

日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：令和3年4月8日16:30～

場所：Web会議システム「Zoom」使用



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

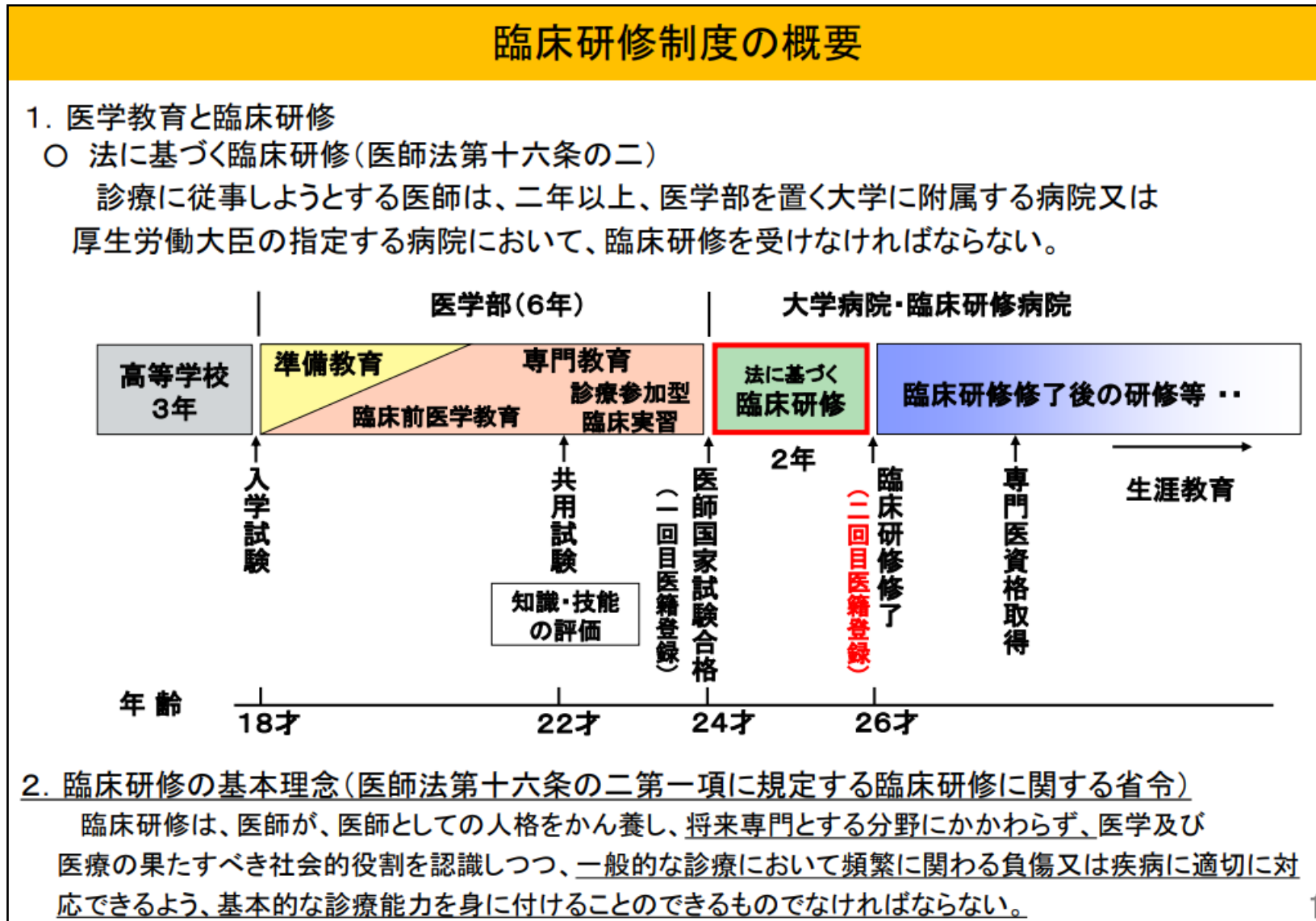
医師の卒後臨床研修制度を
抜本的に見直しませんか？

医師の卒後研修制度の抜本的見直し
をしないと大変なことになる。

総合的高齢者対策は喫緊の問題だ。

- ◆ 医師の卒後臨床研修は、1946年（昭和21年）にインターン制度が創設されたことから始まりました。
- ◆ しかしインターン闘争や国試ボイコットなどにより、1968年（昭和43年）にインターン制度は廃止されました。
- ◆ 卒後臨床研修は1968年（昭和43年）から2003年（平成15年）まで一切行われず卒後直ちに医局に入ったので、この35年間は、医師の卒後臨床研修制度はなく、したがって、現在78歳頃から41歳頃の医師は、原則として卒後臨床研修は受けていません。

