◆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

初めて見る用具もあり参考になりました。

また、直接メーカーと話したり、実際に体験ができて良かったです。

先生の失敗談や豆知識的なお話もとても勉強になりました！

***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

・現任の介護支援専門員

・その他受講を希望される方　　　　　　　　　　　　　　**受講者アンケートより**

***３　日　時***

**【第１回】令和７年７月３日（木曜日）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　新宿第一生命ビルディング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７年6月１９日（木曜日）**

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、連絡先に記載されたメールアドレスあてに、メールで送付しますので、メールアドレスがない場合は、別途御連絡をお願いします。**

***８　受講料***

**１人につき２,０００円**

メールで受講決定通知を送付後、**令和７年６月２６日（木曜日）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。キャンセルされる場合は、お知らせください。

***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　新宿第一生命ビルディング１９階

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

　　MAIL：yougumoushikomi@fukushizaidan.jp

***10　案内図***

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**《交通案内》**

新宿第一生命ビルディング

＊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** |  |
| **所属名(事業所名)** |  |
| **※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** | **MAIL（必須）** |  |
| **TEL/FAX** | TEL：　　　　　　　　　　　　FAX： |

**＊**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。

**＊受講決定通知につきましては、連絡先に記載されたメールアドレスあてに、メールで送付しますので、**

**必ずメールアドレスの記載をお願いします。メールアドレスがない場合は、別途御連絡をお願いします。**

**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７年６月１９日（木曜日）**