

## 令和8年度 香川県認知症介護実践研修（実践者研修）実施要領

### 1 目的

高齢者介護実務者に対し、認知症高齢者の介護に関する実践的研修を実施することにより、認知症介護技術の向上を図り、認知症介護の専門職員を養成し、もって認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図ることを目的とする。

### 2 実施主体（指定法人）

社会福祉法人 守里会（令和4年3月11日付にて香川県知事より指定）

### 3 研修対象者

認知症の知識に関して、介護福祉士等の知識、もしくはそれと同等の知識を習得しており、香川県内の介護保険施設・事業所等に従事し、高齢者介護の現場経験を2年以上有する介護職員等※であって、指定法人が適当と認めた者とします。

※ 原則として、認知症介護基礎研修（基礎研修受講免除者を除く）を修了していることが前提です。

※ 認知症対応型サービス事業管理者研修及び小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を受講するためには、当研修の修了が必要です。

### 4 研修カリキュラム

別紙のとおり

### 5 研修日程

研修期間は下記のとおりですので、いずれかを選択してください。

受講希望者が定員より大幅に少なかった場合は、回数を減らす場合がありますので、ご了承ください。

#### ○ 第1回

- 【前期】講義・演習：令和8年 6月22日（月）～ 6月23日（火）
- 自施設実習：令和8年 6月24日（水）～ 7月5日（日）
- 【後期】講義・演習：令和8年 7月6日（月）～ 7月7日（火）
- 実習課題設定：令和8年 7月8日（水）
- 自施設実習：令和8年 7月9日（木）～ 7月16日（木）
- 進捗確認：令和8年 7月17日（金）
- 自施設実習：令和8年 7月18日（土）～ 8年 8月5日（水）
- 自施設実習評価：令和8年 8月12日（水）

#### ○ 第2回

- 【前期】講義・演習：令和8年10月5日（月）～10月6日（火）
- 自施設実習：令和8年10月7日（水）～10月18日（日）
- 【後期】講義・演習：令和8年10月19日（月）～10月20日（火）
- 実習課題設定：令和8年10月21日（水）
- 自施設実習：令和8年10月22日（木）～10月29日（木）
- 進捗確認：令和8年10月30日（金）
- 自施設実習：令和8年10月31日（土）～11月18日（水）
- 自施設実習評価：令和8年11月25日（水）

## ○ 第3回

- 【前期】講義・演習：令和 9年 1月 7日（木）～ 1月 8日（金）
- 自施設実習：令和 9年 1月 9日（土）～ 1月19日（火）
- 【後期】講義・演習：令和 9年 1月20日（水）～ 1月21日（木）
- 実習課題設定：令和 9年 1月22日（金）
- 自施設実習：令和 9年 1月25日（月）～ 2月 2日（火）
- 進捗確認：令和 9年 2月 3日（水）
- 自施設実習：令和 9年 2月 4日（木）～ 2月21日（日）
- 自施設実習評価：令和 9年 3月 1日（月）

## 6 研修方法

全日程、集合研修とします。

但し、新型コロナウイルス感染症等の状況によりオンライン研修に変更する場合があります。

## 7 研修場所

- ・ 集合研修：社会福祉法人守里会 瀬戸内ナーシング学院（高松市香西本町17番地9）  
TEL:087-813-3359 （研修当日のみ連絡可）
- ・ オンライン研修：受講者の所属施設又は自宅
- ・ 自施設実習：各受講者の所属施設で実習

## 8 経費

受講料 21,000円(税込み)

※ お支払いただいた受講料は、研修を修了できない場合でも返還できません。

※ 振込先及び振込期日については受講決定後、別途ご案内します。

使用テキスト：

『新訂・認知症介護実践者研修標準テキスト』（株式会社ワールドプランニング）  
定価 2,500円＋税

株式会社ワールドプランニング

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1 オザワビル

TEL 03-5206-7431 FAX 03-5206-7757 E-mail:world@med.email.ne.jp

※ テキストは事前に購入し、確認しておいてください。

## 9 申込み方法

- ・ お申込みは、1施設・事業所につき1名のみとさせていただきます。
- ・ 受講希望者は、施設・事業所の代表者を通じて別添申込書に必要な事項を記入のうえ、認知症介護基礎研修修了証書または、免除理由の資格者証のコピーを添付して、下記へ郵送によりお申込みください。（郵便事情が悪いため、余裕を持ってお申込みください。）
- ・ 受講要件の審査にあたり、受講申込書の記載内容について確認させていただく場合があります。
- ・ 受講申込の記載内容に虚偽があった場合は、修了を認めない又は取り消すことがあります。