◆ そして2004年（平成16年）に卒後2年以上の臨床研修が必修化とされる新医師臨床研修制度が創設されました。



- ◆ 新医師臨床研修制度は、いわゆる「前期研修」「後期研修」と呼ばれ、「後期研修」が医局所属の専門医の年数に加えることができるので、ほとんどの医師が臓器別専門医を目指して4年以上の後期臨床研修を受けています。
- ◆ 「前期研修」は、基本的な医師としての研修で、リスクの高い医療行為などは避けるように教育されています。
- ◆ さらに「後期研修」とは名ばかりで、医局に入って、各病院で医師活動をしているのが実態で、本来の後期研修は専門医研修になっています。

- ◆ 2018年から新たな新専門医制度が始まりました。
- ◆ 日本専門医機構の報告によると、2021年度から始まる専攻医は約9200人で、このうち総合診療専門医を目指す医師は206人（2.2%）しかいません。
- ◆ 医学部に総合診療医講座のあるところがとても少なくなっているのです。

- ◆現在、急性期病院でも入院患者の75%以上は65歳以上の高齢患者が占めています。
- ◆高齢患者のほとんどが多くの臓器に病変を抱えています。

現実に急性期医療後を担当する病院の入院患者の10年間の記録です。

(22病院) 新入院患者の検査値の異常値割合

平成22年1月から令和3年2月に、当院を含む計22病院に入院した患者72,741名の、入院時検査における検査値の異常値割合

異常検査値※	患者数 (人)	割合 (%)	平均	一番悪い 値
BUN 20.1以上	28,930	39.8%	32.7	291.4
Na 138.0未満	32,438	44.6%	133.9	89.3
Na 145.1以上	2,700	3.7%	150.1	186.5
ALB 4.1未満	57,386	78.9%	3.5	1.2
TCHO 142未満	18,820	25.9%	120.5	17
GLU 110以上	45,230	62.2%	155.1	1122
Hb	49,324	67.8%		2.3
再掲 (男性) 13.7未満	25,832	82.8%	11.1	2.3
再掲 (女性) 11.6未満	23,492	56.6%	10.0	2.3

