

山医協第6-1号

令和元年6月8日

会員各位

山梨県医療社会事業協会

会長 太田 聡子

[公印省略]

### 令和元年度山梨県医療社会事業協会新任者研修について（通知）

梅雨の候、会員の皆様にはご活躍のことと、推察いたします。

さて、例年行っております新任者研修を別紙のとおり開催いたします。当協会の歴史やソーシャルワークの価値、知識、技術等を学ぶ内容といたしました。また、スーパービジョンと、その後のフォローアップ研修の必要もあることから、現場経験が2～3年目の方々には2日目と3日目のみの参加も積極的に募っています。

つきましては、自身の資質の向上のためにも、参加くださいますようお願い申し上げます。

**【問い合わせ先】山梨県医療社会事業協会教育研修部**

甲府共立病院	齊藤徳仁	TEL055-226-3131
山梨厚生病院	西川亜希子	TEL0553-23-1372
JCHO山梨病院	東條将大	TEL055-252-8831
甲府市役所健康政策課	松田恵理子	TEL055-237-5484

## 山梨県医療社会事業協会新任者研修実施要領

- 1) 目的  
当協会では会員の資質向上のため、教育研修を主要な事業の柱としています。  
相談が多様化し、活動する場も増え、様々な知識と技術が必要となっていることを感じています。そのため当協会では、ソーシャルワーカーとしての価値、知識、技術の修得およびソーシャルワーカーとしての自己効力感向上を図るため本研修を開催いたします。
- 2) 対象者  
現場経験が概ね3年以下の会員
- 3) 開催日時及び場所  
1日目：令和元年7月6日（土）JCHO山梨病院 2階 第一会議室  
（甲府市朝日3-11-16）  
2日目：令和元年10月12日（土）甲府市内  
  
3日目：令和元年12月頃 甲府市内
- 4) 受講料  
全日程 申込み 6,000円（内訳：受講料3,000円、ナイトセッション3,000円）  
2日目、3日目のみ申込み 5,000円（内訳：受講料2,000円、ナイトセッション3,000円）
- 5) 申込期日  
申込書に必要事項を記入のうえ、6月21日（金）までFAXにて申込みください。  
※各機関で多数受講希望者がいる場合は、取りまとめのうえ申込みください。
- 6) レポート提出について  
2日目のグループスーパービジョンは受講者全員がレポートを提出します。  
フォーマット、提出方法、期限等については、1日目研修会オリエンテーションで伝えます。
- 7) 申し込み先/レポート提出先  
〒400-0025 甲府市朝日3-11-16 JCHO山梨病院地域連携室 東條将大宛  
Tel.055-252-8831（代表）Fax055-253-8676

## 8) 研修日程

月日	時間	内容	講師	会場
1 日目 7月6日 (土)	14:00~	開講式 オリエンテーション	会長あいさつ	JCHO山梨病 院2階 第一会議室
	14:10~ 14:50	ソーシャルワーク実践1 ソーシャルワーカーの歴史	塩山市民病院・山 梨県医療社会事 業協会 雨宮良一氏 前会長	
	15:00~ 16:50	ソーシャルワーク実践2 ソーシャルワークの 価値・視点	あおぞら相談室 池谷進氏	
10 月 1 2 日 (土)	14:00~	ソーシャルワーク実践3 グループ スーパービジョン	協会会員	甲府市内
	18:30~	ナイトセッション		
1 2 月 頃 (土)	14:00~ 16:30	ソーシャルワーク実践4 フォローアップ研修	協会会員	甲府市内

## 9) 講義内容

講義名	概要
ソーシャルワーク実践1 山梨県ソーシャルワーカーの歴史	山梨県のソーシャルワークの歴史について、山梨県医療社会事業協会前会長 雨宮良一氏がソーシャルワーカーとして何を大事にしてきたのか、その魂を語ります。
ソーシャルワーク実践2 ソーシャルワークの価値・視点	医療機関や地域の福祉専門職として働く、ソーシャルワーカーの価値や理論について演習を通じて学びます。制度の枠や組織等から求められる役割のなかで、ソーシャルワーカーとしての価値・視点や理論について考えます。
ソーシャルワーク実践3 グループスーパービジョン	受講者より提出されたレポートをもとに、グループスーパービジョンを行い、自らのソーシャルワークを振り返る場とします。
ソーシャルワーク実践4 グループスーパービジョン (フォローアップ研修)	初回グループスーパービジョン後の実践を振り返る場とし、今後のソーシャルワーク実践の基盤作りの場としていきます。
ナイトセッション	新任者や先輩方との交流を通して、私たちが抱える思いを共有する場です。ネットワークを広げ、かつ深める場です。

申込み用紙

JCHO山梨病院地域連携室 東條将大 宛て

FAX 055-253-8676

令和元年度山梨県医療社会事業協会新任研修申込書

申込日 令和元年 月 日

所属機関		
住所	〒 番( ) -	
氏名	受講希望 (当てはまる受講型○をしてください。)	経 験 年 数
	3日間参加 2日目、3日目のみ	年 箇月
	3日間参加 2日目、3日目のみ	年 箇月
	3日間参加 2日目、3日目のみ	年 箇月
	3日間参加 2日目、3日目のみ	年 箇月
	1日目のみ参加	年 箇月
メールアドレス (各所属機関につき1つ)		