

e-learning 修了証書

集合研修修了時と姓名が異なる場合は、新姓を姓名の下に手書きで記入し、県に提出してください

神奈川 正子

(新姓 ○○)

(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 神総 2023-1-1 号

神総	2023	- 1	- 1
↓	↓	↓	↓
病院名が特定 できる記号	年度	回数	個人番号
		↓	
		(年1回の場合は「1」)	

## 修了証書

〇〇 〇〇

確認依頼書（様式3）の集合研修の名称と合わせる

あなたは、2023年度第1回神奈川総合病院緩和ケア研修会を修了したことを証します。

集合研修修了日の日付

2023年11月2日

確認依頼書（様式3）の主催者名と合わせる（正式名称）

神奈川総合病院□院長□神奈川□太郎 印

確認依頼書（様式3）の集合研修の名称と合わせる

2023年度第1回神奈川総合病院緩和ケア研修会 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と認めます。

集合研修修了日の日付を記載

2023年11月2日

押印スペース3cm四方を開けてください

厚生労働省健康・生活衛生局長□〇〇□〇〇 印

集合研修修了日時点の健康・生活衛生局長をご確認ください

※様式3～5は、集合研修開催日の  
2か月前までに県へ提出してくだ  
さい

主催者・病院長（理事長）氏名

西暦で

2023年9月1日

厚生労働省健康・生活衛生局長 殿

神奈川総合病院 院長 神奈川 太郎

押印不要

## 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を確認を依頼します。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。

年1回の場合は不要

記

1 集合研修の名称：2023年度第1回神奈川総合病院緩和ケア研修会

2 主催者等

(1) 主催者：神奈川総合病院

(2) 共催者、後援者等：かながわ病院

3 開催日及び開催地

(1) 開催日：2023年11月2日

(実質的な研修時間：6時間45分)

様式5と合わせてください

(2) 開催地：神奈川県横浜市中区日本大通1 神奈川総合病院

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

(3) 集合研修協力者数：6名

(4) 集合研修事務担当者数：2名

様式4と合わせてください

(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：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

4名以上10名以下

6 集合研修進行表：(様式5)のとおり

2名以上4名以下

集合研修実施担当者一覧

**【集合研修企画責任者】**  
 ①〇年度緩和ケア指導者研修会修了  
 ②〇年度精神腫瘍学指導者研修会（第 32 回以降）  
 ③〇年度緩和ケア研修会・〇年度精神腫瘍学指導者研修会  
 ・H30 年度集合研修企画責任者講習  
**いずれかひとつを必ず記入してください。**  
 ※peace 指導者リスト（jspm-peace.jp）よりご確認ください  
**【集合研修協力者】**  
 指導者研修会修了者はご記入ください

実施担当者の区分	氏名	所属	職種	備考 <sup>1)</sup>	
集合研修主催責任者	神奈川 太郎				
集合研修企画責任者	山田 次郎		医師	H26年度緩和ケア指導者研修会修了	
集合研修協力者	〇〇 〇〇	多種で構成されるようにしてください			
	田中 三郎		医師	H27年度精神腫瘍学指導者研修会修了	
	高田 花子		医師	H28年度緩和ケア指導者研修会修了	
	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、記入してください
	松本 五郎		社会福祉士	(地域連携)	
	渡辺 恵子		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<sup>1)</sup>の者により構成されることが望ましい。

集合研修進行表

集合研修の名称：2023 年度第 1 回神奈川総合病院緩和ケア研修会

プログラム

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	
9:00	9:30	30	受付		
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	(2) ①	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・高田花子・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・
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・
6:50	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

ロールプレイングは2名以上4名以下のグループに分かれ、2グループ当たり1名以上の集合研修協力が者が担当すること。  
下記の2)に注意して、担当者全員の氏名を記入してください

グループ演習は4名以上10名以下のグループに分かれ、1グループ当たり1名以上の集合研修協力が者が担当すること。  
下記の1)に注意して、担当者全員の氏名を記入してください

- 「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。**
- 「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  
5 時間 30 分以上とする

参加人数÷グループ人数 ≤ 集合研修協力が者+集合研修企画責任者  
参加人数÷ロールプレイング人数 ÷ 2 ≤ 集合研修協力が者+集合研修企画責任者

厚生労働省健康・生活衛生局長 殿	主催者・病院長（理事長）氏名	西暦で 2023年11月〇日
	神奈川総合病院 院長 神奈川 太郎	押印不要
修了報告書		

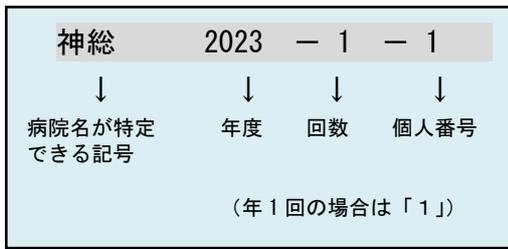
下記の医師について、「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知の別添）に準拠した緩和ケア研修会（集合研修）を修了したことを報告します。

## 記

- 1 集合研修の名称：2023年度第1回神奈川総合病院緩和ケア研修会
- 2 主催者等
  - (1) 主催者：神奈川総合病院
  - (2) 共催者、後援者等：かながわ病院
- 3 開催日及び開催地
  - (1) 開催日：2023年11月2日  
(実質的な研修時間：6時間45分)
  - (2) 開催地：神奈川県横浜市中区日本大通1 神奈川総合病院
- 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
  - (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。)

確認依頼時の6名から8名に変更した場合

変更がない場合：変更無し  
変更がある場合：様式〇〇に変更あり



※様式7はWordで提出をお願いします

様式7

集合研修修了者名簿

都道府県：神奈川県

集合研修の名称：2023年度第1回神奈川総合病院緩和ケア研修会

開催日：2023年11月2日

修了者の人数：15名

医師・歯科医師とそれ以外の職種に分けてそれぞれ連番にしてください。

医師・歯科医師 合計10名

修了者番号	氏名	医籍登録番号 <sup>1)</sup>	所属	所属科	同意の可否 <sup>2)</sup>
神総 2021-1-1	〇〇 〇〇	〇〇〇〇〇〇	神奈川総合病院	・	可
神総 2021-1-2					否
神総 2021-1-3					
神総 2021-1-4					
神総 2021-1-5					
神総 2021-1-6					
神総 2021-1-7					
神総 2021-1-8					
神総 2021-1-9					
神総 2021-1-10					

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)
神総 2021-1-11	〇〇 〇〇	神奈川総合病院	看護師
神総 2021-1-12			
神総 2021-1-13			
神総 2021-1-14			
神総 2021-1-15			