

研修番号 <b>57</b>	<b>管理職のためのストレスケア研修 開催要項</b>	管理職 リーダー
		1日
		集合

※本研修は兵庫県保育士等キャリアアップ研修(マネジメント④、⑤)にも位置付けられています(5時間)。

### 目的

管理監督職が、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、自身や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、管理監督職に求められるセルフケア、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 ストレスマネジメントとセルフケアの意義・重要性と具体的な方法を理解する。
- ③ 管理監督職の役割を理解し、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。

### 日程

9月11日(水) 10:20~16:40

### 定員

80名

### 会場

兵庫県福祉人材研修センター(神戸市中央区中山手通 7-28-33)

### 受講対象

県内社会福祉施設・社協・団体に勤務する管理職及び監督職等のリーダー

### 申込締切日

8月13日(火)

### 受講料

8,300円(非課税)  
(受講決定通知時に払込用紙を同封します)

### 講師

高橋 美智子氏(神戸親和大学 非常勤講師/公認心理師・臨床心理士・認定医療心理士)  
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、なにわ生野病院心療内科、大阪メンタルヘルス総合センターで心理士として勤務、また大手前看護専門学校で非常勤講師などの後、現職。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。

### お申込み・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

## プログラム

時間	研修科目	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」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ストレスの仕組み</li> <li>・ 福祉職場のストレスの特徴</li> <li>・ セルフケアとストレスマネジメント</li> </ul>
	昼食休憩	
13:00 ～ 16:30	【講義・演習】 「管理監督職の役割と ラインケアの進め方」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 4つのケアと管理監督職の役割</li> <li>・ いつもと違う職員の把握と対応</li> <li>・ 事例検討</li> <li>・ コミュニケーションする際の方法と留意点</li> <li>・ 職場環境改善へのアプローチ</li> </ul>
16:30	振り返り／行動目標の設定	
16:40	閉講	

## お申込み方法及び受講決定

- ① お申込みにあたっては、当研修センターが定める「研修実施基本方針」「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。お申込みが完了した場合は、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当研修申込フォームに必要事項を入力し、お申込みください。  
入力されたメールアドレスに「完了通知メール」が返送されますので、必ずご確認ください。
- ③ 受講の決定は、申込締切日後、申込事業所宛に通知(文書)を郵送してお知らせします。
- ④ 受講料は、決定通知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。
- ⑤ お申込み後のキャンセルを希望される場合は、研修企画部までご連絡ください。

## その他

お申込みが完了した場合は、下記に同意いただいたものとして取り扱います。

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。

### 【「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、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。

それぞれの二次元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

#### 【研修実施基本方針】



#### 【研修受講ルール】



※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 年 月 日

## 令和6年度管理職のためのストレスケア研修受講申込書（FAX 用）

■下記の項目に必要な事項をご記入ください。

（令和6年 月 日現在）

受講者氏名			フリガナ		
法人名					
勤務先名称 (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				
福祉通算 経験年数	年	役職名			
担当業務				担当業務 経験年数	年
所持資格 (担当業務に関するもの)					
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(簡条書きで3項目 程度)【必須】					
連絡先	フリガナ			TEL	
	担当者名			FAX	
	E-mail 【必須】				
メールマガジン 登録	連絡先 E-mail を「兵庫県福祉人材研修センターメールマガジン」へ登録を希望される方は、下記にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> メールマガジンへの登録を希望します				
保育士キャリア アップ研修 として受講さ れる方は記入 してください	生年月日 (西暦)			保育士証 登録番号 (保育士資格所 有者のみ)	(例:兵庫県〇〇〇〇〇〇〇〇)  県
	職種				
受講後フォロー アンケートの 意向確認【必須】	終了3カ月後をめぐりに「受講後フォローアンケート」を上記の E-mail アドレスに送信します (回答時間は5分程度を想定)。回答への協力が難しい方は、下記にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 「受講後フォローアンケート」への回答を辞退します。				
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。				

※ 受講申込者1人につき1枚ご記入ください。

FAX 送信先: 078-367-4522 (兵庫県福祉人材研修センター)

FAX：078-367-4522（研修企画部）宛

令和6年8月13日（火）必着

※FAXでお申込みされる場合は、お申込み時にこの用紙もあわせてご提出ください※

## 令和6年度 管理職のためのストレスケア研修 事前アンケート

- 受講希望者で、ご自身の職場で下記に該当する事例がある方は、さしつかえない範囲でお書きいただき、FAXでご送付ください。（該当することが無い場合は、アンケートへの回答は不要です。）
- 本研修が、受講される方々にとって、より身近で実践可能な内容となるように、アンケートに回答していただいた事を事務局・講師陣で共有し、可能な限りプログラムに反映いたします。

### 1 職員のメンタルヘルス不調への対応で困っている（過去に困った）事例

### 2 職場環境改善に向けて実施した例

※アンケート記載内容は、研修の実施以外には一切使用いたしません。

ご協力ありがとうございました。

# 申込キャンセル申出書

記入日：令和 年 月 日

兵庫県社会福祉協議会 福祉人材研修センター 研修企画部 御中

研修受講申込を行った下記の者について、申込をキャンセルしたいので申出します。

申込研修名			
施設・事業所名			
受講者氏名		受講番号	
連絡先 TEL			
キャンセル理由			

※ 「研修受講ルール」に基づき、研修日前日までに必要事項を記入のうえ、当研修センター宛 FAX（もしくはEメール）にてご連絡ください。

※ なお、研修日当日の欠席はキャンセル扱いとはなりません（返金対象となりません）。

（返金口座記入欄） ※受講料未納付の場合、下記の記入は不要です

金融機関名							
支店名							
種別	普通 ・ 当座						
口座名義	フリガナ						
	口座名義人						
口座番号							
インボイス登録番号 <small>（取得されている場合は記載してください。取得されていない場合は記載不要です）</small>							

※ 振込手数料を差し引いた額を返金します。

※ 口座名義は、払込時の名義をお願いします。

※ ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き下部に記載してある振込用の店名・預金種目・口座番号（7ケタ）を記入してください。

FAX 送信先 : 078-367-4522

Eメール送信先 : [kensyu@hyogo-wel.or.jp](mailto:kensyu@hyogo-wel.or.jp)

※FAX（Eメール）を送信された後、到着確認のお電話をお願いします（電話：078-367-3001）

※申出書の到着確認のお電話をもって、キャンセル受付完了となります。