

## 医学教育，臨床研修，専門医研修と老年医学

## 4. 新しい老年病専門医制度

The new system for board-certified geriatric specialists

山口 泰弘

## 要約

新専門医制度において，老年病専門医制度は内科を基本領域とするサブスペシャリティとして整備された。高齢者の全人的医療を志す立場として，介護予防からエンドオブライフまで，高齢者が医療面においてたどる一連の流れのすべてを経験するプログラムとなっている。本プログラムを立派に修了すれば，優れた高齢者診療を実践できる医師に育つだろう。加えて，将来の多くの老年病専門医が，全国の老年医学の普及の核となることが期待される。

Key words 老年病専門医制度，カリキュラム，プログラム

(日老医誌 2019；56：37-42)

## はじめに

新しい老年病専門医制度は，2018年度から開始された新専門医制度において，内科を基本領域とするサブスペシャリティとして整備されたものである。新専門医制度は，到達目標であるカリキュラムと，一定の基準を満たしていると認められた研修プログラムにより，各領域の専門医を育成しようとする制度である。特に，専門医になるために，一定の研修プログラムを経ることが求められたことに大きな特徴がある。新専門医制度には課題も多く，賛否両論の状況が続いているが，本稿ではその議論は控えることとする。新制度とともに，否応なしに発足したものではあるが，老年病専門医制度におけるカリキュラムを定め，それにむけたプログラムを作成する作業は，これからの老年病専門医のあり方を整理する重要なステップとなった。この機会に，若手の医師や，あるいは医学会全体にお

いて，老年病専門医の医師像が明確となり，その存在感の高まることが期待される。

## 老年病専門研修カリキュラム

老年病専門研修カリキュラムは，研修期間に何を体験すべきかを示したもので，必須項目のすべてと，その他の項目の7割の経験が課されることとなった。内科専門医の段階では，多くの項目について“知識”として学習するにすぎないことを，老年病専門医は，実際に“経験”することにより，より深く，より実践的に，これらの項目を習得することが求められる。

本カリキュラムの大項目とその下位項目のリストを表1に示した<sup>1)</sup>。8つの大項目は，8つのコンピテンシーとも呼ばれており，老年医学がカバーすべき内容を端的に示している。老年病専門研修プログラム整備規準の“使命”の項にあるとおり<sup>2)</sup>，老年病専門医は，高

東京大学医学部附属病院老年病科

連絡責任者：山口泰弘 東京大学医学部附属病院老年病科〔〒130-8655 東京都文京区本郷 7-3-1〕

e-mail: yamayasu-tyky@umin.ac.jp

doi: 10.3143/geriatrics.56.37

表1 老年病専門研修カリキュラムの項目リスト

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
7. エンドオブライフケアの実践/マネジメント
8. 老年病学・老年医学研究と医療への応用

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なければならない。

一見, たいへん幅広い経験が課されるように思われるかもしれないが, 若い医師の多くが経験する中核病院での急性疾患の症例を, 高齢者総合機能評価や老年症候群など臓器横断的な視点でも診ることができるようになったうえで, その前と後ろ, すなわち急性疾患を発症する前の, 介護予防や慢性疾患の管理, 急性疾患を発症した後の退院支援における多職種連携や地域包括ケア, 在宅診療, そしてエンドオブライフケアに, 興味と経験を発展させることで, 十分に到達できるカ

リキュラムと思われる (図1)。高齢者の全人的医療を志す立場として, 高齢者が医療面においてたどる一連の流れの全体を経験する必要がある。

したがって, 本カリキュラムの大きな特徴として, 疾患名は少ない。各疾患の知識は当然必須であるが, それ以上のものが求められている。専門研修の修了にあたってのレポートについても, 典型的な疾患の症例を, いわばマニュアル通りに診断し治療した症例レポートではなく, 高齢者の個々の症例のなかに潜んでいる症候や課題をいかに老年医学的に考察し, 治療やケアに繋げたかを記載したレポートがもとめられている。知識ばかりを問うのではないことに関連して, 最終的に筆記試験ではなく面接審査での合格が老年病専門医取得の要件となる予定である。

