

令和8年度 福島県障がい者相談支援（障がい者ケアマネジメント） 従事者専門コース別研修「高次脳機能障害支援養成研修」開催要項

1 研修目的

本研修は、高次脳機能障害についての知識を得ることやその障害特性を理解することで、高次脳機能障害の障害特性に応じた支援を実施できる支援者を養成することを目的とする。

2 日 程 【基礎研修】

講 義（オンデマンド）：令和8年9月29日（火）～10月13日（火）

演 習（集 合）：令和8年10月22日（木）

【実践研修】

講 義（オンデマンド）：令和8年11月2日（月）～令和8年11月16日（月）

演 習（集 合）：令和8年11月27日（金）

3 主 催 福島県

4 運営主体（事業委託先） 一般社団法人福島県相談支援専門員協会

5 研修内容 別紙1「令和8年度 障がい者相談支援従事者（障がい者ケアマネジメント）従事者専門 コース別研修 高次脳機能障害支援養成研修 スケジュール（予定）」のとお

6 受講対象者及び定員

（1）受講対象者

障害福祉サービス事業所、相談支援事業所の従事者 および 医療機関や行政機関の職員 等
※基礎研修、実践研修の両方を受講できる方に限る。

（2）定 員

100名程度（事業所内で複数名お申し込みされる場合は優先順位のご記入をお願いします。
また、定員を超過した場合は受講者を選考させていただきます。）

7 会 場（演習） 鏡石町健康福祉センター「ほがらかん」（岩瀬郡鏡石町東町 286）

8 受講申込

（1）申込期限 令和 8 年 8 月 7 日（金） 17:00迄

（2）研修申込等に関する問合せ

一般社団法人福島県相談支援専門員協会（担当：佐藤・小宅）

電 話：070-2273-4414

メールアドレス：jimukyoku@fsknet.jp

(3)申し込み先 ※下記 URL 又は二次元コードより申し込みください。

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf3w_mb9OtxScNwYy25_6in5Myk2_ZboIu5V5CHQ5tqrEi_PCQ/viewform?usp=publish-editor



9 受講者の決定及び通知

受講者の決定及び通知については、福島県障がい福祉課が選考の上決定し、令和8年9月上旬頃に、申込時にご登録いただいた住所へ郵送により通知します。

講義動画のアクセス方法等、研修の詳細については、受講決定通知とともにご案内します。

10 修了証書

研修の全日程を修了した者には、福島県から修了証書を授与します。

ただし、次の(1)～(2)に該当する場合は研修未修了の扱いとし、修了証書を授与しませんのでご注意ください。

(1)遅刻・早退・途中退席があった場合（やむを得ない事由を除く）。

(2)著しく受講態度が悪い場合（私語、居眠り、携帯電話の利用等）

11 受講料 4,000円（受講料は振込を予定しております）

その他、旅費及び滞在費は派遣者もしくは受講者の負担とします。

受講料の振込先については、受講決定通知と一緒にご案内いたします。なお、受講料支払い後の返金には応じられませんのでご注意ください。

12 その他

(1)講義はオンデマンド視聴ですが、視聴後の確認テストで全問正解しないと講義視聴を修了したことになりませんのでご承知おきください。なお、講義動画及び確認テストの URL は受講決定通知の際にお知らせいたします。

(2)受講する皆様に関する個人情報、研修の名簿などの研修事業のみの目的で使用し、他の目的で使用・無断で第三者に提供することはありません。