

令和元年8月26日

認可外居宅訪問型保育事業者 各位

公益社団法人全国保育サービス協会
会長 草川 功

令和元年度 第6・7・8・9回東京都ベビーシッター利用支援事業補足研修の開催について
(通知)

時下、益々御清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、当協会では、東京都からの委託を受け、標記の研修を下記のとおり開催いたします。

つきましては、研修受講者を募集いたしますので、東京都のベビーシッター利用支援事業への参画を予定されている事業者におかれては、貴所属職員に御周知いただくとともに、受講希望者をお取りまとめの上、別紙申込書を御提出いただきますようお願いいたします。

記

1 目的

本補足研修は、東京都が平成30年度から実施している「ベビーシッター利用支援事業」に従事する予定のベビーシッター（保育者）であって、保育士の方、または全国保育サービス協会(ACSA)の認定ベビーシッター資格や集団保育の実務経験を有していても家庭訪問保育の実務経験や家庭訪問保育の研修の受講経験がない方を対象とし、最近の子ども家庭福祉の動向や家庭訪問保育の実務を学んでいただくために行う研修です。

※ ベビーシッター利用支援事業に従事するには、所属する事業者（貴事業者）がこの事業の参画事業者として東京都の審査を受け、認定されていることが必要です。

※ 貴事業者が、参画事業者として東京都から認定を受ける前に受講していただくことも可能ですが、東京都の審査の結果、貴事業者が参画事業者としての認定を受けられなかった場合、本研修の受講は無効となりますので、御留意ください。（東京都及び当協会はその責を負いません。）

2 研修実施主体

東京都

※当協会が、東京都から委託を受けて実施します。

3 受講対象者

以下に該当する方に限ります。

*全国保育サービス協会(ACSA)の認定ベビーシッター資格取得者であって、家庭訪問保育の実務経験がない者

*保育士

*東京都内の地域型の家庭的保育者

(注)「東京都内の地域型の家庭的保育者」とは、東京都が実施する家庭的保育者研修を修了し、区市町村が認定した地域型の家庭的保育者（退職者を含む。）を指します。

*看護師（助産師、保健師を含む。）で一定の保育経験を有する者

(注)「一定の保育経験」とは、子ども・子育て支援新制度における保育所、認定こども園及び地域型保育事業での乳幼児の保育経験を指します。

4 研修日程及び会場

[第6回]

日程 令和元年 9月13日(金曜日) 9時10分～13時05分

会場 ワイム貸会議室四谷三丁目 RoomA
(東京都新宿区四谷3-12 丸正総本店ビル6階)

[第7回]

日程 令和元年10月16日(水曜日) 9時10分～13時05分

会場 ワイム貸会議室四谷三丁目 RoomA
(東京都新宿区四谷3-12 丸正総本店ビル6階)

[第8回]

日程 令和元年11月13日(水曜日) 9時10分～13時05分

会場 ワイム貸会議室四谷三丁目 RoomA
(東京都新宿区四谷3-12 丸正総本店ビル6階)

[第9回]

日程 令和元年12月6日(金曜日) 9時10分～13時05分

会場 ワイム貸会議室四谷三丁目 RoomA
(東京都新宿区四谷3-12 丸正総本店ビル6階)

※詳細は、「11 研修プログラム」参照

5 提出書類

同封の「令和元年度東京都ベビーシッター利用支援事業補足研修受講申込書(様式)」を当協会へ提出してください。

6 提出期限

[第6回]	<u>令和元年 9月 6日(金曜日) 必着</u>
[第7回]	<u>令和元年10月 4日(金曜日) 必着</u>
[第8回]	<u>令和元年11月 1日(金曜日) 必着</u>
[第9回]	<u>令和元年11月26日(火曜日) 必着</u>

※ 受講申込書等については、個人情報に記載されていますので、なるべく郵送にて御送付ください。メールやFAXにてお送りいただく場合は、お手数ですがあらかじめ当協会宛てに御連絡願います。

7 提出先

公益社団法人全国保育サービス協会 担当：長崎
〒160-0007 東京都新宿区荒木町5-4 クサフカビル2F
TEL 03-5363-7455 FAX 03-5363-7456
受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00(祝日を除く。)
メールアドレス：info@acsa.jp

8 受講者の決定について

当協会が受講申込みを取りまとめた後、東京都が受講者を決定します。受講が決定した受講者については、当協会から貴事業者宛てに受講決定通知を送付し、お知らせします。

なお、申込状況によっては、受講できない場合がありますので、あらかじめ御了承ください。その場合、受講できない方についての通知等はお送りしませんので、こちらもあわせて御了承ください。

9 参加費用・テキスト

研修への参加費用は無料です。ただし、研修テキスト代3,024円（税込）を御用意ください。

研修使用テキスト 『家庭訪問保育の理論と実際 第2版』

（2019年3月15日発行 発行所：中央法規出版株式会社 定価：本体2,800円（税別））

10 修了証書の発行について

(1) 貴事業者の修了者を一覧形式で送付します。（修了・未修了の決定は、東京都が行います。）

(2) 原則として、遅刻・早退等があった場合には（時間の長短にかかわらず）、未修了の扱いとなりますので、御留意ください。

また、公共交通機関の乱れによる遅刻の場合は、必ず遅延証明書を提出してください。

11 研修プログラム

※9:00～受付開始

研修時間	科目	講師
9:10～9:15〔5分〕	受講についての説明	
9:15～11:15〔120分〕	Ⅱ 家庭訪問保育の業務の流れ	子どもの領域研究所所長 尾木まり
11:25～12:55〔90分〕	I 子ども家庭福祉における 家庭訪問保育	元東京家政大学教授 網野武博
12:55～13:05〔10分〕	研修ふりかえりシートの作成	

