

## 平成29年度発達障害者等相談支援従事者育成研修（上級） 実施要領

### 1 目的

発達障害者、あるいは発達障害が疑われる者とその家族が、地域で安心して暮らしていくためには、その地域で相談できるようになることが必要不可欠である。そのため、発達障害に関する適切な対応を行うことのできる人材を養成することを目的に研修を実施する。

### 2 対象

市町、相談支援事業所、県保健福祉センター等の職員で、相談業務の経験はあるが、発達障害に関する相談経験が乏しい者

### 3 定員

20名

### 4 内容

別紙のとおり

### 5 主催

石川県健康福祉部障害保健福祉課、石川県発達障害支援センター

### 6 参加料

無料（ただし、実習内容によっては活動上の実費負担が生ずる場合がある）

### 7 申込について

申込先：石川県発達障害支援センター

申込方法：参加申込書に必要事項を記入の上、6月9日（金）までにファックス  
またはメールにて送付してください。

ファックス：076-254-5533

メールアドレス：hattatsu@pref.ishikawa.lg.jp

注1：原則として本研修の受講者は、次年度に実施するフォローアップ研修も受講するものとします。

注2：受講票の発行はありません。また、定員を超えた場合は、地域の偏り等を考慮し主催者側で調整させていただきます。

注3：本研修の修了時に修了証を発行します。基礎（全コマ）・実務研修（全コマ）それぞれ4分の3以上の受講をもって修了証交付の対象とします。（アセスメントツールに関しては、選択制です。2つ受講しても1コマ扱いとします）。修了証を交付された受講者のみ、次年度のフォローアップ研修を受講できます。

注4：相談支援体制整備のため、修了者につきましては、所属名および受講者氏名について、市町への情報提供を予定しておりますのでご了承願います。

### 8 その他

研修会場の駐車スペースには限りがありますので、受講に際してはできるだけ公共交通機関の利用をお願いいたします。