

「研修プログラム整備基準」のパブリックコメントに対する回答

総論

- ・本プログラム整備基準は現段階で案の段階であり、今後も議論を続け、かつ他学会の状況の変化にも即応できる体制をもって変更を行う素案であることを再度明示しておきます。
- ・あくまで『整備基準』は各指導施設(特に研修基幹施設において)、独自のプログラムを作成して頂くための基準となるものであり、施設ごとの特性、事情などを考慮して詳細をお決め頂くためのものです。
- ・個別の対応などに関しては、ある程度自由裁量となりますことを明記しておきます。しかしながら各施設のプログラムは最終的に専門医機構に申請の上、承認を受けることが義務付けられます。

No.	パブリックコメント	分類	回答
1	新規の取得要件はわかったが、現在持っているもの、また既に研修期間が終了し今後取得する予定のものに対する配慮、要件が重要。 内科専門医はこの点が著しく欠けており、既に認定医をもってある程度の年齢以上のものは大変迷惑している。	資格移行	現有資格の以降に関しては非常に重要かつ難しい議論です。今後基盤学会はじめ他学会の整備基準が發布されるものを検討し、学会として決定してまいります。無論その際には、改めて整備基準を公開しご意見を頂くこととなります
2	研究発表が筆頭著者として必要とあるが、2例以上では倫理委員会の届け出が必要、JDDWでは一般演題の採択数減少、また総会では主題の定義の明確化による主題数の減少があり、若手、クリニック、地域の医療機関には厳しい状況が予測される。 JED登録を行えば学会での迅速審査を優先的に、JED登録を行えば後ろ向き研究に自施設、あるいは集計データを用いた研究が可能、前向きでは患者基本情報(年齢、性など)はJEDで取得しているため、倫理申請が容易、などの発表、論文化のための学会員の補助策を具体的に進めて欲しい。 センター病院だけで議論すると、この点で大きな欠落が懸念される。	DB利用	『学会での迅速審査を優先的に』などの対応策は今後慎重に議論いたします。 今後の採択演題の減少などの動きが出てくる場合は、経過なども確認しながら対策を進めて参りたいと思います
3	上部1000件、下部300件について→今後の検査はピロリ菌未感染者の急速な増加(1970年代以降の出生では10-20%の感染率。10年後には50歳代までが80%以上未感染)により上部内視鏡検査はERCPや胃透視が減少したと同様な変化が起こり得る。一方、大腸がんの増加、米国での内視鏡対策の奏功を見ると、今後は大腸内視鏡の増加が見込まれる。上部1000件、下部300件は現状では当然と思われるが、時代に応じた変更を行うことが必須であり、特に研修期間に行うとなれば件数を減らすことも必要になる可能性がある。この点について、5年毎に計画されている見直しで可能とは思いますが検討をお願いしたい。	規定見直し	時代に即応した研修プログラムの改定は必須と考えております。時勢に応じた再検討をまいります
4	臨床現場を離れた学習、評価など →1)とも関連するが、会員は必ずしも指導施設に所属していない。クリニック、ドック施設に所属する内視鏡医の専門化、質の向上も学会の重要な役割であり、例えば、JED検診で想定している医師会や検診センターに置いたサーバーにデータを集めて指導医、専門医によるダブルチェックによる指導を行えば、一定の評価を得られる、など医師会等との連携も必要と思われる。e-learningも医師会との連携やドック学会、検診学会との連携も必要かも知れない。 専門医研修施設群の構成において、上記も想定して欲しい。	検診	検診に関わる専門医の考え方、検診/健診に対するJEDの対応など、学会として取り組んでまいります。
5	地域において指導の質を落とさないため → これもe-learningやネット等での専門施設との連携も認めると、遠隔医療では非常に役立つ。北海道や離島、山間部等でモデル地区を作り、実践して行くことで、これまでの内視鏡医の大きなメリット、何処に居ても、病院でもクリニックでも世界レベルでの仕事が出来ると、という点を今後もアピール出来るよう体制を整え、学会として支援して欲しい。	地域医療	E-learningを始めとした、遠隔連携や教育に関しても現在対応協議中です。 方針、対策が決定し次第ご連絡します
6	「助手」と「介助者」と2つの言葉が用いられていますが、同じ意味とします。 統一が必要と考えます。 そうしますと、整備基準のP10 iiiの「経験」は*で示した介助者としての経験ではないので、術者としての経験と取れず。手術・処置の際の「経験」の意味が曖昧ですので、具体的に記載すべきかと思えます。	文章	ご指摘まことにありがとうございます。 『介助者』の表現で統一させていただきます
7	現在検診での内視鏡の多くは経鼻となっており、経鼻内視鏡専用の研修は必須と考えます。今回の整備基準にはそれがほとんど触れられていません。	経鼻・検診	経鼻に関しては別掲 ↓ 項番⑦⑨⑩参照
8	画像ファイルシステムが全国で統一されていない段階で、そのシステムに統一することは 大変乱暴なやり方である。フィルム保存の施設もあると思われる。今回の経験集積・登録は別な手段を執るべきで システムが整備されてから 専門医制度に採用すべきであろう。画像を全国ファイルすることは無理だと思う 解像度も ファイルサイズ 保存形式も異なる。	画像	今回のJEDの取り組みは画像収集を予定しておりません。あくまで診断、所見などに対するデータ解析を目的としております。
9	次に、専門医制度は乱立を避け国民にわかりやすいよう2段階で整備されていく方向だが この制度の趣旨に反するような今回の動きは賛同できない。特に内視鏡技術は診断・治療ツールであり、全ての領域に精通している必要は全くない。	制度	全ての領域に通じている必要はないのは、ご指摘の通りです。 しかしながら内視鏡専門医を名乗るにあたって、基本的な手技の習熟として消化管内視鏡の習熟を義務付ける形いたしました
10	大腸分野の医師が 肝胆膵領域の内視鏡の技術を持ち合わせる必要もなく 知識程度があれば十分であろう、強いて専門医を作るなら 内視鏡外科学会のような、下部消化管領域 肝胆膵領域 上部消化管領域などと分野を分けて認定すべきである 全ての領域を網羅する発想の専門医認定には反対である。	制度	今回の整備基準で触れているのは、あくまで専門医取得までの資格と道程であり、専門医取得後により専門的な領域に分かれていくこととなります。より深い専門領域に関しては現行の『指導医』と同様の資格をもって代わりとすべきと考えております。 これら専門的な領域に関する議論は専門医機構とは関連のない部分であり、今後学会として検討し手行くこととなります
11	むりやり専門医制度に合わせるように形を整えている様にみえるが、今までの専門医制度を維持するので十分と考える。というのが正直な意見である。	制度	ご意見ありがとうございます 専門医制度に従うか否かは大変重要な問題ですが、各種学会が専門医機構の仕組みに組み込まれてゆく現状の中で当学会としても対応を考えなければならないと感じております
12	専門研修基幹施設の認定基準における、指導医の常勤医と専門医の常勤医は同一人物であってもよいのか。すなわち医師A(専門医・指導医)と医師B(専門医)が常勤していれば基準を満たすか。明示が望まれます。	移行/制度	指導施設には指導医の勤務が必要という条件がありますので、現段階では 研修基幹施設は常勤医の指導医の勤務が必要 研修連携施設は非常勤の指導医の勤務があればよい という仮の基準を設けています。 無論、指導施設の在り方は今後も議論が必要な部分であり、議論の進捗は提示してまいります
13	いかなる検査や処置もうまくいかなかった場合の対処法(引き出しの数)が大切であって、そこにも焦点のあたる研修プログラムであってほしいと思えます。	プログラム・教育	ご指摘まことにありがとうございます。 指導医マニュアルに不能症例の対処に関しても記載をさせていただきたく存じます

