

滋 健 寿 第 1109 号
平成 30 年 (2018 年) 7 月 24 日

各 病 院 長 様

滋賀県健康医療福祉部健康寿命推進課長
(公 印 省 略)

滋賀県がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の
開催要項の一部改正について (通知)

平素は、滋賀県のがん対策の推進に御尽力いただきありがとうございます。

さて、「がん診療等に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」(平成 29 年 12 月 1 日付け健発第 1201 第 2 号厚生労働省健康局長通知)に基づき本県において緩和ケア研修会を実施しているところです。

このたび、同開催指針が一部改正され、添付のとおり厚生労働省健康局長から通知がありましたのでお知らせします。

また、これに伴い「滋賀県がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会開催要項」を一部改正したのでお知らせします。

記

国指針の主たる変更点

- ・ e-learning 修了証書に関する手続きの迅速化・簡素化

県要項の変更点

1. 3 受講者の (3) 集合研修当日の e-learning 修了証書持参を削除
2. 様式 5, 6, 7 を国指針に合わせて変更
3. 様式 10 の当日持参必須項目を削除

(注意) e-learning 修了証書については、ID と修了を確認するため、申し込み時の写しの送付は変更なしとします。

滋賀県健康医療福祉部健康寿命推進課
がん・疾病対策係 野坂
電話 077-528-3655 Mail eg0002@pref.shiga.lg.jp

「滋賀県がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」開催要項

1 趣旨

がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成 29 年 12 月 1 日付け健発第 1201 第 2 号厚生労働省健康局長通知）（以下「指針」という。）に基づき滋賀県内で開催する「滋賀県がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会（以下「滋賀県緩和ケア研修会」という。）」については、同指針に定めるほか、この要項に定めるところによる。

2 滋賀県緩和ケア研修会の形式等

「集合研修」とする。

3 受講者

- (1) 厚生労働省実施主体とする「e-learning」修了後 2 年以内のがん等の診療に携わる医療従事者。
- (2) 滋賀県緩和ケア研修会を受講希望する者は、当該研修事務担当者へ様式 10 および e-learning 修了証書写しを F A X 等で提出すること。また、同時に 2 か所以上の集合研修に申し込むことは不可とする。
- (3) 集合研修は、全プログラム受講とポストアンケート回答をもって修了とする。

4 確認依頼書の提出

滋賀県緩和ケア研修会事務担当者は、研修会開催の 2 か月前までに、確認依頼書（様式 3）、実施担当者一覧表（様式 4）および研修会進行表（様式 5）を滋賀県がん対策主管課まで提出するものとする。

5 確認結果の通知

- (1) 滋賀県知事は、4 の規定による確認依頼があった当該研修会が、「緩和ケア研修会標準プログラム」に準拠していると認めた場合には、研修会の 1 か月前までに関係書類を厚生労働省に提出するものとする。厚生労働省からの結果は、確認結果通知書（様式 8）により通知するものとする。

6 受講者の募集・案内

研修受講者の募集は、研修主催責任者が行うこととする。

滋賀県緩和ケア研修会の年間計画については、都道府県がん診療連携拠点病院が取りまとめ、一覧表（様式 9）を作成し、広報するものとする。

7 受講の確認

- (1) 滋賀県緩和ケア研修会事務担当者は、研修会の受講申込書（様式 10）および

e-learning 修了証書に基づき、受講者名簿（様式 1 1）を作成する。

- (2) 集合研修事務担当者は、受講希望者より提出された「e-learning 修了証書」の交付日が集合研修の予定日から 2 年以内であることを確認しなければならない。

8 緩和ケア研修会の修了証の発行手順について

- (1) 集合研修事務担当者は、集合研修の終了後、速やかに集合研修の修了の登録を e-learning システムに入力する。
- (2) 集合研修事務担当者は、集合研修の終了後速やかに修了報告書（様式 6）および集合研修修了者名簿（様式 7）（様式 1 2）を作成すること。
- (3) 集合研修事務担当者は、修了証書（様式 2）に、参加者の氏名、集合研修の名称等を記載し、集合研修主催責任者の印を押印したうえで、滋賀県がん対策主管課まで提出する。

9 書類の提出部数

この要項により滋賀県知事に提出する書類の部数は各 1 部とする。

10 その他

研修会を開催するために必要な事項は別に定める。

附則

この要項は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

この要項は、平成 30 年 7 月 24 日から施行する。

(参考 標準プログラム)

