

令和４年度

**病院勤務以外の看護師等**

**認知症対応力向上研修**

高齢者と日頃から接することが多い、病院勤務以外（診療所、訪問看護ステーション、介護事業所等）の看護師、歯科衛生士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認知症ケアの原則、医療と介護の連携の重要性等の知識について修得するための研修です。認知症の疑いのある人に早期に気づき、地域における認知症の人への支援体制構築のため、ぜひご受講ください。

※本研修は、厚生労働省が定める「病院勤務以外の看護師等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　　県内（政令指定都市除く）の診療所、訪問看護ステーション及び介護事業所等に勤務する看護師、歯科衛生士等の医療従事者

■日時　　令和５年２月22日（水曜日）18時～20時

　　　　　※修了者に修了証を発行します。

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

■開催方法　オンライン

■受講料　　無料

■募集人数　100名（定員になり次第申込みを締め切ります。）

■内容

医師、認知症認定看護師、若年性認知症支援コーディネーターによる講義により認知症の人や家族について理解し、医療と介護の連携の重要性等の知識について学ぶ。

講演１（講師：横須賀共済病院　医長　五十嵐　奨　氏）

講演２（講師：横須賀共済病院　認知症看護認定看護師　柴田　忍　氏）

講演3（講師：久里浜医療センター　若年性認知症支援コーディネーター

古屋　富士子　氏）

■申込方法（期限：令和５年２月15日（水））

※所属病院・施設で取りまとめてお申込みください。

（１）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.action?tempSeq=45120

****（２）裏面の申込書にご記載のうえ、郵送、ＦＡＸ、メールで送付してください。

■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　宮崎・緒方

電話　045-210-4846（直通）

〔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　宮崎・緒方宛

郵送：〒231-8588　神奈川県横浜市中区日本大通１

FAX：045-210-8874　メール：anshinkaigo@pref.kanagawa.lg.jp

**令和４年度病院勤務以外の看護師等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 |  |

※受講者について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ご記入ください。

※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（どちらかに〇） | 1 診療所、2訪問看護ステーション、3介護事業所4 その他（　　　　　） |
| 職種（いずれかに〇） | 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（どちらかに〇） | 1 診療所、2訪問看護ステーション、3介護事業所4 その他（　　　　　） |
| 職種（いずれかに〇） | 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 |  |