

受講
無料

令和3年度介護サービス事業管理者等高齢者権利擁護研修
有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅向け

高齢者虐待防止研修

～基礎的知識から、事業所における高齢者虐待防止に向けた具体的取組み～

近年、都内の高齢者虐待の通報件数は増加傾向にあります。施設・事業所のサービス種別ごとの虐待行為の内容の特徴や、虐待類型と発生要因との関係の特徴など、調査等をおして明らかになってきています。また、虐待の発生要因には、職員の高齢者介護に関する知識・技術の不足だけではなく、虐待を助長する組織風土や職員間の関係の悪さ等、組織の教育体制や管理体制等の不足等から、組織として対応がうまくできていないケースも見受けられます。

そのため、都では、適切な事業運営により、高齢者虐待の防止及び権利擁護の推進が図られるよう、高齢者虐待の防止に取組む際に必要な知識や情報及び技術等を学び事業所自らが取組めるよう管理者向けに研修会を開催します。

日時

第1回 令和3年8月24日(火)

第2回 令和4年1月18日(火)

【両日入れ替え制】午前の部 9:30~12:45/午後の部 14:00~17:15 (予定)

※「午前・午後区分」は、選択出来かねます。御了承ください。

会場

あいおいニッセイ同和損保新宿ホール

※新型コロナウイルス感染拡大防止のため、やむを得ず開催を中止または規模縮小等実施方法が変更となる場合がございます。

開催中止等につきましては申込結果通知にて御連絡いたします。財団ホームページへも、開催状況を掲載いたしますので、併せて御確認ください。

対象

- ・有料老人ホーム（介護付及び住宅型）
- ・サービス付き高齢者向け住宅
- ・その他、有料老人ホームに該当する住まい等

上記施設の、管理者（責任者）・虐待防止担当者 各事業所1名

定員

各回 300名
(午前午後各150名)

内容

(予定)

＜講義動画視聴＞

「東京都における虐待防止」講師：東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課

講義1「高齢者虐待防止と権利擁護」

講師：谷川社会福祉士事務所 所長 谷川 ひとみ氏

＜集合型研修＞

講義2及び演習「介護サービス事業所における高齢者虐待防止について」

講師：（公財）東京都福祉保健財団 高齢者権利擁護支援センター

※令和2年度は規模縮小及び中止等により、受講できなかった事業所が多く生じたため、研修内容は令和2年度と同じ予定です。

申込期限

令和3年 6月 23日(水) ※申込方法は裏面をご覧ください。

実施
主体

東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課

※研修実施機関：（公財）東京都福祉保健財団 人材養成部 福祉人材養成室
東京都より委託を受けて実施します。



受講申込書



有・サ

申込期限

「受講申込書」に必要事項を御記入の上、当財団へ **申込専用FAX(03-3344-7271)** で提出ください。

申込期限：令和3年 6月 23日(水曜日)

※(別添)

＜研修申込に係るQ&A＞もご覧ください

※申込期限を過ぎると、FAXは受け取れませんので御注意ください。

※FAX受信が混みあって送信エラーになる場合があります。その際は、時間を空けて再送をお願いします。

また、送信レポート等で送信状況を御確認ください。御理解と御協力をお願いいたします。

※「受講申込書」は、東京都福祉保健財団のホームページにも掲載しています。

東京都福祉保健財団 権利擁護

検索

受講決定

連絡担当者様宛に「受講申込結果通知」及び「受講票」を下記時期に送付します。

【受講申込結果通知等送付時期】

第1回(8/24)にお申込みの方：令和3年7月末(予定)

第2回(1/18)にお申込みの方：令和3年12月下旬(予定)

※規模縮小による実施や受講申込者数が募集定員を上回った場合、人数調整をさせていただく場合がありますので御了承ください。

令和3年度 介護サービス事業管理者等高齢者権利擁護研修 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅向け

「高齢者虐待防止研修」

整理番号＊	2	1	—			—				
-------	---	---	---	--	--	---	--	--	--	--

サービス種別＊ (いずれかに○)	() 有料老人ホーム () サービス付き高齢者向け住宅
事業所名＊	

＊整理番号は、封筒の宛名に記載している番号等を御記入ください。

整理番号が封筒紛失等で不明な場合、記入は不要です。
サービス種別と事業所名を必ず御記入ください。

【事務局記入欄】
入力NO：

事業所所在区市町村(保険者)名	区・市・町・村
-----------------	---------

【申込み希望者】※枠内全て御記入ください。「希望回」は、希望どおりに決定できる確約はできません。予め御了承ください。

氏 名 (ふりがな)	()	希望回(どちらかに○)	
		第1回 (8/24)	第2回 (1/18)
□管理者 (責任者)である	現事業所における管理業務に従事している歴(該当する数字に○) 1. 6ヵ月未満 2. 1年未満 3. 3年未満 4. 5年未満 5. 5年以上		
□管理者 (責任者)ではない	管理者(責任者)以外が申込をする場合の理由(該当する数字に○) 1. 虐待防止担当者 2. 管理者からの推薦 3. その他()		

過去3年以内に、同研修を受講したことがある場合は右の枠内に○をつけてください

【連絡先】※受講の可否等について御連絡を差し上げますので、必ず御記入ください

連絡担当者氏名	
連絡先	(TEL) (FAX)
住所	※以下は、研修案内発送先と異なる場合のみ、御記入ください。 自宅 ・ それ以外()※該当に○ 〒 東京都 区市町村

お問い合わせ先

〒163-0719 東京都新宿区西新宿2-7-1 小田急第一生命ビル19階

(公財)東京都福祉保健財団 人材養成部福祉人材養成室 高齢者権利擁護支援センター

TEL 03-3344-8628

申込専用
FAX

03-3344-7271

URL <https://www.fukushizaidan.jp/>