

201405010A

厚生労働科学研究費補助金  
厚生労働科学特別研究事業  
新たな専門医研修のモデルプログラム作成に関する研究

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 八木 聰明

平成27（2015）年 3月

# 目 次

I. 総括研究報告書	-----	1
新たな専門医研修のモデルプログラム作成に関する研究		
研究代表者 八木 聡明		
(資料) 第1回～第3回 班会議メモ		
II. 分担研究報告		
1. 宮崎 俊一	-----	5
(資料) 循内ローテーションプログラム(案)		
長崎医療センター内科専門研修プログラム (案)		
2. 千原 幸司	-----	14
(資料) 外科関連専門医制度委員会第55回総会議事録案 抜粋		
呼吸器外科専門研修プログラム整備基準 (案)		
3. 木村 昭夫	-----	31
(資料) 国立国際医療研究センター救命救急センター救急科		
救急科専門医 (Emergency Physician)養成研修プログラム		
4. 新川 秀一	-----	43
(資料) 専門研修プログラム作成時の問題点		
耳鼻咽喉科専門研修カリキュラム		
平成29年度日耳鼻大学医学部附属病院耳鼻咽喉科		
専門研修プログラム (案)		

# 厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

## 総括研究報告書

### 新たな専門医研修のモデルプログラム作成に関する研究

研究代表者 八木 聡明

#### 研究要旨

##### 分担研究者

宮崎俊一・近畿大学医学部循環器内科主任教授

千原幸司・静岡市立静岡病院副院長

木村昭夫・国立国際医療研究センター救命救急センター長

新川秀一・みやぎ県南中核病院主任部長

#### A. 研究目的

我が国においてはこれまで、各領域の学会が独自に運用してきた学会認定専門医が乱立して認定基準が統一されておらず、制度の統一性、専門医の質の担保に懸念を生じる専門医制度も出現するようになっており、患者から信頼される医療を確立していくためには、専門医になるための研修を受ける専攻医が、各診療領域で標準的な医学・医療レベルを獲得するためのプログラム策定が今後の専門医養成に求められる大きな課題である。

新たな専門医の仕組みでは、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」として考え、中立的機関が専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行うこととし、専門医の養成プロセスの標準化を図ることが求められている。今後、新たに専門医と専門医研修プログラムの評価・認定を統一的に行う日本専門医機構が認定することにより、新たな専門医の速やかな養成の開始及び標準化に資することを目的とする。

#### B. 研究方法

日本専門機構が作成する専門医研修プログラムの基準等を踏まえ、基本診療領域について標準的なモデルプログラムを作成し、そのモデルプログラムの妥当性について、基幹研修施設へのヒアリング等により検証することによって、各診療領域のモデルプログラムを横断的に比較し、個々の特性を明確化する。

#### C. 研究結果

研究計画に従い班会議を3回行った。会議を行う間に各分担研究者によるモデルプログラムに関する一部の基幹研修施設関係者からのヒアリングを行い、プログラム実施に向けた問題点等について検討を行った。ヒアリング結果等に関する詳細の結果報告は、各分担研究者の報告書に記されている。

#### D. 考察

各分担研究者報告にあるように、本研究の頭書の目的は達成されたものと思われる。耳鼻咽喉科や救急救命領域については、プログラムの目的や、実施方法が極めて明確であることが判明した。但し、救急救命領域のように専門研修が他科（例えば、脳神経外科、腹部外科等）に及ぶ場合には、受け入れ体制を含め、その研修をどのように行うかについては、解決すべき具体的問題として残った。また、内科や外科のようにサブスペシアルティへの連続が主体である専門医研修プログラムの問題点が明確になった。すなわち、外科専門医、或いは内科専門医に求められる標準的医療とは、という問題点が一層クローズアップされた感がある。今後、速やかに解決しなくてはならない点である。

#### E. 結論

本研究によって作成された専門医研修プログラムの標準的なモデルを提示することにより、各基幹研修施設は、平成27年度中に速やかに具体的な研修プログラムを作成することができ、これらの研修プログラムの認定を機構が行い、新たな専門医の育成を早期に開始することができる。また、初期臨床研修医は、それぞれの診療領域で提示されたモデルプログラムを参考にして専攻医に応募できるなど、自らのキャリアパスを早期に検討することができ、新たな専門医の速やかな養成・確保に資することができる。これらの専門医研修プログラムの標準化による新たな専門医育成の結果が、医療の標準化及び専門医の質の一層の向上に寄与し、患者から信頼される医療を確立することができる。

