**平成２９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　・実践者研修と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。

1. **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。）

1. **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１８～２８年度鳥取県認知症介護実践リーダー研修修了者

※平成２９年度鳥取県認知症介護実践リーダー研修修了者は対象外

1. **日時・会場**

日　時　　平成３０年２月１６日（金）９時００分～１７時３０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　　　　　　　10:00　　　　10:30　　　 　　 　　　　12:30　13:30　　　　　　　　　　　　　 　　16：30　17：30 | | | | | |
| 「認知症介護実践  ﾘｰﾀﾞｰ研修の理解」  講師  地域ケアセンターマグノリア  﨑上　麻衣子 | 認知症介護実践ﾘｰﾀﾞｰ研修実践  報告会 | 「新ｶﾘｷｭﾗﾑから学ぶ  人材育成」  ～ｽﾀｯﾌの能力評価と  指導計画～  講師  介護老人保健施設  ル・サンテリオン  矢間　やすみ | 昼休憩 | 「介護現場でできる人材育成の方法」  講師  介護老人保健施設 仁風荘  林原　豊 | 事業所で行う人材育成計画 |

**６．　経費**

（１）受 講 料　 一人　３，１００円

（２）支払方法

研修初日に会場にて現金で納付ください。つり銭は準備いたしませんのでご注意願います。

（３）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、必要事項を入力のうえ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 ：http://www.pref.tottori.lg.jp/chouju/

※メールアドレスがない法人等は、郵送（追跡確認が出来るレターパック）にて受講申込書等を送付して下さい。

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 藤井 [n-training@med-wel.jp](mailto:n-training@med-wel.jp)

申込方法 　　：メール（メールアドレスがない場合に限り郵送可）

提出期限　　 ：平成２９年１２月２２日（金）正午　必着

受講決定時期　 ：平成３０年１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。

事務局・問合せ先

社会福祉法人敬仁会　本部　藤井　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　０８５８－２６－３８６４

FAX 　０８５８－２６－３８７６

**平成２９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受講申込書**

**(郵送用)**

　社会福祉法人　敬仁会　法人本部　藤井　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人・会社名

　　　　　　郵便番号 〒

　　 　　　　　　　　　　　　　 　　　　住　 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　法人・会社単位で取りまとめ、下記のとおり受講を申し込みます。

（受講申込書が不足する場合はコピーを使用してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者事業所名 |  | ※受講希望優先順位 |
| 人中　　　位 |
| ふりがな |  | 生年月日  　　　　年　　月　　日 |
| 受講者氏名 |  |
| 勤務先住所  （連絡先） | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　TEL　 　　　－　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　 FAX 　　　－　 － | |
| 研修修了年月日 | □ 痴呆介護実務者研修専門課程　　　平成　　年　　月　　日修了 | |
| □ 認知症介護実践リーダー研修 　　 平成　　年　　月　　日修了 | |

※平成２９年度鳥取県認知症介護実践リーダー研修修了者は対象外

◆申込締切日　　**平成２９年１２月２２日（金）正午** 必着

（メールアドレスがない場合に限り郵送可）

郵送先　　〒682-0023　鳥取県倉吉市山根55番地  
　　　　　社会福祉法人敬仁会　本部事務局　藤井

℡ 0858-26-3864　fax 0858-26-3876