

# 平成30年度 ストレスマネジメント研修 ～部下も自分も守る管理職のストレスマネジメント～ 開催要綱

## 1 目的

福祉の仕事は対人援助が基本であり、夜勤や変則勤務等があり、心身の生体リズムを崩しやすい環境にあります。そのような環境が引き起こすストレスは、職員のバーンアウト（燃え尽き症候群）と離職に直結する可能性が高く、できる限り未然に防ぐ対策が必要です。

本研修は、メンタル不調による休職者や離職者が増加する中、スタッフが生き生きと働ける職場づくりのために、管理職や指導的立場にある職員が知っておくべき自分自身及び部下、後輩のメンタルケアに関する知識や技術について学ぶことを目的として実施します。

## 2 主催

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会

## 3 開催期日

A日程 平成30年 6月14日（木）

B日程 平成30年 6月25日（月）

C日程 平成30年11月 8日（木）

## 4 会場

クローバープラザ 東棟5階 508研修室

春日市原町3-1-7

## 5 受講対象者

社会福祉施設・事業所・社会福祉協議会の管理職や指導的立場にある職員

## 6 定員

各日程72名

定員に達し次第、締め切らせていただきますので、あらかじめ御承知おきください。

定員超過等で受講をお断りする場合や日程の変更をお願いする場合は、その旨本会から御連絡します。

## 7 受講料

各日程5,000円（税込）

研修当日に受付でお支払いください。

おつりのないよう御協力ください。

## 8 日 程

9:20 9:50 10:00 12:00 13:00 17:00

受付	開会	講義・演習	昼食 休憩	講義・演習	閉会
----	----	-------	----------	-------	----

9時50分の開会までに受付を済ませてください。

## 9 内 容

### (1) テーマ

「部下も自分も守る管理職のストレスマネジメント」

内 容
【メンタルヘルスを取り巻く現状】 ・社会情勢の変化を理解する ・陥りがちな悪循環
【ストレスチェック時代の管理職の役割】 ・ストレスチェックの目的 ・管理職の役割
【ストレスの基礎知識】 ・ストレスの発生の仕組み ・ストレスの兆候に気づく ・ストレスに強くなるには ・自分を守るセルフケア
【燃えつきを防ぐチームマネジメント】 ・基本の関わり方（傾聴・承認） ・チームモチベーションを上げる関わり方
【まとめ】

## 10 講 師

NPO法人ヘルスコーチ・ジャパン

代表理事 最上 輝未子 氏

## 11 申込方法

- (1) 別紙「受講申込書」に必要事項を記入の上、下記事務局あてFAXか郵送でお申込みください。
- (2) FAXの送信エラーにより「受講申込書」が受信できない場合は受講できませんので、FAX送信確認について十分御注意ください。

12 締切日

平成30年6月1日(金)必着

13 受講決定について

受講は先着順に決定し、受講できない場合のみ御連絡します。

14 個人情報の取扱いについて

「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修の運営管理の目的のみに利用させていただきます。

15 事務局(申込先)

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会 県民サービス部 研修課 担当 松田・笠野  
〒816-0804 福岡県春日市原町3-1-7 クローバープラザ東棟4階  
TEL 092-584-3401 FAX 092-584-3402

16 天災等の災害による研修の延期等について(ホームページの掲載について)

(1) 天災等の災害により、研修を延期又は中止する場合は、研修前日17時までに本会研修課のホームページにその旨を掲載し、お知らせしますので、各自確認をお願いします。

