

脳神経外科専門研修 日本大学医学部プログラム

はじめに

日本大学医学部脳神経外科は、2021年初夏にも1954年6月に森安信雄先生が日本大学脳神経外診療を開始（その後、講座開設に至る）されてから67年目の時を迎えようとしております。現在も100名近くの医局員を抱える伝統ある講座として、「臨床・研究・教育」に果敢に挑んでおります。

脳神経外科診療の対象は、国民病とも言える脳卒中（脳血管性障害）や脳神経外傷などの救急疾患、脳腫瘍に加え、てんかん・パーキンソン病・三叉神経痛・顔面けいれん等の機能的疾患、小児疾患、脊髄・脊椎・末梢神経疾患などです。脳神経外科専門医の使命は、これらの予防や診断、救急治療、手術および非手術的治療、あるいはリハビリテーションにおいて、総合的かつ専門的知識と診療技術を持ち、必要に応じて他の専門医への転送判断も的確に行うことで、国民の健康・福祉の増進に貢献することです。

学会発表や論文作成に講座内で目標値を定め、魅力的な教育カリキュラム（トレーニングや多様な症例）を提供し、大学在籍期間は「教育・研究・臨床」に積極的に取り組み、内外にプレセンスを示す講座を堅持していきます。脳神経外科領域の病気すべてに対して、予防や診断、手術的治療および非手術的治療、リハビリテーションあるいは救急医療における総合的かつ専門的知識と診療技能を、獲得します。個々の将来的な目標達成、キャリア形成において、より有利な人材育成と、卒業生のための誇れる講座であり続けるための大学人脳外科医を育成していきます。

問合せ先：角 光一郎 03-3972-8111（内線2481）

メールアドレス：sumi.koichiro@nihon-u.ac.jp

2021年9月

プログラムの特徴や固有の教育方針・実績など

当プログラムでは基幹施設において脳血管障害、脳腫瘍、外傷、脊髄・脊椎疾患、小児疾患を主に扱う一般グループと機能疾患を主に扱う機能グループに一通り所属していただきます。連携・関連施設では主に脳神経外科の基本となる脳血管障害や脳腫瘍の臨床経験を積んでいただきます。専攻医の先生方に脳神経外科領域のあらゆる領域を網羅して臨床研修をしていただけるように工夫しております。また、研究面では腫瘍、外傷、機能、血管の4領域の中で興味を持たれた領域に関して研究をしていただきます。複数領域にわたる研究や他領域への変更も容易であり、研究面の要望に柔軟に対応できる環境・設備を整えております。

習得すべき知識・技能・学術活動

1. 国民病とも言える脳卒中や頭部外傷などの救急疾患、また、脳腫瘍に加え、てんかんやパーキンソン病、三叉神経痛や顔面けいれん、小児奇形、脊髄、脊椎、末梢神経などの病気の予防から診断治療に至る、総合的かつ専門的知識を研修カリキュラムに基づいて習得します。
2. 上記の幅広い疾患に対して、的確な検査を行い、正確な診断を得て、手術を含めた適切な治療を自ら行うとともに、必要に応じ他の専門医への転送の判断も的確に行える能力を研修カリキュラムに基づいて養います。
3. 経験すべき疾患・病態および要求レベルは研修マニュアルで規定されています。管理経験症例数、手術症例数については最低経験数が規定されています。
4. 脳神経外科の幅広い領域について、日々の症例、カンファレンスなどで学ぶ以外に、文献からの自己学習、生涯教育講習の受講、定期的な研究会、学会への参加などを通じて、常に最新の知識を吸収するとともに、基礎的研究や臨床研究に積極的に関与し、さらに自らも積極的に学会発表、論文発表を行い脳神経外科学の発展に寄与しなければなりません。専門医研修期間中に筆頭演者としての学会（全国規模学会）発表2回
以上、筆頭著者として査読付論文採択受理1編以上（和文英文を問わない）が必要です。
5. 脳神経外科専門領域の知識、技能に限らず、医師としての基本的診療能力を研修カリキュラムに基づいて獲得する必要があります。院内・院外で開催される講習会などの受講により常に医療安全、院内感染対策、医療倫理、保険診療に関する最新の知

