

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。

① **認知症介護実践者研修（第7回～第10回）** 【P3～5 参照】

「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の実践的な知識・技術を学び、サービス形態にとらわれず、支援を展開できる力を身に付ける。

また、研修修了後は、介護現場の中心的存在としてチームケアの実現に向けて他の職員をリードし、認知症支援の質を向上させるために具体的な行動ができることを目指す。

② **認知症対応型サービス事業管理者研修（第3回）** 【P6～7 参照】

事業所の管理者として、「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」ことへの支援及び事業所の適切な運営についての実践的な知識・技術を学び、支援を展開できる力を身に付ける。

また、研修修了後は、管理者として適切に事業所を運営し、職員を統率して認知症支援の質の向上のために必要な行動ができることを目指す。

③ **小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修（第2回）** 【P8～9 参照】

（看護）小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者（介護支援専門員）として、認知症の人の尊厳を支え、自立を支援するために、チームで利用者の地域生活を支えるためのケアマネジメントについて理解するとともに、利用者及び事業の特性を踏まえた計画作成の技術向上を目指す。

また、研修修了後は、各事業所において適切な計画を作成し、事業所におけるサービスの質の向上を目指す。

【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

【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

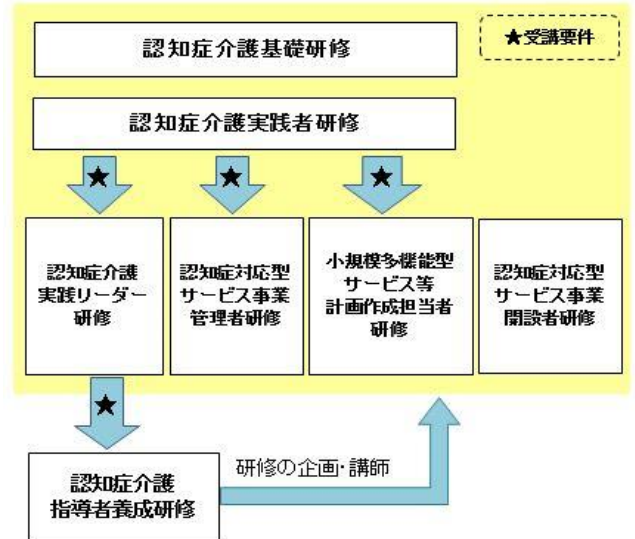
○交通：東京メトロ丸の内線「茗荷谷」駅下車 徒歩 10 分程度

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。

今回募集対象外の研修については、別途、ご案内します。



【受講義務について】

東京都認知症介護研修において、指定地域密着型サービスの指定・運営基準により修了が義務付けられている研修は以下のとおりです。

ただし、過去の研修体系における修了状況により、現研修の修了扱いとされる場合がありますので、詳細は事業所が所在する区市町村の担当部署までお問合せください。

	計画作成担当者	管理者	代表者
認知症対応型通所介護事業所 (※1)	—		—
認知症対応型 共同生活介護事業所 (※2)	①認知症介護実践者研修	①認知症介護実践者研修	認知症対応型サービス事業 開設者研修
小規模多機能型 居宅介護事業所 (サテライト型を含む)	①認知症介護実践者研修 +	+ ②認知症対応型サービス事業 管理者研修	
看護小規模多機能型 居宅介護事業所 (サテライト型を含む)	③小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修		

