

看取り基礎研修 申込書

No.230	令和7年8月2(土)～9月6日(土) 詳細はプログラム参照
--------	-------------------------------

ふりがな		生年月日	性別
氏名		西暦 年 月 日 (歳)	男・女
会員 会員外 の別	京都府看護協会 () 会員 () 会員外 会員番号 _____ (6桁) <small>会員の方は会員番号を記入してください。会員・会員外は受講可否には影響しません。</small>	職種 ○印で 囲む	保健師 助産師 看護師 准看護師
ふりがな			
施設番号 施設名	施設番号(No. _____)		
施設 所在地	〒 _____	TEL _____	FAX _____
緊急時 連絡	TEL _____ E-mail _____		
看取り経験年数 年 ヶ月		現職場での経験年数 年 ヶ月	
※上記については、看護師免許取得後の実務経験年数を記入			
以下の質問にお答えいただき、該当する番号に○をつけて下さい。			
1. 勤務場所			
1)訪問看護ステーション 2)施設等 3)病院等(_____) 4)その他(_____) <small>例:地域包括ケア病棟、療養病棟等を記載</small>			
2. ※上記で 3)4)を選択された方のみご回答ください。			
第2回目のグループ編成の希望について【施設】【在宅】			
第2回目の研修は、【施設】【在宅】で日程が異なります。上記の3)病院 4)その他の受講者は、どちらのグループでの研修を希望されるのか、いずれか1つに○をつけて選択してください。効果的な研修となるようにグループ編成を考えたいと思います。ただし、運営上ご希望に添えない場合もあることをご了承ください。			
	施設	理由:	
	在宅・訪問看護ステーション	理由:	
3. 職位			
1)管理者 ①自施設での職位呼称を記入(_____) ②現職位についての経験年数 年 ヶ月			
2)スタッフ			
4. 自身の介護支援専門員の資格について (有・無)			
5. 看取りについて			
1) 自施設で看取りを実施している 2) 今後予定している 3) その他 (_____)			
6. 今までに看取りに関する研修に参加したことがありますか? (有・無)			
⇒有の場合、参加した研修名または主催者を教えてください (_____)			

*この申込用紙に記入いただいた個人情報も、厳重に管理し、他の目的では使用いたしません
・ 年齢、実務年数等は令和7年4月1日を基準としてください

《事前課題》

施設名

氏名

※研修1日目のグループワークで共有しましょう。

この用紙は、研修中、必要となるので、必ずコピーをお手元にご準備ください。

1. 自施設での「看取り」の状況は？ 管理者に確認をしたり、状況を調べたりして記載しましょう

・実施している場合：看取りの実施年間件数 受入時のかかわりやその後のサポート 等

・実施していない場合：理由

2. 下記の項目について現状を書いてみましょう（できていること、課題）

1)あなた自身について

例：知識 技術 等

①できていること

②課題

2)組織について

例：風土(看取りへの考え方)システム 体制

①できていること

②課題

3)多職種連携について

例：予後予測に関する医師との合意形成 ケアマネとの連携 介護職との連携等

①できていること

②課題

4)本人・家族への意思決定支援について

例：本人の意向に沿うために実施していること

①できていること

②課題

5)府民の意識啓発や地域全体について

例：ACP 看取り支援のためのボランティア 地域の支え合い等

①できていること

②課題

6)上記2の項目 2)～5)に対する課題の中で、受講を通して、取り組みたい事を挙げてください。

※必ずご記載下さい。