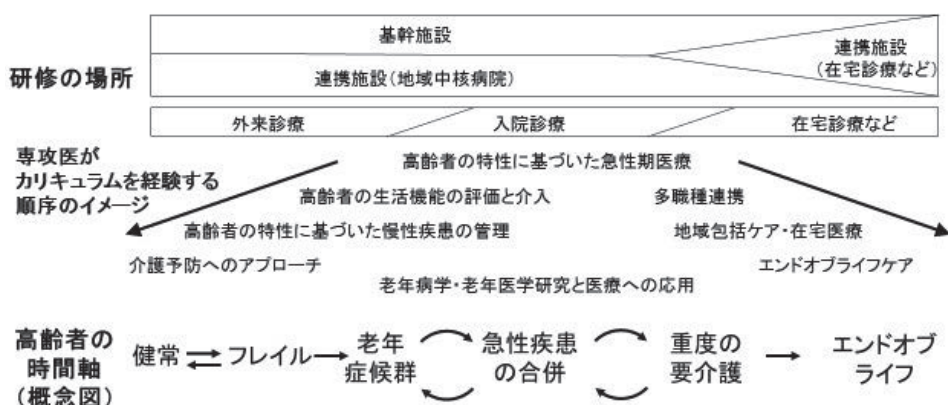


図1 専攻医が老年病専門研修プログラムにおいてカリキュラムに到達するイメージ図  
 中段に老年病専門研修カリキュラムの8つのコンピテンシーを示した。専攻医は、入院診療において急性期疾患を経験し、その経験をもとに老年医学的な視点を習得し、外来診療や在宅診療に従事しながら、経験の幅をひろげていくことができる。下段には、高齢者が医療面においてたどる一連の流れの概念図を示した。老年病専門研修プログラムが、その全体をカバーしていることがわかる。

表2 老年病専門研修プログラムの年次ごとの研修計画の例<sup>3)</sup>

標準コース (例)
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)
在宅診療重点コース (例)
1-2年目 基幹施設での研修 (1年間) と地域中核病院での研修 (1年間)
3年目 在宅診療の研修に専従
(4年目 基幹施設での研修：内科・老年病混合タイプの場合)
リハビリテーション病院重点コース (例)
1-2年目 基幹施設での研修 (1年間) と地域中核病院での研修 (1年間)
3年目 リハビリテーション病院の研修に専従
(基幹施設での研修期間中もしくは研修3年目に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)
高齢者施設重点コース (例)
1-2年目 基幹施設での研修 (1年間) と地域中核病院での研修 (1年間)
3年目 療養病床や連携する高齢者施設を有する病院の研修に専従
(基幹施設での研修期間中もしくは研修3年目に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)

### 老年病専門研修プログラムの実際

表2は、年次ごとの研修計画の一例である<sup>3)</sup>。基幹施設には日本老年医学会により認定された指導医が1名以上勤務していることが条件とされており、連動する内科専門研修との関係からも (後述)、大学病院や

地域中核病院が基幹施設になることが多い。基幹施設は、充実した教育体制を有していると思われ、専攻医は、ここで、急性期疾患の診療とともに、高齢者総合機能評価や老年症候群への対応のしかたを学ぶことができる。他の診療科や診療チームと連携することもあり、侵襲的治療の適否の判断をせまられることもあ

る。入院症例を通して、薬物有害作用や薬剤アドヒアランスの問題も必ず経験する。また入院症例の背景にある認知症や生活習慣病の管理やフレイル・サルコペニアについての教育を受ける機会も多いであろうし、外来診療では、自らがその管理に従事できる。介護を要する患者の退院にあたっては、短期ではあってもリハビリテーションを経験するであろうし、栄養管理の問題にも直面すると思われる。さらに、退院後もどのように機能を維持するか、どのように生活を支えていくかという問題に積極的にかわり、それらを通して多職種連携や退院支援を経験し、理解を深めていくことができる。

表2の例では、地域中核病院を連携施設に含めることで、基幹施設で教育された老年医学的アプローチを、さらに豊富な症例で実践していく経験をもつように組まれている。基幹施設のみで豊富な症例が偏りなくあるならば、この連携は必須ではない。続いて、表2の例では、3年目から、在宅診療や、リハビリテーション病院、療養病床や高齢者施設を有する病院での研修が予定されている。特に在宅診療は、今後、ますます老年病専門医が関わるべき領域と思われ、カリキュラムにおいてもモデルプログラムにおいても、その重要性が強調されている。ここで、多職種連携の経験をさらに積むことができるし、地域でのエンドオブライフケアの経験をつむこともできる。ただし、すべての専攻医が、在宅診療所に常勤医として勤務することは困難であり、基幹施設での研修と並行して非常勤医として在宅診療を研修することが例示されており、運用上の参考になると思われる。

そして、この間に、自身の経験をもとに、より俯瞰的な視点で老年医学をみることができるようになることが期待される。専門研修の修了基準としても、学術活動および教育活動として、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、ならびに、なんらかの教育活動（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）を経験することが要件とされている<sup>2)</sup>。

ただし、それぞれの老年病専門医が、将来、本邦の高齢者診療にどのように貢献するかは、当然、さまざまである。地域の中核病院で高齢者救急に従事する者

や、介護老人保健施設などで慢性期の診療に従事する者、認知症の診療とケアに従事する者、在宅診療に従事する者、地域の診療所でプライマリーケアに従事する者、老年医学の研究に従事する者など、多様である。したがって、プログラムもまた、あまりに画一的であることは望ましくない。表1のモデルプログラムが、○○重点コースとしているのは、全くの一例にすぎず、将来の進路が明確な専攻医には、コアな部分(カリキュラムでの必須項目)をおさえたとうえで、3~4年の研修期間を有効に過ごせるように、自由度をもって対応すべきである。

