

令和 7 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 認知症介護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介護業務に概ね5年以上従事した経験を有している者
- ③ 上記②に加え、ケアチームのリーダーまたはリーダーになることが予定されている者
- ③ 講義・演習の全日程に出席可能な者

※ただし、介護保険施設・事業所等においてサービスを利用者に直接提供する介護職員として、介護福祉士資格を取得した日から起算して 10 年以上、かつ 1,800 日以上の実務経験を有する者は、①、②に関わらず研修対象者とする。

(令和9年3月 31 日までの間に限る)

3 研修日程および会場

<研修日程>

講義・演習(5日間)※	令和7年12月16日(火) ～ 12月20日(土)
自施設実習(4週間/160 時間)	令和7年12月21日(日) ～ 令和8年1月24日(土)
出講日(自施設実習中)※	令和8年1月6日(火)
実習後の課題報告会 ※	令和8年1月26日(月)

※は下記会場にて集合研修

<研修会場>

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)

【※】12月19日(金)、12月20日(土)は、おもとあめくの杜 天久新棟講堂[4階]

Auditorium 0 (沖縄県那覇市天久 1000 番地 / TEL:098-866-5171)

4 募集定員

25名

5 受講申込・決定等

(1) 申込方法・申込先

『令和7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、それぞれ以下のとおり提出先に提出。

<申込書提出先>

ア)認知症対応型共同生活介護事業所の従事者 ⇒ 市町村・広域連合(保険者)に提出
※提出期限につきましては各市町村(保険者)にご確認下さい。

イ)上記以外 ⇒ 下記へメールにて申し込み

○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 : smiles00001@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 7 年 11 月 19 日(水)(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。

※ 令和7年11月12日(水) 必着

(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メールで通知します。

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、沖縄県のホームページに掲載しております。

『令和7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)』

<沖縄県ホームページ>

<https://www.pref.okinawa.lg.jp/kyoiku/koreifukushi/1007444/1007450/1007306.html>

6 研修費用

22,000円(受講料及び教材費・資料代)

※研修費用は、研修初日に徴収いたします。

※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 その他

- ・受講決定後に必要な資料等を沖縄県ホームページに掲載しますので、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)

8 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（とくもり） 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 天願（てんがん） TEL:098-894-2152

<申込書提出先>

ア)認知症対応型共同生活介護事業所の従事者 ⇒ 市町村・広域連合(保険者)に提出
※提出期限につきましては各市町村(保険者)にご確認下さい。

イ)上記以外 ⇒ 下記へメールにて申し込み

○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 : smiles00001@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 7 年 11 月 19 日(水)(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。

※令和7年11月12日(水)必着

(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メールで通知します。

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、沖縄県のホームページに掲載しております。

『令和7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)』

<沖縄県ホームページ>

<https://www.pref.okinawa.lg.jp/kyoiku/koreifukushi/1007444/1007450/1007306.html>

6 研修費用

22,000円(受講料及び教材費・資料代)

※研修費用は、研修初日に徴収いたします。

※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。