

アンガーマネジメント研修

開催要項

1 目的

福祉従事者は人との関わりやコミュニケーションの過程で、時に双方の感情が衝突したり、一方の感情が高まる場面での対処が求められるなど、感情のコントロールが難しい職種でもあります。特に「怒りの感情」は、時に虐待やハラスメントに繋がりがねません。

本研修では、利用者の尊厳を守り、より良い支援を行うために、自分自身の「怒りの感情」に気づき、それに向き合うことで自らの力で感情をコントロールする等、上手に向き合う方法について学ぶことを目的として開催します。

2 目標

- ① 現場で起こりうる様々な場面を通じて、「怒り」の感情を知る
- ② 「怒り」の感情をコントロールする方法を習得する

3 主催

兵庫県社会福祉協議会

4 日時

日 程	時 間
令和4年10月5日（水）	9：50～16：00

5 会場

オンラインにて実施

※Zoomを使用予定。詳細は、受講決定時にお知らせします。

※受講者おひとりにつき、1台の端末(1アカウント)をご用意ください。

6 受講対象

県内の社会福祉施設・事業所に勤務する職員で経験年数が概ね3年以上の中堅職員

7 受講定員

90名（原則、先着順）

8 受講料

7,000円（アンガーマネジメント診断料2,200円を含む）

※受講決定通知時に払込用紙を同封します。

9 日程表

日時	研修科目	研修内容
9:00	入室開始	
9:50	開講／オリエンテーション	
10:00 ～ 12:00	【講義・演習】 「福祉従事者に求められる アンガーマネジメントの基本的理解」	1 「怒り」の感情とは 2 アンガーマネジメントの必要性 3 揺れ動く感情との向き合い方
	昼食休憩	
13:00 ～ 16:00	【講義・演習】 「支援時における感情の扱い方」	1 自分の「怒り」の傾向やクセに気付く 2 「怒り」の感情のコントロール方法
16:00	閉講	

【アンガーマネジメント診断について】

本研修の受講にあたって、受講者全員に日本アンガーマネジメント協会が提供している「怒り」の感情傾向を分析するための心理テスト「アンガーマネジメント診断」を受けていただきます。

ついては、①受講決定通知に記載の二次元バーコード、②申込時に入力されたメールアドレス宛にURLをお送りしますので、①または②に各自でアクセスし、WEB上で回答締切期限（9月15日）までに、必ず質問に回答してください（所要時間は10～15分程度）。

診断結果は、事前に研修資料とともに郵送し、研修にて診断結果に関する解説を行います。

10 講師

一般社団法人日本アンガーマネジメント協会認定 アンガーマネジメントコンサルタント
株式会社ナースハート 代表取締役 井上 泰世氏

11 申込締切日

令和4年9月5日（月）締切

12 申込方法

- ① 申込にあたっては、当研修センターが定める「研修実施方針」「研修受講ルール」が適用されますので、あらかじめ内容をご確認ください。申込完了した場合は、これらに同意いただいたものとして取り扱います。
- ② 研修センターホームページの「研修の検索＆お申込み」からホームページ上でお申込みください。ホームページ上でお申込された場合、入力されたメールアドレスに「申込確認のメール」が返送されますので、必ずご確認ください。
- ③ ホームページでご入力いただいた申込者情報（法人・事業所情報）は、次回の研修申込時に自動で入力されるため、便利です。

13 受講決定

- ① 受講の可否は、申込事業所宛に受講決定通知（文書）を郵送してお知らせします。
- ② 受講料は、受講決定通知時に同封の払込用紙にて、期限までに郵便局でお支払い願います。

【申込・問合せ先】

福祉人材研修センター 研修企画部

〒650-0004 神戸市中央区中山手通 7-28-33

TEL：078-367-3001／FAX：078-367-4522／URL：<https://hfkensyu.com/>

【「研修実施基本方針」「研修受講ルール」をご確認ください】

兵庫県福祉人材研修センター（以下、研修センター）では、研修運営にあたって少しでも安心してご受講いただけるよう、下記のとおり「研修実施基本方針」・「研修受講ルール」を定めて運営しています。

ご受講にあたっては、下記の「基本方針・受講ルール」が適用されますので、ご同意のうえ、お申し込みください。詳細は、当研修センターホームページをご確認ください。

【研修実施基本方針】



【研修受講ルール】



※それぞれの二次元バーコードを読み込むと、
ホームページ内の各ページへアクセスが可能です

※できる限り、本センターホームページから申込みをお願いします。

令和4年度 アンガーマネジメント研修 受講申込書（FAX 用）

■下記の項目に必要事項をご記入ください。

（令和4年9月1日現在）

フリガナ				
氏 名				
法人名				
勤務先 施設・事業所名				
勤務先住所 (受講決定送付先)	(〒 -)			
年齢層 (いずれかに○印)	・ 10 歳代 ・ 20 歳代 ・ 30 歳代 ・ 40 歳代 ・ 50 歳代 ・ 60 歳以上			
当該業務の 通算経験年数	年	職名		
施設種別 (受講者が所属する種別 を1つ選択してください)	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 5 認定こども園 6 障害児施設（入所・通所）		
	障 害	7 居宅介護 8 重度訪問介護 9 同行援護 10 行動援護 11 短期入所 12 療養介護 13 生活介護 14 自立訓練 15 就労移行・就労継続 16 共同生活援助 17 施設入所支援 18 相談支援 19 移動支援 20 福祉ホーム 21 地域活動支援センター		
	高 齢	22 養護老人ホーム 23 特別養護老人ホーム 24 軽費老人ホーム 25 老人福祉センター 26 デイサービスセンター 27 短期入所 28 在宅介護支援センター 29 老人保健施設 30 介護療養型医療施設・介護医療院 31 有料老人ホーム 32 居宅介護支援 33 認知症対応型共同生活介護 34 地域包括支援センター 35 小規模多機能型居宅介護事業所		
	そ の 他	36 社会福祉協議会 37 救護施設 38 行政 39 その他 ()		
この研修で学びたい 事項（箇条書きで3項目 程度）【必須】				
連絡先	フリガナ			
	担当者名		TEL	
	E-mail 【必須】	上記 E-mail アドレスを「兵庫県福祉人材研修センターメールマガジン」へ登録します。登録を希望しない場合は下記にチェックを入れてください。 ☐ メールマガジンへの登録を希望しません		
備考欄		上記以外で、研修受講時に配慮等が必要な事項がある場合は、この欄にご記入ください。		

※個人情報保護法施行に基づく取り扱い

- (1) 「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で使用するのではなく、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。
- (2) 演習等への活用及び参加者相互の情報交換、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・事業種別）を記載した「受講者名簿」を作成し、当日受講者に配布します。