

～ クオリティ・オブ・ライフ ～

がん患者さんのQOL向上を目指して

日時：2002年8月31日(土) 13:00～17:30 (12:30 受付開始)

会場：科学技術館 サイエンスホール

主催：財団法人日米医学医療交流財団
事務局：メリックスコンサルタンツ

後援：社団法人日本看護協会

チーム医療としてのフォローアップ

がん患者さんは単に身体的 (physical) な痛みのみならず、精神的 (psychological : 不安やうつ状態など)、社会的 (social : 仕事や財産問題など)、霊的 (spiritual : 人生への問いなど) な側面が複雑に絡み合っ、トータルペイン (total pain : 全人的痛み) を持つとされています。

このようながん患者さんの QOL (クオリティ・オブライフ) を向上させるには、患者さんのそばにどれだけ長くいてあげられ、真の「チーム医療」をいかに実践できるかにかかっています。 人生の限りある時間を、苦痛を伴う医療のみに費やさず、自分らしく生きるための QOL 向上を目指して、今回のセミナーでは、がん患者さんやその家族のなまの声を聞き、日頃からがん患者さんのケアに実際に携わり、患者さんと家族が安心して過ごせるよう、きめ細かな配慮を行なっている看護師、医師から、現場での状況を講演していただきます。

お申込み

- 1.裏面参加申込書を郵送、Fax 又は e-mail にて下記事務局までお送り下さい。
- 2.参加費用は下記指定金融機関にお振込み下さい。一度お振込み頂いた参加費用はお返しできませんので、予めご了承ください。
- 3.申込書と参加費用のご入金の双方を事務局で確認後、参加証を Fax 又は e-mail で発送いたします。
- 4.セミナー当日は、受付にて参加証をご提示下さい。ご事情でご入金が遅れる場合は必ずご連絡下さい。
- 5.当日のご参加申込みもお受けしておりますが、座席数 (400 席) に限りがありますので、満席になった時点でお断りすることがありますのでご了承下さい。

セミナー参加費用：3,000 円 (会員・学生) 4,000 円 (非会員)

お申込み・問合せ先：QOL セミナー事務局 メリックスコンサルタンツ 内
〒113-0033 東京都文京区本郷 3-42-5
Tel: 03-3812-1133 Fax: 03-3812-0982
e-mail: admin@merix-net.com

お振込先

みずほ銀行 本郷通支店 普通 1902965
口座名/ メリックスコンサルタンツ
*振込み手数料は各自でご負担下さい。

会場案内

科学技術館 サイエンスホール
東京都千代田区北の丸公園 2-1
Tel : 03-3212-8485

電車の場合

営団東西線 「竹橋」駅下車 徒歩7分
「九段下」駅下車 徒歩7分
営団半蔵門線 「九段下」駅下車 徒歩7分



がん患者さんのQOL向上を目指して

プログラム

13:00-13:05	開会の辞	日米医学医療交流財団 会長	鍋谷 欣市
13:05-13:10	座長挨拶	日米医学医療交流財団 常務理事	高瀬 義昌
	. 告知を受けてからのQOL		
13:10-13:15	1、患者自身の実体験から	日米医学医療交流財団 事務局長	赤尾 弘志
13:15-13:40	2、患者の家族の立場になったとき	国立栃木病院 麻酔科医長 日米医学医療交流財団 理事 第1回研修生	井上 大輔
13:40-14:05	3、患者さんへのケア	花の谷クリニック 院長 日米医学医療交流財団 第3回研修生	伊藤 真美
14:05-14:30	. QOL を目指しての緩和ケア	訪問看護師 元戸田中央総合病院在宅医療部	中山 康子
	. QOL を目指しての疼痛コントロールと薬物療法		
14:30-14:55	1、疼痛コントロール	東邦大学医学部第二麻酔科教室 日米医学医療交流財団 評議員	鈴木 康生
14:55-15:05	2、モルヒネ	大日本製薬 学術情報部	中村 賢一
15:05-15:15	3、漢方薬	ツムラ 研究本部 副本部長	石毛 敦
15:15-15:30	 休憩		
15:30-16:00	. 特別講演	国立がんセンター中央病院名誉院長	市川平三郎
16:00-16:30	. QOL 向上を目指して ~パネルディスカッション~		
16:30-16:45	. 質疑応答		
16:45-17:00	. 総括	社団法人日本看護協会 常任理事	山崎 摩耶
17:00-17:15	閉会の辞	日米医学医療交流財団 常務理事	高瀬 義昌

*内容は予告なく変更される場合がありますのでご了承下さい。

----- 切り取り線 -----
 2002年 日米医学医療交流看護セミナー(Vol.4) **申込書** 2002年 月 日

フリガナ
氏名 _____ **勤務先/所属・役職** _____

連絡先住所(勤務先/自宅)
 〒 _____

Tel: _____ Fax: _____

e-mail: _____

参加証を Fax 又は e-mail でお送りしますので、必ずご記入下さい。

* 申込み人数が複数の場合は、お手数ですがコピーをしてお使い下さい。 **FAX No.03-3812-0982**