

令和 4 年 12 月 21 日

郡市区等医師会長 様

大阪府医師会  
会長 高井 康之  
(公印省略)

「令和 4 年度小児在宅医療研修会（実技研修会）」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、大阪府からの受託事業として、小児の医療的ケアを学ぶ研修会を毎年開催しております。

本年 11 月に開催いたしました標記研修会（Web 研修会）に引き続き、ナーシングベイビーを使用した実技研修会を別紙のとおり開催いたします。

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、貴会会員の先生方にも多数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。

なお、受講申込については、参加申込用紙（3 枚目）へ必要事項をご記入の上、**1 月 27 日（金）までに**、本会地域医療 2 課宛に FAX（06-6765-3737）にてご送付いただきますようよろしくお願い申し上げます。

<担当事務局>

大阪府医師会 地域医療 2 課（竹村）

〒543-8935 大阪市天王寺区上本町 2-1-22

TEL 06-6763-7002 / FAX 06-6765-3737

## 令和4年度小児在宅医療研修会(実技研修会) <開催案内>

- 日時：(第1回) 令和5年2月5日(日) 午後2時～3時30分  
(第2回) 令和5年3月4日(土) 午後2時～3時30分  
(第3回) 令和5年3月18日(土) 午後2時～3時30分
- 場所：大阪府医師会館 4階大会議室
- 対象：医師、医療従事者等
- 定員：各回 約30名(※申込多数の場合のみ抽選とさせていただきます)
- 位置付け：(1)大阪府小児在宅医療促進事業の一環として実施  
(2)大阪府医師会生涯研修システム登録研修会:1.5単位  
(CC:10. 12. 80各0.5単位)
- 主催：大阪府、大阪府医師会(小児の医療的ケア検討委員会)
- 後援：大阪府移行期医療支援センター
- 内容：テーマ「医療的ケア手技の確認と急変時の対応方法」

◇開会挨拶 大阪府医師会 理事 前川 たかし

◇司会・座長 小児の医療的ケア検討委員会委員長/  
大阪母子医療センター臨床検査科主任部長 位田 忍  
同委員会副委員長/四天王寺和らぎ苑施設長 塩川 智司

### (1) ◇講義

- |   |
|---|
| (第1回) 令和5年2月5日(日) 講義「緊急時対応について」<br>四天王寺和らぎ苑施設長/同委員会副委員長 塩川 智司               |
| (第2回) 令和5年3月4日(土) 講義「小児の在宅医療における状況悪化時の対応について」<br>大阪刀根山医療センター 小児神経内科部長 齊藤 利雄 |
| (第3回) 令和5年3月18日(土)講義「小児の呼吸機能の特性」<br>大阪発達総合療育センター南大阪小児リハビリテーション病院副院長 竹本 潔    |

◇動画視聴 ①訪問診療の様子 ②医療的ケアの実際の手技 ③胃瘻交換

### (2) 実技実習

- 2グループに分かれ、ナースングベビーを使用した実技講習
- 講師:同委員会委員および大阪府訪問看護ステーション協会看護師

### (3) 質疑応答

**★研修会を撮影した動画を3月24日(金)～31日(金)までアーカイブ配信します**

#### 【アーカイブ視聴方法】

アーカイブの閲覧にはID・PWが必要になります。  
視聴ご希望の方は、ご所属機関、職種、診療科、名前をご記入の上、  
[a-takemura@po.osaka.med.or.jp](mailto:a-takemura@po.osaka.med.or.jp) (地域医療2課 竹村)まで直接ご連絡ください。  
※アーカイブ配信の視聴は、生涯研修システムの単位にはなりませんのでご了承ください。

「令和4年度小児在宅医療研修会【実技研修会】」参加申込書

日時：(第1回) 令和5年2月5日(日) 午後2時～3時30分

(第2回) 令和5年3月4日(土) 午後2時～3時30分

(第3回) 令和5年3月18日(土) 午後2時～3時30分

場所：大阪府医師会館 4階大会議室

◆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。 **【1月27日(金)締め切り】**

①参加をご希望の研修会に○をご記入ください。

(第1回) 令和5年2月5日(日) 午後2時～3時30分

(第2回) 令和5年3月4日(土) 午後2時～3時30分

(第3回) 令和5年3月18日(土) 午後2時～3時30分

②氏 <sup>ふりがな</sup> 名

③所属機関名

④連絡先住所

〒

⑤所属郡市区等医師会(医師の場合のみ)

医 師 会

医籍登録番号

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

⑥職種について該当するものに☑をご記入ください。

医師 (主たる診療科或いは専門科: ) 科)

看護師  その他(具体的に: ) )

⑦TEL・FAX番号

TEL: ( )

FAX: ( )