

令和4年度 看護職員認知症対応力向上研修（後期） 募集要項

1 目的

認知症と接する機会が多い看護職員が、入院から退院までのプロセスに沿った必要な基礎知識や、認知症の特徴等に対する実践的な対応力を習得するとともに、同じ医療機関等の看護職員に対し伝達をすることで、医療機関内等での認知症ケアの適切な実施とマネジメント体制の構築を図ることにより、身体合併症等の適切な対応の充実に資する。

2 主催 山口県

3 実施機関 公益社団法人山口県看護協会

4 開催日時 令和4年 11月19日(土) } いずれも 9:30~16:30 (受付 8:45~)

11月25日(金) } (9:20 からオリエンテーション実施)

12月2日(金)

(※令和4年度は同じ内容を2回実施予定。7月~8月実施と同じ研修です)

5 開催場所 山口県看護研修会館 (山口県防府市大字上右田 2686)

6 受講対象者 山口県内の病院で勤務する指導的役割の看護職員

7 募集定員 **40名**

(応募者数が定員数を上回る場合は受講者数を調整させていただきます旨ご理解ご了承下さい)

8 研修内容 別添 カリキュラム内容 参照 (状況によって途中で中止になる場合もあり)

※一般病院を中心とした認知症の入院患者への対応力向上を目的とするもの

9 受講料 無料

10 申込期間 令和4年9月1日(木)~9月20日(火)(必着)

11 申込方法 別添申込書に必要事項を記入し、郵送にて申込先へ提出する。

※ 申込書は山口県看護協会ホームページ「新着情報」からダウンロードできます。

12 申込先 公益社団法人山口県看護協会 教育研修係 (上記5.:開催場所参照)

13 受講決定 受講の可否は決定通知をもって通知 (10月半ばまでに郵送予定)

14 修了証書 原則として、全科目・全時間出席をもって修了と認め、その者には県知事名の修了証を交付する。

15 修了者名簿の地域への提示について

地域の認知症医療体制の推進に資するため、健康福祉センター、市町や市町が設置する地域包括支援センターへ修了者名簿を提示することとなる。

16 問い合わせ先：山口県看護協会 教育課教育研修係 (担当：河内山)

電話：0835-24-5853 メール：k-kensyu@y-kango.or.jp

令和4年度 看護職員認知症対応力向上研修 カリキュラム
(3日間 : 9:30~16:30 予定)

日程	研修内容	
I 基本知識 講義(180分)	ねらい	認知症患者の入院から退院までのプロセスに沿って、基本的な知識を習得する
	到達目標	病院勤務の医療従事者向けに認知症に関する知識を普及することができる
	主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院での認知症の現状、認知症の病態、症状 ・せん妄の基本的な知識、予防、発見、対応 ・認知機能障害に配慮した身体管理 ・認知機能障害に配慮したコミュニケーションの基本 ・情報共有、退院調整、身体拘束、治療同意についての基本的な知識 ・管理者による取組の重要性 ・認知症に特有な倫理的課題と意志決定支援
II 対応力向上 講義(330分) 演習(150分)	ねらい	個々の認知症の特徴・症状に対するより実践的な対応力（アセスメント、看護方法・技術、院内外連携手法）を習得する
	到達目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 入院及び退院時支援に必要となるアセスメントを実施し、適切に院内外に連携することができる 2. せん妄について、認知症との違いを理解し特有の対応を適切に行うことができる
	主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症患者の身体管理 ・一般病院に求められる役割 ・認知症患者の世界観の理解、中核症状の理解、基本的な評価方法（アセスメント） ・認知症の疾病経過の理解と疾病段階を踏まえた看護・支援のあり方 ・認知症を疑った場合の初期対応として実践すべき看護・初期集中支援 ・チームや病棟内での情報共有、部門間での情報共有 ・行動・心理症状（BPSD）の予防と病棟での環境整備 ・行動・心理症状（BPSD）の理解とアセスメント、看護方法 ・せん妄の病態、診断、同定、認知症と鑑別 ・せん妄の対策（予防及び早期発見・早期対応） ・退院調整での課題（特に再入院や緊急入院を防ぐためのコーディネート） ・地域連携（在宅医療、地域包括ケアの知識、退院時の情報提供、介護施設との連携） ・（演習）看護計画立案を通じた事例検討
III マネジメント 講義(180分) 演習(240分)	ねらい	マネジメント（人員、環境、情報管理等）の実践的な対応方法及び教育技能を習得する
	到達目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各施設の実情に応じた認知症への対応方法を検討し、適切なマネジメント体制を構築することができる 2. 自施設における看護職員への研修（本研修 I 基本的知識編担当）を実施することができる
	主な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症に関する事例を収集、見返し、フィードバックする体制 ・病棟内、部門内での情報共有、人員の配置 ・コンサルテーション体制（院内・地域内での専門家のアクセスの確保） ・標準的な対応手順 ・マニュアルの検討整備（認知症の療養・退院支援、行動・心理症状、せん妄） ・施設内での目標設定・研修計画立案、教育技法 ・自施設での研修を実施する上でのポイント、教育の要点の伝達 ・（演習）自施設の現状の検討、振り返り ・（演習）自施設内でのマネジメント体制の検討、研修計画立案

