

2021年度

国立病院機構 宇多野病院

関西脳神経筋センター

神経内科後期臨床研修プログラム

utano-resident.com



国立病院機構宇多野病院 関西脳神経筋センター
平成24年度 専修医（後期臨床研修医）募集要綱

—— <u>当院の特色と歴史</u>	3
—— <u>宇多野病院神経内科レジデントの歴史と考え方</u>	4
A. <u>神経内科専門医取得コース</u>.....	5
1. <u>応募資格</u>	5
2. <u>研修目標</u>	5
3. <u>プログラムの概要</u>	6
4. <u>当院神経内科の特徴</u>	9
5. <u>院内行事・研修教育設備</u>	10
6. <u>臨床研究部</u>	10
7. <u>募集人員</u>	10
8. <u>研修期間</u>	10
9. <u>身分・手当など</u>	10
10. <u>出願手続き</u>	10
11. <u>選考方法</u>	11
B. <u>神経内科領域短期強化プログラム</u>.....	12
1. <u>研修目標と概要</u>	12
2. <u>研修期間、研修開始時期</u>	12
3. <u>研修内容</u>	

———当院の特色と歴史

当院は、古都、京都の西側、嵐山と鹿苑寺金閣のほぼ中間に位置し、真言宗御室派総本山である仁和寺からは、ほど近い場所に立地します。市内の東側には京都大学医学部附属病院、京都府立医科大学が位置します。

当院の歴史は古く、大正9年の京都市立宇多野療養所に始まります。昭和22年には国立に移管され、昭和55年には、旧国立療養所病院としては最初の臨床研究部が設置されました。臨床研究部は文部科学省認定研究機関に指定されており、当院は、診療のみならず、研究施設としての側面を有します。平成16年の独立行政法人化に伴い、独立行政法人国立病院機構宇多野病院 関西脳神経筋センターとなり、文字通り、西日本の脳・神経・筋疾患のセンターとしての役割を果たすべく診療・研究・教育を行っています。総病床数は320床ですが、このうち神経内科領域の病床数は160床で、これは、東京都立神経病院と並んでわが国最多です。

日本神経学会の教育施設、日本内科学会の内科専門医基幹病院です。



——宇多野病院神経内科レジデントの歴史と考え方

当院の神経内科レジデント制度は、昭和56年に始まりました。以来、出身校にとらわれず全国より研修希望者を募り、多くの神経内科医を育成してきました。これまでのレジデント修了者は、宇多野病院の常勤スタッフ、京都大学等の大学病院や中核病院の神経内科医として、あるいは大学院に進み、学位取得後、指導医や研究者として、日本各地で活躍しています。

平成16年度から始まったスーパーローテーション方式によって、卒業後の2年間は、専門領域にとらわれずに広く研修することになりました。その一方、神経内科は、内科の中でも専門性が高いため、神経内科医になるには、3年目以降、専門分野に重点を置いた研修が必要です。また、将来、臨床とともに研究も行いたいと考えている場合には、3年程度の期間で専門医としての実力を付け、早くから研究活動に従事することが望ましいと考えられます。

当院は、神経内科の医療機関としては、全国でも最大規模の施設の一つで、多数の専門スタッフが臨床・教育・研究に携わり、研修後はリサーチ・フェローとなり学位取得も可能で、これまでも京都大学博士（医学）を2名が取得、2名が取得予定です。

