

一社道医ソ協会第19-404号
2019年7月29日

病院長・施設長 殿

一般社団法人 北海道医療ソーシャルワーカー協会
会長 木川 幸一（公印略）

2019年度 実践講座「医療同意と意思決定支援」の開催について

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

また、日頃より、医療福祉の推進並びに当会の活動につきましてご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

この度、医療同意と意思決定支援についての研修会を下記のとおり開催いたします。

本研修では医療同意と意思決定支援について様々な角度から捉えなおし、実践につなげることができる内容となっております。つきましては、ご多忙中とは存じますが、貴施設所属の職員の参加につきまして、格別のご配慮を賜りたくお願い申し上げます敬具

記

【内 容】 講義1 「医療同意と意思決定支援における諸問題」

講師 真栄病院 不動 宏平 氏

講義2 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関する

ガイドラインについて」

講師 ホームケアクリニック札幌 下倉 賢士氏

演習 「グループワーク」

【日 時】 2019年9月14日(土) 14時00分～17時00分

【会 場】 函館中央病院 南棟8階講堂（函館市本町33番2号）

【対 象 者】 医療ソーシャルワーカー、興味のある医療・福祉・介護職

【参 加 費】 会員：2,000円 / 非会員：3,000円

【問い合わせ先】

(一社)北海道医療ソーシャルワーカー協会 研修部

北祐会神経内科病院 近藤 みずき

電話：011-631-1161

南支部
開催

「医療同意と意思決定支援」

保健医療の中で患者の自己決定を尊重するというを私たちソーシャルワーカーは長年に渡り実践してきました。最近になり高齢多死社会の進行に伴う地域包括ケアシステムの構築への対応、欧米諸国を中心としてACPの概念を踏まえた研究や取り組みが普及してきたこと等からソーシャルワーカーが大切にしてきた医療における意思決定支援がわが国においても改めて注目されるようになってきました。

2018年度診療報酬改定では「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の活用の一策として算定要件や施設基準で新たな規定等が新設され、それぞれの医療機関におけるより一層の取り組みが求められるようになってきました。これらは古くから私たちソーシャルワーカーが大切にしてきたことがまさに今、医療の中で取り組みが強化されており、ここに私たちがしっかりと積極的に介入していくことが求められています。本研修では医療同意と意思決定に関する諸問題を様々な角度から捉え直し、具体的な実践レベルにまで落とし込んで考えられるような研修内容となっておりますので、沢山のご参加をお待ちしております。

2019年9月14日(土) 14:00~17:00(13:30~受付)

① 講義 60分

「医療同意・意思決定支援における諸問題」

法的な部分の講義や実践報告

講師:不動 宏平氏
(真栄病院)

② 講義 (20分)

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインの沿革・概要の解説や医療現場の現状について。

講師:下倉 賢士氏
(ホームケアクリニック札幌)

③ 演習・グループワーク (80分)

人生の最終段階における意思決定支援を事例を用いて実践レベルまで落とし込む演習を行います。

④ キャリアラダー・モデルについて (5分)

定員:40名

参加費:

会員2,000円

非会員3,000円

参加対象者:

医療ソーシャルワーカー、
興味のある医療・福祉・介護職

会場:函館中央病院 南棟8階講堂
(函館市本町33番2号)

申込方法:

(一社)北海道医療ソーシャルワーカー協会ホームページ研修申込ページかFAXよりお申込ください。
<https://www.hmsw.info/seminar>

申込締切:2019年9月6日(金)

問い合わせ先

(一社)北海道医療ソーシャルワーカー協会 研修部
近藤 みずき(北祐会神経内科病院)

TEL.011-631-1161

☆研修申し込み方法☆

(一社)北海道医療ソーシャルワーカー協会ホームページ
研修申込ページ、若しくはFAXでお申込ください。

・ <https://www.hmsw.info/seminar>

・ 送付先FAX：011-563-7229

(一社)北海道医療ソーシャルワーカー協会事務所

申し込み締切：2019年9月6日（金）

【お問い合わせ】

(一社)北海道医療ソーシャルワーカー協会 研修部

近藤 みずき (北祐会神経内科病院) 電話：011-631-1161

2019年度 実践講座「医療同意と意思決定支援」 受講申込書

会員資格	<input type="checkbox"/> 北海道医療ソーシャルワーカー協会会員(准会員・賛助会員含む) <input type="checkbox"/> 非会員 →入会に御興味があれば御説明致します。 希望する ・ 希望しない		
ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
所属機関名 (部署名)			
住所	〒		
電話	() -	FAX	() -
Eメールアドレス:	@		

本実践講座へ参加しようと思ったきっかけ(受講動機)をお聞かせください。

--