

医師等の 緩和ケア研修会のご案内

平成19年4月に施行された「がん対策基本法」のもとに制定された「がん対策推進基本計画」において、勤務医に限らずすべてのがん診療に携わる医師は、研修会等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得することが目標として掲げられています。

このため現在、全国各地で研修会が開催されていますが、緩和ケアの普及にこれまで積極的に取り組んできた当院においても、青森県の緩和ケア研修会の一環として今回研修会を開催することになりました。

本研修会は、上十三地域だけでなく、青森県内の医師及び看護師・薬剤師などのコメディカルスタッフの参加も念頭において企画しましたので、是非ご参加ください。

◎研修会の形式

国の緩和ケア研修会開催指針で定めた標準プログラムに沿って行い、研修会を2日間に分けてそれぞれA・B研修（各4単位）として1日単位で選択・受講する単位型研修会です。

- 本年度の2日間の研修を修了した医師には厚生労働省の修了証書が交付されます。
- 本年度の2日間の研修を修了した医師以外の職種の方には当院の修了証書を交付します。
- 当院で1日のみ受講し、残りを県内のがん診療連携拠点病院で受講して修了することもできます。他院の開催日程等は「青森県がん情報サービス」のホームページをご覧ください。

※診療報酬上の要件

平成22年の診療報酬改定において、緩和ケアの質の向上を図るため、①がん性疼痛緩和指導管理料、②緩和ケア診療加算、③緩和ケア病棟入院料、④がん患者カウンセリング料については、「緩和ケア研修会」を修了した医師による診療や指導が要件として求められるようになりました。

◆日時 A研修:平成23年 9月10日(土) 9:30~17:30(受付9:00~)
B研修:平成23年 9月11日(日) 8:45~16:30(受付8:30~)

◆場所 十和田市立中央病院 別館2階講堂 (TEL0176-23-5121)

◆対象者 青森県内でがん診療に携わる医師及び看護師・薬剤師等コメディカルスタッフ
募集定員 約30名程度 ※昨年参加した方でも申込み可能です。

◆参加費 無料

◆主催 十和田市立中央病院(地域がん診療連携拠点病院)
(企画責任者 蘆野吉和:十和田市立中央病院長、日本緩和医療学会理事)

◆申込方法 申込書を9月2日(金)までにFAXしてください。(FAX 0176-21-1234)
※申込書は十和田市立中央病院ホームページからダウンロードできます。

◆その他
・昼食は各自準備してください。(病院内にレストラン・コンビニがあります)
・交通費(入場料)・駐車場(1回150円)についての詳細は、ホームページをご覧ください。
<http://www.hp-chuou-towada.towada.aomori.jp>

「十和田市立中央病院緩和ケア研修会」プログラム

A 研修：9月10日(土)

開始	終了	時間(分)	研修内容	単位数
9:00	9:30	30	受付	
9:30	9:45	15	プレテスト	
9:45	9:55	10	開会の挨拶・オリエンテーション	
9:55	10:40	45	緩和ケア概論	0.5
10:40	10:50	10	休憩	
10:50	12:20	90	がん性疼痛の評価と治療	1
12:20	13:10	50	昼食	
13:10	13:30	90	アイスブレイキング	1
13:30	14:40		がん性疼痛事例検討	
14:40	14:50	10	休憩	
14:50	16:20	90	オピオイドを開始するとき	1
16:20	16:30	10	休憩	
16:30	17:15	45	呼吸器症状	0.5
17:15	17:30	15	ポストテスト	—

B 研修：9月11日(日)

開始	終了	時間(分)	研修内容	単位数
8:30	8:45	15	受付	
8:45	9:00	15	プレテスト	
9:00	11:00	120	コミュニケーション (ロールプレイ)	2
11:00	11:10	10	休憩	
11:10	12:10	60	コミュニケーション講義	
12:10	13:00	50	昼食	
13:00	13:45	45	消化器科症状	0.5
13:45	13:50	5	休憩	
13:50	15:20	90	精神症状	1
15:20	15:30	10	休憩	
15:30	16:15	45	地域連携と治療/療養の場の選択	0.5
16:15	16:30	15	ポストテスト	—

※研修会講師・協力者については、後日当院ホームページにてお知らせいたします。

平成23年度

「十和田市立中央病院 緩和ケア研修会」 参加申込書

ふりがな 氏 名			性別	男・女
生年月日	年 月 日 (満 歳)			
職 種	医師 看護師 薬剤師 理学療法士 作業療法士 管理栄養士 臨床心理士 MSW その他()			
	経 験 年 数 年			
	(うち がん診療経験年数 年)			
	(うち 緩和ケア経験年数 年)			
	医 籍 登 録 番 号	※この欄は医師の方のみご記入ください。		
勤 務 先	名 称 _____ 科			
	〒 - 住 所			
	電話 - -			
個人連絡先	〒 - 住 所			
	電話(携帯) - -			
希望連絡先	勤 務 先 ・ 個人連絡先			
参加希望日	A 研修:9月10日(土) ・ B 研修:9月11日(日) ※2日間の研修を修了した場合に修了証書が交付されます。			
ワークショップ形式の研修会参加の経験		有 ・ 無		
ロールプレイの経験		有 ・ 無		
研修会修了者の所属と氏名についての公表 (○か×をご記入ください)		※この欄は医師の方のみご記入ください。		