

サービス提供責任者研修 開催要項

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、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、本研修を実施いたします。

【お知らせ】

例年、日本介護福祉士会カリキュラムで行っているサービス提供責任者研修は、「福岡県補助事業のサービス提供責任者就任前研修」とカリキュラムがほぼ同様ということもあり、一部合同で行います。

1日目から4日目までは、福岡県補助事業のサービス提供責任者就任前研修として受講していただき、希望者のみ5日目・6日目を追加受講することで、日本介護福祉士会カリキュラムのサービス提供責任者研修も同時に修了することができます(但し、別途費用が必要になります。会員10,000円、非会員15,000円)。

是非、この機会にお申込みください。

【主催】 公益社団法人 日本介護福祉士会 ・ 公益社団法人 福岡県介護福祉士会

【日時】
《1日目》 令和5年 9月13日(水) 10:00 ~ 16:30
《2日目》 令和5年 9月20日(水) 10:00 ~ 16:30
《3日目》 令和5年10月11日(水) 10:00 ~ 16:30
《4日目》 令和5年10月18日(水) 10:00 ~ 16:30
《5日目》 令和5年11月 8日(水) 10:00 ~ 16:30
《6日目》 令和5年11月15日(水) 10:00 ~ 16:30

※本研修は6日間の研修となっております。

【研修会場】 1日目～4日目 福岡県中小企業振興センター(福岡市博多区吉塚本町9-15)
5日目・6日目 福岡県介護福祉士会(福岡市博多区博多駅東1-1-16 第2高田ビル2階)

【研修内容】 裏面カリキュラム参照(研修時間:36時間(6日間))

【受講要件】 原則、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方及び今後サービス提供責任者になろうとする方。

【申込締切】 令和5年7月28日(金) 締切

【受講定員】 20名程度(定員になり次第、申し込みを終了させていただきます。)
※6日間受講希望者が9名以下の場合は中止する場合があります。

【受講料】 4日間(1日目から4日目): 会員・非会員・・・無料
6日間(1日目から6日目): 会員・・・10,000円 非会員・・・15,000円
※受講料お振り込み後の返金はいたしません。また、受講しない日が生じても同様です。但し、当会の都合により研修が中止になった場合などは返金いたします。
※次年度以降(3年以内)に渡って受講される方は、追加料金が発生する場合があります。
※「研修受講券」(受講料割引券)を利用できる研修です。ご希望の方は、裏面備考欄に「研修受講券を使用」とご記入下さい。(但し、受講料入金後「研修受講券」を使用することはできません)

【申込方法】 ①裏面の申込書に必要事項をご記入の上、会場までFAX又は郵送にてお申し込みください。受講が決まった方には、「受講決定通知」を送付いたします。
②前年度から補講受講を希望する方は、同じく申込書に記入後、備考欄に以前受講していた年度をご記入ください。

【その他】 ①日本介護福祉士会の定めるカリキュラムを修了しなければ、修了書を発行することはできません。又、欠席・早退・遅刻等あった場合も同様です。
②本研修は3年以内に修了すれば修了書を発行することができます。(但し、受講者数によって、本研修を中止にする場合があります。予めご了承ください。)
③受講条件を満たしていない方につきましては、受講をお断りする場合があります。
④原則サービス提供責任者の条件を満たしている方が対象の研修となっております。サービス提供責任者の条件を満たしていない方が本研修を修了しても、サービス提供責任者となれる訳ではありません。
⑤この実施要領をご理解・ご承諾の上、お申し込み下さい。また、何かご不明な点等ございましたらご遠慮なくお問い合わせください。
⑥6日間受講可能な方を優先に受付を行います。

【修了認定】 全課程修了者には、日本介護福祉士会会長による修了証書を発行するものとします。

【問い合わせ先】 公益社団法人 福岡県介護福祉士会 (担当:吉澤)
〒812-0013
福岡県福岡市博多区博多駅東1-1-16 第2高田ビル2階
TEL 092-474-7015 FAX 092-436-5234

◆カリキュラム（6日間用） ※4日間用につきまして、受講が決定した後に改めてお知らせします。

| 科目名 | 大項目 | 中小項目 | 時間数 |
|-------------------------|---|---|-----|
| 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 制度上の位置づけ 通知等の理解 利用者の特性 | <ul style="list-style-type: none"> 訪問介護の魅力 介護保険制度における訪問介護の位置づけ サービス提供責任者の業務と役割の理解 利用者の一般的な特性の理解 訪問介護サービスの内容（介護サービスと予防サービス） 指定居宅サービスの運営基準 守秘義務・個人情報管理 | 6 |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> 訪問介護計画の作成の方法 訪問介護手順書の作成 モニタリング、評価 ケアプランと訪問介護計画書の理解 医療依存度の高い利用者への対応（リスク管理も含む） 訪問介護事業所に必要な記録 | 12 |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> 訪問介護員の業務とサービス提供責任者 ケアチームの意義と在り方 訪問介護員の健康管理とメンタルヘルス 接遇と技術指導（在宅での生活支援や介護技術） 訪問介護員の育成・研修の方法 | 6 |
| 多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 | <ul style="list-style-type: none"> 担当者会議における情報の共有 多職種連携の仕方（情報交換） 連携のための記録の在り方 サービス提供責任者の役割の理解と各サービスとの連携 コミュニケーション技術（情報収集・共感的理解） 事業所内での報告・連絡・相談の重要性 | 6 |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> リスクマネジメントとクレームマネジメント 利用者の健康管理と緊急対応 訪問介護に必要な医学の基本知識 緊急対応マニュアルの必要性 | 3 |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ケースカンファレンスの持ち方 担当者会議での役割の理解と情報共有からの活用 “困難事例”への関わり方 | 3 |

※上記内容等は、一部変更する場合があります。

公益社団法人 福岡県介護福祉士会 行き（FAX 092-436-5234）

※送り状は不要です。

令和5年度 サービス提供責任者研修 申込書

| | | | | | | |
|--|------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------|-------|
| ふりがな | | | | ※どちらかに○をつけてください。 ・会 員 (40) ・ 非会員 | | |
| 氏 名 | | | | | | |
| 生年月日 (和暦記入) | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | |
| 日中連絡先 | TEL | | FAX | | | |
| 所属職場 | 1. 訪問介護 3. 現在勤めていない | | 2. 有料老人ホーム・サ高住等併設の訪問介護 4. その他（ ） | | | |
| 職場名 | | | | | | |
| 職場住所 | 〒 | | | | | |
| 職場連絡先 | TEL | | FAX | | | |
| 受講決定通知 送付先 | ・自 宅 | | ・職 場 | | | |
| | (※必ずどちらかに○をつけてください。) | | | | | |
| 介護福祉士資格取得後 実務経験年数 | 年 | | か月 | | | |
| サービス提供責任者としての経験年数 | 1. 未経験（就任予定） | | 2. 未経験（就任予定なし） | | 3. 実務経験 年 | |
| 申込み | ・ 1～4日目のみ（4日間） | | ・ 1～6日目（6日間） | | | |
| | ※必ずどちらかに○をつけてください | | | | | |
| 《 備 考 》 | | | | | | |
| ※「研修受講券」を利用する方はご記入下さい。（記載例：研修受講券〇〇〇円分利用） | | | | | | |

※ご記入頂いた個人情報は本研修開催に係る事務に使用いたします。

※開催要項をご了解の上、お申し込みください。