

在宅医療
従事者対象

令和8年度

せん妄・認知症 対策研修会



日時・
場所

第1回

令和8年
7月4日(土)
14:00~17:00

ツドイコ名駅東カンファレンスセンター「Room C」
(名古屋市中村区名駅3-21-7 名古屋三交ビル2階)

第2回

令和8年
9月5日(土)
14:00~17:00

栄ガスビル 5階 キングルーム
(名古屋市中区栄3-15-33 栄ガスビル5階)

※やむを得ない事由が発生した場合は中止となる場合もございます。 ※受付は13:30から開始します。

対
象

診療所もしくは病院で在宅医療に従事する、医師を始めとした看護師・保健師・薬剤師・
リハビリ関連職・栄養士・介護職・ソーシャルワーカー等、多職種の医療従事者。

在宅医療でせん妄や認知症に遭遇する機会が多いものの、現場からは「どのように対応すればよいか
困る」という声がよく聞かれます。

せん妄は多要因が複雑に絡み合って発症することから、3つの因子(準備因子・直接因子・促進因子)
に整理して理解した上で、各職種の役割を意識したアプローチが有効です。また、認知症ではイライラや
徘徊などのBPSDがみられますが、せん妄と正確に鑑別を行った上で、その背景を意識した対応が求めら
れます。

そこで講演では、在宅医療に従事する医療者が、ぜひ知っておきたいせん妄や認知症に対する実践的
アプローチ(評価やケア、薬物療法など)について、具体的にお伝えしたいと思います。

医師を始めとした在宅医療に従事する多くの皆様のご参加をお待ちしております。

プ
ロ
グ
ラ
ム

【講義】多職種で取り組む！せん妄・認知症に対する実践的アプローチ

ワークショップ

#セッション1(グループワーク) 認知症の徘徊(BPSD)

#セッション2(ロールプレイ) プレターミナルのせん妄(可逆性せん妄)

※プログラムすべての参加を原則とします。途中参加・退席はできません。

※研修会時にアンケート調査(研修会に関する評価)へのご協力をお願いします。

講
師

新見公立大学 健康科学部 看護学科 教授 井上 真一郎

定
員

50名(研修会1回につき) **参加費無料・要申込み**

※申込み者多数の場合は抽選になります。

申
込
み
方
法

お申込みは、右記申込みフォーム(グーグルフォーム)よりお申込み
ください。右記フォームよりお申込みが難しい場合には、裏面
の受講申込み書に必要事項をご記入の上、愛知県医師会医療業
務部第3課へFAX(052-241-4130)にてお申込みください。

下記申込みフォームより

(グーグルフォーム)

お申込みください。

<https://forms.gle/ZkHmH9eR1sNUm7yL9>

締め切り

第1回

令和8年
6月20日(土)

第2回

令和8年
8月 3日(月)



【主催】公益社団法人愛知県医師会／愛知県

せん妄・認知症対策研修会 受講申込み書

締め切り

第1回 令和8年
6月20日(土)

第2回 令和8年
8月3日(月)

第1回

令和8年7月4日(土)
14:00~17:00

日時

ツドイコ名駅東カンファレンスセンター「Room C」
(名古屋市中村区名駅3-21-7 名古屋三交ビル2階)

会場

井上 真一郎

(新見公立大学 健康科学部 看護学科 教授)

講師

第2回

令和8年9月5日(土)
14:00~17:00

栄ガスビル 5階 キングルーム
(名古屋市中区栄3-15-33 栄ガスビル5階)

井上 真一郎

(新見公立大学 健康科学部 看護学科 教授)

下記の申込みフォーム(グーグルフォーム)よりお申込みください。

申し込みフォーム <https://forms.gle/ZkHmH9eR1sNUm7yL9>

(愛知県医師会ホームページ「お知らせ」にも掲載しております。)

※1名毎のお申し込みが必要となります。 ※右記二次元コードからもお申し込みいただけます。



上記フォームより お申し込みが難しい場合 には、以下をご記入の上、FAXにてお申し込みください。

申込み者情報 ※申込み者1名に対し申込み書を1枚使用してお申込みください。

受講希望日 (申込み者多数の 場合は抽選)	第1希望 : 第 回	第2希望 : 第 回
フリガナ		
申込み者氏名		
職 種	1. 医師 (医師会所属・ 非会員) 2. 歯科医師 3. 看護師 4. 准看護師 5. 保健師 6. 薬剤師 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 言語聴覚士 10. 栄養士 11. 歯科衛生士 12. 精神保健福祉士 13. 社会福祉士 14. 介護福祉士 15. 医療ソーシャルワーカー 16. 介護支援専門員 17. その他 ()	
医籍登録番号 ※医師のみ記入		
勤務先名		
勤務先住所 (受講票等送付先)	〒 -	
メールアドレス		
TEL/FAX	TEL () - / FAX () -	

※受講の可否については各回申込み締切日以降にハガキにてご連絡いたします。

※原則として、個人情報をご本人の承諾なく本研修会以外に利用または第三者に提供いたしません。

※やむを得ない事由が発生した場合は中止となる場合もございます。

お問い合わせ先

公益社団法人 愛知県医師会 医療業務部第3課

〒455-0031 名古屋市港区千鳥1-13-22 (愛知県医師会仮事務所)

TEL: 052-241-4143 (土・日・祝日を除く9:00~17:00) FAX: 052-241-4130

E-mail: chiiki_3@aichi.med.or.jp

FAX送信方向

FAX 052-241-4130