

令和6年度広島県認知症介護実践研修（実践リーダー研修） 実施要領

1 研修の名称

- 令和6年度広島県認知症介護実践研修（実践リーダー研修）
- 広島県認知症介護アドバイザー養成課程

2 研修の目標

- （1）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する。
- （2）広島県認知症介護アドバイザーとして、地域において認知症介護に係る相談業務等の認知症ケア活動を行うための知識等を習得する。

3 研修実施主体

一般社団法人広島県介護福祉士会

（令和4年3月15日付け地推第444号で広島県から広島県認知症介護実践研修実施機関の指定）

4 実施期日、会場及び募集定員

（1）第1回 定員45名

内 容	期間	日 時	会 場
講 義 ・ 演 習	2 日	令和6年7月10日（水）～ 7月11日（木）	広島県社会福祉会館
講 義 ・ 演 習	3 日	令和6年8月 7日（水）～ 8月 9日（金）	広島県社会福祉会館
職 場 実 習	4週間	令和6年8月12日（月）～ 9月 8日（日）	各所属施設
結果報告・評価・修了式	1 日	令和6年9月13日（金）	広島県社会福祉会館

（2）第2回 定員45名

内 容	期間	日 時	会 場
講 義 ・ 演 習	2 日	令和6年10月30日（水）～ 10月31日（木）	広島県社会福祉会館
講 義 ・ 演 習	3 日	令和6年11月11日（月）～ 11月13日（水）	広島県社会福祉会館
職 場 実 習	4週間	令和6年11月16日（土）～ 12月13日（金）	各所属施設
結果報告・評価・修了式	1 日	令和6年12月23日（月）	広島県社会福祉会館

※お申し込み人数がはるかに下回る場合、研修を中止とさせていただきます。

【会 場】 広島県社会福祉会館 講堂（2階）
〒732-0816 広島市南区比治山本町 12-2

【講 師】 広島県認知症介護指導者

5 研修で目指すべき人物像

- （1）チームにおける認知症ケアの理念に基づいたスタッフのケア能力の評価を行うことができ、認知症ケ

アの知識、態度、技術について根拠を示しながら説明、指導することができる。

- (2) チームによる円滑な認知症ケアを推進するため、チームマネジメントの知識と技術を有し、チームを活性化して認知症者の生活の質を向上することができる。

6 受講対象者

次の各号にすべて該当する者とする。

- (1) 広島県の市町（広島市を除く。）に所在する施設・事業所等に所属している者で、介護業務に5年以上従事した経験を有している者で研修の全日程に参加できる者
- (2) 所属する施設・事業所等においてリーダーとしてチームケアを行う者、又は行う予定である者
- (3) 実践者研修を修了し1年以上経過している者
なお、痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了者は、実践者研修を修了したものとみなす。
- (4) 研修終了後、広島県認知症介護アドバイザーとして、地域において認知症介護に係る相談業務等の認知症ケア活動を行うことに対し、所属の施設・事業所等の長の推薦及び同意を得ている者
- (5) 職場実習では、認知症介護の経験の浅いスタッフへのOJT（職場内教育）を通じた指導を4週間行うため、自施設にOJTの対象になるスタッフがいて、職場実習を行うことが可能な者
- (6) 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10年以上かつ、1800日以上の実務経験を有する者については、令和9年3月31日までの間は、他の規定にかかわらず、研修対象者とする。

7 受講料

45,100円（10%対象：内税4,100円）

- ※ 受講料は、受講決定通知書に同封する払込取扱票で指定の振込期日までに、郵便局にて支払うこと。
なお、振込手数料は受講者が負担すること。
- ※ 納入された受講料は、原則として返還しない。ただし、受講開始の14日前までに受講を辞退した場合は、全額受講料を返還する。なお、返還金は手数料を除いた金額を口座振り込みにより返還する。
- ※ 振込の有無にかかわらず、受講を辞退される場合は、申込担当者より必ず事務局まで連絡を行う事とする。
- ※ 受講決定後の辞退等が無いように、「実施要領・研修日程」等十分に確認の上、申し込むこと。
- ※ 受講料には、受講者の会場までの交通費及び食費等は含まれない。

