

疾病第701号  
平成30年9月18日

公益社団法人 茨城県作業療法士会長 殿

茨城県保健福祉部長  
(公印省略)

平成30年度茨城県緩和ケア研修会の周知について(依頼)

本県の保健福祉行政の推進につきましては、日頃より格別の御高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、がん対策基本法(平成18年法律第98号)に基づき国で策定された「がん対策推進基本計画」では、「がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得すること」を目標としております。

この度、「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29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知、平成30年5月9日最終改正)」に基づく研修会が、「茨城県緩和ケア研修会」として別添のとおり開催されますので、貴会会員の御参加を賜りますよう、貴会会報への研修会日程の掲載等による会員への周知につきまして御協力をお願いいたします。

問い合わせ先

〒310-8555 茨城県水戸市笠原町978-6

茨城県保健福祉部疾病対策課

がん対策推進室 担当：小泉

TEL:029-301-3224 FAX:029-301-3239

E-mail: yobo2@pref. ibaraki. lg. jp

## 開催案内



# 茨城県緩和ケア研修会

## 平成30年10月～平成31年3月

### ◆ 茨城県緩和ケア研修会とは

- 国の開催指針に基づき開催され、がん等の診療に携わる**全ての医療従事者**が基本的な緩和ケアについて正しく理解し、緩和ケアに関する知識や技術、態度を習得できる研修会です。(プログラムの詳細 2ページ)
- 講師は日本緩和医療学会等が開催している「緩和ケア・精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会」を修了した医師です。
- 「e-learning」と「集合研修」で構成され、両方修了することで緩和ケア研修会の修了となります。

### ◆ 研修会を修了すると

- 修了証書が交付されます。
- 医師による研修会の修了は、下記算定の要件のひとつとなっています。  
緩和ケア診療加算、有床診療所緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料、外来緩和ケア管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算2、在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

### ◆ 集合研修会場・開催日・募集人数

- 募集人数は、医師・歯科医師20名、その他の医療従事者（看護師、薬剤師等）20名です。  
※小山記念病院は、医師・歯科医師12名、その他の医療従事者13名です。

会場	開催日	申込・問合せ先	申込期限
筑波メディカルセンター病院	10月28日(日)	TEL:029-851-3511 (内線:2042) FAX:029-858-2773	10月8日(月)
ひたちなか総合病院	12月1日(土)	TEL:029-354-5111 (内線:6215) FAX:029-354-6842	11月9日(金)
筑波大学附属病院	12月16日(日)	TEL:029-853-8096 FAX:029-853-3404	11月30日(金)
茨城県立中央病院	2月3日(日)	TEL:0296-77-1121 (内線:2017) FAX:0296-77-2886	1月11日(金)
小山記念病院	3月3日(日)	TEL:0299-85-1132 FAX:0299-85-1131	2月10日(日)

## 集合研修を申込み前にe-learningを受講しましょう!

※e-learning修了までに数日必要となりますのでご注意ください。

国の開催指針が改正されたことに基づき、平成30年7月の茨城県緩和ケア研修会より、集合研修を受講する前にe-learningを修了することが必須となりました。集合研修を申込み前に、以下のURLのサイトよりe-learningを受講してください。

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

# 平成30年度 茨城県緩和ケア研修会参加申込書

※以下の情報は、茨城県及び厚生労働省に情報提供いたしますので、予めご承知ください。

(ふりがな) 氏 名		* 氏名は必ず医籍・歯科医籍登録されている字体でご記入ください。			
職 種 (○印をつけてください)		医師 理学療法士	歯科医師 作業療法士	薬剤師 その他 (	看護師 )
医籍・歯科医籍登録番号 (医師・歯科医師のみ)		第		号	
資格取得後年数		年	月	がん診療従事年数	年 月
専門分野／経験年数 (グループ分けの参考にします)		／			
所 属 施 設	施設名／所属先	／			
	住 所	〒			
	電 話 番 号 (必須)				
	F A X 番 号 (必須)				
	Eメールアドレス (未記載可)				
研修修了後、国及び茨城県が貴殿の氏名及び所属・所属先を公開することについて御承諾いただけますか。 (○印をつけてください)		承諾する		承諾しない	
e-learning 受講者 ID ※未修了 (仮申込み) の場合も e-learning 受講者 ID の記入は必須となります。					
e-learning 受講状況 (○印をつけてください)		修了済み		未修了	

e-learning 修了証書と申込書を一緒に FAX してください。(正式申込み)

申込書を FAX してください。(仮申込み)

研修会 3 日前までに e-learning を修了し、e-learning 修了証書を FAX してください。(正式申込み)

※修了証書の印刷が困難な場合は、各会場の申込・問合せ先までご連絡ください。

お申込みの際は、参加希望の開催日に○印を付けてください。

会 場	申込先FAX番号	開 催 日
筑波メディカルセンター病院	029-858-2773	10月28日 (日)
ひたちなか総合病院	029-354-6842	12月 1 日 (土)
筑波大学附属病院	029-853-3404	12月16日 (日)
茨城県立中央病院	0296-77-2886	2 月 3 日 (日)
小山記念病院	0299-85-1131	3 月 3 日 (日)