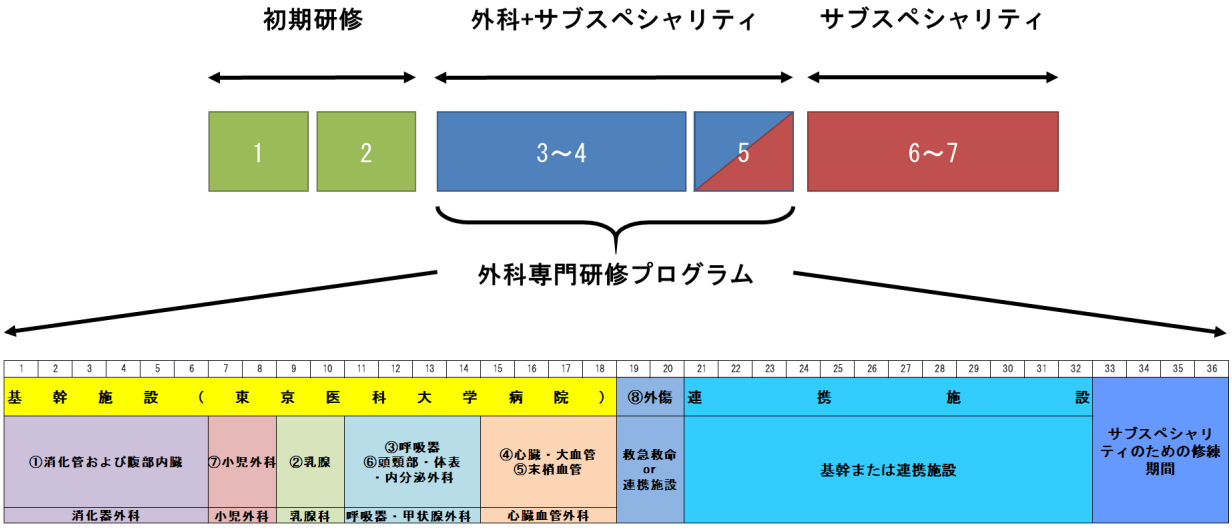
1 年次	呼吸器・甲状腺/心臓血管/消化器・小児/乳腺/救急 （研修　基幹施設） 経験症例 150 例以上 （術者 20 例以上）
2 年次	呼吸器・甲状腺/心臓血管/消化器・小児/乳腺/救急 （研修　基幹および連携施設） 経験症例 350 例以上／2 年 （術者 120 例以上／2 年）臨床研究開始（基幹施設）
3 年次	不足症例に対しローテーションなど （研修　基幹または連携施設） 【外科専門医認定試験】
4 年次以降 （オプション）	より専門的なサブスペシャルティ領域に特化した研修に移行 （呼吸器・甲状腺/心臓血管/消化器・小児/乳腺科） （研修　基幹および連携施設） 臨床・基礎研究（基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

・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 1)

(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―一次救命処置(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（skc@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

2021(令和 3)年度

東京医科大学　眼科　専門研修プログラム

2020(令和 2)年 5 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 14 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	名
研修期間	2021(令和 3)年 4 月 1 日～2025(令和 7)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 14 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 5 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 年間以上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 年間以上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、多焦点眼内レンズ）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 14 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 27 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 5 名が入局しており、過去 10 年間の入局者は 42 名（男性 28 名、女性 14 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 32 名、他大学出身者 10 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　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:　2021(令和 3)年 4 月 1 日～2025(令和 7)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、2021(令和 3)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:　2020(令和 2)年 10 月(予定)～
- 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（10 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 3047 件、外眼手術 441 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： 丸山勝彦（准教授）（緑内障）
熊倉重人（講師）（角結膜）
臼井嘉彦（講師）（ぶどう膜炎、眼腫瘍）
馬詰和比古（講師）（網膜硝子体、黄斑、眼腫瘍、他科診療連携）
阿川毅（臨床講師）（網膜硝子体、黄斑）
川上摂子（臨床講師）（網膜硝子体、黄斑）
山本香織（講師）（網膜硝子体、黄斑、白内障）
野田知子（助教）（ロービジョンケア、斜視弱視）
中川迅（助教）（角結膜、コンタクトレンズ）
根本怜（助教）（網膜硝子体、黄斑、白内障）
成松明知（助教）（ロービジョンケア、斜視弱視）
嶺崎輝海（助教）（角結膜、涙道）

専門医： 坪田欣也（助教）（ぶどう膜）
國見敬子（助教）（ぶどう膜炎、斜視弱視）
禰津直也（助教）（緑内障）
阿部駿（助教）（角結膜、涙道）
馬場良（助教）（網膜硝子体、黄斑、白内障）
柳田紘生（臨床研究医）（網膜硝子体、黄斑）

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、2019（令和元）年の内眼手術件数は 3341 件で、その内訳は白内障 2208 件、網膜硝子体 899 件、緑内障 389 件、角膜移植 15 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 610 件で、内訳は斜視手術 31 件、眼腫瘍手術 245 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 1174 件、外眼手術 37 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、有本剛、上田俊介、三橋良輔

- 東京医科大学　八王子医療センター
  （年間　内眼手術 1763 件、外眼手術 27 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、本橋良祐

- 戸田中央総合病院
  （年間　内眼手術 671 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：阿川毅

- 厚生中央病院

（年間　内眼手術 605 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 371 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 197 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：八木浩倫

- 船橋総合病院
（年間　内眼手術 234 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：小竹修

- 蕨市立病院
（年間　内眼手術 274 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

- 立川中央病院
（年間　内眼手術 354 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 474 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 260 件、外眼手術 50 件、レーザー手術 176 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 358 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： 松島亮介

- 堀ノ内病院
  （年間　内眼手術 130 件、外眼手術 5 件、レーザー手術 50 件）
  指導管理責任者、専門医： 野田知子

- 新座志木中央総合病院
  （年間　内眼手術 220 件、外眼手術 20 件、レーザー手術 50 件）
  指導管理責任者、専門医： 熊倉重人

全指導医数: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=14.5 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 14 の専門研修連携施設（年間手術合計　内眼手術 9781 件、外眼手術 913 件、レーザー手術 2755 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 3341 件、外眼手術 610 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 9781 件、外眼手術 913 件、レーザー手術2755 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。

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

東京医科大学病院救急科専門研修プログラム

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責務は、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、このような社会的責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報告を行う。参加費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。

<table>
<tr><th>時</th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土日祝</th></tr>
<tr><td>8</td><td>7:45-抄読会
Journal club</td><td colspan="3"></td><td>脳神経カンファ</td><td rowspan="13">当直医のみ

09:30-
救命ICU回診・管理
初療</td></tr>
<tr><td colspan="5">8:30-朝カンファレンス（多職種合同）</td></tr>
<tr><td>9</td><td colspan="5" rowspan="3">9:30-12:00　救命ICU回診
初療</td></tr>
<tr><td>10</td></tr>
<tr><td>11</td></tr>
<tr><td>12</td><td colspan="5">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）</td></tr>
<tr><td>13</td><td colspan="5" rowspan="3">救命ICU管理
初療</td></tr>
<tr><td>14</td></tr>
<tr><td>15</td></tr>
<tr><td>16</td><td colspan="2">当直医へ申し送り</td><td colspan="2">感染症カンファ
16:30-当直医へ申し送り</td><td>当直医へ申し送り</td></tr>
<tr><td>17</td><td colspan="5">当直医へ勤務交代</td></tr>
</table>

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）

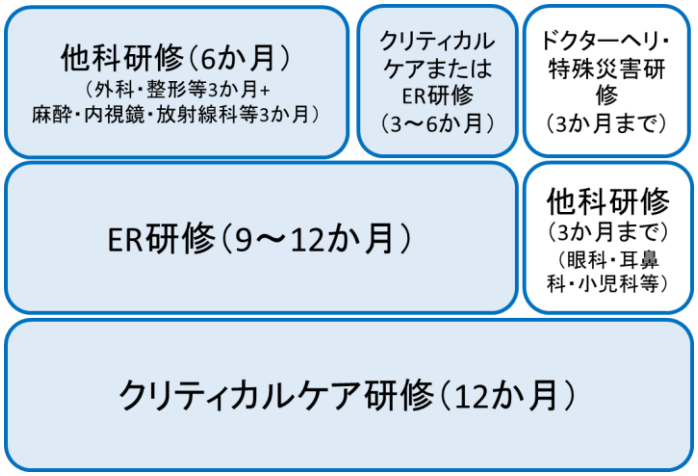


図１　プログラムの概要

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熱傷専門医、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。

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、22 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。（「形成外科領域専門研修における必要経験症例数一覧」を参照、Ⅰ-Ⅷの大分類の必要経験症例数は必須。下位分類の症例数は目標数）

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（22 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：6名，症例数：約 1700 例)

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）

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 450 例）
- 船橋市立医療センター形成外科（指導医：1名，症例数：約 550 例）
- 佼成病院形成外科（指導医：2名，症例数：約 500 例）
- 春山記念病院形成外科（指導医：１名、症例数：約 400 例）
- 深谷赤十字病院形成外科（指導医：１名、症例数：約 900 例）

（研修連携候補施設）

- 熊谷外科病院形成外科（専門医：１名、症例数：約 800 例）

（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
- 筑波記念病院

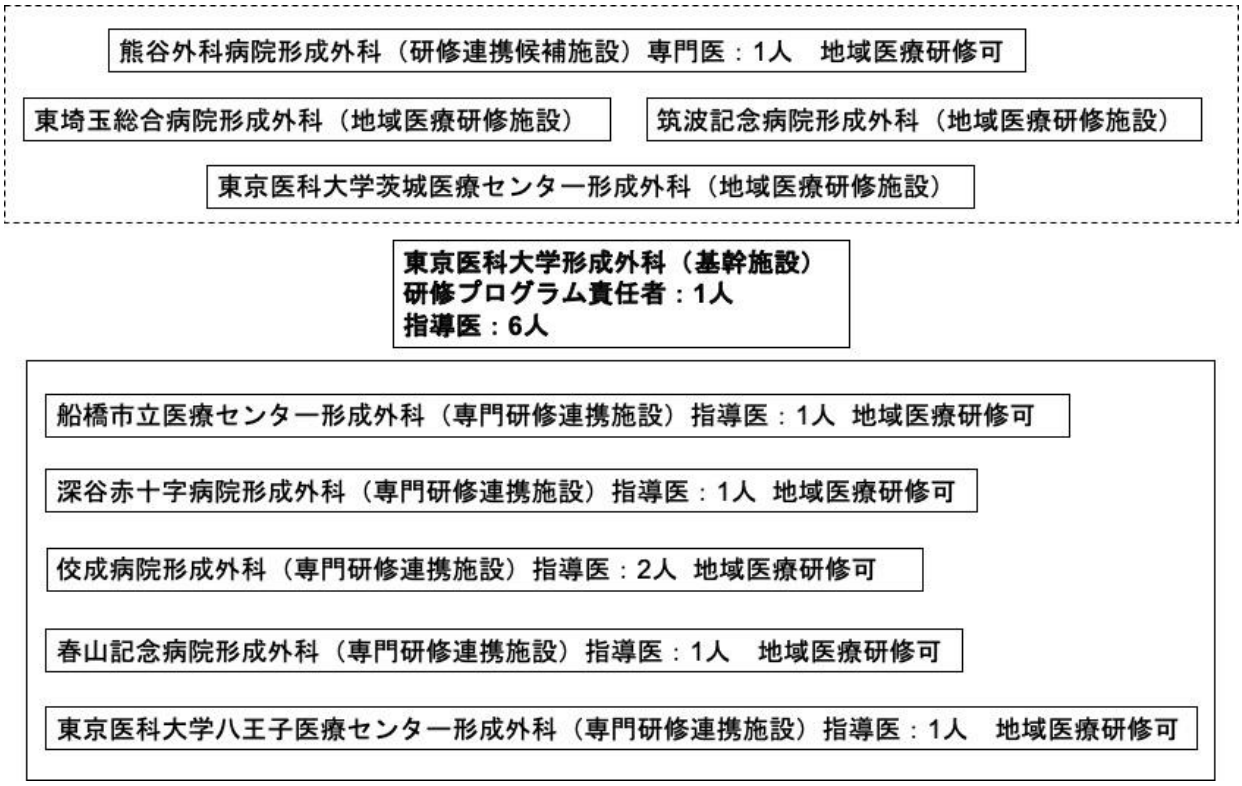
※　東京医科大学グループ全体の症例数は、約 6300 例にのぼります。

（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 20 名です。しかし実際には、人事異動などの都合上 4 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、筑波記念病院形成外科：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：6 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 13 名となります。

そのため､東京医科大学クループの専攻医受入数は現在 1 年間に最大 4 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。

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：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。

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) 後輩医師に教育・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、態度が後輩の模範となり、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八王子医療センター・船橋市立医療センター・戸田中央総合病院、腹腔鏡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・菅原病院、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東京医科大学茨城医療センター・城西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ヶ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ヶ月に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ヶ月以内に含める。

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八王子医療センター、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東京医科大学茨城医療センター、城西病院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ヶ月後には、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・技態度の修練プロセス

・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）～5）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 ヶ月以内とする)。
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 ヶ月以内とする（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（令和 3 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 32 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 36 名までを受け入れ可能人数の上限とする。この数には、令和 3 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（資料 5)

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/deps/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

資料 1 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 (Hühner 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―下垂体―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、腟・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-Küster-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

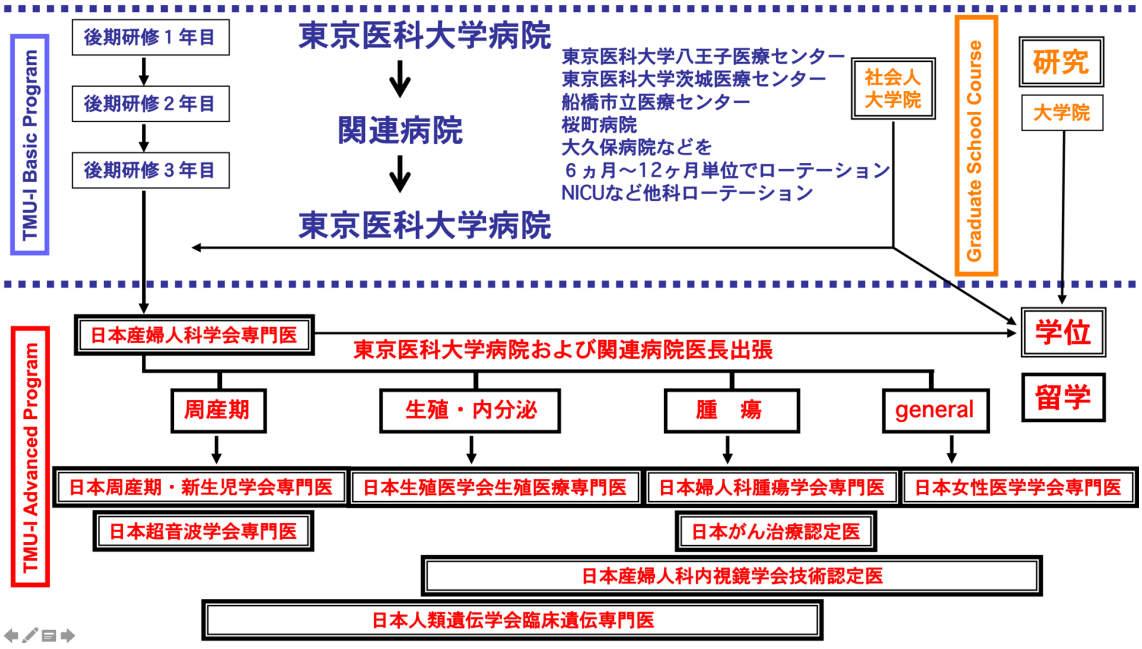
c）指導医による施設に対する評価

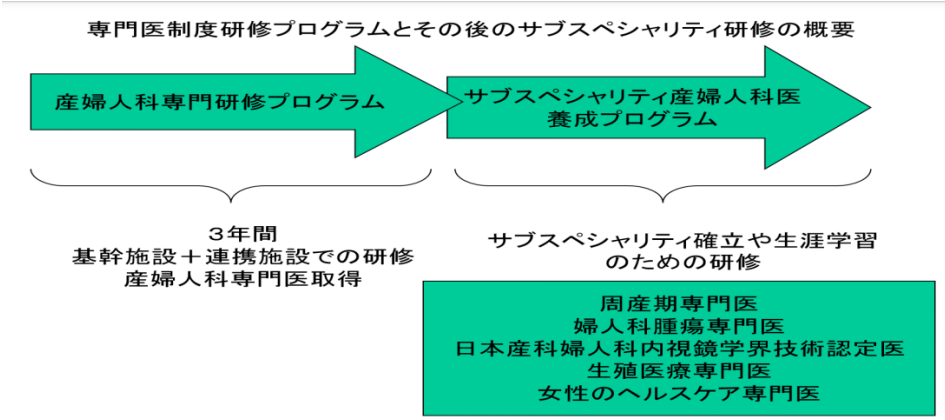
d）専攻医による専門研修プログラムに対する評価

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

A. 東京医科大学専門研修コースの概要





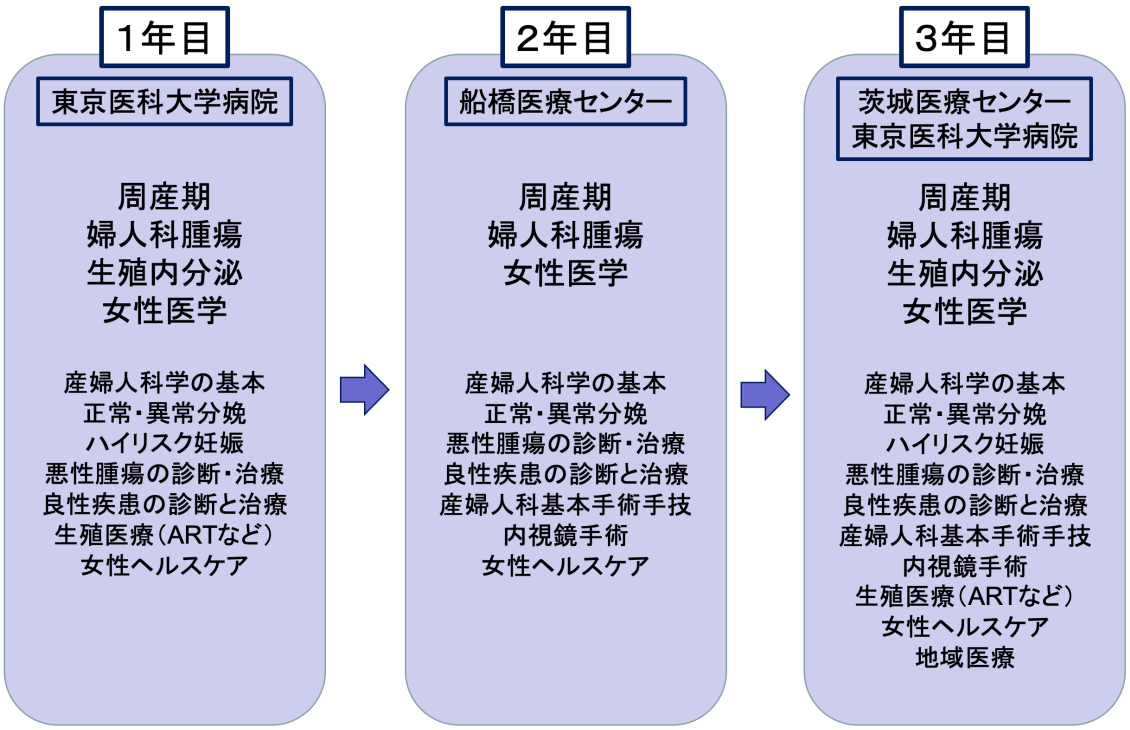
東京医科大学専門研修コースでは東京医科大学病院産科婦人科を基幹施設とし、連携指導施設とともに医療圏を形成して専攻医の指導にあたる。これは専門医養成のみならず、地域の安定した医療体制をも実現するものである。さらに、指導医の一部も施設を移る循環型の医師キャリア形成システムとすることで、地域医療圏全体での医療レベルの向上と均一化を図ることができ、これがまた、専攻医に対する高度かつ安定した研修システムを提供することにつながる。

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

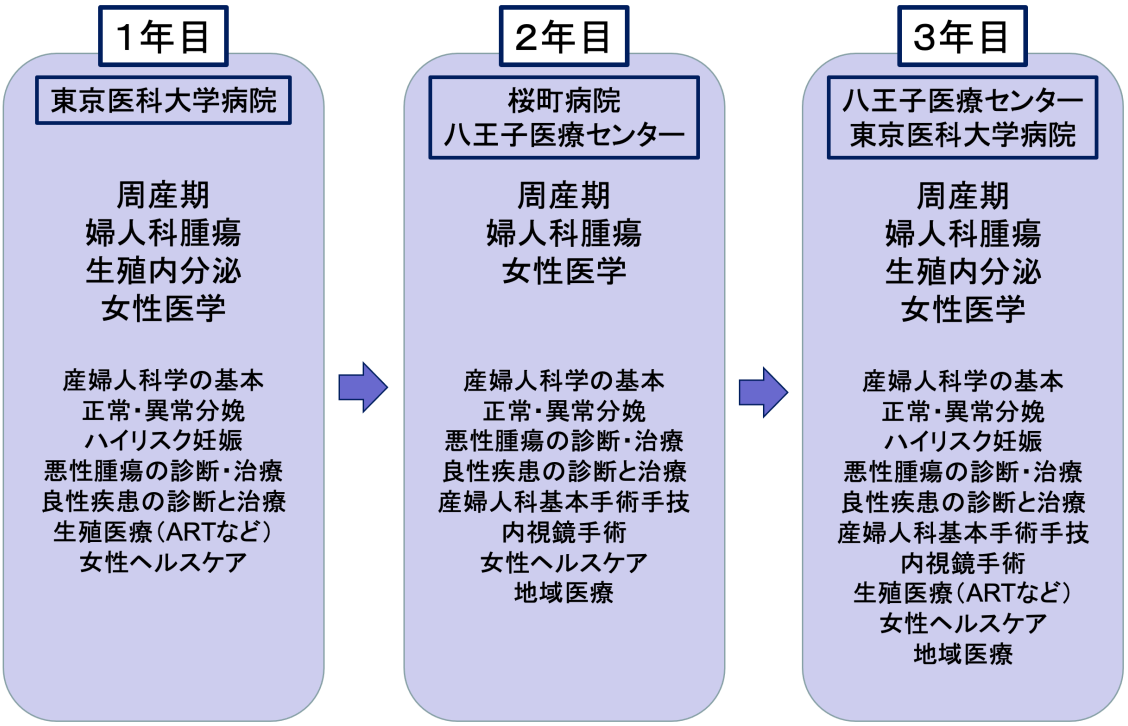
と研修進捗状況、各病院の状況、地域の医療体制を勘案して、東京医科大学産科婦人科専門研修プログラム管理委員会が決定する。

B. 東京医科大学専門研修コースの具体例

産婦人科専門医養成コース例 1



産婦人科専門医養成コース例 2



・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６ヶ月間、２つの専攻医指導施設において１年６ヶ月間（うち６ヶ月間は地域医療研修）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。

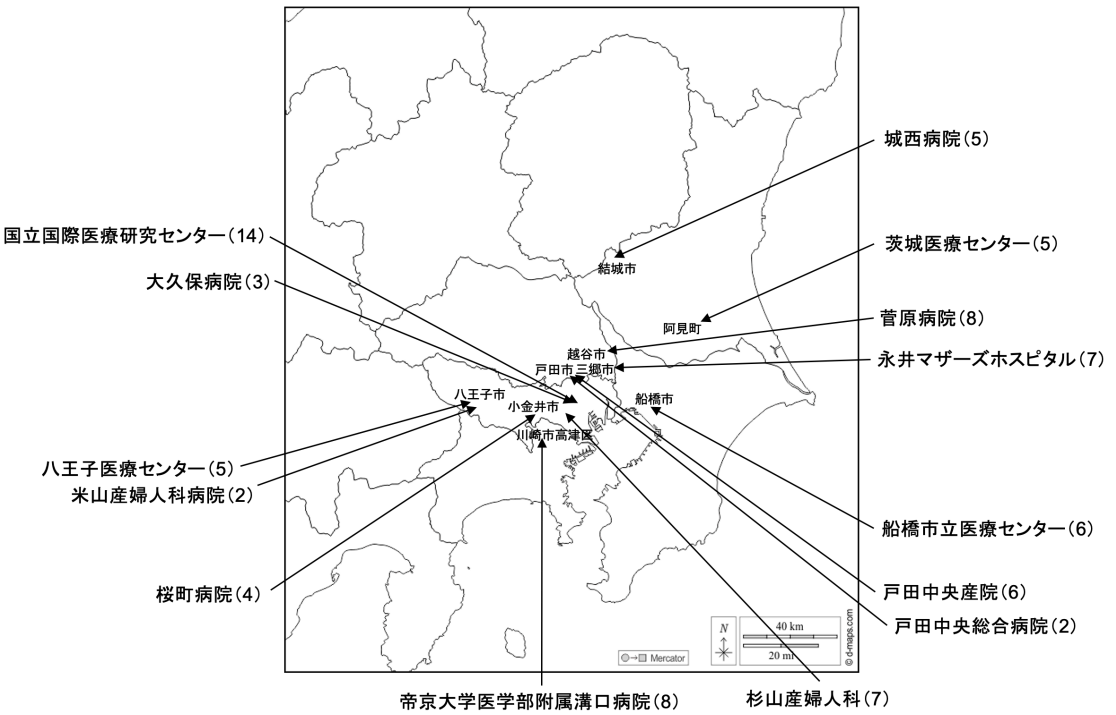
・日本周産期・新生児医学会　母体・胎児専門医
・日本婦人科腫瘍学会　婦人科腫瘍専門医
・日本生殖医学会　生殖医療専門医
・日本女性医学学会　女性ヘルスケア専門医
・日本産科婦人科内視鏡学会　技術認定医

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。

資料 4.　東京医科大学専門研修連携施設群



括弧内は産婦人科常勤医師数

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

（令和 3 年 6 月現在）

東京医科大学病院

西　　洋孝（管理委員会委員長、婦人科腫瘍分野責任者）
久慈　直昭（周産期医学分野責任者，副委員長）
小野　政徳（生殖内分泌分野責任者）
佐々木　徹（女性ヘルスケア分野責任者）
小野　理貴（事務局長）

東京医科大学茨城医療センター	藤村　正樹
東京医科大学八王子医療センター	清水　基弘
船橋市立医療センター	齊藤　俊雄
東京都保健医療公社大久保病院	高田　淳子
聖ヨハネ会桜町病院	大石　康文
戸田中央産院	佐野　養
戸田中央総合病院	長嶋　武雄
米山産婦人科病院	金　成一
永井マザーズホスピタル	永井　泰
菅原病院	寺内　文敏
城西病院	岡島　毅
杉山産婦人科	杉山　力一
国立国際医療研究センター	大石　元
帝京大学医学部附属溝口病院	西井　修

資料 6　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。

資料 7　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。

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

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 98 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。

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　2021 年 4 月 1 日～2025 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 98 回以降の医師国家試験合格者のみ必要。2021 年 3 月 31 日までに臨床研修の終了見込みの者を含む）
一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会（以下「日耳鼻」という。）の正会員であること（2021 年 4 月 1 日付で入会予定の者を含む。）
②応募期間：　2020 年 9 月 1 日～10 月 31 日（変更の可能性あり）
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，臨床研修終了登録証コピーまたは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：　医局長　本橋　玲
電話 03-3342-6111（内線 5788），FAX　03-3346-9275
E-MAIL：　ray-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 年以上の歴史を持つ。

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。またがん専門施設としてがん研究会有明病院（江東区，東京都）、国立がん研究センター東病院（柏市，千葉県）と提携している。その他、聖マリアンナ医科大学病院（神奈川県）、群馬大学医学部附属病院（群馬県）、熊本大学病院（熊本県）、国際医療福祉大学三田病院（東京都）の 4 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。

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

研修施設の分類：全て医師臨床研修指定施設である

◆専門研修基幹施設：東京医科大学病院

◆専門研修連携施設Ⅰ（2 施設）：大学病院分院

◆専門研修連携施設Ⅱ（1 施設）：年間手術数 300 件以上、指導医 1-2 名、スタッフ 3 名以上

◆専門研修連携施設Ⅲ（1 施設）指導医 1 名、スタッフ 2-3 名

◆専門研修連携施設Ⅳ（6 施設）：他大学附属病院群等、指導医 1 名以上、スタッフ 5 名以上

◆専門研修関連施設（1 施設）：専門医 1 名以上、スタッフ 3 名

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Ⅰ	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
専門研修連携施設Ⅱ	③	厚生中央病院	目黒区，東京都	1
専門研修連携施設Ⅲ	④	新座志木中央総合病院	新座市，埼玉県	2
専門研修連携施設Ⅳ	⑤	聖マリアンナ医科大学病院	川崎市，神奈川県	6
	⑥	群馬大学医学部附属病院	前橋市，群馬県	6
	⑦	熊本大学医学部附属病院	熊本市，熊本県	5
	⑧	国際医療福祉大学三田病院	港区，東京都	4
	⑨	がん研究会有明病院	江東区，東京都	6
	⑩	国立がん研究センター東病院	柏市，千葉県	5
専門研修関連施設	⑪	戸田中央病院	戸田市，埼玉県	0

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	岡田　拓郎	東京医科大学病院	助教	頭頸部
11	太田　陽子	東京医科大学病院	講師	耳
12	白井　杏湖	東京医科大学病院	講師	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　貴仁	東京医科大学八王子医療センター	講師	頭頸部
17	永井　賀子	厚生中央病院	医長	耳
18	井谷茂人	新座志木中央総合病院	部長	耳
19	内田　亮介	新座志木中央総合病院	部長	頭頸部

20	肥塚　泉	聖マリアンナ医科大学	教授	耳、鼻副鼻腔、口腔咽喉頭、頭頸部
21	谷口　雄一郎	聖マリアンナ医科大学	准教授	耳、鼻副鼻腔
22	宮本　康裕	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	齊藤　善光	聖マリアンナ医科大学	講師	耳、鼻副鼻腔
26	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
27	高安　幸弘	群馬大学医学部附属病院	講師	耳、頭頸部
28	紫野　正人	群馬大学医学部附属病院	講師	口腔咽喉頭、頭頸部
29	新國　摂	群馬大学医学部附属病院	助教	鼻副鼻腔、頭頸部
30	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
31	松山　敏之	群馬大学医学部附属病院	助教	鼻副鼻腔、口腔咽頭
32	折田　頼尚	熊本大学病院	教授	耳、鼻副鼻腔、口腔咽喉頭、頭頸部
33	村上　大造	熊本大学病院	講師	口腔咽喉頭、頭頸部
34	宮丸　悟	熊本大学病院	講師	鼻副鼻腔、口腔咽喉頭、頭頸部
35	伊勢　桃子	熊本大学病院	助教	耳、口腔咽喉頭、頭頸部
36	西本　康兵	熊本大学病院	助教	鼻副鼻腔、口腔咽喉頭、頭頸部
37	岡野　光博	国際医療福祉大学三田病院	教授	鼻・副鼻腔
38	岩崎　聡	国際医療福祉大学三田病院	教授	耳
39	高橋　優宏	国際医療福祉大学三田病院	准教授	耳
40	古舘　佐起子	国際医療福祉大学三田病院	病院講師	耳、鼻副鼻腔、口腔咽頭
41	三谷浩樹	がん研有明病院	部長	頭頸部
42	米川博之	がん研有明病院	医長	頭頸部
43	福島啓文	がん研有明病院	医長	頭頸部
44	佐々木徹	がん研有明病院	医長	頭頸部
45	新橋渉	がん研有明病院	医長	頭頸部
46	神山亮介	がん研有明病院	副医長	頭頸部
47	篠﨑　剛	国立がん研究センター東病院	科長	口腔咽喉頭、頭頸部
48	富岡　利文	国立がん研究センター東病院	医長	口腔咽喉頭、頭頸部
49	岡野　渉	国立がん研究センター東病院	医員	口腔咽喉頭、頭頸部
50	岡野　晋	国立がん研究センター東病院	医長	口腔咽喉頭、頭頸部
51	松浦　一登	国立がん研究センター東病院	医員	口腔咽喉頭、頭頸部

手術症例数

	分野	副項目	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	451	22.6
	鼻科手術	内視鏡下鼻副鼻腔手術	40例以上	500	12.5
	口腔咽喉頭手術40例以上	扁桃摘出術	15例以上	682	45.46666667
		舌・口腔・咽喉腫瘍摘出術	5例以上	314	62.8
		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	226	**11.3**
	頭頸部腫瘍手術30例以上	頸部郭清術	10例以上	250	25
		頭頸部腫瘍摘出術	20例以上	402	20.1
術者として経験	扁桃摘出術		10例以上	687	68.7
	鼓膜チューブ挿入		10例以上	123	12.3
	喉頭微細手術		10例以上	147	14.7
	内視鏡下鼻副鼻腔手術		20例以上	500	25
	気管切開術		5例以上	112	22.4
	良性腫瘍摘出術		10例以上	137	13.7

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：　14 名
  19 1/3（全専門研修指導医数）×3（1 人当たりの専攻医数）÷4（学年数）＝14.5
- 診療実績（手術症例数）を基にした上限：　11 名
  手術症例数による「割り当て専攻医数」の最小値は 11.3 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 5 つの専門研修連携・関連施設を概ね１年毎にローテーションして行う。4 年目には他大学附属病院やがん専門病院での研修も可能。

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	連携施設Ⅰ	連携施設Ⅱ、Ⅲ 関連施設	基幹／連携
基本プログラム　Ⅱ	基幹	連携施設Ⅱ、Ⅲ 関連施設	連携施設Ⅰ	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。
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。
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、2年目と3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）。 やむを得ない事情により、研修病院が上記から変更になることがある。	

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、頸部腫瘤等）	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：　　2021 年 4 月 1 日～2022 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（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

- 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：　2022 年 4 月 1 日～2023 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（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・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：　2023 年 4 月 1 日～2024 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：　　2024 年 4 月 1 日～2025 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、独立した記録メデイ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、千葉県に広がる施設群である。

また東京、神奈川、群馬、熊本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。

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

付録．カリキュラム制（単位制）による研修制度

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、神経・精神・新生児・内分泌・代謝・感染・アレルギー・消化器・循環器・血液・腫瘍・保健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関連病院にて病棟・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・治療について研修し、2 年目は東京医大関連病院に加え、河北総合病院、成育医療研究センター、埼玉県立小児医療センターにて、より専門性の高い知識・技能を修得する。3 年目には日本赤十字社医療センターもしくは東京医大病院 NICU にて、新生児・未熟児医療技術の修得を目指します。

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たられており、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
皮膚，爪の異常
発疹，湿疹，皮膚のびらん，蕁麻疹，浮腫，母斑，膿瘍，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，言語発達遅滞
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	陰嚢水腫，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	腸重積	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
鼻腔検査		臍肉芽の処置	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，膿瘍の外科処置	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（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。

3） weekly meeting（週1回）：週末には専門上級医より各分野の基本から先端知識に関するレクチャーが行われ、臨床における疑問点や探索的視点から双方向でのディスカッションが行われます。

4） 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。

5） 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。

６） 抄読会（毎月）：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。

７） 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

８） 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。

９） 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		
東京医科大学病院	23 名	7 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	2 名	3 名
2)東京医科大学茨城医療センター	1 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	12 名	
5)河北総合病院	7 名	
6)国立国際医療研究センター	17 名	
7)埼玉県立小児医療センター	8 名	

・施設一覧

施設 A：東京医科大学病院 研修基幹施設(責任施設)

施設 B：東京医科大学八王子医療センター

施設 C：東京医科大学茨城医療センター

施設 D：国立成育医療研究センター

施設 E：日本赤十字社医療センター

施設 F：河北総合病院

施設 G：国立国際医療研究センター

施設 H；埼玉県立小児医療センター

・施設別研修内容

施設 A：一般小児、各種専門分野、新生児、救急医療

施設 B：一般小児、小児外来、救急医療

施設 C：一般小児、小児外来、救急医療

施設 D：循環器、血液腫瘍

施設 E：新生児、循環器

施設 F：一般小児、小児外来、精神・神経

施設 G：血液腫瘍、感染症

施設 H；循環器、血液腫瘍

・研修期間

1 年目前期：2021 年 4 月～9 月

1 年目後期：2021 年 10 月～2022 年 3 月

2 年目前期：2022 年 4 月～9 月

2 年目後期：2022 年 10 月～2023 年 3 月

3 年目前期：2023 年 4 月～9 月

3 年目後期：2023 年 10 月～2024 年 3 月

・研修プログラムローテーション計画

	1 年目 前期 （6 か月）	1 年目 後期 （6 か月）	2 年目 前期 （6 か月）	2 年目 後期 （6 か月）	3 年目 前期 （6 か月）	3 年目 後期 （6 か月）
専攻医　イ	D	A	B	B	F	D
専攻医　ロ	B	G	E	A	D	F
専攻医　ハ	F	E	A	D	G	B
専攻医　ニ	C	C	D	E	A	C
専攻医　ホ	E	A	F	C	H	H
専攻医　ヘ	A	F	H	H	C	E
専攻医　ト	H	H	C	F	E	A

・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療を行い，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 H	
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 H	
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救命・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、埼玉県立小児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、統括責任者及びと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）東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（　7　）名を受け入れ人数とします。

受け入れ人数	（　7　）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

新専門医制度下の東京医科大学小児科

カリキュラム制(単位制)による研修制度

Ⅰ．はじめに

１．　東京医科大学小児科の専門研修は「プログラム制」を基本とする。
２．　東京医科大学小児科の専門研修における「カリキュラム制(単位制)」は、「プログラム制」で研修を行うことが適切でない合理的な理由がある場合に対する「プログラム制」を補完する制度である。

Ⅱ．　カリキュラム制(単位制)による研修制度

１．　方針
１）　東京医科大学小児科の専門研修は「プログラム制」を基本とし、「プログラム制」で研修を行うことが適切でない合理的な理由がある場合には、「カリキュラム制(単位制)」による研修を選択できる。
２）　期間の延長により「プログラム制」で研修を完遂できる場合には、原則として、「プログラム制」で研修を完遂することを推奨する。
３）　小児科専門研修「プログラム制」を中断した専攻医が専門研修を再開する場合には、原則として、「プログラム制」で研修を再開し完遂することを推奨する。
４）カリキュラム制による専攻医は基幹施設の指導責任医の管理を受け、基幹施設・連携施設で研修を行う。

２．　カリキュラム制（単位制）による研修制度の対象となる医師
１）　義務年限を有する医科大学卒業生、地域医療従事者（地域枠医師等）
２）　出産、育児、介護、療養等のライフイベントにより、休職・離職を選択する者
３）　海外・国内留学する者
４）　他科基本領域の専門研修を修了してから小児科領域の専門研修を開始・再開する者
５）　臨床研究医コースの者
６）　その他、日本小児科学会と日本専門医機構が認めた合理的な理由のある場合

