

各医療機関の長様

佐賀大学医学部附属病院  
病院長 山下 秀一  
【公印省略】

佐賀大学緩和ケア研修会の開催について（ご案内）

残暑の候、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、「がん対策基本法」の施行により、平成20年3月に策定された「佐賀県がん対策推進計画」では、5年以内に、すべてのがん診療に携わる医師が、がん診療連携拠点病院などが主催する研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得することを目標としています。

そこで、国の「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号厚生労働省健康局長通知）に準拠した「佐賀大学緩和ケア研修会」を下記のとおり開催しますのでお知らせします。

この研修会の参加申し込みにつきましては、別紙2「佐賀大学緩和ケア研修会参加申込書」を下記申込期限までに申込先あて郵送、FAX又はE-mailにて提出をお願いします。

本研修を修了された医師の方には後日厚生労働省健康局長から、医師以外のメディカルスタッフには佐賀県知事及び本院病院長名で、修了証書が交付されることを申し添えます。

なお、参加者の決定は原則的に先着順ですが、申込多数の場合は調整させていただく場合がありますので、予めご了承願います。

また、「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の一部改正について」（平成27年2月10日付け健発第0210第8号厚生労働省健康局長通知）に伴い、佐賀県緩和ケア研修会実施要領を改正し、平成27年10月1日から新しいプログラムで実施しております。

記

1. 対象者 佐賀県のがん診療連携拠点病院又は県内の医療機関に勤務する医師及び医師以外のメディカルスタッフ
2. 開催日 平成28年10月29日（土）・10月30日（日）
3. 開催場所 佐賀大学医学部 校舎講義棟1階 講義室及びPBL室
4. 研修内容 別紙1のとおり
5. 募集定員 60名
6. 受講料 2,000円（資料・昼食代を含む）
7. 申込期限 平成28年9月26日（月）必着

〔申込先〕

〒849-8501 佐賀市鍋島五丁目1番1号

佐賀大学医学部医事課地域医療連携室

TEL 0952-34-3448 FAX 0952-34-2071

E-mail : kanjaren@mail.admin.saga-u.ac.jp

## 緩和ケア研修会プログラム

名称：平成28年度佐賀大学緩和ケア研修会

開催日：平成28年10月29日（土）～平成28年10月30日（日）

## 1日目

	開始 時間	終了 時間	所要 時間	内容	単位
10月 29日	8:20	8:50	30分	受付	
	8:50	9:00	10分	プレテスト	
	9:00	9:10	10分	M1 緩和ケア研修会の開催にあたって	
	9:10	9:55	45分	M2a 緩和ケア概論（患者の視点からの全人的緩和ケア）	0.5単位
	9:55	10:40	45分	M2b つらさの包括的評価と症状緩和	0.5単位
	10:40	10:50	10分	休憩	
	10:50	12:20	90分	M3 がん疼痛の評価と治療	1単位
	12:20	13:00	40分	昼食	
	13:00	13:20	20分	M1b アイスブレーキング	
	13:20	14:50	90分	M4 がん疼痛事例検討	1単位
	14:50	15:00	10分	休憩	
	15:00	16:30	90分	M5 オピオイドを開始するとき	1単位
	16:30	16:40	10分	休憩	
	16:40	17:40	60分	M9 地域における医療連携	0.5単位

## 2日目

	開始 時間	終了 時間	所要 時間	内容	単位
10月 30日	8:30	9:00	30分	受付	
	9:00	10:30	90分	M6a 呼吸困難・M6b 消化器症状・M6c 倦怠感	1単位
	10:30	10:40	10分	休憩	
	10:40	12:10	90分	M7a・M7b 精神症状（気持ちのつらさ・せん妄・不眠等）	1単位
	12:10	13:00	50分	昼食	
	13:00	15:15	135分	M8 コミュニケーション(①) (ロールプレイングによる悪い知らせの伝え方演習)	1.5単位
	15:15	15:25	10分	休憩	
	15:25	16:10	45分	M8 コミュニケーション(②) (がん治療全体の見通しについて説明等)	0.5単位
	16:10	16:30	20分	ふりかえりとポストテスト	

## 佐賀大学緩和ケア研修会参加申込書

申込日 月 日

施設名	
診療科(所属)名	
職種	医師 ・ 医師以外 ( )
医籍登録番号 (医師のみ記載)	昭和・平成 年 月 日 第 号
役職	
(ふりがな) 氏名	※修了証書を発行する際に使用しますので、楷書でお書きください。
修了した場合 氏名及び所属を 公開することの本人の同意	同意する ・ 同意しない
生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
連絡先(電話番号)	

