

会 員 各 位

公益社団法人全国老人保健施設協会  
会長 東 憲太郎

株式会社全老健共済会  
代表取締役社長 高 椋 清

公益社団法人全国老人保健施設協会  
株式会社全老健共済会

共催セミナーのご案内

## トラブル事例の分析からみえる防止と発生時対策 そして円満解決の秘訣 ～全老健事故検討会からの発信 2026～

同時開催：全老健正会員用団体保険 2026 年度募集・団体保険説明会

この度、全老健と共済会では、全老健事故検討会の医師による『食事中に発生したアクシデント』の考察と、介護分野に精通した弁護士による、介護施設の裁判事例に基づいた、法的責任を負うこととなった判例・逆にその責任を回避できた判例についての解説セミナーを開催することといたしました。

また、同時開催する団体保険説明会では、利用者様のお怪我等に対する早期解決の決め手『治療費用補償特約』や『示談交渉支援サービス』の効果的な使い方のご説明の他、昨今増加傾向にある『労使間トラブル』、『サイバーリスク』への備えについてご案内いたします。皆様の参加をお待ちしています。

### 【開催概要】

開催日時	・大阪会場：令和 8 年 7 月 1 日(水) 13:00～16:00 (受付開始 12:30～) ・東京会場：令和 8 年 7 月 15 日(水) 13:00～16:00 (受付開始 12:30～)
開催場所	・大阪会場：大阪東京海上日動ビルディング 2 階「大会議室」 〒540-0001 大阪府大阪市中央区城見 2-2-53 ・東京会場：常盤橋タワー 10 階「ConferenceRoomB・C」 〒100-0004 東京都千代田区大手町二丁目 6-4 ※協力：東京海上日動火災保険株式会社
参加費用	無料 (全老健正会員施設及び法人の職員限定)
定員・対象	定員：各会場約 100 名 / 対象：事務長や老健施設のリスクマネジメントに携わる方

●カリキュラム、参加申込方法(申込書)は、全老健共済会 HP にてご確認ください。

URL：<https://www.roken.co.jp/>

●本件問合せ先：

株式会社全老健共済会 事業部保険事業課 田邊・瀬野 TEL:03-5425-6900

(営業時間：土日祝日を除く 9:00～17:45)

# トラブル事例の分析からみえる防止と発生時対策 そして円満解決の秘訣 ～全老健事故検討会からの発信 2026～

同時開催：全老健正会員用団体保険 2026 年度募集・団体保険説明会

※カリキュラムは、大阪会場、東京会場共通です。

※講師は、大阪会場、東京会場で異なります。

時間		テーマ
12:30～13:00	( 3 0 分 )	受付、(12:55～オリエンテーション)
13:00～13:40	( 4 0 分 )	セミナー① 老健施設で食事中に発生したアクシデントの考察 ～死亡事例からみる予防と対策、発生時対応。観察と記録～ 講師： 大阪会場 全老健事故検討会 委員 山野 雅弘 先生(医師) 東京会場 全老健事故検討会 委員 荒松 丈一 先生(医師)
13:40～14:20	( 4 0 分 )	全老健正会員用団体保険説明会 ●利用者のお怪我！全老健オリジナルの『治療費用補償特約』と『示談交渉支援サービス』を上手に使うって早期円満解決を！ ●労使間トラブルの実態と備え ●その他 共済会事業のご案内（医薬品の共同購入、介護用品 EC サイト等） 株式会社全老健共済会 保険事業課
14:20～14:30	( 1 0 分 )	休憩
14:30～15:50	( 8 0 分 )	セミナー② 介護施設の裁判事例 解説 ～施設が法的責任を負ったケース、責任が回避されたケースについて～ 何が両者を分けたのか！ 講師： 大阪会場 弁護士法人おかげさま 武田 竜太郎 先生(弁護士) 東京会場 二番町法律事務所 島戸 圭輔 先生(弁護士)
15:50～16:00	( 1 0 分 )	質疑応答
終了		

✓カリキュラムの詳細は予告無く、変更することがありますのでご了承ください。

# 共催セミナー 参加申込書（兼参加券）

お申し込みは、

- ①お一人様東西いずれか1会場になります。
- ②お一人様1名につき本紙1枚にご記入いただき、FAXにてお送りください  
(FAX送信先 株式会社全老健共済会 FAX：03-5425-6901)
- ③弊社で受付後、右上の受付印欄にスタンプを押し、以下にご記入いただいたFAX番号に本紙を返信いたします。  
返信した用紙を『参加券』として当日ご持参ください。  
※参加者に変更がある場合は、二重線で訂正し、ご持参ください。
- ④参加申込み締切日 大阪会場：令和8年6月15日（月）  
東京会場：令和8年7月 1日（水）  
※会場の収容可能人数の関係上、定員に達し次第〆切とさせていただきます。  
あらかじめご了承ください。

受付印

✓希望する会場に○を付けてください。（どちらか一つ）

大阪会場 7月1日（水）		東京会場 7月15日（水）	
-----------------	--	------------------	--

全老健正会員施設名： \_\_\_\_\_

フリガナ  
お 名 前： \_\_\_\_\_

お 役 職 ・ 職 種： \_\_\_\_\_

ご連絡先（電話番号）： \_\_\_\_\_

ご連絡先（FAX番号）： 必須 \_\_\_\_\_

個人情報の取扱い：お申込みいただいた個人情報については、本セミナー等の運営及び今後のサービス提供のために利用いたします。

✓事前アンケート（ご協力をお願いいたします。）

現在ご契約されている賠償責任保険についてお聞かせください。

Q1：どちらの商品にご契約されていますか。

Q2：その商品を選んだ理由をご記入ください。

Q3：満期日をご記入ください。

年	月	日
---	---	---

Q4：団体保険のお見積もりを希望しますか。

希望する	希望しない
------	-------

問合せ先：株式会社全老健共済会 保険事業課 田邊・瀬野 TEL：03-5425-6900