
老年病専門研修カリキュラム

2018年3月

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、各薬剤の必要性と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

◆ 到達目標

- ・ 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)