

令和7年度 福島県強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）募集要項

1 目的

行動障害を有する者のうち、いわゆる「強度行動障害」を有する者に対し、適切な支援を行う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

原則として、障害福祉サービス事業所において、知的障害、精神障害のある児者を支援対象にした業務に従事している方、または予定している方。

5 定員

30名

6 日程

令和7年10月10日（金） 9:00～17:05

令和7年10月11日（土） 8:45～16:45

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（6.5時間）＋演習（5.5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】

発行元：中央法規出版

※テキストは別紙申込書にて各自ご購入ください

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、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9月25日（木）～令和7年10月6日（月）

※定員になり次第締め切ります

14 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(基礎研修)

研修プログラム

令和7年10月10日(金)

時 間	科 目	内 容 等	担当講師
9:00-9:30	受 付		
9:30-9:45	15	開 会	
9:45-10:15	30	強度行動障害の理解 ・支援の基本的な考え方 ・強度行動障害の状態 ・行動障害が起きる理由	発達障がい者 支援センター 愛川 美帆 氏
10:15-10:25	10	休 憩	
10:25-11:25	60	強度行動障害の理解 ・障害特性の理解	わくわくネットいわき 新妻 弘治朗
11:25-12:15	50	昼 食 休 憩	
12:15-14:15	120	強度行動障害の理解 ・困っていることの体験	わくわくネットいわき 渡邊 しのぶ
14:15-14:25	10	休 憩	
14:25-15:55	90	支援のアイデア ・障害特性に基づいた支援	わくわくネットいわき 原 友広
15:55-16:05	10	休 憩	
16:05-17:05	60	基本的な情報収集 ・行動を見る視点	わくわくネットいわき 新妻 陽子

令和7年10月11日(土)

時 間	科 目	内 容 等	担当講師
8:45-9:00	受 付		
9:00-10:30	90	基本的な情報収集 ※資料タイトル 特性の分析 ・行動を記録する体験	わくわくネットいわき 新妻 陽子
10:30-10:40	10	休 憩	
10:40-11:40	60	チームプレイの基本 ・チームプレイの必要性	発達障がい者 支援センター 小林 育 氏
11:40-11:50	10	休 憩	
11:50-12:50	60	チームプレイの基本 ・支援手順書に基づく支援の体験	わくわくネットいわき 原 友広
12:50-13:40	50	昼 食 休 憩	
13:40-14:40	60	研修の意義 ・行動障害と虐待防止	わくわくネットいわき 渡邊 しのぶ
14:40-14:50	10	休 憩	
14:50-15:50	60	実践報告 ・児童期及び成人期における支援の 実際	ステップワン 菅谷 陽一 様
16:00-16:30	30	研修の意義 ・家族の気持ち	板橋 晃 様
16:30-16:55	閉 会(修 了 式)		

強度行動障害のある人の 「暮らし」を支える

新カリキュラム対応!

強度行動障害支援者養成研修[基礎研修・実践研修]テキスト



令和2年度からの強度行動障害支援者養成研修の新カリキュラムに対応したテキスト。強度行動障害のある人の支援に必要な知識や技術等のわかりやすい解説のほか、新たに行動援護に関する項目を追加した。映像教材(別売りDVD)との連動で、さらに質の高い研修をサポートする。

序章 プロローグ	第7章 チームプレイの基本
第1章 強度行動障害の理解	第8章 行動障害と虐待防止
第2章 障害特性の理解	第9章 組織的なアプローチ
第3章 支援のアイデア	第10章 関係機関との連携
第4章 表出性コミュニケーションの大切さ	第11章 行動援護の大切さ
第5章 基本的な情報収集	第12章 豊かな世界—強度行動障害のある人のもつ可能性
第6章 行動の生じる理由と対応	演習

主要目次

行動援護に関する解説をあらたに追加!

