

令和7年度 認知症介護実践研修・実践リーダー研修（第2回）

～新たな認知症介護のリーダーになるために～ 開催要項

1 目 的

高齢者介護実務者及びその指導的立場にある者に対し、実践者研修で得られた知識・技術をさらに深め、施設・事業所において、ケアチームを効果的・効率的に機能させる能力を有した指導者を養成し、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します。

2 主 催 石川県

3 実施機関 社会福祉法人石川県社会福祉協議会

4 期 日 令和7年11月26日（水）～令和8年2月20日（金）

- (1) 事前講座（7日間） 11月26日（水）～28日（金）、12月1日（月）～4日（木）
（※詳細は別紙「研修プログラム」参照）
- (2) 自施設実習（4週間） 12月5日（金）～2月5日（木）の間、1週間を4回
- (3) 総括講座（4日間） 令和8年2月17日（火）～20日（金）

5 会 場

- (1) 事前講座・総括講座 石川県社会福祉会館 中ホール（金沢市本多町3-1-10）

※受講者用の駐車場はありません。

周辺の駐車場を確保いただくか、公共の交通機関をご利用ください。

- (2) 施設実習 自施設

6 受講料 無料

7 定 員 35名

8 受講対象

次の(1)(2)の 両方もしくは(3)の要件に該当し、(4)を満たす者としてします。

- (1) 石川県内の介護保険施設・事業者等（以下「事業所」という。）において認知症介護に携わっている介護職員等であって、認知症介護の経験年数が5年以上の者

※ 石川県内の事業所

- ・介護保険法第8条第24項に規定する介護保険施設
- ・介護保険法第41条に規定する指定居宅サービス事業者
- ・介護保険法第42条の2に規定する指定地域密着型サービス事業者等

- (2) 過去に「痴呆介護実務者研修(基礎課程)」又は「認知症介護実践研修(実践者研修)」を修了後、1年以上経過している者

(3) 介護保険施設・事業所等において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者であると実施主体の長が認めた者

※実務経験・在籍証明書の提出が必要です。詳細は、石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンターにお問い合わせください。

(4) 研修の全日程に参加できる者 ※ 全日程に参加できないと、修了できません。

9 研修プログラム

事前講座・総括講座において、数名のグループによるグループワークを行います。

(1) 事前講座 認知症高齢者の介護に関する専門的知識、技術を習得します。

(2) 自施設実習 各自の職場にて実習を行います。自施設実習では、自ら

実習課題を設定して取り組みます。

※ 業務をしながらの実習では効果を得にくいと、実習期間中は実習課題に専念できるようご配慮ください。(他の職員にもご協力願います。)

(3) 総括講座 各自が事前講座、実習にて取得した知識・技術を実践できるようにします。

10 参加申込方法

(1) 市町推薦申込み(市町長からの推薦による申込み方法)

本研修の受講により指定基準を満たすとして、市町の長が適当と認めた者

本研修は、指定認知症対応型共同生活介護事業所を短期利用させるための要件として受講が義務づけられています。詳しくは市町担当課にお問い合わせください。

① 石川県社会福祉協議会ホームページの「福祉の研修」内の「研修申込」に、必要項目を入力してください。

② 推薦依頼書を市町担当課へ提出してください。

上記①②の申込み受付期間は、9月30日(火)～10月7日(火)です。※締切厳守

※ ①②共に必要。

※ ①の詳細は、「11 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力方法」を参照のこと。

(2) 事業所申込み

(1)の申込要件以外で、本研修の受講を希望する者。

石川県社会福祉協議会ホームページの「福祉の研修」内の「研修申込」に、必要項目を入力してください。

受付期間は、9月30日(火)～10月7日(火)です。※締切厳守

※ 詳細は、「11 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力方法」を参照のこと。

※ ホームページのみの申込みになります。

11 石川県社会福祉協議会ホームページからの申込み入力方法

- ① 石川県社会福祉協議会ホームページ (URL: <http://www.isk-shakyo.or.jp/>) の上部メニューから **福祉の研修** をクリックします。
- ② 「研修新着情報」から認知症介護実践研修・実践リーダー研修（第1回）申込をクリックすると、「検索結果」が画面の下方に表示されます。
- ③ 受講希望の研修であることを確認の上、右欄の **申込** をクリックすると、「研修申し込み」が表示されます。
- ④ 必要事項（※印は必須項目）を入力後、**申込確認画面へ** をクリックし、入力内容を確認の上、**申し込む** をクリックして、申し込み完了です。
- ⑤ 申し込み後、すぐに「受付確認書」がメールで送信されます。
メールが届かない場合は、メールアドレスが正しく入力されていない可能性がありますので、長寿生きがいセンターまでご連絡ください。
メールアドレスは、受講の選考結果など重要な通知に利用しますので、常に確認可能なものを使用してください。メールアドレスに誤りがあると、最初から申込み入力していただく必要があります。

