

7) 脳神経内科臨床研修プログラム

研修医氏名

指導医氏名

I. 一般目標

救命救急センターに受診した神経症状を呈した患者のトリアージを適切に実行するために、神経疾患を把握し、重症度の評価ができる。

また脳血管障害、痙攣、中枢神経感染症に対する診断、救急初期治療ができ、入院管理、リハビリテーションの治療計画を立てることができる能力を身につける。

上記を遂行するために、

1. 患者・家族と適切なコミュニケーションがとれる。他の医療メンバーと協調できる。
2. 病歴を正確に聴取し、整理記載できる。
3. 患者を診察し、基本的な神経所見を把握し、整理記載できる。
4. 症状と所見から病巣レベルを推察し、疾患（鑑別診断を含む）を考察できる。
5. 神経疾患を理解し、病態を把握し、治療方針を立てられる。
6. 神経疾患の診断を進めるのに必要な検査法の適応意義結果を解釈できる。基本的検査手技を取得する。
7. 基本的な画像所見（頭部CT・MRI、脊髄MRIなど）の読影を習得する。
8. チーム医療の原則を理解し、他の医療スタッフと協調できる。
9. 脳卒中の病型診断し、病態を理解し、治療に理解することができる。

II. 経験目標

A. 経験すべき診察法・検査・手技

II-A- (1) 医療面接

★明朝体：経験が必要とされる項目

患者・家族との信頼関係を構築し、診断・治療に必要な情報が得られるような医療面接を実施するために、

		研修医評価	指導医評価
★	1) 医療面接におけるコミュニケーションの持つ意識を理解し、コミュニケーションスキルを身に付け、患者の解釈モデル、受診動機、受療行動を把握できる。	A B C D	A B C D
★	2) 患者の病歴（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー）の聴取と記録ができる。	A B C D	A B C D
★	3) 患者・家族への適切な指示、指導ができる。	A B C D	A B C D

II-A- (2) 基本的な身体診察法

病態の正確な把握ができるよう、全身にわたる身体診察を系統的に実施し、記載するために、

		研修医評価	指導医評価
★	1) 神経学的診察ができ、記載できる。	A B C D	A B C D
★	2) 精神面の診察ができ、記載できる。	A B C D	A B C D

II-A- (3) 基本的な臨床検査

☆ゴシック体：当該科で経験が必要とされる項目

		研修医評価	指導医評価
★	1) 一般尿検査（尿沈査顕微鏡検査を含む）	A B C D	A B C D
★	2) 血算・白血球分画	A B C D	A B C D
★	3) 動脈血ガス分析	A B C D	A B C D
★	4) 血液生化学的検査 ・簡易検査（血糖、電解質、尿素窒素など）	A B C D	A B C D
★	5) 髄液検査	A B C D	A B C D
★	6) X線CT検査	A B C D	A B C D
★	7) MRI検査	A B C D	A B C D
★	8) 神経生理学的検査（脳波・筋電図など）	A B C D	A B C D
☆	9) 神経生理学的検査（神経伝達速度）	A B C D	A B C D

II-A-(4) 基本的手技

基本的手技の適応を否定し、実施するために、

		研修医評価	指導医評価
★	1) 気道確保を実施できる。	A B C D	A B C D
★	2) 人工呼吸を実施できる。(バッグ・バルブ・マスクによる徒手喚起を含む)	A B C D	A B C D
★	3) 注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保)を実施できる。	A B C D	A B C D
★	4) 採血法(静脈血、動脈血)を実施できる。	A B C D	A B C D
★	5) 穿刺法(胸腔、腹腔)を実施できる。	A B C D	A B C D

※必修項目：下線の手技を自ら行った経験があること

II-A-(5) 基本的治療法

基本的治療法の適応を決定し、適切に実施するために、

		研修医評価	指導医評価
★	1) 療養指導(安静度、体位、食事、入浴、排泄、環境整備を含む)ができる。	A B C D	A B C D
★	2) 薬物の作用、副作用、相互作用について理解し、薬物治療(抗菌薬、副腎皮質ステロイド薬、解熱薬、麻薬、血液製剤を含む)ができる。	A B C D	A B C D
★	3) 基本的な輸液ができる。	A B C D	A B C D
☆	4) 呼吸管理	A B C D	A B C D
☆	5) 栄養管理：経管、中心静脈栄養	A B C D	A B C D
☆	6) 手術適応の決定	A B C D	A B C D

