平成27年9月3日

一般社団法人　山梨県理学療法士会

会員各位

山梨県リハビリテーション専門職協議会

山梨県訪問リハビリテーション協議会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会　　　　長　　　　小　　林　　　伸　　一

　　（公印省略）

第6回訪問リハビリテーション実務者研修会のご案内

拝啓　時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。平素は、当協議会活動にご協力いただき、深く御礼申し上げます。

このたび、「第6回訪問リハビリテーション実務者研修会」を下記のとおり実施いたします。平成27年度介護報酬改定受け、『活動と参加につなげる訪問リハビリテーション』をテーマに我々療法士には、新しい生活期リハビリテーションの創造が求められています。このような中で、今年度は、『活動と参加』『リスク管理』の理解を深める内容としました。現在、訪問リハを実践されている方、また、訪問リハビリテーションに興味のある方々にご参加いただき、今後の山梨県における訪問リハビリテーションをより充実したものにしていきたいと考えています。ご多忙とは存じますが、多くの方のご参加をお待ちしております。

なお、開催準備の都合上、研修会・懇親会共に、事前に参加人数を確認させていただきます。必要事項を記入しFAXかE-mailにて平成27年9月25日（金）までに、下記事務局宛てにお申し込みいただきますようお願い申し上げます。

敬具

記

日　時　　平成27年10月17日（土）　13：20～17：45（13：00～受付開始）

10月18日（日）　 9：00～16：20（8：50～受付開始）

会　場　　社会福祉法人　寿ノ家　地域交流施設（大木記念ホール）

笛吹市石和町四日市場2031（電話055-263-1232）

主　催　　山梨県訪問リハビリテーション協議会

定　員　　50名（希望多数の場合は、先着順とさせていただきます）

参加費　　PT・OT・ST会員：2000円

　　　　　非会員：5000円（参加費は、参加日数に関わらず一律になります）

＊2日間受講した場合には、「受講証」を発行いたします。

＊本研修会は、生涯学習ポイントは20ポイントが取得できます。

|  |
| --- |
| 山梨県訪問リハビリテーション協議会 |
| 事務局　理学療法士　　柴田　佳介 |
| 〒400-0034　山梨県甲府市宝1丁目10-5 |
| 甲府共立診療所　訪問リハビリテーション事業所 |
| ℡：055-221-1000　 FAX：055-226-3158 |
| E-mail　28-houriha@yamanashi-min.jp |

研修会内容

|  |
| --- |
| 1日目：10月17日（土）　13：20～ |
| 講義①　**「活動と参加につなげる訪問リハビリテーション」**　　　　　**講師：露木　昭彰　氏**訪問リハビリテーション振興財団　　　　　　有限会社 足柄リハビリテーションサービス　理学療法士講義②　　**グループワーク****「活動と参加」**　　　　　**コーディネーター：露木　昭彰　氏****ファシリテーター：山梨県訪問リハビリテーション協議会** |
| 2日目：10月18日（日）　 9：00～ |
| 講義③　**「リスク管理」**　　　　**講師：阿部　勉　氏**訪問リハビリテーション振興財団　リハビリ推進センター株式会社 理学療法士講義④　**「在宅における服薬管理」**　　　 　**講師：藤巻　徹郎　氏**株式会社　アトム薬局　薬剤師講義⑤　**「救急救命」****講師：高野　一城氏**山梨県立中央病院　救急救命センター　看護師講義⑥　**「栄養管理」**　　　　　**講師：山本　貴子　氏**Ｙ’ｓ　栄養オフィス　管理栄養士 |

その他

※　お車はできるだけ乗り合いでお願いいたします。

※　１日目の講義終了後、懇親会を予定しています。山梨県内の訪問リハに携わる方々や訪問リハに興味をお持ちの方々との交流の場にしたいと考えていますので、ぜひご参加ください。

尚、懇親会参加費として別途5,000円を頂戴いたします。キャンセルは平成27年10月16日(金)正午までにご連絡いただきますよう、お願い申し上げます。それ以降のキャンセルに関しましては、返金できませんので、ご了承ください。

以　上

第6回訪問リハビリテーション実務者研修会　申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 送信先 | 甲府共立診療所　リハビリテーション部門　訪問リハ　柴田　佳介　宛FAX番号　055-226-3158E-Mail　　　28-houriha@yamanashi-min.jp |
| 送信元 | 施 設 名 |  |
| 代 表 者 |  |
| E-Mail |   |
|  |
|  | 出席者氏名 | 職種 | 会員番号（協会報告用） | 訪問リハ経験年数 | 研修会参加＊ | 懇親会参加＊ |
| 両日 | 17日のみ | 18日のみ |
| 例 | 訪問　花子 | PT |  | 2年 | ○ |  |  | ○ |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**平成27年9月25日（金）　必着**

＊該当する箇所に○をお願いします