

熊本県認知症介護実践研修実施要項

1 趣旨

この要項は、本県における認知症介護に関する基礎的及び実践的な研修の取扱いを定めるものであり、「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（平成 18 年 3 月 31 日老発第 0331010 号）及び「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」（平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331007 号）に定めるもののほか、必要な事項を定めることとする。

2 実施主体等

本事業については、熊本県知事が指定する法人（以下「指定法人」という。）が実施するものとし、事業実施にあたっては、熊本県知事が指定する事業と熊本市長が指定する事業を合わせて実施して差し支えないものとする。

なお、指定に関する手続き等については、別途定める。

3 事業内容

（１） 認知症介護実践研修

① 本研修の区分

認知症介護実践研修は、「認知症介護実践者研修」及び「認知症介護実践リーダー研修」とし、次の区分により実施する。

ア 県編成研修

知事が定めた日程、講師等により、指定法人が実施する研修。

イ 独自編成研修

指定法人が独自に定めた日程、講師等により、実施する研修。

なお、研修の実施にあたっては、次の点を遵守するものとする。

（ア） 研修運営責任者及び研修運営副責任者（以下「研修運営責任者等」という。）の設置

認知症介護指導者養成研修修了者（熊本県又は熊本市推薦者）の中から、研修運営責任者等を選定し、研修運営責任者等の管理の下に研修カリキュラムを策定する。

研修運営責任者等は、以下の各号に関する事項について、相互に連帯して業務を行う。

- a 当該研修が、県編成研修と同等の基準を満たしていることの確認
- b 講師との連絡調整
- c 講義で使用する資料等の確認
- d 実習先の受入体制の確認・調整
- e その他、研修が円滑に行われるための調整

（イ） 講師の条件

講師は以下のいずれかに該当する者であること。

- a 認知症介護指導者
- b 認知症介護指導者養成研修受講対象者（以下のすべてに該当する者）

- (a) 認知症介護実践リーダー研修修了者
- (b) 医師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、言語聴覚士若しくは精神保健福祉士のいずれかの資格を有する者又はこれに準ずる者
- (c) 以下のいずれかに該当する者で、おおむね5年以上の介護実務経験を有する者
 - ・ 介護保険事業所等で現に介護業務に従事している者
 - ・ 福祉系大学や養成校等で指導的立場にある者
 - ・ 民間企業で認知症介護の教育に携わる者
- (d) その他経歴等により知事が適当と認めた者

② 研修対象者

ア 認知症介護実践者研修

県内に所在する介護保険施設・事業所等に従事又は従事予定の介護職員等で、原則として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であり、身体介護に関する基本的知識・技術を修得し、実務経験が概ね2年以上の者とする。

イ 認知症介護実践リーダー研修

県内に所在する介護保険施設・事業所等において介護業務に概ね5年以上従事した経験を有し、認知症介護実践者研修（痴呆介護研修事業の円滑な運営について（平成12年10月25日老計第43号厚生省老人保健福祉局計画課長通知）により実施された基礎課程（以下「旧基礎課程」という。）を含む。）を修了し、1年以上経過している者とする。

ただし、県内に所在する介護保険施設・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、介護福祉士の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については、令和9年3月31日までの間は、本文の規定に関わらず研修対象とする。

③ 実施内容

研修対象者に対して、認知症介護に関する実践的な知識及び技術を修得するため別紙1及び2に示す研修を実施する。

④ 受講の手続き等

ア 認知症介護実践者研修

- (ア) 指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業者、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、指定看護小規模多機能型居宅介護事業者に属する者は、所属する事業者等の長を通じ、当該事業者が運営する事業所が存在する市町村の長を経由して、指定法人に申し込むものとする。

なお、申込にあたっては別表1に示す様式を用いるものとし、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（平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省令第 34 号）に照らし、特に受講が必要と認められる者（様式 5 裏面「推薦にあたっての留意事項等」参照）については、市町村の長は様式 5 の推薦書を添えるものとする。

