日本消化器内視鏡学会

指導施設・連携施設連絡会

2022年5月14日

日本消化器内視鏡学会　専門医制度をめぐる現況

指導施設、連携施設のみなさまにお願いしたいこと

2022年度の日本消化器内視鏡学会　専門医制度

日本消化器内視鏡学会　専門医制度をめぐる現況

令和元年度第４回　医道審議会 医師分科会　医師専門研修部会	資料1-2
令和２年３月１３日	

サブスペシャルティ領域の在り方に関するワーキンググループ

報告書

令和２年３月５日

目次

はじめに……3

1．検討にあたっての視点……3

2．サブスペシャルティ領域の基本的な考え方……4

3．具体的なサブスペシャルティ領域の制度設計……5

（1）領域の整理について……5

（2）連動研修を行い得る領域について……6

（3）連動研修を行わない領域について……6

（4）少なくとも１つのサブスペシャルティ領域を修得した後に研修を行う領域について・7

（5）領域の認定にあたっての留意点……7

4．日本専門医機構が提案する 23 領域の整理……8

（1）現在の状況の整理……8

（2）内科について……8

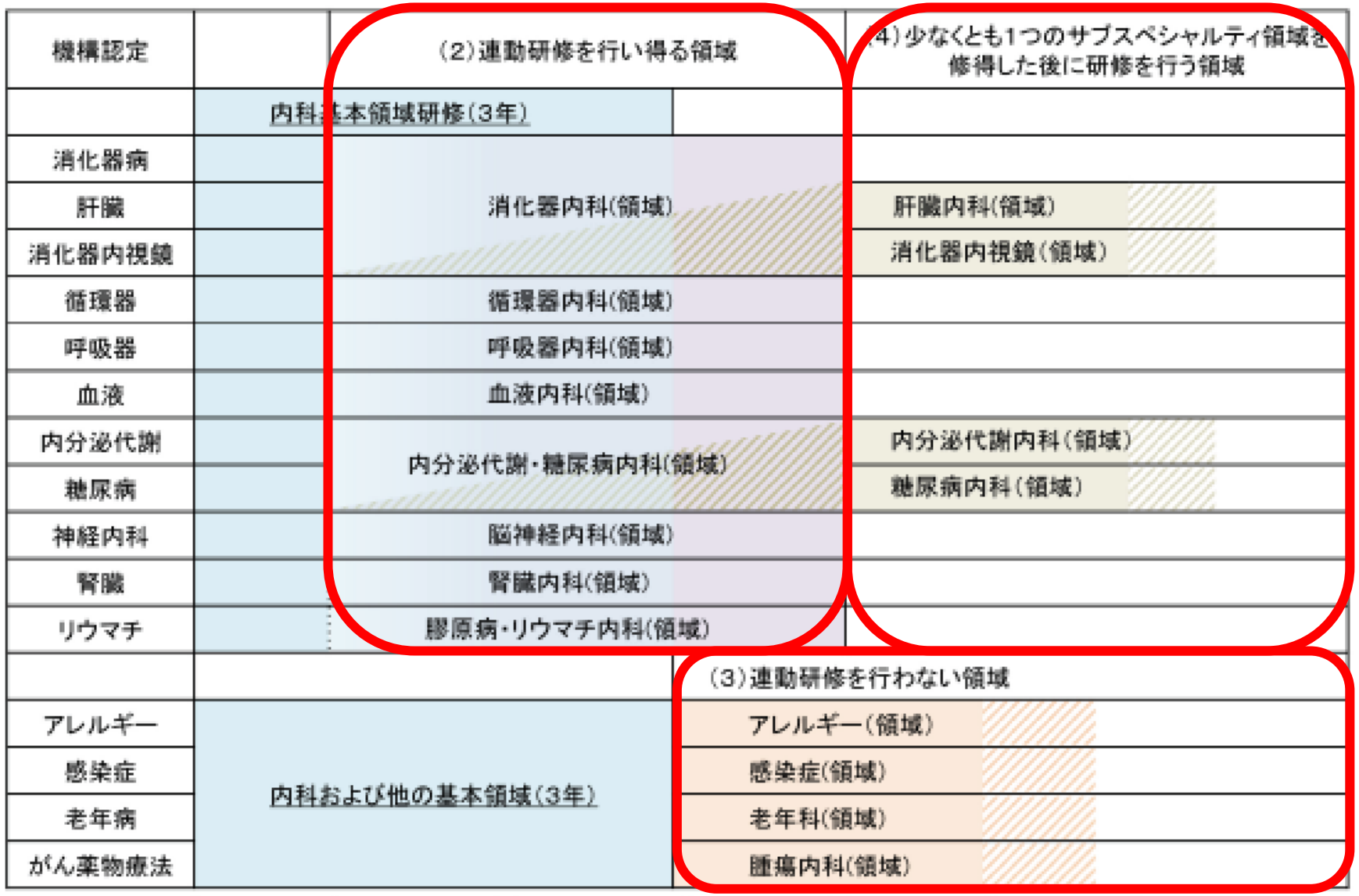
（3）外科について……9

（4）放射線科について……10

5．今後のサブスペシャルティ領域の認定について……10

おわりに……11

内科領域のサブスペシャルティ領域



※領域の名称については、改めて検討がされるべきである

外科・放射線科領域のサブスペシャルティ領域

機構認定		（2）連動研修を行い得る領域		（4）少なくとも1つのサブスペシャルティ領域を修得した後に研修を行う領域
	外科基本領域研修（3年）			
消化器外科		消化器外科(領域)		
呼吸器外科		呼吸器外科(領域)		
心臓血管外科		心臓血管外科(領域)		
小児外科		小児外科(領域)		
乳腺		乳腺外科(領域)		
			（3）連動研修を行わない領域	
内分泌外科	外科および他の基本領域研修（3年）		内分泌外科（領域）	

機構認定		（2）連動研修を行い得る領域		
	放射線科基本領域研修（3年）			
放射線診断		放射線診断(領域)		
放射線治療		放射線治療(領域)		

＜医師年数＞ 3 4 5 6 7 8 9

※領域の名称については、改めて検討がされるべきである

2022年度にサブスペシャルティ領域として機構認定を受けた専門医

基本領域が認定するもので新たに機構認定に推薦する領域	25		美容外科専門医	美容外科学会	形成外科学会
	26		熱傷専門医	熱傷学会	
	27		レーザー専門医	レーザー医学会	
	28		小児神経専門医	小児神経学会	小児科学会
	29		小児循環器専門医	小児循環器学会	
	30		小児血液・がん専門医	小児血液・がん学会	
	31		臨床遺伝専門医	人類遺伝学会	
	32		てんかん専門医	てんかん学会	精神神経学会
	33		子どものこころ専門医	小児心身医学会	
	34		睡眠医療専門医（仮称）	睡眠学会	
	35		気管食道科（嚥下・呼吸・発声機能）専門医	気管食道科学会	耳鼻咽喉科学会
	36		頭頸部がん専門医	頭頸部外科学会	
	37		外傷専門医	外傷学会	救急医学会
	38		集中治療専門医	集中治療医学会	
	39		腎移植専門医	臨床腎移植学会	泌尿器科学会
	40		手外科専門医	手外科学会	整形外科学会
	41		脊椎脊髄外科専門医	脊髄外科学会、脊椎脊髄病学会	
	42		緩和医療専門医	緩和医療学会	麻酔科学会
	43		ペインクリニック専門医	ペインクリニック学会	
	44		IVR専門医	インターベンショングラジオロジー学会	医学放射線学会
	45		総合内科専門医	内科学会	内科学会

（4）少なくとも１つのサブスペシャルティ領域を修得した後に研修を行う領域について

○　少なくとも１つのサブスペシャルティ領域を修得した後に研修を行う領域は、技術認定や特定の疾患対策を担う領域などが想定される。

○　認定については、検討にあたっての視点で示した４つの視点を踏まえ、下記の要件を満たす領域とすることが適当である。

① 難治疾患患者の受診や、医師が高次医療機関に紹介するに当たり有用であること
② 連動研修を行い得る領域との連携を踏まえ、地域医療提供体制に貢献すること
③ 技術認定または、特定の疾患対策や特定の領域の発展に資すること
④ 修得済みのサブスペシャルティ領域の能力向上に資すること

<table>
<tr><th>機構認定</th><th></th><th colspan="2">（2）連動研修を行い得る領域</th><th>（4）少なくとも1つのサブスペシャルティ領域を修得した後に研修を行う領域</th></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">内科基本領域研修（3年）</td><td></td></tr>
<tr><td>消化器病</td><td rowspan="3"></td><td colspan="2" rowspan="3">消化器内科(領域)</td><td></td></tr>
<tr><td>肝臓</td><td>肝臓内科(領域)</td></tr>
<tr><td>消化器内視鏡</td><td>消化器内視鏡（領域）</td></tr>
</table>

○　また、技術認定に近い領域と、特定の疾患・領域を担う領域については、国民にとってのわかりやすさや学問的な観点等から、両者を区別できるような認定及び名称の検討を行うことが望ましい。

○ 消化器病、消化器内視鏡、肝臓については、領域として包含関係にあるため、連動研修を行い得る領域に消化器内科（領域）として集約し、消化器内視鏡および肝臓は技術認定や特定の疾患対策等を深める領域と考えられるため、少なくとも１つのサブスペシャルティ領域を修得した後に研修を行う領域とすることが適当である。

○ また、肝臓については、肝炎対策基本法において、肝炎医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師等の育成が求められており、本ワーキングが取り扱う専門医制度とは別に肝炎対策を扱う審議会等でも、その位置づけについては検討されることが望ましい。

<table>
<tr><td>機構認定</td><td></td><td colspan="2">(2)連動研修を行い得る領域</td><td>(4)少なくとも1つのサブスペシャルティ領域を修得した後に研修を行う領域</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">内科基本領域研修(3年)</td><td></td></tr>
<tr><td>消化器病</td><td></td><td colspan="2" rowspan="4">消化器内科(領域)</td><td></td></tr>
<tr><td>肝臓</td><td></td><td>肝臓内科(領域)</td></tr>
<tr><td>消化器内視鏡</td><td></td><td>消化器内視鏡(領域)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

別の場において再度議論されるものである。

○　政策医療に相当する医療を担う領域で、国として進めていくべき領域については、本来的には、現行の指定医や標榜医のように、日本専門医機構が認定する一般的な専門医とは別の位置づけの検討がなされるべきものであることに留意が必要である。

○　基本領域の研修中にサブスペシャルティ領域の研修を開始する連動研修を行う際は、基本領域が確実に修得されるように、専門医取得に必要な症例数の年次配分や領域間の共有のみならず、連動研修開始前に基本領域の修得状況を確認することや連動研修中の基本領域の研修体制などに一定の要件を設けること等を日本専門医機構は検討し、連動研修の前提条件とするべきである。

○　少なくとも１つのサブスペシャルティ領域を修得した後に認定を行う領域については、それ以前の研修中に当該領域に相当する症例を経験することを妨げるものではなく、経験した症例の一部を専攻医の評価に用いることを可能である。ただし、その場合においては、当該領域に相当する症例に研修内容が著しく偏ることがないように留意するべきである。

○　また、サブスペシャルティ領域の専門医として認定される医師の数については、少なくともいわゆるスペシャリストであることを証明する領域については、少数であるべきであり、必要な医師数については引き続き検討するべきである。

（2）連動研修を行い得る領域について

○　少なくとも１つのサブスペシャルティ領域を修得した後に認定を行う領域については、それ以前の研修中に当該領域に相当する症例を経験することを妨げるものではなく、経験した症例の一部を専攻医の評価に用いることを可能である。ただし、その場合においては、当該領域に相当する症例に研修内容が著しく偏ることがないように留意するべきである。

○　いわゆるスペシャリストであることを証明する領域の一部においては、他のサブスペシャルティ領域に含まれる特定の疾患に対する専門性や技術等を深める領域が存在し、これらの領域については、少なくとも 1 つのサブスペシャルティ領域を修得した後に研修を行うことが妥当である。

○　上記を踏まえ、日本専門医機構が認定するサブスペシャルティ領域は、連動研修を行い得る領域、連動研修を行わない領域、少なくとも 1 つのサブスペシャルティ領域を修得した後に研修を行う領域、の３つに整理することが妥当である。

