

令和7年度 感覚統合療法認定講習会受講者募集要項

C (治療) コース

講義コース 実践コースのご案内

認定講習会は、感覚統合療法を実践する上で必要な基礎知識、対象の理解とその評価法、治療的介入の方法を習得することを目的としています。

この認定講習会の概要は、以下のコースより成り立っています。

1. A (基礎・評価) コース：感覚統合療法に必要な基礎知識の学習（基礎理論編）と、子どもの問題を把握するための評価技法の習得（検査習得編）を目的とする。
2. B (解釈) コース：観察や検査から得られた結果より、子どものもつ問題を、感覚統合理論の観点から解釈を深め考察していくことを目的とする。
3. C (治療) コース：感覚統合障害を有する子どもの問題点を把握し、併せてどのような治療的介入を行うかを体験し理解することを目的とする。

<重要なお知らせ>

感覚統合療法認定講習会 C (治療) コースのシステムが変更になりましたので、ご確認の上お申し込み下さい。

1. 平成26年度からC (治療) コースの<講義コース>と<実践コース>を同じ年度に受講して頂くことになりました。
2. Cコース全課程終了の方は、3年以内は講義コースの無料聴講が可能です。
3. 実践コースの受講希望をしない方は、講義コースのみの参加が可能です。しかし、評価実践演習は、見学参加もしくは講義コースのみの方との演習となります。参加費は同額です。
4. 感染性疾患（COVID-19、インフルエンザ等）影響下における対面による講習会・研修会の感染防止対策の基本方針をご確認ください（HP参照）

I. 感覚統合療法認定講習会 C (治療) コース <講義コース>

今回のC (治療) コース<講義コース>は以下の要領で実施いたします。

1. 日程：令和7年6月29日（日）、7月12日（土）、7月13日（日）
2. 開催方法：オンライン（ZOOM）
3. 講師：土田玲子 小西紀一
4. 受講資格
 - ①感覚統合療法認定講習会B（解釈）コースの全日程を修了している者。
 - ②感覚統合療法認定講習会C（治療）コースの修了者で希望する者（受講後3年は無料）。
5. 募集定員：8名（講義コースのみの方は定員には含みません。）
6. 受講料：20,000円
7. 受講決定：令和7年4月下旬までに各自にメールにて通知致します。

受講決定と同時に、通知書に記載されている銀行口座に指定期日までに、受講料をお振り込み下さい。

8. 募集期間：令和7年3月10日～3月27日必着（締め切り厳守）

9. 申込書類：受講申込書を下記へ郵送して下さい。

10. 問合せ・申込先：〒831-8501 福岡県大川市榎津 137-1

国際医療福祉大学福岡保健医療学部 日 田 勝 子

F A X 0 9 4 4 - 8 9 - 2 0 0 1

※申し訳ありませんが、電話でのお問い合わせと E-mail でのお申込みはお断りさせていただきます。

11. その他：講師の都合により、募集時の内容に変更が生じる可能性もありますが、その場合には受講決定時にお知らせ致します。

【講義コース プログラム予定】

| | 9:00 | 12:30 | 13:30 | 17:00 |
|------|-------|-------|-------|------------------|
| 1 日目 | 講義 I | 昼食 | | 評価・治療実践にむけた演習 |
| 2 日目 | 講義 II | 昼食 | | 講義 III |
| 3 日目 | 講義 IV | 昼食 | | 評価・治療演習（プレゼン）・FB |

【講義内容】 ※講義内容・講義時間・日程は替わる可能性もあります。

講義 I. 対象操作理論から見たこどもの理解と支援

講義 II. SI 介入の原則～評価から介入～

講義 III. 調整障害を持つ子どもの支援（学校支援家庭支援含む）

講義 IV. 行為障害を持つ子どもの支援（学校支援家庭支援含む）

II. 感覚統合療法認定講習会 C（治療）コース <実践コース>

令和6年度のCコース<実践>は6日間対面コースとオンラインコースとの2コースです。

<実践；対面コース>

1. 会場及び日程

◆日 程：令和7年8月7日（木）～8月12日（火）予定

（8月6日12：30～オリエンテーション予定）

◆場 所：関西医科大学リハビリテーション学部（牧野キャンパス）

〒573-1136 大阪府枚方市宇山東町18番89号

2. 講 師： 加藤寿宏

3. 受講資格

①感覚統合認定講習会A（基礎・評価）コースB（解釈）コースの課程を修めた者。

②感覚統合療法認定講習会C（治療）コース<講義コース>の受講終了者。

③臨床で個別の感覚統合療法を実施している者。

※重要：受講にあたり学会として必要と判断した場合に、聴講、参加等（認定講習会A、Bコース）を課される場合もありますのでご了承下さい。また、選考基準として各種コースの参加状況を加味する場合があります。

4. 募集定員：4名
5. 受講料：80,000円
6. 受講決定：令和7年4月下旬までに会場詳細を含め、各自にメールにて通知致します。
受講決定と同時に、通知書に記載されている銀行口座に指定期日までに、受講料をお振り込み下さい。
7. 募集期間：令和7年3月10日～3月27日必着（締め切り厳守）
8. 申込書類：①受講申込書、②受講歴カードのコピー（Bコースの受講終了のページ）、③平成19年度以後Bコース終了者は講師のコメント用紙（コピー可）、④Bコース終了後、③により修正されたケースレポート（修正箇所は赤文字であること・コピー可・「結果」はレポートに記載されていることを前提に検査用紙不要）を同封の上、下記へ郵送して下さい。また、レポートにつきましては、個人情報の記載がないことを確認の上、提出をしてください。
※④B終了時のレポートを何らかの理由にて準備できない場合は、B最終レポートに相当するレポートを新たに作成しご提出下さい。
※待機番号（次年度申込時のみ有効）を持つ応募者はレポートの再提出は不要です。
※ケースレポートは受講時返却致します。
9. 問合せ・申込先：

