

## 平成29年度 熊本県強度行動障害支援者養成研修（実践研修） 受講申込書

**【お申し込みにおける注意事項】**

- ・強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）の修了証書のコピーを添付してください。
- ・本研修の基礎研修を修了した者かつ実践研修を修了した者は、行動援護従業者養成研修を修了したものとみなされます。

平成30年 月 日

ふりがな 受講者氏名			
生年月日	S ・ H	年 月 日	性別 男 ・ 女
事業者名 (法人名)			
事業所名			
事業所指定番号	43 _____		
事業所種別 ※該当するものに○	居宅介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支援、自立訓練、就労移行、就労継続A型、就労継続B型、グループホーム、相談支援、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		
事業所所在地	(〒 _____ ) 住所 TEL _____ FAX _____		
現在の職種 ※1～5のいずれかに○。 ※5の場合、職種名(管理者等)を記載。	1 サービス管理責任者として従事している。 2 児童発達支援管理責任者として従事している。 3 サービス提供責任者として従事している。 4 生活支援員として従事している。 5 その他職種として従事している。(職種名: _____)		
障害福祉サービス事業所等での通算実務経験	年 月 (平成30年1月末現在)	基礎研修 修了履歴	①平成 _____ 年度修了(受講都道府県: _____ ) ※「修了証明書(写し)」を添付してください  ②平成30年1月 受講予定の方 受講番号をご記入ください( _____ ) ※添付の必要はありません。
備考	※障がい等により、特別な措置が必要な方はお知らせください		
<「強度行動障害判定基準表」による事業所利用者の状況> ※別紙、「強度行動障害判定基準表」により、貴事業所利用者全てについて判定を行い、合計点数毎の人数について、記入してください。			
20点以上	_____ 名	15～19点	_____ 名
5～9点	_____ 名	10～14点	_____ 名
		4点以下	_____ 名

**【送付先】**

《郵 送》〒862-0926 熊本市中央区保田窪1-10-38  
 公益財団法人 総合健康推進財団 九州支部 熊本県強度行動障害支援者養成研修 係  
 《F A X》096-386-7127

## 「強度行動障害判定基準表」

番号	行動障害の内容	1点	3点	5点
1	ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	週に1回以上	1日に1回以上	1日中
2	ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回
3	激しいこだわり	週に1回以上	1日に1回以上	1日に頻回
4	激しい器物破損	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回
5	睡眠障害	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
6	食べられないものを口に入れたり、過食、反芻等の食事に関する行動	週に1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
7	排せつに関する強度の障害	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
8	著しい多動	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
9	通常と違う声をあげたり、大声を出す等の行動	ほぼ毎日	1日中	絶えず
10	パニックへの対応が困難			困難
11	他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為があり対応が困難			困難
合計点数 (10点以上が強度行動障害とされています。)		_____点		