

第1回日本地域医療学会 テーマ「地域総合診療専門医の活躍の場」

これからは総合診療医の時代！

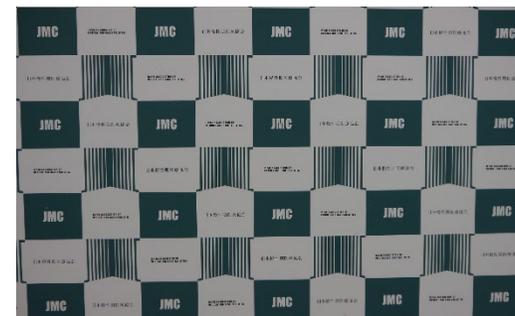
今こそ「地域を診る総合診療医」が活躍するとき

西尾 俊治

日本慢性期医療協会 常任理事

総合診療医認定講座委員会委員長

# 日本慢性期医療協会



- 2008年日本療養病床協会から改称
- 会員施設数 1,116施設(2022.7.19現在)  
病院 708 介護医療院 290 老健 32 特養 32  
#(全国8236病院 2021.1月末時点)
- 会員病床数 約17万床  
一般病床 44,000 療養病床 92,000 精神病床 14,000  
介護医療院 20,000  
#(全国病院病床数 1,509,158 2021.1月末時点)

# 指 導 医

医師臨床研修指導医講習会 過去一度でも受講していれば可

**3年間研修 + 認定試験**  
地域総合診療専門医  
(総合診療専門医  
サブスペ・機構認定目標)

①

総合診療専門医  
〔内科専門医〕  
〔外科専門医〕  
〔救急専門医〕

令和5年4月～研修開始

令和5年4月～認定期間  
地域総合診療専門医  
(経過措置)

試験

②

全自病協・国診協  
地域包括医療・ケア認定医

令和4年度申請受付開始

令和6年4月～認定期間  
セカンドキャリア  
ア専門医  
\*名称検討中  
(学会認定)

受講・実績報告

③

多くの領域

令和5年度申請受付開始



# 本日の内容

1. なぜ慢性期医療に総合診療医が必要か？
  2. 地域(慢性期)多機能病院とは
  3. 総合診療医のあるべきイメージ、働き方を考える
  4. 事例から見た入退院支援と診療報酬
  5. さらに総合診療専門医をめざすために
-

# なぜ慢性期医療に総合診療医が必要か？

## 慢性期医療こそ総合診療医が必要！

- ① 慢性期医療の重要性がますます増してきた
- ② 患者の医療度が高くなった
- ③ 高齢者は複雑な病態を持つため臓器、病気をみるのではなく「患者全体を診る」必要がある
- ④ 円滑な入退院支援をする必要がある（特に在宅からの入退院支援）
- ⑤ 医師は医療のみならず介護・福祉制度を熟知する必要がある
- ⑥ 地域連携ができる即戦力のある「地域を診る総合診療医」が必要
- ⑦ 「地域医療のエキスパート」としての総合診療医が必要

# 慢性期施設で働く医師は気づいている！

慢性期医療の重要性が増してきたな！  
医療度も高くなったな！

専門医としてきっちりキャリアは積んできた！  
でも、総合診療スキルはちょっと不安！？

すでに「総合診療医のごとく」働いている！

慢性期医療の領域の理解を深め、  
地域医療のエキスパートとなる  
「真の総合診療医」になりたい！

地域医療に役立つ  
「総合診療医」とは？



# 患者・家族、かかりつけ医は悩んでいる！

医療も介護も必要で自宅療養は無理！どうしたらよいのかなあ？

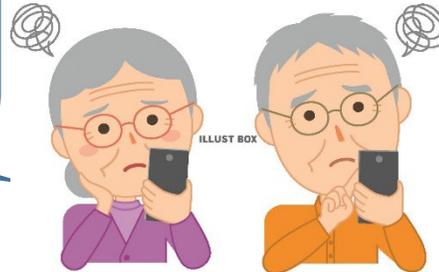


自宅療養している介護4の軽症の肺炎患者。救急病院に搬送しようかな？

長期入院しながらリハビリをしてくれる施設はあるかなあ？お父さん、自分でトイレに行けるようになるかな？



入院しても自宅に戻れるのかなあ？誰に相談したらいいのかなあ？



介護が必要で、肺も心臓も悪く、糖尿病もある。治すのに長期入院が必要だけど受け入れてくれる病院はあるのかなあ？



# 地域を診る総合診療医

---

- 今までの総合診療医とは違う働き方が必要！
- 地域の高齢者とその家族のニーズに対応できる
- 急性期病院、かかりつけ医、在宅医、在宅施設からのニーズに応じる
- 救急患者（重大疾患以外）も受け入れる

