

2025 年 12 月 吉日

先生各位

日本メドトロニック株式会社
ニューロモデュレーション

「SNM ハンズオンセミナー」のご案内

謹啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご愛顧を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、仙骨神経刺激システムは、便失禁又は過活動膀胱の治療用機器として保険適用されており、薬事承認条件として「便失禁又は過活動膀胱に対する十分な知識・経験を有する医師が、適応を遵守し、講習の受講等により、本品の操作に関する技能や手技に伴う合併症等に関する知識を得た上で、関連学会と協力して作成された適正使用指針に基づき、本品が適切に用いられるよう、必要な措置を講ずること」とされており、弊社では講習を実施しています。

本講習は、インターネットによる「SNM オンライントレーニング」と手術手技に関する「SNM ハンズオンセミナー」によって構成されており、この度、下記の通り、ハンズオンセミナーを開催する運びとなりましたのでご案内申し上げます。

謹白

記

日 時： 2026 年 1 月 31 日(土) 13 時 00 分 ～ 16 時 30 分

場 所： メドトロニックイノベーションセンター(MIC)
神奈川県川崎市川崎区殿町3丁目25-10

講 師： 医療法人信和会 明和病院 消化器外科 岡本 亮 先生
福井大学医学部附属病院 泌尿器科学講座 稲村 聡 先生

主 催： 日本メドトロニック株式会社

申込方法： ご記入済申込書を添付の上、下記 Email アドレス宛に送信ください。
rs.snmcontact@medtronic.com

交 通 費： 参加者にご負担いただきます。

宿 泊 費： 参加者にご負担いただきます。

受講条件： SNM オンライントレーニングを修了していること

(仙骨神経刺激療法指定講習: <https://www.snm-training.jp/top.html>)

- 本治療を実施するためには SNM オンライントレーニング及びハンズオンセミナーの受講が必須となります。
- 本セミナーを受講頂くためには、原則としてセミナー3 日前までに SNM オンライントレーニングの全ての項目(テストを含む)を修了する必要があります。
- 本治療は、手術の際に C アーム等の透視装置が必要となります。
- 本治療を実施するための施設基準に係る届出を行うには、実施施設基準ならびに実施医基準等を満たす必要があります。詳細につきましては、「植込み型排尿・排便制御用ステイミュレーター(仙骨神経刺激装置)に関する適正使用基準」をご参照下さい。
- ハンズオンセミナーの案内につきましては、お席に限りがございますため参加希望多数の場合は先着順となります。医療機器業公正競争規約トレーニング基準に基づき、参加申込書の受領をもって申込の完了とさせていただきます。

連絡先: 日本メドトロニック株式会社 ニューロモデュレーション

E-Mail: rs.snmcontact@medtronic.com

セミナー当日緊急連絡先: 080-3422-6084, 080-3273-6849, 080-7269-4862

以上

「SNM ハンズオンセミナー」ご参加申込書（開催日:2026 年 1 月 31 日）

貴施設名		貴診療科名
フリガナ		申込日
ご芳名		年 月 日

*セミナー当日のネームプレートに記載致しますので、お間違えのないようご記載をお願い申し上げます。

※事前アンケート： 講師への申し送りに活用させていただきますので、御回答頂けると幸いです。

- ① SNM の実施意向についてお聞かせください。
☐ 現在診療中の患者で SNM を実施したい患者がいる ☐ 自施設で今後 SNM を導入する予定
☐ SNM に興味あり ☐ その他 (_____)
- ② 今回のセミナーで重点的に学びたいポイント
☐ SNM 適応基準、患者選択 ☐ インフォームドコンセントを含む患者とのコミュニケーション ☐ 手術手技
☐ プログラミングなどの術後患者ケア ☐ その他 (_____)
- ③ 現在、診療中の便失禁、もしくは過活動膀胱の月間患者数をお聞かせください。＜月間症例数＞
☐ 1～10 例 ☐ 11～20 例 ☐ 21～30 例 ☐ 31～50 例 ☐ 51～100 例 ☐ 101～200 例 ☐ 201 例以上
- ④ 現在、診療中の患者で、保存療法が無効又は適用できない、月間患者数をお聞かせください。＜月間症例数＞
☐ 1～5 例 ☐ 6～10 例 ☐ 11～20 例 ☐ 21～30 例 ☐ 31～50 例 ☐ 51 例以上
- ⑤ **【泌尿器科関連の先生のみ】** ボツリヌス毒素治療(BTX)実施状況等についてお聞かせください。＜月間症例数＞
☐ 導入している
 月間何名の患者に BTX を勧めていますか？ (月間: _____ 名)
 月間何名の患者に BTX を実施されていますか？ (月間: _____ 名)
☐ 導入していない
- ⑥ SNM を実施したい年間症例数をお聞かせください。＜年間症例数＞
☐ 1～5 例 ☐ 6～10 例 ☐ 11～20 例 ☐ 21～30 例 ☐ 31～50 例 ☐ 51 例以上
- ⑦ その他ご質問・ご要望がございましたらお聞かせください。

ご記入いただきました個人情報は当社主催セミナー、製品サービス情報のご案内に使用させていただきます。尚、個人情報につきましては、当社個人情報保護方針に則り厳重に管理し、第三者への提供は行いません。

【個人情報の取扱いについて】 日本メドトロニック株式会社は、個人情報を以下の目的のために利用し、弊社プライバシー・ポリシーに従って取り扱います。

- (1) 本セミナーに関するご感想・ご意見の収集
- (2) 今後のセミナー開催に関する電話、訪問、郵便物、電子メール等による情報提供
- (3) その他これらの事業に附帯する業務（プライバシーポリシー：<https://www.medtronic.com/jp-ja/privacy-statement.html>）