

平成28年度 第3・4回 東京都認知症介護実践リーダー研修

東京都では、認知症の人に対する介護サービスの充実を図るため、認知症介護に従事する方の研修を実施いたします。

このパンフレットは、今年度全6回の予定で実施する東京都認知症介護実践リーダー研修の第3・4回目についてお知らせするものです。

※本研修は、平成16年度までの東京都痴呆介護実務者研修(専門課程)をより充実させ、実施しているものです。

【ねらい】 本研修を通じて、受講者が以下のような目的を達成することをねらいとしています。

施設・事業所等における認知症の人の支援を実践するチームリーダーとして、他の職員をリードし、チームケアのための調整を行うなど、認知症の人の支援の質の向上のための取り組みを推進する。

地域特性を活かして事業者等の連携を図るなど、地域の中で、認知症の人を支援していくための方策を実践する。

【実施主体】 東京都

【受講要件】 東京都内の介護保険施設・事業所(居宅介護支援事業所を除く)に従事している介護職員等で、以下の要件を**全て**満たしている方が受講対象者となります。

- ①認知症介護実践者研修(痴呆介護実務者研修基礎課程を含む)を修了した方
- ②原則として、認知症の人の介護業務に5年以上従事した経験を有している方であって、実践者研修を修了し1年以上経過している方
- ③各介護保険施設・事業所において介護・看護のチームリーダー(主任・副主任・ユニットリーダーなど)の立場にあるか、または、それらの方々を指導する立場にある方
- ④区市町村又は地域での事業者連絡会等において、認知症支援の向上について役割を担うことができる方又はその意欲がある方

※指定認知症対応型共同生活介護事業所が、短期利用認知症対応型共同生活介護を行うに当たっては、本研修又は痴呆介護実務者研修専門課程(本研修の旧体系です。)、若しくは認知症介護指導者養成研修を修了していることが必要です。

⇒【申込方法参照】

【日程・研修内容】⇒詳細は5ページ以降をご覧ください。

講義・演習 8日間〔実習の課題設定・まとめを含む〕

実習 ・他施設実習 5日間 ※各回に定められた日程で実施します
 ・自施設実習 4週間

	第1日	第2日	第3日	第4日	第5日	第6日	実習	第7日	実習	第8日
	講義・演習	講義・演習	講義・演習	講義・演習	講義・演習	講義・演習	他施設実習	講義・演習	自施設実習	講義・演習
第3回	9/6	9/7	9/8	9/13	9/14	9/15	<u>9/26~9/30</u>	10/18	10/19~11/20	<u>11/21</u>
第4回	9/6	9/7	9/8	9/13	9/14	9/15	<u>10/3~10/7</u>	10/18	10/19~11/20	<u>11/22</u>

【定員】 各回50名
 ※お申込みの状況によっては、ご期待に添えない場合もございます。

【受講料】 無料

【申込方法】 以下の方法によりお申込みください。なお、受講目的によって申込方法が異なりますのでご注意ください。

受講目的	申込方法
① 短期利用認知症対応型共同生活介護を行うため（指定認知症対応型共同生活介護に限る）	<p>添付の受講申込書（コピー可）に必要事項をご記入の上、<u>認知症介護実践者研修の修了証書のコピーを添付し、事業所が所在する区市町村の介護保険サービス事業者にかかる指定所管部署にお申込みください。</u></p> <p>*なお、内容により区市町村において受講申込みを受理できない場合も考えられます。詳細は区市町村にご相談ください。 *当方で受講回（第3回・第4回）の割振りをいたします。</p> <p>◆区市町村への申込期限 <u>6月24日（金）</u> （区市町村で取りまとめ後、研修室に<u>7月1日（金）（必着）</u>までにお送りください）</p>
② 上記以外	<p>添付の受講申込書（コピー可）に必要事項をご記入の上、<u>認知症介護実践者研修の修了証書のコピーを添付し、所属する介護保険施設・事業所等の長から、下記の宛先に郵送</u>してください。</p> <p>*当方で受講回（第3回・第4回）の割振りをいたします。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>郵送先：〒112-0006 東京都文京区小日向4-1-6 東京都社会福祉保健医療研修センター 1階 東京都福祉人材センター研修室 内 「東京都認知症介護研修」担当</p> </div> <p>◆研修室直送申込期間 <u>7月1日（金）必着</u></p>
<p>【留意点（①・②共通）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必ず講義・演習及び実習の全日程に参加できる方をご推薦願います。 ・受講申込書には公印を必ず押してください。（所属長や担当者の私印は不可） 	

