

## 令和7年度 宮城県認知症対応型サービス事業管理者研修 実施要領

- 1 目的 この要領は、宮城県認知症介護実践者等養成研修事業実施要綱に基づき、認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図るために認知症介護の専門職を養成するための研修を行うものとする。  
うち管理者研修は、「地域密着型サービスの基準・取組」「介護従事者に対する労務管理」「適切なサービス提供のあり方」などの統括的に管理運営できる知識と技術を修得することを目的とする。
- 2 実施主体 宮城県
- 3 実施機関 宮城県社会福祉協議会 宮城県介護研修センター
- 4 対象者 次の要件を全て満たす者  
(1) 県内（仙台市を除く）①～⑨の事業所の管理者又は管理者になることが予定されている者  
① 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所  
② 共同型指定認知症対応型通所介護事業所  
③ 指定小規模多機能型居宅介護事業所  
④ 指定認知症対応型共同生活介護事業所  
⑤ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所  
⑥ 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  
⑦ 共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所  
⑧ 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所  
⑨ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所  
(2) 認知症介護実践者研修を修了している者（宮城県認知症介護実践研修事業実施要綱（平成17年4月7日施行）に基づく認知症介護実践者研修修了者含む）  
**（修了証書の写し添付）**  
※実践者研修未受講の場合、本年度中に下記の期間で受講すること。  
**第1期に管理者研修を受講する場合:**本年度の実践者研修第1期受講  
**第2期に管理者研修を受講する場合:**本年度の実践者研修第1期～3期のいずれかを受講  
(3) 当該事業所所在地の市町村長の推薦を受けた者（別紙1）
- 5 研修期間 講義・演習（2日間）  
第1期 令和7年10月29日(水)、30日(木)  
第2期 令和8年1月15日(木)、16日(金) ※オンラインにて実施予定
- 6 研修内容 別紙日程表参照
- 7 研修会場 宮城県介護研修センター  
〒981-3625 宮城県黒川郡大和町吉田字上童子沢21  
障害者支援施設 宮城県船形の郷 管理棟内  
※令和6年4月より、大崎市から黒川郡大和町へ移転しましたので、ご注意ください。
- 8 受講定員 60名（各期30名）



Google マップ

- 9 募集期間 令和7年7月10日（木）～ 7月30日（水）  
（期間内に市町村担当課へ申込み願います）  
※募集期間以外の申込みは受付しません。
- 10 受講決定 令和7年9月中旬頃  
(1) 受講の可否については所属先宛に文書で通知します。研修日の10日前になりましても通知が届かない場合は、ご連絡ください。  
(2) 受講の可否にかかわらず、申込書類は返却いたしません。  
(3) 受講決定者の変更はできません。
- 11 修了証書 所定のプログラム（課程）を修了した方に交付します。ただし、遅刻・早退・途中退席等があった場合には交付できない可能性があります。
- 12 受講料 4,500円  
受講決定通知に記載の銀行口座へ指定する期日までにお振込みください。  
振込手数料は、受講者側でご負担ください。  
(原則として返金対応はお受けしておりません。)
- 13 講義資料 受講日の概ね5日前までに、e-mailにて資料ダウンロード用URL・パスワードをお送りします。各自印刷し、当日必ずご持参ください。
- 14 申込方法 宮城県介護研修センターのホームページから申込書をダウンロードし、必要事項を入力・記入の上、「認知症介護実践者研修修了証書の写し」を添え、**市町村担当課**へ郵送又はご持参願います。**（募集期間内必着）**  
なお、別紙1の推薦書については、市町村で記入しますので添付は不要です。  
※申込書に記載された内容は本研修のみに使用し適正に管理します。  
ホームページ：<https://fukushi.miyagi-sfk.net/kkc/>  
申 込 先：事業所が所在する市町村の認知症施策担当課
- 15 問い合わせ先 宮城県介護研修センター  
Tel：022-341-1102 担当：布田、佐藤、梅津
- 16 申込みにあたっての留意事項  
(1) 受講定員を超えた場合は、第2希望までの中で調整します。  
(2) 受講申込書に不備があった場合は、受理できないことがあります。申込書様式の全ての項目について記載漏れのないよう、提出の際は十分ご確認ください。  
(3) 申込書に記入する受講希望者の氏名（漢字の表記）、生年月日については、正確にご記入ください。  
(4) 宮城県介護研修センター内に宿泊施設は併設されておりませんので、宿泊を希望される方は各自、近隣の宿泊施設をご利用ください。

