

## 神戸市難病患者等ホームヘルパー養成研修事業実施要綱

### (目的)

第1条 「療養生活環境整備事業について」（平成27年3月30日健発0330第14号厚生労働省健康局長通知、最終一部改正平成30年3月29日健発0329第3号）の別紙「療養生活環境整備事業実施要綱」第3に定める、難病の患者等の多様化するニーズに対応した適切なホームヘルプサービスの提供に必要な知識、技能を有するホームヘルパーの養成を図ることを目的とする。

### (実施主体)

第2条 事業の実施主体は、神戸市とする。

ただし、事業の一部又は全部を適当と認められる講習機関等に委託することができるものとする。

### (対象者)

第3条 事業の対象者は、次の要件のうちいずれかに該当する者で、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する者、従事することが確定している者又は既に従事している者とする。

(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）に定める居宅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年度末までに居宅介護従事者養成研修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

### (研修カリキュラム)

第4条 本研修は、別紙1のカリキュラムにより特別研修を行うものとする。ただし、地域性、受講者の希望等を考慮して、必要な科目を追加することも妨げない。

2 各課程の受講対象者及び研修時間は次のとおりとする。

| 課 程     | 受 講 対 象 者                                                 | 研修時間        |
|---------|-----------------------------------------------------------|-------------|
| 難病基礎課程Ⅱ | 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、介護職員基礎研修若しくは1級課程研修の修了者及び介護福祉士 | 特別研修<br>6時間 |
| 難病基礎課程Ⅰ | 介護職員初任者研修課程の修了者又は履修中の者、2級課程研修の修了者及び介護福祉士                  | 特別研修<br>4時間 |
| 難病入門課程  | 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、3級課程研修の修了者及び介護福祉士             | 特別研修<br>4時間 |

- 3 神戸市保健所長（以下「保健所長」という。）は、難病入門課程修了者が難病基礎課程Ⅰの研修を受講する場合、難病基礎課程Ⅰの研修科目及び研修時間のうち別紙１に掲げる研修科目及び研修時間を減免することができるものとする。

（修了証書の交付等）

第５条 保健所長は、研修修了者に対し、修了証書（様式１号）及び携帯用修了証明書（様式２号）を交付するものとする。

- 2 保健所長は、研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日、年齢等必要事項を記載した名簿を作成し、管理するとともに、作成後遅滞なく管下市町村長に送付するものとする。

（研修会参加費用）

第６条 特別研修開催費用のうち、教材等に係る実費相当分については、受講者が負担するものとする。

（ホームヘルパー養成研修事業としての指定）

第７条 保健所長は、自ら行う研修事業の他に市内において、社会福祉協議会、農業協同組合、福祉公社、学校法人、医療法人及び老人クラブ等が行う類似の研修事業のうち、適正な審査の結果別途定める要件を満たすものを、本通知による特別研修事業として指定することができるものとする。

- 2 指定された特別研修事業の実施者は、研修修了者に対し、様式１号、２号に準じ修了証書及び携帯用修了証明書を交付するものとする。
- 3 保健所長は、研修修了者のうち、第５条２に定める名簿への登載を希望する者については、第５条２に準じ適正に取り扱うものとする。

（事業実施上の留意事項）

第８条 保健所長は、本事業の実施に当たって、福祉人材センター及び福祉人材バンク等との十分な連携を図るものとし、又、介護実習・普及センターについても活用を図るものとする。

- 2 保健所長は、現にホームヘルパーとして活動している者のうち、特別研修を受講していない者等が業務の内容に応じた資質の向上を図れるよう適切な配慮を行うものとする。
- 3 研修の実施に当たっては、難病患者等ホームヘルパー養成研修テキストに加え、副読本の活用や視聴覚教材の活用等を図るものとする。

（附則）

この要綱は、平成３０年４月１日から適用する。

この要綱は、令和５年４月１日から適用する。

別紙 1

難病患者等ホームヘルパー養成研修事業特別研修におけるカリキュラム、免除科目及び時間

1. 特別研修カリキュラム

|                  |    |      |
|------------------|----|------|
| (1) 難病基礎課程Ⅱ      | 合計 | 6 時間 |
| ①難病に関する行政施策      | 小計 | 1 時間 |
| ア 難病の保健・医療・福祉制度Ⅱ |    | 1 時間 |
| ②難病に関する基礎知識Ⅱ     | 小計 | 4 時間 |
| ア 難病の基礎知識Ⅱ       |    | 3 時間 |
| イ 難病患者の心理学的援助法   |    | 1 時間 |
| ③難病に関する介護の実際     | 小計 | 1 時間 |
| ア 難病に関する介護の事例検討等 |    | 1 時間 |
| (2) 難病基礎課程Ⅰ      | 合計 | 4 時間 |
| ①難病に関する行政施策      | 小計 | 1 時間 |
| ア 難病の保健・医療・福祉制度Ⅰ |    | 1 時間 |
| ②難病に関する基礎知識Ⅰ     | 小計 | 3 時間 |
| ア 難病の基礎知識Ⅰ       |    | 2 時間 |
| イ 難病患者の心理及び家族の理解 |    | 1 時間 |
| (3) 難病入門課程       | 合計 | 4 時間 |
| ①難病に関する行政施策      | 小計 | 1 時間 |
| ア 難病の保健・医療・福祉制度Ⅰ |    | 1 時間 |
| ②難病に関する基礎知識      | 小計 | 3 時間 |
| ア 難病入門           |    | 2 時間 |
| イ 難病患者の心理及び家族の理解 |    | 1 時間 |

2. 特別研修免除科目及び時間

|                 |        |
|-----------------|--------|
| (1) 難病に関する行政施策  |        |
| ①難病の保健・医療・福祉制度Ⅰ | (1 時間) |
| (2) 難病に関する基礎知識  |        |
| ①難病患者の心理及び家族の理解 | (1 時間) |

(様式 1 号)

|                                                                         |  |       |   |
|-------------------------------------------------------------------------|--|-------|---|
|                                                                         |  | 第     | 号 |
| 修了証書                                                                    |  |       |   |
| 氏名                                                                      |  | 年 月 日 |   |
| 生年月日                                                                    |  |       |   |
| あなたは、厚生労働省が定める難病患者等ホームヘルパー養成研修 <u>別記</u> として神戸市保健所長が指定した研修を修了したことを証します。 |  |       |   |
| 年 月 日                                                                   |  |       |   |
| 神戸市保健所長                                                                 |  |       |   |

(様式第 2 号)

|                                                                          |  |       |   |
|--------------------------------------------------------------------------|--|-------|---|
| 修了証明書（携帯用）                                                               |  | 第     | 号 |
| 氏名                                                                       |  |       |   |
| 生年月日                                                                     |  | 年 月 日 |   |
| 上記の者は、厚生労働省が定める難病患者等ホームヘルパー養成研修 <u>別記</u> として神戸市保健所長が指定した研修を修了したことを証します。 |  |       |   |
| 年 月 日                                                                    |  |       |   |
| 神戸市保健所長                                                                  |  |       |   |

(別記)

- ・ 難病入門課程
- ・ 難病基礎課程 1
- ・ 難病基礎課程 2

のうちいずれかを記載する。