

各 位

高知県子ども・福祉政策部長寿社会課長
社会福祉法人高知県社会福祉協議会事務局長
(公 印 省 略)

令和 7 年度認知症介護実践研修（「実践者研修」、「実践リーダー研修」）、
認知症対応型サービス事業開設者研修、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の実施について

うえのことについて、別添各要領に基づき実施しますので、受講を希望される場合は、下記
によりお申し込みください。

記

1 申込方法

申込先	用 紙	申込期限	方 法
【直接申込の方】 市町村経由による申込に該当しないもの 〒780-8567 高知市朝倉戊 3 7 5 - 1 高知県社会福祉協議会 高知県福祉研修センター 【電話 088-844-3605】 ※県に直接送付しないでください。	別 紙 記入要領 を参照	5 月 9 日 (金) 17 時 15 分 (必着)	郵送 又は 持参
【市町村経由による申込の方】 地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防 サービス事業所のうち、市町村の推薦を要する場合 各市町村介護保険担当課	各市町村が設定する締切・提出方法 を必ずご確認ください。		

* 申込書の様式は、県のホームページ（長寿社会課）、高知県福祉研修センター（高知県
社会福祉協議会）のホームページにも掲載しています。

県長寿社会課ホームページアドレス <https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/060000/060201>

高知県福祉研修センターホームページアドレス <https://www.shakyo-kensyu.jp/kochi/>

2 受講者の決定について

- 申込が定員を超える場合等には、選考のうえ受講者を決定し、令和 7 年 5 月中に結果を通知します。
- 受講者を選考する際に受講申込書の記述を参考としますので、各記載欄には必ずご記入ください。

* 認知症介護実践リーダー研修、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される方は、認知症介護実践研修（実践者研修）もしくは痴呆介護実務者研修（基礎課程）等の修了証のコピーを必ず提出してください。

3 留意事項

- 別紙「令和 7 年度研修募集の留意点について」を参考に、受講を希望する研修について間違いのないようにお願いします。
- 申込方法は郵送または持参に限ります。FAXでの受付はできません。

○万一、申し込み後、受講できなくなった場合は、速やかに高知県長寿社会課介護予防・地域支援室(088-823-9762)にご連絡ください。

4 その他

- 介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等を対象に「認知症介護基礎研修」をeラーニング形式で実施します。本研修の受講義務づけ対象者（医療・介護に関する無資格者等）は、必ず受講ください。
- 研修によっては、研修の受講にあたり、受講者の代替として、派遣会社から介護サービス事業所・施設に代替職員を派遣する制度（現任介護職員等養成支援委託事業）があります。詳細については、別途高知県子ども・地域福祉部長寿社会課福祉・介護人材対策室へお問い合わせください。

【担当】

高知県子ども・福祉政策部長寿社会課
介護予防・地域支援室（森、窪田）
電話 088-823-9762

高知県社会福祉協議会
高知県福祉研修センター（曾根）
電話 088-844-3605

令和7年度研修募集の留意点について

■「実践者研修」、「実践リーダー研修」について

- 「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」は、「実践者研修」を修了していることが条件です。したがって、「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」の受講希望者のうち、「実践者研修」の未修了者は、「実践者研修」を併せて申し込んでください。
- 「実践リーダー研修」については、「実践者研修」を令和5年度以前に修了していることまたは、サービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上、かつ1,800日以上の実務経験を有する者あるいはそれと同等以上の能力を有していることが条件です。
- グループホームの計画作成担当者については、指定人員基準において「実践者研修」を受講・修了する必要がありますので注意してください。
- 申込先
 - ・令和7年4月1日以降に指定を受ける予定又は既に指定を受けているが職員の離職等により人員基準欠如となる指定地域密着型サービス事業所または指定地域密着型介護予防サービス事業所 ⇒ 市町村へ申込書を提出
 - ・その他の事業所 ⇒ 高知県社会福祉協議会へ申込書を提出

■「認知症対応型サービス事業開設者研修」について

- 申込先 ⇒ 市町村へ申込書を提出
- 認知症介護実践研修のうち、実践者研修、実践リーダー研修、認知症グループホーム管理者研修又は痴呆介護実務者研修の基礎課程又は専門課程、痴呆性老人処遇技術研修の修了者、認知症介護指導者研修修了者については、既に必要な研修を修了しているものとみなすため、受講の必要はありません。

■「認知症対応型サービス事業管理者研修」について

- 管理者または管理者となる予定の方のみが受講の対象であることにご注意ください。
- 申込先 ⇒ 市町村へ申込書を提出
- 申込時に、実践者研修（痴呆介護実務者研修基礎課程、処遇技術研修を含む）修了証（写）の添付が必要ですので、ご注意ください。
- 「実践者研修」の未修了者は、「実践者研修」を併せて申し込んでください。

■「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」について

- 申込先 ⇒ 市町村へ申込書を提出
- 申込時に、実践者研修（痴呆介護実務者研修基礎課程、処遇技術研修を含む）修了証（写）の添付が必要ですので、ご注意ください。
- 「実践者研修」の未修了者は、「実践者研修」を併せて申し込んでください。

■共通事項

- 申込書に記載された氏名・生年月日を基に修了証書を作成・発行するため、字体等に記載誤りがないよう、必ず受講希望者本人が記入してください。

■個人情報の取扱いについて

- 受講申込により知り得た個人情報は、研修運営及び管理にのみ使用します。

令和7年度高知県認知症介護実践研修「実践者研修」実施要領

1 目的

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。

2 研修目標

- (1) 認知症高齢者の内面理解ができ、介護の実践力が修得できる。
- (2) 認知症高齢者の生活支援に生かせるアセスメント力を身に付けることができる。

3 実施主体

高知県（研修の実施運営は社会福祉法人高知県社会福祉協議会）

4 対象者

次の要件をすべて満たす者とする。（ただし、痴呆介護実務者研修（基礎課程）修了者又は痴呆性老人処遇技術研修修了者は、受講済みとみなす。）

- (1) 県内の介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等
- (2) 認知症介護の基本的な知識を有する者

