

関係各位

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館
 理 事 長 十 時 忠 秀
 (公印省略)
 緩和ケア科部長 小 杉 寿 文

平成 25 年度 地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館
 緩和ケア研修会の開催について (ご案内)

初秋の候、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、「がん対策基本法」の施行により、平成 20 年 3 月に策定された「佐賀県がん対策推進計画」では、5 年以内に、すべてのがん診療に携わる医師が、がん診療連携拠点病院などが主催する研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得することを目標としています。

そこで、国の「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)に準拠した「平成 25 年度 地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館 緩和ケア研修会」を下記のとおり開催致しますのでお知らせします。


この研修会の参加申し込みにつきましては、別紙 2「平成 25 年度 地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館 緩和ケア研修会参加申込書」を下記申込期限までに申込先宛郵送、F A Xにて提出をお願いします。

本研修を終了された医師の方には後日厚生労働省健康局長から、コメディカルスタッフには佐賀県知事及び当館館長名で、修了証書が交付されることを申し添えます。

尚、参加者の決定は原則的に先着順ですが、申込多数の場合は調整させていただく場合がありますので、予めご了承願います。

記

1. 対象者 佐賀県のがん診療拠点病院又は県内の医療機関に勤務する医師及びコメディカルスタッフ
2. 開催日 平成 25 年 11 月 17 日 (日)・11 月 24 日 (日)
3. 開催場所 地方独立行政法人 佐賀県医療センター 好生館
4. 研修内容 別紙 1 のとおり
5. 募集定員 30 名程度
6. 受講料 無料 (尚、受講料は無料ですが、昼食等の代金として計 2000 円、1 食 1000 円徴収させていただきます。)
7. 申込期限 平成 25 年 11 月 13 日 (水) 必着



地方独立行政法人

佐賀県医療センター 好生館

相談支援センター 医療相談係

担当：医療相談係長 大石 美穂

〒840-8571

佐賀県佐賀市嘉瀬町中原 400 番地

TEL：0952-28-1158

FAX：0952-28-1269

平成25年度 佐賀県緩和ケア研修会プログラム
 主催:地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館

*** 平成25年11月17日(日曜日:2日制前半4単位) ***

08:30~09:00	30分	受付		
09:00~09:20	20分	プレテスト:小杉		多目的ホールA・B・C
09:20~09:45	25分	緩和ケア研修会について:小杉	0.5単位	多目的ホールA・B・C
09:45~10:30	45分	緩和ケア概論:円城寺		
10:30~10:40	10分	休憩		
10:40~12:10	90分	がん性疼痛:香月	1単位	多目的ホールA・B・C
12:10~13:00	50分	昼食		
13:00~13:20	20分	アイスブレイキング:久我・仁田		多目的ホールA・B・C
13:20~14:50	90分	がん性疼痛事例検討:平川	2単位	多目的ホールA・B・C
14:50~15:00	10分	休憩		
15:00~16:30	90分	オピオイドを開始するとき:香川		
16:30~16:40	10分	休憩		
16:40~17:40	60分	地域連携と治療・療養の場の選択:小杉・大石	0.5単位	多目的ホールA・B・C


*** 平成25年11月24日(日曜日:2日制後半4単位) ***

08:30~09:00	30分	受付		
09:00~09:45	45分	消化器症状:湯ノ谷	1単位	多目的ホールA・B・C
09:45~10:30	45分	呼吸器困難:島川		
10:30~10:40	10分	休憩		
10:40~12:10	90分	精神症状:國武	1単位	多目的ホールA・B・C
12:10~13:00	50分	昼食		
13:00~15:00	120分	コミュニケーションロールプレイ:國武・植木	2単位	多目的ホールA・B・C
15:00~15:10	10分	休憩		
15:10~16:10	60分	コミュニケーション講義:國武・植木		多目的ホールA・B・C
16:10~16:30	20分	ふりかえりとポストテスト:小杉		多目的ホールA・B・C

平成 25 年度 地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館
緩和ケア研修会 参加申込書

施設名	
診療科(所属)名	
職種	医師・医師以外 ()
医籍登録番号 (医師のみ記載)	昭和・平成 年 月 日 第 号
役職	
(ふりがな) 氏名	※修了証書を発行する際に使用しますので、楷書で記入下さい。
修了した場合 氏名及び所属を 公開することの本人の同意	同意する ・ 同意しない
生年月日(年齢)	昭和・平成 年 月 日 (歳)
連絡先(電話番号)	
昼食(弁当)の手配	11/17 (要 ・ 不要) ・ 11/24 (要 ・ 不要)

- ※1 本紙をもとに修了証書等の準備を致しますので、氏名は略字ではなく、正式な漢字等で、又、ふりがなの記入もお願い致します。
- ※2 修了された場合には、氏名及び所属等がホームページ等で公開される場合がありますが、このことに対し本人の同意の可又は否いずれかに○をご記入下さい。
- ※3 昼食手配を希望の方については、1日あたり1000円を徴収致しますので、ご準備をお願い致します。
- ※4 今回提出いただいた個人情報「平成 25 年度 地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 緩和ケア研修会」の目的以外には利用しません。又、提出者の同意がない限り第三者に提出しません。

 <small>地方独立行政法人</small> 佐賀県医療センター 好生館 相談支援センター 医療相談係 担当：医療相談係長 大石 美穂 〒840-8571 佐賀県佐賀市嘉瀬町中原 400 番地 TEL：0952-28-1158 FAX：0952-28-1269
