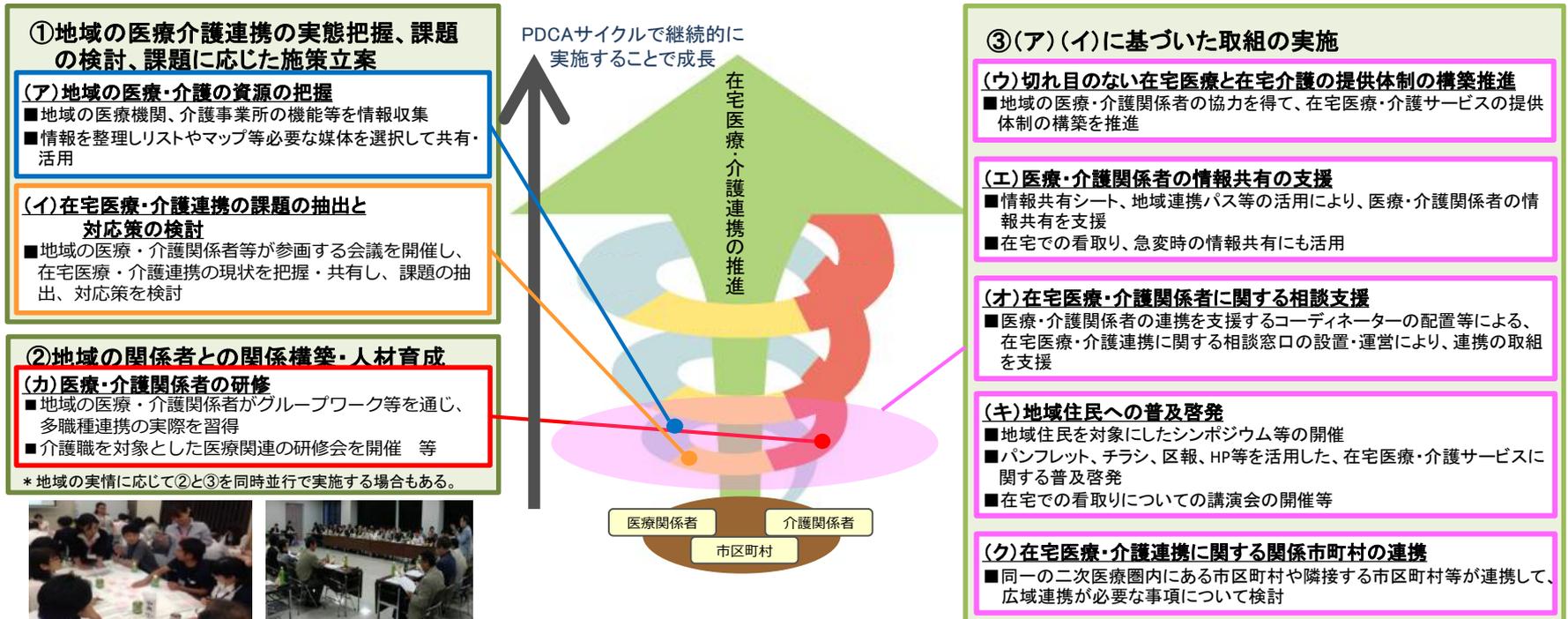


# 在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

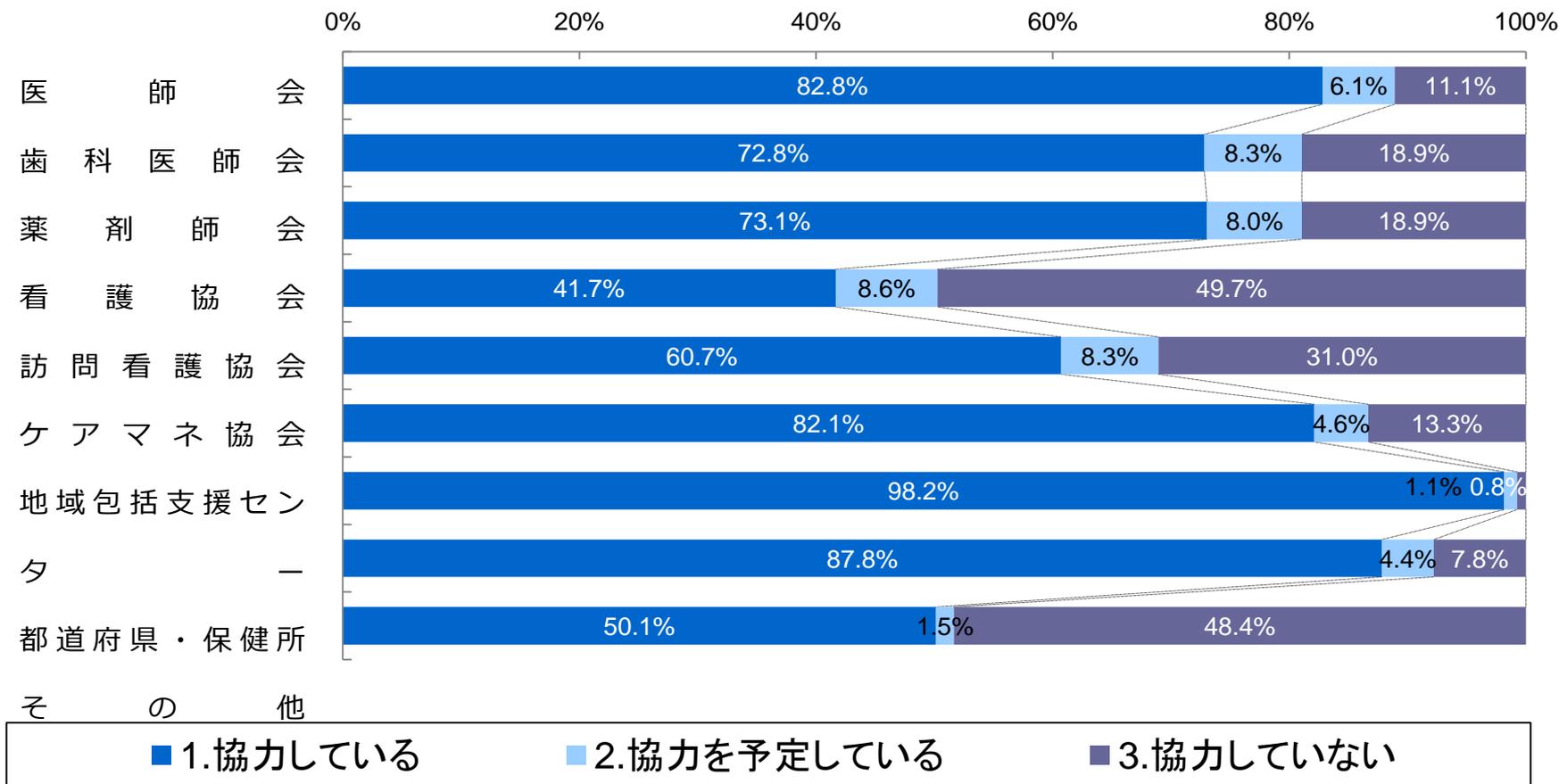
## 事業項目と事業の進め方のイメージ



\* 図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

# 在宅医療・介護連携推進事業の実施における関係団体等との協力状況 (n=1,733)

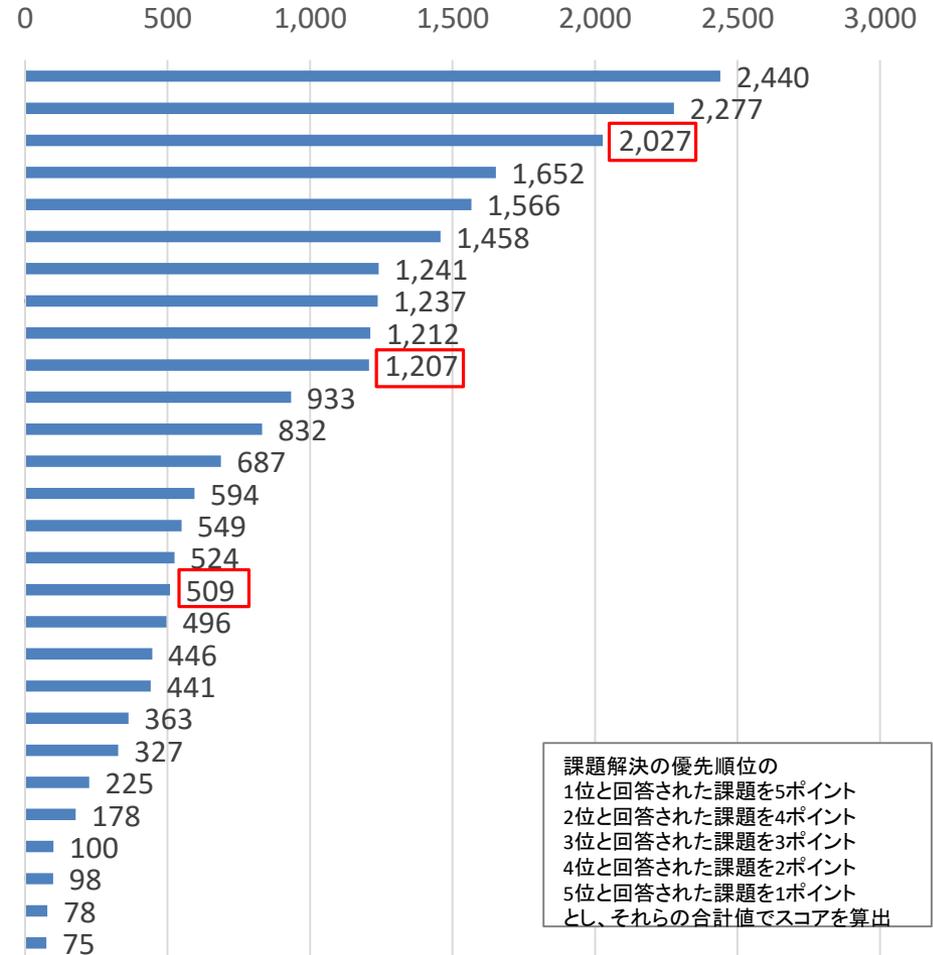
