

令和5年2月1日

郡市区等医師会長 様

大阪府医師会長
高井康之
(公印省略)

「令和5年度 介護保険研修会・主治医意見書作成に関する説明会（第2回）」
の開催について（ご案内）

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は本会事業に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本会では別紙のとおり、今年度も大阪府からの受託事業の一環として「介護保険研修会・主治医意見書作成に関する説明会」を開催いたします。

昨年度同様、オンラインとの併用で開催いたしますので、お申込みにつきまして、**Web受講をご希望の場合は、URLもしくはQRコードより直接お申し込みをいただき、大阪府医師会館での受講をご希望の場合は、別紙「受講申込書」へ必要事項をご記入の上、FAX（06-6765-3737）にて本会地域医療2課宛にご送付いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。**

つきましては、公務ご多用のところ誠に恐縮ではございますが、標記について貴会員方に、是非ご参加いただきたく存じますので、ご周知方ご高配賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

※開催案内は、大阪府医ニュース2月7日号および大阪府医師会ホームページに掲載いたします。

※本説明会は、**地域包括診療加算・地域包括診療料**に関する施設基準の届出に係る「都道府県等が実施する『主治医意見書に関する研修会』」に該当します。

<事務局>

〒543-8935 大阪市天王寺区上本町2-1-22
大阪府医師会 地域医療2課（担当：竹村）
TEL：06-6763-7002 / FAX：06-6765-3737

令和5年度 介護保険研修会・主治医意見書作成に関する説明会(第2回)

1. 日 時：令和6年3月9日(土)午後2時～5時
2. 場 所：(現地参加)大阪府医師会館 2階ホール
(Web参加) 下記 URL もしくは QR コードのページより申込ください。
3. 対 象：医師、看護師、介護支援専門員、医療・介護・福祉従事者等
4. 会場定員：150名
5. 位置付け：(1)大阪府・大阪市主治医意見書作成研修事業の一環
(2)介護保険研修会と主治医意見書作成に関する説明会を併催
(3)大阪府医師会生涯研修システム登録研修会(3.0単位)
6. 主 催：大阪府、大阪市、大阪府医師会(受託団体)
7. 内 容
挨拶：大阪府医師会 会長 高井 康之
座 長：大阪府医師会 副会長 中尾 正俊
講 演：
(1)「令和6年度介護報酬改定の概要について」(仮題)(90分)[CC6:1.5単位]
日本医師会 常任理事 江澤 和彦
(2)「主治医意見書記入の留意点」(90分)[CC13:1.5単位]
大阪府医師会 介護・高齢者福祉委員会 委員
医療法人正滯会 林クリニック 院長 林 正則

<受講証明書の発行について>

本研修会は、**地域包括診療加算**に関する施設基準の届出に係る「都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会」に該当し、本研修会を最後まで受講された府医会員には後日、受講証明書を送付します。

なお、ウェブ受講者に関しては、Zoomの入退時刻により受講を確認します。途中退出など、研修会開始から終了時刻までの受講が確認できない場合、受講証明書の発行は不可となることにご留意ください。

<Webによる研修会(Zoom)受講方法について>

① 下記URLまたはQRコードよりお申し込みください。

URL: https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_alxD8NrxSbGpaLrXxsSgSw

② お申し込み直後にメールが届きますのでご確認ください。

当日の参加ページURLが、メール文面に掲載されています。

※メールが届かない場合は、恐れ入りますが、

a-takemura@po.osaka.med.or.jp(担当:竹村)までご連絡ください。



③ 開催1日前に案内メールが届きます。研修会当日の参加ページのURLが掲載されていますので、そちらをクリックしてご参加ください。

<研修会資料について>

開催1日前の案内メールにダウンロード用のURLを掲載いたします。

※講師の都合により、掲載できない場合もございますので、ご了承ください。

【別紙:府医会館での受講用】

「令和5年度 介護保険研修会・

主治医意見書作成に関する説明会（第2回）」

日 時：令和6年3月9日（土）午後2時～5時
場 所：大阪府医師会館 2階ホール

◆参加証の事前郵送はございませんので、当日は直接会場までお越しください。

◆下記項目をご記入の上、大阪府医師会地域医療2課宛てにお申し込みください。

【3月1日(金)締め切り】

◆受講証明書は研修会終了後、後日郵送させていただきます。

①氏 ^{ふり} ^{がな}
名

所属地区医師会： _____ 医 師 会

医籍登録番号：

--	--	--	--	--	--

②医療機関名

③医療機関所在地

〒 _____

④TEL・FAX番号

TEL: _____ (_____)

FAX: _____ (_____)

*医師会員以外で受講希望の方は、職種にチェック☑をお願いいたします。

：看護師 ：ケアマネジャー

：その他 (_____)