

高福 第 5008 号
令和 7 年 1 月 20 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 6 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、貴団体のホームページに
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。

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 7 年 2 月 20 日 (木) 18:00~19:30

※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



令和6年度

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や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」として実施します。認知症ケア加算の該当研修ではありませんのでご承知おきください。

■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7年2月20日（木曜日） 18：00～19：30

■開催方法 オンライン

■受講料 無料

■募集人員 100名（定員になり次第申し込みを締め切ります）

■内 容

病院勤務の医師、看護師などの医療従事者を対象に、認知症の方やそのご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、病院での適切な対応について学びます。

〔講演1〕 「認知症の人の苦勞の理解：医療現場での適切な対応について考える」

講師：（栄樹庵診療所 院長、東京慈恵会医科大学名誉教授 繁田 雅弘 氏）

〔講演2〕 「認知症ケアにおける協働の力：多職種連携の意義と効果」

講師：（横須賀共済病院 認知症看護認定看護師 柴田 忍 氏）



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

■申込方法（申込期限：令和7年2月10日（月））

以下のGoogleフォームから、お申し込みください。

<https://forms.gle/CEXEzGPwv71Tg6oe7>

GoogleフォームURL



Googleフォームでのお申し込みができない場合は、裏面の申込書にご記入のうえ、郵送でお送りいただくか、申込書の内容をメールに記載の上、以下のメールアドレス宛にお申し込みください。

■問合せ先

公益財団法人かながわ健康財団 健康づくり課（担当：芦邊、西村、益子、芦田）

電話 045-243-2008（9：00～17：00）メール：kanagawa-kenkou@khf.or.jp

<https://www.khf.or.jp/kenko/dementiasp.html>

ホームページURL



(送付先) 公益財団法人かながわ健康財団 健康づくり課 芦邊 宛
 郵 送 : 〒231-0037 横浜市中区富士見町3-1 神奈川県総合医療会館 2階
 メール : kanagawa-kenkou@khf.or.jp FAX : 045-243-2019

令和6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				
病院・施設の住所		〒		
病院・施設の電話番号		(内線)	FAX	
1	受講者氏名 ※1			ふりがな
	生年月日 ※1	昭和・平成	年	月 日
	所属部署			
	勤務先 (どちらかに○)	1.病院 2.診療所 3.訪問看護ステーション 4.地域包括支援センター 5.市町村行政機関 6.県保健福祉事務所 7.その他 ()		
	職種 (いずれか1つに○)	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.介護保健師 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	<input type="checkbox"/> 協会員 <input type="checkbox"/> 非協会員	名簿掲載※2	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
	メールアドレス※3			
2	受講者氏名 ※1			ふりがな
	生年月日 ※1	昭和・平成	年	月 日
	所属部署			
	勤務先 (どちらかに○)	1.病院 2.診療所 3.訪問看護ステーション 4.地域包括支援センター 5.市町村行政機関 6.県保健福祉事務所 7.その他 ()		
	職種 (いずれか1つに○)	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.介護保健師 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	<input type="checkbox"/> 協会員 <input type="checkbox"/> 非協会員	名簿掲載※2	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
	メールアドレス※3			

※1 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。
 修了証は基本的小さいに所属に送付いたします。

※2 「名簿掲載への同意」に同意された方は名簿で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
 情報提供をさせていただきます。今後、地域での会議、研修への出席等へのご協力をお願いする場合があります。

※3 講義資料を送付しますので、添付ファイルを受け取れるアドレスをご記入ください。
 (docomo.ne.jp や ezweb.ne.jp などのキャリアメールは、添付ファイルが受け取れない場合があります
 のでご注意ください。)

※ 申込書が足りない場合は、お手数ですが、コピーして記入・送付してください。