

日本脳卒中の外科学会

第9回技術指導医審査申請要綱

日本脳卒中の外科学会 技術認定委員会

I 審査の概要

1. 日本脳卒中の外科学会定款および技術認定制度細則に従い、第9回技術指導医審査を実施します。申請資格を満たしている場合のみ申請できます。申請希望者は、以下の要項を熟読し、必要書類を提出してください。

2. 技術認定委員会により書類およびビデオ審査が行われます。

3. 申請期間： 2024年7月2日(火)～9月30日(月) (消印有効)

4. 審査日程

2024年9月30日	申請締切 (消印有効)
2024年9月30日	審査手数料振込締切
2024年10月～	書類審査 (この間、事務局および審査担当委員から 申請内容について照会することがあります)
2025年3月下旬頃	審査結果決定
2025年4月以降	本人に結果通知送付

5. 申請書類送付先および申請要項に関する照会

〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1-1
東北大学大学院医学系研究科 神経外科学分野
一般社団法人日本脳卒中の外科学会 事務局
TEL: 022-717-7230、FAX: 022-717-7233
E-mail: jsscs@nsg.med.tohoku.ac.jp

審査内容・結果についてのお問い合わせには一切お答えできません。

6. 申請に際しては日本脳卒中の外科学会ホームページの技術認定制度の項目を必ずお読みください。 (<https://nsg.med.tohoku.ac.jp/jsscs/>)

II 申請資格

1. 日本脳卒中の外科学会技術認定医の資格を有すること。

2. 申請時（締め切り日）に満70歳未満であること。

（2024年申請では、生年月日が1954年10月1日以降）

[註2] 満71歳を迎えた時点で技術認定医および指導医の認定期間は満了となります。

3. 5年以上の日本脳卒中の外科学会会員歴を有すること。

[註3-1] 会費を完納していることが必要です。

[註3-2] 2024年申請では2020年から2024年までの会員歴が必要です。2020年12月31日までに入会した会員が申請可能です。

4. 過去5年間で、1回以上技術認定医・指導医 CEP 講習会を受講していること。

[註4-1] 「技術認定医・指導医 CEP 講習会」は、有料受講および講習会講師を「受講」とします。

5. 日本脳卒中の外科学会学術集会（日本脳卒中学会、SAH/スパズム・シンポジウムを含む）において、申請前10年間に脳卒中の外科に関連する学術発表（共同演者を含む）を3回以上行っていること。

[註5] 2024年申請では2015年第44回日本脳卒中の外科学会学術集会（広島）からの10回が対象となります。

6. 脳卒中に関する査読を経た原著論文を3編以上発表掲載していること。

[註6-1] 少なくとも1編は筆頭著者であることが必要です。

[註6-2] 「論文」は下記に該当するもののみを対象とします

①脳卒中に関する論文：Key wordに脳卒中に関連する用語を含む場合。または本文に論文の主旨が脳卒中に関与または寄与していることがわかる記述がある。

②教科書で脳血管障害（脳卒中）の項に記載される疾患に関する内容を、脳卒中に関連するものと判断する。例：外傷性くも膜下出血や腫瘍内出血などは脳血管障害とは認めません。

③掲載誌・論文形式：「脳卒中の外科」に査読を経て掲載された論文。または英文・邦文誌で査読を経て掲載された論文。症例報告、テクニカルノートなどを含む。査読の有無を問わず総説は認めない。原則掲載予定論文は認めないが、出版社等の証明書があればin pressを認める。

④認められる学術誌の一覧（例）

1) 本学会の機関誌：脳卒中の外科

2) 英文誌

J Neurosurg, Neurosurgery, Neurol Med Chir (Tokyo), AJNR, Neuroradiology, Radiology, Stroke, Interventional Neuroradiology, 等

3) 邦文誌

脳神経外科、脳神経外科ジャーナル、脳と神経、脳卒中の外科、脳神経外科速報、脳神経血管内治療(JNET)、血管内治療、脳卒中、CI研究、神経外傷、放射線医学、臨床放射線、日本医学放射線学会雑誌、日本救急医学会雑誌、日本血管内治療学会誌、IVR(Interventional Radiology)、Neurosurgical Emergency、日本集中治療学会雑誌、救急医学、Neurosonology、脈管学、静脈学、小児の脳神経、脳血管攣縮、等

