

# 消化器内科研修プログラム

2026 年度版

## 【Ⅰ】 消化器内科の診療と研修の概要

診療の基本は、(1) 正確な医学的知識、(2) 的確な技術、そして(3) 心豊かな精神力である。これらの基本をまず身につけなければ、その後の研修の成就是困難なものとなろう。当科ではこれらの基本を診療を通じて体験し、その重要性を体得するために、自主性を重んじた指導をしている。その真の意味は、研修の主体は当然のことながら研修医自身であることに基づいている。内科学は医療を進めていくうえでの礎になることから、当科では、特に消化器病学を中心としながら内科学一般を意識した研修を実施する。

## 【Ⅱ】 研修期間

基本は4週間とするが、6週間、8週間の研修期間にも対応している。

## 【Ⅲ】 研修目標

### A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)

#### 1. 社会的使命と 公衆衛生への寄与

社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。

#### 2. 利他的な態度

患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。

#### 3. 人間性の尊重

患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。

#### 4. 自らを高める姿勢

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

#### 5. 社会人としての常識と研修態度

社会人としての常識を身につけ、指導者の指示に従って積極的に研修を行うことにより、院内での自らの責任を果たす。

### B. 医師としての資質・能力

1～9 は、プログラム全体に共通する目標のうち、当科において研修可能なものを示す。また、10には当科に特有の目標を示す。

#### 1. 医学・医療における倫理性

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

- ① 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。
- ② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。
- ③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。
- ④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。
- ⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。

## 2. 医学知識と問題対応能力

最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。

- ① 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
- ② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。
- ③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

## 3. 診療技能と患者ケア

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

- ① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
- ② 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。
- ③ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

上記の目標を達成するために、以下の臨床手技の修得\*を必須とする(当科で研修が可能なもの)。

医療面接(病歴聴取)
基本的な身体診察(婦人科の内診、眼球に直接接触れる診察を除く)
導尿法
採血法(静脈血、動脈血)
細菌培養の検体採取(体表の分泌液、血液、胆汁、膿瘍、尿)
心電図(12誘導)
超音波検査(腹部)
注射法(皮内、皮下、筋肉、静脈確保)
胃管の挿入と管理(注入を除く)
ドレナージチューブ(イレウス管、胆道ドレナージチューブなど)の管理

\*「修得」とは、指導医や上級医の直接の指導・監督下ではなく、単独または看護師等の介助の下で実施できるようになることを意味する。ただし、小児や協力の得られない患者での単独実施まで求めるものではない。

## 4. コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

- ① 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。
- ② 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。
- ③ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

## 5. チーム医療の実践

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。

- ① 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。
- ② チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。

## 6. 医療の質と安全の管理

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

- ① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。
- ② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。
- ③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。
- ④ 医療従事者の健康管理(予防接種や針刺し事故への対応を含む)を理解し、自らの健康管理に努める。

## 7. 社会における医療の実践

医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。

- ① 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。
- ② 医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。
- ③ 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。
- ④ 予防医療・保健・健康増進に努める。

## 8. 科学的探究

医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。

- ① 医療上の疑問点を研究課題に変換する。
- ② 科学的研究方法を理解し、活用する。
- ③ 臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。

## 9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。

- ① 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。
- ② 同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
- ③ 国内外の政策や医学及び医療の最新動向(薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む)を把握する。

## 10. 当科に特有の目標

消化器疾患の患者を診療する上で基本となる臨床能力を身につける。

- ① 身体所見、検査所見から消化器疾患の的確な鑑別診断を行うことができる。
- ② 悪性腫瘍症例における終末期ケアを実践できる。
- ③ 機会があれば学会で症例報告を行う。

## C. 基本的診療業務

コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる。当科で研修可能な項目のみ示す。

### 1. 一般外来診療

頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。

### 2. 病棟診療

急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域連携に配慮した退院調整ができる。

### 3. 初期救急対応

緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。

## 【IV】 研修方略

### I. 経験すべき症候および疾病・病態

研修目標を達成するために、以下の各項目を経験することを必須とする。

※経験すべき症候及び経験すべき疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常業務において作成する病歴要約に基づくこととし、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン(診断、治療、教育)、考察等を含むこと。

