

神経内科

1) 神経内科（神経脳血管センター）紹介

当院の神経内科は1つのセンターとして独立し、神経・脳血管センターとしてまとまった組織となっており、日本神経学会認定の教育施設となっています。当センターは現在、常勤医5名（うち日本神経学会認定専門医が4名）と非常勤医師1名の合計6名のスタッフから構成されています。これら6名のスタッフが、神経内科の一般外来のほか、脳疾患予防外来、末梢神経外来などの専門外来などをあわせて行っており、神経内科のほぼあらゆる疾患を取り扱うことのできる体制となっています。

当院の救急病院としての性格上、神経内科の入院患者としては脳血管障害（とくに脳梗塞）が最も多く（35%）、次いで、めまい症、パーキンソン病、アルツハイマー型痴呆・脳血管性痴呆、脊髄障害、てんかん、脳炎・髄膜炎となっています。また、ギランバレー症候群、CIDP、多発性硬化症、脊髄小脳変性症、筋萎縮性側索硬化症、重症筋無力症などの神経難病や神経免疫疾患の診断・治療も最新の医療水準で行っています。

神経内科の領域には治療法の確立していない病気が残念ながらまだ多くあります。当神経内科では、それらまだ治療法の確立していない疾患に対して、機能的MRI、MRスペクトロスコピー、PETなどの新しい検査法を用い、その病態解明を行うことに大きな力を注いでいます。更には、他の病院グループと協力・共同して新しい薬や治療法に関する研究・治験を行い、可能な限り神経内科の疾患に対してより有効な薬やよりすぐれた治療法をみつけだしてゆく臨床研究にも大きな重点をおいて頑張っています。

2) 関連学会

日本神経学会 <http://www.neurology-jp.org>

3) 施設認定・指導医・専門医

日本神経学会教育施設

日本脳卒中学会認定研修教育病院

研修責任者：八木 秀雄：メールアドレス；h-yagi@takedahp.or.jp

秋口 一郎 神経・脳血管センター所長；日本神経学会認定専門医

八木 秀雄 副院長；日本神経学会認定専門医

川崎 照晃 部長；日本神経学会認定専門医

白樫 勤 医長；日本神経学会認定専門医

渡辺 裕子 医長

4) 日本神経学会認定専門医受験資格

日本国の医師免許証を有するもので以下の3項目を満たすものとなっています。

1. 卒後6年以上で受験年の5月末日において本学会会員暦が3年以上あり、初期研修をふくむ臨床研修を6年以上おこなったもの

2. 認定内科医であること

3. 研修内容は、次のいずれかを満たすもの

- (a) 神経学会で認定した教育施設で3年以上（当院は教育施設です）
- (b) 神経学会で認定した教育施設で2年以上と教育関連施設で1年以上
- (c) 神経学会で認定した教育関連施設で4年以上

5. 研修カリキュラム

武田病院神経内科研カリキュラムは日本神経学会が定めた神経内科卒後研修到達目標を当院にあわせて具体化したものです。

以下の目標について研修を行い、到達度を評価する。

1. 研修目標

神経内科医として自立できるための診断能力、治療技術、患者への接遇態度の基本・基礎を身につける。

- 1) 脳、神経、筋肉の神経学的解剖を理解する。
- 2) 主な神経内科的疾患や神経学的所見の意味を理解し、自ら神経学的所見をとれる。
- 3) 神経学的検査・結果の意味・解釈や治療の内容を理解し、学ぶ。
- 4) 症状、神経学的所見、画像・検査データから診断を推察し、確定診断をつけるとともに、治療計画を立案し適切な診療録を作製できる。
- 5) 主な心療内科的疾患や精神疾患を理解し、必要な治療法について学ぶとともに、心のケアの大切さを認識する。
- 6) 患者から学ぶ姿勢を持つと同時に、他科および看護師も含めた他の医療メンバーと協調、協力する姿勢（チーム医療）の重要性を認識し、実践できる。
- 7) 神経学的障害をもった患者の介護・管理上の要点を理解し、在宅医療を含めた社会復帰の計画が立案できる。
- 8) 神経内科の救急疾患における診察の仕方、処置の仕方について学ぶ。
- 9) 自己評価をするとともに、第三者の適切な評価を受け入れ、自己研鑽をしていく。

2. 神経内科到達目標と評価尺度

3. 後期研修において神経学会の定めるミニマムリクアイアメント(神経学用語集改訂第3版準拠)

