



福岡医発第 586 号
平成 25 年 5 月 23 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 松 田 峻一良
(公印省略)

第 5 回社会保険田川病院緩和ケア研修会の開催について (ご案内)
(がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会)

今般、別紙のとおり標記研修会を開催する旨、社会保険田川病院より通知が参りましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

記

1. 日時・内容

1 日目 (A 課程)

日 時：平成 25 年 7 月 6 日 (土) 14 : 00 ~ 20 : 55 (受付 13 : 30 ~)

内 容：○緩和ケア概論 ○がん疼痛の評価と治療 ○がん疼痛事例検討
 ○オピオイドを開始するとき

2 日目 (B 課程)

日 時：平成 25 年 7 月 7 日 (日) 9 : 00 ~ 17 : 40 (受付 8 : 30 ~)

内 容：○呼吸困難 ○消化器症状 ○精神症状 ○コミュニケーション (講義・ロールプレイ) ○地域連携と治療・療養の場の選択 (グループワーク)

2. 場 所 社会保険田川病院 講堂

3. 問合せ先 社会保険田川病院 庶務課 橋本 (平日 8 : 30 ~ 17 : 00)

TEL 0947-44-0460

E-Mail syomuka@s-tagawa-hp.tagawa.fukuoka.jp

平成25年5月7日

福岡県医師会会長 殿

社会保険田川病院
院長 田 中 裕 穂
(公印省略)

第5回社会保険田川病院緩和ケア研修会開催の周知について (お願い)
(がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会)

拝啓、時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、別添の通り、当院におきまして、がん対策基本法に基づく「がん診療に携わる医師を対象とした緩和ケア研修会」を開催いたします。

つきましては、お忙しいところ申し訳ございませんが、貴会会員の先生方にご周知いただきますよう、お願いいたします。

ご多忙の折、誠に恐縮ではございますが、何卒ご配慮のほどお願い申し上げます。

敬具

(連絡先)

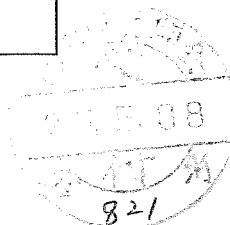
〒826-8585

福岡県田川市上本町10番18号

社会保険田川病院 庶務課 橋本昌典

TEL 0947(44)0460

FAX 0947(45)6540



平成25年5月吉日

各位

社会保険田川病院
院長 田中 裕穂
(研修会主催責任者)
麻酔科部長 柳 瀬 豊
(研修会企画責任者)

第5回 社会保険田川病院 緩和ケア研修会のご案内

拝啓 新緑の候 益々御盛栄のこととお慶び申し上げます。

さて、国民が、いつでも、どこでも質の高い緩和ケアを受けるためには、「がん対策基本法」及び「がん対策推進基本計画」に示されてあるように、すべてのがん診療に携わる医師が、緩和ケアの基本的知識を修得していることが重要となります。

これを受けまして、当院では地域でご活躍されている医院の先生方や病院勤務の先生方、また医療従事者の方を対象として、下記の通り緩和ケア研修会を開催いたします。ご多忙中とは存じますが、是非本研修会へご参加くださいますようお願い申し上げます。

敬具

尚、本研修会は、「がん対策基本法」及び「がん対策推進基本計画」(平成19年閣議決定)に基づき厚生労働省が示した「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(2日間で開催、12時間以上の実習時間、ワークショップ中心等)」に沿って開催し、すべてを受講された方には、厚生労働省健康局長より修了証が交付されます*。本研修会の修了証は「がん性疼痛緩和指導料」の施設基準届出に必要です(医師の場合)。また、当院では過去4回の研修会で田川地区をはじめとし67名の先生方に受講いただいています。皆様お誘いあわせの上、この機会に奮ってご参加ください。

*医師以外の受講者には県知事からの修了証が交付されます。

記

- | | |
|----------|--|
| 1. 日時・内容 | ☆1日目(A課程): <u>平成25年7月6日(土)</u> 14:00~20:55 (受付13:30~)
○緩和ケア概論 ○がん疼痛の評価と治療 ○がん疼痛事例検討
○オピオイドを開始するとき
☆2日目(B課程): <u>平成25年7月7日(日)</u> 9:00~17:40 (受付8:30~)
○呼吸困難 ○消化器症状 ○精神症状 ○コミュニケーション(講義・ロールプレイ) ○地域連携と治療・療養の場の選択(グループワーク) |
| 2. 場 所 | 社会保険田川病院 講堂 |
| 3. 対 象 者 | がん診療に携わる医師、または3年以上がん医療に携わる医師以外の医療従事者 |
| 4. 募集定員 | 24名(定員になり次第、締め切らせていただきます) |
| 5. 参 加 費 | 無料(ただし2日目の昼食を含む飲食費として2,000円を当日徴収致します。) |
| 6. 申 込 み | 別紙「福岡県単位型緩和ケア研修会参加申込書」により、 <u>平成25年6月14日(金)17時まで</u> に、FAX、E-mail、郵送のいずれかの方法にてお申込ください。※医師は様式3-1、医師以外の医療従事者は様式3-2をご使用ください。 |
| 7. 問 合 せ | 社会保険田川病院 庶務課 橋本(平日8:30~17:00)
電話:0947(44)0460 E-mail:syomuka@s-tagawa-hp.tagawa.fukuoka.jp |

社会保険田川病院 緩和ケア研修会担当 宛

福岡県単位型緩和ケア研修会参加申込書

(郵 送) 〒826-8585 福岡県田川市上本町10番18号 社会保険田川病院 庶務課(緩和ケア研修会担当)宛

様式3-2(医師以外の医療従事者)

社会保険田川病院 緩和ケア研修会担当 宛

申込日:

福岡県単位型緩和ケア研修会参加申込書

病院名(施設名)			性別※	☐ 男性	☐ 女性
職種	看護師 ・ 薬剤師 ・ その他()				
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年数	年間		
ふりがな			年齢	歳	
氏名 (氏名は修了証に記載されます。楷書での記載をお願いします)					
連 絡 先 (こちらからご連絡を差し上げる場合があります。緊急時も含め連絡のつきやすい番号をご記入ください)					
TEL					
FAX					
E-mail					
研修会終了後、国及び福岡県が氏名及び所属を公開することについてご承諾いただけますか。※	☐ 承諾します ☐ 承諾しません				
参加希望課程※ 1、2、3より1つ選択してください。	☐ 1 研修A課程・B課程両方 ☐ 2 研修A課程のみ * 修了証書の交付には研修B課程の同一期限内での取得が条件です。(11月1日～翌年8月末まで) ☐ 3 研修B課程のみ (研修A課程の取得年月日: 年 月 日) (取得会場名:) * 研修B課程については研修A課程の事前の単位取得が受講条件です。				

※の箇所は、該当するものにチェックをお願いします。

◇申込書1枚につき1名様のみお申込いただけます。

◇受講者の決定は先着順とし、定員に達し次第、募集を締め切らせていただきます。

申込締切:
平成25年6月14日

■ お申込み先 ■

(F A X) 0947-45-6540

(E-mail) syomuka@s-tagawa-hp.tagawa.fukuoka.jp

(郵 送) 〒826-8585 福岡県田川市上本町10番18号 社会保険田川病院 庶務課(緩和ケア研修会担当)宛