

## 平成30年度 大阪市地域密着型サービス 認知症介護研修（第2回）

地域密着型サービス事業所の開設者、管理者及び計画作成担当者自身が、介護現場が地域の中にあることの意味を考え、地域というフィールドのなかで認知症の人を支えるための組織の在り方・運営について学びます。

この研修は3つのコースがあります。受講対象者は下記のとおりです。

### ★開設者コース★（認知症対応型サービス事業開設者研修）

- ・指定小規模多機能型居宅介護事業者の代表者。
- ・指定認知症対応型共同生活介護事業者の代表者。
- ・指定看護小規模多機能型居宅介護事業者の代表者。

### ★管理者コース★（認知症対応型サービス事業管理者研修）

- 「認知症介護実践者研修（旧 基礎課程）」を修了し、かつ下記に該当する者。
- ・認知症対応型共同生活介護事業管理者またはその予定者。
- ・認知症対応型通所介護事業管理者またはその予定者。
- ・小規模多機能型居宅介護または看護小規模多機能型居宅介護事業管理者またはその予定者。

### ★計画作成担当者コース★（小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修）

- 「認知症介護実践者研修（旧 基礎課程）」を修了し、かつ下記に該当する者。
- ・小規模多機能型居宅介護事業所または看護小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者またはその予定者。 ※小規模多機能事業所で勤務されている方もしくは勤務する予定のある方のみ受講できます



### ●日程及び研修時間

開設者コース(3日間)
・2月 5日(火) 午後1時～5時15分
・1日間(約8時間)の施設実習あり
・2月21日(木) 午前9時半～午後2時15分
管理者コース(2日間)
・2月21日(木) 午前9時半～午後5時
・2月27日(水) 午後1時～5時15分
計画作成担当者コース(2日間)
・2月21日(木) 午後12時半～5時
・2月28日(木) 午前10時～午後5時15分

※詳しいカリキュラムは裏面に掲載しています

### ●問い合わせ先

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)  
〒557-0024 大阪市西成区出城 2-5-20  
TEL 4392-8201 FAX 4392-8272

### ●定員

90人（複数コースの申込可能）  
※事業所ごとの申込人数の制限はありません。

### ●受講料

1コースにつき、5,500円  
※開設者コースを受講される方は現場実習費として別途3,000円が必要です。

### ●申込方法

受講申込者(受講希望者の所属長)が、「受講申込書」に記入し、FAX・郵送・持参のいずれかでお申し込みください。  
管理者コース及び計画作成担当者コースをお申し込みの方は、「認知症介護実践者研修(旧:基礎課程)の修了証書」の写しもあわせてお申し込みください。

### 申込締切 平成31年1月15日(火)午後5時必着

※今年度の実践者研修を受講中またはその予定の方は備考欄にその旨をご記入ください。

### ●受講決定

- (1) 受講の可否については、開設者コース申込者の実習先を決定した後、平成31年1月下旬に各事業所あてに発送します。
- (2) 応募多数の場合は抽選となります。