A. 神経診察一般

| | 各手技毎の到達度 |
|-------|--------------------|
| グレードA | 十分な手技能力、経験、知識を有する |
| グレードB | 一通りの手技能力、経験、知識を有する |
| グレードC | 手技能力、経験や知識はあるが不十分 |
| グレードD | 知識、経験を持ち合わせていない |

| | |
|-----------|---------|
| 精神状態・意識状態 | A B C D |
|-----------|---------|

| | |
|--------|---------|
| 言語 | A B C D |
| 脳神経 | A B C D |
| 運動 | A B C D |
| 感覚 | A B C D |
| 腱反射 | A B C D |
| 協調運動 | A B C D |
| 髄膜刺激徴候 | A B C D |
| 脊柱 | A B C D |
| 自律神経 | A B C D |
| 起立・歩行 | A B C D |

B. 必須の症候・病態

| | 経験 | 知識 | 診断、処置、検査 |
|-------|-------------|--------------|--------------|
| グレードA | 複数例を経験している | 的確な内容を説明可能 | 一人で可能である |
| グレードB | 最低1例は経験している | 内容を説明可能 | 一部上級医に相談が必要 |
| グレードC | 間接的に経験している | 一通りの概念と意義は把握 | 大部分上級医に相談が必要 |
| グレードD | 経験は無い | 知識を持ち合わせていない | 対応出来ない |

| ミニマムリクアイアメント | 経験 | 知識 | 診断、処置、検査技能 |
|--------------|---------|---------|------------|
| 意識障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 脳死 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 頭蓋内圧亢進 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 髄膜刺激症候 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 痙攣 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 記憶障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 失語 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 失神 | A B C D | A B C D | A B C D |
| めまい | A B C D | A B C D | A B C D |

| | | | |
|------------------|---------|---------|---------|
| 頭痛・頭重感 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 視力・視野障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 複視・眼瞼下垂 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 瞳孔異常 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 言語・構音障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 認知症 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 失行 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 失認 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 失算 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 嚥下障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 歩行障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 筋萎縮・筋力低下（運動麻痺） | A B C D | A B C D | A B C D |
| 線維束性収縮 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 有痛性筋攣縮 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 易疲労性 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 振戦 | A B C D | A B C D | A B C D |
| アテトーゼ | A B C D | A B C D | A B C D |
| 舞踏運動 | A B C D | A B C D | A B C D |
| ジストニア | A B C D | A B C D | A B C D |
| ミオクローヌス | A B C D | A B C D | A B C D |
| ジスキネジア | A B C D | A B C D | A B C D |
| 運動失調 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 感覚障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 痛み（神経障害性疼痛・慢性疼痛） | A B C D | A B C D | A B C D |
| 膀胱直腸障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 起立性低血圧／立ちくらみ | A B C D | A B C D | A B C D |

| | | | |
|-----------|---------|---------|---------|
| 発汗障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 不眠・不安 | A B C D | A B C D | A B C D |
| せん妄、興奮、不穏 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 耳鳴り・難聴 | A B C D | A B C D | A B C D |

C. 必須の疾患（主治医となる必要のある疾患）

| | 経験 | 知識 | 診断、処置、検査 |
|-------|-------------|--------------|--------------|
| グレードA | 複数例を経験している | 的確な内容を説明可能 | 一人で対応出来る |
| グレードB | 最低1例は経験している | 内容を説明可能 | 一部上級医に相談が必要 |
| グレードC | 間接的に経験している | 一通りの概念と意義は把握 | 大部分上級医に相談が必要 |
| グレードD | 経験は無い | 知識を持ち合わせていない | 対応出来ない |

| ミニマムリクアイアメント | 経験 | 知識 | 診断、処置、 検査技能 |
|-------------------------|---------|---------|----------------|
| 脳塞栓症 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 脳血栓症 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 脳出血 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 脳炎 | A B C D | A B C D | A B C D |
| てんかん重積 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 無菌性髄膜炎 | A B C D | A B C D | A B C D |
| その他の髄膜炎（細菌性、結核性、真菌性、癌性） | A B C D | A B C D | A B C D |
| 多発性硬化症 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 急性散在性脳脊髄炎 | A B C D | A B C D | A B C D |
| アルツハイマー病 | A B C D | A B C D | A B C D |
| び慢性レヴィ小体病 | A B C D | A B C D | A B C D |
| パーキンソン病 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 多系統萎縮症 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 運動ニューロン疾患 | A B C D | A B C D | A B C D |

