

令和 7 年度 特定分野における保健師助産師看護師実習指導者講習会 実施要領

1. 目的

保健師養成所、助産師養成所、看護師養成所若しくは准看護師養成所（以下「看護師等養成所」という。）における特定の分野の実習を行う病院以外の実習施設の実習指導者の任にある者若しくは将来これらの施設で実習指導者となる予定にある者、又は上記養成所において特定の分野の実習指導の任にある者に対して、看護基礎教育における実習の意義及び実習指導者としての役割を理解し、効果的な実習指導ができるよう、必要な知識・技術を修得させることを目的とする。

2. 主催

石川県 （事業委託：公益社団法人石川県看護協会）

3. 講習期間

令和 7 年 9 月 10 日（水）～10 月 24 日（金）のうち 39 時間（8 日間）

9 月 10 日（水）・9 月 18 日（木）・9 月 24 日（水）・10 月 1 日（火）

10 月 7 日（木）・10 月 15 日（水）・10 月 23 日（木）・10 月 24 日（金）

原則 9：00～16：00

4. 開催会場

石川県看護研修センター

〒920-0931 金沢市兼六元町 3 番 69 号

T E L (076) 232-3573

F A X (076) 232-3973

5. 募集人員

20 名程度

6. 受講対象者

- 1) 県内の病院以外の実習施設に勤務する看護師等で、現に実習指導者としての任にある者、又は将来実習指導者となる予定の者で、看護師等の経験が 5 年以上の者
- 2) 施設長が、実習指導者として適任であると推薦した者
- 3) 原則として、55 歳未満の者

7. 講習内容（別紙 1 参照）

受講科目および時間数は別表の通りとする

8. 修了認定

本講習会は「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドラインについて」（平成 27 年 3 月 31 日 医政発第 0331 第 21 号）第 8-1 に規定する都道府県が実施している実習指導者講習会であり、受講修了者に対しては、修了証書を交付する。

9. 経費

受講料無料

※但し、研修の参加に要する経費（教材費、旅費など）は受講者負担とする。

10. 受講申込について

1) 提出書類

（1）施設長の推薦書 別紙様式1

（2）受講申込者調査表 別紙様式2

2) 申込期間

令和7年6月2日（月）～ 6月24日（火） **【必着】**

3) 申込方法

下記あてに郵送のこと

〒920-8580 石川県金沢市鞍月1-1

石川県健康福祉部地域医療政策課 医療人材グループ

TEL (076) 225-1449

FAX (076) 225-1434

11. 受講者の決定

各施設より推薦され、受講申込書類を提出した者の中から適当と認められる者を石川県と看護協会担当者が協議し決定する。

12. その他

1) 駐車場について

研修センターには駐車・駐輪はできないため、近隣の駐車場を個々に使用ください。
または公共交通機関を利用してください。