

認知症介護実践研修 (実践者研修・実践リーダー研修)

《 会場 》 ウィリング横浜
(京急・市営地下鉄「上大岡駅徒歩3分」)

認知症の人への介護等に当たっては、認知症のことをよく理解し、本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症の進行を緩徐化させ、行動・心理症状（BPSD）を予防できるような形でサービスを提供することが求められています。本研修は、このような良質な介護を担うことができる人材を質・量ともに育成・確保を目的に開催いたします。

1. 実践者研修のご案内

《受講要件》 介護事業所に所属し、原則として身体介護に関する基本的知識・技術を習得している者であって、概ね実務経験2年程度の者。職場内で認知症ケアの実習<4週間>が可能な者

[令和2年度1回目] (講義・演習7日間+職場実習4週間と報告書作成)

日程：4月17日(金)、21日(火)、30日(木)、5月7日(木)、11日(木)、5月20日(水)+7月22日(水)

[令和2年度2回目] (講義・演習7日間+職場実習4週間と報告書作成)

日程：7月2日(木)、6日(月)、10日(金)、17日(金)、27日(月)、8月3日(月)+9月25日(金)

[令和2年度3回目] (講義・演習7日間+職場実習4週間と報告書作成)

日程：10月12日(月)、20日(火)、27日(火)、11月2日(月)、6日(金)、11月16日(月)+令和3年1月(調整中)

《受講費用》 会員：36,300円(消費税込) 一般：46,800円(消費税込)

※会員とは、(公社)かながわ福祉サービス振興会の正会員・賛助会員の法人に所属する方をいいます

年度内
4回開催
予定。

※この「認知症介護実践者研修」は、①「認知症介護実践リーダー研修」②「認知症対応型サービス事業管理者研修」③「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」の受講要件となっています。

※職場実習は、所属事業所内で認知症と診断された利用者の方を対象としたケアを4週間実践し、実習報告書の作成を行います。

2. 実践リーダー研修のご案内

《受講要件》 介護事業所に所属し、以下の要件すべてに該当する方となります。

- ① 介護保険施設又は事業所等において介護業務に5年以上従事した経験を有する者
- ② ケアチームのリーダー又はリーダーになることが予定されている者
- ③ 認知症介護実践研修(実践者研修)を修了後1年以上経過している者

[令和2年度] (講義・演習10日間+職場実習4週間と報告書作成)

日程：8月7日(金)、17日(月)、24日(月)、9月1日(火)7日(月)、9月15日(火)28日(月)、10月9日(金)、14日(水)、+12月7日(月)

《受講費用》 会員：53,400円(消費税込) 一般：65,500円(消費税込)

※会員とは、(公社)かながわ福祉サービス振興会の正会員・賛助会員の法人に所属する方をいいます

《お申込み方法》

指定の「受講申込書」に所属する事業所管理者より承認を得たうえで、FAXまたはご郵送ください。
(受付は、定員になり次第終了いたします。)