（3）連動研修を行わない領域について

○　連動研修を行わない領域は、実態として基本領域を修了後に研修が行われている領域や、複数の基本領域または連動研修を行い得る領域を横断する領域などが想定される。

○　認定については、検討にあたっての視点で示した 4 つの視点を踏まえ、下記の要件を満たす領域とすることが適当である。

① 症状が遷延する場合や、診断後により高い専門性が必要な治療を患者が求めた場合に受診の参考となること

② 主に 3 次医療圏単位において必要であること（偏在がある場合に偏在対策が必要

日本専門医機構認定

サブスペシャルティ領域
新専門医制度

～新制度開始までの手順～

一般社団法人　日本専門医機構

各種委員会の名称と役割

（詳細は細則を参照）

• サブスペシャルティ領域連絡協議会

（細則1−1）

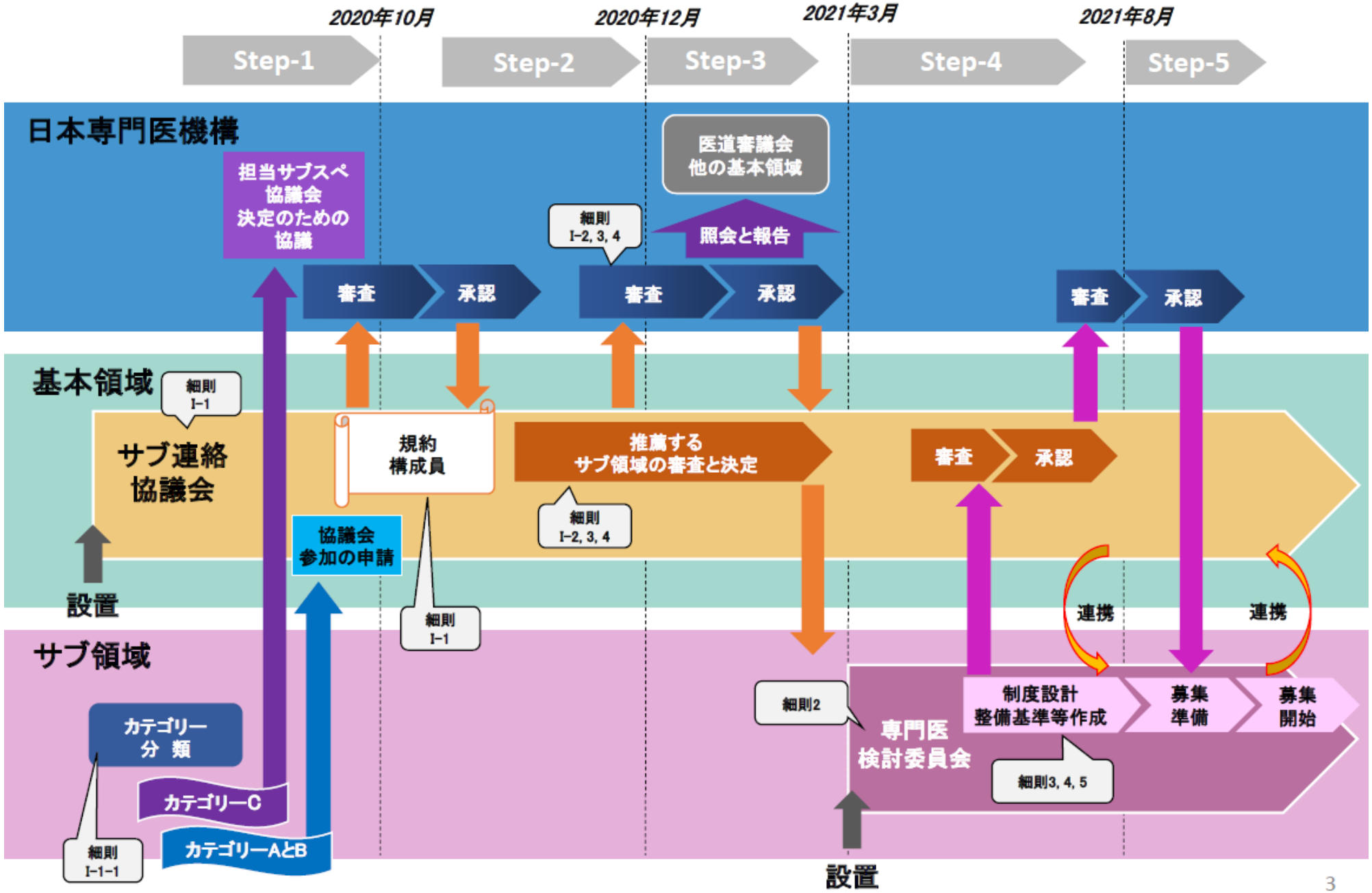
- 基本領域（または専門医機構内）に設置される。
- 基本領域が関係するサブスペシャルティ領域の専門医制度の検討と調整とを行う会議体。
- 略称： 例） 内科サブスペ連絡協議会 （案）

• サブスペシャルティ領域専門医検討委員会

（細則2−2）

- サブスペシャルティ領域を主体に設置される。
- そのサブスペシャルティ領域専門医制度を扱う会議体。
- 略称： 例） 消化器内科領域検討委員会 （案）

タイムライン


2020年10月
2020年12月
2021年3月
2021年8月
Step-1
Step-2
Step-3
Step-4
Step-5
日本専門医機構
担当サブスペ協議会決定のための協議
医道審議会他の基本領域
照会と報告
細則 I-2, 3, 4
審査
承認
審査
承認
審査
承認
基本領域
細則 I-1
サブ連絡協議会
規約構成員
推薦するサブ領域の審査と決定
細則 I-2, 3, 4
審査
承認
協議会参加の申請
細則 I-1
設置
連携
連携
サブ領域
カテゴリー分類
細則 I-1-1
カテゴリーC
カテゴリーAとB
細則2
専門医検討委員会
制度設計整備基準等作成
募集準備
募集開始
細則3, 4, 5
設置

ステップ④・・・サブスペ領域専門医検討委員会の設置

承認されたサブ領域
専門医検討委員会を設置（細則2-2，3）。

委員会委員構成
サブ領域の委員に以下を加える。
- カテゴリーA：　基本領域推薦委員*若干名
- カテゴリーB：　30%以上の専門医を有する基本領域が推薦する委員*
- カテゴリーC：　関係する複数（3領域以上）の基本領域が推薦する委員*
  日本専門医機構が推薦する委員

*: ある特定のサブスペ領域に偏った意見を有する委員は不適格。
そのサブスペ領域の専門医でないことが望ましい。

サブ領域専門研修整備基準等の作成（サブ領域が中心となって）
- 専門医像　・到達目標　・研修方略　・研修期間
- 専攻医受け入れ方針　・研修の質保証
- 指導医指定基準　・研修施設要件　・指導医と研修施設の質担保
- 地域医療に対する方策
- PDCA方針　など

日本専門医機構及び基本領域サブスペ領域連絡協議会の承認

ステップ⑤・・・機構認定サブスペ領域専門医制度開始

サブスペ領域
サブスペ専門医検討委員会

基本領域サブスペ連絡協議会が承認したサブ領域専門医整備基準等

日本専門医機構における審査と承認

研修施設による専攻医募集要項作成・公開
専攻医募集プロセスへ

新規専攻医募集・専攻・登録

現行の学会専門医から
機構専門医への移行プロセスへ

消化器内視鏡領域専門医制度検討委員会

区分	学会名	氏　　名	所　　属
基本領域	1	日本消化器内視鏡学会	タナカ キヨヒト 田中 聖人	京都第二赤十字病院
	2	日本消化器内視鏡学会	フジシロ ミツヒロ 藤城 光弘	東京大学大学院医学系研究科器官病態内科学講座消化器内科学分野
	3	日本消化器内視鏡学会	フクダ シンサク 福田 眞作	弘前大学大学院医学研究科　消化器血液内科学講座
	4	日本消化器内視鏡学会	オガタ ハルヒコ 緒方 晴彦	慶應義塾大学医学部　内視鏡センター
	5	日本医学放射線学会	ヨシウラ タカシ 吉浦 敬	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　放射線診断治療学分野
	6	日本医学放射線学会	ニシムタ ユウスケ 西牟田 雄祐	国立病院機構九州がんセンター　消化管・内視鏡科
	7	日本救急医学会	ミヤウチ マサト 宮内 雅人	高知大学医学部　災害・救急医療学
	8	日本救急医学会	オオタ ショウイチ 太田 祥一	医療法人社団　親樹会　恵泉クリニック
	9	日本外科学会	イチカワ ダイスケ 市川 大輔	山梨大学医学部附属病院第一外科
	10	日本消外科学会 （日本消化器外科学会兼任）	ハカマダ ケンイチ 袴田 健一	弘前大学医学部附属病院消化器外科
	11	日本外科学会	ミズシマ ツネカズ 水島 恒和	大阪警察病院
領域	12	日本小児科学会	イシゲ タカシ 石毛 崇	群馬大学　小児科
	13	日本小児科学会	ナカヤマ ヨシコ 中山 佳子	信州大学　小児科
	14	日本小児科学会	クドウ タカヒロ 工藤 孝広	順天堂大学　小児科
	15	日本内科学会	スズキ マサル 鈴木 昌	東京歯科大学市川総合病院　救急科学・内科学
	16	日本内科学会	イマガワ アキヒサ 今川 彰久	大阪医科薬科大学　糖尿病代謝・内分泌内科
	17	日本臨床検査医学会	カトウ ヒロユキ 加藤 博之	東京女子医科大学東医療センター　検査科
	18	日本臨床検査医学会	サカモト テルヒコ 坂本 輝彦	東京女子医科大学東医療センター　検査科
関連領域	19	日本肝臓学会	ヨシジ ヒトシ 吉治 仁志	奈良県立医科大学　消化器内科学講座
	20	日本肝臓学会	ササキ ユタカ 佐々木 裕	長崎国際大学　健康管理学部
	21	日本肝臓学会	シミズ マサヒト 清水 雅仁	岐阜大学大学院医学研究科　消化病態学
	22	日本消化器病学会	ムラカミ カズナリ 村上 和成	大分大学　消化器内科
	23	日本消化器病学会	エノモト ノブユキ 榎本 信幸	山梨大学　第1内科
	24	日本消化器病学会	ナカモト ヤスナリ 中本 安成	福井大学　内科学(2)

「消化器内視鏡領域専門医制度検討委員会」

①2021年7月21日（水）17：00～19：00
②2021年7月27日（火）17：00～19：00

JGESの基盤学会（6学会）
日本内科学会
日本外科学会
日本救急医学会
日本小児科学会
日本医学放射線学会
日本臨床検査医学会

消化器病学会：「消化器内科領域専門医検討委員会」
2021年7月12日（月）
肝臓学会：「肝臓領域専門医検討委員会」会議日程：
2021年7月16日（金）

内科サブスペシャルティ領域審査協議会
2021年8月27日（金）
2022年3月　1日（火）

2　基本領域や他のサブスペシャルティ領域との関係

①	基本領域との関係：　本領域は、内科領域をメインの基本領域として、カテゴリーAとなる。 また、サブスペシャルティ領域専門医検討委員会の構築状況については、メインとなる基本領域である日本内科学会の他、日本外科学会、日本小児科学会、日本医学放射線学会、日本救急医学会、日本臨床検査医学会の基本領域にもご参加頂き、関連するサブスペシャルティ領域の日本消化器病学会、日本肝臓学会、日本消化器外科学会で成り立っている。
②	③少なくとも1つのサブスペシャルティ領域を修得した後に研修を行う領域と分類されている。 （その理由）2020年3月4日に開催された「第2回サブスペシャルティ領域の在り方に関するWG」での決定に従った為。
③	第1のサブスペシャルティ領域である消化器内科領域の研修実績の中で、消化器内視鏡専門医研修カリキュラムに上げられている症例実績を、本領域の症例実績として認める。
④	関連するサブスペシャルティ領域：消化器内科（領域）、肝臓内科（領域）、消化器外科（領域）、放射線診断（領域）

③ 経験目標（種類、内容、経験数、要求レベル、学修法および評価法等）

i 経験すべき疾患・病態

内視鏡診療において必須と考えられる下記の疾患を経験または理解する。疾患頻度などにより個々の重要性が異なるため、最低経験症例数を定義した。ここで言う経験とは研修カリキュラム（別紙）に記載のある症例の到達レベルに応じた経験を指す

【咽頭・食道・胃・十二指腸領域】

1）咽頭・食道疾患

1. 胃食道逆流症〈GERD: gastroesophageal reflux disease〉、食道裂孔ヘルニア
2. Barrett食道、Barrett腺癌
3. 食道静脈瘤
4. 咽頭腫瘍

ii 経験すべき診察・検査等

経験すべき検査として下記を規定する。

別途整備した研修カリキュラムにおける各領域の経験症例数を基礎として、この期間に上部消化管内視鏡検査・治療を1000例、下部消化管内視鏡検査を300例施行、また必須3手技（切除・止血・狭窄拡張(ステント挿入)）を含む治療症例要約20例を義務とする。

施行症例の確認は指導医の下で安全確実に施行されることが求められ、日本消化器内視鏡学会で作成・運営するJED（Japan Endoscopic Database）へ登録を行う。**ただし、JED利用環境の整備が施設側の事情で整わない場合は、日本消化器内視鏡学会へJED利用開始時期を明示した上で、移行期間と認め、従来日本消化器内視鏡学会で運用してきた提示法をもって許可する。その場合は施設長ならびに消化器内視鏡内視鏡部門責任者の証明書類を添付することを求める。**

施行症例を経験する期間に関しては指導施設の状況によって異なることを容認する。目安として3年以上の間に経験することを推奨する。

ただし、高度な検査手技に関しては介助者としての経

② 臨床現場での学修

消化器内視鏡学会においては、症例を通じた経験が重要であるので、専攻医は専門研修基幹施設、専門研修連携施設（現指導施設・現指導連携施設）において、専門研修指導医のもとで研修を行う。専門研修指導医は、専攻医が偏りなく経験目標を達成できるように、研修の成果を確認しながら配慮を行う。

（1）上部消化管内視鏡検査1000例、下部消化管内視鏡検査300例の経験、また必須3手技（切除・止血・狭窄拡張(ステント挿入)）を含む治療症例要約20例を必須とする。下記（4）に上げる疾患の経験は必須とし、正常内視鏡所見も含めて経験するため、多数例の経験を義務付ける（自身による検査経験に関してはJEDへの登録が必須）。

（2）治療手技、胆膵内視鏡検査においても原則介助者として経験する最低必要症例数を規定し、必須とする。

（3）専攻医自身が施行する内視鏡検査・治療以外にも、専攻医が介助者として施行すべき内容も規定する。

（4）各領域の内視鏡検査手技または最低症例数（原則介助者として経験する症例数も含む）

① 咽頭・食道疾患対する検査手技（21例）
② 咽頭・食道疾患に対する治療手技（4例）
③ 胃・十二指腸疾患対する検査手技（58例）
④ 胃・十二指腸疾患に対する治療手技（12例）
⑤ 小腸・大腸・肛門疾患に対する検査手技（56例）
⑥ 小腸・大腸・肛門疾患に対する治療手技（26例）
⑦ 胆道疾患に対する検査手技（17例）*
⑧ 胆道疾患に対する治療手技（3例）*
⑨ 膵疾患に対する検査手技（6例）*
⑩ 膵疾患に対する治療手技（1例）*

*胆膵疾患に対する手技においては、指導施設の状況により、セミナーやe-learning、ハンズオンなどへの参加

研修カリキュラム表（機構提出案）

基本領域学会に準拠した到達レベル

	1）知識に関する到達レベル	2）技術・技能に関する到達レベル	3）症例に関する到達レベル
A	病態の理解と合わせて十分に深く知っている.	複数回の経験を経て，安全に実施できる，または判定できる	主治医(主たる担当医）として自ら経験した.
B	概念を理解し，意味を説明できる.	経験は少数例だが，指導者の立ち会いのもとで安全に実施できる，または判定できる.	間接的に経験している（実症例をチームとして経験した，または症例検討会を通して経験した）.
C	—	経験はないが，自己学習で内容と判断根拠を理解できる.	レクチャー，セミナー，学会が公認するセルフスタディやコンピューターシミュレーションで学習した.

