



本事業は、個別の療育プログラムに基づき実施する「発達障がい療育等支援事業」です。自閉スペクトラム症（自閉症、広汎性発達障がい、アスペルガー症候群等）の子どもたち、及び、その保護者の方を対象に、自閉スペクトラム症の特性にあわせた療育と保護者の方に向けた研修を行います。

1. 療育方針

地域での豊かな生活をめざして・・・自閉スペクトラム症（自閉症、広汎性発達障がい、アスペルガー症候群等）の子どもたちが、家族や地域の人たちとともに、より豊かに幸せに暮らし、自尊心を持って自立した生活ができることを目指し、保護者の方と協働してその基礎を築きます。

（1） 自閉スペクトラム症

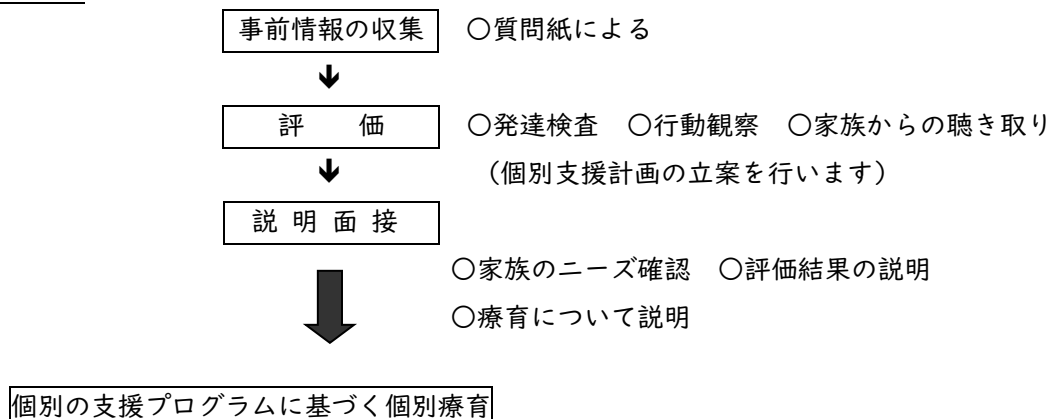
の特性理解 : まず一番身近な保護者の方が子どもの特性について正しく理解し、早期からその特性に配慮された日常生活を送ることができるよう支援します。

（2） 個別の評価と目標設定 : 一人一人の子どもの発達プロフィール、生活スキル、行動特性を個別に評価し、保護者の方と情報を共有します。その上で、個別の支援プログラムを保護者の方と協働で立案し、同じ目標を持って取り組みます。

（3） 支援方法のモデルの提示 : 療育の取り組みの中で、個別の目標に合わせた具体的な支援方法のモデルの提示を行います。

（4） 家庭や地域への発展、応用 : 療育場面で身につけたことを、家庭や地域といった子どもの実際の生活の場へ段階的に広げていくことを目指します。特性を理解していただくため、保護者研修などのプログラムを予定しています。

2. 療育の流れ



(1) 評価・説明面接

- ①療育開始に先立ち、全ての療育児について、**行動観察**と**発達検査**を実施します。
- ②保護者の方と同室での行動観察、保護者の方からの聴き取りと、**PEP-3**（自閉症児・発達障害児教育診断検査）を用いて評価します。
- ③評価の後に、別途説明面接の日時を設定し、療育に対する保護者の方のニーズの確認や、評価結果の説明と療育の概要を説明します。

(2) 個別支援計画の立案

- ①支援計画は、保護者の方と一緒に一人一人のお子さんに応じた**年間目標**と**短期目標**を作成します。
- ②年齢に応じた生活全般の課題（コミュニケーション・社会性・身辺自立・余暇等）から優先される課題を家族のニーズ、検査結果等から相談しながら決めていきます。
- ③お子さんがわかりやすい環境で、成功体験を積み重ねながら次のステップを踏んでいくことができるような支援目標にします。
- ④お子さんが将来必要になるであろうと思われる課題についても相談しながら立案していきます。

(3) 療育プログラム

- ①療育目標や生活年齢を基準にグループ分けをして、1グループ2～4名で療育を実施します。
- ②カリキュラム領域ごとの個別課題とグループ活動を組み合わせながら療育を進めていきます。
- ③**あそびやおやつ、学習などの活動**を中心に、○コミュニケーションのとり方、○場面の切り替えや活動の見通しの持ち方、○歯みがきや着替えなど身辺面の指導などを目標に取り組みます。
- ④グループ活動においても、個別目標の達成を基本にし、グループとして共有できる部分を見つけてプログラムの中に組み込んでいきます。同じ場所で遊ぶ、おやつのときに他の子どもと席を隣り合って食べる、終わりの会の活動を共有する、といった活動から、グループのメンバーが順番に1つのものを使う、ルールのあるゲームを子ども同士でする、話し合っ物事を決める、などの活動まで、それぞれのお子さんの状況に合わせて活動の目標を設定します。

