

令和2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 北海道介護福祉士会
3. 日時 令和2年11月15日（日） 受付開始 9:10～
4. 会場 学校法人西野学園 札幌医学技術福祉歯科専門学校
〒064-0805 札幌市中央区南5条西11丁目 1289-5

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 ～ 12:10 (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。
12:10 ～ 13:10	昼食休憩（60分）		
13:10 ～ 14:10	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
14:10 ～ 14:40	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
14:40 ～ 14:50	休憩（10分）		
14:50 ～ 17:15 (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
17:15 ～ 18:00	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
7. 定 員 30名
8. 申込方法 別紙申込書により FAX で事務局へお申し込みください。
北海道介護福祉士会 URL (<http://www.hokkaido-kaigo.jp/>)
9. 募集期間 令和2年8月31日(月)～10月30日(金)
10. 受講料 無料
11. 決定通知 ※受講が決まりましたら、FAX にて受講決定書・研修受講同意書/検温確認表を送信いたします。
※講習1週間前になっても案内がない場合はお問い合わせ下さい。
12. 受講当日 ・当日は、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。

 ・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)。
 ・テキストはお持ち帰りいただけます。 事前に通読されると理解が深まります。日本介護福祉士会 HP にテキストを掲載中です。
 ・当会HPの「新型コロナウイルスの感染予防及び蔓延防止のための受講上の注意事項」をあわせてご覧ください。
13. 問い合わせ先 一般社団法人 北海道介護福祉士会 事務局
〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1 かでる2・7 4階

Tel : 011-222-5200 Fax : 011-222-5200
Mail : info@hokkaido-kaigo.jp

グループワーク時の感染予防のため、フェイスシールド代金(300円)を一律受講する皆様に請求させていただきます。(フェイスシールドをお持ちと言う方にも請求させていただきますことをご了承願います。)また、感染予防の為、現金取り扱いせず受講決定書に振込先を記載いたします。

申込書送信先：FAX 011-222-5200

一般社団法人 北海道介護福祉士会 事務局 宛て

令和2年度 介護職種の技能実習指導員講習

『講習申込書』

(10/30 締切)

ふりがな		性別	生年月日
氏名	証明書に印字の為、漢字など正確にご記入下さい	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下さい) 1. 会員 (会員番号：) 2. 賛助会員 (施設名) 3. 非会員		
自宅住所 〒	TEL		
	E-MAIL		
受講決定書 FAX 送信先	※受講決定書を送信いたしますので希望送信先に <input checked="" type="checkbox"/> しFAX番号をご記入下さい <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先等 FAX番号：		
勤務先名称	(監理団体の方は監理団体名称をご記載下さい)		
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		