

# 新潟県認知症ケア・アドバイザー派遣事業実施要綱

## 1 目的

認知症介護の質の更なる向上に取り組む意向のある事業所に対して、認知症介護に関するアドバイスを受ける機会を提供することにより、県内の認知症介護の質の向上を図る。

## 2 対象

次の(1)～(5)に掲げる施設又は事業所（以下、「事業所」という。）で、かつ、認知症介護実践研修（実践者研修、実践リーダー研修）の修了者の所属する事業所とする。

ただし、県が必要と認める場合は、この限りではない。

- (1) 介護老人福祉施設（地域密着型を含む。）
- (2) 介護老人保健施設
- (3) 介護医療院
- (4) 特定施設入居者生活介護事業所
- (5) 認知症対応型共同生活介護事業所
- (6) 小規模多機能型居宅介護事業所（看護小規模多機能型を含む。）

## 3 事業内容

認知症ケアマッピングの資格を有する認知症介護指導者をアドバイザーとして対象事業所に派遣し、認知症ケアマッピングを活用したアドバイスを行う。

対象事業所は、自らの事業所における認知症介護の現状を確認するため、一定期間内（概ね3か月間）に2回、アドバイザーによる認知症ケアマッピングを受けることとする。なお、事業所は初回の認知症ケアマッピングの前に、パーソン・センタード・ケアの理念等に関するブリーフィング（事前説明）を受けることとする。

## 4 手続き

### (1) 申請

希望する事業所は、「申請書」（別紙様式1）により、知事が別途指示する日までに県に申請するものとする。

### (2) 決定

派遣先事業所については、県が決定し、「決定通知書」（別紙様式2）により、通知するものとする。

## 5 報告書の提出

### (1) アドバイザー

アドバイザーは、認知症ケアマッピングの結果をもとにアドバイスした内容を「アドバイス報告書」（別紙様式3）により、実施の都度、県に提出するものとする。

### (2) 事業所

ア 事業所は、第1回目のアドバイスを受けた後、速やかに「対応報告書（第1報）」（別紙様式4）を県に提出するものとする。

イ 事業所は、第2回目のアドバイスを受けた後、1か月を経過した日又は当該年度の3月末日のいずれか早い日までに、「対応報告書（第2報）」（別紙様式5）を県へ提出するものとする。

## 6 経費の負担

### (1) 県

アドバイザーの派遣にかかる経費（謝金及び旅費）

### (2) 事業所

アドバイザーに対する謝金及び旅費以外に要する経費

(附則)

この要綱は、平成30年10月18日から実施する。

(附則)

この要綱は、令和3年10月26日から実施する。

(附則)

この要綱は、令和6年7月26日から実施する。

(附則)

この要綱は、令和7年7月1日から実施する。

(附則)

この要綱は、令和8年5月15日から実施する。



別紙様式 1

アドバイザー派遣を希望する理由  
※本事業に申し込んだ経緯や本事業を通じてどのような効果を期待するか等を含め、  
300文字程度でご記入ください

高齢第 号  
(元号) 年 月 日

## 決定通知書

事業所名  
代表者名 様

新潟県知事 (公印省略)

(元号) 年 月 日付けで申請のあった新潟県認知症ケア・アドバイザー派遣事業について、派遣先事業所として決定しましたので通知します。  
派遣されるアドバイザーや派遣日時等については、別途御連絡します。

別紙様式 3

アドバイス報告書（第 回目）

新潟県福祉保健部  
高齢福祉保健課長 様

下記のとおり、アドバイザーとしてアドバイスをしましたので報告します。

実施日時	(元号) 年 月 日 ( 時 分から 時 分まで)
	<事前説明(ブリーフィング)> (元号) 年 月 日 ( 時 分から 時 分まで) *実施した場合のみ記入してください
アドバイザー氏名	
派遣された事業所	所在地
	名称
アドバイスの内容	

\* 当日の資料を 1 部添付してください

別紙様式 4

対応報告書（第 1 報）

新潟県福祉保健部  
高齢福祉保健課長 様

事業所所在地  
事業所名  
事業所代表者

下記のとおり、第 1 回目のアドバイザーによるアドバイスを受けたので報告します。

実施日時	(元号) 年 月 日 ( 時 分から 時 分まで)
アドバイザー氏名	
アドバイスを受けて、気づいたこと	

\* 添付資料：事業所における今後の行動計画が記載されたもの（任意様式）

対応報告書（第 2 報）

新潟県福祉保健部  
高齡福祉保健課長 様

事業所所在地  
事業所名  
事業所代表者

アドバイザーによるアドバイスを受け、次のとおり取り組みましたので報告します。

実施日時	(元号) 年 月 日 ( 時 分から 時 分まで)
アドバイザー氏名	
第 1 報の際に立てた行動計画の実践状況  *実践できたかどうかには○をつけ、できなかった場合はその理由を記入してください	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実践できた</li> <li>・ 実践できなかった</li> </ul> <p>&lt;上記の理由&gt;</p>
アドバイス前後の事業所の変化 (職員の姿勢、利用者の様子等)	
今後の課題	

\* 添付資料：事業所における今後の行動計画が記載されたもの（任意様式）