【日本学術会議主催 日本老年医学会共催シンポジウム】
超高齢社会に求められる高齢者医療の担い手の育成：教育体制整備
へのアクションプラン策定に向けて

4. 新しい専門医制度の中の老年病専門 医の今後

Perspectives of the new board-certified geriatric specialists

神崎 恒一

要 約

老年病専門医は総合内科を基本領域とするサブスペシャリティ専門医であり、カリキュラムに示された幅広い知識や技能を修得し、それをさまざまな診療の場で実践する能力を身につけることを求めている。4年間のプログラムの間に、カリキュラムの必須項目のすべてと必須以外の項目のうち7割以上を修得する必要がある。また、他職種を含む形成的評価を重視しており、最終的に筆記試験ではなく面接試験によって合格を判定するようになっている。

Key words 総合機能評価, 多職種連携, 形成的評価, 面接試験

(日老医誌 2018; 55: 232-236)

はじめに

新専門医制度において日本老年医学会が認定する老年病専門医は日本内科学会総合内科専門医取得後のサブスペシャリティ専門医として位置づけられ、平成30年春からの新制度開始に向けて準備を進めている。内科学会が表示している専門（並行）研修概念図のもとに、老年医学会は概念図を学会ホームページに公表している（図1）¹⁾。この図で4年混合研修タイプが2018年から始まる予定である。4年混合研修タイプとは初期臨床研修終了後4年間で内科と老年病の研修を並行して行うプログラムであり、最短5年目（初期臨床研

修開始から7年目）で内科専門医と老年病専門医が取得可能である。また、2019年以降に3年研修タイプも始まる予定である。

老年病専門医制度とは

老年病専門医は総合内科専門医取得後に取得可能なサブスペシャリティ専門医である。高齢者は多病であるため多疾患の管理を行う必要があり、また生活状況に応じた医療を提供するよう配慮しなければならない。したがって老年病専門医は、総合内科専門医としての内科全般の基本的な病態を理解・経験したうえ

杏林大学医学部高齢医学

連絡責任者：神崎恒一 杏林大学医学部高齢医学〔〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2〕

e-mail: kozaki-ty@umin.ac.jp

doi: 10.3143/geriatrics.55.232

図1 新専門医制度における老年病専門研修プログラムと内科専門研修プログラムの概略図

で、高齢者に多い疾患について、より専門的な知識や技能を修得し、患者の生活機能を含む総合機能を評価し、老年症候群など臓器によらない症候に対応ができるかつその知識や技能をさまざまな診療の場で生かすことができるようになる必要がある。老年病専門医はこのような知識・技能・経験を活かしながら、高齢者の診療に関わるさまざまな職種や他の専門領域の医師と協働し、高齢者医療全体の質の向上に寄与することが求められている。したがって活動の場は、急性疾患の救急対応から慢性疾患の管理まで、介護予防からエンドオブライフケアまで、高度先進医療や救急医療を扱う中核病院での診療から亜急性期（回復期リハビリテーション、地域包括ケア病棟など）、慢性期の病院、施設での診療や在宅診療まで、非常に幅広い。そこにはそれぞれの診療の場で活動する多職種との円滑な連携が必要であり、そのリーダーとして活動できる資質を身に着けることを目標のひとつとしている（表1）。

老年病専門医カリキュラムとプログラム

上記のような老年病専門医の資質を修得するための
方略がカリキュラムとプログラムに示されている。

1. 老年病専門医カリキュラム

老年病専門医カリキュラムのなかで、老年病専門医が修得すべき知識・技能・経験が具体的に示されている(表2)。上記の通り、高齢者においては多疾患の管理を行う必要があること、生活状況を踏まえた医療を提供する配慮が必要であるため、まず総合機能評価、生活機能評価の実践が求められている。次に、慢性疾患の管理であり、ここには認知症や生活習慣病を含む生活に密着した医療の提供などが含まれているほか、ポリファーマシーへの介入、リハビリテーション、栄養療法への理解も求められている。後に続くのは、急性期医療の実践、フレイル、サルコペニアを含む介

表1 老年病専門医に必要な能力

-
- 基本領域である内科の各疾患の病態の理解や標準的な治療の修得
 - 高い専門性をもった老年病学に基づく医療を提供
 - ・高齢者に多い急性疾患、慢性疾患を、高齢者の特性に基づいて診療する能力
 - 急性期医療をになう地域中核病院から、回復期リハ、地域包括ケア病棟、慢性期の病院、施設、一般外来、在宅医療まで
 - 介護予防からエンドオブライフケアまで
 - ・高齢者の生活機能を評価し、疾患単位では説明できない様々な症候（老年症候群）に適切に対応する能力
 - ・多職種連携や地域包括ケア、在宅医療の知識と経験をもって、高齢者の生活状況にまでふみこんで診療する能力
 - 高齢者の医療・介護・福祉にかかわる職種のリーダー
-

