

かかりつけ医機能研修応用研修受講者 各位
(R5 年 4 月, R6 年 4 月修了証発行者を除く)

岐阜県医師会
会長 伊在井 みどり
(公印省略)

「日医かかりつけ医機能研修制度」に係る申請方法および概要・取得要件について
(ご案内)

平素は、本会事業にご協力とご理解を賜り感謝申し上げます。

日本医師会は、平成 28 年 4 月より標記研修制度を開始し、本会においても応用研修を実施してまいりました。

つきましては、**本制度の取得要件を満たし**「日医かかりつけ医機能研修制度修了証」を希望される方は、申請書類を作成のうえ本会へご提出して下さい。

記

◎申請方法

1. 申請書類：下記①～③を記入漏れのないよう作成して下さい。
①申請書【様式 1】
②応用研修受講報告書【様式 2】
③実地研修実施報告書【様式 3】 ※地域医師会の確認が必要です。
※受理後、修了証発行の是非、登録料についてご連絡いたします。
2. **受付期間：令和 7 年 1 月 6 日(月) ～ 2 月 2 8 日(金)**
3. 登録料：会員 5,000 円 非会員 10,000 円
4. 提出先：岐阜県医師会 〒500-8510 岐阜市藪田南 3-5-11
5. 留意事項

本研修制度は、「地域包括診療加算・地域包括診療科に係るかかりつけ医研修会」と異なります。日本医師会が考える本来の「かかりつけ医機能」の有るべき姿を更に充実・強化するために実施するものです。

担当者	岐阜県医師会事務局 小坂・園畑		
T E L	058(274)1111	内線	326
F A X	058(271)1651		

「日医かかりつけ医機能研修制度」概要・取得要件

1. 実施主体：岐阜県医師会
2. 修了証の交付：令和7年4月1日 有効期限3年
3. 修了証の取得要件：3年間で以下(1)～(3)の3点を満たした医師

(1) 日医生涯教育認定証の取得

令和6年12月31日時点で認定期間が有効の認定証を取得していること。

(2) 応用研修：規定の座学を10単位以上取得

応用研修①～⑥はそれぞれ1単位（計6単位）以上の受講が必要。

（同一名称の講義は2回までカウントが可能です。）

【応用研修会】

- ① 「かかりつけ医の倫理」、「かかりつけ医の質・医療安全」、「かかりつけ医の感染対策」、「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」、「かかりつけ医の糖尿病管理」
- ② 「生活期リハビリの実際」、「小児・思春期への対応」、「メタボリックシンドロームからフレイルまで」、「フレイル予防・対策」、「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」、「栄養や口腔におけるかかりつけ医との連携」
- ③ 「医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築」、「在宅医療、多職種連携」、「地域医療連携と医療・介護連携」、「地域リハビリテーション」、「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」、「かかりつけ医の脂質 異常症管理」
- ④ 「社会的処方」、「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」、「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割」、「かかりつけ医と精神科専門医の連携」、「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」、「リハビリテーションにおける医療と介護の連携」
- ⑤ 「終末期医療、褥瘡と排泄」、「認知症、ポリファーマシーと適正処方」、「リハビリと栄養管理・摂食嚥下障害」、「オンライン診療のあり方」、「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」、「認知症の方への意思決定支援とプライマリケア」
- ⑥ 「多疾患合併症例」、「在宅リハビリ症例」、「地域連携症例」、「新型コロナウイルス感染症とかかりつけ医」、「症例検討～意思決定を尊重した看取り/フレイルの改善へ向けた取組～」、「かかりつけ医の高血圧症管理」

【関連する他の研修会】

- ⑦ 「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」等※の受講（2単位）
※日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会が主催する当該研修会に準ずる研修会
- ⑧ 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了（1単位）
- ⑨ 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」の修了（1単位）
- ⑩ 「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の修了（1単位）
- ⑪ 「日本医学会総会」への出席（2単位）