※ Ⅱ．２．１）２）３）の者は、期間の延長による「プログラム制」で研修を完遂することを原則とするが、期間の延長による「プログラム制」で研修を完遂することができない場合には、「カリキュラム制（単位制)」による研修を選択できる。

Ⅲ．カリキュラム制(単位制)における専門医認定の条件

１．東京医科大学小児科のカリキュラム制(単位制)における専門医認定の条件は、以下の全てを満たしていることである。

１） 日本小児科学会の定めた研修期間を満たしていること

２） 日本小児科学会の定めた診療実績および臨床以外の活動実績を満たしていること

３） 研修基幹施設の指導医の監督を定期的に受けること

４） プログラム制と同一またはそれ以上の認定試験に合格すること

Ⅳ．カリキュラム制(単位制)における研修

１．カリキュラム制(単位制)における研修施設

１)「カリキュラム制(単位制)」における研修施設は、東京医科大学小児科（以下、基幹施設）および専門研修連携施設（以下、連携施設）とする。

２．研修期間として認める条件

１） プログラム制による小児科領域の「基幹施設」または「連携施設」における研修のみを、研修期間として認める。

① 「関連施設」における勤務は研修期間として認めない。

２）研修期間として認める研修はカリキュラム制に登録してから 10 年間とする。

３） 研修期間として認めない研修

① 他科専門研修プログラムの研修期間

② 初期臨床研修期間

３．研修期間の算出

１） 基本単位

① 「フルタイム」で「１ヶ月間」の研修を１単位とする。

２） 「フルタイム」の定義

① 週 31 時間以上の勤務時間を職員として所属している「基幹施設」または「連携施設」での業務に従事すること。

３） 「１ヶ月間」の定義

① 暦日（その月の 1 日から末日）をもって「１ヶ月間」とする。

４） 非「フルタイム」勤務における研修期間の算出

	「基幹施設」または「連携施設」で職員として勤務している時間	「１ヶ月」の研修単位
フルタイム	週 31 時間以上	１単位
非フルタイム	週 26 時間以上 31 時間未満	0.8 単位
	週 21 時間以上 26 時間未満	0.6 単位
	週 16 時間以上 21 時間未満	0.5 単位
	週 8 時間以上 16 時間未満	0.2 単位
	週 8 時間未満	研修期間の単位認定なし

※「小児専従」でない期間の単位は 1/2 を乗じた単位数とする

５）職員として所属している「基幹施設」または「連携施設」での日直・宿直勤務における研修期間の算出

① 原則として、勤務している時間として算出しない。

⑴ 診療実績としては認められる。

６）職員として所属している「基幹施設」または「連携施設」以外での日勤・日直(アルバイト)・宿直(アルバイト)勤務における研修期間の算出

① 原則として、研修期間として算出しない。

⑴ 診療実績としても認められない。

７） 産休・育休、病欠、留学の期間は、その研修期間取り扱いをプログラム制同様、最大 6 か月までを算入する

８） 「専従」でない期間の単位は、1/2 を乗じた単位数とする。

４．必要とされる研修期間

１） 「基幹施設」または「連携施設」における 36 単位以上の研修を必要とする。

① 所属部署は問わない

２） 「基幹施設」または「連携施設」において、「専従」で、36 単位以上の研修を必要とする。

３） 「基幹施設」または「連携施設」としての扱い

① 受験申請時点ではなく、専攻医が研修していた期間でのものを適応する。

５.「専従」として認める研修形態

１） 「基幹施設」または「連携施設」における「小児部門」に所属していること。

① 「小児部門」として認める部門は、小児科領域の専門研修プログラムにおける「基幹施設」および「連携施設」の申請時に、「小児部門」として申告された部門とする。

２） 「フルタイム」で「１ヶ月間」の研修を１単位とする。

①職員として勤務している「基幹施設」または「連携施設」の「小児部門」の業務に、週 31 時間以上の勤務時間を従事していること。

②非「フルタイム」での研修は研修期間として算出できるが「専従」としては認めない。

(1) ただし、育児・介護等の理由による短時間勤務制度の適応者の場合のみ、非 「フルタイム」での研修も「専従」として認める。

ⅰ） その際における「専従」の単位数の算出は、Ⅳ．３．４）の非「フルタイム」勤務における研修期間の算出表に従う。

３） 初期臨床研修期間は研修期間としては認めない。

Ⅴ．カリキュラム制(単位制)における必要診療実績および臨床以外の活動実績

１．診療実績として認める条件

１） 以下の期間の経験のみを、診療実績として認める。

①職員として勤務している「基幹施設」および「連携施設」で、研修期間として算出された期間内の経験症例が、診療実績として認められる対象となる。

２） 日本小児科学会の「臨床研修手帳」に記録、専門医試験での症例要約で提出した経験内容を診療実績として認める。

① ただし、プログラム統括責任者の「承認」がある経験のみを、診療実績として認める。

３） 有効期間として認める診療実績は受験申請年の 3 月 31 日時点からさかのぼって 10 年間とする。

４） 他科専門プログラム研修期間の経験は、診療実績として認めない。

２．必要とされる経験症例

１） 必要とされる経験症例は、「プログラム制」と同一とする。 《「プログラム制」参照》

３．必要とされる臨床以外の活動実績

１）必要とされる臨床以外の活動実績は、「プログラム制」と同一とする。 《「プログラム制」参照》

４．必要とされる評価

１）小児科到達目標 25 領域を終了し、各領域の修了認定を指導医より受けること
各領域の領域到達目標及び診察・実践能力が全てレベル B 以上であること

２）経験すべき症候の 80%以上がレベル B 以上であること

３）経験すべき疾患・病態の 80%以上を経験していること

４）経験すべき診療技能と手技の 80%以上がレベル B 以上であること
５）Mini-CEX 及び 360 度評価は１年に１回以上実施し、研修修了までに Mini-CEX６回以上、360 度評価は３回以上実施すること
６）マイルストーン評価は研修修了までに全ての項目がレベル B 以上であること

Ⅵ. カリキュラム制(単位制)による研修開始の流れ

１．カリキュラム制(単位制)による研修の新規登録

１） カリキュラム制(単位制)による研修の登録
① カリキュラム制(単位制)による研修を希望する医師は、日本専門医機構の「カリキュラム制(単位制)による研修」として新規登録する。また「小児科専門医新規登録カリキュラム制(単位制)による研修開始の理由書」《別添》を、学会に申請し許可を得る。
② 「小児科専門医新規登録カリキュラム制(単位制)による理由書」には、下記の項目を記載しなければならない。
⑴ 「プログラム制」で研修を行うことが適切でない合理的な理由
⑵ 主たる研修施設
ⅰ） 管理は基幹施設が行い、研修は基幹施設・連携施設とする。

２） カリキュラム制(単位制)による研修の許可
① 日本小児科学会および日本専門医機構は、カリキュラム制研修を開始する理由について審査を行い、Ⅱ．２）に記載のある理由に該当する場合は、研修を許可する。

２．小児科専門研修「プログラム制」から小児科専門研修「カリキュラム制(単位制)」への移行登録

１）小児科専門研修を「プログラム制」で研修を開始するも、研修期間途中において、期間の延長による「プログラム制」で研修ができない合理的な理由が発生し「カリキュラム制 (単位制)」での研修に移行を希望する研修者は、小児科専門研修「プログラム制」から 「カリキュラム制(単位制)」への移行登録の申請を行う。
２） 小児科専門研修「プログラム制」から「カリキュラム制(単位制)」への移行の申請
① カリキュラム制(単位制)による研修を希望する医師は、「小児科専門医制度移行登録 カリキュラム制(単位制)による研修開始の理由書」《別添》を、日本小児科学会及び日本専門医機構に申請する。
② 「小児科専門医制度移行登録カリキュラム制(単位制)による理由書」には、下記 の項目を登録しなければならない。
⑴ 「プログラム制」で研修を完遂することができない合理的な理由
⑵ 主たる研修施設

ⅰ） 主たる研修施設は「基幹施設」もしくは「連携施設」であること。

３） カリキュラム制(単位制)による研修の移行の許可

① 学会および専門医機構は、カリキュラム制研修を開始する理由について審査を行い、Ⅱ．２）に記載のある理由に該当する場合は、研修を許可する。

② 移行登録申請者が、学会の審査で認定されなかった場合は、専門医機構に申し立てることができる。

(1) 再度、専門医機構で移行の可否について、日本専門医機構カリキュラム委員会（仮）において、審査される。

４） カリキュラム制(単位制)による研修の登録

① カリキュラム制(単位制)による研修への移行の許可を得た医師は、日本専門医機構の「カリキュラム制(単位制)による研修」として、移行登録する。

５） 「プログラム制」から「カリキュラム制(単位制)」への移行にあたっての研修期間、 診療実績の取り扱い

① 「プログラム制」時の研修期間は、「カリキュラム制(単位制)」への移行後においても研修期間として認める。

② 「プログラム制」時の診療実績は、「カリキュラム制(単位制)」への移行後においても診療実績として認める。

(1) ただし「関連施設」での診療実績は、「カリキュラム制(単位制)」への移行にあたっては、診療実績として認めない。

３．小児科以外の専門研修「プログラム制」から小児科専門研修「カリキュラム制(単位制)」への移行登録

１） 小児科以外の専門研修「プログラム制」から小児科専門研修「カリキュラム制(単位制)」への移行は認めない。

① 小児科以外の専門研修「プログラム制」の辞退者は、あらためて、小児科専門研修「プログラム制」で研修を開始するか、もしくはⅥ．１に従い小児科専門研修「カリキュラム制(単位制)」にて、専門研修を開始する。

４．「カリキュラム制(単位制)」の管理

１）研修全体の管理・修了認定は「プログラム制」と同一とする。《「プログラム制」参照》

《別添》「小児科専門医新規登録 カリキュラム制(単位制)による研修の理由書」および 「小児科専門医制度移行登録 カリキュラム制(単位制)による研修の理由書」

小児科専門医新規登録

カリキュラム制（単位制）による研修開始の理由書

日本小児科学会 気付 日本専門医機構 御中

小児科研修プログラムで研修することが不可能であるため、カリキュラム制（単位制）で小児科専門医の研修を開始したく、理由書を提出します

記入日（西暦）　　年　月　日

●申請者氏名　（署名）

●勤務先

施設名　：　　科・部名：

〒　：

TEL：

●プログラム制での研修ができない理由 ※理由を証明する書類を添付すること

□1）義務年限を有する医科大学卒業生、地域医療従事者（地域枠医師等）

□2）出産、育児、介護、療養等のライフイベント

□3）海外・国内留学

□4）他科基本領域の専門医を取得

□5）その他上記に該当しない場合

●理由詳細

●他科基本領域専門研修プログラムでの研修歴について

他科基本領域専門研修プログラムに登録したことがある（はい・いいえ）

はいの場合、基本領域名（　　科）

研修状況（中途辞退 ・ 中断 ・ 修了）

－－－

主たる研修施設

上記の者が小児科カリキュラム制（単位制）での研修を開始することを承諾いたします

基幹施設名／連携施設名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

プログラム統括責任者（署名）　＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

プログラム統括責任者の小児科専門医番号　＿＿＿

小児科専門医新制度移行登録

小児科カリキュラム制（単位制）での研修開始の理由書

日本小児科学会 気付 日本専門医機構 御中

小児科研修プログラムで研修することが不可能であるため、カリキュラム制（単位制）で小児科専門医の研修を移行したく、理由書を提出します

記入日（西暦）　　年　月　日

●申請者氏名　（署名）

●勤務先

施設名　：　　科・部名　：

〒　：

TEL：

●プログラム制での研修ができない理由 ※理由を証明する書類を添付すること

□1）義務年限を有する医科大学卒業生、地域医療従事者（地域枠医師等）

□2）出産、育児、介護、療養等のライフイベント

□3）海外・国内留学

□4）他科基本領域の専門医を取得

□5）その他（パワハラ等を受けた等）

●理由詳細

●他科基本領域専門研修プログラムでの研修歴について

他科基本領域専門研修プログラムに登録したことがある（はい・いいえ）

はいの場合、基本領域名（　　科）

研修状況（中途辞退 ・ 中断 ・ 修了）

－－

主たる研修施設

上記の者が小児科カリキュラム制（単位制）での研修を開始することを承諾いたします

基幹施設名／連携施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

プログラム統括責任者（署名） ＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

プログラム統括責任者の小児科専門医番号 ＿＿＿

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。

2020 年度における新患数、手術数

No.	施設種別	施設名称	他プログラムとの関係	都道府県	新患数(2020)	手術数(2020)								
						脊椎	上肢・手	下肢	外傷	リウマチ	スポーツ	小児	腫瘍	計
0	基幹施設	東京医科大学病院		東京都	3761	231	26	224	72	8	210	22	37	830
1	連携施設	東京医科大学茨城医療センター	他プログラムの連携	茨城県	2207	52	124	116	329	1	13	25	13	673
2	連携施設	東京医科大学八王子医療センター		東京都	1049	235	30	139	142	11	36	9	3	605
3	連携施設	医療法人社団東光会　医療法人社団東光会　戸田中央総合病院		埼玉県	3421	7	86	103	651	1	43	20	19	930
4	連携施設	社会福祉法人　信濃医療福祉センター		長野県	1420	3	6	0	3	0	0	13	0	25
5	連携施設	医療法人社団幸隆会　多摩丘陵病院		東京都	2190	6	10	17	320	0	0	0	3	356
6	連携施設	独立行政法人労働者健康福祉機構福島労災病院		福島県	1859	4	56	82	271	0	14	0	32	459
7	連携施設	医療法人財団興和会 右田病院		東京都	1123	21	3	40	280	0	0	5	2	351
8	連携施設	医療法人伊豆七海会　熱海所記念病院		静岡県	2069	11	13	71	95	0	0	0	0	190
9	連携施設	社会福祉法人恩賜財団 東京都同胞援護会　昭島病院		東京都	1100	0	17	31	181	1	0	0	3	233
10	連携施設	医療法人恒和会 関口病院		群馬県	3552	0	71	66	149	0	0	0	7	293
11	連携施設	特定医療法人同愛会　熊谷外科病院		埼玉県	734	0	45	81	0	0	0	2	0	128
12	連携施設	社会福祉法人浄風園 中野江古田病院		東京都	632	0	0	0	32	0	0	0	0	32
13	連携施設	医療法人社団　碩成会島田台総合病院		千葉県	2201	0	9	2	42	0	0	0	0	53
14	連携施設	アントラーズスポーツクリニック		茨城県	9177	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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 つの寄附講座を持ち、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	脊椎造影検査 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	脊椎造影検査 術前カンファ	手術	病棟	
スポーツ	午前	外来	病棟 スポーツ班カンファ	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 腫瘍カンファ	手術	病棟	
外傷	午前	病棟	外傷班カンファ 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、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、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。

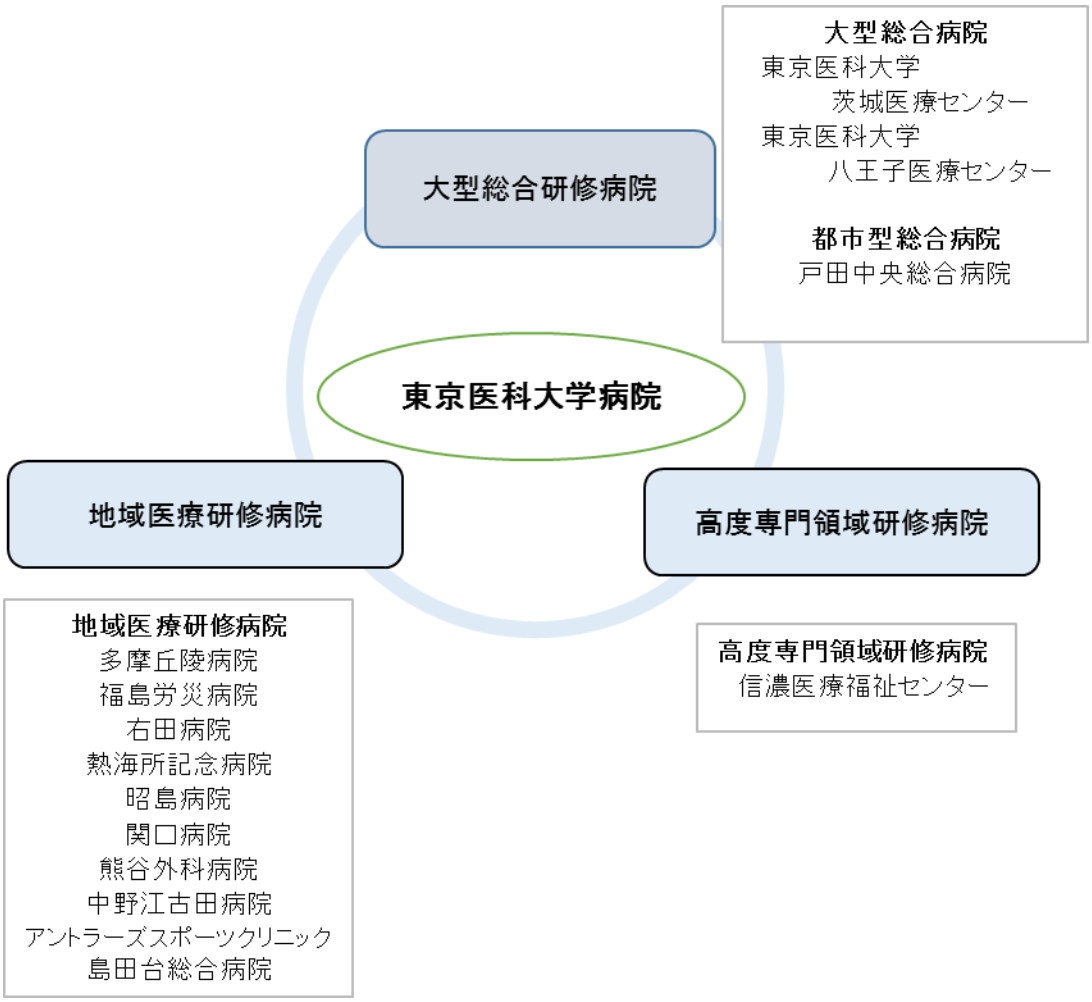
一方、専門領域研修病院として、信濃医療福祉センターでは小児整形に特化したサブスペシャリティに対する専門性の高い研修を受けることができます。多摩丘陵病院、福島労災病院、右田病院、熱海所記念病院、昭島病院、関口病院、熊谷外科病院、中野江古田病院、アントラーズスポーツクリニック、島田台総合病院においては、地域医療ならびに外傷に対する研修など幅広く受けることが可能です。

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。

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。



4 年間のローテーション例

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	戸田中央総合病院
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	戸田中央総合病院	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

専攻医別所得単位例

	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	戸田中央		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		3	2	6
c 下肢 6単位	1	3	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 2単位				2	2	2				2			2		2
j 腫瘍 2単位	2				2	2				2	2				2
流動 5単位			3	2	5		3	2		5		3	2		5
合計	12	9	12	12	45	12	12	12	9	45	12	12	12	9	45

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）

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。

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、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、靱帯、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）。
ii. 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
iii. 臨床医として十分な適性が備わっていること。
iv. 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。
v. 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

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。

③ 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。

④　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。

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：　　桝屋　二郎
住　　所：〒　160　-　0023　東京都新宿区西新宿６－７－１
電話番号：　03　- 3342　　- 6111
F　A　X：　03　- 3340　　- 4499
E－ｍａｉｌ：　j-masuya@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
　　桝屋　二郎
TEL ： 03-3342-6111（代表）
FAX ： 03-3340-4499（直通）
担当者：桝屋　二郎

■ 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

・ 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。

・ 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。

・ 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、33 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、埼玉県立精神医療センター、成増厚生病院、千葉県精神科医療センター、国府台病院、都立松沢病院、北辰病院、清水駿府病院は,急性期精神疾患の集中医療と救急病棟を持ち、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。埼玉県立精神医療センター、成増厚生病院では依存症治療、埼玉県立精神医療センター、国府台病院、成増厚生病院では児童思春期精神科治療についても高い専門性を有した医療を実践している。かわさき記念病院では認知症を専門に治療を行っている。

虎の門病院、虎の門病院分院は総合病院の精神科で外来、入院、リエゾンの研修を経験できる。虎の門病院では勤労者の精神障害を扱う機会が多く、復職支援にかかわる経験を積むことができる。

市ヶ谷ひもろぎクリニックは都心の精神科クリニックであり、デイケア、リワークの研修が可能である。さらに様々な治験を実施しており、臨床試験を学ぶこともできる。

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、木村病院、 Hanazono ホスピタル、中山病院、函館渡辺病院、ウエルフェア九州病院、吉田病院、清水駿府病院、芙蓉会病院、北辰病院、朝田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東京医科大学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。東京医科大学八王子医療センターでは生体臓器移植のドナー・レシピエントの精神医学的評価に携わることができる。東京医科大学八王子医療センターは日本総合病院精神医学会認定研修施設であり、同院で研修すると日本総合病院精神医学会の専門医および指導医の申請資格が生じる。

国立精神・神経医療研究センター病院は我が国の精神科のセンターとなる病院であり、精神科医療政策、基礎・臨床研究、医療観察法入院医療などの司法精神医学臨床、依存症治療、認知行動療法、など広範囲を網羅する精神科研修が可能である。

典型的なローテーションパターンとしては、はじめの 1 年半基幹病院に在籍し、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。1 年半後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：159 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	8746	2775
F1	3246	1532
F2	32233	6715
F3	23907	3544
F4　F50	12143	1074
F4 F7 F8 F9 F50	6005	1039
F6	1145	289
その他	3411	533

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：山本　謙吾
・プログラム統括責任者氏名：井上　猛
・指導責任者氏名：桝屋　二郎
・指導医人数：（　7　）人
・精神科病床数：（　19　　）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 19 床の閉鎖病棟を持ち、約 10 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。
・科内に設置されている「こどものこころ診療部門」では小児科と連携した児童思春期精神科医

療を多く学ぶことが可能である。また、院内の高齢診療科との連携した認知症治療症例も多く学ぶことが可能である。
・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、摂食障害やパーソナリティ障害から器質性・症状性の精神障害まで、幅広い診療を行うことができる。。近年増加が指摘されている発達障害の臨床を深く学ぶことも可能となっている。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。これまでに、連携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、現在も 4 名社会人大学院生を受け入れている。
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。
週間計画、年間計画を別紙２と３に示す。

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：窪田恭彦
指導責任者氏名：春日武彦
指導医人数：（　5　）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8名の医師が在籍中に指定医を取得し、現在も1名申請中である。また、4名の医師が東京医科大学社会人大学院にて学位を取得、現在3名が在学している。

＊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：医療法人社団愛陽会三川病院

・施設形態：民間病院
・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	２２５	１３５
F1	２９	２１
F2	１２９	８１
F3	１８７	２５
F4　F50	７１	4
F4 F7 F8 F9 F50	４２	3
F6	5	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と、介護保険による有料老人ホームの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、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：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：吉濵　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 7、別紙 8 に示す。

④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 9 に示す。

⑤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：（　4　）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	27	68
F1	3	7
F2	116	151
F3	110	16
F4　F50	104	2
F4 F7 F8 F9 F50	10	4
F6	1	1
その他	1	1

・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 10、別紙 11 に示す。

⑥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　：　引場 智
・指導責任者名　：　引場 智
・指導医人数　：　（　３　）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	55	44
F1	0	1
F2	210	138
F3	284	59
F4　F50	220	5
F4 F7 F8 F9 F50	48	0
F6	2	1
その他	48	2

・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５名・非常勤８名、計１３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（小規模）、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 12、別紙 13 に示す。

⑦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：山城　尚人
・指導責任者氏名：山城　尚人
・指導医人数：（　3）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 14、別紙 15 に示す。

⑧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 16 に示す。

⑨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：（２）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 17、別紙 18 に示す。

当法人は、栃木県の南端に位置し、別紙 19 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。

⑩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：（　　4）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）

当院は 1998 年に東京都で初めてのストレスケア病棟を開設し、うつ病うつ状態治療に特化したアメニティと治療プログラムを備えている。中でも集団認知行動療法プログラム、運動療法プログラムはうつ病への治療効果の有用性が確認されてきており他院でも行われている施設は少ない。また医師のみならず、看護師、精神保健福祉士、心理士、作業療法士、薬剤師、栄養士など多職種によるチーム医療を実践している。急性期治療病棟では重篤な症例や統合失調症など精神病圏の症例を主に治療を行っている。週に１度多職種によるカンファレンスを行い、治療パスを応用しながら３ヶ月間での治療を目標に精神療法、薬物療法、作業療法、治療教育プログラムなどを行っている。一般病棟、療養病棟では、急性期治療後の治療に加え生活療法や退院に向けての環境調整を行っている。これら精神科病床（182 床）に加えさらにリエゾン病棟として 45 床の内科病棟を備えており、腎透析療法をはじめとした精神科合併症疾患へも対応している。

社会復帰に向けた自立訓練事業所である「川口ハイツ」定員 20 名を併設しており、地域の障害者を支援するために、訪問看護やデイケア活動を行っている。また患者家族会を定期的に行っている。さらに施設内には老人保健施設ウエストケアセンター（125 床）を運用している。

サテライトクリニックとしては、八王子市内にストレスケアクリニックイムス八王子およびこころのクリニックイムス八王子があり、こころのクリニックイムス八王子ではうつ病圏休職者の職場復帰をサポートする復職デイケアを行っている。

当院へは以上の精神科を中心とした入院治療、外来治療、社会復帰、地域サポート、内科的治療を軸とした精神科治療をトータルに習得することができる。また、精神科指導医 4 名体制で求められる基礎的面接、診断、治療などの技術を学ぶことができる。なお当院は IMS グループ板橋中央総合病院、横浜旭中央総合病院、春日部中央総合病院、新松戸中央総合病院、東戸塚記念病院、行徳総合病院よりの臨床研修医教育を受け入れている。

年間予定表、週間予定表をそれぞれ別紙 20、別紙 21 に示す。

⑪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：福井　次矢
指導責任者氏名：東　晋二
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。指導医は認知症の専門医であり、認知症の診断と治療を深く学ぶことができる。また非常勤の指導医として子どものこころ専門医機構専門医が東京医科大学病院から出張できて週１回診療しているため、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。週間計画、年間計画は別紙 22 に示す。

⑫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：（　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	0	39

F1	0	61
F2	0	88
F3	0	59
F4　F50	0	57
F4 F7 F8 F9 F50	0	28
F6	0	71
その他	14	27

・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おり、当院での研修ではドナー及びレシピエントの精神医学的評価についての研修を行える。
　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。当院は日本総合病院精神医学会の研修施設に指定されており、当院で研修することにより総合病院精神医学会の専門医と指導医の申請資格が生じる。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。

⑬施設名：HANAZONO ホスピタル
施設形態：私立精神科病院
院長名：山角　駿
指導責任者氏名：山角　駿
指導医人数：（　２　）人
精神科病床数：（　２３４　）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	87	42
F1	7	4
F2	273	198
F3	126	27
F4　F50	99	13
F4 F7 F8 F9 F50	5	2
F6	4	2
その他	0	0

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）
HANAZONO ホスピタルは 234 床を有する単科精神科病院であり、思春期から老年期までのすべての年代にわたる精神科臨床を対象としている。複数の付属のグループホ

ームがあり、同時に地域の社会復帰資源を利用し、社会復帰活動を活発に進めるとともに地域精神医療に積極的に取り組んでいる。また、司法精神医学分野では医療観察法の鑑定入院医療機関、指定通院医療機関であり、医療観察法の対象者への医療提供を行っている。

年間計画・週間計画を別紙 25 で示す。

⑭施設名：・施設名：医療法人学而会木村病院
・施設形態：精神科単科病院
・院長名：渡邉　博幸
・プログラム統括責任者氏名：渡邉　博幸
・指導責任者氏名：松木 悟志
・指導医人数：(　4　　) 人　令和 3 年 4 月 1 日付
・精神科病床数：(　130　) 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	520	13
F1	537	6
F2	15847	214
F3	8184	149
F4　F50	2653	4
F4 F7 F8 F9 F50	208	62
F6	243	0
その他	798	4

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）

医療法人学而会木村病院は、2018 年に創立 90 年を迎え、都市型の精神科単科病院として、地域精神科医療における新しい医療課題に対しての先駆的な取り組みを行っている。病棟は、精神科救急算定病棟 1 棟（48 床)、療養閉鎖病棟 1 棟（60 床)、ストレスケア病棟（療養開放）1 棟（35 床）の 3 病棟（143 床：改装工事のため 26 床空床）からなる。また外来は、常時 4 診、２つの専門外来（女性のこころ専門外来と遠隔診療外来）を有す。さらに年間 2,000 件を超える訪問アウトリーチを行っている。千葉県の精神科救急基幹病院として、精神病圏や気分障害圏の救急／急性期入院治療、クロザリル症例に対応している他、退院支援・地域移行にも積極的に取り組み、精神障害に対応した地域包括ケアシステム構築のモデル事業にも積極的に参画している。さらに、①New Long Stay 防止のための急性期入院治療プログラム、②周産期メンタルケア（女性のこころ専門外来と入院治療)、③ストレスケア病棟での集団心理療法・作業療法プログラム治療、④児童思春期治療と虐待防止チームの導入、⑤ハローワークや企業との三者合同による就労支援・就労移行支援プログラムの実践、⑥訪問看護や訪問診療などの精神科アウトリーチ、⑦IT デバイスを用いた精神科遠隔診療専門外来、⑧司法精神医学の研鑽などにも、多職種チームやプロジェクトを編成して取り組んでいる。研修の中でのこれらの実践を経て、アンメットメディカルニーズを理解し、多機関連携・多職種連携、ピアサポーターとの協働などを深く経験することが可能である。
年間計画・週間計画を別紙 24 で示す。

⑮　施設名：医療法人静和会中山病院

・施設形態：民間病院
・院長名：工藤　行夫
・指導責任者氏名：工藤　行夫
・指導医人数：（　2　）人
・精神科病床数：（　337　）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	412	269
F1	5	3
F2	333	160
F3	35	17
F4　F50	1	1
F4 F7 F8 F9 F50	11	7
F6	0	0
その他	352	0

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）
当院は千葉県市川市の中山法華経寺の敷地内にあり、７５３年の歴史を有する精神科病床　３３７床（精神科病棟２９床、精神療養病棟１４３床、認知症治療病棟１６５床）を有する病院である。当院は精神科医療において基本的人権を尊重し共感と尊敬の念を持ち患者さんの社会復帰のための支援に努めてまいります。地域の医療・保健・介護・福祉などの機関とも連携を取り、医療に関するプロフェッショナルがチームで連携・協力しケアすることで、多角的かつ専門的な立場からアプローチさせていただきます。病院の関連施設としては、サンシルバー市川・サンシルバー町田（介護老人保健施設）、福寿園横浜・福寿園ひばりが丘・福寿園みなみ野（特別養護老人ホーム）、さざんかクラブ（地域活動支援センター）、サルビア荘・ポプラ荘（グループホーム）を有し、患者の福祉ケアにも力を入れています。
週間スケジュール、年間スケジュールを別紙 26 に示す。

⑯・施設名：社会医療法人博栄会 函館渡辺病院
・施設形態：精神科中心の私立総合病院
・院長名：菅原　隆光
・指導責任者氏名：三國 雅彦
・指導医数：（　６　）名
・精神科病床数：（　４４３　）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）
F 0	1,094	393
F 1	183	80
F 2	1,468	431
F 3	1,682	246
F 4　F 50	931	104
F 4　F 7　F 8　F 9 F 50	45	44
F 6	19	9
その他	259	119

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）

当院は一般病床 120 床の身体科病棟と精神病床 59 床の身体合併症病棟を有し、身体科医師 17 名が常勤する精神科中心のいわゆる総合病院であり、「こころと身体のトータル医療の実践」をモットーとする道南の精神科基幹病院である。統合失調症やうつ病などの主要精神疾患の他、精神科救急、精神疾患患者の身体合併症、認知症、てんかんの診療にあたるとともに、一般身体科受診患者のうつ病、適応障害、せん妄、認知症合併症例などの多彩な疾患にリエゾン対応している。指導医や多職種チームメンバーに交じって少人数の精神科専攻医が多数の症例について診断治療に当たり、患者背景や社会復帰の阻害要因の解決法を探る経験ができる利点は大きいということができる。道南唯一のクロザピン登録医療機関として、治療抵抗性統合失調症の治療にあたっており、また、mECT 療法も実施しているので、他院からの依頼・紹介患者も多い。アルコール依存症や覚せい剤後遺症などについては依存症プログラムを実施し、多職種が関わって治療にあたっている。また、医療観察法指定通院医療機関であり、対象者ごとに多職種チームが編成されている。

したがって、経験できる症例はほぼすべての精神疾患群を網羅しており、精神科研修研究支援センターを中心にして、6 名の指導医や多くの上級医、北大からの出張医から懇切な指導を受けることができる態勢となっている。当院での勉強会のほか、北大精神科で毎週行われる勉強会が Web でライブ配信されており、インターネットで参加が可能であり、北海道大学図書館のリモートアクセスサービスで文献検索もできる態勢が整っている。 週間スケジュール、年間スケジュールを別紙 27 に示す。

⑰施設名：ウエルフェア九州病院

・施設形態：単科精神科病院

・院長名：鮫島　稔弥

・指導責任者氏名：鮫島　稔弥

・指導医人数：（　4　）人

・精神科病床数：（　175　）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	353	110
F1	20	9
F2	204	31
F3	381	41
F4 F50	221	8
F4 F7 F8 F9 F50	63	9
F6	2	0
その他	59	0

・施設としての特徴

鹿児島県枕崎市にある単科精神科病院である。精神科救急の要件を満たす社会医療法人の開設病院として、南薩精神科医療圏の精神科救急システムにおける二次拠点病院として、措置入院、応急入院、医療保護入院などの精神科救急や時間外診療に対応している。認知症治療病棟（50 床）、精神療養病棟（閉鎖 46 床）、精神療養病棟（開放 47 床）、精神科急性期治療病棟（32 床）の 4 病棟（175 床）の機能を有している。措置入院・応急入院指定病院であり、措置・緊急措置・応急入院の対応も可能である。病院関連事業として精神科デイケアを有し、認知症疾患医療センター

としては当地域の認知症治療の中核を担っている。法人関連施設として、地域活動支援センター、社会復帰アパートを有する。医師、薬剤師、看護師、臨床心理士、作業療法士、放射線技師、栄養士、精神保健福祉士などの多職種によるチーム医療を行い、関連事業・施設や地域の医療機関等と連携し、入院から退院、退院後の支援を行っている。急性期から回復期、在宅復帰支援などの治療病棟を中心とした入院精神科医療全般について学ぶことができる。青年期から老年期、身体合併症など、対象としている疾患は多岐に及んでいる。入院症例は認知症、統合失調症、気分障害、物質依存など精神科医として最低限知っておかなければならない疾患についてカバーしている。
クロザリル登録医療機関であり、治療抵抗性の統合失調症患者に対してクロザリルを使用した治療を行っている。
地域の特性として高齢者の割合が高く、また認知症疾患医療センターを設置していることもあり、認知症患者の相談件数が多く、ICD-10 全般の症例を扱っている。
常勤医のうち、6 名が精神保健指定医、内 5 名が精神科専門医、内 4 名が精神科専門医指導医であり、これまで当院在籍中に、5 名が精神保健指定医を取得しており、積極的に公的な業務や指導にあたっている。
　週間スケジュール、年間スケジュールを別紙 28 に示す。

⑱施設名：国立研究開発法人　国立精神・神経医療研究センター病院
・施設形態：国立高度専門医療研究センター（ナショナルセンター）
・院長名：阿部康二
・指導責任者氏名：鬼頭伸輔
・指導医人数：（　20　）人
・精神科病床数：（　191　）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	410	55
F1	290	61
F2	1402	285
F3	1701	225
F4　F50	1555	138
F4 F7 F8 F9 F50	700	77
F6	138	14
その他（てんかん）		18

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）
一般精神 123 床（閉鎖病棟 82 床、開放病棟 41 床）及び心神喪失者等医療観察法 68 床の計 191 床を有する。入院の多くは救急・急性期治療および検査入院の患者であり、身体合併症にも対応している。研修過程ですべての領域の精神疾患について経験することが可能であるが、特にうつ病、双極性障害、統合失調症、認知症、依存症、てんかん、睡眠障害は専門外来があり、専門医による指導を受けながら貴重な症例を経験できる。クロザピンを含む薬物療法、電気けいれん療法、個人精神療法（特に認知行動療法）、集団精神療法、精神科リハビリテーションなどの治療が柔軟に組み合わされ、多職種チーム医療に重点をおいている。院内には脳波（長時間ビデオモニタリング、睡眠ポリソムノグラフィーを含む）・CT・MRI・核医学検査（SPECT, PET）・光トポグラフィー・脳磁図など高度医療機器が整備され、これらを用いて診断を行うとともに、読影について学習する。臨床研究に関するセミナーを受講し、上級医の指導のもと研究協力者として参加することも可能である。
　年間計画・週間計画を別紙 29 で示す。

⑲施設名：市ヶ谷ひもろぎクリニック
・施設形態：無床診療所
・院長名：土井直人
・指導責任者氏名：本郷誠司
・指導医人数：（　４　）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	0
F1	8	0
F2	171	0
F3	1468	0
F4　F50	293	0
F4　F7　F8　F9　F50	122	0
F6	13	0
その他	366	0

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）
当院の法人母体は福島県白河市にあり、1966 年に単科精神科病院として開設した。2004 年に病棟を閉鎖し、精神障がい者でも住み慣れた地域で自立した生活を営むことが出来るよう、外来治療を中心としたクリニックに転換。以来、大規模な精神科デイケアや訪問診療、グループホーム、就労支援事業所などを開設し、地域の精神医療の中核を担っている。
当院は、2004 年に東京都豊島区巣鴨に開設し、2016 年 10 月に新宿区市谷に移転。
外来部門において、非常勤医師を含め精神科専門医 10 名が勤務。常時 2 診以上で診療にあたり、2018 年度の年間外来延べ患者数は 25,400 人、新患者数は年間 1,300 人を受け入れている。診療対象疾患については、うつ病や統合失調症といった主要疾患以外に、発達障害やパーソナリティ障害、器質的な精神障害まで幅広い診療が可能である。また、鑑別の難しい男性更年期障害については、常勤の泌尿器科専門医と精神科専門医が共同で治療を行う体制を組んでいる。
精神科デイケアは、復職や就職を目指すリワークデイケアと自立生活を目標とした生活支援型デイケアの二部門に分かれており、幅広い疾患や年齢に対応している。
さらに、院内 CRC が在籍しており、精神科領域における治験にも積極的に取り組んでいる。第Ⅱ層・第Ⅲ層臨床治験の実施数は 60 本以上、症例数では 300 例を超え全国的にも有数の実施医療機関である。
当院での研修は、統合失調症、うつ病、不安障害、双極性障害の薬物療法に加えて、精神科デイケアとリワークデイケアでの治療も学ぶことが出来る。さらに、当院の名誉院長である牛島定信先生から境界性人格障害の精神分析や精神療法の実践を学ぶことが出来る。
年間計画・週間計画を別紙 30 で示す。

