

令和7年度 佐賀県認知症介護実践リーダー研修実施要項

1. 目 的

「認知症の人が有する能力に応じて自立した日常生活を営む」ことを支援するために、施設、事業所等における認知症支援のチームリーダーとして他の職員を指導し、チームケアのための調整を行うなど、認知症支援の質を向上させるための方策を具体的に展開できる力を身に付ける。また、地域特性を活かして事業者等の連携を図るなど、地域の社会資源を活用して認知症の人を支援していくための方策を実践できる力を身に付ける。

2. 実施主体 社会福祉法人済昭園

3. 研修日程 令和7年 11月 13日（木）～ 令和7年 12月 22日（月） 全25日間（講義・演習・職場実習）

4. 研修会場

（1）オンライン

Zoomミーティングを使用し、受講者事業所等より出席

（2）職場実習（17日間）

※原則として受講者が所属している施設での実習

（3）職場オリエンテーション（1日間）

自施設での所属長（管理者）との課題の協議、決定及び周知

5. 受講対象者

佐賀県内の介護保険施設・事業所等（福祉用具貸与事業所を除く）に従事している介護職員等で以下の（1）（2）全てに該当しなおかつ、研修の全日程に参加できる者

（1）認知症介護実践者研修（または認知症（痴呆）介護実務者研修基礎課程）を修了し1年以上経過しているものであって、介護保険施設・事業所において認知症（高齢者）介護業務におおむね5年以上従事した経験を有する者

（2）各施設・事業所において介護（看護）のチームリーダー（主任・副主任・ユニットリーダー等）の立場にあるか、またはその予定の者で所属長が適任であると認め推薦する者

（3）Zoomミーティングを利用したオンラインの研修を受けられる者

※オンライン研修に集中して参加できる環境（会議室等）や通信環境（公衆Wi-Fi不可）、パソコン、カメラ、ヘッドセット等の準備は事業所でお願いします

※研修前に接続テストや操作説明などオリエンテーションを実施します。

* 指定認知症対応型共同生活介護事業所において、短期利用共同生活介護費を算定するには認知症介護実務者研修「専門課程」または認知症介護実践リーダー研修若しくは認知症介護指導者養成研修修了者が確保されていることが要件の一つとなっています。

※ただし、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

務経験を有する方については、令和9年3月31日までの間、(1)及び(2)の要件に関わらず研修対象とします。

6. 定 員 15名 (最小催行人員10名)

7. 研修内容 「研修カリキュラム」参照 (ただし、若干の変更あり)

〈 実習については、別紙2「認知症介護実践リーダー研修の実習について」を参照 〉

- 研修中の職場実習は、受講生が自施設の所属長(管理者)と相談のうえ、自施設の課題を設定した実習を行うため、所属長(管理者)の理解と協力が大前提であること。
- 設立準備中のグループホームの計画作成担当予定者の職場実習は、同一法人内の既設の施設・事業所の所属長(管理者)の理解と協力が得られる施設・事業所であれば実習可(自施設の課題設定と実習を行うため)、それ以外の場合は実施法人が指定する施設事業所での実習とする。

8. 修了証書の交付等

修了証書は全科目修了者に交付する

※全科目修了者とは全研修日程に出席するだけでなく、課題等のレポート提出や実習課題を含め、全ての研修内容を修了した者(原則として遅刻、欠席、早退は認めない)。

※実習が確実に履行されていないと判明したり、受講態度等不適切な受講者は、研修中止となる場合もあります。

9. 受 講 料

60,000円

※受講料は、受講決定時指定の銀行口座へお振込み下さい。

※原則として、受講料は返金しません(病気等やむを得ない場合は除く)。

職場実習施設・事業所がない場合は、施設実習謝礼代金として他に45,000円(1日2,500円×18日間)が掛かり、合わせて105,000円が必要となります。

10. 申し込み等について

受講者本人が、研修の目的や内容を理解しておられず、研修の序盤や職場実習前に辞退をされる事項が発生しています。受講申込時には事業所より受講者本人への十分な説明と意思確認をお願いします

(1) 申込み方法

① 指定認知症対応型共同生活介護事業所の短期利用共同生活介護にかかる受講の場合

- ・ 様式1—① ・・・ 受講申込書(短期利用共同生活介護担当者用)
- ・ 様式2 ・・・ 所属長等誓約書
- ・ 様式3 ・・・ 介護保険者推薦書
- ・ 認知症介護実践者研修(または認知症(痴呆)介護実務者研修基礎課程)の修了証書の写し各介護保険者(別紙3)に相談のうえ、様式1—①、2、3に必要事項を記入し、所属する施設・事業所の代表者の推薦を受けて、事業所を所管する介護保険者に令和7年10月17日(金)までに(必着・郵送または持参のみ受付)提出する。

各介護保険者の長は令和 7 年 10 月 21 日(火)までに研修受講推薦者を取りまとめの
うえ、様式 1—①、2、3 及び別紙 1 名簿を社会福祉法人済昭園(下記担当)に提出す
る。

② ①以外の申し込みの場合

- ・ 様式 1—② . . . 受講申込書(一般用)
- ・ 様式 2 所属長等誓約書
- ・ 認知症介護実践者研修(または認知症(痴呆)介護実務者研修基礎課程)の修了証書の
写し様式 1—②、2 に必要事項を記入のうえ、所属する施設・事業所の代表者の推薦を
受けて、令和 7 年 10 月 21 日(火)までに(必着・郵送または持参のみ受付)社会福
祉法人済昭園(下記担当)に提出する。

(2) 受講の決定について

申込者が多数の場合は、当法人で受講者を選考し、受講についての決定通知を申込者及び各
介護保険者の長に令和 7 年 10 月 23 日(木)までに送付する。

1 1. 接続テストについて

本研修は主にオンライン研修で講義・演習を行います。研修を円滑に行う為に研修オリエン
テーションを兼ねた接続テストを行います。

※ 接続テスト日程(予定) 令和 7 年 11 月 6 日(木)

1 時間程度を予定しております。詳細は決定通知に同封しますのでご調整お願いします。

1 2. その他

- (1) 新型コロナウイルス感染症関連等により、研修を履修できない場合、代替の講義、演習、
実習を履修することで本研修の修了を認める措置を取ります(佐賀県と実施機関がこれ
を認める場合に限り)。なお、そのほかの事由により、研修を履修できない場合は中
止となりますので、ご注意ください。
- (2) 本要項に定めのない事項又は本要項に定める事項に関し疑義等が生じた場合は、佐賀県
と実施主体が協議して定める場合があります。
- (3) 本研修の目的を達成するため、研修修了者の氏名、所属する法人名、事業所名、住所、
電話番号は佐賀県長寿社会課が所属先住所の市町担当部署へ情報を提供する場合があ
ります。

————— 社会福祉法人 済昭園 —————
佐賀県認知症介護実践者研修 事務局☞
副島貴志 池田奈津美☞
〒849-1425 佐賀県嬉野市塩田町五町田甲 77 番地☞
TEL: 0954-66-9023 FAX: 0954-66-9054☞
Email: sai-training@saisyouden.jp☞
—————