

令和2年度発達障害支援スーパーバイザー養成研修募集要項

1 目的

発達障害のある子ども（発達障害が疑われる子どもを含む）への地域支援の推進を図るためには、県全域、障害福祉圏域、市町村域等といった形で区域ごとに、それぞれの実情に応じて発達障害者支援センター、児童発達支援センター、児童発達支援事業所等が直接的な支援とバックアップ支援の役割分担を明確にし、十分な連携が確保された重層的な支援体制を構築する必要がある。

この中で、児童発達支援センターには、その専門的機能を活かし、例えば障害福祉圏域や市町村等を単位として、当該地域で生活している障害のある子どもやその家族からの相談に応じるほか、児童発達支援等の事業所や障害のある子どもを受け入れている保育所等への専門的な支援の実施、地域の子育て支援の場への支援の実施、人材育成や地域住民が障害児者に対する理解を深めるための活動を行うなど、当該地域における障害児支援の中核施設としての役割が求められる。

当研修では、発達障害支援の専門的な人材（発達障害支援スーパーバイザー）を養成し、研修修了後に児童発達支援センター等において、障害のある子どもへの通所支援のみならず、その家族に対する家族支援、保育所等や地域の子育て支援の場に対する地域支援が実施されることで、地域における支援体制が構築されることを目的としている。

2 研修期間・研修日等

研修の期間等については次のとおりである。

| | |
|---------|--|
| 1. 研修期間 | 令和2年8月25日（火）～令和3年2月（予定） |
| 2. 研修日 | 週1日程度 |
| 3. 研修時間 | 8：30～17：15 内で行う ※時間は研修カリキュラム等により異なる |

3 研修内容

A 子どもへの発達支援、B 保護者への支援のうち、いずれか一分野を選択することができる。カリキュラムについては別添のとおりとする。

各研修受講後には毎回、レポートの提出を求める。

なお、カリキュラムは標準的なものであり、研修の進捗状況等を考慮して変更する場合がある。

4 募集人員

3名以内とする。

5 出願資格

次の（1）及び（2）のいずれも満たすこととする。

（1）次のア から ウ のいずれかを満たす者

ア 児童発達支援管理責任者研修（またはサービス管理責任者研修（児童分野））を修了している者

イ 臨床心理士、臨床発達心理士、公認心理師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保健師等の資格を有する者

ウ 障害児に対する支援の経験が3年以上ある者

（2）次のア または イ のいずれかを満たす者

ア 研修修了後に、所属する法人において児童発達支援センター事業もしくはそれと同等の機能を持つ児童発達支援事業を実施する予定があること

- イ 研修修了後に、高知県や市町村等が実施する発達障害児・者への支援に関する事業に関わることができること
 【例】乳幼児健康診査や発達の気になる子どもへのフォローアップに関連する事業におけるスーパーバイズ、県が実施する研修等における実践発表等

6 選考方法

論文及び面接により選考する

7 選考日程等

出願、選考日程等は次のとおりとする。

合格発表は、郵便にて通知する。

| | |
|------------|---|
| 1. 申込書受付期間 | 令和2年7月6日(月) ~ 7月31日(金) |
| 2. 面接 | 令和2年8月4日(火) 9:00~10:30(予定) ※場所は療育福祉センターを予定 |
| 3. 結果発表 | 令和2年8月7日(金) |
| 4. 開講式 | 令和2年9月1日(火) ※合格者は出席が必要。場所は療育福祉センターを予定。 |

8 出願手続

出願手続については次のとおりとする。

(1) 提出書類等

| 書類等 | 摘要 |
|--------------------------|--|
| 1. 研修申込書 | 様式1に必要事項を記入すること |
| 2. 法人等推薦書 | 様式2に必要事項を記入すること ※法人等に所属していない者は提出不要 |
| 3. 上記「5 出願資格」の(1)を証明するもの | (ア)の場合：児童発達支援管理責任者研修等の修了証書の写し (イ)の場合：資格認定書や免許証等の写し (ウ)の場合：実務経験証明書 |
| 4. 論文 | 様式3に記入すること なお、様式3によらず、ワープロ書きによる提出も可とするが、その場合は、氏名を頭書きし、用紙はA4(縦)片面使用、横書き、文字フォントは10.5ポイント以上とすること 【論文課題】『発達障害のある子どもの支援について、実践する中での課題や、その課題に対して今後どのように取り組みたいと考えているかあなたの考えを具体的に述べてください。』 (1,000字以内) |

(2) 書類提出方法

提出は郵送(簡易書留に限る。)により行うものとする。

(3) 書類等提出先

〒780-8570 高知市丸ノ内1丁目2番20号

高知県地域福祉部障害福祉課 障害児支援担当 大野・村山 宛

電話：088-823-9663

FAX：088-823-9260

メール：060301@ken.pref.kochi.lg.jp