

那覇市立病院消化器内科専門研修カリキュラム

1. 理念・使命

理念【整備基準 1】

- 1) 本カリキュラムは、沖縄県南部医療圏の急性期中核病院である那覇市立病院を基幹施設として、沖縄県にある連携施設と協力し消化器内科専門研修を通して沖縄県南部医療圏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する事を目標としている。消化器内科専門医としての基本的臨床能力獲得後はさらに高度なサブスペシャリティ専門医への道を歩む場合を想定して、複数のコース別に研修をおこなって消化器内科専門医の育成を行います。
- 2) 本カリキュラムは、内科、外科の専門研修を修了した後に、消化器領域全般において、高い専門性を持った医療を提供する医師を養成します。そのためには指導医の適切な指導の下、カリキュラムに定められた消化器領域全般にわたる医療の実戦経験を通じて、全人的かつ消化器専門的な知識と技能を修得すると同時に医師としてのプロフェッショナルリズム、およびリサーチマインドの素養をも修得することを可能にします。
本カリキュラムは消化器領域の知識及び技能を随時更新し、最新の医療を修得します。

使命【整備基準 2】

- 1) 沖縄県南部医療圏に限定せず、超高齢社会を迎えた日本を支える消化器内科専門医として、消化器臓器の疾患と病態を系統的に理解し、消化器領域全般にわたり時代に即した適正な医療を実践できるとともに、消化器診療に関連する先進的高度医療や特殊医療にも通じ、チーム医療ならびに病診・病病などの連携医療、予防医療を過不足なく遂行することを可能にします。
新しい医学、医療を学ぶ姿勢を持ち、生涯学習が可能な研修を行います。

2. 専攻研修の目標

専門研修の成果（Outcome）【整備基準 3】

- 1) 本カリキュラムにおいては、分子生物学、遺伝子治療、免疫療法、臓器移植などの医学の進歩、インフォームド・コンセント、自己決定権などの患者権利の変化と医療倫理の普及、栄養サポートチーム（NST）、感染コントロールチーム（ICT）、チーム医療、医療安全などの新しい医療概念、少子高齢化社会、医師の偏在と過疎化の問題などの社会構造の変化、EBM の実践や臨床研究の推進、生涯学習など、医療をめぐる状況は大きく変化していく中で消化器専門医はプロフェッショナルリズムを持ち、消化器領域全般における高い専門性を持った医療を提供し、かつ現在の医学、医療の進歩、医療情勢の変化を理解し、これらの状況の中で要求される種々の社会ニーズに対応できるようにします。
- 2) 研修修了後、具体的には以下の就労形態が求められます。
 - ① 大学などのアカデミア：難治性の消化器疾患の診断・治療に加え、新規診断法や治療法の開発、臨床治験などを実践します。

②病院：消化器疾患の専門的診療を実践します。

③地域におけるかかりつけ医：消化器疾患の診断を正確に行い、病診・病病連携を通じて、適切な治療を患者に提示し、これを実践していきます。

④健(検)診期間や行政機関：消化器疾患の早期発見や予防医療を実践します。

これらの就労形態は、キャリア形成やライフステージによって変わり得ることや同時に兼ねることもあるが無理のない範囲で遂行することを可能にします。

到達目標（修得すべき知識・技能・態度など）【整備基準 4】

1) 専門知識（別表および消化器内科専門研修カリキュラム評価表を参照）

①基本的項目については、学習態度や理解が中心となるため指導医が承認し、担当した疾患および間接的に経験した疾患については、専攻医が記録したうえで指導医が承認します。さらに、すべての消化器疾患の項目を経験し知識を習得することを目標とします。

②診療行為に関しては、学習態度や理解ができていることを指導医が確認して承認します。承認については、消化器内科専門医研修カリキュラム評価表に記録します。指導医は、専攻医が修得できていると確認できた場合に承認をします。不十分であれば、再指導を行います。

③研修内容については、「消化器内科専門医研修カリキュラム」と照らし合わせて行い、当面は「日本消化器病学会専門医研修カリキュラム 2013」をもって、「消化器内科専門医研修カリキュラム」としていきます。

2) 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）

①「消化器内科専門医研修カリキュラム」に詳細を定め、専攻医は消化器内科専門医研修カリキュラム評価表を用いて記録します。指導医は専攻医が技能を修得できていると確認できた場合に承認します。不十分と判断される場合、指導医は再指導を行います。専攻医は担当している疾患について、診断と治療に必要な身体診察、検査所見の解釈、および治療方針の決定を指導医とともに行い、研修期間中に自立して行えるようになることが目標とします。

②到達目標の詳細は「消化器内科専門医研修カリキュラム」に設定します。

3) 学問的姿勢

コンピテンス理論に基づき、①患者から学ぶという姿勢を基本とします、②科学的な証拠に基づいた診断、治療を実践していきます。(EBM; evidence based medicine)、③最新の知識、技能を常にアップデートします(生涯学習)、④診断や治療の evidence の構築・病態の理解につながる研究を学ことができます、⑤症例報告を通じて深い洞察力を磨く、といった学問的姿勢を修得します。

4) 医師としての倫理性、社会性など

消化器内科専門医として高い倫理観と社会性を有することが要求されるため以下の項目を修得し、実施します。

① 患者や他の医療関係者とのコミュニケーション能力を修得します。

② 医師としての責務を自立的に果たし信頼されるようにします(プロフェッショナリズム)。

③ 診療記録の適確な記載ができることを目標とします。

④ 患者中心の医療を実践し、医の倫理・医療安全に配慮します。

⑤ 患者あるいは臨床の現場から学ぶ技能と態度を修得します。

⑥ チーム医療の一員として行動し、状況に応じてリーダーシップが取れるようこれを学び、修得します。

⑦ 後輩医師に教育・指導を行えるようにします。

⑧ 市民への疾病予防の啓発・支援を行います。

経験目標（種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価方法等）【整備基準 5】

1) 経験すべき疾患、病態

①主治医（主担当医）として受け持つ経験症例は、「消化器内科専門医研修カリキュラム」に掲載された全 107 疾患のうち症例経験の到達目標が 2 または 3 に該当する疾患を中心として 58 疾患以上を、消化管疾患、肝疾患、胆膵疾患、腹腔・腹壁疾患のそれぞれに偏りのないように経験し、150 症例以上(最低 120 症例)の症例数を確保する。専攻医は 3 年以上の研修期間中に通算で上記記載の 58 疾患以上と 150 症例(最低 120 症例)以上を主担当医として経験し、研修内容を登録する（外来症例は 20%まで可とする）。

②主担当医であることや適切な診療が行われたか否かの評価については、消化器内科専門医研修カリキュラム評価表および日本消化器病学会専攻医登録評価システムを通じて確認し指導医が承認を行います。

・基本領域である内科・外科研修での経験も消化器内科専門医研修で得られなかった貴重な経験が含まれる場合があり、こうした基本領域研修中に経験した症例のうち、主担当医として適切な医療を行い、専攻医のレベルと同等以上の適切な考察を行っている場合と専攻研修における指導医が確認・承認できる場合には登録を認める。

2) 経験すべき診察・検査等

①消化器領域の修得すべき診察、検査は横断的なものと、疾患特異的なものに分けて設定します（「消化器内科専門医研修カリキュラム」を参照）。

②これらは症例経験を積む中で身につけていくべきものであり、その達成度は指導医が確認します。消化器内視鏡検査、消化管造影検査（読影）、腹部超音波検査などの習得状況についても指導医が確認します。

③経験した手技の登録と達成度評価には、消化器内科専門医研修カリキュラム評価表を利用します。

3) 経験すべき施術、処置等

①消化器内科専門医に求められる手技を、「消化器内科専門医研修カリキュラム」に示している。

②消化器領域ではこれら手技の到達目標を症例経験数でのみ一律に規定することはできない。提示した到達目標は疾患や病態の主體的経験を通じて修得すべき事項であり、安全に実施または判定できることを求めます。

③これらは消化器内科専門医研修カリキュラム評価表を用いて指導医がその到達度を評価します。

4) 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）

①本学会は 2 次医療圏も含め、多くの認定施設（病院）を有するため、認定施設における消化器領域の単独研修を基本としています。

②地域に密着して医療を行う関連施設においては、専攻医が研修施設群の指導医のもと、研修管理委員会の下で研修を行い、地域包括ケアや在宅医療について身をもって体験するとともに消化器内科専門医研修の質を維持します。

③また、研修期間のうち 1 年以内に限っては、研修施設群の指導医のもとに研修を行う場合、診療所・小病院（特別関連施設）での研修も研修実績として認定される。この期間に病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療などにおける消化器病診療の経験を積むことが出来ます。

5) 学術活動

消化器内科専門医に求められる姿勢とは、単に症例の診療を行うにとどまらず、教育・学術活動を自ら実践する姿勢である。この姿勢は、自己研鑽を将来にわたって行う際に不可欠である。

①教育活動（必須）

- ・研修医あるいは医学部学生の指導を行います。
- ・後輩専攻医の指導を行います。
- ・メディカルスタッフを尊重し、指導を行います。

②学術活動（必須）

- ・日本消化器病学会もしくは日本消化器関連学会機構（以下 JDDW）が開催する学術集会に 1 回以上参加します。

- ・日本消化器病学会もしくは JDDW が開催する教育講演会に 1 回以上参加します。
- ・消化器に関する学会発表、もしくは論文発表が筆頭著者(演者)または共著者(共同演者)で 3 件以上行います。

3. 専攻研修の方法

臨床現場での学修【整備基準 6】

- 1) 所属診療科あるいは関連する他科との合同カンファレンスを通じて、消化器疾患の病態や診断過程の理解を深め、外科手術の適応を含む治療計画作成の理論を身につけます。
- 2) 抄読会や勉強会において、担当症例の診断および治療についての最新のエビデンス、先端的な知識を習得する方法を身につけ、それを臨床現場において活用します。
- 3) 消化器系検査の助手を経験する。その場合には事前の検査見学、検査のイメージトレーニング、検査・治療についての記録を行います。経験を積むことによって、指導医のもとで実際の検査・治療を術者として行えることを目標とし、これを実施する。
- 4) テキストやビデオ、シミュレーションシステムなどにより自主的学習に取り組みます。
- 5) 初診を含む外来の担当医、腹部疾患の救急担当医として経験を積みます。
- 6) CPC (clinico-pathological conference) や消化器疾患の術後カンファレンスなどにおいて、病理医を交えた病理組織所見の検討を行い、指導医の指導のもとに学習します。

