

# 令和8年度失語症者向け意思疎通支援者養成研修 実施要領

## 1 目的

失語症者の日常生活や支援の在り方を理解し、1対1の意思疎通を行うための技術を身につけ、さらに日常生活上の外出に同行し意思疎通を支援するための最低限必要な知識及び技術を習得し、失語症者の意思疎通支援を行える「失語症者向け意思疎通支援者」を養成すること。

## 2 実施主体

岩手県。ただし、一般社団法人岩手県言語聴覚士会に委託して実施。

## 3 対象者

次の(1)～(5)を全て満たす者

- (1) 岩手県に住所を有するか、または岩手県内に日常生活の場を有する方
- (2) 令和8年4月1日現在18歳以上の方(大学・専門学校等学生可)
- (3) 研修会終了後、岩手県内で失語症者向け意思疎通支援活動ができる心身機能を有している方
- (4) パソコン・タブレット等をお持ちで、オンラインでも受講可能な方
- (5) 全日程を全科目受講できる方

## 4 テキスト代

2,000円 (研修会場でお支払いいただきます)

## 5 募集定員

10名

## 6 受講申込方法

申込用紙に必要事項を記入し、郵送またはメールでお申込いただくか、下記QRコードからGoogleフォームへアクセスし、必要事項をご入力ください。

### 申込用紙の提出先

◎郵送の場合：〒020-0835

岩手県盛岡市津志田26-30-1 川久保病院リハビリテーション科内  
一般社団法人岩手県言語聴覚士会事務局

◎メール添付の場合：iwatest\_wankosoba@yahoo.co.jp

◎Googleフォームを使用してお申込みの場合：<https://forms.gle/nwRGuoPZShv5c2Z99>

※岩手県言語聴覚士会ホームページ

<https://st-iwate.net/>からもアクセスできます。

申込期限：令和8年 5月 31日(日)



←申込用 Google フォーム  
QR コード

※受講の可否はメールにてご連絡いたします。

令和8年6月8日(月)までに受講の可否に関するメールが届かない場合は、岩手県庁 障がい保健福祉課(019-629-5448)までご連絡をお願いします。

## 7 日程

### 講義・演習

期日	会場	内容
令和8年6月14日(日) 9:30~16:00	ふれあいランド岩手 (盛岡市)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・オリエンテーション</li> <li>・失語症概論</li> <li>・派遣事業と意思疎通支援者の業務</li> <li>・失語症のある人の日常生活とニーズ</li> <li>・意思疎通支援者とは何か</li> <li>・意思疎通支援者の心構えと倫理</li> </ul>
令和8年6月28日(日) 9:55~16:00	ふれあいランド岩手 (盛岡市)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉制度概論</li> <li>・身体介助の方法</li> <li>・身体介助実習【演習科目】</li> </ul>
令和8年7月12日(日) 9:55~16:00	ふれあいランド岩手 (盛岡市)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・失語症と合併しやすい障害について</li> <li>・コミュニケーション支援技法Ⅰ</li> </ul>
令和8年8月30日(日) 9:55~16:00	ふれあいランド岩手 (盛岡市)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外出同行支援</li> <li>・外出同行支援①【演習科目】</li> </ul>
令和8年9月20日(日) 9:55~15:30	デイサービス言葉のかけ橋 カフェ・ル・ポン (盛岡市)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外出同行支援②【演習科目】</li> </ul>

### 施設実習

期日	会場	内容
令和8年7月13日(火) ~10月31日(金) ※平日のみ、実習時間は施設により異なります(1日概ね5時間程度) 希望日を申込書に記入してください。	盛岡市、矢巾町の医療機関、 デイサービス施設等 ※会場はこちらで選定させていただきます	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニケーション支援実習Ⅰ-①</li> <li>・コミュニケーション支援実習Ⅰ-②</li> <li>・コミュニケーション支援実習Ⅰ-③</li> <li>・コミュニケーション支援実習Ⅰ-④</li> </ul> <p style="text-align: right;">【演習科目】</p>

