

『第4回 恵佑会札幌病院緩和ケア研修会』のご案内

この度当院では、地域がん診療連携拠点病院として厚生労働省の開催指針に準拠し、下記のとおり、医師に対する『第4回恵佑会札幌病院緩和ケア研修会』を開催することといたしました。がん診療に携わる医師は基本的にこの研修を受講することが義務付けられています。コメディカルの方でも緩和ケアに興味のある方はご参加可能です。

ご参加を希望される方は、申込用紙に必要事項をご記入のうえ、平成24年1月27日(金)までに FAX にてお申し込みください。

記

1. 開催日時：平成24年3月10日(土) 8:20 ~ 18:45
3月11日(日) 8:25 ~ 13:15
2. 会 場：恵佑会札幌病院 7階大会議室
3. 対 象：がん診療に携わる医師・コメディカルスタッフ
4. 主 催 者：社会医療法人恵佑会札幌病院 院長 平川和志
5. 内 容：別途タイムスケジュールをご覧ください。
6. 参 加 費：無料（但し1日目の昼食代として1,000円を徴収させていただきます。）
7. 受講申込：別途申込書にご記入のうえ、FAX にてお申し込みください。
8. 申込期日：平成24年1月27日(金)
定員は24名です。申込が多数の場合、調整させていただくことがございますのでご了承ください。
9. 受講決定：受講決定者には、後日決定通知をお送りいたします。
10. 終了証書：2日間の研修を全て終了された医師の方には、厚生労働省から終了証書を交付いたします。コメディカルスタッフの方には、研修主催者である恵佑会札幌病院院長名の終了証書を交付いたします。
なお、医師の修了者の氏名・所属が原則として厚生労働省のホームページに公開されます。

以上

[お問い合わせ先]

社会医療法人恵佑会札幌病院

〒003-0027 札幌市白石区本通14丁目北1番1号

TEL:011-863-2101(代)、FAX:011-863-2206(医局直通)

企画責任者：副院長 鈴木 康弘

事務局：業務管理部長 川村 雅晴

第4回恵佑会札幌病院緩和ケア研修会 タイムテーブル(予定)

平成24年3月10日(土)

開始時間	終了時間	所要時間	内容	会場	対応する開催指針の形式
8:10	8:20	10	受付		
8:20	8:30	10	プレテスト	7階会議室	プレテスト
8:30	8:45	15	Opening Remark	7階会議室	
8:45	9:30	45	緩和ケア概論	7階会議室	講義
9:30	9:45	15	アイスブレイキング	7階会議室	アイスブレイキング/ワークショップ
9:45	9:55	10	休憩		
9:55	11:25	90	がん疼痛の評価と治療	7階会議室	講義
11:25	11:35	10	休憩		
11:35	12:55	80	コミュニケーションロールプレイ(前半)	7階会議室	ロールプレイ/ワークショップ
12:55	13:05	10	休憩		
13:05	13:35	30	終末期における輸液療法(ランチョン)	7階会議室	講義
13:35	13:45	10	休憩		
13:45	14:25	40	呼吸困難	7階会議室	講義
14:25	14:35	10	休憩		
14:35	16:05	90	疼痛事例検討	7階会議室	事例検討/ワークショップ
16:05	16:15	10	休憩		
16:15	16:55	40	消化器症状	7階会議室	講義
16:55	17:05	10	休憩		
17:05	17:55	50	コミュニケーション講義	7階会議室	講義
17:55	18:05	10	休憩		
18:05	18:45	40	コミュニケーションロールプレイ(後半)	7階会議室	ロールプレイ/ワークショップ
1日目		545			

平成24年3月11日(日)

開始時間	終了時間	所要時間	内容	会場	対応する開催指針の形式
8:25	8:30	05	挨拶		
8:30	10:00	90	オピオイドを開始するとき	7階会議室	ロールプレイ/ワークショップ
10:00	10:10	10	休憩		
10:10	11:25	75	精神症状(気持ちのつらさ・せん妄)	7階会議室	講義
11:25	11:35	10	休憩		
11:35	12:45	70	地域連携と治療・療養の場の選択	7階会議室	講義/ロールプレイ/ワークショップ
12:45	13:15	30	ふりかえり	7階会議室	プレテストの解説
2日目		265			

合計 810 (プレテストを含む総講義時間)

第4回恵佑会札幌病院緩和ケア研修会 申込書

申込先 恵佑会札幌病院 企画責任者 鈴木康弘 宛

FAX : 0 1 1 - 8 6 3 - 2 2 0 6

(フリガナ) 氏 名	()
施 設 名	
所属科名	
年 齢	歳
職 種	医 師 ・ その他 ()
医籍登録番号(医師のみ)	
従事年数	年
緩和ケア経験年数	年
がん診療経験年数	年
がん患者への麻薬使用経験	有 ・ 無
研修終了後厚生労働省 HP での氏名公開	可 ・ 否
住 所 (自宅 ・ 勤務先)	〒 -
電話番号 (自宅 ・ 勤務先)	
FAX 番号 (自宅 ・ 勤務先)	
E-mail	

1月27日(金)までにお申込み願います。