※但し、査読が行われていない号については認められない場合がある。

4) 上記の例以外については、

- ・インパクトファクターが付与されていることを判断基準とする
- ・インパクトファクターがない場合は、査読(peer review)体制を含む投稿規定のコピーを添付し、本委員会で査読ありと認められた学術誌

⑤ 認められない論文や学術誌の例

- 1) 和文テキストの総説（著書としての記述）
- 2) 大学や関連地域で出している医学雑誌、講演集や報告書等
(例：・・・学報、・・・病院年報、・・・紀要、・・・年次報告、班会議報告など)
ただし、大学発行の医学雑誌であってもIFの付与されているものは認める。
- 3) 分子血管病、脳と血栓、画像情報、その他の企業雑誌、配布用パンフレットなど
- 4) 学会セミナーの講演集：Mt.Fuji workshop on CVD、Geriatric Neurosurgery、仙台セミナーの講演集など
- 5) 抄録のみのもの：Neuroradiology の abstract 集、学会抄録集など

7. 脳血管障害に対する顕微鏡手術 200 例以上の経験（指導を含む）を有すること。

(※外視鏡手術症例もカウント可)

[註 7-1] 下記の条件を満たす必要があります。

- ①脳動脈瘤クリッピング術を 100 症例以上含むこと
- ②バイパス手術または頸動脈内膜剥離術 (CEA) をあわせて 20 例以上含み、かつそれぞれ 5 例以上の執刀症例を含むこと
- ③血管奇形根治術を 5 症例以上含むこと

[註 7-2] 手術を実施した医療機関の現在（証明書作成日）の施設長（病院長または部・科長）の証明（署名）を要します。

8. 上記の 7 項目全てを満たした場合のみ申請できます。

III 申 請

1. 申請手続き

(1) 申請期間：2024年7月2日（火）～9月30日（月）

申請受付締め切り：2024年9月30日（月）消印有効

(2) 申請方法

申請書類を郵送（書留・レターパックプラス（赤色））または宅配便にてお送りください。（「申請受付通知」はお送りしません。）

申請手続き後の提出書類の内容変更は一切認めません。

提出された書類は返却しません。

(3) 申請書類送付先

〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1-1

東北大学大学院医学系研究科 神経外科学分野

一般社団法人日本脳卒中の外科学会 事務局

TEL：022-717-7230、FAX：022-717-7233

E-mail：jsscs@nsg.med.tohoku.ac.jp

(4) 審査手数料 30,000 円（内消費税額：2,727 円 登録番号：T3370005003124）

審査手数料は以下の郵便振替口座へ振り込み、その写しを同封してください。

<振込票使用時>

口座番号：02290-8-17301

加入者名：一般社団法人日本脳卒中の外科学会

<インターネットバンキング>

銀行名：ゆうちょ銀行 二二九店

口座番号：当座 0017301

口座名：シャ)ニホンノウソツチュウノゲカガツカイ

いかなる場合も審査手数料は返還しません。

（なお、審査で合格した者は別途、登録料（20,000円）が必要です）

(5) 認定審査結果の発表

審査結果は、本人宛に郵送にて通知します。

審査内容・結果についてのお問い合わせには一切お答えできません。

2. 提出書類

(1) 出願に必要な書類

※6、7 (PDF で提出の場合)、8、9 はデータを USB に保存して提出。他は紙媒体 (A4) で提出。

1	<p>技術指導医認定申請書 (様式 2-1 (2024))</p> <p>※履歴書・学術発表目録・学術論文目録を含む</p>	<p>(ワープロ打ち可) 但し、氏名はプリントアウトし自筆署名をした上で提出してください。</p> <p>【学術発表目録について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本脳卒中の外科学会の年次学術集会 (日本脳卒中学会、SAH/スパズム・シンポジウムを含む) において、申請前 10 年間に脳卒中の外科に関連する学術発表(共同演者を含む) を 3 演題以上行っていること。 ・条件を満たさない発表は記載しないでください。 ・申請されたものが不適格と判定された場合は削除されることがあります。その結果、<u>必要発表数に満たなかった場合、「不合格」と判断することがあります。</u> <p>【学術論文目録について】</p> <p>(対象となる論文については「II 申請資格 6. [註 6-2]」 P.3 をご確認ください。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳血管障害に関連した学術論文を 3 編以上記載してください。 ・1 編は筆頭著者であることが必要です。 ・条件を満たさない論文は記載しないでください。 ・掲載済論文を対象とし、原則掲載予定 (accept、in press) 論文は対象としません。ただし、出版社等の証明書があれば in press を認めます。 ・申請されたものが不適格と判定された場合は削除されることがあります。その結果、<u>必要論文数に満たなかった場合、「不合格」と判断することがあります。</u> ・論文の PDF ファイルが提出されていない場合は、審査対象外となります。
2	技術認定医認定証の写し	(提出省略可)
3	技術認定医・指導医 CEP 講習会受講証明書 (様式 2-2)	<p>受講時に交付されたものを提出してください。</p> <p>(技術認定医申請の際に有効期限内の原本をご提出済の方は提出不要です)</p>

