

平成30年度 熊本県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修） 受講申込書

平成30年度 熊本県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）について、下記のとおり受講を申し込みます。

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 ※1～4のいずれかに○。 ※4の場合、職種名(生活支援員等)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 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8月末現在)		
<「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		5～9点 _____ 名	
15～19点 _____ 名		4点以下 _____ 名	
10～14点 _____ 名			

送付先：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
〒862-0926 熊本市中央区保田窪1-10-38
FAX 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		

研修運営にあたり、アンケートにご協力ください

強度行動障害の利用者に対する支援や対応方法などで困っている事例・気になる事例を教えてください。
(対象者の年齢や障害特性、行動障害の内容など具体的にご記入ください)