※なお、「受付確認書」は受講を承認するものではありません。後日、「受講選考結果」がメールで送信されます。

12 受講者の決定

- (1) 定員の範囲で受講者を決定します。
- (2) 申込者が定員を超えた場合は、1施設1名（優先順位1位の方）とした上で、受講者を決定します。
〔※ 市町長の推薦により申込みがあった場合でも、HPの申込内容において 10(1)の要件に該当しない場合は優先受講の対象とはなりませんので、ご注意ください。〕

13 選考結果の通知

(1) 10(1)の申し込み方法による選考結果通知

- ① 10月29日(水)頃、長寿生きがいセンターから各事業所へ、受講選考結果通知をメールにて送信します。
- ② 10月29日(水)頃、長寿生きがいセンターから市町担当課へ受講選考結果通知をメールにて送信します。

(2) 10(2)の申し込み方法による選考結果通知

10月29日(水)頃、長寿生きがいセンターから各事業所へ、受講選考結果通知をメールにて送信します。

※ 送信予定日を2日以上経過しても通知が届かない場合、長寿生きがいセンターまでお問い合わせください。

15 研修に関する留意事項

- (1) 本研修は、平成17年度のカリキュラム内容の見直しにより、「痴呆介護実務者研修専門課程」から「認知症介護実践研修・実践リーダー研修」へと改称されたものです。
- (2) 施設実習の期間中は、実習の効果を高めるため、実習課題に専念できるようにご配慮ください。（他の職員にもご協力願います。）

- (3) 研修の目的を十分に理解していると認められない場合は、修了証書を交付しないことがありますのでご注意ください。
- (4) 申込者におかれましては、実施要項を必ず受講申込者本人に渡し、受講目的等を確認願います。

14 申込み・問合せ先

| |
|---|
| 石川県社会福祉協議会 長寿生きがいセンター 担当：森田 〒920-3104 金沢市八田町東 1025 番地 石川県社会福祉会館別館 TEL (076)258-3135 FAX (076)258-3149 |
|---|

令和7年度認知症介護実践研修・実践リーダー研修（第2回）プログラム

| 日 時 | | 科 目 |
|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 11月26日(水) 事前講座 (第1日目) | 8:30～8:50 | 受付 |
| | 8:50～9:00 | 「開講・オリエンテーション」 |
| | 9:00～10:30 (90分) | 「認知症介護実践リーダーの研修の理解」 |
| | 10:30～10:40 | 休憩 |
| | 10:40～12:40 (120分) | 「認知症の専門的理解」 |
| | 12:40～13:40 | 昼食・休憩 |
| | 13:40～17:10 (210分) | 「施策の動向と地域展開」 |
| 11月27日(木) 事前講座 (第2日目) | 8:50～9:00 | オリエンテーション |
| | 9:00～12:00 (180分) | 「認知症ケアにおけるチームアプローチの基本と実践」 |
| | 12:00～13:00 | 昼食・休憩 |
| | 13:00～17:00 (240分) | 「カンファレンスの技法と実践」 |
| 11月28日(金) 事前講座 (第3日目) | 8:50～9:00 | オリエンテーション |
| | 9:00～12:00 (180分) | 「チームケアを構築するリーダーの役割①」 |
| | 12:00～13:00 | 昼食・休憩 |
| | 13:00～14:50 (110分) | 「チームケアを構築するリーダーの役割②」 |
| | 15:00～17:00 (120分) | 「ストレスマネジメントの理論と方法」 |
| 12月1日(月) 事前講座 (第4日目) | 8:50～9:00 | オリエンテーション |
| | 9:00～12:00 (180分) | 「職場内教育（OJT）の実践① 権利擁護」 |
| | 12:00～13:00 | 昼食・休憩 |
| | 13:00～17:00 (240分) | 「職場内教育の基本的視点 スーパービジョンとコーチング」 |

| 日 時 | | 科 目 |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| 12月2日(火) 事前講座 (第5日目) | 8:50～9:00 | オリエンテーション |
| | 9:00～12:00 (180分) | 「職場内教育（OJT）の方法の理解① 人材育成」 |
| | 12:00～13:00 | 昼食・休憩 |
| | 13:00～14:00 (60分) | 「職場内教育（OJT）の方法の理解② 介護技術」 |
| | 14:00～14:10 | 休憩 |
| | 14:10～17:10 (180分) | 「職場内教育（OJT）の方法の実践② 介護技術」 |
| 12月3日(水) 事前講座 (第6日目) | 8:50～9:00 | オリエンテーション |
| | 9:00～12:00 (180分) | 「職場内教育（OJT）の方法の実践③」 |
| | 12:00～13:00 | 昼食・休憩 |
| | 13:00～17:00 (240分) | 「職場内教育（OJT）の方法の実践④ アセスメントとケア」 |
| 12月4日(木) 事前講座 (第7日目) | 8:50～9:00 | オリエンテーション |
| | 9:00～11:00 (120分) | 「事前講座を実践リーダーとして振り返る」 |
| | 11:00～12:00 (60分) | 「実習オリエンテーション」 |
| | 12:00～13:00 | 昼食・休憩 |
| | 13:00～17:00 (240分) | 「課題設定」 |

