

令和8年度鳥取県認知症介護指導者養成研修受講者募集要項

1 研修目的

本研修は、認知症介護の現場の実践者に対する研修を企画・立案し、研修を実施するとともに、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付け、県全体の認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図ることを目的とする。

2 研修の対象者

別添「令和8年度認知症介護研究・研修仙台センター認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」2研修対象者のとおり

3 募集

- (1) 県推薦者3名（受講料、交通費、宿泊費は県が負担する）
- (2) 現に勤務している介護保険事業所の長が適当と認め推薦した者（自己負担）
※上記（1）の県推薦の選定から外れた者であって介護保険事業所の長が推薦した者を含む。

4 県推薦者の選定

県において、次の基準及び推薦理由を総合的に判断して選定する。

- (1) 介護実務経験
- (2) 認知症介護に関する研修の講師歴
- (3) 居宅サービス・地域密着型サービスの実務経験
- (4) その他資格

5 研修時期（次のうちいずれか1回）

研修日程	第1回	第2回
前期研修	令和8年6月22日(月) ～令和8年7月3日(金)	令和8年10月19日(月) ～令和8年10月30日(金)
職場研修	令和8年7月6日(月) ～令和8年8月21日(金)	令和8年11月2日(月) ～令和8年12月11日(金)
後期研修	令和8年8月24日(月) ～令和8年8月28日(金)	令和8年12月14日(月) ～令和8年12月18日(金)

※研修場所は、社会福祉法人東北福祉会に設置された認知症介護研究・研修仙台センター及びセンターが指定した施設。

6 受講手続

- (1) 必要書類
 - ① 県推薦希望者
 - ア 認知症介護指導者養成研修受講申込書（別紙様式1）
 - イ 認知症介護指導者養成研修に係る推薦書（別紙様式2）
（上記4において県推薦者に選定されなかった場合の対応として、事業所推薦を希望される者に限る）
 - ウ 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）
 - エ 令和8年度鳥取県認知症介護指導者養成研修推薦理由等（別添1）
 - オ 認知症介護実践リーダー研修修了証書の写し 1部
 - ② 介護保険事業所の長の推薦者
 - ア 認知症介護指導者養成研修受講申込書（別紙様式1）
 - イ 認知症介護指導者養成研修に係る推薦書（別紙様式2）
 - ウ 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）

エ 令和8年度鳥取県認知症介護指導者養成研修推薦理由等（別添1）

オ 認知症介護実践リーダー研修修了証書の写し 1部

(2) 手続

- ① 必要書類に記入の上、令和8年4月8日（水）までに鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局長 寿社会課に提出（必着）すること。
- ② 介護保険事業所のうち地域密着型サービス事業所の長の推薦者にあつては、令和8年4月3日（金）までに所管の市町又は南部箕蚊屋広域連合に必要な書類を提出するとともに、長寿社会課に電話または電子メールでその旨を連絡すること。
- ③ 上記②の提出を受けた市町又は南部箕蚊屋広域連合は、令和8年4月8日（水）までに鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局長 寿社会課に提出（必着）すること。

7 推薦に当たっての留意事項

- (1) 本研修の修了者は、研修修了日から5年間は、本県が実施する鳥取県認知症介護実践研修（実践者研修、実践リーダー研修、実践リーダーフォローアップ研修）及び認知症対応型サービス事業管理者研修のスタッフとして、実践者研修に6か月程度、実践リーダー研修及び実践リーダーフォローアップ研修に10か月程度、認知症対応型サービス事業管理者研修に6か月程度、企画・立案から研修の実施まで携わっていただく。なお、5年間を経過後も可能な範囲で協力をお願いする。

このほか、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修、認知症対応型サービス事業開設者研修の認知症介護に関する研修の企画・立案、講義、演習指導にも、可能な範囲での協力をお願いする。

(参考) 研修の企画・立案に費やす時間の目安

研修名	企画会議	講義	その他
実践者研修	年間5回 4～8時間/回	6日間×3回	講義資料作成 レポート採点等
実践リーダー研修	年間5回 4～8時間/回	6日間×2回 (報告会含む)	講義資料作成 報告書の精査等
認知症対応型サービス 事業開設者研修	年間2回 4～8時間/回	1日間×1回	講義資料作成 レポート採点等
認知症対応型サービス 事業管理者研修	年間2回 4～8時間/回	2日間×1回	講義資料作成等
小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修	年間2回 4～8時間/回	2日間×1回	講義資料作成等
認知症介護実践リーダー フォローアップ研修	年間3回 4～8時間/回	1日間×1回	講義資料作成等

- (2) 介護保険事業所の長の推薦による本研修の修了者は、上記(1)について、可能な範囲で協力をお願いする。