

令和5年度沖縄県認知症介護実践者研修（第1回） 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（認知症介護の理念、知識及び技術）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5年 7月 5日（水）、6日（木）
（後期） 7月14日（金）、24日（月）

課題取組 令和5年 7月 7日（金）～13日（木）

自施設実習（4週間／160時間） 令和5年 7月25日（火）～ 8月23日（水）

実習報告会（1日） 令和5年 8月28日（月）

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）

5 募集定員 50名

6 受講申込・決定等

(1) 申込方法

ア 「令和5年度沖縄県認知症介護実践者研修受講申込書（様式第1号）」を記載し、下記申込先①へ郵送する。

イ 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市町村（保険者）又は沖縄県介護保険広域連合の長を経由し下記申込先②へ郵送する。

(2) 申込期限 **令和5年6月22日（木）必着**

(3) 申込先

① **アについては、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。

* 地域密着型通所介護事業所は、上記あて申込み。

② **イについては、事業所の所在する市町村（保険者）における介護保険担当課 あて送付**

(4) 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。

* 申込者数が募集定員を超過した場合は、原則、認知症介護基礎研修修了者を優先する。

* 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。（推薦も含む）

* 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。

(5) 申込に際しての留意点

申込書様式のほか参考資料については、沖縄県子ども生活福祉部高齢者福祉介護課のホームページで情報提供をするので、申込に際して参考とすること。

※掲載資料

・ 令和5年度認知症介護実践者研修（第1回）カリキュラム・スケジュール

・ 令和5年度認知症介護実践者研修（第1回）受講申込書（様式第1号）

・ **研修事前提供者基本情報**

・ **ひもときシート**

・ **学習成果の実践展開取り組みシート**

・ **職場実習様式（実習出席表含む）**

7 研修費用

教材・資料代等として、**17,000円**を徴収する（指定日までに納入）

※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。

8 感染症対策

集合研修中は、感染症の対策としてマスクの着用をお願いします。

9 研修当日持参する書類について

(1) 「令和5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。

10 その他

いちゅい具志川じんぶん館での研修期間中は第2駐車場へ駐車となります。

11 問い合わせ先

合同会社 Green Star OKINAWA

TEL 080-3974-4644 担当 多良間

沖縄県子ども生活福祉部高齢者福祉介護課介護指導班

TEL 098-866-2214 担当 栗國（あわぐに）