

埼玉県強度行動障害支援者養成研修実施要綱

1 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る可能性が懸念されているところです。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知られています。

このため、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強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）及び適切な支援計画を作成することが可能な職員の育成を目的とする強度行動障害支援者養成研修（実践研修）を実施します。

2 実施主体

埼玉県又は埼玉県が指定する事業者とする。

3 研修の内容

（１） 受講対象者

ア 基礎研修

原則として、埼玉県内の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とした業務に従事している者、若しくは今後従事する予定のある者又は障害福祉サービス事業所等の連携医療機関等において治療に当たる医療従事者又は障害福祉サービス事業所等と連携し強度行動障害のある児童生徒の支援に当たる特別支援学校の教師等とする。

なお、特別支援学校の教師等を研修の対象者とする場合、障害福祉サービス事業所等の職員と特別支援学校の教師等が連携して強度行動障害を有する児者の支援に当たる体制づくりを進めることを趣旨としていることから、障害福祉サービス事業所等の職員に加えて特別支援学校の教師等が参加するようにすること。

イ 実践研修

基礎研修を修了した者のうち、原則として、埼玉県内の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、若しくは今後従事する予定のある者又は障害福祉サービス事業所等の連携医療機関等において治療に当たる医療従事者又は障害福祉サービス事業所等と連携し強度行動障害のある児童生徒の支援に当たる特別支援学校の教師等とする。

なお、特別支援学校の教師等を研修の対象者とする場合、障害福祉サービス事業所等の職員と特別支援学校の教師等が連携して強度行動障害を有する児者の支援に当たる体制づくりを進めることを趣旨としていることから、障害福祉サービス事業所等の職員に加えて特別支援学校の教師等が参加するようにすること。

（２） 研修時間

ア 基礎研修 １２時間

イ 実践研修 １２時間

(3) カリキュラム

別紙１「強度行動障害支援者養成研修カリキュラム」のとおり

4 研修の方法

研修は、講義および演習により行うものとする。

5 科目の免除

本研修については、科目免除は適用しない。

6 修了期間

各課程の研修期間については、次のとおりとする。

- (1) 基礎研修の修了認定のための履修期間は、１ヶ月以内とする。ただし、やむを得ない事情がある場合については、２ヶ月以内とする。
- (2) 実践研修の修了認定のための履修期間は、２ヶ月以内とする。ただし、やむを得ない事情がある場合については、４ヶ月以内とする。

7 修了の認定

事業の実施主体は、全科目を履修した者に対して修了の認定を行い、修了の認定を行った者に対して、別記様式による修了証書を交付するものとする。

8 名簿の管理

- (1) 事業の実施主体は、カリキュラムに定める全科目を履修し修了証書を交付する者について、修了証書番号、修了年月日、氏名等必要事項を記載した名簿を作成し、管理するものとする。
- (2) 知事は、事業の実施主体から提出された名簿を適正に管理するものとする。

9 研修の教材

教材は、各課程のカリキュラム内容を網羅し、研修を効果的に実施できるものを使用するものとする。

また、テキストに加え、副読本の活用や視覚教材の活用等を図るものとする。

10 事業者の指定

知事は、埼玉県内において、強度行動障害支援者養成研修について、事業者の指定を行うこととする。

なお、指定について必要な事項は、本要綱に定めるもののほか別途定める。

附 則 この要綱は、平成２８年４月２５日から施行する。

附 則

- １ この要綱は、令和２年１２月２３日から施行し、令和２年４月１日から適用する。
- ２ 改正前の埼玉県強度行動障害支援者養成研修実施要綱（以下「旧要綱」という。）別紙１に定める内容は、改正後の埼玉県強度行動障害支援者養成研修実施要綱（以下「新要綱」という。）別紙１に定める内容にかかわらず、令和３年３月３１日までの間は、その効力を有する。

附 則 この要綱は、令和６年２月２９日から施行し、令和６年４月１日から適用する。

第

号

修了証書

氏 名
生年月日

あなたは、厚生労働省の定めるところにより当該研修事業者が埼玉県知事の指定を受けて行う強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）を修了したことを証します。

年 月 日

指定事業者及び代表者氏名 印

第

号

修了証書

氏 名

生年月日

あなたは、厚生労働省の定めるところにより当該研修事業者が埼玉県知事の指定を受けて行う強度行動障害支援者養成研修（実践研修）を修了したことを証します。

年 月 日

指定事業者及び代表者氏名 印