

高福第2018号
令和元年6月25日

公益社団法人神奈川県医師会長
公益社団法人神奈川県看護協会長
一般社団法人神奈川県精神科病院協会長 殿
公益社団法人神奈川県病院協会長

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課長
(公 印 省 略)

令和元年度第1回病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の開催に
ついて（依頼）

本県の高齢者福祉行政の推進につきましては、日頃から御協力いただき、厚くお礼申し上げます。

さて、このたび、病院勤務の医療従事者の認知症への対応力向上を図るため、別紙のとおり研修を開催いたします。

については、貴法人でのホームページでの周知につきましても御協力をくださるようお願いいたします。

神奈川県ホームページでの掲載ページURL

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/u6s/cnt/f6401/byouinr1.html>

*対象者は県内（政令指定都市除く）病院及び診療所等で勤務する医療従事者となります。

問合せ先

高齢福祉グループ 田中（智）、木村

電話 (045)210-1111 内線4847

ファクシミリ(045)210-8874

電子メール anshinkaigo@pref.kanagawa.jp

令和元年度神奈川県病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修
カリキュラム

テーマ：認知症を理解する～入院中のケアと退院に向けた支援のために～

3時間30分

時間	内容等	ねらい
10分	あいさつ オリエンテーション	研修の目的、位置づけの理解
1時間	認知症の人の理解： 認知症の医学的な理解 講師 医師	認知症の人について医学的な理解をする。
1時間	認知症の人の対応： 入院時の対応 ～アセスメントの方法と具体的な対応～ 講師 認知症看護認定看護師	入院時の具体的な対応を理解する。 アセスメント力をつける。
10分	休憩	
40分	地域との連携： 退院に向けての準備 ～地域の資源と円滑な情報提供～ 講師 行政保健師	退院から在宅へ円滑な移行のために必要なこと、地域の社会資源を理解する。
30分	質疑応答 コグニサイズ 県担当者 修了証書の授与	



神奈川県

病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修

病院勤務の方々に認知症の人や家族を支える必要な知識を得ていただき、医療と介護の連携など退院後の支援を視野に入れた研修です。また、地域で支える関係機関の方々も受講していただくことができます。

■日時 令和元年8月20日（火） 13:30～17:00
12:30 受付開始 13:20～ オリエンテーション

*受講料：無料*事前申込み制
*定員150名（定員になり次第申込みを締め切ります。）

■場所 神奈川県総合医療会館 7階 講堂

（〒231-0037横浜市中区富士見町3-1）※公共交通機関のご利用をお願いいたします。

■内容 認知症を理解する～入院中のケアと退院に向けた支援のために～

■講師 平塚医療福祉センター 医師 吉井 文均 センター長
東海大学医学部附属大磯病院 認知症看護認定看護師 鷹嘴 亜里 氏
藤沢市地域包括ケアシステム推進室 保健師 小鈴 康子 氏

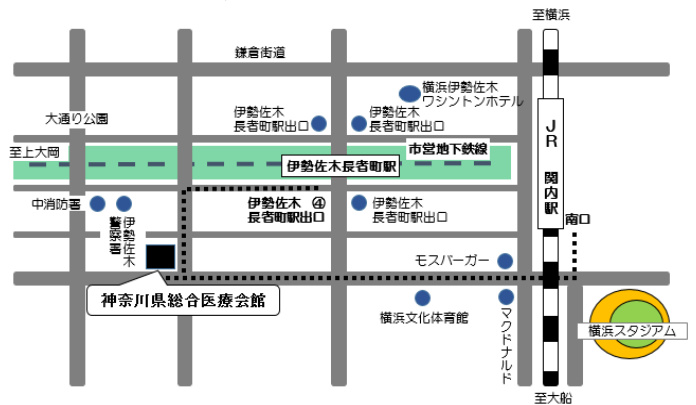
■対象 (1) 県内（政令指定都市除く）の病院で勤務する医師、看護師、その他の医療従事者
※病院勤務の方は名簿管理させていただき、市町村・保健福祉事務所及びセンターへ情報提供させていただきます。今後、地域での会議、研修の出席等ご協力をよろしくお願いいたします。（厚生労働省が定める「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修事業」として行います。認知症ケア加算2の該当研修ではありませんので御承知おきください。）

(2) 県内（政令指定都市除く）で勤務する(1)を除く保健医療福祉介護関係者
受講された方全員に、講義終了後に修了証書を発行いたします。

■申込方法 裏面の参加申込書に記入のうえ、
8月6日（火）までにFAXまたは郵送でお申込ください。

会場までのアクセス

電車 ◎ 横浜市営地下鉄ブルーライン
伊勢佐木長者町駅 下車
④番出口右側から徒歩3分
◎ JR 関内駅下車 南口
(改札を出て右側)より徒歩10分



問合せ先

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 木村

電話 045-210-1111（内線4847）

主催／ 神奈川県

※荒天等により研修を中止する場合は、県ホームページでお知らせします。



〔送付先〕

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 木村 行き

FAX 045-210-8874

郵送 〒231-8588 横浜市中区日本大通1

お手数ですが、**8月6日（火）必着**でお申し込みください。

***締め切りから1週間以内に連絡がない場合には、受講可能です。受講できない場合には電話で連絡いたします。**



参加申込書

施設名

所属・担当者

住所 〒

TEL

FAX

※この申込書により修了証書を作成いたします。

氏名、生年月日につきましては、

楷書で丁寧にご記入ください。

- ①保健師 ②助産師 ③看護師
- ④准看護師 ⑤医師 ⑥作業療法士
- ⑦理学療法士 ⑧社会福祉士
- ⑨精神保健福祉士 ⑩介護福祉士
- ⑪介護支援専門員 ⑫その他

	氏名 ※必ず、ふりがなをつけてください。 <small>かながわはなこ (神奈川県花子)</small>	生年月日 ※和暦で ご記入ください。	どちらかに○ をしてください。	職種 (上記より番号を記入してください。⑫その他の場合は職種の記載をお願いします。)	看護協会 員の方は ○を記入 してくだ さい。
1		S H 年 月 日	1病院勤務 2その他		
2		S H 年 月 日	1病院勤務 2その他		
3		S H 年 月 日	1病院勤務 2その他		
4		S H 年 月 日	1病院勤務 2その他		
5		S H 年 月 日	1病院勤務 2その他		
6		S H 年 月 日	1病院勤務 2その他		

※足りない場合は、お手数ですが、コピーして記入・送付してください。