

適切な介護記録表現とリスクマネジメント対策を身につけよう～実地指導対策と身を守る術の対策と傾向～

今年度、介護保険が改正になりました。その内容は今まで以上に市区町村の権限を強化すること、外部へ情報公開によりサービス全体が外部からのチェックがなされることです。改正の傾向から介護事業所の閉鎖性をなくし、地域に根付いた施設にしていこうという厚労省のねらいが見えてきます。またそれに伴い実地指導も厳しくなったという声が多数聞かれます。

このセミナーでは習得目標として介護記録が適切に表現できるようにしてきます。介護記録対策として適切な表現方法（特に認知症 BPSD）を通じ、昨今多くなってきた訴訟対策として自身の身を守る術を解説してきます。また年々厳しくなってくる実地指導対策についても大まかな流れと具体的に指導事例を見ていき、来る指導対策、訴訟対策に備えます。これを機に今迄の記載方法を見直してみませんか。

開講日時	【福岡】（第1回目）令和1年7月21日（第2回目）7月28日 【熊本】（第1回目）令和1年7月20日（第2回目）7月27日		
講師	白石 均 【福岡シティ福祉サービス代表】		
会場	【福岡】クローバープラザ【春日市原町3丁目1-7】 【熊本】熊本総合福祉センター【熊本市中央区南千反畑町3-7】		
定員	各回とも15名	時間	10:30～16:00
受講料	1回につき5,000円		



講師略歴

社会福祉士

福岡シティ福祉サービス代表
社団法人・日本社会福祉士会会員
福岡市介護認定審査会委員

1968年6月20日 岡山県生まれ
近畿大学大学院・産業技術研究科
修了後、大手学習塾にて講師・教務
に携わる。

1998年以降13年間、ケアプラン
センターにて給付管理業務、有料
老人ホーム・通所介護事業所にて
生活相談業務、介護保険請求業務
に携わる。

2012年5月 福岡シティ福祉サー
ビス設立。介護請求代行・職員研
修を主な業務としている。

業務経験談を交えた講義はレジ
メとともに分かりやすいと定評が
ある。

【主な実績】

- ・通所介護&リハ（日総研）執筆
- ・真・介護キャリア（日総研）執筆
- ・出張セミナー（長崎）
- ・事業所内研修（社協）
- ・Webセミナー収録 など

第1回【介護記録編】

介護記録の書き方の基本と見方について
学びます。初級者向きです

- ・介護記録の意義・目的
- ・介護記録の目的
- ・介護記録の落とし穴
- ・記録を書くときの10の心得
- ・生活場面別における介護記録事例検討
【入浴・レクリエーション・食事・夜勤など】
- ・介護記録の読み方と活かし方、

第2回【リスクマネジメント編】

介護記録がリスクマネジメントの上
でどのように生かされるかを学びま
す。管理者向けです。

- ・個人情報の保護と
コンプライアンスについて
- ・記録の開示について（説明責任）
- ・記録とリスクマネジメント
- ・介護職における医行為について
- ・介護保険事業における“コンプラ
イアンス [法令順守] とは
- ・危機予知訓練（KTY）
- ・指導・監査について

●お申込み・お問合せ●

申込フォーム、E-Mail、お電話などでお申し込みください。

ご不明な点がありましたらお気軽にお問い合わせください。



FUKUOKA CITY
WELFARE SERVICE

福岡シティ福祉サービス

～(株)東京シティ福祉サービスフランチャイズ加盟店～

〒819-0005 福岡市西区内浜 1-14-13 カイザー姪浜 201

Tel 092-883-9144 Fax 092-883-1142

(IP電話) 050-2025-6063 (FAXも対応)

E-mail fukuoka-fukushi@pro.odn.ne.jp

セミナー受講申込の流れ

申込みフォームに必要事項を入力後送信後、折り返し当事業所より受講のご案内メールを送信いたします。

申し込み後、受講案内メールに従い、開催 1 週間前迄に受講料の振込をお願いします。

【受講料振込先】

福岡中央銀行 新室見支店 (フクオカチュウオウギンコウ シンムロミシテン)
普通 1105093
口座名義人 福岡シティ福祉サービス 代表 白石均

振込額	1日のみ参加の場合	5,000 円
	2日とも参加の場合	10,000 円

* 振込手数料はお振込人様の負担とさせていただきます。

* 振込の控え (銀行の振込票等) を領収書に代えさせていただきます。

*お申し込み後、キャンセルされる場合は必ず事前にご連絡願います。

受付完了

受講料振込が完了した時点で正式受講申込となります。

当事業所で受講料入金確認後、開講日 1 週間までに受講決定通知書等を送付いたします

受講!!

