

# 日本慢性期医療協会

## 定例記者会見

日時：令和4年7月21日16:30～

場所：日本慢性期医療協会



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES



日本慢性期医療協会第5代会長

**橋本 康子（はしもと やすこ）**

医師 医学博士

医療法人社団和風会 理事長

橋本病院（香川県）

千里リハビリテーション病院（大阪府）

千里リハビリテーションクリニック東京

社会福祉法人徳樹会 理事長（香川県）

社会福祉法人福寿会 理事長（愛媛県）

# 新執行体制

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES



事務局長  
富家隆樹

副会長  
井川誠一郎

副会長  
矢野諭

会長  
橋本康子

副会長  
池端幸彦

副会長  
安藤高夫

## なぜ総合診療医が必要なのか？

- ・ 高齢者患者の特徴は「多病」
- ・ 急性期医療と慢性期医療のシームレス化ができていない
- ・ 総合診療医の育成 「新人医師」 「キャリア医師」

高齢化が進む日本では、あらゆるステージで総合診療医が求められる。

## 総合診療専門医

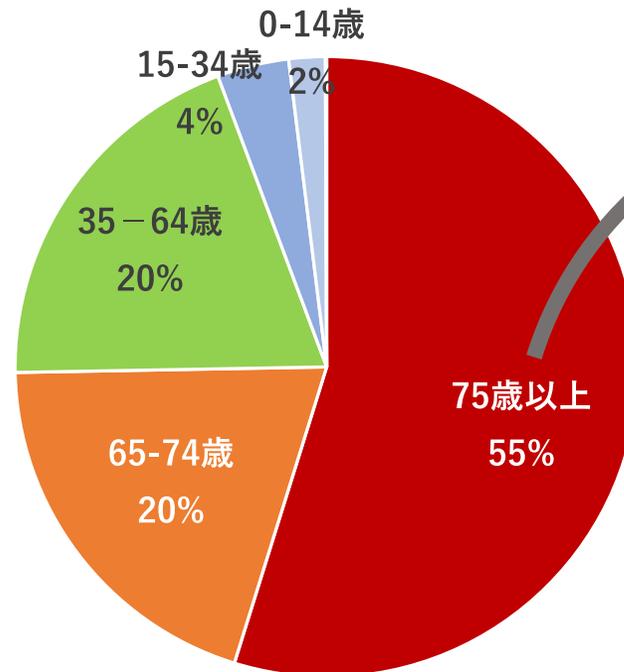
総合診療医には、日常的に頻度が高く、**幅広い領域の疾病と障害等**について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた**継続医療を全人的に提供**することが求められる。

「総合診療専門医」には、**他の領域別専門医や他の職種と連携**して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することを期待。

