

# 神経内科専門医カリキュラム制研修の手引き

脳神経内科の認定施設の責任者、脳神経内科専攻医は、脳神経内科のカリキュラム制の研修を行うにあたり、この手引きを参考として下さい。

項目番号(プログラム制での番号)

専門領域

神経内科

## 1 理念と使命

### ① 領域専門制度の理念

1

日本神経学会専門医制度は、臨床神経学を専門とする優れた医師を養成し、神経学の進歩発展とその水準の向上をはかり、国民の健康と福祉に貢献することを目的とする。

### ② 領域専門医の使命

2

神経内科専門医は、脳と脊髄(中枢神経系)、末梢神経、神経筋接合部、筋における機能的・器質的疾患を内科的に診療するスペシャリストである。その使命は以下に要約される:

- 1) 病院診療：病院においては神経内科の専門診療を担当し、急性疾患から難治性神経疾患を含む慢性疾患の診療を担当する。また神経症候をきたす多様な疾患について関連診療科と協力してチーム医療を実践する。
- 2) 地域医療：神経疾患の専門家として他施設との病診連携、多様な医療福祉資源を活用した慢性期神経疾患患者の療養体制の構築、特に在宅療養支援にリーダーシップを発揮する。
- 3) 医学研究：神経疾患医療に関する臨床研究や基礎研究に関心を持ち、それらの研究を支援また自らも実践することを通じて、医学の進歩に貢献する。
- 4) 教育・啓発活動：研修医やメディカルスタッフの啓発・教育に積極的に参加し、神経疾患医療に携る後進の育成に努める。また神経疾患医療に関して患者・家族に加えて、市民への啓発活動にも努める。
- 5) 患者中心の医療：適切な情報提供とインフォームドコンセントをもとに患者の人権を尊重した医療を実践する。
- 6) 生涯学習：学会、医師会に参加して自ら神経疾患医療に関する最新の知識・技術の修得に努め、生涯学習を実践する。

## 研修カリキュラム

### 2 専門研修の目標

#### ① 専門研修後の成果(Outcome)

本制度の成果は、神経内科専門医が担うべき使命を明らかにして国民に信頼される専門医を多数養成することである。研修後の神経内科専門医像は以下に要約される。

- 1) 神経内科の対象とする領域(脳・脊髄・末梢神経・筋)の機能解剖について十分な知識を有する。
- 2) 神経内科疾患の病態生理、主要症候、臨床遺伝学などについて十分な知識を有する。
- 3) 神経内科疾患に対して専門的診察を行い、適切な診断検査計画を立案して、診察ができる。
- 4) 神経内科疾患に対して、診断に基づき適切な治療計画介護計画を立案して実践できる。
- 5) 神経内科救急疾患の診察および処置を実践できる。
- 6) 患者・家族に、説明と同意のプロセスを基本とした医療を提供できる。
- 7) 症例に応じて、自科の専門医、他科の医師に適切にコンサルトを行い、適切な対応ができる。
- 8) 適切な診療録を作成できる。
- 9) 医の倫理・医療安全について十分な知識を有し、適切な対応ができる。
- 10) 保険制度を含む医療・介護福祉制度について熟知し、適切な対応や書類作成ができる。
- 11) 学術集会などに参加し、症例報告や研究報告を行い、論文発表できる。研究マインドを持って神経内科医療や研究を進めることができる。
- 12) 神経内科を主として地域医療に貢献できる。
- 13) 神経内科の教育に参加できる。

#### ② 到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)

- i 専門知識(別表 神経内科専門医研修カリキュラムおよびカリキュラムサポートガイドの項目表を参照)

