

新任期地域保健関係職員研修会 開催要領

1 研修目標

地域保健活動を効果的に展開するために必要な知識及び技術を習得し、行政における専門職としての役割を認識する。

2 研修到達目標

- (1) 新任者は、担当する保健活動に係る個別事例について、個のアセスメントができる。
- (2) 新任者は、職場内で個別事例について、報告・連絡・相談を行うことができる。
- (3) 新任者は、個別事例から集団及び地域の健康課題を整理することができる。
- (4) 新任者は、共通した地域の健康課題から担当する保健活動の改善点を考えることができる。

3 対象者

- (1) 健康福祉センター及び市町の新規採用の地域保健関係職員
※新規採用から5年目（採用年度を1年とする）までの地域保健関係職員、転任等により新たに地域保健分野に配属された者も受講可能
- (2) 3回開催する全ての日程に出席可能な者

4 開催日

〔前期〕	平成31年	5月28日（火）	9：20～16：00	※開始時間が異なります。
〔中期〕	平成31年	10月8日（火）	9：50～16：00	
〔後期〕	平成32年	2月7日（金）	9：50～16：00	

5 日程及び内容

別紙1のとおり

6 会場

山口県健康づくりセンター
〒753-0814 山口市吉敷下東3-1-1 山口県総合保健会館内
TEL 083-934-2200 / FAX 083-934-2209

7 申込方法

- (1) 別紙2「受講申込書」を、郵送又はFAXで提出してください。

- (2) 申込期限 平成31年 5月 8日（水）

8 研修経費 無料

9 その他

- (1) 3回を通じて、新任期指導者研修会との合同開催です。
- (2) 受講申込み後、都合等により欠席する場合は必ず連絡をお願いします。
- (3) 〔後期〕は、公開開催となります。12月頃に別途通知しますので、公開聴講を希望の方は、その際にお申し込みください。
- (4) 研修参加者の駐車場は総合保健会館専用駐車場・臨時駐車場を利用してください。
会館敷地内への駐車はできません。
- (5) 会館内は各研修室単独での空調の調整が難しいため、上着など調節できる衣服でお越しください。
- (6) 昼食の斡旋はしませんので、各自で準備をお願いします。

新任期地域保健関係職員研修会 日程及び内容

	〔 前 期 〕	〔 中 期 〕	〔 後 期 〕
	平成31年5月28日（火）	平成31年10月8日（火）	平成32年2月7日（金）
	9:00 受 付		
9:20	オリエンテーション	9:20 受 付	9:20 受 付
9:30			
	講話 「これからの地域保健活動」 山口県健康福祉部健康増進課		
9:50		9:50 オリエンテーション	9:50 オリエンテーション
	講義 「地域を対象とした 保健活動の展開」 山口大学大学院 医学系研究科 教授 守田孝恵	課題演習 「事例から見た実態把握」 助言講師 山口大学大学院 医学系研究科 教授 守田孝恵	事例発表 「地域を対象とした 保健活動の展開」 ～個別事例から地域の健康課題の 把握、そして地域を対象とした保健 活動への展開～
11:40			
	昼 食		
12:40	報告 ～H30年度研修修了者からの報告～ 「地域保健活動の 1年先輩として」 岩国市健康推進課 保健師 三代早智映 「指導者として関わってみて」 岩国市健康推進課 保健師 武重晴香	昼 食 (12:00～13:00)	昼 食 (12:00～13:00)
13:20	グループワーク 「新任者としてどのように活動 していきたいですか」 ～講話や報告を聞いて印象に残ったことや これから学んでいきたいこと～	13:00～ グループワーク 「事例から見た実態把握の 軌道修正」 助言者 山口大学大学院 医学系研究科 教授 守田孝恵 (調整中)	13:00～ 事例発表 「地域を対象とした 保健活動の展開」 ～個別事例から地域の健康課題の 把握、そして地域を対象とした保健 活動への展開～ 助言者 山口大学大学院 医学系研究科 教授 守田孝恵 (調整中)
14:40	グループワーク 「事例から見た実態把握の方向 性」 助言者 山口大学大学院 医学系研究科 教授 守田孝恵 (調整中)		
16:00		意見交換・情報交換	

* 新任期指導者研修と合同開催です。

* 後期は県内の地域保健関係職員へ公開して開催します。

新任期地域保健関係職員研修会 受講申込書

平成 年 月 日

公益財団法人山口県健康福祉財団
山口県健康づくりセンター長 様

所 属

連絡先 TEL

標記研修会に、下記のとおり申し込みます。

記

氏 名及びメールアドレス (ふりがなをご記入下さい)	職 種	課名 (係・班名)	新規採用or 経験年数*1	プリセプター 氏 名 (ふりがなをご記入下さい)
メールアドレス*2				

*1 新規採用以外の方は、経験年数の記載をお願いします。経験年数は、採用年度を1年として経過した満年数を記入してください。(産休育休などを差し引かないこと)

*2 諸連絡等でメールを使用します。受講者に対して一斉送信を行います。

※担当する保健活動を基に課題演習を行います。以下について記入してください。

担当する 保健活動	母子 成人 高齢者 精神 難病 感染症 ※該当するものに○をしてください。 担当する保健活動のテーマ ()
担当する 保健活動の目的	

※講義に関して聞きたいこと、あるいは質問等がありましたら記入してください。

申込期限 2019年 5月 8日(水)

FAX 083-934-2209