

質問事項への回答

ご質問、ご意見に対する現時点（2015年2月時点）での回答を提示します。

今後、心臓血管外科専門医研修プログラム整備基準が確定した段階で変更になる可能性があることをご含みおき願います。

Q1 プログラムの構成について

A1 同一施設に心臓外科と血管外科が独立している施設では、独立した二つのプログラムを認めます。尚、一プログラムの下に心臓血管外科コース、血管外科コース、先天性心疾患コース等のサブプログラムを組むことも可能です。

Q2 本学を修練基幹施設として、心臓大血管修練コース、末梢血管外科修練コースの2つのコースでの運営を計画しております。専攻医がコースの変更を希望してきた場合、変更可能と考えてよいでしょうか。

A2 同一修練基幹施設によるプログラム内ですので、プログラム統括責任者の裁量でプログラム内のコースの変更は可能です。

Q3 単独施設でプログラムを作成することは可能でしょうか？

A3 他施設と連携を組まない単独施設でのプログラムは認められません。必ず他施設と施設群を組んでください。

Q4 循環器専門病院が連動型の修練基幹施設となれるか否か。

A4 単独型の修練基幹施設となることは可能ですが、連動型では修練基幹施設とはなれません。外科専門医制度では、3領域以上（心臓血管、消化器、呼吸器、小児の4領域の内）の修練施設である必要があるからです。

Q5 修練連携協力施設をお願いする際に、どのような形で（例えば協定書）協力体制を証明するのでしょうか？

A5 基盤領域である外科専門医制度で基本的ルールが示されるので、それを待って心臓血管外科専門医制度での対応をお示しします。

Q6 共有のルールについて

A6 施設群で全領域を包括できている場合に、症例数を補うことを目的に連携を組むことも可とします。

Q7 複数病院群と連携を組んだ修練連携施設の症例数の分配について

A7 現時点では整備基準の中に症例数分配のルールについて盛り込むことは考えていません。あまり極端の分配は問題となる可能性があります。専攻医を育成するプログラムを遂行するために必要であることが説明できれば認められると思います。

新専門医制度発足後 2 年目以降では、例えば各病院群に属する専攻医数の比率で分配するという方法も考えられると思います。

Q8 先天性心疾患施設経験の期間について

A8 現段階では何か月以上という期間は決めていません。連携施設群でプログラム遂行に必要な期間をご相談いただいて決められたら良いと思います。

Q9 「症例数を分け与える必要が無い修練連携協力施設」として、多くの施設を登録することは可能でしょうか？

A9 プログラム遂行に必要な研修が提供できる範囲であれば認められますが、あまり極端なことは実現可能性について説明を求められ、実際的でないと判断されたら規制されます。

Q10 複数の施設に修練連携協力施設として施設群に参加してもらうことは可能か。

A10 原則として修練連携協力施設は 1 領域 1 施設とします。プログラム遂行のために必要な連携協力施設であれば後で追加していただくことは可能です。

Q11 全領域をカバーできる施設群は構成できているが、より症例数の多い先天性心疾患施設、ステントグラフト症例の多い施設に修練連携協力施設として参加してもらうことは可能か？

A11 先天性心疾患施設については修練連携協力施設として参加してもらうことは問題ありませんが、ステントグラフト症例の多い施設には修練連携施設として施設群に参加してもらうこととなります。

Q12 心移植など特殊領域を学ぶことができる施設を修練連携協力施設に予め組み込んでおく必要があるか？

A12 プログラム作成時に決まっていることは盛り込んでおいて頂きたい。特殊領域の経験のための他施設への派遣が必要となった時点でプログラムに追加してもらうことも可能にするので、後で追加されるのでも構いません。

Q13 TAVR、植え込み型 LVAD、心移植の研修は必須なのか？

A13 これら特殊領域の研修は必須ではありません。各プログラムで決められて結構です。

Q14 国内留学などを考える場合、施設群間の連携は後からでも申請できるのでしょうか。

A14 可能です。

Q15 外科専門医プログラムとの関連について

A15 基本的に外科専門医プログラムと心臓血管外科専門医プログラムは違うもので、連動型を含めて複数の外科専門医プログラム施設群の施設に専攻医を派遣することは可能です。

Q16 途中で修練連携施設側が、施設群の修練基幹施設を変更することは可能か。

A16 専攻医の公募は毎年行われるので、公募に際して変更することは可能です。但し、進行しているプログラムの中で変更する必要があるなら、その説明を求められます。なお、日本専門医機構の整備指針が5年に一回改訂されるので、それを受けて心臓血管外科専門医研修プログラム整備基準も5年に一回改訂予定です。

Q17 症例の経験は常勤施設のものだけを認めることになっているが、非常勤で行った施設での手術経験も認めるようにしたほうが運用しやすいのではないか。

A17 貴重なご意見として採用の方向で考えています。

Q18 修練基幹施設に指導医が2名必要と言われるのが高いハードルになっている。数年の猶予措置は考えられないか。

A18 現状では修練指導責任者資格（指導医）保有者2名でスタートする予定であり、それを満たさない施設は修練連携施設としてプログラム構成に参加いただき、条件が整った時点で修練基幹施設としてプログラムを立ち上げて下さい。

Q19 修練医の育成実績について。修練証明書に記載された基幹施設のみが育成実績として認められるのか。

A19 その通りです。

Q20 1－2年外科研修を受けた専攻医が連動型を希望した場合に単独型から連動型へ移行することは可能か。

A20 原則的には出来ないと思っただきたいが、プログラム間の移動として専門研修プログラム管理委員会で相談の上、可能な場合もあります。

Q21 体外循環症例が40例に満たない施設で弓部置換など行った場合に血管症例としてカウントして良いのか。

A21 体外循環を用いた手術のカウントは認められません。

胸部大動脈手術でも体外循環を用いないもの、およびTEVARは、体外循環40例未満の施

設であっても、血管外科施設のカテゴリー基準（血管外科手術カテゴリー①+②+③が25例以上）を満たしていれば、血管手術としてカウント可能です。

Q22 心臓・大血管手術、年間40例以上とは何の手術が該当するか。

A22 体外循環手術、OPCAB、先天性心疾患の姑息手術、TEVARが該当します。

Q23 年間手術症例のカウント法と内容

A23 プログラム募集開始前直前の3年間の症例のカウントであり、手術術式の点数表（難易度表）にある全ての心臓血管外科術式とする予定です。

Q24 例えば12年を修練年限とするプログラムも可能か？

A24 プログラムを達成するためにその期間が必要であれば構いません。

Q25 外科専門医研修3年間、心臓血管外科専門医研修2年間の研修期間は専従が求められるのか。

A25 定められた研修期間が経過していれば、専従であったかどうかは問われません。

Q26 臨床と掛け持ちで臨床研究を行っている場合には、臨床専従に比べて症例経験のペースが遅くなり不利であるが、救済措置はないか。

A26 自己選択で研究期間として猶予を求めるか、臨床症例のカウントをとるかのどちらかとして下さい。

Q27 遠隔地の施設との連携も可とすれば、地方にとって大きな打撃となる危険性がある。

A27 様々なご意見を頂き検討中ですが、遠隔地の施設との連携も認める方向です。

Q28 研究専念期間、出産・育児などで猶予されている期間に欠員となっている専攻医は追加公募できるのか。

A28 原則的にはできませんが、個別の事情については審査により認められることがあります。

Q29 修練基幹施設での必要修練期間について。大学院生の場合、猶予された学籍期間は基幹施設での修練とみなせるか。

A29 大学院生として猶予されている期間も修練基幹施設での修練期間として認めます。

Q30 研修期間に専攻医に対して十分な研修を受けさせなかった病院群に対する処置（専攻医募集禁止など）も盛り込む必要があるのではないか。

A30 定められた研修期間に必要な研修を修了することができず、未修了の専攻医があまりに溜まってくると次の公募人数を減らされる可能性があります。専攻医研修の到達度については site visit によってチェックされる予定です。

Q31 プログラムの作成、提出に不安があります。不備があり、採択されなかった場合には専攻医の募集が出来ないのか？

A31 ご提出いただいたプログラムについては、何度かのやり取りの中で審査、修正を行っていきます。最終的に整備指針、整備基準に合致したプログラムとなるようにお手伝いさせていただきます。

Q32 修練連携施設において常勤指導医の急な異動（家庭事情や疾病等）により指導医が不在となった場合、修練連携施設を当座の間維持できるように規定して欲しい。

A32 常勤指導医が不在となってから原則として6か月間は猶予期間とし、指導医不在の状態でも専攻医の手術経験は認められることとします。その間に後任の指導医が赴任できるように手当をお願いします。

Q33 体外循環技術認定士1人常勤という施設条件が満たせない場合、当初は血管外科施設としてスタートし、体外循環技術認定士が常勤した時点で心臓血管外科施設への変更が可能か？

A33 それで結構です。また、心臓外科施設として認定されていた施設で体外循環技術認定士が不在（辞職、産休、病休など）となった場合、3年以上の体外循環（人工心肺）経験者1名で代行可としますが、今後の育成計画、復帰予定などを申請していただいて個別に審査します。

Q34 人口と症例が少ない地方大学が修練基幹施設としてプログラムを持ってないことは、地域医療のことだけでなく、将来の心臓血管外科医の勧誘、育成といった面からも問題ではないか。

A34 地方について、プログラムに必要な症例数について、特例として考慮することはプログラム整備基準に示しています。他に、卒前教育を担当している特定機能病院については別の考慮がなされるべきであると考えています。

Q35 一般外科研修を3年にするのは長すぎる。1-2年で十分ではないか。

A35 単独型の場合には基盤領域3年というのは、外科専門プログラム整備基準で規定されています。連動型にすれば、実質的に一般外科研修を3年未満とすることが出来ます。