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

１　研修のねらい

認知症介護指導者養成研修は、受講者が以下の内容を達成できることをねらい、実施します。

認知症介護従事者が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）を予防できるよう、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を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当することができる知識・技術を習得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とともに、自治体等における認知症施策の推進に寄与できるようになる。

２　研修対象者

研修対象者は、以下の①から⑤の要件を満たし、認知症介護指導者養成研修対象者として都道府県・指定都市又は現に勤務している介護保険施設・事業所等（以下「都道府県等」という。）の長が適当と認め推薦する者に対し、認知症介護研究・研修仙台センター（以下「センター」という。）が実施する認知症介護指導者養成研修対象者選抜考査（以下「受講者選抜考査」という。）の結果、研修対象者としてセンター長が認めた者とします。

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（厚生労働省老健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

※以上の要件を満たす者を対象とするが、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かんがみ、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。また、推薦者は、被推薦者が同役割を担うことについて理解した上で選定に留意されたい。

※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。

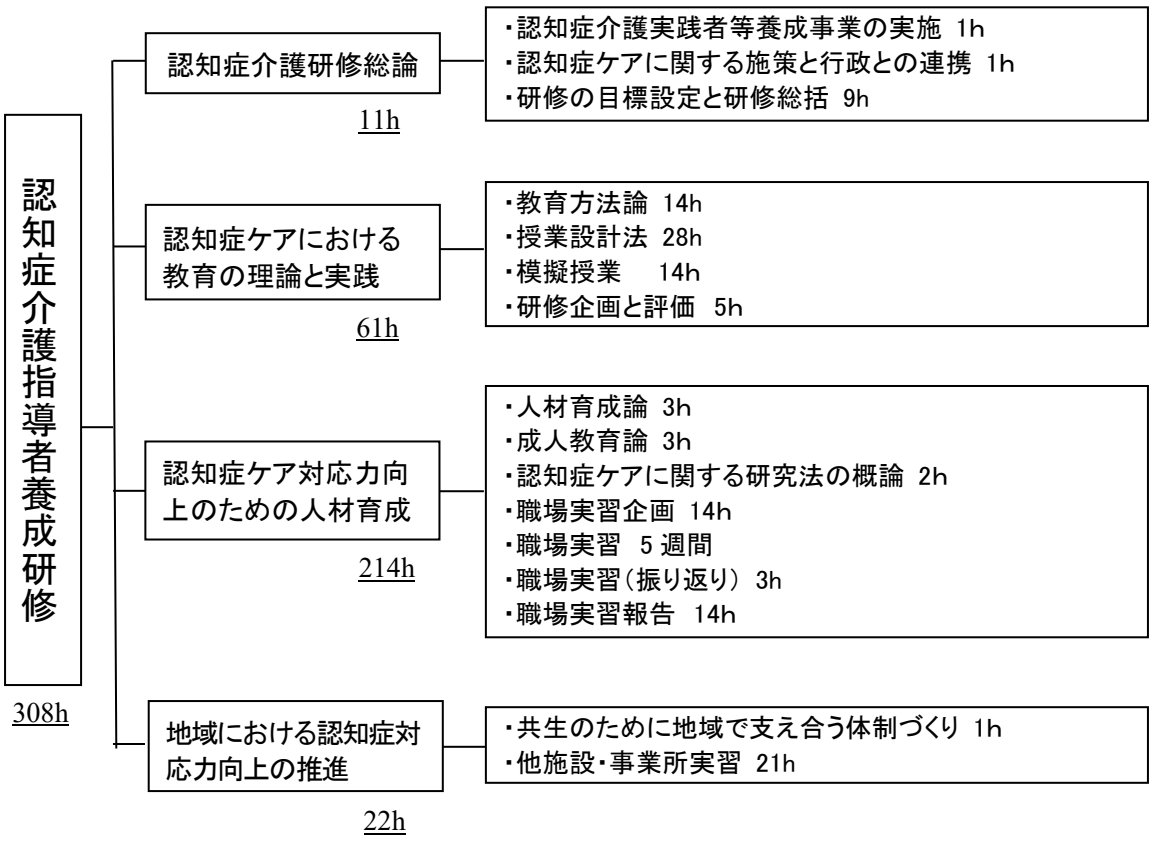
3　研修受講者の対象地域

センターの対象地域は、原則として下記の都道府県・指定都市です。

（北海道地域）　北海道、札幌市
（東北地域）　青森県、岩手県、宮城県、仙台市、秋田県、山形県、福島県
（中国地域）　鳥取県、島根県、岡山県、岡山市、広島県、広島市、山口県
（四国地域）　徳島県、香川県、愛媛県、高知県

