

(一般社団法人 茨城県介護福祉士会 / 後援：茨城県訪問介護協議会)

サービス提供責任者研修(訪問介護事業所等向け)

1. 趣旨

介護が必要になっても、できる限り在宅で暮らすことは多くの高齢者が望むことです。

在宅生活継続のためには訪問介護の利用が重要になりますが、中でもサービス提供責任者の担う役割が重要であることは周知のことです。サービス提供責任者には適切なアセスメント、それに基づく訪問介護計画書作成、自事業所内の訪問介護員の調整、指導・教育など多くのことが求められています。サービス提供責任者の仕事や業務に必要となる内容を学び、訪問介護サービスの質の向上を図るため、本研修を実施いたします。

2. 開催内容

主 催	公益社団法人 日本介護福祉士会 ・ 一般社団法人 茨城県介護福祉士会
日 時	1日目：平成 28 年 9月 4日 (日) 9：30～16：30 2日目：平成 28 年 9月 24日 (土) 9：30～16：30 3日目：平成 28 年 10月 22日 (土) 9：30～16：30 4日目：平成 28 年 10月 29日 (土) 9：30～16：30 5日目：平成 28 年 11月 6日 (日) 9：30～16：30 6日目：平成 28 年 12月 18日 (日) 9：30～16：30 * 本研修時間：36 時間（6 日間） (※参加できない日程がある場合、3年以内に修了すれば修了認定可とする。)
研修会場	
研修会場	茨城県総合福祉会館 4階 中研修室 ・ 大研修室 (〒310-0851 水戸市千波町 1918 番地)
研修内容	別紙カリキュラム 参照
受講要件	介護福祉士資格を所有し、かつ訪問介護事業所においてサービス提供責任者を担っている者及び今後サービス提供責任者になろうとする者
申込締切	平成 28 年 8 月 25 日 (木) ※定員を超えた場合は期日前に締め切りとします。
受講定員	30名
受 講 料	会員 … 30,000円 非会員 … 41,000円 (テキスト代含む)
修了認定	全課程を修了した者には、日本介護福祉士会会长による修了証書を発行するものとする
ポイント	生涯研修ポイント 24P(会員へ付与)

※本研修申込みと同時に、日本介護福祉士会へ入会も可能です。
(申込時にお申し出ください。)

2. 申込み方法

《申込方法》

- ① 別紙の申込書に必要事項をご記入の上、FAX または郵送でお申し込み後、受講料をお振込みください。

※受講料振込先 … 常陽銀行・本店・普通口座 1633230

一般社団法人茨城県介護福祉士会 会長 沼田 正人

- ② 定員に達し受講ご希望に添えない方のみに、事務局から連絡いたします。

8月29日（月）までにご連絡が無い場合は、受講決定となります。

※講師の都合又は天候により日程が変更になる場合があります。

《申込み・お問合せ先》 一般社団法人茨城県介護福祉士会

〒310-0851 水戸市千波町 1918 番地 茨城県総合福祉会館 5階

電話 029-353-7244 FAX 029-353-7246

ホームページ <http://care-net.biz/08/ibaraki/>

3. 研修プログラム（※項目は別紙参照）

日	時 間	研 修 科 目	担当講師
9月4日(日)	9:30~12:30	介護保険法と訪問介護	株式会社ゆりかご 取締役部長 脇 健仁 氏
	13:30~16:30		
9月24日(土)	9:30~12:30	訪問介護計画、手順書の作成及び記録（1）	対人援助スキルアップ 研究所 所長 佐藤 ちよみ氏
	13:30~16:30		
10月22日(土)	9:30~12:30	訪問介護計画、手順書の作成及び記録（2）	同上
	13:30~16:30		
10月29日(土)	9:30~12:30	事業所内で部下を指導、教育する方法	株式会社あおば 代表取締役 宇田川真由美氏
	13:30~16:30		
11月6日(日)	9:30~12:30	他職種との連携及びコミュニケーション	(株)日立ライフ 日立介護ステーション 斎藤さゆり 氏
	13:30~16:30		
12月18日(日)	9:30~12:30	サービス提供責任者に必要な医療知識や緊急時対応	(株)ケアリングフォース 代表取締役 大沼 久史 氏
	13:30~16:30	個別事例への関わり方	

FAX送信先 029-353-7246

※表裏間違えないよう確認して送信ください。

一般社団法人茨城県介護福祉士会 宛て

申込日	平成28年	月	日
-----	-------	---	---

サービス提供責任者研修(訪問介護事業所等向け) 申込書				
ふり 氏名		性別	男 女	生年月日
自宅住所	〒			
電話	※研修日当日にご連絡がつく番号 *自宅 _____ FAX _____ *携帯 _____			
勤務先名				
勤務先住所	〒 TEL _____ FAX _____			
サービス提供責任者としての実務経験	何れかに○をお願いします (ある ・ なし) 「ある」と答えられた方 ⇒ 経験年数(約 年 ヶ月)			
介護福祉士登録番号	第	一	号	
介護福祉士登録年月日	平成	年	月	日

該当するいづれかに○をつけてください。	
A. 会員 30,000円	B. 会員外 41,000円
会員番号 080-	
①入会を希望する	
②入会は希望しない	

*ご記入いただきました個人情報は、本研修以外では使用いたしません。