

平成 24 年度サービス提供責任者研修会 実施要領

1. 趣 旨 介護が必要になっても、出来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となりますが、中でもサービス提供責任者の担う役割が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、本研修を実施いたします。
2. 主 催 社団法人日本介護福祉士会・一般社団法人神奈川県介護福祉士会
3. 日 時 平成 24 年 11 月 19 日(月), 11 月 22 日(木), 11 月 25 日(日), 12 月 14 日(金), 12 月 16 日(日), 12 月 17 日(月) 各日とも 9:30~17:00
4. 研修時間 36 時間 (6 日間)
5. 会 場 ウィリング横浜 (研修室)
6. 内 容 裏面参照
7. 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
8. 定 員 50 名 先着順
(受講をお断りする方のみ 10/19 までにご連絡いたします)
9. 修了認定 全過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します
10. 受講料 45,000 円 (賛助会員 37,000 円 会員 30,000 円)
11. 申込方法 参加費を下記口座に事前にお振込の上、その受領書のコピーを申込用紙に添付し FAX 又は郵送にて事務局にお申し込み下さい

<郵便振込み>

郵便振替 口座番号: 00270-5-139924 口座名義: 一般社団法人神奈川県介護福祉士会
*他金融機関からの振込用口座番号 〇二九(ゼロニキュウ)店 (029) 当座 0139924

《注意》 振り込まれた参加費は、定員超過で当会がお断りする以外は返金致しません。

12. 申込締切 平成 24 年 10 月 19 日 (金)

13. 申込先・問合せ先 一般社団法人神奈川県介護福祉士会事務局

〒220-0003 横浜市西区楠町 9 番地 7 TAK ビル 3 階

TEL: 045-323-1085 FAX: 045-317-5930

サービス提供責任者研修 カリキュラム

日時・場所	科目名	大項目	講師
11月19日(月) ウィリング横浜 502 研修室	介護保険法と訪問介護	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護事業の意義と魅力 ・制度上の位置付け ・通知等の理解 ・利用者の特性 	神奈川県介護福祉士会 会長 野上 薫子氏
11月22日(木) ウィリング横浜 126 研修室	訪問介護計画、手順書の作成 及び記録	<ul style="list-style-type: none"> ・法を遵守した介護計画 ・介護予防を重視した介護計画 	神奈川県介護福祉士会理事 訪問介護サービスほっと 通所介護サービスほっと コッシュ石井 美千代氏
11月25日(日) ウィリング横浜 122 研修室		<ul style="list-style-type: none"> ・医療依存度の高い利用者の介護計画 ・事業所内での記録 	
12月14日(金) ウィリング横浜 503 研修室	事業所内で部下を指導、 教育する方法	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護計画に基づく仕事の仕方 ・ケアチームのあり方 ・スーパービジョン 	神奈川県介護福祉士会副会長 前田介護相談所 平野 浩子氏
12月16日(日) ウィリング横浜 502 研修室	他職種との連携及び コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・他職種との連携 ・コミュニケーション 	神奈川県介護福祉士会副会長 居宅介護支援事業所 サポートあやせ 梅田 滋氏
12月17日(月) ウィリング横浜 502 研修室	サービス提供責任者に必要 な医療知識や緊急時対応	<ul style="list-style-type: none"> ・介護事故やクレーム への対応と予防 ・日常的な利用者の健康管理と緊急対応 	神奈川県介護福祉士会 理事 齋藤 美貴氏
	個別事例への関わり方	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースカンファレンス ・“困難事例”への 関わり方 	

平成 24 年度サービス提供責任者研修会参加申込書

該当する いずれかに○	A. 一般 45,000円	便振替払込請求書兼受領書 貼 付
	B. 賛助会員 37,000円 (会員No.)	
	C. 会員 30,000円 (会員No. 140-)	
ふりがな 氏 名		
自宅連絡先	(〒 - -)	
	TEL _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> < 便 振 替 > 貼 付 </div>
	FAX _____	
	携 帯 _____	
勤務先名	TEL _____	
備考欄		

* 10月19日迄に、当会事務局へFAX又は郵送にてお申し込み下さい。

* 定員超過の為お断りする方のみ10月19日(金)までにお知らせ致します。

FAX 045-317-5930 FAX・住所などはお間違えのない様をお願いします

※ 住所・勤務先等変更がございましたら、備考欄にご記入ください。(会員のみ)

※ 記入していただいた個人情報は研修並びに今後の研修開催参考資料以外に使用いたしません。