平成30年6月吉日

各　位

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社会福祉法人済生会川内病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　院　長　　青﨑　眞一郎

（公印省略）

謹啓

　時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

　このたび、当院におきまして「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を昨年に引き続き主催することとなりました。

当院は平成２０年２月に厚生労働省から地域がん診療連携拠点病院の指定を受け、北薩地域周辺において質の高いがん医療を提供することができるよう努めているところですが、この度、地域がん診療連携拠点病院として、がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修を行うという役割を果たすとともに、鹿児島県における緩和ケア医師研修事業を円滑に進めることを目的として開催いたします。

この研修会は、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成２０年４月１日付け健発第０４０１０１６号厚生労働省健康局長通知）にのっとったものとして、現在、厚生労働省に確認依頼中であり、緩和ケア研修会の全日程（別紙日程表）を受講された修了者（医師及び歯科医師）に対して研修会主催責任者と厚生労働省健康局長両名の記名捺印された「修了証書」を交付いたします。

また、診療報酬においては、この研修会を修了した医師が直接指導管理を行った場合に「がん性疼痛緩和指導管理料」、「緩和ケア診療加算」、「外来緩和ケア管理料」等が算定できることとなっております。

　ご多忙のことと存じますが、当研修会の主旨をご理解賜り、是非、ご参加していただきますよう宜しくお願い申し上げます。

最後に、皆様のご健康と益々のご繁栄をお祈り申しあげます。

謹白

記

○平成30年度 済生会川内病院　緩和ケア研修会

と　き　平成30年8月18日（土）~ 19日（日）

* 詳細な日程は、別紙ご参照ください。

ところ　済生会川内病院　新管理棟4階 なでしこホール

主　催　済生会川内病院

参加費　無料（但し、弁当代・懇親会費は実費となります。）

　　　　宿泊・交通手段も各自ご手配ください。

以上

（事務連絡）

緩和ケア研修会参加希望者　様

社会福祉法人済生会川内病院

参加申込、懇親会及び昼食等について（ご案内）

　参加を希望される方は、別紙「社会福祉法人済生会川内病院緩和ケア研修会参加申込書」により7月13日（金）までにお申し込み下さい。

　また、初日の研修修了後に、参加者と講師並びに主催者との親睦を深め、また研修を円滑に行えますよう、下記のとおり懇親会を計画しております。今後の皆様の診療等に資するものと思いますので、是非、ご参加くださいますようお願い申しあげます。

記

１．研修会参加申込について

　１）修了証の交付には、全日程の参加が必要です。この研修会は単位制ではありませんので、全日程を修了されないと修了証を交付することができませんので、ご了承下さい。

　２）申込者多数の際は、当方で受講者を決定し、受講の可否をご連絡申しあげます。

　　　なお、今後も年１回程度開催していく予定ですのでご了承下さい。

　３）厚生労働省へ研修会修了報告の際、修了者氏名・所属の公開可否の報告が義務付けられておりますので、可否を記入して下さい。

２．研修会参加費

無料（宿泊、交通手段等は各自で御手配下さい。）

３．昼食（弁当）

　１）代金：一食750円（飲み物付き）　当日の昼食時間中に研修会場で配付致します。

４．懇親会

　１）日時：平成30年8月18日（土）19時30分～

　２）場所：川内ホテル

　　　　　　薩摩川内市鳥追町7-5　TEL 0996-25-1000

　３）会費：4,500円

５．その他

　１）懇親会費、弁当代は初日の受付時に申し受けます。釣り銭の無いようにご準備下さい。

　２）その他、ご不明の点はご遠慮無くお問合せ下さい。

※お問合せ先 社会福祉法人済生会川内病院 医療連携室　野間口 男志

　　　　　　　　　 〒895－0074　薩摩川内市原田町2番46号

TEL 0996-23-5221　 FAX 0996-23-9797

E-mail 　nomaguchi@saiseikai-sendai.jp

社会福祉法人済生会川内病院

緩和ケア研修会参加申込書

（院長 青﨑眞一郎　宛 　ＦＡＸ ０９９６－２３－９７９７）

ご氏名： 　　　　　　　　 (フリガナ：　　　　　　　　　　　　　　　)

