

奄美保健医療圏各医療機関の長 様

時下 益々御清祥のこととお喜び申し上げます。かねてより当院の運営に御高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、当院は厚生労働省より「地域がん診療連携拠点病院」の指定更新を受け、当圏内における質の高いがん医療が提供できるよう努めているところです。本年度も、当保健医療圏内のがん診療に携わるすべての医師を対象に、緩和ケアについての基本的な知識を習得し、がん治療の初期段階から適切な緩和ケアが提供できるようにすることを目的とした、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を、別添「開催要領」のとおり開催いたします。

この研修会は、「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」（平成20年4月1日付け健発第0401016号厚労省健康局長通知）」に基づくものであることを厚生労働省に確認依頼中であり、研修会の全日程を受講された方には、主催者と厚生労働省健康局長の連名による「修了証書」を交付する予定です。

当研修会の趣旨を御理解いただき、多くの皆様が御参加下さいますようお願い申し上げます。

また、緩和ケアは複数の職種が参加したチームでの取組みが重要なことから、緩和ケアに携わる看護師、薬剤師、MSWなどの皆様も積極的に受講されるよう重ねてお願い申し上げます。

最後になりましたが、皆様の御健康と益々の御繁栄を心よりお祈り申し上げます。

平成29年12月25日

鹿児島県立大島病院長 眞田純一

平成29年度 鹿児島県立大島病院
「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」開催要領

1 研修会の目的

奄美保健医療圏の「地域がん診療連携拠点病院」として、圏内のがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修を行うこと、及び鹿児島県内における緩和ケア医師研修事業を担う人材の育成・確保を目的として本研修会を開催する。

2 研修会の内容

本研修会は、「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」（平成20年4月1日健発0401016号）に基づき実施する。

3 主催者

鹿児島県立大島病院

4 開催日程

平成30年2月3日（土）12時00分～19時00分

平成30年2月4日（日） 8時45分～16時50分

5 開催場所

鹿児島県立大島病院 講堂

（〒894-0015 鹿児島県奄美市名瀬真名津町18番1号 TEL 0997-52-3611）

6 研修会実施担当者等

(1) 研修会主催責任者： 鹿児島県立大島病院 院長 眞田 純一

(2) 研修会企画責任者： 鹿児島県立大島病院 副院長兼外科部長 石神 純也

鹿児島県立大島病院 麻酔科第一部長 大木 浩

7 対象者の要件

奄美保健医療圏内の病院及び診療所並びに鹿児島県内のがん診療拠点病院及びがん診療指定病院に勤務する医師，看護師，薬剤師，MSWなど

8 定員及び受講料

(1) 定員 18人

(2) 受講料 無料

9 日程表

別紙日程表のとおり

10 修了証の交付

全日程を修了した医師には、後日主催者と厚生労働省健康局長連名の、医師以外の職種には主催者名の「修了証書」を交付する。

※ 修了証書の交付には、全日程の修了が必須で、分割しての受講は認められない。

11 照会及び文書送付先

鹿児島県立大島病院 総務課 池水

〒894-0015 鹿児島県奄美市名瀬真名津町18番1号

TEL 0997-52-3611 FAX 0997-53-9017

E-mail: osih-hossomuka@pref.kagoshima.lg.jp

平成29年度鹿児島県立大島病院 がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会プログラム

第1日(平成30年2月3日(土))

(別添2)

| 開始時間 | 終了時間 | 所要時間 | 内 容 | 形 式 | 対応する開催指針の項目 | スライド | 担 当 |
|-------|-------|------|-----------------|-------------------|--|-------------|---------------------------|
| 11:45 | 12:00 | 15 | 受付 | | | | |
| 12:00 | 12:15 | 15 | 緩和ケア研修会の開催にあたって | 講義 | | M1a | 眞田 純一(大島病院) 大木 浩(大島病院) |
| 12:15 | 12:50 | 35 | 緩和ケア概論 | 講義 | 緩和ケア概論 | M2a | 大木 浩(大島病院) |
| 12:50 | 13:25 | 35 | 緩和ケア概論 | 講義 | つらさの包括的評価と症状緩和 | M2b | 石神 純也(大島病院) |
| 13:25 | 13:35 | 10 | 休憩 | | | | |
| 13:35 | 15:05 | 90 | がん性疼痛 | 講義 | 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について がん性疼痛の治療法の実際について 放射線治療や神経ブロックの適応を含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点 | M3 | 小川 信 (国民健康保険大和診療所) |
| 15:05 | 15:15 | 10 | 休憩 | | | | |
| 15:15 | 17:00 | 105 | がん性疼痛事例検討 | グループ演習 ワークショップ | がん性疼痛を持つ患者の評価及び治療 がん性疼痛に対する治療と処方箋の実際の記事 | M4a,M4b,M4c | 園田 拓郎(鹿児島大学病院) |
| 17:00 | 17:10 | 10 | 休憩 | | | | |
| 17:10 | 18:40 | 90 | オピオイドを開始するとき | ロールプレイ ワークショップ | 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 | M5 | 三枝 伸二(薩南病院) |
| 18:40 | 19:00 | 20 | がんリハビリテーション | 講義 | がんリハビリテーション(大島病院オリジナルプログラム) | | 亀甲 裕子(大島病院) |

