

令和5年4月3日

会員施設 施設長 様

一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会
会長 加藤 馨

介護職員実務者研修の受講生募集（会員向け）

かながわ高齢協では、昨年に引き続き「かながわ高齢協介護福祉士実務者研修校（通信課程）」を実施いたします。会員施設職員向けの受講料設定としておりますので、職員の受講にご配慮願います。また、勉学の進捗状況を適宜お知らせしますので、貴職からも激励をお願いします

【介護職員実務者研修】

- 1 研修期間 令和5年5月1日～11月30日
- 2 学習方法 自らが「eラーニング」で学習するほか、通学で学びます。（表1参照）
- 3 受講科目 別表1のとおり。（資格の有無によって変わります。）
- 4 受講料 40,000円（資格の有無によって変わります。表2参照）
- 5 教科書 希望者に無償支給します。
- 6 受講対象者 会員施設・事業所の職員で施設長が推薦する者（外国人技能実習生を含む。）
- 7 募集人数 30名（原則先着順とします。※例：定員を超えた場合であって、1施設から多数の者の申込がある場合などに調整します。）
- 8 申込方法 令和5年4月5日(水)から申込開始。
別紙「介護職員実務者研修申込書・推薦書」により申し込む。
- 9 申込締切 **令和5年4月25日(火)**

※ 実務者研修は、受講料及び代替要員に要した経費は県補助金の対象となります。詳細は高齢協ホームページ研修案内をご覧ください。また、県のホームページ URL は、次のとおりです。

<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/n7j/cnt/f533152/>

（ 問い合わせ先 事務局 天池
電話 045-311-8745 ファクス 045-311-8768
E-mail : k-amk@kanagawa-koureikyo.or.jp ）

学習の方法について (表1)

【e-ラーニング】

- ①教科書を巻ごとに読みます。
- ②自分のパソコン等でe-ラーニングに接続して、読んだ巻の問題を解きます。
- ③採点が70点以上で合格です。
- ④70点未満の場合は不合格ですので、合格するまで何度でも問題に取り組めます。
(とりあえず次に進み、後で問題に取り組んでも構いません。)
- ⑤以後、①②を繰り返し総ての巻の問題に合格するまで続けます。

【問題について】

- ①問題は、各巻毎に解いて行きます。(10問～20問で各巻によって出題数は変わります。)
- ②解き終わると成績を確認できます。
- ③問題の簡単な解説と参照する教科書の頁が示されるので、間違えた場所は特に参照します。
※ある程度知識がある場合、最初から問題を解き、後から教科書で確認する事も出来ます。

【通学】

- ①通学の期間は、7日間です。
- ②「介護過程Ⅲ」を5日間、「喀痰吸引の演習」を2日間学びます。
- ③通学先及び日程は、次のとおり。
 - ・通学先 神奈川社会福祉専門学校(平塚市立野町1-1) 電話0463-30-3231
 - ・通学日及び時間
 - ①介護過程Ⅲ:7月8日(土)、7月15日(土)、8月18日(金)、8月25日(金)、8月30日(水)
9時10分～18時 (終了時間は、講義によって変わることがあります。)
 - ②喀痰吸引:10月14日(土)、10月21日(土)
9時～17時 (終了時間は、演習によって変わることがあります。)

かながわ高齢協介護福祉士実務者研修受講料(会員用)(表2)

- ・受講者が一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会の会員施設・事業所の者であって、当該施設・事業所長の推薦によって受講する者である場合には、次の受講料とする。

資格状況および修了研修	金額
無資格(450時間)	40,000円
介護職員初任者研修修了者(320時間)	36,000円
喀痰吸引等研修修了者(400時間)	30,000円

- ・納入済の受講料及びその他の費用は一切返還しない。

令和5年度介護職員実務者研修申込書・推薦書

施設名 _____ 施設長名 _____

受講職員	フリガナ 氏 名	性別	男・女
生年月日 修了証明書に使用	年 月 日	年齢	歳
勤務先職名		実務経験年数	年 月
勤務先	電話番号	FAX	
資格の有無 ※取得している資格 を総て選択	<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引研修 (修了書の写しは、受講決定後に提出していただきます。)		
連絡用 メールアドレス	(このメールアドレスに必要に応じて事務局から連絡をとります。)		
教科書 ※関係資料もこの住 所に送ります。	<input type="checkbox"/> 希望します。 <input type="checkbox"/> 希望しません。 送付先住所 (送付先が施設の場合には、施設名を必ず記載) 〒		
備 考	(ご意見などをご記入ください。)		

※ 4月5日(水)から申込開始

送付先

- ・ 郵送 〒 221-0825 横浜市神奈川区反町 3 丁目 17 番 2
一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会
- ・ FAX 045-311-8768
- ・ メール E-mail : koueikyo@kanagawa-koureikyo.or.jp

締切 令和5年4月25日(火)