

令和 5 年 7 月 4 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 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
(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「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7月19日号および府医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 主治医意見書作成に関する説明会(第1回)

1. 日 時：令和5年8月26日(土) 午後2時～4時30分
2. 場 所：(現地参加) 大阪府医師会館 4階大会議室
(Web参加) 下記URLもしくはQRコードのページより申し込んでください。
3. 対 象：医師、看護師、介護支援専門員、医療福祉従事者等
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) 大阪府医師会生涯研修システム登録研修会(2.5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： 府医「介護・高齢者福祉委員会」委員
泉大津市医師会 理事
医療法人真風会ふじいクリニック 院長 藤井 真

講 演：

(1) 「主治医意見書記入の留意点」(90分) [CC13：1.5単位]

府医「介護・高齢者福祉委員会」委員

生野区医師会 理事

医療法人葛西医院 院長

小林 正宜

(2) 「介護保険制度における主治医意見書の役割」(30分) [CC6：0.5単位]

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) [CC6：0.5単位]

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

＜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_9jsYfONCSYmsFccrURhaGw

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。

説明会のURLが、メール文面に掲載されていますので、当日はそこから

ご出席ください。※メールが届かない場合は、地域医療2課(担当：竹村)までご連絡ください。

QRコード



＜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。

＜受講証明書の発行について＞ ※医師のみ

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』」に該当しますので、本研修会を最後まで受講された方には、後日、受講証明書を送付します。

なお、Web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。

【別紙：府医会館での受講用】

「令和5年度 主治医意見書作成に関する説明会（第1回）」

日 時：令和5年8月26日（土）午後2時～4時30分
場 所：大阪府医師会館 4階大会議室

◆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。

【8月18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 (_____)