臨床現場を離れた学習（専門医制度において学ぶべき事項）【整備基準 7】

- 1) 日本消化器病学会が開催する教育講演会、専門医セミナー、総会ポストグラデュエイトコースもしくは、JDDW が開催する教育講演に参加することにより、①消化器領域の救急対応、②消化器診療の最新のエビデンスや消化器疾患の病態ならびに治療法の理解、③医療安全や感染対策、④医療倫理、臨床研究や利益相反に関する事項、⑤医療制度や保険診療に関する事項や課題、などについて学習します。
- 2) 医療倫理・医療安全・感染防御に関しては、各施設における医療安全講習会、医師会等が主催する生涯教育講演会などにも参加して学習します。

自己学習（学習すべき内容を明確にし、学習方法を掲示）【整備基準 8】

- 1) 「消化器内科専門医研修カリキュラム」では、各項目について知識、技能、態度、症例経験を到達レベル 3、2、1、0 に区分して表示します。
- 2) 自己学習は生涯学習の観点からも重要である。研修施設での研修のみでは経験しきれない事項について、日本消化器病学会あるいは関連学会が発行している各種ガイドライン、学会ホームページの Q&A などの情報を参考にして自主学習をします。
- 3) また、日本消化器病学会もしくは JDDW が開催する学術集会や教育セミナー、各支部の教育講演会、専門医セミナーにも積極的に参加し、指導医は必要に応じて、専攻医の自主学習を支援します。

専攻研修中の知識・技能・態度の修練プロセス【整備基準 9】

- 1) カリキュラム制を導入するために年度毎の修練プロセスは原則規定せず、専攻研修カリキュラムの修了を持って研修修了とする。
- 2) 専攻研修の時期と範囲
 - ① 基本領域の専門医研修開始以降に消化器内科専門医の専攻研修を開始することができるが、基本領域の generality の習得を優先します。
消化器内科専門医のための専攻研修期間は、3 年以上とします。

- ②基本領域研修期間に経験した症例は、専攻研修における指導医が確認・承認した場合に日本消化器病学会専攻医登録評価システムへの登録が可能となります。
 - ③診療所（特別関連施設）などでの経験実績も 1 年以内であれば研修として認めます。
 - ④内科研修と消化器内科研修を 4 年間並行して研修することも可能です。
- 3) 修得内容と修練プロセス
- 3 年以上の研修期間内に以下の修得を目指します。
- ①修得内容
 - ・主治医（主担当医）として「消化器内科専門医研修カリキュラム」に定める疾患を広く経験し、規定された以上の症例を経験することを目標とします。
 - ・研修内容は日本消化器病学会専攻医登録評価システムに登録されなければならない。
 - ・専攻医として適切な経験と知識の修得ができていることを同システムによって指導医が確認します。
 - ②技能
 - ・消化器領域全般について、診断と治療に必要な身体診察、カリキュラムに基づいた検査および検査所見の解釈、および治療方針の決定を自立して行うことができるようにします。また、項目によっては研修期間内に検査、治療を自立して行えることを目標とします。
 - ③態度
 - ・サブスペシャリティ領域専門医としてふさわしい態度、プロフェッショナリズム、自己学習能力を修得しているか否かを指導医が専攻医と面談して評価し、不十分と判断される場合はさらなる改善を図ります。

4. 専攻研修の評価

形成的評価【整備基準 10】

- 1) フィードバックの方法とシステム
 - ①専攻医の研修内容は日々のカルテ記載も含めて、指導医により形成的に評価を受けます。また、専攻医は自身の研修の状況を確認できるように、習得した研修内容を適宜、消化器内科専門医研修カリキュラム評価表と日本消化器病学会専攻医登録評価システムに登録します。
 - ②指導医は、日本消化器病学会専攻医登録評価システムを通じて専攻医の症例経験を確認し、その評価を記載します。
 - ③指導医は年に 1 回以上、各指導医・医師以外のメディカルスタッフの評価に基づいて、各専攻医の経験すべき症例の達成度を入院・外来別に把握し、評価を行います。とくに各専攻医が不足している学習領域や手技・技能について適切な助言を行い、対策を講じていきます。
- 2) 専攻医指導のための指導医の学習（FD）
 - ①「指導医マニュアル」を作成して、指導医の学習資料とする。
 - ②日本消化器病学会、基本領域学会、厚生労働省などの指導医講習会を受講することが望ましい。

総括的評価【整備基準 11】

- 1) 評価項目・基準と時期
 - ①指導医は、消化器内科専門医研修カリキュラム評価表と日本消化器病学会専攻医登録評価システムを用いて、専攻医の経験症例および技術・技能の研修目標達成度の評価を行います。講習受講や発表実績を指導医が確認します。

②指導医は、専攻医の専門的知識・技能（消化器内視鏡検査と治療（原則、内視鏡的止血レベルまで）、消化管造影検査（読影）、腹部超音波検査など）を年に複数回評価します。

③指導医は専攻医の医療に対する態度・姿勢を総合的に評価します。

2) 評価の責任者

①専攻医が研修施設群内をローテートする場合、各施設の指導医が当該期間の評価を行い、登録した認定施設の研修管理委員会で検討し、研修統括管理者が承認します。

3) 修了判定のプロセス

①修了判定のプロセスは、消化器内科専門医研修カリキュラム評価表と日本消化器病学会専攻医登録評価システムを通じて修了判定を行います。指導医による評価をもとに、後掲の修了要件および別表に基づき認定施設の研修管理委員会において協議のうえ、研修統括責任者が修了判定を行い、研修修了証明書を交付します。

4) 多職種評価

①医師以外のメディカルスタッフによる評価を行い、指導医による消化器内科専門医研修カリキュラム評価表内の総合評価に含めます。

5. 専攻研修施設の認定基準

専攻研修 認定施設の認定基準【整備基準 12】

認定施設は以下の条件を満たし、過去において専門医養成の実績を十分に有していることを条件とする。

1) 専攻研修の環境

① 消化器系病床として常時 30 床以上有しています。

② 指導医 4 名、専門医[※]8 名常勤しています。（[※]専門医のみならず、指導医・専門医数も含む）

③ 指導医の責任の下に十分な指導体制が整っています。

④ 「消化器内科専門医研修カリキュラム」に基づく研修が可能です。研修管理委員会（研修統括責任者 1 名を置く）を設置し、関連施設と連携して専攻医の研修の進捗を管理します。

⑤ 剖検室を有しています。

2) 診療経験の環境

「消化器内科専門医研修カリキュラム」に示す各領域に関し、定常的に専攻研修が可能な症例数を診療しています。

3) 学術活動の環境

臨床研究が可能な環境（治験センターや臨床研究推進室、倫理委員会など）が整っています。

4) 認定施設の認定方法

施設認定については専門医制度審議委員会地区委員会（以下、地区委員会）が評価を行い、専門医制度審議委員会（以下、審議会）が審議し、認定します。

※ 2018 年においては、現に日本消化器病学会専門医制度により認定されている施設を、当初の認定期間中は本制度による認定施設として認定する。

専攻研修 関連施設の認定基準【整備基準 13】

関連施設は以下の条件を満たし、認定施設との連携機能を勘案して決定する。

1) 専攻研修の環境

① 消化器系病床として常時 20 床以上有すること。

② 専門医 1 名以上が常勤し、その代表者が認定施設の研修管理委員会に参加していること。

- ③ 研修施設群の指導医からの十分な指導体制がとれること。但し、原則として指導医 1 名に対し関連施設 1 か所に限るものとする。
- ④ 「消化器内科専門医研修カリキュラム」に基づく研修が可能であること。
- ※ 前項③の条件を満たさない場合、研修統括責任者の推薦があり、専門医 2 名以上が常勤し、地区委員会が認めた施設については、認定することができる。
- ※ 前項①または②の条件を満たさない場合、研修統括責任者の推薦があり、地区委員会が認めた施設については、特別関連施設として認定することができる。但し、特別関連施設での研修は専攻研修期間中の 1 年以内とする。
- ※ 2018 年においては、現に日本消化器病学会専門医制度により認定されている施設を、当初の認定期間中は本制度による関連施設として認定する。

専攻研修施設群の構成要件【整備基準 14】

- 1) 消化器内科専門医研修は認定施設での単独研修を基本とするが、認定施設と関連施設、特別関連施設による複数の専攻研修施設が協力して実施する。カリキュラムに示した疾患経験をどのように施設群内で配分するかは研修管理委員会で設定する。研修内容の妥当性を示すことが求められるが、以下を勘案して地区委員会が評価を行い、専門医制度審議委員会が審議し、認定する。
- 2) 専攻認定施設は主に地域の中核となる急性期病院であり、そこでの研修は、地域における中心的な医療機関の果たす役割、消化器疾患の高度な急性期医療、消化器系難病あるいは稀少疾患を中心とした診療経験を積むのに適している。また、臨床研究や症例報告などの学術活動の素養を身につけることに適している。一方、関連施設や特別関連施設では、地域医療の第一線に立ち、患者の生活により近づいてコモンディージーズを中心とした急性期医療と慢性期医療を経験することにより、地域医療や全人的医療を研修するのに適している。