〈経験すべき症候〉

外来又は病棟において、下記の症候を呈する患者について、病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と、病態を考慮した初期対応を行う。

経験できる可能性:○はほぼ全員経験可能、△はチャンスがあれば経験可能

項目	研修期間	
	4週間	6週間以上
① ショック	△	○
② 体重減少・るい瘦	○	○
③ 発疹	△	△
④ 黄疸	○	○
⑤ 発熱	○	○
⑥ もの忘れ	△	△
⑦ 頭痛	△	△
⑧ めまい	△	△
⑨ 意識障害・失神	△	△
⑩ けいれん発作	△	△
⑪ 視力障害	△	△
⑫ 胸痛	△	△
⑬ 心停止	△	△
⑭ 呼吸困難	△	△
⑮ 吐血・喀血	○	○
⑯ 下血・血便	○	○
⑰ 嘔気・嘔吐	○	○
⑱ 腹痛	○	○
⑲ 便通異常(下痢・便秘)	○	○
⑳ 腰・背部痛	△	△
㉑ 関節痛	△	△
㉒ 運動麻痺・筋力低下	△	△
㉓ 排尿障害(尿失禁・排尿困難)	△	△
㉔ 興奮・せん妄	△	△
㉕ 抑うつ	△	△
㉖ 終末期の症候	○	○

〈経験すべき疾病・病態〉

外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。

経験できる可能性：○はほぼ全員経験可能、△はチャンスがあれば経験可能

項目	研修期間	
	4 週間	6 週間以上
① 脳血管障害	△	△
② 認知症	△	△
④ 心不全	△	△
⑥ 高血圧	△	△
⑧ 肺炎	△	△
⑩ 気管支喘息	△	△
⑪ 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	△	△
⑫ 急性胃腸炎	○	○
⑬ 胃癌	○	○
⑭ 消化性潰瘍	○	○
⑮ 肝炎・肝硬変	○	○
⑯ 胆石症	○	○
⑰ 大腸癌	○	○
⑱ 腎盂腎炎	△	△
⑲ 尿路結石	△	△
⑳ 腎不全	△	△
㉒ 糖尿病	△	△
㉓ 脂質異常症	△	△
㉔ うつ病	△	△
㉕ 統合失調症	△	△
㉖ 依存症 (ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博)	△	△

## II. 当科の研修で経験できる項目

研修目標 B-10 「当科に特有の目標」の達成に関連し、当科の研修で経験できる項目を示す。

経験できる可能性：○はほぼ全員経験可能、△はチャンスがあれば経験可能

項目	研修期間	
	4 週間	6 週間以上
《臨床検査》		
内視鏡検査 (模型)	1～2 例*	2～3 例*
超音波検査	2～3 例**	4 例以上
造影 X 線検査	1～2 例	2～3 例
《手技》		
穿刺法 (腹腔)	0～1 例	1～2 例
胃管・イレウス管の挿入と管理	0～1 例	1～2 例
《症状》		
食欲不振	2～3 例	4 例以上
急性腹症	1～2 例	2～3 例
急性消化管出血・出血性ショック	1～2 例	2～3 例

《疾患・病態》		
重症感染症・敗血症	1～2 例	2～3 例
食道・胃・十二指腸疾患(食道胃静脈瘤、食道腫瘍、胃腫瘍など)	2～3 例	4 例以上
小腸・大腸疾患(炎症性腸疾患、腸閉塞、大腸憩室症、大腸腫瘍、原因不明消化管出血など)	2～3 例	4 例以上
胆嚢・胆管疾患(胆石症、胆嚢炎、胆管炎、胆道腫瘍など)	2～3 例	4 例以上
肝疾患(肝腫瘍、アルコール性肝障害、薬物性肝障害、肝膿瘍など)	1～2 例	2～3 例
膵臓疾患(急性・慢性膵炎、膵腫瘍など)	1～2 例	2～3 例