研修カリキュラム表（機構提出案）

	専門医			症例数	指導医			症例数	指導医確認（サイン又は押印）
	知識	技術・技能	症例経験		知識	技術・技能	症例経験		
【総　論】									
1．消化器内視鏡専門医としての研修目標									
1）消化器内視鏡医としてのプロフェッショナリズム	A	A	－	－	A	A	－	－	
2）どのような専門医であるべきか	A	A	－	－	A	A	－	－	
3）消化器内視鏡専門医として心得ておくべきこと									
① 消化器内視鏡医の倫理・患者の人権	A	A	－	－	A	A	－	－	
② 説明と同意〈ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞｺﾝｾﾝﾄ〉	A	A	－	－	A	A	－	－	
③ 患者−医師関係・ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ	A	A	－	－	A	A	－	－	
④ 適応と禁忌	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑤ 安全管理	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑥ 洗浄・消毒・滅菌	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑦ 医療従事者の健康と安全・院内感染対策	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑧ チーム医療	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑨ 診療ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ（指針）	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑩ 学習理論	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑪ 病理学	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑫ 偶発症対策	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑬ 循環機能を含む全身管理　（術前・術中・術後）	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑭ 前処置と前準備（鎮静）	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑮ 抗血栓療法施行症例への対応	A	A	－	－	A	A	－	－	
2．消化器内視鏡による対応と所見									
1）腹痛・急性腹症									
① 個別診断と救急対応	A	A	A	5	A	A	A	10	
② 腹膜刺激症状	A	A	A	1	A	A	A	5	
③ 消化管穿孔	A	A	B	1	A	A	B	1	
④ 急性胆嚢・胆管炎、胆石発作	A	A	B	1	A	A	B	1	
⑤ 急性膵炎　特に胆石性膵炎	A	A	B	1	A	A	B	1	
⑥ 機能性消化管障害	A	A	A	1	A	A	A	5	
2）消化管出血（上部消化管、小腸、大腸）	A	A	A	5	A	A	A	10	
3）発熱と腹部症状	A	A	A	5	A	A	A	10	
4）嘔吐と下痢	A	A	A	5	A	A	A	10	
5）黄疸	A	A	A	1	A	A	A	5	
6）消化管異物	A	A	B	1	A	A	B	5	

v　学術活動

消化器内視鏡学の進歩にあわせ、生涯の自己研鑽を目的として下記を行う。
専門医試験受験資格に対する単位数に関しては別途日本消化器内視鏡学会が詳細を定める
1）学術集会・セミナーへの参加
専門医研修中に下記の学術集会、セミナーを義務付ける
① 日本消化器内視鏡学会総会および支部例会の参加
② 日本消化器内視鏡学会セミナーへの参加
③ 日本消化器内視鏡学会重点卒後セミナーへの参加
2）各種セミナーへの参加
下記の各種セミナーへの参加を推奨する
① 日本消化器内視鏡ハンズオンセミナー
② 日本消化器内視鏡学会共催ライブセミナー
③ 日本消化器内視鏡学会附置研究会
3）研究発表
日本消化器内視鏡学会はじめ、各種関連学会の学術集会において、筆頭演者としての研究発表あるいは筆頭著者としての論文発表を行う。

6　専門研修施設の要件　　サブスペシャルティ領域専門研修制度整備基準（機構提出案）

① 専門研修基幹施設の認定基準

専門研修基幹施設（現指導施設）は以下の条件を満たし、過去の専門医養成機能の実績を勘案して、日本消化器内視鏡学会専門医制度中央審議会が決定する。
専門医を育成するために、指導医は学会が委嘱した指導施設において、その教育にあたらねばならない。
指導施設の認定基準は次のとおりである。
(1) 研修カリキュラム管理委員会を設立し、専門医研修カリキュラム統括責任者をおく。
(2) 別途研修カリキュラムに併設して規定した消化器内視鏡学会指導医が最低１人以上常勤として勤務し、専門医が2名以上常勤し、十分な教育体制がとられている。
(3) 専門医研修カリキュラムを構築して管理し、これに基づく研修が可能である。
（5） 年間検査件数：上部1,200以上、下部250以上
（6） JEDの登録認定施設である.
（7） 独立した内視鏡室検査室の広さ：30m²以上（待合室、更衣室、洗浄室などのスペースは除く）
（8） 内視鏡メディカルスタッフの在室状況
（9） 病理部門が独立して存在するか、または病理診断を依頼することのできる病理専門施設が定まっていること
（10） 日本消化器内視鏡データベース（JED）のデータ提出基準に合致した登録が可能であること。
（11） 施設実地調査（サイトビジット）に対応できる体制を整える。

注１.　地域医療に配慮した規定外救済措置は専門医研修カリキュラム研修施設評価・認定部門で個別に協議・判断する.

② 専門研修連携施設の認定基準（連携施設を設ける場合は記載の必要あり）

消化器内視鏡専門医研修カリキュラムは複数の専門研修施設（現指導施設・現指導連携施設）が協力して運営することを妨げない。特に、地域にあまねく消化器内視鏡専門医が従事、地域に貢献できることを考慮し、基幹施設（現指導施設）以外での研修を積極的に推進する。
専門研修連携施設（現指導連携施設）も以下の要件を満たす。
(1) 研修カリキュラム管理委員会と連携する委員会を施設内に設立し、専門医研修カリキュラム連携施設担当者をおいている。
(2) 別途研修カリキュラムに併設して規定した消化器内視鏡学会指導医が最低１人以上非常勤として勤務している。
(3) 消化器内視鏡専門医1名が常勤し、指導医とともに専攻医の指導に当たることができる。
(4) 専門研修基幹施設（現指導施設）が定めた専門医研修カリキュラムに協力して専攻医の専門研修が可能であること
(5) 年間検査件数：上部1,200以上、下部250以上
(6) JEDの登録認定施設である.
（7） 独立した内視鏡室検査室の広さ：30m^{2}以上（待合室、更衣室、洗浄室などのスペースは除く）
（8） 内視鏡メディカルスタッフの在室状況
（9） 病理部門が独立して存在するか、または病理診断を依頼することのできる病理専門施設が定まっていること
（10） 日本消化器内視鏡データベース（JED）のデータ提出基準に合致した登録が可能であること。
（11） 施設実地調査（サイトビジット）に対応できる体制を整える。
(12)特例として(3)条件を満たさない場合でも関連する専門研修基幹施設（現指導施設）が認めた場合は、専門医制度支部合同審議会に諮ったうえで、認める場合がある。

③ 専門研修指導医の基準

日本消化器内視鏡学会が定める要件を満たし、認められた指導医であること。その要件は下記のとおりである。

【必須要件】

(1)消化器内視鏡専門医を取得していること.

(2)専門医取得後3年以上経過し、申請時に専門研修指導基幹施設（現指導施設）または専門研修連携施設（現指導連携施設）において、消化器内視鏡による診療に従事し、消化器内視鏡専攻医、消化器内視鏡専門医への指導を行っていること。

(3)研修カリキュラムに指導医に求められる条件も規定した。専攻医が専門医資格を取得するのと同様に、このカリキュラムに規定された知識、技能、症例数を経験しなければ指導医を与えない。

※ 現行の日本消化器内視鏡学会認定消化器内視鏡専門医に関しては、新制度の執行と、消化器内視鏡専門研修の開始時期までは、現状の日本消化器内視鏡学会が指定する指導医の資格を有すれば指導医になる。

研修カリキュラム表（機構提出案）

	専門医			症例数	指導医			症例数	指導医確認（サイン又は押印）
	知識	技術・技能	症例経験		知識	技術・技能	症例経験		
【総　論】									
1．消化器内視鏡専門医としての研修目標									
1）消化器内視鏡医としてのプロフェッショナリズム	A	A	－	－	A	A	－	－	
2）どのような専門医であるべきか	A	A	－	－	A	A	－	－	
3）消化器内視鏡専門医として心得ておくべきこと									
① 消化器内視鏡医の倫理・患者の人権	A	A	－	－	A	A	－	－	
② 説明と同意〈ｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞｺﾝｾﾝﾄ〉	A	A	－	－	A	A	－	－	
③ 患者−医師関係・ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ	A	A	－	－	A	A	－	－	
④ 適応と禁忌	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑤ 安全管理	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑥ 洗浄・消毒・滅菌	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑦ 医療従事者の健康と安全・院内感染対策	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑧ チーム医療	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑨ 診療ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ（指針）	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑩ 学習理論	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑪ 病理学	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑫ 偶発症対策	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑬ 循環機能を含む全身管理　（術前・術中・術後）	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑭ 前処置と前準備（鎮静）	A	A	－	－	A	A	－	－	
⑮ 抗血栓療法施行症例への対応	A	A	－	－	A	A	－	－	
2．消化器内視鏡による対応と所見									
1）腹痛・急性腹症									
① 個別診断と救急対応	A	A	A	5	A	A	A	10	
② 腹膜刺激症状	A	A	A	1	A	A	A	5	
③ 消化管穿孔	A	A	B	1	A	A	B	1	
④ 急性胆嚢・胆管炎、胆石発作	A	A	B	1	A	A	B	1	
⑤ 急性膵炎　特に胆石性膵炎	A	A	B	1	A	A	B	1	
⑥ 機能性消化管障害	A	A	A	1	A	A	A	5	
2）消化管出血（上部消化管、小腸、大腸）	A	A	A	5	A	A	A	10	
3）発熱と腹部症状	A	A	A	5	A	A	A	10	
4）嘔吐と下痢	A	A	A	5	A	A	A	10	
5）黄疸	A	A	A	1	A	A	A	5	
6）消化管異物	A	A	B	1	A	A	B	5	

④ 専門研修管理委員会の役割と権限 （連携施設での委員会組織も含む）

カリキュラム管理委員会の役割と権限
研修カリキュラム管理委員会は以下の役割と権限を担う.
(1)専門医研修カリキュラム統括責任者、専門医研修カリキュラム連携施設担当者等で構成される。
(2)専門医研修カリキュラムの作成、管理、改善などを行う。
(3)専攻医の研修全般の管理を行う。
(4)専門医研修カリキュラム修了時に専攻医の修了判定の審査を行い、専門医研修カリキュラム統括責任者が修了判定を行う。
(5)専攻医および専門研修指導医から提出される意見を参照し、専門医研修カリキュラムや専門医研修体制の継続的改良を行う。
(6)6か月～1年毎に開催する。

13 その他

・消化器内視鏡領域は内科の補完研修区分となっており，それを踏まえて専門医制度を構築していますが、現実的には横断性（内科、外科、放射線科、小児科、救急科、臨床検査科）を有する性格もあります。
これらの領域に対して、きちんと担保された研修機会を提供することが、診療現場の質向上への欠かせないものと考えております。
今回の整備基準策定にあたって、メインとなる基本領域（内科）からのサブスペシャルティ研修を念頭に所定の方針があることは承知しておりますが、現実的な対応が必要とされるところがあることにもご理解をいただき、何卒、貴機構でもご検討頂けますと幸いです。
かかる件について、当事者である本領域で主体的に考えるとしても、複数の基本領域からの研修を考慮せざるを得ません。横断性を帯びた領域のサブスペシャルティの接続研修にあたっては、貴機構としての一定の見解もあると思います。
本領域としても貴機構の助言をいただきながら方向性を詰めていきたいと考えておりますので、ご検討の時期が来られましたら、個別のヒアリング等、現状を把握いただいたうえで、ご助言をいただきたいと存じます。もちろん、それを踏まえて取り組ませていただく所存です。
是非とも研修医に対して、適切な形で研修機会を提供することができるよう（不利益を与えないよう），現場の意見も汲み取りながらご検討頂くようお願い致します。

2．字句や記載法などの軽微な再修正が必要とされた連動研修領域は、仮承認とする。

2021 年度中に委員のコメントを考慮した整備基準の再修正版を提出戴き、専門研修プログラム委員会及びサブ領域検討委員会が承認した場合は正式承認とする。

（消化器内科、血液内科、内分泌代謝・糖尿病内科、腎臓内科、膠原病・リウマチ内科、腫瘍内科、消化器外科、心臓血管外科、小児外科、乳腺外科の 10 領域）

後日、保留領域へ訂正あり

なお、承認された領域においても、今後、サブスペシャルティ領域連絡協議会（以下協議会）が中心となって更に必要な調整を行うものとする。特に、複数の基本領域が関連する領域における各基本領域出身の専攻医間の研修の質の統一性の制度的な保証については引き続き検討を要する。

3．通常研修、補完研修領域の制度設計は、さらなる検討が必要であることから承認を保留する。

今後、2023 年度開始に間に合うように、専門医像、整備基準とカリキュラムの各基本領域間の統一性の制度的な保証などの懸案事項に関して、各委員のコメントも参考にして協議会を中心に検討して戴くこととする。

（肝臓内科、消化器内視鏡、糖尿病内科、アレルギー、感染症、老年科、内分泌外科の 7 領域）

サブスペシャルティ領域整備基準　審査コメント

2022 年 3 月 22 日

消化器内視鏡領域　御中
一般社団法人 日本消化器内視鏡学会

一般社団法人 日本専門医機構
理事長 寺本 民生
サブスペシャルティ領域検討委員会
委員長　渡辺 一毅

3. 通常研修、補完研修領域の制度設計は、さらなる検討が必要であることから承認を保留
今後、2023 年度開始に間に合うように、専門医像、整備基準とカリキュラムの各基本領域間の統一性の制度的な保証などの懸案事項に関して、各委員の審査コメントも参考にして連絡協議会を中心にご検討お願い申し上げます。

整備基準再提出：適宜受付
最終期限：2022 年 9 月末日（予定）

担当領域	分類	コメント
	承認	内科以外の基本領域の場合の研修方法や領域設定については慎重な継
		に員の担保された研修をおこなうのか、記載がない。

日本専門医機構サブスペシャルティ領域整備基準
審査結果についての補足説明

2.「承認保留」の領域

「承認保留」の通常・補完研修領域で研修される場合においては、研修が当機構に承認されないとのご懸念の声があるようですが、領域（学会）専門医制度の下で 2022 年 4 月以降も引き続き研修を始めて戴きたいと存じます。2023 年 3 月までに整備基準の改訂版にてサブスペシャルティ整備基準審査における基本方針（2021 年 9 月 17 日理事会承認）を満たした場合は、2023 年度サブスペ領域専門研修を開始された方は機構専門医として認められ、2021～2022 年度に開始された方は、一旦は学会認定の専門試験を受験戴きますが、合格後 1 年後に機構専門医へ移行する方針です。

