

岐阜県難聴児療育支援技術獲得等研修事業実施要綱

(目的)

第1 本事業は、児童発達支援事業所又は児童発達支援センター（以下「児童発達支援事業所等」という。）において難聴児に対する療育支援技術の獲得又は向上のための研修を受けられる体制を整備することで、難聴児が身近に必要な療育支援を受けながら生活できるようにすることを目的とする。

(実施主体)

第2 本事業の実施主体は、岐阜県（以下「県」という。）とする。

(事業内容)

第3 本事業は、児童発達支援事業所等からの求めに応じて、当該事業所の職員の難聴児を受け入れるに当たっての療育支援技術の獲得又は難聴児受入れ後の療育支援技術の向上を図るための研修を実施するものとする。

(研修講師)

第4 第3により実施する研修の講師は、専ら難聴児支援に従事し、その支援に関し専門的知見及び技術を有する者とし、次の各号に掲げるいずれかの要件を満たす者とする。

- (1) 言語聴覚士としての資格を有していること
 - (2) 難聴児支援に専ら従事した経験を5年以上有していること
- 2 専ら難聴児支援に従事している者で前項に規定する要件を満たしていない者は、講師の補助者として、研修に携わることができるものとする。

(研修場所)

第5 本事業による研修は、児童発達支援事業所等の施設内、講師が従事する事業所等の施設内又は研修の実施に当たり適切な施設内において実施するものとする。

(実施に係る手続)

第6 研修の実施を希望する児童発達支援事業所等は、県に対し、別紙様式1により申込みを行うものとする。

- 2 県は、前項の規定による申込みがあったときは、講師と調整を行い、実施の可否を決定するものとする。

(研修受講計画)

第7 第6において研修の実施を可とした場合、研修の申込みをした児童発達支援事業所等（以下「申込事業所」という。）は、講師と協議し、申込事業所における療育支援技術の保有状況等を踏まえつつ、別紙のカリキュラム例を参考としながら、別紙様式2により、研修受講計画を作成し、県に提出するものとする。

- 2 県は、前項の規定により提出のあった研修受講計画を審査し、その実施の可否を決定するものとする。

(報告)

第8 本事業による研修を受講した申込事業所は、原則として受講後2週間以内又は3月15日のいずれか早い日までに、別紙様式3により、受講した研修の内容等を県に報告するものとする。

(費用の支弁)

第9 県は、本事業による研修を実施した場合は、予算の範囲内で、その都度、報償費及び県の規定による旅費を講師に支弁するものとする。ただし、宿泊を伴った場合には、県の規定による宿泊料の2分の1のみ支弁するものとする。

2 研修の実施に当たって、前項の規定による費用以外の費用が発生した場合は、原則として申込事業所が負担する。

(その他)

第10 その他、この要綱に定めのない事項については、県において別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から適用する。

別紙

難聴児療育支援技術獲得等研修カリキュラム例（5日間）

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
午前	開講 (療育見学)	療育の実践	療育の実践	療育の実践	療育の実践
	休				憩
午後	<講義> ・きこえのしくみと障がいの原因	<講義> ・補聴器について ・人工内耳について	<講義> ・ことばの育ち ・子どもとつきあう	<講義> ・発音指導の理論と実際	<講義> ・家庭における発音練習、コミュニケーション
	反省会	反省会	反省会	反省会	反省会
					閉講

難聴児療育支援技術獲得等研修実施申込書

岐阜県難聴児療育支援技術獲得等研修事業実施要綱第 6 第 1 項の規定に基づき、研修の実施を申し込みます。

児童発達支援事業所 等名	担当者 / 連絡先 /
研修実施を希望する 日時・場所等 (研修場所となる会場 等は、申込者側で調整 してください。)	・時 期 令和 年 月 ・期 間 日間程度 ・場 所 <input type="checkbox"/> 自事業所 <input type="checkbox"/> 講師従事事業所 <input type="checkbox"/> その他 () ・受講者 名 (職種)
研修実施を希望する 理由 (経緯等)	
希望する研修の内容	

※講師との事前打合せが必要な場合は、その旨を「希望する研修の内容」欄に記載してください。

難聴児療育支援技術獲得等研修受講計画の提出

岐阜県難聴児療育支援技術獲得等研修事業実施要綱第 7 第 1 項の規定に基づき、研修受講計画を策定したので提出します。

児童発達支援事業所 等名	担当者 / 連絡先 /
講 師 氏 名	
受講日時等	・時 期 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ・期 間 日間 ・場 所 <input type="checkbox"/> 自事業所 <input type="checkbox"/> 講師従事事業所 <input type="checkbox"/> その他 () ・受講者 名 (職種)
受講内容	<内容> <求める効果>

※日程表（長期の場合）、研修カリキュラム表等を添付してください。

※講師と事前打合せを行う場合は、その旨を「受講内容」欄に記載してください。

難聴児療育支援技術獲得等研修受講報告書

岐阜県難聴児療育支援技術獲得等研修事業実施要綱第 8 の規定に基づき、研修の受講結果を報告します。

児童発達支援事業所 等名	担当者 / 連絡先 /
講 師 氏 名	
受講日程等	・時 期 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ・期 間 日間 ・場 所 <input type="checkbox"/> 自事業所 <input type="checkbox"/> 講師従事事業所 <input type="checkbox"/> その他 () ・受講者 名 (職種)
受講した内容	<内容> <効果 (又は効果の見通し) >

※日程表 (長期の場合) (実績)、研修カリキュラム表 (実績) 等を添付してください。

※講師と事前打合せを行った場合は、その日時及び内容も含めて記載願います。