

令和3年度「医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修」の
オンライン研修受講に係る諸条件等について

標記について、オンライン研修受講に係る諸条件等は、下記のとおりとなりますのでご注意ください。

記

1. 全ての講義は、ZOOM システムを使用したライブ形式で実施します。
(録画の公開(配信)は行いません。)
2. 本院に来院してのオンライン受講は認めておりません。
3. ZOOM が使用できる接続環境が必要です。事前に受講場所(勤務場所、自宅等)で ZOOM の接続確認を必ず行ってください。(演習科目等で Zoom の諸機能(画面共有・ファイルの送受信ほか)を使用することから、Zoom をインストールした PC での受講を推奨します。タブレットやスマートフォンでは、これら機能を十分に使用できないことがあります。また、PC であっても職場等のセキュリティ環境によって、上記諸機能が使用できないこともあります。予め所属機関のネットワーク担当部署へご確認いただきますようお願いいたします。) 研修受講時には、1人に1台の PC をご準備ください。
4. インターネットへの接続環境や PC 及び受講に必要なソフトウェアの準備は受講側で行っていただきます。
※必要なソフトウェア: Office2013 以降の Word、Excel、PowerPoint、Acrobat Reader
※PC は、マイク、カメラが必須です。OS 環境は Windows10 を推奨します。
(後付けのマイク・カメラを使用されても構いません。)
5. 個別の接続に関する技術的なサポートは、本院では行えませんが、所属機関のネットワーク担当部署へご相談してください。
6. 講義資料は、本院の遠隔教育システムに電子ファイルで掲載します。紙媒体が必要な場合は、受講側で印刷してください。
※著作権に抵触する恐れがありますので、講義資料を印刷した後の電子ファイルは、必ず消去してください。電子ファイルを消去せず、自身の PC、外付けハードディスク等への保存および他人へ電子ファイルを送信することは禁止いたします。
7. 研修画面をビデオカメラ等で録画することは、禁止いたします。
8. 受講場所は、職場、テレワークでの自宅等、受講場所は、問いません。
ただし、研修期間中は、研修に専念してください。
※職場から参加される方は、研修中に業務等で席を外されることのないよう、職場の理解を予め得ておく等の対応をお願いいたします。

令和3年度 医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修開催要領

1. 目的 本研修は、医療ソーシャルワーク部門のリーダーが病院内外のソーシャルワーク活動を戦略的にマネジメントするために必要な知識・技術を習得することを目的とする。

一般目標 地域連携及びチーム医療の視点から、地域医療全体に資する医療ソーシャルワーカーのリーダーシップ機能とマネジメント機能の考え方を修得する。
*研修の到達目標については科学院サイトをご参照下さい。
2. 対象者 医療ソーシャルワーカーとして実務経験原則10年以上の者(資格の有無は問わない)
3. 定員 各回 40名
4. 研修期間 第1回 令和3年 6月14日(月)～令和3年 6月16日(水) 3日間
第2回 令和3年11月15日(月)～令和3年11月17日(水) 3日間
*原則として第1回と第2回の研修内容は共通です。
5. 研修場所 オンライン開催
6. 受付期間 第1回研修分 令和3年3月22日(月)～令和3年4月16日(金) (必着)
第2回研修分 令和3年8月 3日(火)～令和3年9月 2日(木) (必着)
7. 研修内容 国立保健医療科学院ホームページ(令和3年度研修案内)参照
(https://www.niph.go.jp/entrance/r3/course/short/short_syakai10.html)
*必要となる各様式はサイトからダウンロード可能です。
8. 受講申込 (1) 受講希望者は、受講資格があることを確認した上、所属長(病院長等)の責任で作成された①受講申込書(標準様式2)、②医療ソーシャルワーカーとしての通算勤務年数、所属する医療機関に関する情報(別紙)を都道府県衛生主管部(局)長へ提出して下さい。(所属機関から国立保健医療科学院へ直接提出はしないで下さい。)

(2) 都道府県衛生主管部(局)長は、管内の関係施設又は関係機関等の受講希望者を取りまとめ、上記①、②と③公文書(参考様式添付)により各申込受付期間内に国立保健医療科学院総務部研修・業務課あて提出して下さい。
なお、受講希望者が2名以上いる場合には推薦順位を明記して提出して下さい。

9. 受講決定 (1) 受講者は、各申込受付期間終了後に応募書類を選考の上決定します。
その後、国立保健医療科学院から、都道府県衛生主管部（局）長あて通知いたします。
- (2) 所属長（病院長等）あての選考結果のお知らせは、都道府県衛生主管部（局）長から行って下さい。
- (3) 受講決定者については、受講に関する書類等を後日、国立保健医療科学院より別途本人宛発送いたします。
10. 経費負担 受講料等は必要ありません。

(問い合わせ・申込み先)