4	手術施行施設の現施設長 (病院長または部・科長)の 証明書(様式2-3-1)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設毎に各1枚 ・必要枚数をプリントアウトし、証明者が自筆署名をした上で提出してください。
5	術者証明書(様式2-3-2)	(該当者のみ提出。「IV 注意事項 <術者について>」 P.10の欄を参照のこと)
6	手術目録(様式2-4)	<p>(Excelファイルに入力しデジタルデータで提出)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手術目録は後述の【手術目録作成時の注意】P.13に従いご記入ください。 ・申請症例数は200例から220例の間としてください。症例番号220までが審査の対象となり、<u>221番以降は審査の対象から除外します。</u> ・001~010は手術記録を提出する症例のご記載をお願いいたします。そのうち、症例001バイパスのビデオ審査用症例、症例002はCEAのビデオ審査用症例としてください。 ・分類の誤りや重複症例などがあった場合は、経験症例数としてカウントされません。その結果、<u>必要症例数に満たなかった場合、「不合格」と判定します。</u> ・<u>提出された目録の中から技術認定委員が選んだ数例の詳細データ(手術記録の写し等)の提出を求めることがあります。期限内に提出されなければ、「不合格」と判定します。</u>
7	手術記録	<p>(A4の紙媒体または、PDFファイルでの提出)</p> <p>バイパス・CEA各5例の手術記録の写し</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手術目録で申告した経験手術のうち、症例001~010に記載したバイパス術5例およびCEA5例の手術記録を提出してください。手術記録として、<u>紙カルテのコピー、電子カルテの画面イメージのプリントアウトなど、原資料の写しであることが判断可能な記録を提出して下さい。</u>(原資料を新たにWord fileなどへ書き写したものは手術記録とは認めません。) <p>(次ページへ続く)</p>

	(7 手術記録のつづき)	<ul style="list-style-type: none"> ・提出の際は、余白に症例番号を記載。 <u>(1つの症例が複数枚にわたる場合は1-1、1-2のように枝番も記載)</u>の上、<u>症例番号順に並べてください。</u> (ホチキス留めの必要はありません。) ・PDF ファイル形式で提出の場合、全ページに症例番号・枝番を記載したものを1つのファイルにまとめた上でご提出ください。 (症例ごとにファイルやフォルダを分ける必要はありません。) ・必ず患者個人情報(氏名、生年月日、院内ID番号など)は見えないように修正テープ等で消去してください。手術日、性別、年齢、術者名、指導医名や助手名は消さないでください。 なお、「IV 注意事項<術者について>」P.10に、十分留意してください。
8	手術ビデオおよび基本画像	<ul style="list-style-type: none"> ・後述の【手術ビデオおよび基本画像提出に際する注意】P.17に従って提出してください。 ・手術ビデオや基本画像においては、患者個人情報のほかに術者名・病院名も消去してください。
9	申請した学術論文各1部	<p>(PDFファイルで提出)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・論文が提出されていない場合は、審査対象外となります。
10	審査手数料支払い証明	受領証のコピーを同封のこと

<書類作成上の注意>

*所定の様式をダウンロードしてお使いください。所定の様式以外認めません。

ダウンロードした書類は A4サイズとしてください。

(書類はMicrosoft WordおよびMicrosoft Excelで作成してあります。

ソフトウェアは各自ご用意ください。Windows, Macintoshで使用可能です。)

*6、7 (PDFで提出の場合)、8、9はデータを1本のUSBメモリ (USB2.0または3.0)に

保存して提出してください。

提出した USB メモリの返却を希望する申請者は提出時に明記してください（返却不要が望ましい）。

*上記で返却を希望されたものを除き、提出された書類は返却しません。

参考)

