

福岡県障がい者(児)ホームヘルパー養成研修事業実施要綱 新旧対照表

改正後			改正前		
別紙1 福岡県障がい者(児)ホームヘルパー養成研修事業カリキュラム			別紙1 福岡県障害者(児)ホームヘルパー養成研修事業カリキュラム		
1 初任者研修課程		合計 130時間	1 初任者研修課程		合計 130時間
科目名	内 容	時間数	(1) 講義及び演習		
ア 職務の理解	(ア) 多様なサービスの理解 (イ) 介護職の仕事内容や働く現場の理解	6時間	ア 職務の理解	6	時間
イ 介護における尊厳の保持・自立支援	(ア) 人権と尊厳を支える介護 (イ) 自立に向けた介護	9時間	イ 介護における尊厳の保持・自立支援	9	時間
ウ 介護の基本	(ア) 介護職の役割、専門性と多職種との連携 (イ) 介護職の職業倫理 (ウ) 介護における安全の確保とリスクマネジメント (エ) 介護職の安全	6時間	ウ 介護の基本	6	時間
エ 介護・福祉サービスの理解と医療との連携	(ア) 障がい者福祉制度 (イ) 医療との連携とリハビリテーション (ウ) 介護保険制度およびその他の制度	9時間	エ 介護・福祉サービスの理解と医療との連携	9	時間
オ 介護におけるコミュニケーション	(ア) 介護におけるコミュニケーション (イ) 介護におけるチームのコミュニケーション	6時間	オ 介護におけるコミュニケーション技術	6	時間

セッション技術	セッション		
カ 障がいの理解	(ア) 障がいの基礎的理解 (イ) 障がいの医学的側面、生活障がい、心理・行動の特徴、かかわり支援等の基礎的知識 (ウ) 家族の心理、かかわり支援の理解	6時間	カ 障害の理解 6時間 (ア) 障害の基礎的理解 (イ) 障害の医学的側面、生活障害、心理・行動の特徴、かかわり支援等の基礎的知識 (ウ) 家族の心理、かかわり支援の理解
キ 認知症・行動障がいの理解	認知症の理解 (ア) 認知症を取り巻く状況 (イ) 医学的側面から見た認知症の基礎と健康管理 (ウ) 認知症に伴うこころとからだの変化と日常生活 (エ) 家族への支援 行動障がいの理解 (オ) 行動障がいとは (カ) 自閉症の理解・自閉症の障がい特性 (キ) 行動障がい起きる背景の理解 (ク) 行動障がいを起こさないようにするための支援	6時間	キ 認知症・行動障害の理解 6時間 認知症の理解 (ア) 認知症を取り巻く状況 (イ) 医学的側面から見た認知症の基礎と健康管理 (ウ) 認知症に伴うこころとからだの変化と日常生活 (エ) 家族への支援 行動障害の理解 (オ) 行動障害とは (カ) 自閉症の理解・自閉症の障害特性 (キ) 行動障害起きる背景の理解 (ク) 行動障害を起こさないようにするための支援
ク 老化の理解	(ア) 老化に伴うこころとからだの変化と日常 (イ) 高齢者と健康	3時間	ク 老化の理解 3時間 (ア) 老化に伴うこころとからだの変化と日常 (イ) 高齢者と健康

ケ こころとからだのしくみと生活支援技術	(ア) 基本的知識の学習 (イ) 生活支援技術の講義・演習 (ウ) 生活支援技術演習	75時間
コ 振り返り	(ア) 振り返り (イ) 就業への備えと研修修了後における継続的な研修	4時間

2 障がい者居宅介護従業者基礎研修課程 合計 50時間

科目名	内 容	時間数
(1) 講義		計 25時間
ア 社会福祉に関する知識	(ア) サービス提供の基本視点 (イ) 障がい者(児)福祉の制度とサービス (ウ) 老人福祉の制度とサービス	小計 7時間 3時間 2時間 2時間
イ ホームヘルプサービスに関する知識と方法	(ア) ホームヘルプサービス概論 (イ) サービス利用者の理解 (ウ) 介護概論 (エ) 家事援助の方法	小計 13時間 3時間 3時間 3時間 4時間
ウ 関連領域の基礎知識	(ア) 医療の基礎知識 (イ) 心理面への援助方法	小計 5時間 3時間 2時間
(2) 実技講習		計 17時間

ケ こころとからだのしくみと生活支援技術	(ア) 基本知識の学習 (イ) 生活支援技術の講義・演習 (ウ) 生活支援技術演習	75時間
コ 振り返り	(ア) 振り返り (イ) 就業への備えと研修修了後における継続的な研修	4時間

