

## 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（集合研修）を別添の通り開催します。

受講希望の方は、別紙申込票用紙に必要事項を記入の上、医療サービス課  
に持参して下さい。

受講申込までに e ラーニングによる研修を修了し、研修当日に修了証をご  
持参ください。

### <緩和ケア研修会参加までの流れ>

- ① e ラーニングのトップページから受講者登録を行いユーザーID とユーザーパスワードを登録する。
- ② e ラーニングのトップページからログインする。
- ③ プレアンケートのコンテンツを終了すると全てのコンテンツを自由な順番で聴講できます。必修 10 コンテンツと選択 5 コンテンツの中から 2 以上のコンテンツを聴講し、修了テストをクリアすると合格です。
- ④ 修了書を発行して、緩和ケア研修に持参して下さい。

e ラーニングのトップページのアドレスは

<https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.htm> です。

Google や yahoo など、「緩和ケア研修会、ピースプロジェクト、e—ラーニング」などのキーワードで検索するとヒットします。

担当：医療サービス課（内線 6339）  
高奥 太田

令和元年度 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  
(集合研修)

日 時： 令和元年11月23日（祝土）9：00～17：30  
 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： e-learning受講後、当院医療サービス課へ別紙ファックスにて申込みを行う  
 申 込 締 切： 令和元年11月1日（金） ※定員になり次第終了

【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	時間	時間数	研修項目	講師
	9:00～9:30	30分	(受付)	
	9:30～9:45	15分	開会・開催にあたって	北部医療センター 外科 落合登志哉 副病院長
①	9:45～10:30	45分	e-learningの復習・質問	北部医療センター 総合診療科 横井大祐 副医長
	10:30～10:40	(10分)	(休憩)	
③ア	10:40～12:30	1時間 50分	コミュニケーション グループワーク・ロールプレイ	北部医療センター 外科 落合登志哉 副病院長 北部医療センター 精神科 北岡力 副医長
	12:30～13:20	50分	(昼食・休憩)	
②ア	13:20～15:10	1時間50分	アイスブレーキング 全人的苦痛に対する緩和ケア グループワーク	北部医療センター 総合診療科 石野秀岳 医長
	15:10～15:20	10分	(休憩)	
②イ	15:20～16:50	1時間 30分	療養場所の選択と地域連携 グループワーク	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
	16:50～16:55	(10分)	(休憩)	
④	16:55～17:15	20分	当院におけるがん患者への支援	北部医療センター がん相談支援センター
	17:15～17:30	15分	ふりかえりと修了式	北部医療センター 外科 落合登志哉 副病院長

総研修時間 6時間15分

事務局：北部医療センター（がん相談支援センター 高奥 太田）

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 医療サービス課(高奥)行

(院内の方は持参)

## 「がん診療に携わる医師・看護師等に対する緩和ケア研修

### (集合研修)参加申込書 (締め切り 11/1(金))

※定員：30名 定員人数になり次第締め切ります

(令和元年.11.23 会場 京都府立医科大学附属北部医療センター)

申し込みまでに必ずe-learningを修了してください。

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	e-ラーニング受講ID
	年	TEL		同意します 同意しません	
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	e-ラーニング受講ID
	年	TEL		同意します 同意しません	
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	e-ラーニング受講ID
	年	TEL		同意します 同意しません	

(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) 医師の方は医籍番号と所属科を必ず御記入ください。