在宅医療・介護連携推進事業の実施における関係団体等との協力状況については、「地域包括支援センター」、「都道府県・保健所」、「医師会」と協力をしているという回答が多かった。



# 在宅医療・介護連携推進事業の課題(n=1,734 最大5項目優先順位回答)

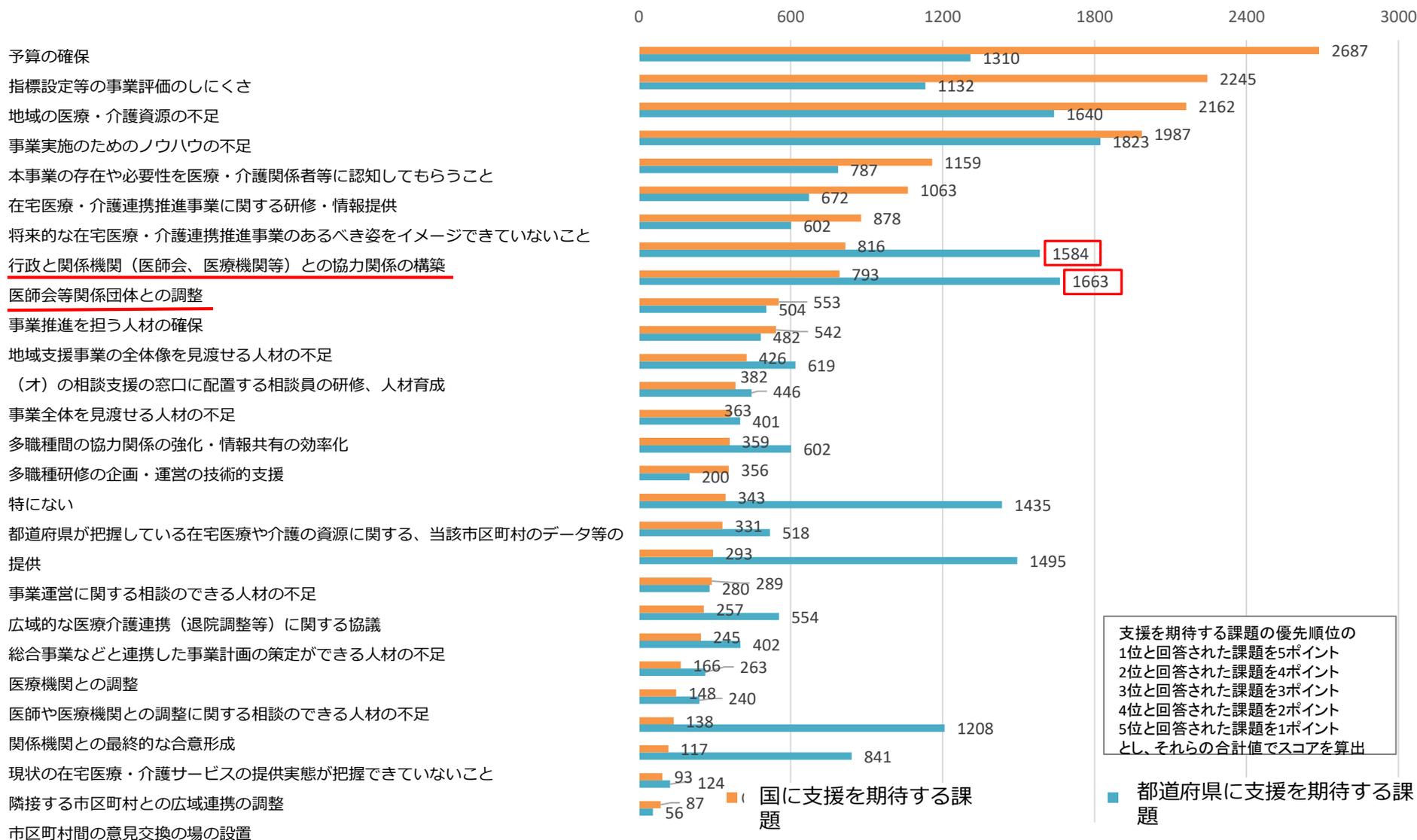
在宅医療・連携推進事業の課題については、「事業実施のためのノウハウの不足」、「指標設定等の事業評価のしにくさ」、「将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと」等の回答が多かった。

