日本内視鏡外科学会技術認定（消化器・一般外科領域）
応募の手引き（2024 年度）

1. 応募資格
2. オンライン申請方法（書式 1～10）
3. 申請ビデオデータ
4. 臓器別規定
5. 諸注意

１．応募資格

１）申請時に日本内視鏡外科学会会員であること。

(2024 年 9 月 30 日までに申請される場合は、2024 年度年会費を完納していること。但し、2024 年 10 月 1 日以降の新規入会者は、2025 年度のみの年会費完納でもよい)。

２）日本外科学会専門医**であり、日本消化器外科学会消化器外科専門医であること。腎（ドナー）にて申請の場合は日本移植学会移植認定医、副腎にて申請の場合は日本内分泌外科学会専門医をもって代替することができる。**

３）胆嚢摘出術などの低難度手術の症例であれば 50 例以上、大腸切除、胃切除などの高難度手術の症例であれば 20 例以上を、術者あるいは指導的助手として経験していること（詳細は下記「2. オンライン申請方法 3）症例一覧表」の項参照)。

４）専門領域の内視鏡下の高難度手術を独力で完遂でき、これらの手術の指導ができること。

５）本学会並びに関連学会が主催する、あるいはこれら学会が公認または後援する内視鏡外科に関するセミナーを受講していること。

６）内視鏡外科手術に関する十分な業績を有すること。

※ 同一の年度内に、複数臓器や異なる形式（腹腔鏡・ロボット支援）での申請はできません。

※ 既に技術認定を取得された方が、別の臓器や形式（腹腔鏡・ロボット支援）での申請をすることはできません。

※ 提出書類データなどで偽装が認められた場合には、以後数年間申請不可（申請者あるいは所属施設）や所属長へ報告などとする場合がありますのでご注意ください（実際、過去に書類偽装として数年間申請禁止とした事例もございます)。

※ 学会ホームページの「よくあるお問い合わせ」もあわせてご参照ください。

２．オンライン申請方法（書式 1～10）

日本内視鏡外科学会ホームページより会員専用ページにログインのうえ、申請画面にて各書式への入力・登録を行ってください。

ビデオデータもオンライン申請画面上で登録してください。ビデオデータ登録後、オンライン申請画面にて登録を完了したうえで「申請」ボタンを押下後、必要書類を事務局まで郵送の事。

１）応募書・履歴書（書式１・２）

申請画面において日本消化器外科学会専門医認定証の写し（有効期限内のもの）の画像データを

登録してください。

※書式１の情報（所属・住所等）を変更する場合は、必ず会員専用ページの情報も更新してください。

２）セミナー等参加証明書類（書式３）

申請受付締切日（10 月 15 日）から過去５年以内の日本内視鏡外科学会(以下本学会)総会、本学会教育セミナーあるいは以下に記載する講習会等の参加証明書類を画像データ（PDF, JPG 等）で登録する。

※参加証明書（受講証明書）の画像データは、カラーで保存したものに限ります（モノクロは不可）。

※参加者名の記載がない参加証明書（受講証明書）などは、原則不可とします。

※領収書は参加証明書として認められません。

※総会参加証明は、購入証明書では認められません。

◎申請必要点数は合計 14 点以上とし、個々の点数は下表の通りとする。

セミナー	点数
本学会総会（複数年の参加の場合には、各３点となる）	３点
本学会教育セミナー ※教育セミナーⅠまたはⅡへの１回以上の受講を必須とする。 ※教育セミナーⅠ、Ⅱそれぞれに各４点が付与される（2020 年度以降は事後オンデマンド受講も含む）。 ※e ラーニングサイトの修了証での申請は不可	４点
本学会主催縫合・結紮手技講習会　（2021 年度からはリモート講習も含む） 【短時間集中コース】内視鏡下縫合・結紮手技講習会（第 32 回総会時）	４点 ２点
後援講習会　（動物もしくは Cadaver を用いた実技講習を伴うもの） 後援講習会　（動物もしくは Cadaver を用いた実技講習を伴わないもの） 公認研究会 ※後援講習会・公認研究会の一覧は JSES ホームページを参照	４点 １点 １点
本学会主催手術見学プログラム（リモートも含む） 本学会プロクター教育セミナー	２点
WebSurg(http://www.websurg.com/) CME ACCREDITATION ※計４点まで加算可（CME CREDIT HOURS 1.00 を１点と換算する）	１点