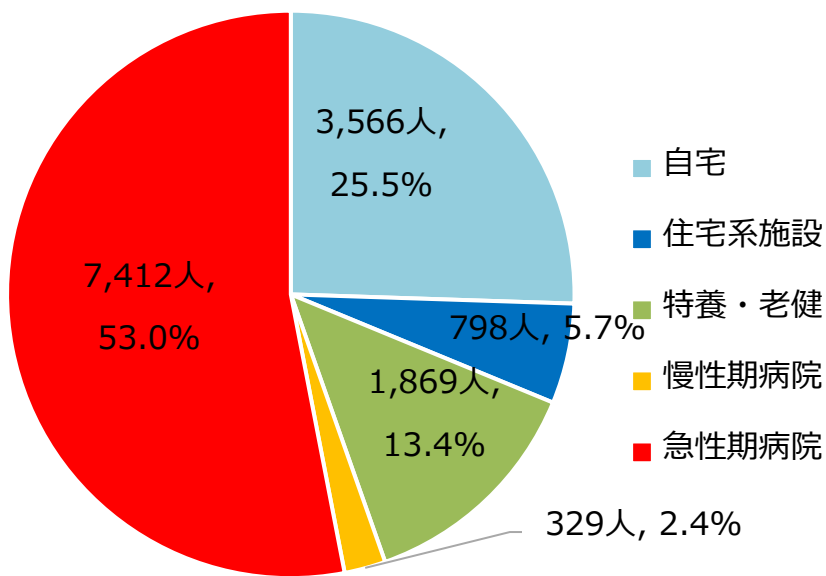
※日本臨床検査標準化協議会 (JCCLS) 共用基準範囲 参照

急性期病院から入院してきた患者さんの多くが脱水や低栄養、電解質異常、高血糖などの異常を多数抱えている。

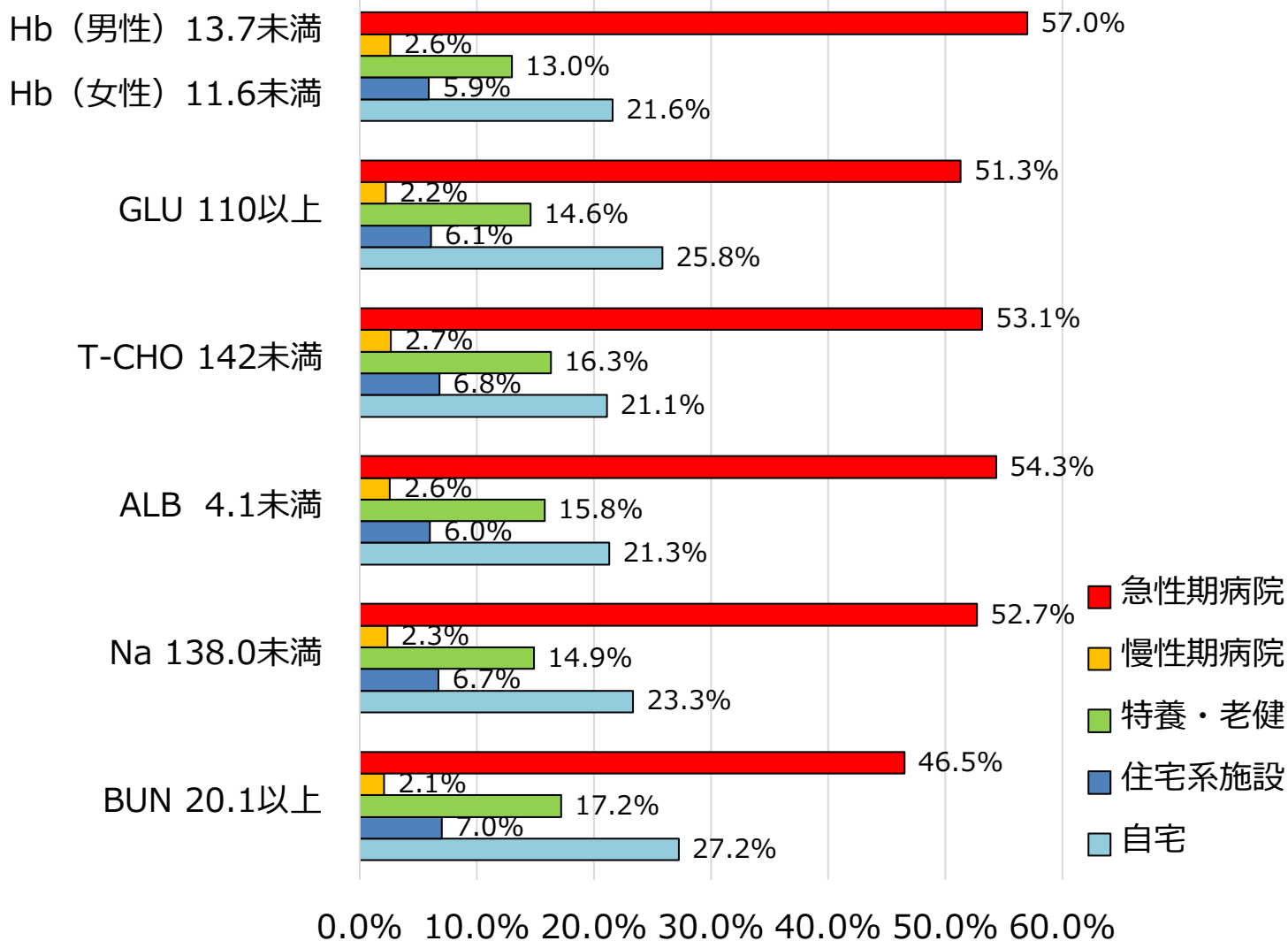
2019年1月～2020年6月に当院を含む計22病院に入院し、入院時に6項目(BUN,Na,ALB,TCHO,GLU,Hb)の血液検査を実施していた13,974名(平均年齢:80.5歳)について、検査異常値が認められる患者数とその入院元を調査

