公益社団法人 全国老人福祉施設協議会

令和７年度 認知症介護実践リーダー研修　募集要項

《熊本会場》

１．目　的

認知症介護実践リーダー研修（以下「実践リーダー研修」という。）は、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育成することをねらいとする。

２．主　催

公益社団法人全国老人福祉施設協議会

熊本県老人福祉施設協議会

３．研修対象者

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本会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。

４．定員数　３０名

５．受講費用

|  |  |
| --- | --- |
| １.受講料 | 会員施設　５５，０００円　　非会員施設　６５,０００円 |
| ２.テキスト代 | 『新訂・認知症介護実践リーダー研修　標準テキスト』  ワールドプランニング　　３，３００円（税込）  ※各自研修当日までに準備すること。 |

６．研修内容

別添カリキュラムのとおりとする。

研修は、講義・演習形式及び実習形式で行うものとし、「講義・演習」、「実習課題設定」、「自施設実習」「職場実習の中間報告」「実習報告とまとめ」の全てを終了しなければならない。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 講義・演習 | 実習課題設定 | 自施設  実習 | 職場実習  中間報告 | 実習報告  とまとめ | 合計  ※自施設実習除く |
| ６日間 | １日間 | ４週間 | １日間 | １日間 | ９日間 |

７．研修日程・会場

　　〔講義・演習〕

　　　　日時　令和７年９月１０日(水)～１０月３日(金)の期間中計６日間

　　　　　　　９時００分～１７時４０分　別添カリキュラムによる

　　　　会場　オンライン開催(自施設より参加)

　　〔職場実習課題設定〕

　　　　日時　令和７年１０月１４日(火)

　　　　　　　９時３０分～１６時１０分

　　　　会場　熊本県総合福祉センター　5階「研修ホール」

　　　　　　　熊本市中央区南千反畑町3番7号　電話：０９６－３２４－５４６２

　　〔自施設(職場)実習〕

　　　　日時　令和７年１０月１５日(水)～令和７年１１月１１日(火)の４週間

　　〔職場実習の中間報告〕

　　　　日時　令和７年１０月２９日(水)

　　　　　　　１３時００分～１７時００分

　　　　会場　ＫＫＲホテル熊本

　　　　　　　熊本市中央区千葉城町３－３０　電話：０９６－３５５－０１２１

　　〔実習報告とまとめ〕

　　　　日時　令和７年１１月１３日(木)

　９時００分～１７時２０分

　　　　会場　ＫＫＲホテル熊本

　　　　　　　熊本市中央区千葉城町３－３０　電話：０９６－３５５－０１２１

８．申込方法

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以外の介護保険施設・事業者等に属する者で受講を希望する者は、下記①～⑤の申込書類を所属する事業所等の代表者を通じて、熊本県老人福祉施設協議会事務局へ郵送にて提出すること。

また、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に属する者で受講を希望する者は、事業所等の代表者を通じ、当該事業所が存在する市町村の長を経由して、下記①～⑤の申込書類により熊本県老人福祉施設協議会事務局へ申し込むものとする。なおその際、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については、市町村の長は⑥別紙様式４の推薦書を添えるものとする。なお、推薦書はあくまでも必要書類であり、受講を決定するものではないとする。

〔申込書類〕

①受講申込書（様式１）※受講希望者 写真 貼付

②実務経験証明書（様式２）

③受講申込確認書（受講者選定の際の参考資料）（様式３）

④認知症介護実践者研修　修了証書写し

⑤返信用定形外封筒

※角２サイズ（決定通知の送付用、又は受講できなかった場合の書類返送用）

※事業所の住所・事業所名・御担当者様のお名前を記載したもの（切手は不要）

　　⑥推薦書（様式４）　※市町村等行政を経由して申し込む場合のみ添付

※「申込書類」の記入内容等に不備がある場合は無効となることがある。

※「申込書類」①～⑤は必須、⑥は該当者のみ添付。

９．注意事項

・本研修は、全課程（講義・演習、他施設実習、実習課題設定、自施設実習、職場実習の中間報告、実習報告とまとめ）の受講を必須条件とする。

・本研修は、オンラインでの講義を含むため、オンライン会議ツールZoomの利用環境を必須条件とする。

　　＊パソコン(推奨)、タブレット等資料が確認できる液晶を備えておくこと。

　　＊カメラで参加状況の確認が出来ること。　　＊マイク通話が出来ること。

　　＊安定した通信環境が確保できること。　　　＊資料を印刷できる環境にあること。

・受講申込は、１事業所あたり２名までとする。（同事業所より２名申込む場合は、申込書類を複写して使用し、各申込書類等は全て提出すること。）

・ＦＡＸでの申込みは無効とする。

・決定した受講者の変更には応じられない。

・受講決定後、受講を辞退される場合は、必ず熊本県老人福祉施設協議会事務局まで連絡すること。受講料は、原則として返金しない。ただし、〔講義・演習〕初日の１０日前までに辞退される場合には、受講料の半額を銀行振込にて返金することとする。（手数料等は受講者負担）

・本研修の受講修了者は、都道府県等が実施する｢認知症介護実践リーダー研修｣の修了者と同等とみなされる。

・修了証書は、 本研修を実施する公益社団法人全国老人福祉施設協議会会長が交付するものとする。

10.申込締切日

令和７年７月３１日(木)　必着

※　応募多数の場合は選考により、受講者を決定する。

※　受講の可否については、「受講決定通知書」により確認すること。

11.申込・問い合わせ先

熊本県老人福祉施設協議会 (担当：本田・中原)

〒８６０－０８４２　熊本市中央区南千反畑町３番７号　熊本県社会福祉協議会内

電話：０９６－３２４－５４６２　　ファックス：０９６－３５５－５４４０