

初期臨床研修における老年医学

Geriatrics in the initial clinical training of the junior residents

有岡 宏子

要約

世界に先駆けて超高齢社会に突入した日本において、今後も高齢化率は上昇し、同時に進行する少子化と相まって医療需要の大きな変化が推測される。その中で特に高齢者に対する医療提供に関しては、複数の疾患を併せ持つこと、加齢に伴う生理的な変化が症状の現れ方や治療への反応に影響を及ぼすことなどから、多くの若年者を対象に考えられた診療ガイドラインをそのまま適用しづらいことがあり、これらの特徴を十分に理解した上での治療法の選択やゴールの設定が必要となる。また、高齢者の特徴として老化の身体的・精神的・社会的な機能面に対する影響の大きさやその進行速度は個人によりそれぞれ異なっていること、症状や所見が非典型的で個人差も大きいこと、などが挙げられ、患者の持つ全ての病態を個別に評価し、さらに包括的な管理をすることが望ましい。高齢化社会を迎えた日本においては、初期研修のうちからは是非、多くの若年者を対象とした分野とは別に高齢者の特徴や特有の疾患、病態、治療方針などについて経験し、学ぶ機会をもつべきであり、高齢者の終末期医療やケアについても、人生の最終局面である「死」を迎える高齢者が個々の価値観や思想・進行を十分に尊重した最善の医療を受けることができるように配慮する経験は非常に重要と考える。入院・外来を問わず、常に患者さんの社会背景に関して興味を持ち確認することの重要性を認識し、利用できる社会資源の種類とその利用方法などを正しく理解すること、さらに、急性期治療が終わって退院する時が最終的なゴールではなく、長期的な経過について考察し、その後の生活の質を考慮した目標に向かって患者およびその家族を支えるチームのリーダーとしての役割を担えるような医師に成長していくことを期待して、その教育の第一歩は是非、初期研修医の期間に始めるべきだと考える。

Key words 超高齢化社会, 老年症候群, 終末期医療, 初期臨床研修

(日老医誌 2016; 53: 79-87)

日本の抱える高齢化社会の問題点

(1) 超高齢化社会を迎える日本

総務省の発表によれば、我が国は世界でも類を見ない超高齢社会に突入しているという。国立社会保障・人口問題研究所の推計では、2000年の国勢調査からは1億2,700万人前後で推移していた日本の人口が、2030年には1億1,662万人となり、2060年には9,000万人をも割り込むことが予想されている。総人口に対しての65歳以上の高齢者人口が占める割合を高齢化

率とする世界保険機構（WHO）や国連の定義に従えば、高齢化率が7%を超えた社会を「高齢化社会」、14%を超えた社会を「高齢社会」、21%を超えた社会を「超高齢社会」というが、世界に先駆けて超高齢社会に突入した我が国においては、今後も高齢化率は上昇することが見込まれており、65歳以上の高齢者が2060年には約40%に達すると予想される（図1）。日本において最も高齢化率が低かったのが1935年で、4.7%であったが、その後、1950～1970年代の出生率の低い時代を経て、さらに医療技術の進歩により死亡率が下

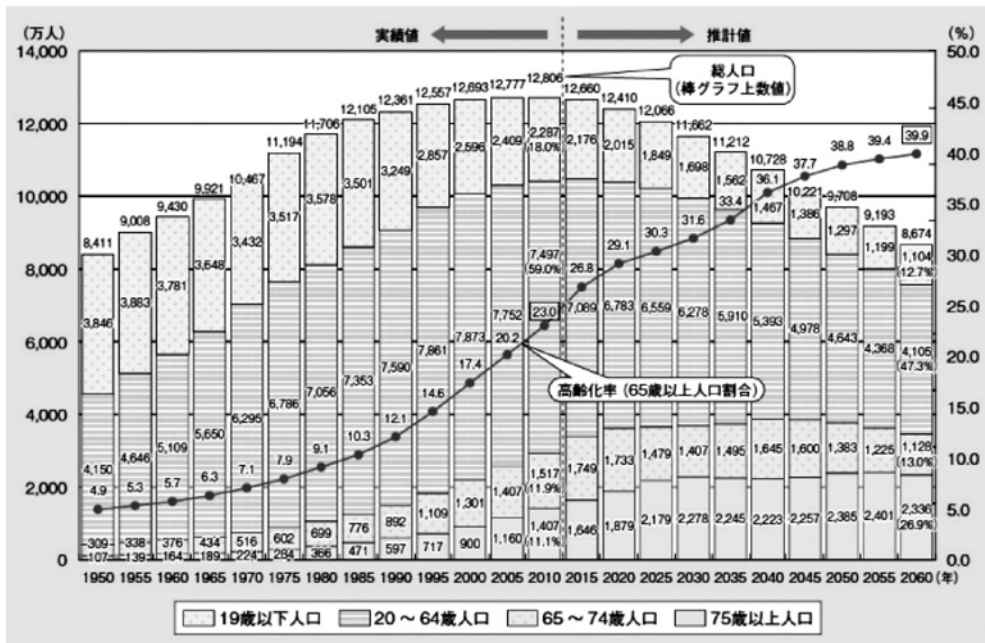


図1 日本の人口推計と高齢化率の推移

(出典) 2010年までは総務省「国勢調査」, 2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

がり, それに伴って平均寿命がのびて高齢化率が高くなったと考えられる。「高齢化社会」から「高齢社会」に進むのに要した時間はドイツが42年, フランスが114年であるのに対し, 日本は24年という異例の速さであり, 今後日本がこの「超高齢社会」においてどのように対応していくのか, 世界中が注目するところである。

日本においては高齢化のみならず少子化の進行により人口とその構造が激変していくことは明らかであり, このように人口構造が変われば疾病構造も変わる。疾病構造が変われば医療需要も変わり, それにあった医療提供体制の整備が必要とされることを日本学術会議臨床医学委員会老化分科会は提言している¹⁾。以下にその一部の概要をまとめる。

(2) 医療需要の推移

第二次世界大戦後しばらく日本人の死因の上位は結核, 肺炎・気管支炎などの急性疾患が占めていたが, 抗菌薬の開発や衛生環境の改善により感染症による死亡は激減し, 1970年代に入ると悪性新生物に加え心

疾患, 脳血管疾患が死亡原因の上位を占めるようになった。特に, 脳血管障害や心血管疾患は生活習慣病を基盤とする慢性疾患であり, 長期にわたる受療が必要であるが, これらの患者が広く医療を受けることが可能になったのは, 1961年に国民皆保険体制が整えられたことによる。この制度整備によって, 全ての国民に対する標準治療の現物給付および出来高払いという現在の保険医療提供体制の原型が確立し, 平均寿命が延びるという結果につながったものと考えられている。急速な高齢化によって, 今後日本の医療需要は大きく変わることが予想され, 認知症や老年症候群など日常生活動作 (activities of daily living: ADL) の障害を伴う退行性疾患に対する医療や介護サービスが大きな割合を占め, それが国家財政への大きな負担となるであろうことは想像に難くない。

高齢者に対する医療提供の歴史を1973年までさかのぼってみると, その年には老人医療費支給制度が制定され, 一定の所得制限はあるものの70歳以上の高齢者の自己負担を国と地方公共団体が支給することとなった。その結果, 1970年から1975年の高齢者受療

