

平成 23 年度障害者総合福祉推進事業

「精神症状等を有する認知症患者に係る退院支援パス等の地域連携の推進に関する調査事業」

# 認知症の人の 「退院支援・ 地域連携パス」研修



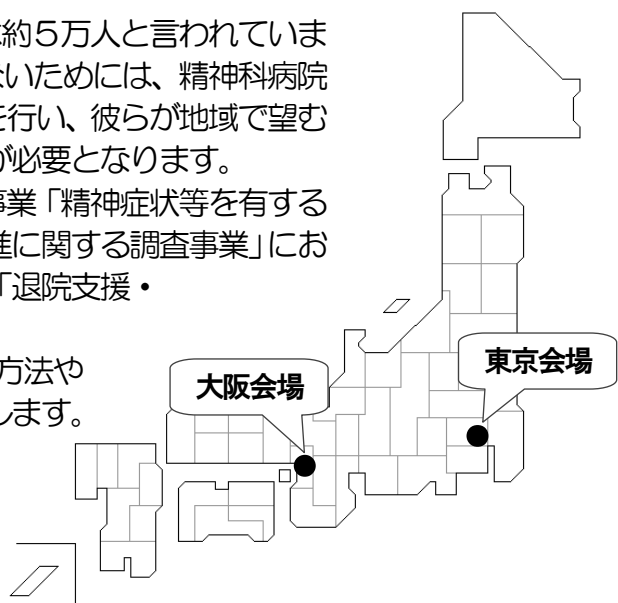
社団法人日本精神保健福祉士協会／課題別研修

現在、精神科病床へ入院している認知症患者数は約5万人とされています。認知症患者を新たな「社会的入院患者」としないためには、精神科病院と地域の支援機関が連携して、退院に向けた支援を行い、彼らが地域で望む生活を実現していくための支援体制を整えることが必要となります。

本協会では、平成23年度障害者総合福祉推進事業「精神症状等を有する認知症患者に係る退院支援パス等の地域連携の推進に関する調査事業」において、病院と地域が連携するためのツールとして「退院支援・地域連携パス」を開発しました。

本研修では、「退院支援・地域連携パス」の使用方法や使用するために必要な知識の習得をめざして実施します。

皆様のお申し込みをお待ちしています。



## ■プログラム（2会場共通）

1日目		2日目	
13:20	開講式（受付開始 13:00）	09:30	講義3 認知症と精神科医療
13:30 (90分)	講義1 「退院支援・地域連携パス」の必要性Ⅰ	東京 大阪	講師調整中
東京	講師：斎藤正彦 (医療法人社団翠会 和光病院院長)	10:15	休憩 (15分)
大阪	講師：釜江和恵 (財団法人浅香山病院認知症疾患医療センター医長)	10:30	演習1「退院支援・地域連携パス案」の活用に向けて退院支援の現状を理解する
15:00	休憩 (15分)	11:30	休憩 (15分)
15:15 (90分)	講義2 「退院支援・地域連携パス」の必要性Ⅱ	11:45	講義4「『退院支援・地域連携パス案』ガイドブック」(仮称)の活用方法について
東京	講師：永田久美子 (社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター研究部副部長)	12:30	昼食休憩 (60分)
大阪	講師：岩尾 貢 (公益社団法人日本認知症グループホーム協会副代表)	13:30	演習2「退院支援・地域連携パス案」を用いた退院支援
16:45 (15分)	初日のアンケート記載および翌日のグループメンバーの顔合わせ (~17:00)	16:00	アンケート記入 (15分)
		16:15	閉講式 (~16:30)

※プログラムは変更となる場合がございますので、あらかじめご了承ください。

## ■会場・日程・締切

地域	日程	会場	締切	受講決定通知発送
東京	3月2日(金)、 3日(土)	<b>日本交通協会 会議室</b> 東京都千代田区丸の内3-4-1新国際ビル9階 アクセス JR有楽町駅(国際フォーラム口)徒歩3分、東京メトロ有楽町線有楽町駅から徒歩1分	2/5㊦	2/13㊦
大阪	3月9日(金)、 10日(土)	<b>堺市民会館 大集会室</b> 堺市堺区翁橋町2-1-1 アクセス 南海高野線「堺東」駅西口から徒歩10分、南海高野線・JR阪和線「三国ヶ丘」駅、南海線「堺」駅南口、南海高野線・泉北高速鉄道・地下鉄御堂筋線「中百舌鳥」駅から南海バス乗車、「一条通」下車	2/12㊦	2/20㊦

### 東京会場「日本交通協会」



### 大阪会場「堺市民会館」



## ■申込概要

### 【対象】

1. 認知症の専門治療を行っている精神科病院（認知症疾患医療センター、認知症疾患治療病棟をもつ精神科医療機関）において退院支援に携わっている精神保健福祉士、看護師等
2. 精神科病院において認知症の人の退院支援に携わっている精神保健福祉士、看護師等
3. 認知症の人に対する支援において退院支援、地域連携に携わっている介護支援専門員、地域包括支援センター職員、保健師等

