

2023 年 心臓血管外科専門医認定修練施設 申請の手引き

以下の要領で締切を 1 月 31 日（火）必着として認定業務を行います。
下記の注意点をよくご覧になり、書類の記載内容を確認の上、申請して下さい。

なお、この手引きは「修練施設申請（基幹・関連）」を案内するものであり、**修練施設群の申請ではありません**ので、ご注意下さい。
ただし今後、心臓血管外科の修練施設群に加わる予定のある施設は、あらかじめ「修練施設申請」を行って基幹施設・関連施設のいずれかの認定を受けている必要があります。

>> 概要

0. 近年の変更点

2023 年から、申請書について以下の変更がありました。

【全ての申請施設に関する変更】

施設公印は、不要となりました。

様式内の所定の箇所に「修練責任者」の印または署名をして下さい。

【基幹施設のみに関する変更】

修練責任者は、原則として 1 施設 1 名のご登録をお願いしておりますが、基幹施設の中で、事情により診療科別の責任者が必要となる場合には最大 2 名の修練責任者を申請することができます。（同じ診療科で 2 名は不可）

詳しくは「施設申請の手引き」または「施設申請書・様式 1」をご覧ください。

上記の変更に伴い「1 施設内での診療科ごとの認定」は終了しました。

申請施設名の欄に診療科名が記入されている場合、再提出となりますのでご注意下さい。

1. 申請期間

～ 2023 年 1 月 31 日（火）**必着**

2. 申請書式

ホームページ (http://cvs.umin.jp/apl_inst/index.html) からダウンロードしてご利用下さい。

記入方法は、本手引き 4 ページ以降を参照すること。

3. 申請審査料

基幹施設・関連施設ともに 1 施設につき 22,000 円

振込先： みずほ銀行 飯田橋支店（店番号 061）
普通口座番号：2139342
口座名義：心臓血管外科専門医認定機構

振込の日時・名義・金額が分かる記録を申請書に必ず添付して下さい。
提出する書類は **A4 サイズ** に揃えて下さい。
申請料に対して請求書の発行を希望される施設は、以下の宛先にご連絡下さい。

※申請締切までは余裕をもってご連絡下さい

宛先： cvs-master@umin.ac.jp
件名： （施設申請）請求書発行依頼
本文： 請求書宛名／ご担当者様の部署とお名前（郵送先情報）／その他ご要望

4. 認定料

合格施設は、基幹施設・関連施設ともに 1 施設につき 22,000 円
（申請審査料とは別に必要となり、合格施設にのみ後日ご案内致します。）

5. 提出書類

（1）申請書

基幹施設 様式 1, 2, 3, 4-1, 4-2, 4-3, 4-4, 7 **関連施設** 様式 2, 3, 5, 6, 7

（2）添付書類

修練指導者認定証の写し
心臓血管外科専門医認定証の写し

どちらも添付すること
※修練指導者認定証だけでは認定期限が確認できません

臨床工学技士免許証の写し
体外循環技術認定士認定証明書の写し
院内での医療安全研修関連文書

専攻医（または院内全員）を対象に、医療安全に関する
取り組みが行われていることが分かる資料をご提出下さい
（本手引き 5 ページ参照）

※提出する認定証は、認定期限をご確認下さい
終身のものを除き、期限切れのものは認められません

（3）申請審査料の振込み記録

6. 合否の通知

3 月の審査判定委員会ののち、通知します。
合格した施設は遡り 1 月 1 日から認定されます。

7. 提出先

〒112-0004

東京都文京区後楽 2 丁目 3 番 2 7 号
テラル後楽ビル 1 階

日本胸部外科学会内
3 学会構成 心臓血管外科専門医認定機構 行

TEL 03-3812-4253

※施設申請書類在中 < 新規 / 更新 >

※印刷してご利用頂けます

**申請書類は、必ず記録付き又は追跡番号付きの方法で送付し、
各施設で管理いただくようお願い致します。**

個別の到着確認のお問い合わせはご遠慮下さい。

8. 各種お問い合わせ

心臓血管外科専門医認定機構 事務局
電話 03-3812-4253 (平日 10 時~14 時)
メール cvs-master@umin.ac.jp

- * 不合格となった場合でも、申請手数料は返却いたしません。
- * 申請書類及び申請手数料受付の後、受領通知（メール）をお送りします。
ただし通知まではお時間をいただく場合がございます。
追跡番号付きの方法で送付するなど書類の到着管理は各施設で行ってください。
- * 書類審査ならびに判定会議の後、合否通知を送ります。（3 月予定）
- * 合格した施設は遡り 1 月 1 日から認定されます。

