

中京病院初期臨床研修プログラム

脳神経内科【全体】

本プログラムにおける研修目標（脳神経内科 初期臨床研修：EPA 基盤型）

1. 総合目標（プログラム全体の目標）

脳神経内科領域の代表的疾患（脳梗塞〔ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症〕、認知症）を通じて、初期研修医が神経学的診察、画像評価、急性期管理、慢性期診療、退院支援および多職種連携を安全に実践し、上級医の監督下で任せられる業務（EPA：Entrustable Professional Activities）を段階的に拡大できることを目標とする。

2. 到達目標（簡易版）

本研修終了時までに研修医は以下を達成する。

1. 脳梗塞患者に対して適切な病歴聴取および神経学的診察を行い、神経学的異常所見を整理できる。
 2. 頭部 CT・MRI・MRA 等の画像所見を確認し、脳梗塞病型（ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症）の特徴を説明できる。
 3. 脳梗塞患者の急性期管理に参加し、神経症候の変化や全身状態を評価し、異常時には速やかに上級医へ相談できる。
 4. 脳梗塞の危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動など）を整理し、再発予防を考慮した診療計画を立案できる。
 5. 認知症患者に対して認知機能評価、日常生活機能評価および生活背景の把握を行い、鑑別診断の基本を説明できる。
 6. 認知症患者に対する薬物療法・非薬物療法の基本を理解し、患者・家族への説明に参加できる。
 7. リハビリテーションスタッフ、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー等と協働し、退院支援および地域連携に参加できる。
 8. 担当患者の診療経過を適切に記録し、症例提示、退院サマリー作成および患者・家族への説明を適切に行うことができる。
-

3. 研修期間別研修目標

【2週間】導入：安全に神経診療を経験する

脳梗塞および認知症患者の診療に参加し、神経学的診察を直接監督下（L2）で安全に実施できる。

神経診察、画像評価、病棟管理の基本的な流れを理解し、担当患者について適切に報告・相談できる。

【4 週間】基礎：典型症例を間接監督下で担当する

典型的な脳梗塞および認知症症例について、神経学的診察、画像評価、病棟管理を間接監督下（L3）で実施できる。

脳梗塞病型の整理、急性期管理、認知症診療、退院支援に主体的に参加し、適切な症例提示および患者説明ができる。

（※本プログラムにおける初期臨床研修修了時到達目標）

【6 週間】応用：急性期から退院支援まで一貫して担当する

典型症例について自立して診療を進めながら、神経症候の変化や全身状態の悪化を適切に評価し、必要時には速やかに相談できる。

脳卒中カンファレンスや退院支援カンファレンスに主体的に参加し、診療方針を説明できる。

【8 週間以上】発展：包括的な神経診療を実践する

脳梗塞急性期診療、再発予防、認知症診療、退院支援および地域連携を統合し、条件付き自立（L4）で遂行できる EPA の範囲を拡大する。

患者・家族への説明、多職種との調整、地域医療との連携まで含めた包括的な神経診療を実践できる。

4. 方略

1) 研修形態

本研修は、救急外来、病棟、脳卒中ユニット、神経内科外来、カンファレンス、多職種連携を通じた実践型研修とする。

研修医は、指導医の監督下で代表的神経疾患（脳梗塞〔ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症〕、認知症）を担当し、初期評価から急性期管理、退院支援、再発予防まで継続して経験する。

経験症例は、研修期間に応じて段階的に Entrustment Level を引き上げる形で構成する。

2) 救急・外来研修

（1）外来・初期診療

救急外来および神経内科外来において、

- 病歴聴取
- 神経学的診察
- NIHSS 評価
- 意識レベル評価（JCS・GCS）
- 頭部 CT・MRI・MRA 画像評価

- 緊急度判断
- 初期診療方針の立案

を実践する。

研修初期は指導医による直接監督（L2）で実施し、経験症例の増加に応じて間接監督（L3）へ移行する。

特に以下を重点的に経験する。

- ラクナ梗塞
- アテローム血栓性脳梗塞
- 心原性脳塞栓症
- 軽度認知障害（MCI）
- Alzheimer 病
- Lewy 小体型認知症
- 血管性認知症

（2）初期対応・急性期管理

脳梗塞患者を中心に、

- バイタルサイン評価
- 神経症候の経時的評価
- NIHSS 再評価
- 血圧・血糖管理
- 嚥下機能評価
- 誤嚥予防
- 抗血栓療法の理解
- 全身状態の管理