〒831-8501 福岡県大川市榎津 137-1

国際医療福祉大学福岡保健医療学部 日 田 勝 子

F A X 0 9 4 4 - 8 9 - 2 0 0 1

*電話でのお問い合わせとE-mailでのお申込みは固くお断りさせていただきます。

その他：講師の都合および応募希望者多数の場合、募集時の内容に変更が生じる可能性もありますが
その場合には受講決定時にお知らせ致します。

【実践コース 対面プログラム予定】

| 日 | 午 前 | 午 後 |
|--------|-------------|--------------|
| 1日目～4日 | ミーティング・治療実習 | 治療実習・フィードバック |
| 5日目 | ミーティング・治療実習 | 治療実習・フィードバック |
| 6日目 | ビデオ フィードバック | 記録・まとめ |

<実践；オンラインコース（2日間対面実践含む）>

1、実施詳細

①担当児のプレゼンテーションとディスカッションで構成されます。

（1回目初回；担当症例紹介、3回；治療プレゼン、1回；治療プラン等の検討 ➡計5回）

- ②5回のプレゼンテーションは同じ担当児でお願いします。
- ③何らかの発達障害に関する診断、もしくは疑いのあるケースであり、感覚統合障害の観点から解釈、治療が効果的であると考えられるケースとなります。ケースの年齢は指定しません。
- ④以下の検査データ及び映像の準備が必要となります。(Bコース解釈症例レポートに準ずる)
- *JMAP もしくは JPAN (いずれか必須) *臨床観察 (必須)
- *JSI-R や感覚プロファイルなどの情報 *WISC などの知能検査や他の認知検査
- *その他 WAVES、フロスティグ視知覚検査、などの情報
- ⑤その他の詳細は、受講決定後、決定通知でお知らせいたします。

2. 日程

◆日程：令和7年9月21日(日)・10月5日(日)・10月26日(日)・11月16日(日)・12月7日(日)
 予定 *全て ZOOM を使用します。

◆対面日程：令和8年1月11日(土)・12日(日)

◆2日間対面会場；NPO法人 なごみの杜 長崎県長崎市桜町5-20 小川ビル2F

3. 講師： 土田玲子

4. 受講資格：6日間対面コース同様

5. 募集定員：4名

5. 受講料 : 80,000円

6. 受講決定：6日間対面コース同様

7. 募集期間：令和7年3月10日～3月27日必着(締め切り厳守)

8. 申込書類：6日間対面コース同様

9. 問合せ・申込先：

〒831-8501 福岡県大川市榎津137-1

国際医療福祉大学福岡保健医療学部 日 田 勝 子

F A X 0 9 4 4 - 8 9 - 2 0 0 1

*電話でのお問い合わせとE-mailでのお申込みは固くお断りさせていただきます。

その他：講師の都合および応募希望者多数の場合、募集時の内容に変更が生じる可能性もありますが
 その場合には受講決定時にお知らせ致します

【実践コース オンライン・対面プログラム予定】

| 日 | 午 前 | 午 後 |
|---------|-----------------|-----------------|
| 1回目～5回目 | 治療プレゼン・ディスカッション | 治療プレゼン・ディスカッション |
| 対面1日目 | ケース紹介・治療実習 | 治療実習・フィードバック |
| 対面2日目 | 治療計画プレゼン・治療実習 | 治療実習・フィードバック |

..... キリトリ線

感覚統合療法認定講習会C（治療）コース

受講申込書

Bコース受講年：_____年

待機番号：_____

1. 氏名：^{ふり} _____ ^{がな} _____（男・女・他） 生年月日： 19 年 _____ 月 _____

2. 勤務先名： _____ 職種： _____

3. 同住所：〒 _____ 電話： _____（_____）

4. 緊急連絡先：携帯電話： _____（_____）

5. E-mail： _____（アンダーバーや数0/アルファベットOの区別を明確に）

6. 公文書： 必要（宛先； _____） ・ 不要

7. 講義コース**単独受講希望者**記入欄（お知らせをよくお読みください）

●Cコース修了者講義コースのみ希望：

*令和6年度受講（_____）・令和5年度受講（_____）・令和4年度受講（_____）：無料

*上記年度以外の受講（_____）：有料

●Bコース修了者講義コースのみ希望：（_____）：有料

●資格認定試験受験後フォローアップシステム（_____）：無料

*第（_____）回認定試験受験

8. 実践コース各コース申込記入欄：コース指定の定員を超えた場合は、次年度の待機となります。

●6日間対面コース希望（_____）

●オンライン（対面2日間含む）コース希望（_____）

●両コース可能のためどちらかを希望（_____）

●備考欄；（運営側に伝えたいことがありましたらお書きください）

9. 受講希望理由書を同封して下さい。（300字程度 別紙添付をお願いします）

*必ず、「受講希望理由書」に 所属、氏名をお書き下さい。