

兵庫県立こども発達支援センター 10周年記念講演会

センターが開設され10年が経ちました。10周年を記念して講演会と10年間の実績報告を行います。
講演会では、当事者研究の視点から支援者に必要な姿勢についてお話しいたします。多数のご参加をお待ちしています。

障害の社会モデルと 自閉スペクトラム症

熊谷 晋一郎氏

(東京大学先端科学技術研究センター准教授)

1977年山口県生まれ。東京大学先端科学技術研究センター准教授、同バリアフリー支援室長、日本学術会議連携会員、障害者政策委員会委員、小児科医。新生児仮死の後遺症で、脳性まひに。以後車いすでの生活となる。専門は当事者研究。

【主な著作】

共著『発達障害当事者研究』（医学書院、2008年）
『リハビリの夜』（医学書院、2009年）
『当事者研究』（岩波書店、2020年） など。

身体から考える 自閉スペクトラム症

綾屋 紗月氏

(東京大学先端科学技術研究センター特任講師)

自閉スペクトラム当事者。東京大学先端科学技術研究センター特任講師。幼少時より発声困難や原因不明の虚弱体質ほか、人とは異なる感覚体験を抱え、「自分は何者なのか」という問いに苦しみ続ける。2006年に自閉スペクトラム症（アスペルガー症候群）の診断を得てからは、精神障害や発達障害など、外側からは見えにくい特徴を内側から記述し、仲間と共に自らのメカニズムを探っていく「当事者研究」に長年取り組み、その歴史・理念・方法について研究している。最近では当事者とアカデミアの共同研究のための課題についても検討している。2020年、東京大学大学院総合文化研究科博士課程修了。博士（学術）。

【主な著作】

共著『発達障害当事者研究』（医学書院、2008年）
共著『つながりの作法』（NHK出版、2010年）
編著『ソーシャル・マジョリティ研究』（金子書房、2018年）
『当事者研究の誕生』（近刊、東京大学出版会） など。

日時

令和5年2月11日(土) 14:00~16:30

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。

対象

発達障害のあるこどもと関わる支援者

オンラインにて講師の方を
会場にお招きします。
※受講者は会場にて聴講いただけます。

受講料無料

お問い合わせ

兵庫県立こども発達支援センター 〒674-0074 明石市魚住町清水2 7 4 4

TEL:078-949-0902 ホームページ: <http://www.hwc.or.jp/kodomohattatsu/>

🌸 プログラム 🌸

- 14:00～ センター長挨拶
- 14:05～ 10年間の実績報告
- 14:20～ 講演
- 16:20～ 質疑応答

🌸 申し込み方法 🌸

- ・参加ご希望の方は、右記の申込書をご記入の上、令和5年1月31日(火)までに郵送またはFAXにて県立こども発達支援センターまで申し込みください。
- ・ご参加いただけない場合のみ、ご連絡いたします。
- ・受講をキャンセルされる場合は、なるべく早くご連絡ください。

🌸 お願い 🌸

- ・当日、体調に不安のある方はご連絡ください。
- ・当日はマスク着用にご協力ください。
- ・発熱等の体調不良の方、身近な方に新型コロナウイルスの感染者あるいは疑いのある方は、参加をご遠慮下さい。

10周年記念講演会 申込書

受付番号

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"/> 医療 <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"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <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□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、講演会実施に係る目的以外には使用しません。