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金  
厚生労働科学特別研究事業第 1 回班会議 メモ

日 時 平成 26 年 10 月 21 日 (火) 17 時 30 分～19 時 00 分

場 所 日本専門医機構会議室 東京国際フォーラム D301

出席者 八木聰明、木村昭夫、新川秀一、千原幸司、宮崎俊一

オブザーバー 森 桂、松崎淳人

1. 日本専門医機構が立ち上がり、来年度にかけて 19 基本領域のプログラムを作成していかななくてはならないという緊急性から厚生労働科学特別研究事業の申請を行った。新規性、緊急性の点から、総合診療専門医を強く出した内容になっているが、総合診療専門医だけでなく 19 の基本領域のモデルプログラムの整備を目的とする。
2. 研究代表者の八木聰明から、本事業を遂行するに当たり、次の 4 名が研究分担者として選任された理由について説明がなされた。  
新川秀一 (耳鼻咽喉科)、木村昭夫 (救急科)、宮崎俊一 (内科)、千原幸司 (外科)
3. 半年間の行程については、第 1 段階として、領域のプログラムを持ち寄りディスカッションする。第 2 段階として、代表的な研修施設のプログラム責任者になる方にプログラムを提示し、このプログラムを実際に動かすとどうなるかというヒアリングを行う。最終段階として、それぞれのヒアリング結果を持ち寄り、俯瞰的に見た時にそれぞれの診療領域の特殊性や、共通点はどのようなところに出てくるかを検討し、今後の方針を報告書に提示することとした。
4. ヒアリングについては、大学病院や僻地等、施設によってかなりばらつく可能性があるため 1 施設では難しいとの意見があり、半年の期限でできる 2 施設程度とした。会場は日本専門医機構の会議室を使用し、旅費は科研費より支出する。研究協力者の出席等については、事前に事務局に連絡することとした。
5. 医療安全や倫理に関する提言、初期臨床研修とのつながり、雇用形態について等を、研究結果として出せるとよいのではないかという意見があったが、半年間の班会議では難しく、また専門医機構自体が検討すべきテーマであることから、早急に手を付けるべき課題として理事長に伝えることとした。
6. 第 2 回班会議は、平成 26 年 12 月 19 日 17:30 から開催することとし、プログラムの持ち寄りについては、可能であれば事前に事務局にメールで送付することとした。

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金  
厚生労働科学特別研究事業第 2 回班会議 メモ

日 時 平成 26 年 12 月 19 日（金）17 時 30 分～19 時 00 分

場 所 日本専門医機構会議室 東京国際フォーラム D301

出席者 八木聰明、木村昭夫、新川秀一、宮崎俊一

オブザーバー 森 桂、松崎淳人（厚生労働省医政局医事課）

事務局 小嶋照郎

欠席者 千原幸司

1. 八木研究代表者より、前回（10 月 21 日）開催された班会議の内容が簡単に説明された。
2. 木村（救急科）、新川（耳鼻咽喉科）、宮崎（内科）、各班員の順にプログラムの説明があり、内容について他の班員との議論がなされた。
3. 各領域のプログラムの検討を更に行うために、各班員がヒアリングを開催するとし、以下のようにした。
  - ① 会場  
原則「日本専門医機構の会議室」を使用することを原則とするが、他の都市でも可とした。
  - ② 費用  
会場費、交通費、必要な場合は宿泊費の支給が可能であり、領収書の提出が必要となる。
  - ③ 日時と会場の設定  
各班員が、開催日時と会場を設定し、事務局に報告することとする。事務局は、班員と厚労省への通知を行う。他の班員は、そのヒアリングに参加出来る場合は、参加することとする。
  - ④ 開催時期  
1 月中とし、遅くても 2 月第 1 週（初旬頃）までには実施することとする。
  - ⑤ 結果のまとめ  
ヒアリングの結果を元に、第 3 回班会議を行い 3 月中旬頃までには研究報告書をまとめることとする。
4. 第 3 回班会議は、平成 27 年 2 月 20 日（金）17：30～19：30 とする。

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金  
厚生労働科学特別研究事業第 3 回班会議 メモ

日 時 平成 27 年 2 月 20 日（金）17 時 30 分～19 時 00 分  
場 所 日本専門医機構会議室 東京国際フォーラム D301  
出席者 八木聡明、木村昭夫、新川秀一、千原幸司、宮崎俊一  
オブザーバー 森 桂、松崎淳人（厚生労働省医政局医事課）  
事務局 小嶋照郎

1. 八木研究代表より、班会議第 1 回～第 2 回までの研究内容について、経過説明がなされた。
2. 内科研修プログラムについて、1 月 20 日大阪にて、近畿大学の宮崎班員、栗田先生と長崎医療センターの向原先生で、それぞれの研修プログラムについて説明および問題点等のヒアリングを実施した。その内容が資料 2 として宮崎班員より提出された。
3. 耳鼻咽喉科の新川班員、救急科の木村班員、外科の千原班員より各研修プログラム（案）が提出され、それら資料に基づき報告と説明があり、内容について議論を行った。
4. 班会議は今回をもって終了する予定であることが伝えられ、今後は研究報告書の作成にとりかかる。研究報告書の提出内容については、厚労省より連絡があった旨の報告がなされ、班員からのデータを盛り込み、八木研究代表がまとめることとした。

