

外科専門医修練カリキュラム（到達目標3）Q&A 集

（令和元年9月改定）

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：外科以外の診療科の手術はカウントできますか？

Q5：「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。

Q6：主病変の術式では助手を務めていたのですが、これに伴う術式を術者として行った場合、その症例は術者としてカウントできますか？

Q7：外科専門医の更新に、手術経験が必須となっておりますが、その手術内容にはどのようなものが含まれますか？

Q8：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？

Q9：現在は手術に従事しなくなったため、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。

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、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（ただし、e. 肝臓・胆道・脾臓のみ、「肝臓」と「胆道・脾臓」は異なる臓器とする）。
- 2) 手術と同等の効果をもつ低侵襲治療法は、デバイスの進化に伴い、外科医が率先して行う手技であると判断された場合は、定期的に協議を行った上で、これを含めることとする。含められる術式については、「手術手技一覧対応表（到達目標3）」に明記するが、必要症例数の半数以上は、低侵襲治療（血管内治療など、ただし、大動脈瘤に対するステントグラフト治療TEVAR、EVARはこれに含めず、一般の心臓・大血管手術として扱う）以外の症例を経験すること。
- 3) 現行の専門医制度における修練施設（指定施設）もしくは関連施設で経験した症例であること。

Q2：一連の手術手技の中に異なる 2 脳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 1～3）。ただし、合併した異なる疾患に対する同時手術の場合は、それぞれの手術を別々に NCD へ登録した上で、「同時に行われた領域の異なる手術術式」の登録を行うことで、2 例にカウントできます（例 4～5）。

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：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。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：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 4：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ですが、それぞれが独立した臓器であるため、別々にカウントできます。

例 5：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、「④心臓・大血管(d.虚血性心疾患—CABG)」や「⑤末梢血管 (a. 動脈—閉塞性疾患に対する PTA・ステント)」などは例外です。

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。

詳細は「参考 手術手技一覧対応表（到達目標3）」の「外科専門医制度の手術症例として認められない手術」に記載する。

Q4：外科以外の診療科の手術はカウントできますか？

A4: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）。

なお、NCD 登録をしていない診療科で行われたこれらの手術を登録する場合は、既に開設済みの「外科」として NCD へ登録してください。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。

NCD に開設済みの診療科であっても、外科の必須基本情報を登録しない診療科（例：泌尿器科、形成外科など）で登録を行った場合は、外科専門医制度の手術症例として反映されませんので、双方の専門医制度の申請等で使用したい症例は、双方の診療科において NCD 登録を行う必要があります。

Q5：「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。

A5：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。小切開を組み合わせた内視鏡補助下の手術を含めます。しかし、内視鏡での観察後に通常の開放手術を行った場合や内視鏡手術で開始したものの術中に開放手術に移行した場合は、内視鏡手術としてカウントできません。

Q6：主病変の術式では助手を務めていたのですが、これに伴う術式を術者として行った場合、その症例は術者としてカウントできますか？

A6：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。

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。

したがって、当該症例のNCD登録において、「主病変の術式の助手」と「伴う術式の術者」が登録されていた場合、いずれかを選択してカウントすることができます。

同様に、左右一対の臓器の両側疾患に対し、一期的に異なる皮切の両側手術において、左の術者と右の術者が違う場合は、一連の手術における二つの術式としてNCD登録を行うことで、それぞれが術者1例としてカウントすることができますしかし左右を同一の術者が行った場合に、2例となることはありません。

なお、NCDに当該手術を術者で行ったことが登録されていなければ、当然ながら術者としてはカウントできません。

注) NCDに登録する際、異なる臓器に対する同時手術は独立した別々の症例として登録し、一連の手術における複数手技は一症例の中で術式を分けて登録します。

Q7：外科専門医の更新に、手術経験が必須となっておりますが、その手術内容にはどのようなものが含まれますか？

A7：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（指定施設・関連施設）やプログラム群参加施設（基幹施設・連携施設）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。

なお、外科専門医制度においては、症例はNCDに一本化されており、NCDに登録がされている症例はカウントすることはできません。

Q8：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？

A8：申請時における条件が、遡って適用されます。

ただし、過去に外科専門医制度で認められおり、現在は削除されている NCD 術式で登録された手術は、原則としてカウントされます。

Q9：現在は手術に従事しなくなったため、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。

A9：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。これは、日本消化器病学会、日本循環器学会などの内科系サブスペシャルティ専門医の基盤資格として有効です（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、現在は各専門医の基盤資格として認められておりません）。

なお、日本専門医機構の外科専門医更新規定に準じ、現在の外科専門医を取得してから20年以上経過した者（4回目の更新から）は、更新時の手術実績が免除される予定です（研修実績は免除されませんので、ご留意ください）。

※現行の外科専門医制度での修練対象は平成27年度までの医師国家試験合格者となりました。平成28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（ただし、平成27年度までの医籍登録者であっても、希望者は新専門医制度で研修を行うことができます）。