

介護事業所における ハラスメント対策研修会

介護現場では、利用者やその家族等による介護職員へのハラスメントが多く発生しています。しかしながら、利用者等の過剰な要求等がハラスメントに該当するかどうか、判断が難しいとの声があるのが現状です。事業主は、**令和4年4月1日より、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置が義務化**されており他のハラスメントを含む介護事業所におけるハラスメント対策を推進し、職員の離職の防止を図る必要があります。本研修において、事業所運営において必要なハラスメント対応の基礎知識の習得し、事例・検討を通じて介護事業所としての考え方や行動、及びハラスメントのない職場づくりについて考える機会としてください。

◆テーマ 「女性視点でのハラスメント対応」

第1部 職場のハラスメントとは？

- ・ハラスメントの種類やハラスメントになる(なりうる)ケースを見てみよう！

第2部 ハラスメントが起こった時、取組むことは？

- ・事業所での取組みを学ぼう！



◆講師 **阿部 文枝**氏 社会保険労務士事務所Qualia 代表
特定社会保険労務士

◆受講料 **無料**

◆定員 各回 30名程度(先着順)

◆日時 第1回 鹿児島会場 令和5年11月29日(水) 13:30~16:00
ホテル自治会館 401号室【鹿児島市鴨池新町7-4】

第2回 奄美会場 令和5年12月7日(木) 13:00~15:30
奄美市市役所 5階大会議室【奄美市名瀬柳町2-1】

第3回 鹿屋会場 令和6年1月17日(水) 13:00~15:30
リナシティ鹿屋 情報研修室【鹿屋市大手町1-1】

※感染症等の状況により、WEB研修へ変更の場合もございます。あらかじめご了承ください。

専門家による事業所個別支援

★ハラスメントに関する相談を希望される事業所様を支援させていただきます！

個別相談支援:1回あたり2時間程度 相談形態:訪問又はWeb

申し込み:裏面申込書へ記入後FAXにてお申込みください。

〇お問合せ・申込〇



公益財団法人 介護労働安定センター 鹿児島支部

〒890-0064 鹿児島市鴨池新町6番6号 鴨池南国ビル11階

TEL:099-255-6360 FAX:099-255-6361

締切：定員に達しました時点で締切ります。

↓※ご希望の会場を○してください

ハラスメント対策研修会申込書 (第1回・第2回・第3回)

法人名		受付印(支部使用)	
事業所名			
所在地	〒 -		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス(必須)		@	
参加者名		役職	
参加者名		役職	

WEB開催時の同意事項

本セミナーリーフレット等に記載の「Webセミナー受講における禁止事項及び同席事項」及び「留意事項」に同意しますか。
(同意する場合は、右欄にチェックをお願いします。)

 同意する

<Webセミナー受講における禁止事項及び注意事項> ※お申込みの際は必ずご確認、ご同意をお願いします。

◆禁止事項◆

- 本Webセミナーの視聴用URLとパスワード等の第三者への転用、貸与。●本WebセミナーのSNS上への掲載。●本Webセミナーにおける著作権を侵害する行為を行うこと。
- 本Webセミナーの録画・録音・撮影、スクリーンショットやダウンロードおよび資料の無断複写や転用、転載等。

◆注意事項◆

- Webセミナーの視聴の際、インターネット利用環境等についてのご質問はお受け出来かねますので、予めご了承ください。
- 受講に必要な機材や通信費は受講者様でご負担ください。スマートフォン等による視聴は、パケット通信料定額制に加入していない場合、特にご注意ください。
- Webセミナー視聴の際、PCウイルス感染した場合、当センターで責任は負いかねますので、視聴する端末等のセキュリティ対策は受講者様で行って頂くようお願いいたします。なお、受講者様の機材や通信環境が原因でPCウイルスに感染し損害が発生した場合、当該受講者様に賠償責任を取っていただくことがあります。
- 当センターの都合で配信不可となった場合は、電話等でご本人に連絡の上、有料でお申込みいただいた受講者の方には、お振込額を返金いたします。その際の返金に係る振込手数料は当センターにて負担いたします。

事業所個別支援申込書 (FAXでお申込みください)

法人名			
事業所名			
主なサービス			
所在地	〒 -		
電話番号		FAX番号	
メールアドレス		@	
相談者名		役職	
相談内容			
相談希望日時	※ご希望がございましたら下記をご記入ください。ご連絡し、調整いたします。		
第1希望	令和 年 月 日 ()	:	~ :
第2希望	令和 年 月 日 ()	:	~ :
第3希望	令和 年 月 日 ()	:	~ :
相談希望場所	1. 貴事業所 2. センター事務所 3. その他 ()		