## 高齢患者の特徴「多病」

入院患者の大半を占める高齢者は、複数の慢性疾患を抱えている。入院の原疾患となる主病以外の治療も必要となる。

### 年齢階級別推計入院患者割合



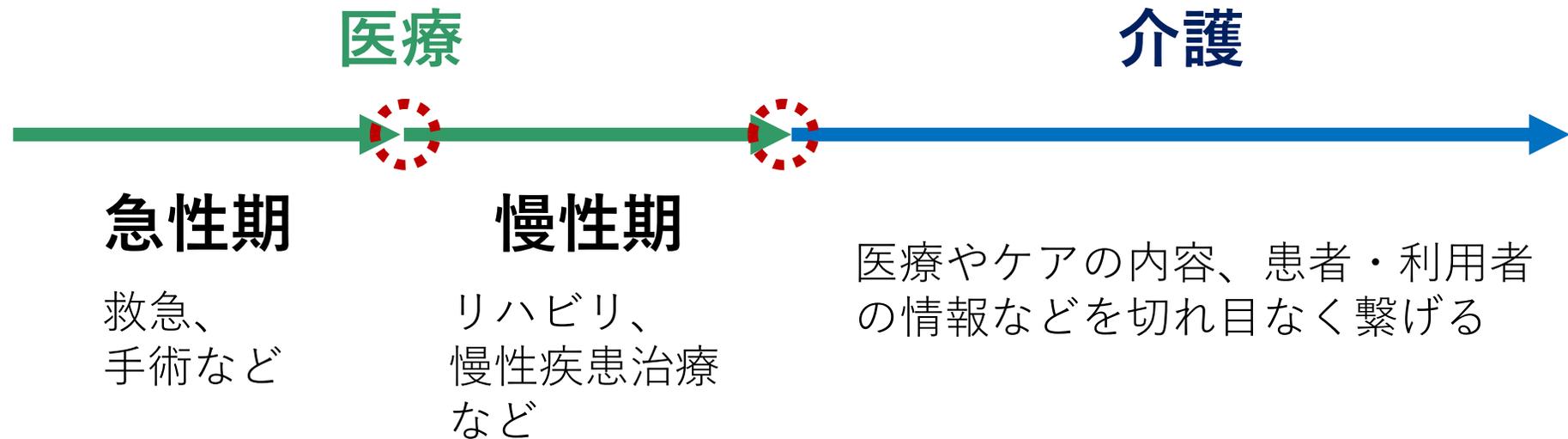
### 東京都後期高齢者約131万人分のレセプト情報

#### 75歳以上の約8割が2疾患以上、約6割が3疾患以上の慢性疾患を併存

頻度の最も高い3疾患の組み合わせは、男性では、高血圧・潰瘍性疾患・虚血性心疾患 (12.4%)、次いで高血圧・脂質異常症・潰瘍性疾患 (11.0%)、女性では、高血圧症・脂質異常症・潰瘍性疾患 (12.8%)、次いで高血圧・潰瘍性疾患・脊椎/関節疾患 (11.2%)でした。

