

合理的配慮としての コミュニケーション支援

コミュニケーションでは、自分から伝えて理解してもらおう・他者から表現して伝えてもらうというように、必ず「相手」が必要です。自閉症スペクトラムの人はコミュニケーションが苦手と言われるますが、コミュニケーションが苦手な人たちが自分から意思を発信するために、絵カードを使った代替コミュニケーション方法のひとつとして「絵カード交換式コミュニケーションシステム（PECS）」があります。

今回の研修会では、PECSマニュアルの監訳をされ、自閉症スペクトラムの人たちのコミュニケーション支援をしてこられた門眞一郎氏を講師にお迎えし、「合理的配慮としてのコミュニケーション支援」のテーマでお話しいたします。

コミュニケーションの「相手」となる支援者にも、コミュニケーションの力が求められます。多数のご参加をお待ちしております。

講師経歴

講師：

**児童精神科医
門眞一郎氏**

フリーランスの児童精神科医、京都工芸繊維大学アクセシビリティ・コミュニケーション支援室非常勤精神科医。

1973年に京都大学医学部を卒業。病院勤務を経て、ロンドン大学精神医学研究所にて児童精神医学を研修。帰国後、1981年～2017年、京都市児童福祉センター勤務。

自著は、ホームページ「児童精神科医：門眞一郎の落書帳」<http://www.eonet.ne.jp/~skado/> に掲載。

<参考文献（講師訳書）>

- ・ギャニオン『パワーカード アスペルガー症候群や自閉症の子どもの意欲を高める視覚的支援法』（明石書店）
- ・ホジダン『自閉症スペクトラムとコミュニケーション』『自閉症スペクトラムと問題行動』（星和書店）
- ・フロスト&ボンディ『絵カード交換式コミュニケーション・システム・トレーニング・マニュアル』/
ボンディ『教育へのピラミッド・アプローチ：役に立つABA入門』（ピラミッド教育コンサルタントオブジャパン）

受講料：1,000円（郵便振込）

対象：発達障害のある子どもと関わる支援者

日時：平成30年1月17日（水）14:00～16:30

（受付 13:30～）

会場：複合型交流拠点ウィズあかし9階 子午線ホール

住所：明石市東仲ノ町6番1号（JR・山陽電車「明石駅」より徒歩5分）

※来場には公共交通機関をご利用下さい



お問い合わせ
お申し込み

〒674-0074 明石市魚住町清水2744 兵庫県立こども発達支援センター

TEL:078-949-0902 FAX:078-943-3830

<http://www.hwc.or.jp/kodomohattatsu/>

申込方法は裏面をご確認下さい

申込方法

下記の申込書にご記入のうえ、平成30年1月8日(月)までにFAXまたは郵送にて県立こども発達支援センターまでお申し込みください。申込書送付と同時に、下記の口座に受講料(1,000円)をご入金ください。申込書と入金の両方が確認できましたら、受講確定通知を送付しますので、研修当日に受付にてご提示ください。

郵便振替 口座番号:00990-9-234818
加入者名:福)こども発達支援センター

～受講料振り込みについて～

- 郵便振り込みです。恐れ入りますが、振り込み手数料のご負担をお願いいたします。
- 手数料本人負担の払込取扱票(青色印字)を使用してください。加入者負担の払込取扱票(赤色印字)を使用しないようお願いいたします。
- 払込取扱票に、研修会名・住所・施設名・氏名・電話番号を記入の上、お振り込みください。必ず「通信欄」に受講者氏名を明記して下さい。
- 複数人数の払い込みも可です。「通信欄」に、受講者全員のお名前をご記入ください。
- 1月9日(月)までに受講者からキャンセルの申し出があれば受講料を払い戻します。それ以降は、受講料の返還は行いませんが、資料を送付いたします。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・申込書・・・・・・・・・・・・・・・・

県立こども発達支援センター宛て (FAX: 078-943-3830)

受付番号

平成29年度 第3回スキルアップ研修 申込書

ふりがな	
氏名	
勤務先名称	
《勤務先種別》 <input type="checkbox"/> 保育所(園) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小・中学校 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 児童発達支援センター <input type="checkbox"/> 児童発達支援事業 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> その他()	
《職種》 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 教諭 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 心理士 <input type="checkbox"/> 支援員 <input type="checkbox"/> その他() (現職の経験年数、役職:)	
連絡先 住所 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場)	〒
電話番号	

※該当する口にチェックをお願いします。

※記載いただきました個人情報、研修実施に係る目的以外には使用しません。

定員を超えてご参加いただけない場合のみ、ご連絡いたします。