## 内科専門研修との連動

内科専門研修3年、老年病専門研修3年では、専門医になるために6年を要することになり、紆余曲折の末、最短4年で内科専門研修と老年病専門研修を修了できることとなった(図2)。特に混合コースでは、事実上4年間、内科専門研修と老年病専門研修を同時に研修できるので、専攻医は、4年の単位で、それぞれの専門研修で課されていることをクリアすればよい<sup>4)</sup>。

図3には、内科専門研修とあわせた老年病専門研修の具体的な研修の例を示した。どのような研修であれば両プログラムを修了できるか、現時点では、全員が手探りである。しかし、高齢者の疾患は多彩であることを鑑みても、症例の収集に汲々とするのではないと予想している。特に老年病専門研修プログラムでのカリキュラムは、老年医学的なアプローチを重視しており、症候や症例そのものは頻度の高いものばかりである。

なお、プログラムを運用するにあたって、老年病専門研修の連携施設を、連動している内科専門研修の連携施設あるいは特別連携施設としても登録しないと、並行研修できなくなるので注意が必要である。また、制度上は、連動する内科専門研修を他施設におき、老年病専門研修のみを実施する基幹施設になることは可能であるが、ほとんどの老年病専門研修プログラムの基幹施設は、連動する内科専門研修プログラムを自施設で実施している。

