

# 脳神経内科研修プログラム

2026 年度版

## 【Ⅰ】脳神経内科の診療と研修の概要

脳神経内科が対象とする疾患は脳血管障害、脳感染症(脳炎・髄膜炎)、変性疾患(パーキンソン病・脊髄小脳変性症等)、認知症性疾患、てんかん、多発性硬化症、末梢神経障害、脊髄疾患、筋疾患などと多岐にわたる。当院では、より専門的診療のために脳神経内科と脳卒中科に分かれて診療を行っている。4 週間の限られた必修研修期間では、基本的な神経診察の技術や脳神経内科的考え方、比較的頻度の高い病態である意識障害・てんかん・頭痛・髄膜炎・パーキンソニズムなどを中心に経験を積むことを目標とする。更に選択期間において選択すれば、より深くかつ広く経験を積むことが可能となる。初期臨床研修の最重要目標である基本的な神経診察の技術や脳神経内科的考え方が習得できるように指導します。当科は 6 週間の研修期間にも対応します。

### \*【日本内科学会総合内科専門医の取得を考えている方へ】

内科専門医申請に必要な疾患群症例(2-9 群)を経験するため、初期研修中に、脳神経内科研修をおこなっておくことを推奨いたします。

## 【Ⅱ】研修期間

当科は 6 週間の研修期間にも対応している。

## 【Ⅲ】研修目標

### A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナルリズム)

#### 1. 社会的使命と 公衆衛生への寄与

社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。

#### 2. 利他的な態度

患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。

#### 3. 人間性の尊重

患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。

#### 4. 自らを高める姿勢

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

#### 5. 社会人としての常識と研修態度

社会人としての常識を身につけ、指導者の指示に従って積極的に研修を行うことにより、院内での自らの責任を果たす。

### B. 医師としての資質・能力

1~9 は、プログラム全体に共通する目標のうち、当科において研修可能なものを示す。また、10 には当科に特有の目標を示す。

#### 1. 医学・医療における倫理性

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

① 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。

- ② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。
- ③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。
- ④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。
- ⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。

## 2. 医学知識と問題対応能力

最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。

- ① 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
- ② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。
- ③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

## 3. 診療技能と患者ケア

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

- ① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
- ② 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。
- ③ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

上記の目標を達成するために、以下の臨床手技の修得\*を必須とする(当科で研修が可能なもの)。

医療面接(病歴聴取)
基本的な身体診察(婦人科の内診、眼球に直接接触れる診察を除く)
導尿法
採血法(静脈血、動脈血)
動脈血ガス分析(採血、計測)
細菌培養の検体採取(耳漏、咽頭スワブ、体表の分泌液、血液、尿)
穿刺法(腰椎、ただし薬剤の注入は除く)
心電図(12誘導)
人工呼吸(バッグ・バルブ・マスクによる徒手換気を含む)
胸骨圧迫
圧迫止血法
創部消毒とガーゼ交換
軽度の外傷・熱傷の処置
局所麻酔法
注射法(皮内、皮下、筋肉、静脈確保)
胃管の挿入と管理(注入を除く)

\*「修得」とは、指導医や上級医の直接の指導・監督下ではなく、単独または看護師等の介助の下で実施できるようになることを意味する。ただし、小児や協力の得られない患者での単独実施まで求めるものではない。

## 4. コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

- ① 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。
- ② 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。
- ③ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

## 5. チーム医療の実践

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。

- ① 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。
- ② チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。

## 6. 医療の質と安全管理

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

- ① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。
- ② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。
- ③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。
- ④ 医療従事者の健康管理(予防接種や針刺し事故への対応を含む)を理解し、自らの健康管理に努める。

## 7. 社会における医療の実践

医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。

- ① 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。
- ② 医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。
- ③ 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。
- ④ 予防医療・保健・健康増進に努める。
- ⑤ 災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。

## 8. 科学的探究

医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。

- ① 医療上の疑問点を研究課題に変換する。
- ② 科学的研究方法を理解し、活用する。
- ③ 臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。

## 9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。

- ① 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。
- ② 同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
- ③ 国内外の政策や医学及び医療の最新動向(薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む)を把握する。

