

平成23年度 職場のメンタルヘルス研修会 (ステップ・アップコース) 開催要項

目 的

1998年度以降、わが国の年間自殺者数は3万人を超える状況が続いており、その中でも、うつ病を背景とした労働者の割合が大きいと推測されています。当協会では、これまで20回にわたって『職場のメンタルヘルス研修会』を開催し、事業場の管理監督者の役割（ラインのケア）について研修を行ってきました。また、地域や職場・家庭における「こころの健康づくりの普及」にも努めてきました。

さらに、ステップ・アップコースでは、うつ病で休職されている従業員への理解を深めるとともに、復職支援の具体的な方法について学んでいただいています。この研修会を通して参加者が各々の事業場で実践的に役立てていただくことを目指しています。

主 催

社団法人熊本県精神保健福祉協会
熊本県精神保健福祉センター

後 援

熊本産業保健推進センター
熊本県医師会
熊本市医師会
社団法人熊本県精神科病院協会
熊本県精神神経科診療所会

日 時

平成24年2月7日（火） 午前10時～ 午後4時（受付9時30分～）

会 場

くまもと県民交流館パレア 9階 会議室1
熊本市手取本町8-9 テトリア熊本内 TEL096-355-4300

内 容

- (1) 講義 『うつ病と心身症～ストレスとつきあう』
講師：中島 央 精神科医師・臨床心理士 熊本県精神保健福祉センター所長
- (2) 講義と演習『復職支援の方法』
講師：松下弘子 臨床心理士 カウンセリングオフィスKMJメンタルアシスト代表

研修対象者

50名程度

平成23年度までの『職場のメンタルヘルス研修会』参加事業場に案内し、1事業場3名まで受け付けます。

- ①企業の管理職および人事・労務・厚生等担当者
- ②保健・福祉の現場で住民の様々な相談業務に携わっている方（例 保健師等）

受講料

受講料は一名2,000円です。（資料代）
当日会場にてお支払いください。

個別相談会（コンサルテーション）

研修会終了後（16：00～）、予約された2事例の個別相談に応じます。

日 程 予 定 2月7日（火） （会場：くまもと県民交流館パレア 9階 会議室1）

時 間	内 容
09：30～10：00	受付
10：00～10：10	開講式
10：10～12：00	プログラム1 [講義] 『うつ病と心身症～ストレスとつきあう』 熊本県精神保健福祉センター所長 精神科医師 中島 央
12：00～13：10	昼食・休憩
13：10	プログラム2 [講義と演習] 復職支援の方法 (講師：松下弘子 臨床心理士 カウンセリングオフィスKMJ メンタルアシスト代表) ①休職中のかかわり ②復帰する職場の管理者との情報交換ならびにプランの立て方 ③当事者との面談のコツ～診断書が提出される前に ④復職プランの実行とその後のフォローアップ～年休の上手な使い方 ⑤復職前のリハビリテーション
15：55～16：00	閉講式 受講修了証授与

研修会 申し込み方法

- ①原則として、1事業場からの参加お申し込みは3名までとします。
- ②原則として、平成23年度までの「職場のメンタルヘルス研修会」を受講修了された方を対象とします。
- ③原則として、上記カリキュラムの一部のみの受講は認めないこととします。
- ④参加申し込み書に必要事項をご記入のうえ、平成24年1月20日(金)までに郵送またはFAXでお申し込みください。
- ⑤申し込み者が50名を超えましたら、参加をお断りする場合があります。お早めにお申し込みください。

個別相談会（コンサルテーション）申し込み方法

- ①この研修会を受講修了見込みの方を対象とします。
研修会終了後（16：00以降）1ケース20分程度となります。
- ②参加申し込み書の「(1) 希望します」欄に○印をつけ、個人情報が特定されないようご注意の上、ご相談概要を記入してお申し込みください。郵送にてお願いします。折り返し、当協会事務局より別途ご連絡を差し上げます。
- ③個別相談は2事例限定ですので、申し込み者多数の場合はご希望に添えないことがあります。あらかじめご了承ください。

その他

お申し込みを受け付けましたら、受講票をお送りします。

受講票が届かない場合は、当協会事務局までご連絡ください。

熊本県精神保健福祉協会 行 (FAX 096-285-6885)

職場のメンタルヘルス研修会(ステップ・アップコース)

参加申込書

平成 年 月 日

社団法人熊本県精神保健福祉協会長 様

(〒 -)

所在地

会社名・事業所名

連絡先電話番号

担当者所属課・氏名

■平成24年2月7日(火)開催の『職場のメンタルヘルス研修会ーステップ・アップコースー』に参加を申し込みます。

(フリガナ) 参加希望者氏名	職 名	職場のメンタルヘルス 研修会 受講履歴
		年度
		年度
		年度

■研修会終了後の個別相談会(コンサルテーション)を

(1)希望します

(2)希望しません

(1)希望しますに○印をつけた方は、個人情報特定されないようご注意の上、ご相談の概要をご記入ください。また、お申し込みは郵送でお願いいたします。

申込期限:平成24年1月20日(金)