地域を診る総合診療医が活躍できる病院・施設が  
**地域（慢性期）多機能病院**である。

# 患者に合った病床を考え、 スムーズな入退院支援をする

## 地域多機能病院

7F	介護医療院	←	介護が主で医療が少し必要、他の病棟からの受け入れもできる(退院支援になる)
6F	医療療養病棟入院料1	←	医療と介護が必要、長期入院が必要 褥瘡治療・骨折後のリハビリ後に退院支援
5F	医療療養病棟入院料1		医療区分2, 3 80%以上 在宅復帰率50%以上
4F	障害者施設等一般病棟	←	神経難病が中心 一般病床扱い
3F	回復期リハビリテーション病棟	←	リハビリを積極的におこない、短期間で退院支援する(180日以内) 心大血管疾患リハ(90日)
2F	地域包括ケア病棟	←	自宅・在宅施設からの入院(肺炎等)、救急受け入れ 在宅への退院支援をする、訪問診療もする
1F	外来		「かかりつけ医」との協力体制 在宅復帰率70~72.5%以上

# 地域・施設が求める総合診療医とは？

## 患者、家族の希望と不安に寄り添う医師？

1. 在宅、急性期からの受け入れがスムーズにできる
2. 患者に合った病棟・施設(地域多機能病院)を選択できる
3. 退院支援ができる
4. 診療報酬を理解した医師
5. 加算が取れる研修を受講している
6. チーム医療ができる
7. 医師の中でもリーダー
8. 必要な医療手技を習得している
9. 院内の委員会と地域の活動に積極的に参加している



S:総合診療医

# 事例: 85歳 男性 肺炎 脳梗塞後遺症 介護度3

既往歴: 3年前に脳梗塞 左半身不全麻痺 軽度嚥下障害あり

現病歴: 自宅(奥様と息子さんと同居)で療養し、かかりつけ医にて訪問診療されていた。

数日前から発熱と呼吸困難があり、誤嚥性肺炎と診断された。

最近、食事摂取量も減っていた。かかりつけ医より当院への入院を依頼をされた。

## 入院時の取り組みと問題点

- ①入院時に患者、家族、多職種でカンファレンス → 自宅への退院支援をする
- ②血液検査にてアルブミン値2.5g/dlと低栄養、脱水もあり。
- ③3年前より尿道カテーテルが留置され、カテーテルトラブルあり。
- ④臀部に軽度褥瘡あり、左半身の拘縮認める
- ⑤内服薬は8種類処方されている

# 事例:85歳 男性 肺炎 脳梗塞後遺症 介護度3

## 入院時の面談

患者本人 「早く、自宅に戻りたい！」

患者家族 「また誤嚥性肺炎になりそうで怖い！」  
「食事介助が悪いのかな？」  
「介護に不安！」  
「褥瘡が心配！」  
「できれば自宅に戻してあげたい！！」

# 患者に合った病床を考え、 スムーズな入退院支援をする

## 地域多機能病院

7F	介護医療院	←	介護が主で医療が少し必要、他の病棟からの受け入れもできる(退院支援になる)
6F	医療療養病棟入院料1	←	医療と介護が必要、長期入院が必要 褥瘡治療・骨折後のリハビリ後に退院支援 医療区分2, 3 80%以上 在宅復帰率50%以上
5F	医療療養病棟入院料1		
4F	障害者施設等一般病棟	←	神経難病が中心 一般病床扱い
3F	回復期リハビリテーション病棟	←	リハビリを積極的におこない、短期間で退院支援する(180日以内) 心大血管疾患リハ(90日)
2F	地域包括ケア病棟	←	自宅・在宅施設からの入院(肺炎等)、救急受け入れ 在宅への退院支援をする、訪問診療もする
1F	外来		「かかりつけ医」との協力体制 在宅復帰率70~72.5%以上

