

長野県発達障がい者サポーター養成事業実施要綱

1 目的

この要綱は、発達障がいに関する基本的な知識を持ち、地域、職域、学校等（以下「地域等」という。）において発達障がいのある人や家族を支える発達障がい者サポーターを養成することにより、発達障がいのある人や家族が安心して生活できる地域づくりを推進することを目的とする。

2 事業内容

(1) 発達障がい者サポーター養成講座の講師育成

ア. 目的

発達障がい者サポーターを養成する発達障がい者サポーター養成講座（以下「講座」という。）で講師を務める者（以下「講師」という。）を育成することを目的とする。

イ. 実施主体

長野県（以下「県」という。）とする。

ウ. 対象者

次のいずれかに該当し、原則として、講師を年1回以上務めることができる、又は講座を年1回以上開催できる者とする。

- ①行政職員（保健師、保育士、その他行政機関に勤務する者）
- ②教育機関従事者（教師等）
- ③医療従事者（医師、看護師等）
- ④児童福祉、障害福祉等の業務に従事する者
- ⑤その他、発達障がいに関する基本的な知識を持ち、講師を務めることができる者として長野県が認めたもの

エ. 講師育成研修

(ア) 内容・時間

研修内容は、講師を行うために必要な知識に関する講義及び実習とし、研修時間は概ね4時間とする。

(イ) 費用

受講者の参加費用は無料とし、研修会の開催に要する経費については、県が負担する。

オ. 講師の認定

県は、エの研修を修了し講師認定申請書（様式1）の提出があった者について、講師として認定するとともに、講師認定証（様式2）を発行する。

なお、講師認定証の有効期限は認定日から3年経過した年度末までとする。

カ. 講師の登録

(ア) 登録

県は、講師登録簿を作成し、オで認定した講師を登録する。

(イ) 更新

県は、別に定める要件を満たし講師認定申請書の提出があった者について、講師の更新を認定するとともに、更新した講師認定証を発行する。

なお、更新による講師認定証の有効期限は2のオに準ずる。

(ウ) 変更

講師登録情報に変更が生じた者は、速やかに講師登録変更届（様式3）を県へ提出する。

キ. 講師の辞退、講師登録の削除

講師認定証の有効期限内に講師を辞退する者は、講師辞退届（様式4）を県へ提出する。

県は、講師辞退届の提出があった者、講師認定証の有効期限が過ぎた者、その他講師として不適切と認められた者について、講師登録簿から削除する。

(2) 発達障がい者サポーター養成講座の開催

ア. 目的

発達障がいに関する基本的な知識を持ち、地域等において発達障がいのある人や家族を支える発達障がい者サポーターを養成することを目的とする。

イ. 実施主体

市町村の他、事業の趣旨に賛同する機関・団体とする。

ウ. 対象者

地域等において発達障がいのある人や家族を支える意欲を持つ者であって、実施主体が適当と認めた者。

なお、本事業は、地域等において発達障がいのある人や家族を支える者をしてできるだけ増やすことをめざしていることから、地区組織、企業や業界団体、公共サービス機関をはじめとする機関・団体等とも十分に連携・協力を図り、幅広く対象者を選定することが望ましい。

エ. 内容・時間

講座の内容は、県が作成する講座テキスト（通常版又は短縮版）に基づくものとする。講座の時間は通常版1時間30分、短縮版45分とする。

オ. 講師

講師は、2の(1)のオにより県が認定した者とする。

なお、講師認定証の有効期限が過ぎた者は講師となることができない。

カ. 費用

受講者の参加費用は無料とし、講座の開催に要する経費については、実施主体が負担する。

キ. 開催手続き

(ア) 実施主体は、実施計画書（様式5）を作成し、県へ提出する。

なお、持参による場合を除き、提出した旨を電話にて連絡する。

(イ) 県は、同計画書に基づき講師を派遣する。

(ウ) 実施主体は、講座の開催後2週間以内に、実施報告書（様式6）を県へ提出する。

附 則 この要綱は平成 24 年 9 月 20 日から適用とする。
一部変更
この要綱は平成 25 年 12 月 12 日から適用とする。
この要綱は平成 30 年 4 月 1 日から適用とする。
この要綱は令和 3 年 4 月 1 日から適用とする。

(様式1)

年 月 日

発達障がい者サポーター養成講座
講師認定申請書 (初回・更新)

長野県発達障がい者支援センター
(精神保健福祉センター) 所長 様

氏名 _____

認定番号 (_____)

※更新の場合認定番号を記入すること

発達障がい者サポーター養成講座の講師認定 (更新) を申請します。

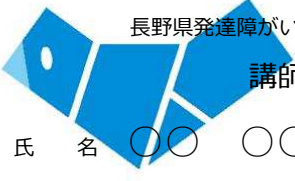
記

○講師登録情報

枠内の全ての項目を記入してください

ふりがな	
氏名	
所属	
連絡先	職場 / 自宅 (どちらかに○)
住所 ※認定証の送付先です	〒
電話	固定 / 携帯
F A X	
メール	
職業等 (該当するものに ○を記載)	①行政職員 (保健師、保育士、その他行政機関) () ②教育機関従事者 (教師等) () ③医療機関従事者 (医師、看護師等) () ④児童福祉、障がい福祉等の業務に従事する者 () ⑤その他 (①～④経験者、ペアレント・メンター) ()

