

神経内科専門研修プログラム整備基準

研修プログラムを申請する研修基幹施設の責任者は、本整備基準に準拠した研修プログラムを作成してください。研修プログラムは日本専門医機構の中の「研修プログラム研修施設評価・認定部門 研修委員会」で審査され、基準に照らして認定されます。細かな解説が必要な事項については各専門研修プログラムの付属解説資料として別に用意して下さい。

項目番号 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、急性疾患から慢性疾患、特に難治性神経疾患の診療を担当する。また神経症状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)

3

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も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。

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)

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)の管理に至るまでの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

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。

4

5

6

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。そこで指導医の許可を得て、基幹病院での研修に加えて、代務型勤務などの形式により地域の医療機関において神経疾患診療を経験することも認めている。研修においてはカリキュラムに定める医療・介護関係書類の作成に自ら携り、地域の実情に即した病診連携や医療福祉資源を活用した療養体制の構築を学ぶ。

2) 代務型勤務とは、基幹施設が連携し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年日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) 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) 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) 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・24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システム(仮称)を用いて、自らの経験症例を逐次入力する。具体的には指導医は専攻医の日々のカルテ記載と、専攻医がweb版の研修手帳に登録した当該科の症例登録を定期的に評価し、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。

年に一回以上、目標の達成度と指導医・メディカルスタッフの評価に基づき、研修プログラム責任者は研修の進捗状況の把握と評価を行い、助言を行う。なお、一年未満で研修施設を異動する場合には、その施設の研修プログラム責任者は、これら一連の評価と助言に関する作業を行い、専攻医の次の研修施設へ引き継ぐこととする。

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(仮)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 総合的評価

1) 評価項目・基準と時期

担当指導医が日本神経学会専攻医登録システム(仮称)を用いて症例経験と病歴要約の評価および指導を行なう。年度毎の目標として、以下を目安とし、各年次の研修進行状況を確認する。

- 1) 研修1年目の終了時に日本神経学会カリキュラムに定める78疾患のうち区分AAを中心に経験、症例要約(別表)を5症例記載し登録が行なわれるようにする。
- 2) 2年目は専門外来も担当し、指導医のもとで外来新患者やコンサルテーションを積極的に担当する。専門外来の担当により経験症例は飛躍的に増えることが予想されるため、専門医研修後は90症例以上を経験し、症例要約10編の記載と登録が行なわれるようにする。
- 3) 3年目は病棟医の中心として活躍し、専門外来、救急当番、専門検査を担当する。受験資格に必要な経験症例は9疾患群からそれぞれ最低1例を含めて90症例を最小受験資格とする。症例要約は17症例を完成させる。三年間で経験する目標症例数は120例を目指す。
- 4) それぞれの年次で登録された内容は、適時に担当指導医と専攻医が評価する。

19

この様にして各年次の研修進行状況を確認する。代務型勤務先の症例を経験症例として登録する場合は、担当指導医に加えて当該施設の責任者もしくはこれに準ずる立場にある医師の確認も要することとする。履修状況に遅れがある場合、担当指導医と指導医が面談の後に施設の研修委員会あるいはプログラム管理委員会とで検討を行う。複数の連携施設をローテーションして研修する場合は、所属施設で直接指導を行なう指導医が、日本神経学会専攻医登録評価システム(仮称)を用いて指導医による専攻医評価を行い、研修態度や全人的医療の実践をはじめとした医療者としての態度の評価とフィードバックを行なう。メディカルスタッフによる360度評価を行なってフィードバックする。プログラム管理責任者は、少なくとも年一度、プログラム管理委員会を開催して、専攻医の履修状況と評価を確認・承認する。

2) 評価の責任者

専攻医が複数の研修施設をローテートする場合は、各施設の担当指導医が当該期間の研修到達度を項目に従い評価する。その内容を研修プログラム管理委員会で検討し、プログラム統括責任者が承認する。

20

3) 修了判定のプロセス

修了判定のプロセスは、日本神経学会専攻医登録評価システム(仮称)を通じて、以下の過程と手順に従い、研修修了を判定する。各研修施設での研修内容と担当指導医の評価をもとに、研修プログラム管理委員会で審議し、以下の条件を満たしたものを終了判定としてプログラム統括責任者が承認する。

