

令和8年度

認知症介護実践研修（実践者研修）

募集要項

※一般社団法人富山県介護福祉士会は、富山県の指定を受け認知症介護実践研修（実践者研修）を開催いたします。

【研修に関する申込み・お問合せ】

一般社団法人 富山県介護福祉士会

〒939-8084

富山市西中野町1丁目1-18 オフィス西中野ビル1階

TEL 076-422-2442

FAX 076-422-0440

ホームページ <http://www.toyama-kaigo.com/>

1. 研修対象者

次の(1)、(2)のいずれかと、(3)の要件を満たす者

- (1) 介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設、同法第41条1項に規定する指定居宅サービス事業者、同法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者、同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者又は同法第54条の2第1項に規定する地域密着型介護予防サービス事業者（以下「介護保険施設・事業者等」という。）に従事する介護職員等であって、身体介護に関する基本的知識・技術を修得しており、身体介護などの介護業務の実務経験が2年以上の者。
 - (2) 指定地域密着型サービス事業者（地域密着型介護予防サービスを含む。）のうち、認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護を含む。）の管理者、小規模多機能型居宅介護（介護予防小規模多機能型居宅介護を含む。）の管理者及び計画作成担当者、認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護を含む。）の管理者及び計画作成担当者として従事する予定の者、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者及び計画作成担当者として従事する予定の者であって、身体介護に関する基本的知識・技術を修得しており、身体介護などの介護業務の実務経験が2年以上の者。
- ※「介護業務の実務経験」には、在宅介護支援センター及び居宅介護支援事業所等における相談業務は含みません。また、「2年以上」とは、研修日前日までの介護業務の実務経験が2年に達していることが条件となります。
- (3) 認知症介護基礎研修の修了者 ※同一年度の受講も可能

ただし、次に該当する方は、認知症介護基礎研修の修了が免除されます。

【 認知症介護基礎研修の修了が免除される方 】

各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及び医術を修得している方。

具体的には、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級過程修了者、社会福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、はり師、きゅう師、あん摩マッサージ師 等です。

2. 募集人員

≪第1期・集合型≫ 定員 60名 ≪第2期・集合型≫ 定員 60名

≪第3期・集合型≫ 定員 60名

※各回において、受講人数を1事業所・施設1名とさせていただきます。

※先着順で受付ます。募集期間内でも、定員になり次第締め切らせていただきます。

3. 受講料

55,000円（受講生1名あたり） ※受講料は、消費税込みの金額です。

※受講決定通知とともに受講料振込みのご案内をいたします。期日までに指定口座に振込みをお願いします。

※研修に要する費用のうち、テキスト代、交通費、食費については研修受講者負担とします。

4. 使用テキスト

中央法規出版

- ・『認知症介護実践研修テキスト 実践者編』
- ・『四訂 認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方』

※各自で必ずご準備ください。当日の販売や貸し出しはありません。

5. 研修内容・期間・会場

施設、在宅に関わらず認知症の原因疾患や容態に応じ、本人やその家族の生活の質の向上を図る対応や技術を修得することをねらいとし、講義・演習形式で行う。(研修科目 別紙1参照)