| 日 時 | | 科 目 |
|----------------------------|-----------------------|-----------|
| 2月17日(火) 総括講座 (第1日目) | 8:50～9:00 | オリエンテーション |
| | 9:00～12:00 (180分) | 「実習のまとめ」 |
| | 12:00～13:00 | 昼食・休憩 |
| | 13:00～17:00 (240分) | 「実習のまとめ」 |
| 2月18日(水) 総括講座 (第2日目) | 8:50～9:00 | オリエンテーション |
| | 9:00～12:00 (180分) | 「実習のまとめ」 |
| | 12:00～13:00 | 昼食・休憩 |
| | 13:00～17:00 (240分) | 「実習のまとめ」 |
| 2月19日(木) 総括講座 (第3日目) | 8:50～9:00 | オリエンテーション |
| | 9:00～12:00 (180分) | 「実習のまとめ」 |
| | 12:00～13:00 | 昼食・休憩 |
| | 13:00～17:00 (240分) | 「実習のまとめ」 |
| 2月20日(金) 総括講座 (第4日目) | 8:50～9:00 | オリエンテーション |
| | 9:00～12:00 (180分) | 「実習のまとめ」 |
| | 12:00～13:00 | 昼食・休憩 |
| | 13:00～17:00 (240分) | 「実習のまとめ」 |

「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」に規定される研修について

| | 認知症対応型 通所介護 | 認知症対応型 共同生活介護 | 小規模多機能型 居宅介護 | 看護小規模多機能型 居宅介護 |
|-------------|----------------|--|--|-------------------|
| 代表者 | | 認知症対応型サービス事業開設者研修 基準第92条 | | |
| 管理者 | | 認知症介護実践研修(実践者研修) ↓ 認知症対応型サービス事業管理者研修 基準第43条 | | |
| 計画作成 担当者 | | | 認知症介護実践研修(実践者研修) ↓ 小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修 基準第63条 | |
| | | | | 基準第171条 |

令和7年度 認知症介護実践研修・実践リーダー研修（第2回）市町推薦依頼書

| 項 目 | | 申 込 内 容 | | |
|---|--------------------------------|--|-----|-----|
| 所 属 | 介 護 保 険 事 業 所 番 号 | ※必ず記入してください。 | | |
| | 住 所 | 〒 | | |
| | 事 業 所 名 | ※法人・会社名から記入してください。 | | |
| | 指 定 年 月 日 | H・R 年 月 日 | | |
| | 事 業 種 別 | | | |
| | 申 込 担 当 者 名・連 絡 先 | 担当者名 | Tel | Fax |
| | 認知症介護実践研修・実践リーダー研修 修了者の在席状況 | 在席しています（ 名） ・ 在席していません | | |
| 受 講 者 | ふ り が な | | | |
| | 氏 名 | | | |
| | 実践者研修（基礎課程） 修了の確認 | ※ 受講修了した年度と修了証番号を記入して下さい。 ・平成 年度 痴呆介護実務者研修 基礎課程 修了 ・平成 / 令和 年度 認知症介護実践研修 実践者研修 修了 【修了証書番号 第 号】 | | |
| | 職 名 | | | |
| | 資 格 名 及 び 資 格 取 得 日 | | | |
| | 生 年 月 日 | S・H 年 月 日 | | |
| | 採 用 年 月 日 | S・H・R 年 月 日 | | |
| | 実 務 経 験 年 数 | 年 ヶ月 | | |
| | うち認知症介護の経験年数 | 年 ヶ月 | | |
| | 優 先 順 位 | ※同一事業所から複数名申込み場合のみ記入してください。 | | |
| 研修申込みの理由 | | 指定認知症対応型共同生活介護事業所の短期利用 ● 開設時期：令和 年 月 日（予定） ● 開設場所（市町名）： ● その他： | | |
| <input type="checkbox"/> 石川県社会福祉協議会 HP にて申し込みを行っている。（✓を付けてください） | | | | |

上記のとおり、推薦を依頼します。

令和7年 月 日

(市町の長)

様

(事業者法人名及び代表者名)