

長崎大学病院産婦人科専門研修施設群

専門研修プログラム

(長崎大学産婦人科研修プログラム)

2023年7月改訂版

(2024年4月 専門研修開始用)

1. 理念と使命

①産婦人科専門医制度の理念

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、県民、国民の健康に資する事を目的とする。特に、本プログラムは、基幹施設である長崎大学病院において高度な医療に携わり本邦の標準治療や先進的な医療を経験し学ぶとともに、地域医療を担う連携病院での研修を経て長崎県の医療事情を理解し、地域の実情に合わせた実践的な医療も行えるように訓練され、基本的臨床能力獲得後は産婦人科専門医として長崎県全域および周辺地域を支える人材の育成を行う理念を持つ。

②産婦人科専門医の使命

産婦人科専門医は産婦人科領域における広い知識、錬磨された技能と高い倫理性を備えた産婦人科医師である。しかしながら、本プログラムを修了し専門医の認定を受けたとしても、それは自己研鑽の単なる通過点に過ぎない。産婦人科専門医は常に最新の情報を学び、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産婦人科医療全体の水準をも高めて、女性を生涯にわたって最善の医療を提供してサポートすることを使命とする。また、将来の医療の発展のために研究マインドを持ち基礎研究、臨床研究を実際に行うことが求められる。

2 専門研修の目標

①専門研修後の成果

専門研修修了後の産婦人科専門医は、生殖・内分泌領域、婦人科腫瘍領域、周産期領域、女性のヘルスケア領域の4領域にわたり、十分な知識・技能を持ち、標準的な医療の提供を行う。また、産婦人科専門医は必要に応じて産婦人科領域以外の専門医への紹介・転送の判断を適切に行い、産婦人科領域以外の医師からの相談に的確に応えることのできる能力を備える。産婦人科専門医はメディカルスタッフの意見を尊重し、患者から信頼され、地域医療を守る医師である。

長崎大学病院産婦人科専門研修施設群（以下、長崎大産婦人科施設群）での研修終了後はその成果として、主として長崎県の医療機関において産婦人科医療を中心的に支える役割を担い、もし本人の希望により本施設群以外（県外を含め）での就業を希望する場合にも、いずれの医療機関でも不安なく産婦人科診療にあたる実力を獲得している事を要する。また、希望者はSubspecialty領域専門医の研修や大学院などでの研究を開始する準備が整っている事を本施設群での研修が果たすべき成果である。

②到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

i 専門知識

巻末資料1「産婦人科専門研修カリキュラム」参照

長崎大産婦人科施設群専門研修では、知識を単に暗記するだけではなく、知識を駆使して一人一人の患者の全身状態、社会的特性に配慮しそれぞれ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。

ii 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

巻末資料1「産婦人科専門研修カリキュラム」参照

長崎大産婦人科施設群専門研修では、本カリキュラムの診断・治療技能修得は最低限必要なものであり、修得するまでの最短期間は3年間（基幹施設での6ヶ月以上の研修を含む）であるが、修得が不十分な場合、修得できるまで研修期間を1年単位で延長することができる。一方でカリキュラムの技術を修得したと認められた専攻医には積極的にSubspecialty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の下準備を開始させる。

iii 学問的姿勢

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。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る。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する。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。

長崎大産婦人科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。

iv 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）

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。

指導医である主治医とともに患者・家族への診療に関する説明に参加し、研修終了予定の年度においては指導医のバックアップのもと自らが患者に説明するスキルを身につける。

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。

インシデント、アクシデント、オカレンスレポートの意義を理解し、これを積極的に活用する。患者に何らかの危険が生じた場合にはその経験と反省を共有し次の機会には安全な医療を提供できるようになる。

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。

医師は臨床の現場から学ぶ事が多く、それは尽きる事がない事を自覚するようになる。「患者から学ぶ」を言葉のみならず、常に意識し感謝の念を持って実践できるようになる。特に長崎大産婦人科施設群の地域連携施設での研修では、地域の実情に合わせた医療の提供について患者や地域社会から学び、実践できるようになる。

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。

建設的な発言をためらわずにする事ができるとともに、他のスタッフの意見を受け入れ、議論を通してより良い医療をチームとして提供できる。

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り、また達成度評価が実践できる。

長崎大産婦人科施設群での研修中は能力に応じて学生実習の一端も担う。教える事が学ぶ事につながる経験を通し、先輩からだけではなく後輩からも常に学ぶ姿勢を身につける。

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）

i 経験すべき疾患・病態

巻末資料1「産婦人科専門研修カリキュラム」参照

長崎大産婦人科施設群専門研修では、基幹施設で経験しにくい疾患（性感染症、性器脱など）については主に地域医療を支える連携医療機関で十分に経験できるよう、ローテート先を考慮する。

ii 経験すべき診察・検査等

巻末資料1「産婦人科専門研修カリキュラム」参照

長崎大産婦人科施設群では経験すべき診察・検査等は十分に経験できる。

iii 経験すべき手術・処置等

巻末資料2「修了要件」参照

長崎大産婦人科施設群専門研修では修了要件の2-3倍以上の症例を3年間で経験できる。ただし、経験数が多ければ技能を修得できる訳ではなく、年数をかけてでも技能を修得する

事を目標とする。一方で、3年を待たずして技能を取得できたと判断する場合には、より高度な技能の経験を開始する。

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）

・地域医療の経験のために、産婦人科専門研修制度の他の専門研修プログラムも含め基幹施設となっておらずかつ東京23区および政令指定都市以外にある連携施設または連携施設（地域医療）で1か月以上の研修を行うことを必須とする。ただし、連携施設（地域医療）、連携施設（地域医療-生殖）での研修は通算12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当該連携施設で行うことは可とする）とし、その場合、専攻医の研修指導体制を明確にし、基幹施設や他の連携施設から指導や評価を行う担当指導医を決める。担当指導医は少なくとも1-2か月に1回はその研修状況を確認し、専攻医およびその施設の専門医を指導する。なお、連携施設（地域医療-生殖）での研修は、専門研修指導医のいない施設での研修12か月以内に含める。

・長崎大学産婦人科施設群に属する連携施設の多くは、長崎県が定める医師不足地域に属し、長崎県の主要都市での地域医療を支える複数の診療科を有する中核病院である。このため地域医療特有の産婦人科診療を経験し、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。また、長崎県の特徴である離島での連携施設では、とくに離島特有の特殊な診療条件下での産婦人科医療を実際に経験して、医療資源の少ない過疎地域での地域医療のあり方を学ぶ。

・地域医療においては市町村の行政者との連携も緊密で、妊婦の保健指導や相談、支援に関与したり、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、開業医との連携で在宅医療の立案に関与できる。また、地域から高度な医療を受けるため長崎大学で治療を受けいていたがん患者が、best supportive careを要する状態に至った際に、その患者の居住区を勘案して、地域の緩和ケア専門施設などを活用した医療を立案することができるようになる。