- 地域の医療・介護資源の不足
- 事業実施のためのノウハウの不足
- 行政と関係機関（医師会、医療機関等）との協力関係の構築
- 指標設定等の事業評価のしにくさ
- 事業推進を担う人材の確保
- 将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿をイメージできていないこと
- 本事業の存在や必要性を医療・介護関係者等に認知してもらうこと
- 事業全体を見渡せる人材の不足
- 地域支援事業の全体像を見渡せる人材の不足
- 医師会等関係団体との調整
- 予算の確保
- 多職種間の協力関係の強化・情報共有の効率化
- 総合事業などと連携した事業計画の策定ができる人材の不足
- 関係機関との最終的な合意形成
- 事業運営に関する相談のできる人材の不足
- 医療機関との調整
- 医師や医療機関との調整に関する相談のできる人材の不足
- 現状の在宅医療・介護サービスの提供実態が把握できていないこと
- 行政内部の連携、情報共有等
- 広域的な医療介護連携（退院調整等）に関する協議
- 隣接する市区町村との広域連携の調整
- （オ）の相談支援の窓口配置する相談員の研修、人材育成
- 多職種研修の企画・運営の技術的支援
- 都道府県が把握している在宅医療や介護の資源に関する、当該市区町村のデータ等の提供
- 特になし
- 在宅医療・介護連携推進事業に関する研修・情報提供



課題解決の優先順位の  
 1位と回答された課題を5ポイント  
 2位と回答された課題を4ポイント  
 3位と回答された課題を3ポイント  
 4位と回答された課題を2ポイント  
 5位と回答された課題を1ポイント  
 とし、それらの合計値でスコアを算出

# 在宅医療・介護連携推進事業において支援を期待する課題(n=1,734 最大5項目優先順位回答)



支援を期待する課題の優先順位の1位と回答された課題を5ポイント、2位と回答された課題を4ポイント、3位と回答された課題を3ポイント、4位と回答された課題を2ポイント、5位と回答された課題を1ポイントとし、それらの合計値でスコアを算出

出典 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業（速報値）  
（平成30年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所）

# 在宅医療・介護連携推進事業に関連した「介護保険制度の見直しに関する意見」抜粋(社会保障審議会介護保険部会令和元年12月27日公表)

- 在宅医療・介護連携推進事業について、全ての自治体において事業が実施されている中で、市町村において、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつ、PDCAサイクルに沿った取組を更に進められるよう、現行の事業体系の見直しが必要である。「認知症施策推進大綱」や看取りに関する取組等の最近の動向も踏まえることが重要である。各市町村においては、単に事業を実施するだけでなく、地域課題や取組内容の見える化を進め、目的をもって事業を進めていくことが重要である。医師会等関係機関や医師等専門職と緊密に連携して取組を進めることが重要である。
- 在宅医療・介護連携推進事業について、切れ目のない在宅医療・介護の実現に関する目標を設定し、地域の目指す姿を住民や医療・介護関係者で共有できるようにすること、認知症等への対応を強化すること、事業項目全ての実施を求めるのではなく、一部項目の選択的实施や地域独自の項目の実施を可能とするなど、一定程度地域の実情に応じた実施を可能とすること、事業体系を明確化して示すことが適当である。地域包括ケアシステムの理念達成に向けて取り組まれるようにすることが重要である。この理念の達成に向けて、都道府県や市町村において、医療や介護・健康づくり部門の庁内連携を密にし、総合的に進める人材を育成・配置していくことも重要である。
- 都道府県においては、地域医療構想の取組との連携や医師会等関係機関との調整、研修会等を通じた情報発信や人材育成、保健所等による管内の広域的な調整やデータの活用・分析を含めた市町村支援等を更に進めることが必要である。
- 国においては、自治体における取組を支援することが必要である。自治体がPDCAサイクルに沿った取組を進めるにあたり活用可能な指標の検討を進めることが適当である。在宅看取りの状況等評価に資するデータを取得できる環境整備を進めることも重要である。また、課題抽出を含め事業実施にあたり活用できるよう、地域包括ケア「見える化」システム等を活用できる環境整備を進めることが適当である。事業の好事例を横展開することも重要である。

### Ⅲ 地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護の提供・整備）

#### 1. 介護サービス基盤、高齢者向け住まい

##### 【今後の介護サービス基盤の整備】

##### ○地域の実情に応じた介護サービス基盤整備

- ・ 高齢者人口や介護サービスのニーズを中長期的に見据えた計画的な整備
- ・ 特養、老健、介護医療院、認知症高齢者グループホーム、訪問介護等のそれぞれの役割・機能を果たしつつ、連携を強化しながらの整備
- ・ 都市部・地方部など地域特性を踏まえた整備
- ・ 高齢者向け住まい（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅）の整備状況等も踏まえた整備
- ・ 「介護離職ゼロ」の実現に向けた施設整備・在宅支援サービスの充実、介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）も含めた基盤整備促進

##### 【高齢者向け住まいの在り方】

##### ○有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の質を確保するため、行政による現状把握と関与を強化

- ・ 都道府県から市町村への有料老人ホームに関する情報の通知
- ・ 未届けの有料老人ホームへの対応、介護サービス利用の適正化
- ・ 事業者に係る情報公表の取組の充実
- ・ 「外部の目」を入れる取組の推進（介護相談員等の活用）

