

日本医師会生涯教育講座  
(4単位 cc:4, 6, 7, 10, 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  
公益社団法人 大阪府医師会  
協賛 麻薬生産者協会

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の全国への均てん化と慢性疼痛治療の更なる向上を目指して、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、下記のとお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31年2月17日(日) 13:00～17:30
- 2 会場 大阪市中央公会堂  
大阪市北区中之島1丁目1番27号
- 3 内容
  - (1) 講演 「痛みの評価と医療用麻薬による治療の基本」  
青森県立中央病院 副院長 医療連携推進監・緩和医療科部長  
的場 元弘 先生
  - (2) 講演 「オピオイド鎮痛薬で依存を形成させないための薬理」  
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 「オピオイド製剤を使いこなすための薬学的戦略」  
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 「痛み治療と看護師の役割」  
辻仲病院柏の葉 緩和ケア病棟看護師長/緩和ケア認定看護師  
柏谷 優子 先生
  - (5) 講演 「在宅で人生の最終章を支えるための、緩和ケアチームの取り組み方」  
ふじ内科クリニック院長 内藤 いづみ 先生
  - (6) 講演 「医療用麻薬の適正管理について」  
大阪府健康医療部薬務課 麻薬・毒劇物グループ課長補佐  
嶋田 慎一 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31年2月14日(木)  
※ 定員(900名)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。

#### サテライト会場

本講習会については、厚生労働省が、京都市、神戸市及び和歌山市に設置するサテライト会場に中継が行われます。サテライト会場については別途お申込が必要ですので (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。

- 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、公共交通機関をご利用ください。
- 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 03-5544-8436

【医療関係者対象の講習会】

FAX番号		03-5544-8473	
「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	大阪市中央公会堂		
日時	平成31年2月17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	
所属機関名			
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、講習会以外には使用いたしません。