\*数字は消化管模型を用いた内視鏡研修の例数になる。内視鏡トレーニングは本人の希望に基づき行われ、当科から促すことはない。したがって内視鏡未経験で研修が終了する者も存在する。

\*\*病棟に腹部超音波検査が常備されており、指導医の許可のもと、自ら積極的に施行することが望ましい。

### Ⅲ. 指導スタッフ

氏名	職位・役職	略歴など	専門領域
久松理一	教授・診療科長	1991 年慶應大卒	炎症性腸疾患, 下部消化管疾患
松浦 稔	臨床教授 内視鏡室副室長	1995 年神戸大卒	炎症性腸疾患, 下部消化管疾患, 小腸・大腸内視鏡
大森鉄平	臨床教授	2003 年埼玉医大卒	炎症性腸疾患, 下部消化管疾患, 小腸・大腸内視鏡
土岐真朗	准教授・病棟医長	1999 年杏林大卒	胆・膵疾患
三好 潤	准教授	2006 年慶應大卒	炎症性腸疾患, 下部消化管疾患
川村直弘	講師・外来医長	1991 年杏林大卒	肝疾患、栄養治療
林田真理	講師・医局長	1996 年杏林大卒	炎症性腸疾患, 下部消化管疾患, カプセル内視鏡
齋藤大祐	講師	2003 年杏林大卒	炎症性腸疾患, 下部消化管疾患, 小腸・大腸内視鏡
大野亜希子	講師・ 内視鏡室長	2005 年杏林大卒	上部消化管疾患 消化管内視鏡・治療
關 里和	助教	2006 年杏林大卒	肝疾患
落合一成	助教	2010 年杏林大卒	胆・膵疾患
楠原光謹	助教	2012 年杏林大卒	上部消化管疾患 消化管内視鏡・治療
森久保 拓	助教	2014 年杏林大卒	炎症性腸疾患, 下部消化管疾患, 小腸・大腸内視鏡
小栗典明	助教	2014 年杏林大卒	炎症性腸疾患, 下部消化管疾患, 小腸・大腸内視鏡
荻原良太	任期助教	2015 年杏林大卒	炎症性腸疾患, 下部消化管疾患, 小腸・大腸内視鏡

### Ⅳ. 診療体制

当科は、小腸・大腸班、肝臓班、胆膵治療班、消化管治療班の研究班にわかれ、それぞれ専門分野の診療に当たっている。病棟チームは、助教あるいはそれに準ずる医員を主治医(チームリーダー)とし、ほかサブスペシャリティを持った内科指導医(卒後 6～16 年に相当)2～3 名一後

期研修医(卒後3～5年)―初期研修医の順となる、いわゆる屋根瓦方式で構成される。

病棟受け持ち医は各専門医の指導・監督のもと患者の診療にあたり、また週1回開催の症例検討会にて診療内容を提示し確認を受け、教授(診療科長)が診療内容の最終責任者となる。

## V. 週間予定

	午前	午後
月曜日	8:00 チャートラウンド(久松教授回診*) 病棟業務 上部消化管内視鏡検査	病棟業務 大腸内視鏡検査 治療内視鏡(ERCP・EUS-FNA・ESDなど) 18:00(自由参加:症例検討会*), 医局会
火曜日	病棟業務	病棟業務
水曜日	病棟業務 上部消化管内視鏡検査 小腸内視鏡検査	病棟業務 大腸内視鏡検査 小腸内視鏡検査
木曜日	病棟業務 上部消化管内視鏡検査 治療内視鏡(ERCP・ESDなど) 超音波検査	病棟業務 下部消化管内視鏡検査 治療内視鏡(ERCP・EUS-FNA・ESDなど) 超音波ガイド下診断・治療(生検、RFAなど)
金曜日	病棟業務 上部消化管内視鏡検査	病棟業務 大腸内視鏡検査
土曜日	病棟業務	

