

## 介護老人保健施設・社会福祉施設

**到達目標:** 社会福祉施設等の役割について理解し、実践する。

**概説**

本プログラムでは、地域保健・医療のなかでも、自宅での生活が困難となった人々を対象に、以下の内容の習得を目的にしている。

「高齢化社会を迎えるなかで、一時的又は永続的に自宅での生活が困難になった人々への医療福祉体制を理解し、対象者・家族との十分なコミュニケーションを通じて、個人の尊厳を保持した適切な医療・ケアを提供する能力を養い、地域ネットワークの中での良好なチーム医療を行う能力を身に付ける」

- 1) 医療提供システムを説明できる。
- 2) 介護保険・福祉制度を説明できる。
- 3) 適切な急性期治療の必要性を判断し、急性期医療機関との連携ができる。
- 4) 在宅のためのかかりつけ医・訪問診療・看護などとの連携ができる。
- 5) 人間の尊厳を守ることができる。
- 6) 加齢に伴う変化について説明できる。
- 7) 高齢者の肺炎・心不全・糖尿病などの特徴を理解し、適切な治療ができる。
- 8) 高齢者に多い神経疾患(脳卒中、パーキンソン病など)について説明できる。
- 9) 認知症の診断とケアの基本を説明できる。
- 10) 終末期医療について、自らの意見を述べるができる。
- 11) リハビリの基本理念と役割を説明できる。
- 12) 廃用症候群の予防を実践できる。
- 13) 嚥下障害を説明できる。
- 14) チーム医療を実践できる。
- 15) 抑制防止の考え方を説明し、スタッフと協働できる。
- 16) 疾病予防の知識をもち、指導ができる。
- 17) 医療安全に十分配慮できる。

**(1) 研修スケジュール例**

地域保健・医療研修(介護老人保健施設・社会福祉施設)における週間スケジュール例を示す。

1週目	月	火	水	木	金
午前	オリエンテーション 資料配布・講義	病棟 リハビリ	病棟 リハビリ	病棟 リハビリ	病棟 リハビリ
午後	病棟 ケアカンファレンス	病棟 ケアカンファレンス デスクカンファレンス	病棟 ケアカンファレンス 医局カンファレンス	病棟 ケアカンファレンス 嚥下カンファレンス	病棟 ケアカンファレンス

2週目	月	火	水	木	金
午前	病棟 リハビリ	病棟 リハビリ	病棟 リハビリ	病棟 リハビリ	病棟 リハビリ
午後	病棟 ケアカンファレンス	病棟 ケアカンファレンス デスクカンファレンス	病棟 ケアカンファレンス 医局カンファレンス	病棟 ケアカンファレンス	病棟 ケアカンファレンス

3週目	月	火	水	木	金
午前	病棟 リハビリ	病棟 リハビリ	病棟 リハビリ	訪問 オリエンテーション 資料配布・講義	訪問診療・ 訪問看護
午後	病棟 ケアカンファレンス	病棟 ケアカンファレンス デスカンファレン ス	病棟 ケアカンファレンス 医局カンファレンス	家庭訪問	訪問診療・ 訪問看護

4週目	月	火	水	木	金
午前	訪問診療・ 訪問看護	通所リハビリ	通所リハビリ	訪問診療・ 訪問看護	レポート作成
午後	訪問診療・訪問看 護	家庭訪問	病棟 ケアカンファレンス 医局カンファレンス	レポート作成	評価

設定：一般的には4週間コース、将来高齢者医療をめざす希望者は8週間コースも可能である。

4週間コースでは、

- ・前半は病棟で患者を10名程度担当。主治医とともに患者のケアにあたる。カンファレンスは受け持ち以外のケースにもすべての参加
  - ・後半の1週間は訪問診療・看護活動に従事し、在宅生活にむけた援助を学ぶ。
- 8週間コースでは6週間の病棟勤務、2週間の訪問診療に、主治医として従事する。指導医の指導の下に、患者・家族への対応も主治医として行う。