３）症例一覧表（書式４）

申請受付締切日（10 月 15 日）から過去３年以内に行われた症例について必要事項を入力する（海外での症例を含んでもよい）。

提出する症例数は以下のいずれかとする。2023 年度からロボット支援手術を経験症例に含むこと

が出来る。

【高難度申請】

・食道手術、胃切除術、結腸直腸切除術、甲状腺手術、乳腺切除術、尾側膵切除術、肝部分切除術、副腎摘出術などの臓器摘出術や、総胆管切石など臓器再建などの複雑な手技を要する術式のような、より難度の高い高難度手術を 20 例

・高難度手術 20 例中に低難度手術を混ぜることは不可とする

例：胃切除 15 例＋胆嚢摘出 5 例は不可

例：大腸手術（形式問わず）20 例＋胆嚢摘出 3 例（提出ビデオが胆嚢摘出）は可

注 1）高難度手術の例（臓器摘出と再建を伴うもの）としては、盲腸癌に対する回盲部切除術やＳ状結腸過長症に対する腹腔鏡下Ｓ状結腸切除術が挙げられる

注 2）胃空腸吻合術や腹腔鏡下イレウス解除術、腸閉塞に対する腹腔鏡下腸管剥離術、肝嚢胞天蓋切除術は、低難度手術に分類される

・腹腔鏡手術とロボット支援手術を混ぜることは可。（例：腹腔鏡 19 例、ロボット支援手術 1 例の場合でも、申請（主ビデオ）は腹腔鏡・ロボット支援どちらでもよい。）

【低難度申請】

・提出ビデオデータ（3 点）に関しては、対象臓器および手術術式が同じ症例とする。

・胆嚢摘出術、虫垂手術、ヘルニア手術等の低難度手術は、高難度手術 5 例に加え、低難度手術を 45 例以上登録すること。

（脾臓摘出術は、低難度手術として登録することは可能）

例：胆嚢摘出 45 例＋大腸手術 5 例は可（胆嚢摘出 40 例＋大腸手術 10 例も可）

例：胆嚢摘出 30 例＋大腸手術 20 例は可

① 症例一覧表には下記に定める申請ビデオデータについての臓器別規定に拘わらず、HALS 使用例や審査対象外の術式を含めることができ、また、対象臓器についても上記

規定に反しない限り混在しても良い。

② 所属施設内において、症例一覧の番号に対応する患者姓名、年齢、性別、手術年月日リストを作成、管理すること（症例一覧に記載することの承諾を得ることが望ましい）。

4）推薦書（書式 5）※原本を事務局へ郵送のこと

申請者の内視鏡外科手術技術を保証し得る指導的立場にある者（2 名とする）の署名があること。申請年の 3 月 1 日以降に、署名したものとする。

必ずしも内視鏡外科医や本学会会員でなくても良く、申請者と同施設である必要はないが

申請者の手術を実際に見学し、その技量を保証し得る者であること。

※申請者より上の立場の方が望ましいですが、該当者がいない場合は、申請者に近い立場の役職をもつ第三者の署名も可とします。

申請画面の書式5の画面または、ホームページよりダウンロードした推薦書の原本を事務局へ郵送すること。

5） ビデオ審査添付書（書式6）

提出する審査対象術式のビデオ（主ビデオとよぶ）の症例について書式6の画面で登録のうえ申請書類一覧画面からPDFとして出力し、**ビデオアップロード画面にてPDFをアップロード**すること。必要であれば縫合・結紮シーンのビデオ（副ビデオとよぶ）も同様に登録すること（ヘルニアは任意。臓器別規定参照）（提出は任意）。ビデオ審査添付書には、申請者・患者が推察され得る情報は一切記入しないこと。（申請者・患者が推察され得る情報があった場合は審査不可となる場合がある。）

