



2022年度 サンシャイン総合学園

# 認知症対応型サービス事業管理者研修

【第1回:5/31～6/1・第2回:8/30～31】

## 受講者募集要項



### 1 開講の目的

認知症対応型サービス事業の管理者となる者に対して、事業所を管理・運営していくために必要な知識及び技術を修得するための研修を実施する。

### 2 研修対象者

次の(1)、(2)の条件をいずれも満たしている者

**(1) 以下の事業所(今後開設が予定されている事業所を含む)の管理者又は管理者になることが予定されている者**

- ・単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年(2006年)厚生労働省令第34号。以下「指定基準」という)第42条第1項に規定するものをいう)
- ・共用型指定認知症対応型通所介護事業所(指定基準第45条第1項に規定するものをいう)
- ・指定小規模多機能型居宅介護事業所(指定基準第63条第1項に規定するものをいう)
- ・指定認知症対応型共同生活介護事業所(指定基準第90条第1項に規定するものをいう。以下同じ)
- ・指定看護小規模多機能型居宅介護事業所(指定基準第171条第1項に規定するものをいう)
- ・単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所(指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年(2006年)厚生労働省令第36号。以下「指定予防基準」という。)第5条第1項に規定するものをいう)
- ・共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所(指定予防基準第8条第1項に規定するものをいう)
- ・指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所(指定予防基準第44条第1項に規定するものをいう)
- ・指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所(指定予防基準第70条第1項に規定するものをいう)

**(2) 本研修の受講時点で以下のいずれかの研修を修了している者**

- ・痴呆(認知症)介護実務者研修(基礎課程)(平成12年度(2000年度)～16年度(2004年度)実施)
- ・認知症介護実践研修(実践者研修)(平成17年度(2005年度)～実施)
- ・北海道痴呆性老人処遇技術研修(昭和60年度(1985年度)～平成11年度(1999年度)実施)
- ・北海道痴呆性老人グループホーム職員処遇研修(平成10(1998年度)、11年度(1999年度)実施)
- ・北海道痴呆性老人グループホーム管理者研修A(平成12年度(2000年度)度実施)
- ・北海道認知症(痴呆)介護実務者研修(平成13年度(2001年度)～平成17年度(2005年度)実施)

※上記研修を未受講の方は、実践者研修も同時にお申し込みください。

※上記研修を受講済みの方は、お申し込み時に必ず修了証書のコピーを添付してください。

※本研修初日までに実践者研修を修了する見込みとして本研修にお申し込みの方は、

申込書に実践者研修の実施機関名と修了予定日を記載してください。

### 3 研修内容

講義・演習 2日間(10時間30分)

### 4 開催日程

	日程	申込締切
第1回	2022年5月31日(火)～6月1日(水)	2022年5月20日(金)
第2回	2022年8月30日(火)～31日(水)	2022年8月19日(金)

### 5 カリキュラム

	第1回	第2回	時間帯	時間	科目	講師
1 日目	5/31 (火)	8/30 (火)	13:40～13:50	10分	オリエンテーション	事務局
			13:50～15:20	90分	【講義】介護従事者に対する 労務管理について	認知症介護 指導者
			15:30～17:00	90分	【講義】地域密着型サービス 基準について	行政担当者
2 日目	6/1 (水)	8/31 (水)	9:00～10:30	90分	【講義】地域密着型サービスの 取組みについて	認知症介護 指導者
			10:40～17:10 (昼食60分含む)	330分	【講義・演習】適切なサービス 提供のあり方について	認知症介護 指導者
			17:10～17:30	20分	研修の振り返り	

### 6 研修実施場所

サンシャイン総合学園

札幌市中央区北5条西6丁目1 第2道通ビル9F

※JR札幌駅西口より徒歩5分

### 7 受講に要する費用

受講料 18,000円(消費税を含む)

**当学園にて認知症介護実践者研修を受講済みの方は、受講料15,000円となります。**

### 8 定員

各回24名 ※先着順とします

### 9 講師

認知症介護指導者のほか、定められた講師が担当いたします。

### 10 修了証書

本研修カリキュラムの全課程を修了した方に北海道知事名の修了証書を交付(後日郵送)いたします。

## 受講の申込み

下記「注意事項」をお読みの上、次に記載する書類をサンシャイン総合学園事務局へ郵送にてご提出ください。

### ①受講申込書

### ②受講要件に係る研修(認知症介護実践者研修等)の修了証書の写し

本研修初日までに実践者研修を修了する見込みとして本研修にお申込みの方は、申込書に実践者研修の実施機関名と修了予定日を必ず記載してください。

#### 《注意事項》

- ・申込書の記載に不実が認められた場合は、修了証書を交付できません。
- ・決定した受講者の変更は、認めません。
- ・申込書類は一式揃えてご送付ください。書類が揃っていない場合、またFAXでの申込は無効とします。

