

令和元年度 滋賀県病院医療従事者認知症対応力向上研修会 開催要項

1. 目的：病院勤務の医師、看護師等の医療従事者に対し、認知症の人や家族を支えるために必要な基本知識や、多職種連携の重要性、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を実施することにより、病院での認知症の人の手術や処置等の適切な実施の確保を図ることを目的とする。
2. 主催：滋賀県（事業委託：公益社団法人滋賀県看護協会）
3. 研修内容：標準的なカリキュラムに基づく（別紙 参照）
4. 開催日時：令和元年 11 月 14 日（木）13 時 20 分～17 時 00 分
5. 開催場所：滋賀県看護研修センター
草津市大路二丁目 11-51
6. 対象：滋賀県内病院の医師、看護師等の医療従事者
7. 定員：50名
8. 参加費：無料
9. 申込方法：別紙申込用紙に必要事項を記入し、応募期間内に FAX にて提出する。
10. 応募期間：令和元年 10 月 1 日（火）～ 10 月 10 日（木）
11. 修了証：研修修了者に対し、県が作成する修了証書を交付する。
修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を記入した名簿を作成し、管理する。
12. 申込み・お問合せ先：公益社団法人滋賀県看護協会（担当：高山・岡本）
〒525-0032 草津市大路 2 丁目 11 番 51 号
TEL 077-564-6468（代表）
077-564-6699（教育部）
FAX 077-562-8998

令和元年度 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修会プログラム

ねらい 高齢化の進展に伴い認知症高齢者がますます増加し、認知症の人が認知症疾患以外でも医療機関に入院や通院することが多くなってきており、認知症の人が安心して医療を受けられる体制が求められている。

そこで、病院勤務の医師、看護師等の医療従事者に対し、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を実施する

タイムスケジュール

13:20 ～13:30	オリエンテーション 開会 挨拶・趣旨説明等
13:30 ～15:00 (90分)	講義 ① 「目的」対象者の現状、研修の背景、認知症対応の体制整備の要点 ② 「対応力(知識)」認知症の理解(症状・治療・ケア) 「対応力(実践)」認知症の人の理解、ケアの基本 ケアのポイント(BPSD、せん妄を中心に) 各職種の基本的な役割 ③ 「連携」多職種連携のメリット カンファレンス開催の要点・検討課題
(10分休憩)	
15:10 ～16:40 (90分)	演習 「演習」 事例の提示 発表・まとめ 質疑応答
16:45～17:00	アンケート記載・回収 閉会 (修了証授与)

*国の指導による、おおよその時間配分です(休憩は適宜)

10月1日(火)～10月10日(木)までに、FAXにてお申し込みください。

<送信先> FAX 077-562-8998

公益社団法人 滋賀県看護協会 高山・岡本 宛

令和元年度 病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修会

受講申込書

医師用

標記講習会に、下記のとおり申し込みます。

連絡先	施設名	
	施設住所	〒
	担当者名	
	T E L	
	F A X	

職種	氏名	生年月日
医師		S・H 年 月 日
医師		S・H 年 月 日
医師		S・H 年 月 日
医師		S・H 年 月 日
医師		S・H 年 月 日

注) 施設名・氏名・生年月日は、修了証に必要ですので正確にご記入下さい。

(必要時、コピーしてご使用ください。)

10月1日(火)～10月10日(木)までに、FAXにてお申し込みください。

<送信先> FAX 077-562-8998

公益社団法人 滋賀県看護協会 高山・岡本 宛

令和元年度 病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修会

受講申込書

看護職用

標記講習会に、下記のとおり申し込みます。

連絡先	施設名	
	施設住所	〒
	担当者名	
	TEL	
	FAX	

職種 (該当に○を記入)	氏名	会員・非会員 県会員番号(6桁)	生年月日
保・助・看		会員・非会員 会員番号()	S・H 年 月 日
保・助・看		会員・非会員 会員番号()	S・H 年 月 日
保・助・看		会員・非会員 会員番号()	S・H 年 月 日
保・助・看		会員・非会員 会員番号()	S・H 年 月 日
保・助・看		会員・非会員 会員番号()	S・H 年 月 日
保・助・看		会員・非会員 会員番号()	S・H 年 月 日
保・助・看		会員・非会員 会員番号()	S・H 年 月 日
保・助・看		会員・非会員 会員番号()	S・H 年 月 日
保・助・看		会員・非会員 会員番号()	S・H 年 月 日

注) 施設名・氏名・生年月日は、修了証に必要ですので正確にご記入下さい。

(必要時、用紙はコピーしてご使用ください。)

10月1日(火)～10月10日(木)までにFAXにてお申し込みください。

<送信先> FAX 077-562-8998

公益社団法人 滋賀県看護協会 高山・岡本 宛

令和元年度 病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修会

受講申込書

医療従事者用(医師・看護師以外)

標記講習会に、下記のとおり申し込みます。

連絡先	施設名	
	施設住所	〒
	担当者名	
	TEL	
	FAX	

職種	氏名	生年月日
		S・H 年 月 日
		S・H 年 月 日
		S・H 年 月 日
		S・H 年 月 日
		S・H 年 月 日
		S・H 年 月 日
		S・H 年 月 日
		S・H 年 月 日

注) 施設名・氏名・生年月日は、修了証に必要ですので正確にご記入下さい。
(必要時、コピーしてご使用ください。)