

## 募 集 要 項 目 次

### I 平成31年度認知症対策研修「看護師課程」研修計画

- 1 目 的
- 2 研修施設
- 3 期 間
- 4 研修プログラム
- 5 定 員
- 6 受講資格
- 7 認 定
- 8 研修後のアンケートの実施について

### II 受講方法

- 1 受講申請手続
- 2 受講許可の通知
- 3 事例検討会
- 4 研修費用
- 5 受講時の注意事項
- 6 修了証書の授与

### III 研修棟宿泊室

- 1 利用申請願
- 2 宿泊室利用許可の通知
- 3 宿泊室案内等

### IV 研修施設へのアクセス

- 1 自家用車
- 2 交通機関

### V 本募集要項についての問い合わせ先

## I 平成31年度認知症対策研修「看護師課程」計画

### 1 目的

病院・老人保健施設等において高齢者の認知症患者の看護に従事する看護師を対象として、講義及び病棟実習等を通じて、看護、ケア等の専門的な知識及び技術を修得することを目的とします。

### 2 研修施設

〒384-8540 長野県小諸市甲4598

独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院

Tel 0267-22-0870

### 3 期間

第48回 令和元年 7月 8日（月）～ 7月12日（金）

第49回 令和元年 7月22日（月）～ 7月26日（金）

### 4 研修プログラム（別添日程表のとおり）

### 5 定員

各回とも20名

### 6 受講資格

病院又は老健施設等において高齢者の認知症患者の看護に従事する看護師（看護師免許取得者）又は従事しようとする看護師で心身共に健康な者。

### 7 認定

当院が実施する認知症対策研修「看護師課程」を履修したものは、認知症治療病棟入院料2の施設基準及び認知症ケア加算2の施設基準における専門機関等が主催する認知症指導に関する所定の研修を修了した者として認定されます。

### 8 研修後のアンケートについて

研修受講終了後、今後の研修会運営の参考とさせていただくため、研修後アンケートを実施いたしますのでご協力をお願いいたします。

## II 受講方法

### 1 受講申請手続

#### (1) 受講提出書類

①受講願書（別紙様式1号）

②履歴書及び受講推薦書（別紙様式2号）

③宿泊室利用申請書（宿泊室利用希望者のみ、別紙様式3号）

#### (2) 受講申請提出方法

都県・政令指定都市の精神保健主管部(局)に上記(1)を提出  
(都県・政令指定都市で取りまとめ後、研修施設へ提出)

(3) 受講申請受付期限(研修施設到着期限)  
令和元年5月9日(木)

2 受講許可書の通知

書類選考のうえ受講の可否を、5月下旬までに書類経由先の都県・政令指定都市及び受講者所属施設に通知します。

3 事例検討会

受講が決定された者は、事例検討会のための「認知症患者の看護・ケアに関する事例」を事前に提出していただきます。(受講許可通知後に別途依頼)

4 研修費用

全受講者：受講経費16,000円

希望者・利用者：宿泊室利用費(1泊につき)2,000円

弁当(1食)昼420円・夜440円(予定)

5 受講時の注意事項

(1) 開講当日は、午前8時45分から9時の間に受付を済ませて下さい。

(2) 持参するもの

- ・印鑑(出席簿押印等に使用)
- ・筆記用具
- ・健康保険証
- ・上靴(実習時に使用)

(3) 服装については、研修にふさわしい服装での受講をお願いします。  
(Gパン、サンダルは不可)

6 修了証書の授与

当院の研修課程を履修した者には修了証書を授与する。

### Ⅲ 研修棟宿泊室

1 利用申請

宿泊室利用希望者は、宿泊室利用申請書(別紙様式3号)を受講願書に添えて提出して下さい。

宿泊については、2人室7部屋で定員は14名ですので、定員をオーバーする希望があった時は利用出来ない場合がありますので予めご了承下さい。  
なお、部屋割りは当院で行います。

