# 令和8年度　第2回

# 認知症介護実践研修(実践者研修)のご案内

認知症介護実践研修は、高齢者介護実務者等に対し、認知症高齢者等の介護に関する実践的研修を実施することにより、認知症介護技術の向上を図り、認知症介護の専門職員を養成し、もって認知症高齢者等に対する介護サービスの充実を図ることを目的に実施します。

## 1.　日程・研修方法

オンラインは同時双方向型研修 Zoomシステム（以下、Zoom)により実施します。

| 日時 | | 時間 | 会場 |
|---|---|---|---|
| 1日目 | 12 月 15 日(火) | 9:00～16:50 | 会場 |
| 2日目 | 12 月 24 日(木) | 9:30～17:20 | オンライン講義・演習 |
| 12 月 25 日(金)～　1 月 13 日(水)に<br>「学習成果の実践展開と共有」の課題に取り組む | | | 職場 |
| 3日目 | 1 月 14 日(木) | 9:30～17:20 | オンライン講義・演習 |
| 4日目 | 1 月 26 日(火) | 9:00～16:45 | 会場 |
| 職場実習 | | | 職場 |
| 5日目 | 2 月 11 日(木) | 13:30～16:30 | 会場 |
| 職場実習 | | | 職場 |
| 6日目 | 3 月　2 日(火) | 13:00～17:00 | 会場 |

○実習：職場実習（4週間）

※自職場の認知症の方に協力していただき、講義・演習と実習を行います。

※4週間の内、1～3週目は計画に基づいた実践、4週目は実習内容の整理・評価、報告資料、1,000 字以上のレポートをパソコンで作成してください。

※研修期間内に規定の課題に取り組んでいただきます。未提出の課題がひとつでもある場合は、修了証書の発行に影響します。

※感染症対策については各自の判断でお願いします。

※今後、研修期間中に感染症が発生した場合は、大阪府の要請に基づいて判断します。

## 2. 会場

大阪府社会福祉会館

〒542-0012　大阪府大阪市中央区谷町7丁目4−15

（地下鉄谷町線・長堀鶴見緑地線「谷町六丁目」駅4番出口　谷町筋を南に 280m）

（地下鉄谷町線・千日前線「谷町九丁目」駅2番出口　谷町筋を北に 560m）

## 3. 受講対象事業者

大阪府内（大阪市内及び堺市内を除く）の介護サービス事業者

（地域密着型サービス事業者を除く）

## 4. 研修受講対象者

（1）受講対象事業者に従事する介護職員等で、認知症介護基礎研修を修了した者あるいはそれと同等以上の能力を有する者であり、身体介護に関する基本的知識・技術を修得している者であって、概ね2年程度の実務経験を有する者

（2）認知症介護基礎研修を修了した者と同等以上の能力を有する者とは、認知症介護基礎研修の義務付けの対象とならない者であり、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を習得している者

※対象資格

介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、介護職員基礎研修課程
生活援助従事者研修修了者、訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者
介護支援専門員、社会福祉士、医師、歯科医師、看護師、准看護師、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

（3）Microsoft 社の文書作成ソフト Word（Office2007 以降のバージョン）が使用できるパソコン環境を整えてください。他社製の文書作成ソフトでは図表等が崩れ、研修資料として使用できません。

（4）自職場の認知症の方に協力が得られる方

（5）服装について

1 日目（初日）と 6 日目（最終日）は**スーツを着用**（上下同素材・同色）

2 日目～5 日目 ： スーツ、またはスーツに準したビジネスカジュアル
襟付きシャツ、ジャケット、スラックス等
※研修の場にふさわしい清潔感のある服装を着用。

## 5. 定　員

60名　※申込み多数の場合は、抽選となります。
※申込者が 30 名未満の場合は、非開講となります。

## 6. 受講料

会　　員　25,000 円+テキスト代 2,860 円　合計 27,860 円
賛助会員　27,000 円+テキスト代 2,860 円　合計 29,860 円
一　　般　40,000 円+テキスト代 2,860 円　合計 42,860 円

※講義資料とテキストを併用して講義・演習を行います。テキストの購入は必須です。
※賛助会員　4 人目以降は一般価格でのご案内です。

## 7. 必要な受講環境【オンライン研修への参加には、以下の環境が必要です】

（1）カメラ・マイク機能付きパソコン（1人1台）
※閲覧性や当日使用するシステムの操作性の面から、パソコンでの受講を強く推奨します。
（スマートフォンやタブレットといった端末では資料の映像が見えづらいため）
※Zoomとの互換性の関係でWindowsのプログラムを最新の状態に更新しておいてください。
また、パソコンのZoomアプリのバージョンが最新になっているか確認をお願いします。

（2）インターネットへの有線接続またはWi-Fi環境（1日あたりデータ5GB以上使用できる環境）
Wi-Fi環境で下記にあてはまる場合、通信が不安定になり、Zoomに接続できなくなる可能性があります。
・通信量制限がある契約プラン（一定の通信量を超えると通信が低速になります）
・Wi-Fiルーターとパソコンが離れすぎている

