

令和5年度 第2回 大阪市地域密着型サービス認知症介護研修

地域密着型サービス事業所の開設者、管理者及び計画作成担当者自身が介護現場が地域の中にあることを意識し、地域というフィールドのなかで認知症の人を支えるための組織の在り方・運営について学びます。

この研修は3つのコースがあります。受講対象者は次のとおりです。

★開設者コース★ （認知症対応型サービス事業開設者研修）

- ・指定小規模多機能型居宅介護事業者の代表者。
- ・指定認知症対応型共同生活介護事業者の代表者。
- ・指定看護小規模多機能型居宅介護事業者の代表者。

★管理者コース★ （認知症対応型サービス事業管理者研修）

- 「認知症介護実践者研修（旧 基礎課程）」を修了し、かつ下記に該当する者。
- ・認知症対応型共同生活介護事業管理者またはその予定者。
 - ・認知症対応型通所介護事業管理者またはその予定者。
 - ・小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護事業管理者またはその予定者。

★計画作成担当者コース★ （小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修）

- 「認知症介護実践者研修（旧 基礎課程）」を修了し、かつ下記に該当する者。
- ・小規模多機能型居宅介護事業所または看護小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者またはその予定者。

※小規模多機能事業所で勤務されている方もしくは勤務する予定のある方のみ受講できます



◆開催日程

開設者コース(3日間)
・2月 7日(水) 13:00~17:20 ・1日(約8時間)の施設実習あり ・3月13日(水) 10:00~14:40
管理者コース(2日間)
・3月 7日(木) 10:00~17:50 ・3月14日(木) 13:00~17:10
計画作成担当者コース(2日間)
・3月 8日(金) 13:00~17:10 ・3月15日(金) 10:00~17:00

