

# 高齢診療科研修プログラム

平成 29 年度版

## 【Ⅰ】 高齢診療科の診療と研修の概要

高齢診療科は、高齢者の内科系疾患をあまねく診るという基本姿勢で診療にあたっている。特に、救急外来を介した緊急入院診療患者数が多く、しかも多臓器に疾患を有するため、診療に総合的な知識、技術を要する。また、退院については、在宅への退院か施設への転所か、他医療機関への転院か、現実的なゴールの見定めが必要であり、医療福祉相談室との連携によって病診連携・病病連携を図っている。そのためには高齢者の QOL、ADL、患者の心身状態、療養状況の把握が必要であり、病気の治療だけでなく、日常生活の自立度や、認知機能、心の問題に対するアプローチが必要である。これを評価するため、包括的高齢者総合機能評価（認知機能、日常生活活動度、気分、意欲、療養状況などの評価）、老年症候群（高齢者特有の疾患・症状）の把握、嚥下機能・栄養状態の評価などトータルケアを行っている。以上の点で、臓器別内科とは一線を画している。

（ホームページ：<http://www.kyorin-u.ac.jp/hospital/clinic/center/aged/index.html> を参照）

## 【Ⅱ】 研修期間

このプログラムの研修期間は 1～5 か月である。

## 【Ⅲ】 研修目標

### I. 職業倫理

#### 【到達目標】

1. 社会人として、医師として良識ある行動をする。
2. 患者の権利・尊厳を尊重し、適切な医療を行う。

#### 【具体的目標】

- (1) 挨拶をきちんとする。(態度)
- (2) 医師としてふさわしい身なりをする。(態度)
- (3) ルールやマナーを遵守する。(態度)
- (4) 上長・指導医・上級医の指導に従い、単独で行動しない。(態度)
- (5) 研修の成果を適切に自己評価する。(態度)
- (6) 不足している部分について積極的に学習する。(態度)

### II. 患者—医師関係

#### 【到達目標】

1. 患者、家族と良好な関係を築くことができる。
2. 患者、家族のニーズを身体的・心理的・社会的側面から把握できる。
3. 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。

#### 【具体的目標】

- (1) 個々の診療場面（病棟・外来・救急外来）において適切な医療面接を行える。(技能)
- (2) 患者、家族の訴えを傾聴し、苦痛や不安について共感的に理解する。(態度)
- (3) 患者の個人情報の管理に留意する。(態度)

### Ⅲ. 安全管理

#### 【到達目標】

1. 常に安全な医療を心がける。
2. 医療安全に関するルールを理解し、遵守する。
3. 個々の場面において自分のできることとできないことを判別し、適切に対応する。

#### 【具体的目標】

- (1) 医療安全マニュアルに基づいて医療行為を行う。(態度)
- (2) 個々の医療行為に際して、定められた確認(患者確認、指差確認)の手順を確実に実施する。(態度)
- (3) 医療現場において確実に情報を伝達する。(指示を明確に。口答指示は手順を守り、確実に伝わったことを確認する)(態度)
- (4) スタンダード・プリコーションを理解し、実施する。(態度)
- (5) 不確実なこと、自己の能力を超えることを無理に行わず、上級医に援助を求める。(問題解決、態度)
- (6) 廃棄物を正しく分別する。(態度)

### Ⅳ. チーム医療

#### 【到達目標】

1. 診療チームのメンバーと良好な関係を築き、積極的に診療に参加する。
2. 診療チームにおける自己の立場を認識し、責任を果たす。
3. チームのメンバーや、他の職種、他の施設の人と適切に情報交換を行う。

#### 【具体的目標】

- (1) チーム医療における自己の責任を果たす。(態度)
- (2) チーム医療のメンバーと適切にコミュニケーション(報告、連絡、相談)する。(態度)
- (3) 場面(回診・カンファレンスなど)に応じて適切に症例呈示を行う。(技能)
- (4) 診療録、退院サマリーを適切に記載し、指導医・上級医のチェックを受け、遅滞なく提出する。(問題解決、態度)
- (5) 診療情報提供書、他科紹介、返信を適切に作成する。(問題解決、態度)
- (6) コメディカル、後輩医師、学生に対して教育的に接する。(態度)
- (7) 病理解剖に参加する。(態度)

### Ⅴ. 医学知識

#### 【到達目標】

1. 基本的な病態・疾患・検査法・治療法に関する知識を身につける。(想起)
2. 個々の患者について適切な臨床的判断ができる。
3. 根拠に基づく医療(EBM =Evidence Based Medicine)の考え方を理解しつつ、個々の患者の問題解決に応用できる。
4. 必要な知識を得る手段を身につける。

