

<2017年度第1回神奈川がんのリハビリテーション研修会>

【開催概要】

がんは、わが国において昭和56年より死因の第1位であり、現在では年間約35万人以上の国民が亡くなっています。また、加齢により発症リスクが高まることから、急速に高齢化の進むわが国では、がんの死者数は今後とも増加していくと推測されています。

がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状を考慮し、がん対策のより一層の推進を図るため、平成19年4月1日、「がん対策基本法」が施行され同年6月に「がん対策推進基本計画」が策定されました。

基本計画の全体目標の1つに「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」が定められており、この目標を実現させるため施策の1つとして、がん患者に対するリハビリテーションを推進していくことが掲げられています。この施策は、がん患者の運動機能の改善や生活機能の低下予防に積極的に取り組むことで日常生活動作の障害を予防及び改善し、療養生活の質を維持向上させていくことを求めるものです。

がん患者に対するリハビリテーションに精通する医療従事者を育成し、さらにがん患者へのリハビリテーションの普及を図る必要があるため、現在わが国ではがん患者リハビリテーション料を算定するためには適切な研修会を修了する必要があります。

厚生労働省の疑義解釈では現在算定のための適切な研修として

- ① 一般財団法人 ライフ・プランニング・センターが実施する研修
- ② 一般財団法人 ライフ・プランニング・センターが実施する企画者研修修了者が実施する研修
- ③ 公益社団法人 日本理学療法士協会が実施する研修
- ④ 一般社団法人 日本作業療法士協会が実施する研修

となっています。

本研修会は上記「②一般財団法人 ライフ・プランニング・センターが実施する企画者研修修了者が実施する研修」にあたります。今まで神奈川県では、企画者研修修了者が実施する研修が開催されておらず、神奈川県でのがんのリハビリテーションの普及と充実を図るためには本研修会が必要であると考えられ、今回第1回の研修会の開催の運びとなりました。がん患者リハビリテーション料算定をお考えの施設は、是非本研修会のご応募を検討していただきたく存じます。

神奈川がんのリハビリテーション研修会実行委員長

昭和大学藤が丘病院リハビリテーション室理学療法士 黒岩澄志

【実行委員・事務局一覧】

実行委員長：昭和大学藤が丘病院 PT 黒岩澄志

副実行委員長：昭和大学藤が丘病院 OT 庄司博

実行委員：昭和大学藤が丘病院 Dr 飯島伸介

Ns 寺澤知子

昭和大学藤が丘リハビリテーション病院 Dr 川手信行

神奈川県立がんセンター PT 薄井さとみ

クローバーホスピタル PT 錦織延洋

昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 秘書本多由希子

事務局：昭和大学医学部リハビリテーション医学講座

【開催概要】

- ・開催日時：平成30年1月6日（土）8時55分～平成30年1月7日（日）15時30分
- ・開催場所：昭和大学保健医療学部横浜キャンパス
- ・募集人数：1施設4～6名×24施設 最大144名
- ・対象職種：1施設医師1名以上、看護師1名以上、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の内から2名以上（最大4名）合計4～6名での参加となります。
- ・注意事項：①1施設1チームのみの応募とさせていただきます。
②修了は同じ人による完全受講が条件です。修了証は全プログラムが終了後にお渡しします。
③本研修を修了したことを証する修了者名簿は、本実行委員会が「2017年度第1回神奈川がんのリハビリテーション研修会」修了報告書とともに、一般財団法人ライフ・プランニング・センターで保存管理することになります。個人情報の取り扱いについては、諸手続き、修了証の発行及び受講修了者名簿の管理以外に使用することはございませんが、研修の応募の時点で同意しているものとみなして手続きを進めますことをご了承下さい。
- ・受講料：4名：72,000円 5名：90,000円 6名：108,000円（1名18,000円換算）
- ・申し込み時期：神奈川県内の施設 平成29年9月25日（月）9:00～
神奈川県以外の施設 平成29年9月28日（木）9:00～
*すべての手続きを終えた先着順。定員になり次第募集終了。

【研修会の申し込みについて】

- ・最後に示す問い合わせメールアドレスに申し込み下さい。なお、質問もメールでお願い致します。
件名を「神奈川がんのリハビリテーション研修会 申し込み」
「神奈川がんのリハビリテーション研修会 質問」として下さい。
- ・申し込み際に、以下の内容を記載して下さい。
 1. 病院・施設の名称 (法人名からお願い致します)
 2. 病院・施設の住所（〒からお願い致します）
 3. 連絡先メールアドレス
 4. 受講する医師、看護師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の氏名（フリガナ含む）、所属部署、経験年数 4～6名分
 5. 受講者の代表者
- ・申し込み確認後、受講費振り込み先をメール致します。この受講費振り込みをもって正式な受講決定とし、受講決定後詳細な案内をメール致します。
- ・なお、申し込みしてから1週間以内に受講振込の連絡がない場合、お手数ですが再度のご連絡をお願い致します。

【お申込み、お問い合わせ先】

昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 本多由希子

Email: rehab@med.showa-u.ac.jp