来館者各位

山口県看護研修会館

新型コロナウイルス感染症の拡大防止のための協力依頼

新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、山口県看護研修会館にご来館の際は、以下のことについてご協力をお願いいたします。

来館時の状態によっては入館をお断りする場合がありますので、開催までに下記の内容をご確認いただき、ご対応いただきますようお願いいたします。

記

- 1 所属施設の施設外研修の受講等の方針に従い、研修等の参加を決定してください。
- 2 所属施設内で感染者が発生した場合は、参加について所属施設の上司に相談し、上司より研修等の担当課に事前に電話で問い合わせをしてください。
- 3 **以下の場合は、来館を控えていただくようお願いします。**
 - 1) **緊急事態宣言及びまん延防止等重点措置が発令された地域に居住または、勤務される方。（来館前2週間から当日までに当該地域に訪問された場合はご相談ください。）**
 - 2) 来館前2週間～当日までに、緊急事態宣言及びまん延防止等重点措置が発令された都道府県を訪問された場合。（その他の都道府県への訪問の場合は、ご相談下さい）
 - 3) 来館前2週間～当日までに、本人及び同居者が感染確定及び濃厚接触者となった場合、または37.5度以上の発熱、咳や鼻水、倦怠感、息苦しさ、臭覚・味覚障害などの症状があった場合。
- 4 来館の際は、本協会ホームページに掲載の「健康チェック表」を印刷し、当日のご自身の状況を記載して、ご持参ください。**新館入口から入館し、検温・手指消毒の上、担当者に健康チェック表を提出してください。**
- 5 **不織布マスクの着用**と手洗い、アルコール消毒剤による手指消毒にご協力ください。
- 6 研修会等について
 - 1) 受講者間の距離を確保した座席指定となります。
 - 2) 部屋の窓や扉は、換気のため開放させていただきます。
 - 3) 各自が筆記用具等を持参し、他者との共有を控えてください。
- 7 研修等受講後、14日間以内において感染確定者または濃厚接触者として判断された場合は、本協会に電話で報告してください。
- 8 研修会の参加者に感染者が発生した場合は、当該研修の参加者に連絡を取り、保健所などの聞き取りに協力をお願いする場合があります。また、濃厚接触者となった場合は接触してから2週間を目安とした自宅待機の要請が行われる可能性があります。
- 9 3つの密を避ける等、一人ひとりの自覚ある行動をお願いいたします。

以上 山口県看護協会

健康チェック表は、山口県看護協会ホームページ 次のところからもダウンロードできます。
 山口県看護協会→「新型コロナウイルス感染症対応」→「山口県看護研修会館を利用される皆様へ」

来館時 健康チェック表 体温以下は該当する箇所に ☑して下さい。

※山口県看護協会に来館される当日に記載してご持参ください

来館日 令和4年（ ）月（ ）日

氏名	氏名：
来館目的	研修名：令和3年度 看護職員認知症対応力向上研修（後期）
住所	
所属施設	
連絡先1（緊急連絡先）	
連絡先2	
体温(°C)	(.) °C
2週間以内の感冒症状(本人)	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
2週間以内の感冒症状(同居者)	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
2週間以内の県外訪問	あり <input type="checkbox"/> () 日前 都道府県 () なし <input type="checkbox"/>
2週間以内の県外訪問(同居者)	あり <input type="checkbox"/> () 日前 都道府県 () なし <input type="checkbox"/>
所属施設での感染者の発生	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
	ありの場合→電話で参加の可否の問い合わせ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
倦怠感	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
頭痛	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
咽頭痛	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
鼻づまり	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
鼻汁	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
痰づまり・痰絡み	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
呼吸苦	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
咳	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
味覚障害	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
臭覚障害	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
下痢	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
腹痛	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
その他	

研修中は**不織布マスクの着用**をお願い致します。

(個人情報保護に努め他の目的には使用いたしません)