長崎大産婦人科施設群では、県内の地域中核施設としての役割とともに、周産期あるいは婦人科疾患に重点化した病院を擁している。これらの連携施設では、基幹施設で経験症例が不足するような場合に、婦人科内視鏡や婦人科悪性腫瘍の手術や化学療法、早産や合併症妊娠管理などを、多くの人が働く大学病院とは異なり、比較的少人数で構成される医療施設において、重点的に症例を経験することができる。また、少人数の医療施設においては、独特の人間関係があり、患者の特性も地域により異なる部分がある。所に応じたスタッフや患者との人間関係の形成を通して、多様な地域、人との適切な関わり方を身につける。

v 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中央専門医制度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。
- 2) 日本産科婦人科学会中央専門医制度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。

長崎大産婦人科施設群では、基幹施設には研修中は1回以上の産婦人科関連学会での学会発表を専攻医に行わせる事を義務づける。さらに短期間（おおむね6ヶ月以内）の連携施設での研修を除き、連携施設においても1回以上の学会発表の機会を専攻医に与える事を努力目標とし、この目標を達成した連携施設へ専攻医の研修を優先的に依頼する。論文は専攻医一人一人に研修開始から3ヶ月以内に担当指導医1人をつけ、責任を持って研修修了までに作成させる。学会発表も論文作成も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。

3 専門研修の方法

①臨床現場での学習

- ・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。基幹施設である長崎大学病院では週2回に小児科やメディカルスタッフを交えたカンファレンスを行っており、専攻医は指導医からのフィードバックを得ながら様々な症例について学習を深めることができる。また、すべての連携施設においてもカンファレンスを行っている。

- ・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を行う。長崎大学病院では、長崎大学病院産婦人科連携施設群を通じた抄読会・勉強会を週1回行っており、また連携施設や地元の開業医も含めた症例検討会を4-6ヶ月に1回行っている。

- ・子宮鏡、コルポスコピーなど検査方法を学ぶ。

- ・積極的に手術の執刀・助手を経験する。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。

- ・手術手技をトレーニングする設備や教育DVDなどを用いて手術手技を学ぶ。

- ・2年次以後に外来診療が行えるように、ガイドラインなどを用いて外来診療のポイントを学ぶ。

指導医は上記の事柄について、責任を持って指導する。本プログラムにおいては基幹施設である長崎大学病院産婦人科で6ヶ月以上、24ヶ月以内の研修を行う。(1つの連携施設での研修も通算24か月以内とする)。

長崎大学病院での標準的な1週間のスケジュール

	月	火	水	木	金
午前	病棟 手術	病棟	病棟 総回診	病棟 手術	病棟 手術
午後	病棟 手術 専門外来 周産期	婦人科カンファレンス	専門外来 コルポスコピー 医局会 抄読会・勉強会	病棟 手術 周産期カンファレンス	病棟 手術 専門外来 内分泌不妊

*病棟では、担当指導医を中心とした複数の医師で構成された診療グループに所属し、周産期および婦人科症例を受け持つ。サブスペシャリストで行われる午後の専門外来に適宜参加する。

長崎大産婦人科施設群では原則として基幹施設から研修を開始し、ステップアップ方式(手術を例にとれば第2助手(視野の確保、出血を拭うタイミング、クーパーによる結紮糸の切断・・・)を修得→第1助手(視野の展開、糸の結紮、術者の誘導に従って電気メスでの組織切開・・・)を修得→執刀医(皮膚切開、組織の把持・切開・切断、止血、癒着剥離、縫合・・・)を修得→施設責任者あるいは責任者に準じる経験豊富な指導医による最終的な修得の認定)によって無理をせず安全かつ確実に現場で身に付けるべき技能を修得する。修了要件にある事項については、専攻医一人一人が達成度記録を持ち、連携施設でも各段階の修得レベルを指導医が確認し、次のステップに進ませる。

②臨床現場を離れた学習

日本産科婦人科学会の学術集会(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
- ・ 医療倫理、医療安全、感染対策等を学ぶ機会
- ・ 指導法、評価法などを学ぶ機会

長崎大学病院では、医療倫理、医療安全、感染対策に関する講習会が定期的に行われおり、研修期間中に必ずそれらの講習会を受講する機会が得られる。また、ほとんどの連携施設でも定期的にそれらの講習会は行われており、連携施設での研修中も受講機会が得られる。長崎大産婦人科施設群ではこれらの機会に参加できるようにできるだけ調整を行うが、同じ学習機会に全専攻医が参加する事はできない。専攻医間で自立的に調整する事でお互いの立場を思いやる精神を育てる。最終的には長崎大学病院産婦人科専門研修施設群プログラム管理委員会(以下、本プログラム管理委員会)が専攻医が受講すべき講習には3年の間に漏れなく参加できるよう調整する。

③自己学習

最新の「産婦人科研修の必修知識」を熟読し、その内容を深く理解する。また、産婦人科診療に関連する各種ガイドライン(婦人科外来、産科、子宮頸がん治療、子宮体がん治療、卵巣がん治療、生殖医療、ホルモン補充療法など)の内容を把握する。また、e-learningによって、産婦人科専攻医教育プログラムを受講することもできる。さらに、教育DVD等で手術手技を研修できる。

④専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス

・専門研修1年目

内診、直腸診、経膈・経腹超音波検査、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長崎大産婦人科施設群専門研修のポリシーである。ただし長崎大産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(巻末資料3)

長崎大産婦人科施設群では専門研修コースの具体例として、巻末資料3に「産婦人科専門医養成コース」についての説明がある。原則として専門研修の1年目は基幹施設である長崎大学病院で研修を行う。2年目以降に連携施設での研修を行う。当プログラムに属している連携施設にはそれぞれに特色があり、各専攻医の希望にも対応しつつ、3年間の研修施設のローテーションを決めていくこととする。このほか専門医取得後の「産婦人科専門医大学院進学コース」、長期休職後の「復帰支援コース」、労働時間等に配慮をした「女性医師支援コース」を設けている。また、長崎大学病院には短期(1~3ヶ月)の短期留学制度が後期研修医を対象に設けられており、プログラム統括責任者と相談の上これに応募することも可能である。その場合、この他の理由(産休、病气療養など)を合わせても6ヶ月以内の休職期間であれば、最短3年間での研修修了が可能である。

専門医取得後には、「Subspecialty産婦人科医養成プログラム」Subspecialty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修が可能である。

また本プログラム管理委員会は、長崎大学病院医療教育開発センターと協力し、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。

4 専門研修の評価

①形成的評価

1) フィードバックの方法とシステム

専攻医が、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あるいは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。本施設群の指導医は少なくとも3年に1回はこの講習を受講している。

②総括的評価

1) 評価項目・基準と時期

産婦人科研修管理システムで総括的評価を行う。項目の詳細は「巻末資料2 修了要件」に記されている。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。

2) 評価の責任者

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。

3) 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。本プログラム管理委員会は巻末資料2の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、日本専門医機構に専門医認定試験の受験申請を行う。

4) 他職種評価

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。

5 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

長崎大学病院産婦人科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、腔式手術は含めない）。
- 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つい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が10編以上あること。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。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。掲載予定の論文を提出することもできるが、申請年度の前年12月31日までに掲載が決まった論文とする。掲載予定の論文を提出する場合は論文のコピーと掲載証明書の提出を必須とする。
- 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。
- 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・安全等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) 日本産科婦人科学会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) 日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会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、長崎大産婦人科施設群の専門研修連携施設（巻末資料3）はすべてこの基準を満たしている。

