第滋賀県高次脳機能障害支援養成研修実施要綱

（目的）

第１条　本研修は高次脳機能障害者支援に関する専門研修を実施し、より身近な地域で専門的な支援を実施することができる人材を養成することにより、高次脳機能障害者支援の充実を図ることを目的とする。

（実施主体）

第２条　本研修の実施主体は滋賀県とし、事業の全部または一部を適切に実施することができると認められる団体等に委託することができる。

（対象者）

第３条　本研修における対象者は以下の通りとする。

（１）　基礎研修

次の①、②のいずれかに該当し、③を満たす者とする。

①　全ての障害福祉サービスの職員等

②　その他、高次脳機能障害支援に従事する者（医療、介護、保健、福祉、教育、労働、行政等）

③　研修日程の全てについて受講が可能な者

（２）　実践研修

高次脳機能障害支援養成研修　基礎研修　を修了した者

（研修内容）

第４条　本研修の内容は別表のとおりとする。なお、必要に応じて時間数を延長することや必要な科目を追加しても差し支えないものとする。

（登録・修了）

第５条　研修を修了した者は、滋賀県高次脳機能障害支援養成研修登録名簿（登録申請）（別記様式第１号）を知事に申請するものとし、知事はその申請に基づき、「滋賀県高次脳機能障害支援養成研修登録名簿」を作成する。

２　知事は、基礎研修修了者に対し、基礎研修修了証書（別記様式第２号）および携帯用基礎研修修了証書（別記様式第３号）を交付するものとする。

３　知事は、実践研修修了者に対し、実践研修修了証書（別記様式第４号）および携帯用実践研修修了証書（別記様式第５号）を交付するものとする。

（変更届）

第６条　第５条に基づき登録された者は、氏名、所属等に変更があった場合は、変更届（別記様式第６号）を知事に届け出なければならない。

（登録の取消し）

第７条　第５条に基づき登録された者が以下に該当する場合、知事は登録を取り消すものとする。

（１）　本人からの申し出があったとき

（２）　「滋賀県高次脳機能障害支援養成研修」の修了者としてふさわしくない行為があったとき

（庶務）

第８条　本研修に関する庶務は、滋賀県健康医療福祉部障害福祉課において処理する。

（受講者の特例）

第９条　次の各号に掲げる者は各号の研修を修了したものとみなす。

（１）　従前の「滋賀県高次脳機能障害専門相談支援員認証事業実施要綱」に基づく高次脳機能障害専門相談支援員として認証された者は、第４条の別表に掲げる基礎研修の全科目を修了し、第５条第２項における基礎研修修了証書を交付された者とみなす。

（２）　従前の「滋賀県高次脳機能障害専門相談支援員現任者／実務者認証事業実施要綱」に基づく高次脳機能障害専門相談支援員現任者として認証された者は第４条の別表に掲げる実践研修の以下の科目を受講したものとみなす。

〈実践研修〉

Ⅰ　講義

* 障害特性に応じた支援・地域の支援体制
* 多職種連携・地域連携；家族(きょうだい)支援・当事者家族会の活動

Ⅱ　演習

* 障害特性の理解と対応方法

（３）　従前の「滋賀県高次脳機能障害専門相談支援員現任者／実務者認証事業実施要綱」に基づく高次脳機能障害専門相談支援員実務者として認証された者は第４条の別表に掲げる実践研修の以下の科目を受講したものとみなす。