※1：平成 18 年 3 月 31 日において現に開設している認知症対応型通所介護事業所で引き続き勤務する管理者については受講義務はありません。

※2：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。申込方法等については、別途、ご案内します。

※3：今回募集対象外の研修の申込方法等については、別途、ご案内します。

認知症介護実践者研修 【全 20 回実施予定】

【日程】 講義・演習6日間＋自施設実習（約2週間）

【ねらい】 認知症介護の質の向上に向けた取組を行うために必要な、認知症介護に関する実践的な知識及び技術を修得する。

【定員】 各回約80名

【スケジュール（予定）】 ※内容は各回とも同一です。

	第7回	第8回	第9回	第10回	時間	内容
1 目 目	7/4（木）				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
					10:15～12:15	認知症の人の理解と対応
					13:15～14:40	認知症の人の家族への支援方法
					14:55～16:45	認知症ケアの基本的視点と倫理
					16:45～17:00	今日のふりかえり
2 目 目	7/5（金）				9:30～10:20	若年性認知症の人の理解
					10:35～12:35	認知症の人の意思決定支援と権利擁護
					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
					15:20～16:45	認知症ケアの基本的視点と理念
					16:45～17:00	今日のふりかえり
	第7回	第8回	第9回	第10回	時間	内容
3 目 目	7/10（水）		7/17（水）		9:30～12:30	認知症の人とのコミュニケーションの理解と方法
					13:30～16:45	認知症の人の生活環境づくり・地域資源の理解とケアへの活用
					16:45～17:00	今日のふりかえり
4 目 目	7/11（木）		7/18（木）		9:30～12:30	アセスメントとケアの実践の基本Ⅰ
					13:30～16:45	アセスメントとケアの実践の基本Ⅱ（事例演習）
					16:45～17:00	今日のふりかえり
5 目 目	7/12（金）		7/19（金）		9:30～14:00	認知症の人への介護の実践
					14:15～16:45	自施設における実習の課題設定
					16:45～17:00	今日のふりかえり
実習	7/13～7/31		7/20～8/5		自施設実習	
6 目 目	8/1（木）		8/6（火）		9:30～12:30	自施設実習評価
					13:30～16:45	自分の言葉でとらえなおす認知症ケアの基本理念
					16:45～17:00	修了式

【受講要件】 以下の要件を**全て**満たしている方

- ①東京都内（※1）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、認知症の人の介護に関する経験が2年程度以上（※2・3）

※1：原則として、足立・豊島区内の介護保険施設・事業所は、本研修のお申込みができません。

各区が実施する「認知症介護実践者研修」にお申込みください。詳細は、各区の「認知症介護研修」担当部署にお問合せください。

※2：事務職、施設長、生活相談員等としての経験のみでは、認知症の介護経験とは見なしません。

※3：「介護福祉士と同等の知識を有する方」及び「各施設において介護・看護のチームリーダーに類する立場（主任・副主任・ユニットリーダー等）にある方、または立場になる予定の方」を想定しています。

【受講料】 無料

【受講義務がある方】 P.2 をご参照ください。

【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。

◆「認知症対応型サービス事業の開設」もしくは「管理者・計画作成担当者の具体的変更」に伴う申込

【区市町村推薦申込】 * 区市町村推薦申込書を使用

申込期限：2019年4月25日（木曜日）【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 【直接申込】 * 直接申込書を使用

申込期限：2019年5月10日（金曜日）【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

* 直接申込における申込人数は、1施設・事業所あたり、2名まで（申込書は2枚まで）とさせていただきます。

* 必ず、全日程に参加できる方のみ、お申込みください。

* 過去に、実践者研修の一部を受講した場合や、「公開講座」を受講されたことがある場合でも、全ての日程にご参加いただく必要があります。

* 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、私印によるお申込みは認められません。

* FAXによるお申込み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。

* お申込みのあった施設・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5月30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。

【自施設実習について】

- 講義・演習の5日目までを受講後、受講者自身が所属する施設・事業所にて約2週間の実習を行います。
- 自施設実習の期間中は、講義・演習を通じて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において実習し、必要に応じてカンファレンス等を行っていただきます。
- 自施設実習は、講義・演習で学んだ内容を、今後、受講生の所属する施設・事業所における支援に活かすための、具体的・実践的な取組のイメージを作り上げていくことが主な目的です。
- 実習終了後は、実習の振り返りを行い、実習成果を報告すると共に、今後の認知症の人の生活支援について、現場で実践すべき内容を整理します。

所属長様へのお願い

- 実習期間中は、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ご留意いただき、実習課題の実施、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は、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の実行についてのご協力をお願いします。
- ※新規開設する場合で、自施設・事業所がない場合は、各事業所において実習先を確保してください。
(例・法人内の既設事業所など)

