



福岡医発第2376号(地)

平成24年 1月13日

各医師会長 殿

福岡県医師会

会長 松田 峻一 良

(公印省略)

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会（福岡県単位型緩和ケア研修会）
の新規実施に係る手続きについて

福岡県では、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成20年4月1日健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に基づき、福岡県内でがん診療に携わる医師が緩和ケアに対する理解を深め、治療の初期段階から緩和ケアが提供されるようにすることを目的とし、各がん診療連携拠点病院及び福岡県指定がん診療拠点病院（以下「がん拠点病院」という）において標記研修会が実施されております。また、平成23年度から「福岡県単位型緩和ケア研修会」として、受講しやすい体制が整えられたところです。

今般、がん拠点病院以外の医療機関で新規に標記研修会を開催する場合の手続き等について、別添のとおり定めた旨、福岡県保健医療介護部健康増進課長より通知が参りましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、要領につきましては、福岡県ホームページをご覧ください。

(URL: <http://www.pref.fukuoka.lg.jp/b01/tanigatakanwakeakensyukai.html>)

小郡三井医師会より

学術・生涯教育担当理事 権藤秀之
会長 蒲池 壽

「 公 印 省 略 」

2 3 健 第 4 1 9 9 号

平 成 2 4 年 1 月 5 日

福 岡 県 医 師 会 長 殿

福岡県保健医療介護部健康増進課長
(保 健 事 業 係)

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の
開催について (依頼)

本県のがん対策の推進につきましては、平素より格別の御理解・御協力を賜り、厚く御礼申しあげます。

さて、本県では、標記研修会が「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」(平成20年4月1日健発第0401016号厚生労働省健康局長通知)に基づき、福岡県内でがん診療に携わる医師が緩和ケアに対する理解を深め、治療の初期段階から緩和ケアが提供されるようにすることを目的とし、各がん診療連携拠点病院及び福岡県指定がん診療拠点病院(以下「がん拠点病院」という)において実施されています。また、平成23年度から「福岡県単位型緩和ケア研修会」として、受講しやすい体制を整えたところです。

この度、がん拠点病院以外の医療機関で新規に標記研修会を開催する場合の手続き等について、別添のとおり定めましたので、貴会員にご周知くださるようお願いします。

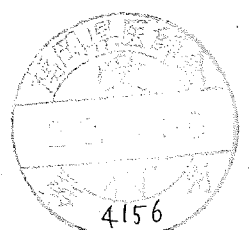
(要領については、福岡県ホームページをご覧ください。

<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/b01/tanigatakanwakeakensyukai.html>)

問い合わせ先

福岡県保健医療介護部健康増進課保健事業係

092-643-3270 (直通)



福岡県単位型緩和ケア研修会実施要領

1 目的

福岡県単位型緩和ケア研修会（以下「緩和ケア研修会」という。）は、「がん診療に携わる緩和ケア研修会の開催指針」（平成20年4月1日健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）（以下「開催指針」という。）に基づいて、福岡県内のがん診療に携わる医師が緩和ケアに関する基本的な知識及び技能を習得するために実施し、もって緩和ケアに対する理解を深め、治療の初期段階から緩和ケアが提供されるようにすることを目的とする。

2 実施主体

ア 福岡県

イ 福岡県内のがん診療連携拠点病院、福岡県指定がん診療拠点病院及び福岡県知事が認める福岡県内の団体（以下「がん拠点病院等」という。）

3 研修会主催者

緩和ケア研修会は、がん拠点病院等が企画し主催する。

4 研修対象者

すべてのがん診療に携わる医師

5 研修会開催期間

11月1日から翌年8月末日

6 研修内容

研修内容は、開催指針で指された「緩和ケア研修会標準プログラム」に準拠したものとし、基本的な知識を習得するために必要な講義及びワークショップの形式の内容とする（詳細は別紙1「福岡県単位型緩和ケア研修会標準プログラム」（以下「標準プログラム」という。）のとおり）。

7 単位型研修

ア 緩和ケア研修会は、標準プログラムに準拠した単位型研修会とし、A課程とB課程の2つの課程で実施する。

イ 研修対象者は、福岡県内で実施される各研修会において、各課程を受講することにより、それぞれの研修を修了することができる。

なお、研修の修了にあたっては、同一研修会主催者において実施される研修会の A 課程及び B 課程ごとの一括受講とする。

しかし、やむを得ない場合は課程ごとに受講する分割受講も認めるものとする。その際は、A 課程修了後に 5（研修会開催期間）で定める同一期間内に B 課程を受講するものとする。ただし、課程の各研修項目の欠講は認めないものとする。

