

(一般社団法人 茨城県介護福祉士会)

# 平成 26 年度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、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な内容を学ぶことで、訪問介護サービスの質の向上を図るため、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 26 年 7 月 12 日 (土) 9 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0 2 日目 : 平成 26 年 8 月 17 日 (日) 9 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0 3 日目 : 平成 26 年 9 月 11 日 (木) 9 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0 4 日目 : 平成 26 年 9 月 18 日 (木) 9 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0 5 日目 : 平成 26 年 10 月 14 日 (火) 9 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0 6 日目 : 平成 26 年 10 月 20 日 (月) 9 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0 * 本研修は 3 6 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 (〒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	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 26 年 6 月 23 日 (月) 必着
受講定員	50 名程度
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

### 《申込み方法》

- 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。  
6月30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26年6月26日(木) ※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
7月12日(土)	9:30~12:30	介護保険法と訪問介護	茨城県介護福祉士会 飯村 ゆう子氏
	13:30~16:30		
8月17日(日)	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		
9月11日(木)	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		
9月18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		
10月14日(火)	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		
10月20日(月)	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 大沼 久史氏
	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26年	月	日
-----	-------	---	---

平成26年度サービス提供責任者研修 申込書			
氏名		性別	生年月日
フリガナ		男	年 月 日(才)
女			
自宅住所	〒		
電話	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	—	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。