

平成28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・事後対応虐待・不適切ケア 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

3.日時および会場

開催日時	会場
A) 高齢施設向け 平成28年10月11日(火) 13:25～17:00	大阪社会福祉指導センター 5階ホール <住所> 大阪市中央区中寺 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)
B) 障がい施設向け 平成28年11月9日(水) 13:25～17:00	
C) 保育・児童施設向け 平成28年11月21日(月) 13:25～17:00	
D) 高齢施設向け 平成28年11月28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、9月20日(火) までに F A X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、F A Xにてご連絡いたします。

※ AとDの内容は同じです。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・矢田・井藤】

8.プログラム・内容

日	時間	内容
A:10月11日	13:25~13:30	オリエンテーション
B:11月9日	13:30~14:45	講義
C:11月21日	14:45~14:55	休憩
D:11月28日	14:55~16:40	演習、グループディスカッション
	16:40~17:00	質疑応答・まとめ

【講義】「福祉施設サービスの質の向上とリスクマネジメントの取り組み」

講師：久岡法律事務所 弁護士 久岡英樹 氏

リスク、リスクマネジメントとは
 リスクマネジメントは誰のために、何のためにするのか
 リスクを感じ取る力、事故原因の分析、判断基準
 虐待、不適切ケア…… ほか

【演習内容】

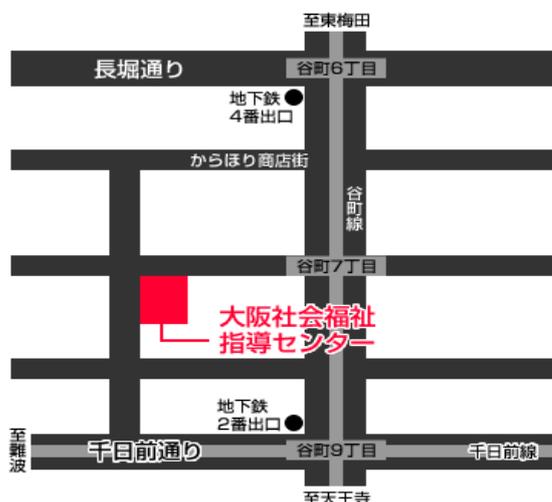
I 「事実の伝え方」

自分の見たことを見たとおりに文章で表現する、あった出来事と自分が表現する出来事を一致させること、確認したい情報が記載されていること、などが「事故報告」や「記録」において重要であることを、演習を通して学びます。

II 「日常ケア場面における『ある・ある』について考えてみよう」

福祉の現場において日常的に行われているケアや利用者とのコミュニケーションについて、「これって不適切ケア？」と迷ったり、不安に感じたことはありませんか。そんな「ある・ある」について出し合い、リスクを回避するためには、どのような視点や方法が求められるのか考えます。

【会場までのアクセス】



■ 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28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28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 月	継続年数 (通算)	年 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11日(火)	B (障がい施設向け) 11月9日(水)	C (保育・児童施設向け) 11月21日(月)	D (高齢施設向け) 11月28日(月)	
希望するプログラムに○を					

※ 日程と会場を必ずご確認のうえ、ご記入ください。

※ プログラム A、D の内容は同じです。希望の順位を [1] [2] とご記入ください。(但し、申込状況により、どちらかに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)

※ 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。