

愛医発第 2085 号
令和 7年11月11日

一般社団法人 愛知県言語聴覚士会 御中

公益社団法人愛知県医師会
会 長 柵 木 充 明
(公 印 省 略)

第1回愛知県医師会ACP普及研修会の開催について（ご案内）

平素は本会諸事業に格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたび、標記研修会を別紙のとおり開催することとなりました。

つきましては、ご多用のところ誠に恐縮とは存じますが、貴会におかれましても本件についてご了解おきいただきますとともに、貴会会員へご周知いただき、関係各位より多数のご出席を賜りますようご高配の程よろしくお願い申し上げます。

担 当：医療業務部第3課

TEL：052-241-4143

FAX：052-241-4130

E-mail：chiiki_3@aichi.med.or.jp

本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会

第1回愛知県医師会 ACP普及研修会

申込締切日
令和7年
12月22日(月)
まで

日時 令和8年 **3月1日(日)** 9:00~17:30

場所 **アーバンネット名古屋ネクスタカンファレンス**
(名古屋市東区東桜1-1-1 アーバンネット名古屋ネクスタビル3F)

定員 **60名** ※定員以上のお申込みがあった場合は抽選とさせていただきます。

※研修会は、厚生労働省医政局「人生の最終段階における医療・ケアの調整に関する法律」に基づき、本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会に参ります。



目的

超高齢社会を迎え、患者の人生の締めくくりに、家族や医療・ケア関係者等がどのように寄り添うかが、これまで以上に大きな課題となっています。一人ひとりの希望に沿った生き方を実現するためには、その意思を十分に尊重し、本人にとって最善となる医療及びケアをより一層充実させていくことが望まれており、それを支援する取り組みとして、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)があります。ACPへの対応を在宅や介護施設の現場でも十分に組み込んでいけるよう、在宅医療従事者等へ向けて、ACPの概念を広め、対応力の向上を進めていきます。

研修内容

E-FIELD(意思決定支援教育プログラム)に基づき、本人の意向を尊重した意思決定のための相談体制の整備推進に資する内容となっております。

コーディネーター

愛知県がんセンター 緩和ケア部部长 **下山 理史**

プログラム

司会:公益社団法人 愛知県医師会 理事 **松浦 誠司**



プログラム	内容・講師
9:00 インTRODクシヨ	事業概要・目的の説明
講 義	ガイドラインに基づいた意思決定(総論)
アイスブレイキング	[グループワーク]自己紹介+テーマ
【STEP1】 本人の意思決定する力を考える	講義動画視聴、グループワークの説明[グループワーク] 全体共有・まとめ
休 憩	
【STEP2】 本人の意思の確認ができる場合の進め方	講義動画視聴、グループワークの説明、事例動画視聴 グループワーク、全体共有・まとめ
12:15 昼 食	
12:55 【STEP3】【STEP4】 INTROダクシヨ	講義動画視聴 【STEP3】本人の意思を推定する 【STEP4】本人にとって最善の方針について合意する
【STEP3】【STEP4】 グループワーク	グループワークの説明 個人作業、グループワーク(STEP3)、グループワークの説明 グループワーク(STEP4)、全体共有
休 憩	
今後の医療やケアと本人にとって大切な ことに関する話し合い(演習)	講義動画視聴、事例動画視聴、個人作業、グループディスカッ ション全体共有、講義、事例動画視聴、講義・まとめ
研修全体の振り返り	グループワークの説明 グループワーク、研修全体の共有・まとめ
17:30 終 了	

※プログラムは都合により変更になる場合がございますので、予めご了承ください。

主 催 公益社団法人愛知県医師会/愛知県

協賛 愛知県医師会、愛知県医師会連合会

第1回愛知県医師会ACP普及研修会

締め切り

令和7年

12月22日

月

日 時 令和8年 3月1日 日 9:00~17:30

場 所 アーバンネット名古屋ネクスタカンファレンス
(名古屋市東区東桜1-1-1 アーバンネット名古屋ネクスタビル3F)

定員 60名 ※定員以上のお申込みがあった場合は抽選とさせていただきます。

参加費 無料

申し込みフォーム <https://forms.gle/5DLGVu9MBqXA42gg7>

(愛知県医師会ホームページ「お知らせ」にも掲載しております。)

※1名毎のお申し込みが必要となります。 ※右記二次元コードからもお申し込みいただけます。



上記フォームより お申し込みが難しい場合 には、以下をご記入の上、FAX にてお申し込みください。

申込み者情報 ※申込み者1名に対し申込み書を1枚使用してお申込みください。

フリガナ	
申込み者氏名	
職 種	1. 医師（ 医師会所属・ 非会員 ） 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 准看護師 5. 保健師 6. 薬剤師 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 言語聴覚士 10. 栄養士 11. 歯科衛生士 12. 精神保健福祉士 13. 社会福祉士 14. 介護福祉士 15. 医療ソーシャルワーカー 16. 介護支援専門員 17. その他（ ）
医籍登録番号 ※医師のみ記入	
勤務先名	
勤務先住所 （受講票等送付先）	〒 -
メールアドレス	
TEL/FAX	TEL（ ） - / FAX（ ） -

※やむを得ない事由が発生した場合は中止となる場合もございます。

お問い合わせ先

公益社団法人 愛知県医師会 医療業務部第3課

〒455-0031 名古屋市港区千鳥1-13-22 (愛知県医師会仮事務所)

TEL:052-241-4143 (土・日・祝日を除く9:00~17:00) FAX:052-241-4130

E-mail: chiiki_3@aichi.med.or.jp

FAX送信方向

FAX 052-241-4130