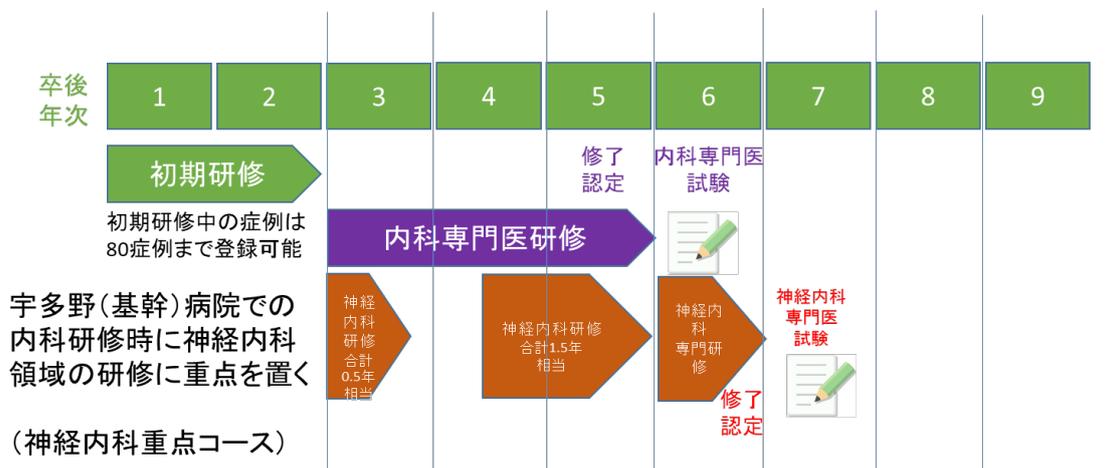


当院では、2021年度のレジデント（後期臨床研修医）を下記の通り募集します。

- A. 内科専門医（神経内科重点コース）プログラム（いわゆる後期1階部分）
- B. 神経内科専門医プログラム（いわゆる後期2階部分）

A. 神経内科専門医取得コース（後期1階部分）

このコースは日本内科学会専門医の取得と日本神経学会神経内科専門医取得とを目標としたコースです。主として、現在、スーパーローテーション中の方が対象となります。



宇多野病院を基幹施設とした総合内科専門医取得のための研修で、いわゆる「1階部分」に相当します。このプログラムでは、内科全般の研修を行いますが、神経内科領域に重点をおいて研修をすることで、「2階部分」に相当する神経内科専門研修のうち、2年分を同時に研修するコースです。このコースでは「2階部分」の神経内科専門医研修は1年で修了することが可能です。「国立病院機構宇多野病院内科専門医プログラム」のプログラム冊子も参照してください。

B. 神経内科専門医プログラム（いわゆる後期2階部分）

このプログラムは日本神経学会神経内科専門医取得を目標としたコースです。スーパーローテーションを修了されている方が対象となります。

研修目標

本コースは、卒業後2年間のスーパーローテーションを修了した医師を対象として、3年間の研修期間を通じて、神経内科専門医に必要な診断、検査、治療に関する知識・技術を習得させ、すぐれた神経内科専門医を育成することを目標としている。具体的目標として、研修終了後に、日本神経学会専門医（神経内科専門医）の取得を掲げており、

これまでの当院のレジデント修了者は全員が専門医試験に合格している。

神経内科専門医の受験にあたっては、受験申し込みの時点で、内科学会認定内科医または内科専門医を取得していること、受験時に卒後6年以上の臨床経験を有することなどが必要とされる。

3 プログラムの概要

当院神経内科は日本神経学会の教育施設として認定されているため、当院の3年間の研修により神経内科専門医の受験資格が与えられる。

研修プログラムは、日本神経学会の定めるガイドラインに基づいている。指導スタッフは院長、副院長、臨床研究部長、診療部長を含めた常勤医11名で、全員神経内科専門医である。

神経放射線・画像検査（CT、MRI・MRA、SPECT、ミエログラフィー、血管撮影、嚙下造影など）、脳波（VEP/ABR/SEPの誘発脳波を含む）・筋電図（針筋電図、末梢神経伝導速度検査、単一線維筋電図、表面筋電図など）・経頭蓋磁気刺激などの電気生理学検査、神経・筋生検などの神経病理学的検査、分子生物学的検査などにおいてはそれぞれの専門スタッフが指導にあたる。研修を通じて、各種画像検査の読影、電気生理学的検査の結果の判断、神経病理標本の判読が的確に行える力をつけること、免疫学的検査結果（抗アセチルコリン受容体抗体、抗MuSK抗体、抗神経抗体、リンパ球サブセット、サイトカインなど）や遺伝子診断結果を的確に判断でき、遺伝子診断カウンセリングが行えること、薬物療法（ボトックス治療を含む）、血液浄化療法、磁気刺激治療、呼吸器管理、機能的脳神経外科治療（DBSなど）を理解し、実践あるいはサポートができること、リハビリテーション科（理学療法、作業療法、言語聴覚療法、心理療法）と協調的に対応できることを目標として指導する。

急性期脳卒中診療：（3ヶ月）。

希望により国立循環器病研究センター脳卒中内科にて研修を予定（3ヶ月）。

神経内科専門医受験に先立って、内科学会認定内科医または総合内科専門医取得が必要である。当院は総合内科専門医プログラムの基幹施設となっており、「国立病院機構宇多野病院内科専門医プログラム」の神経内科順天コースから研修開始することで最短4年で神経内科専門医を取得可能である。

（*受験資格の詳細については、当該学会に確認すること。）

研修プログラム内容：

1年次には神経内科の所見の取り方、病歴の取り方を指導。
内科認定医試験全員合格を目指し、1年次の12月までに必要症例数が確保できるように配慮する。日本神経学会のミニマムリクアイアメント（以下、Mini-Req）のA神経診察所見一般、B必須の症候・病態についてはこの時期にグレードAを到達目標とする。

2年次 専門教育に重点を置き、この時期までにMini-ReqのC必須の疾患については、おおむね90%までについて主治医となることを到達目標とする。新患カンファレンスを通じて、神経放射線画像について、適切なプレゼンテーション、解釈がなされるようにする。院内で実施する神経内科CPCを通じて、脳病理所見について基本的事項を掌握できることを到達目標とする。また、Mini-ReqのDの疾患については、この時期までに90%の症例を主治医以外の場合を含めて経験することを到達目標とする。

