

# ストレスチェック実施者研修

労働安全衛生法の改正により、従業員 50 名以上の雇用者には、従業員へのストレスチェックの実施が義務付けられ、その実施者として所定の研修を修了した精神保健福祉士も認められることになりました。

既に産業・職種分野で実践している精神保健福祉士が存在し、その実績が間接的に評価されたと思われます。目的は労働者が自身のストレスを自覚し対処できるよう促すことで、生活モデルの視点が求められています。そこで本協会でも同研修を開催し、修了者には修了証を授与いたします。

※3年以上労働者の健康管理等の業務に従事した経験を有する看護師又は精神保健福祉士は、研修を受けなくても実施者となることができます。

## ●プログラム（プログラムは一部変更する場合があります。）

時間	プログラム
09:30~10:00	受付
10:00~10:10	開講式・ガイダンス（10分）
10:10~12:10	講義1「労働者の健康管理」（120分） 講師：高野知樹先生 （医療法人社団弘富会 神田東クリニック院長／精神科医、労働衛生コンサルタント） <b>※衛生管理者免許を受けた方は、科目免除</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・労働衛生関係法令</li><li>・職場の労働衛生管理体制</li><li>・産業医等産業保健スタッフの役割と職務</li><li>・労働者の健康管理の基本的考え方</li><li>・労働者の健康情報とその評価</li><li>・労働者の健康情報の保護</li></ul>
12:10~13:10	昼食（60分）
13:10~14:40	講義2「事業場におけるメンタルヘルス対策」（90分） 講師：大神あゆみ先生 （一般社団法人日本産業保健師会会長／大神労働衛生コンサルタント事務所代表／保健師） <ul style="list-style-type: none"><li>・事業場におけるメンタルヘルス対策の基本的考え方</li><li>・労働者のメンタルヘルス不調の予防と対応、職場復帰支援</li><li>・職場のストレス要因と職場環境の改善</li></ul>
14:40~14:50	休憩（10分）
14:50~16:20	講義3「事業場における労働者の健康の保持増進を図るための労働者個人及び労働者の集団に対する支援の方法」（90分） 講師：亀ヶ谷律子先生（一般社団法人日本産業保健師会理事／HSプランニング代表／保健師）★ <ul style="list-style-type: none"><li>・職場における健康教育の知識と技法</li><li>・労働者との面接の知識と技法</li><li>・職場における労働者の集団への支援の知識と技法</li></ul>
16:20~17:00	研修効果確認（事前説明、テスト実施、採点、合否確認）（40分）
17:00~17:10	閉講式（10分）

●日程及び講師

日程	地域・定員	会場	締切必着	データ抽出日	結果発送日
1月25日(木)	03 東京都 定員:100人	<b>日本消防会館</b> 所在地 東京都港区虎ノ門2丁目9番16号 アクセス 地下鉄銀座線「虎の門」駅駅から徒歩約5分ほか	12/6 (水)	12/8 (金)	12/15 (金)

※2017年度は、既に終了した会場と本案内と併せて合計3会場の開催です。

★構成員の皆様へ/結果通知は本協会からの郵送物と同じ送付先にお届けします。また参加者名簿も、協会が保有している構成員データにて作成しますので、変更がある方は「**データ抽出日の前日**」までに変更届をお送りください。とくに送付先を「ご自宅」にされている方は、所属・勤務先データが古い場合がありますので、ご注意ください。

●定員 (先着順/定員になり次第締切)  
100人

●受講費 (資料代・税込)

区分	金額	金額(科目免除)
構成員	8,000円	6,400円
非構成員	15,000円	12,000円
オプション	弁当 1,000円程度	

※受講費は必須、オプションはご希望にてお申込みください。

※上記区分は、研修当日時点の立場を基準とします。

※本研修会場では、オプションでお申込みのお弁当以外、お持込みによるご飲食はできません。

●対象 次のいずれかに該当する方。

1. 本協会構成員 (2017年度の年会費まで納入済)
2. 非構成員 (精神保健福祉士または看護師)

※衛生管理者免許を受けた方は、科目の免除があります。

免除される科目:「労働者の健康管理」

●お申込方法

1. 受講申込書と必要書類を添えて、個人毎に本協会までFAXまたは郵送でお送りください(原本保管のこと)。  
<必要な添付書類>※添付がない方は受付できません。

①精神保健福祉士登録証のコピー (本協会構成員は不要)  
または看護師免許証のコピー (准看護師免許は不可)