- 1) 新・内科専門医もしくは旧内科認定医資格を予め習得していること。
- 2) 神経学会が研修施設として認定した施設において少なくとも三年間の神経内科研修を終了していること。
- 3) 日本神経学会カリキュラム履修において知識、専門的身体診察、専門的検査、治療、その他の必須事項として取り上げた項目の目標達成度が80%以上であること。疾患の経験においては具体的には、9疾患群からそれぞれ最低1例を含む計90症例以上(うち外来症例は20%まで)を主担当医として経験していること。
- 4) 研修姿勢、人柄、意欲、倫理性が専門医として問題がないとの指導医評価。

21

多職種評価

施設の研修委員会は指導医や上級医に加えて、メディカルスタッフ(病棟看護師、臨床検査技師、放射線技師、臨床工学士など)から接点の多い職員複数名を施設の実情に合わせて指名するなどして、社会人としての適性、コミュニケーション能力、チーム医療としての適性、リーダーシップなどについて評価する。研修施設毎に評価する。その評価を日本神経学会専攻医登録評価システム(仮称)に登録する。

22

研修プログラム

5 専門研修施設とプログラムの認定基準

① 専門研修基幹施設の認定基準

日本神経学会専門研修基幹施設は、特定機能病院、国立高度専門医療研究センターが設置する病院、もしくは初期臨床研修の基幹型臨床研修病院の指定基準を満たす教育の水準を保つ神経学会の教育施設であり、研修内容に関する監査・調査に対応できる体制が整備され、施設実施調査(サイトビジット)による評価に対応可能であり、以下の条件を満たす施設とする。

- 1) 原則として神経内科を標榜していること。
- 2) 神経内科の固定病床が10床以上を有する、もしくは年間100人以上の神経疾患患者の入院のあること。
- 3) 入院・外来診療に加えて、救急にも対応していること。
- 4) 多様な神経疾患を恒常的に診療し、研修できること。具体的にはカリキュラムに定める16疾患群のうち、少なくとも10以上の疾患群について研修できること。
- 5) 特定機能病院以外の病院においては、1名のプログラム責任者(指導医の資格を持った部門長、診療責任者ないしはこれに準ずるもの)を含めて3名以上の指導医が常勤医として勤務している(プログラム責任者は指導医を兼務できるものとする)。
- 6) 神経関係の学会・研究会・論文等での発表が年に3件以上あること。
- 7) 医の倫理委員会が設置されていること。

23

② 専門研修連携施設の認定基準

専門研修連携施設は、専門性および地域性から当該専門研修プログラムで必要とされる施設であり、症例数、診療実績、指導環境、教育資源など必要とされる基準にもとづいて、以下の4ランクに分類する。

- 1) 連携教育施設: 指導医を含めて常勤医の専門医が3名以上在籍し、神経内科を標榜し、固定床が10床以上もしくは入院患者数が100人/年以上の施設。
- 2) 連携准教育施設: 指導医を含めて常勤の専門医が1名以上、固定床10床以上もしくは入院患者数が100人/年以上の施設。
- 3) 連携教育関連施設: 指導医資格を有さない専門医1名以上の常勤医で教育施設と連携した病院もしくは診療所。
- 4) 診療連携施設: 上記1)~3)のいずれにも該当しない施設。専門医不在・著しく不足している地域・僻地における神経疾患診療施設や、これまでの歴史的な経緯から継続することが地域貢献となってきた施設等で、常勤医の中に神経内科専門医が不在の病院もしくは診療所。専攻医が研修する場合には、非常勤医としての診療研修を原則とし、専攻医が所属する教育施設と密接に診療連携していること、基幹施設プログラム責任者の承認と指導医による研修内容の監督と指導が可能であることを要する。

24

③ 専門研修施設群の構成要件

日本神経学会研修カリキュラムは、医師としての生涯を通して、急性期から慢性期にわたる多様な神経疾患の診断、治療、療養に対処できる専門的知識と技量を有する専門医の養成を目的とし、3年間の重点的な専攻研修によりその素養が修得できるように構成されている。基幹病院神経内科においては専攻医は急性期疾患、高度な医療、稀少疾患、積極的な学術研究、地域医療連携などに接することが期待される。プログラム基幹施設としては原則、都市部にある特定機能病院もしくは総合病院神経内科を想定しているが、基幹施設を取り巻く医療環境が地域により異なることを考慮して、以下に専門研修施設群の構成要件を示した:

