サブスペシャルティ領域専門研修制度整備基準

項目番号	専門領域	脳神経内科

1 理念と使命

① 領域専門制度の理念と専門医像

1

脳神経内科専門医制度は、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。
脳神経内科専門医は、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。

② 領域専門医の使命

2

脳神経内科専門医の使命は以下に要約される:
1) 病院診療 : 病院においては脳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。

2 基本領域や他のサブスペシャルティ領域との関係

3

基本領域:内科専門医(日本内科学会)
カテゴリー:A
① 内科学会でのサブスペシャルティ領域連絡協議会:設置済
日本神経学会　脳神経内科領域専門医制度検討委員会(サブスペシャルティ領域専門医検討委員会):設置済、2021年7月初会合。日本神経学会委員20名と日本内科学会委員2名により構成する。

4

② 脳神経内科専門医は、内科専門研修と連動研修を行い得る領域である。

5

③ 内科専門研修との連動研修を行う場合は、内科専門研修中の経験症例を脳神経内科専門研修の経験症例とすることを認める。

6

④ 2021年8月時点で機構に認められているサブスペシャルティ、特に内科サブスペシャルティのうちでは、脳神経内科専門医との重複・ダブルボードが問題となるものはほとんどない。

3 専門研修の目標 (研修カリキュラム)

① 専門研修後の成果(Outcome)

7

本制度の成果は、脳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。研修後の脳神経内科専門医像は以下に要約される。
1) 脳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・介護福祉制度を熟知し、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) 脳神経内科を主として地域医療に貢献できる。
13) 脳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）

¡ 専門知識（別表：「脳神経内科専門研修カリキュラム（知識，技術・技能要件）」を参照）

8

カリキュラムで3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）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・嗄声)、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。
3）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。

¡¡ 専門技能（診察、検査、診断、処置、手術など）（別表：「脳神経内科専門研修カリキュラム（知識，技術・技能要件）」を参照）

9

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ー、脳波検査、前庭機能検査、各種神経心理学的検査、サーモグラフィー、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。□

¡¡¡ 学問的姿勢

10

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。脳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。

11

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、学修法および評価法等）

¡ 経験すべき疾患・病態（別表：「脳神経内科専門研修カリキュラム（症例要件）」を参照）

12

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・機能性疾患、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30疾患を指定した; Bは残り28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として経験すべき必要症例数は120症例を目標とする。ただし、修了認定には、9疾患群からそれぞれ最低1例を含む90症例を経験することを必須とする。
このうち20%は、脳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。
脳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、脳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。

ii 経験すべき診察・検査等

13

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。いずれも適切に修得されたか、達成度を指導医が確認する。

iii 経験すべき手術・処置等

14

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療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）

15

1）脳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

16

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。

4　専門研修の方略

① 研修方略の形式

17

脳神経内科専門研修はカリキュラム制で行う。

② 臨床現場での学修

18

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脳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。

③ 臨床現場を離れた学修（各専門医制度において学ぶべき事項）

19

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。

④ 自己学修（学修すべき内容を明確にし、学修方法を提示）

20

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に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。

⑤ 専門研修中の知識・技能・態度の修練プロセス

21

脳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）1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。
2）2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。2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）3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、3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。

5　専門研修の評価

① 形成的評価

i　フィードバックの方法とシステム

22
専攻医は日本神経学会専攻医登録評価システムを用いて、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。

ii　（指導医層の）フィードバック法の学修（FD）

23
研修指導の標準化のため脳神経内科指導医マニュアルにより学習する。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

i　評価項目・基準と時期

24
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。

ii　評価の責任者

25
研修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。

iii　研修修了判定のプロセス

26
修了判定のプロセスは、各研修施設での研修内容と担当指導医の評価をもとに、以下の過程と手順に従い、研修修了を判定する。
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3年間の脳神経内科研修を終了していること（研修期間については項目56に記載）。
3）脳神経内科専門研修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。

iv　多職種評価

27
多職種による評価は、基本領域である内科専門研修プログラムによる評価で行う。

v　客観的能力評価（試験）

28
一次試験：筆記試験（方法はMCQ）
・脳神経内科のミニマムリクワイアメントレベルの問題：100問／要求正答率　80%程度
・最新の知識を問う一般・症例問題：100問／要求正答率　60%程度
二次試験：面接試験
・基本的診断手技の実技試験
・総合的・体系的考え方の理解を問う口頭諮問