を実践する。

神経症候の変化については、

- 意識障害
- 麻痺の進行
- 構音障害
- 失語
- 嚥下障害
- 痙攣
- 呼吸状態悪化

を意識した再評価を行う。

必要に応じて DOPS を用いた形成的評価を行う。

3) 病棟研修

(1) 急性期病棟管理

脳梗塞患者を中心に、入院から退院まで継続して担当する。

以下を重点的に学習する。

入院時

- 問題リスト作成
- 病型分類
- 危険因子評価
- 心房細動評価
- 検査計画
- 治療方針整理

入院後

- 神経症候評価
- バイタル評価
- 意識レベル評価
- 嚥下評価
- 栄養管理
- 感染予防
- 深部静脈血栓症予防
- 早期離床支援
- リハビリテーション進行確認

研修医は病棟回診および脳卒中カンファレンスで患者情報を整理し、SBAR を用いて報告する。

(2) 認知症診療

認知症患者について、

- 認知機能評価
- ADL・IADL 評価
- BPSD 評価
- 家族背景
- 介護力評価
- 薬剤確認
- 地域支援体制

を学習する。

患者本人および家族への説明を経験し、生活支援を含めた包括的診療を理解する。

(3) 退院支援・多職種連携

看護師、リハビリテーションスタッフ、薬剤師、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、地域連携部門と協働し、

- ADL 評価
- 嚥下機能
- 栄養管理
- 在宅支援
- 介護サービス
- 再発予防
- 外来フォロー

を含めた退院支援に参加する。

退院サマリー作成を通じて診療経過を整理する。

5. 任せられるレベル（Entrustment Level：共通定義）

本プログラムでは、任せられるレベルを以下の4段階で設定する。

レベル1（L1）：観察・説明できる（見学、実施の流れを説明できる）

レベル2（L2）：直接監督下で実施できる（指導医が横で監督）

レベル3（L3）：間接監督下で実施できる

（近くに指導医がいて、必要時すぐ相談できる）

レベル4（L4）：条件付きで自立して実施できる

（事後報告中心、ただし対象・状況は限定）

6. EPAs 一覧

- EPA1：神経学的診察を行い、脳卒中を疑って初期評価・重症度評価（NIHSS を含む）を実施する
- EPA2：頭部 CT・MRI・MRA 等の画像を評価し、脳梗塞病型（ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症）を整理して初期診療方針を立案する
- EPA3：脳梗塞急性期患者の病棟管理を行い、神経学的変化・全身状態を評価し、異常時に適切に初期対応・相談できる
- EPA4：脳梗塞患者の再発予防を理解し、危険因子評価、抗血栓療法、生活習慣改善を含めた二次予防を実践できる
- EPA5：認知症患者の認知機能・生活機能・BPSD を評価し、診断・治療・生活支援の基本方針を立案できる
- EPA6：リハビリテーション、退院支援、地域連携を多職種と協働して実践し、患者・家族へ説明できる

- EPA7：担当患者の問題リストを整理し、症例提示・診療録・退院サマリーを適切に作成できる

•

7. 研修期間別到達目標

EPA	2 週 到達 目標	4 週 到達 目標	6 週 到達 目標	8 週 到達 目標
EPA1 神経学的診察・初期評価	L2	L3	L3～4	L4
EPA2 病型診断・画像評価	L2	L3	L3～4	L4
EPA3 急性期病棟管理	L1～2	L2～3	L3	L3～4
EPA4 二次予防	L1～2	L2～3	L3	L3～4
EPA5 認知症診療	L1～2	L2～3	L3	L3～4
EPA6 退院支援・多職種連携	L1	L2	L3	L3～4
EPA7 症例提示・診療録・退院サマリー	L2	L3	L3～4	L4

8. EPA 別評価ルーブリック

EPA1：神経学的診察を行い、脳卒中を疑って初期評価・重症度評価（NIHSS を含む）を実施する

レベ ル	行動の目安（観察ポイント）
L1	神経学的診察の流れを説明できるが、脳神経診察、運動・感覚・失語・高次脳機能の評価に漏れがある。NIHSS の実施に指導を要する。
L2	指導医の直接監督下で神経学的診察と NIHSS を実施できる。異常所見を抽出できるが、重症度評価や報告には助言を要する。
L3	神経学的診察を系統的に実施し、NIHSS を適切に評価できる。異常所見を整理し、脳卒中を疑って適切に報告・相談できる。
L4	典型例では自立して神経学的診察と重症度評価を実施できる。緊急性を判断し、迅速かつ適切に上級医へ報告できる。

