

医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師を対象とした研修会  
参加申込書 兼 受講に関する医師の同意書

参加申込書			
参加希望日 □欄にチェック	第1希望	□9月7.8日(東京) □10月5.6日(札幌) □11月9.10日(福岡) □12月14.15日(岡山)	
	第2希望	□9月7.8日(東京) □10月5.6日(札幌) □11月9.10日(福岡) □12月14.15日(岡山)	
参加者名 ふりがな	注) 申し込みについては 1名1枚でお願いします	性別	□男 □女
		職位	□管理者 □従事者
受講条件確認	1. 実務経験についてご記入ください。 看護師としての実務経験 ( ) 年 訪問看護または介護保険施設等の実務経験 ( ) 年 2. 本研修会を受講するためには、以下の受講要件をすべて満たす必要があります。 以下の要件を満たす場合には、□欄にチェックをしてください。(☑) <input type="checkbox"/> (ア) 看護師としての実務経験5年以上を有し、その間に患者の死亡に立ち会った経験が3例以上あること。 <input type="checkbox"/> (イ) 原則として、看護師としての実務経験のうち、訪問看護または介護保険施設等において3年以上の実務経験を有し、その間に患者5名に対しターミナルケアを行った(※)ことがあること。 ※ここでいう「ターミナルケアを行った」とは、患者の死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の訪問看護等を実施し、ターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合をいう。 <input type="checkbox"/> (ウ) 実務においてICTを活用して連携している医師に、研修受講について説明し、同意を得ていること。(以下の「受講に関する医師の同意書」をご利用ください。) <input type="checkbox"/> (エ) 「情報通信機器 (ICT) を利用した死亡診断等ガイドライン」を読んでいること。 <input type="checkbox"/> (オ) 所属施設で業務上タブレットまたはスマートフォン等を使用していること。 <input type="checkbox"/> (カ) 平成31年3月31日までに実地研修を履修できること。		
所属事業所名			
所在地	〒 TEL		

## 受講に関する医師の同意書

私は、平成30年度厚生労働省委託事業在宅看取りに関する研修事業「医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師を対象とした研修会」について、参加を希望する看護師から説明を受け、研修の意義について理解しましたので、上記の者がこの研修に参加することに同意いたします。

<同意者署名又は捺印欄>

同意日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

所属医療機関名：\_\_\_\_\_

医師名：\_\_\_\_\_ 印

参加者 ( )

【研修受講者アンケート】

1. あなたの所属機関の所在地は、下記のいずれに該当しますか。

- 離島
- へき地 (※)
- その他

(※) 医療保険・介護保険で、地域に対する加算の要件となっている地域を一カ所でも含む場合には「へき地」にチェックをしてください。(例：離島加算、特別地域加算等)

2. 所属機関の利用者の居住地として、下記の地域を含みますか。

- 離島
- へき地 (※)
- その他
- (※) は設問1と同じ

3. この研修を受講しようと思った動機をお聞かせください。

[Empty text box for answer]

4. 業務において利用しているICTについておうかがいします。

① ICT を利用し、所属機関外部の機関等と患者情報のやりとりを行っていますか。

- 行っている ⇒②以降に進んでください。
- 行っていない ⇒5. に進んでください。

② 利用しているシステム名を具体的にお答えください。

[Empty text box for answer]

③ 利用しているシステムには、セキュリティ下での画像の送受信機能やテレビ電話機能がありますか。

- 画像の送受信機能  有  無
- テレビ電話機能  有  無

④ ICT を利用するにあたり、機器の購入費、システムの維持費は誰が負担していますか。

- 機器購入費  所属施設・事業所  連携相手の施設・機関等  その他 ( )
- システム維持費  所属施設・事業所  連携相手の施設・機関等  その他 ( )

上記費用に対する公的な支援があれば、具体的な支援内容をお答えください。

[Empty text box for answer]

5. 研修受講に関する交通費・宿泊費はどかが負担していますか。

- 自己負担
- 所属している事業所・法人
- 都道府県等 (  基金  それ以外 \_\_\_\_\_ )

※上記の個人情報は、この研修以外の目的では利用いたしません。

**申込みにつきましては、以下の宛先に、“郵送”で送ってください。(8月6日 必着)**

**〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壱丁目参番館 401 全国訪問看護事業協会**