# 事例：85歳 男性 肺炎 脳梗塞後遺症 介護度3

**入退院経過** 医療療養病棟入院料1に入院し、12週間後に自宅へ退院

- ① 入退院支援：栄養状態の評価、褥瘡の危険因子の評価、  
服薬中の薬剤チェック（入退院支援加算）
- ② 低栄養と脱水：高カロリー輸液（PICC）と経口摂取の併用、口腔ケア（歯科医往診）  
NSTサポートチーム介入（栄養サポートチーム加算）、  
嚥下機能評価（内視鏡使用）、STの介入（摂食嚥下機能回復体制加算）
- ③ 尿道カテーテル留置：尿道カテーテルの抜去  
排尿ケアチーム介入（排尿自立支援加算）
- ④ 褥瘡予防対策（褥瘡対策チーム）（褥瘡対策加算）リハビリ実施
- ⑤ 薬剤8種類（ポリファーマシー）：4種類に減薬（薬剤総合評価調整加算）
- ⑥ 退院前多職種カンファレンス、ACPについても考える
- ⑦ 退院後はときどきオンライン診療を併用している（オンライン診療研修）  
かかりつけ医や訪問看護師等とオンラインカンファレンスの開催 訪問看護・訪問リハビリ

# ①入退院支援：栄養状態の評価、褥瘡の危険因子の評価、服薬中の薬剤チェック(入退院支援加算)

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-4 地域包括ケアシステムの推進のための取組の評価 -②、③

## 入退院支援の取組の推進

### 入院時支援加算の見直し

- 関係職種と連携して入院前にア～クの項目を全て実施し、病棟職員との情報共有や患者又はその家族等への説明等を行う場合の評価をさらに評価する。

現行		改定後	
【入院時支援加算】 入院時支援加算 200点(入院中1回)		【入院時支援加算】 イ (新)入院時支援加算1 230点 ← 項目ア～クを全て行う場合 ロ 入院時支援加算2 200点	
ア	身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 (必須)		
イ	入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 (該当する場合は必須)		
ウ	褥瘡に関する危険因子の評価		
エ	栄養状態の評価		
オ	服薬中の薬剤の確認		
カ	退院困難な要件の有無の評価		
キ	入院中に行われる治療・検査の説明		
ク	入院生活の説明 (必須)		

### 総合機能評価加算の新設

- 入退院支援加算について、高齢者の総合的な機能評価を行った上で、その結果を踏まえて支援を行う場合の評価を行う。

20

## 事例：評価項目

- #1 低栄養：アルブミン値2.5g/dl(3.0以下)
- #2 脱水
- #3 褥瘡
- #4 拘縮
- #5 膀胱留置カテーテル
- #6 多剤薬剤の服用
- #7 退院後の介護・リハビリ

# ② 低栄養と脱水 栄養サポートチーム加算 (NSTサポートチーム)

令和2年度診療報酬改定 I-3 タスク・シェアリング/タスク・シフトのためのチーム医療等の推進 -④

## 栄養サポートチーム加算の見直し

### 栄養サポートチーム加算の見直し

- 結核病棟や精神病棟の入院患者に対する栄養面への積極的な介入を推進する観点から栄養サポートチーム加算の対象となる病棟を見直す。



#### 現行

##### [算定可能病棟]

急性期一般入院料1~7、地域一般入院料1~3、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、療養病棟入院基本料1、2

ただし、療養病棟については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。

#### 改定後

##### [算定可能病棟]

急性期一般入院料1~7、地域一般入院料1~3、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、療養病棟入院基本料1、2、**結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟、精神病棟)**

ただし、療養病棟、**結核病棟、精神病棟**については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。



栄養管理に関わる  
所定の研修(NST教育セミナー)を修了した

医師・管理栄養士・看護師・薬剤師

# ③尿道カテーテルを抜去すると 在宅復帰率が上がる (排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料)

## 排尿ケアチーム

所定の研修を受講した**医師**

医師のための排尿機能回復に向けた治療とケア講座

(日本慢性期医療協会主催)

所定の研修を受講した**看護師**



理学療法士  
作業療法士



令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 ①⑤

### 排尿自立指導料の見直し

#### 入院における排尿自立指導の見直し

入院患者に対する下部尿路機能の回復のための包括的な排尿ケア(排尿自立指導料)について、入院基本料等加算において評価を行い、算定可能な入院料を拡大する。併せて、算定期間の上限を12週間とする。

**(新) 排尿自立支援加算 200点(週1回)**

##### 【算定要件】

入院中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り200点を限度として算定する。

##### 【施設基準】

- 保険医療機関内に、医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士から構成される**排尿ケアチーム**が設置されていること。
- 排尿ケアチームの構成員は、外来排尿自立指導料に係る排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- 排尿ケアチームは、**排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施**すること。
- 下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。



<新たに算定可能となる入院料>  
 ・地域包括ケア病院入院料  
 ・回復期リハビリテーション病棟入院料  
 ・精神科救急入院料  
 ・精神療養病棟入院料 等

