
老年病専門研修プログラム 整備規準

2018年3月

老年病専門研修プログラム整備規準

専門領域：老年病専門医

1. 理念と使命

① 領域専門制度の理念

超高齢社会にある本邦では、75歳以上の後期高齢者が総人口の12.5%を占め、介護保険制度における要介護認定者数は600万人を超える。日常生活活動度の低下した高齢者の医療は、各疾患の専門的医療を重ねるだけでは決してすまされず、疾患ごとの知識を基礎として、より包括的で、また、ケースによっては倫理や社会制度にまでおよぶ広くかつ深い知識と洞察を必要とする。老年病専門医制度は、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を基盤として、高い専門性をもった老年病学に基づく医療を提供し、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医師を養成する制度である。

老年病学の専門性を具体的に述べると、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専門的に診療できるだけでなく、高齢者の生活機能を評価し、老年症候群に代表される、疾患単位では説明できない様々な症候に適切に対応でき、さらに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だ診療ができることである。老年病学の範囲は、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含まれる。これらの医療、ケアを経験し修得することで、多くの診療の場で活動する多職種との円滑な連携が可能となり、質の高い高齢者診療に従事し、かつその普及に貢献できる人材を育成できる。

② 領域専門医の使命

老年病専門医は、内科専門医としての内科全般の基本的な病態の理解や診療経験を基盤に、高齢者に多い疾患について、より専門的な知識や技能を有し、さらに、患者の生活機能も含む総合機能評価を適切に施行し、老年症候群など疾患臓器によらない症候に対する専門的な対応ができ、かつその知識や技能をさまざまな診療の場で生かすための経験を有する必要がある。本専門医は、このような知識・技能・経験をもとに、よりよい高齢者診療をめざし、かつ、その知識・技能・経験を、他職種や高齢者の診療に関わる他の専門領域の医師と共有することで、本邦の高齢者医療全体の質の向上に貢献する使命を有している。また、介護予防からエンドオブライフケアまで、様々な問題を抱える国民に対して、適切な啓発活動を担うことも、本領域専門医の重要な使命である。そして、それらの活動のなかで、高齢者医療のために真に重要な課題を見出し、提案し、その解決のための科学的根拠を蓄積するためのリサーチに貢献しなければならない。

研修カリキュラム

2. 専門研修の目標

① 専門研修後の成果 (Outcome)

老年病専門医研修カリキュラムに記載のとおり、まず、高齢者の生活機能の評価と介入、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、介護予防へのアプローチについて経験し、十分な知識、技能を修得することができる。さらに重要な成果として、これらの知識や技能をもとに、多職種連携におけるリーダーシップのあり方を学び、実践できるようになる。同様に、急性期、亜急性期、慢性期、在宅医療まで、様々な診療の場に応じた専門的な高齢者医療を、実際の経験をとおして修得できる。同時に、介護予防からエンドオブライフケアまで、高齢者の総合的な機能に基づいて診療・ケアの目標を、本人、介護者に寄り添いながら緩やかにギアチェンジする経験を積む。これらを修得したうえで、より広い視点で科学的根拠を追求したり、高齢者医療の課題を提案したりし、老年病学のプロフェッショナルとしての自覚をもつことができるようになる。

② 到達目標(修得すべき知識・技能・態度など)

i. 専門知識

高齢者の生活機能の評価と介入、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、介護予防のための知識を修得する。特に、高齢者に多い認知症や、高齢者で問題となりやすいポリファーマシーに関する知識、若年者とは異なる高齢者慢性疾患の管理目標の知識、適切なリハビリテーションの知識、フレイル・サルコペニアの知識を十分にそなえる。さらに、さまざまな診療の場によって、実施可能な診療がどのように違うかを正しく理解する。また、関連する他職種の役割、社会制度について精通する。エンドオブライフケアに関わる医学的な知識の修得だけでなく、倫理的な考察について理解できるようになる。

ii. 専門技能(診察、検査、診断、処置など)