#### 【具体的目標】

- (1) 基本的な病態・疾患・検査法・治療法に関する知識を身につける。(想起)
- (2) 病歴、診察所見、検査所見を適切に評価・解釈できる。(解釈)
- (3) プロブレムリストの作成、鑑別診断、検査・治療計画の立案ができる。
- (4) EBMをもとに、臨床的判断を行う。(問題解決)
- (5) 診療上必要な知識を得ることができる。(問題解決)
- (6) 高齢者の薬物療法について理解する。(想起)
- (7) 処方箋を適切に記載できる。(問題解決)

- (8) 基本的な輸液療法を行うことができる。(問題解決)
- (9) 臓器の加齢変化と高齢者に頻度の高い疾患を理解する。(想起)
- (10) 高齢者の検査値について正しく判断できる。(解釈)

## VI. 診療技能

### 【到達目標】

1. 基本的な診療技能(医療面接・身体診察・検査手技・治療手技)を身につける。

### 【具体的目標】

- (1) 個々の診療場面(病棟・外来・救急外来)において適切な医療面接を行うことができる(Ⅱ.患者－医師関係にも記載)。(技能)
- (2) 成人の基本的な身体診察(バイタルサイン、全身状態、皮膚、頭頸部、胸部、腹部、四肢、神経系)を実践できる。(技能)
- (3) 患者の精神症状および家族の精神状態を適切に評価できる。(技能)
- (4) 基本的もしくは中等度のレベルの検査手技・治療手技を実施できる。(技能)
- (5) 老年症候群(転倒、せん妄、認知機能障害、失禁など)を理解し、評価することができる。(技能)
- (6) 認知症に伴う行動異常(徘徊、妄想、せん妄、暴言、暴行など)に対応することができる。(技能、問題解決)
- (7) 包括的総合機能評価(CGA)を実践することができる。(技能)
- (8) 高齢者の臨床像(非定型的症状、複数の疾患の合併、治療に対する反応性の若年者との違いなど)を理解し、対応することができる。(技能、問題解決)
- (9) 高齢者の寝たきり予防、リハビリテーション、栄養管理を理解し、対処することができる。(技能、問題解決)

## VII. 医療の社会性

### 【到達目標】

1. 保健医療法規・制度を理解し、遵守する。
2. 予防医学の基本を理解する。
3. 地域医療のありかたと医師の役割について理解する。
4. 高齢者の地域医療を支える医療施設・介護施設の機能と役割を理解する。
5. 高齢者医療・介護について正しく理解し、患者のトータル医療・トータルケアを学ぶ。

### 【具体的目標】

- (1) 保健医療法規にのっとり適切な診療をする。(問題解決、態度)
- (2) 医療資源を無駄遣いしないように留意する。(態度)
- (3) 予防医学の基本について理解する。(想起)
- (4) 生活習慣の重要性を理解する。(解釈)
- (5) 地域医療における医師の役割について理解する。(想起)
- (6) 介護保険、施設介護、在宅介護を理解する。(想起)
- (7) 病診連携について理解する。(想起)
- (8) 高齢者のQOLを考慮し、かつ、医療・福祉・看護・介護の連携システムの重要性を理解する。(解釈)

## Ⅷ. 経験目標

当科研修中に経験してほしいもの。

項目	研修期間		
	1か月	2か月	3か月以上
《臨床検査》			
動脈血ガス分析	○	○	○
肺機能検査	△	△	△
髄液検査	△	△	○
内視鏡検査	見学	見学	見学
超音波検査	△	△	○
X線 CT 検査	○	○	○
MRI 検査	○	○	○
《手技・手術》			
気道確保	△	△	○
人工呼吸(バッグマスクによる徒手換気を含む)	△	△	○
心マッサージ	△	△	○
注射法(皮内、皮下、筋肉、点滴)	○	○	○
中心静脈確保	△	△	○
採血法(静脈血、動脈血)	○	○	○
穿刺法(腰椎)	△	△	○
穿刺法(胸腔、腹腔)	△	△	○
導尿法	○	○	○
胃管の挿入と管理(PEGを含む)	○	○	○
局所麻酔法	○	○	○
褥瘡予防体位交換法	○	○	○
排尿誘導法	○	○	○
せん妄対処方法	△	△	○
《頻度の高い症状》			
以下は患者 10 人にひとり以上認められる高頻度症状、所見(老年症候群)			
ADL 低下	○	○	○
認知機能低下	○	○	○
尿失禁	○	○	○
難聴	○	○	○
頻尿	○	○	○
便秘	○	○	○
不眠	○	○	○
うつ	△	○	○
喘鳴	○	○	○
関節痛	○	○	○
発熱	○	○	○
嚥下障害	○	○	○
圧迫骨折	△	○	○
低栄養	○	○	○
喀痰咳嗽	○	○	○