全人的医療の提供には、**医療と介護のシームレス化**（繋ぎ目がない）が欠かせない。しかしながら、医療の中でも急性期と慢性期との間にシームが存在している。

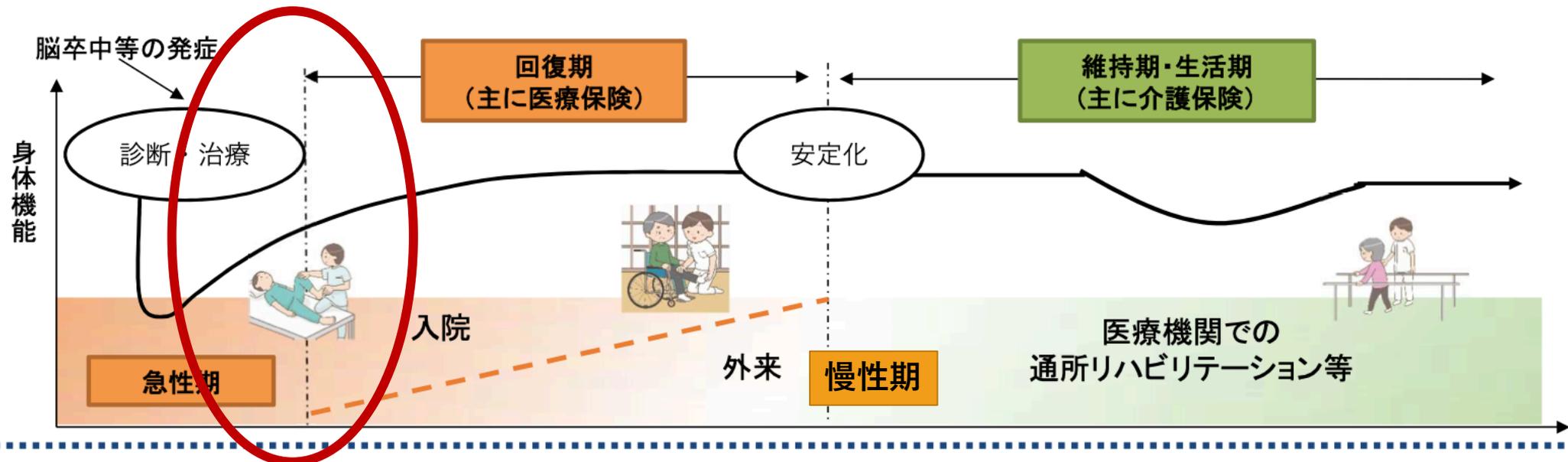
## 医療と介護のシームレス化



# 急性期と慢性期のシームレス化

急性期治療後、速やかに回復期リハビリなどの慢性期医療に繋がれば患者の機能低下は防止できるはず。現実には、医療間にも繋ぎ目が存在している。

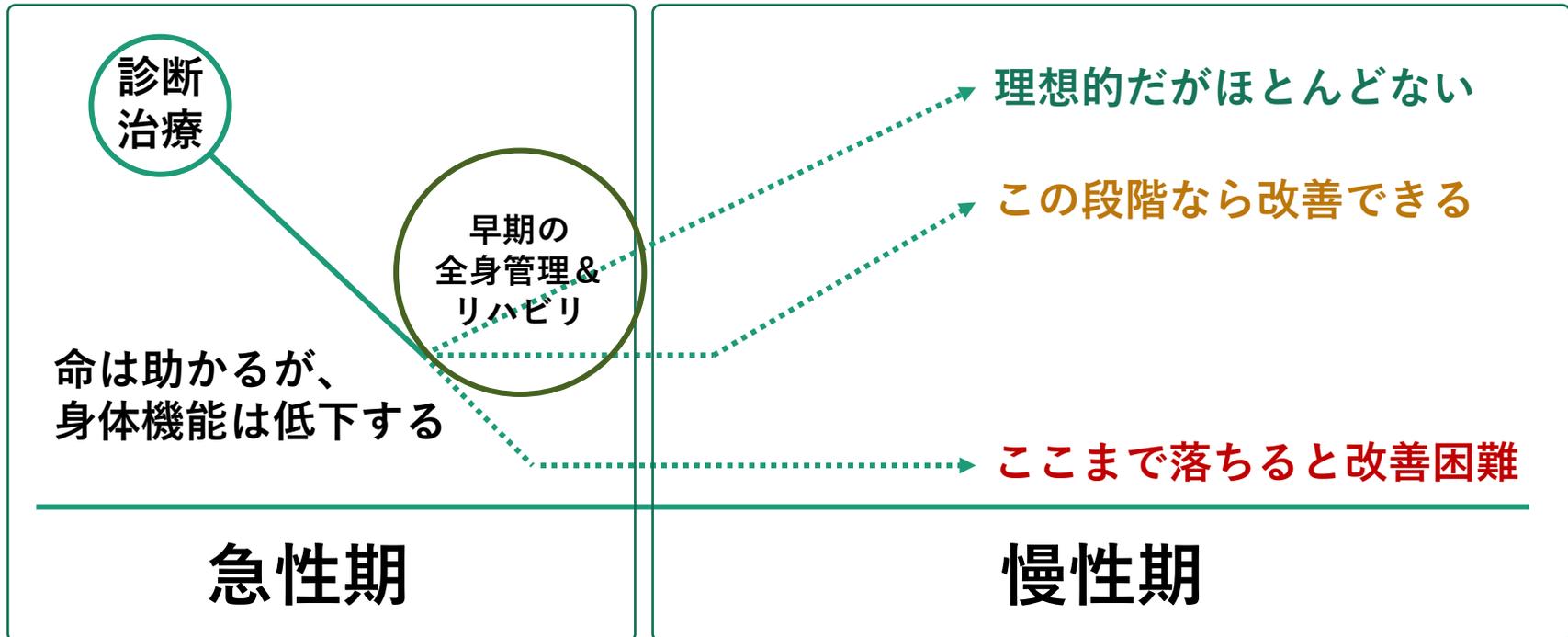
## 理想的な連携モデル（リハビリの例）



# 身体機能の低下と改善

慢性期医療は、身体機能の改善を受け持つが、転院時の状態により改善への道が分かれてしまう。

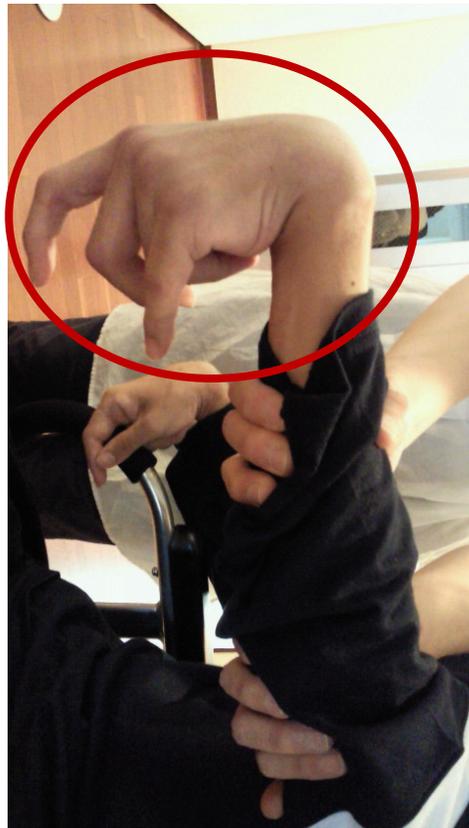
## 身体機能改善への分かれ道



# 身体機能低下の例

絶対安静や身体拘束などにより、主病に関係なく身体機能が低下する。

## 筋萎縮や関節拘縮による廃用の発生



# 栄養状態低下の例

栄養不良や脱水などにより、リハビリができるまでの体力回復に時間を要する。