②科目免除の方は①に加え「衛生管理者」免許証コピー

2. 受講費は、受講証と共に送付する払込書にて所定の期限までにご送金ください。請求書の発行をご希望の場合は、申込書にてお示しください。受講証に同封します。

●変更・受講取消

1. 変更、取消のご連絡は、各自保管の申込書(原本)を訂正のうえ、改めてFAXしてください。
2. 原則として受講証送付後の受講取消及び受講費のご返金はできません。ただし、受講費納入後の取消の場合は、研修終了後に当日資料を送付します。

●その他

1. 宿泊のご用意はありません。
2. 災害保険等は各自ご加入ください。

※再送の場合はいずれかに○をつけて送信してください（追加・変更・取消）

公益社団法人日本精神保健福祉士協会「ストレスチェック実施者研修」受講申込書

FAX. 03-5366-2993

東京都会場（日本消防会館）

2018年1月25日/締切2017年12月6日

年 月 日発行

ふりがな				年齢 歳	性別 男・女
氏名					
日中連絡先	平日の日中に連絡が取れる電話番号 TEL ( ) → <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯番号				
<input type="checkbox"/> 構成員 ※研修当日構成員であること	<input type="checkbox"/> 1日受講 (8,000円) 必要な添付書類なし	<input checked="" type="checkbox"/> 必須 構成員番号 ( ) 2017年度会費 <input type="checkbox"/> 納入済 (会費免除含む) ※研修受講は当年度会費納入必須	本協会からの送付先に指定された先にお送りします。 (「Start Line No54」P12に記載の「データ抽出日」の時点におけるデータにて送付します。変更がある方は、必ず「データ抽出日」の前日までに変更届をご提出ください) 「A」をご記入ください。		
	<input type="checkbox"/> 科目免除 (6,400円) 必要な添付書類 (必須) <input type="checkbox"/> 衛生管理者の免許証コピー				
<input type="checkbox"/> 非構成員	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 1日受講 (15,000円) 必要な添付書類 (必須) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士登録証コピー 又は看護師免許証コピー	<input type="checkbox"/> 科目免除 (12,000円) 必要な添付書類 (必須) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士登録証コピー 又は看護師免許証コピー <input type="checkbox"/> 衛生管理者の免許証コピー	「非構成員記入欄」「A」をご記入ください。	
	<input type="checkbox"/> 看護師				

非構成員記入欄	受講証送付先 (ご希望に <input checked="" type="checkbox"/> してください) <input type="checkbox"/> 所属先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅			
	所属先機関名 ※受講者名簿掲載などに使うため正式名称を記入ください。			
	所属先所在地 (〒 — ) ※郵便番号は必ずご記入ください。 都道府県			
	TEL		FAX	
	自宅現住所 (〒 — ) ※ご自宅を受講証等の送付先としない方は記入不要。 都道府県			

A	ストレスチェック実施予定等	<p>ストレスチェックの実施予定の有無に<input checked="" type="checkbox"/>を入れ、続く質問にお答えください。</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 従業員規模             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 50人以上 <input type="checkbox"/> 50人未満</li> </ul> </li> <li>2. 実施職場             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 自職場</li> <li><input type="checkbox"/> 委託先→業種をお書きください (ex. 医療・福祉、教育・学習支援業、製造業等)</li> </ul> </li> </ul> <p><input type="checkbox"/> 無 受講動機を以下の1~3から選択してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. 今後、産業保健領域で働きたいと思っているから</li> <li><input type="checkbox"/> 2. このテーマに関心があるから</li> <li><input type="checkbox"/> 3. その他 ( )</li> </ul>
	請求書のご希望	<input type="checkbox"/> 希望する (宛名 ) <input type="checkbox"/> 希望しない ※請求書は受講証送付時に同封します。また、領収証は当日会場にてお渡しします。
	お弁当希望	<input type="checkbox"/> 注文する (ご注文のお弁当以外のお食事はできません)

事務局への連絡事項 (手話通訳等、情報保障をご希望の方は本欄にご記入ください。手配の関係からお早目にお申込みいただければ幸いです。)

<個人情報取り扱い> 本協会の個人情報保護方針および個人情報保護規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本研修申し込みにおいて得た個人情報は、本研修実施に伴う書類発送、研修運営や研修評価に伴う調査および本協会会員データの確認に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。この範囲を超えて利用する場合は、本人の同意を得た上で行います。

※事務局記入欄 (以下は記入しないでください)

受付確認	年 月 日 /2017年度までの会費納入状況	納入済 ・ 未納 ( )
受講の可否	可 ・ 不可 / 受講証の発送:	月 日 入金確認: 月 日 / 受講番号 第 番
備考欄		受付印 完了印