

# PT・OT・ST 3士会合同

## 「第7回訪問リハビリテーション実務者研修会」のご案内

主催：一社) 岡山県理学療法士会  
一社) 岡山県作業療法士会  
岡山県言語聴覚士会  
一財) 訪問リハビリテーション振興財団  
(PT・OT・ST3協会合同設立財団)

晩秋の候、時下ますますご清祥のことお慶び申し上げます。平素は岡山県3士会の活動ならびに3協会の活動にご理解とご協力を頂き、誠にありがとうございます。

さて、今年も訪問リハビリテーション実務者研修を3士会合同で開催する運びとなりました。

平成30年の医療・介護報酬の同時改定、また地域包括ケアシステムの構築に向けて、私たちリハビリテーション専門職(セラピスト)には今まで以上に「活動・参加」への支援が求められていることはご承知の通りですが、他職種との連携、相互理解もまたより一層必要とされてきております。それらを受けまして今回、訪問リハビリテーション振興財団より露木先生をお迎えし、私たち訪問に関わるセラピストに求められるもの、目指すべきことについてお話しいただきます。また在宅医療に携わられている医師にもご登壇いただき、在宅生活を支えるために必要なことや訪問リハビリテーションに期待することなどをお話しいただき、意見交換を通して相互理解を深めたいと思っております。

現在、訪問リハに従事されている方や今後ご予約のある方だけでなく、興味・関心をお持ちの方はどなたでもご参加ください。また、既に受講された方におかれましても、更なるブラッシュアップに繋がる内容を取り入れておりますので、新たな知識・情報の獲得に向けてご参加頂ければと存じます。

日々の業務でご多忙と存じますが、万事お繰り合わせの上、ぜひ職場の皆様と一緒にご参加ください。

### 記

日時：平成29年1月22日(日) 10:00 ~ 16:35 (9:30 受付開始)

2月5日(日) 10:00 ~ 16:05 (9:30 受付開始)

場所：朝日医療大学校 308教室(岡山市北区奉還町2丁目7番1号)

岡山駅西口より徒歩5分 ※駐車場は近隣のパーキングをご利用下さい。

内容：別紙参照

定員：80名

その他：各士会新人カリキュラム・生涯教育ポイントあり

【各士会により内容が異なります。詳しくは申込時にお問い合わせ下さい】

申込方法：お申込みお一人ごとに同封のFAX用紙にご記入の上ご送信下さい

申込期限：平成29年1月7日(土)

受講費：PT・OT・ST県士会会員	1日目のみ・2日目のみ	3,000円
	2日間	4,000円
非県士会員	1日目のみ・2日目のみ	9,000円
	2日間	12,000円

問い合わせ先：第7回訪問リハ実務者研修会事務局(株式会社アール・ケア内)【担当：岩下】

706-0134 玉野市東高崎 24-8 TEL 0863-73-5080 FAX 0863-73-5081

E-mail iwashita\_o@rcare.jp (実務者研修問い合わせと題記ください)

以上

## 研修会 内容・タイムスケジュール

1月22日	内容	講師
10:00	開会・事務連絡	実行委員会
10:05 12:35	訪問リハビリテーションの現状と展望	一般社団法人 訪問リハビリテーション振興財団 研修班長 露木 昭彰
昼休み		
13:35 16:35	在宅を支える ディスカッション ～今まで訊けなかった医師へのギモン～	医療法人ときわ会 藤井クリニック 院長 藤井 基弘(医師)
16:35	終了	

2月5日	内容	講師
10:00	事務連絡	実行委員会
10:05 12:05	知っておきたい在宅を支える補装具のあれこれ ～最先端から修理の手続きまで～	橋本義肢株式会社 間藤 基之
昼休み		
13:05 16:05	基本動作のメカニズムを理解し、動作の問題点を捉える ①講義 ②演習	川崎医療福祉大学 リハビリテーション学科 准教授 小原 謙一(理学療法士)
16:05	閉会	

### 備考・注意事項

- \* 2日間の全課程を受講した方には、訪問リハビリテーション振興委員会からの受講証が発行されます。
- \* 今後は、実務者研修を受講(修了)していれば、3協会主催の「訪問リハビリテーション管理者養成研修会STEP1」の受講が可能になります。
- \* 講師などは調整の都合上、一部変更になる場合がございます。予めご了承ください。