##### 【高齢者の住まいと生活の一体的支援の在り方】

- ・ 自宅と介護施設の中間的な住まい方の普及
- ・ 生活困窮者施策とも連携した住まいと生活支援の一体的な実施

#### 2. 医療・介護の連携

##### 【総論】

- ・ 地域医療構想等と整合した介護サービス基盤整備
- ・ 中重度の医療ニーズや看取りに対応する在宅サービスの充実
- ・ リハビリテーションの適時適切な提供
- ・ 老健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能の推進

##### 【介護医療院】

##### ○介護医療院への円滑な移行の促進

- ・ 早期の意思決定支援、手続きの簡素化等移行等支援策の充実
- ・ 医療療養病床からの移行等、介護医療院のサービス量を適切に見込むための方策を実施

##### 【在宅医療・介護連携推進事業】

##### ○地域の実情に応じた取組の充実のための事業体系の見直し

- ・ 認知症施策や看取りの取組を踏まえた見直し
- ・ 切れ目のない在宅医療・介護の実現に関する目標の設定
- ・ 一部項目の選択的実施や地域独自の項目の実施
- ・ 都道府県による市町村支援  
(医師会等の関係機関との調整、情報発信、人材育成等)
- ・ PDCAサイクルに沿った取組の推進  
(指標の検討、地域包括ケア「見える化」システムの活用等)

一般介護予防事業等に今後求められる機能を実現するための具体的方策等（続き）

(2) 専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策

1) 通いの場等の一般介護予防事業への専門職の関与

通いの場が住民主体であることや、専門職が限られていることにも留意しつつ、以下の取組を効果的に実施。

- 幅広い医療専門職との連携を推進するとともに、多様な専門職種や学生等の関与も期待
- 医療関係団体等との連携事例の把握やモデル事業等を実施  
この結果も踏まえ、具体的な連携方策を提示
- 後期高齢者医療広域連合等と連携し、高齢者の保健事業と一体的な実施を推進
- データ分析の推進や民生委員等との連携による、不参加者を把握する取組やアウトリーチ支援等の実施

2) 地域リハビリテーション活動支援事業の在り方

事業の質の向上を図り更なる実施を促すため、都道府県と市町村が連携し安定的に医療専門職を確保できる仕組みを構築。研修等による人材育成等もあわせて実施。

- 都道府県の役割  
都道府県医師会等と連携し、リハビリテーション協議会等の設置や充実により、地域の実情に応じた体系的な支援体制を構築
- 市町村の役割  
郡市区等医師会等と連携し、医療機関や介護事業所等の協力を得て、医療専門職を安定的に派遣できる体制の構築と関係機関の理解を促進

(3) PDCAサイクルに沿った推進方策

1) PDCAサイクルに沿った取組を推進するための評価の在り方

アウトカム指標やプロセス指標を組み合わせ評価。今後国は指標を検討し、一般介護予防評価事業の見直し等を行うことが必要。その際、保険者機能強化推進交付金の指標と整合を図ることが望ましい。

- アウトカム指標  
個々の事業や高齢者全体の状況等を判断する指標を設定
- プロセス指標  
実施体制や関係団体の参画などの具体的な取組状況が把握できる指標を設定

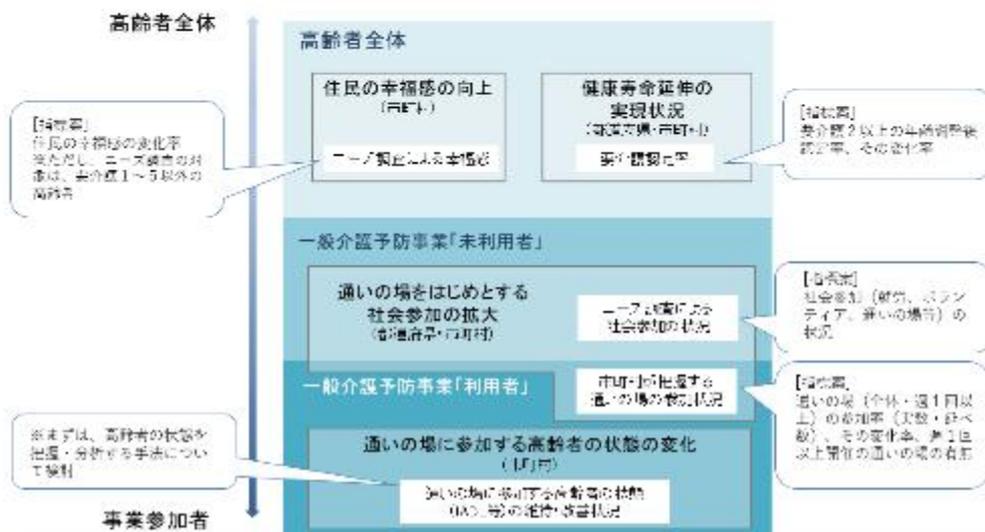
2) PDCAサイクルに沿った取組を推進するための方策

以下の取組をそれぞれ実施。小規模な自治体も多いため、市町村の業務負担軽減等に、十分に配慮。

- 市町村：行政内の医療専門職等が中心となり取組を実施
- 都道府県：地域の実情を踏まえた支援を実施
- 国：データ活用のための環境整備等の支援を実施  
今後通いの場等の取組に関する効果検証等を通じた、エビデンスの構築も必要

一般介護予防事業等に今後求められる機能を実現するための具体的方策等（続き）

介護予防に関する成果の評価イメージ



取組過程の評価項目（例）

<市町村>

- 連携（行政内部、地域の多様な主体）
- 専門職の関与（保健事業との一体的な実施、関係団体との連携）
- 参加促進（ポイント付与等、アウトリーチ、担い手）
- 企画・検証等の体制整備、データ活用
- 高齢者の状態把握の実施

