

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)
女性支援事業担当部 (局) } 長 殿

国立保健医療科学院長
(公 印 省 略)

令和 7 年度「医療福祉に関する分野」の研修の実施について

令和 7 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。

受講申込みに係る書類や詳細情報については、本院ホームページの研修案内から御確認ください。

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 7 年 6 月 2 日 (月) ～ 6 月 4 日 (水)	令和 7 年 4 月 1 1 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 7 年 6 月 2 日 (月)、3 日 (火)、5 日 (木)		
③ 社会福祉法人・児童福祉施設担当 研修期間：令和 7 年 6 月 2 日 (月)、3 日 (火)、6 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 7 年 7 月 3 日 (木) ～ 7 月 4 日 (金)	5 月 9 日 (金)	集合研修
3 福祉事務所長研修 研修期間：令和 7 年 7 月 2 3 日 (水) ～ 7 月 2 5 日 (金)	5 月 2 3 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 7 年 1 0 月 8 日 (水) ～ 1 0 月 1 0 日 (金)	7 月 2 2 日 (火)	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 7 年 1 1 月 4 日 (火) ～ 1 1 月 6 日 (木)	8 月 1 8 日 (月)	集合研修
6 児童虐待防止研修 研修期間：令和 7 年 1 1 月 4 日 (火) ～ 1 1 月 7 日 (金)	8 月 2 2 日 (金)	集合研修
7 女性相談支援従事者研修 (管理職) 研修期間：令和 7 年 1 1 月 2 5 日 (火) ～ 1 1 月 2 7 日 (木)	9 月 1 2 日 (金)	集合研修
8 女性相談支援従事者研修 (心理職) 研修期間：オンライン研修 令和 7 年 1 1 月 2 5 日 (火) 集合研修 令和 7 年 1 1 月 2 8 日 (金)	9 月 1 2 日 (金)	オンライン (Zoom) + 集合 の混合形式

9 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10月15日（水）～10月17日（金）	7月25日（金）	オンライン研修 (Zoom)
10 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10月15日（水）、20日（月）、21日（火）	7月25日（金）	オンライン研修 (Zoom)
11 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7年6月23日（月）～6月25日（水）	4月21日（月）	オンライン研修 (Zoom)
(第2回) 研修期間：令和7年11月17日（月）～11月19日（水）	9月4日（木）	

・【参考】

今回の送付先については以下のとおりです。

○指導監督職員研修（老人、障害者、児童）

○福祉事務所長研修

○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

→都道府県・指定都市・中核市の地域福祉担当課へ（129自治体 169箇所）]

○ユニットケアに関する研修

→都道府県・指定都市・中核市の高齢者福祉主管課へ（129自治体）

○児童相談所の連携機能強化に向けた中堅職員研修

○児童虐待防止研修

→都道府県・指定都市・中核市の児童相談所主管課へ（129自治体）

○女性相談支援従事者研修（管理職）

○女性相談支援従事者研修（心理職）

→都道府県の女性支援事業担当課へ（47都道府県）

○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

○介護保険における生活支援体制整備推進のための研修

→都道府県の高齢者福祉主管課へ（47都道府県）

○医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修

→都道府県の健康福祉部主管課へ（47都道府県）

・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。

医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修

SBOs	科目及び講義課題	講師名	時間数					
			集合	オンライン	遠隔			
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 2) 期待される医療ソーシャルワーカー像 3) 医療現場のプロジェクト評価	外来講師 外来講師 院内講師		A 1.5 A 1.5 A 1.5				
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 2) リスクマネジメント			A 1.5 A 1.5				
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			A 1.5				
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 2) 地域医療連携			A 1.5 B 9				
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			A 1.5				
小計				21				
時間数	集合	A	B	C	D	E	合計	21
	オンライン	A 12	B 9	C	D	E		
	遠隔	A	B	C	D	E		

Aは講義、Bは演習、Cは実験、Dは見学、Eはその他、修了時評価等（オリエンテーション、開講式・閉講式は除く。）
遠隔は、遠隔システムを利用し、予習・復習を行うもの（事前課題は除く。）

