

令和6年度 ファーストステップ研修 開催要綱

職場環境等要件 新加算 「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」の対象研修

1. 目的

本研修では、小規模チームのリーダーや初任者等の指導係りとして任用することが期待できる職員を養成することを目的としています。講義の他、事前・事後課題、グループワークを通じて、①「尊厳を支えるケア」を日常のケアで実行する ②リーダーとしての姿勢・態度や指導方法を身につけることにより、他の介護職員の成長を促し、職場全体の介護の質を向上させる ③介護知識・技術を「根拠・理論」に基づいて再構築し、新人等に効果的な指導を行うことができる職員を目指します。(20年以上の経験者も受講しています。)

介護福祉士制度の見直しで、専門職としてのキャリアアップの仕組みの構築が求められています。今後、認定介護福祉士養成研修受講時、この研修と同等の内容の研修受講が必要とされており、介護福祉士のキャリア形成の第一歩となることが期待されています。

福井県介護福祉士会では、「書ける、話せる、考えられる」介護福祉士の育成に努めます。

2. 主催 (公社)日本介護福祉士会 (一社)福井県介護福祉士会

3. 日程・内容・会場

令和6年5月18日(土)～令和6年3月23日(日) 【全15回】

日程および内容・会場は別紙計画表参照

各科目の詳細は、「ファーストステップ研修ガイドライン」全社協のHPをご覧ください。

4. 対象者 福井県介護福祉士会主催 介護福祉士初任者研修または基本研修を受講された方で

- ①基礎的な業務に習熟した介護職員(介護福祉士資格取得後、2～3年程度以上)
- ②小規模チームのリーダー(ユニットリーダー・サービス提供責任者等)として勤務している方、もしくは任用が期待できる方

5. 受講定員 20名

6. 修了について

- (1)全15回の講義受講に加え、科目ごとに事前レポートと事後レポートを提出することが必要です。(1,500～2,000字程度)
- (2)修了者には、公益社団法人日本介護福祉士会発行の修了証書が授与されます。

7. レポートの提出について

- (1)全科目の事前レポートと事後レポートを締切日までに提出することが本研修の修了要件です。
 - ・事前レポート締切日：各科目の講義開催10日前
 - ・事後レポート締切日：各科目の講義終了1か月後(15回目は別途課題)
- (2)レポートは各科目の講師が評価を行います。評価基準は、A・B・Cで行い、C評価については、再提出の場合もあります。

8. 受講申し込み

- (1) 申込書に必要事項を記入の上、FAXまたは郵送で福井県介護福祉士会事務局にお申し込みください。
- (2) 科目ごと、領域ごとの申し込みはできませんので、ご了承ください。
- (3) 本研修の全科目を修了する期間は、受講開始年から3年間です。

9. 申込締切日 令和6年4月30日(火) 消印有効

10. 受講の決定について

受講決定通知と払込票を5月7日までにお送りいたします。それまでに通知がない場合は事務局までご連絡ください。

受講者が10名未満の場合は、開講できません。

この場合は、5月7日までにお知らせいたします。

11. 受講料 会 員 80,000円 (1科目5,000円×15科目、登録料5,000円)
 一 般 117,500円 (1科目7,500円×15科目、登録料5,000円)

※賛助団体・賛助会員の方も「一般」となります。

12. 支払い方法

- (1) 受講決定通知が到着後、指定の口座に受講料をご入金ください。(手数料はご負担願います)
- (2) 支払い方法は、①一括支払い(5月) ②3回分割払い(5月3万円、7月2.5万円、9月2.5万円) ③7回分割払い(5月2万円、6月～11月各1万円)を選択することができます。
分割払いは会員のみ、受講を取りやめる場合にもその後のお支払いが必要となります。

13. 欠席の取扱いについて

慶弔・病気静養・業務の都合などのためにやむなく欠席となった科目がある場合は、次年度・次々年度に受講することができますが、1科目3,000円の受講料が必要になります。
 また、本年度他県で受講することもできます(交通費・宿泊費は各自、受講料は不要)
 インフルエンザ等の感染症に罹患した場合、感染症拡大お坊のため講義への出席をお断りします。この場合も次年度受講していただくこととなります。

14. お問い合わせ・お申込み先

一般社団法人 福井県介護福祉士会

〒918-8238 福井市和田2丁目2115 コーシンI 103号

TEL 0776-63-5868 FAX 0776-63-5869

担当 松ヶ平(まつがひら)

FAX 0776-63-5869

令和6年度 ファーストステップ研修 申込書

申込日 令和6年 月 日

ふりがな			生年月日	
氏名			昭和	年 月 日
			平成	
参加種別	会員 ・ 一般 ・ 入会希望		会員 番号	介護福祉士会会員の方のみご記入ください。
自宅住所	〒 —			
	携帯番号 — — TEL () —			
メールアドレス	※自宅または勤務先 @			
勤務先名称				
勤務先住所	〒 —			
	TEL () — FAX () —			
職種		経験年数	介護福祉士資格取得後の業務経験年数 をご記入ください。 年	
通知等の送付先	いずれかに○を付けてください。 自宅 ・ 勤務先			
受講料支払	いずれかに○を付けてください。ただし、分割払いは会員のみです。 一括払い 3回払い 7回払い			

※取得する個人情報は、本事業に関するご案内・ご連絡、当会からの情報提供のために利用します。
当会では本研修申込から取得する個人情報を第三者に提供することはありません。

（一社）福井県介護福祉士会

【送付先】 〒918-8238

福井市和田2丁目2115 コーシンI 103

一般社団法人福井県介護福祉士会

TEL 0776-63-5868

FAX 0776-63-5869

事務局 使用欄		
------------	--	--