専門研修プログラム整備基準（2022年4月15日改訂版）

本整備基準は日本専門医機構が認定する専門研修プログラムの基準を示したものです。研修プログラムを申請する研修基幹施設の責任者は、本整備基準に準拠した研修プログラムを作成してください。研修プログラムは日本専門医機構の中の「研修プログラム研修施設評価・認定部門　研修委員会」で審査され、基準に照らして認定されます。 細かな解説が必要な事項については各専門研修プログラムの付属解説資料として別に用意して下さい。

項目番号　専門領域　産婦人　科

1　理念と使命

① 産婦人科専門医制度の理念

1

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り、産婦人科専門医は公益社団法人日本産科婦人科学会会員であるものとする。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。

② 産婦人科専門医の使命

2

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。自己研鑽し、産婦人科医療の水準を高めて、女性を生涯にわたってサポートすることを使命とする。産婦人科専門研修後は標準的な医療を安全に提供し、疾病の予防に努め、将来の医療の発展のために研究マインドを持つことが求められる。

研修カリキュラム

2　専門研修の目標

① 専門研修後の成果（Outcome）

3

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。

② 到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）

i　専門知識

4

詳細は「2017年度以降に研修を始める専攻医のための研修カリキュラム」参照
各項目には必須項目、努力項目などの要求水準がある。また、各年次の研修方法・到達目標の目安については項目16に記載されている。
1) 総論
女性生殖器の発生、解剖、生理、病理、さらに、胎児・新生児の生理・病理を理解する。また、女性生殖器と関連の深い臓器についても十分に理解する。
2) 生殖・内分泌領域（カリキュラムIV-1）
排卵・月経周期のメカニズム（視床下部―下垂体―卵巣系の内分泌と子宮内膜の周期的変化）を十分に理解する。その上で、排卵障害や月経異常とその検査、治療法を理解する。生殖生理・病理の理解のもとに、不妊症、不育症の概念を把握する。妊孕性に対する配慮に基づき、適切な診療やカウンセリングを行うのに必要な知識を身につける。また、生殖機能の加齢による変化を理解する。
3) 周産期領域（カリキュラムIV-2）
妊娠時、分娩時、産褥時等の周産期において母児の管理が適切に行えるようになるために、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を身につける。
4) 婦人科腫瘍領域（カリキュラムIV-3）
女性生殖器に発生する主な良性・悪性腫瘍の検査、診断、治療法と病理病態を理解する。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、子宮頸がんのスクリーニング、子宮体がん、卵巣がんの早期診断の重要性を理解する。
5) 女性のヘルスケア領域（カリキュラムIV-4）
女性の思春期から老年期までのライフステージに特有な心身にまつわる疾患を予防医学的観点から包括的に取り扱うことのできる知識を身につける。

ii 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

5

詳細は「2017年度以降に研修を始める専攻医のための研修カリキュラム」参照
経験すべき症例数や手術件数については、専攻医修了要件に数値目標が設定されている。また、各年次の研修方法・到達目標の目安については項目16に記載されている。
1) 総論
下の診察と所見の記載ができる。
a) 視診
b) 双合診、直腸診等の触診
c) 新生児の診察
d) その他の理学的診察
e) 経腟・経腹超音波検査
2) 必要な検査をオーダーし、その結果を理解し、診療することができる。検査結果をわかりやすく患者に説明することができる。
a) 一般的検査
b) 産婦人科の検査
3) 基本的治療法・手技について適応を判断し、実施できる。
a) 呼吸循環を含めた全身の管理
b) 術前・術後管理（摘出標本の取り扱い・病理検査提出を含む）
c) 注射、採血
d) 輸液、輸血
e) 薬剤処方
f) 外来・病棟での処置
4) 救急患者のプライマリケアができる。
a) バイタルサインの把握、生命維持に必要な処置
b) 他領域の専門医への適切なコンサルテーション、適切な医療施設への搬送
5) 産婦人科領域の処置、手術ができる（項目51参照）。
a) 正常分娩の取り扱い
b) 異常分娩への対応
c) 帝王切開の執刀・助手
d) 腹式単純子宮全摘術の執刀
e) その他の基本的腟式、腹式、腹腔鏡下手術の執刀または助手
f) 生殖医療における処置の担当（術者）、助手または見学
6) 患者の特性を理解し、全人的にとらえ、患者、家族、医療関係者との信頼関係を構築し、コミュニケーションを円滑に行うことができる。
a) 家族歴、既往歴聴取、回診時における患者とのコミュニケーション
b) 患者、家族からのInformed Concent（IC）
c) 他の医師やメディカルスタッフの意見の尊重

iii 学問的姿勢

6

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、もしくは企画すること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。

iv 医師としての倫理性、社会性など

7

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) 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。
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、また形成的指導を実践できる。
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