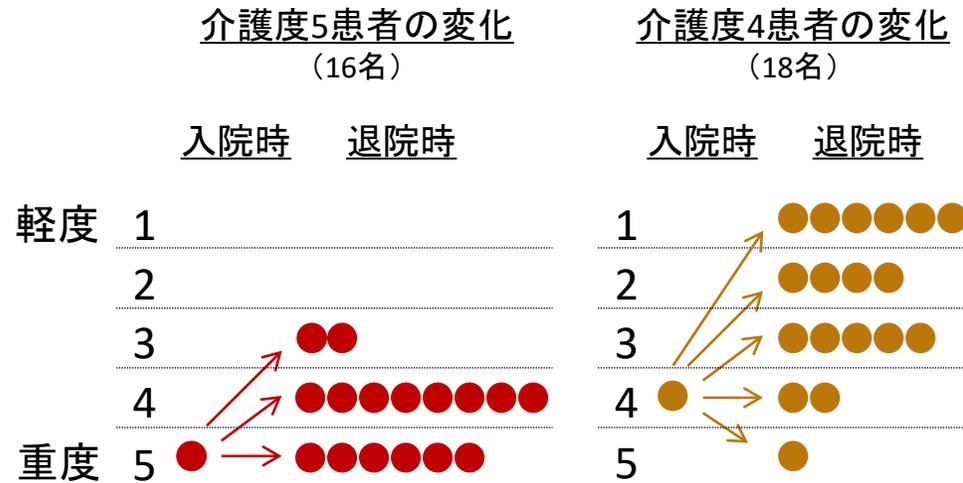
## 栄養不良による廃用の発生



# 入院時の状態による改善傾向

介護度5やFIM13点など最も重介助で入院してきた患者は改善困難ケースとなりやすい。機能が落ち切る前に慢性期に転院して欲しい。

## 介護度による改善傾向



## FIMによる改善傾向

寝たきり ← 退院時FIM (運動項目のみ) → 自立

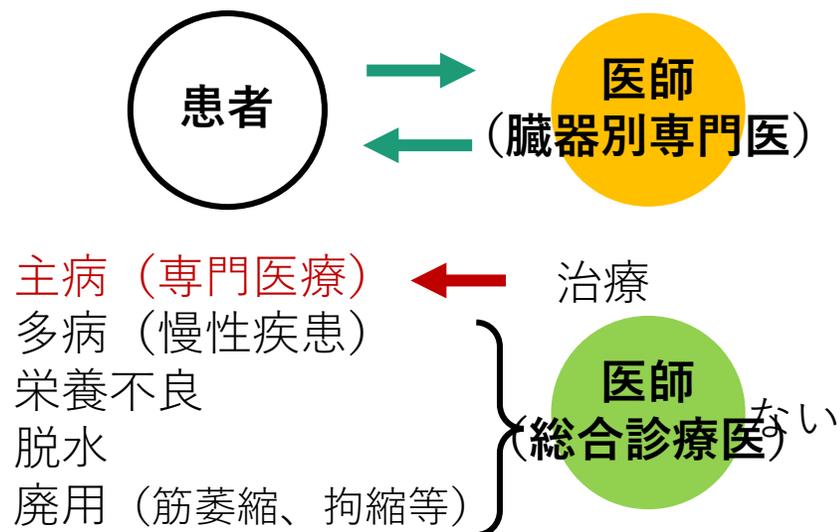
		13	14-20	21-26	27-39	40-52	53-65	66-78	79-91
入院時	重度	13	29%	22%	6%	25%	4%	3%	6%
	14-20	2%	0%	10%	22%	16%	19%	17%	14%
21-26				6%	11%	15%	22%	22%	24%
27-39				1%	4%	11%	9%	36%	39%
40-52						3%	8%	25%	64%
53-65							1%	10%	89%
66-78								3%	97%
軽度	79-91								100%