⑳施設名：埼玉県立精神医療センター
・施設形態：公立病院
・院長名：長尾眞理子
・指導責任者氏名：長尾眞理子

・指導医人数：(10) 人
・精神科病床数：（１８３）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	１５
F1	３３４	２２０
F2	１５９	１８５
F3	６３	５７
F4　F50	１３６	４１
F4 F7 F8 F9 F50	２１９	６９
F6	５７	7
その他	２７	8

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）

埼玉県立精神医療センターは、埼玉県唯一の公的単科精神科病院として高度専門医療を提供している。

病棟は全て閉鎖であり、スーパー救急病棟（50 床）、依存症病棟（40 床）、児童思春期病棟（30 床）、精神科一般病床（30 床）、医療観察法病棟（33 床）の計 183 床で、外来は一般精神科外来から専門外来まで幅広く行っている。

疾患としては特に、精神作用物質使用による精神および行動の障害（Ｆ１）、統合失調症（Ｆ２）、心理的発達の障害（Ｆ８）、小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害（Ｆ９）が症例豊富である。急性期を中心に、児童から高齢者、措置入院から任意入院・医療観察法対象者、地域医療から高度専門医療まで、精神科医療全般について経験できる。

多職種チーム医療が基本であり、入院初期から退院後の生活を見据えた濃厚な対応を行い、早期社会復帰を目指している。また、修正型電気けいれん療法、クロザピン、結核患者収容モデル事業による結核患者の治療、訪問看護も行っている。

スーパー救急病棟は、埼玉県精神科救急情報センターと連携を取りながら夜間休日を中心に措置入院等を受け入れ、また地域の医療機関では処遇困難な患者の診療も行っている。

依存症については、アルコール依存症のみならず薬物依存症の治療を行っている、本邦でも数少ない病棟を有している。外来と連携し、治療の動機付け・集団プログラム・疾病教育等、断酒・断薬の継続のための様々なアプローチをしている。特に外来では、認知行動療法に基づいた当院独自の薬物再乱用防止プログラム「ＬＩＦＥ（ライフ）」を行っている。

児童思春期病棟は県内唯一の病棟であり、院内学級も併設している。外来も含め、教育・福祉等の関係機関と連携を取りながら、個別指導・集団療法等をチームで行っている。

教育研究面では、倫理・安全管理・感染対策等の院内研修が充実しており、医師としての基本的診察能力（コアコンピテンシー）を高めることができる。

週間スケジュール、年間スケジュールを別紙 31 に示す。

㉑施設名：医療法人社団翠会 成増厚生病院
・施設形態：民間病院
・院長名：中村 満
・指導責任者氏名：大野　浩太郎
・指導医人数： 13 人
・精神科病床数： 482 床
・疾患別外来数・入院数 年間

疾患	外来患者数（年間）	入院患者数（年間）
F0	40	36
F1	244	313
F2	282	519
F3	354	415
F4　F50	153	53
F4 F7 F8 F9 F50	6	3
F6	8	22
その他	45	48

・施設としての特徴

都市型の民間精神科病院であり、精神科スーパー救急病棟に加えてアルコール治療病棟・児童思春期病棟を有している。精神科の急性期治療を全般的に行っており、思春期から老年期まで多岐にわたる症例を数多く経験することができる。精神保健福祉士が 365 日 24 時間専従で、身体化救急から精神科救急への相談や要請に対応する「区西北部精神科情報センター」を病院内に開設しており、東京都区西北部における精神科救急の中心的役割を担っている。内科病棟も併設し内科医が常勤しているので、身体的な合併症の管理が必要な症例も内科医指導の下で多く経験することができる。また、急性期入院病棟における治療だけでなく社会復帰病棟からの地域移行支援も積極的に行い、在宅移行後も地域支援室が中心となり患者の治療やケア、生活のサポートを行っている。最近の試みとしては、早期予防の目的も兼ね、アルコール依存症患者の子供へのサポートも行っている。救急・急性期から回復期治療、さらには予防や早期介入まで幅広く精神科医療を学ぶことができる病院である。

□ 併設施設等

精神科デイケア、精神科救急情報センター、グループホーム、生活訓練施設

週間スケジュール、年間スケジュールを別紙 32 に示す。

㉒施設名：吉田病院

・施設形態：民間単科精神科病院

・院長名：吉田 建世

・指導責任者氏名： 松藤 正彦

・指導医人数：（ 4 ） 人

・精神科病床数：（ 307 ） 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	501	76
F1	70	32
F2	244	48
F3	247	30
F4　F50	360	5
F4 F7 F8 F9 F50	121	4
F6	4	1
その他	164	3

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）
当該施設は 307 床（精神科急性期治療病棟 42 床・精神科一般病棟 54 床・精神療養病棟 166 床・認知症治療病棟 45 床）の精神科病院です。外来部門として、精神科訪問看護・精神科デイ・ケア・重度認知症デイ・ケア、関連施設として、宿泊型自立訓練施設・グループホーム・延岡市地域活動支援センターを有し、急性期治療から回復期、社会復帰支援までトータルケアを提供しています。また、特に認知症治療に力を入れており、もの忘れ相談や MRI や SPECT を導入し、早期診断・早期治療を目指しております。
認知症疾患医療センターやアルコール依存症専門医療機関の指定を受けており、専門性の高い治療経験を積むことが出来ます。
週間スケジュール、年間スケジュールを別紙 33 に示す。

㉓施設名：国立研究開発法人 国立国際医療研究センター国府台病院
・施設形態：国立高度専門医療研究センター（ナショナルセンター）
・院長名：青柳信嘉
・指導責任者氏名：伊藤寿彦
・指導医人数：（ １１ ）人
・精神科病床数：（ １３５ ）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	135	33
F1	42	28
F2	271	223
F3	251	79
F4　F50	367	25
F4 F7 F8 F9 F50	637	52
F6	27	2
その他	266	20

・施設としての特徴（扱う疾患の特徴等）
国府台病院は、335 床、23 診療科の総合病院です。基幹型臨床研修病院でもあり、多くの若手医師と身体科の情熱ある指導医と協働しています。精神科の 2019 年度の ICD-10 分類症例数は上表に示しました。統合失調症圏、気分障害圏、認知症あるいは器質性精神障害、中毒性精神障害など多彩な症例の治療をチーム制で実践しています。入院形態は、措置入院 35 例、緊急措置入院 6 例、応急入院 7 例、医療保護 328 例、任意入院 108 例でした。また院内他科からコンサルテーション 139 例、リエゾン 164 例でした。24 時間精神科救急診療を行っており、時間内救急では救急車 85 例、その他 27 例。時間外救急では救急車 306 例、その他 387 例でした。また、児童精神科は独立した診療体制にありますが、入院治療では密接な連携がなされ、基本コースでも十分な児童青年期症例の研修が可能です。さらに、多職種による包括型地域生活支援プログラム（ACT）を国府台地域で実証してきた経緯もあり地域支援機関との連携も活発に実践しています。専攻医が、経験すべき症例および治療場面の全てを、網羅しています。治療抵抗性統合失調症のクロザピン治療は、100 例以上に実施してきました。統合失調症患者の家族心理教育の効果を実証し、現在は標準型家族心理教育プログラムを多職種で実践しています。患者の心理教育、グループ認知行動療法を実施しています。修正電気けいれん療法は毎週カンファレンスで適応を確認しながら年間 480 件実施しました。その他の特徴として、日本睡眠学会認定医による睡眠障害治療の指導も可能です。睡眠専門外来初診は 169 例でし

た。新規向精神薬の治験、臨床研究にも取り組んでいます。専攻医は、多忙であるが充実した研修が可能です。

・国府台病院・児童精神科の特徴
国立国際医療研究センター国府台病院は戦後まもなくから児童精神科専門病棟を運営してきた歴史があり、専門病棟を持つ唯一の国立高度医療研究センターです。その治療は同年代の仲間関係を利用しながら、子どもたちの主体性を伸ばし、一人でも多くの子どもが社会に参加していけることを目指した臨床と研究を実践しています。また、子どもに関わる様々な職種のスタッフが児童思春期精神医学の考え方や各治療技法を理解し習熟できるよう、医療、教育、福祉に関係する専門家の研修に寄与することも活動目標の一つとしています。2020 度は精神科医師と小児科医師を含めた常勤医5 名（精神科指導医3 名、小児科専門医1 名）、レジデント8 名が治療に携わっています。外来診療は、約70 名/日の外来患者の診療に当たっており、年間600 名程度の初診患者を診療しています。また、当院の特徴として精神科開放病棟である児童精神科病棟（45床）を持ちます。長期の不登校児に対して社会参加の経験を増やすために、キャンプなどの活動的集団療法があります。また、小児の摂食障害を治療できる施設は少なく、身体的危機による緊急入院に対応するために、心療内科病棟での小児の摂食障害児の治療も行っています。
　実際に行われている治療は、力動的精神療法、薬物療法、認知行動療法、集団療法、ペアレントトレーニング、集団親ガイダンスであり、各種カンファレンスでの指導や個別のスーパーバイズを受けることができます。幾つかの臨床研究も実践されております。精神科専門医取得後に児童精神科の専門的な研修をする場合には、興味のある分野での臨床研究の立案から論作成まで可能であり、児童青年精神医学会の認定医を取得に向けた症例を経験することができます。なお、当院の児童精神科での研修の場合には、専門病棟で子どものケースみを担当する特徴があり、児童精神科研修に集中できる特徴があります。豊富な症例と、経験豊かな常勤医たちの指導もあり、多くのレジデントの育成をしてきた実績もあります。そして、同世代の専攻医たちと一緒に働くことも魅力の一つです。
　週間スケジュール、年間スケジュールを別紙34に示す。

㉔・施設名： 千葉県精神科医療センター
施設形態： 公的単科精神科病院
院長名： 深見 悟郎
指導責任者 氏 名： 澁谷 孝之
指導医人数： ６ 人
精神科病床数： ５０ 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	32	4
F1	30	26
F2	1612	258
F3	586	69
F4　F50	162	2
F4 F7 F8 F9 F50	0	0
F6	11	1
その他	2	0

・
施設としての 特徴 （扱う疾患の特徴等

精神科救急に特化した単科精神科病院である。当センターは千葉県精神科救急医療システムにおける救急医療センターであり、救急情報センターの役割も担っている。すなわち、千葉県内の夜間休日の救急受診相談がすべて当センターに集められ、受診先調整の後、患者は県内の基幹病院、輪番病院、あるいは当センターを受診することになる。当センターは、医療の入り口から出口を貫く4つの基本戦略（即応医療、集中医療、継続医療、包括医療）を立て、この戦略に沿って、 24 時間の電話相談と救急外来、短期集中的な急性期治療を担うコンパクトな病棟、在宅ケアを多職種で支えるデイホスピタル、アウトリーチ活動や関連機関とのネットワーク構築などを行う、多機能集約的な医療施設となっている。

対象疾患や年齢層は多岐にわたるが、入院外来を問わず、初診例は緊急性が高い症例が多く、当センターで外来を継続フォローしているケースは難治性で再発再燃を繰り返している症例が多い。入院症例は非自発的入院がそのほとんどを占め、統合失調症圏や気分障害（とくに双極性障害）が多く、物質依存や認知症も経験可能である。一方で一般の精神科病院と比較して児童思春期の症例は少なく、摂食障害は皆無である。外来症例に関しては統合失調症、気分障害のほか、軽症うつ病や不安障害、適応障害、発達障害など幅広く経験することができる。治療面では、難治症例に対するｍＥＣＴやクロザピン治療も可能である。ここ数年は入院・外来患者および家族に対する統合失調症心理教育にも力を入れている。また在宅支援として、入院中患者の自宅外出に同行したり、外来患者の訪問診療も多職種チームにより行っている。

外部機関との連携は、近隣に所在する県救急医療センターに週１回医師が出向いてコンサルテーションに対応しているほか、医師数名がそれぞれ担当する保健所に定期的に赴き精神保健相談を行っている。

司法精神医学にも力を入れており、司法鑑定や成年後見鑑定、医療観察法における鑑定人や審判員としての関与、さらには通院指定医療機関として通院治療も行っている。前院長は現在、日本精神科救急学会理事長の職にあり、当センター内に日本精神科救急学会事務局が置かれ、積極的に学会発表を行っている。また、指導医のうち３名は当センターに在籍しながら千葉大学医学研究院に社会人入学して学位を取得している。以上のように当センターは救急病院とはいえ、精神科医療の入り口だけを担うのではなく、「重症の精神疾患でも急性期にきちんと治療すれば、短期間（3カ月以内）で家庭や社会に帰ることができる」という理念のもと、医師、看護師、精神保健福祉士、薬剤師など多職種が一丸となって、入り口から出口までの集中医療を行っている。

週間スケジュール、年間スケジュールを別紙35に示す。

㉕・施設名： 医療法人社団宗美会　清水駿府病院

施設形態： 民間病院
院長名：山崎　透
指導責任者氏名：水越　健太郎
指導医人数：3 名
精神科病床数：160 床

疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数	入院患者数
Ｆ０	227	43
Ｆ１	35	16

Ｆ２	696	170
Ｆ３	619	69
Ｆ４　Ｆ５０	313	12
Ｆ４　Ｆ７　Ｆ８　Ｆ９　Ｆ５０	31	2
Ｆ６	6	0
その他	41	3

・　施設としての特徴
昭和 29 年に開院し、平成 9 年に医療法人となった。
静岡県中部の精神科救急基幹病院を担っており、24 時間 365 日精神科の救急患者様に対応しております。平成 18 年より精神科救急入院料病棟（1）を 40 床で運用しています。
救急基幹病院なので扱う症例も多岐にわたり、当法人で多く医師が精神保健指定医を取得しています。精神科救急医療とともにリハビリテーションにも力を注ぎ、患者様の社会復帰を促しています。
デイケア・デイナトケア、地域活動支援センター、グループホームを運営し、精神科の患者様の入り口（急性期）から出口（社会復帰）までトータルにサポートしています。
・　併設施設等
障害福祉サービス事業所、指定共同生活援助事業所

週間スケジュール、年間スケジュールを別紙 36 に示す。

㉖・施設名：　国家公務員共済組合連合会 虎の門病院

施設形態：　公的総合病院
院長名：門脇　孝
指導責任者氏名：大前 晋
指導医人数：2 名

精神科病床数：10 床
疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数	入院患者数
Ｆ０	73	5
Ｆ１	14	5
Ｆ２	61	4
Ｆ３	307	18
Ｆ４　Ｆ５０	702	33
Ｆ４　Ｆ７　Ｆ８　Ｆ９　Ｆ５０	14	8
Ｆ６	37	2
その他	0	0

・　施設としての特徴
当科は都心に位置する総合病院の精神科である。そのため勤労者

の精神障害を
扱う機会が多く、復職支援にかかわる経験を積むことができる。また内科・外科などからの診察依頼が入院だけで年 800 件程度あり、リエゾン・ コンサルテーション精神医学の経験を積むことができる。がん診療連携拠点病院であるため、がん患者の心理的問題を扱うことも多い。
多数の臨床心理士が在籍しており、連携して診療にあたる機会が豊富である。月 に 1 回、心理部と合同の症例検討会を開催し、精神療法的アプローチや心理検査の 評価法なども学ぶことができる。
病棟では、週 2 回、心理士・看護師・薬剤師を交えた多職種カンファレンスをお こない、患者診療の方針決定、情報共有をおこなっている。ソーシャルワーカーと 連携して福祉資源を導入することも多い。
当科には精神病理学研究の伝統があり、月に 2 回、研究会・文献精読会を開催している。

週間スケジュール、年間スケジュールを別紙 37 に示す。

㉗・施設名： 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院分院

施設形態： 公的総合病院
院長名：宇田川晴司
指導責任者氏名：佐々木雅明
指導医人数：1 名
精神科病床数：20 床
疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数	入院患者数
Ｆ０	20	4
Ｆ１	5	1
Ｆ２	30	6
Ｆ３	160	32
Ｆ４ Ｆ５０	100	20
Ｆ４ Ｆ７ Ｆ８ Ｆ９ Ｆ５０	35	7
Ｆ６	35	7
その他	0	0

・施設としての特徴(扱う疾患の特徴等) 住宅地の総合病院であり、様々な年齢層の精神障害に対応している。とくに気分障害の診療に力を入れており、電気けいれん療法も実施している。 内科・外科などからの診察依頼が多く、リエゾン・コンサルテーション精神医学の経験を積むことができる。
多数の臨床心理士が在籍しており、連携して診療にあたる機会が豊富である。
病棟では、週 2 回、心理士・看護師・薬剤師を交えた多職種カンファレンスをおこない、患者診療の方針決定、情報共有をおこなっている。ソーシャルワーカーと連携して福祉資源を導入することも多い。
当科には精神病理学研究の伝統があり、月に 2 回、研究会・文献精読会を開催している。

週間スケジュール、年間スケジュールを別紙 38 に示す。

㉘・施設名： 都立松沢病院

施設形態： 公的病院
院長名：水野雅文
指導責任者氏名：正木秀和
指導医人数：21 名
精神科病床数：800 床
疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数	入院患者数
Ｆ０	852	509
Ｆ１	949	424
Ｆ２	3387	1503
Ｆ３	1376	444
Ｆ４ Ｆ５０	1030	196
Ｆ４ Ｆ７ Ｆ８ Ｆ９ Ｆ５０	1696	457
Ｆ６	248	81
その他	599	257

・施設としての特徴(扱う疾患の特徴等) 当院は東京都世田谷区に位置し、東京都の行政精神科医療等で中核的な役割を担っている精神科病院である。800 床の精神科病床を有し、精神科医が約 40 名在籍している。内科、 神経内科、外科、整形外科、脳神経外科の身体合併症入院病床も有し、身体科の医師は約 25 名在籍する。精神科救急医療、急性期医療、身体合併症医療、社会復帰・リハビリテーショ ン医療、青年期医療、認知症医療、アルコール・薬物医療、医療観察法病棟の他、デイケア、 精神科作業療法等を行っている。精神科領域のほとんどの疾患を経験することができ、措置 入院や医療観察法入院を含め、すべての入院形態の症例を扱っている。
週間スケジュール、年間スケジュールを別紙 39 に示す。

㉙・施設名： 医療法人芙蓉会　芙蓉会病院

施設形態： 私的単科精神科病院
院長名：村上拓也
指導責任者氏名：村上拓也
指導医人数：1 名
精神科病床数：354 床
疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数	入院患者数
Ｆ０	235	145
Ｆ１	127	61
Ｆ２	586	143

Ｆ３	380	61
Ｆ４　Ｆ５０	150	20
Ｆ４　Ｆ７　Ｆ８　Ｆ９　Ｆ５０	878	50
Ｆ６	42	6
その他	21	3

・施設としての特徴(扱う疾患の特徴等)
当院は、精神科急性期治療病棟を含む 354 床の単科精神科病院である。主に内因性精神病を主とした各種精神疾患の急性期対応を中心に、身体疾患を合併している精神疾患患者の治療やリエゾン症例、認知症周辺症状を始めとした老年 期の精神疾患など、幅広い臨床研修を履修することができる。特に児童思春期症 例が豊富、デイケアが豊富(大規模、児童思春期、シルバーの 3 つある)、長期 入院者の退院促進を積極的に行っている、地域に根差した医療の展開、措置入院 症例も豊富という特徴をもつ。
週間スケジュール、年間スケジュールを別紙 40 に示す。

㉚・施設名： 医療法人秀峰会 北辰病院
施設形態： 私的精神科病院
院長名：小西俊一郎
指導責任者氏名：仲條龍太郎
指導医人数：4 名
精神科病床数：238 床
疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数	入院患者数
Ｆ０	216	29
Ｆ１	27	21
Ｆ２	1697	465
Ｆ３	1273	560
Ｆ４　Ｆ５０	497	135
Ｆ４　Ｆ７　Ｆ８　Ｆ９　Ｆ５０	16	11
Ｆ６	24	13
その他	21	3

・施設としての特徴(扱う疾患の特徴等)
当院は埼玉県にある 238 床の精神科病院で、精神科救急治療病棟を持ち、精神科 救急医療の一端を担っている。難治統合失調症に対するクロザピンの登録医療機関 であり、修正型電撃けいれん療法の実施も可能である。
週間スケジュール、年間スケジュールを別紙 41 に示す。

㉛・施設名： 医療法人三星会　かわさき記念病院
施設形態： 民間病院
院長名：福井　俊哉
指導責任者氏名：大瀧　宏子

指導医人数：2 名
精神科病床数：300 床
疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数	入院患者数
Ｆ０	1850	274
Ｆ１	3	2
Ｆ２	12	0
Ｆ３	19	1
Ｆ４ Ｆ５０	7	0
Ｆ４ Ｆ７ Ｆ８ Ｆ９ Ｆ５０	5	0
Ｆ６	1	0
その他	134	0

・施設としての特徴(扱う疾患の特徴等)
高齢化社会を背景に急激に増加している認知症疾患に対して、短期集中的な治療とケアに特化した川崎市初の認知症専門病院であり、比較的新しく平成 26 年 5 月 1 日に開院した。民間精神科病院であり、300 床（6 病棟）のすべてが認知症治療病棟になっており、川崎市のみならず、横浜市・東京都より多くの患者が外来通院・入院加療を受けている。当院は、各病棟を少数病床のユニット形式に分け小規模ケアを行い、患者自身の生活圏を把握することが可能となり、また介入スタッフをなるべく固定化することで、短期間で認知症の周辺症状の改善、中核症状の進行予防を期待して病棟が構成されている。このケアは福祉先進国ではすでに取り組まれており、日本でもすでにクループホームなどの施設で取り入れられているが、医療機関ではほとんど取り組まれていないのが現状である。さらに理学療法士・作業療法士が 365 日入院患者に対してリハビリテーションを実施し、身体機能の回復ばかりでなく、精神症状の改善を図っている。また、重度認知症デイケアを有していることから、地域移行支援も積極的に行い、在宅移行後も継続した患者の治療やケア、生活のサポートを行っている。これらの取り組みが評価され、2021 年 8 月に川崎市より認知症疾患医療センターの認可を受け、地域に根差した認知症診療を実践している。このように、幅広く認知症医療について学ぶことが出来る病院である。
・　併設施設等：重度認知症デイケア、認知症疾患医療センター

週間スケジュール、年間スケジュールを別紙 42 に示す。

㉜・施設名：　医療法人社団恵和会　朝田病院
施設形態：　民間病院
院長名：朝田　武
指導責任者氏名：朝田　武
指導医人数：1 名
精神科病床数：121 床
疾患別入院数・外来数（年間）

疾患	外来患者数	入院患者数
Ｆ０	36	18
Ｆ１	8	1

Ｆ２	362	109
Ｆ３	379	65
Ｆ４ Ｆ５０	102	10
Ｆ４ Ｆ７ Ｆ８ Ｆ９ Ｆ５０	73	7
Ｆ６	1	0
その他	40	2

・徴　施設としての特徴（扱う疾患の特等）

単科の民間精神科病院であり、急性期に対応する病棟と社会復帰を目指す病棟に加えてストレスケア病棟８床を有している。近隣の大学病院やクリニックと密に連携し、思春期から老年期まで多岐にわたる症例を経験することができる。また、内観療法や森田療法、認知行動療法等を公認心理士とともに積極的に施行し、きめ細やかな診療を行っている。
○関連施設:恵和社会復帰センター
週間スケジュール、年間スケジュールを別紙 43 に示す。

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３年間の前半（１年半）は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年間の後半（１年半）には連携施設で研修する。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と各病院での研修期間については、本人の希望に応じて柔軟な対応が可能である。

なお、１３名の定員のうち、8 名はシーリング対象外の都道府県の施設で１年半以上研修する「連携（地域研修）プログラム」の採用であり、最初の１年半基幹病院で研修し、次の 1 年半あるいはそれ以上の期間下記の連携病院で常勤医として研修する。該当する県は、北海道、青森、新潟、栃木、茨城、埼玉、神奈川、千葉、静岡、山梨、山形、宮崎、鹿児島の１２道県であり、２２施設である。

〈北海道〉
社会医療法人博栄会 函館渡辺病院
〈青森県〉
医療法人芙蓉会　芙蓉会病院
〈新潟県〉
医療法人立川メディカルセンター　柏崎厚生病院
〈栃木県〉
医療法人孝栄会　前沢病院
〈茨城県〉
医療法人滝田会　丸山荘病院
東京医科大学茨城医療センター
医療法人社団恵和会　朝田病院
〈埼玉県〉
埼玉県立精神医療センター
医療法人秀峰会 北辰病院
〈千葉県〉
医療法人学而会　木村病院
医療法人静和会中山病院
国立国際医療研究センター国府台病院
千葉県精神科医療センター
〈神奈川県〉
国家公務員共済組合連合会 虎の門病院分院
医療法人三星会　かわさき記念病院
〈静岡県〉
医療法人清仁会　日本平病院
一般財団法人富士心身リハビリテーション研究所附属病院
医療法人社団宗美会　清水駿府病院
〈山梨県〉
公益財団法人リヴィーズ　ＨＡＮＡＺＯＮＯホスピタル
〈山形県〉
医療法人社団愛陽会　三川病院
〈宮崎県〉
吉田病院
〈鹿児島県〉
ウエルフェア九州病院

８名のうち７名は「２０１６年度足下充足率が 0.8 以下の都道府県」との「連携（地域研修）プログラム」の採用であり、最初の１年半基幹病院で研修し、次の１年半あるいはそれ以上の期間下記の県の連携病院で常勤医として研修する。該当する県は、新潟、栃木、茨城、埼玉、千葉、静岡の６県であり、１４施設である。

〈新潟県〉
医療法人立川メディカルセンター　柏崎厚生病院
〈栃木県〉
医療法人孝栄会　前沢病院
〈茨城県〉
医療法人滝田会　丸山荘病院
東京医科大学茨城医療センター
医療法人社団恵和会　朝田病院

〈埼玉県〉
埼玉県立精神医療センター
医療法人秀峰会 北辰病院
〈千葉県〉
医療法人学而会　木村病院
医療法人静和会中山病院
国立国際医療研究センター国府台病院
千葉県精神科医療センター
〈静岡県〉
医療法人清仁会　日本平病院
一般財団法人富士心身リハビリテーション研究所附属病院
医療法人社団宗美会　清水駿府病院

５）　研修の週間・年間計画
別紙 2～43 を参照。

・　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　桝屋二郎
東京医科大学病院　松本恭典
坂井 俊之（臨床心理士)、田上　裕美（看護師）
日本平病院　加藤 亮太
医療法人社団　成仁病院　窪田恭彦
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　山城　尚人
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
東京医科大学茨城医療センター　東　晋二
東京医科大学八王子医療センター　藤村洋太
HANAZONO ホスピタル　山角　駿
木村病院　渡邉　博幸
医療法人静和会中山病院　工藤　行夫
社会医療法人博栄会 函館渡辺病院　三國 雅彦
ウエルフェア九州病院　鮫島　稔弥
国立研究開発法人　国立精神・神経医療研究センター病院　鬼頭伸輔
市ヶ谷ひもろぎクリニック　本郷誠司
埼玉県立精神医療センター 長尾眞理子
医療法人社団翠会 成増厚生病院 中村 満
吉田病院 松藤 正彦
国立国際医療研究センター国府台病院 伊藤寿彦

千葉県精神科医療センター 澁谷孝之
清水駿府病院 山崎　透
虎の門病院 大前 晋
虎の門病院分院 佐々木雅明
都立松沢病院 正木秀和
芙蓉会病院 村上拓也
北辰病院 仲條龍太郎
かわさき記念病院 大瀧　宏子
朝田病院 朝田　武

・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　桝屋二郎
東京医科大学病院　松本恭典
成仁病院　　窪田恭彦
三川病院　　錦織　靖
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　山城　尚人
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
東京医科大学茨城医療センター　東　晋二
東京医科大学八王子医療センター　藤村洋太
HANAZONO ホスピタル　山角　駿
木村病院　渡邉　博幸
医療法人静和会中山病院　工藤　行夫
社会医療法人博栄会 函館渡辺病院　三國 雅彦
ウエルフェア九州病院　鮫島　稔弥
国立研究開発法人　国立精神・神経医療研究センター病院　鬼頭伸輔
市ヶ谷ひもろぎクリニック　本郷誠司
埼玉県立精神医療センター 長尾眞理子
医療法人社団翠会 成増厚生病院 中村 満
吉田病院 松藤 正彦
国立国際医療研究センター国府台病院 伊藤寿彦
千葉県精神科医療センター 澁谷孝之
清水駿府病院 山崎　透
虎の門病院 大前 晋
虎の門病院分院 佐々木雅明
都立松沢病院 正木秀和

芙蓉会病院 村上拓也
北辰病院 仲條龍太郎
かわさき記念病院 大瀧　宏子
朝田病院 朝田　武

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。

学内に設置された「学生・職員健康サポートセンター」において公認心理師や産業医による心身の健康管理や健康相談を実施し、異常の早期発見や早期対応に努めている。

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年目	２年目	３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）	連携病院で研修 （勤務体系は連携病院との契約による）	

連携病院で研修 （勤務体系は連携病院との契約による）	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）	

東京医科大学病院研修	連携病院で研修	他の連携病院で研修

東京医科大学病院研修	連携病院で研修	東京医科大学病院研修

東京医科大学病院研修	東京医科大学病院研修	連携病院で研修

週間予定・年間予定

いずれの施設においても、就業時間が週40時間を超える場合は、専攻医との合意の上で実施される。

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					
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	関連病院いて勤務	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	リエゾン 病棟			リエゾン 病棟	
夜			関連病院にて当直		救急診療 夜間病棟	

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	
8 月	適正就学支援に関する要点研修
9 月	院内研究会参加
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	
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６三川病院週間計画

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	病棟診察(リエゾン)	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	入退院報告ミーティング、病棟診察、医局会	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(往診)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回程度)	

別紙 7
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８
立川メディカルセンター柏崎厚生病院
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 9

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１０

＜日本平病院＞

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 11：
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 12：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 13＜ **富士心身リハビリテーション研究所附属病院** ＞

・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 14　丸山荘病院

週間計画

	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 15　丸山荘病院

年間計画

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 16＜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 17　前沢病院

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 18 前沢病院

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 19　　医療法人　孝栄会　運営業務 2022.3

[前沢病院]

☆ 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（6 対 1）算定
☆ ②　外来業務（1 日平均 68 名前後）
☆ ③　在宅患者訪問診療（月利用者 9 名）
　 ④　精神科訪問看護・指導（月平均 64 名）
☆ ⑤　精神科デイケア（大規模・定員 50 名）（1 日平均 13 名前後）
☆ ⑥　精神科デイ・ナイトケア（定員 50 名）（1 日平均 20 名前後）
☆ ⑦　精神科ナイトケア（定員 20 名）（1 日平均 5 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（月平均 83 名前後）
☆ ⑩　心身喪失者等医療観察法：指定通院医療機関

[精神障害者社会復帰施設関連]

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）
　　（月利用者 14 名）（1 日平均 2.4 名）
　(2) 移動支援事業（月利用者 1 名）
　(3) 相談支援事業（月利用者 27 名）
　(4) 地域活動支援センター事業（月利用者 40 名）
　(5) 自立生活援助事業（月利用者 1 名）
☆ ②　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）（月利用者 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）（月利用者 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）（月利用者 6 名）
☆ ⑤　共同住居（精神障害者準グループホーム：定員 11 名）（月利用者 11 名）
☆ ⑥　就労継続支援Ｂ型　　（定員 20 名）（月利用者 12 名）（1 日平均 4.1 名）

[介護老人保健施設 グリーンホーム]

☆ ①　施設入所（定員 38 名）（平均要介護度 3.3）（1 日平均 33 名）
☆ 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 2.3）（1 日平均 1 名）
☆ 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 2.0）（１日平均 4.2 名）
　 ④　訪問看護（現在利用なし）
　 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 2.0）（1 日平均 4.5 名）

[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）（月作成数 36 件）

[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 2.1
☆ ②　認知症対応型通所介護（定員 3 名）（1 日平均 1.3 名）

☆…Dr の関わりが深い業務

別紙 20 西八王子病院年間計画表

時期	内容	備考
４月	オリエンテーション	
５月		
６月	精神神経学会学術総会	
７月	日本うつ病学会　日本産業精神保健学会	
８月		
９月	ＣＭＳ学会	
１０月	ストレスケア病棟研究会	
１１月		
１２月		
１月		
２月	ＩＭＳ学会	
３月		

別紙 21 西八王子病院週間予定表

	月	火	水	木	金	土
8:50	ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング	ミーティング
9:00	デイケア	訪問看護	こころのクリニックイムス八王子	外来	心理診断	
12:00						
	昼休み	昼休み	昼休み	昼休み	昼休み	
13:00	病棟回診	病棟回診	こころのクリニックイムス八王子	病棟回診	病棟回診	
	急性期カンファレンス				ストレスケア カンファレンス	
17:15						

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）
５月	日本老年精神医学会（任意）
６月	日本精神神経学会学術総会参加（発表） 院内安全研修参加
７月	
８月	
９月	
１０月	
１１月	東京精神医学会学術集会参加（発表） 日本認知症学会（任意） 院内安全研修参加
１２月	
１月	
２月	
３月	東京精神医学会学術集会参加（発表） 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 個別症例指導	外来業務 個別症例指導	外来業務 個別症例指導	関連病院にて勤務	外来業務 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-	緩和ケアチーム回診	リエゾン業務 個別症例指導	リエゾンのチーム回診	関連病院にて勤務	リエゾンのチーム回診	
15:00-	リエゾン業務 個別症例指導	個別症例指導	専門外来の陪席	関連病院にて勤務	個別症例指導	
16:00-	症例検討会 抄読会					
夜間			関連病院にて勤務			

土曜日：第 1、3、5 土曜日の午前業務

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

別紙 24 HANAZONO ホスピタル　週間および年間計画

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:30-9:00	連絡会 （申し送り）	病棟カンファ	病棟カンファ	病棟カンファ	病棟カンファ
9:00-12:00	病棟業務	外来予診	病棟業務	外来予診	病棟業務
12:00-13:00	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩
13:00-16:00	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務
16:00-17:30	チームカンファ	抄読会	症例検討会	医局会	病棟業務

４月	オリエンテーション　1年目専攻医研修開始 2・3年目専攻医前年研修報告書提出　指導医の指導実績報告提出
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	東京精神医学会参加・演題発表 同門会講演会参加
８月	日本うつ病学会参加(任意)
９月	日本生物学的精神医学会参加(任意)
１０月	1・2・3年目専攻医研修中間報告書提出
１１月	東京精神医学会参加・演題発表
１２月	日本総合病院精神医学会学術総会参加（任意） 同門会講演会参加
１月	
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　日本社会精神医学会参加（任意） 1・2・3年目専攻医研修報告書作成 _

別紙 25 木村病院　週間予定・年間計画

（週間予定）

	月	火	水	木	金	土
9:00～ 9：15	モーニングカンファレンス					
9：15～ 12：00	病棟回診	外来業務	病棟業務	病棟業務	外来業務	
12：00～ 13：00	昼食他					
13：00～ 15：00	病棟業務	院内会議	病棟業務	病棟業務	病棟業務	
15：00～ 16：00	個別ケア 会議	新入院 カンファ	往診	病棟業務	病棟業務	
16：00～	院内会議	当直	入院症例 検討会	院内 クルズス	外来症例 検討会	

（年間計画）

4 月	オリエンテーション、院内クルズス（5 月以降も月 1 回実施：計 12 時間）
5 月	院内安全研修・医療倫理研修・情報保護セキュリティ研修
6 月	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	DPAT 合同研修（任意）
9 月	
10 月	周産期メンタルヘルス学会参加（発表）：任意
11 月	
12 月	院内感染対策研修
1 月	精神神経学会地方会参加（症例報告・発表）
2 月	精神障害にも対応した地域包括ケアシステム取りまとめ会（参加）
3 月	研修修了式（院内発表会）

別紙 26 中山病院　週間および年間計画

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
8:30-9:00	連絡会 （申し送り）	病棟カンファ	病棟カンファ	病棟カンファ	病棟カンファ
9:00-12:00	病棟業務	外来予診	病棟業務	外来予診	病棟業務
12:00-13:00	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩
13:00-16:00	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務
16:00-17:30	チームカンファ	抄読会	症例検討会	医局会	病棟業務

４月	オリエンテーション　1年目専攻医研修開始 2・3年目専攻医前年研修報告書提出　指導医の指導実績報告提出
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	東京精神医学会参加・演題発表 同門会講演会参加 日本うつ病学会参加(任意)
８月	
９月	日本生物学的精神医学会参加(任意)
１０月	1・2・3年目専攻医研修中間報告書提出
１１月	東京精神医学会参加・演題発表
１２月	日本総合病院精神医学会学術総会参加（任意） 同門会講演会参加
１月	
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　日本社会精神医学会参加（任意） 1・2・3年目専攻医研修報告書作成 _

別紙 27　渡辺病院の週間スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	病棟業務	病棟業務	入退院検討会	病棟業務	病棟業務
	外来予診	外来予診	外来予診	外来予診	外来予診
	外来陪診	外来陪診	外来陪診	外来陪診	外来陪診
午後	病棟業務	リエゾン診療	病棟業務	リエゾン診療	病棟業務
	チームカンファレンス・回診				チームカンファレンス・回診
	系統講義	訪問診療	系統講義	作業療法	系統講義
	論文抄読				

渡辺病院の年間スケジュール

月	内　　容
4 月	オリエンテーション 1 年次専攻医研修開始 2 年次、3 年次専攻医研修報告書提出 指導医研修実績報告書提出
5 月	
6 月	日本精神神経学会　参加 南北海道精神科医会講演会　参加
7 月	北海道精神神経学会　参加
8 月	
9 月	南北海道精神科医会講演会　参加
10 月	
11 月	南北海道精神科医会講演会　参加
12 月	北海道精神神経学会　参加
1 月	
2 月	南北海道精神科医会講演会
3 月	研修プログラム評価報告書の作成 1 年次、2 年次、3 年次専攻医研修報告書作成

別紙 28　ウエルフェア九州病院

週間計画

	月	火	水	木	金	土
午前	外来陪席	認知症疾患医療センター業務	外来業務	外来陪席	外　来業務	
午後	病棟業務	自己学習	病棟業務	多職種による病棟カンファレンス毎週） 診療部会（月 2 回）	病　棟業務	
夜間	当直（月 2 回程度）					

・診療部会で入退院カンファレンス実施。認知症疾患医療センターを受診した症例検討を実施。
・薬剤勉強会を 1～2 ヶ月に 1 回程度開催。
・院内研修を毎月 2 回開催。
・医療保護入院者退院支援委員会を随時開催。
・病棟症例検討会（ケースカンファレンス）を週 1 回開催。
・退院支援ミーティングを月 1 回開催。

ウエルフェア九州病院　年間予定

4 月	オリエンテーション
5 月	認知症シンポジウム
6 月	日本精神神経学会学術総会 院内学会
7 月	鹿児島精神神経学会 認知症疾患医療連携協議会
8 月	かかりつけ医認知症対応力向上研修
9 月	日本精神科医学会学術大会
10 月	
11 月	
12 月	鹿児島精神神経学会
1 月	九州精神神経学会
2 月	かかりつけ医フォローアップ研修
3 月	経営方針発表会・定期講演会

