

# 令和5年度 千葉県強度行動障害支援者養成研修

## (第2回基礎研修)

1 目的 強度行動障害を有する者に対し、適切な支援を行う職員の人材育成を目的とする。

2 指定研修事業者 特定非営利活動法人生活サポート千葉

### 3 受講対象者

(1)障害福祉サービス事業所等において、知的障害、精神障害のある児者を支援対象にした業務に従事している者、もしくは今後従事する予定のある者。

(2)基礎研修の2日間受講できる者。

※…居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助、地域相談支援、計画相談支援、移動支援、地域活動支援センター、福祉ホーム、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、障害児入所施設、障害児相談支援

### 4 研修内容

千葉県「強度行動障害支援者養成研修」実施要綱に定めるカリキュラムによる。

※1日目全体研修と2日目圏域研修の2日間受講する。

### 5 研修期間及び研修会場・定員

		日にち	場所	受講定員
1 日 目	全体研修	令和5年 12月1日(金)	千葉県教育会館 大ホール (住所)千葉市中央区中央 4-13-10 受付開始 8:45～ 16:50 終了予定	※定員合計 200名
2 日 目 圏 域 研 修	【A 圏域】 市川・松戸・柏・野田・船橋 ・習志野・八千代	令和5年 12月5日(火)	さわやかちば県民プラザ 大研修室 (住所)柏市柏の葉 4-3-1 受付開始 9:30～ 17:45 終了予定	60名
	【B 圏域】 千葉・印旛・香取・海匝 ・山武	令和5年 12月6日(水)	成田国際文化会館 小ホール (住所)成田市土屋 303 受付開始 9:00～ 17:00 終了予定	80名
	【C 圏域】 市原・君津・木更津・安房 ・夷隅・長生	令和5年 12月6日(水)	ふる里学舎蔵波 (住所)袖ヶ浦市蔵波 3312-1 受付開始 8:45～ 17:00 終了予定	60名

※1日目は全体で講義と演習を行います。2日目は圏域ごとに講義と演習を行います。圏域ごとに受付開始時間及び終了時間が異なりますので、お気を付け下さい。

※昼食は各自ご持参下さい。

※2日目をC圏域で受講される方は、上履きをご持参下さい。

## 6 受講料 20,000円

受講料のお支払いは、受講決定通知が事業所に届いてからお振り込み下さい。

## 7 受講申込

### (1) 申込方法

(別紙)受講申込書」に必要事項を記入し、法人単位でとりまとめの上、郵送して下さい。

※申し込み時点で、法人に所属していない方は個人での申し込みを可とします。

### (2) 必要書類等

#### ① 令和5年度千葉県強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)受講申込書

※1法人で複数人お申し込みする場合は、法人内での優先順位を記載してください。

#### ② 返信用の定形郵便用封筒(角2:A4判用紙が入るサイズ)120円切手を貼付して下さい。

※受講の可否通知に使用します。

※返信先(法人住所・法人名・代表者もしくは担当者氏名)を明記してください(宛名に、「御中」又は「様」と記載して下さい)

## 8 提出期限 **令和5年10月5日(木)(当日消印有効)**

## 9 提出先・問い合わせ

【住 所】〒260-0013 千葉市中央区中央3-15-6 ヤマチョウビル4階

特定非営利活動法人生活サポート千葉 (担当: 緒方)

【連絡先】 TEL: 043-222-0773 FAX: 043-224-5720 E-mail: soudan-kensyu@sschiba.jp

※開所時間は平日8:30~17:30となっております(土日祝日・年末年始休み)

※法人行事やその他の業務等により、担当者が不在の場合があります。

## 10 受講者の決定

受講の可否は、**令和5年11月1日**までに通知予定です。

※申込者が定員を上回った場合は、選考により決定します。(先着順ではありません)

※千葉県内の事業所に所属(予定)する方を優先します。

## 11 修了証の交付等

研修の全過程を修了した者には、修了証書を交付し、「特定非営利活動法人生活サポート千葉」において修了者名簿を作成し管理します。

## 12 研修受講にあたっての注意事項

(1) 次の項目に該当する受講者には修了証書を交付しません。

・自身や所属等の都合により、欠席または30分以上の遅刻・早退・離席があった者

※1回の遅刻等が30分未満であっても、通算で30分を超える場合も同様

※災害や事故等により公共交通機関が遅延した場合は、必ず遅延証明書をご提示下さい

(2) 次の項目に該当する受講者には指導を行い、改善が認められない場合は修了証書を交付しません

・私語・居眠り等著しく受講態度が悪い場合

・研修とは無関係に携帯電話、スマートフォン、タブレット及びPC等を使用した場合

・他の受講者や講師等を一方的に批判、攻撃する等講義・演習の進行を妨げた場合

・演習での発言や役割等を拒否又は放棄した場合

・その他主催者が交付不相当と判断した場合

## 令和5年度 千葉県強度行動障害支援者養成研修(生活サポート千葉)年間予定

- ・それぞれの研修の募集開始日に、千葉県知的障害者福祉協会ホームページ(<http://caid-net.com/>)に募集要項、受講申込書等を掲載いたします。また、千葉県知的障害者福祉協会の会員事業所にはメール配信をいたします。
- ・社会情勢によっては変更や延期、中止となる場合もあります。

