

あなたのぱれっとに あたらしい色を加えませんか？

認定NPO法人 ぱれっと

兵庫県指定

後援 社会福祉法人 明桜会



## 行動援護従業者養成研修

### ご 案 内

研修内容	行動援護従業者養成研修
受講資格	<ul style="list-style-type: none"><li>今後、障害者の行動援護に従事することを希望される方</li><li>すでに従事することが確定している方</li><li>すでに従事されている方</li><li>障害福祉に関わる予定のある方</li></ul>
研 修 日	令和6年 7月 6日(土) 9:00~16:30 7月 7日(日) 9:00~16:30 7月 14日(日) 9:00~16:00 7月 20日(土) 9:00~17:00 4日間
研修会場	社会福祉法人明桜会 サポートセンター翔(はばたき) (明石市魚住町長坂寺740) JR魚住駅より徒歩15分 ※新型コロナウイルス感染症等の影響により、デイサービスぱれっと(神戸市西区枝吉4-86-1)への場所変更やオンライン(ZOOM)での研修に変更になる可能性がありますのであらかじめご了承の上お申し込み下さい。
募集人員	30名(原則先着順とします。)
受講料 支払方法	20,000円 ※費用は受講決定後、振込用紙をお送りしますので期日までにお振込 いただくようになります。
申込方法	別紙申込用紙にご記入の上、郵送又はFAXで下記までお申込み下さい 折り返し事業所よりご案内差し上げます。
申込締切	令和6年6月21日(金) 必着
申 込 先	〒651-2133 神戸市西区枝吉4丁目86-1 認定NPO法人 ぱれっと (担当 川田) TEL (078) 927-6570 FAX (078) 920-1114
注意事項	<ul style="list-style-type: none"><li>全ての科目の受講及び演習を修了された方に修了証を交付します。</li><li>補講は原則行いません。欠席のないようお願いします。</li></ul>

**強度行動障害支援者研修等で講師を務める講師陣を中心に皆様にお教えいたします！  
強度行動障害支援者養成研修の実践研修にも相当する研修になります！**

## 行動援護従業者養成研修課程

7月6日 (日)	8:30~9:30	受付 8:30~9:00 オリエンテーション 9:00~9:30
	9:30~10:30 (1h)	・強度行動援護障害がある者の基本的理解 (知的障害)
	10:45~11:45 (1h)	・基本的な情報収集と記録等の共有に関する演習
	12:45~14:15 (1.5h)	・行動障害の背景にある特性の理解に関する演習
	14:30~15:00 (0.5h)	・強度行動障害と生活の組み立てに関する講義
	15:00~16:30 (1.5h)	・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 (知的障害) (上記の内支援技術の基礎的な知識①)
7月7日 (日)	9:00~11:00 (2h)	・強度行動障害がある者へのチーム支援の講義 (知的障害)
	11:15~12:15 (1h)	・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 (知的障害) (上記の内支援技術の基礎的な知識②)
	13:15~14:45 (1.5h)	
15:00~16:30 (3h)	・記録に基づく支援の評価に関する演習	
7月14日 (日)	9:00~12:00 (3h)	・障害特性の理解とアセスメントに関する演習
	13:00~16:00 (3h)	・環境調整による強度行動障害の支援に関する演習
7月20日 (土)	9:00~12:00 (3h)	・行動障害がある者の固有のコミュニケーションの理解に関する演習
	13:00~13:30 (0.5h)	・強度行動援護障害がある者の基本的理解 (精神障害)
	13:30~14:30 (1h)	・強度行動障害がある者へのチーム支援の講義 (精神障害)
	14:45~15:45 (1.0h)	・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 (知的障害) (上記の内制度にかかること)
	15:45~16:45 (1.0h)	・危機対応と虐待防止に関する演習
	16:45~17:00	・修了式



FAX(078)927-6566

郵送 〒651-2133

TEL(078)927-6570

神戸市西区枝吉4丁目86-1

認定NPO法人 ぱれっと 宛

認定NPO法人 ぱれっと 行動援護従業者養成研修

### 受講申込書

申込年月日	令和 6年 月 日		
フリガナ 氏 名	性別	男 ・ 女	
	生年月日	昭平	年 月 日
住 所  (ご自宅住所で お願いします) 勤務先不可	〒		
	E-mail	@	
	TEL ( )	-	
	FAX ( )	-	
勤 務 先 事 業 所 名			
	TEL ( )	-	
お持ちの資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー 級 <input type="checkbox"/> 初任者研修 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
経 験 (施設 病院等)	<input type="checkbox"/> 知的障害者 発達障害者 の支援等 ( 年)		
	<input type="checkbox"/> 精神障害者 の支援等 ( 年)		
	<input type="checkbox"/> その他 ( 年)		
受講の動機 目的 理由			
注意事項	修了者の名簿等は事業所管理となりますが、兵庫県への届出は必要です のでご承知ください。		
質問あれば ご記入ください			

この申込みを上記 FAX もしくは郵送でお送りください。

お申込みいただいた方に案内を上記の住所にお送りしますのでご確認ください。

※ FAX 郵送 どちらでもかまいませんが、6月24日必着とします。

申込をして1週間経過しても事務局より連絡が無ければお電話下さい。(確認のため)