#### 外来における排尿自立指導の評価

退院後に外来においても継続的な指導を行うことができるよう、排尿自立指導料について、入院患者以外を対象とした評価に変更し、名称を「**外来排尿自立指導料**」に見直す。

現行	改定後
排尿自立指導料 200点	外来排尿自立指導料 200点

【算定要件】  
 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り6週を限度として算定する。

【算定要件】  
**入院中の患者以外の患者**であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り、**排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する**。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。



# 評価され始めた 排尿ケア！2020年4月～

(新) 排尿自立 支援加算 (排尿自立指導料 2016年～ 200点 週1回 計6回)

200点 週1回 計12週間まで

算定対象: 入院患者(ほとんどの病棟)

(新) 外来排尿自立指導料

200点 週1回 通算12週間まで

排尿自立 支援加算を算定した期間と通算して12週まで

算定対象: 入院中に 包括的排尿ケア を実施していた患者

# 膀胱留置カテーテルの現状

①療養病棟: 24%の患者に留置

②カテーテル留置期間は3ヶ月以上が多い(74%)

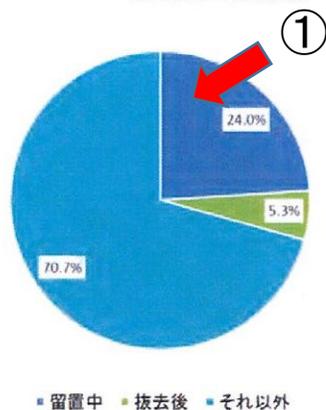
③入院患者の10%~20%が最も多い

④50%以上の病棟もあり

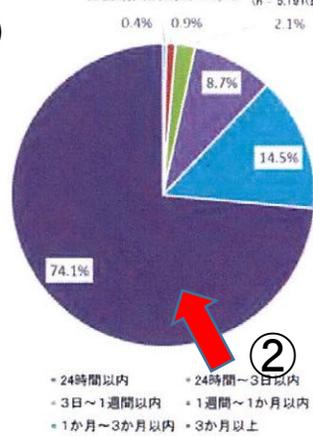
## 膀胱留置カテーテルの留置の状況①

- 療養病棟において、24%の患者に膀胱留置カテーテルが留置されていた。
- 調査時点で膀胱留置カテーテルが留置されている患者について、約75%の患者が3か月以上留置されていた。
- 膀胱留置カテーテル抜去後の患者について、留置していた期間が3か月以上の割合が最も多かった。

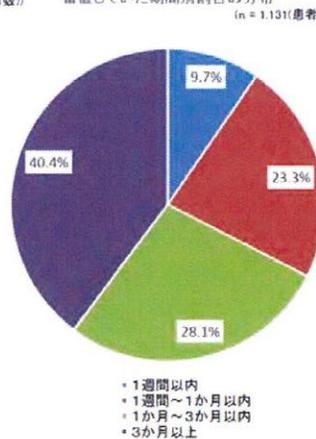
膀胱留置カテーテルを留置している患者割合 (n = 21,176(患者数))



膀胱留置カテーテルを留置している患者の留置期間別割合の分布 (n = 5,191(患者数))



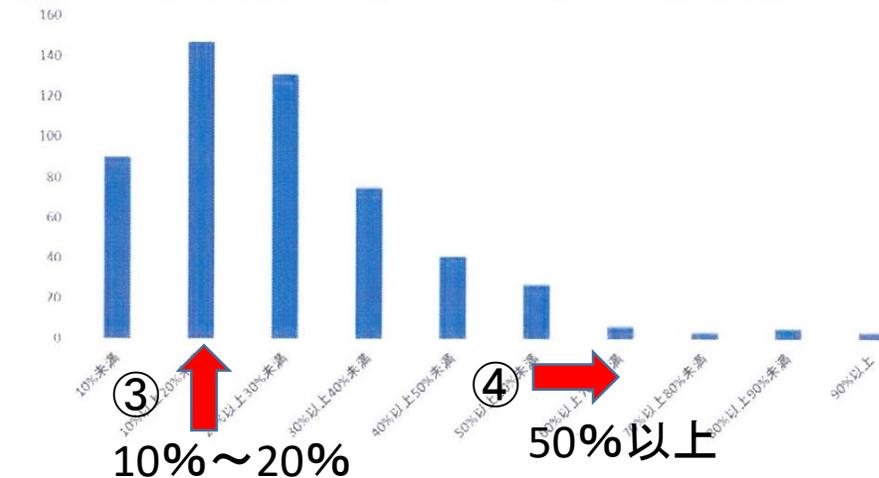
膀胱留置カテーテルを抜去後の患者の留置していた期間別割合の分布 (n = 1,131(患者))



