

令和7年度 島根県高次脳機能障がい支援養成研修（基礎研修及び実践研修）開催要領

1 目的

高次脳機能障がいについての知識を得ることやその障がい特性を理解することで高次脳機能障がいの障がい特性に応じた支援を実施できる、障がい福祉サービス事業所等に従事する支援者を養成することを目的とする。

2 主催

島根県（実施機関：エスポアール出雲クリニック）

3 対象者

(1)、(2)のすべてのカリキュラムを受講できる方

(1) 基礎研修

- ・ 島根県内の障がい福祉サービス事業所、相談支援事業所に従事する者

(2) 実践研修

- ・ 上記基礎研修を修了した方

4 定員

100名程度

(定員を超える申込みがあった際は主催者にて受講者を選定させていただきます。)

5 日程・形式

研修種別		期日	実施方法及び会場
基礎研修	講義	令和7年11月4日(火)～ 11月28日(金)	オンデマンド ※各自動画視聴及び確認テスト実施
	演習	令和7年12月11日(木)	朱鷺会館大ホール (出雲市西新町2丁目2456-4)
実践研修	講義	令和7年12月15日(月)～ 令和8年1月11日(日)	オンデマンド ※各自動画視聴及び確認テスト実施
	演習	令和8年1月22日(木)	朱鷺会館大ホール (出雲市西新町2丁目2456-4)

6 内容

別紙カリキュラムのとおり※

※基礎研修・実践研修の演習部分についてのタイムスケジュール等の詳細は後日お知らせいたします。

7 受講料

無料（ただし通信費、旅費等は受講者負担とする）

8 受講申込み

(1) 申込方法

右記の二次元コードもしくは、下記 URL より必要事項を記入して申込み

<https://forms.gle/mYMPEwPnDdT44qco9>

(ctrl キーを押しながらクリック)



※エスポアール出雲クリニック及び県障がい福祉課 HP にも掲載

(2) 申込締め切り

令和7年9月30日（火）まで ※厳守

(3) 留意事項

- ・ 法人ごとに代表者が受講者を取りまとめて申込みをしてください。（最大3名）
- ・ 受講の可否は、令和7年10月6日（月）から10日（金）の間にメールにて連絡いたします。上記期間に決定通知メールが届かなかった場合は問い合わせ先までご連絡下さい。
- ・ 受講決定後の受講者変更は原則認めません。

9 修了証書の交付

基礎研修及び実践研修の全課程修了者には、それぞれ県が修了証書を交付します。

10 その他留意点

- ・ 研修中の録画・録音・撮影、研修資料の複製・二次利用は一切禁止とさせていただきます。
- ・ 本研修の講義および演習の各科目は複数年に分けて履修することはできません。
- ・ 受講申込者の申込情報及び研修修了者の名簿等個人情報 は 厳重に管理し、研修以外の目的では使用しません。
- ・ 遅刻・早退・欠席若しくは受講態度不良等により研修内容が十分習得されていないと認められる場合には欠席扱いとし、修了証書の交付はいたしません。
- ・ 本研修（基礎研修及び実践研修の双方修了に限る）は、「高次脳機能障害支援体制加算（Ⅰ）、（Ⅱ）」及び「高次脳機能障害者支援体制加算」の算定要件を満たす研修となります。
- ・ 今年度、受講を修了された方には、次年度以降の高次脳機能障がい支援養成研修にお

いて、ファシリテーターを依頼する場合があります。

- ・研修の受講にあたり、合理的配慮が必要な場合は、下記 12 の問い合わせ先にご連絡ください。

11 研修運営の中止・中断・変更について

以下の項目に該当する場合は県と協議し、研修運営の中止・中断・変更することがあります。中止・中断・変更が生じた場合、主催者は速やかに参加者へ通知し、可能な限り代替措置を講じるものとします。

- ・演習講師の急病等やオンデマンド（eラーニング）システムの不具合、会場および設備等の不具合により開催が困難となった場合
- ・気象警報の発令、地震等の発生等により受講者の安全確保が危ぶまれる場合
- ・その他、やむを得ない事情が発生した場合

12 問い合わせ先

エスポアール出雲クリニック（担当：黒目）

住 所 ： 島根県出雲市小山町 362-1

T E L ： 0853-25-3949（高次脳機能障害デイケアきらり内）

F A X ： 0853-25-3952

E-mail ： espoir.izumo.kensyu@gmail.com