8

「2017年度以降に研修を始める専攻医のための研修カリキュラム」参照

ii 経験すべき診察・検査等

9

「2017年度以降に研修を始める専攻医のための研修カリキュラム」参照

iii 経験すべき手術・処置等（註1)(註2)

10

1) 分娩症例150例以上、ただし以下を含む(d)についてはb)c)との重複可)
a) 経腟分娩：立ち会い医として100例以上
b) 帝王切開：執刀医として30例以上
c) 帝王切開：助手として20例以上
d) 前置胎盤症例(あるいは常位胎盤早期剝離症例)の帝王切開術(執刀医あるいは助手として)5例以上
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医10例以上（開腹手術5例以上を含む）
6) 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（上記5)と重複可）
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、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）に携わった経験症例5例以上（担当医あるいは助手として）
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
註1) 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。
註2) 専門研修開始後の症例のみカウントできる（初期研修期間の症例は含まない）。

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）

11

・地域医療の経験のためには、産婦人科専門研修制度においていずれの専門研修プログラムにおいても基幹施設となっておらず（項目25参照)、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）で研修を行う。1か月以上の研修が必須である。原則として、一施設での研修期間は3か月以上が望ましい。ただし、専門研修指導医のいない施設（ただし専門医の常勤は必須）での研修は通算12か月以内とし、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。
・へき地・離島などの地域医療特有の産婦人科診療を経験することができる。
・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、妊婦の保健指導や相談、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うことができる。
・例えば、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、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する。

v 学術活動

12

以下の2点が修了要件に含まれている。（註1）
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（註2）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。（註3）
註1) 学術活動は医師臨床研修（初期研修）中のものも修了要件に含めることができる。
註2) 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もの。
註3) 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。

3 専門研修の方法

① 臨床現場での学習

13

・週1回以上の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ように指導する。
・月に1回以上は抄読会や勉強会を実施する。抄読会や勉強会は他の施設と合同で行う場合も考えられる。インターネットによる情報検索の指導を行う。
・子宮鏡、コルポスコピーなど検査の指導を行う。
・積極的に手術の執刀・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させる。
・手術手技をトレーニングする設備や教育DVDなどの充実を図る。
・2年目以降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指導する。
指導医は上記の事柄について、責任を持って指導する。

② 臨床現場を離れた学習（各専門医制度において学ぶべき事項）

14

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、下記の機会を作る。
・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、感染症、医療倫理等を学ぶ機会
・指導法、評価法などを学ぶ機会

③ 自己学習（学習すべき内容を明確にし、学習方法を提示）

15

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

16

1) 専門研修1年目
内診、直腸診、経膣超音波検査、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、通常の帝王切開、子宮内容除去術、子宮付属器摘出術を指導医・上級医の指導のもとで実施することができる。
2) 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。正常分娩を一人で取り扱える。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。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・家族からのICを取得できるようになる。
3) 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(項目51参照)。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や、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。悪性腫瘍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・家族からのICを取得できるようになる。

4 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

17

専攻医が、研修中に自己の成長を知るために、到達度(形成的)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。到達度評価の方法をそれぞれのプログラムに記載するが、下記の2点が必要である。
・ 到達度評価のチェック時期がプログラムに明示されていること。
・ フィードバックを誰がどのように行うかがプログラムに明示されていること。

2) (指導医層の)フィードバック法の学習(FD)

18

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を行う。なお、指導医講習会の受講は、指導医認定のために必須である。

② 総括的評価

1) 評価項目・基準と時期

19

項目の詳細は項目53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(項目17)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、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