《第1期》 会場：富山県農協会館、富山県民会館

a 講義・演習（6日間）

6月3日（水）、6月11日（木）、6月18日（木）、7月2日（木）、7月9日（木）
8月25日（火）

b 自職場・事業所で学習成果の実践展開と共有の課題に取り組む（1週間）

受講生所属の介護保険施設・事業所において研修3日目（6/18）翌日から1週間

c 自施設実習（4週間）

受講生所属の介護保険施設・事業所において研修5日目（7/9）翌日から4週間

《第2期》 会場：富山県農協会館

a 講義・演習（6日間）

8月31日（月）、9月4日（金）、9月8日（火）、9月25日（金）、10月2日（金）
11月13日（金）

b 自職場・事業所で学習成果の実践展開と共有の課題に取り組む（1週間）

受講生所属の介護保険施設・事業所において研修3日目（9/8）翌日から1週間

c 自施設実習（4週間）

受講生所属の介護保険施設・事業所において研修5日目（10/2）翌日から4週間

《第3期》 会場：富山県農協会館、富山県民会館

a 講義・演習（6日間）

11月19日（木）、11月25日（水）、11月30日（月）、12月17日（木）
令和9年1月5日（火）、2月18日（木）

b 自職場・事業所で学習成果の実践展開と共有の課題に取り組む（1週間）

受講生所属の介護保険施設・事業所において研修3日目（11/30）翌日から1週間

c 自施設実習（4週間）

受講生所属の介護保険施設・事業所において研修5日目（1/5）翌日から4週間

6. 申し込み

(1) 申込方法

下記をご準備いただき、富山県介護福祉士会まで必ず郵送にてお申込みください。

①受講申込書（別紙2-1）

②受講同意書（別紙3）

③認知症介護基礎研修修了者 ⇒ 修了証の写し

認知症介護基礎研修が免除される方 ⇒ 各資格証の写し

※介護福祉士の資格をお持ちの方は、「介護福祉士登録証」の写しを必ず提出してくだ

さい。

※本募集要項「1. 研修対象者」(2)に定める、管理者及び計画作成担当者に該当する場合は、受講申込書(別紙2-2)を併せて提出してください。

(2) 申込期間

《第1期》 令和8年4月13日(月)～令和8年4月17日(金) [必着]

《第2期》 令和8年6月15日(月)～令和8年6月19日(金) [必着]

《第3期》 令和8年9月7日(月)～令和8年9月11日(金) [必着]

※申込期間内でも、定員になり次第締切ります。定員に達した場合は当会ホームページにて告知します。

また、上記の期間以外の受付はできませんので、申込期間の厳守をお願いします。

7. 受講決定

申込書の記載事項に基づき受講要件に該当する方を選考し、受講決定の案内は下記のとおり行います。

なお、受講要件に該当しない等の理由により受講をお断りする場合は、郵送にて通知します。

《第1期》 令和8年5月12日(火) 以降に発送

《第2期》 令和8年7月21日(火) 以降に発送

《第3期》 令和8年10月20日(火) 以降に発送

8. 修了証の交付について

研修の全課程を修了した方に修了証を交付します。但し、次の①、②、③の要件を全て満たす場合とします。

- ① 各講義・各演習時間の9割以上の出席が認められた場合
- ② 自施設実習の実績が認められた場合
- ③ 研修期間中に提出を指示した書類が全て提出された場合

9. 留意事項

- (1) 施設長または管理者、理事長等から、推薦を受けた上でお申込みください。
- (2) 受講申込書、受講同意書、「認知症介護基礎研修修了証の写し」または「各資格証の写し」は、必ず郵送してください。
FAXおよび事務局への持参での申込は、受け付けません。
- (3) 受講申込書、受講同意書は記載内容を十分確認の上、提出してください。
- (4) 申込書類に虚偽の記載等があった場合は、受講決定の取り消しまたは、修了証の交付ができないことがあります。
また、修了証発行後に虚偽が認められた場合は、修了を取り消します。
- (5) 受講申込後の受講者の変更は、原則、受け付けません。
- (6) 受講申込に係る個人情報については、本研修に係る業務のみに使用し、厳重に管理します。
- (7) 個人情報を取り扱う業務として、修了認定に係ること、富山県への名簿の提出などがあります。

認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書（別紙２－１、２－２）記入要領

1. 事業所名欄の「事業者コード」について

「事業者コード」欄には、受講申込者が所属する介護保険施設・事業所等に対応する事業所種類を次の表から選び、そのコード番号を記入してください

○事業者コード

コード	事業所種類	コード	事業所種類
1	介護老人福祉施設	8	通所リハビリテーション
2	介護老人保健施設	9	定期巡回・随時対応訪問介護看護
3	介護療養型医療施設（介護医療院）	10	認知症対応型通所介護
4	訪問介護	11	小規模多機能型居宅介護
5	訪問入浴介護	12	認知症対応型共同生活介護
6	訪問看護	13	看護小規模多機能型居宅介護
7	通所介護	14	その他

2. 受講申込者職種名欄の「職種コード」、受講申込者役職名欄の「役職コード」について

受講申込者の介護保険施設・事業所等における職種及び役職について、下記の表から選び、そのコード番号を記入してください。（職種を兼務している場合は、職種名欄に全ての職種を記載し、職種コードは主とするものを選択してください。）

○職種コード

コード	職 種	コード	職 種
1	医師	5	介護支援専門員
2	看護職員	6	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
3	介護職員	7	精神保健福祉士
4	生活相談員、支援相談員	8	その他

○役職コード

コード	役 職
1	施設・事業所の管理者
2	その他管理職（看護長・介護長等）
3	施設・事業所のユニット長
4	施設・事業所の介護主任
5	その他（1～4以外の職場内リーダーとしての役職にある者）
6	1～5の役職を次に担う予定のある者

