

令和5年度【強度行動障害者支援者養成研修】基礎研修

募集要項

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ったりする可能性も懸念されるところです。一方、障害特性の理解に基づく適切な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できるとされています。このため、強度行動障害のある方の地域移行及び地域生活に向けた取組として、強度行動障害に係る支援手法の浸透や、適切な支援を行う支援者の育成を目的とする。

【日 時】：1日目 令和5年10月21日(土) 9:00～17:00
2日目 令和5年10月28日(土) 9:00～17:00
(受付け・オリエンテーション・修了式等を含む)

【会 場】：沖縄県総合福祉センター 501研修室 (住所:那覇市首里石嶺4丁目37-1)

【受講料】：23,520円 (内訳:受講料20,000円・テキスト代3,520円)

【定 員】：50名(先着順)

【募集期間】：令和5年9月1日～9月29日(金)まで。 ※定員に達した時点で締切となります。

【受講資格】：どなたでも受講できます。

障害福祉サービス事業所等にて、知的障害・精神障害のある者(児)を支援する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。

【申込方法】：申込書に必要事項をご記入のうえ、FAXまたは郵送する。

○強度行動障害支援者養成研修 (基礎研修カリキュラム)

講義	
強度行動障害がある者の基本的理解	1. 5時間
強度行動障害に関する制度及び支援技術の基礎的な知識	5時間
演習	
基本的な情報収集と記録の共有	1時間
行動障害がある者の固有のコミュニケーションの理解	3時間
行動障害の背景にある特性の理解	1. 5時間
合計	12時間

こんな方におススメ!!

※研修の全日程を受講された方に修了証明書を交付致します。

- 放課後等デイサービスに従事している方
- 障害者支援施設・障害福祉サービス事業所に従事している方
- 知的障害・精神障害者(児)の支援に興味をお持ちの方や勉強してみたい方
- 報酬算定要員として活躍してほしいと思っている事業所の方

使用テキスト(受講料に含む)



サポート体制の充実

沖縄人材カレッジでは現場経験豊富な講師がわかりやすく丁寧な講義を行っています。

お申込み方法・お問い合わせはこちらまで

※FAXの無断使用、また突然のご案内となりました。非礼をお詫びいたします。

 **沖縄人材カレッジ**
Okinawa Jinzai College

沖縄県那覇市上之屋1-18-15 アイワテラス2階
TEL:098-943-4161 FAX:050-3673-8734
E-mail:jinzaicollege@eagle.ocn.ne.jp

<振込先> (株)沖縄タイム・エージェント

●琉球銀行 樋川支店 普通預金 297272 ●沖縄銀行 曙町支店 普通預金 1570793 ●郵便振替口座 00120-5-722639

令和5年度強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)

申込書

FAX:050-3673-8734

申込日: 年 月 日

ふりがな		性別	男性 ・ 女性		
氏名		生年月日	年 月 日生 ()歳		
住所	〒 -				
連絡先	電話番号		携帯番号		
メールアドレス	@				
勤務先	名称(法人名も記載ください)				
	電話番号		FAX番号		
	経験年数	年 月	請求書等送付先	<input type="checkbox"/> 法人宛	<input type="checkbox"/> 個人宛
①保有資格について該当する箇所にチェックをお願いします。					
<input type="checkbox"/> 無資格 <input type="checkbox"/> ヘルパー2級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修					
<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 同行援護従業者(一般) <input type="checkbox"/> 同行援護従業者(応用)					
<input type="checkbox"/> 強度行動障害者支援者養成研修 (基礎研修) ※実践研修を受講される方は修了証も併せて提出ください。					
<input type="checkbox"/> その他()					
②研修受講の動機について(該当箇所は複数可)					
<input type="checkbox"/> 障害分野の仕事に関心がある <input type="checkbox"/> 自分のスキルを高めたい					
<input type="checkbox"/> 障害分野の知識を習得したい <input type="checkbox"/> 家族の援助に活かしたい					
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)					
③研修についての情報はどちらから知りましたか?					
<input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> 弊社ホームページ <input type="checkbox"/> FAX案内 <input type="checkbox"/> 事業所等 <input type="checkbox"/> 求人広告紙					
<input type="checkbox"/> その他()					
④今後、各研修についてご案内をご希望される方はチェックをお願いいたします。(複数可)					
<input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者研修 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引等研修(1号・2号研修) <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修					
<input type="checkbox"/> 介護福祉士国家試験対策講座 <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修(一般課程) <input type="checkbox"/> 同行援護従業者養成研修(応用課程)					