

2024年度 神戸市認知症介護実践リーダー研修 実施要項

あらかじめ、「2024年度 神戸市認知症介護研修について」を確認してください

1. 目的

事業所全体で認知症について、本人主体の介護・生活の質の向上・BPSDを予防できるチームケアを実践できる体制を構築するため、リーダーとして実践者の知識・技術・態度を指導する能力及び実践のチームマネジメント能力を修得する。また、地域の認知症施策の中でも他事業者等との連携を図り、様々な役割を担う事ができるようになることを目指す。

2. 研修形式・定員

- <研修形式> 対面式 集合研修
(都合により、オンライン研修に変更する場合あり)
- <定員> 40名

3. 研修日程 ※詳細はカリキュラム参照

- 講義・演習 2024年10月 4日(金)～10月29日(火) 5日間
- 実習 自施設実習 4週間以上
- 実習報告 2025年 1月15日(水)

4. 受講要件

以下の要件をすべて満たしている方。

- | |
|---|
| ① 介護保険施設、居宅介護サービス事業所等の介護実務業務に従事する介護職員。 |
| ② 認知症介護実践研修(実践リーダー研修)(旧痴呆介護実務化研修(専門課程)含む)を修了していない方。 |
| ③ 従事する施設の施設長または事業所管理者等(受講責任者)の推薦・承認が得られる方。 |
| ④ 原則として身体介護及び認知症介護に関する基本的知識・技術を習得し、申込時点で認知症の人の実務介護経験5年以上を有しており、本研修の受講が適切と認められる方。
※介護実務とは直接、食事・入浴・排泄等を含む身体ケアを日常的に行っている業務をさします。事務職・施設長・生活相談員としての経験のみでは認知症介護経験とは見なしません。 |
| ⑤ 申込時点で認知症介護実践研修(実践者研修)終了後、1年以上が経過している方。 |
| ⑥ 介護保険施設、居宅介護サービス事業所、地域密着型サービス事業等において、介護現場のリーダー(介護主任、フロアリーダー、ケアワーカー長等)の立場にある方。または1年以内にリーダーに就任することが決定している方。 |
| ⑦ 研修全日程への参加及び自分の職場で4週間以上の実習が可能なる方。
※「5. 実習留意事項」を必ず確認してください。 |

5. 実習留意事項

【受講責任者へのお願い】

本研修における実習は研修受講者を中心として職場全体で取り組む内容となっています。推薦者である受講責任者（施設長または事業所管理者等）におかれましては、受講前に研修の目的や推薦者としての期待などを伝え、意欲を持って取り組むよう、受講者を指導してください。

また、研修期間中、常に研修の進捗状況を確認し、演習および実習の達成度を確認いただく必要性があります。職場実習の際、効果等について話し合う機会をもち、その成果をどのように職場で生かしていくか等、助言等をお願いします。

①実習内容	食事・入浴・排泄等を含む身体介護で、日頃関わっているスタッフ（介護職員）を対象者に選定し、講義・演習・実習等で受講者自身がリーダーとして、その対象者に実践的な取り組みを行う
②対象者	以下のすべての条件を満たす方を、自施設スタッフの中で2名選定 a 認知症の認定を受けている利用者の介護実務に従事している方 b 研修責任者と相談の上、相応しいと考えられる方 c 当研修の趣旨に合意いただける方
③実習場所・期間	職場（自施設）で4週間（28日）以上

※対象者の入院等で実習の継続が難しくなる場合を考慮し、2名以上を選定してください。

※受講者の自己都合で対象者を変更することはできません。対象者の変更は、研修事務局が承認し、定められた実習期間内で実習が完了するに限られ、研修中のワーク・実習・課題についてすべてやり直していただくこととなります。対象者の変更により講義や実習に支障をきたす場合、修了不可となる場合があります。

6. 会 場

こうべ市民福祉交流センター（神戸市中央区磯上通3丁目1-32）

※都合により、会場変更となる場合があります

7. 受 講 料

1人 32,000円 ※別途、テキスト代¥3,300が必要です。

8. 申込方法および申込期間

申込みフォームからお申込みください。年度途中で入力フォームは変更になる予定です。

<研修申込フォームまでのアクセス手順>

神戸市社会福祉協議会ホームページ > 学びたい 神戸市認知症介護研修

https://www.with-kobe.or.jp/nintisyou_kaigo/

<必要提出物等>

対象者は「データ注意事項」に留意したうえで、該当の提出物をスキャンまたは撮影によりデータ化（PDF・JPEG等）したものを、申込フォームに添付してください。

- データ注意事項
- ・ファイル名を申込者名（例：社協 太郎）とすること
 - ・画像データの字体が読み取れない場合、無効
 - ・書類の記載事項が見切れている場合、無効
 - ・送信可能画像データは最大10MBまで

	名 称	内 容	対象者
①	証 明 写 真	6ヶ月以内に正面・脱帽・背景無地で撮影された写真	全 員
②	認知症介護実践者研修等の修了証	認知症介護実践者研修修了証あるいは旧痴呆介護実務者研修（基礎課程）修了証	
③	新旧の氏名がわかる公的書類等	提出書類と申込者の氏名が異なる場合、氏名変更が記載されている公的書類等(発行から3ヶ月以内) (例) 氏名変更が記載されている運転免許証の表裏両面のコピー、戸籍抄本	提出書類と申込者の氏名が異なる方
④	市町推薦状	事業所所在地管轄の市町介護保険担当課等に発行依頼し、神戸市長宛で発行された推薦書 ・推薦書内に申込者氏名、所属事業所、経験年数、発行日、市町長名および押印が記載されているもの	神戸市外の事業所に所属する受講希望者

＜申込受付期間＞ ※申込受付期間外は一切受付できません。
2024年 7月29日（月）9：00 ～ 8月29日（木）13：00

9. 事前課題（受講決定者のみ）

受講決定者のみ、選考結果通知とともに案内する『事前課題』の提出が必須になります。

10. テキスト

全科目で下記テキストを使用します。研修初日までに各自で
ご用意いただき、講義の際は必ずご持参ください（必須）
テキストについては、余裕をもって早めに準備し、事前に
目を通し、内容を把握したうえで研修に参加してください。

テキスト名： 「認知症介護実践研修テキスト 実践リーダー編」
出 版 社： 中央法規出版会社 3,300円（税込）
ISBN 番号： 978-4-8058-8499-7



← 中央法規出版 テキスト申込フォーム二次元コード
およびURL ↓

<https://forms.gle/3NU9CJSDesE7aHJu6>

- ※上記、出版社（中央法規出版）への注文では、テキスト到着まで1週間程度かかります。
- ※テキストについての注文・未着・お支払等に関するお問い合わせは、テキスト申込フォームに記載されている出版社の方へ直接ご連絡下さい。
- ※テキストは一般書店でも取扱されています。（当会では販売しておりません）

11. 研修に関する問い合わせ／連絡先

神戸市社会福祉協議会 認知症介護研修事務局 TEL：078-200-4013（直通）
※担当者が不在の場合、すぐに回答できないことがあります