# 分担研究報告書

1. 研究分担者 所属・職名 近畿大学医学部 循環器内科・主任教授

氏 名 宮 崎 俊 一

2. 研究課題名 新たな専門医研修のモデルプログラム作成に関する研究

## 3. 研究実績の概要

2017年より開始される新たな専門医制度においては研修プログラムによって専門医研修内容を規定することで均一な専門医としての資質を担保するように計画されている。この方針を実行するために日本専門医機構では各領域における研修プログラム整備指針を策定し、この指針に従って各領域のプログラム指針が検討されている。一方、内科専門医資格は外科系専門医制度と異なり、診断の専門医という医師像であり、従って極めて広い内科診療領域にまたがる専門医と位置付けられる。このため地方地域における研修と東京のような都会における研修プログラムは同一ではないと思われる。そこで、本研究では新専門医制度の実務段階となる、現場における研修プログラム実行を想定して、大学病院(近畿大学)の研修プログラムと長崎医療センター(離島を含む地域医療病院)における研修プログラムをパイロット的に作成して比較検討した。

### 【方法】

近畿大学の内科研修プログラムに対して長崎医療センターにおける教育担当者がヒアリングをおこない、同様に長崎医療センターの内科研修プログラムに対して近畿大学研修における指導医がヒアリングをおこなった。この後に両施設以外の参加者を加えて全員で問題点を議論した。

### 【結果】

近畿大学研修プログラムは単一施設での研修を想定し、かつサブスペシャリティ領域の専門医資格を取得する際に効率的な研修となるように配慮されたプログラムと思われた。このため地域の関連施設をプログラムに取り入れることができるかどうか、また地域医療に対する影響はどうか、などの議論がなされた。長崎医療センターのプログラムには離島における研修が含まれる内容であったが、実際には複数の研修コースが設定されており、現状では長崎大学の研修プログラムと長崎県の行政が関与した人事異動との整合性が課題として残るプログラムと思われた。一方、現時点では修得項目が確定していないことあり、医学的見地から内科専門医としての技術技能および症例経験を積み上げることができるかどうかについても、さらに検討が必要であると思われた。

### 【結論】

現時点では内科専門医カリキュラムが確定していない状況であるためにプログラム実施においても不確定な問題があるものの、大学病院における研修プログラムはサブスペシャリティ領域の専門医制度を考慮しなければならない。また、地域医療への影響は複数施設で構成する研修プログラムで、複数の研修コース(または複数のプログラム)を揃えることで対応可能と思われた。また(長崎に代表される)地域における研修プログラムにおいては既に総合的内科医療を提供できるように教育する研修プログラムが稼働しており、むしろ人事権をどのように位置付けるといった事務的問題が課題ではないかと思われた。

## 4. 研究協力者

所属・職名 近畿大学医学部 教授 氏 名 栗田 隆志

所属・職名 国立病院機構長崎医療センター 医長 氏 名 向原 圭

循環器内科での案1(症例経験が少なく、他内科を最大期間ローテーションする場合)												
後期研修	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	循環器内科にて初期トレーニング			他内科A		他内科B		他内科C		他内科D		他科1
	5月から1回/月のプラマリケア当直研修を6ヶ月間行う(プログラムの要件)						1年目にJMECCを受講(プログラムの要件)					
2年目	他内科E		他内科F		他科2		他科ローテーション予備(10月までに充足すれば循内)		循環器内科(専門的トレーニング得足必要に応じて予備期間(他科ローテーション))			
									内科専門医取得のための病歴提出			
									6ヶ月間以上、初診+再診外来週に1回担当(プログラムの要件)			
3年目	循環器内科にて心エコートレーニング 病棟ローテーション			循環器内科にてPCIトレーニング CCUローテーション			循環器内科にてPCIトレーニング 病棟ローテーション			循環器内科にてPCIトレーニング CCUローテーション		
	初診+再診外来 週に1回担当(プログラムの要件)									内科専門医取得のための筆記試験		
そのほかプログラムの要件			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									
3年目以降は各個人の選択性が反映されるため、ここではPCIを専門に選択した場合について記載した。												
他科ローテーションについて	専攻医の必須カテゴリー経験症例が不足している場合には、不足当該症例に該当する診療科を原則として各々2ヶ月間ローテーションする。ローテーション順位は経験症例の分布による専攻医の希望を考慮して研修委員長が決定する。なお、ローテーション中は当該科の指導医が研修指導する。											
ローテーション科の順位	ローテーション順位については初期研修終了後(または後期研修開始3ヶ月以内)に初期研修時期に経験した症例などを勘案し、全ての他科8科は必須ではない。また、研修期間は経験症例数に応じて1~3ヶ月で調整できる。											
他科内訳	内科A 代謝内分泌糖尿病、内科B 呼吸器アレルギー、内科C 血液膠原病、内科D 神経、内科E 消化器、内科F 腫瘍 他科1 皮膚科、他科2 脳神経外科+SCU											
大学院進学の場合	入局3年目以降、大学院への進学を考慮する。この場合、大学院での研究を行いながら、内科専門医、循環器専門医取得に必要な臨床修練を平行して行うこととする。ただし、大学院大学に入学した場合は必要に応じて週に1日程度、研究に専念する研究日を設けることができる。											
その他	他の内科ローテーション中は当該科の当直とする。入局先の検査や業務(循内ではTMT,RI、陪席、緊急当番など)は他科ローテーション中は免除する。											



