

令和3年度 第1回、第2回堺市認知症介護基礎研修 募集要項

本研修は、社会福祉法人大阪府社会福祉事業団が堺市からの委託を受け、国が策定した「認知症施策推進大綱」に基づき、実施するものです。

1. 目的

認知症の人を取り巻く現状、症状に関する基礎的な知識を学び、認知症ケアの基礎的な技術に関する知識とそれらを踏まえた実際の対応方法を身に付けることを目的とします。

2. 日程

第1回 令和3年 9月1日（水）10：00～令和3年 9月21日（火）16：00

第2回 令和3年10月1日（金）10：00～令和3年10月21日（木）16：00

3. 研修の内容・研修の方法

講義（「e ラーニング研修」（※））及び、課題提出

※「e ラーニング研修」について

・「e ラーニング」とは、ウェブサイト上に掲載された講義動画や確認テスト等の学習コンテンツを受講者が視聴等して学習する仕組みです。パソコン、タブレット端末、スマートフォンより24時間いつでも受講可能です。（概ね150分）

《動作環境》

対応端末	PC・各種タブレット・スマートフォン
対応ブラウザ	Internet Explorer（10～）
	Chrome（最新版）
	Firefox（最新版）
	Safari（最新版）

※動画の再生を見られるように設定してください。

**★パソコンやスマートフォン等が無く、
「e ラーニング研修」を受講できる環境
にない場合は、研修にお申し込みいた
できません。**

4. 受講対象者

堺市の介護保険施設・事業者等が当該事業を行う事業所において、介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を有さない方等

5. 定員 60名

6. 受講料 1,000円

※受講決定通知に同封する納付書にてお支払いください。

※受講料を納付された後は、受講を取りやめた場合でも返還はいたしません。ご了承ください。

※受講料に関するお問い合わせは、堺市健康福祉局長寿社会部長寿支援課企画係

TEL：072（228）8347までお願いいたします。

※研修テキストは受講者の任意購入とします。購入される方は『認知症介護基礎研修標準テキスト』（株式会社ワールドプランニング）を各自でご購入いただきますようお願いいたします。

7. 申込方法

堺市ホームページ及び大阪府社会福祉事業団に掲載している各研修の「受講申込書」に必要事項を記入の上、大阪府社会福祉事業団まで郵送または持参にてお申し込みください。

堺市：http://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/koreishafukushi/dementia/kaigo_kensyuu.html

大阪府社会福祉事業団：<http://www.osj.or.jp/index2.html>

※所属長の推薦により団体名でお申し込みください。（個人での申し込みはできません。）

堺市 認知症介護 研修



8. 申込受付期間

第1回 令和3年7月 5日（月）～7月20日（火）17：00（必着）

第2回 令和3年7月27日（火）～8月16日（月）17：00（必着）

9. 受講決定

申し込みが多数の場合は、選考のうえ受講者を決定し、受講が決定された方には決定通知を、受講頂けない方についてはその旨の通知を郵送いたします。なお、1施設（事業所）から複数名の申し込みがあった場合、選考時に1施設（事業所）1名に絞ることもあります。

※通知の発送 第1回 8月上旬 第2回 9月上旬

※指定期日までに振り込みが完了されていない場合は、受講をお断りすることがございます。

10. 修了証書

本研修を修了された方には、修了の承認をいたします。「修了証書（PDF）」は、修了承認を受けた受講者がシステム上で発行することとなります。

修了証書の
承認受付期間

第1回基礎研修修了者…令和3年 9月22日10時～ 9月30日16時

第2回基礎研修修了者…令和3年10月22日10時～10月29日16時

※修了には、期日内に「eラーニング研修」及び、課題の提出を完了することが必須です。

課題の提出期限は、研修日程の最終日の16時までとなります。

11. その他

(1) 本研修の申込書等に記載された個人情報、受講者の決定や修了証書の確認等、本研修の円滑な運営のために使用します。

12. 申込み・問合せ先

本研修は社会福祉法人大阪府社会福祉事業団が堺市から委託して実施します。

申込み・問合せは下記にお願いします。

〒562-0012 大阪府箕面市白島三丁目5番50号

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団

「堺市認知症介護実践研修等」事務局

TEL：072-724-8167 FAX：072-724-8165

令和3年度 第1回堺市認知症介護基礎研修カリキュラム（予定）

研修期間 令和3年9月1日（水）～9月21日（火）

I. e ラーニング

学習内容は序章を含め5つのチャプター（章）に分かれており、講義動画（概ね150分）と確認テストから成っています。

受講の際には、まずその章の講義動画を視聴し、その後確認テストに進みます。確認テストに正解すると、次の章に進めます。

- 研修の目的
- 序章. 認知症を取り巻く現状
- 第1章. 認知症ケアにおいて基礎となる理念や考え方
- 第2章. 認知症の定義と原因疾患
- 第3章. 認知症の中核症状と行動・心理症状の理解
- 第4章. 認知症ケアの基礎技術

