

-1 中小病院・診療所：中小病院プログラム例

到達目標：中小病院の役割について理解し、実践する。

概説

中小病院臨床研修プログラムでは、地域保健・医療研修の中で保健・医療・福祉(介護)が一体となった地域包括ケア修得のために、各研修場面での関わり及び診療活動を通して、保健・医療・福祉(介護)が一体となった地域包括ケアを実践できる(具体的には下記項目)よう目指している。具体的には、研修プログラム(モデル例)及び指導ポイント、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。

- 1) 保健・医療・福祉の総合的視点から治療を考える基本を身につける。
- 2) 個人の尊厳を守り、安全対策にも配慮できる。
- 3) チーム医療を理解できる。
- 4) ターミナルケアを含んだ在宅医療を理解し、実践できる。
- 5) 行政と連携し、地域の保健活動に参加、立案ができる。
- 6) デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。

(1) 研修スケジュール例

地域保健・医療研修(中小病院)における週間スケジュール例を示す。

1週目(研修のためオリエンテーション)

	月	火	水	木	金
午前	オリエンテーション (研修全体について)講義	介護保険制度 についての理解、 講義	予防事業について の理解、生活習慣 病予防、介護予防に ついて講義	診療所実習(病診 連携の理解)	地域包括ケア について講義と グループワーク
午後	病院・施設の見学 受け持ち患者の 選定 地域ケア会議 参加 (ケアカンファレン ス)	地域の介護施設 への訪問、主治医 の意見書作成、ケ アプラン作成シ ミュレーション、病棟 回診	禁煙教室参加、 介護予防事業参加 人間ドック	診療所実習、病棟 回診、診療情報提 供書作成シミュレ ーション	症例検討 まとめ 研修指導

2週目(回復期リハビリ病棟・緩和ケア病棟)

	月	火	水	木	金
午前	オリエンテーション 講義(リハビリ) 回復期リハビリ病 棟	理学療法実習	作業療法実習	オリエンテーション 講義(緩和ケア) 緩和ケア病棟 (患者さんの心の 理解)	在宅緩和ケアとの 連携

午後	回復期リハビリ病棟実習、在宅復帰のために必要なリハビリ 地域ケア会議参加(ケアカンファレンス)	言語療法実習 嚥下造影検査	訪問リハビリ(退院前訪問)在宅復帰に必要な視点と対応 まとめ・評価と研修指導	緩和ケア病棟、緩和ケアにおける麻薬の使用と取り扱いについて	症例検討 まとめ・評価と研修指導
----	--	------------------	---	-------------------------------	---------------------

3週目(療養病棟)

	月	火	水	木	金
午前	オリエンテーション 講義(医療保険と介護保険制度)	療養病棟ケアの実際(認知症高齢者への対応)	療養病棟ケアの実際(身体拘束ゼロへの理解)	療養病棟ケアの実際(食事摂取困難例の栄養補給)	療養病棟ケア(事故防止の理解)
午後	病棟回診 地域ケア会議参加(ケアカンファレンス)	レクリエーション音楽療法 入退院検討委員会	じょくそう回診 身体拘束ゼロ リスクマネジメント委員会	NST回診 口腔ケア	症例検討 まとめ・評価と研修指導

4週目往診(訪問診療・訪問看護・訪問リハ)

	月	火	水	木	金
午前	オリエンテーション 講義(在宅医療・訪問看護) 書類の流れ	訪問診療(開業医との連携)	地域ケア連携室(地域連携)	訪問診療 書類作成(訪問看護指示書)	居宅介護支援事業所 ケア担当者会議
午後	訪問看護実習、(在宅での人工呼吸管理) 地域ケア会議参加(ケアカンファレンス)	訪問看護(リハスタッフによる在宅でのリハビリと介護予防)	訪問看護(歯科衛生士・薬剤師・栄養士との連携) 在宅での栄養管理	訪問看護(在宅緩和ケア)、ターミナルの場合の対処の仕方、死後の処置	討議 まとめ・評価と研修指導

5週目(老人保健施設)

