

平成29年度熊本県市病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修等 実施要項

1 趣旨

この要項は、本県における病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修等の取扱いを定めるものであり、「認知症地域医療支援事業の実施について」（平成28年3月31日老発第0331第7号。以下、「厚生労働省通知」という。）に定めるもののほか、本要項に定めるところによる。

2 実施主体等

本事業は、熊本県及び熊本市が主体となって実施する。また、3（4）については、熊本県が熊本県看護協会に委託する。

3 事業内容

（1）認知症対応推進医師（くまもとオレンジドクター）及び認知症対応推進看護師（くまもとオレンジナース）養成研修（以下、「ステップ1研修」という。）

① 実施内容

病院内において、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修を行う医師、看護師を養成するため、下記（表1）の内容の研修を実施する。

また、本研修により養成された医師を「認知症対応推進医師（くまもとオレンジドクター）」、看護師を「認知症対応推進看護師（くまもとオレンジナース）」と称する。

併せて、認知症対応推進医師（くまもとオレンジドクター）、認知症対応推進看護師（くまもとオレンジナース）が自病院において実施する病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修を、「病院単位研修」と称する。

（表1）

医療研修	<ul style="list-style-type: none">・ 管理者としての役割・ 病院の対応方針・ 認知症医療（特徴と対応、認知症とせん妄の違い、等）・ 事例検討
総合研修	<ul style="list-style-type: none">・ 認知症の方への対応・ コミュニケーション、せん妄、転倒への対応・ 介護施設における認知症対応・ 病院、施設間での情報共有・ 認知症の人の家族の声・ 事例検討

※上記の内容を、3日間の日程で実施する。

② 研修対象者

【医師】

次のすべての要件を満たす者とする。

ア 受講看護師の所属する病院に勤務する管理者クラスの医師

イ 研修のうち、少なくとも医療研修部分を受講できる者

ウ 研修修了後に、病院単位研修を実施し、または病院単位研修においてその病院での認知症への対応方針を示すことができる者

【看護師】

次のすべての要件を満たす者とする。

ア 熊本県内の病院に勤務する、実務経験5年以上の看護師（師長、主任を含む。）

イ 研修の全日程（3日間）を受講できる者

ウ 研修修了後に、病院単位研修を講師となって実施できる者

※研修受講者については、熊本県医師会とも協議のうえ決定するものとする。

（2）病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修（以下、「ステップ2研修」という。）

① 実施内容

各医療従事者に、その認知症に対応するための能力を向上させるために必要な知識及び技術を修得させるため、下記の研修を行う。

ア 病院単位研修

認知症対応推進医師（くまもとオレンジドクター）及び認知症対応推進看護師（くまもとオレンジナース）を講師とし、実施計画等を作成し、その所属する病院内で実施するものとする。

イ 集合研修

実施主体が、認知症看護認定看護師等を講師として実施する。日時や場所については、開催時に別途定めるものとする。

② 研修対象者

熊本県内の病院に勤務する医師、看護師等の医療従事者とする。

③ その他

病院単位研修を実施する認知症対応推進医師（くまもとオレンジドクター）または認知症対応推進看護師（くまもとオレンジナース）は、研修の計画を（様式1-1）により提出し、研修実施後、その結果を（様式1-2）及び（様式1-3）により県又は市に報告するものとする。

（3）認知症対応推進看護師（くまもとオレンジナース）フォローアップ研修

① 実施内容

研修対象者に対して、認知症看護に関する最新の実践的な知識及び技術を習得させ、病院単位研修等でその知識を還元させるために研修を行う。

② 研修対象者

平成28年度に、ステップ1研修を修了した看護師等とする。

(4) 看護職員認知症対応力向上研修（マネジメント編）

① 実施内容

マネジメント（人員、環境、情報管理等）の実践的な対応方法及び教育技能を習得させるため、研修を行う。

② 研修対象者

過年度に、ステップ1研修を修了した看護師とする。

4 受講者の募集等

3（1）～（4）の受講者の募集及び決定方針については、別途定める。

5 研修修了者への修了証書の交付

実施主体の長は、3（1）～（4）の研修修了者についての名簿を作成し、管理する。

また、3（1）については（様式2-1）及び（様式2-2）による修了書と、修了者の属する病院に対し（様式2-3）による修了証書を、3（4）については（様式3）による修了証書をそれぞれ交付する。併せて、3（2）については、研修修了者に対し、修了を証するものを配付する。

なお、3（3）については、修了証は交付しない。

6 その他

この要項に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修

研修実施予定日の**2週間前まで**にFAXをお願いします。

熊本市内の医療機関

→ 熊本市高齢介護福祉課 FAX : 096-327-0855

熊本市以外の医療機関

→ 県認知症対策・地域ケア推進課 FAX : 096-384-5052

病院単位研修 計画書

【医療機関情報】

医療機関名		電話番号	
所在地	〒	くまもとオレンジナース 氏名	
		医療従事者総数	人

【実施計画】

	第1回目	第2回目	第3回目	第4回目
実施日	平成 年 月 日 (曜日)			
実施時間 (全90分)	時 分から 時 分まで	時 分から 時 分まで	時 分から 時 分まで	時 分から 時 分まで
受講者数 (見込み)	名	名	名	名
分割実施 (2分割して実施する際は、○を付けてください)	前半・後半	前半・後半	前半・後半	前半・後半

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修

研修実施後、**2週間以内**にFAXをお願いします。

熊本市内の医療機関

→ 熊本市高齢介護福祉課 FAX : 096-327-0855

熊本市以外の医療機関

→ 県認知症対策・地域ケア推進課 FAX : 096-384-5052

病院単位研修 実績報告書

【医療機関情報】

医療機関名		電話番号	
所在地	〒	くまもとオレンジナース 氏名	
		医療従事者総数	人

【実施計画】

	第1回目	第2回目	第3回目	第4回目
実施日	平成 年 月 日 (曜日)			
実施時間 (全90分)	時 分から 時 分まで	時 分から 時 分まで	時 分から 時 分まで	時 分から 時 分まで
受講者数	名	名	名	名
分割実施 (2分割して実施する際は、○を付けてください)	前半・後半	前半・後半	前半・後半	前半・後半

*分割実施した場合には、前半後半両方を受講した方が修了者となりますので、ご注意ください。

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 病院単位研修 受講者名簿

医療機関名： _____

番号	受講者氏名	ふりがな	職種	職名
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

本紙は、 _____ 枚中 _____ 枚目

(様式2-1)

第<修了番号>号

修了証書

氏名 <医師名>

生年月日<生年月日>

あなたは熊本県及び熊本市が実施する
認知症対応推進医師(くまもとオレンジドク
ター)養成研修を修了したことを証します

平成 年 月 日

<実施主体の長>

(様式2-2)

第<修了番号>号

修了証書

氏名 <看護師名>

生年月日<生年月日>

あなたは熊本県及び熊本市が実施する
認知症対応推進看護師(くまもとオレンジ
ナース)養成研修を修了したことを証します

平成 年 月 日

<実施主体の長>

(様式2-3)

第<修了番号>号

くまもとオレンジドクター及び
くまもとオレンジナースがいる
病院証明書

<病院名>

貴病院は認知症対応推進医師(くまもと
オレンジドクター)及び認知症対応推進
看護師(くまもとオレンジナース)を養成し
病院内において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する
病院であることを証します

平成 年 月 日

<実施主体の長>

(様式3)

第<修了番号>号

修了証書

氏名 <看護師名>

生年月日<生年月日>

あなたは厚生労働省が定める看護職員
認知症対応力向上研修を修了したことを
証します

平成 年 月 日

<実施主体の長>