

令和4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 千葉県介護福祉士会
3. 日時 令和4年12月10日（土）09:00～17:50 [受付開始 8:30～]
4. 会場 千葉県社会福祉センター 5階大研修室  
〒260-0026 千葉県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
09:00～	オリエンテーション		
09:20 ～ 12:00 (休憩10分含む)	1 技能実習指導員の役割	2.5 h	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
(昼休憩) 12:00 ～ 12:50			
12:50 ～ 13:50	2 移転すべき技能の理論と指導方法	1.5 h	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
13:50 ～ 14:20	3 技能実習指導の方法と展開		
(休憩) 14:20 ～ 14:30			
14:30 ～ 16:55 (休憩10分含む)	4 技能実習指導における課題への対応	2.25 h	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 ・Webサイト「にほんごをまなぼう」紹介 等
(休憩) 16:55 ～ 17:05			
17:05 ～ 17:50	理解度テスト	0.75 h	理解度テストの実施及び解説
	合計	7h	

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

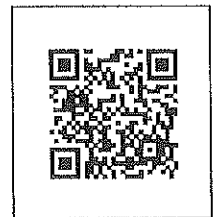
④監理団体関係者

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

※受講の優先順位は①から順に優先となります。

7. 定 員 40名

8. 申込方法 別紙申込書によりメール、FAX又は郵送で、千葉県介護福祉士会へお申込みください。  
また、Webからの申込 (<https://forms.gle/9dX3DnBGxJ7GkeJ99>)も可能です。



9. 募集期間 令和4年9月1日(木)～11月20日(日)

10. 受講料 無料

11. 決定通知 申込締切後、受講決定書を発行いたします。  
※講習1週間前になっても受講決定書が届かない場合は、お問い合わせください。受講決定の通知がない場合、受講いただけません。

12. 受講当日 ・本人確認資料を持参してください。

<本人確認資料>

・顔写真付き公的証明書(運転免許証・パスポート等) 1点

・顔写真付き公的証明書が無い方は①または②のどちらか 2点

①顔写真付き社員証等の身分証明書1点+公的証明書1点

②公的証明書2点

(公的証明書の例) 介護福祉士登録証の写し、健康保険被保険者証、  
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「講習テキスト」は、お持ち帰りいただけます。

日本介護福祉士会運営のWebサイト「にほんごをまなぼう」に講習テキストを掲載します。 <https://aft.kaigo-nihongo.jp/rpv/>

事前に通読されると理解が深まります。(要登録：完全無料)



13. 問い合わせ先 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  
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4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4年11月20日(必着)

フリガナ		※ 受講履歴	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)	新規 更新	(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	
		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	(いずれか主たるもの一つに○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	(いずれか主たるもの一つに○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. 介護福祉士以外の介護職 経験年数 ( ) 年程度 3. その他 ( ) 経験年数 ( ) 年程度		

※本講習での受講履歴とは、「介護職種の技能実習指導員講習」の受講になります。その他の技能実習指導員講習を受講されている方は、新規に○をしてください。

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)

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

E-mail: kai5niji@poem.ocn.ne.jp