II-A-(6) 医療記録

チーム医療や法規との関連で重要な医療記録を適切に作成し、管理するために、

		研修医評価	指導医評価
★	1) 診療録(退院時サマリーを含む)をPOS(Problem Oriented System)に従って記載し管理できる。	A B C D	A B C D
★	2) 処方箋・指示箋を作成し、管理できる。	A B C D	A B C D
★	3) 診断書、死亡診断書、死体検案書、その他の証明書を作成し、管理できる。	A B C D	A B C D
★	4) 紹介状と、紹介状の返信を作成でき、それを管理できる。	A B C D	A B C D

II-A-(7) 診療計画

保健・医療・福祉の各側面に配慮しつつ、診療計画を作成し、評価するために、

		研修医評価	指導医評価
★	1) 診療計画(診断、治療、患者・家族への説明を含む)を作成できる。	A B C D	A B C D
★	2) 診療ガイドラインやクリティカルパスを理解し活用できる。	A B C D	A B C D
★	3) 入退院の適応を判断できる。(ディサージャリー症例を含む)	A B C D	A B C D
★	4) QOL(Quality of Life)を考慮にいたった総合的な管理計画(リハビリテーション、社会復帰、在宅医療、介護を含む)へ参画する。	A B C D	A B C D

※必須項目：

- 1) 診療録の作成
- 2) 処方箋・指示書の作成
- 3) 診断書の作成
- 4) 死亡診断書の作成
- 5) CPCレポートの作成、症例呈示
- 6) 紹介状、返信の作成

上記1)～6)を自ら行った経験があること(CPCレポートとは、剖検報告のこと)

B. 経験すべき症状・病態・疾患

II-B-1. 経験すべき症候

※必修項目：下線の症状を必ず経験し、サマリーレポートを提出する

*「経験」とは、自ら診療し、鑑別診断を行うこと

研修医評価

指導医評価

	1) るい瘦	A B C D	A B C D
★	2) 不眠	A B C D	A B C D
★	3) めまい	A B C D	A B C D
★	4) 失神	A B C D	A B C D
★	5) けいれん発作	A B C D	A B C D
	6) もの忘れ	A B C D	A B C D
★	7) 頭痛	A B C D	A B C D
★	8) 視力障害、視野狭窄	A B C D	A B C D
★	9) 聴覚障害	A B C D	A B C D
★	10) 嚥下困難	A B C D	A B C D
★	11) 歩行障害	A B C D	A B C D
★	12) 四肢のしびれ	A B C D	A B C D
★	13) 排尿障害（尿失禁・排尿困難）	A B C D	A B C D

II-B-2. 緊急を要する症状・病態

<p>※必修項目：下線の病態を経験すること</p> <p>*「経験」とは、初期治療に参加すること</p>	
--	--

		研修医評価	指導医評価
★	1) 意識障害	A B C D	A B C D
	2) <u>脳血管障害</u>	A B C D	A B C D
★	3) 誤飲、誤嚥	A B C D	A B C D

II-B-3. 経験が求められる疾患・病態

(1) 神経系疾患

		研修医評価	指導医評価
★	1) 脳・脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）	A B C D	A B C D
★	2) <u>認知症疾患</u>	A B C D	A B C D
★	3) 脳・脊髄外傷（頭部外傷、急性硬膜外・硬膜下血腫）	A B C D	A B C D
★	4) 変性疾患（パーキンソン病）	A B C D	A B C D
★	5) 脳炎・髄膜炎	A B C D	A B C D

(2) 加齢と老化

		研修医評価	指導医評価
★	1) 高齢者の栄養摂取障害	A B C D	A B C D
★	2) 老年症候群（誤嚥、転倒、失禁、褥瘡）	A B C D	A B C D

<p>評価方法：A. B. C. Dの4段階とするが、オーダー入力画面では下記（ ）で示されている</p> <p>・能力を問う項目</p> <p>A (◎)：確実にできる、自信がある B (○)：だいたいできる、たぶんできる</p> <p>C (△)：あまり自信がない、ひとりでは不安である D (×)：できない</p> <p>・経験を問う項目</p> <p>A (H)：11例以上 B (L)：6～10例 C (M)：1～5例 D (N)：0例</p>
--

☆ 基本的診療業務

コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる。

	研修医評価	指導医評価
1. 一般外来		
頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。	A B C D	A B C D
2. 病棟診療		
急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域連携に配慮した退院調整ができる。	A B C D	A B C D
3. 初期救急対応		
緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。	A B C D	A B C D

