

## 日医かかりつけ医機能研修制度 修了申請書

長野県医師会長 殿

日医かかりつけ医機能研修制度に基づき、下記のとおり申請いたします。

申請日【 年 月 日】

|   |  |        |
|---|--|--------|
| 1. 長野県医師会入会状況<br>※該当に○  | 1. 会員  | 2. 非会員 |
| 2. 所属郡市医師会<br>※非会員の場合は空欄  | 医師会  |        |
| 3. 氏名   | (フリガナ)                                       | 印      |
| 4. 医籍登録番号   | 第  | 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. 業務（会員）の種別  | 1. 開設者・管理者    2. 勤務医    3. 研修医<br>4. その他 ( ) |        |
| 10. 基本研修  | 平成 30・令和 1・2 年度いずれかで日医生涯教育認定証を受領していることが要件です  |        |
| 11. 応用研修 取得単位数<br>平成 30 年 1 月 1 日～令和 2 年 12 月 31 日<br>において、応用研修単位を 10 単位以上取得することが要件です | _____ 単位 (10 単位以上)                           |        |
| 12. 実地研修 実施数<br>平成 30 年 1 月 1 日～令和 2 年 12 月 31 日<br>において、特定項目を 2 以上実施することが要件です        | _____ (2 以上)                                 |        |

# 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 |

■応用研修単位を平成30年1月1日～令和2年12月31日において、下記項目より10単位取得することが要件となります。

単位数については①～⑪の各項目につき最大2回までのカウント（重複）を認めます。

また、下記①～⑥については各1単位以上の取得が必須です。

（要件を満たす1例：①-1、②-1、③、④-1、⑤、⑥を各1単位、⑦を2単位、⑧を2単位取得）

## 【応用研修の単位一覧】

### 【必修単位（第1期）】 ※平成30年度まで

- ① 1. かかりつけ医の倫理、2. 質・医療安全、3. 感染対策（各1単位）
- ② 1. 健康増進・予防医学、2. 生活習慣病、3. 認知症（各1単位）
- ③ フレイル予防、高齢者総合的機能評価（CGA）・老年症候群（1単位）
- ④ 1. かかりつけ医の栄養管理、2. リハビリテーション、3. 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）

### 【必修単位（第2期）】 ※令和元年度から

- ① 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、（各1単位）
- ② 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（各1単位）
- ③ 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（各1単位）
- ④ 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（各1単位）
- ⑤ 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（各1単位）
- ⑥ 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（各1単位）

### 【任意単位⑦～⑪】

- 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」の受講（2単位）
- 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）

※受講した研修会に○を記入の上、受講証明書(コピー)を本用紙に添付ください。

## 1. 長野県医師会が実施した研修会

※県医師会で受講確認が出来るため受講証明書の写しを添付いただく必要はありません。

### ①～⑥に該当【必修単位(第1期)、(第2期)】必修単位が付与された研修会一覧

| 受講 | 研修会名                       | 日時            | 会場                |
|----|----------------------------|---------------|-------------------|
|    | 日医かかりつけ医機能研修制度 平成30年度応用研修会 | 平成30年5月20日(日) | 長野県医師会館他<br>テレビ会議 |
|    | 日医かかりつけ医機能研修制度 2019年度応用研修会 | 令和元年5月26日(日)  | 長野県医師会館他<br>テレビ会議 |
|    | 日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度応用研修会  | 令和2年9月27日(日)  | 長野県医師会館他<br>テレビ会議 |
|    |                            |               |                   |

### ⑦に該当 ※全項目受講者のみ単位取得可能/2単位

| 受講 | 研修会名                                    | 日時            | 会場                |
|----|---|---------------|-------------------|
|    | 平成30年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る<br>かかりつけ医研修会 | 平成30年8月26日(日) | 長野県医師会館他<br>テレビ会議 |
|    | 2019年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る<br>かかりつけ医研修会 | 令和元年8月25日(日)  | 長野県医師会館他<br>テレビ会議 |
|    | 令和2年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る<br>かかりつけ医研修会  | 令和2年11月29日(日) | 長野県医師会館           |
|    |   |               |                   |

## 2. 長野県医師会以外の団体主催の研修会

※受講証明書の写しを添付してください。

### ⑧に該当 かかりつけ医認知症対応力向上研修(各1単位)

#### (1)「かかりつけ医認知症対応力向上研修」

| 受講 | 日時            | 会場             |
|----|---------------|----------------|
|    | 平成30年1月27日(土) | 長野県看護協会会館      |
|    | 平成31年2月9日(土)  | 信州科学技術総合振興センター |

#### (2)「認知症サポート医および認知症相談医フォローアップ研修」

| 受講 | 日時            | 会場        |
|----|---------------|-----------|
|    | 平成30年3月3日(土)  | ホテル国際21   |
|    | 平成31年3月16日(土) | 長野県看護協会会館 |

### ⑩に該当 かかりつけ医等発達障害対応力向上研修(1単位)

| 受講 | 日時            | 会場                       |
|----|---------------|--------------------------|
|    | 平成30年8月26日(日) | 信州大学医学部附属病院外来棟4階 大会議室    |
|    | 令和元年8月25日(日)  | 信州大学 松本キャンパス旭総合研究棟9階 講義室 |

### ⑪「日本医学会総会」への出席(2単位)

| 参加 | 日時                            | 会場                                      |
|----|-------------------------------|---|
|    | 2019年4月27日(土)～2019年4月29日(月・祝) | 名古屋国際会議場、ポートメッセなごや、ウイंकあいち、<br>名古屋大学博物館 |

## 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、平成30年1月1日～令和2年12月31日において、下記項目より2つ以上実施していることが要件となります。(1項目実施につき5単位とし、10単位の取得が要件です。)

| 実施項目に<br>○ | 項目   |
|------------|--|
|            | 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               |

※上記項目で10単位に満たない場合

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。郡市医師会長の承認があれば、上記項目と同様に1つにつき5単位として申請していただけます。内容によっては実地研修として認められない場合がありますのでご承知おきください。

|   |
|---|
| ・ |
| ・ |

## 【郡市医師会記入欄】

申請者は「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、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。

医師会名

会長名

印