

日医かかりつけ医機能研修制度

応用研修講義要綱

【シラバス】

第3期（令和4～6年度）

令和6年度分

公益社団法人 日本医師会

【目次】

応用研修 1-9 かかりつけ医の糖尿病管理	・・・ p. 1
応用研修 2-9 栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携	・・・ p. 2
応用研修 3-9 かかりつけ医の脂質異常症管理	・・・ p. 3
応用研修 4-9 リハビリテーションにおける医療と介護の連携	・・・ p. 4
応用研修 5-9 認知症の方への意思決定支援とプライマリケア	・・・ p. 5
応用研修 6-9 かかりつけ医の高血圧症管理	・・・ p. 6

※付番について

(例) 応用研修 1 - 9

本制度の9年目の講義であることを表します。

本制度の修了申請において、受講が必須である応用研修1～6を表します。

応用研修 1-9

かかりつけ医の糖尿病管理

【目標】

糖尿病治療の目標は、血糖、血圧、脂質代謝の良好なコントロール状態と適正体重の維持、および禁煙の遵守により、糖尿病の合併症の発症、進展を阻止し、高齢化に伴う併存症の予防・管理やステイグマの除去にも配慮しながら、糖尿病のない人と変わらない寿命と QOL（Quality of Life、生活の質）の実現を目指すことにある。本講義では、糖尿病の治療ならびに療養計画書作成にあたって必要な知識を整理する。

- ① 糖尿病の診断と評価：血糖値が糖尿病型であることを確認する。典型的症状（口渇・多飲・多尿・体重減少）や確実な糖尿病網膜症も慢性高血糖状態を示唆する。HbA1c のみの反復陽性では診断できない。
- ② 目標体重・目標 HbA1c の設定：肥満を伴う糖尿病の場合、まず減量を図る。肥満の原因となっている生活習慣の除去、軽減に努める。診断後早期からの厳格な血糖管理により、長期的な合併症リスクが減少することが示されている。高齢者においては、現体重、年齢や臓器障害など、患者の属性や代謝状態を評価しつつ、柔軟に配慮する。罹病期間が長い場合は治療に伴う低血糖リスクに注意を要する。
- ③ 食事と運動の目標設定と指導：ライフスタイルの介入は個別性が高い。継続できる内容で、期限を区切り達成可能な目標を設定する。医学的原則に沿って提案、合意、実行、評価を繰り返す。多職種による介入が望ましい。

【キーワード】

目標の個別化、肥満、高齢者、ライフスタイルの介入

応用研修 2-9

栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携

【目標】

高齢者では加齢に伴う食事摂取量低下、ADL低下、口腔問題などにより低栄養が生じやすく、3～29%に低栄養が認められる。低栄養は、地域、病院、施設などあらゆる環境において死亡率増加や筋力低下等の予後不良をもたらすため、早期発見と早期対応が重要である。さらに「骨太の方針2023」に明記されているように、多職種連携のもとリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を一体的に実施することが求められている。近年、栄養管理を促進する診療報酬や介護報酬改定が重ねられている。標準的栄養評価としてのGLIM基準の使用推奨や、外来や訪問食事栄養指導を実施する際に栄養ケア・ステーション等を通じた外部の管理栄養士への依頼が可能となるなど、病院、施設、地域において適切な栄養ケアを提供する基盤は整いつつある。本講義では、主に地域包括ケアと栄養ケア、医療および介護領域における栄養とかかりつけ医の連携について解説する。

口腔におけるかかりつけ医との連携では、最初に「美味しく飲食できること」が健康の重要な要素であることを紹介し、次に口の健康の指標が、歯の数だけでなく、「食べる」「話す」「笑う」といった機能に変わってきていることを解説する。また、これら口の機能は、フレイルやサルコペニア、要介護、死亡の発生に関与していることが明らかにされつつあり、オーラルフレイルとして、世界的に注目されてきていることを紹介する。