専攻研修施設群の地理的範囲【整備基準 15】

那覇市立病院と同じ沖縄県南部医療圏内にあり、研修するにおいて地理的に問題は無い。

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）【整備基準 16】

- 1) 那覇市立病院では指導医 4 名在籍しているので原則 12 名まで(最大 20 名まで可)の専攻医を指導できます。

地域医療・地域連携への対応【整備基準 17】

- 1) 日本消化器病学会は 2 次医療圏も含め、多くの認定施設を有するため、認定施設において消化器領域の研修を単独で行うことを基本としても、地域医療への負の影響が出ないと思われる。
- 2) 地域に密着して医療を行う関連施設においては、専攻医が認定施設の指導医のもと、地域包括ケアや在宅医療を行いながら専攻研修を継続できます。

地域において指導の質を落とさないための方法【整備基準 18】

- 1) 地域に密着して医療を行う関連施設においては、専攻医が認定施設に設置された研修管理委員会の管理下で研修を行い、専攻研修の質を維持させます。

研究に関する考え方【整備基準 19】

- 1) 消化器内科専門医研修では、科学的根拠に基づいた思考を全人的に生かすリサーチマインドを重視します。専攻医は学会や研究会、セミナーなどに積極的に参加し、特に臨床研究における研究デザインの構築、データ集積ならびに解析、統計処理や良い発表の仕方なども学び、自ら学会発表あるいは論文発表を積極的に行うことを目標とします。
- 2) 専攻医への指導とし、学術活動は EBM 的思考や臨床研究を行う環境の整った施設に所属して研鑽することによってその素養を得る事ができるため、主に認定施設における学術活動の環境を重視して施設要件に加えます。また、消化器内科専門医の中には、医学研究者としての選択もありうるので、大学院等の所属についてもこれを認めます。ただし、研修修了条件は同一となります。

診療実績基準（認定施設と関連施設）〔症例数・疾患・検査／処置・手術など〕【整備基準 20】

- 1) 本カリキュラムでは十分余裕をもって実施出来る事を基準とします。認定施設または施設群全体で消化器内科専門医研修カリキュラムに明示した消化器領域全 107 疾患について、それぞれ必要とされる症例数を確保します。
- 2) 本カリキュラムでは必要とされる症例数を十分に確保できる実績を有しています。本カリキュラム、関連施設ともにそれぞれ研修できる領域と、その指導に携わる専門医を明示します。

基本領域と連続性および他のサブスペシャリティ領域との関連について【整備基準 21】

- 1) 基本領域の専門研修開始以降に消化器内科専門医の専攻研修を開始することができるが、基本領域の習得を優先させます。消化器内科専門医の専攻研修期間は、3 年以上とします。ただし修了は基本領域の研修を開始後 4 年以降とします。
- 2) 基本領域研修の期間に経験した症例登録は、専攻研修における指導医の確認・承認のもとに日本消化器病学会専攻医登録評価システムへの登録が可能となります。
- 3) 肝臓学会あるいは消化器内視鏡学会と共に、消化器内科専門医研修カリキュラム評価表を用いて消化器領域全般にわたり、より専門的かつ高いレベルで診療技術や経験症例を積み重ね、消化器内科専門医にふさわしい知識と技能を習得することを目標とします。

専攻研修の休止・中断、異動等【22】

- 1) やむを得ない事情により研修施設群間の異動が必要になった場合、消化器内科専門医研修カリキュラム評価表と日本消化器病学会専攻医登録評価システムを活用することにより、異動前の研修内容が可視化され、異動後に必要とされる研修内容が明確になるのでこれに基づき、異動前の研修管理委員会と異動後の研修管理委員会が、その継続的研修を相互に認証することにより、専攻医の継続的な研修を可能とします。
- 2) 他の領域から消化器内科専門医研修に移行する場合、他の専攻研修を修了したのちに新たに消化器内科専門医研修をはじめめる場合、当該専攻医が症例経験の根拠となる記録を指導医に提示し、指導医が消化器内科専門医研修の経験としてふさわしいと認め、さらに研修統括責任者が認めた場合に限り、消化器内科専門医研修カリキュラム評価表と日本消化器病学会専攻医登録評価システムへの登録を認めます。
- 3) 具体例
 - ・専攻研修期間のうち、出産、疾病等に伴う 6 ヶ月以内の休暇は 1 回まで研修期間に含めることができる。
 - ・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。
 - ・留学期間は原則として研修期間と認めない。

6. 専攻研修を支える体制

専攻研修の管理運営体制の基準【整備基準 22】

- 1) 本カリキュラムにおいて、当該研修に属するすべての専攻医の研修を、責任をもって管理する研修管理委員会を設置し、委員長を研修統括責任者とします。
- 2) 認定施設と関連施設が専攻研修施設群を形成する場合、研修管理委員会に関連施設の専門医の代表者が参加し研修統括責任者のもと当該施設にて行われる専攻医の研修を管理します。
- 3) 研修統括責任者は認定施設および関連施設において専攻医の研修が円滑に行われているか管理します。

認定施設の役割【整備基準 23】

- 1) 認定施設の研修管理委員会は研修施設群を取りまとめる統括組織の役割を担い、ここで研修の管理および各指導医による専攻医の研修の進捗を評価します。専攻医の研修修了に際しては、研修内容を指導医の評価に基づいて

認定施設研修管理委員会において協議し、研修統括責任者が施設群内判定をし、この内容を審議会に提出します。

- 2) 認定施設の研修管理委員会で専攻医の診療実績や研修内容の検証から、研修施行上の課題を抽出し、改善が必要となる事項を協議します。また、指導者講習会の開催や関連施設での実施が困難な講習会の開催も行います。

専攻研修指導医（消化器内科指導医）の認定基準【整備基準 24】

- 1) 本カリキュラムは日本消化器病学会の定める下記の要件を満たし、認められた指導医です。

- ① 消化器病専門医資格を持ち、専門医を育成するために必要な消化器病診療に関する豊富な学識と経験を有しています。

- ② 申請時において継続 10 年以上、日本消化器病学会の会員。

- ③ 申請時において専門医の資格取得後 5 年以上で 1 回以上の専門医更新歴があること。

- ④ 専門医取得後に消化器病学に関する研究論文（原著・総説・症例報告）を 2 編以上（うち 1 編は「first author」もしくは「corresponding author」）発表しています。

- ⑤ 次のいずれかを満たすこと（※）。

- ・CPC、CC、学術集会（医師会を含む）などへ主導的立場として関与・参加すること。

- ・日本消化器病学会での教育活動（教育講演会講師、支部例会専門医セミナーコーディネーターなど）があること。

- 2) 認定の方法

- ・上記の要件を満たした後、各施設群の研修管理委員会から指導医としての推薦を受ける。地区委員会が評価を行い、専門医制度審議委員会が認定するものとする。

※ 2018 年においては、現に日本消化器病学会専門医制度により認定されている指導医を、当初の認定期間中は本制度による指導医として認定する。

※ 2018 年以前に、日本消化器病学会専門医制度規則により認定施設または関連施設に常勤することができなくなったことを理由に指導医資格を喪失した者は、70 歳未満で専門医資格を継続していれば、指導医資格の喪失の取り消しを申請できる。

研修管理委員会の役割と権限【整備基準 25】

- 1) 研修管理委員会の設置と構成

- ① 当院に専攻医の研修を統括的に管理する研修管理委員会を置きます。

- ② 本委員会は研修統括責任者を委員長とし、認定施設および関連施設の指導医等で構成します。

- 2) 研修管理委員会の役割と権限

- ① 「消化器内科専門医研修カリキュラム」に沿った研修が行われるよう専攻医の研修全体の管理をします。

- ② 専攻研修修了時に各専攻医の研修内容の評価を行ない、結果を審議会に提出します。

- ③ 専攻医および指導医から提出される意見を参考に、専攻研修の内容や研修体制の継続的改良を行います。

- 3) 認定の方法

地区委員会が評価を行い、審議会が認定します。

研修統括責任者の基準、および役割と権限【整備基準 26】

- 1) 研修統括責任者

- ・本カリキュラムの研修統括責任者は消化器領域における十分な診療経験、教育指導能力、研究実績を有しています。

- 2) 認定基準

- ・認定基準における以下のすべてを満たしています。

- ①日本消化器病学会 指導医である。
- ②認定施設の消化器部門の責任者である。

3) 役割と権限

- ①専攻研修認定施設または施設群における研修管理委員会の委員長となり、登録した専攻医すべての研修の管理、運営を行います。
- ②専攻医の採用・評価に関して最終責任を負います。
 - ・副研修統括責任者は研修統括責任者に準じる要件を満たすことが望ましい。

4) 認定の方法

- ・地区委員会が評価を行い、審議会が認定する。

関連施設での委員会活動【整備基準 27】

- 1) 関連施設の消化器内科専門医の代表者は、認定施設に設置された研修管理委員会の委員となり、認定施設との連携のもと活動します。
- 2) 関連施設の研修管理委員は以下の役割を担います。
 - ①関連施設における専攻医の研修を管理。
 - ②専攻医の研修評価を研修管理委員会に報告。
 - ③研修管理委員会で検討された専攻研修や専攻研修体制に関する情報を関連施設にフィードバック。

労働環境、労働安全、勤務条件【整備基準 28】

労働基準法や医療法を遵守し、これらに則り、研修管理委員会の責務として専攻医の心身の健康維持に向けた環境整備および安全対策にも十分に配慮します。時間外勤務の上限と労働条件の研修体制への明示をしていきます。

7. 専攻研修実績記録システム、マニュアル等の整備

専攻研修の実績および評価を記録し、蓄積するシステム【整備基準 29】

- 1) 消化器内科専門医研修カリキュラム評価表と日本消化器病学会専攻医登録評価システムを用いて前者は紙ベース、後者は web ベースで記録します。日本消化器病学会専攻医登録評価システムを専攻医の症例登録と指導医の評価システム用に整備して本システムに専攻医が自身の経験した症例や実績を登録し、指導医が本システムによってこれを確認し、評価を行います。
- 2) 基本領域研修開始後の研修実績のうち消化器病に関する症例実績を一部取り込み（専攻研修における指導医が認めたもの）、「消化器内科専門医研修カリキュラム」に掲載された全 107 疾患のうち症例経験の到達目標が 2 または 3 に該当する疾患を中心として 58 疾患以上を、消化管疾患、肝疾患、胆膵疾患、腹腔・腹壁疾患のそれぞれに偏りのないよう経験し、それぞれ必要とされる症例数を確保します。また、基本領域研修では経験できなかった疾患を重点的に研修します。専攻医は上記計 58 疾患以上の経験と 150 症例(最低 120 症例)以上を主担当医として経験することを目標に、研修内容を登録して指導医はその内容を評価し、合格基準に達したと判断した場合に承認します。外来症例は 20%まで登録を可とします。
- 3) 入力内容
 - ①指導医による専攻医の評価を入力して記録します。
 - ②専攻医は学会発表や論文発表の記録をシステムへ登録します。
 - ③専攻医は各専攻研修で出席が求められる検討会・セミナーなど（CPC、消化器合同カンファレンスなど）の出席をシステムへ記録します。

