

# 北海道医師会「日医かかりつけ医機能研修制度」 平成28年度修了申請について

常任理事 学術部長 櫻井 晃洋

日本医師会は、平成28年4月より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、その能力の維持・向上を目的として「日医かかりつけ医機能研修制度」を新設し開始しており、当会もこれを受けて、日医に倣い本制度を同年4月より開始いたしました。

この度、日医より、本年度における修了申請の手順が示されましたので、当会における平成28年度の修了申請に係る手続き等をご案内いたします。

なお、申請書類や申請にあたっての詳細につきましては、北海道医師会HP（下記参照）に掲載しておりますので、ご確認のうえご利用ください。

【北海道医師会HP：日医かかりつけ医機能研修制度】

<http://www.hokkaido.med.or.jp/doctor/education.html>

【「日医かかりつけ医機能研修制度」平成28年度における申請について】

【修了申請の受付時期】 平成28年12月1日（木）～平成29年1月31日（火）

【修了証書の交付日】 平成29年4月に交付（予定）

【提出書類】

- ①日医生涯教育認定証のコピー（修了申請時において認定期間内であるもの）
- ②【別添1】日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書
- ③【別添2】日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修受講報告書
- ④【別添3】日医かかりつけ医機能研修制度 実地研修実施報告書

①



②

別添1

### 日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

北海道医師会長 殿

日医かかりつけ医機能研修制度に基づき、下記の通り申請致します。

記入日【 年 月 日】

1. 医師会入会状況	1. 会員	2. 非会員
2. 所属都市区医師会名	医師会	
3. 氏名	(フリガナ)	
4. 医師登録番号		
5. 生年月日	T S H 年 月 日生	
6. 医療機関名		
7. 医療機関住所	〒 -	
8. 医療機関電話・FAX番号	TEL: ( ) -	FAX: ( ) -
9. 業種の種類	1. 開業・管理者 2. 勤務医 3. 研修医 4. その他 ( )	
10. 基本研修 (本研修制度・ <b>修了申請時における修了</b> <b>認定済である旨を記載してください</b> )	1. 有	2. 無
11. 応用研修 取得単位数	_____ 単位	
12. 実地研修 取得単位数 (本項目につき 3 単位)	_____ 単位	

③

**別添2**

**日医かかりつけ医機能研修制度  
応用研修 受講報告書**

1. 氏名	(フリガナ)						
2. 生年月日	T	S	H	年	月	日	生
3. 医師資格による受講歴	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>						

■ 応用研修として本研修制度を修了した際には前3年間に於いて下記項目より10単位を取得する。単位数については1～8の各項目につき最大2回までのカウントを認める。また、下記1～6についてはそれぞれ1つ以上の科目を受講することを必須とする。

**参加証コピー等貼り付け欄**

※各書類が確認できるよう貼り付けてください。サイズが大きい等の理由により貼り付けできない場合は、【別添2】(本用紙)に貼付シールを用いた方法で貼り付けてください。

【座学】(1) 日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会 (仮称)  
(2) 本研修制度応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを用いて実施される。①都道府県医師会、②市区医師会主催による研修会、③日医生涯教育講座

1. かかりつけ医の診療、質・医療安全、感染対策 (各1単位)
2. 健康増進・予防医学、生活習慣病、認知症 (各1単位)
3. フォイル予防、高齢者総合的機能評価 (CGA)・老年症候群 (各1単位)
4. かかりつけ医の栄養管理、リハビリテーション、摂食嚥下障害 (各1単位)
5. かかりつけ医の在宅医療・緩和医療 (1単位)
6. 症例検討 (1単位)

**参加証コピー等貼り付け欄**

※各書類が確認できるよう貼り付けてください。サイズが大きい等の理由により貼り付けできない場合は、【別添2】(本用紙)に貼付シールを用いた方法で貼り付けてください。

【関連する他の研修会】

7. 「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」等会の受講 (2単位)  
※平成26年10月13日に開催した日本医師会在宅医リーダー研修会を含む、日本医師会、都道府県医師会、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)