一般社団法人日本脳卒中の外科学会技術認定制度細則
(技術指導医のための申請および認定)

第9条 指導医申請者の資格審査およびビデオ審査は認定委員会が行い、指導医認定を行う。

第10条 指導医の申請要件は以下に示す。

- ① 本学会の技術認定医資格を有する。
- ② 申請時（申請締め切り日）70歳未満である。
- ③ 5年以上の日本脳卒中の外科学会会員歴（年会費完納）を有する。
- ④ 脳血管障害に対する顕微鏡手術200例以上の経験を有する（指導を含む）。200例には、脳動脈瘤クリッピング術100例以上、バイパス手術・頸動脈血栓内膜剥離術合計20例以上（最低5例ずつの執刀を含む）、血管奇形根治術5例以上を含む。
- ⑤ 過去10年間に年次学術総会（日本脳卒中学会・SAH/スパズムシンポジウムとの合同学術総会）で筆頭演者または共同演者として脳卒中の外科に関連する3演題以上の発表歴を有する。
- ⑥ 脳卒中に関する論文（査読有、和文可、総説不可）3編の発表・掲載歴を有する。3編中少なくとも1編は筆頭著者とする。査読有について、インパクトファクターが付与されていることを判断基準とする。
- ⑦ 過去5年間に技術認定医・指導医 CEP 講習会の1回以上の受講歴を有する。

第11条 技術指導医の認定申請は、所定の期日までに所定の審査手数料を納付するとともに、次の書類を認定委員会に提出する。

- ① 申請書
- ② 技術認定医認定証の写し
- ③ 技術認定医・指導医 CEP 講習会受講証明書
- ④ 200例の手術症例一覧
- ⑤ 施設長の手術実施証明書
- ⑥ 手術ビデオ2編（バイパス手術1編および頸動脈血栓内膜剥離術（CEA）1編）。頸動脈血栓内膜剥離術のビデオは内膜剥離操作のマイクロ画像を含むものに限る。なお編集ビデオは、手術前後の基本画像（キーフィルム）を含み、それぞれ無編集ビデオも添付する。
- ⑦ バイパス手術及びCEA5件ずつの手術記録

IV 注意事項

<申請内容について>

1. 技術指導医の申請資格審査は書類審査であるため、その記載内容は十分にチェックし誤りなきようお願いいたします。

2. 申請内容に虚偽があると認められた場合、倫理委員会および技術認定委員会で精査し、申請者や施設長に照会の上、学会除名、技術認定医・技術指導医資格および申請資格剥奪等の厳しい処分を課すことがあります。

3. 書類の不備あるいは不十分な記載があれば不合格となる可能性があります。
特に以下に十分注意してください。

申請症例に関して

- ・過去のご自身の技術認定医申請時と内容が異なっている
(特に術者・指導医名が変更になっている場合、直接合否に関わります)
- ・分類の誤り、同一患者治療のカウントの誤り
- ・記載内容が不適切である

4. 申請症例内容に疑問がある場合は、術者名が明記されている診療記録(カルテのコピーや電子カルテの画面イメージなど)の提出を求めることがあります。なお、手術記載内容と施設証明に明らかな相違が認められる場合、施設長からの説明を文書で求めることがあります。また、申請学術発表の内容確認のため、抄録のコピーの提出を求めることがあります。申請にあたっては、症例・学術発表の詳細な記録が入手可能であることを確認してください。

<術者について>

1. 以下の場合に申請者を術者と認めます。

公式手術所見で客観的に術者と分かること

・術者と助手が区別して記載されている手術記録において、術者の欄の筆頭に申請者の氏名が記されている場合。

・術者と助手が区別して記載されている手術記録において、術者の欄の2番目に申請者の氏名が記されているが、施設長による術者証明書ならびに術者順の記載ルールの説明と、それに基づく症例ごとの具体的な役割分担および指導・被指導関係(脳外科専門医取得年等の経験を裏付ける記載を含む)に関する詳細な追加説明資料が添付されており、その内容を委員会が承認した場合。