1) . 研修指導体制

1. 担当指導医
 - a. 担当指導医は、全期間を通して研修の責任を負う。
 - b. 研修予定・研修内容をチェックする。
 - c. 必要に応じて、個別に指導し、また、研修スケジュールの調整を行う。
 - d. 研修期間中のチューターを指名し、公私にわたる研修医の指導に応じる。
 - e. 不在の際の責任体制・報告体制を研修医に示す。
2. 「その他指導医」と上級医が担当指導医を補佐し、処置等直接指導を行う。
3. 病棟看護師など「指導者」も積極的に研修医の指導にあたる。

2) . 研修方略

1. 講義とOJTを中心に行っていく。
2. オリエンテーション（第1日、担当指導医）指導医要綱に沿って行う。
 - a. 自己紹介
 - b. 研修の目的、実務、勉強会、注意事項に関して
(個別目標を設定してもよい)
 - c. プログラムに沿った科の特殊性と習得すべきポイント
 - d. 医療事故発生時の対応に関して
 - e. スタッフへの紹介、外来・病棟への案内
3. 外来研修（担当医、上級医）
 - a. 総合内科研修に引き続き、隔週1回一般外来研修を行う。
 - b. 専門外来研修では、外来での診療の見学、問診、診察等を指導医等の下で行う。
4. 病棟研修
 - a. 入院時の問診診察を行い、病歴、神経学的所見を記載する。
 - b. 「研修担当医」となり、上級医と共に治療・検査予定・退院計画を立案する。
 - c. 回診（部長回診）に参加し、担当患者のプレゼンテーションを行う。
5. カンファレンス・勉強会
 - a. 火曜日の入院患者カンファレンスに参加する。
 - b. 担当患者のプレゼンテーションを行う。
 - c. 火曜日抄読会に参加する。
 - d. 抄読会にて論文を紹介する。
6. その他
 - a. ワークショップ（コンセンサス作成WG、企画WGなど）に参加する。
7. 終了面接（担当指導医）
 - a. 最終週の金曜日（または木曜日）に行う。
 - b. 経験症例の確認と到達度。
 - c. 感想と要望。
 - d. 終了後速やかに「自己評価表」「科評価及び指導医評価表」を記載し、提出する。
8. 症例レポート
 - a. 必須の症候・疾病・病態に関する診療概要をレポートとして、指導医に提出して指導を受ける。
指導医は、評価を行い、コメントを追加して研修センターに提出する。
 - b. 担当中に退院した場合は、入院診療概要（入院サマリー）として電子カルテに記載し、指導医の指導を受けるようにする。

3) . 週間スケジュール (火曜日が一般外来研修の場合)

	月	火	水	木	金
午前	病棟回診	外来	新規入院患者の回診、 Dr 丹羽の回診	新規入院患者の回診、 担当患者の回診、 指示出し、 外来研修	病棟回診
午後	担当患者の回診、 指示出し	カンファレンス 抄読会、	担当患者の回診、 指示出し	担当患者の回診、 指示出し、 16時よりリハビリカンファレンス	担当患者の回診、 指示出し 筋電図研修 Dr高橋検討会

4) . 研修評価項目

1. 自己評価と指導医評価を規程に従い、研修終了後に入力する。形成的に評価を行う。
2. 科の「到達目標チェックリスト」の項目に関し、経験した症例を記載し、修了時に担当指導医に提出する
(担当指導医は評価の参考とし、臨床研修センターに提出する)
3. 手技(血管確保、腰椎穿刺)の評価を上級医及び看護師が行う。
4. 共通Aの評価表を規定に従い入力する。

研修全般に対する総合評価		研修医評価				指導医評価			
1)	仕事の処理	A	B	C	D	A	B	C	D
2)	報告・連絡	A	B	C	D	A	B	C	D
3)	患者への接し方	A	B	C	D	A	B	C	D
4)	規律	A	B	C	D	A	B	C	D
5)	協調性	A	B	C	D	A	B	C	D
6)	責任感	A	B	C	D	A	B	C	D
7)	誠実性	A	B	C	D	A	B	C	D
8)	明朗性	A	B	C	D	A	B	C	D
9)	積極性	A	B	C	D	A	B	C	D
10)	理解・判断	A	B	C	D	A	B	C	D
11)	知識・技能	A	B	C	D	A	B	C	D