EPA2：頭部 CT・MRI・MRA 等の画像を評価し、脳梗塞病型を整理して初期診療方針を立案する

レベ ル	行動の目安（観察ポイント）
L1	頭部画像を確認できるが、虚血病変や血管病変を十分に指摘できない。

L2	指導医の監督下で CT・MRI・MRA 所見を確認し、脳梗塞の有無を判断できる。病型分類や治療方針には助言を要する。
L3	ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓症を鑑別し、画像・病歴・危険因子を統合して診療方針を提案できる。
L4	典型例では画像を総合的に評価し、病型診断と初期診療方針を適切に立案できる。判断に迷う症例では速やかに相談できる。

EPA3：脳梗塞急性期患者の病棟管理を行い、神経学的変化・全身状態を評価し、異常時に初期対応・相談できる

レベル	行動の目安（観察ポイント）
L1	神経症候や全身状態の観察項目を理解しているが、異常の把握や報告が不十分である。
L2	指導医の直接監督下で神経症候、意識レベル、バイタルサインを評価できる。異常所見は報告できるが、初期対応には助言を要する。
L3	神経学的変化を継続的に評価し、病態悪化を早期に認識できる。必要な検査・初期対応を提案し、適切に相談できる。
L4	典型例では急性期病棟管理を安定して実施できる。神経症候悪化や全身合併症を予測し、予防的な対応を提案できる。

EPA4：脳梗塞患者の再発予防を理解し、危険因子管理・抗血栓療法・生活指導を実践できる

レベル	行動の目安（観察ポイント）
L1	二次予防の重要性を説明できるが、危険因子の整理や治療方針の提案は困難である。
L2	指導医の監督下で危険因子を整理し、抗血栓療法や生活習慣改善について説明できる。
L3	病型に応じた抗血栓療法を理解し、高血圧・糖尿病・脂質異常症・心房細動などを含めた再発予防計画を提案できる。
L4	典型例では患者背景を踏まえて包括的な二次予防計画を立案し、患者・家族へわかりやすく説明できる。

EPA5：認知症患者の認知機能・生活機能・BPSD を評価し、診断・治療・生活支援の基本方針を立案する

レベル	行動の目安（観察ポイント）
L1	認知症診療の基本を説明できるが、認知機能評価や生活背景の把握が十分ではない。
L2	指導医の監督下で認知機能評価、ADL 評価、生活歴の聴取を実施できる。診断や治療方針には助言を要する。
L3	認知症の病型を意識して診察し、BPSD や介護負担も含めて診療方針を提案できる。患者・家族への説明に参加できる。
L4	典型例では認知機能、生活機能、介護環境を総合的に評価し、多職種と連携した支援計画を主体的に提案できる。

EPA6：リハビリテーション、退院支援、地域連携を多職種と協働して実践し、患者・家族へ説明できる

レベル	行動の目安（観察ポイント）
L1	退院支援の流れは説明できるが、生活背景や介護力の把握が不十分である。
L2	指導医の監督下で退院課題を整理し、リハビリテーションや退院調整に参加できる。
L3	ADL、嚥下機能、介護力を踏まえ、多職種と協働して退院支援を進めることができる。患者・家族への説明も適切に行える。
L4	典型例では退院支援、地域連携、外来フォローまで見据えた包括的な支援計画を主体的に提案できる。

EPA7：担当患者の問題リストを整理し、症例提示・診療録・退院サマリーを適切に作成できる

レベル	行動の目安（観察ポイント）
L1	診療録や症例提示に必要な情報を収集できるが、内容の整理や優先順位付けが不十分である。
L2	指導医の監督下で問題リストを作成し、診療録や退院サマリーを作成できる。症例提示には助言を要する。
L3	問題リストを適切に整理し、論理的な症例提示、診療録、退院サマリーを作成できる。SBAR を用いた報告も適切である。
L4	典型例では簡潔かつ要点を押さえた症例提示、記録、退院サマリーを自立して作成できる。患者・地域医療機関への情報共有も適切に行える。

