

福岡医発第136号(地)

平成21年 4月13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

国立がんセンターにおきましては、がん対策の一環として、看護師を対象としたがん医療及びがん看護に関する研修が、各都道府県において地域格差なく、円滑かつ効果的、継続的に実施されることを推進し、がん医療均てん化の一助とすることを目的とした研修が行われております。

今般、平成21年度に実施されるがん看護研修企画・指導者研修につきまして、福岡県保健医療介護部健康増進課長より別紙のとおり周知方依頼がありました。

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。

なお、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お問合せ下さい。

小郡三井医師会より

生涯教育担当理事 永田正和
会長 丸山 泉

「公印省略」

2 1 健 第 1 2 5 号
平成21年 4月 8日

福 岡 県 医 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）のとおりがん看護研修企画・指導者研修に係る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。

なお、受講を希望される場合は、下記のとおり申込書類の提出をお願いします。

記

1 提出書類

募集要項6の1）に記載されている様式すべて（様式2-1を除く）

2 提出期限

平成21年4月23日（木）

3 留意点

申込関係書類の電子媒体は国立がんセンターホームページよりダウンロードしていただきますようお願いいたします。

http://ganjoho.jp/hospital/training_seminar/nurse/2009/index.html

【 提出及び問い合わせ先 】

福岡県保健医療介護部健康増進課保健事業係
(担当：岩永)

TEL：092-643-3270





事 務 連 絡

平成21年4月7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きたところですが、平成21年度に実施される下記の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。

平成21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いての事務連絡は、本年4月以降の発出を予定しておりますが、平成21年度早期に実施される研修については、募集事務の都合により先行して募集することいたしました。

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。

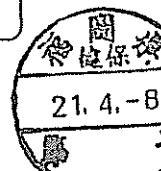
なお、各研修の実施及び募集等に関する具体的な事項につきましては、募集要項に記載の連絡先まで直接照会いただきますようお願いいたします。

記

○ がん看護研修企画・指導者研修

○ 各都道府県、各病院からの本研修に係る照会先
募集要項に記載の連絡先

○ 各都道府県からの本事務連絡に係る照会先
健康局総務課がん対策推進室 片岡
電話 03-3595-2185



平成 21 年度 がん看護研修企画・指導者研修 募集要項

本研修は、がん対策の一環として、看護師を対象としたがん医療およびがん看護に関する研修（以下「がん看護研修」とする）が、各都道府県において地域格差なく、円滑かつ効果的、継続的に実施されることを推進し、がん医療均てん化の一助とすることを目指しています。

1. 開催期間 第1回 平成 21 年 6 月 25 日（木）～6 月 26 日（金）
第2回 平成 21 年 7 月 9 日（木）～7 月 10 日（金）

2. 主催 厚生労働省・国立がんセンターがん対策情報センター

3. 開催場所 国立がんセンター築地キャンパス内会議室

4. 対象者

対象者は以下のいずれかに該当する人とし、1 回最大 50 名を定員とします（合計 100 名）。各自で都道府県からの推薦を受けてください。

- 1) がん看護に関する研修の各都道府県行政側の企画担当者
- 2) 都道府県がん診療連携拠点病院および地域がん診療連携拠点病院等でがん看護に関する研修の企画・実施を実際に担当する人（看護職）
- 3) 平成 20 年度にがん看護に関する研修を企画・実施した施設の担当者
- 4) 留意事項
 - ① 各都道府県につき、2～3 名の推薦とします。
 - ② 都道府県においては、都道府県内の今後のがん医療・看護研修体制の整備を念頭におき、地域の中核的医療機関及びその他医療機関に勤務する看護師の育成に携わることのできる指導的役割（実務を含めた）を求める施設の受講希望者を選定してください。選定にあたっては、がん医療・看護に関する人材育成事業実績等を十分考慮し、可能な限り、都道府県看護協会や医療機関関係者等との調整を図ることが望ましいです。
 - ③ 都道府県行政担当者と医療機関の担当者が同行して参加することが望ましいですが、個別の応募も可能とします。
 - ④ 応募者多数の場合は、がん診療連携拠点病院を優先します。また、本研修受講歴、都道府県単位での応募者数、実際の研修予定時期等に応じて調整します。
 - ⑤ 研修修了者については、研修事業の活性化を促進する情報提供のため、がん対策情報センター公式ホームページ「がん情報サービス」内に、所属施設および氏名を公表いたします。

