令和元年８月１日

郡市区等医師会長　様

一般社団法人 大阪府医師会

会長　茂　松　茂　人

(公 印 省 略)

令和元年度第１回 主治医意見書作成に関する説明会の開催について(ご案内)

平素は、本会事業に格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本会では、別紙のとおり標記説明会を令和元年９月28日(土)の午後２時から大阪府医師会館にて開催いたします。

つきましては、誠にお手数ではございますが、貴会会員へご周知賜りますよう何卒よろしくお願い申し上げます

なお、お申し込みは、別紙、受講申込書に必要事項をご記入の上、令和元年９月20日(金)までに本会地域医療２課あてＦＡＸにてお送くださいますよう、よろしくお願いいたします。

また、本説明会の受講が確認された方には、後日、受講証明書をお送りいたします。

※１）本研修会・説明会は、地域包括診療加算に関する施設基準の届出にかかる「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。

※２）本研修会・説明会は、不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合の処方料・処方箋料の算定に必要な「不安又は不眠に係る適切な研修」に該当。

\*２単位以上が必要。本研修会では１単位。

※３）第２回主治医意見書作成に関する説明会（介護保険研修会と併催）は、令和２年３月７日（土）午後２時に開催予定です。

＜担当事務局＞

大阪府医師会　地域医療2課（福田、西井）

〒543-8935　大阪市天王寺区上本町2-1-22

TEL：06-6763-7002/FAX：06-6765-3737

Mail：t-nishii@po.osaka.med.or.jp

令和元年度第１回 主治医意見書作成に関する説明会

１．日　　時：　令和元年９月２８日（土）午後２時～５時

２．場　　所：　大阪府医師会館２階ホール・４階大会議室

３．対　　象：　大阪府医師会員、看護師、ケアマネジャー、医療福祉従事者等

４．参加定員：　４００名

５．位置付け：

（１）大阪府・大阪市主治医（医師）意見書作成研修事業の一環として

（２）大阪府医師会生涯研修システム登録研修会（３単位＊）

カリキュラムコード（10.12.20.29.69.80）＊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．次　　第：

挨　　　拶：大阪府医師会副会長　　　　　　　　　　　　　中尾　正俊

司会・座長：大阪府医師会介護・高齢者福祉委員会委員長

　　　　関西大学人間健康学部教授　　　　　　　　　　黒田　研二

内　　　容：

　　　（１）「主治医意見書記入の留意点」 　　　　 　　　（６０分）

　　　　　　　　特定医療法人新仁会　新仁会病院院長

　　　　　　　　大阪府医師会介護・高齢者福祉委員会委員　　　　鹿島　洋一

（２）「介護保険制度における主治医意見書の役割」　（３０分）

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）

（３）「要介護認定における審査判定について」　　　（３０分）

　　　　　　　　 　大阪市福祉局 高齢者施策部　介護保険課（認定グループ）

（４）「在宅医療におけるポリファーマシーの問題と抗不安薬・睡眠薬処方の注意点～主治医意見書作成において～」(CC:20.69）（６０分）

大阪精神科診療所協会理事　稲田クリニック院長　稲田　泰之

（※受講証明書の発行について）

本研修会は、下記、①の届出に関する研修、②に関する研修に該当します。最後まで受講された方には、後日、受講証明書を送付いたします。

①地域包括診療加算に関する施設基準の届出にかかる「都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会」

②不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合の処方料・処方箋料の算定に必要な「不安又は不眠に係る適切な研修」　\*２単位以上が必要。本研修会では１単位。

大阪府医師会 地域医療２課 行（ＦＡＸ　０６－６７６５－３７３７）

「主治医意見書作成に関する説明会」受講申込書

（令和元年９月28日（土）午後２時）

※「主治医意見書作成に関する説明会」に、参加を申し込みます。

　　　　　　　　　　　〒　　　　－

　　　　医療機関所在地

　　　　医療機関名

ふりがな

　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　所属地区医師会

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

医籍登録番号

主たる診療科目或いは専門科目　　　　　　　　　　　　　　　　科

　　　　連絡先電話番号　　　　　　　￣　　　　　　￣

　　　　連絡先ＦＡＸ番号　　　　　　￣　　　　　　￣

※　医師会員以外で受講を希望のされる方は、職種をチェック（☑）してください。

　　　□ 看護師、□ ケアマネジャー、□ その他（　　　　　　　　　　　　　）

　　　申し込みが多い場合は、医師を優先させていただくことがありますので、ご了承ください。

※　申し込み多数により参加不可の場合のみ、ご連絡いたします。

［事務局：地域医療２課（TEL 06-6763-7002・FAX 06-6765-3737）］