### 【定員】

各会場 100名

### 【参加費】

無料

### 【お申込み方法】

1. 「受講申込書」を個人ごとに本協会までFAXしてください（原本保管のこと）。
2. お申込み受付は、先着順ではありません。定員を超えた場合は、所属機関、業務内容などを考慮して選考させていただきます。

### 【締切】

申込締切は、上記一覧にてご確認ください。

### 【受講決定】

1. 受講決定通知がお手元に届きましたことで、決定となります。
2. 交通機関等のご手配があるとは存じますが、締切日より前に受講が決定することはありません。

### 【変更・参加取消】

1. 変更、取り消しのご連絡は、各自保管の申込書（原本）を変更点分かるように訂正して、改めてFAXにてお送りください。
2. キャンセルされた方への当日資料の送付はいたしません。

### 【その他】

1. 参加者名簿には、参加者全員のお名前・都道府県を掲載しますが、ご所属機関名の掲載の可否は申込書にてお知らせください。
2. 本研修は、一連のつながりをもったプログラム構成になっていますため、1日だけのご参加ないし1日ごとに別の方が参加されるといった形での受講はご遠慮願います。
3. ご昼食およびご宿泊のご用意はありません。
4. 災害保険等は各自ご加入ください。

## 社団法人日本精神保健福祉士協会

〒160-0015 東京都新宿区大京町23-3 四谷オーキッドビル7F

TEL. 03-5366-3152 FAX. 03-5366-2993E-mail:office@japsw.or.jp URL:http://www.japsw.or.jp/

※再送の場合はいずれかに○をつけて送信してください（追加 ・ 変更(変更箇所をわかりやすく記載のこと) ・ 取消）

## 認知症の人の「退院支援・地域連携パス」研修 係

FAX. 03-5366-2993

2012年 月 日発行

**【必須】** 希望会場に☑を入れてください

東京会場 2012年3月2日、3日 締切2/5 大阪会場 2012年3月9日、10日 締切2/12

氏名		ふりがな		性別	男・女	年齢	歳	必須	日中必ず連絡がとれる電話番号 - -
受講要件	1、2、3から、あなたが該当する受講要件及び関連項目に☑を入れてください。								
	1	☐認知症の専門治療を行っている精神科病院で退院支援に携わっている専門職	→	☐認知症疾患医療センター ☐認知症疾患治療病棟をもつ精神科医療機関	→	☐精神保健福祉士 ☐看護師 ☐その他 ( )			
	2	☐精神科病院において認知症の人の退院支援に携わっている専門職	→	☐地域連携室 ☐相談室 ☐その他 ( )	→	☐精神保健福祉士 ☐看護師 ☐その他 ( )			
	3	☐認知症の人に対する支援において退院支援、地域連携に携わっている専門職	→	☐介護支援専門員 ☐地域包括支援センター職員 ☐保健師等行政機関職員 ☐その他 ( )					
記入必須	本協会構成員の方のみ、右欄をご記入ください		会員番号 ( - ) 2011年度までの会費納入状況 ☐納入済(東日本大震災による年会費免除含む) ・ ☐未納 ※未納の方は至急ご記入ください。						
	受講決定通知送付先(ご希望に☑してください) ☐ 所属先 ・ ☐ 自宅								
	所属先機関名 ※参加者名簿掲載などにするため正式名称を記入ください。								
	所属先所在地(〒 - ) ※郵便番号は必ずご記入ください。 都道府県								
	TEL		FAX		携帯番号				
	自宅現住所(〒 - ) ※ご自宅を受講決定通知等の送付先としない方は記入不要。 都道府県								
その他	●参加者名簿へのご所属機関名の掲載を「希望しない方」は☑してください							☐掲載しません	
●演習班分けの参考として伺います …………… 認知症の人に対する支援に携わった年数 ( 年)									
事務局への連絡事項(手話通訳等、情報保障をご希望の方は本欄にご記入ください。手配の関係からお早目にお申込みいただければ幸いです。)									

**<個人情報の取り扱い>** 本協会の個人情報保護方針および個人情報の保護に関する規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本研修申し込みにおいて得た個人情報は、本研修実施に伴う書類発送や運営、研修評価に伴う調査に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。この範囲を超えて利用する場合は、本人の同意を得た上で行います。

**※ 事務局記入欄** (以下は記入しないでください)

受付確認	2012年 月 日 / 2011年度までの会費納入状況	納入済 ・ 未納 ( )
受講の可否	可 ・ 不可	/ 受講決定通知の発送 月 日発送
入金確認	2012年 月 日 / 受講番号 第 番 / 修了証書番号 第 号	
備考欄	受付印	完了印