

高 齢 第 5 3 9 号
新地包ケ第426号の1
令和8年7月2日

一般社団法人 新潟県医師会
会長 堂前 洋一郎 様

新潟県福祉保健部高齢福祉保健課長
新潟市福祉部地域包括ケア推進課長

令和8年度 新潟県・新潟市 病院以外の看護師等認知症対応力向上研修の 開催にかかる周知について（お願い）

日頃より、福祉保健行政に御協力いただき、厚く御礼申し上げます。

このたび、新潟県と新潟市では、認知症者の早期発見・早期対応の体制整備を進めるため、昨年度に引き続き、標記研修を別添開催要領のとおり開催することと致しました。

つきましては、御多忙のところ大変恐縮ですが、貴会員及び郡市医師会員への周知について、御協力くださいますようお願い申し上げます。

記

- 1 開催日時 令和8年9月29日（火）午後1時15分 から 午後3時15分
- 2 実施方法 Zoom によるオンライン
- 3 内 容 別紙開催要領・プログラムをご覧ください。

【新潟市】

担当：新潟市福祉部地域包括ケア推進課 本田
電話：025-226-1281 F A X：025-222-5531

【新潟県】

担当：新潟県福祉保健部高齢福祉保健課
在宅福祉班 佐藤
電話：025-280-5192 F A X：025-280-5229

令和8年度新潟県・新潟市病院勤務以外の看護師等 認知症対応力向上研修 開催要領

1 目 的

高齢者と日頃から接することが多い、病院以外(診療所、訪問看護ステーション、介護保険施設等)に勤務する方に対し、認知症の人や家族を支えるために必要な基本知識や認知症ケアの原則、医療と介護の連携の重要性等の知識について修得するための研修を実施することにより、認知症の疑いのある人に早期に気づき、地域における認知症の人への支援体制構築の担い手となることを目的とする。

2 実施主体

新潟県福祉保健部高齢福祉保健課・新潟市福祉部地域包括ケア推進課

3 対 象

新潟県内の病院以外(診療所、訪問看護ステーション、高齢者施設等)に勤務する看護師等(※介護職の方は、別途介護職向けの研修が開催されているため対象外とします。)

4 日 時

令和8年9月29日(火) 午後1時15分 から 午後3時15分

5 実施方法

オンライン(Zoom ミーティングを使用)

6 内 容

別添プログラムのとおり

7 講 師

認知症看護認定看護師 小林 晃子氏

認知症看護認定看護師 清水 博美氏 (新発田リハビリテーション病院)

8 定 員

Zoom に接続する端末数の上限を 280 台とします

(※同施設から複数名参加を希望される場合は、接続端末数は1台としてください。)

9 受講料

無料

<申請用二次元コード>

10 申込み

「新潟市オンラインシステム」(二次元コードからアクセス)により、申込期間内に申込みください。

各施設で参加者を取りまとめの上、お申込みください。

申込受付期間:7月10日(金) から 7月26日(日)



11 受講決定

定員を超える申込みがあった場合には、先着順で受講者を決定し、8月7日(金)までに申込担当者宛てに E-mail により連絡します。

なお、申込者数が定員内であった場合は、特段連絡いたしませんので、御了承ください。

12 修了証書の交付

全ての講義を受講し、アンケートを提出した方に対して、後日により修了証書を交付します。
なお、過年度に受講済みである方には修了証書は発行いたしません。

※受講確認の方法については、研修当日ご案内します。

13 研修資料等の送付

受講者の方には、9月18日(金)までに、Zoom の招待情報(ログイン ID とパスワード)と研修資料をお送りします。期日を過ぎても届かない場合は問合せ先までご連絡ください。

14 本研修に係る問合せ先

・新潟市に所在する施設の方

新潟市福祉部地域包括ケア推進課 電話:025-226-1281

・新潟市以外に所在する施設の方

新潟県福祉保健部高齢福祉保健課 電話:025-280-5192

**令和8年度新潟県・新潟市病院勤務以外の看護師等向け認知症対応力向上研修
研修プログラム**

日 時: 令和8年9月29日(火) 午後1時15分 から 午後3時15分
実施方法: オンライン(Zoom ミーティング)

