

主  
題

# 心肺蘇生を望まない 終末期患者への対応

～人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドラインを受けて～

令和5年

3月4日(土)  
14:00～16:30

場 所

愛知県医師会館  
9階大講堂

名古屋市中区栄四丁目14番28号

参加方法

参加ご希望の方は、  
裏面の申し込みフォームまたは  
申込書にてお申し込み下さい。

単位取得(予定)

日本医師会生涯教育講座対象  
2.5単位(CC:81 終末期のケア)

定 員 100名(事前申込制)

お問い合わせ

公益社団法人 愛知県医師会  
医療業務部第1課

〒460-0008  
名古屋市中区栄四丁目14番28号  
TEL: 052-241-4138 FAX: (052)241-4130  
E-Mail: chiiki\_1@aichi.med.or.jp

新型コロナウイルス感染症の感染防止策に配慮して開催  
いたします。  
今後の感染状況により、中止になる場合がございます。  
ご来場の際は、マスクの着用・手指の消毒へのご協力をお  
願いいたします。

総合司会

愛知県医師会理事 河村 英徳

開 会 14:00～14:05

愛知県医師会副会長 浅井 清和

主催者挨拶 14:05～14:10

愛知県医師会会長 柵木 充明

シンポジウム 14:10～15:55

主題:心肺蘇生を望まない終末期患者への対応  
～人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドラインを受けて～

座 長

愛知県医師会救急委員会委員長  
豊橋市医師会理事 伊藤 之一

愛知県医師会救急委員会副委員長  
名古屋掖済会病院副院長・救命救急センター長 北川 喜己

①「患者の意思と救命対応に関するこれまでの流れ」

愛知県医師会救急委員会副委員長  
名古屋掖済会病院副院長・救命救急センター長 北川 喜己

②「当局における心肺蘇生を望まない傷病者への  
対応について」

名古屋市消防局救急課長 東 昇生

③「介護施設から3次救急病院へ搬送された  
高齢者の診療～救急医の視点から～」

愛知県医師会救急委員会委員  
名古屋市立大学先進急性期医療学教授・救急科部長 服部 友紀

④「在宅と介護施設におけるACP～救急搬送と看取り～」

愛知県医師会理事  
医療法人信愛会理事長 大石 明宣

⑤「心肺蘇生に関わる法律問題」

弁護士法人後藤・太田・立岡法律事務所 弁護士 中村 勝己

討議、質疑応答 15:55～16:25

閉 会 16:25～16:30

# 第39回 救急医療・災害医療シンポジウム 参加申込書

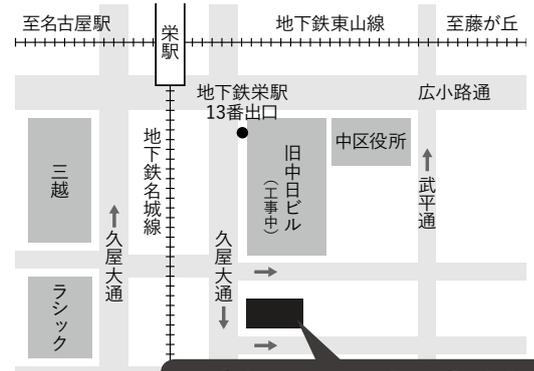
申し込み締切日

2/15 (水)

日時: 令和5年3月4日(土) 14:00~16:30

会場 愛知県医師会館 9階「大講堂」  
名古屋市中区栄四丁目14番28号

- 参加ご希望の方は、申し込みフォームまたはFAX申込書にてお申し込み下さい。
- 後日受講票を送付させていただきます。受講票は当日必ずお持ちください。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止・予防のため、事務局では健康管理を徹底し感染対策を行い開催いたします。受講者の皆さまにおかれましても、発熱・体調不良の際は、受講の自粛をお願いいたします。また、会場での「3密(密集・密接・密閉)」の回避、マスクの着用(各自でご用意ください)、手指消毒へのご協力をお願いいたします。
- 原則としてご本人の承諾なく、個人情報を本講習会以外に利用または第三者に提供いたしません。
- 感染拡大状況により、やむを得ず中止する場合がございます。その際は本会ホームページにてお知らせいたしますので、あらかじめご了承ください。
- 定員数を超える場合には抽選とさせていただきます。



愛知県医師会館

下記の申し込みフォーム(グーグルフォーム)よりお申し込みください。

申し込みフォームURL

<https://forms.gle/tGTZt8upD5iK8KLh8>

(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。(FAX:052-241-4130)

※申込書は1名分です。  
参加希望者が複数おられる場合は、  
コピーしてご利用ください。

FAX  
送信  
方向

FAX:052-241-4130

氏名	ふりがな
勤務先住所	〒 -
	TEL - - FAX - -
勤務先名	
職種 □に✓点	<input type="checkbox"/> 医師 ( <input type="checkbox"/> 医師会員 [地区名: 医師会] ) <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 行政関係者 <input type="checkbox"/> 消防関係者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※その他の方は、職種をご記入ください。

公益社団法人 愛知県医師会 医療業務部第1課

申し込み・問合せ先

〒460-0008 名古屋市中区栄四丁目14番28号

TEL:(052)241-4138 FAX:(052)241-4130 E-Mail:chiiki\_1@aichi.med.or.jp