

## 令和 7 年度高次脳機能障害支援養成研修実施要綱

### 1 目的

高次脳機能障害についての知識を得ることやその障害特性を理解することで、高次脳機能障害の障害特性に応じた支援を実施できる、障害福祉サービス事業所等に従事する支援者を養成することを目的とする。

※本研修は「高次脳機能障害支援養成研修実施要綱」（令和 6 年 2 月 19 日付け厚生労働省障  
障発 0219 第 1 号、障精発 0219 第 1 号）に基づき実施するものであり、令和 6 年度障害福祉  
サービス等報酬改定において新設された「高次脳機能障害支援体制加算（I）、（II）」及び「高次脳  
機能障害者支援体制加算」の算定要件を満たす研修です。

### 2 実施主体

佐賀県

### 3 対象者

①県内の障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等において高次脳機能障害者の支援に従事する者

②その他、医療機関や行政機関の職員等、本研修の実施機関が認める者

※原則、各事業所 1 名のみとします。

※実践研修は、基礎研修受講者のみが受講できます。

### 4 定員

各 30 名

※定員を超える申し込みがあった場合は、実務経験及び対象者支援の実情等を勘案して受講者を選定させていただきます。

### 5 日時及び会場

コース		期間	会場
基礎編	講義（オンライン）	令和 8 年 2 月 2 日～13 日	講義：オンライン 演習： 佐賀県精神保健福祉センター （小城市小城町 1 7 8－9）
	演習（対面）	令和 8 年 2 月 16 日（月）	
実践編	講義（オンライン）	令和 8 年 2 月 2 日～13 日	
	演習（対面）	令和 8 年 2 月 17 日（火）	

### 6 研修内容

別紙 佐賀県高次脳機能障害支援養成研修プログラムのとおり

### 7 受講料

無料

## 8 受講申込み

令和8年1月23日（金）までに、下記申込フォームから申し込み

<https://logoform.jp/f/TGG9y>



## 9 受講決定

受講の可否は、受講申し込みフォームへ記載されたメールアドレスに通知する。

（令和8年1月30日頃）

## 10 修了証書

受講決定した研修日程すべてを終了した者に、「修了証書」を交付する。また、佐賀県障害福祉課において終了者名簿を作成し管理する。

※ 演習当日の遅刻・早退・欠席等により全て又は一部のカリキュラムを受講できなかった場合は、修了証書を交付できません。

※ 全科目を受講されても、受講態度等によっては修了と認めない場合があります。

## 11 その他留意事項

・研修中の録画・録音・撮影は一切禁止とさせていただきます。

## 12 問い合わせ先

佐賀県障害福祉課 精神保健福祉担当

TEL：0952-25-7064

E-Mail：shougaifukushi@pref.saga.lg.jp