

## 平成29年度仙台市難病患者等ホームヘルパー養成研修（難病基礎課程Ⅰ）開催要領

- 1 趣 旨 仙台市内の障害者自立支援法に基づく居宅介護事業所に勤務するホームヘルパーに対して、難病に関する医学的知識及び医療・保健・福祉制度の理解等に関する研修を実施することにより、難病患者等に、より適切なホームヘルプサービスを提供できるホームヘルパーを養成する。
- 2 日 時 平成29年12月6日（水） 午前9時30分～午後4時
- 3 場 所 仙台市シルバーセンター 7階 第1研修室（仙台市青葉区花京院1丁目3-2）
- 4 対 象 原則として難病患者等ホームヘルプサービス事業に従事することを希望している者、及びすでに従事している者で、以下のいずれかに該当する者
  - 1 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）に定める介護職員初任者研修課程の修了者又は履修中の者及び平成25年度末までに、介護職員基礎研修課程、1級課程、2級課程、3級課程のいずれかの研修を修了している者
  - 2 「障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業の実施について」（平成13年障発第263号社会・援護局障害保健福祉部長通知）に定める介護職員初任者研修課程、障害者居宅介護従事者基礎研修課程の修了者又は履修中の者及び平成25年度末までに1級課程、2級課程、3級課程のいずれかの研修を修了している者
  - 3 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）に定める介護福祉士養成のための実務者研修の修了者又は履修中の者
  - 4 介護福祉士
- 5 定 員 100名
- 6 受講料 無料
- 7 カリキュラム

| 時間                       | 科 目                | 内 容  | 講 師   |
|--------------------------|--------------------|--|---|
| 9:30～<br>12:00<br>(150分) | 神経難病の代表的疾患         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 適切なホームヘルプサービスの提供のために、難病の症状やケアについて医学的に理解する。</li> <li>・ 患者がQOLの高い生活を送るための援助について理解する。</li> </ul>                                     | 一般財団法人広南会<br>広南病院<br>神経内科 顧問医、<br>仙台神経生理ラボ<br>医師 大沼 歩 氏 |
| 13:00～<br>14:00<br>(60分) | 難病に関する行政施策         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 難病の医療・保健・福祉の制度を理解し、仙台市の施策・動向を現場のケースに還元する。</li> </ul>  | 仙台市障害者支援課<br>保健師 菅原 美幸 氏                                |
| 14:10～<br>15:40<br>(90分) | 難病患者の心理及び<br>家族の理解 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 難病患者の心理と精神症状を理解し、適切な対応について考える。</li> <li>・ 家族が直面する問題について知り、支援するための体制作りを考える。</li> <li>・ 難病患者に対する援助の特殊性を理解し、援助の目的について考える。</li> </ul> | KKR公済訪問看護<br>ステーション<br>看護師 寺島 千絵 氏                      |
| 15:40～<br>16:00          | 修了証書交付<br>アンケート    |  | 介護研修室長  |

8 持ち物 印鑑（出席確認用）、筆記用具、昼食

9 その他

- (1) 会場に受講者用の駐車場はありません。公共の交通機関または近隣の有料駐車場を利用してください。
- (2) 仙台市シルバーセンターの開館時間は午前9時です。（開館前に入館はできません。）

担当：(公財)仙台市健康福祉事業団介護研修室 八巻  
電話 215-3711 / FAX 215-3718

平成 年 月 日

平成 29 年度仙台市難病患者等ホームヘルパー養成研修（難病基礎課程 I）受講申込書

|                               |  |       |
|-------------------------------|--|-------|
| 事業所名                          |  |       |
| 事業所住所<br>TEL・FAX              | 〒<br>TEL            -            -            FAX            -            -  |       |
| 申込担当者名                        |  |       |
| (ふりがな)<br>受講者氏名               |  | 男 ・ 女 |
| 生年月日                          | 昭・平            年            月            日<br>※修了証書に記載しますので、正確に記入してください。   |       |
| 実務経験年数                        | 年            ヶ月<br>※介護サービス等の直接的な援助や、相談・援助業務の実務経験年数を記入。   |       |
| 難病ヘルプ事業<br>(何れかに○印)           | 従事している            ・            これから従事することを希望している   |       |
| 該当する番号に<br>○印並びに記入<br>してください。 | 1 介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）に定める介護職員初任者研修課程の修了者又は履修中の者及び平成 25 年度末までに、介護職員基礎研修課程、1 級課程、2 級課程、3 級課程のいずれかの研修を修了している者<br>2 「障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業の実施について」（平成 13 年障発第 263 号社会・援護局障害保健福祉部長通知）に定める介護職員初任者研修課程、障害者居宅介護従事者基礎研修課程の修了者又は履修中の者及び平成 25 年度末までに 1 級課程、2 級課程、3 級課程のいずれかの研修を修了している者<br>3 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和 62 年厚生省令第 49 号）に定める介護福祉士養成のための実務者研修の修了者又は履修中の者<br>4 介護福祉士 |       |
|                               | ホームヘルパー（            ）級   |       |

〈送り先〉 〒980-0013 仙台市青葉区花京院 1 丁目 3-2

(公財)仙台市健康福祉事業団 介護研修室 あて

※ **平成 29 年 11 月 10 日（金）必着**

