

平成29年度 ストレスマネジメント研修 開催要領

【目的】 職員を管理監督する立場にある職員が、ストレスマネジメントの意義や重要性を理解するとともに、部下の心理的な健康状態を把握し、メンタル不調を予防するための方法や不調者への対応等ラインケアの知識・技術を習得することを目的とします。

【目標】 ①ストレスの要因や反応等の基礎知識を習得するとともに、福祉職場の職員に見られるストレスの特徴を理解する。
②セルフケアとしてのストレスマネジメントの意義・重要性と具体的な方法を理解する。
③管理監督者の役割を理解し、メンタル不調を予防するための方法や不調者への対応等ラインケアのスキルを習得する。
④職場改善に向けた取り組みについて理解する。

【主催】 兵庫県社会福祉協議会 社会福祉研修所

【日時】 平成29年10月10日（火） 10：20～16：30

【会場】 兵庫県社会福祉研修所 地階 大研修室（別紙・会場案内図参照）

【受講対象】 県内社会福祉施設・団体に勤務する管理監督職（係長や主任等）の者

【日程表】

時間	研修科目	研修内容
10：20	開講／オリエンテーション	(9：30～受付開始)
10：30 ～ 12：00	【講義】 「ストレスの基礎知識とセルフケア」	・ストレスの仕組み ・福祉職場のストレスの特徴 ・セルフケアとストレスマネジメント
13：00 ～ 16：30	【講義・演習】 「管理監督者の役割とラインケアの進め方」	・4つのケアと管理監督者の役割 ・いつもと違う職員の把握と対応 ・コミュニケーションする際の方法と留意点 ・職場環境改善へのアプローチ（ストレスチェックの活用）
16：30	閉講／アンケート記入	

【講師】 なにわ生野病院、大阪メンタルヘルス総合センター 高橋美智子氏（臨床心理士・医療心理士）

(プロフィール)

関西医科大学健康科学センター、寺方生野病院、あべのクリニック心療内科等で非常勤カウンセラー、大手前看護専門学校で非常勤講師の後、現職。神戸親和女子大学非常勤講師。教育、医療・福祉現場におけるメンタルヘルス研修の講師多数。

【受講定員】 100名（原則、先着順）
*申込状況によっては、1施設あたりの参加人数を制限させていただく場合があります。
*申込多数の場合は、定員に達し次第、受講募集を締め切ることがあります。

【受講料】 5,100円

【申込方法】 受講申込書とともに「事前アンケート」に必要事項をご記入いただき、下記宛、原則郵送によりお申込みください。やむを得ずFAXでお申込みされる場合は、必ず送信確認のお電話をお願いします。

【申込締切】 平成29年9月19日（火）必着

【受講決定】 受講の可否は、申込者本人に受講決定通知にてお知らせします。

・受講料は受講決定通知に同封する払込取扱票にて、期限までに郵便局でお支払い願います。

【キャンセルについて】

- ・10月3日（火）までにキャンセルされる場合は、受講料を返金します。
- ・10月4日（水）以降のキャンセルの場合は、受講料を返金いたしません。研修資料の送付をもって代えさせていただきます。

