

令和3年11月1日

郡市区等医師会 御中

大阪府医師会  
(公印省略)

「令和3年度緩和医療に関する研修会（シリーズ⑫）」の開催について

平素より本会事業の推進にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本会では、在宅医療における緩和医療体制の構築を目指して、平成26年度より研修会を開催しており、今般、そのシリーズとして第12回目を下記および別添開催要領のとおり開催いたします。受講対象は緩和医療にご関心のある会員医師のみならず、広く医療関係者も対象としており、多くの方々にご参加いただきたく存じます。

つきましては、貴会におかれましてもご了知いただくとともに、貴会会員への周知方ご高配を賜りますようお願い申し上げます。

なお、本研修会の開催につきましては、府医ニュース11月3日号にも掲載予定でありますことを申し添えます。

## 記

日 時：令和3年12月8日（水）午後2時～4時  
会 場：大阪府医師会館2階ホール・WEB会議システムのハイブリッド形式  
主 催：大阪府医師会（大阪府地域医療介護総合確保基金緩和ケア人材育成事業）  
受講対象：緩和医療に関心のある医師・医療従事者・事務職員等  
内 容：

〔演題1〕「地域連携と緩和ケア～今求められる地域でのACPの取り組み～」

淀川キリスト教病院緩和医療内科主任部長、地域医療連携センター長 池永 昌之

〔演題2〕「呼吸器疾患と緩和ケア～今求められる地域でのACPの取り組み～」

近畿中央呼吸器センター心療内科科長、支持・緩和療法チーム室長 所 昭宏

取得単位：大阪府医師会生涯研修システム登録研修2単位（予定）

申込締切：令和3年12月1日（水）

申込方法：

### ①会場受講の場合

別紙「受講申込書」をご記入の上、大阪府医師会地域医療1課までFAX(06-6766-2875)にてお申し込みください。

### ②WEB受講の場合

下記URLまたはQRコードからお申し込みください。

〔WEB受講申込用URL〕

[https://zoom.us/webinar/register/WN\\_B2i1Z\\_seRHWcjoLPph3kRg](https://zoom.us/webinar/register/WN_B2i1Z_seRHWcjoLPph3kRg)



### 【担当事務局】

大阪府医師会地域医療1課（奥平・福田）

TEL: 06-6763-7012 FAX: 06-6766-2875

## 令和3年度緩和医療に関する研修会（シリーズ⑫） 開催要領

- 主 催 大阪府医師会  
（大阪府地域医療介護総合確保基金緩和ケア人材養成事業）
- 日 時 令和3年12月8日（水） 午後2時～4時
- 会 場 大阪府医師会館2階ホール・WEB（Zoomウェビナー）併用
- 対 象 医師・看護師・薬剤師・事務職員等の医療従事者
- 次 第

### 1. 開 会

挨拶：大阪府医師会 副会長 中尾正俊

### 2. 講 演

座 長：大阪府医師会 理事 大平真司

（講演1）「地域連携と緩和ケア～今求められる地域でのACPの取り組み～」

講 師：宗教法人在日本南プレスビテリアンミッション 淀川キリスト教病院  
緩和医療内科主任部長、地域医療連携センター長

池永昌之

（講演2）「呼吸器疾患と緩和ケア～今求められる地域でのACPの取り組み～」

講 師：独立行政法人国立病院機構 近畿中央呼吸器センター  
心療内科科長、支持・緩和療法チーム室長

所 昭 宏

### 3. 閉 会

○定 員 会場受講100名（WEB受講500名）

○取得単位 大阪府医師会生涯研修システム登録研修（2単位）

<申し込み方法>

#### ○会場受講

別紙「受講申込書」をご記入の上、大阪府医師会地域医療1課までFAX（06-6766-2875）にてお申し込みください。

#### ○WEB受講

下記URLまたはQRコードからお申し込みください。

〔WEB受講申込用URL〕

[https://zoom.us/webinar/register/WN\\_B2i1Z\\_seRHWCjoLPph3kRg](https://zoom.us/webinar/register/WN_B2i1Z_seRHWCjoLPph3kRg)

※受講料は無料。申込は12月1日（水）まで。



「令和3年度緩和医療に関する研修会 (シリーズ⑫)」  
受講申込書 <<会場受講用>>

開催日時 令和3年12月8日(水) 午後2時~4時  
会場 大阪府医師会館 2階ホール

1. 氏名 ふりがな  
\_\_\_\_\_

職種 ( 医師 看護師 保健師 その他 ( ) )  
\_\_\_\_\_

2. 医籍登録番号 (医師の方のみ)  
\_\_\_\_\_

3. 所属都市区等医師会名 (医師の方のみ)  
\_\_\_\_\_

4. 所属機関名  
\_\_\_\_\_

5. 所在地  
〒  
\_\_\_\_\_

6. 電話番号  
\_\_\_\_\_

7. FAX番号  
\_\_\_\_\_

申込締切: 令和3年12月1日(水)

【担当事務局】  
大阪府医師会地域医療1課 (奥平・福田)  
TEL: 06-6763-7012 FAX: 06-6766-2875  
E-mail [t-okuhira@po.osaka.med.or.jp](mailto:t-okuhira@po.osaka.med.or.jp)