※「認知症介護基礎研修」を修了した者、あるいはそれと同等以上の能力を有する者

【認知症介護基礎研修の義務化の対象外となる資格等】

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に加え、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、きゅう師等

- (3) 高齢者介護実務経験が2年以上の者

※地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所の指定基準を満たすための申込者は、上記の他に市町村長が推薦した者とする。

※受講希望者が利用者と直接関わりのない業務に従事している場合や、常勤職員ではない場合など、職場実習を円滑に実施することが困難であると見込まれる場合は、修了できない場合がある。

※職場実習を円滑に実施するため、受講決定後の人事異動等には配慮をお願いします。

5 研修内容

講義・演習（別紙カリキュラム参照）

研修で学んだ認知症介護に必要な知識・技術をもとに、所属する施設・事業所において4週間、実際にケアを実施している利用者を対象とした職場実習を行う。

6 研修期間

第1回	座学研修	令和7年6月23日（月）～25日（水）、7月10日（木）
	職場実習	〃 7月12日（土）～8月8日（金）
	実習報告	〃 8月28日（木）
第2回	座学研修	令和7年9月3日（水）～5日（金）、18日（木）
	職場実習	〃 9月20日（土）～10月17日（金）
	実習報告	〃 11月6日（木）
第3回	座学研修	令和7年10月21日（火）～23日（木）、11月5日（水）
	職場実習	〃 11月7日（金）～12月4日（木）
	実習報告	〃 12月18日（木）
第4回	座学研修	令和8年1月13日（火）～15日（木）、28日（水）
	職場実習	〃 1月30日（金）～2月26日（木）
	実習報告	〃 3月12日（木）

※座学研修の後、自施設にて4週間職場実習、実習報告にて職場実習報告・質疑応答を行う。

※実習報告までが研修期間となりますので、研修が優先できるよう勤務体制及び職場でのご協力をお願いします。

7 研修会場

高知県立ふくし交流プラザ（高知市朝倉戊 375-1）

8 受講定員

240 名（60 名×4 回）

9 申込方法

（１）本研修の修了が事業所の指定基準に関わる場合

例）当研修の修了後、令和 7 年度内に管理者研修等を受講予定の場合など

本研修を受講することにより、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所の指定基準を満たす場合は、当該市町村に受講申込書を送付し、申込みを行う。同一の受講者が他の研修（管理者研修等）も申し込む場合は、併せて送付する。

市町村長は、当該事業所の申請内容等について十分審査を行い、受講することが適当と認められた場合は、提出された受講申込書及び別途定める推薦書を下記問い合わせ先に記載の宛先に送付する。

（２）上記（１）に該当しないもの

受講申込書を次の住所に郵送または持参する。

〒780-8567 高知市朝倉戊 375-1 高知県立ふくし交流プラザ
社会福祉法人高知県社会福祉協議会 高知県福祉研修センター（曾根）宛
（TEL：088-844-3605）