【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。

認知症対応型サービス事業管理者研修 【全6回実施予定】

- 【日程】** 講義・演習2日間＋他施設実習（1日間）
【ねらい】 認知症対応型サービス事業所を管理・運営していくために必要な知識及び技術を修得する。
【定員】 各回約70名

【スケジュール（予定）】

	第3回	時間	内容
1 日 目	8/21（水）	9:05～9:15	オリエンテーション
		9:15～9:45	管理者コースの意義と目的
		9:45～12:15	管理者の役割
		13:15～15:15	職員の育成
		15:30～17:00	人事労務管理
		17:00～17:15	今日のふりかえりと実習準備
8月22・23・26日のいずれか		他施設実習（1日）	
2 日 目	8/29（木）	9:30～12:30	認知症対応型サービス事業所における生活の質の保障とリスクマネジメント
		13:30～16:45	認知症対応型サービス事業所での生活の質のあり方を考える
		16:45～17:00	修了式

【受講要件】 以下の要件を**全て**満たしている方

- ①東京都内の認知症対応型サービス事業（認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護）の管理者、または、管理者になる予定の方
- ②認知症介護実践者研修（※1）を修了している方【同時申込可】

※1：旧「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」でも可

【受講料】 2,600円

【受講義務がある方】 P.2 をご参照ください。

【申込方法】

添付の**区市町村推薦申込書**（※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。

◆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。

※実践者研修（旧「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」でも可）を修了済の方は、修了証書のコピーを添付してください。

※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。

申込期限：2019年4月25日（木曜日）【必着】

*必ず、**全日程に参加できる方**のみ、お申込みください。

*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、**私印によるお申込みは認められません**。

*FAXによるお申込みは一切受け付けられません。

*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。調整においては、**具体的な就任予定が近い方を優先**させていただきます。

*お申込みのあった施設・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5月30日頃を予定**しています。

*受講要件の審査に際して、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。

【他施設実習について】

○講義・演習の1日目を受講後、1日間の他施設での実習を行います。

○認知症対応型サービス事業所での1日を実際に体験実習することで、研修修了後、各受講生が管理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。

○実習日程は、**8月22・23・26日のいずれか1日**です。

○実習は、東京都内の認知症対応型共同生活介護事業所等で行います。実習先及び実習日程は、事務局で決定の上、受講決定時にご案内します。

【注意事項】

●受講料の支払について

・本研修は、「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。受講決定通知とは別に、東京都より所定の納付書を送付いたしますので、別途指定する期日までに受講料をお支払いください。

・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。

・**指定期日までに受講料の納付が確認できない場合は、研修の受講が認められません**。

●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。

小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 【全5回実施予定】

【日程】 講義・演習2日間

【ねらい】 小規模多機能型及び看護小規模多機能型の居宅介護事業所において、利用者及び事業の特性を踏まえた指定居宅サービス等の利用に係る計画等を作成するために、必要な知識及び技術を修得する。

【定員】 各回約25名

【スケジュール（予定）】

	第2回	時間	内容
1 日 目	9/4（水）	9:20～9:30	オリエンテーション
		9:30～9:35	研修の意義と目的
		9:35～12:30	小規模多機能ケアの視点
		13:30～15:00	ケアマネジメント論
		15:15～16:45	地域生活支援
		16:45～17:00	今日のふりかえり
2 日 目	9/5（木）	9:30～11:00	チームケア
		11:15～16:45	居宅介護支援計画作成の実際
		16:45～17:00	今日のふりかえり

【受講要件】

以下の要件を**全て**満たしている方

- ①東京都内の小規模多機能型居宅介護事業所、または看護小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者（介護支援専門員）、または計画作成担当者（※1）になる予定の方
- ②認知症介護実践者研修（※2）を修了している方【同時申込可】

※1：介護支援専門員資格取得者であること。ただし、サテライト型の場合は、介護支援専門員資格は未取得でも受講が可能な場合あり。

※2：旧「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」でも可

【受講料】 4,900円

【受講義務がある方】 P.2 をご参照ください。

【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。

◆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。

※実践者研修（旧「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」でも可）を修了済の方は、修了証書のコピーを添付してください。