高齢者の急性期医療に従事し、また、高齢者の慢性疾患の管理ができるために、医療面接や身体診察、検査から、各疾患を適切に診断し管理できる技能を修得する。特に、高齢者総合機能評価(CGA)のための様々な情報収集を実践できるようになり、様々な併存症、生活機能障害を抱える高齢者に対して、総合的な判断のもと、治療の優先順位を理解し、適切な医療を提供できるようになる。また、老年症候群に代表される様々な症候に対しても、薬物療法だけでなく、リハビリテーションや生活環境への助言まで、患者ごとに適切に対応できる技能を修得する。

iii. 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は、最新の知識、技能を常に修得する努力が重要であり、特に老年病学では医学的な情報だけでなく、社会制度や介護機器の情報も得る姿勢が重要になる。

さらに、自身の体験した症例をとおして、見落とされやすい高齢者の特徴に気づき、症例報

告などで発表する姿勢や、いまだ十分な科学的証拠の得られていない課題を見出し、その解決のための仮説を設定し、リサーチに積極的に参画する姿勢が求められる。

iv. 医師としての倫理性、社会性など

各患者の診療において、倫理性やコミュニケーション能力が必要なことはいうまでもないが、なかでも老年病専門医は、高い倫理性、社会性を要求される。多職種連携におけるリーダーシップの発揮は老年病専門医の重要な使命である。また、多様な医療環境や介護環境にあわせて医療・ケアをマネジメントし、さらに、エンドオブライフケアにも中心的に関わらねばならず、そのためには十分な社会性が要求される。そして、その基本として、ともするとエイジズムに陥りがちな医療介護の現場で、過小でも過大でもない医療、ケアを高齢者に提供し続けようとする高い倫理性がも求められる。

③ 経験目標(種類、内容、経験数、要求レベル、学習法および評価法等)

i. 経験すべき疾患・病態

老年病専門研修カリキュラムに記載

ii. 経験すべき診察・検査等

老年病専門研修カリキュラムに記載

iii. 地域医療の経験(病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療など)

老年病専門研修プログラムの専攻医が、リーダーシップを発揮したり、あるいは実際に医療を実践したりする場として、地域の回復期、慢性期の病院、施設(特養、老健、その他)は、重要な位置を占め、研修期間中に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を経験するようにする。特に、地域包括ケア・在宅医療の実践/マネジメントは、カリキュラムの大項目として、原則、専攻医の全員が一定期間経験する。専門医取得後にどのような医療現場で診療を行う場合でも、これらの経験が、高齢者医療をより広い視野でみるための基盤となる。

iv. 学術活動

老年病専門医は、老年病学の教育・診療・研究におけるリーダーであることが求められる。研修期間中に、教育活動(学生、研修医対象の講義、院内セミナーや市民対象の講演を含む)を経験する。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件は達成する。

3. 専門研修の方法

① 臨床現場での学習

研修基幹施設は、認知機能を含む身体機能や生活機能の低下した高齢者に発症した急性疾患、症候の診療を多く担っており、それらの患者の担当医として、高齢者総合機能評価を施行し、急性疾患、慢性疾患に対して、高齢者の特性をふまえた診療を実践する。老年症候群への対応に関しても非薬物療法を中心とした介入経験を多く積む。基幹施設では、診療科のカンファレンスや指導医へのコンサルテーションを通して、自身のスキルのフィードバック

が日常的に得られる。加えて、老年病専門医は褥瘡、排尿障害など、内科以外の領域の知識や技術も必要とされることが多く、基幹施設での研修では、積極的に他の診療科医師やチームと関わり、幅広い病態の理解と診療スキルを修得する。

回復期から慢性期の患者を担う連携施設や在宅診療での研修では、基幹施設で修得した老年病学のスキルを多様な診療の現場で応用できるようにする。加えて、この期間も基幹施設のカンファレンスや学術活動に参加することで、常に最新の知見をえる姿勢を持ち、また経験した症例を基幹施設の指導医とも定期的にディスカッションすることで経験レベルを向上させる。

② 臨床現場を離れた学習

日本老年医学会では学術集会や地方会において、多くの教育講演が企画されており、また、各研修基幹施設は、教育的なセミナーを定期的で開催するように計画する。専攻医はそれらの講演に出席し、老年病学について幅広く学習する。