※（１）および（２）いずれの場合も事業所からは直接県に提出せず、必ず市町村もしくは上記へ提出してください。

※認知症介護基礎研修修了者は、修了証書の写しを添付してください。

10 受講者の決定

受講申込書等を審査のうえ決定し、受講可能な者にのみ 5 月中に結果を通知する。

※定員を上回る申込みがあった場合は、受講をお断りする場合があります。

※受講決定後、異動や退職等により職場実習が困難となることが見込まれる場合は、必ず事前に連絡してください。

※受講回については、県で調整を行いますので、必ずしも希望に添えない場合がありますので予めご了承ください。

11 修了証書

所定の課程を修了した受講者に交付する。ただし、研修の目的が達成されないと判断された場合や、遅刻、早退等があった場合は、証書を交付できないことがある。

また、本研修には職場実習があるため、研修期間中の異動等により、職場実習を円滑に実施することが困難となった場合は、修了証書を交付できないことがある。

12 費用

8,000 円（資料代を含む。振込にて支払、後日別途案内有。）

13 申込締切

令和 7 年 5 月 9 日（金）17 時 15 分まで【必着】

〔問合せ先〕

〒780-8570

高知市丸ノ内 1 丁目 2-20

高知県子ども・福祉政策部長寿社会課

介護予防・地域支援室（森、窪田）

Tel 088-823-9762 Fax 088-823-9259

〔申込先〕

市町村もしくは高知県福祉研修センターです。
（詳細は、「9 申込方法」をご覧ください。）

令和7年度高知県認知症介護実践研修「実践者研修」受講申込書

*事業主体と、現在勤務している施設名の両方を記載してください。

■事業主体（法人） 法人名：

代表者肩書・氏名：

〔電話〕

〔FAX〕

連絡担当者氏名：

■施設・事業所

〒

所在地：

名称：

〔電話〕

〔FAX〕

〔メール〕

太枠内は必ず申込者本人が記入し、受講要件確認のため、有資格者は資格名を必ず記載すること。↓↓

ふりがな			生年 月 日	昭和 平成	年 月 日	年齢	歳	性別	男 女
氏名						勤務日数	1週間のうち__日程度		
資格		役職		勤務 年数	年 月	介護経験 年 数	年 月		
研 修 の 受 講 目 的									
(該当するものに○印を付けてください。) <u>*本研修は認知症についての基礎的な知識を学ぶ研修ではありません。</u>									
1 認知症介護の実践力を養うため									
2 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)を開設予定のため (☆へ)									
3 小規模多機能型居宅介護を開設予定のため (☆へ)									
4 認知症対応型デイサービスを開設予定のため (☆へ)									
5 施設の管理者・計画作成担当者を変更するため (★へ)									
6 上記以外の目的 () *具体的な受講目的を記入してください。									
(☆) <u>受講目的が2～4の方は、以下もすべて記入ください。</u>									
ア 開設の予定 年 月 日頃									
イ 事業者指定申請の予定 年 月 日頃									
ウ 施設の名称 _____									
エ 開設予定地住所 _____									
オ 予定役職 1 管理者 2 計画作成担当者									
3 管理者兼計画作成担当者 4 その他 ()									
(★) <u>受講目的が5の方は、以下もすべて記入ください。</u>									
ア 変更時期 年 月 日頃									
イ 変更役職 1 管理者 2 計画作成担当者 3 管理者兼計画作成担当者									
ウ 前任者の役職・氏名 _____ エ 変更の理由 _____									
*受講希望回 (基礎研修未修了者は修了後以降に☑) □第1回 □第2回 □第3回 □第4回 □いずれでも可									
職場実習 □自施設 □自施設以外 (施設名: _____)									
※いずれか記載してください									

◆施設・事業所の上司記入欄

受講申込者を推薦した理由

今回の受講申込者と同じ所属に実践リーダー研修(専門課程)の修了者がいますか。(該当するものにレ印を)

□いる (名) □いない □その他 ()

◆実践者研修申込者本人 記入用

この研修は認知症の基礎的知識を修得している方を対象とした研修です。

○認知症の基礎的な知識について、どのように学んできましたか？

(認知症介護研修受講歴について、該当するものにレ印及び必要事項を記載 (1 もしくは 2 の記載必須))

1 認知症介護基礎研修

☐平成・令和____年度修了済：修了証書番号：第____-____号 ※修了証書の写しを添付してください。

☐令和7年度受講見込：☐eラーニング受講（修了予定：☐6月末（第2回申込者） ☐7月末（第3回申込者） ☐10月末（第4回申込者））

2 認知症介護基礎研修の義務化の対象外となる有資格者等（該当資格等：実施要領参照）

☐該当資格等有（資格・研修名：_____）

3 その他研修名（_____）

(上記の研修等で学んだことを記載してください)

○認知症介護の現場において、今困っていることは何ですか？職場で話し合って記入してください。

※記載必須

○この研修でどのようなことを学び、身に付けたいと考えていますか？具体的に記入してください。

※記載必須

令和7年度高知県認知症介護実践研修「実践者研修」プログラム

		9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
前 期	1日目	9:00～9:40	9:40～12:40(180分)			休憩(1H)	13:40～15:10(90分)		15:20～16:50(90分)		
		開講式 ・オリエンテーション ・講演	①認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援				②権利擁護の視点に基づく支援		③家族介護者の理解と支援方法		
	2日目	9:00～15:00(300分)			休憩(1H)			15:10～16:10(60分)		16:20～18:20(120分)	
		④生活支援のためのケアの演習Ⅰ						⑤QOLを高める活動と評価の観点		⑥地域資源の理解とケアへの活用	
	3日目	9:00～14:00(240分)			休憩(1H)			14:10～17:20(190分)			
		⑦生活支援のためのケアの演習Ⅱ(行動・心理症状)				休憩		⑧アセスメントとケアの実践の基本(Ⅰ)			

※前期終了後～後期が始まるまでの間、自施設・事業所で「学習成果の実践展開と共有」の課題に取り組む

後 期	4日目	9:00～10:00(60分)	休憩	10:10～12:10(120分)	休憩(1H)	13:10～17:30(260分)
		⑨学習成果の 実践展開と共有		⑧アセスメントとケアの実践の基本 (2)		⑩職場実習の課題設定 実習オリエンテーション
	実習期間 (4週間)	職場実習(アセスメントとケアの実践)				
	報告会		9:30～12:30(180分)	※研修時間等については変更になる場合があります。		
	職場実習評価					

※研修時間等については変更になる場合があります。

令和7年度高知県認知症介護実践研修「実践リーダー研修」実施要領

1 目的

ケアチームにおける指導的立場として、実践者の知識・技術・態度を指導する能力及び実践リーダーとしてのチームマネジメント能力を修得します。

2 研修目標

- (1) 認知症介護現場のリーダーとしての視点と役割を理解することができる。
- (2) チームケアを推進し、職場のマネジメントができる技能を身に付けることができる。
- (3) 人材育成の方法及び課題解決能力を身に付けることができる。
- (4) 地域における認知症介護に関する相談等に対して、適切に対応できる技能を身に付けることができる。

3 実施主体

高知県（研修の実施運営は社会福祉法人高知県社会福祉協議会）

4 対象者

実践者研修を修了した者（痴呆介護実務者研修（基礎課程）又は痴呆性老人処遇技術研修修了者を含む）で、介護現場における認知症介護を実践するリーダー（介護主任、ケアワーカー長、ユニットリーダーや現場の教育担当者等）又は年度内にリーダーになることが予定される者。

～受講申込にあたって～

この研修は、介護現場や地域において認知症介護のリーダーとして中核的役割を担っていかうとする強い意欲を持ち、また、送り出す施設の全面的な協力・支援が得られる人を募集します。勤務する介護現場の課題を持って参加し、受講生、指導者、施設が、リーダー養成という1つの目標に向かっていく研修です。