>> 申請書類の記入方法

様式番号	注意事項	
<p>様式 1</p>	<p>基幹施設認定申請書</p> <p>基幹施設修練責任者の印または署名が必要です。 基幹施設修練責任者は修練指導者資格が必要です。</p>	<p>基幹施設 のみ</p>
<p>様式 2</p>	<p>施設内容調書（症例数）</p> <p>基幹施設 は、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心臓血管外科手術が 3 年間平均して 100 例/年以上あること ・(1)または(2)を満たすこと <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> (1) 心臓・胸部大血管手術を年間 40 例以上行っている（心臓・胸部大血管領域での基幹施設認定） (2) 大動脈（グループ 1）、末梢動脈（グループ 2）、静脈・その他（グループ 3）の全てのグループの手術を年間 20 例以上行っており、かつ下腿 3 分枝以下への血行再建術を 2 例以上有する（血管外科領域での基幹施設認定） </div> <p>※(1)または(2)はいずれも 3 年間平均の症例数とする</p> <p>関連施設 は、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心臓血管外科手術が 50 例/年以上あること （更新申請の場合は申請直前の 3 年間平均が 50 例/年以上あること） ・(1)または(2)を満たすこと <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> (1) 心臓・胸部大血管手術を年間 40 例以上行っている（心臓・胸部大血管領域での関連施設認定） (2) 大動脈+末梢動脈（グループ 1+グループ 2）、静脈・その他（グループ 3）のどちらかを年間 20 例以上行っている（血管外科領域での関連施設認定） </div> <p>※(1)または(2)はいずれも【新規施設は申請前年】【更新施設は申請直前の 3 年間平均】の症例数とする</p> <p>記入時の注意： 手術術式難易度表(A)(B)(C)にあげられているものがカウントできません。 心臓・胸部大血管手術にカウントする内容は <人工心肺・off-pump CABG・TAVR・胸部ステントグラフト内挿術・小児姑息手術> として下さい。異なるグループを跨ぐ症例は各グループの内訳に 1 例ずつカウントして構いませんが、合計数に対しては、ダブルカウントできません。（重複分を手書き修正すること） 例) TEVAR は心臓・胸部大血管手術、大動脈血管グループ 1 の双方に集計可能です。 血管外科手術グループ分類の詳細は、本手引き 7 ページをご覧ください。</p>	<p>基幹施設 関連施設</p>