20

総括的評価の責任者が、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と専門医認定審査

21

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研修記録、到達度評価の登録を完了する。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、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項目53の修了要件が満たされていることを確認し、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月末日までに研修システムを用いて専門医認定審査受験の申請を行う。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(書類審査)を行う。一次審査に合格すると、専門医認定二次審査(筆記試験および面接試験)の受験資格を得る。専門医認定二次審査の受験資格は研修修了時より5年間有効である。

4) 他職種評価

22

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。

研修プログラム

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

23

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) 妊娠22週以後の分娩数が(帝王切開を含む)申請年・更新年の前年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・更新年の前年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(浸潤がんのみ)の初回治療症例数が申請年・更新年の前年1月から12月までの1年間に15例以上あること(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・更新年の前年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(註1)が10編以上あること。
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。掲載予定の論文を提出することもできるが、申請年・更新年の前年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・感染症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。
付記;原則として都道府県ごとに複数の基幹施設を置くこととする。専門研修プログラム第一次審査の段階で申請が単一の基幹施設からしかない都道府県については、本学会の中央専門医制度委員会は地方委員会(地方学会専門医制度委員会)に対して、第2の基幹施設設置のための調整を要請する。この場合に限り、上記専門研修基幹施設の認定基準のうち7)の論文数は3編以上、8)の産婦人科専門医は3名以上、専門研修指導医は1名以上とすることができる(特例として専門医数、指導医数については研修開始に間に合えばよいものとする)。第2の基幹施設の申請を地方委員会が調整する場合、都道府県内の産婦人科領域のコンセンサスを得ることが必要である。地方委員会が第2の基幹施設を調整できない場合にはその理由を中央専門医制度委員会に報告する。なお、この基幹施設の認定基準緩和は、各都道府県で基幹施設が単数の場合に、複数化するための特別な規定であり、適用が適切でない場合や複数化された後には適用されない。その適用の妥当性については、日本産科婦人科学会の研修プログラムの第一次審査において判断される。

② 専門研修連携施設の認定基準

24

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。
1) 下記a) b) c) のいずれかを満たす(専門研修指導医がいない下記b)c)の施設での研修は通算で12か月以内とする)。
a) 連携施設:専門研修指導医が1名以上常勤として在籍する。
b) 連携施設(地域医療):専門研修指導医が在籍していないが専門医が常勤として在籍しており、基幹施設または他の連携施設の指導医による適切な指導のもとで、産婦人科に関わる地域医療研修(項目11参照)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11参照)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(類腫瘍を含む)の手術が100件以上 c) 婦人科悪性腫瘍(浸潤がんのみ)の初回治療症例数が15件以上(手術件数と同一患者のカウントは可とする)、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できること。
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

25

産婦人科専門研修施設群は、基幹施設および複数の連携施設からなる。一つの施設が複数の基幹施設の連携施設となることは可能である。また、ある基幹施設が他の基幹施設の連携施設になることも可能である。ただし、産婦人科専門研修施設群には、産婦人科専門研修制度の他のプログラムの基幹施設となっていない複数の連携施設が必要である。専門研修施設は、日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会による5年ごとの審査を受け、専門研修施設としての資格を更新する。そして、各年度ごとの産婦人科専門研修プログラムおよび研修施設群の組み合わせについては、毎年、プログラム統括責任者が日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会に提出する。

専攻医は6か月以上基幹施設での研修を行う。基幹施設、連携施設について同一施設での研修は24か月以内とする(原則として、同一の連携施設における研修期間は3か月以上とする)。連携病院で採用した専攻医については、専攻医の希望があった場合、24か月の範囲内で、できうる限り長期間当該連携病院における研修期間を設定するなど、研修の質の低下にならない範囲で柔軟なプログラムを作成しなければならない。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て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。

基幹施設、連携施設ともに委員会組織を置く。そして必要な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少なくとも1年に1度以上開催する。基幹施設、連携施設ともに、少なくとも1年に1度、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) 経腟分娩件数、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(浸潤がんのみ)の初回治療症例数、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ことが望ましい。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

26

都道府県単位など地理的要素も考慮に入れて施設群を形成する。ただし、Subspecialtyへの切れ目のない研修がなされ、診療の質を落とさず、地域医療が守られて、委員会が適切に開催されるならば、都道府県をこえて専門研修施設群を形成することも可能である。

