

令和8年度 小児療育担当職員等実務研修実施要綱

1 目的

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。

そこで、地域の支援者を対象に、福井県こども療育センターにおいて実務研修を実施し、子どもに対する直接的支援の方法や保護者支援、地域の社会資源活用などに関する知識や技術を学ぶ機会を提供することで、中核となる職員を育成し、地域療育の充実を図る。

2 実施主体

福井県（こども療育センター）

3 実施担当

福井県こども療育センター（以下、療育センター）内

- ①児童発達支援センター つばさ
- ②医療型障害児入所施設 つくし園
- ③リハビリテーション室
- ④医療課

4 研修対象者

県内の市町等行政機関、保健センター、子育て支援センター、保育所、幼稚園、認定こども園、児童発達支援センター、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所、保育所等訪問支援事業所、相談支援事業所、学校、児童館、訪問看護ステーション、病院、診療所等に所属する以下の職員

- ・保育士・幼稚園教諭・教員
- ・医師・保健師・看護師
- ・言語聴覚士・作業療法士・理学療法士・心理士
- ・児童福祉・教育・行政に携わる方（相談員・児童指導員・保育カウンセラー等）

5 研修概要および日程

6 定員

7 申込み方法

各コース概要参照

8 費用 無料

9 研修規定

- 1) 研修期間中にかかる研修生の給与、往復の交通費等については、派遣元所属の負担とする。
- 2) 研修期間中の研修生の勤務時間は、療育センター所長が決定する。
- 3) 研修生は、研修期間中、療育センター所長の指示に従うものとする。
- 4) 研修生の出張や時間外などの勤務命令は、療育センターの指定する者を經由して、派遣元所属長が行うものとする。
- 5) 研修生が研修中に受けた災害等による傷病等に対しては、派遣元所属の規定に従い、措置するものとする。
- 6) 研修生は、研修期間中、療育センターにおいて知り得た秘密および個人情報を他に漏らしてはならない。これは、研修を終了した後も同様とする。

附 則

この要綱は、平成26年4月21日より施行する。

附 則

この要綱は、平成27年3月5日より施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月8日より施行する。

附 則

この要綱は、平成29年3月21日より施行する。

附 則

この要綱は、平成30年3月16日より施行する。

附 則

この要綱は、平成31年3月14日より施行する。

附 則

この要綱は、令和2年3月5日より施行する。

附 則

この要綱は、令和3年3月9日より施行する。

附 則

この要綱は、令和4年3月24日より施行する。

附 則

この要綱は、令和5年3月3日より施行する。

附 則

この要綱は、令和6年3月24日より施行する。

附 則

この要綱は、令和8年3月12日より施行する。

① 児童発達支援センターつばさ

(1) 研修概要および日程

1) 「1W(1週間)コース」、「研修型ペアレント・プログラムコース」の2コースあり。
それぞれの研修概要、日程および申込様式は【別紙1】(様式1)のとおり。

2) つばさのいずれのコースにおいても、事前研修会および修了後報告会への参加を必須とする。

・事前研修会 令和8年6月17日(水)午後

・修了後報告会 令和9年3月17日(水)午後

尚、日程など詳細については受講決定後に通知する。療育センターの都合で、やむを得ず日程や会場を変更する場合がありますので、ご了承ください。

(2) 定員

1) 「1W(1週間)コース」:各日程 2名

2) 「研修型ペアレント・プログラムコース」:各日程 4名

※ 定員を超えた場合は受講をお断りすることがありますのでご了承ください。

また、同所属から複数のお申込みがある場合は、1名に限らせていただき~~ます~~場合があります。

(3) 申込み方法

1) 申込み

所属長は、コース毎の(様式1, 2)を用い、あらかじめ定められた日までに、メールで指定アドレス宛に申込むこととする。

2) 受講決定

療育センターは申込みのあった者について受講の可否を決定し、各所属長に通知する。
受講決定通知および連絡等については申込のメールアドレス宛に送付する。

3) 申込先

福井県こども療育センター内 児童発達支援センター つばさ

研修担当 平鍋・辻田

E-mail アドレス tsubasakensyu@pref.fukui.lg.jp

問い合わせ番号 0776-53-6581(つばさ直通)

(4) その他

研修受講者は、研修の受講をもって、児童発達支援センターつばさのホームページにて、研修受講者の所属施設名を公表することに同意したものとする。

【別紙Ⅰ】小児療育担当職員等実務研修

① ーⅠ つばさ IW（1週間）コース

【研修場所】

福井県こども療育センター内 児童発達支援センターつばさ

【研修概要】

つばさの小集団療育に参加し、発達障がいをもつ未就学児に対する支援の場面や方法を見学・体験することで、その理解を深める

【研修日程】

研修番号	内容・定員	期間	令和8年度日程
①	【発達障がい児の療育支援】 定員 各コース2名	5日間	7月6日（月）～7月10日（金） 8：30～16：30
②			8月3日（月）～8月7日（金） 8：30～16：30
③			10月26日（月）～10月30日（金） 8：30～16：30
④			11月9日（月）～11月13日（金） 8：30～16：30
⑤			11月30日（月）～12月4日（金） 8：30～16：30
⑥			1月18日（月）～1月22日（金） 8：30～16：30