③ 自己学習

高齢者に多い慢性疾患や急性疾患のなかには、研修期間中に経験できない疾患もありえるほか、経験した疾患であっても患者によっては違う臨床経過をたどりうることも理解しなければならない。そのため、日本老年医学会で作成している老年医学テキスト、ガイドラインなどを活用して、自主的に学習する。さらに、指導医の指導のもとで学習だけでなく、より深く科学的根拠を探求する姿勢が必要である。基幹施設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ようにする。

④ 専門研修中の年度毎の知識・技能・態度の修練プロセス

3年以上の研修期間が必須である。

専攻医 1 年目

指導医の多くいる中核病院で、高齢者総合機能評価、老年症候群への対応、高齢者の特性を考慮した急性疾患診療や慢性疾患の管理の問題など、老年病専門医として重要な知識・技術を集中的に学ぶ。

専攻医 2 年目

1 年目に修得した知識・技能の修練を続けるとともに、地域の回復期から慢性期の老年疾患を担う連携施設の医療現場や在宅医療の場でそれらの知識・技能を実践し、修練する。さらに、学問的な視野で症例をみることができるようになり、症例報告を学会や医学雑誌に掲載できる能力を修得する。

専攻医 3 年目

これまでの修練での不足を補うとともに、多職種カンファレンスやエンドオブライフケアに関わるディスカッションをリードする役割を経験し、高いレベルの社会性、倫理観を修得する。また、院内外のセミナーで講演をする経験を通じて、地域や学術会議で他の医療者や住民に対して、老年病学の普及や啓発への貢献、学術的交流を行う能力を修得する。

なお、個々のケースで、研修内容が年次間で前後することはありえる。また、内科専門研修との連動研修(内科サブスペ混合タイプ)を行う場合は、研修期間は4年間となる。

4. 専門研修の評価

① 形成的評価

1) フィードバックの方法とシステム

指導医は、専攻医のカルテ記載に対して日常的なフィードバックを行うとともに、専攻医が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し、他のメディカルスタッフやローテーション先の医師からの情報も得ながら、知識・技能について評価する。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) (指導医層の)フィードバック法の学習(FD)

指導法の標準化のため内科指導医マニュアル・手引き(改訂版)を参考として学習する。また、厚生労働省や日本内科学会の指導医講習会の受講が望ましい。

② 総括的评价

1) 評価項目・基準と時期

専攻医は、専門研修期間中に、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、自身が経験・実践したケースについて、考察を含めて記載したレポート等を作成する。担当指導医は、老年病専門研修カリキュラムの各項目について、研修目標達成度を評価するとともに研修レポートの評価も行う。加えて、所定の研究発表や、院内外での教育活動も評価する。

2) 評価の責任者

担当指導医が行なった評価の結果は、プログラム管理委員会で検討し、プログラム統括責任者が承認する。

3) 修了判定のプロセス

プログラム管理委員会にて、レポート等作成、教育研究活動などを評価し、プログラムの修了を承認する。研修修了が承認されたものについて、日本老年医学会の専門医制度委員会、レポート等、研修目標達成度評価や経験、学会発表、学術論文発表、教育的活動について書類審査を行う。承認された場合は、続けて専門医制度委員会が面接審査を実施し、合格した場合、老年病専門医の資格を得る。

4) 多職種評価

各専攻医に対する医師以外のメディカルスタッフ(病棟の師長、検査技師長など、接点のある者3名程度とする)からの評価(社会人としての適性、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)を施設毎に求める。評価は

無記名方式で、プログラム統括責任者が各施設の複数職種に回答を紙ベースで依頼する。その回答は担当指導医がとりまとめる。評価結果をもとに、担当指導医がフィードバックを行って専攻医に必要な応じて改善を促すとともに、その記録を研修登録システム(J-OSLER Geri(仮称))に記載する。

研修プログラム

5. 専門研修施設とプログラムの認定基準

① 専門研修基幹施設の認定基準

- ・ 卒後臨床研修の基幹型臨床研修病院の指定基準に準ずる教育病院の水準を有していること。
- ・ 原則として、カリキュラムの内容を専門的に実践している入院症例が、常に 10 例以上ある施設であること。
- ・ 原則として、常勤の指導医が 1 名以上勤務し、十分な教育指導体制がとられていること。
- ・ 連携施設と協力して、研修カリキュラムに基づく研修が可能であること。
- ・ 研修内容に関する監査・調査に対応出来る体制が備わっていること。
- ・ 施設実地調査(サイトビジット)による評価を受ける体制が備わっていること。

