**高知県災害派遣福祉チーム　令和４年度リーダー研修　開催要項**

１．目的　高知県災害派遣福祉チームの活動内容・方法を理解して、災害時において適切な

福祉的支援を実施できるようチームのリーダーとなる人材を養成する。

２．対象　①～③にすべてあてはまる者

①高知県災害派遣福祉チームのリーダーとなる意欲のある者

②福祉施設・事業所でリーダーなどの業務経験のある者

③高知県災害派遣福祉チーム令和３年度又は令和４年度スキルアップ研修を

受講した者

３．日時　令和４年１２月２日（金）９：２０～１２月３日（土）１６：３０

　※　日程の詳細は、別紙「研修日程表」をご確認ください。

　※　リーダー研修は、災害時の活動について理解して、実際に活動できるようになるため、**図上訓練（シミュレーション訓練）を中心とした内容**になっています。

４．場所　高知城ホール　４階多目的ホール（高知市丸ノ内2丁目1番10号）

５．定員　２０名　　※定員に達し次第締め切ります。

６．受講料　無料

７．受講申込

　　「受講申込書」に必要事項を記入のうえ、ＦＡＸにてお申し込みください。

　【申込期間】令和４年１０月　３日（月）午前９時から

令和４年１０月３１日（月）午後５時まで

　　　【申込先】ＦＡＸ　０８８－８４４－９４４３

　　　　　　　　　社会福祉法人高知県社会福祉協議会　岡本あて

８．持ち物

高知県災害派遣福祉チーム活動マニュアル、ＤＷＡＴファイル、筆記用具

９．問い合わせ

高知県災害福祉支援ネットワーク会議事務局

（社会福祉法人高知県社会福祉協議会　担当　岡本）

〒780-8567 高知市朝倉戊３７５－１

電話：０８８－８４４－４６１１　メール：dwat@pippikochi.or.jp

**高知県災害派遣福祉チーム　令和４年度リーダー研修日程表**

１日目（令和４年１２月２日（金））

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **時　間** | **内容とねらい** | **講　師** |
| 9:00～9:20 | 受付 |  |
| 9:20～9:30 | オリエンテーション | 事務局 |
| 9:30～10:30  （60分） | 講義「活動記録・スクリーニング用紙について」  　①被災地における福祉支援活動の記録のあり方について理解する。  ②避難所での福祉支援活動において必要とされるアセスメント（スクリーニング）用紙の使い方について理解する。 | 東北福祉大学  総合福祉学部  教　授  　都築　光一氏  ほか  ファシリテーター |
| 10:40～12:10  （90分） | 図上訓練・シミュレーション訓練～初動～  　・災害発生から具体的に災害派遣福祉チームを派遣する  初動期について、シミュレーション訓練にて理解する。 |
| 12:10～13:00 | 昼食休憩 |
| 13:00～16:30  （210分） | 図上訓練・シミュレーション訓練～初動～  　・災害派遣福祉チームを派遣する初動期において、派遣  すべき避難所等の見極め等について、シミュレーション  訓練にて理解する。 |

２日目（令和４年１２月３日（土））

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **時　間** | **内容とねらい** | **講　師** |
| 9:00～9:30 | 受付 |  |
| 9:30～11:30  （120分） | 図上訓練・シミュレーション訓練  ～スクリーニング・アセスメント～  　・災害派遣福祉チームが避難所において活動を展開する  にあたって、福祉支援対象者に対するアセスメント等に  ついて、シミュレーション訓練にて理解する。 | 東北福祉大学  総合福祉学部  教　授  　都築　光一氏  ほか  ファシリテーター |
| 11:30～12:30 | 昼食休憩 |
| 12:30～14:30  （120分） | 図上訓練・シミュレーション訓練～カンファレンス等～  ・災害派遣福祉チームが活動を展開するにあたって、福  祉支援活動を行うためのチーム内外のカンファレンス  やミーティングなどについて、シミュレーション訓練に  て理解する。 |
| 14:30～14:40 | 休憩 |
| 14:40～16:10  （90分） | 図上訓練・シミュレーション訓練～引継ぎ～  ・災害派遣福祉チームが活動を後続チームに引き継ぐ際  の具体的な手順についてチーム同士の引き継ぎなどに  ついて、シミュレーション訓練にて理解する。 |
| 16:10～16:30 | まとめ・修了証交付・閉会 |  |

**ＦＡＸ　０８８－８４４－９４４３**

**高知県社会福祉協議会　岡本　行**

高知県災害派遣福祉チーム　令和４年度リーダー研修　受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 福祉施設・事業所でのリーダーなどの業務経験  ※業務経験の年数やリーダー業務の具体的な内容を記載してください。 |  |
|  |
|  |
|  |
| リーダー研修  受講申込動機 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 勤務先所属長の  推薦コメント  ※勤務先の所属長が記載してください。 |  |
|  |
|  |
|  |
| 勤務先名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  所属長役職・氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※所属長の自筆署名のみ有効とします。 |

申込：令和4年10月3日（月）午前9時～令和4年10月31日（月）午後5時