

# 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（B P S D）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 : <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](mailto: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](mailto:n-training@med-wel.jp)