2 障害者居宅介護従業者基礎研修課程 合計 50時間

(1) 講義	計 25時間
ア 社会福祉に関する知識	小計 7時間
(ア) サービス提供の基本視点	3時間
(イ) 障害者(児)福祉の制度とサービス	2時間
(ウ) 老人福祉の制度とサービス	2時間
イ ホームヘルプサービスに関する知識と方法	小計 13時間
(ア) ホームヘルプサービス概論	3時間
(イ) サービス利用者の理解	3時間
(ウ) 介護概論	3時間
(エ) 家事援助の方法	4時間
ウ 関連領域の基礎知識	小計 5時間
(ア) 医療の基礎知識	3時間
(イ) 心理面への援助方法	2時間
(2) 実技講習	計 17時間

ア 共感的理解 と基本的態度 の形成		4時間
イ 介護技術入 門		10時間
ウ ホームヘル プサービスの 共通理解		3時間
(3) 実習		計 8時間
ア 在宅サービ ス提供現場見 学		8時間

ア 共感的理解と基本的態度の形成	4	時間
イ 介護技術入門	10	時間
ウ ホームヘルプサービスの共通理解	3	時間
(3) 実習	計 8	時間
ア 在宅サービス提供現場見学	8	時間

別紙 2

第 号

修 了 証 明 書

氏 名

生年月日 年 月 日生

あなたは、厚生労働省の定める障がい者（児）ホームヘルパー養成
研修 別記 を修了したことを証します。

年 月 日

実施主体及び代表者名 印

第 号

修了証明書（携帯用）

氏 名

生年月日 年 月 日生

上記の者は、厚生労働省の定める障がい者（児）ホームヘルパー養成
研修 別記 を終了したことを証します。

年 月 日

実施主体及び代表者名 印

※（別記）には、居宅介護職員初任者研修課程、障がい者居宅介護従業者基礎研修課程のいずれかを記載する。

別紙 2

第 号

修 了 証 明 書

氏 名

生年月日 年 月 日生

あなたは、厚生労働省の定める障害者（児）ホームヘルパー養成研
修 別記 を修了したことを証します。

年 月 日

福岡県知事 ○ ○ ○ ○

修了証明書（携帯用）

第 号

氏 名 ○ ○ ○ ○

生年月日 年 月 日生

上記の者は、厚生労働省の定める障害者（児）ホームヘルパー養成研
修 別記 を終了したことを証します。

年 月 日

福岡県知事 ○ ○ ○ ○

（別記）

居宅介護職員初任者研修課程

障害者居宅介護従業者基礎研修課程 のいずれかを記載する。

別記

障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業の指定の取扱いについて

1 指定の申請

（1）養成研修事業の指定を受けようとする者は、次に掲げる必要事項を記載した申請書（様式第1号）を知事に提出するものとする。

① 申請者の氏名及び住所（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地）

② 研修事業の名称及び実施場所（通信教育による事業を行う場合にあつては、対象地域）

③ 事業開始予定年月日

④ 学則等

⑤ カリキュラム

⑥ 講義を行う講師の氏名、略歴、担当科目及び専任兼任の別及び講師の承諾書（様式第2号）

⑦ 実習に利用する施設の名称、所在地及び設置者の氏名（法人にあっては名称）並びに利用計画及び当該施設の設置者の承諾書（様式第3号）

⑧ 研修修了の認定方法

⑨ 事業開始年度及び次年度の収支予算

⑩ 申請者の資産状況

（2）申請者が法人であるときは、申請書に定款、寄付行為その他の規約を添付するものとする。

（3）講義を通信で行う場合については（1）各号に掲げるもののほか、次に掲げる事項を記載した申請書又は書類を提出しなければならない。

① 講義を通信の方法によって行う地域

② 添削指導及び面接指導の指導方法

③ 面接指導を実施する期間における講義室及び演習室の使用についての当該施設の設置者の承諾書なお、前述の申請書又は書類においては次の基準に適合すること。

イ 添削指導及び面接指導による適切な指導が行われること。

ロ 添削指導及び面接指導による適切な指導を行うのに適当な講師を有すること。

ハ 面接指導の時間数は、障害者居宅介護従業者基礎研修課程に係るものにあつては3時間以上であること。

(4) 既に福岡県介護職員初任者研修事業者として指定を受けている者が居宅介護職員初任者研修を実施するものとして指定を受けようとする場合は、1の(1)、1の(2)又は1の(3)に関わらず、指定申請書に福岡県介護職員初任者研修事業者の指定通知の写しを添付することにより、次に掲げる書類の添付を省略することができる。

①講義を行う講師の氏名、略歴、担当科目及び専任兼任の別及び講師の承諾書

②実習に利用する施設の名称、所在地及び設置者の氏名（法人にあつては名称）並びに利用計画及び当該施設の設置者の承諾書

③事業開始年度及び次年度の収支予算

④申請者の資産状況

⑤定款、寄付行為その他の規約

⑥面接指導を実施する期間における講義室及び演習室の使用についての当該施設の設置者の承諾書

2 指定の決定等

知事は、指定の可否を決定したときは、通知するものとし、県福祉事務所及び市町村を通じ周知を図るものとする。

3 事業実施の報告

養成研修の指定を受けた者は、知事に対し、毎年度、あらかじめ事業計画（様式第4号）を提出するものとする。

4 指定研修の実施等

養成研修事業の指定を受けた者は、実施要綱に基づいて事業を行うものとする。

なお、実施要綱8の(2)の修了証明書及び携帯用修了証明書は、様式第5号とする。

5 実績報告

養成研修事業の指定を受けた者は、毎年度事業終了後速やかに実績報告書（様式第6号）を提出するものとする。

6 指定の内容変更

養成研修事業の指定を受けた者は、申請内容に変更を加える場合は、知事あらかじめ変更内容、変更時期及び理由を変更申請（届）（様式第7号）により届け出るものとし、1の(1)の⑤から⑧の事項に変更を加える場合にあっては、変更について承認を受けるものとする。

