



がん診療連携拠点病院機能強化事業

北海道大学病院腫瘍センター 第19回外来がん治療研修会

本院では、平成21年4月から、地域がん診療連携拠点病院として指定を受け、北海道内のがん診療に携わる医師等に対する、高度ながん医療に関する研修会を実施しています。

本研修会は、がん医療の担い手となる高度な知識と技術を持つ医師、薬剤師及び看護師を、1つの診療チームとして育成するとともに、北海道内のがん診療連携拠点病院の存在しない地域の医療現場においても、がん患者に対する標準的ながん薬物療法が普及、浸透し均てん化されることを目指して、以下のとおり実施します。

参加ご希望の場合は、申込書に必要事項をご記入のうえ、お申込みください。

【申込み・お問い合わせ先】

北海道大学病院

医療支援課 地域医療連携係

TEL 011-706-5629 FAX 011-706-5630

E-mail itiiki@jimu.hokudai.ac.jp

第19回外来がん治療研修会 募集要項

1 主催

北海道大学病院

2 日時

令和元年9月18日（水） 14:00～19:00

9月19日（木） 9:00～14:50

3 場所

北海道大学病院 腫瘍センター（札幌市北区北14条西5丁目）

4 募集対象

原則的にがん診療に携わる医師、薬剤師、看護師各1名、計3名を1グループとして受け入れます。

応募多数の場合は3職種での申込みを優先しますが、人数に余裕がある場合は、薬剤師と看護師等の組み合わせでも可とします。2日間両日受講可能な方が対象です。

5 研修内容

別添プログラムのとおり

6 受講料

無料。ただし、受講者の旅費・宿泊等は、所属する機関で負担願います。

7 申込期限

令和元年7月26日（金）

※1施設1組の受付とさせていただきます。

8 申込方法

申込用紙に必要事項をご記入の上、FAXによりお申込みください。 **FAX: 011-706-5630**

9 受講者の決定

受講申込者の選考結果は、決定次第、代表者様宛に文書で通知いたします。通知文書受領後の受講の取り消しは、原則として認められませんので、ご承知おきください。

10 修了証書

研修主催者である北海道大学病院長名の修了証書を交付します。

11 その他

(1) 受講の際は、上履き（室内履き）をご持参願います。

(2) 受講に必要な諸事項（集合場所等）は、受講決定時にお知らせします。

(3) 会場には駐車場がありませんので、公共の交通機関をご利用のうえ、ご来場ください。

第19回外来がん治療研修会プログラム

目的

1. 自施設の外来がん化学療法の強みと課題を明らかにし、安全・確実に実践するための方法を見いだす
2. 外来がん治療におけるチーム医療を発揮するために、各職種の相互理解を深める

目標

1. がん薬物療法の標準治療や最新情報を理解する
2. 北海道大学病院の外来がん薬物療法のシステムを理解する
3. 外来がん薬物療法におけるチーム医療の重要性を理解する
4. 自施設の強みと課題を明らかにし、解決方法を検討する

時 間	内 容
1日目 9月18日(水)	
14:00	集合
14:10~14:20	研修オリエンテーション
14:20~15:20	医師講義 「大腸がんの薬物療法」
15:20~15:25	休憩
15:25~16:15	看護師講義 「外来がん薬物療法における看護師の活動と役割」
16:15~16:25	休憩
16:25~17:15	薬剤師講義 「外来がん薬物療法における薬剤師の活動と役割」
17:15~17:30	休憩・会場設営
17:30~19:00	プロトコール審査委員会・化学療法部利用者懇談会見学
2日目 9月19日(木)	
9:00~9:30	講義「曝露対策」
9:30~11:30	外来治療センター見学, 薬剤部見学(全職種) 【上記終了後, 各職種に分かれて質疑応答・意見交換】 医師: 症例紹介, 薬剤師: 薬剤師業務の実際, 看護師: 投与管理の実際
11:30~12:30	施設別グループワーク・発表準備
12:30~13:20	昼食
13:20~14:40	発表／ディスカッション
14:40~14:50	修了証書授与・アンケート記入

北海道大学病院 第 19 回外来がん治療研修会 受講申込書

北海道大学病院 病院長 秋田 弘俊 殿

申込年月日 令和 年 月 日

ふりがな 氏 名	職名	所 属 部 署 (専門・認定をお持ちの場合ご記載ください)	経 験 年数	性別	年 齢
	医 師				
	薬剤師				
	看護師				
所属機関名					
所 在 地	〒 Tel () — Fax () —				
※貴機関での外来化学療法件数を教えてください(大体で結構です)。 年間のべ () 件					
上記の者の受講を申し込みます。 [担当者連絡先] 氏名： 所属：					
Tel :			Fax :		
E-mail :					

【送付先】

北海道大学病院

医療支援課 地域医療連携係

Tel 011-706-5629 Fax 011-706-5630

E-mail itiiki@jimu.hokudai.ac.jp