

令和3年度 第2回

大阪市認知症介護 実践リーダー研修（オンライン）

22期生

1月17日（月）⇒3月24日（木）の（計13日間）

重要!

本研修はオンライン研修です。研修中、課題等を事務局とメールで送受信を行います。また、自職場実習発表では、パワーポイントを使用した発表を行っていただきます。

【研修目的】 認知症介護の理念を自らの介護現場での実践において展開し、実践リーダーとして他の職員を支援・指導しながら、チームケアのための調整役を担い、地域のネットワーク作りの視点をもって認知症介護の質の向上の推進役となるリーダーを養成します！

受講条件

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現に認知症介護業務に従事している職員で、**次の要件を全て満たす人**

- ①認知症介護実践者研修(旧・実務者研修基礎課程を含む)を修了し、**1年以上経過**していること。
- ②認知症介護経験年数が**おおむね5年以上**あること。
- ③介護現場においてケアチームのリーダー又はリーダーになることが予定されるもの又は実践者研修における知識・技術を活かし、地域展開を行っているチームリーダー又はリーダー補佐役。
- ④同時視聴双方向型研修システム（ZOOM）の接続確認を含むすべての講義・実習の日程に参加できること。
- ⑤所属事業所が受講者の自施設実習に協力体制を整えられること。
- ⑥研修修了後、実践リーダー研修修了者フォローアップ研修等の事業に協力できること。
- ⑦研修修了後、大阪市における認知症サポーター養成講座の講師役である「キャラバン・メイト」として活動意欲があること。キャラバン・メイトについての詳細は <http://www.caravanmate.com> を参照
- ⑧カメラ機能付き（内蔵及び外付けを問わない）パソコン、有線によるインターネット環境を準備することができ、同時視聴双方向型研修システム（ZOOM）を使用できる人
- ⑨自分の職場で約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
- ⑩パワーポイント（PowerPoint 2016以降のバージョンを推奨）が使用できるパソコンを用意でき、パワーポイントによる実習発表資料の作成及び発表が可能な人

研修について

- 【研修会場】 オンライン研修のため、各自で準備
- 【定員】 36人（大阪市認知症介護指導者等がレポートによる選考を行います）
- 【研修期間】 令和4年1月17日（月）～3月24日（木）までの13日間
- 【受講料】 43,040円 + 研修用テキスト代4,400円（税込）
- 【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。



申し込みについて

申込方法 次の(1)～(3)を大阪市社会福祉研修・情報センターまで**郵送またはご持参**ください。

申込締切 **令和3年12月27日(月) 午後5時 まで(必着)** *1事業所(種別単位)から1人のみ申込み可

(1)認知症介護実践リーダー研修 受講推薦書及び申込書 ※受講申込者(受講希望者の所属長)が記入

(2)レポート

実践者研修の修了後、あなたの職場における認知症ケアにおける課題は何か。課題が発生した原因とその根拠となる事実は何か。そして、課題の解決を図るためにあなたが実施したケアとその結果（現状）について述べよ。

- ・ A4用紙に1000字以上1400字以内で記入(文字数厳守)。文書末尾に文字数を()字と記入。
 - ・ 横書きで作成。(パソコン等作成・手書きどちらでも可)
 - ・ 1枚目1行目に「上記タイトル」 2行目に「事業所名・役職名・名前(フルネーム)」を記入。
(「タイトル」「事業所名・役職名・名前」は、文字数には含みません)
 - ・ 複数ページになるときは、下段中央にページ番号を記入。
- (3)認知症介護実践者研修(旧・実務者研修基礎課程)修了証書の写し

受講までの流れについて

1. 有線によるインターネット環境で ZOOM ミーティングシステムに対応できるカメラ機能付き（内臓及び外付けは問わない）パソコンを準備してください。また、研修が集中して受講できる環境を整えてください。
2. 「令和3年度 大阪市認知症介護実践リーダー研修」をご覧ください、研修日程を確認してください。事前接続確認を含めて13日間、1日でも欠席扱いになると修了証は発行されません。
3. 受講申込に必要な書類3点を準備してください。
 - ◆認知症介護実践リーダー研修 受講推薦書及び申込書（推薦には、代表者印が必要です。受講者本人確認のため写真を貼付してください。）[センターホームページからダウンロードできます](#)
 - ◆レポート
 - ◆認知症介護実践者研修（旧・実務者研修基礎課程）修了証書の写し
4. 受講申込に必要な書類3点を12月27日（月）午後5時までに、大阪市社会福祉研修・情報センターまで持参または、郵送してください。
5. 認知症介護指導者によるレポート採点を行い、その採点を基に選考を行います。
6. 1月中旬までに受講の可否について受講申込者すべてに通知します。

