
老年病専門研修プログラム

秋田大学医学部附属病院

作成日
2017/08/07

目次

1. 理念・使命・特性	3
2. 老年病専門研修はどのように行われるのか	3
3. 専攻医の到達目標(全プログラム共通)	5
4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の修得	5
5. 学問的姿勢	6
6. 老年病専門医に必要な倫理性、社会性	6
7. 研修施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方	6
8. 年次毎の研修計画	6
9. 専門医研修の評価	7
10. 専門研修プログラム管理委員会	7
11. 専攻医の就業環境	7
12. 研修プログラムの改善方法	8
13. 修了判定(全プログラム共通)	8
14. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと(全プログラム共通)	8
15. 研修プログラムの施設群	8
16. 専攻医の受け入れ数	9
17. 研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件	9
18. 専門研修指導医(全プログラム共通)	9
19. 専門研修登録システム(全プログラム共通)	9
20. 専攻医の採用方法	9
※. 老年病専門研修カリキュラム	10

老年病専門研修プログラム

秋田大学医学部附属病院老年病専門研修プログラム

1. 理念・使命・特性

老年病専攻医は、本研修プログラムの中に、指導医の適切な指導の下で、老年病専門医カリキュラムに定められた項目の研修を受ける。具体的には高い専門性をもった老年病学に基づく医療を提供し、その経験と学習、および学術活動や教育活動への参加を通じて、さらに高齢者の医療・介護・福祉にかかわる職種のリーダーとして活動できる能力を修得する。

2. 老年病専門研修はどのように行われるのか

- 1) 研修段階の定義：老年病専門研修は、内科を基本領域として、幅広い内科疾患の病態を理解し、基本的な治療法を修得したうえで、より高度な老年病の専門性を修得する研修である。なお、老年病専門研修は内科専門研修と並行して行うことが可能である。
- 2) 専門研修の3年間(内科・老年病混合タイプの場合は4年間)は、日本老年医学会が定める「老年病専門医カリキュラム」※に記載されている老年病専門医に求められる知識・技能の修得目標に対して、3年間の専門研修の修了時に達成度を評価する。具体的な評価方法は後の項目で示す。
- 3) 臨床現場での学習：老年病専門医カリキュラム必須項目すべてと、必須以外の項目の7割以上に関して研修レポートを記載することを要件とする。専門研修登録システムへの記載と指導医の評価・承認によって目標達成までの段階を明示する。研修施設ごとの到達目標は以下の基準を目安とする。

● 基幹施設(秋田大学医学部附属病院)での研修期間

期間：原則として1-2年

経験：老年病専門医カリキュラムのうち、“1. 高齢者の生活機能の評価と介入”と“4. 介護予防へのアプローチ”について、必須項目のすべてと、非必須項目の7割以上を修得することを目標とする。

加えて、この期間に、“2. 高齢者の特性に基づいた慢性疾患の管理”、“3. 高齢者の特性に基づいた急性期医療の実践”、“5. 多職種連携におけるリーダーシップの発揮”については、必須項目のうち7割以上、非必須項目のうち5割以上を修得することを目標とする。

- 連携施設(地域中核病院:秋田厚生医療センター、秋田赤十字病院、市立秋田総合病院、市立横手病院、平鹿総合病院のいずれか)での研修期間

期間: 原則として1-2年

経験: 老年病専門医カリキュラムのうち、“2.高齢者の特性に基づいた慢性疾患の管理”および“3.高齢者の特性に基づいた急性期医療の実践”について、必須項目の3-6割以上、非必須項目のうち2-4割以上を経験し修得できることを目標とし、基幹施設(秋田大学医学部附属病院)での研修とあわせて、これらの項目の修了要件を満たすようにする。

- 連携施設(在宅診療に携わるクリニックやリハビリテーション病院、療養病床を有する病院:あきた東内科クリニック、御野場病院、土崎病院、市立大森病院)