※申込期限は、いずれの場合も必着とし、FAXによるお申込みは一切受け付けません。

【受講決定】 受講が決定された方については受講票を、受講いただけない方についてはその旨の通知を、所属する介護保険施設・事業所等の担当者あてに郵送いたします。また、区市町村を通じてお申込みをされた方については、あわせて各区市町村あてに通知いたします。

※通知の発送は7月26日頃を予定しています。
※必着期限を過ぎたお申込みについては、通知をいたしません。

【会 場】 **東京都社会福祉保健医療研修センター**

所在地 東京都文京区小日向4-1-6

交通 東京メトロ 地下鉄丸の内線「茗荷谷」駅下車 徒歩10分
JR大塚駅下車 都営バス：錦糸町駅行き「小石川四丁目」
停留所下車 徒歩1分

当日、車・バイク・自転車でのご来場はご遠慮ください。

会場が変更になる場合がございます。詳細は受講決定時にお知らせします。

- 【その他】
- (1) 研修当日は必ず受講票をご持参ください。
(受講票をお持ちでない方は、受講できません)
 - (2) 受講生には『事前課題』としてレポートをご提出いただきます。No.1は初日の受付の際に、No.2は6日目の受付でご提出ください。
 - (3) 実習については、4ページをご参照ください。特に自施設実習の実施に際しては、事業所のご理解とご協力をお願いします。
 - (4) 本研修の全課程を修了した方には、東京都知事の修了証書を交付いたします。
 - (5) 原則として、研修当日の遅刻・早退・欠席は認められません。このような場合は、研修を辞退していただくこととなります。時間に余裕を持って研修会場へお越しください。
 - (6) やむを得ず研修を辞退する場合は、所属する介護保険施設・事業所等の長を通じて、「辞退届」を提出していただきます。区市町村の推薦を受けて申込みをされた方が辞退する場合は、区市町村を通じて辞退届をご提出ください。
 - (7) 本研修の申込書等に記載された事項は、個人情報保護等の規程に基づき適正な管理を行い、本研修実施に関する業務以外に使用することはいたしません。
 - (8) 研修修了者の氏名等を事業所が所在する区市町村にお知らせします。また、必要に応じて、東京都認知症疾患医療センター、地域包括支援センター等の関係機関に研修修了者の氏名等を情報提供致します。

【お問合せ先】 東京都福祉人材センター研修室「東京都認知症介護研修」担当
TEL03-5800-3335（月曜日～金曜日 午前9時～午後5時）

**** 実習のご案内（認知症介護実践リーダー研修）****

- 共通テーマ 「自分の職場、地域等で、尊厳を支える自立支援をどう進めるか」

■ 実習期間

- 他施設実習は講義・演習の6日目終了後から7日目の間の5日間（土日を除く）に、下記のとおり、各回に定められた日程で実施する予定です。

〔他施設実習 回数・日程一覧〕

回数	日程
第3回	9月26日(月)～9月30日(金)
第4回	10月3日(月)～10月7日(金)

- 他施設実習先は、当方で決定します。
- 自施設実習では、講義・演習7日目で他施設実習を振り返り、課題を再確認した後、受講生が所属する自施設・事業所にて約4週間の実習を行っていただきます。

■ 実習の進め方

- 他施設、自施設・事業所それぞれにおける実習経験を通して、認知症の人の尊厳を支える自立支援のあり方についての考えを深め、今後の具体的な取り組みへと考察を深めていくことが実習の目的です。
- 成果の高い実習とするため、講義・演習6日目「実習の課題設定」で、実習のテーマと取り組みの目標を具体的に作り上げていく学習を行います。
- 他施設実習（5日間）後、講義・演習7日目「他施設実習の振り返り、自施設実習に向けた課題確認」において、他施設実習の報告を行い、実習の課題を明確にした上で、自施設実習（約4週間）を行います。
- 自施設実習は、講義・演習を通じて各自が設定した実習課題に基づいて、自施設実習の期間中に各受講生の所属事業所で実習を行います。必要に応じて、カンファレンス等を設定していただき、他の職員の方の協力を得ながら、課題に取り組みます。
- 講義・演習8日目では実習報告を行い、実習の成果を共有するとともに、今後、各施設・事業所、地域等において実践していく具体的な取り組み方策について明確にしていきます。