注）ビデオ審査添付書に、各症例のビデオデータのファイル数を必ず入力すること。

（1症例について動画データを5ファイルアップロードするなら、「5」となる。）

※アップロードファイル数には、ビデオ審査添付書の数は含みません。

※ファイル数と実際のビデオデータ数が一致しない場合、データがアップできません。

6） 病院・患者承諾書（書式7）

書式7-1病院承諾書の原本を、申請完了後に事務局へ郵送すること。書式7-2患者承諾書（施設保管用）は施設にて保管すること（書式7-2は事務局に郵送しないこと）。

※書式は申請画面にてダウンロードするか、学会ホームページに掲載している最新の書式をご使用ください。（2020年以前の書式は、使用できません。）

※縫合・結紮のシーンが臨床例の場合で、患者が主ビデオデータと異なる場合には、副ビデオ分の病院承諾書も提出してください。

※記入方法については以下をご確認ください。

- 書式7-1病院承諾書は、該当するビデオ番号を明記すること。ビデオ番号とは、ビデオを登録したときの番号で、高難度の場合は1症例のみの提出のため、ビデオ番号「1」に〇をつける。低難度の場合は3症例の提出となるため、該当する番号に〇をつける。また、主ビデオと副ビデオが同じ臨床例の場合は、「副」にも必ず〇をつけることとする（「副」に〇がついていない場合は、Drybox例か、主ビデオと違う臨床例とみなし、副ビデオ用の書式7-1が未提出の場合は、書類不備として審査不可になる可能性があります）。
- 書式7-1病院承諾書は(ⅰ)(ⅱ)(iii)の記載事項を確認して、該当する場合はチェックボックスにチェックを入れること。
- 書式7-1病院承諾書の(ⅰ)にチェックがない場合は、審査不可とする。
- 書式7-1病院承諾書の責任者は病院長、所属長あるいは事務局長など、書類確認等に責任の持てる第三者とする（申請者より上長であることが望ましい）。責任者の自署ではなく記名押印したものを提出する場合、印鑑は認印とする。
- 書類上、不備が出た場合は二重線＋訂正印としてください。それ以外の修正（ホワイ

ト・修正テープ等）は審査不可とし、以降数年間の申請禁止となる場合があるのでご注意ください。

- 書式 7-2 患者承諾書には施設保管用と患者様保管用があり、それぞれ技術認定申請の承諾と、2 次利用の承諾を得る内容になっている。両内容について文章および口頭で十分な説明を患者に行い、患者に承諾・確認した事項をすべてチェックしてもらい同意を取得すること。

※2023 年度以前に提出したビデオを再度提出する場合には、承諾書はコピーでも可とします。
※コピーの場合は、コピーの理由をオンライン画面に明記してください（2023 年度提出済など）。
※コピーも必ず、郵送してください。

7）業績一覧（書式 8）

内視鏡外科手術に関する下記の論文（著書）を 2 編、学会発表を 3 つ必要とする。
申請者名・内視鏡外科手術に関する記述のある箇所を赤色の下線や赤色の枠で示し、下記①②の画像を申請画面で登録すること。
※オンラインの抄録を印刷してもよいが、本文が読めること。
※赤線または赤枠の提示がない、本文の読めない画像などの場合は原則審査不可となります。
※考察の中でのみ内視鏡外科手術について触れている論文は不可です。

＜論文（著書）＞

① 発表者、発表雑誌（著書）、発表年（発行年）が確認できるページ
② 論文（著書）内視鏡外科手術に関する記述のあるページのコピー（論文の本文のみの Word 原稿等は不可）

- 内容が内視鏡外科手術に関するものであれば、掲載誌は問わないが、短報、エッセイや紹介文などは不可とする。内視鏡外科手術の内容の箇所に赤線を引く。
- 掲載時期は問わないが、掲載予定のものについては該当編集事務局の採用証明書を上記①②（掲載前の場合には、Word でよい。）とともに申請画面で登録すること（採用証明書は、メールを印刷したものでもよい。）
- 筆頭著者・共同著者の別を問わない

＜学会発表＞

① 学会名、会期、演題名、発表者名、発表年月の確認できるページのコピー
② 抄録本文のコピー（抄録本文のみの Word 原稿等は不可）
（抄録集表紙＋プログラムページ＋抄録本文ページなどの構成）
内視鏡外科手術の内容の箇所に赤線を引く。

- 全国レベル以上のもの、あるいは本学会が認定する公認研究会のみ認められる
- 発表時期は問わないが、発表予定のものについては大会運営事務局の採用証明書を上記①②（掲載前の場合には、Word でよい。）とともに申請画面で登録すること
（採用証明書は、メールを印刷したものでもよい。）
- 筆頭演者・共同演者の別を問わない
- 第 28 回以降の日本内視鏡外科学会総会の抄録は、会員専用ページ内に掲載しています。

８）同意書（書式9）

申請システム上で、申請ビデオの教育目的利用や2次利用、ホームページ上での氏名公開に関する申請者ご自身の諾否を「同意書」に入力する。

９）申請書類一覧（応募書類確認書）（書式10）　※原本は事務局へ郵送のこと

オンライン申請完了後、プリント画面より申請書類一覧を印刷し、施設診療科長など（申請者より上長が望ましい）の署名を得て、5. 諸注意の6）送付書類一覧を参照のうえ事務局へ郵送すること。

１０）審査料払込受領書控

① 審査料は30,000円とし、既納の審査料は返却しない。また、翌年以降への繰越はしない。

② オンライン支払いサイトより、クレジットカードにて納入後、オンライン支払いサイトのサービスカウンターより、領収書をダウンロードし、申請書類一覧画面（書式 10）にて領収書の画像を登録すること。

