



第13弾

## 2025年に生き残るための経営セミナー

テーマ

## 「下部尿路機能障害の治療とケア研修会」

平素より、会務運営にご支援、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成28年4月の診療報酬改定において、下部尿路機能障害を有する患者の排尿ケアの評価として、「排尿自立指導料」が新設され、医師6時間以上、看護師16時間以上の研修が求められています。

つきましては、本加算の施設基準に対応すべく、研修会を下記のとおり開催いたします。

本研修の参加対象は医師および看護師です。関係職員のご参加についてご高配方宜しくお願い申し上げます。

## 記

- 日時 平成28年11月11日(金) 9:30～19:10  
平成28年11月12日(土) 8:30～19:10
- 会場 全日本病院協会 大会議室 (※次頁会場案内図参照)  
東京都千代田区猿樂町2-8-8 住友不動産猿樂町ビル 7F  
TEL: 03-5283-7441

## 3. プログラム (予定)

1日目 (11月11日) 【対象: 医師・看護師】

9:30～9:35	開会挨拶:
9:35～11:05	下部尿路機能障害の病態と診断
11:05～11:15	(休憩)
11:15～12:45	下部尿路機能障害の治療
12:45～13:45	(昼休憩)
13:45～15:15	尿道留置カテーテル抜去後のアセスメントと対処
15:15～15:25	(休憩)
15:25～16:55	下部尿路障害の予防とケア (演習を含む)
16:55～17:05	(休憩)
17:05～19:05	事例で考える尿道留置カテーテル抜去後の下部尿路機能のアセスメントとケア
19:05～19:10	事務連絡

## 2日目(11月12日)【対象：看護師のみ】

8:30 ~ 8:35	オリエンテーション
8:35 ~ 11:35	排尿日誌の評価：事例問題とアセスメント(演習)
11:35 ~ 12:35	(昼休憩)
12:35 ~ 14:35	清潔間欠的導尿、自己導尿(演習)
14:35 ~ 14:45	(休憩)
14:45 ~ 15:45	尿道留置カテーテル挿入患者のカテーテル抜去の計画について事例検討
15:45 ~ 15:55	(休憩)
15:55 ~ 17:55	排尿ケアチームの役割と実践例
17:55 ~ 18:05	(休憩)
18:05 ~ 19:05	排尿ケアに関連する排泄用具、おむつ・パッド・パンツ等の選択やあて方、社会資源の活用(演習)
19:05 ~ 19:10	閉会挨拶

4. 参加対象 医師：1日(11月11日のみ) 定員：30名  
看護師：2日間(11月11日～12日) 定員：70名

5. 参加費 会員病院職員 医師：13,000円(1人につき)  
看護師：25,000円(1人につき)  
非会員病院職員 医師：26,000円(1人につき)  
看護師：50,000円(1人につき)

※資料代・昼食代を含みます。

※宿泊等については、各自ご手配願います

6. 申込方法 別紙申込書にご記入の上、全日病事務局へFAXにてお送り下さい。  
事務局にて確認後、「確認書・参加費お振込のご案内」を送信いたします。

(定員に達した際には、申込をお受けできない場合がございます。)

7. 締切日 平成28年10月28日(金)※定員に達し次第締切となります。

8. その他 参加申込の際にお送りいただいた個人情報適切に処理し、本セミナーの目的以外には使用いたしません。

また、研修会終了後の「修了証」を発行(後日郵送)いたします。

### 会場案内図



JR 水道橋駅「東口」より徒歩4分



公益社団法人 全日本病院協会 事務局 (担当：向井・久下・祝)  
〒101-8378 東京都千代田区猿樂町2-8-8 住友不動産猿樂町ビル7F  
TEL:03-5283-7441 FAX:03-5283-7444  
(TEL 受付時間：平日9:30～17:30 土日祝を除く)  
E-mail: kuge@ajha.or.jp

# 2025年に生き残るための経営セミナー(第13弾)

「下部尿路機能障害の治療とケア研修会」

(H28.11.11-12開催)

## 参加申込書

- ◆申込用紙に必要事項をご記入のうえFAX(03-5283-7444)よりお申込ください。  
事務局にてご登録内容確認後、FAXにて「確認書・参加料お振込みのご案内」をお送りいたします。申込の受付書となりますので、大切に保管し、セミナー当日の受付までご持参下さい。
- ◆参加料のご入金確認をもって、参加申込手続き完了とさせていただきます。
- ◆参加料の金額、振込み先は、確認書に記載されています。

FAX 03-5283-7444

申込締切日平成28年10月28日(金)

※楷書にて正確にご記入ください

病院名	※正式名称でご記入ください。(医療法人●●会 ●●総合病院)		
住所	〒 —		
TEL	( )	—	
FAX	( )	—	
Email			
参加者	氏名	医師 ・ 看護師	所属部署 ・ 役職
		医師 ・ 看護師	
※医師は11月11日(金)の1日のみ ※看護師は11月11日(金)・12日(土)の2日間		↑ ○で囲んでください	
事務 連絡者	氏名	所属部署・役職	

※入金後のキャンセルにつきましては、ご返金いたしません。

※講習会申込者の個人情報適切に処理し、本研修会の実施に関する目的以外には使用いたしません。



公益社団法人 全日本病院協会 事務局 (担当: 久下・向井・祝)  
〒101-8378 東京都千代田区猿樂町2-8-8 住友不動産猿樂町ビル7F  
TEL:03-5283-7441 FAX:03-5283-7444  
(TEL 受付時間: 平日9:30~17:30 土日祝を除く)  
E-mail: kuge@ajha.or.jp