③ 専門医資格更新条件

29
更新要件は現在は学術大会・地方会への出席・発表、生涯教育講演会・特別教育研修会受講、論文掲載等によって単位を認めているが、以下の概要からなる要件に改訂する方向の検討を行っている。
診療実績：10単位。50症例のリスト提出（4回目以降の更新者は免除可能）
共通講習：10単位まで。基本領域の内科で取得した共通講習単位をここにあてることができる。
領域講習：20単位以上。このうちセルフトレーニング問題を5単位必須とし、更新試験に代えて、知識のbrush-upを保証する。
学術活動：10単位まで。学会出席、論文発表など

専門医機構から統一的な更新基準が示されれば，それにのっとって更新条件を設定する.

6　専門研修施設の要件

30

① 脳神経内科専門研修における施設認定基準

脳神経内科専門研修における認定施設として、神経学会は教育施設、准教育施設、教育関連施設を以下のように定める。教育施設にはそれと連携する特別連携施設を置くことを認める（要件を次項30に記載）。

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。
1）原則として脳神経内科（神経内科）を標榜していること.
2）脳神経内科または関連科として10床以上を有する、もしくは脳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脳神経内科指導医・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
7）研修内容に関する施設実地調査（サイトビジット）に対応可能であること

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 教育施設と連携する特別連携施設

教育施設と連携する特別連携施設の基準は、次のとおりとする。これらの特別連携施設の申請は教育施設が行い、研修状況は教育施設の研修委員会等が管理する。
連動研修期間中の最初の2年間、つまり内科専門研修と重複する期間の特別連携施設研修は、内科の整備基準も満たすこと。
特別連携施設A：基準1）～3）は必須である。
1）地域医療でニーズの高い脳卒中・認知症などコモンディジーズの研修に適した環境にあること（CT,MRI）等の画像診断装置を含む）。
2）特別連携施設での研修は、連携する教育施設の研修責任者が研修責任を負うこと。

31

3）連携する教育施設の脳神経内科指導医による指導を原則として常時受けることが可能であること。
4）医師不足地域の二次医療圏にあることが望ましい。
特別連携施設B:
1）脳神経内科専門医としての知識技能獲得に役立つ、他の基本領域のローテーション研修や研究機関での研修に適した環境にあること。
2）特別連携施設での研修は、連携する教育施設の研修責任者が研修責任を負うこと。

③ 就業義務のある専攻医のための配慮

32

就業義務のある専攻医について、就業先施設が日本神経学会の認定施設ではないが通修（教育施設での非常勤研修）を行った場合には、その勤務形態に応じて研修期間として認める。

7　研修制度の運用要件

① 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）

33

各施設において、脳神経内科指導医1名あたり専攻医3名までを原則とする。□

② 地域医療・地域連携への対応

34

脳神経内科専門医は現状地域や大学病院・基幹病院への偏在が大きい。そこで専門研修においては、教育施設(指導医を含めて専門医3名以上)、准教育施設(指導医1名)、教育関連施設(専門医1名)という従来の区分に加えて、教育施設と連携する特別連携施設を設定した。これは、脳神経内科指導医がいない施設であっても、神経学会教育施設との密接な連携（外来など定期的に指導医が非常勤医として派遣される、定期的に教育施設とのWebカンファレンスを行うなど）が保証されていることを条件に、研修期間として算定することを認めるものである。これにより、連動研修中に、医師不足地域にローテートする内科研修が組まれた場合（地域枠による研修義務を含む）でも専攻医に不利になることを防ぐもので、連動研修が地域医療に対して悪影響を与えることがないと期待される。