### ●修了証書

全課程の出席者には、大阪市長名の修了証書が交付されます。

### ●協力

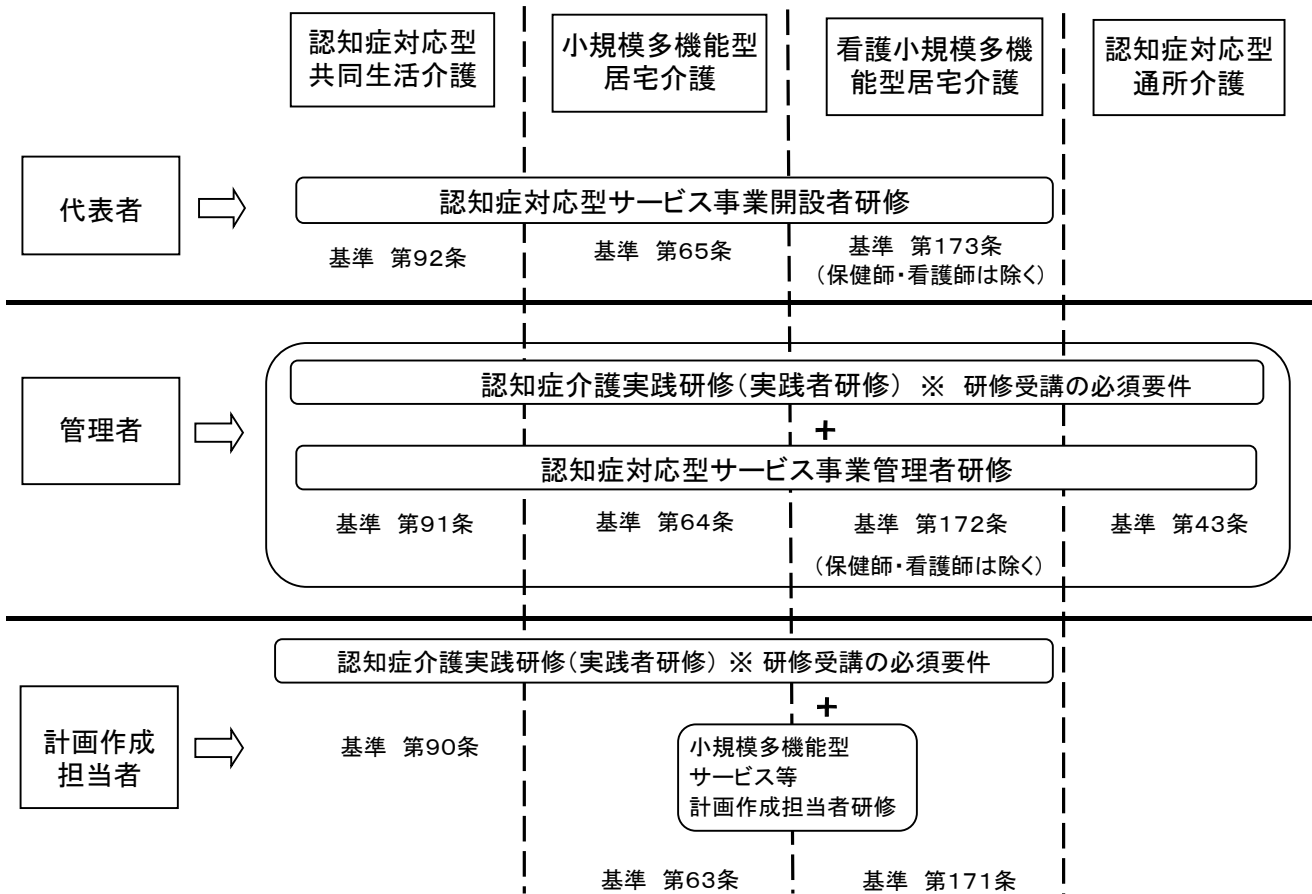
大阪市老人福祉施設連盟

## 平成30年度 大阪市地域密着型サービス認知症介護研修(第2回)

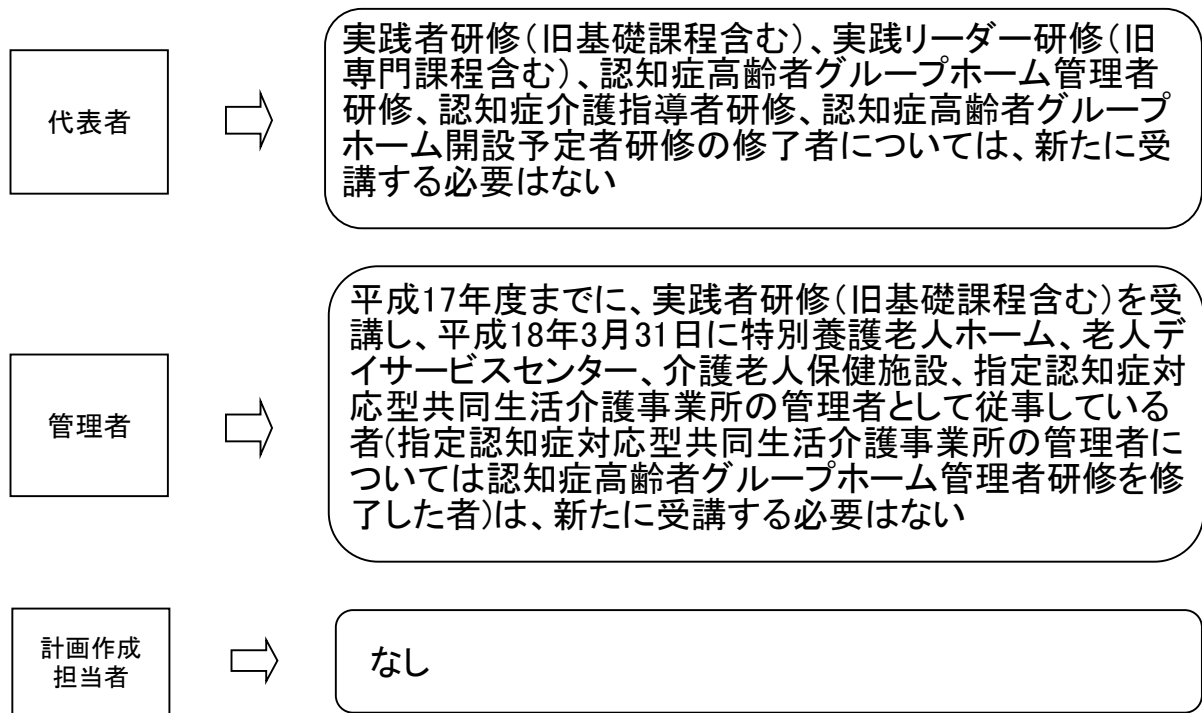
日程 及び 会場	開設者 コース	管理者 コース	計 画 作 成 担 当 者	時 間	カリキュラム	講 師
2月5日 火曜日 会議室 (4階)	開設者 コース			13:00～13:10	オリエンテーション	
				13:10～15:10	認知症高齢者の基本的理解とケアのあり方	谷 麻子 大阪市認知症介護指導者
				15:20～16:50	家族の理解・高齢者との関係の理解	三原 由紀 大阪市認知症介護指導者
				16:50～17:00	現場実習の説明	
				17:00～17:15	次回のオリエンテーション、アンケートの記入	
<b>*開設者コース受講の方は、実習が2月6日～2月20日までの間に1日(指定日)あります</b>						
2月21日 木曜日	開設者 コース			9:30～9:35	オリエンテーション	
				9:35～10:50	介護従事者に対する労務管理について	米津 加代子 有限会社ワイズコンサルタンツ代表取締役
				11:00～12:10	地域密着型サービス基準について	大阪市福祉局 高齢者施策部 高齢施設課
