

日本医師会生涯教育講座
日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師制度認定
日本緩和医療薬学会緩和薬物療法認定薬剤師制度認定

「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会」

開催のご案内

厚生労働省
北海道
(社)北海道医師会
(財)麻薬・覚せい剤乱用防止センター

厚生労働省、北海道、社団法人北海道医師会及び財団法人麻薬・覚せい剤乱用防止センターは、医療用麻薬の適正使用によるWHO方式がん疼痛治療法の全国への均てん化を図り、がん疼痛治療の更なる向上を目指して、医療関係者を対象としてWHO方式がん疼痛治療法に関する実践的な知識を習得していただくため、下記により講習会を開催いたします。

多数のご参加をいただきますよう、ご案内申し上げます。

記

- 1 日時 平成21年10月3日(土) 14:30～17:30
- 2 場所 札幌サンプラザ
札幌市北区北24条西5丁目 電話 011-758-3111
- 3 内容
コーディネーター
小樽市病院局長 並木 昭義 先生
(1) 講演 「オピオイドの上手な使用法」
昭和大学病院緩和ケアセンター センター長 樋口比登実 先生
(2) 講演 「薬剤師の視点から考える疼痛緩和」
手稲溪仁会病院がん治療管理センター
緩和ケア室・緩和ケアチーム 久原 幸 先生
(3) 講演 「最近の麻薬行政について」
北海道保健福祉部保健医療局医療政策薬務課主査 歌川 喜人 先生
(4) 質疑応答
- 4 対象者 医療関係者
- 5 参加費 無料
- 6 主催 厚生労働省 北海道(社)北海道医師会(財)麻薬・覚せい剤乱用防止センター
- 7 後援 (社)北海道薬剤師会 (社)札幌市医師会(申請中)
- 8 協賛 麻薬生産者協会(塩野義製薬、第一三共プロファーマ、大日本住友製薬、武田薬品工業、田辺三菱製薬、帝國製薬、テルモ、久光製薬、藤本製薬、ヤンセンファーマ)
- 9 事務局 財団法人麻薬・覚せい剤乱用防止センター(富澤・千葉)
TEL: (03) - 3581-7436

10 参加申し込み

財団法人麻薬・覚せい剤乱用防止センターホームページ(<http://www.dapc.or.jp/info/>)よりお申し込みください。

FAXによるお申し込み((03)-3581-7438)も受け付けております。

10月1日(木)まで受け付けますが、定員に達し次第締め切ります。

11 本講習会は北海道医師会の承認を得て、日本医師会生涯教育講座(5単位)として開催いたします。

＜ F A Xによる申込書＞

「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会」に参加をご希望の方は、この申込書にご記入の上、F A Xでお送りください。F A Xでお申し込みの方には受付票をお送りしません。申込みが定員に達した場合には、主催者より受付られない旨をご連絡いたします。

申込先F A X： (03) 3581-7438

「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会」申込書

年 月 日

| | |
|--------------|--|
| 会 場 | 札幌サンプラザ |
| 日 時 | 平成21年10月3日(土) 14:30~17:30 |
| ふりがな | |
| 氏 名 | |
| 職 種 | 医師 歯科医師 薬剤師 看護師 その他 () |
| 所 属 | 開業医 病院勤務 診療所勤務 調剤薬局 その他 () |
| 住 所 | |
| 連絡先 | TEL： () — FAX： () — E-mail： |
| 受講証明 (注3) | 日本医師会生涯教育講座(医籍登録番号) (注4) 薬剤師研修センターシール 緩和医療薬学会シール その他 () |

- (注) 1 この申し込み書の情報は本講習会関係事務以外には使用いたしません。また、お送りいただいた申込書は講習会終了後速やかに破棄いたします。
- 2 主催者は会場に駐車場を手配しておりません。お車でご来場の場合は、それぞれ駐車スペースを確保してください。
- 3 ご希望の方には、財団発行の受講証明書をお渡しします。学会等指定様式の受講証明書を必要とする方は、送付用封筒(宛名を記載し、80円切手を貼付したもの)と一緒に預かりし、後日、押印の上お送りします。
- 4 日本医師会生涯教育講座単位認定手続きに必要ですので、医籍登録番号を必ずご記入ください。

<質問票>

今回の「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会」は、質疑応答に重点を置くこととしているため、参加者の方々からの活発なご質問をお待ちしています。現時点においてご質問があれば、この質問票にご記入の上、申込書と共にFAXでお送りください。事前に検討のうえ、会場のできる限りお答えいたします。なお、当日、会場にも質問票を用意いたしますほか、時間があれば口頭でのご質問も受けることを予定しております。

送信先FAX：(03) 3581-7438

「がん疼痛緩和と医療用麻薬の適正使用推進のための講習会（北海道）」質問票

年 月 日

| | |
|--------------|-------------------------------|
| ふりがな 氏 名 | 回答時匿名希望（注1） |
| 職 種 | 医師 歯科医師 薬剤師 看護師 その他（ ） |
| 所 属 | 開業医 病院勤務 診療所勤務 調剤薬局 その他（ ） |
| 質問要旨 （注2） | |

（注1）回答時に質問者名を匿名とすることを希望される方は○をお付けください。

（注2）処方に関難を感じた場合を含め、興味深い症例があれば積極的にご提示ください。