大阪市認知症介護実践リーダー研修 第22期 カリキュラム

日程	講義時間	所要時間	講義
1月17日(月)	10:00~11:30	90分	事前の接続確認
1月19日(水)	9:30~12:40	180分	オリエンテーション(所信表明)
	13:40~14:40	60分	認知症介護実践リーダー研修の理解
	14:50~16:50	120分	認知症の専門的理解
1月20日(木)	13:30~17:40	240分	認知症ケアに関する施策の動向と地域展開
1月26日(水)	9:30~12:40	180分	認知症介護実践リーダーの役割
	13:40~17:40	240分	チームにおけるケア理念の構築方法
1月27日(木)	9:30~12:40	180分	実践者へのストレスマネジメントの理論と方法
	13:40~17:40	240分	チームケアのためのケースカンファレンスの技法と実践
2月2日(水)	9:30~12:40	180分	認知症ケアにおけるチームアプローチの基本と実践
	13:40~17:40	240分	職場内教育(OJT)の方法の理解と実践Ⅰ(運用法)
2月3日(木)	9:30~17:40	420分	職場内教育(OJT)の方法の理解と実践Ⅱ(技法)
2月9日(水)	9:30~10:40	60分	認知症ケアの指導の基本的視点
	10:50~12:50	120分	認知症ケアに関する倫理の指導
	13:50~17:50	240分	認知症の人への介護技術指導(食事・入浴・排泄等)
2月10日(木)	9:30~12:40	180分	認知症の人の行動・心理症状(BPSD)への介護技術指導
	13:40~17:40	240分	認知症の人への権利擁護の指導
2月16日(水)	9:30~12:40	180分	認知症の人への家族支援方法の指導
	13:40~17:40	240分	認知症の人へのアセスメントとケアの実践に関する指導
	17:50~18:20	30分	評価テスト(事務局実施)
2月17日(木)	9:30~17:40	420分	自施設実習の課題設定
自施設実習			
3月3日(木)	9:30~12:40	180分	中間報告会
自施設実習			
3月24日(木)	9:30~17:40	420分	結果報告および自施設実習評価

研修内容に関する問合せ

大阪市社会福祉研修・情報センター(企画研修担当)

TEL 4392-8201 FAX 4392-8272

ホームページ URL <https://www.wel-osaka.com>

介護保険法上の運営基準・人員基準・優先受講等に関する
問合せは大阪市福祉局(船場分室)へ

施設・入居系サービス: 高齢施設課 TEL 6241-6530

居宅系サービス: 介護保険課 TEL 6241-6317

令和3年度 第2回 大阪市認知症介護実践リーダー研修(第22期)受講推薦及び申込書

記入日 年 月 日

大阪市社会福祉研修・情報センターあて《※FAX不可》

申込締切：令和3年12月27日(月)午後5時まで(必着)

法人名	
所属事業所名	
代表者名	印
推薦理由や期待すること <small>*本人の場合は、志望動機</small>	<small>*必ず代表者印を押してください。(所属長や担当者の私印は不可)</small>

下記の者の受講を推薦し、申し込みます。

記

ふりがな		ZOOM接続時の本人確認のため、申込者の顔がはっきり分かる写真をこの枠内に添付してください。	
名前			
生年月日	(西暦) 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		
認知症介護基礎研修について	<input type="checkbox"/> これまでに受講した <input type="checkbox"/> 受講していない		
認知症介護従事経験年数	年 月 *積算基準日:2022年1月1日		
職種及び役職	(記入例 介護職・看護職・計画作成担当者)	(記入例 チーフ・リーダー・管理者)	
資格 <small>所持資格全てにチェックしてください</small>	<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
キャラバン・メイト	<input type="checkbox"/> キャラバン・メイト養成研修修了済み <input type="checkbox"/> 受講予定あり		
事業所	事業所種別 右の種別番号で主なものをご記入ください	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(プランチ) 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	〒	
	電話番号	FAX番号	
備考欄	*車いす使用の方、手話通訳、拡大文字資料などを必要とする方や連絡事項をご記入ください。		<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。	

*「申込書」と「レポート」と「実践者研修修了証書の写し」を郵送またはご持参ください。

*個人情報取扱 当センター主催の研修・講座に受講を申し込まれる際に提供いただいた名前、住所その他の個人情報については、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。