今後、予定が変更になる可能性がありますのでご了承ください。

## 8 その他

- ・全日程、すべての科目を受講された方が修了となります。
- ・やむを得ない事情による欠席や遅刻、早退については、可能な限りお早めに下記のメールアドレスまでご連絡ください。

メールアドレス：岩手県言語聴覚士会事務局 [iwatest\\_wankosoba@yahoo.co.jp](mailto:iwatest_wankosoba@yahoo.co.jp)

- ・申込用紙に実習の希望日を必ず記入してください。最終的な実習日は、事務局で他の受講者と調整のうえ決定して、後日連絡いたします。
- ・受講を希望されたきっかけや理由についてご記入ください。応募多数となった場合の、選考基準とさせていただきます。
- ・研修時は、マスクの着用、手洗いまたはアルコール消毒、休憩時のソーシャルディスタンス等の感染防止対策に対してのご協力をお願いいたします。必要に応じて、検温や風邪症状の有無など、体調について確認をさせていただきます。
- ・感染対策等のために、やむを得ず研修会場を変更したり、オンラインでの研修をお願いしたりする可能性がありますのでご了承ください。
- ・講義内容の録音及び録画や資料の無断転載はご遠慮ください。また、個人情報の取り扱いについては、十分お気をつけください。

令和8年度 岩手県「失語症者向け意思疎通支援者養成研修」受講申込書

令和8年 月 日

一般社団法人岩手県言語聴覚士会会長 様

次のとおり失語症者向け意思疎通支援者養成研修の受講を申し込みます。

氏名 (ふりがな)	( )
住所	〒
生年月日	(西暦) 年 月 日
電話番号	
メールアドレス	
職業 (いずれかに○)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門職/資格職 (具体的に: )</li> <li>・会社員/パート/アルバイト ・団体職員 ・公務員</li> <li>・自営業 ・主夫/主婦 ・無職</li> <li>・その他 (具体的に: )</li> </ul>
実習希望日 ※平日のみ、計4日以上を記入 してください	7月
	8月
	9月
	10月
本研修を受講しようと思った きっかけや理由	
備考 (ご質問や、伝えておきたいことがあればご記入ください)	

提出先

住所：〒020-0835 盛岡市津志田 26 地割 30-1 川久保病院リハビリテーション科内

一般社団法人岩手県言語聴覚士会事務局

メール：iwatest\_wankosoba@yahoo.co.jp

令和8年度 岩手県「失語症者向け意思疎通支援者養成研修」受講申込書

令和8年 ○月 ○日

一般社団法人岩手県言語聴覚士会会長 様

次のとおり失語症者向け意思疎通支援者養成研修の受講を申し込みます。

氏名 (ふりがな)	( )
住所	〒 ※職場等でなく自宅住所を記載
生年月日	(西暦) 年 月 日
電話番号	※研修当日に連絡のつく番号
メールアドレス	※事務局からの連絡に使用しますので、小まめにメールフォルダをご確認いただくようお願いします
職業 (いずれかに○)	<input checked="" type="radio"/> 専門職/資格職 (具体的に：※看護師 介護福祉士 ケアマネ 等 ) ・会社員/パート/アルバイト ・団体職員 ・公務員 ・自営業 ・主夫/主婦 ・無職 ・その他 (具体的に： )
実習希望日 ※記入例 ※平日のみ、計4日以上を記入してください	7月 いずれも可
	8月 いずれも不可
	9月 7日～11日
	10月 1日、8日、15日、22日
本研修を受講しようと思ったきっかけや理由	
備考 (ご質問や、伝えておきたいことがあればご記入ください)	

提出先

住所：〒020-0835 盛岡市津志田 26-30-1 川久保病院リハビリテーション科内  
一般社団法人岩手県言語聴覚士会事務局

メール：iwatest\_wankosoba@yahoo.co.jp