

認知症介護実践研修 (実践者研修・実践リーダー研修)

かなふく研修
総合サイト

《 会場 》 ウィリング横浜

(京急線・市営地下鉄「上大岡駅」より徒歩3分)

1. 認知症介護実践者研修

認知症の進行を遅らせ、行動・心理症状(BPSD)を予防できるよう、適切な認知症介護を提供するための理念や知識・技術を習得する研修です。

《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 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
- ② 概ね実務経験2年以上の者
- ③ 認知症介護基礎研修を修了した者あるいは同等の能力を有している者。

※認知症介護基礎研修を修了していない場合には、事前に同等の知識・能力確認テストを行います。

[1回目] (講義・演習5日間+職場実習4週間と報告書作成)

日程：4月14日(木)、19日(火)、28日(木)、5月6日(金)、
6月20日(月)

[2回目] (講義・演習5日間+職場実習4週間と報告書作成)

日程：6月27日(月)、7月15日(金)、25日(月)、8月8日(月)、
9月16日(金)

[3回目] (講義・演習5日間+職場実習4週間と報告書作成)

日程：9月2日(金)、13日(火)、10月12日(水)、21日(金)、
11月25日(金)

《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

※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」の受講要件となる研修です。

※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. 認知症介護実践リーダー研修

適切な認知症介護を提供できるようケアチームを構築するための、さまざまな知識・技術を習得する研修です。

《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 介護業務におおむね5年以上従事した経験がある者
- ② ケアチームのリーダーまたはリーダーになることが予定されている者
- ③ 認知症介護実践者研修を修了し1年以上経過している者

[1回目] (講義・演習6日間+職場実習2か月間と報告書作成)

日程：5月13日(金)、20日(金)、26日(木)、6月7日(火)、
6月13日(月)、8月16日(火)

[2回目] (講義・演習6日間+職場実習2か月間と報告書作成)

日程：11月8日(火)、18日(金)、12月2日(金)、16日(金)、
12月23日(金) 3月第3週目

第1回
実践リーダー研修

《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

● 認知症介護実践者研修カリキュラム ●

日程	科目名	日程	科目名
1日目	認知症ケアの理念 倫理と意思決定支援	3日目	学習成果の実践展開と共有
	QOLを高める活動と評価の観点		生活支援のためのケアの演習2 (行動・心理症状)
	家族介護者の理解と支援方法		アセスメントとケアの実践の基本
2日目	権利擁護の視点に基づく支援	4日目	アセスメントとケアの実践の基本
	地域資源の理解とケアへの活用		職場実習の課題設定
	生活支援のためのケアの演習1	職場実習4週間	
(インターバル期間)		5日目	報告会 新カリキュラムにより研修日が 7日→5日に短縮



第1回
実践者研修



第2回
実践者研修



第3回
実践者研修

● 認知症介護実践リーダー研修カリキュラム ●

日程	科目名	日程	科目名
1日目	認知症介護実践リーダー研修の理解	4日目	職場内教育(OJT)の方法の理解
	認知症の専門的理解		職場内教育(OJT)の実践
	施策の動向と地域展開	5日目	職場内教育(OJT)の実践
チームケアを構築するリーダーの役割	職場実習の課題設定		
2日目	ケアカンファレンスの技法と実践	職場実習2ヶ月間	
	ストレスマネジメントの理論と方法	6日目	報告会
3日目	認知症ケアにおけるチームアプローチの理論と方法	新カリキュラムにより 研修日が 10日→6日に短縮	
	職場内教育の基本視点		