令和 4 年 3 月 22 日

一般社団法人日本消化器内視鏡学会
担当理事　田中　聖人　殿
専門医制度中央審議会
委員長　藤城　光弘　殿

一般社団法人日本専門医機構
理事長　寺本　民生

謹啓　春暁の砌、貴会におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。
平素は日本専門医機構へご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、3月14日付けでいただきました消化器内視鏡領域からの「サブスペシャルティ領域整備基準　審査コメントについて」に対し以下にインラインにて回答申し上げます。

1．審査コメント内に、内科以外の基本領域についてのご意見をいただきましたが、現在、内科以外の基本領域については、鋭意検討中でございます。但し、補完研修と位置付けられているため、消化器内科領域において内科以外をどう扱うかが定まらない中で、本領域といたしましては方針を定めることができません。機構として内科以外の基本領域からのサブスペシャルティ研修について明確な方針をお示しいただけるのでしょうか。お示しいただける場合はその時期はいつごろになりますでしょうか。専攻医の不利益になることだけは避けたいと思います。

〈回答〉
当機構による新専門医制度においては、貴領域は内科領域のサブスペシャルティ領域、消化器内科専門医を取得後に取得する補完研修領域ですので、専攻医の出身基本領域は消化器内科専攻医の基本領域となります。消化器内科の基本領域に関しては、連動研修を行う内科に関しては既に当機構で認定しております。一方、他の基本領域に関しては、先日お送りした「サブスペシャルティ領域整備基準の再審査結果について」でお示ししたように、2023年度開始に間に合うように検討戴くこととなっています。ただし、この場合の内科の連動研修以外の研修方式に関しては当機構において早急な議論が必要です。また、貴領域が消化器内科以外のサブ領域（例えば、消化器外科）からの専攻医をお考えという意味でしたら、補完研修には該当せず、通常研修となる可能性が考えらえますが。それが可能かについても当機構内で早急な議論が必要です。また、この場合も「整備基準審査における基本的方針　(2021年9月17日理事会決定）」の1. 専門医に求められる医師像と専門研修カリキュラムは単一であること、2. 専門医認定（症例報告、試験など）は出身基本領域に関わらず同一であること、3. 他の基本領域に特有な研修経験は、検討カンファランス、手術や手技の見学、e-ラーニングなど、何らかの形で補完されること、4. サブスペシャルティ領域研修において、基本領域が異なる専攻医の修了に必要な研修経験（3. での補完を一部認める）は同一であること、という条件を満たすことは必須です。貴領域であれば、他領域出身の専攻医が消化器内科出身の専攻医と同等の質が担保されることが必要です。また、そのことに関して基本領域学会を基盤とするサブ領域連絡協議会（連絡協議会）及び当機構で承認される必要があります。

2．まずは基本領域として内科のみを想定して改訂作業を進めますが、他の基本領域の方針が定まり、整備基準に変更が生じた場合、随時、修正版を提出すれば、変更内容の審査、承認いただけるのでしょうか。もしくは、定めた受付期日があるのでしょうか。

〈回答〉
まずは、既に当機構で承認した基本領域が内科の消化器内科の補完研修として整備基準の改訂作業を進めて戴きたいと思います。そのうえで、複数の基本領域を基盤とし、専門医像、整備基準とカリキュラムの各基本領域間の統一性の制度的な保証などの懸案事項について修正した整備基準は、当機構サブスペシャルティ領域検討委員会で随時審査を行いますのでご提出ください。但し、2023年4月を研修開始とする整備基準修正版の最終提出は、現時点で2022年9月末日を予定しています。
また、整備基準の修正版にてサブスペシャルティ領域整備基準審査における基本方針 (2021年9月17日理事会承認) を満たした場合は、2021～2022年度にサブスペシャルティ領域の専門研修を開始した専攻医の研修実績を2021年4月に遡って研修実績を認める方向で検討しています。つまり当機構による認定時期は遅れますが、専攻医の研修にブランク（切れ目）が生じることがないように配慮する方針です。

3．「その他」の箇所に、「機構認定とするのであれば、相当な批判も出るのではないかと思う」との記載がございますが、本領域は既に正式に内科サブスペシャルティ領域として機構認定を受けているので、どのような意図でこのコメントが出されたのか、内容に対する根拠のご説明いただけないでしょうか。

〈回答〉
当機構は各領域に特有な事情の全てを把握することは不可能であり、個別具体的な助言はするべきではないとの立場です。今回の各領域へのコメントに関しては、整備基準整備に対する参考の意味で多様な立場からの意見を尊重して敢えて併記しました。その中に、貴領域に関して、学会認定機構承認をお勧めするコメントが提出されました。委員のコメントを各領域の参考として記載するとの立場からは、この意見を削除することはせず、分類としては「その他」としてそのまま記載いたしました。コメントに関連して、2021年5月21日当機構理事会で決定された「日本専門医機構が関与するサブスペシャルティ領域専門医について」において、機構認定以外に各学会が認定し当機構が承認する（学会認定・機構承認）サブ領域専門医制度の考え方、次いで11月19日理事会決定された「日本専門医機構におけるサブ領域専門医制度認定及び承認基準」によって承認の基準も提示いたしました。学会認定・機構承認のサブ領域に関してはサブ領域研修細則にある機構認定の外形基準を満たさなくても、連絡協議会からの推薦があれば承認する（連絡協議会からの推薦数の上限の目安はありますが）という制度的な自由度があります。また、この制度は、貴領域が機構認定された時点では存在しなかったものです。したがって、「相当な批判も出る」というのは個人的コメントですが、コメントの意図は、貴領域を含む既認定のサブ領域が自主的にこれを採用されることは妨げないということを含むと考えています。
しかし、当機構既認定サブスペシャルティ領域の整備基準審査は、2021年11月19日の「サブスペシャルティ領域整備基準審査結果、説明会」で申し上げたように、既に認定した専門医制度の認定を見直すことではなく、専門医制度のより良い制度を構築するためのプロセスです。したがって、審査過程において、既認定のサブスペシャルティ領域の基本的な位置づけや研修方式に関しての変更は一切取り扱うものではあり

１．機構として内科以外の基本領域からのサブスペシャルティ研修について
明確な方針をお示しいただけるのでしょうか。

連動研修を行う内科に関しては既に当機構で認定しております。一方、他の基本領域に関しては、先日お送りした「サブスペシャルティ領域整備基準の再審査結果について」でお示ししたように、2023年度開始に間に合うように検討戴くこととなっています。ただし、この場合の内科の連動研修以外の研修方式に関しては当機構において早急な議論が必要です。また、貴領域が消化器内科以外のサブ領域（例えば、消化器外科）からの専攻医をお考えという意味でしたら、補完研修には該当せず、通常研修となる可能性が考えらえますが。それが可能かについても当機構内で早急な議論が必要です。また、この場合も「整備基準審査における基本的方針　（2021年9月17日理事会決定）」の1．専門医に求められる医師像と専門研修カリキュラムは単一であること、2．専門医認定（症例報告、試験など）は出身基本領域に関わらず同一であること、3．他の基本領域に特有な研修経験は、検討カンファランス、手術や手技の見学、e-ラーニングなど、何らかの形で補完されること、4．サブスペシャルティ領域研修において、基本領域が異なる専攻医の修了に必要な研修経験（3．での補完を一部認める）は同一であること、という条件を満たすことは必須です。貴領域であれば、他領域出身の専攻医が消化器内科出身の専攻医と同等の質が担保されることが必要です。また、そのことに関して基本領域学会を基盤とするサブ領域連絡協議会（連絡協議会）及び当機構で承認される必要があります。

２．他の基本領域の方針が定まり、整備基準に変更が生じた場合、随時、修正版を提出すれば、変更内容の審査、承認いただけるのでしょうか。

まずは、既に当機構で承認した基本領域が内科の消化器内科の補完研修として整備基準の改訂作業を進めて戴きたいと思います。そのうえで、複数の基本領域を基盤とし、専門医像、整備基準とカリキュラムの各基本領域間の統一性の制度的な保証などの懸案事項について修正した整備基準は、当機構サブスペシャルティ領域検討委員会で随時審査を行いますのでご提出ください。但し、2023年4月を研修開始とする整備基準修正版の最終提出は、現時点で2022年9月末日を予定しています。

また、整備基準の修正版にてサブスペシャルティ領域整備基準審査における基本方針(2021年9月17日理事会承認)を満たした場合は、2021～2022年度にサブスペシャルティ領域の専門研修を開始した専攻医の研修実績を2021年4月に遡って研修実績を認める方向で検討しています。つまり当機構による認定時期は遅れますが、専攻医の研修にブランク（切れ目）が生じることがないように配慮する方針です。

３．「その他」の箇所に、「機構認定とするのであれば、相当な批判も出るのではないかと思う」との記載の意図について

11月19日理事会決定された「日本専門医機構におけるサブ領域専門医制度認定及び承認基準」によって承認の基準も提示いたしました。学会認定・機構承認のサブ領域に関してはサブ領域研修細則にある機構認定の外形基準を満たさなくても、連絡協議会からの推薦があれば承認する（連絡協議会からの推薦数の上限の目安はありますが）という制度的な自由度があります。また、この制度は、貴領域が機構認定された時点では存在しなかったものです。したがって、「相当な批判も出る」というのは個人的コメントですが、コメントの意図は、貴領域を含む既認定のサブ領域が自主的にこれを採用されることは妨げないということを含むと考えています。
しかし、当機構既認定サブスペシャルティ領域の整備基準審査は、2021年11月19日の「サブスペシャルティ領域整備基準審査結果、説明会」で申し上げたように、既に認定した専門医制度の認定を見直すことではなく、専門医制度のより良い制度を構築するためのプロセスです。したがって、審査過程において、既認定のサブスペシャルティ領域の基本的な位置づけや研修方式に関しての変更は一切取り扱うものではあり

- サブスペシャルティ領域機構専門医認定試験指針（機構）

現行の試験内容で機構指針をクリアできるが、面接・口頭・実地試験の実施推奨をどう扱うか、合否ラインをどう決めるかは今後学会として検討が必要となる。

- 機構認定サブスペシャルティ領域「専門医の認定・更新」に関する整備指針（機構）

専門医の認定については整備基準案に基づき研修を行い、専門医試験合格により認定すればクリアできる（現行の専門医試験受験資格については今後見直しを行う）。

専門医の更新については整備基準に合わせて今後見直しを行う。
（現在の点数制から単位制へ（5年間30点から50単位へ））

いずれのサブスペ領域学会も合計50 単位以上の取得を原則とする。
a) 診療実績の証明（上記2 に該当） 最小5 単位、最大10 単位
b) 共通講習 最小0 単位、最大10 単位
c) 領域講習 最小20 単位＊
d) 学術業績・診療以外の活動実績 0〜10 単位＊
＊各サブスペ領域学会の特性を考慮して、単位が合計50 単位以上となるように調整可能

a）〜d)の配分は、c)の最小単位は各サブスペ領域学会の実情に合わせて変更可能とする。その場合は、合計が50 単位以上になるようにd)の単位の幅も適宜変更すること。例：c)最小15 単位、d) 0〜15 単位、など。

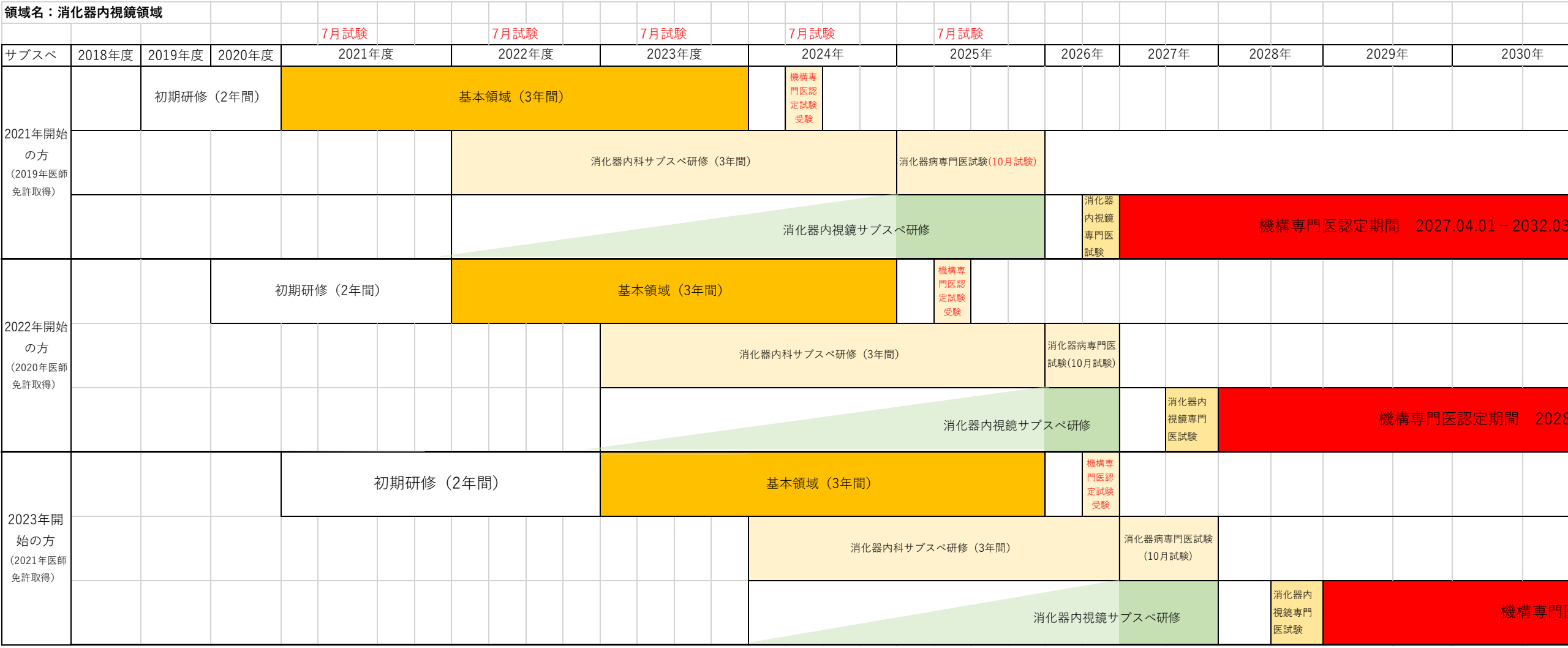
指導医の認定、更新についても、消化器内視鏡専門研修制度整備基準に沿うよう今後見直しを行う。

