＜別紙２＞

事 務 連 絡

 障害福祉サービス事業所等管理者 様

 石川県障害保健福祉課

強度行動障害支援者養成研修にかかるファシリテーター募集のお願い

本研修の実施については、今年度は、感染防止を徹底して、基礎の 1 日目をオンライ

ン、基礎の 2 日目と実践を集合で開催する予定にしております。本研修では、演習中にグループに対する指導と記録などを行っていただく人材が必要でありますが、例年ファ

シリテーターの数が不足していることから、ファシリテーターを募集いたしたく、ご協力いただける職員の推薦をお願いいたします。推薦をいただいた中から、募集状況や受講申込状況を勘案し、実際に研修にご協力いただく方に連絡いたします。

ファシリテーターとして研修運営に参加することで、事業所等において強度行動障害にかかる知識の深まりや指導力の向上など人材養成にも繋がります。

実際にファシリテーターとして研修にご協力いただくこととなった職員の事業所については、基礎研修、実践研修における受講者数の調整が必要になった場合には優先的な取り扱いを検討いたします。

なお、募集ファシリテーターの要件は下記のとおりです。

 （募集ファシリテーターの要件）

 ・基礎研修、実践研修いずれも過去に受講済みであること

 ・強度行動障害のある利用者に対する支援実績があること

 ・他の職員に対する指導的役割を経験したことがあること

 ・今年度の基礎研修、実践研修全日程ファシリテーターとして参加できること

※ 事前のオンライン会議への参加もお願いします。ZOOM の ID・PW は別途ご案内７月６日（木）10:00～（基礎研修前） ８月２２日（火）10:00～（実践研修前）

※ 研修終了後に「振り返りシート」の提出もお願いします。

 ・派遣元からの推薦があること

事前会議はオンラインでの参加となりますので、移動に伴う負担や感染リスクの心配はありませんが、ZOOM に入室するためのネット環境が必要となります。

ファシリテーターの推薦が可能な事業者は、別紙に必要事項を記載の上、メール又は

ＦＡＸで ５月３１日（水）までにご連絡願います。

＜本件に関するお問い合わせ先＞

石 川 県 障 害 保 健 福 祉 課 越 野 、 小 林 TEL：076-225-1428

石川県社会福祉協議会福祉総合研修センター 古川、蚊戸 TEL：076-221-1833

**FAX：076-221-1834**

メールアドレス：kenshuu8@isk-shakyo.or.jp

# 強度行動障害支援者養成研修にかかるファシリテーター推薦書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・事業所名  |   |
| 連絡先電話番号  |   |
| 推 薦 者  | 役 職  |   | 氏 名  |   |
| 派遣依頼先(上長)  | 役 職  |   | 氏 名  |   |

被推薦者１

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名  |   | 役 職  |   |
| 研修受講年  | 基礎研修  | H ・ R 年  | 修了証書発行番号  | 第 号  |
| 実践研修  | H ・ R 年  | 修了証書発行番号  | 第 号  |
| 経 験 年 数  |   | 生年月日(和暦)  |   |
| メール アドレス  |   |
| 特 記 事 項  |   |

被推薦者２

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名  |   | 役 職  |   |
| 研修受講年  | 基礎研修  | H ・ R 年  | 修了証書発行番号  | 第 号  |
| 実践研修  | H ・ R 年  | 修了証書発行番号  | 第 号  |
| 経 験 年 数  |   | 生年月日(和暦)  |   |
| メール アドレス  |   |
| 特 記 事 項  |   |

※ 不足する場合は複写して記載してください。

※ 優先承認希望者がいる場合は、申込システムの備考欄にファシリテータとご記入ください。

※ 取得した個人情報は、本研修の運営に係る目的以外では使用いたしません。

（回答締切） ５月３１日（水）

（回答先） 社会福祉法人石川県社会福祉協議会 福祉総合研修センター 蚊戸あて

 FAX：076-221-1834 メールアドレス：kenshuu8@isk-shakyo.or.jp