8 修了証書の発行

県は、標準プログラムのすべてを受講し、研修を修了したと認められる医師について、修了証書を作成し押印した上で、厚生労働省健康局総務課がん対策推進室に提出し、厚生労働省健康局長の押印を依頼するものとする（厚生労働省健康局長押印後、本人に交付するものとする）。

9 開催に係る手続き

緩和ケア研修会の開催に係る手続きについては、別紙 2 「福岡県単位型緩和ケア研修会開催の手引き」によるものとする。

10 緩和ケア研修会の新規開催に係る手続き

緩和ケア研修会を新規に開催する手続きについては、別紙 3 「福岡県単位型緩和ケア研修会の新規実施に係る手続きについて」によるものとする。

附則

この要領は、平成 23 年 9 月 20 日から施行する。

附則

この要領は、平成 23 年 12 月 28 日から施行する。

[福岡県単位型緩和ケア研修会標準プログラム]

第1日目(A課程・3.5単位)

課程	研修項目	「緩和ケア研修会標準プログラム」で定められた内容	時間	形式
A	プレテスト	プレテスト		
	緩和ケアの開催にあたって 緩和ケア概論	全人的な緩和ケアについての要点(講義)⑦ア	45分以上	講義
	がん性疼痛の評価と治療	がん性疼痛の機序、評価及びWHO方式のがん性疼痛治療法の概略について(講義)① がん性疼痛の治療法の実践について(講義)② 放射線療法や神経ブロックの適応も含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点(講義)⑦イ	90分以上	講義
	アイスブレーキング	アイスブレーキング	20分以上	
	がん性疼痛事例検討	がん性疼痛を持つ患者の評価及び治療(グループ演習/ワークショップ)③ア がん性疼痛に対する治療と処方箋の実践の記載(グループ演習/ワークショップ) ③イ	90分以上	グループ 演習/ワーク ショップ
	オピオイドを開始するとき	医療用麻薬を処方するときの患者への説明についての演習(ロールプレイ)③ウ	90分以上	グループ 演習/ワーク ショップ

315分以上

第2日目(B課程・4.5単位)

課程	研修項目	「緩和ケア研修会標準プログラム」で定められた内容	時間	形式
B	呼吸困難	呼吸困難、消化器症状等の身体症状に対する緩和ケアについて(講義)④	45分以上	講義
	消化器症状	呼吸困難、消化器症状等の身体症状に対する緩和ケアについて(講義)④	45分以上	講義
	精神症状(不安、抑うつ)	不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状に対する緩和ケアについて(講義)⑤	45分以上	講義
	精神症状(せん妄)	不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状に対する緩和ケアについて(講義)⑤	45分以上	講義
	コミュニケーション講義	がん医療におけるコミュニケーション技術について(講義)⑥		講義
	コミュニケーション・ ロールプレイ	患者への悪い知らせの伝え方についての検討(グループ討論/ワークショップ) ⑥ア 患者への悪い知らせの伝え方についての演習(ロールプレイ) ⑥イ	180分以上	グループ 演習/ワーク ショップ
	地域連携と治療・療養の 場の選択	がん患者の療養場所の選択及び地域連携についての要点 ⑦ウ 在宅における緩和ケア ⑦エ	60分以上	講義

420分以上

注1: 研修A課程及びB課程の両方の単位を履修することで、福岡県単位型緩和ケア研修会を修了とする。

注2: 研修A課程及びB課程の各1回の開催を合わせて福岡県単位型緩和ケア研修会1回の開催とする。

注3: 各研修課程に含まれる研修項目及びその内容の省略は認めることができない。

注4: A課程内、B課程内での項目の順番は変更可能であるが、課程を越えての項目の入れ替えはできない。

注5: 研修内容を決める際には、適宜「アイスブレーキング」及び休憩を入れることとする。

注6: プレテスト及びアイスブレーキングは、分割受講の研修者がいる場合、A課程だけでなくB課程でも行うことを検討す

福岡県単位型緩和ケア研修会開催の手引き

本手引きは、研修会主催者が「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」(平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知)に従った単位型緩和ケア研修会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 研修会開催準備

