

令和8年度

WEB参加もOK!

短期専門講習 in 奄美



離島で介護職員として従事くださる皆様のために、本土と同様に介護に係わる専門講習会を開催いたします。当センターで開催する研修会の専門家を講師として、各研修4.5時間の専門講習を2日間、奄美群島の介護職員の皆様のスキルアップに少しでも繋がるように計画致しました。皆さまにおかれましては業務ご多忙とは存じますが、事業所、職員の皆様にとりましてスキルアップの貴重な機会です。是非、ご参加いただけます様、お願い申し上げます。

～介護職が知っておきたい～

令和8年

5月12日 (火)

① 認知症ケア研修

令和6年1月、認知症基本法が施行され、それに伴い全ての国民が「新しい認知症観に立つ」ことが目標とされました。認知症を他人事ではなく、自分事として捉え、これからの認知症ケアについて一緒に考えましょう

■研修概要

- ・ 認知症の人をとりまく現状と課題
- ・ 新しい認知症観を踏まえた認知症の人とのかかわり方
- ・ 認知症の症状を引き起こす疾患別の特徴
- ・ 家族とのかかわり方の、家族支援の方法

講師

片平 知博 氏

社会福祉法人 椎原寿恵会
認知症対策監

社会福祉士/精神保健福祉士/
介護福祉士/介護支援専門員/
認知症介護指導者



令和8年

5月13日 (水)

② 介護虐待・身体拘束防止研修

■研修概要

- ・ 認知症高齢者ケアの流れを学ぶ
- ・ 虐待や身体拘束が起きる背景要因からその防止を考える
- ・ 事例を用いて、虐待や身体拘束防止に向けた具体策を考える
- ・ 研修を通じて、自分自身の倫理観と向き合う

講師

林田 貴久 氏

社会福祉法人恵仁会
特別養護老人ホーム鹿屋長寿園 法人統括本部長兼施設長

鹿児島県認知症介護リーダー研修・管理者研修・鹿児島県身体拘束廃止推進委員養成研修 社会福祉士/介護支援専門員
/認知症ケア専門士/鹿児島県認知症介護指導者



会場

奄美市役所 5階 大会議室 (奄美市名瀬幸町25-8)

研修時間

10:00～15:30 (4.5H)

定員

各40名 (定員に達し次第、締切となります)

受講料 (会場・WEB共通)

研修会①② 一般価格：4,500円 賛助会員：3,200円



申込方法

裏面の申込書へ記入後、FAXでお送りください
ホームページからお申し込みいただけます。▶▶▶



【お問合せ先】 公益財団法人 介護労働安定センター鹿児島支部 (鹿児島市鴨池新町6-6 鴨池南国ビル11F)

TEL: 099-255-6360 FAX: 099-255-6361

R8.5.12 (火)
R8.5.13 (水)

(公財) 介護労働安定センター鹿児島支部

FAX 099-255-6361



短期専門講習 in 奄美 受講申込書

- 手順1. 申込書に必要事項をすべてご記入のうえ、FAX,またはメール【WEB希望者】でお申込みください。
 手順2. 申込書受理後、当センター所定の「請求書兼払込取扱票」が10日を目途に記載の住所に届きます。
1週間を目途に受講料の振込をお願い致します。 (振込手数料はご負担願います。)
振込確認ができた時点で、受講申込、完了です。 (領収証は振込票をもって代えさせていただきます。)
 手順3. 受講申込完了後、入金確認と受講決定の通知を送付しますので、ご確認ください。

※令和8年4月28日以降のキャンセル申し出は、原則受講料等の返還はできません。ご了承ください。
 ※受講申込者が定員に満たない等の理由により、中止する場合がございます。その際は、早急にご連絡し受講料等を返還させていただきます。
 (払いただいた際の振込手数料等は除きます。)

※支部記入欄									
予約ID									
受付番号				入金日					
No	2	0	2	6			4	6	

研修番号 _____ 受講料@ _____ × 延べ _____ 人 合計 _____ 円

①	5月12日 (火) 認知症ケア研修
②	5月13日 (水) 介護虐待・身体拘束

賛助会員	受付印
非会員	

(該当項目に○を付けて下さい)

法人名			
事業所名	(担当者 _____)		
所在地	〒 _____	— _____	
連絡先	(TEL) _____	(FAX) _____	
E-mail	_____ @ _____		

研修会番号	受講者氏名	生年月日	研修会番号	受講者氏名	生年月日
会場・WEB	(ふりがな)	S・H 年 月 日	会場・WEB	(ふりがな)	S・H 年 月 日
会場・WEB	(ふりがな)	S・H 年 月 日	会場・WEB	(ふりがな)	S・H 年 月 日
会場・WEB	(ふりがな)	S・H 年 月 日	会場・WEB	(ふりがな)	S・H 年 月 日

受講決定通知等送付先	★上記記載のメールアドレスへ通知いたします。
介護関係取得資格等	初任者研修・介護職員基礎研修・実務者研修・介護福祉士・社会福祉士 訪問介護1級2級・看護師・准看護師・介護支援専門員 経験年数 (_____ 年)

◎受講者の個人情報(氏名・住所・電話番号等)は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認、新規講座等のご案内の送付の範囲で利用させていただきます。
 ◎ご提供いただいた個人情報は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。
 ◎上記につきまして不都合な点がございましたら、お手数ですが、支部担当者までお申し出ください。
 【個人情報に関するお問合せ先】公益財団法人 介護労働安定センター鹿児島支部 電話099-255-6360