

関係者各位

「第16回 舞鶴医療センター緩和ケア研修会」のお知らせ

第16回「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を、医師・メディカルスタッフを対象に開催致します。多数の方に参加していただければ幸いです。

京都府では、「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知）」（以下、「新開催指針」という。）が発出されたことに伴い、新開催指針に基づいた緩和ケア研修会を開催しています。

「第16回 舞鶴医療センター緩和ケア研修会」（集合研修）

1. 日 時：令和6年11月17日（日）9：30～17：10（9：00～受付）
2. 会 場：国立病院機構 舞鶴医療センター 地域医療研修センター大ホール
3. 募集対象者：医師・メディカルスタッフ（薬剤師・看護師等）など30名
4. 参 加 費：無料（昼食代1,000円）
5. 申込締切：令和6年11月5日（火）＊定員になり次第終了

**注意！緩和ケア研修会（集合研修）受講申し込みには e-learning の修了証が必要です。
まず、e-learning を受講してください！**

＜緩和ケア研修会参加までの流れ＞

- ①緩和ケア研修会の e-learning 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。
＊e-learning トップページアドレス <https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html>
＊「緩和ケア研修会」「PEACE プロジェクト」などのキーワードでも検索できます。
- ②e-learning 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後、必修10コンテンツと選択コンテンツ2以上を 聴講し、修了テストをクリアすると合格になります。
- ④修了書を発行して緩和ケア研修会（集合研修）に持参してください。

お問い合わせ 担当：Tel0773-62-2680 （担当：増本庶務班長）

《申し込み方法・プログラム詳細》

【日 時】：令和6年11月17日（日）9：30～17：10（9：00～受付）

【会 場】：国立病院機構 舞鶴医療センター 地域医療研修センター大ホール

【募集対象者】：医師・メディカルスタッフ（薬剤師・看護師等）など30名

【参加費】：無料（昼食代 1,000 円）

【申し込み方法】

別添【「第16回 舞鶴医療センター緩和ケア研修会」（集合研修）参加申込書】に必要事項を記載の上、FAXいただきますようお願いいたします。

**注意！緩和ケア研修会（集合研修）受講申し込みには e-learning の修了証が必要です。
まず、e-learning を受講してください！**

時 間	内 容	講 師
9：00～9：30	受付	
9：30～9：45	オリエンテーション（開会・開催にあたって）	国澤 正寛
9：45～10：00	アイス・ブレイク	国澤 正寛
10：05～10：50	e-learning の復習・質問（45分）	国澤 正寛
10：50～11：00	休憩（10分）	
11：00～12：30	全人的苦痛に対する緩和ケア（90分） ～事例検討ワークショップ～	糸川 嘉樹 国澤 正寛 村尾 郁子 森 景子 小谷 由美
12：30～13：10	昼食（40分）	
13：10～13：40	がん患者等への支援（30分）	村尾 郁子
13：40～15：10	療養場所の選択と地域連携（90分） ～事例検討ワークショップ～	村尾 郁子 糸川 嘉樹 国澤 正寛 森 景子 小谷 由美
15：10～15：20	休憩（10分）	
15：20～17：10	コミュニケーション・グループ検討（110分） がん緩和ケアにおける コミュニケーションについてワークショップ	国澤 正寛 糸川 嘉樹 村尾 郁子 森 景子 小谷 由美
17：10～17：30	振り返りと修了式	

「第16回 舞鶴医療センター緩和ケア研修会」(集合研修) 参加申込書

【申込締切】: 令和6年11月5日(火) *定員30名になり次第終了

【FAX番号】0773-63-5332

舞鶴医療センター 管理課 行 (担当: 庶務班長 増本)

**注意! 緩和ケア研修会(集合研修)受講申し込みには e-learning の修了証が必要です。
まず、e-learning を受講してください!**

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)
	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 どちらかに○をしてください
	年	TEL	同意します 同意しません	e-ランニング受講ID
2	氏名	フリガナ	職種(所属科)	医籍番号(医師のみ)
	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 どちらかに○をしてください
	年	TEL	同意します 同意しません	e-ランニング受講ID
3	氏名	フリガナ	職種(所属科)	医籍番号(医師のみ)
	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 どちらかに○をしてください
	年	TEL	同意します 同意しません	e-ランニング受講ID

(注意) 申込書に基づき修了証の氏名を記載いたしますので、楷書でご記入をお願いいたします。

(注意) 「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。

(注意) 医師の方は、医籍番号と所属科を必ずご記入ください。