

# 2019年度 東京都認知症介護研修のお知らせ

○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を対象とした研修を実施しています。

○2019年度の研修スケジュールや申込方法等については、**随時、東京都 HP『とうきょう認知症ナビ』にてお知らせ**します。☞<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/koza/ninchi/index.html>

○各研修の全課程を修了した方には、東京都知事による修了証書を交付します。

○研修修了後は、修了者名簿（氏名や所属事業所等）を、事業所所在の区市町村へ通知します。

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対しても、情報提供させていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

**【募集研修】** 今回募集する研修は以下のとおりです。

## 認知症介護実践リーダー研修（第1回～第2回）

○「認知症の人が有する能力に応じて自立した日常生活を営む」ことを支援するために、施設、事業所等における認知症支援のチームリーダーとして他の職員を指導し、チームケアのための調整を行うなど、認知症支援の質を向上させるための方策を具体的に展開できる力を身に付ける。

また、地域特性を活かして事業者等の連携を図るなど、地域の社会資源を活用して認知症の人を支援していくための方策を実践できる力を身に付ける。

※本研修は、平成16年度まで実施していた「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。

**【会場】** 東京都社会福祉保健医療研修センター（予定）

○所在地：東京都文京区小日向4-1-6

○交通：東京メトロ丸の内線「茗荷谷」駅下車 徒歩10分程度

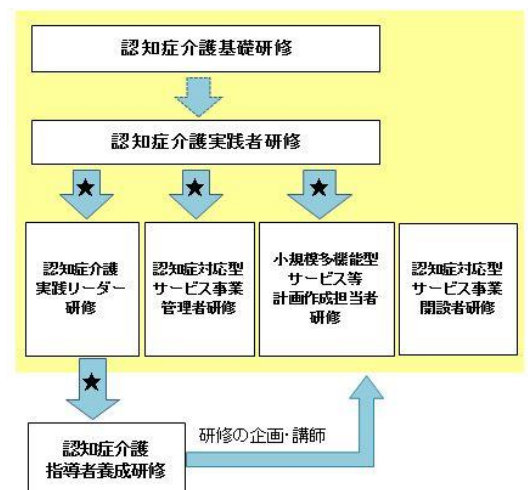
JR「大塚」駅下車 都営バス：錦糸町駅行「小石川四丁目」停留所下車 徒歩1分程度  
～会場は変更になる場合があります。詳細は受講票送付時にお知らせいたします～

## 【東京都認知症介護研修の研修体系】

東京都認知症介護研修の体系図は、右図のとおりです。

一部の研修を受講するためには、修了しなければならない研修があります（★受講要件）ので、ご確認ください。

リーダー研修以外の研修の募集については、別途、ご案内します。



## 【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

TEL 03-5800-3335（受付時間：月曜日～金曜日・午前9時～午後5時）

## 【実施主体】

東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課

# 認知症介護実践リーダー研修 【全4回実施予定】

【日程】 講義・演習8日間＋他施設実習（5日間）＋自施設実習（約4週間）

【ねらい】 施設・事業所のリーダーとして、認知症支援の質を向上させるための方策を具体的に展開できる力や地域において認知症介護支援の方策を実践できる力を習得する。

【定員】 各回約60名

【受講要件】 以下の要件を**全て**満たしている方

- ①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
- ②原則として、認知症介護実践者研修（旧「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」でも可）を修了して1年以上経過している方
- ③原則として、認知症の人の介護に関する経験が5年以上
- ④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**
- ⑤区市町村また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またはその意欲がある方

【受講料】 無料

【受講義務がある方】

指定認知症対応型共同生活介護事業所において、短期利用認知症対応型共同生活介護を行う場合には、認知症介護実践リーダー研修（旧「痴呆介護実務者研修（専門課程）」でも可）の修了が義務付けられています。

【申込方法】 添付の受講申込書（※コピー可）を用いて、**郵送により申込期限（必着）まで**にお申込みください。

◆「指定認知症対応型共同生活介護事業所において、短期利用認知症対応型共同生活介護を行う」ための申込

**申込期限：2019年3月5日（火曜日）【必着】**

⇒ 事業所が所在する区市町村の「認知症介護研修」担当部署までお申込みください。

※申込先等の詳細は、各区市町村までお問合せください。

※お申込みの際は、各区市町村の担当部署と事前に調整願います。

◆上記以外のための申込

**申込期限：2019年3月12日（火曜日）【必着】**

⇒ 〒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

\*必ず、全日程に参加できる方のみ、お申込みください。

\*実践者研修（旧「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」でも可）の修了証書のコピーを添付してください。

\*受講申込書は、必ず所属長を通じてお申込みください。また、私印による申込みは認められません。

\*FAXによるお申込は一切受け付けられません。

\*申込受付後、事務局にて、受講回の割振りを行います。

\*申込状況に応じて、受講決定者の調整をするため、ご希望に沿えない場合があります。

\*申込のあった施設・事業所の事務担当者宛てに「受講決定通知」か「落選ハガキ」のいずれかを郵送します。  
発送は、**2019年4月3日頃を予定**しています。

