

平成 29 年度強度行動障害支援者養成研修(実践研修)

1 目的

強度行動障害を有する者に対し、適切な支援計画を作成することが可能な職員の育成を目的とする。

2 研修指定事業者 特定非営利活動法人 生活サポート千葉

3 受講対象者

- (1)基礎研修を修了した者のうち、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。
- (3)実践研修の2日間受講できる者。

※…居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助、地域相談支援、計画相談支援、移動支援、地域活動支援センター、福祉ホーム、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、障害児入所施設、障害児相談支援

4 研修内容

千葉県「強度行動障害支援者養成研修」実施要綱に定めるカリキュラムによる

5 研修期間及び研修会場

【実践研修】 1日目 平成30年2月26日(月) 千葉県教育会館501号室
2日目 平成30年2月27日(火) " 501号室
※8:45~受付
〒260-0013 千葉市中央区中央4-13-10
TEL 043-227-6141

6 定員 100名

7 受講料 15,000円

8 受講申込

(1) 申込方法

1事業所1名でお願いします。「(別紙)受講申込書」に必要事項を記入し、法人単位でとりまとめの上、郵送する。

※ 申し込み時点で、法人に所属していない方は個人での申し込みを可とします。

(2) 必要書類等

①「平成29年度千葉県強度行動障害支援者養成研修(実践研修)受講申込書」

※1法人で複数人申し込む場合は、法人内での優先順位を記載してください。

②「平成 26・27・28・29 年度千葉県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）を受けた方は修了証の写し。

③返信用の定形郵便用封筒（角 2：A 4 判用紙が入るサイズ）

※ 受講の可否通知に使用します。

※ 120 円の切手を貼付してください。

※ 返信先（法人住所・法人名・代表者氏名）を明記してください（宛名に、「御中」又は「様」と記載すること）

9 提出期限 平成30年1月12日（金）（必着）

10 提出先・問い合わせ先

〒260-0013

千葉市中央区中央 4-4-10 友美ビル 3 B

特定非営利活動法人生活サポート千葉（担当 吉田）

TEL043-222-0773 fax043-224-5720

11 受講者の決定

受講の可否については、平成30年1月31日（水）までに通知します。

※ 申込者が定員を上回った場合は、選考により決定します。（先着順ではありません）

※ 千葉県内の事業所に所属（予定）する方を優先します。

12 修了証の交付等

研修の全過程を修了した者には、修了証書を交付し、「特定非営利活動法人生活サポート千葉」において修了者名簿を作成し管理します。

2月26日(月)

開始時刻	時間	科目名	内容
8:45～		受付	
9:15～9:20	5	ガイダンス	
9:20 ～9:50	30	【講義】 家族からの提言	行動障害のある子をもつ家族のお話
9:50 ～10:30	40	【講義】 まとめの実践報告①	実践報告例①
	5	休憩	
10:35 ～11:35	60	【演習】 障害特性の理解とプランニング I ①	演習の説明/事例紹介 モデル演習 演習①
	60	昼食休憩	
12:35 ～13:35	60	【演習】 障害特性の理解とプランニング I ②	演習②
	5	休憩	
13:40 ～14:50	70	【演習】 障害特性の理解とプランニング I ③	演習③ まとめ
	5	休憩	
14:55 ～15:35	60	【講義】 まとめの実践報告②	実践報告例②
	5	休憩	
15:40 ～16:40	60	【講義】実践報告 行動障害のある人の生活	『支援実施書』に沿った実践事例

2月27日(火)

開始時刻	時間	科目名	内容
8:45～		受付	
9:20 ～10:15	65	【演習】 記録に基づく支援の評価①	記録の原則と方法 演習①
	5	休憩	
10:30 ～11:55	85	【演習】 記録に基づく支援の評価②	演習② まとめ
	60	昼食休憩	
12:55 ～14:15	80	【演習】 障害特性の理解とプランニング II ①	事例の説明 演習①
	5	休憩	
14:20 ～15:15	55	【演習】 障害特性の理解とプランニング II ②	演習②
	5	休憩	
15:20 ～16:35	75	【演習】 障害特性の理解とプランニング II ③	演習③ まとめ
16:35 ～16:45	10	まとめ	まとめ 修了証交付

平成29年度千葉県強度行動障害支援者養成研修(実践研修)受講申込書

	法人名							
受講希望者	受講者順位 (同一法人内で複数いる場合)		位	/		人中		
	氏名							
	生年月日			年		月		日
	基礎研修修了証書年月日			年		月		日
	所属事業所名							
	事業所住所	〒						
	事業所電話番号							
	事業所メールアドレス							
備考	(手話通訳等が必要な場合や車いす等でお越しになる場合はここに記入してください)							

平成29年度千葉県強度行動障害支援者養成研修(実践研修)受講申込書

	法人名	<small>シャカイ フクシ ホウジン</small> 社会福祉法人ちばけん						
受講希望者	受講者順位 (同一法人内で複数いる場合)	1	位	/	2	人中		
	氏名	<small>チバ ケン タロウ</small> 千葉 県太郎						
	生年月日	昭和	60	年	3	月	4	日
	基礎研修修了証書年月日	平成	29	年	8	月	25	日
	所属事業所名	<small>シャカイ フクシ ホウジン ジギョウショ</small> 社会福祉法人ちばけん事業所						
	事業所住所	〒	260-8667					
		千葉市中央区市場町1-1						
	事業所電話番号	043-223-2335						
事業所メールアドレス	●●@●●							
備考	(手話通訳等が必要な場合や車いす等でお越しになる場合はここに記入してください)							