・術者と助手が区別して記載されていない手術記録において、その欄の筆頭に申請者の氏名が記されている場合。

・術者と助手が区別して記載されていない手術記録において、その欄の2番目に申請者の氏名が記されているが、施設長による術者証明書ならびに術者順の記載ルールの説明と、それに基づく症例ごとの具体的な役割分担および指導・被指導関係（脳外科専門医取得年等の経験を裏付ける記載を含む）に関する詳細な追加説明資料が添付されており、その内容を委員会が承認した場合。

2. 以下の場合は、申請者を術者と認めません。

・術者と助手が区別して記載されている手術記録において、助手の欄に申請者の氏名が記されている場合。施設長による術者証明があっても、本申請においては手術記録を優先し、術者とは認められません。

・術者欄の3番目以降に申請者の氏名が記載されている場合。施設長による術者証明や説明等があっても、本申請においては、術者とは認められません。

・手書き修正等、事後変更の可能性が否定できない書類はいかなる説明があっても認められません。

<海外症例の取扱いについて>

海外で施行された治療に関しては、以下のように取扱います。

1. 海外症例は原則的に認めない。

2. 正当な理由があり上記以外の申請を望むものについては、技術認定委員会にその理由を提出すること。

3. 技術認定委員会で理由が正当と認められた場合には、資格審査を行う。

但し原則として以下の条件を満たすものに限る。

A. 海外症例については多くても全体の20%を越えないこと。

B. 申請海外症例の各症例について術者として申請者の名前が明記され、かつ症例に加わったことが直接証明される公的文書のコピーを提出すること。

C. 申請症例施行施設での医療行為が正当なものであることを証明する書類を提出すること。

<連絡先の変更があった場合>

申請後、異動等で連絡先（郵送先）が変更になった場合は、速やかに以下に連絡してください。

連絡がない場合、重要な書類が届かず申請者の不利益を生じる可能性があります。技術認定委員会および事務局では責任を負いかねます。

〒980-8574 仙台市青葉区星陵町 1-1
東北大学大学院医学系研究科 神経外科学分野
一般社団法人日本脳卒中の外科学会 事務局
TEL: 022-717-7230、FAX: 022-717-7233
E-mail: jsscs@nsg.med.tohoku.ac.jp

【手術目録作成時の注意】

i. 分類のガイドライン

1. 脳動脈瘤クリッピング術	脳動脈瘤のネックをクリッピングした手術（トラッピングは対象外です）
2-1. バイパス手術	STA-MCA bypass, STA-SCA bypass, OA-PICA bypass など頭蓋外動脈と頭蓋内動脈を直接またはグラフトを介して吻合する手術 ※間接バイパスのみの術式は対象外です。
2-2. CEA	頸部頸動脈狭窄症の血行再建術
3. 血管奇形根治術	脳、脊髄あるいは硬膜動静脈奇形の開頭根治術など
4. その他	上記以外の脳血管障害手術

※上記手術は全て、手術用顕微鏡または外視鏡を用いた「開頭手術またはCEA」とする

ii. 手術症例から除外される手技

手術用顕微鏡や外視鏡を用いない開頭手術
穿頭術、短絡術、内視鏡手術、血管内治療、など

iii. 手技を途中で中止した場合：原則的に経験症例として認めない。

iv. 上記ガイドラインでは判断が困難で別に審査を希望する場合には手術記録の詳細をそえてA4用紙（様式自由）に記入し申請すること。

v. 一症例と判断する上での注意

-1. 一症例に複数の手技を行っても同一術者の場合は一症例とする。

<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳、脊髄あるいは硬膜動静脈奇形に動脈瘤を合併し、動脈瘤クリッピング術と根治的手術を行った場合 ・動脈瘤クリッピング術の前後に頭蓋内外バイパス術を行った場合 ・頸動脈狭窄症と脳動脈瘤が合併し、CEA と脳動脈瘤クリッピング術を同時に行った場合 ・離れた部位に脳動脈瘤があり、同一日にクリッピング術を行った場合
--

※複数の手技を行った場合には、該当する分類から1つを選択し、一症例としてカウントする

- 2. 別の術者が一症例に同一日に複数の手技を行った場合は、それが完全に独立した手術であり、各々の術者を証明できる手術記録を提出すれば両者をカウントできる。

(例)

- ・ 頸動脈狭窄症と脳動脈瘤が合併し、CEA と脳動脈瘤クリッピング術を同時に行った場合
- ・ 離れた部位に脳動脈瘤があり、同一日に別の開頭でクリッピング術を行った場合