12 本研修の今年度の実施予定について

第10回以降は、決まり次第お知らせいたします。

令和元年度 東京都ベビーシッター利用支援事業補足研修〔第6回〕

受講申込書

<事業者>

事業者名		（※省略せず、正確に御記入ください。）			
事業者所在地		〒 —			
連絡先	TEL	—	—	FAX	— —

<受講希望者> ※事業者内で優先順位をつけ、上から順にご記入ください。

1	ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日	
	受講申込者氏名								
	受講申込者住所	〒 —							
	連絡先	TEL	—	—	FAX	—	—		
	保有資格	※該当する資格を○で囲んでください ACSA認定ベビーシッター資格 保育士 家庭的保育者 看護師 助産師 保健師							
2	ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日	
	受講申込者氏名								
	受講申込者住所	〒 —							
	連絡先	TEL	—	—	FAX	—	—		
	保有資格	※該当する資格を○で囲んでください ACSA認定ベビーシッター資格 保育士 家庭的保育者 看護師 助産師 保健師							
3	ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日	
	受講申込者氏名								
	受講申込者住所	〒 —							
	連絡先	TEL	—	—	FAX	—	—		
	保有資格	※該当する資格を○で囲んでください ACSA認定ベビーシッター資格 保育士 家庭的保育者 看護師 助産師 保健師							

令和元年度 東京都ベビーシッター利用支援事業補足研修〔第7回〕

受講申込書

<事業者>

事業者名		（※省略せず、正確に御記入ください。）			
事業者所在地		〒 —			
連絡先	TEL	—	—	FAX	— —

<受講希望者> ※事業者内で優先順位をつけ、上から順にご記入ください。

1	ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日
	受講申込者氏名							
	受講申込者住所	〒 —						
	連絡先	TEL	—	—	FAX	—	—	
	保有資格	※該当する資格を○で囲んでください ACSA認定ベビーシッター資格 保育士 家庭的保育者 看護師 助産師 保健師						
2	ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日
	受講申込者氏名							
	受講申込者住所	〒 —						
	連絡先	TEL	—	—	FAX	—	—	
	保有資格	※該当する資格を○で囲んでください ACSA認定ベビーシッター資格 保育士 家庭的保育者 看護師 助産師 保健師						
3	ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日
	受講申込者氏名							
	受講申込者住所	〒 —						
	連絡先	TEL	—	—	FAX	—	—	
	保有資格	※該当する資格を○で囲んでください ACSA認定ベビーシッター資格 保育士 家庭的保育者 看護師 助産師 保健師						

令和元年度 東京都ベビーシッター利用支援事業補足研修〔第8回〕

受講申込書

<事業者>

事業者名		（※省略せず、正確に御記入ください。）			
事業者所在地		〒 —			
連絡先	TEL	—	—	FAX	— —

<受講希望者> ※事業者内で優先順位をつけ、上から順にご記入ください。

1	ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日
	受講申込者氏名							
	受講申込者住所	〒 —						
	連絡先	TEL	—	—	FAX	—	—	
	保有資格	※該当する資格を○で囲んでください ACSA認定ベビーシッター資格 保育士 家庭的保育者 看護師 助産師 保健師						
2	ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日
	受講申込者氏名							
	受講申込者住所	〒 —						
	連絡先	TEL	—	—	FAX	—	—	
	保有資格	※該当する資格を○で囲んでください ACSA認定ベビーシッター資格 保育士 家庭的保育者 看護師 助産師 保健師						
3	ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日
	受講申込者氏名							
	受講申込者住所	〒 —						
	連絡先	TEL	—	—	FAX	—	—	
	保有資格	※該当する資格を○で囲んでください ACSA認定ベビーシッター資格 保育士 家庭的保育者 看護師 助産師 保健師						

令和元年度 東京都ベビーシッター利用支援事業補足研修〔第9回〕

受講申込書

<事業者>

事業者名		（※省略せず、正確に御記入ください。）			
事業者所在地		〒 —			
連絡先	TEL	—	—	FAX	— —

<受講希望者> ※事業者内で優先順位をつけ、上から順にご記入ください。

1	ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日
	受講申込者氏名							
	受講申込者住所	〒 —						
	連絡先	TEL	—	—	FAX	—	—	
	保有資格	※該当する資格を○で囲んでください ACSA認定ベビーシッター資格 保育士 家庭的保育者 看護師 助産師 保健師						
2	ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日
	受講申込者氏名							
	受講申込者住所	〒 —						
	連絡先	TEL	—	—	FAX	—	—	
	保有資格	※該当する資格を○で囲んでください ACSA認定ベビーシッター資格 保育士 家庭的保育者 看護師 助産師 保健師						
3	ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日
	受講申込者氏名							
	受講申込者住所	〒 —						
	連絡先	TEL	—	—	FAX	—	—	
	保有資格	※該当する資格を○で囲んでください ACSA認定ベビーシッター資格 保育士 家庭的保育者 看護師 助産師 保健師						