8 研修日程

(1) 講義・演習（5日）

9:00		10:30		12:30 13:15		16:45 17:00	
一日目	認知症介護実践 リーダー研修の 理解	認知症の専門的理解	昼 休 憩	施策の動向と地域展開			振 り 返 り
9:00		12:00 12:45		14 : 45		16:45 17:00	
二日目	チームケアを構築するリーダーの役割	昼 休 憩	ストレスマネジメントの 理論と方法	ケアカンファレンスの 技法と実践			振 り 返 り
9:00		12:00 12:45		16:45 17:00			
三日目	認知症ケアにおける チームアプローチの理論と方法	昼 休 憩	職場内教育の基本視点			振 り 返 り	
9:00		13:00 13:45		16:45 17:00			

四 日 目	職場内教育（OJT）の方法の理解	昼 休 憩	職場内教育（OJT）の実践	振 り 返 り
	9:00	12:00 12:45		16:45 17:00
五 日 目	職場内教育（OJT）の実践	昼 休 憩	職場実習の課題設定	振 り 返 り

（２）職場実習（４週間） ※所属施設での実習

（３）結果報告・職場実習評価・修了式（１日）

	9:00	12:00 13:00		17:00
六 日 目	オリエンテーション 結果報告・職場実習評価	昼 休 憩	結果報告・職場実習評価 修了式	

9 研修内容

ねらいとカリキュラム参照。

10 テキスト

テキストは、当方が準備する。

11 申込み方法等

申込みについては、同一の施設・事業所等から１名とする。

【受講についての注意事項】

- ①認知症の御本人やその家族の生活の質の向上を図るための対応や技術を習得するという 本研修の趣旨を御理解の上、認知症高齢者への介護サービスの質の向上に意欲を持つ者を 推薦してください。
- ②本研修は、事前課題の提出、全課程（講義・演習、職場実習）の修了、実習レポート等の提出が必須となります。また、各提出物や実習レポートの内容によっては、再提出または追加レポート提出となる場合もあり、レポート内容によっては、修了が認められない場合もあります。
- ③欠席、遅刻、早退、途中退席を含む研修に関係ない行為（携帯電話の使用、居眠り等）により、全日程の受講時間数を満たさない場合は、修了が認められませんので、ご注意ください。
- ④研修態度 が他の受講者の迷惑になると事務局が判断した場合も、受講中止になる場合がありますので、ご注意ください。
- ⑤研修中の撮影(動画・写真)・録音をする事及び SNS 等への投稿を禁止しております。
- ⑥受講者は職場において、研修中に設定した課題に対して実習を行います。
職場実習に、職場内のチームで取り組みが不可欠です。
実習が円滑かつ効果的に進むように、本研修の趣旨のご理解と受講者へのご協力をお願いします。

（１）介護保険施設等に従事する者

提出書類： ①広島県認知症介護実践研修(実践リーダー研修)受講申込書（様式１）
②実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了証書の写し

※ 実践者研修未修了者の場合は、介護福祉士登録証（写し）と実務経験証明書を併せて提出してください。

提出者： 所属の介護保険施設等の代表者
提出先： 一般社団法人広島県介護福祉士会

受講申込受付期間：

回数	受講申込受付期間
第1回	令和6年5月 1日（水）～ 5月20日（月）
第2回	令和6年8月19日（月）～ 9月 2日（月）

（2）地域密着型サービス事業所等に従事する者

提出書類： ①広島県認知症介護実践研修(実践リーダー研修)受講申込書（様式1）
②実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了証書の写し
※ 実践者研修未修了者の場合は、介護福祉士登録証（写し）と実務経験証明書を併せて提出してください。

