

I. 参加申込書

施設名： _____

施設住所： 〒 _____

申込者氏名： _____ (氏名ふりがな： _____)

看護教育を受けた最終学歴 (あてはまる数字に○を付けてください)

1. 専門学校	2. 短大	3. 大学	4. 大学院 (修士)	5. 大学院 (博士)
---------	-------	-------	-------------	-------------

エンド・オブ・ライフ・ケアやクリティカルケア看護の臨床経験年数： _____ 年

職位： _____ 左の職位の経験年数： _____ 年
(職位のない方は「スタッフ」とご記入下さい)

連絡先住所： (所属先 ・ 自宅) ご希望の連絡先に○を付けて下さい

〒 _____

電話番号： _____ - _____ - _____

E-mail アドレス： _____ @ _____

○参加者のネットワーキングの目的で、あなたの E-mail アドレスを他の参加者に公開してもよろしいですか？ (はい ・ いいえ)

○性別(グループ分けの際参考にさせていただきます)： _____ 男 ・ 女

○認定看護師、専門看護師の認定をお持ちの場合、ご記入下さい。

認定看護師認定： 取得年： _____ 西暦 _____ 年 領域： _____

専門看護師認定： 取得年： _____ 西暦 _____ 年 領域： _____

○看護系短大/大学などの教育機関で看護教育にたずさわの方はご記入下さい。

看護教育の経験年数： _____ 年 領域： _____

わたしはELNEC-Jクリティカルケアカリキュラム指導者養成プログラムは指導者を養成するための講習であることを理解して参加します。また、本プログラム修了後、ELNEC-Jクリティカルケアカリキュラム指導者用ガイド 2015 の教材を自施設に持ち帰り、自施設や地域において質の高いエンド・オブ・ライフ・ケアやクリティカルケア看護に関する教育を実施できるよう努めます。

西暦 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者氏名(自筆)： _____ ⑩

II. エンド・オブ・ライフ・ケアやクリティカルケア看護の教育/指導経験調査票

1. ELNEC-Jクリティカルケアカリキュラム指導者用ガイド2015の教材を用いた教育活動を支援する施設長又は看護部長の氏名： _____
2. あなたの施設に所属する看護師数： _____ 名
3. エンド・オブ・ライフ・ケアやクリティカルケア看護に関する教育*の実施の経験年数： _____ 年
4. 看護職や看護学生を対象としたエンド・オブ・ライフ・ケアあるいはクリティカルケア看護に関する教育*を、およそ10時間以上実践した経験がありますか？（ はい ・ いいえ ）
* 臨床看護師で参加申込される方の教育経験には、講義やワーク、臨床指導等の経験も含まれます
5. 過去2年間における、エンド・オブ・ライフ・ケアやクリティカルケア看護に関する以下の①～⑧の教育の実施経験のおおよその時間数をお教えてください。（※教育の実施経験のない項目には0（ゼロ）とご記入下さい）
 - ①講義 _____ 時間
 - ②グループワーク _____ 時間
 - ③ロールプレイ _____ 時間
 - ④視聴覚教材 _____ 時間
 - ⑤事例検討 _____ 時間
 - ⑥臨床指導 _____ 時間
 - ⑦テスト _____ 時間
 - ⑧その他（ご記入下さい _____ ）
6. 以下のエンド・オブ・ライフ・ケアの内容について、過去2年間にあなたが実施した教育はありますか？
 - ①クリティカルケア領域におけるエンド・オブ・ライフ・ケア（ はい ・ いいえ ）
 - ②疼痛管理（ はい ・ いいえ ）
 - ③エンド・オブ・ライフ・ケアにおける症状マネジメント（ はい ・ いいえ ）
 - ④エンド・オブ・ライフ・ケアにおける倫理的問題（ はい ・ いいえ ）
 - ⑤文化とスピリチュアルな側面への配慮（ はい ・ いいえ ）
 - ⑥コミュニケーション（ はい ・ いいえ ）
 - ⑦喪失・悲嘆・死別（ はい ・ いいえ ）
 - ⑧臨死期のケア（ はい ・ いいえ ）
 - ⑨その他（ご記入下さい： _____ ）
7. あなたの施設や地域でクリティカルケア領域におけるエンド・オブ・ライフ・ケアの質の改善に取り組むにあたり障害となっているものは何ですか？以下に記載してください。

Ⅲ. 目標設定シート

氏名： _____

施設名： _____

End-of-Life Nursing Education Consortium-Japan (ELNEC-J)

PERSONAL POST-COURSE GOALS AND EXPECTATIONS

プログラム参加後のあなたの目標

このプログラムに参加して、あなたはどのような目標を達成したいですか？

3つの目標を書いてください。

目標の例：

1. 受講者が主体的に学べるような、効果的な教育方法を習得する
2. 提供された教材を用いて、所属する施設のスタッフを対象にクリティカルケア領域におけるエンド・オブ・ライフ・ケアに関する勉強会を開催する
3. 自施設や近隣の施設に所属する ELNEC-J 指導者と協力して、ELNEC-J クリティカルケアカリキュラム看護師教育プログラムを実施する

あなたの目標：

1. _____

2. _____

3. _____

4. 施設長または看護部長からの承諾・推薦書

西暦 20 年 月 日

承諾・推薦書

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系
任 和子 殿

推薦者氏名 (推薦者自筆)

_____ ㊞ (個人印)

所属施設名 :

所属部署 :

職名 :

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系主催、ELNEC-J クリティカルケアカリキュラム指導者養成プログラムへの参加者について、下記の申込者がプログラム受講後に当施設において ELNEC-J より提供される教材を用いた教育活動を実践することを支持することを承諾し、ELNEC-J クリティカルケアカリキュラム指導者養成プログラムの参加者として推薦いたします。

申込者氏名(自筆)

2016 年 7 月吉日

2015 年度

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系主催

ELNEC-J クリティカルケアカリキュラム指導者養成プログラム

参加者の皆様へ

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系
任 和子

ELNEC-J クリティカルケアカリキュラムのホームページへの
情報掲載に関する承諾について

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系では、ELNEC-J クリティカルケアカリキュラム指導者養成プログラムに参加され、プログラムを修了されました皆様が、ELNEC-J クリティカルケア指導者として地域や施設で ELNEC-J の教育プログラムを用いた教育を実践されます際に、他の指導者と協働して効果的な教育プログラムや研修会を開催できるよう、ネットワーキングの手段として、ELNEC-J クリティカルケアカリキュラムのホームページにて ELNEC-J クリティカルケア指導者の氏名、所属及び都道府県の掲載を計画しております。

つきましては、下記のとおり情報を掲載したいと思いますので、ご承諾頂きましたら幸いです。何卒よろしくお願い申し上げます。

記

1. 掲載目的

ELNEC-J クリティカルケア指導者間の情報交換及び協働

2. 掲載する情報

ご氏名、ご所属先施設、ご所属先の都道府県

3. 掲載する場所

任和子研究室ホームページ上 <http://lifestyle-related.hs.med.kyoto-u.ac.jp/index.html>

ホームページ掲載承諾書

私が ELNEC-J クリティカルケアカリキュラム指導者養成プログラムを修了した際、上記の情報を ELNEC-J クリティカルケアカリキュラムのホームページに掲載することを（承諾します ・ 承諾しません）。

西暦 20 年 月 日

ご氏名（自筆）： _____

ご所属先施設名： _____

ご所属先の都道府県： _____

※上記の（ ）内の「承諾します・承諾しません」のいずれかを○で囲んで下さい。