

れいわ ねんどちてきしょうがいしゃとうきよたくかいごしょくいんしよにんしゃけんしゅうじっしょうこう  
令和8年度知的障害者等居宅介護職員初任者研修実施要綱

1. 《趣旨》

しょうがい ひと しかくしゆとく しえん せんもんてき ちしき ぎのう み っ  
障害のある人の資格取得を支援し、専門的な「知識」と「技能」を身に付けた  
ゆた じんざい そだ しょうがい ひと しゅうろう しえん もくてき  
豊かな人材を育て、障害のある人の就労を支援することを目的としています。

2. 《主催》

しずおかけん  
静岡県  
じゆたくだんたい いっぱんしゃだんほうじんしずおかけんしゃかいしゅうろう きょうぎかい  
〈受託団体〉 一般社団法人静岡県社会就労センター協議会  
じっしほうじん しゃかいふくしほうじんのうきょうきょうさいな かいす  
〈実施法人〉 社会福祉法人農協共済中伊豆リハビリテーションセンター  
しゃかいふくしほうじんふがくかい  
社会福祉法人富岳会  
しゃかいふくしほうじんめいこうかい  
社会福祉法人明光会  
しゃかいふくしほうじんめいわかい  
社会福祉法人明和会  
しゃかいふくしほうじんてんりゅうこうせいikai  
社会福祉法人天竜厚生会

3. 《研修期間》

けんしゅうきかん  
令和8年7月下旬～令和8年12月上旬（研修時間は195時間）  
れいわ ねん がつ 16 日 すい しずおかし  
開講式… 令和8年7月下旬～8月上旬（地区により異なります）  
しゅうりょうしき 令和8年12月16日（水） 静岡市

4. 《受講対象者の要件》

- ① しょうがいしやてちょう い し しんだんしよ しょじ しょうがい ひと  
障害者手帳または医師の診断書を所持する障害のある人  
かいごげんばとう いっぱんしゅうろう きぼう ひと  
② 介護現場等へ一般就労を希望する人  
※受講にあたり、現在所属する学校、勤務先、事業所等に受講する旨を伝えてください。  
※受講申込書は各地区に郵送または直接提出してください。  
ちゅうしんしゅうと かくちく ゆうそう ちやくせつていしゅうつ  
申込書受け取り後、受講者の健康状態等について確認させていただきます。

5. 《受講定員》

じゆこうていいん かくちく めいていど  
受講定員は、各地区10名程度とします。

6. 《受講料》

じゆこうりょう じゆこうりょう むりょう ただ けんしゅう しょう だいぎん えん  
受講料は無料です。但し、研修で使用使用するテキストの代金として5,500円を  
いただきます。受講するための交通費、食事代は別途実費が必要です。

7. 《取得資格》

けんしゅう すべ じゆこう ひつきしけん ごうかく ひと きよたくかいごしょくいんしよにんしゃけんしゅうかてい  
研修を全て受講し、筆記試験に合格した人は、居宅介護職員初任者研修課程  
しゅうりょうしや にんてい しゅうりょうしき けんち じめい しゅうりょうしやうめいしよ こうふ  
修了者として認定され、修了式において県知事名の修了証明書が交付されます。

## 8. 《研修内容》

### 1) 【講義・演習・実習】

介護の基本・老人福祉や障害者福祉に関する知識、

こころとからだのしくみと生活支援技術を習得、

介護現場での実習があります。

### 2) 修了評価 令和8年12月2日(水)

受講中、科目ごとに実施する選択問題をまとめた総合問題を実施します。

(修了評価は、研修総時間数195時間には含まれません)

## 9. 《会場》

各地区担当法人指定会場

## 10. 《申込み期間》

令和8年6月1日(月)から7月20日(月)

## 11. 《申込み先及び問合せ先》

一般社団法人静岡県社会就労センター協議会

〒420-0031 静岡市葵区呉服町2-1-5 Tel: 054-204-5088 すずき 鈴木

伊豆地区：社会福祉法人農協共済中伊豆リハビリテーションセンター

〒410-2507 伊豆市冷川1523-108 Tel: 0558-83-2111 もろふし 諸伏

東部地区：社会福祉法人富岳会 富岳の園

〒412-0033 御殿場市神山1925-1148 Tel: 0550-87-0161 はたはら 畑原

中部地区：社会福祉法人明光会

〒421-1211 静岡市葵区慈悲尾180 Tel: 054-278-7005 いしだ 石田

中東遠地区：社会福祉法人明和会 支援センターラック

〒437-0062 袋井市泉町2-10-13 Tel: 0538-43-0826 まつしま 松島

西部地区：社会福祉法人天竜厚生会 研修センター

〒434-0015 浜松市浜名区於呂4201-6 Tel: 053-583-1123 ふじた 藤田

## 12. 《個人情報取り扱いについて》

本研修会の申込者にかかる個人情報は、個人情報保護法に基づき、

適切に取り扱うこととしており、他の目的で使用することはありません。

参加者相互の情報交換、交流を円滑に行うことを目的として「参加者名簿」

を作成し、当日講師に配布します。参加者名簿には氏名のみを掲載します。

令和8年度 知的障害者等居宅介護職員初任者研修

受講申込書

令和8年度知的障害者等居宅介護職員初任者研修を受講したいので申し込みます。

受講希望会場

氏名	(ふりがな)		性別	年齢	歳
			生年月日	昭和・平成	年 月 日
住所	〒				
電話番号	固定電話		携帯番号		
学校、勤め先 通所先				学年	年生
受講者の親族 等、連絡先氏名	(ふりがな)		受講者との 関係		
住所	〒				
	(受講生 と住所 が異なる場合に記入)				
電話番号	固定電話		携帯番号		
障害について配慮が必要なことなどをご記入ください。					

※障害者手帳の写しを添付してください。