4　研修内容

カリキュラムについては、以下のとおりとします。



５　受講手続

（１）必要書類

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　認知症介護実践リーダー研修修了書の写し１部

④　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

介護現場で受講者自身がかかわった認知症の人１事例についての実践事例報告（別紙様式３に 3,000 字程度で作成してください。ただし、図表は１点 400 字とみなします）

（２）手 続 き

①　都道府県・指定都市は、都道府県等の長の推薦する者の必要書類を、別紙様式４に必要事項を記入のうえ添付し、下記期日までにセンターあて送付願います。

【認知症介護指導者養成研修応募締め切り期日】

令和８年４月１５日（水曜日）必着（厳守してください）

②　介護保険施設・事業者の長の推薦する者については、所管の都道府県・指定都市の認知症介護指導者養成研修担当課に、必要書類を提出してください。

③　介護保険事業者のうち指定地域密着型サービス関連事業者の長の推薦する者にあっては、所管の市区町村担当課を経由して都道府県・指定都市の認知症介護指導者養成研修担当課に必要書類を提出してください。

④　都道府県等とセンターとの受講に関する諸手続きは、受講確定通知後に行います。

（３）受講者の決定

提出された書類を考査し、受講者を決定します。

なお受講定員は原則として２０名とします。受講者選抜考査の結果、基準を満たした者が受講定員を超えた場合は、抽選により受講者を決定します。

（４）受講者の決定通知

下記の期日までに都道府県等あてに通知します。

【研修受講者決定通知期日】　　令和８年４月２４日（金曜日）

６　研修日程及び場所

（１）第１回

①　センターにおける前期研修

令和８年６月２２日（月）～７月　３日（金）

②　職場における研修（オンラインによる同時双方向の研修を含む）

７月　６日（月）～８月２１日（金）

※８月１０日（月）～８月１４日（金）の５日間は除く

③　センターにおける後期研修

８月２４日（月）～８月２８日（金）

（2）第2回

① センターにおける前期研修

令和８年１０月１９日（月）～１０月３０日（金）

② 職場における研修（オンラインによる同時双方向の研修を含む）

１１月　２日（月）～１２月１１日（金）

③ センターにおける後期研修

１２月１４日（月）～１２月１８日（金）

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。

受講申し込み状況に応じて、開催回数を増減する場合があります。

7　費用負担額

受　講　料　　２３０，０００円

受講料の納入方法については、必要に応じて各都道府県等と調整します。

受講開始後は、いっさい返金しません。

8　その他の費用負担額

（1）教　材　費　　５，０００円

（2）宿　泊　費　　１人１泊２，０００円（13 泊した場合　２６，０００円）

（センターの宿泊施設を利用する場合の素泊まり料金）

＊宿泊施設の利用の可否は、当センターが決定します。（先着順）

＊宿泊室は 14 室のため利用できない場合があります。ご希望に添えない場合は、ご自身で宿泊施設の手配をお願いいたします。

＊詳しくは、P9（記入要領）の 12 をご覧ください。

（3）災害傷害保険　約１，５００円

（4）その他　　センターの食堂（定食のみ）を利用した場合

朝食３１９円、昼食３８５円、夕食３８５円

※料金は変更になる場合があります。

9　研修受講者の遵守事項

研修受講者は、センターの諸規則を遵守していただきます。

10　個人情報の取り扱い

（1）受講申込書にある研修受講者に関する個人情報は、センターが厳重に保管し、以下の目的のために使用します。

① 認知症介護指導者養成研修に関する資料等の送付

② 認知症介護指導者養成研修の授業準備

③ 認知症介護指導者養成研修の教育評価

④ 認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）が実施する事業についての協力依頼

⑤　認知症介護研究・研修センター（仙台・東京・大府）が実施する事業についての情報提供
⑥　その他、研修受講者・修了者にとって有益だとセンター長が判断した情報提供

（２）研修受講や修了までに至らなかった者についての受講申込書にある研修受講者に関する個人情報は、直ちにセンターで破棄します。

11　研修の取り消し

（１）センター長は、研修受講者がセンターの諸規則に違反する等、研修受講者としてふさわしくない行為があった場合は、研修の受講を取り消すことができます。
（２）センター長は、研修の受講を取り消した場合は、本人に文書により通知するとともに、その理由を付して、研修受講者を推薦した都道府県等の長に通知します。

