

がん医療に携わる医師に対する コミュニケーション 技術研修会

「悪い知らせ」を伝えられることは、患者とその家族にとって衝撃的な出来事であり、その後の日常生活に大きな影響を与え、場合によっては治療の選択を誤らせることが知られています。また同時に「悪い知らせ」を伝える側の医療者にとっても大きなストレスを伴います。この研修会では、患者が納得したうえで安心して治療法等の選択ができるように、患者-医師間のコミュニケーションの質の向上を目的としています。

開催日

2017年

9月30日(土)・10月1日(日)
(2日間通しての研修会です)

会場

富山大学附属病院

総合臨床教育センター2階
多目的研修室

落ち着いた環境のもとで、演技力に定評のある模擬患者を相手に合計8時間のロールプレイ実習を行います。

受講者の声

- 今までは「自分が話すこと」ばかりに注意を向けていましたが、この研修会を受講して、「患者さんの言葉をよく聴き、受け止めること」が大切であるということ学びました。
- ロールプレイを通して、本を読むだけでは習得できないスキルを学ぶことができました。

- 主催：富山大学附属病院 集学的がん診療センター
- 協力：一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会 / 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会
- 受講資格：がん診療経験年数満3年以上の医師
- 時間(予定)：1日目 10:00~18:00 / 2日目 8:30~15:00
- 受講料：無料 ※グループで食事をする際の昼食代として2,000円(2日分)及び受講者のために要する費用(交通費、宿泊費等)は受講者負担となります。
- 内容：難治がん、再発、抗がん治療の中止など悪い知らせを患者に伝えるロールプレイ
(詳細は <http://www.share-cst.jp/index.html>をご確認ください)
- お申し込み：富山大学附属病院 臨床腫瘍部
申込用紙にご記入の上、FAX【076-434-5112】までお送りください。
- お申込み期限：2017年7月31日
- お問合せ先：担当 前田
TEL 076-434-7808, e-mail: maedan@med.u-toyama.ac.jp

平成 29 年度 がん医療に携わる医師に対する
コミュニケーション技術研修会
参加申込書

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

氏 名 (漢 字)	姓	名
氏 名 (カ ナ)	セイ	メイ
性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
所 属 機 関 名		
所 属 部 署 名		
所 属 部 課 名		

現在の専門は何ですか？ ※「その他」を選択された方は、内容を括弧内に記載して下さい。
<input type="checkbox"/> 消化器内科
<input type="checkbox"/> 消化器外科
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科
<input type="checkbox"/> 呼吸器外科
<input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科
<input type="checkbox"/> 乳腺外科
<input type="checkbox"/> 産婦人科
<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 脳神経外科
<input type="checkbox"/> 頭頸部外科、耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/> 皮膚科
<input type="checkbox"/> 整形外科
<input type="checkbox"/> 緩和ケア (メンタルヘルス系専門を除く)
<input type="checkbox"/> 小児科
<input type="checkbox"/> その他 ()

自宅か所属のどちらかを選択した上でその住所（所在地）を記入してください

連 絡 先	<input type="checkbox"/> 自 宅	<input type="checkbox"/> 所 属
郵 便 番 号		
住 所 (都 道 府 県)		
住 所		
住 所 (ビル・建物名)		
メー ル ア ド レ ス		
T E L		
TEL (緊急連絡先)		
F A X		

主に行っている治療法を選択してください。 ※「その他」を選択された方は、内容を括弧内に記載して下さい。
<input type="checkbox"/> 放射線
<input type="checkbox"/> 化学療法
<input type="checkbox"/> 手術
<input type="checkbox"/> 緩和ケア
<input type="checkbox"/> その他 ()

医師免許取得年月日 (西 曆)	年	月	日
臨 床 経 験 年 月	年	ヶ 月	
がん臨床経験年月 【がん臨床経験が満3年に満たない方は、受講出来ません】	年	ヶ 月	
現 在 の 満 年 齢			歳