

平成29年度 第2回 東京都認知症対応型サービス事業開設者研修

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しています。このパンフレットは、本年度実施する東京都認知症対応型サービス事業開設者研修についてお知らせするものです。

今後の認知症対応型サービス事業開設者研修の予定

- 平成29年度の開設者研修は今回が最終のご案内となります。
- 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】 認知症の人の尊厳を支え、自立を支援するためのサービスのあり方について理解するとともに、地域密着型サービスの実際について体験し、認知症対応型サービス事業の適切な運営のために必要な知識及び認知症介護の質の向上に資する力量を獲得する。

【実施主体】 東京都

【受講要件】 東京都内の小規模多機能型居宅介護事業者、認知症対応型共同生活介護事業者または、看護小規模多機能型居宅介護事業者の代表者の方（もしくは代表者になる具体的な予定がある方）。

※必ず4ページ《受講要件について》をご確認ください。

【開催日程・申込期限等】

	研修開催日		事業所から区市町村への申込期間	区市町村から研修室への申込期間	受講決定通知発送予定日
	講義	実習			
第2回	30年2月5日	2月6日・2月7日のいずれか	29年10月24日～29年11月24日	29年11月25日～29年12月1日	29年12月20日

(区市町村で取りまとめ後、研修室に申込みを行います。)

【定員】 約35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】 4,400円
本研修につきましては、東京都福祉保健局関係手数料条例（平成12年東京都条例第87号）に基づき、受講料を徴収します。
受講決定見込みの方には、後日受講料払込用の納付書を東京都より送付いたします。所定の納付書を使用して、別途通知する指定期日までに受講料をお支払いください。
なお、東京都福祉保健局関係手数料条例第6条に基づき、既納の受講料の返金はできませんので、あらかじめご了承くださいませよう願います。

【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、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。（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。）

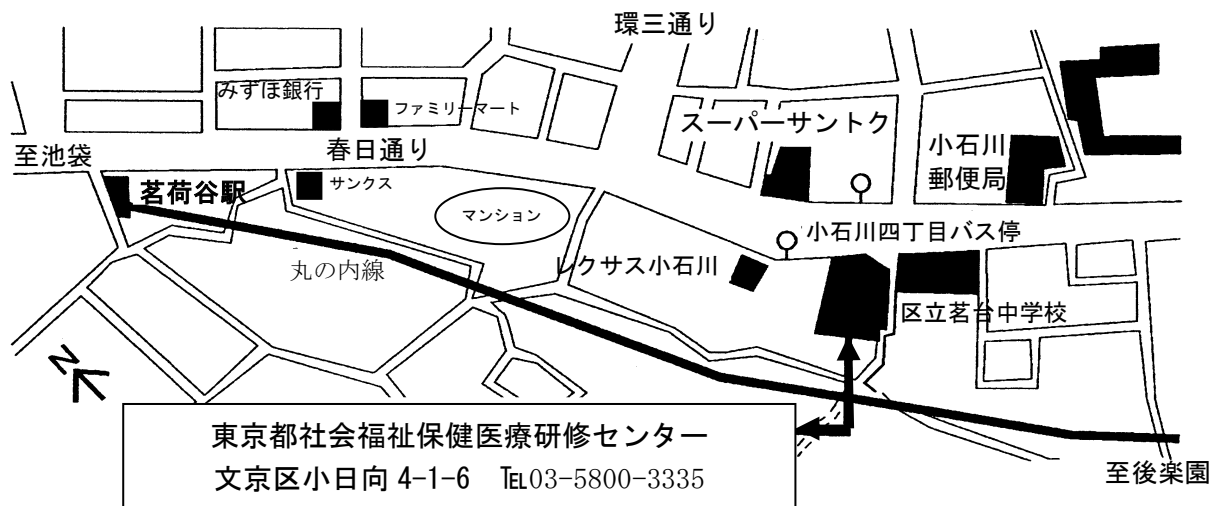
*別途提出する「認知症対応型サービス事業開設者研修受講に係る確認書」の「認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込区市町村」で記入した区市町村にお申込みください。

【留意点】 必ず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】 受講決定見込みの方、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、申請した区市町村及び事業所あてに郵送いたします。なお、別途、東京都から送付される納付書により、指定期日までの受講料納付が確認できたことをもって受講決定とします。

【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

【注意事項】 車・バイク・自転車でのご来場はご遠慮ください。駐車場・駐輪場はございません。



- 【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（レポート提出を含む）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) 指定期日までに受講料のお振込みがない場合は、受講できません。
 - (4) 本研修の欠席は認められていませんので欠席する場合には、所属する介護保険施設・事業所等の長及び区市町村を通じて研修の「辞退届」を提出していただきます。
 - (5) 原則として研修当日の遅刻は認められません。時間に余裕を持って研修会場等へお越しください。
 - (6) 代表者の受講要件の審査に際して、区市町村の関係所管課等に申込書の記載内容の確認等を行う場合があります。また、修了者の所属・氏名等については区市町村の関係所管課に通知します。
 - (7) 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。

