様式２

　第　山梨19-001号

 修了証書

番号は県が指示します

〇〇　〇〇

確認依頼書の集合研修の名称と合わせる

あなたは、2019年度第1回山梨県緩和ケア研修会を修了したことを証します。

確認依頼書（様式3）の主催者と合わせる（正式名称）

集合研修会

終了日の日付

2019年9月10日

○○○○病院□院長□山梨□太郎　　印

確認依頼書の集合研修の名称と合わせる

2019年度第１回山梨県緩和ケア研修会　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。

必ず確認してください。嵜

集合研修会

終了日の日付

2019年9月10日

厚生労働省健康局長□宮嵜□雅則　　印

様式３

集合研修会開催日の2か月前までに提出してください。

2019年６月１日

西暦で

厚生労働省健康局長　殿

○○○○病院　院長　山梨　太郎　　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：2019年度第１回山梨県緩和ケア研修会

２　主催者等

1. 主催者：○○○○病院　院長
2. 共催者、後援者等：山梨県がん診療連携拠点病院連絡協議会

様式５と合わせてください.

３　開催日及び開催地

（１）開催日：　2019年9月10日

　　（実質的な研修時間：６時間45分）

（２）開催地：山梨県甲府市　○○○○病院

４　集合研修の実施担当者

（１）集合研修主催責任者数：　１名

様式４と合わせてください.

（２）集合研修企画責任者数：　１名

（３）集合研修協力者数：　　　６名

（４）集合研修事務担当者数：　２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

4名以上10名以下

５　参加者

（１）予定参加者数：　16名

（２）グループ演習におけるグループごとの人数：４名から６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：２名から４名まで

６　集合研修進行表：（様式５）のとおり

２名以上４名以下

様式４

・H〇年度（緩和ケア）

・H〇年度（精神）＊H29年度以降に限る

・H30年企画責任者講習

　いずれかひとつを必ず記入してください。

年度(緩和ケア)

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 | 山梨　太郎 |  |  |  |
| 集合研修企画責任者 | 山田　次郎 |  | 医師 | H26年度（緩和ケア） |
| 集合研修協力者 | 〇〇　〇〇 |  |  | 精神腫瘍学又は緩和ケアの指導者研修修了者については、記載例のとおり記入してください。　　 |
| 田中　三郎 | 多職種で構成されるようにしてください。　　 | 医師 | H27度（精神） |
| 甲府　花子 |  | 医師 | H28年度（緩和ケア） |
| 〇〇　〇〇 |  |  | 地域連携・在宅医療に携わっている方については、記載例のとおり記入してください。　 |
| 松本　五郎 |  | 社会福祉士 | （地域連携） |
| 山田　花子 |  | 看護師 | （在宅医療） |
| 集合研修事務担当者 | 〇〇　〇〇 |  |  |  |
| 〇〇　〇〇 |  |  |  |