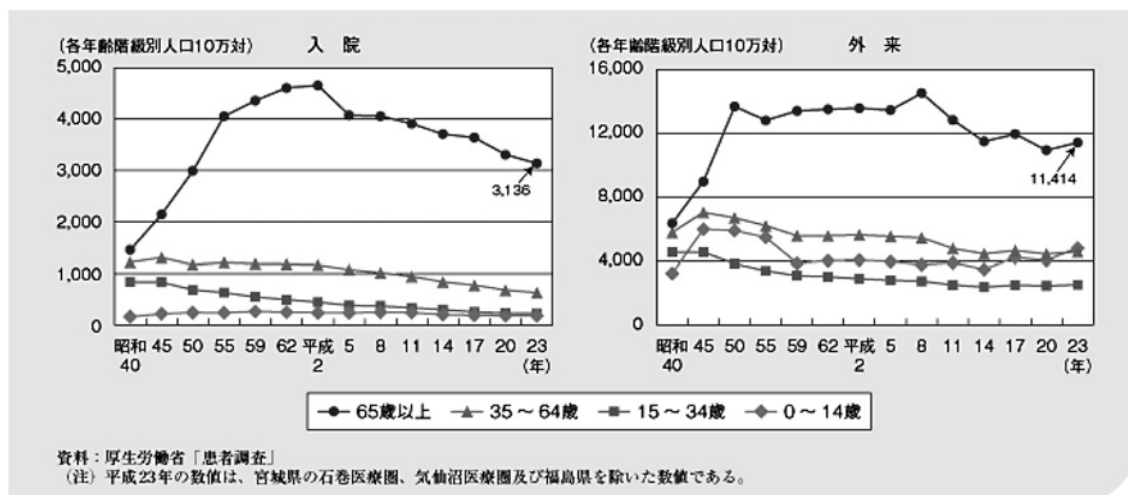


図2 年齢階級別受療率

率は1.8倍に跳ね上がり（図2）、病院や診療所の外来のサロン化や、介護制度の整備が追いつかないためのいわゆる「社会的入院」の増加がおり、老人医療費が急増することで、特に高齢者の多い国保の運営がきびしくなるなどの問題が起こった。そのために、1982年に成立した老人保健法では、全国平均の高齢者加入率に基づいて算出された拠出金を各医療保険者で等しく負担する仕組みが新たに導入されるとともに、老人医療費の一定額を患者が自己負担することとなった。しかし、その後も人口の高齢化は急速に進み、現在でも国民に対する大きな負担となっている。高齢者の受療率は外来、入院ともに他の年代より高く²⁾、平成24年度の一人あたり医療費を見ると70歳未満は18.1万円に対し、70歳以上で80.4万円、75歳以上では91.5万円というのが現状である³⁾。今後、75歳以上の高齢者人口はさらに長期にわたり増加することが予測されており、2012年に38兆円であった医療費は、2025年には50兆円を超えると推測されている。

需要と供給の両面から見ると、都市部では生産年齢人口である若者が依然として減少傾向にあり、後期高齢者、特に85歳以上の独居者人口が急激に伸びると考えられ、看取り対策や在宅医療の需要が一層顕在化する。一方、高齢化がすでに進んでいる地域では、今後の後期高齢者人口の伸びは比較的緩やかである反面、生産年齢人口の減少幅が大きく、将来にわたり需

要に応えるだけの医療・介護提供者の確保が困難となる。2015年（平成27年）にはいわゆる「ベビーブーム世代」が前期高齢者（65～74歳）の年代に到達し、その10年後2025年（平成37年）には高齢者人口は（約3,500万人）に達すると推計される。またそのうち認知症高齢者数は約320万人とみられており、認知症高齢者の急速な増加が予想される。同時に世帯主が65歳以上の高齢者の世帯数は約1,840万世帯に増加し、約7割を一人暮らし・高齢夫婦のみ世帯が占めると見込まれる。中でも高齢者の一人暮らし世帯の増加が著しく、一人暮らし世帯は約680万世帯（約37%）に達すると見込まれる。

このような、日本の医療事情の変化を踏まえて、日本学術会議臨床医学委員会老化分科会は、高齢者特に後期高齢者の疾患は完治しない場合も多い事を挙げ、「治すこと（Cure）」のみを目指す従来型医療から、治すとともに、症状を緩和しながらQOLを尊重しつつ病気や障害と共存していく「治し支える医療」への転換が求められている事の重要性を提言している。

老年医学とは？

高齢者では、加齢に伴う生理的な変化という点から症状の現れ方や治療への反応が若年者とは異なるということや、複数の慢性疾患をあわせもつこと、そのた

めに薬剤の数が増えて相互作用や副作用がおりやすくなることなどから若年者に対する診療ガイドラインをそのまま適用しても必ずしも良好な結果を得られないことがあり⁴⁾⁵⁾、医療提供にあたってはこれらの特徴を十分に理解してその治療法を選択していく必要がある。

