令和元年6月吉日

　熊本県内医療施設

看護管理者　各位

熊本県がん診療連携協議会

がん看護臨床実務研修ＷＧ座長

（熊本大学病院）

看護部長　山本　治美

がん看護臨床実務研修　公開講座のご案内

拝啓

向暑の候、皆様におかれましては、ますますご活躍のこととお喜び申し上げます。

　この度、熊本県がん診療連携協議会がん看護臨床実務研修ワーキンググループでは、がん看護に関する公開講座を開催する運びとなりました。今年度も、がん看護臨床実務研修（公開講座）では、研修での学びを実践に役立てていただけるような内容を計画しております。熊本がん看護セミナーにつきましては専門看護師・認定看護師が、高齢がん患者への看護を内容とした講義を予定しています。詳細は下記およびホームページや別紙各回の実施要項をご参照下さい。ぜひ本研修をご活用いただき、貴院の看護師の方々にご参加いただければ幸いです。

　参加を希望される場合には、お手数ですが同封の「がん看護研修」公開講座　申し込み用紙に必要事項を記入いただき、**FAXにて研修毎に申し込みいただきますよう**お願いいたします。尚、研修毎に参加者多数の場合は、参加人数を制限させていただく場合のみ、後日連絡いたします。

今後ともよろしくご高配いただきますようお願い申し上げます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　敬具

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修名 | 日時 | 内容 | 対象者 | 申し込み  締め切り |
| がん看護臨床実務研修公開講座Ⅰ  がん看護研修会 | 令和元年  9月14日  10:00~16:00 | 「Advance Care Planningの実践」  講師：社会医療法人　博愛会　相良病院　理事/緩和ケア支援センター長　江口惠子先生  緩和ケア支援センター/臨床研究センター　山本瀬奈先生 | 熊本県内各医療施設のがん看護に携わる方、もしくは興味のある方熊本県内  各医療職 | 令和元年  8月30日 |
| がん看護臨床実務研修公開講座Ⅱ  熊本がん看護  セミナー | 令和元年  10月12日  10:00~16:30 | 「高齢がん患者への看護」  講師：熊本大学病院看護部　専門看護師・認定看護師 | 熊本県内各医療施設のがん看護に携わる方、もしくは興味のある方 | 令和元年  9月27日 |
| がん看護臨床実務研修公開講座Ⅲ  がん看護講演会 | 令和元年  11月18日  17:30～19:00 | 「AYA世代がん患者の特徴と心理社会的支援」  講師：国立病院機構九州がんセンター  サイコオンコロジー科  白石恵子先生 | 熊本県内  各医療職 | 令和元年  11月5日 |

令和元年度

がん看護臨床実務研修ＷＧ公開講座Ⅰ

がん看護講演会　実施要項

１．テーマ　Advance Care Planning（アドバンス・ケア・プランニング）の実践

２．目的　アドバンス・ケア・プランニングについて適切に理解し、事例を通して知識や

技術と工夫を学び、実践につなげることができる

３．目標　事例を通してアドバンス・ケア・プランニングの知識と技術と工夫について理解

する

患者さんや家族に参画してもらうための仕掛けを学び、自施設で浸透させていく

ためのヒントを得る

４．日時　令和元年　９月14日（土曜日）10:00～16:00

５．場所　　熊本大学病院　東病棟12階多目的ホール

６．対象　　 熊本県内各医療職

７．内容　　 研修

８．講師　　社会医療法人　博愛会　相良病院

江口　惠子先生　　理事/緩和ケア支援センター長

山本　瀬奈先生　　緩和ケア支援センター/臨床研究センター

**「がん看護研修」公開講座Ⅰ（講演）申し込み用紙**

**開催日時：令和元年　９月14日（土曜日）10:00～16:00**

**申し込締切：令和元年8月30日まで**

・フルネームでふりがなの記入をお願いします。

・研修毎に**FAX（096-373-5736）**へ申し込みをお願い致します。

・車で来院される方には、駐車場のサービス券を配布いたします。車の利用について確認いたしますので、名簿の横に○を記載してください。駐車場は患者様や面会者の方が使用されますので、できるかぎり、ご施設の方と乗り合わせて来院していただきますようお願い申し上げます

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | | | | | | | 車での来院の有無（○を記載してください） |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | 看護師経験年数 | | | | | | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | 看護師経験年数 | | | | | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | 看護師経験年数 | | | | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | 看護師経験年数 | | | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | | 看護師経験年数 | | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | | | | 看護師経験年数 |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | | | 看護師経験年数 | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | | | 看護師経験年数 | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | | | 看護師経験年数 | |