【申込期限】令和8年 4月30日（木）（必着）

【申込先】 〒760-0036 香川県高松市城東町1丁目1-46

社会福祉法人 守里会 認知症研修事務局宛

- ・ 本研修を受講することにより介護保険事業の指定基準等を満たす場合は、事業所が所在する市の介護保険担当課からの推薦書を添付してください。
- ・ 封筒表に「認知症介護実践者研修受講申込書在中」と朱書きください。

## 10 受講決定

- ・ 受講定員は各回60名とします。
- ・ 定員を超える受講申し込みがあった場合の選定順位は次のとおりとします。
  - 1 事業所が所在する市町の介護保険担当課から推薦のあった者
  - 2 所属する施設・事業所の認知症介護実践者研修修了者数が少ない者
  - 3 介護現場経験年数の長い者
- ・ 申込み状況によっては、受講希望日程以外での受講決定となる場合もあります。
- ・ 受講の可否、研修日程等は、後日文書で施設・事業所の代表者宛に通知します。
- ・ 受講決定後の受講者の変更は原則としてできません。やむを得ず変更する場合は施設・事業所の代表者を通じて「変更届」を提出していただきます。

## 11 修了証書

本研修の全課程を受講し、全カリキュラムを修了した者に対し、指定法人発行の修了証書を交付します。なお、下記について、修了証書を交付しない場合があります。

- ・ 本研修の全課程を通し欠席、遅刻が30分以上累計された場合
- ・ 提出書類の不備や期限内に提出できない場合
- ・ 受講態度に著しく問題がある場合
- ・ 各提出物や実習レポートの内容によっては、再提出または追加のレポート提出となり、修了が認められない場合もあります。

## 12 その他

- ・ 全課程に参加できる方を推薦し、本人の受講意思を確認後申込みして下さい。
- ・ 受講決定後、やむを得ず研修を辞退する場合は、施設・事業所の代表者を通じて「辞退届」を提出してください。
- ・ 原則として、研修当日の遅刻・早退・欠席は認められません。体調管理にお気を付けてください。
- ・ 研修用テキスト（前記）は、事前に各自で購入し、事前学習し、研修当日ご持参ください。
- ・ 新規に開設する場合で、自施設実習が困難な場合は、各事業所において実習先（特養、老健等）を確保してください。
- ・ 旧痴呆介護実務者研修（基礎課程）修了者は、再度受講する必要はありません。
- ・ 受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外には使用しません。

## 13 オンライン研修を受講するにあたっての注意事項（研修運営側がZOOM開催を決定した時）

本研修はWeb会議システムzoomを使用したオンライン研修とします。受講申込は、以下の事項を必ずご確認の上、お申込みください。同意できない場合は、受講いただけませんので、予めご了承ください。

ご準備いただきたいもの

- ・ zoomが使用できる環境
- ・ パソコン（タブレット・携帯電話不可）

※原則、受講者1名につき1台（2名以上で1台のPC使用は認めません。）

## 14 研修問合せ先

社会福祉法人 守里会

〒760-0036 香川県高松市城東町1丁目1-46

電話：087-813-0778 FAX:087-813-0832

別 紙

令和8年度 香川県認知症介護実践研修（実践者研修）

受 講 申 込 書

年 月 日

社会福祉法人守里会  
理事長 松木 孝和 様

法人・事業者名  
代表者職・氏名  
郵便番号  
法人・事業者住所  
事務担当者名  
電話番号  
FAX 番号

令和8年度香川県認知症介護実践研修（実践者研修）を次の者に受講させたいので申込みます。

受講者 氏名	ふりがな	生年月日	昭和 平成	年	月	日
		性別	男 ・ 女			
勤務 施設等名						基礎研修受講： 年度
オンライン研修 登録メールアドレス						
勤務施設等 種類	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
勤務先 所在地	(〒 - ) (Tel - - )					
現職経験	職 種		役職名			
	経験年数	年 月	採 用 年月日	年 月 日		
資格の有無	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他の資格（ ） <input type="checkbox"/> 介護現場経験年数2年以上（ 年 か月）※基礎研修修了必須					
勤務施設における認知症介護実践者研修修了者数 (旧痴呆介護研修の基礎課程修了者を含む)			人			
受講希望 日 程	第 1 希望		第 2 希望			
	第 回		第 回			
受講希望理由 (受講者本人が記入すること)						

- ※1 記入漏れのないようにご記入ください。生年月日は、和暦でご記入ください。
- ※2 基礎研修を受講されている方は、「基礎研修受講」欄にご記入をお願いします。
- ※3 「現職経験」欄の「経験年数」欄には、申込日現在の現職場での経験年数を記入し、「介護現場経験年数2年以上」欄は、現職経験年数も含めて、必ず記入（必須）してください。
- ※4 認知症介護基礎研修修了証書または、免除理由の資格者証のコピーを添付してください。
- ※5 受講申込書の記載内容に虚偽があった場合は修了を認めない又は取り消すことがあります。
- ※6 受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外には使用しません。