

平成 30 年度鳥取県介護福祉士会 サービス提供責任者研修会 実施要項

1. 目 的

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の願いです。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ことを目的としています。

2. 主 催 公益社団法人日本介護福祉士会、一般社団法人鳥取県介護福祉士会

3. 会 場 倉吉体育文化会館（倉吉市山根 529-2 電話 0858-26-4441）

4. 実施期間 平成 30 年 6 月 14 日（木）～7 月 27 日（金）までの 36 時間（全 6 日間）

5. 対 象 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

6. 受講料 会員 30,000 円 / 非会員 41,000 円
※受講料は、決定通知時にお知らせする振込先にお振り込みください。
なお、振込手数料は申込者の御負担となりますので御了承ください。
受講料には研修会テキスト代が含まれます。

7. 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するものとする。

8. 参加申し込み

(1) 別紙「参加申込書」に必要事項を記入のうえ、6月1日（金）までに事務局へ郵送
またはファックスでお申込み下さい。

(2) 申込締め切り後、受講決定通知を送付します。

9. お問い合わせ先

一般社団法人鳥取県介護福祉士会事務局

〒689-0201 鳥取市伏野 1729-5（県立福祉人材研修センター内）

鳥取県社会福祉協議会 福祉人材部（担当：安東）

電話（0857）59-6336 FAX（0857）59-6341

平成30年度鳥取県介護福祉士会サービス提供責任者研修会 研修プログラム

会場：倉吉体育文化会館

日時	会場	科目	内容	時間数	講師
【1日目】 6月14日(木) 9:30～12:30 13:30～16:30	倉吉体育文化会館 中研修室	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 	6	鳥取県介護福祉士会 山崎 満江
【2日目】 6月28日(木) 9:30～12:30 13:30～16:30	倉吉体育文化会館 小研修室1	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 	6	鳥取県介護福祉士会 小林 敦子
【3日目】 7月6日(金) 9:30～12:30 13:30～16:30	倉吉体育文化会館 小研修室1	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 	6	鳥取短期大学 井手添 陽子
		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 		
【4日目】 7月14日(土) 9:30～12:30 13:30～16:30	倉吉体育文化会館 小研修室1	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 ・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	NPO法人楽 柴田 範子
【5日目】 7月15日(日) 9:30～12:30 13:30～16:30	倉吉体育文化会館 小研修室2				
【6日目】 7月27日(金) 9:30～12:30 13:30～16:30	倉吉体育文化会館 中研修室	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 	6	鳥取県介護福祉士会 林原 豊
合計				36	

※上記プログラムは講師の都合上、変更になる場合もございます。

※1日目は9:25～オリエンテーションを行います。

ファクシミリ (0857) 59-6341

鳥取県介護福祉士会事務局 安東 行

申込期限 平成30年6月1日(金) 必着

平成30年度鳥取県介護福祉士会サービス提供責任者研修会 参加申込書

記入者 職氏名 _____

参加者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日生
	介護福祉士 登録年度および番号	平成	年度	_____ (例：D-〇△〇〇〇)
	区分 <small>※いずれかに○をつけてください。 会員の方は会員番号を記入してください。</small>	1. 会員	2. 会員外	3. 入会希望 会員番号 <u>31</u> ※入会希望の方には申込書を送付させていただきます。 (申込と同時に入会された方は会員価格で受講できます。)
勤務先	所属職場 <small>※いずれかに○をつけてください。</small>	1. 訪問介護事業所 2. その他		
	法人名			
	事業所名			
	住所	〒 _____		
	電話番号			
自宅	住所	〒 _____		
連絡先 TEL <small>※日中連絡のとりやすい番号</small>				
連絡先 (決定通知等送付先) <small>※いずれかに○をつけてください。</small>		1. 勤務先 2. 自宅		
介護職経験年数	年	訪問介護経験年数	年	
研修受講券のご使用について <small>※使用される場合は○をつけ枚数を記入してください。</small>		1. 使用する 1,000円× () 枚		

※受講希望者は申込書に1名ずつ記入し、お申し込みください。

※申込書に記載された個人情報は、本研修会の名簿作成等管理運営の目的のために使用し、他の目的で使用することはありません。