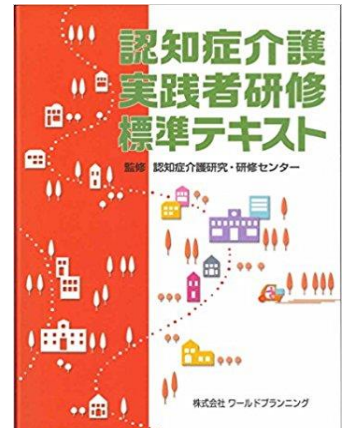


# 平成30年度 大阪市認知症介護実践者研修 (第3回) 受講者募集

- 1 目的** (1)価値と倫理を根底において、実践を検証する場とする (2)対人援助の知識と技術について深く考える機会にする (3)チームワークの大切さを学ぶ (4)施設、在宅に関わらず認知症の原因となる疾患や容態に応じ、本人やその家族の生活の質の向上を図る対応や技術を修得する
- 2 内容** カリキュラムのとおり (講義・演習 6 日間、職場実習 4 週間、実習のまとめ半日) 全 7 日間
- 3 会場** 大阪市社会福祉研修・情報センター
- 4 対象者** 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等で、認知症に関して介護福祉士もしくはそれと同等の知識があり、かつ2年以上の認知症介護経験年数を有し、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)が可能で、自分自身及び、現場を変える熱意がある人
- 5 定員** 各 72 人
- 6 受講料** 30,000 円 + テキスト代 3,300 円  
 【テキスト】認知症介護 実践者研修 標準テキスト (ワールドプランニング/定価 3,456 円)  
 ※カリキュラム変更に伴い平成 28 年度からテキストが変わりましたのでご注意ください。
- 7 申込方法** 受講申込者(受講希望者の所属長)が、次ページの「受講申込書」に記入し、F A X ・ 郵送 ・ 持参のいずれかでお申し込みください (申込締切： **8 月 20 日 (月) 午後 5 時まで**)  
 これまでに「認知症介護実務者研修基礎課程」または本「実践者研修」を修了した方は申し込みできません
- 8 受講決定**
- (1) 受講の可否については、8 月 27 日頃に各事業所あて発送します (研修初日に提出する事前課題があります)
- (2) 申込多数の場合は原則として抽選により決定します  
 1 事業所 (種別単位) から複数名申込できますが、抽選になった場合はより多くの事業所から受講できるよう 1 事業所からの受講を 1 人までに調整いたします  
 ※大阪市内で地域密着型サービス事業所を開設する場合、大阪市と協議のうえ優先して受講することができます。詳しくは下記大阪市福祉局にご相談ください。  
 ★公開抽選日/8 月 23 日 (木) 午後 2 時～ 当センター
- (3) **申込後の受講者の変更はできません**
- 9 修了者** 全課程出席者には大阪市長名の修了証書が交付されます
- 10 協力** 大阪市老人福祉施設連盟
- 11 問い合わせ先**
- (1) 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)  
 大阪市西成区出城 2-5-20 T E L 4392-8201 F A X 4392-8272
- (2) 介護保険法上の運営基準・人員基準・優先受講等に関するお問合せ：大阪市福祉局(船場分室)  
 大阪市中央区船場中央 3-1-7-331  
 > 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 T E L 6241-6320  
 > 居宅系サービス：介護保険課 T E L 6241-6317 または 6241-6319



(使用テキスト)

**【今後の研修予定】** (主催者の都合で変更する場合があります)

- ・認知症介護基礎研修 第3回 12月6日(木)
- ・大阪市認知症介護実践者研修 第4回 10~12月 第5回 11~1月
- ・大阪市認知症介護実践リーダー研修 第2回 1月~3月
- ・地域密着型サービス認知症介護研修 (開設者・管理者・計画作成担当者コース) 第2回 2月

※研修の案内は、開催月の約 1.5~2.5 か月前に当センターホームページにて募集及び関係事業者様に F A X にてお知らせします。

【第3回】	時間	カリキュラム
9月27日(木)	9:30～17:00	個人発表(1人3分程度)、認知症ケアの基本的視点と理念、認知症ケアの倫理
9月28日(金)	9:30～17:00	認知症の人の権利擁護、認知症の人の理解と対応、認知症の人の家族への支援方法
10月4日(木)	9:30～16:30	認知症の人の生活環境づくり、地域資源の理解とケアへの活用 認知症の人とのコミュニケーションの理解と方法
10月5日(金)	9:30～16:30	認知症の人への非薬物的介入、アセスメントとケアの実践の基本 I
10月11日(木)	9:30～17:00	認知症の人への介護技術 I (食事・入浴・排泄等) 認知症の人への介護技術 II (行動・心理症状)、自己評価(テスト)
10月12日(金)	9:30～17:30	アセスメントとケアの実践の基本 II、自己職場実習の課題設定
<b>自己職場での実習 4週間</b>		
11月20日(火)	9:30～12:45	自己職場実習評価、修了式

\*講師及び講義日程については、主催者の都合で変更する場合があります。

### 平成30年度 大阪市認知症介護実践者研修(第3回) 受講申込書

大阪市社会福祉研修・情報センターあて

締切 8月20日(月)午後5時まで

事業所名:

FAX (06)4392-8272

所属長名:

記入者名:

下記の者の受講を申し込みます。

ふりがな				※名前(ふりがな)と生年月日は、修了証書に記載されます。大きく正確にご記入ください。	
名 前					
生年月日	年	月	日 ( 歳 )		
テキスト	<input type="checkbox"/> テキスト購入希望 <input type="checkbox"/> 持参する				
認知症介護従事 経験年数	年	カ	月	※積算基準日:平成30年9月1日	
職種及び役職	(例 介護職・看護職) 職種		(例 チーフ・リーダー・管理者) 役職		
資格 所持資格全てに チェックしてください	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <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"/> 認知症ケア専門士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事資格 <input type="checkbox"/> 所持なし			左記以外の福祉 に関する所持資 格があればご記 入ください。	その他の資格
事業所	法人	番号	1. 社会福祉法人   2. 医療法人   3. 大阪市立 4. 株式会社   5. 有限会社   6. その他		法人名
	事業所名	事業所設置場所 大阪市( )区 ※当研修は大阪市内の事業所及び大阪市所管施設で介護業務に従事している職員を対象としています。			
	事業所種別 右の種別番号 で主なものを 1つだけご記 入ください	番号	1. 特別養護老人ホーム   2. 介護老人保健施設   3. 養護・軽費老人ホーム   4. ケアハウス 5. 有料老人ホーム   6. デイサービスセンター   7. 訪問介護事業所   8. 居宅介護支援事業所 9. 総合相談窓口(ランチ)   10. 地域包括支援センター   11. グループホーム 12. 小規模多機能事業所   13. その他( )		
	郵便番号 /所在地	〒 住 所 ※郵便を受け取る事業所・法人の所在地をご記入ください。なお、個人宅にはお送りできません。			
電話番号	※申し込み内容について、お 問い合わせをさせていただく 場合がございます		FAX番号		
備 考 欄	*車いす使用の方、手話通訳、拡大文字資料を必要とする方は、その旨ご記入ください。			<input type="checkbox"/> 割引クーポン利用希望    No.	
*「キャリアデザインノート」(1冊600円で販売中)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。					

※記載に不備や不足があった場合は、受講できません

※受講決定通知が届いていない、本人が受講日程を知らない等のトラブルが多発していますので、必ず日程をご確認ください

※虚偽の申し込みなどが発覚した場合は、今後の受講についてご遠慮いただく可能性があります

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。