

## 令和3年度 サービス提供責任者研修会

### 1. 趣 旨

サービス提供責任者は、訪問介護事業所に必置となっており、利用者の状況把握、えがおの窓口等関係機関との連携、訪問介護員の業務把握や研修等広範な役割が求められています。今回の研修会では、サービス提供責任者の役割について再確認するとともに、サービスの質の向上を図る上でのポイントとなる医療知識、コミュニケーション術などを学びます。

### 2. 開催日時・内容

日 時		内 容	講 師
9/27 (月)	13:30～ 15:30	サービス提供責任者の役割	(有)たむらソーシャルネット 代表 田村 満子 氏
	15:40～ 16:40	薬との上手な付き合い方	(一社)神戸市薬剤師会 理事 浅田 圭一 氏
10/25 (月)	13:30～ 16:30	具体的な事例を通してサービス提供責任者の役割を考える	(有)たむらソーシャルネット 代表 田村 満子 氏
	16:30～ 17:30	サービス提供責任者交流会 (情報交換・交流の場としてください) ※出席は任意です	
11/18 (木)	13:30～ 14:30	嚥下障害のある人への介護に関する 知っておきたい医療知識	志水医院 院長 志水 賢一郎 氏
	14:40～ 16:40	対人折衝能力の向上	ホスピタリティ・コーディネーター 谷 洋子 氏

※定員が受講者の倍以上の部屋を使用し、座席の間隔をあける、換気をする、手指消毒薬を設置するなど、感染対策を実施して、研修会を行います。

※自然災害・新型コロナウイルス感染拡大等で研修会を延期、中止する場合は、当協会ホームページに掲載いたしますので、ご確認ください。

3. 会 場 こうべ市民福祉交流センター  
2階 201教室  
神戸市中央区磯上通 3-1-32  
電話 078-271-5310(代)

4. 定 員 50名

5. 参加対象 訪問介護事業所 サービス提供責任者

6. 参加費(3回シリーズ)

協会会員事業者 5,000円  
協会非会員事業者 8,000円

7. 主 催 神戸市介護サービス協会


8. 共 催 神戸市シルバーサービス事業者連絡会



## 9. 参加申込（FAXにてお申込の場合）

- (1) 別紙「参加申込用紙」に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください。
- (2) 申込み確認の為、申込受付後に申込番号を記入した申込書を折り返しFAX送信いたします。  
(注) FAXでお申込後2日以上返信がない場合は事務局宛お問合せください。
- (3) 受付番号の記載された申込書の返信は、申込み受付確認のためであり受講の決定ではありません。受講の可否については、9/2(木)までに別途、結果通知を送付いたします。

※神戸市介護サービス協会ホームページ上の申込フォーム  
からもお申込いただけます。

こちらの2次元バーコードからもアクセスできます 



## 10. 申込締切

令和3年8月27日(金)

## 11. 応募者が多数の場合の選考する基準について

- (1) 会員事業所を優先いたしますが、一定の割合で非会員事業所の方もご参加いただけます。
- (2) 本研修会の受講が初めての方を優先し、一事業所からの参加者数を調整させていただきます。
- (3) 上記の基準でも応募者が定員を上回る場合は、抽選とさせていただきます。

## 12. その他

- (1) 今回の研修会は、3日間のカリキュラムを同じ方に受講していただくようお願いします。
- (2) 受講の可否については、9/2(木)までに結果通知のハガキを送付いたします。  
9/2(木)までに結果通知が届かない場合は事務局宛お問合せください。
- (3) 参加費は、事前振込みをお願いいたします。結果通知と一緒に送付する郵便振替払込用紙にて9/15(水)までに郵便局より振込いただきますようお願いいたします。

## 13. 個人情報について

申込書に記載いただく個人情報については、当研修会に係る事務以外には一切使用いたしません。なお、受講者に配布する資料にグループ分けの名簿を掲載し、名札も作成いたしますのでご了承願います。

## 14. お問い合わせ・申込先 神戸市介護サービス協会事務局(担当：釜本、森田)

〒651-0086 神戸市中央区磯上通3-1-32 こうべ市民福祉交流センター4階  
神戸市社会福祉協議会 福祉事業課内  
電話 078-271-5326 Fax078-271-5366  
E-mail : kaigo@with-kobe.or.jp  
<http://www.kaigo-kobe.net>

(神戸市社会福祉協議会内)

神戸市介護サービス協会事務局 行 Fax 271-5366

申込受付日 令和3年 月 日

受付番号

## 神戸市介護サービス協会 サービス提供責任者研修会申込用紙

申込日 令和3年 月 日

(フリガナ) 参加者氏名	
事業所名	
事業所番号	
所属団体 (該当に○印)	1. 神戸市老人福祉施設連盟 2. 神戸市介護老人保健施設協会 3. 神戸市民間病院協会 4. 神戸市シルバーサービス事業者連絡会 5. 神戸市医師会 6. 所属団体なし
住 所	
電 話	
F A X	
保有資格 (該当に○印)	1. 介護福祉士 2. ホームヘルパー1級・介護職員基礎研修・実務者研修 3. ホームヘルパー2級・初任者研修 4. その他 ( )
経験年数	サービス提供責任者としての年数 ( 年 カ月) 上記期間を含めた介護業務等の経験年数 ( 年 カ月)

【現在、業務をすすめる上で課題となっている事柄があればご記入ください】

※1人につき、1枚ご使用ください。用紙が足りない場合はコピーをお願いします。

※サービス提供責任者以外の方はお申込みできませんのでご注意ください。

申込締切：令和3年8月27日(金)