

## 開催案内



# 茨城県緩和ケア研修会

会場：筑波メディカルセンター病院

### ◆ 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

- 今年度の茨城県緩和ケア研修会については、募集人数を20名程度とさせていただきます。

| 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11日(土) | 総務課：青木<br>TEL：029-851-3511<br>FAX：029-858-2773 | 9月19日(金) |

## 集合研修を申込む前にe-learningを受講しましょう。

**\* e-learning終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。集合研修を申込む前に、以下のURLのサイトよりe-learningを受講して下さい。

「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/rpv/>

## ◆ 研修会プログラム（案）

| 開始時刻  | 終了時刻  | 時間（分） | 研修項目                 |
|-------|-------|-------|----------------------|
| 12：25 | 12：30 | 5     | オープニング               |
| 12：30 | 12：40 | 10    | 緩和ケア概論               |
| 12：40 | 13：00 | 20    | 消化器症状・呼吸器症状          |
| 13：00 | 14：30 | 90    | 全人的苦痛に対するケア          |
| 14：30 | 16：00 | 90    | 療養場所の選択              |
| 16：00 | 16：10 | 10    | 休憩                   |
| 16：10 | 16：25 | 15    | 気持ちのつらさ・せん妄          |
| 16：25 | 17：55 | 90    | コミュニケーション            |
| 17：55 | 18：10 | 15    | 患者講話＋患者支援・ACP・看取りのケア |
| 18：10 | 18：20 | 10    | アンケート                |
| 18：20 |       |       | 終了                   |



※e-learningで学習した内容の復習になります。

## ◆ 当日の持ち物

緩和ケア研修会は、ポストアンケートの回答をもって修了となり修了証書が発行されます。

ポストアンケートの入力に使用しますので、研修会当日は以下の2点を必ず持参してください。

- スマートフォン、タブレット端末、ノートパソコン等、インターネットに接続可能な機器
- e-learning受講時に用いたIDおよびパスワード



## ◆ 研修会参加時の注意事項

効果的な研修会にするため、参加者には能動的な参加・立場を離れて傾聴しあう姿勢・建設的な発言が求められます。

参加者が周囲に迷惑をかけるような行動・態度を取る場合、研修の修了を認めません。また、茨城県 緩和ケア研修会実施要項の規定に基づき各会場の責任者の判断で研修会会場からの退室を命じることがありますので、予め御了承下さい。

## ◆ がん治療認定医における「緩和ケア研修会修了」の必須化について

日本がん治療認定医機構が認定する「がん治療認定・がん治療認定医（歯科口腔外科）」の新規申請者・資格保有者は、国の指針に基づく緩和ケア研修会（本研修会も該当）の修了が必須化されました。詳細は、日本がん治療認定医機構のホームページを御確認ください。