14	<p>2.研修カリキュラム部分、 ② 専門医取得のための経験検査数は妥当か？ (ア)上部消化管内視鏡 1000 例、下部消化管内視鏡300 例を2年から3年で経験する。 この最後に、以下の一文を加えるのはいかがでしょうか。 『今後は経鼻内視鏡検査が普及することが予想されるので、経鼻内視鏡の症例も一定数経験しておくことが望ましい。』 ご検討ください。</p>	経鼻・検診	<p>ご指摘まことにありがとうございます。 ご推奨の一文をさっそく加えさせていただきたく存じます</p>
15	<p>③研修カリキュラム、2. 専門研修の目標 ①専門研修の成果(Outcome)の中に、(1)できる限り患者の身体への負担を減らした低侵襲で安全かつ・・・中略・・・そして患者の利益となる消化器内視鏡診療を実現する。 下段の 1) 地域医療において消化器内視鏡を通じて的確な診断を行い良質な健康管理を実現する との文言があります。 胃がん検診ガイドライン2014年度版にて、内視鏡検診が対策型検診として実施できることになり、今後、内視鏡検診が飛躍的に伸びることが想定できますが、検診に使用される内視鏡は、経鼻内視鏡が多くなることも予想されます。 経鼻内視鏡は、上記(1)や1)の、患者への負担を減らす、低侵襲、地域医療への貢献、良質な健康管理の理念に合致するものと考えます。 しかし、この研修カリキュラムのなかには、経鼻内視鏡の知識や経験について、まったく触れられていません。 このカリキュラムのまま、経鼻の研修が全くなされない施設がでてくるということは、ないでしょうか。 内視鏡専門医が経鼻の知識や経験がないまま、実際の健診や診療の場で、知識経験不足から偶発症をおこしてしまわないか危惧します。 是非、カリキュラムに経鼻内視鏡検査の経験、知識について加えていただきたいと思います。</p>	経鼻・検診	<p>プログラム整備基準に記載を加えました。 達成度評価表の挿入手技の場所に経鼻に関する記載も行いました。 ただし、カリキュラムの II【咽頭・食道・胃・十二指腸】 1. 上部消化管内視鏡に用いる内視鏡機器・処置具 1) 上部消化管内視鏡(経口・経鼻・食道・胃・十二指腸) の項で比較的詳細に記載されておりますので、カリキュラムに関しては変更を行わない方針としたいと存じます。</p>
16	<p>(1) 上部消化管内視鏡検査は 経口内視鏡と経鼻内視鏡に分けて考えるべきであると思ひます。 両者の先端部曲率半径、観察深度など構造が異なり、操作方法や観察方法も経口内視鏡とは異なる。 鼻腔の解剖や日常よく遭遇する鼻腔・上咽頭の病変などの学習や経験も必要と思われ 研修カリキュラムに組んで頂きたい。 (2) 鼻出血が偶発症として誤解され問題視されている。 例えば偶発症委員会でのアンケートの集計結果では自然止血する程度のもので、マロリーワイスなどの粘膜裂傷と同列に扱われ偶発症としてカウントされている。 鼻出血で臨床上問題となる場合(偶発症)は耳鼻科的処置を必要とした場合だけにすべきである。 (3) 経鼻内視鏡の施行に当たっては耳鼻科領域の知識が必要である。 今後スクリーニングの主流になってゆくと思われるので、「耳鼻咽喉科専門医」も加えるべきである。 (4) 経験検査数は、上部1000例、下部300例とされているが、下部を主体にしている医師もおり下部1000例、上部300例という選択肢があつてもよいのではないかと (5) 9頁 ii 経験すべき診察・検査等 1) 咽頭・食道観察法 ①挿入手技と通常観察 の個所は①挿入手技(経口、経鼻)と観察の方がよろしいのではないかと思ひます。 同様に 2) 胃・十二指腸観察法 ①挿入手技と通常観察 の個所も①挿入手技(経口、経鼻)と観察の方がよろしいのではないかと思ひます。 ・理由：経口内視鏡と経鼻内視鏡では使用機種も挿入手技も観察法も異なるためです。</p>	経鼻・検診	<p>経鼻に関しては別掲 ↑ 項番⑦参照 (2)この件に関しては医療安全委員会など当該委員会での検討事項とさせていただきます (3)耳鼻咽喉科専門医に門戸を開く点は、今後の基盤学会の状況が明らかとなつたうえで考慮したいと存じます (4)上部消化管内視鏡検査は下部消化管内視鏡検査も含めた、よりアドバンスなものになる手技と考え、今回の基準といたしました。ご理解賜りたいと存じます。 (5)ご指摘の事項に関しては達成度評価表は変更いたしました 『経鼻の経験を一定以上経験することが望ましい』という文言で意図が推量して頂けるものと考えております。ご理解いただければ幸甚です</p>
17	<p>1. 理念、使命などに関して ① (ア) 同意する (イ) (ア) 中の専門医と同様の扱いにする ② これで良い 2. 研修カリキュラム部分 ①下記が良い ②妥当である ③妥当である ④妥当である ⑤妥当である ⑥認められる ⑦妥当である ⑧妥当である ⑨妥当である ⑩同意する ④ 意見：Subspecialityの複数取得を、専門医機構が認めることを強く希望します。</p>	制度	<p>ご指摘まことにありがとうございます。 また、ご賛同の意思表示を頂きましたことに感謝申し上げます。 ④に関しましては、機構の意向がまだ正確に推し量れない状況ですが、複数のSubspecialty取得が望ましいと学会としても考えており、発言を継続して行く所存です。</p>

