

予め、『本実施要項』及び『認知症介護研修留意事項』をご理解の上、申込みください。

【5】2025年度 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 実施要項

1 目的

指定小規模多機能型居宅介護事業所及び指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における計画作成担当者（となる者）が、対象となる事業所において、利用登録者に関する介護計画を適切に作成する上で必要な、当該サービスに係る「基準の正しい理解」「適切なサービスの提供」「利用計画作成演習」等の知識・技術を身につける。

2 実施主体

兵庫県（研修実施事業者として兵庫県社会福祉事業団に委託）

3 定員・申込要件

〔定員〕各回 30名（計2回 実施予定）

〔対象者〕以下の要件全てを満たす者（②はア又はイのいずれか一つ）

①	申込者が勤務する法人の所属長等（申込責任者）が受講を認めた者
②	ア 新規に開設 する予定の小規模多機能型サービス事業所等※の計画作成担当者に就任予定であるが当研修を受講していない者
	イ 既に開設 している小規模多機能型サービス事業所等※の計画作成担当者に既に就任している、または今後計画作成担当者に就任することが決まっているが、当研修を受講していない者
③	認知症介護実践研修における実践者研修（旧基礎課程を含む）を修了している者 ※平成12年度～16年度に実施した「認知症（痴呆）介護実務者研修基礎研修・基礎課程」を修了した者は上記認知症介護実践研修（実践者研修）を修了した者とみなします。 ※昭和59年度～平成11年度までに実施した「認知症（痴呆性）老人処遇技術研修」の受講者について、次の条件の両方を満たす場合には、上記、認知症介護実践研修（実践者研修）修了した者とみなします。 <ul style="list-style-type: none">認知症（痴呆性）老人処遇技術研修の集中基礎講座（2日間）及び実践研修（3週間）を修了証により確認できる。認知症（痴呆性）老人処遇技術研修の修了後、引き続き認知症介護の実務に従事している。

※**申込責任者が申込者同一人物は不可**。申込者が所属長の場合は、法人代表者等が申込責任者になります。

※**小規模多機能型サービス事業所等とは、指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所です。介護予防を含みます。**

※**認知症介護実践者研修の修了見込みのものであっても申込みは可能ですが、本研修の初日までに認知症介護実践者研修が修了できなかった場合、受講は取消されます。**

修了見込みでお申込みいただいた場合は、認知症介護実践研修（実践者研修）修了証の写しを提出いただき、認知症介護実践研修（実践者研修）の修了を確認させていただきます。

4 日程

『プログラム』のとおり。 ※日程は、都合により変更する場合があります。

5 研修会場

兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 他

※ 会場は変更になる場合があります。研修会場等は、受講決定時及び研修中に受講決定者へ通知します。

※本研修には多くの受講者が参加されます。

感染防止の観点からマスクの着用について、ご協力をお願いいたします。研修当日は検温・手指消毒等を必要に応じてお願いすることがあります。

その他、感染症対策を実施しつつ、研修を行います。感染を完全に防ぐことは保証できませんので、ご理解をいただいた上で、お申し込みください。

6 修了証の交付

研修修了者には兵庫県知事名の修了証を交付します。

研修受講者であっても、研修の目的に達成していないと判断された場合や、欠席・遅刻・早退等があった場合、修了証を交付できないことがあります。

7 受講料（受講決定者のみ）

受講料 8,000円

※その他、受講にかかる旅費、宿泊費、申込みの送付（簡易書留を含む）等を負担していただきます。

※納入方法については受講決定者に対して別途通知します。

8 申込方法

申込みは、計画作成担当者として就任する（予定の）事業所がある市町の長を通じて行います。
 （現在所属している事業所と就任する（予定の）事業所の所在地が異なる場合、注意してください。）