- （イ） 上記ア（ア）以外の介護保険施設・事業所等に属する者で、受講を希望する者は、所属する介護保険施設・事業所等の長を通じ、指定法人に申し込むものとする。

なお、申込にあたっては別表 1 に示す様式を用いるものとする。

イ 認知症介護実践リーダー研修

- （ア） 指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業者に属する者は、所属する事業者等の長を通じ、当該事業者が運営する事業所が存在する市町村の長を経由して指定法人に申し込むものとする。

なお、申込にあたっては別表 1 に示す様式を用いるものとし、厚生労働大臣が定める施設基準（平成 27 年厚生労働省告示第 96 号）第 31 号ハ、二、又は第 85 号 に照らし、特に受講が必要と認められる者（様式 5 裏面「推薦にあたっての留意事項等」参照）については、市町村の長は様式 5 の推薦書を添えるものとする。

- （イ） 上記イ（ア）以外の介護保険施設・事業所等に属する者で、受講を希望する者は、所属する介護保険施設・事業所等の長を通じ、指定法人に申し込むものとする。

なお、申込にあたっては別表 1 に示す様式を用いるものとする。

4 修了証書の交付等

- （１） 指定法人は、研修修了者に対し、様式 6 による修了証書を交付し、知事は、研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を記載した名簿を作成し管理する。
- （２） 修了証書は再発行しない。ただし、研修修了の証明が必要であると認められるときは、研修修了者の申出に基づき、様式 7 により修了証書に代わる証明書を交付することができるものとする。

5 その他

この要項に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

6 附則

この要項は令和 4 年（2022 年）4 月 21 日から施行する。

この要項は令和 5 年（2023 年）3 月 23 日から施行する。

この要項は令和 6 年（2024 年）4 月 1 日から施行する。

この要項は令和 7 年（2025 年）4 月 24 日から施行する。

別表 1

	研修名	申込に用いる様式			
		様式 1	様式 2	様式 3	様式 4
3（１）④ ア	認知症介護実践者研修	○	○		
3（１）④ イ	認知症介護実践リーダー研 修			○	○

認知症介護実践者研修カリキュラム（別紙１）

I～V計 座学8日間および職場実習6週間（2週間+4週間）

I 講義・演習3日間（前期研修）

日程	（分）	教科名
1日目	30	オリエンテーション
	180	1(1) 認知症ケアの理念・倫理と意思決定支援
	30	自己課題の設定
2日目	300	1(2) 生活支援のためのケアの演習 1
	60	1(3) QOLを高める活動と評価の視点
3日目	90	1(4) 家族介護者の理解と支援方法
	90	1(5) 権利擁護の視点に基づく支援
	120	1(6) 地域資源の理解とケアへの活用

II 学習成果の実践展開期間

2週間	職場実習 （前期研修と後期研修の間に実施）
-----	--------------------------

III 講義・演習3日間（後期研修）

日程	（分）	教科名
4日目	90	2(1) 学習成果の実践展開と共有
	240	2(2) 生活支援のためのケアの演習 2（行動・症状）
5日目	300	2(3) アセスメントとケアの実践の基本
	30	課題設定説明
6日目	360	3(1) 職場実習の課題設定

IV-1 自施設実習

4週間	3(2) 職場実習
-----	-----------

IV-2 中間報告

7日目	180	職場実習の期間に中間報告会を実施
-----	-----	------------------

V 研修のまとめ 1日間

日程	（分）	教科名
8日目	300	3(3) 職場実習評価
	30	行政説明

認知症介護実践リーダー研修カリキュラム（別紙2）

I～Ⅲ計 座学9日間および職場実習4週間

I 講義・演習 8日間

日程	(分)	教科名
1日目	30	オリエンテーション
	30	行政説明
	90	1（1）認知症介護実践リーダー研修の理解
	120	2（1）認知症の専門的理解
2日目	210	2（2）施策の動向と地域展開
	180	3（1）チームケアを構築するリーダーの役割
3日目	120	3（2）ストレスマネジメントの理論と方法
	120	3（3）ケアカンファレンスの技法と実践
	180	3（4）認知症ケアにおけるチームアプローチの理論と方法

