

**令和7年度 福井県認知症介護指導者養成研修
受講者募集要項**

福井県において実施している認知症介護実践研修等の企画・立案に参画し、講師として従事していただく指導者を養成するため、令和7年度福井県認知症介護指導者養成研修の受講生を募集します。受講を希望される方は、下記の内容を御確認の上、お申し込みください。

1 募集対象者

次の①～⑤の全てに該当する者であり、かつ、研修修了後には認知症介護指導者として従事できる者

- 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、介護福祉士もしくは精神保健福祉士のいずれかの資格を有する者またはこれに準ずる者
- ② 次の(ア)～(ウ)のいずれかの要件に該当する者であって、5年以上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 認知症介護実践者研修および認知症介護実践リーダー研修を修了した者（旧痴呆介護実務者研修基礎課程および専門課程を修了した者を含む。）
- ④ 本県が実施する認知症介護実践研修等の企画・立案に参画し、講師として従事することが可能で、かつ、指導者として今後研修に従事することを所属長が承諾している者
- 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

2 募集人数

3名

3 応募方法

以下の提出書類を作成のうえ、提出期限までに**郵送**してください。

①提出書類

- ・受講申込書（別紙様式1）
- ・所属長等の承諾書（別紙様式2）
- ・認知症介護実践リーダー研修（旧専門課程）修了証の写し1部
- ・実践事例報告（別紙様式3）

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
(3,000字程度。ただし、図表は1点400字とみなす。)

②提出期限

第1回研修分：**令和7年3月28日（金）**

第2、3回研修分：**令和7年5月23日（金）**

③提出先

〒910-8580（住所記載不要）

福井県健康福祉部長寿福祉課地域包括ケアG

4 その他

選考の上、研修受講者を決定します。

担当：福井県健康福祉部長寿福祉課
地域包括ケアグループ 中村
TEL：(0776) 20-0330
FAX：(0776) 20-0713