	月	火	水	木	金
午前	オリエンテーション 講義(介護保険制度) 講義(老人保健施設)	施設診療実習(入所時診療) ケア技術実習(一般棟)、栄養補給法	デイケア実習(送迎含む)	施設診療実習(定期診察) ケア技術実習、認知症者への対応	施設診療実習(書類作成) 褥瘡回診 NST回診
午後	ケア技術実習(一般等)安全な移乗の仕方、褥瘡予防 地域ケア会議参加(ケアカンファレンス)	ケアカンファレンス・ケア技術実習(一般棟)口腔ケアと吸痰	リハビリ実習(個別リハビリ) 訪問リハビリ 退所前訪問	ケアカンファレンス ケア技術実習、認知症者への対応	討議 まとめ・評価 研修指導 入退所検討委員会

6週目(特別養護老人ホーム・グループホーム)

	月	火	水	木	金
午前	オリエンテーション 講義(特養・GH) ケア技術研修	施設診療実習(定期診察) 主治医意見書作成	ケア技術研修	グループホーム	デイサービス実習
午後	ケア技術実習 地域ケア会議参加(ケアカンファレンス)	ケアカンファレンス レクリエーション実習	ケアカンファレンス リハビリ実習(作業療法) 身体拘束ゼロ、安全対策委員会	グループホーム 口腔機能推進委員会参加	討議 まとめ・評価 研修指導

7週目(保健所)

	月	火	水	木	金
午前	オリエンテーション 講義(保健所の機能と役割)	ミーティング 講義(健康危機管理) 感染症対策 食中毒予防	HIV抗体検査 性感染症予防 健康教育事業	ミーティング 薬事監視 食品衛生監視	ミーティング 地域保健対策協議会 結核患者家庭訪問指導
午後	講義(保健所の機能と役割) 医療法に基づく立ち入り検査(事前学習) ミーティング	精神保健福祉対策 エイズ対策 ミーティング	結核症対策 ひきこもり相談(家族教室) ミーティング	医療法に基づく立ち入り検査 ミーティング	地域保健研修(レポート) 討議 まとめ 評価

8週目(保健福祉センター)

	月	火	水	木	金
午前	オリエンテーション 講義(保健・福祉、介護保険制度) 講義(健康日本21)	健康診査	訪問指導(健診事後指導含む) ホームヘルパー同行	健康相談 健康教育	討議 まとめ・評価 研修指導
午後	訪問調査(認定調査) 地域ケア会議参加	介護認定審査会 社会福祉協議会	介護予防 健康教室企画参加	機能訓練 健康教室開催	全体討議 評価・総括

4週(1ヵ月)コース
病棟・リハビリ

	月	火	水	木	金
午前	オリエンテーション(研修全体) 講義(地域包括ケア)	介護保険制度について講義	地域包括ケアについての講義、主治医意見書の書き方、ケアプラン作成	オリエンテーション(リハビリ) 理学療法	作業療法 言語療法
午後	病院・施設見学 地域ケア会議参加	健康づくりについて、生活習慣病予防、介護予防について講義	地域の介護施設訪問	回復期病棟実習	訪問リハビリ まとめ・評価と研修指導

緩和ケア病棟・在宅医療

	月	火	水	木	金
午 前	オリエンテーション (緩和ケア) 緩和ケア病棟	在宅緩和ケアとの 連携	オリエンテーション (在宅医療)	訪問診療	訪問診療書類 作成
午 後	緩和ケア病棟 地域ケア会議参 加	緩和ケア病棟	訪問看護	訪問リハビリ	討議 まとめ・評価と 研修指導

介護保険施設

	月	火	水	木	金
午 前	オリエンテーション (療養病棟) 講義(医療保険と 介護保険制度)	病棟ケア	オリエンテーション (老健) 講義(老健施設)	デイケア	オリエンテーション (特養) ケア技術実習
午 後	病棟ケア 地域ケア会議 参加	病棟ケア NST 回診 褥創回診 身体拘束ゼロ委 員会	ケア技術実習	ケアカンファレンス ケア技術実習	討議 まとめ・評価と研 修指導

保健所・保健福祉センター

	月	火	水	木	金
午 前	オリエンテーション (保健所) 講義(保健所の役 割)	性感染予防 結核症対策 家族指導	オリエンテーション (保健福祉センター) 講義(保健・福祉制 度・介護保険制度)	健康相談 健康教室 (健康日本21)	機能訓練 討議 まとめ・評価研修 指導
午 後	精神保健福祉 地域ケア会議参 加	薬事監視 医療法に基づく立 入り検査	訪問指導、健康教 室	介護予防 転倒予防教室	全体のまとめ 評価と研修指導

