

大阪市「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」
医療機関実施型研修マニュアル



大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課
平成30年8月作成
令和4年4月改正版

大阪市「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」
医療機関実施型研修マニュアル
目次

目次	・・・・・・・・・・	1
I 「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」について		
1 目的	・・・・・・・・・・	2
2 対象	・・・・・・・・・・	2
3 内容	・・・・・・・・・・	2～3
II 医療機関実施型研修について		
1 基本的事項		
（1）対象	・・・・・・・・・・	4
（2）研修カリキュラム	・・・・・・・・・・	4
（3）受講料	・・・・・・・・・・	4
（4）研修後の対応について	・・・・・・・・・・	5
2 実施方法		
（1）実施フロー	・・・・・・・・・・	6
（2）実施手順		
①研修実施計画書の提出	・・・・・・・・・・	7
②研修実施確定通知書の送付	・・・・・・・・・・	7
③研修実施	・・・・・・・・・・	7
④研修実施報告書の提出	・・・・・・・・・・	8
⑤研修実施証明書及び修了証書の交付	・・・・・・・・・・	8
⑥大阪市ホームページへ研修実施状況の掲載	・・・・・・・・・・	8
⑦病院における研修実施情報の広報について	・・・・・・・・・・	8
（3）必要書類様式等	・・・・・・・・・・	9
（4）事務局（お問い合わせ）	・・・・・・・・・・	9

I 「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」について

1 研修の目的

全国の認知症高齢者数は平成 30 年には 500 万人を超え、65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人が認知症と見込まれており、令和 7 年には、認知症高齢者数は約 700 万人になると見込まれ、高齢者に対する割合は約 5 人に 1 人に上昇すると考えられています。

認知症高齢者の増加に伴い、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わりが多い医療従事者には認知症への対応力が求められているため、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や、医療と介護の連携の重要性、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、一般病院等での認知症の人の手術や処置等の適切な実施の確保を図ることを目的としています。

2 対象

市内の病院で勤務する医師、看護師等の医療従事者

3 内容

研修受講者に対し、厚生労働省老健局長通知「認知症地域医療支援事業の実施について」（令和 4 年 4 月 18 日 老発 0 4 1 8 第 10 号）の第 3 で定められた（別記 2）標準的なカリキュラム



(別記2) 標準的なカリキュラム

		研 修 内 容
I 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
	到達 目標	1 研修の目的を理解する 2 認知症の人の視点で、対応への課題を理解する 3 認知症の人を取り巻く施策等について理解する
	主な 内容	<ul style="list-style-type: none"> • 認知症を取り巻く施策（認知症施策推進大綱等） • 本人の視点を重視したアプローチ • 入院する認知症の人に起こっていること • 一般病院の医療従事者に期待される役割
II 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
	到達 目標	1 認知症の特徴を理解する 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
	主な 内容	<ul style="list-style-type: none"> • 認知症の病型、症状、経過 • 治療薬と薬物以外の療法とケア • 介護者への支援 • 認知症の人の理解 • 認知症の人の意思決定の支援について • 認知症ケアの基本 • BPSDへの対応 • せん妄への対応
III 連携等 (15分)	ねらい	院内・院外が多職種連携の意義を理解する
	到達 目標	1 多職種連携の意義とメリットを理解する 2 院内・院外で多職種連携する必要性について理解する 3 多職種で行うカンファレンスの要点を理解する
	主な 内容	<ul style="list-style-type: none"> • 連携の定義と展開過程 • 各医療従事者の院内連携上の役割 • 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 • 認知症の人を支える様々な仕組み

Ⅱ 医療機関実施型研修について

1 基本的事項

(1) 対象

研修対象者は、原則として研修開催の病院に所属する医療従事者であり、認知症に限らない一般診療科の多職種（医師、看護師、薬剤師、栄養士、PT、OT、相談職等）です。

自施設以外の医療関係従事者を対象とする場合は研修実施計画書に記載してください。（記載方法は「研修実施計画書（様式第1号）」の記載例を参照。）

(2) 研修カリキュラム

研修カリキュラムは、原則として厚生労働省の定める標準的なカリキュラムに基づき、厚生労働省の指定教材（講義スライド、動画）を使用します。スライドには講師用原稿が記載されていますので、その原稿を基に講演することで標準的なカリキュラムを実施することができます。講師は一人で担当されても、多職種で分担されても構いません。

