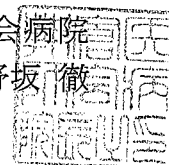


平成 29 年 5 月 吉日

小郡・三井医師会  
会 長 様

朝倉医師会病院  
院長 火野坂 徹



### 第 5 回 朝倉医師会病院 緩和ケア研修会のご案内

拝啓

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より、当院運営につきましてご指導・ご鞭撻をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、8 月に予定しております朝倉医師会病院 緩和ケア研修会の日程が決定しましたのでお知らせいたします。

現在、一人でも多くの皆様にご参加いただきたく、開催に向け準備をすすめているところです。

つきましては、緩和ケア研修会の案内及び申込書を同封いたしますので、ご高覧の上、貴会員医師へご案内いただきます様お願い申し上げます。なお、申込みにつきましては、当院ホームページからも可能となっておりますので申し添えます。

敬具

### 記

日 時 平成 29 年 8 月 26 日 (土) 13 : 20 ～ 20 : 55

27 日 (日) 9 : 00 ～ 18 : 25

場 所 朝倉医師会病院 2 階 研修ホール

受講料 無料

以上

ご不明な点はお問い合わせください

問合せ先

朝倉医師会病院

事務部 大津 孝

Tel (0946)23-0077

## 第5回 朝倉医師会病院 緩和ケア研修会のご案内

朝倉医師会病院では、地域の先生方を対象とした「緩和ケア研修会」を下記のとおり開催することとなりました。この研修会は「がん対策基本法」及びそれに基づく「がん対策推進基本計画」に基づき厚生労働省が提示した「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開会指針」に沿って開催致します。当該指針は、がん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得し、治療の初期段階から緩和ケアが提供されるようにすることを目的とするものです。

### 記

|              |                                                                                                                                                                                                         |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 研修会名         | 第5回朝倉医師会病院 緩和ケア研修会                                                                                                                                                                                      |
| 対 象 者        | がん診療に携わる医師 定員 21 名（定員になり次第締め切らせて頂きます）                                                                                                                                                                   |
| 開催日          | <p><b>平成29年8月26日（土）、8月27日（日）</b></p> <p>1日目（A課程）13：00～受付 13：20～20：55<br/>2日目（B課程） 8：40～受付 9：00～18：25</p> <p>※詳細なスケジュールは別紙進行表を参照下さい。</p>                                                                 |
| 開催場所         | 朝倉医師会病院 2階研修ホール                                                                                                                                                                                         |
| 参 加 費        | <p>無料</p> <p>※ 茶菓代 500円/1日 （2日目お弁当希望者のみ 1,000円）</p>                                                                                                                                                     |
| 申込方法         | <p>別紙申込用紙を記入の上、郵送またはFAX、Email でお申し込み下さい<br/>（当院ホームページにも掲載しております）</p> <p><b>※平成29年6月11日 必着</b></p>                                                                                                       |
| そ の 他        | <p>1）A・B課程からなる福岡県単位型研修会です。全課程を修了された方は厚生労働省健康局長より修了証が交付されます。（診療報酬における「がん性疼痛緩和指導管理料1」及び「がん患者カウンセリング料」の届出には本研修会の修了証が必要です）</p> <p>2）A・B課程両方申込の方を優先としますので、ご了承ください。</p> <p>3）遅刻・早退・途中退室された場合は修了証が交付できません。</p> |
| 問い合わせ<br>送付先 | <p>〒838-0069 福岡県朝倉市来春 422-1</p> <p>朝倉医師会病院 事務部（ 担当 手嶋・平山 ）</p> <p>TEL 0946 - 23 - 0077 FAX 0946 - 23 - 0076</p> <p>Email bosyu_peace@asakura - med. or. jp</p>                                          |