所属長様へのお願い

- 自施設実習では、受講生は自施設・事業所において、研修で設定した課題を行います。実習生の各所属におかれましては、受講生が実習期間中であることに十分ご留意いただき、実習課題を実施するための時間の確保や、本研修の効果的な実施に御協力をお願いします。
- 自施設・事業所における実習について、その期間と実習の課題等を他の職員の方々へも周知し、実習内容やカンファレンスに協力していただくなど、施設・事業所全体として取り組んでいただく必要があります。所属長様には申込者として、職場への御配慮と課題の実行についての御協力をお願いします。

□リーダー研修プログラム 第3回

日 時		内 容	講師名(敬称略)
9月6日 第1日目	9:20～9:30	オリエンテーション	
	9:30～10:00	研修の意義と目的	佐伯哲毅(東京都福祉保健局 高齢社会対策部 在宅支援課課長代理(認知症支援担当))
	10:00～12:30	生活支援のための認知症介護のあり方	今井康明(株式会社 すずらん 代表取締役/東京都認知症介護指導者)
	13:30～16:30	医療との連携のあり方	松井敏史(医療法人社団 大和会 大内病院 副院長/東京都認知症疾患医療センター センター長) 昼間智裕(医療法人社団 大和会 大内病院/東京都認知症疾患医療センター 相談員/精神保健福祉士)
	16:30～17:00	今日のふりかえり	
9月7日 第2日目	9:30～12:30	援助者のメンタルヘルスとストレスマネジメント	小川恵(淑徳大学総合福祉学部 教授・精神科医)
	13:30～16:30	これからの地域社会を育む	コーディネーター 村松伸晃(医療法人社団つくし会 事務長/東京都認知症介護指導者) シンポジスト 調整中
	16:30～17:00	今日のふりかえり	
9月8日 第3日目	9:30～12:30	サービス展開のためのリスクマネジメント	尾林和子(特別養護老人ホームフローラ田無 施設長/東京都認知症介護指導者)
	13:30～16:30	高齢者虐待の防止	川崎裕彰(公益社団法人 あい権利擁護支援ネット 講師)
	16:30～17:00	今日のふりかえり	
9月13日 第4日目	9:30～16:30	スーパービジョンとティーチング・コーチング～職員のやる気育て～	諏訪茂樹(東京女子医科大学 看護学部 人文社会科学系 准教授)
	16:30～17:00	今日のふりかえり	
9月14日 第5日目	9:30～16:30	チームで支える認知症介護	長澤かほる(㈱ケアサークル恵愛 居宅介護支援事業所 介護支援専門員/東京都認知症介護指導者) 島田孝一 (㈱Professional Works 代表取締役/東京都認知症介護指導者)
	16:30～17:00	今日のふりかえり	
9月15日 第6日目	9:30～12:30	認知症の人を地域で支える	大嶺ひろ子(大泉学園高齢者グループホーム まささんの家 ホーム長/東京都認知症介護指導者)
	13:30～16:30	実習の課題設定	丸山寿量(特別養護老人ホーム 第三南陽園 サービス課長/東京都認知症介護指導者)
	16:30～17:00	今日のふりかえり	
他施設実習 9月26日(月)～9月30日(金)			
10月18日 第7日目	9:30～12:30	生活支援のための家族支援	田口実(特別養護老人ホーム さくら野杜 生活相談員/東京都認知症介護指導者)
	13:30～16:30	他施設実習の振り返り・自施設実習に向けた課題確認	高岡宏(マザアス新宿 施設長/東京都認知症介護指導者)
	16:30～17:00	今日のふりかえり	
自施設実習 10月19日(水)～11月20日(日)			
11月21日 第8日目	9:30～16:30	実習のまとめと今後の取組み	高岡宏(マザアス新宿 施設長/東京都認知症介護指導者)
	16:30～17:00	今日のふりかえり	
研修レポートの作成 (5,000字程度)		研修の受講を通じ、これから実践すべきケアの方向性と具体的な取り組み目標について、研修レポートを作成し、提出する。	

