

日本医師会生涯教育講座
(3単位 cc 5、7、10、15、80、84)
(財)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
群馬県
(財)麻薬・覚せい剤乱用防止センター

厚生労働省、群馬県及び財団法人麻薬・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とがん疼痛治療の更なる向上を目指して、医療関係者に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の講習会を下記により開催いたします。

多数の皆様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24年2月4日(土) 15:00~18:00
- 2 場所 群馬県庁第281会議室 電話 027-223-1111
前橋市大手町1-1-1
- 3 内容
コーディネーター
群馬県立がんセンター副院長 猿木 信裕 先生
(1) 講演 「がん疼痛治療の基本と最前線」
がん研有明病院麻酔科・ペインクリニック医長 服部 政治 先生
(2) 講演 「緩和ケアにおける薬剤師の役割」
群馬県立がんセンター薬剤部長 三島 八重子 先生
(3) 講演 「保険薬局における在宅での麻薬管理と問題点」
かけづか薬局 高橋 良徳 先生
(4) 講演 「医療用麻薬の適正管理について」
群馬県健康福祉部薬務課麻薬・監視係 浅野 竜也 先生
(5) 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 群馬県 (財)麻薬・覚せい剤乱用防止センター
- 7 後援 (社)群馬県医師会 (社)群馬県薬剤師会
- 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、田辺三菱製薬工場、帝國製薬、テルモ、久光製薬、藤本製薬、ヤンセンファーマ、祐徳薬品工業)
- 9 事務局 (財)麻薬・覚せい剤乱用防止センター (富澤・白井)
電話 03-3581-7436
- 10 参加申し込み
(財)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>) よりお申し込みください。
FAXによるお申し込みも受け付けております。(03-3581-7438)
2月2日(木)まで受け付けますが、定員に達し次第締め切ります。

※ 後藤與四之先生にはご都合でご講演いただけなくなりましたので、高橋良徳先生に交代いたします。

【医療関係者対象の講習会】

< 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け付け票をお送りしませんが、受付名簿を作成しておりますので、当日、受付でお申し出ください。申し込みが定員に達した場合は、受付できませんので、その旨をご連絡いたします。

申込先 F A X 番号 : 0 3 - 3 5 8 1 - 7 4 3 8

「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

平成 年 月 日

会場	群馬県庁第281会議室
日時	平成24年2月4日（土） 15：00～18：00
ふりがな	
氏名	
職種	医師 歯科医師 薬剤師 看護師 その他の医療関係職種（ ）
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、4)	医師生涯教育講座 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 この申込書の個人情報は、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いたします。
 - 4 学会等の**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）と一緒に受付にお預けください。後日押印の

＜質問票＞

本講習会は質疑応答に重点をおくこととしておりますので、参加者の方々からの活発なご質問をお待ちしています。お申し込みの時点でご質問があれば、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。事前に検討の上、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としております。

送信先FAX番号： (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（群馬県）」質問票

平成 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 その他の医療関係職種（ ）
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にすることを希望される方は○をお付けください。

（注2） 処方に困難を感じた場合など、興味深い症例等があれば積極的にご提示ください。