

令和 8 年度認知症介護実践者フォローアップ研修実施要領

1 研修の目的・目標

目的 認知症介護の実践者として修得した知識、技術を振り返り、認知症の人の生活の質向上に向けた支援を展開できる。

- 目標
- ・ 認知症介護の知識、技術を深めることができる。
 - ・ 自職場における認知症介護の課題解決に向けたプロセスを理解できる。
 - ・ 他事業所との情報共有を行いネットワークづくりができる。

2 実施主体 鳥取県認知症介護指導者ネットワーク

3 研修定員 50 名

4 受講料 3,000 円／人

受講料は受講日当日に受付にてお支払いください。＊現金のみ
受領書を発行します。

5 研修日時・会場

令和 8 年 10 月 13 日（火）10 時 00 分～16 時 00 分（受付 9 時 30 分～）
倉吉体育文化会館 中研修室（倉吉市山根 529-2）

6 研修内容

	10:00	11:30	12:30	15:00	16:00
受付	「研修後の効果と 課題の共有」 ル・ソラリオン名和 崎上 麻衣子	休憩	「課題解決へのプロセス～多角 的な視点から課題解決へ～」 ル・サンテリオン東郷 新川 徹志	「認知症と人とのかかわ り方」 介護付き有料老人ホーム翠のさと 阿部 一志	

7 受講資格（対象者）

- ① 平成 14～平成 17 年度鳥取県痴呆介護実務者研修基礎課程修了者
- ② 平成 18～令和 7 年度鳥取県認知症介護実践者研修修了者
- ③ 平成 18～令和 7 年度認知症介護実践リーダー研修修了者

8 受講申込手続き

（1）申込み方法：Google フォーム



←こちらの QR コードから申し込みください。

申込期限： **令和8年9月14日（月）**

※申し込みフォームにご入力いただく情報

①法人・会社の情報（法人・会社名、申込み担当者氏名、メールアドレス）

②受講希望者の情報（氏名、所属事業所名、事業所住所、事業所電話番号、事業所FAX番号、事業種別、職種、研修修了年月日）

9 受講決定について

（1）法人・会社宛へ決定通知をメールでお知らせいたします。

令和8年9月25日（金）を過ぎても届かない場合は必ず御連絡ください。

（2）申し込み人数が定員を超えた場合は、実践者研修修了者を優先にさせていただきます。

10 その他

- ・修了証書の発行はありません。
- ・災害や感染症拡大等、やむを得ない事情により研修を中止（または延期）する場合等、緊急情報については各事業所へお知らせします。

11 問い合わせ先

〒689-3205 鳥取県西伯郡大山町西坪 520-1

ル・ソラリオン名和 崎上

電 話 0859-54-6500

ファックス 0859-54-6501

メールアドレス soranawa@med-wel.jp