

# 令和5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

次に掲げる条件をすべて満たす者とする。

①指定小規模多機能型供託介護事業所、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\*

\* 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講義・演習、現場体験の全日程に出席可能な者

## 3 みなし措置

(1) 下記の①により、代表者が研修を受講すること合理的でないと指定権者を有する市町村長判断する場合は、②の実質的な経営責任者が受講することにより代表者が受講したものとみなす。その場合、代表者は経営責任者等への委任状に①、②に該当する旨について記載し、研修受講申込書に添付する。

①次のア～ウいずれかの要件を満たす場合

ア 全国規模で事業を有する等、規模が大きい事業者と認められる場合

イ 法人の事業内容が多岐にわたり\*、部門ごとの組織体制が明確に区分されている場合

\* 事業内容が多岐にわたるとは、介護保険施設を有する場合をいう。

ウ その他、代表者に受講が困難なやむを得ない事情があると認められる場合

②次のア、イのいずれかの要件を満たす者

ア 地域密着型サービス部門の代表者

イ 直接経営に影響を与えることができる者（法人の役員等）

(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）

#### 4 研修日程および会場

日程：令和5年11月16日（木）・17日（金）

会場：（講義・演習）産業支援センター 研修室（中）304室

（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。また、数に限りがありますので公共交通機関を積極的にご利用ください。

※産業支援センターHP [https://www.okinawa-sangyoushien.co.jp/?page\\_id=193079](https://www.okinawa-sangyoushien.co.jp/?page_id=193079)

#### 5 募集定員

10名

#### 6 受講申込・決定等

##### （1）申込方法

「令和5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。※申込期限につきましては各市町村（保険者）にご連絡ください。

##### （3）申込期限

令和5年10月16日（月）

##### （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 FAX 等で通知する。

#### 7 受講料

11,000円（テキスト代含む。研修当日に支払いをお願いします）

#### 8 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。

## 9 修了証

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

## 10 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

### (2) 熱中症対策

各自、十分な水分補給をお願いします。

## 11 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 粟國（TEL：098-866-2214）