【研修申込】

・次頁申込（様式Ⅰ）を用いて、令和8年4月30日（木）までにメールにて申し込むこととする

E-mail：tsubasakensyu@pref.fukui.lg.jp 研修担当 平鍋・辻田

(様式1) 小児療育担当職員等実務研修

【つばさ 1W(1週間)コース】 受講申込書

所属法人名		
研修希望者	所 属 (事業所名等)	
	氏名・(職種)	()
	連絡先電話番号	*受講決定通知および連絡等は、お申込みいただいたメールアドレス または連絡先電話番号に行います。
	経験年数	年
	担当業務内容	
希望研修 番 号	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	
受講者の 受講後の役割	<受講者の組織での役割> <受講者が得た支援技術の普及方法> <u>※記載欄が不足する場合は、任意の別紙を添付してください。</u>	
配慮希望事項	なし・あり () ※詳細について直接確認をとらせていただく場合があります。また、御希望に十分に対応し きれない場合があることを予め御了承ください。	

上記の者は、小児療育等にかかる基礎的知識をもち、今後障がい児への支援の中核となる者であり、研修を受講させたいので推薦します。

令和 年 月 日

所属の住所 (〒 —)

名称

所属長

【別紙2】 小児療育担当職員等実務研修

①ー2 つばさ研修型ペアレント・プログラムコース

【研修場所】

- ・福井県こども療育センター内 児童発達支援センターつばさ

【研修概要】

- ・ペアレント・プログラムとは、子育ての困り感を丁寧に分析し、ほめる子育てと仲間づくりを目指す全6回のプログラムで、テーマは以下の通り

- 第1回 現状把握表を書く！
- 第2回 行動で書く！
- 第3回 同じカテゴリーを見つける！
- 第4回 ギリギリセーフを見つける！
- 第5回 ギリギリセーフをきわめる！
- 第6回 ペアプロでみつけたことを確認する！

- ・つばさが実施するペアレント・プログラム全6回すべてを受講することで、NPO 法人 アスペ・エルデの会*が発行する修了証を取得でき、その後キャリアアップも可能*

*NPO 法人アスペ・エルデの会 厚生労働省の研究委嘱団体

*修了証の取得後、アスペ・エルデの会が開催する「資格認定アドバンスワークショップ」を受講することで「認定証」を取得でき、研修型ペアレント・プログラムを開催することができる

- ・1クール6回とフォローアップ1回

【研修日程】

研修番号	内容・定員	期間	令和8年度日程
①	【研修型ペアレント・プログラム】 定員4名ずつ	隔週水曜日 (全6回+ フォローアップ1回)	7月1日(水)～9月9日(水) 9:30～12:00 2月24日(水) 10:00～12:00
②			7月1日(水)～9月9日(水) 13:00～15:30 2月24日(水) 10:00～12:00
③			10月7日(水)～12月16日(水) 9:30～12:00 2月24日(水) 10:00～12:00

【研修申込】

次頁申込(様式2)を用いて、令和8年4月30日(木)までにメールにて申し込むこととする

E-mail: tsubasakensyu@pref.fukui.lg.jp 研修担当 平鍋・辻田

【つばさ 研修型ペアレント・プログラムコース】 受講申込書

所属法人名		
研修希望者	所 属 (事業所名等)	
	氏名・(職種)	()
	連絡先電話番号	*受講決定通知および連絡等は、お申込みいただいたメールアドレス または連絡先電話番号に行います。
	経験年数	
	担当業務内容	
希望研修 番 号	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	
受講者の 受講後の役割	<p><受講者の組織での役割></p> <p><受講者が得た支援技術の普及方法></p> <p>※記載欄が不足する場合は、任意の別紙を添付してください。</p>	
配慮希望事項	<p>なし・あり ()</p> <p>※詳細について直接確認をとらせていただく場合があります。また、御希望に十分に対応し きれない場合があることを予め御了承ください</p>	

上記の者は、小児療育等にかかる基礎的知識をもち、今後障がい児への支援の中核となる者であり、研修を受講させたいので推薦します。

令和 年 月 日

所属の住所 (〒 —)

名称

所属長

② 医療型障害児入所施設 つくし園

(1) 研修概要および日程

「医療的ケアコース」、「つくし園見学コース」の2コースあり。

それぞれの研修概要、日程および申込様式は【別紙3】のとおり。

(2) 定員

1) 「医療的ケアコース」：各日程2名

2) 「つくし園見学コース」：各日程3名

※定員を超えた場合は受講をお断りすることがありますのでご了承ください。

また、同所属から複数のお申込みがある場合は、1名に限らせていただきます。

(3) 申し込み方法

1) 申込み

所属長は、申込様式を用い、あらかじめ定められた日までに、メールで指定アドレス宛に申し込むこととする。

2) 受講決定

療育センターは申込みのあった者について受講の可否を決定し、各所属長に通知する。

受講決定通知および連絡等については申込アドレス宛に送付する。

3) 申込先

福井県子ども療育センターつくし園

研修担当：高見・岡

E-mail アドレス kodomo-kango@pref.fukui.lg.jp

問い合わせ番号 0776-53-6571

【別紙3】小児療育担当職員等実務研修

②つくし園 医療的ケアコース・見学コース

【研修場所】

福井県こども療育センター つくし園

【研修内容】

- 1) 医療的ケアコース (医療的ケアの実技・見学)
- 2) つくし園見学コース (施設概要説明)