3年次 脳卒中の診断・治療について高度な知識、経験を得ることを目標として、希望者は国立循環器病研究センターで研修を受ける。小児神経領域については、小児神経かをローテーションする。この時期までにMini-ReqのE,Fについて習熟することを到達目標とする。

		レジデントA	レジデントB	レジデントC
1年次	4-6月	神経内科	神経内科	神経内科
	7-9月	神経内科	神経内科	神経内科
	10-12月	神経内科	神経内科	神経内科
	1-3月	神経内科	神経内科	神経内科
2年次	4-6月	神経内科	神経内科	神経内科
	7-9月	神経内科	神経内科	神経内科
	10-12月	神経内科	神経内科	神経内科
	1-3月	神経内科	神経内科	神経内科
3年次	4-6月	神経内科	神経内科	神経内科
	7-9月	国立循環器病センター	神経内科・臨床研究部	神経内科
	10-12月	神経内科・臨床研究部	神経内科	国立循環器病センター
	1-3月	神経内科	国立循環器病センター	神経内科・臨床研究部

リサーチプロセス

月曜日：17:00～（不定期）

宇多野病院では、多数の症例データを元に、疾患のリスク因子や治療法の有効性、安全性、疾患予後などについてエビデンスを発信しています。代表的論文として、MIBGのパーキンソン病の診断精度に関する論文、ドパミンアゴニストの心臓弁膜症の相対リスクに関する論文、アマンタジン塩酸によるジスキネジア軽減効果に関するランダム化比較試験の論文などが国際誌に発表され、日本神経学会のガイドラインに引用されています。

リサーチプロセスは、通常のカンファレンスとは異なり、臨床研究の提案→研究仮説の設定→研究デザインの検討→統計手法の妥当性の検討→データ収集の方法・分担の検討を数回のリサーチプロセスで検討して、研究に着手。研究実施後はデータクリーニング→データの検討→統計解析→研究仮説の検討→結果のとりまとめ→学会発表→論文投稿 とプロセスを進めていきます。

このプロセスはクリニカル・リサーチフェローなどの若手スタッフが中心になり進められますが、レジデントも積極的に参加していただき、臨床のみならず研究にも興味を持っていただき、自ら臨床エビデンスを構築できる力を得られるようになっていただきたいと思います。

現在、当院が中心となって実施中の医師主導治験もこうしたプロセスで進められています。

EXPERT OPINION ON PHARMACOTHERAPY, 2017
VOL. 18, NO. 7, 735-738
<http://dx.doi.org/10.1080/14656566.2017.1319937>



DRUG EVALUATION



Clinical efficacy of edaravone for the treatment of amyotrophic lateral sclerosis

Hideyuki Sawada

Department of Neurology, Utano National Hospital, Kyoto, Japan

ABSTRACT

Introduction: Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) is a progressive, fatal, neurodegenerative disease. Although the pathogenesis remains unresolved, oxidative stress is known to play a pivotal role. Edaravone works in the central nervous system as a potent scavenger of oxygen radicals. In ALS mouse models, edaravone suppresses motor functional decline and nitration of tyrosine residues in the cerebrospinal fluid.

Areas covered: Three clinical trials, one phase II open-label trial, and two phase III placebo-control randomized trials were reviewed. In all trials, the primary outcome measure was the changes in scores on the revised ALS functional rating scale (ALSFRS-R) to evaluate motor function of patients.

Expert opinion: The phase II open label trial suggested that edaravone is safe and effective in ALS, markedly reducing 3-nitrotyrosine levels in the cerebrospinal fluid. One of the two randomized controlled trials showed beneficial effects in ALSFRS-R, although the differences were not significant. The last trial demonstrated that edaravone provided significant efficacy in ALSFRS-R scores over 24 weeks where concomitant use of riluzole was permitted. Eligibility was restricted to patients with a relatively short disease duration and preserved vital capacity. Therefore, combination therapy with edaravone and riluzole should be considered earlier.

ARTICLE HISTORY

Received 28 December 2016
Accepted 12 April 2017

KEYWORDS

Oxidative stress; nitric oxide;
motor neuron; clinical trial;
radical scavenger

1. Pivotal study of edaravone to treat ALS

Here, we review clinical trials using edaravone to treat

ALS [8]. Early studies have shown that oxidative stress causes oxidation of cysteine residue of TDP-43, and oxidized TDP-43 can lead to acetylation and aggregation of TDP-43, which



Impact of glucocerebrosidase mutations on motor and nonmotor complications in Parkinson's disease



Tomoko Oeda^a, Atsushi Umemura^a, Yuko Mori^a, Satoshi Tomita^a, Masayuki Kohsaka^a, Kwiyoung Park^a, Kimiko Inoue^b, Harutoshi Fujimura^b, Hiroshi Hasegawa^c, Hiroshi Sugiyama^a, Hideyuki Sawada^{a,*}

