

外科専門医修練カリキュラム（到達目標 3） Q&A 集

基本姿勢 1：同一手術症例は 1 例とする

基本姿勢 2：2 臓器（領域）にまたがる時や、どちらにするか迷う時は、修練医本人が任意選択する

基本姿勢 3：治療効果ではなく、手術野での実際の手術手技（切開、縫合）を重視する

Question リスト

Q1：手術経験症例数をカウントする際の基本的なルールを教えてください。

Q2：一連の手術手技の中に異なる 2 臓器が含まれる場合も、「異なる臓器の異なる疾患に対する同時手術」として 2 例にカウントできますか？

Q3：「手術と同等の効果をもつ低侵襲治療法」について、もっと具体的に教えてください。

Q4：修練施設に記録が残されていない場合は手術経験にカウントできないのでしょうか？

Q5：外科以外の診療科の手術はカウントできますか？

Q6：疾患名や手術手技名を登録するとき、選択肢に該当するものが見当たらない場合はどうすればよいのでしょうか？

Q7：病名や手術手技名を登録するとき、該当するものが複数ある場合はどうすればよいのでしょうか？

Q8：該当する臓器や領域がわからない場合はどうすればよいのでしょうか？

Q9：該当する臓器や領域が複数あるように思われる場合はどうすればよいのでしょうか？

Q10：「⑨内視鏡手術—10 例」の定義について、詳しく教えてください。

Q11：主病変の切除では助手を務めていたのですが、その後のリンパ節郭清で術者に変更となった場合、その症例は術者としてカウントできますか？

Q12：平成 24 年度からは外科専門医の更新に、手術経験が必須条件として加わることになりました。その手術内容にはどのようなものが含まれますか？

Q13：上記のルールは時代に伴い若干変遷してきているようですが、以前のルールはもう現在では通用しないのでしょうか？

Q14：現在は手術に従事しなくなったため、平成 24 年度以降に外科専門医の更新ができません。すると、外科専門医を基本領域とする内科系などの専門医（消化器病専門医、循環器専門医など）も更新できなくなってしまうのですが。

Q15：「⑧外傷（多発外傷を含む）」に医原性のものも含まれますか？

※Q4、Q6～Q9 は NCD との連携に伴い割愛いたします（平成 24 年 3 月 12 日付）。

※Q15 は外傷の修練の見直しに伴い割愛いたします（平成 28 年 1 月 1 日付）。

Q1：手術経験症例数をカウントする際の基本的なルールを教えてください。

A1：到達目標3に基本的なルールが記載されています。その末尾に、平成21年4月1日付で大変重要な“基本解釈”が追加されましたので、以下に抜粋します（平成23年1月25日付で改定済み）。

なお、症例数のカウントは、NCDの手術症例データを利活用する際に、任意の選択によって行われます。また、NCDに複数の手技が登録されていたとしても、利活用できるのは1手技分のみです。

○手術経験症例数についての基本解釈：

到達目標3の「一定レベルの手術を適切に実施できる能力を修得し、その臨床応用ができる」ためには、手術手技はもちろんのこと、術前のICや周術期管理なども含めて経験することが、基本的な外科医教育として望ましい。この理念が尊重されないと、手術を「やりっ放し」の外科医を育成することになりかねない。この観点から350例以上（術者として120例以上）の手術症例を経験することが要求される訳である。

したがって、

- 1) 到達目標3注2(6)の「…異なる臓器の異なる疾患に対する同時手術の場合はそれぞれを1例としてカウントできることとする。ただし、手術記録に術式名として記載されていることを要する」の「異なる臓器」の定義は、領域①消化管および腹部内臓、②乳腺、③呼吸器、④心臓・大血管、⑤末梢血管、⑥頭頸部・体表・内分泌外科が異なる臓器と解釈するが、①消化管および腹部内臓に限っては、中項目(a.食道、b.胃・十二指腸、c.小腸・虫垂・結腸、d.直腸・肛門、e.肝臓・胆道・膵臓、f.脾臓、g.腹腔・腹膜・後腹膜、h.臓器移植)までが異なる臓器と解釈する。
- 2) 手術と同等の効果をもつ内視鏡治療やIVRなどの低侵襲治療法は、「一定レベルの手術を適切に実施できる能力」を養成するには適当ではないので、原則として含めない。