<都道府県>

- 市町村支援（好事例の発信、情報交換の場の設定、データの分析・活用）
- 広域的な連携体制整備（専門職団体、自治組織や社協、民間企業、大学等）

市町村・都道府県・国の役割

(1) 市町村

- 行政内の様々な部局とともに、民間企業等の多様な主体と連携し取組を充実
- 専門職関与のための体制の充実
- 地域住民への情報発信

(2) 都道府県

- 関係団体等との連携体制の構築等の広域的な視点での市町村支援
- 地域分析に基づく丁寧な市町村支援

(3) 国

- 進捗状況の把握と必要に応じた施策等の検討
- 都道府県や市町村支援に対する情報発信
- データ活用のための環境整備等

# 医師会等の関係団体との緊密な連携による「協働体制」の構築

○地域づくりの視点を踏まえた通いの場の情報共有と通いの場への支援に関する協働

⇒医師会等が市町村の地域支援事業における相談窓口を担当する仕組み

○「医療専門職等の連携と役割」に関する医師会等との定期的協議の場

⇒地域の実情に基づいた通いの場へのかかりつけ医と医療機関等の支援方策を議論

○「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」等に関する医師会等との協働

⇒企画立案段階及び事業開始後における医師会等との定期的連携による質の向上

# 平成27年度郡市等地區地域包括ケア推進協議会 (2016年1月30日)

## 第1部:特別講演

「地域包括ケアシステムの構築—今私たちは何をすべきか—」

慶応義塾大学 名誉教授 田中滋 先生

## 第2部:グループワーク

「地域包括ケアシステムの構築に向けて」

「在宅医療介護連携推進事業の方向性」

エリア毎に行政担当者、地域包括支援センター職員、  
郡市等医師会員でグループ編成し実施。





特別講演 「地域包括ケアシステムの構築  
—今私たちは何をすべきか—」

慶應義塾大学名誉教授  
田中 滋



## 第2部 郡市等地区地域包括ケア推進協議

### 1 グループワーク

「地域包括ケアシステムの構築へ向けて」

「在宅医療介護連携推進事業の方向性」



第2部 郡市等地区地域包括ケア推進協議 アドバイザー講評

# 平成28年度郡市等地区地域包括ケア推進協議会 (2017年1月28日)

## 第1部:特別講演

「岡山の地域包括ケアをつくる」

慶応義塾大学病院臨床研究推進センター

前厚生労働省老健局長

三浦公嗣 先生

報 告

「岡山県内の在宅医療・介護連携推進事業の状況報告等」

「地域医療構想の実現と地域包括ケアの深化・推進と地域共生社会を目指して」

岡山県医師会 理事 江澤和彦

## 第2部:グループワーク

「地域包括ケアを深化・推進する在宅医療介護連携推進事業の目指す方向性」

エリア毎に行政担当者、地域包括支援センター職員、訪問看護ステーション看護師、郡市等医師会員でグループ編成し実施。



# 平成29年度郡市等地区地域包括ケア推進協議会 (2018年1月13日)

## 第1部: 特別講演

「データから考える地域包括ケア」

産業医科大学 教授 松田晋哉 先生

## 第2部: グループワーク

「在宅医療介護連携推進事業の進捗状況と今後の展望」

エリア毎に行政担当者、地域包括支援センター職員、訪問看護ステーション看護師、郡市等医師会員等でグループ編成。



# 「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

— 日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）より抜粋 —

## 「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

## 「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、**患者の生活背景を把握**し、適切な診療及び**保健指導**を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、**地域の医師、医療機関等と協力**して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、**自己の診療時間外も**患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と**必要な情報を共有**し、**お互いに協力**して**休日や夜間**も患者に対応できる**体制を構築**する。
- かかりつけ医は、**日常行う診療のほかに**、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の**地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動**に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように**在宅医療を推進**する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい**情報の提供**を行う。

# かかりつけ医機能のイメージ（案） ～生活習慣病を有する患者の例～

①

予防・外来

②

入院

③

在宅

## かかりつけ医機能



処方



生活指導



・服薬指導  
・薬剤師との連携



健康相談



24時間の  
対応



必要に応じ専門  
医療機関等の紹介



・要介護認定  
の支援  
・介護支援専  
門員との連携



在宅医療の  
提供

① 日常的な医学管理と重症化予防

② 専門医療機関等との連携

③ 在宅療養支援、介護との連携

# かかりつけ医の機能

かかりつけ医は、就業形態や診療科を問わず、「医療的機能」及び「社会的機能」の両方を有する。

## 医療的機能

日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己の範疇を超える様々な診療科にわたる広い分野において、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介（病診連携・診診連携）を行い、患者にとって最良の解決策を提供する。

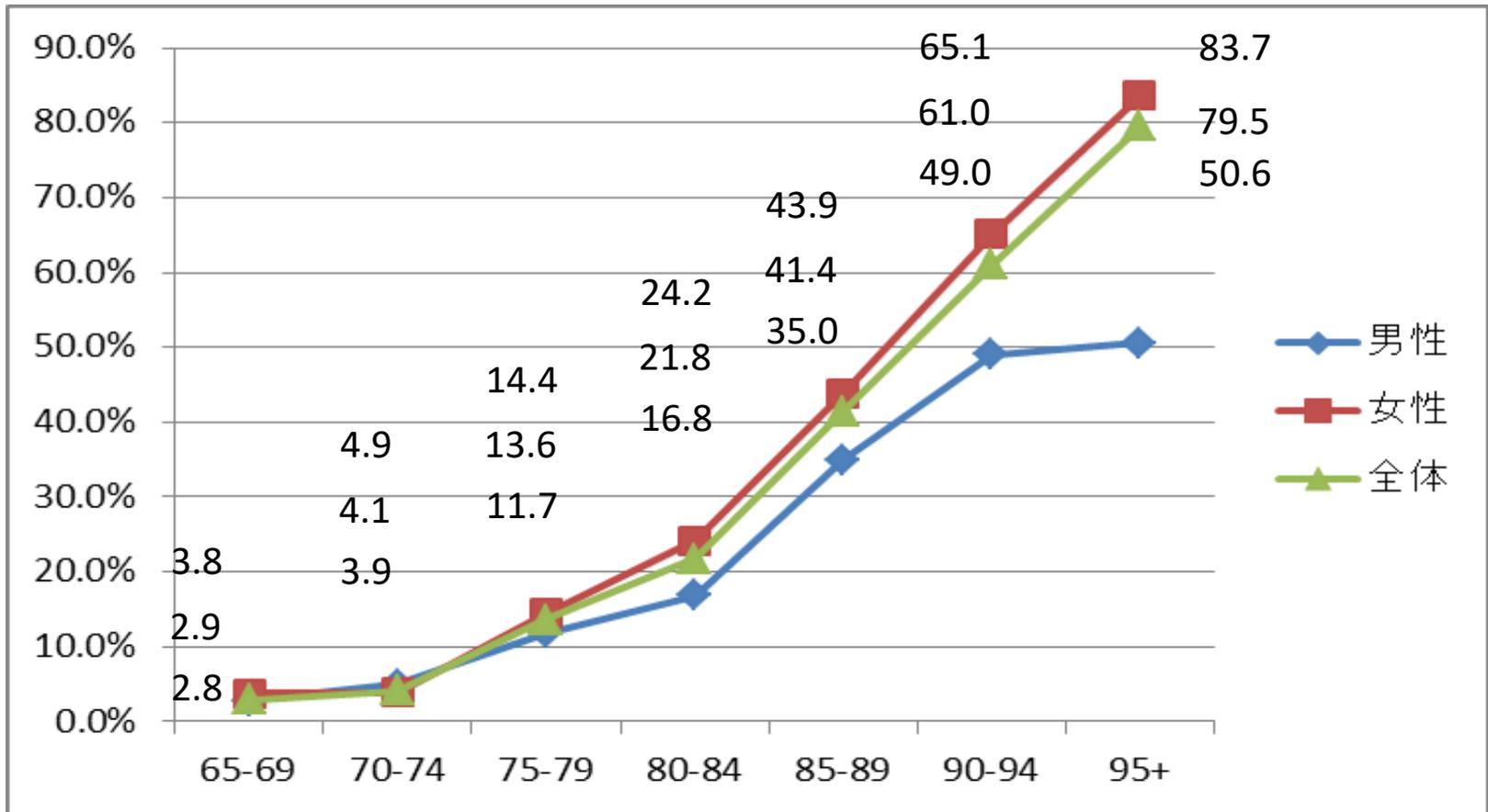
自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に、なんでも相談できる医師として全人的視点から対応する。