期間:1年。常勤または非常勤職員として研修し、基幹施設(秋田大学医学部附属病院)での研修と並行して行うことも可とする。

経験: この期間に、“5. 多職種連携におけるリーダーシップの発揮”に相当する経験をつみ、本項目の修了要件を満たすようにする。加えて、“6. 地域包括ケア・在宅医療の実践/マネジメント”および“7. エンドオブライフケアの実践/マネジメント”における必須項目のすべてと非必須項目の7割以上を修得できるようにする。

- 全期間を通じての研修

全期間を通じて、基幹施設(秋田大学医学部附属病院)の指導医との連絡を密にとり、教育活動(学生対象の講義、院内セミナーや市民対象の講演などを含む)を経験する。また、学術活動として、学会発表もしくは論文発表を少なくとも1件は達成し、老年病専門医カリキュラム“8. 老年病学・老年医学研究と医療への応用“について経験できるようにする。

1) 臨床現場を離れた研修

日本老年医学会の学術集会や地方会において、多くの教育講演が開催されており、それを聴講し、学習する。

2) 自己学習

日本老年医学会で作成している老年病専門医テキスト、ガイドラインを活用して、自主的に学習する。さらに、基幹施設(秋田大学医学部附属病院)を中心とするカンファレンスや学術活動の機会を通して、学術論文による自己学習の習慣を身につける。

3. 専攻医の到達目標(全プログラム共通)

3年間(内科・老年病混合タイプの場合は4年間)の研修期間で、以下に示す項目を完了することとする。

- 1) 老年病専門医カリキュラムに示された必須項目すべてと、必須項目以外の項目の7割以上に関して修得したことが確認できること(研修レポートと面接)。
- 2) 研修の間に、何等かの教育活動(学生対象の講義、院内セミナーや市民対象の講演を含む)を経験すること。
- 3) 学術活動として、学会発表もしくは論文発表を少なくとも1件は達成させること。

4. 各種カンファレンスなどによる知識・技能の修得

1) チームカンファレンス・チーム回診

基幹施設(秋田大学医学部附属病院)での研修中は、1日1回以上のチームカンファレンス・チーム回診を行って指導医からフィードバックを受け、指摘された課題について学習を進める。

2) 全体カンファレンスと総回診

基幹施設(秋田大学医学部附属病院)での研修中は、少なくとも週1回受持患者について科長をはじめとする指導医陣に報告してフィードバックを受ける。また、受持以外の症例についても見識を深める。

3) クリニカル・カンファレンス

基幹施設(秋田大学医学部附属病院)での研修中は、年3-4回診断・治療困難例などについて専攻医が報告し、指導医からのフィードバック、質疑などを行う。必要に応じて、関連診療科と合同で討議する。

4) 学会予行

受持ち症例の中で学問的に興味深い症例について、日本老年医学会地方会などで発表するに先立って、予行をおこない、指導医や診療科長の指導を受ける。さらに、自身が発表しない場合においても、講座で行われている研究について討論を行い、学識を深める。

5) 学生・卒後臨床研修医に対する指導

病棟で医学生・臨床研修医を指導する。後輩を指導することは、自分の知識を整理・確認することにつながることから、当プログラムでは、専攻医の重要な取り組みと位置づけている。

5. 学問的姿勢

高齢者の診療における専門知識、専門技能を実地で実践するために、最新の知識、技能、さらには、社会制度や介護機器の情報についても修得する。

さらに、自身の体験した症例を学会発表する姿勢や、まだ十分な科学的証拠の得られていない課題を見出し、リサーチに積極的に参画する姿勢を身につける。

6. 老年病専門医に必要な倫理性、社会性

多職種連携におけるリーダーシップを発揮できる能力を修得することは老年病専門医の重要な使命であり、エンドオブライフケアにも中心的に関わらねばならない。そのためには、高度な倫理性や社会性が要求される。在宅診療や療養病床で多くの経験を積むとともに、基幹施設(秋田大学医学部附属病院)で多くの指導医と議論することにより、見識を深める。

