神経内科卒後臨床研修カリキュラム

多くの神経疾患は正確な病歴の聴取と神経学的診察によって局在診断および臨床診断が可能である。MRI をはじめとする画像診断や臨床検査が進歩しても、病歴および神経学的診察を基本とした臨床的姿勢の重要性が損なわれる事はない。神経内科における卒後研修では、病歴の聴取、神経学的診察、鑑別診断、検査計画および治療方針を立てるという基本的臨床姿勢の習得を目標とする。あわせて画像診断や電気生理学的検査法に対する理解を深め、神経疾患の診断・治療の基礎を学ぶことを目指す。

1. 神経内科における研修目標

1) 病歴の聴取：正しい診断につながるような正確な病歴の聴取法を習得する。
2) 神経学的診察：正確な局在診断を行えるように基本的な神経学的診察手技を体得する。
3) 補助検査：髄液検査を施行し検査結果を解釈する。さらに、電気生理検査（脳波や筋電図検査）を実施し。その意義を理解する。
4) 画像診断：脳・脊髄の CT および MRI などの画像検査の読影を行う。
5) 患者・家族への説明：説明と同意の考え方、患者・家族への適切な対応を学ぶ。また、慢性疾患や神経難病に対する総合的な療養体制構築の必要性を理解する。
6) 症例提示：カンファレンスで、経験した症例をまとめ発表する。

2. 神経内科における行動目標

経験すべき診察法・検査・手技

1) 患者・家族との信頼関係を築き、詳細に病歴を聴取することができる。また、診断・治療、検査結果等についてわかりやすく説明し、十分な理解を得る事ができる。さらに、患者・家族の適切な指導を行える。
2) 神経学的診察（意識、知的機能、脳神経、運動機能、深部腱反射、感覚、髄膜刺激症状など）を正しく行え、所見を正確に記載できる。
3) 病歴および診察所見から鑑別疾患を挙げ、必要な検査を計画し、診断を確定し、治療方針を立案することができる。
4) 神経画像（頭部 CT、MRI など）を的確に読影することができる。
5) 神経救急疾患（脳血管障害、てんかん発作、脳炎など）に対処することができる。
6) 腰椎穿刺を行い、かつ結果を解釈することができる。
7) 電気生理学的検査について、その適用を判断する事ができる。
8) 患者・家族と良好な人間関係を築き、病状や治療方針などについてわかりやすく説明することができる。
9) 経験した症例をまとめ、文献検索を行い、カンファレンスや研究会、さらには論文

として発表する。
経験すべき症候･疾患
1) 頻度の高い症状（頭痛、めまい、失神、けいれん発作、視力障害、視野狭窄、複視、歩行障害、四肢のしびれ、ふらつき、構音障害、脱力、麻痺、振戦、誤嚥、転倒など）
2) 緊急性のある症状（意識障害、脳血管障害に伴う麻痺、呼吸不全、進行性筋力低下など）
3) 頻度の高い疾患や知っておくべき疾患（脳血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）、痴呆性疾患（アルツハイマー病、血管性痴呆を含む）慢性硬膜下血腫、変性疾患（パーキンソン病）、脳炎･髄膜炎、ギラン･バレー症候群、重症筋無力症、多発性硬化症、頭痛の鑑別、てんかん、筋疾患など）

3. 週間スケジュール

毎朝、前日に入院した患者についてカンファレンスを行っている。週1回の総回診ではベッドサイドで各患者の問題点を検討する。興味深い症例や診断治療が難しい症例では、症例検討会(**)で詳細な検討を行う。入院退院カンファレンスも毎週行われる。

	8:00	8:30	15:00	17:00
月	朝回診	新患カンファレンス		
火	朝回診	新患カンファレンス	電気生理学的検査（ボツリヌス注射療法*）	
水	朝回診	新患カンファレンス		症例検討会**
木	朝回診	教授回診入･退院カンファレンス		抄読会・勉強会・スライドカンファレンス***
金	朝回診	新患カンファレンス	電気生理学的検査	

* 隔週で異常運動症の対するボツリヌス毒素注射療法も行っている。
** 月１回、整形外科と合同でカンファレンスを行っている。
*** 適宜症例のあるとき（生検所見、剖検所見）