- ④上記の研修記録と評価について、各専攻医の研修進捗状況をリアルタイムで把握することができるシステムとし、指導医はその進捗状況を把握しておおよその到達目標に達しているか否かを判断します。
 - ⑤専攻医の症例経験入力日時と指導医の評価の日時の差を計測することによって、指導医が専攻医の研修にどの程度関与しているかをモニタリングすることができる。
 - ⑥研修管理委員会は専攻医の研修状況のみならず、指導医の指導状況を把握します。
- 4) 審議会は各専攻研修施設(群)における専攻医の研修状況を把握し、研修やカリキュラムの妥当性を検証します。

医師としての適性の評価【整備基準 30】

各専攻医に対する人間性を含む研修態度について、指導医は医師以外のメディカルスタッフの意見を取り入れ、問題がある場合には専攻医に改善を促すよう努めます。

研修運用マニュアル・フォーマット等の整備【整備基準 31】

下記に示すマニュアルとフォーマットを整備します。なお、専攻医の研修実績と到達度、全般的評価、学術活動の記録、および各種講習会出席の記録を消化器内科専門医研修カリキュラム評価表と日本消化器病学会専攻医登録評価システムで行います。

1) 専攻医研修マニュアル

- ①具体的な研修のポイントや到達目標は、「消化器内科専門医研修カリキュラム」に掲載されており、本カリキュラムには、経験すべき症例や修得内容、到達目標ならびに評価方法などがまとめて記載されています。冊子体およびホームページ(HP)などを通じて入手できます。
- ②消化器内科専門医を目指す初期研修医に日本消化器病学会の専攻研修の内容とその特徴を伝えるため、専攻医研修マニュアルを作成して提示します。下記がそのマニュアルになります。
 - ・専攻研修修了後の医師像と想定される勤務形態や勤務先
 - ・専攻研修の期間
 - ・研修施設(群)の各施設名
 - ・研修に関わる委員会と委員、および指導医名
 - ・各施設での研修内容と期間
 - ・本整備基準とカリキュラムに示す疾患群のうち主要な疾患の年間診療件数
 - ・本整備基準に示す年次ごとの症例経験到達目標を達成するための具体的な研修の目安
 - ・自己評価と指導医評価を行う時期とフィードバックの時期
 - ・専攻研修修了の基準
 - ・専門医申請にむけての手順
 - ・研修における待遇、ならびに各施設における待遇
 - ・研修の特色
 - ・基本領域から継続したサブスペシャリティ領域の研修の可否
 - ・逆評価の方法と研修改良に対する姿勢
 - ・研修施設(群)内で何らかの問題が発生し、解決が困難な場合の相談先の明示（専門医制度審議委員会とする）
 - ・その他

2) 指導者マニュアル

指導医の役割と指導医に求められる要件を記載したマニュアルを準備する。記載項目には、以下が含まれる。

- ① 日本消化器病学会専門医制度が掲げる専門医の育成において期待される指導医の役割
- ② 研修における年次到達目標と評価方法、ならびにフィードバックの方法と時期

- ③ 個別の症例経験に対する評価方法と評価基準
- ④ 日本消化器病学会専攻医登録評価システムの利用方法
- ⑤ 逆評価と日本消化器病学会専攻医登録評価システムを用いた指導医の指導状況把握
- ⑥ 指導に難渋する専攻医への対応
- ⑦ 研修ならびに各施設における指導医の待遇
- ⑧ FD (Faculty Development) 講習の受講
- ⑨ 日本消化器病学会作成の「消化器病指導医マニュアル」(仮称) の活用
- ⑩ 研修施設(群)内で何らかの問題が発生し、施設(群)内で解決が困難な場合の相談先の明示(審議会とする)
- ⑪ その他

3) 専攻医研修実績記録フォーマット

日本消化器病学会専攻医登録評価システムを用いるのでオンライン上で診療実績が記録できるフォーマットを準備しています。記録された診療実績は指導医によってweb上で承認される仕組みであるため患者の個人情報に配慮した診療実績の証明と評価を念頭におき、これを適切に行います。

<注>「日本消化器病学会専攻医登録評価システム」の詳細と、その運用に関しては別途定める。

4) 指導医による指導とフィードバックの記録

日本消化器病学会専攻医登録評価システムを用いて年次ごとの評価と助言も同様にweb上で記録します。

5) 指導医研修計画(FD)の実施記録

日本消化器病学会専攻医登録評価システムを用いて行います。

8. 専攻研修方法の評価と改善

専攻医による指導医および専攻医方法に対する評価【整備基準 32】

- 1) 定期的に専攻医が指導医や研修を評価します。
- 2) 日本消化器病学会専攻医登録評価システムを用いて無記名式逆評価を行い、その集計結果は指導医、研修管理委員会が閲覧できるようにします。また集計結果に基づき専攻研修方法や指導医、あるいは研修施設の研修環境の改善に役立てます。

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【整備基準 33】

- 1) 研修管理委員会は日本消化器病学会専攻医登録評価システムを用いて、専攻医の逆評価、専攻医の研修状況を把握し、把握した事項については研修管理委員会が対応を検討していきます。
- 2) 専攻研修施設(群)内で何らかの問題が発生し、施設群内で解決が困難である場合は、専攻医や指導医から審議회를相談先とします。

研修に対する監査(サイトビジット等)・調査への対応【整備基準 34】

日本消化器病学会は本学会専門医制度に対する日本専門医機構のサイトビジットに協力します。また各専攻研修施設(群)は専門医制度審議委員会の監査を受け、各研修施設(群)は、監査や調査には真摯に対応していきます。監査や調査結果は研修管理委員会において解析し、改善につなげていきます。

9. 専攻研医の採用と研修修了

採用方法【整備基準 35】

- 1) 応募申請時において、内科専門医または外科専門医等の有資格者、もしくはこれらの資格認定に必要な所定の研修を開始している者。消化器内科専門医の研修期間は、3年以上とします。
- 2) 各研修施設(群)の研修管理委員会は、専攻研修および専攻医の採用方法をホームページや印刷物により毎年公表します。
- 3) 研修応募者は、募集期間中に研修統括責任者宛に、必要書類を提出すること。
- 4) 研修管理委員会は、書類審査、面接試験など、必要に応じて施行した審査により採否を決定し、一次募集で決定できない場合を想定し、二次募集も用意します。
- 5) 採用が決定した専攻医に関しては、専門医制度審議委員会で研修登録を行い、日本消化器病学会専攻医登録評価システムの登録 ID を発行します。

修了要件と修了判定（別表参照）【整備基準 36】

1) 修了要件

① 経験症例

「消化器内科専門医研修カリキュラム」に定める基本項目の習得、ならびに主治医（主担当医）として同カリキュラムに掲載された全 107 疾患のうち症例経験の到達目標が 2 または 3 に該当する疾患を中心として 58 疾患以上、症例数として 150 症例（最低 120 症例）以上を経験することを目標とし、日本消化器病学会専攻医登録評価システムに登録します。経験すべき 58 疾患は、消化管疾患、肝疾患、胆膵疾患、腹腔・腹壁疾患のそれぞれに大きな偏りのないことを原則とします。

② 経験すべき技能

専門的知識・消化器領域における技能（消化器内視鏡検査と治療 [原則、内視鏡的止血レベルまで]、消化管造影検査（読影）、腹部超音波検査など）の習得状況も判定条件とします。

③ 学術活動

- a. 日本消化器病学会もしくは JDDW が開催する学術集会に 1 回以上参加。
- b. 日本消化器病学会もしくは JDDW が開催する教育講演会に 1 回以上参加。
- c. 消化器に関する学会発表、もしくは論文発表が筆頭著者(演者)または共著者(共同演者)で 3 件以上。

④ 基本領域の専門研修の開始後 4 年以降であって、基本領域の専門研修を修了していること。

⑤ 臨床系大学院に在学中の専攻研修については、研修実績として認めることとする。

⑥ 付則

- ・ ①および②の判定は消化器内科専門医研修カリキュラム評価表および日本消化器病学会専攻医登録評価システムで各専攻医の指導医による評価で行います。ただし、消化器外科専門医または日本消化器外科学会認定登録医は①および②の基準を満たしているとみなします。

※ 2021 年までは（2022 年以降に関しては今後の状況により検討）、2015 年度以前の医師免許取得者に関しては日本消化器病学会専門医研修カリキュラムでの研修による修了を認める。認定内科医資格取得に必要な所定の内科臨床研修修了の後 3 年以上、外科専門医予備試験受験資格に必要な所定の外科臨床研修修了の後 2 年以上、放射線科専門医資格取得に必要な所定の放射線科臨床研修修了の後 2 年以上、あるいは小児科専門医資格取得に必要な所定の小児科臨床研修修了の後 2 年以上、の消化器病学会専門医研修カリキュラムによる研修実績として認める。また、③については a のみで条件を満たすこととする。

2) 修了判定

修了判定は、下記の修了要件および別表に基づき登録した認定施設の研修管理委員会において協議の上、研修統括管理者が修了判定を行い、研修修了証明書を交付します。この内容を審議会で審査し、修了認定を行います。

