

各研修課程要項

【自治体推薦による申込】

第2回 発達障害者支援研修：指導者養成研修パートⅠ

1. 目的

都道府県における発達障害支援の拠点的医療機関の医師等を対象として、研修修了後に指導的な立場から、各地域におけるかかりつけ医などに対して発達障害支援に関する情報や技能を伝達する講師となれるよう包括的な知識を習得することを目的とする。指導者養成研修パートⅠからパートⅢまで参加することにより、発達障害の医学的支援に関する考え方・知識等を一通り学ぶことが出来るようにカリキュラムが構成されている。

2. 対象者

病院、保健所、発達障害支援センター等に勤務し、発達障害に関心を有する医師、特に指導について責任的立場にある者。なお、自治体（都道府県、政令指定都市）において、行政的な立場で地域の研修実施に携わる者もしくは発達障害者支援センター職員の参加も可能とする。医師単独の研修参加は可能であるが、行政的立場の者の単独参加は認めない。

3. 研修期間

令和3年6月30日（水）から令和3年7月1日（木）まで

4. 研修主題

ライフステージごとの発達障害児・者の課題と支援の実際

5. 課程内容（予定）

	（時間）
（1）発達障害に対する行政施策	（1.5）
（2）発達障害のある子の養育支援	（1.5）
（3）発達障害のある子の療育	（1.5）
（4）学童期・思春期の課題とその支援	（1.5）
（5）成人期の日常生活、就労への支援	（1.5）
（6）高齢期の生活実態と支援	（1.5）
（7）発達障害児・者の身体治療	（1.5）
（8）移行期医療〔トランジション〕をめぐる課題（ミニ講義、実習）	（1.5）

合計 12時間

6. 定員

50名（応募者多数の場合は選考）

7. 申込方法・期間

自治体推薦 令和3年4月12日（月）～4月30日（金）

*申込方法詳細は、募集要項をご確認ください。

8. 受講料

無料

9. 会場

国立精神・神経医療研究センター 教育研修棟ユニバーサルホール

（COVID-19の感染拡大によってはオンライン開催となることもあります。）

第2回 発達障害者支援研修:指導者養成研修パートⅡ

1. 目的

都道府県における発達障害支援の拠点的医療機関の医師等を対象として、研修修了後に指導的な立場から、各地域におけるかかりつけ医などに対して発達障害支援に関する情報や技能を伝達する講師となれるよう包括的な知識を習得することを目的とする。指導者養成研修パートⅠからパートⅢまで参加することにより、発達障害の医学的支援に関する考え方・知識等を一通り学ぶことが出来るようにカリキュラムが構成されている。

2. 対象者

病院、保健所、発達障害支援センター等に勤務し、発達障害に関心を有する医師、特に指導について責任的立場にある者。なお、自治体（都道府県、政令指定都市）において、行政的な立場で地域の研修実施に携わる者もしくは発達障害者支援センター職員の参加も可能とする。医師単独の研修参加は可能であるが、行政的立場の者の単独参加は認めない。

3. 研修期間

令和3年9月28日（火）から令和3年9月29日（水）まで

4. 研修主題

発達障害者に対する包括的支援およびかかりつけ医研修

5. 課程内容（予定）

	（時間）
（1）最新の障害福祉行政	（1.0）
（2）発達障害の感覚評価 ワークショップ	（1.0）
（3）思春期・青年期の発達障害	（1.0）
（4）発達障害の早期支援	（1.0）
（5）母子支援	（1.0）
（6）発達障害臨床における初回面接の心得・知識とその実践	（1.0）
（7）地域連絡会	（0.5）
（8）発達障害診療における心得	（1.0）
（9）最新のトピックス	（1.0）
（10）かかりつけ医の果たす役割	（1.0）
（11）発達障害の睡眠	（1.0）
（12）地域連携の在り方 ワークショップ	（2.0）

合計 12.5時間

6. 定員 50名（応募者多数の場合は選考）

7. 申込方法・期間 自治体推薦 令和3年7月9日（金）～7月30日（金）

*申込方法詳細は、募集要項をご確認ください。

8. 受講料 無料

9. 会場 国立精神・神経医療研究センター 教育研修棟ユニバーサルホール
(COVID-19の感染拡大によってはオンライン開催となることもあります。)

第2回 発達障害者支援研修：指導者養成研修パートⅢ

1. 目的

都道府県における発達障害支援の拠点的医療機関の医師等を対象として、研修修了後に指導的な立場から、各地域におけるかかりつけ医などに対して発達障害支援に関する情報や技能を伝達する講師となれるよう包括的な知識を習得することを目的とする。指導者養成研修パートⅠからパートⅢまで参加することにより、発達障害の医学的支援に関する考え方・知識等を一通り学ぶことが出来るようにカリキュラムが構成されている。

2. 対象者

病院、保健所、発達障害支援センター等に勤務し、発達障害に関心を有する医師、特に指導について責任的立場にある者。なお、自治体（都道府県、政令指定都市）において、行政的な立場で地域の研修実施に携わる者もしくは発達障害者支援センター職員の参加も可能とする。医師単独の研修参加は可能であるが、行政的立場の者の単独参加は認めない。