## 膀胱留置カテーテルの留置の状況②

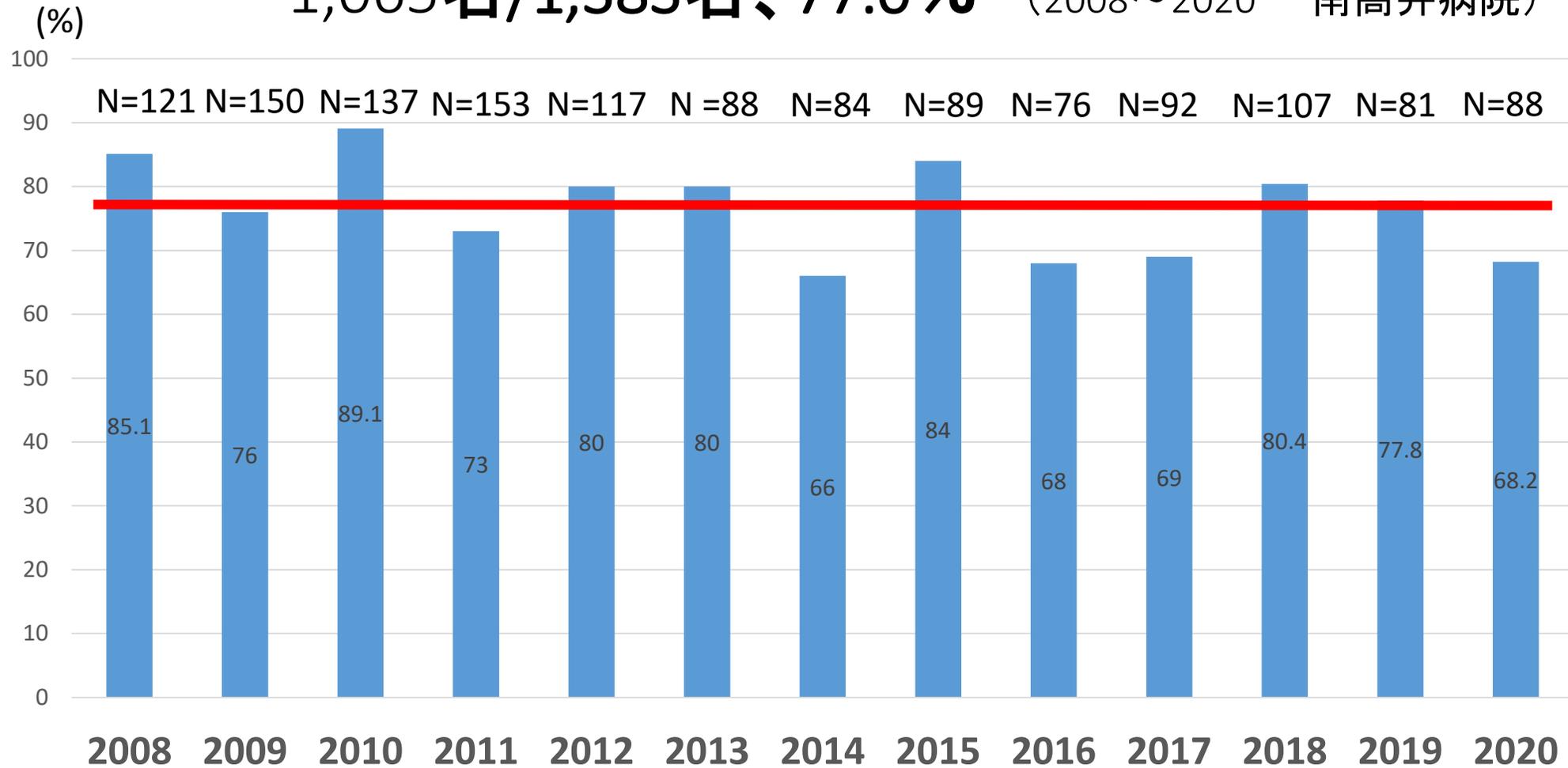
- 病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者の割合は、10%以上20%未満の病棟が最も多かったが、50%以上の病棟も存在していた。

病棟の入院患者に占める膀胱留置カテーテルを留置している患者割合の分布



# 尿道カテーテル抜去成功率

1,065名/1,383名、77.0% (2008~2020 南高井病院)