22病院に入院した患者の入院元

(n=13,974人)



検査異常値が認められた患者数とその入院元の内訳



【参考】基準値(日本臨床検査標準化協議会(JCCLS) 共用基準範囲 参照)

Hb (男性) 13.7～16.8

(女性) 11.6～14.8

GLU 73～109

TCHO 142～248

ALB 4.1～5.1

Na 138～145

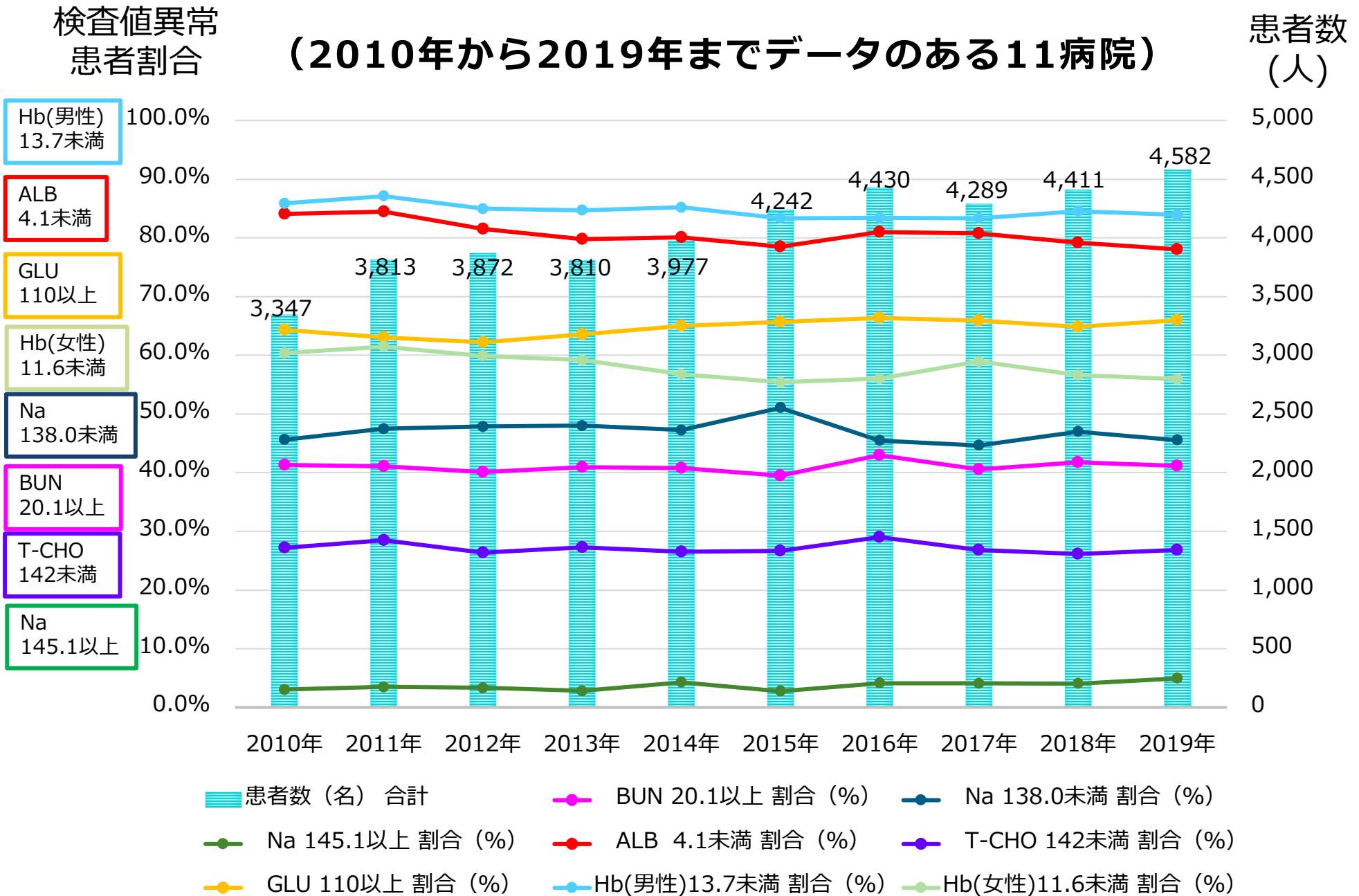
BUN 8～20

入院時検査においてALB低値を示し、値の低かった上位10名の入院元を調査したものの 急性期病院からの入院が多いことが分かる。

	入院時ALB値3.8未満		入院時ALB値低値を示した患者のALB値および入院元									
	患者割合(%)	ALB値平均										
	59.57	3.3										
K病院	71.42	3.3	1.8	1.9	2.0	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.2
			急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	施設	施設	施設	施設	急性期
A病院	68.12	3.2	1.4	1.6	1.6	1.6	1.8	1.9	2.0	2.0	2.0	2.0
			在宅	その他	急性期	急性期	急性期	在宅	急性期	施設	在宅	在宅
M病院	67.91	3.2	1.4	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.1	2.1	2.2	2.2
			急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
C病院	67.68	3.3	1.8	1.8	2.0	2.1	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3	2.3
			急性期	在宅	施設	急性期	施設	施設	在宅	在宅	急性期	施設
B病院	66.62	3.3	1.6	1.7	1.8	1.8	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0
			急性期	施設	その他	施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	施設
L病院	64.31	3.3	1.6	1.7	1.7	1.8	1.9	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0
			施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	施設	急性期
G病院	63.68	3.3	1.6	1.7	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0	2.1	2.1	2.1
			施設	急性期	施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
F病院	61.37	3.4	1.9	2.0	2.0	2.0	2.2	2.2	2.2	2.3	2.3	2.3
			急性期	在宅	施設	急性期	急性期	施設	施設	急性期	急性期	在宅
J病院	61.32	3.2	1.5	1.6	1.6	1.8	1.8	1.8	1.9	2.0	2.1	2.1
			急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