5 受講要件

- (1) 介護保険施設・事業所において、介護業務におおむね5年以上従事した経験を有する者で、実践者研修を令和5年度以前に修了している者
 - (2) 継続した研修（フォローアップ研修など）に積極的に参加できる者
 - (3) 県が主催する認知症介護に関する各種研修や、地域支援活動に積極的に協力できる者
- ※1 (1)の要件にあてはまらない者で、サービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上、かつ1,800日以上の実務経験を有する者あるいはそれと同等以上の能力を有すると認められる者については、受講対象となります。
- ※2 自施設実習では、自施設の介護職員等（指導対象者）を対象として、作成する指導計画に基づき、認知症ケアの指導を行います。研修期間において受講者及び指導対象者の人事異動等の事由により、研修の継続が困難となることがないように、研修が優先できる十分な支援体制や指導対象者の協力を得られる職場環境の確保ができることを前提としてお申し込みください。自施設実習が十分にできず、受講者が到達目標まで届かない場合、研修の修了を認めることができません。

6 研修内容

講義・演習、自施設実習①18日間、自施設実習②3か月間（別紙カリキュラム参照）

7 研修期間

令和7年8月19日（火）～令和8年2月5日（木）

- ① 開講式・座学 8月19日（火）～21日（木）、9月10日（水）～11日（木）
- ② 自施設実習①（18日間）
- ③ 自施設実習中間指導① 10月7日（火）
- ④ 自施設実習②（3か月間）
- ⑤ 自施設実習中間指導② 10月29日（水）
- ⑥ 報告会 令和8年2月5日（木）

8 研修会場

高知県立ふくし交流プラザ（高知市朝倉戊 375-1）

9 受講定員

50人

10 事前説明会

申込者と所属する施設長又は代表者を対象に、研修の概要説明会を行う。

説明会日程 令和7年6月11日（水）（予定）

開催形式 会場及びオンライン

（留意事項）

- ・申込者と施設長又は代表者の両方の参加を必須とする。
- ・代表者については、事業部門の責任者（事務長、看護師長など）も可とする。
- ・開催時間等の詳細については、受講決定後、別途通知する。

11 申込方法

（１）本研修の修了が事業所の指定基準に関わる場合

本研修を受講することにより、地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所の指定基準を満たす場合は、当該市町村に受講申込書を送付し、申込みを行う。同一の受講者が他の研修（管理者研修等）も申し込む場合は、併せて送付する。

市町村長は、当該事業所の申請内容等について十分審査を行い、受講することが適当と認められた場合は、提出された受講申込書及び別途定める推薦書を下記問い合わせ先に記載の宛先に送付する。

（２）上記（１）に該当しないもの

受講申込書を次の住所に郵送または持参する。

〒780-8567 高知市朝倉戊 375-1 高知県立ふくし交流プラザ
社会福祉法人高知県社会福祉協議会 高知県福祉研修センター（曾根）宛
(TEL：088-844-3605)

※（１）および（２）いずれの場合も事業所からは直接県に提出せず、必ず市町村もしくは上記へ提出してください。

※5受講要件（１）により申込みを行う場合は、実践者研修修了証書の写しを提出してください。また、（３）により申込みを行う場合は、介護福祉士資格証の写しまたは、当該要件の実務経験と同等以上の能力を有することを証する書類を提出してください。

12 受講者の決定

受講申込書等を審査のうえ決定し、受講可能な者にのみ5月中に結果を通知する。

※定員を上回る申込みがあった場合は、要件を満たしていても受講をお断りする場合があります。

※受講決定後、異動や退職等により職場実習が困難となることが見込まれる場合は、必ず事前に連絡してください。

13 修了証書

所定の課程を修了した受講者に交付する。ただし、研修の目的が達成されないと判断された場合や、遅刻、早退等があった場合は修了証書を交付できないことがある。

また、本研修には自施設実習があるため、研修期間中の異動等により、自施設実習を円滑に実施することが困難となった場合は修了証書を交付できないことがある。

14 費用

25,000円（資料代を含む。振込にて支払、後日別途案内有。）

15 申込締切

令和7年5月9日（金）17時15分【必着】

〔上記内容についての問合せ先〕

〒780-8570 高知市丸ノ内1丁目2-20

高知県子ども・福祉政策部長寿社会課

介護予防・地域支援室 森、窪田

Tel 088-823-9762 Fax 088-823-9259

〔申込先〕

市町村もしくは高知県福祉研修センターです。
(詳細は、「12 申込方法」をご覧ください。)

令和 年 月 日

令和7年度高知県認知症介護実践研修「実践リーダー研修」受講申込書

*事業主体と、現在勤務している施設名の両方を記載してください。

■事業主体（法人） 法人名：

代表者肩書・氏名：

〔電話〕

〔FAX〕

連絡担当者氏名：

■施設・事業所

〒

所在地：

名称：

〔電話〕

〔FAX〕

〔メール〕

◆申込者本人が記入すること↓↓

ふりがな			生年	昭和	年	月	日	年	歳	性別	男	女
氏名			月日	平成				年齢		別		
住所	〒											
資格		役職		介護経験	年		月	（うち認知症介護	年		月）	
				年数								
「実践リーダー研修」の受講目的と研修課題（簡潔に）												
受講目的												
研修課題												
認知症介護の経歴						認知症介護に関する研修の受講歴						
（専門施設（棟）での介護経験を記入してください）						（該当するものにレ印をつけてください。） ☐ 実践者研修 年度（ ）修了証書No（ ） ☐ 旧基礎課程 年度（ ）修了証書No（ ） ☐ 処遇技術研修 年度（ ）修了証書No（ ） ※必ず修了証書のコピーを添付してください。 修了証書が添付できない場合は受講年度、修了証書Noを必ず記入してください。						
主 な 職 歴						主 な 資 格						
（勤務年数も記入すること）						（取得年も記入すること）※ 「実施要領の5 受講要件※1」に該当する場合は、介護福祉士資格の取得日の記入は必須。						
添付書類チェック		☐ 受講申込書（本紙） ☐ 施設・事業所の上司記入用紙 ☐ 実践者研修等修了証書写し（なければ修了証書No） ☐ 介護福祉士資格証写し（実践者研修等修了証書の写しの提出がある場合は不要） ☐ 受講要件の実務経験と同等以上の能力を有することを証する書類										
備考												

