平成31年度広島県ファシリテーター養成研修応募要領

1　研修の目的

(1) 地域や事業所内における指導的ファシリテーション能力を備えた人材を育成する。

(2) ファシリテーションスキルを身に付けることによって，効果的な研修の実施や現場での実践力を培う。

(3)　相談支援従事者研修等の演習の場を活用して，経験を積むことでファシリテーターとしての実践力の向上を図る。

★ファシリテーションとは…

　日々の会議等で，「意見が出にくい」，「意見は出るがまとまらない」，「もっとみんなの意見を引き出して，

参加意識を高めたい」と感じられることはありませんか？

ファシリテーション（Facilitation 「 facil：ラテン語のeasy」）とは，『容易にする』，『円滑にする』，『スムーズに運ばせる』という意味です。

人々の活動が容易にできるように支援し，上手く運ぶようにするのがファシリテーションです。

中立な立場で，チームのプロセス（議論の流れ）を管理し，チームワークを引き出し（活性化），そのチームの成果が最大になるように支援します。

　ファシリテーション技術を身につけ，繰り返し実践し，参加者が「この会議・話し合いはよかった！」と思える会議にしませんか。

　（この技術を身に付けると…）

　　・相手に発言を促しやすくなる。

・話しの交通整理の方法がわかる。

・話しをまとめることができるようになる。などです。自身のスキルアップに繋がります！

 （一部参考）平成28年度　相談支援従事者指導者養成研修　資料

２　実施主体及び実施機関

実施主体　広島県

　実施機関　社会福祉法人　尾道さつき会

３　日時及び場所，定員

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日　　時 | 場　　所 | 定員 |
| ５月29日（水），５月30日（木）両日共に9:30～16:30（開場9:00　受付9:05から） | 広島県社会福祉協議会 2F　講堂（広島市南区比治山本町 12-2） | 70人 |

４　研修内容

現場で活用できるファシリテーションとその実践方法

５　受講対象者

　この研修の受講を希望する者

※　平成30年度広島県相談支援事業等に係る演習ファシリテーター養成研修修了者を含む。

６　受講料

受講料8,000円（研修1日目の受付時に徴収します。）

７　受講申込み

　　別紙１「受講申込書」に記入の上，８ 申込み及び問合せ先へメール・ＦＡＸ 又は郵送にて申込んでください。

※別紙１「受講申込書」の記載に当たって，氏名漢字や生年月日は間違いのないようにしてください。

※本研修の案内や申込用紙等は，下記アドレス（広島県ＨＰトップページ＞健康・福祉・子育て＞高齢者・障害者等福祉＞障害者支援に関することなら（障害者支援課）＞障害者支援課のページ中，「相談支援従事者及びサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者等の研修内」）に掲載しています。

<https://www.pref.hiroshima.lg.jp> /soshiki/62/facili31.html

※メール申込の方は上記アドレスへアクセスし，メール申込み専用のExcelシート申込書をダウンロードし，入力したExcelシートをメールに添付してください。

８　申込み及び問合せ先

|  |  |
| --- | --- |
| 申込み及び問合せ先 | 申込期限 |
| 社会福祉法人尾道さつき会　研修事務局〒730-0853広島市中区堺町一丁目5－10フローラル茶柱２FTEL：082-275-5445　研修問合せ受付時間：9:00～17:00 | **５月１７日(金)****必着** |
| FAX：082-275-5446FAX番号はお間違えのないようにお願いします。 | web@satukikai.com申込書に入力して，Excel形式　のままメールに添付して送信してください。**[件名：ファシリテーター養成研修申込]** |

９　受講決定

受講の可否は，研修開催１週間前までに実施機関から受講決定通知を送付します。

10　修了証書の交付

所定のカリキュラムの全科目を修了した者に交付します。ただし，受講態度が不良等であり，実施主体が適当でないと判断した者は除きます。

11　その他

(1) 会場には公共交通機関により来場してください。

（2）広島県が実施する相談支援従事者研修，サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修等（以下「相談支援従事者研修等」という。）の演習ファシリテーターとして御協力をお願いすることがあります。

