

平成 28 年度 神戸市看護大学がん看護インテンシブコース研修募集要項

在宅緩和ケアコース

1. 研修の目的と特徴

がん看護インテンシブコースは、地域医療に携わるがん医療人の養成・人的交流の強化を目的としています。特に、神戸市看護大学と地域医療に携わる看護職が連携を取りながら、在宅緩和ケアやグリーンケアを中心に地域におけるがん看護の活性化と質向上にむけてリーダーシップがとれる人材を養成していきたいと考えています。

在宅緩和ケアコースでは、在宅緩和ケア、退院支援・調整、在宅療養支援に関する知識・技術に関する講義と病院や地域連携室や在宅での実習を組み込んでいます。このコースを受講することにより、高度な在宅緩和ケアの提供ができ、がん患者や家族の QOL の向上に貢献することを目標としています。

2. 研修内容

1) 研修の開催

- (1) 対象者 : 臨床経験 5 年以上の看護師で、①がん患者を対象とした訪問看護に 3 年以上従事している看護師、または②がん患者を対象に病院で退院調整などに従事している看護師
- (2) 開催期間 : 講義 平成 28 年 9 月 10 日～11 月 12 日 (このうち 8 日間)
*実習 希望者のみ、人数制限あります。
- (3) 場所 : 神戸市看護大学
- (4) 内容 : 講義 土・日 開催。
詳細は別紙のカリキュラム一覧をご参照ください。
- (5) 定員 : 10 名程度 *定員を超えた場合は、受講動機を参考にして選考します。
- (6) 申し込み方法 : 研修申込書 (様式 1, 様式 2) に記載の上、郵送にてお申込みください。
- (7) 申し込み期限 : 平成 28 年 6 月 13 日 (月)～6 月 30 日 (木) 正午必着
- (8) 受付方法 : 7 月 7 日 (木) 以降、郵送にてご連絡いたします。
- (9) 研修シラバス等 : 詳細な研修内容については、7 月下旬頃に郵送でご案内いたします。

2) 修了証

- (1) 修了要件 : 実習を除く全受講時間数の 8 割以上の出席があること
- (2) 修了要件を満たした者は、修了証明書を交付します。

3) 費用

- (1) 受講料 : 無料
- (2) 研修に要する交通費、食費、宿泊費等の個人に関わる経費は、自己負担とします。

【お問合せ先】

担当 : 神戸市看護大学 療養生活看護学領域慢性病看護学分野 講師 高山良子
住所 : 〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4
TEL : 0 7 8 - 7 9 4 - 8 0 8 0 (代表) / FAX : 0 7 8 - 7 9 4 - 8 0 5 7
Email : takayam@tr.kobe-ccn.ac.jp

平成 28 年度 がん看護インテンシブコース研修会申込書

希望コース	<input type="checkbox"/> 在宅緩和ケアコース	<input type="checkbox"/> グリーフケアコース
ふりがな 氏名	印	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日	年齢：() 歳
所属施設	施設名： 住所：〒 TEL： FAX：	
所属部署	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 病棟 (病棟) <input type="checkbox"/> 地域医療連携室 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 ()	
郵便物郵送先 住所	〒	
連絡先 *添付ファイルが視 聴可能なアドレスを 大きく記載してくだ さい	<input type="checkbox"/> TEL/携帯： <input type="checkbox"/> E-mail：	
臨床経験年数	通算： 年 カ月 うち、がん看護経験年数 年 ヶ月	
	<input type="checkbox"/> 専門的緩和ケア (緩和ケア病棟や緩和ケアチームなど) 経験年数 年 カ月	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護経験年数 年 カ月	
	<input type="checkbox"/> 退院調整等経験年数 年 カ月	
専門・認定資格	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 認定年度 年 名称 看護師	
講義出席予定	<input type="checkbox"/> 8割以上の出席が可能 <input type="checkbox"/> 6割以上8割以下の出席が可能	
受講動機	<input type="checkbox"/> 様式 1-2 に、レポート形式(800字以内)で記載してください。	
看護部門長	職位： 氏名： 印	
申込書宛先	宛先：神戸市看護大学 高山良子 住所：〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4 ※封筒に がんプロ申込用紙 在中 と朱書きで記載をお願いします。	