日程	(分)	教科名
4日目	240	4（1）職場内教育の基本視点
5日目	270	4（2）職場内教育（OJT）の方法の理解
6日目	360	4（3）職場内教育（OJT）の実践
7日目	240	5（1）職場実習の課題設定

Ⅱ-1 職場実習 4週間

4週間	5（2）職場実習
-----	----------

Ⅱ-2 中間報告

8日目	職場実習の期間に中間報告会を実施
-----	------------------

Ⅲ 最終発表 1日間

日程	(分)	教科名
9日目	420	5（3）結果報告/職場実習評価
	30	閉講式

認知症介護実践者研修受講申込書（第 1 回・第 3 回）

令和 年 月 日

（指定機関の長）様

* 修了証書は、氏名欄に記載された文字に基づき発行しますので、氏名は、楷書によりはっきりと丁寧に記載してください。

（「高」→「高」、「眞」→「真」など簡略字を記載した場合、修了証は簡略字で発行します。）

1 法人について

法 人 名	
法 人 所 在 地	
代 表 者	

2 受講申込事業所について

介護保険事業所番号			
ふ り が な			
事業所名			
所在地	〒		
連絡先	TEL		FAX
担当者氏名 ※担当者が受講希望者である場合 にも記入してください。		担当連 絡先	
事業種別 (該当するものを○で囲んで下さい。)	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・訪問介護・ 通所介護・訪問看護・その他（ ）		
事業所におけるこれまでの申込 状況	(1) 事業所において、実践者研修の受講申込は、 (初めて ・ 回目 (※1)) である。 (2) これまでの申込時期 ① 年 月 ② 年 月 (※1) 前回、申込者が選考されている場合は、今回は「初めて」の申 込みとなります。 (※2) (2) は、2 回目以上の申込の方のみ記入してください。 (※3) 不足する場合は余白に記入してください。		
事業所における認知症介護実践者研修（旧基礎課程）修了者数（申込時点 の在籍者について御記入ください。）		人	
事業所の利用定員		人	

3 受講希望者について

ふりがな		★優先順位 () 番目 / () 人中
氏 名		※同一事業所から複数名申込をされる場合は、記入してください。
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
本人携帯番号	※研修前や研修期間中に事務局から直接受講者へ御連絡させていただく場合がございます。	
メールアドレス	※事務局からの連絡事項及び研修資料を受信できるアドレスを記入してください。 ※記載されたアドレス以外の端末等で受講又は資料をダウンロードする場合は、ご自身で転送いただく事になりますので、お間違いのないようお願いします。	
認知症介護基礎研修	☐ 修了 () 年度 →修了証書の写しを添付してください。 ☐ 未修了 →未修了の場合、以下資格欄を必ず回答してください。	
資格 (該当するものを○で囲んで下さい。)	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・その他 ()	
身体介護（認知症介護含む）に従事した期間の合計	年 カ月 ※実践者研修の受講には、申込時点で2年以上の身体介護（認知症介護含む）経験が必要です。 ※過去に他事業所で経験した年数も合わせて記入願います。	
役職 (該当するものを○で囲んで下さい。)	代表・管理者（施設長）・主任・ユニットリーダー・介護職員・看護職員・その他 ()	

認知症介護実践者研修受講申込書（第2回・第4回）

令和 年 月 日

（指定機関の長）様

* 修了証書は、氏名欄に記載された文字に基づき発行しますので、氏名は、楷書によりはっきりと丁寧に記載してください。

（「高」→「高」、「眞」→「真」など簡略字を記載した場合、修了証は簡略字で発行します。）

1 法人について

法 人 名	
法 人 所 在 地	
代 表 者	

2 受講申込事業所について

介護保険事業所番号			
ふりがな			
事業所名			
所在地	〒		
連絡先	TEL		FAX
担当者氏名 ※担当者が受講希望者である場合にも記入してください。			担当連絡先
事業種別 (該当するものを○で囲んで下さい。)	・(介護予防)認知症対応型共同生活介護 ・(介護予防)小規模多機能型居宅介護 ・(介護予防)認知症対応型通所介護 ・看護小規模多機能型居宅介護 ・その他()		
受講理由	(該当理由を○囲み下さい。) ア 管理者/計画作成担当者に就任予定。 イ 資質向上のため		