国立病院機構長崎医療センター 内科専門研修プログラム（案）

1. 専門研修基幹施設、専門研修連携施設

イ) 専門研修基幹施設

国立病院機構長崎医療センター内科（総合診療科、呼吸器内科、循環器内科、消化管内科、肝臓内科、腎臓内科、血液内科、神経内科、代謝内分沁内科、リウマチ科）救急科

ロ) 専門研修連携施設

長崎県五島中央病院内科、長崎県島原病院内科、国民健康保険平戸市民病院内科

ハ) 特別連携施設

市立大村市民病院内科、長崎県上五島病院内科、有川医療センター、奈良尾医療センター、長崎県対馬いづはら病院内科、小離島の自治体診療所

一次・二次・三次医療機関をバランス良くプログラムに組み込み、救急外来、初診外来、継続外来、一般病棟、集中治療室、診療所、クリニック等での幅広い研修の場を提供する。ブロック研修を基本とするが、研修期間を通して少なくとも週一回の継続外来診療研修および不定期の離島・僻地の医療機関での研修、集中治療室での研修は必須とする。研修期間は3年間とするが、到達目標を達成した専攻医は2年間で研修を修了することができる。

∞

▶ ローテーション例1

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	長崎医療センター 総合診療科・代謝内分沁内科・リウマチ科						長崎医療センター 救急科（救急室／集中治療室）					
	長崎医療センター 総合診療科外来（週一回）／離島・僻地の病院・診療所研修（不定期）											
2年目	長崎医療センター 腎臓内科	長崎医療センター 呼吸器内科	長崎医療センター 血液内科	長崎医療センター 循環器内科	長崎医療センター 神経内科	長崎医療センター 消化管・肝臓内科						
	長崎医療センター 総合診療科外来（週一回）／離島・僻地の病院・診療所（不定期）											
3年目	市立大村市民病院 内科病棟						島原病院 内科病棟					
	市立大村市民病院 内科外来（週二回）						島原病院内科外来（週二回）					

➤ ローテーション例 2

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	長崎医療センター 総合診療科・代謝内分泌内科・リウマチ科						長崎医療センター 消化管・肝臓内科		長崎医療センター 循環器内科		長崎医療センター 呼吸器内科	
	市立大村市民病院内科外来（週一回）／離島・僻地の病院・診療所研修（不定期）											
2年目	長崎医療センター 救急科（救急室／集中治療室）						長崎医療センター 腎臓内科		長崎医療センター 神経内科		長崎医療センター 血液内科	
	市立大村市民病院 内科外来（週一回）／離島・僻地の病院・診療所研修（不定期）											
3年目	五島中央病院 内科病棟						上五島病院 内科					
	五島中央病院 内科外来（週二回）						有川医療センター（週一回）					

9

➤ ローテーション例 3

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	長崎医療センター 総合診療科・代謝内分泌内科・リウマチ科						長崎医療センター 消化管・肝臓内科		長崎医療センター 循環器内科		長崎医療センター 呼吸器内科	
	市立大村市民病院 内科外来（週一回）／離島・僻地の病院・診療所研修（不定期）											
2年目	長崎医療センター 救急科（救急室／集中治療室）						長崎医療センター 腎臓内科		長崎医療センター 神経内科		長崎医療センター 血液内科	
	市立大村市民病院 内科外来（週一回）／離島・僻地の病院・診療所研修（不定期）											
3年目	対馬いづはら病院 内科病棟						平戸市民病院 内科病棟					
	対馬いづはら病院 内科外来（週一回）						平戸市民病院 内科外来（週一回）					

## 2. 専門研修指導医（・指導者）

### イ) 各施設への指導医の配置、特別連携施設における対応

日本専門医機構・研修委員会が定めた要綱に従って、指導医を各施設に配置する。特別連携施設においては、基幹施設に属する指導医が、連携施設のスタッフと密に連絡を取りながら、少なくとも一ヶ月に一度、施設を訪問し、専攻医の研修の質を担保する。カリキュラム⑤研修評価の項で示す評価体制および内容、方法は特別連携施設においても同様に実施する。

### ロ) 指導者研修・講習会の実施（ここでの「指導者」は医師の他、現場で専攻医の教育、評価を担当する他の医療専門職を含む）

質の高いプログラムを維持するには指導者研修が必須であり、講習会を少なくとも一ヶ月に一回、実施する。各施設における指導者研修の計画を立案し、系統的、包括的に実施する。現場の指導者の役割は多様であるが、カリキュラムの理念、構成を十分に理解し、プロフェッショナルとしての価値観及びコンピテンシーを意識しながら、経験目標に関して専攻医へフィードバックを実施することが特に求められる。特に医師以外で指導者となる医療専門職に対しては医師を評価し、フィードバックするということに対する社会的障壁を崩す必要があり、特別な配慮を必要とする。指導医またはその候補者に対する教材として日本内科学会が出版する「指導医のてびき（仮）」を活用する。

