



失語症者向け意思疎通支援者 になりませんか？

失語症者向け意思疎通支援者とは

失語症の方が地域社会と繋がりが持てるように
外出・買い物・行事・友の会などへ一緒に同行して
コミュニケーション支援をしていく人の事です。

規定の研修会を受講することで
「失語者向け意思疎通支援者」の資格取得となります。

募集人数

10名
(応募多数の場合は
抽選になります)

募集対象

- ・宮崎県内に在住・在勤・在学の方
- ・18歳以上の方
- ・研修会終了後に支援者として
名簿登録し活動が行なえる方

研修内容

令和8年7月～令和9年3月（講義・実習：計40時間,全9回実施）
・講義：オンライン、宮崎県福祉総合センター（予定）
・実習：宮崎県福祉総合センター（予定）

応募方法

mail:miyazakist.ap@gmail.com (宮崎県言語聴覚士会 担当者)
FAX :0985-26-7340 (宮崎県障がい福祉課)
※可能な限り mail での申し込みをお願いいたします。

申込締切

令和8年6月20日

主催：(一社) 宮崎県言語聴覚士会・宮崎県障がい福祉課

問い合わせ：miyazakist.ap@gmail.com (宮崎県言語聴覚士会 担当者)

2026年度(令和8年度)

宮崎県『失語症者向け意思疎通支援者養成研修会』

募集要項

1. 目的

この研修会は、失語症者の福祉に理解と熱意を有する方に失語症者とのコミュニケーション手法等の指導を行い、意思疎通支援者を養成し、もって失語症者の福祉の向上を図ることを目的として実施するものです。

2. 主催

宮崎県より事業委託を受け、『宮崎県言語聴覚士会』が実施します。

3. 到達目標

失語症者の症状や生活の困難さを理解し、適切な会話技術を身に付け、失語症のある方の思いを理解しながら1対1で会話が行え、外出場面で意思疎通を支援できる意思疎通支援者を養成することを目指します。

4. 研修日時・内容

令和8年7月～令和9年3月（講義・実習計40時間）

以下の条件をいずれも満たす者について修了とする。

- 1) 養成研修全40時間のうち、講義(12時間)の出席率100%、実習(28時間)の出席率80%以上。
- 2) 研修終了後、事務局の定める期日までに修了レポートを提出すること。

	予定日時	予定内容
第1回	7月5日(日) WEB 8:50～15:10	失語症概論(2時間) 失語症のある人の日常生活とニーズ(1時間) 意思疎通支援者とは何か(0.5時間) 意思疎通支援者の心構えと倫理(0.5時間) 派遣事業と意思疎通支援者の業務(1時間)
第2回	7月26日(日) 会場 9:00～13:00	コミュニケーション支援実習I(4時間)
第3回	8月9日(日) WEB 9:00～16:10	外出同行支援(1時間) コミュニケーション支援実習I(1時間) コミュニケーション支援技法I(4時間)
第4回	8月23日(日) 会場 9:00～16:00	コミュニケーション支援実習I(4時間)
第5回	9月27日(日) 会場 9:00～13:00	外出同行支援実習(4時間)
第6回	10月18日(日) 会場 9:00～15:00	身体介助の方法(2時間) 身体介助実習(2時間) コミュニケーション支援実習I(1時間)
第7回	11月29日(日) 会場 9:00～13:00	外出同行支援実習(4時間)

第8回	12月13日(日) 会場 9:00~13:00	コミュニケーション支援実習 I (4時間)
第9回	1月24日(日) 会場 9:00~13:00	コミュニケーション支援実習 I (4時間)
予備日	2月28日(日) 3月14日(日)	

5. 新型コロナウイルス感染防止対応

- 1) 会場では、受講者間の距離を確保し、会場内の消毒、換気、その他必要な感染防止対策を徹底し、安全に受講できるよう運営します。
- 2) 受講の際は、毎回、マスクの着用、検温とともに、体調報告についてご協力をお願いいたします。また、参加にあたっての体調管理には十分ご留意いただくよう、ご協力をお願いいたします。
- 3) 一部研修科目は、インターネットを使用した動画配信による実施を予定しています。
- 4) 新型コロナウイルスの感染拡大状況により、日程や研修の内容等を変更する場合があります。予めご了承ください。

