

令和5年度 第4回 認知症介護実践者研修

1月30日(木)：終日研修
1月26日(水)：終日研修
1月21日(木)：終日研修
1月15日(水)：終日研修
令和6年1月25日(木)：実習発表(午前)



約4週間の
自己職場実習

重要!

全日程への
参加が
必要です

受講対象者

①～④に**全て**該当する方が受講対象者です。必ずご確認ください。

- ① 大阪市内の介護保険施設・指定居宅サービス事業所または地域密着型サービス等において介護業務に従事している介護職員などであること
- ② 認知症介護現場実務経験が概ね2年以上であること
- ③ **認知症介護基礎研修を修了した者あるいは同等以上の能力を有する者**であること
- ④ 研修全日程への参加及び自分の職場で4週間実習(日常業務をしながら自分が設定する課題に取り組むこと)が可能で、自分自身及び現場を変える熱意がある人

※「同等以上の能力を有する者(認知症介護基礎研修を修了していなくても受講可能な者)」

看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修(市町村実施の研修とは異なる)修了者、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師、柔道整復師等の有資格者

研修詳細

【会場】 大阪市社会福祉研修・情報センター 5階大会議室

【受講料】 30,000円 + 2,600円(テキスト代)

【テキスト】 新訂認知症介護実践者研修標準テキスト(中央法規)

※購入は任意ですが、受講にはテキストが必要です。

【定員】 36人(定員超過時は抽選により受講者を決定します)

※1事業所あたり複数名の申込みは可能です。

【講師】 大阪市認知症介護指導者

【修了証書】 全課程研修修了者には大阪市長名の修了証書が交付されます。



申込みについて

【申込締切】 11月6日（月）午後5時必着

【申込書類】 次の2点を大阪市社会福祉研修・情報センターへ郵送か持参してください。

- (1) 受講申込書
- (2) 認知症介護基礎研修の修了証書の写し
もしくは、「同等以上の能力を有する者」に該当する
資格の修了証書・登録証の写し

※上記2点以外の書類は同封しないようお願いいたします。



【受講決定】

- ・受講の可否に関わらず、申込みいただきました事業所あてに通知を発送します。
 - ・申込者多数の場合は抽選により受講者の決定を行います。
 - ・受講料の納付をもって受講決定とさせていただきます。
 - ・受講者決定後に、研修の詳細な進め方について別途通知します。
- ※大阪市内で地域密着型サービス事業所を新規に開設する場合、大阪市と協議のうえ優先して受講することができます。詳しくは大阪市福祉局高齢施設課にご相談ください。

【申込み先】






〒557-0024 大阪市西成区出城2-5-20

大阪市社会福祉研修・情報センター 企画研修 認知症介護実践者研修担当

研修スケジュール

| 日程 | 時間 | 科目名 |
|------------------|--|---|
| 11月30日（木） | 9:30～9:50 9:50～12:50 13:50～15:20 15:30～16:30 16:40～18:10 | ・オリエンテーション ・認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援 ・権利擁護の視点に基づく支援 ・QOLを高める活動と評価の観点 ・家族介護者の理解と支援方法 |
| 12月6日（水） | 9:30～11:30 12:30～17:30 | ・地域資源の理解とケアへの活用 ・生活支援のためのケアの演習Ⅰ |
| 12月14日（木） | 9:30～10:30 10:40～15:40 （お昼休み1時間込み） 15:50～17:50 | ・学習成果の実践展開と共有 ・生活支援のためのケアの演習Ⅱ（行動・心理症状） ・アセスメントとケアの実践の基本① |
| 12月20日（水） | 9:30～12:30 13:30～17:30 | ・アセスメントとケアの実践の基本② ・職場実習の課題設定 |
| 令和6年 1月25日（木） | 9:30～12:30 | ・自己職場実習評価 |

研修受講までの流れ

- 1 「研修スケジュール」により、研修日程を確認します。今回は**5日間出席**する必要があります。1日でも欠席扱いになると、修了証書を発行できないため、スケジュールを確認してください。

- 2 申込みに必要な2点『**受講申込書**』、『**認知症介護基礎研修の修了証書の写し、もしくは「同等以上の能力を有する者」に該当する資格の修了証書の写し**』を準備します。受講申込書はチラシ及び大阪市社会福祉研修・情報センターのホームページからダウンロードできます。
※「同等以上の能力を有する者」についての内容はチラシの「受講対象者」をご確認ください。

- 3 申込みに必要な2点を添付し、**11月6日（月）午後5時まで**に「大阪市社会福祉研修・情報センター 企画研修 認知症介護実践者研修担当」まで**郵送もしくは持参**してください。

- 4 申込締切後、**11月中旬**に受講決定通知を送付します。また、申込者が定員を超過した場合、申込に必要な2点が提出されており、『受講申込書』に記載漏れがない方の中から抽選を行います。受講の可否に関わらず、事業所あて郵送により通知します。

- 5 受講決定通知が届きましたら、受講料の振込みをお願いします（**11月下旬**締切予定）。

- 6 11月30日（木）午前9時30分から研修を開始します（受付は9時開始）。

※本研修は感染症対策を講じたうえで実施する予定です。詳しくはセンターのホームページにてご確認ください。

また、今後の感染状況によっては、やむを得ず集合研修から ZOOM を使用したオンライン研修へ変更する場合があります。

【お問い合わせ】

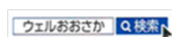
電話 06-4392-8201

FAX 06-4392-8272

メールアドレス kensyu@shakyo-osaka.jp

【ホームページ】

<https://www.wel-osaka.com>



◇令和5年度 第4回 認知症介護実践者研修 受講申込書

本申込書と認知症介護基礎研修の修了書の写し、もしくは「同等以上の能力を有するもの」に該当する資格の修了証書の写しの計2点を同封してお送りください。（詳細はチラシの受講対象者を参照ください。）

| | | | |
|------------------------------|--|---|---------------|
| (ふりがな) 受講希望者 氏名 | | 生年月日 (西暦) | 年 月 日 (歳) |
| 認知症介護基礎研修 の受講歴 | <input type="checkbox"/> 受講した <input type="checkbox"/> 受講していない | | |
| 所有資格 | <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員（ホームヘルパー） <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 認知症ケア専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事資格 <input type="checkbox"/> 所持なし <input type="checkbox"/> その他（ ） <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">□をチェックするか 黒く塗りつぶしてください。</div> | | |
| テキスト購入 | <input type="checkbox"/> 購入する <input type="checkbox"/> 購入しない ※受講にはテキストが必要です | | |
| 認知症介護 経験年数 (令和5年11月時点) | 年 カ月 | <input type="checkbox"/> 「研修スケジュール」及び「研修受講までの流れ」の 確認をしている <input type="checkbox"/> 全日程の参加が可能で、オンライン開催に変更になった 場合は ZOOM での受講に対応可能である | |

| | | | |
|-------------------|---|-----------------|-------------|
| 所属法人名 | | 所属事業所名 | |
| 事業所形態 | | 事業所所属区 | 大阪市 ()区 |
| 職種 (介護職、ケアマネ等) | | 役職 (チーフ、主任等) | |
| 事業所住所 | 〒 | | |
| 事業所電話番号 | | 事業所FAX番号 | |

提供していただきました個人情報は、名簿の作成、資料の送付等研修事業の運営のためにのみ使用し、他の目的で使用したり、第三者へ提供することはありません。