カリキュラムで4分野を定めた。

- 1) 機能解剖として、高次脳機能・機能局在、脳神経、錐体路系、錐体外路系、小脳系、反射(病的反射、原始反射も含む)、感覚系、自律神経系、脊髄、末梢神経、骨格筋、脳室・くも膜下腔(脳脊髄液循環を含む)、脳脊髄に関連する血管系、以上の13項目を指定した。
  - 2) 病態生理として、意識障害、運動ニューロン障害、錐体外路障害、運動失調、末梢神経障害(脱髄・軸索変性)、神経筋接合部障害、自律神経障害、神経系の炎症、遺伝子異常による神経疾患、頭蓋内圧亢進、脳症、以上の12項目を指定した。
  - 3) 主要症候として、頭痛、めまい・難聴・耳鳴、意識障害(レベル低下・変容)・失神、高次脳機能障害(記憶障害、失行、失認、遂行機能障害、注意障害、性格変化を含む)、けいれん・てんかん発作、視力低下・視野異常、瞳孔異常、眼瞼下垂・複視/眼球運動障害、言語・発声障害(失語・構音障害・嚙声)、嚥下障害、運動麻痺/筋力低下・易疲労性・筋萎縮・筋線維束性収縮、不随意運動、感覚障害・シビレ感、神経痛、運動失調、起立・歩行障害、睡眠障害(RBD)・睡眠時無呼吸、自律神経障害(起立性低血圧・排尿障害・便秘、発汗障害)、脳死、以上の計19項目を指定した。
  - 4) 臨床神経遺伝学として、分子遺伝学の基礎知識、遺伝性疾患の診察と対応、家系図の作成と遺伝様式の推定、遺伝学的検査(検査の種類、インフォームドコンセント、結果の解釈と説明)、臨床遺伝専門医との連携、以上の5項目を指定した。
- 研修カリキュラムには、履修すべき専門知識としてこれらの項目について、各々到達レベルを示した。すなわち、レベルAは病態の理解と合わせて十分に深く知っている、レベルBは概念を理解し意味を説明できる、とした。レベルCは本カリキュラムには相応しくないので記載していない。機能解剖と病態生理については知識レベルAとしているが、主要症候では実際に症例の経験を求めている。これは複数の症例経験により症候の多様性を学ぶことを求めるからである。臨床神経遺伝学においては知識のみならず診療の実践により具体的な診療技術の習得を求めている。

3

4

- ii 専門技能(診察、検査、診断、処置、手術など。別表神経内科専門医研修カリキュラムおよびカリキュラムサポートガイドの項を参照)

5

神経疾患診療の第一の基本は神経学的診察であり、これについて大脳機能の診察(意識状態、精神状態、発声・構音障害、記憶障害、高次脳機能の5項目)、脳神経の診察、四肢ならびに体幹の診察(運動系、反射系、運動調節系、感覚系、識別感覚、不随意運動、姿勢、起立・歩行、脊柱、自律神経系、髄膜刺激徴候の11項目)、脳死状態の診察を指定した。また、補助診断検査として用いられる頻度の高いものを選び、主として主治医が適用の選択と結果の判定を行なう検査として頭部・脊柱単純X線、頭部CT、頭部・脊椎・脊髄MRI検査、脳・頸部MR angiography、3D-CT angiography、骨格筋CT・MRI検査、脳SPECT (FP-CIT SPECTを含む)、脳PET、MIBG心筋シンチグラフィ、脳波検査、前庭機能検査、各種神経心理学的検査、サーモグラフィ、遺伝学的検査、脳生検、の13項目を指定した。それとは別に担当医が自ら施行し判定を行なうことの多い検査として、基本的な高次脳機能検査(MMSE、HDS-R、FAB)、腰椎穿刺(タップテストを含む)、頸動脈超音波検査、各種神経筋生理学的検査、表面筋電図・経頭蓋磁気刺激、筋生検・末梢神経生検、エドロホニウム試験、自律神経機能検査、脳血管撮影、の9項目を指定した。治療手技に関しては、薬物治療として抗凝固薬・抗血小板薬に始まり、抗ウイルス薬・抗菌薬に至る14項目を指定した。救急処置と初期対応としては、脳卒中急性期治療から悪性症候群までの11項目、その他の治療法としてリハビリテーションの指示・評価に始まり脳深部刺激療法(DBS)やバクロフェン髄注治療法(ITB)の管理に至までの8項目を指定した。臨床神経遺伝学に関する5項目は先に述べた。

