◆本講習会は「東京都介護支援専門員実務研修」カリキュラムの一部ではありません。

任意参加講習

**のための**

***１　本講習会で学べるポイント***

①**介護保険法**の理解

　 ⇒地域包括ケアや自己負担額・貸与額など介護保険制度についてポイントで確認します。

⇒福祉用具の貸与状況や保険給付なども数字やグラフで理解します。

②福祉用具や高齢者の**住宅環境整備**に関する補助制度や基礎的知識を学ぶ。

⇒適切なケアプラン作成を理解します。

③様々な種別の**福祉用具**について**企業から話を聞き実際に体験**する。福祉用具の

**役割や特徴**を学ぶ。

【展示予定(例)】ベッド、マットレス、車いす、杖、歩行車、手すり、入浴補助用具など

福祉用具を体験することで、カタログで見るだけでなく、福祉用具の知識が深まり、よかった。

住宅改修について、非常に興味深い講義であり、勉強するための良いきっかけになりました。

***２　対象・定員***※申し込み順にて受講決定

・新任の介護支援専門員

・介護支援専門員実務研修受講者　　　　　　　　　　　　受講者アンケートより

・現任の介護支援専門員

・その他受講を希望される方

***３　日　時***

**【第１回】令和５年６月９日（金曜日）１０時から１６時４５分（受付９時３０分～）**

***４　会　場***

(公財) 東京都福祉保健財団内 多目的室１ （新宿区西新宿2-7-1　小田急第一生命ビル１９階）

***５　講　師***

和田　光一氏（創価大学名誉教授）

***６　内容・スケジュール***

|  |  |
| --- | --- |
| **時　間** | **内　　容** |
| １０時００分～  １２時００分  （１２０分） | **講義**  **「福祉用具と住宅改修」**  **介護支援専門員**に求められる**役割、**必要とされる**知識や技術**について確認します。 |
| １３時００分～  １４時２０分  （８０分） | **講義**  **「介護保険における住宅改修」**  **住宅改修**関連の**補助制度**を学びます。 |
| １４時３５分～  １６時４５分  （１３０分） | **福祉用具の見学と体験**\*協力 福祉関連企業連絡会  **「福祉用具の種類と選び方」**  福祉用具を**実際に試用**し、説明をきくことができます。 |

　＊上記の内容・スケジュールは変更する場合があります。

***７　申込締切日・申込方法***

締切日**：令和５年５月２６日（金曜日）**

申込方法：下記「申込書」に必要事項を記入して、メール（yougumoushikomi@fukushizaidan.jp）またはFAX（０３－３３４４－８５３１）にてお申し込みください。受講決定通知につきましては、ハガキでお知らせします。

***８　受講料***

**１人につき２,０００円**

ハガキにて受講決定通知を送付後、**令和５年６月２日（金曜日）まで**に口座振込によりお支払いください。振込先は受講決定通知に記載しています。

***9　問い合わせ・申込先***

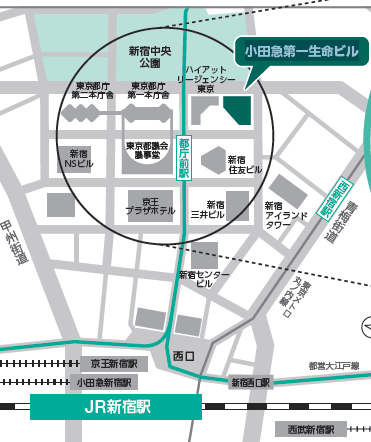
　　 （公財）東京都福祉保健財団　福祉情報部　福祉人材対策室　地域支援担当

　　 〒163-0719　新宿区西新宿2-7-1　小田急第一生命ビル１９階

　　　TEL：03-3344-8514　　　FAX：03-3344-85３１

　　MAIL：yougumoushikomi@fukushizaidan.jp

***10　案内図***



**《交通案内》**

＊都営大江戸線「都庁前駅」徒歩５分

＊東京メトロ丸ノ内線「西新宿駅」徒歩８分

＊各線「新宿駅」西口から徒歩１０分

**申　込　書**（切らずにこのまま送信してください。）

令和　　年　　月　　日

**介護支援専門員のための福祉用具・住宅改修【基礎講習会】**に申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ふりがな** | |  |
| **氏　　名** | |  |
| **※注意：連絡先は「受講決定通知」の送付先です。職場に送付希望する場合は事業所名も記載してください。** | | |
| **連絡先** | **住　所** | （〒　　　　－　　　　　）    **事業所名**： |
| **TEL/FAX**  **MAIL** | TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX：  MAIL： |
| **※本講習を知ったきっかけを教えてください。** | | □財団HPを直接見た　☐郵送の通知　□研修通知に同封　☐FAXの通知  ☐福ナビ・メルマガ　☐かいてき便り　　☐ふくむすび　　☐ WAM NET  ☐その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**＊**申込にかかる個人情報については、御本人の同意なしに本研修の事務以外には使用いたしません。

**送付先 MAIL：yougumoushikomi@fukushizaidan.jp**

**FAX：03-3344-8531　（公財）東京都福祉保健財団　地域支援担当**

**締切日：令和５年５月２６日（金曜日）**