- 1) プログラム基幹病院は日本神経学会の認定する教育施設であり、かつこの整備基準に定める基幹施設認定基準を満たさなくてはならない。
- 2) 基幹施設が単独で研修カリキュラムの履修が十分に可能であるものは、単独で研修プログラムを申請できる。また基幹施設での研修に加えて、代務型診療により地域医療を経験するプログラムの編成も可能とする。
- 3) 基幹施設は、連携教育施設・連携准教育施設と連携して、地域の神経内科医療の実情に応じた研修プログラムを作成して申請することができる。
- 4) 指導医が不在の連携教育関連施設(専門医のみ在籍)において研修する場合は6カ月間、専門医が不在であるような地域・僻地での診療連携施設において研修する場合は3カ月間を上限として、プログラム責任者の承認のもとに研修することができる。その場合、専攻医が所属するプログラムを構成する施設群は、診療連携のみならず電話、e-mail、出張医の診療応援等、研修環境に緊密なサポート体制を敷くことが求められる。勤務期間が何らかの事情により前記の上限を超えた場合、超過した期間は専攻医研修期間として算入できない。
- 5) 専攻医が所属する以外の連携教育施設・准教育施設・教育関連施設、あるいは指導医・専門医不在の診療連携施設(以下、連携施設)において週1回程度の代務型診療を担当する場合は、それが地域の神経疾患診療を目的としたものについては研修プログラムの一環として認める。
- 6) 連携施設での研修、ならびに代務型診療については、基幹病院プログラム管理委員会での承認を経て、担当指導医の監督のもとで行なうこと。

25

④ 専門研修施設群の地理的範囲

- 1) 専攻医の異動、ならびに地域医療の現状を考慮すると、専門研修施設群の地理的範囲は、原則として、都道府県や各地域ブロックを超えない範囲での基幹研修施設との体制を尊重する。
- 2) 専門研修施設群の地理的範囲が専門研修の上で専攻医の負担とならないよう、プログラム責任者ならびに研修委員会は指導医や専攻医等からのフィードバックを大切にしつつ対応を図る。
- 3) 歴史的にも高い専門性と高度で特殊な診療機能を有する施設(国立高度専門医療研究センターが設置する病院等)においては、遠隔施設から専攻医を受け入れる場合がある。研修が複数の施設にまたがる場合には、該当施設同士が連携して、専攻医の不利益とならないように配慮する。

26

⑤ 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) 後期研修医(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) プログラムを構成する連携施設群は、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。

27

⑥ 地域医療・地域連携への対応

神経内科専門医は地域偏在が大きい。そこで専門医研修においては、基幹施設となる地域の中核病院を中心とし、既に診療連携実績ある神経内科施設から診療実績や地域性を考慮して、連携教育施設(指導医を含めて専門医3名以上)、連携准教育施設(指導医1名)、連携教育関連施設(専門医1名)という従来の区分加えて、専門医不在の診療連携施設を設定した。基幹施設を中心としてこれらの医療施設の長所を有機的に組み合わせ合わせた研修プログラムを作成することにより、また、これまで成立していた地域医療の崩壊に繋がらないように、地域や施設における歴史も考慮しながら、単独を含めて連携体制や派遣体制を組んでいくことで、地域医療に配慮する。具体的には専攻医が、週一日を基本とした代務型診療などで積極的に地域の神経疾患医療に携することを認めている。また既に緊密な診療連携関係にある遠隔地の専門医不在施設においても専攻医が一定期間研修することで地域医療配慮を行う。ただしその場合には、連携教育関連施設においては6ヶ月、専門医不在の診療連携施設においては通算して3カ月間を限度として、指導医の遠隔指導を受けることを条件として研修期間に含めることができる。