標準的なカリキュラムに加え、追加内容がある場合は研修資料等を作成の上、事前に大阪市福祉局地域包括ケア推進課へ報告してください。

各種資料等は次のホームページから取得することができます。（※地域活性化協同組合フロンティアは厚生労働省老人保健健康増進等事業を受託し、本研修教材等を作成しています。）

■ 地域活性化協同組合フロンティア

【医療従事者の認知症に関する研修の教材開発に関する調査研究事業】

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修教材

<https://frontier-rc.org/ninnchisyoutaiou.html>

(3) 受講料

研修開催にかかる受講料は無料とします。

(4) 研修後の対応について

(ア) 実施された病院宛てに「研修実施証明書（様式第6号）」が交付されます

(イ) 受講者ごとに「修了証書（様式第7号）」が交付されます

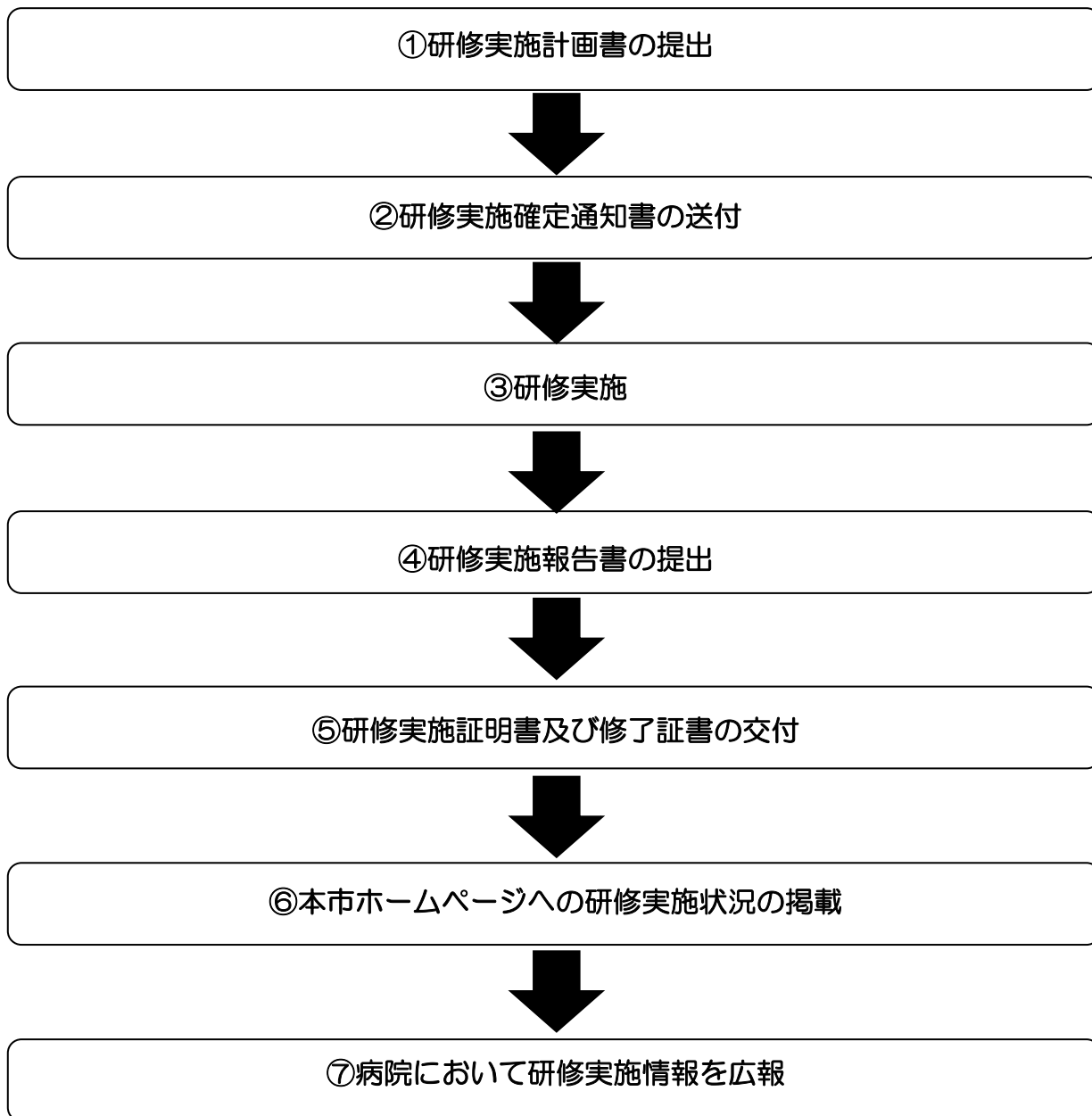
(ウ) 大阪市のホームページに本研修を実施した病院名・修了者数を掲載します

(エ) その他

実施された病院の広報活動に本研修の実施情報等をご活用ください

2 実施方法

(1) 研修実施フロー



(2) 実施手順

①研修実施計画書の提出

研修実施を希望する病院は「研修実施計画書（様式第1号）」をメールにて、件名に“大阪市「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」実施申込”と記載の上、“福祉局地域包括ケア推進課”宛て送付してください。記載方法は記載例を参考にしてください。提出期限は研修実施予定日の2週間前です。

（電子メール： fa0266@city.osaka.lg.jp）

【独自資料使用時の注意点】

厚生労働省の指定教材（5ページ参照）に加え、独自に作成した教材を使用する場合は研修実施計画書と併せて教材資料を提出してください。

※教材資料を計画書提出時に添付できない場合は、その旨と提出予定日を計画書の備考欄に記載してください。

※独自教材を使用する場合であっても厚生労働省の定める標準的カリキュラムは必ず実施してください。

②研修実施確定通知書の送付

福祉局地域包括ケア推進課において提出された計画書を確認し、承認後、「研修実施確定通知書（様式第2号）」を返送します。併せて、パスワードを設定した「研修受講者名簿（様式第5号）」を研修担当者宛てメールで送付します。（個人情報保護の観点から、パスワードを設定しています。）

③研修実施