## 社会的機能

日常行う診療の他には、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。

また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療に理解を示す。

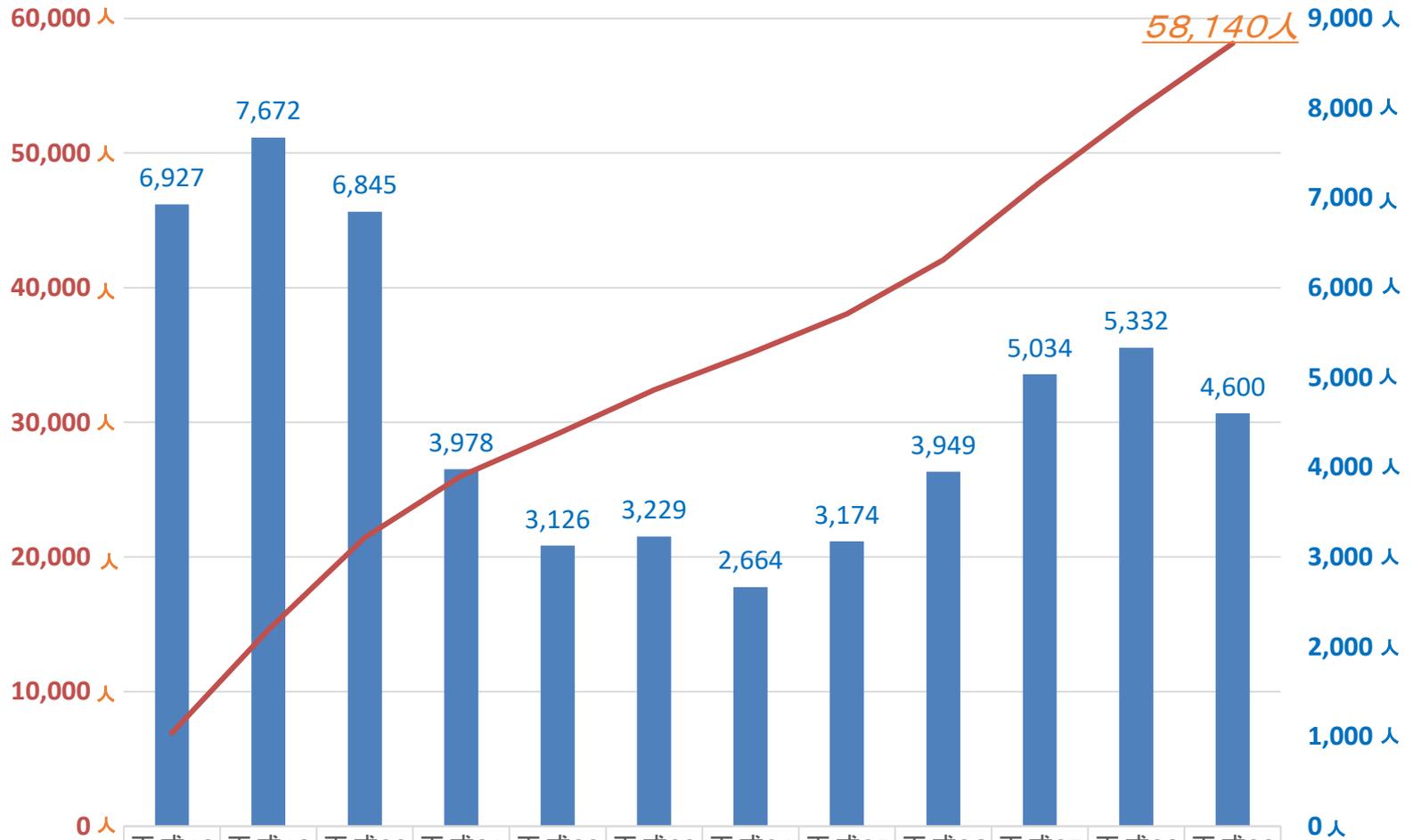
# 年齢階級別の認知症有病率



厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業  
「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成21~24)  
総合研究報告書より、認知症・虐待防止対策推進室にて数字を加筆

研究代表者 朝田隆(筑波大学医学医療系)

