

「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「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(平成18年3月公示)及び「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について」(同21年3月発出)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、中災防の専門家により、メンタルヘルス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をグループ討議を折り返しながら幅広く、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」選任のため、更には、メンタルヘルス対策を学び充実し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内容となっています。

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。で労災保険適用事業場が対象になります。)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。

なお、本養成研修は、「事業場内メンタルヘルス推進担当者」養成のためのものでもあります。

- 1 開催日時：平成27年2月12日(木) 9:30～13日(金) 17:00
- 2 開催場所：マーカー神戸ビル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	9:25～9:30	オリエンテーリング
9:30～9:50	開講式(オリエンテーリング)	9:30～11:40	職場復帰における支援の進め方
9:50～10:50	事業場におけるメンタルヘルスケア		関係者との連携及び情報提供の進め方
休憩	10分		(途中10分の休憩を含む)
11:00～12:00	ストレス及びメンタルヘルスケアに関する基礎知識	昼食(休憩)	60分
昼食(休憩)	60分	12:40～13:40	職場環境等の把握と改善の方法
13:00～14:40	メンタルヘルス教育の進め方(傾聴法の実習)	休憩	10分
休憩	10分	13:50～15:20	取り組み状況の把握と情報交流(研究討議)
14:50～15:50	心身医学・精神医学の基礎	休憩	10分
休憩	10分	15:30～16:50	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
16:00～17:00	働く人のうつ病と自殺予防への対応	16:50～17:00	閉講式(修了証授与)

- 4 定員 50名(定員になり次第申し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人未満の事業場で労災保険適用事業場の方は、18,520円)
34,970円(上記以外のその他一般事業場の方)
(但し、300人未満の事業場で労災保険適用事業場の方は、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 申し込み方法

別紙の申し込み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円切手添付)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(振り込み期限2月5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)」の写しを申し込みの際お送り(FAXにて可)ください。

7 申し込み先

(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

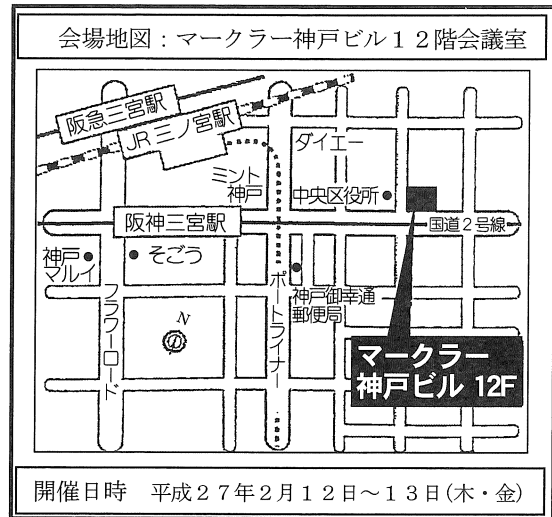
口座名義 大阪労働衛生総合センター

9 問い合わせ先

(一社) 兵庫労働基準連合会

☎ 078-231-6903

(注) 申し込み先と参加費振込先が異なりますので、
ご注意ください。



----- 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 (27. 2. 12~13)			
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	〒		
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	フリガナ	所属部署	登録(修了)済みTHP指導者の名称
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ー、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
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ー、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	参加費振り込み予定日 月 日		

- 1 受付印を押した書面(参加証)、筆記用具をご持参下さい。
- 2 提出頂いた個人情報、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ご記入ください。
- 4 割引制度利用の有無について、(利用する、利用しない)に○を付してください。
- 5 登録(修了)済みTHP指導者の名称欄は該当する場合のみ○を付してください。