

# 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2期)

令和元～2年度

公益社団法人 日本医師会

## 1. 専門医共通講習

### (1) かかりつけ医の感染対策

#### **【目標】**

感染症は日々の診療で遭遇する頻度の高い疾患である。しかし従来の医学教育では感染症診療の方法論は具体的に教育されてきていない。しかも社会の変化、これに伴う患者の背景の変化とともに、感染症そのものも常に変容している。これに対応するためには、感染症が変化しても対応可能な思考の筋道を身につけておき、これを個別の患者に適用しながら診療を進めることが必要である。患者の背景そして罹患している疾患は多種多様であるが、方法論を身につけることで対応は可能である。この感染症診療の思考の筋道を紹介し、絶えず変化しつつある個別の感染症について現状を紹介する。

具体的な目標：

1. 感染症診療の考え方を身につける。
2. 各臓器・系統の感染症について診療上の要点と注意点を知る。
3. 日々の診療で感染対策上注意が必要な疾患を知り、適切な対応を取れるようになる。
4. 現在問題となっている新興再興感染症について理解する。
5. 薬剤耐性（AMR）の問題を理解し、日々の臨床で実践できる対策を知る。

#### **【キーワード】**

感染症患者の背景、感染臓器、感染症の原因微生物、感染防止対策、新興再興感染症、薬剤耐性

## (2) かかりつけ医の倫理

### **【目標】**

---

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは何か、それを実現することが「かかりつけ医の倫理」の中核である。IC（インフォームド・コンセント）と、その基礎の自己決定権・自律の原則、在宅における ACP の基本的なルールを確認する。更に、臨床倫理問題が、医療機関だけではなく、施設・在宅、その連携の中（地域包括ケアシステム）で起こることを確認し、かかりつけ医が関わって行う「ひと手間かけた倫理カンファレンス」を実施するための基本的な考え方（「気づき」「4原則」「4分割法」）を学び、意思決定支援のガイドラインの理解をする。医学的な対象としての患者像から、主体性のある社会的存在としての患者像に、そして生活を基盤とした患者像への変容の中でかかりつけ医の役割を考える。

### **【キーワード】**

---

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）、自己決定・自律の原則、倫理カンファレンス、臨床倫理の4原則・4分割法

## 2. 専門外も含めた幅広い知識

### (1) かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際

#### **【目標】**

介護保険制度導入時に位置付けられたリハビリテーションのその後の18年間の経緯を知った上で、構築が急がれる地域包括ケアシステムにおける生活期リハビリテーションの役割を理解する。そのためには、高齢者リハビリテーション研究会が報告した「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」、地域リハビリテーション支援体制の現状、「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書」等を十分理解し、機能障害への対応にとどまらず、国際生活機能分類（ICF）に基づいた活動や参加に目を向けた「生活機能の向上」こそが生活期リハビリテーションの役割であることを学ぶ。

#### **【キーワード】**

生活期リハビリテーション、地域包括ケアシステム、地域リハビリテーション

## (2) かかりつけ医に必要な小児・思春期への対応

### **【目標】**

2003年の少子化社会対策基本法成立後も少子化に歯止めがかからず、年間出生数は2016年に100万人を下回り、2019年は86万4千人（前年比5.9%減）となった。死亡数から出生数をひいた自然減は、2019年に51万2千人となる。

そして、この少ない子ども達の育つ環境も激変している。ワクチンで予防できる感染症・がん、事故、虐待死を減らし、生まれた子ども達が健やかに育つためにヘルスリテラシーのリーダーシップをとることが子どもにかかわる医師全員に求められている。

具体的な目標：

1. 小児診療の特性を理解する
2. 小児科領域の主な課題を理解する
3. 子ども・家族に向き合う姿勢を身につける
4. 子どもを取り巻く環境への関心をもつ
5. 他科との連携が活用できる

