

第16回心血管カテーテル治療専門医技能評価試験を終えての総評

専門医認定医制度審議会
委員長 石井 秀樹

第16回心血管カテーテル治療専門医試験の審査を終了いたしました。

本試験で、174名の先生が合格され、新たにCVIT専門医として認定されました（うち21名の先生は、書類再提出のうえ、再審査後に最終判定を行います）。合格された先生方におかれましては、心血管カテーテル治療領域における指導的立場として益々のご活躍を祈念するとともに、後輩の指導をお願いする次第です。本当におめでとうございます。

例年お伝えしておりますが、CVIT専門医試験は筆記試験・実技試験とも厳格な管理下で公平かつ慎重に審査を行っております。提出いただいたPCI症例の多くは適応・治療手技とも問題なく、提出資料についても、基本的な内容を踏まえた丁寧なものでした。一方で、一次評価・二次評価で不合格となり、最終判定会議まで至った受験生は31名（41症例）でした。そのうち5名が不合格、21名は書類再提出の上での再審査となっております。

以下に、歴代の技能評価も踏まえ、審議の対象（「否」判定または疑義）となりやすい主な論点を整理いたしました。これらは、専門医試験のみならず、日常の診療やPCI治療にも常に留意すべき重要な事項です。

1. 書類の記載不備

書類記載を正確に行なうことは医師として基本的事柄です。カルテ記載の重要性について、日常診療から心がけてください。

実技・技能審査でも、誤字脱字、チェックボックスに適切なチェックがなされていないなどの不備が見られました。

また、ワープロを使用しない書類は、審査官が書類を読むのに非常に難渋することがありました。

第17回以降の試験では、症例に関する資料（看護記録など一部は除く）などについて、ワープロ使用を義務化します。

2. 適応に関する問題

例年同様、PCI適応に関する疑義が多数認められます。これらについては、審議委員会において必ず問題となります。

- 無症候性心筋虚血であるにもかかわらず、虚血評価がされていない
- CCSであるのに、造影のみでPCI適応を判断している症例（その中には、造影でも軽・中等度狭窄の症例や、IVUSでもMLAが十分に保たれている症例などがあります）
- 多枝病変やLMT症例であるにも関わらず、CABGについての適切なICがないままad-hoc PCIが行われている症例
- （経過にはハートチームカンファを行ったと記載はあるが）ハートチームカンファを行う時間

がないと思われる状況で引き続きの PCI が行われているケース

- ・ 患者様がカテ台にいる状況での IC は十分な説明が困難と考えられる状況
- ・ CTO 病変があるままで他病変に治療を行っている
- ・ LMT 病変を行う上で、他病変に高度狭窄がある

3. 病態の把握が不正確

心機能低下症例ではその理由（虚血が原因なのかそうでないのか等）の考察についても、審査官にわかるよう記載いただくことも重要です。通常に考えれば、心機能低下症例に対する PCI は虚血を疑ってのことでしょうが、壁運動の低下が冠動脈支配と一致していない場合や虚血が原因であることを見証或いは考察されていない場合などには審議会において疑義が生じます。

4. 合併症や、腎機能低下患者に対する造影剤等の配慮、被曝への配慮が不十分

以下のような症例では、患者不利益が大きく、疑義が生じ、不合格となることがあります。

- ・ 手技中の slow-flow、air を打ったことを気づいていない
- ・ （気づいているのかもしれないが、最終造影で TIMI 2 にも関わらず、「良好な flow」と記載されている）
- ・ wire perforation などの合併症に気付いていない
- ・ ガイドワイヤーの使い方が不適切：先端が中途半端な位置での PCI 施行、wire の枝間入れ替えの際に適切な方法で行っていない
- ・ 病変に対して造影剤使用量が多く、腎臓への配慮が乏しい(hydration も不十分なことも含めて)
- ・ 透視・被曝時間が長い：bi-plane での撮像などは造影剤を減じる効果や、解離を見逃さないために有用であることがあるのは間違いありませんが、最初から最後まで (ballooning の撮影も含めて) 常に bi-plane での撮影がされているのは被曝への配慮が足らないと判断されます。また、様々な面で透視保存なども心掛けるようにしてください。
- ・ 一方、最終造影が一方向しか撮影されず、造影で確認不足・合併症確認不十分が懸念される
- ・ 大きな側枝の stent jail を見逃す