【監修】特定非営利活動法人全国地域生活支援ネットワーク

【編集】牛谷正人・肥後祥治・福島龍三郎

●定価 3,520円(本体3,200円+税10%) ●B5判・358頁
●ISBN 978-4-8058-8214-6 ●2020年11月発行

【特定非営利活動法人わくわくネットいわき 専用申込書】

【FAXでお申込み】 中央法規出版(株)仙台営業所宛

下の記入欄にご記入のうえ、
FAXしてください。

FAX:022-216-5087

【スマートフォンでお申込み】

右の「QRコード」をスマートフォンで読み取り、
画面上で注文書籍を選んで、ご住所・お名前等
の必要事項を入力してお申込みください。



コード	書名	定価	部数
8214	強度行動障害のある人の「暮らし」を支える 強度行動障害支援者養成研修[基礎研修・実践研修]テキスト	3,520円 (本体3,200円+税10%)	部

※送料サービス。ただし、沖縄県は追加料金550円(税込)がかかります。代金引換の場合は、別途代引手数料330円(税込)がかかります。
※お届けまでの日数は、1週間~10日程度がかかります。 ※この申込書は、書店ではご使用できません。

お届け先 ご住所 (必須)	☐ ご自宅 ☐ 勤務先 (ご名称・部署名・ご担当者名をご記入ください)		電 話 (必須)
	〒		お支払い 1. 公費 2. 私費(個人購入)
ご名称 *ご自宅の方は 記入不要です	お申し込み お支払い方法 ※一部、お取扱い できない地域が ございます。	希望曜日	☐ 平日 ☐ 土曜 ☐ 日曜 ☐ 無指定 ※日曜の指定は出来ません ※「振込」を指定した場合、曜日・時間の指定は出来ません ※返金番号が無記入の場合、代金引換でのお届けは出来ません
部署名 *ご自宅の方は 記入不要です		希望時間	☐ 9~12時 ☐ 12~14時 ☐ 14~16時 ☐ 16~18時 ☐ 18~20時 ☐ 19~21時 ☐ 無指定
お名前 (ご担当)		代引手数料330円(税込)	
		☐ 振込(銀行、郵便局、コンビニ)	必要書類 見積書() 納品書() 請求書() ※請求書は、商品と同送いたします。公費一約1ヵ月以内、私費一約2週間以内にお支払下さい。
出版社使用欄 (記入不要)	コード	売上日	売上No
2			1 0964
		区分	社員
		1	0964
		②	
		SSSS_Oct	
		2799-500	

※お客様の個人情報の取り扱いについて 個人情報保護管理者 取締役総務部長 TEL. 03-6387-3196

●弊社はお客様の個人情報を商品の発送・納品、代金の請求、入金の確認、送金、サービス実務、弊社の商品・サービスのご案内、購買データの分析に使用します。弊社は法令に基づき場合を除いて、お客様の個人情報を当法人の同意を得ず第三者に提供することはありません。弊社はお客様によりよいサービスの提供のため、個人情報を適切に取り扱っていることを認められ希望を承認し、適切な管理を実施して業務の一部を外部に委託します。お客様が弊社に個人情報を与えることは任意ですが、お客様が弊社に個人情報を与えない場合には、弊社からの返金やサービスの提供ができない場合がありますのであらかじめご了承ください。お客様には、ご自身の個人情報の利用目的の通知、個人情報の開示、訂正、追加、削除、利用の停止、消去、第三者への提供の停止、及び第三者への提供の阻害を求める権利があります。必要な場合には、下記の窓口までご連絡ください。【個人情報問い合わせ窓口】 中央法規出版株式会社 仙台営業所 TEL. 022-222-1693



中央法規出版株式会社 仙台営業所
〒980-0014 宮城県仙台市青葉区本町1-9-25F
TEL. 022-222-1693 FAX. 022-216-5087

SNS、メルマガ、けあさがで最新情報を発信しています。



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(基礎研修)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	年 月		※令和7年8月31日時点
	障がい児(者)支援 の通算勤務年数	年 月		
資 格				

※留意事項

- ◎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。