

令和5年度沖縄県認知症介護実践リーダー研修 受講者募集要項

1 研修のねらい

認知症介護に関する実践的な知識及び技術（実践者研修で得られた知識、技術のさらなる理解及び施設・事業所において、ケアチームを効果的・効率的に機能させる能力）を修得させる。

2 研修対象者

次に掲げる条件をすべて満たす者とする。

- ①実践者研修を修了し1年以上経過している者
- ②介護保険施設、指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者等において
身体介護業務に概ね5年以上従事した介護職員等
- ③講義・演習の全日程に出席可能な者

3 研修日程および会場

講義・演習（5日間）	令和5年12月11日（月）～12月15日（金）
自施設実習（4週間/160時間）	令和5年12月16日（日）～1月18日（木）
出講日（自施設実習中）	令和5年12月28日（木）
実習後の課題報告会	令和5年1月19日（金）

集合：講義・演習1日目（12月11日）～5日目（12月15日）、出講日（12月28日）、
実習報告会（1月19日）

場所：いちゅい具志川じんぶん館 大研修室（沖縄県うるま市川崎468／TEL 098-982-4140）

4 募集定員

25名

5 受講申込・決定等

(1) 申込方法・申込先

① 認知症対応型共同生活介護事業所の従業者について

『令和5年度認知症介護実践リーダー研修 受講者推薦書兼受講申込書（様式第1号）』及び『別紙受講確認表』に必要事項を記入の上、当該事業所が所在する市町村（保険者）または沖縄県介護保険広域連合へお申し込みをしてください。

※期限につきましては各市町村（保険者）にご確認下さい。

② ①以外の者について

『令和5年度認知症介護実践リーダー研修 受講者推薦書兼受講申込書（様式第1号）』及び『別紙受講確認表』に必要事項を記入の上、下記申込先のすまいるサポート株式会社 受託研修へメールにてお申し込みをしてください。

* メール申込送付先：すまいるサポート株式会社 受託研修 あて

Mail smiles0001@gmail.com

* メールが送信できない場合は、下記まで連絡ください。

・ 080-6493-2535（研修事務局：徳盛）

(2) 申込期限

令和5年11月10日(金) (期限厳守)

※市町村(保険者)または沖縄県介護保険広域連合経由で申し込みされる事業者については、期限について、各市町村(保険者)または沖縄県介護保険広域連合にご確認ください。

(3) 受講の決定

申込書及び推薦書を審査後に受講者を決定し、申込勤務先へ受講可否の通知をFAX等で通知します。

受講者数が募集定員を超過した場合は、同一の法人・施設・事業所から複数の受講を認めない場合があります。

(4) 申込に際しての留意点

申込書様式等については、沖縄県高齢者福祉介護課のホームページに掲載しております。

- ・ 令和5年度沖縄県認知症介護実践リーダー研修 受講者募集要項
- ・ 認知症介護実践リーダー研修カリキュラム
- ・ 令和5年度沖縄県認知症介護実践リーダー研修 受講推薦書兼受講申込書(様式第1号)

6 研修費用

受講料及び教材費・資料代の22,000円は、研修当日にご準備してください。

※研修へ参加後は、いかなる場合においても返金はありません。

7 集合研修に係る健康管理について

(1) 自宅での健康チェック

次の項目に該当する方については、研修への参加を自粛してください。

- ・ 発熱の症状がある方(体温37.5度以上)
- ・ 風邪の症状がある方

8 その他

受講決定後に必要な資料等をHPに掲載しますので、随時、ご確認ください。

自施設実習はあくまで研修のための実習ですので、事業所での勤務の状況は問いませんが、実習を実施できる環境(対象者への直接・間接ケア)を整えてください。

研修中及び実習中は、受講生が円滑に学べるように、事業所及び上司の協力をお願いします。

研修受託法人の定める研修修了可否確認表に基づき、研修修了を認めない場合があります。

(受講評価項目には、受講態度、課題提出、研修内容の理解度、主体的な研修への参画です)

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)

沖縄県子ども生活福祉部高齢者福祉介護課介護指導班 担当 栗國 (TEL:098-866-2214)