平成25年日本老年医学会では、これらの問題に対応し、医療従事者が高齢患者に対して過剰でも過小でもない適切な医療を提供できるようにする目的で「高齢者に対する適切な医療提供の指針」⁶⁾を発表した。その中では、高齢者の特徴として、老化の身体的・精神的・社会的な機能面に対する影響の大きさやその進行速度は個人によりそれぞれ異なっていること、複数の疾患に罹患していることが多いこと、症状や所見が非典型的で個人差も大きいこと、などが挙げられ、患者の持つ全ての病態を個別に評価し、さらに包括的な管理をすることが望ましいと述べられている。また、高齢者では疾患の経過が医学的要因のみならず、環境要因の影響を強く受けるため、居住環境や生活習慣、経済状態、家族関係、社会関係を把握し、それらを医療に反映することの重要性が説かれ、さらに、複数の問題に対して、複数の医療機関から断片的かつ重複した医療提供を受ける可能性が高い一方で、年齢や身体的、精神的、社会的な機能の低下などを理由に、受け入れや処置などの医療提供が制限され過少医療に陥る危険性もあることから、高齢者においても有効性が確立された医療行為が存在することを念頭に置いて、ベネフィット・リスクバランスを考慮した医療提供を心がけるべきであると述べられている。

また、予備力の乏しい高齢者の日常生活活動度は疾患によって容易に低下し、回復しにくいことから、疾病予防の重要性と疾患罹患時の早期離床、リハビリテーションの早期導入によって日常生活機能を保持する事の重要性が説かれている⁷⁾⁸⁾。

高齢者に多くみられ、原因は様々であるが、治療と同時に介護・ケアが重要となる一連の症状、所見を「老年症候群」という⁹⁾。欧米ではその重要性から「Geriatric Giant」と呼ばれ、老年医学を学ぶ初日に出会う言葉といわれて高齢者に接する上での最初の重要な手かかりと位置づけられる。例えば、転倒・骨折は、骨粗鬆症、脳血管障害、糖尿病による下肢血管障害、起立

性低血圧などによる歩行不安定や、めまいなどによって起きる事があり、一旦骨折した後は、寝たきりになり、介護負担が発生することがある。老年症候群は以下のように大きく3つに分類される。

1. 主に急性疾患に付随する症候：若い人と同じくらいの頻度でおきるが、対処方法は高齢者では工夫が必要な症候群。

2. 主に慢性疾患に付随する症候：65歳の前期老年者から徐々に増加する症候群。

3. 75歳以上の後期高齢者に急増する症候：日常生活活動度（ADL）の低下と密接な関連を持ち、介護が重要な一連の症候群

これらの症状は日常生活活動度やQOLの低下に直接的に関連するため、これらを予防することや、早期発見、早期治療が重要と考えられ^{10)~12)}、図3にはこの3つの老年症候群の分類と加齢変化と、高齢者の複合的疾患構造が説明されており、医療と介護が不可分であることを示している¹³⁾。これらの事を考え合わせれば、複数の慢性疾患を同時にもち、生理的な老化という要因を併せ持った高齢者の治療のゴールは、完全な治癒ということではなく、症状を緩和して上手に疾患とつきあっていくというところに設定する場合も多いのが現実であろう。であればこそ、患者本人が快適と思える場所、患者のQOLを維持できる場所となるべく長く過ごせるよう医療、看護、介護、福祉による地域包括ケアを含めた総合的なケアを目指すことが重要であると述べられており、保健、医療、福祉が協力して取り組むことでそれを実現させていくことが目標となる¹²⁾。その際高齢者は、認知機能の問題などから意思決定が困難となることも多いが、立場や価値観のちがいを十分理解した家族や医療に携わるチームが支援をすることで、患者やその家族が能動的に医療提供に関わることで、医療の質の向上、機能低下の予防がより期待できるとされる¹⁴⁾¹⁵⁾。

具体的な医療提供の場については、入院、外来以外にも訪問看護ステーションや往診医など地域における医療資源を十分活用した在宅医療や施設における医療も考慮すべきとされ、在宅医療の場合には、特に介護者の心身にかかる負担についても考慮が必要であることが述べられている。一人の介護者に負担が集中し