研修実施計画書に基づき、研修を実施してください。実施時は受講者氏名を集約してください。また、受講者へ「修了証書交付にかかる確認書（様式第4号）」を配付し、修了証書の発行を希望する受講者に必要事項を記載してもらい、集約してください。集約後、「研修受講者名簿（様式第5号）」を作成してください。その際に、研修担当者宛て送付したパスワードを設定した名簿を使用してください。

【Webを活用した研修時の注意点】

厚生労働省の指定教材（5ページ参照）を使用し、Webを活用した研修での実施も可能です。Webを活用した研修の際も受講者の確認、集約は必ず実施してください。

④研修実施報告書の提出

研修を実施した病院は研修終了後、1週間以内に「研修実施報告書（様式第3号）」をメールにて、件名に“大阪市「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」実施報告”と記載の上、“福祉局地域包括ケア推進課”宛て送付してください。記載方法は記載例を参考にしてください。

（電子メール： fa0266@city.osaka.lg.jp）

【個人情報の取扱いについて】

個人情報保護の観点から、個人情報漏洩がないよう十分注意してください。

⑤研修実施証明書及び修了証書の交付

福祉局地域包括ケア推進課において提出された研修実施報告書・研修受講者名簿を確認後、「研修実施証明書（様式第6号）」、「修了証書（様式第7号）」及び「修了証書交付者名簿（様式第8号）」を研修担当者宛て一括して郵送しますので、修了証書は受講者へ交付してください。

⑥本市ホームページへの研修実施状況の掲載

実施した病院から提出された実施報告書を基に、病院名及び修了者数等を本市ホームページに掲載します。

【本市ホームページに掲載する事項】

・病院名 ・実施日 ・実施場所 ・受講者数

⑦病院における研修実施情報の広報について

「実施証明書（様式第6号）」及び「修了証書（様式第7号）」が送付された後、実施された病院の広報活動に本研修の実施情報等をご活用ください。

(3) 必要書類様式等

研修実施に伴う各種書類は次のとおりです。

- 研修実施計画書（様式第 1 号）
- 研修実施確定通知書（様式第 2 号）
- 研修実施報告書（様式第 3 号）
- 修了証書にかかる確認書（様式第 4 号）
- 研修受講者名簿（様式第 5 号）
- 研修実施証明書（様式第 6 号）
- 修了証書（様式第 7 号）
- 修了証書交付者名簿（様式第 8 号）

(4) 事務局（お問い合わせ）

住所 : 〒530-8201 大阪市北区中之島 1-3-20 2階
 : 大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課