3. 主な職歴欄は、現在勤務している事業所から3箇所程度記入してください。2年以上の介護業務の実務経験が必要です。事業所名は正確に記入してください。

※「2年以上」とは、研修日前日までの介護業務の実務経験が2年に達していることが条件となります。

4. 所有する介護・医療関係の資格が複数ある場合は併記してください。

※記載する資格の例：介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉士、看護師、准看護師 など

5. 記入対象者

募集要項「1. 研修対象者」（2）に定める管理者及び計画作成担当者

【募集要項「1. 研修対象者」（2）に定める管理者及び計画作成担当者】

（2）指定地域密着型サービス事業者（地域密着型介護予防サービスを含む。）のうち、認知症対応型通所介護（介護予防認知症対応型通所介護を含む。）の管理者、小規模多機能型居宅介護（介護予防小規模多機能型居宅介護を含む。）の管理者及び計画作成担当者、認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護を含む。）の管理者及び計画作成担当者として従事する予定の者、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者及び計画作成担当者として従事する予定の者であって、身体介護に関する基本的知識・技術を修得しており、身体介護などの介護業務の実務経験が2年以上の者。

6. 開設年月日欄は、新規開設事業所のみ記入してください。また、新規開設事業所の場合も事業所名欄、所属法人名欄、事業所住所及び連絡先欄を全て記入してください。

7. 事業所種別（新規開設事業所種別）欄及び申込者就任予定役職名欄は、該当するものに○をつけてください。また、申込者就任予定役職名欄には、就任予定年月日を記入してください。

8. 必要事項を全て記入の上、受講申込書（別紙２－１、別紙３）と一緒に提出してください。

令和8年度認知症介護実践研修(実践者研修) 受講申込書

受講希望	※いずれかに○をつけて下さい。(複数選択不可)			
	() 第1期	() 第2期	() 第3期	
フリガナ			昭和	
氏名	生年月日	平成	年	月 日
自宅住所	〒			
	携帯番号	自宅番号		
所属事業所名	事業者 コード(※)	所属法人名		
事業所住所	〒			
	電話番号	FAX番号		
職種名	職種 コード(※)	役職名	役職 コード(※)	
メールアドレス	「@pref.toyama.lg.jp」からのメールが受信できるアドレスを記入してください			
申込区分 ※どちらかに○をつけてください。	() 介護福祉士会会員(16) / () 非会員			
主な職歴(2年以上の介護業務の実務経験が必要です。)				
期間	※今現在、所属している事業所から、さかのぼって記入してください。	事業所名	サービス種類	業務内容
例：平成29年4月～令和8年5月(9年2ヵ月)		例：特別養護老人ホーム〇〇苑	例：特養	例：介護業務
年 月 ～ 年 月 (年 ヲ月)				
年 月 ～ 年 月 (年 ヲ月)				
年 月 ～ 年 月 (年 ヲ月)				
介護業務実務経験通算 : (年 ヲ月)				
所有する介護・医療関係の資格				
認知症介護基礎研修修了証番号または免除される資格の名称を記入してください。 ※修了証または資格証の写しを添付してください ※介護福祉士の資格をお持ちの方は「介護福祉士登録証」の写しを必ず提出してください。		認知症介護基礎研修修了証番号：		
		免除される資格名：		
受講申込みの動機・理由・この研修で学びたいことをご記入ください。(必須)				

上記の者を当該研修受講者として推薦します。

令和8年 月 日

施設・事業所名

施設長(又は管理者)氏名

※受講申込みに係る個人情報については、本研修のみに使用し、厳重に管理いたします。

認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護及び複合型サービス事業所（いずれも新規開設事業所を含む）のうち、**管理者・計画作成担当者・管理者と計画作成担当者を兼務に就任予定の方のみ**、記入要領を参照のうえ記入してください。

受講希望 いずれかに○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期 <input type="checkbox"/> 第3期	開設年月日 <small>※新規開設の場合のみ記入</small>	年 月 日
事業所名 <small>※新規開設事業所を含む</small>	法人名		
事業所住所 及び連絡先 <small>※新規開設の場合も記入</small>	〒 電話番号 F A X 番号		
事業所種別 <small>※新規開設の場合も記入</small> いずれかに○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <small>（介護予防サービス含む）</small> <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <small>（介護予防サービス含む）</small> <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <small>（介護予防サービス含む）</small> <input type="checkbox"/> 複合型サービス	申込者 就任予定役職名 いずれかに○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 管理者と計画作成担当者を兼務 ◎就任予定年月日 令和 年 月 日
備考	<small>新規開設事業所等で連絡先や書類送付先が異なる場合は、下記に連絡先及び書類送付先を記入してください。</small>		

