

## 日本門脈圧亢進症学会技術認定応募に関するQ&A

### 1. 制度の目的と合格基準について

Q：本制度の目的について教えてください。

A：本制度の目的は、技術認定制度規則に記載されているように、門脈圧亢進症の治療に携わる医師の技術を高い基準にしたがって評価し、専門的に治療を行うに足る所定の基準を満たした者を認定するもので、これにより本邦における門脈圧亢進症に対する治療の健全な普及と進歩を促し、延いては国民の福祉に貢献することです。

Q：どの程度のレベルを評価するものか教えてください。

A：術者として独力で安全に食道・胃静脈瘤や脾腫・脾機能亢進症などの門脈圧亢進症に対する治療遂行できるレベルを考えています。

Q：審査基準は公開されていますが、どの程度が合格基準なのか教えてください。

A：原則として70点(70%)以上を合格とすることを考えています。ただし一つでも不合格の項目があれば不合格となります。

Q：不合格の基準は何ですか？

A：安全性とは言えない手技は不合格とすることとしています。出血などを引き起こしても速やかに止血されれば不合格にはなりません。また明らかに手技のカットが認められる場合や明らかに主ビデオと副ビデオが別症例と判断される場合も不合格となります。内視鏡的治療や内視鏡的治療(EVL)では治療終了後の内視鏡写真で静脈瘤が明らかに残存したもの(治療不十分と判断されるもの)は不合格となります。IVRではショートシースやガイドワイヤ挿入などのビデオのカットがある場合も不合格となります。

Q：点数が合格に到達しなかったり、不合格の項目があり、不合格になった場合に、審査委員から何らかのコメントがもらえますか？

A：なるべくすべてのビデオに対するコメントを付けるようにしたいと思いますが、特に点数が70点(70%)未満の場合には審査委員から、コメントを応募者に返すようにします。70点以上の場合も審査委員からコメントが届く場合があります。

### 2. 応募資格について

Q：2年前に入会しましたが、本年度に応募できますか？

A：会員歴は連続3年以上とされたおり、今年度は応募できません。来年度から応募可能です。

Q：私は九州地区に属していますが、地区代表世話人の推薦状はどのようにいただいたらいいですか？

A：それぞれの地区代表世話人については学会ホームページ<http://www.jsph.gr.jp/>に記載されています。個々で地区代表世話人に連絡を取っていただき、推薦状に署名をもら

うこととなっております。本学会ではそれぞれの地区に公認研究会を整備しつつあり、その中での活動も推薦の判断材料になっております。どうしても地区代表世話人に連絡が取りにくい場合には本学会事務局にメール（jsph@mynavi.jp）でご連絡ください。

### 3. 必要症例について

Q：内視鏡的治療で応募しようと思いますが、ほとんど内視鏡的硬化療法(EIS)を行っていません。それでも応募できますか？

A：内視鏡的治療の必要症例は、5年以内に行われた食道・胃静脈瘤に対する内視鏡的硬化療法(EIS)および静脈瘤結紮術(EVL)、両者を含む術者として25例(EIS 3例以上含む)とされています。ただしEISとは、食道静脈瘤なら5%E0による血管内注入法(E0法)または1%ASによる血管外注入法(AS法)を、胃静脈瘤ならCyanoacrylate系薬剤注入法(CA法)を指します。またEIS症例にはアルゴンプラズマ凝固法(APC)による地固めも含みますが、少なくとも1例はE0法ないしはAS法、CA法を含むこととされています。つまり1例CA法、2例APC、22例EVLでも応募可能です。また申請ビデオもEVL・APC地固め法でも応募可能ですので、極端な話ですが、1例術者としてE0法ないしはAS法、CA法を施行すれば応募可能です。また2020年よりEISを1例も施行しなくても応募できる内視鏡的治療(EVL)の応募が開始されます。

Q：内視鏡的治療で応募しようと思いますが、1クール終了後の再発症例の再治療は症例に入れることができますか？

A：再発症例に対する内視鏡的治療も症例に加えることができます。5年以内に再発を度々繰り返した場合にも、1クールごとに1症例として経験症例に入れていただいて結構です。ただし、1クール終了の定義は最終治療終了後3ヵ月間以上の無治療期間があることとします。

Q：EVL・APC地固め法を行っていますが、同一クール内のEVLとAPCをそれぞれ経験症例として、つまり1例を2例として経験症例数に加えていいでしょうか？

A：同一クール内であれば1例として経験症例に加えてください。その場合はEVLとして記載していただいても、APCとして記載していただいても構いません。

Q：経験症例を記載する症例1覧表(書式4)には治療手技、治療時間、合併症の有無を記載することになっています。私はE0法やEVL・APC地固め法を行っていますが、1クールトータルの手技と治療時間を記載すべきですか、それとも初回治療の手技と治療時間を記載すべきですか？