URL  
<http://www.jbct.jp/index.html>

## ◆ 申込み方法

①以下のURLのサイトより、e-learningを受講して下さい。

「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/rpv/>

②受講後、サイトからe-learning修了証書を印刷して下さい。

③参加申込書に必要事項を記入の上、印刷したe-learning修了証書と一緒に提出して下さい。

（申し込み時点でe-learning未修了の場合は、参加申込書のみ提出して下さい。

受講後にe-learning修了証書を提出して下さい）

④申込締切後、申込先で参加者が決定され、参加可否の通知が送付されます。

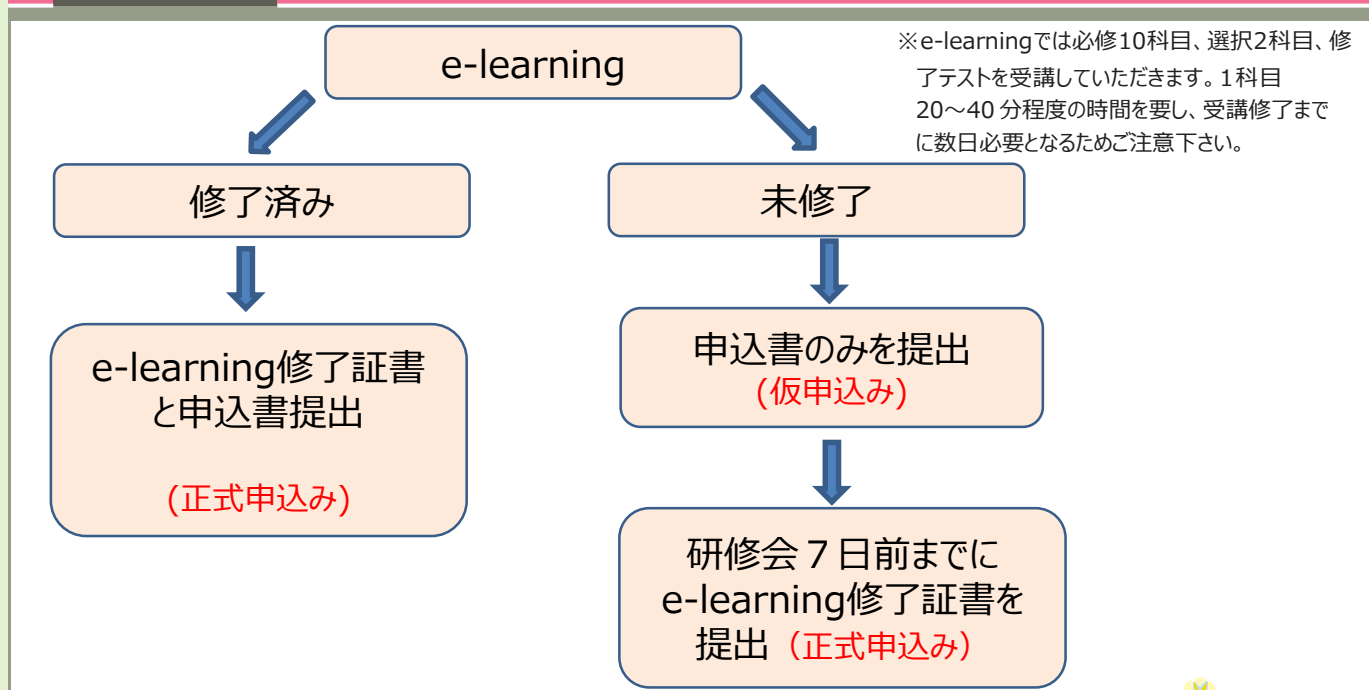
※参加希望者が募集人数を超過した場合、参加をお断りすることもあります。予め御了承下さい。

⑤申込書はインターネットからも入手できます。インターネットの検索サイトで「茨城県緩和ケア研修会」と検索するか、以下URLサイトからダウンロードして下さい。

URL

<http://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/yobo/sogo/yobo/cancergrop/pc/pcindex.html>

## ◆ 申込みの流れ



## 緩和ケア研修

## Q & A

- Q** 過去に改正前の指針に基づく研修会（平成30年6月以前に開催された研修会）を修了していますが、診療報酬を算定するため研修会を再度受講する必要がありますか。
- A** 受講する必要はありません。緩和ケア診療加算等の診療報酬の算定は、過去に開催された研修会を修了していれば、引き続き算定が可能です。

## お問い合わせ先

- 研修会の受講状況、修了証書の発行に関すること： 疾病対策課 がん・循環器病対策推進室（TEL：029-301-3224）
- 申込み状況、研修会当日の内容に関すること： 各会場の問い合わせ先へ
- 診療報酬に関すること： 関東信越厚生局茨城事務所（TEL：029-277-1316）

# 令和7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)<br>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<br>(○印をつけてください)                                             |                                | 医師<br>理学療法士                      | 歯科医師<br>作業療法士 | 薬剤師<br>その他 ( | 看護師<br>) |
| 医籍・歯科医籍登録番号<br>(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<br>(グループ分けの参考にします)                                    |                                | ／                                |               |              |          |
| 所<br>属<br>施<br>設                                                | 施設名／所属先                        | ／                                |               |              |          |
|                                                                 | 住 所                            | 〒                                |               |              |          |
|                                                                 | 電 話 番 号 (必須)                   |                                  |               |              |          |
|                                                                 | 携帯電話番号 (必須)<br>(中止連絡等に使用します)   |                                  |               |              |          |
|                                                                 | F A X 番 号 (必須)                 |                                  |               |              |          |
|                                                                 | Eメールアドレス (必須)<br>(中止連絡等に使用します) |                                  |               |              |          |
| 茨城県医師会の加入                                                       |                                | 非会員 / 会員 ⇒ 所属群市医師会名 ( )          |               |              |          |
| 研修修了後、国及び茨城県が貴殿の氏名及び施設名、所属先を公開することについて承諾いたしますか。<br>(○印をつけてください) |                                | 承諾する 承諾しない                       |               |              |          |
| e-learning 受講状況<br>(○印をつけてください)                                 |                                | 修了済み 未修了                         |               |              |          |



| 会 場           | 開 催 日      | 申 込 期 限   |
|---------------|------------|-----------|
| 筑波メディカルセンター病院 | 10月11日 (土) | 9月19日 (金) |