

各 施 設 長 殿

心身障害児総合医療療育センター
所長 北 住 映 二 (公印省略)

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 平成 29 年 5 月 19 日（金）、6 月 9 日（金）、7 月 8 日（土）
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 20 名（1 施設 2 名まで）
5. 受講対象者 別紙（1）
6. 受 講 費 13,400 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 4 月 17 日(月)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）

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）

この講習はステップ・バイ・ステップ方式をとっており、前回の講座内容を踏まえ、次の講座が成り立っています。2回目以降は前回の講座内容について現場で実践した記録をもとにディスカッションする時間も設けています。

この為、原則的には全日程を連続して参加できることが望ましいですが、困難な場合にはお問い合わせ下さい。

なお、ペアレントトレーニング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、理解できたりする精神発達4歳程度以上のお子さんをお考え下さい。）

2. 講習期間： 5月19日（金曜日）, 6月9日（金曜日）、7月8日（土曜日）
7月8日のみ土曜日ですので、ご注意ください
全日 13:00～16:00

初日受付 12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
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. その他

- 1) 講習会1日目5月19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)

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 精神科医長 長瀬美香
臨床心理主任 三間直子

プログラム予定 第1回 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

ほめる：好ましい行動をほめて増やす

第2回 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

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

第3回 まとめ

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願いいたします。

療育研修所
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
2. 現住所	〒	TEL	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
平成 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 北住 映二 殿

(研修所記入) 受付日 _____ 受付順位 _____