これらの区分の医療施設の長所を有機的に組み合わせることにより、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、連携体制や派遣体制を組んでいくことで、地域の医療資源の流出が起こらず、医療資源が広く遍く国民に提供できるように配慮する。

③ 研修の質を担保するための方法

35

1) 研修責任者は、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。
2) 指導医は脳神経内科専門研修の修了認定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。
3) 専門研修施設はカリキュラム履修に必要な専門研修施設間の異動についても十分に配慮する。

④ 研究に関する考え方

36

脳神経内科研修では、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。

⑤ 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］

37

教育施設に関する規定は、項目30・31の記載の通り。
日本神経学会の施設認定委員会において、各施設の専門医数・診療実績等に基づき教育施設について審査・認定を行う。

⑥ 基本領域との連続性について

38

内科専門研修開始2年目以降に、カリキュラム研修登録を行い連動研修を開始することができる。

⑦ 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…

39

1) 脳神経内科専門研修において、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年を越えない範囲とする。
3) プログラム移動、プログラム外研修の条件についてはカリキュラム性なので該当しない。
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、修了要件(項目26参照)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。
5) 以上を考慮して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。

8 専門研修を支える体制

① 専門研修の管理運営体制の基準

40 カリキュラム制のため、該当せず。

② 基幹施設の役割

41 カリキュラム制のため、該当せず。

③ 専門研修指導医の基準

42 脳神経内科指導医は、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) 脳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)。

④ 専門研修管理委員会の役割と権限 （連携施設での委員会組織も含む）

43 カリキュラム制のため、該当せず。

⑤ 統括責任者の基準、および役割と権限

44 カリキュラム制のため、該当せず。

⑥ 労働環境、労働安全、勤務条件

45 研修施設の指導管理責任者は専攻医の心身の健康維持に配慮する。専攻医の勤務時間、休日、当直、給与などの勤務条件については、労働基準法や医療法、各施設の労使協定を遵守することが求められる。各研修施は過重な時間外勤務がないようバックアップ体制、適切な休養を確保するなど健康確保措置を実施し、適正な労務管理と研修の効率化を前提として時間外労働の上限を設定し、研修プログラムに明示する。

9　専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備

① 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム

46

研修実績と評価の記録には、日本神経学会専攻医症例登録システムならびに評価書式を用いる。
1) 専攻医は経験症例を症例登録システムに記録し、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う。
2) 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。
3) 専攻医は神経関係の学会発表や論文発表の記録を保管し求めに応じて指導医に提出する。
4) 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)の出席の記録を保管し求めに応じて指導医に提出する。

② 研修制度運用マニュアル・フォーマット等の整備

47

脳神経内科研修制度運用のために、下記48-52を整備する。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症例登録システムならびに評価書式を用いる。

◉専攻医研修マニュアル

48

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する。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) 研修施設名、各施設の教育施設としての種別
2) カリキュラム修了のための要件:
・研修期間:最低・最長)、研修の中断などに関する取扱
・経験症例数、知識・技能・その他(学会発表、講習会参加など)とその記録・評価を受ける方法
3) 日本神経学会症例登録評価システムの利用方法
4) 研修期間の中断
5) 専門医申請の手順:
・専門医試験受験申請に必要な書類と提出方法
・専門医試験概要
・専門医試験合格後の手続き
6) 研修施設群内で何らかの問題が発生し、施設内で解決が困難な場合の相談先(脳神経内科領域専門医制度検討委員会とする)
7) その他

◉指導者マニュアル

49

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する。そのガイドに記載を要する項目は以下の通りである。
1) 専門研修指導医の資格要件
2) 上記の専攻医研修ガイドの記載内容に対応した期待される指導医の役割
3) 専門研修における評価方法、ならびにフィードバックの方法
4) 個別の症例経験に対する評価方法と評価基準
5) 日本神経学会症例登録評価システムの利用方法
6) FD講習の出席義務
7) 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(脳神経内科領域専門医制度検討委員会とする)