施設・事業所の上司記入用紙

1 貴施設・事業所での認知症介護における人材育成の課題は何ですか？

また、その課題の解決策の実現に向けてこれまで職場全体で取り組んできたことや、今後の取組計画を具体的にご記入ください。

2 本研修の修了者は、実践リーダーとして、介護現場の中で他の職員を指導・支援し、チームケアのための調整を行うことにより、認知症介護の質の向上を推進する重要な役割を担います。

特に自施設実習にあたっては、自施設の介護職員等(指導対象者)を対象として、受講者が研修で作成する指導計画に基づき、認知症ケアの指導を行います。研修期間において受講者及び指導対象者の人事異動や勤務形態の都合等で指導を行う機会が確保できないなど、研修の継続ができないということがないよう、研修が優先できる十分な支援体制、受講者が研修を行うことに対する全職員の理解や指導対象者の協力を得られる職場環境の確保が必要不可欠です。

これらを前提に申込を行うにあたり、貴施設・事業所において、受講者に対してどのような支援(体制)や取組をおこなうのか、具体的にご記入ください。

(※本項目は、受講者が円滑に実習ができる環境が整っているか、職場の理解があるか確認するためのものです。必ずご記入ください)

3 受講対象者について、実施要領の5 受講要件※1「(1)の要件にあてはまらない者で、サービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上、かつ1,800日以上の実務経験を有する者あるいはそれと同等以上の能力を有すると認められる者」として受講する場合は、所属としてそのように判断した理由を記載してください(下線部分に該当する場合は記載必須)。

記入者 役職 _____ 氏名 _____

受講申込書記入要領

1 年齢・介護経験年数

- ・令和7年4月1日現在で記入してください。

2 「実践リーダー研修」の受講目的と研修課題

- ・この研修を受講する目的を具体的に記入してください。
- ・今回の研修でテーマにしたい内容を具体的に記入してください。

3 認知症介護の経歴

- ・認知症介護の経験とその年数を記入してください。

4 認知症介護に関する研修の受講歴

- ・主なものを記入してください。

5 主な職歴

- ・勤務年数も記入してください。

6 主な資格

- ・主な保有資格と取得年を記入してください。

※FAXでの受付はできません。必ず郵送又は持参でお申し込みください。

令和7年度高知県認知症介護実践研修「実践リーダー研修」プログラム

7:00		10:00		11:00		12:00		13:00		14:00		15:00		16:00		17:00		17:30	
1 日 目	9:00～9:20 開講式 オリエン テーション	9:20～10:50 (90分)		休憩	11:00～15:30 (210分)									15:40～17:40 (120分)					
		①認知症介護実践リーダー研修 の理解			②施策の動向と地域展開									③認知症の専門的理解					
8/19																			
2 日 目	9:00～12:00 (180分)				休憩	13:00～15:00 (120分)				休憩	15:10～17:10 (120分)								
	④チームケアを構築するリーダーの役割					⑤ストレスマネジメントの理論と方法					⑥ケアカンファレンスの技法と実践								
8/20																			
3 日 目	9:00～12:00 (180分)				休憩	13:00～17:00 (240分)													
	⑦認知症ケアにおけるチームアプローチの理論と方法					⑧職場内教育の基本視点													
8/21																			
4 日 目	9:00～13:00 (240分)					休憩	14:00～17:00 (180分)												
	⑨職場内教育 (OJT) の方法の理解						⑩職場内教育 (OJT) の実践												
9/10																			
5 日 目	9:00～12:00 (180分)				休憩	13:00～17:00 (240分)													
	⑩職場内教育 (OJT) の実践					⑪職場実習の課題設定													
9/11																			

職場実習① 18日間

中 間 指 導 ① 10/7	9:00～17:00 (420分)	休憩	
	中間指導①		

職場実習②	3ヶ月間	中間指導② 10/29	13:00～17:00 (240分)
-------	------	-------------	--------------------

報 告 会 2/5	9:00～12:00 (180分)
	結果報告、職場実習評価

※研修時間等については変更になる場合があります。

令和7年度高知県認知症対応型サービス事業開設者研修 実施要領

1 目的

下記事業者の代表者となる者が、これらの事業を運営していく上で必要な知識を身に付けることにより、認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図る。

- ・ 指定小規模多機能型居宅介護事業者
- ・ 指定認知症対応型共同生活介護事業者
- ・ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業者
- ・ 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者
- ・ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者

2 実施主体

高知県（研修の実施運営は社会福祉法人高知県社会福祉協議会）

3 対象者

上記「1 目的」に記載の事業者の代表者又は代表者になることが予定される者
※次の研修を修了している者は、既に必要な研修を修了しているものとみなす。

- ・ 実践者研修または実践リーダー研修
- ・ 痴呆介護実務者研修「基礎課程」または「専門課程」
- ・ 認知症介護指導者養成研修
- ・ 痴呆性老人処遇技術研修