⑤ 専攻医受入数についての基準 (診療実績、指導医数等による)

27

1) 項目23-9)基幹施設による周産期登録・婦人科腫瘍登録は、専攻医受入のための必須条件である。研修プログラム申請の前年に登録業務が行われていない場合、その研修プログラムは承認されず、翌年度に研修を開始する専攻医を受け入れることはできない。

2) 各専門研修施設群 (専門研修基幹施設および連携施設)における専攻医総数(すべての学年を含めた総数)の上限は、当該年度の指導医数×3とする。ただし、地域医療を経験するために必要と考えられ、項目29の条件を満たしている場合はその限りではない。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とする。産婦人科診療を維持するための全国の産婦人科専攻医受け入れ数は、1年あたり約500人と考えている。

⑥ 地域医療・地域連携への対応

28

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。産婦人科医は絶対数の不足に加えて地域偏在が著しく、大規模な地域中核病院であっても、医師数が足りていないことがある。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。

⑦ 地域において指導の質を落とさないための方法

29

専門研修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24参照)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考えられる。

⑧ 研究に関する考え方

30

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。

産婦人科専門研修の修了要件には、学会発表および学術論文の発表が含まれている(項目12参照)。

⑨ 診療実績基準（基幹施設と連携施設） ［症例数・疾患・検査/処置・手術など］

31

1) 基幹施設
下記のa)からd)のすべてを満たす。
a) 妊娠22週以後の分娩数（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。
b) 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）。
c) 婦人科悪性腫瘍（浸潤がんのみ）の初回治療症例数が申請年の前年1月から12月までの1年間に15例以上あること。
d) 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、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（浸潤がんのみ）の初回治療症例数が15例以上、d) 妊娠22週以後の分娩数（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、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)
1) の詳細に関しては項目23を、2) 3) 4) の詳細に関しては項目24を参照

⑩ Subspecialty領域との連続性について

32

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（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）を取得する研修を開始することができる。

⑪ 産婦人科研修の休止・中断、プログラム異動、カリキュラム制研修の条件

33

1) 専門研修プログラム期間中の出産に伴う休暇あるいは疾病での休暇は1 回（6 か月以内）に限って研修期間に含めることができる。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の添付が必要である。
2) 2020年度以降に研修を開始する者の出産に伴う休暇あるいは疾病での休暇による専門研修開始の遅れは6か月（9月末日）まで認める。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。
3) 専門研修プログラム期間中の短時間雇用は、週20時間以上の勤務であれば、6か月を限度に研修期間として認める。
4) 上記1）、2）、3）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（うち基幹施設での6か月以上の研修および項目11で定める1か月以上の地域医療研修を含む）必要である。
5) プログラム統括責任者が産婦人科専門研修として小児科や麻酔科など他科での研修が必要であると判断した場合は、プログラムにその研修内容を記載する。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がそのプログラムを承認した場合には他科での研修が可能となる。ただし、産婦人科専門研修として認められる他科での研修期間は通算6か月以内を目安とする。
6) 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。
7) 専門研修プログラムを異動する場合は、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。
8) 以下の条件を満たす専攻医はカリキュラム制による研修を行うものとする。
a) 研修開始当初から、3年を超えて研修を行い、修了要件を満たす予定とした専攻医。
b) 日本産科婦人科学会と日本専門医機構が認めた合理的な理由により3年で修了要件を満たせず3年を超えて9年以内に満たすことになった専攻医。
9) カリキュラム制により産婦人科研修を開始する場合、プログラム制と同時期に、翌年度4月からカリキュラム制で研修を開始する専攻医の募集手続きを行い、日本産科婦人科学会及び日本専門医機構に申請する。申請者は、申請にあたり、カリキュラム制を希望する理由と専門研修の総括的評価及び修了判定を担う基幹施設を選択し登録する。カリキュラム制による研修施設は、専攻医が主たる研修施設として登録する基幹施設が形成する専門研修施設群である。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認定する。地域枠医師に関しては、各都道府県のキャリア形成プログラムと連携できるように、地域枠医師及び日本産科婦人科学会から都道府県担当者にカリキュラム制による研修を行う旨を伝え、研修計画を作成する。
10) プログラム制からカリキュラム制に移行する場合、カリキュラム制に移行する理由と主たる研修施設群を付し、事前に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が、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認定する。日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会は申請者の申請時点までの研修状況を評価し単位認定を行う。日本産科婦人科学会制度で研修した実績は機構制度のカリキュラム制の研修実績に振り替えることができる。
11) カリキュラム制の研修実績は産婦人科研修管理システムに記録蓄積し、到達度評価、フィードバックの実施と記録を行う。
研修期間、研修期間以外についてそれぞれa)、b)の修了要件を満たすものとする。
a) 研修期間は週4日以上かつ週32時間以上の常勤での勤務1か月分を1単位（項目54）とし勤務実態に応じて単位で登録する。
研修期間の修了要件は専門研修の期間が以下の(1)〜(5)のすべてを満たす必要がある。
(1) 専門研修の期間が36単位以上あること。
(2) 常勤指導医の在籍する施設での専門研修が24単位以上あること。
(3) 基幹施設での研修は6単位以上であること。
(4) 最も研修期間の単位が多い施設以外での研修が合計12単位以上あること。
(5) 産婦人科専門研修制度においていずれの専門研修プログラムにおいても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での地域医療研修が1単位以上含まれること。
付記：(3)(5)以外の期間について、出産に伴う休暇あるいは疾病での休暇は1回のみ6か月以内に限ってフルタイムの研修期間とすることができる。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の添付が必要である。
b) 研修期間以外の修了要件は研修プログラム制に準じて産婦人科研修管理システムを用いて登録し、項目53に基づき修了判定する。
12) 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年以内に専門医認定審査の受験を行う。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ーから新たに専門研修を行う必要がある。
13) 専門医認定二次審査の受験資格は研修修了時より5年間有効である。5年間で専門医認定二次審査に合格しなかった場合、専門医となるためにはーから新たに専門研修を行う必要がある。
註1) 8)、9)、10)、11)で規定するカリキュラム制による産婦人科研修の詳細については 専門研修カリキュラム制（単位制）整備基準 を参照。

