

各 位

公益社団法人 全日本病院協会
会 長 猪口 雄二
プライマリ・ケア検討委員会
委員長 牧角 寛郎

平成 30 年度第 1 回「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」の開催について

平素は、当協会の活動につきまして、格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成 28 年 4 月の診療報酬改定において、身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟における対応力とケアの質の向上を図るための取り組みや多職種チームによる介入を評価する項目として、「認知症ケア加算」が新設されました。本加算のうち「認知症ケア加算 2」の施設基準においては、下欄のとおり定められております。

一昨年度より、標記「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」を「認知症ケア加算 2」の施設基準に対応する研修会としてご案内いたしましたところ、これまでに 3300 名以上のご参加をいただきました。引き続き全国よりお問合せをいただいておりますことから、平成 30 年度第 1 回の研修会を、別記のとおり開催いたします。

なお、本研修プログラムの一部については、「厚生労働省 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」に該当するものとして申請中でございます。

本研修を 2 日間通して参加された方には、当協会から「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」及び「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」の受講修了証を発行いたします。（遅刻・早退・中抜けなどがある場合、修了証書を発行いたしかねます。）

本研修の参加対象は看護師です。関係職員のご参加についてご高配方宜しくお願い申し上げます。

認知症ケア加算 2 施設基準

- (1) 原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を複数名配置すること。
- (2) (1)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること。（修了証が交付されるもの）
 - イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
 - ウ 講義及び演習は、次の内容について 9 時間以上含むものであること。
 - (イ) 認知症の原因疾患と病態・治療
 - (ロ) 入院中の認知症患者に対する看護に必要なアセスメントと援助技術
 - (ハ) コミュニケーション方法及び療養環境の調整方法
 - (ニ) 行動・心理症状（BPSD）、せん妄の予防と対応法
 - (ホ) 認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援
- (3) 身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。
- (4) (1)の看護師を中心として、病棟の看護師等に対し、少なくとも年に 1 回は研修や事例検討会等を実施すること。

3. 会 場 〒101-0065 東京都千代田区西神田 3-2-1
住友不動産千代田ファーストビル南館 3F ベルサール神保町



4. 対象者 看護師
5. 定員 200名(先着順)
6. 参加費 会員病院職員 本体価格15,000円(税込16,200円)
非会員病院職員 本体価格20,000円(税込21,600円)
※資料代、昼食代(2日目)等を含みます。
7. 申込方法 ①別紙申込書に必要事項をご記入のうえ FAX 03-5283-7444にてお申し込み下さい。
②おって「参加費振込依頼票・受講票」を FAX にて送付いたしますので、送付された案内をご確認・返信のうえ、参加費を指定期日までにお振込ください。
(申込書 FAX 送付日より4営業日が経過いたしましても②の返信が無い場合、大変お手数でございますが、下記お問い合わせ先までご連絡ください。)
8. 締切日 平成30年6月25日(月)(先着順。定員に達し次第、締切となります。)
9. 取り消し 入金後の参加費の返金はいたしませんのでご了承ください。
欠席者には資料の発送をもってかえさせていただきます。
10. お問い合わせ 公益社団法人 全日本病院協会 事務局(担当:長戸、向井)
〒101-8378 東京都千代田区神田猿楽町2-8-8 住友不動産猿楽町ビル 7F
TEL: 03-5283-7441 FAX: 03-5283-7444

以上

【別紙】

平成30年度 第1回病院看護師のための認知症対応力向上研修会 (H30.7.5/6)

参加申込書

<申込締切：平成30年6月25日(月)>

下記事項をご記入のうえ、FAXにてお送りください。

【FAX 番号】 03-5283-7444

※ 楷書にて正確にご記入ください。

病院名			
住 所	〒 —		
TEL	() —		
FAX	() —		
メールアドレス			
参加者	部署名	役 職	氏 名
			(フリガナ) -----

【申込書送付先・問合せ先】

公益社団法人 全日本病院協会 事務局 (担当：長戸、向井)
〒101-8378 東京都千代田区神田猿樂町 2-8-8 住友不動産猿樂町ビル 7F
TEL：03-5283-7441 FAX：03-5283-7444

※1施設より複数名申込の場合には本紙をコピーするか、当協会ホームページより申込書をダウンロードして下さい。

※研修会申込者の個人情報は、本研修会の実施に関する目的にのみ使用いたします。

※受付受理後、「確認書・参加費お振込のご案内」をFAXにてお送りいたしますので、送付された案内をご確認のうえ、参加費を指定期日までにお振込ください。