【研修日程】

研修番号	内容・定員	令和8年度日程
1	医療的ケアコース (看護師等実施者： 各日程1日2名)	① 6/24 (水) ② 7/6 (月) ③ 10/28 (水) } 10:00~15:30
2	見学コース (各日程1日3名)	① 6/15 (月) ② 7/15 (水) ③ 10/19 (月) } 13:30~15:00

【申込み方法】

次頁(様式3)を用いて、令和8年4月30日(木)までにメールにて申し込むこととする。

E-mail アドレス kodomo-kango@pref.fukui.lg.jp 研修担当：高見・岡

(様式3) 小児療育担当職員等実務研修

【つくし園医療的ケア・見学コース】受講申込書

所属法人名		
研修希望者	所 属 (事業所名等)	
	氏名・(職種)	()
	連絡先電話番号	*受講決定通知および連絡等は、お申込みいただいたメールアドレス または連絡先電話番号に行います。
	経験年数	年
	担当業務内容	
希望研修 日程	第1希望	
	第2希望	
受講希望 コース	1 医療的ケアコース 2 つくし園見学コース	
受講希望理由	<u>※記載欄が不足する場合は、任意の別紙を添付してください。</u>	
配慮希望事項	なし・あり () ※詳細について直接確認をとらせていただく場合があります。また、御希望に十分に対応し きれない場合があることを予め御了承ください。	

上記の者を推薦します。

令和 年 月 日

所属の住所 (〒 —)

名称

所属長

③リハビリテーション室

(1) 研修内容

- ・リハビリテーション診療への同席
- ・所内見学（施設概要説明）

(2) 日程

相談にて決定

(3) 対象

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理士

(4) 定員

特になし

(5) 申込み方法

1) 所属長は、次頁（様式4）を用いて、研修を希望する日の1か月前までに、メールで指定アドレス宛に申込みすることとする。

2) 受講決定

療育センターは申込みのあった者について受講の可否を決定し、各所属長に通知する。受講決定通知および連絡等については申込みのメールアドレス宛に送付する。

3) 申込先

福井県こども療育センターリハビリテーション室

研修担当 三谷

E-mail アドレス t-mitani-1s@pref.fukui.lg.jp

問い合わせ番号 0776-53-6570

(様式4) 小児療育担当職員等実務研修

【リハビリテーション室コース】受講申込書

所属法人名		
研修希望者	所 属 (事業所名等)	
	氏名・(職種)	()
	連絡先電話番号	*受講決定通知および連絡等は、お申込みいただいたメールアドレス または連絡先電話番号に行います。
	経験年数	年
	担当業務内容	
希望研修 日程	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	
受講希望理由	※記載欄が不足する場合は、任意の別紙を添付してください。	
配慮希望事項	なし・あり () ※詳細について直接確認をとらせていただく場合があります。また、御希望に十分に対応し きれない場合があることを予め御了承ください。	

上記の者を推薦します。

令和 年 月 日

所属の住所 (〒 —)

名称

所属長

④医療課

(1) 研修内容

- ・小児科、児童精神科、耳鼻科、リハビリテーション科、整形外科の外来への同席
- ・所内見学（施設概要説明）

(2) 日程

相談にて決定。

(3) 対象

医師

(4) 定員

特になし

(5) 申込み方法

- 1) 所属長は、次頁（様式5）を用い、研修を希望する日の1か月前までに、メールで指定アドレス宛に申込むこととする。
- 2) 受講決定
療育センターは申込みのあった者について受講の可否を決定し、各所属長に通知する。
受講決定通知および連絡等については申込のメールアドレス宛に送付する。
- 3) 申込先
福井県こども療育センター医療課
研修担当 熊野
E-mail アドレス a-kumano-mo@pref.fukui.lg.jp
問い合わせ番号 0776-53-6570

(様式5) 小児療育担当職員等実務研修

【医療課コース】受講申込書

所属法人名		
研修希望者	所 属 (事業所名等)	
	氏 名	
	連絡先電話番号	*受講決定通知および連絡等は、お申込みいただいたメールアドレス または連絡先電話番号に行います。
	経験年数	年
	担当業務内容	
希望研修 日程	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	
受講希望理由	※記載欄が不足する場合は、任意の別紙を添付してください。	
配慮希望事項	なし・あり () ※詳細について直接確認をとらせていただく場合があります。また、御希望に十分に対応し きれない場合があることを予め御了承ください。	

上記の者を推薦します。

令和 年 月 日

所属の住所 (〒 —)

名称

所属長