

がん医療におけるコミュニケーション・スキル講習会を開催

徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部（研究部長：林 良夫）では、がん医療に従事している医師を対象とした第2回徳島コミュニケーション技術研修会（CST）を下記のとおり開催します。

（報道概要）

がん治療では、「戦うべき時」と「戦うことを断念するべき時」があります。患者さんがこのギアチェンジを適切にできるように「がん専門医」の病状説明能力＝コミュニケーション技能教育が重要となっています。

国立がんセンター東病院 臨床開発センター精神腫瘍学開発部の内富教授らを中心に日本人の特性を研究調査した結果から、日本人向けの Bad News Telling の手法として SHARE protocol が開発されました。この普及のため2008年度から厚生労働省の委託事業として医療研修推進財団主催「がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術研修会」が全国で開催されていますが、「中国・四国広域がんプロフェッショナル養成コンソーシアム」大学院教育の取組みとして「コミュニケーション技術研修会」を徳島で2年ぶりに開催します。

行事名：第2回徳島コミュニケーション技術研修会（CST）

日 時：平成22年2月6日（土）～7日（日）

第1日目 10：00～18：00

第2日目 9：00～16：00

会 場：徳島大学 医学部会議室及びスキルスラボ
（徳島市蔵本町3丁目18番地の15）

少人数制の2日間のハードな講習会で専門医が話し方の練習を行います。

前回は、講師は全員県外講師を招いての開催でしたが、今回は特別な養成コースを終えた県内講師（片山医師）が企画参加しています。

＜背景＞ 2007年4月にがん対策基本法が施行され、厚生労働省と都道府県で「がん対策推進計画」の作成が進む中で、2007年度から文部科学省が医療系大学院教育の中で「がん専門職」を養成するプログラムを開始した。徳島大学も中四国8大学連合の中心的メンバーとして、この取組みを推進しています。

お問い合わせ先

部局名 大学院ヘルスバイオサイエンス研究部

責任者 研究部長 林 良夫

担当者 医学・歯学・薬学部等事務部 学務課

大学院係長 岩森 清澄（いわもり きよずみ）

電話番号 088-633-9649

メールアドレス isygakumudgic@jim.tokushima-u.ac.jp

第2回 徳島コミュニケーション技術研修会(CST)



開催日程

2010年 2月6日-7日 (土・日曜)

第1日目 10:00~18:00 第2日目 9:00~16:00

募集人数

8名

申込締切

2009年12月11日(金)

対象

医師 (要件下記参照)

開催場所

**徳島大学医学部会議室
及びスキルスラボ**

※本研修会は、中国・四国がんプロ養成大学院共通コア科目「医療対話学」集中講義(0.5単位)を兼ねます。

医療研修推進財団主催のCSTと同様、日本サイコオンコロジー学会(JPOS)の定めましたカリキュラムで実施致します。受講終了者には、JPOSより修了証も交付されます。

カリキュラム内容は、ロールプレイを含む一昨年度徳島で開催されたものと同じです。

今後「緩和ケア研修会」におけるコミュニケーション分野での人材育成のためにも、ご参加いただきますようお願い致します。

受講者の要件は、がん臨床経験年数3年以上、かつがん医療に従事している医師となります。2日間全カリキュラムの受講が前提となりますので、途中からの参加・退出はできませんので、あらかじめご了承下さい。受講希望者は、裏面の参加申込書を以下にお送りいただければ幸いです。何卒よろしくお願い致します。なお、募集定員に達し次第締切とさせていただきます。

- 主 催：中国・四国広域がんプロフェッショナル養成コンソーシアム
徳島大学がん診療連携センター
徳島県がん診療連携協議会
- 担 当：徳島大学 医療教育開発センター 寺嶋吉保
阿南医師会中央病院 外科 片山和久 (JPOS認定ファシリテーター)
- 徳島大学大学院 医学・歯学・薬学部等 学務課 大学院係 事務：岩森／福原
Phone 088-633-9649 (内線 9649) FAX 088-633-9431
E-mail isygakumudgik@jim.tokushima-u.ac.jp

第2回 徳島コミュニケーション技術研修会 (CST)

参加申込書

| | | | | |
|-----------------------------------|------|---|---------------------------|--|
| 氏名 | ふりがな | | | |
| | 漢字 | | | |
| 年齢 | 歳 | | | |
| 性別 | | | | |
| 施設名 | | | 都道府県がん診療拠点病院のとき○→ | |
| | | | 地域がん診療拠点病院のとき○→ | |
| 所属 | | | | |
| 専門臓器 | | | 主要なものから3つ記入 ex)乳腺、大腸、胃 | |
| 主要な治療法 | | | ex)手術、化学療法、放射線など | |
| 連絡先 (住所は郵便物送付先) | 郵便番号 | 郵便番号はハイフンを入れた7桁、電話番号FAXは市外局番からご記入ください。住所は郵送先となります | | |
| | 都道府県 | 市町村番地 | | |
| | 電話 | | | |
| | FAX | | | |
| | メール | | | |
| 略歴 | | | | |
| 医師免許取得年 | | 年 | 本研修会の受講者は、がん臨床経験年数が | |
| 臨床経験年数 | | 年 | 3年以上の方が対象です | |
| がん臨床経験年数 | | 年 | | |
| 応募動機 | | この研修会を何で知りましたか？ (具体的にお願います) | | |
| | | この研修会へのお申込みは 何回目ですか | | |
| | | | | |
| 参加申込書に係る個人情報は、本研修会関連以外には利用いたしません。 | | | | |