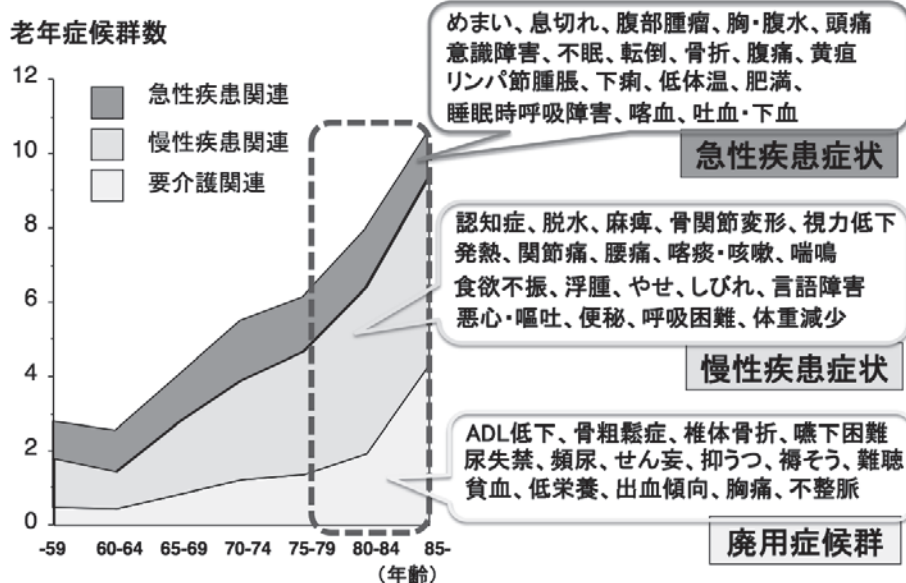


図3 加齢と老年症候群
文献13より引用

たり、老老介護といった状況では、介護者自身のQOLの低下や精神的ストレスなどの問題がおこりやすく¹⁶⁾、介護保険サービスなどの社会資源の導入を積極的にすすめて、介護者の負担を軽減する方策を考へることが重要と考えられる。

また、高齢者の特徴として重要なものに「高齢者の薬物療法についての基本的な考え方」がある。高齢者では加齢やさまざまな合併症の薬物動態に及ぼす影響などから有害事象が起こりやすいことを理解し、薬物に対する反応や有害事象を注意深く評価する必要について述べられている。認知機能、嚥下障害などからアドヒアランスが不良になりやすい事、複数の疾患に罹患している状況では多剤併用となりやすい事など、注意すべき点が多い。

なぜ初期研修で老年医学を学ぶ必要があるのか

これまで、現在そして今後日本が向かうであろう高齢化社会の問題点、特に医療に関わる部分についてさまざまな情報を提示した。我々が昔、医師になってまづ最初に学んだ多くの若年者を対象とした診断や治療

の考え方は異なる点が多いことは明白である。超高齢社会を迎えた日本においては、初期研修のうちから是非、多くの若年者を対象とした分野とは別に高齢者の特徴や特有の疾患、病態、治療方針などについて経験し、学ぶ機会をもつべきではないだろうか。

医師法第16条の2第1項の規定に定められた初期臨床研修に関する省令に基づいて厚生労働省が定めた「臨床研修の到達目標」の中の「II 経験目標」では、A. 経験すべき診察法・検査・手技 (7) 診療計画の中に、「QOLを考慮にいたった総合的な管理計画(リハビリテーション、社会復帰、在宅医療、介護を含む。)へ参画する。」という目標や、B. 経験すべき症状・病態・疾患 (18) 加齢と老化の中に、[1] 高齢者の栄養摂取障害 [2] 老年症候群(誤嚥、転倒、失禁、褥瘡)という2つの目標が挙げられおり、これらは特に老年医学の分野と深く関連しているであろうし、さらに、C. 特定の医療現場の経験の (2) 予防医療と (3) 地域医療の中にも老年医学と関連のある目標が含まれている。他の経験すべき手技や疾患・病態と並んでこれらの項目が掲げられている理由は、成人特に若年者を基準とした診療や治療のプロセスと異なっているからであることは明白である。先にも述べたように、高

