

事 務 連 絡
平成 27 年 8 月 18 日

社会福祉法人 大阪府社会福祉協議会
大 阪 福 祉 人 材 支 援 セ ン タ ー

平成 27 年度 リスクマネジメントに関する研修会の開催について ～ 福祉サービスの質の向上とリスクマネジメントの取組み ～

日頃は、本センターの事業推進にご協力いただきありがとうございます。

社会福祉施設では、利用者の個別性に配慮した利用者本位の質の高いサービス、安心して利用できる安全なサービスの提供が求められています。利用者の安全を最大限に確保するリスクマネジメントの視点は、サービスの質の向上に欠かせないものとなっています。

本研修会では、リスクマネジメントを経営課題として取り組む視点からリスクマネジメントの仕組みづくり、事故予防・事後対応等について学んでいただき、サービスの質の向上の取組みの推進に資することを目的に開催いたします。

つきましては、業務ご多忙中と存じますが、ご参加いただきますようよろしくお願いいたします。

記

1.主 催：「福祉と人権の研修ネットワークおおさか」

(構成団体) (福) 大阪府社会福祉協議会・(財) 大阪府地域福祉推進財団

2.受 講 対 象：社会福祉施設役職員 各日 定員 60 名

※ 申込人数状況により希望日を調整させていただくこともあります。予めご了承ください。

3.日時および会場

開 催 日 時	会 場
A) 高齢施設向け 平成 27 年 10 月 15 日 (木) 13:25～17:00	大阪社会福祉指導センター 5 階ホール ※会場の地図は別紙に記載しております。
B) 障がい施設向け 平成 27 年 10 月 22 日 (木) 13:25～17:00	
C) 保育・児童施設向け 平成 27 年 10 月 28 日 (水) 13:25～17:00	
D) 高齢施設向け 平成 27 年 11 月 9 日 (月) 13:25～17:00	

※ プログラム A、D の内容は同じです。

4.講 師：久岡 英樹 氏 (久岡法律事務所 弁護士)

5.参 加 費：お 1 人 3,000 円 (お振込み先につきましては、決定通知に記載させていただきます。)

6.申 込 方 法：受講申込書に必要事項をご記入の上、10月1日 (木) までに FAXにてお申し込みください。

※ 決定および不決定の通知につきましては、申込み締め切り後、FAXにてご連絡いたします。

※ AとDの内容は同じです。どちらかを希望される場合は申込用紙に、希望日の順位を「1」「2」とご記入ください

7.問 合 せ 先：社会福祉法人 大阪府社会福祉協議会 大阪福祉人材支援センター 研修グループ

TEL：06-6762-9035 FAX：06-6764-5149【担当：奈良・山中・矢田】

8.プログラム

A、D) 高齢施設向け

日	時 間	内 容
10月15日(木) ・ 11月9日(月)	13:25~13:30	オリエンテーション
	13:30~14:30	講 義
	14:30~14:40	休 憩
	14:40~16:50	演 習、グループディスカッション
	16:50~17:00	質疑応答・まとめ

