

筑波大学附属病院 平成25年度 がん診療連携拠点病院機能強化事業 在宅緩和ケア地域連携事業

つくば在宅緩和ケアセミナー

知知が表現の大学でかけとシター病院がん息者の倦怠感のマネジメント
Tsukuba Medical Center Hospital

筑波大学附属病院では、この度、 筑波メディカルセンター病院と共催 で、がん患者の症状管理等を中心と した、在宅緩和ケアに関する研修会 を開催いたします。

多くの在宅医療、がん医療の関係者 の皆さんのご参加を、お待ちしてお ります。

主催: 筑波大学附属病院

共催:筑波メディカルセンター病院、

チーム医療GP「地域医療連携推進による高度医療を必要とする在宅患者等支援チーム」



## 開催案内

日 時:平成25年9月12日(木) 18:30~20:00(18:00開場)

場 所: 筑波大学附属病院(つくば市天久保2-1-1)

けやき棟1階けやきプラザ

対 象:地域の在宅医療・がん医療に携わる医師、看護師、

メディカルスタッフ 等(下記の申込方法にてお申込みください)

講 師: 浜野 淳(筑波大学附属病院 緩和ケアセンター)

志真 泰夫(筑波メディカルセンター病院 緩和医療科)

申込方法:参加ご希望の方は、別紙申込書に、氏名・FAX番号またはe-mailアドレス・所属(施設名等)・職種をご記入の上、下記までお申し込みください。

申込〆切:<u>平成25年9月11日(水)</u>

申込先・お問い合わせ: 筑波大学附属病院総合がん診療センター【担当: 谷津、柴田】

〒305-8576茨城県つくば市天久保2-1-1

TEL:029-853-8096 FAX:029-853-3404 e-mail:ccc@un.tsukuba.ac.jp

### 医師・看護師だけではなく、緩和ケアに関わるすべての職種の共通言語となる書

スリー

# 3ステップ 実践緩和ケア

好評 発売中

◆編集 木澤義之, 森田達也, 新城拓也, 梅田 恵, 久原 幸

本書は、日々、緩和ケアを実践する方々の助けとなることを願って作られた。そして、医師向け、看護師向けなどと職種を限らず、患者に関わるすべての職種にとって「共通言語」として使えるようになっている。

また、次のような特色をもっている。①即戦力となることを重視して、一般名から探す手間を省き、そして具体的に投与量を記述。②白衣に入るポケットサイズで、持ち運びに便利。③症状マネジメント、ケアの工夫、説明の仕方、看取りのケアなど、緩和ケアで生じるほとんどの問題をカバー。④看取りのケアや、呼吸困難のケアなど、がん以外の患者さんにも応用可能な内容。⑤注射薬が利用しにくい時の対応など、在宅での工夫を取り入れている。



文字だけでは伝わらない情報は、26種類のパンフレットとして、ホームページからのダウンロードで即、臨床や患者さんへのケアにつなげられるようになっている。

#### 主な内容

- I はじめに
  - 1. 目的 2. 使用にあたって
- Ⅱ 評 価
  - 1. 症状の評価の仕方 2. 終末期がん患者 の病状の変化と余命の予測
- Ⅲ 症状マネジメント
  - 1. 疼痛 2. 呼吸器症状 3. 消化器症状 4. 倦怠感 5. せん妄 6. 不眠 7. 気 持ちのつらさ 8. 治療抵抗性の苦痛 9. 死が近づいたときのケア
- Ⅳ 緩和ケアのスキル
  - 1. 疼痛マネジメントのスキル 2. ステロイド の使い方 3. 高カルシウム血症の治療 4. 持続皮下注射 5. 皮下輸液 6. 口腔ケア 7. 在宅緩和ケアのスキル
- V 悪い知らせを伝える
  - 1. 悪い知らせを伝える方法 2. 緩和ケアを

- 紹介する 3. 答えにくい質問
- VI 地域連携のためのツール
  - 1. 退院支援・調整プログラム 2. 「わたしのカルテ」
- VII 資料
  - 1. オピオイドについての資料 2. 緩和ケア で使用される向精神薬一覧 3. 参考文献
- ™ 評価用ツールと患者·家族用パンフレットの例
  - 1. 「生活のしやすさに関する質問表」 2. 患者・家族用パンフレットの例「息切れ、息苦しさに困ったとき」 3. 患者・家族用パンフレットの例「これからの過ごし方について」 4. 「痛みの経過シート」
- IX 索引
  - 1. FAQ一覧 2. 事項索引

本研修会ご参加の方に限り、特別価格1,700円にて販売いたします(定価2,100のところ)。別紙申込用紙にて、お申込みください(書籍は研修会当日、代金引換えとさせていただきます)。

<sup>株式</sup>青海社

筑波大学附属病院 総合がん診療センター 谷津、柴田行

# つくば在宅緩和ケアセミナー

「がん患者の倦怠感のマネジメント」

### 参加申込書(9/11日/切)

御所属(施設名等)		
	TEL ( )	
FAX 番号または e-mail アドレス		
参加される方のお名前・職種(Oをつけてください)		
1	お名前( )	
	職種(医師(病院・在宅)、看護師(病院、在宅)、その他(	)
2	お名前( )	
	職種(医師(病院・在宅)、看護師(病院、在宅)、その他(	)
3	お名前( )	
	職種(医師(病院・在宅)、看護師(病院、在宅)、その他(	)
4	お名前( )	
	職種(医師(病院・在宅)、看護師(病院、在宅)、その他(	)
5	お名前( )	
	職種(医師(病院・在宅)、看護師(病院、在宅)、その他(	)
3ステップ実践緩和ケア購入希望		
購入希望	あり ( 冊) ・ なし	