社会福祉法人菊愛会
２０１９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．開催日

令和元年７月１３日（土）・１４日（日）

３．開催会場

菊池市泗水公民館「有朋の館」　（住所：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金いたしません。

※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金いたしません。

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

令和元年５月２４日（金）から令和元年６月７日（金）までの間

８．定員

６０名（応募者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．受講申込み方法

①申込み方法

本紙要項添付の申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申込みして下さい。

②申込み受付期間

令和元年５月２４日（金）から令和元年６月７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）

〒861-1331　熊本県菊池市隈府 473-15

2019年度　第1回 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）
日程及びカリキュラム

社会福祉法人　菊愛会

日時：令和元年7月13日（土）、14日（日）

会場：菊池市泗水公民館「有朋の館」 大研修室

	時間		プログラム	担当	
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		
	11:00～12:30	90	【講義】強度行動障害と制度		
	12:30～13:30	60	昼食休憩		
	13:30～14:30	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）		
	14:30～15:50	80	【演習】固有のコミュニケーション（Ⅰ）		
	15:50～17:00	70	【演習】固有のコミュニケーション（Ⅱ）		
	17:00～17:40	40	【講義】強度行動障がいのある人の生活と支援の実際（実践報告）		
2日目	9:30～10:30	60	【講義】構造化		
	10:30～12:30	120	【講義】強度行動障害と医療		
	12:30～13:30	60	昼食休憩		
	13:30～16:00	150	【演習】行動障害の背景にあるもの		
	16:00～17:00	60	【講義】支援の基本的な枠組みと記録		
	17:00～17:30	30	【講義】虐待防止と身体拘束		

※カリキュラム日程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。

社会福祉法人　菊愛会　2019年度　第1回　強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）

受　講　申　込　書

申込日　令和元年　　月　　日

フリガナ		性別	生年月日
氏　　名 ※修了証を交付しますので、楷書体で記入してください	※旧字体等の場合には正確にご記入ください	男　・　女	年　　月　　日（　　歳 ※修了証に記載しますのでご記入をお願いします
住所　〒（　　ー　　） TEL： 携帯：			
法人名等		事業所名	
勤務先住所　〒（　　ー　　） （TEL）：　　（FAX）：			
職種		役職（サビ管等含む）	

〇下記の事項についてご記入下さい。

1．資格 （サビ管等含む）		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　　ヶ月
通所系	年　　ヶ月
居宅系	年　　ヶ月
児童	年　　ヶ月
相談	年　　ヶ月
その他（　　）	年　　ヶ月

※現在の勤務先以外にも実務経験がある場合、合計の期間を記入してください。

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

いただいた情報に関しましては、研修に必要な目的以外には使用致しません。個人情報として厳重に保管いたしま

※事務局記入欄	※受　付　日	※受講の可否
	令和元年　　月　　日	可　・　否

申込先：　事務局　生活介護事業所ほほえみ
FAX　0968－36－9084