識を習得し、日常診療において医療倫理的、社会的に正しい行いを行うように努めます。

3, 専門医試験

6年間の臨床経験を終わると、学会認定専門医の受験資格が出来ます。入局して4年目の夏にも受験することが可能となります。現在脳神経外科専門医受験には、これまでの症例・手術数以外に現在の受験資格要綱では、

1) 5点以上の学会で2回以上の発表(発表者)

2) 査読がある雑誌での第一著者が1編以上 が必要となっています。

講座での取り組みとして、後期研修医1年目(卒後3年)から日本脳神経外科学会関東支部会で発表を奨励しています。1)の要件を満たす5点以上の学会での発表を行う前に、学会発表のノウハウを学んでもらう狙いです。また、症例発表を、2)の要綱を満たすための論文作成などに発展させることで、キャリアパスにも有用な教育となります。後期研修医にとっては、初めての症例発表になると思いますのでご高配、ご協力のほどよろしくお願い致します。また、3年目から大学院入学を希望し「後期研修・大学院・専門医受験」と大変な挑戦をする若手医師もおります。講座としてもバックアップの必要性を考え、3年目の早い段階から、専門医試験に向けた講座独自の勉強会を開催するなど、専門医試験合格率上昇やキャリアパス達成に向けた取り組みを積極的に行ってまいります。

※専門医認定要件については、日本脳神経外科学会 専門医認定制度内規(令和元年5月16日改正)を確認してください。

専門研修プログラムの概略

プログラムは、単一の専門研修基幹施設（以下「基幹施設」という）と複数の専門研修連携施設（以下「連携施設」という）によって構成され、必要に応じて関連施設（複数可）が加わります。

上級医師からの指導を受けながら、脳神経外科の基本的知識、技術の研修等を、ローテーションにより、様々な疾患に触れ、経験、知識、技術を蓄積してもらうことを研修目的としています。専門性を高める研修だけではなく、多様化するニーズに添えるような研修プログラムを検討・提供できる関連施設での研修ができることを、他各医科大学もその特徴をアピールしています。恵まれた環境でより多くの症例に携わることができる研修施設としての位置づけが望まれています。

当プログラムの構成は以下の施設からなります。

2020年度 日本大学医学部脳神経外科 連携施設

施設番号	施設名	専門研修プログラム 統括責任者名	施設としての主な研 修担当分野
1580	川口市立医療	古市 眞 診療局長	1.2.3
1613	独立行政法人国立病院機構埼玉病院	前島 貞裕 副院長	1.2.3.4
1781	春日部市立医療センター	佐藤 祥史 脳神経外科主任部長	1.2.3.4.7
5312	上尾中央総合病院	渡邊 学郎 脳腫瘍センター長	1.2.3
5897	苑田第一病院	木戸 悟郎	1.2.3
5553	田中脳神経外科病院	小林 一太	1.2.3

※ 数字は次のとおり

「連携施設としての主な担当分野」 1:腫瘍 2:脳血管障害 3:外傷 4:脊椎・脊髄 5:小児 6:機能 7:地域医療 8:その他

2020年度 日本大学医学部脳神経外科 連携施設

施設番号	施設名	専門研修プログラム 統括責任者名	施設としての主な研 修担当分野
1503	河野臨床医学研究所附属第三北品川病院	國井 紀彦 脳神経外科部長	11.12.13
1567	JCHO 横浜中央病院	佐々木 淳 脳神経外科部長	11.12.13.14
1782	東松山市立市民病院	白田 寛治 診療副部長 脳外科部長	11.12.13
1882	本庄総合病院	後藤 利和	12.13
2025	みつわ台総合病院	笠井 正彦 脳神経外科部長	1.2.3.6.7
5999	藤崎病院	大宮 謙一 脳神経外科部長	11.12.13
6324	白十字総合病院	鈴木 善作 病院長	12.13.17

