

令和4年6月24日

第24回 「ペアレント・トレーニング」リーダー養成基礎研修のご案内

発達障害をもつ子ども、ならびに家族の支援に携わる専門家を対象に、ペアレント・トレーニングプログラム実践のための研修会を下記の通り開催致します。

記

- 日程 : 2022年9月18日(日)・9月19日(月・祝)の2日間
時間 : 9:30 ~ 17:00 (受付9時15分から)
場所 : グリーンパレス本館 2F 高砂・羽衣(東京都江戸川区松島 1-38-1)
(JR 総武線「新小岩駅」南口徒歩20分・バス「江戸川区役所前」下車徒歩2分)
*本研修はウェビナーではありません
対象者 : 医療、福祉、保育、教育相談に携わる専門家
内容 : プログラム(裏面)をご参照下さい
定員 : 36名
参加費用 : 32,000円(研修2日分)

☆申し込み方法:添付の申込書にご記入の上、**FAXにて**お申し込み下さい。

7月14日(木) 午前8時より受付を開始します。

※定員になり次第、締め切らせていただきます。なお、受付開始時間前のお申し込みはお受けできませんのでご了承下さい。

※7月末に参加の可否をお知らせします。

お願い

- *原則として両日参加とさせていただきます。
- *参加費はお振込みとなります。後日、振込口座等をお知らせします。
- *テキストとして

『**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**』
上林靖子監修、北道子・河内美恵・藤井和子編集、中央法規 定価2100円(税込)

を使用しますので、当日、必ずお持ちくださいますようお願いいたします。

(テキスト購入希望の場合は、参加費とともに代金をお振込みください。会場でのお渡しになります。)

- *参考図書として『**読んで学べる ADHD のペアレントトレーニング むずかしい子にやさしい子育て**』シンシア・ウィットナム著、明石書店を一読されることをお勧めいたします。

感染対策について

- *会場内はソーシャルディスタンスを保ってお席を設定いたします。
- *マスクの着用、手洗い、手指消毒、検温にご協力ください。
- *当日、発熱や体調不良のある方はご欠席くださいますようお願いいたします。
- *昼食は会場内でおとりいただけます。黙食のご協力をお願いいたします。

お申込み・お問い合わせ先

まめの木クリニック・発達臨床研究所

TEL 03-3671-5360

FAX 03-3671-5361

第24回 「ペアレント・トレーニング」リーダー養成基礎研修 プログラム

第1日目：9月18日（日） 9:30～17:00

時間	内容
9:30 ～ 10:15	「ペアレント・トレーニンググループをはじめるにあたって」（講義） 研修の進め方
10:15 ～ 10:25	休憩
10:25 ～ 12:05	I. 「子どもの行動を3種類に分けましょう」
12:05 ～ 13:05	昼休憩
13:05 ～ 14:15	II. 「肯定的な注目を与えよう～ほめ方のコツ～スペシャルタイム」
14:15 ～ 14:25	休憩
14:25 ～ 15:35	III. 「好ましくない行動を減らす①～上手な無視のしかた～」
15:35 ～ 15:45	休憩
15:45 ～ 16:45	IV. 「好ましくない行動を減らす②～「無視」と「ほめる」の組合せ～」
16:45 ～ 17:00	質疑応答

第2日目：9月19日（月・祝） 9:30～17:00

時間	内容
09:30 ～ 11:10	V. 「子どもの協力を増やす方法 ～効果的な指示の出し方①～」
11:10 ～ 11:20	休憩
11:20 ～ 12:20	VI. 「子どもの協力を増やす方法 ～効果的な指示の出し方②～」
12:20 ～ 13:20	昼休憩
13:20 ～ 14:30	VII. 「子どもの協力を増やす方法 ～よりよい行動のチャート～」
14:30 ～ 14:40	休憩
14:40 ～ 15:20	VIII. 「制限を設ける」（講義）
15:20 ～ 15:30	休憩
15:30 ～ 16:00	IX. 「学校との連携」（講義）
16:00 ～ 16:40	「発達障害のためのペアレント・トレーニング」（講義） （講師：まめの木発達臨床研究所 代表 藤井和子 ケースラー）
16:40 ～ 17:00	質疑応答とアンケート： 研修を受けてのご意見・ご感想をお聞かせ下さい

* 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～VIIは**体験形式**となっており、**ロールプレイ**を行います。VIII、IXは講義形式です。

* 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。

* テキストとして『**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）を使用しますので、**当日、必ずお持ちください。**

第24回「ペアレント・トレーニング」リーダー養成基礎研修 参加申込書

申込日： 年 月 日

フリガナ お名前：		緊急時連絡先（携帯番号）：	
自宅	住所：〒		
	電話番号：	FAX 番号：	
勤務先	勤務先名：	職種：	臨床歴： 延べ 年
	住所：〒		
	電話番号：	FAX 番号：	
参加可否のご連絡先： ご自宅 ・ 勤務先 *○をお付け下さい			
ペアレント・トレーニングを始める予定はありますか？ <ul style="list-style-type: none"> ・ある（開始予定 年 月頃から） ・ない ・すでに始めている（ 年 月～） ・その他（ ） 			
テキスト「発達障害のペアレントトレーニング実践マニュアル」購入を 希望する ・ 希望しない			
領収書の発行を 宛名（ ） 希望する ・ 希望しない			
過去に本研修（「ペアレント・トレーニング」リーダー養成基礎研修）に参加した ことがありますか？ ない（今回 初めて） ・ ある			