

令和7年度 宮城県認知症介護実践リーダー研修 実施要領

- 1 目的 この要領は、宮城県認知症介護実践者等養成研修事業実施要綱に基づき、認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図るために認知症介護の専門職を養成するための研修を行うものとする。
- うちリーダー研修は、事業所全体で認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、生活の質の向上を図るとともに、行動・心理症状（BPSD）を予防できるチームケアを実施できる体制を構築するための知識・技術を修得すること及び地域の認知症施策の中で様々な役割を担うことができるようになることを目的とする。
- 2 実施主体 宮城県
- 3 実施機関 宮城県社会福祉協議会 宮城県介護研修センター
- 4 対象者 (1) 次の①から⑤の要件を全て満たす者
- ① 県内(仙台市を除く)の介護保険施設・事業者等に従事する介護職員等
 - ② 介護保険施設・事業所において、介護業務従事年数が概ね5年以上で、認知症介護実践者研修又は認知症介護実務者基礎課程を修了（**修了証書の写し添付**）し、1年以上経過している者。
- または、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（資格登録証の写し添付）**を取得した日（※1）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。（**令和9年3月31日までの間に限り研修対象者が拡大されました。**）
- ※1 上記に該当する有資格者の実務経験期間とは、**当該資格の登録日以降の期間**となります。
- ③ 介護現場において認知症介護の実践リーダー役の立場にある者又は予定の者で、所属長が適任であると認め、推薦する者
 - ④ 研修（講義・演習5日間）終了後に職務と並行して自施設で4週間の認知症ケアの**指導実習（※2）を実施できる者**
- ※2 5日間の研修受講後、受講者が所属する事業所等で、特定のスタッフに対して、認知症ケアに関する人材育成の実習を行います。
- ⑤ 短期利用共同生活介護を実施する認知症対応型共同生活介護事業所の介護従事者については、市町村長が推薦した者（**別紙1 添付**）
- (2) (1) ①から④の要件を満たし、受講を希望する者
- 5 研修期間 講義・演習（5日間）、自施設実習（4週間）、実習報告会（1日）
- 第1期 講義：令和7年8月21日(木)、22日(金)、25日(月)～27日(水)
報告会：令和7年10月24日(金)
- 第2期 講義：令和7年11月27日(木)、28日(金)、12月2日(火)～4日(木)
報告会：令和8年1月27日(火)
- 6 研修内容 別紙日程表参照
- 7 研修会場 宮城県介護研修センター
〒981-3625 宮城県黒川郡大和町吉田字上童子沢21
障害者支援施設 宮城県船形の郷 管理棟内
- ※令和6年4月より、大崎市から黒川郡大和町へ移転しましたので、Google マップ
ご注意ください。
- 8 受講定員 60名（各期30名）



- 9 募集期間 令和7年6月2日(月)～6月20日(金)12:00まで
※募集期間以外の申込みは受付いたしません。
- 10 受講決定 令和7年7月中旬頃
(1) 受講の可否については所属先宛に文書で通知します。研修の10日前になりましても通知が届かない場合は、ご連絡ください。
(2) 受講の可否にかかわらず、申込書類は返却いたしません。
(3) 受講決定者の変更はできません。
- 11 修了証書 所定のプログラム(課程)を修了した方に交付します。ただし、遅刻・早退・途中退席等があった場合には交付できない可能性があります。
- 12 受講料 15,500円
受講決定通知に記載の銀行口座へ、指定する期日までにお振込みください。
振込手数料は、受講者側でご負担ください。
(原則として返金対応はお受けしていません。)
- 13 講義資料 受講日の概ね5日前までに、e-mailにて資料ダウンロード用URL・パスワードをお送りします。各自印刷し、当日必ずご持参ください。
- 14 申込方法 宮城県介護研修センターのホームページから申込書をダウンロードし、必要事項を入力・記入の上、「認知症介護実践者研修、または実務者基礎課程修了証書の写し、介護福祉士登録証の写し」を添え、郵送又はご持参願います。(募集期間内必着)
なお、対象者(1)⑤の方は、事前に市町村へ推薦書の発行を依頼し添付願います。
※申込書に記載された内容は本研修のみに使用し、適正に管理します。

ホームページ：<https://fukushi.miyagi-sfk.net/kkc/>

申込み・問い合わせ先：宮城県介護研修センター

〒981-3625 宮城黒川郡大和町吉田字上童子沢21

Tel：022-341-1102

担当：布田、佐藤、梅津

15 申込みにあたっての留意事項

- (1) 申込定員を超えた場合は、4対象者(1)の方を優先としますので、受講希望については、第2希望までご記入ください。
- (2) 各施設・事業所等の長の方は、実習が円滑かつ効果的に進むよう、勤務調整等、受講者の実習環境にご配慮お願い致します。
- (3) 受講申込書に不備があった場合は、受理できないことがあります。申込書様式のすべての項目について記載漏れのないよう、提出の際は十分ご確認ください。
- (4) 申込書に記入する受講希望者の氏名(漢字の表記)、生年月日については、正確にご記入ください。
- (5) 宮城県介護研修センター内に宿泊施設は併設されておりませんので、宿泊を希望される方は各自、近隣の宿泊施設をご利用ください。

