

## 第 55 回講習会のご案内

### 「小児の構音障害の評価と指導の実際—聴覚判定と舌運動訓練—」

2017 年 7 月 12 日  
日本コミュニケーション障害学会 学術事業部

第 55 回講習会は、一昨年度に東京で開催され、大変好評だった同じタイトルの講習会を再度大阪で開催することになりました。

まずは 2010 年に改訂された新版構音検査法の作成委員でいらっしゃる山下夕香里先生に改正点を中心に評価法の概説をしていただき、その後に、特異な構音操作の誤り（異常構音）の聴き取りとその訓練法をご講義いただきます。さらに、訓練に不可欠な舌運動のトレーニングを実習形式でご指導いただくため、昭和大学歯科病院の武井良子先生にもご参加いただきます。また、武井先生には発達障害児への構音訓練事例についてご紹介いただきます。機能的構音障害の評価・指導を振り返り、今後の臨床に多くの示唆が得られる内容の講習会となっておりますので、是非、ご参加ください。

1. **日時**：2017 年 10 月 22 日（日） 10:00 ～ 17:00（受付は 9:30 から）
2. **会場**：大阪市立大学医学部附属病院 5 階講堂（地下入口から入館手続きをしてお入りください）  
JR、大阪市営地下鉄（御堂筋線・谷町線）天王寺駅  
近鉄南大阪線大阪阿部野橋駅 下車徒歩約 8 分（裏面地図参照）
3. **講師**：山下 夕香里 先生（帝京平成大学健康メディカル学部言語聴覚学科 教授）  
武井 良子 先生（昭和大学歯科病院 口腔リハビリテーション科）

#### 4. 講習の内容（予定）

- 10:00～11:00 新版構音検査法概説（手引き書がある方はご持参下さい。）
- 11:00～12:00 声門破裂音・口蓋化構音・側音化構音の聴き取り
- 13:00～15:00 舌トレーニング解説と実習・舌小帯短縮症の診断法（※手鏡をご持参下さい）
- 15:00～16:00 口蓋化構音・側音化構音の訓練
- 16:00～16:30 他の問題を併せ持つ子どもの構音訓練
- 16:30～17:00 質疑応答

\*内容やスケジュールに変更があるかもしれません。ご了承ください。

★臨床発達心理士（区分 2）および学校心理士（B I）の資格更新研修会に認定されています。  
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（メールの項目⑦あるいは申込書の所定欄に○）。当日の申込みは受け付けません。また 2 つ同時には申請できません。

5. **定員**：100 名（定員を超えた場合は、締め切り前でもお断りすることがあります。）
6. **参加費**：会員 4,000 円、非会員 8,000 円、学生 3,000 円（当日受付で学生証を提示してください）  
9 月 29 日（金）までに学会入会の手続きを行えば、会員料金での参加申し込みができます。
7. **申込締切**：2017 年 10 月 6 日（金）

8. **申込方法**：E メールで [jacdgaku@tune.ocn.ne.jp](mailto:jacdgaku@tune.ocn.ne.jp)（講習会申込専用アドレス）に申し込んで下さい。

◆メールの件名には「第 55 回講習会小児構音申込み」と入れ、以下の項目を番号も入れて記載してください。

- 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入、学生の方は学校名と学科名を記入）
- ③所属（学生で職場がある方も記入）
- ④職業（ST、教員など）
- ⑤連絡先（メールアドレス・電話番号ともに記入）
- ⑥欠席の場合の資料送付先（〒・自宅または所属先、所属先の場合は部署名も記入）
- 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

個人情報（氏名、住所、電話番号、メールアドレス、所属先、職業）は講習会に関する連絡と欠席の場合の資料送付等に使い、第三者に開示することはありません。

◆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、裏面の申込書に記入のうえ、FAX か郵送でお送り下さい。

<送り先・問合せ先> 〒185-0021 東京都国分寺市南町 3-7-11-202 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（お問合せ専用アドレス）

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、学会事務所にご一報ください。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**：会場周辺に飲食のできるお店があります。また、会場の病院内にコンビニエンスストアがありますので、お弁当を買って会場で食べていただくことも可能です。ただし、机、椅子、床などを汚さないようお願いをつけます。また、ゴミは各自お持ち帰りください。

<会場案内図>



FAX：042-324-7397 (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)  
 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送りください。

**第 55 回講習会「小児の構音障害の評価と指導の実際—聴覚判定と舌運動訓練—」申込書**

申込日 2017 年 月 日

該当するところに○をおつけください

ふりがな \_\_\_\_\_ (会員 (No. \_\_\_\_\_)、非会員、学生)

名前： \_\_\_\_\_

住所 (自宅または所属先)： \_\_\_\_\_ (自宅・所属先)

所属/学校・学科名： \_\_\_\_\_

連絡先： TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ (自宅、所属先)

E-mail： \_\_\_\_\_

職業： \_\_\_\_\_

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、その旨、明記してください。