| | | | |
|-----------------------|---------|---------|---------|
| 進行性核上性麻痺 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 大脳皮質基底核変性症 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 遺伝性・非遺伝性脊髄小脳変性症 | A B C D | A B C D | A B C D |
| アルコールに伴う神経障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 糖尿病に伴う神経障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 肝疾患に伴う神経障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 腎疾患に伴う神経障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 内分泌疾患に伴う神経障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| ビタミン欠乏に伴う神経障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 悪性腫瘍に伴う神経障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 中毒・薬物に伴う神経障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 頸椎症性脊髄症 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 急性炎症性脱髄性ポリニューロパ チー | A B C D | A B C D | A B C D |
| 慢性炎症性脱髄性多発ニューロパ チー | A B C D | A B C D | A B C D |
| 多発性単神経炎 | A B C D | A B C D | A B C D |
| ベル麻痺 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 重症筋無力症 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 皮膚筋炎・多発筋炎 | A B C D | A B C D | A B C D |
| てんかん | A B C D | A B C D | A B C D |
| 片頭痛 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 緊張型頭痛 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 筋強直性ジストロフィー | A B C D | A B C D | A B C D |
| ヒステリー | A B C D | A B C D | A B C D |
| 先天異常 | A B C D | A B C D | A B C D |

D. 必須の疾患（必ずしも主治医でなくとも良い疾患）

| | 経験 | 知識 | 診断、処置、検査 |
|-------|-------------|--------------|--------------|
| グレードA | 複数例を経験している | 的確な内容を説明可能 | 一人で対応出来る |
| グレードB | 最低1例は経験している | 内容を説明可能 | 一部上級医に相談が必要 |
| グレードC | 間接的に経験している | 一通りの概念と意義は把握 | 大部分上級医に相談が必要 |
| グレードD | 経験は無い | 知識を持ち合わせていない | 対応出来ない |

| ミニマムリクアイアメント | 経験 | 知識 | 診断、処置、 検査技能 |
|------------------|---------|---------|----------------|
| 脳腫瘍 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 静脈洞血栓症 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 脳脊髄液減少症 | A B C D | A B C D | A B C D |
| プリオン病 | A B C D | A B C D | A B C D |
| ハンチントン病 | A B C D | A B C D | A B C D |
| ミトコンドリア脳筋症 | A B C D | A B C D | A B C D |
| サルコイドーシス | A B C D | A B C D | A B C D |
| ベーチェット病 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 肥厚性脳硬膜炎 | A B C D | A B C D | A B C D |
| クロウ・深瀬症候群 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 膠原病に伴う神経疾患 | A B C D | A B C D | A B C D |
| ヒトTリンパ球向性ウイルス脊髄症 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 脊髄空洞症 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 脊髄血管障害 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 周期性四肢麻痺 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 低カリウム血性ミオパチー | A B C D | A B C D | A B C D |
| 筋ジストロフィー | A B C D | A B C D | A B C D |
| 片側顔面攣縮 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 斜頸 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 破傷風 | A B C D | A B C D | A B C D |

E. 神経救急

| | |
|----------------------------|--|
| | A: 十分な経験、知識を有する B: 一通りの経験、知識を有する C: 経験や知識はあるが不十分 D: 知識、経験を持ち合わせていない |
| 救急患者を円滑に受け入れ、適切に対応できる | A B C D |
| 救急患者を的確に診断し、その病態を把握できる | A B C D |
| 適切に緊急検査を実施し、その結果を正しく解釈できる | A B C D |
| 重症疾患を正しく把握し、集中治療の必要性を判断できる | A B C D |
| 救急医療に関する医療を理解し、実践できる | A B C D |
| 適切な緊急処置を実施できる | A B C D |

F. 必須の検査

| | 経験 | 知識 | 診断、処置、検査技能 |
|-------|--------------|--------------|--------------|
| グレードA | 十分な症例を経験している | 的確な内容を説明可能 | 一人で検査、判断が出来る |
| グレードB | 複数例経験している | 内容を説明可能 | 概略の検査・判断が出来る |
| グレードC | 最低1例は経験している | 一通りの概念と意義は把握 | 見学などで理解している |
| グレードD | 経験は無い | 知識を持ち合わせていない | 経験はない |