6. 会場

宮崎県福祉総合センター2階（宮崎県宮崎市原町 2-22）



7. 受講料

無料（会場までの交通費と昼食代は各自でご負担ください）

8. 対象者

失語症者の意思疎通上の支援に理解と意思があり、次の要件を備えている方。

- 1) 宮崎県内に在住・在勤・在学の方
- 2) 令和8年4月1日現在、18歳以上の方
- 3) 研修修了後、宮崎県に『失語症者向け意思疎通支援者』として名簿登録し、『失語症者向け意思疎通支援活動』が行える方

9. 募集人数

定員：10名

（申し込みが募集人数を超えた場合は審査により受講生を決定します）

10. 受講申し込み及び期限

1) mail による申し込み

[申込先] 宮崎県言語聴覚士会 担当者
mail アドレス : miyazakist.ap@gmail.com

2) FAX による申し込み

[申込先] 宮崎県庁 福祉保健部 障がい福祉課
FAX 番号 : 0985-26-7340

3) 申し込み期限

令和 8 年 6 月 20 日 (郵送の場合は当日消印有効)

11. 選考方法・結果通知及び期間

1) 書類審査 : 令和 8 年 6 月 20 日 ~ 6 月 27 日

2) 結果送付 : 令和 8 年 6 月 27 日頃

※受講可否の結果につきましては、申し込みされた全ての方にメールか封書にてお知らせいたします。

12. 留意事項

以下に該当する場合、申し込みを受理できませんのでご注意ください。

1) 受講対象に適合しないもの

2) 記載事項不備

3) 申し込み期限後の申し込みなど、その他申し込み手続きに不備があるもの

13. 研修会修了者

1) 本研修会の修了者には、修了証が交付されます。

2) 本研修会の目的を達成し、宮崎県内各地域での『失語症者向け意思疎通支援事業』の充実に資するために、本研修会修了者名簿(修了者の氏名・住所・連絡先等を記載する)を作成し登録をいたします。宮崎県内で『失語症者向け意思疎通支援』等の活動に協力していただきます。

14. お問い合わせ先

藤元総合病院 リハビリテーション室 言語聴覚士 岩村秀世

TEL : 0986-22-1717

Mail : miyazakist.ap@gmail.com

※可能な限り mail での問い合わせをお願いいたします。

令和8年度 宮崎県失語症者向け意思疎通支援者養成研修会受講申し込み書

表記研修会の募集要項に基づき、受講を申し込みます。 <締め切り 令和8年6月20日 *当日必着>

		記入日	令和 年 月 日			
ふりがな		生年月日	平成	年 月 日 (歳)		
氏名			昭和			
		性別	男 ・ 女			
住所	〒					
電話番号		e-mail				
FAX 番号						
ご職業	※差支えの無い範囲でご記入ください					
勤務先 (学生は学校名)						
勤務先(学校)住所						
失語症者との会話経験	<input type="checkbox"/> 有→ <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無					
医療介護福祉関連資格	<input type="checkbox"/> 有→ () <input type="checkbox"/> 無					
本研修会終了者名簿の登録及び、 区市町村への名簿提供	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/>不可					
登録後、活動可能な曜日・時間帯	<input type="checkbox"/> 平日昼間 <input type="checkbox"/> 平日夕方 <input type="checkbox"/> 土日昼間 <input type="checkbox"/> 土日夕方 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> その他 ()					
本研修会を知った方法	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士の紹介 <input type="checkbox"/> 失語症友の会 (会の名前:) <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 広報誌 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他 ()					
ZOOMを使用した講義受講は可能ですか?	可能 ・ 不可能 ・ どちらともいえない					
受講志望動機 (200字程度)						
現在関わっている失語症の友の会やグループがありましたら下記へご記入ください						

ご記入いただいた内容は当会の個人情報保護方針に基づき講習会実施の目的以外には利用いたしません。

事業実施主体：宮崎県障がい福祉課

事業運営主体：宮崎県言語聴覚士会