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申込書

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）

※連絡先のご住所にご自宅を希望される場合には下記にご記入ください。

〒

○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る方はご記入下さい。

看護教育の経験年数： 年 領域：

Ⅱ．ご署名（本プログラムの主旨にご賛同いただいたことを書面にて残させていただきます）

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)： ㊞

Ⅲ．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＊ 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みます

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　　　　　　 時間　(内容をご記入下さい）

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痛みのマネジメント　( 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。

Ⅳ．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.

Ⅴ．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

ELNEC-JCC開発発研究会

会長　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

ELNEC-JCC開発研究会主催、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)

Ⅵ．ELNEC-J クリティカルケアカリキュラムの HP への情報掲載に関する承諾書

2019年度 ELNEC-JCC開発研究会主催

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

2019年 4月吉日

ELNEC-JCC開発研究会

会長　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

ELNEC-Jクリティカルケアカリキュラム開発研究会では、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

ELNEC-J クリティカルケアカリキュラム開発研究会ホームページ上

http://elnecjcc.hs.med.kyoto-u.ac.jp/?page\_id=50

-------------------------------------------------------------------------------------------

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。