(2021年度退院患者694名)

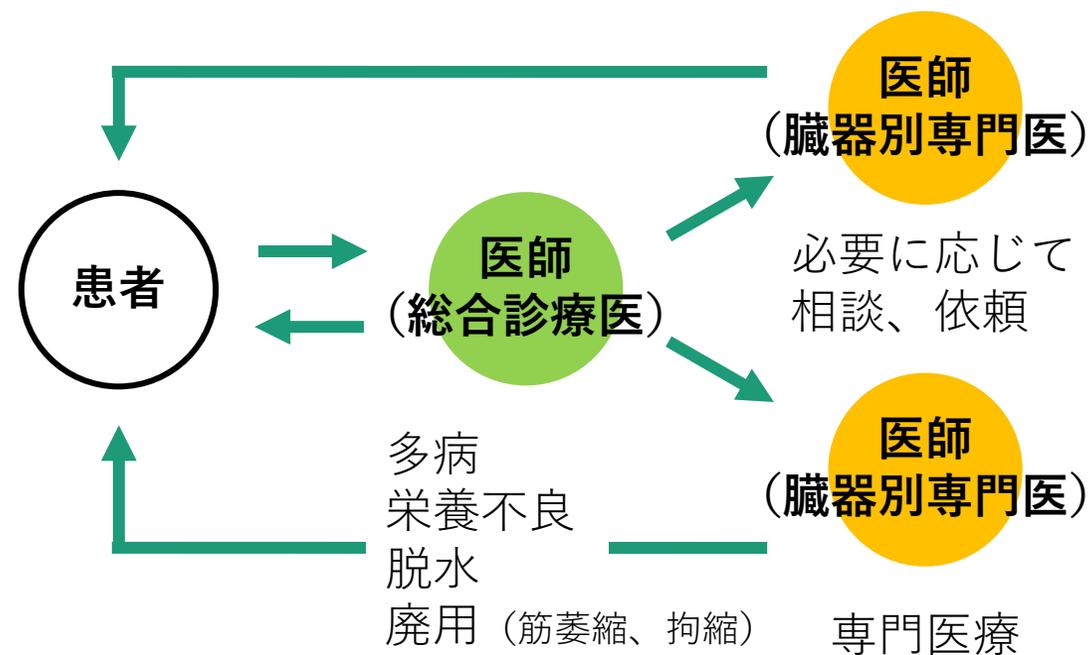
# 患者と医師の関わり方

主病治療とそれ以外の全身的な治療ケアなど、医師の関わり方により患者の状態は変わってくる。急性期治療と同時に、それ以外の疾病、状態への対応を総合診療医が担うべきである。