7. 研修施設群による研修プログラムおよび地域医療についての考え方

高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病院、施設(特養、老健、その他)など、さまざまな環境で高齢者診療を経験し、その特質や意義を理解することは、本研修プログラムの重要な事項である。したがって、基幹施設である秋田大学医学部附属病院に加えて、地域中核病院および在宅診療や療養病床、施設で研修することで、地域医療に貢献する。

8. 年次毎の研修計画

本プログラムでは専攻医が抱く専門医像や将来の希望に合わせて、各施設での研修期間や研修の順序を変更できる。また研修期間の途中であっても、研修プログラムの修了要件をみだす見込みがあれば、プログラムの変更は可能であるほか、提示したコース以外でも柔軟に対応できる。

研修に先立って、各専攻医のこれまでの研修(卒後臨床研修や内科専門研修)内容から、老年病学専門医カリキュラムに則った高齢者診療の経験の有無を判断し、標準コースに記載したように1年目の研修施設の選択判断の基準とする。

また、具体的な研修病院については、専攻医の希望と各年度の連携施設(15.研修プログラムの施設群を参照)の状況を考慮して、年度ごとに相談し決定する。

標準コース

○研修開始以前に老年病学専門医カリキュラムに則った高齢者診療の経験がないと思われる場合

- 1 年目 基幹施設での研修
- 2 年目 地域中核病院での研修
- 3 年目 基幹施設での研修と在宅診療の研修を並行して実施
- (4 年目 基幹施設での研修:内科・老年病混合タイプの場合)

○研修開始以前に老年病学専門医カリキュラムに則った高齢者診療の経験があるとと思われる場合

- 1-2 年目 地域中核病院での研修
- 3 年目 基幹施設での研修と連携施設の研修を並行して実施
- (4 年目 基幹施設での研修:内科・老年病混合タイプの場合)

9. 専門研修の評価

1) 形成的評価

指導医およびローテーション先の上級医は、専攻医のカルテ記載の確認などによって、日常的なフィードバックを行うとともに、指導医は、専攻医が専門研修登録システムに登録したカリキュラムの経験、実践内容を経時的に評価する。少なくとも1年に1回、研修プログラム管理委員会は指導医のサポートと評価プロセスの進捗状況について追跡し、必要に応じて指導医と連携し、評価の遅延がないように促す。また、達成度が低い項目がある場合には、その項目についてより多く研修できるように今後の研修計画を調整する。

2) 総括的評価(全プログラム共通)

- 13. 修了判定を参照。

10. 専門研修プログラム管理委員会

本プログラムを履修する専攻医の研修について責任を持って管理するプログラム管理委員会を基幹施設(秋田大学医学部附属病院)に設置し、老年医学に関わる診療科の科長がその委員長の責を担う。

11. 専攻医の就業環境

労働基準法や医療法を順守し、専攻医の心身の健康維持のための環境を整備する。

12. 研修プログラムの改善方法

可能な限り年に1回、少なくともプログラムの終了時点において、現行プログラムに関するアンケート調査を行い、専攻医の満足度と改善点に関する意見を収集し、その集計結果に基づき、研修プログラム管理委員会は、プログラムや指導医、あるいは研修施設群の研修環境の改善に役立てる。

13. 修了判定(全プログラム共通)

以下について、研修プログラム管理委員会が確認したうえで、日本老年医学会専門医制度委員会にて審査を行い、修了を判定する。

- 1) 老年病専門医カリキュラム必須項目すべてと、必須項目以外の項目の7割以上について修得したか(研修レポートと面接試験で評価)
- 2) 研修期間中に、何等かの教育活動(学生対象の講義、院内セミナーや市民対象の講演を含む)を経験したか
- 3) 学術活動として、学会発表もしくは論文発表を少なくとも1件は達成させたか

14. 専攻医が専門研修プログラムの修了に向けて行うべきこと(全プログラム共通)

