

令和7年度 第2回 大阪市認知症介護実践者研修

7月17日(木)：終 日 研 修
7月25日(金)：終 日 研 修
7月31日(木)：終 日 研 修
8月 8日(金)：終 日 研 修
9月12日(金)：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 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 + 2,700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】54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。

複数名で申込みの場合は優先順位をご記入ください。

【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】 6月9日（月）午後5時必着（消印有効ではありません）

【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郵送します。
 - ・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
7月17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
7月25日（金）	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
7月31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
8月 8日（金）	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
約4週間の自己職場実習		
9月12日（金）	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、**6月9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、**6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（**7月上旬**締切予定）。

- 6 7月17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）。

【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>



ウェルおおさか

Q 検索

◇令和7年度 第2回大阪市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	昭和 年 月 日 平成 (歳)
所属法人名		所属事業所名	
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		
事業所形態	(例) 特別養護老人ホーム、グループホーム等	事業所番号	
事業所電話番号		事業所 FAX 番号	
職種	(例) 介護職、ケアマネジャー、看護師等	役職	(例) 管理者、主任、チーフ等
所有資格	※あてはまるものに✓してください ☐ 介護福祉士 ☐ 介護支援専門員 ☐ 訪問介護員（ホームヘルパー） ☐ 認知症ケア専門員 ☐ 社会福祉主事資格 ☐ 社会福祉士 ☐ 所持なし ☐ その他 ()		
認知症介護 基礎研修の受講歴	※あてはまるものに✓してください ☐ 受講した ☐ 受講していない	介護 通算経験年数	※令和7年7月時点（必ずご記入ください）
テキスト購入	※あてはまるものに✓してください ☐ 購入する ☐ 購入しない ★受講にはテキストが必要です。 「購入しない」を選んだ場合もお手元にご用意ください。		
備考	※車イス使用、手話通訳、拡大文字資料が必要な方はその旨をご記入ください ※1 事業所から複数名、申込みの際、優先順位があればご記入ください。受講決定後に受講者の変更はできません。		

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。