

## サービス提供責任者 ～業務範囲と業務別解説・加算解釈～

訪問介護サービスの統括の役目を果たするのがサービス提供責任者です。ご承知の通りサ責は本来の業務のみならず、ヘルパーのスケジュール調整、指示、管理など多忙を極めています。また全サービスの中で20分未満の身体介護の考え方など細かい運営基準が規定されているのがこのサービスの特徴です。特に各介助における所要時間に関して算定ルールの考え方についてあやふやになっている方も多いのではないのでしょうか。

このセミナーでは、サ責の業務範囲、サービス行為ごとの区分、リスクマネジメント、各業務について解説を進めていきます。また管理者として知っておかなければならない社会資源、加算解釈、総合事業についても噛み砕いて解説を進めていきます。また現在財務省内で話し合われている改正の家内容についても触れていきます。

この機会にサ責の業務について見直しませんか。

開講日時	【福岡】(第1回) 令和2年1月19日 (第2回) 1月26日 【熊本】(第1回) 令和2年1月18日 (第2回) 1月25日 両日とも 10:30～16:00		
講師	白石 均 【福岡シティ福祉サービス代表】		
会場	【熊本】 熊本県総合福祉センター 【熊本市中央区南千反畑町 3-7】 【福岡】 福岡市健康づくりサポートセンター 【福岡市中央区舞鶴 2-5-1】 <span style="color: red;">会場は変更する場合があります</span>		
定員	各 15 名	時間	10 : 30～16 : 00
受講料	1 回につき 7,000 円		



### 講師略歴

社会福祉士  
福岡シティ福祉サービス代表  
社団法人・日本社会福祉士会会員

1968年6月20日 岡山県生まれ  
近畿大学大学院・産業技術研究科  
修了後、大手学習塾にて講師・教  
務に携わる。

1998年以降13年間、ケアプラン  
センターにて給付管理業務、有料  
老人ホーム・デイサービスセンタ  
ーにて生活相談業務、介護保険請  
求業務に携わる。

2012年5月、福岡シティ福祉サ  
ービス設立。介護請求代行・職員  
研修を主な業務としている。  
業務経験談を交えた講義はレジ  
ュメとともに分かりやすいと定  
評がある。

### 【主な実績】

- ・通所介護&リハ
  - ・ケアマネジメント (日総研)
- 以上執筆

### ◆受講内容

#### 第1回

- ・サービス提供責任者とは
- ・研修について
- ・サービス提供責任者の責務一覧
- ・サービス行為ごとの区分
- ・同行訪問について
- ・事業所内におけるコーディネート業務
- ・総合事業とケア会議サービス提供の流れ
- ・各業務についての説明
  - (1) 介護保険請求
  - (2) 介護計画、モニタリング

#### 第2回

- ・各業務についての解説 (続き)
  - (3) 利用者・家族とのかかわりについて
  - (4) 説明責任について
  - (5) コンプライアンスと法令順守
  - (6) サービス担当者会議
  - (7) 高齢者関連法規
    - ・成年後見制度
    - ・障害者総合支援法等
  - (8) 介護保険制度について
- ・今後の改正の傾向について

セミナー内容は前後する場合があります。

### ●お申込み・お問合せ●

申込フォーム、E-Mail、お電話などでお申し込みください。  
ご不明な点がございましたらお気軽にお問い合わせください。

### 福岡シティ福祉サービス

～(株)東京シティ福祉サービスフランチャイズ加盟店～

〒819-0005 福岡市西区内浜 114-13 カイザー姫浜 201

Tel 092-883-9144 Fax 092-883-1142 E-mail: fukuoka-fukushi@pro.odn.ne.jp



## セミナー受講申込の流れ

申込みフォームに必要事項を入力後送信後、折り返し当事業所より受講のご案内メールを送信いたします。



申し込み後、受講案内メールに従い、開催1週間前までに受講料の振込をお願いします。

### 【受講料振込先】

福岡中央銀行 新室見支店（フクオカチュウオウギンコウ シンムロミシテン）  
普通 1105093  
口座名義人 福岡シティ福祉サービス 代表白石均

7,000円（1回につき）  
2回とも参加の場合 14,000円

- \*振込手数料はお振込人様の負担とさせていただきます。
- \*振込の控え（銀行の振込票等）を領収書に代えさせていただきます。
- \*お申し込み後、キャンセルされる場合は必ず事前にご連絡願います。



受付完了  
受講料振込が完了した時点で正式受講申込となります。



当事業所で受講料入金確認後、開講日1週間までに受講決定通知書等を送付いたします



受講!!

