



福岡医発第 3219 号(地)
令和 6 年 3 月 25 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

令和 6 年度医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修会の開催について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

今般、標記研修会につきまして、国立保健医療科学院より福岡県保健医療介護部健康増進課を通じて、別添のとおり通知がありました。

本研修会は、地域連携およ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ことを目的として、下記のとおり開催されます。詳細は国立保健医療科学院ホームページ (<https://www.niph.go.jp/entrance/r6/course/short/s19.html>) をご確認ください。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに、貴会会員へのご周知の程よろしくお願いいたします。

記

△と き (第 1 回) 令和 6 年 6 月 17 日 (月) ～令和 6 年 6 月 19 日 (水)
(第 2 回) 令和 6 年 11 月 18 日 (月) ～令和 6 年 11 月 20 日 (水)

△と ころ オンライン研修 (Zoom)

△申 込 先 〒812-8577 福岡市博多区東公園 7-7

福岡県保健医療介護部健康増進課地域保健係 担当：江藤

E-mail : etou-a3258@pref.fukuoka.lg.jp

△提出書類 受講申込書【標準様式 2】、申込書【別紙】

△提出期限 第 1 回 令和 6 年 4 月 15 日 (月)

第 2 回 令和 6 年 8 月 30 日 (金)

△対 象 ・医療ソーシャルワーカーとして実務経験原則 10 年以上 (資格の有無は問わない) の現任者

・研修に専念し、全ての講義を受講でき、オンライン研修受講に係る諸条件等 (ホームページ参照) について対応できる者

△定 員 各回 40 名

小郡三井医師会より

学術担当理事 柳 大三郎
会長 島田昇二郎

5 健 第 2 5 7 3 号
令和 6 年 3 月 1 5 日

公益社団法人
福岡県医師会会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(健康増進課地域保健係)



令和 6 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

このことについて、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ので、周知をお願いいたします。

また、受講希望者については、貴会において、下記のとおり提出書類を取りまとめの上、下記担当へ郵送もしくはメールにて御提出いただきますようお願いいたします。

なお、研修の提出書類については、別紙実施要領に記載の国立保健医療科学院のホームページを御参照ください。

記

	第 1 回	第 2 回
提出期限	令和 6 年 4 月 1 5 日 (月)	令和 6 年 8 月 3 0 日 (金)
提出書類	受講申込書【様式 2】 申込書別紙	受講申込書【様式 2】 申込書別紙

※受講料の自己負担はありません。

【問合せ先及び提出先】

〒812-8577 福岡市博多区東公園 7 番 7 号
福岡県保健医療介護部健康増進課
地域保健係 (担当: 江藤)

TEL : 092-643-3270

e-mail : etou-a3258@pref.fukuoka.lg.jp



科学院研修発 0228 第1号

令和6年2月28日

都道府県・指定都市・中核市
地域福祉・社会福祉主管部(局)
高齢者・健康福祉主管部(局)
児童相談所主管部(局)
婦人保護事業担当部(局) } 長 殿

国立保健医療科学院長
(公印省略)

令和6年度「医療・福祉に関する分野」の研修の実施について

令和6年度「医療・福祉に関する分野」の研修について、下記のとおり実施しますので、貴管内の関係機関等へ周知の上、受講者の派遣について御配慮をお願いします。

受講申込みに係る様式等詳細については、本院ホームページからダウンロードの上、御確認ください。

また、受講申込みに当たっては、各主管部局においてお取りまとめいただくとともに提出期限を厳守されるよう併せてお願いします。

記

研 修 名 ・ 研 修 期 間	受講申込書類の提出期限(必着)	開催方法
1 都道府県・指定都市・中核市指導監督中堅職員研修 ① 社会福祉法人・老人福祉施設担当 研修期間：令和6年6月3日(月)～6月5日(水)	令和6年 4月12日(金)	オンライン研修 (Zoom)
② 社会福祉法人・障害者福祉施設担当 研修期間：令和6年6月3日(月)、4日(火)、6日(木)		
③ 社会福祉法人・児童福祉施設担当 研修期間：令和6年6月3日(月)、4日(火)、7日(金)		
2 ユニットケアに関する研修(施設整備・サービスマネジメント) 研修期間：令和6年7月4日(木)～7月5日(金)	5月10日(金)	集合研修
3 福祉事務所長研修 研修期間：令和6年7月24日(水)～7月26日(金)	5月24日(金)	オンライン研修 (Zoom)
4 生活保護における3つの自立支援とその推進に向けた研修 研修期間：令和6年10月9日(水)～10月11日(金)	7月22日(月)	集合研修
5 児童相談所の連携機能強化に向けた中堅職員研修 研修期間：令和6年11月6日(水)～11月8日(金)	8月19日(月)	集合研修
6 女性相談支援従事者研修 研修期間：令和6年11月27日(水)～11月29日(金)	9月13日(金)	集合研修
7 介護保険における保険者機能強化支援のための都道府県職員研修 研修期間：令和7年1月27日(月)～1月29日(水)	12月2日(月)	オンライン研修 (Zoom)
8 介護保険における生活支援体制整備推進のための研修 研修期間：令和7年1月27日(月)、30日(木)、31日(金)	12月2日(月)	オンライン研修 (Zoom)
9 医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修 (第1回)研修期間：令和6年6月17日(月)～6月19日(水)	4月19日(金)	オンライン研修 (Zoom)
(第2回)研修期間：令和6年11月18日(月)～11月20日(水)	9月5日(木)	

