

## 白河厚生総合病院 緩和ケア研修会集合研修のご案内

令和2年度「緩和ケア研修会集合研修」を下記のとおり開催いたします。この研修会は「がん対策基本法」及びそれに基づく「がん対策推進基本計画」に基づき、厚生労働省が提示した「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」に沿って開催するものです。当該指針は、がん診療に携わる医師並びに看護師他医療従事者が基本的な緩和ケアについて正しく理解するとともに、知識や技術・態度を修得することを目的としています。

当研修会は、「e-learning」と「集合研修」で構成され、双方の修了を以って緩和ケア研修会の修了となります。集合研修受講にあたっては、e-learning受講修了および修了証が発行されていることが要件となります。集合研修申込については、下記のとおりとなっていますので、希望される方は早めのe-learning受講をお勧めいたします。(別途参照)

### 記

受講対象者	がん診療に携わる医師他 定員30名(定員になり次第締め切り)
開催日	令和2年8月29日(土) 受付 8:30～ 開始 9:00～ ※時間は変更になる可能性があります。
開催場所	白河厚生総合病院 2階大会議室
受講料	無 料 (お弁当希望者のみ 別途1,000円)
申込方法	別途参加申込書に記入の上、郵送またはFAX、E-mailでお申し込みください。(当院ホームページにも掲載しております) ※令和2年8月18日(火) 必着
その他	1) <b>集合研修にあたっては、事前にe-learningの受講が要件です。申込時にe-learning受講修了証書を添付</b> してください。 ※e-learning受講については、日本緩和医療学会PEACEプロジェクト「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」e-learningサイトをご参照ください。 ( <a href="https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html">https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html</a> ) 2) 全過程を修了された方は厚生労働省健康局長より修了証が交付されます。(診療報酬における「がん性疼痛緩和指導管理料1」及び「がん患者カウンセリング料」の届出には本研修会の修了証が必要です) 3) 遅刻・早退・途中退室された場合は、修了証が交付できません
問い合わせ 送付先	〒961-005 福島県白河市豊地上弥次郎2-1 白河厚生総合病院 総務課 (担当:三村) TEL 0248-22-2211 FAX 0248-22-2218 E-mail mimura-y@shirakawa-kosei.jp

