

北信緩和ケア研修会2024

(長野市民病院 主催)

- **日時** 2024年11月10日(日) 9:30~17:10 (受付9:00~)
- **場所** 長野市民病院(会議室4・5・6) 長野市大字富竹1333-1
- **主催** 長野市民病院
- **後援** 長野県 一般社団法人長野県医師会 一般社団法人長野市医師会
- **対象者** 長野県内でがん等の診療に携わる医師・歯科医師およびその他の医療従事者
(申込みまでに、「e-learning」を修了していること。)
- **募集定員・〆切** 24名(先着順) 10月11日(金)申込〆切
- **参加費** 2,000円(資料代、昼食代含む)
- **内容** 別紙プログラム(タイムスケジュール)をご覧ください。
- **注意事項**
 - ・お申込みにあたっては、「e-learning」を修了し、「e-learning 修了証書」の提出が必須です。
詳細は、日本緩和医療学会の緩和ケア研修会 e-learning サイトをご覧ください。
(<https://peace.study.jp/rpv/>)
 - ・本研修会にかかる全課程の修了により、厚生労働省公認の修了証書が発行されます。
部分受講はできません。
 - ・本研修会を修了した医師・歯科医師につきましては、厚生労働省へ氏名および所属医療機関名、診療科を報告いたしますことを、予めご了承下さい。
 - ・本研修会は、感染症対策として、検温、マスク着用、手指消毒、換気、空間の確保等を実施して開催いたします。ご理解とご協力をお願いいたします。
- **参加申込み**
 - ・右のQRコードからお申込みいただくか、別紙「申込書」に必要事項を記載し、「e-learning 修了証書」を添えて、FAX またはメールしてください。
 - ・お申込み後のキャンセルは、速やかにご連絡願います。
 - ・10月25日までに「セミナー受講のご案内」をメールまたはFAXいたします。
お手元に届かない場合は、事務局までご連絡願います。



申込用 QR コード

➤ お問合せ・申込先(事務局)

長野市民病院 がんセンター事務室 (緩和ケア研修会事務局)

TEL:026-295-1199(代) FAX:026-295-1172

Eメール : kanwakenshu@hospital.nagano.nagano.jp

北信緩和ケア研修会 2024(長野市民病院主催)

2024 年 11 月 10 日(日)

集合研修スケジュール(予定)

開始 時間	終了 時間	所要 時間	内容	研修の形式	日医カリキュラムコード (単位)
9:00	9:30		受付		
9:30	9:45	0:15	開会、開催にあたって		
9:45	10:30	0:45	e-learning の復習・質問	講義	15 臨床問題解決のプロセス (0.5)
10:30	10:40	0:10	休憩		
10:40	12:10	1:30	コミュニケーション	ロールプレイ/ ワークショップ	4 医師-患者関係とコミュニケー ション(1.5)
12:10	13:00	0:50	昼食・休憩		
13:00	13:20	0:20	アイス・ブレイキング		
13:20	14:50	1:30	全人的苦痛に対する緩和ケア	グループ演習/ ワークショップ	10 チーム医療(1.5)
14:50	15:00	0:10	休憩		
15:00	16:30	1:30	療養場所の選択と地域連携	グループ演習/ ワークショップ	13 医療と介護および福祉の 連携(1.5)
16:30	16:35	0:05	休憩		
16:35	16:50	0:15	がん患者等への支援	講義	
16:50	17:10	0:20	ふりかえりと修了式		

- 「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)に準拠したプログラムです。
- 本研修会は、診療報酬算定要件にかかる「緩和ケアに関する研修」に該当します。(がん患者指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料 等)
- 本研修会は、「がん治療認定医」新規申請および認定更新の必須要件としての「緩和ケア研修会」に該当します。
- 本研修会は、日本医師会生涯教育制度の対象となり、全課程修了により 4 コード 5 単位の取得ができます。部分受講はできません。

長野市民病院

がんセンター事務室 宛

申 込 書

FAX 026-295-1172

(※「e-learning 修了証書」を添えてFAX)

枠内の**すべて**について、ご記入ください。

氏 名	フリガナ	性 別	男・女
	※修了証書のお名前となります。楷書でご記入ください。	生年月日	
		(西暦)	
		年	月
	医籍登録番号 第 号 ※医師・歯科医師のみ		
所属施設 (連絡先)	施設名		
	施設住所 (〒)		
	所属部署 (職名：)		
	職種	所属科 (※医師・歯科医師のみ)	
	TEL	FAX	
がん治療に携わった臨床経験 年			
緊急連絡時 TEL (※当日ご本人に連絡がつく電話番号をお願いします。)			
E-Mail アドレス (※事前連絡のため、必ずご記入ください。添付ファイルが読めるもの)			

- メールの場合 : 必要事項を記載して、 kanwakenshu@hospital.nagano.nagano.jp まで。
「e-learning 修了証書」をPDF化して、メール添付してください。
- 申込締切 : 2024年10月11日(金)
- お申込後、10月25日までに「セミナー受講のご案内」をメールまたはFAXいたします。
10月25日を過ぎてもお手元に届かない場合は、お手数ですが事務局までご連絡願います。
- 参加を取りやめる場合は、速やかにご連絡願います。