### **【キーワード】**

VPD（ワクチン）、他（多）機関連携、子育てサポート、心身症、ネット依存、児童虐待

### 3. 地域での連携

#### (1) 医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築

##### **【目標】**

わが国が人類史上例をみない超高齢社会を乗り切るために地域包括ケアシステムの構築が必要不可欠であることを理解する。地域包括ケアシステムを構築するためには行政と医師会が車の両輪となる必要があり、かかりつけ医は多職種連携のまとめ役になることが求められる。地域包括ケアシステムは深化しており、現在では高齢者だけでなく障がい者や子どもも含む全世代・全対象型になっている。地域包括ケアシステムの構築はまちづくりであり、地域共生社会を実現するための手段である。地域包括ケアシステムは自助・互助・共助・公助の要素から成るが、本格的な超高齢社会の入口である 2025 年からそのピークとなる 2040 年に向けて予防が重要となる。

##### **【キーワード】**

地域包括ケアシステム、かかりつけ医、医師会

## (2) 在宅医療、多職種連携

### **【目標】**

---

住み慣れた地域で、住み慣れた我が家で暮らしていくという当たり前の希望を実現する1つの手段が在宅医療である。超高齢社会を迎え、多疾病併存や要介護者の増加、医療的ケア児への支援等、在宅医療で行うべきケアの質や量は確実に高まっている。ここで鍵となるのが、多職種連携である。多職種連携は顔の見える関係を築いた上で、患者や地域の問題を抽出し、その共通の問題を解決すべく、それぞれの専門職が多方面からアプローチすることである。重要なのはそのアウトカムであり、アウトカム向上のために常に省察を繰り返すことが真の連携を実現するための条件となることを忘れてはいけない。

### **【キーワード】**

---

在宅医療、多職種連携、地域包括ケア、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）

## 4. 社会的機能を発揮するためのスキル

### (1) かかりつけ医の社会的処方

#### **【目標】**

患者の社会的生活を医学的側面から支援することは、かかりつけ医の重要な役割の一つである。イギリスではこの目的でかかりつけ医である General Practitioner (GP) が患者の社会生活の支援を目的とした処方箋を、連携のキーパーソンであるソーシャルワーカーや地域の保健師などに交付するという社会的処方 Social prescribing が行われている。我が国の制度においても、介護保険や療養・就労両立事業の中で作成される主治医による意見書が、社会的処方に相当するものである。豊かな高齢社会を実現するためには、患者の日常生活・社会生活を理解したかかりつけ医によるコーディネート機能が重要となる。本講義では社会的処方としての主治医による意見書の意義について理解することを目的とする。

#### **【キーワード】**

社会的処方、主治医による意見書、自立支援



## (2) かかりつけ医に必要なリーダーシップ、 マネジメント、コミュニケーションスキル

### **【目標】**

---

かかりつけ医には、医学の専門知識や、治療手技といったテクニカルスキルだけではなく、組織人として、チームを作り、人を育て、リーダーシップを発揮して、問題を解決し、業務をマネジメントしていくスキルであるノンテクニカルスキルが求められる。本講義では、ノンテクニカルスキルの概念について説明した後、具体的なスキルの例として、問題の所在と原因を突き止めて効果的な解決策を見出すための「問題解決へのアプローチ」と、初心者新しい仕事につかせる際に、安全かつ効果的に体系的な教育を行うための方法として「仕事の教え方 (TEAMS-BI)」を紹介する。本講義を通して、ノンテクニカルスキルの基本的概念と、修得のための off the job training の必要性について理解することを目的とする。

### **【キーワード】**

---

ノンテクニカルスキル、ロジカル思考、作業分解

## 5. 高齢者特有の問題や認知症の知識

### (1) 終末期医療、褥瘡と排泄

#### **【目標】**

本人の意思を明らかにできるときから、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning : ACP）の重要性が認識され始めている。ACPは、本人の意思を尊重した医療及びケアを提供し、尊厳ある生き方を実現することにつながるものであり、その推進にあたっては、かかりつけ医を中心に多職種が協働して、地域で支えていくという視点が重要である。

