

令和3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。

<注意>新型コロナウイルス感染症の影響により、研修の中止や実施規模の縮小等を行う場合があります。現在は、感染症対策の観点から定員規模を縮小して実施しているため、申込状況によりご受講いただけないことがあることをあらかじめご了承くださいませようようお願い申し上げます。開催中止等については、別途、ご案内させていただきます。

【募集研修】

※令和3年度認知症介護実践リーダー研修の募集は今回で最後となります。

研修名	認知症介護実践リーダー研修（第3回～第4回）
目的	「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。
日程	令和3年9月7日（火）～11月26日（金） 講義・演習8日間＋他施設実習代替カリキュラム（5日間程度）＋自施設実習（約4週間）
申込期限	令和3年7月1日（木）必着

【会場】

日程	会場
1～2日目 および 4～8日目	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
3日目	飯田橋レインボービル（予定） ○所在地：東京都新宿区市谷船河原町11番地 ○交通：JR総武線「飯田橋」駅西口下車 徒歩5分 東京メトロ有楽町線・南北線・都営大江戸線・東西線 「飯田橋」駅下車 神楽坂下B3出口より徒歩5分

～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～

- 令和3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。<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kourei/koza/ninchi/>
- 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＋他施設実習代替カリキュラム（5日間程度）＋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】

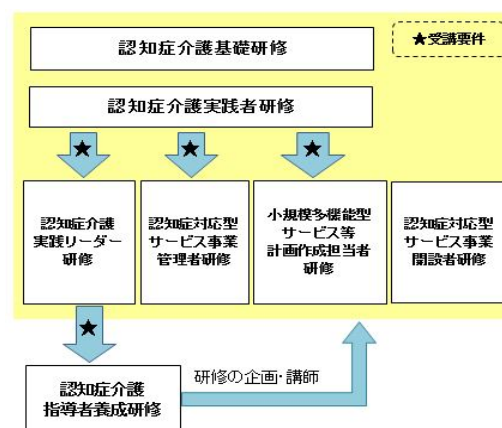
指定認知症対応型共同生活介護事業所において、短期利用認知症対応型共同生活介護を行う場合には、認知症介護実践リーダー研修（旧「痴呆介護実務者研修（専門課程）」でも可）の修了が義務付けられています。

【介護報酬の加算について】

介護保険施設、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護等において、認知症介護実践リーダー研修修了者を配置し、一定の要件を満たした場合、「認知症専門ケア加算」を算定することができます。

【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。



【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3年7月1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。
 - *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（個人による申込みはできません）。記載内容に虚偽があった場合や所属長に無断で申込みを行った場合には、修了を認めない又は取り消すことがあります。
 - *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、**令和3年8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、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】

- 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。
 - 研修受講中、受講態度に問題がある場合や、研修指導者の注意に従わない、態度が改まらない場合には受講を取り消すか、または修了を認めない場合があります。
 - 提出物の不備、その他の点から研修内容を理解していないと判断される場合は、修了を認めない場合があります。

【第3回・第4回スケジュール(予定)】 (内容は各回とも同一です)

	第3回	第4回	時間	内容	
1 目	9/7(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	
2 目	9/8(水)		9:30~12:00	チームで支える認知症介護	
			13:00~16:30	認知症ケアにおけるチームアプローチの実践	
			16:30~17:00	今日のふりかえり	
3 目	9/10(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	9/14(火)★1			第3回	第4回
			9:30~10:30	職場内教育(OJT)の計画立案方法の理解	認知症の人の権利擁護
			10:30~12:30	認知症ケアに関する倫理	
			13:30~14:30	認知症の人の権利擁護	職場内教育(OJT)の計画立案方法の理解
			14:30~16:30		認知症ケアに関する倫理
16:30~17:00	今日のふりかえり				
5 目	9/15(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	9/16(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 → 他施設実習代替カリキュラム実施予定	
			16:45~17:00	今日のふりかえり	
—	9/27~10/8で5日間程度		他施設実習代替カリキュラムの実施		
7 目	10/19(火)		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	
—	10/20~11/24		自施設実習		
8 目	11/25(木)	11/26(金)	9:30~16:30	自施設実習結果報告・自施設実習評価	
	★2	★2	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3回と第4回でプログラムの順番が異なります。 ★2 第3回と第4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>

実習項目	実習期間	日数
他施設実習 代替カリキュラム	9月27日(月)～10月8日(金)	左記期間内に5日間程度の実習を自施設等で実施
自施設実習	10月20日(水)～11月24日(水)	4週間

<他施設実習中止に伴う代替カリキュラムの実施>

- 都内社会福祉施設等における新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、本研修における他施設実習は中止とし、他施設実習に係る研修カリキュラムを一部変更して、代替カリキュラムを実施します。
- 代替カリキュラムについては、講義・演習6日目に実施する「他施設実習の課題設定」を受講後、他施設で実習していた内容を自施設等で取り組んでいただきます。

<実習の進め方>

- 自施設・事業所等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。
- (1) 講義・演習6日目「他施設実習の課題設定」(他施設実習代替カリキュラム)では、後の自施設実習に向けて成果の高い実習とするため、他施設実習のプログラムを参考に自施設等での実習に設定を変更して、実習テーマと取組目標を具体的に作り上げていく学習を行います。
- (2) 代替カリキュラムを実習期間内に5日間程度実施します。
- (3) 講義・演習7日目「自施設実習の課題設定」では、自施設等での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(4週間)に臨みます。
- (4) 自施設実習(4週間)では、講義・演習を通じて各自設定した実習の課題に基づき実習を行い、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めます。
- (5) 講義・演習8日目「自施設実習結果報告・自施設実習評価」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、受講生が所属する施設・事業所において、研修で設定した実習課題に取り組めます。各所属事業所におかれましては、受講生が実習期間中に課題に取り組めるよう、時間の確保や本研修の効果的な実施にむけてご協力をお願いします。
- 自施設・事業所における実習にあたっては、実習期間や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。

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

令和3年度東京都認知症介護実践リーダー研修 受講申込書(第3・4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	

★所属長を通じてお申込みください。記載内容に虚偽があった場合や所属長に無断で申込みを行った場合には、修了を認めない又は取り消すことがあります。

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	

★研修の中止等については、事務連絡先に FAX でご案内します。確実に連絡の取れる連絡先をご記入ください。

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3回 ⇒ ()】 【第4回 ⇒ ()】	【受講義務について】 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の () 受講は右欄に○をつけてください。			
【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 _____				
(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 <input type="text"/>	
(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			
【認知症介護実務経験】	年 ヶ月 (令和3年7月末現在)			
【認知症介護実践者研修等の受講状況】 (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。
- : 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。】
- : 所属長を通じた申込みである。【※無断で申込みを行った場合には、修了を認めない又は取り消すことがあります。】

※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、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、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みまれましたか。
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、どのような取り組みをされていますか。
また、今後どのような取り組みをしたいとお考えですか。