

第54回講習会「口腔顔面領域の運動機能障害の診方とそのアプローチ ～構音障害・摂食嚥下障害・表情の問題について～」のご案内

2017年6月1日

日本コミュニケーション障害学会 学術事業部

構音障害は、その原因によって器質性、運動障害性、機能性と分類されます。しかし、どのような構音障害であれ、構音の基礎となっている口腔や発声発語運動の基礎を知らなければ、適切な評価はできません。今回は、構音障害のリハビリテーションに長年取り組んでこられた長谷川和子先生を講師に、基礎的な知識から評価法、そして介入方法までをご講義いただきます。この講習会は、2014年2015年に大阪・東京で開催された内容を基にしています。奮ってご参加ください。

なお、長谷川和子先生からは、次のようなメッセージを頂いています。

運動障害に対する治療は、問題となる機能そのものを評価し、なぜそのような動きなのかを探り、アプローチに生かすことが基本です。脳の可塑性が証明されてから、運動制御や運動学習に関する神経生理学や運動学、生態学からの探求が進んでいます。

口腔領域では、運動の多くが目に見えないことが大きな壁になり、分析的にみることや、対象者それぞれが個別に抱える問題をあきらかにし対応するというアプローチが行いにくい状況にあります。しかし、この領域においても基礎となる口腔運動や発語運動の新たな知見が得られてきています。それらを臨床の中で生かし、障害を持つ方々の訴えを理解し、治療へと結びつける方法について考えます。

1. 日時：2017年9月10日（日） 10:00-15:00（受付は9:30から）

2. 会場：長岡中央総合病院 2F 講堂

〒940-8653

新潟県長岡市川崎町 2041 番地

TEL 0258-35-3700

- * 西玄関からお入り下さい。
- * 院内にはコンビニや食堂があります。会場は飲食可能ですが、ゴミは各自お持ち帰りください。



3. 講習の内容：

- 10:00~12:00 発語・摂食嚥下・表情を支える口腔領域の運動機能
- 12:00~13:00 お昼休み
- 13:00~15:00 口腔運動機能への介入—評価と訓練

* 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。

4. 講師：長谷川和子先生（上伊那生協病院・昭和大学歯学部）

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 2,000円、非会員 4,000円、学生 1,500円（当日受付で学生証を提示のこと）
8月18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8月27日（日）

8. 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54回講習会口腔顔面申し込み**」と入れてください。

◆以下の項目を①～⑥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）

個人情報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。情報

◆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 3-7-11-202

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54回講習会「口腔顔面領域の運動機能障害の診方とそのアプローチ」申込書

申し込み日 2017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： _____

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。