

平成 26 年度岩手県高次脳機能障がい者支援普及事業

「特別な配慮を必要とする児童生徒を理解・支援していくための研修会」開催要綱

1 目的

「高次脳機能障がい」や「発達障がい」は外見からは分かりにくく本人も自覚し難いという特徴から、支援の対象として認識されないことが少なくありません。しかし、適切な支援がなされないと自信を失ったり、学習で十分な能力を発揮出来なかったり、不登校に陥るなど二次的な問題が現れることもあるため、出来るだけ早期から適切な支援を受けることが必要とされています。

本研修会はこれらの障がいの特性とその対応について理解を深めるとともに、地域の支援者の方々に支援の実際について理解していただき、今後の連携を図っていくことを目的に開催します。

2 主催

いわてリハビリテーションセンター

3 後援

岩手県教育委員会、岩手県立療育センター、岩手県発達障がい者支援センターウィズ

4 日時

平成 26 年 8 月 10 日（日）13：00～16：30

5 会場

大通会館リリオ 3F イベントホール
〒020-0022 盛岡市大通 1 丁目 11-8 TEL019-623-7135

6 対象

- (1) 教職員及び学校・教育関係者
- (2) 病院・福祉施設職員
- (3) 相談支援事業所
- (4) 市町村障害福祉担当者及び保健師等

7 日程及び内容

時間	内容	担当
13：00～ 13：15		開会・挨拶
13：15～ 14：45	講義 「発達障がい及び高次脳機能障がいの児童・生徒の理解と支援について」	千葉県千葉リハビリテーションセンター 高次脳機能障害支援センター アドバイザー 太田 令子 氏
14：45～ 15：00		質疑応答
15：15～ 16：15	事例報告 「高次脳機能障がい児童・生徒の復学支援について」	いわてリハビリテーションセンター 支援コーディネーター 庄司 宜史
16：15～ 16：30		質疑応答・閉会

8 参加費

研修参加費…………… 無料

9 参加申込み

別紙の参加申込書により、**7月31日(木)までに下記あてに FAX 又は郵送にてお申し込み下さい。**

いわてリハビリテーションセンター〈担当：上田・松川・柴田〉

〒020-0503 岩手郡雫石町七ツ森 16-243 TEL：019-692-5800 FAX：019-692-5807

岩手県高次脳機能障がい者支援普及事業

特別な配慮を必要とする児童生徒を 理解・支援していくための研修会のご案内

発達障がいや高次脳機能障がいの多くは外見からは分かりにくく、本人も自覚していないことがあります。適切な支援がされずに自信を失い、不登校に陥ることが多く、出来るだけ早期から適切な支援が必要とされています。

本研修会はこれらの障がいの特性とその対応について理解を深めるとともに、地域の支援者の方々に支援の実際について理解していただき、今後の連携を図っていくことを目的に開催します。

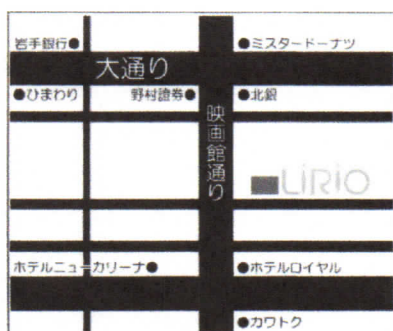
開催日：平成 26 年 8 月 10 日（日）
時 間：13：00～16：30
会 場：〒020-0022 盛岡市大通一丁目 11-8
大通会館リリオ 3階 イベントホール
定 員：100 名
受講料：無料
対 象：(1) 教職員及び学校・教育関係者
(2) 病院・福祉施設職員
(3) 相談支援事業所
(4) 市町村障害福祉担当者及び保健師等
締切り：平成 26 年 7 月 31 日（木）

後援：岩手県教育委員会・岩手県立療育センター・岩手県発達障がい者支援センターウィズ

*当日のプログラム

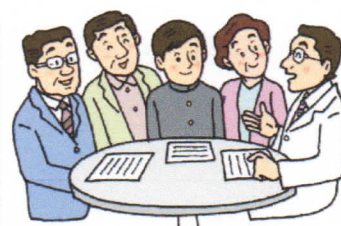
時間	内容	担 当
13：00～	開 会 ・ 挨拶	
13：15～ 14：45	講義 「発達障がい及び高次脳機能障がいの児童・生徒の理解と支援について」	千葉県千葉リハビリテーションセンター 高次脳機能障害支援アドバイザー 太田 令子 氏
15：15～ 16：15	事例報告 「高次脳機能障がい児童・生徒の復学支援について」	いわてリハビリテーションセンター 支援コーディネーター 庄司 宜史

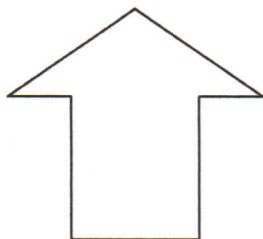
お申し込みは裏面のFAX用紙をご利用ください



お問い合わせ先

いわてリハビリテーションセンター
高次脳機能障がい担当（松川・柴田）
〒020-0503 岩手郡雫石町七ツ森 16-243
TEL019-692-5800
FAX019-692-5807
E-mail：koujinou-shien-reha@irc.or.jp





平成 26 年 月 日

いわてリハビリテーションセンター
高次脳機能障がい担当 宛
(FAX 019-692-5807)

※添書不要

高次脳機能障がい支援普及事業

特別な配慮を必要とする児童生徒を理解・支援していくための研修会参加申込書

市町村名 _____

機関名 _____

記入担当者名 _____

電話番号 _____

氏名	職名	備考

参加申込期限：平成 26 年 7 月 31 日（木）必着

提出先：いわてリハビリテーションセンター
高次脳機能障がい担当（上田・松川・柴田）
FAX 019-692-5807