**平成２９年度鳥取県認知症介護基礎研修実施要領**

1. **研修の目的**

　　　新オレンジプランより、良質な介護を担うことができる人材を質・量ともに確保していくことが求められている。認知症介護に関する研修の体系上では初任者や無資格者を対象とした基礎的な研修が少ないため、介護サービス従事者向けの認知症ケアに関する基礎的な知識や技術、考え方等を習得できる機会を確保することを目的とする。

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**
2. 定員

東部会場４０名、中部会場４０名、西部会場４０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

　　　　　介護保険事業所等において高齢者介護に従事している者

1. **日時・会場**

【東部会場】

日　時　平成３０年２月６日（火）９時００分～１７時００分（受付８時３０分～）

会　場　福祉人材研修センター（鳥取市伏野1729-5）

【中部会場】

日　時　平成３０年２月７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）

【西部会場】

日　時　平成３０年２月８日（木）９時００分～１７時００分（受付８時３０分～）

会　場　米子東病院（米子市淀江町佐陀2169）

**５．　研修内容**

|  |
| --- |
| 9：00　　9：30　　　　　　　　　　　　　　　　　　　12:30　13:30　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 16:30　17:00 |
| 「研修の目的と目標、認知症の人を取り巻く現状」県長寿社会課 | 「認知症の人の理解と対応の基本」講師　特別養護老人ホーム　健推庵こくふ　　六浦　俊樹(東部、中部)介護老人保健施設　仁風荘林原　豊(西部) | 昼休憩 | 「認知症ケアの実践上の留意点」講師　ケアプランセンターわたなべ渡邊　真由美 | 振り返り・修了証書交付 |

**６．　経費**

（１）受 講 料　 一人　１，１００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

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】認知症介護基礎研修申込』とご入力下さい。

メール標題入力例 【（福）敬仁会】認知症介護基礎研修申込

《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、介護業務の通算経験年数が少ない者を優先して決定します。

申 込 先 　：社会福祉法人敬仁会 藤井 n-training@med-wel.jp

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。

 研修資料　　　：「認知症介護基礎研修標準テキスト」を事前に購入していただき、自主学習をしておいて下さい。

　　　　　　　　テキストは研修時必要ですので持参して下さい。

　　　　　　　　参考：※１

**８．　修了証書**

研修の全課程を修了した者に対し、鳥取県より認知症介護基礎研修修了証書が交付

されます。

※１



出版社：㈱ワールドプランニング

認知症介護研究・研修センター／監修
定価：1,080円（本体1,000円+税8％）　2015年9月発行

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基礎研修受講申込書（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。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | ふりがな | 性別 | 生年月日 | 勤務先住所TEL　FAX | 介護業務通算経験年数 | 会場希望 |
| 氏　名 | 第1希望 | 第2希望 |
| 例） | けいじん　たろう | 男 | S63.3.3 | 介護老人福祉施設○○〒123-4567鳥取県倉吉市山根55番地TEL0858-26-3864 FAX0858-26-3876 | 3年2ヶ月 | 東・中・西 | 東・中・西 |
| 敬仁　太郎 |
| １ |  |  |  |  | 年 ヶ月 | 東・中・西 | 東・中・西 |
|  |
| ２ |  |  |  |  | 年 ヶ月 | 東・中・西 | 東・中・西 |
|  |
| ３ |  |  |  |  | 年 ヶ月 | 東・中・西 | 東・中・西 |
|  |
| ４ |  |  |  |  | 年 ヶ月 | 東・中・西 | 東・中・西 |
|  |
| ５ |  |  |  |  | 年 ヶ月 | 東・中・西 | 東・中・西 |
|  |

◆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