

## 平成30年度 訪問看護事業所・医療機関に勤務する看護師の相互研修開催要項

### 1 目的

県内の訪問看護事業所と医療機関の看護師に対し交流による研修を実施し、相互に看護実践の現状や課題について理解を深め、医療機関・訪問看護事業所間の連携を促進するとともに、在宅療養を支える知識・技術の向上を図ることを目的とする。

### 2 実施機関

岩手県委託事業として公益社団法人岩手県看護協会が実施する。

### 3 研修期間

1) 合同研修 平成30年10月10日(水)、10月31日(水)、11月26日(月)

※10月10日は、9時20分までに受付をお願いします。

2) 実地研修 平成30年11月1日(木)～11月22日(木)の期間中

訪問看護事業所看護職員は1日間 医療機関看護職員は2日間

### 4 受講対象及び定員

訪問看護事業所看護職員 15名 医療機関看護職員 15名

### 5 研修プログラム

日程 会場	内 容	
	受付9:00 9:30	12:30 13:30 ～ 16:30
10/10 (水) 研修センター	「訪問看護の諸制度と社会資源の活用」  くくる花巻訪問看護ステーション 訪問看護認定看護師 管理者 平澤 利恵子	「精神・身体疾患を併せ持つ療養者の支援」  <b>*公開研修</b> 有限会社多摩たんぼぼ介護サービスセンター 取締役 千葉 信子
10/31 (水) アイーナ 802	生活行為の向上を目指して 看護職の役割 多職種連携  荻野病院 リハビリテーション科 作業療法士 佐藤 伸和	「食べる」力をサポートする その力の見極めと、身体づくり  坂町ミモザの家 管理者 秦 実千代
実地研修 11月1日(木)～11月22日(木)のうち1～2日		
11/26 (月) 研修センター	「在宅医療の現場におけるケアマネージャーの役割と連携」  岩手県看護協会指定居宅介護支援事業所盛岡 所長 三浦 和枝	GW(事例検討)  助言講師 岩手県看護協会指定居宅介護支援事業所盛岡 所長 三浦 和枝

### 6 研修会場

- 1) 合同研修：岩手県看護研修センター、アイーナ 802
- 2) 実地研修：県内訪問看護事業所（資料1）、県内医療機関（資料2）  
（訪問看護事業所間の実習可能です。）

### 7 申込方法

- 1) 各種申込書を確認の上必要事項を記入し、下記あてに郵送にて申し込む。
- 2) 実地研修は希望する施設及び病院について、第1、第2希望の施設名を記入すること。  
ただし、調整する場合があります。

申込先 〒020-0117 盛岡市緑が丘2丁目4番55号  
公益社団法人岩手県看護協会 教育部あて TEL019-662-8213

**申込期間 平成30年8月24日(金)～8月31日(金) 必着**

### 8 受講決定について

受講決定は9月10日ごろに、看護管理者あて通知いたします。

### 9 受講料 無料

<コピー使用可>

# 平成30年度 訪問看護事業所・医療機関に 勤務する看護師の相互研修 受講申込書

申込期間 8月24日(金)～8月31日(金)

1. 所属施設名 \_\_\_\_\_〔TEL \_\_\_\_\_〕

2. 氏名 \_\_\_\_\_

3. 岩手県看護協会会員番号(会員の方) \_\_\_\_\_

4. 職種 保 助 看 准

4. 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

5. 職位 \_\_\_\_\_

6. 実務経験 \_\_\_\_\_ 年

7. 実地研修希望(第2希望も必ずお書き下さい)

研修日 第1希望 \_\_\_\_\_ 月 . \_\_\_\_\_ 日

第2希望 \_\_\_\_\_ 月 . \_\_\_\_\_ 日

※訪問看護事業所実習は2日間、病院実習は1日です。

研修先 第1希望 \_\_\_\_\_

第2希望 \_\_\_\_\_

※希望により研修先を決定しますので、別添資料1・2から施設を選択し記入して下さい。訪問看護事業所間の申込も可能です。申込状況によっては、調整をさせていただくことがありますので、ご協力お願いします。

8. 実習希望内容(学びたい事柄)

\_\_\_\_\_

個人情報の取り扱いについて・・・申込書は、研修会に伴う書類作成等、使用範囲を限定し、厳重な管理のもと適切に取り扱います。

# 平成 30 年度 訪問看護事業所・医療機関に勤務する 看護師の相互研修 公開研修 受講申込書

平成 30 年 月 日【申込期間 平成 30 年 8 月 24 日(金)～31 日(金)】

開催日時	10月10日(水) 13:30～16:30
------	-----------------------

施設名 個人会員は 自宅住所		施設No.	
担当者	[職位] [氏名]	[電話番号]	
	[メールアドレス]		

優先 順位	岩手県看護協会 (○印)			氏 名	職 種 (○印)	備 考
	会員番号	手続中	非会員			
1					保・助・看・准	
2					保・助・看・准	
3					保・助・看・准	
4					保・助・看・准	
5					保・助・看・准	
6					保・助・看・准	
7					保・助・看・准	
8					保・助・看・准	
9					保・助・看・准	
10					保・助・看・准	

※個人情報の取り扱いについて  
申込書は、研修会に伴う書類作成等、使用範囲を限定し、厳重な管理のもと適切に取り扱います。