

東邦大学医療センター大橋病院小児科専攻研修プログラム

大橋・選択専攻科目

神経内科（2～7ヶ月）

1 目的と特徴GIO

神経内科疾患の診断・病態の把握・鑑別診断・治療のプランにおいて、問診の聴取、神経学的診察の仕方、脳波・筋電図検査、髄液検査、X-線 CT 検査、MRI 検査は重要である。

これらの項目について、神経疾患の代表的な症例を経験しながら、神経内科専門医から指導をうけて、神経内科疾患患者に適切に対応できる基本的な診療能力(態度、技能、知識)を理解し、また疾患に対する informed consent の必要性を理解し遂行することを GIO とする。

2 プログラム管理運営体制

本プログラム内容や運営に問題が生じたときには、上級指導医が合議して、修正や変更を行い、必要に応じて指導医を対象とした会議を開き、情報の伝達やアドバイスをを行う。

3 教育課程

3-1 研修期間と研修医配置予定

選択専攻での研修期間は2～7ヶ月である。

東邦大学医療センター大橋病院神経内科病棟に配置される。指導医のもとで、神経内科患者を担当し、必要な検査や外来診療にも関与する。

3-2 到達目標 SBO

- 1) 神経内科疾患における重要な徴候を理解し、適切に問診を取り、神経学的診察を行うことができる。
- 2) 問診と診察結果より、適切な検査を選択することができる。
- 3) 鑑別診断と重症度の評価を行うことができる。
- 4) 神経内科疾患と全身疾患との関連を把握することができる。

3-2-2 経験目標 SBO+LS

3-2-2-A 経験すべき診察法・検査・手技

- 1) 医療面接から重要な神経内科疾患の可能性を考えることができる。
- 2) 神経学的診察により、神経系における疾患の部位診断ができ、記載できる。
- 3) 神経疾患の部位診断より、鑑別診断をあげることができる。
- 4) 発症の仕方および経過より、もっとも考えられる疾患を挙げることができる。
- 5) 適切な検査予定を組むことができる。
- 6) 神経筋疾患では、筋電図・神経伝導検査、筋生検の所見を理解できる。
- 7) 中枢神経疾患では、髄液検査、脳や脊髄の X-線 CT 検査、MRI の所見を理解できる。特に救急医

療の場で見落とすことができない脳梗塞の X 線 CT 所見を適切に判断できる。

- 8) 急性疾患に直面したときには、気道確保、人工呼吸、静脈確保をして生命徴候を確保し、救命処置ができる。
- 9) 痙攣重積発作においては、救命処置をして、抗痙攣薬により当座の発作を止めることができる。
- 10) 昏睡患者に当たっては、救命処置と、適切な血液検査を支持するとともに、低血糖やビタミン B1 欠乏の可能性を考えて、静脈注射としてブドウ糖 B1 を与えることができる。

3-2-2-B 経験すべき症状、病態、疾患

- 1) 意識障害 (低血糖、中毒・代謝性疾患、脳炎、脳出血など)
- 2) 脳神経麻痺 (嗅覚障害、視力・視野障害、外眼筋麻痺、顔面神経麻痺、味覚障害、難聴、平衡障害、構音障害、嚥下障害、舌の萎縮など)
- 3) 痙攣 (大発作、精神運動発作、梗塞後てんかん、頭部外傷後てんかんなど)
- 4) 発熱と項部硬直 (脳炎、髄膜炎、脳膿瘍など)
- 5) 片麻痺、対麻痺、単麻痺 (脳血管障害、脊髄障害、圧迫性神経麻痺など)
- 6) 頭痛 (緊張型頭痛、片頭痛、くも膜下出血、脳腫瘍、脳炎・髄膜炎など)
- 7) めまい (椎骨脳底動脈不全症、小脳梗塞、脳幹梗塞、前庭神経炎、メニエール病など)
- 8) 耳鳴り (メニエール病、聴神経腫瘍など)
- 9) 不随意運動 (Parkinson 病、家族性振戦、舞踏病など)
- 10) 手足のしびれ感 (多発ニューロパチーなど)
- 11) 痴呆 (多発梗塞性痴呆、Alzheimer 病、Creutzfeldt-Jakob 病、Pick 病など)
- 12) 言語障害 (脳血管障害、球麻痺など)
- 13) 失調症 (脊髄小脳変性症、小脳梗塞、多発性硬化症、亜急性小脳萎縮症など)
- 14) 筋脱力、筋萎縮 (多発筋炎、筋ジストロフィー、運動ニューロン疾患など)
- 15) 易疲労性 (重症筋無力症など)
- 16) 神経痛 (三叉神経痛、肋間神経痛、坐骨神経痛、大腿神経痛など)