令和元年度

熊本県がん診療連携協議会　がん看護臨床実務研修　公開講座Ⅱ

「がん看護セミナー～高齢がん患者への看護～」実施要項

１．目標

　・がんに罹患した高齢者の身体的・精神的特徴を理解することができる

　・高齢がん患者の意思を尊重した全人的ケアの必要性について理解することができる

・高齢がん患者の治療や症状マネジメントに関する看護について理解することができる

２．日時

　　令和元年10月12日（土曜日）　　10時00分～16時30分

３．場所

　　東病棟12階　患者多目的ホール

４．対象

　　熊本県内のがん看護に携わる方

５．講師

　がん看護専門看護師　　岡本泰子　安達美樹　石坂暁子

　精神看護専門看護師　　江田由美子

　緩和ケア認定看護師　　高野いづみ

　がん化学療法看護認定看護師　　森奈緒美

　がん放射線療法看護認定看護師　　太田由利香

　がん性疼痛看護認定看護師　　坂口まみ　前田望花

６．プログラム

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日時 | 研修内容 | 講師 |
| 9:55～ | オリエンテーション 開会の辞 | |
| 10:00-10:40 | 高齢者の身体的特徴とがん治療 | 岡本 |
| 10:40-11:20 | 高齢者の精神的特徴と認知症のケア | 江田 |
| 11:20-12:00 | 高齢がん患者の意思決定支援 | 安達 |
| 12:00-13:00 | 休憩 |  |
| 13:00-13:40 | 高齢がん患者の放射線治療とケアについて | 太田 |
| 13:40-14:20 | 高齢がん患者の化学療法の実際と注意すべきポイント | 森 |
| 14:20-14:30 | 休憩 |  |
| 14:30-16:20 | 高齢がん患者への緩和ケアと症状マネジメント |  |
|  | 1. 高齢がん患者への緩和ケア～全人的ケアの視点から～ 2. 高齢がん患者の痛みに対するアセスメントとケア 3. 高齢がん患者の痛み以外の身体症状に対するアセスメントとケア 4. 高齢がん患者のせん妄に対するアセスメントとケア | 高野  前田  坂口  石坂 |
| 16:20-16:30 | Ｑ＆Ａ　・　アンケート記載 |  |

**「熊本がん看護セミナー」申し込み用紙**

**開催日時：令和元年10月12日（土曜日）　　10時00分～16時30分**

**申し込締切日：令和元年9月27日**

・フルネームでふりがなの記入をお願いします。

・研修毎に**FAX（096-373-5736）**へ申し込みをお願い致します。

・車で来院される方には、駐車場のサービス券を配布いたします。車の利用について確認いたしますので、名簿の横に○を記載してください。駐車場は患者様や面会者の方が使用されますので、できるかぎり、ご施設の方と乗り合わせて来院していただきますようお願い申し上げます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | | | | | | | 車での来院の有無（○を記載してください） |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | 看護師経験年数 | | | | | | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | 看護師経験年数 | | | | | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | 看護師経験年数 | | | | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | 看護師経験年数 | | | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | | 看護師経験年数 | | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | | | | 看護師経験年数 |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | | | 看護師経験年数 | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | | | 看護師経験年数 | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | | | 看護師経験年数 | |

令和元年度

がん看護臨床実務研修ＷＧ公開講座Ⅲ

がん看護研修会　実施要項

１．テーマ　AYA世代がん患者の特徴と心理社会的支援

２．目的　AYA世代がん患者の特徴について理解を深め心理社会的支援ができる

３．目標　臨床の場におけるAYA世代がん患者の特徴について理解する

　　　　　AYA世代がん患者の特徴を理解し、心理社会的支援ができる

４．日時　　令和元年　11月　18日（月）　　17:30～19:00

５．場所　　熊本大学病院　東病棟12階多目的ホール

６．対象　　 熊本県下　看護師

熊本大学病院　看護師

７．内容　　 講演

８．講師　　白石　恵子　先生

　　　　　　 国立病院機構九州がんセンター　サイコオンコロジー科

**「がん看護研修会」公開講座Ⅲ（研修）申し込み用紙**

**開催日時：令和元年11月18日17:30～19:00**

**申し込締切：令和元年11月5日**

・フルネームでふりがなの記入をお願いします。

・研修毎に**FAX（096-373-5736）**へ申し込みをお願い致します。

・車で来院される方には、駐車場のサービス券を配布いたします。車の利用について確認いたしますので、名簿の横に○を記載してください。駐車場は患者様や面会者の方が使用されますので、できるかぎり、ご施設の方と乗り合わせて来院していただきますようお願い申し上げます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | | | | | | | 車での来院の有無（○を記載してください） |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | 看護師経験年数 | | | | | | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | 看護師経験年数 | | | | | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | 看護師経験年数 | | | | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | 看護師経験年数 | | | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | | 看護師経験年数 | | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | | | | 看護師経験年数 |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | | | 看護師経験年数 | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | | | 看護師経験年数 | |
| 連絡先  電話番号 |  | | | | | | | |  |
| ふりがな  参加者氏名 |  | | | | | | 看護師経験年数 | |

**「がん看護研修」研修場所案内**

＊研修場所の東病棟は、下記点線で囲った場所となります。