Q2：一連の手術手技の中に異なる2臓器が含まれる場合も、「異なる臓器の異なる疾患に対する同時手術」として2例にカウントできますか？

A2：一連の手術手技の中に含まれる場合は2例にカウントせず、どちらか一方の臓器を任意に選択し1例にカウントします（例1～5）。ただし、合併した異なる疾患に対する同時手術の場合は2例にカウントできます（例6～7）。

例1：大伏在静脈をグラフトとして摘出し冠動脈バイパス術を行った場合、「④心臓・大血管（d.虚血性心疾患—CABG）」または「⑤末梢血管（d.その他の末梢血管手術）」のどちらかを選択し1例としてカウントします。この時にグラフト摘出を術者、バイパス術を助手として行った場合、「⑤末梢血管（d.その他の末梢血管手術）」でカウントした場合のみ「術者」として登録できます。

例2：腹部大動脈瘤手術で腎動脈下部腹部大動脈置換術を行った場合、下の再建が総腸骨動脈以下であれば「末梢血管」になりますので、「④心臓・大血管」と「⑤末梢血管（a.動脈—膝関節以上の血行再建）」のどちらかを選択し1例としてカウントします。腹部大動脈から末梢動脈へのバイパス術も同様です。

例3：腹部大動脈瘤手術と下肢のバイパス手術を同時に行った場合、動脈硬化性病変に対する一連の手術操作とみなされますので、「④心臓・大血管」と「⑤末梢血管」のどちらかを選択し1例としてカウントします。

→注1：心臓ペースメーカー植え込みと胸部大動脈瘤手術を同時に行った場合、一連の手術手技ではありませんが、同一臓器（心臓・大血管領域）ですので、いずれか一方のみをカウントすることになります。

例4：膵癌に膵頭十二指腸切除+門脈合併切除を行った場合、「①消化管および腹部内臓」と「⑤末梢血管（b.静脈—門脈・上腸間膜静脈血行再建）」の同時手術となりますが、一連の手術手技の中に含まれますので、どちらかを選択し1例としてカウントします。

→注2：生体肝移植レシピエント手術も血行再建を伴いますので、同様に「①消化管および腹部内臓」と

「⑤末梢血管」のどちらかを選択し1例としてカウントできます。

例5：多発外傷による腹部、肺、四肢、体表の同時手術は、外傷に対する一連の手術操作とみなされますので、「①消化管および腹部内臓」「③呼吸器」「⑥頭頸部・体表・内分泌外科」「⑧外傷」のどれかを選択し1例としてカウントします。

例6：胃癌に対する胃切除と腹部大動脈瘤手術、あるいは胃癌に対する胃切除と胆嚢結石に対する胆嚢摘出術を同時に行った場合は、たまたま合併した別の病変であり、一連の手術手技に含まれるものではありませんので、2例にカウントできます。

例7：原発巣と遠隔臓器の転移巣を同時に切除した場合、例えば大腸癌に対する大腸切除と肝転移に対する肝切除を同時に行った場合は、それぞれが独立した一つの手術として成立し、一連の手術手技に含まれるものではありませんので、2例にカウントできます。

Q3：「手術と同等の効果をもつ低侵襲治療法」について、もっと具体的に教えてください。

A3：開腹あるいは開創して行うものは手術経験にカウントできますが、経皮的処置・操作のみであれば、全身麻酔下に行ってもカウントできません。ただし、「⑤末梢血管（a. 動脈—閉塞性疾患に対するPTA・ステント）」だけは例外です。