高齢者では加齢に伴う生理的な変化という点から症状の現れ方や治療への反応が若年者とは異なるということや、複数の慢性疾患をあわせもつこと、そのために薬剤の数が増えて相互作用や副作用がおこりやすいという特徴がある。そのために、若年者を対象とした診療ガイドラインを学ぶ事とは別に、高齢者の特徴を十分理解したうえでその診断や治療までのプロセスを選択できる能力の修得が望まれる。

また、治療のゴールを考える上で、意思決定の困難な本人を家族と共に支える医療チームの存在は重要である。個人のこれまでの歴史や価値観、取り巻く環境などから、治療上優先される目標が個人によって異なり、それが医療提供者側の考えるものと合致しないこともある。当然個人の意思は尊重されるべきであるが、患者が判断を誤らないように診断や治療方針に関する確実な情報を提供し、患者本人および家族の意見を尊重しつつ、合意形成を行いながら両者の向かう目標を設定するプロセスが重要である。そのプロセスにおいて、病院の医師、看護師のみならず、地域での在宅医療を支える在宅医、訪問看護師、介護やリハビリに関わるすべての職種がチームとなって患者と家族を支援することでより効果的な結果を期待できる。初期研修医の立場でチームの一員として関わることで多くの症例を経験し、高齢者医療の多様性や困難さを学ぶことは重要である。

これらの重要な点を経験、学んだ後最終的には、終末期を迎える高齢者に対してどのように対応していかるといふところにいきつく。2001年、日本老年医学会は人生の最終局面である「死」を迎える高齢者が個々の価値観や思想・信仰を十分に尊重した最善の医療を受けることができるように、『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する「立場表明」を発表した。それから10年以上が経過し、それまでは控えめに語られてきた死や終末期についても、積極的に議論されるようになってきた。一般の人々の間にも、いたづらに命を引き伸ばすことよりも、その人らしい尊厳のある死を迎えたいという考えが広まってきている。2012年にはこれらの変化を踏まえて「立場表明」には改定がなされた(表1)。超高齢社会を迎え、今後は死亡者に占める高齢者の割合が増大し、高齢者の終末期医

療およびケアはますます重要な問題となる。当然、医師としての第一歩を踏み出した初期研修医にも経験の場を与える必要があり、卒前教育を含めて今後検討する必要があると思われる。

老年医学の学びの場としての総合診療

我々総合診療医のあり方は、それぞれの病院の存在する地域や病院の規模などによってさまざまであろう。あえて総合診療科と標榜していなくてもその役割を果たしている部署もあれば、救急部と合体した形で初診外来を担うといった形態をとるところもある。1例として当院の一般内科について少し紹介させていただきたい。聖路加国際病院は東京都23区のある中央区の更に中心部に位置し、大規模商業地である銀座と下町と言われる月島、佃といった地域に隣接している。平成27年のデータでは、65歳、75歳以上がそれぞれ16%、7%を超える他に違わぬ超高齢社会を迎える地域である。内科の中には一般内科以外に14の専門科があり、それぞれの専門領域における高度先進医療を担っている。最新の医学技術が進めば進むほど専門科は細分化され、診断や治療のためのガイドラインはどんどん更新されていく。死亡率は低下し、それに伴って平均寿命が延長し高齢化率が増加の一途をたどる今、高齢者には若年者と同様の最新技術やガイドラインが適さない場合があることが明らかになってきた。通常当科には、専門科での治療を要しない重症度の疾患や、複数の問題を抱えている場合、年齢による日常生活活動度の低下により治療のゴール設定が困難な患者さんなどが入院されることが多い。ゴールを含めた治療方針について、本人の意思が確認しづらい場合もあれば、家族との話し合いでも速やかに決定できない場合もある。昨今の傾向としては高齢の配偶者が一人で介護をしていたり、高齢になって身寄りがなく独居で生活している場合も多い。

平成9年(1997年)の国会で制定された介護保険法に基づき平成12年(2000年)4月1日から施行された日本の社会保険制度は、その目的として、本人や家族の所得や財産にかかわらず、要介護者本人や家族が望む必要で十分な介護サービスを介護事業者から受

