

令和4年度

# 鳥取県強度行動障がい支援者養成研修 (実践研修)

**日時：** 令和4年10月6日(木)～7日(金)

**方法：** 全日程、Zoom（複数人で同時参加が可能なビデオ・Web会議アプリの一つ）を使用したオンラインでの双方向型の研修。



**定員：** 40人

**講師：** 強度行動障害支援者養成研修（指導者研修）修了者。または強度行動障害児者支援について深い見識を有している者。

実施主体 鳥取県  
【実施機関】社福）鳥取県厚生事業団

# 強度行動障がい支援者養成研修（実践研修）

## 1 強度行動障害支援者養成研修とは

平成25年度より、強度行動障がい有する人たちに対して適切な支援を行う職員の人材育成を進めることを目的に「強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）」が始まりました。そして翌26年度からは、適切な障がい特性の評価及び支援手順書（＝支援計画シート）の作成ができる職員の人材育成を目的とした、「強度行動障害支援者養成研修（実践研修）」が開始されました。

実践研修は、基礎研修同様、施設系・居住系・訪問系等すべての障害福祉サービス事業所の職員を対象とした研修です。モデル事例を通し、基礎研修で学んだ内容をもとに、支援手順書の作成（とプロセス）を学びます。

### 【研修修了者に期待されること・目標】

- 障がい特性を理解した支援が大切であることを学ぶ（基礎研修修了者）
- チームで取り決めた支援方法を丁寧に実施する大切さを学ぶ（基礎研修修了者）
- 具体的な支援手順書を作成できるようになる（実践研修修了者）
- チームで協力して支援を続けることの大切さを学ぶ（実践研修修了者）
- 利用者を大事にし、職員も孤立しない支援の実現

### 【行動援護従業者養成研修をご希望される方】

※ 行動援護従業者養成研修を修了されたい方は、**同一年度**に基礎研修および実践研修（本研修）を受講する必要があります。**基礎研修は下記の日程で2回開催します。**実践研修（本研修）とあわせて、いずれか一方の日程を受講してください。（基礎研修2日間 + 実践研修2日間 = 計4日間の受講が必要）

- ①第1回 令和4年9月1日（木）～2日（金）
- ②第2回 令和4年9月8日（木）～9日（金）

※ 基礎研修の募集案内は別途送付いたします。受講希望の方は、別途申込みが必要です。

## 2 Zoomを使用したオンライン研修

今年度は、Zoomを使用した研修を行います。Zoomは、パソコンやスマートフォンなどを使って、セミナーやミーティングをオンラインで開催するために開発されたアプリケーションです。研修への参加はとても簡単です。研修主催者（鳥取県厚生事業団）から招待URLまたは、ミーティングIDを受け取ります。指定の時間に、その招待URLをクリックするか、ミーティングIDを入力するだけで、研修に参加できます。



### 【お申込みから受講までの流れ：イメージ】



# プログラム：実践研修

- 当日のプログラム名や順序は変更になる場合があります。
- コロナウイルス感染症等の影響により、研修内容等が変更する可能性があります。

プログラム	時間	科目		
<b>1日目</b> 9:00-17:05				
受付	9:00			
開会	9:30			
プログラム0	9:35	10	講義0	研修のねらい
プログラム1	9:45	120	講義1	支援を組み立てるための基本 ■ 強度行動障害の支援に必要な知識
昼休憩	11:45	50		
プログラム2	12:35	60	演習1	アセスメントの方法 ■ 具体的なアセスメントの方法
休憩	13:35	10		
プログラム3	13:45	120	演習2	アセスメントの方法 ■ 障害特性に基づくアセスメント
休憩	15:45	10		
プログラム4	15:55	60	演習3	手順書の作成 ■ アセスメントに基づく支援手順書の作成（1）
プログラム0	16:55	10	講義0	事務連絡

<b>2日目</b> 9:00-16:15				
プログラム5	9:00	120	演習4	手順書の作成 ■ アセスメントに基づく支援手順書の作成（2）
休憩	11:00	10		
プログラム6	11:10	90	演習5	記録の分析と支援手順書の修正 ■ 記録の方法 ■ 記録の分析と支援手順書の修正
昼休憩	12:40	50		
プログラム7	13:30	60	講義2	組織的なチームアプローチ ■ 組織的なアプローチの重要性
プログラム8	14:30	30	講義3	実践報告 ■ チームによる支援の実際
休憩	15:00	10		
プログラム9	15:10	60	演習6	関係機関との連携 ■ 関係機関（医療機関等）との連携の方法
閉会	16:10			※修了証は、後日発送いたします

# 受講対象者と申込方法

**(赤文字の箇所は重要なポイントですので、特に注意して下さい)**

1. 受講対象者： 次の【1】、【2】、【3】、【4】の要件を全て満たす者

- 【1】 障害福祉サービス事業所等において、知的障がい、精神障がいのある児者を支援対象にした業務に従事している者。
- 【2】 **基礎研修を修了している者（本年度中の修了見込みも可）**
- 【3】 2日間、全ての日程を受講できる者。
- 【4】 Zoomを使用したオンライン研修のため、受講可能な環境が整っている者（下記参照）。