例：開腹して、あるいは腹腔鏡下で肝腫瘍にラジオ波焼灼術を行った場合はカウントできますが、経皮的に行うものは全身麻酔下であってもカウントできません。

以下に手術経験としてカウントできないものの例を列挙します（その他の手術にもカウントできません）。ただし、皮膚切開を伴うものは「⑥頭頸部・体表・内分泌外科」にはカウントできます。

①消化管および腹部内臓

- a. 食道—内視鏡下の食道ステント挿入
- b. 胃・十二指腸—PEG
- c. 小腸・虫垂・結腸—大腸内視鏡下のポリペクトミー・EMR・ESD（経肛門的ポリペクトミーは可）
- d. 直腸・肛門—輪ゴム結紮術、痔核硬化療法
- e. 肝臓・胆道・膵臓—PTCD, PTGBD, 経皮的肝腫瘍ドレナージ術, PTPE（開腹による門脈枝塞栓術はカウントできる）

②乳腺—乳房再建（シリコンインプラントによる）

③呼吸器—気管支鏡下のステント挿入

④心臓・大血管—ペースメーカーの電池交換、リード入れ替え、位置修正、追加リード留置、人工心臓装着、カテーテルアブレーションなど

⑤末梢血管—IVHポート・動注ポート・透析用カテーテルの留置、経皮的心臓補助装置(PCPS)抜去術、カットダウン法によるカテーテル留置、デンバーシャント、VPシャント、下肢静脈瘤硬化療法、透析用内シャント狭窄に対するPTA（以上は血管縫合を伴えばカウントできる）

⑥頭頸部・体表・内分泌外科—尋常性疣贅（いぼ）焼灼術・冷凍凝固術、ガングリオン穿刺術・圧碎法、滑液嚢穿刺吸引、デブリードマン

例2：審査腹腔鏡(staging laparoscopy)は、「①消化管および腹部内臓(g. 腹腔・腹膜・後腹膜—試験開腹)」にカウントできません。ただし、腹腔鏡下手術を予定して手術を行ったが、遠隔転移などのために、結果として非切除となった場合には「①消化管および腹部内臓(g. 腹腔・腹膜・後腹膜—試験開腹)」にカウントできます。

Q4：(割愛)

Q5：外科以外の診療科の手術はカウントできますか？

A5：他診療科の医師が専門的に行う手術は含めず、外科で一般的に行う手術のみをカウントできます。他診

療科に在籍中に経験した場合、外科の指導医がカンファレンスなどにおいて、あるいは個別に指導した場合はカウントできます（「指導」とは、手術の適応決定、および術式決定、あるいは手術の実施において、実質的な責任者として指示を出すことです）。

例1：カウントできるもの—子宮外妊娠手術、卵巣のう胞茎捻転手術、睪丸捻転手術

例2：カウントできないもの—腎癌に対する腎摘出術、子宮筋腫に対する子宮摘出術、慢性硬膜下血腫穿頭術、口唇裂、骨折に対してのスクリュー固定や外固定、喉頭摘出術

なお、これらの手術をNCDに登録する場合は、既に開設済みの「外科」に登録してください。また、外科に所属登録していない他診療科の医師でも、医籍番号を持った医師であれば、その手術症例を登録される診療科で「術者登録」を行って、術者や助手として登録できます。

Q6：（割愛）

Q7：（割愛）

Q8：（割愛）

Q9：（割愛）

Q10：「⑨内視鏡手術—10例」の定義について、詳しく教えてください。

A10：ここでいう内視鏡手術とは、消化管・気管などの管腔臓器の内視鏡検査下に行うものは含めず、腹腔鏡手術、胸腔鏡手術、縦隔鏡手術などを指します。内視鏡手術の10例だけは、他の8領域（分野）の登録症例と兼ねることができます。小開腹・小開胸を組み合わせた内視鏡補助下の手術や、開腹・開胸手術に移行した場合を含めます。しかし、内視鏡での観察後に通常の開腹・開胸手術を行った場合はカウントできません。

