

2019年6月吉日

長野県内の医療従事者の方へ

長野赤十字病院  
院長 和田 秀一

『北信緩和ケアセミナー2019(長野赤十字病院主催)』

開催のご案内

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当院では来る8月25日(日)に別紙のとおり、厚生労働省の開催指針(新指針)に則った、医療従事者を対象とする緩和ケア研修会集合研修『北信緩和ケアセミナー2019』を開催いたします。

国のがん対策推進基本計画では、がん等の医療に携わる医師が研修等により緩和ケアの基本的な知識を習得することが求められていますので、この機会に是非ご参加くださいますよう、ご案内申し上げます。

また、貴院関係職員の参加につきましてご高配賜りますようよろしくお願いいたします。

敬具

(事務局) 長野赤十字病院 がん診療連携課

担当: 吉田 祥男

電話: 026-226-4131 (内線 5927)

FAX: 0120-012-126

026-226-6114

# 北信緩和ケアセミナー2019

## 集合研修・長野赤十字病院主催

日時:8月25日(日) 9:30~16:45

会場:長野赤十字病院 南新棟2階 第1研修ホール

対象:がん等の診療に携わる医療従事者

募集締切:8月9日(金)

定員:27名

参加費:職員以外の方 3,000円(テキスト・昼食代を含む)

申込方法:申込用紙とe-learning修了証書を、下記事務局

[がん診療連携課]まで、FAXまたはE-mailにてお申し込みください。

**\* 申込みには e-learning修了が必須です。**

詳細は緩和ケア研修会e-learningのサイトをご覧ください。

<https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html>

**\* 日本医師会生涯教育制度における単位(5単位)が取得できます。**

カリキュラムコード:4 医師-患者関係とコミュニケーション、10チーム医療、13医療と介護および福祉の連携、  
15臨床問題解決のプロセス、59背部痛、62歩行障害、69不安、80在宅医療、81終末期のケア

**\* 日本緩和医療薬学会の緩和薬物療法認定薬剤師単位申請予定です。**

(4単位)部分受講はできません。

主催/長野赤十字病院

後援/長野県・長野県医師会・長野市医師会・長野県病院協議会

協力/北信がん診療・緩和ケアネットワーク

事務局:長野赤十字病院

がん診療連携課(北信緩和ケアセミナー担当)

TEL026-226-4131(代表)

FAX026-226-6114(直通)

E-mail: ganshinryo@nagano-med.jrc.or.jp

当院は地域がん診療連携拠点病院です。

拠点病院の役割のひとつとして年1回本セミナーを開催しています。



## 北信緩和ケアセミナー2019(長野赤十字病院主催) プログラム(予定)

2019年8月25日(日)

時 間			所要時間(分)	内 容
9:00	～	9:30	30	受付
9:30	～	9:40	10	開会・開催にあたって
9:40	～	9:50	10	アイス・ブレイキング
9:50	～	10:40	50	e-learningの復習・質問
10:40	～	10:45	5	休憩
10:45	～	12:15	90	コミュニケーション
12:15	～	12:55	40	昼食・休憩
12:55	～	14:25	90	全人的苦痛に対する緩和ケア
14:25	～	14:35	10	休憩
14:35	～	14:50	15	がん患者等への支援
14:50	～	16:20	90	療養場所の選択と地域連携
16:20	～	16:25	5	休憩
16:25	～	16:45	20	ふりかえりと修了式

**実質研修時間 5時間30分**

### 備考

○当セミナーは、診療報酬点数「がん患者指導管理料」及び「がん性疼痛緩和指導管理料」等の算定要件である『緩和ケア研修会開催指針』に準拠した緩和ケア研修会です。

○日本医師会生涯教育制度における単位申請予定です。

○日本緩和医療薬学会の緩和薬物療法認定薬剤師単位申請予定です。

北信緩和ケアセミナー2019 (長野赤十字病院主催)  
2019年8月25日(日)開催

参加申込書

※ e-learning修了証書を必ず添付してください

長野赤十字病院 がん診療連携課 行き

FAX 0120-012-126 (直通)  
026-226-6114 (直通)

E-mail : ganshinryo@nagano-med.jrc.or.jp

氏名	フリガナ	性別	男・女
	※修了証書の氏名となりますので、楷書でご記入ください。	年齢	歳
医籍登録番号 第 号		※医師・歯科医師の場合、必ずご記入願います。	
所属機関 (連絡先)	〒		
	住所		
	医療機関名		
	所属		職名
	職種		所属科(医師のみ) :
	電話番号		
	FAX		
	緊急連絡先Tel ※当日連絡がつく電話番号をお願いします。		
	E-Mailアドレス(お持ちの方は連絡のため必ず記入してください) @		
	当セミナー修了後、厚生労働省のHP等への氏名及び所属の公開について	※医師・歯科医師の方のみご記入ください。  同意する ・ 同意しない	

- ➡ E-learning修了証書を添付のうえ、FAXまたはメール添付にてお送りください。
- ➡ 申込締切：2019年8月9日(金)
- ➡ お申込後、8月15日(木)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。  
8月16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。