国立保健医療科学院 総務部研修・業務課研修第三係

担当：梶原 志津子

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

電話 048-458-6190 (ダイヤルイン)

FAX 048-458-6112

E-mail kensyu_toiawase@niph.go.jp

*以下、宛名ラベルの参考例としてコピーしてご利用下さい。

〒351-0197

埼玉県和光市南2-3-6

国立保健医療科学院

総務部研修・業務課研修第三係 行

(医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修
受講申込 在中)

令和3年「医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修」日程(案)

研修期間：【第1回】令和3年 6月14日(月)～ 6月16日(水)

【第2回】令和3年11月15日(月)～11月17日(水)

場所：オンライン開催

日		時間	講義内容	講師名	
6月14日 (月)	11月15日 (月)				
		9:30-10:20	(50 分)	研修に関するオリエンテーション / オンライン研修説明	研修主任・副主任
		10:30-12:00	(90 分)	◆情報交換 (アイスブレイク)	研修主任・副主任
		12:00-13:00		昼食・休憩	
		13:00-14:30	(90 分)	期待されるソーシャルワーカー像45分 / 身元保証人問題へのソーシャルワーク45分	外来講師
		14:45-16:15	(90 分)	ソーシャルワークの倫理と人権擁護	外来講師
		16:30-18:00	(90 分)	ソーシャルワークのリスクマネジメント	外来講師
6月15日 (火)	11月16日 (火)	9:00-10:30	(90 分)	アルコール健康障害対策基本法に期待されるソーシャルワーカーの役割	外来講師
		10:45-12:15	(90 分)	医療ソーシャルワーカーのスーパービジョン	外来講師
		12:15-13:15		昼食・休憩	
		13:15-14:45	(90 分)	地域連携におけるソーシャルワーク	外来講師
		15:00-16:20	(80 分)	医療現場のプロジェクト評価 (グループワーク準)	研修主任・副主任
		16:30-18:00	(90 分)	グループワーク (発表準備)	研修主任・副主任
6月16日 (水)	11月17日 (水)	9:00-12:00	(180 分)	グループワーク (発表準備)	研修主任・副主任
		12:00-13:00		昼食・休憩	
		13:00-16:00	(180 分)	グループワーク・成果報告	研修主任・副主任
		16:00-16:10	(10 分)	閉講式	

(注) 時間表の時間割、講師等については変更する場合があります。

<文書番号等>
〇〇年〇〇月〇〇日

国立保健医療科学院長 殿

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇長

公
印

（ 研 修 名 ） の受講について

この度、貴院標記研修に職員を派遣いたしたく、別添のとおり申し込みますので
よろしくお取り計らい下さい。

研修担当者

- ・所属部局名等
- ・氏名
- ・連絡先

住所 〒

TEL

FAX

E-mail

- (注1) 別途派遣機関側に様式が用意されている場合はそちらをご利用下さい。
(注2) 受講希望者の所属長等から本院院長あての公文書となりますので、公印をご使用下さい。
(注3) 申込時の封筒もしくは公文書の下段に研修担当者の所属、氏名、連絡先等を明記してください。審査結果について、そちらへ送付いたします。
(注4) 複数名応募の場合は推薦順位を追記して下さい。

受講申込書(短期研修)

国立保健医療科学院長 殿

(研 修 名)

貴院

研修の受講を希望いたします。

年 月 日

ふりがな				年 齢(研修受講時)
氏 名				歳
所属機関名・部署				
役 職			職 種	
所属先住所 (連絡先)	〒			
	TEL	FAX		
	e-mail			
現職在職年数(経験年数)	年 月	性 別	男・女	
資 格 ・ 免 許				
S・H	年 月	取 得		
S・H	年 月	取 得		
S・H	年 月	取 得		
職 歴(新しいものから順に記入してください)(※)				
本院の受講歴				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 本院への申し込み <ul style="list-style-type: none"> 1. 初めて 2. 申し込んだが受講できなかった 				
		申し込み回数		回目
<ul style="list-style-type: none"> ・ 本院の他の研修を受講した経験がある場合(課程・学科・コース・研修名) 				
S・H	年度	研修名()	
S・H	年度	研修名()	
S・H	年度	研修名()	

別紙

医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修申込者は受講申込書 標準様式2 に加えて
 下記に医療ソーシャルワーカーとしての通算勤務年数、所属する医療機関に関する情報を
 記入し提出してください。

申込者氏名 _____

所属機関名 _____

医療ソーシャルワーカーとしての 通算勤務年数	年 ヶ月		
所属する医療機関に関する情報			
経営主体 (○で囲む)	国・都道府県・市町村・医療法人(社団・財団)・ 社会医療法人・社会福祉法人・公益法人・その他	病床数	床
病院の種類 (○で囲む)	特定機能病院・地域医療支援病院・一般病院・ 療養型・精神・その他	所在二次 医療圏名称	都道府県 圏