- 1) 下記a) b) c)のいずれかを満たす（専門研修指導医がいない下記b) c)の施設での研修は通算で12か月以内とする）。

- a) 連携施設：専門研修指導医が1名以上常勤として在籍する。
- b) 連携施設（地域医療）：専門研修指導医が在籍していないが専門医が常勤として在籍しており、基幹施設または他の連携施設の指導医による適切な指導のもとで、産婦人科に関わる地域医療研修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（類腫瘍を含む）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4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本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

長崎大産婦人科施設群は、基幹施設および複数の連携施設・連携施設（地域医療）からなる。専攻医は6ヶ月以上24ヶ月以内の期間、基幹施設での研修を行う（研修期間が3年を超える場合には延長期間の研修を基幹施設で行うことは可とする）。連携施設1施設での研修も24か月以内とする（研修期間が3年を超える場合には延長期間の研修を当該連携施設で行うことは可とする）。原則として、専攻医は、当該プログラムの募集時に示されていた施設群の中でのみ専門研修が可能である。もしも、その後に研修施設が施設群に追加されるなどの理由により、募集時に含まれていなかった施設で研修を行う場合、プログラム管理委員会は、専攻医本人の同意のサインを添えた理由書を日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会に提出し、承認を得なければならない。

専攻医の研修に際しては、原則として施設群内の複数施設を年次で定められたプログラムに則って計画的に移動するが、産婦人科領域の特殊性、地域医療への配慮などにより柔軟に運用する。

長崎大産婦人科施設群は、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本プログラム管理委員会を毎年4月に開催する。基幹施設、連携施設ともに、毎年3月31日までに、本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) 経膈分娩件数、e) 帝王切開件数、f) 婦人科良性腫瘍（類腫瘍を含む）手術件数、g) 婦人科悪性腫瘍（浸潤癌を含む）の診療実数、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、d) 次年度の専攻医受け入れ可能人数。

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) Subspecialty 領域の専門医数

Subspecialty 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 など

④ 専門研修施設群の地理的範囲

長崎大産婦人科施設群（巻末資料3）は長崎県および佐賀県内の施設群である。

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×3としているが、本施設群ではより綿密な指導を行うため最近受け入れた修練医数を勘案して受入数を算出している。今年度の本施設群の実働の指導医数の合計は14名であるが、当施設群で十分な研修を行える人数として3学年で39名までを本研修プログラムの受け入れ可能人数上限とする。この数には、2016年度以前に専門研修を開始した専攻医の数を含まない。

この基準に基づき、本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。

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、専攻医が地域中核病院・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の研修とにつながると考えている。

⑥ 地域において指導の質を落とさないための方法

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（5-②-1）-b）、-c）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する。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。

⑧ 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、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。

⑨ 診療実績基準

長崎大産婦人科施設群（巻末資料3）は以下の診療実績基準を満たしている。

1. 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、腔式手術は含めない）。

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。

2. 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5-②を参照

⑩Subspecialty 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 Subspecialty 領域の専門医のいずれかの取得を希望する事ができる。Subspecialty 領域の専門医には生殖医療専門医、婦人科腫瘍専門医、周産期専門医（母体・胎児）がある。Subspecialty 専門医取得を希望せず、産婦人科領域の Generalist として就業を希望する場合にも、生涯研修の機会を提供する。

⑪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1）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1)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）。

6 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

長崎大産婦人科施設群の専攻医指導基幹施設である長崎大学産婦人科には、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。各専攻医指導連携施設には、連携施設担当者と委員会組織を置く。本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、必要に応じてプログラム統括責任者が指名する女性医師代表者、および連携施設担当委員で構成される。本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。また、オブザーバーとして専攻医を委員会会議の一部に参加させる事ができる。

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

I. 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) 専門研修施設群の専門研修プログラム管理委員会により、産婦人科専攻医研修カリキュラムに沿って専攻医を指導する能力を有すると認定されている者

(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

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。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。但し医学中央雑誌又はMEDLINEに掲載されており、かつ査読制が敷かれている院内雑誌は可とする。

(4) 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)

註) 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連合産科婦人科学会学術集会における指導医講習会、③e-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。

II. 指導医更新の基準（暫定指導医が指導医となるための基準も同じ）

(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3回以上受講している者

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

I. 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

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。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。

II. 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 年間に産婦人科専攻医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

III. 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

IV. 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。

V. 副プログラム責任者

専攻医の研修充実を図るため長崎大産婦人科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。

⑦ 連携施設での委員会組織

専門研修連携施設には、専門研修プログラム連携施設担当者と委員会組織を置く。専門研修連携施設の専攻医が到達度評価と指導を適切に受けているか評価する。専門研修プログラム連携施設担当者は専門研修連携施設内の委員会組織を代表し専門研修基幹施設に設置される専門研修プログラム管理委員会の委員となる。

⑦労働環境、労働安全、勤務条件

すべての専門研修連携施設の管理者とプログラム統括責任者は、「産婦人科勤務医の勤務条件改善のための提言」(平成 25 年 4 月、日本産科婦人科学会)に従い、「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」(日本医師会)等を用いて、専攻医の労働環境改善に努めるようにしている。

専攻医の勤務時間、休日、当直、給与などの勤務条件については、労働基準法を遵守し、各施設の労使協定に従う。さらに、専攻医の心身の健康維持への配慮、当直業務と夜間診療業務の区別とそれぞれに対応した適切な対価を支払うこと、バックアップ体制、適切な休養などについて、勤務開始の時点で説明を受けるようになっている。専攻医は研修を行う研修施設群に属する各施設を循環するので、給与等は研修場所となる施設で支払うものとする。

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、その内容は長崎大学産婦人科専門研修管理委員会に報告されるが、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る。

当プログラムでは、近年増加傾向にある産婦人科女性医師が妊娠、出産、育児あるいは介護をしながらも仕事を継続できるように体制を整備している。長崎大学病院では、院内保育所に加えて、夜間・病児保育ができるよう当プログラム管理委員会の女性医師メンバーが中心となって整備を進めている。また、産休・育休制度を十分に利用しつつ、休業後もスムーズに復職できるように時短勤務や当直回数を考慮した勤務体制を整備している。

7 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（巻末資料1）に則り、研修を修了しようとする年度末に行う。

② 人間性などの評価の方法

到達度評価、は指導医、専攻医自身により行う。総括的評価はプログラム統括責任者プログラム連携施設担当者（施設責任者）、医師以外のメディカルスタッフ、指導医、専攻医自身の評価である。評価は産婦人科研修管理システムでおこなう。

③ 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」（巻末資料4）参照。

● 指導者マニュアル

別紙「指導医マニュアル」（巻末資料5）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（註）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2回以上の受講が義務づけられている。

註）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連合産科婦人科学会学術集会における指導医講習会、③日本産科婦人科学会が作成する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。

8 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も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

専攻医や指導医等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

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 長崎大学病院専門研修プログラム連絡協議会

長崎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。長崎大学病院長、長崎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、長崎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予定である。その結果は4月の研修プログラム管理委員会で報告する(必要に応じて適宜、通信[メール]で報告する)。

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、本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

⑥ プログラムの更新のための審査

長崎大産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によって、プログラムの更新のための審査を受ける(6-②も参照)。