^a Clinical Research Center and Department of Neurology, Utano National Hospital, Kyoto, Japan

^b Department of Neurology, Toneyama National Hospital, Osaka, Japan

^c Department of Neurology, Minami-Kyoto National Hospital, Kyoto, Japan

ARTICLE IN BRIEF

Article history:
Received 12 May 20
Received in revised
Accepted 29 August
Available online 7 S

Keywords:
Parkinson's disease
Glucocerebrosidase
Risk factor
Clinical course
SPECT
MIBG scintigraphy

RESEARCH ARTICLE

Baseline Plasma C-Reactive Protein Concentrations and Motor Prognosis in Parkinson Disease

Atsushi Umemura, Tomoko Oeda, Kenji Yamamoto, Satoshi Tomita, Masayuki Kohsaka, Kwiyoung Park, Hiroshi Sugiyama, Hideyuki Sawada*

Department of Neurology and Clinical Research Center, National Hospital of Utano, National Hospital Organization, Kyoto, Japan



OPEN ACCESS

Citation: Umemura A, Oeda T, S, Kohsaka M, Park K, et al. (2017) Baseline Plasma C-Reactive Protein Concentration and Motor Prognosis in Parkinson Disease. *PLoS ONE* 12(8): e0136722. doi:10.1371/journal.pone.0136722

Editor: Kenji Hashimoto, Chiba University, JAPAN

RESEARCH ARTICLE

Impact of Aspiration Pneumonia on the Clinical Course of Progressive Supranuclear Palsy: A Retrospective Cohort Study

Satoshi Tomita^{1,2}, Tomoko Oeda^{1,2}, Atsushi Umemura^{1,2}, Masayuki Kohsaka^{1,2}, Kwiyoung Park^{1,2}, Kenji Yamamoto^{1,2}, Hiroshi Sugiyama², Chiaki Mori³, Kimiko Inoue³, Harutoshi Fujimura³, Hideyuki Sawada^{1,2,*}

1 Clinical Research Center, National Regional Center for Neurological Disorders and Utano National Hospital, Kyoto, Japan, 2 Department of Neurology, National Regional Center for Neurological Disorders and Utano National Hospital, Kyoto, Japan, 3 Department of Neurology, Toneyama National Hospital, Osaka, Japan

* sawada@unh.hosp.go.jp

Oxybuprocaine for Apraxia of Lid Opening in Parkinson's Disease: A Placebo-Controlled Pilot Trial

Apraxia of lid opening (ALO) is one of the complications in patients with Parkinson's disease and is aggravated by exposure to bright light or corneal anesthesia, suggesting that trigeminal sensory input from the eye is a part of ALO triggers. The purpose of this study was to evaluate the effect of 0.4% oxybuprocaine hydrochloride acting as a corneal anesthetic, on ALO in patients with PD.

A placebo-controlled, single-blind, nonrandomized pilot trial of oxybuprocaine instillation was conducted in 10 patients with PD who had not previously received treatment. ALO was diagnosed according to the criteria of the

Abstract

Introduction

Although aspiration pneumonia is the most common complication of progressive supranuclear palsy (PSP), the clinical impact of aspiration pneumonia on disease course and survival is unclear.



Low body mass index and life prognosis in Parkinson's disease

Kwiyoung Park, Tomoko Oeda, Masayuki Kohsaka, Satoshi Tomita, Atsushi Umemura, Hideyuki Sawada*

Department of Neurology and Clinical Research Center, Utano National Hospital, 8 Ondoyama-Cho, Narutaki, Ukyo-ku, Kyoto 616-8255, Japan

Masayuki Kohsaka, MD, Tomoko Oeda, MD, PhD, Atsushi Umemura, MD, PhD, Satoshi Tomita, MD, Kwiyoung Park, MD, Kenji Yamamoto, MD, PhD, Hiroshi Sugiyama, MD, PhD, Hideyuki Sawada, MD, Clinical Research Center and Department of Neurology, Utano National Hospital, Kyoto, Japan

ARTICLE INFO

Keywords:
Body mass index
Life prognosis
Survival
Parkinson's disease

ABSTRACT

Introduction: Patients with Parkinson's disease (PD) frequently lose weight, even in the early stages of the disease. Our objective was to clarify the association between low body mass index (BMI) and life prognosis in PD. **Methods:** We conducted a retrospective cohort study of 651 PD patients (380 females), with a primary endpoint of survival. Because of sex differences in BMI, male and female data were separated. We compared survival times between underweight (BMI < 18.5) and non-underweight (BMI ≥ 18.5) patients and calculated hazard ratios (HRs) adjusted for other relevant factors. To investigate the semi-quantitative relationship between relative risk of death and BMI, we divided patients into lower, middle, and upper thirds of BMI and calculated the HRs of the

