

## 老年科専門研修 経験目標 到達目標

2025年03月版

## 必要経験症例リスト

新専門医制度第1～4期の先生方（2016年、2017年、2018年、2019年にそれぞれ医師免許を取得）からの申請において、内科専門研修（プログラム）中の最後の2年間に経験した症例については、老年科指導医が指導を行った症例に限り、「詳細な症例レポートを記載する症例【書式1-5】」については7例（19例中）まで、それ以外の症例については25例まで認める（合わせて32例（計80例以上のうち））。

			必要症例経験数					
<b>1. 高齢者の特性に基づいた医療面接、身体診察、検査の解釈を実践できる。</b>								
<b>1.1 高齢者の医療面接</b>				ID	年齢(原則として75歳以上)	性別	診断名	経験した症例が項目を満たしていることがわかるように症例のポイントを簡潔に記載してください（症例レポート(書式1-5)に記載する19の症例については、ポイントの記載は不要です。「症例レポートを参照」とのみ記載してください）
	1.1.1 高齢者、家族、介護者と円滑なコミュニケーションを取り、必要な情報を入手できる。	2例以上	⇒					
	1.1.2 食・住・その他社会環境に関する必要な情報を入手することができる。							
<b>1.2 高齢者の身体・精神所見</b>								
	1.2.1 高齢者に特有な症状・徴候を評価できる。	2例以上	⇒					
	1.2.2 高齢者と直接のコミュニケーションが十分とれない時に、原因を評価できる。	2例以上	⇒					
<b>1.3 高齢者の検査所見の見かた</b>								
	1.3.1 高齢者の検査の特性を理解し、検査結果の正常/異常を評価できる。	2例以上	⇒					
<b>2. 高齢者の生活機能の評価とそれに応じた適切な介入を実践できる。</b>								
<b>2.1. 高齢者総合機能評価（CGA）の実践</b>								
	2.1.1 CGAとして認知機能、ADL、老年期うつなどの評価が実践できる。	2例以上	⇒					

		2.1.2 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。	1	⇒						
<b>2.2. 老年症候群（歩行障害・転倒、動作緩慢、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</b>										
		2.2.1 老年症候群の保有状況を評価できる。	2例以上	⇒						
		2.2.2 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。	1	⇒						
		2.2.3 歩行機能、転倒のリスク評価と介入ができる。	5（ただし最低限、3項目を満たすこと）	⇒						
		2.2.4 めまい・ふらつきの評価と介入ができる。								
		2.2.5 排泄障害（排尿と排便）の評価と介入ができる。								
		2.2.6 栄養障害の評価と介入ができる。								
		2.2.7 過栄養・肥満の評価と介入ができる。								
		2.2.8 摂食・嚥下障害の評価、鑑別診断を行い、介入ができる。								
		2.2.9 褥瘡の評価と治療ができる。								
		2.2.10 睡眠障害の原因を分析し、介入ができる。								
		2.2.11 慢性疼痛の評価と治療ができる。								
		2.2.12 せん妄の評価、予防対策、介入ができる。			1	⇒				
		2.2.13 廃用症候群のリスク要因を説明でき、予防、介入ができる。	1	⇒						
<b>3. 高齢者の特性に基づいた慢性疾患の管理ができる。</b>										
<b>3.1. 認知症の包括的管理</b>										

	3.1.1 認知症、うつ、せん妄の鑑別ができる。	1	⇔					
	3.1.2 認知症の鑑別診断ができる。	2	⇔					
	3.1.3 認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）を説明でき、管理できる。	1	⇔					
	3.1.4 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。	1	⇔					
	3.1.5 非薬物療法について説明でき、介護に必要な社会資源の提供について助言できる。	1	⇔					
	3.1.6 適時適切な認知症の薬物治療を提案することができる。	1	⇔					
	3.1.7 軽度認知障害（MCI）を診断し、認知症の予防について本人と家族に説明できる。	1	⇔					
	3.1.8 合併する身体疾患を管理できる。	1	⇔					
	3.1.9 自動車運転更新に関する認知症診断書を作成することができる。							
<b>3.2. 高齢者の高血圧症、糖尿病、脂質異常症、骨粗鬆症の管理</b>								
	3.2.1 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。	2	⇔					
	3.2.2 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。	2	⇔					
	3.2.3 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。	1	⇔					
	3.2.4 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。	1	⇔					
<b>3.3. 高齢者に頻度の高い疾患の評価と管理</b>								
	3.3.1 高齢者の精神・神経疾患の評価・管理ができる。	1	⇔					