時間	区分	研修内容	担当講師
1 時 15 分	開会挨拶		
1 時 20 分 から 1 時 25 分	オリエンテーション	・受講上の留意点等について説明	
1 時 25 分 から 1 時 45 分	I 基本的知識 (20 分)	・研修の目的・意義（共生社会の実現を推進するための認知症基本法、認知症施策） ・認知症とは（症状や原因疾患、診断と治療、認知症の経過等） ・認知症の危険因子・予防	清水 博美氏
1 時 45 分 から 2 時 55 分	II 地域における 実践編(70 分)	・認知症ケアの基本（本人視点の重視等） ・認知症の人の意思決定支援について ・認知症の人とのコミュニケーションの基本 ・アセスメントのポイント ・認知症に伴う行動・心理症状（B P S D）への対応の基本 ・家族・介護者への支援 ・多職種連携の意義と実際	小林 晃子氏
2 時 55 分 から 3 時 5 分	III 社会資源等 (10 分)	・認知症施策の全体像 ・認知症の人への支援の仕組み ・認知症の人への支援に関する主な制度等	清水 博美氏
3 時 5 分 から 3 時 15 分	質疑応答 事務連絡		

令和8年度 病院勤務以外の看護師等 認知症対応力向上研修

診療所、訪問看護ステーション、介護保険施設などに勤務する看護師等の皆様が認知症の人や家族を支えるために必要な基本知識や認知症ケアの原則、医療と介護の連携の重要性等の知識について修得するための研修を実施します。

Zoomによる
WEB開催

日時

令和8年 9月29日（火）
午後1時15分 ～ 午後3時15分

研修プログラム・講師

I. 基本的知識

- ・ 認知症の症状や原因疾患、経過
- ・ 認知症の危険因子、予防

III. 社会資源等

- ・ 認知症施策の全体像
- ・ 認知症の人への支援の仕組み
- ・ 認知症の人への支援に関する主な制度

講師：新発田リハビリテーション病院 認知症看護認定看護師
清水 博美 氏

II. 地域における実践

- ・ 認知症ケアの基本、認知症の人の意思決定支援
- ・ 認知症の人とのコミュニケーションの基本、アセスメントのポイント
- ・ BPSD対応の基本、家族・介護者への支援、多職種連携の意義と実際

講師：認知症看護認定看護師
小林 晃子 氏

方法

Zoomによるオンライン開催

対象者

診療所、訪問看護ステーション、高齢者施設などに勤務する看護師等
（※介護職の方は、別途介護職向けの研修を受講ください。）

申込み

裏面の申込方法をご覧ください（参加費無料）

備考

修了者には修了証書を発行します

【お問合せ】

新潟市福祉部地域包括ケア推進課 TEL:025-226-1281
新潟県福祉保健部高齢福祉保健課 TEL:025-280-5192

申込方法のご案内

【開催方法・定員】

○Zoomを利用したオンライン形式。先着順で受付します。

※Zoom接続する端末数の上限を280台とします。

同施設から複数名参加を希望される場合は、接続端末数は1台としてください。

【申込受付期間】

令和8年7月10日（金）から 7月26日（日）

【申込方法】

「新潟市オンライン申請システム」に
ユーザー登録を行い、右の二次元コードより、
各施設で参加者を取りまとめのうえ、
お申込みください。

[申請用二次元コード]



■ 定員超過の場合は先着順で受講者を決定し、**8月7日（金）まで**に申込担当者様へ
E-mailにより連絡します。なお、申込者が定員内であった場合には、特段の連絡は
いたしませんので、御了承ください。

■ 受講者の方には、**9月18日（金）まで**に、Zoomの必要情報（ID、パスワード）と
研修資料をお送りします。

※期日を過ぎても届かない場合はお問い合わせ先までご連絡ください。

【開催時の留意事項】

- ・ 開催当日、30分前からZoomへの入室が可能となります。
- ・ 参加者の名前は、必ず「所属名（診療所・事業所名等）」に設定してください。
- ・ 講演内容の録音、録画、資料の無断転用は禁止とします。
- ・ 講演中は、マイクをミュートにし、ビデオを停止したうえでご覧ください。
- ・ 講演内容の録画も行います。あらかじめご了承ください。