5. 画像の判断が誤っている

以下については、読影能力が専門医として求められる水準に達していないと判断され、不合格となることがあります。

- ・ 造影で狭窄度が過大評価されている
- ・ ballooning 後やステント留置後、IVUS や OCT で拡張不十分にも関わらず、「良好な拡張」という記載、あるいは解離が確認されるが「解離なく良好な拡張」などの表記

6. 合併症の発生を判断できないようなガイドワイヤーをいたままの最終造影

合併症確認のためにも、ガイドワイヤーを挿入したまでの最終造影は限定的にすべきと審議会では考えております。臨床現場ではガイドワイヤーを挿入しないとガイディングカテーテルが抜ける症例や、造影剤使用量を極めて限らなければいけないため、ガイディングカテーテルを最終造影とするようなやむを得ないこともあります。しかし、もしそのような症例を提出したのであれば、審査

官にわかるように、そのような事情を病歴等に記載ください。

7. 選択した症例が CTO のみ

難易度が高すぎる症例（CTO 含む）を提出された場合、手技が難しいため受験者に不利になる可能性が高くなります。理由として、合併症などが発生した際に、術者の技術的問題なのか、病変が難しいために生じているのかについて判断ができず、審査官が見る画像のみでは不明なことがあります。専門医試験において、提出する症例としては、CTO 病変など過度に複雑な病変を提出しないことを強くおすすめします。

また、3症例とも緊急症例を提出されている受験者もおられます。ACS ケースがほとんどであり、適応として問題になることはほとんどないのですが、D2B time などが長い場合や DAPT が適切に投与されていないケースがあります。これらが受験者の判断なのか、施設として不備があるのかについて、判断できないことがあります。第 17 回以降、一症例は待機的 PCI を含めていただくことを推奨します（緊急症例が多い受験生もおられますので、本事項は「必須」ではありませんが、緊急症例のみを提出する理由をお伺いする可能性があります）。

8. IVUS や OCT を行っているにもかかわらず、それらが提出されていない

「保険医療機関及び保険医療養担当規則」では、「療養の給付の担当に関する帳簿及び書類その他の記録をその完結の日から三年間保存しなければならない。」という記載があり、IVUS などもその中に含まれると判断されるようです。よって、IVUS などの画像診断が提出されていない場合には、医療機関としての保健医療が適切に行われているのかについて疑義がかかります。

9. 通常の保険診療とは異なるデバイスや薬剤の使用方法

臨床研究などで、そのような適応外とも取れる方法を用いで PCI を行うケースがあるかもしれません、その際にはそれが分かるように PCI 要約等に記載ください。そうでないと、保険診療の適応外・用法外として CVIT ではお認めすることができません。これらの事項については、十分ご配慮いただき、実技の症例を選択するようお願いいたします。

これまでには、以下のようなケースがあります。

- ・ 診断カテーテルで FFR が行われたにも関わらず、PCI の際に再度 FFR が施行されている症例
- ・ IVUS、OCT、血管内視鏡などのデバイスが複数使用されている症例
- ・ ステント留置にも関わらず、DAPT が使用されていない症例
- ・ DCB がステント留置後の側枝に対する KBT として、全拡張なしに使用されている症例

本実技試験を支えてくださっているのは、CVIT 専門医としてすでに活躍されている多くの先生方や CVIT 事務局の方々です。試験審査に関わっていただきました先生方・スタッフの皆様には厚く御礼申し上げる次第です。

以上