

令和5年度岩手県高次脳機能障がい者支援普及事業
高次脳機能障がい者支援研修会（地域の支援者対象）開催要綱

1 目的

「見えない障害」といわれる高次脳機能障がい者の支援に関わっている、あるいは関わる可能性のある地域の支援者を対象として開催します。本事業は岩手県の委託事業として実施するものです。

2 主催

公益財団法人いわてリハビリテーションセンター

3 日時

令和6年1月19日（金）13:00～16:00

4 会場

岩手県自治会館 3階 第1会議室 〒020-8510 盛岡市山王町4-1 TEL: 019-622-6171

5 対象

県内の病院、福祉施設、相談支援事業所、市町村職員等

6 日程及び内容

時間	内容	担当
13:00～ 13:05		開会・挨拶
13:05～ 13:30	講義 「高次脳機能障害とは？」	いわてリハビリテーションセンター 高次脳機能障害支援コーディネーター
13:30～ 13:40		休憩
13:40～ 15:45	障害特性の理解と対応方法 ～ロールプレイ・事例検討～	栃内第二病院 リハビリテーション部 副部長 公認心理師 山舘 圭子氏
15:45～ 15:55		意見交換
16:00		閉会

7 参加費

研修参加費…………… 無料

8 参加申込み

別紙の参加申込書により、**令和6年1月5日(金)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 総合相談科 〈 担当：上田・後藤 〉
〒020-0503 岩手郡雫石町七ツ森 16-243 TEL: 019-692-5800 FAX: 019-692-5807

令和 年 月 日

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

※添書不要

令和5年度岩手県高次脳機能障がい者支援普及備事業
高次脳機能障がい者支援研修会（地域の支援者対象）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	高次脳機能障害者の支援経験
		有り・無し
		有り・無し
		有り・無し

※参加申し込みが多数の場合は、高次脳機能障害者の支援経験がある方を優先して調整致します。

参加申込期限：令和6年1月5日（金）必着

提出先：いわてリハビリテーションセンター 総合相談科〈担当：上田・後藤〉

FAX 019-692-5807