《注意》

認知症対応型サービス事業管理者研修の受講については、別途申し込みが必要です。

この用紙では、受講申込となりませんのでご注意ください。

受講同意書

一般社団法人 富山県介護福祉士会
会長 舟田 伸 司 殿

1. 各講義・各演習時間の9割以上出席します。

【各科目、講義時間の1割を超える遅刻、又は欠席をした場合の取り扱いについて】

(1)以降の講義の資格を失い、受講料の返金はしません。

(2)下記①～⑤に該当するやむをえない事情がある場合は、来期にて受講することにより、
修了要件を満たすことができます。

翌年度（令和9年度）以降への受講の繰り越しはできませんので、ご注意ください。

①公共交通機関の遅延、運休（証明書が必要）

②2親等内の血族・姻族の死亡（死亡診断書写し、会葬礼状など、続柄を証明できる
書類が必要）

③本人の病気、怪我（診断書が必要）

④子の体調不良による看護・通院の付き添い（子の診断書が必要）

⑤その他、当会がやむをえない事情と認めるもの

2. 4週間の自施設実習にあたり、所属長、所属事業所が協力します。

3. 提出を指示した書類の全てを期日までに提出します。

上記内容に同意し、受講を申し込みます。

令和8年 月 日

法人名

事業所名

所属長氏名

受講者氏名

認知症介護実践研修（実践者研修）科目一覧

教科名	目的
1. 認知症ケアの基本	
(1) 認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援	認知症の人が望む生活を実現するため、認知症ケアの歴史的変歴や認知症ケアの理念、認知症の原因疾患、中核症状、行動・心理症状（BPSD）の発症要因、認知症ケアの倫理や原則、認知症の人の意思決定支援のあり方について理解を深める。
(2) QOL を高める活動と評価の観点	認知症の人の心理的安定や QOL（生活・人生の質）向上を目指す活動に関する基本的知識、展開例、評価の観点と方法について理解を深める。
(3) 家族介護者の理解と支援方法	在宅で介護する家族支援を実践する上で、その家族の置かれている状況や心理、介護負担の要因を理解し、必要な支援方法が展開できる。
(4) 権利擁護の視点に基づく支援	権利擁護の観点から、認知症の人にとって適切なケアを理解し、自分自身の現状のケアを見直すとともに、身体拘束や高齢者虐待の防止の意識を深める。
(5) 地域資源の理解とケアへの活用	関係職種、団体との連携による地域づくりやネットワークづくり等を通じて、既存の地域資源の活用や認知症の人が地域で自分らしく暮らし続けるための地域資源の開発の提案ができる。
2. 生活支援のためのケアの実践	
(1) 生活支援のためのケアの演習 1	食事・入浴・排泄等の基本的な生活場面において、中核症状の影響を理解した上で、認知症の人の有する能力に応じたケアとしての生活環境づくりやコミュニケーションを理解する。
(2) 生活支援のためのケアの演習 2（行動・心理症状）	認知症の行動・心理症状（BPSD）が生じている認知症の人に対して、行動の背景を理解した上で生活の質が高められるようチームで支援できる。
3. 認知症の人への具体的な支援のためのアセスメント	
(1) アセスメントとケアの実践の基本	認知症の人の身体要因、心理要因、認知症の中核症状のアセスメントを行い、具体的なニーズを導くことができるようアセスメントの基本的視点を理解する。アセスメントを踏まえた目標の設定と、目標を実現するためのケアの実践計画の作成・立案・評価ができる。
4. 職場実習	
(1) 学習成果の実践展開と共有	認知症介護実践者研修におけるこれまでの学習成果を踏まえ、自施設・事業所での自らの認知症ケアを実践することにより、研修で得た知識を実践において展開する際に生じる気づきや疑問・課題を明らかにする。それらの自分自身の認知症ケア実践の課題や取り組みの方向性を検討し、他の受講者と共有することにより、知識の活用に関する幅広い視点を獲得する。
(2) 職場実習の課題設定	認知症の人が望む生活の実現に向けて、適切にアセスメントを行い、課題と目標を明確にした上で、ケアの実践に関する計画を作成することができる。
(3) 職場実習（アセスメントとケアの実践）	研修で学んだ内容を生かして、認知症の人や家族のニーズを明らかにするためのアセスメントができる。アセスメントの内容をもとに、認知症の人の生活支援に関する目標設定、ケア実践計画及びケアの実践を展開できる。
(3) 職場実習評価	アセスメントやケア実践計画の実施結果を整理した上で、客観的に評価、分析し職場及び自己の認知症ケアの今後の課題を明確にすることができる。