

令和6年度沖縄県認知症対応型サービス事業開設者研修受講者募集要項

1 研修目的

認知症介護に関する基本的な知識及び認知症対応型サービス事業の運営に必要な知識を修得する。

2 研修対象者

(1) 次の①、②をすべて満たす者とする。

- ① 指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表者又は代表者になることが予定されている者
- ② 講義・演習、現場体験の全日程に出席可能な者

※代表者

代表者とは基本的には運営している法人の代表者であり、理事長や代表取締役が該当するが、法人の規模によって、理事長や代表取締役をその法人の地域密着型サービス部門の代表者として扱うのは合理的ではないと判断される場合においては、地域密着型サービスの事業部門の責任者などを代表者として差し支えない。

※予定されている者

指定申請中、事前協議中等の事業者又は指定を受けた後に代表者の変更届出を行う事業者の代表者をいう。

(2) 下記の研修を修了している者は、本研修を修了しているものとみなす。

- ア 認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修（平成17年度修了者）
- イ 旧カリキュラム基礎課程又は旧カリキュラム専門課程（平成12～16年度修了者）
- ウ 認知症介護指導者研修（平成12～17年度修了者）
- エ 認知症高齢者グループホーム管理者研修（平成17年度修了者）
- オ 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修（平成13～17年度修了者）

3 研修日程および会場

日 程： 令和6年9月17日（火）・18日（水）

会 場： （講義・演習） 沖縄産業支援センター
（現場体験） 研修カリキュラム参照

※ 産業支援センターの駐車場は有料となっております。

産業支援センターHP

https://www.okinawa-sangyoushien.co.jp/?page_id=193079

4 募集定員

10名

5 受講申込・決定等

(1) 申込方法

「令和6年度沖縄県認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書（様式第1号）」
に必要事項を記入のうえ、申込先へ送付する。

(2) 申込先

事業所が所在する市町村における保険者の長（市町村長又は沖縄県介護保険広域連合
長）に申し込む。

(3) 申込期限

令和 6 年 8 月 19 日（月） ※沖縄県への提出期限

※申込書提出先は各市町村（保険者）となります。提出期限につきましては各市町村
（保険者）にご確認ください。

(4) 受講決定

沖縄県知事は受講の申込に基づき受講者を決定し、申込者の勤務先へメールまたは
FAX 等で通知する。

6 受講料

11,000円

（テキスト代含む。受講決定者は、研修初日に受講料をお支払いください。）

7 事前課題

研修2日目現場体験で実習施設に提出していただく、「実習先への提出用紙 様式2」を
研修初日までに記入してください。

※様式につきましては、受講決定後個別にメール致します。

8 修了証書

全ての講義に出席した方（遅刻・早退不可）について、現場体験の実施及び研修終了後
のレポートを確認の上、沖縄県知事より修了証書を交付します。

9 問い合わせ先

すまいるサポート株式会社 受託研修事務局 担当 徳盛 （TEL：080-6493-2535）

沖縄県保健医療介護部 地域包括ケア推進課 担当 真栄平（TEL：098-894-2152）