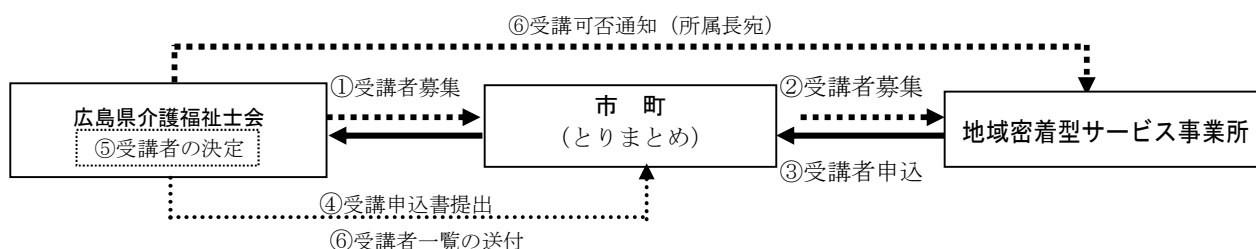
提出者： 所属の地域密着型サービス事業所等の代表者
提出先： 当該事業所が所在する市町の介護保険担当課

受講申込受付期間及び市町への提出期限：

回数	受講申込受付期間（市町への提出期限）
第1回	令和6年5月 1日（水）～ 5月20日（月）
第2回	令和6年8月19日（月）～ 9月 2日（月）

（3）その他

地域密着型サービス事業所等に従事する者の申込みについて、各市町は（様式2）に取りまとめの上、広島県介護福祉士会に受講申込書を提出する。



各市町から広島県介護福祉士会への提出期限：

回数	提出期限
第1回	令和6年 5月27日（月）
第2回	令和6年 9月 9日（月）

12 受講決定

受講申込が多数の場合は、未受講施設を優先する。11(1)及び(2)でそれぞれ選考基準等により決定し、受

講の可否については、研修日の2週間前までに、所属長宛に通知する。

13 修了認定

すべての講義・演習を受講し、4週間の職場実習を行い、適正な実習課題レポートを作成し、報告会の参加をもって、全課程の修了を認定する。

14 修了証書の交付

修了を認定された者に対し、一般社団法人広島県介護福祉士会が修了証書を交付する。

15 個人情報の保護

- ・受講申込書に掲載された個人情報は、研修の目的のみに利用する。
- ・この研修の受講者名簿には、名前、所属及び職名を掲載する。
- ・受講申込書は、研修終了後に適切な方法で廃棄する。

16 研修時の遅刻及び欠席

- ・修了証の発行には、厚生労働省が定めた時間数の講義を受講することが必須となる為、遅刻・欠席・早退の場合は、研修の修了証の発行はできない。
- ・遅刻・欠席する場合は、講義開始前に必ず電話にて連絡を行う事とする。なお、連絡がなく10分以上遅刻した場合は、欠席扱いとする。

(公共交通機関の遅延による遅刻の場合、遅延証明の確認を行う。)

- ・いかなる理由があっても、講義中、無断離席することは、欠席と同様の扱いとする。

17 感染防止対策について《研修受講に関する大事なお願い》

- ・受講当日朝の検温 及び、セルフチェック（咳や咽頭痛の有無）の確認をお願いします。
- ・アルコールによる手指の消毒
- ・マスクの着用（必ずご持参ください）

※受講3日前から当日において以下の内容に該当する場合、受講をご遠慮いただくこともございます。その際は大変恐縮ですが、速やかに広島県介護福祉士会 事務局までご連絡をお願い致します。

①検温時、37.5度以上の発熱が確認された場合。

②「咳」、「咽頭痛」、「だるさ（倦怠感）」、「息苦しさ（呼吸困難）」、「嗅覚や味覚の異常」などの症状がある場合。

③同居家族や職場内にて感染者との接触がある場合。

(対応については、症状を確認の上、協議させていただきます。また、感染症等での出勤停止を受けたものについては、診断書又は診療明細書が必要となります。)