## 令和7年度 認知症対応型サービス事業管理者研修 日程表

| 第1日目           |      | 第1期 10月29日(水)      | 第2期 1月15日(木)                                                                                                                                            | 講 師 (講師補助)                                                                 |
|----------------|------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 9:20<br>9:30   | 10 分 | 研修オリエンテーション        |                                                                                                                                                         | 宮城県介護研修センター                                                                |
| 9:30<br>11:00  | 90 分 | 地域密着型サービスについて      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域密着型サービスの目的、理念の理解</li> <li>・各指定基準の理解</li> </ul> [ 小規模多機能型居宅介護<br>認知症対応型通所介護<br>認知症対応型共同生活介護<br>看護小規模多機能型居宅介護 ] | 1 期・2 期<br>宮城県長寿社会政策課 運営指導班                                                |
| 11:10<br>12:40 | 90 分 | 地域密着型サービスの取り組みについて | ・実践報告を通した、サービス提供のあり方の理解                                                                                                                                 | 【講師】<br>1 期 蓬田 隆子      2 期 熊谷 光二<br><br>【講師補助】<br>1 期 千葉 喜春      2 期 高野 裕子 |
| 昼食・休憩          |      |                    |                                                                                                                                                         |                                                                            |
| 13:40<br>15:10 | 90 分 | 介護従事者に対する労務管理について  | ・労務管理者                                                                                                                                                  | 【講師】<br>1 期 千葉 喜春      2 期 柿崎 裕美<br><br>【講師補助】<br>1 期 柿崎 裕美      2 期 高野 裕子 |

| 第2日目           |       | 第1期 10月30日(木)                                          |  | 第2期 1月16日(金)                                                                                      |  | 講 師 (講師補助)                                                                 |  |
|----------------|-------|--------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|--|
| 9:20<br>10:20  | 60 分  | 適切なサービス提供のあり方について<br>(利用者の家族・地域・医療との連携)<br>(運営推進会議の開催) |  | ・利用者の家族・地域・医療との連携<br>・運営推進会議の開催                                                                   |  | 【講師】<br>1 期 熊谷 光二      2 期 村山 眞美                                           |  |
| 10:30<br>12:00 | 90 分  | 適切なサービス提供のあり方について<br>(サービスの質の向上と人材育成)                  |  | ・権利擁護(高齢者虐待を含む)及びリスクマネジメント<br>・記録の重要性                                                             |  | 【講師補助】<br>1 期 村山 眞美      2 期 高野 裕子                                         |  |
| 昼食・休憩          |       |                                                        |  |                                                                                                   |  |                                                                            |  |
| 12:50<br>16:10 | 180 分 | ②サービスの質の向上と人材育成                                        |  | ・管理者としての役割の理解<br>・サービスの質の向上と人材育成<br>・自己評価・外部評価の実施と活かし方<br>・ケース会議・職員ミーティング<br>・アセスメントとケアプランの基本的考え方 |  | 【講師】<br>1 期 坂本 茂明      2 期 熊谷 光二<br><br>【講師補助】<br>1 期 小山 一哉      2 期 高野 裕子 |  |

