

「認知症に関する領域」

1. 研修目的

本研修は、介護福祉士の資格取得後も継続的な教育機会を提供して資質の向上を図り社会的要請に応えていくことを目的に作られた介護福祉士のための仕組みです。

今後、多くの介護福祉職が必要とされる中、効果的、効率的に介護福祉職がその役割を果たすためには、介護福祉人材の機能分化、核となる人材の職業化、育成が急務であるとされ、さらに利用者ニーズの多様化・高度化により、より専門的な支援が行える人材の育成に向けて、質の高い介護実践や介護サービスマネジメント、介護と医療の連携強化、地域包括ケア等に対応するための考え方や知識、技術等をもって支援できる現任の専門職の育成が求められています。

介護福祉士には、資質向上の責務が課せられていることからさらにキャリアパス実現に向けた取り組みが重要です。そこで継続的な教育機会を身近で提供し、介護福祉士の資質を高め、社会的な要請に応えるための人材育成を目標に本研修を開催します。

2. 内容

認定介護福祉士研修

(領域名) 認知症に関する領域

(科目名) 認知症のある人への生活支援・連携

3. 日時：認知症に関する領域（集合研修）

① 令和7年 7月12日（土）9：30～17：30

② 令和7年 7月13日（日）9：30～17：50

※ 集合研修を受講し、指定された事前・事後課題を提出し合格されると「認定介護福祉士養成研修」の上記科目の修了証を発行いたします。

4. 会場：新潟ユニゾンプラザ（新潟市中央区上所 2-2-2）

5. 講師：宮島 渡 先生

（一般社団法人 長野県認知症介護指導者会 代表理事）

6. 受講要件

（1）次のア、イのいずれをも満たしていること。

ア 介護福祉士資格取得後の実務経験5年以上（実務経験の考え方は介護福祉士国家試験の受験資格に準ずる）であること。

イ 認定機構の定める研修（介護福祉士ファーストステップ研修、認知症介護研究・研修センターの実施する認知症介護指導者養成研修、群馬県が実施するぐんま認定介護福祉士養成研修）のいずれかを修了、または、介護職員を対象とした現任研修の受講歴として、100時間以上の履歴を有しており、研修実施団体の課すレポート課題、または、受講試験において一定水準の成績を修めていること。

(2) 次のウまたはエを満たすことが望ましいこと。

ウ 介護職の小チーム（ユニット等、5～10名の介護職によるサービス提供チーム）のリーダー（ユニットリーダー、サービス提供責任者等）としての実務経験を有すること。

エ 居宅、居住（施設）系サービス双方での生活支援の経験があること。

7. 募集定員 30名

8. 受講料

「認知症に関する領域」

認知症のある人への生活支援・連携

新潟県介護福祉士会 会員 16,000円 他非会員 32,000円

※申し込み時に入会されると会員価格になります。

※別途テキストを購入していただく場合がございます。

9. 受講修了後の案内

22科目全てを修了しましたら、自身で認定介護福祉士認証・認定機構へ届出を行います。

◆「認定介護福祉士」の認定申請について

①申請書 ②介護福祉士登録証の写 ③認定介護福祉士養成研修修了証の写

④認定審査にかかる手数料の振込み控え

①～④を機構へ送ります⇒「認定証」が交付されます。次に登録申請を行います。

◆「認定介護福祉士登録申請」について

①登録申請書 ②認定証の写 ③登録料の振込み控えを機構に送ります。⇒登録完了（登録証交付）です。

◆「認定介護福祉士」は5年ごと更新研修制度になります。

認定介護福祉士養成研修の詳細は、認定介護福祉士認証・認定機構のHPから確認できます。
認定介護福祉士 認証・認定機構 HP <https://www.jaccw.or.jp/nintei>

10. 申込方法 別紙申込書に記入の上、fax、郵便等でお申し込みください。当会HPからもお申込できます。申込締切後、受講料納入振込書用紙をお送り致します。受講料納入ができ次第申込受理となります。定員を超えるお申込みがあった場合は、連絡をさせていただきます、お断りさせていただく場合があります。

公益社団法人新潟県介護福祉士会 事務局

〒950-0994 新潟市中央区上所2-2-2 新潟ユニゾンプラザ 3階

Tel: 025-281-5531 fax: 025-281-7710 HP <http://www.kaigo-niigata.or.jp>

11. 申込締切 令和7年6月12日（消印有効）

※定員になり次第締め切る場合もございます。

別 紙

令和 7 年度 認定介護福祉士養成研修
(認知症に関する領域)

申込書

フリガナ		会員番号	会 員 一 非会員
申込氏名			
連絡先 住所	〒 ー	日中連絡先 電話 (携帯等)	
勤務先名		勤務先での 役職名	
介護福祉士 資格取得 年 月 日		介護職 実務経験 年数	年 ヶ月
Mail アドレス	(連絡が取れるアドレスを記載、角ばった字で) →		
受講科目	認知症に関する領域		申込み (○か×で)
	認知症のある人への生活支援・連携 7/12 (土)・7/13 (日)		

※ご記入頂きました個人情報は、本研修参加管理以外では使用いたしません。研修終了後は責任をもって処理いたしますのでご了承ください。

(Google フォームから申し込む)

