



第9回 看護師のための認知症ケア講座 開催のご案内

認知症高齢者は、2025年には約700万人に上ると言われ、認知症は誰にとっても身近な疾患です。認知症は、これまで慢性期医療での対応を中心に考えられてきたところがございますが、超高齢社会を迎えた日本では、急性期医療においても高齢者が多数を占めるようになり、医療や介護の従事者は全員、認知症ケアのプロであることが求められております。こういった背景により、令和2年度診療報酬改定では認知症ケア加算の評価体系が現行の2段階から3段階へと見直しが行われました。そこで、本講座のプログラムは、ケアの要となる看護師の皆様が認知症を知り、認知症をもつ人と向き合い、看護の視点から多職種チームでよりよいケアを提供できるよう焦点を絞って企画いたしました。本講座は認知症ケア加算2・3の病棟看護師の研修要件を満たした内容になりますので、奮ってご参加くださいますようお願い致します。

プログラム（予定）

(1日目) 令和4年8月25日(木)	
10:25～	開講
10:30～ 11:50	認知症の原因疾患と病態・治療 講師：田中志子（内田病院 理事長） 看護師も医師とともに、認知症の症状を引き起こす原因疾患に向き合うことが認知症ケアの基本となる。認知症の予防や治療により進行を遅らせることも含め、認知症疾患そのものを知ろう。
11:50～	昼休憩
12:30～ 15:00	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 （演習含む） 講師：小泉則子（永生病院 認知症看護認定看護師） 認知症の人に適切な看護を提供するためには、そのファーストステップとして、アセスメントをもとにケアプランを立てることが必要であろう。そのために知っておかなければならないこと、見落としはならないことは何かを考えよう。
講義 60分 演習 80分 休憩 10分	演習 認知症のある患者の実際の様子をビデオを用いて数症例提示し、その患者に対するアセスメントの情報として求められているものは何か、また、必要な援助技術は何かを考える
15:00～	休憩
15:10～ 16:40	認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援 講師：田中圭一（有吉病院 理事長） 身体拘束が認知症の人に与える影響、エンドオブライフの意思 確認など、患者、家族の視点に立ちサポートすることを考えよう。
(2日目) 令和4年8月26日(金)	
10:00～ 12:20	行動・心理症状（BPSD）、せん妄の予防と対応法 （演習含む） 講師：富家隆樹（富家病院 理事長） 認知症の人をケアする上で一番の問題とも言えるのは、BPSD、せん妄等であろう。しかし、それは認知症の人にとっての問題ではなく、周囲にとって大きな問題であるのかもしれない。ケアのレベルアップによって、これらの問題はどうか変わっていくのかを考えよう。
講義 60分 演習 70分 休憩 10分	演習 BPSD、せん妄の対応の困難事例についてディスカッションを通して考える
12:20～	昼休憩
13:00～ 15:30	コミュニケーション方法及び療養環境の調整方法 （演習含む） 講師：小池京子（内田病院 認知症看護認定看護師） どのように認知症の人とコミュニケーションをとればよいのか。その人が暮らしてきた生活環境を大切に、施設内での環境、あるいは地域での環境を整え、より穏やかに過ごしてもらうことを考えよう。
講義 30分 演習 80分 休憩 10分 まとめ30分	演習 重度認知症の困難症例を提示し、コミュニケーションのとり方、医療チームでの対応の仕方などを、ディスカッションを通して考える
15:30～	閉講挨拶



日本慢性期医療協会

第9回 看護師のための認知症ケア講座 開催概要

診療報酬 認知症ケア加算 2・3 該当研修

日程：令和4年8月25日（木）10：25～16：40、26日（金）10：00～15：35

場所：WEB開催（ZOOMミーティング・ブレイクアウトルーム機能利用）

定員：看護師140名（先着順） ※定員に達した段階で申込受付を締切ります。

参加費：日本慢性期医療協会会員 10,000円（+消費税別1,000円）/人

会員外 18,000円（+消費税別1,800円）/人

修了証発行要件：モニター上で参加者を常時確認いたしますので遅刻・早退・中抜けなどがある場合、修了証書を発行することができません。

- 本研修は、診療報酬上の「認知症ケア加算2・3」の加算要件に該当します。
● 参加者一人ごとに1台のパソコン（有線LAN接続必須）をご用意ください。

第9回 看護師のための認知症ケア講座

参加申込書

返信先 FAX: 03-3355-3122 日本慢性期医療協会事務局

申込締切：令和4年5月20日（金）

貴施設名

日本慢性期医療協会
(会員・非会員)

住所

(〒 -)

TEL

FAX

E-mail

(ブロック体でお願い致します)

連絡担当者氏名

部署

Table with 3 columns: ふりがな参加者氏名, 役職, 看護師経験年数

※ 連絡担当者様宛に、参加案内や参加費請求書等を、令和4年6月上旬頃にお送りいたします。

※ 満席のため参加受付を終了している場合は、お申込み後3営業日以内にご連絡いたします。