大会議室 (5階)	管理者 コース		計 画 作 成 担 当 者 コ ー ス	12:30～12:50	開講式／オリエンテーション(計画作成担当者コースのみ) * 開設者・管理者コースはお昼休憩中	
				13:00～14:00	地域密着型サービスの取組	石田 恭一 大阪市認知症介護指導者
				14:00～17:00	小規模多機能ケアの視点、地域生活支援、 チームケア	西田 和人 大阪市認知症介護指導者
						門馬 悠樹 大阪市認知症介護指導者
				17:00～17:15	次回のオリエンテーション、アンケートの記入。 * 開設者コースは14時から修了式	
2月27日 水曜日 大会議室 (5階)	開設者 コース			13:00～14:50	適切なサービス提供のあり方について ～人権、権利擁護、リスクマネジメント～	吉田 洋司 大阪市認知症介護指導者
				15:00～17:00	適切なサービス提供のあり方について ～質の向上と人材育成(自己・外部評価)～	石田 恭一 大阪市認知症介護指導者
				17:00～17:15	アンケートの記入、修了式	
2月28日 木曜日 大会議室 (5階)	開設者 コース		計 画 作 成 担 当 者 コ ー ス	10:00～17:00	ケアマネジメント論、居宅介護支援計画作成の 実際	松原 宏樹 大阪市認知症介護指導者
						草部 眞美 大阪市認知症介護指導者
				17:00～17:15	アンケートの記入、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。