7 事業の廃止

養成研修事業を廃止する場合は、廃止時期及び理由を廃止届（様式第8号）により届け出るものとする。

8 指定機関への指導

知事は必要があると認められるときは指定を受けた者に対し、報告若し

くは帳簿書類の提出または提示を求めることができる。

9 指定の取消し

知事は、指定した者について、実施要綱、この取扱いに反しているとの理由又はその他の理由により事業の適正な実施が困難であると判断した場合、指定を取り消すことができるものとする。

-
様式第1号

障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業指定申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所

団 体 名

代表者名

印

（団体名）において実施する（研修名）について、障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 申請内容

1の（1）に準ずる。

様式第2号

障害者（児）ホームヘルパー養成研修講師承諾書

年 月 日

養成研修実施機関代表者 殿

住 所

氏 名

所 属

障害者（児）ホームヘルパー養成研修の指定科目の講師について、下記のとおり承諾します。

記

1. 担当科目

様式第3号

実 習 承 諾 書

年 月 日

実施機関代表者 殿

所在地

名 称

代表者

障害者（児）ホームヘルパー養成研修の実習の受け入れについて、下記のとおり承
諾します。

記

1. 実習名

2. 今回の講習における受け入れ人員（ 人）

様式第4号

障害者（児）ホームヘルパー養成研修指定事業計画書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所

団 体 名

代表者名 _____ 印

障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業として指定を受けている 年度（研修事業名）について、 下記事業計画のとおり実施しますので報告します。

記

1 申請内容

1の（1）に準ずる。

様式第5号

第 _____ 号

修了証明書

氏名

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

あなたは、厚生労働省の定める障害者（児）ホームヘルパー養成研修

別記 _____ として福岡県知事が指定した研修を修了したことを証します。

年 _____ 月 _____ 日

団体名 ○ ○ ○ ○

代表者名 ○ ○ ○ ○ 印

修了証明書（携帯用）

第 _____ 号

氏名 ○ ○ ○ ○

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の者は、厚生労働省の定める障害者（児）ホームヘルパー養成

研修 別記 _____ として福岡県知事が指定した研修を修了した

ことを証します。

年 _____ 月 _____ 日

○○団体名 代表者名 ○ ○ ○ ○ 印

*携帯用修了証明書は、携帯に支障のないよう名刺大の大きさにすること。

(別記)

居宅介護職員初任者研修課程

障害者居宅介護従業者基礎研修課程 _____ のいずれかを記載する。

様式第6号

障害者（児）ホームヘルパー養成研修指定事業実績報告書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所

団 体 名

代表者名 _____ 印

障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業として指定を受けている _____ 年度（研修名）について、事業が修了しましたので下記のとおり実績を報告します。

記

1 団体名

2 養成研修実施状況

(_____ 課程)

<u>修了証明書発行者数</u>	<u>人</u>
<u>修了証明書発行年月日</u>	<u>_____ 年 月 日付け</u>
<u>実施機関</u>	<u>_____ 年 月 日～ _____ 年 月 日</u>
<u>実施場所</u>	
<u>次回実施予定日時</u>	<u>_____ 年 月 日～ _____ 年 月 日</u>
<u>次回受講予定者数</u>	<u>人</u>

3 添付資料

講師及び実習に利用した施設等の名簿

修了者名簿（次の①～⑦を記載のこと）

①修了証明書番号

②修了者の氏名（フリガナを付けること）

③修了者の生年月日

④修了者の住所（郵便番号を含む）及び電話番号

⑤ホームヘルパー又は訪問介護員としての採用（予定）年月日

⑥所属先の名称

⑦所属先の住所及び電話番号

（記入上の注意

市町村ごとに50音順に並べること。

様式第7号

障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業変更申請書（届）

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所

団 体 名

代表者名 _____ 印

障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業として指定を受けている 年度（研修名）について、事業内容を下記のとおり変更したいので申請します。

記

1 申請内容

(変更内容の分かる資料を添付のこと)

様式第8号

障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業廃止届

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所

団 体 名

代表者名 _____ 印

福岡県指定の障害者（児）ホームヘルパー養成研修事業 _____ 課程につきまして
下記のとおり事業廃止の届出をいたします。

記

1 廃止年月日

年 月 日

2 廃止理由