申込みから受講までの手続きは『受講までの流れ』を確認してください。

記載している申込提出物を作成し、**各市町介護保険担当課**へ問合わせの上、申込みください。

※提出書類と申込書の氏名が異なる場合、氏名の変更の証明書を添付してください。研修途中の変更も同様です。

（①氏名変更が記載されている免許証の表裏両面の写しまたは②戸籍抄本の原本等）

	提出書類等	内容
①	受講申込書 様式 5-①	申込者 1 名につき 1 部作成 ※白黒印刷可 ※いずれも代表者及び所属長、申込者本人の要押印
②	認知症介護実践研修 （実践者研修）等の 修了証の写し	本研修初日までに認知症介護実践研修（実践者研修）を修了見込みでお申込される場合は下記の通り資料を提出ください。 (1) 当事業団（兵庫県立総合リハビリテーションセンター及び西播磨総合リハビリテーションセンター）で認知症介護実践研修（実践者研修）受講中の場合は、『受講決定通知書』の写し。 (2) 他機関で受講中の場合は、『受講決定通知書』等の写しと『研修プログラム』 ※白黒印刷可
③	受講可否 返信用封筒	『受講申込書』 1 部につき 『返信用封筒』 1 枚 長形 3 号(120mm×235mm)に 110 円切手を貼付け、表面に以下(1)～(3)の内容を明記して提出する。（裏面は何も記入しない。） (1) 返信先の住所・法人名・事業所名・宛先名 (2) 計画作成担当者研修 受講決定返信用 （ <input type="checkbox"/> 内 赤色で記載） (3) 申込者氏名（必ず記載すること。）例（申込者 ○○ ○○） ※切手金額の不足があった場合、受取人払いにて発送します。

※『受講申込書』の記入漏れがあった場合、選考の優先順位を下げる又は受講不可とする等の不利益が生じる場合があります。

〔提出先〕

各市町介護保険担当課

※『受講可否返信用封筒』については、作成例を参考にしてください。

9 申込期間

申込期間内に各市町介護保険担当課へ申込みください。

〔申込受付期間〕

回	各市町への申込受付期間	各市町より当研修センターへの 申込締切日	受講対象者 （当事業団で受講した場合）
第 1 回	2025 年 8 月 6 日（水） ～ 8 月 29 日（金）	2025 年 9 月 10 日（水）	研修初日までに、認知症介護実践研修（実践者研修）を修了している（見込み）の方が受講対象になります。
第 2 回	2025 年 12 月 2 日（火） ～ 12 月 23 日（火）	2026 年 1 月 7 日（水）	

※申込期間以外は受付を行いません。

※研修初日までに実践者研修を修了していることが申込要件になります。

※実践者研修の修了を見込として本研修を申込まれた場合、同回の実践者研修が修了できなかった際には本研修の受講は取消されます。その後、別回の実践者研修を修了しても無効となります。

※実践者研修とは認知症介護実践研修（実践者研修）又は「認知症（痴呆）介護実務者研修基礎研修・基礎課程」のことを示します。

10 受講決定

- 申込者が定員を上回った場合は、申込締切後に受講者の選考を行います。先着順ではありません。
- 受講の可否の連絡は、受講可否返信用封筒を使用し申込者全員に通知します。また申込みのあった市町介護保険担当課にも通知します。
- 選考後、受講者のみ、事前課題の提出が必要です。

〔事前課題〕※受講者のみ作成（申込時に事前課題を提出しないでください。）

- 『事前課題の作成・提出について』をご確認いただき、『様式5-③』を提出してください。

提出書類物	内容	対象者
事前課題 様式5-③	受講者1名につき1部作成 ※手書き不可 研修時、様式5-③の原本とコピーを用意してください。	受講者

※『様式5-③』は更新する場合があります。必ず、受講決定後に福祉のまちづくり研究所ホームページからダウンロードした様式をご使用ください。

※事前課題は変更となる場合があります。必ず受講決定通知書を確認してください。

11 その他

- 神戸市を所在地とする事業所については、原則神戸市主催の同研修に申込みください。
（神戸市を除く兵庫県内の事業所を優先的に受講決定します）
- 当研修センターへの申込締切日後、2週間以内に『受講可否返信用封筒』が届かない場合は、研修センターへ問合せください。
- 会場には研修受講者用の駐車スペースは用意していませんので公共交通機関を利用してください。
やむを得ず車で来られる場合は、近隣の有料駐車場を使用してください。
車での交通事情による遅刻はやむを得ない理由に該当しません。

問合せ先

兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 研修センター 認知症介護研修担当 住所 〒651-2181 神戸市西区曙町1070 ホームページ（研修部門） http://www.hwc.or.jp/kensyuu 質問・お問合せ（研修部門）お問合せ） http://www.hwc.or.jp/kensyuu/form/contact/contact.cgi ※質問・お問合せは、当方ホームページ『研修部門のお問合せ』からお願いします。
--