

**※新型コロナウイルス感染防止対策を踏まえ、研修を延期、中止する場合があります。**

## 令和2年度岩手県看護教員スキルアップ研修会開催要項

### 1. 目的

県内の看護職員養成施設の看護教員に対し、教育内容の向上を図るためのカリキュラム改正等に対応した教育の実施や看護教員の成長段階別（新任期、中堅期、ベテラン期）に応じた研修を実施することにより、看護教員が生涯を通じたキャリアアップを図り、もって看護教員の質の向上に資することを目的とする。

### 2. 実施機関

岩手県の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

令和2年8月1日（土）～令和3年2月5日（金）の期間内で6日間

### 4. 受講対象/定員

岩手県内の看護職員養成施設の看護教員50名  
公開研修は、看護教員の他、施設問わずすべての看護職員

### 5. 研修場所

岩手県看護研修センター

### 6. 研修内容

看護教育の内容及び看護教育方法の向上に関する全体研修と、成長段階（新任期、中堅期、ベテラン期）に応じた研修  
別添令和2年度岩手県委託「看護教員スキルアップ研修会」プログラムのとおりとする。

### 7. 受講料

無料

### 8. 申込方法

郵送で申し込みください。

申込期間 7月1日（水）～7日（火）

申込先 〒020-0117 盛岡市緑が丘二丁目4番55号

公益法人岩手県看護協会 教育部あて

\*封書の表に「研修会申込書」在中とお書きください。

※新型コロナウイルス感染防止対策を踏まえ、研修を延期、中止する場合があります。

令和2年度岩手県委託「看護教員スキルアップ研修会」プログラム

月日・場所	対象	研修内容・講師
8/1 (土) 10:00~16:00  岩手県看護 研修センター	ベテラン期	新カリキュラム対策 今から始める新カリに反映させたい教育内容 臨床判断能力の育成  講師： 聖路加国際大学大学院看護学研究科 看護教育学 助教 三 浦 友理子 先生
8/3 (月) 10:00~16:00  岩手県看護 研修センター	全体	ハラスメントにならない対応と指導の仕方  講師：NPO アカデミック・ハラスメントをなくすネットワーク NAAH 代表理事 御 興 久美子 先生
8/7 (金) 10:00~16:00  岩手県看護 研修センター	新任期	学生に興味を持たせる「教材づくり」と実習場面の「教材化」  講師：医療福祉専門学校緑生館 副校長 長 田 晶 子 先生
8/11 (火) 10:00~16:00  岩手県看護 研修センター	中堅期  公開研修	看護形態機能学の考え方とヘルスアセスメントへの応用  講師：三重県立看護大学 学長 菱 沼 典 子 先生
令和3年 2/4(木) 2/5(金) 9:30~16:30  岩手県看護 研修センター	新任期	看護師のやる気を育てるコーチングアプローチ  講師：TN サクセスコーチング株式会社 代表取締役 奥 山 美 奈 先生  ※実習指導者講習会受講生と合同です。開催時間にご注意ください。

新任期：看護教員経験 4年

中堅期：看護教員経験 5~10年

ベテラン期：看護教員経験 11年以上

※対象に表記の「期」に関わらずどなたでも受講できますので、申し込みください。

※公開研修は、看護教員養所の看護教員の他、施設問わずすべての看護職員が受講できます。

# 令和2年度岩手県看護教員スキルアップ研修会 受講申込書

令和2年 月 日【申込期間 令和2年7月1日～7日】

施設名			施設No.	
担当者	[職位]	[氏名]	[電話番号]	
	[メールアドレス]			

	岩手県看護協会 会員番号	氏名	日程(○印)					職種 (○印)	教員 経験年数
			8/1 (土)	8/3 (月)	8/7 (金)	8/11 (火)	令和3年 2/4(木) 2/5(金)		
1								保・助・看	
2								保・助・看	
3								保・助・看	
4								保・助・看	
5								保・助・看	
6								保・助・看	
7								保・助・看	
8								保・助・看	
9								保・助・看	
10								保・助・看	

注：令和3年2/4（木）5（金）（新任期）研修は2日間の連続の出席をお願いします。  
必携図書がありますのでプログラムをご確認ください。

※非会員の方は、会員番号欄に「非会員」と記入してください。

※個人情報の取り扱いについて

申込書は使用範囲を限定し、厳重な管理のもと適切に取り扱います。

# 令和2年度岩手県看護教員スキルアップ研修会 公開研修 受講申込書

月 日

開催期日	8月11日(火) 10:00~16:00
------	----------------------

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	

注：①定員を越えた場合は参加者の調整をする場合があります。

**申込者が2名以上の場合は優先順に記入してください。**

②締切日を過ぎた場合はお問い合わせください。

③駐車場の利用期間は **4月1日~12月10日** です。

詳しくは、教育計画の研修会参加要項をご参照下さい。

※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。