

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通り開催します。

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

内線：6339

平成29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29年11月26日(日) 9:00 ~ 17:00
 : 平成29年12月3日(日) 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29年11月17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(日)】			※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-外科 落合登志哉副病院長
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 川上定男副診療部長
	15:00 ~ 15:10	(10分)	(休憩)	
B	15:10 ~ 15:30	20分	アイスブレイキング(B)	市立福知山市民病院外科 川上定男副診療部長
B	15:30 ~ 17:00	1時間 30分	オピオイドを開始するとき	市立福知山市民病院外科 川上定男副診療部長 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(日)】			※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	いとうクリニック 伊藤剛院長 北部医療センター-地域医療連携室 高橋奈津子師長
	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	舞鶴医療センター-精神科 北岡力先生 北部医療センター-精神科 大矢希副医長
	12:50 ~ 13:35	(45分)	(昼食・休憩)	
D	13:35 ~ 14:35	1時間	コミュニケーション講義	国澤こころのクリニック 國澤正寛院長
	14:35 ~ 14:45	(10分)	(休憩)	
D	14:45 ~ 15:00	15分	アイスブレイキング(D)	国澤こころのクリニック 國澤正寛院長
D	15:00 ~ 17:00	2時間	コミュニケーション・ロールプレイ	国澤こころのクリニック 國澤正寛院長 舞鶴医療センター-精神科 北岡力先生 北部医療センター-精神科 大矢希副医長 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
	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 大矢希副医長
	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 (武田 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(武田)行

(院内の方は医事課へ送付)

平成29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 11/17(金))

(H29.11.26、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。