

第53回講習会「失語症臨床における認知神経心理学的アプローチ」のご案内

2016年10月20日

日本コミュニケーション障害学会 学術事業部

失語症臨床において、認知神経心理学的な研究手法を使ってその言語障害を分析的にとらえることは、一つの有効な手段です。表面にあらわれている困難さの本質を分析し、適切なセラピーを組み立て、検証可能な形で評価と介入の知見を積み重ねていくことができます。

本講習会の第一部では、SALA 失語症検査共著者の長塚紀子氏に講義をしていただき、言語の機能に関する認知神経心理学的な考え方の基礎と、失語症によって引き起こされる様々な障害を言語モデル上でどのように解釈するのかを学びます。第二部では、認知神経心理学的アプローチを実践する臨床家の第一人者である水田秀子氏に、実際の症例を通して、あらわれている機能障害をどのように評価し分析して、適切なセラピーを組み立てるのかをお話しいたします。失語症臨床に関わる皆さま、ふるってご参加ください。

1. 日時：2017年1月21日（土） 10:00-17:00（受付は9:30から）

2. 会場：上智大学 四谷キャンパス

（東京都千代田区紀尾井町7-1）

2号館401号室

*正門からお入り下さい。

JR中央線、

東京メトロ丸ノ内線・南北線

四ッ谷駅 麹町口・赤坂口から

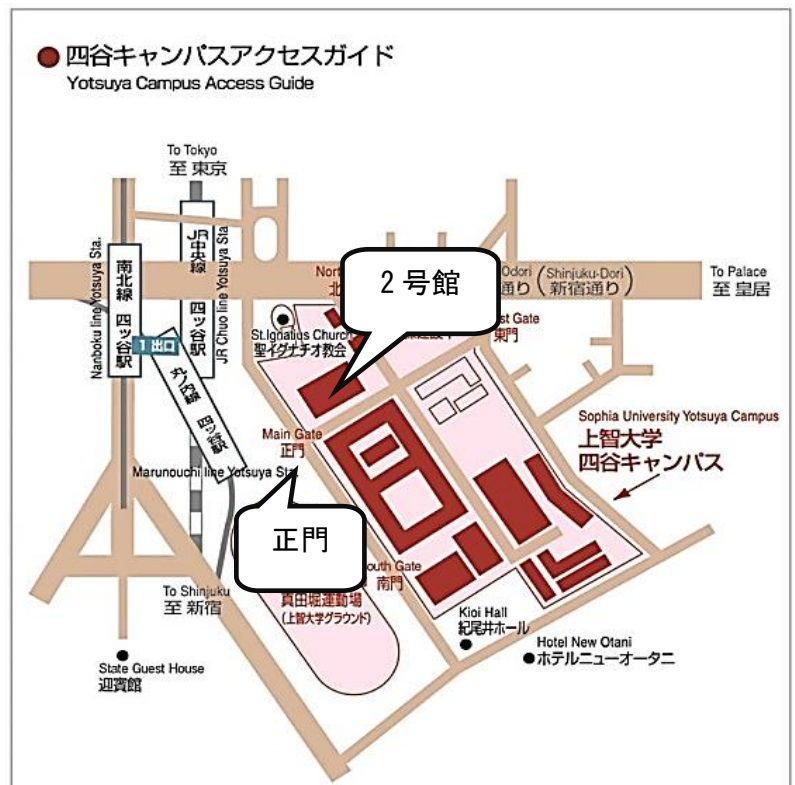
徒歩5分

*昼食について

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。

当日は、大学キャンパス内の食堂や
コンビニも営業しているようです。



3. 講習の内容：

10:00-12:00 第一部（1） 失語症の認知神経心理学的アプローチとモデルの解説

13:00-13:50 第一部（2） （午前中の続き）

14:00-15:30 第二部（1） 症例：聴覚的理解障害・口頭表出障害の評価とセラピー

15:40-16:40 第二部（2） 症例：読み書き障害の紹介

16:40-17:00 質疑応答

*内容やスケジュールに変更がある場合もございます。ご了承ください。

*臨床発達心理士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、講習会参加申し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○）。当日の申し込みは受け付けません。

4. 講師：長塚紀子先生 上智大学国際言語情報研究所客員所員

水田秀子先生 藤井会リハビリテーション病院

5. 共催：上智大学 言語聴覚研究センター

6. 定員：150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。）

7. 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のこと）
12月15日（木）までに学会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。
8. 申込締切：2017年1月5日（木）
9. 申込方法：Eメールで申し込んでください。

送付先アドレス：jacdgaku@tune.ocn.ne.jp（講習会申し込み専用アドレス）

- ◆メールの件名には、「第53回講習会認知神経心理学申し込み」と入れてください。
- ◆以下の項目を①～⑦の番号も入れて記入してください。

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（学生でお勤めし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臨床発達心理士のポイント申請の有無	個人情報、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。
---	---

◆申し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、下の申込書にご記入の上、FAXか郵送でお送りください。

＜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（お問合せ専用アドレス）

10. 参加費の振込：申し込み後、受講の可否をメールかハガキでお知らせいたします（申し込み後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込みください。期限内のお振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ください。振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
-------	---

.....
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53回講習会「失語症臨床における認知神経心理学的アプローチ」申込書

申し込み日 2016年 月 日

ふりがな _____ 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○を付けてください。（臨床発達心理士）

注）受講可否のハガキは、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。