

令和3年度 第2回 介護職種の技能実習指導員講習

開 催 要 綱 **12/10 (金) 開催分**

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 岐阜県介護福祉士会
3. 日 時 令和3年12月10日（金）〔受付開始9：00～〕
4. 会 場 ワークプラザ岐阜：〒500-8163 岐阜市鶴舞町 2-6-7

5. 研修内容（予定）

時間	科目名	時間数	目標及び主な内容
9：15 ～ 11：50 (休憩5分含む)	1 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
11：50 ～ 12：30 昼食休憩（40分）			
12：30 ～ 14：05 (休憩5分含む)	2 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
	3 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
14：05 ～ 16：25 (休憩5分含む)	4 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
16：25 ～ 17：10	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

- 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から降順に優先となります。

7. 申込方法 (以下のいずれかの方法でお申し込み下さい)

- ・ Web からの申込 (<http://www.gifukaigo.jp/>)
- ・ 『申込書』 (Fax 送信または郵送、Mail 添付も可とする)

8. **申込締切り 令和3年12月1日(水)正午(12時00分)まで** 時間厳守

9. 受講料 無料

10. 決定通知 締切り後、郵送にてご案内致します。

11. 受講される場合の受講当日の連絡事項

- ①本人確認のために運転免許証を持参してください。
(運転免許証の無い方は岐阜県介護福祉士会までお電話下さい)
※本人確認資料がない場合は受講することはできません。

②当日の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。

③日本介護福祉士の会員には生涯研修ポイントが付与されます(4.5pt)。

④当日配布の「講習テキスト」は、お持ち帰りいただけます。

⑤事前に通読されると理解が深まります。国際介護人材支援 Web サイト「にほんごをまなぼう」にテキストを掲載します。

12. 問い合わせ先： 岐阜県介護福祉士会 事務局

〒503-0234 岐阜県瑞穂市牛牧 913 番地 10

電話：058-322-3971

Fax：058-322-3972

Mail：gifukaigo@ark.ocn.ne.jp

令和3年度 第2回 介護職種の技能実習指導員講習

12/10 実施分『申込書』

ふりがな		※ 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
	MAIL		
勤務先名称	窓口担当者 (_____)		
勤務先住所 〒	TEL		FAX
	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. 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		

※「受講履歴」欄は、既に本講習を受講したことがある方は更新に○をしてください

問い合わせ先
岐阜県介護福祉士会

TEL : 058-322-3971 FAX : 058-322-3972