様式1

令和7年度 宮城県認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書（推薦書）

各市町村長 宛

記入日 令和 年 月 日

【推薦書欄】※推薦書欄は受講希望者本人ではなく所属する法人・事業所等が記入してください。

標記研修の受講者として下記の者を推薦し、記載内容について相違ないことを証明します。

法人等の名称

事業所等の名称

事業所等所在地住所

法人又は事業所の代表者

職氏名

問合せ担当者名

事業所等連絡先

※受講決定後、講義資料や事務連絡等をお送りします

e-mailアドレス

注：英数字、ハイフン（-）、ドット（.）、アンダーバー（\_）等は判別できるようお願いいたします

記

|                            |                                                                                                                                                                          |     |                  |         |       |  |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------|---------|-------|--|
| ふりがな                       |                                                                                                                                                                          |     | 受講希望者生年月日        | 昭和      | 年 月 日 |  |
| 受講希望者氏名                    |                                                                                                                                                                          |     | ※該当する元号に○        | 平成      | 年 月 日 |  |
| 受講希望者連絡先                   |                                                                                                                                                                          |     | 職名               |         |       |  |
|                            | ※日中、連絡が取れる電話番号を記入                                                                                                                                                        |     |                  |         |       |  |
| 研修により運営基準を満たすもの(該当する目的を選択) |                                                                                                                                                                          |     |                  |         |       |  |
| 受講理由(該当する内容を記載)            | <div>① 事業所開設の為（新規事業に着任）<br/>開設予定日 年 月 頃</div> <div>② 前任者と交代のため（退職・人事異動・その他〔 〕）<br/>前任者氏名 交代日 年 月 日</div> <div>③ 管理者に従事しているが管理者研修を未受講のため<br/>従事年月日 年 月 日<br/>未受講の理由</div> |     |                  |         |       |  |
| 受講希望(全て入力)                 | 第1希望                                                                                                                                                                     | 第 期 | 同一事業所内での優先順位     | 名 中 番 目 |       |  |
|                            | 第2希望                                                                                                                                                                     | 第 期 | (1名の場合1名中1番目と記入) |         |       |  |
| 資格(該当資格を選択複数回答可)           |                                                                                                                                                                          |     |                  |         |       |  |
|                            |                                                                                                                                                                          |     |                  |         |       |  |
| 事業所種別(研修申込者の所属する事業所を選択)    |                                                                                                                                                                          |     |                  |         |       |  |
| 勤務施設名(直近の期間から順に入力)         | 施設名・事業所名                                                                                                                                                                 |     | 従事期間             | 業務内容    | 年月数   |  |
|                            | ①                                                                                                                                                                        |     | 年 月～ 年 月 ( )     |         | 年 ヶ月  |  |
|                            | ②                                                                                                                                                                        |     | 年 月～ 年 月 ( )     |         | 年 ヶ月  |  |
|                            | ③                                                                                                                                                                        |     | 年 月～ 年 月 ( )     |         | 年 ヶ月  |  |
|                            |                                                                                                                                                                          |     | 介護業務従事年数 計       |         | 年 ヶ月  |  |
|                            | ※欄が足りない場合は【様式2】勤務施設名(別紙)を作成し記入してください。                                                                                                                                    |     |                  |         |       |  |

事務局処理欄（申込者は記入しないでください）

|     |      |       |      |     |
|-----|------|-------|------|-----|
| 受付日 | 受付番号 | 決定受講期 | 受講番号 | 備 考 |
| /   |      | 第 期   |      |     |

各市町村長宛

記入日 令和7年 月 日

【推薦書欄】※推薦書欄は受講希望者本人ではなく所属する法人・事業所等が記入してください。

標記研修の受講者として下記の者を推薦し、記載内容について相違ないことを証明します。

法人等の名称 社会福祉法人〇〇会

事業所等の名称 グループホーム〇〇

〒 123 - 4567

事業所等所在地 住所 黒川郡大和町××1-2-3

法人又は事業所の代表者 氏名 〇〇 〇〇

問合せ担当者名 〇〇 〇〇

事業所等連絡先 022-123-4567

※受講決定後、講義資料や事務連絡等をお送りします

e-mailアドレス e-mail789@〇×△□.com

印

注：英数字、ハイフン（-）、ドット（.）、アンダーバー（\_）等は判別できるよう願います

|                                    |                                                                                                                                                                                                                             |     |                   |     |           |             |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------|-----|-----------|-------------|
| ふりがな                               | 記<br>自 署                                                                                                                                                                                                                    |     | 受講希望者<br>生年月日     |     | 昭和        |             |
| 受講希望者氏名<br>※入力不可、自署                |                                                                                                                                                                                                                             |     | ※該当する元号<br>に〇     | 〇   | 平成        | 2 年 3 月 4 日 |
| 受講希望者<br>連絡先                       | 090-987-6543<br>※日中、連絡が取れる電話番号を記入                                                                                                                                                                                           |     | 職名                | 介護職 |           |             |
| 研修により運営基準<br>を満たすもの（該当す<br>る目的を選択） | ② 共同型指定認知症対応型通所介護事業所の管理者<br>プルダウンより選択                                                                                                                                                                                       |     |                   |     |           |             |
| 受講理由<br>（該当する内容を<br>記載）            | ① 事業所開設の為（新規事業に着任）<br>開設予定日 年 月頃<br>② 前任者と交代のため（退職・人事異動・その他〔 〕）<br>前任者氏名 交代日 令和8年4月1日<br>③ 管理者に従事しているが研修未受講のため<br>従事年月日 年 月 日<br>未受講の理由                                                                                     |     |                   |     |           |             |
| 受講希望<br>（全て入力）                     | 第1希望                                                                                                                                                                                                                        | 第1期 | 同一事業所内での優先順位      |     | 3 名中 1 番目 |             |
|                                    | 第2希望                                                                                                                                                                                                                        | 第2期 | (1名の場合1名中1番目と記入)  |     |           |             |
| 資格<br>（該当資格を選択<br>複数回答可）           | 介護福祉士                                                                                                                                                                                                                       |     | 准看護師<br>プルダウンより選択 |     |           |             |
| 事業所種別<br>（研修申込者の所属す<br>る事業所を選択）    | ⑥グループホーム                                                                                                                                                                                                                    |     |                   |     |           |             |
| 勤務施設名<br>（直近の期間から<br>順に入力）         | 施設名・事業所名 従事期間 業務内容 年月数<br>① グループホーム〇〇 R2年 8月～ R7年 6月（介護支援専門員） 4年 11ヶ月<br>② デイサービス△△ H28年 4月～ R2年 5月（介護職員） 4年 2ヶ月<br>③ 老人保健施設□□ H26年 4月～ H28年 3月（介護職員） 2年 0ヶ月<br>介護業務従事年数 計 11年 1ヶ月<br>※欄が足りない場合は【様式2】勤務施設名（別紙）を作成し記入してください。 |     |                   |     |           |             |

