

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

[30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(火)、20日(金)、26日(木)、5月11日(金)、15日(火)、
5月21日(月)+7月27日(金)

[30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3日(火)、10日(火)、26日(木)、30日(月)、8月1日(水)、6日(月)、
+10月15日(月)

[30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：9月6日(木)、11日(火)、19日(水)、25日(火)、10月1日(月)、
10月11日(木)+12月7日(金)

[30年度4回目] (講義・演習7日間+職場実習4週間と報告書作成)

日程：平成31年1月から開催予定

《受講費用》 会 員：35,600円 - 一般：45,900円

※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

※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。

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

[30年度1回目] (講義・演習10日間+職場実習4週間と報告書作成)

日程：10月5日(金)、16日(火)、24日(水)、30日(火)、11月9日(金)、
13日(火)、21日(水)、26日(月)、12月5日(水)、+1月25日(金)

《受講費用》 会 員：52,400円 - 一般：64,300円

※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。)

受講申込書

公益社団法人かながわ福祉サービス振興会 教育事業課行

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	平成30年度 認知症介護実践者研修 【第1回】	
	4月17日、20日、26日、5月11日、15日、21日 + 7月27日	
	受講料： <input type="checkbox"/> 会員：35,600円 <input type="checkbox"/> 一般：45,900円	
	平成30年度 認知症介護実践者研修 【第2回】	
	7月3日、10日、26日、30日、8月1日、6日 + 10月15日	
	受講料： <input type="checkbox"/> 会員：35,600円 <input type="checkbox"/> 一般：45,900円	
	平成30年度 認知症介護実践者研修 【第3回】	
	9月6日、11日、19日、25日、10月1日、11日 + 12月7日	
	受講料： <input type="checkbox"/> 会員：35,600円 <input type="checkbox"/> 一般：45,900円	
	平成30年度 認知症介護実践者研修 【第4回】	
	平成31年1月～3月末	
	受講料： <input type="checkbox"/> 会員：35,600円 <input type="checkbox"/> 一般：45,900円	
実践リーダー研修	平成30年度 認知症介護実践リーダー研修	
	10月5日、16日、24日、30日、11月9日、13日、21日、26日、12月5日、+1月25日	
	受講料： <input type="checkbox"/> 会員：52,400円 <input type="checkbox"/> 一般：64,300円	

フリガナ		ご職業
お名前		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 (研修機関) ()
------	---	--------------------------------

連絡先 (郵送先)	宛先	(1. 自宅 2. 法人 3. 事業所 4. 他 ())		
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
	メール			

請求書の宛先	
--------	--

※ご請求書の宛名が受講者氏名と異なる場合はご記入ください。

※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。