◆定 員

- ・開設者コース 36人
- ・管理者コース 50人
- ・計画作成担当者コース 36人

※事業所ごとの申込人数の制限はありませんが
応募多数の場合は抽選により受講決定します

◆受講料

1コースにつき、5,500円
※開設者コースを受講される方は現場実習費として
別途3,000円が必要です

◆問い合わせ先

研修内容に関するお問合せ

大阪市社会福祉研修・情報センター（企画研修担当）

〒557-0024 大阪市西成区出城 2-5-20

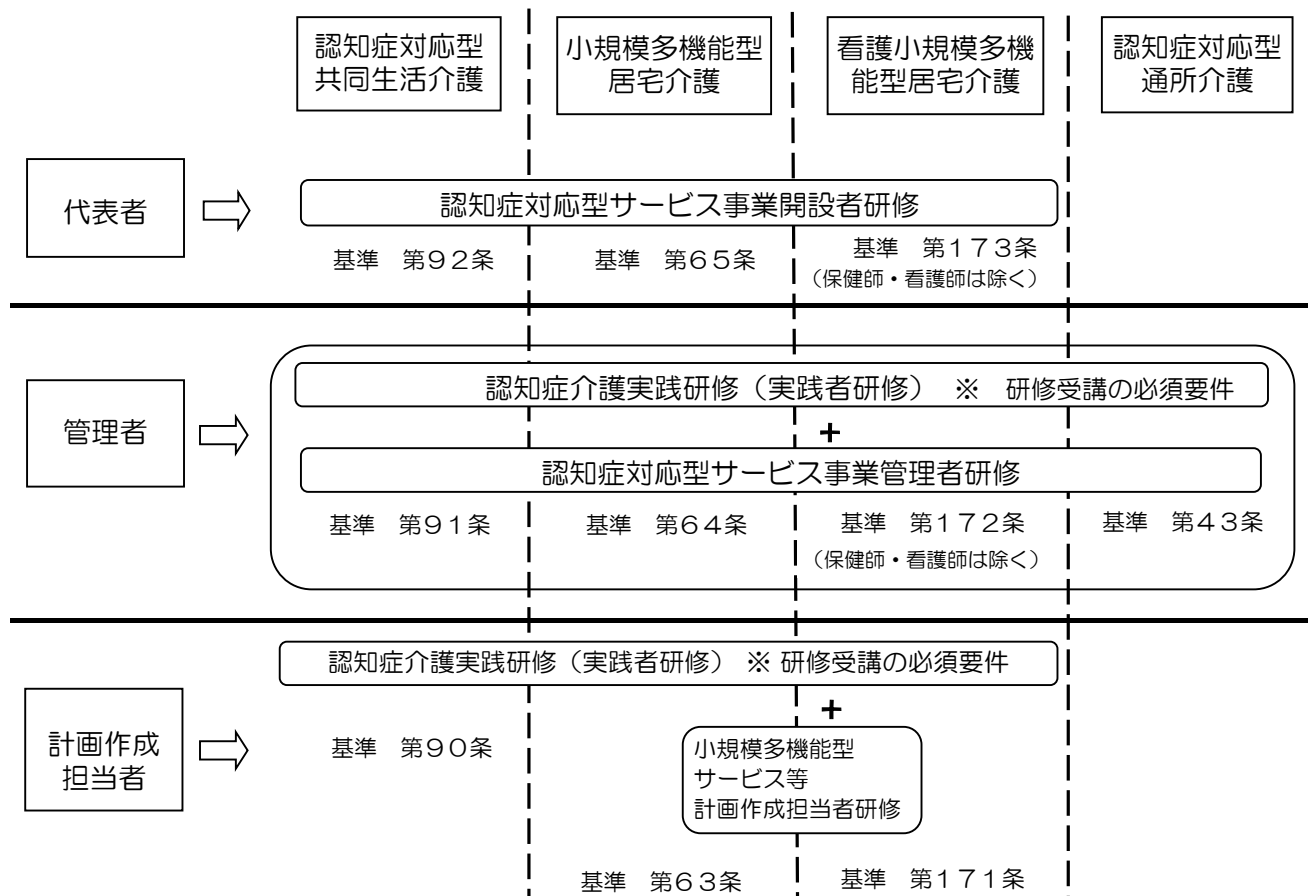
TEL 06-4392-8201 FAX 06-4392-8272

ホームページ <https://www.wel-osaka.com>

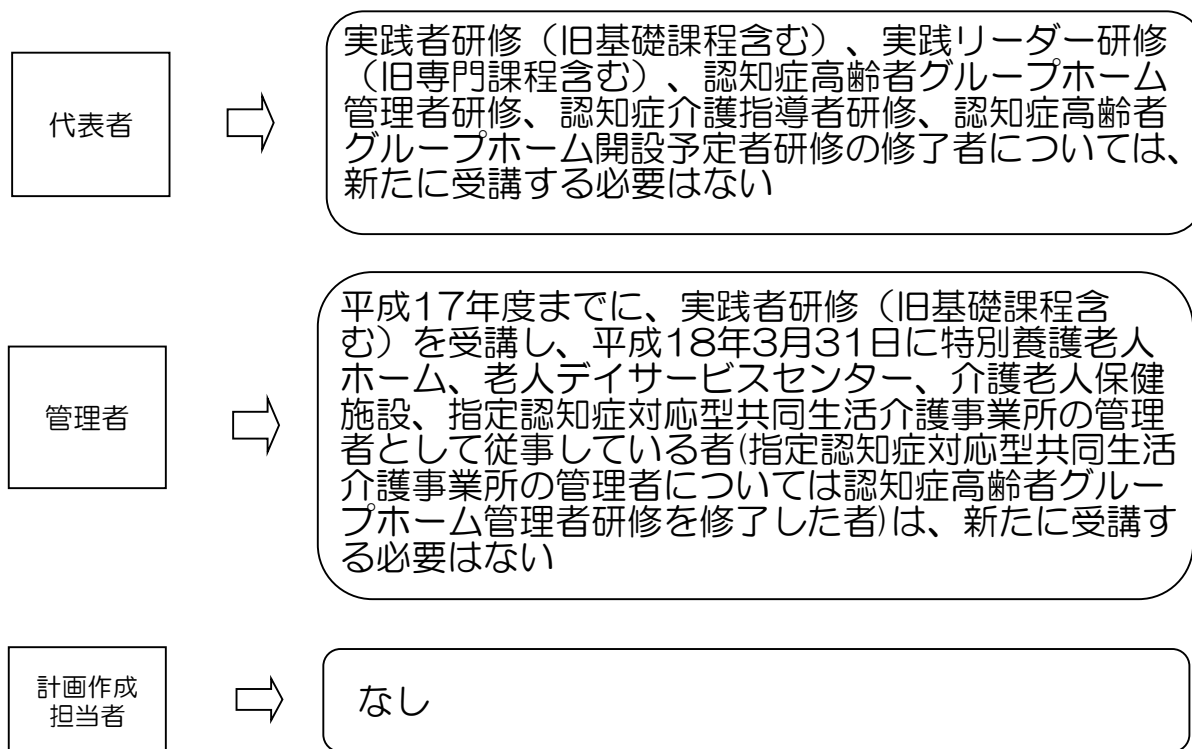
ウェルおおさか 



指定地域密着型サービス指定・運営基準に規定される研修について



研修のみなし措置による受講の免除



介護保険法上の運営基準・人員基準等に関するお問合せ： 大阪市福祉局（船場分室）
 >施設・入居系サービス（看護）小規模多機能居宅介護を含む： 高齢施設課 TEL 6241-6320
 >居宅系サービス：介護保険課 TEL 6241-6318

研修受講までの流れについて

- 1 カリキュラムが1つでも欠席扱いになると修了証書は発行できませんので、必ず日程を確認して全日程に参加できる場合のみ、お申し込みください。

2 申込方法

※「開設者コース」と「管理者コース・計画作成担当者コース」で提出書類ならびに申込期限が異なりますので、ご注意ください。

◆開設者コース

「受講申込書」を大阪市社会福祉研修・情報センターあて郵送もしくは持参してください。「認知症介護実践者研修（旧 基礎課程）の修了証書（写し）」は不要です。

開設者コースを受講する場合は、「受講申込書」に実習希望日を第3希望まで記入してください。

申込締切は**令和6年1月15日（月）午後5時必着**です。

◆管理者コース・計画作成担当者コース

「受講申込書」、「認知症介護実践研修（旧 基礎課程）の修了証書（写し）」2点を大阪市社会福祉研修・情報センターあて郵送もしくは持参してください。

申込締切は**令和6年2月5日（月）午後5時必着**です。

