

令和7年度 福島県強度行動障害支援者養成研修（実践研修）募集要項

1 目的

強度行動障害を有するものに対し、適切な障害特性の評価及び支援計画の作成ができる職員の人材育成を目的とする

2 主催

特定非営利活動法人 わくわくネットいわき

3 後援

福島県知的障害者福祉協会（予定）

福島県社会福祉協議会（予定）

4 受講対象者

強度行動障害支援者養成研修 基礎研修修了者

5 定員

30名

6 日程

令和7年11月21日（金）9:00～16:50

令和7年11月22日（土）8:45～16:30

7 会場

児童発達支援センター わくわくキッズ

いわき市平上神谷字反町13-1

TEL 0246-38-9406

8 研修内容

講義（3.5時間）＋演習（8.5時間）

合計 12時間

※この研修は、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修課程）として福島県知事の指定を受けたものです

9 カリキュラム

別表1ー(2)プログラム参照

※今後の調整状況により、研修内容の一部を変更する場合があります

10 受講料等

受講料 15,000円

テキスト代 3,520円（税込）

【強度行動障害のある人の「暮らし」を支える】

発行：中央法規出版

※テキストは別紙申込書にて各自ご購入下さい

11 修了証書の交付等

すべての科目を受講されることを修了証書交付の条件とします。ご都合を調整のうえご参加ください。

12 受講申し込み・受講料納入方法

申込書を記入の上、基礎研修の修了証を添えてFAX

または郵送で事務局までお送り下さい。受講が決定した方には決定通知書を送付します。受講料の入金方法等については決定通知書に記載しますのでご確認ください。

13 申込み受付期間

令和7年11月4日（火）～令和7年11月14日（金）

※定員になり次第締め切ります

15 申込み及び問い合わせ先（事務局）

特定非営利活動法人 わくわくネットいわき

セカンドハウスわくわく

〒970-8028 いわき市平上神谷字神谷分22-1

TEL 0246-57-0255

FAX 0246-57-0256

受付時間 9:00～18:00（月～金）

担当：渡邊タイ子

令和7年度 福島県強度行動障害支援者養成研修(実践研修)

研修プログラム

令和7年11月21日(金)

時 間		科 目	内 容 等
9:00-9:20		受付	
9:20-9:30	10	開校式	
9:30-11:30	120	講義1 支援を組み立てるための基本	強度行動障害の支援に必要な知識
11:30-12:30	60	昼 食 ・ 休 憩	
12:30-13:30	60	演習1 アセスメントの方法	具体的なアセスメントの方法
13:30-13:40	10	休 憩	
13:40-15:40	120	演習2 アセスメントの方法	障害特性に基づくアセスメント
15:40-15:50	10	休 憩	
15:50-16:50	60	演習3 手順書の作成	アセスメントに基づく支援手順書の作成(1)

令和7年11月22日(土)

8:45-9:00		受付	
9:00-11:00	120	演習4 手順書の作成	アセスメントに基づく支援手順書の作成(2)
11:00-11:10	10	休 憩	
11:10-12:40	90	演習5 記録の分析と支援手順書の修正	記録の方法 記録の分析と支援手順書の修正
12:40-13:40	60	昼 食 ・ 休 憩	
13:40-14:40	60	講義2 組織的なアプローチ	組織的なアプローチの重要性
14:40-14:50	10	休 憩	
14:50-15:20	30	講義3 実践報告	チームによる支援の実際
15:20-15:30	10	休 憩	
15:30-16:30	60	演習6 関係機関との連携	関係機関(医療機関等)との連携の方法

令和 年 月 日

特定非営利活動法人わくわくネットいわき 行

令和7年度 福島県強度行動障害支援者養成研修(実践研修)受講申込書

このことについて、下記のとおり受講を希望します。

記

フリガナ		性別	生 年 月 日	
受講者氏名		男・女	昭和・平成	年 月 日 (才)
受講者住所	〒 — TEL () FAX ()			
勤務先名				
職 種 名				
勤務先住所	〒 — TEL () FAX ()			
郵 送 先	自宅 ・ 勤務先 (どちらかに○をつけてください)			
領収証書	無記入の場合は個人名で発行します。 希望があればご記入下さい。()			
実務経験	現事業所での 勤務年数 障がい児(者)支 援の通算勤務年 数	年 月 年 月	※令和7年10月31日時点	
資 格				

※留意事項

◎この研修の受講対象は、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)を修了している方となります。

基礎研修の修了証書のコピーを添えてFAXまたは郵送で事務局までお申し込みください。

◎受講者の個人情報(氏名・住所・電話番号等)は、当該研修に関する通知等の送付及び研修実施に関する連絡、研修受講の際の本人確認、研修等のご案内の送付の範囲内で使用させていただきます。

◎通算勤務年数は知的障がい者、精神障がい者又は障がい児の直接支援業務従事期間を記載してください。

◎資格は、社会福祉士・介護福祉士・訪問介護員研修(1級・2級)等を記載してください。