



福島医発第1221号（地）

平成22年9月6日

各医師会長 殿

福 岡 県 医 師 会

会 長 松 田 峻一良

（公 印 省 略）

平成22年度（第32回）看護師卒後研修会の案内について（お願い）

さて、平成22年8月12日付け福島医発第1050号（地）にて標記研修会の開催についてご案内しておりましたが、現在、看護実践研修①及び看護実践研修②につきましては、募集定員に余裕があります。

特に、看護実践研修②につきましては、診療所の看護師及び准看護師が出席しやすいよう、土曜日と日曜日に実施するものでありますので、多数の方々のご参加をいただきたく存じます。

つきましては、看護実践研修①及び看護実践研修②につきましては、申込締切期限に関係なく、定員に達するまで引き続き募集いたしますので、業務ご多忙の中大変恐縮に存じますが、再度、貴会会員に対して本研修会の参加についてご周知いただきますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

なお、別添の募集要項及び申込用紙については、ホームページよりダウンロード可能となっておりますのでご活用下さい。

---

小郡三井医師会より

学術・生涯教育担当理事 権藤秀之  
会長 蒲池 壽

## ＜平成22年度 第32回 看護師卒後研修会日程表＞

**「看護管理」 研修** 会場：福岡県医師会館 期間：9月13日(月)～9月24日(金)（5日間）  
定員 100名

対 象：看護管理職にある者、又は将来管理職となる予定の者  
コースのねらい：管理者として必要な知識・技法を学び管理能力を高める

| 月 / 日   | 10:00～12:30                                                   | 13:30～16:00 |
|---------|---------------------------------------------------------------|-------------|
| 9/13(月) | テーマ：「看護管理論と病院における看護管理の実際」<br>講 師：埼玉県医科大学保健医療学部看護学科 学科長 岡部 恵子  |             |
| 9/14(火) | テーマ：「看護と組織」<br>講 師：熊本県立大学総合管理学部総合管理学科 教授 横山 利枝                |             |
| 9/15(水) | テーマ：「看護サービス評価とその活用」<br>講 師：京都大学医学部附属病院 看護部長 任 和子              |             |
| 9/16(木) | テーマ：「管理者のためのコーチング」<br>講 師：九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座<br>教授 荒木 登茂子 |             |
| 9/24(金) | テーマ：「看護倫理」<br>講 師：元慶應義塾大学看護医療学部教授 佐藤 蓉子                       |             |

**「看護実践①」 研修** 会場：福岡県医師会館 期間：9月29日(水)～10月3日(日)（5日間）  
定員 100名

対 象：自己の看護を深め実践に活かしたいと考えている者  
コースのねらい：看護の専門領域における知識・技術を高める

| 月 / 日   | 10:00～12:30                                                                | 13:30～16:00 |
|---------|----------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 9/29(水) | テーマ：「情報開示と看護記録」<br>個人情報保護法を含む<br>講 師：聖路加国際看護大学 名誉教授 岩井 郁子                  |             |
| 9/30(木) | テーマ：「フィジカルアセスメントの理解」<br>一身体面のアセスメントをするための観察技術―<br>講 師：福岡県立大学看護学部 教授 永嶋 由理子 |             |
| 10/1(金) | テーマ：「看護過程と看護診断の実際」<br>講 師：国際医療福祉大学 福岡看護学部長 小田 正枝                           |             |
| 10/2(土) |                                                                            |             |
| 10/3(日) | テーマ：「対象の理解と看護」<br>講 師：九州大学大学院医学研究院保健学部門 教授 大池 美也子                          |             |

