

## 『令和 7 年度 認知症ケア向上研修』募集のご案内

### 1 目的

本研修は、介護従事者等が認知症ケアに必要な基本的知識を学ぶことにより、対象者や周囲の人との関係や環境に配慮した介護サービスの提供に資することを目的とする。

### 2 実施主体

大津市

### 3 内容

講師による講義及び事例検討を通じた演習（グループワーク）

### 4 講師

大江 芳征 氏（社会福祉法人湖青福祉会 ケアタウンからさきケアハウス施設長）

米田 漠 氏（社会福祉法人小羊会 小規模多機能ホーム船木・えんの家）

### 5 日程

第 1 日目 令和 7 年 9 月 3 日（水） 午後 1 時から午後 5 時まで

第 2 日目 令和 7 年 10 月 14 日（火） 午後 1 時から午後 5 時まで

※両日共のご参加をお願いいたします。

### 6 会場

明日都浜大津 1 階 保健所大会議室（両日とも）

駐車料金が必要となります。

最初の 30 分無料後、30 分ごとに 150 円/当日最大料金 750 円となります。

### 7 対象者

大津市内の介護保険施設又は事業所等において認知症ケアに従事する介護又は看護職員等で認知症の基本的な技術及び知識を身につけたい者

### 8 募集定員

30 人（先着順） 受付完了後、研修参加に当たって事例をご用意いただきます。

### 9 受講費

無料

### 10 申込期間

令和 7 年 7 月 1 日（火）午前 9 時から同年 8 月 22 日（金）午後 5 時まで

### 11 受講申込手続き

所定の〔様式 2〕に必要事項を記入の上、大津市長寿福祉課 認知症施策推進室宛に FAX 又はメールでお申し込みください。FAX 077-526-8382 メール [otsu1456@city.otsu.lg.jp](mailto:otsu1456@city.otsu.lg.jp)

### 12 その他

申込書に記載された個人情報は、本研修の実施のみに使用することとし、本人の許可なくその他の用途に使用することはありません。

本研修の受講者は、各事業所において、事後の伝達等に努めてください。

# 申込用紙

(8/22(金)締め切り 先着30人)

|  |     |            |  |  |
|--|-----|------------|--|--|
| フリガナ   |     |            | 年代<br><input type="checkbox"/> 10代<br><input type="checkbox"/> 20代<br><input type="checkbox"/> 30代<br><input type="checkbox"/> 40代<br><input type="checkbox"/> 50代<br><input type="checkbox"/> 60代以上 |  |
| 名 前  |     |            |  |  |
| 職 種  |     |            |  |  |
| 介護実務経験年数   | 年   | ヶ月         | うち認知症介護実務<br>年 月   |  |
| 所 属  | 名 称 | サービス種別 [ ] |  |  |
|  | 所在地 | 〒<br>大津市   |  |  |
|  | 連絡先 | 担当者        |  |  |
|  |     | 電話番号       |  |  |
|  |     | F A X      |  |  |
| メー ル   |     | @          |  |  |
| 本研修を上記の者に参加をさせたく申し込みます。<br><br>令和7年 月 日<br><br>施設・事業所名<br><br>所属長名 |     |            |  |  |

申込先 大津市健康福祉部長寿福祉課  
認知症施策推進室

F A X 077-526-8382

メー ル otsu1456@city.otsu.lg.jp

## 大津市記入欄

研修の参加を承認しました。

受付番号

回答処理日