表1 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012

■立場-1: 年齢による差別 (エイジズム) に反対する	いかなる要介護状態や認知症であっても, 高齢者には, 本人にとって「最善の医療およびケア」を受ける権利がある
■立場-2: 個と文化を尊重する医療およびケア	高齢者の終末期の医療およびケアは, わが国特有の家族観や倫理観に十分配慮しつつ, 患者個々の死生観, 価値観および思想・信条・信仰を十分に尊重しておこなわなければならない。
■立場-3: 本人の満足を物差しに	高齢者の終末期の医療およびケアにおいては, 苦痛の緩和と QOL の維持・向上に最大限の配慮がなされるべきである。
■立場-4: 家族もケアの対象に	高齢者の終末期の医療およびケアには, 患者本人だけでなく家族などのケアも含まれる。
■立場-5: チームによる医療とケアが必須	高齢者の終末期における医療およびケアは, 医学のみならず看護, 介護, リハビリテーションなど, 幅広い領域を含む学際的な医療およびケアである。
■立場-6: 死の教育を必修に	終末期患者に最善の医療およびケアを提供するために, 医療・介護・福祉従事者など終末期の医療およびケアに携わる者は, 死の教育ならびに終末期医療およびケアについての実践的な教育を受けるべきである。さらに, 全人的医療の立場から実施する, 終末期における最善の医療およびケアについて, 国民にひろく理解を得るための啓発活動が必要である。
■立場-7: 医療機関や施設での継続的な議論が必要	医療機関や施設は, 高齢者や家族の意思決定の支援と「最善の医療およびケア」の実現のために, 終末期の医療やケアについて議論する倫理委員会またはそれに相当する委員会を設置すべきである。
■立場-8: 不断の進歩を反映させる	すべての終末期の医療およびケアに関する考え方, 決定のプロセス, 方法あるいは技術などについて, それらが患者の QOL の維持・向上に有益であるという「科学的根拠」の確立や「標準化」を目指す努力や研究活動が継続されるべきであり, そのために十分な資金の拠出が必要である。
■立場-9: 緩和医療およびケアの普及	高齢者のあらゆる終末期において, 緩和医療およびケアの技術がひろく用いられるべきである。
■立場-10: 医療・福祉制度のさらなる拡充を	あるべき「終末期の医療およびケア」の実現のためには, 制度的・経済的支援が不可欠である。
■立場-11: 日本老年医学会の役割	高齢者の終末期医療およびケアについて, 今後も科学的検証を進めて, 広く国民もまじえた議論を続ける必要がある。

けることができ, さらに要介護者の家族を介護負担と介護費用負担から解放することを掲げた。平成 27 年 (2015 年) 3 月の時点で介護サービス給付認定者は 560 万人で, 被保険者の約 18% を占める。しかし, 日常診療で遭遇する高齢者の在宅介護の現場では, 必要と判断される要介護者すべてがこれらの制度を十分に活用できているとは言いがたいように感じることもある。認定制度に関する知識や理解の不足から介護保険を受けずに老老介護になっていたり, 特定の家族に過大な負担がかかっている場合も少なくない。また, 特に高齢者では他人の関与を不快に感じたり, 人の手を煩わせることに対する罪悪感から, サービスの導入をためらう場合もある。また, 高齢化に伴う日常生活活動度の低下に家族も本人も気づいていないこともある。このような高齢者を取り巻く環境や在宅医療や介護の現場を経験し学ぶには, 当院のシステムにおいては我々の科が非常に適しているのではないかと考えて

いる。表 2 に, 当科で経験できる老年医学に関する項目を列挙した。初期研修医, 専攻医はともに約 1 カ月のローテーションの中で, 高齢者の特徴を学び, 正しく現状を把握し, 本人やその家族, 介護者とのコミュニケーションを経験しながら最終的には個人に最も適した治療やゴールの選択方法を学ぶ。看護師, ソーシャルワーカー, リハビリ担当者, さらに地域の医療従事者とのカンファランスなどでは, チーム医療の重要性とその効用を学ぶ経験もする。少数の症例ではあるが訪問診療も行い, 急性期治療が終わって退院後の自宅での様子をみながら, 長期的な予後と治療計画について考える場も経験する。それまでは病院の中で急性期の治療にのみ集中していた意識を, 退院後の生活にまで広げる機会を得ることができる。専門各科で最新の高度な技術や治療法を学ぶことは別に, 高齢者の特徴を踏まえた上での診断へのアプローチ, 病態の理解, 個体差や個々の意思を尊重しながらの治療方法の選

