

子どもと大人の発達センター 2017年度ペアレント・トレーニング

どんな親御さんもお子さんとの関係に悩みます。とりわけ、発達にかたよりを抱えるお子さんに対しては、お子さんの独特な行動や反応にとまどい、どのように対応してあげたらよいか、自分のやりかたはこれでよいのか、と不安な気持ちを抱きながら子育てをしていることがあると思います。

お子さんの行動を理解するためのヒントを学びながら、お子さんが適応行動を身につけることを支援するかわり方を一緒に考えて、身につけてみませんか？

このプログラムで、親子があたたかな関係でつながり、お子さんの育ちの可能性がますます拓かれていくことを願っています。



募集

何らかの発達障害の診断を受けている小学1～5年生のお子さんがある方。なお、プログラムの内容上、言葉を介したやりとりが可能なお子さんが対象です。

プログラムの進め方

- ・ 場所は、ハートランドしぎさん4階クラブルームです。受付で名札をお取りいただき、1F発達心理室にお集まりください。
- ・ 親のみの6人グループです。
- ・ 12回セッション（①～⑧トレーニングセッション8回、⑨終了1か月後フォローアップセッション1回、⑩終了1か月後個別ブースターセッション1回、⑪終了半年後フォローアップセッション1回、⑫終了半年後個別ブースターセッション1回）で、日時は以下のとおりです。① 6/12, ②6/26, ③7/10, ④7/31, ⑤8/16, ⑥9/11, ⑦9/25, ⑧10/16, ⑨11/20 ⑩個々に設定, ⑪2018/6/18, ⑫個々に設定。
- ・ 各回 10:00AM-12:00PM で行います。送迎バスをご利用の方は王寺西公園発 9:35 発にお乗りください。
- ・ 参加費は、12回セッション、テキスト代、報告書込みで25,000円です。初回の6月12日に受付にて事前にお支払いいただきます。なお、欠席した場合の払戻しはございませんので、ご了承ください。

申込方法

参加が決定された方は、医師による診察と心理士による事前面接を受けていただきます。別紙B（プログラムの進め方とお願い事項）をお読みいただいた上で、申込書Cに必要事項を記入の上、郵送でお送りください。その後、担当スタッフから連絡をいたします。
申込締切は 2017年4月21日（金） です（必着）。

実施担当者： 久保 信代・奥村 貴子（臨床心理士）

センター長 岩坂 英巳（児童精神科医）

お問い合わせ： ハートランドしぎさん 子どもと大人の発達センター 相談員 澤井 創

TEL. 0745-72-5006（月～金 9:00-17:00）

- * お問い合わせは電話でお願いします。
- * 申込は、個人情報が含まれますので必ず郵送でお願いします。

プログラムの進め方とお願い事項 (B)



当プログラムは、米国カリフォルニア大学ロサンゼルス校（UCLA）での Parent Training プログラムを日本風にアレンジしたものです。行動理論に沿って発達障害を持つ子どもたちの行動を理解し、適切な対処法を具体的に学習し、話し合い、そして練習して身につけることを通して、よりよい親子関係づくりと子どもの適応行動の増加を目指していきます。その効果は、子どもの行動、意欲、親の養育の自信、親子関係などに改善がみられることが実証されています。

1. プログラム実施の目的：

親が子どもにとっての良き理解者になれるよう支援します。発達障害のある子どもの行動を理解し、効果的な対処法をグループで学び、話し合い、練習して、子どもの適応行動を増やすとともに、親子関係の安定化を目指します。

2. プログラムの考え方と進め方：

- ◇ 行動理論に基づいてお子さんの行動観察をしていただき、その行動に則した対応を学び、実践していただきます。
- ◇ セッション毎のテーマに沿って学習、話し合い、宿題を行います。セッションの参加は親だけですが、自宅で行うことで子どもも参加することになります。
- ◇ ステップバイステップで進行していきますので、セッションの最初に前回の宿題報告をしていただいた上で次のテーマに進みます。
- ◇ なお、効果が見える時期は個々に異なります。子どもの行動や態度がただちに变化するものではないことをご承知おき下さい。

