

# 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	認知症対応型サービス事業開設者研修（第1回）
目的	認知症対応型サービス事業の代表者として、「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」ことへの理解を深めるとともに、開設する事業所において地域との連携を深め、サービスの質の向上に向けた取組を支援するための知識を身に付ける。 また、研修修了後は、各事業所において、代表者として適切に事業所を運営することを目指す。
日程	令和2年6月22日（月） 講義1日間＋他施設実習（1日間）
申込期限	区市町村推薦申込のみ 令和2年4月7日（火）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

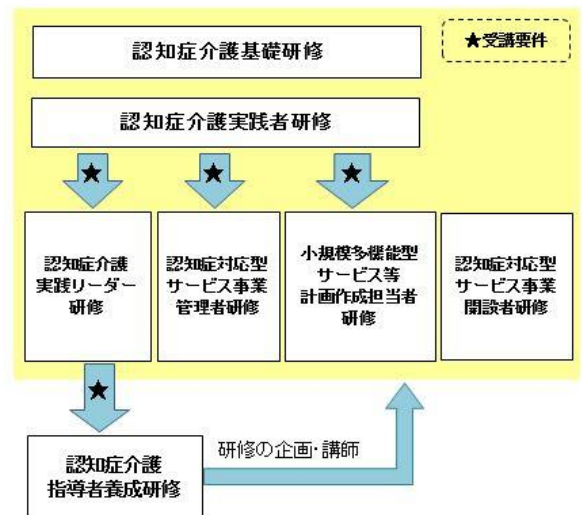
～会場は変更になる場合があります。詳細は受講票送付時にお知らせいたします～

## 【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

# 認知症対応型サービス事業開設者研修 【全2回実施予定】

**【日程】** 講義1日間＋他施設実習（1日間）

**【ねらい】** 認知症介護に関する基本的な知識及び認知症対応型サービス事業の運営に必要な知識を修得する。

**【定員】** 各回約35名

**【スケジュール（予定）】**

	第1回	時間	内容
1 日 目	6/22（月）	8:50～9:00	オリエンテーション
		9:00～9:30	研修の意義と目的
		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
		11:40～12:40	地域密着型サービスの指定基準について
		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
		16:40～17:00	実習説明及び今日のふりかえり
2 日 目	6/23（火） 6/24（水） 上記いずれか1日	他施設実習 ※研修修了後は、研修レポートを作成し、提出する。	

**【受講要件】** 以下の要件を満たしている方

東京都内の認知症対応型共同生活介護事業者、小規模多機能型居宅介護事業者及び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予定がある方）

※「代表者」の考え方については、P.3の※3をご参照ください。

**【受講料】** 4,400円

**【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（※3）
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）	認知症介護実践者研修	認知症介護実践者研修 ＋ 認知症対応型サービス事業 管理者研修	認知症対応型サービス事業 開設者研修 （※4）
小規模多機能型 居宅介護事業所	認知症介護実践者研修 ＋		
看護小規模多機能型 居宅介護事業所	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：「代表者」とは、基本的には運営法人の代表者を指しますが、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。
- なお、「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も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。
- ※4：以下に該当する方は、みなし措置により、認知症対応型サービス事業開設者研修を受講する必要はありません。
- (1) 平成17年度に実施の実践者研修を修了した者
  - (2) 平成17年度に実施の実践リーダー研修を修了した者
  - (3) 平成17年度に実施の認知症高齢者グループホーム管理者研修を修了した者
  - (4) 平成12年度から平成16年度の間実施の痴呆介護実務者研修(基礎課程)を修了した者
  - (5) 平成12年度から平成16年度の間実施の痴呆介護実務者研修(専門課程)を修了した者
  - (6) 平成12年度から平成17年度の間実施の認知症介護指導者研修を修了した者
  - (7) 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修を修了した者(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)
- ※5：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。

**【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。

※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へご提出ください。

※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：令和2年4月7日(火曜日)【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、令和2年5月12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。

# 令和2年度 東京都認知症対応型サービス事業開設者研修(第1回) 受講申込書

【郵送でお送りください】

※受講申込にあたっては、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

開

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
受講希望者の 役職名					
【受講目的】 (該当に○)	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 (代表者変更予定時期： 年 月 日 変更予定)				
【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。 【6/23 ⇒ ( )】      【6/24 ⇒ ( )】				

★以下は、受講目的が開設・変更のいずれの場合でも、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。

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・事業所番号 (仮称でも可)	事業所住所 (開設予定住所でも可)	開設時期 (予定でも可)	サービス種別 (該当に○)
(事業所番号： )	〒	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： )	〒	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： )	〒	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： )	〒	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

【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。

: 東京都内の認知症対応型共同生活介護事業者、小規模多機能型居宅介護事業者及び看護小規模多機能型居宅介護事業者の代表者(もしくは代表者になる予定がある方)

: 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。

## 【他施設実習について】

- 講義を受講後、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事業所等での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。
- 実習日程は、**6月23日・6月24日のいずれか1日**です。
- 実習は、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。

## 【レポートの提出について】

- 研修受講後1週間以内に、研修を通じて、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宛てにもご提出いただきます。特に、事業所を新たに開設する場合は、指定申請時に区市町村長宛てにご提出ください。

## 【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。