

認知症介護研修公開講座のご案内

(平成 29 年度 第 4 回)

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、認知症の人の介護等に従事する方々の研修を実施しています。

認知症介護実践者研修の第 1 日目及び第 2 日目は、公開講座として開催し、より多くの関係者に聴講していただける機会としています。

ご希望の方は、下記をご参照の上、お申込みください。受講できる場合は、参加票をお送りいたします。参加票が届かない場合は、受講できませんのでご注意ください。

なお、平成 29 年度の公開講座は今回が最後のご案内となります。

【第 4 回】

日 時		内 容	講 師・敬称略(所 属)
第 15 ・ 16 回実践者研修 (1 日目)	11/16 (木)	9:20～ 9:30	オリエンテーション 研修事務局
	9:30～10:00	研修の意義と目的	海老沢夏実 (東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課認知症支援担当)
	10:15～12:05	認知症ケアの基本的視点と倫理	我妻弘 (社会福祉法人武蔵野会 練馬福祉園 施設長)
	13:05～14:30	認知症の人の家族への支援方法	服部安子 (浴風会ケアスクール 校長)
	14:45～16:45	認知症の人の理解と対応	内藤佳津雄 (日本大学文理学部心理学科 教授)
	16:45～17:00	今日のふりかえり	研修事務局
第 15 ・ 16 回実践者研修 (2 日目)	11/17 (金)	9:30～10:20	若年性認知症の人の理解 駒井由起子 (特定非営利活動法人いきいき福祉ネットワークセンター 理事長/東京都若年性認知症総合支援センター センター長)
	10:35～12:35	認知症の人の意思決定支援と権利擁護	高村浩 (弁護士)
	13:35～15:05	認知症の人への非薬物療法とアクティビティの提供	鷹部屋宏平 (特別養護老人ホーム シャローム東久留米 副施設長・高齢者在宅サービスセンターシャローム南沢 センター長/東京都認知症介護指導者)
	15:20～16:45	認知症ケアの基本的視点と理念	島田孝一 ((株) Professional Works 代表取締役/東京都認知症介護指導者)
	16:45～17:00	今日のふりかえり	研修事務局

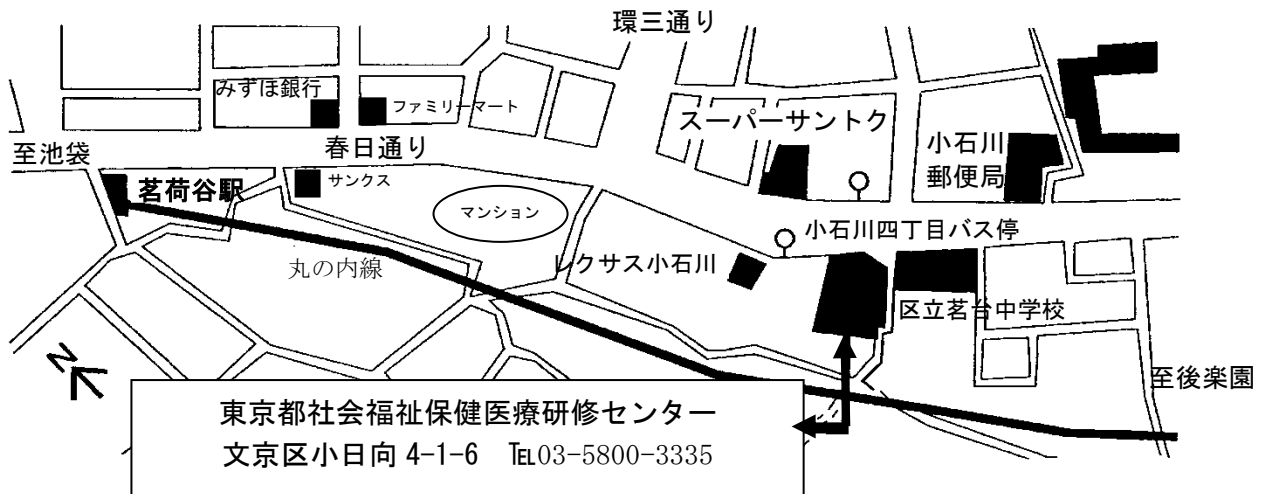
【対 象】 東京都内の介護保険施設・居宅サービス事業者等において介護等に従事する職員
区市町村において認知症支援に関する施策を担当する職員 等

【会 場】 東京都社会福祉保健医療研修センター

東京都文京区小日向 4-1-6 TEL03-5800-3335

■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



- 【定員】 140名（定員になり次第締め切ります）
- 【受講料】 無料
- 【申込方法】 別紙の申込書（コピー可）に必要事項をご記入の上、下記の担当宛に**FAX**してください。

※お申込みは、**1施設・事業所につき、2名まで**とさせていただきます。

本講座を受講した方が、今後東京都が実施する実践者研修を受講する場合、今回の参加をもつての科目振り替えはいたしません。

※ 公開講座の修了証書は交付しません。

※ 1日目・2日目双方共にご参加ください。

FAX 送信先：東京都認知症介護研修「公開講座」担当

FAX 03-6800-3012

【申込期間】 平成29年 **8月29日（火）** ～ 9月20日（水）

*8/29より早く到着したFAXは受け付けいたしません。

【参加決定】 参加者の決定は、**先着順**で行います。

参加可能な場合は、参加票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29年10月12日頃を予定しています。

*ご参加いただけない場合については、通知をいたしません。

【その他】 ・当日は必ず参加票をご持参ください。

（参加票をお持ちでない方は、ご参加いただけません）

・東京都認知症介護実践者研修（全6日間）の受講を希望する場合は、別途、実践者研修「受講申込書」による受講申込み（郵送）が必要です。

【お問合せ先】 **□参加申込み・申込内容の変更等について**

東京都認知症介護研修「公開講座」担当

TEL 03-6914-3032（月曜日～金曜日 午前9時～午後5時）

□研修全般に関する問い合わせ先

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

TEL 03-5800-3335（月曜日～金曜日 午前9時～午後5時）

FAX 03-6800-3012
東京都認知症介護研修「公開講座」担当 行

申込期間：8/29（火）～9/20（水）

*お申込みは、8/29より、FAXにて先着順で受け付けます。
8/29よりも前に到着したFAXは、受付いたしませんので、ご注意ください。

《第4回認知症介護研修公開講座》

参加申込書

期日 平成29年11月16日・17日

申込日 平成 年 月 日

（申込者＝参加票送付先）

郵便番号・所在地	(〒 _____) 所在地
事業所の名称	
施設等の種別	
電話・FAX	電話 (_____) FAX (_____)
事務担当・連絡者氏名	

・記載事項は申込日現在で記入してください。

〔参加希望者〕

所属(事業所名)		施設等の種別	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 行政職員 18 包括・在支 19 その他(_____)		
実践者研修への申込状況	1 別途郵送にて申込済(予定) 2 今回は受講を希望しない				
ふりがな					
氏名		役職名		職種	
所属(事業所名)		施設等の種別	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 行政職員 18 包括・在支 19 その他(_____)		
実践者研修への申込状況	1 別途郵送にて申込済(予定) 2 今回は受講を希望しない				
ふりがな					
氏名		役職名		職種	

※ご参加いただけない場合については、通知をいたしません。