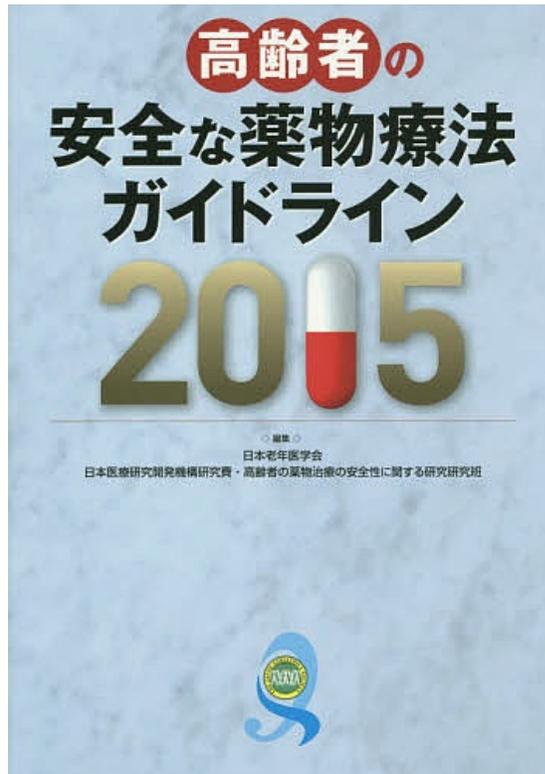
N : カテーテル抜去を試みた症例数

判定は1か月後

# ④薬剤8種類：ポリファーマシーの解消 (薬剤総合評価調整加算)

令和2年度診療報酬改定 第5-8 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の取組の取組による医薬品の適正使用の推進 一②  
入院時のポリファーマシー解消の推進

入院時のポリファーマシーに対する取組の評価	実行	改定後
<p>現在は2種類以上の内服薬の減薬が行われた場合を評価しているが、これを見直し、①処方内容の総合的な評価及び変更の取組と、②減薬に至った場合、に付けた段階的な報酬体系とする。</p> <p>薬剤総合評価調整加算(退院時1回) 250点 次のいずれかに該当する場合に、所定点数を加算する。</p> <p>(1) 入院前に6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、処方内容を総合的に評価及び調整し、退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</p> <p>(2) 精神科病棟に入院中の患者であって、入院前又は退院1年前のいずれか適い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院直までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合*</p>	<p>①薬剤総合評価調整加算(退院時1回) 100点 ア 患者の入院時に、<b>薬剤ガイドライン</b>等を踏まえ、特に慎重な処方を要する薬剤等の確認を行う。 イ 患者を主とし、多職種によるカンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、処方内容の変更又は中止を行う。 ウ カンファレンスにおいて、処方変更の重要事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。 エ 処方変更による病状の悪化等について、多職種で確認する。</p> <p>②薬剤調整加算(退院時1回) 150点 ①に係る認定条件を満たした上で、次のいずれかに該当する場合に、更に所定点数を加算する。 ・退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合 ・退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合*</p> <p>* クロロプロマジン投薬で2,000mg以上内服していたものについて、1,000mg以上減少した場合</p>	
<p>医療機関から薬局に対する情報提供の評価</p> <p>入院前の処方箋の内容に変更、中止等の見直しがあった場合について、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を文書で薬局に対して情報提供を行った場合の評価を新設する。</p> <p>退院時薬剤情報管理指導料 (新) 退院時薬剤情報連携加算 60点</p>		



入院前6種類以上 → 2種類以上 **減薬**  
どの薬から減薬するか？

事例 85歳男性 肺炎 脳梗塞後遺症

①抗コリン薬：以前頻尿のために処方。

尿閉の原因、中止にて自尿あり

②糖尿病内服薬：食事摂取量が減っており不要

③高脂血症改善薬：不要

④抗けいれん薬：血中濃度が低い。

けいれん発作もないため中止

- 薬物有害事象の頻度は6剤以上から増える
- 転倒の発生頻度は5剤以上から増える

# 総合診療医認定講座 (日本慢性期医療協会主催)

- 2014年から開始
- 24講座+9時間の症例検討 計6日間コース
- 計7回(受講者数412名;会員301名 非会員111名)
- 「総合評価加算」(1回 100点)
- 「総合機能評価加算」(1回 50点 2020年～)