28

29	<p>⑦ 地域において指導の質を落とさないための方法</p> <p>1) 研修プログラム責任者は、プログラム統括責任者とも連携を取り、専門研修指導医の少ない地域であっても専門研修の質を保つため、他施設との合同カンファレンスの機会を積極的に設ける。</p> <p>2) 指導医は神経学会の定めた専門医受験資格をクリアできるよう、自施設で足りない研修内容については他施設における研修や、学会認定のハンズオンセミナー受講などで補うように努める。</p> <p>3) 専門研修基幹施設はプログラム内の履修に必要な専門研修連携施設間の異動についても十分に配慮する。</p>
30	<p>⑧ 研究に関する考え方</p> <p>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：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
31	<p>⑨ 診療実績基準(基幹施設と連携施設) [症例数・疾患・検査/処置・手術など]</p> <p>基幹施設・連携施設に関する規定は、項目23・24の記載の通り。</p>
32	<p>⑩ Subspecialty領域との連続性について</p> <p>1) 日本神経学会の専門医制度検討委員会では認知症、脳卒中、てんかん、頭痛、神経救急の各専門家から構成されるcommon diseaseサブワーキングが作られており、神経学会におけるカリキュラムが認知症学会、脳卒中学会、てんかん学会、頭痛学会、神経救急学会をはじめとする各疾患の関連学会と高いレベルで緊密な連続性を保っている。</p> <p>2) 日本臨床神経生理学会や日本脳神経超音波学会をはじめとする技術系の学会、日本神経免疫学会、日本神経感染症学会、Movement Disorder Society Japan、日本末梢神経学会、日本神経治療学会をはじめとする関連疾患学会などにも神経学会に所属する理事や会員が多数所属している。神経学会はこれら神経関係のサブ領域の基本となるべき基幹学会として、神経関係のガイドラインを共同で作成する等、交流に努めている。専攻医はこれら諸学会の学術大会や講習会などを通じて神経内科医としての知識、技術、経験を高めていくことが可能である。</p>
33	<p>⑪ 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…</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3) プログラムの移動時には、双方のプログラム統括責任者間での了解を要する。日本神経学会専攻医登録評価システム(仮称)に記録された研修歴により、これまでの研修内容を基にして、異動先の新しいプログラムにおいては、必要となる研修内容を示すことができる。これに基づいて、異動前と移動後の双方のプログラム管理委員会が継続研修を相互に認証することにより、新たなプログラムの基で専攻医は研修を継続することができる。</p> <p>4) 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、プログラム修了要件(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。</p> <p>5) 以上を考慮してもプログラム修了要件を満たさない場合は、研修期間の延長を要する。留学や診療勤務のない期間は、原則として研修期間として認めない。</p>
34	<p>6 専門研修プログラムを支える体制</p> <p>① 専門研修プログラムの管理運営体制の基準</p> <p>基幹研修施設において、プログラムと当該プログラムに属するすべての神経内科専攻医の研修を責任をもって管理する研修プログラム委員会を設置し、研修プログラム責任者を置く。連携施設には専攻医の研修を管理する責任者を置き、基幹研修施設の研修プログラム責任者が統括する。基幹施設の研修プログラム責任者は連携施設の責任者ととも専攻医の研修達成状況など研修プログラムの精度を検証し、フィードバックさせながら運営するとともに、その質を維持向上させる。</p>
35	<p>② 基幹施設の役割</p> <p>基幹施設にはプログラム参加施設を取りまとめる部門として、研修プログラム委員会が置かれる。ここでプログラムの管理および修了判定を行う。基幹施設と、その研修プログラム責任者の役割として以下が挙げられる。</p> <p>1) 基幹施設は、研修プログラム責任者指導の下、専攻医の研修内容が神経内科専門医に相応しいものとなるよう、研修施設(連携教育施設、連携准教育施設、連携教育関連施設)を指導する。</p> <p>2) 研修プログラム責任者は、専攻医が均しく神経内科学を研修出来るよう異動(人事を含め)について責任を持つ。地域における医師の配置、専攻医の専門医取得後のキャリアなどを十分に配慮する。</p> <p>3) 研修プログラム責任者は専攻医の研修修了認定を行う。</p> <p>4) 研修プログラム責任者は、地域連携プログラム概要報告書を研修プログラム委員会に提出し、その内容について承認を得る。</p>