なお、期限を過ぎてのお申込みについては、通知をいたしませんので、ご了承ください。

\*受講要件の審査に際して、（区市町村推薦の場合は、区市町村の担当部署を通じて）申込書の記載内容等についての確認をさせていただく場合があります。

**【第1回スケジュール（予定）】** （内容は各回とも同一です）

	日時	内容	
1 目 目	5/21（火）	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
		10:00～12:00	認知症の専門的理解
		13:00～14:00	認知症ケアの指導の基本的視点
		14:15～16:45	チームで支える認知症介護
		16:45～17:00	今日のふりかえり
2 目 目	5/22（水）	9:30～14:00	認知症ケアにおけるチームアプローチの実践
		14:15～16:45	チームメンバーのストレスマネジメントの理論と方法
		16:45～17:00	今日のふりかえり
3 目 目	5/24（金）	9:30～12:30	職場内教育（OJT）の理解と実践
		13:30～16:30	職場内教育（OJT）の方法の理解と実践
		16:30～17:00	今日のふりかえり
4 目 目	5/28（火）	9:30～10:30	職場内教育（OJT）の計画立案方法の理解 ★1
		10:30～12:30	認知症ケアに関する倫理 ★1
		13:30～16:30	認知症の人の権利擁護 ★1
		16:30～17:00	今日のふりかえり
5 目 目	5/29（水）	9:30～12:00	認知症の人の家族支援方法
		13:00～16:30	認知症の人への介護技術
		16:30～17:00	今日のふりかえり
6 目 目	5/30（木）	9:30～12:00	認知症ケアの地域展開（フィールドワーク）
		13:00～15:00	認知症ケアの地域展開（ミニシンポジウム）
		15:15～16:45	他施設実習の課題設定
		16:45～17:00	今日のふりかえり
—	6/3～6/7 ★2	他施設実習	
7 目 目	6/21（金）	9:30～12:30	認知症の人へのアセスメントとケアの実践
		13:30～16:45	自施設実習の課題設定
		16:45～17:00	今日のふりかえり
—	6/22～7/24	自施設実習	
8 目 目	7/25（木） ★2	9:30～16:30	自施設実習結果報告・自施設実習評価
		16:30～17:00	今日のふりかえり

（終了後）研修レポートの提出（5,000字程度）

※研修内容を踏まえて、これから実践すべきケアの方向性と具体的な取組目標について、研修レポートを作成し、提出する。

★1 第1回と第2回でプログラムの順番が異なります。

★2 第1回と第2回で研修日が異なります。

**【第2回スケジュール（予定）】** （内容は各回とも同一です）

	日時	内容	
1 目 目	5/21（火）	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
		10:00～12:00	認知症の専門的理解
		13:00～14:00	認知症ケアの指導の基本的視点
		14:15～16:45	チームで支える認知症介護
		16:45～17:00	今日のふりかえり
2 目 目	5/22（水）	9:30～14:00	認知症ケアにおけるチームアプローチの実践
		14:15～16:45	チームメンバーのストレスマネジメントの理論と方法
		16:45～17:00	今日のふりかえり
3 目 目	5/24（金）	9:30～12:30	職場内教育（OJT）の理解と実践
		13:30～16:30	職場内教育（OJT）の方法の理解と実践
		16:30～17:00	今日のふりかえり
4 目 目	5/28（火）	9:30～12:30	認知症の人の権利擁護 ★1
		13:30～14:30	職場内教育（OJT）の計画立案方法の理解 ★1
		14:30～16:30	認知症ケアに関する倫理 ★1
		16:30～17:00	今日のふりかえり
5 目 目	5/29（水）	9:30～12:00	認知症の人の家族支援方法
		13:00～16:30	認知症の人への介護技術
		16:30～17:00	今日のふりかえり
6 目 目	5/30（木）	9:30～12:00	認知症ケアの地域展開（フィールドワーク）
		13:00～15:00	認知症ケアの地域展開（ミニシンポジウム）
		15:15～16:45	他施設実習の課題設定
		16:45～17:00	今日のふりかえり
—	6/10～6/14 ★2	他施設実習	
7 目 目	6/21（金）	9:30～12:30	認知症の人へのアセスメントとケアの実践
		13:30～16:45	自施設実習の課題設定
		16:45～17:00	今日のふりかえり
—	6/22～7/24	自施設実習	
8 目 目	7/26（金） ★2	9:30～16:30	自施設実習結果報告・自施設実習評価
		16:30～17:00	今日のふりかえり

（終了後）研修レポートの提出（5,000字程度）

※研修内容を踏まえて、これから実践すべきケアの方向性と具体的な取組目標について、研修レポートを作成し、提出する。

★1 第1回と第2回でプログラムの順番が異なります。

★2 第1回と第2回で研修日が異なります。

## 【実習について】

### ＜共通テーマ＞

- 自分の職場、地域において、チームリーダーとして「認知症の人の尊厳を支える自立支援」に向けた具体的な取組をどう進めるか、考察を深める。

### ＜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（土日祝日を除く）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。

