

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)

2019年度 ペアレント・トレーニング基礎 講習会 開催について

児童福祉施設、教育機関において「発達障害児」の支援に携わる職員（保育士、児童指導員、教員、福祉士、心理士、教育相談員、看護師、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、児童福祉施設（保育所、児童館、児童発達支センター・放課後等デイサービス等各種療育施設、児童養護施設など）、教育機関（幼稚園、小学校、特別支援学校など）、保健所において「発達障害児」の支援に携わる職員（保育士、児童指導員、教員、教育相談員、福祉士、心理士、保健師、看護師、等）を対象に、「ペアレントトレーニング」の知識を習得し、現場での実践が可能となることを目的とする。
2. 講習開催日 令和元年 9 月 13 日（金）13時00分より16時00分
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 30 名（1施設2名まで）
5. 受講対象者 別紙（1）
6. 受講費 4,320円
7. 添付書類 ① 講習会要綱 別紙(1)
② 講師・講義内容 別紙(2)
③ 受講申込書 別紙(3)
8. 申込方法 受講申込書を8月13日(火)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)

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. お問合せ 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)

2019年度 ペアレント・トレーニング基礎 講習会 要綱

1. 受講対象者

児童福祉施設（保育所、児童館、放課後等デイサービス等各種療育施設、児童養護施設など）、教育機関（幼稚園、小学校、特別支援学校など）、保健所において「発達障害児」の支援に携わる職員（保育士、児童指導員、教員、教育相談員、福祉士、心理士、保健師、看護師、等）

まめの木式（精研式）をベースにしたペアレント・トレーニングのプログラムをご紹介します。5つの基本プログラムを講義、ワーク、ロールプレイ、参加者同士での話し合いなどを通して学んでいきます。

なお、本ペアレント・トレーニングの手法は言語を介して行うため、対象となるお子さんは意味のある言語を言ったり、理解できたりすることが可能な（言語発達が概ね2歳程度以上）お子さんをお考え下さい。

2. 講習日： 9月13日（金曜日）13時00分から16時00分

受付 12時00分より

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

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。
尚、車 バイクでの通講はご遠慮下さい。

4. 受講費 4,320円（消費税320円を含む）

締切後に送付する「受講承諾書」に記載の口座に振り込み下さい。
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9月11日（水）までの申し出は返金します。以後は返金いたしません。

5. その他

- 1) 講習会 9月13日（金）の受付は12時00分より行います。
- 2) 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 03-5965-1136(直通)、FAX 03-3959-7648(直通)

別紙(2)

2019年度 ペアレント・トレーニング基礎 講習会 講師・講義内容

講師： 心身障害児総合医療療育センター 小児科 長瀬美香

プログラム予定 1. 行動を3つに分ける：好ましい行動、好ましくない行動、危険な行動

2. ほめる：好ましい行動に肯定的な注目を与えて増やす

3. 待つ、ほめる：好ましくない行動に否定的注目をしないで待つ

4. 指示：子どもが好ましい行動をしたくなる指示のいろいろ

5. 危険な行動が残っている時：ほめる、待つ、指示の組合せ
警告の出し方

- * プログラム内容にはロールプレイなども含まれます。予めご了承下さい。
- * 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』中央法規出版、もしくは『保育士・教師のためのティーチャーズ・トレーニング』中央法規出版を事前にお読みくださるようお勧めします。

別紙(3)

療育研究所
2019年度 ペアレントトレーニング基礎 講習会 受講申込書

| | | | | | |
|---------------------------------|--|-------|-----|------------------|------|
| ふりがな | | | | | |
| 1. 氏名 | S・H | 年 | 月 | 日生, | 才男・女 |
| 〒 | | | | TEL | |
| 2. 現住所 | | | | 携帯 | |
| 3. 職種 | 職位 | | | 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) | | | | | |
| 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

令和元年 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