専門医認定、更新におけるタイムライン（機構提出案）

領域名：消化器内視鏡領域

サブスペ	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年	2025年	2026年	202
				7月試験	7月試験	7月試験	7月試験	7月試験		
2018年開始の方（2016年医師免許取得）	基本領域（3年間）			機構専門医認定試験受験						
		消化器内視鏡サブスペ研修			消化器内視鏡専門医試験	学会専門医認定期間　2022.12.01－2027.11.30(機構専門医の資格認定期間に合わせるための移行期間が必要) **※認定期間を2022.12.01-2028.03.31へ変更するかについては要検討**				
2019年開始の方（2017年医師免許取得）	初期研修（2年目）	基本領域（3年間）			機構専門医認定試験受験					
			消化器内視鏡サブスペ研修			消化器内視鏡専門医試験	学会専門医認定期間　2023.12.01－2028.11.30(機構専門医の資格認定期間に合わせるための移行 **※認定期間を2023.12.01-2029.03.31へ変更するかについては要検討**			
2020年開始の方（2018年医師免許取得）	初期研修（2年間）		基本領域（3年間）			機構専門医認定試験受験				
				消化器内視鏡サブスペ研修			消化器内視鏡専門医試験	学会専門医認定期間　2024.12.01－2029.11.30(機構専門医の資格認 **※認定期間を2024.12.01-2030.03.31へ変更する**		

専門医認定、更新におけるタイムライン（機構提出案）



2025年までは専門医試験を学会として実施予定
2026年以降は専門医試験を機構として実施予定
（これにより、2015年以前の医師免許取得者は専門医試験受験資格を喪失予定）

学会の方針

2023年4月からの機構承認を得るべく、日本肝臓学会と足並みをそろえて、整備基準の修正を行っていく。

まずは内科を基本領域として整備基準の承認を得ることを最優先とする。

（内科以外の基本領域については、日本消化器病学会、日本肝臓学会とも連携する（すでに仮承認を得ている日本消化器病学会に風穴を開けていただけるよう協力する。）。）

１．専門医に求められる医師像と専門研修カリキュラムは同一であること

２．専門医認定（症例報告、試験など）は出身基本領域に関わらず同一であること

３．他の基本領域に特有な研修経験は、検討カンファランス、手術や手技の見学、e-Learningなど、何らかの形で補完されること

４．サブスペシャルティ領域研修において、基本領域が異なる専攻医の修了に必要な症例経験（３．での補完を一部認める）は同一であること

日本消化器内視鏡学会　専門医制度をめぐる現況

指導施設、連携施設のみなさまにお願いしたいこと

2022年度の日本消化器内視鏡学会　専門医制度

指導施設、連携施設のみなさまにお願いしたいこと

専門医制度

- 専攻医研修カリキュラム登録システム

に専攻医、指導医は
登録をお願いいたします。

- 2022年度専門医申請について
- 専門医試験
- 専門医更新（指導医含む）
- 指導医申請
- 指導施設申請
- 指導連携施設申請
- 専門医名簿
- 指導施設・指導連携施設一覧
- 出席登録
- 資格申請
- 専門医制度規則
- 専門医制度審議会からのお知らせ
- 新専門医制度について

