

脳神経外科専門研修 土浦協同病院 プログラム

はじめに

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。

脳神経外科専門研修では、初期臨床研修後に専門研修プログラム（以下「プログラム」という）に所属し4年以上の定められた研修により、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。

本文は 土浦協同病院 脳神経外科専門研修プログラムの概要を示すものです。

※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5年1月24日改正）を確認してください。

プログラムの特徴や固有の教育方針・実績など

本プログラムにおいては、4年間の研修期間で脳血管障害、頭部外傷、脳腫瘍の診断・標準的治療、機能外科、小児脳神経外科、地域医療、脳神経外科基本手術手技などの習得を目標としています。本プログラムには20名以上の日本脳血管内治療学会専門医（本施設には指導医も）が在籍していて、開頭手術と並行して血管内治療を学べる体制を強化しています。基幹施設群統括施設である東京医科歯科大学と連携し、本施設（日本てんかん協議会 JEPICA てんかんセンター）でもてんかん外科、三叉神経痛を中心とした機能的疾患の治療も行う体制も整えています。更に、周産期センターであることと、県内小児診療の中心であることから、先天奇形や小児脳腫瘍を含めた小児脳神経外科疾患も数多く経験できます。また、脊椎・脊髄領域は整形外科と共同で診療にあたっていて、脳神経外科領域全般にわたる多彩な症例を学ぶことが可能です。加えて、脳神経内科、小児科、放射線科とのカンファレンスなど、さまざまな多科合同のカンファレンスを行っていて、他科との連携も充実し、連携施設とは御茶ノ水セミナー、血管内治療症例検討会、脳腫瘍カンファレンスなどを合同で開催し全体的な診療レベルの強化に努めています。大学院入学による研究活動は東京医科歯科大学協力の下、脳腫瘍や血管障害、画像診断など多岐にわたる分野において随時可能です。また、専門医取得後には東京医科歯科大学協力の下、ハーバード大学の研究室などとの連携により、若い先生方の海外研修にも力を入れています。

問合せ先：山本 信二（副院長 兼 脳神経外科部長）

メールアドレス：yamamotonsrg@yahoo.co.jp, yamamoto2231@tkgh.jp

2024年4月

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。

専門研修プログラムの概略

1. 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。なお専門研修は、基幹施設及び連携施設において完遂されることを原則とし、関連施設はあくまでも補完的なものです。

当プログラムの構成は以下の施設からなります。

基幹施設： 土浦協同病院

連携施設： 東京医科歯科大学医学部附属病院

武蔵野赤十字病院

独立行政法人国立病院機構災害医療センター

関東労災病院

東京ベイ・浦安市川医療センター

草加市立病院

翠清会梶川病院

東京北医療センター

東京都保健医療公社豊島病院

富士吉田市立病院

関連施設： 自治医科大学附属さいたま医療センター
市立青梅総合医療センター
JA とりで総合医療センター
秀和総合病院
塩田記念病院
新渡戸記念中野総合病院
土浦協同病院なめがた地域医療センター
釧路孝仁会記念病院
札幌孝仁会記念病院
東京都立小児総合医療センター
総合病院国保旭中央病院
多摩北部医療センター

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 山本信二 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。（別表1）
 - (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 3916 ）
 - イ 腫瘍（開頭、経鼻、定位生検を含む）50例以上（昨年手術実数 402 ）
 - 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 619 ）
 - 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 166 ）
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。

当プログラムでの研修年次進行パターン（別表2）

プログラム内での研修ローテーションにより到達目標の達成が可能となります。当プログラムでの代表的な年次進行パターンを以下に示します。必ずしもこの通りにはなりません。到達目標の達成が可能なようにローテーションを組みます。また研修途中でも不足領域を補うように配慮します。

基幹施設（土浦協同病院）

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. (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 318）
(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 5名：2024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。
2. 他のプログラムへの参加は、関連施設としてのみ認められており、連携施設として参加はしません。

3. 基幹施設での週間スケジュール

	月			火			水			木			金			土/日/ 休日
8:30	カンファレンス			カンファレンス			カンファレンス			カンファレンス			カンファレンス、抄読会			休み
9	外来/全体回診			外来/全体回診			外来/全体回診			外来/全体回診			外来/全体回診			当番制
10	外来	手術	全体回診 病棟・自己学習	外来	手術	全体回診	外来		全体回診	外来		全体回診	外来		全体回診	
11																
12		手術	病棟・自己学習									病棟 カンファ				
13				手術	病棟・自己学習		手術	病棟・自己学習	手術				手術	病棟・自己学習		
14			血管内治療・アンギオ				血管内治療・アンギオ					病棟・自己学習	血管内治療・アンギオ	病棟・自己学習		
15																
16																
17																
18																
休憩時間は適宜（1時間以上/日）																

4. カンファレンス・院内講習会

症例検討会	日 1-2 回
医師－手術室看護師術前カンファレンス	適宜 (週 1-3 回)
抄読会	週 1 回
神経カンファレンス	月 1 回
放射線、脳卒中カンファレンス	月 1 回
多職種合同病棟カンファレンス	週 1 回
回復期リハビリ病棟審査カンファレンス	週 1 回
回復期リハビリ病棟症例カンファレンス	週 1 回
連携施設合同血管内治療症例検討会・勉強会	週 1 回
連携施設合同脳腫瘍症例検討会・勉強会	年 2-3 回
インシデント・アクシデントカンファレンス	月 1 回
死亡症例検討会	月 1 回
急性期リハビリテーションカンファレンス	月 2 回
脳神経外科病理診断カンファレンス	3 か月に一回
医療連携カンファレンス	月に 1 回
地域連携カンファレンス (他病院)	月 1-2 回
血管内治療症例検討会	年 2 回
院内 clinicopathological conference	月 1 回
安全管理講習	(全体研修)
感染対策研修	(全体研修、年最低 4 回受講義務)
コンプライアンスカンファレンス	(全体研修最低 1 回受講義務)
キャンサーボード (院内)	月 1 回

連携施設 (別表 3)

基幹施設による研修を補完します。

1. 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。
2. 他の研修プログラムへの参加は関連施設としてのみ認められ、複数の研修プログラムに連携施設として参加することはできません。
3. 連携施設は年次報告を義務付けられ、問題点については改善勧告が行われます。

関連施設（別表3）

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日本脳神経外科学会 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、日本脳神経外科学会 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體制、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、基幹施設及び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。