

## 令和6年度沖縄県認知症介護実践者研修（第2回） 受講者募集要項

### 1 研修のねらい

認知症高齢者に対する介護サービスの質の向上・充実を図るために、認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、生活の質の向上を図るとともに、行動・心理状況（BPSD）を予防できるよう認知症介護の理念、知識・技術を習得する。

### 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2年程度従事**した介護職員等
- ②講義・演習の全日程に出席可能な者  
(1日でも出席不可の場合は原則再受講を必要とする。※天災等によるものは除く)

### 3 研修日程

講義・演習（4日間）（前期） 令和6年 9月 2日（月）、 3日（火）  
（後期） 9月 11日（水）、 12日（木）

課題取組 令和6年 9月 4日（水）～ 10日（火）

自施設実習（4週間／160時間） 令和6年 9月 13日（金）～ 10月 10日（木）

実習報告会（1日） 令和6年 10月 11日（金）

### 4 研修場所 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)

※いちゅい具志川じんぶん館での研修期間中は第2駐車場への駐車となります。

### 5 募集定員 60名

### 6 受講申込・決定等

#### (1) 申込方法

#### ア 推薦申込み

本研修を修了することにより地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービスの指定基準を満たす事業所の従業者については、当該事業所が所在する保険者（市町村又は沖縄県介護保険広域連合）の長を経由し申込みしてください。

(例：新規指定を予定、管理者変更予定等)

<推薦申込みの申込先>

「令和6年度沖縄県認知症介護実践者研修受講申込書（様式1）」を記載し、事業所の所在する保険者（市町村または沖縄県介護保険広域連合）における介護保険担当課あて送付。

## イ 一般申込み

「推薦申込み」以外の方。

「令和6年度沖縄県認知症介護実践者研修受講申込書（様式1）」を記載し、以下に申込みしてください。

<一般申込みの申し込み先>

合同会社 Green Star OKINAWA あて送付

〒901-2102 浦添市字前田 603-1（郵送のみ受付）

※「認知症介護実践者研修受講申込書在中」と表に記載すること。

(2) 申込期限 **令和6年8月2日（金）必着**

(3) 受講の決定

申込書及び推薦書を審査後、受講者を決定し、申込者へ受講の可否の通知を行う。

⇒**受講可否の通知は、申し込みの際に記載いただいたメールアドレス宛に通知します。**

※原則、認知症介護基礎研修修了者とする。ただし、有資格者等で認知症介護基礎研修の受講対象外となる場合はこの限りでない。

※申込者数が募集定員を超過した場合は、介護支援専門員及び介護福祉士等の有資格者を優先とする。

※申込者数が募集定員を超過した場合は、同一の法人・施設・事業所から複数名の受講を認めない場合がある。（市町村等の推薦者も同様）

※課題についての記入や該当する項目の記載がない場合、また申込書類に不備がある場合は、受講を認めない場合がある。（推薦も同じ）

※受講決定通知後の変更は認められない。

※受講申込書（様式1）の裏面を受講申込者が記載していない事実が判明した場合は、受講を取り消します。

7 研修費用

教材・資料代等として、**17,000円**を徴収する（研修初日に現金徴収）

※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。

※お釣りの出ないようにご準備をお願いします。

※インボイス制度には対応していません。

8 研修当日持参する書類について（受講可となった場合）

(1) 「令和6年度沖縄県認知症介護実践者研修受講申込書（様式1）」の2ページ目の写し

※講義1日目の自己課題の設定で使用するため、申込前に写しを取っておくこと。

(2) 研修事前提供者基本情報（様式2）

※対象候補者2名分を記載し、講義1日目に持参すること。

※対象候補者2名は認知症の診断を受けたものであること。

⇒様式は沖縄県ホームページに掲載しています。

（「認知症介護実践者研修 沖縄県」で検索 ）

9 留意事項

以下に該当する場合は、研修修了できません。

- ・講義・演習の全日程に参加できなかった場合
- ・決められた期日までに、課題等の提出ができなかった場合
- ・研修にふさわしくない態度、対応（記録物、演習の発言等）があった場合
- ・研修受講に相応しい服装で参加すること。（草履、ビーチサンダル、短パン等の服装はご遠慮ください。）

10 問い合わせ先

合同会社 Green Star OKINAWA

TEL 070-5279-1245 担当 友寄（ともより）

沖縄県保健医療介護部地域包括ケア推進課

TEL 098-894-2152 担当 真栄平（まえひら）

\*電話連絡時は、受講者名、所属先（事業所名）を名乗り、月～金曜日のAM9時～PM5時までに電話するようにしてください。