

市内調剤薬局の皆さま

新座市いきいき健康部介護保険課長

令和6年度「医療・介護従事者向け研修」の開催について（通知）

時下、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。また、平素は本市の高齢者福祉行政の推進につきまして、御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本市では、令和5年度より在宅療養や人生の最終段階の医療・ケアの在り方について、自ら考え、周囲に伝える取組に関する理解を深めるとともに、本取組を行ううえで必要な配慮や気づき等について知ることを目的に研修を実施しております。

つきましては別紙参加申込書により、令和6年6月17日（月）までに新座市介護保険課へメールまたはFAXで御回答くださいますようお願い申し上げます。

記

1 開催日時、開催場所、内容等（「実習（基礎研修）」「ロールプレイ」「意思決定の実践」の3回連続講座となります）

日 程	時 間	場 所	内 容
6月22日（土）	午前9時30分～正午	新座市役所	実習（基礎研修）
* 7月5日（金）	午前9時30分～正午	畑中公民館	ロールプレイ1回目
※7月27日（土）	午前9時30分～正午	新座市役所	意思決定の実践1回目
※10月4日（金）	午前9時30分～正午	新座市役所	意思決定の実践2回目

*及び※は、両日とも同じ内容です。どちらかに御参加ください。

2 内 容 講義及び演習、ロールプレイ等

3 対 象 者 朝霞地区医療従事者及び介護従事者等

4 定 員 36名（申込順）

5 講 師 堀ノ内病院 堀越 洋一 医師

（埼玉県ACP普及啓発講師人材バンク登録医）

送付先 新座市介護保険課 竹沢・浦山 あて

回答期限 令和6年6月17日(月)までをお願いいたします

FAX 048-482-5882 (送信票不要)

令和6年度 在宅医療・介護従事者向け研修
受講申込書

申込日：令和 年 月 日

担当者： _____

連絡先： _____

事業所名： _____

メール： _____

■受講者(1人目) ●職種 _____ 氏名 _____

内容 ①~③を受講いただきます	日程	希望日に○印を記入
① 実習(基礎研修)	6月22日(土)	
② ロールプレイ ①を受講される方	7月5日(金)	
③ 意思決定の実践 ①②を受講される方	7月27日(土)	
	10月4日(金)	

■受講者(2人目) ●職種 _____ 氏名 _____

内容 ①~③を受講いただきます	日程	希望日に○印を記入
① 実習(基礎研修)	6月22日(土)	
② ロールプレイ ①を受講される方	7月5日(金)	
③ 意思決定の実践 ①②を受講される方	7月27日(土)	
	10月4日(金)	

※3人以上の受講を希望される場合は、付け足してお申込みください。

第3回 住民への普及啓発ワーキンググループ

日程：令和6年6月20日（木）午後7時～8時

場所：新座市役所本庁舎 203, 204 会議室

内容：新座市版エンディングノート作成について

実際にエンディングノートを記入していきながら検討する予定です。

構成メンバー：医師、歯科医師、看護師、保健師、介護支援専門員、
介護職、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、行政職
管理者など

参加希望の方：新座市介護保険課まで御連絡ください。

お問合せ先

新座市介護保険課

048-424-5186（直）

kaiho@city.niiza.lg.jp