

平成30年7月3日

関係各位

東北大学大学院医学系研究科長
五十嵐 和 彦
東北大学病院長
八重樫 伸 生
東北大学病院がんセンター長
石 岡 千加史
東北大学病院がんセンター
副センター長 神 宮 啓 一

東北次世代がんプロ養成プラン（インテンシブコース）及び
「がん薬物療法研修」（宮城県がん診療連携拠点病院，東北大学）のご案内

文部科学省事業，東北次世代がんプロ養成プランでは，がん専門医療者養成のために，4大学（東北大学，山形大学，福島県立医科大学，新潟大学），宮城・山形・福島・新潟4県の全がん診療連携拠点病院の連携で大学院コースとして，専門医・がん専門コメディカルの養成のためのインテンシブコース（社会人向け）を開講いたします。

同コースは宮城県がん診療連携拠点病院のがん化学療法研修事業の一つである「がん薬物療法研修」の一環として開催されます。

については，参加希望の施設は別添研修要項参照の上，本院宛にお申し込み願います。

研修対象者は各施設でがん薬物療法を中心的に行う医師，薬剤師及び看護師で，3人1組でお申し込み願います。今年度は5回の研修となるため，最大10病院が対象となりますが，お申し込みが多い場合は，来年度の研修枠にお願いすることになりますのでご了承ください。

「がん薬物療法」研修要項

1. 概要

進行がん患者に対する標準的ながん薬物療法が、がん拠点病院の存在しない地域の医療現場においても普及、浸透し標準化されることを目指して、宮城県を中心とする東北6県及び新潟県における地域の中核的病院から医師、薬剤師、看護師を一つの診療チームとした研修を行う。この研修事業を通して、標準的ながん薬物療法についての啓発にあたるのみならず、地域の中核的病院とより一層の連携をはかり、東北地方における進行がん患者の診療ネットワークを構築し、同地域の進行がん治療のレベルアップを目指して活動する。

2. 目的

講習、実習などによる研修事業を介して、がん薬物療法に関する知識や技術、さらにシステムなどの習得や移植を行い、がん拠点中核病院におけるがん薬物療法のノウハウを地域の病院に伝搬し、地域内におけるがん薬物療法の医療水準の均一化を図ることを目的とする。

3. 対象及び人数

医師、薬剤師、看護師各1名、計3名を1グループとし、1回につき2グループを受け入れる。(研修期間の両日ともに同じメンバーで参加できるグループに限る。)

4. 研修期間

第1回：平成30年 9月11日(火)～9月12日(水)

第2回：平成30年10月 9日(火)～10月10日(水)

第3回：平成30年10月30日(火)～10月31日(水)

第4回：平成30年11月 6日(火)～11月 7日(水)

第5回：平成30年11月27日(火)～11月28日(水)

5. 研修場所

〒980-8574 宮城県仙台市青葉区星陵町1-1

東北大学病院

{バス：仙台駅前バス乗り場から八幡町方面行きに乗車、大学病院前下車
所要時間は約20分}

{地下鉄：地下鉄仙台駅から泉中央行きに乗車、北四番丁駅下車後、北出口より
八幡町方向へ徒歩約10分}

※当院へは原則交通機関をご利用くださいますようお願いいたします。

なお、やむを得ず自動車をご利用の場合は事前に下記問い合わせ先へご連絡願います。

6. 研修科目 別紙1「日程表」のとおり
質疑応答の時間を設けておりますので、要望・質問等がありましたら別添「要望・質問票」(様式2)を事前に提出願います。

7. 申込要項

研修を受けようとする者は、所定の申込書「様式1」に必要事項を記入のうえ、平成30年8月3日(金)必着で東北大学病院地域医療連携課地域医療支援係あてに郵送、FAX又はE-mailにより、提出してください。

8. 受講決定及び受講者決定通知

申込機関が多数の場合には、日程等を本院で調整させていただくことがあります。申込みについての結果は、決定次第、所属長宛に文書で通知します。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、ご承知おき下さい。

