

認知症対応型サービス事業管理者研修

受講者募集要綱

1. 開催目的

認知症対応型共同生活介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所又は複合型サービス事業所の管理者になることが予定される方が、管理者としての必要な知識・技術を習得することを目的とする。

2. 主催者

社会福祉法人ほくろう福祉協会【札幌シニア福祉機構】

3. 研修対象者

「認知症介護実務者研修【基礎課程】」または「認知症介護実践研修（実践者研修）」を修了されている方で、認知症対応型共同生活介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所又は複合型サービス事業所の管理者になることが予定されている方。

- 受講にあたっては、本研修の受講初日までに「認知症介護実務者研修【基礎課程】」または「認知症介護実践研修（実践者研修）」を修了していることが要件になりますので、申込書に研修実施機関名及び修了証書番号を必ず明記の上、修了証書の写しを添付願います。
- 本研修の受講初日までに実践者研修を修了予定であるが、本研修申込み時点では未修了の場合は、申込書に実施機関名及び修了予定日を必ず明記してください。修了証書が交付されましたら、写しをご郵送願います。

4. 研修内容及び定員

研修内容	管理者研修
講義・演習	平成 30 年 2 月 27 日（火）～28 日（水） 2 日間（10 時間 40 分）
カリキュラム	※詳細は 別表 参照
定員	50 名
申込〆切	平成 30 年 2 月 16 日（金）まで

※ 全ての研修時間を満たした方に、修了証書を交付します。

5. 研修会場

北農健保会館 2 階 エルム	駐車場はございませんので、公共交通機関をご利用願います。
所在地 札幌市中央区北 4 条西 7 丁目 ※JR・地下鉄 札幌駅 徒歩 10 分	

6. 申込み方法及び決定

様式 1 (右ページ) を切り離し、必要事項を記載し、施設・事業所代表者の印を捺印の上、郵送により申込み下さい。

受講要件及び申込順により、決定書を送付します。尚、申込多数の場合等は、受講できないこともありますので、ご了承願います。

7. 費用

受講料 15,000 円

ただし、当機構で認知症介護実践研修(実践者研修)を受講済みの方は、受講料 10,000 円となります。 ~研修初日に会場でお支払い願います。~

8. 講義・演習担当講師

定められた認知症介護指導者のほか、外部講師(学識経験者等)が担当します。

9. 留意事項

- ・ 申込書の記載は、慎重に御願います。(実務経験等の不実が認められた時は、修了証書を交付できません。)
- ・ キャンセルの際は必ず電話連絡をお願いいたします。
- ・ 事務局から受講決定通知書を送付した以降は、原則、受講者の変更は応じられません。

10. お申込み・問合せ先

社会福祉法人ほくろう福祉協会【札幌シニア福祉機構】
〒004-0014 札幌市厚別区もみじ台北6丁目2番5-2号
電話 011-897-1100
担当者：三井・高橋

※ ホームページでもご案内しております。

札幌シニア福祉機構

検索

(別表)

平成 29 年度 認知症対応型サービス事業管理者研修 カリキュラム
社会福祉法人ほくろう福祉協会【札幌シニア福祉機構】

	時間帯	時間数 (分)	科目名	講師予定
1 日目 H30 2/27 (火)	9 : 30~9 : 40	10	オリエンテーション	事務局
	9 : 40~11 : 10	90	【講義】地域密着型サービス基準	行政担当者
	11 : 20~17 : 50 (昼休み含む)	330	【講義・演習】適切なサービス提供のあり方	菊地 伸 【社会福祉法人 宏友会 法人本部 地域連携室 推進部長】
	17 : 50~18 : 10	20	【演習】1日のレビュー	
2 日目 H30 2/28 (水)	9 : 30~11 : 00	90	【講義】介護従事者に対する労務管理	中村 麻依子【中村まいこ 社労士事務所 所長】
	11 : 10~12 : 40	90	【講義・演習】地域密着型サービスの取り組み	住友 幸子 【グループホーム トトロの森 総合施設長】
	12 : 40~13 : 00	20	【演習】1日のレビュー	
640 分 (10 時間 40 分)				

(様式1)

社会福祉法人ほくろう福祉協会【札幌シニア福祉機構】
平成29年度 認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書
平成 年 月 日

社会福祉法人ほくろう福祉協会
理事長 松本 剛一

所 属 名
代表者氏名

印

※記載漏れや誤りのないよう、必ず裏面の注意事項を参照の上、御記入ください。

ふりがな		性 別	男 ・ 女	
氏 名		生年月日	昭和・平成	年 月 日
※ 1	現 職 名 従事予定職名	開設(予定) 年月(※2)	年 月	
法人名		施設・ 事業所名		
施設・事業所 所在地(※3)	〒	TEL	—	—
		FAX	—	—
主な職歴 (現に勤務する施設・事業所での経験年数も含む。)	期 間	通算期間	勤 務 先	職 務 内 容
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 研修受講月	年 ヶ月		
* 認知症介護の経験年数(研修受講月現在) (介護保険施設、認知症高齢者グループホーム、通所介護、訪問介護、 通所リハビリテーションの事業所等において認知症介護業務に従事した年数) 合 計 年 ヶ月				
主な資格 (※4)	取 得 年 月	免 許 ・ 資 格		
	年 月			
	年 月			
	年 月			
認知症介護 実践研修 受講歴 (※5)	実践者研修 ※または、認知症介護 実務者研修【基礎課程】	有 無	(交付 年 月 日・証書番号 第 号) (受講予定の実践者研修に関する情報をご記入ください。) 実施機関名 : 修了予定日 平成 年 月 日	
受講理由 (※6)				

(裏面へ続く)

【注意事項】

※1 上段には、介護主任等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるように記載してください。

下段には、従事予定の職名と従事予定年月を記載してください。

※2 「開設（予定）年月」の欄は、今後開設が予定されているまたは増設を予定している施設・事業所のみ記入し、増設の場合は増設（予定）年月を記入してください。

※3 必ず受講者の所属する施設・事業所の住所を御記入ください。開設準備中の場合は、設立予定地を御記入ください。

なお、別に連絡先を指定する場合は、下記に御記入ください。

住所	〒		連絡先 名 称		
電話		F A X		担当者	

※4 保健・医療・福祉に係る免許及び資格については、正式名称を御記入ください。

例：介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保健師、
看護師、准看護師、訪問介護員など

※5 研修修了証書の写しを添付してください。

認知症対応型サービス事業管理者研修の開催までに認知症介護実践研修（実践者研修）を受講予定の方は受講予定の研修実施法人名と修了証書の交付予定日をご記入ください。

修了証書が交付されましたら、写しをご郵送願います。

※6 「受講理由」の欄には、受講を希望する特別な事情などを記入してください。