

# ヘルパー事業所 実務中心者向け研修会のご案内

ケースの対応に苦慮したヘルパーさんに適切な対応を示唆できることを目指します。

## 【研修の特徴】

1. 「精神障害」「発達障害」「重症心身障害」のカリキュラムを設定しています。
2. 講師は各障害に精通した人を招聘しています。
3. 研修内容は「講義・演習・実技」等、実践に生かせるものとなっています。

## 【研修内容】

プログラム		<日時・会場>
公開研修	基調講演 『行動問題の理解と対応～権利擁護の視点から～』 講師 那珂川町立 岩戸北小学校 教頭 朝倉 博実 氏	平成28年12月10日(土) 10:00～16:05 レインボープラザ 71会議室
	講義1 『精神障害を理解する～医療の側面から～』 講師 小倉記念病院 精神科 部長 三木 浩司氏	
	行政説明 『北九州市の現状と制度説明』	
第1日目	講義2 『精神障害者の支援について①』 講師 相談支援事業所サポートやはた 相談支援専門員 三重野芳美氏	平成29年1月14日(土) 10:00～16:00 ウェルとばた 6AB会議室
	演習1 『精神障害者の生活の実際について』 講師 障害当事者(ピアサポーター)	
	演習2 『精神障害の支援について②』 講師 相談支援事業所あさの 所長 黒木由貴子氏	
第2日目	講義3 『重症心身障害を理解する～医療の側面から～』 講師 北九州市立総合療育センター 医師 藤田 弘之氏	平成29年1月21日(土) 10:00～16:30 総合保健福祉センター 3階 ADL室
	実技1 『重症心身障害の対応の実際』 講師 北九州市立総合療育センター 訓練科 PT	
第3日目	演習3 『重症心身障害の支援について①』 講師 有限会社 月翔 取締役 内野 雅世氏	平成29年1月28日(土) 10:00～16:30 総合保健福祉センター 61会議室
	演習4 『重症心身障害の支援について②』 講師 有限会社 月翔 取締役 内野 雅世氏	
第4・5日目	講義4・5 『発達障害児者に関わる人への構造化セミナー①・②』 講師 ABC研究所 フリーランス行動エンジニア 今本 繁氏 社会福祉法人つつじ 発達障害市町サポート事業 サポートコーチ 水野 敦之氏 北九州市発達障害者支援センターつばさ センター長 黒木八恵子氏	平成29年2月18日(土)・19日(日) (2日間連続開催) 9:30～17:00 ウェルとばた研修室他

～お申込み・詳細は裏面をご覧ください。～

### ～研修のねらい～

障害のある人へのホームヘルプサービス提供は障害ごとに一定のスキルが必要となります。しかし、スキル向上のための実務者研修が少ないのが現状です。そのため、当該研修では、障害に特化したプログラムとなっています。ふるって、ご参加ください。



## 【対象者・定員】

1. 市内の居宅介護事業所の「管理者、サービス提供責任者」または、

事業所管理者の推薦を受けた「サービス提供者」の方で 全プログラムを受講できる方

(※全プログラムを受講した方には修了証を発行します。なお、公開研修のみの参加の場合には発行しません。)

2. 前年度までの受講者で欠席した講義の受講を希望する方や再受講を希望する方。  
他の障害福祉サービス提供事業所サービス管理責任者、相談支援専門員で受講を希望する方。
3. 公開研修といずれかの障害別研修受講希望者。

上記の方は全体受講者数を鑑みて申し込みを受付致しますので、ご相談ください。

3. 定員：20名

## 【お申込み】

1. 平成28年 12月 1日(木)までに、別紙「申込書」を郵送またはFAX  
してください。
2. 受講決定可否については、後日事務局よりお知らせいたします。

## 【問い合わせ・お申込み先】

北九州市障害者基幹相談支援センター内

北九州市障害者(児)ホームヘルパースキルアップ研修事務局(西坂、<sup>ごりょうその</sup>御領園)

〒804-0067 北九州市戸畑区汐井町1-6 ウェルとばた6階  
Tel 093-861-3045 Fax 093-861-3095

## 【交通案内】

### ●ウェルとばた

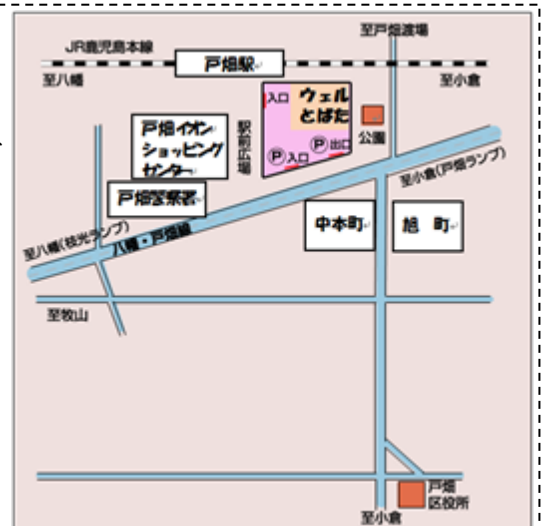
- \*JR 鹿児島本線「戸畑駅」南口から徒歩1分
- \*市営バス「戸畑駅」行き「戸畑駅」下車。バス停より徒歩1分
- \*西鉄バス「戸畑渡場」または「戸畑駅」行き「戸畑駅」下車。徒歩1分
- \*北九州都市高速で来られる方「戸畑」ランプから約5分  
「枝光」ランプから約10分

### ●レインボープラザ

- 福岡県北九州市八幡東区中央二丁目1-1
- \*JR スペースワールド駅 徒歩約15分
- \*中央2丁目バス停 徒歩約3分

### ●総合福祉センター アシスト21

- 北九州市小倉北区馬借1丁目7番1号 Tel 093-522-5311
- \*JR小倉駅よりモノレールに乗り換え、巨過駅下車 徒歩1分
- \*西鉄バス「市立医療センター前」下車 徒歩1分



**受講申込書**兼 **FAX 送信票**

標記研修を受講したいので申し込みます。

受講要件	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> サービス提供者		
氏名	<small>ひりがな</small> _____ _____	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成      年      月      日生	年齢	歳
所属先	<small>ひりがな</small> _____ _____		
所属先住所	〒 _____ 北九州市 _____ _____ TEL (      )      -      FAX (      )      -		
現有資格	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー (      級) <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 (      )		
事業所 推薦欄	上記に相違ないことを証明します。 事業所名 _____ 管理者 _____ 印 ※複数名を推薦する場合は「推薦順位」を記入してください。		
経験年数	発達障害      年	重症心身障害      年	発達障害      年
研修受講状況	～これまでに受講した「障害研修」等があれば記載してください。～ (これまで当研修を受講した方も、記載してください)		

※「記載」または「し点」を記入してください。

※事業所推薦欄は「押印」が必要です。

※この申込書に記載いただいた個人情報、本研修以外の目的では使用しません。