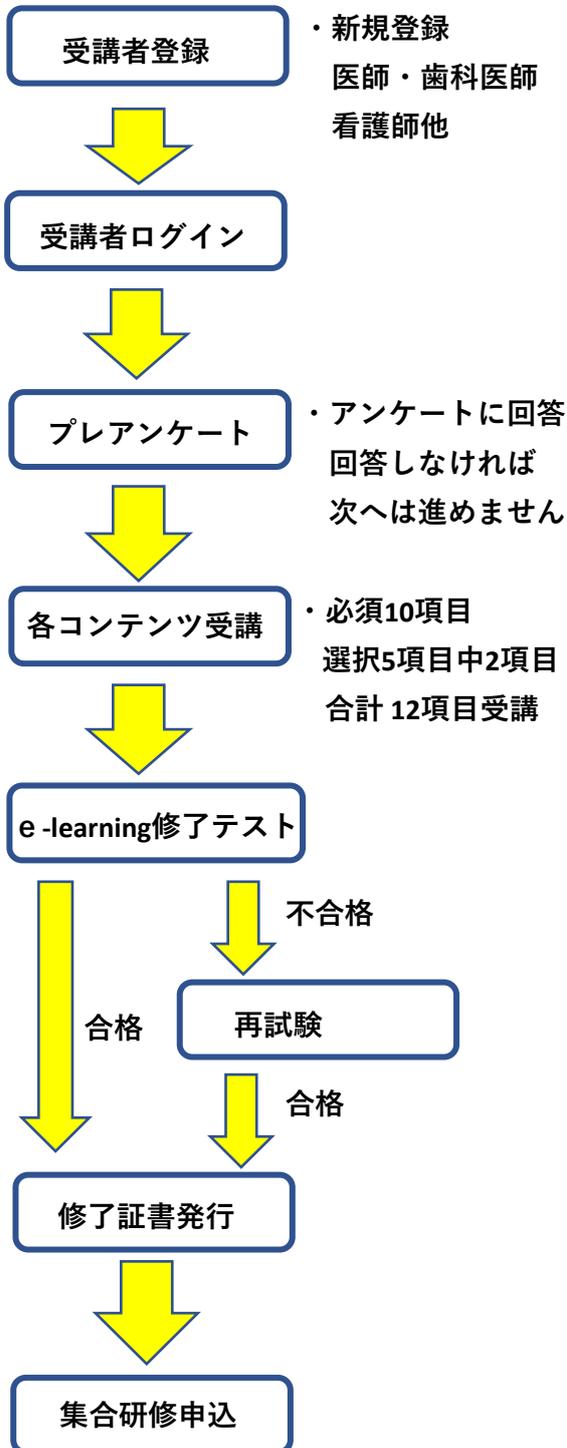
# 緩和ケア研修会 集合研修受講フロー

白河厚生総合病院



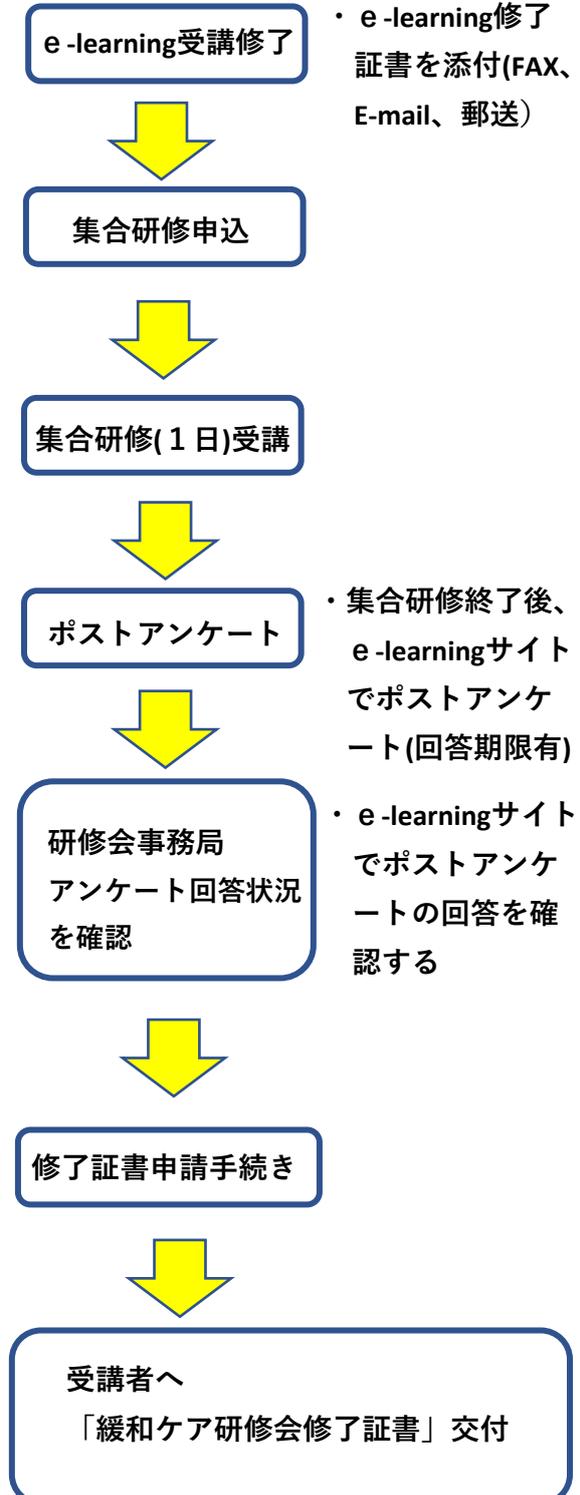
## ① e-learningを受講する

PEACE e-learningサイトにアクセス  
<https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html>  
サイト内「e-learning受講から集合研修受講  
までの流れ」を確認する。



## ② 集合研修を受講する

左記、e-learningの受講済である  
ことが要件です。



### 緩和ケア研修会 集合研修参加申込書

病院名 (施設名)		部署 (診療科)	
医籍登録番号 (医師のみ)	号	医師免許所得の臨床経験年数 (医師のみ)	
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年数	
性別※	男性 ・ 女性	年齢	
ふりがな 氏名 (医師の方の場合、氏名は必ず医 籍登録されている氏名：字体で楷 書での記載をお願いいたします)			
連絡先 (こちらからご連絡を差し上げる場合もあります。緊急時も含め、連絡のつきやすい番号をご記入ください)			
TEL			
FAX			
E-mail			
修了証書送付先住所 (必ず受領できる住所及び所属等 の記載をお願いします)	〒		
修了証書送付先住所を福島県にお 知らせすることについてご承諾い ただけますか。※	・ 承諾します      ・ 承諾しません		
研修会終了後、国及び県が貴殿の 氏名及び所属を公開することにつ いてご承諾いただけますか。※	・ 承諾します      ・ 承諾しません		
医師会員の方のみご記入くだ さい。日本医師会が行ってい る生涯教育制度の単位認定を 希望しますか。※	・ 希望します※生年月日 〈 年 月 日 〉      ・ 希望しません ※生涯教育制度単位認定希望者は、必ず生年月日を記入してください。		

◆追加確認事項 グループ分け等の参考にさせていただきますので、以下の項目にもご記入ください。

生年月日 (西暦)	年 月 日	役職		研修医の場合※	前期・後期
医療用麻薬の処方	0件 ・ 1~5件/年 ・ 6件以上/年		年間2人以上の看取りの経験※		あり・なし

お弁当の申し込み※	要 ・ 不要
-----------	--------

※の箇所は、該当するものに○印をお願いいたします。

注意：修了証書がお手元に届くまでに2,3か月を要する場合があります。

申し込み方法等については受講希望実施機関毎のホームページをご覧ください。

■上記申込書にご記入のうえ、郵送もしくはFAX・E-mailでお申し込みください。

〈問い合わせ・送付先〉      申込締切   ： 2020年8月18日(火) 必着  
〒961-0005 福島県白河市豊地上弥次郎2番地1 白河厚生総合病院 総務課 (担当：三村)  
TEL：0248-22-2211    FAX：0248-22-2218    E-mail：mimura-y@shirakawa-kosei.jp