

日本医師会生涯教育講座

(4.5単位cc:4, 6, 7, 10, 12, 15, 80, 81, 84)

(公財)日本薬剤師研修センター研修認定薬剤師制度(3単位)

日本緩和医療薬学会緩和薬物療法認定薬剤師制度(5単位)

疼痛緩和のための医療用麻薬適正使用推進講習会 ～症例から適正使用を学ぶ～

開催のご案内

主催 厚生労働省
公益財団法人 麻薬・覚せい剤乱用防止センター
後援 大阪府
公益社団法人 日本医師会
一般社団法人 日本病院会
公益社団法人 全日本病院協会
公益社団法人 日本薬剤師会
一般社団法人 日本病院薬剤師会
公益社団法人 日本看護協会
一般社団法人 大阪府医師会
協賛 麻薬生産者協会

WHO方式がん疼痛治療法が1986年に公表されてから20年が経過しました。この間、我が国のオピオイド製剤の使用量は少しずつ増加してきましたが、欧米諸国と比較するとなお低い水準にあり、がん患者の除痛は十分ではないと指摘されています。この主な理由として、医療関係者の間でWHO方式がん疼痛治療法が十分に知られていないことがあげられています。

平成19年4月「がん対策基本法」が施行され、がん患者の疼痛緩和等QOLの向上に関わる医療についても、全国的に均てん化を図るべきと位置づけられました。

厚生労働省、及び(公財)麻薬・覚せい剤乱用防止センターでは、関係団体のご支援、ご協力のもと、医療関係者の方々にWHO方式がん疼痛治療法を周知し、医療用麻薬の適正な使用を推進することを目的に、専門家の先生方を講師にお迎えして、下記の通り講習会を開催することといたしました。

多数の皆様のご参加をいただけますようご案内申し上げます。

記

- 1 日時 平成28年12月4日(日) 13:00～17:30
- 2 会場 大阪中央公会堂
大阪市北区中之島1丁目1
06-6208-2002
- 3 内容
 - (1) 講演 「がん疼痛の評価と治療の進め方の基本」
日本赤十字社医療センター緩和ケア科部長 的場 元弘 先生
 - (2) 講演 「医療用麻薬＝依存(中毒)の誤解を解く」
星薬科大学薬物依存研究室特任教授・名誉教授 鈴木 勉 先生
 - (3) 講演 「知っておきたい がん疼痛治療薬の知識と治療支援」
長崎大学病院 薬剤部 麻薬管理室長・緩和ケアチーム 龍 恵美 先生
 - (4) 講演 「がんの痛みを緩和する看護ケア」
辻仲病院柏の葉 緩和ケア病棟看護師長

柏谷 優子 先生

- (5) 講演 「在宅緩和ケア実践の目標」
ふじ内科クリニック院長 内藤 いづみ 先生
- (6) 講演 「病院診療所における麻薬等の取り扱いについて」
大阪府健康医療部薬務課麻薬毒劇物グループ総括主査
藤川 博之 先生
- (7) 質疑応答パネルディスカッション
講師及び厚生労働省麻薬行政担当官

4 申込期限 平成28年12月1日(木)
※ 定員に達し次第締め切りといたします。また、同一医療機関から多数のお申込があった場合は、受講者数を制限させていただく場合がありますので、予めご承知おきください。

5 申込方法 (公財)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>)からお申込ください。
なお、末尾の申込書にご記入の上、FAXにてもお申込できます。
(FAXによる申込書は、(公財)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>)から入手できます。)

6 受講料 無料

7 お申込の確認 お申込いただきました場合はお申込確認のメールをお返しいたします。後日、QRコードを記載した受け付け用確認メールをお送りしますので、プリントアウト又は画面表示により当日の受付を行います。
FAXにてお申込の方には、お申込受付票をFAXでお送りしますので、当日受付にご提出ください。

8 その他

- ① 受付整理の都合上、原則として、電話での受付及び当日受付はいたしません。
- ② 当日、カセットテープ、ICレコーダー等の持ち込みはご遠慮ください。
- ③ 主催者は会場に駐車場を用意しておりませんので、ご来場には、公共交通手段をご利用ください。
- ④ **受講証明書**： ご希望の方には、(公財)麻薬・覚せい剤乱用防止センター発行の受講証明書をお渡しいたします。受付にお申し出ください。

9 お問い合わせ先

公益財団法人麻薬・覚せい剤乱用防止センター

電話 03-3581-7436

【医療関係者対象の講習会】

FAX番号		03-3581-7438	
「疼痛緩和のための医療用麻薬適正使用推進講習会」参加申込書			
		お申込日 平成 年 月 日	
会場	大阪府中央公会堂		
日時	平成28年12月4日(日) 13:00~17:30		
ふりがな			
お名前			
ご職種	医師 歯科医師 薬剤師 看護師 その他の医療関係職種 ()		
ご所属	病院 診療所 保険薬局 その他 ()		
ご住所	都道府県		市区町村
ご連絡先 (FAX)	FAX: ()		—
受講証明等	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		
質問 (講習会の最後に パネル形式で 質疑応答を 行います。)			

- (注)
- 1 お一人1枚ずつお申込ください。
 - 2 お申込受付票をFAXでお返ししますので、**FAX番号を必ず記入してください。**
 - 3 本申込書に記載された個人情報は、講習会以外には使用いたしません。