※プログラムによっては、第4回と合同研修となります。

□リーダー研修プログラム 第4回

日 時		内 容	講師名(敬称略)
9月6日 第1日目	9:20～9:30	オリエンテーション	
	9:30～10:00	研修の意義と目的	佐伯哲毅(東京都福祉保健局 高齢社会対策部 在宅支援課 課長代理(認知症支援担当))
	10:00～12:30	生活支援のための認知症介護のあり方	島田孝一(㈱Professional Works 代表取締役/東京都認知症介護指導者)
	13:30～16:30	医療との連携のあり方	松井敏史(医療法人社団 大和会 大内病院 副院長/東京都認知症疾患医療センター センター長) 昼間智裕(医療法人社団 大和会 大内病院/東京都認知症疾患医療センター 相談員/精神保健福祉士)
	16:30～17:00	今日のふりかえり	
9月7日 第2日目	9:30～12:30	援助者のメンタルヘルスとストレスマネジメント	小川恵(淑徳大学総合福祉学部 教授・精神科医)
	13:30～16:30	これからの地域社会を育む	コーディネーター 村松伸晃(医療法人社団つくし会 事務長/東京都認知症介護指導者) シンポジスト 調整中
	16:30～17:00	今日のふりかえり	
9月8日 第3日目	9:30～12:30	高齢者虐待の防止	川崎裕彰(公益社団法人 あい権利擁護支援ネット 講師)
	13:30～16:30	サービス展開のためのリスクマネジメント	谷口絹子(東京都東村山ナーシングホーム 介護課 相談係長/東京都認知症介護指導者)
	16:30～17:00	今日のふりかえり	
9月13日 第4日目	9:30～16:30	スーパービジョンとティーチング・コーチング～職員のやる気育て～	尾林和子(特別養護老人ホームフローラ田無 施設長/東京都認知症介護指導者)
	16:30～17:00	今日のふりかえり	
9月14日 第5日目	9:30～16:30	チームで支える認知症介護	鈴木恵介(シルバービレッジ八王子 副施設長/東京都認知症介護指導者) 島田洋介(介護老人保健施設めぐみ 副施設長/東京都認知症介護指導者)
	16:30～17:00	今日のふりかえり	
9月15日 第6日目	9:30～12:30	認知症の人を地域で支える	佐藤利弘(認知症高齢者グループホームサンライズホーム 管理者/東京都認知症介護指導者)
	13:30～16:30	実習の課題設定	相沢美恵子(介護老人保健施設 メディケアイースト 看護・リハビリ部長/東京都認知症介護指導者)
	16:30～17:00	今日のふりかえり	
他施設実習 10月3日(月)～10月7日(金)			
10月18日 第7日目	9:30～12:30	生活支援のための家族支援	池田久栄(社会福祉法人 カメリア会 研修教育担当課長/東京都認知症介護指導者)
	13:30～16:30	他施設実習の振り返り・自施設実習に向けた課題確認	不動田敏幸(特別養護老人ホーム鳳仙寮 教育担当主任/東京都認知症介護指導者)
	16:30～17:00	今日のふりかえり	
自施設実習 10月19日(水)～11月20日(日)			
11月22日 第8日目	9:30～16:30	実習のまとめと今後の取組み	不動田敏幸(特別養護老人ホーム鳳仙寮 教育担当主任/東京都認知症介護指導者)
	16:30～17:00	今日のふりかえり	
研修レポートの作成 (5,000字程度)		研修の受講を通じ、これから実践すべきケアの方向性と具体的な取り組み目標について、研修レポートを作成し、提出する。	

※プログラムによっては、第3回と合同研修となります。

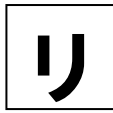
東京都認知症介護実践リーダー研修 受講申込書
 <受講希望者の所属する施設・事業所>の 3 所在地コード番号 一覧

受講希望者の所属する施設・事業所の所在する区市町村の所在地コード番号を受講申込書の 3 所在地コード番号欄に記入してください。

所在地コード番号	区市町村名
01	千代田区
02	中央区
03	港区
04	新宿区
05	文京区
06	台東区
07	墨田区
08	江東区
09	品川区
10	目黒区
11	大田区
12	世田谷区
13	渋谷区
14	中野区
15	杉並区
16	豊島区
17	北区
18	荒川区
19	板橋区
20	練馬区
21	足立区
22	葛飾区
23	江戸川区
24	八王子市
25	立川市
26	武蔵野市
27	三鷹市
28	青梅市
29	府中市
30	昭島市
31	調布市