## 第7回

### 総合診療医認定講座

#### 開催のご案内

#### 明日からの診療に活かせる講座

～総合診療医として多職種不全の患者をいかに早く回復させることができるかのノウハウを身につけよう～

2025年には、高齢者人口のピークを迎えます。高齢社会に対応するために、日本の医療・介護の根幹は、患者・利用者、地域社会を主体としたシステムに大きく舵が切られました。高齢者人口の増加が医療において意味するところは、急性期と慢性期の比率が逆転し、慢性期医療の重要性と必要性がより大きくなることです。慢性期医療の分野では、高度急性期医療からの引継ぎはもろんのこと、本拠地で搬送していただくような即応知識と診療技術が求められています。また、その対象は、高齢者に限らず、小児を含めた患者、障害者なども含むすべての年齢層に及ぶことから、医師は、それぞれの専門領域のほかに、老年医学を含む様々な医学的知識を習得していかなければなりません。

そして慢性期医療が提供される場は、病院、在宅、介護施設、居宅系施設など、地域全体が動員です。医師には、総合的な診療能力の他に、薬剤師、看護師、介護福祉士、リハビリ療法士、管理栄養士等の医療チームをまとめていく能力も求められるでしょう。

本講座では、地域医療のエキスパートとなる「総合診療医」を養成いたします。プログラムには、慢性期医療に必要な疾患の知識、制度の理解、チーム医療実践のポイントなどを24の講義に盛り込んであります。さらに、9回限りの症例検討(ワークショップ)を加え、現場で総合診療医としての力をつけるよう、グレードアップした内容に組み立てました。

慢性期医療に携わる医師はもろんのこと、急性期医療から慢性期に引き継ぐ先生方にも必須とされる知識を習得することができる講座です。

これからの時代を担う医師の先生方に是非、奮ってご参加くださいますようお願い申し上げます。

良質な慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たない

日本慢性期医療協会

総合  
慢性期医療概論  
診療医  
テキスト

第1巻

中央出版

総合  
慢性期医療における疾患の管理  
診療医  
テキスト

第2巻

中央出版

2016年出版

## プログラム

	内容	講師	所属
2021年 12月18日(土) *オンライン	13:00-13:15	総合診療医とは	西尾洋三 慢性期医療部 理事
	13:15-13:30	高齢の患者における急性期と慢性期の併存性	森田隆 診療科 部長
	13:30-14:00	フレイルと転倒リスク	森田隆 慢性期医療部 部長
	14:00-14:45	認知機能の多面的アプローチ	三浦新一 平塚総合クリニック 診療部長
	14:45-17:00	総合診療医としての臨床的意義と生涯学習	高下雅也 東北大学大学院医学研究科 副学長
	17:00-18:00	総合診療医としての生涯学習	野村浩一 慢性期医療部 部長
2021年 12月19日(日) *オンライン	13:00-13:15	総合診療医としての役割とチーム医療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	13:15-13:30	総合診療医としての役割とチーム医療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	13:30-14:00	総合診療医としての役割とチーム医療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	14:00-14:45	総合診療医としての役割とチーム医療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	14:45-17:00	総合診療医としての役割とチーム医療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	17:00-18:00	総合診療医としての役割とチーム医療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
2022年 1月29日(土) *会場講義	13:00-14:00	総合診療：認知症	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	14:00-15:15	認知症：認知症、MCI、軽度	三浦新一 平塚総合クリニック 診療部長
	15:15-16:30	慢性期医療における認知症	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	16:30-17:45	認知症：認知症	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	18:45-19:45	認知症：認知症と治療	田中史子 平塚総合クリニック 診療部長
	19:45-20:50	認知症：認知症と治療	田中史子 平塚総合クリニック 診療部長
2022年 1月30日(日) *会場講義	9:00-10:30	認知症：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	10:30-11:15	認知症：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	11:15-12:20	認知症：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	13:00-14:15	総合診療：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	14:15-15:30	認知症：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	15:30-17:15	総合診療：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
2022年 2月6日(土) *オンライン	13:00-14:30	総合診療：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	14:30-15:45	総合診療：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	15:45-17:00	総合診療：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	17:00-18:20	総合診療：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	18:20-19:15	総合診療：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	19:15-20:30	総合診療：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
2022年 2月27日(日) *オンライン	13:00-13:15	総合診療：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	13:15-13:30	総合診療：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	13:30-14:45	総合診療：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	14:45-16:00	総合診療：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	16:00-17:00	総合診療：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長
	17:00-17:15	総合診療：認知症と治療	藤本啓子 慢性期医療部 部長

## 総合診療医 認定証

The Board Certification of Medical and Care

この認定書は、協会が認定した総合診療医として、総合診療医としての業務に従事することを認めています。

医師 西尾俊治 氏

所属 東京井原病院

認定番号 000168号

(2020年11月)

