

令和7年度 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 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及び仙台市小規模多機能型サービス等計画作成担当者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。
うち計画作成担当者研修は、「小規模多機能ケアの視点」「地域生活支援」「居宅介護支援計画作成の実際」等の計画作成担当者に必要な専門的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・仙台市
- 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で知事が適当と認めた者
 - (1) 県内 ①～③の事業所の計画作成担当者又は計画作成担当者になることが予定されている者
 - ① 指定小規模多機能型居宅介護事業所
 - ② 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所
 - ③ 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所
 - (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）
（申込時、修了証書の写し添付すること）
※実践者研修未受講の場合、本年度の実践者研修第1期もしくは第2期を受講すること。
 - (3) 介護支援専門員
※サテライト型小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者に就任予定で、介護支援専門員の資格を要さない場合を除く。
 - (4) 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）
令和7年12月9日(火)、10日(水)
- 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、大崎市より黒川郡大和町に移転しましたので、ご注意ください。
- 8 受講定員 20名



Google マップ

- 9 募集期間 令和7年7月10日（火）～ 7月30日（火）
（期間内に市町村担当課へお申込みください。）
※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10月上旬頃
(1) 受講の可否については施設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。このため、遅刻・早退・途中退席があった場合等は交付できないことがあります。
- 12 受講料 5,500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 受講決定通知送付後、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。各自印刷していただき、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プリントし必要事項を全て記入の上、「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**へ輸送またはご持参ください。（募集期間内必着）
なお、別紙1の推薦書については、市町村担当課にて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：**申込者現所属事業所所在地の市町村認知症施策担当課**
- 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。
(2) 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。
(3) 宮城県介護研修センター内には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予約ください。

令和7年度 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 日程表

1 日目 令和7年12月9日(火)

時 間		カリキュラム名		講 師（講師補助）
9:20 9:30	10 分	オリエンテーション		宮城県介護研修センター
9:30 10:30	60 分	1.総論・小規模多機能ケアの視点	・法的制度の理解 ・小規模多機能ケアとその視点の理解	講師：我妻 学 講師補助：森本 浩史
10:40 11:40	60 分	2.ケアマネジメント論	・小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護のサービスのあり方の理解 ・本人本位の視点の理解 ・在宅生活を支えるための機能マネジメントを理解	講師：森本 浩史 講師補助：我妻 学
昼食・休憩				
12:40 13:40	60 分	3.地域生活支援	・地域生活支援のためのネットワークづくりとそのあり方の理解 ・地域・他機関との連携についての理解	講師：森本 浩史 講師補助：我妻 学
13:50 14:50	60 分	4.チームケア	・小規模多機能ケアの基本であるひとりひとりのニーズにチームで応えるチームケアについての理解	講師：森本 浩史 講師補助：我妻 学

2 日目 令和7年12月10日(水)

時 間		カリキュラム名		講 師（講師補助）
9:30 10:30	60 分	居宅介護支援計画作成の実際（講義）	1 日目の講義内容を踏まえ、講義及び実際の事例を用いた演習を通じて、小規模多機能型居宅介護計画の作成、並びに他の居宅サービス利用を含めた居宅介護支援計画及び看護小規模多機能型居宅介護計画の作成についての理解	講師： 森本 浩史 講師補助： 我妻 学
10:40 11:40	60 分	居宅介護支援計画作成の実際（演習）		講師： 森本 浩史 講師補助： 我妻 学
昼食・休憩				
12:40 15:40	180 分	同上		講師： 森本 浩史 講師補助： 我妻 学

様式1

令和7年度 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 受講申込書（推薦書）

宮城県知事 殿（各市町村経由）

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願います

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			
※入力不可、自署							
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							
受講目的 （該当する内容を選択）							
受講理由 （該当する内容を記載）	① 事業所開設の為（新規事業に着任） 開設予定日 年 月頃 ② 前任者と交代の為（退職・人事異動・その他〔 〕） 前任者氏名 交代日 年 月 日 ③ 計画作成担当者に従事しているが研修未受講のため 従事年月日 年 月 未受講の理由						
同一事業所内での優先順位 （1名の場合1名中1番目と記入）	名中	番目					
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 月		ヶ月
	②		年 月～ 年 月（ ）		年 月		ヶ月
	③		年 月～ 年 月（ ）		年 月		ヶ月
	介護業務従事年数 計						年 ヶ月
※欄が足りない場合は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		

宮城県知事 殿（各市町村経由）

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

〒 1 2 3 - 4 5 6 7

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 0 2 2 - 1 2 3 - 4 5 6 7

※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お願いいたします

ふりがな	記 自 署		受講希望者 生年月日	昭和	2 年 3 月 4 日
受講希望者氏名 ※入力不可、自署			※該当する元号に〇	〇	平成
受講希望者 連 絡 先	0 9 0 - 9 8 7 - 6 5 4 3 ※日中、連絡が取れる電話番号を記入		職名	介護職	
受講理由 (該当する目的を選択)	① 指定小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者 プルダウンより選択				
受講理由 (該当する内容を記載)	① 事業所開設の為（新規事業に着任） 開設予定日 年 月 日 ② 前任者と交代の為（退職 人事異動 その他〔 〕） 前任者氏名 交代日 年 月 日 ③ 計画作成担当者に従事しているが研修未受講のため 従事年月日 年 月 日 未受講の理由				
同一事業所内 での優先順位 (1名の場合1名中 1番目と記入)	1 名中 1 番目				
資格 (該当資格を選択 複数回答可)	介護福祉士		准看護師 プルダウンより選択		
事業所種別 (研修申込者の所属する 事業所を選択)	①. 特別養護老人ホーム				
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 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
	② デイサービス△△		H28年 4月～ R2年 5月		(介護職員) 4年 2ヶ月
	③ 老人保健施設□□		H26年 4月～ H28年 3月		(介護職員) 2年 0ヶ月
		介護業務従事年数 計 11年 1ヶ月			
※欄が足りない場合は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 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			
従事年月数合計⇒			年	ヶ月

宮城県知事 宛

年 月 日

担当者職・氏名

1	研 修 名	令和7年度 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修
2	受講希望者職名・氏名	職名： 氏名：
3	基準を満たすもの (該当するものに○)	1. 指定小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者 2. 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者 3. 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者
4	推 薦 理 由 (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） 開設予定日 年 月 頃 2. 前任者と交代の為（退職・人事異動・その他[]） 前任者氏名 交代日 年 月 日 3. 計画作成担当者に従事しているが研修未受講のため 従事年月日 年 月 日 未受講の理由
5	現 在 の 事 業 所	事業所名： 住 所： 電 話：
6	着 任 す る 事 業 所 (5と同じ場合同上と記載) (新規開設は仮名称も可)	事業所名： 住 所： 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 認知症介護実践者研修 年 月 日 修了 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