集合研修プログラム（案）タイムスケジュール（案）

開催時間	終了時間	所要時間	内容	対応する開催指針の形式
9:00	9:30	30	受付	
9:30	9:45	15	開会・開催にあたって	講義
9:45	10:30	45	e-learning の復習・質問	講義
10:30	10:40	10	休憩	
10:40	12:10	90	コミュニケーション	ロールプレイ
12:10	13:00	50	昼食・休憩	
13:00	13:20	20	アイスブレーキング	
13:20	14:50	90	全人的苦痛に対する緩和ケア	グループ演習／ワークショップ
14:50	15:00	10	休憩	
15:00	16:30	90	療養場所の選択と地域連携	グループ演習／ワークショップ
16:30	16:35	5	休憩	
16:35	16:50	15	がん患者等への支援	講義
16:50	17:10	20	ふりかえりと修了式	

e-learning修了証書

(参加者の氏名)

(ID)

あなたは、厚生労働省が定める緩和ケア研修会（e-learning）の受講
を修了したことを証します。

西暦 年 月 日

(e-learning管理責任者名)

※本修了証書は、緩和ケア研修会（e-learning）の交付日から2年間有効です。

第 緩 一 号

修了証書

(参加者の氏名) 様

あなたは、滋賀県がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会を修了したことを称します。

(西暦) 年 月 日

(主催者名) 印

滋賀県がん等の診療に携わる
医師等に対する緩和ケア研修会 主催者 殿

本研修は、「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知の別添）に準拠したものであり、緩和ケア研修会を修了したものであると認めます。

(西暦) 年 月 日

厚生労働省健康局長 (健康局長名) 印

厚生労働省健康局長 殿

(主催者名) 印

確認依頼書

下記の緩和ケア研修会（集合研修）として、「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知の別添）に準拠した内容であることの確認を依頼します。なお、下記に記載された以外の点については、同指針に準拠した内容であることを主催者が確認しています。

記

- 1 集合研修の名称：滋賀県がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会
- 2 主催者等
 - (1) 主催者：
 - (2) 共催者、後援者等：
- 3 開催日及び開催地
 - (1) 開催日： 西暦 年 月 日
(実質的な研修時間： 時間)
 - (2) 開催地：滋賀県 市
- 4 集合研修の実施担当者
 - (1) 集合研修主催責任者数： 名
 - (2) 集合研修企画責任者数： 名
 - (3) 集合研修協力者数： 名
 - (4) 集合研修事務担当者数： 名
 - (5) 集合研修の実施担当者の所属、氏名、職種：様式4のとおり
- 5 参加者
 - (1) 予定参加者数： 名
 - (2) グループ演習におけるグループごとの人数： 名から 名まで
 - (3) ロールプレイングによる演習におけるグループごとの人数： 名から 名まで
- 6 集合研修進行表：(様式5) のとおり

集合研修実施担当者一覧表

実施担当者の区分	氏名	所属	職種	その他 ¹⁾
集合研修主催 責任者				
集合研修企画 責任者				
集合研修 協力者 ²⁾				
集合研修事務 担当者				

1) 集合研修企画責任者においては、指導者研修会の受講年度、種別を記載すること。

(平成 28 年度以前の精神腫瘍学指導者研修会修了者は、集合研修企画責任者のための講習についても記載すること。)

2) 集合研修協力者は、多職種のものにより構成されることが望ましい。

西暦 年 月 日

厚生労働省健康局長 殿

(主催者名) 印

修了報告書

下記の医師 について、「がん等の診療に携わる下記の医師 について、「がん等の診療携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」 (平成 29 年 12 月 1 日付け健発 1201 第2号厚生労働省健康局長通知 の別添) に準拠した緩和ケア研修会 (集合) を了したこと報告します。

記

- 1 集合研修の名称：滋賀県がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会
- 2 主催者等
 - (1) 主催者：
 - (2) 共催者、後援等：
- 3 開催日及び地
 - (1) 開催日： 西暦 年 月 日
(実質的な研修時間： 時間)
 - (2) 開催地： 都道府県 市
- 4 集合研修の実施担当者
 - (1) 集合研修主催責任者 数： 名
 - (2) 集合研修企画責任者 数： 名
 - (3) 集合研修協力者数： 名
 - (4) 集合研修事務担当者 数： 名
- 5 集合研修の了者
 - (1) 修了者の人数： 名 (医師 ・ 歯科名、それ以外の職種 名)
 - (2) 修了者番号、 氏名、 医籍登録番号所属科職種 並びに 氏名及び所属 ・ 所属科を公開することについての本人同意可否 :(様式7) のとおり :(様式7) のとおり
- 6 事前申請した様式4と5についての内容変更の有無：
(変更が有る場合は、変更を反映した様式4と5を添付すること。)

第 号
平成 年(年) 月 日

〇〇〇病院
研修会主催責任者 様

滋賀県健康医療福祉部（がん対策主管課）課長

滋賀県緩和ケア研修会の内容確認の結果について

平成 年 月 日付けで確認依頼のありました「滋賀県緩和ケア研修会（ 会場）」については、「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成29年12月1日付け健発第1201第2号厚生労働省健康局長通知）に準拠した内容であることを厚生労働省が確認されましたので連絡します。

