

「事業場内メンタルヘルス推進担当者養成研修」開催のご案内

主催 中央労働災害防止協会 協賛 (一社)兵庫労働基準連合会

厚生労働省が策定した「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について」(平成21年3月発出)等では、職場のメンタルヘルス対策を積極的に進めるために、「事業場内メンタルヘルス推進担当者」を選任することが求められています。

この研修会は、厚生労働省が公表しているカリキュラムに則しており、精神科医、産業医、中災防の専門家等により、メンタルヘルスカケアから働く人のうつ病と自殺予防への対応、職場復帰のための支援、職場環境等の改善等メンタルヘルス対策に必要な知識とグループ討議を折りまぜながら幅広く、かつ、総合的に学ぶことが出来ます。

「事業場内メンタルヘルス推進担当者」を選任のため、更にはストレスチェック後のメンタル対策を学びたいという衛生管理者、人事担当者、保健師等にとって極めて有意義な研修であります。

平成27年12月1日より施行されましたストレスチェック制度(当面、従業員数50人以上対象)の実施担当者として「職場のメンタルヘルス推進担当者」が適任とされています。

なお、今年度は、中小規模事業場安全衛生活動支援事業(300人未満の事業場一企業規模ではないので、大部分の事業場は該当します)による割引制度(約40%割引)が利用出来ますのでこの機会を是非ご利用ください。

- 1 開催日時 : 平成30年2月15日(木)9:30~16日(金)17:00
- 2 開催場所 : マークラー神戸ビル12階 (一社)兵庫労働基準連合会会議室 (略図参照)
神戸市中央区雲井通4丁目2-2 JR三宮駅東口下車徒歩(7分)中央区役所東隣
- 3 カリキュラム (都合により変更される場合があります。)

1日目(時間)	内 容	2日目(時間)	内 容
9:00~	受 付	9:10~10:10	職場環境等の把握と改善の方法(講義)
9:30~9:50	開講式(オリエンテーション)	休 憩	10分
9:50~10:50	事業場におけるメンタルヘルスカケア(講義)	10:20~12:00	メンタルヘルス教育の進め方(講義・実技)
休 憩	10分	昼 食(休憩)	60分
11:00~12:00	ストレス及びメンタルヘルスカケアに関する基礎知識(講義)	13:00~14:00	職場復帰における支援の進め方(講義)
昼 食(休憩)	60分	休 憩	10分
13:00~14:20	企業のリスクマネジメントとコンプライアンス、個人情報保護への配慮(講義)	14:10~15:10	関係者との連携、情報提供の進め方(講義)
休 憩	10分	休 憩	10分
14:30~15:30	心身医学・精神医学の基礎(講義)	15:20~16:50	取組み状況の把握と情報交流(研究討議)
休 憩	10分	16:50~17:00	閉講式(修了証授与)
15:40~16:40	働く人のうつ病と自殺予防への対応(講義)		

- 4 定 員 36名(定員になり次第申込みを締め切ります。)
- 5 参加費 30,860円(中災防・連合会会員・基準協会会員事業場の方)
(但し、300人未満の事業場の方は、18,520円)
34,970円(上記以外のその他一般事業場の方)
(但し、300人未満の事業場の方は、20,980円)
(いずれも資料代及び消費税を含みます。昼食は各自ご用意ください。)

6 申込方法

裏面の申込用紙に必要事項記入のうえ、FAX又は郵送(返信用封筒及び82円切手貼付)にて連合会あて送付ください。当方からの受付押印の書面が着信次第、下記の振込先へ参加費を振り込みください(振込み期限2月8日(木))。

(注) 割引制度を利用される場合は、直近の「労働保険 概算・増加概算・確定保険料申告書（事業主控え）」の写しを申込みの際お送り（FAXにて可）ください。

7 申込先

(一社) 兵庫労働基準連合会 〒651-0096 神戸市中央区雲井通4丁目2の2
 マークラー神戸ビル12階
 FAX 078-261-3305

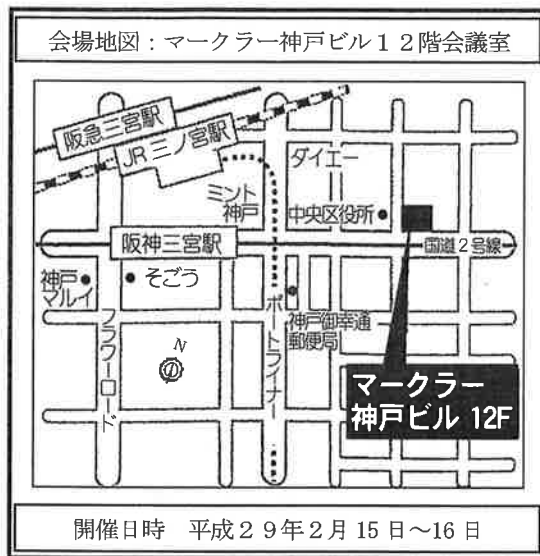
8 参加費振込先

三井住友銀行 大阪公務部
 普通預金 5311
 口座名義 大阪労働衛生総合センター

9 問合せ先

(一社) 兵庫労働基準連合会
 ☎ 078-231-6903

(注) 申込先と参加費振込先が異なりますので
 ご留意ください。



----- 切り取り線 -----

事業場内メンタルヘルス推進担当者養成研修申込書（30.2.15～16）			
事業場名	中災防・連合会・基準協会会員 非会員(どちらかに○を付けて下さい。)		
事業場規模	人	業種	
割引制度利用の有無	割引制度を利用する ・ 割引制度を利用しない (いずれかに○を付して下さい)		
事業場所在地	〒		
(ふりがな) 担当者氏名	担当者連絡先 電話番号		
担当者所属部署	FAX		
参加者氏名		所属部署	登録(修了)済みTHP指導者の名称
(ふりがな)	男・女 (年代 歳代)		健康測定研修修了医師、ヘルスケアトレーナ、ヘルスケアリーダ、心理相談員 等資格のある方は○印、無の方は不要
(ふりがな)	男・女 (年代 歳代)		健康測定研修修了医師、ヘルスケアトレーナ、ヘルスケアリーダ、心理相談員 等資格のある方は○印、無い方は不要
通信欄	参加費振込予定日	月 日	請求書希望 有・無

- 1 受付印を押した書面(参加証)、筆記用具をご持参ください。
- 2 提出頂いた個人情報は、当連合会が責任を持って保管・管理し、本研修会の的確な実施にのみ利用いたします。
- 3 修了証をお渡ししますので、参加者欄は正確かつ丁寧に記入ください。
- 4 割引制度利用の有無について、(利用する、利用しない)に○を付けてください。
- 5 登録(修了)済みTHP指導者の名称欄は該当する場合のみ○を付けてください。