３．申請ビデオデータ　（2021年11月1日から2024年9月30日までに退院の症例であること。臨床例の副ビデオデータも含む。）

提出する審査ビデオ症例本数は、低難度（ヘルニアおよび胆道の胆嚢摘出術のみ）は3本、高難度は1本です。また、ヘルニア※以外は、副ビデオの提出が必須です。

※ヘルニアの副ビデオの規定については、臓器別規定を参照のこと。

※ロボット支援手術によるビデオの提出は、食道・胃・大腸・膵臓に限る。

食道・胃・大腸に関しては、主ビデオと副ビデオが、腹腔鏡、ロボット支援手術のどちらも可。

（例：主ビデオ・腹腔鏡、副ビデオ・ロボット支援手術も可）

※アノテーションやステータスエリアの収録要否は定めない。ただし、収録している場合には審査の参考となる場合があります。

※デュアルコンソールを用いて術者以外がアームやカメラを操作しないこと。ポインターの使用は可とする。

※ビデオデータの提出はオンライン上で行ってください。

※低難度（ヘルニアおよび胆道の胆嚢摘出術）の提出ビデオデータは、対象臓器および手術術式が同じ症例に限ります。3本のうちいずれのビデオデータを審査するかは、ランダムに選定します。

※審査時に「不適切なビデオ」と判断された場合、2 本目を審査することはなくその時点で審査を終了します。

※提出ビデオデータは、主ビデオ、副ビデオとも2024年9月30日までに退院した症例に限ります（日帰り手術も含む）。

※ビデオ審査添付書に編集歴の記載がなく編集されている場合や、ビデオ内にはっきりとした顔映り・個人情報の記載が認められる場合は審査不可になる可能性があります。また、顔映り・個人情報保護

の目的以外の編集は不可となり、その種の編集とみなされる場合、審査不可や、数年間の申請禁止となる場合もあるため注意してください（個人情報の記載とは、ビデオ審査添付書、ビデオファイル名、ビデオ内に、申請者名・患者名・申請番号・施設名などが推察される情報が記載されていることを指す）。

1）術者として最近行った内視鏡外科手術の未編集データ（主ビデオデータ）。
（未編集データとは、体外操作時のカットは認めるが、内視鏡導入後のトロッカー挿入時からポート抜去までの全手術を記録したものとする）
臓器によっては体外操作の収録が求められているため、詳細は臓器別規定を参照のこと。
術中のカメラの出し入れ（汚れをふく行為）については編集不可とする。ただし、術者・助手のみではなく、個人の顔が映りこんでいる場合は、個人情報保護のため、編集すること。
術者・助手の顔がはっきり映りこんでいる場合には審査不可となることがある。患者情報保護のための編集（カット）も同様とする。また、編集した箇所については必ずビデオ審査添付書に タイムコード・理由を記載すること。
施設名や術者の氏名、患者の氏名なども編集すること。

2）【副ビデオデータ】（縫合・結紮シーンビデオ）

–①副ビデオデータ提出について　※ヘルニア以外の臓器対象

主ビデオ内の体内での縫合・結紮シーンの有無にかかわらず、縫合・結紮のシーンのみを編集し、副ビデオとして提出すること。
縫合結紮については副ビデオのみで審査します。
（提出しない場合、審査において該当項目の採点は0点となる）。

–②副ビデオデータの規定と審査方法について　※ヘルニアを含む全臓器対象

- 縫合・結紮部分のみに編集したビデオデータとする（縫合・結紮・吻合の映像のみデータに収録のこと。臨床の場合には、編集する）。
- 主ビデオと異なる臓器や形式の縫合・結紮部分のビデオでもよい。（例：主ビデオ・腹腔鏡、副ビデオ・ロボット支援手術も可）。
  注）ただし、ロボット支援手術のビデオデータは申請が認められた臓器のみとする。
- 臓器により縫合結紮の配点が異なります。共通基準採点表（臓器別に異なる）を参照のこと。

・臨床例でも、縫合練習器での縫合結紮操作（ドライボックス）でも、満点は同じとする。
・結紮は、体内結紮法とする。体外結紮法は認めない。
・縫合結紮は、離れた組織を接合する手技を評価するものなので、刺通縫合・結紮は認めない。ドライボックスを用いる場合、縫合素材に切り込みを入れるなど、素材の接合が評価できるようにすること。接合が不十分な場合は減点の対象とする。
・針を持針器で把持する動作から縫合・結紮を終えて糸を切るまでの未編集ビデオデータとする。また、結紮は3回行い、初回2回の結紮法はSquare knot またはSurgeon’s knot とする。