7261	東京曳舟病院	福島 匡道 脳神経外科部長	11.12.13
7636	日本大学松戸歯学部付属病院	牧山 康秀 日本大学松戸歯学部教授	11
8719	千葉南病院	田副 誠	12,17,18
9374	埼玉県総合リハビリテーションセンター	大淵 敏樹 診療部副部長	16

※ 数字は次のとおり

「関連施設とする目的」 11:腫瘍 12:脳血管障害 13:外傷 14:脊椎・脊髄 15:小児 16:機能 17:地域医療
18:その他

2. 基幹施設における専門研修指導医に認定された脳神経外科部門長、診療責任者ないしはこれに準ずる者が専門研修プログラム統括責任者（以下「統括責任者」という）としてプログラムを統括します。当プログラムでは吉野 篤緒主任教授です。

3. プログラム全体では規定にある以下の要件を満たしています。

(1) SPECT / PET 等核医学検査機器、術中ナビゲーション、電気生理学的モニタリング、内視鏡、定位装置、放射線治療装置等を有する。

(2) 以下の学会より円滑で十分な研修支援が得られています。

ア 脳腫瘍関連学会合同（日本脳腫瘍学会、日本脳腫瘍病理学会、日本間脳下垂体腫瘍学会、日本脳腫瘍の外科学会）

イ 日本脳卒中の外科学会

ウ 日本脳神経血管内治療学会エ 日本脊髄外科学会

オ 日本神経内視鏡学会カ 日本てんかん外科学会

キ 日本定位・機能神経外科学会ク 日本小児神経外科学会

ケ 日本脳神経外傷学会

(3) 基幹施設と連携施設の合計で原則として以下の手術症例数を有する。ア 年間500例以上（昨年手術実数 1888）

イ 腫瘍（開頭、経鼻、定位生検を含む）50例以上（昨年手術実数 232）

ウ 血管障害（開頭術、血管内手術を含む）100例以上（昨年手術実数 1071）

エ 頭部外傷の開頭術（穿頭術を除く）20例以上（昨年手術実数 58）

4. 各施設における専攻医の数は、指導医1名につき同時に2名までです。

5. 研修の年次進行、各施設での研修目的を例示しています。

6. プログラム内での専攻医のローテーションが無理なく行えるように地域性に配慮し、基幹施設を中心とした地域でのプログラム構成を原則とし、遠隔地を含む場合は理由を記載します。

7. 統括責任者および連携施設指導管理責任者より構成される研修プログラム管理委員会を基幹施設に設置し、プログラム全般の管理運営と研修プログラムの継続的改良にあたります。

基幹施設（日本大学医学部附属板橋病院）

専攻医教育の中核をなし、連携施設における研修補完を得て、専攻医の到達目標を達成させます。専攻医は基幹施設には最低6か月の在籍が義務付けられています。

基幹施設は特定機能病院または以下の条件を満たす施設です。

(1) 年間手術症例数（定位放射線治療を除く）が300例以上。（昨年手術数 463）

(2) 1名の統括責任者と統括責任者を除く4名以上の専門研修指導医をおく。

（指導医 13名：2021年4月1日現在）

(3) 他診療科とのカンファレンスを定期的を開催する。

(4) 臨床研修指定病院であり、倫理委員会を有する。

3. 基幹施設での週間スケジュール

	月	火	水	木	金	土	日
8:00	グループ回診	グループ回診	グループ回診	グループ回診	グループ回診	グループ回診	休み
8:30	モーニングカンファレンス	モーニングカンファレンス	モーニングカンファレンス	モーニングカンファレンス	モーニングカンファレンス	モーニングカンファレンス	
9:00	病棟	病棟	血管内手術 / 手術	病棟 / 外来	手術	病棟	
10:00							
11:00	手術	アンギオ	病棟	リハビリカンファ	手術	病棟	
12:00							
13:00	総合回診	病棟	自己学習	病棟	自己学習	病棟	
14:00							
15:00	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟	
16:00							
16:30	グループ回診 症例カンファレンス 抄読会	グループ回診	グループ回診	グループ回診 症例カンファレンス 抄読会	グループ回診	病棟	
17:30	途中休憩時間あり						

