

令和8年度福島県 障がい者ピアサポート研修（フォローアップ研修）

開催要項

1 研修目的

本研修は、自ら障がいや病気の経験を持ち、その経験を活かしながら、他の障がいや病気のある障がい者の支援を行うピアサポーター及びピアサポーターの活用方法等を理解した障害福祉サービス事業所等の管理者等の養成を図ることにより、障害福祉サービス等における質の高いピアサポート活動の取組を支援することを目的とします。

その目的を達成するために、基礎研修及び専門研修を修了した方に対して、フォローアップ研修を実施します。

2 研修期間

本フォローアップ研修は2日間とする。

1日目 令和8年 10月28日（水） 9：30～16：30（受付9：00～9：30）

2日目 令和8年 10月29日（木） 9：30～16：30（受付9：00～9：30）

3 主催 福島県

4 運営主体（事業委託先） 医療法人社団メンタルクリニックなごみ

5 受講対象者

これまでに、ピアサポート研修の専門研修またはフォローアップ研修を修了した方（これまでにフォローアップ研修を修了した方も、技能維持等の観点から受講対象者としています）

6 研修内容（予定）

別紙2「令和8年度 福島県 障がい者ピアサポート研修（フォローアップ研修） スケジュール

（予定）」のとおりと ※内容・時間は変更となる場合があります。

7 定 員 50名（申込者数が定員を上回った場合は、受講者を選考させていただきます。）

8 会 場 ビッグパレットふくしま4階 プレゼンテーションルーム（郡山市南2丁目52番地）

※4階は階段、エスカレーターがないため、他の階との行き来はエレベーターを使用することとなります。そのため、トイレ休憩中などに移動で不便が生じることがあります。予めご了承ください。

9 受講申込

(1) 申込方法 下記申込先への郵送

(2) 申込期限 令和8年9月11日（金）（消印有効）

(3) 必要書類等 ・別紙1「受講申込書」

・返信用封筒（受講申込書ごと）

（受講決定通知書を送付させていただくため必要になります。）

※返信用封筒は110円切手を貼った長3封筒（縦24センチ×横12センチ）と

し、返信先（所属等）及び受講申込者の氏名を記入してください。所属がない場合

は、受講申込者の住所及び氏名を記入してください。

(4) 申込先・問合せ先

医療法人社団メンタルクリニックなごみ

〒976-0042 相馬市中村字川沼240

電話：080-6910-0753（担当：須藤）

FAX：0244-26-9608

メール：yasusuto753@gmail.com

※注意事項 電話、FAX又は電子メールでの申し込みは受け付けませんのでご注意ください。

消印の日付が申し込み期限日を過ぎているものは受け付けいたしません。

10 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10月上旬までに申込者本人へ通知します。

11 修了証書

フォローアップ研修の全日程を修了した方には、福島県から修了証書を授与します。

なお、次の(1)又は(2)に該当する場合は受講取消となりますのでご注意ください。

- (1) 研修の全日程を受講できない場合（遅刻、早退、途中退席等。やむを得ない事由を除く。）
- (2) 受講態度が著しく悪い場合（私語、居眠り、席を離れての携帯電話の利用等）

12 受講料（指定口座へ振り込み）

当事者の方：無料（別紙1「受講申込書」における申込基準①又は③に該当する方）

管理者等の方：4,000円（別紙1「受講申込書」における申込基準②又は④に該当する方）

受講料の振り込み手数料、旅費及び滞在費は派遣者もしくは受講者の負担となります。振込先については、受講決定通知書と一緒にご案内します。

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。

13 その他

- (1) 感染症対策のため、研修中の手指消毒、換気、体調管理等のご協力をお願いいたします。
- (2) 研修の際の宿泊先については、各自で手配をお願いいたします。
- (3) 研修中の昼食は各自でご準備ください。なお、昼食の時間は60分です。
- (4) 申し込み頂いた皆様の個人情報、研修に係る事業のみの目的で使用します。他の目的で使用する、無断で第三者に提供することはありません。