電話 : 06-6208-8051

ファックス : 06-6202-6964

電子メール : fa0266@city.osaka.lg.jp

【様式第1号】

大阪市「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」（医療機関実施型研修）

研修実施計画書

提出先は【大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課】です。件名に【大阪市「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」実施申込】と記載の上、メールにて fa0266@city.osaka.lg.jp 宛て送付してください。

提出日	年 月 日	ふりがな		
		医療機関名		
所在地	(〒 -)			
医療従事者数 (非正規職員を含む)	人	受講予定者数	約 人	
研修担当者名		連絡先	電話番号	
			メール	
開催予定日	年 月 日	AM	~	AM
		PM	:	PM
開催方法	あてはまるものどちらかに○をつけてください。 集合型の講義形式 ・ Webを活用 ※1 ※1 Webを活用 の場合は、下の備考欄に開催方法の詳細を記載してください。			
会場住所	(〒 -)		会場名	
使用教材	あてはまるものどちらかに○をつけてください。 指定教材のみ ・ 独自作成教材あり ※2 ※2 独自作成資料を使用する場合、本書に資料を1部添付してください。			
研修カリキュラム	あてはまるものどちらかに○をつけてください。 標準的カリキュラムのみ ・ 追加あり ※3 ※3 追加あり の場合は下欄に内容・時間配分等を記載してください。			
カリキュラム追加事項 ※3	①	追加箇所		
		内容	時間配分	: ~ : ()分
	②	追加箇所		
		内容	時間配分	: ~ : ()分
講師	①	職種	所属部署	役職
		氏名		担当
	②	職種	所属部署	役職
		氏名		担当
	③	職種	所属部署	役職
		氏名		担当
	④	職種	所属部署	役職
		氏名		担当
備考				

【注意事項】 使用教材にて独自作成資料を回答された場合、本書提出の際に資料を一部添付してください。

添付資料を後日、提出される場合は、その旨と提出予定日を備考欄に記載してください。

大阪市「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」(医療機関実施型研修)

研修実施計画書

提出先は【大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課】です。件名に【大阪市「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」実施申込】と記載の上、メールにて fa0266@city.osaka.lg.jp 宛て送付してください。

提出日	〇〇年10月10日	ふりがな 医療機関名	いりょうほうじん 〇〇びょういん 医療法人 〇〇病院				
所在地	(〒123-4567) 大阪市北区中之島1丁目2番3号						
医療従事者数 (非正規職員を含む)	50人	受講予定者数	約	20人			
研修担当者名	◇◇ ◇◇	連絡先	電話番号	06-1234-5678			
			メール	osaka@marumaru.co.jp			
開催予定日	〇〇年10月24日	AM PM	6:30	~	AM PM 8:20		
開催方法	あてはまるものどちらかに○をつけてください。 集合型の講義形式 ・ Webを活用 ※1 ※1 Webを活用 の場合は、下の備考欄に開催方法の詳細を記載してください。						
会場住所	(〒 -) 上記 医療機関住所と同じ	会場名	-				
使用教材	あてはまるものどちらかに○をつけてください。 指定教材のみ ・ 独自作成教材あり ※2 ※2 独自作成資料を使用する場合、本書に資料を1部添付してください。						
研修 カリキュラム	あてはまるものどちらかに○をつけてください。 標準的カリキュラムのみ ・ 追加あり ※3 ※3 追加あり の場合は下欄に内容・時間配分等を記載してください。						
カリキュラム 追加事項 ※3	①	追加箇所	標準的なカリキュラム II 対応力編を終了後に追加				
		内容	本施設で実際にあったBPSD対応の事例紹介	時間配分	7:40 ~ 8:00 (20)分		
講師	②	追加箇所					
		内容		時間配分	: ~ : ()分		
	①	職種	看護師	所属部署	看護部	役職	看護部長
		氏名	〇〇 〇〇		担当	目的編 (15分)	
	②	職種	医師	所属部署	内科	役職	内科部長
		氏名	□□ □□		担当	対応力編 (60分)	
	③	職種	看護師	所属部署	看護部	役職	認知症看護認定看護師
		氏名	△△ △△		担当	事例紹介 (20分) ・ 連携編 (15分)	
④	職種		所属部署		役職		
	氏名			担当			
備考	独自作成資料は〇〇年10月12日に送付いたします。 △△病院 (所在地: 大阪市北区□□□2-3-4、医療従事者数: 40人、受講予定者数: 15人) も対象に研修を実施します。 開催方法については、Teamsを使用したオンライン配信にて行います。						

