

平成 30 年度 兵庫県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）実施要項

1 目的

行動障害を有する者のうち、生活環境への著しい不適応行動を示す「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ことから、事業所での受入が困難であったり、身体拘束や行動制限などの虐待に繋がる可能性も懸念されています。

一方、障害特性の理解に基づく適切な支援を行うことで、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ことも知られています。

このため、強度行動障害を有する者に対し、適切な支援提供に資することを目的とし、基礎研修を実施します。

2 実施主体

兵庫県の委託を受けて、社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団が実施します。

3 研修対象者

障害福祉サービス事業所等において、強度行動障害を有する児者を支援する業務に従事している者。

4 研修日程・場所

| | 日 時 | 場 所 |
|-------|--|-----------------------------------|
| 第 1 回 | 平成 30 年 9 月 14 日（金） 平成 30 年 9 月 15 日（土） | 福祉のまちづくり研究所 （神戸市西区曙町 1070） |
| 第 2 回 | 平成 30 年 10 月 20 日（土） 平成 30 年 10 月 21 日（日） | |

※日程の選択はできません。受講可能となった方は、いずれか指定する回で受講していただきます。受講決定後でも日程の変更はできませんので、どちらの日程でも受講できる前提でお申込ください。

5 受講定員

240名（第1回：120名・第2回：120名）

6 修了証書の交付

- (1) 全カリキュラムを修了された方には、兵庫県知事の修了証書を交付します。
- (2) 研修最終日に行われる修了式にて手渡しする予定です。

※ 遅刻、早退がある場合や研修受講態度が著しく良くないと判断される場合は、修了証書の発行を行わない場合があります。（9その他（3）参照）

7 受講費用

6,000円

※研修に係る旅費、滞在費等の諸費用については各自で負担願います。

※納入方法については、受講決定者に対して別途お知らせします。

8 申込方法等について

(1) 提出書類

① 平成30年度兵庫県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）受講者推薦及び申込書（様式第1号）

※福祉のまちづくり研究所 研修課のホームページからダウンロードの上、必要事項を記入し、必ず事業所の代表者から推薦を受けてください。

※申込担当者に連絡する場合がありますので必ず明記してください。

② 返信用封筒（長型3号 120mm×235mm） **※必須**

・ 82円切手を貼付（不足がないように確認願います）

・ 宛先住所・宛先氏名・受講者氏名（宛先氏名と同一の場合は不要）を明記

・ 申込書1枚につき返信用封筒1通が必要です。

③ 申込チェックシート（様式第2号）

(2) 申込方法

上記(1)提出書類(申込書・返信用封筒)を様式第2号(チェックシート)とともに郵送で申込んでください。

※ファックス、Eメール等他の方法での申込は一切受け付けません。

※申込書類に不備がないか、必ず確認してください。

※申込書類に不備、空欄のある場合でも受理し、受講選考の対象とします。

※申込書の着・不着の問合せにはお答えしません。

※提出された書類等については返却しません。

(3) 申込締切・申込先

平成30年 7月31日（火） 正午必着

【申込先】 〒651-2181 神戸市西区曙町1070

総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 研修課

（「強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）申込書在中」と朱書き）

9 その他

(1) 本研修の位置付けについて

本研修は、「強度行動障害支援者養成研修事業の実施について（運営要領）」（平成27年3月3日障発0303第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）（以下「通知」という。）に基づき実施する研修です。

通知に基づき、今年度実施予定の、「強度行動障害者養成研修（実践研修）」を受講するためには、本研修を修了している必要があります。

(2) 受講者の決定について

① 申込者多数の場合は、兵庫県下の事業所を優先することとし、申込者の資格要件、実務経験等を考慮したうえで選考を行います。その際、同一事業所からの受講は、1名とする場合があります。

② 選考結果の理由等は一切お答えいたしません。

③ 受講決定後に受講者の変更はできません。

④ 受講の可否につきましては同封の返信用封筒を利用してお知らせします。発送日については、ホームページに掲載しますので、それ以降に不着の場合はご連絡ください。

⑥ 申込用紙に記載された個人情報名簿作成等、研修事業以外の目的には使用しません。（研修における留意事項参照）

⑦ 申込用紙に虚偽の内容を記載された場合は、受講決定後でも決定を取り消す場合があります。

(3) 研修受講にあたっての注意事項

- ① 研修の全科目の講義・演習について修了した場合のみ、修了証書を交付します。
- ② 但し、遅刻、早退がある場合及び研修受講態度が著しく不良な場合（注1）等については修了証書の発行を行わない場合があります。

(注1) ①他の受講者、研修会場に迷惑となる行為
②研修の円滑な実施を妨げる行為（グループワーク等における消極的な態度も含む）
③研修に参加するものとして好ましくない行為（携帯電話等の使用、研修に関係のない行為、居眠り等）
④研修に関するルールを守れない場合（下記（注2）の総合リハビリテーションセンター内の駐車場の無断使用等）