専攻医は、老年病専門医認定申請年度の12月末までにプログラム管理委員会を通して日本老年医学会の専門医制度委員会まで様式〇〇(未定:研修レポート、学会発表数、学術論文発表数、教育的活動についての書類)を送付すること。その後、専攻医は、専門医制度委員会により、研修レポートおよび学会発表、学術論文発表、教育的活動についての書類審査を受け、専門医制度委員会により1-3月に開催される面接試験の受験資格が与えられる。

15. 研修プログラムの施設群

以下の施設で研修施設群を構成する。

- 基幹施設: 秋田大学医学部附属病院
- 連携施設
 - ・ 地域中核病院: 秋田厚生医療センター、秋田赤十字病院、市立秋田総合病院、市立横手病院、平鹿総合病院
 - ・ 在宅診療に携わるクリニック: あきた東内科クリニック
 - ・ 療養型病床や連携する施設を有する病院: 御野場病院、土崎病院、市立大森病院

16. 専攻医の受け入れ数

秋田大学医学部附属病院老年病専門研修プログラムには1名の指導医がおり、プログラムとして1年で最大1名(定員上限)の専攻医を新規に受け入れる(指導医1名あたり原則1名/年の専攻医を新規で受け入れる。3または4年の専門研修期間として1名の指導医当たり最大3-4名程度)。

17. 研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件

- 1) 疾病あるいは妊娠・出産、産前後に伴う研修期間の休止については、プログラム修了要件を満たしていれば、休職期間が6か月以内であれば、研修期間を延長する必要はないものとする。これを超える期間の休止の場合は、研修期間の延長が必要である。
- 2) 研修中の居住地の移動、その他の事情により、本プログラムでの研修続行が困難になった場合は、研修プログラムを変更することにより、研修を原則可とする。その際、専門研修登録システムを活用することにより、これまでの研修内容が可視化され、移動先の新しいプログラムにおいても、移動後に必要とされる研修内容が明確にする。

18. 専門研修指導医(全プログラム共通)

日本老年医学会が定める専門研修指導医の要件は以下の通りである。

【必須要件】

- 1) 専門医を育成するための、高齢者の医療に関する豊富な学識と経験を有すること。
- 2) 原則として、申請時において専門医資格を1回以上更新していること。
- 3) 原則として、専門医取得後に老年病学に関する研究論文(原著・総説・症例報告)を1編以上発表していること。

19. 専門研修登録システム(全プログラム共通)

専攻医は別添えの専門研修登録システムに、担当した症例を登録し、加えて、老年病専門医カリキュラムに記載されている事項のなかで、実践し修得した項をチェックする。指導医は記入された別添えの専門研修登録システムを定期的に確認し、フィードバックを専攻医に与える。

20. 専攻医の採用方法

プログラムを提示し、それに応募する専攻医を、研修プログラム管理委員会において、面接などにより選考する。

※老年病専門研修カリキュラム

到達目標はすべて経験目標とし、必ず経験すべき項目は“必須”と明示した。

1. 高齢者の生活機能の評価と介入

1.1. 高齢者総合機能評価(CGA)の実践

●到達目標

- ・ CGA として認知機能検査(HDS-R, MMSE)、ADL 評価(Barthel index, 手段的 ADL, JABC)、老年期うつ尺度評価(geriatric depression scale 15: GDS15)などが実践できる。(必須)
- ・ CGA の結果を疾患管理、介護保険サービスの導入、医療安全管理、退院支援に活用できる。(必須)

1.2. 老年症候群(歩行障害・転倒、認知機能障害、排泄障害、栄養障害、摂食・嚥下障害など)の評価と介入

●到達目標

- ・ 老年症候群の保有状況进行评估できる。(必須)
- ・ 老年症候群の予防と介入、介護・ケアによる集学的アプローチを実践できる。
- ・ 歩行機能、転倒のリスク評価と介入ができる。
- ・ 排泄障害の評価ができる。
- ・ 栄養障害の評価と介入ができる。(必須)
- ・ 摂食・嚥下障害の評価、鑑別診断を行い、介入ができる。(必須)
- ・ 褥瘡の評価と治療ができる。
- ・ 廃用症候群のリスク要因を説明でき、予防、介入ができる。

