

第26期

令和6年度 第1回

# 大阪市認知症介護 実践リーダー研修

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する研修です。

## <5日間の講義>

8月21日(水)  
8月22日(木)  
8月28日(水)  
8月29日(木)  
9月5日(木)

約4週間の  
自職場実習

## <中間報告>

9月19日(木)

## <職場実習評価>

10月10日(木)

**重要!**

全日程への参加が  
必要です



## 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介護実務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 <https://www.caravanmate.com> を参照

- ⑧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。

※認知症介護実践者研修を未修了の場合でも、介護保険施設・事業所等において利用者に直接サービスを提供する介護職員として、介護福祉士の資格を取得した日から起算し、10年以上かつ、1,800日以上の実務経験を有する人も、令和9年3月31日までの間は研修対象となります。なお、本研修は認知症介護基礎研修及び認知症介護実践研修で学んだ、認知症介護の知識・技術と、それを実践する際の考え方が理解できていることを前提に進めますので、ご了承ください。

## 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
- 【定員】 36名（申込者多数の場合はレポートによる選考を行います）
- 【研修期間】 8月21日（水）～10月10日（木）※詳細はスケジュールをご確認ください。
- 【受講料】 42,000円+3,000円（標準テキスト代）  
※テキストの購入は任意ですが、研修時に使用いたしますので、購入しない場合もお手元に必ずご用意ください。また、令和4年度よりカリキュラム改訂に伴い標準テキストが右図のものに変更になりました。事業所やご自身でご用意される場合は、お間違えの無いようご注意ください。
- 【修了者】 全課程修了者には大阪市長名の修了証書が交付されます。



認知症介護実践研修テキスト  
実践リーダー編  
中央法規出版

## 申込方法

★次の必要書類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。認知症介護実践者研修を修了している方と未修了の方で提出する書類が異なりますのでご注意ください。受講決定通知は7月中旬に事業所あて郵送します。

**【申込締切】7月1日（月）午後5時必着**

※1事業所（種別単位）から1人のみ申込可。

※これまでに「実務者研修専門課程」または本「リーダー研修」を修了した人は申込できません。

### 【認知症介護実践者研修修了者、未修了者ともに提出が必要な書類】

#### （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）が記入してください。

#### （2）申込レポート

テーマ 『このような認知症介護実践リーダーになりたい！』

※ただし、次の3つの内容を全て含むこと

- ①自身の職場における認知症介護の課題に思うことについて。
- ②自身の職員に対する認知症介護の指導方法を振り返って。
- ③自身が認知症介護実践リーダーとして学んでいく必要があることについて。
  - ・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。
  - ・文字の大きさ、字体に指定はありませんが、読みやすいように作成してください。
  - ・横書きで作成（パソコン等での作成、手書きどちらでも可）。
  - ・1枚目1行目に「タイトル」、2行目に「事業所名・役職名・氏名」を記入。  
※タイトル、事業所名・役職名・氏名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。