・Square knot もしくは Surgeon’s knot 以外の結紮は減点とする（Slip knot は Square knot とみなす）。

・ビデオ提出のみを目的とした必要のない縫合など、倫理的に問題があると審査委員が判断した場合は、縫合・結紮の採点を 0 点とする。

・結紮用特殊機器を用いたものは審査対象とならない。

3）ビデオデータ形式およびファイル名

＜ビデオデータ形式＞

・ ビデオデータの形式は mp4 とし、他の形式は受付不可

・ 1 ファイルを 2GB までとし、2GB を超える場合は 2GB 以下になるように圧縮するか、ファイルを分割してアップロードすること

・ 1 ファイルは 2.5 時間を超えないものとすること

・ 1 症例の分割後のビデオデータのファイル数は、1 ファイル～5 ファイルまでとする（それを超えてしまう場合は適宜圧縮するなどをお願いいたします）

参考：2 時間の手術のビデオは、2～3 ファイル程度（1 ファイル 2GB 以内）

4 時間の手術ビデオは、5 ファイル程度（1 ファイル 2GB 以内）

※3D で行った場合でも、2D の動画を提出すること。3D 画像での審査は行っていない。

※ビデオデータと同様に、ビデオ審査添付書をアップロードすること

※オンライン申請画面の PDF 書出ボタンより、ダウンロードする。

※肝臓の場合、下記ビデオ以外にも提出データがあるため注意してください（臓器規定参照）

＜ファイル名＞

※以下条件に当てはまらない場合はデータアップ不可となります。

※2024XXXX は、申請者番号とする。

※MAIN1-X の「X」には、1 症例の分割後のビデオデータの何番目のファイルになるかの数値（1-5）を入れてください。（ビデオが 1 本でも 1 番目になります。）

例：ファイルが複数の場合は、2024XXXX-MAIN1-2、2024XXXX-MAIN1-3・・とする。

※高難度の場合は下記＜症例 1 のファイル名＞に当てはまります

※ファイル名に、拡張子は入りません。

【主ビデオ】

＜症例 1 のファイル名＞

●主ビデオ

2024XXXX-MAIN1-X　（拡張子は小文字にて.mp4 になります。）

●ビデオ審査添付書

2024XXXX-opeinfo-MAIN1（拡張子は小文字にて.pdf）とする。

＜症例 2 のファイル名＞

●主ビデオ

2024XXXX-MAIN2-X　（拡張子は小文字にて.mp4 になります。）

●ビデオ審査添付書

2024XXXX-opeinfo-MAIN2（拡張子は小文字にて.pdf）

＜症例3のファイル名＞

●主ビデオ

2024XXXX-MAIN3-X　　（拡張子は小文字にて.mp4になります。）

●ビデオ審査添付書

2024XXXX-opeinfo-MAIN3（拡張子は小文字にて.pdf）

【副ビデオ】

＜ファイル名＞

●副ビデオ　　※ヘルニア以外は、提出必須

2024XXXX-SUB　　（拡張子は小文字にて.mp4になります。）

●ビデオ添付書　　※提出は任意

2024XXXX-opeinfo-SUB（拡張子は小文字にて.pdf）

４．臓器別規定

【全臓器共通規定】

１）複数臓器や形式での申請は受け付けないため、臓器（術式）と形式を１つ選択すること。
※低難度は症例３本ともに同術式とすること（例：胆道の胆嚢摘出術と総胆管結石は別術式であるため混在したものは申請不可）

２）提出されるビデオデータについては、時間制限、体外操作の収録、HALSの是非などが、対象臓器により詳細に規定されているので、必ず下記の臓器別規定を参照すること。なお、HALSを対象外としたのは、HALSの有用性を否定するものではなく、単に技術評価の困難性によるものである。単孔式手術については、その提出・審査を妨げないが、審査基準に酌量はない。

３）70点以上を合格点とする（採点点数は、公表しない）。

４）映像内で「顔映りカット（術者・助手のみではなく個人の顔映りは個人情報）・患者情報保護」のため編集をする場合、必ずビデオ審査添付書にタイムコード・理由を記載すること。

５）他臓器の合同手術のビデオ提出に関しては、原則提出不可（症例一覧に含めることは可）とする。ただし、下記臓器別規定内に合同手術に関しての審査可と説明がある場合は、例外とする。

