

第 39 回講習会のご案内

「発達障害と聴覚情報処理または認知過程の障害」

2012 年 4 月 12 日
日本コミュニケーション障害学会 学術事業部

発達障害の子どもたちは、知的発達の遅れは軽度な場合でも、幼児期に言語発達の遅れがみられることが多く、聴覚過敏や、音による注意の転導、音の聞き間違い、発音の誤学習、音源の定位が苦手、プロソディの不自然さなどを合わせ持っていることも多くみられます。このような問題を抱えている場合、聴覚情報の処理または認知の過程に何らかの問題があることが想定されます。

これらの問題を聴覚情報処理障害という概念でとらえ、指導に生かすことをされてきた小川征利先生にお話をうかがい、検査法および症例とその指導について学びたいと思います。小川先生は、難聴児の指導をされていらっしゃるため、難聴児との関連や難聴を併せもつ発達障害児についてもお話いただけます。

1. 日時：2012 年 7 月 28 日（土）10：00－16：30（受付は 9：30 から）
2. 会場：武蔵野大学有明キャンパス、3 号館 3 階 302 教室
東京都江東区有明 3-3-3 : りんかい線国際展示場駅から徒歩 9 分（裏面地図参照）
http://www.musashino-u.ac.jp/guide/campus/access_ariake.html

3. 講習の内容：

第 1 部 聴覚の生理・心理（10：00 ～ 11：20）

第 2 部 聴覚情報処理の困難とその検査（11：30 ～ 13：00）

- ・聴覚情報処理障害(Auditory Processing Disorders)について
- ・聴覚情報処理にかかわる諸検査についての紹介

第 3 部 症例に見る聴覚情報処理と言語理解の困難（14：00 ～ 16：00）

状態像と検査結果、軽中等度難聴児との相違、発達支援の方法と指導上の配慮
質疑応答（16：00 ～ 16：30）

※ 内容やスケジュールに変更があるかもしれません。ご了承下さい。

★臨床発達心理士および学校心理士の資格更新研修会認定申請の手続きをする予定です。ポイント申請予定者は、講習会参加申込みの際にお知らせください。認定が決まり次第日本コミュニケーション障害学会HP上に掲載します。

4. 講師紹介

小川征利先生：岐阜県立聾学校 教諭

知的障害の養護学校で自閉症の子どもたちと出会った後、現在は聾学校において、聴覚障害の子どもたちと向き合っています。聴覚情報処理障害という観点でとらえることにより、難聴児への指導が発達障害児の指導にも役立つと考えています。

5. 定員：100 名（定員を超えた場合は、締切前でもお断りすることがあります。）
6. 参加費：会員 4000 円、非会員 8000 円、学生 3000 円（当日受付で学生証を呈示のこと）
7. 申込締切：2012 年 7 月 14 日（土）
8. 申込方法：Eメールで申込んでください。

送付先アドレス：jacd@tea.ocn.ne.jp

◆メールの件名には、「第 39 回講習会発達障害申込み」と入れてください。

◆以下の項目を番号も入れて、記載してください。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">①氏名（ふりがな）②会員・非会員・学生のいずれか。会員の方は会員番号を記載してください。学生の場合は、学校名と学科名を記してください。③住所（自宅）④所属（学生で職場がある方も記入してください）⑤職業（ST、教員など）⑥連絡先（メールアドレスと電話番号、両方とも記入のこと）⑦臨床発達心理士・学校心理士資格更新のポイント申請の有無 |
|---|

◆申込みを受領した旨の返信をしますので、上記アドレスからメールを受け取れるように（迷惑メールに入らないように）設定しておいてください。

メールが使えない方は、下の申込書に記入のうえ、FAX か郵送でお送り下さい。

FAX の場合は、申込書を切り取らずにそのまま送信してください。

<送り先・問合せ先> 〒185-0021 東京都国分寺市南町 3-7-11 サンハイツカワバタ 202
日本コミュニケーション障害学会 電話/FAX : 042-324-7397
E-mail アドレス : jacd@tea.ocn.ne.jp

9. 参加費の振込 : 申込み後、受講の可否をメールかハガキでお知らせいたします(申込み後 2 週間経っても受講可否のお知らせが届かない場合はご連絡ください)。こちらから指定の期日までに、参加費を下記口座にお振り込み下さい。期限内のお振り込みが困難だった場合は、学会事務所に一報ください。振込の際、通信欄に 1)参加者名、2)講習会名、3)開催年月日 を必ずご記入下さい。振り込まれた参加費は返却いたしません、代理の方の参加は構いません。

<振込先> 郵便振替 : 口座番号 00120-2-116189
加入者名 : 日本コミュニケーション障害学会事業部

10. 昼食について : 大学キャンパス内に食堂はありません。教室あるいはキャンパス内でのお弁当のご飲食は可能です。大学周辺のコンビニやレストランも利用できます。

<会場案内図> 図の右下の方位記号の向きは正確ではありませんので、ご注意ください。



FAX : 0 4 2 - 3 2 4 - 7 3 9 7 (FAX の場合は、切り離さずにそのまま送信してください)
郵送の場合は、表面の情報保管のために申込書をコピーしてから切り取ってお使いください。

第 39 回講習会「発達障害と聴覚情報処理または認知過程の障害」申込書

申込日 2012 年 月 日

フリガナ 該当するところに○をおつけください
名前 : _____ (会員 (No. _____)、非会員、学生)

〒
住所 (自宅) : _____

所属/学校・学科名 : _____

連絡先 : TEL _____ FAX _____ (自宅、所属先)

E-mail : _____

職業 : _____ 経験年数 : _____ 年

心理士資格更新ポイント申請 : 申請予定の方は○をつけてください。(臨床発達心理士・学校心理士)

注) 受講の可否のハガキは、原則としてご自宅宛とします。ご都合の悪い方は、ご連絡ください。