<p>様式 3</p>	<p>施設内容調書（研修項目）</p> <p>研修項目は 180 文字程度で記入のこと。</p> <p>院内で医療安全委員会や関連する研修が定期的に行われており、修練医ならびに専攻医が参加している実態を示す書類を提出すること。（開催議事録、受講者名簿、医療安全推進プログラム概要などのうち、いずれかでよい／「院内全員対象」も有効とする）</p>	<p>基幹施設</p> <p>関連施設</p>
<p>様式 4-1 様式 4-2 様式 4-3 様式 4-4</p>	<p>関連施設を含めた心臓血管外科専門医修練カリキュラム 1 年目 関連施設を含めた心臓血管外科専門医修練カリキュラム 2 年目 関連施設を含めた心臓血管外科専門医修練カリキュラム 3 年目 関連施設を含めた心臓血管外科専門医修練カリキュラム他</p> <p>心臓血管外科専門医修練カリキュラム作成に関する基本的概念（本手引き 9 ページ）を参考に、修練年次別に 3 年以上具体的に記入下さい。4 枚目は、記入事項がなければ空白で構いません。なお、研修希望者には閲覧可能とする予定です。</p>	<p>基幹施設</p> <p>のみ</p>
<p>様式 5</p>	<p>関連施設推薦書</p> <p>基幹施設修練責任者の印または署名が必要です。</p>	<p>関連施設</p> <p>のみ</p>
<p>様式 6</p>	<p>関連施設承諾書</p> <p>関連施設修練責任者の印または署名が必要です。 関連施設修練責任者は修練指導者資格が必要です。</p>	<p>関連施設</p> <p>のみ</p>
<p>様式 7</p>	<p>心臓血管外科専門医・臨床工学技士勤務証明書</p> <p>修練責任者以外の専門医をご記入下さい。</p> <p>修練指導者の方は認定期限内の専門医であることを示してください。また責任者以外で資格をお持ちの方がいる場合も、ご記入ください。常勤する臨床工学技士 2 名以上、体外循環技術認定士 1 名以上をご記入ください。</p> <p>修練指導者認定証、心臓血管外科専門医認定証（最新のもの）、臨床工学技士免許証、体外循環技術認定士認定証明書（最新のもの）をそれぞれ添付して下さい。</p> <p>※心臓・胸部大血管領域施設では、体外循環技術認定士が常勤していることが必須条件です。血管外科専門施設においては、必須ではありません。</p> <p>※資格証明書は認定期限内のものをご提出下さい。</p> <p>修練責任者の印または署名が必要です。</p>	<p>基幹施設</p> <p>関連施設</p>

※提出された書類は返却致しません。申請内容はコピーを取るなどして各施設で保管して下さい。

以上、内容に不足がないかをよくご確認の上、申請して下さい。

≫ 認定基準

「基幹施設」

- ☆心臓血管外科手術が 3 年間平均して（2019 年～2021 年）100 例／年以上あること
- ☆次の（1）または（2）を満たすこと
 - 但し（1）または（2）はいずれも 3 年間平均の症例数とする
 - （1）心臓・胸部大血管手術を年間 40 例以上行っている（心臓・胸部大血管領域での基幹施設認定）
 - （2）大動脈（グループ 1）、末梢動脈（グループ 2）、静脈・その他（グループ 3）の全てのグループの手術を年間 20 例以上行っており、かつ下腿 3 分枝以下への血行再建術を 2 例以上有する（血管外科領域での基幹施設認定）
- ☆心臓血管外科専門医修練カリキュラムを有すること
- ☆修練指導者が 1 名以上常勤していること
- ☆医療安全研修等が行われており、修練医・専攻医が参加していること
- ☆臨床工学技士が 2 名以上常勤していること（うち 1 名以上は体外循環技術認定士であること）
 - 但し血管外科専門施設においては体外循環技術認定士の在籍は必須としない
- ☆心臓血管外科専門医認定機構が必要と判断した医療の質向上事業に協力すること

「関連施設」

- ★基幹施設の長の推薦を受け、関連施設の長が承諾していること
- ★基幹施設の研修カリキュラムに包含されており、申請前年の心臓血管外科手術が 50 例／年以上あること
 - （更新申請の場合は、申請直前の 3 年間平均が 50 例／年以上あること）
- ★次の（1）または（2）を満たすこと
 - 但し（1）または（2）はいずれも【新規施設は申請前年】【更新施設は申請直前の 3 年間平均】の症例数とする
 - （1）心臓・胸部大血管手術を年間 40 例以上行っていること（心臓・胸部大血管領域での関連施設認定）
 - （2）大動脈+末梢動脈（グループ 1+グループ 2）、静脈・その他（グループ 3）のどちらかを年間 20 例以上行っていること（血管外科領域での関連施設認定）
- ★修練指導者が 1 名以上常勤していること
- ★医療安全研修等が行われており、修練医・専攻医が参加していること
- ★臨床工学技士が 2 名以上常勤していること（うち 1 名以上は体外循環技術認定士であること）
 - 但し血管外科専門施設においては体外循環技術認定士の在籍は必須としない
- ★心臓血管外科専門医認定機構が必要と判断した医療の質向上事業に協力すること