６）主ビデオデータの体内での縫合・結紮シーンの有無にかかわらず縫合・結紮シーンの映像（副ビデオ）を提出すること。※ヘルニア以外の臓器

【臓器別規定】

＜胃＞

Ⅰ．審査対象手技は胃癌に対するリンパ節郭清を伴う幽門側胃切除とする。
ロボット支援手術も可とする。

Ⅱ. 体腔外で、胃空腸縫合、Y 脚の再建などを行っている場合は、収録方法は問わないが、必ず記録して提出すること。収録されていない部分は減点となる。

Ⅲ. HALS を使用した手技は対象としない。

Ⅳ. 時間制限は特に設けない。

Ⅴ. 胃切除術と併施している胆嚢摘出術はその部分について審査しない。

Ⅵ. 他領域との同時手術の症例も審査可とする。（ビデオ審査添付書に、胃手術部分の手術時間（タイムコード）を必ず記載すること。）

Ⅶ. 標本取出しについては編集可能だが、術中のカメラ出し入れ時の編集は不可とする。

＜大腸＞

- 対象症例は、S 状結腸癌あるいは直腸 S 状部の癌とする。
- ロボット支援手術も可とする。
- D2 以上のリンパ節郭清を施行した症例とする。
- 縫合器･吻合器を腹腔鏡下（ロボット支援）で使用した症例とする。
- HALS の使用症例は対象外とする。
- 体外操作の撮影・提出は不要である。
- 標本取出しについては編集可能だが、術中のカメラ出し入れ時の編集は不可とする。
- 他領域との同時手術の症例も審査可とする。（ビデオ審査添付書に、大腸手術部分の手術時間（タイムコード）を必ず、記載すること。）
- ビデオ審査添付書に、臨床病期と断端距離を記載すること。

＜食道＞

- 対象術式は、食道アカラシアに対する腹腔鏡下手術、食道裂孔ヘルニア(TypeIII または TypeIV)に対する腹腔鏡下手術、食道癌に対する胸腔鏡手術に限定する。
- ロボット支援手術の場合、食道癌手術のみ対象とする。
- ポート挿入部や小開胸は、その位置が分かるようなに閉創時の映像を外から収録する。
- 食道アカラシアと食道裂孔ヘルニアに対する腹腔鏡下手術について、HALS は審査対象外である。
- 食道癌に対する胸腔鏡手術は 5 時間以内とする。腹部操作・頸部操作は評価対象外であり、胸腔鏡操作の映像のみを提出する（ビデオ添付書内「手術時間」と「出血量」は、胸腔鏡手術時のものを記入すること)。用手補助は肺の圧排行為のみを認めるが、手術手技に関与するものは評価対象外である。小開胸を併用する場合、開胸創は 5cm までとする。

＜胆道＞

- 胆嚢摘出術と総胆管結石手術を対象術式とする。
- 胆嚢摘出術のビデオデータ提出症例について

  a) 胆嚢炎併存症例に限定する（慢性、急性を問わない)。高度の炎症症例における癒

痕硬化のように、評価不能となる審査項目は加点されないので注意する。

b）胆嚢全摘の症例とする。胆嚢亜全摘術や胆嚢瘻作成、開窓術などは審査不可とする。

c）炎症がほとんどなく審査に値しないと判断された場合は審査不可とする。

- 胆嚢摘出術は3時間以内、総胆管結石手術は4時間以内の手術とする。
- 両手法（術者が左右の手で鉗子操作する）で行われたものを対象とする。

  a)トロッカーの配置は問わず、同じ審査項目で評価する（アメリカンスタイル、フレンチスタイルなど）。

  b)トロッカーの数は問わず、同じ審査項目で評価する（単孔式、四孔式でのポートの追加など）。
- 腹腔鏡による腹腔内画像は、気腹開始からカメラポートを除くすべてのトロッカー抜去までの間における全画像を提出する。
- 審査ビデオデータが本規定を満たさない、あるいは審査に明らかに適さないと判断された場合審査不可となり、2 本目の審査をすることはない。
- 胆嚢摘出術と総胆管結石手術のいずれも、70 点以上を合格とする。

＜副腎＞

- 審査ビデオデータは副腎静脈の剥離・切断操作を評価できるものに限る。
- HALS を使用した術式は対象としない。

＜腎臓＞

- 審査対象を生体腎移植のドナー腎摘症例に限る。
- 手術開始直後の操作腔の作成をどのようにしているか判断できる映像を加えること(場合によっては体外操作も含む)。
- HALS を使用した術式は対象としない。

