

POS・フォーカスチャーティングR、基本から応用記述実践トレーニング

患者・利用者に根拠・説明・納得・同意・共有・証明できる記録方法と内容

現任継続教育

2007年度 後期

<講師> 川上 千英子 ( 特定非営利活動法人 日本フォーカスチャーティング協会 理事長 )  
( J F C ヘルスケアマネジメント研究所 F C ガイダンススペシャリスト )

[ねらい] 医療法施行規則の改正により、あらためて特定機能病院、地域医療支援病院以外の病院についてもそなえるべき診療記録の諸記録に看護記録が追加されるなど、義務化がはかられました。またいままでにないきびしい診療報酬の改定に伴い、ますます患者、利用者を主体とした診療、ケア情報提供のあり方、開示記録、根拠、証拠に基づいた実践を証明する記録、専門職として説明責任がはたせる記録のあり方など、記録をとおした実践が患者、利用者に関われることになりました。今回、ご要望にお応えして実務書、教材、院内教育テキストとして活用していただいているフォーカスチャーティングベーシックガイド改訂第三版発刊に伴い、現任継続教育として全国セミナーを開催します。

2007年 研修 開催日程

K:東京地区 満席 終了	8月5日(日) 10:00~16:30	損保会館 404・405研修室 東京都千代田区神田淡路町2丁目9番地	TEL 03-3255-1299
L:大阪地区 終了	8月11日(土) 10:00~16:30	御堂会館 教化ホール 大阪市中央区久太郎町4-1-11	TEL 06-6251-5820
M:九州地区 終了	9月8日(土) 10:00~16:30	<del>九州ビルホール</del> 会場変更 福岡ファッションビルホール 博多市博多区博多駅前2-10-19	TEL 092-431-7531
N:埼玉地区 定員 100名	9月17日(祝月) 10:00~16:30	大宮ソニックシティ ホールビル9階 さいたま市大宮区桜木町1-7-5	TEL 048-647-1112
N2: 東京地区 第四回目	10月27日(土) 10:00~16:30	損保会館 404・405研修室 東京都千代田区神田淡路町2丁目9番地	TEL 03-3255-1299
O:大阪地区 第三回目	11月4日(日) 10:00~16:30	大阪府立国際会議場 会議室1008 大阪市北区中之島5-3-51	TEL 06-4803-5555

受講料金 < F C 会員 ¥11,000円 / 一般 ¥14,000円 >

その他： 研修テキストとして「フォーカスチャーティング ベーシックガイド第3版」「だれでもわかるフォーカスチャーティング 介護編」を使用いたしますのでお持ちの方はご持参ください。

ご自身で書かれた看護記録(介護記録)一式を演習にて使用いたしますので必ずご持参してください。

(フォーカスチャーティングで記録しておられなくても結構です。)

当日、会場にて 研修テキスト 参考書籍などを販売する予定です。

最少催行人数30人。これに達しないときは、開催を中止する場合がございます。あらかじめご了承ください。

主催 J F C <問い合わせ先> 〒144-0033 東京都大田区東糞谷2-14-21アーバンライフ103  
FAX : 03-5735-1177 e-mail : [kchieko@dj.mbn.or.jp](mailto:kchieko@dj.mbn.or.jp)

**プログラム 受付開始時間 9時30分**

1. これからの看護、介護記録から 患者、利用者記録へ
  2. 診療、ケア情報提供のあり方、セカンドオピニオンとその記録
  3. これからの説明責任体制、看護体制の再考、プライマリーナーシングの実践と記録
  4. 患者・利用者の記録としての説明責任・証明義務
  5. POSとフォーカスチャーティングの対比と連動
  6. フォーカスチャーティングの基本原則から実際
  7. 問題志向型・目標志向型の 看護計画・ケアプランの立て方・説明・同意の実際
  8. 看護計画・ケアプランとの連動方法とその証明 ポイントA・B・C
  9. 看護過程、介護過程に基づいた実践とその記録とは
  10. EBN(根拠 証拠)のある実践とその記録のありかた、
  11. フォーカスチャーティングの記述方法の実際 ポイント . . .
  12. 日本医療機能評価と記録
  13. DPC ・ 地域連携クリニカルパスとフォーカスチャーティング
  14. フロシートと フォーカスチャーティング
  15. ヒヤリ・ハットとフォーカスコラムの表現
  16. 電子カルテの再考とフォーカスチャーティング
  17. これからの記録における現任継続教育の実際と評価
  18. 自己記録から自己評価
- 質疑応答** ( なお 当日 プログラムが一部変更する場合がありますのでご了承ください。)

**参加申込書 参加希望の会場に 必ず を付けてください。**

K：東京地区 満席	L：大阪地区第2回	M：九州地区	N：埼玉地区	N2：東京地区第4回
O：大阪地区第3回				

**参加メンバーを記載の上 FAX番号(03-5735-1177)まで 送信ください。**

表面 裏面を間違って送信される方が いらっしゃいますので ご注意ください。

所 属	施設名			
	住 所	〒		
	電 話		FAX	
	申込み 代表者名		所属病棟	
	フリガナ 氏 名	FC会員の有無 (会員番号)	所属	備 考
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
			合計人数	