B) 障がい者施設向け

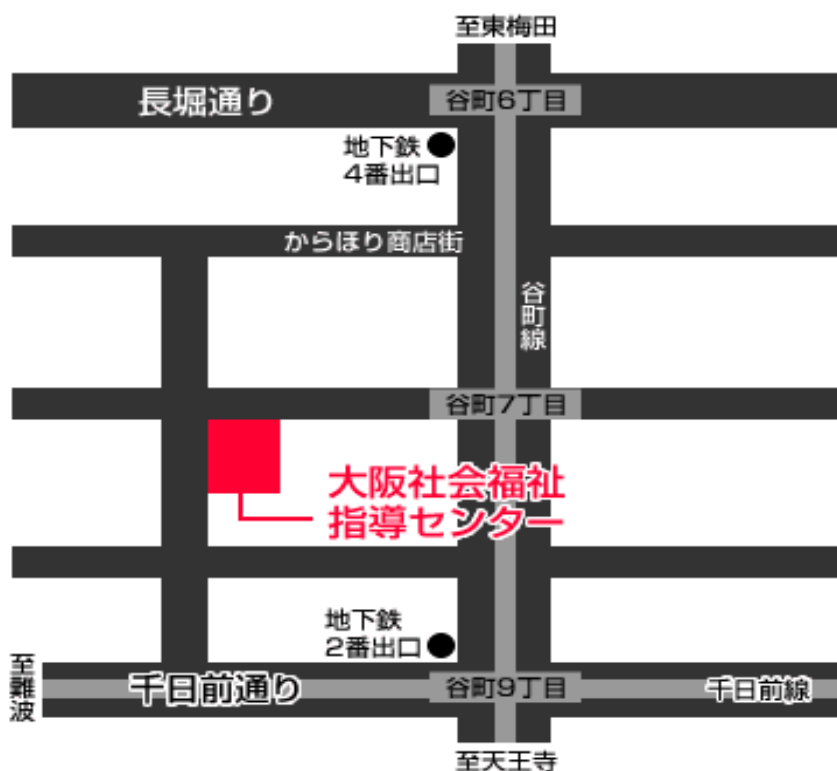
日	時 間	内 容
10月22日(木)	13:25~13:30	オリエンテーション
	13:30~14:30	講 義
	14:30~14:40	休 憩
	14:40~16:50	演 習、グループディスカッション
	16:50~17:00	質疑応答・まとめ

C) 保育・児童施設向け

日	時 間	内 容
10月28日(水)	13:25~13:30	オリエンテーション
	13:30~15:00	講 義
	14:30~14:40	休 憩
	14:40~16:50	演 習、グループディスカッション
	16:50~17:00	質疑応答・まとめ

※ 演習、グループディスカッションでは、まず共通事例を使って、事故報告や記録において、どう伝えていくかについて学び、各種別の事故事例、裁判例について事例検討していただきます。

9.会場詳細



■大阪社会福祉指導センター5階ホール
<住所>

大阪府中央区中寺 1-1-54

- ※ 地下鉄谷町線「谷町六丁目」
④番出口 徒歩5分(南へ200m)
- ※ 地下鉄谷町線「谷町九丁目」
②番出口 徒歩10分(北へ500m)

FAX番号：06-6764-5149

平成27年度 リスクマネジメントに関する研修会の開催について
～ 福祉サービスの質の向上とリスクマネジメントの取組み ～

受講申込書

平成27年 月 日

大阪福祉人材支援センター 研修グループ 所長 宛

フリガナ		フリガナ	
法人名		施設名	
施設種別		申込担当者名	
T E L		F A X	
フリガナ		職種、役職	
参加者氏名			
継続年数 (現施設)	年 ヶ月	継続年数 (通算)	年 ヶ月
		対象職務段階 (あてはまる階層に○を おつけください)	1 一般職員クラス 2 主任者クラス 3 管理者クラス 4 その他 ()
参加希望プログラム	A (高齢施設向け) 10月15日(木)	B (障がい施設向け) 10月22日(木)	C (保育・児童施設向け) 10月28日(水)
	D (高齢施設向け) 11月9日(月)		
希望するプログラムに○を (希望順位)おつけください。			

- ※ 日程と会場を必ずご確認のうえ、ご記入ください。
- ※ 申込用紙の日付の枠内に、希望される日程に「1」「2」「3」の希望順位を記入してください。
申込み状況により、希望日を調整させていただく場合がございますが、予めご了承ください。
- ※ プログラム A、D の内容は同じです。ご都合に合わせてどちらかにご参加ください。
- ※ 複数名でお申込みをされる方は、申込み用紙をコピーし、必要事項をご記入の上、返送してください。

【事前アンケート】

今回のテーマに関して、触れてほしい点や質問事項などがあれば、ご記入ください。

--

- ※ 本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規定に則り適正な管理を行ない、本研修実施に関する業務以外に使用することはいたしません。