10. 専門医の認定および更新

認定方法【整備基準 37】

1) 専門医の新規認定

消化器内科専門医を取得するためには、消化器内科専門医研修を修了した後に消化器内科専門医試験（筆記試験）に合格する必要があります。消化器内科専門医の認定条件は以下の通りとなります。

- ① 日本国の医師免許証を有し、医師としての人格及び見識を備えていること。
 - ② 継続 4 年以上日本消化器病学会の会員であること。
 - ③ 専攻研修開始後に会員として、
 - a. 日本消化器病学会が主催する総会ポストグラデュエイトコース、支部教育講演会、JDDW が主催する JDDW 教育講演のいずれかに 1 回以上の出席があること。但し、半日単位の総会ポストグラデュエイトコース、支部教育講演会、JDDW 教育講演は 2 回以上の出席があること。
 - b. 本学会もしくは JDDW が開催する学術集會に 1 回以上の出席があること。
 - c. 消化器に関する学会発表もしくは論文発表が筆頭著者（演者）または共著者（共同演者）で 3 件以上あること。
- ※ 2021 年までは（2022 年以降に関しては今後の状況により検討）、2015 年以前の医師免許取得者については a のみで条件を満たすこととする。
- ④ 認定時において内科専門医、外科専門医、放射線診断専門医または放射線治療専門医のいずれかの資格を有すること。
- ※ 2021 年までは（2022 年以降に関しては今後の状況により検討）、2015 年以前の医師免許取得者については認定内科医、総合内科専門医、外科専門医、外科認定登録医、放射線科専門医、小児科専門医の資格も認める。
- ⑤ 消化器内科専門医研修の修了認定を得ていること。
- ⑥ 消化器内科専門医試験を受験し合格していること。消化器病学会専門医試験判定委員会で試験結果の判定を行う。専門医制度審議委員会で認定の可否を審査し、認定候補者を日本消化器病学会理事会で承認し、認定候補者を決定する。認定候補者を日本消化器病学会理事長名で消化器内科専門医認定証を交付する。
- ※ 2018 年においては、現に日本消化器病学会専門医制度により認定されている専門医を、当初の認定期間中は本制度による専門医として認定する。

2) 専門医の更新

本カリキュラムの専門医は以下の全ての要件を満たし、取得期間内に専門医更新をおこないます。

- ① 日本消化器病学会が認定する 50 単位以上の単位を取得します。
 - ② 更新時、内科専門医、認定内科医または総合内科専門医、外科専門医または外科認定登録医、放射線科専門医、小児科専門医のいずれかの資格を有するよう努めます。
- ※ 特別措置として 2005 年 1 月 1 日以前の消化器専門医取得者は、この限りでないがこの特別措置は原則として内科系の消化器病専門医には適用しない。
- ③ 本学会主催の総会、大会（JDDW）のどちらかに 1 回以上出席します。
 - ④ 本学会主催の総会ポストグラデュエイトコース、支部教育講演会、JDDW 主催の JDDW 教育講演のいずれかに 1 回以上の出席をします。半日単位の総会ポストグラデュエイトコース、支部教育講演会、JDDW 教育講演の場合は 2 回以上の出席をします。

移行措置【整備基準 38】

2021 年までは(2022 年以降は暫定期間で今後の状況により延長)、2015 年以前の医師免許取得者については認定内科医資格取得に必要な所定の内科臨床研修修了の後 3 年以上、外科専門医予備試験受験資格に必要な所定の外科臨床研修修了の後 2 年以上、放射線科専門医資格取得に必要な所定の放射線科臨床研修修了の後 2 年以上、あるいは小児科専門医資格取得に必要な所定の小児科臨床研修修了の後 2 年以上、の日本消化器病学会専門医研修カリキュラムによる臨床研修を消化器内科専門医専攻研修実績として認めます。

11.別表

消化器内科専門医研修カリキュラム評価表 到達目標について				
	知識	技能	態度	症例経験
到達レベル：3	高度な相談に応じることができる	独力で実施できる	独力で実施できる	多数例（10 例前後以上）の診療経験がある
到達レベル：2	個々の事例について、的確な内容を具体的に説明できる	基本は実施できるが、時に指導介助を要する	基本は実施できるが、時に指導介助を要する	1 から数例の診療経験がある
到達レベル：1	概念と意義を説明できる	手技・治療概要を説明できる	実施には指導介助を要する	実施には指導介助を要する
到達レベル：0	適用外	適用外	適用外	適用外

※ 専攻医は 3 年以上の研修期間中に全 107 疾患のうち症例経験の到達目標が 2 または 3 に該当する疾患を中心として 58 疾患以上を、消化管疾患、肝疾患、胆膵疾患、腹腔・腹壁疾患のそれぞれに偏りのないように経験し、150 症例以上(最低 120 症例)の症例数を確保する。(外来症例は 20%まで登録を可とする)。

消化器内科専門研修医カリキュラム評価表

項 目	到達目標			
	知識	技能	態度	症例件数
I 基本的事項				
1 消化器系専門医としての研修目標				
1) どのような消化器系専門医であるべきか	3	3	3	0
2) 消化器系専門医としてのプロフェッショナリズム	3	3	3	0
3) 消化器内科専門医として心得ておくべきこと				
① 医の倫理、患者の人権	3	3	3	0
② 説明と同意<informed consent>	3	3	3	3
③ 患者—医師関係、コミュニケーション	3	3	3	3
④ 患者支援	3	3	3	3
⑤ 法的規制	3	3	3	0
⑥ 医療行政（保険制度）、医療経済	3	3	3	0
⑦ 安全管理	3	3	3	0
⑧ 医療従事者の健康と安全、院内感染対策	3	3	3	1
⑨ チーム医療	3	3	3	3
⑩ EBM、ICT の活用	3	3	3	2
⑪ 医療ガイドライン<指針>	3	3	3	2
⑫ 利益相反<Conflict of interest:COI>	3	3	3	1
⑬ 臨床研究・臨床試験	2	2	2	2
⑭ 疫学・統計学	2	2	2	2
⑮ 学会参加、学会発表、論文発表	3	3	3	2
⑯ 生涯学習、指導・教育	3	3	3	0
⑰ 学習理論	2	2	2	0
⑱ 放射線医学	3	3	3	2
⑲ 病理学	3	3	3	2
⑳ 遺伝子診断	2	1	2	2
㉑ 漢方診断	2	2	2	2
2 消化器系の解剖・生理学				
1) 口腔、食道、胃、十二指腸	3	0	0	0

	2) 小腸、結腸、直腸、肛門	3	0	0	0
	3) 肝臓	3	0	0	0
	4) 胆道	3	0	0	0
	5) 脾臓	3	0	0	0
	6) 腹膜、内臓脂肪	3	0	0	0
	7) 後腹膜	3	0	0	0
3	消化器徴候と対応				
	1) 食思（欲）不振	3	3	3	3
	2) 悪心・嘔吐	3	3	3	3
	3) おくび・げっぷ	3	3	3	3
	4) 嚥下困難・障害	3	3	3	3
	5) 胸やけ	3	3	3	3
	6) 腹痛	3	3	3	3
	7) 吐血・下血	3	3	3	3
	8) 便秘・下痢	3	3	3	3
	9) 発熱	3	3	3	3
	10) 黄疸	3	3	3	3
	11) 腹部膨満	3	3	3	3
	12) 腹水	3	3	3	3
	13) 腹膜刺激症状	3	3	3	3
	14) 腹部腫瘤	3	3	3	3
	15) 肝・脾腫	3	3	3	3
	16) 門脈圧亢進症	3	3	3	3
	17) 内臓肥満	3	3	3	3
4	救急病態と対応				
	1) 腹痛・急性腹症				
	①鑑別診断と救急対応	3	3	3	3
	②腹膜刺激症状	3	3	3	3
	③腸閉塞〈イレウス〉	3	3	3	3
	④腸重積症、腸管軸捻転症	3	3	3	3
	⑤消化管穿孔	3	3	3	3
	⑥腸間膜動脈閉塞症、腸間膜静脈血栓症	3	3	3	3

	⑦嵌頓ヘルニア	3	3	3	3
	⑧急性（汎発性）腹膜炎	3	3	3	3
	⑨急性胆嚢・胆管炎、胆石発作	3	3	3	3
	⑩急性膵炎	3	3	3	3
	⑪消化器疾患以外の原因	3	3	3	3
	⑫機能性消化管障害	3	3	3	3
	2) 食道異物	3	3	3	3
	3) 消化管出血	3	3	3	3
	4) 発熱と腹部症状	3	3	3	3
	5) 嘔吐と下痢	3	3	3	3
	6) 黄疸	3	3	3	3
	7) 意識障害	3	3	3	3
5	全身システムと疾患				
	1) 栄養と代謝	3	3	3	3
	2) 消化器系の感染症	3	3	3	2
	3) 血液凝固と線溶現象	3	3	3	2
	4) 免疫異常、自己免疫性疾患	3	3	3	2
6	臨床腫瘍学				
	1) がん診療の基礎				
	①がん生物学	3	2	3	3
	②がん病理	3	3	3	2
	③病期分類	3	3	3	3
	2) がん診療における臨床試験	3	2	2	1
	3) がん治療の基本規則				
	①がん告知と告知後のケア	3	3	3	0
	②緩和医療と終末期医療	2	2	2	0
	4) がん治療方法				
	①がん化学療法	2	2	3	0
	②放射線療法	2	2	2	0
	③外科療法	2	2	2	0
7	先端医療				
	1) 低侵襲治療（内視鏡下治療・腹腔鏡下治療を含む）	2	2	2	1

