



## 平成30年度 発達障害者地域支援推進事業 実地研修実施要綱

### 1. 目的

発達障害者地域支援推進事業は、より多様化が見込まれる支援ニーズに対しすべての地域で実効性のある取り組みが行われるよう、「発達障害者支援センターや発達障害者地域支援マネジャーが抱える困難事例に係る支援」「困難事例への先進的な支援を行う事業所における実地研修の普及支援」を行うものとして創設された。発達障害者地域支援推進事業の柱のひとつである実地研修は、発達障害者支援に関して地域のリーダーとしての活躍が期待される者が、困難事例に対応するためのノウハウを体験的に学ぶことを目的とする。

### 2. 主催

国立障害者リハビリテーションセンター 企画・情報部 発達障害情報・支援センター

### 3. 期間・場所・受講定員・研修内容・申込締切

別紙日程表のとおり

○注意：申込書（必要な場合は推薦書等も）が発達障害情報・支援センターに到着した時点で正式な申込受付となる。

### 4. 受講資格

それぞれの地域で発達障害者支援に関してリーダー的役割を担うことが期待される者であって、下記の①、②、③、④のいずれかを満たす者であること

- ①発達障害者地域支援マネジャーあるいは発達障害者支援センター職員として現在業務にあたっている者（申込書必要・推薦書不要）
- ②国立施設あるいは独立行政法人における発達障害福祉において専門的業務に携わっている職員（申込書＋所属機関の長の推薦書が必要）
- ③将来的に発達障害者地域支援マネジャーとしてその任を担うことが期待される者（申込書＋当該地域の都道府県もしくは政令指定都市の所管部局の長の推薦書ないしは発達障害者支援センター管理者の推薦書が必要）
- ④各都道府県・指定都市における発達障害福祉において専門的業務に携わっている職員（申込書＋当該地域の都道府県もしくは政令指定都市の所管部局の長の推薦書ないしは発達障害者支援センター管理者の推薦書が必要）

※申込書及び推薦書：別紙様式1

### 5. 研修会費用

無料（ただし、交通費・宿泊費・食費については受講者の自己負担とする）

### 6. 受講手続

- ①研修希望者は、別紙様式1（必要ならば推薦書にも記入）を「発達障害情報・支援センター センター長宛」に「実地研修申込」と封筒に明記し郵送にて提出する。

○〒359-8555 埼玉県所沢市並木4丁目1番地

国立障害者リハビリテーションセンター

企画・情報部 発達障害情報・支援センター センター長宛

- ②申込書の实地研修希望先の欄には、別表にある「2①」「2②」等の番号を記載するが、第1希望のみの記載はできるだけ避ける。また、「1①」「3②」のように、複数の研修を希望する者は、ひとつの申込書（別紙様式1）にそれぞれの志望理由がわかるように記載する（記入欄が不足する場合は別紙に記載してもよい）。ただし、締切日がそれぞれの研修によって異なるため、それぞれに申込書を作成・送付してもよい。
- ③申込書には研修希望者の印を押し、推薦状が必要な場合は、推薦氏名の押印欄に必ず公印を捺印する。

## 7. 受講決定通知

- ①応募者が定員を超えた場合、「主な研修受講歴」「实地研修志望理由」「推薦理由」等から受講の可否を決定する。選定理由の問い合わせには応じないものとする。
- ②必要な場合は人数や時期等の調整を行い、实地研修地域（事業所）と実習日程を確定する。
- ③申込締切日から7日以内をめどに、申込書に書かれたメールアドレス宛に通知する。

## 8. 修了証書

- ①实地研修修了者は、实地研修修了後1か月以内に、「発達障害情報・支援センター 発達障害支援推進官 加藤潔宛て」に实地研修報告書を提出する。すべての研修日程を履修し、報告書に自らの学びや気づきが記載されていた場合において修了証を発行する。