4 研修内容

別紙カリキュラム参照

5 研修期間

第1回 令和7年9月29日（月）及び現場体験（日程は調整のうえで決定）

第2回 令和8年1月20日（火）及び現場体験（日程は調整のうえで決定）

第3回 令和8年3月18日（水）及び現場体験（日程は調整のうえで決定）

※現場体験の日程等については、改めて通知する。

※現場体験は、感染症等の影響を考慮し、原則受講者の所属する法人の施設において実施する。

6 研修会場

高知県立ふくし交流プラザ（高知市朝倉戊 375-1）

7 受講定員

30人（10人×3回）

8 申込方法

事業所が所在する市町村に受講申込書を提出する。

市町村長は、当該事業所の申請内容等について十分審査を行い、受講することが適当と認められた場合は、提出された受講申込書及び別途定める推薦書を下記問い合わせ先に記載の宛先に送付する。

※事業所からは直接県に提出せず、必ず市町村へ提出してください。

9 受講者の決定

受講申込書等を審査のうえ決定し、5月中に結果を通知する。

※定員を上回る申込みがあった場合は、受講要件を満たしていても受講をお断りする場合

があります。

10 修了証書

所定の課程を修了した受講者に交付する。ただし、研修の目的が達成されないと判断された場合や、遅刻、早退等があった場合は修了証書を交付できないことがある。

11 費用

5,000 円（資料代・現場体験に係る費用を含む。振込にて支払後、別途案内有。）

12 申込締切

令和7年5月9日（金）17時15分まで【必着】

〔問合せ先〕

〒780-8570

高知市丸ノ内1丁目2-20

高知県子ども・福祉政策部長寿社会課

介護予防・地域支援室（森、窪田）

Tel 088-823-9762 Fax 088-823-9259

〔申込先〕

事業所が所在する市町村です。

（詳細は、「8 申込方法」をご覧ください。）

年 月 日

令和7年度高知県認知症対応型サービス事業開設者研修 受講申込書

*事業主体と、現在勤務している施設名の両方を記載してください。

■事業主体（法人） 法人名：
代表者肩書・氏名：
〔電話〕 〔FAX〕
連絡担当者氏名：

■施設・事業所 〒
所在地：
名称：
〔電話〕 〔FAX〕
〔メール〕

◆申込者本人が記入すること

ふりがな		生年 月 日	昭和 平成	年 月 日	年 齢	歳	性 別	男 女
氏 名								
役職								
*受講希望回（希望する回にレ印を） ☐ 第1回 ☐ 第2回 ☐ 第3回 ☐ いずれの回でも可								
研修の受講目的								
(該当するものにレ印を付けてください。)								
☐ 令和7年度にグループホーム等を開設し、その事業所の代表者となるため。 【就任予定の事業所種別 : 】								
☐ 近日中に既設のグループホーム等の代表者となるため。 【就任予定の事業所種別 : 】								
☐ 既に代表者となっている。								

令和7年度高知県認知症対応型サービス事業管理者研修 実施要領

1 目的

下記事業者の管理者となる者が、これらの事業所を管理・運営していく上で必要な知識・技術を身に付けることにより、認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図る。

- ・単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所
- ・共用型指定認知症対応型通所介護事業所
- ・指定小規模多機能型居宅介護事業所
- ・指定認知症対応型共同生活介護事業所
- ・指定看護小規模多機能型居宅介護事業所
- ・単独型・併設型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所
- ・共用型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所
- ・指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所
- ・指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

2 実施主体

高知県（研修の実施運営は社会福祉法人高知県社会福祉協議会）

3 対象者

上記「1 目的」に記載した事業所管理者又は年度内に管理者になることが予定される者であって、実践者研修(痴呆介護実務者研修基礎課程または痴呆性老人処遇技術研修を含む)を修了している者

