

令和7年度 兵庫県保健師助産師看護師実習指導者講習会＜特定分野＞

募集要項

1 実施目的

病院以外の実習施設で次に掲げる分野（以下「特定分野」という）について実習指導者の任にある者、もしくは将来これらの施設で実習指導者となる予定の者、又は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。

＜特定分野＞

- ・ 助産師養成所における助産学
- ・ 看護師養成所における老年看護学、小児看護学、母性看護学、地域・在宅看護論
- ・ 准看護師養成所における老年看護、母子看護

2 主 催

兵庫県（公益社団法人兵庫県看護協会に委託）

3 講習期間

令和7年10月22日（水）～11月13日（木）のうち、次の8日間

10月22日（水）	10月23日（木）	10月29日（水）	10月30日（木）
11月5日（水）	11月6日（木）	11月12日（水）	11月13日（木）

※原則、土・日・祝日は、研修を実施しないが、災害等による休講や講師の都合により、振替授業を実施する場合がある。

4 開催場所

兵庫県看護協会 会館
〒650-0011 神戸市中央区下山手通5丁目6番24号
Tel (078) 351-2920

5 受講定員

30名

6 受講対象

兵庫県内の看護師等養成所の実習施設、もしくは、今後、看護師等養成所の実習を受け入れる予定の施設において実習指導者の任にある者、もしくは将来これらの施設で実習指導者となる予定の者、又は養成所において特定分野の実習指導の任にある者で、次に該当する者

- （1）助産師養成所における助産学実習を行う以下に掲げる実習施設の助産師
①診療所 ②助産所 ③保健所 ④市町村保健センター ⑤母子保健センター
⑥ 上記①～⑤に類する施設 ⑦小規模な病院
- （2）看護師養成所における老年看護学実習、小児看護学実習、母性看護学実習、地域・在宅看護論実習を行う以下に掲げる実習施設の保健師、助産師又は看護師
①診療所 ②訪問看護ステーション ③介護老人保健施設 ④介護老人福祉施設
⑤保健所 ⑥助産所 ⑦地域包括支援センター ⑧在宅介護支援センター
⑨社会福祉施設 ⑩上記に類する施設
- （3）准看護師養成所における老年看護実習、母子看護実習を行う病院以外の実習施設の保健師、助産師、看護師
※実習施設は上記看護師養成所に準じる
- （4）看護師等養成所で、現に実習指導の任にある者（実習指導教員、実習指導員等）

7 受講資格

次のいずれにも該当する者

- ①実習指導者講習会未受講者
- ②保健師・助産師・看護師として概ね5年以上看護業務に従事した者
- ③講習会期間中は業務上又は健康上支障なく、全日程出席可能で講習に専念できる者（施設からの推薦があり、業務として受講ができる者）

8 講習科目及び時間数（別紙 1 参照）

9 経費の負担

- （１）受講料は10,000円とする。
- （２）宿泊費、交通費、その他受講に必要な図書費、研究費等は受講者の負担とする。
- （３）資料代として別途2,500円徴収する。

10 提出書類

- （１）所属施設長の推薦書（様式 1） 2 部（1 部は写し可）
 - （２）実習指導者講習会受講申込書（様式 2） 2 部（1 部は写し可）
* 本人の自筆
 - （３）小論文：「私の実習指導者講習会の受講動機」 2 部（1 部は写し可）
（自己の課題と学びたいこと）
（書式）・A4版縦、横書き、文字サイズ10.5～11ポイント
・1 行文字数42字、1 ページ行数40行 1,000字以上 1 枚以内
・表紙は不要（1 行目にテーマ、2 行目に施設名、受講者名記載すること。）
 - （４）写真：カラー、正面、上半身、脱帽したもの 縦4.5cm×横3.5cmを 1 枚
（必ず、裏面に所属、氏名を記入し、受講申込書にクリップで留めること。）
 - （５）返信用封筒：1 枚
 - ・レターパックプラス(赤)または 620 円分の切手を貼用した角 2 号封筒(33×24 cm)とする。
 - ・表には、所属施設の住所、施設名及び推薦者（所属施設長又は推薦責任者）の氏名と、応募者の氏名を併記すること。
（応募者個人宛には、返信しないので注意すること。）
- * 提出書類については、兵庫県ホームページよりダウンロードして下さい。

兵庫県ホームページ>分類から探す>健康・医療・福祉>医療>医療・保健衛生
>令和 7 年度兵庫県保健師助産師看護師実習指導者講習会（特定分野）の受講者募集について

11 提出方法及び提出先

- （１）提出期限
令和 7 年 5 月 30 日（金） * 必着
- （２）提出方法
提出書類を角 2 封筒に入れ、簡易書留で郵送すること。
- （３）提出先
〒650-8567 神戸市中央区下山手通 5 丁目 10-1
兵庫県保健医療部医務課 医療人材確保班(看護指導担当)宛て

12 受講者の決定

受講対象者の要件及び受講資格を満たし、所属長の推薦を受けた者を選考し、決定する。

13 受講決定通知

令和 7 年 8 月下旬頃に、推薦者を通じて選考結果を通知する。

14 受講料の納入

受講決定後に、納入通知書により受講料を納入すること。
納入方法、期限等は受講決定通知に併せて連絡する。
納入された受講料については、理由のいかんに関わらず返還しないので、留意すること。

15 連絡先

受講申込関係 兵庫県保健医療部医務課 医療人材確保班(看護指導担当)
〒650-8567 神戸市中央区下山手通 5-10-1
TEL (078) 341-7711 (代) (内線3257)
FAX (078) 362-4267

講習会運営関係 兵庫県看護協会 教育認定部実習指導者講習会 担当者
〒650-0011 神戸市中央区下山手通 5 丁目 6-24
TEL (078) 351-2920 (直)

※お問合せは、午前 9 時から午後 5 時 30 分までをお願いします。

(別紙1)

講習科目及び時間数＜特定分野＞ 令和7年度

内容	科目	時間数
教育の基盤	教育原理・教育心理	6
	教育方法	3
実習指導の基盤	実習指導の実際Ⅰ（講義）	9
	実習指導の実際Ⅱ（演習）	24
合 計		42