3. 内容

① 6/12(月)	オリエンテーション	② 6/26(月)	行動の観察
③ 7/10(月)	楽しくほめよう	④ 7/31(月)	達成しやすい指示
⑤ 8/16(水)	しらんぷりテクニック	⑥ 9/11(月)	限界設定・ポイントシステム表
⑦ 9/25(月)	学校との連携	⑧ 10/16(月)	まとめ
⑨ 11/20(月)	フォローアップ①	⑩ *	個別ブースター 1 ★
⑪ 2018/6/18(月)	フォローアップ②	⑫ * *	個別ブースター 2

★個別ブースター 1 では、報告書と一緒にしながら、ふりかえりと今後の相談をいたします。

* 2018年1月15日(月)、22日(月)、29日(月)に時間設定予定です(1時間)。

* * 2018年8月6日(月)、13日(月)に時間設定予定です(1時間)。

4. お約束：

セッションの進行上、毎回参加が原則です。グループで行いますので遅刻も厳禁です。宿題は必ずやってください。

5. 参加申込にあたってお願いしたいこと：

- ◇ 参加希望者が定員を上回った場合、申込による書類選考で参加者の決定をさせていただきます。選考基準は、お子様の年齢と参加申込書(C)の内容です。
- ◇ 参加が決定した方は、担当者からの電話連絡の上、本プログラム担当者(医師、および心理士)による事前面接を行います。親子の状態によっては本プログラムの適用が困難であると判断し、別のアプローチを提案させて頂くこともあります。
- ◇ グループ全体の訓練効果を高め、その効果を検証するためには、より客観的な状況把握と効果判定が必要です。そのため、プログラム前後でアンケート、及び行動、心理面の評価尺度へのご協力をお願いしています。評価結果は個別ブースターセッション1で報告書にてお渡しします。
- ◇ セッション中の話の内容や調査結果についてプライバシーを厳守しますし、個人が特定される形で学会や論文で公表されることはありません。参加される皆さんも他のメンバーのプライバシーへの配慮をお願いします。



子どもと大人の発達センター ペアレント・トレーニング 参加申込書 (C)

別紙 B のお願い事項 (4, 5) を了承し、参加を希望します Yes No

参加される方のお名前：

お子さまのお名前 (学年)： (年生)

日中の連絡先：〒

住所：

電話番号：

日中お電話がつながりにくい方は携帯番号：

<参加申し込みの際して>

1. このプログラムはどのように知りましたか？

主治医のすすめ インターネット 紹介 (紹介者：) その他 ()

2. これまでに、ペアレント・トレーニングを受講されたことはありますか？

ない ある (内容：)

3. これまで、ペアレント・トレーニング以外の養育に関する勉強会や研修会に参加されたことはありますか？

ない ある (内容：)

4. 本プログラムの参加申込の理由を教えてください。

5. 本プログラムの参加に際して、どのようなことを期待されていますか？

6. 本プログラム参加に際して不安なことがあれば、教えてください (グループで話せるか不安、宿題をする自信がない等)。

<お子さまのプロフィール>

1. 注意欠如多動症,自閉スペクトラム症,学習症等、何らかの発達障害の診断を受けている Yes No

2. 1 が Yes の場合 :

病院名 () 主治医名 ()

診断の時期 () 通院の頻度 ()

3. 1 が No の場合 : どのような診断名、あるいは特性・状態の説明をうけておられますか? 具体的に記述してください。

()

4. 以下に掲げる手帳をお持ちですか?

精神障害者保健福祉手帳 療育手帳 その他 () 持っていない

5. この1ヶ月でお子さんとのやりとりで困られたエピソード、およびその時の対応をできるだけ具体的に記述してください。

6. この1週間でお子さんとのやりとりでうれしかったエピソードをできるだけ具体的に記述してください。

本申込書は、子どもと大人の発達センター 相談員 澤井 まで郵送してください。(FAX 不可)

宛先 : 〒636-0815 奈良県生駒郡三郷町勢野北4丁目13番1号

ハートランドしぎさん 子どもと大人の発達センター

相談員 澤井 創 宛

*** 申込締切は、2017年4月21日(金) (必着) です。**