

城東区ACP地域普及推進サポーター規約

第1条 大阪市城東区におけるACP（アドバンス・ケア・プランニング）を推進し、区民が自ら希望する医療やケアを受け最期まで自分らしく生きることができるよう支援することを目的として、大阪市城東区在宅医療・介護連携推進ネットワーク会議（以下、「ネットワーク会議」という。）は、城東区ACP地域普及推進サポーター（以下、「サポーター」という。）を養成する。

第2条 医療・介護・福祉等の専門職で、ネットワーク会議が実施する講習を受講し「城東区ACP講習受講修了証」を受領した者をサポーターとし、サポーターには「城東区ACP地域普及推進サポーター認定証」を交付する。

第3条 サポーターの登録番号、所属施設名、氏名、連絡先を記載したサポーター名簿を作成する。サポーター名簿のうち、所属施設名、氏名は原則公開とするが、本人の申し出により非公開とすることができる。

第4条 サポーター名簿の内容に変更が生じたとき、名簿から削除する必要があるときは、すみやかに様式1により変更届を提出するものとする。

第5条 「城東区ACP講習受講修了証」「城東区ACP地域普及推進サポーター認定証」の再交付を要するときは、様式2により再交付申請書を提出するものとする。

第6条 サポーターは、それぞれの業務の範囲でACP地域普及推進に取り組み、スキルアップに努めるものとする。

第7条 サポーターは、毎年12月末日までに任意様式によりACP地域普及推進活動実施報告を行うものとする。期日までに報告がない場合は、活動実績が無いものとみなす。

第8条 サポーター名簿及び活動実施報告については、ネットワーク会議において共有する。

様式 1

城東区ACP地域普及推進サポーター名簿変更・削除届

年 月 日

〔届出者〕

登録番号	
氏名	

次のとおり、名簿の記載内容に変更がありましたので、届け出ます。

	変更前	変更後
氏名		
所属施設名		
電話番号		
メールアドレス		

※修了証・認定証の再交付を要する場合は、様式2により申請してください

名簿から削除を要するため、届け出ます。

(削除理由)

【提出先】

大阪市城東区中央三丁目5番45号
城東区役所 保健福祉課（保健担当）
電話 06-6930-9882
FAX 050-3535-8689
E-Mail tq0011@city.osaka.lg.jp

城東区ACP地域普及推進サポーター講習受講修了証・認定証 再交付申請書

年 月 日

〔届出者〕

登録番号	
氏名	

次の理由により、

- 修了証
- 認定証

の再交付を申請します。

理由	注意事項
<input type="checkbox"/> 氏名変更	<ul style="list-style-type: none"> ・様式 1 により、城東区 A C P 地域普及推進サポーター名簿変更届も併せて提出してください ・旧氏名で交付された修了証・認定証は返還してください
<input type="checkbox"/> 紛失 ()	<ul style="list-style-type: none"> ・紛失した状況を () 内に記載してください
<input type="checkbox"/> 汚損 ()	<ul style="list-style-type: none"> ・汚損した状況を () 内に記載してください ・汚損した修了証・認定証を保有している場合は返還してください

【提出先】

大阪市城東区中央三丁目 5 番 45 号
 城東区役所 保健福祉課 (保健担当)
 電話 06-6930-9882
 FAX 050-3535-8689
 E-Mail tq0011@city.osaka.lg.jp

大阪市城東区ACP地域普及推進サポーター活動報告書

令和7年12月20日

登録番号	#####
サポーター氏名	城東 花子
所属施設名	城東区役所

次のとおり活動しましたので、報告します。

- ・期間 令和6年1月～12月
- ・内容 ①各地域で定期的に行っている健康講座（約1時間/回）のなかで、リーフレットを配布・説明し、参加者がそれぞれ具体的な希望を考える時間を設定、リーフレットを持ち帰って家族等とACPについて考えるよう促した。（10回）
②区役所庁舎内にリーフレットを配架し、来庁者に周知・啓発を行った。
- ・主な対象者 各地域住民（主に60代～80代）

【提出先】

大阪市城東区中央三丁目5番45号
城東区役所 保健福祉課（保健担当）
電話 06-6930-9882
FAX 050-3535-8689
E-Mail tq0011@city.osaka.lg.jp

参考

【城東区ACP講習受講修了証】

(表)

(裏)

城東区ACP講習受講修了証

〇〇 〇〇 様

 あなたは、「城東区 ACP 講習」を受講したことを証明します。

令和 年 月 日

城東区意思決定支援
(いっぱい希望を咲かせよう) プロジェクトチーム

意思決定支援 (いっぱい希望を咲かせよう) プロジェクトチーム

 **活用してみよう!**

人生会議
(アドバンス・ケア・プランニング) シート

大阪市城東区役所保健福祉課 保健担当
電話：06-6930-9882



【城東区ACP地域普及推進サポーター認定証】

(表)

(裏)

 城東区ACP地域普及
推進サポーター認定証

登録番号：#####

〇〇 〇〇

城東区意思決定支援
(いっぱい希望を咲かせよう) プロジェクトチーム

意思決定支援 (いっぱい希望を咲かせよう) プロジェクトチーム

 **活用してみよう!**

人生会議
(アドバンス・ケア・プランニング) シート

大阪市城東区役所保健福祉課 保健担当
電話：06-6930-9882

