

予め、『本実施要項』及び『認知症介護研修における留意事項』をご理解の上、申込ください。

令和8年度 認知症介護実践研修（実践者研修） 実施要項

1 目的

認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、生活の質の向上を図るとともに、行動・心理症状（BPSD）を予防できるよう認知症介護の理念、知識・技術を修得するとともに、地域の認知症ケアの質の向上に関与することができるようになる。

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・対象者

(1) 定員

60名

(2) 対象者（以下の要件を全て満たす者）

①	認知症介護実践研修（実践者研修）を修了していない者 ※旧痴呆介護実務者研修（基礎課程）を含む
②	介護保険施設や指定居宅介護サービス事業所等において 介護業務に従事している職員
③	従事する施設の所属長等（申込責任者※1）が受講を認めた者
④	原則として身体介護に関する基本的知識・技術を習得している者であって、 概ね実務経験2年程度以上 ※2の者（認知症対応型サービス事業管理者研修・小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を引続き受講予定の者も同条件）
⑤	認知症介護基礎研修を修了した者あるいは同等の能力を有する者※3 ※ 本研修では、認知症介護基礎研修で学んだ認知症介護の知識・技術と、それを実践する際 の考え方が理解できていることを前提に進めます。必要に応じて、本実施要項「9 テキスト について」に記載する〔参考図書〕の事前理解をお願いします。
⑥	職場実習に取り組むことができる者 ※ 職場実習については、本実施要項「4 日程（2）職場実習」をご確認願います。

※1 **申込責任者が申込者と同一人物は不可**。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。

※2 実務経験は、認知症の人の介護に関する経験とします。

※3 同等の能力を有する者とは、以下の資格を有する者とします。

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・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、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、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師、柔道整復師、歯科衛生士

4 日程

(1) 研修プログラム

別紙「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。

(2) 職場実習

当研修4日目後、**自職場において4週間（28日）以上（内、実習出席日20日以上）の実習が必須**です。自職場における職場実習の可否については、事前にご確認願います。困難な場合は、研修開始までに法人内で協力を得られる施設等をご調整願います。

5 研修会場

社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団 西播磨総合リハビリテーションセンター

- ※ 会場の変更や実施方法が変更と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。

6 受講料

一人あたり 25,000 円

- ※ 納入方法については、受講決定者に対して別途お知らせします。
- ※ その他、受講にかかる旅費、宿泊費、申込みや実習報告書類の送付（簡易書留を含む）、テキスト購入にかかる費用等については、必要に応じてご負担願います。

7 申込等について

必ず本実施要項等の内容に同意のうえ、受講申込書に必要事項を記入し、以下の提出書類と併せて当方までメール又は郵送でお申し込み願います。郵送の場合、**赤色で認知症介護実践者研修申込書在中**とご記入願います。（FAX での申込はできません）

申込者全員に受講の可否にかかる連絡を郵送にて行います。

(1) 提出書類

	提出書類等	内容等	対象
①	受講申込書	必要事項を記入し、ご提出願います。	全員
②	修了証又は資格証明書の写し	本実施要項「3 定員・対象者（2）対象者 ⑤」に記載の認知症介護基礎研修の修了証又は同等の能力を有する資格を証明する書類（資格免許や修了証等）の写しをご提出願います。	全員
③	市町推薦状	本実施要項「7 申込等について（3）市町推薦状について」に記載の手順に従い、受け取った市町推薦状をご提出願います。 ※ 「市町推薦状」に申込者の氏名、事業所名、経験年数、発行日、市町長名（押印あり）が記載されているもの ※ 市町による推薦状の発行に時間を要し、申込締切に間に合わない場合、その旨ご一報願います。	該当者のみ
④	新旧の氏名が分かる公的書類等	受講申込書と修了証（又は資格証明書）の氏名が異なる場合、氏名変更が記載されている公的書類等（発行から 3 カ月以内）を添付願います。研修途中の変更も同様です。 ※ 氏名変更が記載されている運転免許証の表裏両面の写し、戸籍抄本の原本等	該当者のみ

(2) 申込期間

令和8年5月18日（月）から令和8年7月3日（金）正午まで

※申込期間以外は、受付けません。

(3) 市町推薦状について

ア 提出が必要な方

以下の①又は②の場合により、令和8年度内に本研修と併せて、「認知症対応型サービス事業管理者研修」又は「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」を受講される方

