

令和7年度 外国人介護人材向け集合研修 開催要項

《介護技術編》

1 目 的

愛媛県内の介護施設で働いている外国人介護人材が、業務中に戸惑うことがある介護場面を実際に体験し、共に学ぶことで不安を解消し、円滑に就労、定着できるようになることを目的に開催します。
また、他施設の職員と一堂に会することで、交流を深め、相互に学び合える機会となることを目指します。

2 主 催

愛媛県／愛媛県外国人介護人材支援センター（社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会）

3 日 時

13:00～16:00（共通）

区 分	移動介助	食事・排泄介助
第1回	令和7年 8月 4日（月）	令和7年 8月 5日（火）
第2回	令和7年10月30日（木）	令和7年10月31日（金）

同じ内容の講座を8月と10月に開催します。ご希望の回にご参加ください。

※いずれか1回のみのご参加も可能です。

4 会 場

愛媛県総合社会福祉会館 3階「研修室」（松山市持田町三丁目8番15号）

5 参加対象

愛媛県内の介護施設で就労している介護職種の技能実習生及び介護分野における特定技能外国人

6 定 員

各回20名

7 参 加 費

無料

8 申込方法

別添「参加申込書」にご記入の上、下記申込先へFAX又はメールでお送りください。申込書は、本会ホームページ内「愛媛県外国人介護人材支援センター」からもダウンロードできます。

申込みが参加定員超過の場合は、一法人当たりの参加人数の調整をお願いする場合があります。その場合は、事前に参加申込事業所にご連絡します。

9 申込締切

第1回：令和7年 7月22日（火） 必着

第2回：令和7年10月16日（木） 必着

10 日程・内容

内容	「移動介助」	「食事・排泄介助」
日程 時間	【第1回】 ① 8月 4日 (月) 【第2回】 ① 10月30日 (木)	【第1回】 ② 8月 5日 (火) 【第2回】 ② 10月31日 (金)
12:30～13:00	受付	受付
13:00～13:10	開会・オリエンテーション	開会・オリエンテーション
13:10～16:00 (休憩含む)	1 コミュニケーションの取り方 (説明と同意、視線の合わせ方、身体 の触れ方) 2 グループワーク (移動について現場で不安なこと、 困っていること) 3 実技・移動について ①ベッドの使用方法及びズレ体験 ②端座位から車いすへの移乗(シート ・ボード・回転盤等) 4 グループワーク・確認テスト (現場でヒントになったこと等感想含 む) 講師：愛媛県介護実技普及指導員	1 コミュニケーションの取り方 (説明と同意、視線の合わせ方、身体 の触れ方) 2 グループワーク (食事介助・排泄介助について現場で 不安なこと、困っていること) 3 実技・食事介助について (座位での介助方法・スプーンワーク など) 4 実技・排泄介助について (臥位でのおむつ交換) 5 グループワーク・確認テスト (現場でヒントになったこと等感想含 む) 講師：愛媛県介護実技普及指導員
16:00	閉会	閉会

11 服装

介護実技研修ですので、介護ができる服装（普段施設等で業務を行う際の服装）でご参加ください。（詳細については、決定通知の際に改めてお知らせします。）

12 申込書記入要領

- (1) 〈在留資格、日本語能力、希望日〉欄は、該当する項目に○をつけてください。
- (2) 付添いの職員がいる場合は、人数・ご氏名（決まっている場合）をご記入ください。
- (3) 用紙が足りない場合は、コピーしてお使いください。

※申込書を受領後、1週間以内に受付確認のメールをお送りします。

万が一、申込後1週間を過ぎてもメールが届かない場合は、お手数ですが下記までご連絡ください。

受講が決定しましたら、決定通知のメールをお送りします。

13 感染症対策について

本研修は、重症化リスクの高い高齢者と接する機会が多い受講者が参加しますので、ご自身の体調管理を含めて、感染対策にご協力をお願いします。

14 個人情報

参加申込書で取得した個人情報は、その取扱いに十分注意し、本研修会の参加者管理以外の目的では使用しません。

15 その他

ご不明な点等がありましたら、下記までお問合せください。

16 問合せ先

愛媛県外国人介護人材支援センター（担当：小西・秋田）

愛媛県社会福祉協議会 福祉人材部 人材研修課

〒790-8553 松山市持田町三丁目8番15号

TEL 089-921-5560 FAX 089-921-3398

Eメール jinzai@ehime-shakyo.or.jp

令和7年度 外国人介護人材向け集合研修 参加申込書
《介護技術編》

申込日：令和 年 月 日

法人名			
事業所名			
所在地	〒		
連絡先	TEL		FAX
	メール アドレス		
申込担当者 役職・氏名			

＜参加申込者＞

氏 名 (職場での呼び方：在職期間)		希望日 ①移動 ②食事排泄	在留資格	出身国	日本語 能力
第1回	(:)	① 8/4 ② 8/5	技能実習 特定技能		N 4 N 3 ()
	(:)	① 8/4 ② 8/5	技能実習 特定技能		N 4 N 3 ()
	(:)	① 8/4 ② 8/5	技能実習 特定技能		N 4 N 3 ()
	付添 職員	8/4 8/5	人	氏名： 氏名：	
第2回	(:)	① 10/30 ② 10/31	技能実習 特定技能		N 4 N 3 ()
	(:)	① 10/30 ② 10/31	技能実習 特定技能		N 4 N 3 ()
	(:)	① 10/30 ② 10/31	技能実習 特定技能		N 4 N 3 ()
	付添 職員	10/30 10/31	人	氏名： 氏名：	

《送り先》

愛媛県外国人介護人材支援センター (送信紙不要) FAX: 089-921-3398

Eメール jinzai@ehime-shakyo.or.jp