### 【認知症介護実践者研修修了者のみ提出が必要な書類】

#### （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

### 【認知症介護実践者研修未修了者のみ提出が必要な書類】

#### （4）介護福祉士登録証の写し

#### （5）大阪市認知症介護実践リーダー研修受講にかかる実務経歴証明書

※大阪市社会福祉研修・情報センターのホームページ（<https://www.wel-osaka.com>）より様式を印刷して使用してください。

## 研修スケジュール（予定）

日程	所要時間		カリキュラム
8月21日 (水)	10分	9:30~9:40	オリエンテーション
	90分	9:40~11:10	認知症介護実践リーダー研修の理解
	120分	11:20~13:20	認知症の専門的理解
	210分	14:20~17:50	施策の動向と地域展開
8月22日 (木)	180分	9:30~12:30	チームケアを構築するリーダーの役割
	120分	13:30~15:30	ストレスマネジメントの理論と方法
	120分	15:40~17:40	認知症ケアにおけるチームアプローチの理論と方法①
8月28日 (水)	60分	9:30~10:30	認知症ケアにおけるチームアプローチの理論と方法②
	300分	10:40~15:40 昼休み 1時間込み	職場内教育の基本的視点
	120分	15:50~17:50	職場内教育（OJT）の方法と理解①
8月29日 (木)	120分	9:30~11:30	職場内教育（OJT）の方法と理解②
	120分	12:30~14:30	ケアカンファレンスの技法と実践
	180分	14:40~17:40	職場内教育（OJT）の実践①
9月5日（木）	180分	9:30~12:30	職場内教育（OJT）の実践②
	240分	13:30~17:30	職場実習の課題設定
自職場実習			
9月19日 (木)	180分	9:30~12:30	中間報告
自職場実習			
10月10日 (木)	480分	9:30~17:30 昼休み 1時間込み	自己職場実習評価

### お問い合わせ

◆介護保険法上の運営基準・人員基準等に関するお問い合わせ

大阪市福祉局（船場分室）

施設・入所系サービス TEL：06-6241-6530

居宅系サービス TEL：06-6241-6317



◆研修内容に関するお問い合わせ

大阪市社会福祉研修・情報センター（企画研修担当）

TEL：06-4392-8201 FAX：06-4392-8272

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

ウェルおおさか



令和6年度 第1回 大阪市認知症介護実践リーダー研修（第26期）受講推薦及び申込書

【記入日】 年 月 日

※チラシの申込方法を確認のうえ、必要書類をすべて大阪市社会福祉研修・情報センターへ郵送またはご持参ください。

**申込締切：7月1日（月）午後5時必着**

法人名	
事業所名	
代表者名	印

※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）

推薦理由や期待すること ※本人の場合は志望理由	
----------------------------	--

下記の者の受講を推薦し、申し込みます。

記

フリガナ			
名前	生年月日	西暦	年 月 日 ( ) 歳
テキスト	<input type="checkbox"/> 購入する <input type="checkbox"/> 購入しない <b>★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。</b>		
認知症介護基礎研修の受講歴について	<input type="checkbox"/> 受講した <input type="checkbox"/> 受講していない	介護実務経験年数（通算）	年 月（R6年8月時点）
職種及び役職	（記入例 介護職・看護職・計画作成担当者等）		（記入例 チーフ・リーダー・管理者等）
所有資格	<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"/> 認知症ケア専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事資格 <input type="checkbox"/> 所持無し <input type="checkbox"/> その他（                      ）		
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 右の種別番号から主なものを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（                      ）
	所在地	〒	
	電話番号	FAX 番号	
備考欄	※車いす、手話通訳、拡大文字資料等が必要な方やその他連絡事項をご記入ください。		

※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、他の目的での使用や、第三者へ提供することはありません。

# 大阪市認知症介護実践リーダー研修受講にかかる実務経験証明書

令和 年 月 日

法人名称：  
 法人所在地：  
 代表者職・氏名： 印  
 電話番号：

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

ふりがな		
氏名		
所属事業所名		
所属事業所住所	〒	
介護福祉士資格取得日以降の 実務経験期間 ※令和6年8月20日まで加算可能	年 月 日 ～ 年 月 日	合計【 年 ヶ月】
実際に介護業務に従事した日数 ※今までに複数の法人で勤務していた 場合は、各法人ごとに従事した日数をご 記入ください。 ※令和6年8月20日まで加算可能	法人名①	日
	法人名②	日
	法人名③	日
	法人名④	日
	合計	日

## 〈留意事項〉

- ・本証明書には必ず代表者印を押印してください。所属長・本人等の私印は認められません。
- ・本証明書の記載内容に相違がないことを確認するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管し、求めがあった場合には、速やかに確認資料等を提出してください。
- ・本証明書への虚偽記載等の不正があった場合、もしくは要件を満たさない事実が判明した場合は、当該研修の受講決定や研修修了の取消等の措置をとることがあります。