表2 一般内科で経験可能な老年医学に関する項目

- 外来および入院患者の診療における高齢者特有の疾患の診断
病歴聴取 身体所見 診断方法の選択
- 併存する合併症の評価
- 高齢者の日常生活活動度と介護者などの社会背景の把握
- 高齢者における治療方針の決定のための患者および家族の意思の確認
- 高齢者の急性期治療における具体的なゴールの設定
- 合併症を持つ高齢者の術前術後の管理
- 高齢者の急性期治療の方針と提供する場の決定
- 高齢者の栄養状態の評価と改善策
- 嚥下機能の評価と栄養補給方法の選択
- 高齢者の日常生活活動度に応じたりハビリの計画
- 退院後の予後を見据えた生活の場の設定
- 地域の医療従事者との連携
- 介護保険制度や利用できる社会資源についての理解と利用
- 退院後の長期的な予後の予想と治療計画
- 高齢者の終末期医療

択、ゴールの設定などを学ぶ場として今後も積極的に研修医教育に関わっていきたいと考えている。また、当院には歴史のあるソーシャルワーカー部門や、併設の訪問看護ステーションがあり、多職種との関わりを学ぶ場や、急性期治療の後の患者さんの経過を学ぶ機会も設定できることが重要な点と考えている。入院・外来を問わず、常に患者さんの社会背景に関して興味を持ち確認することの重要性を認識し、利用できる社会資源の種類とその利用方法などを正しく理解することを学ぶ場にできればと考えている。さらに、急性期治療が終わって退院する時が最終的なゴールではなく、長期的な経過について考察し、終末期医療を含めたその後の生活の質を考慮した目標に向かって患者およびその家族を支えるチームのリーダーとしての役割を担えるような医師に成長していくことを期待して、その教育の第一歩は是非、初期研修医の期間に始めるべきだと考えている。

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) 大島伸一, 大内尉義, 荒井秀典, 鳥羽研二, 遠藤玉夫, 下門顕太郎ほか：超高齢社会のフロントランナー日本：これからの日本の医学・医療のあり方, 日本学術会議臨床医学委員会老化分科会, 2014.
- 2) 平成24年版『高齢社会白書』内閣府.
- 3) 平成24年度『医療費の動向』厚生労働省.
- 4) Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW: Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005; 294 (6): 716-724.
- 5) Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV: Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004; 351 (27): 2870-2874.
- 6) 日本老年医学会. 「高齢者に対する適切な医療提供の指針」2013；http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/geriatric_care_GL.pdf
- 7) Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J: A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 1995; 332 (20): 1338-1344.
- 8) Cunliffe AL, Gladman JR, Husbands SL, Miller P, Dewey ME, Harwood RH: Sooner and healthier: a randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age Ageing* 2004; 33 (3): 246-252.
- 9) Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA: Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55 (5): 780-791.

- 10) Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT: Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. *JAMA* 1995; 273 (17): 1348–1353.
- 11) Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, Tian Z, Blaum CS: Geriatric conditions and disability: the Health and Retirement Study. *Ann Intern Med* 2007; 14 (73): 156–164.
- 12) Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM: Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008; 63 (3): 298–307.
- 13) 鳥羽研二：介護保険と高齢者医療；施設介護の問題点. *日老医誌* 1997; 34: 981–986.
- 14) Boorsma M, Frijters DH, Knol DL, Ribbe ME, Nijpels G, van Hout HP: Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *CMAJ* 2011; 183 (11): E724–E732.
- 15) Counsell SR, Holder CM, Liebenauer LL, Palmer RM, Fortinsky RH, Kresevic DM, et al.: Effects of a multi-component intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48 (12): 1572–1581.
- 16) Ho SC, Chan A, Woo J, Chong P, Sham A: Impact of caregiving on health and quality of life: a comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64 (8): 873–879.