18 研修会場

広島県社会福祉会館の駐車場は利用できないため、公共交通機関又は近隣の有料駐車場を利用すること。

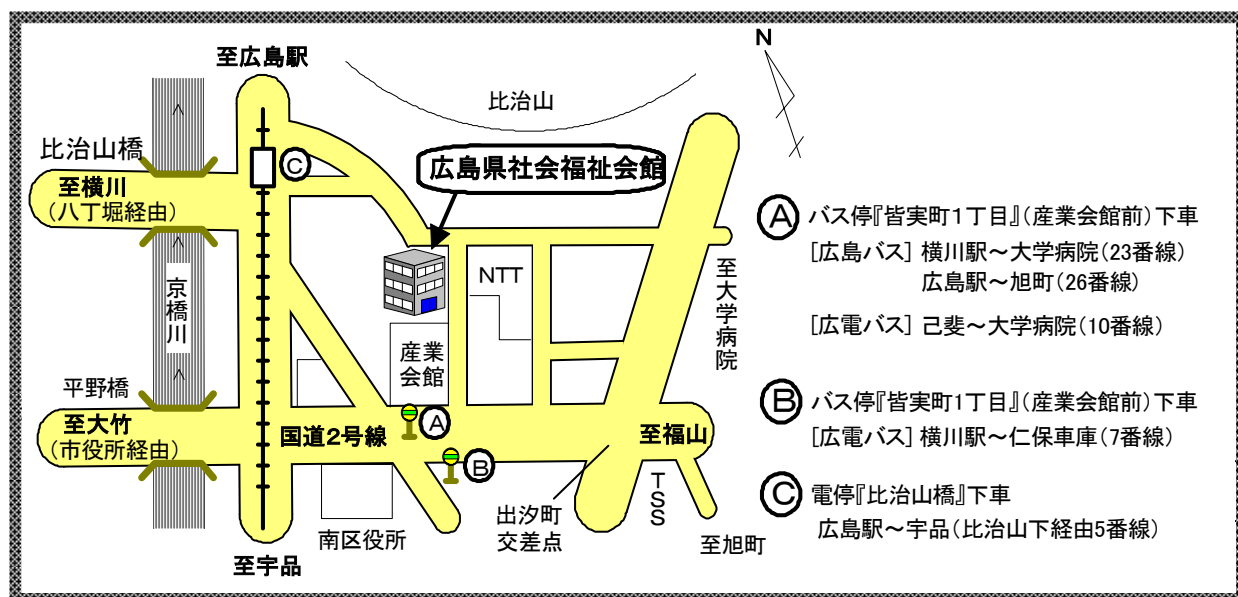
19 問い合わせ先

一般社団法人広島県介護福祉士会 事務局

〒732-0816 広島市南区比治山本町 12-2 TEL(082)254-3016 FAX(082)254-3017

会場案内図

●会場（広島県社会福祉会館）



研修日程一覧表

(1) 講義・演習（1日目～2日目）

第1回 令和6年 7月10日（水）～ 7月11日（木）

第2回 令和6年 10月30日（水）～ 10月31日（木）

	カリキュラム	内 容
一 日 目	認知症介護実践リーダー研修の理解	- 実践リーダーの役割 - 実践リーダー研修の概要 - 実践リーダーとしての課題の明確化
	認知症の専門的理解	- 認知症に関する理解 - 原因疾患別の捉え方のポイント - 医学的視点に基づいた介入 - 認知症を取りまく社会的課題
	施策の動向と地域展開	- 認知症施策の変遷 - 認知症施策の動向と認知症施策推進大綱の内容 - 地域における認知症ケア関連施策の展開
二 日 目	チームケアを構築するリーダーの役割	- チームの意味や目的、種類 - チームの構築及び活性化するための運用方法 - チームの目標や方針の設定と展開方法
	ストレスマネジメントの理論と方法	- チームにおけるストレスマネジメントの意義と必要性 - ストレスマネジメントの方法
	ケアカンファレンスの技法と実践	- チームケアにおけるケアカンファレンスの目的と意義 - ケアカンファレンスを円滑に行うためのコミュニケーション - 効果的なケアカンファレンスの展開

(3) 講義・演習 (3日目～5日目)

第1回 令和6年 8月 7日(水)～ 8月 9日(金)