## 10. 当科に特有の目標

神経疾患の患者を診療する上で基本となる臨床能力を身につける。

- ① 神経疾患の鑑別を考えながら、病歴聴取(既往歴、家族歴を含む)ができる。
- ② 自分で、一通り神経学的診察を行い、おおまかな病変部位を推測できる。

③ 病歴、神経所見から臨床推論を行い、次に必要な検査・治療を考えられる。

## C. 基本的診療業務

コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる。当科で研修可能な項目のみ示す。

### 1. 一般外来診療

頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。

### 2. 病棟診療

急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域連携に配慮した退院調整ができる。

### 3. 初期救急対応

緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。

## 【IV】 研修方略

### I. 経験すべき症候および疾病・病態

研修目標を達成するために、以下の各項目を経験することを必須とする。

※経験すべき症候及び経験すべき疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常業務において作成する病歴要約に基づくこととし、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン(診断、治療、教育)、考察等を含むこと。

〈経験すべき症候〉

外来又は病棟において、下記の症候を呈する患者について、病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と、病態を考慮した初期対応を行う。

経験できる可能性:○はほぼ全員経験可能、△はチャンスがあれば経験可能

項目	研修期間		
	4 週	8 週	12 週以上
① ショック	△	△	△
② 体重減少・るい瘦	△	△	△
③ 発疹	△	○/△	○/△
⑤ 発熱	○/△	○	○
⑥ もの忘れ	○/△	○/△	○/△
⑦ 頭痛	○	○	○
⑧ めまい	○/△	○	○
⑨ 意識障害・失神	○/△	○	○
⑩ けいれん発作	○/△	○	○
⑪ 視力障害	○/△	○/△	○/△
⑫ 胸痛	△	△	△
⑬ 心停止	△	△	△
⑭ 呼吸困難	△	△	△

⑰ 嘔気・嘔吐	○/△	○/△	○/△
⑱ 腹痛	△	△	△
⑲ 便通異常(下痢・便秘)	○	○	○
⑳ 腰・背部痛	△	△	△
㉑ 関節痛	△	△	△
㉒ 運動麻痺・筋力低下	○	○	○
㉓ 排尿障害(尿失禁・排尿困難)	○	○	○
㉔ 興奮・せん妄	△	△	△
㉕ 抑うつ	△	△	△
㉖ 終末期の症候	△	△	△

〈経験すべき疾病・病態〉

外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。

経験できる可能性:○はほぼ全員経験可能、△はチャンスがあれば経験可能

項目	研修期間		
	4週	8週	12週以上
① 脳血管障害 (脳神経内科初診外来で診ることあり)	△	△	△
② 認知症	○/△	○	○
⑧ 肺炎	○/△	○/△	○/△

## II. 当科の研修で経験できる項目

研修目標 B-10 「当科に特有の目標」の達成に関連し、当科の研修で経験できる項目を示す。

経験できる可能性:○はほぼ全員経験可能、△はチャンスがあれば経験可能

項目	研修期間		
	4週	8週	12週以上
《臨床検査》			
髄液検査	○/△	○	○
脳波検査	○	○	○
末梢神経伝導検査	○/△	○	○
筋電図	○/△	○	○
感覚誘発電位	○/△	○	○
頭部 CT	○	○	○
頭部 MRI/MRA	○	○	○
脳血流シンチ	○/△	○	○
ドパミンシンチ、MIBG 心筋シンチ	○/△	○	○
抗神経抗体検査	○/△	○	○
遺伝子検査	△	△	△
《手技・手術》			
神経学的診察法	◎	◎	◎
神経生検	△	△	△
筋生検	△	△	△
《症候》			
意識障害	○	○	○
意識消失・けいれん発作	○/△	○/△	○/△

認知機能低下・高次脳機能障害	○	○	○
頭痛	○	○	○
言語障害	○	○	○
嚥下障害	○	○	○
筋力低下、歩行障害	○	○	○
感覚障害	○	○	○
膀胱・直腸障害	○	○	○
パーキンソニズム	○/△	○	○
《疾病・病態》			
認知症	○	○	○
変性疾患(パーキンソン症候群・ALS など)	○/△	○	○
脳炎・髄膜炎・脊髄炎	○	○	○
症候性てんかん	○/△	○	○
多発性硬化症・視神経脊髄炎	△	○	○
筋疾患(重症筋無力症を含む)	△	○	○
末梢神経障害	△	○	○
脊椎疾患(変形性脊椎症、椎間板ヘルニアなど)	△	○	○

