

令和7年1月9日

郡市区等医師会長 様

大阪府医師会
会長 加納 康至
(公印省略)

「地域での特定行為実施体制を成功させる！手順書活用促進シンポジウム」
の開催について（再周知のお願い）

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、昨年12月13日（金）にもご案内させていただきましたが、標記シンポジウムの開催について、再度ご案内申し上げます。

現在、本会において、厚生労働省が特定行為研修修了者の活躍の推進を目的に実施している「地域標準手順書普及等事業」を受託しております。

今後の医療需要の増大を鑑みても、在宅医療の更なる充実が求められることから、本事業において、地域のかかりつけ医が手順書を作成していただきやすいよう、また、特定行為研修を修了した看護師の方が、在宅医療の現場で活躍していただけるよう、「大阪府医師会版」の手順書集を作成いたしました。

医師と看護師のタスク・シフト／タスク・シェアの推進が求められていることから、別添のとおり、完成した手順書集を活用していただくためのシンポジウムを開催いたします。

つきましては、会務ご多用のことと存じますが、少しでも多くの先生方にご参加いただきたく、改めて、貴会会員へご周知賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、本シンポジウムの案内は、府医ニュース1月15日号に掲載予定であることを申し添えます。

＜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

地域での特定行為実施体制を成功させる！ 手順書活用促進シンポジウム

1. 日 時：令和7年2月22日（土）午後2時～4時15分
2. 場 所：大阪府医師会館2階 ホール（Zoom併用）
3. 対 象：医師、看護師、医療・介護関係者 等
4. 会場定員：約160名
5. 位置付け：（1）厚生労働省「地域標準手順書普及等事業」の一環
（2）大阪府医師会生涯研修システム登録研修会：2.0単位（申請中）
6. 主 催：大阪府医師会（受託団体）
7. 内 容
開会挨拶： 宮川 松剛 副会長
座 長： 前川 たかし 理事
講 演：
（1）「特定行為研修制度の概要および地域標準手順書普及等事業について」 [CC6：0.5単位]
厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室長 初村 恵

（2）「地域における医師と特定行為研修修了者の実際の好事例」 [CC10：0.5単位]
社会医療法人生長会 ふちゅう訪問看護ステーション 管理者 津塩 昌子
訪問看護ステーションあらい 管理者 新井 茂登子
社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会吹田病院 副看護部長 間宮 直子

— 休憩・舞台転換（10分） —

（3）総合討論 [CC12：1.0単位]
テーマ「地域医療の未来を拓く！特定行為と手順書の相乗効果」
座 長：医療法人岡原クリニック 理事長 岡原 和弘
（地域標準手順書普及等推進委員会・副委員長）
シンポジスト
医療法人綾正会 かわベクリニック 院長 川邊 正和
医療法人 葛西医院 理事長 小林 正宜
一般社団法人大阪府訪問看護ステーション協会 会長 長濱 あかし
社会医療法人生長会 ふちゅう訪問看護ステーション 管理者 津塩 昌子
公益社団法人 大阪府看護協会 教育部 特定行為研修専任教員 高木 詠子
訪問看護ステーションあらい 管理者 新井 茂登子
社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会吹田病院 副看護部長 間宮 直子

<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_tYoOTU5RiaL-5KNrZFwUQ

- ② お申し込み直後にメールが届きます。

文中に記載の当日の参加URLをご確認ください。

※メールが届かない場合は、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。

研修会資料のダウンロード用URLを掲載いたしますので、ご確認ください。

※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

来場受講申込書

地域での特定行為実施体制を成功させる！ 手順書活用促進シンポジウム

日 時:令和 7 年 2 月 22 日(土) 午後 2 時～4 時 15 分
場 所:大阪府医師会館 2 階ホール

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

☐: ソーシャルワーカー

☐: 行政職員

☐: その他 (_____)

※「その他」をご選択の方は、ご職種まで記載ください