

## 平成 24 年度後期 小学生 SST グループ療育 募集のお知らせ

### 1. グループ療育の目標

このグループでは、発達障害のある学齢期のお子さんが、小集団の中でソーシャルスキルを身につけられるよう支援します。それと同時に、保護者の方には、お子さんの発達の特性やそれに合った具体的な関わり方について、学んでいただくことを目標としています。

### 2. 対象

知的な遅れを伴わない発達障害の診断を受けておられる小学生（1年生～3年生）を対象とします。

### 3. 期間など

子どもクラス：平成 24 年 10 月～平成 25 年 3 月  
月 2 回（木曜日）全 12 回  
16:00～17:00 定員 4 組

※主に月の 1 回目が学習中心、2 回目が活動中心という内容になります。

保護者クラス：平成 24 年 10 月～平成 25 年 3 月  
月 1 回（水曜日）全 6 回  
10:00～11:30

#### 子どもクラス※

10月	4日、18日
11月	1日、15日
12月	6日、20日
1月	17日、31日
2月	7日、21日
3月	7日、21日

#### 保護者クラス

10月	17日
11月	7日
12月	5日
1月	16日
2月	6日
3月	6日

### 4. 料金

月謝 7,000 円（※欠席された場合も月謝は発生します。）

### 5. 内容（お子さんと保護者で、それぞれの活動を別々の日に実施します）

**子どもグループ**：具体的な場面を通して、【上手な話の聞き方】【温かい言葉のかけ方】【友達と協力する】【感情のコントロール】の四つのことに焦点を絞って、ソーシャルスキルを共に学びます。学んだスキルは、集団での活動場面で実践します。

**保護者グループ**：お子さんの特性を理解し、必要な支援について学んでいただく機会となるよう、心理士が学習会を実施します。また、お子さんのより良い姿を引き出ししていくための関わり方（褒め方や関わり方等）やテーマに沿って学習しています。

### 6. 選考方法

説明会にて療育の内容等についてご理解いただいた上で、グループ療育の申し込みをしていただきます。当方で協議の上、今期のグループ療育への参加が望ましいと思われる方を選考いたします。

### 7. 説明会について

日時：9月13日(木) 10:00～11:00

※ いずれかに必ずご参加ください。

場所：西宮すなご医療福祉センター

居宅支援小松事業所 2 階 発達支援室 HiKaRi

(西宮市小松町 2-7-18 / 武庫川駅西出口より徒歩 10 分)



説明会参加申込書（裏面）に必要事項をご記入の上、FAX でお送りください。

受付期間：平成 24 年 7 月 23 日(月)～8 月 31 日(金)

(ただし、期間内でも、申し込みが定員の 2 倍（8 組）に達し次第受付終了とさせていただきます。

ご了承くださいませよう、お願いいたします。)

## 8. その他

### ・医療の受診、発達検査について

選考にあたって、お子さんの状況やニーズを把握するために、医療の受診や発達検査（医療の枠内で、もしくは実費で）を受けて頂くことになります。あらかじめご了承ください。

（すでに当院で受けられている方は、この限りではありません。）

### ・ごきょうだいの対応について

グループ当日は、ご本人と保護者の方のみの参加となります。ごきょうだいにつきましては、お預かりできる場がありません。（預けられるなどの対応をお願いします）

お手数をおかけ致しますが、ご理解の程、よろしくお願いいたします。

### お問合せ・FAX 送信先

西宮すなご医療福祉センター

西宮すなご医療福祉センター 発達支援室 HiKaRi

塚本・高坂まで

TEL：0798-44-3331（9時30分～16時）

FAX：0798-47-4558

※切り取らずにそのまま送信してください。

## 平成 24 年度後期 小学生 SST グループ療育 説明会参加申込書

平成 24 年 月 日

（ふりがな）

保護者のお名前： \_\_\_\_\_

（ふりがな）

お子様のお名前： \_\_\_\_\_

お子様の生年月日：平成 年 月 日（ 歳 カ月）

ご住所：（〒 - ） \_\_\_\_\_

ご連絡先：（TEL） \_\_\_\_\_

（FAX） \_\_\_\_\_