

「平成 30 年度 がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会開催のご案内」

厚生労働省が定めた「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」を下記の日程で開催しますので、ご案内いたします。

日時：平成 30 年 6 月 3 日（日）・6 月 10 日（日）※2 日間とも受講必要

会場：当院 7 階講堂

募集人数：18 名（調整させていただく場合があります。）

参加資格：県内医療機関でがん診療に携わる医師（研修医可）又は医療従事者（看護師・薬剤師・社会福祉士・理学療法士等）

参加費：無料（但し、2 日間昼食と飲食代 2,000 円を徴収させていただきます。）

詳細および申込書につきましては、ファイルをご覧ください。

申込みは FAX（059-347-3500）にて、5 月 7 日（月）までをお願いいたします。

事務担当

事務局経営企画課 桐山

平成30年度三重県立総合医療センター 緩和ケア研修会（研修時間は現時点での予定です）

1日目（6月3日） 三重県立総合医療センター 7F 講堂

開始時間	終了時間	所要時間	内容	会場	対応する開催指針の形式	対応する開催指針の項目
8 30	9 00	30	受付			
9 00	9 20	20	プレテスト	全体会場	プレテスト	
9 20	9 35	15	研修会開催にあたって	全体会場	講義	
9 35	10 20	45	緩和ケア概論	全体会場	講義	全人的な緩和ケアについての要点
10 20	10 30	10	休憩			
10 30	11 15	45	緩和ケア概論	全体会場	講義	つらさの包括的評価と症状緩和
11 15	11 25	10	休憩			
11 25	12 55	90	がん性疼痛	全体会場	講義	がん性疼痛の機序、評価及びWHO方式のがん性疼痛治療法の概略について がん性疼痛の治療法の実際について 放射線療法や神経ブロックの適応を含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点
12 55	13 45	50	昼食			
13 45	14 00	15	アイスペイキング	全体会場	アイスペイキング	
14 00	15 30	90	疼痛事例検討	全体会場	グループ演習 /ワークショップ	がん性疼痛を持つ患者の評価及び治療 がん性疼痛に対する治療と処方箋の実際の記載
15 30	15 40	10	休憩			
15 40	17 30	90	オピオイドを開始するとき	全体会場	ロールプレイ /ワークショップ	医療用麻薬を処方するときの患者への説明についての演習

2日目（6月10日） 三重県立総合医療センター 7F 講堂

開始時間	終了時間	所要時間	内容	会場	対応する開催指針の形式	対応する開催指針の項目
8 50	9 00	10	受付			
9 00	9 45	45	呼吸困難	全体会場	講義	呼吸困難、消化器症状等の身体症状に対する緩和ケア
9 45	10 30	45	消化器症状	全体会場	講義	呼吸困難、消化器症状等の身体症状に対する緩和ケア
10 30	10 40	10	休憩			
10 40	11 25	45	精神症状 気持ちのつらさ	全体会場	講義	不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状に対する緩和ケア
11 25	12 10	45	精神症状・せん妄	全体会場	講義	不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状に対する緩和ケア
12 10	12 20	10	休憩			
12 20	12 45	25	放射線治療	全体会場	講義	がん性疼痛の機序、評価及びWHO方式のがん性疼痛治療法の概略について がん性疼痛の治療法の実際について 放射線療法や神経ブロックの適応を含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点
12 10	13 00	50	昼食			
13 00	15 00	120	コミュニケーションロールプレイ	全体会場	ロールプレイ /グループ討論 /ワークショップ	患者への悪い知らせの伝え方についての検討及び演習
15 00	15 10	10	休憩			
15 10	16 10	60	コミュニケーション講義	全体会場	講義	がん医療におけるコミュニケーション技術
16 10	16 20	10	休憩			
16 20	17 05	45	地域連携と治療・療養の場の選択	全体会場	講義/グループ演習 /ワークショップ	がん患者の療養場所の選択及び地域連携についての要点 在宅における緩和ケア
17 05	17 25	20	アンケート/閉会の挨拶	全体会場		ふりかえりとまとめ

# 三重県立総合医療センター緩和ケア研修会参加申込書

ふりがな

氏名

※修了証作成に使用しますので楷書で大きく・はっきりとお書きください

年齢 才 医籍登録番号  
(資格免許証番号)

施設名

所属 役職

・連絡先住所（施設・自宅）

※受講案内等の送付先となります。

〒 住所

TEL :	※当日の連絡先（携帯電話等）
FAX :	TEL :

e-mailアドレス :

臨床経験 年 緩和医療経験 年

※医師については、厚生労働省HPにて研修修了者氏名が公開されます。

公開について：同意します ・ 同意しません

※平成30年5月7日（月）までに、FAXにて申込ください。

※受講決定者には後日、研修会詳細についてご連絡いたします。

申込み先・三重県立総合医療センター事務局経営企画課 桐山  
〒510-8561 三重県四日市市大字日永5450-132  
TEL : 059-345-2321 (代表)  
FAX : 059-347-3500