# かかりつけ医認知症対応力向上研修 受講者数の推移

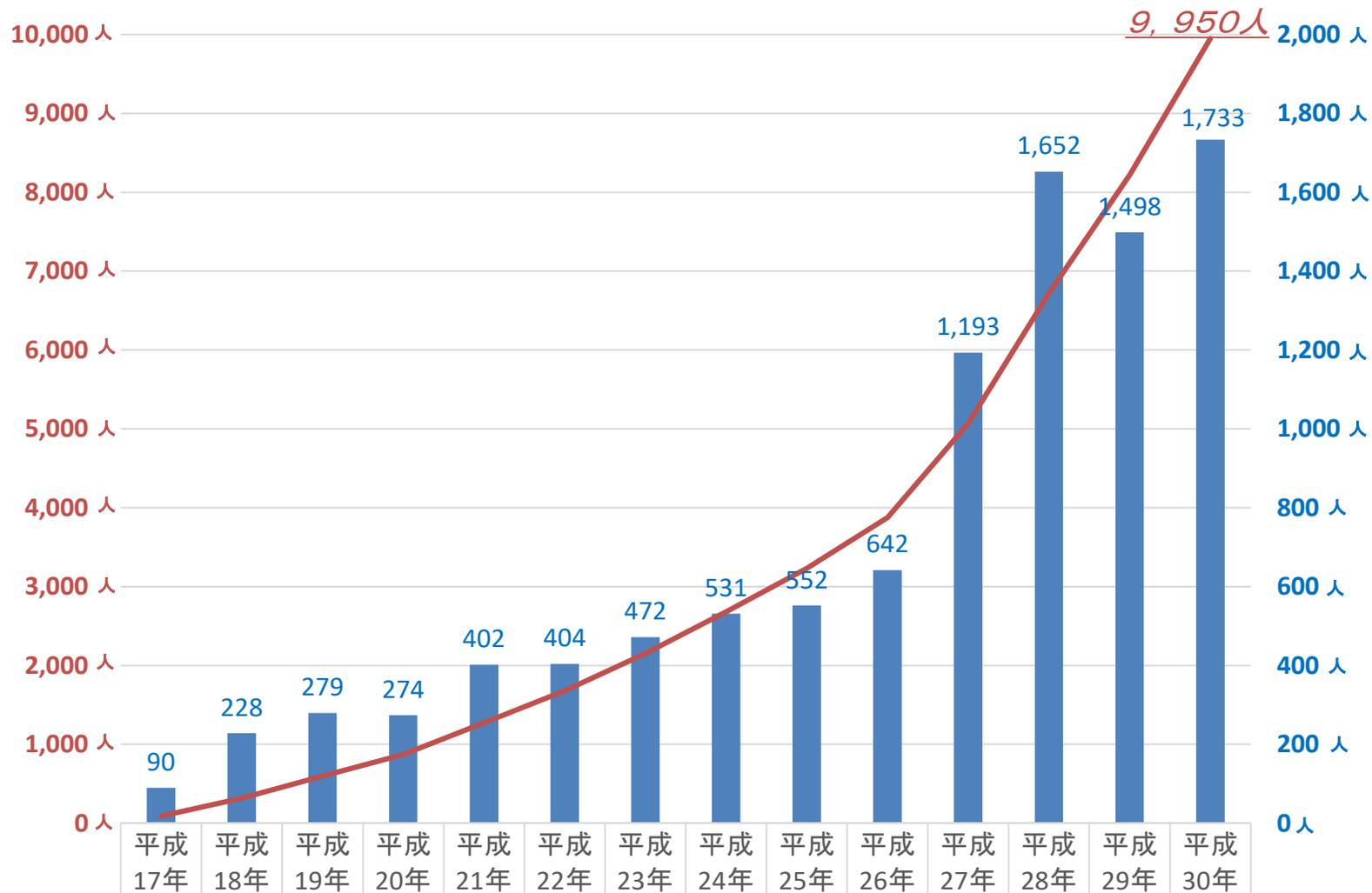


■ 年度内受講者数	6,927	7,672	6,845	3,978	3,126	3,229	2,664	3,174	3,949	5,034	5,332	4,600
— 累計受講者数	6,927	14,599	21,444	26,024	29,150	32,407	35,131	38,053	42,057	47,819	53,150	58,140

※1 平成18年度から、かかりつけ医認知症対応力向上研修を実施

※2 表中には、各年度の各都道府県・指定都市報告値の計を記載。随時、各都道府県・指定都市報告値を修正しているため、修了者数累計は表中各年度の合計と一致しない。

# 認知症サポート医養成研修 修了者数の推移



※H31.1.28時点。平成30年度分全日程終了後の修了者数。

# 認知症を支援する共生社会

全国民における認知症の理解と対応が重要

認知症の行動障害は**ケア**で改善する⇒穏やかな生活  
**<ケアのポイント>**

● 行動障害の原因 = 孤独・孤立（閉じこもり）⇒ 不安・葛藤

認知症は高齢化現象



行動障害

本人を尊重する周囲の**理解と対応**が大切！

生活史の反映は？ 健康状態は？

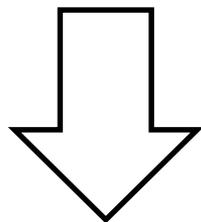
なじみの関係は？ なじみの環境は？

生活の中での役割は？ より添うケアは？

● 認知症を特別でなく当たり前の我が事として誰もが思いやりの心をもって認知症を理解し相応しく対応する社会

⇒「苦痛共有」「受容と共感」「人の尊厳の重視」

認知症は進行性の疾患である。  
進行しても「箸でご飯を食べる」ことなどは  
自分で出来る。  
しかし、残念ながら、自分で出来ることは、  
段々と失われていく。



認知症の方の尊厳の保障は、  
周りの人々や環境に大きく左右される！

## I - ② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進（その1）

- 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

### 居宅介護支援

- 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価する。

#### <現行>

- 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月
  - ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供
- 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月
  - ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

#### <改定後>

- 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月
  - ・入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）
- 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月
  - ・入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）

- 退院・退所加算について、退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価するとともに、医療機関等との連携回数に応じた評価とする。加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。

#### <現行>退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	300単位	300単位
連携2回	600単位	600単位
連携3回	×	900単位

#### <改定後>退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

- 特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所（※）を更に評価する。（平成31年度から施行）

#### 特定事業所加算（Ⅳ） 125単位／月（新設）

※ 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している事業所

- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

## 入院時における連携促進（運営基準改正イメージ②）

### 改正イメージ

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第十三条（略）

一～十二（略）

十三 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

十三の二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師、歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