ここに挙げた検査と治療法は、施設によっては経験できない項目があるが、専門医として知っておくことが求められることの多いことから挙げたものである。これらは症例経験を積む過程で身に付けていくべき事項である。いずれも適切に習得されたか、その達成度を指導医が適時確認する。到達レベルは知識、及び技術技能にわけて示した。すなわち、知識に関してはA(病態の理解と合わせて十分に深く知っている)、B(概念を理解し意味を説明できること)、とした。

技術・技能に関する到達レベルとして、A(複数回の経験を経て安全に実施できる、または判定できる)、B(経験は少数例だが指導医の立ち会いのもとで安全に実施できる、または判定できる)、C(経験が無い)の三段階の評価とした。

- iii 学問的姿勢

6

専攻医としての研修期間中においては、カリキュラムの全項目中80%以上においてAもしくはBを満たす研修を積むことが出来るように自ら努める。自施設における習得が不十分な内容については、神経学会をはじめ関連学会や医師会の主催する教育講演、生涯教育講演、ハンズオンセミナーなどに積極的に出席し、学習する。カリキュラムの修得度は、定期的に自己評価するとともに、指導医の評価も受けつつ、自己研鑽を積み重ねる。神経内科専門医に求められる学問姿勢とは、単に症例を経験することではない。多様な疾患を経験して、各症例においては病態に関する洞察を深めて、医療の進歩に関心を持って自らの診療水準の向上を目指すものである。

神経学会や関連学会の学術大会、地方会などに積極的に参加して知識をアップデートするとともに、症例発表や研究発表を行い、症例報告や原著論文の筆頭著者もしくは共同著者として発表することが望ましい。これらの学術活動を通じて後輩医師と共に学び指導する。

さらにメディカルスタッフを中心として、多職種、他施設との連携構築に向けた教育・啓発活動にも参加する。

- iv 医師としての倫理性、社会性など

7

- 1) 患者とのコミュニケーション能力
- 2) 患者中心の医療の実践
- 3) 患者から学ぶ姿勢
- 4) 自己省察の姿勢
- 5) 医療安全への配慮
- 6) 医療倫理への配慮
- 7) 公益に資する医師としての責務に対する自律性(プロフェッショナルリズム)
- 8) 地域医療保険活動への参画
- 9) 他職種を含めた医療関係者とのコミュニケーション能力
- 10) 後輩医師への指導

③ 経験目標(種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等)

i 経験すべき疾患・症例数・病態(別表参照)

8

カリキュラムにおいて、9疾患群、16カテゴリー(脳梗塞・TIA、脳出血・その他の血管障害、感染症・炎症性疾患、中枢性脱髄疾患、免疫性末梢神経疾患、免疫性筋疾患、末梢神経疾患、筋疾患、変性疾患、認知症疾患、発作性・機能的疾患、自律神経疾患、脊椎・脊髄疾患、腫瘍性疾患、代謝性疾患、medical neurology・その他)の項目に分類した78疾患について、経験要求レベルにもとづいて、3つのレベルに分類した: AAは20疾患あり、全てcommon diseaseなので主担当医として80%の経験を目指す; Aとして重要な神経疾患28疾患を指定した; Bは残り30疾患である。これら代表的な神経疾患について主担当医として経験する。経験症例数においてはAA、A、Bの分類を区別する必要は無く、経験した神経疾患はもれなく登録できるものとする。3年間の研修終了時点で主担当医もしくは主担当医相当として経験すべき必要症例数は、9疾患群からそれぞれ最低1例を含む90症例を必修とし、目標症例数は120症例とする。このうち20%は、神経内科専攻医として研修中の外来(救急当番も含む)で自ら診療した症例の中から厳選して登録することができる。専攻医が所属する指定研修施設に加えて、所属施設以外で週1回程度の代務型診療を担当し経験した症例は、担当指導医の承認を得て外来症例として経験症例に含めることができる。経験状況は指導医が確認する。神経内科専攻医として研修を開始する以前に、新・内科専門医研修期間中に経験した症例については、自ら主担当医として担当した入院患者もしくは救急患者であること、神経内科指導医のもとで経験した症例であること、研修施設が日本神経学会の認定した教育基幹施設もしくは連携施設であること、の3条件を満たす症例については全て登録を認める。初期研修期間中に、前述の基準を満たす施設で主担当医として経験した症例については5例まで登録を認める。