2. 高齢者の特性に基づいた慢性疾患の管理

2.1. 認知症の包括的管理

●到達目標

- ・ 認知症、うつ、せん妄の鑑別診断を体系的に説明し、評価ができる。
- ・ 認知症の鑑別診断ができる。(必須)
- ・ 認知症に伴う行動・心理症状(BPSD)を説明でき、管理できる。(必須)
- ・ 認知症の診断ならびに状態を本人と家族にわかりやすく説明できる。
- ・ 薬物治療について説明でき、介護に必要な社会資源の提供について助言できる。
- ・ 合併する身体疾患を管理できる。(必須)

2.2. 高齢者の高血圧症、糖尿病、脂質異常症、骨粗鬆症などの生活習慣病の管理

●到達目標

- ・ 高齢者高血圧症の特徴について説明でき、治療を実践できる。(必須)
- ・ 高齢者糖尿病の特徴について説明でき、治療を実践できる。(必須)
- ・ 高齢者脂質異常症の特徴について説明でき、治療を実践できる。
- ・ 高齢者骨粗鬆症の特徴について説明でき、治療を実践できる。(必須)

- ・ 様々な併存症や生活機能障害を抱える患者に対して、治療の優先順位を考えながら、総合的に生活習慣病の管理(治療)を実践できる。(必須)

2.3. 高齢者に頻度の高い疾患の管理

●到達目標

- ・ 高齢者に頻度の高い以下の疾患の治療・管理ができる。
 - 高齢者の精神・神経疾患(脳血管障害、パーキンソン病、うつ、不眠など)(必須)
 - 呼吸器疾患(COPD、結核など)(必須)
 - 循環器疾患(心房細動、その他の不整脈、冠動脈疾患、弁膜症、心不全、末梢動脈疾患など)(必須)
 - 腎・泌尿器疾患(必須)
 - 骨・運動器疾患(必須)
- ・ 多数の併存症を同時に抱える高齢者の治療・管理ができる(必須)

2.4. 薬物療法の見直しと調整(ポリファーマシーへの介入)

●到達目標

- ・ お薬手帳などを利用して、多病の高齢者が服用している全ての薬剤(漢方薬、サプリメントを含む)をアセスメントできる。(必須)
- ・ 高齢者への使用が好ましくない薬剤を理解し、適切に処方できる。(必須)
- ・ 多剤服用中の患者に対して、各薬剤の必要性和併用のリスクを勘案して薬剤を減らすことができる。(必須)
- ・ 加齢に伴う薬物代謝の変化を考慮して薬用量を決定できる。
- ・ 認知機能や手段的 ADL の低下に応じて適切な処方を行い、服薬アドヒアランスを低下させないための生活指導(介護者による服薬介助や服薬カレンダーの使用など)ができる。

2.5. リハビリテーション療法の理解と連携

●到達目標

- ・ 高齢者の生活機能を評価でき、障害に対する適切なリハビリテーションについて、本人と家族に助言できる。(必須)
- ・ リハビリテーションスタッフ及びその他の医療介護スタッフと連携して、高齢者を地域の中で生活できるようにするための役割を果たせる。

2.6. 栄養療法の理解と連携

- ・ 病態、状況に応じて適切な栄養管理を他の医療介護スタッフと連携して実践できる。

3. 高齢者の特性に基づいた急性期医療の実践

3.1. 救急疾患への対応

●到達目標

- ・ 高齢者に多い救急疾患の診断を行い、初期対応できる。(必須)
- ・ 多疾患を有する高齢救急患者に対して、優先順位を決めて治療にあたることができる。(必須)
- ・ 認知症に伴うコミュニケーション障害や ADL 低下のある高齢者の救急対応ができる。(必須)

