

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8年度分

公益社団法人 日本医師会

【目次】

応用研修 1-11 慢性心不全の診断と治療	・・・ p. 1
応用研修 2-11 関節リウマチ・膠原病の臨床	・・・ p. 2
応用研修 3-11 在宅を支えるリハビリテーション	・・・ p. 3
応用研修 4-11 当事者から学ぶ「新しい認知症観」	・・・ p. 4
応用研修 5-11 医療現場における DX の活用の実際	・・・ p. 5
応用研修 6-11 症例検討～がん／非がんの緩和ケア～	・・・ p. 6

※付番について

(例) 応用研修 1 - 11

本制度の 11 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 1-11

慢性心不全の診断と治療

【目標】

高齢化の進展に伴い、心不全患者は増加し、入退院の反復による ADL・QOL の低下や介護負担の増大が地域医療の重要な課題となっている。

本講では、心不全を発症後の治療にとどまらず、発症予防から早期診断、治療、増悪予防、人生の最終段階までを連続した経過として捉え、かかりつけ医が担う役割を理解する。

まず、心不全のステージ分類に基づき、高血圧、糖尿病、慢性腎臓病、肥満、冠動脈疾患等の危険因子を早期から管理するとともに、心臓・腎臓・代謝を一体的に捉える CKM 症候群の考え方を学ぶ。息切れ、易疲労感、浮腫、体重増加等の症状・所見と BNP/NT-proBNP を適切に評価し、専門医へ紹介すべき時機を判断できることを目指す。

さらに、HFrEF、HFmrEF、HFpEF の病態に応じた薬物治療の基本と、併存疾患や多臓器要因を踏まえた包括的介入を理解する。日常診療では、体重、血圧、脈拍、SpO₂、服薬、食事、活動量等を継続的に確認し、患者・家族への自己管理支援を行いながら、増悪徴候を早期に捉えて適切な治療や受診につなげる実践力を養う。病院、訪問看護、薬局、介護職等との多職種・地域連携を通じて療養生活を支える体制を構築するとともに、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を含む意思決定支援を適切な時期から行い、患者の価値観と生活に沿った医療・ケアを提供できることを目標とする。

【キーワード】

心不全予防、チーム医療、意思決定支援、症状緩和

応用研修 2-11

関節リウマチ・膠原病の臨床

【目標】

1. 関節リウマチや膠原病、その類縁疾患について、日常診療で経験する代表的な関節・筋肉・皮膚症状を知り、非腫瘍性、非感染性、全身性疾患としての概念、これに含まれる疾患群を理解する。
2. 日本における関節リウマチと膠原病などの患者数や疫学について理解する。
3. 関節炎とその代表的な疾患である関節リウマチについて理解し、説明できる。
4. 膠原病に見られる症状や徴候を理解し、説明できる。
5. 関節リウマチや膠原病の治療について理解する。

【キーワード】

自己抗体、免疫・炎症、ステロイド、免疫抑制薬、生物学的製剤

応用研修 3-11

在宅を支えるリハビリテーション

【目標】

高齢化が進むなか、住み慣れた地域や自宅で生活をするため、医療と介護をつなぐ在宅リハビリテーションの重要性が高まっている。在宅リハビリテーションは、機能回復だけでなく、生活動作の維持、転倒予防、介護負担の軽減、本人らしい暮らしの継続を支える取り組みである。

かかりつけ医には、日常診療の中で身体機能や生活状況、栄養状態、活動量の変化を早期に捉え、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションを適切に導入・継続する判断が求められる。特に訪問リハビリテーション事業所は、リハビリテーション専門職が実際の生活状況を確認し、住環境、介助方法、生活導線、家族の負担などを踏まえた具体的な支援を実施できる点に特徴がある。その情報をかかりつけ医と共有することで、日常診療だけでは把握しにくい生活上の課題や改善すべき点が明らかとなり、薬物療法、栄養管理、疾病管理とリハビリテーション方針を一体的に調整できる。

医師、リハビリテーション専門職、訪問看護師、薬剤師、管理栄養士、介護支援専門員などで目標を共有し、定期的な状態変化の確認は、多職種連携の実効性を高める。低栄養や体重減少は、筋力低下やリハビリテーション効果の減弱につながるため、栄養と運動を組み合わせた支援も欠かせない。廃用症候群やフレイルは、早期発見と適切な介入により改善が期待できる。訪問リハビリテーション事業所とかかりつけ医が双方向に情報を共有し、生活に根差した支援を継続することが、高齢者の自立支援と在宅生活の質の向上につながる。

【キーワード】

在宅リハビリテーション、廃用症候群、デイケア、訪問リハビリテーション

応用研修 4-11

当事者から学ぶ「新しい認知症観」

【目標】

令和 6 年 1 月に施行された認知症基本法に基づき、同年 12 月に策定された認知症施策推進基本計画は「新しい認知症観」を打ち出した。認知症になったら何もできなくなるのではなく、一人一人にできることややりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望をもって自分らしく暮らし続けることができるという考え方である。