回数	日程
第1回	6月 3日（月）～ 6月 7日（金）
第2回	6月10日（月）～ 6月14日（金）

- 他施設実習先は、事務局で決定します。
- 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、今後の具体的な取組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「他施設実習の課題設定」で、実習のテーマと取組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「自施設実習の課題設定」において、他施設実習の振り返りを通し、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組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に取り組みます。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ご留意いただき、実習課題に取り組むための時間の確保や、本研修の効果的な実施にご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、職場へのご配慮と課題への取組についてのご協力をお願いします。

## 【注意事項】

- 研修の受講について
  - ・受講に際しては、『事前課題』をご提出いただきます。『事前課題』は、受講票を送付する際にお送りします。
  - ・受講申込後に、やむを得ず研修に出席できなくなった場合は、**必ず事前に連絡**してください。**無断欠席は、次回以降の受講決定に影響する場合があります。**
- なお、受講決定後から研修前日までの間に辞退をする場合は、「辞退届」を提出していただきます。
- ・**遅刻、早退、欠席があった場合は、研修修了とは認められません。**また、欠席等があった場合は、以降の研修を受講することはできません。

## 東京都認知症介護研修 受講申込書

〈受講希望者の所属する施設・事業所〉の所在地コード番号 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、  
受講申込書の所在地コード番号欄に記入してください。

行政コード番号	区市町村名	行政コード番号	区市町村名
01	千代田区	32	町田市
02	中央区	33	小金井市
03	港区	34	小平市
04	新宿区	35	日野市
05	文京区	36	東村山市
06	台東区	37	国分寺市
07	墨田区	38	国立市
08	江東区	39	福生市
09	品川区	40	狛江市
10	目黒区	41	東大和市
11	大田区	42	清瀬市
12	世田谷区	43	東久留米市
13	渋谷区	44	武蔵村山市
14	中野区	45	多摩市
15	杉並区	46	稲城市
16	豊島区	47	羽村市
17	北区	48	あきる野市
18	荒川区	49	西東京市
19	板橋区	50	瑞穂町
20	練馬区	51	日の出町
21	足立区	52	檜原村
22	葛飾区	53	奥多摩町
23	江戸川区	54	大島町
24	八王子市	55	利島村
25	立川市	56	新島村
26	武蔵野市	57	神津島村
27	三鷹市	58	三宅村
28	青梅市	59	御蔵島村
29	府中市	60	八丈町
30	昭島市	61	青ヶ島村
31	調布市	62	小笠原村

# 2019年度 東京都認知症介護実践リーダー研修 受講申込書(第1・2回共通)

## 【郵送でお送りください】

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	



※私印は認められません



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	

標記の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
<b>【受講希望回】</b> ※都合の悪い研修回があれば、×をつけてください。 【第1回 ⇒ (      )】 【第2回 ⇒ (      )】			
<b>【受講希望者の現所属施設・事業所】</b> ※受講希望者が複数のサービスに従事している場合は、 <u>主に従事しているサービス一つについてご記入ください。</u>			
(1) 名称 _____			
(2) 所在区市町村 _____		(3) 所在地コード番号※パンフレットP.6参照 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	
(4) サービスの種類 (番号に○)			
1 介護老人福祉施設      2 介護老人保健施設      3 介護医療院      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 (      )			
<b>【現職種・役職等】</b> (番号に○)	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 (      )		
<b>【所有資格等】</b> (番号に○)	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 介護職員初任者研修修了      6 看護師      7 介護支援専門員 8 その他 (      )      9 資格なし		
<b>【認知症介護実務経験】</b>	年      ヶ月      (2019年3月末現在)		
<b>【認知症介護実践者研修等の受講状況】</b> (該当に○)	1 痴呆介護実務者研修(基礎課程) 修了済 2 認知症介護実践者研修 修了済 ※必ず上記どちらかの修了証書のコピーを添付してください		

**【チェック欄】 ※必ず全ての□にチェックが入ることを確認してください。**

- : 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。
- : 申込者は研修の全日程に参加できる。
- : 認知症介護実践者研修(旧「痴呆介護実務者研修(基礎課程)」でも可)を修了して1年以上経過している。
- : 認知症介護実践者研修(旧「痴呆介護実務者研修(基礎課程)」でも可)の修了証書の写しを添付した。
- : 認知症の人の介護に関する経験が5年以上ある。
- : 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・ユニットリーダー等)の立場にある。
- : 区市町村また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意欲がある。
- : 記載内容に誤りがない【※本申込書の記載内容から、修了証書を作成しますので、必ずご確認ください。】

※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、修了者の所属・氏名等については、事業所が所在する区市町村にお知らせします。  
 ※受講決定に際して、区市町村の関係所管課等に、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（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（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組について（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まれてきましたか。  
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、どのような取組をされていますか。  
また、今後どのような取組をしたいとお考えですか。