(2) 具体的な指導方法の例示

地域保健・医療研修(中小病院)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	
< 予防医療 >	食事・運動・休養・飲酒・禁煙指導とストレスマネジメントができる。 性感染症予防、家族計画を指導できる。 地域・産業・学校保健事業に参画できる。 予防接種を実施できる。
< 地域保健・医療 >	保健所の役割(地域保健・健康増進への理解を含む)について理解し、実践する。 社会福祉施設等の役割について理解し、実践する。 診療所の役割(病診連携への理解を含む)について理解し、実践する。 死生観・宗教観などへの配慮ができる。

< 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 (外来診療)	外来診療への準備を行う。	ロールプレイ
外来診療	外来担当医師を代え、複数医師の外来に同席し、多くの症例を経験させ、以下の点を指導する。 <ul style="list-style-type: none"> ● 現症、病歴、家族歴等詳細に情報を集める。 ● 患者及び家族と適切な面接ができ、その訴え、希望を把握する。 ● 心身相関の視点から診察ができ、記載できる。 ● 診断に必要な検査の意義を理解し、その結果を評価できる(病名に合致した検査、薬の使い方)。 ● 診察の結果、治療方針について患者家族にわかる言葉で説明できる。 ● 生活環境、経済的環境にも配慮した生活指導できる。 	予診 グループ討議 基本的手技の実習 基本的検査の実習 保険診療の手引き
オリエンテーション (病棟診療)	● 病棟診療への準備を行う。	ロールプレイ
病棟診療	指導医のもとで、症例を受け持ち、診断(操作的診断法を含む)、状態像の把握と重症度の客観的評価法を習得させる。 <ul style="list-style-type: none"> ● 患者に起こりうる事態について予測し、スタッフに予指示ができる。 ● 入院した患者及び家族の心情を理解し、その希望を受けとめることができる。 ● 必要な検査、治療について患者及び家族に説明し、かつ得られた結果についてもきちんと説明し、カルテに記載する。 ● 患者の尊厳に配慮した行動を取る。 ● 身体拘束ゼロの考え、安全対策について理解する、感染対策について理解する。 ● 生活指導を含めた退院計画の作成を行う。 ● 問題点を意識した診療を行い、関係スタッフにも理解してもらおうよう努める。 	グループ討議 講義 実地指導 研究テーマの設定 保険診療の手引き
症例 カンファレンス スタッフ ミーティング等	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者の病態、検査結果を多角的、広視野的にとらえる見方を身につける。 ● 各種委員会へ参加し、チーム医療の一員として各スタッフとの連携を深める。 ● チーム医療への理解。 	感染対策委員会 身体拘束ゼロ推進委員会 安全対策委員 NST など
講義、抄読会 地域の研究会、 学会 健康づくり	包括的診療ができるよう、以下の点を指導する。 <ul style="list-style-type: none"> ● 抄読会で発表ができるよう、指導する。 ● 全人的アプローチの基本を理解できる。 ● 保健・医療・介護の連携について理解する。 ● 地域包括ケアに必要な介護保険制度についての理解、在宅支援体制について理解する。健康づくり、健康教室を企画し、指導する。 	自習(宿題を含む) グループ討議 VTR学習 学会、研究会への参加 健康教室の企画、参加