都合により、セミナーを開催中止・もしくは延期する場合は、各参加者個人にご連絡 (お電話・メール) させていただきます。その際は各個人単位で対応させていただきます。

*原則、事前の振込をお願いしておりますが、都合により当日現金払いをご希望の方は事前に必ずご連絡をお願いします。

受講料返金について

既にお支払いいただいた受講料に関してお客様の都合によるキャンセルにつきましてはセミナー開催 1 週間までのお申し出には全額返金いたしますが、それ以降の返金には応じかねますので予めご了承願います。また当事業所の都合による延期もしくは中止の場合は、全額返金させていただきます。

●お問い合わせ先●



福岡シティ福祉サービス ～(株)東京シティ福祉サービス FC 加盟店～

〒819-0005 福岡市西区内浜 1-14-13 カイザー姪浜 201

Tel 092-883-9144 Fax 092-883-1142 (IP 電話 050-2025-6063)

FAX 送信先
092-883-1142
または 050-2025-6063 (IP)

セミナー受講申込書【個人用】



講座名	適切な介護記録表現とリスクマネジメント対策を身につけよう ～実地指導対策と身を守る術の対策と傾向～			
セミナー期日 希望日に✓を入れ てください	【福岡】	<input type="checkbox"/> (第1回目) 令和1年7月21日	<input type="checkbox"/> (第2回目) 7月28日	時間 10:30~16:00
	【熊本】	<input type="checkbox"/> (第1回目) 令和1年7月20日	<input type="checkbox"/> (第2回目) 7月27日	
フリガナ				性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名				
住所	〒			
電話番号	()	携帯番号	()	
Fax 番号				
E-Mail	@ *ご連絡は可能な限りメールで優先的に行いますのでできるだけご記入をお願いします。			
勤務先名				
勤務先住所	〒			
勤務先電話番号	()			
勤務先 FAX 番号	()	通知等送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先
介護系取得資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (1・2級) <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> その他 ()			
介護系勤務年数		年		

*受講者の個人情報(氏名、住所、電話番号等)は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に講座受講の際の本人確認の範囲で利用いたします。

受講申込用紙にご記入後、Faxにてお申し込みください。



●お問い合わせ先●

福岡シティ福祉サービス 〒819-0005 福岡市西区内浜 1-14-13 カイザー姪浜 201

Tel 092-883-9144 Fax 092-883-1142
(IP 電話 050-2025-6063 FAXにも対応)

FAX 送信先
092-883-1142
または 050-2025-6063 (IP)

セミナー受講申込書【団体用】



送信方向

講座名	適切な介護記録表現とリスクマネジメント対策を身につけよう ～実地指導対策と身を守る術の対策と傾向～				
セミナー期日	【福岡】①令和1年7月21日 ②7月28日 【熊本】③令和1年7月20日 ④7月27日 *下記参加希望日に該当する番号に✓を入れてください。	セミナー 時間	10:30～16:00		
参加者	参加希望日	氏名	フリガナ	性別	勤務 年数
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
事業所名					
事業所住所	〒				
フリガナ					
担当者氏名					
事業所電話番号	()				
事業所 FAX 番号	()		通知等送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先
事業所 E-Mail	@ *ご連絡は可能な限りメールで優先的に行いますのでできるだけご記入をお願いします。				

*受講者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認の範囲で利用いたします。

通知書送付先でご自宅を選択の場合、別紙に送付先住所をお書きください。受講申込用紙にご記入後、Faxにてお申し込みください



福岡シティ福祉サービス 〒819-0005 福岡市西区内浜 1-14-13 カイザー姫浜 201

FUKUOKA CITY
WELFARE SERVICE

Tel 092-883-9144

Fax 092-883-1142

(IP 電話 050-2025-6063)

通知書等送付先住所（自宅住所）

参加者氏名		
送付先住所	〒	
Tel		携帯

参加者氏名		
送付先住所	〒	
Tel		携帯

参加者氏名		
送付先住所	〒	
Tel		携帯

参加者氏名		
送付先住所	〒	
Tel		携帯

参加者氏名		
送付先住所	〒	
Tel		携帯

送付先に自宅を選択の場合、記入していただき、セミナー受講申込書と一緒に FAX 送信してください