

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4期（令和7～9年度）

令和7年度分

公益社団法人 日本医師会

【目次】

応用研修 1-10 肝臓病の診断と治療	・・・ p. 1
応用研修 2-10 慢性腎臓病 (CKD) の診断と治療	・・・ p. 2
応用研修 3-10 高齢者肺炎の治療と多職種連携	・・・ p. 3
応用研修 4-10 かかりつけ医に必要な骨粗鬆症への対応	・・・ p. 4
応用研修 5-10 かかりつけ医とリハビリテーションの連携	・・・ p. 5
応用研修 6-10 事例検討～在宅医療における連携/ 認知症を含むマルチモビディティへの取組～	・・・ p. 6

※付番について

(例) 応用研修 1 - 10

本制度の10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 1-10

肝臓病の診断と治療

【目標】

肝臓病は経過により急性／慢性に大別され、原因によりウイルス性／非ウイルス性に分類できる。慢性肝疾患は一般に無症候であり、長い経過の末に肝硬変、肝臓癌に至る。わが国はウイルス性肝疾患の多い地域であったが、B 型肝炎や C 型肝炎に対する抗ウイルス治療の普及により、ウイルス性肝硬変・肝臓癌の頻度は低下し、逆に非ウイルス性肝疾患が増加した。

生活習慣に伴う肝疾患は、アルコール性肝障害や非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）と呼称されてきたが、2023 年に脂肪肝の疾患概念が大きく変更され、前者をアルコール関連肝疾患（ALD）、後者を代謝機能障害関連脂肪性肝疾患（MASLD）と呼称するようになった。また、以前はアルコール性とも非アルコール性とも診断できず病名が存在しなかった脂肪肝にも、代謝機能障害アルコール関連肝疾患（MetALD）という病名が与えられた。

脂肪肝は極めて頻度の高い肝疾患であるが、そのなかで肝硬変・肝臓癌へのリスクを層別化するのは肝臓の線維化ステージであることが明らかになっている。さまざま非侵襲的線維化マーカーが利用されているが、このなかで最も汎用されているのが FIB-4 インデックスである。2023 年に発出された「奈良宣言」では、慢性肝疾患（CLD）を早期に拾い上げ、効率的な診療に繋げていくために、血清 ALT 値 30 U/L 超の場合は、肝炎ウイルス検査の確認とともに、脂肪肝があった場合は生活習慣の見直し、さらに FIB-4 インデックスを参考に、専門医に繋げていくことを推奨している。

【キーワード】

奈良宣言、FIB-4 インデックス、脂肪肝、飲酒、薬物、肝炎ウイルス検査

応用研修 2-10

慢性腎臓病 (CKD) の診断と治療

【目標】

慢性腎臓病 (CKD) は尿異常、腎機能低下、形態異常のいずれか、あるいは複数を有する状態が3 ヶ月以上持続するものと定義される。尿異常とは蛋白尿または血尿を指し、腎機能低下は糸球体濾過率 (GFR、あるいはeGFR) 60 ml/min/1.73m² 未満で定義される。形態異常には病理組織学的異常のほか、CT やエコー検査などマクロレベルでの異常を含む。

CKD に該当する国民の数は近年増加傾向であり、成人の4~5 名に1 人と報告されている。CKD が重症化して腎不全に進行し、透析治療を行っている患者数は約35 万人となり、年間の医療費は1.6 兆円を超えており、医療経済上の重要な課題になっている。

加えて、腎不全の前状態である保存期CKD は、あらゆる医療分野の患者の附帯状況として診療に影響する。例えば、癌治療を受ける患者のeGFR が60 未満であれば、抗がん薬の使用が制限される。さらには、CKD であることは、腎不全だけでなく、心血管疾患や死亡の重要なリスクであることが数多くの疫学研究で明らかにされている。

一方、腎臓病は多種多様な疾患を含み、共通の進行因子に対する対策とともに、各疾患特異的な治療が必要かつ有効な場合も多い。CKD は多くの人々の健康を障害する“国民病”であり、早期発見・治療が不可欠である。そのためには幅広い職種、立場の人々で共通の認識に基づいた対策（多職種連携）を推進することが求められる。

本講では、特にかかりつけ医におけるCKD 診療のポイントを解説する。

【キーワード】

慢性腎臓病 (CKD)、指定難病、病診連携

応用研修 3-10

高齢者肺炎の治療と多職種連携

【目標】

肺炎の診断は、問診、診察所見、血液検査所見、胸部X線所見より総合的に判断する。肺炎の診療においては原因菌の推定・同定が重要であり、喀痰が得られる場合には喀痰のグラム染色・培養検査を行い、必要な場合には血液培養も提出する。

また、迅速診断法として尿中抗原検査（肺炎球菌、レジオネラ・ニューモフィラ）、喀痰抗原検査（肺炎球菌）、咽頭ぬぐい液抗原検査（肺炎マイコプラズマ）も有用である。肺炎を市中肺炎（CAP）、医療・介護関連肺炎（NHCAP）、院内肺炎（HAP）に大別し、その重症度を評価し、耐性菌のリスクと合わせて治療の場と抗生剤を判断する。いずれの肺炎分類においても誤嚥性肺炎を多く認めるため、すべての症例において誤嚥性肺炎の可能性を検討することは重要である。

