

2019年4月吉日

各医療機関
看護部研修担当 様

順天堂大学医学部附属
順天堂東京江東高齢者医療センター
認知症疾患医療センター
センター長 一宮 洋介

2019年度「第1回・第2回東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰ」

開催のご案内

平素は、当医療センターの運営にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
この度、2019年度「第1回・第2回東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰ」を開催致します。
貴施設の認知症ケアに携わる看護師の皆さまに受講して頂けますようご検討お願い申し上げます。

締 切：5/7（火）15時までにFAXまたはメールにてお申し込み下さい。

募集要綱をご確認ください

受講決定：5/8（水）頃に受講決定通知をメールまたはメールアドレスの記載がない場合は
郵送（5/10金曜日頃着予定）にてお知らせ致します。

※認知症ケア加算2の算定要件について

本研修Ⅰの修了後、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター（東京都から受託）が実施する「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱ」を受講することにより、認知症ケア加算2施設基準にある所定の研修要件を満たすものとみなされます。

※東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱのご案内

東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱの受講対象者は以下の要件がございます。

- ①東京都看護師認知症対応力向上研修の修了者
- ②東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰの修了者
- ③東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱの開催日までに開催される東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰの受講が決定している者

「2019年度東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱ」の開催については東京都健康長寿医療センターから各医療機関へ既にご案内が送付されております（募集締切5/13）。

以降の開催につきましては東京都健康長寿医療センターにお問い合わせ頂きますようお願い申し上げます。

募集要項

2019年度第1回・第2回東京都看護師認知症対応力向上研修 I

1 目的

急性期医療に関わる一般病棟の看護師等に対し、入院から退院後の在宅生活まで視野にいれた認知症ケアについての知識等を学ぶための研修を実施することにより、認知症の人が病院で治療を受けると、退院後にもとの生活に戻ることができることを促進する。

2 実施主体

地域拠点型認知症疾患医療センター

順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター（東京都から受託して実施）

3 研修対象者

区東部（江東区・江戸川区・墨田区）の急性期病院に勤務する看護師。

看護師経験3年以上が望ましい。

※2018年度までに「東京都看護師認知症対応力向上研修」又は「東京都看護師認知症対応力向上研修 I」を修了した者は対象外とする。

4 研修日時

第1回 2019年6月29日（土曜日） 13時00分から18時00分まで

第2回 2019年7月27日（土曜日） 13時00分から18時00分まで

5 研修会場

順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター

1階会議室（レストランモアの隣）

（所在地：〒136-0075 東京都江東区新砂3丁目3-20）

6 カリキュラム

東京都の標準カリキュラムに基づき実施（別記2のとおり）

オリエンテーション・休憩を含む5時間となり、当日詳細変更の可能性があります。

7 募集定員

30名程度

8 受講料

無料

9 申込方法及び申込期限

(1) 申込方法（FAXまたはメール）

順天堂高齢者医療センター 認知症疾患医療センター 宛

【FAX】03-5632-3231

【メールアドレス】ninchisyo_shikkan@juntendo.gmc.ac.jp

①FAXで申し込みの場合

別紙「受講申込書」を上記宛てにご提出ください。

②メールで申し込みの場合

下記内容をメールにてお送りください。

①件名：「第1回もしくは第2回東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰ」申し込み

②医療機関名・郵便番号・住所

③ご担当者（書類受取者）・部署・電話番号・メールアドレス

④受講希望者氏名（フリガナ）/生年月日/所属部署/役職

(2) 申込期限

2019年5月7日（火曜日）15時まで

(3) 受講の可否

①受講の可否については、当センターで決定させていただきます。

5月8日頃に受講決定通知をメールまたは郵送（5/10金曜日頃着予定）にてお知らせ致します。

5月10日17時までに受講決定通知が届かない場合は、お手数ですが担当者までご連絡下さい。

②申込者数が定員を上回る場合がございます。

「受講申込書」に記載の受講優先順位に基づき、受講決定を行います。

予めご了承の程宜しくお願い申し上げます。

10 その他

(1) 研修修了者名簿は、各区市町村からの求めにより、東京都を通じ各区市町村へ提供しますので、御了承下さい。

(2) 研修の全カリキュラムを修了された方には、研修終了後東京都から修了証書が交付されます。

(3) 本研修修了者のうち、病院に勤務する指導的役割の看護師は「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱ」の受講が可能です。別除東京都健康長寿医療センターへのお申し込みが必要です。

