

令和４年度
大阪府居宅介護職員初任者
(障がい者ホームヘルパー知識習得) 研修

◆◆ 受講者募集 ◆◆

申込受付期間：令和４年６月１７日（金）～７月１日（金）

障がい者を対象にしたホームヘルパーの仕事をするには、障がいの特性に対する正しい理解と専門的な知識が必要となります。

この研修は、介護職員初任者研修修了者の方、今後居宅介護に従事することを希望する方を対象として、障がい者が安心して利用できる介護サービスを提供できるよう、障がい者ホームヘルパーが行う業務に関する知識、技術等を習得することを目的に開催する、スキルアップ研修です。

この機会にぜひご受講ください。

《 本研修は、国家資格・公的資格を取得するための研修ではありません。 》

(研修事務局)

社会福祉法人 大阪障害者自立支援協会
盲ろう者等社会参加支援センター

〒537-0025 大阪市東成区中道１-３-59

大阪府立福祉情報コミュニケーションセンター内

TEL：06-6748-0588

FAX：06-6748-0589

URL：<http://www.daisyokyo.or.jp>

E-mail：helper@daisyokyo.or.jp

■ 受講手続き ■

1 受講対象

次の条件の(1)(2)かつ(3)又は(4)のいずれかに該当する方

- (1) 大阪府内にお住い又はお勤め、在学の方
- (2) 全てのカリキュラムを指定された日時に受講可能な方
- (3) 介護職員初任者研修修了者または、平成25年4月1日において既に訪問介護員(2級)従業者養成研修を修了している方で、今後、居宅介護従業者(障がい者ホームヘルパー)としての活動を希望する方
- (4) その他、居宅介護に従事することを希望する方

2 受講期間

令和4年7月20日(水)～令和4年10月26日(水)

3 募集定員

90名

4 受講料

3,000円(資料代、実習費等の実費相当分)

※ 受講決定後に銀行振り込みでお支払いいただきます。また、振り込み後の返金はいかなる場合もいたしません。

5 受講会場

- 【講義】 大阪府立福祉情報コミュニケーションセンター
- 【実技演習】 福祉関係の大学、専門学校
- 【施設見学】 大阪府立福祉情報コミュニケーションセンター

6 申込方法

【受付期間】 令和4年6月17日(金)～7月1日(金) 必着

【申込先】 〒537-0025 大阪市東成区中道1-3-59
大阪府立福祉情報コミュニケーションセンター内
社会福祉法人 大阪障害者自立支援協会
盲ろう者等社会参加支援センター「障がい者ホームヘルパー研修」係

【申込書類】

- (1) 大阪府居宅介護職員初任者(障がい者ホームヘルパー知識習得)研修受講申込書
- (2) 介護職員初任者研修または訪問介護員養成研修2級課程修了証明書の写し(該当の方)
- (3) 就労証明書(就労している方)、在学証明書(学生の方)
- (4) 返信用のはがき(受講申込結果通知用)

※ はがきの表には住所・氏名をご記入ください。

- ・(1)～(4)の書類を同封のうえ、郵送してください。
- ・申込は郵送でのみ受付します。

【個人情報の取扱】

申込時の個人情報については、当研修の目的以外には使用いたしません。

7 受講決定

受講の可否については、申込書到着の先着順とし、同封していただいたはがきで結果を通知いたします。(電話でのお問い合わせはご遠慮ください。)

募集定員を超過した場合は「1 受講対象(3)」の方が優先となります。

8 修了証明書

【修了要件】

次のすべての条件を満たす方に修了証を交付します。

- (1) 全課程を出席した方
- (2) 筆記試験による講義部分の修了評価の結果が、所定の水準(6割以上)を超える方
または、再試験により所定の水準を超えることが確認できた方
- (3) 演習において、介護技術の習得を確認できた方

【欠席をした場合】

- (1) やむを得ず欠席をした場合は、次年度に実施する当研修において、欠席した科目を受講し、修了評価を受講することにより修了証明書を交付します。(ただし、次年度の研修実施を確約するものではありません。)
- (2) 上記(1)の修了証明書の交付を受けるには次の要件を満たす必要があります。
 - ① 欠席理由がやむを得ない理由であり、事前に届出を受けて事務局が確認したものであること
 - ② 欠席した時間数は講義における全37時間のうち12時間までであること
 - ③ 次年度に欠席した科目を受講し、その科目の修了評価の結果が所定の水準(6割以上)を超えること
 - ④ 実技演習または見学を欠席した場合においても、実技演習は12時間、見学は4時間の全時間を受講すること