9 専攻医の採用と修了

① 採用方法

本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、9月1日以降に長崎大学病院医療教育センターの website (<http://www.mh.nagasaki-u.ac.jp/kaihatu/>) の長崎大学病院医員募集要項(医科後期臨床研修)に従って応募する。書類選考および面接を行い、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。

(問い合わせ先) 長崎大学病院 産婦人科

長崎市坂本1-7-1

電話：095-819-7363 FAX：095-819-7365

② 研修開始届け

研修を開始する専攻医は、開始年度の5月末日までに、専攻医の履歴書、専攻医の初期研修証明証を産婦人科研修管理システムにWeb上で登録する。

産婦人科専攻医研修を開始するためには、①医師臨床研修(初期研修)終了後であること、②日本産科婦人科学会へ入会していること、③専攻医研修管理システム使用料を入金していること、の3点が必要である。

何らかの理由で手続きが遅れる場合には、当プログラム統括責任者に相談する。

③ 修了要件

巻末資料2および資料4を参照。

資料1 産婦人科専攻医のための研修カリキュラム(2022年6月26日改定版)

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必要な「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」の要件を、専攻医がプログラム履修中に満たすこと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)の意義と評価、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、子宮腔癒着剝離術(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。
- ⑥ 着床前遺伝学的検査の適応範囲と倫理的側面について説明できる。

(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：経腔超音波検査、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、腹腔鏡手術、子宮鏡手術）

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、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、妊娠初期付属器腫瘍発見時の対応、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、子宮収縮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、妊娠女性生殖器、母子感染予防法、GBS スクリーニング法、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 (子宮底圧迫法の留意点を含む)、過強陣痛を疑うべき徴候、妊娠 41 週以降妊婦への対応、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、正常分娩の児頭回旋、産後過多出血 (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、胞状奇胎、抗リン脂質抗体症候群合併妊娠、子癰、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、経膈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、膈・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膈分娩の立ち会い医として 100 例以上経験する)

(2) 新生児を日本版新生児蘇生法 NCPR に基づいた対応ができる。

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 -2-4. 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 -2-5. 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（子宮内膜全面搔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、適応ならびに実施時の注意点を説明できる。

IV -2-6. 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 -2-7. 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、胎状奇胎、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、膣上皮内腫瘍(VaIN)、外陰悪性黒色腫、外陰 Paget 病、膣扁平上皮癌、膣悪性黒色腫。

(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、胎状奇胎除去術、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：経膣、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（卵巣チョコレート嚢胞）

(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 腔式手術（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搔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）。

カンジダ膣炎・外陰炎、トリコモナス膣炎、細菌性膣症・膣炎、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・膣脱（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）。

膣欠損症（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（尿道瘻、膀胱瘻、尿管瘻、直腸瘻、小腸瘻）、月経瘻（子宮腹壁瘻、子宮膀胱瘻、子宮直腸瘻）

(3) 以下のいずれについても理解し、説明できる（いずれも必須）。

プレコンセプションケア、避妊法および緊急避妊法、包括的性教育、母体保護法、人工妊娠中絶法、性暴力被害への対応。

(4) 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（腔内ペッサリー）、子宮脱・子宮下垂の手術療法（腔式単純子宮全摘術および上部腔管固定術、前腔壁形成術、後腔壁形成術、あるいは仙骨腔固定術）。

(5) 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、腔閉鎖術、Tension-free Vaginal 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) 性分化と性分化異常について説明できる。

(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) プレコンセプションケアについて説明できる。

(5) 避妊法の種類と特性を説明できる。

(6) 包括的性教育の意義を説明できる。

(7) 人工妊娠中絶法を理解し、安全に実施するための留意点を説明できる。

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ができる（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）

(3) 性暴力被害への対応について説明できる。

(4) 緊急避妊法について説明できる。

(5) 母体保護法の現状と歴史（旧優性保護法の問題点と母体保護法への改正の経緯など）について説明できる。

IV-4-6. 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。

資料 2 修了要件 180215

専攻医は専門医認定申請年の4月中旬までに、産婦人科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月中旬までに修了判定を行い、産婦人科研修システム上で登録する。修了と判定された専攻医は、5月末までに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) 専門研修の期間と到達度（形式的）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か月以内である。

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。また、n) 学会発表、および、o) 論文発表は、初期研修中のものも含めることができる。

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) 経膈分娩；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搔爬を伴う手術執刀 10 例以上（稽留流産を含む）

c) 腔式手術執刀 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・プロゲステ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：日本産科婦人科学会中央専門医制度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：日本産科婦人科学会中央専門医制度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) 日本産科婦人科学会学術講演会参加 1 回、日本専門医機構が認定する専門医共通講習（医療倫理 1 回、医療安全 1 回、感染対策 1 回）の受講、および、産婦人科領域講習の受講 10 回以上。産婦人科領域講習は e-learning による受講を 3 回まで認めるが、同一の講習会受講を重複して算定できない。

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

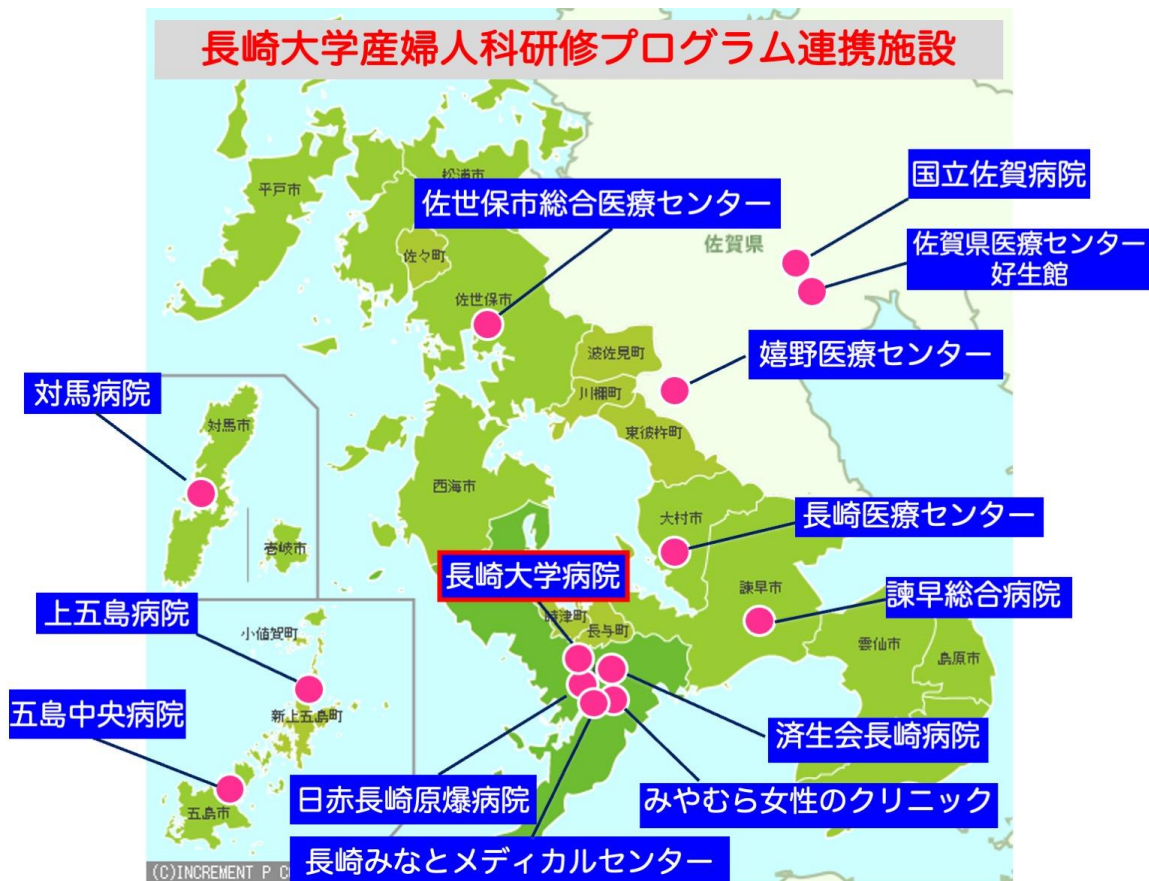
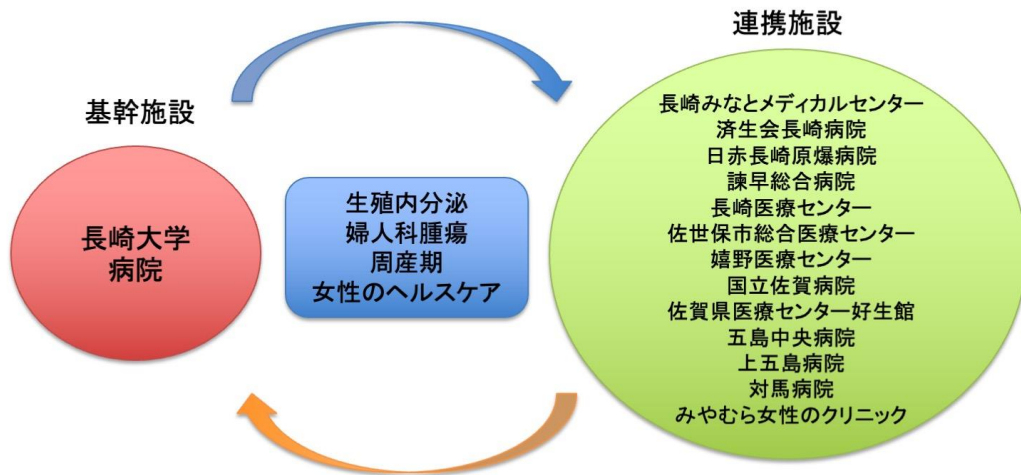
c) 指導医による施設に対する評価