5. 研修内容

国立がんセンターホームページ内がん情報サービスをご参照ください。

http://ganjoho.ncc.go.jp/hospital/training_seminar/index.html

6. 申込方法

- 1) 所定の研修申請様式（様式1）に所要の事項を記入し、受講希望者の都道府県からの推薦書（様式2-1）、受講希望者の上司の推薦書（様式2-2）、受講希望者の受講希望理由書（様式3）、受講希望者の履歴書（様式4・要写真貼付）、看護師免許証の写（A4版に縮小のこと）、アンケートおよび応募書類チェックリスト（様式A）を添え、下記郵送先宛に申し込んでください。書類不備の場合は再提出をお願いすることになります。

※「がん看護研修企画指導者研修」と赤字で記載して下さい。

- 2) 施設での受講希望者が複数にわたる場合、様式1および様式2は、該当する箇所に受講希望者を記入し、一施設一枚の提出で構いません。
- 3) 様式3およびアンケートは、受講希望者が個々に記入し、一人一枚の提出とします。
- 4) アンケートで研修参加の希望日を必ず届け出てください。応募者多数の場合、希望通りの日程にならないことがあることをご了承ください。
- 5) 可能な限り、地域や課題としている研修事業の内容に応じたグループ編成をするため、研修事業に関するアンケートは、できるだけわかりやすい記載をお願いいたします。
- 6) 募集は1回のみ行い、受講者を2回に振り分けさせていただきます。
- 7) 受講の可否については、5月下旬頃に、本人、都道府県および施設長宛に文書にて通知します。

6. 申込期限

第1回・第2回とも 平成21年5月7日（木）17:00必着（募集は1回のみです）

7. 経費

受講料は無料ですが、その他、旅費等は受講者側の負担とします。

8. 研修修了証書

受講者には、研修修了証書を交付します。

9. 郵送及び問合せ先

<問い合わせ先>

国立がんセンター研修会事務局（オスカー・ジャパン株式会社内）

TEL_0422-59-1898（平日10-12時、13-16時）

FAX_0422-59-1809

e-mail_ncc@oscar-japan.com

<郵送先>

〒180-0013 東京都武蔵野市西久保1-3-12 オークビル5階

国立がんセンター研修会事務局（オスカー・ジャパン株式会社内）

「がん看護研修企画・指導者研修」係

平成 21 年度 がん看護研修企画・指導者研修内容

1. 目 的

都道府県や各施設で「がん看護研修」の企画や運営を行っている人が、現在取り組んでいる研修や人材育成の課題を明確にし、具体策を検討することを通して、がん対策基本法やがん対策推進基本計画に基づく「がん看護研修」を効果的・継続的に企画・運営する能力を養う。

2. 目 標

- 1) 各施設および都道府県のがん対策における看護に関する課題を述べる。
- 2) 各施設および都道府県における「がん看護研修」の企画・実施に関する課題を述べる。
- 3) がん対策推進基本計画に基づいてがん看護における人材育成の課題を整理する。
- 4) がん対策推進のための「がん看護研修」を取り上げ、研修計画を立案・修正する。