② 専門研修連携施設の認定基準

- ・ 専門性および地域性から当該専門研修プログラムで必要とされる施設であること。
- ・ 原則として、当該専門研修プログラムで研修すべき症例が常時 20 名以上いること、訪問診療患者(在宅医療の場合)の場合、対象となる患者が常時いること。
- ・ 原則として、指導医が 1 名以上勤務し(非常勤を含む)、十分な教育指導体制がとられていること。
- ・ 基幹施設と協力して、研修カリキュラムに基づく研修が可能であること。
- ・ 施設内に研修委員会組織があることが望ましい。ただし、クリニック等の規模の小さな施設の場合、研修連携施設担当者を置くことで対応することも可とする。

③ 専門研修施設群の構成要件

- ・ 3～4 年間という研修年限で、必要な診療実績が保証できる施設群であること。
- ・ 原則として、専門研修指導医が基幹施設では 1 名以上常勤し、連携施設にも指導医が勤務していること(非常勤も含む)。
- ・ 基幹施設に指導医を中心としたプログラム管理委員会を設置し、連携施設には研修委員会を設置または研修連携施設担当者を少なくとも 1 名おく。半年に 1 度は施設群内で連絡協議会を開催し、専攻医の情報を共有すると共に、研修の問題点、課題とその対策を協議する。

④ 専門研修施設群の地理的範囲

基幹施設と連携施設とが地理的に離れている場合には、その移動や連携に支障をきたす

可能性があるため、都道府県やブロック内での施設群構成が望ましい。但し、研修の一環として、地理的に離れた連携を取ることも想定され、その場合は施設連携の保障と必要性について、日本老年医学会専門医制度委員会が確認する。

⑤ 専攻医受入数についての基準(診療実績、指導医数等による)

- ・ 指導医 1 名あたり、原則 3 名の専攻医の体制を確保する。

⑥ 地域医療・地域連携への対応

本専門研修プログラムでは、地域の回復期、慢性期の病院、施設(特養、老健、その他)での研修や、地域包括ケア・在宅医療の研修に重点をおいており、地域医療・地域連携に直接貢献できるプログラムと考えている。

⑦ 地域において指導の質を落とさないための方法

連携施設には非常勤の指導医しかおらず、地理的にも基幹病院から離れていることもありえる。そのような場合には、電話やメール等により速やかに指導医と連絡がとれる体制をととのえる。さらに、基幹施設でのカンファレンスや学術会議などに積極的に参加を促すことで、基幹施設の指導医とも直接話し合う機会を設けるようにする。

⑧ 研究に関する考え方

高齢者医療のために真に重要な課題を見出し、提案し、その解決のための科学的根拠を蓄積するためのリサーチに貢献することは、老年病専門医の使命であり、そのためにも、研修期間中に、症例報告などの成果を学会や医学雑誌に掲載することを必須とし、さらに、臨床研究に参加し、研究デザインの立て方や、結果の解析、解釈について学ぶことを推進する。

⑨ 診療実績基準(基幹施設と連携施設)[症例数・疾患・検査/処置など]

カリキュラムを実施できるだけの症例数・疾患を有することを診療実績基準とする。

⑩ 基本領域との連続性について

当該専門プログラムでは、内科を基本領域として、幅広い内科疾患の病態の理解と基本的な診断・治療法の修得を基盤として、特に高齢者に多い疾患、症候について、高齢者の特性を考慮しつつ、病態や診断・治療の考え方を深め、さらに、様々な診療の場で、その知識・技能を応用できる能力や、他職種との間でリーダーシップをとれる能力を身につけるものである。まさに内科領域に連続して存在する領域と考えられる。

⑪ 専門研修の休止・中断、プログラム移動、プログラム外研修の条件

専門研修プログラムの移動が必要になった場合、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、移動する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なる。これに基づき、移動前のプログラム管理委員会と移動後のプ