36	<p>③ 専門研修指導医の基準</p> <p>神経内科指導医は、以下の条件を満たす専門医とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)。
37	<p>④ 連携プログラムの管理</p> <p>連携プログラムの管理は、基幹施設の研修プログラム委員会が行う。</p>
38	<p>⑤ プログラム統括責任者の基準、および役割と権限</p> <p>プログラム統括は基幹施設の研修プログラム責任者がこれを務める。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) プログラム責任者は、専攻医の研修内容が神経内科専門医に相応しいものとなるよう研修施設(連携教育施設、連携准教育施設、連携教育関連施設、及びプログラムに取り入れた診療連携施設)を指導する。 2) 研修プログラム責任者は専攻医の研修修了認定を行う。 3) 研修プログラム責任者は専攻医のプログラム内の施設異動について責任を持つ。 4) 研修プログラム責任者はそのプログラム全体の指導体制、内容、評価に関し監督責任を持つ。また、当該基幹研修施設においては指導管理責任者としてその指導体制、内容、評価に関しても責任を持つ。 5) 研修プログラム責任者は連携研修施設の責任者とともに専攻医の研修達成状況など研修プログラムの精度を検証し、フィードバックさせながら、その質の維持向上に努める。 6) 研修プログラム責任者は、担当する専攻医の数が20名を超える場合、副プログラム責任者を任命する。
39	<p>⑥ 連携施設での委員会組織</p> <p>基幹施設の各連携施設においてプログラム委員(指導医)を置く。プログラム委員は基幹施設のプログラム管理の構成委員として、基幹施設の連携のもと、活動する。</p>
40	<p>⑦ 労働環境、労働安全、勤務条件</p> <p>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研修委員会の責務である。過重労働にならないように配慮すること。</p>
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)	
41	<p>① 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム</p> <p>日本神経学会専攻医登録評価システム(仮称)を用いる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 専攻医は全9疾患群、カテゴリー(病型・病態)の経験と、受験資格としては少なくとも神経疾患90症例を主担当医として経験することを要する。研修期間中に120症例の経験を目標に、研修内容を記録する。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入力して記録する。 3) 全17症例の症例報告を作成し、研修し同意の校閲を得て登録評価システム(仮称)に登録する。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。研修終了後に専門研修施設群とは別の日本神経学会病歴要約評価ボード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システムに登録する。 5) 専攻医は各専門研修プログラムで出席を求められる講習会等(例: 教育講演、地域連携カンファレンス、医療倫理、医療安全、感染対策講習会)の出席をシステムに登録する。 6) 専攻医は各先行研修プログラムで出席を求められる講習会等の出席を記載する。 7) 上記の研修記録と評価について、各専攻医の進捗状況をリアルタイムで把握することができる。担当研修指導医、研修委員会、ならびに研修プログラム管理委員会はその進捗状況を把握して年次毎の到達目標に達しているか否かを判断する。 8) 専攻医の症例経験入力日時と指導医の評価の日時の差を計算することによって担当研修指導医が専門医の研修にどの程度に関与しているのかをモニターすることができる。担当研修指導医、研修委員会、ならびにプログラム管理委員会は専攻医の研修状況のみならず、担当研修指導医の指導状況や、各研修施設群での研修状況の把握を行い、プログラムの改善に役立てることができる。 9) 日本専門医機構神経内科領域研修委員会は研修施設群の専攻医の研修状況を把握し、プログラムの妥当性を検証することができる。
42	<p>② 人間性などの評価の方法</p> <p>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。研修プログラム責任者が各施設に委託して回答を依頼する。必要に応じて評価結果を基に担当指導医がフィードバックを行なって専攻医に改善を促す。</p>
43	<p>③ プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備</p> <p>神経内科研修プログラムでは、下記(44-48)を整備しなければならない。なお、専門医の研修実績と到達度、評価と逆評価、病歴要約、学術活動の記録、および各種講習会の記録は日本神経学会専攻医登録評価システム(仮称)で行なう。</p>

●専攻医研修マニュアル

神経内科専門医研修プログラムは、専攻医候補の初期臨床研修医に専門研修内容とその特徴を明示するために、専攻医研修ガイドを作成して提示しなければならない。そのガイドに記載を要する主要な項目は以下の通りである。

- 1) 専門研修後の医師像と修了後に想定される勤務形態や勤務先
- 2) 専門研修の期間
- 3) 研修施設群の各施設名
- 4) プログラムに関わる委員会と委員、及び指導医指名
- 5) 各施設での研修内容と期間
- 6) 本整備基準とカリキュラムに示す疾患群のうち主要疾患の年間診療件数
- 7) 本整備基準に示す年次ごとの症例経験到達目標を達成するための具体的な研修の目安
- 8) 自己評価と指導医評価、ならびに360度評価を行う時期とフィードバックの時期
- 9) プログラム修了の基準
- 10) 専門医申請にむけての手順
- 11) プログラムにおける待遇、ならびに各施設における待遇
- 12) プログラムの特色
- 13) 継続したサブスペシャリティ領域の研修の可否
- 14) 逆評価の方法とプログラム改良姿勢
- 15) 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)
- 16) その他

