



自閉症とコミュニケーション障害児・者のための

療育援助セミナー IN FUKUSHIMA 26

福島県自閉症協会では、毎年、自閉症について適正な認識を深め、自閉症児・者の社会参加に向けての、理解と支援のあり方を学ぶため、療育援助セミナーを開催しております。

第26回の今年度は、本田秀夫先生を講師にお迎えして白河市新白信ビルイベントホールで開催いたします。

幼稚園や保育園、学校の先生、福祉施設や作業所の指導員の方、保健師さん、病院関係者の方、ヘルパー等の福祉サービス事業所の方、企業の方、自閉症児・者のご家族、自閉症のご本人、自閉症児・者の支援に関わる多くの方にご参加いただきたいと思います。皆様お誘い合わせの上、ぜひ、ご参加ください。

日 時 平成29年11月23日(木) (勤労感謝の日)

9:30開場 10:00~15:30

場 所 白河市 新白信ビルイベントホール 〒961-0972 福島県白河市立石96

参加費 (資料代) 一般 3,000円 福島県自閉症協会会員 1,500円

※当日受付でお支払いください。

※参加費に昼食代は含みません。昼食は各自ご用意ください。

定 員 250名

※駐車場に制限があります。乗り合わせまたは公共交通機関をご利用ください。

講 師 本田秀夫先生 (信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部 部長・診療教授)

演 題 成人期を見据えた自閉症スペクトラムの人たちへの支援

「臨機応変な対人関係が苦手」「自分の関心、やり方、ペースの維持を最優先させたい」あなたの周りにこんな人はいませんか？もしくは、あなた自身そんな自覚はありませんか？自閉症とアスペルガー症候群の垣根、さらには障害と非障害の間の垣根をも取り払い、従来の発達障害の概念を根本から覆す「自閉症スペクトラム」の考え方が、いま注目されています。

地味で平凡だけれど充実した生活を、少しでも多くの自閉症スペクトラムの人たちとその家族に保障するためにはどうすればよいのか。数多くの診療経験がある本田先生に、基本的な支援論についてお話しいただきます。

講師紹介

1988年、東京大学医学部卒。東京大学医学部附属病院精神神経科、国立精神・神経センター武蔵病院精神科、横浜市総合リハビリテーションセンター発達精神科、同発達支援部担当部長兼横浜市西部地域療育センター所長、山梨県立こころの発達支援センター所長を経て、2014年から現職。

近著

「自閉症スペクトラムの子のソーシャルスキルを育てる本 幼児・小学生編」「同 思春期編」講談社

「自閉症スペクトラム 10人に1人が抱える「生きづらさ」の正体」SBクリエイティブ

「知的障害・発達障害のある子どもの住まいの工夫ガイドブック：危ない!困った!を安全・安心に」中央法規出版

「発達障害のわたしのこころの声：生活・仕事で困る理由&困らない工夫」学研教育出版

主 催 福島県自閉症協会 (一般社団法人日本自閉症協会加盟団体)

共 催 福島県IEP研究会

後 援 (予定)： 福島県 福島県教育委員会 白河市 白河市教育委員会 社会福祉法人福島県社会福祉協議会
社会福祉法人白河市社会福祉協議会 福島県共同募金会 一般社団法人福島県手をつなぐ親の会連合会
福島県医師会 福島県臨床心理士会 福島県知的障害者福祉協会 福島民報社 福島民友新聞社
朝日新聞福島総局 毎日新聞福島支局 読売新聞東京本社福島支局 ラジオ福島 福島テレビ
福島中央テレビ 福島放送 テレビユー福島 (順不同)

当日プログラム (予定)

9:30～ 受付
 10:00～ 開会式
 ～12:00 講演
 12:00～13:00 昼食休憩
 13:00～14:30 講演
 14:30～15:20 質疑応答
 15:30 閉会・解散

申し込み方法

参加申込書に必要な事項を明記の上、FAX 又は E-mail でお申し込みください。

平成29年11月18日(土)申し込み締め切り

- ※ お申し込み受理の連絡はいたしません。
- ※ 定員250人を超えた場合は連絡いたします。
- ※ キャンセルは11月22日以降できません。
(参加費をいただくことになります)

申し込み・問い合わせ先

福島県自閉症協会事務局 坂場奈保美

FAX 024-951-3976

※ 切り取らずに、このページを送信してください。

TEL 090-9749-0165

E-mail : asj.fukushima@gmail.com

※ 件名「療育援助セミナー申込」としてください。

交通案内



JR東北本線「白河駅」下車 徒歩25分
 JR東北新幹線「新白河駅」下車 徒歩20分
 『白河IC』より自家用車で 約10分
 『白河中央スマートIC』より自家用車で 約6分
 ※ 駐車場に制限があります。乗り合わせまたは公共交通機関をご利用ください。

療育援助セミナー参加申込書

※ お立場は以下から選んで番号をご記入ください。

- 01 自閉症児者のご家族 02 自閉症のご本人 保育士 (03 保育所 04 施設) 教員 (05 幼稚園 06 小中学校 07 小中特別支援学級 08 特別支援学校 09 高校 10 教育委員会 11 その他) 行政機関職員 (12 行政職 13 保健師 14 心理職 15 その他) 16 医師 17 看護師 18 心理職 19 作業療法士 20 言語療法士 21 指導員 22 支援員 23 相談員 24 介護職 25 学生 26 その他

※ 申込書に記載された個人情報は、本セミナー開催以外の目的に使用することはありません。

お名前	ふりがな	会員・非会員の別 ○でかこむ	お立場 番号記入	ご所属 (勤務先・親の会等)	
				連絡先電話又はFAX 番号	お住まいの市町村名
		会員・非会員			
		会員・非会員			
		会員・非会員			
		会員・非会員			

ご質問・ご要望など