

令和7年度 介護福祉士を対象とした

受講料
無料

チームリーダー養成研修

平成29年度にまとめられた「介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて」では、一定のキャリアを積んだ介護福祉士を介護職のグループにおけるリーダーとして育成する必要があるとされています。

本研修では、リーダー業務に従事し始めた介護福祉士が、「介護職チーム内のサービスをマネジメントする役割」に関する自らの成長課題とチームの課題を認識し、解決に取り組む意欲を高めるとともに、リーダーとしての悩みを相談しあえる人脈を得ることを目的としています。

主 催	公益社団法人 福岡県介護福祉士会
対 象 者	直接介護をしている介護福祉士で、介護職の小チームリーダー ※法人役員、施設長等管理職、リーダー職就任前の方はご遠慮ください。
日 程	【1日目】令和7年9月6日、【2日目】令和7年10月18日、 【3日目】令和7年11月22日 ※いずれも土曜日、全3日間開催
場 所	福岡県中小企業振興センター(福岡県福岡市博多区吉塚本町 9-15)
定 員	30名 ※申込みが定員を超過した場合は選考となります。
申 込 締 切	令和7年7月10日(木)到着分まで
申 込 方 法	裏面の申込書に必要事項を記載の上、FAXまたは郵便で下記事務局まで お送りください。
そ の 他	・申込み多数時の選考は、3日目カリキュラムに上司がご参加いただける方を優先にし、同一法人からの申込は1名とさせていただきます。 ・受講が決定した方には受講決定通知と事前課題等をお送りいたします。 ・全日程を修了された方には修了証を発行いたします。 ※受講希望者の上司の方へ～カリキュラム 3 日目午後からの発表会にご出席ください。研修期間中の受講者の学びを共有し、日々の実践につなげることをねらいとしています。毎年、行動プラン発表会にご参加いただいた法人様より、受講者の成長がみられるとの感想をいただいています。

【研修内容について、以下ご確認いただきお申し込み手続きをお願いします】

- ・本研修では複数名でのグループワークを行います。各グループには担当講師がついてファシリテーションや面談等を行います。日頃の業務内容等について発言したり、ご自身の考え等を文章化したりするワークが多く、振り返りの機会となります。
- ・現在所属する介護職チームの課題などについて意見交換をしていきますので、直接介護をしている介護福祉士に向けたプログラムです。
- ・研修期間は課題について取り組む行動計画を作成します。所属部署内のご協力をいただくことがあります。
- ・チームの課題や受講者自身の課題等に取り組みます。リーダー等就任前の方よりも現任者向きです。受講を検討される際、上司の方は本人に事前の同意確認をお願いします。
- ・学びの内容が実践につながるよう、受講中は積極的にご参加ください。事前課題や事後課題、研修終了後アンケートがあります。提出期限の厳守にご協力をお願いします。

問合せ
申込先

公益社団法人 福岡県介護福祉士会

〒812-0013 福岡市博多区博多駅東 1-1-16 第2高田ビル2階

TEL: 092-474-7015 FAX: 092-436-5234

本講座は、福岡県の地域医療介護総合確保基金の補助を受け、福岡県介護福祉士会が実施するものです。

令和7年度 介護福祉士を対象としたチームリーダー養成研修

カリキュラム（予定）

日時	内 容	形態
事前課題	○自己紹介&目標設定シート	事前提出
≪1日目≫ 9月6日（土） 9：30～17：00	○チームマネジメントとは（講義） ○私のチームづくりの振り返り（グループワーク） ○チーム作りのポイント（講義） ○改善点に関する相談会（グループワーク） ○行動プランの作成・発表 ☆事後課題あり	集合研修
≪2日目≫ 10月18日（土）	○行動プランの振り返り ○意見交換 ☆事後課題あり	個人面談 1 時間程度
≪3日目≫ 11月22日（土） 9：30～16：00	○実践の振り返り・共有 ○新行動プランの作成 ○新行動プランに関する相談会 ○新行動プラン発表会（上司もご参加ください） ☆修了後アンケートあり	集合研修

※時間等は変更となる場合があります。※事前・事後課題（アンケート）等があります。

公益社団法人 福岡県介護福祉士会 行 FAX：092-436-5234

令和7年度 介護福祉士を対象としたチームリーダー養成研修 申込用紙

事業所情報に関する事項			
法 人 名			
事業所名称			
事業所所在地	〒		
連絡先	TEL：	FAX：	
受講希望者 上司氏名			上司の参加（3日目午後） 参加 ・ 不参加
受講希望者情報に関する事項：受講決定の際に、グループ分けの参考にさせていただきます			
ふりがな	本研修の受講と研修内容（表面）について		
氏 名	本人了承済みの場合チェック⇒ ☐		
現在役割 業務内容 当てはまるもの 全てにチェック してください	職場での役職名 ☐ 主任 ☐ 副主任 ☐ フロアリーダー ☐ ユニットリーダー ☐ その他 []	日頃の業務内容で当てはまるものを全て教えてください ☐ 利用者・入居者への直接対応 ☐ 介護計画作成 ☐ 家族対応 ☐ 職員研修運営 ☐ 新任職員 OJT 担当 ☐ 定期的な職員面談 ☐ 委員会運営 ☐ ケア会議等運営 ☐ 相談等上司への橋渡し ☐ 地域、行政等外部との連絡調整 ☐ 勤務表作成・勤怠管理 ☐ 請求管理 ☐ 物品管理 ☐ その他 []	
現在役割 経 験 年 数	年 ヶ月	介護福祉士 取得後経歴年数	年 ヶ月
メールアドレス （課題提出・連絡用 に 使 用 し ま す）	※添付ファイル（Word・Excel・PDF）が見られるアドレスをご記入ください		
日 中 連 絡 先	TEL		

※受講決定通知文書は勤務先へ郵送します。※カリキュラムの特性上、1日だけの受講はできません。