経験すべき診察・検査等

9

カリキュラムにおいて、専門的診察と専門的検査について、経験要求レベル(A. 複数回の経験を経て一人で安全に実施できる、または判定できる、B. 少数例の経験のみで、指導医の立ち会いのもとに安全に実施できる、または判定できる、C. 単独で学習した経験はない、または判定できない)が定められている。さらに、検査においては、主として判定を行う検査と自ら施行し判定を行う検査が定められている。いずれも適切に習得されたか、指導医が確認する。これらは症例経験を積む過程で身に付けていくべき事項である。いずれも適切に習得されたか、達成度を指導医が確認する。

iii 経験すべき手術・処置等

10

カリキュラムの専門的検査および治療の項目においては、小手術や処置について、経験要求レベル(A. 複数回の経験を経て一人で安全に実施できる、または判定できる、B. 少数例の経験のみで、指導医の立ち会いのもとに安全に実施できる、または判定できる、C. 単独で学習した経験はない、または判定できない)が定められている。それぞれの治療、管理方法はカリキュラムに提示した診療経験を必要とする疾患や病態の診療を通じて経験し、その達成度は指導医が評価する。ただし、高度の専門性を要する治療・管理法についての治療経験が得られない場合は、日本神経学会及び神経関連学会の年次学術大会で企画されるシンポジウム、教育講演、及び神経学会が中心となって作成している診ガイドラインなどを中心に自己学習する。

iv 地域医療の経験(病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など)

11

1) 神経内科で診療する神経疾患は疾患の種類のみならず、重症度や経過も多彩である。病院機能の特性からカリキュラムに指定した多様な疾患、特にCommon Diseaseを多数経験できないことも想定される。そのような場合には、研修施設指導管理責任者は、自施設での研修に加えて、他施設での研修や代務型勤務などにより専攻医の症例経験を充実させるよう配慮する。  
2) 代務型勤務とは、他施設(しばしば神経内科専門医がいないが、地域医療を支えている施設)において、専攻医が非常勤医師として神経疾患の外来、神経生理検査、あるいは入院している神経疾患患者の診療等に携ることをいう。勤務形態は週に1日、あるいは月に2~3日など地域や施設の事情により異なる。

v 学術活動

12

研修施設においては抄読会に参加し、日本神経学会(学術大会、地方会)および関連学会が企画する学術集会、シンポジウム、生涯教育講演会などに積極的に参加して、知識をアップデートすると共に、症例発表や研究発表を筆頭・共同演者として行うことを必要とする。また症例報告や原著論文の筆頭著者もしくは共同著者として発表することが望ましい。地域の医師会が主催・共催する神経関係の講演会に参加し、その分野のエキスパートの講演を聴講することで最新の知識を学ぶ。

3 専門研修の方法

① 臨床現場での学習

13

- 1) 指導医のもとで入院患者の主治医として神経疾患診療の基本を学ぶ。
- 2) 指導医のもとで外来診療を通じて神経疾患の診断に始まる診療プロセスを学ぶ。
- 3) 他科からのコンサルテーションを介して多彩な疾患への神経内科としての対応力を習得する。
- 4) 患者の退院調整などを通じて在宅医療との関わりを学ぶ。
- 5) カンファレンスにおいては、主担当医として自ら経験した症例を提示し、情報検索と準備、討論を通じてコミュニケーション能力を高める。
- 6) 研修2年目以降は外来診療を担当する。初診患者の診療を通じて、鑑別診断と治療、治療経過まで診療の一連の流れを経験する。また片頭痛、振戦、めまい、頸椎症など疾患によっては外来診療が中心となるものも多いので、多様な神経疾患を経験する。
- 7) 外来、当直において神経救急の経験を積む。
- 8) 地域医療、介護ケア、長期療養診療についてもできるだけ学ぶ。