【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）

◆ プログラム (第2回) ◆

日 時	内 容	講 師:敬称略(所 属)
8:50~9:00	オリエンテーション	研修事務局
9:00~9:30	研修の意義と目的	上野 睦子 (東京都福祉保健局高齢社会対策部 認知症対策担当課長)
9:30~11:30	認知症の人の基本的理解 家族の理解・認知症の人との関係の理解	下垣 光 (日本社会事業大学 社会福祉学部 教授)
11:40~12:40	地域密着型サービスの指定基準について	永田 匡毅 (中野区 区民サービス管理部 介護保険分野事業者指導調整担当 主事)
13:40~16:40	認知症の人のケアのあり方 サービス提供のあり方について	林田 俊弘 (NPO法人 ミニケアホーム きみさんち 理事長)
16:40~17:00	実習説明及び今日のふりかえり	研修事務局

●○○● 実習について ●○○●

東京都認知症対応型サービス事業開設者研修では、下記のとおり実習が含まれています。実習の目的等は下記のとおりです。

- 講義（1日目）を受講後、1日間の他施設での実習を行います。
- 認知症対応型共同生活介護等での1日を実際に体験実習することで、講義修了後、各受講者が代表者となる事業所の運営等について、具体的なイメージを作り上げていくことが実習の主な目的です。
- 実習日程 平成30年2月6日、2月7日 のいずれか
- 実習場所 東京都内の認知症対応型サービス事業所で行います。
- 実習する事業所および日程は、事務局で決定の上、受講決定後にご案内します。

◆◆◆◆ レポート提出について ◆◆◆◆

- 受講後1週間以内に、研修を通じ、①認知症の人のケアについて理解したこと、②今後の事業所運営に関して取り組みたいこと等について、5,000字のレポートを作成し、提出していただきます。
- レポートは、事業所所在地の区市町村長にもご提出ください。
特に、新たに開設する場合には、指定申請時に区市町村長あてにご提出ください。

《受講要件について》

【認知症対応型サービス事業開設者研修受講希望の方へ】

- ◆ 小規模多機能型居宅介護事業者及び認知症対応型共同生活介護事業者、看護小規模多機能型居宅介護事業者の代表者は、本研修の修了が義務付けられています。
- ◆ 認知症介護実践者研修、実践リーダー研修、旧基礎課程・専門課程修了者、認知症介護指導者養成研修、認知症グループホーム開設予定者研修※の修了者については、新たに受講する必要はありません。
※東京都では、「介護事業開設等支援セミナー」として平成 16、17 年度に実施したものが該当します。

○「代表者」について

- ・「代表者」とは、基本的には運営法人の代表者ですが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人のサービス部門の代表者として扱うのは合理的でないと判断される場合においては、地域密着型サービスの事業部門の責任者などを代表者として差し支えありません。
- ・「代表者」は、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター等の職員又は訪問介護員等として認知症の人の介護に従事した経験を有する者または保健医療サービス若しくは福祉サービスの経営に携わった経験を有する者であることが必要です。

- ◆ 受講申込みは、事業所が所在する区市町村の当該サービスに関する事業者指定の担当部署を通じて行う必要があります※。申込書を参照の上、区市町村の担当部署にご相談ください。

※本申込書は、別途提出する「認知症対応型サービス事業開設者研修に係る確認書」の「受講申込区市町村」に記載した区市町村にのみご提出ください。

平成 29 年度 東京都認知症対応型サービス事業 開設者研修(第 2 回) 受講申込書

開

公印

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 29 年度第 2 回東京都認知症対応型サービス事業開設者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。		
受講希望者の役職名			

※ 本申込書は郵送にてお送りください。

※ 実習も含め全日程とも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いたしません。なお、受講要件の審査に際して、区市町村の関係所管課等に申込書の記載内容の確認等を行う場合があります。また、修了者の所属・氏名等については区市町村の関係所管課に通知します。

受講目的 (該当に○を付ける。)	要区市町村推薦	1 認知症対応型サービスの開設のため	
		2 認知症対応型サービスの代表者変更のため (代表者変更時期 平成 年 月 日変更予定)	
実習希望日程		2/6	2/7
実習できない日に×をご記入ください。			

以下は、開設者研修受講に係る全ての事業所についてご記入ください(開設・変更の場合もご記入ください)。

本研修の申込みに当たって、推薦を受けた区市町村に所在する事業所に○印を付けてください。

事業所名(仮称も可) (事業所番号)	事業所住所(開設予定住所)	開設時期(予定)	サービス種別
(事業所番号)	〒	平成 年 月 日	1 認知症対応型共同生活介護 2 小規模多機能型居宅介護 3 看護小規模多機能型居宅介護
(事業所番号)	〒	平成 年 月 日	1 認知症対応型共同生活介護 2 小規模多機能型居宅介護 3 看護小規模多機能型居宅介護
(事業所番号)	〒	平成 年 月 日	1 認知症対応型共同生活介護 2 小規模多機能型居宅介護 3 看護小規模多機能型居宅介護
(事業所番号)	〒	平成 年 月 日	1 認知症対応型共同生活介護 2 小規模多機能型居宅介護 3 看護小規模多機能型居宅介護