

各 位

長崎市医師会  
会長 松元 定次  
(公印省略)

ACP (アドバンス・ケア・プランニング) に関する研修会  
－「元気なうちから手帳」「わたしの思い」の活用方法について－

寒冷の候 ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

日頃から本会活動につきましては、多大なるご協力とご理解を賜り心から感謝申し上げます。

さて、国では、地域包括ケアシステム構築により「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができること」を目標としており、人生の最終段階を穏やかに過ごすため、医療体制整備が求められているところです。

また、超高齢化社会に突入し、現在の医療では回復の見込みがない病気で療養中の高齢者が自宅や施設で急変した際に、本人が望まない救急搬送が増加することが懸念されており、本人の意思を家族や関係機関間が共有し、連携体制を構築することが課題となっています。

今般、望まない救急搬送を減らすべく、本人の意思をご家族や医療・介護スタッフと共有するため当会にて作成した「長崎市医師会版 わたしの思い」、これからの生き方や希望をご家族や医療・介護スタッフと話し合うためのきっかけとなるよう長崎市にて作成された「元気なうちから手帳」の活用方法や、活用事例についての研修会を下記のとおり開催することとなりました。

参加をご希望される場合は、令和7年1月14日(火)までに市医師会事務局 (FAX: 095-818-5511) へお申し込みくださいますようお願いいたします。

記

- (1) 日 時：令和7年1月16日(木) 午後7時30分～午後8時30分
- (2) 場 所：長崎市医師会館(栄町2-22 TEL095-818-5511) またはWEB視聴
- (3) 内 容：① 「ACP・『長崎市医師会版 わたしの思い』について」  
講師：土屋知洋 先生(ちひろ内科クリニック 院長)  
(長崎市医師会 地域包括ケア担当理事)
- ② 「『元気なうちから手帳』のご紹介」  
講師：長崎市地域包括ケアシステム推進室
- ③ 「こんな使い方がありました～元気なうちから手帳～」  
講師：詫摩和彦 先生(たくま医院 院長)
- (4) 対 象：医師・その他医療・介護従事者
- (5) 申込締切：令和7年1月14日(火)

〈連絡先〉

長崎市医師会事務局 担当：医事課 高月・峰  
TEL095-818-5511 FAX095-818-5633

## ○申込方法

※長崎市医師会館にて参加される場合は、以下の参加申込書をFAXでお送りください。

※WEB視聴をご希望の場合は、以下メールアドレスに必要事項を入力の上、送信してください。開催当日、お申込みいただいたメールアドレスに視聴 URL をお送りいたします。

**【申込先】 ncma-iji3@ncma.or.jp**

★必要事項:題名「1/16ACP 研修会」、本文「氏名、勤務先、職種、事前に質問したいこと」  
(1つのパソコンで複数人視聴する場合は、視聴される全員の情報を送信してください。)

※WEBでの視聴は先着500名とさせていただきます。

長崎市医師会事務局 行 (FAX:095-818-5633)

※申込期限：1月14日(火)

## ACP に関する研修会 参加申込書

日時：令和7年1月16日(木) 午後7時00分～

場所：長崎市医師会館(長崎市栄町2-22) または WEB 視聴

連絡先

施設名 \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ [ 職種 ( \_\_\_\_\_ ) ]

氏 名 \_\_\_\_\_ [ 職種 ( \_\_\_\_\_ ) ]

氏 名 \_\_\_\_\_ [ 職種 ( \_\_\_\_\_ ) ]

★当日、質疑応答の時間を設けておりますが、ACP・「元気なうちから手帳」・「わたしの思い」について事前にご質問がありましたら、ご記入ください。

# ACPに関する研修会

—「元気なうちから手帳」

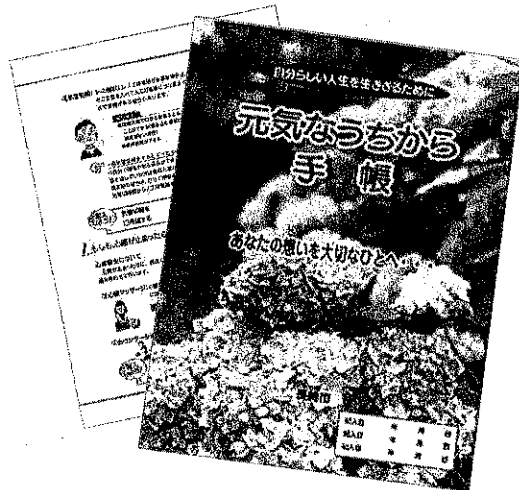
「わたしの思い」の活用方法について—

日時：令和7年1月16日（木）19:30～20:30

場所：長崎市医師会館またはWEB視聴



土屋知洋先生



詫摩和彦先生

演題1：「ACP・長崎市医師会版 わたしの思い」について  
土屋知洋先生（ちひろ内科クリニック 院長）  
（長崎市医師会 地域包括ケア担当理事）

演題2：「『元気なうちから手帳』のご紹介」  
長崎市地域包括ケアシステム推進室

演題3：「こんな使い方がありました～元気なうちから手帳～」  
詫摩和彦先生（たくま医院 院長）

★会場参加の方は、以下へ必要事項をご記入の上、長崎市医師会事務局へFAXしてください。（申込期限：1月14日（火））

- ①施設名 \_\_\_\_\_  
②氏 名 \_\_\_\_\_  
③職 種 \_\_\_\_\_

WEB参加の方は  
こちらから

【問合せ先】長崎市医師会事務局（栄町2番22号）

TEL:095-818-5511 FAX:095-818-5633