② 臨床現場を離れた学習(各専門医制度において学ぶべき事項)

14

- 1) 各研修施設、学会、医師会などが主催する講習会に参加して、医療安全、医療倫理、利益相反に関する倫理、医療経済および保険制度、医事法制に関する事項を学ぶ。
- 2) 指定難病臨床調査個人票、介護保険主治医意見書、身体障害者手帳交付診断書、在宅療養に関する訪問看護指示書などの作成を通じて医療福祉制度を学ぶ。
- 3) 他の医療機関との診療連携を通じて地域医療の実践を学ぶ。

③ 自己学習(学習すべき内容を明確にし、学習方法を提示)

15

- 1) CPCに参加して臨床神経学の基本である神経病理学を学ぶ。
- 2) 他科との合同カンファレンスに参加して神経症候を呈する多様な疾患について学ぶ。
- 3) 神経疾患の診療ガイドラインについて学ぶ。
- 4) 日本神経学会及び関連学会が主催する生涯教育セミナー、専門医育成教育セミナーに参加して、高次脳機能、神経電気診断学、神経病理学、筋・末梢神経の組織病理、神経画像診断などに関する基本的知識や技能の習得に努める。
- 5) 日本神経学会及びその関連学会へ参加して最新の知識の修得に努めると共に、自らも発表を行なう。
- 6) 日本神経学会が提供している機関誌 臨床神経学の総説及び症例報告、e-ラーニングを通じて学ぶ。

④ 専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス

16

神経内科専門研修を修了するためには、23項に定める専門研修施設での3年間以上の研修期間が必須である。

最短の3年間で修了する場合の1つのモデルケースとして以下を挙げる。

- 1) 一年目は主に病棟医として、神経疾患の症候学、神経学的診察法、各種補助診断と治療法に関する基本的知識を習得すること。初期研修と内科専攻中に経験した神経疾患症例を含めて経験する。
- 2) 二年目は筋生検、筋電図や神経伝導検査等の電気生理検査を自ら施行し、画像診断や脳波についても自ら判読できること。外来診療も担当する。二年目終了の時点で、経験症例は外来症例も含めて通算で90例の登録を目標とする。
- 3) 三年目以降は神経救急を担当し、後輩研修医の指導にも参加する。さらに遺伝学的検査、神経病理、筋組織化学などの基礎知識を習得する。症例経験については、三年目終了の時点でカリキュラムに定める78疾患120症例(うち外来症例は20%まで)の登録を目標とする。

4 専門研修の評価

① 形成的評価

1) フィードバックの方法とシステム

17 専攻医は日本神経学会専攻医登録評価の書式を用いて、自らの経験症例を逐次記録保存する。指導医は専攻医の日々のカルテ記載と、専攻医の症例経験の状況を定期的に評価し、合わせて技術・技能についての評価もおこなう。これらに加えて、指導医は症例要約の作成を指導し、所定の講習受講、学会への参加状況についても把握して、研修内容の向上と機会提供に努める。

2) (指導医層の)フィードバック法の学習(FD)

18 研修指導の標準化のため日本神経学会指導医マニュアル(作成予定)により学習する。また厚生労働省等の指導医講習会の受講が望ましい。

② 総括的評価

1) 評価項目・基準と時期

19 専攻医が研修施設を異動する場合には、研修施設指導管理責任者は、その時点までの専攻医の総括的評価と行った助言を、指導医とともにまとめて、次の研修施設へ引き継ぐ。