第2日(平成30年2月4日(日))

| 開始時間 | 終了時間 | 所要時間 | 内 容 | 形 式 | 対応する開催指針の項目 | | 担 当 |
|-------|-------|------|-----------------|----------------------|---|---------|--------------------------|
| 8:30 | 8:45 | 15 | 受付 | | | | |
| 8:45 | 9:20 | 35 | 呼吸困難 | 講義 | 呼吸困難等の身体症状に対する緩和ケア | M6a | 柳 正和(鹿児島市立病院) |
| 9:20 | 10:00 | 40 | 消化器症状 | 講義 | 消化器症状等の身体症状に対する緩和ケア | M6b | 坂元 昭彦 (霧島市立医師会医療センター) |
| 10:00 | 10:10 | 10 | 休憩 | | | | |
| 10:10 | 10:50 | 40 | 倦怠感 | 講義 | 倦怠感等の身体症状に対する緩和ケア | M6c | 坂元 昭彦 (霧島市立医師会医療センター) |
| 10:50 | 12:00 | 70 | 精神症状 | 講義 | 不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状に対する緩和ケア | M7a,M7b | 山畑 良蔵(始良病院) |
| 12:00 | 12:50 | 50 | 昼食 | | | | |
| 12:50 | 13:35 | 45 | コミュニケーション講義 | 講義 | がん医療におけるコミュニケーション技術 | M8 | 小玉哲史(今給黎総合病院) |
| 13:35 | 13:45 | 10 | 休憩 | | | | |
| 13:45 | 15:15 | 90 | コミュニケーションロールプレイ | ロールプレイ | 患者への悪い知らせの伝え方についての検討及び演習 | | 小玉哲史(今給黎総合病院) |
| 15:15 | 15:25 | 10 | 休憩 | | | | |
| 15:25 | 16:35 | 70 | 地域連携と治療・療養の場の選択 | 講義/グループ演習 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 在宅における緩和ケア | M9 | 前川健一 (鹿児島大学病院緩和ケアチーム) |
| 16:35 | 16:45 | 10 | ふりかえり | | | | 大木 浩 |
| 16:45 | 16:50 | 5 | 閉会 | | | | 眞田 純一 |

平成29年12月25日

緩和ケア研修会参加希望者 様

県立大島病院緩和ケア研修会
企画責任者 石神 純也
大木 浩

緩和ケア研修会申込案内について

参加申込の方法は下記のとおりです。初日には、研修会終了後講師の先生方を交えた情報交換のための懇親会を予定しております。

また、希望者には2日目の昼食を手配いたしますので、併せてご検討ください。

記

1 研修会日程及び参加費

*詳細は別添プログラム参照

平成30年2月3(土)～4日(日) 参加費無料

すべての日程を受講した場合のみ、主催者・厚労省健康局長連名の「修了証書」を交付いたします。

2 申込方法

① 別添「申込書」に必要事項を記入の上、ファクシミリ又はEメールにて、下記の提出先へお知らせ下さい。記載漏れのないようご留意下さい。

② 申込期限は平成30年1月19日(金)です。

3 懇親会(詳細は、別途ご案内します)

① 日時 平成30年2月3日(土) 午後8時30分頃から

② 場所 奄美市名瀬屋仁川周辺

③ 会費 5,000円程度

④ 申込み 1の「申込書」に記入して下さい

4 昼食(2日目)