- 3 申込締切後、開設者コースは1月下旬までに、管理者コース・計画作成担当者コースは2月中旬まで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、抽選で受講者を決定します。受講の可否に関わらず、事業所あてに郵送により通知を送付します。

- 4 受講決定通知が届きましたら、振込期限までに受講料の振り込みをお願いします。

令和5年度 第2回大阪市地域密着型サービス認知症介護研修 受講申込書

本申込書と認知症介護実践者研修（旧 基礎課程）の修了証書（写し）を添付し、大阪市社会福祉研修・情報センター企画研修担当あて郵送してください

※開設者コースのみ受講の場合は、実践者研修の修了証書（写し）は不要です

※開設者コースを受講希望の場合は
申込締切が早くなっておりますので
ご注意ください。

～締切～

【開設者コース】1月15日（月）午後5時必着

【管理者・計画作成担当者コース】2月5日（月）午後5時必着

所属長名：

（ふりがな） 受講希望者 氏 名			生年月日 （西暦）	年	月	日	（ 歳）
メール アドレス							
受講希望のコース	☐ 管理者 ☐ 開設者 ☐ 計画作成担当者			☐ 「地域密着型サービス認知症介護研修を受講するにあたっての留意事項」を確認し、内容に同意します			
実習希望日 （開設者コースのみ）	※2/8～3/12の平日の中から実習希望日を第3希望までご記入ください						
所属法人							
所属事業所	事業所設置場所 大阪市（ ）区						
事業所種別	① 認知症対応型共同生活介護 ② 小規模多機能型居宅介護 ③ 認知症対応型通所介護 ④その他（ ）						
現在の職種 ※今後就任の予定者は 現在の職種を記入	※介護職、看護職、ケアマネジャーなど						
現職就任年月 （または予定）	年 月に就任・就任予定						
認知症介護従事 経験年数	年 ヶ月経験 （令和6年2月現在の積算）						
所属事業所 住所	〒 ※こちらのご住所あてに、受講のご案内を郵送します。						
事業所 電話番号	※受講者ご本人様と連絡が取れる番号をご記入ください。		事業所 FAX 番号				
備考	※連絡事項などがあればご記入ください		※キャリアデザインノート（1冊600円）の受講料割引クーポンをご利用の方は、クーポン番号をご記入ください		No		

提供していただきました個人情報、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。