5 専門研修施設の 認定基準

① 神経内科専門研修における施設認定基準

日本神経学会専門研修における認定施設として、教育施設、准教育施設、教育関連施設を以下のように定める。

教育施設・准教育施設・教育関連施設に共通する要件は以下のとおりである。

- 20 (23)
- 1) 原則として神経内科を標榜していること。
  - 2) 神経内科または関連科として10床以上を有する、もしくは神経内科または関連科として100名/年以上の入院があることを原則とする。
  - 3) 関連科としては内科、老年科、脳卒中科などがある。関連科には各施設要件を満たす神経内科指導医・専門医が勤務していること。関連科としての判定は施設認定委員会にて判断する。
  - 4) 教育カリキュラム作成を必須とする。
  - 5) 教育施設および准教育施設は、常勤の指導医である研修施設指導管理責任者を定め、カリキュラムに基づく研修が可能な指導体制と設備を整えていること。
  - 6) 専門医が1名の施設は、他施設とのカンファレンスの機会を積極的に設けること

各認定施設個別の要件は以下のとおりである。

教育施設

- 1) 指導医1名以上、指導医を含め専門医3名以上が常勤で勤務する病院とする。

准教育施設

- 1) 指導医1名以上が常勤で勤務する病院とする。

教育関連施設

- 1) 専門医(指導医が望ましい)1名以上が常勤で勤務する病院又は診療所とする
- 2) 教育施設との連携を必須とする。
- 3) 教育施設と協力し、教育施設のカリキュラムの一部を受け持つこととし、連携する教育施設のカリキュラムの中で当該教育関連施設が担う内容を明示する。

② 必要な研修年限

専門医試験の受験には次のいずれかを満たす必要がある。

- 21 (25)
- 1) 教育施設 3年以上
  - 2) 教育施設で2年以上、かつ准教育施設を含め合計3年以上
  - 3) 教育施設で2年以上、かつ准教育施設・教育関連施設を含め4年以上
  - 4) 教育施設2年未満の場合は、准教育施設を含め合計4年以上(准教育施設のみでの4年間を含む)

22  
(27)

③ 専攻医受入数についての基準（診療実績、指導医数等による）

- 1) 専攻医の受け入れ人数は1名の指導医あたり3名を原則とし、最大5名までとする。
- 2) 各研修施設は、入院患者および外来患者数において専攻医の症例経験に必要な診療実績を担保すること。不足する場合は、他施設と連携した研修を考慮する。

23  
(30)

④ 研究に関する考え方

神経内科研修では、診断、病態と治療に関して科学的根拠にもとづいて論理的に考察することを重視している。この視点を重視している症例要約を作成し、神経関連学会への参加と発表を推奨している。専攻医には将来、臨床医以外に、教育者、医学研究者へと進む者もいるので、そのキャリア形成を支援することはこれからの医学にとり必要なことである。そこで、研修においては：

- 1) 学会発表や症例報告を通じて、医学研究における学術的思考や研究方法を学び、臨床医としてのレベルアップや教育レベルの向上に繋げる。
- 2) 自ら研究も志す者は専門医取得と研究が両立出来るよう、指導医は十分配慮する。
- 3) 大学院に所属して研修することを認める。ただし、専門医としての履修条件に変わりはない。

24  
(33)

⑤ 専門研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件…

- 1) 日本神経学会は、専門医の資格審査等に関する規程において、一週の勤務実態は4日(32時間、一日8時間4日)以上を原則とする。
- 2) 研修期間として短期間の非常勤勤務期間などを含める場合は、按分計算(一日8時間、週5日)を基本単位とすることにより研修実績に加算できる。ただし、この規定により認定する研修期間は1年を越えない範囲で、研修実績に加算することが可能である。
- 3) 疾病、妊娠・出産、育児など、やむを得ない研修期間の休止については、修了要件(別途 参照)を満たし、休職期間が6ヶ月以内であれば、研修期間を延長する必要はない。

6 専門研修プログラムを支える体制

25  
(36)

① 専門研修指導医の基準

神経内科指導医は、以下の条件を満たす専門医とする。

- 1) 医籍登録後12年以上
- 2) 専門医取得後5年以上
- 3) 神経内科もしくは関連科における診療経験を10年以上
- 4) 直近5年間で学会(講演会を含む)の発表もしくは論文発表合計で3編以上(共著者、共同演者でも可)。

26  
(40)

