令和４年８月９日

郡市区等医師会長　様

大阪府医師会長
茂　松　茂　人
（公印省略）

令和４年度 主治医意見書作成に関する説明会（第１回）の開催について

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、本会では別紙のとおり、標記説明会を令和４年９月 17 日（土）の午後２時より開催いたします。

つきましては、公務ご多端のところ、誠に恐縮ではございますが、貴会会員にご参加いただきたく、ご周知の程、何卒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８月17日号および府医ホームページ（ホーム＞医師・医療関係者のみなさまへ＞介護保険・障害・福祉）にも掲載いたします。

なお、本説明会は、府医会館での受講に加え、ウェブでも受講していただけます。府医会館での受講希望の方は別紙の受講申込書、ウェブでの受講希望の方は別紙に記載のＱＲコードまたは府医ホームページよりお申し込みくださいますよう、お願い申し上げます。

※本説明会は、**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：澤野）
TEL：06-6763-7002 / FAX：06-6765-3737

令和４年度 主治医意見書作成に関する説明会（第１回）

１．日　　時：令和４年９月１７日（土）午後２時～５時

２．場　　所：（１）会場受講　　大阪府医師会館２階ホール
　　（２）ウェブ受講　下記ＵＲＬもしくはＱＲコードより申込み

３．対　　象：大阪府医師会員、看護師、介護支援専門員、医療福祉従事者等

４．会場定員：１００名　※新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から定員減とし、
　　申込者多数の際は抽選を行う（受講不可の場合のみ連絡）。

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）大阪府医師会生涯研修システム登録研修会（2.5 単位）
　　（※カリキュラムコード（6.10.12.13.80）各 0.5 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　副会長　　中尾　正俊

座　　長：大阪府医師会 介護・高齢者福祉委員会　委員
　　特定医療法人新仁会 新仁会病院　理事長　　鹿島　洋一

講　　演：

（１）「主治医意見書記入の留意点」（90 分）（CC:10.12.80）
　　大阪府医師会 介護・高齢者福祉委員会　委員
　　医療法人綾正会 かわべクリニック　院長　　川邉　正和

（２）「介護保険制度における主治医意見書の役割」（30 分）（CC:13）
　　大阪府福祉部 高齢介護室 介護支援課
　　利用者支援グループ　課長補佐　　鈴木　知津

（３）「要介護認定における審査判定について」（30 分）（CC:6）
　　大阪市福祉局 高齢者施策部 介護保険課　担当係長　　坂上　里絵

（４）質疑応答

受講証明書の発行について

本説明会は、**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」に該当する。本説明会を最後まで受講された府医会員には、後日、受講証明書を送付する。

ウェブ（Zoom）による説明会受講について

１．下記ＵＲＬまたはＱＲコードよりお申込み下さい。
　　https://zoom.us/webinar/register/WN_r33xNcBjR1OG3wpEMvGxGQ

２．お申込み直後にメールが届きますのでご確認下さい。説明会当日の参加ページの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、
　　s-sawano@po.osaka.med.or.jp（担当：澤野）までご連絡下さい。

３．開催１日前に案内メールが届きます。当日参加ページの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。

説明会資料について

開催１日前の案内メールで、説明会資料の掲載先ＵＲＬをお知らせする予定です。
※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。

府医会館での受講用

大阪府医師会 地域医療２課行　（ＦＡＸ：０６－６７６５－３７３７）

「令和４年度 主治医意見書作成に関する説明会（第１回）」
受講申込書**【府医会館での受講用】**

日　時：令和４年９月１７日（土）午後２時～５時
会　場：大阪府医師会館 ２階ホール

①医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②医療機関所在地：〒＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな
③氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

④医籍登録番号　：

⑤所属地区医師会：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑥連絡先ＴＥＬ：＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑦連絡先ＦＡＸ：＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑧医師会員以外（※１）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（　　）

※１：受講証明書の発行はございませんので、ご留意ください。

※２：必要事項をご記入の上、**９月９日（金）までに、**大阪府医師会地域医療２課まで**ＦＡＸ（06－6765－3737）**にてお申し込みください。

※３：新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、通常より定員を少なくしています。申込者多数の場合は抽選となり、抽選に漏れた方には、ご参加いただけない旨をご連絡いたします。

※４：参加証などの発送はありませんので、当日は会場に直接お越しください。

※５：当日は体温チェックの上、手指衛生およびマスクの着用をお願いします。発熱や軽度であっても呼吸器症状（咳・咽頭痛）などがある場合、来場をお控え願います。