表2 老年病専門医のサブスペシャリティとして備えるべき資質・能力

-
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
 - 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
 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
 - 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
 - 2.3. 高齢者に頻度の高い疾患の管理
 - 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）
 - 2.5. リハビリテーション療法の理解と連携
 - 2.6. 栄養療法の理解と連携
 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
 - 3.2. 機能の回復、維持を目指した治療の実践
 - 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
 - 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）
 4. 介護予防へのアプローチ
 - 4.1. フレイルの診断と介入
 - 4.2. サルコペニアの診断と介入
 - 4.3. 軽度認知機能障害（MCI）の診断と介入
 - 4.4. 地域資源を利用した介護予防介入
 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
 - 5.2. 多職種カンファレンスのマネジメント
 - 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）
 - 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
 6. 地域包括ケア・在宅医療の実践/マネジメント

在宅療養患者の生活介護状況を評価、他職種との連携による診療実践
 7. エンドオブライフケアの実践/マネジメント
 8. 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
 - 8.2. 健康寿命延伸のためのエイジングサイエンスの推進
 - 8.3. 老年医学分野でのエビデンスの構築と Evidence-based Medicine 医療の実践
 - 8.4. 産学連携（ロボット、街づくりなど）
-

図2 新・老年病専門医研修プログラム（例）

介護予防へのアプローチ、多職種連携における中心的立場の実践、地域包括ケア・在宅医療、エンドオブライフケアの実践であり、最後に医療科学の発展に資するための研究的視点である。

なお、カリキュラムの内容細目ひとつひとつについて到達目標が示されており、必ず経験すべき項目は“必須”（35項目）と明示されている。また、非必須30項目についてもそのうちの7割以上について実践・修得することを求めている。

2. 老年病専門医研修プログラム

老年病専門医カリキュラムは老年病専門医研修プログラムに則って履修する。カリキュラムの内容が多岐に渡るため、研修の場も複数必要になる。具体的には基幹病院1～2年の間に「高齢者の生活機能の評価と介入」と「介護予防へのアプローチ」に関して、必須項目のすべてと非必須項目の7割以上を修得する。また、「高齢者の特性に基づいた慢性疾患の管理」、「高齢者の特性に基づいた急性期医療の実践」、「多職種連携におけるリーダーシップの発揮」に関して、必須項目のうち7割以上と非必須項目のうち5割以上を修得する。基幹病院での研修に続いて、地域中核病院などの連携施設（1～2年）で、「高齢者の特性に基づいた慢性疾

患の管理」および「高齢者の特性に基づいた急性期医療の実践」に関して、必須項目の3～6割以上、非必須項目のうち2～4割以上の修得を目指す。さらに、在宅療養、療養病床、リハビリ病院、施設などで、基幹施設と連携しながら1年程度、「多職種連携におけるリーダーシップの発揮」、「地域包括ケア・在宅医療の実践/マネジメント」、「エンドオブライフケアの実践/マネジメント」について修得を目指す（図2）。

3. 研修過程と指導医による評価

老年病専門医研修プログラムのなかで経験した症例は研修手帳に記載し、指導医がカリキュラムに示された項目の実践・修得状況について逐時確認する。さらに専攻医は医師以外のメディカルスタッフ（病棟師長など）からも評価を受け、社会人や医師としての適性、コミュニケーション能力、チーム医療の一員としての適性、リーダーシップなどについて評価される。指導医は記入された研修手帳と他職種による評価内容を定期的に確認し、専攻医にフィードバックを行う（形成的評価）。

4. 研修修了過程

4年間の研修期間（混合研修タイプの場合）の終了

時まで、老年病専門医カリキュラムに示された必須35項目のすべてと、必須以外の30項目のうち7割以上について、実践・修得したことを専攻医本人と指導医が確認し、最終的にプログラム統括責任者が確認し、承認する。専攻医は研修レポートを日本老年医学会専門医制度審議会に提出し、研修目標達成度、経験症例数、学会発表数、学術論文発表数、教育的活動などについて評価する。そして最後に、面接試験を実施し、可否を判定する。以上が研修終了までの大きな流れである。

最後に

超高齢社会が進むわが国において、日常生活活動度や認知機能の低下した高齢者に対する包括的医療の重

要性はますます重要になると考えられる。臓器別医療の知識を基に、介護保険制度を十分理解し、時には高い倫理性や社会制度におよぶ深く深い知識と洞察を必要とする老年病専門医に対する社会的ニーズは高い。幅広い知識と経験、社会性を有する老年病専門医を育成するために、いよいよ新しい制度が開始される。

著者のCOI (Conflict of Interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) 日本老年医学会ホームページ http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/senmoni/senmoni_shutoku.html