

平成29年度 介護福祉士ファーストステップ研修実施要綱(領域Ⅰ)

1 目 的

本事業は、平成18年3月に出された全国社会福祉協議会の「介護サービス従事者の研修体系のあり方検討会」最終報告書を受けて計画されたものです。報告書において、ファーストステップ研修修了者を小規模チームのリーダー、初任者等の指導係りと位置づけて居り、日本介護福祉士会では、本研修を生涯研修制度体系で平成28年12月に開始された認定介護福祉士養成研修の前置研修に位置づけています。基礎的な業務に習熟した介護福祉士を対象として、的確な判断、対人理解に基づく、尊厳を支えるケアが実践でき、小規模チームリーダーや初任者等の指導係として、期待できるレベルの職員の養成を目的とし本研修を実施します。

- 2 実施主体 公益社団法人日本介護福祉士会・公益社団法人神奈川県介護福祉士会
- 3 実施期間 平成29年6月～平成29年8月
[集合演習・講義] 平成29年①6月8日(木)・②6月26日(月)・③7月12日(水)
④7月31日(月)・⑤8月15日(火)・⑥8月30日(水)

- 4 会 場 神奈川県介護福祉士会 研修センター
〒231-0002 横浜市中区海岸通 4-23 マリンビル 306

- 5 研修内容 [領域Ⅰ ケア領域] 6教科 88時間(通信40時間を含む)

- 6 受講対象者 介護福祉士の資格取得後2年以上実務に従事した経験を有する者。

- 7 受講定員 30名(受講決定には過去の研修履歴を優先させることがあります)

- 8 受講料 (領域Ⅰ) 会員 40,000円 会員外 60,000円(研修会申込時入会可)

≪注意≫振り込まれた参加費は、定員超過で当会がお断りする以外は返金致しません。

- 9 修了証明書の交付 公益社団法人日本介護福祉士会は、履修科目(領域Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 232時間)を全て修了した受講者に対して、「介護福祉士ファーストステップ研修修了証明書」を交付します。

- 10 申込方法 申込用紙(裏面)に必要事項を記入し **FAX(045-222-6676)**にて
神奈川県介護福祉士会事務局へお申込み下さい。なお、受講決定の方には5/15までに受講決定通知をご自宅に送付致します。

- 11 締め切り日 **平成29年5月10日(水)**

* 希望者少数の場合は中止となる場合もございますのでご了承ください。

- * 問合せ先 公益社団法人神奈川県介護福祉士会事務局
〒231-0002 横浜市中区海岸通 4-23 マリンビル 305
TEL 045-319-6687 FAX 045-222-6676

送信先： 神奈川県介護福祉士会 FAX 045-222-6676

ファーストステップ研修の領域及び時間数について

| 領域（期間） | 総時間 | 科目名 | 時間数 | （課題学習） |
|----------------------------------|-------|----------------------------|-----|--------|
| 「ケア」領域 (平成29年6月~8月) | 88 時間 | (1)利用者の全人性、尊厳の実践的理解と展開 | 16 | (8) |
| | | (2)介護職の倫理の実践的理解と展開 | 16 | (8) |
| | | (3)コミュニケーション技術の応用的な展開 | 16 | (8) |
| | | (4)コミュニケーション技術の応用的な展開(認知症) | 16 | (8) |
| | | (5)ケア場面での気づきと助言 | 24 | (8) |
| 「連携」領域 (平成29年9月~10月) | 48 時間 | (5)家族や地域の支援力の活用と強化 | 16 | (8) |
| | | (6)職種間連携の実践的展開 | 16 | (8) |
| | | (7)観察・記録の的確性とチームケアへの展開 | 16 | (8) |
| 「運営管理基礎」領域 (平成29年11月~平成30年2月) | 96 時間 | (8)チームのまとめ役としてのリーダーシップ | 16 | (8) |
| | | (9)セーフティマネジメント | 16 | (8) |
| | | (10)問題解決のための思考法 | 16 | (8) |
| | | (11)介護職の健康・ストレスの管理 | 16 | (8) |
| | | (12)自職場の分析 | 16 | (8) |
| | | (13)総合学習 | 16 | (8) |
| 合計 | | | 232 | (112) |

平成29年度介護福祉士ファーストステップ°10期（領域I）研修受講申込書

| | | | | |
|--------------|----------------|------------|-------------|-----|
| フリガナ | | | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| 会員番号 | 会員(14-) ・ 会員外 | | | |
| 自宅住所 | (〒 -) | | | |
| | TEL | FAX | | |
| 携帯番号 | | 介護福祉士初任者研修 | 修了・未修了 | |
| 介護福祉士資格登録年月日 | 年 月 日 | | 資格取得後実務経験年数 | 年 |
| 勤務先名 | | | 職種 | |
| | TEL | | | |

※ 非会員の方は介護福祉士の登録証コピーを事務局まで送付してください。