12　研修の修了

（１）センター長は、研修の全てのカリキュラムを受講し、センターが行う修了考査により認知症介護指導者として適当と認められた者に対し、別紙様式５の修了証書を交付します。
（２）センター長は、修了証書を交付後、都道府県・指定都市の所管課を通じ推薦した者に修了者を通知します。

13　修了者の登録

センター長は、研修修了者について、認知症介護指導者として登録し、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を記入した名簿を作成し、管理します。

別紙様式1　　（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申込書

写真貼

募集要項の趣旨を理解し、研修を受講したく、下記のとおり申込みます。
令和8年　月　日

フリガナ			性　別	男　　女
氏　名			生年月日(年齢)	昭和･平成　　年　月　日(　　歳)
職　　場	法人種別		サービス種別	
	フリガナ		フリガナ	
	法 人 名		施設･事業所名	
	フリガナ			
	住　所	〒		
	電　話		F　A　X	
	E－mail			
連 絡 先（職場以外）	フリガナ			
	住　所	〒		
	電　　話		F　A　X	
	E－mail			

主な資格（登録番号）			職位名	管理職	管理職以外
1　医師（　　）	9　社会福祉士（　　）		組織経営		
2　保健師（　　）	10　介護福祉士（　　）		介護部門		
3　助産師（　　）	11　精神保健福祉士（　　）		看護部門		
4　看護師（　　）	12　介護支援専門員（　　）		リハビリ部門		
5　准看護師（　　）	13　その他		相談員		
6　理学療法士（　　）	（　　）		介護支援専門員		
7　作業療法士（　　）			医　　師		
8　言語聴覚士（　　）			その他		

その他の職位（他の職位を兼務している場合、主要な兼務の「サービス種別」「職場名」「職位」を記入する）

健康状況	良好　・　加療中（服薬中）　・　加療中（経過観察中）　＊当てはまるものに○

介護実務経験　（サービス種別・職場名・職位名・期間を新しいものから書く）		総介護実務年数
1	（　　年間）	
2	（　　年間）	
3	（　　年間）	年

認知症介護に関する研修の受講歴（当てはまる番号に○）	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、又は講師として従事する予定
1 認知症介護実践者研修　2 認知症介護実践リーダー研修 3 認知症介護実務者研修基礎課程　4 認知症介護実務者研修専門課程 5 その他（　　）	

認知症介護に関する研修の講師歴	受講希望回（○を付ける）		パソコン･WIFI貸出希望	宿泊希望
1	第1希望	第1･2回	有　無	有　無
2				
3	第2希望	第1･2回		

認知症介護指導者養成研修修了後の役割の理解

認知症介護指導者養成研修修了後には、以下の役割を担うことが求められます。役割を理解した上で、□にチェックを付けてください。

☐ 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を企画・立案し、講義、演習、実習の講師を担当することを理解している

☐ 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役割となることを理解している

☐ 自治体等における認知症施策の推進に寄与する役割となることを理解している

研　修　受　講　希　望　理　由

個人情報の取り扱いについて

私は、「令和 8 年度認知症介護指導者養成研修受講者募集要項」の「10　個人情報の取り扱い」について、同意します。

令和 8 年　　月　　日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（自筆に限る）

（記入要領）

1. 様式右上欄外に申込日前3か月以内の受講申込者の写真を貼付してください。
（3.0㎝×2.4㎝程度）

2. 氏名欄、法人名欄、施設・事業所名欄、住所欄には、フリガナをつけてください。

3. 現在の職場を職場欄に記入してください。なお「研修対象者の要件②（ア）過去において介護保険施設・事業所等に従事していた者」に該当する場合は、連絡先欄に記入してください。

4. 主な資格欄は、当てはまる資格の番号すべてに丸を付けてください。また、（ ）内に当該資格の登録番号を記入してください。
その他の資格がある場合は、〔 〕内に具体的に記入し、登録番号を記入してください。