3. 研修内容

研修はグループワークを主体とし、講義、参加施設からの研修実施報告、研修計画立案・修正のグループ演習と発表で構成されます。

1) 講義

がん対策の推進を念頭に置いた研修の目標設定、評価の指針、リソースの活用方法について学び、研修計画立案・修正のグループ演習に活用できるようにします。

2) グループワーク

- (1) 7～8 名程度のグループを編成します。

検討課題としたい研修事業によって、以下の 3 つのテーマに分けてグループ編成します（アンケートの回答を参考にします）。

- ① 実務研修を含む院外対象者向け研修
- ② 講義中心（実務研修を含まない短期型）の院外対象者向け研修
- ③ 院内職員向けの研修（卒後継続教育等）

- (2) 各グループには、ファシリテーター・助言者となる者を配置します。

ファシリテーター・助言者は、がん看護専門看護師とします。

- (3) グループ内では、司会、書記、発表者を役割分担し、参加者が主体的に進めます。

- (4) グループワーク内容

- ① グループ内で、メンバーの施設紹介・研修実施報告を共有します。
- ② グループ内で 1～2 件の研修事業を取り上げ、課題・改善策を討議します。
- ③ グループ内で討議した内容をまとめて発表し、参加者全体で共有し、意見交換します。

3) 施設紹介・実施報告

受講決定後、研修受講者に、別途報告内容・方法についてご連絡いたします。

グループ間で情報共有する資料作成のため、事前に資料を提出いただきます。

4) 研修計画立案・修正演習

受講の際には、グループ内で討議しやすいよう、課題となっている研修事業に関する資料をご持参ください。

5) 研修日程（予定）

1日目（6/25・7/9）		2日目（6/26・7/10）	
10：00～ 10：30	受付	9：00～ 10：15	グループワーク③ 改善策検討・発表準備
10：40～ 11：00	オリエンテーション	10：30～ 12：00	発表・全体討議①
11：00～ 12：00	講義（目標設定、評価指針、 リソース活用等）	12：00～ 13：30	休憩
12：00～ 13：30	休憩	13：30～ 14：30	発表・全体討議②
13：30～ 14：20	グループワーク① 施設紹介・研修実施報告	14：45～ 15：30	まとめ
14：30～ 16：00	グループワーク② 課題整理・改善策検討	15：40～ 16：00	修了証書配布 アンケート記入

4. 応募に関する留意事項【重要！】

1) 研修のねらい

- (1) この研修は、がん対策基本法やがん対策推進基本計画に基づき、都道府県や各施設で実施する「がん看護研修」の企画や運営を行っている人が、現在取り組んでいる研修や人材育成の課題を明確にし、具体策を検討することを目指しています。
- (2) 「がん看護」の具体的な内容について学ぶ研修ではありません。
- (3) この「がん看護研修」とは、各施設で行われている院内外の対象者向けのがん医療やがん看護に関する研修全般を意味し、特定の研修（例えば、厚生労働省医政局看護課の委託事業など）を指すものではありません。
- (4) がん診療連携拠点病院が、自施設や周辺の施設のがん看護に関わる医療者を対象とした研修を実施するための支援体制構築の一段階とすることを期待しています。

2) 対象者

- (1) 「がん看護研修」の企画・運営をする人を支援するため、対象は、研修の企画や運営に関わっている（もしくは近くその任に当たる）人を想定しています。研修の内容やグループワークの設定もこの点を考慮して計画しておりますので、応募に際してご配慮ください。
- (2) 施設の人材育成の方針決定に関わる責任者の方の参加もできます。
- (3) 研修を実際に実施している施設の医療職者のみでなく、都道府県の担当者（行政担当者）も対象者としています。施設側担当者が都道府県の担当者と共に学び、討議す

ることは有意義ですので、積極的にご参加いただくことを期待しています。

2) 受講者選定について

- (1) 研修のねらいや対象者設定の意図の視点から、応募の際に提出いただいた「受講希望理由」や「アンケート」の内容を検討し、受講者として適切な方を優先いたします。

平成21年 月 日

国立がんセンター総長 殿

郵便番号

所在地

施設名

職 名

施設長名

(公印)

平成21年度 がん看護研修企画・指導者研修の申請について

下記の者を、平成21年度 がん看護研修企画・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

受講希望者氏名

(職種・職位)

平成21年 月 日

都道府県からの推薦書

国立がんセンター総長 殿

都道府県名

職 名

推薦者氏名

(公印)

