

認知症看護実践力向上研修 開催要項

主催 北海道大学病院

1. 目的 認知症看護の実践能力を高める
2. 目標
 - 1) 認知症の基礎知識を理解することができる
 - 2) 認知症の特徴・症状に対する実践的な対応力（アセスメント、看護・技術）を習得することができる
 - 3) 認知症のケアにおける倫理的課題をとらえることができる
 - 4) 認知症看護実践力向上のために、多職種連携を実践することができる
3. 期間 平成 29 年 12 月 19 日(火)～12 月 20 日(水)
4. 会場 12 月 19 日（火） 北海道大学病院 臨床大講堂
12 月 20 日（水） 北海道大学病院臨床研究棟 1 階 大会議室
5. 人数 50 名 （1 施設 2 名までとし定員になり次第締め切ります）
6. 対象 全研修課程に参加できる看護職
(当院の看護職員に限らず地域の看護職対象とします)
7. 資料代 1,000 円
8. 修了証 本研修は認知症ケア加算 2 に対応する研修であり、全日程受講で終了証を発行します
9. 申し込み方法 申し込み用紙に必要事項を記載し、E-mail もしくは F A X でお申し込みください
 - 1) 申し込み先 北海道大学病院 看護部 副看護部長 山谷敦子
電話：011-706-5747 Fax:011-706-7618
E-mail:a-yamaya@med.hokudai.ac.jp
 - 2) 受講決定 受講決定用紙を E-mail もしくは郵送します
受講決定用紙は当日必ず持参してください
 - 3) 申し込み締め切り
平成 29 年 10 月 25 日(水)

10. 事前課題

- ・関わりの場面で困難と感じた1事例を事例検討用紙に記載し持参する
(事例検討用紙は受講決定用紙とともに郵送します)
- ・個人が特定されないように記載する

11. プログラム

1) 12月19日(火)

| | | | | | | | |
|-----------|--|-----------------------------|-------|--------------------------------|-------------------------|-------|-------|
| 8:50 | 9:00 | 10:30 | 10:45 | 12:30 | 13:30 | 15:45 | 16:30 |
| オリエンテーション | 【講義】 行動・心理症状 (BPSD), せん妄の予防と対応方法 | 【講義】 認知症患者に関する原因疾患と病態・治療 | 休憩 | 【講義】 認知症ケアに関連する倫理的課題と意思決定支援 | 【講義】 高齢者の薬物治療における問題点 | | |

2) 12月20日(水)

| | | | | | | | |
|-----------|---|---------------------------------|-------|----------------------------|--------------|-------|-------|
| 8:50 | 9:00 | 10:00 | 10:15 | 12:15 | 13:30 | 14:00 | 16:30 |
| オリエンテーション | 【講義】 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スキル | 【講義】 認知症の方とのコミュニケーションと療養環境調整 | 休憩 | 【演習】 事例検討についてのオリエンテーション | 【演習】 事例検討 | | |

申し込み先 F A X 011-706-7618

認知症看護実践力向上研修 受講申込書

申込日：平成 年 月 日

*空欄のないよう該当事項にご記入をください

| | | | |
|------------|--|------------------------------|---|
| フリガナ 氏名 | | | |
| 性別 | 男・女 | <input type="checkbox"/> 看護師 | <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 |
| 生年月日 | 昭・平 | 年 | 月 日 (満 歳) |
| 施設住所 | | | |
| 連絡先 | TEL : () FAX : () E-mail : () | | |

| | | | |
|-------------|---|--|--|
| 職位 | 該当する職位に○印をつけてください 1. 看護師長・課長職相当 2. 副師長・主任・係長職相当 3. スタッフ 4. その他 () | | |
| | 年 | | |
| 現在の勤務 領域 | <input type="checkbox"/> 病棟 () <input type="checkbox"/> 外来 () <input type="checkbox"/> その他 () | | |

*受講の可否については、受講決定用紙をE-mailもしくはFAXで送付します。

*受講決定用紙が研修の平成29年11月24日までに届いていない場合は必ず連絡ください。

*個人情報の取り扱い：本研修申込書で得た個人情報は研修会に伴う書類作成・発送に用いこの利用範囲を超えて取り扱うことはありません。

【 連絡先 】

〒060-8648 札幌市北区北14条西5丁目
北海道大学病院 看護部 山谷敦子
電話：011-706-5747 Fax:011-706-7618
E-mail：a-yamaya@med.hokudai.ac.jp