



# 豊中市で働く外国人介護職員のための “やさしい日本語”で学べる 認知症ケア1日研修

介護現場で働く外国人職員が増えています。そうした

人たちの中には、日本で働くようになって初めて、認知症について  
学び、認知症のある人と接するようになった場合が少なくありません。

介護現場では、e- ラーニングの認知症介護基礎研修などを通して、彼ら・彼ら  
に学びの機会を提供しておられることと思います。しかし、認知症の人の「想い」についてまでは、  
なかなか理解が及ばないのが正直なところではないでしょうか。

この研修では、講師が “やさしい日本語” を使って、講義を行います。そして、知識やスキルではなく、「周りの人から大切にされ  
ている」と感じられるケア」を実践するための、「土台となる考え方」を培います。

ビデオ視聴やグループワークも交えながら、「認知症の人が体験している世界とはどのようなものか」を知り、認知症の人の気持ちを感じ  
て自分ごととして考えてみる——。そうした講義や体験を通して、認知症ケアの根底となる学びを深め、介護職としての成長につなげて  
いきます。

## 要 項

日 時：11月 14日 (金)

10：30～16：30

会 場：豊中市立生活情報センター  
くらしかん 3階イベントホール  
豊中市北桜塚2-2-1

定 員：30名 ※11月 7日 申込締切

対 象：介護施設・事業所で働く  
外国人介護職員  
日本語レベルN4以上

## 受 講 料

◎無料

(豊中市介護保険事業者連絡会加盟事業所)  
◎4,000円／1名 (上記以外)

## プロ グラム

10:30 オープニング

10:30～12:00 講義Ⅰ 認知症になって困ることについて考える

12:00～13:00 昼食、休憩

13:00～13:50 講義Ⅱ 認知症の人が体験している世界を知る

14:00～15:20 講義Ⅲ より良いケアパートナーとしてできることを知る

15:20～15:30 休憩

15:30～16:30 講義Ⅳ 明日からやれることを考える

## 講 師

松原宏樹 大阪市認知症介護指導者／(福)慶生会在宅事業本部在宅事業部長  
担当：講義Ⅰ・講義Ⅱ

山内恵美 大阪市認知症介護指導者／特別養護老人ホーム白寿苑看護担当課長  
担当：講義Ⅲ・講義Ⅳ

お申込み：裏面をご覧ください

〈主催・問合せ先〉

特定非営利活動法人

介護保険市民オンブズマン機構大阪(通称O-ネット)

カリキュラム検討委員会事務局

〈助成〉

一般社団法人法人

豊中市介護保険事業者連絡会

## 申込方法 以下のいずれかの方法でお申し込みください

### ◆申込フォーム QR コード

こちらから→



### ◆FAX 「受講申込書」をFAX送信

### ◆郵送 「受講申込書」を郵送

### ◆メール 下記「受講申込書」の項目を記載

### ◆O-ネット HP 該当ページの「申込フォーム」

トップページ▷「やさしい日本語」で学べる認知症ケア1日研修」

## 手続きの流れ

### ①仮受付

O-ネット事務局から研修申込担当者に「仮受付」のメールまたはFAXをお送りします

### ②受講料振り込み

「仮受付」の際にお送りする指定の口座に受講料の振り込みをお願いします

### ③申込受理

入金確認後、「申込受理」のメールまたはFAXをお送りし、手続き完了となります



※申込締め切り 11月7日

### ◆申込・問合せ先

#### 介護保険市民オンブズマン機構大阪

〒530-0041

大阪市北区天神橋3-9-27 PLP会館3階

TEL: 06-6949-8192

FAX: 06-6949-9296

Mail: o-netnpo@train.ocn.ne.jp

<https://o-netnpo.site/>



## 「やさしい日本語」で学べる認知症ケア1日研修」受講申込書 FAX 06-6949-9296

勤務先	法人の種別 ※該当するものに○	社会福祉法人・株式会社・NPO法人・医療法人・その他 ( )				
	法人名	※法人格は不要です。「森ノ宮会」など法人名のみご記入下さい				
	事業所の種別 ※該当するものに○	グループホーム・デイサービス・特養・老健・有料・ケアハウス・サ高住 小規模多機能・ヘルパーステーション・その他 ( )				
	事業所名・フリガナ	※事業所の種別は上記記載のため不要です。「○○苑」など事業所名のみご記入ください				
	電話番号		FAX番号			
	研修申込担当者名		担当者 メールアドレス			
受講者	受講者氏名	日本語 レベル	職種 ※該当するものに○	出身国	経験 年数	年齢
			介護職員・その他 ( )			
			介護職員・その他 ( )			
			介護職員・その他 ( )			
個人でお申込み の場合	住所	〒				
	電話番号		メールアドレス			