3.2. 機能の回復、維持を目指した治療の実践

●到達目標

- ・ 疾患の治療と同時に身体機能、認知機能低下の防止または最大限の回復を目指した治療計画を立案し、実践できる。(必須)
- ・ そのためのチーム医療、多職種協働を実践できる。(必須)

3.3. 他の診療科、診療チームとの連携、コンサルテーション

●到達目標

- ・ 病状に応じて他の診療科、診療チームに適切にコンサルテーションできる。
- ・ 他の診療科からのコンサルテーションに適切に対応できる。

3.4. 高齢者に対する侵襲的治療の判断(手術療法、抗がん化学療法など)

●到達目標

- ・ CGA などの情報をもとに高齢者の侵襲的治療の適応について適切な助言ができる。

4. 介護予防へのアプローチ

4.1. フレイルの診断と介入

●到達目標

- ・ フレイルの病態と診断、予防・介入方法を理解し、適切に介入ができる。(必須)

4.2. サルコペニアの診断と介入

●到達目標

- ・ サルコペニアの病態と診断、予防・介入方法を理解し、適切に介入ができる。(必須)

4.3. 軽度認知機能障害(MCI)の診断と介入

●到達目標

- ・ 軽度認知機能障害(MCI)の病態と診断、予防・介入方法を理解し、本人と家族に適切に指導できる。

4.4. 地域資源を利用した介護予防介入

●到達目標

- ・ 高齢者を支える医療、介護保険、地域包括ケアシステムを理解し、提供について本人と家族に説明できる。

5. 多職種連携におけるリーダーシップの発揮

5.1. 介護保険の理解と活用

●到達目標

- ・ 介護保険制度について理解し、申請の必要性ならびに求められる介護サービス、環境整備について本人と家族に適切な助言ができる。

5.2. 多職種カンファレンスのマネジメント

●到達目標

- ・多職種カンファレンスの意義を理解し、医療と介護の連携調整を行うことができる。

5.3. 退院支援の実施(退院時カンファレンス、退院時共同指導など)

●到達目標

- ・退院支援を要する患者の特徴を理解し、早期介入を図ることができる。(必須)
- ・退院後の療養生活を考慮し、治療にあたることができる。
- ・院内外の多職種と協働して退院支援に介入できる。(必須)

5.4. 多様な医療環境や介護環境での医療・ケアのマネジメント

●到達目標

- ・急性期、亜急性期、慢性期の病院、施設(特養、老健、その他)など、さまざまな環境において多職種協働を実践し、高齢者に最善の医療を提供できる。(必須)

6. 地域包括ケア・在宅医療の実践/マネジメント

在宅医療を行っている患者の生活介護状況の評価、多職種との連携による診療実践

●到達目標

- ・在宅医療に必要な地域包括ケアシステム、介護保険サービスを理解し、提供について本人と家族に助言できる。(必須)
- ・住み慣れた環境での療養を医学的に支援することの重要性を理解し、在宅医療を実践できる。
- ・他職種と連携して在宅医療を実践できる。
- ・在宅医療で行う酸素療法、栄養療法などを実践できる。

7. エンドオブライフケアの実践/マネジメント

●到達目標

- ・本人や家族の価値観、人生観に配慮して診療を行うことができる。(必須)
- ・高齢者に対する緩和医療について実践もしくはマネジメントができる。
- ・アドバンス・ケア・プランニングをマネジメントできる。
- ・高齢者ケアの意思決定プロセスをマネジメントできる。
- ・虐待、成年後見制度を理解し、対処できる。

8. 老年病学・老年医学研究と医療への応用

8.1. 基礎、臨床、橋渡し研究への参画(必須)

8.2. 老年病学分野でのエビデンスの構築と Evidence-based Medicine 医療の実践

8.3. 産学連携(ロボット、街づくりなど)