腰痛	○	○	○
不整脈	○	○	○
麻痺	○	○	○
しびれ	○	○	○
転倒	○	○	○
脱水	○	○	○
食欲低下	○	○	○
視力障害	○	○	○
骨粗鬆症	○	○	○
関節変形	○	○	○
浮腫	○	○	○
息切れ	○	○	○
貧血	○	○	○
呼吸困難	○	○	○
せん妄	△	△	○
《緊急を要する症状・病態》			
心肺停止	△	△	○
意識障害	○	○	○
脳血管障害	△	△	○
急性呼吸不全	○	○	○
急性心不全	○	○	○
急性腎不全	△	○	○
敗血症性ショック	△	△	△
誤嚥	○	○	○
転倒	○	○	○
《疾患・病態》			
貧血(鉄欠乏貧血、二次性貧血)	○	○	○
誤嚥性肺炎	○	○	○
敗血症	△	△	○
播種性血管内凝固症候群(DIC)	△	○	○
脳梗塞	△	△	○
認知症	○	○	○
正常圧水頭症	△	△	○
変形性関節症	○	○	○
骨粗鬆症・圧迫骨折	○	○	○
脊柱障害(高度の亀背)	○	○	○
心不全	○	○	○
不整脈(心房細動)	△	△	○
閉塞性動脈硬化症	△	△	○
腹部大動脈瘤	△	△	△
静脈疾患(深部静脈血栓症、下肢静脈瘤)	△	△	○
高血圧症(本態性、二次性高血圧症、白衣高血圧、仮面高血圧)	○	○	○
呼吸不全	○	○	○

誤嚥性肺炎	○	○	○
呼吸器感染症(気管支炎、肺炎)	○	○	○
閉塞性・拘束性肺疾患(気管支喘息、気管支拡張症)	○	○	○
肺循環障害(肺塞栓)	△	△	○
食道・胃・十二指腸疾患(食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎)	○	○	○
大腸疾患(麻痺性イレウス、大腸憩室)	△	△	○
肝疾患(急性・慢性肝炎、肝硬変、アルコール性肝障害、薬物性肝障害)	○	○	○
腎不全(急性・慢性腎不全)	○	○	○
電解質代謝異常(Na、K、Ca)	○	○	○
尿路感染症	△	○	○
糖代謝異常(糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖)	○	○	○
脂質異常症	○	○	○
甲状腺疾患(甲状腺機能低下症)	△	△	△
気分障害(うつ)	○	○	○
細菌感染症(MRSA)	○	○	○
環境要因による疾患(熱中症、寒冷による障害、入浴事故)	△	△	△
高齢者の栄養摂取障害	○	○	○

## 【IV】 研修方略

### I. 指導スタッフ

氏名	職位	略歴など	専門領域
神崎 恒一	教授	昭和 61 年東大卒	老年医学、認知症
大荷 満生	准教授	平成 2 年杏林大院卒	老年医学、栄養・代謝
長谷川 浩	准教授・外来医長	平成元年千葉大卒	老年医学、循環器、認知症
海老原 孝枝	准教授	平成 2 年秋田大卒	老年医学、呼吸器
柴田 茂貴	講師	平成 18 年日本大院卒	老年医学、循環器
井上 慎一郎	助教・医局長	平成 14 年杏林大卒	老年医学
長田 正史	助教・病棟医長	平成 16 年杏林大卒	老年医学、循環器、認知症

### II. 診療体制

当科は、3～4 人の診療チーム単位で入院患者の診療を行っている。各チーム主治医 1、担当医 1～2(レジデントを含む)、研修医 1 名で構成されている。木曜日午後の教授回診の他、月曜に准教授(長谷川)コンサルティング、各チームは毎夕カンファレンスを開き、症例の検討を行っている。その際、研修医の意見を取り入れるようにしているので、積極的な参加が必要であり、これによって臨床技量・経験が向上する。また、週 1 回を目安として主に病棟スタッフによる研修医向けクルーズを行っている。各スタッフはそれぞれの専門領域やこれまでの診療経験に基づいたテーマを設定しており、臨床的かつ実践的な内容となっている。

