

超少子高齢化地域での先進的がん医療人養成
「がんゲノム多職種連携入門コース」
(インテンシブ)

平成30年度
募集要項

本コースは、地域でがん医療に携わる看護師・薬剤師・臨床検査技師・診療放射線技師・理学療法士・作業療法士・栄養士・ソーシャルワーカー等の職能を高めるコースです。
各職種専門コースへの入門コースとなります。

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科

募集コース名

「がんゲノム多職種連携入門コース」(インテンシブ)

1 概要

北信地域は全国と比較し、15年以上進んだ超少子高齢化状態にあり、将来の日本を反映したモデル地域であることから「超少子高齢化地域での先進的がん医療人養成」をテーマに県を超えた北信地域での戦略的がん医療人育成システム構築を目指します。

北信4県(石川県、富山県、福井県、長野県)6大学(金沢大学、信州大学、富山大学、福井大学、金沢医科大学、石川県立看護大学)の強みを生かした相互補完的教育の実施、症例数が少ないがんでも効率よく経験できる遠隔教育・研修システムの確立、北信地域全体の症例・がん医療のデータベース化による医療実態の把握等に取り組み、多様な新ニーズに対応した

本コースは、地域医療機関の看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、栄養士、ソーシャルワーカー等の方々が、がんゲノム医療を学ぶ入門コースとして位置づけられています。授業科目はe-learningとテレビ会議等による症例検討会で構成されています。興味のある方は修了要件に該当する科目に加え、より広く、深く学べるように全国がんプロe-learningクラウドの全科目も閲覧することができます。

いくつかの専門領域では、更にステップアップを望む方を対象に専門領域のインテンシブコースが用意されています。

2 開講期間

平成30年9月～(※随時受け付けております。)

3 募集定員

10名(制限定員ではありません。)

4 出願資格、出願手続

1) 出願資格

北信4県(石川県、長野県、富山県、福井県)在住の、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、栄養士、ソーシャルワーカー等

2) 出願書類提出窓口

〒920-8640 金沢市宝町13番1号 医学類B棟1階

金沢大学 北信がんプロ事務局

TEL 076-234-4205 FAX 076-265-2855

E-mail gpro@med.kanazawa-u.ac.jp

3) 出願書類

- ・履修申請書

5 受講料

受講料は、無料です。

6 修了要件

コースの修了の為には、北信がんプロフェッショナル授業科目の以下のうち **2** 単位以上取得する必要があります。

但し、さらに深く、広く学びたい方には、全国がんプロ e-learning クラウドの全講義も受講することができます。

授業科目の名称	単位数 (必須選択)	単位認定要件
がんゲノム学特論	1	e-learning + セミナー出席1回 (北信がんプロオンコロジーセミナー 又はがんライフステージ事例検討会 又は北信がんプロ主催の講演会)
小児・AYA 世代・希少がん特論	1	
在宅緩和ケア特論	1	
老年医療学特論	1	
多職種連携演習	1	5回出席で1単位 (北信がんプロオンコロジーセミナー 又はがんライフステージ事例検討会 又は北信がんプロ主催の講演会)

- ※北信がんプロオンコロジーセミナー : 年4回予定
 がんライフステージ事例検討会 : 年8回予定
 北信がんプロ主催の講演会 : 年1回予定

なお、これらの履修単位は、下記、各専門領域のインテンシブコースの単位に含めることができます。但し、履修単位およびセミナー・演習・講演会の出席は2年以内。

- ・がん個別化薬物療法実践薬剤師コース（インテンシブ）
- ・高齢化した地域医療を個別化医療で支えることができる専門的薬剤師コース（インテンシブ）
- ・在宅がん緩和リハビリテーションコース（インテンシブ）
- ・在宅栄養管理コース（インテンシブ）
- ・在宅緩和医療コース（インテンシブ）
- ・がんライフケアコース（インテンシブ）

7 修了証の発行

修了者には、本コースの修了証を発行します。

8 認定証の発行

本コースを修了された方は、「NPO法人北信がんプロ認定機構（仮）」から認定されます。

修了認定費用は、1,000円です。

詳細は、ホームページにて公開予定です。

履修申請書

平成 年 月 日

北信がんプロインテンシブコース『がんゲノム多職種連携入門』コースの履修を希望しますので次のとおり申請いたします。（※裏面もご記入ください）

（ふりがな） 氏名・印	④	
生年月日 年齢・性別	昭和・平成 年 月 日生（ 才 男 / 女 ）	
現住所	（〒 — ）	
電話番号 電子メール	—	—
	[PC]	@
	[携帯]	@
学歴 （大学卒業以降）	《記入例》 平成25年3月 ○○大学 医学部医学科 <input type="checkbox"/> 卒業	
	年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込み
	年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込み
	年 月	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込み
勤務先情報	勤務先名	
	所属部署	職名
	住所（〒 — ）	
	TEL — —	

免許 (登録番号含む)	<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 医師免許 医籍登録：第 _____ 号 </div> <div style="text-align: center;"> 昭和 ・ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 </div> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 看護師免許 <input type="checkbox"/> 薬剤師免許 <input type="checkbox"/> その他[_____] 登録番号：第 _____ 号 </div>
資格 ＊指定医・専門医等 (登録番号を含む)	
職歴 ＊期間・勤務先・ 職種等	≪記入例≫ 平成25年4月1日～ 現在 ○○大学附属病院 研修医 <div style="text-align: center;"> _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日 </div>
業績 (公表論文・研究 報告)	

[申請書作成要領]

1. 所定の様式で作成すること。(複数頁にわたっても結構です。)
2. 氏名は戸籍に記載された字体により記入すること。
3. 該当する口欄にチェックを付けてください。
4. FAX (265-2855)、e-mail (gpro@med.kanazawa-u.ac.jp)
 または郵送にてがんプロ事務局 (金沢市宝町 13-1) まで、ご提出ください。