(様式１)

(令和６年度) 第（1・2）回　強度行動障害支援者養成研修（基礎研修） 受講希望者名簿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生年月日 | 務経経験 | 法人名 | ※職名 | 事業所名 | ※事業所区分 | 所在地 | 電話FAX | テキスト購入の希望 |
| *（フリガナ）**山梨太郎* | *平成 〇年**〇月〇日* | *２年**6 月* | *社会福祉法人**〇〇会* | *２* | *支援センター**○○* | *２* | *〒400-1111**山梨市〇〇町1-2-3* | *0553－XX－XXXX**0553－XX－XXXX* |
|  | 昭和 ・ 平成  年 　 月 日 | 　　　　年月 |  |  |  |  | 〒 |  | 希望する 希望しない |

* 職　　名　　　1 管理者（サービス管理（児童発達支援管理あ）責任者、 　 2 生活支援員（支援員等）、 　3 保育士（児童指導員等）、

４　訪問介護員、　 5 相談支援専門員（介護支援専門員）、 6 その他

※ 事業所区分　　1 入所支援施設、 　 2 生活介護、 　3 共同生活援助、 　 4 児童発達支援（放課後等デイ）、　 5 相談支援、

1. 居宅介護（訪問介護） 7 就労継続（就労移行）、　　　 8 その他
* 受講希望者名簿の情報を基に修了証書を作成しますので、氏名、生年月日等お間違いのないようにご記入ください。

＜受講希望コース＞

※ 希望するコースの優先順位（1～2の数字）を記入してください。

※「第1回」、「第2回」とも「基礎研修」　のみ開催します。

「実践研修」の受講をご希望の方は、

第3回（6月）以降でお申込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| 　優先順位（　　　　） | 優先順位（　　　　） |
| 第1回 | 第2回 |
| 基礎研修 | 基礎研修 |
| ４月２３日（火）４月２４日（水） 　　（２日間） | ５月１４日（火）５月１５日（水）　　（２日間） |

　　　　　　　　※各コースの受講希望者が夫々の受講定員を超えた場合には、第２希望の日程でのご案内となる場合があります。

(様式３)

(令和６年度) 第（1・2）回　強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）再受講（聴講） 希望者名簿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生年月日 | 法人名 | ※職名 | 事業所名 | ※事業所区分 | 所在地 | 電話FAX | テキスト購入の希望 |
| *（フリガナ）**山梨太郎* | *平成 〇年**〇月〇日* | *社会福祉法人**〇〇会* | *２* | *支援センター**○○* | *２* | *〒400-1111**山梨市〇〇町1-2-3* | *0553－XX－XXXX**0553－XX－XXXX* |
|  | 昭和 ・ 平成  年 　 月 日 |  |  |  |  | 〒 |  | 希望する 希望しない |
| 基礎研修修了年月日 | 平成・令和 　　年 　 月 日 | 修了証番号 | 第　　　　　　　　　　号 |  |

* 職　　名　　　1 管理者（サービス管理（児童発達支援管理あ）責任者、 　 2 生活支援員（支援員等）、 　3 保育士（児童指導員等）、

４　訪問介護員、　 5 相談支援専門員（介護支援専門員）、 6 その他

※ 事業所区分　　1 入所支援施設、 　 2 生活介護、 　3 共同生活援助、 　 4 児童発達支援（放課後等デイ）、　 5 相談支援、

1. 居宅介護（訪問介護） 7 就労継続（就労移行）、　　　 8 その他

＜聴講希望コース＞

※ 希望するコースの優先順位（1～2の数字）を記入してください。

※「第1回」、「第2回」とも「基礎研修」　のみ開催します。

「実践研修」の聴講をご希望の方は、

第3回（6月）以降でお申込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| 　優先順位（　　　　） | 優先順位（　　　　） |
| 第1回 | 第2回 |
| 基礎研修 | 基礎研修 |
| ４月２３日（火）４月２４日（水） 　　（２日間） | ５月１４日（火）５月１５日（水）　　（２日間） |