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、多職種の者により構成されることが望ましい。

様式５

集合研修進行表

**担当者全員（協力者含む）**の氏名を記入してください。者た全員の氏名を記入してください。氏名を記入してください。

担当者全員の氏名を記入してください。

当者全員の氏名を記入してください。

当者全員の氏名を記入してください。

集合研修の名称：2019年度第１回山梨県緩和ケア研修会

**プログラム**

下記の１）に注意して担当者を記載してください。

担当者全員の氏名を記入してください。

当者全員の氏名を記入してください。

当者全員の氏名を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **開始時間** | **終了時間** | **所要時間** | **内容** | **対応する開催指針****の項目番号** | **担当者** |
| 9：00 | 9：30 | 30 | 受付 |  | 下記の２）に注意して担当者を記載してください。担当者全員の氏名を記入してください。当者全員の氏名を記入してください。当者全員の氏名を記入してください。 |
| 9：30 | 9：45 | 15 | 開会・開催にあたって |  | 山田次郎　 |
| 　9：45 | 10：30 | 45 | e-learningの復習・質問 |  | 山田次郎 |
| 10：30 | 10：40 | 10 | 休憩 |  |  |
|  10：40 | 12：30 | 110 | コミュニケーション（ロールプレイング） | （２）③ア | 田中三郎・甲府花子・〇〇〇〇 |
|  12：30 | 13：20 | 50 | 昼食・休憩 |  |  |
| 13：20 | 13：40 | 20 | アイス・ブレイキング |  |  |
| 13：40 | 15：10 | 90 | 全人的苦痛に対する緩和ケア（グループワーク） | （２）②ア | 山田次郎・甲府花子・〇〇〇〇 |
| 15：10 | 15：20 | 10 | 休憩 |  | 　　　　　　　　　 |
| 15：20 | 16：50 | 90 | 療養場所の選択と地域連（グループワーク） | （２）②イ | 松本五郎・山田花子・〇〇〇〇 |
| 16：50 | 16：55 | 5 | 休憩 |  |  |
| 16：55 | 17：10 | 15 | がん患者等への支援 | （２）④ | 〇〇〇〇 |
| 17：10 | 17：30 | 20 | ふりかえりと修了式 |  | 山田次郎 |

1. 「がん患者等の療養場所の選択、地域における連携、在宅における緩和ケアの実際」（開催指針の項目番号（２）②イ）の演習については、地域連携や在宅医療等に携わる者と共に地域の状況や多職種連携を反映することが望ましい。
2. 「がん等の緩和ケアにおけるコミュニケーション」（開催指針の項目番号（２）③ア）の演習については、精神腫瘍学指導者研修会 修了者及びがん告知に関する経験が豊富な緩和ケア指導者研修会修了者と共に行うことが望ましい。

|  |  |
| --- | --- |
| 総集合研修時間 | 　　　６時間45分　　　 |

白地の所要時間の合計

様式６

2019年９月〇日

厚生労働省健康局長　殿

○○○○病院　院長　山梨　太郎　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（集合研修）を修了したことを報告します。

記

１　集合研修の名称：2019年度第１回山梨県緩和ケア研修会

２　主催者等

1. 主催者：○○○○病院
2. 共催者、後援者等：山梨県がん診療連携拠点病院連絡協議会

３　開催日及び開催地

（１）開催日：　2019年9月10日

　　（実質的な研修時間：６時間45分）

（２）開催地：山梨県　甲府市　○○○○病院

４　集合研修の実施担当者

（１）集合研修主催責任者数：　１名

（２）集合研修企画責任者数：　１名

**確認依頼時の6名から8名に変更**

（３）集合研修協力者数：　　　８名

（４）集合研修事務担当者数：　２名

５　集合研修の修了者

（１）修了者の人数：　15名（医師・歯科医師　10名、それ以外の職種５名）

（２）修了者番号、氏名、医籍登録番号、所属、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の同意の可否：（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： 様式４と５に変更有り

 （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。）

**変更がない場合：変更無し**

**変更がある場合：様式〇に変更有り**

変更がない場合→変更なし

変更がある場合→様式〇に変更

様式７

集合研修修了者名簿

都道府県：山梨県

集合研修の名称：2019年度第１回山梨県緩和ケア研修会

開催日 ：2019年9月10日

修了者の人数：15名

医師・歯科医師　合計10名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **修了者番号** | **氏名** | **医籍登録番号１）** | **所属** | **所属科** | **同意の****可否２)** |
| 山梨19-001 | 〇〇　〇〇 | 〇〇〇〇〇〇 | 山梨○○病院 | 初期研修医 | 可 |
| 山梨19-002 |  |  |  |  | 否 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

１）歯科医師の場合は、歯科医籍登録番号

２) 氏名及び所属・所属科を公開することについての本人の同意の可否

医師・歯科医師以外の職種　合計５名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **修了者番号** | **氏名** | **所属** | **職種（国家資格等）** |
| 山梨19-008 | 〇〇　〇〇 | 山梨○○病院 | 看護師 |
| 山梨19-009 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |