

令和7年度第1回新潟県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 募集要項

1 研修の目的・対象者

目的	利用登録者に関する居宅介護支援計画や、指定（看護）小規模多機能型居宅介護事業所における（看護）小規模多機能型居宅介護計画等を適切に作成する上で必要なサービスに係る「基準の正しい理解」「適切なサービスの提供」「利用計画作成演習」などの必要な知識・技術の習得
対象者	<p>次の①～②の要件を全て満たす方を対象とします。</p> <p>① 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。）の計画作成担当業務に従事している、又は従事する予定があること。</p> <p>② 都道府県及び指定都市が平成16年度までに実施した「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」又は都道府県及び指定都市が平成17年度以降に実施した「認知症介護実践者研修」を修了している（※1）、又は本研修の実施日までに修了できる見込みがあること（※2）。</p> <p>また、原則として新潟県内（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（新潟市内に勤務しており推薦要件に該当する方は定員に余裕がある範囲で配慮するので、新潟市地域包括ケア推進課にお問い合わせください。）。</p>

（※1） 上記②以外の研修の取扱いについては、5ページをご覧ください。

（※2） 研修実施日までに認知症介護実践者研修を修了できなかった場合、申込みは無効となり、本研修の受講はできません。

2 日程・会場

日時 令和7年 6月17日（火）・18日（水）

会場 ヴィラあかし 多目的ホール

（〒948-0036 十日町市川治4525番地）

3 受講定員

25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。

第1回計画作成担当者研修（魚沼会場）

https://apply.e-tumo.jp/pref-niigata-u/offer/offerList_detail?tempSeq=20757



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7年5月7日（水）

※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7年5月13日（火）

- (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

県が定める市町村推薦要件に該当する事業所は、受講希望申込書の該当欄で「希望します」にチェックを付してください。（詳細は6ページをご覧ください。）

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・不決定は、申込みを行った施設等に対して、5月20日（火）頃に通知する予定です。

(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 上記①以外の方を抽選で決定します。

7 受講決定者に対する事前レポートの提出について

当研修の受講決定を受けた方は、事前レポートの提出が必要です。レポート課題・提出方法・提出期限等については、申込結果通知書とともにご案内します。

8 受講費用

研修受講負担金として7,600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。

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。

「痴呆介護実務者研修」「認知症介護実践者研修」 以外の研修の取り扱いについて

1 全国認知症高齢者グループホーム協会が実施する研修

公益社団法人全国認知症グループホーム協会（以下「協会」という。）が実施した研修については、次のア、イのとおり取扱うものとします。

ア 協会が実施した次の①～③の研修を修了し、協会が交付した修了証書を所持している方については、県が実施したそれぞれの研修の修了者と同等に取り扱うものとします。

① 平成16年度 第3～6回 痴呆介護実務者研修（基礎課程）

② 平成17年度 第1～4回 認知症介護実践者研修

③ 平成21年度～ 認知症介護実践者研修

イ 協会が実施した次の研修の修了者については、県の修了認定を受けた方に限り、県が実施する研修の修了者と同等に取り扱うものとします。

平成18～20年度 認知症介護実践者研修

2 全国老人福祉施設協議会・新潟県老人福祉施設協議会が実施する研修

公益社団法人全国老人福祉施設協議会・一般社団法人新潟県老人福祉施設協議会が実施した「認知症介護実践者研修」については、県が実施した研修の修了者と同等に取り扱うものとします。

3 「痴呆性老人処遇技術研修」

「痴呆性老人処遇技術研修」は、「痴呆性介護実務者研修（基礎課程）」「認知症介護実践者研修」と同等と認められません。従って、当研修の受講には、改めて「認知症介護実践者研修」の受講が必要です。

市町村の受講推薦について

事業所からの本研修の受講の申込みにあたり、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することとします。

1 推薦の希望の有無

事業所は、以下の要件に該当する場合、申込書の「6 市町村から県への推薦希望の有無」で「希望します（推薦要件該当）」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、受講申込みを行う事業所が以下「事業所に係る推薦要件」の①～③のいずれかに該当し、かつ受講申込者が以下「受講者に係る推薦要件」Ⅰ～Ⅱの全てに該当する場合です。

<事業所に係る推薦要件>

- 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、事業所に計画作成担当者として勤務することが決定している場合（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）

<受講者に係る推薦要件>

- Ⅰ 介護支援専門員の資格を取得済みであるか、または取得見込みであること。
- Ⅱ 同一事業所からの受講者推薦は1名とすること。

研修日程・プログラム

1 日程 令和7年6月17日（火）・18日（水）

2 会場 〒948-0036 十日町市川治4525番地
ヴィラあかし 多目的ホール

3 研修プログラム

日	時	内 容
6月17日 (1日目)	9:30~9:55	受付
	10:00~10:10	開講挨拶・オリエンテーション
	10:10~11:10	総論・小規模多機能ケアの視点
	11:20~12:20	ケアマネジメント論
	12:20~13:20	昼休憩
	13:20~14:20	地域生活支援
	14:30~15:30	チームケア
	15:40~16:40	居宅介護支援計画作成の実際（1）
6月18日 (2日目)	9:30~9:55	受付
	10:00~12:00	居宅介護支援計画作成の実際（2）
	12:00~13:00	昼休憩
	13:00~15:00	居宅介護支援計画作成の実際（2）続き
	15:10~16:10	居宅介護支援計画作成の実際（3）
	16:10~16:40	閉講式・修了証授与

※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		