指定地域密着型サービス指定・運営基準に規定される研修について



研修のみなし措置による受講の免除



介護保険法上の運営基準・人員基準等に関するお問合せ： 大阪市福祉局(船場分室)  
 >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 TEL 6241-6320  
 >居宅系サービス：介護保険課 TEL 6241-6318

【送信票は不要です。  
修了証書を必ず添付してください】

事業所名: \_\_\_\_\_

代表者名: \_\_\_\_\_

※開設者コースのみ修了証書不要

平成30年度 大阪市地域密着型サービス認知症介護研修 (第2回) 受講申込書

下記の者の受講を申し込みます。

記

事業所	法人名			
	事業所名			
	事業所種別	番号	①認知症対応型共同生活介護 ②小規模多機能型居宅介護 ③認知症対応型通所介護 ④その他( )	
	開設年月 (または予定)	平成 年 月 開設	※開設予定地が所在地と違う場合は記入→( )区へ開設予定	
	所在地 ※郵便の届く住所をお書きください	〒	住所	
	電話/FAX番号	電話番号	FAX番号	
申込コース□にチェック (複数コースの申込可能)	<input type="checkbox"/> 開設者コース↓実習希望日も記入 <input type="checkbox"/> 管理者コース <input type="checkbox"/> 計画作成担当者コース (小規模多機能型居宅介護事業所 または 看護小規模多機能型居宅介護事業所 のみ)		<input type="checkbox"/> 開設者コース↓実習希望日も記入 <input type="checkbox"/> 管理者コース <input type="checkbox"/> 計画作成担当者コース (小規模多機能型居宅介護事業所 または 看護小規模多機能型居宅介護事業所 のみ)	
ふりがな				
名前 *旧字体に注意 (大きくご記入ください)				
年齢	歳		歳	
生年月日 *必ず記入	年 月 日生		年 月 日生	
現在の職種 *今後就任予定者は現在の職種を記入				
現職就任年月 (または予定)	年 月に就任		年 月に就任	
認知症介護従事経験年数 積算基準日:平成30年9月1日	年 カ月経験		年 カ月経験	
*「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。	<input type="checkbox"/> 割引クーポン利用希望 No. ( )		<input type="checkbox"/> 割引クーポン利用希望 No. ( )	
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は、その旨記入してください。			

※「開設者コース」申込の方は必ず下記もご記入ください

実習先は、事務局から指定される市内の認知症対応型サービス事業所です。2月6日(水)~2月20日(水)の間の1日(10時~18時)を予定しています。実習内容は、利用者の立場を体験します。実習先及び実習日は、受講証送付時にお知らせします。上記日程の間(平日のみ。土曜・日曜を除く)で実習希望日をご記入ください。

第1希望日 : 月 日 第2希望日 : 月 日 第3希望日 : 月 日

\*管理者及び計画作成担当者コース申込者は、「受講申込書」に認知症介護実践者研修(旧 基礎課程)の修了証書の写しをつけてご送信ください。実践者研修修了予定者は、上記備考欄に「第〇回 受講」と記入のうえ、修了日に修了証書のコピーを事務局にご提出ください。

\*すべての欄に記入してください。記入もれがある場合は、受け付けできません。

\*個人情報の取扱について、提供いただいた情報は、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。