プログラム管理委員会が、その継続的研修を相互に認証することにより、専攻医の継続的な研修を可能とする。

疾病あるいは妊娠・出産、産前後など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。

短時間の非常勤勤務期間などがある場合、按分計算(1日8時間、週5日を基本単位とする)を行うことによって、研修実績に加算される。

6. 専門研修プログラムを支える体制

① 専門研修プログラムの管理運営体制の基準

基幹施設において、プログラムと当該プログラムに属するすべての専攻医の研修を管理するプログラム管理委員会を置き、プログラム統括責任者を置く。プログラム統括責任者はプログラムの適切な運営、発展の責任を負う。プログラム管理委員会には、基幹施設の委員に加えて、各連携施設から最低1名は、研修連携施設担当者として参加する。

② 基幹施設の役割

基幹施設には施設群を取りまとめる統括組織として、プログラム管理委員会が置かれる。ここでプログラムの管理および修了判定を行う。

③ 専門研修指導医の基準

日本老年医学会が定める要件を満たし、認められた指導医であること。その要件は下記のとおりである。

【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、申請時において老年病専門医資格を1回以上更新していること。
3. 原則として、老年病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。

④ プログラム管理委員会の役割と権限

研修基幹施設には研修プログラムと専攻医を統括的に管理するプログラム管理委員会を置くこととする。本委員会はプログラム統括責任者、研修連携施設担当者等で構成される。

プログラム管理委員会は以下の役割と権限を担う。

- 1) 専門研修プログラムを作成し、継続的な改善をはかる。
- 2) 各専攻医について、専門研修プログラムに沿った進達状況の把握、問題点の抽出、解決、および各指導医への助言や指導を行い、最終責任を負う。
- 3) 専門研修プログラム修了時に、各専攻医の評価と修了判定を実施し、結果を日本老年医学会の専門医制度委員会に提出する。

⑤ プログラム統括責任者の基準、および役割と権限

《基準》

- 1) 基幹施設の老年病学領域の責任者あるいはそれに準ずるもの。
- 2) 老年病指導医であること。

《役割・権限》

- 1) プログラム管理委員会を主宰して、プログラム作成と改善に責任を持つ。
- 2) 専攻医の採用、修了判定を行う。
- 3) 指導医の管理と支援を行う。

⑥ 労働環境、労働安全、勤務条件

労働基準法や医療法を順守することが求められる。専攻医の心身の健康維持への環境整備もプログラム管理委員会の責務である。時間外勤務の上限を明示するとともに、労働条件をプログラムに明示する。

7. 専門研修実績記録システム、マニュアル等の整備

① 研修実績および評価を記録し、蓄積するシステム

専攻医は研修登録システムに、担当した症例を日時も含めて登録し、加えて、老年病専門研修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研修登録システムを定期的に確認し、評価およびフィードバックを専攻医に与える。

② 人間性などの評価の方法

各専攻医に対する医師以外のメディカルスタッフ(病棟の師長、検査技師長など、接点のある者 3 名程度とする)からの評価(社会人としての適性、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)を施設毎に求める。評価は無記名方式で、プログラム統括責任者が各施設の複数職種に回答を紙ベースで依頼する。その回答は担当指導医がとりまとめる。評価結果をもとに、担当指導医がフィードバックを行って専攻医に必要な応じて改善を促すとともに、その記録を研修登録システムに記載する。

③ プログラム運用マニュアル・フォーマット等の整備

各専門研修プログラムでは、下記のマニュアルとフォーマットを整備しなければならない。

◎専攻医研修マニュアル

各専門研修プログラムは、老年病専攻医候補者に専門研修内容とその特徴を明示するため、老年病専攻医研修マニュアルを作成して提示しなければならない。そのマニュアルに記載を要する項目は以下のとおりである。

