

令和8年度 社会福祉施設職員等国内研修
(高齢者介護研修) 実施要綱

1 目 的

社会福祉施設等で働く職員等に対し専門知識、介護技術の習得及び参加者相互の交流の機会を提供し、福祉サービス向上や地域福祉の推進に寄与することを目的とする。

2 主 催 公益財団法人 社会福祉振興・試験センター
〔公益財団法人 中央競馬馬主社会福祉財団助成事業〕

3 後 援 厚生労働省 (予定)

4 実施期日 令和8年7月6日(月)～7月9日(木)までの4日間

5 開催方式 オンラインでの実施 (Zoom)

6 受講者の条件

次の(1)～(4)の全てを満たす者とする。

- (1) 公益的な活動を実施し地域貢献に取り組んでいる、又は公益的な活動を計画し地域貢献に取り組むことを予定している社会福祉法人等が経営する介護保険指定施設・事業所等に勤務する生活相談員・介護職員・介助員・介護支援専門員等である者
- (2) 介護保険指定施設・事業所等における介護業務の経験が通算して3年以上で、かつ、本研修受講後も引き続き当該施設・事業所等に勤務する意志を有する者
- (3) 参加目的及び獲得目標が明確で、所属長からの推薦がある者
- (4) Zoom ミーティングを利用したオンライン研修が受けられる者

7 受講定員

60名

8 研修の応募について

都道府県・政令指定都市・中核市等の推薦が必要である。「受講申込書」により、各自治体経由で応募すること。

9 受講者の選考

受講希望者が定員を超えた場合は、受講者の条件を満たす者のうち、次の選考基準により受講者を選考する。

【選考基準】

- (1) 都道府県・政令指定都市・中核市等の推薦者のうち各1名
(ただし、推薦のあった都道府県・政令指定都市・中核市等の優先順位1位の推薦者の合計が定員を超える場合は、(3)以降の基準で選考する)
- (2) 都道府県・政令指定都市・中核市等の推薦者のうち優先順位2位の者
(優先順位2位の推薦者の合計が定員を超える場合は、(3)以降の基準で選考する。
以下、優先順位3位以下の者の場合も同様に選考する)
- (3) 本研修に参加履歴のない施設・事業所等に勤務する者
- (4) 直近5年間において本研修への参加がない者
- (5) 介護業務の経験年数の長い者

1.0 受講費用
無料

1.1 研修科目及び時間（予定）

科 目	時間	科 目	時間
誰もが暮らしやすい生活を支える	1時間30分	“介護の価値を高める”介護ロボットの活用について	1時間30分
対人援助技術記録の書き方トレーニング	5時間15分	地域共生社会の実践	1時間45分
高齢者施設・事業所におけるリスクマネジメントについて	1時間30分	高齢者福祉行政の動向	1時間45分
職員の働きやすい環境構築・人材定着の支援	1時間30分	認知症高齢者の心理とケア ひもときシートを活用して	5時間00分
(注) 科目名・時間は今後変更が有り得ること。		8科目	19時間45分

(他、アイスブレイク・受講者交流等1時間30分)

(「対人援助技術記録の書き方トレーニング」のアーカイブ動画を復習用として配信予定)

1.2 レポートの提出

受講者は研修終了後、当センターが指定する期日までに所定のレポートを提出するものとする。なお、提出されたレポートは報告書としてまとめ、関係機関等に配付する。

1.3 その他

- ・ 受講者は、研修の成果について、所属施設並びに地域等において幅広く伝えるように努め、福祉サービス及び地域福祉活動の向上に寄与するものとする。
- ・ 原則、研修の全日程を受講すること。
- ・ 提出された書類は一切返却しないものとする。
- ・ オンライン研修を受講できる環境整備（受講場所やパソコンの用意、通信環境の整備）は受講者本人または受講者の所属する事業所等で準備するものとする。
- ・ 研修の内容を録画し、アーカイブ動画を復習用として配信予定であること、また、一部講義をオンデマンド研修等に使用するものとする。なお、研修実施に関する目的で行うものであり、本目的以外で使用しないものとする。