【注意事項】 使用教材にて独自作成資料を回答された場合、本書提出の際に資料を一部添付してください。

添付資料を後日、提出される場合は、その旨と提出予定日を備考欄に記載してください。

【様式第2号】

年 月 日

医療機関名 御中

大阪市長 ○○ ○○

研修実施確定通知書

年 月 日付で提出のありました研修実施計画書について、大阪市「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」（医療機関実施型研修）として、承認したので通知します。

記

- 1 研修開催日 年 月 日
- 2 研修場所
- 3 受講予定者数

【様式第3号】

大阪市「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」（医療機関実施型研修）

研修実施報告書

提出先は【大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課】です。件名に【大阪市「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」実施報告】と記載の上、メールにて fa0266@city.osaka.lg.jp 宛て送付してください。

提出日	年 月 日	ふりがな				
		医療機関名				
所在地	(〒 -)					
医療従事者数 (非正規職員を含む)	人		受講者数	人		
修了証書 希望者数	人					
研修担当者名			連絡先	電話番号		
				メール		
開催日	年 月 日	AM	:	~	AM	
		PM	:		PM	
開催方法	あてはまるものどちらかに○をつけてください。 集合型の講義形式 ・ Webを活用 ※1 ※1 Webを活用 の場合は、下の備考欄に開催方法の詳細を記載してください。					
会場住所	(〒 -)		会場名			
実施研修 カリキュラム	あてはまるものどちらかに○をつけてください。 標準的カリキュラムのみ ・ 追加あり ※2 ※2 追加ありの 場合は下欄に内容・時間配分等を記載してください。					
カリキュラム 追加事項 ※2	①	追加箇所				
		内容	時間配分	:	~	:
	②	追加箇所				
		内容	時間配分	:	~	:
講師	①	職種	所属部署	役職		
		氏名	担当			
	②	職種	所属部署	役職		
		氏名	担当			
	③	職種	所属部署	役職		
		氏名	担当			
	④	職種	所属部署	役職		
		氏名	担当			
備考						

【必要添付資料】

●研修受講者名簿（様式第5号）…研修修了者の氏名・生年月日を記載した受講者名簿を本書提出の際に、添付して下さい。

大阪市「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」(医療機関実施型研修)

研修実施報告書

提出先は【大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課】です。件名に【大阪市「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」実施報告】と記載の上、メールにて fa0266@city.osaka.lg.jp 宛て送付してください。

提出日	〇〇年10月29日	ふりがな	いりょうほうじん まるまるびょういん				
		医療機関名	医療法人 〇〇病院				
所在地	(〒123-4567) 大阪市北区中之島1丁目2番3号						
医療従事者数 (非正規職員を含む)	50人	受講者数	30人				
修了証書 希望者数	23人						
研修担当者名	◇◇ ◇◇	連絡先	電話番号	06-1234-5678			
			メール	osaka@marumaru.co.jp			
開催日	〇〇年10月24日	AM PM	6:30	~	AM PM		
開催方法	あてはまるものどちらかに○をつけてください。 集合型の講義形式 ・ Webを活用 ※1 ※1 Webを活用 の場合は、下の備考欄に開催方法の詳細を記載してください。						
会場住所	(〒 -) 上記 医療機関住所と同じ	会場名	-				
実施研修 カリキュラム	あてはまるものどちらかに○をつけてください。 標準的カリキュラムのみ ・ 追加あり ※2 ※2 追加ありの 場合は下欄に内容・時間配分等を記載してください。						
カリキュラム 追加事項 ※2	①	追加箇所	標準的なカリキュラム II 対応力編を終了後に追加				
		内容	本施設で実際にあったBPSD対応の事例紹介	時間配分	7:40 ~ 8:00 (20)分		
講師	①	職種	看護師	所属部署	看護部	役職	看護部長
		氏名	〇〇 〇〇			担当	目的編 (15分)
	②	職種	医師	所属部署	内科	役職	内科部長
		氏名	□□ □□			担当	対応力編 (60分)
	③	職種	看護師	所属部署	看護部	役職	認知症看護認定看護師
		氏名	△△ △△			担当	事例紹介 (20分) ・ 連携編 (15分)
	④	職種		所属部署		役職	
		氏名				担当	
備考	受講者数のうち21人は本施設従事者、9人は△△病院従事者。 開催方法については、Teamsを使用したオンライン配信にて実施。						