➤ 令和6年度 医療・福祉研修実施要領

1 受講申込

各研修担当主管部（局）長は、研修ごとの受講資格を確認の上、様式（公文書・受講者推薦名簿・受講申込書）を各提出期限（必着のこと）までに国立保健医療科学院総務部研修・業務課宛て提出してください。（受講者推薦名簿の番号が推薦順になります。ただし、選考の結果必ずしも推薦名簿上位の者が受講許可となるとは限りません。）

なお、各様式は本院ホームページ（下記URLの 必要書類）からダウンロードできます。

2 受講決定について

研修ごとに選考の上定員の範囲内で受講の可否を決定し、その結果を推薦者宛てに通知します。
推薦者から各受講申込者にお知らせください。

3 研修期間及び受講申込書等の提出期限

研修名 / URL / 研修期間	受講申込書の受付期間（ <u>必着</u> ）	開催方法
1 都道府県・指定都市・中核市指導監督中堅職員研修 （社会福祉法人・老人福祉施設担当） https://www.niph.go.jp/entrance/r6/course/short/short_syakai01.html 研修期間：令和6年6月3日（月）～ 6月5日（水） （社会福祉法人・障害者福祉施設担当） https://www.niph.go.jp/entrance/r6/course/short/short_syakai02.html 研修期間：令和6年6月3日（月）、4日（火）、6月6日（木） （社会福祉法人・児童福祉施設担当） https://www.niph.go.jp/entrance/r6/course/short/short_syakai03.html 研修期間：令和6年6月3日（月）、4日（火）、6月7日（金）	令和6年 3月21日（木）～ 4月12日（金）	オンライン研修 (Zoom)
2 ユニットケアに関する研修（施設整備・サービスマネジメント） https://www.niph.go.jp/entrance/r6/course/short/short_syakai15.html 研修期間：令和6年7月4日（木）、7月5日（金）	4月1日（月）～ 5月10日（金）	集合研修
3 福祉事務所長研修 https://www.niph.go.jp/entrance/r6/course/short/short_syakai04.html 研修期間：令和6年7月24日（水）～ 7月26日（金）	4月25日（木）～ 5月24日（金）	オンライン研修 (Zoom)
4 生活保護における3つの自立支援とその推進に向けた研修 https://www.niph.go.jp/entrance/r6/course/short/short_syakai05.html 研修期間：令和6年10月9日（水）～10月11日（金）	6月1日（木）～ 7月22日（月）	集合研修
5 児童相談所の連携機能強化に向けた中堅職員研修 https://www.niph.go.jp/entrance/r6/course/short/short_syakai06.html 研修期間：令和6年11月6日（水）～11月8日（金）	7月19日（金）～ 8月19日（月）	集合研修
6 女性相談支援従事者研修 https://www.niph.go.jp/entrance/r6/course/short/short_syakai07.html 研修期間：令和6年11月27日（月）～11月29日（金）	8月14日（月）～ 9月13日（金）	集合研修
7 介護保険における保険者機能強化支援のための都道府県職員研修 https://www.niph.go.jp/entrance/r6/course/short/short_syakai08.html 研修期間：令和7年1月27日（月）～1月29日（木）	10月28日（月）～ 12月2日（月）	オンライン研修 (Zoom)

8 介護保険における生活支援体制整備推進のための研修 https://www.niph.go.jp/entrance/r6/course/short/short_syakai09.html 研修期間：令和7年1月27日（月）、30日（木）、31日（金）	10月28日（月）～ 12月2日（月）	オンライン研修 （Zoom）
9 医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修 https://www.niph.go.jp/entrance/r6/course/short/short_syakai10.html （第1回）研修期間：令和6年 6月17日（月）～ 6月19日（水） （第2回）研修期間：令和6年11月18日（月）～11月20日（水）	3月15日（金）～ 4月19日（金） 8月5日（月）～ 9月5日（木）	オンライン研修 （Zoom）

4 オンライン研修受講に係る諸条件等について

- (1) 本院に来院してのオンライン受講はできません。
- (2) 録画の公開（配信）・受講者以外への研修資料の提供は行っておりません。
- (3) 研修では、講義を聴くだけでなくグループ単位で議論する時間がありますので、1人1台PC等の端末を準備してください。

5 その他

- (1) 関係各課への周知徹底のお願い

都道府県等において、各研修の担当課が複数にわたっている場合は、各研修に係る実施計画の周知徹底を図るよう、**本要領を関係所管課及び福祉事務所・児童相談所・女性相談支援センター・社会福祉関連施設等へお知らせください。**

- (2) 受講経費

受講料は必要ありません。

- (3) 事前提出課題

研修内容充実のため、受講に際し**事前課題**を提出していただきます。
詳細は受講可否通知の際に併せてお知らせします。

- (4) 修了証書の交付

研修を修了した方に、修了証書を交付します。ただし、原則、全ての日程を修了しないと修了証書を交付できません。また、到達テスト、グループワーク演習成果物、レポート等により、**修了時評価**を行います。一定の水準に達していると評価されることが修了の要件になります。

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 e-mail												
現職在職年数(経験年数)		年 月	性 別	男・女									
資 格 ・ 免 許													
年 月				取 得									
年 月				取 得									
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 border="0"> <tr> <td>1. 初めて</td> <td>申し込み回数</td> <td>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></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					
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													
・ 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 border="0"> <tr> <td>年度</td> <td>研修名(</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td>年度</td> <td>研修名(</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td>年度</td> <td>研修名(</td> <td>)</td> </tr> </table>					年度	研修名(	)	年度	研修名(	)	年度	研修名(	)
年度	研修名(	)											
年度	研修名(	)											
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。

[illegible]

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