血管外科グループ分類表

血管外科手術グループ分類

グループ	グループ 1 (大動脈)	グループ 2 (末梢動脈)	グループ 3 (静脈・その他)
難易度	術式名	術式名	術式名
A		動脈血栓摘除術 下肢の非解剖学的バイパス術 末梢動脈瘤手術 末梢動脈血管内治療 腹部内臓動脈に対する血管内治療	静脈血栓摘除術 (直達術) 下肢静脈瘤手術 末梢静脈血管内治療 下大静脈フィルター留置術 血管アクセス手術 交感神経切除・焼灼術 虚血肢大切断術 膝窩動脈捕捉症候群筋切離術 外膜囊腫手術
B	上行大動脈手術 下行大動脈手術 腹部大動脈手術(含腸骨動脈) ステントグラフト内挿術	脛骨腓骨動脈幹以上の血行再建術 上肢の血行再建術 (腋窩動脈含む) 頸動脈ステント留置術 肺動脈血栓摘除術 (急性、直達術)	末梢静脈血行再建術 血管外傷手術 胸郭出口症候群 血管アクセス手術 (人工血管使用、 静脈表在化内シヤント)
C	弓部大動脈手術 胸腹部大動脈手術 腎動遮断を伴う腹部大動脈手術 大動脈解離手術 (人工血管置換) 感染性/炎症性腹部大動脈瘤手術 破裂性大動脈瘤手術(ステントグラフト内挿術含む) 異型 CoA 手術 分枝再建を伴うステントグラフト内挿術 内腸骨動脈瘤に対する内腸骨再建を伴う腹部大動脈瘤手術	下腿 3 分枝以下の血行再建術 頸動脈内膜摘除術 椎骨動脈血行再建術 腹部内臓動脈血行再建術 (含腎動脈) 人工血管・動脈感染に対する根治術 上肢の血行再建術 (末梢吻合が上腕動脈以遠) 拡大大腿深動脈形成術 (大腿深動脈末梢へのバイパス術を含む) 血行再建を伴う胸郭出口症候群手術 破裂性末梢動脈瘤手術 肺動脈内膜摘除術 (慢性)	大静脈血行再建術 体腔内の血管外傷手術 リンパ管微小静脈吻合術