F-1 必須の神経生理学的検査

| ミニマムリクアイアメント | 経験 | 知識 | 診断、処置、検査技能 |
|--------------|---------|---------|------------|
| 脳波 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 神経伝導検査 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 筋電図検査 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 大脳・脳幹誘発電位 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 表面筋電図 | A B C D | A B C D | A B C D |

F-2 必須の神経放射線学的検査

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|----------------------------|---------|---------|---------|
| 頭部 CT | A B C D | A B C D | A B C D |
| 頭部 MRI、MRA | A B C D | A B C D | A B C D |
| 脳血流 SPECT | A B C D | A B C D | A B C D |
| 脊椎・脊髄 MRI | A B C D | A B C D | A B C D |
| 脳血管造影 | A B C D | A B C D | A B C D |
| F-3. 必須の超音波画像検査 | | | |
| 頸動脈超音波検査 | A B C D | A B C D | A B C D |
| F-4. 必須の神経・筋病理学的検査 | | | |
| 末梢神経生検（手技、診断） | A B C D | A B C D | A B C D |
| 筋生検（手技、診断） | A B C D | A B C D | A B C D |
| F-5. 必須の検体検査 | | | |
| 脳脊髄液 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 血液：各種自己抗体、サイトカイン、リンパ球サブセット | A B C D | A B C D | A B C D |
| F-6. 必須の自律神経検査 | | | |
| 心電図 RR 間隔 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 123I-MIBG 心筋シンチグラフィ | A B C D | A B C D | A B C D |
| Head-up tilt 試験 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 発汗検査 | A B C D | A B C D | A B C D |
| サーモグラフィー | A B C D | A B C D | A B C D |
| F-7. 必須の神経病理研修 | | | |
| 臨床病理検討会（CPC） | A B C D | A B C D | A B C D |
| 剖検 | A B C D | A B C D | A B C D |

G. 必須の治療・手技（在宅医療を含む）

| | 経験 | 知識 | 診断、処置、検査技能 |
|-------|--------------|------------|--------------|
| グレードA | 十分な症例を経験している | 的確な内容を説明可能 | 一人で検査、判断が出来る |
| グレードB | 複数例経験している | 内容を説明可能 | 概略の検査・判断が出来る |

| | | | |
|-------|-------------|--------------|-------------|
| グレードC | 最低1例は経験している | 一通りの概念と意義は把握 | 見学などで理解している |
| グレードD | 経験は無い | 知識を持ち合わせていない | 経験はない |

| ミニマムリクアイアメント | 経験 | 知識 | 診断、処置、 検査技能 |
|----------------|---------|---------|----------------|
| 人工呼吸器管理 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 呼吸管理(NIPPVを含む) | A B C D | A B C D | A B C D |
| 各種リハビリテーション | A B C D | A B C D | A B C D |
| IVH管理 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 経管栄養管理 | A B C D | A B C D | A B C D |

H. 必須の医療介護・福祉・在宅医療事項

| | 経験 | 知識 | 診断、処置、検査技能 |
|-------|--------------|--------------|-------------|
| グレードA | 十分な症例を経験している | 的確な内容を説明可能 | 一人で記載が出来る |
| グレードB | 複数例経験している | 内容を説明可能 | 概略の記載が出来る |
| グレードC | 最低1例は経験している | 一通りの概念と意義は把握 | 見学などで理解している |
| グレードD | 経験は無い | 知識を持ち合わせていない | 経験はない |

| ミニマムリクアイアメント | 経験 | 知識 | 診断、処置、 検査技能 |
|---------------------------------|---------|---------|----------------|
| 特定疾患申請 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 介護保険に関する指導・意見書 提出 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 身体障害者申請 | A B C D | A B C D | A B C D |
| 在宅医療に関する指導・意見書 提出（訪問看護指示書など） | A B C D | A B C D | A B C D |

I. 神経遺伝学

| | |
|-------------------------|--|
| | A: 十分な経験、知識を有する B: 一通りの経験、知識を有する C: 経験や知識はあるが不十分 D: 知識、経験を持ち合わせていない |
| 遺伝性疾患をもつ患者を診療し、適切に対応できる | A B C D |

| | |
|---|---------|
| 種々の遺伝医学的診断法を理解している | A B C D |
| 家系図を適切に作成でき、メンデル遺伝、非メンデル遺伝の特徴を理解し、説明できる | A B C D |
| 必要に応じて適切に遺伝専門医へ紹介できる | A B C D |
| ゲノム・DNA・RNA・遺伝子の構造を理解、説明できる | A B C D |
| 遺伝子変異について理解、説明できる | A B C D |

