

会員各位

大阪府医師会 地域医療2課

日医かかりつけ医機能研修制度における修了申請について（ご案内）

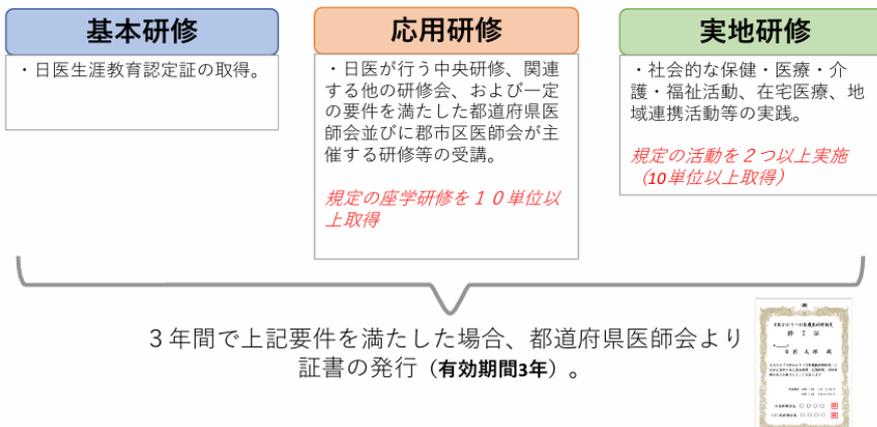
平素は本会事業に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成28年度より開始された「日医かかりつけ医機能研修制度」におきまして、必要単位を取得されました先生の修了申請受付を開始いたします。大阪府医師会が確認できる範囲で修了申請が可能であると思われる方には、直接郵送でご案内をお送りしております。下記をご確認の上、申請書類を2月28日（金）までにご所属の郡市区等医師会へご提出いただきますようお願い申し上げます。

なお、応用研修の単位において、「日本医学会総会の出席」など、一部本会で確認が出来ないものもあるため、ご自身でも応用研修単位の取得状況をご確認のうえ、修了要件を満たす場合には申請くださいますようお願い申し上げます（修了要件は別紙参照）。ご不明な場合は担当事務局までご連絡ください。

記

【研修内容】



【申請手続きについて】

- ◇受付期間：令和7年2月28日まで
- ◇書類提出先：ご所属の郡市区等医師会
- ◇必要書類：

①認定期間中の「日本医師会生涯教育認定証」の写し

紛失等の場合は、大阪府医師会にて発行履歴が確認できますので、府医の事務局にご連絡のうえ、提出を省略することができます。

②修了申請書 **別添1**③応用研修受講報告書 **別添2**

修了申請時の前3年間（令和4年1月1日～令和6年12月31日）に受講したものが対象です。詳しくは、**【別紙】**をご確認ください。なお、「受講証明書」を紛失された場合は、府医事務局までご連絡ください。

④実地研修実施報告書 **別添3**

修了申請時の前3年間（令和4年1月1日～令和6年12月31日）に実施したものが対象です。詳しくは、**【別紙】**をご確認ください。

【修了証発行について】

大阪府医師会で審査の上、規定の研修単位を満たしていることが認められた方には、令和7年4月中に「修了証」（認定期間：令和7年4月1日～令和10年3月31日）を発行いたします。なお、昨年度発行分より「認定証」から「修了証」に名称を変更しております。

ご不明な点などがございましたら、<事務局>までお問い合わせください。

令和6年度「日医かかりつけ医機能研修制度」修了申請要件

対象期間において、①基本研修、②応用研修、③実地研修の要件を全て満たしていること。

①基本研修 下記いずれか（認定期間中）の「日医生涯教育認定証」の取得。

認定期間：2022年12月1日～2025年11月30日 / 2024年12月1日～2027年11月30日

2023年12月1日～2026年11月30日 ※日本医師会生涯教育認定証のコピーを添付

②応用研修 修了申請時の前3年間（令和4年1月1日～令和6年12月31日）において、下記項目（1～11）より10単位以上を取得。なお、同一名称の講義は最大2回まで認められる。

▼応用研修会（各1単位）※1～6の講義は、各1単位以上（計6単位）の受講を必須とする。

- 「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」
- 「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」
- 「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」
- 「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との連携」、「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」
- 「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」
- 「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

- 「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（日本医師会主催）」の全講義（6時間30分）の受講 ※都道府県医師会や郡市区等医師会が主催した同研修会を含む。（2単位）
- 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了 ※修了証のコピーを添付（1単位）
- 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」の修了 ※修了証のコピーを添付（1単位）
- 「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の修了 ※修了証のコピーを添付（1単位）
- 「日本医学会総会（2023東京）」の出席 ※参加証明書のコピーを添付（2単位）

③実地研修 修了申請時の前3年間（令和4年1月1日～令和6年12月31日）において、下記項目（1～16）より2つ以上実施していること。（1項目あたり5単位で、10単位以上）

1. 学校医・園医、警察業務への協力医	9. 主治医意見書の記載
2. 健康スポーツ医活動	10. 介護認定審査会への参加
3. 感染症定点観測への協力	11. 退院カンファレンスへの参加
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・予防接種の実施	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）
5. 早朝・休日・夜間・救急診療の実施・協力	13. 医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員
6. 産業医・地域産業保健センター活動の実施	14. 看護学校等での講義・講演
7. 訪問診療の実施	15. 市民を対象とした講座等での講演
8. 家族等のレスパイトケアの実施	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

1. 氏名	(フリガナ)
2. 生年月日	T S H 年 月 日生

- 応用研修として本研修制度修了申請時の前3年間において10単位を取得する。
同一名称の講義については最大2回まで単位としてカウントを認める。

受講証明書コピー等貼り付け欄

※「応用研修会」の受講証明や、本研修制度の「関連する他の研修会」に該当する研修会の受講証明が確認できるよう貼り付けてください。
貼り付けができない場合は、本用紙にホッチキス止めする等の方法で添付してください。

※医師資格証を用いて研修会の出退管理が行われた場合であって、
受講証明書が発行されずお持ちでない場合には、チェックをお願いいたします。
(医師資格証による受講歴がある場合)

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。

項 目	実施の有無 (○を記載)、または 具体的内容を記載してください。
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・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	

※ 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.

【郡市区医師会記入欄】（申請者が医師会会員の場合のみ）

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