令和7年度 認知症介護実践リーダー研修 日程表

第1日目		第1期 8月21日(木)	第2期 11月27日(木)	講師 (講師補助)
8:45 9:00	15分	研修オリエンテーション		宮城県介護研修センター
9:00 10:30	90分	認知症介護実践リーダー研修の理解	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	【講師】 1期 明道 茂 2期 高野 秀治 【講師補助】 1期 高野 秀治 2期 千葉 喜春
10:40 12:40	120分	認知症の専門的理解	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・認知症を取り巻く社会的課題 	【講師】 1期 明道 茂 2期 千葉 喜春 【講師補助】 1期 佐藤 謙介 2期 小林 祐太
昼食・休憩				
13:40 17:10	210分	施策の動向と地域展開	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	【講師】 1期 阿部 美香 2期 吉田 結里枝 【講師補助】 1期 吉田 結里枝 2期 阿部 美香

第2日目		第1期 8月22日(金)	第2期 11月28日(金)	講師 (講師補助)
9:00 12:00	180分	チームケアを構築するリーダーの役割	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	【講師】 1期 設楽 順一 2期 設楽 順一 【講師補助】 1期 市場 健太郎 2期 紺野 秀
昼食・休憩				
13:00 15:00	120分	ストレスマネジメントの理論と方法	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	【講師】 1期 尾形 志朗 2期 小山 一哉 【講師補助】 1期 熊谷 光二 2期 遠藤 圭
15:10 17:10	120分	ケアカンファレンスの技法と実践	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	【講師】 1期 熊谷 光二 2期 尾形 志朗 【講師補助】 1期 高野 裕子 2期 佐藤 謙介

第3日目		第1期 8月25日(月)	第2期 12月 2日(火)	講師 (講師補助)
9:00 12:00	180分	認知症ケアにおけるチームアプローチの理論と方法	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	【講師】 1期 大釜 啓 2期 小山 一哉 【講師補助】 1期 小山 一哉 2期 柿崎 裕美
昼食・休憩				
13:00 17:00	240分	職場内教育の基本視点	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	【講師】 1期 設楽 順一 2期 熊谷 光二 【講師補助】 1期 星 良和 2期 三浦 将詞

第4日目		第1期 8月26日(火)	第2期 12月 3日(水)	講師 (講師補助)
9:00 12:00	180分 (240分)	職場内教育(OJT)の方法の理解①	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	【講師】 1期 小林 祐太 2期 小林 祐太 【講師補助】 1期 清野 宏和 2期 我妻 学
昼食・休憩				
13:00 14:00	60分 (240分)	職場内教育(OJT)の方法の理解②	同上	【講師】 1期 小林 祐太 2期 小林 祐太 【講師補助】 1期 清野 宏和 2期 我妻 学
14:10 17:10	180分 (360分)	職場内教育(OJT)の実践①	<ul style="list-style-type: none"> ・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) ・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 	【講師】 1期 清野 宏和 2期 齋藤 武 【講師補助】 1期 齋藤 武 2期 吉田 結里枝

第5日目		第1期 8月27日(水)	第2期 12月 4日(木)	講師 (講師補助)
8:45 9:00	15分	4週間実習のガイダンス		宮城県介護研修センター
9:00 12:00	180分 (360分)	職場内教育(OJT)の実践②	同上	【講師】 1期 市場 健太郎 2期 千葉 喜春 【講師補助】 1期 佐々木 昌治 2期 浅野 千春
昼食・休憩				
13:00 17:00	240分	職場実習の課題設定	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	【講師】 1期 坂本 茂明 2期 我妻 学 【講師補助】 1期 小山 一哉 2期 市場 健太郎 佐々木 昌治 千葉 喜春 浅野 千春 浅野 千春

職場実習		
4週間	アセスメントとケアの実践	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケア能力の評価と課題の設定・合意 ・指導目標の立案方法の理解 ・指導目標に応じた指導計画の作成 ・指導目標に応じた指導の実施

第6日目		第1期 10月24日(金)	第2期 1月27日(火)	講師 (講師補助) ※課題設定と同じ
9:00 17:00	420分	結果報告／職場実習評価	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	【講師】 1期 坂本 茂明 2期 我妻 学 【講師補助】 1期 小山 一哉 2期 市場 健太郎 佐々木 昌治 千葉 喜春 浅野 千春 浅野 千春