## (2) 具体的な指導方法の例示

地域保健・医療研修(介護老人保健施設・社会福祉施設)における主な研修場面に沿った学習方略を例示として設定した。

上記に沿った学習媒体としての、シミュレーションケースとその経過(モデル例)及び指導ポイントを例示した。

関連する到達目標	
C 特定の医療現場の経験	
<地域保健・医療>	社会福祉施設等の役割について理解し、実践する。
<緩和・終末期医療>	心理社会的側面への配慮ができる。 緩和ケア(WHO方式がん疼痛治療法を含む)に参加できる。 告知をめぐる諸問題への配慮ができる。 死生観・宗教観などへの配慮ができる。

主な研修場面	指導医としての指導内容	指導方法(媒体を含む)
オリエンテーション	医療システム全般を理解し、保険制度、医療経済についての知識を深める。	簡単な講義と資料配布による自習
病棟、リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟では受け持ち患者の診察を行い、必要な治療を行う。</li> <li>・頻度の高い肺炎、心不全、虚血性心疾患、糖尿病、泌尿器疾患、整形外科疾患などについて、一般的な知識に加え、高齢者特有の症状(例えば発熱のない肺炎など)を理解し、また治療法についても、高齢者特有の配慮(投与量、コンプライアンスなど)ができる。</li> <li>・患者・家族への面談では主治医とともに説明を行い、十</li> </ul>	OJT(On the Job Training)、ミニレクチャー  看護師長によるミニレク

	<ul style="list-style-type: none"> <li>分な意見交換を図る。</li> <li>症例の問題点を列挙し、解決のための方法を他職種のスタッフと共有する。</li> <li>リハビリ総合実施計画書を理解し、必要なリハビリをリハスタッフとともに考え、病棟スタッフとともに病棟リハを実施する。</li> <li>急性期、回復期、維持期のリハビリの相違を知り、リハビリとは個人の潜在能力を最大限発揮し、より質の高い生活を送ってもらうために支援することであることを、実際の症例を通じて理解する。</li> <li>重度認知症患者への対応法を学び、また自ら訴えることのできない患者からの情報収集法を習得する。</li> <li>認知症も頻度の高い疾患であり、対応法により患者のQOLが著しく損なわれる。適切な診断とともに、他のスタッフと協働して、適切なケアを提供することができ、患者家族の指導もできる。</li> </ul>	チャー 嚥下カンファレンス、ケアカンファレンス リハビリOJT(On the Job Training)
カンファレンス		
ケアカンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>月木は院外関係者(訪問看護など)とのカンファレンスで、在宅支援に関する検討</li> <li>その他の曜日は院内でのケアカンファレンスで、入院中のゴール、ケア内容についての検討</li> <li>リハビリが主体の患者は、総合実施計画書作成のためのリハカンファレンスとなる。</li> </ul>	
デスクカンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>死亡例について検討会。病棟のすべて職種のスタッフが参加する。</li> <li>末期癌ばかりでなく、重度意識障害、重度認知症、神経変性疾患の末期、慢性呼吸不全などの終末期医療について、避けられない死についての患者・家族と真摯に話しある態度を養い、自らの死生観を形成するため敬虔な努力を続ける態度を示す。</li> </ul>	
医局カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師による症例検討会。医療的ケアについての検討を行う。回診も行う。</li> </ul>	
嚥下カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>嚥下障害のある患者についての検討会。医師、嚥下担当ナース、受け持ちナース、栄養科などが参加。</li> <li>経口摂取が栄養面からもQOLの面からも最も優れた栄養摂取法であることを理解し、嚥下障害の病態を理解した上で、可能な限り経口摂取を促す知識と技能を習得する。</li> </ul>	
家庭訪問	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅生活へのスムーズな移行のため、リハスタッフ、ナースとともに家庭訪問を行い、在宅生活における問題点を分析し、解決法を検討する。</li> </ul>	OJT(On the Job Training): 訪問診療、ケアカンファレンス
訪問診療・訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>実際の症例の退院計画やケアカンファレンスのなかで、具体的なプランをたてる能力、他のスタッフと良好な人間関係を築き、かつ過不足のない情報交換を行う能力を習得する。</li> </ul>	
レポート作成	レポートの内容 <ul style="list-style-type: none"> <li>受け持った症例のリスト及び詳細なレポート</li> <li>自宅退院ケースのケアプラン</li> <li>訪問診療の症例</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>終末期医療についてのレポート</li> </ul>	
評価	指導医にレポートを提示しつつ、概略を報告する。 指導医からは口頭試問をうける。 研修全般にわたり、双方向の評価を行う。	

