

# 令和8年度第4回新潟県認知症介護実践者研修（魚沼会場） 募 集 要 項

## 1 研修の目的・対象者

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 目 的 | 認知症高齢者がその有する能力に応じて自立した生活を営むことを支援するために必要な、実践的な認知症介護の知識と技術の修得                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 対象者 | <p>介護保険施設等の介護従事者等で、認知症介護基礎研修を修了した方あるいは同等以上の能力を有する方（※注1）であり、身体介護に関する基礎的な知識・技術（介護福祉士と同等程度）を習得している方であって、認知症高齢者介護に関する経験（※注2）が2年程度の方であればどなたでも申し込みますが、本研修は以下のような位置づけとなっています。</p> <p>① 認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者の着任要件<br/>② 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講要件<br/>③ 認知症対応型サービス事業管理者研修の受講要件<br/>④ 認知症介護実践リーダー研修の受講要件<br/>⑤ 認知症加算（通所介護）の算定要件<br/>⑥ その他、自己研鑽のためなどで受講を希望する方</p> <p>また、本研修は、新潟県内（新潟市を除く）の介護保険事業所等に勤務している方もしくは内定している方を対象とします（新潟市に所在する事業所に勤務している方は、新潟市地域包括ケア推進課にお問い合わせください）。</p> |

（※注1）：「同等以上の能力を有する方」とは、下記の資格を有する方をいいます。

〈（※注1）に該当する有資格者〉

看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師 等

（※注2）：「認知症高齢者介護の経験」とは、介護保険事業所等での介護経験、ケアプランの作成経験等をいい、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。

## 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

45 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。

第４回（魚沼会場）

[https://apply.e-tumo.jp/pref-niigata-u/offer/offerList\\_detail?tempSeq=32670](https://apply.e-tumo.jp/pref-niigata-u/offer/offerList_detail?tempSeq=32670)



#### 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

- ・ 実践者研修各回の研修の申込みは、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はなりませんのでご注意ください。

## 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。

当該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 本研修を受講することにより指定(人員)基準等を満たすことができる事業所で、別に県が定めるところにより、所管市町村長の推薦を受けた方
- ② (1)新規開設のため、指定基準を満たすために必要な人員を確保する場合  
(2)事業所に管理者として着任予定の方  
(3)管理者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など、特殊な事情がある場合
- 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  
注) 申込書に不決定となった過去の研修を記載することが必要です。
- ④ 上記①～③のいずれにも該当しない方
- ⑤ 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。

## 7 費用

受講負担金として23,000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(インターネットバンキング、ATMでの支払い)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 研修テキストについて

本研修の受講が決定した方は、講義初日までに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 実践者編」（中央法規（株）、定価2,860円（税込）

<https://www.chuohoki.co.jp/site/g/g80588498/>

## 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。

また、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①～③のいずれかに該当する場合です。

ただし、②については勤務先事業所が「新潟市内に所在する事業所でない」ことを確認してください。（新潟市所在の事業所への勤務が決定・内定している場合は、新潟市地域包括ケア推進課にお問い合わせください。）

#### <推薦要件>

- ① 新規開設のため、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 人員の変更等の理由で、事業所に管理者として勤務することが決定又は内定している場合（ただし、単に将来の異動・休退職に備える事由は非該当とする）
- ③ その他特殊な事由  
（例：所管市町村から早急に管理者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。

## 研 修 日 程

### 第4回認知症介護実践者研修（魚沼会場）

|                     |                                                                                               |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日程（予定）              | 令和 8年 8月25日（火）から<br>令和 8年10月27日（火）まで                                                          |
| 講義・演習<br>（2日間）      | 令和 8年 8月25日（火）<br>26日（水）                                                                      |
| 学習成果の<br>実践期間期間     | 令和 8年 8月28日（金）～ 9月10日（木）                                                                      |
| 講義・演習<br>（2日間）      | 令和 8年 9月15日（火）<br>16日（水）                                                                      |
| 職 場<br>実 習<br>（4週間） | 受講決定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<br>を行い、報告書を作成していただきます。                                       |
|                     | 自施設実習期間<br>令和 8年 9月20日（日）～10月20日（火）<br>中間報告会<br>令和 8年10月 2日（金）<br>成果報告会・修了式<br>令和 8年10月27日（火） |
| 定 員                 | 45名                                                                                           |
| 費 用                 | 23,000円（研修受講負担金として）                                                                           |
| 会 場                 | 道の駅 クロステン十日町<br>〒948-0003<br>十日町市本町六の一丁目 71 番地 26                                             |

(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 |       |  |