

社会福祉法人菊愛会
令和6年度 強度行動障害支援者養成研修（実践研修）
開催要項

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した強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）を修了した者に対して、チームで支援するための具体的な方法を立案することのできるより専門性の高い人材を育成するために強度行動障害支援者養成研修（実践研修）を実施します。

2. 開催日

令和6年9月28日（土）・29日（日）

3. 開催会場

総合福祉センター コムサール 2階会議室
〒861-1331 熊本県菊池市隈府 469-10

4. 内容

強度行動障害支援者養成研修（実践研修） 講義・演習合わせて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、今後従事する予定のある者もしくは障害福祉サービス事業所等の連携医療機関等において治療に当たる医療従事者又は障害福祉サービス事業所等と連携し強度行動障害のある児童生徒の支援にあたる特別支援学校の教師等とする。

また、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）を修了した者とする。

7. 募集期間

令和6年8月16日（金）から令和6年8月30日（金）までの間

8. 定員

15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、開催事務局に郵送又はFAX、若しくは直接持参等の方法で申込みをしてください。

②申込み受付期間

令和6年8月16日（金）から令和6年8月30日（金）までの間
（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

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

令和6年度 強度行動障害支援者養成研修(実践研修) 日程及びカリキュラム

社会福祉法人 菊愛会

日時: 令和6年9月28日(土)、29日(日)

会場: 社福)菊愛会 総合福祉センターコムサール 2F会議室

	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		
	9:30~10:00	30	アイスブレイク		
	10:00~12:00	120	【講義1】支援を組み立てるための基本		
	12:00~13:00	60	昼食休憩		
	13:00~14:00	60	【演習1】アセスメントの方法		
	14:00~16:00	120	【演習2】アセスメントの方法		
	16:00~17:00	60	【演習3】手順書の作成		
2 日 目	9:00~11:00	120	【演習4】手順書の作成		
	11:00~12:30	90	【演習5】記録の分析と支援手順書の修正		
	12:30~13:30	60	昼食休憩		
	13:30~14:30	60	【講義2】組織的なアプローチ		
	14:30~15:00	30	【講義3】実践報告		
	15:00~16:00	60	【演習6】危機対応と虐待防止		

受講申込書

申込日：令和 6年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名 <small>※修了証を交付しますので、楷書体で記入してください</small>	<small>※旧字体等の場合には正確にご記入ください</small>	男・女 <small>※○を記入</small>	昭和 平成 年 月 日 (歳) <small>※修了証に記載しますのでご記入をお願いします</small>
住所 〒 ()			
TEL:			
携帯:			
法人名等		事業所名	
勤務先住所 〒 ()			
TEL:			
FAX:			
職種		役職(サビ管等含む)	
○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
<small>※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。</small>			
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		
4. 強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)の受講修了について			
	受講年月日 年 月 日	研修実施機関(
※ 基礎研修を修了していない方は実践研修を受講できません。			
<small>記入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す。</small>			
※事務局記入欄	※受付日		※受講の可否
	令和 年 月 日		可・否