2 宿泊室利用許可の通知

宿泊室利用の可否については、許可書をもって通知します。

3 宿泊室案内等

- (1) 当院宿泊室(研修棟)の案内は許可書に同封します。
- (2) 研修棟設備等
- ・ 2人室7部屋(当院で割り振り)
  - ・ 風呂(共用のため時間で男女の利用を分ける)、トイレ、給湯室(共用)
  - ・ 研修室有り
- ※調理設備はないので自炊は出来ませんが、お湯、電子レンジ、冷蔵庫は使用出来ます。
- なお、希望により実費にて弁当(朝以外)を用意いたします。
- ※洗濯機はありません。
- ※近隣の宿泊施設を利用する方は、各自で手配をお願いいたします。

#### IV 研修施設へのアクセス

##### 1 自家用車

小諸ICより約15分、佐久北ICより約20分です。

##### 2 交通機関

- (1) こもろ愛のりくん(乗合タクシー): 天池線(片道200円)  
平日のみの運行です。

「小諸駅」 → 「高原病院」 (1日2便)

① 7:50

② 8:40

- (2) JR路線バス: 高峰高原線(片道200円)

「小諸駅」 → 「天池」 (1日2便)

① 8:42

② 13:45

- ・ 各停車場「高原病院」は当院正門前、「天池」は徒歩約10分位の位置です。
- ・ 当院は小諸駅から約5.4kmの場所になります。
- ・ タクシーを利用する場合は、約2千円程です。

##### 【小諸駅バス停】



#### V 本募集要項についての問合せ先

〒384-8540 長野県小諸市甲4598  
小諸高原病院 庶務係 認知症研修担当者  
Tel 0267-22-0870 (内線206)  
Eメール yamakabe.hiroji.tj@mail.hosp.go.jp

(様式1号)

受 講 願 書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構  
小諸高原病院長 殿

勤 務 先

勤務先所在地

役 職 名

氏 名

印

貴院の平成31年度認知症対策研修「看護師課程」の研修を受講したいので、関係書類を添えて申請いたします。

回	期 日	希望
第48回	令和元年7月8日(月) ~ 令和元年7月12日(金)	
第49回	令和元年7月22日(月) ~ 令和元年7月26日(金)	

(注) 希望する回に○印をつけて下さい。

(様式2号)

※この欄は記入しないこと		
年	月	日受理
No.	判	定

履 歴 書

フリガナ氏名				男・女	
生年月日		昭和・平成 年 月 日生 歳			
現住所		〒		電話	
		e-mail			
勤務先	フリガナ名称				
	所在地	〒		電話	
最終学歴		学校・学部・学科名		卒業年月	
					年 月
取得免許		免許の名称	登録番号	取得年月	
			No.	年 月	
精神保健関係の研修受講歴		研 修 名		受講年月	
					年 月
					年 月
					年 月
職 歴		勤務先・所属部課名		職 名	勤務期間
					年 月から 年 月まで
					年 月から 年 月まで
					年 月から 年 月まで
					年 月から 年 月まで
					年 月から 年 月まで

<p>現在の職務内容 (該当する番号・記号 に○印を付すこと)</p>	<p>1. 一般病院                      2. 精神病院          [ ア. 認知症治療病棟    イ. 老人病棟    ウ. 精神病棟 ]          エ. 一般病棟    オ. その他 (                      ) ]          3 老人保健施設 (ア. 認知症専門    イ. 一般)          4 特別養護老人ホーム (ア. 認知症専門    イ. 一般)          5 認知症対応型グループホーム          6 その他 (                      )</p>
<p>特 殊 技 能 資 格</p>	
<p>受講にあたっての レポート提出</p>	<p>受講願書と一緒に提出してください。 施設名、氏名を必ず明記してください。</p> <p>テーマ「認知症看護について、日頃感じている事」について、A4版縦1枚程度にまとめて提出してください。 書式は、12ポイント明朝体、1行40字、40行程度で、横書きでお願いします。</p>
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印</p>	

## 受 講 推 薦 書

上記の者を貴院の第48回・49回認知症対策研修「看護師課程」の受講生として推薦いたします。

施設名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

施設長氏名 \_\_\_\_\_ 印

年      月      日

独立行政法人国立病院機構  
小 諸 高 原 病 院 長 殿

(様式3号)

## 宿泊室利用申請書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構  
小諸高原病院長 殿

現住所

氏 名

印

(TEL

)

下記により貴研修棟宿泊室を利用したいので申請します。

### 記

1 入室開始希望日時 令和元年 月 日 時～

2 入室期間 自 令和元年 月 日  
至 令和元年 月 日