<p>救急診療</p>	<p>地域における救急患者の診断ができ、治療方針が立てられるよう、以下の点を指導する。</p> <ul style="list-style-type: none"> バイタルサインをチェックし、必要な処置がとれる。 救急救命に必要な挿管、人工呼吸、心臓マッサージ、除細動血管確保について知識を持ち、行うことができる。 緊急性の高い心電図所見について知識があり、必要な処置がとれる。 患者の状態を把握し、専門医に相談することができ、三次医療機関への転送ができる。 	<p>ロールプレイ</p> <p>シミュレーション 救急外来副当直</p>
<p>訪問診療、 訪問看護、 訪問リハビリ</p>	<p>在宅医療を支えるチーム医療に必要な技術を身につけるよう、以下の点を指導する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問診療、訪問看護、訪問リハビリに同行する。 各職種の役割が理解できる。 在宅でターミナルを迎える患者及び家族の心理社会面の問題を把握し、適切に対応ができる。 在宅医療に必要な医療技術の習得。 他のメンバーの心情が理解できる。 	<p>フィールドワーク</p> <p>スタッフカンファレンス 訪問診療、訪問看護への同行</p>
<p>介護保険関係施設との連携</p>	<p>地域において生活していけるサポートシステムを理解し、利用でき、社会復帰の援助ができるよう、以下の点を指導する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院後の在宅生活を支援するための地域支援体制について理解する(老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホーム、ケアハウス等を訪問)。 支援施設スタッフの心情、抱えている問題点について理解する。 介護保険に関与する医師に望まれる点の理解。 	<p>フィールドワーク</p> <p>施設経験、スタッフカンファレンス</p> <p>主治医意見書の模擬記載 模擬ケアプランの作成</p>

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>事例1 咳、発熱で80歳の男性が入院した。患者は妻と二人暮らしであり、軽い脳梗塞の既往があり食事時しばしばむせる傾向があった。歩行は可能であるが、熱が出てからは寝ていることが多い。胸部X-Pでは両肺に陰影が認められ、嚥下性肺炎が疑われた。食べられない状態で数日間家で寝ていたため、栄養状態はあまり良くなく、仙骨部にすでに軽度の褥瘡が認められている。肺炎の治療を行うとともに、栄養管理、褥瘡の管理も必要と考えられた。また、長期臥床が続いたため、下腿の筋力の低下が認められている。本人及び妻は、治療後はまた在宅生活を送れることを希望している。抗生剤治療により肺炎は改善した。口腔ケアにより口腔内はきれいになり、食事形態の変更や食事体位の指導により誤嚥は少なくなった。患者は退院することになったが、まだ下肢の力は十分ではなく、もう少しリハビリが必要と判断された。理学療法士が退院前訪問し、家屋の改造を行った。訪問診療、訪問看護、訪問リハビリが行われることになった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 日常しばしば遭遇する疾患に対する知識 効率的な医療(医療費、保険診療についての理解)。 身体的側面のみならず生活面、家族的な背景も考えた診療を行う。 状態より考え必要な検査の選択。 検査結果を判断し、そのプロセスを考える。 当該疾患のみならず全人的に状態を把握。 ADL・栄養状態を判断し、必要な治療を行う。 チーム医療について理解する。 褥瘡防止委員会、NST についての理解と委員会を通じてのチーム医療、委員会へ参加し、ともに考える。 嚥下障害の段階についての理解(嚥下造影)。 口腔機能についての理解、歯科医との連携。 在宅復帰に向けた早期のリハビリについての理解。 介護予防のための社会支援について理解。 栄養指導、口腔ケア指導、感染予防の指導。 在宅リハビリについての理解。 介護保険についての知識。 ケア会議への参加。 主治医意見書の書き方のポイント。 訪問看護、訪問リハビリについての知識。 通所リハ、通所介護利用についての理解。