※ 欠席した科目を受講する場合、次年度の受講料は1,000円となります。

9 注意事項

実技演習は受講者の都合で研修日程を変更することはできません。

車での来場はできません。必ず公共交通機関をご利用ください。

受講に際しては、マスクの着用など感染対策をお願いいたします。

10 お問い合わせ・提出先

社会福祉法人 大阪障害者自立支援協会

盲ろう者等社会参加支援センター「障がい者ホームヘルパー研修」係 担当：弘津、岡田

TEL : 06-6748-0588

FAX : 06-6748-0589

E-mail : helper@daisyokyo.or.jp

■ カリキュラム及び研修日程 ■

【講義】 37 時間（講義の順番は以下のとおりではありません）

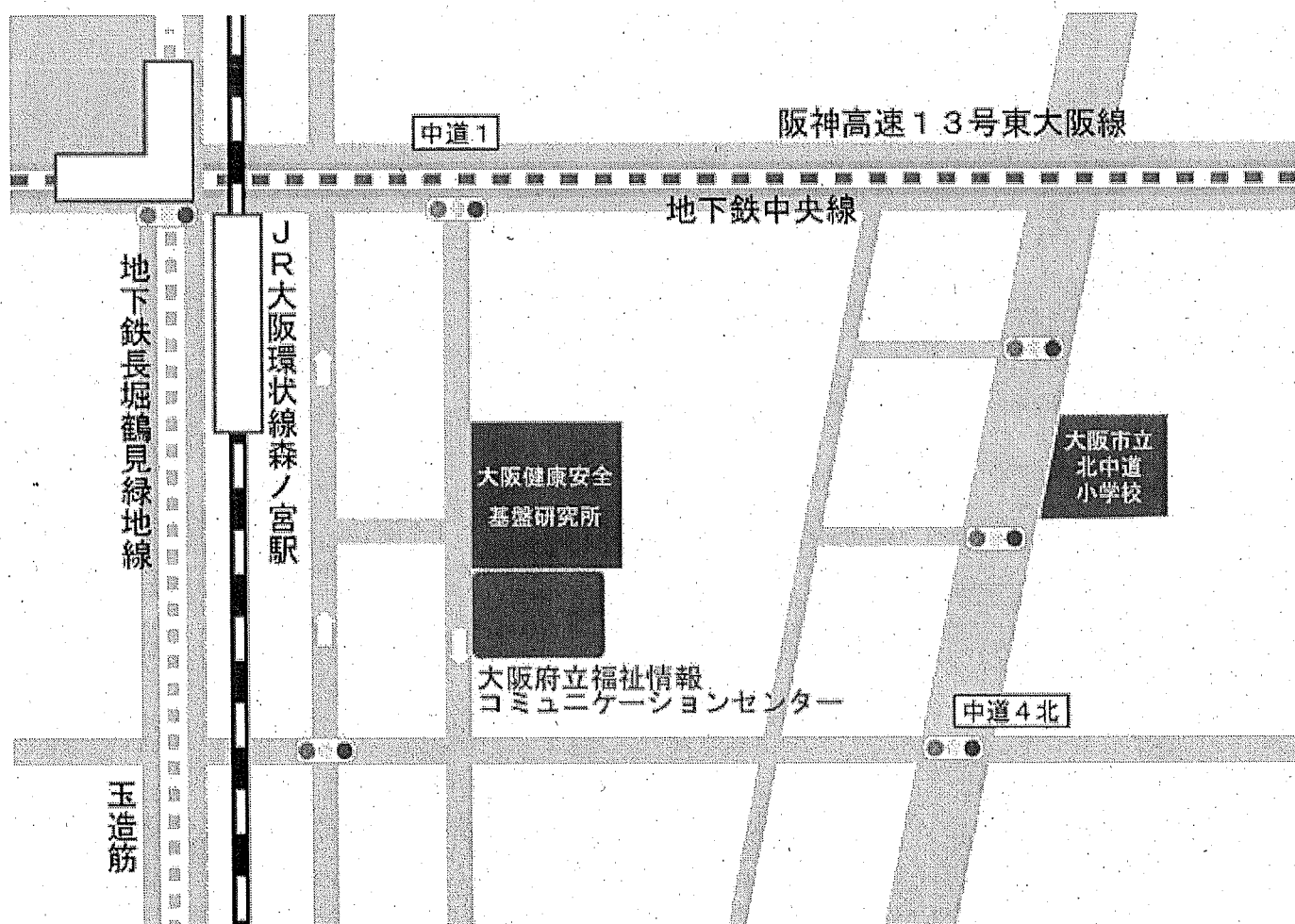
科目	時間	日程	会場
開講式・オリエンテーション	0.5		大阪府立福祉情報コミュニケーションセンター
障害者総合支援法の理解と権利擁護	2		
障がい者（児）ホームヘルプサービスの基本視点と家族への支援	2		
聴覚障がい者の理解と介護事例検討	2		
視覚障がい者の理解と介護事例検討	2	7月20日（水）	
内部障がい者の理解と介護事例検討	2	10時30分～16時	
全身障がい者の理解と介護事例検討	2		
知的障がい者（児）の理解と介護事例検討	2	7月22日（金）	
行動障がいの理解と介護事例検討	2	7月26日（火）	
精神障がい者の理解と介護事例検討	2	8月8日（月）	
難病患者の理解と介護事例検討	2	8月12日（金）	
盲ろう者の理解と介護事例検討	2	8月24日（水）	
障がい者の地域リハビリテーション（医学の立場）	2	8月31日（水）	
障がい者の地域リハビリテーション（看護の立場）	2	10時～17時	
人権啓発に関する基礎知識	2		
人権研修	3		
精神障がい者に関する基礎知識（医療編）	2		
精神障がい者に関する基礎知識（福祉編）	2		
障がい者ケアマネジメントの方法と理解	2		
閉講式	1	10月26日（水） 15時～	