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

34

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き、専門研修プログラム統括責任者を置く。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。専門研修プログラム管理委員会の委員としては、統括責任者、副統括責任者、その他基幹施設の指導医、連携施設担当者などが含まれる。

複数の基本領域専門研修プログラムを擁している基幹施設には、当該施設長、各専門研修プログラム統括責任者からなる専門研修プログラム連絡協議会を設置する。

② 基幹施設の役割

35

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、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、ないし研修プログラム審査時に申請する。

③ 専門研修指導医の基準

36

1) 指導医認定の基準
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
d) 直近の5年間に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)
2) 指導医更新のための基準
指導医は5年ごとに更新する。以下のa) ～d) の全てを満たすことを指導医更新のための基準とする。
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) 直近の5年間に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)。
e) a) ～d) の条件相当として中央専門医制度委員会が認定した場合

註1) 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。掲載予定の論文を提出することもできるが、申請する年の4月30日までに掲載が決まった論文であること。掲載予定の論文を提出する場合は投稿論文のコピーと掲載証明書を提出すること。
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、及び、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。指導医講習会は申請する年の4月30日までに受講したものを含めるが、更新年の5月に日本産科婦人科学会学術講演会が開催される場合、同講演会での指導医講習会は申請に含めてよい。

④ プログラム管理委員会の役割と権限

37

1) 専門研修を開始した専攻医の把握
2) 専攻医ごとの、到達度・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
3) 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
4) それぞれの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
5) 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
6) 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
7) 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
8) 研修プログラム更新に向けた審議
9) 翌年度の専門研修プログラム応募者の採否決定
10) 専門研修施設の指導報告
11) 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
12) 専門研修プログラム連絡協議会への結果報告

⑤ プログラム統括責任者の基準、および役割と権限

38

1) プログラム統括責任者認定の基準
a) 申請する時点で専門研修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)
b) 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
c) 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(註1)
2) プログラム統括責任者更新の基準
a) 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
b) 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
c) 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(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)
a) 産婦人科指導医でなくなった者
b) 更新時に、更新資格要件を満たさなかった者
c) 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
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3名まで置くことができる。副プログラム統括責任者は指導医とする。