第2回 令和6年11月11日(月)～ 11月13日(水)

	カリキュラム	内 容
三 日 目	認知症ケアにおけるチームアプローチの理論と方法	・認知症ケアにおけるチームアプローチの意義と必要性(まとめ) ・認知症ケアにおけるチームの種類と特徴 ・施設・在宅での認知症ケアにおけるチームアプローチの方法
	職場内教育の基本視点	・人材育成における介護職員等のとらえ方 ・指導者のあり方の理解 ・人材育成の意義と方法 ・職場内教育の意義 ・職場内教育(OJT)の実践方法
四 日 目	職場内教育(OJT)の方法の理解	・職場内教育(OJT)における指導技法 ・指導における活用と留意点
	職場内教育(OJT)の実践	・食事・入浴・排泄等への介護に関する指導計画(事例演習) ・行動・心理症状(BPSD)への介護に関する指導(事例演習)
五 日 目	職場内教育(OJT)の実践	・アセスメント及びケアの実践に関する計画立案の指導方法(事例演習) ・自己の指導の特徴の振り返り
	職場実習の課題設定	・介護職員等の認知症ケアの能力に関する評価方法の理解 ・介護職員等の認知症ケアの能力の評価方法の立案 ・実習計画の立案

(5) 職場実習(4週間)

第1回 令和6年 8月 12日(月)～ 9月 8日(日)

第2回 令和6年 11月 16日(土)～ 12月 13日(金)

(6) 結果報告・職場実習評価(6日目)

第1回 令和6年 9月 13日(金)

第2回 令和6年 12月 23日(月)

	カリキュラム	内 容
六 日 目	結果報告・職場実習評価	・認知症ケア指導の実践方法に関する自己の課題の整理と考察 ・認知症ケア指導に関する方向性の明確化

令和6年度 広島県認知症介護実践研修(実践リーダー研修)受講申込書

三

法人の名称及び代表者の職氏名

受講希望する回		第 回		申込日 令和 年 月 日					
フリガナ				生年 月 日		昭和 年 月 日生 平成			
受講希望者氏名									
資 格 該当する番号にすべて○をしてください		1 医師 2 保健師 3 助産師 4 看護師 5 准看護師 6 理学療法士 7 作業療法士 8 社会福祉士 9 介護福祉士 10 言語聴覚士 11 精神保健福祉士 12 介護支援専門員（ケアマネジャー） 13 訪問介護員（ホームヘルパー） 14 その他（ ） 15 なし							
介護・看護業務の通算経験年数		年 月		内：認知症介護の通算経験年数		年 月			
◎注意：現職場だけではなく通算経験年数となります。必ず受講者本人にご確認のうえ記入してください。									
実践者研修等の修了状況		実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了年度				平成 年度			
		キャラバン・メイト養成講座修了の有無				有 ・ 無			
※実践者研修未修了の場合		<u>施設・事業所において、サービスを直接提供する介護職員として介護福祉士資格取得後の実務経験通算 10 年かつ 1,800 日以上</u>				____ 年 ____ ヶ月			
						_____ 日			
所属先事業所等	種 別 該当する番号に○をしてください	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所 5 通所介護事業所 6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム 8 小規模多機能型居宅介護 9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護 11 地域密着型介護老人福祉施設 12 その他（ ）							
	名 称	◎注意：必ず現在の所属先を記入してください。所属先が異なる場合は受講できない場合があります。							
	役 職								
	住 所	〒 _____							
	連絡先	電話番号				F A X			
	法人名					担当者			