その他、院内研修を毎月 2 回開催しており、行動制限、感染対策、医療安全は参加必須。医師会が開催する「医業倫理」「感染対策」「医療安全」「認知症サポート医研修」「自立支援法医師意見書研修会」「介護保険医師意見書研修会」などの各研修会に参加する。
上記学会へは指導医と相談の上、業務に支障のない範囲で参加。学会・研修等は上記の他、必要と認めた研修に参加可能。

別紙 29　　国立精神・神経医療研究センター病院

週間スケジュール（一般精神科）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	多職種による病棟カンファレンス 病棟・外来診察	多職種による病棟カンファレンス 病棟・外来診察 部長回診（隔週）	多職種による病棟カンファレンス 病棟・外来診察 外来予診・部長診陪席 部長回診（隔週）	自己学習 または 保健所等訪問診療 または 病棟・外来診察	多職種による病棟カンファレンス 病棟・外来診察
午後	病棟・外来診察 気分障害、不安障害勉強会	抄読会(12:00～13:00) 病棟・外来診察 病棟ケースカンファレンス 精神科医局症例検討会（月 1 回）	病棟・外来診察(病棟集団 CBT) 統合失調症研究会（月 1 回）	自己学習 または 保健所等訪問診療 または 病棟・外来診察	病棟・外来診察 光トポ判読会 統計セミナー（月 1 回）
17 時以降	てんかんカンファランス (精神・小児神経・脳外科合同)	総合医局症例検討会（2 カ月に 1 回） 精神医学セミナー（月 1 回） 臨床病理検討会（月 1 回） ブレインカッティング（月 1 回）		てんかんカンファランス (精神・小児神経・脳外科合同)	

週間スケジュール（医療観察法）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	病棟回診 病棟業務（*1）	病棟回診 病棟業務（*1）	病棟回診 病棟業務（*1）	自己学習 または 保健所等訪問診療 または 病棟･外来診察	病棟回診 患者ミーティング
午後	医療観察法病棟担当医師会議 治療評価会議(*2)	病棟業務（*1） 倫理会議(月 2 回）(*3)	病棟業務（*1） 運営会議(月 1 回）（*4）	自己学習 または 保健所等訪問診療 または 病棟･外来診察	病棟業務（*1）
17 時以降		医局事例検討会(月 1 回)	精神鑑定事例研究会(月 1 回)		

＊1　病棟業務の内容
・多職種チーム会議・面接の実施　（医師・看護師・作業療法士･心理士・精神保健福祉士の 5 職種による各患者の担当チームの会議･チームと患者を交えた面接）
・CPA 会議への参加　（患者及び家族・患者の担当多職種チーム・患者の帰住先地域の支援関係者による会議）
・医療観察法病棟内で実施している治療プログラムへの参加　（疾病教育、物質乱用防止教育、内省プログラム、SST、NEAR など）

＊2　全入院患者について前週の治療経過・社会復帰調整状況・外出泊の可否などを病棟関係者全体で評価、検討する。

＊3　非同意治療、身体拘束、m-ECT・クロザピン導入などの可否について、2 名の外部委員とともに評価、検討する。

＊4　病院幹部に対し前月の治療評価会議・入退院状況を報告し、入院継続・退院許可など裁判所への提出書類への承認を得たり、治療ステージ変更・外出泊などの可否について検討したりする。

年間スケジュール

4 月	オリエンテーション 1 年目専攻医研修開始 2･3 年目専攻医前年研修報告書提出 指導医の指導実績報告書提出
5 月	
6 月	日本精神神経学会学術総会参加 医療観察法関連職種研修参加 司法精神医学会参加 （任意）
7 月	東京精神医学会学術集会参加（任意）
8 月	精神医学サマーセミナー 日本うつ病学会学術集会参加（任意）
9 月	1･2･3 年目専攻医研修中間報告書提出 医療観察法指定入院医療機関　机上研修 日本生物学的精神医学会年会（任意） 東京精神医学会学術集会参加（任意）
10 月	日本てんかん学会学術総会参加（任意） 日本臨床精神神経薬理学会（任意）
11 月	日本総合病院精神医学会総会参加（任意） 日本臨床神経学会学術総会参加(任意)
12 月	医療観察法上級研修会参加
1 月	
2 月	
3 月	1･2･3 年目専攻医研修報告書作成 専攻医まとめの会 院内研究発表会 東京精神医学会学術集会参加（任意） 日本臨床精神神経薬理学会（任意）

別紙 30　　市ヶ谷ひもろぎクリニック

週間計画

	月	火	水	木	金	土
午前	デイケア療法			リワークデイケア療法	指導医外来	デイケア療法
午後	デイケア療法	リワークデイケア療法		リワークデイケア療法		
診療時間以外			薬物療法勉強会		症例検討会	

年間計画

4 月	勉強会（上島塾）
5 月	勉強会（上島塾）
6 月	勉強会（上島塾）　　日本精神神経学会学術総会参加
7 月	勉強会（上島塾）　　日本うつ病学会総会参加
8 月	勉強会（上島塾）
9 月	勉強会（上島塾）　　日本精神科医学会学術総会参加
10 月	勉強会（上島塾）　　日本デイケア学会年次大会参加
11 月	勉強会（上島塾）
12 月	勉強会（上島塾）
1 月	勉強会（上島塾）
2 月	勉強会（上島塾）
3 月	勉強会（上島塾）

別紙 31 施設名：埼玉県立精神医療センター

就業時間が週 40 時間を超える場合は、専攻医との合意の上で実施する。

★ 週間スケジュール

1．スーパー救急病棟を中心とした基本的研修

	月	火	水	木	金	土日
午前	8:30～9:00 病棟申し送り 9:00～10:00 病棟科長・医長による保護室回診	8:30～9:00 病棟申し送り 9:00～10:00 病棟科長・医長による保護室回診	8:30～9:00 病棟申し送り 9:00～10:00 病棟科長・医長による保護室回診 9:30～11:30 電気けいれん療法	8:30～9:00 病棟申し送り 9:00～10:00 病棟科長・医長による保護室回診 10:00～ 薬物療法ＣＣ※1	8:30～9:00 病棟申し送り 9:00～10:00 病棟科長・医長による保護室回診 9:30～11:30 電気けいれん療法	
午後	13:30～14:00 病棟カンファレンス 14:00～16:00 電気けいれん療法	12:30～13:00 病棟運営会議 13:30～14:00 病棟カンファレンス	13:30～14:00 病棟カンファレンス 16:00～ 副病院長による新患 カンファレンス	13:30～14:00 病棟カンファレンス	13:30～14:00 病棟カンファレンス	
5 時以降	17:00～　医局会		17:30～ 埼玉医大 松尾教授による症例検討会 (月一回)			

・週間計画に記載されていない時間は、病棟・外来業務を行う。

・医局勉強会：隔週金曜日１２：３０～１３：００（症例検討、論文レビュー等）

※1… スーパー救急病棟入院患者の薬物療法の評価

※2… 主にスーパー救急病棟に新規入院した患者のＣＣ

２．依存症病棟を中心とした研修

		月	火	水	木	金	土日
第１週	午前	酒歴・薬歴発表 または	病棟ＬＩＦＥ※1 外来アルコールミーティング 13:30～14:00 病棟カンファレンス	入院患者のための勉強会	作業療法 外来アルコールミーティング	再飲酒・ 再使用予防トレーニング （ＣＳＴ）	
	午後	12:30～　病棟運営会議 17:00～　医局会	断酒会参加 アルコール家族教室	薬物家族教室 外来ＬＩＦＥ 16：00～ 動機付け面接練習会	レクリエーション 16:00～　依存症ＣＣ※2		
第２週	午前	酒歴・薬歴発表 または スモールグループミーティング	外来ミーティング	入院患者のための勉強会 16：00～ 動機付け面接練習会	ウォーキング 外来アルコールミーティング	ＣＳＴ	
	午後	12:30～　病棟運営会議 14:00～15:00 断酒会紹介 17:00～　医局会	レクリエーション 外来アルコールミーティング	ダルクメッセージ 薬物家族教室 外来ＬＩＦＥ 16：00～ 動機付け面接練習会	ウォーキング反省会 16:00～　依存症ＣＣ		
第３週	午前	酒歴・薬歴発表 または スモールグループミーティング	病棟ＬＩＦＥ 外来ミーティング	入院患者のための勉強会	作業療法 外来アルコールミーティング	ＣＳＴ	
	午後	12:30～　病棟運営会議 17:00～　医局会	断酒会参加 アルコール家族教室 19:00～20:00 ＮＡメッセージ	栄養指導 マックメッセージ 薬物家族教室 外来ＬＩＦＥ 16：00～ 動機付け面接練習会	スマイルイベント または レクリエーション 16:00～　依存症ＣＣ		
第４週	午前	酒歴・薬歴発表 または スモールグループミーティング	外来アルコールミーティング	入院患者のための勉強会 16：00～ 動機付け面接練習会	作業療法 外来アルコールミーティング	ＣＳＴ	
	午後	12:30～　病棟運営会議 14:00～15:00 ＡＡ紹介 17:00～　医局会	レクリエーション アルコール家族教室	マックメッセージ 薬物家族教室 外来ＬＩＦＥ	レクリエーション 16:00～　依存症ＣＣ		
第５週	午前	酒歴・薬歴発表 または スモールグループミーティング	病棟ＬＩＦＥ 外来アルコールミーティング	入院患者のための勉強会	作業療法 外来アルコールミーティング	ＣＳＴ	
	午後	12:30～　病棟運営会議 17:00～　医局会		外来ＬＩＦＥ 16：00～ 動機付け面接練習会	レクリエーション 16:00～　依存症ＣＣ		

・毎日 8:30～9:00　病棟申し送り　9:00～9:15　朝の病棟患者ミーティング　13:30～14:00 病棟カンファレンス
・週間計画に記載されていない時間は、病棟・外来業務を行う。
・医局勉強会：隔週金曜日１２：３０～１３：００（症例検討、論文レビュー等）
・依存症病棟ウォーキングプログラム　月１回

※1… 薬物依存症再発防止プログラム
※2… 主に依存症病棟に入院した患者のＣＣ、動機付け面接ロールプレイ

３．児童・思春期病棟を中心とした研修

	月	火	水	木	金	土日
午前	8:30～9:00 病棟申し送り	8:30～9:00 病棟申し送り	8:30～9:00 病棟申し送り	8:30～9:00 病棟申し送り	8:30～9:00 病棟申し送り 10:00～11:30 家族教室	
午後	13:00～13:30 病棟運営会議 13:30～14:00 病棟カンファレンス 14:45～15:45 男女別グループ活動 16:00～16:30 農作業	14:00～15:30 不登校児のための外来グループ活動 15:30～16:00 患児によるコミュニケーションミーティング（隔週）	13:30～14:00 病棟カンファレンス 14:45～15:30 病棟ミーティング（集団精神療法）	13:30～14:00 病棟カンファレンス 14:15～15:15 ＯＴによるレクリエーション	13:30～14:00 病棟カンファレンス 14:45～15:45　ＳＳＴ 15:30～16:30 グループ活動「鉄道友の会」 15:30～16:30 学校病棟ＣＣ※1	
5時以降	17:00～　医局会					

・週間計画に記載されていない時間は、病棟・外来業務を行う。

・医局勉強会：隔週金曜日１２：３０～１３：００（症例検討、論文レビュー等）

・児童思春期病棟ウォーキングプログラム　月１回

・外部講師による児童思春期症例検討会 月１回

・ＡＤＨＤの親たちへのペアレントトレーニング/10 回１クール、年２クール

※1... 児童思春期病棟に入院中で院内学級に登校している児童のＣＣ

★ 年間スケジュール

4月	オリエンテーション
5月	埼玉県精神神経科医会学術講演会
6月	日本精神神経学会学術総会
7月	埼玉精神医学懇話会
8月	埼玉子どものこころ臨床研修会
9月	埼玉県精神神経科医会学術講演会
10月	
11月	
12月	
1月	埼玉精神医学懇話会
2月	全国児童青年精神科医療施設協議会研修会 埼玉県精神神経科医会学術講演会
3月	総括的評価

職員全体研修（ 適宜開催 ）

医療安全、倫理、危機管理、救命救急処置、静脈血栓塞栓症予防、感染対策、精神保健福祉法の理解と実際、行動制限最小化、チームＳＴＥＰＰＳ、危険予知トレーニング、無断離院シミュレーション等

別紙 32 成増厚生病院

週間計画

	月	火	水	木	金	土
午前	病棟業務	病棟業務	病棟業務	デイケア業務　病院外来陪席	病棟業務	
午後	クリニック外来業務	医局会 症例検討会	病棟業務 抄読会	病棟業務	カンファレンス	

当直（月 2 回程度 1 年次 10 月より）

年間計画

4 月	オリエンテーション 1 年目専攻医研修開始 指導医の指導実績報告書提出
5 月	
6 月	日本精神神経学会総会参加 情報セキュリティ研修 行動制限研修
7 月	感染研修 リスク研修
8 月	
9 月	１・２・３年目専攻医研修中間報告書提出
10 月	防災研修
11 月	翠会ヘルスケアグループ地域精神保健学会 感染研修 行動制限研修
12 月	日本精神科救急学会参加（任意）
1 月	リスク研修
2 月	首都圏ECT ネットワーク研究会（任意） 感染研修 行動制限研修
3 月	１・２・３年目専攻医研修報告書作成・提出

別紙 33 吉田病院

週間計画

	月	火	水	木	金
午前	外来業務	外来業務	外来業務	外来業務	外来業務
午後	病棟業務 13：30 病棟回診 16：30 医局会	病棟業務 13：30 病棟回診	外来・病棟業務	外来・病棟業務	外来・病棟業務

年間計画

4 月	オリエンテーション
5 月	
6 月	日本精神神経学会総会参加 日本老年精神医学会参加 宮崎県精神科医会参加・演題発表
7 月	日精協日本精神医学会参加
8 月	
9 月	
10 月	
11 月	
12 月	九州精神医療学会参加・演題発表 宮崎県精神科医会参加・演題発表
1 月	
2 月	
3 月	

別紙 34 国府台病院
週間計画基本コース

	月	火	水	木	金
0830-0900	病棟での申し送り　　チーム・ミーテイング				
0900-1200	チーム回診 病棟診療	病棟診療 外来診療 （初診の予診・陪席）	病棟診療	病棟診療 外来診療 （初診の予診・陪席）	病棟診療
1200-1300					抄読会
1300-1700	病棟診療	病棟診療 リエゾン診療	病棟診療	病棟診療 リエゾン診療	病棟診療
1400-1500		多職種退院促進カンファレンス		病棟心理教育	
1500-1600		医局会			
1600-1700	研修医クルズス	チーム・カンファレンス		自己学習	自己学習
1700-1730	新入院カンファレンス				症例検討会 （月に１回）

● 精神科全体での新入院カンファレンスおよび症例検討会を開催しますが、
日常診療は３チームに分かれて実践するので、外来診療およびリエゾン診療等は、指導医の日程により変わります。
また、救急診療も、チーム制で、日常診療の一環として実践します。
● 尚、当直業務は、原則は１年目の、７月以降から、指導医と２名体制で行います。

週間計画児童精神科

	月	火	水	木	金
0830-0930	病棟カンファレンス	病棟カンファレンス	病棟カンファレンス	病棟カンファレンス	病棟カンファレンス
0930-1130	外来初診（予審・陪席）	外来診療	児童精神科ケースカンファレンス	外来診療	外来診療
1300-1400	病棟診療	外来診療 レクリエーション（不定期）	病棟患者のレビュー	外来診療 レクリエーション（不定期）	外来診療
1400-1600	病棟診療	精神科医局会 病棟診療	特別病棟連絡会	外来診療	外来診療
1600-	病棟診療	病棟診療	病棟診療	病棟診療	病棟診療
1800-				研究会	

- 病棟カンファレンス：

児童精神科医師と病棟看護師の毎朝のカンファレンス。火曜日、金曜日は、院内の小学生と中学生の担当教師、心理士、精神保健福祉士が参加する。

- 児童精神科ケースカンファレンス：

指導医および専攻医等、精神保健福祉士が参加。診療での指導、スーパーバイズなど。

- 病棟レビュー：

新入院症例を中心とした、指導医および専攻医等のカンファレンス

- 特別病棟連絡会：

院内学校に参加する患児の養育および治療について協議する。教師、児童精神科医師、精神保健福祉士、心理士等のカンファレンス。

- 研究会：

学会発表の指導、臨床研究の立案、報告。論文抄読など。

- 家族会：月に１回開催

児童精神科医師および病棟看護師で運用。その他、学校教師、精神保健福祉士が参加する。

年間計画　国府台病院

4 月	千葉県総合病院精神科研究会	院内のオリエンテーション
5 月		市川市地域・病院合同勉強会（市役所、保健所、地域支援施設など、多職種の勉強会）
6 月	日本精神神経学会学術総会 日本老年精神医学会 日本司法精神医学会	国府台病院グランドカンファレンス （院内の全科医師が参加） 臨床研究認定講習会
7 月	日本睡眠学会	行動制限最少化委員会研修 市川市地域・病院合同勉強会
9 月	日本精神科救急学会 日本臨床精神薬理学会	＊研修の６か月間の報告書を作成 臨床研究認定講習会
10 月	日本精神科救急学会 日本臨床精神薬理学会	統合失調症家族の標準型心理教育の研修会（２回） 市川市地域・病院合同勉強会 国府台児童精神医学研究会
11 月	日本総合病院精神医学会総会	統合失調症家族の標準型心理教育 臨床研究認定講習会
12 月		統合失調症家族の標準型心理教育
1 月		行動制限最少化委員会研修 統合失調症家族の標準型心理教育
2 月		統合失調症家族の標準型心理教育
3 月	日本集団精神療法学会	＊研修の１年間の総括的評価 研修プログラム評価報告書の作成

国府台病院児童精神科

4 月	東京児童精神医学研究会	院内のオリエンテーション 国府台児童精神医学研究会
5 月		
6 月	日本精神神経学会学術総会	児童精神科病棟の鋸山遠足 国府台病院オープンカンファレンス
7 月	欧州児童青年精神医学会（任意）	児童精神科病棟の１泊キャンプ
8 月	国際児童青年精神医学会（任意）	
9 月		＊研修の６か月間の報告書を作成 国府台児童精神医学研究会
10 月	児童精神薬物療法研究会	
11 月	日本児童青年精神医学会	国府台病院オープンカンファレンス
12 月		児童精神科病棟のクリスマス会
1 月	千葉県児童青年精神医学研究会	
2 月		厚生労働省こころの健康づくり事業 児童思春期精神保健の研修会を運用
3 月	日本集団精神療法学会	＊研修の１年間の総括的評価 研修プログラム評価報告書の作成 児童精神科病棟の、お別れ会

・その他の、国府台病院での各種の研修会は、国府台病院の年間計画を参照下さい。

別紙35 千葉県精神科医療センター

週間計画

	日	月	火	水	木	金	土
午前	副直明け	休み	病棟業務 ECT 当番	病棟当番	副直明け	救急当番	副直
午後	休み	休み	新入院カンファレンス 病院長回診 医局会	救急当番	休み	病棟業務	副直
夜間	休み	休み	休み	副直	休み	休み	副直

※病棟当番：当直業務中に入院した患者についての翌日の応対と、病棟全般で生じる処置等を担当する。
※病棟業務：専攻医の裁量により業務に充てられる時間。主に入院患者の診療が中心だが、退院後患者の外来診療や、訪問診療等に充てたりしている。
※救急当番：初診の外来患者診察、他医療機関からの入院依頼、警察や救急からの救急受診相談等に従事する。初診は、原則専攻医が主たる診療を行い、適宜指定医のフィードバックを受けることができる。
※副直：17 時から翌日8 時半まで、指定医とペアで当直(非指定医は副直)業務に従事する。当センターの入院患者年間約400 名弱の6 割程度が当直時間帯での入院であり、多くて1 回の当直で3 人程度の入院を経験できる。院内併設の千葉県救急情報センターにおける受診調整業務も行う。当直時間帯に全県下で発生する相談に対し、身体的状況や心理社会的な背景も考慮しながら緊急性や重症度を吟味し、指定医や精神保健福祉相談員と相談しながら、精神科救急医療システムに則って受診病院を電話調整する。当直回数は月5〜6 回である。一方、4 週8 休は守られており、休日に勤務の場合は、平日に代休が確保される。上記の通り、精神科当直業務としては多忙な部類にはいるが、一方で指定医の人数は豊富で丁寧な指導を受けることが可能である。
※新入院カンファ：過去1 週間で当センターに入院した患者について、主治医がプレゼンテーションを行い、当センター医師全員の他看護師長、PSW、薬剤師等の多職種によりディスカッションを行い、診断や治療方針の確認等を行う。

年間計画

4 月	新入レジデントオリエンテーション（多職種による） １年次専攻医研修開始
6 月	日本精神神経学会学術総会 日本精神科救急学会教育研修会
10 月	専攻医の研修報告書提出 日本精神科救急学会学術総会
2 月	千葉県立病院学術集会＊１ 千葉県精神科救急システム連携研修会＊２
3 月	専攻医の研修報告書および研修プログラム評価報告書提出 指導医の指導実績報告提出 研修プログラム管理委員会

＊１　千葉県立病院（がんセンター、救急医療センター、循環器病センター、こども病院、佐原病院、精神科医療センター）に勤務する多職種による学術集会

＊２　千葉県精神科救急医療システムに参画する病院、警察、消防、行政（保健所、精神保健福祉センター、役所担当課）、診療所協会が参加する多職種による研修会

別紙 36 清水駿府病院

〖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	外来陪席 外来診察	外来陪席 病棟業務	外来陪席 外来診察	外来陪席 外来診察	外来陪席 病棟業務
午後	病棟業務 診療会議	病棟業務 症例検討会	病棟業務 クルズス	病棟業務	病棟業務

〖年間スケジュール〗

	スケジュール
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	静岡県中部精神科医会参加
10月	
11月	日本精神科救急学会学術総会参加
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37 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院

週間スケジュール

曜日	時間	事　項
月曜	AM PM	申し送り、病棟回診、病棟診療、外来見学 病棟診療
火曜	AM PM	申し送り、病棟症例検討会、病棟診療 病棟診療、外来予診
水曜	AM PM	申し送り、病棟回診、病棟診療 病棟診療
木曜	AM PM	申し送り、病棟症例検討会、病棟診療、心理カンファレンス 病棟診療、外来見学
金曜	AM PM	申し送り、病棟回診、病棟診療 病棟診療、研究会

年間スケジュール

4月	オリエンテーション 1年目専攻医研修開始 2・3年目専攻医前年研修報告書提出 指導医の指導実績報告書提出
5月	
6月	日本精神神経学会学術総会参加
7月	東京精神医学会学術集会参加（任意）
8月	
9月	
10月	日本精神病理学会大会参加（任意）
11月	日本総合病院精神医学会総会参加（任意） 東京精神医学会学術集会参加（任意）
12月	
1月	
2月	
3月	1・2・3年目専攻医研修報告書作成 東京精神医学会学術集会参加（任意）

別紙38 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院分院

週間スケジュール

曜日	時間	事　項
月曜	AM PM	申し送り、病棟回診、病棟診療 病棟診療、外来見学
火曜	AM PM	申し送り、ECT、病棟回診、病棟診療 病棟診療、外来予診
水曜	AM PM	申し送り、病棟症例検討会、病棟診療 病棟診療、外来見学
木曜	AM PM	申し送り、ECT、病棟回診、病棟診療 病棟診療
金曜	AM PM	申し送り、病棟症例検討会、病棟診療 病棟診療、研究会

年間スケジュール

4 月	オリエンテーション 1 年目専攻医研修開始 2・3 年目専攻医前年研修報告書提出 指導医の指導実績報告書提出
5 月	
6 月	日本精神神経学会学術総会参加
7 月	東京精神医学会学術集会参加（任意）
8 月	
9 月	
10 月	日本精神病理学会大会参加（任意）
11 月	日本総合病院精神医学会総会参加（任意） 東京精神医学会学術集会参加（任意）
12 月	
1 月	
2 月	
3 月	1・2・3 年目専攻医研修報告書作成 東京精神医学会学術集会参加（任意）

別紙39 都立松沢病院

週間スケジュール

	月	火	水	木	金
0830-0900	病棟ﾐｰﾃｨﾝｸﾞ	病棟ﾐｰﾃｨﾝｸﾞ	病棟ﾐｰﾃｨﾝｸﾞ	病棟ﾐｰﾃｨﾝｸﾞ	病棟ﾐｰﾃｨﾝｸﾞ
0900-1200	病棟業務	病棟業務 新患予診	病棟業務	病棟ｶﾝﾌｧ	病棟業務
12015-1315	ｸﾙｽﾞｽ			ｸﾙｽﾞｽ	
1330-1700	病棟業務 入退院ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ	院長回診 病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務
	1630-1800 ｹｰｽｶﾝﾌｧﾚﾝｽ	1715～1800 医局会			
1815-2045		集談会・講演会 （月１回）			

年間スケジュール

4 月	オリエンテーション 1 年目専攻医研修開始 2・3 年目専攻医前年研修報告書提出 指導医の指導実績報告書提出
5 月	
6 月	日本精神神経学会学術総会参加
7 月	東京精神医学会学術集会参加（任意）
8 月	
9 月	日本生物学的精神医学会年会（任意）
10 月	1・2・3 年目専攻医研修中間報告書提出 日本臨床精神神経薬理学会年会（任意）
11 月	日本総合病院精神医学会総会参加（任意） 東京精神医学会学術集会参加（任意）
12 月	
1 月	
2 月	２年目専攻生東京医師アカデミー研究発表
3 月	1・2・3 年目専攻医研修報告書作成 東京精神医学会学術集会参加（任意）

別紙40 芙蓉会病院

	月	火	水	木	金
午前	外来予診	外来陪席	病棟業務	外来陪席	病棟業務
午後	病棟業務	医局会（第2・4）症例検討会	病棟業務、デイケア業務	病棟業務、病棟カンファレンス	病棟業務 集団精神療法

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
7 月	
8 月	
9 月	精神神経学会地方会
10 月	
11 月	
12 月	
1 月	
2 月	研究報告会
3 月	

その他、医師会が開催する「医療倫理」「感染対策」「医療安全」の各研修に 参加する。

別紙41 北辰病院

週間スケジュール

	月	火	水	木	金	土
8:30～9:00	申し送り	申し送り	申し送り	申し送り	申し送り	
9:00～10:00	全体ミーティング	全体ミーティング	全体ミーティング	外来	全体ミーティング	
10:00～12:00	救急病棟カンファレンス 病棟業務	病棟業務	病棟業務 外来予診		病棟業務	
13:00～16:00	病棟業務	外来	病棟業務	病棟業務	病棟業務	
16:00～17:30		病棟業務				

第 2 週、第 3 週火曜、木曜：退院支援会議

月 2 回：医局会

随時実施：ECT（電気けいれん療法）症例見学、診療

随時実施：クロザピン症例見学、診療

随時実施：家族教室見学

年間スケジュール

4 月	新入職者・研修医に対する研修（約 1 週間）
5 月	
6 月	日本精神神経学会学術総会参加
7 月	
8 月	
9 月	
10 月	
11 月	
12 月	
1 月	中堅職員症例発表会
2 月	新入職者症例発表会
3 月	

別紙42 かわさき記念病院

〖週間スケジュール〗

	月	火	水	木	金	土
午前	病棟業務	病院外来陪席	病棟業務	デイケア業務	病棟業務	
午後	病棟業務	症例検討会	病棟業務 抄読会	病棟業務	医局会	

○早番・遅番（月 4 回程度）

〖年間スケジュール〗

4 月	□オリエンテーション □1 年目専攻医研修開始 □指導医の指導実績報告書提出
5 月	医療安全研修
6 月	□日本精神神経学会総会参加 日本老年精神医学会参加（任意） □情報セキュリティ研修 □行動制限研修
7 月	□感染対策研修･･リスク研修
8 月	
9 月	□1・2・3 年目専攻医研修中間報告書提出
10 月	□防災研修
11 月	□日本認知症学会参加（任意）
12 月	□
1 月	□医療安全研修
2 月	□感染対策研修 □行動制限研修
3 月	□1・2・3 年目専攻医研修報告書作成・提出

別紙43 朝田病院

[週間スケジュール]

	月	火	水	木	金	第2、第4	第5 土のみ
午前	外来	外来	外来	外来	外来	外来	
午後	外来	病棟	病棟	外来	外来	外来	
	病棟	症例検討会	デイケア	病棟	病棟	病棟	
				症例検討会			

○当直（月4回程度　1年時4月より）

[年間スケジュール]

4月　オリエンテーション　1年目専攻医研修開始

5月　医療安全研修

6月　日本精神神経学会総会参加　　感染研修　　避難訓練

7月　行動制限研修

10月　避難訓練

11月　医療安全研修

12月　感染研修

1月　行動制限研修

3月　専攻医研修報告書作成・提出

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、薬剤師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、細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、歯科医師、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）を包括的かつ柔軟に提供

（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年次終了時には一人で責任をもって診療できると同時に、初期研修医や医学生にも適切に指導が出来ることを目標とします。
- 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、同じ症候や疾患、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）、更には診療場面をビデオ等で直接観察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、地域の実地医家と交流することで、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Ⅰ）

※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

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、 SR4、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、SR4：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、SR4：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、SR4：研修手帳の作成（年次報告）（書類は翌月に提出） ・SR1、SR2、SR3、SR4：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、地減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

アナフィラキシー	熱傷	小児ウイルス感染	小児細菌感染症	小児喘息
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	維持治療機の悪性腫瘍	

※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、鼠径、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（歩行機能、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。

・適切な処方護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

褥瘡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鏡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 11. 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。）

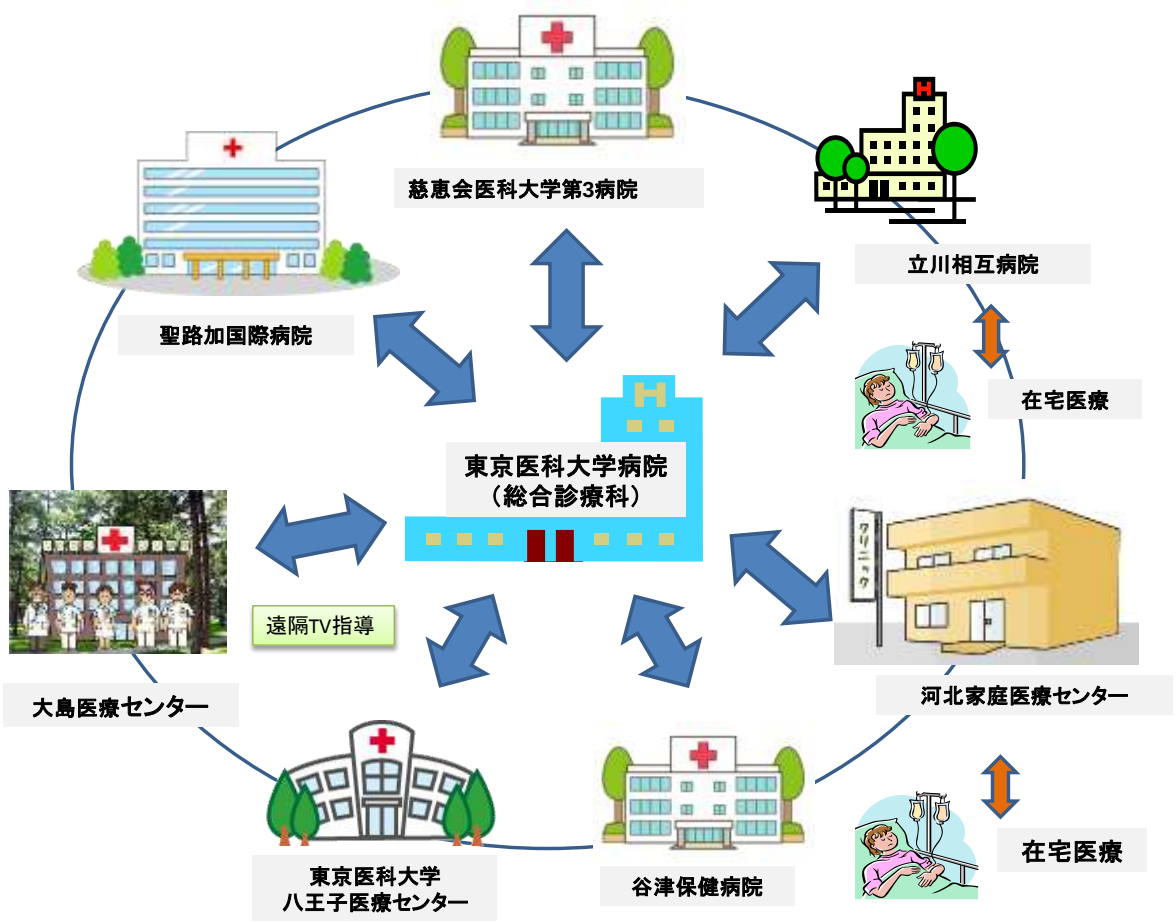
大島医療センター（東京都大島における唯一の有床診療所である。）

河北ｻﾃﾗｲﾄ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 1 のような形になります。

図 1：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プ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プログラムとなっています。

図２：ローテーション

<table>
<tr><td rowspan="3">1 年目</td><td></td><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td></tr>
<tr><td>施設名</td><td colspan="12">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</td></tr>
<tr><td>領域</td><td colspan="12">内科</td></tr>
<tr><td rowspan="3">2 年目</td><td></td><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td></tr>
<tr><td>施設名</td><td colspan="6">慈恵医大第 3 病院、聖路加国際病院、
立川相互病院</td><td colspan="3">東京医科大学病院、
立川相互病院</td><td colspan="3">東京医科大学病院</td></tr>
<tr><td>領域</td><td colspan="6">総診Ⅱ</td><td colspan="3">救急科</td><td colspan="3">小児科</td></tr>
<tr><td rowspan="3">3 年目</td><td></td><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td></tr>
<tr><td>施設名</td><td colspan="12">大島医療センター</td></tr>
<tr><td>領域</td><td colspan="12">総診Ⅰ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">4 年目</td><td></td><td>4 月</td><td>5 月</td><td>6 月</td><td>7 月</td><td>8 月</td><td>9 月</td><td>10 月</td><td>11 月</td><td>12 月</td><td>1 月</td><td>2 月</td><td>3 月</td></tr>
<tr><td>施設名</td><td colspan="9">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</td><td colspan="3">東京医科大学病院
整形外科など</td></tr>
</table>

	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。

総合診療専門研修プログラム　研修目標及び研修の場	プログラムでの研修設定　◎:主たる研修の場　○:従たる研修の場 推奨　◎:主たる研修の場、○:研修可能な場）											
	総合診療専門研修Ⅰ（診療所/中小病院）		総合診療専門研修Ⅱ（病院総合診療部門）		内科		小児科		救急科		他の領域別研修	
Ⅰ．一般的な症候及び疾患への評価及び治療に必要な診察及び検査・治療手技 以下に示す検査・治療手技のうち、※印の項目は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
身体診察												
※①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を実施できる。	◎	◎					◎	◎				
※②成人患者への身体診察（直腸、前立腺、陰茎、精巣、鼠径、乳房、筋骨格系、神経系、皮膚を含む）を実施できる	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎	○	○
※③高齢患者への高齢者機能評価を目的とした身体診察（歩行機能、転倒・骨折リスク評価など）や認知機能検査（HDS-R、MMSEなど）を実施できる。	◎	◎	◎	◎		○						
※④耳鏡・鼻鏡・眼底鏡による診察を実施できる。	◎	◎		◎							○	○
⑤婦人科的診察（膣鏡診による内診や外陰部の視診など）を実施できる。	○	○	○	○								◎
※⑥死亡診断を実施し、死亡診断書を作成できる。	◎	◎	◎	◎	◎	○			◎			
⑦死体検案を警察担当者とともに実施し、死体検案書を作成できる。		◎	◎	○					◎	◎		
（ア）実施すべき手技												
※①各種採血法(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		○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
※②採尿法（導尿法を含む）		○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
※③注射法(皮内・皮下・筋肉・静脈注射・点滴・成人及び小児静脈確保法、中心静脈確保法)	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎		
※④穿刺法（腰椎・膝関節・肩関節・胸腔・腹腔・骨髄を含む）		○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
（イ）検査の適応の判断と結果の解釈が必要な検査												
※①単純Ｘ線検査（胸部・腹部・KUB・骨格系を中心に）	◎	◎	◎	◎		○		○		○	◎	
※②心電図検査・ホルター心電図検査・負荷心電図検査	◎	◎	◎	◎	◎	○				○	◎	
※③超音波検査（腹部・表在・心臓）	◎	◎	◎	◎	◎	○				○		
※④生体標本（喀痰、尿、膣分泌物、皮膚等）に対する顕微鏡的診断	◎	◎	◎	◎	◎	○		○		○	◎	
※⑤呼吸機能検査	◎	◎	◎	◎	◎	○					◎	
※⑥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	◎	◎										○
⑦子宮頸部細胞診	○	○									◎	◎
⑧消化管内視鏡（上部）	○	○	○	○	◎	◎						
⑨消化管内視鏡（下部）	○	○	○	○	◎	◎						
⑩造影検査（胃透視、注腸透視、DIP）	○	○	○	○	◎	◎						
（ウ）救急処置												
※①新生児、幼児、小児の心肺蘇生法（PALS）		○		○		○	◎	◎	◎	◎		
※②成人心肺蘇生法（ICLSまたはACLS）		○		○		○			◎	◎		
※③病院前外傷救護法（PTLS）									◎	◎		
（エ）薬物治療												
①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。	◎	◎	◎	◎		○		○		○	◎	
②適切な処方箋を記載し発行できる。	◎	◎	◎	◎							◎	
③処方、調剤方法の工夫ができる。	◎	◎	◎	○		○	◎	◎		○	◎	
④調剤薬局との連携ができる。	◎	◎	◎	○							◎	
⑤麻薬管理ができる。	◎	◎	◎	◎		○						
（オ）治療法												
※①簡単な切開・異物摘出・ドレナージ	◎	◎		○					◎	◎		○
※②止血・縫合法及び閉鎖療法	◎	◎		○					◎	◎		○
※③簡単な脱臼の整復、包帯・副木・ギプス法	◎	◎		○				○	◎	◎		○
※④局所麻酔（手指のブロック注射を含む）	◎	◎		○					◎	◎		○
※⑤トリガーポイント注射	◎	◎		○								○
※⑥関節注射（膝関節・肩関節等）	◎	◎		○								○
※⑦静脈ルート確保および輸液管理（IVHを含む）	◎	◎	◎	◎		○		○	◎	◎	◎	
※⑧経鼻胃管及び胃瘻カテーテルの挿入と管理	◎	◎	◎	◎		○			◎			
※⑨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	◎	◎	◎	◎		○				○		
※⑩褥瘡に対する被覆治療及びデブリードマン	◎	◎	◎	◎								○
※⑪在宅酸素療法の導入と管理	◎	◎		○		○						
※⑫人工呼吸器の導入と管理	◎	◎		○		○						
⑬輸血法（血液型・交差適合試験の判定を含む）		○	◎	○		○			◎			
⑭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）	○	○	○	○								○
⑮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）	○	○	○	○						◎		
※⑯包帯・テーピング・副木・ギプス等による固定法	◎	◎		○					◎	◎		○
⑰穿刺法（胸腔穿刺・腹腔穿刺・骨髄穿刺等）		○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
（カ）耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科の治療手技												
※①鼻出血の一時的止血	◎	◎								◎		○
※②耳垢除去、外耳道異物除去	◎	◎					◎	◎				○
③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）		○							◎	◎		◎
④睫毛抜去	◎	◎										◎