## 受講者の決定

受講要件及び申込み順により受講者を決定し、「受講決定通知書」を送付いたします。尚、申込が定員を超える場合は、受講できないことがあります。ご了承願います。

「受講決定通知書」とともに、お振込のご案内をお送りしますので、期日までに指定口座へお振込ください。当日の現金によるお取扱はできません。

## お申込・問合せ先

〒060-0005 札幌市中央区北5条西6丁目1番地 第2道通ビル9F  
株式会社サンシャイン【サンシャイン総合学園】  
TEL:011-232-2301 FAX:011-232-5380  
URL: <http://sun-shine-sogogakuen.com>  
担当: 栢崎(ますぎ)

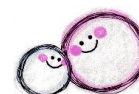
ホームページでもご案内しています。↓

サンシャイン総合学園

検索

## その他注意事項

- ・ビル敷地内は**全面禁煙**です。ビル周辺での喫煙も禁止しておりますので、予めご了承ください。
- ・昼食は各自でご用意願います。
- ・契約駐車場はありません。当ビル駐車場(1時間300円)の利用は可能ですが、満車の際は近隣駐車場をご利用ください。
- ・研修日程・講師については予定であり、変更する場合があります。ご了承ください。



# 【管理者研修】

## 2022年度 サンシャイン総合学園 認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書

株式会社サンシャイン  
代表取締役 松永 淳 様

年 月 日
(所属名)
(代表者名) <span style="float: right;">印</span>
(担当者名)
(連絡先電話番号)

開催回： 1 ・ 2 回目申込み

フリガナ			昭和 ・ 平成	年齢
受講者氏名	生年月日		年 月 日	才
現職名 ※1	主な資格 ※2			
	(現在管理者ではない場合記載) 年 月 就任予定	(管理者と兼務する職(ある場合記載))		
所属事業所	法人名		TEL	
	事業所名		FAX	
	所在地住所	〒 ※決定通知の送付先となります。他の送付先を希望する場合は、以下の「連絡先」に記載して下さい		
	予定 ※3	事業所名称		開設： 年 月
住所		〒	異動： 年 月	

※上記所属事業所以外への郵送を希望の場合のみ記載して下さい。

連絡先名称 住所	勤務先名		TEL
	勤務先住所	〒	FAX

<裏面もご記入のうえ、併せて提出してください>

<b>研修受講歴</b> ※4 ※「 <b>修了証書の写し</b> 」を添付すること	<b>認知症介護実践研修 (実践者研修)</b>	・有 <b>交付</b> ： 年 月 日 <b>証書番号</b> ：第 号 ・修了予定 <b>研修修了予定日</b> ： 年 月 日 <b>研修実施機関名</b> ：
	<b>認知症(痴呆)介護 実務者研修(基礎課程)</b>	・有 <b>交付</b> ： 年 月 日 <b>証書番号</b> ：第 号
	<b>その他 研修名 ( )</b>	・有 <b>交付</b> ： 年 月 日 <b>証書番号</b> ：第 号
<b>受講理由</b> ※右欄を参考記入	・研修を修了した管理者が不在(不在となった時期、理由を記載) ・管理者が変更となる(変更の理由を記載) ・新規開設(開設予定日を記載) ・その他	

申込書類に不実や虚偽の記載が認められた場合には、受講決定の取消又は修了証書の交付が出来ない場合がありますのでご注意ください。

また、修了証書発行後に虚偽が認められた場合には修了を取り消す場合があります。

### 【注意事項】

- ※1 上段には、介護主任など現在の施設・事業所での職務内容がわかるように記載して下さい。これから管理者に就任する方は、下段に予定年月及び管理者と兼務する職がある場合は職名を記載して下さい。
- ※2 医療・福祉に係る資格をご記入下さい。(介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員など)
- ※3 所属事業所欄のうち「予定」の欄は、今後開設を予定している施設・事業所に勤務する方や、他の施設・事業所に異動する方のみご記入下さい。なお、開設準備中の場合は、設立予定地及び事業所名の仮称をご記入下さい。
- ※4 修了証書交付年月日及び証書番号を記入の上、**修了証書の写しを必ず添付して下さい。**  
修了予定の方は、実践研修の修了予定日(研修最終日)及び実践研修実施機関(指定法人)名を記入して下さい。(研修初日受付時点で修了証書写しの提出がない場合は、管理者研修を受講できません)