》 手術術式難易度表

難易度A	難易度B	難易度C
<p>1. 先天性心疾患</p> <p>(1) PDA手術</p> <p>(2) ASD閉鎖術</p> <p>(3) VSD (肺動脈弁下単独型)閉鎖術</p> <p>(4) 肺動脈弁切開術</p> <p>(5) 肺動脈絞扼術 (主肺動脈)</p> <p>(6) 肺動脈絞扼術 (左右両側肺動脈)</p>	<p>1. 先天性心疾患</p> <p>(1) 体-肺動脈短絡術</p> <p>(2) CoA手術</p> <p>(3) VSD (膜様部/筋性部単独型)閉鎖術</p> <p>(4) PAPVR修復術</p> <p>(5) AVSD (partial) 手術</p> <p>(6) バルサルバ洞動脈瘤手術</p> <p>(7) DCRV手術</p> <p>(8) 右室流出路形成術</p> <p>(9) 大動脈弁切開術</p> <p>(10) 冠状動脈瘻手術</p> <p>(11) 両方向性Glenn手術</p>	<p>1. 先天性心疾患</p> <p>(1) TOF修復術</p> <p>(2) TGA手術</p> <p>(3) DORV手術</p> <p>(4) TAPVR手術</p> <p>(5) AVSD(Complete)手術</p> <p>(6) Fontan型手術</p> <p>(7) Truncus手術</p> <p>(8) Ebstein手術</p> <p>(9) Norwood手術</p> <p>(10) 大動脈弁上/弁下狭窄手術</p> <p>(11) 冠状動脈起始異常手術</p> <p>(12) CoA (Complex) /IAA手術</p> <p>(13) 末梢肺動脈形成術</p> <p>(14) Ross手術</p> <p>(15) VSD (多発型) 閉鎖術</p>
<p>2. 弁膜症</p> <p>(1) 三尖弁形成術</p> <p>(2) 房室弁交連切開術</p> <p>3. その他の心疾患手術</p> <p>(1) 心膜切開/開窓術 (術後タンポナーデ例は除く)</p> <p>(2) 肺静脈隔離術</p> <p>4. 動脈</p> <p>(1) 動脈血栓摘除術</p> <p>(2) 下肢の非解剖学的バイパス術</p> <p>(3) 末梢動脈瘤手術</p> <p>(4) 末梢動脈血管内治療</p> <p>(5) 腹部内臓動脈に対する血管内治療</p> <p>5. 静脈</p> <p>* (1) 静脈血栓摘除術</p> <p>* (2) 下肢静脈瘤手術</p> <p>* (3) 末梢静脈血管内治療</p> <p>* (4) 下大静脈フィルター留置術</p> <p>6. その他の心血管系手術</p> <p>* (1) 血管アクセス手術</p> <p>* (2) 交感神経切除・焼灼術</p> <p>* (3) 虚血肢大切断術</p> <p>* (4) 膝窩動脈捕捉症候群筋切離術</p> <p>(5) 外膜囊腫手術</p> <p>(6) 動脈グラフト採取術</p> <p>(7) 静脈グラフト採取術</p> <p>(8) IABP,PCPS,ECMO外科的挿入又は抜去</p> <p>7. これに準ずる手術</p>	<p>2. 弁膜症</p> <p>(1) 大動脈弁置換術</p> <p>(2) 僧帽弁置換術</p> <p>(3) その他単独弁置換術</p> <p>(4) TAVR (TAVI) (開胸を伴わない)</p> <p>3. 虚血性心疾患</p> <p>(1) CABG (1枝)</p> <p>4. その他の心疾患手術</p> <p>(1) 心臓腫瘍摘出術</p> <p>(2) 収縮性心膜炎手術</p> <p>(3) Maze手術</p> <p>5. 大動脈</p> <p>(1) 上行大動脈手術</p> <p>(2) 下行大動脈手術</p> <p>(3) 腹部大動脈手術 (含腸骨動脈)</p> <p>(4) スtentグラフト内挿術</p> <p>6. 動脈</p> <p>(1) 脛骨腓骨動脈幹以上の血行再建術</p> <p>(2) 上肢の血行再建術 (腋窩動脈含む)</p> <p>(3) 頸動脈stent留置術</p> <p>(4) 肺動脈血栓摘除術 (急性、直達術)</p> <p>7. 静脈</p> <p>(1) 末梢静脈血行再建術</p> <p>8. その他の血管系手術</p> <p>(1) 血管外傷手術</p> <p>(2) 胸郭出口症候群</p> <p>(3) 血管アクセス手術 (人工血管使用、静脈表在化内シャント)</p> <p>9. これに準ずる手術</p>	<p>2. 弁膜症</p> <p>(1) 僧帽弁形成術</p> <p>(2) 大動脈弁形成術</p> <p>(3) 複合弁手術</p> <p>(4) 大動脈弁輪拡大術</p> <p>(5) 大動脈基部再建術</p> <p>(6) TAVR (TAVI) (開胸を伴う)</p> <p>3. 虚血性心疾患</p> <p>(1) CABG (2枝以上)</p> <p>(2) 心筋梗塞合併症手術</p> <p>4. その他の心疾患手術</p> <p>(1) 心室頻拍手術</p> <p>(2) 左室形成術</p> <p>(3) 人工心臓装着術</p> <p>5. 大動脈</p> <p>(1) 弓部大動脈手術</p> <p>(2) 胸腹部大動脈手術</p> <p>(3) 腎動脈遮断を伴う腹部大動脈手術</p> <p>(4) 大動脈解離手術 (人工血管置換)</p> <p>(5) 感染性/炎症性腹部大動脈瘤手術</p> <p>(6) 破裂性大動脈瘤手術 (stentグラフト内挿術含む)</p> <p>(7) 異型CoA手術</p> <p>(8) 分枝再建を伴うstentグラフト内挿術</p> <p>(9) 内腸骨動脈瘤に対する内腸骨再建を伴う腹部大動脈瘤手術</p> <p>6. 動脈</p> <p>(1) 下腿3分枝以下の血行再建術</p> <p>(2) 頸動脈内膜摘除術</p> <p>(3) 椎骨動脈血行再建術</p> <p>(4) 腹部内臓動脈血行再建術 (含腎動脈)</p> <p>(5) 人工血管・動脈感染に対する根治術</p> <p>(6) 上肢の血行再建術 (末梢吻合が上腕動脈以遠)</p> <p>(7) 拡大大腿深動脈形成術 (大腿深動脈末梢へのバイパス術を含む)</p> <p>(8) 血行再建を伴う胸郭出口症候群手術</p> <p>(9) 破裂性末梢動脈瘤手術</p> <p>(10) 肺動脈内膜摘除術 (慢性)</p> <p>7. 静脈</p> <p>(1) 大静脈血行再建術</p> <p>8. その他の血管系手術</p> <p>(1) 体腔内の血管外傷手術</p> <p>(2) リンパ管微小静脈吻合術</p> <p>9. これに準ずる手術</p>