## 【Zoom研修参加に必要な機器】

インターネットに接続できるパソコンのほかにも、タブレット端末でもZoomへの接続は可能です。ただしウェブカメラ、マイク、スピーカーの3機能は必要ですので、下記から必要なものをご確認・ご準備してください。

- インターネットに接続できるパソコンおよびタブレット  
**パソコンの使用を推奨します。**（動画・音声等の正常な動作のため）
- ウェブカメラ ※自分の顔を写すために必要です（マイク内蔵のものが多い）
- ヘッドセット ※イヤホンとマイクが一体になっているものです
- マイク ※自分の声を届けるために必要です（カメラ内蔵型でも可）
- イヤホン、ヘッドホン ※相手の声を聴くために必要です  
※スピーカーでも可



## 【その他の留意事項】

- ※インターネット接続は**有線を推奨**します。（動画・音声の正常な動作のため）
- ※ Zoom研修の受講に際し、通信速度は実測値1.8Mbps安定して出ている場合、概ね快適に作動します。
- ※**グループワークを実施**しますので、**受講者以外の声が入らない環境で受講**してください。
- ※ 研修1回あたり、3~4Gbyteの通信が行われます。**無線で受講の際は、Wi-Fi環境での接続を推奨**します。

2. 申込方法・期限等

- 申込方法 下記のうちいずれかの方法で申し込んでください。
  - ① 申込書による方法  
別紙申込書に必要事項入力の上、メールでお申し込みください（FAX可）。
  - ② 専用申込みフォームによる方法  
下記URLから専用申込みフォームに入って頂き、必要事項を入力してください。  
【鳥取県厚生事業団 HP：研修案内】 [tottori-kousei.jp/kensyu.html](http://tottori-kousei.jp/kensyu.html)
- 期限 **令和4年8月12日（金）17:00必着**

3. 受講料 ￥1,000円（お支払方法：銀行振込）

※ 振込手数料はご負担いただきますようお願いいたします。なお一度納付された受講料は返還いたしません。

4. 受講決定、及び個人情報の取り扱い

- 受講決定者には、①受講決定通知、②基礎研修参加登録入力フォームURL、③受講料振込先、等を**事業所・法人宛にメール**いたします。**令和4年8月19日（金）までに届かない場合は、下記までご連絡ください。**
- 申し込みに係る個人情報は、本研修に関する連絡・名簿等のみに使用し、名簿は鳥取県が管理します。

5. その他

- 原則として、30分以上の遅刻・早退・途中退席は欠席とみなします。又、他受講者に迷惑となる行為が見られた場合は、辞退していただく場合がありますので、ご注意ください。
- システムトラブル、接続の不具合などにより、本研修に参加できなかった場合も、受講料の返還はいたしません。

**【お申し込み及び研修に関するお問い合わせ】**

担当：上田（うえた）

〒689-0201 鳥取県鳥取市伏野2259-43 社会福祉法人鳥取県厚生事業団

Tel 0857-59-6033 Fax 0857-59-6055 Mail [honbu\\_kikaku3@tottori-kousei.jp](mailto:honbu_kikaku3@tottori-kousei.jp)

# 別紙：【実践研修】申込書

MAIL : honbu\_kikaku3@tottori-kousei.jp  
F A X : 0857-59-6055

記項目に必要な事項を記載のうえ、**8月12日（金）17：00必着** で MAIL または FAX でお送りください。

複数人のお申し込みについては、お手数ですが本用紙をコピーしてお申し込みください（1人1枚でお申し込みください）。

**【申込み担当者】** 本申し込みに関する、貴事業所内での担当者をご記入ください。

事業所名			
事業所情報	(〒 - )		
	TEL :	FAX:	
申込み担当者名			

**【受講希望者】** 下記に必要な事項をご記入ください（該当する  に  をしてください）。

(ふりがな)			
氏名			
生年月日	S・H 年 月 日	性別	男・女
メールアドレス	研修に関する情報連絡、Zoomを使用するアドレスを下記にご記入ください。 ① Email（勤務先） : ② Email（Zoom用） :		
研修履歴	<input type="checkbox"/> 基礎研修を今回（R4年度）受講予定 <input type="checkbox"/> 基礎研修を受講済 ① 修了年度：（ 年度） ② 受講した都道府県：（ ）		
直接支援 業務内容	<input type="checkbox"/> ホームヘルプ業務（知的・精神・身体） <input type="checkbox"/> 障害者施設（入所系） <input type="checkbox"/> 障害者施設（通所系） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
配慮事項	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<b>行動障がい有者の方への支援経験等について</b>			
行動障がい有者の方の支援人数 ※いずれかにチェック	<input type="checkbox"/> 経験なし <input type="checkbox"/> 1人～4人 <input type="checkbox"/> 5人～10人 <input type="checkbox"/> 11人以上		
行動障がい有者の方への支援経験年数	年 月（R4.8.1現在）		