・Wi-Fiルーターに複数台のパソコンが同時に接続している　等

※安定したインターネット環境確保のため、LANケーブルでの有線接続を強く推奨します。

(3)周りの音、声が入らない個室（個室の確保が難しい場合、ヘッドセットやマイク付きイヤホン等をご準備ください。）

※研修当日に使用するパソコンで事前に必ずZoomミーティングシステムの接続テストを実施し、
マイク・スピーカー機能に問題がないことを確認した上でお申込みください。（http://zoom.us/test）
※推奨ブラウザ等、動作環境の詳細については下記URLをご参照ください。
（https://support.zoom.us/hc/ja/articles/201362023）

## 8. 申込方法

別紙受講申込書に必要事項を記入の上、**郵送**してください。

※この研修は、講義・演習6日間と職場実習4週間の実習を伴う研修です。
必ず所属長の推薦を受けてお申込みください。

**※受講申込書には、施設（事業所）の代表印を必ず押印してください。**

※全日程出席できない場合、修了証書の発行はできません。
遅刻・早退は認められません。必ず全日程出席できる方のみお申込みください。

※施設（事業所）と受講希望者双方が、研修内容について理解した上で、お申込みください。

※「2・3 日目はオンライン研修となりますので、申込書には必ずメールアドレスをご記入ください。

## 9. 申込先

〒542-0012
大阪市中央区谷町 7 丁目 4-15　大阪府社会福祉会館 3 階
公益社団法人　大阪介護福祉士会「認知症介護実践研修事務局」 宛

## 10. 申込締切

**令和 8 年 11 月 27 日（金） 必着**

## 11. 受講決定

受講が決定された方には決定通知を郵送します。
受講いただけない方についてはその旨の通知を所属長あてに郵送します。
※期限を過ぎたお申込みについては通知をいたしませんのでご了承ください。

## 12. その他

（1）本研修の全日程を修了された方には、修了証書を交付します。
（2）本研修の申込書等に記載された事項は、個人情報保護の規定に則り適正に管理します。
①本研修の実施
②国・府における業務に関する検討
③公的機関における研修事業調査研究に必要な範囲以外に使用しません。

## 13. 注意事項

・Zoom ミーティング情報、研修資料の複製や拡散等の二次使用、研修内容の録画・撮影は禁止します。

・インターネット等の通信料、本研修で使用する資料の印刷（ホームページより事前ダウンロード）等、受講にかかる費用は受講者の負担になります。
・当日の受講者側による通信環境のトラブルがあった場合、受講料は返金しません。
・受講者確認のため、１台のパソコンで複数名がまとめて受講することはできません。
・提出物の不備、その他の点から研修内容を理解していないと判断される場合は修了を認めない場合があります。
・接続不備により受講できなかった場合でも、通常の欠席と同様の扱いとなり、修了の対象にはなりませんので、ご注意ください。
・記録のため、研修内容を事務局でレコーディングします。

**研修実施主体**

公益社団法人　大阪介護福祉士会

※大阪府認知症介護実践研修事業者指定実施要領に基づく指定法人
（平成24年5月17日大阪府指定）

**問合先**

公益社団法人　大阪介護福祉士会　認知症介護実践研修　　担当：事務局

TEL：06(6766)3633　　E-mail：info@kaigo-osaka.jp

# 令和8年度　第２回　認知症介護実践研修(実践者研修)　受講申込書

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ<br>氏名 | | 会員区分 | 会員　　賛助会員　　一般 |
| 生年月日 | 昭和･平成　　年　　月　　日（　　才）<br>※氏名と生年月日は修了証書に記載します。 | 携帯番号 | |
| 職種･役職 | | 介護実務経験年数 | 年　　ヶ月 |
| 認知症介護基礎研修受講の有無 | □有（修了証コピーを添付のこと）　　□無 | | |
| 取得資格 | **※取得した資格の種類を記入し、資格を証明するもののコピーを添付してください。** | | |
| フリガナ<br>事業所名 | | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話番号 | | FAX | |
| メール | ※パソコンで確認できるメールアドレスを記入してください。 | | |
| 事務連絡担当者名 | | | |

| **受講に関する確認事項（確認･承諾できた場合、左側チェックボックスに✓記入）** | |
|---|---|
| □ | 受講希望者は施設（事業所）において、認知症介護の推進役となる者である |
| □ | 受講希望者は職場実習も含め、全日程とも遅刻･早退せず参加できる者である |
| □ | カメラ･マイク機能付きパソコン（1 人 1 台）を準備できる |
| □ | Microsoft 社の Word（Office2007 以降のバージョン）が使用できるパソコン環境がある |
| □ | インターネットへの有線接続または Wi-Fi 環境（1 日あたり 5GB 以上を使用できる環境）がある |
| □ | 研修当日に使用する環境で事前に Zoom 接続テストを行い、音声機能に問題がないことを確認する |
| □ | 周囲の音や声が入らない環境（個室またはヘッドセット等）を事前に準備する |
| □ | 施設（事業所）として職場実習の実施について承諾し、研修初日までに研修対象者2名を選定できる |
| □ | 受講期間中、開催要項に定められた服装を遵守する |

研修受講に際し、上記の事項すべてについて確認･承諾のうえ、上記の者を認知症介護実践研修（実践者研修）の受講生として申し込みます。

（法人･施設〔事業所〕名）　　公印

（代表者･施設長名）

※すべての欄をご記入のうえ、郵送にてお申込みください。

本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規定に則り適正な管理を行い、府の指定に係る本研修事業の実施に関する業務以外に使用しません。