

平成30年度 リスクマネジメント研修

～社会福祉施設におけるリスクマネジメントの基本～

開催要綱

1 目的

福祉施設における事故を防止するため、リスクマネジメントの基本、ヒヤリハット報告書の具体的な運用を学びます。また、事故発生時の対応の基本や福祉施設特有のクレーム対応について、講義・演習を通じて理解を深め、施設の体制整備に結びつける実践的な知識を習得することを目的として開催します。

2 主催

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会

3 期日

平成30年10月16日（火）、17日（水）の2日間

4 会場

クローバープラザ 東棟5階 506研修室
春日市原町3-1-7

5 対象者

社会福祉施設及び市町村社会福祉協議会の管理職・中堅職員

6 定員

60名

※定員に達し次第、締め切らせていただきますので、あらかじめ御了承ください。

※定員超過等で受講をお断りする場合は、その旨本会から連絡いたします。

7 受講料

10,000円（2日間）

※研修初日に受付でお支払いください。

※お支払いいただいた受講料は返金できませんので、御承知おきください。

8 日程（両日とも）

9:00	9:50	10:00	12:00	13:00	16:00
受付	開会	講義	休憩	演習	閉会

10 講 義

(1) テーマ 「社会福祉施設におけるリスクマネジメントの基本」

(2) 内 容 下記のプログラムのとおり

1日目（10月16日）—事故予防編—

時間	プログラム
10時～12時	福祉施設における事故予防 【講義】 ・法が求める福祉施設のリスクマネジメント ・事故報告書、ヒヤリハットで事故予防するポイント ・転倒、誤嚥の対策は個別プランで立案
13時～16時	【演習】ヒヤリハット報告書の具体的運用 ・ヒヤリハットでできる「事故予防」「虐待防止」「教育方針」 ・リスクマネジメントに資するヒヤリハットの書式と運用

2日目（10月17日）—事故対応編—

時間	プログラム
10時～12時	福祉施設における事故対応 【講義】 ・法が求める福祉施設事故発生時対応のポイント ・インフォームドコンセントの重要性 ・苦情クレーム、難クレーム対応の基本
13時～16時	【演習】福祉施設におけるクレーム対応の基本 ・福祉施設のクレーム対応演習 ・苦情対応体制—初期対応指針作成—

(3) 講 師

株式会社 SOMPOリスクアマネジメント株式会社

医療リスクマネジメント事業部 第1グループ

上席コンサルタント 泉 泰子 氏

<講師紹介>

泉泰子氏は、看護師としてJR東京総合病院等で病院勤務の後、全国老人訪問健康指導協会で、介護支援専門員指導担当を経て、損保ジャパン・リスクマネジメント社(現SOMPOリスクアマネジメント株式会社)に入社、上席コンサルタントとして、安全支援に関するコンサルティングを多数の医療機関、介護・福祉施設において実施されています。

また、病院・介護施設・各種団体・企業を対象としたセミナー・研修の講師としても御活躍されています。

<主な著書>

「事故予防のための介護リスクマネジメント」2013年リスクマネジメント協会

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10月2日（火）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、本研修会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 池田・山本
〒816-0804 福岡県春日市原町3-1-7 クローバープラザ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) **当日は、主催者による駐車場の確保はできません。研修会場へは、できる限り公共の交通機関を御利用いただきますようお願いいたします。**
- (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。

平成30年度リスクマネジメント研修
受講申込書

福岡県社会福祉協議会長 様

施設種別 児童・障害・高齢・保護・社協
※○で囲んでください。

法人名 _____

施設・事業所名 _____

担当者名 _____

住所 〒 _____

電話番号 (_____) _____

FAX番号 (_____) _____

【開催日時】平成30年10月16日(火)、17日(水) 10時～16時

No. 県社協 記入欄	ふりがな	職名(職種名)	経験年数
	氏名		
			年 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。

(_____)

- 研修に参加して、学びたい・知りたいと思っていることはどのようなことですか。
簡潔に記入してください。(この欄は、参加者御本人が記入してください。)

※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は、その旨本会から連絡します。

※経験年数は、平成30年10月1日現在で御記入ください。

※2名以上申込み希望の方は、お手数ですが、この用紙をコピーして御使用ください。