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

7) 公益社団法人日本産科婦人科学会会員であること。

長崎大学専門研修施設群

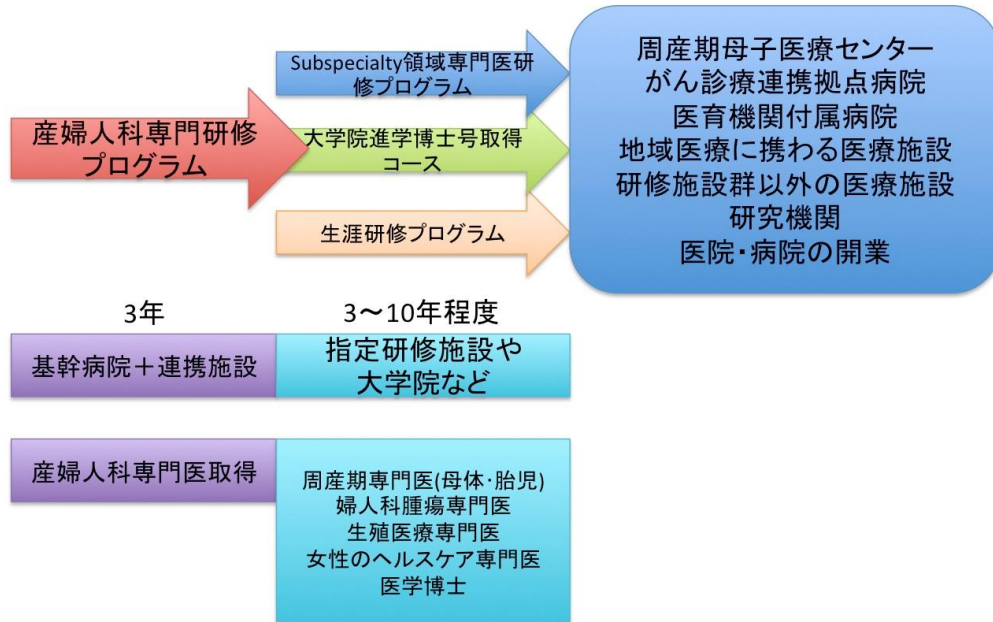


長崎大学専門研修プログラムでは長崎大学病院産婦人科を基幹施設とし、連携施設とともに研修施設群を形成して専攻医の指導にあたる。これは地域医療を経験しその特性の習熟を目的とし、高度かつ安定した地域医療の提供に何が必要かを勘案する能力がある専門医の育成に寄与するものである。また、大学病院では経験する事が少ない性感染症、性器脱、避妊指導、モーニングアフターピルの処方と服薬指導などの習熟にも必要である。指導医の一部も施設を移り施設群全体での医療レベルの向上と均一化を図ることで専攻医に対する高度に均一化された専攻医研修システムの提供を可能とする。連携施設には得意とする産婦人科診療内容があり、基幹施設を中心として連携施設をローテートする事で生殖医療、婦人科腫瘍（類腫瘍を含む）、周産期、女性のヘルスケアの4領域を万遍なく研修する事が可能となる。

産婦人科専攻医の研修の順序、期間等については、個々の専攻医の希望と研修進捗状況、各施設の状況、地域の医療体制を勘案して、長崎大学産婦人科専門研修プログラム管理委員会が決定する。

B. 長崎大学専門研修プログラムの具体例

専門医制度研修プログラムとその後の Subspecialty研修などと将来像の概要



産婦人科研修プログラムは、長崎大学病院の4年間の後期研修プログラムにおける専門コースの一部ではじめの3年間は本プログラムに相当する。専攻医は3年間で修了要件を満たし、ほとんどは専門医たる技能を修得したと認定されると見込まれる。修了要件を満たしても技能の修得が足りない場合、病気や出産・育児、留学などのため3年間で研修を修了できなかった場合は1年単位で研修期間を延長し、最終的に専門医を名乗るに足る産婦人科医として、修了年の翌年度（通常後期研修の4年目）に産婦人科専門医試験を受検する。専門医を取得して産婦人科研修プログラムの修了と認定する。この4年目は産婦人科専門医取得とその後のサブスペシャリティ研修開始の重要な時期である。

研修は基幹施設である長崎大学病院産婦人科ならびに長崎県内もしくは嬉野医療センターの連携施設で行い3か月～1年ごとのローテーションを基本とする。大学においては、婦人科悪性腫瘍、合併症妊娠や胎児異常、産科救急などを中心に研修する。大学での研修の長所は、一般市中病院では経験しにくいこれらの疾患を多数経験ができることである。3年間の研修期間のうち1年から2年間は基幹施設で最重症度の患者への最新の標準治療を体験する。

一方、大学以外の関連病院においては、一般婦人科疾患、正常妊娠・分娩・産褥や正常新生児の管理を中心に研修する。外来診療および入院診療は治療方針の立案、実際の治療、退院まで、指導医の助言を得ながら自ら主体的に行う研修となる。生殖医療については体外受精などの不妊治療を長崎大学病院で3-4か月研修する。