9. 初期臨床研修ガイドラインにおけるコンピテンシー（研修医評価表Ⅱ・Ⅲ）との対応表

	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	C1	C2	C3	C4
EPA1 神経学的診察・初期評価	△	◎	◎	○	△	○			△	◎	○	◎	
EPA2 病型診断・画像評価		◎	◎	○	△	○		◎	△	◎	○	◎	
EPA3 急性期病棟管理	○	◎	◎	○	○	◎	△	△	△		◎	◎	
EPA4 二次予防	○	◎	○	◎	○	◎	◎	○	△	○	◎		◎
EPA5 認知症診療	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	○	△	◎	◎		◎
EPA6 退院支援・地域連携	○	○	○	◎	◎	○	◎	△	○		◎		◎
EPA7 症例提示・診療録・退院サマリー	△	○	◎	◎	○	○	○	○	◎	○	◎	○	◎

凡例：◎=その EPA の中心評価項目／○=強く関係／△=一部関係

	B. 資質・能力（9 領域）	C. 基本的診療業務（4 領域）
1	医学・医療における倫理性	一般外来診療
2	医学知識と問題対応能力	病棟診療
3	診療技能と患者ケア	初期救急対応
4	コミュニケーション能力	地域医療
5	チーム医療の実践	
6	医療の質と安全の管理	
7	社会における医療の実践	
8	科学的探究	
9	生涯にわたって共に学ぶ姿勢	

10. 評価票Ⅱ（B）到達目標 × 脳神経内科での観察ポイント

B：資質・能力	脳神経内科で観察できる具体例	主に対応する EPA
---------	----------------	------------

B1 医学・医療における倫理性	・脳卒中・認知症患者の尊厳に配慮した診療を実践できる ・患者・家族の意思決定を尊重した説明ができる ・判断に迷う場合は速やかに上級医へ相談し、安全を優先できる	EPA5・6
B2 医学知識と問題対応能力	・神経学的診察から病変局在を推定できる ・脳梗塞病型を整理できる ・画像所見と臨床所見を統合して診療方針を提案できる ・認知症の鑑別診断を説明できる	EPA1・2・3・5
B3 診療技能と患者ケア	・神経学的診察を系統的に実施できる ・NIHSS を適切に評価できる ・神経症候の変化を経時的に評価できる ・嚥下機能・ADL・認知機能を評価できる	EPA1・2・3・5
B4 コミュニケーション能力	・患者・家族へ病状や治療方針を分かりやすく説明できる ・予後や再発予防について理解度を確認しながら説明できる ・SBAR を用いて適切に申し送りできる	EPA3・4・6・7
B5 チーム医療の実践	・脳卒中カンファレンスで要点を簡潔に提示できる ・看護師、リハビリスタッフ、薬剤師、管理栄養士、MSW と情報共有できる ・退院支援を主体的に進められる	EPA3・5・6
B6 医療の質と安全管理	・神経症候悪化を早期に認識できる ・誤嚥、肺炎、転倒、深部静脈血栓症などの合併症を予防できる ・再発予防を考慮した診療を実践できる	EPA2・3・4
B7 社会における医療の実践	・介護保険や地域包括ケアを理解している ・生活背景を踏まえた退院支援を行える ・地域医療機関との連携を理解できる	EPA5・6
B8 科学的探究	・脳卒中診療ガイドラインや認知症診療ガイドラインを参照して診療方針を説明できる ・エビデンスに基づいた治療を提案できる	EPA2・4・5
B9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢	・フィードバックを受けて改善できる ・経験症例を自己学習に結び付けられる ・疑問点を文献検索し診療へ反映できる	EPA 全般

付録1 EPA 総合評価表（2週ごとローテ終了時）

【研修医氏名】 _____
【研修期間】 2 週・4 週・6 週・8 週
【ローテ期間】 ____年____月____日 ～ ____年____月____日
【主担当指導医】 _____

EPA	項目	L1	L2	L3	L4	コメント
EPA1	神経学的診察・初期評価・NIHSS	☐	☐	☐	☐	
EPA2	病型診断・画像評価・初期方針	☐	☐	☐	☐	
EPA3	急性期病棟管理・神経症候評価	☐	☐	☐	☐	
EPA4	二次予防（危険因子管理・抗血栓療法）	☐	☐	☐	☐	
EPA5	認知症診療（認知機能・BPSD・生活支援）	☐	☐	☐	☐	
EPA6	退院支援・地域連携・患者説明	☐	☐	☐	☐	
EPA7	症例提示・診療録・退院サマリー	☐	☐	☐	☐	