- (1) 研修会主催者は、研修会開催の2ヵ月前までに、確認依頼書(様式1)に関係書類を添えて、福岡県知事(保健医療介護部健康増進課)に提出する。(①)
- (2) 福岡県知事は、当該研修会が開催指針に準拠していると認めた場合には、内容確認結果通知書(様式2)を研修会主催者へ通知する。(②)

実施主体	実施内容(留意事項)	関係様式等
主催者	研修会の企画	—
主催者→県	開催指針の準拠について内容確認依頼①	様式1,別添1-1,1-2,別添2
県→主催者	内容確認結果通知②	様式2

2 参加者の募集から研修会開催まで

- (1) 研修会主催者は、研修会の参加の募集を行い、参加予定者名簿(様式4)を作成し、緩和ケア研修会の2週間前までに福岡県知事(保健医療介護部健康増進課)に提出する。(③・④)

実施主体	実施内容(留意事項)	関係様式等
主催者	参加者の募集	—
参加者→主催者	参加申込	様式3
主催者	参加予定者名簿等の作成③	様式4
主催者→県	参加予定者名簿等の提出④	様式4,様式3(写)

なお、研修の参加予定において、例えばA課程を受講せずにB課程の受講や期間外の受

[添 付 様 式]

様式1	確認依頼書	研修会主催者→県
別添1－1 別添1－2	緩和ケア研修会の実施担当者の所属, 氏名（別添1-1）及び経歴（別添1-2）	研修会主催者→県
別添2	緩和ケア研修会進行表	研修会主催者→県
様式2	緩和ケア研修会の内容確認結果通知書 (回答)	県→研修会主催者
様式3	研修会参加申込書	参加者→研修会主催者 →県（写）
様式4	研修会参加予定者名簿	研修会主催者→県
様式5	緩和ケア研修会実施報告書	研修会主催者→県
様式6	研修会参加者名簿	研修会主催者→県
様式7	確認依頼書	県→国
様式8	修了証書	県→国→県→研修会修了者

平成 年 月 日

福岡県知事 殿

主催者

印

確認依頼書

下記の緩和ケア研修会について、単位型研修会として「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した内容であることの確認を依頼します。また、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 緩和ケア研修会の名称：

2 主催者等

（1）主催者：

（2）共催者及び後援者等：

3 開催日及び開催地

（1）開催日：平成 年 月 日（研修課程 ）

平成 年 月 日（研修課程 ）

（実質的な研修時間：通算 時間 分）

（2）開催地：

4 緩和ケア研修会の実施担当者

（1）研修会主催責任者数： 名

（2）研修会企画責任者数： 名

（3）研修会協力者数： 名

（4）緩和ケア研修会の実施担当者の所属、氏名、経歴及び略歴：

別添1－1、別添1－2のとおり

5 参加者

（1）予定参加者数： 名

（2）参加者の要件：

（3）ワークショップ及びグループ演習におけるグループごとの人数： 名から 名

6 緩和ケア研修会進行表：別添2のとおり

緩和ケア研修会の実施担当者一覧

[illegible]

緩和ケア研修会の実施担当者の経歴等

実施担当者の別 (該当する方に○印)	研修会企画責任者 研修会協力者
氏名 (ふりがなをつけること)	○○ ○○(ふりがな)
所 属	○○ 病院
役 職 等	
最終学歴	○○ 大学(昭和○○年○月)
職 歴 (緩和ケアを中心に)	平成 ○年 ○月 ○○大学医学部 卒業 平成 ○年 ○月 ○○大学病院 麻酔科(外来ペインクリニック担当) 平成 ○年 ○月 ×.×大学病院 緩和ケアセンター主任 平成 ○年 ○月 ○○大学病院 緩和ケアセンター長 現在に至る
資 格 等	日本麻酔科学会 指導医(第○○号) 平成○年度○○月 がん医療に携わる医師に対する緩和ケア指導者研修会修了
備 考	日本ホスピス緩和ケア協会理事

※実施担当者ごとに作成すること。

第1回〇〇病院単位型緩和ケア研修会進行表(各施設で相違)

第1日目(平成23年〇月〇日(土))

