

各 施 設 長 殿

心身障害児総合医療療育センター
所長 小 崎 慶 介 (公印省略)

第 15 回「ペアレントトレーニング」リーダー養成 講習会 開催について

各種療育施設において「発達障害児」の支援に携わる職員（心理士、福祉士、児童指導員、保育士、看護師、教育相談員等）に受講希望者がおられましたらご推薦いただけますようお願い致します。

記

1. 目 的 本講習会は、各種療育施設において「発達障害児」の相談支援に携わり、ペアレントトレーニンググループを運営しようとする職員（心理士、福祉士、児童指導員、保育士、看護師、教育相談員等）に対し、「ペアレントトレーニング」の知識を習得させるとともに、グループ運営技術を身につけさせることを目的とする。
2. 講習期間 令和 4 年 2 月 7 日（月）～ 2 月 8 日（火）
3. 講習場所 心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
4. 定 員 32 名（1 施設 1 名まで）
5. 受講資格 各種療育施設において「発達障害児」の相談支援に携わる職員（心理士、福祉士、児童指導員、保育士、看護師、教育相談員等）、とりわけペアレントトレーニンググループ実施の予定のある職員。
（なお、ペアレントトレーニングは言語を介して行いますので、対象となるお子さんは意味のある言語を言ったり、理解できたりする精神発達 4 歳程度以上のお子さんをお考え下さい）
6. 受講費 16,500 円
7. 添付書類 ① 講習会要綱 別紙(1)
② 講習科目・日程 別紙(2)
③ 受講申込書 別紙(3)
8. 申込方法 受講申込書を 1 月 6 日(木)までに FAX または郵送で送付。
(定員に達し次第締め切りますが、ペアレントトレーニンググループ実施予定のある方を優先し、選考させて頂く場合が有りますのでご了承下さい)
送付先：〒173-0037 東京都板橋区小茂根 1 - 1 - 10
心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
FAX 03-3959-7648(直通)
9. お問い合わせ 心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
電話：03-5965-1136（直通） FAX：03-3959-7648（直通）

別紙(1)

第15回「ペアレントトレーニング」リーダー養成 講習会 要綱

1. 講習期間 令和4年2月7日(月) 10:00 ~ 2月8日(火) 17:00
2. 講習場所 心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
交通：東京メトロ有楽町線・副都心線「小竹向原駅」下車。
3番出口より徒歩10分。
所要時間の目安は、羽田空港から120分、東京駅から60分。
尚、車 バイクでの通講はご遠慮下さい。
3. 定 員 32名（1施設1名まで）
4. 講習内容 講習会の講習科目、時間数、講師氏名等は 別紙(2) のとおり
5. 経 費 1) 受講費 16,500円（消費税1,500円を含む）

締切後に送付する「受講承諾書」記載の口座に講習会費をお振り込みください。
振込手数料（返金の場合も）の負担は参加者（施設）負担とします。
キャンセル（変更）の場合の返金について
1月31日(月)までのお申し出は返金します。以後は返金しません。
6. 宿 泊
感染防止のため研修所宿泊は中止とさせていただきます。
7. 食 事
昼食は、受付時に弁当の注文をお受けします（1食440円）。
（冷蔵庫・電子レンジ・湯茶等）はあります。
8. その他
 - 1) 期間中を通して受講出来ること、また、受講に際して健康上支障のないこと。
 - 2) 講習会初日2月7日(月)の受付は、9時00分より9時50分まで。
 - 3) お分かりにならないことは、下記にお問い合わせ下さい。
心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
電話（直通） 03-5965-1136、FAX 03-3959-7648(直通)

別紙(2)

第15回「ペアレントトレーニング」リーダー養成 講習会 日程

講習期間： 令和4年2月7日(月) 10:00～2月8日(火) 17:00
初日受付 9:00～9:50 (9:50～10:00 オリエンテーション)

講師： まめの木クリニックスタッフ

講義：

第1日目： 2月7日(月曜日)

(時間)	(研修内容)
10:00～10:50	はじめに—基本においてほしいこと—
10:50～11:00	休憩
11:00～12:30	I 行動を3種類に分ける
12:30～13:30	昼食休憩
13:30～14:30	II 肯定的な注目を与える
14:30～14:40	休憩
14:40～15:50	III 好ましくない行動を減らす①
15:50～16:00	休憩
16:00～17:00	IV 好ましくない行動を減らす②

第2日目： 2月8日(火曜日)

(時間)	(研修内容)
10:00～11:00	V 子どもの協力を増やす①
11:00～11:10	休憩
11:10～12:00	VI 子どもの協力を増やす②
12:00～13:00	昼食休憩
13:00～14:00	VII 子どもの協力を増やすBBC
14:00～14:10	休憩
14:10～15:00	VIII 制限を設ける
15:00～15:10	休憩
15:10～15:50	IX 学校との連携
15:50～16:00	休憩
16:00～16:50	講義 発達障害のためのペアレントトレーニング
16:50～17:00	質疑応答 アンケート
17:00	終了

* I～IXはペアレントトレーニングプログラム10回コースの各セッション番号を示します。

* I～IXは、すべて体験形式となっています。

* プログラム内容は、進行上、予告なしに変更される場合があります。予めご了承下さい。

* 『こうすればうまくいく発達障害のペアレントトレーニング実践マニュアル』中央法規をできるだけ事前にお読み下さい。あわせて『ADHDのペアレントトレーニング』明石書店もお読みくださるようお勧めします。

別紙(3)

療 育 研 修 所
第 15 回 「ペアレントトレーニング」リーダー養成 講習会 受講申込書

1. 氏名	ふりがな S・H 年 月 日生,	才男・女
2. 現住所	〒 TEL 携帯	
3. 職種	現在の職場での経験年数 ()年	
4. 講習会受講の経緯	A) 案内を見て (ホームページ) B) 勧められて (紹介者名:)	
5. 配慮の必要性「車椅子使用」等		
6. 発達障害児との関わり (業務内容、名簿に掲載します)	ペアレントトレーニングのグループを 1. 既に実施 (対象児の障害は? _____ 親ごさん何人のグループですか? ____人) 2. 予定している(年 月から) 3. 予定は今のところない 過去3年間の本講習会の貴施設の参加状況: 分かる範囲でお答えください。 1. 過去3年間の貴施設の参加人数 参加なし ・ 参加あり ・ 不明 2. 過去3年間の貴施設で申込みをしたが受講出来なかったことがありますか あり (平成 年) ・ なし ・ 不明	
7. 請求書の有無	() 請求書必要	() 請求書不要
8. 請求書・領収書の宛名 (無記入は所属施設名で用意します)		

上記の者を受講させます

令和 年 月 日

〒
施設住所
電話番号
Fax 番号

施設名

施設長名

印

心身障害児総合医療療育センター
所長 小崎 慶介 殿

(研修所記入) 受付日 _____ 受付順位 _____