**「看護実践②」 研修** 会場：福岡県医師会館 期間：9月18日(土)～10月17日(日)（7回）  
定員 各100名

対 象：専門職業人として新しい知識・技術の修得に務めたいと考えている者  
コースのねらい：専門領域の知識・技術の修得並びに全人的な感性、柔軟性を育む

| 月 / 日   | 10:00～12:00                               | 14:00～16:00                                            |
|---------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 9/18(土) |                                           | テーマ：「在宅ホスピスケアのすすめ」<br>講 師：福岡市にのさかクリニック<br>院長 ニノ坂 保喜    |
| 9/25(土) |                                           | テーマ：「コミュニケーション能力向上のために」<br>講 師：あだち健康行動学研究所<br>所長 足達 淑子 |
| 9/26(日) | テーマ：「事故発生時の対応」<br>講 師：福岡県医師会<br>常任理事 大木 寛 | テーマ：「感染対策における看護師の役割」<br>講 師：久留米大学感染管理認定看護師<br>川野 佐由里   |

| 月 / 日    | 10:00～12:00                                                | 13:00～15:00                                                |
|----------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 10/16(土) |                                                            | テーマ：「患者様の満足度を高めるために」<br>講 師：ANAラーニング 神宮 律子                 |
| 10/17(日) | テーマ：「認知症の早期発見」<br>講 師：三原デイケア+クリニック<br>りぼん・りぼん<br>院長 三原 伊保子 | テーマ：「精神疾患・うつ病」<br>講 師：三原デイケア+クリニック<br>りぼん・りぼん<br>院長 三原 伊保子 |

## 平成 22 年度（第 32 回）看護師卒後研修会募集要項

## 1. 目 的

看護業務、看護教育に携わる者に対して、卒後の研鑽の機会を与え、もって、看護職員の資質の向上を図ることを目的とする。

## 2. 主 催

福岡県医師会、福岡県看護協会

## 3. 後 援

福岡県

## 4. 開催期日・募集人員（コース別に運用する）

| コ ー ス   | 開 催 期 日                       | 定員      |
|---------|-------------------------------|---------|
| 看護管理研修  | 9 月 13 日（月）～9 月 24 日（金）※ 5 日間 | 100 名   |
| 看護実践研修① | 9 月 29 日（水）～10 月 3 日（日）※ 5 日間 | 100 名   |
| 看護実践研修② | 9 月 18 日（土）～10 月 17 日（日）（7 回） | 各 100 名 |

## 5. 対 象 者

- ・看護管理研修コース：現に看護管理職にある者、又は将来管理職となる予定の者。
- ・看護実践研修①コース：自己の看護を深め、実践に活かしたいと考えている者。
- ・看護実践研修②コース：専門職業人として新しい知識・技術の修得に努めたいと考えている者。

## 6. 開催場所

福岡県医師会館

〒812-8551 福岡市博多区博多駅南 2-9-30

（福岡県医師会事務局 TEL 092-431-4564）

## 7. 受講資格

- (1) 看護管理研修及び看護実践研修①については、看護師養成機関、准看護師養成機関、病院及び診療所等で看護業務に携わり、知識の習得に意欲のある者とし、5 日間継続して受講できる者に限ります。
- (2) 看護実践研修②については、主に診療所の看護師及び准看護師を対象とし、7 つのテーマのうち、受講したいテーマにお申込みいただくことができます。  
なお、病院の看護師及び准看護師も受講することができます。

## 8. 申 込

(1)看護管理研修及び看護実践研修①の受講希望者は、申込用紙（様式1）に記入の上、下記にお申込み下さい。なお、受講希望者が複数の場合はコースごとに推薦順位を必ず記入してください。

(2)看護実践研修②の受講希望者は、申込用紙（様式2）に記入の上、下記にお申込み下さい。なお、受講希望テーマに必ず○を付けてください。

※FAXでの受付はいたしませんので、ご注意願います。

## 【申込書類提出先】

福岡県医師会地域医療課看護係

（住所）〒812-8551 福岡市博多区博多駅南2丁目9-30

（電話）092-431-4564

(3)看護管理研修の申込は、9月3日（金）、看護実践研修①の申込は、9月17日（金）まで、看護実践研修②の申込は9月10日（金）までとします。

※それぞれ定員になり次第締切ります。

## 9. 受講者選考

看護管理研修及び看護実践研修①、看護実践研修②の受講者の選考は主催者が行い、受講決定した場合は、後日、決定通知書を施設長と各個人に送付いたします。受講見送りの場合は、見送り通知書を施設長に送付いたします。

※ご不明の方は上記までご連絡下さい。

## 10. 受 講 料

(1)看護管理、看護実践①コース 20,000円

(2)看護実践②コース 1コマ 500円

※(1)については、受講料は振込用紙にてお振り込み下さい。振込用紙は受講決定通知書とともに施設長にお送りいたします。なお、別途領収書が必要な場合は研修会初日に受付にお申し付け下さい。

