

神経内科初期臨床研修プログラム（選択科目）

研修責任者 荒井 元美

研修期間 研修医が選択した任意の期間 4 週～

I. 対象となる疾患・病態

外来：頭痛，めまい，眼球運動障害，しびれ，運動障害(麻痺，失調症，パーキンソン症候群，不随意運動)，意識消失発作，てんかん，痴呆の鑑別診断など。

入院：脳梗塞，髄膜炎，脳炎，ギラン・バレー症候群，慢性炎症性脱髄性多発性根神経炎，症候性てんかん，てんかん重積状態，重症筋無力症，多発性硬化症，パーキンソン病，運動ニューロン疾患など。

*2022年2月1日から神経内科の常勤医が不在になるため、「神経内科」での入院診療は行われない。
ただし，上記疾患で他科に入院中の患者さんについてはコンサルテーションを行う。

II. 研修到達目標

神経内科は急性発症の疾患から慢性進行性の疾患まで幅がある。(1) 一般診療や救急室で遭遇することが多い状態に対応できること，(2) 慢性進行性の神経疾患の診断と治療，社会資源の活用などについての概要を知ることの2つの目標を設定した。

一般目標 (1) (GIO ;General Instruction Objective)

頭痛，めまい，麻痺，全身けいれん，失神，意識障害など頻度の高い状態に対応できるようになる。

行動目標 (1) (SBOs ;Structural Behavior Objectives)

1. 頻度の高い頭痛（緊張型頭痛，片頭痛，後頭神経痛，髄膜炎，くも膜下出血，低髄液圧症候群）の症状の特徴と鑑別診断に必要な検査所見を述べることができる。
2. 良性発作性頭位性めまいの症状，眼振所見の特徴を詳しく述べることができる。
3. 中枢障害性めまいを疑わせる主な症状，診察所見を述べることができ，診察で確認できる。
4. 顔面筋や四肢の麻痺を正しく記載でき，病変部位を推測するための主な鑑別点を述べることができる。
5. 全身けいれんの原因を述べることができる。
6. けいれん重積状態の治療法を述べ，実施できる。
7. 失神の原因疾患を述べることができ，鑑別診断に必要な検査をオーダーできる。
8. 意識障害の原因が脳幹障害か，内科疾患による広範な大脳障害かを鑑別点を述べることができ，鑑別診断に必要な検査をオーダーできる。
9. 診断・治療方針の決定困難な症例や迅速な対応が必要な症例などにおいて，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。
10. コメディカルと協調，協力する重要性を認識し，適切なチーム医療を実践できる。

一般目標 (2) (GIO ;General Instruction Objective)

慢性進行性の神経疾患の診断と治療，社会資源の活用などについての概要を理解する。

行動目標 (2) (SBOs ;Structural Behavior Objectives)

1. パーキンソン病の症状を理解し，関連した神経学的所見をとれる。
2. ガイドラインに書かれているパーキンソン病治療の原則を理解する。

3. 薬剤性パーキンソン症候群の原因となる薬剤を理解する.
4. 認知症の鑑別診断を理解する.
5. 脊髄小脳変性症の症状を理解し、関連した神経学的所見をとれる.
6. 重症筋無力症の症状、病態、治療の原則、クリーゼへの対処法を理解する.
7. 特定疾患、身体障害者手帳、介護保険の概要を理解する.

Ⅲ. 方略(研修場所：外来、病棟、画像診断室、リハビリ訓練室、臨床検査室)

研修の概略

指導医による指導をうけながら主治医として入院診療の研鑽を積む.

症例検討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.

主治医ではなくとも、外来の見学や総回診を通じて幅広い疾患に対する理解を深める.

(神経内科専門医をめざしていない人にとっては、外来の見学の方が役立つはずです.)

具体的な指導方法、研修方法

- ① 講義（免疫性神経疾患の病態と治療、パーキンソン病の診断と治療、めまいの鑑別診断）による実際的な知識のまとめ.
- ② 疾患、検査法、治療法などの説明文書の内容を最低限の知識として習得する.
疾患の概要、治療の効果と副作用、検査の合併症などについて文書による説明を心がけている. 説明用文書のひな形が約 50 種類用意してあり、患者さんに合わせて追加、修正して使用する.
当科で行っている検査や診断、治療のプロトコールも文書ファイルとしてまとめてあり、これらを保存した USB メモリーを研修医に支給している.
- ③ 外来診療の見学
200 人を超えるパーキンソン病の患者が通院しているので、外来で一緒に診療して関連した神経学的診察に習熟させる. また、臨床薬理学的な知識に基づいた治療法などを解説している.
脊髄小脳変性症、重症筋無力症；めまい、認知症の鑑別診断に必要な診察手技、検査法、治療法を理解させる.
- ④ 救急外来では指導医と一緒に診察し、神経内科救急疾患における診察、処置のし方について学ばせる.
- ⑤ ローテート期間が 1 カ月を超えたら、外来の初診患者を問診、診察する.
1) 電子カルテ上に診察所見、鑑別診断、検査・治療計画をまとめる. 同じ日に指導医が診察して検討する.
2) 検査結果の解釈や治療方針などについて再診日の前日に検討しておく.
- ⑦指導医の指導の下、各種書類を適切に記載する.
- ⑧可能であれば、退院後も患者の診療を続け疾患の縦断像を把握するよう努める.
- ⑨医療安全・医療倫理の講演会には積極的に出席する.
- ⑩電気生理学的検査を見学、実施する.

週間スケジュール例

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	外来	外来	外来	外来	

外来での診療研修を中心に行う。

IV. 評価

研修医の診察後すみやかに病歴や診察所見の適否をいっしょに確認する。

解剖学的診断，病因診断に基づいた鑑別診断や検査，治療計画について discussion して方針を決定する。

こうした一連の作業の完成度を評価する。その際，最も重視するのは論理性です。

V. 研修医への提言

基本的には他の診療科で求められていることと同じです。

個人的には，指導医の意見に従うだけではなく「自分が調べたことを指導医に教えてやる」くらいの気構えで discussion できる人と仕事をしたいと思っています。