

【沖縄県指定研修】

令和7年度【強度行動障害者支援者養成研修】 第1回 基礎研修 募集要項

目的

行動障害を有する者のうち、いわゆる「強度行動障害」を有する者は、自傷、他害行為など、危険を伴う行動を頻回に示すことなどにより、日常生活に困難が生じているため、現状では事業所での受入れが消極的であったり、身体拘束や行動制限などの虐待につながったりする可能性も懸念されるところです。一方、障害特性の理解に基づく適切な支援を行うことにより、強度行動障害が低減し、安定した日常生活を送ることができるとされています。このため、強度行動障害のある方の地域移行及び地域生活に向けた取組として、強度行動障害に係る支援手法の浸透や、適切な支援を行う支援者の育成を目的とする。

【日時】：1日目 令和7年5月24日（土）9：00～17：00

2日目 令和7年5月31日（土）9：00～17：00

（受付け・オリエンテーション・修了式等を含む）

【会場】：社会福祉法人 育成福祉会 よもぎ学園（沖縄県島尻郡南風原町宮平550）

【受講料】：23,520円（消費税・テキスト代込）

【定員】：50名（先着順）

【募集期間】：令和7年4月1日～ ※定員に達した時点で締切となります。

【受講資格】：どなたでも受講できます。

【申込方法】：申込書に必要事項をご記入のうえ、FAXまたは郵送する。

○強度行動障害支援者養成研修（基礎研修カリキュラム）

講義（6.5時間）	
強度行動障害がある者の基本的理解・強度行動障害に関する制度及び支援技術の基礎的な知識	
演習（5.5時間）	
基本的な情報収集と記録の共有・行動障害がある者の固有のコミュニケーションの理解・行動障害の背景にある特性の理解	
合計12時間	※研修の全日程を受講された方に修了証明書を交付致します。

○受講生の声

- ・ロールプレイで実践的に行ってみて情報の収集と記録が大切で共有することでより良い支援に繋がると感じました。
- ・実際に色々支援者・利用者の役を体験してどういう風に動けばいいのか、どういう風に誘導してもらおうと動きやすいのか見えてきた。
- ・体験することで、つまづきや気づきが多く良かった。
- ・支援者だけではなく保護者のお話しが聴けて、2日間の内容が結び付くことがありとても良かったです。

○今後の予定スケジュール

基礎研修【第2回】日時：R7.9.20（土）・9.27（土） 募集期間：R7.8.1～ 会場：(社)育成福祉会 よもぎ学園（予定）
実践研修【第1回】日時：R7.7.12（土）・7.19（土） 募集期間：R7.6.1～ 会場：(社)育成福祉会 よもぎ学園（予定）
【第2回】日時：R7.11.22（土）・11.29（土） 募集期間：R7.10.1～ 会場：(社)育成福祉会 よもぎ学園（予定）

こんな方におススメ!!

- 放課後等デイサービスに従事している方
- 障害者支援施設・障害福祉サービス事業所に従事している方
- 知的障害者（児）の支援に興味をお持ちの方や勉強してみたい方
- 報酬算定要員として活躍してほしいと思っている事業所の方

サポート体制の充実

現場経験豊富な講師がわかりやすく丁寧な講義を行っています。

お申込み方法・お問い合わせはこちらまで

 **沖縄人材カレッジ**
Okinawa Jinzai College

※FAXの無断使用、また突然のご案内となりました。非礼をお詫びいたします。

沖縄県那覇市上之屋1-18-15 アイワテラス2階
TEL:098-943-4161 FAX:050-3673-8734
E-mail:jinzaicollege@eagle.ocn.ne.jp

<振込先> (株)沖縄タイム・エージェンツ

●琉球銀行 樋川支店 普通預金 297272 ●沖縄銀行 曙町支店 普通預金 1570793 ●郵便振替口座 00120-5-722639

研修風景



令和7年度強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)

申込書

FAX:050-3673-8734

申込日 年 月 日

ふりがな			性別	男性 ・ 女性	
氏名			生年月日	年 月 日生 ()歳	
住所	〒 -				
連絡先	電話番号			携帯番号	
メールアドレス					
勤務先関係	事業所名称(法人名を記載ください)				
	〒 -				
	事業所区分	<input type="checkbox"/> 障害入所系 <input type="checkbox"/> 障害訪問系 <input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> 児童デイ <input type="checkbox"/> その他()			
	電話番号			FAX番号	
	経験年数	年 月		請求書送付先	<input type="checkbox"/> 法人宛 <input type="checkbox"/> 個人宛
	強度行動障害者の支援に従事の有無	有 ・ 無		資料の送付先	<input type="checkbox"/> 法人宛 <input type="checkbox"/> 個人宛
①保有資格について該当する箇所にチェックをお願いします。					
<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修					
<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> その他()					
<input type="checkbox"/> 強度行動障害支援者要請研修(基礎研修) ※実践研修を受講される方は修了証も併せて提出ください。					
②研修受講の動機について(該当箇所にチェックをお願いします。複数可)					
<input type="checkbox"/> 障害分野の仕事に関心がある <input type="checkbox"/> 自分のスキルを高めたい <input type="checkbox"/> 障害分野の知識を習得したい <input type="checkbox"/> 家族の援助に活かしたい					
<input type="checkbox"/> その他()					
③今後、各研修についてご興味のある方はチェックをお願いします。(複数可)					
<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修(1号・2号研修)					
<input type="checkbox"/> 介護福祉士国家試験対策講座 <input type="checkbox"/> 同行援護従事者養成研修(一般課程) <input type="checkbox"/> 同行援護従事者養成研修(応用課程)					