

平成 24年 2月 1日

島根県作業療法士会
会長 泉 靖司 様

島根訪問リハビリテーションネットワーク
代 表 祝部 昭子

第2回島根県訪問リハビリテーション研修会について（ご案内）

拝啓

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

かねてより、本会の運営に際して格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

平成 24 年度の医療保険・介護保険の同時改定に向け、日本理学療法士協会・日本作業療法士協会・日本言語聴覚士協会の 3 協会合同で「全国訪問リハビリテーション振興会」を立ち上げ積極的に各種活動に取り組んでいるところです。

ご承知の通り PT・OT・ST 3 士会の総意により、島根県内の訪問リハビリの普及と質の向上のために「島根訪問リハビリネットワーク」設立の運びとなりました。

今年度は、昨年につき第 2 回研修会を開催致します。実際に訪問リハビリに関わっていらっしゃる方のみならず、訪問リハビリに関心や興味のある方々も含め、一人でも多くの皆様にご参加いただきますようご案内申し上げます。

お手数ですが島根県理学療法士会会員の皆様にも周知頂きます様お願い申し上げます。

詳細につきましては別紙の通りです。

敬具

第2回島根県訪問リハビリテーション研修会開催要項

1、目的

「訪問リハビリテーション」の普及を進めるとともに、島根県内の訪問リハビリの現状を把握し質の向上と多職種との連携を図り目的に現場で活用できる情報を提供する。

2、日時・場所

期日 平成24年3月10日（土）、11日（日）

会場 江津市総合市民センター「ミルキーウェイホール」大会議室

江津市江津町1110-17 TEL 0855-52-2155

3、参加対象者

- ・島根県理学療法士会、島根県作業療法士会、島根県言語聴覚士会の会員

なお、この研修会を受講後全国訪問リハビリテーション振興会の「修了証」を発行いたしますので、両日共にご参加いただきますようお願い致します。また、昨年度受講者にも発行致します。

- ・訪問リハビリの関連職種

4、参加費

会費 3,000円

5、内容

3月10日（土）

| | | |
|-------------|--|---------------------------------|
| 9:30～ | 受付 | |
| 10:00～ | 開会式 | |
| 10:10～12:10 | 検査データの理解と解釈 薬の作用と注意点等 | 江津済生会 医師 門脇秀和 先生 |
| 13:10～13:50 | 地域リーダー育成研修会伝達講習 島根訪問リハビリテーションネットワーク設立について | 島根訪問リハビリテーションネットワーク 代表 祝部昭子氏 |
| 14:00～15:00 | 正確なバイタルの測定と診方 | 訪問看護ステーション めぐみ 管理者 倉橋君枝氏 |
| 15:10～17:20 | 救急法(AED)・応急処置 | 日本赤十字 島根県支部 |
| 17:20～17:30 | 事務連絡 | |

3月11日（日）

| | | |
|-------------|---------------------|----------------------------------|
| 9:30～ | 受付 | |
| 10:00～10:20 | 医療機関(病院・診療所)からの訪問リハ | 安来第一病院 古志野 正文氏 |
| 10:20～10:40 | 老健からの訪問リハ | 第二寿生苑 祝部昭子氏 |
| 10:40～11:00 | 訪問看護からの訪問リハ | 安来第一病院 古志野 正文氏 |
| 11:00～12:30 | 訪問リハに期待すること、できる事 | 介護老人保健施設 たてがみの郷 介護支援専門員 藤原伸二氏 |
| 13:30～15:00 | グループディスカッション | |
| 15:00～ | 閉会式 修了証授与 事務連絡 | |

6、申し込み方法

勤務先ごとに集計し別紙申し込み用紙により、FAXにてお申し込み下さい。

7、申し込み先

島根訪問リハビリテーションネットワーク 事務局

社会医療法人昌林会 安来第一病院 理学療法士 小林 泰喜（こばやし たいき）

電話：0854-22-3411

FAX：0854-23-2729

8、申し込み締め切り

平成 24年 2月 24日（金）必着

9、駐車場

十分にございますが、満車の場合には隣接芝生駐車場をご利用下さい。

<鏡文不要 このまま送信してください>

島根訪問リハビリネットワーク 事務局 小林 泰喜 行き

社会医療法人 昌林会 安来第一病院 FAX 0854-23-2729

第2回島根県訪問リハビリテーション研修会参加申込書

※ 申込締切日 平成24年2月24日(金)

参加者については、下記表にご記入下さい。

<所属機関名> _____

| 参加者氏名 | 職種 | 経験の有無 |
|-------|----|-------|
| | | 有 ・ 無 |
| | | 有 ・ 無 |
| | | 有 ・ 無 |
| | | 有 ・ 無 |
| | | 有 ・ 無 |
| | | 有 ・ 無 |
| | | 有 ・ 無 |
| | | 有 ・ 無 |

上記の参加者の中で「**応急手当普及員**（24時間の研修を受講された経験がある方）」の資格をお持ちの方がいらっしゃいましたら、氏名の横にご記入をお願い致します

<ご質問等ございましたらご記入下さい>

| |
|--|
| |
|--|