|                        |      |       |      |    |
|------------------------|------|-------|------|----|
| 事務局処理欄（申込者は記入しないでください） |      |       |      |    |
| 受付日                    | 受付番号 | 決定受講期 | 受講番号 | 備考 |
| /                      |      | 第 期   |      |    |

## 勤務施設・事業所名（別紙）

|         |  |
|---------|--|
| ふりがな    |  |
| 受講希望者氏名 |  |

## 勤務先施設・事業所記入欄（【様式1】追加分）

| 勤務先<br>施設・事業所名 | 従事期間      | 業務内容 | 従事年月数 |    |
|----------------|-----------|------|-------|----|
|                |           |      | 年     | ヶ月 |
|                | 年 月 ～ 年 月 |      |       |    |
|                | 年 月 ～ 年 月 |      |       |    |
|                | 年 月 ～ 年 月 |      |       |    |
|                | 年 月 ～ 年 月 |      |       |    |
|                | 年 月 ～ 年 月 |      |       |    |
|                | 年 月 ～ 年 月 |      |       |    |
|                | 年 月 ～ 年 月 |      |       |    |
|                | 年 月 ～ 年 月 |      |       |    |
|                | 年 月 ～ 年 月 |      |       |    |
|                | 年 月 ～ 年 月 |      |       |    |
| 従事年月数合計⇒       |           |      | 年     | ヶ月 |

## 市 町 村 推 薦 書

年 月 日

宮城県知事 宛

市町村名 \_\_\_\_\_

市町村長名 (印)

住 所

TEL :        —        —        (内線        )

担当者職・氏名

地域密着型サービス事業の運営基準を満たすため下記研修を受講させたく推薦書を提出致します。

|   |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 研 修 名                                          | 令和7年度 認知症対応型サービス事業管理者研修                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 2 | 受講希望者<br>職名・氏名                                 | 職名： 氏名：                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 3 | 基準を満たすもの<br>(該当するものに○)                         | 1. 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所の管理者<br>2. 共同型指定認知症対応型通所介護事業所の管理者<br>3. 指定小規模多機能型居宅介護事業所の管理者<br>4. 指定認知症対応型共同生活介護事業所の管理者<br>5. 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者<br>6. 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の管理者<br>7. 共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の管理者<br>8. 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の管理者<br>9. 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の管理者 |
| 4 | 推 薦 理 由<br>(該当する内容を記載)                         | 1. 事業所開設の為（新規事業所に着任）<br>開設予定日 年 月 頃<br>2. 前任者と交代の為（退職・人事異動・その他[ ]）<br>前任者氏名 交代日 年 月 日<br>3. 管理者に従事しているが管理者研修を未受講のため<br>従事年月日 年 月 日<br>未受講の理由                                                                                                                                        |
| 5 | 現 在 の 事 業 所                                    | 事業所名：<br>住 所：<br>電 話：                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 6 | 着 任 す る 事 業 所<br>(5と同じ場合同上と記載)<br>(新規開設は仮名称も可) | 事業所名：<br>住 所：<br>電 話：                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 7 | 実践者研修受講状況                                      | 令和7年度 認知症介護実践者研修 第 期 受講予定<br>認知症介護実践者研修 年 月 日 修了<br>実践者研修（平成17年4月施行の宮城県実施要綱に基づく） 年 月 日 修了                                                                                                                                                                                           |
| 8 | 介護業務従事年数                                       | 年 ヶ月                                                                                                                                                                                                                                                                                |