

## 課題別研修 in 香川 (第1回)

# オムニバス研修～精神保健福祉士の魅力～

### 参加のお誘い

日本に誕生した当時の精神科ソーシャルワーカー (PSW) は、チーム医療の一員として、長期入院中の精神障害者の社会復帰を支援する目的で、主に精神科病院に勤務していました。その後、リハビリテーション機関や社会復帰施設へ広がり、現在は狭義の精神障害のみならず、メンタルヘルズ課題を有する人々への幅広い支援領域にも職場を広げてきています。

このオムニバス研修では、PSWとして変わらずに持ち続ける理念を共有しながら職業現場を拡充している、中国・四国地区のベテラン PSW による多様な実践の歩みを語っていただき、自分たちの仕事に夢と希望と自信を持って成長し続ける英気を養うことを目的としています。魅力ある諸先輩の「生」の声を存分にご紹介します。

### ■プログラム

(敬称略)

4月25日 (日)

09:45	開講式 (受付開始 9:15～)	13:40	講義「差別と貧困－被差別部落の福祉課題とソーシャルワーク導入の意義－」(75分) 講師：富島喜揮 (四国学院大学)
10:00	講義「地域生活支援と精神保健福祉士の役割」(75分) 講師：山下安寿 (社会福祉法人ハートランド)	14:55	休憩 (10分)
11:15	休憩 (10分)	15:05	講義「援助職のメンタルヘルズ」(75分) 講師：本田政憲 (岡山県精神保健福祉センター)
11:25	講義「医療観察法と地域移行支援」(75分) 講師：杉村多代 (援護寮まち)	16:20	閉講式 (～17:00)
12:40	昼休み (60分)		

### お申込み前に必ずお読みください

●定員 50名 (定員になり次第、締切ります)

●対象 次のいずれかに該当する方。

1. 本協会構成員 (2009年度までの会費納入のこと)
2. ソーシャルワーカー (非構成員)
3. 精神保健福祉士をめざす学生 (社会人除く)

●お申込方法

1. ホームページから「受講申込書」をダウンロードし、個人ごとに本協会までFAXください (原本保管のこと)。

URL : <http://www.japsw.or.jp/ugoki/kensyu/2010/om1.html>

★トップページ (<http://www.japsw.or.jp/>) にもリンクあり

2. 研修に係る費用は、受講決定通知と共に送付する払込書にて所定の期限までにご送金ください。

3. 「申込み」締め切り **3月31日 (水) 必着**

4. 講決定通知等発送日 **4月2日 (金)**

●変更・参加取消

1. 変更、取り消しのご連絡は、各自保管の申込書 (原本) を訂正のうえ、改めてFAXしてください。
2. 原則として受講決定通知送付後の参加取り消し及び参加費のご返金はできません。ただし、参加費をいただいた上での取り消しの場合には、研修終了後に当日資料をお送りいたします。

●その他

1. 参加者名簿には、参加者全員のお名前を掲載いたしますが、勤務先名・勤務先所在地・TEL・FAXの掲載の可否は申込書にてお知らせください。
2. 宿泊のご用意はありません。
3. 災害保険等は各自ご加入ください。

### 日時・場所

日時： 2010年4月25日 (日)

会場： 丸亀市保健福祉センター (ひまわりセンター)  
(香川県丸亀市大手町 2-1-7)

### 参加費

構成員	5,000円	お弁当 500円
非構成員	8,000円	※お弁当はご希望に 応じてどうぞ。
学 生	3,000円	

主催 社団法人日本精神保健福祉士協会  
Japanese Association of Psychiatric Social Workers

〒160-0015 東京都新宿区大塚町 23-3  
四谷オーキッドビル 7F  
TEL.03-5366-3152 FAX.03-5366-2993  
E-mail : office@japsw.or.jp URL : <http://www.japsw.or.jp>

# オムニバス研修～精神保健福祉士の魅力～「受講申込書」

F A X . 0 3 - 5 3 6 6 - 2 9 9 3

年 月 日 発信

→ ます記入

氏名		ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
<input type="checkbox"/> 構成員	記入必須 会員番号 (                      - 0 0                      ) 2009年度会費 <input type="checkbox"/> 納入済 or <input type="checkbox"/> 納入予定 ( 月 日 ) ※未納の方は至急ご納入ください。			次の要件に該当する方は <input checked="" type="checkbox"/> して「い」へお進みください。 該当しない方は「あ」にお進みください。 <input type="checkbox"/> 受講決定通知送付先が「PSW 通信」送付先と同じで、 勤務先は本協会に登録済（変更なし）である			
<input type="checkbox"/> 非構成員	<input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士をめざす学生（社会人除く）			「あ」にお進みください。			

→ 該当する方は記入

あ	受講決定通知送付先（ご希望に <input checked="" type="checkbox"/> してください） <input type="checkbox"/> 所属先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅						
	勤務先機関名 ※参加者名簿掲載などに使うため正式名称を記入ください。						
	勤務先所在地 (〒                      -                      ) ※郵便番号は必ずご記入ください。 都道 府県						
	TEL		FAX		携帯番号		
自宅現住所 (〒                      -                      ) ※ご自宅を参加証等の送付先としない方は記入不要。 都道 府県							

→ 全員記入

オプション	●お弁当を「注文する方」は <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> 注文します
その他	●参加者名簿へのご所属名、ご所属の所在地の掲載を「希望しない方」は <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> 掲載を希望しません

事務局への連絡事項

ご記入にモレがないかご確認のうえ、FAXください (特に、オプション・その他)。

<個人情報の取り扱い> 本協会の個人情報保護方針および個人情報の保護に関する規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本研修申し込みにおいて得た個人情報は、本研修実施に伴う書類発送、研修評価に伴う調査および本協会会員データの確認に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。この範囲を超えて利用する場合は、本人の同意を得た上で行います。

**※事務局記入欄** (以下は記入しないでください)

受付確認	2010年	月	日	/2009年度までの会費納入状況	納入済	・	未納	(                      )
受講の可否	可	・	不可	/ 受講決定通知の発送	月	日	発送	
入金確認	2010年	月	日	/ 受講番号	第	番		
備考欄							受付印	完了印