開始時刻	終了時刻	所要時間(分)	項目	「緩和ケア研修会標準プログラム」で定められた内容	担当者
13:00	13:30	30	受付		
13:30	13:50	20	プレテスト	プレテスト(①、②、④、⑤、⑥) ・がん性疼痛の機序 ・評価及びWHO方式のがん性疼痛治療法の概略 ・がん性疼痛の治療法の実際 ・呼吸困難、消化器症状等の身体症状に対する緩和ケア ・不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状に対する緩和ケア ・がん医療におけるコミュニケーション技術	
13:50	14:00	10	緩和ケア研修会開講式(開会の挨拶)		
14:00	14:45	45	緩和ケア研修会の開催にあたって緩和ケア概論	・全人的緩和ケアについての要点(講義)(⑦ア)	
14:45	15:00	15	休憩		
15:00	16:30	90	がん性疼痛の評価と治療	・がん性疼痛の機序、評価及びWHO方式のがん性疼痛治療法の概略(講義)(①) ・がん性疼痛の治療法の実際について(講義)(②) ・放射線治療や神経ブロックの適応も含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点(⑦イ)	
16:30	16:50	20	アイスブレーキング	アイスブレーキング	
16:50	18:20	90	がん性疼痛事例検討 ・疼痛評価 ・疼痛治療	・がん性疼痛を持つ患者の評価及び治療(グループ演習/ワークショップ)(③ア) ・がん性疼痛に対する治療と処方箋の実際の記載(グループ演習/ワークショップ)(③イ)	
18:20	18:30	10	休憩		
18:30	20:00	90	オピオイドを開始するとき	医療用麻薬を処方するときの患者への説明についての演習(ロールプレイング)(③ウ)	
20:00	20:20	20	1日目の総評・まとめ		

第2日目(平成23年〇月〇日(日))

開始時刻	終了時刻	所要時間(分)	項目	「緩和ケア研修会標準プログラム」で定められた内容	担当者
8:30	9:00	30	受付		
9:00	9:45	45	呼吸困難(講義)	呼吸困難(呼吸困難感)に対する緩和ケアについて(講義)(④)	
9:45	9:55	10	休憩		
9:55	10:40	45	消化器症状(講義)	消化器症状(嘔気・嘔吐、便秘)に対する緩和ケアについて(講義)(④)	
10:40	10:50	10	休憩		
10:50	11:35	45	精神症状(不安、抑うつ)	・精神症状(不安、抑うつ、せん妄)の基本的評価と対処法(講義)(⑤)	
11:35	12:20	45	精神症状(せん妄)	・精神症状(不安、抑うつ、せん妄)の基本的評価と対処法(講義)(⑤)	
12:20	13:20	60	昼食		
13:20	16:20	180	コミュニケーション(講義)	・がん医療におけるコミュニケーション技術について(講義)(⑥)	
			コミュニケーション・ロールプレイ	・患者への悪い知らせの伝え方(グループ討論・ロールプレイング)(⑥ア) ・患者への悪い知らせの伝え方についての演習(ロールプレイング)(⑥イ)	
16:20	16:30	10	休憩		
16:30	17:30	60	地域連携と治療・療養の場の選択	・がん患者の療養場所の選択及び地域連携についての要点(⑦ウ) ・在宅における緩和ケア(⑦エ)	
17:30	18:00	30	振り返りとポストテスト		
18:00	18:15	15	修了証授与・閉会の辞		

健 第 号
平成 年 月 日

(研修会主催者名) 様

福岡県知事

印

緩和ケア研修会の内容確認結果通知書

平成 年 月 日付けで確認依頼のあった緩和ケア研修会について「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」(平成20年4月1日付け健発第0401016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確認しましたので通知します。

なお、研修会終了後は、2週間を経過する日までにその結果について別紙様式により報告願います。

福岡県単位型緩和ケア研修会参加申込書

病院名(施設名)		専門(診療科)	
医籍登録番号	号	性別※	男性 ・ 女性
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 (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		
参加希望課程※ 1, 2, 3より1つ選択してください。	1 研修A課程・B課程両方 2 研修A課程のみ * 修了証書の交付には研修B課程の同一期限内での取得が条件です。 3 研修B課程のみ (研修A課程の取得年月日: 年 月 日) (取得会場名:) * 研修B課程については研修A課程の事前の単位取得が受講条件です。		
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 ☐ 希望しません		