A：E0法では初回治療の治療時間と合併症を記載ください。またEVL・APC地固め法では、初回EVLの治療時間と合併症を記載していただいても、APCとして記載していただいても構いません。EVLのみでは初回EVLの治療時間と合併症を記載してして下さい。

Q：私はエタノールを一部使った食道静脈瘤に対するEISを行っていますが、応募できますか？

A：エタノールを使った食道静脈瘤に対するEISは倫理的な問題があり、応募症例や必要症例に入れることができません。

Q：内視鏡的治療(EVL)で応募しようと思いますが、穹窿部胃静脈瘤に対する内視鏡的静脈瘤結紮術(EVL)は経験症例に加えていいでしょうか。

A：穹窿部胃静脈瘤に対する内視鏡的静脈瘤結紮術(EVL)は標準治療ではありませんので、応募症例や必要症例に入れることができません。

Q：IVRで応募しようと思いますが、バルーン下逆行性経静脈的塞栓術(B-RT0、TJOを含む)のみで応募できますか？

A：IVRの必要症例は、5年以内に行われた孤立性胃静脈瘤に対するバルーン下逆行性経静脈的塞栓術(B-RT0、TJOを含む)および脾腫・脾機能亢進症に対する部分的脾動脈塞栓術(PSE)の両者を含む、術者として10例(バルーン下逆行性経静脈的塞栓術5例以上含む。バルーン下逆行性経静脈的塞栓術10例のみでも可。)とされています。バルーン下逆行性経静脈的塞栓術10例のみで応募可能です。ただしPSEのみでの応募はできません。

Q：手術療法で応募しようと思いますが、左胃静脈下大静脈シャント術、下腸間膜静脈左腎静脈シャント術、門脈下大静脈シャント術を経験症例に入れて応募できますか？

A：手術療法の必要症例は、5年以内に行われた食道・胃静脈瘤や脾腫・脾機能亢進症に対する手術療法[直達手術(食道離断術、Hassab手術など)、シャント手術(遠位脾腎静脈シャント術など)、脾臓摘出術(肝移植時や腹腔鏡手術含む)]の、術者として5例、または期間を問わず術者として20例とされています。左胃静脈下大静脈シャント術、下腸間膜静脈左腎静脈シャント術、門脈下大静脈シャント術の記載はありませんが、必要症例に入れていただいて結構です。特に左胃静脈下大静脈シャント術や下腸間膜静脈左腎静脈シャント術については、ビデオ審査の応募も可能です。

#### 4. 参考画像について

Q：内視鏡的治療のE0法のビデオで応募しようと思いますが、EVISの静止画像だけでも応募できますか？

A：透視下のE0法やCA法の場合にはEVIS静止画像(経時的に3枚以上、同一症例;EVIS透視画像の副ビデオも可)が参考画像(書式7)となっています。また治療前と静脈瘤の消失した治療終了時(1クール治療終了後、潰瘍の癒痕治癒後が望ましい)の内視鏡写真(書式7)も必要です。つまり5枚以上の参考画像が必要となります。EVIS静止画像(経時的に3枚以上、同一症例)の代わりにEVIS透視画像の副ビデオを提出していただいても結構です。つまりEVIS透視画像の副ビデオは必須ではありません。

Q：内視鏡的治療(EVL)で応募しようと思いますが、参考画像は何枚必要ですか？

A：待期予防例の通常治療の治療前と静脈瘤の消失した治療終了時(1クール治療終了後、潰瘍の癒痕治癒後が望ましい)の内視鏡写真(書式7)が必要です。つまり2枚の参考画像が必要となります。

Q：IVR で応募しようと思いますが、参考画像は何枚必要ですか？

A：IVR では、孤立性胃静脈瘤の供血路を示す3D-CT や血管造影画像(治療前のみ)、治療前後の胃静脈瘤の造影CT 画像(axialとcoronal)、ならびに治療前の胃静脈瘤の内視鏡写真(書式7) が必要です。つまり6 枚以上の参考画像が必要となります。孤立性胃静脈瘤の供血路を示す3D-CT や血管造影画像(治療前のみ)の意味は、“孤立性胃静脈瘤の供血路を示す” いずれかの画像という意味で、血管造影画像は必須ではありません。

