



茨看協発第 380 号  
令和 4 年 5 月 31 日

公益社団法人 茨城県歯科衛生士会  
会長 岩村 昌子 殿

公益社団法人茨城県看護協会  
会長 白川 洋



令和 4 年度茨城県看護職員認知症対応力向上研修（施設等）の開催について（通知）

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

当協会の事業の推進につきましては、日頃よりご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、県内の診療所、訪問看護ステーション及び介護事業所等に勤務する看護師、歯科衛生士等医療従事者を対象とした標記研修を茨城県より受託し、下記のとおり開催いたします。

つきましては、各施設にご周知のほどよろしくお願いいたします。

記

- 1 開催日時 : 【1回目】令和 4 年 8 月 5 日（金） 18：00～20：00  
【2回目】令和 4 年 12 月 3 日（土） 14：00～16：00  
※同一の内容となります。  
※詳細につきましては、別添「茨城県看護職員認知症対応力向上研修（施設等）カリキュラム」をご参照ください。
- 2 開催方法 : ZOOM によるオンライン研修
- 3 定 員 : 各 100 名
- 4 申し込み方法 : 茨城県看護協会ホームページより様式 1「茨城県看護協会研修申込書」をダウンロードいただき必要事項をご記入のうえ、FAX または郵送にてお申し込みください。
- 5 申込期間 : 【1回目】6 月 1 日（水）～6 月 30 日（木）  
【2回目】10 月 1 日（土）～10 月 31 日（月）
- 6 参加費 : 無料
- 7 その他 : 研修の全課程修了者に茨城県から研修修了証を交付します。

【お問い合わせ】

（公社）茨城県看護協会

〒310-0034 水戸市緑町 3-5-35

研修担当：長山・大森

TEL：029-221-6900 FAX：029-226-0493

E-mail：h.nagayama@ina.or.jp

## 令和4年度茨城県看護職員認知症対応力向上研修（施設等）実施要項

### 1 目的

高齢者と日頃から接することが多い、病院勤務以外（診療所、訪問看護ステーション、介護事業所等）の看護師、歯科衛生士等の医療従事者に対し、認知症の人々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

公益社団法人茨城県看護協会（茨城県より受託）

### 3 研修対象

県内の診療所、訪問看護ステーション及び介護事業所等に勤務する看護師、歯科衛生士等の医療従事者とする。

### 4 受講料

無料

### 5 開催方法

ZOOMによるオンライン研修

### 6 研修日時・内容

【1回目】令和4年8月5日（金） 18：00～20：00

【2回目】令和4年12月3日（土） 14：00～16：00

※同一の内容となります。

別添「令和4年度認知症対応力向上研修（施設等）カリキュラム」のとおり

### 7 申込方法

茨城県看護協会ホームページより様式1「茨城県看護協会研修申込書」をダウンロードいただき必要事項をご記入のうえ、FAXまたは郵送にてお申し込みください。

### 8 申込期間

【1回目】6月1日（水）～6月30日（木）

【2回目】10月1日（土）～10月31日（月）

### 9 研修修了証の発行

研修の全課程を修了した者については、茨城県から研修修了証を交付する。

## 10 研修修了者の公表等

茨城県ホームページ等において研修修了者の所属する施設、および各年度施設ごとの研修修了者数を公表する。

## 11 その他

研修申込用紙に記入いただいた住所宛に資料を、メールアドレス宛に ZOOM の URL をお送りいたします。

ZOOM 研修を受講するにあたり、以下を参考にしてください。

- ・視聴する機器はパソコンを推奨します。
- ・パソコンには Web カメラ・スピーカー（内蔵または外付け）が必要です。
- ・ZOOM アプリのダウンロードまたは最新バージョンへのアップデートが必要です。
- ・研修視聴にはインターネット環境が必要です。長時間安定して映像・音声等の視聴が可能な通信環境で受講してください。