② 労働環境、労働安全、勤務条件

労働基準法や医療法を遵守することが求められる。専攻医の心身の健康維持への環境整備も各施設の研修施設指導管理責任者の責務である。過重労働にならないように配慮すること。

27  
(41)

7 専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備(研修マニュアル、指導医マニュアルは検討中)

① 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム

研修実績と評価の記録には、日本神経学会専攻医登録評価書式を用いる。

- 1) 専攻医は経験症例や、知識技能の到達度を、所定の書式で記録保存する。研修指導医はその内容を評価し、合格基準に達したと判断した場合には承認を行なう。
- 2) 研修指導医による研修医の評価、メディカルスタッフによる360度評価、専攻医による逆評価を記載する。
- 3) 全17症例の病歴要約を所定の書式で作成し保存しておく。特に、神経学的診察所見と要約、その解釈については専門医として相応しい内容を要求されるので丁寧に記載する。研修終了後にこれらの病歴要約を日本神経学会に提出し、日本神経学会の担当の委員会によるピアレビューを受け、指摘された事項に基づいた改訂を行なって仕上げる。
- 4) 専攻医は神経関係の学会発表や論文発表の記録を提出する。
- 5) 専攻医は研修に役立った講習会等(例: 教育講演、地域連携カンファレンス)の出席の記録を提出する。

28  
(42)

② 人間性などの評価の方法

多職種による神経内科専攻医の評価を行なう。評価項目は社会人としての適性、医師としての適性、コミュニケーション能力、チーム医療の一員としての適性である。研修施設指導管理責任者は必要に応じて評価結果を基に担当指導医にフィードバックを行なって専攻医に改善を促す。

③ プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

○指導医マニュアル(作成予定)

神経内科研修プログラムは、専攻医を指導するための指導医ガイドを作成して指導医に提示しなければならない。そのガイドに記載を要する項目は以下の通りである。

- 1) 上記の専攻医研修ガイドの記載内容に対応したプログラムにおいて期待される指導医の役割
- 2) 専門研修プログラムにおける年次到達目標と評価方法、ならびにフィードバックの方法と時期
- 3) 個別の症例経験に対する評価方法と評価基準
- 4) 日本神経学会専攻医登録評価システム(仮称)の利用方法
- 5) 逆評価と日本神経学会専攻医登録評価システム(仮称)を用いた指導医の指導状況把握
- 6) 指導に難渋する専攻医の扱い
- 7) プログラムならびに各施設における指導医の待遇
- 8) FD講習の出席義務
- 9) 日本神経学会作成の冊子指導の手引き(仮称)の活用
- 10) 研修施設群内で何らかの問題が発生し、施設群内で解決が困難な場合の相談先の明示(日本神経学会専門医制度検討委員会とする)
- 11) その他

29  
(45)

8 専攻医の採用と修了

① 修了要件

研修期間終了時に専攻医が在籍した施設の研修施設指導管理責任者は、専攻医が以下の修了要件を満たし、かつ担当指導医が承認していることを確認して、研修修了認定を行う。

- 1) 主担当医としてカリキュラムに定める全78疾患から、計120症例以上(うち外来症例は20%まで)を経験することを目標としている。但し修了認定には主担当医として、通算で9疾患群から各1疾患、計9疾患以上の症例経験を含めて、計90症例以上の症例経験(うち外来症例は20%まで)を必要とする。その他、神経内科研修カリキュラムに定める到達目標を満たすこと。
- 2) 17例の症例要約。この17例には、神経学会カリキュラムに定める16群に分類した疾患カテゴリーから13群に属する疾患について各1症例、計13症例の要約を作成すること(症例のレベル区分は問わない)、神経救急として経験した2症例、自ら専門外来で初診より担当し鑑別診断と治療計画を立てて診療している症例を1例、他科からコンサルテーションを受けて対応した症例1例を含めること。
- 3) 2件の学会・研究会または論文での筆頭発表
- 4) 各研修施設、学会などが主催する講習会受講
- 5) 指導医とメディカルスタッフによる360度評価に基づき、医師として適性に疑問の無いこと。

30  
(53)