

# 不適切ケアの理解と 虐待防止への取り組み

- 高齢者虐待防止法等と虐待の定義・規定
- 岩手県における高齢者虐待の実態
- 不適切なケアとは
- 施設での具体的な取り組み etc

講師

**高橋 勝 氏**

- 社会福祉法人千晶会 盛岡広域圏障害者地域生活支援センター my夢 所長
- 岩手県介護保険審査会専門調査員
- 岩手県社会福祉会
  - ・権利擁護センターばあとなあ
  - ・虐待対応専門職委員会及び地域包括支援委員会 相談役 他
- 認定社会福祉士

日時

令和4年**11月22日 (火)**

**13:30~16:30 (開場受付13:15~)**

会場

**アイーナいわて県民情報交流センター5階会議室501**

(盛岡市盛岡駅西通1-7-1)

受講料

一般 **4,000円(税込)** 賛助会員 **3,600円(税込)**

定員

**40名** 定員になり次第、受付を終了させていただきます。

申込方法

裏面の受講申込書にご記入の上、FAXでお申し込み下さい。

## 【新型コロナウイルス感染症への対応について】

※感染症対策を十分に行いながら開講して参りますが、今後政府の基本方針の変更及び県内の感染状況等により、延期や中止する可能性があります。開講の有無につきましては当センターホームページで確認頂くか、介護労働安定センター岩手支部までお問い合わせください。

※受講者で発症者が出た場合には名簿情報を保健所等の関係機関と共有いたしますのでご了承ください。

※受講者全員に受付時及び入室時に手指消毒をお願いいたします。また必ずマスクの着用をお願いいたします。

## ◆お申込み・お問い合わせ先◆

公益財団法人 介護労働安定センター 岩手支部

〒020-0871 盛岡市中ノ橋通一丁目4-22 中ノ橋106ビル4階

【TEL】 019-652-9036 【FAX】 019-652-9037

【URL】 <http://www.kaigo-center.or.jp/shibu/iwate>

## 「不適切ケアの理解と虐待防止への取り組み」申込書

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |      |             |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|-------------|
| 申込者                       | 事業所（研修ご担当者名）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 個人         | 受付番号 | ※こちらは支部にて記載 |
| 受講希望者                     | フリガナ氏名<br>( 歳)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 男・女        |      |             |
| 所有資格                      | ※該当するものに☑をお願いします。<br><input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー（級） <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 基礎研修<br><input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 看護部 <input type="checkbox"/> 資格なし <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                                                              |            |      |             |
| 事業所                       | 法人名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |      |             |
|                           | 事業所名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |      |             |
|                           | 住所 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | TEL  | FAX         |
| 主な事業                      | ※該当するものに☑をお願いします。<br><input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅<br><input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所<br><input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他（ ） |            |      |             |
| 受講料<br>※該当するものに○印をお願いします。 | 賛助会員                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3,600円(税込) | 一般   | 4,000円(税込)  |
| ★<br>「請求書兼払込取扱票」送付先       | 宛名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 住所 〒       |      | TEL FAX     |

### 【お申し込みの手順】

#### 【手順1】 受講申込書をFAXする。

・受講申込書に必要事項をご記入の上、FAXして下さい。【FAX 019-652-9037】

#### 【手順2】 受講料を振込む。

- ・受講申込後、★「請求書兼払込取扱票」送付先に「請求書兼払込取扱票」が郵送されますので、お振込みをお願いいたします。
- ・振込手数料はお振込み人様の負担とさせていただきます。
- ・領収書は振込受領証をもってかえさせていただきます。

#### ◆留意事項◆

- ・開催日の2週間前までに「請求書兼払込取扱票」が届かない場合は、必ずご連絡下さい。
- ・講習をキャンセルする場合は、必ず事前にご連絡下さい。
- ・お振込み頂いた受講料は、開講決定日の令和4年11月7日（講習開講日から起算して、14日前※当該日が土・日・祭日の場合はその前日）以降は、原則として返金致しませんので予めご承知下さい。

#### 【手順3】 受講受付の完了。

・お振込みが確認できた時点で「受講申込」が完了となります。『入金確認書・受講決定通知書』をFAXにて送付いたしますので、ご確認ください。

★本講習が定員に満たない場合等、当センターの都合で講習中止をする場合は、電話等で申込者様にご連絡の上、受講料等を返金いたします。（この場合の振込手数料は当センターが負担致します。）

◎受講者の個人情報は、当該講座に関する通知書等の送付及び講座の実施に関する連絡、講座受講の本人確認、新規講座等のご案内送付の範囲で使用させていただきます。ご提供頂いた個人情報は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し上記以外には使用いたしません。

（公財）介護労働安定センター岩手支部

〒020-0871 盛岡市中ノ橋通1丁目4-22 中ノ橋106ビル4階  
TEL: 019-652-9036 FAX: 019-652-9037