

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の手引き

本手引きは、集合研修主催責任者が「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）に従った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「緩和ケア研修会」という。）を主催するための手順を示すもので、県への申請から開催までの大まかな流れを定め、次に緩和ケア研修会当日までの諸手続き、緩和ケア研修会修了後の報告などの必須事項を定めたものである。

1 集合研修開催準備

- (1) 集合研修事務担当者は、集合研修開催の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）及び集合研修進行表（様式5）を、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課（以下「がん感染症疾病対策課」という。）に提出する。(①)
- (2) がん感染症疾病対策課は、当該集合研修が開催指針に準拠していると厚生労働省健康局がん・疾病対策課が認めた場合には、内容確認結果通知書を集合研修主催責任者に通知する。(②)

実施主体	実施内容（留意事項）	関係様式等
集合研修主催責任者→県	開催指針の準拠について内容確認依頼①	様式3,様式4、様式5
県→集合研修主催責任者	内容確認結果通知②	—

2 参加者の募集から研修会開催まで

(1) 集合研修主催責任者は、集合研修の受講希望者（以下「受講希望者」という。）の募集を行い、受講希望者は緩和ケア研修会集合研修参加申込書（様式8、様式9）にて申し込む。受講希望者は、緩和ケア研修会集合研修参加申込書の提出時に e-learning 修了証書又は e-learning 修了証書の I D 等を集合研修主催責任者に提出しなければならない。集合研修事務担当者は、提出された e-learning 修了証書又は e-learning 修了証書の I D 等により修了日が集合研修の予定日から2年以内であることを確認する。(③)

集合研修事務担当者は、緩和ケア研修会集合研修参加申込書（様式8、様式9）を確認し、受講希望者の医師が生涯教育制度の単位認定を希望する場合は、入力フォームを作成し、がん感染症疾病対策課にエクセルデータを送付する。(④)

実施主体	実施内容（留意事項）	関係様式等
集合研修主催責任者	受講希望者の募集	—
受講希望者	参加申込と e-learning 修了証書又は e-learning 修了証書の I D 等の提出	様式 8（医師・歯科医師）、様式 9（医師・歯科医師以外の医療従事者）、様式 1
集合研修事務担当者	e-learning 修了証書又は e-learning 修了証書の I D 等で修了日確認（2 年以内） ③	様式 1
集合研修事務担当者→県	生涯教育講座の入力フォームの提出（必要時）④	生涯教育講座の入力フォーム

3 集合研修の終了後

(1) 集合研修事務担当者は、集合研修終了後速やかに、集合研修の修了の登録等を e-learning システムに入力する。(⑤) また、修了報告書（様式 6）及び集合研修修了者名簿（様式 7）を作成する。修了証書（様式 2）に準拠した修了証書に、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上で、がん感染症疾病対策課まで提出する。修了証書（様式 2）に準拠した修了証書を作成するにあたり、修了証書の番号についてがん感染症疾病対策課に確認すること。

修了報告書（様式 6）及び集合研修修了者名簿（様式 7）、修了者の参加申込書（様式 8、様式 9）、修了証書（様式 2）〔集合研修主催責任者の印を押印したもの〕をがん感染症疾病対策課に提出する。

なお、集合研修修了者名簿（様式 7）については電子データをがん感染症疾病対策課に送付すること。(⑥)

(2) 国は提出された修了証書（様式 2）について、厚生労働省健康局長印押印後、集合研修主催責任者に返却する。(⑦)

実施主体	実施内容	関係様式等
集合研修事務担当者	集合研修の修了の登録等を e-learning システムに入力 ⑤	—
集合研修事務担当者→県	修了報告書及び集合研修修了者名簿を作成	様式 2 様式 6、様式 7

	<p>修了証書を作成 修了報告書、集合研修修了者名簿、集合研修修了者の参加申込書、修了証書を県に提出 ※集合研修修了者名簿については電子データを県に提出⑥</p>	<p>様式8、様式9 ※修了報告書(様式6)が事前に申請した内容に変更があった場合は、関係書類の提出</p>
<p>県→厚生労働省</p>	<p>修了報告書、集合研修修了者名簿、修了証書を提出</p>	<p>様式2 様式6、様式7</p>
<p>厚生労働省→集合研修主催責任者</p>	<p>修了証書に厚生労働省健康局長印を押印した上で、集合研修主催責任者に返却⑦</p>	<p>様式2</p>

[様式一覧]

様式1	e-learning 修了証書	集合研修参加者→集合研修
様式2	修了証書	集合研修主催責任者→県→国
様式3	確認依頼書	集合研修主催責任者→県→国
様式4	集合研修実施担当者一覧表	集合研修主催責任者→県→国
様式5	集合研修進行表	集合研修主催責任者→県→国
様式6	修了報告書	集合研修主催責任者→県→国
様式7	集合研修修了者名簿	集合研修主催責任者→県→国
様式8	緩和ケア研修会 集合研修参加申込書 (医師・歯科医師)	集合研修参加者→集合研修 主催責任者→県
様式9	緩和ケア研修会 集合研修参加申込書 (医師・歯科医師以外の医療従事者)	集合研修参加者→集合研修 主催責任者→県

緩和ケア研修会 集合研修参加申込書

病院名(施設名)		所属(診療科)	
医籍登録番号	号	医師免許取得後の臨床 経験年数	年間
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年 数	年間
性別※	男性 ・ 女性	年齢	歳
ふりがな			e-learning ID
氏名 (医師の方の場合、氏名は必ず医籍 登録されている氏名・字体で楷書で の記載をお願いします)			
連絡先 (こちらからご連絡を差し上げる場合があります。緊急時も含め、連絡のつきやすい番号をご記入ください)			
TEL			
FAX			
E-mail			
修了証書送付先住所 (必ず受領できる住所及び所属等の 記載をお願いします)	〒		
修了証書送付先住所を福岡県にお 知らせすることについて御承諾いた だけますか。※	・承諾します	・承諾しません	
研修会終了後、国及び福岡県が貴 殿の氏名及び所属を公開することに ついて御承諾いただけますか。※	・承諾します	・承諾しません	
医師会員の方のみ御記入ください。 日本医師会が行っている生涯教育制 度の単位認定を希望しますか。※	・希望します※生年月日< 年 月 日 > ・希望しません ※生涯教育制度単位認定希望者は、必ず生年月日を記入してください。		

※の箇所は、該当するものに○印をお願いします。

注意: 修了証書がお手元に届くまでに2, 3か月を要する場合があります。

申し込み方法等については受講希望実施機関毎のホームページをご覧ください。

緩和ケア研修会 集合研修参加申込書

病院名(施設名及び所属部署)		性別※	男性 ・ 女性			
職種※	看護師 ・ 薬剤師 ・ その他()					
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年数				年間
ふりがな						
氏名 (氏名は修了書に記載されます。楷書での記載をお願いします)		年齢	歳	e-learning ID		
連絡先 (こちらからご連絡を差し上げる場合があります。緊急時も含め、連絡のつきやすい番号をご記入ください)						
TEL						
FAX						
研修会終了後、福岡県が貴殿の氏名及び所属を公開することについて御承諾いただけますか。※	・承諾します		・承諾しません			

※の箇所は、該当するものに○印もしくは記載をお願いします。

申し込み方法等については受講希望実施機関毎のホームページをご覧ください。