C. Subspecialty 専門医の取得に向けたプログラムの構築

長崎大学病院産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 女性のヘルスケア専門医
- ・日本産科婦人科内視鏡学会 技術認定医
- ・日本超音波学会 超音波専門医
- ・日本人類遺伝学会 臨床遺伝専門医

専門医取得後には、「Subspecialty 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が可能である。また、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は専門医取得前後から参加できる。

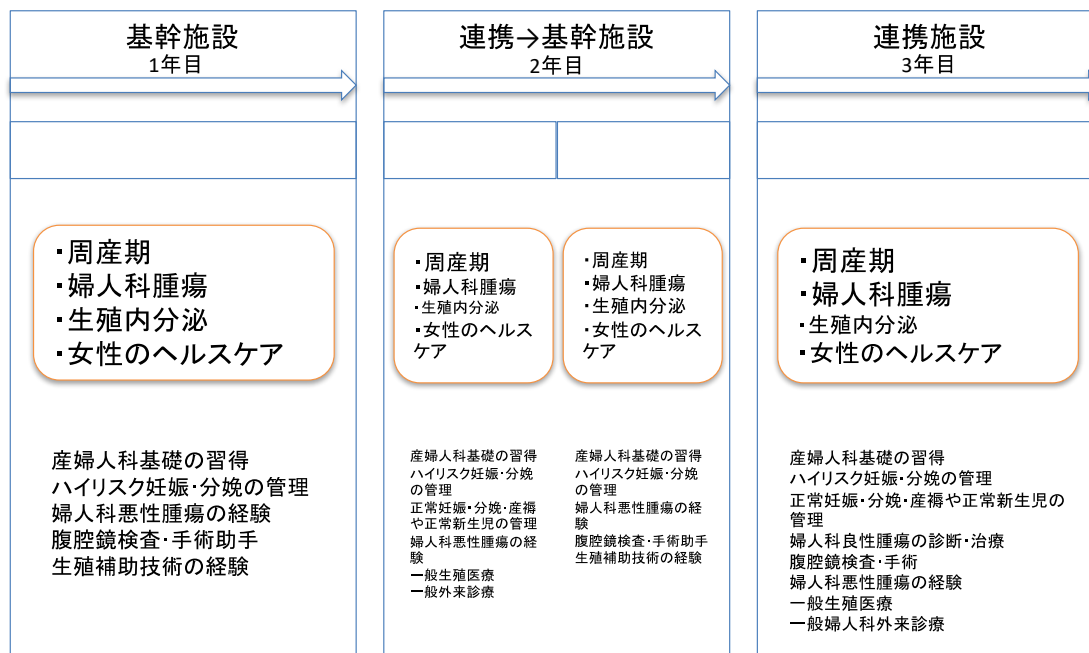
D. 初期研修プログラム

長崎大学産婦人科専門研修プログラム管理委員会は、医療教育開発センターと協力し、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。

長崎大学病院専門研修プログラム例

1) 基幹施設→連携施設→基幹施設→連携施設研修コース

産科人科専門医療人育成研修プログラムの概要(例1)

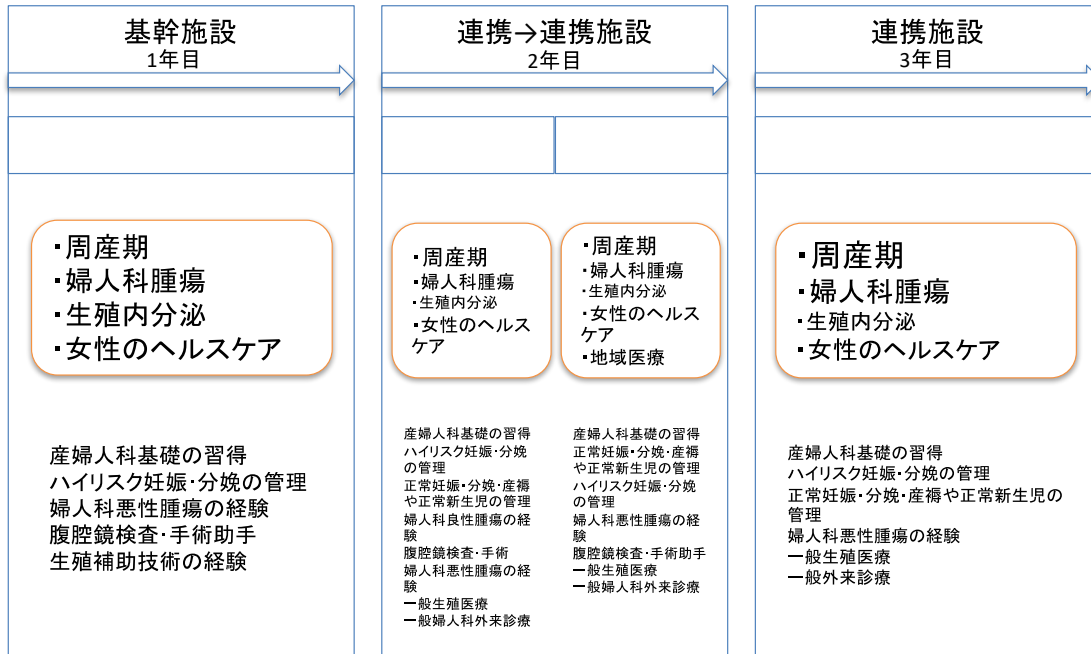


予定経験症例数(例1)

研修終了要件(一部改変)	長崎大学病院	長崎みなとメディカルセンター	長崎大学病院	佐世保市総合メディカルセンター	経験予定数(必要終了用件数)
経陰分娩(立ち会い医)	50	70	25	100	245(100)
帝王切開執刀	20	30	10	50	110(30)
帝王切開助手	20	20	10	30	80(20)
前置胎盤・常位胎盤早期剥離の帝王切開執刀医・助手	10	3	5	5	23(5)
子宮内容除去術・子宮内膜全面搔爬術執刀(稽留流産を含む)	10	20	5	30	65(10)
腔式手術(子宮頸部円錐切除術、子宮頸管縫縮術を含む)執刀	5	10	2	20	37(10)
子宮付属器摘出・卵巣嚢胞摘出術執刀(開腹・腹腔鏡)	5	5	2	20	32(10)
単純子宮全摘出術執刀	5	10	2	15	32(10)
浸潤癌(子宮頸癌、体癌、卵巣癌、外陰癌)手術助手	15	5	7	10	37(5)
腹腔鏡下手術執刀・助手	20	5	10	20	55(15)
不妊症の原因・治療に携わった経験	15	5	7	5	27(5)
採卵・胚移植の術者・助手あるいは見学者として参加	20	0	10	0	30(5)
思春期や更年期以降女性の愁訴に対し、診断・治療経験	0	20	0	20	40(5)
OC・LEP初回処方時の有害事象説明ないし説明助手経験	5	15	2	15	37(5)

2) 基幹施設→連携施設→連携施設→連携施設研修コース

産科人科専門医療人育成研修プログラムの概要(例2)

