

社会福祉法人 菊愛会
平成30年度 第1回 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）

募集要項

1. 目的

行動障害を有する者のうち、いわゆる「強度行動障害」を有する者は、自傷、他害行為など、危険を伴う行動を頻回に示すことなどにより、日常生活に困難が生じているため、現状では事業所での受け入れが消極的であったり、身体拘束や行動制限などの虐待につながる可能性も懸念されるところであります。一方、障害特性の理解に基づく支援を行うことにより、強度行動障害が低減し、安定した日常生活を送ることが知られています。

このため、強度行動障害を有する者に対し、適切な支援を行う職員の人材育成を目的とする強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）を実施します。

2. 開催期間

平成30年7月21日（土）・22日（日）

7月21日 9：00～受付

9：30～18：30（休憩時間・昼食時間含）

7月22日 9：30～17：30（休憩時間・昼食時間含）

3. 開催会場

菊池市泗水公民館「有朋の館」（熊本県菊池市泗水町豊水3565番地）

4. 内容

強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）12時間以上

5. 受講料

¥17,000円（テキスト代、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。

※受講料納入後のキャンセルの場合も返却いたしません。

6. 受講資格

原則として、障害福祉サービス事業所等において、知的障害、精神障害のある児者を支援対象にした業務に従事している者、もしくは今後従事する予定のある者であって、研修受講の意欲のある者及び全ての科目を受講できる者といたします。

7. 募集期間

平成30年6月1日（金）から平成30年6月22日（金）

8 定員

60名（応募多数の場合は選考とさせていただきます。）

9. 修了証の交付

指定した研修カリキュラムを全て受講した者を修了者として認定し、修了証を交付いたします。

10. 受講申し込み方法

①申し込み方法

本紙要項添付の申し込み用紙に必要事項を記入の上、社会福祉法人菊愛会本部、又は開催事務局に対し、郵送又はFAX若しくは直接持参等の方法でお申し込み下さい。

②申し込み受付期間

平成30年6月1日（金）から平成30年6月22日（金）まで
（直接持参の場合）

上記の受付期間中の平日の午前8時30分～午後5時30分まで

11. 受講者決定

受講決定の可否を応募者全員に通知します。申込み多数の場合は選考になります。

12. 問合せ先

菊愛会本部：社会福祉法人菊愛会（TEL：0968-41-7805 FAX：0968-41-7020）

開催事務局：生活介護事業所 ほほえみ（TEL：0968-24-9080 FAX：0968-36-9084）

平成30年度 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）
カリキュラム及び日程表

| 日程 | 時間 | 科目 |
|-------------|-------------------|-------------------------------|
| 7/21 (土) | 09:00～09:20 (20) | 受付 |
| | 09:20～09:30 (10) | オリエンテーション |
| | 09:30～10:30 (60) | 【演習】アイスブレイク 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】ご家族からの話 |
| | 12:00～12:50 (50) | 昼食 |
| | 12:50～14:10 (80) | 【演習】強度行動障害と固有のコミュニケーションⅠ |
| | 14:10～15:20 (70) | 【演習】強度行動障害と固有のコミュニケーションⅡ |
| | 15:30～17:30 (120) | 【講義】強度行動障害と医療 |
| | 17:30～18:00 (60) | 【講義】虐待防止と身体拘束 |
| 7/22 (日) | 09:30～12:00 (150) | 【演習】行動障害の背景にあるもの |
| | 12:00～12:50 (50) | 昼食 |
| | 12:50～13:50 (60) | 【講義】構造化 |
| | 13:50～14:30 (40) | 【講義】強度行動障害のある人の生活と支援の実際（実践報告） |
| | 14:30～15:30 (60) | 【講義】強度行動障害支援の原則 |
| | 15:30～17:00 (90) | 【講義】強度行動障害と制度 |

※途中休憩時間含む

※カリキュラムは講師の都合により時間帯が変更になる場合があります。

受講申込書

申込日 平成 年 月 日

| | | | |
|------------------------|--|--------|-----------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 氏 名 | | 男・女 | 年 月 日(歳) |
| 住所 〒(-) | | | |
| TEL: | | | |
| 携帯: | | | |
| 勤務先 | | 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 |
| | | 取得年月 | 年 月 |
| | | 取得年月 | 年 月 |
| | | 取得年月 | 年 月 |
| 2. 実務経験について | | 経験なし | |
| | 入所系 | 年 月 | |
| | 通所系 | 年 月 | |
| | 居宅系 | 年 月 | |
| | 児童 | 年 月 | |
| | 相談 | 年 月 | |
| | その他() | 年 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 |