### Ⅲ. 指導スタッフ

氏名	職位	略歴など	専門領域
市川 弥生子	教授	H2 年卒 神経内科専門医、 総合内科専門医	臨床神経学・神経遺伝学
大石 知瑞子	学内講師	H8 年卒 神経内科専門医、 総合内科専門医	臨床神経学・神経生理学
内堀 歩	学内講師	H10 年卒 神経内科専門医、 総合内科専門医	臨床神経学・神経生化学
徳重 真一	助教	H20 年卒 神経内科専門医、 総合内科専門医	臨床神経学・神経生理学
上月 直樹	助教(任)	H27 年卒 神経内科専門医	臨床神経学・神経生理学
平山 健次	医員	H29 年卒	臨床神経学
堀内 由莉乃	医員	H30 年卒	臨床神経学
北尾 英毅	医員	H31 年卒	臨床神経学
吉崎 彩織	医員	H31 年卒 神経内科専門医、 内科専門医	臨床神経学
松田 悠	大学院生	H31 年卒 神経内科専門医、 内科専門医	臨床神経学
舟川 開	専攻医	R4 年卒	臨床神経学
齋藤 由佳	専攻医	R6 年卒	臨床神経学
松島 基倫	専攻医	R6 年卒	臨床神経学

#### IV. 診療体制

病棟は2チーム体制である。研修はいずれかのチームに所属して行う。

#### V. 週間予定

- |                     |                               |
|---------------------|-------------------------------|
| 1. 脳神経内科カンファランス・回診  | :水 8:30～12:00                 |
| 2. 脳神経内科ショートカンファランス | :金 16:00～17:00                |
| 3. 症例検討会／抄読会        | :水 8:30～ 9:30                 |
| 4. 研修医発表会(研修終了時)    | :水 11:30～12:00もしくは12:30～13:00 |
| 5. 筋電図              | :水 午後                         |

#### VI. 研修の場所

3-5 病棟

脳神経系外来, 救急外来

#### VII. 研修医の業務・裁量の範囲

《日常の業務》

1. 新入院患者に面接し、病歴を聴取する。
2. 新入院患者の診察を行う。
3. 新入院患者のプロブレム・リストを作成する。
4. 朝と夕方に受け持ち患者を診察する。
5. 定時採血は看護師が行うが、採血の手技に十分習熟するまでは研修医が行う。
6. 検査計画・治療計画を立案する。

《勤務体制》

内科全体で研修医当直がある。総合研修センターが作成したシフト体制に従って勤務を行う。

《研修医の裁量範囲》

1. 「修得を必とする臨床手技」(研修目標 B-3)の範囲内で、修得できたことを指導医が認めたものについては、指導医あるいは上級医の監督下でなく単独で行ってもよい。ただし、通常より難しい条件(全身状態が悪い、医療スタッフとの関係が良くない、1～2度試みたが失敗した、など)の患者の場合には、すみやかに指導医・上級医に相談すること。
2. 指示は、必ず指導医・上級医のチェックを受けてからオーダーすること。
3. 診療録の記載事項は、かならず指導医・上級医のチェックを受け、サインをもらうこと。
4. 重要な事項を診療録に記載する場合は、あらかじめ記載する内容について指導医・上級医のチェックを受けること。
5. 救急外来で患者を見た場合は、帰宅させてもよいかどうかの判断を指導医・上級医にあおぐこと。

#### VI. その他の教育活動

1. 地域で開かれる脳神経内科領域の学会・研究会・勉強会などにも積極的に出席すること。
2. CPC やリスクマネジメント講習会などの院内講習会には、積極的に出席すること。その間の業務は指導医・上級医が行う。
3. 興味深い症例を受け持った場合、地方会などで報告を行うことができる。スライド作成の段階から、指導医・上級医が指導を行っている。

#### 【V】 研修評価

研修目標に挙げた目標(具体的目標)の各項目のうち評価表に挙げてある項目について、自己評価および指導医による評価を行う(総括的評価)。また、日々の研修態度についても評価する。なお、指導医が評価を行うために、コメディカル・スタッフや患者に意見を聞くことがある。

評価は「観察記録」、すなわち研修医の日頃の言動を評価者が観察し、要点を記録しておく方法により行い、特に試験などは行わない。研修終了時に診療科長が研修医と面談し、指導医の記載した評価表に基づいて講評を行う。また、評価票は卒後教育委員会に提出され、卒後教育委員会は定期的に研修医にフィードバックを行う。

上記以外に、研修目標達成状況や改善すべき点についてのフィードバック(形成的評価)は、随時行う。

## 【VI】 その他

当科の研修に関する質問・要望がありましたら下記の臨床研修係に御連絡ください。

臨床研修係:

徳重真一 (PHS:76485 メールアドレス:shinichi.tokushige@gmail.com)

市川弥生子 (PHS:77635 メールアドレス:yichi@ks.kyorin-u.ac.jp)