④

**別添3**

**日医かかりつけ医機能研修制度  
実地研修 実施報告書**

1. 氏名	(フリガナ)						
2. 生年月日	T	S	H	年	月	日	生

■ 実地研修として本研修制度を修了した際には前3年間に於いて下記項目より2つ以上を実施すること。1項目実施につき5単位とし、10単位を取得する。

項 目	実施の有無 (○を記載) または長期的内容を記載してください。
1. 学校医・園医、警務業務への協力医	
2. 健康スポーツ医活動	
3. 認知症支援活動への協力	
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. 家庭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. 病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席	

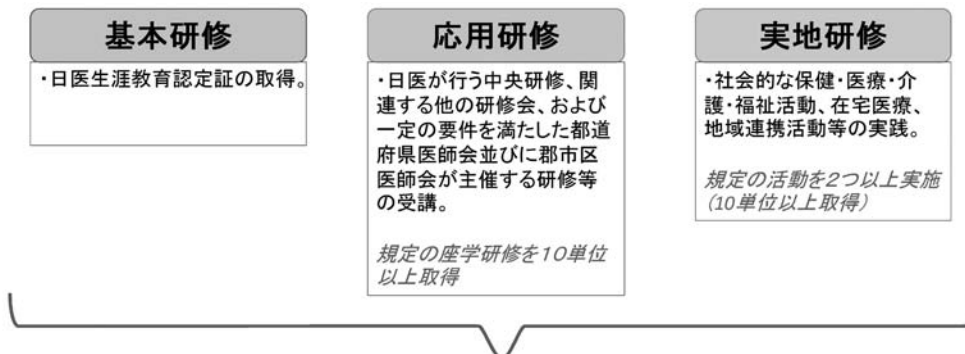
【提出先】 所属都市医師会 (非会員の場合は北海道医師会)

【申請 (登録) 手数料】 北海道医師会会員—無料

北海道医師会非会員—審査 (手数料) 料 10,800円／登録料21,600円

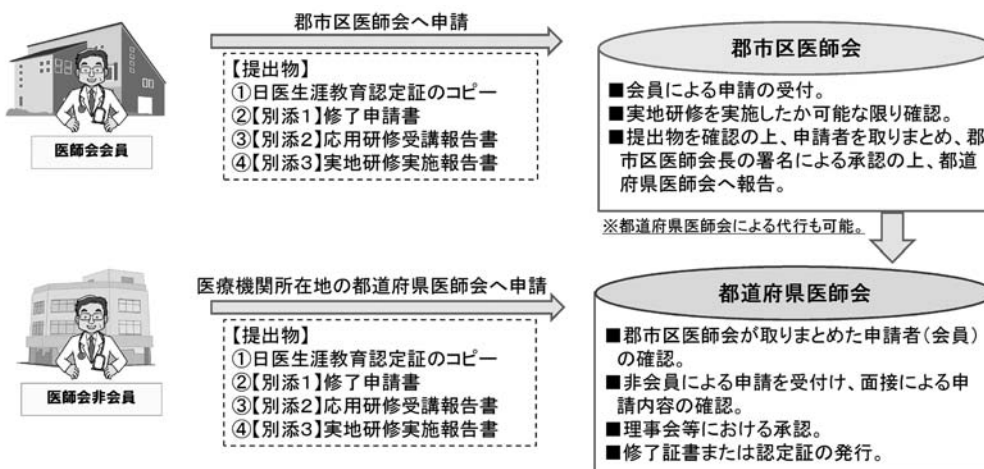
【お問い合わせ先】 北海道医師会 学術部 (TEL 011-231-1727)

**【本制度の概要について】**



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)。

**【本研修制度を修了した医師の申請手順について】**



※本制度における「応用研修」は、規定のシラバスに則った座学研修を10単位 (原則1時間/1単位) 以上取得することが要件として定められ、日医でも3年にわたって各項目が網羅できるよう開催が計画されています。当会では、日医が示す同研修の実施要領により、毎年度開催していく予定としておりますので、会員各位のご理解、ご協力をお願いいたします。