5. 職位名欄は、ご自身の本務の職位として当てはまる欄に職位名を記入してください。
どの欄に書くかは、下の記入の目安を参考にしてください。

（記入の目安）

	管理職	管理職以外
組織経営	理事長・理事・施設長・副施設長等	
介護部門	介護長・介護主任・フロアリーダー・副主任・ユニットリーダー等	ケアワーカー・介護士・寮母・寮夫・ホームヘルパー等
看護部門	総師長・看護部長・師長	看護師
リハビリ部門	リハビリ科科長・リハビリ主任・リハビリ部門責任者等	理学療法士・作業療法士等
相談員	主任生活相談員	生活相談員等
介護支援専門員	主任介護支援専門員・計画作成担当者等	介護支援専門員等
医師	病院長・医院長・医長等	医師
その他		

6. その他の職位欄は、法人内で他の職位を兼務している場合、主要な兼務の「サービス種別」「職場名」「職位」を記入してください。

7. 介護実務経験に関する職歴欄は、「サービス種別」「職場名」「職位名」「期間」を直近から3か所程度記入してください。
（記入例）
1　特養○○○　　施設長　　○年間
2　○○○病院　　介護主任　　○年間
3　グループホーム○○　ケアワーカー　　○年間
総介護実務年数は、介護に携わった総実務年数を記入してください。

8. 認知症介護に関する研修の受講歴欄は、当てはまる番号に丸をつけてください。
その他、受講した研修のうち主な研修名を記入して下さい。海外で受講した研修でも結構です。

9. 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、又は講師として従事する予定欄は、参画・従事の予定を簡潔に記入してください。

10. 認知症介護に関する研修の講師歴欄は、研修対象者や場所は問いません。主なものを記入してください。

11. オンラインによる同時双方向の研修のための受講環境は、以下の①～④を前提としています。準備をお願いいたします。
① 不特定多数に研修内容を閲覧されない環境
② 必要に応じ自由に発言できる環境
③ 安定してインターネットに接続される環境（有線による接続を推奨）
④ PC で受講できる環境（パワーポイントなどを映したときに文字が見られる大きさの端末で受講できることを前提とし、タブレット端末は推奨しません。）

12. 宿泊希望欄については、センター内の宿泊施設での宿泊希望の有無を丸印で記入してください。宿泊者の決定は遠方が優先されますが、それらの地域での希望者が多い場合は先着順とします。なお、希望に沿えない場合には速やかに連絡いたします。

13. 「認知症介護指導者養成研修修了後の役割の理解」では、認知症介護指導者養成研修修了後の役割を理解した上で、□にチェックを付けてください。

14. 研修受講希望理由欄は、申し込んだ動機や受講希望者の特に強調したい認知症介護に関する考え方、及び研修終了後、認知症介護指導者として地域でどのように活動しようと考えるか等を 800 字程度で簡潔に記入してください。

15. 本要項 4 頁「10　個人情報の取り扱い」について同意される方は、自筆による署名をお願いいたします。

別紙様式２

認知症介護指導者養成研修に係る推薦書

令和８年　　月　　日

認知症介護研究・研修仙台センター長　殿

都道府県知事・指定都市長、介護保険施設・事業者等長名

次の者は認知症介護指導者養成研修受講者募集要項における研修の目的（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）を理解し、研修対象者の要件を満たしますので、令和８年度認知症介護指導者養成研修の受講者として推薦します。

第１回　氏　名
　　所　属

第２回　氏　名
　　所　属

別紙様式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

作成日　令和８年　　月　　日

実践事例報告のタイトル

都道府県・指定都市名
氏名

１．この事例を取り上げた理由

２．倫理的配慮
（記載内容の例）
１）認知症の人または代諾者に対する説明と同意
２）管理者に対する説明と同意

３．事例紹介（性別、年代、原因疾患・現病、薬、自立度、生活歴、支援の経過、その他事例の理解を深めるために必要な情報）

４．課題分析とケアの取り組み及びその結果
（記載内容の例）
・　解決を目指した認知症の人にとっての課題
・　課題の発生原因とその根拠となる事実
・　実施したケア
・　実施したケアの結果