Q11：主病変の切除では助手を務めていたのですが、その後のリンパ節郭清で術者に変更となった場合、その症例は術者としてカウントできますか？

A11：到達目標3の注1(2)に「『術者』とは、手術名に示された手術の主要な部分を実際に行った者である」とありますので、これに従ってください。乳腺以外では「リンパ節郭清術」という手術名は存在しませんので、それだけでは術者としてカウントできません。

なお、NCDに当該手術を術者で行ったことを登録されていなければ、当然ながらカウントできません。NCDは1症例につき最大8術式まで登録できますので、術式は細かく分けて登録してください。

Q12：平成24年度からは外科専門医の更新に、手術経験が必須条件として加わるようになりました。その手術内容にはどのようなものが含まれますか？

A12：外科関連専門医制度委員会の合意事項である「外科系の専門医とは、現在も手術に従事している現役の外科医であること」に基づき、従来の更新条件である学術集会出席などの研修実績に加え、5年間に100例以上の手術経験が必須となります。その内容や術式は、外科専門医の新規申請の場合に認められている手術経験と同じです。ただし、領域（臓器、分野）や術者・助手別の制限はありません。また、修練施設でない病院での手術も認められます。指導医による指導も必須ではありません。（以下、割愛）。

Q13：上記のルールは時代に伴い若干変遷してきているようですが、以前のルールはもう現在では通用しないのでしょうか？

A13：過去5回、「外科専門医修練カリキュラム」は改定されています。

平成19年2月27日改定：現在の「外科専門医修練カリキュラム」の末尾の「参考 手術手技一覧」のアンダーラインを付した部分に変更になりました。平成19年3月までに修練開始登録を行ってれば、開胸・閉胸や開腹・閉腹を認めることがあります。

平成21年4月1日改定：このQ&Aの1に抜粋した「手術経験症例数についての基本解釈」が追加になりました。平成21年3月までに経験した個々の手術は、改定前後のどちらのルールに従ってもよいことになります。

平成23年1月25日改定：到達目標3の注1~2、および「手術経験症例数についての基本解釈」が変更になりました。平成23年1月までに経験した「指導的助手」としての症例、および「切除と再建にそれぞれ長時間を要する手術を、それぞれ1例としてカウントできる」という例外は、認めることがあります。

平成24年3月12日改定：NCDの事業開始に伴い、2011年1月1日以降の手術症例はNCDのデータを活用することになりましたので、手術症例の登録に関する箇所が全般的に変更となっています。また、2. 関連事項の「1）外科専門医資格の更新制度について」に、更新の延長、猶予、再取得に関する事項が追加されました。

平成25年4月10日改定：2. 関連事項の「1）外科専門医資格の更新制度について」から、更新の猶予に関する事項が削除されました。

Q14：現在は手術に従事しなくなったため、平成24年度以降に外科専門医の更新ができません。すると、外科専門医を基本領域とする内科系などの専門医（消化器病専門医、循環器専門医など）も更新できなくなってしまうのですが。

A14：研修実績（学会参加）はあるものの、手術経験だけが不足のために更新できなくなった外科専門医には、新たな更新制のある認定資格「日本外科学会認定登録医」が与えられます。これを基本領域の資格として認めていただけよう、日本消化器病学会、日本循環器学会などと調整を進めています。また、既に制度が廃止された日本外科学会認定医を基本領域の資格としている方は、この認定医が終身制であり更新制ではないために、いずれは更新資格として認められなくなる予定です。

平成28年1月1日改定：現行の外科専門医制度での修練対象は平成26年度までの医師国家試験合格者となりました。平成27年度以降の合格者は、日本専門医機構による新専門医制度の対象となります。また、到達目標3の外傷の修練内容を全面的に見直し、点数制としました。

Q15：（割愛）

（平成21年12月1日作成）

（平成22年5月6日改定； 部を修正・変更しました）

（平成23年1月25日改定； 部を修正・変更しました）

（平成23年6月13日改定； 部を修正・変更しました）

（平成24年3月12日改定； 部を修正・変更しました）

（平成25年4月10日改定； 部を修正・変更しました）

（平成28年1月1日改定； 部を修正・変更しました）