令和2年度

● 実践者研修カリキュラム ●

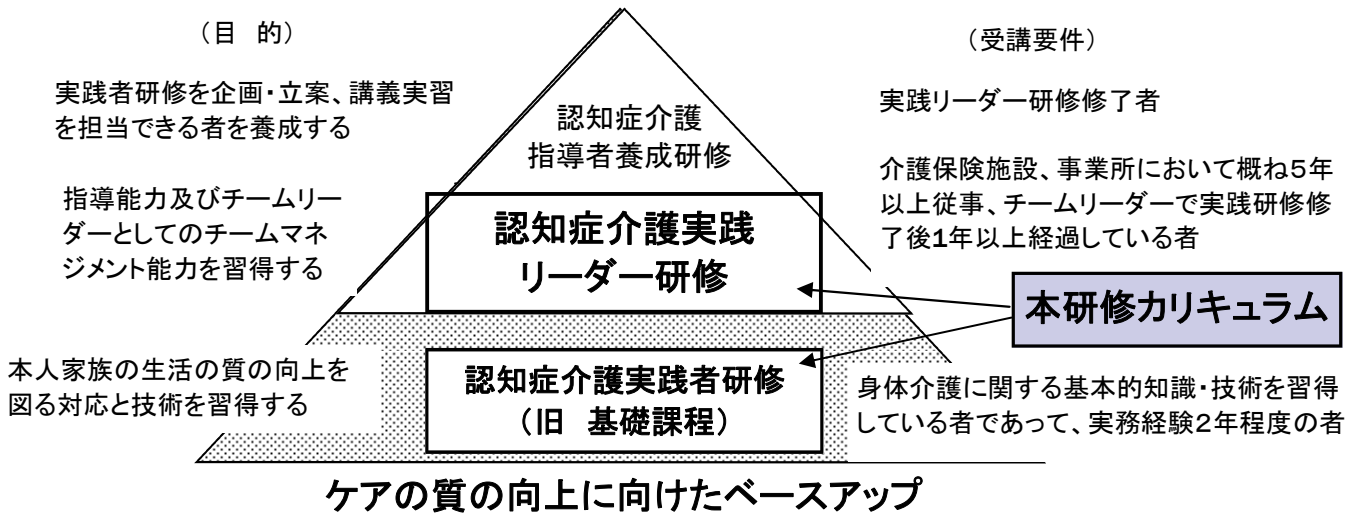
1	認知症ケアの基本的視点と理念	3	認知症の人とのコミュニケーション
	認知症ケアの倫理		認知症の人への非薬物的介入
	認知症の人の理解と対応		地域資源の理解とケアの活用
2	認知症の人の権利擁護	4	認知症の人への介護技術 I・II
	認知症の人の生活環境づくり	5	アセスメントとケアの実践の基本 I・II
	認知症の人の家族の支援方法	6	実習課題設定
			職場実習4週間
		7	報告会

● 実践リーダー研修カリキュラム ●

1	認知症介護実践リーダー研修の理解	6	認知症ケアの指導の基本的視点
	認知症の専門的理解		認知症ケアに関する倫理の指導
	認知症ケアに関する施策の動向と地域展開		認知症の人への介護技術指導
2	認知症介護実践リーダーの役割	7	認知症の人の行動・心理症状(BPSD)への 介護技術指導
	チームにおけるケア理念の構築方法		認知症の人への権利擁護の指導
3	実践者へのストレスマネジメントの理論と方法	8	認知症の人の家族支援方法の指導
	チームケアのためのケースカンファレンスの 技法と実践		認知症の人へのアセスメントとケアの実践に関する 指導
4	認知症ケアにおけるチームアプローチの 基本と実践	9	自己課題の設定
	職場内教育の方法の理解と実践 I		職場実習4週間
5	職場内教育の方法の理解と実践 II	10	報告会

● 研修講師 ●

講師は、「横浜市認知症介護指導者」をはじめとした
各分野の最前線で活躍中の講師が登壇します。



認知症介護基礎研修<新設>

○修了証明書

この研修は、横浜市長の指定を受けて開催するもので、修了者は、横浜市が実施する研修を修了したものと同等の取り扱いとなります。修了証明書の有効性につきましては、予め所属する事業所が所在する自治体にご確認のうえ、お申込下さい。

修了証明書につきましては、全科目を受講し、実習でのレポート等、ご提出いただいた報告書の内容等を確認の上発行いたします。不備や不足のある場合は修了証明書が発行できない場合もあります。

職場実習は4週間を予定しております。お申込みいただいた受講生ご自身の職場が実習先となります。職場の代表者の方の研修参加同意が必要となります。

○申し込み

- ① 指定の「受講申込書」に所属する事業所管理者より承認を得たうえで、FAXまたはご郵送ください。
- ② 「受講申込書」を頂いた方には、受講受付券、受講料の支払方法等をFAX又はメールにてお送りいたします。
- ③ 受講料のお振込を確認いたしました後、参加券等の関係資料をご郵送いたします。
- ④ 受付は、定員になり次第終了いたします。 ※所属する事業所管理者より承認を得たうえで参加お申込みをしてください。