- ※ 1 本紙をもとに修了証書等の準備をいたしますので、氏名は略字ではなく、正式な漢字等で、また、ふりがなの記入もお願いします。
- ※ 2 修了された場合には、氏名及び所属等がホームページ等で公開される場合がありますが、このことに対し本人の同意の可又は否いずれかに○をご記入ください。
- ※ 3 受講料(資料・昼食代を含む)として、2,000円を当日徴収いたしますので、御準備をお願いします。
- ※ 4 今回提出いただいた個人情報は「佐賀大学緩和ケア研修会」の目的以外には利用しません。また、提出者の同意がない限り第三者に提供しません。

## 【申込・照会先】

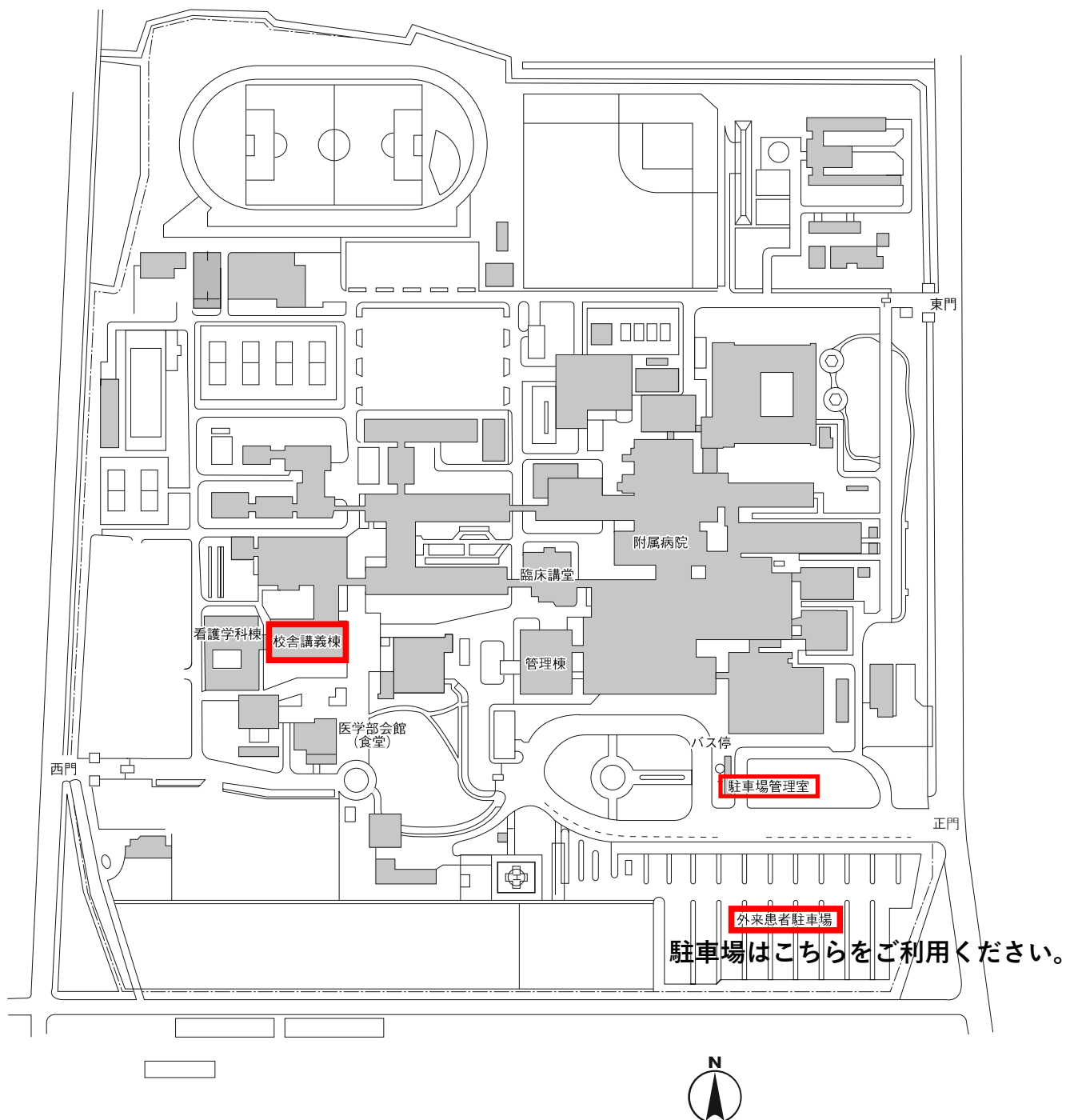
〒849-8501 佐賀市鍋島五丁目1番1号  
佐賀大学医学部医事課  
地域医療連携室

TEL:0952-34-3448

FAX:0952-34-2071

E-mail:kanjaren@mail.admin.saga-u.ac.jp.

# 佐賀大学医学部附属病院 配置図



駐車場はこちらをご利用ください。

# 佐賀市内略図



- (1) 佐賀駅バスセンター 2 番のりばから市営バス佐賀大学病院線（神野公園，鍋島小学校経由・50番）で約25分，終点「佐賀大学病院」下車
- (2) 佐賀駅からタクシーで約20分