3-2-2-C 特定医療現場の経験

救急医療の現場を経験する。

バイタルサインの確保ができる。

昏睡の原因・鑑別診断ができる。

痙攣発作の初期治療ができる。

頭部外傷では、脳外科医に説明し、連絡をとることができる。

髄膜炎、脳炎の診断・鑑別のため髄液検査の所見を理解できる。

脳血管障害の初期治療を経験し、自ら立案できる。

3-2-3 評価基準

神経内科疾患に適切に対応できる基本的な診察能力 (態度、技能、知識) が習得されたかどうかを基準として評価する。病棟看護師長、指導医、医療チームメンバー、病棟長を対象とした評価表を使用する。

3-3 勤務時間

研修期間中の勤務時間、休暇、当直に関しては東邦大学医療センター大橋病院の規程に従うが、勤務時間は原則的に午前9時から午後5時である。しかし症例検討会、学会予行、勉強会などは、勤務時間外にも行なわれる。担当患者の状態によっては、上記時間外の仕事がある。その他、指導医とともに当直にあたり、神経救急疾患および内科疾患の神経合併症の対応について学ぶ。

3-4 教育行事

- ・総回診：毎週水曜日、午後2時から4時にかけて行い、担当医として症例の説明を行い診断・治療について討議する。
- ・小グループ症例検討会（適宜）：午後4時から5時にかけて、研修医2-3人と指導医により、受け持ちの症例について問題点を討議する。
- ・抄読会：研修医および医局員は、毎週月曜日午後6時より英文論文を読み、要旨をまとめプリントを作成して口頭で発表する。
- ・講演会：第3、または第4月曜日午後6時から7時にかけて外部講師による医局員のための勉強会を行なう。神経系では、主に神経病理、神経生理、神経放射線医学の分野からの講演が多い。
- ・レジデントセミナー：毎月1回、3年目以降の医局員が、経験した症例を中心に約6ヶ月間内外の文献を集めて勉強をした事項について講演をして、その後討論する。
- ・脳波所見会：毎週木曜日の午後4時～5時に神経専門医が所見をつける際に、研修医は脳波の読み方と所見の記載の仕方を学ぶ。
- ・筋電図検査：毎週水曜日の午前中に、筋電図検査を行なっているので、研修医は神経専門医から指導を受けながら、針筋電図と神経伝導検査の実際を学ぶ。
- ・CPC：毎月第4火曜日、午後5時から6時半に内科学講座の剖検症例、外科学第三講座の手術症例を各講座当番制で、提示し、研修医は症例について診断や検査所見の説明を行ない、毎月参加する。
- ・臨床研修医研修発表会：毎月1回、木曜日午後4時から東邦大学医学部大橋病院所属の研修医は自分の担当した症例を発表する。発表はPower Pointをもちいて症例についてまとめた内容を臨床講堂で液晶プロジェクターにより投影し、学会発表の訓練になる。

3-5 指導体制

本プログラムの最終的な指導責任は、基幹病院である東邦大学医療センター大橋病院神経内科の指導責任者にある。研修医は、治療チームの一員として指導医および医局員から指導を受ける。

4 研修医個別評価

プログラム修了時に、病棟看護師長、指導医、病棟医長の評価表を参考に神経内科疾患の基本的診療能力が習得されたかどうか総合評価し、研修医症例発表会、CPCの出席なども評価の対象として含み、プログラム指導責任者が評価する。