(4) 時節柄会場の座席位置により温度差がございます。各自衣服の着脱にて対応をお願い致します。

(5) 会場内での飲食は可能となっております。院内の売店・自動販売機をご利用下さい。

11 問い合わせ先

順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター

〒136-0075 東京都江東区新砂3-3-20

【TEL】03-5632-3180（直通）

03-5632-3111（代表）

【FAX】03-5632-3231

【担当】認知症疾患医療センター：矢村

東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰ 標準カリキュラム

研修のねらい		
1 認知症とそのケアに関する正しい知識に基づいた、認知症の人の適切なアセスメント及び対応方法を習得する。 2 院内・院外の多職種・他職種連携の意義を理解する。		
到達目標		
1 主な認知症疾患、認知症の人の特徴及びケアの基本を理解する。 2 認知症の人のアセスメントのポイント、コミュニケーション方法、環境調整、せん妄ケアと身体拘束について理解する。 3 認知症の人の在宅生活の現状を理解し、院内・院外の関係職種・機関との連携のあり方を理解する。		
区分	主な内容	形態・時間数
認知症に関する知識	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の主な原因疾患、症状と経過 ・鑑別すべき疾患と薬物の基礎知識 ・身体面の特徴 	講義 30分
認知症ケアに関する知識	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアの基本的な考え方 ・心理面からの特徴とケアの基本 ・認知症の人の心身、生活に対する環境の影響 ・認知症の人のコミュニケーションの特徴と対応方法 ・認知症の人の基本的なアセスメント方法 ・環境調整の実施 ・せん妄の基本的な知識とアセスメント ・せん妄の予防、発見及び対応 ・入院治療に伴うリスクと身体拘束 	講義 120分
認知症の人を支える連携等について	<ul style="list-style-type: none"> ・東京都の認知症施策について ・認知症の人の在宅生活を支える諸制度 ・退院支援に係る他職種・他施設との連携 	講義 30分
演習	認知症とそのケアに関する正しい知識に基づいたコミュニケーション及びケア等を実践することができるよう、事例検討や自部署における課題の抽出等をテーマとして、グループワークを実施	演習 90分

*オリエンテーション・休憩等の時間を取らせていただきますので、全行程で約5時間になります。

*カリキュラム内容は変更される場合がありますが、開始・終了時間の変更はありません。

2019年度東京都看護師認知症対応力向上研修 I

第1回6 / 29開催 受講申込書

F A X : 0 3 - 5 6 3 2 - 3 2 3 1

順天堂東京江東高齢者医療センター 認知症疾患医療センター 行

締 切 5 / 7 (火) 15時まで

申込日：2019年 月 日

・医療機関名：

・住所 〒

・ご担当者(書類受取人)：

・部署：

・電話：

・メールアドレス：

*受講決定通知をメールでお送り致しますのでご記載下さい。

受講優先順にご記入ください

◆受講希望者1. 所属部署 _____ 役職 _____

フリガナ _____ 生年月日 _____

氏名： _____ 年 月 日

◆受講希望者2. 所属部署 _____ 役職 _____

フリガナ _____ 生年月日 _____

氏名： _____ 年 月 日

下記に☑をご記入ください。

定員に空きがある場合、追加申込を希望 する ・ しない

2019年度東京都看護師認知症対応力向上研修 I

第2回7/27開催 受講申込書

F A X : 0 3 - 5 6 3 2 - 3 2 3 1

順天堂東京江東高齢者医療センター 認知症疾患医療センター 行

締 切 5 / 7 (火) 15時まで

申込日：2019年 月 日

・医療機関名：

・住所 〒

・ご担当者(書類受取人)：

・部署：

・電話：

・メールアドレス：

*受講決定通知をメールでお送り致しますのでご記載下さい。

受講優先順にご記入ください

◆受講希望者1. 所属部署 _____ 役職 _____

フリガナ _____ 生年月日 _____

氏名： _____ 年 月 日

◆受講希望者2. 所属部署 _____ 役職 _____

フリガナ _____ 生年月日 _____

氏名： _____ 年 月 日

下記に☑をご記入ください。

定員に空きがある場合、追加申込を希望 する ・ しない

【会場ご案内】

東京メトロ東西線南砂町駅下車

3番出入口より徒歩5分

当高齢者医療センター 1階会議室