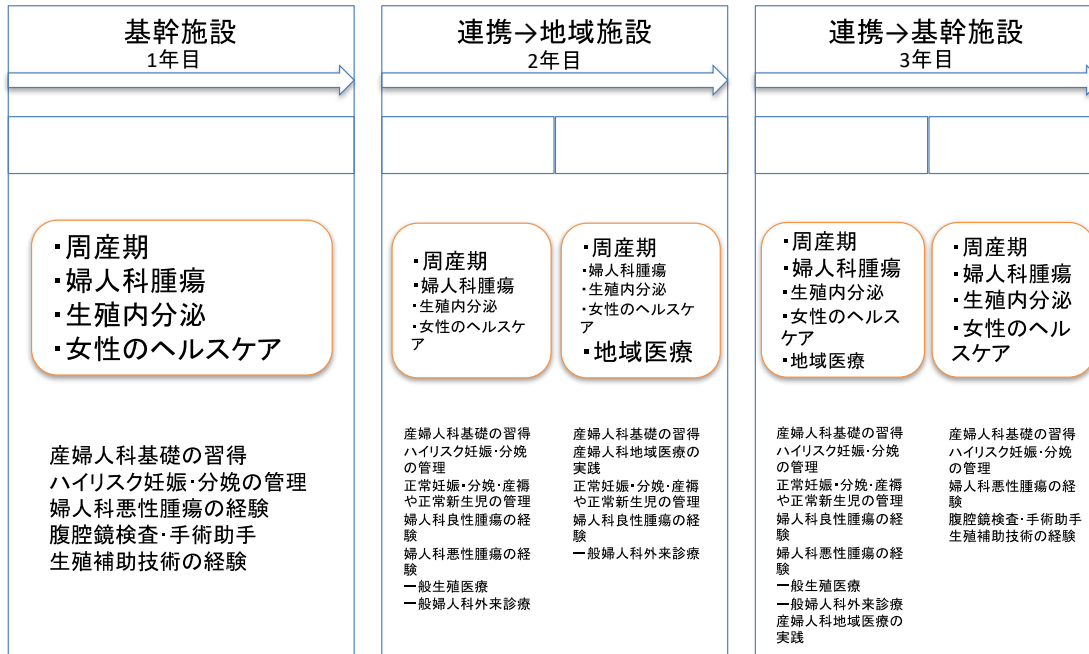


予定経験症例数(例2)

研修終了要件(一部変更)	長崎大学病院	佐世保市総合医療センター	諫早総合病院	長崎みなとメディカルセンター	経験予定数(必要終了用件数)
経陰分娩(立ち会い医)	50	50	20	100	220(100)
帝王切開執刀	20	25	20	50	115(30)
帝王切開助手	20	15	10	30	75(20)
前置胎盤・常位胎盤早期剥離の帝王切開執刀医・助手	10	2	3	5	20(5)
子宮内容除去術・子宮内膜全面搔爬術執刀(稽留流産を含む)	10	15	15	30	70(10)
腔式手術(子宮頸部円錐切除術、子宮頸管縫縮術を含む)執刀	5	10	10	20	45(10)
子宮付属器摘出・卵巣嚢胞摘出術執刀(開腹・腹腔鏡)	5	10	10	20	45(10)
単純子宮全摘出術執刀	5	7	5	15	32(10)
浸潤癌(子宮頸癌、体癌、卵巣癌、外陰癌)手術助手	15	5	3	10	33(5)
腹腔鏡下手術執刀・助手	20	10	10	20	60(15)
不妊症の原因・治療に携わった経験	15	2	2	5	24(5)
採卵・胚移植の術者・助手あるいは見学者として参加	20	0	0	0	20(5)
思春期や更年期以降女性の愁訴に対し、診断・治療経験	0	10	5	20	35(5)
OC・LEP初回処方時の有害事象説明ないし説明助手経験	5	7	5	15	32(5)

3) 基幹施設→連携施設→地域医療→連携施設→基幹施設研修コース

産科人科専門医療人育成研修プログラムの概要(例3)

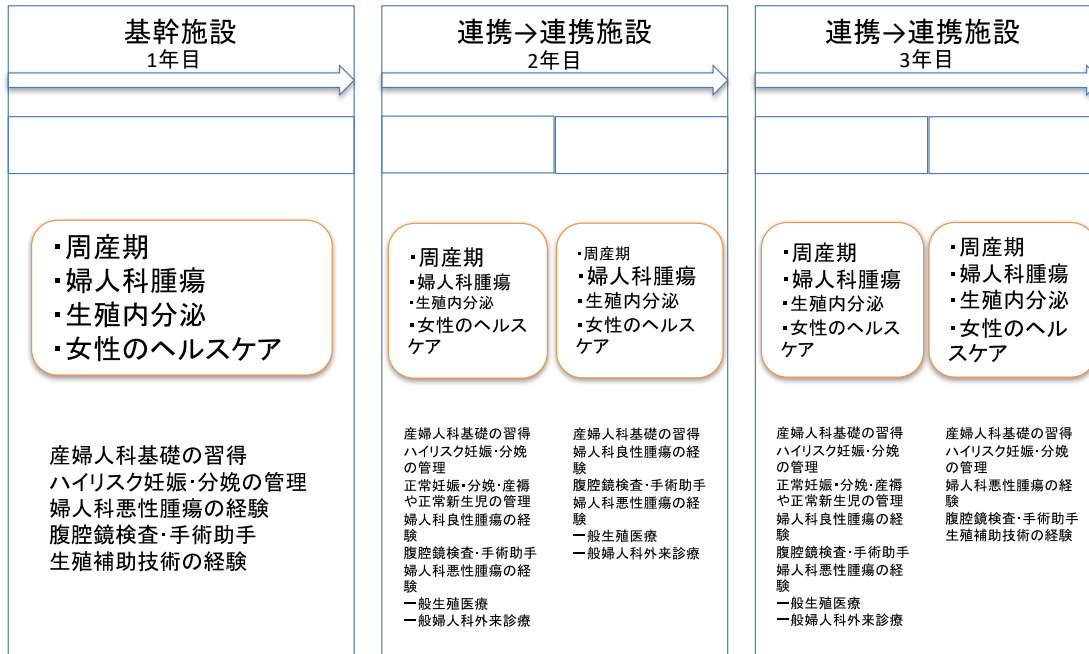


予定経験症例数(例3)

研修終了要件(一部改変)	長崎大学病院	長崎みなとメディカルセンター	五島中央病院	諫早総合病院	長崎大学病院	経験予定数 (必要終了用件数)
経膈分娩(立ち会い医)	50	70	50	20	25	215(100)
帝王切開執刀	20	30	20	20	10	100(30)
帝王切開助手	20	20	15	10	10	75(20)
前置胎盤・常位胎盤早期剥離の帝王切開執刀医・助手	10	10	2	3	5	30(5)
子宮内容除去術・子宮内膜全面搔爬術(稽留流産を含む)	10	15	5	15	5	50(10)
腔式手術(子宮頸部円錐切除術、子宮頸管縫縮術を含む)執刀	5	10	5	10	2	32(10)
子宮付属器摘出・卵巣嚢胞摘出術執刀(開腹・腹腔鏡)	5	10	5	10	2	32(10)
単純子宮全摘出術執刀	5	5	2	5	3	20(10)
浸潤癌(子宮頸癌、体癌、卵巣癌、外陰癌)手術助手	15	5	0	3	7	30(5)
腹腔鏡下手術執刀・助手	20	5	2	10	10	47(15)
不妊症の原因・治療に携わった経験	15	5	5	2	7	34(5)
採卵・胚移植の術者・助手あるいは見学者として参加	20	0	0	0	10	30(5)
思春期や更年期以降女性の愁訴に対し、診断・治療経験	0	5	10	5	0	20(5)
OC・LEP初回処方時の有害事象説明ないし説明助手経験	5	5	10	5	2	27(5)

