

自閉症実践セミナー2017 開催要項

- 1 日 時 平成29年9月16日（土）～18日（月） 9：00～17：30
- 2 会 場 札幌市自閉症・発達障がい支援センターおがる（ゆい2F）
〒007-0032
札幌市東区東雁来12条4丁目1番5号
TEL 011-790-1616
- 3 目 的 自閉症児者のための適切な支援内容や方法について、講義や実践形式で学びながら、自閉症児者に対する理解と支援スキルの向上をねらいとして実施します。
- 4 主催・後援 主催 社会福祉法人はるにれの里
後援 札幌市自閉症者自立支援センターゆい
札幌市自閉症・発達障がい支援センターおがる
自閉症援助技術研究会
- 5 定 員 15名（応募者多数の場合は選考させていただくことがございます）
受講の可否につきましては後日改めてご連絡いたします。
- 6 日 程

9月16日（土）

8：40～9：00	受 付
9：00～9：50	開講式・オリエンテーション・アイスブレイク
10：00～11：00	講義1 自閉症の特性
11：10～12：10	講義2 構造化の基礎
13：00～14：00	講義3 アセスメントの基礎
14：10～14：30	見 学 協力者の活動の様子及び構造化等の様子
14：40～15：10	協議1 グループミーティング
15：20～16：50	実習1 構造化の実際
17：00～17：30	協議2 全体ミーティング

9月17日（日）

9：00～9：10	受 付
9：10～10：10	講義4 自立の意味
10：20～12：00	実習2 自立課題の設定と再構造化
13：00～14：00	講義5 コミュニケーションの支援
14：10～15：40	実習3 コミュニケーション課題の設定と再構造化
15：50～16：20	協議3 グループミーティング
16：30～17：00	協議4 全体ミーティング

※17日は翌日の実習準備のため、17時以降もそれぞれのグループで活動することが予想されます。その日の夜の予定は必ずあけておいてください。
17時以降の参加が難しい場合は申込の際にお伝えください。ただしその場合は受講をお断りせざるを得ないこともございますので、あらかじめご了承ください。

9月18日（月）

9：00～9：10	受 付
9：10～10：10	講義6 余暇
10：20～12：00	実習4 余暇アセスメントと課題設定
13：00～14：00	講義7 社会性の支援・不適応行動への対応
14：10～15：20	講義8 保護者や当事者の声
15：30～15：50	協議5 グループミーティング
16：00～16：20	協議6 全体ミーティング
16：30～17：00	閉講式 その後懇親会の予定（みなさまのご参加をお待ちしています）

- 7 講座参加費 30,000円（当日受付にてお支払いください）
 ☆ただし、受講の可否連絡後のキャンセルにつきましては、参加費をいただきます。
 ☆昼食代は別途かかります（一食600円の予定。受講決定後、改めてご連絡します）。
 ☆宿泊ホテル等の斡旋はいたしておりません。

8 講義及び実習について

講義1	「自閉症の特性」	担当	真鍋 龍司氏
講義2	「構造化の基礎」	担当	加藤 潔 ☆
講義3	「アセスメントの基礎」	担当	加藤 潔
講義4	「自立の意味」	担当	佐藤 貴志氏 ☆
講義5	「コミュニケーションの支援」	担当	加藤 潔
講義6	「余暇」	担当	中村 修一氏 ☆
講義7	「社会性・不適應行動への対応」	担当	加藤 潔
講義8	「保護者や当事者の声」	担当	山瀬 正己氏 A氏

☆ グループでの実習や協議も担当します。

- 実習1 「構造化の実際」
 実習2 「自立課題の設定と再構造化」
 実習3 「コミュニケーション課題の設定と再構造化」
 実習4 「余暇アセスメントと課題設定」

実習は3グループに分かれて、協力者の方に対し実際に支援を行います。
 グループは三日間同じです。グループ分けにつきましては当方で行います。

講義及び実習内容につきましては、協力者の様子によっては変更することがございます。あらかじめご了承ください。

9 申し込み先・問い合わせ先 ※8月17日（木）をもって申し込み受付を終了します。

札幌市自閉症・発達障がい支援センターおがる
 札幌市自閉症者自立支援センターゆい 統括管理者 加藤 潔
 〒007-0032 札幌市東区東雁来12条4丁目1番5号
 電話 011-790-1616 011-790-1600
 FAX 011-790-1604 011-791-1518
 E mail jissenseminar@yahoo.co.jp

郵送かFAX、またはE mailにて、必要事項をご記入の上お申し込みください。
 選考に関するお問い合わせには応じることができません。あらかじめご了承ください。

自閉症セミナー2017 申し込み用紙

お名前	(所属)		
住所	自宅・職場 (○を) 〒		
電話番号	自宅・携帯・職場 (○を)		
メールアドレス	添付書類送付可能なアドレス		
自閉症児者の支援経験 (対象年齢・経験年数等)			
応募の動機	【必ずお書きください・何も書かれていなかったり短すぎたりする場合は受講をお断りすることがございます・別紙可】		
昼食のご注文	注文する (16日・17日・18日)		注文しない
懇親会に参加	もちろん参加します	参加したいです	参加しません