

# 障害のある方のための 「対話型鑑賞会」

～復興支援特別展「ひと、能登、アート。」～

石川県立美術館の特別展で、  
開館前の時間帯にアートコミュニケータと  
一緒に作品をゆっくり鑑賞してみませんか？

この事業は、アートで人と人をつなぐ  
「文化的処方」をすすめる東京藝術大学の  
協力で開催します。

2025年

**12.17** 水

【対象】 障害のある方 【定員】 15人

**12.18** 木

【対象】 弱視、ロービジョンの方 【定員】 6人

各日8:30～9:30

石川県立美術館

石川県金沢市出羽町2-1

※介助者は定員に含みません。

※12/18に参加の方はご希望に合わせてどなたでも、視覚支援機器  
「RETISSA ON HAND」をお試しいただけます。

※5人程度の少人数で2作品を対象に実施予定。

申込×切

**12.8** 月 まで

**参加無料**

要事前申込  
先着順

**【観覧料別途必要】**

一般 1,000円(800円)、大学生 800円(600円)、高校生以下無料

※( )内は65歳以上の方の料金。身体障害者、精神障害者保健福祉・療育手帳をお持ちの方、またはミライロIDをご提示の方および付き添いの方1名は観覧無料

※能登(内灘町以北)の方は観覧無料



網膜投影型視覚支援機器  
「RETISSA ON HAND」

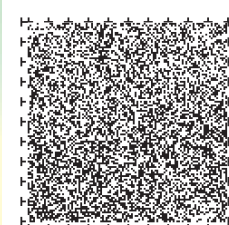
(レティッサ オン ハンド)

株式会社QDレーザが開発した、内蔵カメラでとらえたフルカラーの映像を安全なレーザで網膜に直接投影し、「見えにくいものを、見える」に変える視覚支援機器です。

※医療機器ではありません。特定の疾患の治療や補助・視力補正を意図するものではありません。



スマホアプリを利用して、情報を音声で聞くことができます。



主催：石川県 共催：東京藝術大学 共生社会をつくるアートコミュニケーション共創拠点

(左上から時計周りに)重要文化財 風神雷神図屏風(部分) 尾形光琳 江戸時代・18世紀【県】、重要文化財 色絵月梅図茶壺 仁清 江戸時代・17世紀【工】、重要文化財 麗子微笑(部分) 岸田劉生 大正10年(1921)【県】、聖徳太子像 佐藤朝山 大正8年(1919)【21】、重要文化財 鳥獣戯画断簡(部分) 平安時代・12世紀【県】、重要文化財 湖畔(部分) 黒田清輝 明治30年(1897)【県】、見返り美人図(部分) 菱川師宣 江戸時代・17世紀【県】

すべて東京国立博物館蔵、展示館：【県】石川県立美術館、【21】金沢21世紀美術館、【工】国立工芸館

詳しくは裏面をご覧ください

Uni-Voice

## 対話型鑑賞とは

作品を見ながら参加者同士が感じたことや考えを言葉にし、共有する鑑賞方法です。

一つの作品を囲んで「何が見える?」「どんな気持ちになる?」と問いかけ、それぞれの意見を味わってコミュニケーションを重ねるなかで、自分ひとりでは得られない発見や気づきが生まれます。

## 文化的処方とは

芸術や文化体験を「処方箋」として活用し、心や体の健康、そして人とのつながりを育む取り組みです。

たとえば、美術館で絵を楽しんだり、音楽を聴いたりする活動を共にすることで、孤独感がやわらぎ、気持ちが前向きになるなど、アート活動と医療や福祉、テクノロジーを組み合わせ、その人らしく過ごせる場やクリエイティブな時間をつくります。

申込方法 **メ切：12.8 月 まで**

Web

公式ホームページ

<https://www.pref.ishikawa.lg.jp/muse/r7geidairenkei.html>

または右のQRコードからお申し込みください。



FAX

以下の用紙に必要事項を記入し、送付ください。

(送り先 FAX:076-225-1496)

お問合せ

石川県 文化観光スポーツ部 文化振興課

〒920-8580 石川県金沢市鞍月1-1

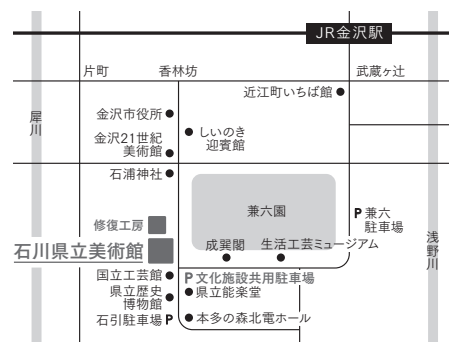
Mail:bunka-kikin@pref.ishikawa.lg.jp

TEL:076-225-1371

アクセス

石川県立美術館

石川県金沢市出羽町2-1



来館者専用駐車場(無料)あり

## 障害のある方のための「対話型鑑賞会」申し込み

**FAX 076-225-1496**

| 希望日時         | <input type="checkbox"/> 12/17(水)8時30分～9時30分<br>(障害のある方が対象)  |                     | <input type="checkbox"/> 12/18(木)8時30分～9時30分<br>(弱視・ロービジョンの方が対象) |   |
|--------------|--|---------------------|--|---|
| お名前<br>(必須)  | (ふりがな)   | 介助者の<br>お名前<br>(必須) | (ふりがな)   |   |
| 電話番号<br>(必須) |  | メールアドレス<br>(任意)     |  |   |
| 障害種別<br>(任意) | <input type="checkbox"/> 視覚障害<br><input type="checkbox"/> 聴覚障害<br><input type="checkbox"/> 肢体不自由<br><input type="checkbox"/> 内部障害(心臓・腎臓・呼吸器など)<br><input type="checkbox"/> 知的障害<br><input type="checkbox"/> 発達障害<br><input type="checkbox"/> 精神障害<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                     | 特記事項<br>(任意)   | 必要な配慮があればご記入ください<br>(車椅子の持参・貸出、手話通訳、筆談など) |

※必要な配慮を行うため、障害の種別をお知らせください。