(認められない例)

- ・ 同一の開頭で、動脈瘤クリッピング術の前後に頭蓋内外バイパス術を別の術者が行った場合
- ・ 脳、脊髄あるいは硬膜動静脈奇形に動脈瘤を合併し、動脈瘤クリッピング術と根治的手術を別の術者が行った場合

- 3. 「一症例と判断する上での注意」の基準を満たさないものは症例数にカウントしません。
- 4. 申請者間の重複に十分気をつけてください。既に過去の申請者により術者として申請された症例は、申請されても術者としてカウントしません。
- 5. 分類の誤りや重複症例などにより症例数としてカウントされず、その結果、必要症例数に満たなかった場合、「不合格」と判断します。

vi. 関与について

- 1. 「術者」、「指導（スクラブイン）」、「指導（その他）」の3種類あります。適切なものを選択してください。原則として、一手術につき、「術者」および「指導（スクラブイン）」は1名ずつです。
- 2. 「指導（スクラブイン）」は少なくとも下級医の執刀する手術に直接参加してディスカッションをしていることを想定しています。脳神経外科専門医取得前の「指導（スクラブイン）」は認められません。上級医を「指導」した形の申請は原則認められません。やむを得ずそのような症例を含む場合は、当該手術記録のコピーを提出し、必要な説明を加えてください。手術記録の指導医師欄に申請者の名前が記載されている場合には、原則として「指導（スクラブイン）」として認められます。
- 3. 「指導（その他）」は、教授や部長、その他それに準じる者（施設における脳卒中の

直達手術担当者のうち最上位者) が、カンファレンスで手術アプローチや留意点などを指導することを想定しています。「指導(その他)」を選択した場合には、指導内容欄に、当時の肩書きと具体的な指導の内容を記載してください。肩書きと臨床上の役割が一致しない場合には、その説明を別添(様式自由)してください。また、確認目的に手術記録の原本の提出などを依頼する可能性があります。

※「術者」「指導(スクラブイン)」を選択した場合には、指導内容欄の記載は必須ではありません。

vii. 見本を参考にして作成してください(すべての項目が必須です)。

*必ず、症例番号(001から220、重複不可)をつけてください。

*症例001~010は手術記録を提出する症例とし、そのうち症例001をバイパス術、症例002をCEAのビデオ症例として下さい。

*不完全な記載は合否判定の資料と見なされず、必要症例数不足(不合格)と判定される可能性がありますので注意してください。

*提出症例について疑義のある場合は、担当審査委員の求めに応じて、事務局が申請者に問い合わせたり、追加症例の提出を求めたりする場合があります。

*提出症例について不正が発覚した場合は、懲罰規定に基づき、学会除名、会員資格停止、技術認定医資格剥奪・停止、技術指導医申請資格剥奪・停止などの処分を課すことがあります。

提出症例(記載要項)

番号	001から220まで(重複不可) ※001~010は手術記録を提出する症例、そのうち001はバイパス術のビデオ症例、002はCEAのビデオ症例
手術実施施設名	施設名
年齢	歳
性別	M:男、F:女 どちらかを選択
施行日	西暦で(YYYY/MM/DDの形式で記載してください。)
病名	明確に記載
分類	番号を記載 1:動脈瘤クリッピング術、2-1:バイパス手術、 2-2:頸動脈内膜剥離術、3:血管奇形根治術、4:その他
手術名	手術名を記載

関与	番号を選択 1:術者、2:指導（スクラブイン）、3:指導（その他）
立場と指導内容	当時の肩書と具体的な指導内容。関与3の場合は記入必須。 ※申請者の所属施設と異なる施設で行われた手術の場合は、1～3いずれの関与においても非常勤である旨を記載してください。
術者名	
術者の専門医取得年	脳神経外科専門医取得年を西暦で記載（関与2・3の場合のみ）。 未取得の場合はその旨を記載してください。
申請者名	

