



公益社団法人 全国老人福祉施設協議会

令和8年度 認知症介護実践リーダー研修 《北海道会場》

実施要綱兼受講者募集要項

1 目 的

認知症介護実践リーダー研修は、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目的とします。

2 主 催

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会（以下「全国老施協」という。）

北海道老人福祉施設協議会(以下「道老施協」という。)

3 研修対象者

介護保険施設・事業所等に従事する介護職員等であって、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ている者であり、かつ、ケアチームのリーダー又はリーダーになることが予定される者であって、認知症介護実践者研修を修了し1年以上経過している者とする。

※**令和7年8月16日付**までに実践者研修を修了していない場合は、受講できません。

また、令和9年3月31日までは、下記の者についても受講対象者とします。

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者あるいはそれと同等以上の能力を有する者であると 知事 が認めた者。

※上記の要件で受講申込される場合は、「**介護福祉士登録証（写）**」を提出してください。

4 定 員 数

30名

※定員を超過した場合は、全国老施協の会員施設を優先し、一法人から複数名申し込まれている場合は人数調整させていただくことがあります。

5 受講費用

◇ 受講料 全国老施協会員：30,000円 / 全国老施協 非会員：50,000円

◇ テキスト カリキュラムに基づいて講師が作成した資料を配布いたします。

なお、「認知症介護実践リーダー研修」のテキストが「株式会社ワールドプランニング」と「中央法規出版株式会社」より発売されております。

本会研修受講にあたり購入を必須といたしません。研修内容の理解を深めるためにご購入されることをお勧めいたします。

6 研修内容

◇ 別紙 カリキュラムを参照ください。

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」、「自施設実習」、「他施設実習」、「実習報告とまとめ」の全てを終了しなければ「認知症介護実践リーダー研修」修了となりません。

講義・演習	実習課題設定	他施設実習	自施設実習	実習報告とまとめ (施設実習評価)
5日間 (31時間)	4時間	2日間	4週間	1日間 (7時間)

7 研修日程・会場

研修内容	日程	会場
講義・演習 (5日間)	令和8年8月17日(月)～21日(金)	北海道立道民活動センター (かでる2.7) 10階1060会議室
実習報告と まとめ	令和8年10月30日(金)	北海道立道民活動センター (かでる2.7) 10階1060会議室
他施設実習 (2日間)	「講義・演習」終了から「実習報告とまとめ」までの期間で調整します。 ※実習先及び実習内容の詳細は、受講決定後に別途お知らせいたします。 ※状況等に応じて、延期又は職場実習で代替する場合があります。	道老施協事務局で調整 ※認知症介護指導者が所属する法人、かつ、認知症介護実践リーダー研修修了者が所属している介護保険施設・事業所等
自施設実習 (4週間)	「講義・演習」終了から「実習報告とまとめ」までの期間の通常勤務日で、自己で設定した 4週間 で実施します。	受講者の所属施設・事業所

会場住所：札幌市中央区北2条西7丁目1番地 北海道立道民活動センター（かでる2.7）

10階 1060会議室

8 申込方法

下記「9 注意事項」にご留意の上、次に掲げる書類を所属する事業所等の代表者を通じて、道老施協事務局へ郵送にて提出ください。なお、「申込書類」の記入内容等の不備がある場合は無効となることがあります。

記載内容の修正の際、修正液・修正テープは使用しないでください。二重線で訂正印を押印いただくか、作成し直してください。

- (ア) 受講申込書（様式1）※受講希望者写真貼付
- (イ) 受講依頼書（様式2-①）
- (ウ) 実務経験証明書（様式2-②）
- (エ) 「認知症介護実践者研修」または「痴呆介護実務者研修(基礎課程)」修了証書写し
- (オ) 自事業所アセスメントシート（受講者選定の際の参考資料）（様式3）
- (カ) 返信用定形外（角2）封筒（送付先の住所等を記載したもので、切手は不要です）
※決定通知の送付用、又は書類返送用

9 注意事項

- (ア) 本研修は、全課程（講義・演習、自施設実習及び実習報告とまとめ）の受講を必須条件とします。
- (イ) 受講申込みは、全国老施協会員を優先いたします。
- (ウ) 申込みは必ず郵送とし、F A X 等での申込みは無効とします。
- (エ) 決定した受講者の変更には応じられません。
- (オ) 受講決定後に辞退をされる場合は、必ず道老施協事務局までご連絡ください。辞退届を送付させていただきます。なお、受講料は辞退の理由を問わず、原則として返金いたしません。但し、《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（手数料等は受講者負担）にて返金いたします。
- (カ) 修了証書は、公益社団法人全国老人福祉施設協議会 認知症介護実践研修事業「実施要綱」5(2)⑥アに基づき、本研修を実施する全国老施協会長が交付するものとします。

10 申込締切日

令和8年5月29日（金）【必着】

11 受講者決定の流れ

- ① **受講申込** 申込書類を申込締切日までに郵送にて提出してください。
- ↓
- ② **受講決定** 「受講決定通知書」等関係書類は **6月中旬を目途**に所属先へ送付します。
 - ※ 受講料の請求書を同封するので指定する期限までに振り込んでください。
 - ※ 選定の結果、受講いただくことができない場合は、申込書類を返送します。

12 その他

「昼食」「宿泊」については、各自で手配してください。
研修会場施設の駐車場の台数に限りがありますので、公共交通機関をご利用ください。

13 個人情報保護に関する取扱い

「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修修了者名簿及び研修会の資料に必要な事項を掲載するものとします。

14 申込・お問い合わせ先

北海道老人福祉施設協議会 事務局
〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1番地 かでる2.7 2階
北海道社会福祉協議会 法人・施設支援部 施設支援課 内
TEL 011-241-3766 FAX 011-280-3162