

令和6年度 介護福祉士 ファーストステップ研修要綱（領域Ⅰ ケア）

1. 目的

自職場の分析やチームケアの学習を通して、介護福祉士として自らを振り返り、的確な判断や対人理解に基づく尊厳を支えるケアが実践できるチームリーダーを養成します。

日本介護福祉士会では、本研修を生涯研修制度体系で認定介護福祉士養成研修の前置研修に位置づけており、基本研修及びファーストステップ研修の受講が、認定介護福祉士養成研修の受講要件となります。

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 令和6年6月～9月（領域Ⅰ）

4. 令和6年度ファーストステップ研修（領域Ⅰケア）プログラム

日付	科目名	講師
6月22日（土）	介護職の倫理の実践的理解と展開	神奈川県介護福祉士会 初代会長 田口久美子氏
7月13日（土）	コミュニケーション技術の応用的な展開（認知症）	日本ヒューマンヘルスケア研究所 所長 中村裕子氏
8月4日（日）	利用者の全人的理解、尊厳の実践的理解と展開	鶴巻温泉病院 足立原崇氏
8月18日（日）	コミュニケーション技術の応用的な展開（全体）	QOLアカデミー 辻丸佳代子氏
9月7日（土）	ケア場面での気づきと助言 1	株式会社ツクイ 藤井 恵氏
9月26日（木）	ケア場面での気づきと助言 2	株式会社ツクイ 藤井 恵氏

5. 会場 ウィリング横浜（6/22は127研修室）

〒233-0002 横浜市港南区上大岡西1-6-1 ゆめおおおかオフィスタワー内

6. 研修内容 [領域Ⅰケア] 6教科 88時間（通信40時間を含む）

7. 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。

介護福祉士基本研修（旧初任者）を修了していること。

*介護福祉士基本研修未修了者は、令和6年開催の基本研修を受講してください。

8. 受講定員 12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。また受講生多数の場合は、定員を増やす場合があります）

9. 受講料 （領域Ⅰケア）会員 39,600円 一般 66,000円（研修会申込時入会可）

10. 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、「ファーストステップ研修修了証明書」を交付します。

11. 申込方法 受講料を下記口座に事前にお振込の上、FAX（045-322-6678）、郵送、またはメール（info@kanagawa-accw.org）で事務局までお申し込みください。

<振込先> ゆうちょ銀行（口座番号）00270-5-139924

（名義）公益社団法人神奈川県介護福祉士会

・他金融機関からの振込用口座番号

ゆうちょ銀行 ○二九（支店名）029（店番号）当座0139924

*振込人氏名後に、1文字あけてファーストとつけてください。<例>かがりカゴファースト

12. 申込締切日 令和6年5月15日（水）

<問合せ先> 公益社団法人神奈川県介護福祉士会 事務局

〒221-0825 横浜市神奈川区反町3-17-2神奈川県社会福祉センター内5階

電話 045-319-6687 E-mail info@kanagawa-accw.org

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 令和6年6月～9月	88時間	(1)利用者の全人的理解、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)(6)ケア場面での気づきと助言	24 (8)
「連携」領域 令和6年10月～11月	48時間	(7)家族や地域の支援力の活用と強化	16 (8)
		(8)職種間連携の実践的展開	16 (8)
		(9)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 令和6年12月～ 令和7年3月	96時間	(10)チームのまとめ役としてのリーダーシップ	16 (8)
		(11)セーフティマネジメント	16 (8)
		(12)問題解決のための思考法	16 (8)
		(13)介護職の健康・ストレスの管理	16 (8)
		(14)自職場の分析	16 (8)
		(15)総合学習	16 (8)
合計			232 (112)

令和6年度ファーストステップ（領域Ⅰ）研修受講申込書

フリガナ			
氏名	<input type="checkbox"/> 会員（140） <input type="checkbox"/> 一般		
自宅住所	〒（ ） TEL FAX 携帯番号		
メール			
生年月日	年	月	日
介護福祉士 資格取得年月日	年	月	日
資格取得後 実務経験年数	年		
介護福祉士基本 研修	修了 ・ 未修了		
勤務先名	TEL	職 種	

※一般の方は介護福祉士の登録証コピーを申込書と一緒に事務局まで送付してください。

*5月21日までに研修プログラム及び事前課題等を送付致します。

<注意> 振り込まれた受講料は、当会がお断りする以外は返金致しません。
応募者が一定数に満たない場合は、開催を中止する場合があります。

F A X 0 4 5 - 3 2 2 - 6 6 7 8

