



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11回外来がん治療研修会

本院は、平成21年4月から、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し、高度の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専門医師及びコメディカルの育成を目的に、北海道内のがん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、浸透し標準化されることを目指し、医師、薬剤師、看護師を1つの医療チームとした研修を募集要項のとおり実施します。

今回は、大腸がんをテーマに研修を行います。

参加希望の場合は、申込書に必要事項をご記入の上、以下の連絡先へお申込みください。

●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 吉井

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

E-mail itiiki@jimuhokudai.ac.jp

第11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（2日間両日の受講が必要です）
平成26年11月20日（木） 12:50~19:00
平成26年11月21日（金） 9:00~16:00
- 3 場所
北海道大学病院（札幌市北区北14条西5丁目）
- 4 募集対象
がん診療に関わる医師，薬剤師，看護師各1名（計3名）を1グループとし，申し込みを受け付けます。1名での申込みも可能ですが，応募多数の場合は3職種での申込みを優先します（最大9名まで）。
- 5 研修内容
別添プログラムのとおり
- 6 参加料
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
平成26年10月30日（木）
- 8 申込方法
申込用紙に必要事項をご記入の上，ファックスによりお申込みください。
- 9 受講者の決定
受講申込者の結果は，決定次第，メール又は文書で通知いたします。通知文書受領後の参加の取り消しは，原則として認めませんので，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）受講決定後でも不適當な理由がある場合には，決定を取り消すことがあります。
 - （3）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。
 - （4）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上，ご来場ください。

第11回外来がん治療研修会 プログラム

時 間	1日目(11月20日)	担当
12:50	集合	
13:00~13:15	腫瘍センターについて	小松
13:15~14:15	大腸がんの薬物療法	中積
14:15~14:20	休憩	
14:20~15:20	外来治療センターにおける薬剤師の役割 (プロトコール管理の実際, 抗がん剤の曝露と対策)	久保田・熊井
15:20~15:30	休憩・会場設営	
15:30~16:30	抗がん剤ミキシング実習 ~オーダー受付から抗がん剤ミキシングまで~	久保田・熊井
16:30~16:40	休憩	
16:40~18:00	外来治療センターにおける看護師の役割 (リスクマネジメントと副作用に応じた患者支援)	中野
18:00~19:00	消化器がんボード見学	小松・福島・石岡

時 間	2日目(11月21日)	担当
9:00	集合	
9:10~11:30	1. 外来治療センター見学, 薬剤部見学 2. 各職種に分かれて、見学および質疑応答 症例紹介(医師), 薬剤監査等見学(薬剤師), 投与管理(看護師)	福島・中野 久保田・熊井
11:30~12:00	ポート管理について	三宅
12:00~12:20	プロトコール審査委員会・化学療法部懇談会の紹介 (ビデオ研修)	中野
12:20~13:20	昼食	
13:20~14:20	外来におけるがん性疼痛のマネジメント	田巻
14:20~14:30	休憩	
14:30~14:50	外来がん患者と家族への在宅生活への支援	石岡
14:50~15:00	休憩・会場設営	
15:00~15:45	全職種での意見交換・質疑応答	福島・石岡・ 中野・久保田・ 熊井
15:45~16:00	修了証書授与	

北海道大学病院「第11回外来がん治療研修会」参加申込書

北海道大学病院長

寶金 清博 殿

申込年月日 平成 年 月 日

参加者氏名(ふりがな)		職名	所属診療科	性別	年齢
代表者					
所属機関名					
所在地	〒 TEL () — FAX () —				

上記の者の受講を申込みます。

送付先：北海道大学病院 医療支援課

地域医療連携係 吉井 洋

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

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

※別紙アンケートにもご協力ください。

※事前アンケート(申込書といっしょに送ってください)

●医療機関名 ()

●貴施設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)。

月平均 () 件 そのうち大腸がん () 件

●貴施設における入院での大腸がん化学療法件数を教えてください(大体で結構です)

月平均 () 件

●貴施設は、外来化学療法加算を算定していますか。該当する番号に○を付けてください。

1. 外来化学療法加算 1
2. 外来化学療法加算 2
3. 算定なし

●各職種にそれぞれお尋ね致します。

① 医師の方

【勤務場所(複数回答可)】 ①病棟 ②外来 ③外来化学療法室 ④その他

【大腸がん診療の経験年数】 約 () 年

② 看護師の方

【主な勤務場所】 ①病棟 ②外来 ③外来化学療法室 ④その他 ()

【がん化学療法看護の経験年数】 約 () 年

【ポート穿刺実施の状況】 ①看護師が行っている ②医師が行っている

③ 薬剤師の方

【主な勤務場所】 ①病棟 ②外来 ③外来化学療法室 ④その他 ()

【抗がん剤ミキシング(調製)の経験年数】 約 () 年

【安全キャビネット設置の有無】 ①あり ②なし

●その他、研修に対する要望等がありましたらご記入ください。

[]