## 第5回 朝倉医師会病院単位型緩和ケア研修会進行表【予定】

第1日目 平成29年8月26日(土)

| 開始時刻  | 終了時刻  | 所要時間(分) | 項目                          | 「緩和ケア研修会標準プログラム」で定められた内容                                                                                                                                    |
|-------|-------|---------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13:00 | 13:20 | 20      | 受付                          |                                                                                                                                                             |
| 13:20 | 13:25 | 5       | プレテスト                       | プレテスト(①、②、④、⑤、⑥)<br>・がん性疼痛の機序<br>・評価及びWHO方式のがん性疼痛治療法の概略<br>・がん性疼痛の治療法の実際<br>・呼吸困難、消化器症状等の身体症状に対する緩和ケア<br>・不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状に対する緩和ケア<br>・がん医療におけるコミュニケーション技術 |
| 13:25 | 13:30 | 5       | 緩和ケア研修会開講式<br>(開会の挨拶)       |                                                                                                                                                             |
| 13:30 | 13:45 | 15      | 緩和ケア研修会の開催にあたって             |                                                                                                                                                             |
| 13:45 | 14:05 | 20      | アイスブレーキング                   | アイスブレーキング                                                                                                                                                   |
| 14:05 | 14:15 | 10      | 休憩                          |                                                                                                                                                             |
| 14:15 | 15:00 | 45      | 緩和ケア概論                      | ・全人的緩和ケアについての要点(講義)(⑦ア)                                                                                                                                     |
| 15:00 | 15:45 | 45      | つらさの包括的評価と症状緩和(講義)          | ・苦痛のスクリーニングとその結果に応じた症状緩和(講義)①<br>・社会的苦痛の緩和(就業や経済的負担等)⑩ウ                                                                                                     |
| 15:45 | 15:55 | 10      | 休憩                          |                                                                                                                                                             |
| 15:55 | 17:25 | 90      | がん性疼痛の評価と治療                 | ・がん性疼痛の機序、評価及びWHO方式のがん性疼痛治療法の概略(講義)(①)<br>・がん性疼痛の治療法の実際について(講義)(②)<br>・放射線治療や神経ブロックの適応も含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点(⑦イ)                                               |
| 17:25 | 17:35 | 10      | 休憩                          |                                                                                                                                                             |
| 17:35 | 19:05 | 90      | がん性疼痛事例検討<br>・疼痛評価<br>・疼痛治療 | ・がん性疼痛を持つ患者の評価及び治療<br>(グループ演習/ワークショップ)(③ア)<br>・がん性疼痛に対する治療と処方箋の実際の記載<br>(グループ演習/ワークショップ)(③イ)                                                                |
| 19:05 | 19:15 | 10      | 休憩                          |                                                                                                                                                             |
| 19:15 | 20:45 | 90      | オピオイドを開始するとき                | 医療用麻薬を処方するときの患者への説明についての演習(ロールプレイング)(③ウ)                                                                                                                    |
| 20:45 | 20:55 | 10      | 1日目の総評・まとめ                  |                                                                                                                                                             |

第2日目 平成29年8月27日(日)

| 開始時刻  | 終了時刻  | 所要時間(分) | 項目                           | 「緩和ケア研修会標準プログラム」で定められた内容                                                   |
|-------|-------|---------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 8:40  | 9:00  | 20      | 受付                           |                                                                            |
| 9:00  | 9:45  | 45      | 呼吸困難(講義)                     | 呼吸困難(呼吸困難感)に対する緩和ケアについて(講義)(④)                                             |
| 9:45  | 9:55  | 10      | 休憩                           |                                                                            |
| 9:55  | 10:40 | 45      | 消化器症状(講義)                    | 消化器症状(嘔気・嘔吐、便秘)に対する緩和ケアについて(講義)(④)                                         |
| 10:40 | 10:50 | 10      | 休憩                           |                                                                            |
| 10:50 | 11:35 | 45      | 精神症状(不安、抑うつ)                 | ・精神症状(不安、抑うつ)の基本的評価と対処法(講義)(⑤)                                             |
| 11:35 | 12:20 | 45      | 精神症状(せん妄)                    | ・精神症状(せん妄)の基本的評価と対処法(講義)(⑤)                                                |
| 12:20 | 13:20 | 60      | 昼食                           |                                                                            |
| 13:20 | 15:20 | 120     | コミュニケーション・ロールプレイ             | ・患者への悪い知らせの伝え方(グループ討論・ロールプレイング)(⑥ア)<br>・患者への悪い知らせの伝え方についての演習(ロールプレイング)(⑥イ) |
| 15:20 | 15:30 | 10      | 休憩                           |                                                                            |
| 15:30 | 16:30 | 60      | コミュニケーション(講義)                | ・がん医療におけるコミュニケーション技術について<br>(講義)(⑥)                                        |
| 16:30 | 16:40 | 10      | 休憩                           |                                                                            |
| 16:40 | 17:40 | 60      | 療養場所の選択と地域連携<br>(講義・ワークショップ) | ・がん患者の療養場所の選択及び地域連携についての要点(⑦ウ)<br>・在宅における緩和ケア(⑦エ)                          |
| 17:40 | 18:10 | 30      | 振り返りとポストテスト                  |                                                                            |
| 18:10 | 18:25 | 15      | 閉会の辞                         |                                                                            |

