

# フレームワークを

今年度は、自閉症支援の  
基本から学びます！

## 活用した自閉症支援

講師 自閉症支援・コンサルタント  
水野 敦之 氏  
みずの あつし

- \* 1日目 自閉症の特性とフレームワークを活用した支援
- \* 2日目 自閉症の特性と行動支援フレームワーク

平成 29 年度

- ・ 障害者虐待防止講演会・障害者のための生涯学習会
- ・ 強度行動障がい者支援施設サポート事業検証会

**日時**：平成 29 年 12 月 1 日（金）・ 2 日（土）

**会場**：清水区役所 3 階（静岡市清水区旭町 6 番 8 号）

※特に 1 日目は、駐車場が大変混み合いますので、出来る限り公共交通機関をご利用ください。

**申込** 申込用紙を FAX・郵送・持参のいずれかにて下記まで提出（必着）

（原則先着順。同一事業所から複数名のお申し込みがある場合は調整をさせていただきます。）

**〆切**：平成 29 年 11 月 20 日（月） ※講演のみ参加の方は、11 月 27 日（月）

（申込状況によりご受講いただけない場合のみ、電話にてご連絡いたします。）

**費用**：無料

※詳細は、裏面にごさいます。

講師：水野 敦之（みずの あつし）氏（自閉症教育・支援コンサルタント）

○広島県東広島市 社会福祉法人つつじ 児童発達支援センターぐるんば 統括ディレクター

○広島県発達障害地域支援体制マネジメント事業 地域支援マネジャー ○川崎医療福祉大学 大学院講師

○国内各地の事業体・地域でのコンサルタントやコーディネーターとして活躍。

自閉症の方々の生活や行動・余暇・就労等、幼児期から成人期までの幅広い取組みと実績が魅力です。

### ◆お申込み・お問合せ先

〒420-8602 静岡市葵区追手町 5 番 1 号 静岡市役所 障害者福祉課 地域生活支援係

電話：054-221-1198 FAX：054-221-1494

## タイムスケジュール

日時	会場	内容・テーマ	対象	定員
12/1 (金) 9:00～ 9:30 (事例発表) 9:30～12:00 (講演)	ふれあいホール (清水区役所3階)	* 法人代表紹介 * 昨年度事例発表 ・ 宍原 荘 * 講演 「自閉症の特性とフレームワークを活用した支援」	どなたでも	200人
12/1 (金) 13:00～16:30	313 会議室 (清水区役所3階)	* 演習	障害福祉関係 事業所従事者等	42人
12/2 (土) 9:30～12:00	313 会議室	* 講演 「自閉症の特性と行動支援 フレームワーク」	どなたでも	140人
12/2 (土) 13:00～16:30	(清水区役所3階)	* 演習	障害福祉関係 事業者従事者等	42人

※演習出席者は原則、全てのカリキュラムにご出席していただきます。

※講演については、1日目のみ、2日目のみのご出席でも結構です。

※演習受講者は下記テキストを事前購入し当日お持ちください。

### テキスト

水野敦之 (2011) 『「気づき」と「できる」から始めるフレームワークを活用した自閉症支援』

エンパワメント研究所 定価 ¥1,728 (税込)

下記ホームページから注文することができます。

障害者関係専門書店 スペース96 <http://www.space96.com/>

**すぐに役立つ支援のヒントが  
こんなにあるなんて！**

自閉症児者の支援に20年以上のキャリアを持つ、有名コンサルタントによる、フレームワークを活用した2日間の講演・演習です。



フレームワークとは…

自閉症の方を支援・指導する際の  
思考の枠組み・軸のこと。

**この機会にぜひご受講ください**

平成29年度 障害者虐待防止講演会・障害者のための生涯学習会  
強度行動障がい支援施設サポート事業検証会

「フレームワークを活用した自閉症支援」 申込用紙

1	氏名	所属および役職 (事業所・学校・こども園等に所属の方はご記入ください。)		
	電話番号	FAX		
	出席内容 (出席するもの全てに○)	1. 12/1 (金) 9:00~12:00 事例発表・講演 2. 12/1 (金) 13:00~16:30 演習 (事業所・学校・こども園職員等対象) 3. 12/2 (土) 9:30~12:00 講演 4. 12/2 (土) 13:00~16:30 演習 (事業所・学校・こども園職員等対象)		
	自閉症支援 経験年数 (12/1 現在)	1. あり ____年__ヶ月 2. なし	手話・要約筆記通訳 派遣の要否 (いずれかに○)	1. 要 (手話) 2. 要 (要約筆記) 3. 否
	去年、ご参加いただけましたか?	(番号に○)	1. 1日目 講演のみ 2. 1日目 講演・演習 3. 2日目 講演のみ 4. 2日目 講演・演習 5. 全て参加した 6. 参加していない	
2	氏名	所属および役職 (事業所・学校・こども園等に所属の方はご記入ください。)		
	電話番号	FAX		
	出席内容 (出席するもの全てに○)	1. 12/1 (金) 9:30~12:00 事例発表・講演 2. 12/1 (金) 13:00~16:30 演習 (事業所・学校・こども園職員等対象) 3. 12/2 (土) 9:30~12:00 講演 4. 12/2 (土) 13:00~16:30 演習 (事業所・学校・こども園職員等対象)		
	自閉症支援 経験年数 (12/1 現在)	1. あり ____年__ヶ月 2. なし	手話・要約筆記通訳 派遣の要否 (いずれかに○)	1. 要 (手話) 2. 要 (要約筆記) 3. 否
	去年、ご参加いただけましたか?	(番号に○)	1. 1日目 講演のみ 2. 1日目 講演・演習 3. 2日目 講演のみ 4. 2日目 講演・演習 5. 全て参加した 6. 参加していない	

※同一事業所で複数名のお申込みをする場合は、「電話番号」及び「FAX」欄は「同上」として構いません。

申込み・お問合せ先

〒420-8602 静岡市葵区追手町5番1号 静岡市役所 障害者福祉課 地域生活支援係

電話番号：054-221-1198 FAX：054-221-1494

申込〆切：平成29年11月20日(月)(必着)

※講演のみ参加の方は、11月27日(月)