会員ログイン

※アクセス集中時はログインに時間がかかる場合がございます。

会員番号（半角英数字）

パスワード（半角英数字6～20文字）

ログイン

➡ パスワードをお忘れの方・パスワード変更をご希望の方へ

➡ パスワード新規発行

E-Mail・住所

登録・変更フォーム

重要

共通操作 ログイン

ログイン操作

会員メニュー

1.既存のメニューA

2.既存のメニューB

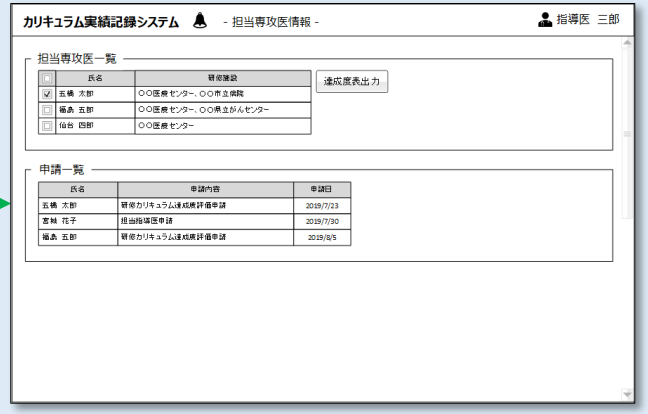
3.既存のメニューC

➡ 指導医の方はこちら

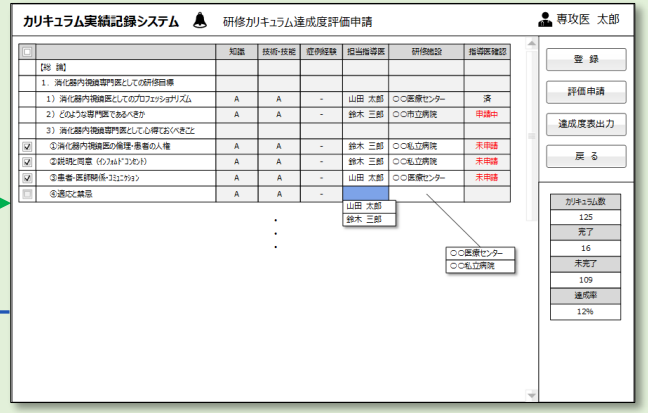
➡ 専攻医の方はこちら

カリキュラム登録システムへの
リンクが表示されます

指導医

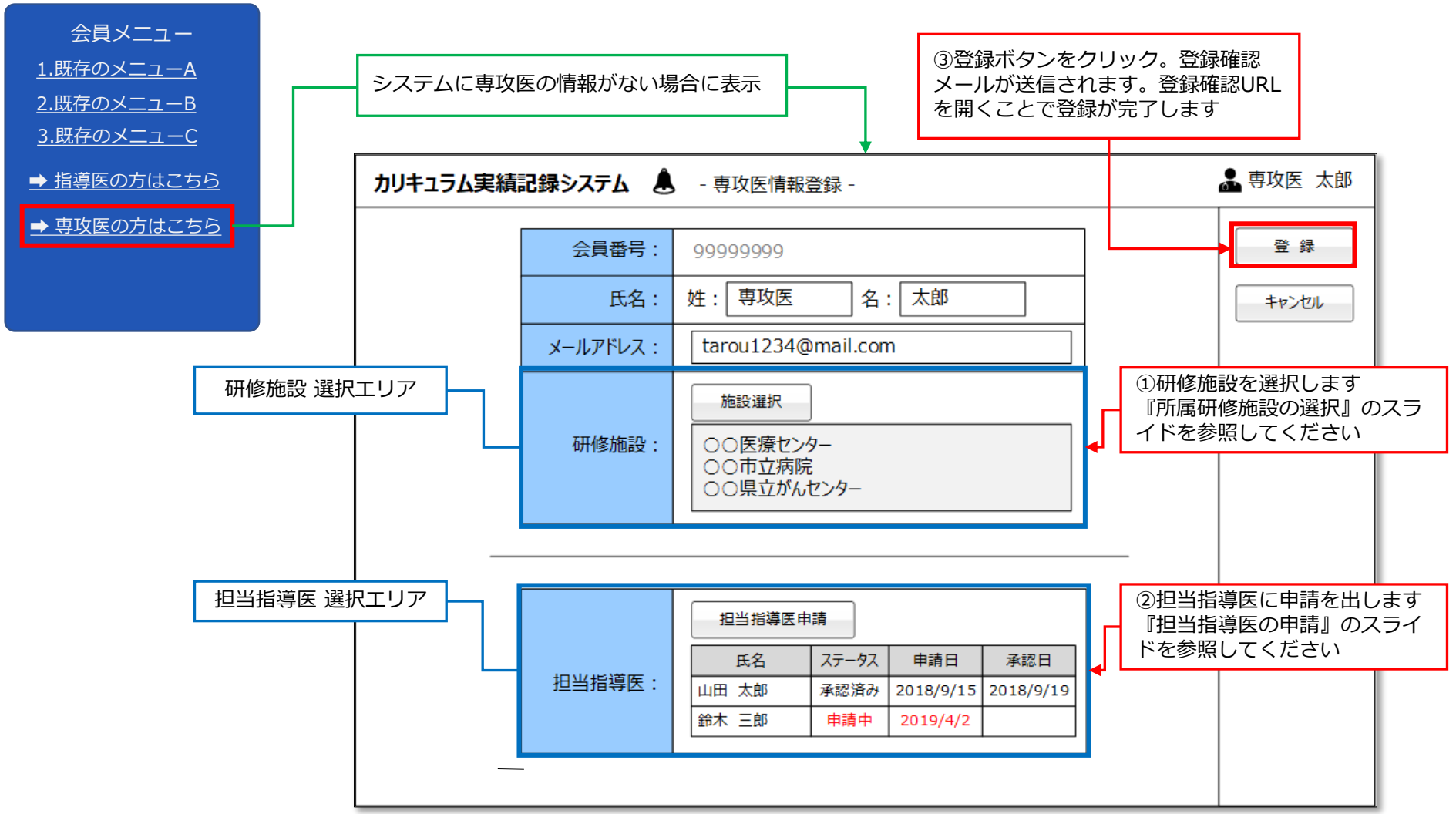


専攻医

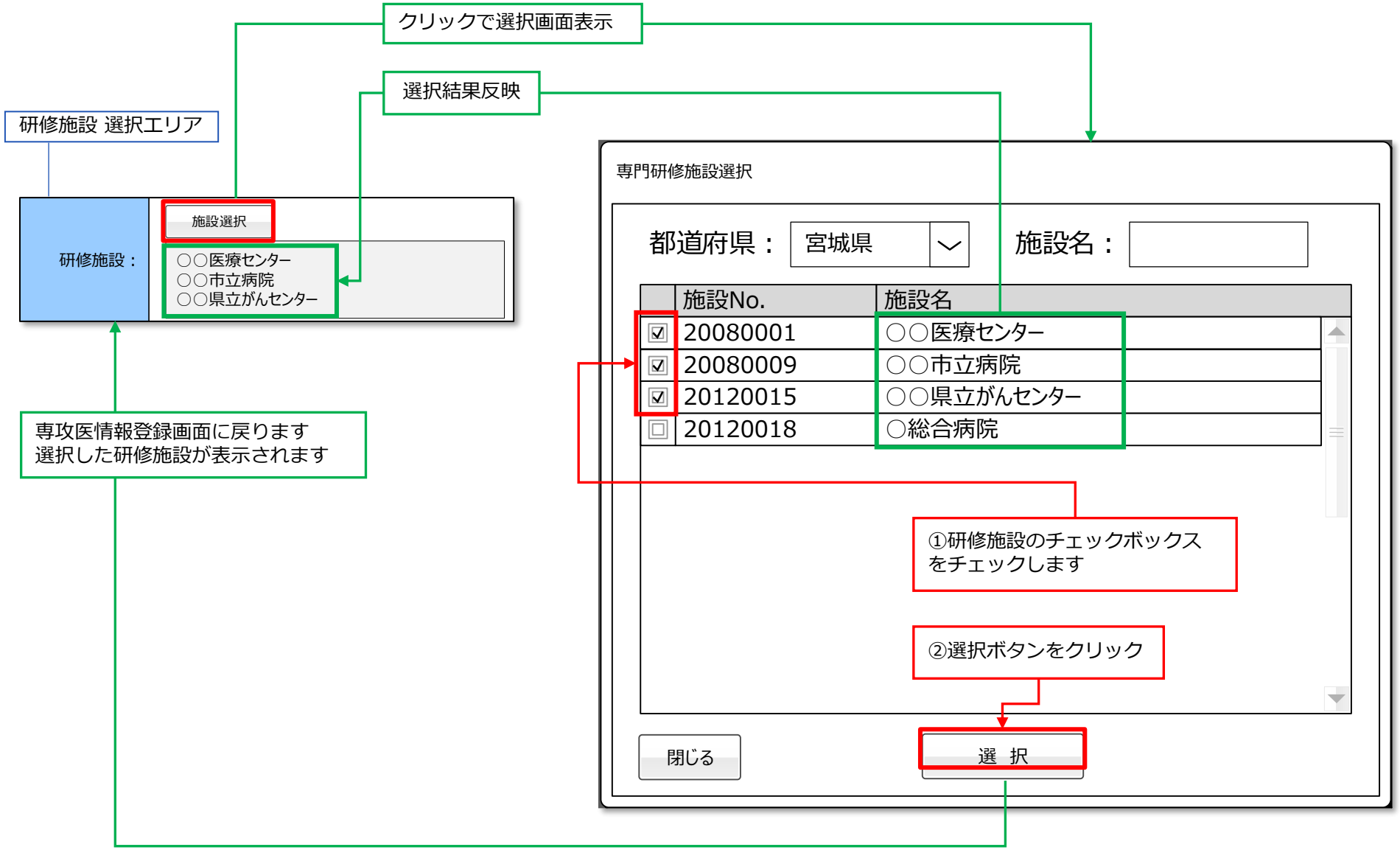


専攻医の情報がシステムにない場合は
専攻医情報登録画面が表示されます

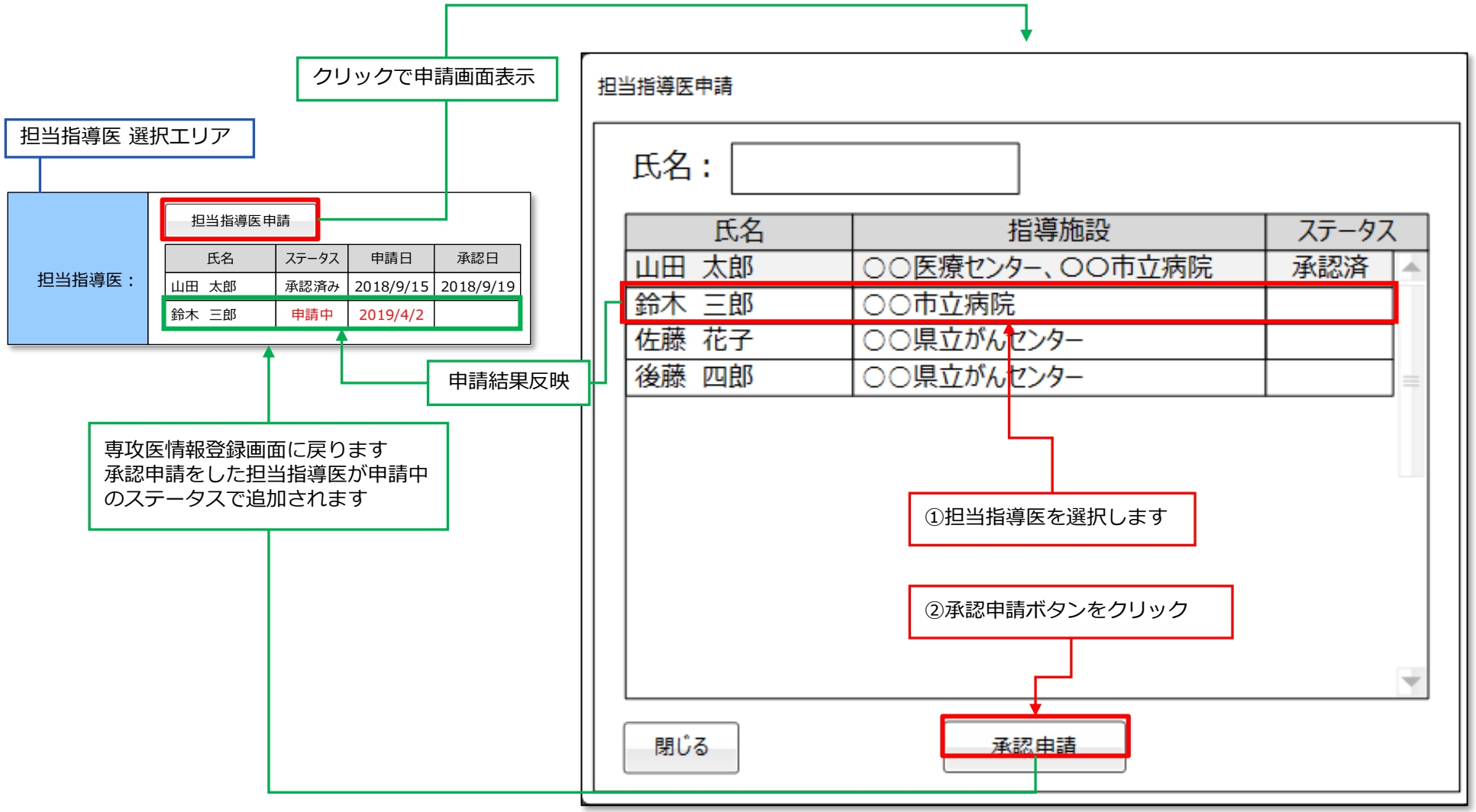
【専攻医】専攻医情報登録画面の操作



【専攻医】所属研修施設の選択

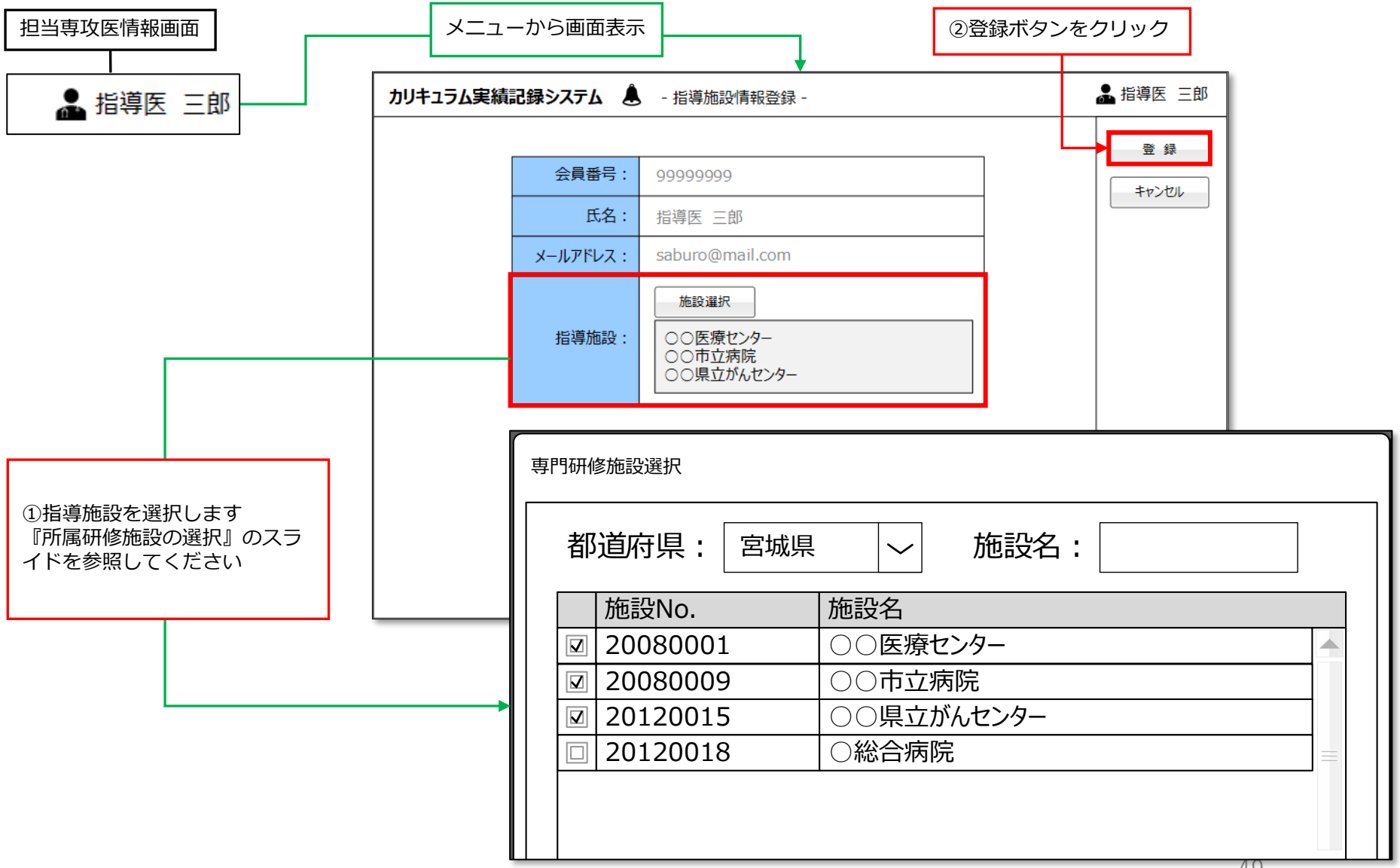


【専攻医】担当指導医の申請

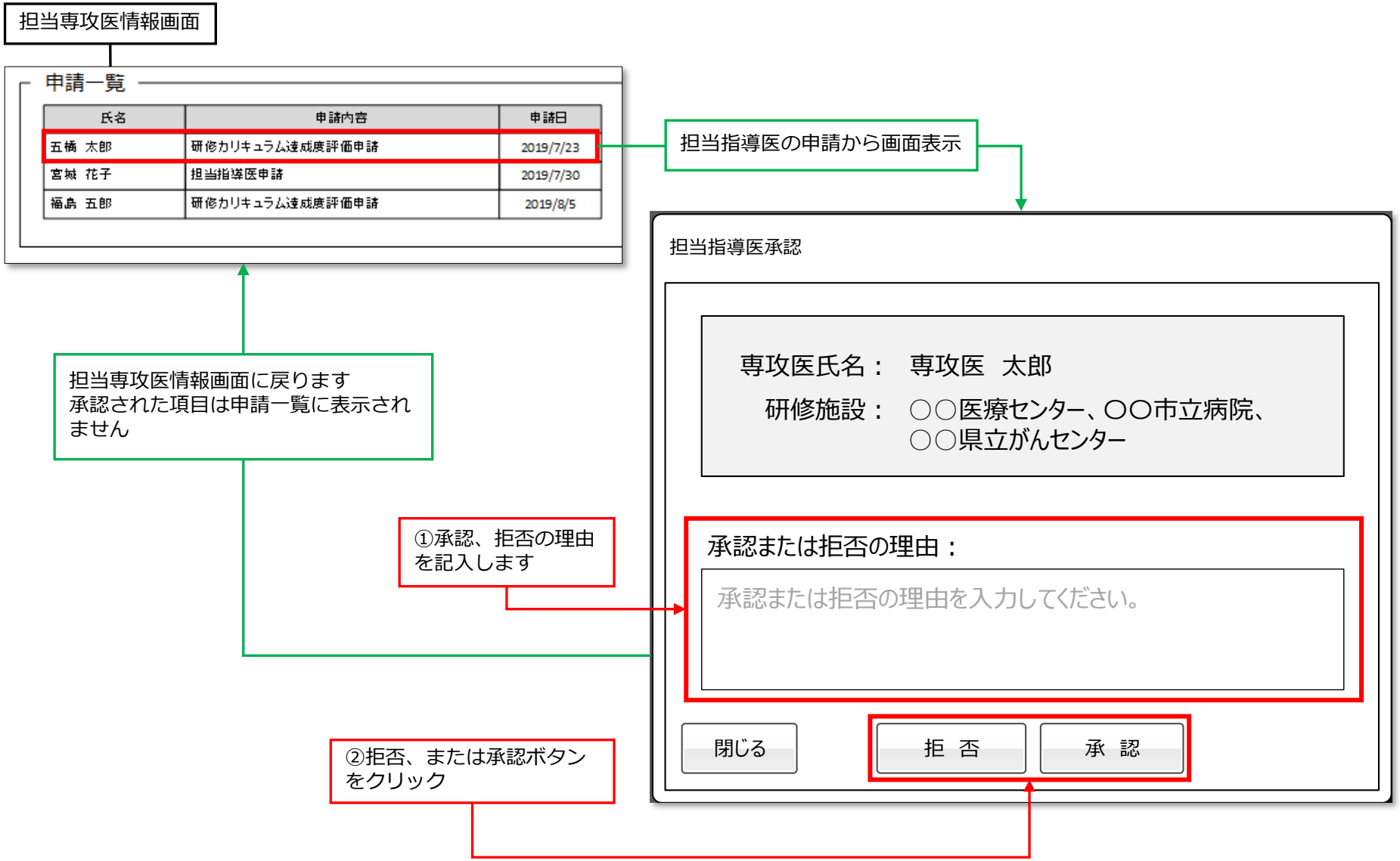


【専攻医】カリキュラム登録と評価申請

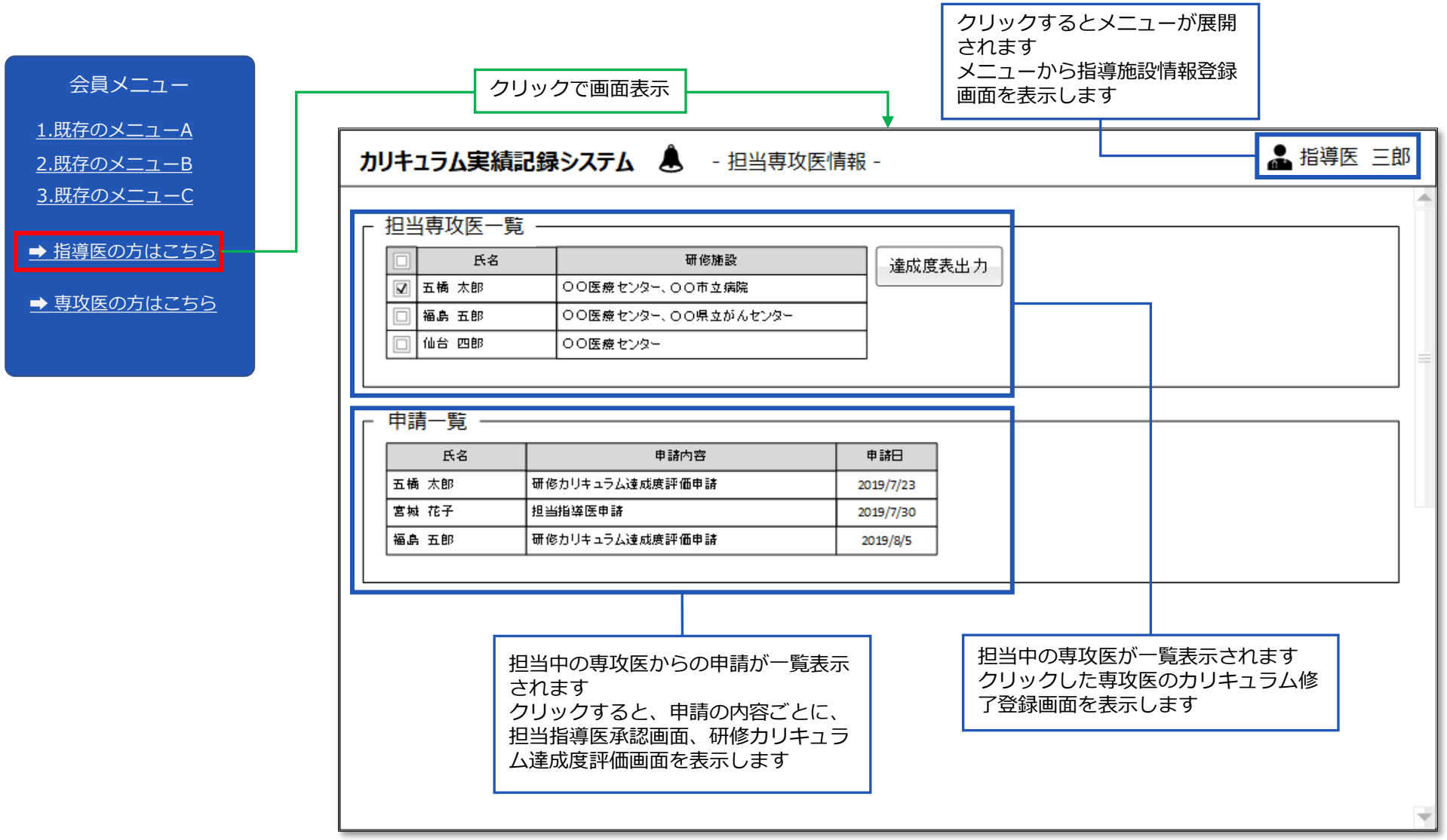
【指導医】所属指導施設の登録



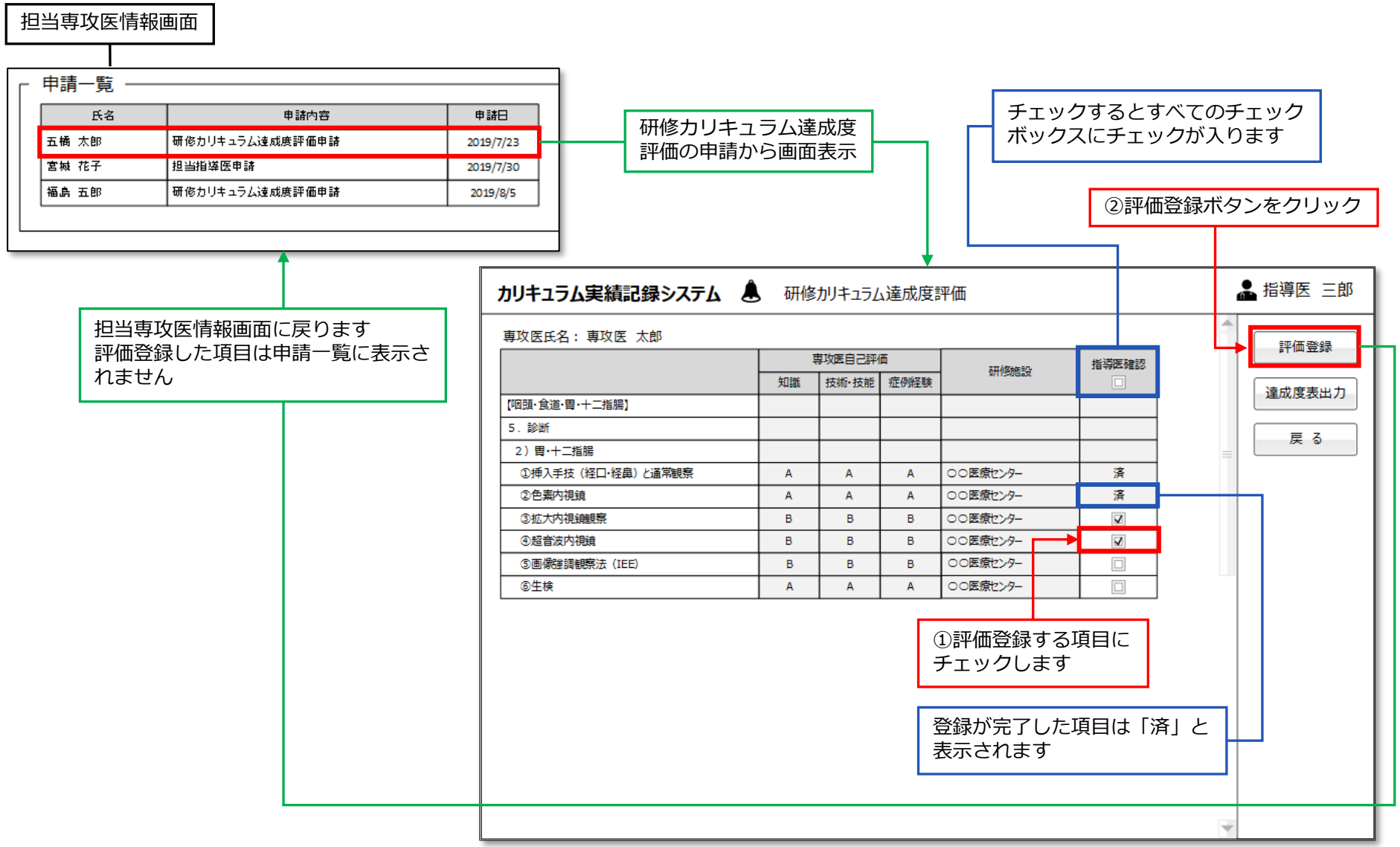
【指導医】担当専攻医申請の承認



【指導医】担当専攻医情報画面の操作



【指導医】研修カリキュラム達成度の評価登録



【指導医】研修カリキュラム修了操作

【3月・4月集計】実績集計対象データ

■対象JEDデータ

期間：2020年4月～

【3月】

施設数：377施設

検査数： 2,364,363例

【4月】

施設数：399施設

検査数： 2,639,541例

		施設数	検査数
1月集計	件数	354	2,010,642
	割合		
	前月比	+15	+167,549
2月集計	件数	366	2,210,079
	割合		
	前月比	+12	+199,437
3月集計	件数	377	2,364,363
	割合		
	前月比	+11	+154,284
4月集計	件数	399	2,639,541
	割合		
	前月比	+22	+275,178

■専攻医数(カリキュラムシステム登録者数)