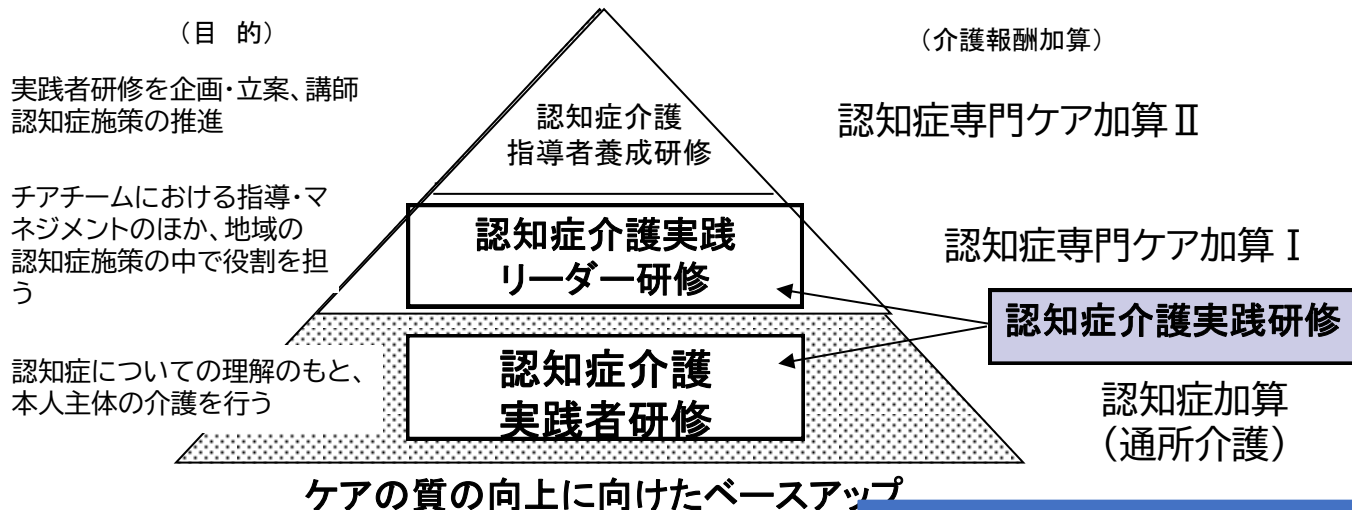


第1回
実践リーダー研修

● 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。

※講師・科目時間等の詳細は調整中ですので、変更をする場合もあります。
※感染対策等を配慮し、状況によりオンライン開催になる場合もあります。



横浜市では、下記リンク先から、認知症介護
基礎研修の受講手続きができます。

認知症介護基礎研修eラーニングシステム
(認知症介護研究・研修仙台センター)

(<https://dcnet.marutto.biz/e-learning/>)

○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

かなふく研修総合サイト ⇒ <https://www.kanafuku.jp/plaza/>

- ① かなふく研修総合サイトからWEB申し込みをお願いします。
- ② WEB申込後、その場で受付完了メールが届きます。
- ③ 受講料を受付完了メールに記載された指定口座にお振込みください。

(入金締め切り日は、研修開始日の14日前程度)

※研修開始日の10日営業日より後にキャンセルした場合、受講料の返金はできません。

- ④ 事前の提出書類は、受付完了メール内に記載されたものをご郵送ください
- ⑤ 認知症介護基礎研修の修了が確認できない場合には、知識・能力確認テストを行います。
(研修開始日までに認知症介護基礎研修修了者と同等の知識・能力があることを確認します)

■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。
- ・職場実習もありますので、受講申込前に、所属事業所から研修を受講することの承諾を得てください。
- ・連絡先は、必ず所属事業所にしてください。

※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:

ホームページ <http://www.kanafuku.jp/>

(受付時間 9:00~17:00 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

※この確認書は、受講申込前に受講希望者及び受講希望者の所属する事業所に研修の趣旨を理解いただき、それを確認するためのものです。

令和4年度 認知症介護実践者研修 受講申込確認書

令和4年 月 日

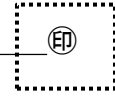
(宛先)公益社団法人かながわ福祉サービス振興会

所在地 : 〒

法人名 : _____

又は(事業所名 : _____)

代表者名 : _____



又は(職 名 : _____)

※法人印又は事業所印等
の角印を押印する事

この研修は、「認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、できる限り認知症の進行を遅らせ、行動・心理症状(BPSD)を予防できるよう、適切な認知症介護を提供するための理念や知識・技術を修得させること」を目的とした研修であることを理解し、職員参加にあたっての次の事項について、すべて確認しました。ついては、下記職員が研修に参加することを推薦致します。

1. 研修参加について

職員が研修の全日程に参加できるよう配慮します。

- 研修日程: 第1回: 令和4年4月14日、19日、28日、5月6日、6月20日
第2回: 令和4年6月27日、7月15日、25日、8月8日、9月16日
第3回: 令和4年9月2日、13日、10月12日、21日、11月25日

2. 職場内での実践及び実習について

研修で受講した内容を職場で実践する事、並びに現場実習では、職員が所属する職場において4週間研修生が自ら設定した課題の達成をめざし実習を行うことに協力します。

職場実習期間: 研修4日目から5日目の間(概ね4週間)

3. 受講生が研修参加に当たって事務局による配慮が必要な場合ご記入下さい。

(例、骨折等の負傷、視野が狭いまたは極度の近視、実習期間中に異動予定有り)。

特記事項: _____

4. 研修参加者の確認について

この研修に参加する下記の者は、

- ①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
- ②概ね実務経験2年以上の者
- ③認知症介護基礎研修を修了した者あるいは同等の能力を有している者であると確認しました。

記

研修参加者氏名 _____ 印

所属法人 _____

法人事業所 _____

※研修参加者氏名等は、受講希望者本人が記入したうえで、法人又は事業所から承認を得てください。