都合により、セミナーを開催中止・もしくは延期する場合があります。各参加者個人にご連絡（お電話・メール）させていただきます。その際は各個人単位で対応させていただきます。

なお、受講料は事前振込を原則としておりますが、当日現金払いにてお支払いをご希望の方は必ず事前にご連絡をお願いいたします。

### ●お問い合わせ先●



福岡シティ福祉サービス ～(株)東京シティ福祉サービス FC 加盟店～

〒819-0005 福岡市西区内浜 1-14-13 カイザー姪浜 201

Tel 092-883-9144 Fax 092-883-1142

FAX 送信先

092-883-1142 または

050-2025-6063

## セミナー受講申込書【個人用】



送信方向

講座名	サービス提供責任者 ～業務範囲と業務別解説・加算解釈～			
セミナー期日 希望日に✓を入れて ください	【福岡】	<input type="checkbox"/> (第1回目) 令和2年1月19日	<input type="checkbox"/> (第2回目) 1月26日	時間 10:30~16:00
	【熊本】	<input type="checkbox"/> (第1回目) 令和2年1月18日	<input type="checkbox"/> (第2回目) 1月25日	
フリガナ				性別 男 女
氏名				
住所	〒			
電話番号	( )	携帯番号	( )	
Fax 番号				
E-Mail	@ *ご連絡は可能な限りメールで優先的に行いますのでできるだけご記入をお願いします。			
勤務先名				
勤務先住所	〒			
勤務先電話番号	( )			
勤務先 FAX 番号	( )	通知等送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先
介護系取得資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (1・2級) <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
介護系勤務年数		年		

\*受講者の個人情報(氏名、住所、電話番号等)は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に講座受講の際の本人確認の範囲で利用いたします。

受講申込用紙にご記入後、Faxにてお申し込みください。

FUKUOKA CITY  
WELFARE SERVICE

●お問い合わせ先●

福岡シティ福祉サービス 〒819-0005 福岡市西区内浜 1-14-13 カイザー姪浜 201

Tel 092-883-9144

Fax 092-883-1142

FAX 送信先  
092-883-1142 または  
050-2025-6063

## セミナー受講申込書【団体用】



送信方向

講座名	サービス提供責任者 ～業務範囲と業務別解説・加算解釈～				
日時	【福岡】	①令和2年1月19日	②1月26日	時間	10:30~16:00
	【熊本】	③令和2年1月18日	④1月25日		
	*下記参加希望日に該当する番号に✓を入れてください。				
参加者	参加希望日	氏名	フリガナ	性別	勤務年数
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
事業所名					
事業所住所	〒				
フリガナ					
担当者氏名					
事業所電話番号	( )				
事業所 FAX 番号	( )		通知等送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先
事業所 E-Mail	@ *ご連絡は可能な限りメールで優先的に行いますのでできるだけご記入をお願いします。				

\*受講者の個人情報（氏名、住所、電話番号等）は、当該講座に関する通知等の送付および講座実施に関する連絡、講座受講の際の本人確認の範囲で利用いたします。

通知書送付先でご自宅を選択の場合、別紙に送付先住所をお書きください。受講申込用紙にご記入後、Faxにてお申し込みください



福岡シティ福祉サービス

〒819-0005 福岡市西区内浜 1-14-13 カイザー姪浜 201

Tel 092-883-9144 Fax 092-883-1142

通知書等送付先住所（自宅住所）

参加者氏名		
送付先住所	〒	
Tel		携帯

参加者氏名		
送付先住所	〒	
Tel		携帯

参加者氏名		
送付先住所	〒	
Tel		携帯

参加者氏名		
送付先住所	〒	
Tel		携帯

参加者氏名		
送付先住所	〒	
Tel		携帯

送付先に自宅を選択の場合、記入していただき、セミナー受講申込書と一緒に FAX 送信してください