宮城県介護研修センター所長 宛

記入日 令和 年 月 日

【推薦書欄】※推薦書欄は受講希望者本人ではなく所属する法人・事業所等が記入してください。

標記研修の受講者として下記の者を推薦し、記載内容について相違ないことを証明します。

法人等の名称	法人又は 事業所の 代表者	職 氏名	印
事業所等の名称	問合せ担当者名		
〒	事業所等連絡先		
事業所等 所在地	※受講決定後、講義資料や事務連絡等をお送りします e-mailアドレス		
住所			

注：英数字、ハイフン（-）、ドット（.）、アンダーバー（_）等は判別できるようお願いいたします

記

ふりがな			受講希望者 生年月日	昭和	年	月	日
受講希望者氏名 ※入力不可、自署			※該当する元号 に○	平成			
受講希望者 連絡先	※日中、連絡が取れる電話番号を記入		職名				
受講理由 (該当する目的を選択)							
受講理由 (上記②～⑤を 選択した理由)	① 新規に指定を受けるため 予定日 年 月 頃 ② 前任者と交代のため（退職・人事異動・その他〔 〕） 前任者氏名 交代日 年 月 日 ③ 短期利用事業を行っているが研修未受講のため 短期利用開始日 年 月 日 未受講の理由						
受講希望 (全て入力)	第1希望		同一事業所内での優先順位	名中 番目			
	第2希望		(1名の場合、1名中1番目と記入)				
資格 (該当資格を選択 複数回答可)							
事業所種別 (研修申込者の所属する 事業所を選択)							
勤務施設名 (直近の期間から 順に入力)	施設名・事業所名	従事期間	業務内容	年月数			
	①	年 月～ 年 月 ()		年 ヶ月			
	②	年 月～ 年 月 ()		年 ヶ月			
	③	年 月～ 年 月 ()		年 ヶ月			
	介護業務従事年数 計						年 ヶ月
	※欄が足りない場合は【様式2】勤務施設名(別紙)を作成し記入してください。						

事務局処理欄（申込者は記入しないでください）

受付日	受付番号	決定受講期	受講番号	備考
/		第 期		

宮城県介護研修センター所長 宛

記入日 令和 7 年 ● 月 ● 日

【推薦書欄】※推薦書欄は受講希望者本人ではなく所属する法人・事業所等が記入してください。

標記研修の受講者として下記の者を推薦し、記載内容について相違ないことを証明します。

法人等の名称 社会福祉法人〇〇会	法人又は 事業所の 代表者 氏名 〇〇 〇〇	印 印
事業所等の名称 グループホーム〇〇	問合せ担当者名 〇〇 〇〇	
〒 1 2 3 - 4 5 6 7	事業所等連絡先 0 2 2 - 1 2 3 - 4 5 6 7	
事業所等 所在地 住所 黒川郡大和町××1-2-3	※受講決定後、講義資料や事務連絡等をお送りします e-mailアドレス e-mail789@〇×△□.com	

注：英数字、ハイフン(-)、ドット(.)、アンダーバー(_)等は判別できるようお願いいたします

ふりがな	記 自 署			受講希望者 生年月日	昭和	2 年 3 月 4 日		
受講希望者氏名 ※入力不可、自署				※該当する元号 に〇	平成			
受講希望者 連絡先	0 9 0 - 9 8 7 - 6 5 4 3		職名	介護職				
受講理由 (該当する目的を 選択)	② グループホームが短期利用事業所の指定を受けるため						プルダウンより選択	
受講理由 (上記②～⑤を 選択した理由)	① 新規に指定を受けるため 予定日 年 月 頃 ② 前任者と交代のため(退職・ 人事異動 ・その他 []) 前任者氏名 交代日 令和 8年 4月 1日 ③ 短期利用事業を行っているが研修未受講のため 短期利用開始日 年 月 日 未受講の理由							
受講希望 (全て入力)	第1希望	第1期	同一事業所内での優先順位	3 名中 1 番目				
資格 (該当資格を選択 複数回答可)	介護福祉士		准看護師					
事業所種別 (研修申込者の所属す る事業所を選択)	グループホーム							
勤務施設名 (直近の期間から 順に入力)	施設名・事業所名	従事期間	業務内容	年月数				
	① グループホーム〇〇	R2年 8月～ R7年 6月	(介護支援専門員)	4年 11ヶ月				
	② デイサービス△△	H28年 4月～ R2年 5月	(介護職員)	4年 2ヶ月				
	③ 老人保健施設□□	H26年 4月～ H28年 3月	(介護職員)	2年 0ヶ月				
				介護業務従事年数 計 11年 1ヶ月				
※欄が足りない場合は【様式2】勤務施設名(別紙)を作成し記入してください。								

事務局処理欄 (申込者は記入しないでください)

受付日	受付番号	決定受講期	受講番号	備考
/		第 期		

勤務施設・事業所名 (別紙)

ふりがな	
受講希望者氏名	

勤務先施設・事業所記入欄(【様式1】追加分)

勤務先 施設・事業所名	従事期間	業務内容	従事年月数	
			年	ヶ月
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
従事年月数合計⇒			年	ヶ月