一般病院では、研修のために特別の状況設定(たとえばロールプレイやシミュレーション)を行う時間や人的資源がないのが一般である。このため、ほぼすべての研修はOJT(On the Job Training)であり、研修医も一人の医師として診療に従事することが求められており、研修は、実際の症例を通じて、指導医とのディスカッション・指導、他のスタッフとの協働を通じて、研修医自らが学ぶことが主眼となる。

指導医の役割は、到達目標として挙げられた項目が習得できるように、受け持ち症例に配慮し、日々の診療を通じて目標達成を支援することにある。ミニレクチャーでは、研修医が医師として指導医の業務を代行する機会をとらえ、ポイントを押さえた指導を行う。研修医が医師として指導医の業務を代行することにより、指導医は指導のための時間を捻出することができ(監視は必要であるが)、また指導の準備をすることで、ともに学ぶことも可能となる。

シミュレーションケースとその経過 (モデル例)	指導のポイント
<p>症例1 84歳男性。くも膜下出血後遺症にて重度の意識障害(JCSIII-100)、左片麻痺をきたした。VPシャント後。急性期病院より発症後2ヵ月にて医療療養病床へ転院。入院後、リハビリを継続。意識レベルの改善を認め、座位保持も可能となり、経口摂取訓練も始めていたが、入院2ヵ月後より徐々に意識レベル低下。シャント不全を疑い、急性期病院へコンサルト。シャントバルブの調節のため短期的に転院。バルブ圧調整し、水頭症改善。再び転院し、リハビリ継続。経口摂取可能となり、車椅子への移乗も軽介助となり、サービスを調整後、自宅退院可能となった。トイレの自立は達成できなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>適切な集中治療の必要性を判断し、急性期医療機関との連携ができる。</li> <li>神経疾患(脳卒中、パーキンソン病など)について説明できる。</li> <li>嚥下障害を説明できる。</li> </ul>
<p>症例2 74歳男性。5年前よりアルツハイマー病に罹病。自宅で生活していたが、肺炎を併発し、A院へ入院。加療を受けていたが、徘徊など問題行動のため入院継続困難。当院痴呆病床へ転院となった。入院時、肺炎は改善傾向にあったが、抗生剤の点滴治療の継続を必要とし、また前医での抑制・ベッド上安静による廃用症候群も合併していた。入院後は点滴治療はナースが付き添いながら継続。徘徊も見られたが、遠位見守りにて対応。移動の自由が得られたためか、徘徊以外の問題行動は見られず、廃用による筋力低下は短期間に改善、排痰も容易となり、肺炎も改善した。その後、自宅退院にむけ調整を行ったが、妻が腰痛にて入院。このため、グループホームへ入所。その後、自宅退院の可能性を検討することとなった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療提供システムを説明できる。</li> <li>介護保険・福祉制度を説明できる。</li> <li>高齢者の肺炎・心不全・糖尿病などの特徴を理解し適切な治療ができる。</li> <li>認知症の診断とケアの基本を説明できる。</li> <li>廃用症候群の予防を実践できる。</li> <li>チーム医療を実践できる。</li> </ul>
<p>症例3 頭部外傷の15歳男性。転院時 JCS 100、気管切開、胃ろう造設後。入院後、継続的にリハスタッフによるリハビリと病棟スタッフによる声かけ、車椅子乗車などの病棟リハを継続した。入院後半年後には徐々に覚醒度がアップ、声かけに対する反応が明らかになり、1年後には笑顔が見られるようになった。2年後にはスピーチカニューレを通じて発語がみられるようになり、経口摂取も可能となった。3年後には自宅退院をめざし外泊を繰り返している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療提供システムを説明できる。</li> <li>介護保険・福祉制度を説明できる。</li> <li>在宅のためのかかりつけ医・訪問診療・看護などとの連携ができる。</li> <li>地域ネットワークについて説明できる。</li> <li>リハビリの基本理念を説明できる。</li> <li>チーム医療を実践できる。</li> </ul>
<p>症例4 重度若年性アルツハイマー病の54歳男性。入院時は歩行も可能であり、家族も認知できたが、進行は早く、経口摂取が進まなくなった。徘徊も徐々になくなり、ベッド上で過ごす時間が多くなり、無動傾向となった。食べ物の認知が困難になり、様々な工夫を行ったが、経口摂取が困難となる。家族とともに、経管栄養・胃ろう栄養などの適応について一ヶ月にわたり協議を続け、結論としては自然の経過にまかせるとのご家族の判断をうけ、家族・スタッフが見守るなか、静かに永眠された。デスカンファレンスでは、ケアスタッフから歩けなくなってからのかわりが十分であったか、経口摂取困難になってからの対応に問題はなかったかななどの問題提起がなされた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>人間の尊厳を守ることができる。</li> <li>認知症の診断とケアの基本を説明できる。</li> <li>終末期医療について自らの意見を説明できる。</li> </ul>

