

福岡県医発第503号(地)
平成20年 5月26日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義 武
(公 印 省 略)

がん診療に関する研修の募集要項等の送付について

標記の件につきまして、厚生労働省健康局総務課がん対策推進室より福岡県保健医療介護部健康増進課長を通じて別紙のとおり通知がありましたので、ご連絡申し上げます。

本年度に国立がんセンターが実施するがん診療に携わる医療従事者を対象とした研修については、平成20年4月18日付け福岡県医発第172号(地)にてご通知しておりましたが、このうち「放射線治療計画指導者研修」の実施について、国立がんセンターがん対策情報センターから募集要項等が送られてまいりました。

つきましては、貴会会員への周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

学術担当理事 永田正和
会長 丸山 泉

「公印省略」

20健第868号

平成20年5月19日

福岡県医師会会長
福岡県看護協会会長
福岡県臨床衛生検査技師会会長
福岡県放射線技師会会長

} 殿

福岡県保健医療介護部健康増進課長
(保健事業係)

がん診療に関する研修の募集要項等の送付について

本県の保健医療行政の推進につきましては、御理解・御協力を賜り、感謝いたします。

さて、標記について、別紙（写し）のとおり「放射線治療計画指導者研修」について厚生労働省より事務連絡がありましたので、貴会員に対して周知していただきますようお願いいたします。

福岡県保健医療介護部健康増進課保健事業係
（＊H20.4月より所属名が変更になりました）

（担当：岩永）

TEL：092-643-3270



平成20年5月15日



各都道府県がん対策担当課 御中

厚生労働省健康局総務課がん対策推進室

がん診療に関する研修の募集要項等の送付について

がん対策の推進につきましては、日頃よりご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

今年度に国立がんセンターが実施するがん診療に関する研修につきましては、「平成20年度の国立がんセンターにおけるがん診療に携わる医療従事者を対象とした研修について」（平成20年4月2日付け厚生労働省健康局総務課がん対策推進室長事務連絡）によりお知らせしていたところですが、このうち「放射線治療計画指導者研修」の実施について、国立がんセンターがん対策情報センターから募集要項等が送付されましたので、お知らせいたします。

つきましては、貴管下のがん診療連携拠点病院その他の医療機関への周知方よろしくお取り計らい願います。

なお、各研修の実施及び募集等に関する具体的な事項につきましては、募集要項に記載の連絡先まで直接照会いただきますようお願いいたします。

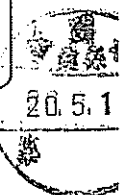
○本事務連絡に関する照会先

健康局総務課がん対策推進室 片岡

電話 03-3595-2185

○各研修に関する照会先

募集要項に記載の連絡先



平成 20 年度 放射線治療計画にかかる指導者研修 募集要項

1 開催時期

第一回 平成 20 年 7 月 22 日 (火) ~ 8 月 1 日 (金)

第二回 平成 20 年 12 月 2 日 (火) ~ 12 月 12 日 (金)

2 開催場所

国立がんセンター中央病院 (〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1)

3 対象者

本研修は、がん対策基本法およびがん対策推進基本計画の理念に基づき、地域における指導者としての放射線治療に従事する診療放射線技師等の育成を目的とする。対象者は以下に該当する者とし、1 回の研修の定員は 7 人とする。

● 原則としてがん診療連携拠点病院に在籍し、放射線治療に関して 3 年以上の経験を有する、放射線治療に従事する診療放射線技師等

※ 応募者多数の場合については、がん診療連携拠点病院勤務者、放射線治療の経験、過去の未受講者および過去の未受講地域からの応募者を優先するなどの選考を行う。採否は平成 20 年 7 月上旬までに郵送で通知する。

※ 本研修において、医師は対象者としない。

4 研修内容等

別紙のとおり。

5 研修申込方法等

(1) 研修申込方法

所定の研修申請書(様式 1)に所要の事項を記入し、研修希望者の上司の推薦書(様式 2)、研修希望者の願書兼履歴書(様式 3)、アンケート(様式 4)、チェックリスト(様式 5)および職種免許書の写しを添えて、国立がんセンターがん対策情報センターがん対策企画課宛(下記)に郵送で申し込む。

