



看護補助者のためのケア業務レベルアップ講座 開催のご案内

2025年には団塊の世代が75歳以上となり、全人口の約18%が後期高齢者となります。このような社会情勢を鑑みると、介護職員の果たす役割は、医療現場においても極めて重要です。高度急性期医療から慢性期医療に至るまで、多くの患者が高齢者であり、適切な医療サービスを提供するためには、介護職員の専門知識と技術が不可欠です。

令和6年度診療報酬改定では、「看護補助体制充実加算」により、看護補助者（介護職員）の配置が新たに評価されました。この改定は、看護職員から看護補助者へのタスク・シフティングを促進し、看護チーム全体の質の向上を目指すものです。本研修は加算の該当研修として、直接患者に対する療養生活上の世話に必要な知識や技術を習得することができます。介護職員の皆様には、専門職としてのキャリアをさらに積み重ね、ご活躍いただきたいと考えています。ぜひ、多くの皆様がご参加くださいますようお願い申し上げます。

プログラム（予定）

(1日目) 令和7年9月17日(水)	
9:20~9:30	開講挨拶
9:30~10:30	これからの日本の医療と介護 講師：橋本康子（日本慢性期医療協会 会長）
10:40~11:40	高齢者の身体的特性とケアの基本的考え方 講師：井川誠一郎（平成医療福祉グループ 診療本部長）
11:40~12:20	昼食休憩
12:20~13:20	認知症の原因疾患と身体拘束が認知症に与える影響 講師：井口朋子（富家病院 看護部長）
13:30~14:30	医療安全対応 講師：矢野諭（平成扇病院 院長）
14:50~15:50	感染症ケアの実際 講師：正木路加（千里リハビリテーション病院 感染管理室 室長）
16:00~17:00	口腔ケアの実際 講師：阪口英夫（陵北病院 副院長）
(2日目) 令和7年9月18日(木)	
9:30~10:30	移動介助の実践と転倒・転落のリスクマネジメント 講師：山本亮（千里リハビリテーション病院 訪問リハビリテーション室 室長）
10:40~11:40	排泄ケア・皮膚ケアの実際 講師：金江春花（みなみ野病院 看護師長）
11:40~12:20	昼食休憩
12:20~13:20	食事、清潔、入浴等の日常ケア 講師：安藤幸代（永生病院 副看護部長）
13:30~14:30	患者・家族等とのコミュニケーション 講師：小林由美子（平成医療福祉グループ看護部 介護部門長）
14:50~16:00	症例提示による演習 看護補助者としての業務のあり方（1） 講師：富家隆樹（日本慢性期医療協会研修委員会 委員長）
16:10~17:30	症例提示による演習 看護補助者としての業務のあり方（2） 講師：富家隆樹（日本慢性期医療協会研修委員会 委員長）
17:30~17:40	閉講にあたって



日本慢性期医療協会

看護補助者のためのケア業務レベルアップ講座 開催概要

日 程：令和7年9月17日（水）9：20～17：00、18日（木）9：30～17：40
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：看護補助者として3年以上の勤務経験を有する者200名 ※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12,000円（＋消費税別1,200円）／人

会員外24,000円（＋消費税別2,400円）／人

【修了要件】＊全講義を履修されること、および理解度の確認のためアンケート提出が修了の要件となりますのでご注意ください。

＊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「看護補助体制充実加算」の要件に該当します。

● 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。

看護補助者のためのケア業務レベルアップ講座

参加申込書

申込先【FAX】03-3355-3122【E-mail】jmcsoumu@jamcf.jp 日本慢性期医療協会事務局

申込締切：令和7年6月30日（月）

＊必要事項をご記入の上、FAXまたはメール添付にてお送り下さい。

貴施設名

日本慢性期医療協会
（会員・非会員）

住所（〒 - ）

TEL

FAX

E-mail

※iCloud、キャリアメール、Gmail登録不可

（連絡担当者）

（ブロック体でお願い致します）

連絡担当者氏名

部署

【申込から受講までの流れ】

＊満席の場合、当会から3営業日以内（土日祝を除く）にメールでご連絡を差し上げます。

但し、申し込み状況により、参加希望者が200名を超える場合は、1病院からの参加者数を制限させていただく場合がございます。どうぞご理解下さいますようお願い致します。

＊7月上旬頃に連絡担当者様宛に「参加証」、「参加費請求書」をお送りいたします。

＊受講のための必要事項等はメールにてご案内申し上げます。

<下記に参加者をお書き下さい>

No.	ふりがな 参加者氏名	役職	看護補助者 経験年数
1			年 月
2			年 月