

令和5年度 こども療育センター出前講座 要綱

1 目的

発達の遅れや障がいがある子どもの療育については「子どもの身近な地域における早期からの支援」が必要不可欠であり、専門機関だけでなく地域現場での支援の充実が強く求められている。また、障がい児への療育の知識や技術等は、健常児に関わる際にも有効な場合が多いことが知られている。

そこで、子どもへの支援に従事する機関を対象に出前講座を行い、地域の支援者に障がいや気がかりさのある児への理解を深めていただくことを目的とする。

2 実施主体

福井県

3 実施担当

福井県こども療育センター 地域支援課

4 申し込み対象機関

- ・保育所、認定こども園、子育て支援センター、等の児童福祉施設
- ・学校、幼稚園、児童館等
- ・障害福祉サービス事業所等
- ・診療所等

5 講座概要

「ほめるコツ ～ペアプロのエッセンス～ 講座コース」の実施要項及び申し込み様式は、別紙1，2の通り。

「リハシル 講座コース」の実施要項および申し込み様式は別紙3，4のとおり。

6 申込み方法

1) 申込み

所属長は、コース毎の申込様式を用い、あらかじめ定められた日までに、それぞれのメールアドレス宛に申込みこととする。

2) 申込先

福井県こども療育センター 地域支援課

研修担当 堀田（ほめるコツ） kosodatekouza@pref.fukui.lg.jp

土田（リハシル） chiikireha@pref.fukui.lg.jp

問い合わせ番号 0776-53-6581(地域支援課 直通)

7 その他

療育センターでは別添の保護者対象の子育て講座を行っています。貴下事業所を利用されている保護者の皆様にご周知いただくとともに、皆様にも積極的な参加をお勧めします。

附 則

この要綱は、令和5年3月 日より施行する。

(別紙1)

ほめるコツ ～ペアプロのエッセンス～ 講座コース 実施要項

【開催場所】

- ・申込み者が指定する場所

【講座概要】

- ・各機関でのペアレント・プログラム開催とペアレント・プログラムの考え方を取り入れた子育ての普及の促進を図ることを目的とする。
- ・通常全6回のペアレント・プログラムのエッセンスを、1回の「ほめるコツ」講座にまとめ、実施する。(ワークショップ形式 時間は申込者の希望により60分～90分)
- ・会場および研修に使用する機材は申込者が準備することとする。
- ・講座受講者は原則支援者とし、参加者数は5名以上とする。

【開催時期】

- ・令和5年4月～令和6年2月までの原則水曜日 10時から17時までの間の60分～90分

【研修申込】

- ・申込様式3を用いて、講座希望日の2か月前までにメールにて申し込むこととする。
E-mail : kosodatekouza@pref.fukui.lg.jp 研修担当 堀田・稲木
- ・開催希望主体は、単一事業所であっても各種協議会や職能団体であっても差し支えないが、申込書に開催目的と受講後に予想される効果を明記し、受講後のアンケートに協力すること。

(別紙2) *担当 地域支援課 堀田・稲木宛下記メールアドレスにお申し込みください

メールアドレス: kosodatekouza@pref.fukui.lg.jp

ほめるコツ ～ペアプロのエッセンス～ 講座申込書

申込者	所属(事業所名など)	
	担当者氏名 (職種)	()
	連絡先メールアドレス	
	連絡先電話番号	
希望日時	第一希望	令和 年 月 日 時 分 ～ 時 分
	第二希望	令和 年 月 日 時 分 ～ 時 分
講座開催の目的	例) 園内研修、〇〇市児童館職員研修、〇〇市保育士会研修会 等	
予想される効果		
受講者の人数・主な職種	(人数) 約 名 (職種)	
会場	(名称)	
	(住所)	
	(所属長、会場管理者)	

(別紙3)

リハシル講座コース 実施要項

【講座実施場所】

- ・申込者と当センター担当者と相談し決定する。

【講座概要】

- ・障がいや気がかりさのある子どもの支援を考える際に、リハビリテーションの視点と活用するヒントを紹介することを目的とする。
- ・方法は対面、またはオンラインで行う。一回の時間は60分～90分とする。
- ・講座の内容は申し込み用紙4参照のこと
- ・会場および研修にまつわる機材は、申し込み者と当センター担当者が相談し決定する。
- ・講座申込者は支援者とし、開催にあたっての参加者数は3名以上とする。

【開催時期・回数】

- ・令和5年4月、5月、8月、令和6年1月、2月、3月
- ・開催日時は、申込み受付後に、申し込み担当者と直接調整し、決定する。

【研修申込】

- ・申込様式4を用いて、メールにて申し込むこととする。
E-mail: chiikireha@pref.fukui.lg.jp 研修担当 土田
- ・開催希望主体は、単一事業所であっても各種協議会や職能団体であっても差し支えないが、申込書に開催目的を明記し受講後のアンケートに協力すること。

(別紙4) *担当 地域支援課 土田宛下記メールアドレスにお申し込みください

メールアドレス: chiikireha@pref.fukui.lg.jp

リハシル講座 申込書

申込者	所属 (事業所名など)	
	担当者氏名(職種)	()
	メールアドレス	
	電話番号	
希望する テーマ	<input type="radio"/> をつける	内容
		補装具の豆知識(理学療法士) (座位保持椅子、車いす、歩行器、立位台の取り扱いについて)
		食器から始まる楽しい食育(作業療法士)
		子どもにとって遊びとは(作業療法士)
		コミュニケーション支援・指導ってどう考える?(言語聴覚士)
	その他:ご希望に合わせた講座 (例:運動、日常生活動作、コミュニケーション)	
講座開催 の目的	例)園内研修、〇〇市児童館職員研修、〇〇市保育士会研修会 等	
受講者の 人数・ 主な職種	(人数) 約 名 (職種)	
会場	(名称)	
	(住所)	
	(所属長、会場管理者)	