◆指定基準に基づく人員配置状況 (選考基準となりますので、該当するところを必ず○で囲んで下さい。)

(1) 認知症対応型サービス事業管理者	ア 満たしている。
	イ 満たしていない。(年 月～) (理由:)
	ウ 満たさなくなる予定(年 月～) (理由:)
(2) 小規模多機能型サービス等計画作成担当者	ア 満たしている。
	イ 満たしていない。(年 月～) (理由:)
	ウ 満たさなくなる予定(年 月～) (理由:)

事業所におけるこれまでの申込状況	(1) 事業所において、実践者研修の受講申込は、 <u>(初めて ・ 回目 (※1))</u> である。	
	(2) これまでの申込時期 ① 年 月 ② 年 月	
	(※1) 前回、申込者が選考されている場合は、今回は「初めて」の申込みとなります。	
	(※2) (2) は、2 回目以上の申込の方のみ記入してください。 (※3) 不足する場合は余白に記入してください。	
事業所における認知症介護実践者研修（旧基礎課程）修了者数 <u>（申込時点の在籍者について御記入ください。）</u>		人
事業所の利用定員		人

3 受講希望者について

ふりがな		★優先順位 () 番目 / () 人中 ※同一事業所から複数名申込をされる場合は、記入してください。
氏 名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
本人携帯番号	※研修前や研修期間中に事務局から直接受講者へ御連絡させていただく場合がございます。	
メールアドレス	※事務局からの連絡事項及び研修資料を受信できるアドレスを記入してください。 ※記載されたアドレス以外の端末等で受講又は資料をダウンロードする場合は、ご自身で転送いただく事になりますので、お間違いのないようお願いします。	
認知症介護基礎研修	☐ 修了 () 年度 <u>→修了証書の写しを添付してください。</u> ☐ 未修了 <u>→未修了の場合、以下資格欄を必ず回答してください。</u>	
資格 (該当するものを○で囲んで下さい。)	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・その他 ()	
身体介護（認知症介護含む）に従事した期間の合計	年 カ月 ※実践者研修の受講には、申込時点で <u>2年以上</u> の身体介護（認知症介護含む）経験が必要です。 ※過去に他事業所で経験した年数も合わせて記入願います。	
役職 (該当するものを○で囲んで下さい。)	代表・管理者（施設長）・主任・ユニットリーダー・介護職員・看護職員・その他 ()	

認知症介護実践者研修受講申込確認書（ 年度第 回）

この確認書は、受講申込前に受講希望者及び受講希望者の上司の方に研修の趣旨や受講上の注意点を理解していただき、それを確認するためのものです。以下、1から4は受講希望者の方が、5から7は受講希望者の上司の方が確認し、必ず全ての項目に記入して、受講申込書と一緒に提出してください。

◆ 1から4は受講希望者の方が記入してください。

氏 名

印

1 研修の目的

この研修は、「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であり、身体的介護に関する基本的知識・技術を習得しており、身体介護に関する実務経験が2年以上である方」が対象で、認知症介護に関する実践的な知識及び技術を習得することを目的としています。 →研修の目的について理解しました。（ はい ・ いいえ ）

2 この研修を受講する動機や研修で学びたいこと、身につけたいことを記載してください。

（受講動機）

（この研修で学びたいこと、身につけたいこと）

3 本研修には、前期研修と後期研修の間の2週間と、後期研修後の4週間の職場実習（自ら設定した課題に取り組んで頂く実習）が含まれています。

所属において職場実習に対する協力が得られることを確認出来ていますか。

→（ はい ・ いいえ ）

4 以下の注意点を熟読し、受講希望者本人が4 以下の注意点を熟読し、受講希望者本人が「☑」を記して確認してください。

①	今回受講頂く研修はオンライン形式で実施する日がありますので、オンライン利用環境を整えてください。	☐
②	基本的なパソコン操作（★）が出来ますか。 （★）基本的なパソコン操作とは、資料のダウンロードや印刷、メールの送受信、Word・Excel・PowerPoint を使用した資料作成等のことです。	☐
③	受講時に ZOOM の操作で、「名前の変更」「カメラ、マイクのオンオフ」「画面の共有」「チャット」を使用します。 以上の ZOOM の操作を、受講までにできるように御準備ください。	☐
④	②・③が「難しい」「出来ない」方の場合、基本的なパソコン操作や受講時の ZOOM 操作について、自事業所内で操作が可能な方からのサポートを受けるようお願いします。 ※基本的なパソコン操作等に関するお尋ねについては、対応出来兼ねます。各事業所等で御対応ください。	☐

