

## 令和6(2024)年度 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修実施要領

### 第1 研修の目的

研修は、病院勤務の医師、看護師等の医療従事者に対し、認知症の人や家族を支えるために必要な基本知識、医療と介護の連携の重要性及び認知症ケアの原則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、病院での認知症の人の手術、処置等の適切な実施を図ることを目的とする。

### 第2 研修の実施

研修は、栃木県が実施するものとし、3か所の医療機関(別紙)の会議室等を利用して開催するものとする。

なお、研修日時は派遣される講師と調整の上、決定するものとする。

### 第3 研修の対象者

研修の対象者は、栃木県内の病院で勤務する医師、看護師等の医療従事者とする。

### 第4 研修の内容

別紙1「研修カリキュラム」のとおりとする。

### 第5 実施時期

令和6(2024)年9月～11月

### 第6 研修受講費用

無料

### 第7 修了証書の交付

研修修了者に対し、別紙2により修了証書を交付する。

### 第8 修了者の登録

研修修了者の情報について、実施医療機関名簿を作成し各市町村及び地域包括支援センターへ配布するものとする。

また、研修を実施した医療機関について、医療機関の同意を得た上で、「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修を実施した医療機関」として、栃木県ホームページにおいて公表する。

### 第9 申込方法

別紙3「令和6(2024)年度病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修参加申込書」に必要事項を記入の上、開催の1週間前までに、栃木県保健福祉部高齢対策課地域支援担当宛て、メールにより提出するものとする。

### 第10 申込み・問い合わせ先

〒320-8501 宇都宮市埜田1-1-20

栃木県保健福祉部高齢対策課 地域支援担当

TEL: 028-623-3148

FAX: 028-623-3058

E-mail: chiikishien@pref.tochigi.lg.jp

(別紙1)  
研修カリキュラム

		研 修 内 容
目的 (15分)	ねらい	認知症の人の視点で、認知症ケアに求められていることを理解する
	到目 達標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 研修の目的を理解する</li> <li>2 認知症の人の視点で、対応への課題を理解する</li> <li>3 認知症の人を取り巻く施策等について理解する</li> </ol>
	主内 内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・共生社会の実現を推進するための認知症基本法</li> <li>・認知症施策</li> <li>・本人の視点を重視したアプローチ</li> <li>・入院する認知症の人に起こっていること</li> <li>・一般病院の医療従事者に期待される役割</li> </ul>
対応力 (60分)	ねらい	認知症を理解し、入院中の対応の基本を習得する。
	到目 達標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 認知症の特徴を理解する</li> <li>2 入院生活における認知症の人の行動の特徴を理解し、対応方法について習得する</li> </ol>
	主内 内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の人の理解</li> <li>・認知症の病型、症状、経過</li> <li>・治療と非薬物療法</li> <li>・認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）への対応</li> <li>・せん妄への対応・認知症ケアの基本</li> <li>・家族・介護者への支援</li> <li>・認知症の人の意思決定支援について</li> </ul>
連携等 (15分)	ねらい	院内・院外の多職種連携の意義を理解する
	到目 達標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 多職種連携の意義とメリットを理解する</li> <li>2 院内・院外で多職種連携する必要性について理解する</li> <li>3 多職種で行うカンファレンスの要点を理解する</li> </ol>
	主内 内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携の定義と展開過程</li> <li>・各医療従事者の院内連携上の役割</li> <li>・入院時・退院時カンファレンスで確認・検討すべき内容や課題</li> <li>・認知症の人を支える様々な仕組み</li> </ul>

(別紙2)

第 号

修 了 証 書

氏 名

生年月日 年 月 日

あなたは、厚生労働省が定める病院勤務の医療従事者向け認知症対応力  
向上研修を修了したことを証します

年 月 日

栃木県知事

(別紙3)

令和6(2024)年度病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修参加申込書

病院名	
担当者名	
電話番号	

番号	氏名	生年月日	職種
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

(備考)

必要に応じて欄を追加してください。

## 別紙

No	会場	住所
1	医療法人英心会 倉持病院	321-0112 宇都宮市屋板町 400 - 1
2	財団医療法人十全会 上野病院	320-0816 宇都宮市天神二丁目 2 - 15
3	学校法人国際医療福祉大学 国際医療福祉大学塩谷病院	329-2145 矢板市富田 77 番地