ICD	Diagnosis	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
A523	Syphilis	0	0	0	0	0	2	1
A809	postpoliomyelitis	0	0	0	0	1	0	1
A81	CJD	0	1	1	0	1	0	2
A858	HAM	0	0	1	1	2	1	1
C7	cancer	3	2	0	1	2	4	2
D43	brain tumor	1	1	3	1	5	4	1
F03	Dementia	10	12	12	16	11	15	8
F102	Alcoholism	0	0	0	0	0	0	0
G03	Meningitis	0	1	0	10	5	8	0
G04	Encephalitis/myelitis	3	5	4	3	3	11	7
G06	brain abcess	0	1	0	0	0	0	0
G10	Huntington disease	1	1	0	0	1	0	0
G112	MJD	1	1	1	1	0	1	3
G112	DRPLA	2	2	3	5	1	2	3
G122	ALS	35	45	60	91	44	37	20
G20	Parkinson disease	467	495	484	318	400	398	398
G211	Drug-induced PD	0	2	4	1	1	0	0
G231	PSP	52	50	40	44	43	41	30
G232	SND	0	0	0	0	0	0	1
G232	OPCA/SND	0	0	1	0	0	3	4
G238	CBD	22	17	24	20	16	16	14
G249	dystonia	1	1	1	1	0	0	0
G30	Alzheimer disease	18	26	25	20	30	44	18
G318	dementia with Lewy bodies	20	28	26	22	26	14	12
G319	spinocerebellar degeneration	19	29	20	23	33	50	21
G35	Multiple sclerosis / neuromyelitis optica	40	78	76	110	120	199	158
G403	Myoclinic epilepsy	0	0	0	1	0	2	1
G40	epilepsy	19	13	27	17	13	25	16
G6	neuropathy	22	28	47	29	39	53	35
G618	CIDP/MMN	12	13	20	19	21	31	19
G620	SMON	1	2	5	2	4	7	1
G629	Mononeuropathy/polyneuropathy	6	11	17	5	10	10	11
G700	Myasthenia Gravis	40	38	36	19	17	19	8
G710	M Dystrophy	26	22	19	19	17	19	17
G711	Myotonic Dys	6	2	4	7	7	4	5
G712	Fukuyama M dys	2	0	0	0	0	0	1
G729	Myopathy	2	6	4	3	2	5	2
G821	spastic parapareis	4	8	14	9	9	4	5
G903	MSA	39	48	39	43	46	30	37
G959	Myelopathy	1	4	1	2	7	6	4
H81	vertigo	1	8	0	4	5	6	4
I6	CVD	27	34	44	33	31	67	26
I60	SAH	0	2	0	0	0	0	0
I61	brain hemorrhage	2	3	6	8	1	6	1
I63	Cerebral infarct	20	22	23	17	22	48	20
I633	atheromatous cerebral thrombosis	1	2	2	1	1	5	3
I638	multi-infarct	4	4	5	6	4	9	3
I669	cerebral infarct (thrombosis/embolism)	0	0	0	1	1	1	0
I673	Binswanger	0	0	0	0	0	0	0

*各年度（4月1日～翌年3月31日）に退院したサマリーに記載された病名

院内行事・研修教育設備

病棟回診、レジデント回診、症例検討会、抄読会があり、さらに各種疾患の勉強会、臨床研究部カンファレンスが行われる。

現行の院内行事

月曜日 (月1回) 18時～ research progress
火曜日 14時30分～ 新患回診 (新患の検討+回診)
水曜日 15時～ EEG所見会 (レジデント教育向け)
木曜日 14時～ 神経内科病棟回診

また、LANを介して、文献検索、電子ジャーナルを利用可能。

6 臨床研究部

当院には、臨床研究部が設置されており、神経内科分野を中心とした臨床研究、基礎研究が活発に行われている。希望によりこうした研究に参加することができる。

最近の成果として、ドパミンアゴニストによる心臓弁膜症のリスク、MIBGによるパーキンソン病診断の精度、アマンタジンの抗ジスキネジア効果などが国際誌に掲載されるとともに学会のガイドラインに引用されている。

7 募集人員

各年次3名程度

8 研修期間

3年間

修了者には修了証書を交付する。

優秀な成績で3年の研修を終了したものは国立病院機構内で学位取得者に準じた待遇となる。

9 身分・手当など

身分 非常勤職員

手当 月額 約530,000円 (卒後4年目の例、日当直手当を含む 実績)

勤務 指導医の下に診療業務に従事する

保健 社会保険加入

宿舎 病院敷地内にある

(単身者用、月額 10,400円、利用希望の場合は、空室状況を確認するため、事前に問い合わせること)