＜ヘルニア＞

- TAPP または TEP による鼠径ヘルニア手術を対象術式とする。
- 対象症例は男性症例に限定する。
- 日本ヘルニア学会におけるヘルニア分類の L-2 型あるいは L-3 型の外鼠径ヘルニア症例に限定する。
- ビデオ審査添付書（書式 6）の「病期」欄に日本ヘルニア学会ヘルニア分類とヘルニア門の大きさを必ず記載すること。
- 気腹操作開始時から気腹終了、脱気時までの連続手術操作画像を提出すること。
- ビデオの提出は両側、片側（ともに未編集）ともに可とするが、両側のビデオを提出する場合は、両側での総合的な審査となる。
- **縫合・結紮（副ビデオ）について**

  副ビデオの提出は任意とする。主ビデオに縫合・結紮シーンが含まれている場合は、

副ビデオの提出は必要ない。ただし主ビデオに縫合・結紮シーンが含まれておらず、副ビデオの提出がない場合は、その部分の採点は0点になる。

（例えば、副ビデオの提出がなく、主ビデオに縫合シーンしかないような場合は、結紮の点数は0点になる。）

そのため、提出ビデオ3本のうち、1本でも縫合・結紮シーンがない場合は、副ビデオの提出を推奨する。この場合、どのビデオで審査することになっても、副ビデオの提出があれば審査対象となる。

審査の際は、主ビデオと副ビデオがあれば、総合的に審査する

※副ビデオデータの規定と審査方法については、他の臓器と同じになる

＜肝臓＞

- 審査対象手技は悪性腫瘍または悪性腫瘍を疑う症例に対する肝部分切除術で、肝実質切離、脈管処理を完全腹腔鏡下に行った症例に限定して審査を行う。
- 以下に示す症例は、経験症例としてカウントすることは可能であるが、審査用に提出可能な症例としては対象外とする。
  - 肝外側区域切除術を含む系統的肝切除術を施行した症例
  - 肝門側のグリソン処理を肝実質切離に先行して行う様な手技を用いた症例
  - 胆嚢以外の他臓器を切除する手技を併施した（大腸癌と肝転移の同時切除など）症例
  - 自動縫合器を主とした肝切離を施行した症例
  - 肝内での脈管処理の無いあるいは極めて少ない肝辺縁などの実質切離症例
  - HALS 、腹腔鏡補助下手術を施行した症例
- 手術中の術者の立ち位置とポートの配置、術者がおもに使用したポートおよびエネルギーデバイスがどれであるかが分かるようシェーマを電子ファイル（PDF、JPEG など）で提出する。なお、途中で術者の立ち位置が変更になった場合は、ビデオのどの部分のものか分かるように示した複数のシェーマを提出する（次頁、サンプル参照）。
- 腫瘍の確認および切離線の決定を行っていることがわかる術中超音波画像（静止画または動画）を電子ファイル（静止画のみの場合はPDF、JPEG などの形式で2枚以上）にして提出する。また、手術ビデオ内に術中超音波動画が収録されている場合でも、必ず超音波画像専用のファイルもデータで別途提出する（手術ビデオの切り取り動画も可）。
- 申請者（施設含む）や患者が特定され得る情報は何らかの方法で必ず消去すること。特に、ビデオ内に術中超音波動画を収録する場合には、超音波画像に予め設定された施設名が表示されないよう注意すること。
- 腫瘍とそのサージカルマージンが確保されていることが判定できるよう、肉眼的病理所見（標本写真）を電子ファイル（PDF、JPEG など）で最低1枚提出する。なお、超音波画像と同様に、申請者（施設含む）や患者が特定され得る情報は何らかの方法で必ず消去すること。

※ 超音波画像、病理所見（標本写真）については、申請者（施設含む）や患者が特定さ

れ得る情報が残っていることが審査開始後に判明した場合は、審査の公平性を保つために審査不可（不合格）とする場合がある。

＜肝臓の主・副ビデオ以外の提出データ＞

① シェーマ画像・・・2024XXXX-MAIN1-schema-X（静止画１枚以上）

② 術中超音波画像または、動画・・・2024XXXX-MAIN1-ious-X（動画なら１つ以上、静止画なら２枚以上）

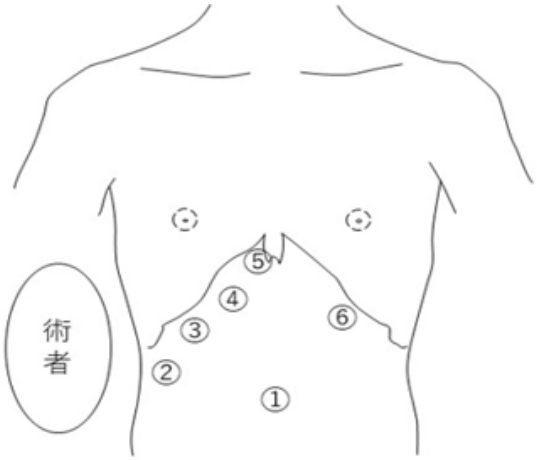
③ 肉眼的病理所見・・・2024XXXX-MAIN1-patho-X（静止画１枚以上）