取得日：2022年4月4日

専攻医数：1,559名

5月13日現在

【専攻医登録者数】1,631名

【登録施設数】 794施設

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	年合計
2020年	0	0	0	0	0	17	330	175	85	46	56	40	749
2021年	35	50	55	77	104	50	26	79	47	37	38	36	634
2022年	45	61	67	3	0	0	0	0	0	0	0	0	176
												総合計	1,559

JEDに参加する

をお願いいたします。

JED-Project関連研究においては、「研究協力機関」※として参画して頂きます。

まず、所属されている医療施設でのご登録が必要となりますので、 ご施設としてJED参加申請をお願いします。

次に、参加申請を頂く事で、参画の諾否を日本消化器内視鏡学会　倫理審査委員会において、審議し、 結果と合わせて、倫関審査関連書類をご施設宛にメールにてお送りします。 その後、郵送にて『JED参加証』をはじめとする、JED参加キットがお手元に届きます。

『倫関審査連書類』、及び、『参加キット』がお手元に届きましたら、キットを開封し、必要な各手順を進めて頂きます。

倫理審査関連にて、ご不明な点は、office-j@jges.or.jp
JED参加申請及び参加キットについて、ご不明な点は、contactus@jed-i.org まで、お問い合わせください。

※研究協力機関とは
本学会が収集した既存情報のデータを提供する施設です。

参加申請フォーム

参加～提出までの簡易フロー

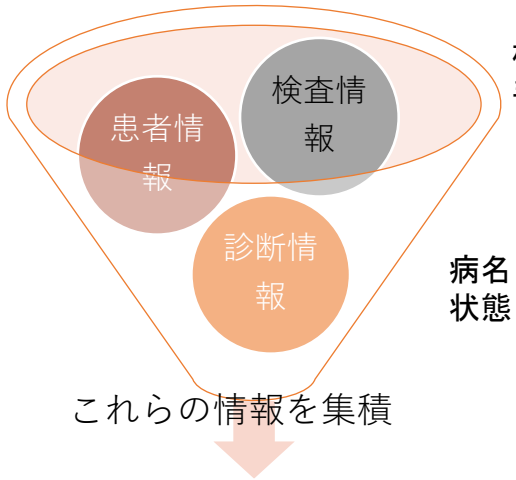
JEDに参加する

- 倫理申請
- JED参加TYPEについて
- データの匿名化処理と提出方法
- 「どこでもJED」とは
- JED参加申込
- 分担研究機関・研究協力機関
- JEDブース設置予定

◆ JEDプロジェクト概要と目的

～概要～

日々の検査における、様々な情報・・・・



年齢・性別・喫煙歴・
飲酒歴・癌既往歴・・・

検査日・使用スコープ・
手技開始/終了時間・偶発症・・・

病名・発生部位・大きさ
状態・実施処置・・・

これらの情報を集積

◆内視鏡関連手技を行っている施設診療科の特徴
◆医療水準の評価
◆適正な消化器内視鏡専門医、コメディカルの適正な配置
◆早期癌登録に対する精確な情報収集
◆内視鏡検査、治療を受けた方の予後
◆内視鏡検査・治療の医療経済的な情報収集
◆これから内視鏡関連手技を受ける方の死亡・合併症の危険性