こ

## 3. 専門研修プログラム管理・評価体制

・各施設には下記の評価ができる体制を整備する。イ)、ロ)の詳細についてはカリキュラム(案)の⑤研修評価の項を参照のこと。

### イ) 指導医および施設責任者による専攻医の評価

### ロ) 専攻医による指導体制等に対する評価（指導医に対する評価およびカリキュラム／プログラムに対する評価）

### ハ) 上記の評価を含めて、フィードバックをシステムの改善につなげるプロセスを保証すること

- ・基幹施設である長崎医療センターに研修プログラム管理委員会を設置する。
- ・専門研修プログラム統括責任者を置く。
- ・研修管理プログラム管理委員会は、プログラム統括責任者および専門研修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、専門研修プログラムの継続改良を行う。
- ・研修プログラム管理委員会と専門研修連携施設担当者とを連携する委員会組織を、各専門研修連携施設に置く

## 4. 専門研修実施記録システムの整備

カリキュラム(案)で示した目標、方略、評価の全てを系統的に記録できるシステムを電子ベースで開発する。日本専門医機構からの委託を受けて日本内科学会が運営を予定している Web 研修手帳（研修ログ）、技術・技能評価手帳との統合を試みる。

## 5. マニュアル、フォーマット等の整備

・プログラム運用のためのマニュアル、各種フォーマットを電子ベースで開発し、整備する。

### イ) 専攻医研修マニュアル

カリキュラム／プログラムにおいて専攻医が知っておくべき内容を簡潔にまとめて記載する。

### ロ) 指導者用マニュアル

カリキュラム／プログラムにおいて指導者が知っておくべき内容を簡潔にまとめて記載する。

### ハ) 専攻医研修実施記録フォーマット

日本内科学会が作成する研修手帳を基本とし、本カリキュラムの実情を考慮した記録のフォーマットを開発し、整備する。

### ニ) 指導医による指導とフィードバック記録

カリキュラムの⑤研修評価の項で示した内容、方法を効率的に記録できるフォーマットを開発し、整備する。

### ホ) 指導者研修 (FD) 計画と実施記録

上記の 2. 専門研修指導医 (・指導者)、ロ) 指導者研修・講習会の実施の項で示したことを記録するフォーマットを開発し、整備する。

## 二

## 6. 専門研修の人的・物的資源

専攻医は実際の体験を通して患者、一般市民、社会から学ぶことを基本とする。指導医、他の医療専門職はその学習過程の援助者として機能する。専攻医は様々な物的資源を活用することになるが、特に情報通信技術を効率良く活用できるようになることが求められる。

## 7. 専攻医の採用と修了について

### イ) 採用方法と基準

採用方法と基準を公表し、公募により採用する。採用基準として別に定める「専門研修の第一日目に信頼して任せられる診療活動」を遂行する能力が備わっているかを筆記試験、客観的臨床技能試験、面接により評価する (表 1)。これらの試験に代わってその能力を証明できる資料があれば、試験を免除する。

### ロ) 修了要件に関しては、カリキュラム (案) の総括的評価の項を参照のこと。

表1 専門研修の第一日目に信頼して任せられる診療活動

<p>1. 患者と関係を構築しながら、患者の視点を含めて病歴を聴取し、身体診察を実施する</p>
<p>患者との関係を構築、維持しながら、状況に応じて正確で包括的、又は焦点を当てた病歴聴取と身体診察を行う。病歴聴取の際は、患者自身の考え、期待、感情、生活への影響といった患者の視点についても情報収集する。この情報は診療方針を決定する基礎データとなる。</p>
<p>2. 診察の後、優先順位を付けて鑑別診断を挙げる</p>
<p>診察の後、臨床推論のプロセスを経て、頻度、緊急性、重症度に従い優先順位を付けて鑑別診断を挙げる。</p>
<p>3. 日常的に頻用される検査を適切に実施し、解釈する</p>
<p>収集された情報及び、鑑別診断を基にして、血液・尿検査、レントゲン、心電図等、日常的に頻用される検査を必要に応じて実施し、解釈する。</p>
<p>4. 基本的なオーダー、処方を入力する</p>
<p>救急外来、病棟、一般外来、診療所において基本的なオーダー、処方を自分で入力することが期待されるが、その理由がわからないオーダーや処方に対して自身の限界を認識し、上級医へ援助を求めなくてはならない。</p>
<p>5. 正確に、焦点を絞り、文脈に沿った診療録を適切に記載する</p>
<p>良い診療録は、診療の包括性、継続性を助けるのに加えて、チームメンバーが患者の社会的背景、視点を理解するのを助ける。</p>
<p>6. 口頭で患者についてプレゼンテーションする</p>
<p>患者の状況について共通理解を促すため、チームメンバーに対して患者についての情報を要約し、簡潔にプレゼンテーションする。そのためには患者の主要な問題点について確りと考察ができていることに加えて、プレゼンテーション相手のニーズを理解することが求められる。</p>
<p>7. 臨床上の疑問を定式化し、文献を検索する</p>
<p>必要に応じて、臨床上の疑問を同定し、適切な情報源を活用し、文献を検索する。文献の批判的吟味、実際の患者、状況への適用についての基本的なスキルを獲得しておくべきである。専攻医には自身の知識のギャップを埋めようとする認識が求められる。</p>

