

# 令和3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 富山県介護福祉士会
3. 日 時 令和4年1月21日（金）9：00～17：20（受付開始8：45～）
4. 会 場 富山県民会館 401号室（富山市新総曲輪4-18）
5. 研修内容（予定）

時間	科目名	時間数	目標及び主な内容
9：00 ～ 11：30	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
昼休憩（11：30～12：30）			
12：30 ～ 14：00	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
14：10 ～ 16：25	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
16：35 ～ 17：20	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  
※定員を超えた場合、受講できない場合があります。  
※受講の優先順位は①から降順に優先となります。
7. 定 員 40名程度
8. 申込方法 別紙申込書に必要事項を記入の上、FAX または郵送で富山県介護福祉士会へお申し込みください。なお、申込者多数の場合は、期限前でも受付を終了する場合がありますので、あらかじめご了承ください。
9. 募集期間 令和3年10月1日（金）～ 11月30日（火）17時 締切厳守
10. 受講料 無料
11. 決定通知 締切後、12月10日（金）までに郵送にてご案内致します。  
※講習1週間前になってもご案内がない場合は、お問合せください。
12. 受講当日
- ・受講決定通知を必ず持参してください。
  - ・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ない方は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。**
- ・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。  
※講習テキストを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。
13. 問合せ先 一般社団法人 富山県介護福祉士会 事務局  
〒939-8084  
富山県富山市西中野町1丁目1-18 オフィス西中野ビル1階102号室  
TEL：076-422-2442 FAX：076-422-0440  
E-Mail：Toyama-kaigo@topaz.ocn.ne.jp

**FAX : 076-422-0440**

令和3年度介護職種の技能実習指導員講習 申込書

ふりがな		※受講履歴	
氏名	証明書に印字されるため、正確にご記入ください	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: 16 ) 2. 非会員		
自宅住所 〒			TEL (できれば携帯番号) E-MAIL (必ずご記入ください)
勤務先名称			
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. 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、すで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

申込締切 令和3年11月30日(火) 必着

【問合せ先】一般社団法人富山県介護福祉士会 (TEL : 076-422-2442)