誤嚥性肺炎を繰り返す症例や疾患終末期の肺炎など、生活の質（quality of life : QOL）が低下し予後不良の終末期肺炎の像を呈する例では、侵襲性の高い治療よりも、緩和的な治療を優先することも考慮すべきである。そして、このような判断は NHCAP に限らず、CAP や、HAP でも同様に重要である。原因菌検索により原因菌が同定または推定できた場合には標的治療、できない場合は治療の場に応じたエンピリック治療（外来患者群治療、一般病棟患者群治療、ICU 入室患者群治療）を行う。その際、非定型肺炎を鑑別することが抗生剤の選択上重要である。誤嚥性肺炎の嚥下障害に対する対応は、多職種連携のチーム医療にて専門職ごとに評価し、ミーラウンドなどにおいて忌憚のない意見を交換したうえでの包括的介入およびそのフィードバック情報の共有に基づく学際的合意形成が必要である。

【キーワード】

エンピリック治療、非定型肺炎、ミーラウンド

応用研修 4-10

かかりつけ医に必要な骨粗鬆症への対応

【目標】

骨粗鬆症は骨量の低下と骨質の劣化に基づき脆弱性骨折をきたす疾患である。かかりつけ医は、最近改訂された「骨粗鬆症の予防と治療のガイドライン 2025 年版」に基づいて骨粗鬆症診療のポイントを理解し、適切なタイミングで介入に導くことが望まれる。

1. 骨粗鬆症の疫学と治療の重要性

骨折は高齢者の健康寿命を損なう主要原因の一つである。国内の骨粗鬆症患者数は 1,590 万人に及ぶ。骨粗鬆症の治療率は未だに低く、かかりつけ医の積極的な関与が期待される。

2. 骨粗鬆症の診断

骨粗鬆症は既存骨折と骨密度低下により診断される。診断に際しては骨密度低下をきたす他疾患の除外も必要である。また、無症候性椎体骨折を見つけるためにはX線写真の活用が重要である。その他、FRAX[®] や併存する生活習慣病などに基づく骨折リスク評価も必要となる。

3. 骨粗鬆症の治療薬と基本的な考え方

治療薬には骨吸収抑制薬、骨形成促進薬、ビタミンD薬などがある。最近の重要な考え方として「ゴールを目指す治療: Goal-directed Treatment」がある。骨折リスクの高い骨粗鬆症においては、早期に骨密度増加、骨折リスク抑制が期待できる、骨形成促進—骨吸収抑制の逐次療法が推奨される。

4. 骨粗鬆症治療薬の特性と注意点

骨粗鬆症治療は長期にわたることが多い。各治療薬の特性や使用上の注意点などを理解した上で、一生涯の治療を完遂する長期的方針を考えていくことが必要である。

【キーワード】

骨密度、既存骨折、ゴールを目指す治療、逐次療法

応用研修 5-10

かかりつけ医とリハビリテーションの連携

【目標】

本講義は、以下の構成としている。

① リハビリテーション医療総論

リハビリテーションは患者の活動を育むため、急性期から生活期にかけて、ICF（国際生活機能分類）のフレームワークを活用した全人的な評価に基づいて、医師の指示のもとで提供される。機能の改善を促すためには、発症早期からのリハビリテーション医療の提供が必要である。また、より早期の自宅退院と、円滑な在宅生活を成し遂げるためには、円滑な退院支援も重要となる。

② リハビリテーション医療の実践内容と、リハビリテーションとかかりつけ医の連携（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とかかりつけ医の連携においては、回復期から生活期へ移行する退院前後や生活期における事業所間での円滑な情報連携が診療に必要となる。生活期においては医療のみならず、介護および福祉サービス事業所、また行政との連携が重要となり、日頃からの顔と顔の見える関係を構築することが重要である。

② リハビリテーション医療の今後の展望

科学的介護情報システム（LIFE）による科学的介護の取り組みを含め、リハビリテーション医療・医学における DX を推進するために、標準化と可視化のための研究が進められている。

【キーワード】

リハビリテーション医療・医学、医療介護障害福祉連携、科学的介護

応用研修 6-10

事例検討～在宅医療における連携

／認知症を含むマルチモビディティへの取組～

【目標】

「在宅医療における連携」

地域包括ケアを支える在宅医療においては、かかりつけ医と在宅療養支援病院（在支病）との連携が不可欠である。かかりつけ医がひとりで24時間体制で対応することは現実的ではなく、複数の医療機関による役割分担と連携が求められている。特に在支病との連携により、不在時の代診や緊急時対応が可能となり、多様な在宅患者への対応ができるようになる。また、特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院・養護老人ホームでは協力医療機関の設置が義務化され、①いつでも相談できる、②いつでも診てくれる、③いつでも入院を受けてくれる、という体制に加え、月1回以上の会議やICTによる情報共有を通じて、医療・介護双方で加算が認められている。本講義では、こうした制度的要件を満たしつつ、現場で機能する実践的な連携体制の構築について、具体的な事例を通じて考察する。

「認知症を含むマルチモビディティへの取組」

高齢化の進展により、プライマリ・ケアの現場では、複数の慢性疾患を抱える患者を診療する機会が増えている。このような状態は「マルチモビディティ（多疾患併存）」と呼ばれ、身体機能低下や入院、死亡率の上昇など、様々なリスクとの関連が報告されており、近年のプライマリ・ケアにおける重要な課題の一つとなっている。

マルチモビディティにおいては、単一の疾患に注目するのではなく、複数の疾患を抱える患者を包括的に捉える視点が必要である。その複雑性ゆえに、医学的適応のみならず、患者の意向や生活の質（QOL）、さらには社会的背景等を考慮し、患者一人ひとりに適合したテーラーメイドのアプローチを多職種で協働して実践することが不可欠である。本講義では、マルチモビディティの中でも特に近年増加傾向にある認知症を併存する事例を取り上げ、具体的な対応を通じて実践的なアプローチを提示する。

【キーワード】

在宅医療連携、ICT 活用、マルチモビディティ、多疾患併存

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（福岡国際医療福祉大学看護学部教授）

担当常任理事：江澤 和彦

（令和7年9月現在）