

診療科別脳神経外科 プログラム（必修）

2026_KTGH

頁

1/4

研修医に周知しておきたいこと		脳神経外科症例検討会：毎週火曜日 14:00～ 病棟カンファ室にて ※症例検討会のためのカンファ記録の入力と申し送りをおこなう。 但し、手術に入る場合は検討会より手術を優先する。
回診予定		多職種合同回診：火曜 8:45～ 病棟にて
多職種カンファレンス予定		多職種退院支援カンファ：火曜 14:00～ 病棟カンファ室にて
ACP 社会復帰支援 研修の場	4 者カンファレンス	月曜 10:00、火曜 9:30、金曜 11:00
	退院支援カンファレンス	火曜 14:00

1. 指導医・指導者

1.1 指導医（○：責任指導医）

○西澤 俊久、浅井 琢美、棚橋 邦明

1.2 指導者

師長：小川 幸、薬剤師：森 健司

1.3 病棟薬剤師

高田 佳乃子

1.4 病棟

1 棟 5 階

2. 一般目標

研修医としてプライマリーケアに必要な脳神経外科の基本的な知識、技能、態度を修得する。

3. 個別行動目標

- (1) 詳細な病歴聴取と的確な理学的所見をとることができ、正確なカルテが作成できる。
- (2) 神経疾患の主要症候を把握できる（頭痛、意識障害、失語症、運動障害、脳神経症状、痙攣発作など）
- (3) 脳卒中急性期への対応が迅速に行える。（意識障害や神経障害の評価や必要な検査と診断、既往歴の評価など）
- (4) 頭部外傷や多発外傷の迅速な診断や救命に必要な初期処置が判断できる。
- (5) てんかん発作への応急処置が行える。
- (6) 高血圧緊急症に対する必要な薬の選択と使用が行える。

4. 学習方略

4.1 1 年次の必修研修：3 週

4.2 研修初日：研修初日には責任者（診療部長・病棟看護師長）に挨拶する。

4.3 原則一人の研修医に対し一人の指導医がつき、病棟・一般外来・救急外来・検査室・手術室等において指導医・上級医とともに診察・検査・治療を行う。

診療科別脳神経外科プログラム（必修）

頁

2/4

4.4 病棟診療業務

- (1) 主担当医として入院患者を受け持ち、主治医（指導医、上級医）の指導のもと、問診、理学的所見、検査データの把握を行い、診断並びに治療計画立案に参加する。
- (2) 主担当医に指名された際は、電子カルテの入院オーダーで「担当医 1」として自身の氏名が表示されるよう入力する。
- (3) 担当患者の回診を指導医とともにに行い、臨床所見について学ぶ。輸液、検査、処方などのオーダーを主治医の指導下で積極的に行う。また、退院や転院の決定は、必ず確認のもと行う。
- (4) 髄液排除試験や術後創処置などを主治医と共に行う
- (5) インフォームド・コンセントの実際を学び、簡単な事項については主治医の指導のもと、自ら行う。

4.5 検査業務

- (1) 画像検査：頭・頸部単純 X 線検査、CT 検査、MRI+MRA 検査、RI 検査、脳血管撮影など。
- (2) 生理学的検査：EEG、誘発電位など
- (3) 髄液検査、等に立ち会い、麻酔、器具出しなどの補助を行う。

4.6 救急業務

- (1) 平日日勤帯の救急患者で脳神経外科がコールされた時は、救急外来受診患者の所見と検査結果を上級医とともに判断する。また、手術が必要な症例については術前から関与する。

4.7 症例検討会、論文抄読会

- (1) 脳神経外科症例検討会：毎週火曜日 14:00～、症例検討会のためのカンファ記録の入力と申し送りをおこなう。
- (2) 受け持った患者の社会復帰支援に係る 4 者カンファレンスや担当会議へ参加する。
- (3) 受け持った患者を通じて ACP（退院支援カンファレンス）の場面に参加する。
- (4) 積極的に学会発表し論文として投稿する。

4.8 ガイドラインの実践

- (1) ガイドラインを理解し、実践できる。
 - ① 脳卒中診療ガイドライン
 - ② 重症頭部外傷治療・管理のガイドライン
 - (i) 脳腫瘍診療ガイドライン
 - (ii) 特発性正常圧水頭症診療ガイドライン

5. 週間スケジュール

	月	火	水	木	金
午前	血管内手術	病棟回診など	手術（観血）	アンギオ、 血管内手術	手術（観血）
午後		15:00～ 病棟カンファ	手術（観血）	アンギオ、 血管内手術	手術（観血）

6. 経験目標

6.1 経験すべき診察法・検査・手技等

6.1.1 医療面接

- (1) 患者を毎日診察する。
- (2) 患者の病歴の聴取と記録ができる。
- (3) 患者・家族への適切な指示・指導ができる。

6.1.2 基本的な身体診察法

- (1) 全身状態（呼吸・循環・バイタルサイン、意識・精神状態）の把握
- (2) 局所（主に頭頸部）損傷の有無と程度の観察
- (3) 神経学的診察による障害部位診断

6.1.3 基本的な臨床検査

- (1) 単純 X 線検査
- (2) 核医学検査（脳血流 SPECT、脳槽シンチなど）
- (3) 神経生理学的検査（脳波、誘発電位など）
- (4) 間脳・下垂体疾患における内分泌学的検査
 - ① 頭・頸などの部位の単純 X 線検査、単純及び造影 CT 検査、単純及び造影 MRI+MRA 検査、RI 検査
 - ② EEG、誘発電位、神経伝導速度などの生理学的検査
 - ③ 脳血管撮影
 - ④ 血液生化学的検査：血液、血糖、脂質、肝機能、電解質、髄液検査など
 - ⑤ 眼底検査、定量視野検査
 - ⑥ 聴力検査、平衡機能検査
 - ⑦ 病理標本検査
 - ⑧ 細菌学的検査
 - ⑨ 心理学的評価、WAIS 知能検査、言語機能評価

6.2 経験すべき症候 *必須 ◎責任担当科（番号は 29 症候番号）

6.2.1 緊急を要する症状・病態

- (1) 脳血管障害
- (2) 意識障害**◎(9)

6.3 経験すべき疾患 *必須 ◎責任担当科（番号は 29 症候番号）

- (1) 脳血管障害**◎(1)：①脳出血、②脳梗塞、③くも膜下出血
- (2) 脳及び脊髄腫瘍：①原発性脳腫瘍（悪性・良性）、②転移性脳腫瘍、③脊髄腫瘍（悪性・良性）
- (3) 頭部外傷及び脊髄損傷：①急性硬膜下・外血腫、脳挫傷、脊髄損傷 ②慢性硬膜下血腫、③高エネルギー外傷**◎(20)
- (4) 水頭症
- (5) 髄膜炎・脳膿瘍

7. 評価

7.1 形成的評価

- (1) ローテーション中に入院症例にて経験した症候、疾病・病態に対する病歴要約を1件以上作成する。作成方法：カルテに記載したSOPA記事を、研修医評価システムへ貼り付け考察を加える。

7.2 到達目標評価

- (1) ローテーション中に経験した習得事項から、資質・能力に対する内省コメントを2件以上作成する。
- (2) 研修医評価システムにて、EPOCⅠ・Ⅱ・Ⅲの評価表を用いた指導医・看護師・薬剤師を含む多職種より360度評価を行う。