Ⅱ. 一般的な症候への適切な対応と問題解決 以下に示す症候すべてにおいて、臨床推論に基づく鑑別診断および、初期対応（他の専門医へのコンサルテーションを含む）を適切に実施できる。	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
ショック	○	○	○	○	○	○			◎	◎	○	
急性中毒		○		○		○			◎	◎		
意識障害		○		○		○			◎	◎		
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	◎	◎	◎	◎		◎		◎		◎		
認知能の障害	◎	◎	◎	◎		○						
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	◎	◎										○
さ声	◎	◎										○
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	◎	◎		○								○
精神科領域の救急		○		○					◎	◎	◎	◎
不安	◎	◎		○							◎	○
気分の障害（うつ）	◎	◎		○							◎	○
流・早産及び満期産		○									◎	◎
女性特有の訴え・症状	◎	◎										○
成長・発達の障害		○					◎	◎				

Ⅲ　一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント 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ができる。また、（ ）内は主たる疾患であるが、例示である。 ※印の疾患・病態群は90%以上の経験が必須だが、それ以外についてもできる限り経験することが望ましい。	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
（1）血液・造血器・リンパ網内系疾患												
※[1]貧血（鉄欠乏貧血、二次性貧血）	◎	◎	◎	◎	◎	◎		○		○	◎	
[2]白血病					◎	◎						
[3]悪性リンパ腫					◎	◎						
[4]出血傾向・紫斑病				○	◎	◎				○		
（2）神経系疾患												
※[1]脳・脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）		○	◎	◎	◎	◎			◎	◎	◎	◎
※[2]脳・脊髄外傷（頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫）		○							◎	◎	◎	◎
※[3]変性疾患（パーキンソン病）	○	○	◎	○	◎	◎						
※[4]脳炎・髄膜炎	○		○	○	◎	◎		○	◎	◎	◎	
※[5]一次性頭痛（偏頭痛、緊張性頭痛、群発頭痛）	◎	◎	◎	◎		○		○			◎	
（3）皮膚系疾患												
※[1]湿疹・皮膚炎群（接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎、皮脂欠乏性皮膚炎）	◎	◎		○			◎	◎			◎	◎
※[2]蕁麻疹	◎	◎					◎	◎		○	◎	◎
※[3]薬疹	◎	◎		◎		◎		○		○	◎	◎
※[4]皮膚感染症（伝染性膿痂疹、蜂窩織炎、白癬症、カンジダ症、尋常性ざ瘡、感染性粉瘤、伝染性軟属腫、疥癬）	◎	◎		○			◎	◎			◎	◎
	◎											
（4）運動器（筋骨格）系疾患												
※[1]骨折（脊椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折、橈骨骨折）		○							◎	◎		◎
※[2]関節・靭帯の損傷及び障害（変形性関節症、捻挫、肘内障、腱板炎）		○							◎	◎		◎
※[3]骨粗鬆症	◎	◎		○		○						◎
※[4]脊柱障害（腰痛症、腰椎椎間板ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症）	◎	◎								○		◎
（5）循環器系疾患												
※[1]心不全	◎	◎	◎	◎	◎	◎			◎	◎	◎	
※[2]狭心症、心筋梗塞		○		○	◎	◎			◎	◎	◎	
[3]心筋症					○	○		○		○	○	
※[4]不整脈（心房細動、房室ブロック）	○	○	○	○	◎	◎				◎	○	
[5]弁膜症（僧帽弁膜症、大動脈弁膜症）	○	○	○	○	◎	◎		○			○	
※[6]動脈疾患（動脈硬化症、大動脈瘤）	○	○	○	○	◎	◎					○	
※[7]静脈・リンパ管疾患（深部静脈血栓症、下肢静脈瘤、リンパ浮腫）		◎	◎	◎	◎	◎					◎	
※[8]高血圧症（本態性、二次性高血圧症）		◎	◎	◎	◎	◎					◎	
（6）呼吸器系疾患												
※[1]呼吸不全（在宅酸素療法含む）	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	○	
※[2]呼吸器感染症（急性上気道炎、気管支炎、肺炎）	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	○	
※[3]閉塞性・拘束性肺疾患（気管支喘息、気管支拡張症、慢性閉塞性肺疾患、塵肺）	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	○	
[4]肺循環障害（肺塞栓・肺梗塞）			○	○	◎	◎			◎	◎	○	
※[5]異常呼吸（過換気症候群、睡眠時無呼吸症候群）	◎	◎	◎	◎	◎	◎		○	◎	◎	○	
※[6]胸膜、縦隔、横隔膜疾患（自然気胸、胸膜炎）	○	○	◎	◎	◎	◎			◎	◎	○	
[7]肺癌	○	○	○	○	◎	◎						
（7）消化器系疾患												
※[1]食道・胃・十二指腸疾患（食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎、逆流性食道炎）	◎	◎	◎	◎	◎	◎				○	○	
※[2]小腸・大腸疾患（イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻、過敏性腸症候群、憩室炎）	◎	◎	◎	◎	◎	◎		○		○	○	
※[3]胆嚢・胆管疾患（胆石、胆嚢炎、胆管炎）	○	○	◎	○	◎	◎						
※[4]肝疾患（ウイルス性肝炎、急性・ 慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害）	○	○	◎	○	◎	◎				○	○	
※[5]膵臓疾患（急性・慢性膵炎）	○	○	◎	○	◎	◎				○	○	
※[6]横隔膜・腹壁・腹膜（腹膜炎、急性腹症、ヘルニア）	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎		◎	○	
（8）腎・尿路系（体液・電解質バランスを含む）疾患												
※[1]腎不全（急性・慢性腎不全、透析）	○	○	○	○	◎	◎				○		
[2]原発性糸球体疾患（急性・慢性糸球体腎炎症候群、ネフローゼ症候群）			○	○	◎	◎		○		○	○	
※[3]全身性疾患による腎障害（糖尿病性腎症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎					○	
※[4]泌尿器科的腎・尿路疾患（尿路結石、尿路感染症、過活動膀胱）	◎	◎	◎	◎	◎	◎				◎	◎	◎
					◎							
（9）妊娠分娩と生殖器疾患												
[1]妊娠分娩（正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、産褥）											◎	◎
※[2]妊婦・授乳婦・褥婦のケア（妊婦・授乳婦への投薬、乳腺炎）	◎	◎									◎	◎
※[3]女性生殖器及びその関連疾患（月経異常《無月経を含む》、不正性器出血、更年期障害、外陰・膣・骨盤内感染症、骨盤内腫瘍、乳腺腫瘍）	◎	◎									◎	◎
※[4]男性生殖器疾患（前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍）	◎	◎	◎	◎							◎	◎
											◎	
(10) 内分泌・栄養・代謝系疾患												
[1]視床下部・下垂体疾患（下垂体機能障害）					◎	◎						
※[2]甲状腺疾患（甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
[3]副腎不全					◎	◎						
※[4]糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
※[5]脂質異常症	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
※[6]蛋白及び核酸代謝異常（高尿酸血症）	◎	◎	◎	◎	◎	◎						

(11) 眼・視覚系疾患												
[1]屈折異常（近視、遠視、乱視）		○									◎	◎
※[2]角結膜炎（アレルギー性結膜炎）	◎	◎									◎	◎
[3]白内障	◎	◎									◎	◎
[4]緑内障		○								◎	◎	◎
[5]糖尿病、高血圧・動脈硬化による眼底変化											◎	◎
(12) 耳鼻・咽喉・口腔系疾患												
※[1]中耳炎	◎	◎					◎	◎			◎	◎
※[2]急性・慢性副鼻腔炎	◎	◎	○	○		○					◎	◎
※[3]アレルギー性鼻炎	◎	◎	○	○			◎	◎			◎	◎
[4]扁桃の急性・慢性炎症性疾患		○					○	○			◎	◎
[5]外耳道・鼻腔・咽頭・喉頭・食道の代表的な異物		○						○		◎		◎
(13) 精神・神経系疾患												
[1]症状精神病		○		○						◎		◎
※[2]認知症（アルツハイマー型、血管型）	◎	◎		○								◎
※[3]依存症（アルコール依存、ニコチン依存）	◎	◎									◎	◎
※[4]気分障害（うつ病、躁うつ病）	◎	◎									◎	◎
[5]統合失調症	○	○										◎
※[6]不安障害（パニック症候群）	◎	◎									◎	◎
※[7]身体表現性障害、ストレス関連障害		◎									◎	◎
※[8]不眠症		◎		○							◎	◎
(14) 感染症												
※[1]ウイルス感染症（インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎、ＨＩＶ）	◎	◎		○		○	◎	◎			◎	
※[2]細菌感染症(ブドウ球菌、ＭＲＳＡ、A群レンサ球菌、クラミジア)	◎	◎	◎	◎				○				
[3]結核					◎	◎						
[4]真菌感染症	◎	◎						○			◎	◎
[5]性感染症		○									◎	◎
[6]寄生虫疾患					◎	◎		○				
(15) 免疫・アレルギー疾患												
※[1]膠原病とその合併症（関節リウマチ、ＳＬＥ、リウマチ性多発筋痛症、シェーグレン症候群）	◎	◎	◎	◎	◎	◎					○	
[2]アレルギー疾患	○	○	○	○	◎	◎	◎	◎			○	
(16) 物理・化学的因子による疾患												
※[1]中毒（アルコール、薬物）			◎	◎	◎	◎			◎	◎	◎	
※[2]アナフィラキシー	○	○			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
[3]環境要因による疾患（熱中症、寒冷による障害）			◎	◎	◎	◎				◎	◎	
※[4]熱傷	◎	◎								◎		◎
(17) 小児疾患												
[1]小児けいれん性疾患							◎	◎		◎		
※[2]小児ウイルス感染症（麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ、RS、ロタ）	◎	◎					◎	◎				
※[3]小児細菌感染症	◎	◎					◎	◎				
※[4]小児喘息	◎	◎					◎	◎		◎		
[5]先天性心疾患							◎	◎				
[6]発達障害（自閉症スペクトラム、学習障害、ダウン症、精神遅滞）	○	○					◎	◎		◎		
(18) 加齢と老化												
※[1]高齢者総合機能評価	◎	◎	◎	◎								
※[2]老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）	◎	◎	◎	◎								
(19) 悪性腫瘍												
※[1]維持治療期の悪性腫瘍	◎	◎	◎	◎	◎	◎						◎
※[2]緩和ケア	◎	◎	◎	◎	◎	◎						
Ⅳ 医療・介護の連携活動 以下に示す診療を適切に実施することができる。	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
(1)介護認定審査に必要な主治医意見書の作成	◎	◎	◎	◎								
(2)各種の居宅介護サービスおよび施設介護サービスについて、患者・家族に説明し、その適応を判断	◎	◎	○	○								
(3)ケアカンファレンスにおいて、必要な場合には進行役を担い、医師の立場から適切にアドバイスを提供	◎	◎	○	○								
(4)グループホーム、老健施設、特別養護老人ホームなどの施設入居者の日常的な健康管理を実施	◎	◎	○	○								
(5)施設入居者の急性期の対応と入院適応の判断を、医療機関と連携して実施	◎	◎	○	○								
Ⅴ 保健事業・予防医療 以下に示すケアや活動を適切に提供・実践することができる。	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨	設定	推奨
(1)特定健康診査の事後指導	◎	◎	◎	◎								
(2)特定保健指導への協力	◎	◎	◎	◎								
(3)各種がん検診での要精査者に対する説明と指導	◎	◎	◎	◎								
(4)保育所、幼稚園、小学校、中学校において、健診や教育などの保健活動に協力	◎	◎	○	○								
(5)産業保健活動に協力	◎	◎	○	○								
(6)健康教室（高血圧教室・糖尿病教室など）の企画・運営に協力	◎	◎	○	○								

11. 研修施設の概要

東京医科大学病院

医師･専門医数	・総合診療専門研修指導医　3 名 （プライマリ・ケア認定医 3 名） ・総合内科専門医　40 名 ・小児科専門医　17 名 ・救急科専門医　10 名
病床数･患者数	・病院病床数 1,015 床 ・総合診療科 25 床 のべ外来患者数　700 名／月、入院患者総数 40 名／月 ・救命救急センター 20 床 ・内科 350 床 ・小児科 105 床　(NICU15 床、GCU30 床) ・のべ外来患者数　およそ 4000 名／月 ・産婦人科病床 80 床 年間分娩件数 1200 件、年間帝王切開術件数 350 件 年間婦人科手術件数 650 件 ・整形外科手術件数 1200 件／年 ・精神科病床 50 床 外来患者数 およそ 50 名／ 目
病院の特徴	・特定機能病院認定、救命救急センター、災害拠点病院、DMAT 指定医療機関、総合周産期母子医療センター、がん診療連携拠点病院、エイズ治療拠点病院、臓器移植登録施設、難病医療拠点病院などの役割を担っている。 ・内科には、呼吸器内科、腎臓内科、消化器内科、血液内科、循環器内科、神経内科、リウマチ膠原病内科、糖尿病代謝内分泌内科、腫瘍内科、感染症内科の各専門内科があり、専門医療を提供している。 ・小児科では、乳幼児健診、予防接種、一般小児科診療に加えて、新生児、神経・精神、内分泌、アレルギー、腎臓、循環器などの専門グループに分かれて、専門医療を提供している。 ・救急は、救急科および総合診療科を中心とする救急医療センターで幅広い救急医療を提供しているほか、専門各科が近隣各医療機関からの紹介による救急患者を積極的に受け入れている。

１２．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。以下に、『振り返り』、『ポートフォリオ作成』、『研修目標と自己評価』の三点を説明します。

1）振り返り

多科ローテーションが必要な総合診療専門研修においては4年間を通じて専攻医の研修状況の進捗を切れ目なく継続的に把握するシステムが重要です。具体的には、研修手帳（資料 1）の記録及び定期的な指導医との振り返りセッションを 1〜数ヶ月おきに定期的に実施します。その際に、日時と振り返りの主要な内容について記録を残します。また、年次の最後には、１年の振り返りを行い、指導医からの形成的な評価を研修手帳に記録します。

2）最良作品型ポートフォリオ作成

常に到達目標を見据えた研修を促すため、最良作品型ポートフオリオ（学習者がある領域に関して最良の学びを得たり、最高の能力を発揮できた症例・事例に関する経験と省察の記録）（資料 2.1〜2.3）作成の支援を通じた指導を行ったりします。専攻医には詳細 20 事例、簡易 20 事例のポートフォリオを作成することが求められますので、指導医は定期的な研修の振り返りの際に、ポートフォリオ作成状況を確認し適切な指導を提供します。また、施設内外にて作成した最良作品型ポートフォリオの発表会を行います。なお、最良作品型ポートフォリオの該当領域については研修目標にある６つのコアコンピテンシーに基づいて設定しており、詳細は研修手帳にあります。

3)研修目標と自己評価

専攻医には研修目標の各項目の達成段階について、研修手帳を用いて自己評価を行うことが求められます。指導医は、定期的な研修の振り返りの際に、研修目標の達成段階を確認し適切な指導を提供します。また、年次の最後には、進捗状況に関する総括的な確認を行い、現状と課題に関するコメントを記録します。

また、上記の三点以外にも、実際の業務に基づいた評価（Workplace-based assessment）として、短縮版臨床評価テスト（Mini-CEX）等を利用した診療場面の直接観察やケースに基づくディスカッション（Case-based discussion）を定期的に実施します。また、多職種による 360 度評価を各ローテーション終了時等、適宜実施します。

更に、年に複数回、他の専攻医との間で相互評価セッションを実施します。

最後に、ローテート研修における生活面も含めた各種サポートや学習の一貫性を担保するために専攻医にメンターを配置し定期的に支援するメンタリングシステムを構築します。メンタリングセッションは数ヶ月に一度程度を保証しています。

【指導医のフィードバック法の学習(FD)】

指導医は、最良作品型ポートフォリオ、短縮版臨床評価テスト、ケースに基づくディスカッション及び 360 度評価などの各種評価法を用いたフィードバック方法について、指導医資格を取得時に受講を義務づけている１泊２日の日程で開催される指導医講習会や医学教育のテキストを用いて学習を深めていきます。

１３．専攻医の就業環境について

基幹施設および連携施設の研修責任者とプログラム統括責任者は専攻医の労働環境改善と安全の保持に努めます。

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。

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Ｓ大学病院総合診療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。

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

本研修 PG では専攻医からのフィードバックを重視して 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本研修 PG に対する評価

◇専攻医は、年次毎に指導医、専攻医指導施設、本研修 PG に対する評価を行います。また、指導医も専攻医指導施設、本研修 PG 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 PG 管理委員会に提出され、専門研修 PG 管理委員会は本研修 PG 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本研修 PG をより良いものに改善していきます。

◇なお、こうした評価内容は記録され、その内容によって専攻医に対する不利益が生じることはありません。

◇専門研修 PG 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 3 月 31 日までに日本専門医機構の総合診療科研修委員会に報告します。

◇また、専攻医が日本専門医機構に対して直接、指導医やプログラムの問題について報告し改善を促すこともできます。

2）研修に対する監査 （サイトビジット等）・調査への対応

◇本研修 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 管理委員会で本研修 PG の改良を行います。本研修 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総合診療科研修委員会に報告します。

◇また、同時に、総合診療専門研修プログラムの継続的改良を目的としたピアレビューとして、総合診療領域の複数のプログラム統括責任者が他の研修プログラムを訪問し観察・評価するサイトビジットを実施します。関連する学術団体などによるサイトビジットを企画しますが、その際には専攻医に対する聞き取り調査なども行われる予定です。

１５．修了判定について

3 年間の研修期間における研修記録にもとづいて、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総合診療科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、専門医認定申請年の 5 月末までに専門研修 PG 統括責任者または専門研修連携施設担当者が専門研修 PG 管理委員会において評価し、専門研修 PG 統括責任者が修了の判定をします。

その際、具体的には以下の 4 つの基準が評価されます。

（１）研修期間を満了し、かつ認定された研修施設で総合診療専門研修 I12 ヶ月以上、総合診療専門研修Ⅱ6 ヶ月以上・合計 18 ヶ月以上、内科研修 12 ヶ月以上、小児科研修 3 ヶ月以上、救急科研修 3 ヶ月以上を行っていること。

（２）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

（３）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

（４）研修期間中複数回実施される、医師・看護師・事務員等の多職種による 360 度評価（コミュニケーション、チームワーク、公益に資する職業規範）の結果も重視する。

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

専攻医は研修手帳及び最良作品型ポートフォリオを専門医認定申請年の 4 月末までに専門研修 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 5 月末までに修了判定を行い、6 月初めに研修修了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総合診療科専門医委員会に専門医認定試験受験の申請を行ってください。

１７．Subspecialty 領域との連続性について

様々な関連する Subspecialty 領域については、連続性を持った制度設計を今後検討していくこととなりますので、その議論を参考に当研修 PG でも計画していきます。

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

（１）専攻医が次の 1 つに該当するときは、研修の休止が認められます。研修期間を延長せずに休止できる回数は、所属プログラムで定める研修期間のうち通算 120 日（平日換算）までとします。

（ア）病気の療養

（イ）産前・産後休業

（ウ）育児休業

（エ）介護休業

（オ）その他、やむを得ない理由

（２）専攻医は原則として 1 つの専門研修プログラムで一貫した研修を受けなければなり

ません。ただし、次の１つに該当するときは、専門研修プログラムを移籍することができます。その場合には、プログラム統括責任者間の協議だけでなく、日本専門医機構・領域研修委員会への相談等が必要となります。

（ア）所属プログラムが廃止され、または認定を取消されたとき

（イ）専攻医にやむを得ない理由があるとき

（３）大学院進学など専攻医が研修を中断する場合は専門研修中断証を発行します。再開の場合は再開届を提出することで対応します。

（４）妊娠、出産後など短時間雇用の形態での研修が必要な場合は研修期間を延長する必要がありますので、研修延長申請書を提出することで対応します。

１９．専門研修プログラム管理委員会

基幹施設である東京医科大学病院総合診療科には、専門研修 PG 管理委員会と、専門研修 PG 統括責任者（委員長）を置きます。専門研修 PG 管理委員会は、委員長、副委員長、事務局代表者、および専門研修連携施設の研修責任者で構成されます。委員会は年 2 回以上実施し、プログラムの質の向上維持に反映します。研修 PG 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 PG 管理委員会は、専攻医および専門研修 PG 全般の管理と、専門研修 PG の継続的改良を行います。専門研修 PG 統括責任者は一定の基準を満たしています。

【基幹施設の役割】

基幹施設は連携施設とともに施設群を形成します。基幹施設に置かれた専門研修 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、専門研修 PG の改善を行います。

【専門研修 PG 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と日本専門医機構の総合診療科研修委員会への専攻医の登録
・専攻医ごとの、研修手帳及び最良作品型ポートフォリオの内容確認と、今後の専門研修の進め方についての検討
・研修手帳及び最良作品型ポートフォリオに記載された研修記録、総括的評価に基づく、専門医認定申請のための修了判定
・各専門研修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
・専門研修施設の評価に基づく状況把握、指導の必要性の決定
・専門研修 PG に対する評価に基づく、専門研修 PG 改良に向けた検討
・サイトビジットの結果報告と専門研修 PG 改良に向けた検討
・専門研修 PG 更新に向けた審議
・翌年度の専門研修 PG 応募者の採否決定

・各専門研修施設の指導報告
・専門研修 PG 自体に関する評価と改良について日本専門医機構への報告内容についての審議
・専門研修 PG 連絡協議会の結果報告

【副専門研修 PG 統括責任者】
PG で受け入れる専攻医が専門研修施設群全体で 20 名をこえる場合、副専門研修 PG 統括責任者を置き、副専門研修 PG 統括責任者は専門研修 PG 統括責任者を補佐します。

【連携施設での委員会組織】
総合診療専門研修においては、連携施設における各科で個別に委員会を設置するのではなく、専門研修基幹施設で開催されるプログラム管理委員会に専門研修連携施設の各科の指導責任者も出席する形で、連携施設における研修の管理を行います。

２０．総合診療専門研修指導医
本プログラムには、総合診療専門研修指導医が総計 9 と 2/3 名、具体的には東京医科大学病院総合診療科に 2 名、慈恵会医科大学第 3 病院に 3 名、聖路加国際病院に 2 名、立川相互病院に 1 名、河北ｻﾃﾗｲﾄｸﾘﾆｯｸ家庭医療学センターに 2/3 名在籍しております。
指導医には臨床能力、教育能力について、６つのコアコンピテンシーを具体的に実践していることなどが求められており、本 PG の指導医についてもレポートの提出などによりそれらを確認し、総合診療専門研修指導医講習会（１泊２日程度）の受講を経て、理解度などについての試験を行うことでその能力が担保されています。
なお、指導医は、以下の(1)～(6)のいずれかの立場の方より選任されており、本 PG においては(1)のプライマリ・ケア認定医 6 名、家庭医療専門医 1 名、(4)の大学病院または初期臨床研修病院で総合診療を行う医師 1 名、(6) の郡市区医師会から推薦された医師 1 名が参画しています。
(1)日本プライマリ・ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医、及び家庭医療専門医
(2)全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医
(3)日本病院総合診療医学会認定医
(4)大学病院または初期臨床研修病院にて総合診療部門に所属し総合診療を行う　医師（卒後の臨床経験 7 年以上）
(5)(4) の病院に協力して地域において総合診療を実践している医師（同上）
(6)都道府県医師会ないし郡市区医師会から≪総合診療専門医専門研修カリキュラムに示される『到達目標：総合診療専門医の６つのコアコンピテンシー』について地域で実践してきた医師≫として推薦された医師（同上）

２１．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】

PG 運用マニュアル・フォーマットにある実地経験目録様式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。総括的評価は総合診療専門研修カリキュラムに則り、少なくとも年 1 回行います。

東京医科大学病院総合診療科にて、専攻医の研修内容、目標に対する到達度、専攻医の自己評価、360 度評価と振り返り等の研修記録、研修ブロック毎の総括的評価、修了判定等の記録を保管するシステムを構築し、専攻医の研修修了または研修中断から 5 年間以上保管します。

PG 運用マニュアルは以下の研修手帳（専攻医研修マニュアルを兼ねる）と指導者マニュアルを用います。

●研修手帳（専攻医研修マニュアル）
　所定の研修手帳（資料 1）参照

●指導医マニュアル
　別紙「指導医マニュアル」参照。

●専攻医研修実績記録フォーマット
　所定の研修手帳（資料１）参照

●指導医による指導とフィードバックの記録
　所定の研修手帳（資料１）参照

２２．専攻医の採用

【採用方法】

東京医科大学病院総合診療専門研修 PG 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。

【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、東京医科大学病院総合診療専門研修 PG 管理委員会（####@xxxxxxx）に提出します。

・専攻医の氏名と医籍登録番号、専攻医の卒業年度、専攻医の研修開始年度（様　　式##）
・専攻医の履歴書（様式##）
・専攻医の初期研修修了証

以上

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></tr>
<tr><td>7:45～8:30</td><td colspan="4">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>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 rowspan="2">13:00～17:30</td><td colspan="4" rowspan="2">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 colspan="2" rowspan="6"></td></tr>
<tr><td>16:30-17:30</td><td>画像カンファレンス</td><td></td><td>心エコー読影会</td><td></td></tr>
<tr><td>（17:00～18:00）</td><td colspan="2"></td><td>CPC（月１回）</td><td></td></tr>
<tr><td>17:30～18:00</td><td colspan="4">患者申し送り（CCU にて）</td></tr>
<tr><td>18:15～19:00</td><td colspan="2" rowspan="3"></td><td>医局会</td><td colspan="2"></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><td rowspan="2">他施設合同カンファレンス（月１回）～21:00</td><td colspan="2" rowspan="2"></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、後輩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責務（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　（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。

<table>
<tr><td rowspan="2">専攻医
1年目</td><td>Subspecialty
選択科</td><td>他内科1</td><td>他内科2</td><td>他内科3</td><td>他内科4</td><td>他内科5</td><td rowspan="2">【目標】
疾患群 20以上
症例数 60以上</td></tr>
<tr><td colspan="6">※1年目にJMECCを受講（プログラム要件）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">専攻医
2年目</td><td>他内科6</td><td>他内科7</td><td>他内科8</td><td>他内科9</td><td>他内科10</td><td>他内科11</td><td rowspan="2">【目標】
疾患群 45以上
症例数 120以上</td></tr>
<tr><td colspan="5">※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</td><td>病歴提出準備</td></tr>
<tr><td rowspan="2">専攻医
3年目</td><td colspan="6">地域医療
（subspecialty重点期間はプログラム内で最長1年）</td><td rowspan="2">【修了要件】
疾患群 56以上
症例数 160以上
病歴要約 29</td></tr>
<tr><td colspan="6">初診＋再診外来を週に1回担当（プログラム要件）</td></tr>
<tr><td>その他要件</td><td colspan="7">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</td></tr>
</table>

※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。

<table>
<tr><td></td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>備考</td></tr>
<tr><td rowspan="2">初期研修
2年目</td><td colspan="6">他内科1 / 他内科2 / 他内科3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="2">症例上限51症例
病歴要約上限9症例</td></tr>
<tr><td colspan="12">※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</td></tr>
<tr><td rowspan="2">専攻医
1年目</td><td colspan="7">Subspecialty選択科</td><td>他内科4</td><td>他内科5</td><td colspan="2">他内科6</td><td rowspan="2">【目標】
疾患群 20以上
症例数 60以上</td></tr>
<tr><td colspan="12">※1年目にJMECCを受講（プログラム要件）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">専攻医
2年目</td><td colspan="2">他内科7</td><td colspan="2">他内科8</td><td>他内科9</td><td>他内科10</td><td>他内科11</td><td colspan="4">初期2年次と専攻医のローテーション
状況に応じて不足領域予備期間とする</td><td rowspan="2">【目標】
疾患群 45以上
症例数 120以上</td></tr>
<tr><td colspan="9">病歴提出準備</td></tr>
<tr><td rowspan="2">専攻医
3年目</td><td colspan="8">地域医療 Subspecialty6ヶ月＋一般内科
（subspecialty重点期間はプログラム内で最長1年）</td><td colspan="4">【修了要件】
疾患群 56以上
症例数 160以上
病歴要約 29</td></tr>
<tr><td colspan="8">初診＋再診外来を週に1回担当（プログラム要件）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>その他要件</td><td colspan="13">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</td></tr>
<tr><td>大学院進学のケース</td><td colspan="13">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。</td></tr>
</table>

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	他内科1	他内科2	他内科3	他内科4	他内科5	【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	他内科6	他内科7	他内科8	他内科9	他内科10	他内科11	【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	他内科1		他内科2		他内科3								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						他内科4		他内科5		他内科6		【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	他内科7		他内科8		他内科9	他内科10	他内科11	初期2年次と専攻医のローテーション 状況に応じて不足領域予備期間とする					【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　Subspecialty6ヶ月＋一般内科 （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。

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（令和 3 年 5 月 17 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、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。脳卒中をはじめとした、脳血管障害の症例も豊富であり、クリッピング術やバイパス術などの直達手術、血管内治療、内科的治療を経験することができます。その他としては専門指導医の充実も本学の特徴であり、脳血管内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 6 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　6)脳卒中の外科学会技術認定医等があります。

問合せ先：岡田　博史　03-3342-6111 内戦 5773

メールアドレス：h-okada@tokyo-med.ac.jp

2022 年 4 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脳神経外科、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、都立神経病院脳神経外科

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, 1-2)

(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　1744　　）

イ 腫瘍（開頭、経鼻、定位生検を含む）５０例以上（昨年手術実数　307　　）

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　721　　）

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　　74　　）

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。また、本人の希望等により連携（地域研修）プログラムを行うことが可能です。連携プログラムの地域としては茨城県、埼玉県、静岡県があります。

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　505　　）
(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　　10　名：2022 年 4 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	日
7：30	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	手術	病棟	病棟・手術・検査	外来	手術	病棟	
10							
11							
12							
13		血管内治療				説明会	
14		アンギオなどの検		病　ア		自　土曜日は第	

15 16			査			棟	ン ギ オ		血 管 内 治 療	2, 4 は休日
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（別表 1-3）

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、原則として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。
３．原則として１名以上の専門研修指導医をおいています。

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日本脳神経外科学会 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、日本脳神経外科学会 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、基幹施設及び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。

（別表1）

1. 設備状況

※該当設備がある場合は〇を、無い場合は×を

設備	基幹施設	基幹+連携施設
SPECT	〇	〇
PET	〇	〇
ナビゲーション	〇	〇
電気生理学的モニタリング	〇	〇
神経内視鏡	〇	〇
定位脳手術装置	〇	〇
放射線治療装置	〇	〇
その他特殊装置があれば名称記載	PDT	PDT

2. 関連学会認定医数等

（人数）

専門医名/認定医名	基幹施設	基幹+連携施設 合計数
日本脳卒中学会認定　脳卒中専門医	6	11
日本脳神経血管内治療学会認定　専門医	3	6
日本脳神経血管内治療学会認定　指導医	1	2
日本脊髄外科学会　脊髄外科認定医	1	2
日本脊髄外科学会　指導医	0	0
日本神経内視鏡学会　技術認定医	6	12
日本てんかん学会　専門医	0	1
日本定位・機能神経外科学会　技術認定医	0	0
日本定位・機能神経外科学会　施設認定	0	0
日本小児神経外科学会　認定医	1	2

3. 定期的カンファレンスの種類と頻度

例）M&Mカンファレンス：1回/月，神経内科との合同カンファレンス：3回/年　など

カンファレンス名	頻度※1	脳神経外科以外の参加 ※2
抄読会	1回/週	×
病理カンファレンス	2回/年	〇
東京医大カンファレンス	2回/年	×
脳卒中カンファレンス	5回/週	〇
神経放射線カンファランス	4回/年	〇
脳教カンファレンス	1回/年	×
救命救急脳神経カンファレンス	1回/週	〇
Brain cancer board	1回/月	〇

（別表2）

研修進行計画書

ルート	研修年次	施設名	主たる研修内容	研修を行う専攻医人数
A	1	東京医科大学病院	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、脊椎脊髄	1名
	2	東京都立大塚病院	脳外科一般、小児脳神経外科	
	3	東京医科大学八王子医療センター	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、脊椎脊髄	
	4	総合病院厚生中央病院	脳外科一般、血管障害、機能的疾患(神経減圧術)	
		東京医科大学茨城医療センター	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、地域	
B	1	東京医科大学病院	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、脊椎脊髄	1名
	2	東京医科大学茨城医療センター	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、地域	
	3	東京都立大塚病院	脳外科一般、小児脳神経外科	
		虎の門病院	脳腫瘍(神経下垂体)	
	4	藤枝市立総合病院	脳外科一般、血管障害、地域	
		埼玉医科大学国際医療センター	血管障害	
C	1	東京医科大学病院	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、脊椎脊髄	1名
	2	東京医科大学八王子医療センター	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、脊椎脊髄	
		新座志木中央総合病院	脳外科一般、血管障害	
	3	東京医科大学茨城医療センター	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、地域	
	4	山手メディカルセンター	脳外科一般、血管障害、地域	
		亀田総合病院	脊椎脊髄	
D	1	東京医科大学茨城医療センター	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、地域	1名
	2	東京医科大学八王子医療センター	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、脊椎脊髄	
	3	埼玉医科大学国際医療センター	血管障害	
		藤枝市立総合病院	脳外科一般、血管障害、地域	
	4	禎心会病院	血管障害	
		東京医科大学病院	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、脊椎脊髄	
E(連携プログラム埼玉県)	1	東京医科大学病院	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、脊椎脊髄	1名
	2	新座志木中央総合病院	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、地域	
	3	新座志木中央総合病院	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、地域	
	4	東京医科大学八王子医療センター	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、脊椎脊髄	
		東京医科大学病院	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、脊椎脊髄	

ルート	研修年次	施設名	主たる研修内容	研修を行う専攻医人数
F（連携プログラム茨城県）	1	藤枝市立総合病院	脳外科一般、血管障害、地域	1名
	2	東京医科大学病院	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、脊椎脊髄	
	3	東京医科大学茨城医療センター	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、地域	
	4	東京医科大学茨城医療センター	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、地域	
G(連携プログラム静岡県）	1	藤枝市立総合病院	脳外科一般、血管障害、地域	1名
	2	藤枝市立総合病院	脳外科一般、血管障害、地域	
	3	東京医科大学八王子医療センター	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、脊椎脊髄	
	4	東京医科大学病院	脳外科一般、脳腫瘍、血管障害、脊椎脊髄	
H	1			
	2			
	3			
	4			
I	1			
	2			
	3			
	4			
J	1			
	2			
	3			
	4			

専門研修施設群の構成

（別表3）

専門領域名：　脳神経外科

専門研修プログラム名称：　東京医科大学脳神経外科

専門研修基幹施設

施設名称	都道府県（コード:2桁）		医療機関（コード:7桁）			施設としての主な研修担当分野※1	統括責任者名	役職	指導医数	学会登録施設番号
	県名	xx	xx	xxxx	x					
東京医科大学病院	東京都	13	10	4001	3	1, 2, 3	河野　道宏	主任教授	10	21

※1　「施設としての主な担当分野」
1:腫瘍　2:脳血管障害　3:外傷　4:脊椎・脊髄　5:小児　6:機能　7:地域医療　8:その他

※2　「関連施設とする目的」
1:腫瘍　2:脳血管障害　3:外傷　4:脊椎・脊髄　5:小児　6:機能　7:地域医療　8:その他

※3　脳神経外科領域の専門研修責任者名

※4　1.連携／2.関連のいずれかを選択

専門研修連携施設・関連施設

No.	名称	都道府県（県名/コード:2桁）		医療機関（コード:7桁）			＜連携施設の場合＞施設としての主な研修担当分野※1 ＜関連施設の場合＞関連施設とする目的※2	施設長名※3	役職	指導医数	学会登録施設番号	施設区分※4
1	東京医科大学八王子医療センター脳神経外科	東京都	13	20	1002	9	1,2,3,4	神保 洋之	教授	3	281	1.連携
2	東京医科大学茨城医療センター脳神経外科	茨城県	8	44	3000	2	1,2,3,7	斎田 晃彦	臨床准教授	3	307	1.連携
3	東京都立大塚病院脳神経外科	東京都	13	11	1600	4	1,2,3,5,7	大坪 豊	部長	2	347	1.連携
4	藤枝市立総合病院 脳神経外科	静岡県	22	21	4000	3	1,2,3,7	田中　悠二郎	科部長	2	348	1.連携
5	新座志木中央総合病院脳神経外科	埼玉県	11	23	000 0	5	1,2,3,7	伊澤 仁之	脳神経外科部長	3	1836	1.連携
6	総合病院厚生中央病院脳神経外科	東京都	13	11	000 0	3	1,2,3,4,6,7	秋元　治朗	部長	2	2034	1.連携
7	西東京中央総合病院	東京都	13	21	6000	3	1,2,3,7	生天目　浩昭	脳神経外科部長	2	2141	1.連携
8	埼玉医科大学国際医療センター	埼玉県	11	24	20000	4	12	栗田　浩樹	脳卒中外科教授	11	14	2.関連
9	日本大学医学部 脳神経外科	東京都	13	11	9000	5	16	吉野 篤緒	主任教授	11	19	2.関連
10	東京警察病院 脳神経外科	東京都	3	10	1000	9	11,12,13	吉野　正紀	脳神経外科部長	3	160	2.関連
11	都立神経病院　脳神経外科	東京都	13	20	6000	5	14,16	高井　敬介	脳神経外科部長	5	209	2.関連
12	社会医療法人禎心会病院脳神経外科	北海道	1	10	3001	8	12	谷川 緑野	脳卒中センター長	4	293	2.関連
13	JCHO東京山手メディカルセンター 脳神経外科	東京都	13	10	4000	8	12,13	武田 泰明	脳神経外科部長	2	1766	2.関連
14	亀田総合病院 脊髄脊椎外科	千葉県	12	22	3000	4	14	久保田 基夫	部長	3	6084	2.関連
15	虎の門病院 間脳下垂体外科	東京都	13	10	3002	0	11	西岡　宏	間脳下垂体外科部長	5	8449	2.関連
16	医療法人社団広恵会　春山記念病院	東京都	13	10	4001	8	11,12,13,17	小林　聡	診療部長	1	8450	2.関連

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。

詳細は専攻医研修マニュアルの「個別目標 1～4」（15～19 頁）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、８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。
この基準に基づき毎年５名を受入数とします。

