



「令和4年度サービス提供責任者研修」

実 施 要 綱

1. 趣 旨 (目的)

介護が必要になっても、できる限り慣れ親しんだ我が家や地域で暮らす事は誰もが望む事であり、在宅生活継続のためには訪問介護（居宅介護）サービスが重要となります。そのサービス提供においては、サービス提供責任者の担う役割が重要です。訪問介護計画の作成のみならず、事業所の訪問介護員のシフト調整・指導・教育など多くの役割が求められています。訪問介護の意義・目的を理解し、サービス提供責任者の業務・役割を再認識することによって、訪問介護サービスの質の向上を図る事を目的として本研修を実施します。

なお、新型コロナウイルスの感染状況により、延期となる場合がありますことをご承知ください。

2. 主 催 公益社団法人 日本介護福祉士会／一般社団法人 千葉県介護福祉士会 研修委員会

3. 日 時 ①5月14日（土） ②5月21日（土） ③6月12日（日）
④6月26日（日） ⑤7月10日（日） ⑥7月17日（日）

受付9：00～ 講義9：30～16：30（※初日9：20～オリエンテーション）

※遅刻・早退は、認められませんので、ご注意ください。

4. 研修時間 全36時間（6日間） [24ポイント]

5. 会 場 千葉県社会福祉センター

〒260-0026 千葉市中央区千葉港4-3

〈アクセス〉 千葉都市モノレール「市役所前」駅下車徒歩5分、

JR京葉線「千葉みなと」駅下車徒歩7分

6. 内 容 裏面参照

7. 受講要件 介護福祉士資格を有し、かつ訪問介護事業所に於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、訪問介護を学び介護の質の向上を目指す者。

8. 定 員 20名 先着順

9. 修了認定 全課程を修了した者には、日本介護福祉士会の修了証書が発行されます。
(全科目36時間を受講できない場合でも3年以内でしたら繰り越し受講が可能です)

10. 受講料 会員・準会員：22,000円 非会員：35,000円（テキスト代・修了証書代含む）

※同時入会の非会員の方は、受講料の差額を入会・年会費に充当することが出来ます。

※受講決定通知が届き次第、振り込みにてご入金下さい。

※入金後、申込者の都合による返金は致し兼ねますのでご了承下さい。

11. 申込方法 別紙「申込書」に必要事項を記入の上、「介護福祉士登録証」の写しとともに、千葉県介護福祉士会事務局までFAXまたは郵送にてお申込み下さい。

今年合格の方は、その旨を介護福祉士会事務局まで、連絡をお願いします。

12. 申込締切 令和4年4月28日（木）

13. そ の 他 ・会場には、駐車場がありませんのでご来場には公共交通機関のご利用をお願い致します。
・会場内の空調等に関しては微調整が困難なため、各自（衣服調整）対応をお願いします。
・昼食は各自ご持参下さい。

（会場内でお召し上がり頂けますが、ゴミ類は各自お持ち帰りいただきます）

10. 問い合わせ先 〒260-0026 千葉市中央区千葉港4-3 千葉県社会福祉センター3F

一般社団法人 千葉県介護福祉士会

TEL：043-248-1451 FAX：043-248-1515 E-mail：kai5niji@poem.ocn.ne.jp

令和4年度サービス提供責任者研修 カリキュラム

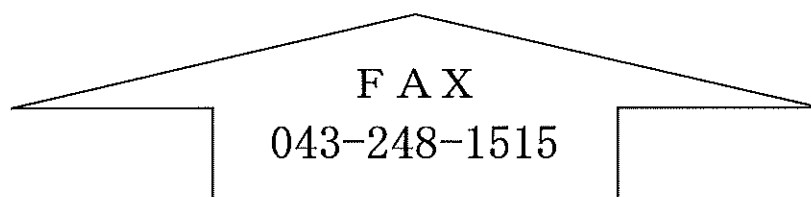
日 時		科 目 名	講 師	
1日目	5/14 (土)	※1 9:30~16:30 (6H)	介護保険法と訪問介護	佐藤 武秀会員
2日目	5/21 (土)	9:30~16:30 (6H)	訪問介護計画・手順書の作成及び記録	松下やえ子会員
3日目	6/12 (日)	9:30~16:30 (6H)	訪問介護計画・手順書の作成及び記録	松下やえ子会員 事例提供者
4日目	6/26 (日)	9:30~16:30 (6H)	事業所内で部下を指導、教育する方法	佐藤 武秀会員
5日目	7/10 (日)	9:30~12:30 (3H)	サービス提供責任者に必要な医療知識や 緊急時対応 個別事例への関わり方・リスクマネジメント	英 香代子氏 松下やえ子会員
		13:30~16:30 (3H)		
6日目	7/17 (日)	9:30~16:30 (6H) ※2	多職種との連携及びコミュニケーション	箱田 純子会員

※1 初日オリエンテーション 9:20~9:30

※2 最終日修了式予定 16:30~17:00

~~~~~  
 〈令和4年度サービス提供責任者研修申込書〉

申し込み先：一般社団法人千葉県介護福祉士会事務局



|              |                                                                   |
|--------------|-------------------------------------------------------------------|
| ふりがな<br>氏 名  |                                                                   |
| 住 所          | 〒                                                                 |
| 連 絡 先        | 電話： (自宅・携帯・職場)<br>FAX： (自宅・職場)<br>(※日中連絡が取れる番号を記入してください)          |
| 勤 務 先        |                                                                   |
| 会 員<br>区 分 等 | <input type="checkbox"/> 会員 (会員番号： ) <input type="checkbox"/> 非会員 |
| 備 考          |                                                                   |

※ 個人情報、本研修ならびに今後の研修開催参考資料以外には使用いたしません。