	2) 臓器移植	2	1	1	0
	3) ロボット治療	2	1	1	1
	4) 再生医療、iPS 細胞	1	1	1	0
	5) がんの免疫療法	2	1	1	1
8	消化器内視鏡学総論				
	1) 消化器内視鏡専門医として心得ておくべきこと				
	①消化器内視鏡の適応と禁忌	3	2	3	2
	②消化器内視鏡の安全管理	3	2	2	2
	③消化器内視鏡の洗浄・消毒・滅菌	3	2	2	2
	④消化器内視鏡の偶発症対策	3	2	2	2
	⑤消化器内視鏡の循環機能を含む全身管理 (術前・術中・術後)	3	2	2	2
	⑥消化器内視鏡の前処置と前準備 (鎮静)	3	2	3	3
	⑦消化器内視鏡の抗血栓治療法施行症例への対応	3	2	2	2
	2) 消化器内視鏡機器				
	①内視鏡 (軟性内視鏡、超音波内視鏡、カプセル内視鏡、など)	3	3	2	2
	②内視鏡システム構成機器 (光源、プロセッサ、超音波観測装置、ワークステーション、など)	3	2	2	2
	③内視鏡周辺機器 (高周波焼灼機器、呼吸器・循環器モニタリング装置、CO2 送気装置、など)	3	2	2	2
	④内視鏡処置具 (生検鉗子、クリップ、高周波スネア、高周波ナイフ、など)	3	2	2	2
II	消化管疾患				
	1 検査				
	1) 糞便検査	3	2	3	3
	2) 消化管感染症の検査				
	①Helicobacter pylori 検出	3	2	3	3
	3) 消化吸収試験	2	1	3	1
	4) 蛋白漏出試験	2	1	3	1
	5) 肛門機能検査	1	1	3	0
	6) 超音波検査法	3	3	3	3
	7) 消化管造影検査				
	①食道・胃・十二指腸造影検査	3	2	3	2

②小腸造影検査	3	2	3	2
③大腸（注腸造影検査）	3	3	3	3
④CT	3	3	3	3
⑤CT colonography、MRI enterography	2	1	3	1
⑥腹部血管造影	2	1	3	2
⑦シンチグラフィ	2	1	3	2
⑧FDG-PET	2	1	3	2
8) 消化器内視鏡検査				
①上部消化管内視鏡	3	3	3	3
②小腸（シングルバルーン内視鏡・ダブルバルーン内視鏡、小腸カプセル内視鏡、パテンシーカプセル）	2	2	2	2
③下部消化管内視鏡	3	2	3	2
④大腸カプセル内視鏡	2	1	1	1
⑤超音波内視鏡（EUS）	2	1	1	1
⑥大腸超音波内視鏡（EUS）	2	1	1	1
⑦消化器内視鏡観察法の分類と原理	3	1	1	1
⑧上部消化管内視鏡の適応と禁忌	3	3	3	3
⑨下部消化管内視鏡の適応と禁忌	3	2	3	2
⑩上部消化管内視鏡の偶発症と予防・対処法	3	2	2	2
⑪下部消化管内視鏡の偶発症と予防・対処法	3	2	2	2
⑫前処置と前準備（鎮静）	3	2	3	3
⑬内視鏡周辺機器（高周波焼灼機器、呼吸器・循環器モニタリング装置、CO2 ガス送気・関連機器）	3	2	3	2
⑭処置具	3	2	3	2
9) 消化器内視鏡検査診断法				
①上部消化管挿入手技と通常観察	3	3	3	3
②バルーン内視鏡（シングル・ダブル）挿入手技と通常観察	2	1	1	1
③下部内視鏡挿入手技と通常観察	3	2	2	2
④消化管良性疾患に対する内視鏡診断	3	2	2	3
⑤消化管悪性疾患に対する内視鏡診断	3	2	2	3
⑥ヨード染色	2	2	2	2
⑦拡大内視鏡観察	2	1	1	1

	⑧画像強調内視鏡 (IEE)	2	1	1	1
	⑨消化管疾患に対する超音波内視鏡診断	2	1	1	1
	⑩生検・内視鏡による検体採取	3	2	2	2
2	食事・栄養療法・生活指導	3	3	3	3
3	基本的治療手技				
	1) 胃洗浄	3	3	3	2
	2) 胃管挿入	3	3	3	3
	3) イレウス管挿入	3	3	3	2
	4) Sengstaken-Blakemore チューブ挿入	3	3	3	2
	5) 浣腸、高圧浣腸	3	3	3	2
	6) 人工肛門管理<ストーマケア>	2	2	2	1
	7) 腹腔穿刺と排液	3	3	3	3
	8) 高カロリー輸液	3	3	3	3
	9) 経管栄養 (成分栄養も含む)	3	3	3	3
4	薬物療法				
	1) 鎮痙・鎮痛薬	3	3	3	3
	2) 鎮吐薬	3	3	3	3
	3) 下剤・浣腸	3	3	3	3
	4) 止痢薬・整腸薬	3	3	3	3
	5) 健胃消化薬・消化管運動調整薬	3	3	3	3
	6) 消化性潰瘍薬・制酸薬	3	3	3	3
	7) Helicobacter pylori <H. pylori> 除菌薬	3	3	3	3
	8) 5 A S A 製剤	3	3	3	2
	9) ステロイド薬	3	3	3	2
	10) 免疫調整薬	3	3	3	2
	11) 抗体製剤	3	3	3	2
	12) 抗菌薬	3	3	3	3
	13) 痔疾用薬	3	3	3	3
	14) 消化管機能調整薬	3	3	3	3
5	専門的治療法				
	1) 内視鏡治療				
	①食道静脈瘤結紮術<EVL>・硬化療<EIS>	2	2	2	3

	②食道腫瘍に対する内視鏡治療	2	1	1	1
	③食道狭窄に対する治療	2	1	1	1
	④アカラシアに対する内視鏡治療	2	1	1	1
	⑤食道異物除去術	2	2	2	2
	⑥胃静脈瘤に対する内視鏡治療	2	1	1	1
	⑦胃十二指腸腫瘍に対する内視鏡治療 (EMR/ESD/LECS)	3	1	1	1
	⑧胃・十二指腸異物除去術	2	2	2	2
	⑨GOO(Gastric outlet obstruction)の狭窄 治療	1	1	1	1
	⑩内視鏡的止血術(局注、クリップ、焼灼、止血鉗子)	3	3	3	3
	⑪内視鏡治療術後処置及び偶発症	2	1	1	1
	⑫小腸 狭窄治療	2	1	1	1
	⑬大腸狭窄治療	2	1	1	1
	⑭ 大腸・小腸腫瘍摘出				
	1)ホットバイオオプシー、コールドフォーセブ スポリペクトミー	2	1	1	1
	2)EMR/ポリペクトミー	2	1	1	1
	3)ESD	2	1	1	1
	4)内視鏡切除標本取り扱いと根治度評価	2	2	2	2
	2) 炎症性腸疾患への特殊療法	3	2	3	2
	3) 胃瘻造設と管理	3	1	3	1
	4) がん化学療法	3	1	3	1
	5) 放射線治療	3	1	3	1
6	外科手術 (腹腔鏡下手術も含む)				
	1) 食道				
	①腫瘍摘出術	1	1	1	1
	②アカラシアに対する手術	1	1	1	0
	③狭窄に対する手術	1	1	1	0
	④裂孔ヘルニア根治手術	1	1	1	0
	⑤頸部食道切除再建	1	1	1	0
	⑥胸部食道切除再建	1	1	1	0
	⑦下部食道噴門切除再建	1	1	1	0

	⑧穿孔に対する手術	1	1	1	1
	2) 胃、十二指腸				
	①腫瘍摘出術	2	1	1	1
	②アカラシアに対する手術	2	1	1	0
	③狭窄に対する手術	2	1	1	1
	④裂孔ヘルニア根治手術	1	1	1	1
	⑤頸部食道切除再建	1	1	1	1
	⑥胸部食道切除再建	1	1	1	0
	⑦下部食道噴門切除再建	1	1	1	1
	⑧穿孔に対する手術	1	1	1	0
	3) 小腸、大腸				
	①虫垂切除術	2	1	1	1
	②腸切開・縫合・吻合術	1	1	1	0
	③腸瘻造設・閉鎖術	1	1	1	0
	④小腸切除術	1	1	1	0
	⑤結腸切除術	2	1	1	1
	⑥大腸全摘術	1	1	1	0
	⑦直腸切除術	2	1	1	1
	⑧直腸切断術	1	1	1	0
	⑨骨盤内臓全摘術	1	1	1	0
	4) 肛門管とその周囲皮膚				
	①痔核, 痔瘻, 裂肛に対する手術	1	1	1	1
	②経肛門的直腸腫瘍摘出術	1	1	1	0
	③肛門癌に対する手術	1	1	1	0
	④直腸脱に対する手術	1	1	1	0
	⑤直腸・肛門奇型の手術	1	1	1	0
7	疾患				
	1) 食道疾患				
	①食道炎, 食道潰瘍, 胃食道逆流症 <GERD>	3	3	3	3
	②食道運動異常症 (食道アカラシア)	3	1	3	1
	③食道癌	3	3	3	3
	④食道・胃静脈瘤	2	2	3	2

2) 胃・十二指腸疾患				
①Mallory-Weiss 症候群	3	2	3	2
②急性胃炎・急性胃粘膜病変<AGML>	3	2	3	2
③アニキサス症	3	2	3	1
④慢性胃炎、萎縮性胃炎	3	3	3	3
⑤胃・十二指腸潰瘍<消化性潰瘍>	3	3	3	3
⑥Helicobacter pylori<H. pylori> 感染胃炎	3	2	3	2
⑦胃腺腫、胃ポリープ	3	2	3	2
⑧胃癌	3	3	3	3
⑨メネトリ工病	3	2	3	1
3) 小腸、大腸疾患				
①感染性腸炎（腸管感染症、細菌性食中毒）	3	3	3	3
②虫垂炎	3	3	3	2
③炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎、Crohn 病）	3	2	3	2
④薬物性腸管障害	2	2	3	2
⑤非特異性腸潰瘍	2	2	3	1
⑥大腸ポリープ、大腸腺腫	3	3	3	3
⑦結腸癌、直腸癌	3	3	3	3
⑧小腸腫瘍	3	2	3	1
⑨消化管ポリポージス	3	2	3	1
⑩遺伝性非ポリポージス大腸癌 <Lynch 症候群>	3	2	3	1
⑪吸収不良症候群・蛋白漏出性腸症	3	2	3	1
⑫虚血性大腸炎	3	3	3	2
⑬胃切除後症候群（ダンピング症候群，輸入脚症候群，胃切除後栄養障害，盲係蹄症候群）	2	1	3	1
⑭顕微鏡腸炎	3	3	3	1
⑮粘膜脱症候群、Cap polyposis	3	2	3	1
⑯腸管気腫症	3	2	3	1
⑰腸間膜脂肪織炎	3	2	3	1
⑱静脈硬化性大腸炎、腸間膜静脈硬化症	3	2	3	1
⑲腸管子宮内膜症	3	2	3	1
4) 肛門疾患				
①痔疾患、肛門管とその周囲皮膚	2	2	3	2