令和7年度 オンライン研修に係る諸条件確認票

※本紙は提出不要です。

オンライン研修受講に当たっては、受講環境等について下記条件を満たしたことを確認のうえ、お申し込みください。

講義はZoomを使用したライブ形式で実施します。

	確認事項	選択肢	推奨される条件	備考
1 受講環境（部屋・ネットワーク環境）				
①	周囲が静かで、声の出せる部屋、環境が用意できますか？	1. 用意できる 2. 用意できない	1.のみ	講義を聴くだけでなくグループ単位で分かれたの議論があります。 受講場所は問いません。
②	①の部屋で利用できるネットワーク環境の通信速度（帯域幅）は？	1. 1.0 Mbps / 600 kbps（上り / 下り） 2. 2.6 Mbps / 1.8 Mbps（上り / 下り） 3. 3.8 Mbps / 3.0 Mbps（上り / 下り） 4. 1.以下	2.または3. 4.は不可	1.は最低限の通信速度です。2.または3.の通信速度があると画像が滑らかになります。 4.はZoomの使用要件に満たない通信速度です。
2 受講端末について				
③	受講時に使用する端末は何ですか？	1. ノートパソコン又はデスクトップパソコン 2. タブレットPC（iPadを除く） 3. iPad	1.または2.	端末は1人1台必要です。 チャット等を使用するため、キーボード操作ができる端末を推奨します。 iPadは他のPCと操作性が大きく異なり、研修の受講に支障が生じることがあるため推奨いたしません。
④	③の端末のOSは何ですか？	1. Windows10、11 バージョン22H2 以降 2. Mac OS 11 以降 3. その他	1.または2.	受講時点でサポートが終了していないOSを使用してください。 3.を選択される場合は、Zoom公式ホームページにシステム要件が掲載されていますので御確認ください。
⑤	③の端末にはカメラが付いていますか？	1. カメラが付いている 2. 外付けカメラを使用する 3. カメラ無し	1.または2. 3.は不可	研修は原則WebカメラをONにした状態で受講していただきます。カメラをOFFにして受講した場合は出席とは認められない場合があります。
⑥	③の端末にはマイクとスピーカーが付いていますか？	1. マイクとスピーカーが付いている 2. ヘッドセット、マイク付きイヤホン等を使用する 3. マイク、スピーカー無し	1.または2. 3.は不可	マイク、スピーカーが用意できない場合は受講できません。音声はイヤホンを使用した方が鮮明に聞こえます。スマートフォンなどの付属品でも差し支えありませんので、準備をお勧めします。
⑦	③の端末にZoomをインストールできますか？	1. インストール可能（or インストール済） 2. インストールは禁止されている	1.のみ	所属機関によってはセキュリティポリシーにより禁止されている場合もあるため確認してください。 Zoomは最新バージョンの利用を推奨します。
⑧	③の端末にOffice2016以降のWord・Excel・PowerPoint、Acrobat Reader等PDFを閲覧できるソフトをインストールできますか？	1. インストール可能（or インストール済） 2. インストールは禁止されている	1.のみ	講義中にZoomのチャット機能を利用して資料を共有する場合があります。Zoomを使用する端末に、Office、Acrobat Readerを準備してください。（Zoom使用機とOffice等使用機を別にしないでください。）
3 研修日程の確保				
⑨	研修の全日程に参加できますか？	1. 可能 2. 不可能	1.のみ	全日程参加を以て修了要件の1つを満たします。
4 受講決定後の確認				
⑩	①、②の環境下、③の端末を使って科学院のホームページからデータをダウンロード、アップロードすることができますか？	1. ダウンロード、アップロード可能 2. ダウンロード可能、アップロード不可 3. ダウンロード不可、アップロード可能 4. どちらも不可	1.のみ 3.4.は不可	研修では科学院の「遠隔教育システム」を利用して講義資料等をダウンロードします。また、課題等をアップロードしていただく場合があります。2.の場合はお問合せください。

パソコン、Zoomの基本操作は予め確認のうえ、受講していただくようお願いいたします。

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 (連絡先)	郵便番号		
	住所		
	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)(※)			
<p>・ 本研修への申し込み</p> <p>1. 初めて</p> <p>2. 申し込んだが不許可となった回数 回</p> <p>本院の受講歴</p> <p>・ 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)</p> <p>年度 研修名()</p> <p>年度 研修名()</p> <p>年度 研修名()</p>			

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

医 薬 第 2 8 9 9 号
令和7年（2025年）3月14日

一般社団法人北海道医療ソーシャルワーカー協会会長 様

北海道保健福祉部地域医療推進局医務薬務課長

令和7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、別添のとおり開催する旨、国立保健医療科学院長から通知がありましたので、お知らせします。

つきましては、貴会会員等の受講希望がある場合には、実施要領に留意の上、所管の道立保健所又は保健所設置市へ申し込まれますよう周知についてよろしくお願いします。

連絡先	地域医療推進局医務薬務課 医務係 電話011-204-5989
-----	---------------------------------------

<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

または（公印省略）

（ 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、別添受講申込書のとおり申し込み
ますので、よろしくお取り計らいください。

申込担当者
・所属部局名等
・氏名
・連絡先
住所 〒
TEL
e-mail

（注1） 公文書の下段に申込担当者の所属、氏名、連絡先を明記してください。選考結果を送付いたします。

（注2） 申込みは主管部局等において取りまとめ、複数名申し込む場合には受講者推薦名簿を必ず添付してください。（1名の場合は必要ありません。）