十四～十八（略）

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。

十九の二 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

### 現行

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第十三条（略）

一～十二（略）

十三 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

（新設）

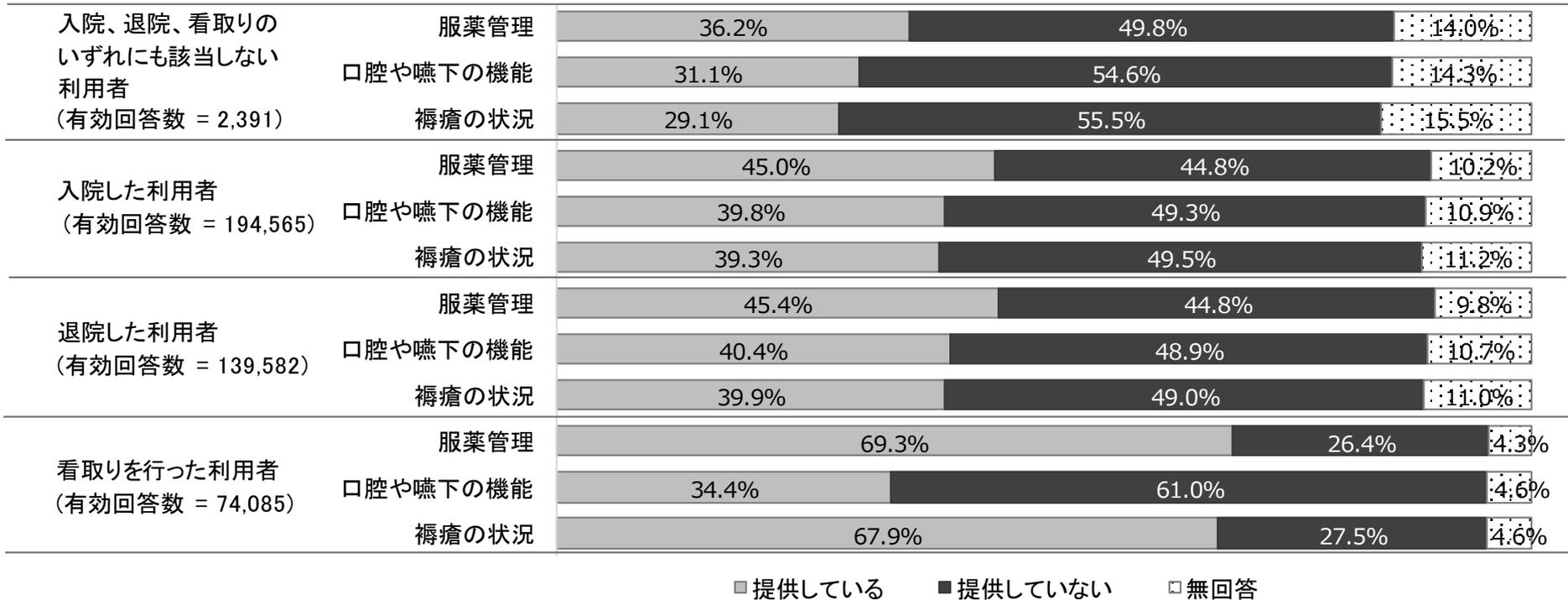
十四～十八（略）

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。

（新設）

# 介護報酬改定の実施状況（日常的な連携）

## 【訪問介護事業所等から得た情報、利用者の状態増についての主治の医師等への情報提供】



## 【主治の医師等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携】

	全体	ケアプランに基づいて、医療、服薬、リハビリ等に関する助言があった	ケアプラン提出後、主治の医師等との連携がスムーズになった	ケアプランを提出したが、活用されていない／活用されていることが不明	その他	無回答
居宅介護支援事業所	3,489 100.0%	980 28.1%	657 18.8%	1,621 46.5%	184 5.3%	593 17.0%
介護予防支援事業所	3,354 100.0%	779 23.2%	426 12.7%	1,127 33.6%	445 13.3%	902 26.9%

(出典) 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成30年度調査)  
 (3) 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

# 日医かかりつけ医機能研修制度

## 【目的】

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

## 【実施主体】

本研修制度の実施を希望する都道府県医師会

平成28年4月1日より実施

### 【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



# 日医かかりつけ医機能研修制度

## 【研修内容】

### 基本研修

・日医生涯教育認定証の取得。

### 応用研修

・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに郡市区医師会が主催する研修等の受講。

*規定の座学研修を10単位以上取得*

### 実地研修

・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。

*規定の活動を2つ以上実施(10単位以上取得)*

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証の発行(有効期間3年)。



## 応用研修

日医では平成28年度より、シラバスに基づくテキストを用いた座学の研修会（6講義、計6時間）を、中央研修として年に1回のペースで開催。（3年かけてシラバスの全項目を網羅する。）

### 各年度の講義内容

平成28年度 5月22日

(日)

- 1: かかりつけ医の倫理
- 2: 生活習慣病
- 3: フレイル予防、CGA・老年症候群
- 4: かかりつけ医の摂食嚥下障害
- 5: かかりつけ医の在宅医療・緩和医療
- 6: 症例検討

平成29年度 5月28日(日)

- 1: かかりつけ医の質・医療安全
- 2: 認知症
- 3: フレイル予防、CGA・老年症候群
- 4: かかりつけ医のリハビリテーション
- 5: かかりつけ医の在宅医療・緩和医療
- 6: 症例検討

平成30年度 5月20日

(日)

- 1: かかりつけ医の感染対策
- 2: 健康増進・予防医学
- 3: フレイル予防、CGA・老年症候群
- 4: かかりつけ医の栄養管理
- 5: かかりつけ医の在宅医療・緩和医療
- 6: 症例検討

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】

公益社団法人 日本医師会

平成28年4月

※日医における中央研修の実施後、都道府県医師会に対し、同研修会の実施を依頼。

## 応用研修

日医かかりつけ医機能研修制度は3年を1区切りとしており、2019年度から2021年度までの期間の応用研修講義項目は下記のとおり予定。

	2019年度	2020年度	2021年度
1. 専門医共通講習	(1)かかりつけ医の感染対策	(2)かかりつけ医の倫理	(3)かかりつけ医の質・医療安全
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	(2)かかりつけ医に必要な小児・思春期への対応	(3)メタボリックシンドロームからフレイルまで
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	(2)在宅医療、多職種連携	(3)地域医療連携と医療・介護連携
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	(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	(3)地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割
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	(2)認知症、ポリファーマシーと適正処方	(3)リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害
6. 症例検討	(1)多疾患合併症例	(2)在宅リハビリテーション症例	(3)地域連携症例

日医かかりつけ医機能研修制度 現在の進捗状況(令和2年7月現在)

応用研修受講者数(延べ人数) 合計: 39,073名

H28年度受講者: 9,391名  
(研修開催回数: 日医中央研修1回、22都道府県42回)

H29年度受講者: 9,712名  
(研修開催回数: 日医中央研修1回、27都道府県47回)

H30年度受講者: 10,609名  
(研修開催回数: 日医中央研修1回、31都道府県46回)

第1期 合計: 29,712名

R元年度受講者: 9,361名  
(研修開催回数: 日医中央研修1回、30都道府県53回)

---

修了者数(実人数) 合計: 5,919名

H28年度修了者: 1,196名 H29年度修了者: 2,672名 H30年度修了者: 2,051名

# 地域に根ざした医療提供体制の確立

## かかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」の提供

患者・国民からの健康にかかわる幅広い問題

