高齢診療科研修プログラム

2021 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、主として救急外来を介した緊急入院患者が多く（全入院の 90%強）、しかも多臓器に治療すべき疾患を有するため、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、個々の医療的かつ社会的背景を考慮した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緊密な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/inter09/を参照）

【Ⅱ】 研修期間

このプログラムの研修期間は 4～20 週間である。

【Ⅲ】 研修目標

A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

1. 社会的使命と 公衆衛生への寄与

社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。

2. 利他的な態度

患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。

3. 人間性の尊重

患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。

4. 自らを高める姿勢

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

5. 社会人としての常識と研修態度

社会人としての常識を身につけ、指導者の指示に従って積極的に研修を行うことにより、院内での自らの責任を果たす。

B. 医師としての資質・能力

1～9 は、プログラム全体に共通する目標のうち、当科において研修可能なものを示す。また、10 には当科に特有の目標を示す。

1. 医学・医療における倫理性

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

① 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。

② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。

③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。
④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。
⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。

2. 医学知識と問題対応能力

最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。

① 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。
③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

3. 診療技能と患者ケア

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
② 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。
③ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

上記の目標を達成するために、以下の臨床手技の修得*を必須とする(当科で研修が可能なもの)。

医療面接(病歴聴取)
基本的な身体診察(婦人科の内診、眼球に直接触れる診察を除く)
導尿法
採血法(静脈血、動脈血)
動脈血ガス分析(採血、計測)
細菌培養の検体採取(耳漏、咽頭スワブ、体表の分泌液、血液、尿)
心電図(12 誘導)
超音波検査(心臓、腹部)
局所麻酔法
注射法(皮内、皮下、筋肉、静脈確保)

*「修得」とは、指導医や上級医の直接の指導・監督下ではなく、単独または看護師等の介助の下で実施できるようになることを意味する。ただし、小児や協力の得られない患者での単独実施まで求めるものではない。

4. コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

① 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。
② 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。
③ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

5. チーム医療の実践

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。

① 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。

② チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。

6. 医療の質と安全の管理

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。
② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。
③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。
④ 医療従事者の健康管理（予防接種や針刺し事故への対応を含む）を理解し、自らの健康管理に努める。

7. 社会における医療の実践

医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。

① 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。
② 医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。
③ 予防医療・保健・健康増進に努める。
④ 地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。

8. 科学的探究

医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。

① 医療上の疑問点を研究課題に変換する。
② 科学的研究方法を理解し、活用する。
③ 臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。

① 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。
② 同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
③ 国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む）を把握する。

10. 当科に特有の目標

高齢の患者を診療する上で基本となる臨床能力を身につける。

① 複数存在する問題点の緊急性、治療の優先順位をつけることができる。
② 患者退院の現実的なゴールを提案できる。
③ 衛生・不衛生を明確に分け、適切な手洗い・手指消毒により、感染伝播防止に努める。

C. 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。当科で研修可能な項目のみ示す。

1. 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。

2. 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。

【Ⅳ】 研修方略

Ⅰ. 経験すべき症候および疾病・病態

研修目標を達成するために、以下の各項目を経験することを必須とする。

※経験すべき症候及び経験すべき疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常業務において作成する病歴要約に基づくこととし、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療、教育）、考察等を含むこと。

〈経験すべき症候〉

外来又は病棟において、下記の症候を呈する患者について、病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と、病態を考慮した初期対応を行う。

経験できる可能性：○はほぼ全員経験可能、△はチャンスがあれば経験可能

項目	研修期間		
	4 週	8 週	12 週以上
①ショック	△	△	○
②体重減少・るい痩	○	○	○
③発疹	△	○	○
④黄疸	△	△	△
⑤発熱	○	○	○
⑥もの忘れ	○	○	○
⑦頭痛	△	△	○
⑧めまい	△	○	○
⑨意識障害・失神	○	○	○
⑩けいれん発作	△	△	△
⑪視力障害	○	○	○
⑫胸痛	△	○	○
⑬心停止	△	△	△
⑭呼吸困難	○	○	○
⑮吐血・喀血	△	○	○
⑯下血・血便	△	○	○
⑰嘔気・嘔吐	○	○	○
⑱腹痛	○	○	○
⑲便通異常（下痢・便秘）	○	○	○
⑳腰・背部痛	○	○	○
㉑関節痛	○	○	○
㉒運動麻痺・筋力低下	○	○	○
㉓排尿障害（尿失禁・排尿困難）	○	○	○
㉔興奮・せん妄	△	△	○
㉕抑うつ	△	○	○
㉖終末期の症候	△	○	○

〈経験すべき疾病・病態〉
外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。
経験できる可能性:〇はほぼ全員経験可能、△はチャンスがあれば経験可能