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「泌尿器科専門研修プログラム基準　専攻医研修マニュアル」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。詳細は専攻医研修マニュアルの「個別目標　１．泌尿器科専門知識」(15～16頁）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。詳細は専攻医研修マニュアルの「個別目標 ２. 泌尿器科専門技能：診察・検査・診断・処置・手術」(16～18頁）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。詳細は専攻医研修マニュアルの「(1)経験すべき疾患・病態」(20～22頁）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。詳細は専攻医研修マニュアルの「(2)経験すべき診察・検査等」(23頁）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

詳細は専攻医研修マニュアルの「③研修修了に必要な手術要件」(24～26頁）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。詳細については研修医マニュアルの「B. 全身管理」(17～18頁を参照して下さい。

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。

1) 膀胱タンポナーデ
- 凝血塊除去術
- 経尿道的膀胱凝固術

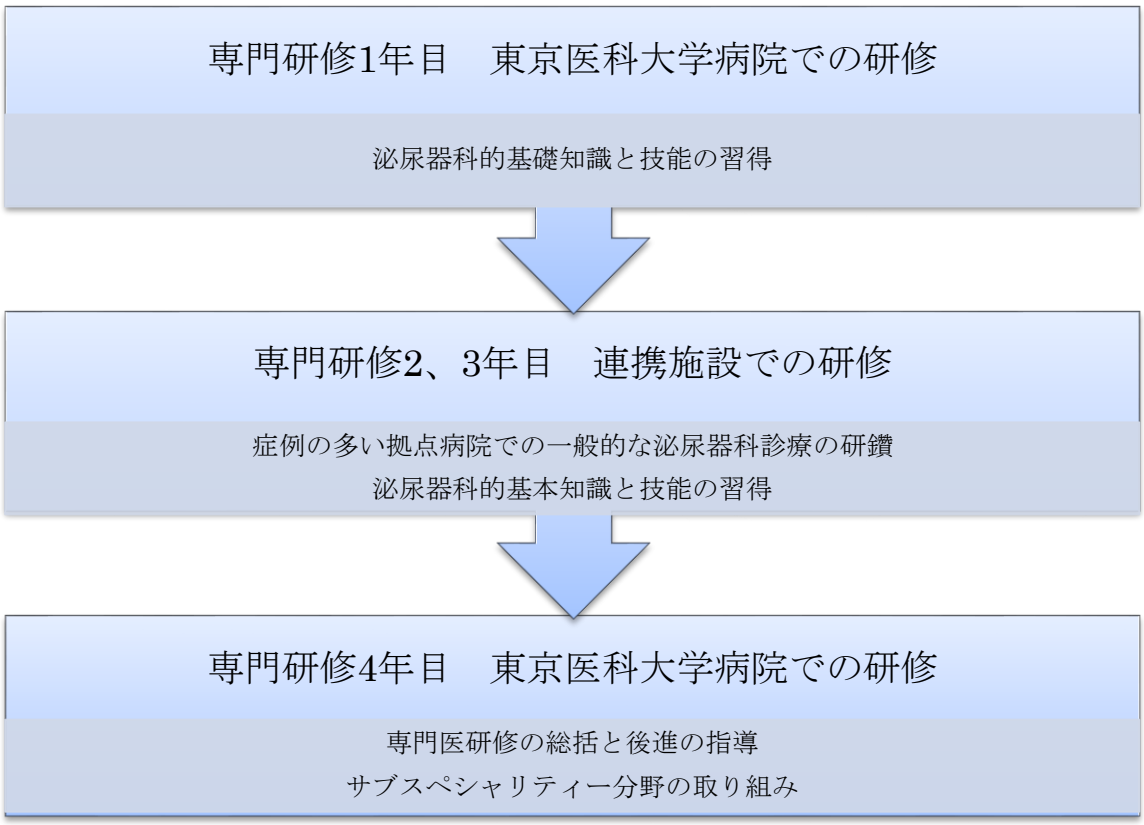
2) 急性尿閉
- 経皮的膀胱瘻造設術

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。 ・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―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。	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 ・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。	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

(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（日本泌尿器科学会からは専門医試験に向けたセルフアセスメント用の問題集が発売されています）

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) 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 2 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、福島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。

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。８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８の連携施設から構成されています。８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

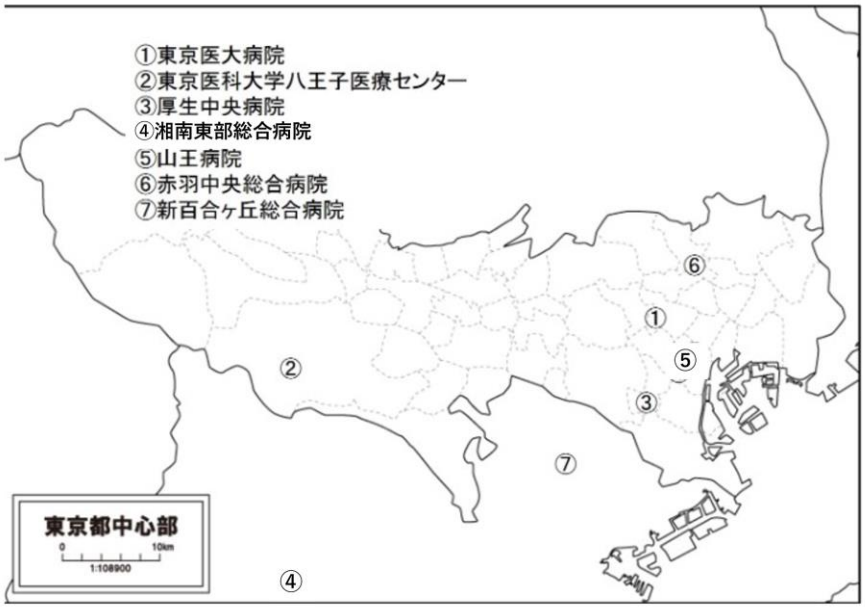
についても診療を行う施設があります。専門医基本的には症例の多い拠点病院での効率的な研修を基本としますが、同時に泌尿器科医が不在の施設または不足している施設へ定期的に出向し地域医療の現状についても理解を深めてもらいます。また、以下の地図に各連携施設と協力施設の所在を示します。

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				
赤羽総合	95	199	294				
新百合ヶ丘総合	87	95	96	○			
湘南東部総合病院	82	90	464	○			
山王病院	37	4	41	○			生殖医療

基幹・連携施設の病院機能

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	基幹	○	○		○	○	○
東京医科大学茨城医療センター	基幹	○	○	○	○	○	○
東京医科大学八王子医療センター	基幹	○	○	○	○	○	○
厚生中央	基幹		○	○		○	
赤羽総合	基幹			○		○	○
新百合ヶ丘総合	関連			○		○	
湘南東部総合病院	関連			○		○	
山王病院	基幹			○			


①東京医大病院
②東京医科大学八王子医療センター
③厚生中央病院
④湘南東部総合病院
⑤山王病院
⑥赤羽中央総合病院
⑦新百合ヶ丘総合病院
東京都中心部
0
10km
1:108900

⑧東京医科大学茨城医療センター
茨城県

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。
- 専攻医は指導医・指導責任者のチェックを受けた研修目標達成度評価報告用紙と経験症例数報告用紙を研修プログラム管理委員会に提出する。
- 書類提出時期は形成的評価を受けた翌月とする。
- 専攻医の研修実績および評価の記録は専門研修プログラム管理委員会で保存する。
- 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。
- 具体的な評価項目は専門医研修記録簿のシート 1-1～1-4 を、経験すべき症例数については専門医研修記録簿のシート 2-1、2-2、2-3-1～2-3-3 を参照してください。

(2)総括的評価

1)評価項目・基準と時期

最終研修年度(専門研修 4 年目)の研修を終えた 4 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のための測定を行います。

2)評価の責任者

専門研修期間全体を総括しての評価はプログラム統括責任者が行います。また、年次毎の評価も当該研修施設の指導責任者による評価を参考にプログラム統括責任者が行います。

3)終了判定のプロセス

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い、総合的に修了判定を可とすべきか否かを判定します。知識、技能、態度の中に不可の項目がある場合には修了とみなされません。

総括的評価のプロセスは、自己申告ならびに上級医・専門医・指導医・多職種の評価を参考にして作成された、研修目標達成度評価報告用紙、経験症例数報告用紙について、連携施設指導者の評価を参考にプログラム管理委員会で評価し、プログラム統括責任者が決定します。

4)他職種評価

看護師、薬剤師、MS などからも評価を受けるようにし、３６０度評価を行います。特に、「コアコンピテンシー　４．倫理観と医療のプロフェッショナリズム」における、それぞれのコンピテンシーは看護師、薬剤師、クラーク等の医療スタッフによる評価を参考にしてプログラム統括責任者が年 2 回、9 月と 3 月に評価を行う。

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) 日本泌尿器科学会基幹教育施設である。
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) 認定は日本専門医機構の泌尿器科領域研修委員会が定める専門研修基幹施設の認定基準に従い、泌尿器科領域研修委員会が行う。
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) 日本泌尿器科学会基幹教育施設あるいは関連教育施設である。
4) 認定は日本専門医機構の泌尿器科領域研修委員会が定める専門研修連携施設の認定基準に従い、泌尿器科領域研修委員会が行う。

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 ありますが、７つの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) 泌尿器科学会あるいは日本専門医機構の泌尿器科領域研修委員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 ありますが、７の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 2 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、福島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 22 名のため全体で 44 名までの受けいれが可能ですが、手術数や経験可能な疾患数を考慮して全体で 20 名（1 年あたりの受け入れ数にすると 5 名）を本研修プログラムの上限に設定します。

(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、福島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、房総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２回開催し、そのうちの１回は修了判定の時期に開催します。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。さらに、指導医には指導者マニュアルに準じた研修を行うように指導が行われます。その他、泌尿器科学会指導医講習会への参加、基幹施設の房総大学医学部附属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泌尿器科領域研修委員会で示される以下の対処に準じます。

- 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 カ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。
- フルタイムではないが、勤務時間は週 20 時間以上の形態での研修は 4 年間のうち 6 カ月まで認める。
- 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 3 年半以上必要である。
- 留学、病院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。
- 専門研修プログラムの移動には、専門医機構内における泌尿器科領域の研修委員会へ申請し承認を得る必要があります。したがって、移動前・後の両プログラム統括責任者の話し合いだけでは行えないことを基本とします。

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、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。

(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

研修記録簿シート 4「研修プログラム評価用紙」およびシート 5「指導医評価報告用紙」に示されるように、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を行います。提出される評価用紙は匿名化され専攻医が不利益を被らないように十分に配慮されます。

(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

専攻医は年度末（3 月）に指導医の指導内容に対する評価、研修プログラムに対する評価を、上記評価用紙により研修プログラム統括責任者に提出します。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、管理委員会では研修プログラムの改善に役立てます。研修プログラム管理委員会は、専攻医からの評価報告用紙の内容を検討し、指導医の教育能力の向上、指導体制の改善、専門研修プログラムの改善を行います。

(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は真摯に対応します。専門医の育成プロセスの制度設計と専門医の資質の保証に対しては、われわれ医師自身が、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行います。サイトビジットは同僚評価であり、制度全体の質保証にとって重要であると考えます。

(4)研修医の安全に関して

研修施設において研修医の安全にかかわる重大な問題が生じた場合は、専攻医は研修プログラム統括責任者に直接連絡することができます。必要に応じて研修プログラム統括責任者は臨時の研修プログラム管理委員会を開催し、対処法について検討します。

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

(1)研修実績および評価の記録

研修記録簿（研修目標達成度評価報告用紙および経験症例数報告用紙）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。

(2)プログラム運用マニュアル

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。

1） 専攻医研修マニュアル
　別紙「専攻医研修マニュアル」参照。
2） 指導者マニュアル
　別紙「指導医マニュアル」参照。
3） 研修記録簿フォーマット
　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行い記録してください。少なくとも半年に1回は形成的評価を行って下さい。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。
4） 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。

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、毎年 7 月から説明会等を行い、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入手可能です。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、東京医科大学泌尿器科専門研修プログラム管理委員会および、泌尿器科研修委員会に提出します。

- 専攻医の氏名と医籍登録番号、日本泌尿器科学会会員番号、専攻医の卒業年度、専攻医の研修開始年度
- 専攻医の履歴書
- 専攻医の初期研修修了証

20. 専攻医の修了要件

房総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おいて以下の条件を満たすこと

- 泌尿器科専門知識：全ての項目で指導医の評価が a または b
- 泌尿器科専門技能：診察・検査・診断・処置・手術：全ての項目で指導医の評価が a または b
- 継続的な科学的探求心の涵養：全ての項目で指導医の評価が a または b
- 倫理観と医療のプロフェッショナリズム：全ての項目で指導医の評価が a または b

詳細は専攻医研修マニュアルの「個別目標 1～4」（15～19 頁）を参照して下さい。

(2)手術に関する研修目標

- 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

詳細は専攻医研修マニュアルの「③研修修了に必要な手術要件」(24～26 頁）を参照してください。

(3)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
- 経験すべき診察・検査等についてその経験数が各 2 回以上

詳細は専攻医研修マニュアルの「(1)経験すべき疾患・病態」(20～22 頁)、「(2)経験すべき診察・検査等」(23 頁) を参照してください。

(4)講習などの受講や論文・学会発表：　40 単位（更新基準と合わせる）

- 専門医共通講習（最小５単位、最大１０単位、ただし必修３項目をそれぞれ１単位以上含むこと）
  - 医療安全講習会：４年間に１単位以上
  - 感染対策講習会：４年間に１単位以上
  - 医療倫理講習会：４年間に１単位以上
  - 保険医療（医療経済）講習会、臨床研究/臨床試験研究会、医療法制講習会、など
- 泌尿器科領域講習（最小２０単位、最大３５単位）
  - 日本泌尿器科学会総会での指定セッション受講：１時間 1 単位
  - 日本泌尿器科学会地区総会での指定セッション受講　：１時間 1 単位
  - その他　日本泌尿器科学会が指定する講習受講：１時間１単位
- 学術業績・診療以外の活動実績（最大 10 単位）
  - 日本泌尿器科学会総会の出席証明：3 単位
  - 日本泌尿器科学会地区総会の出席証明：3 単位
  - 日本泌尿器科学会が定める泌尿器科学会関連学会の出席証明：2 単位
  - 日本泌尿器科学会が定める研究会等の出席証明：1 単位
- 論文著者は 2 単位、学会発表本人は 1 単位。

別添資料一覧

1. 専攻医研修マニュアル
2. 専攻医研修記録簿
3. 専門研修指導マニュアル

（以下についてはプログラム担当者にお問い合わせください）

4. 専門研修プログラム管理委員会構成員（別紙 1）
5. 専門研修施設群の構成（別紙 2）
6. 専門研修プログラム統括責任者履歴書（別紙 3）
7. 専門研修指導医一覧表（別紙 4）
8. 専攻医募集定員計算シート（別紙 5）
9. 専門研修施設群における診療実績（別紙 6）
10. 基幹および連携施設の診療実績（別紙 7）

2022 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，戸田中央総合病院，上尾中央総合病院，福島県立医科大学附属病院を研修連携施設として、新座志木中央総合病院を準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）：原田和俊（診療科長）

専門領域：皮膚腫瘍，皮膚附属器疾患

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：堺　則康	専門領域：遺伝性皮膚疾患、血管炎
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：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

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
指導医：黒木香奈

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）：坪井良治

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）：平野宏文

研修連携施設：福島県立医科大学附属病院
所在地：福島県福島市光が丘 1 番地
プログラム連携施設担当者（指導医）：山本俊幸

指導医：大塚　幹夫、花見　由華、菊池　信之、森　龍彦

研修準連携施設：新座志木中央総合病院
所在地：埼玉県新座市東北 1-7-2

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：原田和俊（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）
：堺　則康（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
：飯島　志布（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）

：坪井良治（戸田中央総合病院皮膚科部長）
：平野宏文（上尾中央総合病院皮膚科部長）
：山本俊幸（福島県立医科大学附属病院皮膚科主任教授）

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	150 人	13.8 人	914 件	53 件	11 人

東京医科大学八王子医療センター	60.1 人	8.8 人	741 件	27 件	2 人
東京医科大学茨城医療センター	55.6 人	12.0 人	341 件	6 件	2 人
戸田中央総合病院	60 人	5 人	350 件	0 件	1 人
上尾中央総合病院	62.5 人	2.9 人	294 件	0 件	1 人
福島県立医科大学附属病院	90 人	15 人	1007 件	41 件	5 人
合計	478.2 人	57.5 人	3647 件	127 件	22 人

D．募集定員：７人

①通常プログラム：４名

②連携プログラム：３名

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研修開始届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，戸田中央総合病院，上尾中央総合病院，福島県立医科大学附属病院では，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。

３．新座志木中央総合病院では、アトピー性皮膚炎、白癬などの皮膚科外来で頻度の高い疾患を中心に研修し、指導医不在の一人医長として、最長 1 年間の研修を行う可能性がある。一人医長として研修する専攻医は，東京医科大学医学部皮膚科の指導医と密に連絡を取り，診療の相談，カンファレンスへの参加を随時行う。

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。

なお、研修の進捗状況によって、研修後半の連携施設での研修を準連携施設（一人医長）での研修とする可能性がある。

・通常プログラム

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	基幹	連携	連携 （福島県立医科大学）	基幹	基幹
e	連携	大学院 （研究）	大学院 （研究）	大学院 （研究）	大学院 （研究）
f	基幹	連携	大学院 （研究）	大学院 （研究）	大学院 （研究）
g	基幹	連携	連携	大学院 （研究）	大学院 （研究）
h	基幹	連携	基幹	大学院 （研究）	大学院 （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：3 年目に福島県立医科大学に出向するコース。地方における総合的な研修を行うことが出来る。

e：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。

f：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。

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。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。

h：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。

・連携プログラム

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	基幹	茨城 連携施設	茨城 連携施設	埼玉 連携施設
b	茨城 連携施設	茨城 連携施設	埼玉 連携施設	基幹	基幹
c	基幹	福島県立 医科大学	福島県立 医科大学	埼玉 連携施設	基幹

＊連携プログラム枠にて採用されたものは、5 年間の研修期間のうち、半分以上を特定の地域にて研修を行う。なお、上記は例であり、研修状況や施設の状況により変更となる可能性がある。

a：最初の 2 年間を東京医科大学および都内の研修連携施設などで研修し、残りの 3 年間を茨城県や埼玉県などの連携施設で研修する。

b：最初の 3 年間を茨城県や埼玉県といった連携施設で研修し、残りの 2 年間を東京医科大学および都内の研修連携施設で研修する。

c：最初と最後の 1 年間（合計 2 年間）を東京医科大学および都内の研修連携施設で研修し、2 年目から 4 年目までの 3 年間を福島県立医科大学や埼玉県の連携施設で研修する。

２．研修方法

１）東京医科大学皮膚科

外来：診察医に陪席し，外来診察，皮膚科的検査，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。皮膚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。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。皮膚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	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，第一線の皮膚科医療，皮膚処置，手術法を習得する。臨床カンファレンス，皮膚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	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

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	小手術	小手術	小手術	小手術		

	外来	外来	外来	褥瘡回診	ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ		

福島県立医科大学附属病院：

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。皮膚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安全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 手術	外来	外来 手術	外来		
午後	病棟 回診	病棟 病理	病棟 ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ	病棟 回診	病棟		

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。

４）研修準連携施設

新座志木中央総合病院では現在指導医が不在であるが，地域医療を担う重要な病院である。皮膚科医として独立した診療が出来るよう経験と知識をより深化するため専門研修の後半に 1 年間に限り，1 人での診療を行うことがある。また、大学病院に患者紹介や診療相談を行うことにより，病診連携を習得する。

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.「研修手帳」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．専攻医研修管理システムおよび会員マイページ内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専攻医研修管理システムを用いて下記（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。

2021 年 1 月 6 日

東京医科大学皮膚科

専門研修プログラム統括責任者

原田　和俊

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　［整備基準 1-①■］

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　［整備基準 2-②■］

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　［整備基準 2-③■］

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 7 月にオープンした新病院における、充実した環境の中で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　［整備基準 2-③ⅰ、ⅱ、ⅲ■］

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、日本大学医学部附属板橋病院、がん研究会有明病院、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）［整備基準 2-③ⅳ■］

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　［整備基準 2-③ⅴ■］

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　［整備基準 5-①②⑨■、6-②■］

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
がん研究会有明病院	組織(生検、手術)、迅速、剖検、細胞診	連携施設1群	700	19	15	10	29318	4656	39280
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
東京警察病院	組織(生検、手術)、迅速、剖検、細胞診	連携施設２群	415	3	2	12 (3)	5470	215	5145
永井マザーズホスピタル	組織(生検、手術)、細胞診	連携施設２群	30	2	2	0	2069	0	6138

※（　）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　［整備基準 5-④⑥⑦■］

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 76 症例、病理専門指導医数は 16 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　［整備基準 3-①②③④■］

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、頸部・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

<table>
<tr><th></th><th>生検当番</th><th>切出当番日</th><th>剖検当番日</th><th>当番外</th></tr>
<tr><td rowspan="2">午前</td><td>生検診断、
細胞診</td><td rowspan="2">手術検体
切出</td><td rowspan="4">剖検
（待機中は
手術材料診
断など）</td><td rowspan="4">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</td></tr>
<tr><td>（随時）
迅速診断、
生検体処理</td></tr>
<tr><td rowspan="3">午後</td><td>指導医による診
断内容チェック</td><td>手術検体
切出</td></tr>
<tr><td>（随時）
迅速診断、
生検体処理</td><td>生検診断と指導医
によるチェック</td></tr>
<tr><td colspan="4">カンファレンス参加</td></tr>
</table>

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)、皮膚科カンファレンス、
　　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　［整備基準 5-⑧■］

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　［整備基準 4-①②■］

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　［整備基準 2-①■］

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　［整備基準 6-⑦■］

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　［整備基準 5-⑤■］

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 76 症例、病理専門指導医数は 16 名（病理専門医数：67 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　［整備基準 5-③■］

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　［整備基準 6-⑤■］

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）
　　東京医科大学人体病理学分野講師・准教授（2012 年）
　　現職（2019 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：中津川 宗秀
・日本医科大学付属病院：大橋 隆治
・東京慈恵会医科大学附属病院：鷹橋 浩幸
・日本大学医学部附属板橋病院：増田 しのぶ
・がん研究会有明病院：竹内 賢吾
・弘前大学医学部附属病院：黒瀬 顕
・聖路加国際病院：鹿股 直樹
・帝京大学ちば総合医療センター：山崎 一人
・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：井上 理恵
・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：野口 寛子

・厚生中央病院：黒田 雅彦
・東京警察病院：帯包 妃代
・永井マザーズホスピタル：永井 毅

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　［整備基準 1-②■］

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　［整備基準 1-①■］

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）　［整備基準 2-①■］

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　［整備基準 2-②■］

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）医師としての責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　［整備基準 2-③■］

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　［整備基準 7-①②③■］

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　［整備基準 4-①■］

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　［整備基準 4-②■］

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［整備基準 6-①④■］

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［整備基準 6-②■］

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［整備基準 6-③■］
・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［整備基準 7-③■］
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［整備基準 5-⑪■］
・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［整備基準 8-①■］
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［整備基準 8-②■］
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［整備基準 8-③■］
・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［整備基準 9-①■］

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［整備基準 9-②■］

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。

東京医科大学麻酔科専門研修プログラム 2022 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（計20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を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

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・東京医科大学茨城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, 基幹病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, 基幹病院あるいは, 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, 基幹病院あるいは, 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, 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，立川綜合病院のいずれかにおいて研修を行う.

- **産科麻酔**では，基幹病院あるいは，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，立川綜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，新潟県，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	本院または	本院または	本院または	本院または

前期	本院(ペイン)	心臓麻酔研修	本院(ペイン)	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

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)

中澤　弘一(麻酔，集中治療)

濱田　宏(麻酔，緩和医療，ペインクリニック，集中治療)

荻原　幸彦(麻酔，集中治療)

福井　秀公(ペインクリニック，麻酔)

柿沼　孝泰(麻酔，心臓麻酔)

関根　秀介(集中治療，麻酔)

沖田　綾乃(麻酔)

石田　裕介(麻酔)

齊木　巌(麻酔)

崔　英姫(麻酔)

鈴木　直樹(麻酔，小児麻酔)

齊木　梨香子(麻酔)

倉地　聡子(麻酔，緩和医療)

鎌田　早紀(麻酔)

小林　賢礼(麻酔)

長倉　知輝(麻酔)
宮﨑　夏未(麻酔, 心臓麻酔)

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.

② 専門研修連携施設 A

● 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, ペインクリニック)
濵田 隆太 (麻酔)
岡田　寿郎(麻酔)

認定病院番号 172
特徴:
茨城県南部における急性期中核病院であり,「がん」,「総合救急」,「高齢者・機能障害者」,「小児・周産期」の 4 つの分野の充実を図っている. それらに応じた手術を中心に, 小児麻酔, 整形外科麻酔, 呼吸器外科麻酔, 脳神経外科麻酔を含めた麻酔研修, 重症患者に対する集中治療, 地域における救急医療の研修を行う.

● 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:板橋　俊雄
専門研修指導医:
板橋　俊雄(麻酔)
岩瀬　直人(麻酔、ペイン)
富野　美紀子(麻酔、心臓麻酔)
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. 特に, 生体腎移植,
生体肝移植など移植医療の麻酔を経験できる.

● 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、機構専門医、麻酔、睡眠医療、呼吸生理、気道管理)

田口　奈津子(学会指導医、機構専門医、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)

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)

齊藤　渓(学会指導医、麻酔)

孫　慶淑(学会指導医、麻酔、心臓麻酔)

奥山　めぐみ(麻酔、心臓麻酔)

波照間　友基(学会指導医、麻酔)

専門医:

石橋　克彦(麻酔)

坂口　雄一(麻酔)

林田　泰一郎(麻酔)

山岸　頌子(麻酔)

山田　高之(麻酔)

多羅尾　健太郎(麻酔)

髙井　啓有(麻酔)

泰地　沙季(麻酔)

山地　芳弘(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．さらに，当教室の緩和ケア病棟で全人的に患者と向き合い，症状治療の重要性を学ぶこともできる．また、大学院生として臨床研究を行いながら麻酔科研修ができるのも大きな特徴である．研修期間中に手術麻酔，ペインクリニック，緩和医療の充分な臨床経験を積む．通常の全身麻酔・硬膜外麻酔・脊髄くも膜下麻酔・神経ブロックの症例経験に加え，下記の特殊麻酔の担当医として本プログラム割り当て件数内で可能な限り経験する．

● 東京女子医科大学病院

研修プログラム統括責任者:長坂　安子(麻酔)

専門研修指導医:
長坂　安子(麻酔)
野村　実　(麻酔)
尾崎　恭子(麻酔)
黒川　智　(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)
佐久間　潮里(麻酔)
土井　健司(麻酔)
中澤　圭介(麻酔)
古井　郁恵(麻酔)
三好　ふたば(麻酔)
石川　高　(麻酔)
福島　里沙(麻酔)
神谷　岳史(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)
佐藤　暢夫(麻酔, 集中治療)
出井　真史(集中治療)
専門医:
原村　陽子(麻酔)
長谷川　晴子(麻酔)
継　容子(麻酔)
津久井　亮太(麻酔)
佐藤　碧星(麻酔)
浅野　麻由(麻酔)
森脇　翔太(麻酔)
林　千晴(麻酔)
山本　偉(麻酔)
山本　舞(麻酔)

幸野　真樹(集中治療)

認定病院番号:32
特徴:
豊富な症例数を背景として包括的な麻酔研修・集中治療・ペインクリニック・緩和の研修も可能です.心臓麻酔研修は特に力を入れており,心臓麻酔専門医の取得も可能です.多種の臓器移植(心臓・肝臓・腎臓)や合併症(先天性心疾患等)妊娠の管理,エコーガイド下ブロック麻酔研修など様々なスペシャリティに対応します.

● 立川綜合病院
研修プログラム統括責任者:桑原　淳
専門研修指導医:
桑原　淳(麻酔, 心臓血管麻酔, 神経ブロック)
佐藤　敬太(麻酔, 心臓血管麻酔, 集中治療)
市川　拓(麻酔, 心臓血管麻酔, 神経ブロック)

認定病院番号　1469
特徴:
新潟県内で中心的な役割を果たす手術施設. 特に県内随一の心臓血管手術症例数を誇り, 高度な心臓血管麻酔の修練が可能.

● 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)
伊佐田　哲朗(麻酔)
安藤　千尋(麻酔)

認定病院番号:587
特徴:埼玉県南部地域における急性期中核病院である. 小児麻酔, 心臓外科麻酔, 呼吸器外科麻酔, 脳神経外科麻酔, 移植外科麻酔を含めた総合的な麻酔研修を行うとともに, 重症患者に対する集中治療, 及び, 地域における救急医療の研修を行う.

● 三井記念病院
研修プログラム統括責任者:横塚　基

専門研修指導医:
横塚　基(麻酔，心臓麻酔)
竹内　純平(麻酔，心臓麻酔)
大槻　達郎(麻酔，心臓麻酔)
佐藤　瑞穂(麻酔，産科麻酔)
今井　恵理哉(麻酔，集中治療)
田中　真佑美(麻酔)
本田　香織(麻酔)
山本　麻里(麻酔)
小平　亜美(麻酔)
滑川　元希(麻酔)
大野　長良(麻酔，心臓麻酔)

認定病院番号:68
特徴:
心臓麻酔を中心に幅広い症例を経験できる

③ 専門研修連携施設B

● 熊本大学病院

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)
生田　義浩(麻酔)
鷺島　克之(麻酔，集中治療)
江嶋　正志(麻酔，集中治療)
野中　崇広(麻酔)
小松　修治(麻酔，ペインクリニック)
橋本　正博(麻酔)
山田　寿彦(麻酔，ペインクリニック)
石村　達拡(麻酔)
徳永　祐希子(麻酔，緩和医療)
小野田　昌弘(麻酔)
専門医:
林田　裕美(麻酔)
宮川　直子(麻酔)

大吉　貴文(麻酔)
吉田　拡二(麻酔)
原　万里恵(麻酔)
光田　祐樹(麻酔)
桑原　麻菜美(麻酔, 集中治療)
中島　拓郎(麻酔, 集中治療)
中村　真吾(麻酔)

認定病院番号:34
特徴:
ペイン, 集中治療, 緩和ケアのローテーション可能.

● 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
麻酔科指導医:
大西　佳彦
吉谷　健司
金澤　裕子
前田　琢磨
南　公人
麻酔科専門医:
下川　亮
中野　雄介
加澤　昌広
堀田　直志
森永　将裕
三浦　真之介

認定病院番号:168
特徴:
循環器専門病院で, 2019 年に吹田市岸部の新病院へ移転しました. 手術室はハイブリッド手術室 4 室とロボット手術室 1 室, 陰圧手術室 1 室を合わせて総 12 室で運営しています. 心臓外科手術は成人, 血管, 小児合わせて年間 1200 症例施行されています. 脳外科手術は年間 300 症例で, 産科手術は心疾患合併帝王切開手術を中心に年間 100 症例, 循環器内科やカテーテル治療を合わせて年間 2400 症例麻酔科管理をおこなっています.

● 国立成育医療研究センター

研修実施責任者:鈴木　康之

専門研修指導医:

鈴木　康之(小児麻酔・集中治療)

大原　玲子(産科麻酔)

糟谷　周吾(小児麻酔)

佐藤　正規(産科麻酔)

蜷川　純(小児麻酔)

山下　陽子(産科麻酔)

行正　翔(小児麻酔)

馬場　千晶(小児麻酔)

宮坂　清之(小児麻酔)

古田　真知子(小児麻酔)

松永　渉(産科麻酔)

浦中　誠(小児麻酔)

橋谷　舞(小児麻酔)

阿部　真友子(産科麻酔)

伊集院　亜梨紗(産科麻酔)

専門医:

時任　剛志(小児麻酔)

竹内　洋平(小児麻酔)

清水　薫(麻酔・集中治療)

一柳　弘希(小児麻酔)

認定病院番号:87

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.

● 小山記念病院

研修実施責任者:角田　健

専門研修指導医:
角田 健
田上 惠
近江 明文
専門医:太田 亮
笠間 哲彦

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.

● 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(麻酔・小児麻酔)
佐々木 麻美子(麻酔・小児麻酔)
濱屋 和泉(麻酔・小児麻酔)
古賀 洋安(麻酔・小児麻酔)
大橋 智(麻酔・小児麻酔)
駒崎 真矢(麻酔・小児麻酔)
石田 佐知(麻酔・小児麻酔)
河邉 千佳(麻酔・小児麻酔)

認定病院番号 399
特徴:
・研修者の到達目標に応じて，小児麻酔・周術期管理の研修が可能です.
・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，テータ解析，論文執筆のアドバイスを行います.

● 自治医科大学附属病院

自治医科大学医学部附属病院
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)
平　幸輝(術後鎮痛, 周術期管理)
方山　加奈(麻酔)
吉積　優子(産科麻酔)
島田　宣弘(ペインクリニック, 緩和)
永川　敦士(心臓麻酔)
佐多　奈保(麻酔)
永野　達也(小児麻酔, 小児集中治療)
篠原　貴子(小児麻酔)
竹内　端枝(緩和)
専門医:
杉本　健三郎(心臓麻酔)
芝　順太郎(移植麻酔)
須藤　智幸(麻酔)
時任　里奈(麻酔)
藤田　裕壮(麻酔)
菊地　紘彰(麻酔)
山本　令子(麻酔)
橘木　浩平(小児集中治療)
原　鉄人(麻酔)
山田　衣璃(麻酔)
平岡　希生(麻酔)
久野村　正嗣(麻酔)
島　惇(集中治療)

麻酔科認定病院番号:105
特徴:

当院は全国初の大学病院併設型の子ども医療センターを有し，周産期母子センター，救急救命センター，がん拠点病院といった多数の機能を有している．そのため経験できる症例は実に幅広く，夜間帯に小児手術と，多発外傷，緊急帝王切開等を並行して行うようなことも決して珍しくない．当院で研修を行い同期と症例を共有することで体得される知識と技術は，教科書や文献では決して得られない貴重なものになるだろう．

● 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）

大塚　祐史（麻酔・心臓麻酔）

松野　由衣（麻酔・ペイン）

飯塚　悠祐（麻酔・集中治療）

瀧澤　裕　（緩和ケア・ペイン）

佐藤　和香子（麻酔）

吉永　晃一（麻酔・心臓麻酔）

認定病院番号　961

特徴：

・独立型ICUへのローテーション可能．

・豊富な心臓大血管手術、呼吸器外科手術症例．

● 順天堂大学医学部附属順天堂医院

研修実施責任者：林田　眞和

専門研修指導医：

林田　眞和（心臓血管外科麻酔）

西村　欣也（小児麻酔）

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（麻酔全般）

石川　晴士（胸部外科麻酔・術前外来）

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（麻酔全般・小児麻酔）

原　厚子（脳神経外科麻酔）

工藤　治（麻酔全般）

千葉　聡子（ペインクリニック）
山本　牧子（麻酔全般・心臓血管外科麻酔）
掛水　真帆（麻酔全般・心臓血管外科麻酔）
菅澤　佑介（麻酔全般・心臓血管外科麻酔）
岡原　祥子（産科麻酔）
須賀　芳文（産科麻酔）
片岡　久実（麻酔全般・小児麻酔）
河合　愛子（ペインクリニック）
黒澤　暁子（麻酔全般）
門倉　ゆみ子（麻酔全般）
専門医：
濱岡　早枝子（ペインクリニック）
鈴木　博子（ペインクリニック）
清水　礼佳（ペインクリニック）
岩野　雄一（産科麻酔）
河内山　宰（麻酔全般）
新見　奈央子（麻酔全般）
林　愛（麻酔全般）
櫻谷　初奈（麻酔全般）
岸井　絢（麻酔全般）
結束　さやか（麻酔全般）

麻酔科認定病院番号　12
特徴：
各診療科の手術数が多く最先端医療の導入にも積極的であるため，豊富な麻酔症例を経験できる．ペインクリニック，緩和ケア，集中治療、産科麻酔（無痛分娩・帝王切開）の長期・短期のローテーションも可能である．多職種で構成される包括的な術前外来も整備され，麻酔安全面へ大きく寄与している．

● 西東京中央総合病院
研修実施責任者：西山　隆久
専門研修指導医：
西山　隆久（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.

● 松波総合病院

研修実施責任者: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, 心臓麻酔, ペインクリニック)

橋本　慎介(麻酔, 心臓麻酔)

田中　亜季(麻酔, 集中治療)

小島　明子(麻酔, 集中治療)

三上　大介(麻酔)

専門医:

三上大介　辻奈々子

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.

● 山形大学医学部附属病院

専門研修責任者:川前　金幸

専門研修指導医:

川前　金幸

岡田　真行

飯澤　和恵

鈴木　博人

成澤　あゆ香

黒田　美聡

松浦　優

八島　望

中村　直久

森谷　真知佳

鑓水　健也

早坂　達哉

小野寺　悠

麻酔科認定病院番号133

特徴:
集中治療, ペインクリニックのローテーション可能.
心臓血管麻酔専門医認定施設です.

● 静岡医療センター

研修プログラム統括責任者:小澤　章子
専門研修指導医:
小澤　章子(麻酔, 集中治療)
今津　康宏(麻酔, 集中治療)
専門医:
波里　純子(麻酔, 集中治療)

麻酔科認定病院番号:866
特徴:
地域医療支援病院として循環器疾患を中心に急性期治療を行っている. 集中治療のローテーション可能.

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(2021 年 9 月ごろを予定)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　プログラム担当　柿沼孝泰
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
　　kakitaka@tokyo-med.ac.jp
Website　https://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, 東京医科大学茨城医療センター(茨城県), 埼玉県立小児医療センター(埼玉県), 松波総合病院(岐阜県), 戸田中央総合病院(埼玉県), 千葉大学医学部附属病院(千葉県), 山形大学医学部附属病院(山形県), 立川綜合病院(新潟県)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.

14. 専攻医の就業環境の整備機能(労務管理)

研修期間中に常勤として在籍する研修施設の就業規則に基づき就業することとなる. 専攻医の就業環境に関して, 各研修施設は労働基準法や医療法を順守することを原則とする. プログラム統括責任者および各施設の研修責任者は専攻医の適切な労働環境(設備, 労働時間, 当直回数, 勤務条件, 給与なども含む)の整備に努めるとともに、心身の健康維持に配慮する.

年次評価を行う際, 専攻医および専門研修指導医は研修施設に対する評価(Evaluation)も行い, その内容を専門研修プログラム管理委員会に報告する. 就業環境に改善が必要であると判断した場合には、当該施設の施設長、研修責任者に文書で通達・指導する.