<p>事例2 めまい、吐き気で入院した82歳の独居高齢者。入院時食事が十分摂れていない。徘徊、夜間不穏などの認知症症状も認められている。</p> <p>頭部のCT検査ではめまい、認知症の原因となる疾患は認められなかった。</p> <p>点滴補液にて症状は軽快。ステーションに近い部屋に移し、同時に訪室回数も増やし観察機会を多くした。声かけを多くし、コミュニケーション機会を多くした。幸い認知症は代謝異常、環境変化によるもので、入院数日で軽快した。</p> <p>症状軽快後、患者は在宅での生活を望んでいる。介護保険の申請し、社協に配食サービスを依頼。また、ボランティアグループの弁当も受けることになった。夕食は近所に住む娘さんが届けることにした。閉じこもり予防のためデイサービスも利用。</p>	<ul style="list-style-type: none"> めまい、代謝異常など、認知症の発症背景の知識の習得。 必要な検査の選択とその理解。 本人、家族へ現在の状態及び生じうる事態についての説明。 治療方針についての説明。 治療に加え、身体拘束ゼロ、医療安全について配慮。 家族に身体拘束ゼロの意義と安全対策の意義について説明し理解を得る。 身体拘束ゼロ委員会、安全対策委員会に図り、チームとして対策を考える。 介護保険の仕組みを学ぶ。 在宅自立支援のための支援体制を整える。 家族との相談。 利用できるマンパワーについての知識(ケースワーカー、保健師)。 ボランティアの活用。 痴呆疾患センターの役割を学ぶ。
<p>事例3 80歳の胆管癌術後再発患者が自宅での治療を希望(在宅ターミナルケア)。</p> <p>食事は十分に摂取できない。また、腰痛が著明である。</p> <p>患者自身は在宅でのターミナルを願っているが、家族は痛みの管理、緊急時について不安を持っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療の適応を判断するための情報収集。 訪問診療に必要な医療器具・薬剤についての知識 ターミナルケアに必要な医療についての理解。 麻薬の使い方についての理解。 法的ルールについての理解。 ターミナルケアについて家族への説明。 緊急時対応体制の確立。 相談体制の確立。 地域の開業さんとの連携、訪問看護との連携。 患者家族の健康感・死生観・宗教観を受容する。 末期患者に対する栄養補給についての理解(栄養方法、適応)。
<p>事例4 45歳 糖尿病、高血圧、肥満で入院した患者。体重80kg 身長168cm、毎晩飲酒3合、タバコも40本吸っている。</p> <p>今回、血圧が上昇し、めまいが出たため入院したがあまり病識はない。</p> <p>奥さんを交えた栄養相談を行った。また、運動療法士のメニューによりリハビリ室で運動療法を施行。まず3ヵ月で3kgの体重の減量を予定した。</p> <p>肺がんばかりでなく心臓疾患、脳血管疾患におよぼす喫煙の影響について説明し禁煙教室への参加を勧めた。</p> <p>この結果、患者は禁煙教室に参加した。</p> <p>患者は血圧が安定し、症状がとれたため退院することになったが、外来糖尿病管理看護師及び保健師に連絡し、引き続き、禁煙教室、糖尿病教室に通って貰える体制を整えた。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣と疾病との関係の理解。 これから起こり得る疾病、障害についての知識。 患者に指導すべき栄養、運動についての知識。 生活習慣改善のためのチーム医療の理解と連携。 健康づくり教室への参加(糖尿病教室、肥満予防教室)。 禁煙教室の企画参加、自分自身が講師として指導。 栄養相談、運動指導の指示。 患者にわかってもらい、わかりやすい言葉での指導。 指導を受け入れてもらえる人間関係の構築。