※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。

申込期限：2019年4月25日（木曜日）【必着】

*必ず、全日程に参加できる方のみ、お申込みください。

*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、私印によるお申込みは認められません。

*FAXによるお申込みは一切受け付けられません。

*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。調整においては、具体的な就任予定が近い方を優先させていただきます。

*お申込みのあった施設・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5月30日頃を予定しています。

*受講要件の審査に際して、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。

【注意事項】

●受講料の支払について

・本研修は、「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。受講決定通知とは別に、東京都より所定の納付書を送付いたしますので、別途指定する期日までに受講料をお支払いください。

・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。

・指定期日までに受講料の納付が確認できない場合は、研修の受講が認められません。

●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

区市町村推薦申込用【郵送でお送りください】<表>

※直接申込の方は、使用しないでください

2019年度 東京都認知症介護実践者研修（第7・8・9・10回共通）
認知症対応型サービス事業管理者研修（第3回） 受講申込書

実

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	

標記の研修について、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
【受講希望研修】 (該当に○) ※同時申込の場合は、 両方に○	1 認知症介護実践者研修		第7・8回
	研修回によって、3日目以降の日程が異なりますので、 都合の悪い研修回があれば、×をつけてください。		第9・10回
	2 認知症対応型サービス事業管理者研修		

【受講目的】 ※どちらかの番号に○をつけ、下欄を全てご記入ください。

- 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管理者・計画作成担当者の変更のため

※どちらにも該当しない場合は、区市町村推薦申込の対象外です。直接申込にてお申込みください。

(開設予定/変更後)の事業所名称					
	※仮称でも可				
(開設予定/変更後)の事業所所在地	〒				
(開設予定/変更予定)の 事業所サービス種別(番号に○)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 認知症対応型共同生活介護</td> <td style="width: 50%;">2 認知症対応型通所介護</td> </tr> <tr> <td>3 小規模多機能型居宅介護</td> <td>4 看護小規模多機能型居宅介護</td> </tr> </table>	1 認知症対応型共同生活介護	2 認知症対応型通所介護	3 小規模多機能型居宅介護	4 看護小規模多機能型居宅介護
1 認知症対応型共同生活介護	2 認知症対応型通所介護				
3 小規模多機能型居宅介護	4 看護小規模多機能型居宅介護				
(開設予定/変更予定)の時期	年 月 日 頃 ※具体的な就任予定が近い方を優先します。				
【開設の場合のみ】事業者指定申請の予定	年 月 日 頃				
(開設後/変更後)の役職(番号に○)	1 管理者 2 計画作成担当者 3 管理者兼計画作成担当者				
【変更の場合のみ】変更の理由					

【受講希望者の現所属施設・事業所】

※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 _____ ※研修期間中に所属の変更が予定されている場合は、新名称と変更時期等

(2) 所在区市町村 _____ (3) 所在地コード番号 ※パンフレットP.10参照

- (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 () | | | |

- 【現職種・役職等】(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 () | | |

- 【所有資格等】(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 | | | |

裏面も必ずご記入ください

区市町村推薦申込用【郵送でお送りください】<裏>

※直接申込の方は、使用しないでください

【認知症介護の実務経験】 (申込者本人がご記入ください。)	勤務先	職種・役職	従事期間
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
※事務職、施設長、生活相談員等のみでは認知症介護の実務経験とみなしません。(兼務の場合「兼介護職」等とご記入ください。) ※看護師の方で介護職を兼務されている場合は、「兼介護職」とご記入ください。			計 年 月 (2019年5月末現在)

■以下は、**認知症対応型サービス事業管理者研修の申込みをする方のみ**、ご記入ください。

【認知症介護実践者研修(旧基礎課程を含む)の受講状況】 (番号に○)	1 修了済 ⇒ 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。 2 現在受講中(申込中) ⇒【実施主体： 1 東京都 2 その他()】 【修了予定日： 年 月 日 修了予定】 ※修了次第、追って 修了証書のコピー を提出していただきます。 3 本申込書にて実践者研修・管理者研修を同時申込		
【実習の希望日程】 ※都合の悪い実習日があれば、 ×をつけてください。	8 / 2 2	8 / 2 3	8 / 2 6

