

茨城県作業療法士会 殿

茨城県保健医療部健康推進課長

令和 8 年度 認知症介護指導者養成研修の受講者の推薦について（依頼）

日頃より、県の認知症施策の推進につきましては、御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、県では、「認知症介護等研修」（認知症介護実践者研修等）の講師をはじめ、地域の認知症介護の指導者として活動する者を養成するため、認知症介護研究・研修東京センターが実施する標記研修へ受講者を派遣いたします。

つきましては、下記により受講生を募集しますので、推薦に御協力下さいますようお願いいたします。

記

1 受講対象

以下の(1)から(5)までの全てを満たす者のうち、県が適当と認めたもの

- (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、介護福祉士又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等の企画・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で、**県が実施する認知症介護等研修の企画・立案及び講師としての指導に確実に参加できるもの**

※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。

2 推薦方法

別紙様式の受講者推薦書により、候補者を推薦してください。

なお、推薦に当たっては、受講対象の要件を満たす者で、特に認知症の人の地域全体の

介護サービスの向上を目的とする本研修の趣旨に鑑み、研修修了後には、認知症介護指導者としての役割（認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修及び認知症介護実践リーダー研修等を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当すること及び介護保険施設・事業者等における介護の質の改善について指導すること、自治体等における認知症施策の推進に寄与すること）を担うことに同意した者であることを確認し、被推薦者が同役割を担うことについて理解した上で推薦してください。

○受講希望者からの提出書類

①受講申込書（別紙様式1）

②所属長等の受講承諾書（別紙様式2）

③受講者選抜考査のための実践事例報告に関する提出書類（別紙様式3）

④認知症介護実践リーダー研修修了書の写し

※ 別紙様式1及び別紙様式3は、認知症介護研究・研修東京センターに提出しますので、誤りのないよう、丁寧に記入願います。

※ 各団体においては、受講者募集について会員に広くお知らせいただきますとともに、被推薦者の公平な選考をお願いいたします。

※ 各団体からの被推薦者の中から3名を本県推薦の受講者として選定いたします。
（推薦をいただいても、選考の結果、本県推薦として受講できない場合があります。）

3 推薦期限

令和8年3月31日（火） ※期限内必着でお願い致します。

4 研修期間等

(1) 期間

ア 第1回 令和8年6月1日（月）から7月31日（金）まで

イ 第2回 令和8年8月31日（月）から10月30日（金）まで

ウ 第3回 令和8年12月7日（月）から令和9年2月12日（金）まで

※基本カリキュラム：前期研修2週間・職場における6週間・後期研修1週間

※センターにおける前期・後期研修では、土日以外は研修プログラムを実施します。

また、職場における研修期間中は、オンラインを活用した講義・演習30時間と前期研修中に作成する企画書に基づき、各自の職場で職場実習を行っていただきます。

※受講申込み状況に応じて、開催回数を増減する場合があります。

(2) 会場 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）

5 研修費用等

(1) 令和8年度の予算が成立した場合は、県推薦者(3名)に限り、研修の受講料（230,000円）は、県が負担する予定です。

※事業所推薦による受講の場合は事業所等の負担となります。

(2) 研修の受講に係る交通費及び宿泊費については、受講者の負担となります。

(3) 教材費、災害傷害保険及び食費等の実費は受講者の負担となります。

6 問合せ先

茨城県保健医療部健康推進課 地域包括ケア推進室認知症対策担当 渋谷

Tel:029-301-3333

Fax:029-301-3318

E-mail:care2@pref.ibaraki.lg.jp

(別紙様式)

令和 年 月 日

茨城県保健医療部健康推進課長 殿

推薦者 団体名 _____

代表者 _____

令和8年度認知症介護指導者養成研修 受講者推薦書

このことについて、下記により推薦します。

記

1 被推薦者

氏 名	勤務先施設等の名称

2 添付書類

- (1) 認知症介護指導者養成研修受講申込書 (別紙様式1)
- (2) 受講者の勤務先等の所属長による受講承諾書 (別紙様式2)
- (3) 受講者考査のための実践事例報告に関する提出書類 (別紙様式3)
- (4) 認知症介護実践リーダー研修修了書の写し

3 本件に関する問合せ先

団体名 _____

担当者 _____

連絡先 Tel: _____ Fax: _____