	②肛門癌	1	1	3	1
	③直腸脱	1	1	3	1
	5) 機能性疾患				
	①機能性ディスぺプシア<FD>	3	3	3	2
	②過敏性腸症候群<IBS>	3	3	3	2
	6) 全消化管に関連する疾患				
	①消化管悪性リンパ腫	3	2	3	2
	②神経内分泌腫瘍<消化管カルチノイド腫瘍>	3	2	3	2
	③消化管粘膜下腫瘍 (リンパ腫を除く)	3	2	3	2
	④NSAID 関連消化管障害	3	3	3	2
	⑤血管形成異常	3	2	3	1
	⑥放射線性消化管障害	3	3	3	1
	⑦憩室性疾患 (憩室炎、憩室出血)	3	2	3	2
	⑧全身性疾患に伴う消化管病変 (消化管 Behçet、消化管アミロイドーシス、膠原病関連消化管疾患、IgA 血管炎 (Schönlein-Henoch 紫斑病))	3	2	3	2
	⑨消化管アレルギー、好酸球性胃腸炎	3	2	3	1
Ⅲ 肝疾患					
1 検査					
1) 肝機能					
	①肝予備機能評価	3	3	3	3
	②その他の肝機能検査	3	3	3	3
2) 肝炎ウイルスマーカー					
	①A 型, B 型, C 型, D 型, E 型	2	2	3	2
	②EB ウイルス感染症, サイトメガロウイルス感染症	2	2	3	2
3) 免疫学的検査					
	①免疫グロブリン	3	3	3	3
	②自己抗体	3	3	3	3
	③薬物リンパ球刺激試験	2	2	3	2
4) 腫瘍マーカー					
	①肝細胞癌	3	2	3	2
	②肝内胆管癌	3	1	3	2

	③転移性肝癌	3	2	3	2
	5) 線維化マーカー	1	1	1	1
	6) 画像診断				
	①腹部単純エックス線	3	3	3	3
	②超音波検査<US>	3	3	3	3
	③肝硬度検査	1	1	1	1
	④コンピュータ断層撮影<CT>	3	3	3	3
	⑤磁気共鳴画像<MRI>	3	3	3	3
	⑥ポジトロンエミッション断層撮影<FDP-PET>	2	2	2	2
	⑦腹部血管造影（動脈造影・静脈造影・門脈造影・CTA・CTAP）	2	1	2	3
	7) 肝生検	3	1	2	1
2	食事・栄養療法・生活指導	3	3	3	3
3	薬物療法				
	1) 肝作用薬（UDCA, グリチルリチン製剤）	3	3	3	3
	2) 肝不全・肝性脳症治療薬	3	3	3	3
	3) 利尿薬	3	3	3	3
	4) アルブミン製剤	3	3	3	3
	5) 抗 HBV 薬	2	2	3	2
	6) 抗 HCV 薬	2	2	3	2
4	専門的治療法				
	1) 肝細胞癌に対する非外科的治療				
	①ラジオ波焼灼療法<RFA>	2	1	1	1
	②エタノール注入療法<PEI>	2	1	1	1
	③肝動脈化学塞栓療法<TACE>・肝動注化学療法	2	1	1	1
	④がん化学療法（分子標的薬も含む）	2	1	1	1
	⑤放射線治療	2	1	1	1
	2) 原発性・転移性肝癌に対する外科治療（腹腔鏡手術を含む）	2	1	1	1
	3) 肝移植	2	1	1	2
5	行政と肝疾患診療				
	1) 病診連携	-	-	-	-
	2) 消化器疾患診療に関する法律、制度	-	-	-	-

	3) 消化器関連の感染症法	2	2	2	2
6	疾患				
	1) 肝疾患				
	①急性肝炎（A型, B型, C型, E型, EBウイルス, サイトメガロウイルス）	3	2	3	2
	②劇症肝炎	3	1	2	1
	③慢性肝炎	3	2	3	2
	④自己免疫性肝炎<AIH>	3	2	3	2
	⑤肝硬変	3	2	3	2
	⑥原発性胆汁性胆管炎<PBC>	3	2	3	2
	⑦原発性硬化性胆管炎<PSC>	3	2	3	1
	⑧肝内胆汁うっ滞	3	2	3	1
	⑨閉塞性黄疸	3	2	3	2
	⑩体質性黄疸	2	2	3	1
	⑪薬物性肝障害	3	2	3	2
	⑫アルコール性肝障害	3	2	3	2
	⑬非アルコール性脂肪性肝障害<NAFLD>、NAFL、非アルコール性脂肪肝炎<NASH>	3	2	3	2
	⑭肝膿瘍	3	2	3	2
	⑮寄生虫性肝疾患	2	2	2	1
	⑯肝嚢胞	3	2	3	2
	⑰肝血管腫	3	2	3	2
	⑱肝細胞癌	3	2	3	2
	⑲肝内胆管癌	2	1	3	1
	⑳転移性肝癌	2	1	3	2
	㉑門脈圧亢進症（特発性門脈圧亢進症・肝外門脈閉塞症を含む）	3	2	3	2
	㉒Budd-Chiari 症候群	2	2	2	1
	㉓ヘモクロマトーシス, ヘモジデロシス	2	2	2	1
	㉔Wilson 病	2	2	2	1
	㉕リケッチア感染症（ツツガムシ病、日本紅斑熱）	2	1	2	1
	㉖その他の代謝性肝障害（ポルフィリン症、シトルリン血症等）	2	2	2	1
	㉗放射線性肝炎	1	1	1	1

	⑳Reye 症候群、先天性肝線維症・カローリ病	1	1	1	1
	㉑肝血管腫以外の肝良性腫瘍	1	1	1	1
	㉒肝感染症（ Weil 病・クラミジア/淋菌・肝結核・梅毒）	1	1	1	1
	㉓全身疾患に伴う肝疾患	1	1	1	1
	㉔肝腎症候群	1	1	1	1
	㉕特発性新生児肝炎症候群、新生児乳児胆汁うっ滞	1	1	1	1
	㉖妊娠に伴う肝疾患	1	1	1	1
IV 胆道・膵疾患					
1	検査				
	1) 肝胆道系酵素	3	3	3	3
	2) 膵酵素 血清・尿アミラーゼ、アミラーゼアイソザイム、血清 エラスターゼ-1、血清リパーゼ、トリプシン、ホスフ ォリパーゼ A 2	3	3	3	3
	3) 免疫学的検査				
	①免疫グロブリン	3	3	3	3
	②自己抗体	3	3	3	3
	4) 腫瘍マーカー	3	3	3	3
	5) 膵外分泌機能検査				
	①BT-PABA<PFD>試験	2	2	2	2
	6) 画像診断				
	①腹部超音波検査<US>	3	3	3	3
	②コンピュータ断層撮影<CT>	3	3	3	3
	③磁気共鳴画像<MRI, MRCP>	3	3	3	3
	④ポジトロン断層法<PET>	2	2	2	2
	7) 胆膵領域内視鏡診断				
	①胆膵内視鏡の適応と禁忌	2	1	1	1
	②胆膵内視鏡の前準備・前処置	2	1	1	1
	③胆膵内視鏡の偶発症と予防・対処法	2	1	1	1
	④内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査法<ERCP>	2	1	1	1
	⑤超音波内視鏡検査<EUS, EUS-FNA>	2	1	1	1
	⑥胆膵内視鏡による膵胆道良性疾患診断	2	2	2	2

	⑦胆膵内視鏡による膵胆道悪性疾患診断	2	2	2	2
	⑧経乳頭的ブラシ細胞診・生検	2	1	1	1
	⑨経口胆道鏡・膵管鏡 (POCS/POPS)	2	1	1	1
	⑩経皮経肝胆道鏡検査 (PTCS)	2	1	1	1
	⑪管腔内超音波検査 (IDUS)	2	1	1	1
	⑫EUS-FNA	2	1	1	1
	⑬マノメトリー (内圧測定)	2	1	1	1
2	食事・栄養療法・生活指導	3	3	3	3
3	薬物療法				
	1) 利胆薬	3	3	3	2
	2) 消化酵素薬	3	3	3	3
	3) 蛋白分解酵素阻害薬	3	3	3	2
	4) 抗菌薬	3	3	3	3
4	専門的治療法				
	1) 胆道ドレナージ	2	2	2	2
	2) 薬物療法 (消) がん化学療法 (分子標的治療薬含む)	2	2	2	2
	3) 放射線治療	2	1	2	1
	4) 内視鏡的治療				
	①内視鏡的胆道ドレナージ (EBD, ENBD, ENGBD)	2	1	1	1
	②EST と EPBD (EPLBD も含む)	2	1	1	1
	③経乳頭的胆管結石截石術 (機械的砕石具含む)	2	1	1	1
	④内視鏡的乳頭切除術 (endoscopic papillectomy)	2	1	1	1
	⑤経乳頭的膵管ドレナージ	2	1	1	1
	⑥内視鏡的 WON ドレナージ	2	1	1	1
	⑦内視鏡的膵管結石截石術	2	1	1	1
	⑧胆膵内視鏡治療術後処置及び偶発症	2	1	1	1
	5) 体外衝撃波結石破碎術法	2	1	1	1
5	外科手術 (腹腔鏡下手術含む)				
	1) 胆嚢摘出術	2	1	1	1
	2) 胆道消化管吻合術	2	1	1	1
	3) 膵管空腸吻合術	2	1	1	1
	4) 膵嚢胞手術	2	1	1	1

