

令和8年度 新潟県認知症介護実践リーダー研修 募集要項

1 研修の目的・対象者

目的	実践者研修で得られた知識・技術をさらに深め、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有したリーダーの養成
対象者	県内（新潟市を含む）の介護保険施設、地域密着型サービス事業所等に勤務する介護従業者等であって、次の①、②のいずれかを満たす方を対象とします。 ①認知症高齢者介護に関する経験（注1）が5年以上あり、認知症介護実践者研修を修了してから1年以上経過している方（注2） ②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あるいはそれと同等以上の能力を有すると県が認めた方 なお、認知症対応型共同生活介護事業所が「短期利用共同生活介護費」を算定するためには、本研修の修了者を配置することが要件となっています。また、「認知症専門ケア加算（Ⅰ）」及び「認知症チームケア推進加算（Ⅱ）」の算定要件の1つにもなっています。（注3）

注1 「認知症高齢者介護に関する経験」とは、介護保険施設等での介護経験、ケアプランの作成経験等であり、一般病院での看護経験や、家庭での介護経験等は経験年数に含めません。

注2 都道府県及び指定都市が平成12年度～平成16年度に実施した痴呆介護実務者研修（基礎課程）の修了者も対象者に該当します。

注3 認知症対応型共同生活介護事業所における「短期利用共同生活介護費」及び「認知症専門ケア加算（Ⅰ）」の算定要件には、「痴呆介護実務者研修（専門課程）」（平成12年度～平成16年度に都道府県及び指定都市が実施）の修了者を含みます。

2 研修日程・会場等

詳細は6ページをご覧ください。

3 受講定員

40名

4 申込方法

受講希望者の所属する事業所（以下「事業所」という。）は、「新潟県電子申請システム」等から申込みを行ってください。

- (1) 申込方法（電子申請システムの操作マニュアルも参照ください）
以下①、②の順に申込みを行ってください。

① 電子申請システムでの申込み

→電子申請システムに必要事項を入力し、申請を完了する。

※URL 又は2次元バーコードのいずれかからアクセスしてください。

〔新潟県電子申請システム URL・新潟県電子申請システム2次元バーコード〕

https://apply.e-tumo.jp/pref-niigata-u/offer/offerList_detail?tempSeq=32674



② 市町村への申込み ※地域密着型サービス事業所のみ

→電子申請システムへの入力後、以下の書類を事業所が所在する市町村介護保険主管課（地域密着型サービス担当）あてに提出する。（提出方法は各市町村によって異なります。）

《提出書類》

- ・ 申込書…電子申請後、システム内にてダウンロードしたもの

(2) 申込期限

- ① 事業所の電子申請システム入力期限 **令和8年7月21日（火）**
※地域密着型サービス事業所については、上記期限までに（1）②まで完了すること。
- ② 市町村から県への提出期限 **令和8年7月28日（火）**

(3) 注意事項

- ・ 本研修の申込みは、一事業所で1名までです。
- ・ 申込期限以降の申込みは一切受け付けません。
- ・ 申込内容に誤りや不備等がある場合は、申込みを受付けない場合があります。
- ・ 地域密着型サービス事業所については、上記（1）①の申込みを完了した場合であっても、②で市町村への提出を行わなかった場合は、申込みをしたことになりません。

5 市町村の受講推薦について

県が定める市町村推薦要件に該当する事業所は、新潟県電子申請システムでの申込みの際に、「3.受講理由及び従事予定に関する情報等」の「(3)市町村から県への推薦の希望の有無」の欄で「希望あり(推薦要件に該当する場合)」にチェックを入れてください。

推薦要件該当者のうち、市町村は適当と認める方について県に推薦書を提出し、県は適当と認められる方の受講について受講定員枠内で配慮します。

6 受講決定・不決定

- (1) 受講者の決定・不決定の通知等は、令和8年8月4日(火)頃を目処に、電子申請システムで登録いただいたメールアドレスあてにお知らせします。
- (2) 受講希望者が定員を超えた場合は、次の順位により受講者を決定します。

- ① 市町村からの推薦があった方
 - ② 指定認知症対応型共同生活介護事業所に勤務または内定しており、本研修を受講することにより、当該事業所が短期利用の指定要件を満たす場合
 - ③ 過去に受講申込みを行ったが不決定となったことがある方
 - ④ 上記により決定されなかった方
- ※ 上記④の方については、定員の範囲内で抽選により決定します。
- ※ 本研修は新潟市内事業所に勤務または内定している方からの申し込みを受け付けますが、①～④の各順位において、新潟市外からの申込者を優先し受講決定します。