N病院	60.71	3.2	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
			急性期	急性期	施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
D病院	59.96	3.3	1.6	1.7	1.8	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9
			急性期	急性期	急性期	在宅	急性期	施設	急性期	急性期	急性期	急性期
O病院	57.43	3.2	1.5	1.6	1.7	1.7	1.7	1.8	1.8	1.8	1.9	1.9
			急性期	施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
H病院	55.65	3.3	1.6	1.6	1.7	1.7	1.8	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0
			急性期	急性期	在宅	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
P病院	54.49	3.3	1.8	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0
			急性期	急性期	急性期	施設	施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
I病院	54.10	3.3	1.4	1.8	1.9	2.0	2.0	2.0	2.0	2.1	2.1	2.1
			急性期	在宅	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
E病院	48.17	3.3	1.4	1.6	1.6	1.7	1.8	1.9	1.9	1.9	1.9	2.0
			急性期	急性期	在宅	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期

新入院患者の検査値の異常値割合

(2010年から2019年までデータのある11病院)



日本慢性期医療協会が令和3年2月に実施したポストコロナ患者等の受け入れに関するアンケート結果によると、ポストコロナとして入院した時のアルブミン値を新型コロナを治療した病院ごとに比較すると、新型コロナ治療病院でコロナ治療をされた患者のアルブミン値の平均は3.3、自院でコロナ治療をした患者の平均は3.2、他院でコロナ治療をした患者の平均は2.8となっており、他院でコロナ治療した患者において、アルブミン値3.5未満の低栄養状態患者割合が高い。

		比率(%)		
		新型コロナ治療施設		
	全体	1.新型コロナ治療病院	2.発症前の居所(自院)	3.発症前の居所(他院)
平均値	3.2	3.3	3.2	2.8
5.0以上	0.3	0.4	0.0	0.0
4.5以上 5.0未満	1.3	1.2	0.0	0.0
4.0以上 4.5未満	8.0	8.9	5.1	0.0
3.5以上 4.0未満	27.3	25.7	39.7	12.9
3.0以上 3.5未満	33.4	35.8	28.2	29.0
2.5以上 3.0未満	19.5	17.9	19.2	38.7
2.0以上 2.5未満	9.4	9.7	5.1	19.4
2.0未満	0.8	0.4	2.6	0.0
計	100.0	100.0	100.0	100.0
(再掲)入院時アルブミン値 3.5 未満の低栄養患者割合	63.1%	63.8%	55.1%	87.1%

