



保福第342-6号
令和2年8月26日

鹿児島市保健所長 殿

鹿児島県くらし保健福祉部
保健医療福祉課長



令和2年度医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修の実施に
ついて（依頼）

本県の保健医療行政につきましては、かねてから御協力いただき感謝申し上げます。
標記のことについて、令和2年3月3日付けで依頼させていただいたところですが、
第2回研修について、オンライン講義を開催する旨、国立保健医療科学院から別添
のとおり通知がありました。

ついては、貴職におかれましても趣旨を御理解の上、下記3の団体のいずれにも属さ
ない医療機関に対し周知するとともに、受講希望がありましたら必要書類を添付し、下
記のとおり提出するよう御案内をよろしくお願いいたします。

記

- 1 提出期限
令和2年9月11日（金）（必着）
- 2 提出先
〒890-8577
鹿児島市鴨池新町10番1号
鹿児島県くらし保健福祉部 保健医療福祉課 医務係
- 3 別途依頼済みの団体等
鹿児島県（郡市）医師会、鹿児島大学病院、県内徳洲会系列病院・診療所

【連絡先】
保健医療福祉課医務係 中越
TEL：099-286-2111（内線2688）
FAX：099-286-5928
mail：imushika@pref.kagoshima.lg.jp





事務連絡
令和2年8月19日

各都道府県衛生主管部（局） 御中

国立保健医療科学院
総務部研修・業務課

短期研修の開催について（お知らせ）

本院の養成訓練事業につきましては、平素より格別のご配慮を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、第1回医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修は、新型コロナウイルス感染症の集団発生防止及び国、地方公共団体等における感染症対策対応に鑑み実施を中止させていただきました。

今般、当該研修の第2回医療ソーシャルワーカーの研修については、オンライン講義を開催することと決定いたしましたので、貴自治体の対象者へのご周知いただけますよう、よろしく願いいたします。

なお、受講申込にあたりましては、別添をご確認下さい。




【短期研修】17.医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修

令和2年度 第1回 開催中止

第2回 オンライン (Zoom) で実施

総合支援 研修・業務課課長補佐 048-458-6185

■ 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講義受講に係る諸条件等について

標記について、オンライン講義受講に係る諸条件等は、下記のとおりとなりますのでご留意ください。

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。
2. 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。（受講で使用するPCとその他のPC、スマートフォンなどにZOOMアプリをインストールし、通信状況を確認してください。）
3. 当院に来院してのオンライン受講は認めておりません。
4. 録画の公開（配信）は行いません。
5. 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。
 ※Windows8.1以降のOSを搭載していること
 ※必要なソフトウェア：Office2013以降のWord、Excel、PowerPoint、Acrobat Reader
 ※PCは、マイク、カメラ付きが必須
 （後からマイク内蔵Webカメラを付けていただいても構いません。）
6. 講義資料は、当院の遠隔教育システムに掲載いたします。
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. 個別の接続に関する技術的なサポートは、当院では行えませんので、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。
9. 受講場所は、職場、テレワークでの自宅等で受講場所は、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。

■ 目的

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します。

■ 対象者

病院等の施設において医療ソーシャルワーカーの業務に従事している者

■ 受講資格

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）

■ 定員

各回40名

■ 研修期間

第1回 ~~令和2年6月15日（月）～令和2年6月17日（水）（3日間）（研修見合わせ）~~

第2回 令和2年11月16日（月）～令和2年11月18日（水）（3日間）

■ 受付期間

第1回 ~~令和2年3月24日（火）～令和2年4月15日（水）（必着）（研修見~~

●受講に必要な様式がダウンロードできます。

必要書類

- ◆ 派遣機関の公文書
- ◆ 受講申込書(様式2)
- ◆ 申込書別紙

注意事項
● 受講決定された方へ

下記の「受講にあたって」及び「遠隔教育システムログイン方法」を事前にダウンロードし、ご確認ください。

**遠隔教育システム
ログイン方法**

合わせ+

第2回 令和2年8月19日(水)～令和2年9月18日(金)(必着)

※都道府県衛生主管部(局)を経由しての申し込みとなります。

● 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を修得する。

● 到達目標

1. わが国の医療及び医療ソーシャルワーカーの現況を理解し、その概要を説明することができる。
2. 人権擁護の概念を理解し、その概要を説明することができる。
3. チーム医療の概念を理解し、その概要を説明することができる。
4. 地域連携の概念を理解し、その概要を説明することができる。
5. リーダーシップ機能とマネジメント機能を活用することができる。

■ その他

《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、所属長の責任で作成された受講申込書を都道府県衛生主管部(局)長へ提出して下さい。
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、受講申込書を添付の上、任意の公文書(参考書式例添付)により国立保健医療科学院 総務部研修・業務課へ提出して下さい。なお、受講希望者が2名以上いる場合には優先順位を明記して提出して下さい(様式任意)。

(送付先：〒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)

《受講決定》

1. 受講者の決定は、国立保健医療科学院から、都道府県衛生主管部(局)長に通知いたします。
2. 所属長あての受講決定通知は、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国立保健医療科学院より別途本人あて発送いたします。

■ 研修内容

SBOs	科目及び講義課題	時間数
1. わが国の医療及び医療ソーシャルワーカーの現況を理解し、その概要を説明することができる。	1. 地域包括ケアと医療ソーシャルワーク	A1.5
	2. 期待される医療ソーシャルワーカー像	A1.5
	3. 医療現場のプロジェクト評価	A2
2. 人権擁護の概念を理解し、その概要を説明することができる。	1. ソーシャルワークの倫理と人権擁護	A1.5
	2. リスクマネジメント	A1.5
3. チーム医療の概念を理解し、その概要を説明することができる。	1. 他職種との協働・チームワーク	A1.5
4. 地域連携の概念を理解し、その概要を説明することができる。	1. 地域連携	A1.5
	2. 地域医療連携	B6.5
5. リーダーシップ機能とマネジメント機能を活用することができる。	1. 医療ソーシャルワークのスーパービジョン	A1.5

合計 19時間【A12.5・B6.5】

短期研修 派遣機関の公文書 (参考様式)

<文書番号等>
〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

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)	T TEL e-mail	FAX																	
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																			
・ 本院への申し込み <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. 初めて</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 20%;">申し込み回数</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%;">回目</td> </tr> <tr> <td>2. 申し込んだが受講できなかった</td> <td></td> <td>申し込み回数</td> <td></td> <td>回目</td> </tr> </table>					1. 初めて		申し込み回数		回目	2. 申し込んだが受講できなかった		申し込み回数		回目					
1. 初めて		申し込み回数		回目															
2. 申し込んだが受講できなかった		申し込み回数		回目															
・ 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) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;">S・H</td> <td style="width: 10%;">年度</td> <td style="width: 60%;">研修名(</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">)</td> </tr> <tr> <td>S・H</td> <td>年度</td> <td>研修名(</td> <td></td> <td>)</td> </tr> <tr> <td>S・H</td> <td>年度</td> <td>研修名(</td> <td></td> <td>)</td> </tr> </table>					S・H	年度	研修名()	S・H	年度	研修名()	S・H	年度	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 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