

平成 29 年 11 月 10 日

関係医療機関各位

公立大学法人横浜市立大学附属
市民総合医療センター

平成 29 年度 横浜市立大学附属市民総合医療センター
第 4 回「緩和ケア研修会」参加者募集のお知らせ

平素は当院の運営にご協力いただき、厚く御礼申し上げます。

標記研修会を下記の通り開催いたします。

所属職員の方々にご周知頂きますようお願い申し上げます。

- 1 日程：平成 30 年 1 月 27 日（土）9：00～16：50（予定）
1 月 28 日（日）8：30～17：25（予定）

*スケジュールにつきましては、プログラム（別紙）を参照してください。

- 2 場 所：横浜市立大学附属市民総合医療センター 本館 6 階会議室他

- 3 定 員：医師、歯科医師 24 名
医療従事者 24 名

- 4 申し込み方法：申込用紙にご記入の上、FAX・E-mail でお申込みください。

- 5 参加費用：無料

- 6 締 切：平成 29 年 11 月 30 日（木）
*申し込み順で定員に達し次第終了します。

- 7 その他：本研修会は緩和ケア研修会標準プログラムに準拠した単位型研修会となっております。部分受講が可能ですので、部分受講の場合はその旨を申込用紙に記載してください。

公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター
地域連携担当（緩和ケア研修会事務局） 駒谷・伊藤・山田
電話：045-261-5656（代表） 内線 2646・2645
FAX：045-253-5315
Email：y_kanwa@yokohama-cu.ac.jp

横浜市立大学附属市民総合医療センター研修会プログラム（予定）

1 日目

開始時間	終了時間	所要時間	内容	対応する開催指針の形式	対応する開催指針の項目
8:30	9:00	30	受付		
9:00	9:20	20	オリエンテーション プレテスト		
9:20	10:05	45	全人的な緩和ケア	講義	① 苦痛のスクリーニングとその結果に応じた症状緩和
10:05	10:50	45	全人的な緩和ケア	講義	⑥患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケア
10:50	11:00	10	休息		
11:00	12:30	90	疼痛の評価、WHO方式がん疼痛治療法、オピオイド	講義	② がん疼痛の機序、評価及びWHO方式のがん疼痛治療法を基本とした疼痛緩和に係る治療計画などを含む具体的なマネジメント方法
12:30	13:20	50	休息 昼食		
13:20	13:40	20	アイスブレイキング	グループワーク	③がん疼痛についてのワークショップ
13:40	15:10	90	がん性疼痛患者の評価と 治療	グループワーク	③がん疼痛についてのワークショップ
15:10	15:20	10	休息		
15:20	16:50	90	オピオイドを開始する時	ロールプレイ	③がん疼痛についてのワークショップ

2 日目

開始時間	終了時間	所要時間	内容	対応する開催指針の形式	対応する開催指針の項目
8:30	9:00	30	呼吸器症状	講義	④ 呼吸困難、消化器症状等の疼痛以外の身体症状に対する緩和ケア
9:00	9:40	40	消化器症状	講義	④ 呼吸困難、消化器症状等の疼痛以外の身体症状に対する緩和ケア
9:40	10:25	45	全身倦怠感	講義	⑩その他 ア 身体的苦痛の緩和(倦怠感、食欲不振等)
10:25	10:35	10	休息		
10:35	11:20	45	精神症状	講義	⑤ 不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状に対する緩和ケア
11:20	12:05	45	精神症状	講義	⑩その他 イ 精神心理的苦痛の緩和(不眠等)
12:05	12:55	50	休息 昼食		
12:55	14:25	90	療養場所の選択、地域連携、在宅緩和ケア	講義	⑨がん患者の療養場所の選択、地域における医療連携、在宅における緩和ケア
14:25	14:35	10	休息		
14:35	15:20	45	がん医療におけるコミュニケーション技術	講義	⑦がん緩和ケアにおけるコミュニケーション
15:20	15:30	10	休息		
15:30	17:00	90	Bad Newsの伝え方	グループワーク ロールプレイ	⑧がん緩和ケアにおけるコミュニケーションについてのワークショップ
17:00	17:25	25	振り返り、ポストテスト		

855 テスト時間を含む総講義時間

第 4 回「緩和ケア研修会」受講申込書 (院外用)

<受講希望日に○をつけてください>

開催日	両日	1 日目のみ	2 日目のみ
平成 30 年 1 月 27 日 (土) ~28 日 (日)			

※部分受講希望の方で今回の受講で修了する場合は、取得している「認定単位登録票のコピー」を提出してください。

<下記をご記載ください>

◇施設名 _____ ◇所属 _____

*厚労省作成の修了証で使用します。氏名は楷書でお書き下さい。

ふりがな

◇氏名 _____

◇住所 (施設・自宅) 〒 _____

◇電話番号 _____ ◇職種 _____

◇年齢 _____ 歳 ◇医籍登録番号 _____
(医師の方は必ず記載してください)

◇E-mail _____

◇緩和医療経験 有 ・ 無 ◇研修会終了後厚生省 HP での氏名公開 可 ・ 否

※今後、事務局との事務連絡は、ご記入頂いた E-mail にて行います。
添付ファイルが可能な状態で、@yokohama-cu.ac.jp が受信出来る設定をお願いいたします。
上記の項目は漏れなくご記入ください。情報は当研修会のため以外には使用致しません。

申込先：〒232-0024 横浜市南区浦舟町 4-57

横浜市立大学附属市民総合医療センター 緩和ケア研修会事務局

TEL：045-261-5656 (代) 内線 2646 (地域連携事務担当)

FAX：045-253-5315 E-mail：y_kanwa@yokohama-cu.ac.jp

申込締切：平成 29 年 11 月 30 日 (*定員に達し次第終了します。)