1 0 出願手続き

A. 国立病院機構宇多野病院内科専門医プログラム（後期1階部分）
（プログラム冊子を参照のこと）

内科専門医プログラムは日本専門医機構の発表するスケジュールに従います。

B. 神経内科専門医コース（後期2階部分）

出願に先立って、願書を下記宛に請求、または、当院ホームページよりダウンロードしてください。記入の上、郵送にて提出して下さい。

〒616-8255

京都市右京区鳴滝音戸山町8

国立病院機構宇多野病院 関西脳神経筋センター
管理課給与係（レジデント担当）

第1期公募

出願締切 2020年11月20日

選考日 応募者と協議の上、日程調整

願書請求・提出先：

〒616-8255

京都市右京区鳴滝音戸山町8

国立病院機構宇多野病院

管理課給与係

電話 075-461-5121

FAX 075-464-0027

1 1 選考方法

面接、書類審査及び健康診断による。ただし、必要により筆記試験及び口述試験を行うことがある。

C. 神経内科領域短期強化プログラム

1. 研修目標と概要

本プログラムでは、日本内科学会の認定内科医あるいは内科専門医取得をめざして研修中の医師を対象として、一定期間、当院で受け入れ、認定内科医あるいは内科専門医を取得するために必要とされる神経内科領域研修を短期間に集中して行う。以下にそれぞれの研修例を示す。

認定内科医取得を目的として短期間神経内科領域の強化をする場合

卒後年数	B. 神経内科領域強化プログラム	
1年目	スーパーローテーション	
2年目		
3年目	現在所属する医療機関での	神経内科強化プログラム**
4年目	卒後後期研修	認定内科医受験・取得
5年目		
6年目		
7年目		

**卒後4年目から受験できる認定内科医取得のために神経内科領域の研修を短期集中して行う

卒後年数	B. 神経内科領域強化プログラム	
1年目		
2年目	他施設での卒後研修	
3年目		
4年目		認定内科医受験・取得
5年目	現在所属する医療機関での	
6年目	卒後後期研修	神経内科強化プログラム**
7年目		内科専門医受験・取得

**卒後7年目から受験できる内科専門医取得のために神経内科領域の研修を短期集中して行う

また、このほか、神経内科専門医取得のための補足的な研修を短期間で行うことも可能である。

2. 研修期間、研修開始時期

本プログラムは、現在研修中の医療機関と当院とが調整して行う。

研修期間：2ヶ月以上、12ヶ月程度まで

研修開始時期：調整の上、定める

3. 研修内容

- 1). 病歴の取り方(発症の仕方とその後の経過)
- 2). 神経学的所見のとり方
- 3). 責任病変の部位診断と鑑別(考え方の習得)
- 4). MRI所見の読み方と代表的な神経疾患の特徴把握
- 5). 脊髄液検査などの検査の評価、神経生理学的検査(脳波、末梢神経伝導速度検査、ABR, SEP, VEPなどの誘発筋電図、針筋電図など)の読み方

- 6). インフォームド・コンセントの方法と実際
- 7). 小児神経・筋疾患病棟での実習
- 8). 外来での予診
- 9). 救急外来でのneurological emergency 診察と対応
- 10). 神経内科のミーティングなどへの参加(セミナーや学会予行、レジデント向けevening lectureなど)
- 11). 神経・筋生検の見学・助手