》 心臓血管外科専門医修練カリキュラム作成に関する基本的概念

心臓血管外科専門医研修カリキュラム作成に関する基本的概念

心臓血管外科専門医認定機構は心臓血管外科専門医育成のための基本的概念を提示します。認定修練施設でカリキュラムの作成が必須条件となっています。関係する施設におかれましては以下の内容を参考にして具体的な心臓血管外科専門医研修カリキュラムを作成して下さい。

1 一般目標 GIO(General Instruction Objective)

患者によりよい医療を提供し、国民に信頼され、健康・福祉の増進に寄与する心臓血管外科専門医を育成する。

2 行動目標 SBO(Specific Behavioral Objective)

- i 心臓、血管系の発生、構造と機能と、心臓・血管疾患の病態生理・診断・治療について説明できる。
- ii 心臓・血管疾患の診断を実施できる。
- iii 心臓・血管疾患の内科治療を説明できる。
- iv 心臓・血管疾患の基本的手術および血管内治療を安全に実施できる。
- v 患者・家族の心情を理解できる。
- vi その施設の医療水準を含めて患者・家族が診療方針を納得し、自己決定できるように説明できる。
- vii 医療事故に適切に対応できる。
- viii チーム医療でパートナーシップを実行できる。
- ix 研修医・専攻医を教育できる。
- x 学術論文を執筆することができる。

3 研修方略 TS (Training Strategy)

- i 関連分野の教科書、論文を熟読し、学術集会に参加し、基本知識を習得する。
 - ii 心電図、心血管超音波検査、心臓血管カテーテル検査を実施し、放射線検査所見などを分析する。
 - iii 心臓・血管疾患の内科治療の知識を習得する。
 - iv 心臓・血管疾患の手術および血管内治療に参加し、研修条件を満たす。
 - v 患者・家族の話をよく聞きその心情を理解するよう努力する。
 - vi 医療の限界を十分に説明し、患者・家族が治療の内容とその施設の経験例および全国的な統計などエビデンスに基づいて、問題点を十分に理解でき、納得できるよう説明する。
 - vii 医療事故を回避する方法を学び、それに遭遇した場合、医師の良心に従って、迅速かつ適切に対処する。
 - viii チーム医療に参加し、チームスタッフの役割、能力を理解し、チームリーダーとしての自覚および知識技術を身につける。
- 9) 研修医・専攻医に段階的にハイリスク医療の知識、技術および問題点が研鑽できるようにする。
- 10) 専門医申請資格を満たす以上の学術論文を執筆する。

4 評価 EV (Evaluation)

- 1) その施設の指導者が専攻医を評価する。
- 2) 評価内容は次のものである。
 - ① 専門医の行動目標として要求される能力（知識、診断、診療方針の決定、教育能力、問題の解決能力等）
 - ② それらの能力が示される具体的行動（検査、インフォームドコンセント、手術および血管内治療、教育等）
 - ③ それらの行動の熟練度（手術および血管内治療を含む臨床成績、教育および学術修練等）