〈実践研修〉

Ⅰ　講義

* 障害特性に応じた支援・地域の支援体制
* 多職種連携・地域連携；家族(きょうだい)支援・当事者家族会の活動

Ⅱ　演習

* 障害特性の理解と対応方法
* 環境調整による支援と規則に基づく支援の評価

（その他）

第10条　この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

付則　　この要綱は、令和６年４月１日から施行する。

別表

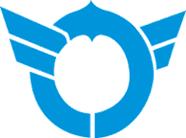
研修内容および研修時間数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修科目 | | 内容 | 時間 |
| 基礎研修 | Ⅰ講義 | * ＳＴＥＰ１ * 高次脳機能障害の基礎理解 * 社会的行動障害の基礎理解とその対応　等 * ＳＴＥＰ２ * 状況や行動の観察 * 状況・症状・状態の整理 * 原因の推察 * 対策 * 仮想事例からの演習１ * 症状と対処法について * 仮想事例からの演習２ * 家族からのことば　等 * ＳＴＥＰ３ * 滋賀県における高次脳機能障害の現状と滋賀県高次脳機能障害支援センターの支援 * 医療機関(リハビリテーション)における高次脳機能障害者への取り組み * むれやま荘の機能と役割 * 滋賀障害者職業センターでの高次脳機能障害者への支援 * 高次脳機能障害友の会しがの役割と活動 * 障害者就業・生活支援センターや基幹相談支援センターにおける高次脳機能障害者の支援　等 * 演習 | 385分 |
| Ⅱ演習 | 460分 |
| 実践研修 | Ⅰ講義 | * 障害特性に応じた支援・地域の支援体制 * 認知症との共通点と相違点 * 発達障害との共通点と相違点 * 小児期における支援 * 長期経過とフォローアップ * 多職種連携・地域連携；チームアプローチの重要性 * 多職種連携・地域連携；家族(きょうだい)支援・当事者家族会の活動 * コミュニケーション支援(地域生活・職場での支援) * 支援の実践的な枠組みと記録 * 自動車運転再開支援評価・手続き | 400分 |
| Ⅱ演習 | * 障害特性の理解と対応方法 * 環境調整による支援と規則に基づく支援の評価 | 360分 |

別記様式第１号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【第　　　　　　　　号】

滋賀県高次脳機能障害支援養成研修登録名簿（登録申請）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 |  | 生年月日 | 年  月　　日 | 男  ・  女 |
| 所属等 | 【法人名】  （住所）〒　　　　—  （電話番号）  　　　　　　　　　―　　　　　　　　　　—  (E-mail)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠  【事業所名】  （住所）〒　　　　—  （電話番号）  　　　　　　　　　―　　　　　　　　　　—  (E-mail)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠  ※登録者に連絡が取れるアドレスを記入してください。 | | | |
| 関連する  主な資格 |  | | | |
| 認証年月日 | 年　　　　月 | | | |
| 関係機関への情報提供の可・否 | 氏名および所属についての情報提供の可否について  （いずれかに○をしてください。）   1. 氏名および所属についてHP等において公開しても良い。   ②　公開不可  他機関より照会があった際に、所属および氏名についての情報提供の可・否について（いずれかに○をしてください。）   1. 氏名および所属について、公開してもよい。 2. 公開不可 | | | |

別記様式第２号

修了証書

○○○○○　様

滋賀県高次脳機能障害支援養成研修実施要綱に基づく

基礎研修を修了したことを証します。

研修カリキュラム：

滋賀県高次脳機能障害支援養成研修　基礎研修

令和○年　○月　○日

滋賀県知事

三日月　大造

別記様式第３号

滋賀県高次脳機能障害支援養成研修　修了者（携帯用）

氏名 ○○○　○○○　様

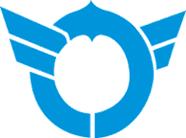
滋賀県高次脳機能障害支援養成研修実施要綱に基づく基礎研修を修了したことを証します。

研修カリキュラム：

滋賀県高次脳機能障害支援養成研修　基礎研修

　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　滋賀県知事　三日月　大造

別記様式第４号

修了証書

○○○○○　様

滋賀県高次脳機能障害支援養成研修実施要綱に基づく

実践研修を修了したことを証します。

研修カリキュラム：

滋賀県高次脳機能障害支援養成研修　実践研修

令和○年　○月　○日

滋賀県知事

三日月　大造

別記様式第５号

滋賀県高次脳機能障害支援養成研修　修了者（携帯用）

氏名 ○○○　○○○　様

滋賀県高次脳機能障害支援養成研修実施要綱に基づく実践研修を修了したことを証します。

研修カリキュラム：

滋賀県高次脳機能障害支援養成研修　実践研修

　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　滋賀県知事　三日月　大造

別記様式第６号

令和　　年　　月　　日

変　更　届

滋賀県知事　　　　　　　　　　　　　　　あて

住　所

氏　名

（自著または押印）

下記のとおり変更があったので届けます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | |
| 変　更　前 | | 変　更　後 |
|  | |  |