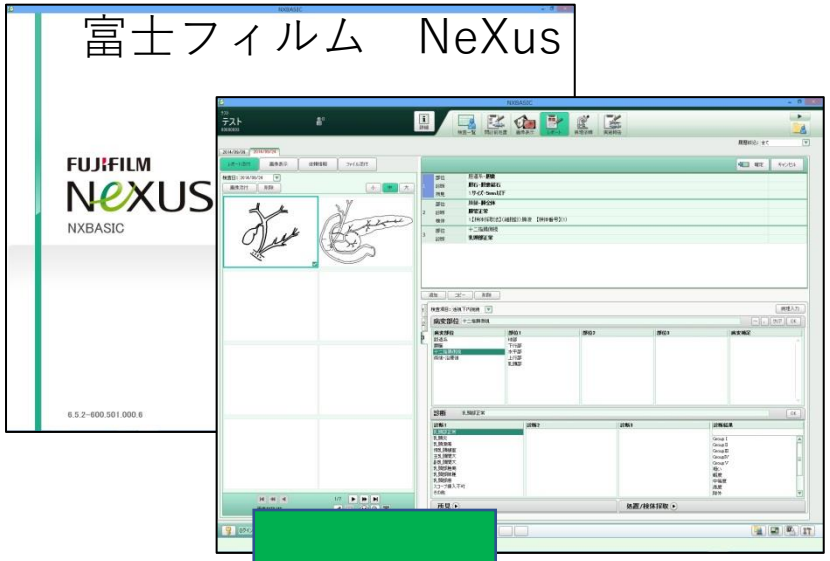
～目的～

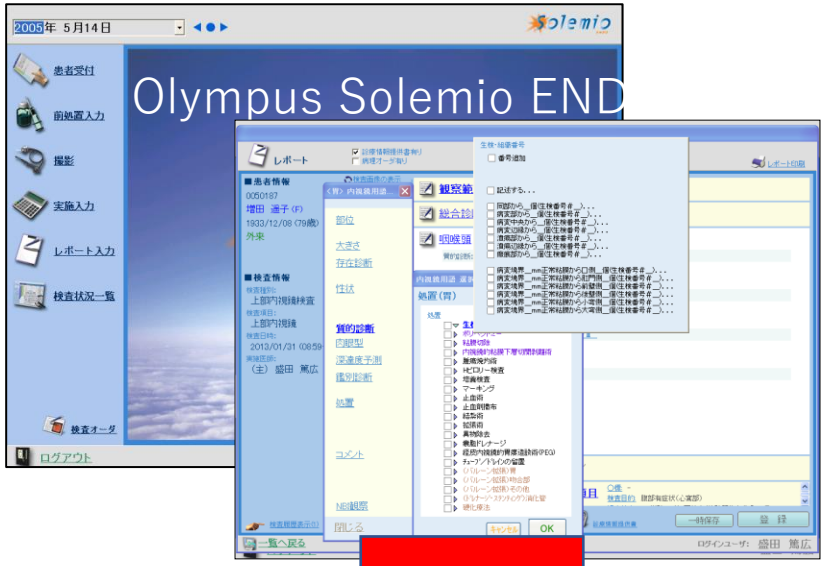
世界最大の内視鏡DBの構築

臨床研究レジストリーのデータ化

日本の内視鏡診療実態の把握

JEDの概要： 原則的な方法





	No	検査項目	検査内容	部位	診断	所見	処置	内視鏡診断	腫瘍	腺腫・早	版番号	se	病理検査日	診断タイトル	診断名	Location	Macros
Proc20141 2855971	18	下部消化管	全大腸内視鏡	大腸	腫瘍	1サイズ処置	腫瘍	腺腫・早		0	1	20150113	ascending colWell diffe	ascending IIc		
Proc20141 2856151	45	下部消化管	全大腸内視鏡	大腸	腫瘍	1サイズEMR (	腫瘍	腺腫・早		0	1	20150109	rectum(Rs)、EWell diffe	rectum(Rs	Isp		
Proc20141 2856331	61	下部消化管	大腸EMR	大腸	腫瘍	1分割処置 (	腫瘍	腺腫・早		0	1	20150113	ascending col#1，2: W	ascending	Is		
Proc20141 2856332	62	下部消化管	大腸EMR	大腸	腫瘍	1分割処置 (	腫瘍	腺腫・早		0	2	20150113	ascending col#1，2: W	ascending	Is+Ⅱa		
Proc20141 2856371	77	下部消化管	全大腸内視鏡	大腸	腫瘍	1サイズ処置	腫瘍	腺腫・早		0	1	20150116	sigmoid colon.Well diffe	sigmoid co	Ila		
Proc20141 2856574	108	下部消化管	全大腸内視鏡	大腸	腫瘍	1サイズEMR (	腫瘍	腺腫・早		0	4	201					
Proc20141 2856681	133	下部消化管	大腸EMR	大腸	腫瘍	1分割ESD(p	腫瘍	腺腫・早		0	1	201					
Proc20141 2857111	160	下部消化管	大腸EMR	大腸	腫瘍	1分割ESD(e	腫瘍	腺腫・早		0	1	201					
Proc20141 2857235	173	下部消化管	全大腸内視鏡	大腸	腫瘍	1サイズEMR (	腫瘍	腺腫・早		0	5	201					
Proc20141 2857404	208	下部消化管	全大腸内視鏡	大腸	腫瘍	1サイズEMR (	腫瘍	腺腫・早		0	4	20150123	sigmoid colon.#4: Well	sigmoid co	Isp		
Proc20150 0500233	328	下部消化管	術前大腸内視鏡	大腸	腫瘍	1カンフ・EMR (	腫瘍	進行大		0	3	20150109	sigmoid colon.#3: Well	sigmoid co	Is		
Proc20150 0700492	343	下部消化管	全大腸内視鏡	大腸	腫瘍	1サイズ処置	腫瘍	腺腫・早		0	2	20150119	ascending col#2: Well	ascending	Isp		
Proc20150 0700871	357	下部消化管	大腸EMR	大腸	腫瘍	1分割ESD(e	腫瘍	腺腫・早		0	1	20150202	terminal ileum.Well diffe	cecum(C)	Is+IIa		
Proc20150 0800481	368	下部消化管	大腸EMR	大腸	腫瘍	1サイズCold p	腫瘍	腺腫・早		0	1	20150129	transverse co#1: Tubu	rectum(Rt	Is+Ⅱa		
Proc20150 0800531	372	下部消化管	大腸EMR	大腸	腫瘍	1分割EMR (	腫瘍	腺腫・早		0	1	20150203	rectum(Rs)、E#1: Well	rectum(Rs	Is		
Proc20150 0800541	374	下部消化管	大腸EMR	大腸	腫瘍	1分割EMR (	腫瘍	腺腫・早		0	1	20150116	cecum、EMR Well diffe	cecum(C)	IIa		
Proc20150 0900281	383	下部消化管	全大腸内視鏡	大腸	Serrat	1サイズ処置	腫瘍	NET カ		0	1	20150202	ascending col#1: Well	ascending	Is		
Proc20150 1300681	403	下部消化管	大腸EMR	大腸	腫瘍	1サイズEMR (	腫瘍	腺腫・早		0	1	20150203	sigmoid colon.#1: Well	sigmoid co	IIa		
Proc20150 1500093	408	下部消化管	術前大腸内視鏡	大腸	腫瘍	1サイズ処置	腫瘍	腺腫・早		0	3	20150130	sigmoid colon.#3: Well	sigmoid co	Isp		
Proc20150 1500431	415	下部消化管	大腸EMR	大腸	腫瘍	1分割ESD(e	腫瘍	腺腫・早		0	1	20150130	ascending col#1: Well	ascending	IIa		
Proc20150 2000601	440	下部消化管	術前大腸内視鏡	大腸	腫瘍	1サイズ処置	腫瘍	進行大		0	1	20150130	sigmoid colon.#1: Mode	rectum(Rs	Isp		
Proc20150 2100721	449	下部消化管	術前大腸内視鏡	大腸	特記所見なし	Biopsy	粘膜下	腫瘍		0	1	20150203	terminal ileum#1,2: Ly	rascending	IIa		
Proc20150 2200261	462	下部消化管	全大腸内視鏡	大腸	腫瘍	1サイズ処置	腫瘍	腺腫・早		0	1	20150204	sigmoid colon.Well diffe	sigmoid co	Ip		

検査日	性別	質的診断	処置情報	コメント	乳頭	検査時間	使用カテー	挿管困難	隆室有無	膵胆管径	総胆管径	身長	体重
2012/01/CM		異常所見な(細胞診)	胆	結腹直上	native	01:09:42	104Q	易	なし	胆管最大径	5.2		
2012/01/CM		良性胆管狭	EST 中切	下部胆管に	native	00:28:44	104Q	易	なし	胆管最大径	8.3		
2012/1/6	F	良性膵管狭		内視鏡観察	native	00:08:02	104Q	易	なし	胆管最大径	6.7	149.7	50
2012/01/1M		乳頭部癌		乳頭部はナ	native	00:09:06	104Q	難	なし	胆管最大径	不明	乳頭	
2012/01/1M		異常所見な(細胞診)	胆	胆汁の流出	native	00:21:13	104Q	易	なし	上部胆管(	7.8		
2012/01/1F		異常所見な		スコープを	native	00:12:55	104Q110Q	易	なし	胆管最大径	9.6		
				cope	native	00:09:21	110Q	易	なし	ほとんど造	7.0		
				管内に	native	00:25:14	104Q	易	なし	上部胆管(	7.8		
				5多数	native	00:19:07	104Q	難	なし	胆管最大径	8.3		
				内で胆	native	00:22:13	104Q	易	なし	胆管最大径	23.7		
				管、胆	native	00:19:20	104Q110Q	易	なし	胆管最大径	6.2		
2012/01/2M		異常所見な		空腸→空腸	native	00:41:37	その他	不能	SIなし	胆管最大径	9.0		
2012/01/2M		異常所見な(細胞診)	胆	主膵管径に	native	00:40:14	104Q	難	なし	胆管最大径	14.7		
2012/01/2M		その他,その(細胞診)	胆	主膵管は全	native	00:07:39	104Q	易	なし	胆管最大径	不明	IPMA	
2012/01/2F		異常所見な(細胞診)	胆	胆管は壁タ	native	00:55:19	104Q	難	なし	上部胆管(	16.0	146.5	46.6
				診)	新104Qカテー	native	00:18:27	104Q	難	なし	胆管最大径	不明	膵癌	
				診)	胆	主膵管に	native	00:38:14	104Q	易	なし	膵管最大径	不明	IPMA
				診)	胆	1104Q110Q	native	00:46:48	110Q	難	なし	胆管最大径	18.0		
					何とか造影	native	00:07:41	104Q110Q	難	なし	胆管最大径	不明	リンパ	
				診)	胆	膵内に5	native	00:11:31	104Q	易	なし	胆管最大径	6.0	154.6	51
				中切	バルーンに	native	00:32:09	104Q	易	なし	上部胆管(	7.8		
				診)	胆	体部主膵管	native	00:23:36	104Q110Q	易	なし	膵管最大径	不明	膵管	
				診)	胆	乳頭バル	native	00:43:14	104Q	易	なし	胆管最大径	10.8	144.3	65
2012/02/1F		悪性胆管狭	ERBD 右	胆	体位変換	native	00:17:55	104Q	易	なし	胆管最大径	13.3		
2012/02/2M		肝外胆管		JFは通過	native	00:03:29	その他	不能	G	なし	胆管最大径	不明	不能	

個人情報-HASH化処理プログラム

ゲートウェイ
サーバ

ネットワーク回線

データベースサーバ

解析用サーバ

2022年4月7日
一般社団法人JED研究機構

3　月度 JED-Project対応状況 月次報告書

1 施設対応状況

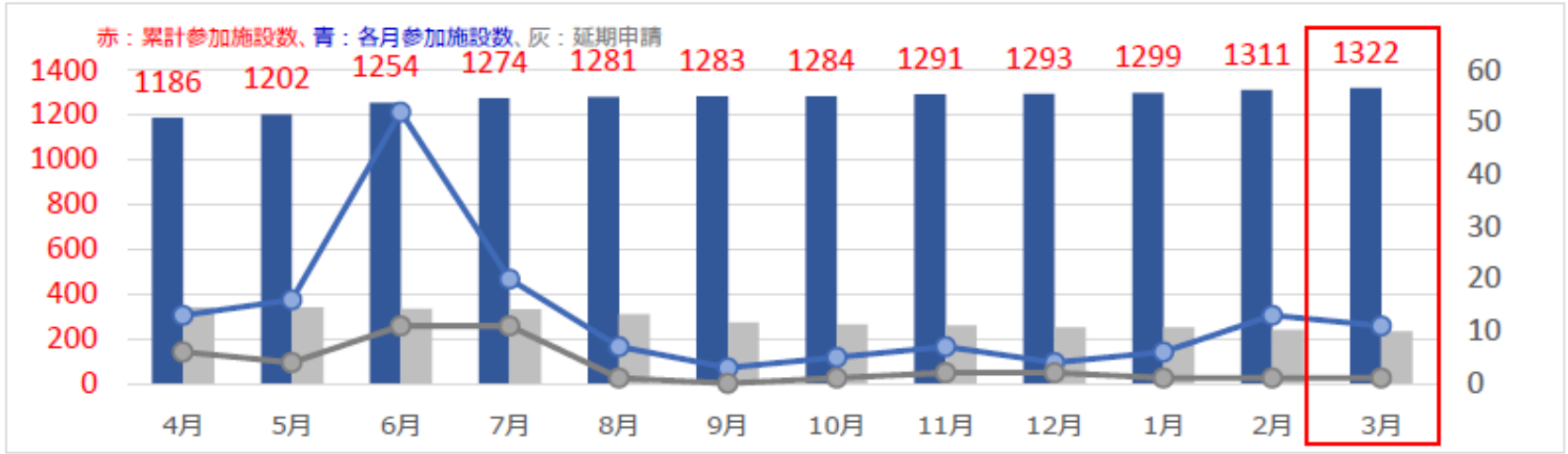
【1_申請件数】　※2022年3月末時点 指導施設=1,222、連携施設=287 **合計 1,509施設**

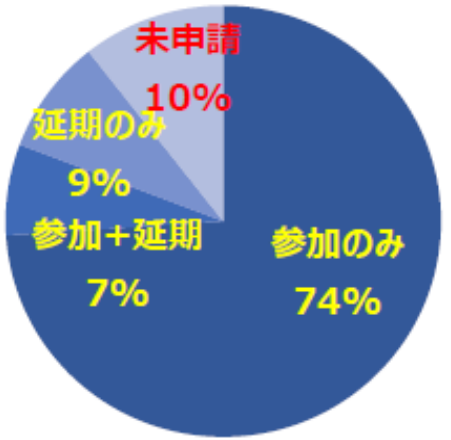
① JED参加申請　**新規 11 件　辞退 0 件　累計 1322 件**

※参加内訳	指導施設	1,031	件	連携	188	件	その他	103 件
※指導・連携施設参加		1,219	施設	参加率	80.8%			

② 対応延期申請　**新規 1 件　取消等 8 件　累計 233 件**　※参加延期重複施設 103 施設

※指導・連携意思表示：	1,089	施設	表示率	89.4%	





② どこでもJED

・利用申請	新規	1	件	累計	257	件
・ライセンス認証	新規	6	件	累計	177	件

JEDデータ受領件数

※1施設複数回の提出があった場合もその回数分集計実施

		3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	年計
受領件数		**52**	**94**	**88**	**87**	**59**	**67**	**58**	**96**	**98**	**70**	**81**	**61**	**911**
内訳	オンライン	34	67	61	56	38	40	48	76	66	58	61	42	647
	ブース	1		4		14				15	3		1	38
	セキュア便	6	21	14	25	3	18	8	17	17	7	18	18	172
	施設訪問								1		1			2
	その他	11	6	9	6	4	9	2	2		1	2		52
当月有効データ施設数		**33**	**60**	**64**	**53**	**45**	**42**	**43**	**84**	**82**	**46**	**62**	**54**	**668**
生涯データ登録施設数		**254**	**270**	**288**	**315**	**329**	**339**	**357**	**378**	**408**	**421**	**435**	**450**	**450**

1期8施設有効データ ＋ 表B）2017年以降受領データ

単位：件

	上部	下部	小腸	ERCP	合計
検査数	3,061,104	1,348,834	9,760	159,446	4,579,144
明細数	10,653,349	3,843,504	17,934	260,232	14,775,019

https://www.jges.net/medical/content/jed_whitepaper

一般社団法人
日本消化器内視鏡学会
Japan Gastroenterological Endoscopy Society

Search... 検索

English 市民のみなさま

医療関係のみなさま

TOP | 学会概要 | 専門医制度 | スクリーニング認定医制度 | 学術集会・セミナー | 機関誌 | 会員向け資料 | 各種手続き | お知らせ

TOP > 医療関係のみなさま > 会員向け資料 > JED白書

JED白書

ご挨拶

・JED白書公開にあたって（理事長　井上晴洋）

・JED白書公開にあたって（JED Project 担当理事　緒方晴彦）

序文

・JED白書　序文（JED Project 委員長　田中聖人）

白書

上部消化管	2020年
小腸	2019年
大腸	2018年
ERCP	2014~2017年

JDE Projectに関するお問い合わせ先：https://jedproject.jges.net/contact/

会員ログイン（ログイン中）

- 会員情報確認
- 学会活動（出席）登録
- 学会活動（出席）確認
- 資格申請
- 2022年度専門医申請【2016年～2018年 医師免許取得者向け】

【専攻医カリキュラム登録システムについて】

- 指導医の方はこちら
- 専攻医の方はこちら

ログアウト

E-Mail・住所

登録・変更フォーム

日本消化器内視鏡学会　専門医制度をめぐる現況

指導施設、連携施設のみなさまにお願いしたいこと

2022年度の日本消化器内視鏡学会　専門医制度

2022年度の日本消化器内視鏡学会　専門医制度

- 2022年度の専門医申請書提出は　2015年以前、2016年以降の医師免許取得者に分けて、2月末締め切りで終了
- 2022年7月に専門医試験を予定（施行方法、合否判定等も変更なし）
- 2022年度の指導医申請は例年通り5月末日（申請条件も変更なし）
- 2022年度の指導施設、指導連携施設申請は例年通り5月末日（申請条件も変更なし）
- 2022年度の専門医、指導医更新申請は例年通り6月末日（申請条件も変更なし）

（2023年度以降については、機構承認を得る予定のため、変更の可能性が高いことに留意いただき、今後の各種広報をご確認ください。）

指導施設申請時にお願いしたいこと

2020年度より提出必須となる書類

① 消化器内視鏡研修カリキュラム

（研修モデルより該当するどちらかをご使用頂き、消化器内視鏡研修カリキュラムを作成しご提出下さい。）

（【書式1】・都市大学型　消化器内視鏡研修モデル　【書式2】・地方型一般病院　消化器内視鏡研修モデル　）

② 研修管理委員会

（提出方法）Wordデータにて、事務局（senmoni2@jges.or.jp）へご提出をお願いいたします。

https://www.jges.net/medical/specialist/instruct-apply

日本消化器内視鏡学会は、

1981年12月に、指導医、認定医、指導施設の第一回認定を行って以来（2003年、認定医を専門医へ改称）、多くの優秀な消化器内視鏡専門医、指導医を輩出してきた長い歴史があります。

専攻医、専門医、指導医の不利益にならないよう、粘り強く機構や基本領域の学会と調整を進めて参りますので、指導施設・指導連携施設のみなさまには、引き続きご協力のほど、よろしくお願いいたします。