東京医科大学臨床検査専門研修プログラム

2022 年 5 月

東京医科大学　医学部医学科

臨床検査医学分野

東京医科大学臨床検査専門研修プログラム

目次

１．　東京医科大学臨床検査専門研修プログラムについて
２．　臨床検査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・技能の習得について
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．　年次毎の研修計画について
９．　専門研修の評価について
１０．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．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について
１６．専攻医の受け入れ数について
１７．Subspecialty 領域について
１８．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．専門研修指導医について
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について

１．東京医科大学臨床検査研修プログラムについて

（１）東京医科大学大学臨床検査研修プログラムの目的と使命

東京医科大学臨床検査研修プログラムの目的と使命は以下の５点にまとめられます。

１）専攻医が臨床検査に関する知識、技能を習得すること。
２）専攻医が臨床検査を通して診療に貢献すること。
３）専攻医が臨床検査の研究法を習得すること。
４）専攻医が医師として適切な態度と高い倫理性を備えることにより、患者・メディカルスタッフに信頼され、プロフェッショナルとしての誇りを持つこと。
５）臨床検査専門医の育成を通して国民の健康・福祉に貢献すること。

臨床検査はEvidence Based Medicineにおける客観的な指標として、診療にかかせないものです。臨床検査の全般において、その品質の向上と維持に努め、適切かつ信頼性の高いサービスを通して良質で安全な患者診療に貢献する専門医が臨床検査専門医です。そのような専門医を育成すべく、東京医科大学臨床検査研修プログラムにおいては指導医がみなさんの教育・指導にあたりますが、みなさんも主体的に学ぶ姿勢をもつことが大切です。本研修プログラムでの研修後に皆さんは、臨床検査の基礎医学的背景、方法論、臨床的意義を十分に理解し、それを元に医師をはじめ他のメディカルスタッフと協力して適正な医療の実践に貢献することになります。

具体的な例として、γ-GTという検査項目を取り上げて臨床検査専門医を特徴づけてみます。この項目が胆汁うっ滞やアルコール飲酒で高値となることは医学生でも知っています。しかし、なぜ高値になるのかを説明するためには、この物質がどのように合成され(アルコールやある種の薬剤で誘導される)、どのように代謝される（本来は肝細胞膜に存在し、胆汁中に排泄されるが閉塞機序で血流に入る）のかを知る必要があります。また、値付けの根拠やその標準化、測定法の概要の知識を持つことは、信頼できるデータを提供するため、または思わぬ検査エラーにも対処するために必要なことです。このように、臨床検査専門医は臨床検査医学、臨床医学全般に関わる総合的な科学者と位置づけられます。この学際的な側面は、診療だけでなく研究にも参画できる能力を発揮することになります。

本研修プログラムでは、臨床検査医学総論、一般臨床検査学・臨床化学、臨床血液学、臨床微生物学、臨床免疫学・輸血学、遺伝子関連検査学、臨床生理学の基本７科目の研修を行います。基幹施設である東京医科大学病院で、多くの研修

を行いますが、連携施設での研修を行うことにより、深みのある研修となるように工夫しています。

研修の修了が認定されたら専門医認定試験の受験資格が与えられます。この試験に合格すると、臨床検査専門医となります。臨床検査専門医には、さらに経験を積み大規模中規模施設の臨床検査部門を管理・運営すること、指導医となって現在は数少ない臨床検査専門医を育成すること、教育研究機関において臨床検査医学の教育研究を担うことが期待されます。

（2）カリキュラム制研修について

初期臨床研修後の専攻医、それ以外でも希望する専攻医には、このプログラムに即した研修をしてもらいます（プログラム制）。

一方、臨床検査専門医を目指す者として、初期臨床研修後すぐに専攻医となるのはもちろんのこと、他領域で経験を積んだ後に当該専門領域のキャリアを踏まえて、より検査診断に特化した力量と資質の習得を目指すことも重要です。臨床検査をストレート研修した者と、様々な経験の後に研修した者、両者が横断性のある臨床検査専門医の集団を形成していくことが、臨床検査医学の発展およびそれに基づく良質かつ安全な患者診療の提供に貢献します。臨床経験豊富な他基本領域専門医取得者には、初期臨床研修修了後の専攻医と同じプログラム制の研修はそぐわないと考えられ、この場合は、カリキュラム制の研修を行うことを可能とします。また、初期臨床研修修了後に義務年限を有する場合や、特別な事情でプログラム制の研修が困難な場合にもカリキュラム制研修を選択できます。カリキュラム制とは、研修の形態の詳細は問わず、到達目標を達成すれば認定試験受験資格を与えるものです。本プログラムは初期臨床研修直後のプログラム制によるストレート研修を想定したものですが、カリキュラム制の専攻医についても適宜記載してありますので、担当箇所を注意して読んでください。

（3）日本臨床検査医学会入会について

日本臨床検査医学会は、日本医学会の基本領域の学会であり、臨床検査専門医制度を日本専門医機構の一員として運営しています。制度の運営だけでなく、講習会などの提供、研修施設の指導を通して、専攻医の研修をサポートします。専攻医は会員であることが要件になりますので、研修開始後すみやかに入会手続きをとってください。

２．臨床検査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

臨床検査専門医は初期臨床研修終了後、3年間の専門研修で育成されます。なお、このプログラムは原則、初期研修修了後の3年間のストレート専門研修を想定していますが、事情により、例えば週2日の研修を5年などのオプションを用意することも可能ですので、詳細は相談ください。

（１） 初期臨床研修中に選択必修あるいは自由選択により臨床検査を研修することはできますが、これを専門研修の一部に充てることはできません。

（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（コアコンピテンシー）と日本臨床検査医学会が定める「臨床検査専門研修カリキュラム」（別添）にもとづいて臨床検査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します。具体的な評価方法は後の項目で示します。

（３） 臨床検査の基本科目とそのおおまかな研修期間は以下の通りです。原則として基本検査科目ごとに独立し集中して研修し、ローテーションすることになります。その順序は原則自由ですが、超音波診断医としての業務が想定されることが多いため、臨床生理学の研修を優先させることを奨励しています。

① 臨床検査医学総論：2～4ヶ月
② 一般臨床検査学・臨床化学：4～6ヶ月
③ 臨床血液学：4～7ヶ月
④ 臨床微生物学：4～7ヶ月
⑤ 臨床免疫学・輸血学：2～4ヶ月
⑥ 遺伝子関連検査学：1～2ヶ月
⑦ 臨床生理学：2～6ヶ月

（４） 各年の習熟目標としては、検査報告書の作成を例にすると、1年目は指導医の点検を必要とするレベルから、2、3年目には指導医の点検を必要としないレベルを目指します。後に述べるRCPCは全期間を通して行います。また研究などの学術的活動も1年目終了後に随時行うことができます。

（５） 各基本科目の施設内での研修は以下のように行います。

① 病院検査部門で臨床検査技師の助力のもとに各種検査を実施(経験するレベル)、見学する。
② 病院検査部門で指導医の指導のもとで各種検査の結果を判定し、報告書発行が業務となっている場合は報告書を作成する。
③ 病院検査部門で指導医の指導のもとで各種コンサルテーションに応え、記録を作成する。

④　指導医による講義により検査に関連する知識を得る。
⑤　検査部門または臨床科のカンファレンスに参加して学習する。
⑥　指導医と上級臨床検査技師の監督のもとに臨床検査技師実習学生の教育を実践することにより学習する。
⑦　臨床検査法提要（金原出版)、標準臨床検査医学（医学書院)、異常値の出るメカニズム（医学書院）などの教材や施設内教材を用い、自己学習により学習する。

（６）施設外では3年間のうちに以下のことを研修します。e-learningによる研修も可とします。

①　日本臨床検査医学会または日本臨床検査専門医会が主催する講習会・セミナーで研修委員会が専攻医の学習用に認定したものに計10単位以上（原則1時間あたり、1単位）聴講・参加し、出席記録を残す。
②　医療安全、感染対策、医療倫理については、上記学会または研修施設が主催する講習会を受講する。各1回以上講習を受け、出席記録を残す。
③　指導法、評価法は日本臨床検査医学会ならびに日本臨床検査専門医会、または所属施設が主催する指導者用講習会で研修する。

２）週間、年間の研修計画

専攻医の１週間の過ごし方の例を示します。ここでは臨床生理学（特に超音波検査）の研修を優先させる場合について記載します。

★超音波検査集中研修時

	月	火	水	木	金	土	日
午前	指導医による指導・自己学習	超音波検査研修	指導医による指導・自己学習	超音波検査研修	指導医による指導・自己学習		
午後	超音波検査研修	超音波検査研修	超音波検査研修	超音波検査研修	超音波検査研修		
夕方	臨床科カンファランス	臨床検査科カンファランス	臨床検査科勉強会	研究カンファランス	自己学習またはRCPC		

★超音波検査研修修了後

	月	火	水	木	金	土	日
午前	指導医による指導・自己学習	超音波検査研修・業務	指導医による指導・自己学習	超音波検査研修・業務	指導医による指導・自己学習		
午後	検査室研修・検体検査診断業務	検査室研修・検体検査診断業務	検査室研修・検体検査診断業務	検査室研修・検体検査診断業務	検査室研修・検体検査診断業務		
夕方	臨床科カンファランス	臨床検査科カンファランス	臨床検査科勉強会	研究カンファランス	自己学習またはRCPC		

◇ 「指導医による指導・自己学習」は検査室以外の場所（医局、研究室など９での研修です。指導医や上級検査技師によるミニ講義、過去の検査報告書・教材の自己学習、研修レポートの作成などを行います。

◇ 超音波検査業務を行うために超音波検査の研修を最初に行うよう奨励しています。

◇ 「検査室研修・検体検査診断業務」は、検査室における研修で、検査の実施、見学、判定、報告書作成などを行います。研修が修了している検体検査科目は診断業務を行います。例えば、血液検査の研修が修了していれば骨髄像検査の報告書作成を行います。

◇ カンファランスでの学習は後にも述べますが、臨床科カンファランスは、主に内科が主催する症例検討会に参加します。臨床検査科カンファランスは検査室スタッフの会議であり、検査室の管理や諸問題に対処します。臨床検査科勉強会は臨床検査に関連した文献を学習します。研究カンファランスは講座（部局）で進行中の研究について討議します。

◇ ここに示したスケジュールは全てのコマを研修関連事項で埋めてありますが、研究活動、研修会への参加、外部医療機関での勤務(外勤)などの必要性が生じた場合は、指導医との話し合いにより随時調整することになります。外勤に充てる時間については基幹施設の就業規定に従うことになります。

研修プログラムに関連した年度スケジュールを示します。

月	全体行事予定
４	・ 専攻医研修開始。研修医および指導医に各種資料の配布。
５	・ 修了者:専門医認定審査書類を日本臨床検査医学会専門医委員会へ提出（受付期間要確認） ・ 日本臨床検査専門医会春季大会に出席（開催時期は要確認） ・ 日本臨床検査医学会支部会に出席（開催時期は要確認）
６	・ 日本臨床検査医学会年次集会演題応募締め切り（詳細は要確認）
８	・ 修了者：専門医認定審査（筆記試験、実技試験）
１０	・ 日本臨床検査医学会支部会に出席（開催時期は要確認）
１１	・ 日本臨床検査医学会年次集会に出席・発表
１２	・ プログラム管理委員会開催
基本科目修了時	・ 指導医：評価表の作成、提出（専攻医へフィードバック） ・ 専攻医：専攻医研修実績記録の作成、提出用紙の作成
プログラム修了時	・ 専攻医：研修実績、各種証明書の提出 ・ プログラム統括責任者：修了の判定

３）カリキュラム制の研修計画

カリキュラム制の場合は、次に述べる到達目標に達したことを認定された場合に資格認定試験を受験することになります。研修期間は3年またはそれ以上とし、到達目標を達成できるような週間、年間スケジュールを指導医と相談の上、業務との兼ね合いで設定することになります。

３．専攻医の到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

以下の4つについてそれぞれ研修すべき内容（専攻医研修実績記録を参照）が定められています。みなさんは、研修したことを専攻医研修実績記録に記載していただきますが、研修の実際を確かなものにするために、それぞれを研修したレポート、報告書などを研修修了後に提出することになります。ここではその具体的な内容と数量を示します。

１） 経験すべき臨床検査

臨床検査専門研修カリキュラム（別に示します）に示す検査項目につき、検査別に定めてある要求レベル（実施できる、解釈・判定できる、説明できる）に応じた研修を行ってもらいます。研修したことを証明するために検査項目ご

とに、Ａ４サイズ1枚程度の自己レポートを作成してください。レポート内容は原則として、① 異常検査成績の内容、② 臨床診断、③ 異常検査成績となる要因のコメント、④ 関連検査の成績、追加検査の推奨、⑤内部精度管理記録を含むこととします。以下に基本検査部門ごとの経験目標を必要自己レポート数として示します。

（1）臨床検査医学総論：外部精度管理（日本医師会、日本臨床衛生検査技師会、CAPなどが実施）の成績（3回以上）。

（2）一般臨床検査学・臨床化学：内部精度管理（10項目以上について。各項目は1回以上）。パニック値を含めた異常値症例（10項目以上について。各項目は3回以上）。

（3）臨床血液学：内部精度管理（5項目以上について。各項目は1回以上）。パニック値を含めた異常値症例（5項目以上について。各項目は3回以上）。病的末梢血液像、病的骨髄像についてはあわせて10例以上。

（4）臨床微生物学：一般細菌培養（グラム染色所見を含む）により起因菌同定と薬剤感受性試験が行われた症例（10例以上）。抗酸菌培養、抗酸菌塗抹検査が行われた症例（3例以上）。

（5）臨床免疫学・輸血学：内部精度管理（5項目以上について。各項目は1回以上）。パニック値を含めた異常値症例（5項目以上について。各項目は3回以上）。血液型判定（変異型も含む）、クロスマッチ、不規則抗体検査が行われた症例（3例以上）。

（6）遺伝子関連検査学：血液造血器腫瘍、悪性腫瘍、薬物代謝に関連した遺伝子、または遺伝性疾患の遺伝子診断が行われた症例（2例以上）。

（7）臨床生理学：超音波検査（5例以上）、心電図検査（5例以上）、呼吸機能検査（2例以上）、神経・筋関連検査（2例以上）。超音波検査は実施したものとする。

２）報告書の作成とコンサルテーションへの対応

（1）指導医の指導のもと、臨床検査の報告書（病的尿沈渣、アイソザイム、病的末梢血液像、骨髄像、感染症法対象病原体検出、多剤耐性菌検出、不規則抗体検出、免疫電気泳動、遺伝子診断、超音波診断、など）を作成してもらいます。勿論これらは診療の一環です。各基本科目を最低1通含み計36通以上が必要です。

（2）栄養サポートチーム、院内感染対策、輸血療法委員会など、施設内のチーム医療活動に検査部門医師として参加した場合はその記録を保管してください。その実績は上記（1）での報告書に置き換えることができます。

（3）臨床検査科外来、施設内各種医療職、外部ネットワークなどからのコンサルテーションに対応した場合は、その記録を保管してください。これらの実績も上記（1）での関連する基本部門の報告書に置き換えることができます。

３）検査データカンファランス（RCPC：reversed clinico-pathological conference）

検査データから病態を解析するRCPC（reversed clinico-pathological conference）は、臨床検査専門医の能力を最大限活用するものであり、どの分野の研修を行っていても、常にその能力を磨くべきものです。施設で行われているRCPCカンファレンスに定期的に参加し、研修終了後には指導者としてRCPCを実施できるレベルを目指すことになります。3年間で9回（自施設例によるものを最低3例含める）受講し、記録を保存してください。

４）地域医療の経験

東京都または隣県で行われる、臨床検査の品質を維持向上させることを目的とした以下のような事業や支援を経験することが必要です。あわせて5回以上経験し、記録を保存してください。

（1）東京都または臨床衛生検査技師会東京都支部が実施している臨床検査外部精度管理事業に指導医とともに参加することが必要です。

（2）東京都または隣県の医療機関で、臨床検査専門医が不在で臨床検査の指導を必要としている施設において、指導医が指導する際に立ち会い、地域支援のあり方と実際を研修することになります。

（3）地域内において種々団体が開催する臨床検査の啓発事業に積極的に参加し、協力してください。

５）カリキュラム制の研修

到達目標はプログラム制と原則同じです。ただし、他基本領域の研修で獲得した能力や経験を考慮し、研修開始前に指導医と相談の上で、すでに履修済のものは省略し、到達目標達成に費やす時間を短縮して臨んでください。

４．各種カンファレンスなどによる知識・技能の習得について

１）　基幹施設および連携施設それぞれにおいて医師および臨床検査技師スタッフによる臨床検査の精度管理と精度保証、臨床検査の試料採取と測定方法、データ解析に関する症例検討会を行い、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、具体的な診断と管理の論理を学びます。

２）　臨床各科との合同カンファレンス：実際の臨床症例をもとに、臨床所見、治療と臨床検査データとの関係、異常値の出るメカニズムなどを学びます。また、それに基づいて、次の臨床検査計画の立案について検討し、学習します。逆に、検査データのみからその患者の病態を推測した後、指導医と議論し、最終的には患者情報を確認することで、模擬RCPCを体験し、検査データの成り立ちと読み方を学習します。

３）　指導医と上級臨床検査技師の監督のもとに、医学科学生や臨床検査技師の実習学生に教えることで知識と技術を確立します。

４）　基幹施設と連携施設による症例検討会：稀な症例や急ぎの検討を要する症例などについては施設間をつなぐテレビ会議システム、またはいずれかの施設に集合して検討を行います。各施設の専攻医や若手専門医による研修発表会を年に一度、大学内の施設を用いて行い、発表内容、スライド資料の良否、発表態度などについて指導的立場の医師や同僚・後輩、臨床検査技師スタッフから質問をうけて討論を行います。

５）　各施設において抄読会や勉強会を実施します。専攻医は最新のガイドラインを参照するとともに、インターネットなどによる文献検索を含め、種々の情報検索を行います。

６）　臨床検査手技をトレーニングする設備や教育 DVD などを用いて積極的に臨床検査手技を学びます。

７）　日本臨床検査医学会の学術集会（特に教育的企画）、日本臨床検査専門医会、日本臨床化学会、日本検査血液学会、日本臨床微生物学会、日本遺伝子診療学会、日本超音波学会などの学術集会、日本医師会の臨床検査精度管理調査報告会や地域ごとの医師会精度管理調査報告会、その他各種研修セミナーなどで、下記の事柄を学びます。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。

（１）　標準的な臨床検査医学的手法、および今後期待される先進的な医療と臨床検査とその関連領域

（２）　臨床検査の標準化と精度管理

（３）　医療安全、病院感染対策、ELSI

（４）　指導法、評価法などの教育技能

（５）　臨床検査医学に関する研究方法と考え方

（６）　プレゼンの仕方と論文の書き方

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。常に臨床検査を科学的な視点でとらえ、各検査の科学的背景を理解し、その評価と改善、新しい医学的知見の応用・導入などを発案してください。また、患者の日常的診療、臨床検査の業務から浮かび上がる種々の問題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・臨床検査医学研究に自ら参加、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。特に、科学的根拠に基づいて新たな分析項目を各検査室に実際に導入し、その分析方法と臨床的有用性のパラメーターの妥当性を検証する（validate）ための研究（検討法）を設計、実践してください。それによって、臨床検査医学に特徴的な研究手法、および関連する他領域との連携する研究手法を修得することになります。これらの姿勢を保持することによって、臨床検査部門における学術的な指導者として、また他領域に対しては臨床検査に関連した学術的アドバイザーとして貢献できることになります。さらに、臨床検査医学の教育法を学び、臨床検査医学の教育者を目指すことになります。

学会に積極的に参加し、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ることが重要です。

臨床検査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。
１）臨床検査医学(臨床病理学)に関する筆頭者あるいは共著者としての原著論文が 1 編、または筆頭者あるいは共著者としての学会報告が 1 編以上あること
２）原則として、3 年間の研修期間中に雑誌「臨床病理」あるいは日本臨床検査医学会もしくはその関連学会に発表したものであることが望ましい。

東京医科大学病院中央検査部を学問的にバックアップする東京医科大学臨床検査医学分野では、「臨床検査の標準化と外部精度管理の研究、血液凝固学の研究、血液凝固異常症を中心とした遺伝子の研究あるいは HIV 感染症と関連疾患の研究」という伝統的で国内外でトップレベルにある研究テーマがあります。それら以外でも学内他部門との研究協力体制は整っており、研究を行うのに不自由はありません。

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） 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。

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

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実践できる。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。

３） 臨床の現場から学ぶ態度を修得すること

臨床の現場から学び続けることの重要性を認識し、その方法を身につける。

４） ヒト試料を用いた研究ができること

ヒト試料を用いた研究に関連した規制上の問題について熟知し、高い倫理性をもって規制を守ることができる。特に、遺伝子検査や遺伝子解析研究の際には、その特殊性を理解し、個人情報や人権を保護しつつ遂行できる。

５） 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。的確なコンサルテーションができる。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。特に臨床検査専門医は、臨床検査技師と協調することが不可欠であるため、臨床検査技師の特性を理解することが重要となる。

６） 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・初期研修医・後輩専攻医を指導医とともに診療・教育・研究を実施し、後輩医師の教育・指導も担ってもらう。

７） 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する。医師法・医療法を理解する。臨床検査に関する診療点数を理解し、保険適用の条件、および適正化についても考える知識を持つ。

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）施設群による研修

本研修プログラムでは東京医科大学臨床検査医学分野を基幹施設とし、連携施設である八王子医療センターとともに専門研修施設群を構成します。専攻医はこの施設群をローテートすることにより、多彩で欠落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。大学病院本院のような大病院だけの研修では、指導医の専

門性によって教育の重み付けが変わってきます。この点、地域の中規模連携病院では、別の専門性を持った指導医によって違った面からの考え方を学ぶことができます。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検査結果や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。このことは多くの症例を詳細に解析することと臨床研究のプロセスに触れることで養われます。このような理由から施設群で研修を行うことが大切です。東京医科大学臨床検査専門医研修プログラムでは以上の点に留意して、研修施設が協力して指導にあたります。

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、個々の専攻医の希望と研修進捗状況、各病院の状況、地域の指導体制を勘案して、東京医科大学臨床検査専門医専門研修プログラム管理委員会が企画します。

２）地域医療・地域連携への対応

地域の臨床検査の品質維持に貢献するため、以下の作業を行うことで、地域の臨床検査のレベルを向上させて地域医療に貢献するとともに、一人でもやりきる力を身に付けることができます。

（１） 東京都や臨床衛生検査技師会東京都支部、日本医師会などが実施している臨床検査外部精度管理事業に指導医とともに参画して経験する。

（２） 東京都または隣県の医療機関で、臨床検査専門医が不在で臨床検査の指導を必要としている施設において、指導医とともに臨床検査の指導にあたる。

（３） 地域内において種々団体が開催する臨床検査の啓発事業に積極的に参加し、協力する。

８．年次毎の研修計画について

以下に東京医科大学病院を基幹研修施設とした3年間の臨床検査専門研修の基本計画を示します。連携研修施設は東京都八王子市の東京医科大学八王子医療センターで、そこでは常勤の指導医の専門性を活かした研修をしてもらいます。

まず、東京医科大学病院で臨床検査総論、臨床検査の標準化や精度管理についての基本知識を学び、臨床検査を専門とする心構えを身につけることになります。検体検査の研修として、血液化学検査、血液学検査、輸血学などの実施と解釈、臨床生理学の研修として、心電図、呼吸機能、神経生理、超音波検査などの検査を実施も含めながら研修します。

連携施設の八王子医療センターでは輸血学を専門とする指導医がいますので、輸血検査と輸血医療について集中的に研修を行ないます。

東京医科大学病院ではまず臨床血液学、臨床感染症学の研修を行います。凝固検査のコンサルテーション能力を身につけ、同検査の報告書を作成と相談への対応、輸血学検査と輸血医療の相談への対応、感染症の診断・治療や院内感染症対策への対応、各種検査結果の説明や相談を以降の定期的業務とします。その後、染色体検査、遺伝子検査など順次カリキュラムに掲載してある検査を研修します。施設内で行っていない検査については、近隣の検査センターなどに実施している状況を見学にいきます。これは連携施設というわけではなく、臨時にその都度調整します。見学は検査実施技術のみで、検査の背景の学習、結果の解釈などは基幹施設で指導医が教えます。

研究は2年次から、指導医と話し合ってテーマを決めて始めます。倫理申請が必要となることが想定されますので、テーマは早く決める必要があります。研究のための時間を前に述べたスケジュールでは特別にとってはいませんが、指導医と相談の上、随時決めることになります。

年次	施設	研修内容	その他
1	東京医科大学病院 八王子医療センター	臨床検査医学総論、 臨床血液学 臨床生理学（心電図検査、呼吸機能検査、超音波検査）、感染症検査、輸血検査、一般臨床検査学	
2	東京医科大学病院	臨床血液学、臨床化学 臨床感染症学	研究開始
3	東京医科大学病院	臨床微生物学、遺伝子関連検査学、臨床免疫学	研究まとめ

カリキュラム制研修の場合は必ずしも連携施設での研修を必要としませんが、基幹施設で行えないもの、連携施設でより適切な研修が受けられる場合には連携施設での短期研修を組み入れることになります。

９．専門研修の評価について

1）評価方法

(1) 専攻医の自己評価

専攻医は行った研修について、基本科目が終わる毎に、評価表(別添)を用い自己評価して指導医に提出してください。専攻医の自己評価は A：確実に出来る、B：出来る、C：なんとか出来る、D：あまり出来ない、E：全く出来ないとします。

(2) 指導医による評価

指導医は、専攻医の自己評価報告を受け、指導医も同じ評価表上で専攻医の達成度を評価します。評価は A：良い,B：できる,C：努力が必要の 3 段階評価です。評価が C であった場合には補修的研修を受ける必要があります。そして再評価し、B 以上になることが必要です。指導医は、態度も、3 段階評価（A：良好、B：普通、C：問題あり）で評価します。C の場合はその内容を記載します。態度評価にあたっては(4)に述べるような多職種評価が参考にされます。評価表は E メールで専攻医に送信し、専攻医はコメントがある場合は記載して指導医に返信します。

(3) プログラム管理委員会への専攻医研修実績記録（別添）と評価表の提出

専攻医は研修した内容の記録と、教育法への評価があればそれを評価表に記載し、年１回（11 月を予定）にプログラム管理委員会に提出します。

(4) 指導医による研修内容の評価

指導医は、プログラムにそった研修内容の確認のみでなく、臨床検査技師、看護師、その他の医療職種との関連についても評価します。研修に関わった臨床検査技師、看護師、その他の医療関係職種による専攻医の研修態度などについて意見を求め、態度の評価の参考にします。

(5) 専門研修の最終評価と研修終了証

3 年間の研修プログラム修了時に、プログラム統括責任者はプログラム管理委員会を開催し、書類の点検と専攻医の面接試験とを行います。提出書類は、① 専攻医の提出による専研修実績記録、②「経験目標」で定める項目についての記録、③「臨床現場を離れた学習」で定める講習会出席記録、④指導医の提出による評価表（医師としての適性評価を含む）、です。面接試験は、書類の点検で問題のあった事項については（例：評価 C であったものを克服したか、医師としての適性についてのコメントなど）確認します。専門医として適格と評価されると、研修終了証の発行を受けます。専攻医は研修終了証をえてから専門医試験の申請を行います。

１０．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臨床検査医学分野には研修プログラム管理委員会と、プログラム統括責任者（委員長）を置き、連携施設には指導医を含む研修担当グループをおきます。

１）　プログラム管理委員会の役割

基幹施設にはプログラム管理委員会とプログラム統括責任者が置かれています。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、基幹施設の指導医、必要に応じ専門研修プログラム連携施設担当者をメンバーとして構成されています。外部委員は施設内での他領域の専門医で、プログラム統括責任者が委嘱します。プログラム管理委員会はプログラムの作成を行い、専攻医による研修開始が決定したら、専攻医との協議により、プログラムの若干の改変、専攻医の研修環境の確保を行います。研修が始まったら、１年に一回、委員会を開催し、専攻医研修実績記録、評価表の提出を求め内容を検閲し、不備な点があれば指導医に指摘します。規定の期間の研修が修了したらその認定を行い、修了証を発行します。

２）　プログラム統括責任者の要件と役割

プログラム統括責任者は、指導医の基準を満たし、かつ研修施設の中央検査部長または副部長があたります。統括責任者はプログラム管理委員会を組織し、プログラムの策定、運用の評価、専攻医選定、専攻医の評価とプログラム修了判定の最終責任を負います。

３）　連携施設での組織

連携施設では専門医（指導医）が連携施設での研修終了時に研修状況、問題点を確認し、基幹施設の統括責任者に報告書を提出します。必要に応じ、代表者（専門医・指導医）が基幹施設に出向き、統括責任者と問題点を協議します。専門医が複数名いる場合は専門研修担当グループを形成して任にあたります。

１１．専攻医の就業環境について

基幹施設に雇用されている場合は、基幹施設の施設長・管理者（院長など）が専攻医の労働環境、労働安全、勤務条件の責任を持ち、プログラム統括責任者は施設長と協議する責務を負います。勤務形態は雇用されている施設の規定（給与、休日、福利厚生など）に準じますが、原則として労働基準法にそって、週 40 時間以内の勤務時間で、過大な勤務時間でメンタルを含めた健康に支障がでないよう配慮しています。心身の健康面に問題が生じた場合は、原則施設の産業医を中心に対処しますが、メンタル事案において統括責任者または指導医自身が当事者でない場合は、それら指導陣も対処にあたります。

１２．研修プログラムの改善方法

１）専攻医からの申し立てによる改善

専攻医には有益で安全な研修環境が提供されなければなりません。そのために専攻医は研修プログラムや指導医を評価する権利があります。専攻医は、定期的（年に１回）に開催されるプログラム管理委員会に、研修プログラムの内容と実施状況ならびに指導医の教育法に対する評価を評価表に記入して提出します。なお、緊急に専攻医が申し立てる必要を感じた場合は、プログラム運営委員会の一人に意見書を提出します。専攻医の申し立てがあった場合、プログラム管理委員会は定期開催される委員会内で協議して、事情聴取が必要と判断された場合は指導医に事情聴取の上、改善が必要であるなら改善を求めることを行ないます。そしてその経緯を専攻医に通知し、同時に専門医機構臨床検査領域研修委員会にも通知することで、専攻医に不利益が及ばないようにされています。臨時の訴えについては、訴えを受け付けた委員はプログラム統括責任者に委員会を開催するよう要求し、上述の協議、対策を行います。また、施設内の委員会で対応が困難な場合は日本専門医制機構の臨床検査領域研修委員会に相談することも可能です。

２）研修に対する監査（サイトビジット等）・調査による改善

専攻医の研修が進行中の基幹施設は、プログラムが適切に運用されているかどうかについて、領域研修委員会が指定する評価チームのサイトビジットによる外部評価を受けなくてはいけません。評価チームは評価の結果を基幹施設のプログラム統括責任者と専門医機構の領域研修委員会に文書で提示します。基幹施設のプログラム統括責任者は指摘を受けた事項については臨床検査領域研修委員会の指導のもと改善を行うことになります。

１３．修了判定について

3 年間の研修プログラム修了時に、専攻医が 9. 専門研修の評価についての「総括評価」 1）の基準を満たしているかどうか、プログラム終了時にプログラム統括責任者がプログラム管理委員会を開催し、書類の点検と専攻医の面接試験とを行います。書類は、(1) 専攻医の提出による専攻医研修実績記録（添付資料を含む）、(2) 指導医の提出による評価表（医師としての適性の評価を含む）、につき確認します。面接試験は、書類の点検で問題のあった事項につき（例：評価 C であったものを克服したか、医師としての適性についてのコメントなど）確認します。プログラム管理委員会にて修了が認定されなかった場合は、不足分の再研修・補研修を実施させ、次年度に判定します。

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

専攻医は様式(未定)を専門医認定申請年の 4 月末までにプログラム管理委員会に送付してください。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臨床検査領域専門医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．研修プログラムの施設群について

東京医科大学病院が専門研修基幹施設となり、同病院中央検査部で研修することになり、八王子医療センターが専門研修連携施設となります。

１６．専攻医の受け入れ数について

東京医科大学病院における専攻医総数の上限（学年分）は３名です。また指導医 1 人がある時点で担当する専攻医数の上限は 3 名です。

１７．Subspecialty 領域について

臨床検査専門医の Subspecialty 領域は現時点ではまだ決まっていません。想定される専門医には、感染症専門医、超音波専門医、臨床遺伝専門医、人間ドック健診専門医、臨床神経生理専門医、消化器内視鏡専門医などがあり、どれも本研修と連続性を持った追加の研修が可能です。

１８．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) 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します。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します。また、疾病による場合も同じ扱いとします。
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ます。その際、移動前と移動先の両プログラム管理委員会が協議して調整されたプログラムを適用します。この一連の経緯は専門医機構の研修委員会の承認を受ける必要があります。

１９．専門研修指導医について

指導医は下記の基準を満たした臨床検査専門医です。専攻医を指導し、評価を行います。

１）　臨床検査専門医を 1 回以上更新している。

２）　所定期間（5 年間）内に認定された指導医講習を 1 回以上受講している。

２０．専門研修実績記録システム、マニュアル等について

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ます。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ます。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 回行います。

２１．研修に対するサイトビジット（訪問調査）について

研修プログラムに対して領域の研修委員会が指定する評価チーム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います。

２２．専攻医の採用と修了について

1）採用方法

東京医科大学臨床検査専門研修プログラム管理委員会は、毎年 9 月から臨床検査専攻医の応募を受付けます。プログラムへの応募者は、原則 9 月 30 日までに研修プログラム責任者宛に①所定の形式の『東京医科大学臨床検査専門研修プログラム応募申請書』(各施設準備中)および②履歴書(様式自由、写真付)、③医師免許のコピー、④初期臨床研修修了書のコピー（または修了見込み書、または研修中であることを証明するもの）⑤推薦書を提出してください。

申請書は (1)電話で問い合わせ(03-3342-6111)、(2) e-mail で問い合わせ（kamano@tokyo-med.ac.jp)、(3) 郵送問い合わせ先、京医科大学臨床検査医学分野　〒1600023　東京都新宿区西新宿 6-7-1 のいずれの方法でも入手可能です。原則として 10～12 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 月の東京医科大学臨床検査専門研修プログラム管理委員会において報告します。

2) 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、東京医科大学臨床検査専門研修プログラム管理委員会から、日本臨床検査医学会事務局(pg@jslm.org)に提出します。

・専攻医の氏名と医籍登録番号、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
・専攻医の初期臨床研修修了証
・日本臨床検査医学会入会を証明するもの（年会費納入を証明するものなど）

3) 研修の修了

全研修プログラム終了後、プログラム統括責任者が召集するプログラム管理委員会にて審査し、研修修了の可否を判定します。

審査は書類の点検と面接試験からなります。

点検の対象となる書類は以下の通りです。

(1) 専攻医研修実績記録
(2) 「経験目標」で定める項目についての記録
(3) 「臨床現場を離れた学習」で定める講習会出席記録
(4) 指導医による「形成的評価表」

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ます。

以上の審査により、臨床検査専門医として適格と判定された場合は、研修修了となり、修了証が発行されます。

（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）
○中央検査部 1 ・研修の主な内容：検査における接遇コミュニケーションの基本 ・研修の期間：2021年10月8日 ・実施回数：1回 ・研修の参加人数：93名（臨床検査技師） 2 ・研修の主な内容：新型コロナウイルス感染症（COVIT-19）と血栓症 ・研修の期間：2021年11月17日 ・実施回数：1回 ・研修の参加人数：75名（臨床検査技師） 3 ・研修の主な内容：精度管理とトレーサビリティの切っても切れない関係 ・研修の期間：2021年12月27日 ・実施回数：1回 ・研修の参加人数：57名（臨床検査技師） 4 ・研修の主な内容：針刺し事故対処法 ・研修の期間：2021年12月27日 ・実施回数：1回 ・研修の参加人数：74名（臨床検査技師）

○看護部

1 ・集中ケア

1)看護専門領域研修「集中ケア」全15回

・研修の主な内容:呼吸ケアサポートナース育成講座ベーシック1、呼吸ケアサポートナース育成講座ベーシック2、呼吸ケアサポートナース育成講座ベーシック3、ナースのための心電図塾、急性期せん妄を見逃さない、呼吸ケアナース養成講座アドバンス1、呼吸ケアナース養成講座アドバンス2、呼吸ケアナース養成講座アドバンス3、敗血症患者を見逃さない、ICUを退出した敗血症患者の継続ケア、急性冠症候群(ACS)患者へのケア、急性心不全患者へのケア、病棟急変を防ごう、補助循環装置を使用する患者のケア1、補助循環装置を使用する患者のケア2

・研修の期間 :2021年5月21日、6月1日、6月24日、7月7日、7月21日、8月23日、9月6日、9月22日、10月15日、10月27日、11月24日、12月9日、2022年1月20日、2月25日、3月11日

・実施回数:15回

・研修の参加人数:計346名

2)新人看護師研修「人工呼吸器装着中の看護」

・研修の主な内容:人工呼吸器の適応・人工呼吸の方法・人工呼吸器の機能・ネーザルハイフローの特徴など、人工呼吸器装着患者におけるシミュレーション

・研修の期間 :2021年11月4日午前・午後、11月5日午前・午後、11月9日

・実施回数 :5回

・研修の参加人数:計125名

2 ・救急看護

1)看護専門領域研修「救急看護」全10回

・研修の主な内容:患者さんの異常に気付くフィジカルアセスメント(気道・呼吸編)、「急変OODA」院内急変の原因と対策(夏編)、東京オリパラに備えるファーストエイド、患者さんの異常に気付くフィジカルアセスメント(循環編)、患者さんの異常に気付くフィジカルアセスメント(意識編)、「急変OODA」院内急変の

原因と対策（冬編）、スタッフのための急変対応、リーダーのための急変対応-1、リーダーのための急変対応-2、新人のためのフィジカルアセスメント

・研修の期間　：2021年5月27日、6月28日、7月6日、8月19日、11月26日、12月8日、12月20日、2022年1月7日、2月3日、3月18日

・実施回数　：10回

・研修の参加人数：91名

2）新人看護師研修「急変時の看護」

・研修の主な内容：一次救命処置を要する場面を事例にしたシミュレーションCPR+AEDの手技確認、二次救命処置での看護師の役割を知る、アナフィラキシーショックによる心肺停止時の急変対応場面についてなど

・研修の期間　：2021年10月4日午前・午後、10月5日午前・午後、10月8日午前・午後

・実施回数　：6回

・研修の参加人数：計127名

3 ・がん看護

1）看護専門領域研修「がん看護シリーズ」全2回

・研修の主な内容：がん患者のアピアランスケア、がん患者のライフサイクルと意思決定支援

・研修の期間　：2021年9月8日、2022年1月27日

・実施回数　：2回

・研修の参加人数：38名

2）ラダーレベルⅡ研修「がん看護」

・研修の主な内容：化学療法薬の種類と作用機序・副作用と支持療法、化学療法前・中・後の看護とセルフケア支援など

・研修の期間　：2021年12月10日

・実施回数　：1回

・研修の参加人数:8名

4 ・慢性心不全看護

1)看護専門領域研修「慢性心不全看護」全3回

・研修の主な内容:心不全の薬物療法、心不全の退院支援、心不全の緩和医療

・研修の期間 :2021年6月15日、7月5日、9月29日

・実施回数 :3回

・研修の参加人数:25名

5 ・皮膚・排泄ケア

1)看護専門領域研修「皮膚・排泄ケア」全2回

・研修の主な内容:ストーマケアの基本①、ストーマケアの基本②

・研修の期間 :2021年6月4日、8月13日

・実施回数 :2回

・研修の参加人数:27名

6 ・糖尿病看護

1)看護専門領域研修「糖尿病看護シリーズ」全4回

・研修の主な内容:安全にインスリン療法を実施しよう、周手術期の糖尿病看護、透析予防のための患者指導、糖尿病患者のための食事療法

・研修の期間 :2021年8月12日、9月30日、11月5日、2022年1月31日

・実施回数 :4回

・研修の参加人数:29名

7 ・摂食・嚥下障害看護

1）看護専門領域研修「摂食・嚥下障害看護シリーズ」全6回

・研修の主な内容：看護に活かせる栄養管理、看護師が行う口腔ケア、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（高齢患者編）、安全な食事に必要な看護（脳神経疾患患者編）、安全な食事に必要な看護（頭頚部がん患者編）