9. 修了証書の授与

課程の修了者には、修了証書を交付します。

10. 宿泊施設の利用

宿泊施設の斡旋は行っておりませんので、各自で手配願います。

11. 問い合わせ先及び申込書送付先

〒980-8574 宮城県仙台市青葉区星陵町1-1

東北大学病院 地域医療連携課 地域医療支援係 担当：小原，原

TEL 022-717-7995 FAX 022-717-8886

E-mail : ijih-thk@umin.net

12. その他

- (1) 受講者の旅費等は、所属する機関で負担願います。
- (2) 受講の際は、白衣(看護師の場合はナース・シューズ)をご持参願います。
- (3) 受講決定後でも不適當な理由がある場合は、決定を取り消す場合があります。
- (4) 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。
- (5) お申込みに際してご記入いただきました氏名等の個人情報、本学個人情報保護規程に基づき、厳重に取り扱い、以下の利用目的以外では一切使用いたしません。
 - ① 受講生への勤務先への緊急連絡のため
 - ② 講師への情報提供のため
 - ③ その他研修業務遂行のため
- (6) 研修の案内については、東北大学病院HP「当院からのお知らせ」に掲載いたしますので、ご参照願います。また、研修に関する情報を随時掲載する予定としておりますので、ご確認願います。

(<http://www.hosp.tohoku.ac.jp/release/>)

「がん薬物療法」研修日程表

期日： 第1回：平成30年 9月11日（火）～ 9月12日（水）
 第2回：平成30年10月 9日（火）～10月10日（水）
 第3回：平成30年10月30日（火）～10月31日（水）
 第4回：平成30年11月 6日（火）～11月 7日（水）
 第5回：平成30年11月27日（火）～11月28日（水）

| | | | | | | | | |
|-----|--------------|---------------------------|------------------------------------|-------------|--------------------------------|----|---|-------------|
| 第1日 | 10:40 | 11:00～11:30 | 11:30～12:10 | 12:10～13:10 | 13:10～14:10 | 休憩 | 14:20～16:20 | 16:20～16:45 |
| | 集合・オリエンテーション | IT講義 「化学療法支援システム説明(仮)」 | MSWIに関する講義 「地域医療連携センターの立場から(仮)」 | 昼食 | 薬剤部講義 「がん化学療法における薬剤師の役割(仮)」 | | 看護部化学療法センター 講義・実習 「化学療法センター運営の実際 看護業務を中心として(仮)」 | 質疑応答 |

| | | | | | | | | | |
|-----|------|-----------------|-------------|-------------|-------------|----|-------------|---------------|--------|
| 第2日 | 8:30 | 8:45～10:20 | 10:30～12:00 | 12:00～13:00 | 13:00～14:00 | 準備 | 14:05～14:30 | 14:30～15:00 | 15:00～ |
| | 集合 | 腫瘍内科 症例検討会見学 | | | | | 移動・休憩 | 薬剤部抗癌剤ミキシング実習 | 昼食 |

*日程は、講師等の都合により変更となることがあります。

*昼食は準備しておりませんので、各自でご準備ください。

申 込 書

東北大学病院長 八重樫 伸生 殿

申込年月日 平成 年 月 日

| 氏 名 (ふりがな) | 職 名 | 所属診療科等 | 性別 | 年齢 |
|--|---------------|----------------------------|------|----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 所属機関 | | | | |
| 所在地 | 〒 TEL() - | | | |
| 受講希望 研修 (第二希望 まで右の 空欄に数 字を記入 願います) | 第1回 | 平成30年 9月11日(火) ~ 9月12日(水) | | |
| | 第2回 | 平成30年10月 9日(火) ~ 10月10日(水) | | |
| | 第3回 | 平成30年10月30日(火) ~ 10月31日(水) | | |
| | 第4回 | 平成30年11月 6日(火) ~ 11月 7日(水) | | |
| | 第5回 | 平成30年11月27日(火) ~ 11月28日(水) | | |
| 上記の者の受講を申し込みます。 | | | | |
| ・所属機関 | | | | |
| ・所属機関長氏名 印 | | | | |
| 事務担当者 | 所属・氏名： | | 連絡先： | |

{送付先} 〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1-1

東北大学病院地域医療連携課地域医療支援係

担当：小原，原

TEL 022-717-7995 FAX 022-717-8886

E-mail ijih-thk@umin.net

要望・質問票

| | |
|-----------|--|
| 所属機関 | |
| 職名・氏名 | |
| (要望・質問内容) | |