

平成28年度障害福祉サービス事業所・支援学校 “リハビリテーションの視点” 推進事業  
大崎圏域障害児・者支援者基礎研修会開催要領

1 目 的

障害児及び障害者の支援において、ご本人の思いに寄り添いながら生活意欲を高めていく視点や、支援者のかかわりや環境等を整えることで、ご本人やその家族がより楽に生活できるようになるといった視点（当所では“リハビリテーションの視点”という）は重要である。

また、個々の状態に合わせた支援を行うためには、自立度に大きく関与する身体機能に加え、触られる感覚の過敏や鈍さ等、外見からわかりにくい感覚機能の理解も求められている。

そこで、これらの障害特性への気づきや対応を深めることで、“リハビリテーションの視点”を持った支援が進められることを目的に研修会を開催する。

2 実施主体 宮城県北部保健福祉事務所

3 協 力 一般社団法人宮城県作業療法士会  
株式会社アルプスビジネスクリエーション古川営業所

4 対 象 者 大崎圏域で障害児・者等の支援に関わる職員（事業所職員、支援学校教員、  
相談支援専門員、リハビリテーション専門職、市町職員等）

5 定 員 60名程度

6 開催日時 第1回 平成28年7月21日（木） 午後6時30分から午後8時30分まで  
第2回 平成28年8月18日（木） ”

7 開催場所 宮城県大崎合同庁舎1階 大会議室（大崎市古川旭4-1-1）

8 内 容

第1回 【講義】 「障害による特性から対象児・者の関わり方を考える  
～見えているけど、見えないことに気づく」

【講師】 作業療法士 安倍 優子 氏

第2回 【講義】 「お互いが安心な介助のポイント～起きる・立つ・移る 実技を中心に」

【講師】 宮城県作業療法士会 大崎ブロック 作業療法士 青柳 寛 氏 他

※実技中心の研修会ですので動きやすい服装でお越しください。

9 申し込み

別紙様式により、平成28年7月11日（月）まで当所宛てFAXにて御申し込みください。  
（申し込み状況に応じて参加者の調整をさせていただく場合があります。）

10 問 合 せ 宮城県北部保健福祉事務所 健康づくり支援班 岩間・相澤  
電話：0229（87）8010 FAX：0229（23）7562

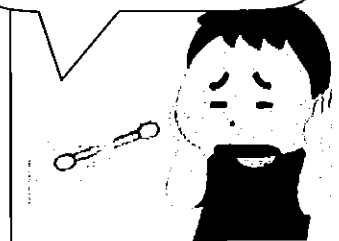
# 大崎圏域障害児・者支援者基礎研修会

幅広い障害特性を持つ障害児・障害者を支援する上で、感覚（五感）や身体の両側面の特性に配慮した支援が重要です。実技等を通して、障害特性への気づきや対応を深める研修会を行います。

## 「障害による特性から対象児・者の関わり方を考える ～見えているけど、見ていないことに気づく」

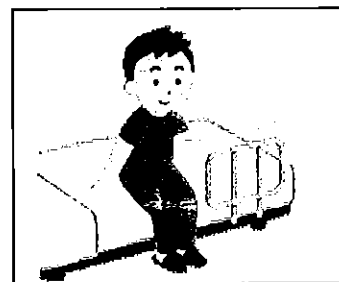
- ・日時 第1回目 平成28年7月21日（木）  
午後6時30分～午後8時30分
- ・講師 作業療法士 安倍 優子 氏
- ・内容 感覚（五感）の体験を含めた内容で、外見からわかりにくい感覚機能等の特性の理解を図ります。

耳を塞ぐのは触覚や聴覚の過敏が背景にあるのかも？



## 「お互いが安心な介助のポイント ～起きる・立つ・移る 実技を中心に」

- ・日時 第2回目 平成28年8月18日（木）  
午後6時30分～午後8時30分
- ・講師 作業療法士 青柳 寛 氏 他
- ・内容 身体機能に応じた介助のポイントを実技中心に行います。



◆会場 宮城県大崎合同庁舎 1階 大会議室

◆問合せ 宮城県北部保健福祉事務所 健康づくり支援班  
TEL 0229-87-8010

◆申し込み 7月11日までに FAX（0229-23-7562）でお申し込みください

当所では、“リハビリテーションの視点”の普及啓発を行っています。

“リハビリテーションの視点”の考え方とは、障害児、障害者及び高齢者（以下「ご本人」という。）の身体機能回復を目指す視点だけではなく、ご本人の思いに寄り添いながら生活意欲を高めていく視点、人的・物的環境（家族・支援者のかかわり福祉用具住宅学校の環境等）を整えることで、ご本人や家族がより楽に生活ができるようになる視点も重視していく考え方のことを指します。

別紙（ファクシミリ施行）【1回目及び2回目申込書】

【あて先】 宮城県北部保健福祉事務所長あて 担当：健康づくり支援班 FAX：0229-23-7562	【件名】 大崎圏域障害児・者 支援者基礎研修会について	【発信】 平成28年 月 日 発信者： (公印不要)
---	-----------------------------------	-------------------------------------

×切：平成28年7月11日（月）

大崎圏域障害児・者支援者基礎研修会 FAX 申込用紙

所属機関： \_\_\_\_\_  
担当者氏名： \_\_\_\_\_  
T E L： \_\_\_\_\_

所属部署	職種	参加者氏名	経験年数	第1回 (7/21)	第2回 (8/18)
例) ○○担当	指導員	□ □ □ □	3年	○	×

◆今回の研修会でぜひ先生に聞いてみたいことなどありましたら、お書きください。

・第1回目研修会：障害児者の関わり方で悩んでいること（例：パニックを起こしやすい）

・第2回目研修会：身体介助で困っていること（例：体重の多い方の車いすからの立ち上がり）

・知りたい介助方法について下記に○をおつけください。（複数回答可）

寝返り介助 ・ 起き上がり介助 ・ 立ち上がり介助 ・ 乗り移り介助 ・ 車いす介助 ・ 歩行介助