18	<p>「専門研修カリキュラム」および「指導医カリキュラム」において</p> <p>6. 内視鏡治療</p> <p>A) 咽頭・食道</p> <p>②食道腫瘍に対する内視鏡治療</p> <p>B) 胃・十二指腸</p> <p>③胃十二指腸腫瘍に対する内視鏡治療 (EMR/ESD/LECS)</p> <p>と記載してありますが、食道腫瘍については手技を特定していないのに対して胃十二指腸腫瘍では3つの手技に限定している点が気になります。いずれについても手技を限定しないか、もし限定するのであれば食道および胃腫瘍に対するPDT（いずれも保険適用）も付け加えるべきだと考えます。</p> <p>なお事務局宛に別途郵送で、日本レーザー医学会学術委員会後援事業である「胃癌PDT全国調査報告」および「胃癌PDTと病理所見」の別刷りをご参考までにお送りします。</p> <p>③コメント2： 「小腸領域で用いる内視鏡機器」において、単に「カプセル内視鏡」と記載するのではなく、「小腸カプセル内視鏡」、「パテンシーカプセル」と記載されてはいかがでしょうか。 また大腸における「カプセル内視鏡」は「大腸カプセル内視鏡」に統一されてはいかがでしょうか。 現在改訂を進めている内科専門医カリキュラムではこのように記載する予定です。</p> <p>以上、ご検討のほどどうかよろしくお願いたします。</p>	文章	<p>ご意見ありがとうございます。 今後の手技の進歩などもありうるかと存じます。 手技記載しておりますのは、決して限定するという意図ではなく、カリキュラムに記載した手技に関して記載をしたにすぎません。誤解を与えないためにもプログラム整備基準上は手技名を記載しない方針で見直しをしたいと思います。</p> <p>小腸ならびに大腸カプセル内視鏡の記載に関しては今後の検討課題とさせていただきます。</p>
----	---	----	--