<p>事例5 42歳女性。両親および次男と同居。高校生頃よりうつ傾向あり。卒業後就職するも、人間関係がうまくいかず退職。家に閉じこもりがちとなり、統合失調症の診断で入院を繰り返す。この頃、関節リウマチも発症。平成14年4月より在宅生活を続けている。母親に対して攻撃的な態度。精神科受診は不定期ながらも継続していたが、関節リウマチの治療は中断している。同年9月より保健師OTの同行訪問を開始。全身の関節に軽度～中等度のROM制限と変形、疼痛あり。生活範囲は居室～トイレ間の歩行が主で、時に家族の介助で車椅子で出掛ける以外はベッドに臥床している。入浴・整容介助、健康状態チェックを行いながら、本人と母親の関係調整。生活範囲の拡大、整形外科受診をすすめた。平成15年春頃から食堂で家族とともに食事するようになる。平成16年1月、母親の入院をきっかけに母親へ受容的な態度で接するようになり、母親のストレスが軽減。受診に対しても、拒否的でなくなり、精神科・整形外科へ定期的に受診するようになった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 身体障害者手帳の申請。 ● 保健師の訪問による家族指導(精神的支援、受診の勧め、訪問リハ)。 ● 在宅での環境整備・住宅改修。 ● 閉じこもり生活の改善。 ● 廃用症候群予防。 ● 介護保険制度・訪問診療・障害の理解。
<p>事例6 77歳、男性。家族構成は3世代、主な介護者は妻78歳である。 平成14年6月、すくみ足、小刻み歩行が出現し、パーキンソン病の診断、内服を開始し症状は改善した。以後、全体的には徐々に病状進行傾向であったが、屋内歩行、セルフケアはなんとか自立していた。平成15年3月28日、発熱のためADL全介助となり、15年4月2日、胸部レ線所見および血液検査所見にて、急性肺炎の診断で入院となり、安静臥床と抗生物質点滴投与が行われた。約2週間の安静のため、座位保持困難で座位耐久性も低下していたため、ベッドサイドでの座位訓練、座位耐久性訓練よりリハビリ開始した。数日で約30分～1時間のギャッジベッドでの座位が可能となり、車椅子でリハ室へ出るとともに、食事は食堂で食べることにした。1週間後には起居動作可能となり、移乗介助にて車椅子移動、排泄はポータブルトイレ使用し、尿意・便意も確実となった。5月中旬には、食事は食堂で自立。食堂までの歩行は歩行器使用にて安定。リハ室では四脚杖による歩行訓練。病棟では看護師による起居動作、移乗を監視しているが、動作緩慢であるが確実となった。歩行安定と耐久性向上と家庭復帰の準備としての生活リハのために、約1カ月間老人保健施設を利用、試験外泊、家屋チェックの後、ほぼ以前の屋内歩行レベルで家庭復帰した。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● パーキンソンの治療、在宅に向けてのリハビリ、廃用症候群の予防。 ● 特定疾患についての理解と公的補助についての理解(申請書類の書き方)。 ● 生活リハビリ・リハビリテーション看護。 ● 退院前訪問・家屋チェック、老人保健施設、チーム医療、在宅生活支援。
<p>事例7 56歳男性。平成5年(44歳)、筋萎縮性側索硬化症(ALS)の診断を受けた。徐々に進行し寝たきりとなる。平成9年(48歳)、呼吸障害、嚥下障害も進行したため入院し、気管切開・人工呼吸器装着、胃瘻造設・経腸栄養となった。本人・家族とも在宅生活を希望したので、多職種による在宅医療体制を組み、約8年間フォローしている。現在、自発呼吸はなく、24時間365日人工呼吸器を装着している。この間、肺炎や呼吸管理のためなど年に1～2回の入院あり。また、年に1回ではあるが、病院スタッフと共に1泊旅行を楽しんでいる。最近、歯科の協力によりマウスピースにスイッチを埋め込んだ意志伝達装置を使って、友人や嫁いだ娘とのメールも可能になった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療、チーム医療、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、栄養管理、在宅NST、口腔ケア、家族支援、医療ソーシャルワーカー、意志伝達装置、歯科との連携。

(3) 評価における紹介と例示

地域保健・医療研修(中小病院)における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)
保健・医療・福祉の総合的視点から治療を考える基本を身につける。	地域でいかに生活するかという視点から治療を考えることができる。 生活環境、経済的環境にも配慮した医療を行うことができる。 健康づくりのメンバーとして参加し、計画作成、行動ができる。 退院後の生活にも配慮し、地域の支援体制を理解できる。
個人の尊厳を守り、安全対策にも配慮できる。	安全対策、感染対策、身体拘束ゼロについて理解し、会議に参加し、対策について検討することができる。
チーム医療を理解できる。	褥瘡予防委員会、NST など、看護、リハビリ、薬剤科など、関係スタッフとの会議に参加し、積極的にチーム医療を推進できる。
ターミナルケアを含んだ在宅医療を理解し、実践できる。	在宅医療(ケア)、在宅ターミナルケア、在宅口腔ケアなどを経験する。 在宅医療(ケア)、在宅ターミナルケアに必要な医療について述べるができる。 在宅ケアに必要な医療機器、薬剤について述べるができる。 在宅ケアにおける感染予防について家族に指導できる。 ターミナルを迎えた患者、家族の心情を理解し支援ができる。 在宅ケアスタッフとの良好な人間関係を構築できる。
行政と連携し、地域の保健活動に参加、立案ができる。	生活習慣病予防のための講演会、教室、運動療法などに参加する。
デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を理解する。	居宅介護事業所、デイサービスセンター、デイケアなどの社会復帰や地域支援体制を経験する(地域支援体制として、老人保健施設・居宅生活支援事業、訪問看護等を含む)。 訪問診療、訪問看護を経験する。 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、グループホーム、ケアハウス、デイサービスセンターなど介護施設を経験し、その意義について述べるができる。 保健・医療・介護(福祉)が一体となったサービスを提供することができる。

(高山 哲夫、宮城 良充)