令和8年度 病院勤務以外の看護師等 認知症対応力向上研修 申込フォーム

日時：令和8年9月29日（火） 午後1時15分から午後3時15分

方法：Zoomによるオンライン開催

対象：病院以外（診療所、訪問看護ステーション、高齢者施設等）に勤務する方

※介護職の方は、別途介護職向けの研修を受講ください。

申込担当者氏名 必須

申込担当者のお名前を記入ください。

必要に応じ、連絡をさせていただく場合があります。

姓

名

申込担当者所属（施設）名 必須

（入力例）△△内科医院 訪問看護ステーション▲▲ など

施設所在住所（郵便番号検索） 必須

郵便番号（ハイフンなし）

住所を検索する

都道府県

市区町村

町名・番地・建物名・部屋番号

申込担当者電話番号（ハイフンなし） 必須

申込担当者メールアドレス 必須

ミーティングIDなど、必要情報を送付しますので、パソコンのアドレスを入力してください。

※「houkatsucare@city.niigata.lg.jp」からのメールを受信できるように設定してください。

メールアドレス

メールアドレス（確認）

受講者（1人目）

受講者（1人目）の氏名 必須

姓

名

受講者（1人目）の氏名（カナ） 必須

姓（カタカナ）

名（カタカナ）

受講者（1人目）の生年月日 必須

修了証書の発行に必要なため、記入をお願いします。（公開はされません）

年

月

日

受講者（1人目）の職種

受講者（1人目）の職種を下記から選択してください。

選択解除

- ☐ 看護師・准看護師
- ☐ 理学療法士
- ☐ 作業療法士
- ☐ その他

受講者（1人目）の現職経験年数 必須

（入力例）3年5か月 12年 など期間を入力してください。

受講者（1人目）の本研修受講歴 必須

これまでに本研修を受講している場合は「あり」としてください。
初めて受講される場合は「なし」としてください。

選択解除

- ☐ あり
☐ なし

受講者（2人目）

受講者（2人目）の氏名

姓

名

受講者（2人目）の氏名（カナ）

姓（カタカナ）

名（カタカナ）

受講者（2人目）の生年月日

修了証書の発行に必要となるため、記入をお願いします。（公開はされません）

年

選択してください

月

選択してください

日

選択してください

受講者（2人目）の職種

受講者（2人目）の職種を下記から選択してください。

[選択解除](#)

- ☐ 看護師・准看護師
- ☐ 理学療法士
- ☐ 作業療法士
- ☐ その他

受講者（2人目）の現職経験年数

（入力例）3年5か月 12年 など期間を入力してください。

受講者（2人目）の本研修受講歴

これまでに本研修を受講している場合は「あり」としてください。
初めて受講される場合は「なし」としてください。

[選択解除](#)

- ☐ あり
- ☐ なし

受講者（3人目）

受講者（3人目）の氏名

姓

名

受講者（3人目）の氏名（カナ）

姓（カタカナ）

名（カタカナ）

受講者（3人目）の生年月日

修了証書の発行に必要なため、記入をお願いします。（公開はされません）

年

月

日

受講者（3人目）の職種

受講者（3人目）の職種を下記から選択してください。

[選択解除](#)

- ☐ 看護師・准看護師
- ☐ 理学療法士
- ☐ 作業療法士
- ☐ その他

受講者（3人目）の現職経験年数

（入力例）3年5か月 12年 など期間を入力してください。

受講者（3人目）の本研修受講歴

これまでに本研修を受講している場合は「あり」としてください。
初めて受講される場合は「なし」としてください。

選択解除

- ☐ あり
☐ なし

受講者（4人目）

受講者（4人目）の氏名

姓

名

受講者（4人目）の氏名（カナ）

姓（カタカナ）

名（カタカナ）

受講者（４人目）の生年月日

修了証書の発行に必要となるため、記入をお願いします。（公開はされません）

年

選択してください

月

選択してください

日

選択してください

受講者（４人目）の職種

受講者（４人目）の職種を下記から選択してください。

選択解除

- ☐ 看護師・准看護師
- ☐ 理学療法士
- ☐ 作業療法士
- ☐ その他

受講者（４人目）の現職経験年数

（入力例）３年５か月　１２年　など期間を入力してください。

受講者（４人目）の本研修受講歴

これまでに本研修を受講している場合は「あり」としてください。
初めて受講される場合は「なし」としてください。

選択解除

- ☐ あり
- ☐ なし

受講者（5人目）

受講者（5人目）の氏名

姓

名

受講者（5人目）の氏名（カナ）

姓（カタカナ）

名（カタカナ）

受講者（5人目）の生年月日

修了証書の発行に必要なため、記入をお願いします。（公開はされません）

年

月

日

受講者（5人目）の職種

受講者（5人目）の職種を下記から選択してください。

[選択解除](#)

- ☐ 看護師・准看護師
- ☐ 理学療法士
- ☐ 作業療法士
- ☐ その他

受講者（５人目）の現職経験年数

（入力例）３年５か月　１２年　など期間を入力してください。

受講者（５人目）の本研修受講歴

これまでに本研修を受講している場合は「あり」としてください。
初めて受講される場合は「なし」としてください。

選択解除

- ☐ あり
☐ なし

日常業務で困っていること

日常業務において認知症の方への対応で困っていることがあれば、具体的に記入してください。

※講義の中で回答できる場合もあります。

※施設単位で取りまとめのうえ記入してください。

研修受講上の留意点 必須

１施設から複数名参加を希望する場合は、Zoomに接続する端末は１台とすることについて、御了承ください。

受講上の留意点に了承いただける場合は、下記にチェックを入れてください。

- ☐ 受講上の留意点を読み、了承しました。

次へ進む

戻る