５．取り組みの評価及び自分自身が学んだこと
（記載内容の例）
１）取り組みの評価
２）本事例に取り組んだことによる自己の学び

（合計文字数○○○○文字）

（記入要領）

- 作成する実践事例報告は、認知症の人に対しケアを行った事例、1 事例の報告とします。家族やスタッフに対する介入を中心とした事例は、本報告の対象として該当しません。
- １～５の項目の合計文字数が **3,000 字程度（増減は 1 割まで）** となるよう作成してください。文章の**最後に合計文字数を記載**してください。なお、文字数の制限を満たしていない場合は、再提出または受講不可として取り扱います。
- 使用する用紙のサイズはＡ４サイズとします。
- 図表を入れる場合は、図表にタイトルと図表番号をふり、文章と関連付けて示してください。なお図表は 1 点 400 字とみなします。
- 手書きで作成する場合は、判別できる大きさの楷書で作成してください。パソコンで作成する場合、1 ページのレイアウトは、マイクロソフト社の Word の初期設定、あるいはアップル社の Pages の初期設定に従ってください。
- 提出する事例は、必ずしも現在関わっている認知症の人に関する事例である必要はなく、支援が終結している事例でもかまいません。
- 作成にあたっては、認知症の人とその家族に対し実践事例報告の使用目的・報告の方

法・作成における倫理的配慮等について十分説明をし、必ず同意を得て下さい。その上で、認知症の人及びその家族に対して行った倫理的配慮、ならびに認知症の人及びその家族からこの事例をセンターに提出することの了承を得たことを必ず明記してください。また、自施設・事業者の管理者（報告者が管理者の場合は上司）に当該実践事例報告を行うことの了解を得てください。その上で管理者または上司から事例をセンターに提出することの了承を得たことを必ず明記してください。

＊なお、同意を得たことを表記する場合は、以下の記入例を参考に過去形で記入してください。

適切な記入例）

- 実践事例報告を作成するにあたり、認知症の人とその家族に対し実践事例報告の使用目的・報告の方法・作成における倫理的配慮等について説明をし、文書にて同意を得た。ならびに、認知症の人及びその家族からこの事例をセンターに提出することの了承を得た。
- 実践事例報告を提出するにあたり、管理者より、当該実践事例報告を行うことの同意を得た。

以下のような記入は、同意を得たかどうか不明確なため不適切です。

- 本人・家族から同意を得る。
- 本人・家族から同意を得ている。
- 本人・家族に十分理解を得た。

＊ **以上の倫理的配慮が行われていない実践事例報告は考査の対象となりませんので十分ご注意ください。**

- 個人情報の取り扱いには十分配慮してください。人権擁護の観点から、認知症の人及びその家族の氏名、地域名（出身地や居住地等）、生年月日、入居年月日、年齢、具体的な職歴（会社名）等、個人が特定される可能性のある情報は記号化してください。なお、氏名については、イニシャルの使用は不可とします。イニシャルが使用されている場合、再提出または受講不可とします。仮名を使用する場合は、実践事例報告中に仮名であることを明記してください。
- 年月を記述する場合は、最初に実践事例報告に出てきた年をX年とし、「X＋1年」等、和や差で年を表してください。
- 認知症の人等の年齢を表記する場合は、年齢を明記せず、「80歳代前半」等おおよその年代を示してください。

- 認知症の人及び家族の写真の掲載は認めません。
- 文法上の注意

・ 語尾は「です、ます」か「である」で文体を統一し、体言止めは原則として用いないでください。
・ 句読点を意識した簡潔な文章を心がけてください。
・ 主語、述語との関係をはっきりさせた文章で記述してください。
・ 箇条書きではなく、文章で事例を報告してください。
・ 改行した際は一マス下げるなど、基本的な文章記述のルールにのっとって作成してく

ださい。
・　事例作成においては、原則として敬語を用いる必要はありません。

以上の要件を満たした実践事例報告を１部提出してください。
提出された実践事例報告は、原則として返却しません。

別紙様式４

認知症介護指導者養成研修受講申込みに係る必要書類の送付書

令和８年　　月　　日

認知症介護研究・研修仙台センター長　　殿

都道府県・指定都市
認知症介護指導者養成研修担当課長

令和８年度の認知症介護指導者養成研修に受講申し込みをする以下の合計〇〇名について、必要書類を送付します。

都道府県・指定都市からの推薦者　　〇〇名
氏　名・所属名

介護保険施設・事業者等からの推薦者　　〇〇名
氏　名・所属名

別紙様式５

第　　号

修　了　証　書

氏　　名

生年月日　昭和・平成　年　月　日

あなたは、厚生労働省の定める、令和８年度認知症介護指導者養成研修を修了したことを証します。

令和　年　月　日

認知症介護研究・研修仙台センター長

加　藤　　伸　司