

平成 27 年 11 月 6 日

病院・各医療機関の長
関係機関・施設等の長
リハビリテーション部門の長 } 様

青森圏域地域リハビリテーション広域支援センター
センター長（青森市民病院長） 棟 方 博 文
(公 印 省 略)

平成 27 年度地域リハビリテーション研修会の開催について

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、青森市民病院では、平成 17 年に青森県から青森圏域における地域リハビリテーション広域支援センターの指定を受け、障害を持つ人や高齢者等の様々な状況に応じたリハビリテーションが、適切かつ円滑に提供される体制づくりを支援するための事業を展開しております。

この度、当該事業の一環として、別紙開催要領のとおり、「動作介助」に関する研修会を開催する運びとなりました。

つきましては、ご多忙中のこととは存じますが、貴院・施設のリハビリテーション従事者及び関係者の方々に、ご参加いただきたくご案内申し上げます。

記

- 1 日 時 平成 27 年 12 月 5 日 (土) 14:00~16:00
- 2 場 所 青森市民病院 1 階 リハビリテーション科 機能回復室
(青森市勝田一丁目 14-20)
- 3 内容等 別紙「開催要領」のとおり
- 4 参加費 無料
- 5 参加申込 別紙「平成 27 年度地域リハビリテーション研修会参加申込書」にご記入
のうえ、平成 27 年 11 月 27 日 (金) までに FAX にてお申込みください。
なお、募集定員 18 名 (※応募者多数の場合は、各施設代表者 1 名)とさせていただきますので、ご了承願います。

【青森圏域地域リハビリテーション広域支援センター事務局】

〒030-0821

青森市勝田一丁目 14-20

青森市民病院 事務局 担当 吉崎

TEL 017-734-2171 (内線 7316)

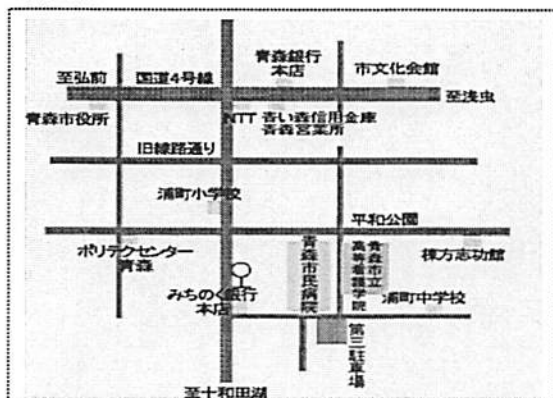
FAX 017-734-7578

E-mail: yoshizaki_masayuki@city.aomori.aomori.jp

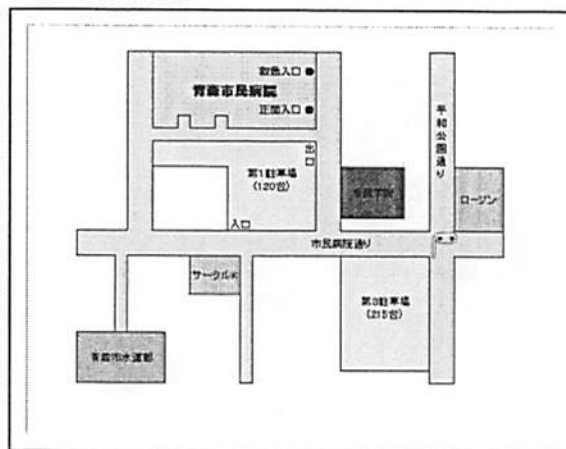
平成 27 年度 地域リハビリテーション研修会 開催要領

- 1 開催日時 平成 27 年 12 月 5 日 (土) 14:00~16:00
- 2 場 所 青森市民病院 1 階 リハビリテーション科 機能回復室
(住所: 青森市勝田一丁目 14-20 電話: 017-734-2171)

<案内図>



<駐車場案内図>



- 3 対 象 圏域内の理学療法士や日常業務で動作介助を行っている方
定員 18 名
※応募者多数の場合は、各施設代表者 1 名とさせていただきますので、
ご了承願います。
- 4 参加費 無料
※当院の駐車場をご利用の際は、駐車券をお持ちになって会場受付へお越しください。
- 5 参加申込 別紙「平成 27 年度地域リハビリテーション研修会参加申込書」にご記入の上、FAX に
てお申し込み下さい。
- 6 テーマ 「らくらく動作介助 負担が少ない移動・移乗動作技術—介護量別」
- 7 主催 青森圏域地域リハビリテーション広域支援センター (青森市民病院)
- 8 講師 青森市民病院医療技術局リハビリテーション室
主任理学療法士長 清藤 恭子 他
- 9 研修内容 講義 (14:00~15:00)
①寝返り・起き上がり・立ち上がり等の正常な動きを理解する
②動作介助の方法を理解する 介助量別
実技 (15:00~16:00)
①動作介助の方法
②スライディングボード・リフト機器の使用体験

青森圏域地域リハビリテーション広域支援センター

平成 27 年度 地域リハビリテーション研修会

「らくらく動作介助 負担が少ない移動・移乗動作技術-介助量別」

日 時：平成 27 年 12 月 5 日（土） 14：00～16：00

場 所：青森市民病院リハビリテーション科 機能回復室

募集人数：18名

講 師：青森市民病院 医療技術局 リハビリテーション室

主任理学療法士 清藤 恭子 他 理学療法士 2 名

内 容：講義 ①寝返り・起き上がり・立ち上がり等の正常な動きを理解する

②動作介助の方法を理解する 介助量別

実技 ①動作介助の方法

②スライディングボード・リフト機器の使用体験



連絡先：青森圏域地域リハビリテーション広域支援センター

TEL 017-734-2171（内線 7316）

E-mail byouin-somu@city.aomori.jp

平成 27 年度地域リハビリテーション研修会
「らくらく動作介助 負担が少ない移動・移乗動作技術-介護量別」

参加申込書

平成 27 年 12 月 5 日 (土) 開催

◆ FAX 送信者

施設・団体名			
電話番号			
FAX 番号			
ご担当者	所属	職名	氏名

◆ 参加申込者

所属	職名	職種	ふりがな 氏名

11月27日(金)までにお申込みください。

送信先	青森市民病院 事務局 吉崎 行き	FAX 番号 017-734-7578
-----	------------------	---------------------