指導医・上級医とともに病棟勤務を原則とし、上記の表を参考に適宜受け持ち患者の検査・治療に関わる。

\*新型コロナウイルス感染症の流行により一時中止。

## VI. 研修の場所

消化器内科病棟:3-7病棟、3-5病棟、2-5病棟

消化器内科外来:外来棟4階

内視鏡室、超音波検査室など

## VII. 研修医の業務・裁量の範囲

《日常の業務》

1. 新入院患者に面接し、病歴を聴取する。
2. 新入院患者の診察を行う。
3. 新入院患者の problem list を作成する。
4. 朝と夕方に受け持ち患者を診察する。
5. 採血、血管確保などの基本的処置を行う。
6. 検査計画・治療計画を立案する。
7. 受け持ち患者の検査・治療に立ち会い、内容によってはそれに参加する。
8. 症例検討会にて受け持ち患者を提示する。

### 《当直・休日》

1. 総合研修センターが当直の日程を決める。
2. 当直の業務は主に入院患者を対象とするが、ATT の要請があれば救急患者の診療に当たる。
3. 当直時は当直上級医の指示に報告、連絡、相談をし、指示のもと診療にあたる。
4. 勤務時間、当直、休日は当院の規定によって決められる。超過勤務にならないよう、随時指導医に報告、相談をする。

### 《研修医の裁量範囲》

1. 「修得を必とする臨床手技」(研修目標 B-3)の範囲内で、修得できたことを指導医が認めたものについては、指導医あるいは上級医の監督下でなく単独で行ってもよい。ただし、通常より難しい条件(全身状態が悪い、医療スタッフとの関係が良くない、1~2 度試みたが失敗した、など)の患者の場合には、すみやかに指導医・上級医に相談すること。
2. 指示は、必ず指導医・上級医のチェックを受けてからオーダーすること。
3. 診療録の記載事項は、かならず指導医・上級医のチェックを受けること。
4. 重要な事項を診療録に記載する場合は、あらかじめ記載する内容について指導医・上級医のチェックを受けること。
5. 救急外来で患者を診た場合は、帰宅させてもよいかどうかの判断を指導医・上級医にあおぐこと。

### 《研修医が指導医・上級医に報告・相談すべき事象》

1. 消化器関連の知識、技量を高めるために、積極的に相談し自己研鑽する。
2. ヒヤリハット、インシデントおよびアクシデントを遅滞なく報告する。
3. 研修・診療に影響するような自身の健康問題を速やかに報告、相談する。

## VIII. その他の教育活動

1. 自己啓発につながるカンファレンス、症例検討会、CPC やリスクマネジメント講習会などの院内講習会には積極的に出席すること。当直の場合、指導医・上級医に相談し指導医・上級医が代行する。
2. 貴重な症例などを受け持った場合、日本内科学会、日本消化器病学会などの研修医セッションなどで報告する。
3. 消化器病関連の研究会へ積極的に参加すること。開催については医局に掲示される。

## 【V】 研修評価

研修目標に挙げた目標(具体的目標)の各項目について、自己評価および指導医による評価を行う。なお、指導医が評価を行うために、コメディカル・スタッフや患者に意見を聞くことがある。

評価は「観察記録」、すなわち研修医の日頃の言動を評価者が観察し、要点を記録しておく方法により行い、特に試験などは行わない。指導医の評価票は初期臨床研修委員会に提出する。

上記以外に、研修目標達成状況や改善すべき点についてのフィードバック(形成的評価)は、随時行う。

## 【VI】 その他

当科の研修に関する質問・要望がありましたら下記の臨床研修係に御連絡ください。

臨床研修係： 荻原 良太

PHS 77671

メールアドレス [ryota-ogihara@ks.kyorin-u.ac.jp](mailto:ryota-ogihara@ks.kyorin-u.ac.jp)