J. その他必須の事項

| | |
|--|---|
| | A: 関連の講演会に出席しており、十分な経験、知識を有する B: 一通りの経験、知識を有する C: 経験や知識はあるが不十分 D: 知識、経験を持ち合わせていない |
| 医療安全 | A B C D |
| 医の倫理; informed consent、個人情報保護の概念など | A B C D |
| 病-病連携、病-診連携 | A B C D |
| 医療経済・保険制度 | A B C D |
| 医師法などの法律 | A B C D |
| ガイドラインの改訂等、神経学会からの最新の医学情報に常に注意を払う態度と、これらの情報を学習し、理解する能力を有する | A B C D |
| | A: 十分な経験、知識を有する B: 一通りの経験、知識を有する C: 経験や知識はあるが不十分 D: 知識、経験を持ち合わせていない |
| 学会活動: 神経内科関連学会での症例研究発表 | A B C D |
| 在宅ターミナルケア | A B C D |
| 他科コンサルテーション能力 | A B C D |
| 在宅症例のデイケア、ショートステイの適応判断 | A B C D |

4. ミニマムリクアイアメントとは別に康生会武田病院における研修プログラム

5. 神経内科専門医を目指す後期研修の3年間

| |
|--|
| 1年目 |
| 指導医・上級医による指導を受けながら、主治医として入院診療の研鑽を積む。神経内科症例検討会を通じて神経内科の考え方や知識を学び、必要な診断方法や治療方針を習得していく。また、主治医ではなくとも、カンファレンスや総回診を通じて幅広い疾患に対する理解と経験を深める。検査業務については、一年目は電気生理学検査を主として、指導医の下に適切に施行出来る能力をつける。救急外来では、神経内科救急に対する診断・処置・対処法について研鑽を積み、自立できるようにする。指導医や上級医の指導の下、各種書類を適切に記載する。医療安全・医療倫理の講演会には積極的に出席する。 |
| 2年目 |
| 引き続き、指導医・上級医による指導を受けながら、主治医として入院診療のほかに外来診療を開始し、神経内科の研鑽を積む。神経内科症例検討会を通じて神経内科の考え方や知識を深め、診断方法や治療方針を習熟していく。カンファレンスや総回診を通じて幅広い疾患に対する理解と経験をさらに深める。基本的な疾患では適宜指導医・上級医に相談しながら一人で診療可能なレベル到達を目指す。検査業務については、2年目には神経放射線、神経病理、神経超音波について、指導医の指導を受けつつ、基本的な検査・解釈は自立できる能力を身につける。救急外来では、神経内科救急に対する経験を深め、自立する。指導医や上級医の指導の下、各種書類を適切に記載する。医療安全・医療倫理の講演会には積極的に出席する。 |
| 3年目 |
| 主治医として外来・入院患者を受け持ちながら各種検査を行うとともに、臨床研修医の上級医としての指導も行なう。また、3年目には脳外科の指導医にコンサルトしながら、脳外科的疾患の理解と対処法を学ぶ。教育関連病院との連携を通じて在宅の状況を把握出来るように努め、全人的な診療の中での神経内科診療の習得を目指す。神経学会の定めるミニマムリクアイアメントを適切に達成出来るよう、指導医と相談し、不足する研修内容は関連病院、学会ハンズオンセミナー、各種学習会などを通じて習得出来るよう研鑽に励む。 |

検査業務

脳波・電気生理、頸部・心・末梢血管超音波検査、高次脳機能検査、自律神経検査、神経放射線検査、嚥下造影、MRスペクトロスコピーなど。

カンファレンス

新入院症例提示、症例検討会、放射線読影会、総回診、リハビリテーション・放射線カンファレンス、CPC、抄読会、連携病院との検討会など。

研修記録と修了評価

- 1) 神経内科専門医を目指す研修医は神経学会のホームページにあるミニマムリクアイアメントをダウンロードし、3年間で全ての項目の研修が出来るよう目標を定める。
- 2) 指導医は、年度毎にミニマムリクアイアメント達成状況を確認し、過不足なく研修が出来るよう努める。
- 3) 3年間の研修修了時、もしくは自施設を研修医が移動する際に、指導医は神経学会のホームページより研修修了証明書をダウンロードし、必要事項を記載の上、研修医に渡す。
- 4) 評価記録の記載されたミニマムリクアイアメントと研修修了証明書は神経内科専門医を受験する際に必要となる可能性があるため、研修医と指導医は大切に保管すること。

