広島県取受
第　　号
-2.3.-2
処理期限　月　日
分類記号　保存年限

科学院研修発第２４号
令和２年２月２７日

各都道府県衛生主管部（局）長　殿

国立保健医療科学院長
（公　印　省　略）

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開催について

標記について、別添「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開催要領」により開催することといたしました。

つきましては、受講機会の均等を図るため、貴管下の医療機関等に対して広く周知していただきますとともに、受講者の推薦方につきましてご協力下さいますようお願いいたします。

また、本研修の応募については、開催要領に記載のとおり、都道府県衛生主管部(局)において貴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の上、ご推薦頂くこととしておりますのでよろしくお願いいたします。

応募受付期間
〔第１回研修分〕　令和２年３月２４日（火）～令和２年４月１５日（水）（必着）
〔第２回研修分〕　令和２年８月　３日（月）～令和２年９月　２日（水）（必着）

【連絡先】
国立保健医療科学院　総務部研修・業務課 研修第三係
Tel 048-458-6190
FAX 048-458-6112(研修・業務課)
〒351-0197　埼玉県和光市南２－３－６

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2年　６月１５日（月）～令和2年　６月１７日（水）　３日間
第2回　令和2年１１月１６日（月）～令和2年１１月１８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　　埼玉県和光市南２－３－６　国立保健医療科学院　（案内図参照）

６．受付期間　　第１回研修分　令和２年３月２４日（火）～令和２年４月１５日（水）（必着）
第２回研修分　令和２年８月　３日（月）～令和２年９月　２日（水）（必着）

７．研修内容　　国立保健医療科学院ホームページ（令和２年度研修案内）参照
(https://www.niph.go.jp/entrance/r1/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<u>①受講申込書（標準様式２）</u>、<u>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）</u>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 <u>①</u>、<u>②</u>と <u>③公文書（参考様式添付）</u>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（時間表・オリエンテーション関連資料など）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　受講に要する費用（交通費、宿泊費等）は受講者の負担です。
＊なお、受講料等は必要ありません。

11．寄宿舎　本研修受講決定者は、本院敷地内にある寄宿舎をご利用いただけます。利用申込みについては受講決定後開始となります。詳細（寄宿舎要覧）については本院ホームページをご覧下さい。
長期研修での入居希望を優先しますのでご希望にそえない場合もあります。利用できない場合は、各自で宿泊場所を手配願います。

12．その他　（1）食堂について
営業時間　昼食１１：３０～１３：３０（昼食のみ）土日祝日等は休業

（2）院内に簡単な自販機は設置されておりますが、本院周辺にはコンビニエンスストア等が少ないため、和光市駅前で調達することをお勧めします。

（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：中田　健清
〒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　nakada.k.aa@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）

（案）

令和２年度 短期研修「医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修」日程

研修期間：【第1回】令和2年6月15日（月）～6月17日（水）
【第2回】令和2年11月16日（月）～11月18日（水）
※原則として第1回と第2回の研修内容は共通です。