※「放射線治療計画にかかる指導者研修」と朱書のこと。

(2) 研修申込期限

平成 20 年 6 月 16 日(月) 必着(開催回にかかわらず)

7 経費等

受講料は無料とするが、その他、旅費等は受講者側の負担とする。

国立がんセンターで宿泊施設等の斡旋は行わない。

8 問い合わせ先

国立がんセンターがん対策情報センターがん対策企画課研修推進室(担当: 吉岡)

Tel : 03-3542-2511 (内線 2506)、Fax : 03-3542-2545、E-mail : myoshiok@ncc.go.jp

※ 研修内容等については、放射線治療部からの回答となる場合がある。

平成 20 年度 放射線治療計画にかかる指導者研修について

研修目的及び研修内容

- (1) 本研修は、がん対策基本法およびがん対策推進基本計画の理念に基づき、地域における指導者としての放射線治療に従事する診療放射線技師等の育成を目的とする。
- (2) 放射線治療に携わる診療放射線技師等に対して、高度化した放射線治療・放射線腫瘍学を最新の放射線治療計画装置の活用と豊富な臨床例を通じて、放射線治療計画作成にかかる知識・技術を習得する。
- (3) 我が国で多く用いられている 3 機種種の放射線治療計画システム (RTPS) を用い、各装置での放射線治療計画の手順、放射線治療計画の解釈と放射線治療機器への適用までの手順、確認と検証などについて研修する。また、国立がんセンター中央病院における臨床例について放射線治療計画の実施、適用と検証を臨床現場において研修する。

(診療放射線技師等の研修事項)

放射線治療計画装置 (RTPS) の受入試験から高精度照射技術まで

- ① CT 解剖学、その概説、放射線治療への適用とピットフォール
- ② 異なるアルゴリズムを用いた演算と結果の検証
- ③ エラーへの対処法 (簡単に出来る修理とそうでない場合との区別) など

1 週目	火	水	木	金	土
AM	ガイダンス 放射線腫瘍学 ICRU50/62解説	IMRTの考え方と 問題点(当院のI MRTの実際)	使用時(導入時) の問題点 受入試験加速装 置との整合性テス トとデータ収集 CT装置との整合 性	基礎データ分析 と検証方法の実 際(実習)各 RTPS使用	加速装置を用い た検証実習(プ ラニング資料)
PM	不均質補正の 考え方	定位放射線治療 技術と問題点(当 院のIMRTの実 際)	各RTPS取扱 の実際 基礎データ入力法		
2 週目	月	火	水	木	金
AM	不均質補正数値 検証方法とQA				医療事故関連
		各RTPS取扱 の実際	各RTPS取扱 の実際	各RTPS取扱 の実際	研修の纏め報告書 作成
PM	DDSystemによる 検証方法・実習	2D計画法	3D計画法	4D計画法	終了式

※ 研修スケジュールは変更される可能性があります。

平成 20 年 月 日

国立がんセンター総長 殿

郵便番号
所在地

派遣施設名
職 名
施設長名

(公印)

平成 20 年度 放射線治療計画にかかる指導者研修の申請について

下記の者を、平成 20 年度 放射線治療計画にかかる指導者研修を受講させたいので、必要書類を添えて申請いたします。

記

1. 研修者氏名 _____

2. 研修希望期間（第二希望までの番号を下にご記入下さい。）

① 第一回 平成 20 年 7 月 22 日（火）～ 8 月 1 日（金）

② 第二回 平成 20 年 12 月 2 日（火）～ 12 月 12 日（金）

第一希望：_____

第二希望：_____

推 薦 書

平成20年 月 日

国立がんセンター総長 殿

推薦者氏名



希望者との関係

所属

職名

平成20年度 放射線治療計画にかかる指導者研修の希望者（ ）
について、下記のとおり推薦致します。

推薦理由

※ 本状は封筒に入れ厳封の上、申請書に添えて提出願います。
研修希望者の能力、性格等についても可能な範囲でお書き下さい。

【様式 3 - 1】

平成20年度 放射線治療計画にかかる指導者研修 履歴者兼願書

ふりがな				
氏 名	㊟			
生年月日	昭和	年	月	日生 (歳) 男 ・ 女
現在の勤務先				
がん診療連携 拠点病院	1、都道府県 2、地域 3、拠点病院ではない			
		平成 年 月 現在		
受講希望理由				