①	新規開設予定の認知症対応型サービス事業所において、管理者又は計画作成担当者に就任する方で、本研修を未受講である場合
②	既に開設している認知症対応型サービス事業所において、管理者又は計画作成担当者に就任している、又は就任することが決まっている方で、本研修を未受講である場合

イ 推薦状依頼方法

管理者又は計画作成担当者として就任する（予定の）事業所所在地の市町担当課に推薦依頼書をご提出願います。推薦依頼書については、当センターホームページからダウンロードすることができますが、市町において指定様式を設けている場合がありますので、事前に市町担当課へご確認願います。

※ 添付がない場合は、市町の推薦がないものとします。

※ 市町推薦状は、同一事業所2名までとします。

(4) 留意事項

ア 申込が正しく完了した場合は、受講申込書に記載のあるメールアドレスあてに申込受付完了メールを送付しますのでご確認願います。ドメイン指定受診を設定している場合、「hwc.or.jp」からのメールを受け取れるように設定してください。

イ メールで申し込む場合は、提出物等をデータ化（PDF、JPEG 等）し、メールに添付してご提出願います。その際、データの字体が読み取れることをご確認願います。（字体が読み取れない、記載事項が見切れている等の場合、無効となります）

ウ 全ての日程において参加可能であることを確認の上、お申し込み願います。

エ 申込から受講までの流れは、別紙「受講までの流れ」をご確認願います。

オ 受講申込書については、当センターホームページからダウンロードすることができます。

研修交流センター>研修事業>認知症介護実践研修（実践者研修）>申込書類
https://www.hwc.or.jp/nishiharima/seminar_exchange/seminar/



8 受講決定

(1) 受講決定通知の発送について

ア 受講の可否にかかる連絡については、申込者全員に通知します。受講申込書に記載された事業所宛てに郵送させていただきます。

イ 申込締切後2週間以内に受講可否通知が届かない場合は、当方までお問合せ願います。

ウ 申込者が定員を上回った場合は、当方で受講決定者の選考を行います。

(2) 事前課題について（受講決定者のみ）

受講決定者については、研修初日までに、事前課題を行っていただきます。詳細については、受講決定通知に同封しますので、ご確認願います。

9 テキストについて

(1) 本研修で使用するテキストについて

本研修では、以下のテキストを使用します。受講決定者は研修開始までにご準備願います。

「新訂 認知症介護実践者研修標準テキスト」 監修：認知症介護実践研修テキスト編集委員会
 株式会社ワールドプランニング（定価 2,500 円＋税）

※ 当方では販売していません。（ワールドプランニングホームページ及び一般書店で取扱いしています）

(2) 参考図書

より学びを深めてもらうために、自己学習として、予め以下のテキストを一読することをお勧めします。(必ず購入する必要はありません。本研修の際に使用するものでもありません)

「認知症介護基礎研修標準テキスト」 監修：認知症介護研究・研修センター
株式会社ワールドプランニング (定価 1,000 円+税)

※ 当方では販売していません。(ワールドプランニングホームページ及び一般書店で取扱いしています)

「認知症介護実践研修テキスト実践者編」 編集：認知症介護実践研修テキスト編集委員会
中央法規 (定価 2,600 円+税)

※ 当方では販売していません。(中央法規ホームページ及び一般書店で取扱いしています)

10 修了証の交付

- ・本研修修了者については、兵庫県知事名の修了証を交付します。
- ・本研修受講者であっても、研修の目的に達成され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は、修了証を交付できない場合があります。

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お申し込み願います。
※ 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。
- ・受講に際してお車でお越しの方は、駐車スペースに限りがあることから、第2駐車場に駐車願います。なお、お車での交通事情による遅刻は、認められませんのでご留意願います。

【問合せ・申込先】

〒679-5165 たつの市新宮町光都 1-7-1

兵庫県社会福祉事業団 西播磨総合リハビリテーションセンター

地域支援・研修交流課 (認知症介護実践者研修担当)

TEL : 0791-58-1050 FAX : 0791-58-1070

E-mail : hrn_complaza@hwc.or.jp

研修交流センターホームページ

https://www.hwc.or.jp/nishiharima/seminar_exchange/seminar/