また、口の機能低下が健康と関連するメカニズムとして、食事の質の低下や生活習慣病との関連について、最近のエビデンスのいくつかを解説する。最後に、令和6年度の診療報酬および介護報酬改定で導入された、生活習慣病管理料と入院（所）中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の評価について説明する。

【キーワード】

低栄養、栄養管理、オーラルフレイル、口腔の健康状態の評価

応用研修 3-9

かかりつけ医の脂質異常症管理

【目標】

動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版の主な変更点は、①随時（非空腹時）のトリグリセライドの基準値の設定、②絶対リスク評価手法として冠動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞を合わせた動脈硬化性疾患をエンドポイントとした久山町研究のスコアの採用、③糖尿病があつてハイリスク例の LDL コレステロール (LDL-C) の管理目標値変更、④二次予防の対象として冠動脈疾患に加えてアテローム血栓性脳梗塞も追加、⑤二次予防ハイリスク例の LDL-C の目標値 70mg/dL 未満の明確化、⑥脂質異常症検査や続発性脂質異常症など項目の追加などである。

令和 6 年度診療報酬改定では特定疾患療養管理料の見直しがあり、高血圧症、脂質異常症（家族性高コレステロール血症など遺伝性疾患を除く）、糖尿病の 3 疾患において、特定疾患療養管理料の対象疾患から除外された。一方で、生活習慣病に係る医学管理料の見直しがあり、これまでの生活習慣病管理料は生活習慣病管理料（Ⅰ）となり一部改定され、さらに検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）（333 点、月 1 回に限る。）が新設されている。このⅡについては、許可病床数が 200 床未満の病院又は診療所に限定して適用される。生活習慣病管理料についての要件及び評価の見直しとは、①療養計画書の簡素化とともに、電子カルテ情報共有サービスを活用すれば血液検査項目についての記載を不要とする、②診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする、③少なくとも 1 月に 1 回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する、以上の他に、多職種と連携することを望ましい要件とし、糖尿病患者に対しては歯科受診を推奨するとしている。

本ガイドラインに加えて、実地医家等の臨床医から看護師・保健師・管理栄養士などのメディカルスタッフにも活用いただける脂質異常症診療ガイド 2023 が発刊されており、脂質異常症の日常診療に参考となる。

【キーワード】

動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022、脂質異常症診療ガイド 2023、特定疾患療養管理料改定、生活習慣病管理料改定

応用研修 4-9

リハビリテーションにおける医療と介護の連携

【目標】

本講義はリハビリテーションにおける医療と介護の連携を進めるという課題をいただき、以下の構成とした。

1) 医療保険と介護保険のリハビリテーションの意義と役割：

リハビリテーションは「機能を回復し、障害を克服し、活動を育む」ものであり、医療保険の疾患別リハビリテーションの役割は廃用症候群の予防、機能回復、ADL（日常生活動作）向上であり、介護保険の生活期リハビリテーションの役割は生活機能の維持・向上、自立した生活の推進、介護負担の軽減、QOL（生活の質）の向上とされている。

2) 生活期リハビリテーション診療の実践（訪問リハビリテーションを例として）：

リハビリテーションでは、健康状態を管理しながら、ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health：国際生活機能分類）の概念に沿って、生活機能の診療を行う。訪問リハビリテーションを例として、定義・制度、訪問リハビリテーション診療の実践を提示する。

3) リハビリテーションにおける医療と介護の連携の実態と課題：

現状では医療保険の疾患別リハビリテーションと介護保険の生活期リハビリテーションの間で連携が十分に取れているとは言えず、令和6年度診療報酬改定では退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点での見直しが行われた。