※3 実践者研修未修了者の場合は、介護福祉士登録証（写し）と実務経験証明書を併せて提出してください。

令和6年度 広島県認知症介護実践研修(実践リーダー研修)受講申込書

記入もれがある場合、お電話で確認または再提出をしていただく場合があります。記入もれのないようをお願い致します。

申込者 法人の主たる事務所の所在地
〒

法人の名称及び代表者の職氏名

研修修了後は、広島県認知症介護アドバイザーとして活動することを承諾の上、認知症介護実践研修(実践リーダー研修)に申し込みます。

受講希望する回	第 回	申込日 令和 年 月 日			
フリガナ			生年月日	昭和 年 月 日生	平成
受講希望者氏名					
資格 該当する番号にすべて ○をしてください	1 医師 2 保健師 3 助産師 4 看護師 5 准看護師 6 理学療法士 7 作業療法士 8 社会福祉士 9 介護福祉士 10 言語聴覚士 11 精神保健福祉士 12 介護支援専門員 (ケアマネジャー) 13 訪問介護員 (ホームヘルパー) 14 その他 () 15 なし				
介護・看護業務の 通算経験年数	年 月	内：認知症介護 の通算経験年数	年 月		
※注意：正職場とは、正社員・正職員を指し、パート・アルバイト・嘱託・非常勤・臨時職員は、パート・アルバイト・嘱託・非常勤・臨時職員の経験年数となります。必ず受講者本人にご確認のうえ記入してください。					
実践者研修等の 修了状況	実践者研修等の修了状況	その他に該当される場合、具体的に記入をしてください。		基礎課程)の修了年度	平成 年度
	キャラバン・メイト養成講座修了の有無				有 ・ 無
※実践者研修 未修了の場合	施設・事業所において、サービスを直接提供する介護職員として介護福祉士資格取得後の実務経験通算 10 年かつ 1,800 日以上			年 月	日
所属 先 事業 所 等	種 別 該当する番号に○ をしてください	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所 5 通所介護事業所 6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム 8 小規模多機能型居宅介護 9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護 11 地域密着型介護老人福祉施設 12 その他 ()			
	名 称	その他に該当される場合、具体的に記入をしてください。			
	◎注意：必ず現在の所属先を記入してください。所属先が異なる場合は、複数記入してください。				
	役 職				
	住 所	〒			
	連絡先	電話番号	F A X		
法人名	担当者の方と連絡が取れる番号		者		

※1 別紙「申込みに当たっての注意事項」をご記入ください。
※2 「実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了証書の写し」
※3 実践者研修未修了者の場合は、介護福祉士登録証（写し）と実務経験証明書を添付してください。

受付窓口または、受講者本人をご記入ください。

広島県認知症介護実践研修(実践リーダー研修)の申込みに当たっての留意事項

1. 当該研修は、広島県認知症介護アドバイザー養成課程を兼ねており、当該研修修了者が、広島県認知症介護アドバイザーに認定され、アドバイザーとして活動することを本人及び所属先の施設長が同意していることを受講要件としていること。

2. 当該研修の受講条件として、実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）を修了した者で、実践者研修を修了し1年以上経過している者が対象となるので、受講申込書（様式1）を提出する際に「実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了証書」の写しを併せて提出すること。

また、実践者研修又は痴呆介護実務者研修（基礎課程）の未修了者で、規定の日数を満たしている者は、介護福祉士登録証（写し）と実務経験証明書（通算10年以上かつ、1,800日以上）を併せて提出すること。

※転職等で、複数の職場に勤務の場合は、それぞれの職場での証明書が必要となる。

3. その他

(1) 提出書類に記入漏れや添付書類の不備等があった場合は受付できない。

(2) 役職名の記入は、施設（法人）における役職名を必ず記入すること。

役職名の記入例：施設長・事務長・介護主任・チームリーダー・サービス提供責任者・
計画作成担当者・ケアマネジャー・介護職員・相談員・指導員・栄養士
など

(3) 個人情報の保護について

- ・この受講申込書に記載された個人情報は、研修の目的のみに使用する。
- ・この研修の受講者名簿には、名前・所属・職名を掲載する。
- ・この受講申込書は、研修終了後、適正な方法で廃棄する。

申込書の提出先

○介護保険施設等に從事する者

⇒ 一般社団法人広島県介護福祉士会（FAX不可）

〒732-0816 広島市南区比治山本町12-2 TEL(082)254-3016

○地域密着型サービス事業所に從事する者

⇒ 事業所が所在する市町の介護保険担当課