提出症例（見本）

番号	手術実施施設	年齢	性別	施行日	病名	分類	手術名	関与	立場と指導内容	術者名	専門医取得年	申請者名
001	〇〇病院	71	F	2022/01/01	もやもや病	2-1	STAMCA バイパス術	1		卒中 太郎		卒中 太郎
002	〇〇病院	61	M	2023/02/01	右頸部内頸動脈狭窄	2-2	頸動脈内膜剥離術	1		卒中 太郎		卒中 太郎
003	〇〇病院	51	M	2016/03/01	もやもや病	2-1	STAMCA バイパス術	1		卒中 太郎		卒中 太郎
004	〇〇病院	41	M	2016/04/01	左内頸動脈閉塞	2-1	STAMCA バイパス術	1		卒中 太郎		卒中 太郎
005	〇〇病院	81	F	2016/05/01	遠位部前大脳動脈瘤	2-1	A3-A3 バイパス術	1		卒中 太郎		卒中 太郎
006	〇〇病院	71	F	2017/06/01	もやもや病	2-1	STAMCA バイパス術	1		卒中 太郎		卒中 太郎
007	〇〇病院	61	M	2017/07/01	左頸部内頸動脈狭窄	2-2	頸動脈内膜剥離術	1		卒中 太郎		卒中 太郎
008	〇〇病院	51	M	2017/08/01	右頸部内頸動脈狭窄	2-2	頸動脈内膜剥離術	1		卒中 太郎		卒中 太郎
009	△△病院	41	M	2017/09/01	左頸部内頸動脈狭窄	2-2	頸動脈内膜剥離術	1	(非常勤)	卒中 太郎		卒中 太郎
010	〇〇病院	52	M	2017/10/01	左頸部内頸動脈狭窄	2-2	頸動脈内膜剥離術	1		卒中 太郎		卒中 太郎
011	〇〇病院	62	F	2016/11/01	破裂遠位部前大脳動脈瘤	1	動脈瘤クリッピング術	2		血管 花子	yyyy	卒中 太郎
012	〇〇病院	72	F	2016/12/01	前交通動脈瘤	1	動脈瘤クリッピング術	1		卒中 太郎		卒中 太郎
013	〇〇病院	82	F	2018/01/01	破裂右前頭葉脳動脈奇形	3	脳動脈奇形根治術	3	科長としてカンファレンスでアプローチ指導	血管 花子	yyyy	卒中 太郎
014	△△病院	73	M	2018/02/01	もやもや病	2-1	STAMCA バイパス術	1	(非常勤)	卒中 太郎		卒中 太郎
015	△△病院	63	M	2018/03/01	右中大脳動脈瘤	1	動脈瘤クリッピング術	2	手術室において指導（非常勤）	脳 二郎	未取得	卒中 太郎

【手術ビデオおよび基本画像提出に際する注意】

i. 提出する症例は以下の通りです。

バイパス術 1例 (症例番号 001)

CEA 1例 (症例番号 002)

* 提出の際にはファイル名に症例番号、手術の種類などを記載してください。

(ファイル名の例：症例 1_STAMCA bypass_編集)

* 第1回～3回技術認定医申請のバイパスまたはCEAビデオ審査で合格したものとは別の症例をご提出ください。

ii. 提出する資料(データ)は以下の通りです。

<p>1. 無編集ビデオ</p> <p><ファイル形式> MPEG-4 (.mp4) のほか、 AVI(.avi)、 QuickTime (.mov)、 Mpeg-2 (.mpg)、 WMV(.wmv)も可</p>	<p>できるだけ無編集で手術全体に近いビデオを指します。</p> <p>録画機器の仕様によって、複数のファイルに分割されていたり、DVD やビデオ入れ替えのタイミングで記録が欠落する時間帯が存在する可能性などもありますが、手を加えずに、一式のファイルをお送りください。明らかに場面が大きく飛んでいる場合など、必要と考えられる場合には、問い合わせや再提出をお願いする可能性があります</p>
<p>2. 編集ビデオ (10-15分を目処に)</p> <p><ファイル形式> MPEG-4 (.mp4) のみ可</p>	<p>以下にそれぞれの疾患で編集ビデオに含むべきポイントとその評価項目を示します。</p> <p>編集ビデオの長さはそれぞれ 10-15 分を目処とし、原則として、早送りでの動画編集は行わないでください。</p> <p>※これらの場面が編集ビデオに十分評価可能な形で入っていない場合、当該項目は減点となります。過去に編集ビデオが短すぎて、多くのポイントが評価困難と判定されたものがあります。十分、ご注意ください。</p> <p>●バイパス術 (STA-MCA バイパス術を例とします)</p> <p><硬膜外操作></p> <ul style="list-style-type: none"> ・適切なサイズ、部位に開頭が行われているか ・頭皮、筋、硬膜の止血は十分に行われているか ・STA の剥離は適切に愛護的に行われているか <p><硬膜内操作></p> <p>レシピエントの剥離・確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・レシピエントの選択は適切か

