

令和 8 年 4 月 1 日
特定非営利活動法人それいゆ
理事長 江 口 寧 子

「ペアレントメンター事業 インストラクター養成研修会」のご案内

拝啓 新緑の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。平素は格別のお引き立てをいただき、厚く御礼申し上げます。

この度、特定非営利活動法人それいゆにおきまして、ペアレントメンター事業インストラクター養成研修会を開催することになりました。ペアレントメンター事業の運営についての講義を受講し、ペアレントメンター養成講座のロールプレイを体験することで、地域で開催するペアレントメンター養成講座や事業運営等の参考にしていただければと思います。

厚生労働省の発達障害者支援施策の中にペアレントメンター事業が組み込まれ、それぞれの地域でペアレントメンター事業の展開を検討されている自治体や発達障害者支援センターが年々増えているようです。皆様の地域でのペアレントメンター活動の導入をご検討いただく機会にいただければと思います。また、この養成研修会をコーディネーター研修のひとつとしてご活用いただければ幸いです。

記

1. 日 時 令和 8 年 11 月 28 日（土）12:00～17:00 29 日（日）9:00～16:00
- 2.
3. 場 所 オフィスそれいゆ （佐賀駅徒歩 5 分）
佐賀市駅前中央一丁目 7-131 0952-41-5828
- 3 対象者 発達障害者支援センター 職員のほか、ペアレントメンター事業に関わる支援者の方々
※2 日間ご参加いただける方
4. 参加費 2 日間参加 1 人 33,000 円
※参加費は当日お支払いください。領収書をお渡しします。
5. 定 員 15 名 先着順
6. 講 師 青森県発達障がい者支援センター 所長 町田徳子氏
高知県発達障害者支援センター 所長 川村郁子氏
近畿大学九州短期大学講師 カウンセリングルーム小箱 坂口美由紀氏
7. お申し込み方法 お申込用紙（3 ページ）に必要事項をご記入の上、特定非営利活動法人それいゆに
E-mail もしくは、FAX（0952-36-8752）にてお申し込みください。申込受理のお返事は担当者より、申込受理返信用メールアドレスへご連絡致します。
8. 締め切り 令和 8 年 10 月 31 日（金）（定員になり次第締め切ります）
9. お問い合わせ先 特定非営利活動法人それいゆ
担当：江口（E-mail: info@autism-soreiyu.com）

ペアレントメンター事業 インストラクター養成研修会 開催要項

1. 目的

今後、地域の自治体や発達障害者支援センターがペアレントメンター事業を地域の支援体制に導入するにあたっての体制整備やそれぞれの関係機関の役割、運営方法等を知り、ペアレントメンターの養成から活動までのプロセスを理解することで、ペアレントメンター事業の導入が支援に有用性のあるものとして企画・実施される足がかりとなることを目的とします。

2. 研修内容

ペアレントメンターの導入にあたり、導入体制の整備、ペアレントメンターの登録、相談者とのマッチング、活動中のフォローなど具体的な運営方法やその留意点、インストラクターとしての心得などを研修します。ペアレントメンター養成講座のロールプレイでは、インストラクター役、ペアレントメンター役、相談者役などを体験します。ペアレントメンターとしてロールプレイで相談を受ける体験を重ねて、相談や傾聴についての理解を深めていく過程を実感し、必要とされるインストラクターの役割を確認します。

また最後の意見交換では、今後事業を進めるにあたっての不安や問題点などを検討します。

3. プログラム

1 日目 『インストラクター養成研修会 講義と実技』

時間	内容
11:30~	受付
12:00~12:15	挨拶・日程説明
12:15~13:15	講義『ペアレントメンターの養成と活用』
13:15~13:25	休憩
13:25~14:25	講義『傾聴とは』
14:25~14:35	休憩
14:35~14:45	ロールプレイの説明
14:45~14:55	アイスブレイク
15:00~17:00	ロールプレイ① (3グループ)
17:00	解散

2 日目 『インストラクター養成研修会 実技』

時間	内容
8:45	開場
9:00~10:30	ロールプレイ② (3グループ)
10:30~10:50	休憩
10:50~12:20	ロールプレイ③ (3グループ)
12:20~13:20	昼食
13:20~15:00	ロールプレイ④ (3グループ)
15:00~16:00	まとめ・意見交換

ペアレントメンター事業 インストラクター養成研修会 お申込用紙

自治体または発達障害者支援センター名：_____

電話番号：_____

申込受理返信用メールアドレス：_____

参加者氏名(ふりがな)①<代表者>：_____ (_____)

担当業務(ご所属)：_____

当日連絡先(携帯番号など)：_____

参加者氏名(ふりがな)②：_____ (_____)

担当業務(ご所属)：_____

参加者合計 _____ **名**

昼食は会場で食べることができます。ご持参ください。

○研修へのご要望等ございましたら、ご記入ください。

送り先 FAX 0952-36-8752

e-mail info@autism-soreiyu.com