

「令和元年度 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」
—函館市医師会 DVD 講習会場—
【実施要領】

1. 日 時：令和元年10月6日（日） 9：55～17：30
2. 場 所：函館市田家町5番16号 函館市医師会館 大会議室
3. プログラム：別添参照
4. 受講対象者：医師
5. 申込方法：申込用紙に必要事項をご記入の上、函館市医師会へFAXによりお申し込みください。
6. 申込締切：令和元年9月6日（金）必着
7. 受講料：医師会への入会状況によって金額が異なります。

・ 日本医師会員	無料
・ 北海道医師会まで加入の会員	20,000円（税込）
・ 郡市医師会のみ加入の会員	30,000円（ 〃 ）
・ 郡市医師会非会員	50,000円（ 〃 ）

お支払方法は、口座振込のみとなります。振込先口座は受講決定通知でお知らせいたします。

※ お食事が必要な方は別途1,650円（税込）でお弁当をご用意いたします。受講申込書の食事の確認欄に要・不要を該当に○印をお付けください。お支払方法は、受講料と同様です。

8. 定 員：30名（定員を超える場合は、先着順ではなく日本医師会員を優先いたします）
9. 修了証書：本研修会修了者へは、後日「修了証書」を交付します。
※ 全講義受講者に限ります。そのため、遅刻や早退、中抜けをした場合、または、受講者本人でない方が受講したことが明らかとなった場合は「修了証書」を交付しません。

※ 「地域包括診療加算」および「地域包括診療料」の施設基準にある「慢性疾患の指導に係る適切な研修」の一部（6時間30分）にあたります。
本研修会の構成（高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の講義各1時間と、服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の内容を含む合計6時間30分）が、「修了証書」に明記されます。

10. 託児ルーム：託児を希望される方は申込書の該当欄に利用人数をご記入ください。
※ 申し込みが無い場合は開設いたしません。
11. その他：① 事前の連絡なしに欠席された場合は原則、受講料・お弁当代の返金はいたしません。
② あらかじめ席を指定いたしますので、当日の受講受付はいたしません。
③ 日本医師会生涯教育制度（単位・CC）：
本研修会は、受講者が受講した講義に対して最大6.5単位・9CCが付与されます。
12. 問合せ先：函館市医師会事務局
TEL：43-7700 FAX：43-7710 E-mail：info@hakodate-med.org

令和元年度
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
プログラム

開催日：令和元年10月6日（日）
会 場：函館市医師会館3階「大会議室」

9:55	(1) 開会・挨拶 (5分)	日本医師会長 横倉 義武	生涯教育制度 CC：単位
	(2) 講 義		
10:00	1. 糖尿病 (60分) 菅原 正弘 (医療法人社団 弘健会 菅原医院 院長)		CC76：1
11:00	2. 認知症 (60分) 瀬戸 裕司 (医療法人 ゆう心と体のクリニック 院長)		CC29：1
12:00	< 休憩・昼食 > (50分)		
12:50	3. 脂質異常症 (60分) 江草 玄士 (江草玄士クリニック 院長)		CC75：1
13:50	4. 高血圧症 (60分) 有田 幹雄 (医療法人スミヤ 角谷リハビリテーション病院 院長)		CC74：1
14:50	5. 服薬管理 (30分) 秋下 雅弘 (東京大学医学部附属病院 老年病科 教授)		CC73：0.5
15:20	< 休憩 > (5分)		
15:25	6. 禁煙指導 (30分) 正林 督章 (国立研究開発法人 国立がん研究センター 理事長特任補佐)		CC11：0.5
15:55	7. 健康相談 (30分) 岡田 唯男 (亀田ファミリークリニック館山 院長)		CC4：0.5
16:25	8. 介護保険 (30分) 鈴木 邦彦 (医療法人博仁会 志村大宮病院 理事長・院長)		CC13：0.5
16:55	9. 在宅医療 (30分) 新田 國夫 (医療法人社団 つくし会 理事長)		CC80：0.5
17:25	(3) 閉会・挨拶 (5分)	日本医師会副会長 今村 聡	
17:30	(4) 終了		

※内容等が変更となる場合があります。

**令和元年度 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
受講申込書
(函館市医師会 会場用)**

令和元年 月 日

函館市医師会事務局 行
FAX : 43-7710

申込者氏名 : _____

ふりがな 氏名	所属機関名・連絡先住所	医師会入会状況	食 事	託児ルーム
	所属機関名 該当に○印をお付けください。 (自宅 ・ 所属機関) 〒	1. 日医会員 2. 道医会員 3. 郡市会員 4. 非会員	要・不要 ※受講料とは別に1,650円徴収いたします。	人 ※希望される方のみ人数記入
医籍登録番号	TEL () —	※加入状況によって受講料が異なります。		
	所属機関名 該当に○印をお付けください。 (自宅 ・ 所属機関) 〒	1. 日医会員 2. 道医会員 3. 郡市会員 4. 非会員	要・不要 ※受講料とは別に1,650円徴収いたします。	人 ※希望される方のみ人数記入
医籍登録番号	TEL () —	※加入状況によって受講料が異なります。		

※申込者多数で記載欄が足りない場合は複写してお使いください。

令和元年9月6日 (金) 必着