- ③ 総合リハビリテーションセンターへは公共交通機関をご利用ください。当該センターの駐車場は中央病院外来患者、施設来訪者用です。事情によりお車を使用する場合は、必ず近隣の有料駐車場をご利用ください。
- ④ 研修受講にあたり、配慮する必要がある場合は、申込書の所定の欄にその旨ご記入ください。それ以外にも、予め研修主催者に伝達すべきことがあれば、併せてご記入ください。
- ⑤ 福祉のまちづくり研究所 研修課ホームページに掲載している「研修における留意事項」を必ず確認してから申し込みをしてください。

10 お問い合わせ先

○研修内容・申込方法について（祝祭日を除く月～金 9：00～17：00）

〒651-2181 神戸市西区曙町 1070

総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 研修課

【担当】吉田・谷垣 TEL：078-927-2727（代）内線 3712

○事業所種別・加算申請等について（祝祭日を除く月～金 9：00～17：30）

〒650-8567 神戸市中央区下山手通 5-10-1

兵庫県健康福祉部障害福祉局障害福祉課障害政策班

【担当】伊賀 TEL：078-341-7711（代）内線 3002

平成30年度兵庫県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）受講者推薦及び申込書

申込日：平成 年 月 日

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|---|
| 法人名・会社名（設置主体） | | 代表者 職名 氏名 印 | |
| 施設事業所名称 | | 施設事業所住所 〒 電話番号（ ） - 申込担当者氏名 | |
| 事業所種別 （該当番号 に○をつけ て下さい） | 1 居宅介護 2 重度訪問介護 3 行動援護 4 重度障害者等包括支援 5 同行援護 6 短期入所 7 療養介護 8 計画相談・地域移行・地域定着支援 9 生活介護 10 自立訓練 11 就労移行支援 12 就労継続支援 13 施設入所支援 14 共同生活援助 15 福祉型障害児入所施設 16 医療型障害児入所 施設 17 児童発達支援 18 放課後等デイサービス 19 その他（ ） | | |
| 上記施設事業所のこれまでに強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）を修了した者の人数（申込日時点で在籍している者） | | | 名 |
| 受講希望の理由（該当番号の横の空欄に○をつけて下さい） | | | |
| 1 | 施設入所支援事業における重度障害者支援加算のため | | |
| 2 | 短期入所事業における重度障害者支援加算のため | | |
| 3 | 共同生活援助事業における重度障害者支援加算のため | | |
| 4 | 福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設における強度行動障害児支援加算のため | | |
| 5 | 福祉型障害児入所施設における強度行動障害児特別支援加算のため | | |
| 6 | 児童発達支援事業、放課後等デイサービス事業における児童指導員等配置加算のため | | |
| 7 | 相談支援事業所における行動障害支援体制加算のため、実践研修も申込み予定 | | |
| 8 | その他の理由（ ） | | |
| 平成30年度強度行動障害支援者養成研修（実践研修）の受講申込予定 | | あり（ ）人 ・ なし | |

上記理由から下記の者に受講をさせたく推薦いたします

| 受講者氏名 ※氏名は正しい書体で記入願います | 性別 | 同一事業所から複数名推薦時の優先順位 |
|------------------------|--|--------------------|
| フリガナ | 男 ・ 女 | 位/ 人中 |
| 姓 名 | | |
| 生 年 月 日 | 職 種 | 連絡先電話番号 |
| 昭和・平成 年 月 日（ 歳） | | （ ） - |
| 実務経験等 | <input type="radio"/> 現事業所での実務経験 _____年_____月（平成30年7月末日現在） <input type="radio"/> 障害福祉サービス事業所での通算実務経験 _____年_____月（平成30年7月末日現在） <input type="radio"/> 自閉症の支援に携わった経験 有 ・ 無 | |
| 研修受講にあたって配慮すべき事項（○で囲む） | ・手話通訳 ・車椅子用席 ・介助者同行 ・その他（具体的に _____） | |

上記の記載内容に相違ありません。※空白があった場合でもそのまま選考の対象として受理いたします。

（必ず受講者本人が記載内容を確認すること） 受講者氏名： _____ 印
 この申込用紙と返信用封筒（82円切手貼付し宛先住所・氏名・受講者氏名明記）を同封して郵送してください。

兵庫県強度行動障害支援者養成研修にかかる申込チェックシート

各項目を再度確認し、不備がなければ□にチェックを入れ、事業所名、氏名の記入と押印をしてください。

不備があった場合でも受理し、受講選考の対象となりますので、ご注意ください。
同一封筒で、複数名分郵送される場合は、本チェックシートは1枚で構いません。

①申込書に記載漏れ、押印漏れ等はない。

②申込者の氏名（漢字）、生年月日に間違いがない。

③返信用封筒に82円切手を貼り、宛先、受講希望者氏名を記載している。

④返信用封筒が、申込人数分同封されている。

⑤申込書郵送時の料金不足がないようにしている。

研修における留意事項及び申込みにかかる必要な書類内容を確認しましたので、郵送いたします。

平成 年 月 日

事業所名 _____ 申込責任者 _____ 印 _____