

舞病リ第31号  
平成27年9月10日

各施設長様

中丹東地域リハビリテーション支援センター長  
舞鶴赤十字病院 片山 義敬 (公印省略)

### 平成27年度リハビリテーション従事者研修会の開催について

上記研修会について、本年度も別添開催要領のとおり開催します。  
つきましては、貴施設において受講希望者がある場合は、下記によりお申し込みください。  
なお、希望者が定員を上回る場合は、当方で一施設における受講者数や、受講動機などを参考に受講者を決定させていただきますので、御了承願います。

#### 記

- 1 提出書類 別紙 FAX 申込書
- 2 締め切り 10月24日(金)(消印有効)
- 3 申込先 中丹東地域リハビリテーション支援センター 担当
- 4 申込み方法 別紙申込書に必要事項を記入の上、FAXにてお申し込みください。
- 5 費用 無料
- 6 受講決定 受講の可否については、10月31日までに当所から通知します。  
※連絡がない場合は、恐れ入りますが担当までお知らせください。

担	中丹東リハビリテーション支援センター 担当 小幡
当	TEL/FAX : 0773-75-2094 e-mail : obata@chutan-rh.jp

# 平成27年度中丹(東)地域リハビリテーション従事者研修会 開催要領

- 1) 目的：急性期から回復期、維持生活期までの継続した総合的なリハビリテーションにおいて、病院や施設から提供されるリハビリテーション情報提供書等を活用し、関係機関と連携がとれるリハビリテーション従事者を育成する。
- 2) 方針：①初心者にもわかりやすい基礎的な内容から応用まで  
②すぐに使える実技を少人数制でわかりやすく説明  
③顔なじみの講師陣（地域リハビリ協力病院施設、地域リハビリ支援センター）
- 3) 対象者：中丹地域において、在宅や施設、病院等で実際に利用者様のリハビリテーションに従事されている方（看護職、介護職、運動指導員、セラピスト、等）  
定員40名
- 4) 日時：平成27年11月12日（木）～13日（金）2日間コース
- 5) 会場：舞鶴赤十字病院 東館講堂
- 6) 内容：  
【11月12日】（木）10：00～16：40  
「インフォメーション」 10：00～10：40（40分）  
＜講義＞地域リハビリテーションの概念、リハビリテーション情報提供書、連携方法等  
「すぐに使える摂食嚥下練習」 10：40～12：00（80分）  
＜講義＞摂食嚥下障害、誤嚥の種類、嚥下テスト、嚥下訓練の基礎知識、生活上の工夫等  
＜実技＞3分で出来る嚥下訓練、アイスマッサージ、食事介助手技など  
「すぐに使える関節可動域（ROM）練習」 13：00～15：00（120分）  
＜講義＞ROM練習、ストレッチの基礎知識、疾患別注意点、生活上の工夫など  
＜実技＞ROM訓練、他動運動（上肢・下肢・体幹）、自動運動（上肢・下肢・体幹）  
ベッドにおけるポジショニングのポイント  
「すぐに使える運動器機能向上練習」 15：00～16：40（100分）  
＜講義＞筋力・筋持久カトレーニングの基礎知識、疾患別にみた運動時の注意点  
アセスメント、運動機能向上、生活上の工夫など（症例紹介）  
＜実技＞高齢者向けの筋力訓練、転倒予防体操  
ウォームアップ、クールダウン、バイタルチェック  
【11月13日】（金）9：00～16：00  
「すぐに使える福祉用具（自助具）」 9：00～10：20（80分）  
＜講義＞福祉用具の基礎知識、自助具、疾患別注意点、生活上の工夫など  
＜実技＞自助具の作り方、使い方、車いすとシーティング  
「すぐに使える住環境調整」 10：20～11：40（80分）  
＜講義＞住環境整備の意義、高齢者、障害者の住環境基礎知識、疾患別注意点  
＜実技＞福祉用具、住宅改修上の工夫など  
「展示福祉機器紹介」 11：40～12：00（20分）  
「すぐに使えるトランスファーテクニック」 13：00～16：00（180分）  
＜講義＞移動・移乗の基礎知識、疾患別注意点、生活上の工夫など  
＜実技＞移動・移乗介助手技

# 平成27年度リハビリテーション従事者研修会 FAX申込書

10月24日 ㄨ切

送信先: 中丹東地域リハビリテーション支援センター(FAX 0773-75-2094)

担当 小幡 行

送信日: 平成27年 月 日

所属名:

事業所種別(○をつけて下さい)

( 居宅介護支援事業所 訪問看護 訪問介護 通所介護 訪問リハビリ 通所リハビリ  
介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 訪問入浴  
障害児者施設 その他( ) )

担当者氏名:

連絡先(受講可否の通知先) TEL:

FAX:

【第1推薦受講者: 1人目】 ※2日間全課程を受講できる方

氏名: ( 経験年数: )

職種名: (看護職 介護職 ケアマネ その他 )

受講動機:

【第2推薦受講者: 2人目】 ※2日間全課程を受講できる方。

氏名: ( 経験年数: )

職種名: (看護職 介護職 ケアマネ その他 )

受講動機:

※受講の可否については10月31日までに当所から通知します