【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。
 ※実践者研修については、足立区及び豊島区の事業所は対象外です。
- :認知症の人の介護に関する経験が2年程度以上ある。
- :申込者は研修の全日程に参加できる。
- :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。

表面も必ずご記入ください

直接申込用【郵送でお送りください】

※区市町村推薦申込の方は、使用しないでください

実

2019年度 東京都認知症介護実践者研修 受講申込書(第7・8・9・10回共通)

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
【受講希望回】	研修回によって、3日目以降の日程が異なりますので、都合の悪い研修回があれば、×をつけてください。	第7・8回	第9・10回

<受講希望者の現所属施設・事業所>

※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 _____ ※研修期間中に所属の変更が予定されている場合は、新名称と変更時期等

(2) 所在区市町村 _____ (3) 所在地コード番号 ※パンフレットP.10参照

※原則として、足立区及び豊島区の事業所は、本研修の対象外です。

(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 ()			

【現職種・役職等】 (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 ()		
【所有資格等】 (番号に○)	1 介護福祉士	2 社会福祉士	3 訪問介護員1級
	5 介護職員初任者研修修了	6 看護師	4 訪問介護員2級
	8 その他 ()	7 介護支援専門員	
		9 資格なし	

	勤務先	職種・役職	従事期間
【認知症介護の実務経験】 (申込者本人がご記入ください。)			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
			年 月 日～ 年 月 日
※事務職、施設長、生活相談員等のみでは認知症介護の実務経験とみなしません。(兼務の場合「兼介護職」等とご記入ください。) ※看護師の方で介護職を兼務されている場合は、「兼介護職」とご記入ください。			計 年 月 (2019年5月末現在)

【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(足立・豊島区を除く。)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。

: 認知症の人の介護に関する経験が2年以上ある。

: 申込者は研修の全日程に参加できる。

: 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。

2019年度 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修(第2回) 受講申込書

【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	

標記の研修について、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

【受講目的】 ※どちらかの番号に○をつけ、下欄を全てご記入ください。

- 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計画作成担当者の変更のため

(開設予定/変更後の) 事業所の名称		※仮称でも可
(開設予定/変更後の) 事業所の所在地	〒	
(開設予定/変更予定) の 事業所サービス種別 (番号に○)	1 小規模多機能型居宅介護 (本体事業所) 2 看護小規模多機能型居宅介護 (本体事業所) 3 小規模多機能型居宅介護 (サテライト型) 4 看護小規模多機能型居宅介護 (サテライト型)	
(開設予定/変更予定) 時期	年 月 日 頃	※具体的な就任予定が近い方を優先します。
【開設の場合のみ】 事業者指定申請の予定	年 月 日 頃	
(開設後/変更後の) 役職 (番号に○)	1 計画作成担当者	2 管理者兼計画作成担当者
【変更の場合のみ】 変更の理由		

【受講希望者の現所属施設・事業所】

(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.10参照

(4) サービスの種類 (番号に○)

- | | | |
|------------------------|--------------------------|----------|
| 1 小規模多機能型居宅介護 (本体事業所) | 2 看護小規模多機能型居宅介護 (本体事業所) | 5 1~4 以外 |
| 3 小規模多機能型居宅介護 (サテライト型) | 4 看護小規模多機能型居宅介護 (サテライト型) | |

【介護支援専門員証番号】

- | | | | |
|---------------|---------|-----------|-----------|
| 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 その他 () | 8 なし |

【認知症介護実践者研修
(旧(基礎課程)でも可)
の受講状況】
(番号に○)

- 1 修了済 ⇒ 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。
- 2 未修了 (現在申込中 (受講中))
⇒ 【実施主体: 1 東京都 2 その他 ()】
【修了予定日: 年 月 日 修了予定】
※修了次第、追って修了証書のコピーを提出していただきます。

【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。

- : 東京都内の小規模多機能型居宅介護事業者、または看護小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者 (介護支援専門員)、または計画作成担当者になる予定がある。
- : 申込者は研修の全日程に参加できる。
- : 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。