	5) 臍頭十二指腸切除術（幽門輪温存含む）	2	1	1	1
	6) 臍体尾部切除術	2	1	1	1
	7) 臍全摘術	2	1	1	1
	8) 臍部分切除（核出術を含む）	2	1	1	1
6	胆道疾患				
	1) 良性疾患				
	①胆嚢結石症、胆嚢炎	3	3	3	3
	②胆管結石、胆管炎、肝内結石	3	3	3	3
	③胆嚢ポリープ、胆嚢腺筋腫症	3	3	3	3
	④臍・胆管合流異常（先天性胆道拡張症）	2	2	2	2
	⑤IgG4 関連硬化性胆管炎	2	2	2	2
	⑥IgG4 関連硬化性胆管炎	1	1	1	1
	2) 悪性疾患				
	①肝外胆管癌	2	2	2	2
	②胆嚢癌	2	2	2	2
	③十二指腸乳頭部癌	2	2	2	2
7	臍疾患				
	1) 炎症性疾患				
	①急性臍炎、臍仮性嚢胞	3	2	3	3
	②慢性臍炎、臍石症	3	2	3	2
	③自己免疫性臍炎	3	2	3	2
	④遺伝性臍炎	2	1	1	1
	2) 腫瘍性疾患				
	①臍癌（通常型）	3	3	2	3
	②臍神経内分泌腫瘍<pNET>	2	2	2	2
	③臍腺房細胞癌	2	1	1	1
	④転移性臍腫瘍	2	1	1	1
	⑤臍管内乳頭粘液性腫瘍<IPMN>(分枝型・主臍管型)	3	2	3	2
	⑥その他の臍嚢胞	2	2	2	2
	3) 先天奇形、臍内副脾				
	①臍先天奇形	2	1	1	1
	②臍内副脾	2	1	1	1

V	腹腔・腹壁疾患					
	1	ヘルニア修復術				
		1) 鼠径ヘルニア	2	1	1	1
		2) 大腿ヘルニア	2	1	1	0
		3) 閉鎖孔ヘルニア	2	1	1	0
	2	疾患				
		1) 鼠径ヘルニア, 大腿ヘルニア, 閉鎖孔ヘルニア	2	2	2	2
		2) 細菌性腹膜炎 (特発性細菌性腹膜炎も含む)	2	2	2	1
		3) 癌性腹膜炎	2	2	2	2
		4) 腹膜腫瘍 (偽粘液腫, 中皮腫)	1	1	1	1
	5) 後腹膜腫瘍	1	1	1	1	
	6) 後腹膜線維症	1	1	1	1	
	疾患群到達レベル3					12
	疾患群到達レベル2					46
	疾患群到達レベル1					49
	疾患群合計					107

1) 専門研修基幹施設

○那覇市立病院

<p>認定基準 【整備基準 12】 1) 専攻医の環境</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・初期臨床研修制度基幹型研修病院です。 ・日本消化器病学会認定施設です。 ・研修に必要な図書室とインターネット環境があります。 ・那覇市立病院常勤医師として労務環境が保障されています。 ・法令に基づいた産業医と安全衛生委員会を設置に加え、精神科医と健康管理担当職員を配置し、メンタルヘルスの体制を築いています。 ・H28 年度より全職員対象とするストレスチェックを年に 1 回開催予定しています。 ・各種ハラスメントに適切に対処する相談窓口を各部署に配置しています。 ・女性専攻医が安心して勤務できるように、休憩室、更衣室、仮眠室、当直室が整備されています。 ・敷地内に院内保育所があり定員に空きがあれば利用可能です。
<p>認定基準 【整備基準 12・16】 専門研修プログラムの環境</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・消化器病指導医は 4 名、専門医は 8 名在籍しています。 ・消化器内科専門医研修カリキュラム管理委員会にて基幹施設、連携施設との連携を図ります。 ・基幹施設内において研修する専攻医の研修を管理する消化器内科専門医研修カリキュラム管理委員会と人事課 教育研修グループを設置します。
<p>認定基準 【整備基準 12・20】 2) 診療経験の環境</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・消化器内科専門医研修カリキュラムによる
<p>認定基準 【整備基準 12】 3) 学術活動の環境</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床研究に必要な図書室を整備しています。 ・倫理委員会を設置し、定期的を開催しています。 ・治験管理室を設置し、定期的を受託研究審査会を開催しています。 ・日本消化器病学会に学会・論文発表を行っています。 ・毎週、消化器内科カンファレンス、内視鏡読影会、外科・放射線科・病理合同の消化器カンファレンスを行い、隔週で消化器抄読会を行っています。
<p>指導責任者</p>	<p>豊見山 良作 【専攻医へのメッセージ】 各分野指導医・専門医が充実しており、幅広い研修が可能です。 当院での研修で専門医、指導医、学会評議員の資格を取得しています。 グループで休みやすい体制を整えています。</p>
<p>指導医数 (常勤医)</p>	<p>日本消化器病学会指導医 4 名、日本消化器病学会専門医 8 名</p>
<p>経験できる技術・技能</p>	<p>消化器内科専門医研修医カリキュラム評価表にある消化器内科専門医に必要な技術・技能を、実際の症例に基づきながら幅広く経験することができます。</p>
<p>学会認定施設</p>	<p>◆日本内科学会認定医制度教育病院</p>

(内科系)	<ul style="list-style-type: none"> ◆日本腎臓学会研修施設 ◆日本呼吸器学会認定施設 ◆日本呼吸器内視鏡学会関連認定施設 ◆日本消化器病学会専門医制度認定施設 ◆日本消化器内視鏡学会指導施設 ◆日本透析医学会専門医制度教育関連施設 ◆日本循環器学会認定循環器専門医研修施設 ◆日本心血管インターベンション治療学会認定研修関連施設 ◆日本不整脈心電学会認定不整脈専門医研修施設 ◆日本リウマチ学会教育施設 ◆日本血液学会血液研修施設 ◆日本呼吸器内視鏡学会気管支鏡専門医制度関連認定施設 ◆日本プライマリ・ケア連合学会認定 家庭医療後期研修プログラム(ver.2.0) ◆日本がん治療認定医機構認定研修施設 ◆日本臨床細胞学会認定施設 ◆日本臨床細胞学会教育研修施設 ◆日本東洋医学会研修施設 ◆日本静脈経腸栄養学会 NST 稼働認定施設 ◆日本精神神経学会精神科専門医研修施設 ◆日本救急医学会認定救急科専門医指定施設 ◆日本緩和医療学会認定研修施設 ◆日本がん治療認定医機構認定研修施設 ◆日本超音波医学会認定超音波専門医研修施設 <p>など</p>
-------	--

2) 専門研修関連施設

○琉生病院

- (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準備し、専門研修カリキュラム連携施設担当者をおいている。【整備基準13・18】
- (2) 別途研修カリキュラムに併設して規定した消化器病指導医が非常勤(指導施設から派遣された指導医)として勤務している。【整備基準13】
- (3) 消化器内科専門医・指導医2名(院長・副院長)が常勤し、専攻医の指導に当たることができる。【整備基準13】
- (4) 消化器内視鏡専門医・指導医2名(院長・副院長)が常勤し、専攻医の指導に当たることができる【整備基準13】
- (5) 専門研修基幹施設が定めた専門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。【整備基準13】
- (6) 平成29年度年間検査件数：上部3450件（1,200以上）、下部644件（250以上）【整備基準20】
- (7) 30m²以上の独立した内視鏡検査室を有している。(待合室、更衣室、洗浄室などのスペースは除く)
- (8) 内視鏡に精通したメディカルスタッフを配置している。
- (9) 定まった病理専門施設へ病理診断を依頼している。
- (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。
- (11) 施設実地調査(サイトビジット)に対応できる体制を整備している。
- (12) 病床数は88床(地域包括ケア病床12床 / 療養病床76床)である。※2020年1月1日時点【整備基準13】

那覇市立病院消化器内科専門研修施設群

各施設の概要

	施設名	病床数	消化器病指導医数	消化器病専門医数
基幹施設	那覇市立病院	470	4	※8
連携施設	琉生病院	88	2	※2

※専門医のみならず、指導医・専門医数も含む

消化器内科専門研修医カリキュラム評価表における検査・治療経験の研修可能性

	施設名	検査		治療		
		上部内視鏡	下部内視鏡	ポリペク	EMR	ESD
基幹施設	那覇市立病院	○	○	○	○	○
連携施設	琉生病院	○	○	○	○	×

※各研修施設での消化器内科領域における検査・治療経験の研修可能性を3段階(○, △, ×)に評価しました。

【○：研修できる, △：時に経験できる, ×：ほとんど経験できない】

※施設によっては、記載していない検査・治療が経験できる可能性はあります。

専門研修施設群の地理的範囲【整備基準 15】

沖縄県南部医療圏内にあり、研修するにおいて地理的に問題は無い。

各種委員会

■那覇市立病院消化器内科専門医研修カリキュラム管理委員会

那覇市立病院

豊見山 良作（統括責任者、消化器内科グループ責任者、消化器内科専門医・指導医）

仲地 紀哉（消化器内科専門医・指導医、内視鏡センター長）

宮里 賢（消化器内科専門医・指導医、内視鏡副センター長）

金城 譲（消化器内科専門医・指導医）

田端 一彦（内科専門医研修指導責任者）

知念 優子（放射線・内視鏡師長）

新里 純（人事課 教育研修グループ事務担当）

関連施設担当委員

琉生病院

金城 渚

オブザーバー

専攻医代表

■那覇市立病院消化器内科専門研修施設群 専門医・指導医氏名一覧

那覇市立病院 専門医・指導医（4名）

豊見山 良作

仲地 紀哉

宮里 賢

金城 譲

那覇市立病院 専門医（4名）

馬淵 仁志

西澤 万貴

田里 裕子

琉生病院 専門医・指導医

小波津 寛

金城 渚