【必要添付資料】

●研修受講者名簿(様式第5号)…研修修了者の氏名・生年月日を記載した受講者名簿を本書提出の際に、添付して下さい。

【様式第4号】

開催日	年 月 日
実施医療機関名	

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修(医療機関実施型研修)

修了証書にかかる確認書

本研修の修了証書交付を希望する方は大阪市より修了証書が交付されますので、本書を記載の上、実施した医療機関へ提出してください。

① 氏名	(ふりがな)

② 生年月日	大正・昭和	年	月	日
	平成・西暦			

〈注意事項〉

- ※ 研修終了後、本用紙を回収します。未提出の場合、修了証書を交付することができません。
- ※ 全講義を受講されていない場合、修了証書を交付することができません

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修(医療機関実施型研修)

研修受講者名簿

開催日	〇〇年10月24日
医療機関名	医療法人 〇〇病院

	姓	名	ふりがな	元号	生年	月	日	修了証書希望	職種	備考欄
1	□□	□□	△△ △△	昭和	42	5	5	○	医師	
2	□□	□□	△△ △△	昭和	55	4	11	○	医師	
3	□□	□□	△△ △△	平成	5	8	17	○	医師	
4	□□	□□	△△ △△	昭和	38	10	22	○	看護師	
5	□□	□□	△△ △△	昭和	44	11	25	○	看護師	
6	□□	□□	△△ △△	昭和	28	12	26	○	看護師	
7	□□	□□	△△ △△	昭和	50	1	2	○	薬剤師	
8	□□	□□	△△ △△	昭和	43	3	5	○	薬剤師	
9	□□	□□	△△ △△	昭和	39	6	18	○	作業療法士	
10	□□	□□	△△ △△	昭和	40	8	19	○	作業療法士	
11	□□	□□	△△ △△	昭和	32	8	22	○	放射線技師	
12	□□	□□	△△ △△	昭和	33	9	29	○	放射線技師	
13	□□	□□	△△ △△	平成	元	11	20	○	看護師	
14	□□	□□	△△ △△	昭和	40	5	30	○	看護師	
15	□□	□□	△△ △△	昭和	52	8	22	○	看護師	
16	□□	□□	△△ △△	昭和	56	12	12	○	看護師	
17	□□	□□	△△ △△	昭和	29	9	9	○	看護師	△△病院から参加
18	□□	□□	△△ △△	昭和	39	4	15	○	看護師	△△病院から参加
19	□□	□□	△△ △△	昭和	49	2	5	○	看護師	△△病院から参加
20	□□	□□	△△ △△	平成	5	9	11	○	看護師	△△病院から参加
21	□□	□□	△△ △△	平成	6	3	11	○	看護師	△△病院から参加
22	□□	□□	△△ △△	昭和	39	4	2	○	看護師	△△病院から参加
23	□□	□□	△△ △△	平成	7	2	14	○	看護師	△△病院から参加
24	□□	□□	△△ △△	—	—	—	—	×	看護師	
25	□□	□□	△△ △△	—	—	—	—	×	看護師	
26	□□	□□	△△ △△	—	—	—	—	×	看護師	
27	□□	□□	△△ △△	—	—	—	—	×	看護師	
28	□□	□□	△△ △△	—	—	—	—	×	看護師	
29	□□	□□	△△ △△	—	—	—	—	×	看護師	△△病院から参加
30	□□	□□	△△ △△	—	—	—	—	×	看護師	△△病院から参加

研修実施証明書

(医療機関名) ○○○○○○○○○

貴施設は、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の医療機関実施型研修を実施した機関であることを証明します。

研修実施日 年 月 日

研修修了者数 名

証明書交付日 年 月 日

大阪市長 ○○ ○○

印

修 了 証 書

氏 名
生年月日

あなたは、〇〇病院が実施した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明します。

研修修了日 年 月 日
修了証書交付日 年 月 日

大阪市長 〇〇 〇〇

印

【様式第8号】

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修(医療機関実施型研修)

修了証書交付者名簿

開催日	年 月 日
医療機関名	

	修了証番号	姓 名	ふりがな	元号	生年	月	日
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							
26							
27							
28							
29							
30							

	修了証番号	姓 名	ふりがな	元号	生年	月	日
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							
51							
52							
53							
54							
55							
56							
57							
58							
59							
60							

