

(一般社団法人 茨城県介護福祉士会 / 後援：一般社団法人 茨城県福祉サービス振興会)

平成 27 年度後期サービス提供責任者研修

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。

在宅生活を継続するためには訪問介護の利用が重要になります。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ぶことで、訪問介護サービスの質の向上を図るために、本研修を実施致します。

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 27 年 10 月 4 日（日）9：30～16：30 2日目：平成 27 年 10 月 28 日（水）9：30～16：30 3日目：平成 27 年 10 月 29 日（木）9：30～16：30 4日目：平成 27 年 11 月 20 日（金）9：30～16：30 5日目：平成 27 年 12 月 4 日（金）9：30～16：30 6日目：平成 27 年 12 月 22 日（火）9：30～16：30 *本研修は36時間（6日間）となっております。但し、参加できない日程がある場合は3年以内に修了すれば終了認定となります。
研修会場	茨城県総合福祉会館 4階 中研修室 10/28, 29 11/20 12/4 茨城県総合福祉会館 5階 研修室 10/4 12/22 (〒310-0851 水戸市千波町 1918 番地)
研修内容	別紙カリキュラム
受講要件	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 27 年 9 月 16 日（水）必着
受講定員	30名
受 講 料	会員 … 32,000円 非会員 … 43,000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長による修了証書を発行するものとする

*非会員の方は、申込みと同時に本会の会員になることもできます。その場合、受講料 43,000 円のうち、会員受講料との差額 11,000 円を入会金及び年会費に充当できることとします。

*今年度内に全日程を受講できない場合でも、今年度を含め 3 年度以内でしたら繰越し受講が可能です。

*修了者には生涯学習ポイント（24 ポイント）と修了証を交付致します。

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 万が一、定員に達し受講ご希望に添えない方のみに、事務局から連絡をいれます。

9月25日までにご連絡が無い場合は、受講決定となります。

《申込締切》

平成27年9月16日(水) ※定員になり次第、締切らせていただきます。

《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

日	時 間	研 修 科 目	担当講師
10月4日(日)	9:30~12:30	介護保険法と訪問介護	茨城県介護福祉士会 顧問 飯村 ゆう子氏
	13:30~16:30		
10月28日(水)	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29日(木)	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		
11月20日(金)	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4日(金)	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	茨城県ケアマネジャー 協会 理事 若松 幸子 氏
	13:30~16:30		
12月22日(火)	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	個別事例への関わり方	
			同上

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 27 年 月 日
-----	-------------

平成 27 年度後期サービス提供責任者研修 申込書

ふり 氏 名		性 別	男 女	生年月日	年 月 日(　才)
自宅住所	〒				
電 話	※研修日当日にご連絡がつく番号 ①自 宅 _____ FAX _____ ②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				

該当するいずれかに○をつけてください。

A. 会員 32, 000円

B. 会員外 43, 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。