

平成30年度 第1回・第2回・第3回・第4回東京都認知症介護基礎研修

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、東京都認知症介護基礎研修を実施しています。東京都認知症介護実践者研修とは異なり、東京都内の介護保険施設・事業所に従事している介護職員の方はどなたでも受講することが可能です。

このパンフレットは、本年度実施する東京都認知症介護基礎研修についてお知らせするものです。

今後の認知症介護基礎研修の予定

○平成30年度は同様の研修を20回開催します。

(今後おおむね、6月、8月、10月、2月の実施を予定しています。)

○研修については、東京都福祉保健局ホームページでお知らせします。

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/koza/ninchi/index.html>

【ねらい】 認知症ケアの初任者として、業務を遂行する上で最低限の知識・技術とそれを実践する際の考え方を身に付け、チームアプローチに参画する一員として基本的なサービス提供を行うことができるようにする。

研修修了後は、本研修での学びを自ら実践するとともに、自らが提供したサービスの内容や結果について、同僚やチームリーダー等に適切に説明・報告を行うことができることを目指す。

【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は除く)に従事している介護職員等

【日程・研修内容】 ※いずれも、1日のみ、同内容の研修となります。

区分	日程
第1回 認知症介護基礎研修	4/25 講義・演習
第2回 認知症介護基礎研修	4/25 講義・演習
第3回 認知症介護基礎研修	4/26 講義・演習
第4回 認知症介護基礎研修	4/26 講義・演習

【定員】 各回80名 ※お申し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】 添付の受講申込書（コピー可）に必要事項をご記入の上、所属する介護保険施設・事業所等の長から、下記の宛先に郵送してください。

※今回（第1・2・3・4回）の基礎研修のお申込みは、1施設・事業所につき、3名までとさせていただきます（申込書は、1施設・事業所につき、3枚までの受付となります）。

封筒には、「東京都認知症介護基礎研修申込書在中」と記入してください。

*当方で受講回(第1回～第4回)の割振りをいたします。

(申込書送付先)

〒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 「東京都認知症介護研修」担当

【申込期限】 平成30年2月8日（木）（必着）

【留意点】 **必ず講義及び演習に終日参加できる方をご推薦ください。**

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）

申込期限は必着とし、FAXによるお申込は一切受け付けません。

【受講決定】 受講が決定した方、受講いただけない方については、それぞれその旨の通知を、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。

※通知の発送は、平成30年3月5日頃を予定しています。

※期限を過ぎた申込みについては、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 TEL03-5800-3335

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・自転車等でのご来場はご遠慮ください。

- 【その他】
- (1) 研修当日は必ず受講票をご持参ください。
 - (2) 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します。
 - (3) 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。
 - (4) 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等へお越しください。

【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）

第1・2回認知症介護基礎研修 プログラム

日 時		内 容		講 師:敬称略(所 属)	
				第1回	第2回
4/25 (水)	9:20～ 9:30	オリエンテーション		研修事務局	
	9:30～10:00	研修の目的と認知症の現状		調整中	調整中
	10:00～12:40	認知症の人の理解と対応の基本	・認知症の人を取り巻く現状 ・認知症の人を理解するために必要な基本的知識	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)	由井 洋子 (社会福祉法人うらら 赤羽高齢者あんしんセンター センター長/東京都認知症介護指導者)
			・具体的なケアを提供する時の判断基準となる考え方		
			・認知症ケアの基礎的技術に関する知識		
13:40～16:50	認知症ケアの実践上の留意点	・認知症の人との基本的なコミュニケーション ・不適切なケアの理解と回避方法	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)	由井 洋子 (社会福祉法人うらら 赤羽高齢者あんしんセンター センター長/東京都認知症介護指導者)	
		・不適切なケアの理解と回避方法 ・病態・症状等を理解したケアの選択 ・行動・心理症状(BPSD)を理解したケアの選択と工夫			
		・自事業所の状況や自身のこれまでのケアの振り返り			
16:50～17:00	修了式		研修事務局		

第3・4回認知症介護基礎研修 プログラム

日 時		内 容		講 師:敬称略(所 属)	
				第3回	第4回
4/26 (木)	9:20～ 9:30	オリエンテーション		研修事務局	
	9:30～10:00	研修の目的と認知症の現状		調整中	調整中
	10:00～12:40	認知症の人の理解と対応の基本	・認知症の人を取り巻く現状 ・認知症の人を理解するために必要な基本的知識	落合 伴重 (株式会社ソラスト 介護事業本部 関東介護第1ブロック ディレクター/東京都認知症介護指導者)	根本 俊弘 (社会福祉法人池上長寿園 特別養護老人ホーム 羽田 副施設長/東京都認知症介護指導者)
			・具体的なケアを提供する時の判断基準となる考え方		
			・認知症ケアの基礎的技術に関する知識		
13:40～16:50	認知症ケアの実践上の留意点	・認知症の人との基本的なコミュニケーション ・不適切なケアの理解と回避方法	落合 伴重 (株式会社ソラスト 介護事業本部 関東介護第1ブロック ディレクター/東京都認知症介護指導者)	根本 俊弘 (社会福祉法人池上長寿園 特別養護老人ホーム 羽田 副施設長/東京都認知症介護指導者)	
		・不適切なケアの理解と回避方法 ・病態・症状等を理解したケアの選択 ・行動・心理症状(BPSD)を理解したケアの選択と工夫			
		・自事業所の状況や自身のこれまでのケアの振り返り			
16:50～17:00	修了式		研修事務局		

東京都認知症介護基礎研修 受講申込書
 <受講希望者の所属する施設・事業所>の 2 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 2 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

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	

公印

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30年度東京都認知症介護基礎研修に下記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1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1・2回(4/25)	第3・4回(4/26)

<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、主に従事している、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 所在地コード番号 _____ ※募集要綱 参照

3 サービスの種類 (複数のサービスに従事している場合は、主に従事しているサービス一つに○を付ける。)

- 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 ()

4 介護保険事業所番号 ()

介護職経験年数 (該当に○を付ける。)	1. 6か月未満	2. 6か月～1年未満	3. 1～2年未満
	4. 2～5年未満	5. 5～10年未満	6. 10年以上

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			

※1 本申込書は郵送にてお送りください。

※2 **該当回研修に終日参加できる方をご推薦願います。**

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ありません。