

緩和ケア研修会のお知らせ

緩和医療委員会緩和ケアチーム

「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修の開催指針」に基づき、
緩和ケア研修会を別添のとおり開催します。

受講希望の方は、医事課にお問い合わせください。

京都府立医科大学附属北部医療センター

担当: 医事課

電話: 0772-46-3371(代)

内線: 6339

平成28年度 京都府立医科大学附属北部医療センター がん診療に携わる医師・看護師等に対する緩和ケア研修会

日 時：平成28年11月26日（土） 9：00～17：00
 ：平成28年12月 3日（土） 9：00～17：30

※人数によって、コミュニケーション・ロールプレイを医師、看護師と別々で実施予定

場 所：京都府立医科大学附属北部医療センター 本館3階講堂

募 集 人 員：医師、看護師、コメディカルなど30名

参 加 費 用：なし ※ 昼食は各自ご準備ください。（院内食堂が利用できます）

対 象：中丹・丹後医療圏の病院・診療所・訪問看護ステーションなど

申 込 方 法：当院医事課へ、ファックス等で申込み

申 込 締 切：平成28年11月18日（金） ※定員になり次第〆切

【プログラム】

※講師については変更することがあります。

研修区分	日程	時間数	研修項目	講師
【11月26日（土）】 ※於 講堂				
	8:30～		（受付）	
A	9:00～9:20	20分	オリエンテーション・プレテスト	北部医療センター総合診療科 石野秀岳医長
A	9:20～10:50	1時間 30分	緩和ケア概論 つらさの包括的評価 苦痛のスクリーニングと 症状緩和	北部医療センター総合診療科 石野秀岳医長
	10:50～11:00	(10分)	（休憩）	
A	11:00～12:30	1時間 30分	がん性疼痛の評価と治療 がん性疼痛の機序と評価 がん性疼痛の治療法の実際 WHO方式のがん性疼痛治療法の概略	北部医療センター外科 伊藤博士副医長 北部医療センター薬剤部 新宮秀昭薬剤部長
	12:30～13:30	(1時間)	（昼食・休憩）	
B	13:30～15:00	1時間 30分	がん性疼痛事例検討	市立福知山市民病院外科 川上定男先生
	15:00～15:10	(10分)	（休憩）	
B	15:10～15:30	20分	アイスブレーキング(B)	市立福知山市民病院外科 川上定男先生
B	15:30～17:00	1時間 30分	オピオイドを開始するとき	舞鶴共済病院外科 竹内一雄先生 市立福知山市民病院外科 川上定男先生 北部医療センター総合診療科 石野秀岳医長 北部医療センター看護部 木村陽子統括看護師長、中村明美看護師他
【12月3日（土）】 ※於 講堂				
	8:30～		（受付）	
C	9:00～10:00	1時間	呼吸困難・消化器症状のケア	北部医療センター総合診療科 横井大祐副医長
	10:00～10:10	(10分)	（休憩）	
C	10:10～11:10	1時間	地域における医療連携	北部医療センター 地域医療連携室 伊藤由紀社会福祉士
	11:10～11:20	(10分)	（休憩）	
C	11:20～12:50	1時間 30分	精神症状に対するケア	福知山市民病院 精神神経科 鑓直樹先生 北部医療センター精神科 大矢希先生
	12:50～13:35	(45分)	（昼食・休憩）	
D	13:35～15:35	2時間	コミュニケーション・ロールプレイ	福知山市民病院 精神神経科 鑓直樹先生 北部医療センター精神科 大矢希先生 北部医療センター看護部 木村陽子統括看護師長、中村明美看護師他
	15:35～15:45	(10分)	（休憩）	
D	15:45～16:00	15分	アイスブレーキング(D)	福知山市民病院 精神神経科 鑓直樹先生
D	16:00～17:00	1時間	コミュニケーション講義	ながうちこころのクリニック 長内清行先生
	17:00～17:10	(10分)	（休憩）	
	17:10～17:30	20分	ポストテスト	北部医療センター精神科 大矢希先生
	17:30		（閉会）	

総研修時間 13時間45分

事務局：北部医療センター がん相談支援センター（高奥 小谷）

FAX送信先（0772-46-5121）

※ このままファックスしてください

京都府立医科大学附属北部医療センター 医事課（高奥）行

（院内の方は医事課へ送付）

平成28年度 京都府立医科大学附属北部医療センター

「がん診療に携わる医師・看護師等に対する緩和ケア研修」

参加申込書（締め切り 11/18（金））

（H28.11.26、12.3 会場 京都府立医科大学附属北部医療センター）

施設名：

FAX番号：

— —

1	氏名		フリガナ	職種（所属科）	医籍番号(医師のみ)
				(科)	
	臨床経 験年数	職場の連絡先（電話番号）		氏名及び所属の公開に ついて	受講区分
	年	TEL		同意します 同意しません	A・B・C・D どれかにチェック
2	氏名		フリガナ	職種（所属科）	医籍番号(医師のみ)
				(科)	
	臨床経 験年数	職場の連絡先（電話番号）		氏名及び所属の公開に ついて	受講区分
	年	TEL		同意します 同意しません	A・B・C・D どれかにチェック
3	氏名		フリガナ	職種（所属科）	医籍番号(医師のみ)
				(科)	
	臨床経 験年数	職場の連絡先（電話番号）		氏名及び所属の公開に ついて	受講区分
	年	TEL		同意します 同意しません	A・B・C・D どれかにチェック

（注1）申込書に基づき修了証の氏名を記載いたしますので、楷書で御記入をお願いします。

（注2）申込書受領後、当院から「申込確認通知」をファックスでお送りいたしますので、未着の場合は、当院まで御連絡をお願いします。

（注3）「氏名及び所属の公開について」は、修了者一覧を京都府で公開する場合の意向確認です。

（注4）薬剤師以外の方は所属科を、医師の方は医籍番号を必ず御記入ください。