なお、研修会の開催後は「滋賀県がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会開催要項」に基づき、下記の報告をお願いします。

記

1 提出書類

- (1) 修了報告書（様式6）
- (2) 修了者名簿（様式7）
- (3) 修了証書（様式2）

年度 滋賀県緩和ケア研修会年間計画一覧表

	開催日	主催病院 (会場)	募集期間	備考
第1回			～	
第2回			～	
第3回			～	
第4回			～	
第5回			～	
第6回			～	
第7回			～	
第8回			～	
第9回			～	
第10回			～	
第11回			～	
第12回			～	

送付先

様式 10

〇〇病院 〇〇〇〇所属 (FAX ー ー) あて

年度滋賀県緩和ケア研修会 (会場) 受講申込書

所属機関名	
診療科 (所属) 名	
職 種 免許登録番号	昭和・平成 年 月 日第 号
職 名	
(ふりがな) 氏 名	
e-learning	本様式とともに修了証書の写しを送付すること
修了した場合氏名及び所属を 公開することの本人の同意	同意する ・ 同意しない
生年月日 (年齢)	西暦 年 月 日 (歳)
臨床経験 ((本年度) 4月1日現在)	年
連絡先 (電話番号)	
メールアドレス	
研修会当日連絡先 (電話番号)	
修了証書等送付先住所	〒

(以下各主催病院必要事項記載欄)

集合研修 受講者名簿

会場名：

開催日：西暦 年 月 日

参加予定者数：名

(内訳：医師 名、歯科医師 名、看護師 名、薬剤師 名、社会福祉士 名
 管理栄養士 名、理学療法士 名、作業療法士 名、その他 名)

No	職種	氏名	免許等 登録番号	所属	所属科	同意 の可 否*	e-learning 修了証 I D
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

集合研修 修了者名簿

会場名：

開催日：西暦 年 月 日

参加予定者数：名

(内訳：医師 名、歯科医師 名、看護師 名、薬剤師 名、社会福祉士 名
管理栄養士 名、理学療法士 名、作業療法士 名、その他 名)

No	職種	氏名	免許等 登録番号	所属	所属科	同意 の可 否*	e-learning 修了証 I D
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

<滋賀県緩和ケア研修会の流れ>

	主催病院等	受講者	県
開催2か月前までに	<ul style="list-style-type: none"> * 県庁へ「確認依頼書」(様式3) 「実施担当者一覧表」(様式4) 「集合研修進行表」(様式5)を提出 	<p>PEACE PROJECTトップページより</p> <p>「e-learning」の履修</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開始時「プレアンケート」 ・必須科目10科目、選択5科目中2科目以上受講 <p>注)集合研修の受講申込みまでに修了し、「e-learning修了証明書」(様式1)をシステムから印刷する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 主催病院からの提出書類を確認し、「標準プログラム」に準拠しているか確認する。
開催1か月前までに			<ul style="list-style-type: none"> * 厚生労働省へ(様式3・4・5)を提出
募集から受付まで	<ul style="list-style-type: none"> * 関係機関あて開催案内通知 * 診療連携協議会HPに案内掲載 * 受講申込書を受理後、「e-learning」の修了年月日が集合研修の2年以内であることを確認する。 * e-learningサイトに、集合研修受講者を登録し、受講者のe-learning履歴情報を確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> * 集合研修受講希望者は、主催病院あて「受講申込書」(様式10)を提出する。 <p>注)同時2か所以上の申込みは不可。「e-learning」のIDが重複すると集合研修登録が無効になる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 厚生労働省からの結果を、主催病院に対して通知(様式8)
開催当日			
修了1週間以内	<ul style="list-style-type: none"> * 集合研修欠席者をe-learningサイトに登録する 	<ul style="list-style-type: none"> * e-learningサイトで「ポストアンケート」に回答する。 	
修了証の作成	<ul style="list-style-type: none"> * e-learningシステムでポストアンケートの回答を確認後「修了証書」(様式2)を作成。 ・集合研修主催者印を押印(様式2) 		
修了証書・報告書の作成	<ul style="list-style-type: none"> * 県庁へ「修了報告書」(様式6) 「集合研修修了者名簿」(様式7)(様式12)(注様式7は厚労省用、様式12は県用) 作成押印した修了証書(様式2)を提出する。 		<ul style="list-style-type: none"> * 厚生労働省へ様式2・6・7を提出
修了証書の交付	<ul style="list-style-type: none"> * 受講生に「修了証書」(様式2)を交付する。 	<ul style="list-style-type: none"> * 主催病院から「修了証書」(様式2)を受領する。 	<ul style="list-style-type: none"> * 厚生労働省健康局長印が押印された修了証書を主催病院へ送付する。 * 県ホームページに修了公開同意者の名簿を掲載する。