

令和元年度鳥取県認知症介護実践リーダーフォローアップ研修実施要領

1. 研修の目的・目標

目的 事業所における認知症介護チームのリーダーとして教育及び支援できる能力の向上。

- 目標
- ・認知症介護実践者研修と認知症介護実践リーダー研修の新しいカリキュラムについて、現段階での情報を提供し、今後の認知症介護研修の方向性を理解する。
 - ・現場での人材育成の方法を学び、認知症ケアの向上につなげる。
 - ・新たなネットワーク構築、情報交換の場とする。

2. 実施主体

鳥取県（社会福祉法人敬仁会に委託して実施する。）

3. 研修の対象者

(1) 定員 50名（受講希望者が定員を超えた場合は、選考により決定。）

(2) 受講資格

- ① 平成14～17年度鳥取県痴呆介護実務者研修専門課程修了者
- ② 平成18～30年度鳥取県認知症介護実践リーダー研修修了者

4. 日時・会場

日時 令和元年11月13日（水）9時00分～17時00分（受付8時30分～）

会場 地域交流センターアゼリアホール（倉吉市山根43）

5. 研修内容

9:00	9:30	11:00	12:30	13:30	16:30	17:00
「認知症介護実践リーダー研修の理解」 【講師】 介護老人福祉施設 ル・ソラリオン名和 矢間やすみ	「認知症ケアに関する倫理の指導」 【講師】 デイサービスセンター 翠のさと 松尾 弘之	「認知症の人の行動・心理症状（BPSD）への介護技術指導」 【講師】 介護老人福祉施設 ル・ソラリオン名和 新川 徹志	昼休憩		「チームの現状と課題」 【講師】 介護老人保健施設 ル・サンテリオン北条 西村 敏生	振り返り

6. 経費

(1) 受講料 一人 4,100円

(2) 支払方法

受講料は**法人・会社単位**にて受講者分の総額を振込みください。

※**振込手数料は受講者負担**とします。

※誤って手数料を差し引いて受講料を振込された際には、不足分をお支払いいただきますのでご了承下さい。

(3) 振込期間

受講決定通知書受領日 ～ 10月28日（月）

(4) 振込先

以下の何れかの口座にお振込みください。

金融機関	支店	店番	口座番号	名義
山陰合同銀行	倉吉	067	3655940	フク) ケイジンカイ 社会福祉法人敬仁会 理事長 藤井一博
鳥取銀行	倉吉中央	151	1872263	

(5) その他

- ①納入された受講料は資料作成等に充当するため、途中で欠席された場合でも返還しません。
- ②受講に係る旅費等の経費は、受講者負担とします。

7. 申込・受講決定

- 法人・会社単位で取りまとめ、以下（敬仁会/鳥取県長寿社会課）ホームページより受講申込書をダウンロード、必要事項を入力の上下記申込先へメール送信ください。

メール受付後、2営業日以内に到着確認メールを返信しますので、返信がない場合は、下記担当までお問い合わせください。

※メールの標題には『【法人名】認知症介護実践リーダーフォローアップ研修申込』とご入力下さい。

メール標題入力例【(福) 敬仁会】認知症介護実践リーダーフォローアップ研修申込

《掲載先ホームページ》

- 社会福祉法人敬仁会 : <https://www.med-wel.jp/keijin/>
- 鳥取県長寿社会課 : <https://www.pref.tottori.lg.jp/chouju/>

申し込み人数が定員を超えた場合は、法人・会社の受講希望優先順位1位の者より受講者として決定します。

申込先 : 社会福祉法人敬仁会 青目 n-training@med-wel.jp

申込方法 : メール（メールアドレスがない法人等は、事務局までお問い合わせください。）

提出期限 : 令和元年9月26日（木）正午 必着

受講決定時期 : 令和元年10月中旬頃に社会福祉法人敬仁会から法人・会社宛に通知します。

8. その他

- 修了証書の発行はありません。
- 研修当日に過去受講したリーダー研修のテキストがあればお持ちください。

【事務局・問合せ先】

社会福祉法人敬仁会本部総務課 青目

電話 0858-26-3864

FAX 0858-26-3876

電子メール n-training@med-wel.jp