<p>症例5 蘇生後脳症の67歳女性。JCS300。気管切開、人工呼吸器管理。経管栄養中。入院後リハビリを行ったが、意識レベルの改善は認められず、瞳孔反射も認めなかった。意識レベルの改善の可能性は低く、胃ろう増設も含め、今後の方針について家族と面談を継続している。経過中、何度か肺炎を併発している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 人間の尊厳を守ることができる。</li> <li>● 高齢者の肺炎・心不全・糖尿病などの特徴を理解し、適切な治療ができる。</li> <li>● チーム医療を実践できる。</li> <li>● 医療安全に十分配慮できる。</li> </ul>
<p>症例6 重度(Yahn 5)のパーキンソン病の81歳男性。過去に肺炎にて当院に入院した既往もあり、ショートステイを繰り返しながら在宅生活を続けていた。今回も軽度の肺炎を合併し入院。少し前までは介助歩行は短距離可能であったが、寡動となり、ベッド上の生活となっていた。嚥下障害も進行しており、今回の肺炎も嚥下性肺炎と思われた。構音障害もあり、また軽度の認知障害も見られたが、なんとか筆談でコミュニケーションは可能。経口摂取へのこだわりが強く、入院後肺炎の回復後、嚥下訓練を行った。しかし、十分な栄養を経口的に摂取することは困難で、本人・家族と相談の上胃ろうを造設。経口的には好きなものを形態を工夫してとることとなった。歩行は困難であり、車椅子での移動のための家屋改修のため、家庭訪問を行い、訪問診療・訪問看護・訪問介護・通所リハなどのサービスを再調整し、自宅退院となった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護保険・福祉制度を説明できる。</li> <li>● 在宅のためのかかりつけ医・訪問診療・看護などとの連携ができる。</li> <li>● 高齢者の肺炎・心不全・糖尿病などの特徴を理解し、適切な治療ができる。</li> <li>● 高齢者に多い神経疾患(脳卒中、パーキンソン病など)について説明できる。</li> <li>● リハビリの基本理念と役割を説明できる。</li> <li>● 廃用症候群の予防を実践できる。</li> <li>● 嚥下障害を説明できる。</li> <li>● チーム医療を実践できる。</li> </ul>
<p>症例7 脳梗塞(軽度の右片麻痺)、糖尿病、変形性膝関節症を合併した68歳女性。麻痺は軽度であるが、膝の痛みのため歩行が困難。肥満も認める。本人の肥満・糖尿病に関する病識は薄く、リハビリはなかなか進まなかった。栄養士、ナースとともに、本人・家族に体重コントロールの重要性とリハビリの効果を説明。なんとか3ヵ月の入院中に5kgの減量が可能となり、糖尿病のコントロールも良好となり、歩行も自立し、自宅退院となった。今後も、かかりつけ医との連携で体重コントロールを継続する予定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅のためのかかりつけ医・訪問診療・看護などとの連携ができる。</li> <li>● 高齢者に多い神経疾患(脳卒中、パーキンソン病など)について説明できる。</li> <li>● リハビリの基本理念と役割を説明できる。</li> <li>● チーム医療を実践できる。</li> <li>● 疾病予防の知識をもち、指導ができる。</li> </ul>
<p>症例8 重度のアルツハイマー病の78歳女性。高血圧も合併していた。歩行は可能で、食事も自立できていたが、ある日ナースより、なんとなく元気がなく、食事も進まないと報告あり。診察を行うが、胸腹部ともとくに異常なく、何を聞いても返事はなかったが、いつもと異なり、笑顔はなかった。注意深く観察していたところ、1時間後の聴診で軽度の呼気の延長を認め、胸部Xp、心電図検査を実施。心電図にて前壁の心筋梗塞、胸部Xpにて軽度のうっ血所見を認め、家族の了解の下、急性期病院へ転送した。治療終了後は早期に当院へ再転院の予定。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 適切な急性期治療の必要性を判断し、急性期医療機関との連携ができる。</li> <li>● 高齢者の肺炎・心不全・糖尿病などの特徴を理解し、適切な治療ができる。</li> <li>● 認知症の診断とケアの基本を説明できる。</li> <li>● チーム医療を実践できる。</li> <li>● 医療安全に十分配慮できる。</li> </ul>