【キーワード】

リハビリテーション、ICF、訪問リハビリテーション、医療・介護連携

応用研修 5-9

認知症の方への意思決定支援とプライマリケア

【目標】

～認知症の方の気持ちをくみとるために～

本講義は、①認知症に関する基礎知識、②意思決定支援の実践方法、③環境調整の重要性、④認知症の方の想いに触れる大切さについてとし、以下の構成とした。

- 1) 令和5年12月から、アルツハイマー病に対する新たな治療法が導入され、軽度認知障害の患者にも認知症疾患修飾薬の投与が可能となり、治療の選択肢が広がった。続いて、令和6年1月1日に施行された認知症基本法により、認知症の方の人権と尊厳が一層重視されるようになった。この法律は、認知症の方も他の住民と同様に能力を最大限発揮し、地域で共生しながら予防に努めることの重要性を強調している。
- 2) 認知症の方にも明確な意思があり、その意思をくみとることが重要である。自分がされて嫌なことは相手も嫌であろうと想像し、どうしたいか、どうしてほしいかを本人にしっかりと尋ねることが大切である。認知症の方の想いに寄り添い、その声に耳を傾けることが真の支援につながる。
- 3) 病棟で治療を受ける際、認知症の方が目的を理解できず、治療に協力できない場合がある。このような状況では身体拘束が行われることがあるが、令和6年診療報酬改定では、身体拘束回避の重要性が強調された。認知症の方にとって環境が症状に大きな影響を与えるため、適切な環境整備が必要である。

この講義では、認知症に関する基礎知識、環境調整の重要性、意思決定支援の実践方法、そして認知症の方の想いに触れる大切さについて解説する。

【キーワード】

認知症疾患修飾薬、認知症基本法、意思決定支援、身体拘束回避、環境調整

応用研修 6-9

かかりつけ医の高血圧症管理

【目標】

高血圧は、我が国の非感染性の死亡原因として最も重要である。これまでのエビデンスにより、降圧治療は年齢、性別、合併症の有無によらず脳心血管病を確実に抑制することが示されている（10mmHgの降圧で脳心血管病は20-30%減）。一方、我が国の国民の血圧レベルは依然として高く、降圧治療を受けているのものであっても約半数は望ましい血圧レベルにコントロールされていない。

2019年に発表された高血圧治療ガイドライン（JSH2019）では、診察室血圧よりも家庭血圧を重視して血圧管理をすること、また、降圧目標は脳心血管病の十分な抑制が期待でき、かつ、有害事象が最小限であるように定められており、一般には130/80mmHg未満、何らかの有害事象が生じる可能性のある病態や状態（75歳以上の高齢者、脳卒中で主幹動脈に狭窄があるもの、蛋白尿のない慢性腎臓病など）では140/90mmHg未満とされている。

初診の高血圧患者については、血圧レベルや併存する危険因子などの存在から脳心血管病のリスクを想定して初期対応を決定する。高値血圧レベル（130-139/80-89mmHg）であれば、最初は生活習慣の修正により経過を見るが、リスクに応じて薬物治療を開始する。安全にかつ安価に降圧治療を行うためには、生活習慣の修正のような非薬物治療が重要である。しかし、行動変容を起こし、それを継続させることは難しい。患者と医療者（多職種連携も必要）とのコミュニケーションを通じた信頼関係の構築、治療目標やそのための行動計画の説明と同意、継続させるためのさまざまなデバイスやツールを用いたアプローチなど、それなりに手間が必要となる。生活習慣の修正の中では、とくに減塩や体重のコントロールが重要である。降圧薬の選択については、アドヒアランスの向上のため、使いやすい、患者が受け入れやすい薬剤を用いることが重要であり、血圧の低下が不十分な場合は機序の異なる薬剤を併用することを躊躇しない。

【キーワード】

生活習慣の修正、減塩、降圧目標、脳心血管病

日医かかりつけ医機能研修制度ワーキンググループ 構成員

◎鈴木 すずき 邦彦 くにひこ（医療法人博仁会 志村大宮病院 理事長・院長）

○飯島 いじま 勝矢 かつや（東京大学 高齢社会総合研究機構 機構長

・未来ビジョン研究センター教授）

○大橋 おおはし 博樹 ひろき（医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック 院長）

○新田 にった 國夫 くにお（全国在宅療養支援医協会 会長）

○松田 まつだ 晋哉 しんや（産業医科大学 医学部公衆衛生学 教授）

担当常任理事：江澤 和彦

（令和6年7月現在）