

児童発達支援センター リトルペガサス

令和7年度利用児募集



児童発達支援センター リトルペガサスは、柏市唯一の民間の児童発達支援センターであり、地域障がい児支援体制中核拠点として、発達の遅れや多様な障がいのあるお子さんへの療育支援とともに、ミッションである「お母さん、お父さん、ご家族の子育て応援します!!」のもとに、家族支援・ご両親の子育て支援・相談の場とする療育プログラムを推進し、トータルにお子さんご家族、ご家庭を支えています。

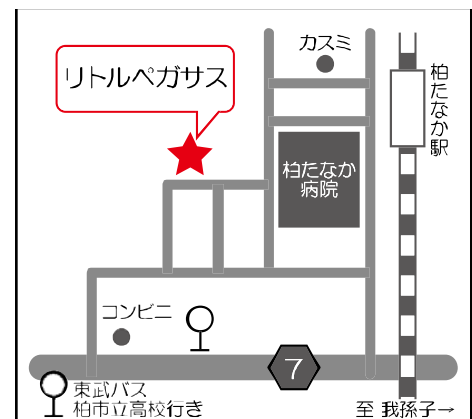
1. 最初に、お子さんの発達に関する5領域（「健康・生活」、「運動・感覚」、「認知・行動」、「言語・コミュニケーション」、「人間関係・社会性」）の総合的なアセスメントを行います。
2. お子さんのこれまでの生育歴や発達歴、家庭や保育所・幼稚園等での様子について、サポートファイルにより多角的に情報の収集と整理。サポートファイルの作成は、職員が一緒にお手伝いします。
3. 「**クラスⅠ 親子通室クラス**」では、複数の親子が職員と一緒に、お散歩や食事場面などを含む生活面の療育プログラムが中心となるクラスです。発達の不安や育てにくさを感じているご家族に対して、見通しのある子育てや子育ての楽しさを伝え、親子が共感しあえる関係を作り、お母さんが一人で不安を抱え込まないよう支援していきます。
4. 「**クラスⅡ 単独通室クラス**」では、独歩している方を対象とします。お子様が自ら、日常生活動作（食事・着脱・排泄など）を行う機会・場面を経験し、小集団でたくさんの『できた!』『うれしい!』『やってみよう!』を積み重ね、自信に繋げていく療育プログラムが中心となるクラスです。園と保護者がお子さんについての共通理解を持ち連携していくため、保育所等訪問支援制度を利用し、情報交換や必要な助言を密にしています。
※最初に一定期間の親子通室あり。
5. いずれのクラスも、**集団療育とともに特定の領域に対する重点的な支援として、保育士を中心とする専門的支援とともに、必要なお子さんには言語指導、作業療法（感覚統合）、理学療法、音楽療法など専門職による個別療育**を提供します。
6. 通われている保育所や幼稚園、こども園、障害児通所支援事業所、さらに卒室後は就学先の

小学校へも訪問し、園等やご家庭と連携します。

7. 同法人内の基幹相談支援センターの「地域生活相談センター シャル」や、リトルペガサスの相談部門である「地域支援室」とがっちり連携するとともに、4つの放課後等デイサービス、ショートステイ、ヘルパー事業所、学校卒業後等も含めた幼児から成人まで切れ目のない青葉会の総合力で支援を提供します。
8. ご希望により、障がい児支援利用計画の作成や、ご家族が作成されるセルフプランの作成をお手伝いします。また、療育以外にも、就学や就園、ごきょうだいのこと、将来のことなど、様々なご相談にお応えします。
9. 就学のことや療育など、ご家族のための、ためになる勉強会を開催します。
10. ご希望により、送迎車を利用できます。

| | |
|------------|---|
| 対象児 | 発達の遅れが心配されたり、障がいのある幼児 令和7年度で2歳児～就学前までのお子さん |
| プログラム | <p>集団療育と個別療育を組み合わせます。</p> <p>1. 集団療育</p> <p>① クラスⅠ 親子通室クラス</p> <p>② クラスⅡ 単独通室クラス</p> <p>2. 個別療育</p> <p>集団療育に加えて、特定の領域に対する重点的な支援として、保育士を中心とする専門的支援とともに、専門職による個別療育を提供します。</p> <p>3. 自由遊び</p> <p>療育が終わったあと、最大16時半までお預かりできます。一緒に遊びます。</p> |
| 募集 | お申込みをお待ちしています。 |
| 相談 申込方法 | <p>入室のご相談は、お気軽にリトルペガサスまでご連絡ください。個別にご相談させていただきます。見学ご希望の方もご連絡ください。</p> <p>入室をご希望の方は、利用申込書をご提出ください。面談させていただきます。まずはリトルペガサスにお問合せください。</p> <p>※今年度からのご利用を希望される方もお問合せください。</p> |

<お問合せ> 社会福祉法人青葉会
 児童発達支援センター リトルペガサス
 千葉県柏市小青田一丁目11-3
 TEL: 04-7157-0302
 FAX: 04-7157-0304
 E-mail: little-p@aobakai-js.or.jp



令和7年度リトルペガサス利用申込書

社会福祉法人青葉会
理事長 松井 宏昭 あて

申込年月日 令和 年 月 日

リトルペガサスの療育に参加したいので申込みます。

1. 児童発達支援 2. 保育所等訪問支援

| | | | | |
|---------|----------------------------|---|-------------|--|
| 本人 | ふりがな 氏名 | | | |
| | 生年月日(性別) 在園・在校名 (学年) | 令和 年 月 日生 (男・女) 令和7年4月1日現在(新1歳児・2歳児・年少・年中・年長・小学 年) | | |
| 保護者 | 氏名 | Ⓜ | 本人との 続柄 | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 FAX | | お母様 携帯番号 | |
| 利用開始希望日 | | 令和 年 月 頃 | | |

他の療育機関や児童発達支援事業、放課後等デイサービス、幼稚園、保育園などをご利用になる場合、場所・曜日等のご予定をお知らせください(例えば、いちごルーム、〇〇幼稚園プレ個別療育、〇〇クリニックなど)。

お知らせ

- 初回の面談時に、療育クラスや個別療育、曜日等のご希望、送迎希望などを聞かせていただきます。
- リトルペガサスでのアセスメント等を経て、3 月中に療育のクラスや個別支援の関わり方等について改めてご相談し、確定させていただきます。