日本慢性期医療協会  
JAPAN ASSOCIATION OF CHRONIC CARE MEDICINE  
会長 武久洋三

# 総合診療医認定講座 (日本慢性期医療協会主催)

24講座+ 9時間の症例検討 計6日間コース  
「総合機能評価加算」(1回 50点 2020年～)

	講義内容
Part I	<ol style="list-style-type: none"><li>1 総合診療医とは</li><li>2 高齢者医療における臨床指標と総合機能評価</li><li>3 フレイルの考え方とケア</li><li>4 総合診療医に必要な薬物療法、栄養管理</li><li>5 リハビリテーションの知識</li><li>6 脳血管疾患、認知症、神経難病、口腔管理</li></ol>
Part II 症例検討 を中心	<ol style="list-style-type: none"><li>1 緩和ケア</li><li>2 低栄養、脱水</li><li>3 排尿ケア</li><li>4 認知症の診断、治療、ケア</li><li>5 リハビリテーション 嚥下障害</li><li>6 ポリファーマシー</li><li>7 心不全</li></ol>
Part III	<ol style="list-style-type: none"><li>1 呼吸管理</li><li>2 皮膚疾患の管理</li><li>3 在宅療養支援診療所</li><li>4 在宅高齢者ケア、小児ケア</li><li>5 感染症管理</li><li>6 高齢者救急への対応</li><li>7 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)</li><li>8 地域包括ケア病棟の実際</li><li>9 日本の医療提供体制の今後の方向性</li></ol>

事例: 85歳 男性 肺炎 脳梗塞後遺症 介護度3

# 医療療養病床入院料1 12週間で退院



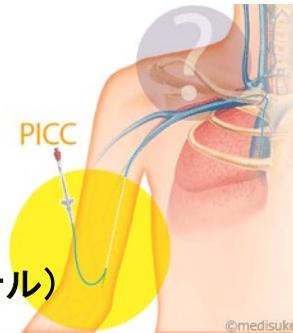
**加算 10,000点以上**

# キャリアアップにはスキルアップも必要！

## 総合診療医に必要な処置(一例)

1. 胃ろう交換 PTEG交換 胃内視鏡検査
2. 膀胱瘻カテーテル交換 膀胱瘻造設
3. 気切カニューレ管理・交換
4. 呼吸管理:人工呼吸器 補助機器装置、ネーザルハイフロー
5. 胸水穿刺 腹水穿刺
6. TPN(高カロリー輸液)のためのCVCカテーテル留置(鼠径部 頸部)
7. PICC(末梢静脈挿入型中心静脈カテーテル)留置・管理
8. 褥瘡処置
9. 嚥下造影検査(swallowing videofluorography: VF)、内視鏡検査

PICC  
(末梢静脈挿入型中心静脈カテーテル)



ネーザルハイフロー



Philips ホームページより



チェストパンフレットより抜粋

# 指 導 医

医師臨床研修指導医講習会 過去一度でも受講していれば可

**3年間研修 + 認定試験**  
地域総合診療専門医  
(総合診療専門医  
サブスペ・機構認定目標)

①

総合診療専門医  
〔内科専門医〕  
〔外科専門医〕  
〔救急専門医〕

令和5年4月～研修開始

令和5年4月～認定期間  
地域総合診療専門医  
(経過措置)

試験

②

全自病協・国診協  
地域包括医療・ケア認定医

令和4年度申請受付開始

令和6年4月～認定期間  
セカンドキャリア専門医  
\*名称検討中  
(学会認定)

受講・実績報告

③

多くの領域

令和5年度申請受付開始

# 地域総合診療専門医として活躍するために

## 自分に合ったプログラムを選択する

研修会参加  
(単位の取得)

- 総合診療医認定講座、当会主催の学会・研修会(認知症、リハビリ、排尿機能回復など)
- 他学会・協会主催の研修会の参加
- 認知症サポート医
- NST教育セミナー

実技実習

- PICCカテーテル留置
- 人工呼吸器の管理(ネーザルハイフロー、NPPVなど)
- 消化管内視鏡検査
- 胸腔穿刺、腹水穿刺など

他施設での  
臨床実習

- 認知症、精神科施設
- 急性期病院
- 離島の診療所など

地域の多職種  
の研修に  
参加

ポート  
フォリオ  
の提出

他の団体との連携が必要

第1回日本地域医療学会 テーマ「地域総合診療専門医の活躍の場」

# これからは総合診療医の時代！

患者・家族に寄り添い、  
地域医療・介護・福祉を  
マネジメントできる総合診療医

西尾 俊治

日本慢性期医療協会 常任理事  
総合診療医認定講座委員会委員長