

「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織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29年2月2日(木) 9:30~3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	9:20~10:20	職場環境等の把握と改善の方法(講義)
9:30~9:50	開講式(オリエンテーリング)	休 憩	10分
9:50~10:50	事業場におけるメンタルヘルスケア(講義)	10:30~12:10	メンタルヘルス教育の進め方(講義・実習)
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ケアに関する基礎知識(講義)	13:10~14:10	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
13:00~14:00	心身医学・精神医学の基礎(講義)	14:10~15:20	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
14:10~15:10	働く人のうつ病と自殺予防への対応(講義)	15:30~17:00	取り組み状況の把握と情報交流(研究討議)
休 憩	10分	17:00~17:10	閉講式(修了証授与)
15:20~16:40	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)		

- 4 定 員 36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（振り込み期限1月26日（水））。

（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

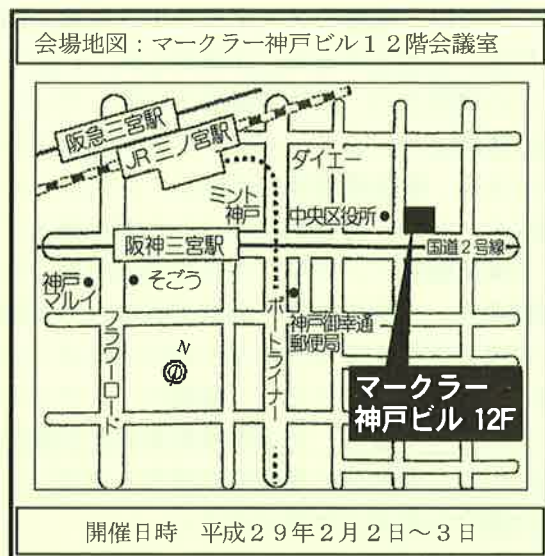
8 参加費振込先

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（29. 2. 2～3）			
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		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		

- 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、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○を付けてください。
- 5 登録（修了）済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。