※ 上記に加えて、講義部分についての修了評価（筆記試験1時間程度）を実施します。

【実技演習】 12 時間、【施設見学】 4 時間

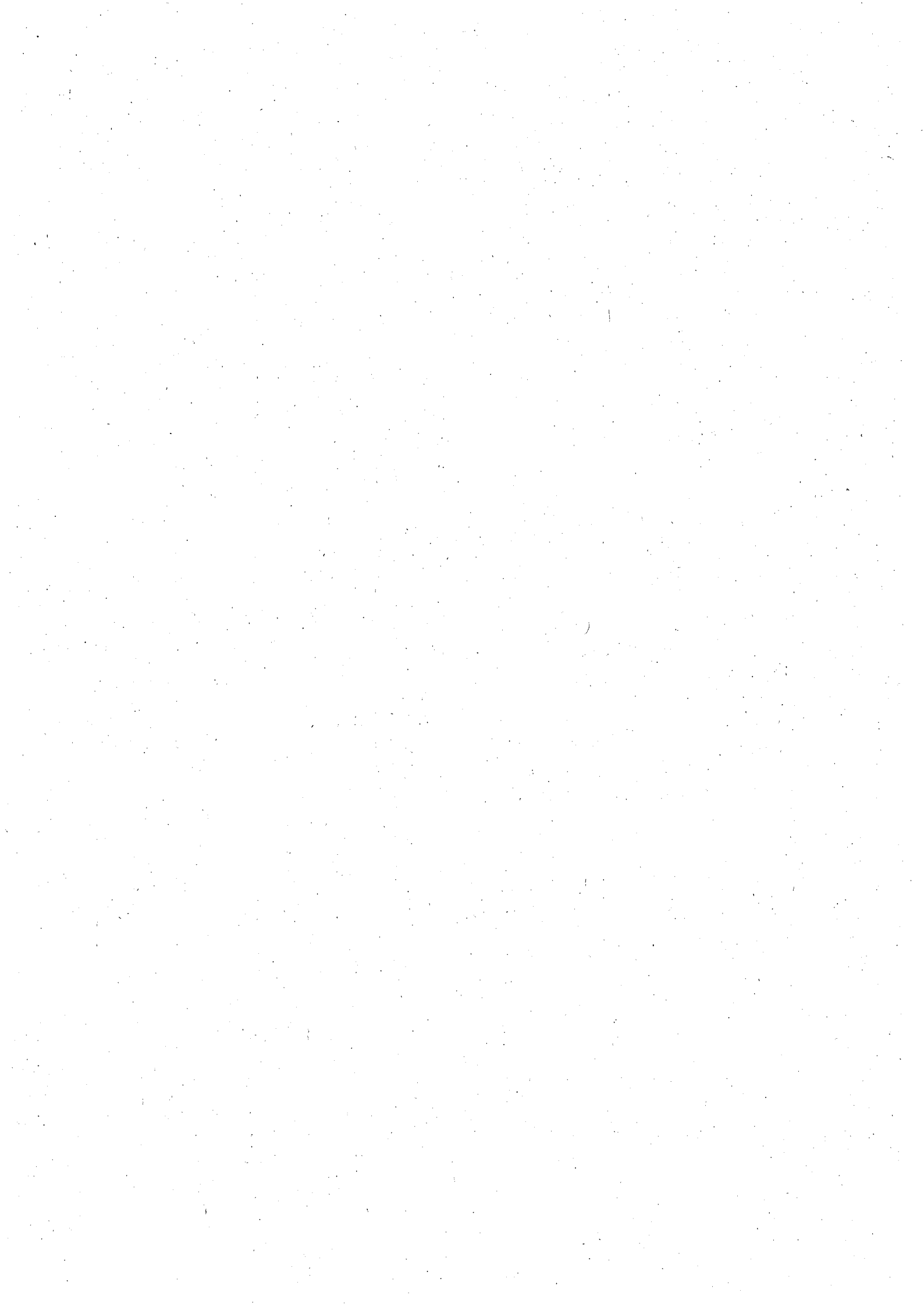
科目	時間	日程	会場
生活介護技術演習 ＜演習内容＞ 移乗時の介護、体位・姿勢交換時の介護、 食事時の介護、清潔時の介護、 排泄時の介護、整容時の介護 *生活介護技術演習の日程及び会場は選択できません。受講日、会場は研修初日（7月20日）にお知らせします。	12	以下の2日間のいずれかを受講。（選択はできません） 令和4年 9月2日と9日 9月7日と14日 9月8日と15日	福祉関係の大学及び専門学校
障がい者支援施設等見学 *新型コロナウイルス感染症予防の観点から、施設職員による概要説明、動画等の視聴による研修となります。	4	10月26日（水） 10時～15時	大阪府立福祉情報コミュニケーションセンター

