

令和5年度 奈良県病院勤務以外の看護師等 認知症対応力向上研修

開催案内

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担い手となることを目的とし、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を実施します。

1 実施主体 奈良県

2 日時・会場

日時：2024年2月8日（木）13：30～16：00（受付時間13：00～）

場所：奈良県看護研修センター 3階大研修室

3 対象者・定員

対象者：奈良県内の病院以外で勤務する看護師、歯科衛生士等の医療従事者
定員：50名

4 研修内容等

(1) 内容

	区分	内容	時間
① 講義・演習	基本知識	研修の目的・意義、認知症とは、認知症の危険因子・予防 等	120分
	地域における実践	認知症ケアの基本、BPSDへの対応、家族・介護者への支援、多職種連携 等	
	社会資源等	認知症施策の全体像、支援の仕組み、主な制度 等	

(2) 講師

認知症看護認定看護師
調整中

5 受講申込等

(1) 申込み方法：申込書に必要事項を記入し、下記まで郵送、FAX、またはURL、QRコードより申し込んでください。

申込先：公益社団法人奈良県看護協会教育事業部 岩下宛

郵送：〒634-0813橿原市四条町288-8

FAX：0744-24-7703

URL：

https://docs.google.com/forms/d/1WvxqQ_puJ65Rx4FNF_RDdpheFqOLkEWgKAYt0CAMmlA/edit

QRコード：



(2) 申込期限 2024年1月12日（金）12時まで（厳守）

(3) 受講料： 無料

(4) 受講決定

受講不可の方のみ2024年1月31日（水）までにお申し込みいただいたメールアドレスに連絡します。連絡がなければ受講可能です。

(5) 問合せ先：

公益社団法人奈良県看護協会教育事業部 岩下宛

●電話：0744-25-4014

●FAX：0744-24-7703

6 修了証書の交付

修了証書は、全課程の修了者に対して県より後日交付します。

※ 研修開始後、15分以上遅刻された場合、修了書が発行されませんので、ご了承ください。

7 修了者の登録・情報提供

県では研修受講修了者の名簿を作成・管理し、**各市町村及び地域包括支援センター、奈良県医師会等関係機関に、受講修了者のいる事業所・医療機関名、職種、修了年月日の情報提供を行います。**

8 感染症等にかかる留意事項について

(1) 館内ではマスクの着用をお願いします。手指衛生を励行してください。

(2) 研修受講中に、発熱等の風邪症状や倦怠感を感じた場合は、直ちに事務局へ報告してください。状況によっては、ご帰宅の依頼をすることがありますので予めご了承ください。

(3) 会場内の窓やドアを開け、可能な限り換気を行いながら研修を実施します。暑さ、寒さに対応できる服装でお越しください。

(4) 持参されたごみはお持ちかえりください。

(5) お帰り時、使用された机・椅子は除菌クロスで清掃をお願いします。

会場案内



奈良県看護研修センター

〒634-0813

橿原市四条町288-8

- 近鉄大和八木駅より
- 奈良交通バス
- 小房バス停（万葉ホール前）下車徒歩3分（湯盛温泉杉の湯・下市町岩森・菖蒲町4丁目行き）
- 医大病院前バス停下車 徒歩5分（イオンモール橿原アルル・近鉄御所・忍海・南白檀行き）
- 橿原市コミュニティバス
- 万葉ホールバス停 下車徒歩3分
- 奈良医大（玄関前）バス停 下車徒歩5分
- タクシー 約8分
- 近鉄八木西口駅・畝傍御陵前駅、JR畝傍駅 各駅より 徒歩15分

◆当日は会員専用駐車場に駐車（有料）できますが、スペースに限りがありますので（46台）、来場はなるべく**公共交通機関のご利用**をお願いします。

令和5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

※記入漏れがある場合は受け付けできません

病院・施設名

所属名

担当者名

住所

〒

TEL

FAX

メールアドレス

必須

受講者氏名

ふりがな

生年月日

西暦

勤務先○をつける

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 記入のこと

実務経験年数(通算)

看護協会員該当者

県会員番号

メールアドレス

必須

県では研修受講修了者の名簿を作成・管理し、各市町村及び地域包括支援

センター、奈良県医師会等関係機関に、受講修了者のいる事業者・医療機関名

職種、修了年月日の情報提供を行います。

同意しますか。○をつけてください。 はい いいえ

申込書により修了証を作成しますので、楷書で丁寧に記入ください。

(申込先) 公益社団法人奈良県看護協会教育事業部 岩下宛

郵送：〒634-0813 橿原市四条町288-8

FAX:0744-24-7703

URL:

https://docs.google.com/forms/d/1WvxqQ_puJ65Rx4FNF_RDdpheFqOLkEWgKAYt0CAMmlA/edit

QRコード

