



7 高ヶ推第 2 8 8 9 号
令和 8 年 2 月 2 5 日

公益社団法人
福岡県介護老人保健施設協会 会長 殿

福岡県保健医療介護部
高齢者地域包括ケア推進課長

令和 8 年度認知症介護指導者養成研修の受講者の募集について（依頼）

本県の保健医療介護行政の推進につきましては、日頃から御理解と御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件につきまして、別添募集要項のとおり実施しますので、下記により受講希望者を御推薦くださいますようお願いいたします。

標記研修の修了者は、「指導者」として毎年、下位研修の企画・打合せ会議への参加、下位研修の講師又は講師補助等の業務を行っていただきます。

したがって、受講者は、標記研修の修了後、当該業務を確実にこなせる者であって、当該業務に従事することを所属施設が認めている者となりますので、御注意ください。

また、公費負担による受講者が所属する施設においては、標記研修の修了後、「認知症介護実践リーダー研修」等の実習施設として、下位研修の研修生の受入れ及び指導を行っていただきます。したがって、公費負担による受講者につきましては、下位研修の研修生受入れを所属施設が認めている者の推薦をお願いいたします。

記

- 1 募集対象者 福岡県内（福岡市及び北九州市の区域を除く。）の介護老人保健施設の職員で「募集要項」に定める要件を満たす者
- 2 募集人員等
 - ① 公費負担による受講者 4 人まで
 - ・ 被推薦者が複数になる場合は、推薦順位を付すこと。
 - ・ 多数の応募があった場合は、県において選考を行う。
 - ② 私費負担による受講者 若干人
- 3 提出期限 受講希望者がいる場合は、団体で取りまとめの上、令和 8 年 4 月 1 日（水）までに必要書類を御提出ください。
- 4 提出書類
私費で受講希望の方については、（１）、（２）、（３）、（４）、（５）を、
公費で受講希望の方については、（１）、（３）、（４）、（５）、（６）を御提出ください。（公費で受講希望の方のみ、貴団体からの推薦が必要です。）
 - （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
 - （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（別紙様式 3）
 - （５）所属推薦書（公費の場合は様式 4-1、私費の場合は様式 4-2）

(6) 団体推薦書 (様式5)

様式1～4については、下記HPからダウンロードすることができます。

「令和8年度 認知症介護指導者養成研修受講者募集」(県HP)

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/2026shidousya.html>

5 問合せ・提出先

〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号

福岡県保健医療介護部高齢者地域包括ケア推進課

在宅介護・予防係

TEL 092-643-3250

FAX 092-643-3253