⑤	研修資料について、研修日前日までに、受講申込書（様式１）の「３ 受講希望者について」枠内に記載のメールアドレスに送付します。 研修の資料を確実に受領できるメールアドレスを記載してください。	☐
⑥	受講中は研修指導者の指示に従っていただきますようお願いします。	☐
⑦	受講中はカメラをオンにして 顔が写る状態 で参加してください。	☐
⑧	研修態度が好ましくない場合（居眠り、携帯電話の使用、研修に関係ない行為等）や無断で離席される場合等には、受講を取り消すか、または修了を認めない場合があります。	☐
⑨	受講者側の原因によるシステムのトラブルや接続不具合等により受講ができなかった場合は修了を認めない場合があります。	☐
⑩	同じ場所に複数の受講者がいる場合は、ハウリングを起こす可能性がありますので、ご注意ください。	☐
⑪	グループワーク等の際、周囲の音声をマイクが拾いますので、必ずイヤホンマイクを使用してください。	☐
⑫	講座の録音・録画・撮影は禁止いたします。	☐

◆ ５から７は受講希望者の上司の方が記載してください。

役職名 _____ 氏 名 _____ 印 _____

５ この研修は、「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であり、身体的介護に関する基本的知識・技術を習得しており、身体介護に関する実務経験が２年以上である方」が対象ですが、受講希望者は、この要件に合致しているとして受講希望を認めていますか。 → （ はい ・ いいえ ）

６ 本研修には前期研修と後期研修の間の２週間と、後期研修後の４週間の職場実習（受講者自ら設定した課題に取り組んで頂く実習）が含まれています。上記受講申込者の職場実習に対する御協力を頂けますか。
→ （ はい ・ いいえ ）

７ この研修で学んでもらいたいこと、期待することを記載してください。

認知症介護実践リーダー研修受講申込書（ 年度 回）

令和 年 月 日

（指定機関の長） 様

* 修了証書は、氏名欄に記載された文字に基づき発行しますので、氏名は、楷書によりはっきりと丁寧に記載してください。

（「高」→「高」、「眞」→「真」など簡略字を記載した場合、修了証は簡略字で発行します。）

1 法人について

法 人 名	
法 人 所 在 地	
代 表 者	

2 受講申込事業所について

介護保険事業所番号			
ふ り が な			
事業所名			
所在地	〒		
連絡先	TEL		FAX
担当者氏名 ※担当者が受講者自身である場合にも記入してください。			担当連絡先
事業種別 (該当するものを○で囲んで下さい。)	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・訪問介護・ 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・ 認知症対応型通所介護・訪問看護 ・その他（ ）		
受講目的	1 資質向上のため 2 グループホームにおいて、短期利用認知症対応型共同生活介護を提供するため。		
事業所におけるこれまでの申込状況	(1) 事業所において、実践者研修の受講申込は、 (初めて ・ 回目(※1))である。 (2) これまでの申込時期 ① 年 月 ② 年 月 (※1) 前回、申込者が選考されている場合は、今回は「初めて」の申込みとなります。 (※2) (2) は、2回目以上の申込の方のみ記入してください。 (※3) 不足する場合は余白に記入してください。		