		3.3.2 呼吸器疾患の評価・管理ができる。	2 (肺炎は必須)	⇒					
		3.3.3 循環器疾患の評価・管理ができる。	1	⇒					
		3.3.4 腎・泌尿器疾患の評価・管理ができる。	1	⇒					
		3.3.5 骨・運動器疾患の評価・管理ができる。	1	⇒					
		3.3.6 消化器疾患、内分泌・代謝疾患、血液疾患、免疫・膠原病の評価・管理ができる。	2	⇒					
		3.3.7 悪性腫瘍を合併する高齢者の評価・管理ができる。	1	⇒					
		3.3.8 皮膚・感覚器の評価・管理ができる。							
<b>3.4. リハビリテーション療法の理解と連携</b>									
		3.4.1 高齢者の生活機能の評価し、医療介護スタッフと連携して、適切なリハビリテーションを提供できる。	1	⇒					
<b>4. マルチモビリティを呈する高齢者に対して包括的な医療を実践できる。</b>									
<b>4.1 マルチモビリティを呈する高齢者に対する治療の優先順位を考慮した包括的な医療の実践</b>									
		4.1.1. 3.3に示す疾患を複数併存する高齢者に対して、総合的な医療が実践できる。	1	⇒					
		4.1.2 認知症と複数の疾患を有する高齢者の身体疾患を管理できる。	1	⇒					
		4.1.3. ポリファーマシー対策に配慮して多疾患に対する包括的な管理ができる。	1	⇒					
		4.1.4. 多疾患を併存する要介護高齢者に対して、過大・過少医療に配慮して治療が実践できる。	1	⇒					
<b>4.2 フレイル・サルコペニアを考慮した慢性疾患の管理</b>									
		4.2.1. フレイル・サルコペニアに配慮して3.2, 3.3に示す複数の疾患を併存する高齢者の管理ができる。	1	⇒					
<b>5. ポリファーマシー対策を実践できる。</b>									
		5.1.1 お薬手帳などを利用して、多疾患を併存する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。	1	⇒					

		5.1.2 潜在的不適切処方 (potentially inappropriate medications; PIMs) と潜在的過少処方 (potentially prescribing omissions; PPOs) を理解し、処方の適正化ができる。	1	⇒					
		5.1.3 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。	1	⇒					
		5.1.4 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ができる。	1	⇒					
		5.1.5 代替療法が適切に利用できる。							
<b>6. 高齢者の特性に基づいた急性期医療を実践できる。</b>									
<b>6.1. 救急疾患への対応</b>									
		6.1.1 高齢者に多い救急疾患の診断を行い、初期対応できる。	2	⇒					
		6.1.2 発熱疾患の鑑別と初期対応ができる。	1	⇒					
		6.1.3 感染症に対して適切に対応できる。	1	⇒					
		6.1.4 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。	1	⇒					
		6.1.5 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。	1	⇒					
<b>6.2. 機能の回復、維持を目指した治療の実践</b>									
		6.2.1 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。	1	⇒					
<b>6.3. 他の診療科、診療チームとの連携、コンサルテーション</b>									
		6.3.1 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。	1	⇒					
		6.3.2 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。	1	⇒					
<b>7. サルコペニア・フレイルを評価し、介護予防を適切に実践できる。</b>									
		7.1.1 フレイルの病態、他疾患との関連、診断、予防・介入方法を理解し、適切に介入できる。	1	⇒					
		7.1.2 サルコペニアの病態、他疾患との関連、診断、予防・介入方法を理解し、適切に介入できる。	1	⇒					
		7.1.3 地域資源を利用した介護予防介入;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、介護予防の提供について本人と家族に説明できる。	1	⇒					
<b>8. 多職種連携においてリーダーシップを発揮できる。</b>									

8.1. 介護保険の理解と活用				
	8.1.1 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。	1	⇒	
	8.1.2 主治医意見書を正しく記載できる。	2例以上	⇒	
8.2. 多職種カンファレンスのマネジメント				
	8.2.1 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。	1	⇒	
8.3. 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）				
	8.3.1 退院支援を要する患者に対して、入院後早期から介入することができる。	1	⇒	
8.4. 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				
	8.4.1 急性期、回復期、慢性期の病院、施設など、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。	1	⇒	
9. 地域包括ケア・在宅医療の実践/マネジメントができる。				
	9.1.1 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、サービスの提供について本人と家族に助言できる。	2	⇒	
	9.1.2 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、他職種と連携して在宅医療を実践できる。			
	9.1.3 在宅医療で行う酸素療法、栄養療法などを実践できる。			
10. エンドオブライフケアの実践/マネジメントができる。				
	10.1.1 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。	1	⇒	
	10.1.2 高齢者に対する緩和医療と看取りについて、実践もしくはマネジメントができる。	1	⇒	
	10.1.3 アドバンス・ケア・プランニングをマネジメントできる。	1	⇒	
	10.1.4 虐待、成年後見制度を理解し、対処できる。			
11. 高齢者に対する侵襲的治療の適切な判断と治療後の機能回復を実践できる。				
	11.1.1 高齢者の侵襲的治療の適応について、CGAなどの情報をもとに適切な助言ができる。	1	⇒	
	11.1.2 フレイル・サルコペニアを有する外科疾患患者に対し、術後の機能回復のための老年医学的アプローチができる。	1	⇒	
12. 老年医学研究と医療への応用を実践できる。				

		12.1.1 老化の定義と老化仮説を説明できる。	
		12.1.2 加齢に伴う臓器の変化を理解し説明できる。	
		12.1.3 基礎、臨床、橋渡し研究へ参画できる。	
		12.1.4 老年科領域でのエビデンスの構築とEvidence-based Medicine医療の実践ができる。	
		12.1.5 産学官連携（ロボット、ICT、街づくりなど）への参画できる。	
			必要症例経験数
			80例以上(同一症例を複数の項目に用いることは不可)

申請者 氏名	
老年科指導医 署名	
日付	年 月 日