日本慢性期医療協会が令和3年2月に実施したポストコロナ患者等の受け入れに関するアンケート結果によると、新型コロナ患者のADLは、新型コロナ発症前は、自立が29.1%、ポストコロナとして受け入れたときは自立が7.7%に下がる。ポストコロナから退院できた患者は自立が40.1%である。

(6)ADLの比較

	新型コロナ発症前 n=460人	ポストコロナ入院時 n=415人	ポストコロナ退院時 n=157人 ※継続入院中を除く
1.自立	29.1	7.7	40.1
2.一部介助	40.0	45.3	36.3
3.全介助	30.9	47.0	23.6
計	100.0	100.0	100.0

医療分野でも介護分野でも

「栄養と水分の投与」 「管理栄養士の重視」

「排泄や摂食の改善」など、高齢化対応が始まっています。

- ◆ 日本はますます高齢化が進み、やがて80歳まで元気に働く時代が来るでしょう。
- ◆ 2050年には100歳以上高齢者が50万人を超えると言われて
います。
- ◆ このまま臓器別専門医ばかりが増え続けている現状で、
この高齢化社会を本気で乗り切れると思っているの
でしょうか。

- ◆ 現在の医師の卒後臨床研修の内容は、患者の病気の変遷や、患者の大多数を占める高齢者に対する総合診療機能の需要の増大に適切に対応できていないのではないのでしょうか。
- ◆ 高齢者を総合的に治療できる総合診療機能を持つ医師の養成が喫緊の課題です。

- ◆ 総合診療医というのは臓器別専門医の一部門としての学問
というより、すべての医師に必要な基礎的学問です。

- ◆ そこで、医師国家試験合格後、2年間の「前期研修」と「後期研修」の初めの2年を総合診療機能を学ぶための研修期間とし、この4年間の研修を経てはじめて、臓器別専門医の研修を行う医師養成制度に入るべきではないでしょうか。

◆ 総合診療医としての幅広い知識と経験の上に臓器別専門医
制度を充実させてはいかがでしょうか。

日本慢性期医療協会が考える総合診療医

- ◆ 専門分野にとらわれない幅広い知識と、リハ・看護・介護・栄養など職種横断的な知識を持ち、多職種からなるチーム医療を実践するリーダー的役割。

総合診療医による患者の全身管理を！

いくつもの臓器に病変のある患者を1人の臓器別専門医のみで治療することはできない。複数の専門医が主治医となることも現実的ではない。このような患者の治療は、臓器別専門医ではなく総合診療医が担うべきである。

治療とともに栄養管理、リハビリテーションを行い、患者の全身状態を管理し、患者ができるだけ日常生活に戻れるように看護介護スタッフに指導すべきだ。

◆ **LIFE介護、DPC医療の一体化**

→そうすれば要医療・要介護者は少なくなるでしょう。

◆ **病院の機能別分類**

→そうすれば超高齢化社会に突入する日本の医療における大多数を占める高齢者の治療のアウトカムが飛躍的に改善するでしょう。

- ◆ 適切な数の介護職員を病棟に配置し、「基準介護」としてはどうでしょうか。
- ◆ 要介護高齢者を減らしましょう。
- ◆ 高齢患者の急増に対して、急性期医療への「基準介護」や「基準リハビリテーション」の導入が望ましいのではないのでしょうか。

第6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臓器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・介護の提供体制は、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ちろんのこと、本講座で履修していただくような幅広い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、小児を含めた障害者、難病患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ねばなりません。

そして慢性期医療が提供される場合は、病院、在宅、介護保険施設、居住系施設など、地域全体が範囲です。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おります。さらに、9時間の症例検討（ワークショップ）を加え、現場で総合診療医としての力をすぐに発揮できるよう、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ちろんのこと、急性期医療から慢性期に引き継ぐ先生方にも必要とされる知識を得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は是非、奮ってご参加くださいますようご案内申し上げます。