※(2)については、受講料は各講習会当日の受付にてお支払いいただきます。

当日はおつりがないようにご配慮下さい。

注) コースにより支払方法が異なりますのでご注意下さい。

## 11. 受講証明書

受講者には、研修会終了後、受講証明書をお渡しいたします。

平成 年 月 日

福岡県医師会長 殿

施設名 \_\_\_\_\_

施設長 \_\_\_\_\_

第32回看護師卒後研修会の受講者として、下記のとおり推薦いたします。

記

|                             |                                                  |                                      |                |
|-----------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------|
| 受講希望コース<br>(いずれかに○を付けてください) | 1. 看護管理研修<br>2. 看護実践研修①                          | 推薦順位 位<br>(同じコースで複数希望がある場合は必ずご記入下さい) |                |
| フリガナ                        |                                                  | 生年月日                                 |                |
| 氏 名                         |                                                  | 昭和 年 月 日 ( 歳)<br>平成                  |                |
| 勤務先                         |                                                  | 役職名                                  |                |
| 勤務先所在地                      | 〒 ー<br>Tel ( ) ー                                 |                                      |                |
| 自宅住所                        | 〒 ー<br>Tel ( ) ー                                 |                                      |                |
| 免許の種類                       | 看護師・准看護師・保健師・助産師                                 | 取得年月日                                | 昭和 年 月 日<br>平成 |
| 看護職歴                        |                                                  |                                      |                |
| 経験年数                        | 看護師 ( 年) 准看護師 ( 年) 保健師 ( 年)<br>助産師 ( 年) その他 ( 年) |                                      |                |
| 過去に受講した<br>卒後研修会            |                                                  |                                      |                |
| そ の 他                       |                                                  |                                      |                |

※全ての項目に必ずご記入願います。

平成 年 月 日

福岡県医師会長 殿

施設名 \_\_\_\_\_

施設長 \_\_\_\_\_

第32回看護師卒後研修会の受講者として、下記のとおり推薦いたします。

記

|              |                                                  |                                   |                                                                                                                                                                                                                        |             |
|--------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 受講コース        | 看護実践研修②                                          | 受講希望テーマ<br>(希望するテーマの番号に○をつけてください) | 1. 「在宅ホスピスケアのすすめ 9月18日(土)」<br>2. 「コミュニケーション能力向上のために 9月25日(土)」<br>3. 「事故発生時の対応 9月26日(日)午前」<br>4. 「感染対策における看護師の役割 9月26日(日)午後」<br>5. 「患者様の満足度を高めるために 10月16日(土)」<br>6. 「認知症の早期発見 10月17日(日)午前」<br>7. 「精神疾患・うつ病 10月17日(日)午後」 |             |
| フリガナ         |                                                  |                                   | 生年月日                                                                                                                                                                                                                   |             |
| 氏 名          |                                                  |                                   | 昭和 平成 年 月 日 ( 歳)                                                                                                                                                                                                       |             |
| 勤務先          |                                                  |                                   | 役職名                                                                                                                                                                                                                    |             |
| 勤務先所在地       | 〒 — Tel ( ) —                                    |                                   |                                                                                                                                                                                                                        |             |
| 自宅住所         | 〒 — Tel ( ) —                                    |                                   |                                                                                                                                                                                                                        |             |
| 免許の種類        | 看護師・准看護師・保健師・助産師                                 |                                   | 取得年月日                                                                                                                                                                                                                  | 昭和 平成 年 月 日 |
| 看護職歴         |                                                  |                                   |                                                                                                                                                                                                                        |             |
| 経験年数         | 看護師 ( 年) 准看護師 ( 年) 保健師 ( 年)<br>助産師 ( 年) その他 ( 年) |                                   |                                                                                                                                                                                                                        |             |
| 過去に受講した卒後研修会 |                                                  |                                   |                                                                                                                                                                                                                        |             |
| そ の 他        |                                                  |                                   |                                                                                                                                                                                                                        |             |

※全ての項目に必ずご記入願います。