3. 募集対象および募集定員（年齢・学年はいずれも令和8年4月時点）

就学前児童と学齢児（小学1年生・2年生・3年生）を対象に、定員60名。

- ① 就学前児童 45名
- ② 学齢児（小学1年生・2年生・3年生）15名。募集状況により若干変更することがあります。

療育回数 : 隔週1回1時間

療育日時 : 月・火・水・木曜日の、下記の時間帯のいずれかで実施します

（祝日にあたる場合は、金曜日に振替えを行う場合がありますので、予めご了承ください。）

A | 0:00～11:00

B | 3:00～14:00

C | 5:00～16:00

*療育の日は、療育前に行う発達検査の結果や、お子様の年齢を考慮して編成します(保護者の方の希望曜日・時間も考慮しますが、ご協力いただく場合があります)。

*療育の曜日や時間は変更する場合があります。初回の保護者研修でお渡しする年間の日程表でご確認ください。

4. 申し込み資格

①泉州地域（泉大津市、和泉市、高石市、岸和田市、貝塚市、泉佐野市、泉南市、阪南市、忠岡町、熊取町、田尻町、岬町）に居住し、対象年齢で自閉スペクトラム症の診断を受けた児童およびその保護者

② 保護者同伴で1年間継続して通所が可能であり、保護者研修にも参加できる方

③居住地の市役所障害福祉課又は児童福祉課などで児童発達支援又は放課後等デイサービス利用のための通所受給者証をお持ちの方

お持ちでない方は通所受給者証の申請をしていただきます（詳しくはお住まいの市町にお尋ねください）。

※Waveの申し込み時に、医師からの紹介状や診断書、療育手帳等を提出する必要はありません。

④児童発達支援センター（通園施設）に通園中の方は、申し込んでいただく事は可能ですが、同日に重複しての利用はできません。

こどもデイケアいずみに通園中の方は、申込みできません。

※なお、過去にWaveで療育を受けたことのある方は、定員に空きのある場合に利用できます。

5. 保護者研修

保護者の方が自閉スペクトラム症について理解を深め、子どもに合わせた適切な支援の観点と方法を学習するため、療育を受けられる保護者の方を対象に研修会を行います。

Waveを初めてご利用される方は会場で、2年目以降の方は研修日以降のオンライン配信にて必ずご参加ください。お仕事の都合などでどうしても参加ができない場合には、オンライン配信のURLをお送りしますので、必ずご視聴いただきますようお願いします。

日 時 年間10回

時間：午前10：00～11：30まで

場 所 和泉シティプラザ、貝塚市民福祉センター、自閉症児支援センターWaveなど

（場所は変更となる可能性があります。変更の際は事前にお伝えします）

<参考>過去の保護者研修の日程とテーマ（令和8年度は調整中）

回数	日時	研修テーマ
1	5月14日（水）	子どものことを知ろう 特性の理解と対応
2	6月13日（金）	子どもの伝える力を育てよう
3	7月 4日（金）	子どものことを見てみよう
4	8月 1日（金）	分かりやすい環境作り 構造化
5	9月 5日（金）	評価は支援のスタート 「評価」と「課題分析」
6	10月31日（金）	サポートブックについて、卒業生の保護者のお話
7	11月21日（金）	発音の明瞭化に向けて～生活の中での取り組み～
8	12月 5日（金）	お手伝いについて
9	12月19日（金）	おうちのアイデア発表
10	1月30日（金）	子どもへの家庭での支援について（ゲスト講師）

