

# 行動援護従業者養成研修事業開催要項

## 社福) 菊愛会 きゃっちぼ～る事業

### 1. 目的

広範多岐にわたる福祉のニーズに対応した障害福祉サービスを提供するために、必要な知識、技能を有する行動援護従業者を養成するため、厚生労働省の定める行動援護従業者養成研修に基づき、熊本県行動援護従業者養成研修として、熊本県知事の指定を受け、「行動援護従業者養成研修～行動援護従業者養成研修課程～通学形式」を実施します。

平成27年度の報酬改定により、行動援護従事者及び同サービス提供責任者、重度障害者支援加算等の必須要件となりましたので、大変重要な研修となります。

**※尚、当研修を受講修了されますと、「強度行動障害支援者養成研修（基礎及び実践研修）」を修了されたものとみなされます。**

### 2. 開催期間

〔第1日目〕平成29年3月12日（日）9：30～18：30（昼食時間1時間）

〔第2日目〕平成29年3月18日（土）9：30～18：30（昼食時間1時間）

〔第3日目〕平成29年3月19日（日）9：00～18：00（昼食時間1時間）

3. 開催会場 菊池市泗水公民館 大研修室  
（菊池市泗水町豊水 3565 番地）

4. 内 容 行動援護従業者養成研修課程 24時間コース（3日間）

5. 受講料 ￥28,000円（テキスト代込み、消費税込み）  
※受講料は途中から講義を欠席しても返却いたしません。  
※受講料は開催前に指定口座に納入していただきます。  
※受講料納入後、受講キャンセルされた場合も返却いたしません。

6. 受講資格 資格要件は特にありません。  
研修受講に意欲のある方、全ての科目を受講できる方。

7. 定 員 60名（応募者多数の場合は、選考いたします。）

### 8. 研修修了の認定

指定したカリキュラムを全て受講された方を修了者として認定し、修了証を発行します。

## 9. 受講申込方法

- ① 本開催要項添付の受講申込書に必要事項を記入の上、社福) 菊愛会 行動援護従業者養成研修事業事務局 (生活介護事業所 すまいる) まで郵送、FAX、又はご持参ください。

住 所 : 〒 8 6 1 - 1 3 0 6

菊池市大琳寺 2 8 8 - 2

社会福祉法人 菊愛会 生活介護事業所 すまいる

行動援護従業者養成研修事務局 (担当 : 芹川・山田)

TEL : 0 9 6 8 - 4 1 - 5 8 5 1

FAX : 0 9 6 8 - 4 1 - 5 8 5 3

- ② 募集期間

平成 2 9 年 2 月 1 日 (水) ~ 平成 2 9 年 2 月 1 6 日 (木)

- ③ 申込締切日

平成 2 9 年 2 月 1 6 日 (木) 1 7 : 0 0 まで

## 10. 受講者決定

応募者多数の場合は、申込者の職種、事業所利用者の状況等を参考に事務局にて選考いたします。また、法人・事業所単位で複数人申し込まれた場合は、別紙添付しております「申し込み優先順位表」を基に選考いたします。選考結果を 2 月 2 1 日頃までに決定し、申込者全員に郵送で通知します。その後、受講決定者には受講決定通知書及び受講案内書を郵送します。

## 11. 主 催

社会福祉法人 菊愛会

行動援護従業者養成研修事業所

指定番号 : 熊本県指令障害第 2 7 号

熊本県菊池市隈府 4 6 9 - 1 0 コムサール 2 F 電算室

## 12. そ の 他

都合により 3 日間 (1 日 8 時間) のハードなスケジュールとなつてしまいましたが、多数のお申し込みよろしくお願い致します。

ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください。

社会福祉法人 菊愛会

行動援護従業者養成研修事務局

生活介護事業所 すまいる

担当 : 芹川・山田

TEL : 0 9 6 8 - 4 1 - 5 8 5 1

FAX : 0 9 6 8 - 4 1 - 5 8 5 3

E-Mail : [smile@kikuaikai.org](mailto:smile@kikuaikai.org)

## 平成28年度行動援護従業者養成研修 プログラム

日時:平成29年3月12日(日)、18日(土)、19日(日)

会場:菊池市泗水公民館「有朋の館」

	時間		プログラム
1 日 目	9:00~9:25	30	受付
	9:25~9:30		オリエンテーション
	9:30~10:30	60	【演習】情報収集とチームプレイの基本
	10:30~11:00	30	【講義】強度行動障害とは
	11:00~12:00	60	【講義】強度行動障がいのある人の生活と支援の実際
	12:00~13:00	60	昼食休憩
	13:00~14:00	60	【講義】構造化
	14:00~16:00	120	【講義】強度行動障害支援の原則
	16:00~18:30	150	【演習】固有のコミュニケーション
2 日 目	9:30~12:00	150	【演習】行動障害の背景にあるもの
	12:00~13:00	60	昼食休憩
	13:00~14:00	60	【講義】支援の基本的な枠組みと記録
	14:00~15:00	60	【講義】強度行動障がいのある人の生活と支援の実際 (家族の思い)
	15:00~17:00	120	【講義】強度行動障害と医療 【講義】強度行動障がいのある人の生活と支援の実際
	17:00~18:30	90	【講義】強度行動障害と制度
3 日 目	9:00~11:30	150	【演習】障害特性とアセスメント
	11:30~12:30	60	昼食休憩
	12:30~16:00	210	【演習】支援の手順書の作成
	16:00~17:00	60	【演習】記録の収集と分析
	17:00~18:00	60	【講義】虐待防止と身体拘束 【演習】危機対応と虐待防止

# 受講申込書

申込日 平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日( 歳)
住所 〒(      -      )			
TEL:			
携帯:			
法人名		所属	
勤務先住所 〒(      -      )			
TEL:		FAX:	
職種		役職	

○下記の事項についてご記入下さい。

1. 資格		取得年月	年 月
		取得年月	年 月
サービス 管理責任者等	介護    地域生活    就労    児発管	サビ管・サビ提・児発管としての勤務	有      無
2. 実務経験		経験なし	
	入所系	年 月	ヶ月
	通所系	年 月	ヶ月
	居宅系	年 月	ヶ月
	相談	年 月	ヶ月
	その他(                      )	年 月	ヶ月
3. 事業所利用者状況について			
	利用者定員 (      )名		
	強度行動障害対象者 (      )名		
※事務局記入欄		※受付日	※受講の可否
		平成 年 月 日	可・否

# 受講申込優先順位

申込者が多数の場合、抽選にて受講者を決定します。そのため、同一法人・同一事業所で複数人申し込みがある場合は受講される職員の方等に優先順位をつけてください。

法人・事業所名 ( )

1	氏名	
2	氏名	
3	氏名	
4	氏名	
5	氏名	
6	氏名	
7	氏名	
8	氏名	
9	氏名	
10	氏名	
11	氏名	
12	氏名	
13	氏名	
14	氏名	
15	氏名	