## (3) 評価における紹介と例示

地域保健・医療研修(介護老人保健施設・社会福祉施設)において各テーマに沿った評価を例示として設定した。

上記に沿った、指導医として評価すべき重要なもの及びどのような水準で達成とするかを例示した。

指導医として評価すべき重要なもの (以下の点を中心に研修医に指導する)	どの程度できればいいのか(例)
適切な集中治療の必要性を判断し、急性期医療機関との連携ができる。	実際の症例を通じて、人工呼吸器管理を必要とする肺炎、脳卒中の再発、重度心不全、虚血性心疾患などの重症度を判定し、遅滞なく急性期病院と連携することができる。
在宅のためのかかりつけ医・訪問診療・看護などとの連携ができる。	実際の症例の退院計画やケアカンファのなかで、具体的なプランをたてることができ、他のスタッフと過不足のない情報交換を行うことができる。
人間の尊厳を守ることができる。	意識のない人、重度認知症患者に対しても、その人のこれまでの人生の重みを理解し、敬いの心を持って接することができる。
加齢に伴う変化について説明できる。	加齢に伴う様々な肉体的・精神的変化を理解し、病状の把握が適切にできる。
高齢者の肺炎・心不全・糖尿病などの特徴を理解し適切な治療ができる。	頻度の高い肺炎、心不全、虚血性心疾患、糖尿病、泌尿器疾患、整形外科疾患などについて、一般的な知識に加え、高齢者特有の症状(例えば発熱のない肺炎など)を理解し、また治療法についても高齢者特有の配慮(投与量、コンプライアンスなど)ができる。
高齢者に多い神経疾患(脳卒中、パーキンソン病など)について説明できる。	高齢者の合併頻度が高く、また重度の障害をきたす代表的疾患である神経疾患について説明できる。
認知症の診断とケアの基本を説明できる。	認知症に対する適切な診断とともに、他のスタッフと協働して、適切なケアを提供することができるとともに、患者家族の指導もできる。
終末期医療について自らの意見を説明できる。	末期癌ばかりでなく、重度意識障害、重度認知症、神経変性疾患の末期、慢性呼吸不全などの終末期医療について、避けられない死についての患者・家族と真摯に話す態度を養い、自らの死生観を形成するため敬虔な努力を続ける態度を示す。
リハビリの基本理念と役割を説明できる。	急性期、回復期、維持期のリハビリの相違を知り、リハビリとは個人の潜在能力を最大限発揮し、より質の高い生活を送ってもらうために支援することであることを、実際の症例を通じて理解する。
廃用症候群の予防を実践できる。	筋力低下、褥創、関節拘縮、心肺機能低下、精神機能低下などの廃用症候群の弊害を理解し、不必要な安静を避けるとともに、その予防法を実践できる。
嚥下障害を説明できる。	経口摂取が栄養面からも QOL の面からも最も優れた栄養摂取法であることを理解する。
チーム医療を実践できる。	医師が特別な存在ではなく、他のスタッフとの協働においてのみ、患者にとって最良の医療サービスが提供できることを理解し、他の職種の専門性を尊重し、良好なコミュニケーションが行えることができる。
抑制防止の考え方を説明し、スタッフと協働できる。	人間の尊厳という観点から、抑制は基本的には行うべきではないとの原則を理解し、やむを得ず抑制を行う場合には、その条件を吟味し、スタッフと協働することができる。

(木下 牧子)