項目	研修期間		
	4 週	8 週	12 週以上
①脳血管障害	〇	〇	〇
②認知症	〇	〇	〇
③急性冠症候群	△	〇	〇
④心不全	〇	〇	〇
⑤大動脈瘤	△	〇	〇
⑥高血圧	〇	〇	〇
⑦肺癌	△	△	△
⑧肺炎	〇	〇	〇
⑨気管支喘息	△	△	△
⑩慢性閉塞性肺疾患(COPD)	△	〇	〇
⑪急性胃腸炎	△	△	△
⑫胃癌	△	△	△
⑬消化性潰瘍	△	△	△
⑭肝炎・肝硬変	△	△	△
⑮胆石症	△	△	△
⑯大腸癌	△	△	△
⑰腎盂腎炎	〇	〇	〇
⑱尿路結石	△	△	△
⑲腎不全	〇	〇	〇
⑳糖尿病	〇	〇	〇
㉑脂質異常症	〇	〇	〇

Ⅱ. 当科の研修で経験できる項目

研修目標 B-10「当科に特有の目標」の達成に関連し、当科の研修で経験できる項目を示す。
経験できる可能性:〇はほぼ全員経験可能、△はチャンスがあれば経験可能

項目	研修期間		
	4 週	8 週	12 週以上
症状			
ADL 低下	〇	〇	〇
認知機能低下	〇	〇	〇
難聴	〇	〇	〇
頻尿	〇	〇	〇
不眠	〇	〇	〇
喘鳴	〇	〇	〇
嚥下障害	〇	〇	〇
圧迫骨折	△	△	〇
低栄養	〇	〇	〇
喀痰・咳嗽	〇	〇	〇
不整脈	〇	〇	〇

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	○	○	○
貧血	○	○	○
せん妄	△	△	○
疾病・病態			
心肺停止	△	△	○
急性呼吸不全	○	○	○
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）	△	○	○
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）	○	○	○
不整脈（心房細動）	△	○	○
閉塞性動脈硬化症	△	○	○
静脈疾患（深部静脈血栓症、下肢静脈瘤）	△	○	○
呼吸不全	○	○	○
呼吸器感染症（気管支炎、肺炎）	○	○	○
肺循環障害（肺塞栓）	△	△	△
大腸疾患（麻痺性イレウス、大腸憩室）	△	△	○
アルコール性肝障害、薬物性肝障害	○	○	○
電解質代謝異常（Na、K、Ca）	○	○	○
脂質異常症	○	○	○
甲状腺疾患（甲状腺機能低下症）	△	△	△
薬剤耐性菌感染症（MRSA、ESBL 産生菌、クロストリジウム・ディフィシルなど）	○	○	○
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	○	○	○
その他（臨床検査、手技・手術など）			
肺機能検査	△	△	○
内視鏡検査	見学	見学	見学
X 線 CT 検査	○	○	○
MRI 検査	○	○	○
中心静脈確保（院内資格取得後）	△	○	○

穿刺法(胸腔、腹腔)	△	△	○
褥瘡予防体位交換法	○	○	○
排尿誘導法	○	○	○
せん妄対処方法	△	△	○

Ⅲ. 指導スタッフ

氏名	職位	略歴など	専門領域
神﨑 恒一	教授	昭和 61 年東大卒	老年医学、認知症
長谷川 浩	兼担教授 (総合医療学)	平成元年千葉大卒	老年病学、循環器、認知症
海老原 孝枝	准教授・外来医長	平成 2 年秋田大卒	老年医学、呼吸器、認知症、栄養
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
輪千 督高	助教	平成 19 年杏林大卒	老年医学、認知症

Ⅳ. 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 人、担当医 1～2 人(後期レジデントを含む)、研修医 1～2 人で構成されている。木曜日午後の教授回診の他、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。

Ⅴ. 週間予定　※勤務シフトにより下記時間枠は異なる場合がある。

時	月	火	水	木	金	土
8						
9	病棟	病棟	病棟	病棟	病棟 上部消化管内視鏡検査	病棟
10					病棟	
11						
12						チーム カンファレンス
13				多職種カンファレンス		
14				教授回診		
15						
16	認知症診断 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	チーム カンファレンス	
17	チーム カンファレンス					

Ⅵ. 研修の場所

主病棟:第 3 病棟 8 階

Ⅶ. 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(希望者)。

《当直・休日》

1. 内科当直は、総合研修センターで作成されたスケジュールに従う。
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 8 日相当は完全に非勤務とする。

《研修医の裁量範囲》

1. 「修得を必とする臨床手技」(研修目標 B-3)の範囲内で、修得できたことを指導医が認めたものについては、指導医あるいは上級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)の患者の場合には、すみやかに指導医・上級医に相談すること。
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。

Ⅷ. 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、リスクマネー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。

【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がっ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

内線 3640、PHS 7848