事業所における認知症介護実践リーダー研修（旧専門課程）修了者数（申込時点の在籍者について御記入ください。）	人
事業所の利用定員	人

3 受講希望者について

ふりがな		★優先順位 （ ）番目／（ ）人中		
氏 名		※同一事業所から複数名申込をされる場合は、記入してください。		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生			
本人携帯番号	※研修前や研修期間中に事務局から直接受講者へ御連絡させていただく場合がございます。			
メールアドレス	※事務局からの連絡事項及び研修資料を受信できるアドレスを記入してください。 ※記載されたアドレス以外の端末等で受講又は資料をダウンロードする場合は、ご自身で転送いただく事になりますので、お間違いのないようお願いします。			
認知症介護実践者研修（旧基礎課程）修了日	年 月 日 ※修了証の写しを添付すること。			
実践者研修未修了の場合 <u>介護福祉士資格を有している者は登録年月日と登録番号を記載。</u>	登録年月日	年 月 日		
	登録番号	第 号 ※介護福祉士登録証の写しを添付すること。		
実務経験 主な職歴を記載	期 間	通算期間	勤務先	職務内容
	年 月 ～ 年 月	年 カ月		
	年 月 ～ 年 月	年 カ月		
	年 月 ～ 年 月	年 カ月		
	年 月 ～ 年 月	年 カ月		
	年 月 ～ 年 月	年 カ月		
	年 月 ～ 年 月	年 カ月		
計 年 月の実務経験（行不足の場合は別紙添付） ※実践者研修を修了し1年以上経過している者は「認知症介護の実務経験」について主な職歴を5年以上記載すること。 ※実践者研修の修了者以外で、介護福祉士資格を取得した日から起算して10年以上の者は、「サービスを直接提供する介護職員としての実務経験」について主な職歴を10年以上（1,800日以上）記載すること。				

認知症介護実践リーダー研修受講申込確認書（ 年度第 回）

この確認書は、受講申込前に受講希望者及び受講希望者の上司の方に研修の趣旨や受講上の注意点を理解していただき、それを確認するためのものです。以下、1から4は受講希望者の方が、5から6は受講希望者の上司の方が確認し、必ず全ての項目に記入し、受講申込書と一緒に提出してください。

◆ 1から4は受講希望者の方が記入してください。 氏 名 _____ 印 _____

1 研修の目的

この研修は、実践リーダーとして介護現場のなかで職員を指導、支援し、チームケアのための調整を行う能力を身に付けることを目的として実施します。

→研修の目的について理解しました。（ はい ・ いいえ ）

2 この研修を受講する動機や研修で学びたいこと、身につけたいことを記載してください。

（受講動機）

（この研修で学びたいこと、身につけたいこと）

3 本研修には4週間の職場実習（自ら設定した課題に取り組んで頂く実習）が含まれています。

所属において職場実習に対する協力が得られることを確認出来ていますか。

→（ はい ・ いいえ ）

4 以下の注意点を熟読し、受講希望者本人が「☑」を記して確認してください。

①	今回受講頂く研修はオンライン形式で実施する日がありますので、オンライン利用環境を整えてください。	☐
②	基本的なパソコン操作（★）が出来ますか。 （★）基本的なパソコン操作とは、資料のダウンロードや印刷、メールの送受信、Word・Excel・PowerPointを使用した資料作成等のことです。	☐
③	受講時にZOOMの操作で、「名前の変更」「カメラ、マイクのオンオフ」「画面の共有」「チャット」を使用します。 以上のZOOMの操作を、受講までにできるように御準備ください。	☐
④	②・③が「難しい」「出来ない」方の場合、基本的なパソコン操作や受講時のZOOM操作について、自事業所内で操作が可能な方からのサポートを受けるようお願いします。 ※基本的なパソコン操作等に関するお尋ねについては、対応出来兼ねます。各事業所等で御対応ください。	☐

⑤	研修資料について、研修日前日までに、受講申込書（様式１）の「３ 受講希望者について」枠内に記載のメールアドレスに送付します。 研修の資料を確実に受領できるメールアドレスを記載してください。	☐
⑥	受講中は研修指導者の指示に従っていただきますようお願いします。	☐
⑦	受講中はカメラをオンにして 顔が写る状態 で参加してください。	☐
⑧	研修態度が好ましくない場合（居眠り、携帯電話の使用、研修に関係ない行為等）や無断で離席される場合等には、受講を取り消すか、または修了を認めない場合があります。	☐
⑨	受講者側の原因によるシステムのトラブルや接続不具合等により受講ができなかった場合は修了を認めない場合があります。	☐
⑩	同じ場所に複数の受講者がいる場合は、ハウリングを起こす可能性がありますので、ご注意ください。	☐
⑪	グループワーク等の際、周囲の音声をマイクが拾いますので、必ずイヤホンマイクを使用してください。	☐
⑫	講座の録音・録画・撮影は禁止いたします。	☐