【申込・問合せ先】

兵庫県社会福祉協議会 社会福祉研修所 研修第1部（担当：塩谷・荻田）

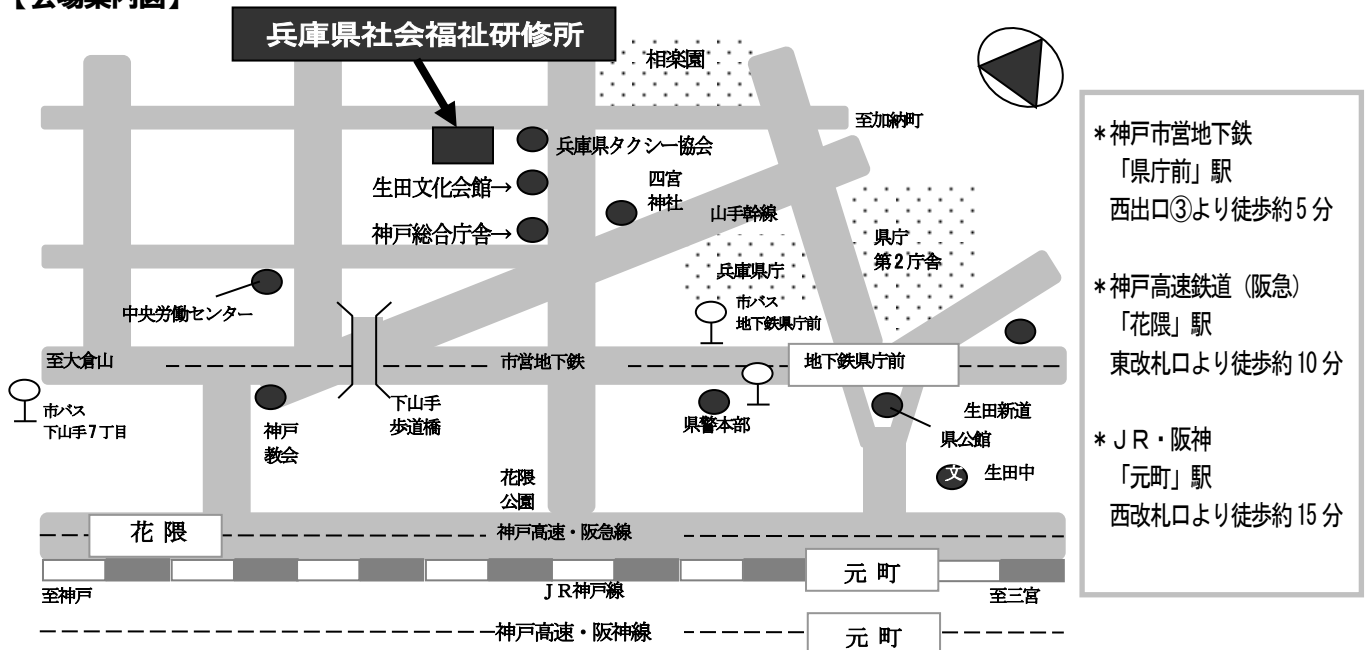
〒650-0004 神戸市中央区中山手通6-1-30

(TEL) 078-367-3001 (FAX) 078-367-4522

(URL) <http://www.hyogo-f-kensyu.jp/>

※ホームページから、現在募集している研修事業の開催要領等のダウンロードができますので、ご活用ください。なお、ホームページを介してのお申込みはできませんので、ご了承ください。

【会場案内図】



平成29年度 ストレスマネジメント研修 受講申込書

兵庫県社会福祉協議会
社会福祉研修所長 様

事業所名 _____

所属長名 _____ (印)

下記のとおり申込みます。

(平成29年9月1日現在)

フリガナ		性別	男・女	福祉現場での 通算経験年数	年
氏名					
役職名 ※事業所における 位置付け		年齢層	歳代	現在の役職の 経験年数	年 月
複数名 お申込の場合	推薦順位 位 / 申込者数 名				
資格取得 状況	1. 社会福祉士 2. 介護福祉士 3. 精神保健福祉士 4. 看護師・准看護師 5. 介護支援専門員 6. 社会福祉主事 7. 保育士 8. 資格なし 9. その他 ()				
フリガナ		フリガナ			
施設名		法人名			
事業所種別 ※当てはまる項目全 てに○印をつけて 下さい。 ※当方の都合により 分類させていただ いておりますので、ご了承くださ い。	児童	1. 児童養護施設 2. 乳児院 3. 母子生活支援施設 4. 保育所・認定こども園 5. 障害児施設 (入所・通所) 6. その他 ()			
	障害者	7. 施設入所支援 8. 共同生活介護 9. 療養介護 10. 生活介護 11. 共同生活援助 12. 自立訓練 (機能・生活) 13. 就労移行支援 14. 就労継続支援 (雇用型・非雇用型) 15. 地域活動支援センター 16. その他 () 【主たる対象者 (複数選択可)】 1. 身体障害者、2. 知的障害者、3. 精神障害者、4. 障害児			
	高齢者	17. 特別養護老人ホーム 18. 養護老人ホーム 19. デイサービスセンター 20. その他 ()			
	社協	21. 社会福祉協議会	その他	22. 救護施設 23. その他 ()	
勤務先 事業所 所在地	〒		TEL :	()	
			FAX :	()	
備考					

《ご記入に際しての注意事項》

*該当する事項に記入または○印をつけてください。

*事前アンケート (裏面) にご記入の上、本受講申込書とともに送付ください。

*推薦順位は1事業所で2名以上お申込みの場合のみご記入ください。なお、複数名お申込みの場合は、申込書をコピーし、1人につき1枚にご記入ください。

【個人情報保護法に基づく取り扱い】

- ・ 「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修業務の運営以外の目的に使用することはなく、また、その管理については、兵庫県社会福祉協議会「個人情報保護規程」に基づき適正に行い、無断で第三者に提供することはありません。
- ・ 演習等の活用及び受講者相互の情報交換、交流を円滑に行うことを目的として、氏名、所属名 (事業所名) を記載した「受講者名簿」を作成し、当日受講者に配付します。

申込締切：平成29年9月19日 (火) 必着

平成29年度 ストレスマネジメント研修 事前アンケート

事業所名 ()
氏 名 ()

標記研修の事前課題として、受講希望者は開催要領を参照し、次の内容にお答えいただき、参加申込書とともにご送付ください。

<事前アンケートの目的>

- ①受講者の研修参加目的を明確にする。
- ②受講者の問題意識に基づく研修運営をおこなう。特に、演習事例の選定に生かす。

設問1 あなたの職場において、現在、いつもと違う様子などで、メンタル面で気になる職員がいれば、下欄に簡潔にご記入ください(特にない場合は記入いただくなくても結構です)。

(気になる職員の言動や状況)

(当該職員への対応の現状、または困っていること)

設問2 あなたの職場が、メンタルヘルス対策として実施しているものすべてに○をつけてください。

1. 衛生委員会において必要な対応を協議している
2. 職場内にメンタルヘルスの担当者を設置している
3. 職場内の相談体制を明確にしている
4. 職場外の相談体制を明確にしている
5. 管理職にメンタルヘルス研修を実施している
6. 全職員にメンタルヘルス研修を実施している
7. 職場復帰における支援を行っている
8. 職場環境改善に向けた対策を行っている。
9. 特になし
10. その他()

設問3 ストレスチェック制度への対応について該当するものに○をつけてください。

1. 実施済み
2. 実施に向けて検討中
3. 実施の予定はない(職員が50人以下の為などにより)
4. その他 ()

設問4 あなたが今回の研修を通じて学びたいこと・解決したいことは何ですか。下欄にご記入ください。

☆アンケート記載内容は、本研修以外には一切使用いたしません。

☆研修で使用する場合においても、事業所名・個人名は一切公表しません。