◉専攻医研修実績記録フォーマット

50

日本神経学会専攻医症例登録システムを用いて経験症例の記録・評価を行う。
知識・技能・その他(学会発表、講習会参加など)は所定の評価票に記入・記録する。

◉専門研修指導医による指導とフィードバックの記録

51

日本神経学会専攻医症例登録システムを用いて経験症例に対するフィードバック・承認を行う。
知識・技能・その他(学会発表、講習会参加など)は所定の評価票にフィードバックを記載する。

◉指導者研修計画(FD)の実施記録

52

指導医は基本領域である内科学会の指導者講習を受講し、その記録を残す。

10 専門研修体制の評価と改善

① 専攻医による専門研修指導医および研修体制に対する評価

53

無記名式逆評価を行う。
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。
集計入力された評価は脳神経内科領域専門医制度検討委員会が閲覧できる。
集計結果に基づき、カリキュラムや指導医、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

54

脳神経内科領域専門医制度検討委員会は、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 脳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
検討結果に応じて、各研修施設の指導管理責任者や神経学会内の該当委員会など適切な部署に改善案を提示する。
なお、研修施設内で何らかの問題が発生し、施設内で解決が困難である場合は、専攻医や指導医から脳神経内科領域専門医制度検討委員会を相談先として同委員会が上記と同様に分類して対処する。

③ 研修に対する監査（サイトビジット等）・調査への対応

55

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、各施設責任者が対応する。求められる資料は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各施設での指導の自律的改善に努める。

11 専攻医の採用と修了

① 採用方法

56

1）神経学会の定める各認定施設において、内科専門研修中の者あるいは内科専門医を取得した者について、当該施設の脳神経内科責任者が採用の可否を判断する。
2）面接は必須条件とする。
3）指導医1名あたり専攻医3名を原則とする。

② 修了要件

57

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）主担当医として脳神経内科専門研修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、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、脳神経内科専門研修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主担当医として対応した症例1例を含めること。なお、国内外の学術雑誌に査読を受けて掲載された症例報告論文を該当領域の症例要約に3例を上限として代えることができる。
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）指導医の評価において、医師として適性に疑問の無いこと。

修了要件としての、最低研修期間は以下の通りである：
教育施設・准教育施設・教育関連施設・特別連携施設で合計3年
ただし、
a. 教育関連施設、特別連携施設での研修は、教育施設での内科研修歴が少なくとも1年間ある場合のみ認められる。
b. 特別連携施設での研修算定期間は2年を上限とする。特別連携施設Bでの研修算定期間は1年を上限とする

また、研修開始後の最長研修期間は8年とする。特別な理由による研修期間の延長の可否に関しては、項目39-4),5)の記載の通りである。

12 専門医制度の改訂

58

定期的に(最長で5年)に、脳神経内科領域専門医制度検討委員会において、カリキュラムとその運用方法に関して、見直しを行う。見直しにおいては、項目53記載の対応も含める。

13 その他

59

＜注釈＞学会認定専門医制度での研修実績の新制度での研修実績としての認定について

60

1. 整備基準について:
脳神経内科領城専門研修制度整備基準が日本専門医機構にて認定された後、研修基幹施設の責任者は、本整備基準に準拠した研修施設の募集要項、プログラムなど研修制度に必要な規約を作成する。また必要に応じて付属解説資料を用意する。
2. 学会認定専門医制度での研修実績の新制度での研修実績としての認定について:
2024年の機構の方針に準拠して、完全新制度の機構専門医(2021年以降の内科専攻研修開始)、及び移行期(2018年～2020年の内科専攻研修開始)、旧制度での認定者(2017年以前の内科専攻研修開始)についても、今後の整備基準承認後初回の認定更新までは、現在の学会専門医の認定更新の点数に加えてe-test合格を認定更新の要件とする方向で、準備を進めている。