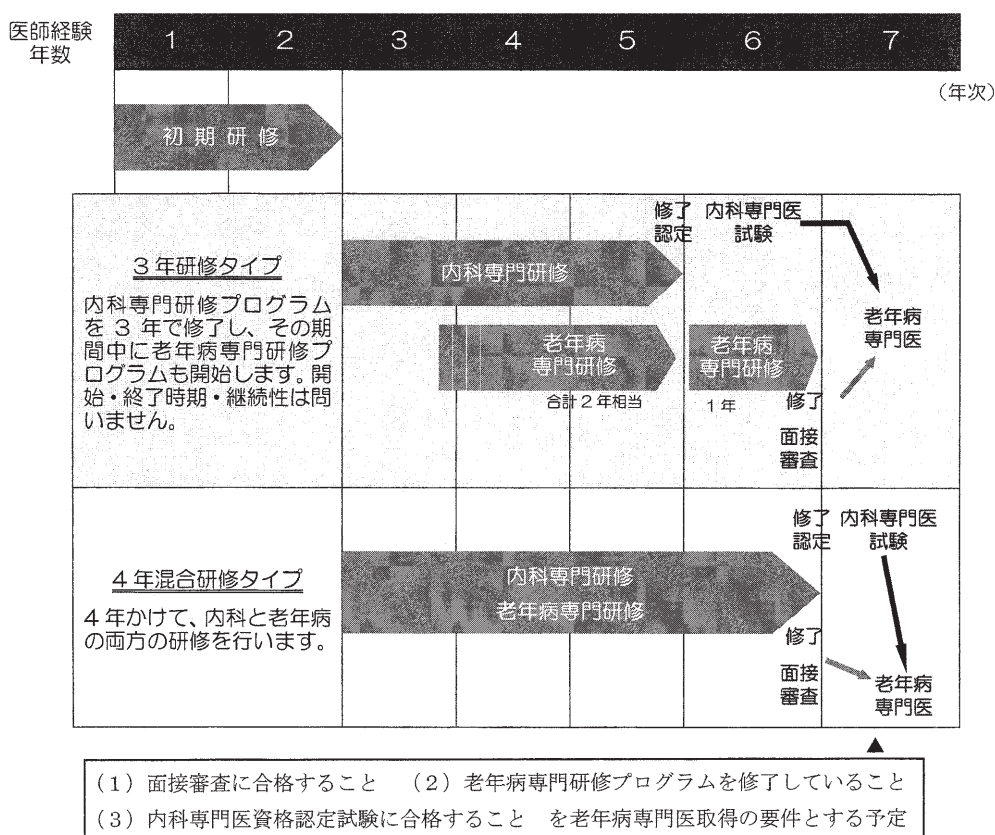


図2 新専門医制度における老年病専門研修プログラムと内科専門研修プログラムの概略図<sup>4)</sup>  
参考文献4を一部改変して作成

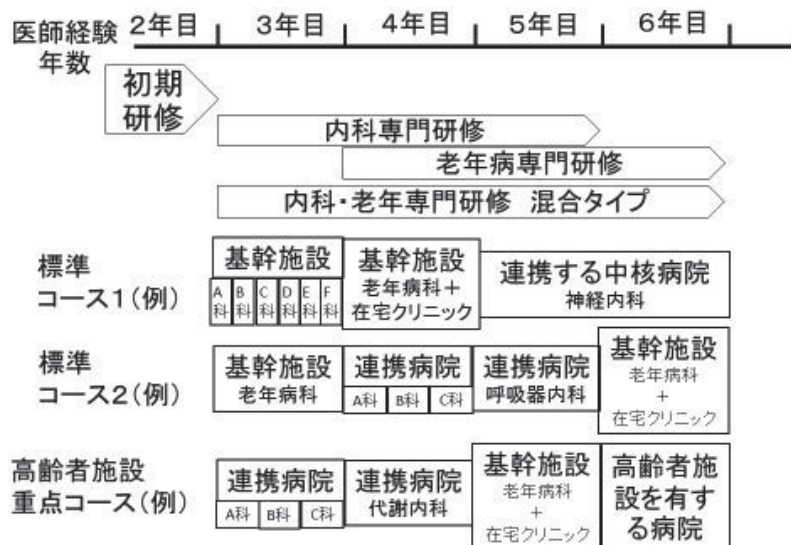


図3 内科専門研修と老年病専門研修をあわせた研修計画の例

## 老年病専門研修プログラムへの期待と課題

老年病専門研修を立派に終えることができれば、高齢者の診療において、どの職種からも“頼られる医師”になるだろう。その活躍の場は、前述のように、地域中核病院での高齢者救急、認知症の診療とケア、施設での診療、在宅診療、高齢者のプライマリーケア、老年医学の研究など、実に多様であり、かつ、いずれのニーズも非常に高い。

一方、本邦の高齢者診療の未来を、老年病専門研修プログラムがどのように支えるのか、現実的な課題も多い。老年病専門医の活躍の場が広いことの裏返しとして、高齢者診療に深くかかわる医師の数は、老年病専門医数よりも圧倒的に多い。たとえば、厚生労働省の報告によれば、全国の在宅療養支援診療所の届け出数は、H27に14,562件である。一方、2018年9月現在の日本老年医学会の専門医数は1,462名である。実働している診療所数は届け出数より少ないとは思われるが、それにしても、今後、毎年100名の新しい老年病専門医が育って、その半数が在宅診療に従事するという、ありえない計算をしても、在宅療養支援診療所の届け出数の過半数を超えるのに、文字通り100年以上かかる。一方で、他の内科のサブスペシャリティのように、“難しい老年疾患は老年病専門医が診て、そうでない老年疾患を非専門医が診る”というすみわけも、老年疾患はcommon diseasesであるから、多くの場合そぐわない。

おそらく、老年病専門医が老年医学のなかで果たすべき役割は、他の専門医が各領域で果たす役割とは異なる。老年病専門領域の理念と使命として、「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」、あるいは、「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」と整備基準に書かれている意味は大きい<sup>2)</sup>。老年病専門医のなかの多くが、地域レベルで、あるいは、全国レベルで、老年医学に基づく診療のあり方の範となり、その普及の核となることが期待されている。

そのように考えると、全くの私見であるが、老年病専門医の育成は、リーダーの育成であるから、じっくりと育てればよい。生涯にわたって研鑽をつむ姿勢もまた、老年病専門医になるために求められる資質である。また、現時点では、実際に運用されるかどうか明らかでないが、他の領域の専門医が、いわゆるダブルボードとして老年病専門医になるコースも活発に運用されることが期待される。

一方で、高齢者診療に従事する医師の圧倒的多数が老年病専門医でない現状が続くことは明らかであるから、新専門医制度による専門医とは異なるインセンティブがますます必要になる。実際、このような方向での活動も、すでに学会活動として多く実施されはじめている。

## おわりに

本稿は、新しい老年病専門研修プログラムの作成の一部に携わった立場として記述した。約2年前、本邦を代表する老年医学の専門家が結集して、カリキュラムをひとつずつ作成する場をともにする機会もえた。まだまだ課題も多いかもしれないが、全国の指導医と専攻医が、このカリキュラムの項目のひとつひとつを深く理解し、真摯に研修にうちこめば、すばらしい高齢者診療を實踐できる医師に育つと期待している。

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 [https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/senmoni/pdf/carriculum\\_2018.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/senmoni/pdf/carriculum_2018.pdf)
- 2) 日本老年医学会ホームページ [https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/senmoni/pdf/seibikijun\\_2018.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/senmoni/pdf/seibikijun_2018.pdf)
- 3) 日本老年医学会ホームページ [https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/senmoni/pdf/program\\_model.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/senmoni/pdf/program_model.pdf)
- 4) 日本老年医学会ホームページ [https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/senmoni/pdf/gairyaku\\_2018.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/senmoni/pdf/gairyaku_2018.pdf)