

**令和6年度 霧島市立医師会医療センター**  
**がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会開催要領**

**1 研修会の目的**

始良・伊佐・曾於保健医療圏のがん等の診療に携わる医師等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します。

**2 研修会の内容**

本研修会は、「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30年5月9日付け健発0509第4号厚生労働省健康局長通知)に基づき実施します。

受講者は、「e-learning」を受講終了後、「e-learning 修了証書」を自ら印刷し取得します。その後、当センターで開催する「集合研修」を受講し、WEB上でアンケートに回答していただきます。これら全ての受講をもって緩和ケア研修会の修了となります。

※「e-learning」は、PEACEプロジェクト <https://peace.study.jp/>からアクセスし、「受講者登録」を行い、取得したユーザIDでログインし、10月25日までに修了して下さい。「集合研修」の受講申込には、別紙「緩和ケア研修会(集合研修)受講申込書」及び「e-learning 修了証書」の提出が必要です。

**3 主催者**

霧島市立医師会医療センター

**4 集合研修開催日程**

令和6年11月10日(日) 9時～17時30分(受付8時40分～)

**5 集合研修開催場所**

霧島市立医師会医療センター

(〒899-5112 鹿児島県霧島市隼人町松永3320番地 TEL 0995-42-1171)

**6 集合研修主催責任者等**

(1) 集合研修主催責任者：霧島市立医師会医療センター 院長 河野 嘉文

(2) 集合研修企画責任者：霧島市立医師会医療センター

呼吸器外科部長 柳 正和

(3) 集合研修共催者：始良地区医師会・始良地区歯科医師会・始良地区薬剤師会

**7 対象者の要件**

がん等の診療に携わる医師・歯科医師

又、これらの医師・歯科医師と協働し、緩和ケアに従事するその他の医療従事者

## 8 定員及び受講料

- (1) 定員 18人
- (2) 受講料 無料

## 9 集合研修内容

別紙「集合研修内容」のとおり。

## 10 修了証書の交付

緩和ケア研修会の全日程（e-learning、集合研修及びポストアンケート）を修了後、後日、厚生労働省健康・生活衛生局長より修了証書が交付されます。

令和6年度霧島市立医師会医療センター  
がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会

集合研修内容（令和6年11月10日）

開始時間	終了時間	所要時間 (分)	内 容	対応する 開催指針の 項目番号	担 当 者
8:40	9:00	20	受付		
9:00	9:05	5	開会の辞		河野 嘉文
9:05	9:15	10	開催に当たって		柳 正和
9:15	10:05	50	e-learningの復習（身体症状）	(2) ①	柳 正和
10:05	10:20	15	e-learningの復習（精神症状）	(2) ①	山畑 良蔵 富永 佳吾
10:20	10:30	10	休憩		
10:30	10:50	20	アイス・ブレイキング		鱸 恵那 深江 香波
10:50	12:30	100	コミュニケーション	(2) ③ア	山畑 良蔵 富永 佳吾
12:30	13:20	50	昼食・休憩（写真撮影）		
13:20	14:50	90	全人的苦痛に対する緩和ケア	(2) ②ア	松下 格司
14:50	15:00	10	休憩		
15:00	16:30	90	療養場所の選択と地域連携	(2) ②イ	柳 正和
16:30	16:40	10	休憩		
16:40	17:10	30	ACPについて	(2) ④	小林 聖子 田中 梨美子
17:10	17:30	20	ふりかえりと修了式		柳 正和

総集合研修時間	6 時間 1 5 分
---------	------------

令和6年度霧島市立医師会医療センター緩和ケア研修会（集合研修）受講申込書

（ふりがな）

◆氏名： \_\_\_\_\_（男・女）

※修了証書に記載しますので、楷書の大きな文字で正確に記入して下さい。

◆所属： \_\_\_\_\_

役職名： \_\_\_\_\_

◆職種：医師 歯科医師 看護師 薬剤師 MSW その他（ \_\_\_\_\_ ）

◆勤務先住所： 〒 \_\_\_\_\_

◆勤務先電話番号： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

◆臨床経験年数： \_\_\_\_\_年（グループ分けの参考とします）

◆緊急時連絡先（携帯電話番号等）： \_\_\_\_\_

同一施設から複数申し込む場合の施設内優先順位： \_\_\_\_\_

◆修了者として氏名及び所属を公開することの同意：可 否

（医師のみ記入して下さい。）

◆e-learning受講者ユーザID： \_\_\_\_\_

（PEACEプロジェクト <https://peace.study.jp/> からアクセスし e-learning 受講者新規登録時のIDを記載して下さい。）

◆昼食 必要（1,000円程度） 不要

※記載上のお願い

◆印は必ずご記入下さい。

**10月25日（金）**までにお申し込み下さい。

申込先：霧島市立医師会医療センター 総務課 坂元博朗 宛

FAX番号：0995-42-2158 E-mail：kirishima-mc@kirishima-mc.jp

※この用紙に直接ご記入の上、送信票なしでFAXして下さい。