



主催:山形県 運営主体:山形県言語聴覚士会

# 受講生募集

## 失語症者向け 意思疎通支援者養成研修会

### 開催概要

#### 【目的】

失語症のある人の日常生活や支援の在り方を理解し、失語症のある人と1対1のコミュニケーションを行えるようになり、日常生活上の外出機会に意思疎通の支援を行えるようになること

#### 【講義内容・日程】

##### 1) 講義および実習

失語症とは 意思疎通支援者の役割 心構えと倫理 身体介助  
コミュニケーション支援・実習 外出同行支援・実習 など

2) 令和8年5月～12月(第3土曜日) 概ね9:30～16:30

【主な会場】鶴岡市「第三コミュニティーセンター」「にこふる」

酒田市「勤労者福祉センター」ほか

【定員】5名程度(申込多数の場合は審査の上、決定させていただきます)

【受講料】2000円

#### 【応募資格】

- ① 山形県内に住所を有する方、または山形県内に日常生活の場を有する方
- ② 令和8年4月1日時点で18歳以上の方
- ③ 研修終了後、意思疎通支援者として山形県内で失語症者向け意思疎通支援等の活動が可能な方

【応募締切】令和8年5月7日(木)



### 失語症とは

脳卒中などで起こる言葉の障がいです。話すことだけでなく、聞いて理解することや読み書きも難しくなります。意思の疎通が不自由となるために、日常生活や社会生活が困難になり、これまで家庭や社会で担っていた役割が果たせず、社会的疎外感や孤独感につながることがあります。

### 意思疎通支援者とは

失語症について理解し、適切な会話技術や対応方法の習得を通して、失語症のある方のコミュニケーションや社会参加の支援を行います。



#### 【問い合わせ先】

湯田川温泉リハビリテーション病院

言語聴覚士:五十嵐・斎藤

電話 0235-38-5151

(代表)

【応募方法】下記の1～3のいずれかの方法でお申し込み下さい

1. 表面のQRコード
2. E-mail syonaist425@gmail.com
  - ①お名前 ②生年月日 ③住所 ④職業 ⑤電話番号 ⑥E-mail
  - ⑦失語症者との会話経験の有無 ⑧志望動機 を明記して下さい
3. FAX(下記の申込用紙を使用) 0235-38-5152(湯田川温泉リハビリテーション病院)

【申し込み用紙】

①氏名 (フリガナ)			
②生年月日	昭和・平成	年	月 日 年齢 歳
③住所	〒		
④職業			
⑤電話番号		FAX	
⑥E-mail			
⑦失語症の人と接したことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい： 家族・知人・ボランティア・仕事・その他( ) <input type="checkbox"/> いいえ			
⑧応募の動機をお聞かせ下さい			

初回 5月16日(土)は9時30分より、  
鶴岡市第三コミュニティーセンターにて  
開講式を予定しています。

