**令和２年度 介護職種の技能実習指導員講習

『開催要綱』**

　公益社団法人日本介護福祉士会が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・技術を修得いただ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 千葉県介護福祉士会

３．日 時 令和２年１２月１２日（土）　受付開始　８:４５～

４．会 場　　千葉県社会福祉センター　５階大研修室

 　　 　〒260-0026　千葉市中央区千葉港４－３

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　　～12：15(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。 |
| 12：15　～　13：00　昼食休憩（45分） |
| 13：00　　～13：45 | 移転すべき技能の理論と指導方法 | 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。 |
| 13：45　　～14：30 | 技能実習指導の方法と展開 | ○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 |
| 14：30　～　14：45　休憩（15分） |
| 14：45　　～17：00(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 |
| 17：00　　～17：45 | 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 |  |

６．受講対象者　 以下のいずれかに該当する者とする。

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

※１施設２名以内でお願いいたします。

※定員を超えた場合、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いただきます。

７．定 員 ４０名程度

８．申込方法 別紙申込書により、メール、ＦＡＸまたは郵送で、千葉県介護福祉士会へ

お申込み下さい。

９．募集期間　　令和２年９月１日（火）～１１月２０日（金）　※締切厳守

10．受 講 料 無料

11. 決定通知　　申込み締め切り後、受講決定書を発行いたします。

※講習１週間前になっても案内が届かない場合はお問い合せ下さい。

12．受講当日　　・当日、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。

13．その他　　・理解度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）。
・当日配布のテキストは、お持ち帰りいただけます。

14．問合せ先 一般社団法人千葉県介護福祉士会 事務局

〒260-0026

千葉市中央区千葉港４－３　千葉県社会福祉センター３階

Tel：043-248-1451　　 Fax：043-248-1515

E‐mail：kai5niji@poem.ocn.ne.jp

ＦＡＸ送付先　　　**043-248-1515　千葉県介護福祉士会事務局　行**

※鏡文は不要です。

令和２年度介護職種の技能実習指導員講習申込書

申込締切　令和２年１１月２０日（必着）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |

【問い合わせ先】　一般社団法人千葉県介護福祉士会　事務局（担当：高橋）

　　　　　　　　　〒260-0026　千葉県千葉市中央区千葉港４－３　千葉県社会福祉センタ3階

 　　　　　　　　　TEL：０４３－２４８－１４５１ FAX：０４３－２４８－１５１５

 Ｅ-mail　kai5niji@poem.ocn.jp