★令和8年度の研修日程については、療育が決定した方に後日ご案内いたします。

6. 利用料

	利用料
療育	児童発達支援、または、放課後等デイサービス利用について国が定める利用者負担額
保護者研修会・ 面談	1回 1400円

○児童発達支援(就学前児童)、または、放課後等デイサービス（小学1年生・2年生・3年生）を利用するための受給者証の申請をしていただきます。

○プログラムの内容によっては、事前説明のうえ、別途実費を徴収させていただく場合があります。

○療育開始後、発達検査等のアセスメント、個別支援計画の作成・見直し等の面談を行う予定です。

（上記面談は、療育の一環として行いますので、利用料がかかります）

7. 療育利用申し込み方法

□申し込み方法

下記の2点を、自閉症児支援センターWave宛に郵送してください。

① 「自閉症児支援センターWave（ウェーブ）利用申込書」

→必要事項を記入し、保護者の氏名を明記、必ず捺印してください。

② 利用決定通知返信用の封筒1枚（注）

→必ず返信先の住所、氏名を明記し、**180円切手**を貼ってください。

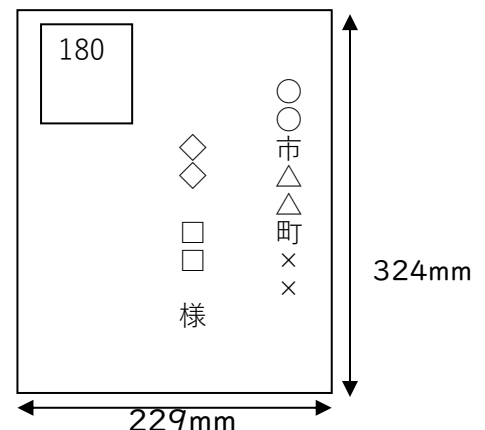
（注）利用決定通知返信用の封筒

【定型の封筒：角形20号(229×324)の場合】 例)

・A4がそのまま入る大きさ

・180円切手を貼付

・宛先にご自宅の住所、氏名、様を記入



※申し込みをする際の封筒は、A4サイズでなくても構いません。

①「自閉症児支援センターWave（ウェーブ）利用申込書」ならびに、②利用決定通知返信用のA4サイズの封筒1枚は、折っていただいても結構ですので、①②の2点を入れて郵送をお願いいたします。

※電話やFAX・eメールでの申し込みは受け付けませんのでご了承ください。

□申し込み用紙について

- ・Waveの申し込み資格として、医療機関で「自閉スペクトラム症等の診断をされている」ことが必要です。申し込み用紙の診断の記入の際は、診断名、診断された病院名、医師名を明記してください。

※診断書の提出は必要ありません。

・傷害保険加入について

療育時の不慮の事故や怪我などに備えて、傷害保険に個人的に加入していただくようお願いしています。

現在加入している保険がある場合は、そちらの保険で結構です。

加入している保険がない場合は、個人加入をしてください。

保険に加入されていない方には、Waveから保険をご紹介します。

保険加入申込書は療育決定後にお渡しします。

8. 申し込み期間

○令和7年11月14日（金）～ 令和8年1月9日（金）郵送必着

9. 選考方法および決定通知

○これまでにWaveを利用された事がない方を優先します。

○申込者が定員を超えた場合は、申し込み資格を有し、期間内に郵送で申し込まれた方を対象に、抽選にて決定いたします。

○結果につきましては、申込者全員にお知らせします（令和8年2月3日発送予定）
通知が届かない時には、お手数ですが2月9日以降にお問い合わせください。

10. お問い合わせ

社会福祉法人三ヶ山学園 こどもデイケアいずみ

自閉症児支援センター Wave（ウェーブ）

〒597-0046 大阪府貝塚市東山2丁目1-1

TEL:072-421-3011 FAX:072-421-3011

（お問い合わせは、月～金曜日の9:00～9:30、もしくは16:00～17:30でお願いします）

受付日 R . . .	
幼 学 No	担印

令和8年度 自閉症児支援センターWave 療育利用申込書

私は、社会福祉法人三ヶ山学園「自閉症児支援センターWave募集・実施要項」の記載内容について、
了解した上で、療育利用の申し込みをします。

記入年月日 令和 年 月 日

保護者氏名 印

ふりがな				ふりがな			
児童氏名				保護者氏名			
住所	〒						
電話	() —	生年月日	平成 年 月 日 令和 年 月 日 (令和8年4月1日時点) 才 ヶ月				
携帯電話	() — (父・母)						
FAX	() —						
メールアドレス	(任意)			年齢			
所属する園等	(令和8年4月1日時点(新年度) 2歳児・年少・年中・年長・小1・小2・小3)					性別 男 女	
診断名(必須)	年 月	病院名	医師名	診断名			
相談歴	年 月	相談機関名			相談・判定内容		
療育経験/訓練等	年 月	療育機関名			療育頻度(毎月、週一、併行等)		
手帳の有無	手帳 無 *応募者多数の場合の抽選には関係ありません 有【療育手帳 A・B1・B2 / 精神保健福祉手帳(級)・身体障害者手帳(級)】						
個人保険加入の有無	個人保険に(加入している ・ 加入していない)						
他施設の利用	放課後等デイサービス・児童発達支援の利用 (有 ・ 無 ・ 今後利用予定) 施設名() 頻度(回/月)						
希望動機							

※この個人情報は、センター利用申し込みの選考のために使用し、それ以外の目的の為に使用いたしません。
※診断名は、必ずご記入ください。記入がない場合は、抽選の対象外となります。