◆ ５から６は受講希望者の上司の方が記入してください。

 役職名 氏 名 印

５ この研修は、実践リーダーとして介護現場のなかで職員を指導、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ことを目的としています。自施設実習では、受講者が４週間の間、自らが設定した課題の達成を目指し実習を行います。受講者が職場で課題に取り組むことについて協力いただけますか。 → （ はい ・ いいえ ）

６ 「熊本県認知症介護実践研修実施要項」の第３（１）②イにある認知症介護実践リーダー研修対象者の要件を確認した上で、受講希望者が要件に合致しているとして受講希望を認めていますか。 → （ はい ・ いいえ ）

７ この研修で学んでもらいたいこと、期待することを記載してください。

様式5
号
〇〇第

年 月 日

(指定機関の長) 様

市(町村)長

推 薦 書

下記の事業所について、令和〇年度(20〇〇年度)の下記研修を受講させたいので、特段の配慮をお願いしたい。

記

受講させたい研修	事業所名
☐ 実践者研修 ☐ 実践リーダー研修	
☐ 実践者研修 ☐ 実践リーダー研修	
☐ 実践者研修 ☐ 実践リーダー研修	
☐ 実践者研修 ☐ 実践リーダー研修	

※ ☐にチェックをしてください。

※ 作成にあたっては「推薦にあたっての留意事項等」を御確認ください。

推薦にあたっての留意事項等

1 推薦の対象となる事業所の基準について

① 新規開設予定の事業所

義務付け研修を受講する必要がある事業所。

ただし、構想段階にあるものは、受講の対象にはなりません。貴市町村との協議が進み、開設が確定している事業所が対象となります。

② 既存の事業所

現に基準を満たしていない、又は近日基準を満たさなくなることが確実な事業所。

2 具体的な目安について

<認知症介護実践者研修>

「受講申込書（様式1）」の指定基準に基づく人員配置状況の欄で、「イ 満たしていない」又は、「ウ 満たさなくなる予定」と回答した事業所が対象となります。

ただし、理由が未記入の事業所については、必ず確認をしてください。（未記入の場合は、受け付けられません。）

また、「人事異動のため」と記入されていた場合、一般的な人事異動か、健康面の問題などやむを得ない人事異動かプライバシーを侵害しない範囲で確認してください。（一般的な人事異動の場合、研修への申込は可能ですが、推薦事由には該当しませんので、推薦書の添付は不要です。）

<認知症介護実践リーダー研修>

「受講申込書（様式3）」の受講目的の欄で、「2 グループホームにおいて、短期利用認知症対応型共同生活介護を提供するため」と回答した事業所が対象となります。

ただし、未記入部分がある事業所については、必ず確認をしてください。（未記入がある場合は、受け付けられません。）

3 受講資格の確認について

申込について、研修毎に介護経験年数や必要資格などの規定がありますので、十分留意していただきますとともに、その旨事業所に対し御指導いただきますようお願いいたします。

(様式6)

第 《修了証番号》 号

修了証書

氏 名

生年月日 年 月 日

当法人が熊本県知事の指定を受けて
行う厚生労働省が定める認知症介護
実践研修（ 研修名 ）を修了したこ
とを証します

年（ 年） 月 日

指定法人の長名

認知症介護実践研修受講証明願

次の理由により、熊本県認知症介護実践者等養成事業に基づく下記の研修を修了していることを証明願います。

受講証明願の理由：

年 月 日

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

(実施主体の長) 様

記

受講 年度	研 修 名	※修了年月日	※実施主体 修了証書番号

※研修実施主体（熊本県または指定法人）記入欄

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 (年) 月 日

実施主体の長

※ 平成 21 年度（2009 年度）以降の実践研修の修了証書発行については、指定法人が対応。