44

●指導者マニュアル

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

45

●専攻医研修実績記録フォーマット

日本神経学会専攻医登録評価システム(仮称)を用いる。

46

●指導医による指導とフィードバックの記録

日本神経学会専攻医登録評価システム(仮称)を用いる。

47

●指導者研修計画(FD)の実施記録

日本神経学会専攻医登録評価システム(仮称)を用いる。

48

8 専門研修プログラムの評価と改善

① 専攻医による指導医および研修プログラムに対する評価

日本神経学会専門医登録評価システム(仮称)を用いて無記名式逆評価も行う。指導医評価と同じく、専攻医による逆評価も少なくとも年一回以上行なう。複数の施設を移動して研修する専攻医は、移動終了直前に評価を入力すること。

49

集計入力された評価は登録評価システムにより随時集計されて表示される。その結果は担当指導医、施設の研修委員会、およびプログラム統括委員会が閲覧できる。また集計結果に基づき、プログラムや指導医、あるいは研修施設の研修環境の改善に役立てる、改善への取り組みについて次項参照。

② 専攻医等からの評価(フィードバック)をシステム改善につなげるプロセス

日本神経学会専攻医登録評価システム(仮称)を用いて、専攻医の研修状況と指導医の貢献度を、双方向的に評価する。このシステムの運用目的は、研修システムの円滑な運用のための問題点を明らかにし、プログラム管理委員会が中心となり課題を解決することを通じて研修環境とプログラムの自律的改善を目的としているものであり、日本専門医機構の指導を意図したものではない。

研修施設の研修委員会、基幹施設プログラム管理委員会、及び日本専門医機構神経内科領域研修委員会は日本神経学会専攻医登録評価システム(仮称)を用いて、専攻医の逆評価、専攻医の研修進捗状況を把握する。把握した事項については、プログラム管理委員会が以下に分類して対応を検討する。

- ① 即時改善を要する事項
- ② 年度内に改善を要する事項
- ③ 数年をかけて改善を有する事項
- ④ 神経内科領域全体で改善を要する事項
- ⑤ 特に改善を要しない事項

50

なお、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である場合は、専攻医や指導医から日本神経学会専門医制度検討委員会を相談先とする。神経内科領域研修委員会が上記と同様に分類して対処する。

担当指導医、施設の研修委員会、プログラム管理委員会、及び日本専門医機構神経内科領域研修委員会は日本神経学会専攻医登録評価システム(仮称)を用いて専攻医の研修状況を定期的にモニターし、研修プログラムが円滑に勧められているのか否かを判断して研修プログラムを評価する。

担当指導医、研修委員会、プログラム管理委員会、および日本専門医機構神経内科領域研修委員会は日本神経学会専攻医登録評価システム(仮称)を用いて担当指導医が専攻医の研修にどの程度に関与しているのかをモニターする。

このモニターを活用して、プログラム内の自律的に改善に役立てる共に、プログラム内の自律的な改善が難しい場合は、日本神経学会専門医制度検討委員会が適切に支援を行い、場合によっては指導も行なう。

③ 研修に対する監査(サイトビジット等)・調査への対応

専門医機構によるサイトビジットは専門医の育成プロセスの制度設計と専門医の育成が保証されているかのチェックすることが目的である。視察があった場合には、基幹施設プログラム管理委員会が対応する。求められる資料はプログラム管理委員会によって速やかに提出されなくてはならない。サイトビジットでの指導を基にプログラムの自律的改善に努める。

51

9 専攻医の採用と修了

① 採用方法

- 1) 基幹施設は研修プログラムを提示する。
- 2) それに応募した専攻医をプログラム管理委員会において選考する。
- 3) 選考基準はプログラムで規定する。
- 4) 面接は必須条件とする。
- 5) 指導医1名あたり専攻医3名を原則とし、最大5名まで。

52

② 修了要件

日本神経学会専攻医登録評価システム(仮称)に以下の全てが登録され、かつ担当指導医が認識していることをプログラム管理委員会が確認して修了判定会議を行なう。

- 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(外来症例は全体の20%、すなわち24症例まで含めることができる)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%、他は全て入院症例)を必要とする。
- 2) 所定の受理された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・研究会発表または論文発表
- 4) プログラムで定める講習会受講
- 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。

53

10 他に、自領域のプログラムにおいて必要なこと

各施設の事情によりカリキュラム制をとることが適切と考えられる場合には、本プログラムの修了要件(3年以上の専門研修期間や評価記録を含む)を満たせば、カリキュラム制をとることも可とする。

54