以上

令和8年度 社会福祉施設職員等国内研修(高齢者介護研修)日程表

9:00											13:00	13:30	13:45				15:15	15:30			17:00
7月6日 (月)											受 付	オ リ エ ン テ ー シ ョ ン	Zoom操作/アイスブレイク/受講者交流 社会福祉振興・試験センター 1時間30分			休 憩	誰もが暮らしやすい 生活を支える 株式会社 日本能率協会総合研究所 福祉・医療・労働政策研究部 主幹研究員 服部 真治 1時間30分				
9:00	9:10						12:25	13:15				15:15	15:30			17:00					
7月7日 (火)	受 付	対人援助技術記録の 書き方トレーニング 一般社団法人 TSK 代表 佐藤 ちよみ 3時間15分					昼食 休憩	対人援助技術記録の 書き方トレーニング 一般社団法人 TSK 代表 佐藤 ちよみ 2時間			休 憩	高齢者施設・事業所における リスクマネジメントについて 社会福祉法人 六親会 理事長 湯川 智美 1時間30分									
9:00	9:10	10:40	10:55				12:25	13:15				15:00	15:15			17:00					
7月8日 (水)	受 付	職員の働きやすい 環境構築・人材定着の支援 社会福祉法人 あいの土山福祉会 特別養護老人ホーム サクラベル守山 介護福祉士長 岩田 秀信 1時間30分		休 憩	“介護の価値を高める” 介護ロボットの活用について 公益社団法人 日本介護福祉士会 常任理事 舟田 伸司 1時間30分			昼食 休憩	地域共生社会の実践 崇徳厚生事業団(長岡医療と福祉の里) 社会福祉法人 長岡福祉協会 医療法人 崇徳会 副理事長 田宮 尚明 1時間45分			休 憩	高齢者福祉行政の動向 (行政説明) 厚生労働省 1時間45分								
9:00	9:10						11:30	12:20				15:00	15:30								
7月9日 (木)	受 付	認知症高齢者の心理とケア ひもときシートを活用して 一般社団法人 長野県認知症介護指導者会 代表理事 宮島 渡 2時間20分					昼食 休憩	認知症高齢者の心理とケア ひもときシートを活用して 一般社団法人 長野県認知症介護指導者会 代表理事 宮島 渡 2時間40分			閉 講 式	※ 閉講式後、Zoomのチャット機能により、受講者 同士がご連絡を取り合えるお時間を設ける予定で す。									

研修終了後、7月7日(火)実施の「対人援助技術記録の書き方トレーニング」のアーカイブ動画を復習用として受講者限定で配信する予定です。

令和8年度 社会福祉施設職員等国内研修【高齢者介護研修】受講申込書 入力例

「※」以外は、すべて必要な項目です。入力漏れがないことをお確かめください。

1. 受講希望者

ふりがな		入力日 (西暦)		2026 年 月 日	
氏名	(姓)	(名)	年齢 (年代を選択) (4/1現在)		
職種 (例：介護職員、生活支援員)		※ 役職名 (例：管理者、課長、主任)			
介護・支援 業務経験年数 (4/1現在)		現在の施設での経験年数 (4/1現在)			
※ 保有する資格 (該当する資格に「○」)		介護福祉士		社会福祉士	
		介護支援専門員		精神保健福祉士	
(1) 参加目的及び獲得目標を具体的に記入してください。(100字～200字程度にまとめてください。)					
応募に関する 設問 (受講希望者 本人がご入力 ください)					
(2) 地域における公益的な活動・地域貢献に取り組んでいる活動内容(現在未実施の場合は、今後予定している活動内容)を入力してください。					

【はじめに】

- 本研修は施設・事業所から申込されるものです。個人での申込は受付できません。
- 受講申込には都道府県等の推薦を受ける必要があります。都道府県等が指定する期限までに必要事項をすべて入力し、推薦の依頼をしてください。
(推薦依頼先：○○県 高齢福祉課 等…)
- 推薦受先が不明な場合は、(公財)社会福祉振興・試験センター国内研修担当まで(03-3486-7511)ご連絡ください。
- Excel様式でご提出ください。