患者の褥瘡と排泄異常は、生活の質を悪化させ、介護をする側も大きな負担となる。褥瘡を悪化させる要因は何か？改善させるために必要な栄養療法と局所療法について解説する。患者の生活の質の向上と維持を目標として、便・尿排泄を良好にする食材、水分調節、薬剤の選択などを各症例に基づいて紹介する。

#### **【キーワード】**

人生会議、人生の最終段階における医療、栄養状態、便・尿排泄調整

## (2) 認知症、ポリファーマシーと適正処方

### 【目標】

認知症について深い理解をもち、日常診療の中で認知症の症状に気づき、必要に応じて専門医療機関と連携しながら質の高い認知症疾患の診断を確保し、認知症の日常診療と健康管理を行い、保健・福祉・介護等の地域資源と連携しながら、家族や地域とのつながりの中で、長期にわたるパートナーシップを築くことができる医師を育成するために、以下の項目①～⑦についての知識と技術の獲得を目標とする。

- ① わが国の認知症の有病率と将来推計
- ② 認知症と軽度認知障害の概念
- ③ 認知症の一般的特徴
- ④ 認知症の診断の手順
- ⑤ 代表的認知症疾患の診断
- ⑥ 一般的な認知症の治療
- ⑦ 認知症とともに生きる人のための地域連携、地域づくり

さらに、認知症や要介護状態にある患者ではポリファーマシーの状態に陥りやすい。高齢者では慢性疾患や治療が必要な老年症候群が増加することが薬剤数増加の主な原因であるが、服薬の間違いや服薬アドヒアランスの低下、さらには薬物有害事象の増加にもつながるため、処方薬の見直しが必要である。本講義においてポリファーマシーへの理解と対処を目指したい。

### 【キーワード】

認知症、日常診療、地域連携、ポリファーマシー、薬物有害事象

## 6. 症例検討

### (1) 多疾患合併症例

#### **【目標】**

高齢化の進展につれて、多疾患を合併する高齢者に対する医療ニーズは高まりつつあり、かかりつけ医の果たすべき役割は大きい。多疾患合併患者への診療は個別疾患への最適な診療をただ集約したものではなく、各疾患の進行や治療が相互に影響する点、診療の優先度をどこに設定するかという点、さらには高齢者に特有の加齢変化や QOL を踏まえて治療目標をどこに設定するかという点などを総合的に検討した上で診療に臨む必要がある。本症例検討では、そうした診療の具体的なプロセスを、2 事例を通して学んでいく。

#### **【キーワード】**

多疾患合併、高齢者医療、QOL

## (2) 在宅リハビリテーション症例

### **【目標】**

シームレスなサービス提供を受けながら、住み慣れた地域で住み続けられるように地域包括ケアシステムの構築が進められている。このシステム構築のポイントは、単に在宅でサービスを受け続けることが目標ではなく、自立した豊かな生活を実現することである。そのためには、在宅におけるリハビリテーションサービスをどのように有効活用するかを考える必要がある。通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションともに報酬改定の度に、基本報酬や加算項目・要件が改められるが、提供する考え方や対象者は変わらないので、本講義では、報酬改定に左右されない活用事例、かかりつけ医が知っておきたい在宅におけるリハビリテーションの有効な活用方法を紹介する。

### **【キーワード】**

通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、自立支援、リハビリテーション評価

# 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 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）

令和元年10月1日～

○草場 くさば 鉄周 てっしゅう（医療法人 北海道家庭医療学センター 理事長）

令和元年9月30日迄

○清水 しみず 惠一郎 けいいちろう（日本臨床内科医会 常任理事）

○新田 にった 國夫 くにお（全国在宅療養支援診療所連絡会 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：羽鳥 裕、江澤 和彦