

沖 縄 病 院

第 4 回 沖 縄 県 緩 和 ケ ア 研 修 会 2017 の ご 案 内



2007 年がん対策基本法に基づくがん対策基本計画では、「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについて基本的な知識を習得する」ことが求められています。今年度、沖縄病院でも、厚生労働省の開催指針に沿った緩和ケア講習会を開催致します。なお、沖縄県単位型緩和ケア研修会としてご案内いたしております。奮ってご参加いただきますようお願い申し上げます。

2017 年 4 月

独立行政法人国立病院機構 沖 縄 病 院
病 院 長 川 畑 勉

主 催 : 独立行政法人国立病院機構 沖 縄 病 院

日 程 : 平成 29 年 7 月 8 日 (土) 8:30~17:10 (8:30 受付)
7 月 9 日 (日) 9:00~17:40 (8:30 受付)

場 所 : 独立行政法人国立病院機構 沖 縄 病 院 西病棟・3 階ホール
住所 : 〒901-2214 宜野湾市我如古 3 丁目 20-14
電話 : 098-898-2121 (代表)

募集人員 : がん診療に携わる医師、及び医療従事者 30 名 (応募は先着順とさせていただきます。募集人員が少ないため、大変申し訳ありませんが、定員に達した場合は、募集を締め切らせていただきますのでご了承下さい。)

参加費 : 1,000 円 (弁当代およびお茶代 2 日分として)
※A 課程または B 課程のみの参加の場合 (1 日間のみ) 500 円

申込方法 : 同封の申込用紙にご記入の上、平成 29 年 6 月 9 日 (金) までに、当院地域医療連携室 (下記連絡先) までご郵送あるいは FAX でお申し込み下さい。受講決定後には、後日受講票を交付致します。

その他 : すべてのプログラムを修了すると、厚生労働省健康局長より修了証が授与されます (途中退室では授与されません)。申し込み後、参加が難しくなった場合には、直ちにご連絡をお願い致します。

連絡先 : 〒901-2214 宜野湾市我如古 3 丁目 20-14

独立行政法人国立病院機構 沖 縄 病 院 地域医療連携室 (吉田・奥間)

電話 : 098-898-2121 (代表) FAX: 098-898-6433 (地域医療連携室直通)

第 4 回沖縄県緩和ケア研修会 2017 （於：沖縄病院）

研修スケジュール

開始	終了	時間	内容	会場
1 日目(7 月 8 日(土))				
8:30	8:55	25	受付	全体会場
8:55	9:00	5	研修会主催責任者あいさつ	全体会場
9:00	9:10	10	プレテスト	全体会場
9:10	9:25	15	緩和ケア研修会の開催にあたって	全体会場
9:25	10:10	45	緩和ケア概論(講義)	全体会場
10:10	10:55	45	つらさの包括的評価と症状緩和(講義)	全体会場
10:55	11:05	10	休憩	
11:05	12:35	90	がん疼痛の評価と治療(講義)	全体会場
12:35	13:25	50	昼食	
13:25	13:45	20	アイス・ブレイキング	全体会場
13:45	15:15	90	がん疼痛事例検討(グループワーク①)	全体会場
15:15	15:25	10	休憩	
15:25	16:55	90	オピオイドを開始するとき(ロールプレイ①)	全体会場
16:55	17:05	10	休憩	
17:05	17:50	45	呼吸困難(講義)	全体会場
17:50	18:00	10	ポストテスト	全体会場
18:00	18:10	10	総括、質問	全体会場
2 日目(7 月 9 日(日))				
8:30	9:00	30	受付	全体会場
9:00	9:10	10	プレテスト	全体会場
9:10	9:55	45	消化器症状(講義)	全体会場
9:55	10:05	10	休憩	
10:05	10:50	90	気持ちのつらさ(講義)	全体会場
10:50	11:35	45	せん妄(講義)	全体会場
11:35	11:45	10	休憩	
11:45	12:30	45	倦怠感(講義)	全体会場
12:30	13:20	50	昼食	
13:20	15:20	120	コミュニケーションロールプレイ	全体会場
15:20	15:30	10	休憩	
15:30	16:15	45	コミュニケーション講義	全体会場
16:15	16:25	10	休憩	
16:25	17:25	60	地域連携と治療・療養の場の選択(講義等)	全体会場
17:25	17:35	10	ふりかえりとポストテスト、アンケート	全体会場
17:35	17:45	10	総括、質問	全体会場
17:45	17:50	5	終了のあいさつ	全体会場

沖縄県単位型緩和ケア研修会参加申込書

病院名(施設名)		専門(診療科)	
医籍登録番号	号	医師免許取得後の臨床経験年数	年間
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年数※※1	年間
性別※	男性 ・ 女性	年齢	歳
ふりがな			
氏名 (医師の方の場合、氏名は必ず医籍登録されている氏名・字体で楷書での記載をお願いします)			
連絡先 (こちらからご連絡を差し上げる場合があります。緊急時も含め、連絡のつきやすい番号をご記入ください)			
TEL			
FAX			
E-Mail			
修了証書送付先住所 (必ず受領できる住所及び所属等の記載をお願いします)	〒		
修了証書送付先住所を沖縄県にお知らせすることを御承諾いただけますか。※	承諾します ・ 承諾しません		
研修会終了後、国及び沖縄県が貴殿の氏名及び所属を公開することを御承諾いただけますか。※	承諾します ・ 承諾しません		
参加希望課程※ 1, 2, 3より1つ選択してください。	<p>1 研修A課程・B課程両方</p> <p>2 研修A課程のみ</p> <p>* 修了証書の交付には研修B課程の同一期限内での取得が条件です。 (11月1日～翌年8月末まで)</p> <p>3 研修B課程のみ (研修A課程の取得年月日: 年 月 日) (取得会場名:)</p> <p>* 研修B課程については研修A課程の事前の単位取得が受講条件です。</p>		
医師会員の方のみ御記入ください。 日本医師会が行っている生涯教育制度の単位認定を希望しますか。※	希望します ・ 希望しません		

※の箇所は、該当するものに○印をお願いします。

※※1 「緩和医療の臨床経験年数」は、麻薬施用者免許を有してがん患者の緩和医療に従事していたことを指し、緩和ケア病棟や緩和ケアチーム等の勤務に限定するものではありません。

注意: 修了証書がお手元に届くまでに2, 3か月を要する場合があります。

申込締切 : 平成29年6月9日(金)までにお申し込み下さい。
郵送またはFAXにてお送り下さい。

FAX送信の方は本用紙を送信下さい。 FAX送信: 本用紙を含め1枚

送信先: FAX 098-898-6433
(沖縄病院 地域医療連携室直通)

第4回 沖縄県緩和ケア研修会 2017 (沖縄病院)

【確認票】下記2点をご確認下さい。変更のない場合は、返信は不要です。

送信される方は受講者氏名をお願いします。：氏名 _____

1. 修了証の発行のため、受講決定通知書に書かれている氏名をご確認下さい。漢字の訂正のある方は、下記にご記入頂きFAXにて返信をお願いします。

訂正

氏名： _____

2. 研修会当日のお弁当の不要の方は、下記へご記入後、FAXでお知らせ下さい。ご連絡のない場合は、お弁当を準備させていただきます。(2日間分 1,000円 当日支払い)

お弁当不要： 1日目(7月8日)

2日目(7月9日)

返信締切：平成29年6月21日(水)までにFAXにてご返送下さい。

FAX送信は本用紙を送信下さい。 FAX送信：本用紙を含め1枚

送信先：FAX 098-898-6433
(沖縄病院 地域医療連携室直通)