#### 8. ケアの移行期において責任を持って申し送りを伝える、受ける

紹介、退院、チームメンバーの交代、転科等、ケアの責任が移行する時期にアクセス、継続性、包括性を保証し、安全なケアを提供するために申し送りのスキルは極めて重要である。

#### 9. 職種間チームのメンバーとして協働する

効果的なチームワークは安全で時宜を得た効果的、効率的、公正なケアを達成するのに必要なコンピテンシーである。チームメンバーの役割、責任、貢献について学習することは、チームケアが患者のアウトカムに影響するということを十分に認識するのに極めて重要である。

#### 10. 至急、緊急な状況にあり、対応が必要な患者を認識する

専攻医は至急、緊急の状況に最初に対応したり、検査異常値や患者の状態の悪化について最初に知らされたりすることが多い。具体的な至急、緊急の状況の例として以下が挙げられる：1. 胸痛、2. 意識状態の変化、3. 呼吸苦、低酸素、4. 発熱、5. 低血圧、高血圧、6. 不整脈、7. 乏尿、無尿、尿閉、8. 電解質異常（例>低ナトリウム血症、高カリウム血症）、9. 低血糖、高血糖

#### 11. 検査、処置に対するインフォームドコンセントを得る

専攻医は中心静脈ライン、造影剤、輸血等に関するインフォームドコンセントを得なくてはいけない立場にあるかも知れない。しかし、その適応、禁忌、代替案、リスク、利益について知らない検査、処置についてインフォームドコンセントを得ることは期待されていない。

#### 12. 一般的な手技を施行する

心肺蘇生、バッグバルブマスク換気、静脈穿刺、末梢静脈ライン挿入等、診療を行うためにいくつかの基本的な手技は監督なしで実施できなくてはならない。

#### 13. システムの欠陥を同定し、安全と改善の文化に貢献する

不必要な疾病、傷害、死亡を防ぐためには、医療従事者がシステムを理解し、その改善に責任を持つ必要がある。

# 分担研究報告書

1. 研究分担者 所属・職名 静岡市立静岡病院副病院長・呼吸器外科長

氏 名 千原 幸司

2. 研究課題名 新たな専門医制度におけるサブスペシャリティ専門医研修プログラム作成に関する研究

## 3. 研究実績の概要

呼吸器外科手術数は2000年4万、2012年7.5万と直線的に増加しており今後、約20年はこの傾向と見込まれる。2014年3月現在、3227人（呼吸器外科専門医は1378人）の学会員が274の基幹施設と379の関連施設（大学34%、他66%）に所属する。専門医は少ない県で数人、最多は東京都150人、人口5.5～23万人/専門医（平均12万人、中央値11万人）、平均手術件数60例/年/専門医で、科が数人の施設も多く若い会員が診療を担うとともに専門医取得の研修が行われている。この陣容で本邦の肺癌手術関連死亡率は1%未満と、欧米を凌駕している。

2017年4月に始まる新たな専門医制度は対象である外科専門医・呼吸器外科専門医の取得を目的とした3年目以降の後期研修医（これを専攻医と呼ぶ）に、これまでのカリキュラム履修後に「いつかはなる」から時間軸を入れて「いつ頃なる」というプログラムになる。現在、策定中の呼吸器外科専門医研修プログラムは基本領域である外科専門医研修（3年間）との連動が必須であり、この研修を通じて外科医師としての人格の涵養、患者中心の診療、リサーチマインドの修得などの多面的な学習の視点を保持し、さらに、呼吸器外科医として必要な専門的な知識、診療技能、研究、倫理性を学ぶための適切な研修ができるように策定され、国民に信頼され標準的な呼吸器外科治療を提供できる医師の育成を目的として作成される。経験すべき手術は外科専門医取得に350例、呼吸器外科専門医取得に150例（うち50例は術者）、ならびに学術業績も同等であり、履修すべき医療安全などの研修はこれまでより多くなり、これまで卒後平均10年で修得していた経験をより早期に履修することを目指しており、より集中した研修となることが見込まれる。

プログラムの主体は外科専門医・呼吸器外科専門医を連動して取得できるプログラムを提案できる施設群となるが、研修の質と実効性を担保できるように施設群の手術実績は現在の制度での基幹施設の条件より高く設定されている。また、多くの専門研修指導医が必要となるので、これに見合うように指導医の資格の基準も作成されている。プログラムの連動の形式としては、サブスペシャリティとして呼吸器外科研修（3年間）を行うことを原則とするが、外科専門医研修中に呼吸器外科認定修練施設で一定期間以上の呼吸器外科の臨床研修を行った場合、この研修を呼吸器外科専門医研修の実績に組み込むことができる外科専門医研修と呼吸器外科専門医研修が連動するプログラムを基本とする。但し、外科専門医を取得後に他領域の診療や研究に従事したのちに呼吸器外科専門医の研修プログラムを受けることも可能とされている。

