

平成 30 年 9 月吉日

各 位

公立富岡総合病院
院長 佐藤 尚文
(公印省略)

公立富岡総合病院緩和ケア研修会集合研修のご案内

今年度も当院で緩和ケア研修会を開催することになりました。この研修会は、平成 24 年 6 月に改正された がん対策推進基本計画 に基づき開催するものです。
未受講でしたら、この機会に当院の緩和ケア研修会を受講いただきますようお願い申し上げます。また、看護師、薬剤師、MSW等の参加もお待ちしています。

今年度より、当院では新指針による 1 日開催での集合研修となります。受講申込された方は、研修会開催の3週間前(10月12日)までにPEACEプロジェクトホームページ(<http://www.jspm.-peace.jp/>)上にて、e-learningを修了しておく必要があります。

※当院での集合研修はe-learningでの学習を修了されていない方は受講できません。
手続きもあるので、受講キャンセルされる方はお早めにご連絡をお願い致します。
集合研修ではすべてのプログラムを受講された方のみ修了証が発行されます。途中退室、一部講義のみの受講は認められていませんのでご注意ください。

【事務担当】

公立富岡総合病院
患者支援係 新井(3138)浦恩城(3139)
〒370-2393 富岡市富岡 2073-1
TEL 0274-63-2111(内線 2183)
FAX 0274-64-1406
e-mail tomihp@mail.gunma.med.or.jp

公立富岡総合病院 緩和ケア研修会集合研修 募集案内

- 1 緩和ケア研修会の名称 公立富岡総合病院 緩和ケア研修会
- 2 主催者 公立富岡総合病院
- 3 開催日及び会場
(1) 開催日：平成 30 年 11 月 4 日（日）
(2) 会 場：公立富岡総合病院 講義室 （富岡市富岡 2073-1）
- 4 緩和ケア研修会の実施担当者
(1) 研修会主催責任者：公立富岡総合病院 院長 佐藤 尚文
(2) 研修会企画責任者：新松戸中央総合病 外科 野田 大地
(3) 研修会協力者 ：沼田病院 総合診療部 岩波 弘太郎
伊勢崎市民病院 緩和ケア内科医長 廣野 正法
前橋赤十字病院 産婦人科 塚越 規子
公立富岡総合病院 心療内科主任医長 横川 新二
公立富岡総合病院 看護副部長 津金澤理恵子
- 5 参加資格
①群馬県内の病院及び診療所に勤務する医師。
※すべてのプログラムの出席が可能な方に限ります。
②がん診療に係わる医療従事者（看護師・薬剤師・栄養士・放射線技師・MSW 等）
（厚生労働省認定の修了証が今年度から医師以外のすべての職種にも出ます）
- 6 募集人数 30名
- 7 緩和ケア研修会進行表（予定）：別添のとおり
- 8 参加料 無料
- 9 申込期限 平成 30 年 9 月 28 日（金）
- 10 申込み方法
別添の参加申込書に記入の上、地域医療連携課患者支援係（内線 2183）までお申し込み下さい。
- 11 受講者の決定
受講者の決定は先着順とし、定員に達した場合は、募集を締め切らせていただきますのでご了承下さい。
- 12 その他
各自で昼食のご準備をお願いします。
お弁当をご希望の方は 1000 円徴収させていただきます。

タイムスケジュール

開始 時間	終了 時間	内容	対応する開催指針の形式
8:30	9:00	受付	
9:00	9:10	開会・開催にあたって	講義
9:10	9:30	緩和ケア概論	講義
9:30	10:30	e-l e a r n i n g の復習・質問	講義
10:30	10:40	休憩	
10:40	12:30	コミュニケーション	講義/ロールプレイ／ワークショップ
12:30	13:20	昼食	
13:20	13:40	アイス・ブレーキング	
13:40	15:10	全人的苦痛の緩和ケア	グループ演習/ワークショップ
15:10	15:20	休憩	
15:20	16:50	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
16:50	16:55	休憩	
16:55	17:10	がん患者等の支援	講義
17:10	17:30	ふりかえりと修了証授与	

公立富岡総合病院緩和ケア研修会参加申込書

フリガナ

氏 名 _____

e-learning修了者

受講者ID _____ 修了書交付年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※e-learning修了者は、修了書のコピーも

年齢 _____ 歳 医籍番号(医師のみ) _____

連絡先(勤務先・自宅)

郵便番号 〒 _____ - _____

住所 _____

電話番号 _____ FAX _____

施設名・所属 _____

役職 _____

臨床経験 _____ 年(うち緩和医療経験 _____ 年)

E-mail _____

- 当日の弁当
- ・ 希望する
 - ・ 希望しない

※1日につき1000円徴収させていただきます。(当日集金)

連絡先: 事務部地域医療連携課患者支援係

担当: MSW 新井、浦恩城 (内線: 2183)