■講義・施設見学会場 MAP ■



アクセス

JR環状線（大阪メトロ中央線または長堀鶴見緑地線）「森ノ宮駅」から
中央大通り南側を東へ約140m
二つ目の交差点を右折し南へ約280m



令和4年度
大阪府居宅介護職員初任者(障がい者ホームヘルパー知識習得)研修
受講申込書

【受講希望者】

フリガナ			生年月日
氏名		男 女	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
住所	〒 -	最寄駅	線 駅
		TEL	() -

※ 日中ご連絡のとれる電話番号を記入してください。

【勤務先または学校名】

フリガナ			
勤務先・学校名			
所在地	〒 -		
		TEL	() -

【受講対象】

1. 介護職員初任者研修または訪問介護員(2級課程)を修了している方	
⇒ 修了年月日 : 平成 年 月 日	
2. その他、居宅介護に従事することを希望する方	

※ 該当する受講対象の番号に○印をし、「1」の方は修了年月日を記入してください。

【配慮すべき事項】

1. 配慮すべき事項の有無	: 有 ・ 無
2. 配慮を希望する内容	: 手話通訳 ・ 要約筆記 ・ その他 ()

※ 「1. 配慮すべき事項の有無」に○印をし、「有」の方は「2. 配慮を希望する内容」に記入してください。

《申込書類》

- ① 大阪府居宅介護職員初任者(障がい者ホームヘルパー知識習得)研修受講申込書
- ② 介護職員初任者研修または訪問介護員養成研修(2級課程)修了証明書の写し(該当の方)
- ③ 就労証明書(就労している方)、在学証明書(学生の方)
- ④ 返信用のはがき(受講申込結果通知用) ※ はがきの表には住所・氏名をご記入ください。
 - ・ ①～④の書類を同封のうえ、郵送してください。
 - ・ 申込は郵送でのみ受付します。



就 労 証 明 書

年 月 日

社会福祉法人

大阪障害者自立支援協会 理事長 様

施設又は事業所
の

所在地及び名称

代表者氏名

電話番号

下記のとおり就労していることを証明します。

記

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日生
住所	〒 ー	
	TEL () ー	
施設(事業)種別		
職種及び雇用形態		
雇用期間 (登録期間)	年 月 日から	