なお，相談支援従事者研修等の演習ファシリテーターに御協力いただく際には，事前勉強会や研修当日のフォロー体制を準備しております。

|  |
| --- |
| （別紙1） |
| 広島県ファシリテーター養成研修受講申込書　　平成　　年　　月　　日 |
| 　　　　広島県健康福祉局長　様 |  |  |
| 　　　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　該当する項目の□に✓してください。 |
| （フリガナ） |  |
| 受講希望者氏　　　名 |  | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　年　　　月　　　日 |
| 障害分野 | □身体　□知的　□精神　□児童 |
| 所属事業所名 |  |
| 所属事業所所在地（連絡先） | 〒　　　　　- | 電話FAX | （　　　　　）　　　　-（　　　　　）　　　　- |
| 事業所の事業種別 | □一般相談支援　□特定相談支援　□障害児相談支援　□療養介護　□生活介護□就労移行支援　□就労継続支援A型　□就労継続支援B型　□自立訓練（機能訓練・生活訓練） □共同生活援助 □児童発達支援センター（医療型含む）□保育所等訪問支援　□福祉型障害児入所施設　□医療型障害児入所施設□児童発達支援事業　□放課後等デイサービス　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 職種 | □相談支援専門員 □サービス管理責任者 □児童発達支援管理責任者□サービス提供責任者 □生活支援員 □ヘルパー □世話人 □職業指導員□就労支援員 □児童指導員 □保育士 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修修了履歴 | 相談支援従事者初任者研修 | 相談支援従事者現任研修（直近） |
| 平成　　　　　年度 | 平成　　　　年度 |
| サービス管理責任者研修 | 児童発達支援管理責任者研修 |
| 平成　　　年度（　　　分野） | 平成　　　年度 |
| ファシリテーター養成研修 |
| 平成　　　　年度 |
| 広島県が実施する相談支援従事者研修等の演習ファシリテーターについて | 　□　経験してみたい。　□　経験したくない。 |

（別紙2）

障害のある受講者の合理的配慮の申出書

研修の受講にあたり，合理的配慮が必要な場合は，下記の項目に必要事項を記入の上，研修受講申込書とともに提出してください。

なお，この申出書を提出された人には，詳細について直接確認を取らせていただく場合があること，申出に対して十分対応しきれない場合もあることを予め御了承ください。

（申込者）

**◎該当する項目を○で囲んでください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人の状況 | （ふりがな） |  |  |  |
| 希望者氏名 |  |  |  |
| 障害分野 | 身体・知的・精神・難病 | 身体・知的・精神・難病 | 身体・知的・精神・難病 |
| 障害の種類 | ・　視覚障害・　聴覚障害・　肢体不自由・　内部障害・　その他（） | ・　視覚障害・　聴覚障害・　肢体不自由・　内部障害・　その他（） | ・　視覚障害・　聴覚障害・　肢体不自由・　内部障害・　その他（） |
| 使用補装具等 | ・　車いす・　電動車いす・　盲導犬・　介助犬・　聴導犬・　その他（） | ・　車いす・　電動車いす・　盲導犬・　介助犬・　聴導犬・　その他（　　　　　　　　） | ・　車いす・　電動車いす・　盲導犬・　介助犬・　聴導犬・　その他（） |
| 介助者の同行 | あり　・　なし（　　　　　　）人 | あり　・　なし（　　　　　　）人 | あり　・　なし（　　　　　　）人 |
| 配慮希望 | 拡大文字資料 | 要 ・ 不要 | 要 ・ 不要 | 要 ・ 不要 |
| 拡大読書器 | 要 ・ 不要 | 要 ・ 不要 | 要 ・ 不要 |
| 電子媒体（ﾃｷｽﾄﾌｧｲﾙ） | 要 ・ 不要 | 要 ・ 不要 | 要 ・ 不要 |
| 点字資料 | 要 ・ 不要 | 要 ・ 不要 | 要 ・ 不要 |
| 要約筆記者 | 要 ・ 不要 | 要 ・ 不要 | 要 ・ 不要 |
| 手話通訳者 | 要 ・ 不要 | 要 ・ 不要 | 要 ・ 不要 |
| その他 |  |  |  |