所在地コード番号	区市町村名
32	町田市
33	小金井市
34	小平市
35	日野市
36	東村山市
37	国分寺市
38	国立市
39	福生市
40	狛江市
41	東大和市
42	清瀬市
43	東久留米市
44	武蔵村山市
45	多摩市
46	稲城市
47	羽村市
48	あきる野市
49	西東京市
50	瑞穂町
51	日の出町
52	檜原村
53	奥多摩町
54	大島町
55	利島村
56	新島村
57	神津島村
58	三宅村
59	御蔵島村
60	八丈町
61	青ヶ島村
62	小笠原村

平成28年度 東京都認知症介護実践リーダー研修(第3・4回共通) 受講申込書



東京都知事殿

申込者	法人名	
	(事業所名)	
	所属長役職	
	所属長氏名	



事務連絡先 [受講票等送付先]

	郵便番号	
	所在地	
	事業所名	
	連絡先 TEL	
	連絡先 FAX	
	連絡担当者氏名	

平成28年度東京都認知症介護実践リーダー研修に次の者を受講させたく、申込みます。

フリガナ		性別	1男	2女
受講希望者氏名				
生年月日	1昭和・2平成 年 月 日 ※受講者氏名と生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確にお書きください。			
受講希望回	*当方で受講回(第3回・第4回)の割振りをいたします。 都合の悪い研修回があれば、×をつけてください。		第3回	第4回
<受講希望者の所属する施設・事業所> ※現在所属する施設・事業所名をご記入ください。 受講希望者が複数のサービスに従事している場合は、 <u>主に</u> 従事している、サービス一つについてご記入ください。 1 名称 _____ 2 所在地 _____ 区・市・町・村 3 所在地コード番号 <input type="text"/> <input type="text"/> ※募集要項 参照 4 サービスの種類 (複数のサービスに従事している場合は、 <u>主に</u> 従事しているサービス1つに○をつける) 1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 小規模多機能型居宅介護 5 訪問介護 6 通所介護 7 認知症対応型通所介護 8 認知症対応型共同生活介護 9 特定施設入居者生活介護 10 訪問看護 11 訪問入浴 12 通所リハビリテーション 13 短期入所生活介護 14 短期入所療養介護 15 福祉用具貸与 16 看護小規模多機能型居宅介護 17 その他 (_____) 5 介護保険事業所番号 (_____)				
施設・事業所における職種、役職等	該当するものに○をつけてください。 1 管理者 2 計画作成担当者 3 サービス提供責任者 4 介護主任 5 介護副主任 6 フロアリーダー・ユニットリーダー 7 介護員(ケアワーカー) 8 主任相談員 9 相談員 10 その他 (_____)			
取得している資格等 (該当に○を付ける。)	1 介護福祉士 2 社会福祉士 3 訪問介護員1級 4 訪問介護員2級 5 看護師 6 介護支援専門員 7 その他 (_____) 8 資格なし			
認知症介護実務経験	年 _____ 月 _____			
認知症介護実践者研修受講履歴 (該当に○を付ける。)	1 痴呆介護実務者研修基礎課程 修了 2 認知症介護実践者研修 修了 必ず認知症介護実践者研修(または痴呆介護実務者研修基礎課程) 修了証書のコピーを添付のこと			

※1 本申込書は郵送にてお送りください。

※2 お申込みに際しては、講義・演習及び実習の全日程に参加できる方を推薦願います。

本申込書(裏面も含む。)に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規程に基づき、適正な管理を行い、本研修実施に関する業務以外に使用することはいたしません。

なお、受講決定に際して、関係所管課等に記載内容の確認等を行う場合があります。

裏面も必ずご記入ください

■自施設実習に対する体制について（この欄は申込者〔所属長〕がご記入ください）

この研修では実習があり、効果的な研修実施のためには、所属長や職場の理解と協力とが必要です。

- ① 研修期間中（特に自施設・事業所実習）、職場においてどのような協力体制をお考えですか？

- ② 所属長として受講生に期待すること、この研修を職場にどう生かしたいか等ご記入ください。

■実習のテーマについて（この欄は受講希望者がご記入ください）

申込みの時点で、実習テーマとして具体的にどのようなことに取り組みたいとお考えですか？
参考にお聞かせください。

■認知症の人の支援の取り組みについて（この欄は受講希望者がご記入ください）

- ① 職場のリーダーとして、これまでどのようなことに取り組みてきましたか。
それぞれの役割や基本の方針などを具体的にご記入ください。

- ② 地域の中で、認知症の人の支援の質を向上させるため、どのような取り組みをされていますか。また、今後どのような取り組みをしたいとお考えですか。