令和8年度　第1回
大阪市認知症介護実践者研修

5月２０日（水）：終　日　研　修
5月２８日（木）：終　日　研　修
６月３日（水）：終　日　研　修
6月１１日（木）：終　日　研　修
7月１６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 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

【申込締切】4月8日（水）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や受講料の入金について通知します。

※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。

研修スケジュール

日程	時間	科目名
5月20日（水）	9：30～　9：50	・オリエンテーション
	9：50～12：50	・認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援
	13：50～15：20	・権利擁護の視点に基づく支援
	15：30～16：30	・QOL を高める活動と評価の観点
	16：40～18：10	・家族介護者の理解と支援方法
	18：10～18：20	・事務連絡、アンケート記入
5月28日（木）	9：30～11：30	・地域資源の理解とケアへの活用
	12：30～17：30	・生活支援のためのケアの演習Ⅰ
	17：30～17：40	・事務連絡、アンケート記入
6 月 3 日（水）	9：30～10：30	・学習成果の実践展開と共有
	10：40～15：40	・生活支援のためのケアの演習Ⅱ（行動・心理症状）
	（お昼休み1時間込み）	
	15：50～17：50	・アセスメントとケアの実践の基本①
	17：50～18：00	・事務連絡、アンケート記入
6月11日（木）	9：30～12：30	・アセスメントとケアの実践の基本②
	13：30～17：30	・職場実習の課題設定
	17：30～17：40	・事務連絡、アンケート記入
約4週間の自己職場実習		
7月16日（木）	9：30～12：30	・自己職場実習評価
	12：30～12：40	・修了式、事務連絡、アンケート記入

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。本研修は**５日間すべて出席**する必要があります。１日でも遅刻や欠席扱いになると、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、**４月８日（水）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、**４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（**５月中旬**締切予定）。

↓

6　５月２０日（水）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

〒557-0024　大阪市西成区出城 2-5-20　　郵送または持参
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 宛

◇令和8年度　第1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。）

すべての項目に記入してください。記入漏れがある場合、受講できない可能性がございます。

（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✓をいれ、その修了証書等の写しを添付してください。 □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８年５月時点
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。