

令和元年 10 月

令和元年度 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 高知県介護福祉士会
3. 日 時 令和2年1月18日（土）
4. 会 場 高知県立ふくし交流プラザ 5階 研修室A
〒780-8567 高知県高知市朝倉戊 375-1

5. 研修内容（予定）

時間	科目名	時間数	目標及び主な内容
9：30 ～ 12：00	技能実習指導員の役割	2.5	<ul style="list-style-type: none">○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<ul style="list-style-type: none">・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 ～ 13：45	移転すべき技能の理論と指導方法	1.5	<ul style="list-style-type: none">○技能実習の対象とされる「介護」について理解する<ul style="list-style-type: none">・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
13：45 ～ 14：30	技能実習指導の方法と展開		<ul style="list-style-type: none">○技能実習計画の作成と指導方法を理解する<ul style="list-style-type: none">・技能実習計画と実習プログラムの作成 等
14：30 ～ 16：45	技能実習指導における課題への対応	2.25	<ul style="list-style-type: none">○技能実習生受入の留意点<ul style="list-style-type: none">・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
17：00 ～ 17：45	理解度テスト	0.75	<ul style="list-style-type: none">・理解度テストの実施及び解説
	合計	7.0	

6. 受講対象者 以下のいずれかに該当する者
- ① 技能実習生の介護職種の技能実習を行わせている者、または行わせようとしている者により技能実習指導員に選任されている者（選任予定の者も含む）
 - ② 講習の受講により一定の水準の知識を習得し理解を深めることを目的とする者
※定員を超えた場合、受講できない場合があります。
※技能実習指導員（選任予定の者を含む）の受講を優先させて頂きます。
7. 定 員 40名程度
8. 申込方法 『申込書』（Mail もしくは Fax にて送付）
9. 募集期間 令和元年11月1日（金）～12月19日（木）〆切厳守
10. 受 講 料 無料
11. 決定通知 締切後、12月27日までにFAXにてご案内致します。
12. 受講当日
- ・当時は、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。（マイナンバーカード不可）
- 《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。
13. 問い合わせ先 高知県介護福祉士会 事務局（担当：大藤）
〒 780-8567
高知県高知市朝倉戊 375-1 高知県社会福祉協議会内
Tel : 088-844-3605 Fax : 088-844-9443

高知県介護福祉士会 行

令和元年度介護職種の技能実習指導員講習申込書（12/19 締切必着）

令和2年1月18日実施分

【問い合わせ先】

ふりがな		男・女	昭和・平成 年 月 日生
氏名			
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		Mail
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		
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. 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） 3. 監理団体関係者 4. その他 ()		
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		

高知県介護福祉士会 事務局

TEL : 088-844-3605 FAX : 088-844-9443