※必ず修了証書の写しを添付し申し込んでください。

4 研修内容

別紙カリキュラム参照

5 研修期間

- 第1回 令和7年9月29日（月）、30日（火）
- 第2回 令和8年1月20日（火）、21日（水）
- 第3回 令和8年3月18日（水）、19日（木）

6 研修会場

高知県立ふくし交流プラザ（高知市朝倉戊375-1）

7 受講定員

90人（30人×3回）

8 申込方法

事業所が所在する市町村に受講申込書を提出する。

市町村長は、当該事業所の申請内容等について十分審査を行い、受講することが適切と認められた場合は、提出された受講申込書及び別途定める推薦書を次に送付する。

※事業所からは直接県に提出せず、必ず市町村を通して提出してください。

9 受講者の決定

受講申込書等を審査のうえ決定し、5月中に結果を通知する。

※定員を上回る申込みがあった場合は、受講要件を満たしていても受講をお断りする場合があります。

※受講回については、県で調整を行いますので、必ずしも希望に添えない場合がありますので
予めご了承ください。

10 修了証書

所定の課程を修了した受講者に交付する。ただし、研修の目的が達成されないと判断された
場合や、遅刻、早退等があった場合は修了証書を交付できないことがある。

11 費用

3,000 円（資料代を含む。振込にて支払、後日別途案内有。）

12 申込締切

令和7年5月9日（金）17時15分まで【必着】

〔問合せ先〕

〒780-8570

高知市丸ノ内1丁目2-20

高知県子ども・福祉政策部長寿社会課

介護予防・地域支援室（森、窪田）

Tel 088-823-9762 Fax 088-823-9259

〔申込先〕

事業所が所在する市町村です。

（詳細は、「8 申込方法」をご覧ください。）

年 月 日

令和7年度高知県認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書

*事業主体と、現在勤務している施設名の両方を記載してください。

■事業主体（法人） 法人名：

代表者肩書・氏名：

〔電話〕

〔FAX〕

連絡担当者氏名：

■施設・事業所 〒

所在地：

名称：

〔電話〕

〔FAX〕

〔メール〕

太枠内は必ず申込者本人が記入すること↓↓

ふりがな				生年 月 日	昭和 平成	年 月 日	年 齢	歳	性 別	男 女
氏 名										
資格		役職		勤務 年数		年 月	介護経験 年 数		年 月	
研修の受講目的					認知症介護に関する研修の受講歴					
(該当するものにレ印を付けてください。)					(該当するものにレ印をつけてください。)					
☐ 今年度にグループホーム等を開設し、その事業所の管理者になるため。 ※ 年 月頃予定 ※就任予定事業所種別 ()					☐ 実践者研修 受講年度 () 修了証書No () ☐ 実践リーダー研修 受講年度 () 修了証書No () ☐ 旧基礎課程 受講年度 () 修了証書No () ☐ 旧専門課程 受講年度 () 修了証書No () ☐ 処遇技術研修 受講年度 () 修了証書No () ☐ 今年度受講予定 (実践者研修)					
☐ 今年度中に、新たに管理者になるため。 ※ 年 月頃予定 ※就任予定事業所種別 ()					※必ず修了証書（写）を添付してください。 修了証書が添付できない場合は、受講年度、修了証書Noを必ずご記入ください。					
☐ 既設のグループホーム等の管理者であるが、研修未受講であり、受講する必要があるため。										
(認知症対応型グループホームの開設予定のため受講する場合はご記入ください。)										
開設予定時期： 年 月 ユニット数：										
*受講希望回 (実践者研修未修了者は受講最終日以降回に☑) ☐ 第1回 ☐ 第2回 ☐ 第3回 ☐ いずれでも可										
備考										

◆施設・事業所の管理者記入欄

貴施設・事業所における認知症介護の現状と課題、それに対する取組計画をご記入ください。

今回の受講申込者と同じ所属に実践リーダー研修（専門課程）の修了者がいますか。（該当するものにレ印を）

☐いる (名) ☐いない ☐その他 ()

令和7年度高知県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 実施要領

1 目的

下記事業者の計画作成担当者となる者が、利用登録者に関する居宅介護支援計画や指定小規模多機能型居宅介護事業所における小規模多機能型居宅介護計画を適切に作成する上で必要な知識・技術を身に付けることにより、認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図る。

- ・ 指定小規模多機能型居宅介護事業所
- ・ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所
- ・ 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所

2 実施主体

高知県（研修の実施運営は社会福祉法人高知県社会福祉協議会）

3 対象者

上記「1 目的」に記載の事業者の計画作成担当者又は年度内に計画作成担当者になることが予定される者であって、認知症介護実践者研修(痴呆介護実務者研修基礎課程または痴呆性老人処遇技術研修を含む)を修了している者

※必ず修了証書の写しを添付してください。

4 研修内容

別紙カリキュラム参照

5 研修期間

第1回 令和7年9月29日（月）、30日（火）

第2回 令和8年1月20日（火）、21日（水）

第3回 令和8年3月18日（水）、19日（木）

6 研修会場

高知県立ふくし交流プラザ（高知市朝倉戊 375-1）

7 受講定員

30人（10人×3回）

8 申込方法

事業所が所在する市町村に受講申込書を提出する。

市町村長は、当該事業所の申請内容等について十分審査を行い、受講することが適当と認められた場合は、提出された受講申込書及び別途定める推薦書を下記問い合わせ先に記載の宛先に送付する。

※事業所からは直接県に提出せず、必ず市町村へ提出してください。

9 受講者の決定

受講申込書等を審査のうえ決定し、5月中に結果を通知する。

※定員を上回る申込みがあった場合は、受講要件を満たしていても受講をお断りする場合があります。

※受講回については、県で調整を行いますので、必ずしも希望に添えない場合がありますので予めご了承ください。

10 修了証書

所定の課程を修了した受講者に交付する。ただし、研修の目的が達成されないと判断された場合や、遅刻、早退等があった場合は修了証書を交付できないことがある。

11 費用

3,000 円(資料代を含む。振込にて支払、後日別途案内有。)

12 申込締切

令和7年5月9日(金)17時15分まで【必着】

〔問合せ先〕

〒780-8570

高知市丸ノ内1丁目2-20

高知県子ども・福祉政策部長寿社会課

介護予防・地域支援室 (森、窪田)

Tel 088-823-9762 Fax 088-823-9259

〔申込先〕

事業所が所在する市町村です。

(詳細は、「8 申込方法」をご覧ください。)

年 月 日

令和7年度高知県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 受講申込書

*事業主体と、現在勤務している施設名の両方を記載してください。

■事業主体（法人） 法人名：
代表者肩書・氏名：
〔電話〕 〔FAX〕
連絡担当者氏名：

■施設・事業所 〒
所在地：
名称：
〔電話〕 〔FAX〕
〔メール〕

◆申込者本人が記入すること

ふりがな				生年 月日	昭和 平成	年 月 日	年齢	歳	性別	男 女
氏 名										
資格		役職		勤務 年数		年 月	介護経験 年 数		年 月	
*受講希望回（実践者研修未修了者は受講最終日以降回に☑） ☐ 第1回 ☐ 第2回 ☐ 第3回 ☐ いずれでも可										
○認知症介護に関する研修の受講歴										
(該当するものにレ印を付けてください。)										
☐ 実践者研修 受講年度 () 修了証書No. ()										
☐ 実践リーダー研修 受講年度 () 修了証書No. ()										
☐ 旧基礎課程 受講年度 () 修了証書No. ()										
☐ 旧専門課程 受講年度 () 修了証書No. ()										
☐ 処遇技術研修 受講年度 () 修了証書No. ()										
☐ 今年度受講予定（実践者研修）										
※修了証書の写しを添付してください。 修了証書が添付できない場合は、受講年度、修了証書Noを必ず記入してください。										