■注意事項

- ・指定期日までに受講料をお振込みください。振込受領書をもって領収書と致します。
- ・期日までにお振込みがない場合は、確認のご連絡をさせていただきます。
- ・キャンセルする場合には、研修開始日の10日営業日前までに必ずご連絡ください。
- ・研修開始日の10日営業日より後にキャンセルした場合、受講料の返金はいたしません。

※最少催行人数が集まらない場合には、中止となることもございますので、ご了承下さい。

○問い合わせ

(公社)かながわ福祉サービス振興会

〒231-0023

横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル9階

TEL:045-210-0788(直通) FAX:045-671-0295

担当課：福祉教育課

ホームページ <http://www.kanafuku.jp/>

(受付時間 9:00~17:30 土日祝祭日休み)



【法人概要】公益社団法人かながわ福祉サービス振興会は、平成9年3月に設立され、県・市町村・民間企業、NPO及び関係団体を構成員とする社団法人です。その理念は、介護・福祉サービスの振興と質の向上です。今後の少子高齢化に向けて、高齢者等が自分らしい生活を地域で継続できるよう、様々なサービスや商品の開発支援も視野に入れて活動しています。【主な事業】情報事業・広報事業・評価事業・研修事業・調査研究事業・県指定情報公表センター事業・県指定調査機関

受 講 申 込 書

公益社団法人かながわ福祉サービス振興会 福祉教育課行
FAX:045-671-0295
 〒231-0023 横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル9F

年 月 日

実践者研修		令和2年度 認知症介護実践者研修 【第1回】		
		日 程：4月17日、21日、30日、5月7日、11日、20日、7月22日		
		受講料：□会員：36,300円(税込) □一般：46,800円(税込)		
実践者研修		令和2年度 認知症介護実践者研修 【第2回】		
		日 程：7月2日、6日、10日、17日、27日、8月3日、9月25日		
		受講料：□会員：36,300円(税込) □一般：46,800円(税込)		
実践者研修		令和2年度 認知症介護実践者研修 【第3回】		
		日 程：10月12日、20日、27日、11月2日、6日、16日、2021年1月上旬(調整中)		
		受講料：□会員：36,300円(税込) □一般：46,800円(税込)		
実践リーダー研修		令和2年度 認知症介護実践リーダー研修		
		日 程：8月7日、17日、24日、9月1日、7日、15日、28日、10月9日、14日、+12月7日		
		受講料：□会員：53,400円(税込) □一般：65,500円(税込)		
フリガナ		性別	ご職業	
お名前		男・女	1. 介護職 2. 看護職 3. その他()	
所属法人名		所属事業所名		
サービス種別	1. 認知症対応型通所介護 2. 小規模多機能型居住介護 3. 認知症対応型共同生活介護 4. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 5. 介護老人福祉施設 6. 介護老人保健施設 7. 介護療養型医療施設 8. その他()			
経験年数	※身体介護 等の実務経験年数 年		※リーダー研修申込者のみ記入(役職：リーダー・主任・他())	
保有資格	1. 介護福祉士 2. ケアマネジャー 3. 社会福祉士 4. その他()		実践者研修修了日(西暦)	年 月 日
連絡先(郵送先)	1. 所属法人 2. 所属事業所 3. 自宅 4. 他() ※郵送物、FAXまたはメールのやり取りが発生します。原則1. または2. をご指定ください。			
連絡先(郵送先)	宛先			
	住 所	〒		
	電話番号		FAX番号	
	メール			
※受講手続きにあたり、所属する介護保険施設・事業者の長に承諾を得ることが必要です。 ※参加申込受付後、別途、所属する事業所の長の推薦・承諾や受講要件の確認書等の関係書類を送付します。書類が届きましたら、必要事項にご記入の上、ご返送ください。				