3. 研修期間

令和3年11月25日（木）から 令和3年11月26日（金）まで

4. 研修主題

発達障害児・者に併存する課題とその治療・支援

5. 課程内容（予定）

	（時間）
（1）発達障害とひきこもり	（1.5）
（2）発達障害とジェンダー	（1.5）
（3）発達障害と被虐待	（1.5）
（4）重度心身障害（児）者への医療と支援	（1.5）
（5）重度行動障害	（1.5）
（6）発達障害と遺伝カウンセリング	（1.5）
（7）当事者や家族のネットワークと支援	（1.5）
（8）かかりつけ医研修の実際（グループ討議、実習）	（1.5）

合計 12時間

6. 定員 50名（応募者多数の場合は選考）

7. 申込方法・期間 自治体推薦 令和3年9月7日（火）～9月28日（火）
*申込方法詳細は、募集要項をご確認ください。

8. 受講料 無料

9. 会場 国立精神・神経医療研究センター 教育研修棟ユニバーサルホール
(COVID-19の感染拡大によってはオンライン開催となることもあります。)

第2回 発達障害者支援研修：行政実務研修

1. 目的

厚生労働省は各地域における発達障害の早期発見・早期支援のための体制整備及び適切な事業実施を推進するために、「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の実施要綱を定め、平成28年度から各都道府県・指定都市において関係団体等と連携の下での研修の事業実施についての通知を発出した。

本研修は、行政的な立場で各自治体の「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の実施に携わる者もしくは発達障害者支援センター職員を対象として、各自治体において研修を企画立案することを目的とする。なお、本研修受講者は、当センターの発達障害者支援研修（医師向け）を受講する医師と連携することが必要となる。

2. 対象者

行政的な立場で各自治体の「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の企画・実施に携わる者、もしくは発達障害者支援センター職員

●申請時に提出する事前課題

受講者の勤務する自治体の早期発見・支援体制の現状、および受講者が受講後に自治体に戻って果たす役割について、申請時に提出してください。

3. 研修期間

令和4年1月25日（火）から令和4年1月26日（水）まで

4. 研修主題

自治体における発達障害者支援体制の整備およびかかりつけ医研修

5. 課程内容（予定）

	（時間）
（1）最新の障害福祉行政	（1.0）
（2）各支援施設の役割	（1.0）
（3）地域支援の実践：豊田市	（1.0）
（4）地域支援の実践：新潟県	（1.0）
（5）地域支援の実践：鹿児島県	（1.0）
（6）地域支援の実践：横須賀市	（1.0）
（7）地域連絡会	（0.5）
（8）地域支援の実践：北海道	（1.0）
（9）ペアレントトレーニング	（1.0）
（10）地域支援の実践：長崎県	（1.0）
（11）最新のトピックス	（1.0）
（12）地域の支援体制の整備：ワークショップ	（2.0）

合計 12.5 時間

6. 定 員 各自治体1または2名 合計67名
(行政担当者、医師のペアでの参加が望ましい)
7. 申込方法・期間 自治体推薦 令和3年11月1日(月)～11月22日(月)
*申込方法詳細は、募集要項をご確認ください。
8. 受 講 料 無 料
9. 会 場 国立精神・神経医療研究センター 教育研修棟ユニバーサルホール
(COVID-19 の感染拡大によってはオンライン開催となることもあります。)

書類様式

【自治体推薦による申込】

受 講 願 書

年 月 日

国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所長 様

勤 務 先 _____

勤務先所在地 _____

現 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

貴所の令和3年度第_____回_____研修を
受講したいので、関係書類を添えて申請します。
また、受講対象者としては、下記に該当します。

- () 行政的な立場で研修の実施に携わる者
- () 医療、保健、福祉、教育等の分野で支援に携わる者
- () その他

※いずれか1つに○をお付け下さい。

フリガナ		性別	※この欄には記入しないこと	
氏名		男・女	受	理 判 定
生年 月 日	昭和・平成 年 月 日生(歳)		年 月 日	
自宅住所				
勤務先	名 称			
	所属部署			
	所在地		〒	
			電話	
		E-Mail		
現在の職種 (一つ選択)	・医師（精神科） ・臨床心理技術者 ・薬剤師 ・医師（精神科以外） ・精神保健福祉士 ・保健師 ・作業療法士 ・看護師 ・社会福祉士 ・その他（ ）			
最終学歴	学校・学部・学科名		卒業	
			年 月	
看護関係学歴 (看護師のみ記入)	学校・学科		卒業	
			年 月	
取得免許 (医療関係に限る)	免許の名称	登録番号	取得年月日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
精神保健関係の 研修受講歴	研修名		受講期間	
			年 月から 年 月まで	年 ヲ月

		：	：	・
		：	：	
		：	：	
職 歴	勤務先・所属部課・診療科名	職 名	勤 務 期 間	
			年 月から 年 月まで	年 ヲ月
			：	：
			：	：
			：	：
			：	：
			：	：
精神科関係の勤務歴（通算）			年 ヲ月	
現在の職務内容 （簡明に記載）				
研修志望理由				
研修内容に 対する要望等				
研修企画・講師歴 （直近3年間について 記載）	研修名	役割（どちらかに○）		
		研修講師・企画運営等		
		研修講師・企画運営等		
		研修講師・企画運営等		
「かかりつけ医等発 達障害対応力向上研 修」の企画や講師の 予定について				
備 考 欄				

(受講推薦理由)

上記の者を貴所の第 回 研修受講生として推薦いたします。

施 設 名 _____

所 在 地 _____

推薦者氏名 _____ 印

年 月 日

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所長 様