註1) 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。
原則として都道府県ごとに複数の基幹施設を置くために、本学会の中央専門医制度委員会の要請に応じて第2の基幹施設設置を申請する場合に限り、プログラム統括責任者認定の基準のうちc)の論文数は5編以上とする。これは、各都道府県で基幹施設が単数の場合に、複数化するための特別な規定である。その適用の妥当性については、日本産科婦人科学会の研修プログラムの第一次審査において判断される。

⑥ 連携施設での委員会組織

39

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

40

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責務を負う。
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、適切な休養についての明示が必要である。
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。

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

41 産婦人科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（別紙）に則り、研修を修了しようとする年度末に行う。

② 医師としての適性の評価

42 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・フォーマット等の整備

43 プログラム運用は「産婦人科専門医制度の概要と手引き」に基づいて行う。専攻医研修実績、指導医による指導とフィードバックは産婦人科研修管理システムにおいて記録される。

⊙専攻医研修マニュアル

44 別紙「専攻医研修マニュアル」参照。

⊙指導者マニュアル

45 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

46 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到達度自己評価を行う。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

47 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、行ったフィードバックを記録する。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フィードバックを行い記録する。

⊙指導者研修計画（FD）の実施記録

48 日本産科婦人科学会が指定する指導医講習会(註1)の受講は個人ごとに電子管理されており（2015年4月以降）、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。

註1）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集会、及び、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。指導医講習会は申請する年の4月30日までに受講したものを含めるが、更新年の5月に日本産科婦人科学会学術講演会が開催される場合、同講演会での指導医講習会は申請に含めてよい。

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

49 総括的評価を行う際、専攻医は指導医、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

50 専攻医等からの評価は、専門研修施設群の専門研修プログラム管理委員会において、評価した専攻医が特定できない状態で公表し、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。評価にもとづいて何をどのように改善したかを記録し、日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会に1年に1回報告する。

③ 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

51 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。

9　専攻医の採用と修了

① 採用方法

52 毎年、登録期間・登録確認期間・採用期間を経て、プログラム統括責任者・日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会・日本専門医機構の間で協議して採用を決める。選考の具体的な方法(面接や選抜試験等)はプログラムごとに独自に決める。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−生殖）のいずれでも可である。

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）修了後であること、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。専攻医研修開始のための手続きが開始年度の9月末日までに完了すれば、その年度の4月1日からの専攻医研修開始が認められる。

② 修了要件

53

1) 研修期間
a) 研修期間の修了要件は専門研修の期間が以下の(1)～(5)のすべてを満たす必要がある。
(1) 専門研修施設において常勤（項目54）としての専門研修の期間が3年あること。
(2) 基幹施設での研修は6か月以上であること。
(3) 同一施設での研修が24か月以内であること。
(4) 常勤指導医がいない施設での地域医療研修は12か月以内であること。
(5) 産婦人科専門研修制度においていずれの専門研修プログラムにおいても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での地域医療研修が1か月以上含まれること。
b) プログラムの休止、中断、異動が行われた場合、項目33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剝離症例)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（上記e)と重複可）
g) 腹腔鏡下手術（執刀医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）に携わった経験症例5例以上（担当医あるいは助手として）
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) 到達度（形成的）評価
a) 到達度評価(項目17)が定められた時期に行われている。
4) 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
5) 学術活動に関する評価
6) 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
7) 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
8) 公益社団法人日本産科婦人科学会会員であること。

10 他に、自領域のプログラムにおいて必要なこと

54

1) a)～c)のいずれかを満たしていれば常勤相当（フルタイム勤務）と見なす。
a) 週4日以上かつ週32時間以上の勤務。
b) 育児短時間勤務制度を利用している場合は、週4日以上かつ週30時間以上の勤務（この勤務は、33項の短時間雇用の形態での研修には含めない）。
c) a)、b) 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た場合。
2) 研修カリキュラム制において非フルタイム勤務の場合の研修期間を、1か月あたりの産婦人科専門研修施設で産婦人科業務に従事している時間に応じa)～e)に従い算定する。
a) 26時間以上で常勤相当の条件を満たさない時間は0.8単位。
b) 21時間以上26時間未満は0.6単位。
c) 週16時間以上21時間未満は0.4単位。
d) 週8時間以上16時間未満は0.2単位。
e) 週8時間未満は研修期間の単位認定しない。