

令和 7 年 5 月 20 日

福祉型障害児入所施設 施設長 殿
障害者支援施設 施設長 殿
生活介護事業所 管理者 殿
共同生活援助事業所 管理者 殿

千葉県発達障害者支援センター
センター長 舘山 聡
(公印省略)

令和 7 年度行動障害者支援サポーター派遣希望先募集について

拝啓 時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。日頃、千葉県発達障害者支援センターの活動にご理解・ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

当センターでは、平成31年4月より発達障害者地域支援マネジャーを配置し、地域の支援体制の構築を行うと共に、行動障害者の支援体制の強化に向け、「行動障害者支援サポーター派遣事業」を実施しております。令和 7 年度も、下記のとおり実施することとなりましたので、派遣を希望される事業所におかれましては、別紙申請書により申込みを行ってください。

記

1. 目的

県内の行動障害者の支援体制の強化に向け、事業所からの依頼に応じて、「強度行動障害のある方の支援者に対する研修」の修了者を行動障害者支援サポーター（以下「サポーター」という。）として派遣し、支援の現状や記録等を確認し、支援への指導・助言等を行う。

2. 事業内容

行動障害のある方の支援に関して、困難事例を有する事業所をサポーターが訪問し、該当利用者の支援状況の確認及び課題検討を行うとともに、支援について指導助言を行う。

派遣受入事業所では、サポーターからの助言を元に、一定期間支援を行い、その結果について次回サポーター訪問時に報告、記録等を提示、再度課題検討を行う。

なお、1回目の訪問には必ず発達障害者地域支援マネジャーが同行し、2回目以降は相談内容等に応じて訪問方法を決定する。

1事業所当たり、訪問回数は原則5回以内とする。

【訪問例】

- 1回目 対象者の支援状況・記録確認、アセスメント実施
(マネジャー同行)
- 2～5回目 サポーターの助言を受けて、定期的に支援計画
(手順)の見直しと実施を繰り返す。



ホームページ事業説明動画

3. サポーター登録者

強度行動障害のある方の支援者に対する研修修了者のうち、本人及び所属長が登録を承諾したもの

4. 派遣対象事業所

次の要件をすべて満たす事業所

- (1)福祉型障害児入所、施設入所支援、生活介護又は共同生活援助等を行う事業所
- (2)行動障害のある利用者の支援に関して困難事例を抱えている事業所
- (3)事業所の支援者がサポーターと共に支援方法の検討を行い、その内容を実践に移し、支援の記録を行うことができる事業所

5. 募集事業所

16事業所(予定)

6. 費用

サポーター派遣に係る事業所の費用負担はありません。

7. 申込み手続き

派遣申込みは随時受け付けていますので、派遣希望事業所は申込書を千葉県発達障害者支援センター宛てに郵送してください。

また、サポーター派遣に関するご相談等は下記問合せ先まで御連絡ください。

8. その他

サポーターの派遣が決定した場合、対象者の保護者に同意をいただく必要があります。
その他、ご不明な点等ございましたら、以下へご連絡ください。

【申込・問合せ先】

千葉県発達障害者支援センター

(担当:発達障害者地域支援マネジャー 田熊)

〒270-1151 我孫子市本町 3-1-2 けやきプラザ 4 階

TEL : 04-7165-2515

FAX : 04-7165-2516

E-mail : cas@mue.biglobe.ne.jp

行動障害者支援サポーター派遣申込書

令和 年 月 日

発達障害者地域支援マネジャー 様

事業所名

所属長職氏名

㊞

次のとおり「行動障害者支援サポーター」の派遣を申請します。

法人名			
事業所名			
事業所住所			
担当者職氏名			
電話番号		E-mail	
施設種別	入所（ 者 ・ 児 ・ 短期 ） 生活介護 共同生活援助 その他（ ）		
対象者の 状況	年齢（ 才）、性別（ ）、自閉症の診断（ 有 ・ 無 ） 行動関連項目(12 項目)の合計点数 （ 点） 困っていること、関わっている事業所種別など []		
その他	生活介護事業所の場合は、対象者の夜間支援の状況（GH・在宅等）を、 共同生活援助事業所の場合は、対象者の日中支援の状況をご記入ください。		