### Ⅲ. 週間予定

時	月	火	水	木	金	土		
8	病棟	病棟	病棟	病棟	上部消化管内視鏡検査	病棟		
9								
10								
11								
12								
13				病棟	病棟	新入院患者プレゼン及び病棟回診	病棟	チームカンファレンス
14								
15								
16	認知症診断カンファレンス			病棟ミーティング				
17								
18	准教授 コンサルティング	チームカンファレンス	チームカンファレンス	チームカンファレンス	チームカンファレンス			
19	チームカンファレンス			抄読会				

### Ⅳ. 研修の場所

主病棟: 第3病棟 8階

### Ⅴ. 研修医の業務・裁量の範囲

#### 《日常の業務》

1. 新入院患者の面接(病歴聴取、診察)を行う。
2. 新入院患者の略式高齢者総合機能評価(CGA7)を行う。
3. 毎夕、チームカンファレンスを開き、症例検討を行う。
4. 新入院患者の症例プレゼンテーション用紙(A4版1枚)を作成する。
5. 所属チームの受け持ち患者の診察を行う。
6. 積極性と安全性を指導医(主治医、上級担当医)が判断した上で、「研修医が単独で行ってよい医療行為」の基準に則って、積極的に各種手技を実践する。
7. 検査計画・治療計画を立案する。
8. 患者の病状、検査(検査前の説明と検査結果の説明)について、逐次患者、患者家族に説明する。病状の説明は原則として指導医(または当直医・外来主治医)と一緒にを行う。
9. 退院サマリーを作成し(退院後14日間以内)、主治医のサインをもらい、提出する。
10. 毎週木曜日午後の病棟回診の際、各症例のプレゼンテーションを行う。
11. 木曜日夕方の抄読会に参加する。
12. 毎週月曜日夕方の認知症カンファレンスで認知症診断に関するディスカッションを行う。

#### 《当直・休日》

1. 4週間に4回の当直がある。
2. 当直の業務は上級医とともに病棟患者の対応(緊急、非緊急)、救急外来からの患者の入院受け入れが主な業務である。
3. 必要な際は、休日であっても受け持ち患者の状態を見るために登院することがある。
4. 4週間に少なくとも2日は完全に非勤務とする。

## 《研修医の裁量範囲》

1. 「研修医が単独で行ってよい医療行為」の範囲内で、単独で行うことを指導医が認めたものについては、指導医の監督下でなく単独で行ってもよい。ただし、通常より難しい条件(全身状態が悪い、医療スタッフとの関係が良くない、1～2度試みたが失敗した、など)の場合には、指導医に相談する。
2. 指示は、必ず指導医のチェックを受けてからオーダーする。
3. 診療録の記載後は、必ず指導医のチェックを受ける。
4. 救急外来で患者を診た場合は、帰宅させてもよいかどうかの判断を指導医・上級医に仰ぐ。
5. 単独で患者、患者家族に対する病状説明、治療方針の説明を行ってはならない。

## VI. その他の教育活動

1. 高齢者総合機能評価の実践トレーニングを行う。
2. CPC その他の院内公式カンファレンス、リスクマネジメント講習会などの講習会には出席する(その間の業務は指導医等が代理する)。
3. 珍しい症例、教育的な症例などを経験した場合、地方会などで報告してもらうことがある。その際、抄録作成、文献検索、プレゼンテーションスライドならびに発表原稿の準備を指導医、指導スタッフとともに行う。
4. 外部地域研修(下記の予定は変更の可能性あり)  
第2週火曜日午後はミレニアム桜台(介護老人保健施設：  
<http://homepage2.nifty.com/abecclinic/millenium/millennium.htm>)  
第3週金曜日午後はメディケアイースト(介護老人保健施設：  
[http://www.wafukai.or.jp/med\\_east.html](http://www.wafukai.or.jp/med_east.html))  
の各施設で高齢者診療・介護の実地研修を行う。なお、ミレニアム桜台では介護保険制度の仕組みの理解と現場研修を行う。

## 【V】 研修評価

研修目標に挙げた目標(具体的目標)の各項目のうち評価表に挙げられている項目について、自己評価および指導医による評価を行う(総括的評価)。また、日々の研修態度についても評価する。なお、指導医が評価を行うために、コメディカル・スタッフや患者に意見を確認することがある。

評価は「観察記録」、すなわち研修医の日頃の言動を評価者が観察し、要点を記録しておく方法により行い、特に試験などは行わない。また、評価表は卒後教育委員会に提出され、卒後教育委員会は定期的に研修医にフィードバックを行う。

上記以外に、研修目標達成状況や改善すべき点についてのフィードバック(形成的評価)は、随時行う。

## 【VI】 その他

当科の研修に関する質問・要望がありましたら下記の臨床研修係に御連絡ください。

臨床研修係： 長田正史