【総合所見】

【研修医振り返り】

付録2 mini-CEX（脳梗塞・認知症診療）評価表（EPA1・2・3・5・6・7）

【研修医氏名】 _____
【評価日】 ____年____月____日
【場面】 救急・外来・病棟
【症例】 脳梗塞（ラクナ・アテローム血栓性・心原性）／認知症
【評価者】 _____

評価

1：要改善 2：一部可 3：概ね可 4：良好 5：非常に良好

項目	1	2	3	4	5	コメント
病歴聴取・神経症候の把握	☐	☐	☐	☐	☐	
神経学的診察の正確性	☐	☐	☐	☐	☐	
NIHSS・重症度評価	☐	☐	☐	☐	☐	
CT・MRI・MRA 画像評価	☐	☐	☐	☐	☐	
病型分類・初期診療方針	☐	☐	☐	☐	☐	
急性期管理・病棟管理	☐	☐	☐	☐	☐	
患者・家族への説明	☐	☐	☐	☐	☐	

報告・相談 (SBAR)	☐	☐	☐	☐	☐	
--------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

【良かった点】

【次回の改善目標 (1 つ)】

付録3 DOPS (神経学的診察・NIHSS 評価) 評価表 (EPA1・3)

【研修医氏名】 _____

【評価日】 ____年____月____日

【症例】 脳梗塞疑い患者

【評価者】 _____

評価

1：不可 2：要多くの介助 3：一部介助で可 4：概ね自立 5：非常に良好

項目	1	2	3	4	5	コメント
意識レベル評価 (JCS/GCS)	☐	☐	☐	☐	☐	
脳神経診察	☐	☐	☐	☐	☐	
運動・感覚・協調運動評価	☐	☐	☐	☐	☐	
NIHSS 評価	☐	☐	☐	☐	☐	
神経局在の整理	☐	☐	☐	☐	☐	
所見の報告・相談	☐	☐	☐	☐	☐	
患者への説明	☐	☐	☐	☐	☐	

【任せられるレベル】

L1 ☐ L2 ☐ L3 ☐ L4 ☐

【改善点】

付録4 退院支援・退院サマリー評価表 (EPA6・7)

【研修医氏名】 _____

【評価日】 ____年____月____日

【評価者】 _____

【症例】 脳梗塞／認知症

項目	達成	部分	未達成	コメント
ADL・介護力を把握している	☐	☐	☐	
多職種と情報共有している	☐	☐	☐	
再発予防・服薬指導ができる	☐	☐	☐	
外来フォロー・地域連携を説明できる	☐	☐	☐	

退院サマリーが簡潔で要点を押さえている	☐	☐	☐	
---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

付録5 二次予防・認知症包括評価表（EPA4・5）

【研修医氏名】 _____

【評価日】 ____年__月__日

【評価者】 _____

項目	達成	部分	未達成	コメント
脳梗塞危険因子を整理できる	☐	☐	☐	
二次予防（抗血栓療法・危険因子管理）を説明できる	☐	☐	☐	
認知機能評価を実施できる	☐	☐	☐	
BPSD・生活背景を評価できる	☐	☐	☐	
家族支援・地域資源の活用を提案できる	☐	☐	☐	

研修医向け EPA チェックリスト

【研修医氏名】 _____

【研修期間】 2 週・4 週・6 週・8 週

【ローテ期間】 ____年__月__日 ～ ____年__月__日

【主担当指導医】 _____

A. ローテ開始時：目標（3つ）

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

B. EPAs セルフチェック（できたら□）

- ☐ EPA1 神経学的診察を系統的に行い、NIHSS を評価した
- ☐ EPA2 頭部 CT・MRI・MRA を評価し、脳梗塞病型を整理した
- ☐ EPA3 神経症候の変化を評価し、異常時に適切に相談した
- ☐ EPA4 二次予防（危険因子・抗血栓療法）を考慮して診療した
- ☐ EPA5 認知機能・生活機能・BPSD を評価した
- ☐ EPA6 退院支援・地域連携・患者家族への説明に参加した
- ☐ EPA7 症例提示、診療録、退院サマリーを適切に作成した

C. 週1回面談用（10分）

【今週できたこと】

【今週の課題】

【次週の目標（1つ）】