7 費用

受講負担金として28,000円を納付していただきます。納付方法は、F-REGI(クレジットカード)もしくはMPN(ATMでの支払い、インターネットバンキング)となります。受講決定の際に、支払い方法の詳細や支払期限等についてお知らせします。

8 研修への参加が不可能となった場合について

受講決定通知後に研修への参加が不可能となった場合は、別記様式「新潟県認知症介護研修受講辞退届」を新潟県高齢福祉保健課担当者(地域密着型サービス事業所については所管市町村あて)に提出してください。

なお、研修の受講辞退に際し受講負担金は返却しません(受講決定後は、受講負担金納入前に受講辞退した場合であっても、受講負担金の納入は免れません)ので、ご了承ください。

9 研修テキスト

本研修の受講が決定した方は、以下のテキストを各自でご用意いただく必要があります。

「認知症介護実践研修テキスト 実践リーダー編」(中央法規出版(株)、定価 3,300円(税込))

<https://www.chuohoki.co.jp/site/g/g80588499/>

※研修初日に会場での販売も行います。

10 その他

本研修の全課程を修了した方には、新潟県知事名の修了証書を交付します。

なお、受講態度に問題のある研修受講者は受講を取りやめていただく場合があります。

市町村の受講推薦について

事業所からの認知症介護研修の受講の申込にあたり、県が定める要件に該当する場合は、所管市町村が県に対して受講希望者を推薦することができます。県は市町村が推薦した者について、定員枠の範囲内でその受講に配慮します。

1 推薦の希望の有無

事業所は、新潟県電子申請システムでの申込みの際に、「3.受講理由及び従事(予定)事業所」の「(3)市町村から県への推薦の希望の有無」の欄で「希望あり(推薦要件に該当する場合)」にチェックを入れてください。

2 市町村による推薦要件

市町村による推薦要件は、受講申込を行う事業所が次の①、②のいずれかに該当する場合です。

<推薦要件>

- ① 認知症対応型共同生活介護事業所の新規開設にあたり、短期利用の指定基準を満たすために必要な人員を確保する必要がある場合(所管市町村が認めるものに限る)
- ② その他特殊な事由
(例：所管市町村から早急に研修を受講するよう是正指導もしくは勧告等を受けている場合 等)

3 その他

必要に応じて後日確認をすることがあるので、市町村担当者は推薦要件に該当するかよく確認して下さい。

実践リーダー研修 プログラム

○ 会場

社会福祉法人 長岡三古老人福祉会 「研究・研修センター長岡」
 (長岡市福住1-7-21) TEL: 0258-31-2611

○ 日程

日	時	内 容
8/25 (火) (1日目)	8:30~9:00	受付
	9:00~9:20	開講式・オリエンテーション
	9:20~10:50	認知症介護実践リーダー研修の理解
	11:00~13:00	認知症の専門的理解
	13:00~14:00	昼食
	14:00~17:30	施策の動向と地域展開
	17:40~18:10	実習オリエンテーション
	18:10~18:40	今日のふりかえり
8/26 (水) (2日目)	9:00~12:00	チームケアを構築するリーダーの役割
	12:00~13:00	昼食
	13:00~15:00	ストレスマネジメントの理論と方法
	15:10~17:10	ケアカンファレンスの技法と実践
17:10~17:40	今日のふりかえり	
9/9 (水) (3日目)	9:00~12:00	認知症ケアにおけるチームアプローチの理論と方法
	12:00~13:00	昼食
	13:00~16:00	職場内教育(OJT)の方法の実践(前半)
	16:00~16:30	今日のふりかえり
9/10 (木) (4日目)	9:00~13:00	職場内教育の基本的視点
	13:00~14:00	昼食
	14:00~18:00	職場内教育(OJT)の方法の理解
	18:00~18:30	今日のふりかえり
9/11 (金) (5日目)	9:00~12:00	職場内教育(OJT)の方法の実践(後半)
	12:00~13:00	昼食
	13:00~17:00	職場実習の課題設定
	17:00~17:30	今日のふりかえり
9/12(土)~11/11(水)		職場実習 (受講者自身の定めた研修の目的に沿って自事業所(施設等)で実習を行い、報告書を作成します。)
10/23(金)		中間報告会
11/12(木)~11/13(金)		成果報告会

※プログラムは変更となる場合があります。

(別記様式)

新潟県認知症介護研修受講辞退届

令和 年 月 日

新潟県知事様

届出者 法人の所在地並びに代表者の氏名 印

下記の者に係る認知症介護研修の受講決定について、記入の理由により辞退いたします。

記

研修を辞退する者	氏名	
	所属事業所	
辞退する研修の名称		
辞退の理由		