

令和7年度 認知症対応型サービス事業開設者研修 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認知症対応型サービス事業開設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。

うち開設者研修は、認知症介護に関する基本的な知識及び認知症対応型サービス事業の運営に必要な知識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(1)、(2)を全て満たす者で知事が適当と認めた者

(1) 県内 ①～⑤の代表者

※代表者とは、法人の理事長又は理事等相当職の者で、事業所の運営に権限のある者

① 指定小規模多機能型居宅介護事業者

② 指定認知症対応型共同生活介護事業者

③ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業者

④ 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者

⑤ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者

(2) 市町村長の推薦を受けた者（別紙1）
 - 5 研修期間

講義 令和7年11月21日(金)

外部施設体験 令和7年11月25日(火)または26日(水)予定

(受け入れ事業所との調整による)
 - 6 研修内容 別紙日程表参照
 - 7 研修方式

オンライン研修

※受講に当たっては、安定したインターネット通信環境の確保の他、相互に音声・映像をやりとりする協議等ができるよう、音声マイク・Web カメラ等の必要機器を備えたパソコンを、1人1台ご準備願います。
 - 8 受講定員 25名
 - 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申込み願います)
- ※募集期間以外の申込みは受け付けません。

- 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。ただし、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 研修費用
- (1) 受講料 6,500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。)
 - (2) 実習費 2,500円
実習当日、実習先施設へ現金にてお支払いください。
 - (3) 昼食代 1,000円程度(金額は実習先によって異なります)
実習当日、実習先施設へ現金にてお支払いください。
- 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、当日必ずご準備ください。
- 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、**市町村担当課**へ郵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。
※ご記入いただいた個人情報に関しては、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。申込書様式のすべ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) 下記の研修をすでに受講している場合には、開設者研修を修了したものとみなし、新たに開設者研修を受講する必要はないものとします。
- ① 宮城県認知症介護実務者研修事業実施要綱（平成15年4月7日施行）に基づく認知症介護実務者研修基礎課程又は専門課程
 - ② 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又は実践リーダー研修
 - ③ 宮城県認知症高齢者グループホーム管理者研修事業実施要綱（平成17年4月7日施行）に基づく認知症高齢者グループホーム管理者研修
 - ④ 宮城県認知症介護指導者養成研修事業実施要綱（平成13年5月25日施行）に基づく認知症介護指導者養成研修
 - ⑤ 宮城県認知症高齢者グループホーム開設予定者等研修事業実施要綱（平成16年9月24日施行）に基づく認知症高齢者グループホーム開設予定者等研修

令和7年度 認知症対応型サービス事業開設者研修 日程表

1 日目 令和7年11月21日(金) ※オンライン開催

時 間		カリキュラム名		講 師（講師補助）
9:00 9:10	10 分	研修オリエンテーション(研修生の紹介等)		宮城県介護研修センター
9:10 10:10	60 分	4-①.地域密着型サービスの取り組みについて	・地域密着型サービスの指定基準 の理解	仙台市健康福祉局保険高齢部 介護事業支援課居宅サービス指 導係
10:20 11:20	60 分	1.認知症高齢者の基本的理解	・医学的理解 ・心理的理解 ・自立した生活の意味と支援するこ との重要性の理解	講師： 森本 浩史
昼食・休憩				
12:20 13:50	90 分	2.認知症高齢者ケアのあり方	・1 を基に権利擁護やリスクマネジ メントについての理解 ・自立した生活の支援の基本的な 考え方の理解	講師： 坂本 茂明 講師補助： 高野 秀治
14:00 15:00	60 分	3.家族の理解・高齢者との関係の理解	・家族の理解 ・家族内の様々な問題等を理解 し、家族への支援の重要性につい ての理解	認知症の人と家族の会 宮城県支部代表 若生 榮子
15:10 16:40	90 分	4-②.地域密着型サービスの取り組みについて	・地域との連携・質の向上について の理解 ・各事業のサービス提供のあり方 についての理解	講師： 千葉 喜春 講師補助： 高野 裕子
16:40 16:50	10 分	外部施設体験のガイダンス		宮城県介護研修センター

2 日目 令和7年11月25日(火)、26日(水)のうち1日(受け入れ事業所と調整)

時 間		カリキュラム名
9:00 17:00	480 分	外部施設体験

※外部施設体験終了後、講義及び外部施設体験についてのレポートを作成していただきます。

(A4 用紙 3 枚以上、手書きの場合は 4000 字以上)

様式1

令和7年度 宮城県認知症対応型サービス事業開設者研修 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	法人又は 事業所の 代表者	職 氏名	印
事業所等の名称	問合せ担当者名		
〒 -	事業所等連絡先		
事業所等 所在地 住所	※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	
※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					
地域密着型サー ビス事業所種別						
受講理由	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. 前任者と交代のため(退職・人事異動・その他〔 〕) 前任者氏名 交代日 年 月 日 3. 既に代表者として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)	名 中 番 目					
地域密着型 サービス 事業所名 (新規事業者は 仮名称可)	1 住所：					
	2 住所：					
	3 住所：					
	※欄が足りない場合は別紙を作成し記入してください。					
介護事業 従事年数	介護業務従事年数 計 年 ヶ月					

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

〒 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	
受講希望者氏名				※該当する元号 に〇	〇	平成	2 年 3 月 4 日
※入力不可、自署							
受講希望者 連 絡 先	090-987-6543			職名	介護職		
	※日中、連絡が取れる電話番号を記入						
地域密着型サ ービス事業所種別	② 指定認知症対応型共同生活介護事業所 プルダウンより選択						
受講理由	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 前任者と交代のため(退職、人事異動、その他〔 〕) 前任者氏名 交代日 年 月 日 ③ 既に代表者として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						
地域密着型サ ービス事業所名 (新規事業者は 仮名称可)	1 〇〇法人 〇〇〇 住所：宮城県仙台市〇〇区〇〇 2 住所： 3 住所： ※欄が足りない場合は別紙を作成し記入してください。						
介護事業 従事年数	介護業務従事年数 計 10 年 5 ヶ月						

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

別紙 1

市 町 村 推 薦 書

年 月 日

宮城県知事 宛

市 町 村 名

市町村長名



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いたします。

1	研 修 名	令和7年度 認知症対応型サービス事業開設者研修
2	推薦者 職名・氏名	職名： 氏名：
3	基準を満たすもの (該当するものに○) (複数回答可)	1. 指定小規模多機能型居宅介護事業所の代表者 2. 指定認知症対応型共同生活介護事業者の代表者 3. 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表者 4. 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の代表者 5. 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の代表者
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. 既に代表者として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	対象となる事業所名 (5と同じ場合同上と記載) (新規開設者は仮名可) (多数の場合別紙に記入)	事業所名： 住 所：〒 電 話：
7	介護従事勤務年数 (番号に○、経験年数記入)	1. 有 (年 ヶ月) 2. 無