以上に述べたことは、ほかのサブスペシャリティである心臓血管外科、消化器外科、小児外科も同様であり、基本領域の外科専門医とこれら4つのサブスペシャリティ専門医の連携・協働がプログラムの実効性の要となると思われる。

## 4. 研究協力者

所属・職名 東京医科大学呼吸器外科教授 氏 名 池田 徳彦

注) 参考資料については未だ議論中の案である。



20150204 外科関連専門医制度委員会第 55 回総会議事録案 抜粋

## 外科専門研修プログラム

日本専門医機構とのヒアリングが重ねられて「外科専門研修プログラム整備基準」＜第 6 版＞ 2015/1/15 が提案された。2015/4 の完成を目指して引き続き検討中である。

この整備基準での現時点での重要なポイントは主に次のとおりである。

### 基幹施設の条件

- ・基幹施設は、プログラム統括責任者の要件を満たす者が 2 名以上常勤しているものとする。
- ・基幹施設は、学術雑誌または学術集会での研究発表が年間 3 件以上行われているものとする。
- ・基幹施設は、サブスペシャリティ領域（消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、小児外科）のうち、3 領域以上の修練施設の指定を受けているものとする。

### 専門研修施設群・専門研修プログラムの条件

- ・専門研修施設群は、都道府県を跨る施設で構成しても良いものとする。
- ・日本専門医機構が「単独施設によるプログラムを認めず、何らかの形で地域に専攻医を派遣する複数施設によるプログラムを原則とする」旨の見解を明らかにした。  
ただし、“地域”の定義は決められていない。
- ・専門研修施設群は、専攻医 1 名あたり、3 年間で 500 例以上の NCD 登録外科手術症例を有するものとする。
- ・専門研修施設群は、専門研修指導医 1 名につき、3 名の専攻医（学年不問）を超えないような管理体制を採るものとする。
- ・プログラム統括責任者は、現行の日本外科学会もしくはサブスペシャリティ学会の指導医資格を有すると共に、サブスペシャリティ専門医を 1 回以上更新した者であり、さらに医学博士号もしくはピアレビューを受けた英語による筆頭原著論文 3 編を有する者とする。
- ・プログラム内に研究期間を設定しても良いものとする。
- ・専攻医の研修中の休止期間は最長 120 日とする。ただし、妊娠・出産などの正当な理由のために休止期間が 120 日を超える場合は、研修未修了扱いとする。研修期間の上限はない。
- ・1 回以上更新した外科専門医を機構の“専門研修指導医”とし、従来の日本外科学会指導医資格とは区別する。
- ・外科専門医の筆記試験と予備試験を同時に実施することを検討する。

## 1 理念と使命

### ① 領域専門制度の理念

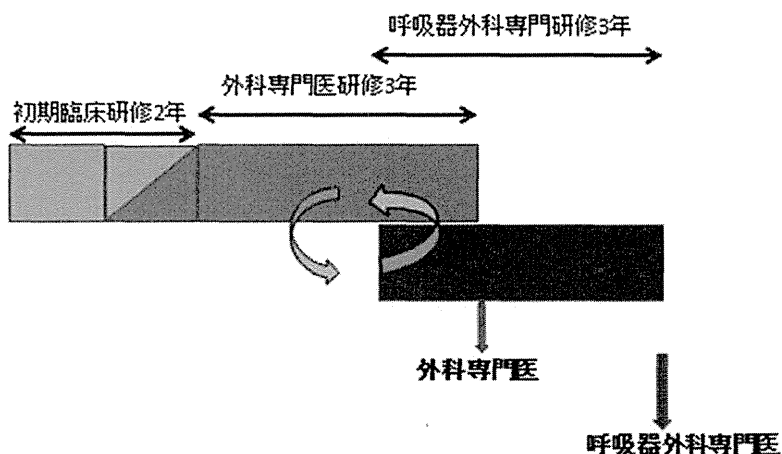
呼吸器外科専門医研修プログラムは外科学の共通基盤領域の研修を修了し、外科専門医の資格取得者が更に呼吸器外科医として必要な専門的な知識、診療技能、研究、倫理性を学ぶための適切な環境、プログラムを設定するものである。

対象は・ 日本国の医師免許を有すること。

・ 医師としての人格の涵養、患者中心の診療、リサーチマインドの修得などの多面的な学習の視点を保持し、信頼される医療を目的に、初期臨床研修を修了し、外科専門医・呼吸器外科専門医の取得を目的とした3年目以降の後期研修医（これを専攻医と呼ぶ）である。プログラムは初期臨床研修（2年間）に外科専門医研修（3年間）が終了した後に、サブスペシャリティとして呼吸器外科研修（3年間）を行うことを原則とするが、外科専門医研修中に呼吸器外科認定修練施設で一定期間以上の呼吸器外科の臨床研修を行った場合、この研修を呼吸器外科専門医研修の実績に組み込むことができる外科専門医研修と呼吸器外科専門医研修が連動するプログラムを基本とする（図）。

