

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

受講申込書			
受講希望日 □欄にチェック	第1希望	<input type="checkbox"/> 鹿児島（1月25-26日） <input type="checkbox"/> 東京（2月14-15日） <input type="checkbox"/> 大阪（3月20-21日）	
	第2希望	<input type="checkbox"/> 鹿児島（1月25-26日） <input type="checkbox"/> 東京（2月14-15日） <input type="checkbox"/> 大阪（3月20-21日）	
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
受講条件 確認	<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、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。 （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、お問い合わせください。） 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。（☑）</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。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」を読んでいること。</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) 3会場いずれかの研修会を受講後、令和2年9月30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>		
所属 事業所名			
所在地	〒 TEL		

*裏面（2ページ目）前半部分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、令和元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：_____

医師名：_____印

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 (※) 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 (☑) 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 (※) 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。

4. 業務において ICT を利用し、所属施設以外の施設と患者情報のやりとりを行っていますか。

行っている 行っていない

以下は、アンケートです。(任意回答)

1. 業務において ICT を利用している方にお尋ねします。(利用していない場合は、回答不要です。)

①利用しているシステム名を具体的にお答えください。

②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 あり なし

テレビ電話機能 あり なし

③ICT 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。

2. 研修受講に関する交通費・宿泊費はどこ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_____)

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。

申込につきましては、以下の宛先まで“郵送”してください。(令和元年12月16日必着)

〒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