

相談対応の質保証を学ぶ in 熊本

日時：2018年7月14日(土) 9:30～16:30 (9時00分～受付)

会場：熊本大学医学部附属病院 東病棟 12階 多目的ホール

主催：熊本県がん診療連携協議会幹事会 相談支援・情報連携部会

参加をご希望の場合には、4ページ目の申込書を記入の上、記載されている申込先までお送りください。

受講決定通知は、6月20日以降郵送にて連絡されることになります。

なお、この研修は、国立がん研究センター『認定がん専門相談員』の取得・更新に必要な

III群研修として承認されています。

<https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/info/project/certification/index.html>

担当施設（お問い合わせ先）

熊本大学医学部附属病院がん相談員サポートセンター

電話：096-373-5558・5559

研修当日の欠席等連絡先：096-373-5559

平成30年度第1回 熊本県がん相談員研修会実施要項

「相談対応の質保証を学ぶ（QA：Quality Assurance）」

主催：熊本県がん診療連携協議会幹事会 相談支援・情報連携部会

日時：平成30年7月14日（土） 09：30～16：30（9時00分～受付）

場所：熊本大学医学部附属病院 東病棟12階 多目的ホール

■研修の目的

- ・電話相談事例を通して、がん専門相談員に必要な相談対応の質の保証と向上のための観点を学ぶ。
これらの学びを施設に還元、普及できる人材の育成を目的とする。

■学習目標

- ・がん相談対応評価表（以下、評価表）の目的、意義、ルールを理解する。
- ・グループ討議では、互いの意見を尊重し、積極的に参加する。
- ・グループ討議で得た学びを自己の相談対応の改善や質の向上に適用する。
- ・「評価表」を活用したグループ討議において、ルールを厳守することの重要性を認識する。
- ・がん相談支援の質の管理と維持に必要な課題を説明する。
- ・施設や地域で「評価表」を用いた研修を開催する際の効果、課題・問題、解決策を具体的に討議する。
- ・研修を通して、顔の見える連携体制につなげる。

■対象

- ・熊本県内のがん診療連携拠点病院と近隣県のがん専門相談員。

■事前課題（受講決定者）

- ・受講者は、WEB掲載している電話相談事例の音声テキストを事前に聴取し、評価表を用いて各自が評価し、当日に評価表と逐語録をもってくる。
- ・事前課題の模擬事例は、受講決定者のみに、後日、相談音声事例のURLをお知らせします。

■スケジュール

9：30～10：00	オリエンテーション アイスブレイク
10：00～12：30	講義：がん相談対応評価の意図と使い方 グループ討議
13：30～16：15	講義：がん相談支援の質を考える グループ討議
16：15～16：30	アンケート記入、修了証書交付

■講師

国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報提供部
部長 高山智子先生

■申し込み

1. 申し込み方法

平成30年度熊本県がん相談員研修会参加申込書に必要事項を記載の上、6月18日（月）までにFAX
（送付先：096-373-5957）にて申し込み下さい。

2. 募集定員は45名とします。

同施設から複数人申し込みをされる場合は、施設参加希望順位を必ず付けて下さい。

■研修会の参加費用等

・無料

（但し、昼食のお弁当1,000円（お茶込）を希望される場合は、参加者負担でお願いいたします。当日受付時に集金いたしますので、お釣りのないようご協力をお願いします。）

・お弁当を注文されない方は、各自ご準備下さい。

（病院敷地内には、セブンイレブンや病棟売店がございます。）

■その他

・受講決定通知は、6月20日以降郵送にてお送りします。

・受講決定通知が届かない場合や、出欠の変更等ございましたら、熊本大学医学部附属病院がん相談員サポートセンター（096-373-5558・5559）まで電話にて連絡をお願いいたします。

・当日お車でお越しの場合は、駐車券を会場までご持参下さい。無料券をお渡しします。

・研修当日の欠席等連絡先：096-373-5559

平成30年度第1回熊本県がん相談員研修会

参加申込書

提出先：熊本大学医学部附属病院 がん相談員サポートセンター

提出先 FAX：096-373-5957

申込期限：平成30年6月18日（月）

※1名ごとに本申込書にて申込下さい。

■所属施設名

[]

■参加希望者（1名ごと記入）

ふりがな []

氏名 []

（受講証書で使用しますので、ご記入は楷書でお願いします）

■施設応募順位 [] 位

（参加施設において2名以上で応募される場合は、必ず記入願います）

■現在の配置先

がん相談支援センター 相談支援センター その他

配置先名称 []

■連絡先

TEL [] FAX []

メール []

■職種

がん看護専門看護師 認定看護師 看護師 保健師 社会福祉士

精神保健福祉士 臨床心理士 その他 []

■相談員としての経験年数

経験なし 1年未満 2～5年 5～10年 10年以上

■昼食 お弁当の希望（1,000円 お茶代込）

希望する 希望しない