- 1) 専門研修後の医師像
- 2) 専門研修の期間

- 3) 研修施設群の各施設名
- 4) プログラムに関わる委員会と委員、および指導医名
- 5) 各施設での研修内容と期間
- 6) 本整備基準に示す修了要件を達成するための具体的な研修の目安
- 7) 自己評価と指導医評価、ならびに360度評価を行う時期とフィードバックの時期
- 8) プログラム修了の基準
- 9) 専門医申請にむけての手順
- 10) プログラムにおける待遇、ならびに各施設における待遇
- 11) プログラムの特色
- 12) 継続した基本領域の研修での症例認定の可否
- 13) 逆評価の方法とプログラム改良姿勢
- 14) 研修施設群内で何らかの問題が発生し、施設群内で解決が困難な場合の相談先の明示(日本老年医学会専門医制度委員会とする)
- 15) その他

◎指導医マニュアル

各専門研修プログラムは、専攻医を指導する指導医に向けた指導医マニュアルを作成して提示しなければならない。そのマニュアルに記載を要する項目は以下のとおりである。

- 1) 上記の老年病専攻医研修マニュアルの記載内容に対応したプログラムにおいて期待される指導医の役割
- 2) 専門研修プログラムにおける年次到達目標と評価方法、ならびにフィードバックの方法と時期
- 3) 個別の症例経験に対する評価方法と評価基準
- 4) 研修登録システムの利用方法
- 5) 逆評価と研修登録システムを用いた指導医の指導状況把握
- 6) 指導に難渋する専攻医の扱い
- 7) プログラムならびに各施設における指導医の待遇
- 8) 内科指導医マニュアル・手引き(改訂版)の活用
- 9) 研修施設群内で何らかの問題が発生し、施設群内で解決が困難な場合の相談先の明示(日本老年医学会専門医制度委員会とする)
- 10) その他

◎専攻医研修実績記録フォーマット

老年病専門研修登録システム(J-OSLER Geri(仮称))を用いる

◎指導医による指導とフィードバックの記録

老年病専門研修登録システム(J-OSLER Geri(仮称))を用いる

◎指導医研修計画(FD: Faculty Development)と実施記録

老年病専門研修登録システム(J-OSLER Geri(仮称))を用いる

8. 専門研修プログラムの評価と改善

① 専攻医による指導医および研修プログラムに対する評価

可能な限り年に 1 回、少なくとも各プログラムの終了時点において、専攻医が指導医やプログラムを無記名で逆評価する。連携施設での研修については、研修施設ごとに逆評価を行う。その集計結果は担当指導医、プログラム管理委員会、各施設の研修委員会または研修連携施設担当者が閲覧できる。また集計結果に基づき、プログラムや指導医、あるいは研修施設の研修環境の改善に役立てる。なお、専攻医が少ない場合には、無記名でも回答者を同定できるケースもあると思われるが、その場合にも、評価を提出した専攻医への待遇についてプログラム管理委員会が保障する。

② 専攻医等からの評価(フィードバック)をシステム改善につなげるプロセス

上記の逆評価をプログラム管理委員会において検討し、改善につなげることが求められる。

③ 研修に対する監査(サイトビジット等)・調査への対応

専門研修プログラムを擁する基幹施設は、サイトビジットの重要性を理解し、求めに応じてサイトビジットを受けいなければならない。それに際して、求められる資料はプログラム管理委員会によって遅滞なく提出されなければならない。調査の結果は、真摯にうけとめ各プログラム管理委員会において改善につなげる。なお、虚偽の申告やサイトビジットに対応できない等の不適切な事象が認められた場合には、日本老年医学会専門医制度委員会での対応を検討する。

9. 専攻医の採用と修了

① 採用方法

プログラムを提示し、それに応募する専攻医を、プログラム管理委員会において選考する。選考基準は各プログラムで規定するが、面接は必須要件である。

② 修了要件

3 年以上の研修期間が修了には必須である。

研修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 割以上に関して十分な経験を積むとともにレポートが作成されているか、学術活動や教育活動の要件が満たされているか、結果として老年病専門医にふさわしい資質と能力を備えたことを確認できるか、をプログラム修了判定基準とする。研修カリキュラムは別添えする。

プログラム管理委員会によりプログラム修了が承認されたもの(プログラム修了見込み者)は、日本老年医学会専門医制度委員会による書類審査(査読)と引き続いての面接審査を受ける資格を得る。これらに合格したものは老年病専門医の資格を得る。