(受講希望者欄について)

- ・ 職種は各施設・事業所の「人員に関する基準」に基づき入力してください。
- ・ 役職名は役職がない場合、入力不要です。
- ・ 経験年数は「令和8年4月1日」を基準としてください。
- ・ 保有する資格がある場合は、プルダウンから「○」を選択してください。
- ・ 参加目的及び獲得目標は、100字～200字程度にまとめて入力してください。
- ・ 地域における公益的な活動・地域貢献に取り組んでいる活動内容は、活動の目的及び具体的な活動内容を入力してください。
ご都合により現在活動を行っていない場合、以前の活動内容または今後予定している活動内容を入力してください。

2. 受講希望者の所属施設・事業所等

ふりがな (法人名 (法人格も入力して ください。))	記入例：しゃかいふくしほうじん○○かい	
ふりがな	記入例：社会福祉法人○○会	
施設・事業所の種類及び 施設・事業所名	記入例：とくべつようごろうじんほむ○○えん	
郵便番号	〒	
ふりがな		
所在地		
施設・事業所 担当者連絡先	ふりがな	電話番号
	氏名	メールアドレス
上記1の受講希望者の受講申込を了承します。		所属長氏名： 所属長役職：

(注)この申込書に記載の個人情報は、公益財団法人社会福祉振興・試験センターが行う事業目的達成のために使用するものであり、法令に定める場合を除き、他の目的への利用及び第三者に提供することはありません。

(受講希望者の所属施設・事業所等欄について)

- ・ 法人名は、法人格及び法人名を入力してください。
- ・ 施設・事業所の種類及び施設・事業所名は、「特別養護老人ホーム□□苑」のように施設・事業所の種類名と個別の名称の両方を入力してください。
- ・ 本研修に関する連絡窓口となっていただく施設・事業所のご担当者名・電話番号・メールアドレスを入力してください。
- ・ 電話番号とメールアドレスは両方とも入力してください。
※ 書類等に関する照会をさせていただく場合がございます。また、受講決定後は、メールにより研修に関するご案内をさせていただきますので、ご協力よろしく
お願いします。
- ・ 本研修は、4日間の研修となりますので、必ず所属長の了承を得たうえで申し込んでください。

(試験センター入力欄)				優先順位	
推薦団体		推薦団体No.		確認欄	受講者No.

オンライン研修受講にあたっての注意事項

1. 受講者に必要な利用設備環境

オンライン研修受講にあたっては、下記の環境の用意が必要です。

●使用機材等

① 機材: **パソコン**

カメラ機能・マイク機能・通信機能があるもの

(映像/音声 が明瞭に送受信できるもの)

※ タブレット及びスマートフォンでのご参加は推奨いたしません。

やむを得ず使用する場合はグループワークを実施するため大きい画面のものを推奨します。
システム要件は Zoom のホームページをご確認ください。(URL:Zoom.com/)

② アプリケーション: **Zoom** ミーティング/ Zoom ウェビナー

事前にアプリケーションをダウンロードの上、接続確認を行ってください。

※ Zoom のホームページで事前接続確認ができます。

2. 注意事項

- ① 周囲の音を拾わないようできるだけ静かな環境でご参加ください。
- ② インターネット回線の通信費については、ご参加者様の負担となります。
- ③ ご自身のパソコン等機器やインターネット回線の不具合等により、ご参加いただけなかった場合は、責任を負いかねます。事前に受講環境をご確認の上、ご参加ください。
- ④ 研修内容の撮影・録画・録音・画面のスクリーンショット、および研修資料の二次利用は固くお断りいたします。
- ⑤ 研修の内容を当センターで録画をさせていただき予定です。録画内容は、研修実施に関する目的以外での利用はいたしません。あらかじめご了承ください。