

高第1042号
令和8年3月12日

一般社団法人岐阜県医師会長
一般社団法人岐阜県老人福祉施設協議会長
岐阜県老人保健施設協議会長
岐阜県デイサービスセンター協議会長
NPO 法人岐阜県グループホーム協議会長

} 様

岐阜県健康福祉部高齢福祉課長

令和8年度認知症介護指導者養成研修受講者の募集について

平素より当県の高齢福祉行政に御理解、御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記研修について認知症介護研究・研修大府センターから受講者募集の通知がありました。

当該研修は、認知症介護に従事する実務者に対し研修を行う指導者を養成するもので、介護サービスの充実を図るために重要なものです。

つきましては、下記のとおり受講者を募集しますので、各関係者に周知いただきますようお願いいたします。

記

1 提出書類

- (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証の写し 1部
- (4) 受講者選考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関わった認知症の人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 推薦枠について

研修受講には、岐阜県及び介護保険施設・事業所の推薦が必要です。

岐阜県推薦枠とは、当該研修受講にかかる費用を県が予算の範囲（令和8年度当初予算の成立を前提とします。）で助成するものです。提出書類に、岐阜県推薦枠を希望する旨記載

してください。希望者が複数の場合は抽選とし、その結果を推薦者に回答します。

3 提出先

(1) 介護保険施設・事業所の長が推薦する者

岐阜県健康福祉部高齢福祉課介護保険者係へ提出してください。

(2) (1)のうち地域密着型サービス関連事業所の長が推薦する者

所管の市町村担当課を経由して、岐阜県健康福祉部高齢福祉課介護保険者係へ提出してください。

4 提出期限

(1) 岐阜県推薦枠希望者（県費負担希望者）及び第1回受講希望者（自費参加）

・ 3 (1) の場合 岐阜県健康福祉部高齢福祉課へ令和8年4月6日（月）必着

・ 3 (2) の場合 市町村担当課へ令和8年3月31日（火）必着

※ 岐阜県推薦枠希望者については、受講希望回によらず、該当の提出先にこの期限までに提出してください。

(2) 第2回及び第3回受講希望者（自費参加）

・ 3 (1) の場合 岐阜県健康福祉部高齢福祉課へ令和8年6月15日（月）必着

・ 3 (2) の場合 市町村担当課へ令和8年6月8日（月）必着

岐阜県健康福祉部高齢福祉課 介護保険者係			
係長	高田	担 当	花田
電 話	058-272-8296		
FAX	058-278-2639		
E-MAIL	c11215@pref.gifu.lg.jp		