<p>(2. 編集ビデオのつづき)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・側枝の処理は適切におこなわれているか ・必要十分な長さを確保できているか <p>STA の断端処理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・STA の長さは適切か ・断端の結合組織の除去範囲は適切か ・断端の処理は適切か <p>レシピエントのアルテリオトミー</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アルテリオトミーの操作は適切か ・アルテリオトミーの切開線・サイズは適切か <p>吻合操作</p> <ul style="list-style-type: none"> ・無血的な吻合環境が確保されているか ・STA の断端とアルテリオトミーのバランスは適切か ・レシピエントの切開線、内腔の確認は適切か ・レシピエントの扱いは愛護的か ・針刺しの操作は適切か ・糸結び操作は適切か ・吻合部からの出血に対する対応は適切か ・吻合部の開存度・状態は良好か <p><顕微鏡操作></p> <ul style="list-style-type: none"> ・顕微鏡のフォーカス調整 ・手術操作に見合った適切な拡大率 ・術野の中央での操作 <p>●CEA(内膜剥離操作はマイクロ画像(外視鏡可)であること)</p> <p><アプローチ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・術野の展開は必要十分か ・皮下、筋、軟部組織の止血は十分におこなわれているか <p><CEA></p> <p>動脈剥離操作</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総頸動脈は十分中枢まで剥離・露出されているか ・内頸動脈は十分末梢まで剥離・露出されているか ・外頸動脈は十分に剥離・露出されているか ・動脈遮断部位の剥離は全周性におこなわれているか ・頸動脈の剥離操作は愛護的におこなわれているか <p>CEA</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アルテリオトミーの範囲・手技は適切か ・内膜剥離操作は適切か ・内膜剥離後の血管内腔は平滑か ・内頸動脈端の処理は適切か ・総頸動脈端の処理は適切か
-----------------------	--

<p>(2. 編集ビデオのつづき)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外頸動脈端の処理は適切か ・血管縫合は適切か ・遮断解除時のデブリスの洗い出しは適切か ・遮断解除の手順は適切か ・縫合部の止血は適切か <p>内シャント（使用している場合）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内シャントの挿入は適切か ・内シャントの抜去は適切か <p><顕微鏡操作></p> <ul style="list-style-type: none"> ・顕微鏡のフォーカス調整 ・手術操作に見合った適切な拡大率 ・術野の中央での操作
<p>3. 基本画像</p> <p><ファイル形式> JPEG（高解像度）とする。DICOMは不可。</p>	<p>①～④を必ず含み、必要かつ最小限を術前・術後に整理して提出してください。</p> <p>①血管撮影または血管イメージング（CTA など。鮮明であればMRAも可）の術前画像</p> <p>②血管撮影または血管イメージング（CTA など。鮮明であればMRAも可）の術後画像</p> <p>③脳イメージング（CT, MRI など）の術前画像</p> <p>④脳イメージング（CT, MRI など）の術後画像</p>

iii. 提出の際の注意事項

* 上記 ii の提出資料を手術目録等のデータと一緒に、USB メモリ（USB 2.0 または 3.0）に入れて提出してください。

* ビデオや基本画像は、患者個人情報（氏名、生年月日、院内 ID 番号など）や術者名・病院名を特定できない形のデータにしてください。

* 編集ビデオの変換のフォーマットは、MPEG-4（.mp4）のみ可とします。その他のフォーマットで提出されても受け付けませんのでご注意ください。

（無編集ビデオにつきましては、AVI(.avi)、QuickTime(.mov)、Mpeg-2(mpg)、WMV(.wmv)も受け付けます。）

また、事務局で確認し、再生できない場合や不鮮明な場合は再提出をお願いすることがあります。

* 審査が可能な鮮明な画像であることを確認してください。

審査不能な情報の場合は、不合格とすることがありますのでご注意ください。

CEA におきましては、少なくともアルテリオトミー以後の内膜剥離操作はマイクロ画像（外視鏡可）を提出されませんと手技・操作の詳細を評価できず、不合格とすることがあります。