別紙．２

令和８年度 第３０回看護補助者研修会開催日程表(申込締切)

コース	開催月日	申込み締切り日	講師		
A日程	１１月１２日 (木)	11月 2日 (月)	一般財団法人竹田健康財団 竹田綜合病院	＜講義Ⅰ＞ 看護課長　鈴木　澄恵先生	＜講義Ⅱ＞ 看護部長　廣瀬　公子先生
B日程	１１月２７日 (金)	11月 16日 (月)	南相馬市立総合病院	＜講義Ⅰ＞ 看護師長　猪狩　幸枝先生	＜講義Ⅱ＞ 看護師長　松本こずえ先生 (医療安全管理室　次長) 看護師　佐藤八千代先生 (感染管理認定看護師)
C日程	１２月 ３日 (木)	11月 24日 (火)	一般財団法人大原記念財団 大原綜合病院	＜講義Ⅰ＞ 看護師長　齋藤　美樹先生	＜講義Ⅱ＞ 看護師長　伊藤小枝子先生 (医療安全管理部　安全管理室) 看護師長　茨木　直子先生 (感染対策室　感染管理認定看護師) 看護師　阿部可奈子先生 (認知症看護認定看護師)
D日程	１２月 ８日 (火)	11月 27日 (金)	福島県厚生農業協同組合連合会 白河厚生総合病院	＜講義Ⅰ＞ 副看護部長　上石美歌子先生 看護師長　鈴木　純子先生 (看護補助者研修担当)	＜講義Ⅱ＞ 看護師長　芳賀　弘子先生 (医療安全管理者) 看護師　緑川　裕美先生 (感染管理認定看護師) 主任看護師　小室　眞紀先生 (認知症看護認定看護師)
E日程	１２月１８日 (金)	12月 8日 (火)	公益財団法人湯浅報恩会 寿泉堂綜合病院	＜講義Ⅰ＞ 看護部主任　安齊由佳子先生 (看護管理科　教育担当)	＜講義Ⅱ＞ 看護科長　齋藤登志子先生 (医療安全室副室長　統括リスクマネージャー) 看護部主任補佐　萩原　賢治先生 (感染対策室　感染管理特定認定看護師) 看護部係長　車田千絵美先生 (認知症患者対応担当)

令 和 8 年 度

第３０回看護補助者研修会開催要項

１　目　　的　　医療チームの一員である看護補助者の役割と業務範囲、心構えを理解する。また、看護補助者が実施する日常生活に係る業務、医療安全と感染防止に関する基本的知識を理解し、技術等を習得する。

２　主　　催　　一般社団法人　福島県病院協会

３　内　　容　　別紙１　「令和8年度第30回看護補助者研修会プログラム」のとおり

４　開催日程　　別紙２　開催日程表の記載のとおり
A日程：１１／１２（木）　B日程：１１／２７（金）
C日程：１２／　３（木）　D日程：１２／　８（火）
E日程：１２／１８（金）
（いずれも開始 13:30 ～ 16:30）

５　開催方法　　オンラインライブ配信（webx 会議システム）

６　受講対象者　　県内の病院・施設に勤務する看護補助者・介護職員

７　受講証明書　　研修会受講終了後、後日郵送にて交付いたします。

８　参 加 費　　一名につき 2,000 円（税込）（病院協会員以外は、2,500 円）
※参加申込みと同時に、お申込み人数分の参加料を指定口座へお振込みください。（個人振込も可。前払いとなります）
※振込手数料は、ご負担願います。
※領収書は発行いたしません。金融機関の振込依頼書・振込受領書をもって領収書と代えさせていただきます。
※参加申込書の申込締切日まで指定振込口座にお振込み願います。

９　申込方法　　各日程の申込締切日まで、「参加申込書」NO.1 に必要事項を記入し FAX またはメールで申し込むこと。
（「参加申込書」NO.2 の【ご注意】をお読み願います）
※折り返し担当者メールアドレスに受理通知を送付いたします。受講者名、参加者用メールアドレスのご確認をお願いします。
※申込締切日は開催日程毎に異なりますのでご注意ください。

10　留意事項
（１）ネット環境の接続は有線 LAN を推奨します。パソコン動作確認等事前の準備をお願いいたします。ご入金確認後入室用 URL 及び研修会資料を担当者メールアドレスに送付いたします。研修会資料は、各自印刷してご準備ください。
（２）お申込み後、受理通知又は入室用 URL 等が届かない場合はご連絡ください。また、申込みの方が当日参加できなくなった場合、代替の方の参加を可能といたします。事務局までご連絡をお願いいたします。

（事務局：TEL　024-521-1752　FAX　024-521-2986　e-mail：shibuya-r@blue.ocn.ne.jp）

別紙 1

令和８年度　第３０回看護補助者研修会プログラム

Ⅰ　開　　会　　13：30

Ⅱ　主催者あいさつ　（福島県病院協会）

Ⅲ　研　　修

【講義Ⅰ】『看護補助者の業務と基礎的な知識』　　13：35～
（講義時間６０分）

＜内　容＞（１）医療チーム・看護チームの一員としての看護補助業務
- 医療制度の概要、病院機能と組織
  （守秘義務・法令遵守、個人情報の保護）
- 看護補助者の主な業務範囲（看護補助業務の基礎知識・技術）
- 看護補助者に求められる倫理（基本的考え方と態度）

