

県指定研修



行動援護従業者養成研修

知的障がいや精神障がいにより、行動上著しい困難を有する障がい者等であって常時介護を要する者について、当該障がい者等の特性の理解や評価、支援計画シート等の作成および居宅内や外出時における危険を伴う行動を予防、または回避するために必要な援護等に関する知識・技術を習得すると共に、行動援護従業者の資格取得を目的とした研修です。

※行動援護のサービス提供責任者及び従業者の要件における、「介護福祉士や実務者研修修了者等を行動援護従業者養成研修修了者とみなす」という経過措置は、**令和9年3月31日まで延長し、その後廃止。**

●日 時: 令和7年 1日目 **12/1** (月) 10:00~17:00 2日目 **12/9** (火) 10:00~17:00

3日目 **12/17** (水) 10:00~16:30 4日目 **12/22** (月) 10:00~17:30

※遅刻・早退・欠席がなく、全日程を出席された方にのみ行動援護従事者養成研修修了証明書を交付します。

●会 場: 介護労働安定センター奈良支部 講習会場

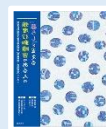
(奈良市大宮町4丁目 266-1 三和大宮ビル 2F)

地図→



●受講料: **23,520 円** 内訳 受講料 20,000 円(税込み)+テキスト代 3,520 円(税込み)

※テキスト「強度行動障害のある人の「暮らし」を支える」中央法規出版(株)



2020.11.20 発行

●定 員: **30 名** (申込順受付)

<行動援護従業者養成研修科目> (講習 10 時間+演習 14 時間=24 時間)

- (講義) 強度行動障害がある者の基本理解に関する講義
- (講義) 強度行動障害に関する制度及び支援技術の基本的な知識に関する講義
- (講義) 強度行動障害のある方へのチーム支援
- (講義) 強度行動障害と生活の組み立て
- (演習) 行動障害がある者の固有のコミュニケーションの理解
- (演習) 基本的な情報収集と記録等の共有
- (演習) 行動障害の背景にある特性の理解
- (演習) 障害特性の理解とアセスメント
- (演習) 環境調整による強度行動障害の支援
- (演習) 記録に基づく支援の評価
- (演習) 危機対応と虐待防止



※厚生労働省の「強度行動障害支援者養成研修」のカリキュラムに準じています。



助成金を活用した場合

経費助成45%(中小企業)

賃金助成760円/1h(中小企業)

※中小企業以外は、経費助成30%、

賃金助成は380円/1h

※所定労働日、所定労働時間に受講し、全日程受講された場合で、申請時期・要件あり。

※**申請は事業主**です。

※支給には研修開始の1ヶ月前までの申請、修了後2ヶ月以内報告、等が必要な他、要件がありますので支給されない場合があります。

※詳細は労働局・助成金センターにお問い合わせください。

【手順1】受講を申し込む

ホームページからもしくは受講申込書の項目全てご記入(入力)の上、メールまたはFAX 等でお申込みください。

FAX の場合は、右記番号あてに本状をFAX してください。(FAX 0742-35-2707)

【手順2】「請求書(振込票付き)」を郵送でお送りいたします。

※注)開催日の2週間前までに請求書が届かない場合は、必ずご連絡ください。

【手順3】「受講料を振込む」請求書に記載の支払期日までに、受講料をお振込みください。お振込をもって受講申込完了となります。

※注)① 振込手数料はお振込人様の負担とさせていただきます。② 振込票の控えをもって領収書に代えさせていただきます。③ 『受講申込書』による申込だけでは受付完了とはなりません。また、お振込後、受講をキャンセルされる場合は、必ず事前にご連絡ください。なお、お申込者様の都合によるキャンセルの場合は、振込手数料を差し引いてのご返金となります。④ お振込みいただいた受講料は、開催決定(令和7年11月14日)以降は、原則として返金致しませんので予めご了承ください。※当センターの都合で開催を中止する場合は、電話等でご本人にご連絡の上、お振込み金額を返金いたします。(この場合の振込手数料は当センターが負担します)



お申込み・問合せ先

公益財団法人介護労働安定センター奈良支部

〒630-8115 奈良市大宮町4丁目 266-1 三和大宮ビル 2F

TEL 0742-35-2701 / FAX 0742-35-2707

E-mail nara@kaigo-center.or.jp 担当者 鈴木

インターネットから

のお申込みはコチラ →



申込日 令和 年 月 日

受講申込書

※受付番号

6

FAX

0742-35-2707

※受付印

※欄は記入しないこと

講習名

行動援護従業者養成研修 (令和7年12月1日・9日・17日・22日)

以下の太線枠をご記入のうえ FAX 願います

受講者氏名	リガナ	年齢	才
法人名		テキスト購入	有 ・ 無
事業所名		メールアドレス	
住所 (送付先)	注) 受講料請求書兼振込票発送先をご記入ください。 〒		
TEL / FAX	TEL () / FAX ()		
複数回・複数名お申込みの場合【受講料のお振込み方法】(希望に○印) ➡ 一括 ・ 各回			
入金確認及び受講通知書 FAX 送信先(希望先に○印) ➡ 勤務先 担当者()様宛 ・ 自宅			
資格取得 (該当するものに☑をつけてください)	福祉・医療分野の経験年数 年 か月 ・ 未経験 介護・福祉・医療分野での取得している資格 ☐初任者研修 ☐実務者研修 ☐介護福祉士 ☐介護支援専門員 ☐看護師 ☐行動援護従業者養成研修 ☐その他 ()		
その他	助成金の活用について伺います。(○をお願いします) 活用予定 ・ 活用予定なし ・ 未定		

◎ご記入いただいた個人情報は、当講座の開催に必要な範囲で使用するほか、当センターの事業のご案内に使用させていただきます。ご提供いただいた個人情報は、当センターの規程に基づき厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。

お申込み・問合せ

公益財団法人介護労働安定センター奈良支部

〒630-8115 奈良市大宮町4丁目266-1 三和大宮ビル2F

TEL 0742-35-2701 / FAX 0742-35-2707

E-mail nara@kaigo-center.or.jp

担当者 鈴木