・研修の期間　：2021年6月17日、7月16日、9月9日、10月8日、11月19日、12月10日

・実施回数　：6回

・研修の参加人数：47名

8 ・排尿自立ケア

1）看護専門領域研修「排尿ケアシリーズ」全2回

・研修の主な内容：排尿自立ケア

・研修の期間　：2021年7月20日、2022年1月21日

・実施回数　：2回

・研修の参加人数：11名

9 ・小児救急看護

1）看護専門領域研修「小児救急看護シリーズ」全6回

・研修の主な内容：子どものホームケアを知ろう、子どもの権利とプレパレーション、小児のBLS、小児のBLS（AED編）、小児BLS（事例編）、子どもの虐待

・研修の期間　：2021年5月6日、6月29日、9月3日、10月26日、12月7日、2022年2月7日

・実施回数　：6回

・研修の参加人数：41名

10 ・認知症看護

1）看護専門領域研修「認知症看護シリーズ」全1回

・研修の主な内容：病棟看護師のための認知症ケア

・研修の期間　：2021年10月29日

・実施回数　：1回

・研修の参加人数：18名

11 ・臨床倫理

1）看護専門領域研修「臨床倫理シリーズ」全2回

・研修の主な内容：クリティカルケアにおけるエンドオブライフケア第1回「終末期にある患者・家族へのケア」、第2回「事例で深めよう！代理意思決定支援」

・研修の期間　：2022年1月14日、2月18日

・実施回数　：2回

・研修の参加人数：17名

12 ・褥瘡ケア

1） 看護専門領域研修「褥瘡ケア研修シリーズ」全6回

・研修の主な内容：看護ケアで防ごう！MDRPUとスキンテア、極めよう！スキンケア、生まれ変わった！DESIGN-R2020、TIMEの視点から考える効果的な褥瘡治療、褥瘡を早く治そう！褥瘡局所管理における重点技術、足りてますか？褥瘡と栄養の見逃せないカンケイ

・研修の期間　：2021年5月7日、6月3日、7月15日、9月16日、10月12日、11月18日、

・実施回数　：6回

・研修の参加人数：126名

13 ・感染管理

1） 看護専門領域研修「感染管理シリーズ」全4回

・研修の主な内容：BASIC感染を学ぶ　第１回「医療関連感染と標準予防策」、第２回「経路別予防策と

洗浄・消毒・滅菌」、第3回「医療関連感染：血流・尿路感染」、第4回「サーベイランスとガイドラインの見方」

・研修の期間　：2021年5月14日、7月2日、11月12日、2022年2月4日

・実施回数　：4回

・研修の参加人数：32名

14 ・手術看護

1) 看護専門領域研修「手術看護シリーズ」全4回

・研修の主な内容：全身麻酔で手術を受ける患者の看護　第1回「呼吸」、第2回「循環」、第3回「体温」、第4回「局所麻酔中毒について」

・研修の期間　：2021年5月28日、6月25日、8月20日、12月17日

・実施回数　：4回

・研修の参加人数：42名

15 ・慢性呼吸器疾患看護

1) 看護専門領域研修「慢性呼吸器疾患看護シリーズ」全1回

・研修の主な内容：在宅酸素療法導入患者の自己管理に向けた退院指導

・研修の期間　：2021年6月18

・実施回数　：1回

・研修の参加人数：9名

16 ・新生児集中ケア

1) 看護専門領域研修「新生児集中ケアシリーズ」全2回

・研修の主な内容：保育器にいる赤ちゃんの観察を学ぼう！、新生児の挿管介助を学ぼう

・研修の期間　：2021年7月9日、9月10日

・実施回数　　:2回

・研修の参加人数:29名

17 ・脳卒中リハビリテーション看護

1) 看護専門領域研修「脳卒中リハビリテーション看護シリーズ」全2回

・研修の主な内容:脳卒中患者の看護を学ぼう、院内発症！脳卒中患者の対応について

・研修の期間　　:2021年8月24日、10月1日

・実施回数　　:2回

・研修の参加人数:16名

18 ・不妊症看護

1) 看護専門領域研修「不妊症看護シリーズ」全1回

・研修の主な内容:がん妊孕性温存の看護

・研修の期間　　:2021年9月17日

・実施回数　　:1回

・研修の参加人数:9名

〇薬剤部

・研修の主な内容:臨床感染症セミナー

・研修の期間・実施回数:2021年5月19日、6月16日、7月13日、10月3日、12月3日、
2022年3月4日

・研修の参加人数:58人(5月19日)、50人(6月16日)、24人(7月13日)、76人(10月3日)、49人(12月3日)、
40人(3月4日)

〇放射線部

1 ・研修の主な内容　　前立腺密封小線源永久挿入に関する病棟看護師向け放射線安全管理

・研修の期間・実施回数　2020年5月23日　1回　90分

・研修の参加人数　　病棟看護師:5名　病棟薬剤師:1名

2 ・研修の主な内容:知って得するMRIの最新情報

・研修の期間:2022年5月25日　、実施回数:1回

・研修の参加人数:９名

3 ・研修の主な内容:造影剤の安全性について、

・研修の期間:2022年7月27日　、実施回数:1回

・研修の参加人数:11名

4 ・研修の主な内容:「アナフィラキシーショックと造影検査に関する勉強会」

・研修の期間:2022/5・19　１回

・研修の参加人数:放射線技師２３名、IV看護師２名

5 ・研修の主な内容:「造影検査におけるアナフィラキシーショックについて」

・研修の期間:2022/6/2　１回

・研修の参加人数:放射線技師２４名、IV看護師２名

6 ・研修の主な内容:「造影後の急性腎障害のリスクマネジメントについて」

・研修の期間:2022/7/14　１回

・研修の参加人数:放射線技師２４名、IV看護師２名

7 ・研修の主な内容:新人・産休明けの放射線技師を対象に、コロナ病棟の手指衛生およびガウンテク

ニックについて研修を実施

・研修の期間:2021/4/21～4/23　2回

・研修の参加人数:２５名（放射線技師・新人および産休明け技師）

8　・研修の主な内容:コロナ病棟のガウンテクニックおよびN95フィットテストについて研修を実施

・研修期間:2021/5/20～5/28　5回

・研修の参加人数:47人（放射線技師）

9　・新人・産休明けの放射線技師を対象に、コロナ病棟の手指衛生およびガウンテクニックについて研修を実施

・研修期間:2022/5/10～5/13　4回

・研修の参加人数:１１名（放射線技師・新人および産休明け技師）

〇臨床工学部

1　・研修の主な内容 「人工呼吸器Servo-n」定期的に操作・特性を学ぶ。新しいモード・デバイスについて説明を受け安全に使用できることを目的とする。

・研修の期間・実施回数　2021年4月3日～15日　・　5回

・研修の参加人数　看護師41名、臨床工学技士（委託業者含む）33名

2　・研修の主な内容 「新規採用輸液・シリンジポンプTE-38シリーズ他」4月からの切り替えに向けて事前の研修を実施。操作の違いやアラームの対応等。また講義を臨床工学技士に担当させることにより、管理技術を向上させる。

・研修の期間・実施回数　2021年1月20日～27日　3月1日～30日　・　53回

・研修の参加人数　臨床工学技士　25名　、看護師　1026名

② 業務の管理に関する研修の実施状況（任意）

○中央検査部

1 ・研修の主な内容:中央検査部　新規要員基礎教育

外部からのサービス及び供給品、機材管理、継続的改善、環境、危機管理など

・研修の期間:2021年4月1日、 2021年4月2日、2021年4月5日、2021年5月20日、2021年6月4日、2021年7月15日、2021年7月28日、 2021年7月30日、2021年9月1日、2021年9月29日、2021年10月21日、2021年10月22日、2021年11月15日、2021年11月18日、2021年11月26日、2021年12月16日、2021年12月21日、2021年12月22日、2022年1月20日

・実施回数:19回

・研修の参加人数:10名(臨床検査技師)

2 ・研修の主な内容:患者急変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、

救急カートの運用・使用方法　など)

・研修の期間:2021年7月7日、2021年7月26日、2021年11月11日、2021年11月29日、2022年1月26日

・実施回数:5回

・研修の参加人数:57名(臨床検査技師)

3 ・研修の主な内容:システムダウン時のOCR使用方法

・研修の期間:2021年5月14日、2021年5月18日、2021年5月24日、2021年5月28日、2021年5月31日

・実施回数:5回

・研修の参加人数:46名(臨床検査技師)

4 ・研修の主な内容:中央検査部　次年度目標　ISO 15189

・研修の期間:2022年3月1日、2022年3月2日～2022年3月31日　当日欠席者の補足研修期間

・実施回数:1回

・研修の参加人数:120名(臨床検査技師)

○看護部

1 ・看護管理

1)ラダーレベル研修「看護管理Ⅰ～Ⅳ」

・研修の主な内容:Ⅰ.メンバーシップ、Ⅱ.リーダーシップ、Ⅲ.目標管理、Ⅳ.マネジメント

・研修の期間 :Ⅰ.2021年9月17日午前・午後、10月1日午前・午後、Ⅱ.2021年10月14日午前・午後、Ⅲ.2022年1月14日、Ⅳ.2021年5月6日、2022年2月4日

・実施回数 :9回

・研修の参加人数:214名

2)ラダーレベル研修「安全Ⅰ～Ⅳ」

・研修の主な内容:Ⅰ.KYT・連関図、Ⅱ.連関図・SHELL分析、Ⅲ.事故防止のための対応策、Ⅳ.問題解決に向けた実践

・研修の期間 :Ⅰ.2021年9月6日、9月10日午前・午後、9月13日、Ⅱ.7月2日午前・午後、7月5日、Ⅲ.10月1日、11月1日、Ⅳ.2021年7月9日、2022年1月21日

・実施回数 :11回

・研修の参加人数:255名

○放射線部

1 ・研修の主な内容 「サリエント(造影剤自動注入器)動作説明会」

・研修の期間・実施回数 2022/7/5 2回

・研修の参加人数 放射線技師19名、 Ⅳ看護師2名

2 ・研修の主な内容:富士フィルム社製・最新型透視装置について

・研修の期間:2021/6/9 1回

・研修の参加人数: 22名（放射線技師）

3 ・研修の主な内容:キャノン社製最新型透視装置について

・研修の期間:2021/6/21 1回

・研修の参加人数:17名（放射線技師）

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

〇看護部

COVID-19のため開催せず

〇薬剤部

・研修の主な内容:令和3年度HIV感染症薬物療法認定薬剤師養成研修

・研修の期間・実施回数:2021年10月25日～10月26日

・研修の参加人数:2人

〇薬剤部

・研修の主な内容:将来を見据えた薬薬連携研修会

・研修の期間・実施回数:2021年8月26日

・研修の参加人数:60人

（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	2. 現状
管理責任者氏名	山本　謙吾（病院長）
管理担当者氏名	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）、 池田　徳彦（副院長、中央手術部長）、 高城　由紀（副院長、看護部長）、 三島　史朗（医療安全管理室室長）、 竹内　裕紀（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）、 渡邉　秀裕（感染制御部長）、 伊藤　良和（臨床研究支援センター長）、 阿部　信二（卒後臨床研修センター長）、 天野　景裕（生涯教育センター長）、 醍醐　象器（事務部長）、篠崎　功（医事課長）、 松下　和之（総務課長）、 宮澤　勝美（人事課長）、 鈴木　茂夫（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	電子媒体の診療に関する諸記録は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に沿って、電子カルテサーバー内に保存、管理している。 紙媒体の診療に関する諸記録は、24時間以内にスキャン取り込みし、電子認証・タイムスタンプ処理の上、電子カルテサーバー内に保存・管理している。 診療記録は病院外への持ち出しを禁止している。
		各科診療日誌	総務課	
		処方せん	薬剤部	
		手術記録	診療情報管理室	
		看護記録	診療情報管理室	
		検査所見記録	診療情報管理室	
		エックス線写真	診療情報管理室	
		紹介状	診療情報管理室	
		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	診療情報管理室	
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	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	臨床研究支援センター	
		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	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	診療情報管理室	
		診療録等の管理に関する責任者の選任状況	診療情報管理室	
		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	法人総務部総務課	

(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	2．現状
閲覧責任者氏名	山本　謙吾（病院長）
閲覧担当者氏名	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）、 池田 徳彦（副院長、中央手術部長）、 高城 由紀（副院長、看護部長）、 三島 史朗（医療安全管理室室長）、 竹内 裕紀（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）、 渡邉 秀裕（感染制御部長）、 伊藤 良和（臨床研究支援センター長）、 阿部 信二（卒後臨床研修センター長）、 天野 景裕（生涯教育センター長）、 醍醐 象器（事務部長）、篠崎 功（医事課長）、 松下 和之（総務課長）、宮澤 勝美（人事課長）、 鈴木 茂夫（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

・ 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。

(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)医療放射線安全管理責任者

(8)感染制御部

(9)総合相談・支援センター

(10)臨床研究支援センター

3)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。

4)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。

5)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

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。

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)

・ 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

第 1 回「医療安全推進委員会の活動報告」、「B型肝炎スクリーニングが必要な薬剤について-HBV再活性化防止のために-」、「手指衛生向上に向けて/血液曝露の注意」、医療文書における適切な署名」、「医療機器安全について」、「夜間休日時間外でのアクセス制限の患者について と 患者情報共有におけるSNSの使用に関して」

第 2 回「あなたが、患者さんに怒鳴られたら・・・」、「コンパートメント症候群(特に点滴漏れに伴う上肢コンパートメント症候群について)」、「免疫チェックポイント阻害剤使用時の注意点と当院の取り組み」、「感染症対策マニュアル第 5 版 改訂について/手指衛生と手袋について」、「安全な医療機器の使用を目指して」、「SNSを用いた患者情報の共有に関しての承認と注意事項」、「病院で放射線診療を行うためには」

2)中途採用・異動・帰任・育児休業復職者研修

院内の医療安全・感染対策・個人情報保護・医薬品の取り扱い・医療機器の取り扱い・接遇・マナーについ

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、生涯教育センターと協力し、情報の共有・管理を行っている。

3)初期臨床研修医研修

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組、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 ）

・ 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）３施設間医療安全相互ラウンドの実施

東京医科大学には３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、３病院医療安全相互ラウンドを実施している。３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

・ 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および抗菌薬適正使用状況を感染症対策委員会・診療合同会議・医局長会議・看護師長会議・職場安全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. 感染制御部ラウンド巡視状況の報告(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. 抗菌薬適正使用推進に関する対応(指定抗菌薬の届出状況、広域抗菌薬の使用状況、抗菌薬適正使用支援介入について、入院、外来、診療科での抗菌薬使用状況等)

4. 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。

5. 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・看護師長会議・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。

6. マニュアル・ガイドラインなど院内の感染対策に関わる規約等の最終決議。

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 50 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、感染経路別予防策血液体液
曝露事故（針刺し事故等）対応、手指衛生・個人防護具着脱演習、新型コロナウイルス感染症対策

2. 医療安全研修会:
1回目「手指衛生向上にむけて/血液曝露の注意」
2回目「感染症対策マニュアル第5版 改訂について/手指衛生と手袋について」

3. 定例研修会:
1回目「①カテーテル関連血流感染症（CRBSI）を防ごう！」
1回目「②当院の外来抗菌薬処方状況の推移」
2回目「①動画で学ぶ手指衛生」
2回目「②便培養の出し方について」

4. 感染リンクナース研修:
感染リンクナースの役割、年間目標・活動計画、標準予防策、感染経路別予防策、手指衛生と遵守率、PPE着脱、耐性菌検出時の感染拡大防止対策、環境ラウンド、グループディスカッション、新型コロナウイルス感染症について、PCカート整備、汚物室整備、廃棄物について、ベッドサイド環境整備、手指衛生推進

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:
1回目
「1. 当院職員のためのWith新型コロナウイルス時代の行動指針」
「2. 標準予防策:1）手指衛生とその実際」
「2. 標準予防策:2）環境清掃:触る場所の拭き清掃」
2回目
「1. 物品の洗浄・消毒」

7. 中途採用・帰任者医療安全研修会:感染対策について

8. その他:

ICTC(感染対策シミュレーションコース)研修(2 系統:PPE 編、手指衛生編)、PPE 選択・着脱トレーニング

看護助手研修、新型コロナウイルス感染症について(順次開催:内容:病態・対策・PPE 着脱・院内マニュアル・ワクチン接種)、事務系職員へむけたグリッターバグを用いての手指衛生チェック

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)

・ 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
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

・B 型肝炎スクリーニングが必要な薬剤について-HBV 再活性化防止のために-

HBV の再活性化を惹起する可能性のある薬剤と定期的な検査の重要性について紹介した

・免疫チェックポイント阻害剤使用時の注意点と当院の取り組み

免疫チェックポイント阻害剤使用時の有害事象や注意点等を紹介した

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)

・ 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、各部署での業務が適切に行われているかを薬剤師が確認している。病院全体および薬剤部については年 2 回、病棟および外来部門については月 1 回の確認を実施している。各部署における医薬品の在庫、使用期限の確認もチェック時に同時に実施し、適正な在庫管理に努めている。

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)

・ 未承認等の医薬品の具体的な使用事例(あれば):

・海外製各種感染症ワクチン製剤

・海外製 HIV 治療薬および日和見感染症治療薬

・ その他の改善のための方策の主な内容:

医薬品の安全使用およびその他医薬品に関する情報は、厚生労働省、PMDA、製薬企業、学会、医療情報提供団体の Web サイト、新聞、雑誌等から入手し、必要に応じて加工し、院内に周知している。院内には月 1 回発行の薬剤部作成の情報誌を配布、内容の周知を行い、必要に応じて別途、院内に連絡文書を配布・配信して周知している。

HBV 再活性化のおそれがある医薬品を使用中の患者のスクリーニングを実施し、診療科に検査実施の依

頼をしている。 院内で発生した医薬品の副作用についての情報は、電子カルテ上での報告システムより収集する。収集された副作用の情報は、医薬情報室にて管理し、薬事ニュースに掲載し院内に公開するとともに PMDA に報告している。 医薬品の適応外使用や未承認薬の使用についての情報は、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により収集する。収集された情報は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。

（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
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 49 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 種類(粒子線照射装置は保有していない)等および新規導入時の医療機器に対しての説明会や研修を、対象となる医療従事者に対して、安全性、有効性、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。

・年 2 回の院内医療安全研修会

医療機器の安全について～最近気になる 6 項目

安全な医療機器の使用を目指して

研修として年 1 回は医療ガスについて取り入れている

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)

・ 機器ごとの保守点検の主な内容:

人工呼吸器、人工心肺、補助循環装置、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、輸液ポンプ、シリンジポンプなどに対して、年度計画に基づきメーカによる年 1 回から 2 回mp定期点検のほか、使用前・使用中・使用後点検等を臨床工学部内および医師・看護師・技師(技士)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の導入を継続し、点検管理内容を見直しながら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)

・ 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 等から発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より報告。すみやかに情報を整理し医療機器安全管理者、医療安全管理室、場合によっては病院長へ報

告、対応する。職場安全管理者会議においても、医療機器安全管理者（実務者）より回収情報や安全性情報、注意喚起また院内でどのように対処したのかを全職員へ周知する。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発信される。医療機器の安全使用を目的とした改善の実施については、インシデント報告事例を分析し、院内研修などで周知している。また不具合報告書をもとに、関連部署への使用方法の再周知や医療機器の更新、新規採用に活かせるようデータ管理している。

（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号の二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

・責任者の資格（医師）

・医療安全管理責任者（医師）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（医師）が、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者、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、医療機器及び医療放射線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（ 8名 ）

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、院内医薬安全情報の発行や職場安全管理者会議における解説を実施し、院内各職場安全会議での周知を行い、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

未承認薬等の使用についての情報は、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収集する。収集された情報は、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。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 ）

・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
・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 ） ・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: [遵守状況の確認]院内診療記録監査（1 回/年、6 件/科、全科）、説明同意書（ｽｷｬﾝ時/全件）、入院診療記録（2ヵ月分/年）、説明同意書定型文の見直し（全件） [指導内容]院内診療記録監査（説明の内容、患者の反応、同席者等）では報告書に基づき各科医局内で指摘事項を周知、診療情報管理委員会、診療合同会議にて IC 責任者・診療情報管理委員長が全体周知および指導を実施している。	

⑤ 診療録等の管理に関する責任者の選任状況	有
・診療録等の記載内容の確認、及び指導の主な内容: [記載内容の確認]質的点検:院内診療記録監査（入院・外来各々3 件/年、全診療科）、量的点検:入院診療記録の医師退院時要約、手術記録、入院診療計画書、退院療養計画書、死亡診断書、剖検報告書、指導医カウンターサイン実施状況、IC テンプレート使用状況等 [指導内容]入院診療記録（記載不備等）では作成者・診療情報管理委員・病棟医長・科長へ督促、院内診療記録監査（診療録等の十分な記載）は報告書に基づき各科医局内で指摘事項を周知、診療情報管理委員会、診療合同会議を通じ院内全体に周知を実施している。	
⑥ 医療安全管理部門の設置状況	有
・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（ 3 ）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: 医療安全管理委員会、医療安全推進委員会、院内病因死因（M＆M）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、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

・都内私立大学病院安全連絡会議

・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（3 件）、及び許可件数（3 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　）

・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　）

・活動の主な内容：

高難度新規医療技術による医療提供を行う場合は、診療科長より臨床研究支援センター先端医療管理部門（以下、部門）へ申請する。部門でその申請内容を確認の後に、高難度新規医療技術評価委員会（以下、委員会）へ評価を依頼する。委員会の意見に基づき、部門にて意見交換を経て部門の長（高難度医療技術を用いた医療の提供に関する経験及び知識を有する医師）が意見をまとめ適否

を決定する。その結果を診療科長へ通知し、病院長へも報告する。医療提供を行った場合は、実施報告、経過報告、有害事象が発生した場合の有害事象報告を診療科長が部門へ提出する。部門では報告内容を診療録で確認し、意見をまとめた上で診療科へ意見を伝えると共に病院長へ報告する。病院長から部門へ指示があった場合は、速やかに診療科へ伝える。部門内の意見交換の結果、委員会の再評価が必要と考えられた場合は、委員会へ評価依頼をして上記のプロセスを繰り返す。

・規程に定められた事項の遵守状況の確認の有無（　有　）

・高難度新規医療技術評価委員会の設置の有無（　有　）

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 ）

・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 ）

・活動の主な内容:

未承認新規医薬品等を用いた医療提供を行う場合は、診療科長より臨床研究支援センター先端医療管理部門（以下、部門）へ申請する。部門でその申請内容を確認の後に、未承認新規医薬品等に係る評価委員会または未承認医療機器に係る評価委員会（以下、委員会）へ評価を依頼する。委員会の意見に基づき、部門にて意見交換を経て適否を決定する。その結果を診療科長へ通知し、病院長へも報告する。医療提供を行った場合は、実施報告、経過報告、有害事象が発生した場合の有害事象報告を診療科長が部門へ提出する。部門では医薬品安全管理責任者または医療機器安全管理責任者とともに報告内容を診療録で確認し、意見をまとめた上で診療科へ意見を伝えると共に病院長へ報告する。病院長から部門へ指示があった場合は、速やかに診療科へ伝える。部門内の意見交換の結果、委員会の再評価が必要と考えられた場合は、委員会へ評価依頼をして上記のプロセスを繰り返す。

・規程に定められた事項の遵守状況の確認の有無（ 有 ）

・未承認新規医薬品等評価委員会の設置の有無 （ 有 ）

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　9　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　203　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、調査及び分析を指揮監督する

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（M＆M）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

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：兵庫医科大学病院））

・他の特定機能病院等からの立入り受入れ（有（病院名：兵庫医科大学病院））

・技術的助言の実施状況

実際の立入は行わない書面による相互評価の実施となり、特段の技術的助言はなかった。

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

・総合相談・支援センターに患者相談窓口を設置し、専門の担当者が相談に応じている。

・相談内容は、平日毎日実施している多職種カンファレンスで共有。

・医療安全上の問題については、医療安全管理室副室長を兼務する副センター長により医療安全管理室と共有し、対応を行っている。

⑫ 職員研修の実施状況

・研修の実施状況

〇医療安全管理室

・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・非常勤問わず受講対象とし、常勤の受講は必須としている。研修は新型コロナウイルス感染対策として e-learning もしくは、DVDによる受講とした。

2）中途採用・異動・帰任・育児休業復職者研修（対象者がいた時のみ）

e-learning システムを活用し、中途採用・移動・帰任・育児休業復職者を対象に「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（講義＋確認テスト）と理解度に関するアンケートを、就業前（実施不可の者は就業当日）に実施している。なお当研修未受講者は、電子カルテシステムを使用できず診療等に従事することはできない。

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 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。

〇生涯教育センター

〔中途採用・帰任者研修〕

中途採用者（派遣含む）と、帰任者（勤務最終月の翌月から 6 か月を超えて離職している施設間異動、復職、産休・育休明けの職員）を対象に、東京医科大学病院 e-learning システムで「医療安全」「感染対策」「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就業前に実施させている（研修未受講者は電子カルテシステムの利用を停止）。研修内容については内容を見直すため、年 1 回作成部署と確認し更新している。

（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 医療安全管理責任者:2022 年 1 月:2021 年度特定機能病院管理者研修(継続 5 時間) 医薬品安全管理責任者:2021 年度特定機能病院管理者研修(2022 年 2 月 14 日受講) 医療機器安全管理責任者:公益財団法人日本医療機能評価機構 2021 年度特定機能病院管理者研修(202 年 12 月 8 日受講)

(注)前年度の実績を記載すること

⑭医療機関内における事故の発生の防止に係る第三者による評価の受審状況、当該評価に基づき改善のために講ずべき措置の内容の公表状況、当該評価を踏まえ講じた措置の状況
・第三者による評価の受審状況 平成 29 年 11 月 10 日 公益財団法人日本医療機能評価機構 ・評価に基づき改善のために講ずべき措置の内容の公表状況 なし ・評価を踏まえ講じた措置

(注)記載時点の状況を記載すること

規則第7条の2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、次のとおり規定している。病院長は、次に掲げる要件を満たす者とし、選考委員会は、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、公表するものとする。ただし、特定機能病院の病院長を選考する際には、第 3 号及び第 4 号のかっこ書に記載された事項を選考基準に含めるものとする。

(1) 臨床研修修了医師であること。

(2) 心身ともに健全であること。

(3) 人格が高潔で、組織管理能力等病院の管理運営に識見を有すると認められること（病院内外での組織管理経験）。

(4) 医療安全確保のための必要な資質・能力を有していると認められること（医療安全管理業務の経験、患者安全を第一に考える姿勢及び指導力）。

(5) 過去3年以内に停職以上の懲戒を受けていないこと。

令和 3 年 8 月 31 日をもって東京医科大学病院長の任期が満了することに伴う後任病院長候補者の選出の際には、東京医科大学病院長に求められる資格・資質・能力に係る具体的な基準を次のとおりとした。

［資 格］

1. 日本国の 医師免許を有していること
2. 臨床研修 修 了医師であること（医療法第 10 条の規定による）
3. 厚生労働省認定の指導医講習会を受講していること（医師法第 16 条の規定による）
4. 心身ともに健全であること
5. 人格が高潔 、温厚であり 、病院の管理運営に識見を有すること（病院内外での組織管理経験）
6. 医療安全確保のための必要な資質・能力を有すること （医療安全管理業務の経験
7. 過去 3 年以内に停職以上の懲戒を受けていないこと

[資質・能力]

8. 東京医科大学病院の理念である「人間愛に基づいて、患者さんとともに歩む良質な医療を実践します。」を尊重し、自ら実践する者であること
9. 3 病院を統括する特定機能病院として、高度先進医療、臨床研究、人材育成および医療連携を推進す

る強い指導力を有する者であること

10. 東京医科大学病院の将来を見据え、病院の経営基盤の安定化に努めるとともに、適切な経営判断ができる者であること

さらに、推薦書類のひとつである「病院長候補者調書」では、病院の管理・運営に関する経験（管理職、病院内の各種委員会委員等の経験）、医療安全管理業務の経験（①医療安全管理者、医療安全管理委員会委員等の経験、②医療安全講習会等の研修実績、③その他、医療安全管理業務に関する経験）等の記載を求めた。

・ 基準に係る内部規程の公表の有無（ 有 ）

・ 公表の方法

ホームページへの掲載

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

・ 選考を実施した場合、委員会の設置の有無（ 有 ）
・ 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 ）
・ 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 ）
・ 公表の方法
ホームページへの掲載

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（〇を付す）	選定理由	特別の関係
市原 克彦	学校法人東京医科大学理事／事務局長		病院長選出規程第4条第1項第1号に基づき理事（教授会代表者会議構成員を除く。）から選出	有
代田 常道	学校法人東京医科大学理事／東京医科大学名誉教授	〇	病院長選出規程第4条第1項第1号に基づき理事（教授会代表者会議構成員を除く。）から選出	有
堀田 知光	学校法人東京医科大学理事／がん研究振興財団理事長		病院長選出規程第4条第1項第1号に基づき理事（教授会代表者会議構成員を除く。）から選出	有
糸井 隆夫	東京医科大学病院副院長／消化器内科学分野主任教授		病院長選出規程第4条第1項第2号に基づき教授会代表者会議構成員から選出	有
菅野 義彦	東京医科大学病院副院長／腎臓内科学分野主任教授		病院長選出規程第4条第1項第2号に基づき教授会代表者会議構成員から選出	有
山本 謙吾（注）	東京医科大学病院副院長／整形外科学分野主任教授		病院長選出規程第4条第1項第2号に基づき教授会代表者会議構成員から選出	有
平山 陽示	東京医科大学病院総合診療医学分野・臨床教授		病院長選出規程第4条第1項第3号に基づき教育職員から選出	有
醍醐 象器	東京医科大学病院事務部長		病院長選出規程第4条第1項第4号に基づき事務系・看護系・技術系職員から選出	有
杉山 温人	国立国際医療研究		アレルギー、呼吸器内科の第一人	無

	センター病院病院長		者で2019年４月から国立国際医療研究センター病院長に就任し、高次医療を主とする大病院の管理運営の責任者として広い経験と見識を有すると同時に、同一区内の医療機関の観点から東京医科大学病院への期待を背景にした適切な見解を有 している 。 病院管理者として、医師会副会長として、その高い見識と経験は、外部有識者として適任である。	
竹内 勤	慶應義塾法人本部常任理事		慶應義塾大学医学部卒業後、留学を経て埼玉医科大学内科で教鞭をとり、教授、副学長を経て母校の内科教授・病院長を歴任された。特定機能病院の管理者として十分な実績があり、広い識見を有している。 医学部教授として、医学部長補佐、大学病院長の経歴と、現在常任理事として、教育・研究・診療に加え法人の管理運営にも関わり、外部有識者として適任である。	無

（注） 山本謙吾委員については、大学病院長候補者となったため選出規程第４条第７項に基づき委員を辞任したことから、教授会代表者会議選出委員の投票次点者の八王子医療センターの池田寿昭病院長が委員となった。

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	有

・合議体の主要な審議内容

病院の最高協議体として、病院運営管理会議の中で病院の運営管理上必要となる諸事項を協議し、その執行に当たり病院長を補佐する。

・審議の概要の従業者への周知状況

議事を記録し、委員へ配布するとともに、従業員へ周知が必要な事項については、文書、掲示板などを利用して周知する。

・合議体に係る内部規程の公表の有無（ 無 ）

・公表の方法

・外部有識者からの意見聴取の有無（ 無 ）

合議体の委員名簿

氏名	委員長 （〇を付す）	職種	役職
山本　謙吾	〇	医師	病院長
池田　徳彦		医師	副院長
糸井　隆夫		医師	副院長
菅野　義彦		医師	副院長
高城　由紀		看護師	副院長・看護部長
石川　孝		医師	病院長特別補佐 （患者相談窓口）
渡邉　秀裕		医師	病院長特別補佐 （感染症対策）
相澤　卓		医師	医療保険室長
松村　　一		医師	情報システム室長
鈴木　亮		医師	健診予防医学 センター長
稲垣　太郎		医師	総医局会長
醍醐　象器		事務	事務部長
竹内　裕紀		薬剤師	薬剤部長
三島　史朗		医師	医療安全管理室長
梶　　良恵		看護師	医療安全管理者
日向　伸哉		技師	放射線部技師長
上道　文昭		技師	中央検査部技師長
山田眞由美		技士	臨床工学部技士長
篠崎　　功		事務	医事課長
市川　裕介		事務	総合相談・ 支援センター
酒井　誓一		事務	法人企画部広報・社会 連携推進室専門員

内野々　正志		事務	総合相談・ 支援センター専門員
鎌田　智恵子		看護師	看護部　副看護部長 （病床管理担当）

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 ）
・ 公表の方法

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、各病院長が出席する人事審査会で、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。

・ 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名以内

病院長を補佐し、病院長に事故あるときは、その職務を代行する。現在は、手術室運営・働き方改革担当、診療担当、医療安全・危機管理担当、多職種連携担当それぞれ１名ずつ配置している。

【病院長特別補佐】2名以内

病院長の特命事項に係る調査、企画等を担当し、病院の管理運営に関し、病院長に助言等を行うとともに病院長が指示する項目を処理する。現在は、医療・企業連携担当、感染対策担当をそれぞれ１名ずつ配置している。

【診療部長】

病院長の指示に従い診療部門を統括

【経営企画室長】

病院経営の改善に係る企画立案及び実施他

【医療安全管理室長】

医療安全管理部門の統括

【感染制御部長】

感染制御部門の統括。

・ 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

定期的に、接遇責任者研修、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、階層別研修（新人、主任、係長、管理職）、若手職員（3～7年目）研修等を実施している。

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

・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)

・委員名簿の公表の有無(有)

・委員の選定理由の公表の有無(有)

・監査委員会に係る内部規程の公表の有無(有)

・公表の方法:

大学・病院ホームページ

監査委員会の委員名簿及び選定理由(注)

氏名	所属	委員長 (〇を付す)	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	〇	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	無	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
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	無	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
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	無	医療を受ける者その他の医療従事者以外の者

（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

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

監事の業務監査として、期中監査において、会議の議事録の閲覧等を行い、法令等に適合しているかを確認している。また、期末監査においては病院長の出席を求め、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、公正に行われていることを確認し、併せて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。

法人本部の監事室は、監事の業務を補佐し、内部監査室は、業務プロセスに係る内部監査を実施し、病院長の業務が法令等に違反することなく適正、公正に行われていることを確認し、改善に向けた意見を提示している。また、監事、内部監査室、会計監査人による三様監査部門会議を定期的に開催し,各々の監査状況の報告、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)

・ 内部規程の整備の有無(有)

・ 内部規程の公表の有無(有)

・ 公表の方法

大学のホームページ(大学病院掲示板に掲載)

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

病院の管理運営状況を監督する会議体として理事会、業務連絡会がある。

理事会、業務連絡会ともに理事を構成員として組織し、理事の業務執行状況の監査のため、監事も同席している。理事会は原則月 1 回定例に開催するほか、必要に応じ臨時にも開催され、法人における最高決定機関と位置付けられており、法人の一切の業務を決し、理事の職務執行を監督する。

定時理事会には、病院長は職責理事として、病院の管理運営状況等の報告がされる他、予算・決算等に代表される法人の管理運営に係る重要事項全般を審議する。

業務連絡会は、理事長の職務執行に当たっての協議機関として、常任役員会から付託された事項及び理事会、評議員会に提出する案件について協議している。また、非常勤理事に対し法人の運営状況をより深く理解してもらうための役員研修も実施している。法人運営に関する事項の議決権は有していない

・ 会議体の実施状況（令和 3 年度:29 回、令和 4 年度(8 月末まで): 9 回）

・ 会議体への管理者の参画の有無および回数（ 有 ）

（令和 3 年度:27 回、令和 4 年度(8 月末まで): 8 回）

・ 会議体に係る内部規程の公表の有無（ 有 ）:寄附行為、業務連絡会規程

・ 公表の方法

大学ホームページに掲載

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 （〇を付す）	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。

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 ） ・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 ） ・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 ） ・周知の方法 本学ホームページ、学報、医療安全マニュアルへの掲載、研修会での周知、携帯カードを全員に配付

（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　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
・情報発信の方法、内容等の概要 〇ホームページ・冊子（病院案内）による情報発信 〇市民公開講座医・少年少女医学講座を実施	

2　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
・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(脳神経外科、脳神経内科、高齢診療科、救命救急センター)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（歯科口腔外科・矯正歯科産科、形成外科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科、小児科・思春期科、産科・婦人科）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、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·思春期科、産科·婦人科、臨床腫瘍科、循環器内科、 臨床検査医学科、皮膚科、耳鼻咽喉科·頭類部外科)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。

(5) 細胞再生医療センター

細胞再生医療に関連する診療科(心臓血管外科、歯科口腔外科・矯正歯科、皮膚科)が、再生医療を法令遵守の下、安全で迅速に、効率的に臨床現場に提供することを目的としたセンター。

(6) 聴神経腫瘍・頭蓋底腫瘍センター

聴神経腫瘍・頭蓋底腫瘍に関連する診療科(脳神経外科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科)が、豊富な手術経験、手術の技術、術中脳神経モニタリング、術前·術後の専門的な種々の検査、術前の腫瘍塞栓を行う脳血管内治療チームをそろえたセンター。

(7) 炎症性腸疾患・良性腸疾患センター

当院では消化器内科、小児科において主にIBDの診療を実施し、その中で手術対象例は消化器外科・小児外科で治療を行う。専門性の高い難病の炎症性腸疾患と良性腸疾患に特化した内科、外科および小児科の三科医師による円滑かつ密接した診療体系を構築し、専門の専属薬剤師、管理栄養士、臨床心理士と連携を密にすることで、薬剤の説明や栄養指導、メンタルケアを重点的に行い、より患者さんに適切で安全な医療を提供する。

(8) 膵臓・胆道疾患センター

診断・手術だけでなく、放射線治療、化学療法、血管内治療、病理診断、緩和医療など、一人一人の患者さんの状態に応じた最適な診断・治療を行う必要があるため、消化器内科、消化器外科・小児外科、さらには放射線科、臨床腫瘍科、病理診断科の専門医が定期的にカンファレンスを行い、個々の患者さんの病態に応じた最良の医療を行う。