(3) 実地研修：規定の活動を2つ以上実施 10単位以上取得

- ① 学校医・園医、警察業務への協力医
- ② 健康スポーツ医活動
- ③ 感染症定点観測への協力
- ④ 健康相談、保健指導、行政(保健所)と契約して行っている検診・定期予防接種の実施
- ⑤ 早朝・休日・夜間・救急診療の実施・協力
- ⑥ 産業医・地域産業保健センター活動の実施
- ⑦ 訪問診療の実施
- ⑧ 家族等のレスパイトケアの実施
- ⑨ 主治医意見書の記載
- ⑩ 介護認定審査会への参加
- ⑪ 退院カンファレンスへの参加
- ⑫ 地域ケア会議等への参加（※会議の名称は地域により異なる）
- ⑬ 医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員
- ⑭ 看護学校等での講義・講演
- ⑮ 市民を対象とした講座等での講演
- ⑯ 地域行事(健康展、祭りなど)への医師としての出務

日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修 受講報告書

- 申請要件 (1) 修了申請時の前3年間において下記項目より10単位を取得する。
(2) 同研修会最大2回までのカウントを認める。

(注) 修了申請時3年前とは、令和4年1月1日～令和6年12月31日

氏 名	
【応用研修】 日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会	<p>■ 受講日に○印を記載して下さい。(最大2回までカウント可能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 受講日：令和 年 月 日 (単位) ・ 受講日：令和 年 月 日 (単位) ・ 受講日：令和 年 月 日 (単位)
【関連する他の研修会】 「地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会」の全講義受講	<p>■ 受講日を記載して下さい。(最大2回までカウント可能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 受講日：令和 年 月 日 (2単位) ・ 受講日：令和 年 月 日 (2単位)
【関連する他の研修会】 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了	<p>■ 受講日を記載して下さい。(最大2回までカウント可能)</p> <ul style="list-style-type: none"> 受講日：令和 年 月 日 (1単位) 受講日：令和 年 月 日 (1単位)
【関連する他の研修会】 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」の修了	<p>■ 受講日を記載して下さい。(最大2回までカウント可能)</p> <ul style="list-style-type: none"> 受講日：令和 年 月 日 (1単位) 受講日：令和 年 月 日 (1単位)
【関連する他の研修会】 「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の修了	<p>■ 受講日を記載して下さい。(最大2回までカウント可能)</p> <ul style="list-style-type: none"> 受講日：令和 年 月 日 (1単位) 受講日：令和 年 月 日 (1単位)
【関連する他の研修会】 「日本医学会総会」への出席	<p>■ 受講日に○印を記載して下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 出席 (2単位) 参加証のコピーを添付してください。

【応用研修】

- ・ 日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会

【関連する他の研修会】

- ・ 「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」等※の受講(2単位)
※日本医師会、都道府県医師会が主催する当該研修会に準ずる研修会。
- ・ 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了(1単位)
- ・ 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」の修了(1単位)
- ・ 「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の修了(1単位)
- ・ 日本医学会総会への出席(2単位)

日医かかりつけ医機能研修制度

様式3

実地研修 実施報告書

氏名

■実地研修として本研修制度修了申請時の前3年間において下記項目より2つ以上実施していること。1項目実施につき5単位とし、10単位を取得する。

(注) 修了申請時3年前とは、令和4年1月1日～令和6年12月31日

項目	実施の有無 ○印を記載	具体的内容
1. 学校医・園医、警察業務への協力医		(例)○○小学校学校医
2. 健康スポーツ医活動		
3. 感染症定点観測への協力		
4. 健康相談、保健指導、行政（保健所）と契約して行っている検診・定期予防接種の実施		
5. 早朝・休日・夜間・救急診療の実施・協力		
6. 産業医・地域産業保健センター活動の実施		
7. 訪問診療の実施		
8. 家族等のレスパイトケアの実施		
9. 主治医意見書の記載		(例)月○件、年○件等
10. 介護認定審査会への参加		
11. 退院カンファレンスへの参加		
12. 地域ケア会議への参加（会議名は地域により異なる）		
13. 医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員		
14. 看護学校等での講義・講演		
15. 市民を対象とした講座等での講演		
16. 地域行事（健康展、祭りなど）への医師としての出務		

※ その他、「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」として実施している活動があれば下記に記載してください。

17.

18.

19.

申請者は、上記記載の活動を規定の期間内に実施していることを認めます。

地域医師会名：

会長名：

※所属地域医師会の確認が必要となります。