なお、後期研修の途中に他の教育施設、准教育施設、教育関連施設から移動してきた研修医に対しては、前施設におけるミニマムリクアイアメントの到達度を把握して、個別のカリキュラムを作成する。

6. 週間予定表

| | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 |
|----|------------------------------|------|--------------|-------|--------|-------|
| 午前 | 神経カンファレンス | 病棟回診 | 病棟回診 | 外来見習い | 電気生理検査 | 超音波検査 |
| 午後 | 病棟回診 症例検討会 リハビリカンファレンス | 病棟回診 | 救急担当 内科当直 | | 病棟回診 | 病棟回診 |

研修修了証明書

氏名

日本神経学会会員番号

上記の者は

年 月 日～ 年 月 日まで

日本神経学会専門医認定制度に定める研修を行い、下記の水準まで
ミニマムリクアイアメントを達成したことを証明する。

| | A: 十分な経験、知識を有する B: 一通りの経験、知識を有する C: 経験や知識はあるが不十分 D: 知識、経験を持ち合わせていない |
|-------------------------|--|
| 神経診察一般 | A B C D |
| 必須の症候・病態 | A B C D |
| 必須の疾患（主治医となる必要のある疾患） | A B C D |
| 必須の疾患（必ずしも主治医でなくとも良い疾患） | A B C D |
| 必須の検査 | A B C D |
| 必須の治療・手技 | A B C D |
| 神経救急 | A B C D |
| 必須の医療介護・福祉・在宅医療事項 | A B C D |
| 神経遺伝学 | A B C D |
| その他必須の事項（医療安全、倫理など） | A B C D |

研修施設指導管理責任者名

印

6.後期研修の目標

前期内科系コース（1年間）を終了して認定内科医の資格を取得する。

後期内科系コース（3年間）では、神経内科の基礎と臨床を十分経験・習得し、神経学会認定専門医の資格をコース終了翌年（卒後7年目）に取得する。

7.目標達成のための戦略の特徴

神経学会認定専門医の指導をうけながら、週1回の神経内科カンファレンスを通じて神経内科の知識を一層深め、必要な診断方法や治療方針を習得する。また、次の8)の項目でのべる各年次の研修項目を遂行し、入院・外来の双方を担当することによって、神経内科に必要な基本的疾患や検査法をほぼすべて経験・習得する。

8.年度毎の研修

前期内科系コース

1年次：関連各科のローテーションをするか、最初から神経内科専属かのどちらでも可能である。

後期内科（神経内科）コース

以下の研修を行う。

| 研修項目 | 研修場所・内容 | 研修期間 |
|---------|-----------------------------------|------|
| 神経内科1年目 | | |
| 臨床神経 | 康生会武田病院神経内科にて担当医 | 9ヶ月 |
| 脳波・電気生理 | 康生会武田病院電気生理にて指導医の下で研修 | 1ヶ月 |
| | 医仁会武田総合病院電気生理にて指導医の下で研修 | 2ヶ月 |
| | | |
| | | |
| 神経内科2年目 | | |
| 神経放射線 | 康生会武田病院放射線科にて指導医の下で研修 | 2ヶ月 |
| 神経病理 | 京都大学神経内科神経病理にて指導医のもとで研修 | 3ヶ月 |
| 神経超音波 | 康生会武田病院生理検査科にて指導医の下で研修 | 2ヶ月 |
| 臨床神経 | 康生会武田病院神経内科にて担当医ならびに神経内科外来にて外来見習い | 5ヶ月 |
| | | |
| | | |
| 神経内科3年目 | | |
| 脳神経外科 | 康生会武田病院脳神経外科にて指導医の下で研修 | 3ヶ月 |

| | | |
|------|----------------------------|-----|
| 臨床神経 | 康生会武田病院神経内科にて指導医（チーフレジデント） | 9ヶ月 |
| | | |
| | | |
| | | |

9. 大学医局との関連

京都大学医学部神経内科の関連病院です

10. 将来の進路

進路については、本人の意思が尊重されます。当院として提示できるのは、武田病院グループの病院（当院を含む）でスタッフとして勤務か大学院進学となります。

11. 研修問い合わせ

八木 秀雄：メールアドレス；h-yagi@takedahp.or.jp