## 福岡県単位型緩和ケア研修会参加申込書

|                                                                 |                                                                                                                                                                               |                |         |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|
| 病院名(施設名)                                                        |                                                                                                                                                                               | 所属(診療科)        |         |
| 医籍登録番号                                                          | 号                                                                                                                                                                             | 医師免許取得後の臨床経験年数 | 年間      |
| 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      |
| がん患者との日常診療での関わり ※                                               | I がん患者の主治医や担当医<br>II がん患者の主治医等からの依頼を受けた場合や当直業務等で診療を行うことがある<br>III がん患者との日常的な対面は想定されない(病理診断医や放射線診断医など)                                                                         |                |         |
| ふりがな                                                            |                                                                                                                                                                               | 年齢(歳)          | 性別 ※    |
| 氏名<br>(医師の方の場合、氏名は必ず医籍登録されている氏名・字体で楷書での記載をお願いします)               |                                                                                                                                                                               |                | 男性 ・ 女性 |
| <b>連絡先</b><br>(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) |                                                                                                                                                                               |                |         |
| T E L                                                           |                                                                                                                                                                               |                |         |
| F A X                                                           |                                                                                                                                                                               |                |         |
| E - mail                                                        |                                                                                                                                                                               |                |         |
| 修了証書送付先住所<br>(必ず受領できる住所及び所属等の記載をお願いします)                         | 〒                                                                                                                                                                             |                |         |
| 修了証書送付先住所を福岡県にお知らせすることについて御承諾いただけますか。※                          | <input type="checkbox"/> 承諾します <input type="checkbox"/> 承諾しません                                                                                                                |                |         |
| 研修会終了後、国及び福岡県が貴殿の氏名及び所属を公開することについて御承諾いただけますか。※                  | <input type="checkbox"/> 承諾します <input type="checkbox"/> 承諾しません                                                                                                                |                |         |
| 参加希望課程※<br>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<br><br>2 研修A課程のみ<br>* 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。<br><br>3 研修B課程のみ<br>(研修A課程の取得年月日:    年    月    日)<br>(取得会場名:    )<br><br>* 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。 |                |         |
| 医師会員の方のみ御記入ください。<br>日本医師会が行っている生涯教育制度の単位認定を希望しますか。※             | <input type="checkbox"/> 希望します *生年月日(    年    月    日) <input type="checkbox"/> 希望しません<br>*生涯教育制度単位認定希望者は、必ず生年月日を記入してください。                                                     |                |         |

◆追加確認事項 グループ分け等の参考にさせていただきますので、以下の項目にもご記入下さい。

|              |                      |     |                |         |           |
|--------------|----------------------|-----|----------------|---------|-----------|
| 生年月日(西暦)     | 年    月    日          | 役 職 |                | 研修医の場合※ | 前 期 ・ 後 期 |
| 医療用麻薬の処方数※   | 0件 ・ 1～5件/年 ・ 6件以上/年 |     | 年間2人以上の看取りの経験※ |         | あ り ・ な し |
| 2日目お弁当の申し込み※ | 要    ・    不要         |     |                |         |           |

※の箇所は、該当するものに○印をお願いします。

注意: 修了証書がお手元に届くまでに2、3か月を要する場合があります。

申し込み方法については受講希望実施機関毎のホームページをご覧ください。

■上記申込書にご記入の上、郵送もしくはFAX・Emailでお申込み下さい。

■A・B課程両方申込の方を優先と致しますので、ご了承下さい。

<問い合わせ・送付先> 申込締切:2017年6月11日(日)必着  
 〒838-0069 福岡県朝倉市来春422-1 朝倉医師会病院 事務部( 担当: 手嶋 ・ 平山 )  
 TEL:0946-23-0077 FAX:0946-23-0076 Email:bosyu\_peace@asakura-med.or.jp