

令和6年度厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」

本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会（在宅医療・介護従事者版）

地方研修の開催に係る準拠認定申請について

令和6年度「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」

本人の意向を尊重した意思決定のための研修会 運営事務局

厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」における「本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会（在宅医療・介護従事者）」（以下、「厚生労働省相談員研修」）に準ずる研修（以下、「地方研修」）を開催するにあたり、当該地方研修が厚生労働省相談員研修のプログラムに準拠している旨の認定を求める場合は、下記に従って、申請してください。

記

○申請方法及び留意事項

1. 地方研修の主催者は、以下の書類を「◆提出先」まで電子メールにて提出すること。

1) 厚生労働省相談員研修準拠認定申請書（地方研修開催の1週間前までに提出すること）【様式1】

※研修プログラム等の資料を添付すること

2) 地方研修開催報告書（地方研修開催後速やかに提出すること）【様式2】

◆提出先

令和6年度「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」

本人の意向を尊重した意思決定のための研修会 運営事務局

（キャンサー・ソリューションズ株式会社） acp_madoguchi@cansol.jp

2. 地方研修における構成やタイムテーブル※は、厚生労働省相談員研修と同等とすること。

※講義時間が同等であれば、開催日数、開始時刻、休憩時間等は適宜変更して差し支えない。

3. 地方研修で使用する資料やツールは、厚生労働省相談員研修で使用しているものを用いること。

4. 地方研修のファシリテーターおよび講師は、厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」における指導者研修修了者（以下、「指導者研修修了者」）とすること。

○認定基準等

I. 運営事務局は、1-1) で提出された厚生労働省相談員研修準拠認定申請書を審査し、上記2~4を満たしていると判断したときは、当該地方研修が厚生労働省相談員研修のプログラムに準拠していることを認定し、その旨を主催者に通知する。

II. 運営事務局は、1-2) で提出された地方研修開催報告書を確認し、指導者研修修了者である講師及び主催者に代わって、修了証【様式3】を作成し、主催者に送付するとともに、地方研修の修了者リストに掲載し、都道府県に共有する。

以上

【様式1】

令和6年度厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」

本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会（在宅医療・介護従事者版）

2024年〇〇月〇〇日

令和6年度「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」

本人の意向を尊重した意思決定のための研修会 運営事務局 御中

申請者：医療法人〇〇会〇〇病院

院長 〇〇 〇〇

厚生労働省相談員研修準拠認定申請書

今般、厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」における「本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会（在宅医療・介護従事者版）」（以下、「厚生労働省相談員研修」）に準ずる研修を下記のとおり開催するにあたり、当該地方研修が、厚生労働省相談員研修のプログラムに準拠している旨の認定を申請します。

記

研修名称： 人生の最終段階における本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修

研修日時： 2024年〇〇月〇〇日（〇） 〇〇:〇〇～〇〇:〇〇

2024年〇〇月〇〇日（〇） 〇〇:〇〇～〇〇:〇〇 （2日間）

主催者： 医療法人〇〇会〇〇病院 院長 〇〇 〇〇

研修場所： Zoomによるオンライン開催

受講人数： 〇〇人（見込）

添付書類： 研修プログラム（構成やタイムテーブルが厚生労働省相談員研修と同等であることが確認できること）

研修資料・ツール（厚生労働省相談員研修と同じであることが確認できること）

研修講師・ファシリテーター一覧（指導者研修修了者であることが確認できること）

その他、参考となる資料を添付すること

以上

※斜体は注釈・記載例のため、提出時には削除してください。

令和6年度厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」

本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会（在宅医療・介護従事者版）

2024年〇〇月〇〇日

令和6年度「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」

本人の意向を尊重した意思決定のための研修会 運営事務局 御中

申請者：医療法人〇〇会〇〇病院

院長 〇〇 〇〇

地方研修開催報告書

今般、厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」における「本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会（在宅医療・介護従事者版）」に準ずる研修を、下記のとおり、開催しましたので、報告します。

記

研修名称： 人生の最終段階における本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修

研修日時： 2024年〇〇月〇〇日（〇） 〇〇:〇〇～〇〇:〇〇

2024年〇〇月〇〇日（〇） 〇〇:〇〇～〇〇:〇〇 （2日間）

研修場所： Zoomによるオンライン開催

主催者： 医療法人〇〇会〇〇病院 院長 〇〇 〇〇

受講者数： 〇〇人（実績）

修了者数： 〇〇人（実績）

添付書類： 修了者名簿

（厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」における指導者研修修了者が証明すること。記載例「上記の者は、本研修を修了したことを証明する。講師 〇〇 〇〇」）

その他、参考となる資料を添付すること

以上

※斜体は注釈・記載例のため、提出時には削除してください。

修了証

●●●●病院

■■■■■■■■ 殿

あなたは令和6年度厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」で実施している「本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会（在宅医療・介護従事者版）」のプログラムに準拠した相談員研修を修了したことを証します。

令和6年〇月〇日

自治体名（任意）

令和6年度厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」

本人の意向を尊重した意思決定支援のための相談員研修会

指導者研修修了者

・◎◎病院●●診療科 山田花子

※本研修は、令和6年度厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」本人の意向を尊重した意思決定のための研修会の運営事務局に研修プログラムの認定を受けています。