※動画拡張子は mp4、静止画拡張子は、jpeg/jpg/png/bmp/gif/pdf 以外はアップロード不可です。

※上記ファイル名の 2024XXXX の XXXX は、オンライン申請時の申請者番号。各資料の X はファイル数。ファイルが１点なら、「１」になり、２点なら、「1」「2」
としてアップロードしてください。

※術者の立ち位置とポート配置を示したシェーマのサンプル

2024XXXX-MAIN1-schema-X　00：12～01：05　（このようにファイル名とタイムコードを記載）



① カメラ
② 術者（左手）
③ 術者（右手）　おもにCUSAとハーモニックを使用
④ 助手
⑤ 助手
⑥ プリングルターニケット

＜膵臓＞

・ 審査対象術式は区分番号「K702-2」腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術とする。

・ 腫瘍性病変に対する腹腔鏡下尾側膵切除術（脾合併切除または脾温存）のみを対象術式とする（脾合併切除と脾動静脈温存脾温存術式は100点満点、Warshaw術式は92点満点で評価し、いずれの術式も70点以上が合格点、極端に切除範囲の小さな症例は対象外とする）。
・ 適応疾患は非浸潤性腫瘍に加えて浸潤癌が含まれる。良悪性境界病変以上の腫瘍（MCN、IPMNなど）に関しては切除マージン・術中播種予防へ配慮等を、膵癌ではリンパ節郭清操作を含めて、腫瘍学的根治性を評価する。なお、術前診断が良性腫瘍の場合はこの項目の配点がない場合がある。
・ 膵頭十二指腸切除術（PDまたはPPPD）については当面の間、審査対象外とする。
・ HALSおよび小開腹創からの操作を伴う手術は評価対象外とする。

☆上記以外の術式は受け付けられないので、注意のこと。

5．諸注意

1） 入　　会： 本学会への入会は会費納入が条件となっており、申請締切日までに納入されない場合は未入会と見做す。その際、申請書類、審査料は返却しない。

2） 送　付　先： 提出を要する申請書類は以下に郵送すること。
日本内視鏡外科学会　技術認定事務局
〒100-0013 東京都千代田区霞が関1-4-2 大同生命霞が関ビル14F
日本コンベンションサービス株式会社内
info-jses@convention.co.jp　TEL 03-3503-5917

3） 審査料振込先：審査料30,000円を申請画面のオンライン支払いサイトよりクレジットカードにて支払うこと。オンライン支払いサイトのサービスカウンターより、領収書をダウンロードして、申請画面にアップロードすること。クレジットカード以外の支払いは原則不可とする。

4） 受 付 期 間：2024年8月15日(木)～2024年10月15日（火）※消印有効
※消印有効は、日本国内とする。海外からの申請は、必着とする。
※事務局への連絡は、2023年10月15日（火）16:00までとなります。
書類の送付は上記期日消印有効とする（オンライン申請画面でのビデオデータのアップロードを完了させて申請完了ボタンを押下してから書類を送付すること）。申請完了ボタンが押下されていない場合は、書類が届いても申請受理とはならないため注意すること。

5） 送 付 方 法： 簡易書留などの発送履歴の分かる方法で送付すること。
事故などについては、一切の責任を負わない。
なお、受取通知を希望する場合には、返信用官製ハガキ（必ず、宛先住所・

氏名を明記のこと）を同封すること（希望のない場合は受取通知しない）。

6） 送付書類一覧：書式5.推薦書（原紙）、書式7-１.病院承諾書（原紙、2023年度以前の申請の際に原紙を提出した場合には、コピー可）、書式10.申請書類一覧（プリント後、署名したもの）

7） 申 請 書 式：学会ホームページおよびオンライン申請画面にて公開される申請用紙の最新のものを使用すること。申請用紙はA4サイズに揃えて提出のこと。

8） 書 類 等 控：一旦受け付けた申請書類はいかなる事情があっても返却しない。

9） 審査委員訪問：審査委員が実際の手術見学に行く場合があることを予め了承のこと。

１０）審査結果等：提出したビデオと審査結果は、今後の技術認定制度の品質維持、向上を目的として、技術認定審査委員会で匿名化した上で検討資料として使用されることに予め了承のこと。

１１）問い合わせ：事務的な問い合わせは事務局まで連絡のこと。但し、審査については、別途認定基準を参照のこととし、個別の問い合わせは一切受け付けない。