Q：手術療法で応募しようと思いますが、参考画像は不要でしょうか。

A：手術療法では参考画像(書式7)は不要です。

## 5. 申請ビデオについて

Q：日本門脈圧亢進症学会技術認定の応募資格に「術者は1症例2名を限度とする」とあるので、同じ症例を2名の術者が別々にビデオ症例として申請することはできますか。

A：常識的なことで明記しておりませんが、同一ビデオでの2 名の応募はできません。また同じ合格ビデオで年を変えて別の先生が応募合格された場合も2 名とも合格取り消しになります。同一症例でも日付の違う別のビデオであれば問題はないと考えます。

Q：提出しようとしたビデオに患者ID と氏名が入っています。このビデオでも応募可能でしょうか？

A：DVD には、申請者・患者が特定される情報は一切記入・貼付しないこととなっております。今回の応募には未編集ビデオ(未編集DVD とは、原則として治療開始から治療終了までの全治療を記録したものとします。)の提出が求められていますが、個人情報保護の観点から、個人情報を消去する編集は本制度で認めております。患者ID や氏名、病人名などの個人情報は、必ずビデオから消去して応募お願いいたします。

Q：内視鏡的治療のEO 法のビデオで応募しようと思いますが、EVIS 透視画像の副ビデオは必須でしょうか？

A：EO 法やCA 法の場合にはEVIS 静止画像(経時的に3 枚以上、同一症例；EVIS 透視画像の副ビデオも可)が参考画像(書式7)となっております。また治療前と静脈瘤の消失した治療終了時(1クール治療終了後、潰瘍の癒後が望ましい)の内視鏡写真(書式7)も必要です。つまり5 枚以上の参考画像が必要となります。EVIS 静止画像(経時的に3 枚以上、同一症例)の代わりにEVIS 透視画像の副ビデオを提出していただいても結構です。つまりEVIS透視画像の副ビデオは必須ではありません。

Q：非透視でEO 法やAS 法を行ったビデオで応募可能でしょうか。

A：非透視下 EO 法やAS 法のビデオでも応募可能です。ただし再発症例に対するAPC のみのビデオでは応募できません。非透視でEO 法やAS 法を施行した場合には参考画像(書式7)は、治療前と静脈瘤の消失した治療終了時(1クール治療終了後、潰瘍の癒後が望ましい)の内視鏡写真、計2 枚のみとなります。また非透視でCA 法を行った場合には、治療前後の造影CT 画像を提出が必要となり、内視鏡写真と合わせると計4 枚の参考画像

(書式7)の提出が必要です。

Q：私はEO 法やEVL・APC 地固め法を行っており、いずれかのビデオで応募しようと考えています。ビデオの添付書(書式6)には、治療時間や推定出血量の書く欄がありますが、これはビデオの手技の治療時間や推定出血量を記載すべきでしょうか、それとも1クールトータル治療時間と推定出血量を記載すべきでしょうか？

A：主ビデオの治療時間と推定出血量を記載してください。EVL・APC 地固め法であればEVLとAPC 地固めの両方が主ビデオになりますが、APC の治療時間と推定出血量を記載してください。ただし、書式6 の治療手技のポイントの欄にビデオのEVL の詳細について記載(EVL 施行回数やEVL からAPC までの間隔についてなど)をお願いいたします。

Q：内視鏡的治療(EVL)で応募しようと思いましたが、緊急止血例と待期予防例は同一の症例でいいでしょうか。

A：別々の症例での応募をお願い致します。なお書式6は2枚の提出が必要ですが、書式7は待期予防例の通常治療の症例のみ1枚提出お願い致します。また待期予防例の書式6の治療手技のポイントには、食道静脈瘤の血行動態を勘案しEVLを選択したことについても記載をお願い致します。

Q：内視鏡的治療(EVL)で応募しようと思いましたが、緊急止血例と待期予防例のどちらのビデオが主ビデオになるのでしょうか。

A：どちらも主ビデオになりますので、主ビデオ①(緊急止血)、主ビデオ②(待期予防例の通常治療)として提出お願い致します。

Q：IVR の応募を考えていますが、無透視で行う手技についても撮影提出が必要ですか？

A：IVR のビデオは、孤立性胃静脈瘤に対するB-RT0 (TJ0 を含む)の原則としてすべての透視画像とDSA(B-RTV を含む)を収録し提出する必要があります。ショートシースやガイドワイヤ挿入などの透視ビデオも必要です。ただし、IVR の透視を使用しない操作や体外操作時のカットは認めております。