（２）看護補助業務を遂行するための基礎的知識
- 看護師と看護補助者の役割分担・連携
- 看護チームとしての情報共有（報告・連絡・相談）
- 日常業務に係る業務と入院・生活環境整備（実施手順、食事・清潔・移動・移送・排泄等留意事項）
- 看護補助者として必要な基本姿勢（自己の健康管理、接遇、患者・家族とのコミュニケーション）

（休　　憩　10分）　　14：35～14：45

【講義Ⅱ】『看護補助者業務における医療安全と感染防止等』14：45～
（講義時間９０分）

＜内　容＞（１）医療安全の基礎知識
- 医療安全組織体制、事故発生時の対応
- 看護補助業務における医療安全
- 直接ケアに関わる医療安全（誤認、転倒転落、スキンケア）

（２）感染予防の基礎知識
- 起こりやすい院内感染
- 標準予防策（手洗い・消毒・個人防護具の着脱）
- 医療廃棄物、ごみの分別

（３）認知症患者への対応
- 認知症患者への基本的な対応

【演習問題】　5～10問　（回答含15分）　　16：15～

Ⅳ　閉　会　　16：30

Ⅴ　受講証明書交付　(後日郵送)

NO.1

送信先：一般社団法人福島県病院協会　御中

FAX：024-521-2986

e-mail：fukushima-ha@siren.ocn.ne.jp

令申込年月日：令和　8年　　月　　日

令和８年度　第３０回看護補助者研修会 参加申込書

医療機関名			
担当者氏名			
連絡先電話		ＦＡＸ	
※担当者メールアドレス	（必須）		

※研修会資料並びに Web 入室用 URL は、担当者メールアドレスにも送信いたします。

① 希望する研修日（A～E 日程）のチェックボックスに☑で指定してください。

② 複数の日程に分散しての参加は申込書をコピーし開催日程毎に分けてお申し込みください。

③ 参加申込み及び参加料のお振込み（指定振込先）については、NO.2 の注意書きをよくお読みいただきお申込みをお願いいたします。

④その他ご不明な点がございましたら事務局までお問い合わせ願います。（℡024-521-1752）

【参加希望日】（□に✓で指定してください）

□　A 日程:11/12（木）・・・・・・申込み締切日 11/ 2

□　B 日程:11/27（金）・・・・・・申込み締切日 11/16

□　C 日程:12/ 3（木）・・・・・・申込み締切日 11 /24

□　D 日程:12/ 8（火）・・・・・・申込み締切日 11 /27

□　E 日程:12/18（金）・・・・・・申込み締切日 12 / 8

	受講者職名	受講者氏名	受講者参加用メールアドレス（必須）
1			
2			
3			
4			
5			

令和８年度看護補助者研修会に上記のとおり申し込みいたします。

NO.2

【ご　注　意】

注１）別紙.２の開催日程表（A～E 日程）の申込み締切日まで、参加申込みをお願いいたします。（FAX またはメールにて送付してください）

折り返し担当者のメールアドレスに受理通知書を送付いたします。受講者名、受講参加者用メールアドレスのご確認をお願いいたします。

※当日、申し込みされた方が参加できなくなった場合、代替の方の参加は可能といたします。事前に事務局までご連絡ください。

※施設内で分散して参加を希望する場合は、各々の開催日程別に No.1 の参加申込書を日程毎に作成して提出してください。

注２）受講者参加用メールアドレスには、研修会当日までにオンライン配信（Web 会議システム）に接続するパソコンのメールアドレスを必ずご記入ください。

また、研修会開催前日までには接続確認をお願いいたします。

※接続確認時間　平日　9：00～12：00・13：00～16：00

（事前に事務局　024-521-1752 までご連絡をお願いいたします）

注３）ネット環境は、有線 LAN での接続を推奨いたします。（Wi-Fi 等の接続の場合、電波の状況等により途中切断される場合がございます。再度入室し受講してください）

注４）オンライン参加方法・配布資料等につきましては、申込書に記載された担当者メールアドレスへ送信します。ご案内メールが受け取れるよう事前の確認をお願いします。

※送付された資料等は、当日まで各自印刷をしてご準備をお願いいたします。

※前日までに案内メールが届かない場合は、事務局までご連絡をお願いいたします。

注５）お振込は下記指定振込先までお願いします。依頼人名義は、医療機関名の記載でお願いいたします。（「○○○病院」のみ。法人名、財団名の記載は不要です）

※参加料は、医療機関で参加される数名分をまとめてお振込みをお願いいたします。

※申込み締切日までに参加料のお振込みができなかった場合は、事務局までご連絡ください。

※参加料のお振込み後は、原則返金できませんのでご注意ください。

※個人で参加する場合は、勤務先（病院・施設名）と氏名（参加者本人名）を記載してお振り込みをお願いいたします。（非会員の参加料は、2,500 円となります）

【指定振込先】

東邦銀行　本店　普通預金　14996

一般社団法人　福島県病院協会　　会長　佐藤（さとう）　勝彦（かつひこ）