

# 高槻赤十字病院

## 緩和ケア研修会のご案内

### 【募集要項】

- 日時 平成29年5月20日（土） 9：00～17：15（受付8：30～）  
5月21日（日） 8：45～17：25（受付8：20～）  
※両日の受講が必要です
- 会場 高槻赤十字病院 やすらぎホール
- 対象 がん診療に携わる医師・メディカルスタッフ（看護師・他職種も受講可能）  
定員27名 / 医師優先・応募者多数の場合は選考となります。
- 受講料 1,500円（昼食代、飲料、研修会資料費用等として）  
当日受付にて徴収いたします。お釣りのないようご準備ください。
- 申込方法 別紙申込書にご記入の上、FAXにてお申込ください。  
【受付期間】 平成29年3月21日（火）～4月14日（金）  
応募者が定員を超えた場合は選考とさせていただきます。受講の可否については、4月21日以降書面にて、申込書にご記入の住所へ郵送いたします。
- 研修内容  
がん性疼痛等の身体症状および精神症状に対する緩和ケア、  
コミュニケーションについて（講義、ワークショップ、ロールプレイ）
- 修了証の交付  
研修会終了後、後日医師に対しては厚生労働省健康局長より修了証とバッジ、その  
他職種に対しては大阪府知事より修了証が授与されます。研修会への不参加や途中  
退席されますと、修了証を交付できません。2日間すべてのプログラムに参加する  
ことが必要です。
- 研修修了者の氏名公表について  
大阪府を通じて厚生労働省に所属・氏名を報告いたします。それに伴い  
厚生労働省・大阪府のホームページに所属・氏名が公表されることとなります。  
公表の可否を受講申込書にご記入ください。

<<問合せ先>> 高槻赤十字病院  
地域医療連携課 渡部・北村  
TEL：072-696-0571 ・FAX：072-695-0054

平成29年度緩和ケア研修会行程表

第1日目 5月20日 (土)				
開始	終了	所要(分)	内容	形式
9:00	9:30	30	受付プレテスト	プレテスト
9:30	9:45	15	研修会開催にあたって	講義
9:45	10:30	45	緩和ケア概論	講義
10:30	11:15	45	つらさの包括的評価と症状緩和	講義
11:15	11:25	10	休憩	
11:25	12:10	45	消化器症状	講義
12:10	13:00	50	昼食	
13:00	13:45	45	呼吸困難	講義
13:45	13:55	10	休憩	
13:55	15:25	90	がん疼痛の評価と治療	講義
15:25	15:45	20	休憩	
15:45	17:15	90	オピオイドを開始するとき	ロールプレイ/ワークショップ

第2日目 5月21日 (日)				
開始	終了	所要(分)	内容	形式
8:45	9:00	15	アイスプレイング	
9:00	10:30	90	がん疼痛事例検討	講義/ロールプレイ
10:30	10:40	10	休憩	
10:40	11:40	60	療養場所の選択と地域連携	グループ演習/ワークショップ
11:40	12:30	50	昼食	
12:30	13:15	45	気持ちのつらさ	講義
13:15	14:00	45	せん妄	講義
14:00	14:20	20	休憩	
14:20	17:05	165	コミュニケーション	講義/グループ演習/ワークショップ
17:05	17:25	20	ふりかえりポストテスト	プレテストの解説

## 高槻赤十字病院 緩和ケア研修会申込書

<受付期間 平成29年3月21日(火)~4月14日(金)>

(ふりがな)

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

※受講者には修了書を発行しますので、楷書でご記入ください。

※全ての項目に記入漏れの内容にご記入ください。記入漏れがございましたら追ってご連絡させていただきます。

※応募者が定員を超えた場合は選考とさせていただきます。尚、5月15日(月)以降のキャンセルにつきましては、お受けいたしかねますので、あらかじめご了承の上お申し込みください。

※受講者の可否につきましては、4月21日以降、書面にて下記にご記入の住所に郵送いたします。

・ 住所 (  所属施設  自宅 ) 〒 \_\_\_\_\_

・ TEL/携帯 (日中連絡の付く連絡先をご記入ください)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

・ FAX \_\_\_\_\_ ・ E-mail \_\_\_\_\_

・ 所属施設 \_\_\_\_\_ ・ 所属科 \_\_\_\_\_

・ 役職 \_\_\_\_\_

・ 職種 1. ~7. のいずれかに○印を付けてください。

1. 医師 2. 研修医 3. 歯科医師 (医籍登録番号 \_\_\_\_\_) ※記入必須

4. 看護師 5. 薬剤師 6. 臨床心理士 7. その他 ( \_\_\_\_\_ )

・ 臨床経験 \_\_\_\_\_ 年 ・ 緩和医療経験 \_\_\_\_\_ 年 ※記入必須

・ 研修修了後、厚労省ホームページ及び大阪府ホームページでの氏名公開

1. 可 2. 不可 \_\_\_\_\_ ※いずれかに○印を付けてください。

《問合せ先》 高槻赤十字病院

地域医療連携課 渡部、北村

TEL : 072-696-0571 (内線640)

FAX : 072-695-0054