　　※修了書に印刷しますので、ご氏名は楷書の大きな字で正確にご記入下さい。

性 別：　 男 ・ 女 　　　　職種：　医師　・　歯科医師　・　その他（　　　　　）

所属先：

役職名： 　　診療科名：

住 所：　〒

医師としての臨床経験年数： 　年

全項目、記入漏れのないようにお願いします。記入漏れがありますと、研修会の参加や修了証の発行に支障をきたす場合があります。

医籍番号：　第　　　　　　　　　　　　　　号

（又は歯科医籍登録番号）

連絡先住所：〒

電話番号： 　FAX番号：

Ｅ－mail：

緊急連絡先（携帯電話番号等）：

同一施設からの複数申し込みの場合の施設内優先順位：　　 番目 ／　　人中

修了者として氏名および所属を公開することの同意：　　 可 ・ 不可 （どちらかに〇）

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

懇親会・弁当　申込

8月18日　　懇親会（4,500円） ： 要 ・ 不要

8月18日（土）昼食（　750円）　 ： 要 ・ 不要

8月19日（日）昼食（　750円） 　　　　： 要 ・ 不要

※7月13日（金）までにＦＡＸまたは郵送・E-mailにてお申し込み下さい。（鑑文不要です）

　 ※お問い合せ先 　 社会福祉法人済生会川内病院

　　　　 　　　 医療連携室　野間口 男志

　　 〒895-0074薩摩川内市原田町２番４６号

TEL 0996-23-5221　 FAX 0996-23-9797

E-mail nomaguchi@saiseikai-sendai.jp

平成30年度 済生会川内病院緩和ケア研修会

タイムスケジュール（予定）　　都合により内容等変更になる場合があります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開始 | 終了 | 時間（分） | 内容 |
|  | |  | **8月18日（土）** |
| 12:00 | 12:30 | 30 | 受付 |
| 12:30 | 12:45 | 15 | プレテスト |
| 12:45 | 12:55 | 10 | 開講挨拶 |
| 緩和ケア研修会の開催にあたって |
| 12:55 | 13:25 | 30 | 緩和ケア概論：患者の視点を取り入れた全人的なケアを目指して |
| 13:25 | 13:55 | 30 | つらさの包括的評価と症状緩和 |
| 13:55 | 14:35 | 40 | (がん体験者からの講演) |
| 14:35 | 14:45 | 10 | 休憩 |
| 14:45 | 16:15 | 90 | がん疼痛の評価と治療 |
| 16:15 | 16:20 | 5 | 休憩 |
| 16:20 | 16:50 | 30 | 放射線治療 |
| 16:50 | 17:00 | 10 | 休憩 |
| 17:00 | 18:30 | 90 | がん性疼痛事例検討 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | **8月19日（日）** |
| 8:00 | 8:30 | 30 | 受付 |
| 8:30 | 9:05 | 35 | 精神症状　Ⅰ　（気持ちのつらさ） |
| 9:05 | 9:40 | 35 | 精神症状　Ⅱ　（せん妄） |
| 9:40 | 9:50 | 10 | 休憩 |
| 9:50 | 10:40 | 50 | コミュニケーション講義 |
| 10:40 | 10:45 | 5 | 休憩 |
| 10:45 | 12:35 | 110 | コミュニケーションロールプレイ |
| 12:35 | 13:25 | 50 | 昼食 |
| 13:25 | 14:55 | 90 | オピオイドを開始するとき |
| 14:55 | 15:05 | 10 | 休憩 |
| 15:05 | 15:40 | 35 | 消化器症状（悪心・嘔吐） |
| 15:40 | 16:15 | 35 | 呼吸困難 |
| 16:15 | 16:25 | 10 | 休憩 |
| 16:25 | 17:30 | 65 | 地域における医療連携 |
| 17:30 | 17:50 | 20 | ふりかえり＆ポストテスト |
| 17:50 | 18:00 | 10 | 修了式 |