### (第1回基礎研修)

※終了

### (第2回基礎研修)

※このご案内のとおりです。

### (第1回実践研修) 受講料 20,000 円

令和5年8月9日 受講者募集開始

令和5年9月8日 受講者募集終了

	日にち	場所	受講定員
1日目	令和5年 11月7日(火)	成田国際文化会館 小ホール	72名
2日目	令和5年 11月10日(金)	成田国際文化会館 国際会議室	

### (第2回実践研修) 受講料 20,000 円

令和5年11月24日 受講者募集開始

令和5年12月22日 受講者募集終了

	日にち	場所	受講定員
1日目	令和6年 2月20日(火)	成田国際文化会館 小ホール	72名
2日目	令和6年 2月21日(水)		

## 令和5年度強度行動障害支援者養成研修における感染症対策について

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、以下の対策を実施するとともに、受講者の皆様のご協力をお願い申し上げます。

- ・ 社会的距離を保つための対策（研修会場の使用条件に応じた受講定員の設定、会場レイアウトの設定）。
- ・ 受付時の検温、アルコール消毒の実施。
- ・ 検温で 37.5℃以上の方、また風邪症状等が見られる方は、出席をご遠慮いただくことがあります。
- ・ 鼻水や咳、発熱、軽い喉の痛み、筋肉痛や体のだるさ（倦怠感）など、風邪のような症状が生じている方のご来場、ご出席は控えていただきますようお願い申し上げます。
- ・ マスクを着用の上、ご来場お願いいたします。研修会場の入り口で検温いたします。
- ・ その他の感染症対策（例：フェイスシールド、ゴム手袋、ゴーグル、除菌シート、アクリルパーテーション等）の準備はございませんので、必要な方はご持参下さいますようお願い申し上げます。

令和5年度 千葉県強度行動障害支援者養成研修(基礎研修) カリキュラム

1日目全体研修 令和5年8月29日(火)、令和5年12月1日(金)

時刻	時間	科目名	内容
8:45~		受付	
9:15~9:20	5	ガイダンス	
9:20 ~10:20	60	【講義】 ・研修の意義	行動障害と虐待防止
	10	休憩	
10:30 ~12:00	90	【講義】 強度行動障害の理解	支援の基本的な考え方 強度行動障害の状態 行動障害が起きる理由 障害特性の理解
	60	昼食休憩	
13:00 ~14:00	60	【演習】 強度行動障害の理解	困っていることの体験
	10	休憩	
14:10 ~15:10	60	【演習】 強度行動障害の理解	困っていることの体験
	10	休憩	
15:20 ~16:50	90	【講義】 支援のアイデア	障害特性に基づいた支援

2日目圏域別 3圏域で実施します。圏域により時間が異なる場合があります。

時刻	時間	科目名	内容
8:45~		受付	演習の説明
9:15 ~10:15	60	【演習】 基本的な情報収集	行動を見る視点
	10	休憩	
10:25 ~11:55	90	【演習】 特性の分析	特性の把握と適切な対応
	60	昼食休憩	
12:55 ~13:55	60	【講義】 チームプレイの基本	チームプレイの必要性
	10	休憩	
14:05 ~15:05	60	【演習】 チームプレイの基本	支援手順書に基づく支援の体験
	10	休憩	
15:15 ~16:15	30×2	【講義】 事業所からの実践報告	2 児童期及び成人期における支援の実際
16:15 ~16:45	60	【講義】 研修の意義	家族の気持ち
16:45 ~17:00	15	まとめ	まとめ 修了証交付

令和5年度 千葉県強度行動障害支援者養成研修(第2回基礎研修)受講申込書

受講希望者	法人名							
	圏域(いずれかに○)	A	B	C				
	受講者順位 (同一法人内で複数いる場合)			位	/		人中	
	ふりがな							
	氏名							
	生年月日	昭和 平成		年		月		日
	所属事業所名							
	(いずれかに○を)	入所施設		共同生活援助		障害児入所施設	その他	
	事業所住所 (個人の方は自宅住所)	〒						
	電話番号・FAX				FAX:			
	事業所メールアドレス							
備考								