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

〈総合評価加算〉対象研修

プログラム

	講義内容(全24単位)	講師	所属
PART I			
	12:50-13:00 開講式		
1月9日(土)	13:00-14:10 総合診療医に必要な腎・泌尿器疾患の管理	西尾俊治	南高井病院 院長
	14:20-15:30 総合診療医に必要なアドバンス・ケア・プランニング(ACP)と終末期医療	新田國男	日本臨床倫理学会 理事長
	15:40-16:50 高齢者医療の診療のポイント	井川誠一郎	平成医療福祉グループ 診療本部長
	17:00-18:10 総合診療医に必要な神経難病の管理	美原盤	美原記念病院 院長
	19:00-20:00 症例検討(低栄養、NST、脱水)	井川誠一郎	平成医療福祉グループ 診療本部長
	20:10-21:10 症例検討(排泄管理)	西尾俊治	南高井病院 院長
1月10日(日)	9:00-10:10 総合診療医に必要な口腔管理とチームアプローチ	飯口英夫	城北病院 副院長
	10:20-11:30 総合診療医に必要な高齢者救急への対応	小豆畑丈夫	小豆畑病院 院長
	11:40-12:50 総合診療医に必要な感染症の管理～呼吸器・肺炎～	大路剛	神戸大学医学部感染症内科 准教授
	13:30-14:40 在宅最前線の高齢者ケア	秋山正子	ケアーズ白十字訪問看護ステーション 代表取締役
	14:50-15:50 症例検討(緩和ケア)	照沼秀也	いばらき診療所 理事長
PART II			
12月14日(土)	13:00-14:10 在宅療養支援診療所の実際	長尾和宏	長尾クリニック 院長
	14:20-15:30 フレイルの考え方とケア	鳥羽研二	国立長寿医療研究センター 理事長特任補佐
	15:40-16:50 総合診療医に必要な皮膚疾患の管理	木下祐介	光風園病院 院長
	17:00-18:10 総合診療医に必要な心不全の知識	中尾一久	高良台リハビリテーション病院 理事長
	19:00-20:00 症例検討(リハビリテーション、在宅復帰支援)	木戸保秀	松山リハビリテーション病院 院長
12月15日(日)	9:00-10:10 総合診療医に必要な薬物療法と服薬管理	秋下雅弘	東京大学大学院医学系研究科加齢医学 教授
	10:20-11:30 総合診療医に求められる認知症の知識	伊藤弘人	独立行政法人 労働者健康安全機構労働安全本部研究ディレクター
	11:40-12:50 離島・へき地医療から学ぶ総合診療医に必要な知識	前田隆浩	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 医療科学専攻 総合診療学分野 教授
	13:30-14:40 病院における在宅支援の役割と地域包括ケア病棟の実際	仲井増雄	地域包括ケア病棟協会 会長 芳珠記念病院 理事長
	14:50-15:50 症例検討(ポリファーマシー)	仲井増雄	地域包括ケア病棟協会 会長 芳珠記念病院 理事長
PART III			
1月25日(土)	13:00-14:10 地域医療構想&地域包括ケアにおける慢性期医療・介護の展望	池端幸彦	池端病院 理事長
	14:20-15:30 総合診療医に必要なリハビリテーションの知識	橋本康子	慢性期リハビリテーション協会 会長 千里リハビリテーション病院 理事長
	15:40-16:50 総合診療医に求められる脳血管疾患の管理	木下牧子	光風園病院 副理事長
	17:00-18:10 在宅最前線の小児ケア	高橋昭彦	ひばりクリニック 院長
	19:00-20:00 症例検討(認知症の診断と治療)	熊谷頼佳	京浜病院 院長
1月26日(日)	9:00-10:10 高齢者医療における臨床指標と総合機能評価	矢野諭	多摩川病院 理事長
	10:20-11:30 総合診療医に必要な栄養管理	若林秀隆	横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科 准教授
	11:40-12:50 総合診療医とは	武久洋三	日本慢性期医療協会 会長 博愛記念病院 理事長
	13:30-14:40 日本の医療提供体制の今後の方向性	小山秀夫	兵庫県立大学大学院経営研究科 特任教授
	14:50-15:50 症例検討(嚥下障害、肺炎)	矢野諭	多摩川病院 理事長
	15:50 修了式		

講義28時間・症例検討(ワークショップ形式)9時間

最後に

医師の卒後教育の現実との乖離を、今、正さなくては
間に合わない。禍根を残すべきではない。

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