

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「平成 30 年度介護職種の技能実習生の日本語学習等支援事業」は昨年 11 月に技能実習制度に介護職種が追加されたことを踏まえ、介護職種の技能実習生の技能の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を目的としています。

本事業の一環として、昨年度に引き続き介護現場で技能実習生の指導に当たることになる技能実習指導員の方等に対し、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いたします。

1. 主 催 公益社団法人日本介護福祉士会
2. 日 時 平成 30 年 9 月 24 日（祝・月）
3. 会 場 博多 A S C ビル
〒812-0013 福岡市博多区博多駅東 1-16-25 アスクビル

4. 研修内容（予定）

時間	科目名	時間数	目標及び主な内容
9:20 ~ 12:00 (休憩10分 を含む)	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。
12:45 ~ 14:15	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
	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
14:25 ~ 16:50	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
16:00 ~ 17:35	理解度テスト	0.75	・理解度テストの実施及び解説
17:35 ~ 18:00	受講証明書交 付等		
	合計	7.0	

5. 参加対象

以下のいずれかに該当する者。

- ・技能実習生の介護職種の技能実習を行わせている者又は、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）
- ・その他、講習会の受講により、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いただきます。

6. 定員 120名程度

7. 申込方法 公益社団法人日本介護福祉士会ホームページのフォーム若しくはQRからお申し込みください。やむを得ない場合はFAXまたは郵送にて、福岡県介護福祉士会へお申し込みください。（申込先は下記参照）

申込みフォーム



8. 締切日 平成30年9月14日（金）15時まで

9. 参加費 無料（参加するための旅費交通費はご負担いただきます。）

10. 決定通知 受講決定通知又は受講できない旨の通知は、9月19日までにメールでお知らせいたします。（通知はメールでの通知となりますので、入力はお間違えのないようお願い申し上げます。）

11. その他
- ・当日は、印鑑及び本人確認ができる書類（運転免許証、パスポート等顔写真付きの公的証明書）をお持ちください。（マイナンバーカードは不可）
 - ・顔写真付き公的証明書がない方は、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点をお持ちください。
 - ・本人確認ができる書類がない場合、受講いただけません。
 - ・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の方には生涯研修ポイントが付与されます。（4.5pt）

12. 問い合わせ先 公益社団法人日本介護福祉士会（担当：金子）
〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-22-13 西勤虎の門ビル3階
TEL 03-3507-0784 FAX 03-3507-8810
E-mail ginou-kousyu@jaccw.or.jp

【FAX または郵送でのお申し込み先】

公益社団法人福岡県介護福祉士会

〒812-0013 福岡市博多区博多駅東1-1-16-2F

TEL 092-474-7015 FAX 092-436-5234

平成 30 年度介護職種の技能実習指導員講習 申込書 (平成 30 年 9 月 24 日開催分)

ふりがな		男 ・ 女	昭和 ・ 平成 年	
氏名			月	日生
会員・非会員 ※いずれかに○をつけてください。	1. 会員 () ⇒会員番号をご記入ください。 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入)			サービス種別 (監理団体の方は監理団体と記入)	
勤務先住所 〒			TEL	
			FAX	
受講要件 (いずれかの□にシ点チェック)	<input type="checkbox"/> 技能実習指導員 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 監理団体関係者 <input type="checkbox"/> その他			
告示により示されている対象者 1 技能実習生の介護職種の技能実習を行わせている者又は、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 その他、講習会の受講により、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				
資格及び経験年数 (いずれかの数字に○をして経験年数を記載)	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			

PDF

【FAX・郵送での申込み先】

福岡県介護福祉士会 事務局

〒812-0013 福岡市博多区博多駅東 1-1-16-2F

TEL 092-474-7015 FAX 092-436-5234

申込締切 平成 30 年 9 月 14 日 (金) 15 時まで