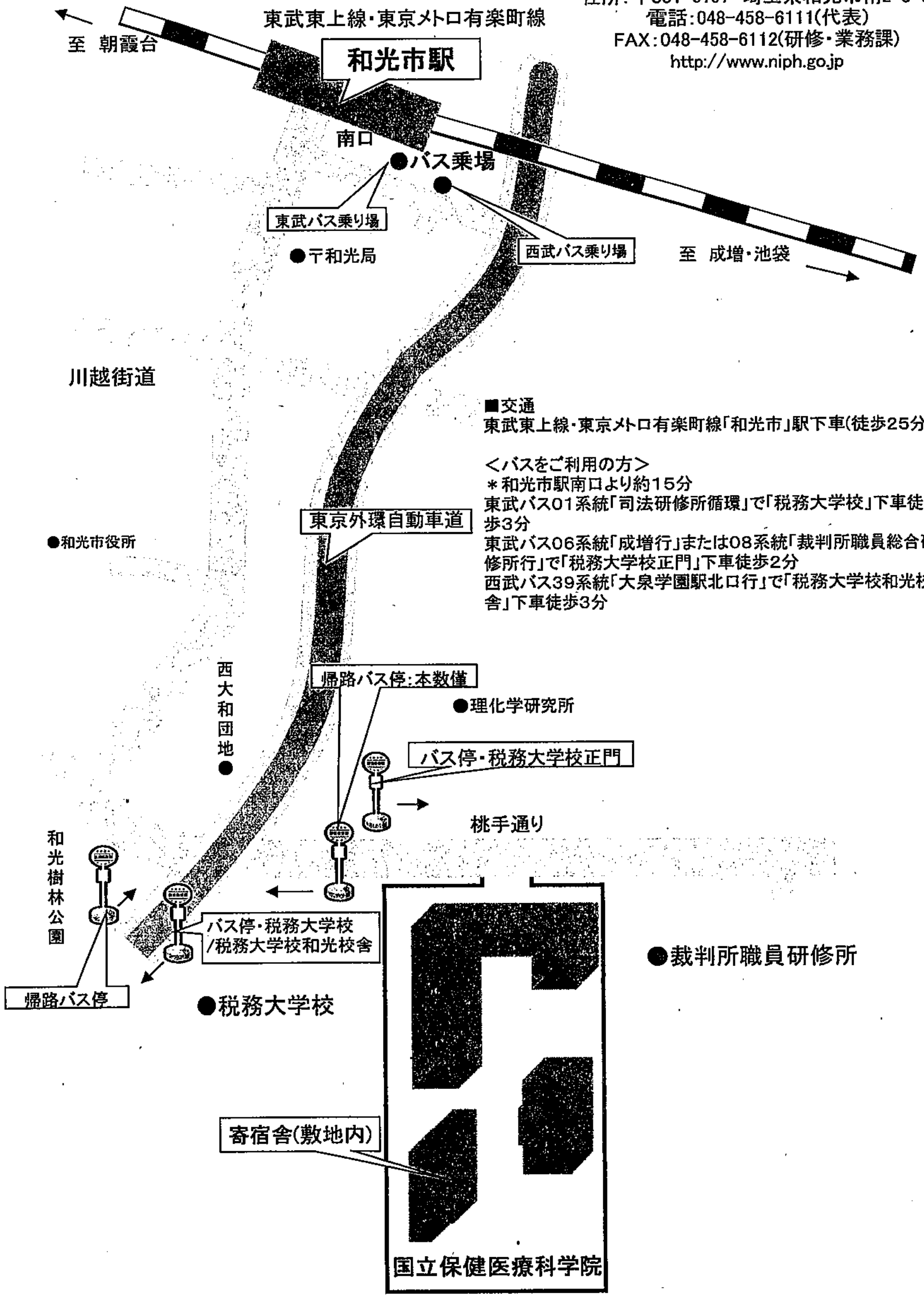
場所：【第1回】国立保健医療科学院 4-1講義室
【第2回】国立保健医療科学院 3-1,2講義室

第1回	第2回	時間		講 義 内 容	講師名
6月15日（月）	11月16日（月）	9:40-		受付	
		10:00-10:20	（ 20 分）	研修に関するオリエンテーション	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
		14:40-16:10	（ 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
		16:20-17:50	（ 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16日（火）	11月17日（火）	9:00-10:30	（ 90 分）	地域連携におけるソーシャルワーク	外来講師
		10:40-12:10	（ 90 分）	ソーシャルワークの倫理と人権擁護	外来講師
		12:10-13:10		昼 食・休 憩	
		13:10-14:40	（ 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
		14:50-16:20	（ 90 分）	医療現場のプロジェクト評価（グループワーク準備）	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17日（水）	11月18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	
		13:00-15:00	（120 分）	グループワーク・成果報告	研修主任・副主任
		15:00-15:10	（ 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。

国立保健医療科学院案内図

住所：〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6
電話：048-458-6111(代表)
FAX：048-458-6112(研修・業務課)
http://www.niph.go.jp



■交通
東武東上線・東京メトロ有楽町線「和光市」駅下車(徒歩25分)

<バスをご利用の方>
＊和光市駅南口より約15分
東武バス01系統「司法研修所循環」で「税務大学校」下車徒歩3分
東武バス06系統「成増行」または08系統「裁判所職員総合研修所行」で「税務大学校正門」下車徒歩2分
西武バス39系統「大泉学園駅北口行」で「税務大学校和光校舎」下車徒歩3分

短期研修　派遣機関の公文書（参考様式）

<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。

【標準様式2】

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

・本院への申し込み　　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

・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
（※）受講資格要件に経験年数があり、様式に書ききれない場合には、当用紙に記入下さい。

職　　歴（新しいものから順に記入してください）（※）	
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	

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