## 急性期医師の関わり方

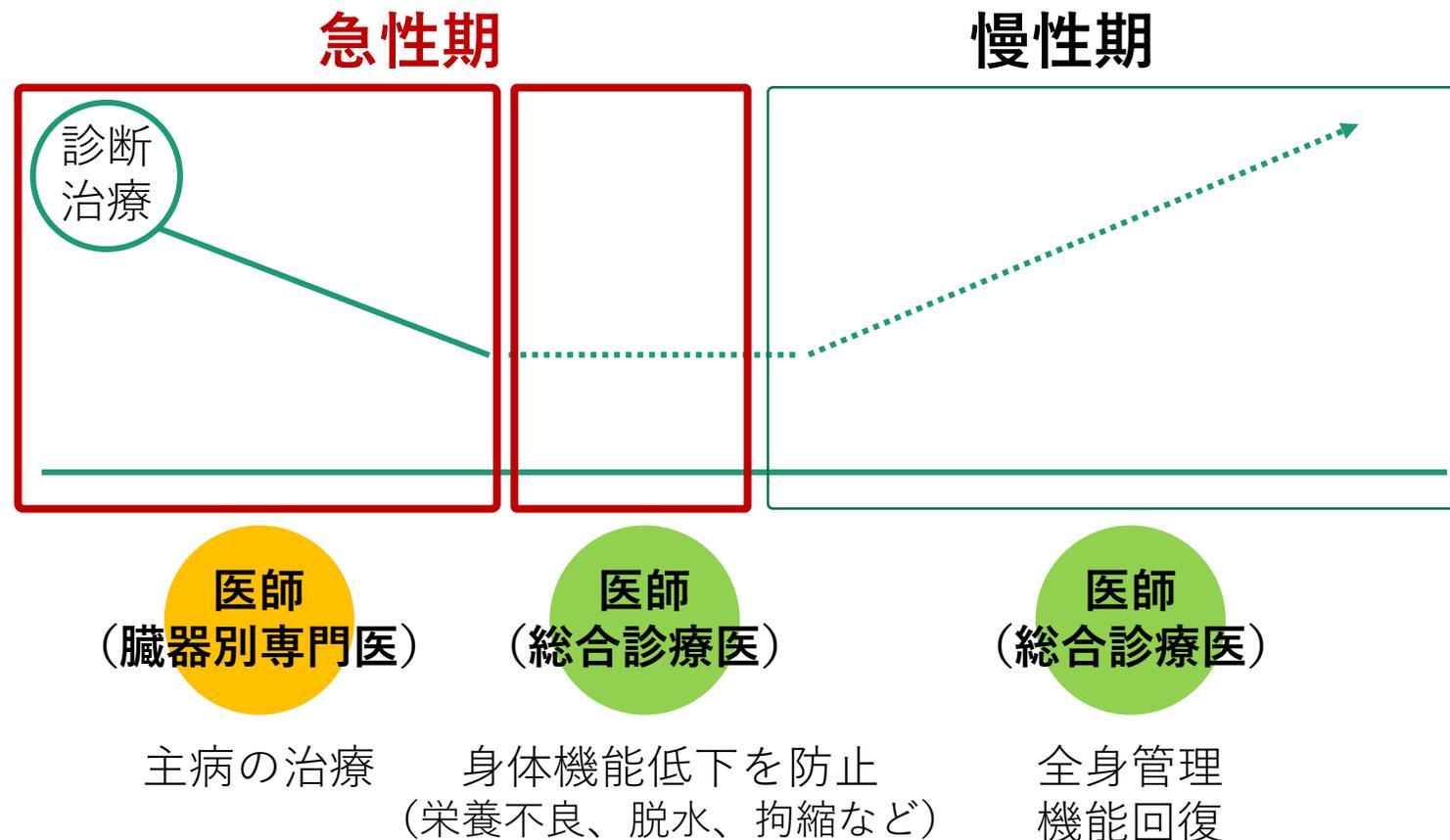


## 慢性期医師の関わり方

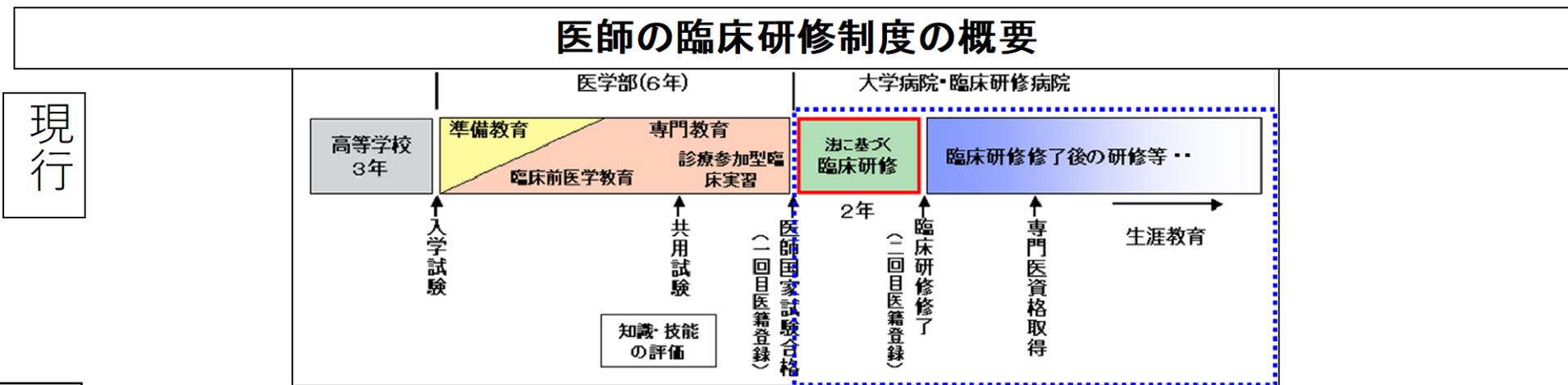


# 急性期病院にも総合診療医を

急性期病院においても、主病治療と同時に総合診療医が身体機能を維持させたまま、リハビリテーションなどのための慢性期病院転院を早めることにより患者の回復は促進される。その結果、急性期も慢性期も入院期間が短縮される。