希望者には、2月4日(日)の昼食(飲物付弁当)を1,000円で準備いたします。1の「申込書」に記入して下さい。

5 その他

懇親会費・昼食代は、研修会初日の受付時に申し受けます。釣り銭のないよう、ご準備ください。

【申込書提出・問合せ先】

県立大島病院総務課 池水
〒894-0015 奄美市名瀬真名津町18番1号
電話 0997-52-3611(内3311) ファクシミリ 0997-53-9017
eメール: oshi-hossomuka@pref.kagoshima.lg.jp

送付先 Fax 0997-53-9017
県立大島病院総務課(内3311)
池水 宛

1月19日
申込期限

県立大島病院会場

平成29年度 緩和ケア研修会参加申込書

1 氏 名

| | | | |
|--------|--|---|--|
| (フリガナ) | | | |
| 姓 | | 名 | |

* 楷書で記入してください

2 所 属

| | | | |
|-----|--|------------------------------|----------------------------------|
| 所属名 | | <input type="checkbox"/> 病院 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| | | <input type="checkbox"/> 診療所 | |

| | | |
|-----|---|--|
| 住 所 | 〒 | |
|-----|---|--|

3 職 種

| | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 医 師 | <input type="checkbox"/> 看 護 師 | <input type="checkbox"/> 薬 剤 師 | <input type="checkbox"/> MSW | <input type="checkbox"/> その他 () |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------------|

*グループ分けの参考といたします
診療科(医師のみ記載) 科

医師以外の
方も経験年
数を記載し
てください

(右詰で記入してください)
*厚労省報告に必要です
医籍番号(医師のみ記載)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | | | | |

| |
|------|
| 経験年数 |
| |

4 連絡先

| | |
|------|-------|
| 電話番号 | () - |
|------|-------|

| | | | |
|----------------|--|---|--|
| (必須) e-Mail | | @ | |
|----------------|--|---|--|

5 同意の有無

修了者として氏名・所属を公開することの同意 同意する 同意しない
(* 医師のみチェック)

6 懇親会・昼食

懇親会(2月3日) 参加 欠席 (会費:5,000円程度)

昼食(2月4日) 申込み 不要 (弁当:1,000円)

7 その他

本人又は親近者ががんなどで、近年つらい思いをしたことがありますか。
*グループ分けの参考といたします

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
|-----------------------------|-----------------------------|

【問合せ先】

県立大島病院総務課 池水
〒894-0015 奄美市名瀬真名津町18番1号
電話 0997-52-3611(内3311) Fax 0997-53-9017
e-Mail : oshi-hossomuka@pref.kagoshima.lg.jp

送付先 Fax 0997-53-9017
県立大島病院総務課(内3311)
池水 宛

1月19日
申込期限

県立大島病院会場

記入例

平成29年度 緩和ケア研修会参加申込書

1 氏 名

| | | | |
|--------|---------|---|-----|
| (フリガナ) | あまみ はなこ | | |
| 姓 | 奄美 | 名 | はなこ |

* 楷書で記入してください

2 所 属

所属名 県立大島病院 病院 その他()
 診療所

住 所 〒894-0015 奄美市名瀬真名津町18-1

3 職 種

医師 看護師 薬剤師 MSW その他()

*グループ分けの参考といたします
診療科(医師のみ記載)

内科 科

医師以外の
方も経験年
数を記載して
ください

経験年数

*厚労省報告に必要です
医籍番号(医師のみ記載)

(右詰で記入してください)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | 2 | 5 | 5 | 1 | 1 |

7年

4 連絡先

電話番号 (0997) 52 - 3611

(必須)

e-Mail ohp @ pref.kagoshima.lg.jp

5 同意の有無

修了者として氏名・所属を公開することの同意 同意する 同意しない
(* 医師のみチェック)

6 懇親会・昼食

懇親会(2月3日) 参加 欠席 (会費:5,000円程度)

昼食(2月4日) 申込み 不要 (弁当:1,000円)

7 その他

本人又は親近者ががんなどで、近年つらい思いをしたことがありますか。

*グループ分けの参考といたします

ある ない

【問合せ先】

県立大島病院総務課 池水
〒894-0015 奄美市名瀬真名津町18番1号
電話 0997-52-3611(内3311) Fax 0997-53-9017
e-Mail : oshi-hossomuka@pref.kagoshima.lg.jp