

日本脳神経外傷学会認定専門医制度 Q&A

Q: 基本領域学会専門医(脳神経外科、救急科)取得後、どのくらいで申請できますか？

A: 受験資格条件を満たしていれば、基本領域学会専門医取得の翌年に日本脳神経外傷学会認定専門医の申請を行うことができます。

Q: 受験資格③に「通年 1 年以上の研修歴**」とありますが、**合計 1 年以上の研修歴**では申請できないのでしょうか。**

A: 単施設あるいは複数施設での断続的研修歴の合計が 1 年以上あれば申請は可能です。

Q: 専門医申請に際して、脳神経外傷に関する論文の掲載が必要ですか？

A: 専門医申請の時点で、論文の accept を証明する書類を提出すれば専門医申請可能です。

Q: 症例経験の症例数のカウントがよくわかりません？

A: 1), 2), 3) の項目に該当する症例の合計となります。脳神経外科専門医の方は、1)開頭術の症例が最低 5 例必要です。開頭術を行った後、神経集中治療を行った症例はそれぞれの項目で 1 例とし、併せて 2 例としてカウント可能です。

Q: 症例一覧として提出する症例は、すべて認定研修施設における症例ですか？

A: 症例一覧に含まれる症例は、初期研修を除く期間で、申請日までに治療が終了した症例とします。認定研修施設での経験に限りません。

Q: 手術症例としてERでの穿頭術を含むことは可能ですか？

A: 頭部外傷の開頭術とは、急性期の開頭術(開頭血腫除去術、減圧開頭術など)を指します。急性硬膜下血腫に対するERでの穿頭術や脳室ドレナージ術、慢性硬膜下血腫に対する穿頭術は含みません。

Q: 脳・神経モニタリングとは何を指しますか？

A: 頭蓋内圧モニタリングが代表的なモニタリングですが、脳室ドレナージを用いた頭蓋内圧測定も含まれます。その他、頸静脈球酸素飽和度や NIRS や持続脳波など頭蓋内環境を観察するモニタリングのすべてを指します。また、TCD や脳波(SEP/MEP)などの間欠的なモニタリングも含まれます。これらのモニタリングを指標として治療方針を決定する集中治療を神経集中治療管理と定義します。

Q: 今年の秋に学術評議員に申請すれば暫定指導医の対象になりますか？

A: なります。今年の秋に予定されている学術評議員に新規応募して承認されれば、来年の春に予定されている暫定指導医への移行対象者となります。

(学術評議員応募条件:原則として脳神経外科専門医。日本脳神経外傷学会会員歴 3 年以上で会費納入者。過去の脳神経外傷学会で筆頭演者として 1 回以上(共同演者の場合は 3 回以上)の発表実績、または機関誌「神経外傷」に筆頭演者として論文が掲載された実績のいずれかを有する者。)

Q: 指導医の外傷論文 3 篇と発表 3 回はやや厳しい気がする。

A: 他学会の指導医認定基準を参考にいたしました。

脳血管内治療指導医:発表 10 回、論文 3 編

脳卒中の外科技術指導医:発表 3 回、論文 3 編

となっております。いずれの学会でも指導医認定は難しく設定されています。

Q: 外傷は、全身一般疾患であるので、今後、脳神経外科専門医がどのようにここに参与していくのか、本学会としての方向性を提示していただければと感じます。

A: ① 脳神経外傷学会は、ガイドラインの作成や off the job training の作成については、日本救急学会や日本外傷学会と整合性を図るため、常にお互いの情報共有を行っております。

② 近年の神経外傷学は、以前の重症頭部外傷の管理のみでなく軽症頭部外傷(脳振盪など)への対応の重要性や外傷後高次脳機能障害への取り組みなど、多くの新たな領域への対応が必要となってきております。専門医制度の確立により、指導医(専門医)からこのような領域に関して一般脳神経外科医へ周知していただき、社会へ貢献したいと考えております。