

## 第 51 回講習会「小児の吃音：アセスメントと指導・支援」のご案内

2016 年 5 月 20 日

日本コミュニケーション障害学会学術事業部

吃音については古くから言語臨床家、教育者、研究者によって研究や実践がなされてきたにもかかわらず、原因や効果的な支援法が未確立のままであるのが現状ですが、多くの知見が集積されてきたのも事実です。

講師の小林宏明先生は、吃音に対して、流暢性の問題だけではなく言語・認知・運動発達・心理的問題と子どもを取り巻く環境の問題をも加え、国際生活機能分類（ICF）に基づいた総合的なアプローチを提唱されています。

研究・臨床の歴史から最新の評価法の紹介と、幼児・学童を中心とした支援の実際について、先生が日々取り組んでいらっしゃる事例の紹介を交えながらわかりやすく説明していただきます。

昨年 1 月、東京で同じテーマの講習会を開催し、大好評を博しました。今回は大阪での開催です。

ふるってご参加ください。

1. 日時：2016 年 8 月 21 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：小林宏明先生 金沢大学人間社会研究域学校教育系教授
4. 講習の内容：  
10:00～12:00 これまでの吃音研究と臨床の歴史について  
13:00～14:30 新しい評価法と、それに基づいた臨床の方法  
14:45～16:30 事例紹介と具体的な支援方法について  
16:30～17:00 質疑応答・まとめ  
\*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。  
★臨床発達心理士および学校心理士の資格更新研修会認定の手続きをしております。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。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○）。臨床発達心理士または学校心理士のいずれか一つのみ申請できます。また、当日の申込みは受け付けません。
5. 定員：120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提示のこと）  
7 月末までに学会の入会手続きを行えば、会員料金での参加申し込みができます。
7. 申込締切：2016 年 8 月 5 日（金）
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：[jacdgaku@tune.ocn.ne.jp](mailto:jacdgaku@tune.ocn.ne.jp)（講習会申込専用アドレス）

◆メールの件名には、「第 51 回小児の吃音申込み」と入れてください。

◆以下の項目を①～⑦の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）
- ③所属/学校・学科名（学生でお勤めされている方は両方記入）
- 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を記入
- 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（いずれか一つ）

個人情報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 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](mailto: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、学会事務局にご一報ください。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気をつけください。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使いください。

**第51回講習会「小児の吃音：アセスメントと指導・支援」申込書**

申込日 2016 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： 申請予定の方はいずれかに○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。