

平成28年度

品川区精神障害者ホームヘルパー

ステップアップ研修のご案内



品川区の委託事業として「平成28年度 精神障害者ホームヘルパーステップアップ研修」を以下の要領にて実施いたします。

本研修では、各界において第一線で活躍の講師陣を迎え「障害の理解、障害者福祉制度、精神障害者の疾病・向精神薬、心理学的なアプローチ、介護計画作成のポイント、介護現場での実践的対応」など盛りだくさんのカリキュラムとなります。

今年度も一回のみの開催となりますので、この機会を逃さぬよう、積極的なご参加、ご推薦をお願い申し上げます。

記

1. 目的 本研修は、障害者総合支援法の理念に基づき、精神障害者の介護を地域社会で支えるために不可欠な訪問介護員の養成及び居宅介護のための知識や技術の普及を目的としています。品川区障害者福祉課の委託事業として平成18年から実施しているもので今回が11回目の開催となり「28年度品川区精神障害者ホームヘルパーステップアップ研修事業」として8日間の通学研修として実施します。

2. 日程 平成28年9月14日(木)～11月9日(水)
※別紙日程表参照(全10科目15.5時間)
実習日は、10月7日(金)～21日(金)間のいずれか1日(7時間)

3. 研修カリキュラム

Table with 6 columns: 日程 (Date), 時間 (Time), 科目 (Subject), 講義内容 (Lecture Content), 講師 (Instructor), 場所 (Venue). It details the schedule for the training course, including topics like 'Understanding of Disability', 'Medication', and 'Practical Training'.



申込方法 : FAX ; 03-3472-6152 メール ; [carekyo-information@ohsaki-hhs.co.jp](mailto:carekyo-information@ohsaki-hhs.co.jp)

## 平成28年度品川区精神障害者ホームヘルパーステップアップ研修

### 申し込み書(推薦及び在勤証明)

(募集締切 平成28年8月18日(木))

	(ふりがな) 氏 名	生年月日	住 所 (自宅)	資格*	経験**
1				介・1・2・初 CM・その他	有( 年)・無
2				介・1・2・初 CM・その他	有( 年)・無
3				介・1・2・初 CM・その他	有( 年)・無
4				介・1・2・初 CM・その他	有( 年)・無
5				介・1・2・初 CM・その他	有( 年)・無

\*「資格」欄には、最上位資格に○印をつけてください。

\*「経験」欄には、精神障害者のホームヘルプサービス経験の有無等を記入してください。

※申込方法は、上記申込書に事項内容を記載の上、FAX 又はメールアドレス宛にご送付ください。

※受講決定通知は、代表者宛メールにて発送致します。

※応募者多数の場合は、抽選となりますのでご承知おきください。

上記の者は、当社に勤務しており、本研修に参加申し込みいたしたく推薦申し上げます。

平成28年 月 日

社 名 \_\_\_\_\_

代 表 者 \_\_\_\_\_ 角印

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_