



文部科学省

地(知)の拠点

第9回 秋田ELNEC-Jコアカリキュラム 看護師教育プログラム 参加者募集

End-of-Life Nursing Education Consortium-Japanコアカリキュラムは、エンド・オブ・ライフ・ケアを提供する看護師のための包括的な教育プログラムです。

期 日：平成29年9月9日(土)10:00～18:30(受付9:30より)
9月10日(日)10:00～17:30(受付9:30より)

場 所：ふれあいセンターかまくら館 ※開場は9時からとなります
〒013-0023 横手市中央町8番12号
(代表電話 0182-33-7111)

対 象：終末期および看取りのケアに携わる看護師
定 員：30名程度

参加費：5,000円(テキスト・お弁当・飲み物代込み)

応募期間：7月3日(月)～7月21日(金)

必着

申込方法：FAX申込用紙⇒裏面

- ・FAXができない場合は、連絡先まで申込書の内容をメールしてください。
- ・参加申込書のフォーマットは、秋田県緩和ケア研究会のホームページからもダウンロードできます。 <http://akita-kanwacare.com/>
- ・期日前に開催要項、テキスト等をお送り致します。

連絡先：秋田大学大学院医学系研究科 保健学専攻臨床看護学講座(安藤)

TEL & FAX: 018-884-6471 E-mail: andoh@gipc.akita-u.ac.jp

主催：秋田ELNEC-J実行委員会

後援：公益社団法人秋田県看護協会、秋田県緩和ケア研究会、秋田県がん診療連携協議会
※今回は、秋田大学地(知)の拠点整備事業(COC事業)からの助成を受けて開催します

第9回 秋田 ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム

1日目のタイムスケジュール (9月9日)

	開始時刻	終了時刻	所要時間	内 容	形式
(土)	9:30	9:50	20	受 付	
	9:50	10:00	10	イントロダクション	
	10:00	10:45	45	M1: エンド・オブ・ライフ・ケアにおける看護	講義
	10:45	11:55	70	M2: 痛みのマネジメント	講義
	11:55	12:45	50	休 憩・昼食	
	12:45	14:05	80	M3: 症状マネジメント	講義
	14:05	14:15	10	休 憩	
	14:15	14:30	15	アイスブレーキング	グループワーク
	14:30	16:00	90	M2, M3: ケーススタディ	
	16:00	16:20	20	休 憩	
	16:20	17:20	60	M4: エンド・オブ・ライフ・ケアにおける倫理的問題	講義
	17:20	17:30	10	休 憩	
	17:30	18:20	50	M9: 高齢者のエンド・オブ・ライフ・ケア	講義
18:20	18:30	10	まとめ、アンケート記入		

2日目のタイムスケジュール (9月10日)

	開始時刻	終了時刻	所要時間	内 容	形式
(日)	10:00	10:45	45	M5: エンド・オブ・ライフ・ケアにおける文化への配慮	講義
	10:45	11:45	60	M7: 喪失・悲嘆・死別	講義
	11:45	12:35	50	休 憩・昼食	
	12:35	13:35	60	M8: 臨死期のケア	講義
	13:35	13:45	10	休 憩	
	13:45	14:35	50	M6: コミュニケーション	講義
	14:35	14:45	15	休 憩・移動	
	14:45	16:15	90	M6: コミュニケーション	ロールプレイ
	16:15	16:30	15	休 憩	
	16:30	17:20	50	M10: 質の高いエンド・オブ・ライフ・ケアの達成	講義
	17:20	17:30	10	まとめ、アンケート記入 修了証授与	

第9回秋田 ELNEC-J コアカリキュラム
 看護師教育プログラム
 参加申込 FAX 通信票（締切 7/21 厳守）

FAX 018-884-6471 安藤秀明宛

下記の囲み内に記載漏れがないか、FAXの前に今一度ご確認をお願い致します。
参加可否の連絡および資料の送付に使用しますので、確実にご記入ください。

1.氏 名	ふりがな
2.所属施設・部署	
3.連絡（送付）先 （施設・自宅） ※どちらかに○をつけて下さい。 ※自宅の場合はお住まいの詳細なご記入を	ふりがな 〒
4.参加可否通知の受け取り先	参加可否通知を7月28日までに（日中） <u>メールにて</u> お知らせ致します。 <u>確実に連絡の取れる連絡先</u> をご記入下さい。 アドレスは、アルファベットか数字が分かるようハッキリとご記入下さい。 また、パソコンからの受信が可能な状態への設定にご協力下さい。 E-mail アドレス： 携帯電話番号：
5.今までの経験	看護師経験年数 ____年、 今までの看取り件数 約____件
6.備 考	施設で代表者が参加可否通知の受け取りをご希望の場合は、代表者の連絡先（氏名、役職、E-mail アドレス、電話番号）をご記入下さい。

※複数名ご参加希望の場合は、コピーして1人1枚でお申込み下さい。
 ※上記の個人情報連絡等研修会の目的のみに使用させていただきます。
 ※FAX 不可の時は上記の内容を andoh@gipc.akita-u.ac.jp に送信願います。