



福岡医発第 818 号 (地)

令和元年 6 月 20 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 松 田 峻一良

(公印省略)

令和元年度居宅療養管理指導に係る研修会の開催について

拝啓 貴職ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、保険給付に関する算定は基本的に各事業所によって行われ、県や市町村による事業所向けの集団指導が定期的に行われています。しかし、保険者開催の集団指導については日中開催のため、出席者の利便性を鑑み、今年度も本会と福岡県の共催で、下記のとおり開催することとなりましたので、ご連絡申し上げます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただくとともに、貴会会員への周知方についてご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 出席者につきましては別紙 1 にお取り纏めの上、7 月 9 日 (火) までに本会地域医療課宛メール (fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp) にてご連絡下さい。
- 2) 対象医療機関 (平成 30 年 4 月～平成 31 年 2 月の期間に請求実績があるところ) には、別紙 2 のとおり本会より直接通知しており、参加申込票を貴会宛 FAX にて送付いただくようにしております。
- 3) 出席者については、原則、事業所の管理者となっておりますが、管理者の都合が悪い場合は、職員等の代理出席も可能です。
- 4) 本研修会は福岡県が行う集団指導を兼ねております。今後、居宅療養管理指導を算定する予定がある医療機関につきましてもご出席頂きますようご高配方お願い申し上げます。
- 5) サテライトを実施する医師会の事務局については、お手数をおかけいたしますが、別紙 2 「4 その他②」の件についてご高配賜りますようよろしくお願いいたします。

敬具

小郡三井医師会より

介護保険担当理事 古川哲也

会長 島田昇二郎

上記研修会は当医師会においてもサテライトで開催します。出席ご希望の方は 7 月 4 日 (木) までに当医師会事務局へ別紙にてお申し込みください。FAX 7 3 - 1 5 5 9
質問がある方は福岡県介護保険課へファックスしてください。

記

1. 日時・会場

△と き 令和元年7月24日(水) 19:00～20:30 (18:30より受付開始)

△ところ 【メイン会場】 福岡県医師会館 5F研修室

【サテライト会場】

- ・北九州市門司区医師会

- ・北九州市小倉医師会

- ・北九州市八幡医師会

- ・北九州市戸畑区医師会

- ・北九州市若松区医師会

- ・遠賀中間医師会

- ・豊前築上医師会

- ・筑紫医師会

- ・糸島医師会

- ・宗像医師会

- ・田川医師会

- ・飯塚医師会

- ・久留米医師会

- ・大牟田医師会

- ・八女筑後医師会

- ・朝倉医師会

- ・小郡三井医師会

- ・大川三潞医師会

- ・浮羽医師会

2. 研修内容

1) 指定(介護予防)居宅療養管理指導事業(19:00～20:00)

福岡県保健医療介護部介護保険課

2) 居宅療養管理指導における留意事項(20:00～20:30)

福岡県医師会介護保険担当理事

令和元年度居宅療養管理指導に係る研修会

参 加 申 込 票

※本票を御記入の上、
所属の都市医師会に F A X にてお申込みください。

サテライト会場の実施がない都市医師会に所属する先生についても、
本参加申込票は、所属の都市医師会に F A X をお願いいたします。

※北九州市医師会会員の先生は、北九州市医師会（F A X : 0 9 3 - 5 1 3 - 3 8 1 6）
にお申込みください。

※福岡市医師会会員の先生は、福岡市医師会（F A X : 0 9 2 - 8 5 2 - 1 5 1 0）
にお申込みください。

所属医師会_____

医療機関名_____

出席者氏名_____ 職 種_____

出席者氏名_____ 職 種_____

出席者氏名_____ 職 種_____

受講会場 （下記のうち、該当する方に○をご記入ください。）

※（会場の受付時間は、18 時 30 分からです。）

・ 福岡県医師会館

・ サテライト会場 ⇒ （ _____ 医師会サテライト会場）

※受付名簿及び資料作成の都合上、ご出席される方全員のお名前をご記入の
上、お申込みください。

居宅療養管理指導に関する質問事項について

質問がある場合は、7月5日（金）までにファクシミリで送付してください。

（※ 質問がない場合は、送付の必要はありません。）

福岡県保健医療介護部 介護保険課 監査指導第二係
FAX 092-643-3309
（このFAX番号は質問専用です。
参加申し込みのFAX番号ではありません。）

事業種類	居宅療養管理指導
事業所番号	
事業所名	
連絡先	
担当者名	

質問事項
具体的内容