※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。

福岡県単位型緩和ケア研修会参加者予定者名簿

緩和ケア研修会の名称:

開催日:

主催者の名称:

参加予定者の人数:

課程A・B

人

課程Aのみ

人

課程Bのみ

人

[illegible]

福岡県知事 様

研修会主催者 印

緩和ケア研修会実施報告書

このことについて、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成 20 年 4 月 1 日付け健発第 0401016 号厚生労働省健康局長通知）に準拠した単位型研修会を開催いたしましたので報告いたします。

記

1 緩和ケア研修会の名称：

2 主催者

(1) 主催者：

(2) 共催者：

3 開催日及び開催地

(1) 開催日：

(2) 開催地：

4 緩和ケア研修会の実施担当者

(1) 研修会主催責任者：

(2) 研修会企画責任者：

(3) 研修会協力者：

5 研修会参加者

(1) 研修 A 課程・B 課程 名

(2) 研修 A 課程のみ 名

(3) 研修 B 課程のみ 名

※ 参加者名簿（様式 6）のとおり

福岡県単位型緩和ケア研修会参加者名簿

緩和ケア研修会の名称:

主催者の名称:

開催日:

参加者の人数: A課程・B課程

人 A課程のみ 人 B課程のみ 人

氏名	医籍登録番号	所属	参加確認自署(欠席は斜線)	
			研修A課程	研修B課程

研修会参加者は以上のとおりで相違ありません。

研修会主催者

印

平成 年 月 日

厚生労働省健康局長 殿

福岡県知事

印

確認依頼書

下記の医師について、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会（単位型研修会）を修了したことの確認を依頼します。

記

緩和ケア研修修了者について

- （1）修了者数： 名
- （2）修了者の所属及び氏名：別添1のとおり
- （3）修了者の単位型研修会の修了状況：別添2のとおり
- （4）修了者の所属及び氏名を公開することについての本人の確認に基づく可否：別添3のとおり

第 号

修了証書

殿

あなたは福岡県単位型緩和ケア研修会を修了したことを証します

平成 年 月 日

福岡県知事

印

福岡県知事 殿

本研修会は「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」(平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知)にのっとりたものであると認めます

平成 年 月 日

厚生労働省健康局長

印

福岡県単位型緩和ケア研修会の新規実施に係る手続きについて

1 目的

福岡県単位型緩和ケア研修会は、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成20年4月1日健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）及び、「福岡県単位型緩和ケア研修会実施要領」に基づいて実施しているが、新規に福岡県単位型緩和ケア研修会を実施する場合の必要事項について定める。

2 対象

新規に福岡県単位型緩和ケア研修会の実施を希望する団体（以下、「新規緩和ケア研修実施希望団体」という。）

3 研修会開催期間

11月1日～翌年8月末日

4 スケジュール及び方法

新規に緩和ケア研修会の実施を希望する団体は、下記のとおり、手続きを行うものとする。

（1）県への事前相談

1月～2月末までに、新規緩和ケア研修会実施の希望がある旨を福岡県へ伝え、福岡県単位型緩和ケア研修会の実施に向けた説明を受ける。

（2）がん診療連携協議会研修・教育専門部会への参加

新規緩和ケア研修会実施希望団体は、3月（予定）に実施される標記部会にオブザーバー参加し、研修に係る情報を収集するとともに、部会より研修会の資料等の説明を受ける。

（3）福岡県単位型緩和ケア研修会の見学

新規緩和ケア研修会実施希望団体は、緩和ケア研修会を見学する（少なくともA・B課程とも、1回以上参加する。見学を希望する場合は見学する研修会開催施設に事前に連絡を入れる。）。見学する者は、企画責任者だけでなく、協力者、その他の運営に関わるスタッフも対象とする。

（4）実施日時の調整

福岡県単位型緩和ケア研修会は、年間（11月1日～翌年8月末）開催スケジュールの調整を、毎年5月を目途に行うため、新規緩和ケア研修会実施希望団体は、その日程調整に参加する。

5 部会の役割

部会は、新規緩和ケア研修会実施希望団体に、研修会の質の確保のため、必要な助言・指導を行うものとし、団体からの相談にも応じるものとする。

6 その他

その他必要事項は、別途県及びがん診療連携協議会研修・教育専門部会にて協議し、決定するものとする。