

令和2年度 介護職種の技能実習指導員講習 開催要綱

厚生労働省から受託した補助事業（介護の日本語学習支援等事業）は、介護職種の技能実習生の技能修得等が円滑に図られるよう、適切な実習体制を確保すること等を目的としています。

本事業の一環として、今年度も介護現場で技能実習生の指導に当たる技能実習指導員等に対し、技能実習生の指導に必要な知識・技術を修得頂くことを目的に介護職種の技能実習指導員講習を開催致します。

1. 主 催 公益社団法人 日本介護福祉士会
2. 実 施 一般社団法人 群馬県介護福祉士会
3. 日 時 令和3年 2月23日（火） （受付8：50～）
4. 会 場 群馬県公社総合ビル ホール （〒371-0854 前橋市大渡町1-10-7）
5. 研修内容 裏面参照
6. 受講対象者 以下のいずれかに該当する者
 - ① 技能実習指導員
 - ② 技能実習指導員になる予定の者
 - ③ 実習生を受け入れる施設・事業所関係者
 - ④ 監理団体関係者
 - ⑤ 受講により一定水準の知識を習得し、理解を深めることを目的とする者
7. 定 員 40名程度
8. 申込方法 裏面申込書に必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送にてお申込みください。
9. 募集期間 令和2年11月2日（月）～ 12月2日（水） 締切厳守
10. 受講料 無料（参加するための旅費交通費はご負担いただきます。）
11. 決定通知 締切後、受講決定者に「受講票」を郵送しますので講習日に持参ください。
12. 受講当日
 - ・当日は、印鑑及び顔写真付き公的証明書（運転免許証、パスポート等）を持参ください。
 - ・顔写真付き公的証明書がない場合
顔写真付き社員証等の身分証明書に加えて国民健康保険証等公的証明書2点を持参ください。
(公的証明書の例)
介護福祉士登録証の写し、国民年金手帳、公共料金の領収書等
※本人確認資料がない場合、受講することができません。
 - ・テストに合格された受講者には受講証明書を交付致します。
 - ・日本介護福祉士会の会員には生涯研修ポイントが付与されます（4.5pt）。
 - ・当日に配布のテキストは、お持ち帰りいただけます。
※日本介護福祉士会HPにテキスト掲載中です。事前に通読されると理解が深まります。
13. その他 新型コロナウイルスの感染状況によっては、中止になる場合があります。
中止の場合は、お申込みのメールアドレス宛てに連絡させていただきます。
14. 問い合わせ先 一般社団法人群馬県介護福祉士会 事務局
〒371-8525 群馬県前橋市新前橋町13-12
TEL 027-255-6226 FAX 027-255-6173
E-mail info@gunma-careworkers.net

研修内容（予定）

| 時間 | 科目名 | 時間数 | 目標及び主な内容 |
|----------------------------------|---------------------------------|------|--|
| 9：30 ～ 12：10 (休憩10分含む) | 技能実習指導員の役割 | 2.5 | ○技能実習指導員が求められる役割を担うために技能実習制度について理解する ・技能移転の意義 ・技能実習生の権利擁護 等 ○労働基準法及び関係労働法令について理解する |
| 13：00 ～ 14：30 | 移転すべき技能の理論と指導方法 技能実習指導の方法と展開 | 1.5 | ○技能実習の対象とされる「介護」について理解する ・必須業務、関連業務、周辺業務について 等 ○移転すべき技能と指導のポイントを理解する ○技能実習計画の作成と指導方法を理解する ・技能実習計画と実習プログラムの作成 等 |
| 14：40 ～ 17：05 (休憩10分含む) | 技能実習指導における課題への対応 | 2.25 | ○技能実習生受入の留意点 ・技能実習生との向き合い方 ・コミュニケーションの取り方の留意点 ・生活習慣や文化の理解 ・日本語学習支援について 等 |
| 17：05 ～ 17：50 | 理解度テスト | 0.75 | ・理解度テストの実施及び解説 |
| | 合計 | 7.0 | |

2020年度 介護職種の技能実習指導員講習申込書

| | | | |
|------------|--|-----|--------------------|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | 証明書に印字されるため、漢字など正確に記入してください | 男・女 | 西暦 年 月 日 |
| 会員・非会員 | (いずれかに○をつけ、会員の方は会員番号をご記載ください) 1. 会員 (会員番号：) 2. 非会員 | | |
| 自宅住所 〒 | TEL | | E-MAIL (勤務先アドレスも可) |
| 勤務先名称 | (監理団体の方は監理団体名称を記載ください) | | |
| 勤務先住所 〒 | TEL | | FAX |
| 受講要件 | (いずれかに○をつけてください) 1. 技能実習指導員 2. 技能実習指導員になる予定の者 3. 実習生を受け入れる施設・事業所関係者 (技能実習指導員を除く) 4. 監理団体関係者 5. 受講により一定水準の知識を習得し、理解を深めることを目的とする者 | | |
| 資格及び経験年数 | (いずれかに○をつけ、経験年数をご記載ください) 1. 介護福祉士 経験年数 () 年程度 2. 看護師 経験年数 () 年程度 3. 准看護師 経験年数 () 年程度 4. 介護福祉士以外の介護職 経験年数 () 年程度 5. その他 () 経験年数 () 年程度 | | |

※全てご記入をお願いします。