4. 募集人数
若干名

5. 出願手続き

下記宛に問い合わせてください。現在、研修中の医療機関と調整をいたします。

〒616-8255

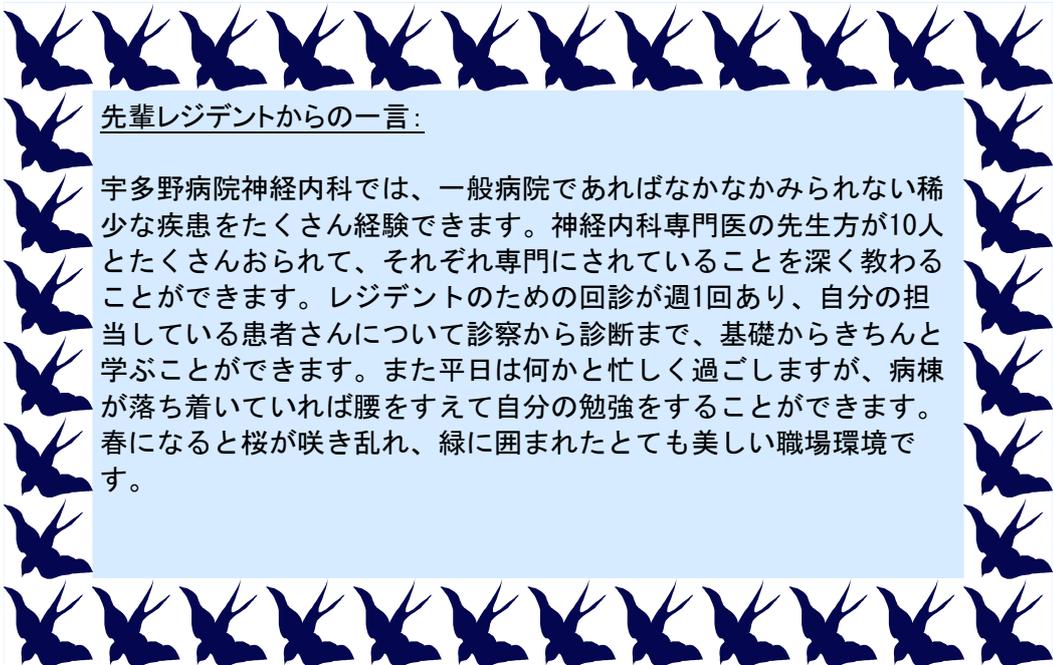
京都市右京区鳴滝音戸山町8

国立病院機構宇多野病院

管理課給与係

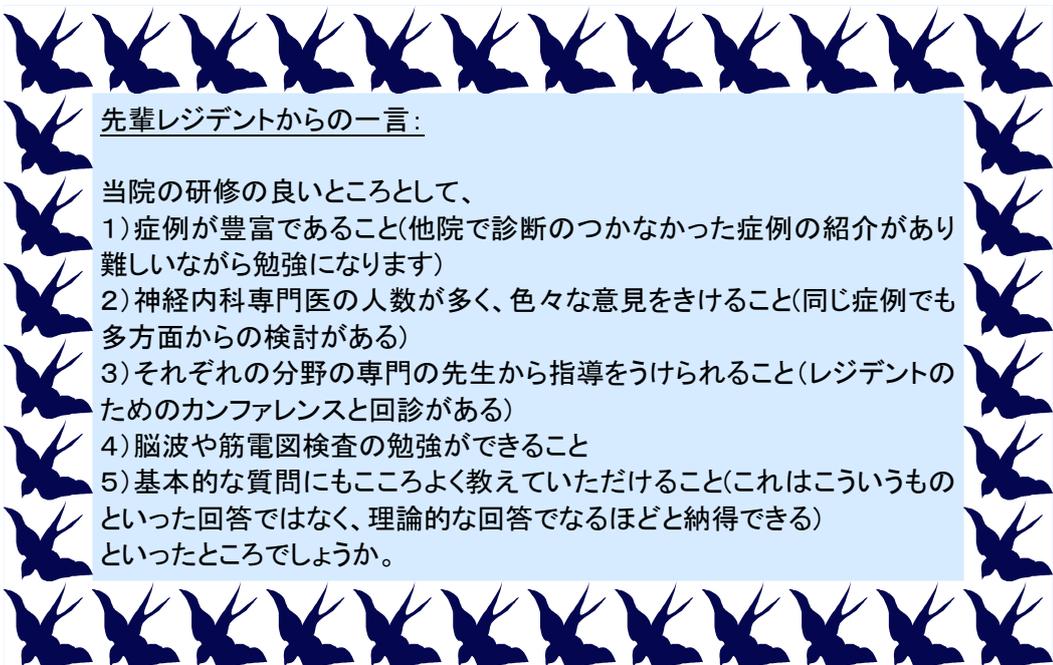
電話 075-461-5121

FAX 075-464-0027



先輩レジデントからの一言:

宇多野病院神経内科では、一般病院であればなかなかみられない稀
少な疾患をたくさん経験できます。神経内科専門医の先生方が10人
とたくさんおられて、それぞれ専門にされていることを深く教わる
ことができます。レジデントのための回診が週1回あり、自分の担
当している患者さんについて診察から診断まで、基礎からきちんと
学ぶことができます。また平日は何かと忙しく過ごしますが、病棟
が落ち着いていれば腰をすえて自分の勉強をすることができます。
春になると桜が咲き乱れ、緑に囲まれたとても美しい職場環境で
す。



先輩レジデントからの一言:

当院の研修の良いところとして、

- 1) 症例が豊富であること(他院で診断のつかなかった症例の紹介があり
難しいながら勉強になります)
- 2) 神経内科専門医の人数が多く、色々な意見をきけること(同じ症例でも
多方面からの検討がある)
- 3) それぞれの分野の専門の先生から指導をうけられること(レジデントの
ためのカンファレンスと回診がある)
- 4) 脳波や筋電図検査の勉強ができること
- 5) 基本的な質問にもこころよく教えていただけること(これはこういうもの
といった回答ではなく、理論的な回答でなるほどと納得できる)
といったところでしょうか。

指導医からのメッセージ

私たちは、卒後5年目までの臨床経験が、その後の臨床能力に大きな影響をもつと考えています。神経内科は、内科の分野の中でももっとも古典的な色彩の強い分野で、主訴・病歴から3, 4の鑑別診断を念頭に置いたうえで、病歴を要領よく聞き出し、さらに鑑別診断を絞って、「神経学的所見としては、〇〇が予想される」と思って、神経学的な所見をとり、それを確かめる、という手順を取ります。こうした思考過程Gedankengangをきちんと身につけることはneurologistに限らずphysicianには要求されることですので、当院では特にこの点を重視して、教育にあたっています。レジデント回診では、「なぜ、そう考えるのか、なぜその検査が必要か」を議論するようにしています。