※实地研修報告書：別紙様式2

- ②实地研修の成果が現場でどのように生かされているかを確認する場のひとつとして、实地研修修了者には、他研修等において報告を依頼する場合がある。

## 9. 個人情報の保護

实地研修事業に従事する者及び受講者は、事業により知り得た個人情報等を漏らしてはならないものとする。また、事業終了後及びその職を退いた後も同様とする。

受講が決定した者は、個人情報の取り扱いに関する誓約書を受講日当日までに「発達障害情報・支援センター センター長」まで提出する。

※個人情報の取り扱いに関する誓約書については、受講決定の連絡時に送付

## 10. 費用の支弁

实地研修受入に要する事業所の費用は、下記の基準によりそれぞれの事業所に発達障害情報・支援センターより支弁する。

◇实地研修受入事業所の講師及び講師となる発達障害者地域支援マネジャーに係る謝金及び旅費

○講師謝金及び旅費については、国立障害者リハビリテーションセンターの規定に基づき支出する。

## 11. 問い合わせ先

本事業における問い合わせ先は、以下の通りとする。

〒359-8555 埼玉県所沢市並木4丁目1番地  
国立障害者リハビリテーションセンター  
企画・情報部 発達障害情報・支援センター  
発達障害支援推進官 加藤 潔  
電話 04-2995-3100（内2595）  
FAX 04-2995-3137  
E-mail [kato-kiyoshi@rehab.go.jp](mailto:kato-kiyoshi@rehab.go.jp)

別紙 平成30年度実地研修先一覧

番号	研修会場	研修テーマ	日時	申込締切	定員		
1 ①	TKP新大阪 ビジネスセンター <1日半>	ひきこもりや家庭内暴力等に対する家族支援② (CRAFTをベースにした 家族へのアプローチ)	1① 10月20日(土)~ 21日(日)	開催終了	30名		
1 ②	TKP渋谷 カンファレンスセンター <1日半>		1② 1月12日(土) ~13日(日)			12月27日(木) 17時	30名
2 ①	札幌市 ・地域活動支援センター アンナプルナ及び・自立 訓練(生活訓練)事業所 リビエール<1日半>	ひきこもりの若者に 対する支援①② (3事業所での実地研修+地域 支援マネジャーとの情報交換)	2① 11月6日(火) ~8日(木)	申込終了	3名		
2 ②	・札幌市若者支援総合センター (さっぽろ若者サポート ステーション)<半日> ・地域支援マネジャー との情報交換<半日>		2② 1月16日(水) ~18日(金)			定員に達したた め、受付を終了 しました。	3名
3 ①	高崎市 ・国立のぞみの園 <2日間>	触法障害者への支援④⑤ (触法知的障害者への支援に加 え、強度行動障害・高齢知的障 害者・医療的配慮が必要な支援 現場の見学等も可能)	3① 10月31日(水) ~11月1日(木)	申込終了	5名		
3 ②			3② 11月28日(水) ~29日(木)			申込終了	5名
3 ③			3③ 12月5日(水) ~6日(木)				
3 ④			3④ 1月23日(水) ~24日(木)			④締切 1月11日(金) 17時	各回 5名
3 ⑤			3⑤ 2月6日(水) ~7日(木)			⑤締切 1月25日(金) 17時	

今回は三次募集であり、開催時期が限定されるため、第1希望のみの記載となってもかまわない。

「ひきこもりや家庭内暴力等に対する家族支援」「触法障害者への支援」についてのフライヤーを別添している(ひきこもりの若者に対する支援)については定員に達し、今回は募集しないため、フライヤーは添付していない。

また、実地研修の内容設定に関しては、発達障害者地域支援マネジャー及び発達障害者支援センターを対象に実施した困難事例調査において、「どのような内容の事例に苦慮しているか」の項目への上位回答と、地域支援マネジャーに必要な要件として上位に挙げた回答等を踏まえて行っている。実際の支援現場で利用者に支援を行う場の設定が難しい場合は、技術講座の開催により体験的な研修を行うこととした。

平成30年度  
**発達障害者地域支援推進事業 実地研修申込書**

		第1希望	第2希望	第3希望	第4希望
実地研修希望先(研修番号を記載)					
記入日	年 月 日				
ふりがな	生 年 月 日				
名前	印	男・女	昭和	年 月 日生	
			平成	満 歳	
所属機関			職名(職種)		
所在地等	〒				
	TEL		FAX		
E-mail					
主な研修受講歴					
実地研修志望理由					
※志望理由等につきましては、応募者多数の場合の選考基準になることがございます。					
-----					
<b>推薦書(必要な場合のみ記入)</b>					
上記の者を 発達障害者地域支援推進事業 実地研修受講者として推薦します。					
記入日	平成 年 月 日				
推薦理由					
推薦者の所属機関					
所在地等	〒				
	TEL		FAX		
推薦者役職					
推薦者氏名		印			



