

滋 小 セ 第 141 号
平成 30 年 (2018 年) 9 月 13 日

各関係機関の長 様

滋賀県立小児保健医療センター病院長
(公 印 省 略)

平成 30 年度滋賀県立小児保健医療センター遺伝カウンセリング研修
事業の実施について (第 2 回)

平素は当センター事業に御協力いただき、厚く御礼申し上げます。

さて、標記研修会について、別添「平成 30 年度滋賀県立小児保健医療センター遺伝
カウンセリング研修事業実施要領」に基づき開催しているところですが、第 2 回の研修
会を下記により実施することとなりましたので、関係職員の皆様への周知と参加につい
て御配慮願います。

記

- 1 開催日時 平成 30 年 10 月 28 日 (日) 9:30~11:30
(受付 9:00~)
- 2 開催場所 滋賀県立小児保健医療センター 1 階研修室

問い合わせ先

滋賀県立小児保健医療センター
保健指導部 山口
TEL 077-582-8429
Fax 077-582-6304

平成30年度滋賀県立小児保健医療センター遺伝カウンセリング研修事業実施要領

1 目的

遺伝カウンセリングに関わる保健医療従事者に対して、事例を通してカウンセリングの理解を深めるとともに、相談担当者の資質の向上を図ることを目的に実施する。

2 実施主体

滋賀県立小児保健医療センター

3 日時

第1回：平成30年6月24日（日）9：30～11：30

第2回：平成30年10月28日（日）9：30～11：30

（年3回を予定）

4 場所

滋賀県立小児保健医療センター 研修室

5 対象者

遺伝カウンセリングに関わる医師・保健師・助産師・看護師等

6 研修内容

① 遺伝カウンセリングにかかる事例検討

② 遺伝カウンセリングにかかる情報交換

③ その他

（外部講師）

・滋賀医科大学小児科学講座教授 丸尾良浩医師

・京都大学大学院医学研究科 医療倫理学・遺伝医療学分野
准教授 和田敬仁医師

7 参加申し込み

別添参加申込書により、平成30年10月26日（金）までに申し込むこととする。

問い合わせ

〒524-0022 守山市守山5丁目7番30号

滋賀県立小児保健医療センター 保健指導部 山口

TEL 077(582)8429

FAX 077(582)6304

平成30年度 第2回



遺伝カウンセリング研修会のご案内

家族の病気は遺伝するのだろうか？結婚相手の血縁に病気があって心配、生まれた子どもの病気が次の子どもに影響するのか？など、日頃からご相談を受けることはありませんか？

遺伝相談に関わる方、遺伝カウンセリングに関わる方を対象に、遺伝カウンセリングについて事例を通じて学ぶことにより、相談担当者の資質向上を図ることを目的とした本研修会を今年度も開催させていただきます。

遺伝についての相談を受けた際の対応や遺伝形式などについて学ぶ研修会です。

今年度第2回目は、以下のとおりです。

(※第3回目以降は、随時ご案内いたします。年3回の予定です。)

対象 : 遺伝についての相談を受けることのある保健、医療、福祉の関係者

場所 : 滋賀県立小児保健医療センター 1階研修室
(守山市守山五丁目7-30)

第2回研修会では、
染色体異常のミニレクチャーを
計画中です

日時・内容 :

平成30年10月28日(日) 9:30~11:30 (受付 9:00~)

今回検討の事例は・・・

- ・ 第2子の染色体異常(次子拳児希望について)
- ・ 脆弱X症候群疑い(兄弟への影響について)

を予定しています。

* 事例については、都合により変更になる場合もございます。ご了承ください。

第1回研修会には、医療機関の医師をはじめ、看護師、遺伝カウンセラー、保健師、胚培養士など多くの職種の方にご参加いただきました。

本研修会ではこれまで「ダウン症の子どもがいるが次の子への影響は?」「子どもの病気が分かったが、自分にも同じ症状があった。自分にも影響があるのか?(乳がん、卵巣がん、遺伝性糖尿病など)」等の事例検討を行いました。事前質問も受け付けていますので、ぜひご参加ください。

<お問い合わせ>

滋賀県立小児保健医療センター 保健指導部
TEL077-582-8429 FAX077-582-6304



FAX 送信票

申込み締切り 10月26日(金)

滋賀県立小児保健医療センター

保健指導部 山口 行

FAX 077-582-6304

平成30年度 第2回 遺伝カウンセリング研修会 10月28日(日)

参加申込書

氏名	職種	経験年数	備考
聞きたいこと、質問、相談したい事例等			

上記のとおり参加を申込みます。

平成30年 月 日

滋賀県立小児保健医療センター 病院長 様

所属 _____

所属住所 _____

電話番号 _____

申込み責任者 _____