# 送信先FAX:0863-73-5081

## 第7回訪問リハビリテーション実務者研修会 申込用紙(記入後送信)

お願い

- ・お一人につき一枚ご送信下さい。
- ・同一事業所で複数名お申込みの場合は、お手数ですが用紙をコピーするなどして人数分ご送信下さい。
- ・楷書で、薄過ぎないように、細過ぎないように、読みとりやすいご記入にご協力をお願いいたします。

ご記入いただいた個人情報は厳正に管理し、本研修会開催以外の目的では使用いたしません。

	記入欄	備考
申込者氏名 (フリガナ)	( )	
所属施設名		ご自宅の場合は 「自宅」
受講日程	[ 両日 ・ 1日目のみ ・ 2日目のみ ]	いずれかに○。 両日受講を原則とします
昨年度の 受講番号		昨年度受講証を取得 された方のみご記入 下さい
資格名	[ PT ・ OT ・ ST ]	いずれかに○
県士会への加入	[ 会員 ・ 非会員 ]	いずれかに○
連絡先種別	[ 職場 ・ 個人 ]	いずれかに○
連絡先電話番号		
連絡先FAX番号		
メールアドレス ※必須		必ずご記入下さい。携 帯アドレス以外。特に - や _ をはっきりと
メールアドレス種別	[ 職場 ・ 個人 ]	いずれかに○
領収証	[ 個人名で要 ・ 施設名で要 ・ 不要 ]	いずれかに○
訪問リハの実務経験	[ 現に従事している ・ 以前従事していた ・ 未経験 ]	いずれかに○
訪問リハ実務 経験年数	年	1年未満の場合は「カ 月」でご記入下さい
勤務体制	[ 常勤専従 ・ 常勤兼務 ・ 非常勤専従 ・ 非常勤兼務 ]	いずれかに○
訪問リハ関連研修会の 受講経験	[ 有 ・ 無 ]	いずれかに○
医師への質問		グループワークに 取り入れますので 必ずご記入くださ い。 訪問リハにかかわ る医師(主治医・指示 医、在宅医療にかか わる医師等)にきい てみたいことをお 書き下さい。 どんなささいなこと でも結構です。

ぜひ年内のお申込みを!

申込期限:平成29年1月7日(土)

# 【申込用紙記入例】

	記入欄	備考
申込者氏名(フリガナ)	訪問 利波 (ホウモン リハ)	
所属施設名	△△訪問看護ステーション	ご自宅の場合は「自宅」
受講日程	[ 両日・1日目のみ・2日目のみ ]	いずれかに○。 両日受講を原則とします
昨年度の受講番号	98765	昨年度受講証を取得された方のみご記入下さい
資格名	[ PT OT ST ]	いずれかに○
県士会への加入	[ 会員・非会員 ]	いずれかに○
連絡先種別	[ 職場・個人 ]	いずれかに○
連絡先電話番号	086 - 000 - 0000	
連絡先FAX番号	086 - 000 - 0001	
メールアドレス ※必須	houmon_r@kenshu.jp	必ずご記入下さい。 携帯アドレス以外。特に-や_をはっきりと
メールアドレス種別	[ 職場・個人 ]	いずれかに○
領収証	[ 個人名で要・施設名で要・不要 ]	いずれかに○
訪問リハの実務経験	[ 現に従事している・以前従事していた・未経験 ]	いずれかに○
訪問リハ実務経験年数	1 年	1年未満の場合は「カ月」でご記入下さい
勤務体制	[ 常勤専従・常勤兼務 非常勤専従・非常勤兼務 ]	いずれかに○
訪問リハ関連研修会の受講経験	[ 有 無 ]	いずれかに○
医師への質問	連絡を取りたいとき、FAXがいいのか電話がいいのか迷います。このような内容ならFAX、このような内容なら電話の方がよいなど、何か判断の目安があれば教えていただきたいです。	グループワークに取り入れますので必ずご記入ください。 訪問リハにかかわる医師(主治医・指示医、在宅医療にかかわる医師等)にきいてみたいことをお書き下さい。どんなささいなことでも結構です。

**ご記入の参考になさって下さい**  
**ご記入漏れはございませんか??**