(様式2)

	長野県発達障がい者サポーター養成講座
	講師認定証
氏名	○○ ○○ (認定番号 ○○○)
有効期限	年 月 日まで
長野県発達障がい者サポーター養成講座講師として認定します。	
	年 月 日
	長野県県民文化部長 ○○ ○○

(様式3)

年 月 日

発達障がい者サポーター養成講座
講師登録変更届

長野県発達障がい者支援センター
(精神保健福祉センター) 所長 様

氏名 _____

認定番号 (_____)

発達障がい者サポーター養成講座の講師登録情報を下記のとおり変更してください。

記

○変更後の講師登録情報

枠内の全ての項目を記入してください

ふりがな	
氏名	
所属	
連絡先	職場 / 自宅 (どちらかに○)
住所 ※認定証の送付先です	〒
電話	固定 / 携帯
F A X	
メール	
職業等 (該当するものに ○を記載)	①行政職員 (保健師、保育士、その他行政機関) () ②教育機関従事者 (教師等) () ③医療機関従事者 (医師、看護師等) () ④児童福祉、障がい福祉等の業務に従事する者 () ⑤その他 (①～④経験者、ペアレント・リporter) ()

(様式4)

年 月 日

発達障がい者サポーター養成講座
講師辞退届

長野県発達障がい者支援センター
(精神保健福祉センター) 所長 様

氏名 _____
認定番号 (_____)

発達障がい者サポーター養成講座の講師を辞退しますので、講師登録を削除してください。

記

○辞退理由 (該当する理由に☑してください)

- 仕事上の都合
- 個人的事情
- その他 (_____)

○添付するもの

- ・講師認定証

(様式5)

年 月 日

長野県発達障がい者支援センター
(精神保健福祉センター) 所長 様

発達障がい者サポーター養成講座 実施計画書 (感染予防対策含む)

所属機関、団体名 _____

代表者名 _____

下記の実施計画を提出しますので、発達障がい者サポーター養成講座講師の派遣をお願いします。また、県次世代サポート課へテキスト送付を依頼してください。

1 実施主体	○団体名 _____ ○担当者名 _____ ○連絡先 電話 _____ / E-mail _____
2 テキスト ・シナリオ 発送先	○住所 〒 _____ <small>(発送先が1実施主体と同じ場合、以下は記入不要)</small> ○施設名称 _____ ○受取人名 _____ ○連絡先 電話 _____ / E-mail _____
3 開催日時	年 月 日() 時 分～ 時 分
4 会場	
5 受講者	○想定している受講者 [_____] ○受講者数 _____ 名 ※正確にご記入下さい。
6 講師	<input type="checkbox"/> 日程調整済 [_____ 認定番号: _____] <input type="checkbox"/> 希望 [_____ 認定番号: _____] <input type="checkbox"/> 未定 ※何れか該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> チェックをしてください。
7 使用テキスト	<input type="checkbox"/> 通常版 (90分) <input type="checkbox"/> 短縮版 (45分)
8 開催経費	○講師への交通費 _____ 円

感染予防対策について以下同意します (同意する項目に チェックをしてください)

- 最新の新型コロナウイルス感染症に関する情報を収集し、適宜中止ないし延期の判断をします。
- 「長野県発達障がい者ペアレント・メンター事業 感染予防対策に関するお願い」を読み、理解したうえで当日までの感染予防対策を計画・実行します。

※計画書を提出後、発達障がい者支援センターに電話をして下さい。【電話：026-266-0280】

(様式6)

年 月 日

長野県発達障がい者支援センター
(精神保健福祉センター) 所長 様

発達障がい者サポーター養成講座 実施報告書 (感染予防対策含む)

所属機関、団体名 _____

代表者名 _____

下記の実施報告書を提出します。

○実施年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

○実施会場 _____

○講師 _____

○参加者内訳

通常版 (90分)

短縮版 (45分)

対 象 者	参加者数	年 代 別 参 加 者 数		
		0～19 歳	20～49 歳	50 歳以上
住民	人			
地域の生活関連企業、団体等に携わる人	人			
学校関係者	人			
医療、保健、福祉等の従事者	人			
その他	人			
合計	人			

○参加者の様子について (講師の感想を含む)

感染予防対策について (該当する□に☑を入れてください)

当日、全員に対して“感染対策チェック表”を使用し、感染予防対策を行った。

体調不良のものがいた (どのような指示を行ったか⇒ _____)

※万が一、感染者がいた場合は、保健所の指示に従うとともに、速やかに発達障がい者支援センターへ電話報告をお願いします。

※何もなかった場合は、講座開催後 2 週間以内に発達障がい者支援センター (FAX : 026-266-0502) にご提出下さい。