

## 令和8年度(2026年度)北海道小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修実施要綱兼募集要項

### 1 目的

小規模多機能型サービス等計画作成担当者となる者に対して、利用者及び事業の特性を踏まえたサービス等の利用に係る計画又は介護計画を作成する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 実施主体

北海道とする。ただし、事業の一部をこの事業を適切に実施することができると認められる者に委託することがある。

この場合において、知事は受託者に対し、当該事業が適正かつ効果的に行われるよう指導監督を行う。

### 3 研修の対象者

次の(1)、(2)の条件をいずれも満たし、知事が適当と認めた者

(1) 介護支援専門員として以下の事業所（今後開設を予定している事業所を含む。）の計画作成担当者に従事している者又は計画作成担当者になることが予定されている者

- 指定小規模多機能型居宅介護事業所（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年厚生労働省令第34号。以下「指定基準」という。）第63条第1項に規定するものをいう。）
- 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。）
- 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所（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年厚生労働省令第36号。）第44条第1項に規定するものをいう。）

※ サテライト型指定小規模多機能型居宅介護事業所又はサテライト型指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所については、介護支援専門員証の交付を受けていない者も含まれます。

(2) 本研修の受講時点で下記のいずれかの研修を修了している者

なお、本年度の認知症介護実践者研修（以下「実践者研修」という。）を受講される方で、本研修の受講申込時には実践者研修が未修了であっても、本研修の受講初日までに実践者研修を修了する見込みである場合には、受講可能とします。

- 痴呆（認知症）介護実務者研修（基礎課程）（平成12年度～平成16年度実施）
- 認知症介護実践研修（実践者研修）（平成17年度～現在まで実施）
- 認知症高齢者グループホーム管理者研修（平成17年度のみ実施）
- 認知症対応型サービス事業管理者研修（平成18年度～現在まで実施）
- 北海道痴呆性老人処遇技術研修（昭和60年度～平成11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、11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年度のみ実施）
- 北海道認知症（痴呆）介護実務者研修（平成13年度～平成17年度実施）

4 募集定員

各回 40 名

5 研修の内容

講義・演習 2日間（11時間）

区 分	講 義 名・演 習	時 間
講 義	小規模多機能型居宅介護の概要	60分
講 義	小規模多機能ケアの視点	90分
講 義	地域生活支援	90分
講 義	チームケア（記録・カンファレンス・アセスメントプラン）	60分
講 義	ケアマネジメント論	60分
講義・演習	居宅介護支援計画作成の実際	300分

○ 1日目 …10：00～16：30

○ 2日目 …9：15～16：25

※ 時間数については、変更の可能性があります。

6 研修日程及び研修会場

区 分	研 修 日	会 場
第1回	令和8年（2026年）6月3日（水）～6月4日（木）	社会福祉法人幸清会 札幌研修センター2024 EPO3.13 （札幌市中央区北3条西13丁目3-13）
第2回	令和8年（2026年）8月6日（木）～8月7日（金）	
第3回	令和8年（2026年）10月8日（木）～10月9日（金）	
第4回	令和8年（2026年）2月8日（月）～2月9日（火）	

7 受講の手続等

(1) 受講の申込み

下記の申込期日までに、所定の受講申込書を **事業所所在地（個人で申し込む場合にあつては居住地の）市町村担当課まで** 提出してください。

なお、道外の方は、事業所所在地又は居住地の市町村担当課からあらかじめ承諾を得た上で提出してください。

※ 期日厳守

区 分	申 込 期 日
第1回	令和8年（2026年）5月15日（金）市町村担当課に必着
第2回	令和8年（2026年）7月2日（木）市町村担当課に必着
第3回	令和8年（2026年）9月3日（木）市町村担当課に必着
第4回	令和9年（2027年）1月5日（火）市町村担当課に必着

## (2) 市町村の推薦書

市町村長は、新規開設を予定する事業所については、当該事業所の開設申請内容等を十分審査し、受講することが適当と認めた場合に、受講申込書に推薦書を添えて、知事に提出してください。

## (3) 受講者の決定

知事は、受講申込書に基づき受講要件を審査の上、受講者を決定し通知します。

なお、申込者数が4の募集定員を超える場合は、既に計画作成担当者として就任している（就任予定日が近い）道内の方を優先としますので、次の開催回への振替等を行うことがあります。

## 8 研修費用

無料

## 9 修了証書の交付等

全課程を修了した方に、北海道知事名の修了証書（別記様式）を交付します。

## 10 注意事項

(1) 受講申込みは原則1事業所あたり1名とします。ただし、事業所の新・増設、管理者の退職等、緊急かつやむを得ない事情がある場合は、複数名の申し込みを認めます。

(2) FAXでの申込みは受付しません（申込みは無効とします。）。

(3) 受講決定後、受講者の変更は認めません。

(4) 申込書に不実や虚偽の記載が認められた場合には、受講決定の取り消し又は修了証書を交付できない場合があります。また、修了証書発行後に虚偽が認められた場合は、修了を取り消す場合があります。

(5) 次の場合、研修の修了を認めないことがあります。

- ・研修受講態度が著しく不良である場合
- ・レポートや関係書類などの提出物が未提出である場合
- ・その他、研修の目的が達成されないと判断される場合

## 11 個人情報の取扱い

受講申込みに係る個人情報については、本研修に係る業務にのみ使用し、厳重に管理します。

## 12 問い合わせ先

### 【研修の申込みに関して】

各市町村担当課

### 【受講決定及び研修内容に関して】

社会福祉法人幸清会（委託先）

電話 0142-82-3325

北海道保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課地域支援係

電話 011-204-5275

別記様式

		第	号
修 了 証 書			
		氏 名	
		生年月日	年 月 日
あなたは、厚生労働省の定める小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了したことを証します			
令和 年( 年) 月 日			
		北海道知事	○ ○ ○ ○