# 総合診療医の育成（新人医師）



改正案①

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、臓器別診療医の研修を行う医師養成制度にするべきではないか。



改正案②

医師国家試験合格後、2年間の「前期研修」を終えると、2年間は臓器別専門医としての技術を磨くとともに、総合診療医としての知識とスキルを習得する研修期間としてはどうか。



# 総合診療医の育成（キャリア医師）

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

専門医修了後や開業/後継など、キャリアの転換期を迎える医師に日慢協として総合診療医としてのリトレーニングの場を提供する。



## 日慢協研修

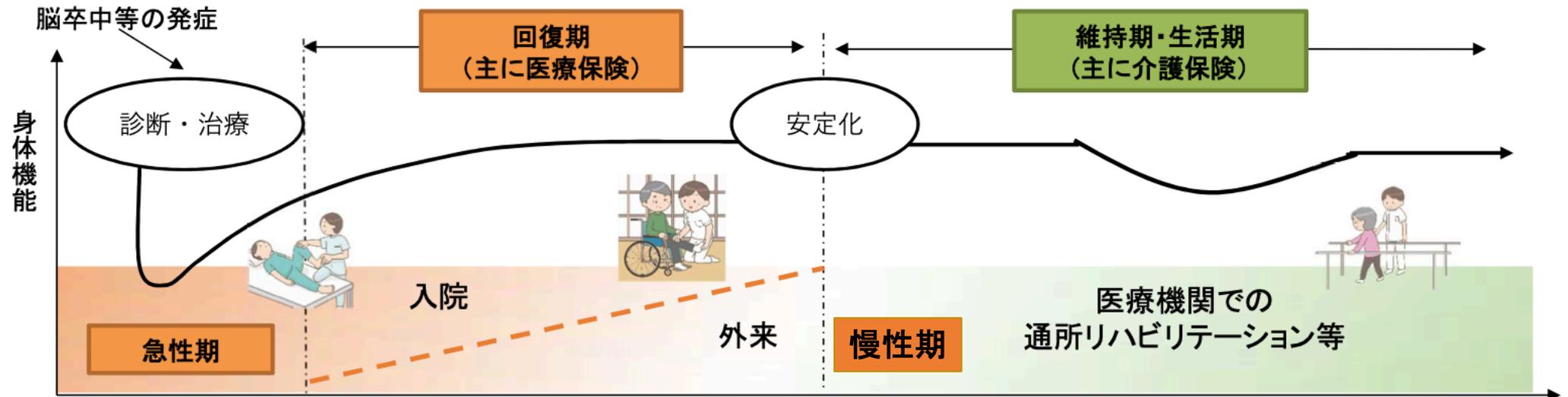
現在：総合診療医認定講座（6日間の講義と症例検討）

予定：総合診療医実習受け入れ（実習病院の整備とプログラム作成）

- ①実習先病院で就職
- ②非常勤として実習

# 総合診療医をすべての現場に

急性期をはじめとするあらゆる医療に日慢協の総合診療医ノウハウを提供し、医療の質を向上させる。同時に医療費・介護費の削減に繋げる。



医師	<b>臓器別専門医</b> 救急医療 高度先進医療など	<b>総合診療医</b>	<b>総合診療医</b>
	<b>総合診療医</b> 全身管理(多病・栄養・脱水など) リハビリ(廃用・拘縮防止)	<b>臓器別専門医</b>	<b>臓器別専門医</b>

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

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

# 参考：FIM

## (参考) 日常生活動作 (ADL) の指標 FIMの概要

中医協 検-2-2参考  
29.11.10

### Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

- ✓ 「運動ADL」13項目と「認知ADL」5項目で構成
- ✓ 各7～1点の7段階評価 (合計：126点～18点)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

運動項目										認知項目							
セルフケア					排泄		移乗		移動	コミュニケーション		社会認識					
食事	整容	清拭	更衣 (上半身)	更衣 (下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解 (聴覚・視覚)	表出 (音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	