

**平成29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＜第3回＞**

平成29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29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29年9月末現在)		
<p>＜「強度行動障害判定基準表」による事業所利用者の状況＞</p> <p>※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。</p> <p>※該当の利用者がいない場合「0」と記入してください。空白の場合「0名」と判断しますのでご注意ください。</p> <p style="margin-left: 20px;">20点以上 _____ 名</p> <p style="margin-left: 20px;">15～19点 _____ 名</p> <p style="margin-left: 20px;">10～14点 _____ 名</p> <p style="margin-left: 20px;">5～9点 _____ 名</p> <p style="margin-left: 20px;">4点以下 _____ 名</p>			

送付先: 【FAX】096-386-7127

【郵送】〒862-0926 熊本市中央区保田窪1-10-38

(公財)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

「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	排泄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		