### ◆送付・お問い合わせ先

〒310-0034 水戸市緑町 3-5-35

公益社団法人 茨城県看護協会 認知症対応力向上研修担当 長山・大森 宛

T E L : 029-221-6900 FAX : 029-226-0493

E-mail : h.nagayama@ina.or.jp

U R L : <https://www.ina.or.jp/>

## 「病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修」カリキュラム

Ⅰ 基本的 知識 (20分)	ねらい	認知症の人や家族の視点に立ち、その生活を支えるために必要な基本的な知識 基本的 を習得する
	到達目標	1 認知症の現状やその病態について、概要を説明できる 2 認知症の早期発見・早期対応の意義を理解できる
	主な内容	・研修の目的・意義(認知症施策推進大綱の概要等) ・認知症とは(症状や原因疾患、認知症の経過等) ・認知症の危険因子・予防
Ⅱ 地域に おける 実践 (70分)	ねらい	認知症の人のQOLの向上を図るため、コミュニケーション、ケア及び多職種連携による支 援の実際を理解する
	到達目標	1 認知症の人の意思を尊重したケアの基本を理解できる 2 認知症の人や家族への支援のポイントを理解できる 3 BPSDについて理解し、その対応について理解できる 4 認知症である人への支援にあたって、多職種連携の意義や方法を理解できる
	主な内容	・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の支援について ・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 ・BPSD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
Ⅲ 社会 資源等 (10分)	ねらい	認知症の人を取り巻く、医療・介護及び地域の社会資源の活用の重要性を理解する
	到達目標	1 認知症の人を支える施策や仕組みを理解できる 2 活用できる制度等について本人・家族に説明できる
	主な内容	・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

# 茨城県看護協会教育研修申込書

申込日：令和 年 月 日

研修No	研修日(該当に○)	研修名	
23	① 8月 5日 ② 12月 3日	茨城県看護職員認知症対応力向上研修(施設等)	
氏名		生年月日	職種(該当に○)
ふりがな		( 昭和 ・ 平成 ) 年 月 日 ( ) 歳	保健師 助産師 看護師 准看護師 介護職 歯科衛生士 その他 ( )
所属施設名		勤務科	茨城県看護協会会員 会員番号 ( )
勤務施設種別			
<input type="checkbox"/> 病院・有床診療所	<input type="checkbox"/> 無床診療所	<input type="checkbox"/> 歯科医院	<input type="checkbox"/> 訪問看護事業所
<input type="checkbox"/> 通所介護事業所	<input type="checkbox"/> 短期入居生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活 介護事業所	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活 介護事業所	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所 介護事業所	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 入居者生活介護事業所
<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人 福祉施設入居者生活 介護事業所	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 事業所	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
職位(該当にレ点)			
<input type="checkbox"/> 管理者級	<input type="checkbox"/> 部長級	<input type="checkbox"/> 課長級	
<input type="checkbox"/> 係長級	<input type="checkbox"/> スタッフ級	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
勤務施設規模【病院・診療所】(該当にレ点)		勤務施設規模【介護施設等(定員)】(該当にレ点)	
<input type="checkbox"/> 500床以上	<input type="checkbox"/> 400~499床	<input type="checkbox"/> 300~399床	<input type="checkbox"/> 101人以上
<input type="checkbox"/> 200~299床	<input type="checkbox"/> 100~199床	<input type="checkbox"/> 20~99床	<input type="checkbox"/> 91~100人
<input type="checkbox"/> 19床以下	<input type="checkbox"/> 無床		<input type="checkbox"/> 81~90人
			<input type="checkbox"/> 71~80人
			<input type="checkbox"/> 61~70人
			<input type="checkbox"/> 51~60人
			<input type="checkbox"/> 41~50人
			<input type="checkbox"/> 31~40人
			<input type="checkbox"/> 21~30人
			<input type="checkbox"/> 15~20人
			<input type="checkbox"/> 10~14人
			<input type="checkbox"/> 9人以下
			<input type="checkbox"/> その他(訪問看護ステーション等)
連絡先 ※ZOOMでの研修となりますので下記住所に資料を送付いたします。(施設住所可) 下記メールアドレスにZOOMのURLを送りますので必ずはっきりとご記入ください。			
住所(〒 - )			
TEL - -			
FAX - -			
E-mail			

当協会の個人情報保護方針に基づき、研修申込書に記載された個人情報は、研修の資料作成・通知送付・研修に関する連絡で活用するものとします。この範囲を超える場合には、本人の同意を得た上で取り扱います。