1. 神経変性疾患分野

歩きにくい、字が書きにくいといった主訴と病歴を理論的に整理しながら疾患予想を立てる。次に、わずかな診察道具を用いて系統的にとった神経学的所見から臨床診断にたどり着く。さらに、神経画像検査等でそれを裏付ける。その華麗(!?)な作業の後に、治療を開始します。近年、神経変性疾患の病態理解が急速に進歩するとともに<治療法のない難病>といった古典的概念は徐々に払拭されつつあります。特に、変性疾患の中で最も頻度の高いパーキンソン病に対する内科的治療の進歩は著しく、作用機序の異なる各種薬剤を患者様の病状に合わせてうまく調整し、病態にもとづいた生活指導を併用することで、一般人口と遜色ない寿命が得られるまでになりました。そのため、疾患を初期よりライフスパンで捉え、できるだけ長く不自由のない社会生活を送っていただけるような治療を心がける必要があります。そのようなノウハウを学びながら一緒に働きませんか？

2. 免疫性神経疾患分野

免疫系が関与する神経疾患は、多発性硬化症や重症筋無力症、ギランバレー症候群などの自己免疫性ニューロパチー、傍腫瘍性神経症候群などが挙げられますが、これからはアルツハイマー病のワクチン療法(国内の神経免疫の研究仲間2名がすでに2件の特許を取得しています)が現実的になってきましたし、パーキンソン病までもがワクチン療法の対象となる可能性も報告される時代となりました。21世紀は従来直らないとされてきた、変性疾患への免疫療法の時代ともいえましょう。

当院では、国内最大規模の多発性硬化症(MS)患者さんを抱え、さまざまな提言を行って参りましたが、今後も日常診療を通して、新しい考え方や治療法を紹介してゆきたいと考えております。また、日本全国の患者様や研修医の皆さん、MS研究者の利便性も考慮し、当院のホームページや会員制のニュースレターで情報を流しております。全国から集まってこられる患者様のニーズにお応えし、よりよい療養環境確保をめざして、そして、将来はワクチン療法への対応も含め、一緒に日本の免疫性神経疾患の診療と臨床研究を切り開いてゆこうではありませんか。闘う仲間を募集します。

指導医からのメッセージ

3. 認知症関連疾患担当

わが国では急速に高齢化社会が進行し、認知症の患者数は増加の一途を辿っており、認知症性疾患の診療における神経内科医が果たす役割の重要性が増してきています。京都府も例外ではなく、宇多野病院に設置された物忘れ専門外来には数多くの受診があります。近年、認知症の診断は画像診断や生化学的診断などの進歩によつて的確に行えるようになってきています。宇多野病院では神経学的診察、臨床心理士による神経心理学的検査、MRIやSPECTなどの画像解析を用いて、総合的に評価しアルツハイマー型認知症、前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症などの診断を行っています。これらの診察、検査手順から治療、介護プランまでを系統的に習得するとともに、認知症性疾患特にアルツハイマー病の病態を分子レベルでの理解することによつて、臨床で得た経験を研究に生かせるようリサーチマインドも兼ね備えた神経内科医を育成したいと考えています。

4. 臨床電気生理分野

神経内科における電気生理検査は、ハンマーのごときものです。神経学的所見により部位診断しますが、それを検証する手段です。診断が正確かつ迅速になります。また治療の経過を追う上での客観的指標になります。

基本は3種類の検査です。

神経伝導検査：末梢神経障害の有無、障害が脱髄性か軸索性かの鑑別に使います。

誘発電位：中枢のどの経路に異常があるかを調べます。

針筋電図：下位運動神経における軸索障害をみつけ、レベル診断します。

電気生理は診断だけでなく、治療にも使われます。たとえば経頭蓋磁気刺激は変性疾患の治療に、針筋電図は不随意運動に対するボツリヌス治療に使われます。

電気生理外来では、まず神経学的所見をとり、部位診断にあわせて検査内容を決めます。そして実際に自分で検査します。最終的には検査所見をつけ、今後の方針を示して報告書作成を終わります。指導医はこれら一連のプロセスを一緒に検査しながら指導していきます。当院ではこのような電気生理検査の基本と応用を習得し、実戦を身につけ、そこから神経内科疾患の理解をより深いものにしていくことを目標にします。

施設認定

日本内科学会(教育関連病院)
日本神経学会(教育施設)
日本脳神経外科学会(指定訓練場所)
日本整形外科学会(研修施設)
呼吸器学会(研修認定病院)
リウマチ学会(教育研修施設)
など