当事者にとって認知症との最初の出会いは、実は認知症を診断する一人の医者との出会いに他ならない。診断を本人に伝えるときこそ、医師自らの認知症観が問われている。

認知症観は、かつて痴呆「患者」として病院に隔離した医学（個人）モデルの時代から、介護保険による生活モデルへ、さらに障害の責任を社会に問う社会モデル、権利の主体を明確にする人権モデルへと広がってきた。客体から主体への回帰をくりかえすらせん的な発展であり、そのたびに排除と包摂の境界線が引き直されてきた。それは医師の問いの立て方の変化でもある。その人「に」なにができるかという問いから、その人「と」なにができるかという問いへ。前者を手放すのではなく、後者をあわせもてるかが問われている。

本講では、認知症とともに暮らす当事者からの体験と意見を聞いた上で、医師・支援者の立場から、認知症診療をふり返る。診断の伝え方、早期に専門医とつながる意味、診断後の空白を埋めるピアサポート、地域の多職種およびピア活動との連携など、日常の診療場面に即しながら、かかりつけ医とともに「新しい認知症観」の意義を問い直したい。

【キーワード】

新しい認知症観、認知症基本法、診断後支援（ピアサポート）、専門医との連携

応用研修 5-11

医療現場における DX の活用の実際

【目標】

多くの地域で医師および診療科の偏在が社会的課題となる中、限られた医療資源で医療 DX を有効に組み合わせ、かかりつけ医として持続的に医療を確保する対応が求められている。本講では、医療法の改正や診療報酬の改定も踏まえ、遠隔医療を含む医療 DX の具体的な活用をイメージできるようにすることを目標とする。

（概要）

山口県におけるへき地医療の現状と課題を基に、地域医療を持続可能にするための手段としての医療 DX 活用事例を解説する。クラウド型電子カルテによる情報共有をはじめ、高齢者やアクセスの課題を解消する看護師等連携型のオンライン診療「D to P with N」や、指導医や専門医が現地医師をサポートする「D to P with D」の実践例を紹介する。さらに、公民館や郵便局、休日診療所を用いたオンライン診療受診施設の実証、災害時対応への応用、令和 8 年度診療報酬改定のポイントに触れる。遠隔医療を多職種連携による「足し算」として組み合わせ、地域包括ケアシステムの推進と深化を図る方策を考察する。

（目次）

1. 地域医療の課題と求められる遠隔医療
2. 地域医療における様々な DX の活用事例
3. 遠隔医療のこれから

【キーワード】

医療 DX、遠隔医療（オンライン診療）、D to P with N, D to P with D、地域包括ケアシステム

応用研修 6-11

症例検討～がん／非がんの緩和ケア～

【目標】

「がんの緩和ケア」

かかりつけ患者ががんで緩和ケアを要する状態になり、在宅で療養したいと希望する場合、我々かかりつけ医だからこそ展開できる医療支援が沢山ある。

患者が安心して楽に生活を継続できるよう、がんの緩和ケア領域での予後予測ツール、がん性疼痛管理の基本について学習する。また、患者の生き甲斐や意向に配慮した療養生活となるよう、生活に配慮した在宅医療計画の立て方、在宅医療を提供する多職種との連携、入院医療機関など専門的な治療を提供する機関との連携手法を学習する。

かかりつけ医として、患者の人生の最終段階における意思決定にどう寄り添い、患者他界後、遺族にどう声がけをすべきかについても触れていきたい。

「非がんの緩和ケア」

超高齢社会となった日本における死因は悪性腫瘍が第1位であるが、心疾患、老衰、脳血管疾患、肺炎と続く。多くの高齢者は非がん疾患で亡くなる。通院困難となった高齢者には、かかりつけ医による在宅医療が提供される。終末期を在宅で迎えたいという意思がある場合は、緩和ケアの知識と実践が必要となる。本講では慢性心不全を取り上げ、外来診療から急性増悪による入退院を繰り返し終末期を在宅で迎えた事例を提示する。Shared Decision Making(SDM)を基にした治療最適化や在宅での療養自体が症状緩和につながることで、緊密な病診連携・多職種との連携、Advance Care Planning (ACP) を基に家族に見守られながら在宅看取りまでのプロセスの中で醸成される納得感など、かかりつけ医が継続的に関わる重要性につきお伝えしたい。

【キーワード】

アドバンス・ケア・プランニング (ACP)、多職種連携、慢性心不全、在宅緩和ケア

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）

○飯島 ^{いいじま} 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 学長）

担当常任理事（主）：今村 英仁

（令和8年9月現在）