平成21年度 がん看護研修企画・指導者研修の受講希望者について、下記のとおり推薦致します。

受講希望者名：

受講希望者の所属施設名：

推薦理由

平成 2 1 年 月 日

推 薦 書

国立がんセンター総長 殿

推薦者氏名

㊟

受講希望者との関係

所 属

職 名

平成 2 1 年度 がん看護研修企画・指導者研修の以下の受講希望者について、下記のとおり推薦
致します。

受講希望者氏名

推薦理由

平成21年 月 日

受講希望理由書

国立がんセンター総長 殿

氏 名

印

所 属

職 名

電 話

内線

FAX

平成21年度 がん看護研修企画・指導者研修について、下記の理由で受講を希望します。

希望理由

※希望者多数の場合の調整や研修内容の設定等の参考のため、以下の問いにお答え下さい。

受講希望者氏名

施設名

A 受講希望日の優先順位を（ ）内に数字で記載してください。

（ ）第1回 平成21年6月25日（木）～6月26日（金）

（ ）第2回 平成21年7月9日（木）～7月10日（金）

B グループワークの検討テーマの希望順位を（ ）内に数字で記載してください。

（ ）院外対象者向け実務研修 （ ）院外対象者向け講義研修

（ ）院内職員向け研修（卒後継続教育含む）

C 所属施設における研修に関するあなたの役割を教えてください（○印および内容を記載）。

（ ）企画担当者 （ ）実施・指導担当者

（ ）その他：_____

1. 現時点で、貴施設において施設外対象者向けのがん看護に関する研修を行っていますか。

（ ）行っている （ ）行っていない

2. 1.で「行っている」の場合、厚生労働省からの委託研修事業「専門分野(がん)における質の高い看護師育成事業」による研修として実施していますか。

（ ）はい （ ）いいえ

3. グループワークで議論したいと考えるがん看護に関する研修事業について、平成20年度の研修実施状況および平成21年度の実施予定についてお答えください。

＊ 下記項目について、別紙添付で記載してください(アンケート別紙様式参照)。

(1)研修の名称

(2)実施時期・期間

(3)対象者の設定(要件・人数等)

(4)研修主催者

(5)研修の概要(目的・目標・方法等)

(6)研修の評価方法

(7)課題と考えること

4. 平成22年度のがん看護に関する研修の実施予定時期・概要をお答えください。

(1)平成22年度予定時期・概要:

(2)実施について検討中

(3)実施予定がない

5. がん看護研修企画・指導者研修を受講するに当たり、特に学びたい事項を記載下さい。

検討したいがん看護研修事業

施設名

氏名

	平成 20 年度実施状況	平成 21 年度実施計画
研修名		
実施時期・期間		
対象者の設定 (要件、人数等)		
研修主催者		
研修の概要 (目的・目標・内 容・方法等)		
研修の評価方法		
課題と考えるこ と		

様式 4

履歴書（国立がんセンター 研修申込用）

ふりがな				<u>写 真</u> 申込前6カ月以内撮影、 無帽で正面上半身、無 背景とする。 大きさ タテ ヨコ 4.5cm×3.5cm	
氏 名	⑤				
生年月日	昭和 年 月 日生（ 歳）男・女				
	平成 年 月 現在				
本 籍	都道府県	現住所 (連絡先)	〒 Tel () e-mail @		
<u>学 歴</u> 高等学校 から記入	高等学校 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 昭・平 年 月 日入学、昭・平 年 月 日卒業				
臨床 看護 ・ 勤務 歴	勤 務 期 間		施 設 名	部科名	職位
	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				
	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				
看護師 免 許	看護師登録 昭和・平成 年 月 日 第 号				
その他 資 格 等	(認定看護師、専門看護師、その他)				
賞 罰	1 無 ・ 2 有 (内容)				
健康状態 (既往歴)					

- (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。(※印の欄を除く)
 2 黒インクを用い、数字は算用数字で記入すること。

【様式A】

平成21年度 がん看護研修企画 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。

- ☐ 研修受講申請書(様式1)
- ☐ 都道府県の推薦書(様式2-1)
- ☐ 推薦書(様式2-2)
- ☐ 受講希望理由書(様式3)
- ☐ 履歴書(要写真貼付：様式4)
- ☐ 看護師免許証の写し (A4サイズ)
- ☐ アンケート
- ☐ 本チェックリスト(様式A)