　　　　　　　　　※各コースの希望者が夫々の聴講定員（７名）を超えた場合には、先着順により受付を締切ります。

（別紙）

　　　【受講対象者】

１　障害者支援の実務経験が1年以上ある方。

 （理由）　研修カリキュラム（講義および演習（グループワーク））について、実務経験が１年以上の方を想定した内容となっているため。

２　山梨県内に在住・在勤で、障害福祉サービス・介護・医療に従事している（従事する予定がある）方。

３　重度障害者支援加算の受給要件を満たす為、特に事業所管理者から推薦がある方。

　　　　（令和６年度報酬改定により「重度障害者支援加算」の需給要件が従来のものより変更となっておりますのでご注意ください。）

　　　　（参考）令和６年度障害福祉サービス等報酬改定の概要（案）厚生労働省　より抜粋

　　　　　　　「強度行動障害を有する障害者への支援体制について」（改定）

　　　　　　　　（例）（生活介護・施設入所支援）

・重度障害者支援加算（Ⅱ） 生活支援員のうち20％以上の基礎研修修了者を配置し、区分６かつ行動関連項目10点以上の者に対して、

実践研修修了者が作成した支援計画シート等に基づき個別支援を行った場合　（360単位／日）

・重度障害者支援加算（Ⅲ） 生活支援員のうち20％以上の基礎研修修了者を配置し、区分４以上かつ行動関連項目10点以上の者に対して、

実践研修修了者が作成した支援計画シート等に基づき個別支援を行った場合　（180単位／日）

４　山梨県知的障害者支援協会が定める、新型コロナウイルス等感染防止対策にご協力いただける方。

　　※　ファクシミリ（または郵送）受信後、「申込受信確認書」をお送りします。

送信後、３営業日を過ぎても研修事務局から返信がない場合は、お手数でも研修事務局まで確認のご連絡をお願いいたします。（土・日を除く）

 ※ 受講希望者が定員を大幅に超える場合は、受付期間内であっても受付を締切る場合があります。

　　　　※　上記【受講対象者】３　重度障害者支援加算の受給要件を満たす為、事業所において「生活支援員のうち20％以上の基礎研修修了者を配置」する

　　　　　　ために実務経験が1年未満の生活支援員を配置せざるを得ない場合は、別紙（様式２）「受講推薦書」にてその事情を明記してください。

その場合は、実務経験が1年未満であっても受講対象として認める場合があります。

(様式２)

　 令和６年　　月 　 日

 受講者推薦書

山梨県知的障害者支援協会

会　長　 様

（FAX　０５５３－３４－９２０１）

〒405-0005

 山梨市小原東１３０９－１

 サポートセンターハロハロ一番館　内　　　 法　人　名 ：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名：

次の者を、（令和６年度）強度行動障害支援者養成研修の受講者として推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望者氏名 | （フリガナ） |
| 過去の申込状況(※該当するものに〇) | ・ あり　 ・ なし （今回の申込みが初めて ） | 令和　 年度（第 　回）)を申込んだが受講できなかった。 |
| 障害者支援の実務経験 | 年　　月　　※（実務経験が１年以上の方を受講対象とします。） |
| 推薦理由 | （選考の判断材料とする為、具体的に記入してください）　 |

※ファクシミリ（または郵送）受信後、「申込書受信確認書」をお送りします。

申込後、３営業日を過ぎても返信がない場合はお手数でも研修事務局までご連絡願います。

（土・日を除く）

※令和６年４月１６日（火）までに受講者を決定し、文書にてお知らせします。

（受講者の決定にあたっては、過去の受講状況及び推薦理由等を勘案のうえ決定します。）

※ 受講希望者が定員を大幅に超える場合は、申込受付期間内であっても受付を締切る場があります。