- (記載要領) 1 当該欄は楷書で正確にもれなく記入すること。
2 黒インクを用い、数字は算用数字で記入すること。

【様式3-2】

平成20年度 放射線治療計画にかかる指導者研修 履歴書兼願書

(ふりがな) 氏 名						
本 籍	都道府県	現住所 (連絡先)	〒	Tel: () E-mail:		
学 歴	高等学校 昭・平 年 月 日入学、昭・平 年 月 日卒業					
高等学校 から記入	昭・平 年 月 日入学、昭・平 年 月 日卒業					
	昭・平 年 月 日入学、昭・平 年 月 日卒業					
勤 務 歴	勤 務 期 間		施 設 名		部科名	
	平成 年 月 日～平成 年 月 日					
	平成 年 月 日～平成 年 月 日					
	平成 年 月 日～平成 年 月 日					
	平成 年 月 日～平成 年 月 日					
	平成 年 月 日～平成 年 月 日					
	平成 年 月 日～平成 年 月 日					
職種(技師等) 免許	平成 年 月 日 第 号					
資 格	(認定、専門)					
賞 罰	1 無 ・ 2 有 (内容)					
健康状態 (既往歴)				趣 味 スポーツ		
家 族	氏 名	続 柄	年齢	扶養義務	職業又は勤務先	同居・別居
		父		有 ・ 無		同 ・ 別
		母		有 ・ 無		同 ・ 別
				有 ・ 無		同 ・ 別
				有 ・ 無		同 ・ 別
				有 ・ 無		同 ・ 別
				有 ・ 無		同 ・ 別

平成 20 年度 放射線治療計画にかかる指導者研修アンケート

希望者多数の場合や研修内容の設定等の参考にするため、以下の問いにお答え下さい。
(該当する事項に○印を付けて下さい。)

希望者氏名 _____

所属施設名 _____

- 1 あなたの職種は何ですか。
 (1) 診療放射線技師
 (2) その他(具体的に: _____)
- 2 放射線治療の経験年数および full-time equivalent (FTE) どれほどですか。

経験年数: 年 月

FTE=

(FTE の計算法: 週 5 日のうち 1 日であれば 0.2 と計算して過去の経歴を積算する。週 1 回を 3 年間従事したのであれば、 $0.2 \times 3 = 0.6$)

- 3 放射線治療計画装置の使用経験はありますか。
 (1) 有り (2) 無し

- 4 3 で有りの場合、機種はいずれですか。
 (1) Focus
 (2) XiO
 (3) Eclipse
 (4) Pinnacle
 (5) その他(具体的に: _____)

- 5 貴施設での以下の特殊治療の経験はありますか。
 ● 定位放射線照射 stereotactic irradiation(STI) [脳] (1) 有り (2) 無し
 ● 定位放射線治療 [体幹部] (1) 有り (2) 無し
 ● Intensity modulated radiotherapy(IMRT) (1) 有り (2) 無し
 (有りの場合、対象部位: _____)

- 6 貴施設では 不均質補正を施行していますか。
 (1) 施行している (2) 施行していない

以下余白

放射線治療計画にかかる 指導者研修

応募書類チェックリスト

書類不備の場合は、再提出をお願いすることとなっておりますので、本チェックリストにてチェックをつけご確認の上、下記の書類提出をお願い致します。

- ☐ 研修申請書（様式1）
- ☐ 研修希望者の上司の推薦書（様式2）
- ☐ 研修希望者の願書兼履歴書（様式3）
- ☐ アンケート（様式4）
- ☐ 職種免許書の写し
- ☐ 本チェックリスト（様式5）