

令和4年度 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  
**受講申込書 兼 受講に関する医師の同意書**

受講申込者 氏名	ふりがな  <small>注) 申込は1人1枚をお願いします。</small>	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
		職位	<input type="checkbox"/> 管理者	<input type="checkbox"/> 従事者
集合演習参加希望日 (5日程のうち1日程を○で囲んで下さい。)				
第1希望	東京会場 11/20 (日)・11/26 (土)・11/27 (日) 大阪会場 12/17 (土)・12/18 (日)			
第2希望	東京会場 11/20 (日)・11/26 (土)・11/27 (日) 大阪会場 12/17 (土)・12/18 (日)			
受講条件 確認 ( <input type="checkbox"/> に✓を入れて ください。)	<p>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</p> <p>2. 本研修会を受講するためには、<b>原則として以下の受講要件をすべて満たす必要があります。</b>          (ただし、(イ)を満たさない時にも、受講を認める場合がありますので、裏面に詳細を記入してください)          以下の要件を満たす場合には、<input type="checkbox"/>欄にチェックをしてください。(☑)</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> (イ) 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(※1)ことがあること。  <small>※1 ここでいう「ターミナルケアを行った」とは、訪問看護においては、患者の死亡日及び死亡前14日以内に、2回以上の訪問看護を実施し、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。また、介護保険施設等においては、当該施設の看取りに関する指針等に基づき、看護師が対象となる入居者に対するターミナルケアに関する計画の立案に関与し、当該計画に基づいてターミナルケアを行った場合をいう。</small></p> <p><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。)</p> <p><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」を読み理解していること。</p> <p><input type="checkbox"/> (オ) 所属施設において、業務上で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。</p> <p><input type="checkbox"/> (カ) 2会場のうちいずれかで集合演習を受講後、令和5年3月末日までに実地研修(※2)を受講できること。  <small>※2 ここでいう「実地研修」とは、大学法医学教室及び監察医務機関等において、死体検案や解剖見学に参加することを通じ、死の三兆候や死後硬直等の法医学等に関する講義で学ぶ内容を実際に観察する研修をいう。</small></p>			
訪問看護 ステーション名	所属施設種別 ( <input type="checkbox"/> に✓を入れてください。)	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> その他 ( )		
所在地	〒 TEL:			
メールアドレス	Mail:			

\*裏面(2ページ目)も必ず記入してください。

-----**受講に関する医師の同意書**-----

私は、令和4年度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、受講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を受講することに同意します。

<同意者署名捺印欄>

記入日：令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

所属医療機関名：\_\_\_\_\_

(フリガナ)

医師名：\_\_\_\_\_印

貴殿(同意いただいた医師)は研修会受講を希望されますか  
に✓を入れてください。)

①希望します  ②希望しません

【医師連絡先】

電話番号

e-learning メールアドレス

受講申込者氏名 ( )

受講者選考の参考としますので、必ず以下の設問にもご回答ください。

(該当するものにチェック (☑) してください。)

1. あなたの所属施設の所在地は、下記のいずれに該当しますか。

離島             へき地 (※)             離島、へき地以外

(※) 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 (☑) してください

2. 所属施設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 (※)             離島、へき地以外            (※) は設問 1 と同じ

3. 実務において ICT を活用して連携している医師と患者情報のやりとりをどのように行っていますか (複数回答可)。

患者の居宅等の訪問中に ICT を活用し患者の状況のやりとりを行っている

所属施設の内外で ICT を活用しカンファレンス等を行っている

その他 ( )

行っていない

4. 表面の「受講要件 (イ)」に関して、特記すべき事項がある場合は、詳細に記入してください。

5. 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。

申込につきましては、以下の宛先まで“郵送”してください。(令和 4 年 9 月 26 日消印有効)

〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16 日本医師会 医事法・医療安全課 宛て

\* ご記入いただいた個人情報は、この研修会以外の目的では利用いたしません。