

令和8年度長崎県認知症介護指導者養成研修募集要項

1. 目的：認知症介護実践研修を企画・立案し、研修を実施するとともに、介護保険施設・事業所等における認知症介護の質の向上、及び地域資源の連携体制構築の推進等に必要な能力を身につけ、認知症者に対する地域全体の介護サービスの充実を図ることを目的とする。
2. 実施主体：本事業の実施主体は、長崎県（以下「県」という。）とする。ただし、本事業のうち受講者決定の事務を除いたものを、国の実施要綱により指定された社会福祉法人浴風会（以下「法人」という。）に委託して実施する。
3. 実施施設：法人に設置された認知症介護研究・研修東京センター（以下「センター」という。）において、実習はセンター長が指定する実習施設において実施する。
4. 研修対象者：次の①～⑤のすべてを満し、介護保険施設等の長が適当と認め推薦する者
 - ① 医師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、介護福祉士若しくは精神保健福祉士のいずれかの資格を有する者又はこれに準ずる者。
 - ② 以下のいずれかに該当する者であって、相当の介護実務経験を有する者
 - (ア)介護保険施設・事業所等に従事している者（過去において介護保険施設・事業所等に従事していた者も含む。）
 - (イ)福祉系大学や養成学校等で指導的立場にある者
 - (ウ)民間企業で認知症介護の教育に携わる者
 - ③ 認知症介護実践研修における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。以下「平成12年通知」という。）に規定する基礎課程又は「認知症介護研修等事業の円滑な運営について」（平成17年5月13日老計発第0513001号厚生労働省老健局計画課長通知。以下「平成17年通知」という。）に規定する実践者研修を修了した者を含む。）及び認知症介護実践リーダー研修（平成12年通知に規定する専門課程又は平成17年通知に規定する実践リーダー研修を修了した者を含む。）を修了した者（厚生省老人保健福祉局計画課長通知より）
 - ④ 認知症介護基礎研修又は認知症介護実践研修の企画・立案に参画し、又は講師として従事することが予定されている者
 - ⑤ 地域ケアを推進する役割を担うことが見込まれている者

※ 本研修は、一部オンラインによる同時双方向の研修を実施する。そのため、研修受講に際しては、自施設・事業所等でWEB研修受講の環境を整えることを前提とする。

5. 募集人員：（県推薦者）1名 （事業所推薦者）若干名

6. 研修日程：

- 【第1回】 前期研修：令和8年6月1日（月）～令和8年6月12日（金）
職場研修：令和8年6月15日（月）～令和8年7月24日（金）
後期研修：令和8年7月27日（月）～令和8年7月31日（金）
- 【第2回】 前期研修：令和8年8月31日（月）～令和8年9月11日（金）
職場研修：令和8年9月14日（月）～令和8年10月23日（金）
後期研修：令和8年10月26日（月）～令和8年10月30日（金）
- 【第3回】 前期研修：令和8年12月7日（月）～令和8年12月18日（金）
職場研修：令和8年12月21日（月）～令和9年2月5日（金）
※令和8年12月28日（月曜日）～令和9年1月1日（金）は除く
後期研修：令和9年2月8日（月）～令和9年2月12日（金）

※ 職場研修については、オンラインによる同時双方向の研修を含む。

7. 研修場所：社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
東京都杉並区高井戸西 1-12-1

8. 申込方法：次の書類を、下記申込先まで郵送または持参により提出してください。

- ① 受講申込書（別紙様式1）
- ② 認知症介護指導者養成研修に係る推薦書（別紙様式2）
- ③ 受講者選抜考査のための実践事例報告（別紙様式3）
- ④ 同意書（別記様式3）
- ⑤ 認知症介護実践リーダー研修（痴呆介護実務者研修専門課程）修了証の写し

9. 申込先：

- ① 地域密着型サービス事業所：事業所所在の市町担当課
(担当課については、各保険者へお問い合わせ下さい。)
- ② 上記①以外の介護保険事業所等：長崎県 長寿社会課 地域包括ケア推進班
〒850-8570 長崎市尾上町3-1

10. 申込期限：①・②ともに令和8年3月16日（月）【必着】

※ 締切後は事情の有無にかかわらず受付できません。

11. 受講者の決定：申込書類確認の上、県の推薦者を決定後、受講希望者の申込書類をセンターへ提出し、センターにおける受講者選抜考査の結果、受講者として決定された者を県の受講者と決定します。なお、県の推薦に漏れた者で、センターによる選抜考査を希望し、選考によりセンター長が認めた受講者は介護保険事業所等推薦による受講者とします。また、県の推薦選考結果は、別途通知します。

12. 費用：県の推薦による受講者1名については、県の予算の範囲内において、受講料および旅費等の一部（往復交通費、宿泊費等（上限あり））を県が負担することを予定しております。
なお、教材費、災害傷害保険（5,000円）、その他は受講者負担とします。

※ 県の推薦に漏れた者で、介護保険事業所等推薦による受講者については、受講料および旅費等、受講に係る経費を全額自己負担とします。

13. 注意事項：

① 申込書に不実や虚偽の記載があった場合には、受講決定・修了を取り消すものとし、県が支出した費用について、受講者を推薦した介護保険事業所等の長が負担するものとします。また、受講決定後、受講・修了できなかった場合についても同様とします。

② 他県の申込状況により、センターの受入人数が決定されるため、受講日程は希望どおりにならないこともあります。

③ FAXでの申込は無効とします。

14. 研修修了者及び所属事業所の役割：

研修修了者については、認知症介護関係研修（認知症介護基礎研修および認知症介護実践研修等）の企画・立案への参画および講師として従事すること。

15. 問い合わせ先：長崎県 長寿社会課 地域包括ケア推進班 藤井

〒850-8570 長崎市尾上町3-1 TEL：095-895-2434