4) 基幹施設→連携施設→基幹施設（婦人科手術重点化）研修コース

産科人科専門医療人育成研修プログラムの概要(例4)



予定経験症例数(例4)

研修終了要件(一部改変)	長崎大学病院	佐世保市総合医療センター	済生會長崎病院	諫早総合病院	長崎大学病院	経験予定数 (必要終了用件数)
経陰分娩(立ち会い医)	50	50	0	20	25	145(100)
帝王切開執刀	20	25	0	20	10	75(30)
帝王切開助手	20	15	0	10	10	55(20)
前置胎盤・常位胎盤早期剥離の帝王切開執刀医・助手	10	2	0	3	5	20(5)
子宮内容除去術・子宮内膜全面搔爬術執刀(稽留流産を含む)	5	10	10	10	5	40(10)
腔式手術(子宮頸部円錐切除術、子宮頸管縫縮術を含む)執刀	5	10	10	10	2	37(10)
子宮付属器摘出・卵巣嚢胞摘出術執刀(開腹・腹腔鏡)	5	10	20	10	5	50(10)
単純子宮全摘出術執刀	5	7	10	5	3	30(10)
浸潤癌(子宮頸癌、体癌、卵巣癌、外陰癌)手術助手	15	5	5	3	7	35(5)
腹腔鏡下手術執刀・助手	20	10	50	10	10	100(15)
不妊症の原因・治療に携わった経験	14	2	15	2	7	40(5)
採卵・胚移植の術者・助手あるいは見学者として参加	20	0	0	0	10	30(5)
思春期や更年期以降女性の愁訴に対し、診断・治療経験	0	10	20	5	0	35(5)
OC・LEP初回処方時の有害事象説明ないし説明助手経験	5	7	15	5	3	35(5)

5) 長崎大学病院産婦人科初期研修プログラム

1. 長崎大学病院で研修をするすべての研修医は長崎大学産科婦人科学教室が主催する学会、研究会、産婦人科卒後研修セミナー等に参加でき、各種学会発表や論文作成などができる。

2. 周産期プログラム:産婦人科医師を目指す初期研修医のためのプログラムである。初期臨床研修期間中、最長6ヶ月間を産婦人科研修に充てることが可能である。産婦人科では長崎大学病院内において周産期、婦人科腫瘍の疾患の管理(手術の執刀を含む)を隈無く経験し、スムーズに3年目以降の産婦人科専攻医の研修に移行する。長崎大学病院の初期臨床研修プログラムは集中管理方式の病院群を構成しているため、長崎大学病院をはじめとする複数の総合病院において麻酔科、内科(代謝内分泌内科、腎臓内科)、外科(消化器外科、腎泌尿器外科)、小児科(新生児科NICU)等、産婦人科と関連の深い科を選択して研修することが可能である。

必修内科

必修救急

選択必修

選択

1年目

4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
産婦人科(大学)			必修内科		必修内科		放射線 診断	診断 病理	麻酔科(大学)		

2年目

4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
小児科(大 学)	外科(院外)		精神科(大 学)		産婦人科(大学)			地域 医療	(大学)		

3. 産婦人科ベーシックプログラム:全ての初期研修医のためのプログラムである。初期臨床研修期間中、最長3ヶ月間の産婦人科研修が可能。全ての医師が身につけるべき産婦人科のプライマリケア技能の研修が可能である。

資料4 専攻医研修マニュアル 180409

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、全修得目標において、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）
 - ・ 経膈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搔爬を伴う手術執刀 10 例以上（稽留流産を含む）
- (3) 膣式手術執刀 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) 日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会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ヶ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ヶ月まで認める。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) 学術集会参加
専門研修開始後の専門研修期間中（初期研修期間中は含まれない）に日産婦学術講演会に1回以上出席していることが必要である。
- (3) 日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会で承認され、参加すると日本産科婦人科学会点数あるいは日本専門医機構単位が付与される学会・研究会で筆頭者として1回以上発表していること。なお、医師臨床研修（初期研修）中の学会発表も含めることができる。
- (4) 本会中央専門医制度委員会が定める医学雑誌に筆頭著者として産婦人科に関連する論文を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、書籍などの分担執筆は不可である。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。なお、医師臨床研修（初期研修）中の論文発表も含めることができる。
- (5) 症例記録および症例レポート
専門研修開始後の症例（初期研修期間の症例は含まれません）より選び、研修管理システムに入力し登録する。施設群内の外勤等で経験する分娩、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。
 - (1) 症例記録（10症例）

専門研修中に主治医として診断から治療まで管理した症例の中でその症例の主たる臨床経過が研修期間内に収まるような 10 症例を選び、研修管理システムへ記入する。なお、周産期、婦人科腫瘍、生殖・内分泌、女性のヘルスケアの分野から適宜選択する。症例レポートと同じ症例は症例記録には使用できない。

(2) 症例レポート (4 症例)

専門研修中に主治医として診断から治療まで管理した症例の中から

[1] 周産期

[2] 婦人科腫瘍

[3] 生殖・内分泌

[4] 女性のヘルスケア

の分野から、各分野 1 症例ずつ計 4 症例について症例を呈示するのに必要な背景、検査所見、治療法、転帰などを 800 字以内にまとめ、研修管理システムへ記入する。図あるいは表が必要な場合は研修管理システムの症例レポート登録画面の所定場所に添付する。症例記録 10 例と同じ症例は使用できない。

(6) 研修目標・自己評価表

研修管理システム上で、到達度(形成的)評価は少なくとも 12 か月に 1 度、専攻医自身の自己評価に加え、指導医による評価が必要である。総括的評価は専門医認定申請年(3 年目あるいはそれ以後)の 3 月末時点で、専攻医自身に加え、医師以外のメディカルスタッフ、指導医、プログラム統括責任者らが評価を行う。専門医認定のためには専門研修終了時に全修得目標において、形成的自己評価が「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」以上であることが必要である。

(7) 申請する年度の 3 月 31 日までの専門研修期間中(初期研修期間中は含まれません)に日本専門医機構が定める専門医機構共通講習 3 回(医療倫理 1 回、医療安全 1 回、感染対策 1 回)、および、産婦人科領域講習を 10 回以上受講している。産婦人科領域講習についてはクレジット決済を行うことで「学会ホームページの e-learning」の受講も 3 単位を上限として算定されるが、同一の講習会受講を重複して算定できない

(8) 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。

(9) 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) 症例記録 (10 症例), 症例レポート (4 症例)

4) 研修修了証明書

- 5) 学会・研修会・専門医機構認講習参加記録
- 6) 学会発表記録（様式：学会発表）、筆頭者として1回以上
- 7) 学術論文（様式：学術論文）、筆頭著者として1編以上

(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。

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 に掲載されており、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。