

令和2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。今回募集する研修は以下のとおりです。

【募集研修】

研修名	認知症介護基礎研修（第1回～第4回）	
目的	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なる。 また、研修修了後は、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・報告できることを目指す。	
日程	第1・2回 令和2年4月23日（木） 第3・4回 令和2年4月24日（金）	講義＋演習（1日間）
申込期限	令和2年2月21日（金）必着	

【会場】 東京都社会福祉保健医療研修センター

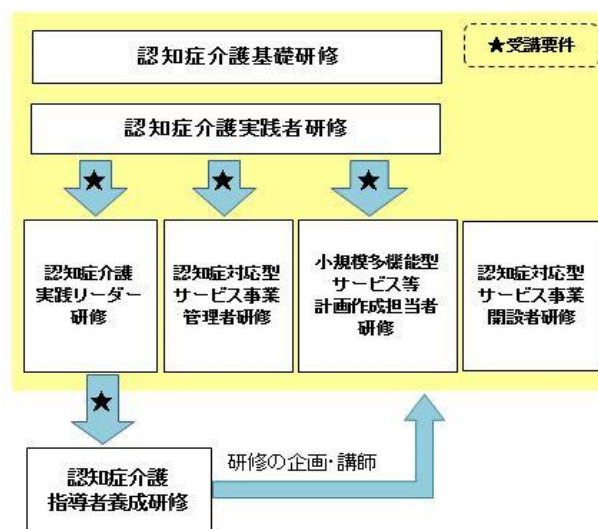
○所在地：東京都文京区小日向 4-1-6

○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。



○令和2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>

○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。

【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

認知症介護基礎研修 【全 20 回実施予定】

【日程】 講義＋演習（1日間）

【ねらい】 新任の介護職員等が認知症介護に最低限必要な知識及び技術を習得する。

【定員】 各回80名

【スケジュール（予定）】 ※内容は各回とも同一です。

第1・2回	第3・4回	時間	内容
4/23（木）	4/24（金）	9:20～9:30	オリエンテーション
		9:30～10:00	研修の目的と認知症の現状
		10:00～12:40	認知症の人の理解と対応の基本
		13:40～16:50	認知症ケアの実践上の留意点
		16:50～17:00	修了式

【受講要件】 以下の要件を満たしている方

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

※：足立区・八王子市内の介護保険施設・事業所は、本研修のお申込みができません。

各区市が実施する「認知症介護基礎研修」にお申込みください。詳細は、各区市の「認知症介護研修」担当部署にお問合せください。

【受講料】 無料

【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。

◆ 申込先

⇒ 〒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：令和2年2月21日（金曜日）【必着】

* 申込人数は、1施設・事業所あたり、3名まで（今回の募集で提出できる申込書は3枚まで）とさせていただきます。

* 必ず、終日参加できる方のみ、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し込みください。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、令和2年3月11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。

【注意事項】

●研修の受講について

・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。

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

【**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	

印※

※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】 ※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月23日⇒ ()	第3・4回	4月24日⇒ ()
【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、 <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.3参照 <input type="text"/>			
※足立区及び八王子市の事業所は、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 ()			
【介護職経験年数】 (番号に○)	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
【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		

【チェック欄】 ※必ず全ての口にチェックが入ることを確認してください。

□:東京都内(足立区・八王子市を除く。)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

□:申込者は、研修に終日参加できる

□: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。