

# 認知症ケアの基本

定員 **40** 名/日  
各回のみ参加可能

パーソンセンタードケアを中心として、認知症の基礎をしっかりと学ぶ講座です。  
座学とグループワークで学びを深めていきます。

## ■こんな方におススメ

施設の介護職員  
ケアマネジャー  
訪問看護、歯科口腔ケア等医療関係者  
認知症カフェ関係の方  
認知症の方の家族 など

## ■昨年の参加者の声

定期的な学び直しは大切と感じた（施設職員）  
基本的な部分の見直しという感じでとてもよかった（ケアマネ）  
自尊心・自立をもっと大切に、向き合いたいと思う（訪問歯科）  
自分なりにケアしていたが理論的に学べてよかった（認知症加I）  
認知症の親の症状と対応を理解することができて安心した（家族）

## ☑情報公表制度の研修項目に対応

- 1) 情報公開項目1 認知症及び認知症ケア
- 2) 情報公開項目12 ターミナルケア、看取り
- 3) 情報公開項目4 認知症ケアの倫理
- 4) 情報公開項目5 事故発生及び再発防止
- 5) 情報公開項目8、14 身体拘束、高齢者虐待

## ☑認知症ケア専門士単位認定講座

認定講座参加証発行 1日3単位2日6単位  
（資格取得者のみ）

途中退席、受講態度等によっては参加証を発行できないことや  
日本認知症ケア学会で単位が認められないことがあります。

第1日 **12月14日(日)**

- 1-1)「認知症について」 10:00～12:00  
1-2)「認知症の方の理解と接し方の基本」  
13:00～15:30  
2)「ターミナルケア、看取り」  
15:30～16:00

2026年  
第2日 **1月12日(月・祝)**

- 3)「認知症ケアの倫理」 10:00～11:00  
4)「事故発生及び再発防止」  
11:00～12:00  
5)「身体拘束、高齢者虐待」  
13:00～14:00  
6)「ひもときシート」 14:00～16:00

申込締切 **11月23日(日)** 先着順

## 【講師陣】

高齢者グループホーム横浜ゆうゆう 井上 義臣氏  
看護小規模多機能施設のぞみ 富田 克利氏  
高齢者グループホーム横浜はつらつ 長本 節子氏  
グループホームみのり 原 啓子氏  
認知症のひとと家族の会神奈川県支部 村井 キヌエ氏  
有料老人ホームプレザンメゾン横浜羽沢町 村上 美佳氏

## 【会場】

横浜市社会福祉センター  
横浜市中区桜木町1丁目1番地  
横浜市健康福祉総合センター 8階AB会議室

## 【申込方法】

申込フォームより、または裏面申込み項目  
をご記入の上**FAX**にて送信ください。

## 【お問合せ】

認定NPO法人市民セクターよこはま  
横浜市中区弁天通6丁目81番地  
コーケンキャピタルビル2階C号

TEL:045-222-6501 FAX:045-222-6502  
mail:kaseda@shimin-sector.jp  
担当者:加世田



申込フォーム

【受講料】1日 **5,000円**（受講決定通知書にて振込先案内）

# お申込み

## 【フォームからのお申込み】

右のコードからお申込みください。



**申込締切**  
**11月23日(日)**  
**先着順**

## 【FAXでのお申込み】 045-222-6502

|                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①参加講座                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 両日参加 (12/14・1/12) 受講料10,000円                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 12/14のみ参加 受講料 5,000円                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 1/12のみ参加 受講料 5,000円                                                                                                                                                                                           |
| ②氏名 (ふりがな)                                                                                                                   | ( )                                                                                                                                                                                                                                    |
| ③連絡先                                                                                                                         | 携帯電話 (日中連絡がとれる番号) :<br><b>Eメール (受講決定通知書の受取先) ※</b> :<br>※郵送での受取を希望の場合はご住所をご記入ください。<br>〒                                                                                                                                                |
| ④参加種別                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 職務参加 <input type="checkbox"/> 個人参加                                                                                                                                                                            |
| ⑤職務参加の場合<br>勤務先事業所名<br>ご担当者名・電話番号                                                                                            | 事業所名 :<br>担当者 :      連絡先Tel :<br>宜しければ次年度の研修をメールでご案内します → <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要                                                                                                                      |
| ⑥認知症ケア専門士<br>単位認定用参加証<br>について                                                                                                | (注) 認知症ケア専門士単位取得の為の参加証は、 <b>認知症ケア専門士資格保持者にしか発行できません</b> 。また単位認定については、ご自身で学会への手続きを行うことが必要です。<br><input type="checkbox"/> 認知症ケア専門士の資格があり、希望する <input type="checkbox"/> 希望しない                                                             |
| ⑦ご自身について                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 医療職 <input type="checkbox"/> 相談職 (ケアマネ、SW、PSW、ケアプラザ等)<br><input type="checkbox"/> 認知症カフェ等の運営者 <input type="checkbox"/> 認知症の方のご家族、お身内<br><input type="checkbox"/> その他 (行政、企業、一般等) |
| ⑧研修で学びたいこと、<br>日頃のケア等についての<br>悩み・質問などあればご<br>記入ください。                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>【個人情報の収集について】</b> 入力頂いた個人情報は、研修参加者名簿の作成、および参加者への連絡の目的で利用します。<br>なお、利用目的の変更は、参加者に確認のうえで行います。 <input type="checkbox"/> 同意する |                                                                                                                                                                                                                                        |

## 【受講料お振込み】

受講料は事前振込みです。お申込みから1週間以内に、振込口座を記載した「受講決定通知書」をメール (または郵送) でお送りします。

## 【横浜市社会福祉センター最寄り駅】

- ・JR京浜東北・根岸線 桜木町駅
  - ・横浜市営地下鉄(ブルーライン) 桜木町駅
- 野毛地下道をお進みの場合は【出口西】をご利用ください。



認定特定非営利活動法人市民セクターよこはま  
適格請求書発行事業者登録番号：T 9020005004572