但し、外科専門医を取得後に他領域の診療や研究に従事したのちに呼吸器外科専門医の研修プログラムを受けることも可能とする。

### 外科専門医研修・呼吸器外科専門医研修プログラム



プログラムはプロフェッショナルオートノミーを基本とし、日本専門医機構とも連携して専門医制度の継続的な向上と評価を心がける。専門医の知識や技術の向上と同時に、研究活動や倫理性、医療安全に対する意識も涵養し、より良質な呼吸器領域の医療が社会に提供されるよう推進する。

## ② 領域専門医の使命

呼吸器領域の腫瘍性疾患、炎症性疾患、胸膜疾患、縦隔疾患などの疫学、診断、外科治療、周術期管理、内科的治療、病理形態学などの専門医として必要な知識と技術を包括的に身につけ、地域医療に貢献することを使命とする。同時に研究心、倫理性、社会性、医療安全に対する必要性も十分認識し、医療の質を向上させながら全人的な医療を行う。

## 2 専門研修の目標

### ① 専門研修後の成果

医の倫理を体得し、かつ、あらゆる外科領域の共通基盤である外科専門的知識と技術を修得した呼吸器外科専門医を志望する者を対象とし、もって国民医療の向上に貢献することを目的とする。研修後の成果は外科専門医としての知識と技量を基盤とし、サブスペシャリティの「呼吸器外科専門医」として必要かつ十分な技術、知識、人間性、倫理観を満たすものとする。

1. 呼吸器外科診療に必要な検査・処置・手技に習熟し、適切な臨床判断ができる。
2. 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。
3. 医の倫理に基づいた適切な態度と習慣を身につく。
4. EBM や基礎医学との連携による研究や生涯学習を行う方略を習得できて、実行できる。
5. 医療安全(患者の安全と安心), 感染対策, 医療倫理に関する教育研修を履修し、適切に対処できる。

### ③ 到達目標（修得すべき知識・技能・態度）

#### i 専門知識

呼吸器疾患の診断に必要な理学的診断、画像診断、内視鏡検査の知識と技術とともに、定型的な手術や緊急処置を適切に行う能力を修得する。

#### ii 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

- (1) 呼吸器疾患に必要な解剖・病態生理・病理を理解する。
  - (2) 呼吸器疾患の病因、病態、疫学に関する知識を習得する。
  - (3) 呼吸器疾患に必要な診断法を習得し、治療方針の決定ができる。
1. 胸部単純X線写真、CT、MRI、血管造影、PET-CT、肺シンチグラフィ等の画像診断ができる。
  2. 血液ガス分析、肺機能検査、心機能等の結果を解釈できる。
  3. 気管支鏡、胸腔鏡、超音波気管支鏡等の内視鏡診断ができる。
  4. 組織学的診断を理解し、病期に応じた治療方針の決定ができる。

(4) 呼吸器外科疾患に必要な緊急時対応が可能である。

1. 気道出血に対する気管支鏡的な診断、処置。
2. 気胸、血胸、膿胸等に対する胸腔ドレナージ。
3. 気道狭窄・閉塞、胸部外傷に対する知識。

(5) 基本的な手術・周術期管理ができる。

1. 気管内挿管，分離肺換気，人工呼吸器による呼吸管理ができる。
2. 基本的な手術が安全に施行できる。
3. 術前後の呼吸リハビリの実施，指導ができる。
4. 術後合併症の予防・早期発見・対処を遅滞なく行うことができる。
5. 他診療科との連携を円滑に施行できる。

(6) 経験すべき手術件数

1. 術者として 50 例以上の手術経験を有する。
2. 総ての呼吸器外科手術の助手症例が 100 例以上。
3. 術者の経験 50 例以上のうち，開胸下手術30 例以上，胸腔鏡下手術20 例以上とする。

開胸下手術・・・主たる手技を用手的に行う手術

胸腔鏡下手術・・・主たる手技を胸腔鏡下に行う手術

手術の分類

1. A 群 最低必要数

- ① 縦隔リンパ節郭清を伴う肺葉切除又は肺摘除術 25 例以上\*
- ② 縦隔リンパ節郭清を伴わない単純肺葉切除術（肺摘除術）又は縦隔腫瘍摘出術又は胸腺摘除術10 例以上\*
- ③ 自然気胸手術又は肺嚢胞切除術 5 例以上\*
- ④ 肺部分切除術・腫瘍核出術 5 例以上\*

2. B 群

① 気管・気管支形成術を伴う肺切除術

B①～B⑥の中から5 例\*以上

但し，B①～B⑤のものを2 項目以上、全体で3 例以上含む

- ② 骨性胸郭，横隔膜，心嚢，大血管切除を伴う手術
- ③ 胸膜肺摘除術
- ④ 肺区域切除術
- ⑤ 膿胸に対する手術（開窓術・胸郭成形術を含む）
- ⑥ その他の呼吸器外科手術

\*印は胸腔鏡下手術を含んでよい。

基幹施設ならびに連携施設における修練期間中（外科専門医のための修練期間での呼吸器外科の経験を含めることを検討中），3 カ月以上の心臓血管外科修練プログラムを有することが望ましい。

目的：心肺循環，体外循環の理解，血管吻合技術習得等

iii 学問的姿勢