(2) 施設等でのホームページ閲覧ができない方についてのみ、申込書に記載の緊急連絡先に連絡しますので、必ず御記入ください。

17 その他

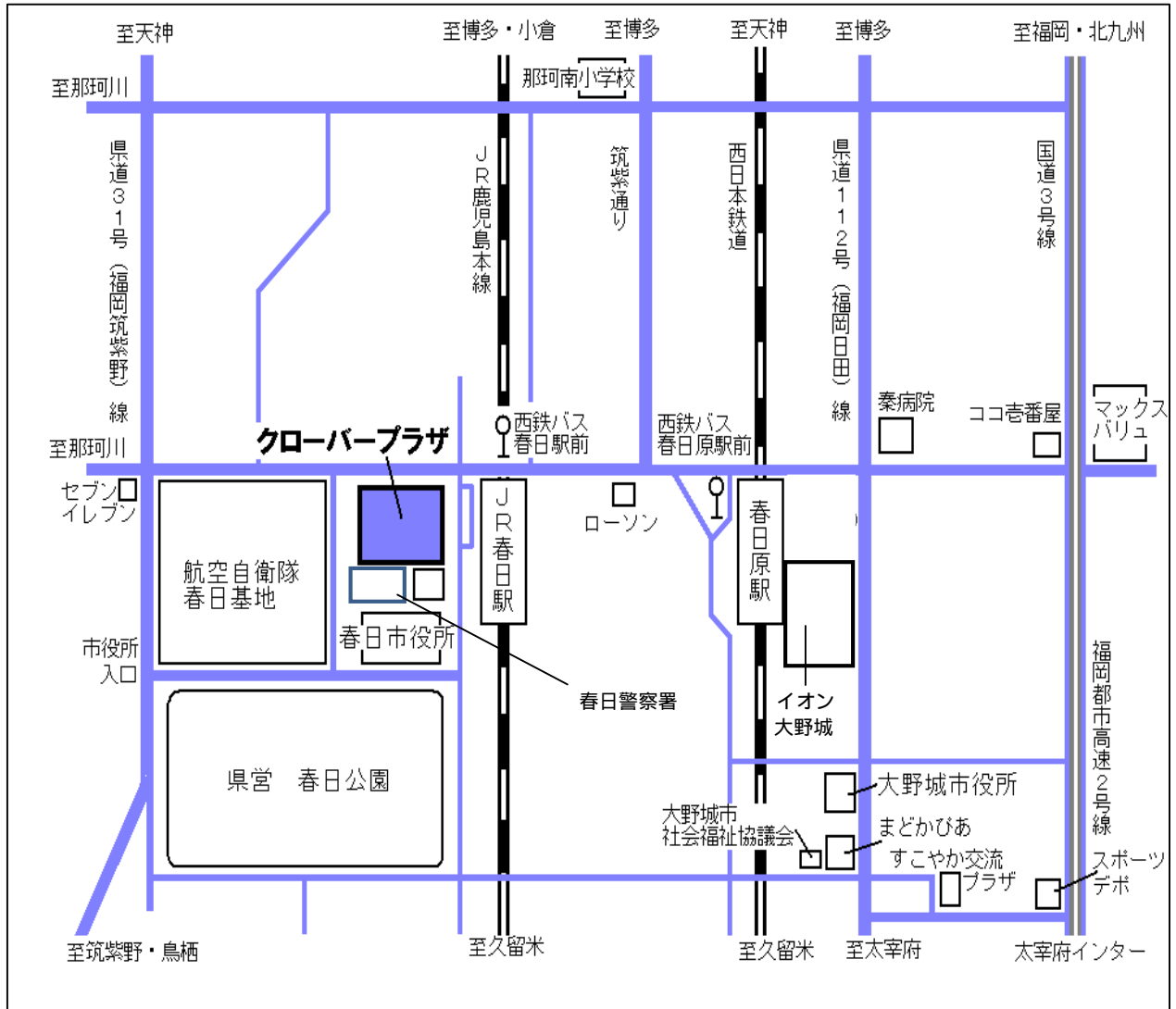
(1) 昼食は各自御準備ください。

(2) 主催者による駐車場の確保はできません。公共の交通機関を御利用ください。なお、クローバープラザ駐車場の利用料減免はありません。

(3) 研修会場は、個人の状況に合わせた室内温度調整はできません。温度調節が可能な服装で御参加ください。

# 会場案内

## クローバープラザ (春日市原町 3 - 1 - 7)



### J R 春日駅前

西鉄春日原駅から徒歩 8 分

春日公園への駐車は、公園利用者の妨げとなりますので、御遠慮ください。

平成30年度ストレスマネジメント研修  
受講申込書

福岡県社会福祉協議会長 様

施設種別 児童・障がい・高齢・保護

保育・社協

で困ってください。

施設・事業所名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

FAX番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

【期日】 A日程 平成30年 6月14日(木)  
B日程 平成30年 6月25日(月)  
C日程 平成30年11月 8日(木)

No. 県社協 記入欄	日程 希望の日程に 印を付 けて下さい	ふりがな	職種	経験年数
		氏名		
	A ・ B ・ C			年 ヶ月

福岡県社協研修課のホームページを閲覧できない方の緊急連絡先  
ホームページを閲覧できない方のみ緊急連絡先をお知らせください。

( \_\_\_\_\_ )

定員になり次第、締め切らせていただきます。また、定員超過等で受講をお断りする  
場合や日程の変更をお願いする場合は、その旨本会から連絡します。

経験年数は、平成30年6月1日現在で御記入ください。

2名以上申込希望の方は、コピーして御利用ください。

講義の参考にしますので、質問等がありましたら下記欄に記入してください。

--