

## 平成30年度サービス提供責任者研修

## 1. 趣旨

高齢者や要介護状態になっても、その多くの方々は在宅での生活を願っています。又地域包括ケアシステムが進められていく中で、訪問介護の役割は大変重要であり、これらのリーダー的立場であるサービス提供責任者に求められる事は多岐にわたっています。訪問介護サービス提供責任者の仕事や業務に必要な内容を学び、サービスの質を向上する為に本研修を実施します。

## アセスメントは十分ですか？

訪問介護計画書は適切な内容ですか？

訪問介護員の教育や研修、訪問調整に行き詰っていませんか？

他職種との連携はスムーズですか？

サービス提供責任者の役割を果たせているのだろうか悩んでいませんか？

他事業所の仲間と一緒に、問題を一つずつ解決していきましょう！

## 2. 開催内容

主催	公益社団法人 日本介護福祉士会 及び 一般社団法人 茨城県介護福祉士会
日時	平成31年1/26(土) 2/3(日) 2/9(土) 2/23(土) 3/9(土) 3/17(日) 全日9:30~16:30 全6日間(36時間) *3年以内に修了すれば修了認定可。
研修会場	茨城県総合福祉会館 4階 中研修室又は大研修室 (〒310-0851 水戸市千波町1918番地)
受講要件	介護福祉士資格を所有し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。 *単発研修・・・特に定めず。(訪問介護の基本を理解している事が前提)
申込締切	平成31年1月6日(土) 消印有効 *定員を超えた時点で受付終了となります。
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) 1講座:6,800円(テキスト代2,500円別途)
修了認定	全過程修了者には、日本介護福祉士会会長による修了証書を発行する事とする。
ポイント	生涯研修ポイント 24P(会員のみに付与)

## 3. 申し込み方法

①別紙申込書に必要事項を記入の上、FAX又は郵送でお申し込み後、受講料をお支払い下さい。  
お支払い完了時点で受付完了となります。

\*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 森 久紀

②申込締切日後、受講決定通知を郵送します。定員に達し申込のご希望に添えない場合はご連絡させていただきます。

#### 4. 研修プログラム

月日	時間	研修項目	担当講師
1月26日(土)	9:30~16:30	「介護保険法と訪問介護」 ・ホームヘルプサービスの意義と役割 ・サービス提供責任者の業務と役割 ・ホームヘルプサービスの法令上の位置づけ	株式会社ゆりかご 代表取締役 脇 健仁氏
2月3日(日)	9:30~16:30	「訪問介護計画、手順書の作成及びモニタリング(1) 高齢者と障がい者」 ・介護過程と訪問介護計画 ・訪問介護計画とは	同上
2月9日(土)	9:30~16:30	「訪問介護計画、手順書の作成及びモニタリング(2) 高齢者と障がい者」 ・法を遵守した訪問介護計画 ・介護予防を重視した訪問介護計画	同上
2月23日(土)	9:30~16:30	「ホームヘルパーの育成・研修の方法」 ・チームアプローチのあり方 ・スーパービジョンとスタッフの育成、指導方法 ・事業所内での記録	株式会社あおば 代表取締役 宇田川真由美氏
3月9日(土)	9:30~16:30	「他職種との連携及びコミュニケーション」 ・担当者会議における情報の共有・交換の仕方 ・コミュニケーション技術 (情報収集・共感的理解)	(株)日立ライフ 日立介護ステーション 齋藤さゆり氏
3月17日(日)	9:30~16:30	「サービス提供責任者に必要な緊急の対応及び医療行為的ケア」「リスクマネジメント」 ・介護事故予防、クレーム予防の為の日常的行動 ・訪問介護に必要な医学基礎知識、事故対応 ・緊急対応マニュアルの必要性、災害時対応 「個別事例への関わり方」 ・ケースカンファレンスの持ち方・困難事例への関わり方(認知症利用者の事例など)	医療法人 恒貴会 訪問看護ステーション 愛美園 所長 中島由美子氏

\* 講師の都合又は天候などにより、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/>

FAX 送信先 029-353-7246

一般社団法人茨城県介護福祉士会 宛て

申込日 平成30年 月 日

平成30年度サービス提供責任者研修 申込書

氏名		性別	男 女	生年月日	和暦 年 月 日(才)
連絡先住所	〒				
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 _____ 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 30,000円  
会員番号 080-
- B. 会員外 41,000円  
①入会を希望する  
②入会を希望しない
- C. 下記日程の講座を受講します。(◎修了証は授与されません。)  
(1 講座受講料 6,800円 テキスト代別途)  
1/26(土) 2/3(日)  
2/9(土) 2/23(土)  
3/9(土) 3/17(日)  
※希望日程へ○印をつけてください。

\*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。