4. カンファレンス・院内講習会

- モーニングカンファレンス（週 6 回 月曜～土曜）
- 症例検討会（週 2 回 毎週月曜・木曜）
- 抄読会（週 1 回 毎週木曜）
- リハビリテーションカンファレンス（週 1 回 毎週木曜）
- 脳外科・病理科合同カンファレンス（月 1 回）
- 小児腫瘍多職種診療チームカンファレンス（月 1 回 水曜日）
- 脳卒中カンファレンス（1 回/月）

連携施設 (表)

基幹施設による研修を補完します。

1名の指導管理責任者（専門研修指導医に認定された診療科長ないしはこれに準ずる者）と2名以上の専門研修指導医をおいています。ただし、指導管理責任者と指導医の兼務は可です。症例検討会を開催し、指導管理責任者は当該施設での指導体制、内容、評価に関し責任を持ちます。指導管理責任者、専門研修指導医からなる連携施設研修管理委員会を設置し、専攻医の教育、指導、評価を行うとともに、指導者間で情報を共有し施設内での改善に努めます。

関連施設 (表)

1. 統括責任者が、基幹施設および連携施設だけでは特定の研修が不十分と判断した場合、或いは地域医療の不足部分を補完するためにその責任において指定します。
2. 関連施設の要件は特に定めていませんが、関連施設での研修は原則として通算1年を超えないものとします。

研修の休止・プログラム移動

疾病、出産、留学、地域診療専念などの理由により、専門研修は専攻医・統括責任者の判断により休止・中断は可能です。中断・休止期間は研修期間から原則として除かれます。研修期間4年間のうち脳神経外科臨床専従期間が3年以上必要であり、神経内科学、神経放射線学、神経病理学、神経生理学、神経解剖学、神経生化学、神経薬理学、一般外科学、麻酔学等の関連学科での研修や基礎研究・留学は1年を限度に専門研修期間として領域研修委員会（専門医認定委員会）により認めることができます。

プログラム間の移動も専攻医、統括責任者の合意の上、領域研修委員会（専門医認定委員会）により認めることが可能です。

プログラムの管理体制

1. プログラム責任者（基幹施設長）、連携施設長から構成される研修プログラム管理委員会を設け、プログラムの管理運営にあたります。研修プログラム管理委員会は専攻医の専門研修について随時管理し、達成内容に応じた適切な施設間の異動を図ります。また、各研修施設における指導体制、内容が適切かどうか検討を行い、指導者、専攻医の意見をもとに継続的にプログラム改善を行います。また、各連携施設においては施設長、指導医から構成される連携施設研修管理委員会を設置し施設での研修について管理運営を行います。

2. 専攻医は研修プログラム、指導医についての意見を研修管理プログラムに申し出ることができます。研修終了時には総括的意見を提出しプログラムの改善に寄与します。研修プログラム管理委員会は専攻医から得られた意見について検討し、システム改善に活用していきます。

3. プログラム責任者は専攻医の良好な勤務環境が維持されるように配慮しています。労働環境、勤務時間、待遇などについて専攻医よりの直接ヒアリングを行い、良好な労働環境が得られていることを確認します。

専攻医の評価時期と方法

1. 研修年度ごとに、指導医・在籍施設の責任者が専攻医の経験症例、達成度、自己評価を確認し研修記録帳に記入します。研修プログラム管理委員会はこれをもとに不足領域を補えるように施設異動も含めて配慮します。

2. 研修修了は、プログラム責任者（基幹施設長）が、経験症例、自己評価などをもとに、技術のみでなく知識、技能、態度、倫理などを含めて総合的に研修達成度を評価します。研修態度や医師患者関係、チーム医療面の評価では、他職種の意見も参考にします。

以上