

高福第 5457 号  
令和 6 年 2 月 15 日

一般社団法人 神奈川県精神科病院協会 会長 殿

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 5 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  
研修について (通知)

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を対象に別紙のとおり研修を開催いた  
します。

については、会員の皆様にお知らせいただくとともに、貴法人のホームページに  
掲載いただく等、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

<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/u6s/cnt/f6401/r5byoinkinmuiryojuujisyakennsyu.html>

1 研修内容 別紙のとおり

※対象者は県内 (政令指定都市除く) 病院等で勤務する医療従事者となります。

2 日時 令和 6 年 3 月 13 日 (水) 17:15~19:10

※修了者に後日修了証を発行します。

3 開催方法 オンライン (Z o o m)

問合せ先

高齢福祉グループ 緒方

TEL 045-210-4846 (直通)

FAX 045-210-8874

メール [anshinkaigo@pref.kanagawa.lg.jp](mailto:anshinkaigo@pref.kanagawa.lg.jp)



# 病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修

病院勤務の医療従事者等が、認知症の人や家族を支えるために必要な基本知識や、医療と介護の連携の重要性、認知症ケアの原則等の知識について修得するための研修です。病院での認知症の人の手術・処置等の適切な実施や、退院後の地域での生活を視野に入れた多職種連携による支援の確立のため、ぜひご受講ください。

※本研修は、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。認知症ケア加算の該当研修ではありませんので御承知おきください。

## ■対象

- (1) 県内（政令指定都市除く）の病院及び診療所等で勤務する医療従事者（医師、看護師、社会福祉士、歯科医師、薬剤師、作業療法士、理学療法士等）
- (2) 県内（政令指定都市除く）で勤務する（1）を除く保険医療福祉介護関係者（市町村等行政担当者及び地域包括支援センター職員、県保健福祉事務所職員等）県内（政令指定都市除く）の病院で勤務する医療従事者

■日時 令和6年3月13日（水曜日）17時15分～19時10分  
※両日修了者に修了証を発行します。

■開催方法 オンライン

■受講料 無料

■募集人数 90名（定員になり次第申込みを締め切ります。）

## ■内容

認知症認定看護師、公認心理士、認知症本人のご家族による講義により認知症の人や家族について理解し、入院中から退院後の地域での生活を視野に入れた多職種連携による支援について学ぶ。

講演1（講師：聖マリアンナ医科大学病院（川崎市認知症疾患医療センター）  
認知症看護認定看護師 小橋 章人 氏）

講演2（講師：聖マリアンナ医科大学病院（川崎市認知症疾患医療センター）  
公認心理師 田所 正典 氏）

講演3（講師：川崎市認知症ネットワーク 認知症本人のご家族様）

■申込方法（期限：令和6年3月6日（水））

※所属病院等で取りまとめてお申込みください。

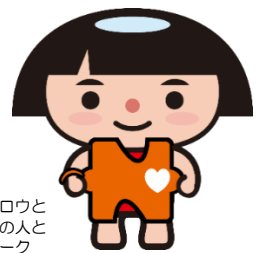
電子申請システム（e-kanagawa 電子申請）のページから入力してください。

[https://dshinsei.e-kanagawa.lg.jp/140007-u/offer/offerList\\_detail?tempSeq=67020](https://dshinsei.e-kanagawa.lg.jp/140007-u/offer/offerList_detail?tempSeq=67020)

## ■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高齢福祉グループ 緒方  
電話 045-210-4846（直通）

<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/u6s/cnt/f6401/r5byoinkinmuiroyojuujisyakennsyu.html>



かながわキンタロウと  
神奈川県認知症の人と  
家族を支えるマーク



〔送付先〕神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課高齢福祉グループ 緒方宛

郵送：〒231-8588 神奈川県横浜市中区日本大通1

メール：[anshinkaigo@pref.kanagawa.lg.jp](mailto:anshinkaigo@pref.kanagawa.lg.jp)

令和5年度病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修

# 申 込 書

病院・施設名			
所属名		担当者名	
住所	〒		
TEL		FAX	
メールアドレス			

※病院勤務の方は名簿で管理をさせていただき、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、研修の出席等へのご協力をお願いする場合があります。

※この申込書により修了証書を作成いたします。氏名、生年月日については楷書で丁寧に記入ください。

※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。

1	氏名	
	ふりがな	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	勤務先（どちらかに○）	1 病院勤務 2 その他
	職種（いずれかに○）	1 医師 2 看護師 3 准看護師 4 保健師 5 助産師 6 社会福祉士 7 精神保健福祉士 8 介護福祉士 9 介護支援専門員 10 歯科医師 11 歯科衛生士 12 薬剤師 13 作業療法士 14 理学療法士 15 その他（ ）
	看護協会員（該当する方は○）	
メールアドレス		
2	氏名	
	ふりがな	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	勤務先（どちらかに○）	1 病院勤務 2 その他
	職種（いずれかに○）	1 医師 2 看護師 3 准看護師 4 保健師 5 助産師 6 社会福祉士 7 精神保健福祉士 8 介護福祉士 9 介護支援専門員 10 歯科医師 11 歯科衛生士 12 薬剤師 13 作業療法士 14 理学療法士 15 その他（ ）
	看護協会員（該当する方は○）	
メールアドレス		