II. 課題

研修期間中に課題の提出が必要となります。

※ 提出された内容や文字数が基準に達しない場合は修了できない場合もございます。

『研修を受講して学んだこと。これから認知症の人と関わる際に、今回学んだことをどう生かした
いか。』

課題の提出については、裏面をごらんください。

課題の提出について

課題の提出期間	令和3年9月1日（水）10時～9月21日（火）16時まで
課題の送付先メールアドレス	ninken@osjswc.org
課題の送付時の件名	「令和3年度 第1回堺市認知症介護基礎研修 課題」
課題の内容	研修を受講して学んだこと。これから認知症の人と関わる際に、今回学んだことをどう生かしたいか。
課題の様式	【様式1】
課題の文字数	10.5 フォントで、改行なしで15行以上。 手書きの場合は、600字以上。 (提出前に自身でカウントすること)

令和3年度 第1回堺市認知症介護基礎研修 受講申込書

申込期間 【令和3年7月5日（月）～7月20日（火）】 17:00 必着

※申込期間外に届いた受講申込書は無効になりますので、ご注意ください。

ふりがな 申込者氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
職種	介護職員・その他（ ）	実務 経験年数	年 ヶ月
取得している 資格等			
法人名			
事業所名	事務連絡ご担当者名（ ）		
施設種別	特養・老健・有料老人ホーム・通所介護・通所リハビリ・訪問介護・訪問リハビリ・ グループホーム・小規模多機能・看護小規模多機能・認知症対応型共同生活介護・ 認知症対応型通所介護・ その他（ ）		
事業所 所在地	〒 ー		
事業所 電話番号		FAX番号	

推薦者

（法人・施設（事業所）名）

（代表者・施設長名）

※ 本申込書は、郵送または持参にて、提出してください。

※ 申込者氏名と生年月日は 正確にご記入ください。

令和3年度 第2回堺市認知症介護基礎研修カリキュラム（予定）

研修期間 令和3年10月1日（金）～10月21日（木）

I. e ラーニング

学習内容は序章を含め5つのチャプター（章）に分かれており、講義動画（概ね150分）と確認テストから成っています。

受講の際には、まずその章の講義動画を視聴し、その後確認テストに進みます。確認テストに正解すると、次の章に進めます。

- 研修の目的
- 序章. 認知症を取り巻く現状
- 第1章. 認知症ケアにおいて基礎となる理念や考え方
- 第2章. 認知症の定義と原因疾患
- 第3章. 認知症の中核症状と行動・心理症状の理解
- 第4章. 認知症ケアの基礎技術

II. 課題

研修期間中に課題の提出が必要となります。

※ 提出された内容や文字数が基準に達しない場合は修了できない場合もございます。

『研修を受講して学んだこと。これから認知症の人と関わる際に、今回学んだことをどう生かした
いか。』

課題の提出については、裏面をごらんください。

課題の提出について

課題の提出期間	令和3年10月1日（金）10時～10月21日（木）16時まで
課題の送付先メールアドレス	ninken@osjswc.org
課題の送付時の件名	「令和3年度 第2回堺市認知症介護基礎研修 課題」
課題の内容	研修を受講して学んだこと。これから認知症の人と関わる際に、今回学んだことをどう生かしたいか。
課題の様式	【様式1】
課題の文字数	10.5フォントで、改行なしで15行以上。 手書きの場合は、600字以上。 (提出前に自身でカウントすること)

令和3年度 第2回堺市認知症介護基礎研修 受講申込書

申込期間 【令和3年7月27日（火）～8月16日（月）】 17:00 必着

※申込期間外に届いた受講申込書は無効になりますので、ご注意ください。

ふりがな 申込者氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
職種	介護職員・その他（ ）	実務 経験年数	年 ヶ月
取得している 資格等			
法人名			
事業所名	事務連絡ご担当者名（ ）		
施設種別	特養・老健・有料老人ホーム・通所介護・通所リハビリ・訪問介護・訪問リハビリ・ グループホーム・小規模多機能・看護小規模多機能・認知症対応型共同生活介護・ 認知症対応型通所介護・ その他（ ）		
事業所 所在地	〒 ー		
事業所 電話番号		FAX番号	

推薦者

（法人・施設（事業所）名）

（代表者・施設長名）

※ 本申込書は、郵送または持参にて、提出してください。

※ 申込者氏名と生年月日は 正確にご記入ください。