Q：私はIVR の応募を考えていますが、ビデオの添付書(書式6)には、治療時間を書く欄がありますが、これはEOI注入の手技の時間を記載すべきでしょうか、それとも穿刺からEOI注入終了時までの所要時間を記載すべきでしょうか。

A：ビデオの添付書(書式6)の治療時間には、穿刺からEOI(ブドウ糖も含む)注入終了時までの所要時間を治療時間として記載してください。

Q：手術療法の応募を考えていますが、10～20分に編集した副ビデオはどのように作成したらいいですか？

A：手術療法では無修正の主ビデオと共に、審査基準の各項目を網羅した10～20分に編集した副ビデオも提出して下さい。審査基準の各項目とは、手術の手技によってそれぞれ異なりますが、手技の具体的評価の16項目(80点分)のことです。

## 6. 更新について

Q：私は平成26年の第1回の技術認定制度に応募し平成31年の資格更新を考えています。認定証には平成26年10月1日～平成31年9月30日とされていますが、平成26年9月に行われた学会総会参加や教育セミナー参加の単位は更新の単位数に含めることができますか？

A：第1回の技術認定制度の申請締め切りが平成26年6月末となっていましたので、平成26年7月以降に行われた地区研究会、学会総会、学会セミナーはすべて更新の単位に含めることができます。また論文(平成26年7月号以降)や臨床症例も同様です。

Q：私は平成26年の第1回の技術認定制度に応募し平成31年の資格更新を考えています。毎年学会総会に参加し、時々発表も行っています。平成26年～30年の学会総会参加で計50単位となりますので、教育セミナーに3領域すべて1回のみの参加(計12単位)で更新可能でしょうか？

A：学会総会5回+教育セミナー(3領域すべてを含む)ですので計62単位となり、更新可能です。論文や臨床症例は不要です。ただし60単位中、学会総会参加1回ならびに教育セミナー(3領域すべてを含む)1回は必須単位になりますのでご注意ください。

Q：私は平成26年の第1回の技術認定制度に応募し平成31年の資格更新を考えています。しかし、更新単位に教育セミナー(3領域すべてを含む)1回12単位が必須になるとは知りませんでしたし、学会のアナウンスも十分ではなかったと思います。平成30年の学会総会の教育セミナーに参加したいと思いますが、もし参加できなければ、平成31年の更新はできないのでしょうか？

A：更新条件については技術認定規則第26条第3項に教育セミナーについて明記されていますが、3領域すべてを含む、などの記載はなく、アナウンスは不十分であったと思います。そこで細則第4条を改正し、平成31年の初回更新年においては更新方法の周知を図るため、無条件に1年間の更新猶予を設けることにしました。したがって、平成30年あるいは31年の学会総会にて教育セミナーの受講をお願いいたします。その場合に令和2年に更新手続きを行っても、認定期間は継続しますので、令和元年10月1日～令和6年9月30日になりますのでご注意ください。また1年の猶予を行っても必要単位数が足りない場合には、細則第8条の②のように理由書を付して更新猶予申請をお願いいたします。

Q：私は技術認定資格の更新を考えています。地区研究会にも積極的に参加していますが、参加証などの配布がありません。どのように参加を証明したらいいのでしょうか？

A：ご不便をおかけして申し訳ありません。現在、地区代表世話人会などを通じて準備を行っているところです。司会や演者であれば当日のプログラムのコピーで参加や司会・発表の証明としたいと思います。参加のみの場合はお手数ですが、地区代表世話人に参加証明書の発行をお願いしております。宜しくお願いいたします。

Q：私は技術認定資格を取得後2年間米国留学し、2年間門脈圧亢進症の臨床から離れていました。それでも5年後に更新可能でしょうか。それとも更新猶予を申請し、さらに2年後に申請すべきでしょうか？

A：細則8条の①の特例措置に当たりますので、必要単位数などの他の条件が揃えば、理由

書を付けていただければ通常の5年後に更新可能です。

Q：私は技術認定資格を取得後、臨床医から健診部門に移動し、2年間臨床から離れていましたが、現在は臨床に戻り門脈圧亢進症の臨床に従事しています。それでも5年後に更新可能でしょうか。それとも更新猶予を申請し、さらに2年後に申請すべきでしょうか？

A：細則8条の①の特例措置には当たりませんので、細則8条の②にしたがって理由書を付けて更新猶予を申請してください。申請が審査、承認されましたら、通常の5年+2年後に更新可能です。ただしその場合でも認定期間は継続し、3年後に再更新となりますのでご注意ください。

2019年10月1日