

令和8年度 新潟県認知症対応型サービス事業開設者研修募集要項

1 研修種別

認知症対応型サービス事業開設者研修の目的及び対象者は下記のとおりです。

目的 (内容)	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の修得
対象者	指定（看護）小規模多機能型居宅介護事業所（※指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を含む。以下同じ。）又は指定認知症対応型共同生活介護事業所（指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所を含む。以下同じ。）を運営する法人の代表者（※1）で、次の1～3の事項に該当する方を対象とします。（※2） 1 令和8年度に指定（看護）小規模多機能型居宅介護事業所又は指定認知症対応型共同生活介護事業所を開設する法人の代表者（既に本研修を受講された方は除きます。） 2 令和9年度に指定（看護）小規模多機能型居宅介護事業所又は指定認知症対応型共同生活介護事業所を開設する予定の法人の代表者（指定を受ける際に修了が義務付けられているもので、来年度の開設者研修受講では間に合わないと認められる方） 3 指定を受けた後、変更により代表者に就任された方（変更の届出を行う際に修了が義務付けられています。） なお、新潟市内に事業所が所在する法人の代表者は、新潟市福祉部地域包括ケア推進課を通じて受講申込みをしてください。

（※1）代表者とは、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第34号）」第65条、第92条、第173条及び「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（平成18年3月14日厚生労働省令第36号）に規定される者のことです。具体的には5ページを参照してください。

（※2）所定の研修を修了している方は本研修を修了しているとみなされ、本研修の受講は必要ありません。詳細は5ページをご覧ください。

2 日程・会場

※詳細は6ページをご覧ください。

日時 令和8年12月4日（金）

会場 新潟テルサ 2階 中会議室

（〒950-1141 新潟市中央区鐘木185-18）

3 受講定員

30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」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=35735



② 市町村への申込み

→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10月30日（金）

※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11月6日（金）

- (3) 注意事項
- ・ 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。
 - ・ 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

本研修は、受講資格を有する全ての者について、市町村からの推薦が可能です。市町村は、受講希望者のうち、適当と認める者について県に推薦書を提出してください。県は適当と認められる者の受講について、受講定員枠内で配慮します。

6 申込締切後の急な欠員等により基準を満たせなくなった場合

上記4の申込締切後に生じた緊急の事由（単なる申込忘れ等は対象外とします）により、事業所が人員等の基準を満たせなくなった場合で、かつ所管市町村が適当と認める者の受講について、可能な範囲で対応を行いますので、速やかに所管市町村を通じて県高齢福祉保健課にご相談願います。（ただし、受講を保証するものではありません。）

7 受講決定・不決定

- (1) 受講者の決定・不決定の通知は、申込みを行った事業所に対し、11月13日（金）頃に通知します。
- (2) 受講希望者が定員を超えた場合は、次の優先順位により受講者を決定します。

- ① 上記5の規定により市町村の推薦を受けた方
- ② 上記①により決定されなかった方については、定員の範囲内で抽選により決定します。

8 費用

研修受講負担金として6,000円を負担していただきます。
納付方法は、F-REGI（クレジットカード）もしくはペイジー（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。

9 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。

10 修了について

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。

11 その他

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。

認知症対応型サービス事業開設者研修での代表者の考え方

1 原則

代表者とは、指定（看護）小規模多機能型居宅介護事業所又は指定認知症対応型共同生活介護事業所を運営している法人の代表者であり、理事（長）や（代表）取締役が該当します。

2 代表者の範囲

上記 1 に関わらず、全国展開している大規模の法人である等、理事（長）や（代表）取締役が地域密着型サービス部門の代表者として合理的でない場合、当該法人の地域密着型サービス事業部門の責任者等が「代表者」として本研修を受講しても差し支えありません。

3 代表者と管理者が兼ねるケース

基本的に、代表者と管理者が同一であることは想定していません。

ただし、法人が 1 つの地域密着型サービス事業所のみを運営している場合は、代表者と管理者が同一であっても差し支えありません。

開設者研修を修了したものとみなされる場合について

下記 1～7 のいずれかに該当する代表者は、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了したものとみなされます。

- 1 平成 17 年度に実施の認知症介護実践者研修修了者
- 2 平成 17 年度に実施の認知症介護実践リーダー研修修了者
- 3 平成 17 年度に実施の認知症高齢者グループホーム管理者研修修了者
- 4 平成 12 年度から平成 16 年度の間に実施の痴呆介護実務者研修（基礎課程）修了者
- 5 平成 12 年度から平成 16 年度の間に実施の痴呆介護実務者研修（専門課程）修了者
- 6 平成 12 年度から平成 17 年度の間に実施の認知症介護指導者研修修了者
- 7 認知症高齢者グループホーム開設予定者研修修了者

研修プログラム

1. 会 場 〒950-1141
新潟テルサ 2階 中会議室
(新潟市中央区鐘木185-18)

2. 研修プログラム

① 講義

日 時		内 容
12 月 4 日（金）	9:00～9:10	受付・オリエンテーション
	9:10～10:40	認知症高齢者の基本的理解（医学的・心理的理解）
	10:50～11:50	地域密着型サービスの指定基準
	11:50～12:50	昼休憩
	12:50～14:10	家族の理解 高齢者との関係の理解
	14:20～15:50	地域密着型サービスの取組み
	16:00～17:30	認知症高齢者ケアのあり方
	17:30～17:50	実習オリエンテーション、1日のふりかえり

② 現場体験

〈実習期間〉

12月7日（月）～12月14日（月）のうち任意の1日間（8時間）

〈留意事項〉

- ・現場体験は、事業者や介護従業者の視点ではなく、利用者の立場から各事業所におけるケアを体験することにより、利用者にとって適切なサービス提供のあり方、サービスの質の確保等について理解することを目的としています。研修受講までに、受講生自ら実習の受け入れ先と日程を調整してください。
- ・実習施設は、自らが所属する法人内の事業所以外の（看護）小規模多機能型居宅介護事業所又は認知症対応型共同生活介護事業所が原則ですが、感染拡大防止の観点から、自らが所属する法人内の地域密着型サービス事業所でも可とします。

③ レポート提出締切 令和8年12月28日（月）必着

※ 講義及び現場体験終了後、レポート（6,000 字程度）を作成していただきます。

※ 修了証書は提出されたレポートが審査された後、交付します。

(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
(所管市町村経由)

届出者 { 印

令和 年 月 日付け高齢第 号で通知のあった下記の者に係る認知症介護研修の受講決定について、下記の理由により辞退させていただきます。

記

研修を辞退する者	氏 名	
	所属施設等	
辞退する研修の名称		
辞 退 の 理 由		