令和7年度認知症対応型サービス事業開設者研修

令和7年度認知症対応型サービス事業管理者研修

令和7年度小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

カリキュラム

※それぞれのカリキュラムが一部共通しています。

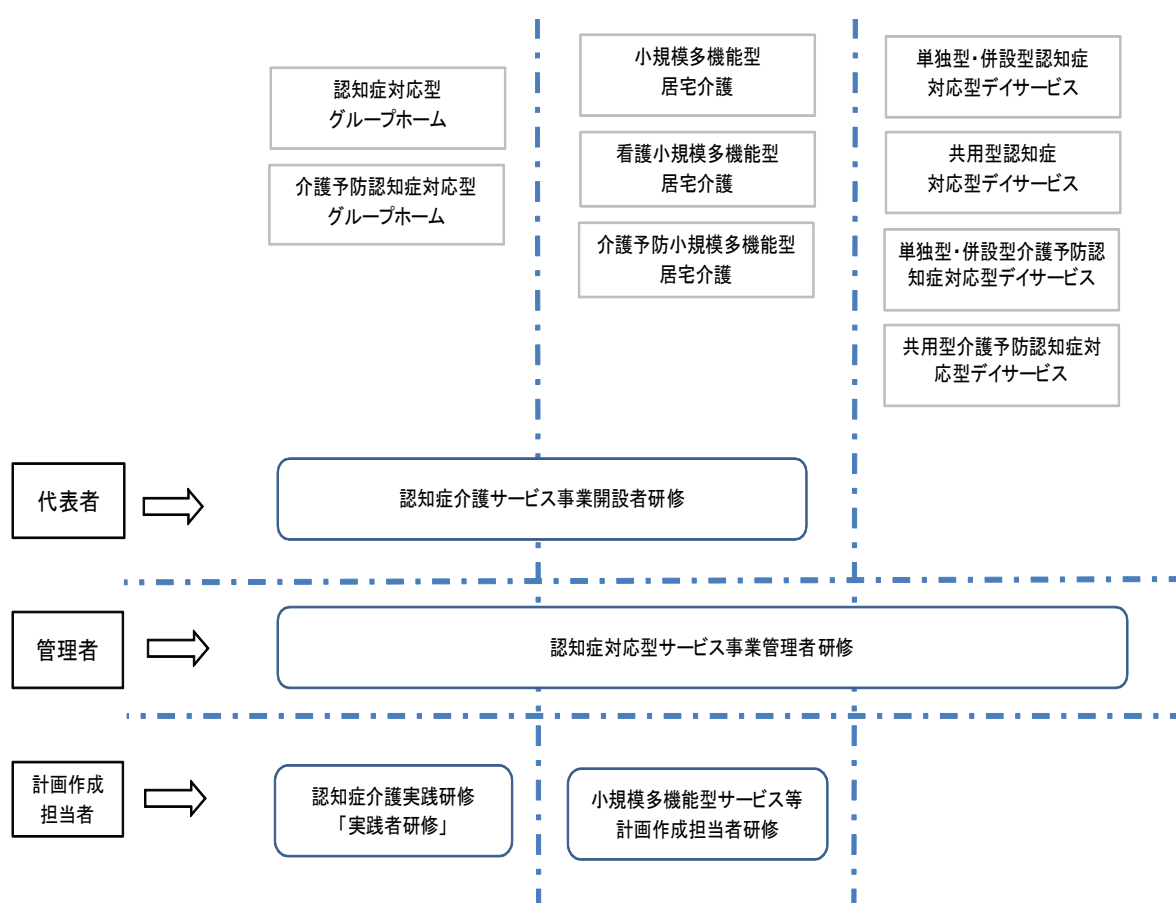
		9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	17:30
1日目	認知症対応型サービス事業 管理者研修	9:00-10:30 ・地域密着型サービスの意義 開設者・管理者の役割 【3課程共通】	休憩	10:40-11:40 ・サービス基準 【3課程共通】	休憩	12:40-14:10 ・地域密着型サービスの取組み 家族・地域・医療との関わり 【管理者・小規模多機能共通】	休憩	14:20-15:50 ・事業所としての危機管理 【管理者・小規模多機能共通】	休憩	16:00-17:30 ・介護従事者に対する労務管理	
	小規模多機能型 サービス等計画作 成担当者研修							16:20-16:30 ・職場体験リエンション			
	認知症対応型 サービス事業 開設者研修					12:40-15:10 ・認知症高齢者の基本的理解とケアのあり方		15:20-16:20 ・家族の理解・高齢者 との関係の理解			

		9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	17:30	
2日目	認知症対応型 サービス事業 管理者研修	9:00-12:00 ・権利擁護とチームケアの推進 【管理者・小規模多機能共通】				休憩	13:00-16:00 ・サービスの質の評価と人材育成			修了式		
	小規模多機能型 サービス等計画作 成担当者研修						13:00-17:30 ・小規模多機能ケアの視点 居宅介護支援計画作成の実際				修了式	

※研修時間等については変更になる場合があります。

指定地域密着型サービス／指定地域密着型介護予防サービス 指定・運営基準に規定される研修について

■地域密着型サービス、指定地域密着型介護予防サービスの指定にあたっては、事業所の管理者及び計画作成担当者はこの研修の受講が義務付けられています。



※開設者研修については、認知症介護実践研修のうち、実践者研修・実践リーダー研修又は、旧基礎課程・専門課程の修了者は受講する必要はありません。

認知症に関する研修の仕組み

