

# 福井県自閉症支援者養成セミナー 2019

主催 社会福祉法人 足羽福祉会

協力 自閉症 e サービス@ふくい

自閉症支援者養成セミナーは、自閉症の人たちの療育・教育・支援に携わる方々に、自閉症についての深い理解と、個々の自閉症の人たちに対応するための技術を習得していただくための実践実技研修会です。一方的に話を聞くような講義が繰り返されていく従来のセミナーとは違い、自閉症の方々にモデルとして協力していただき、実際に教室や作業所等で起きてくるさまざまな状況に対応していくために、トレーナーの動きをまずは見ていただきます。そこからそれをヒントに自分たちで実践し、具体的に学んでいただく機会を提供し、各現場において、指導的役割を担う方を養成します。また今セミナーを機会に支援者間のネットワーキングの場となればと考えています。

- **日時** : 令和元年 10月26日(土)～27日(日)  
日程については別紙を参照してください。
  - **会場** : 足羽福祉会 法人本部 研修センター  
福井市榑野町 20-7 TEL0776-41-3108 ※(福井 IC 降りてすぐ)
  - **講師** : 岩井 栄一郎 氏 (立命館大学)  
: 内田 彰夫 氏 (合同会社 ぼると)  
: 山口 舞 氏 (社会福祉法人 ウエルビーイングつるが 障害者交流センター 野坂の郷)
  - **定員** : 18名 (定員を超えた場合は、1事業所につき1名程度)
- <対象> 福井県在住またはお勤めの方で自閉症児者への支援に携わっている方
- **参加費** : ¥15,000(資料代を含む) ※当日お支払い下さい。
  - **申込み** : 別紙の申込用紙に必要事項を記入の上、受講動機を添えて、郵送または FAX にてお申込み下さいませ。  
申し込みは9月6日(金)必着です。  
※受講の決定については、9月20日(金)頃に決定通知書を送付いたします。
  - **その他** : 会場に近くに飲食店はございませんので、昼食につきましては各自でご用意の上、ご来場くださいますようよろしくお願い致します。

お問合せ先 : (事務局) 子ども発達支援センター フレンズあすわ  
渡辺 TEL0776-53-3330  
Email : friendsasuwa@asuwafukushikai.jp

● 1 日目

時間	全体スケジュール	協力児者の動き
8:30	受付開始	
9:00	開講あいさつ オリエンテーション	
9:30	講義 「自閉症スペクトラムの理解」 「構造化のアイデア」	10:00 来所 ワークブレイク(何度か)
10:50	休憩	
11:00	講義 「評価のプロセスと自立課題の作成」	
11:30	モデルワークセッション	11:30 モデルワークセッション
12:00	昼食・休憩	12:00 休憩
12:50	自立課題の評価の準備	
13:20	自立課題の評価の実施	13:20 ワーク(評価)-ブレイク
13:50	評価のまとめと自立課題の作成	14:00 頃 おやつ(評価)
14:45	自立課題の実施と再構造化	14:45 ワーク(2回:実習)
15:50	休憩	
16:00	グループミーティング	16:00 帰宅
16:50	全体ミーティング	
17:30	休憩	
17:40	講義「コミュニケーション」	
18:30	モデルクラス見学(任意 写真撮影可)	

● 2 日目

9:00	受付開始	
9:10	オリエンテーション	
9:15	講義「コミュニケーションの評価・目標設定・指導」	9:30 来所(ワークブレイク)
9:45	休憩	
9:50	モデルワークセッション	
10:10	コミュニケーションの評価	10:35(サンプリング)
10:50	コミュニケーションの評価のまとめと課題設定	
12:00	昼食・休憩	12:00 昼食
13:00	コミュニケーション課題の実施と再構造化	
14:00	理解についての評価	評価のセッション
14:15	グループミーティング	14:30 帰宅
15:15	全体ミーティング	
15:55	休憩	
16:00	講義「行動マネジメント」	
16:30	修了式	
17:00	終了	

※日程につきましては、変更となることがありますので ご了承ください。

## 福井県自閉症支援者養成セミナー2019 参加申込書

- 下記の欄に必要事項を記入の上、郵送もしくは FAX で事務局までお申込み下さい。
- グループ編成等の参考資料としますので、必ず参加希望の理由をお書き下さい。
- 応募者多数の場合、以下の条件を元に選考させていただきますので、申し込みの際にご考慮頂きますよう、お願い致します。①同一事業所から 1 名②経験年数③福井県強度行動障害支援者養成研修(基礎)受講済み。 ※障がい福祉サービス事業所の場合

フリガナ			性 別	年 齢
お名前			男・女	歳
ご所属	団体名			
	職種	経験年数	年	
福井県強度行動障害支援者養成研修(基礎)		受講年度 (      年度)		
連絡先	自宅 / 職場			
	住 所	〒		
	TEL		FAX	
	メール			
参加希望の理由をお書きください…				



(事務局) 社会福祉法人 足羽福祉会  
 子ども発達支援センター フレンズあすわ (渡辺)  
 TEL : 0776-53-3330 FAX : 0776-53-3332