

平成 29 年度岩手県高次脳機能障がい地域支援体制整備事業

「行動に障害のある方を理解・支援していくための研修会」(就労支援編) 開催要綱

1 目的

高次脳機能障がいは、麻痺など身体機能の低下が認められない場合、外見からはわかりにくい障害です。また、本人が自覚しにくい特徴もあるため周囲の理解を得ることが難しく、日常生活や社会生活において様々な支障が生じていても社会的な支援にはつながりにくい状況です。就労に関しても適切な支援が受けられない場合には、再就職や復職に結びつきにくいです。

本研修会は高次脳機能障がい者の支援を行っている専門職を対象とし、就労支援及び地域にある社会資源について理解を深めるとともに、関係機関の連携を深めることを目的として開催します。

2 主催

いわてリハビリテーションセンター

3 日時

平成 30 年 2 月 28 日 (水) 13:00~16:00

4 会場

岩手県自治会館 第 1 会議室 岩手県盛岡市山王町 4-1 TEL 019-622-6171

5 対象

(1) 相談支援事業所及び居宅介護支援事業所職員

(2) 医療機関・福祉施設職員

(3) 市町村障害福祉担当者及び保健師等

※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。

6 日程及び内容

時間	内容	講師
13:00~ 13:05	開会・挨拶	
13:05~ 14:35	講義 「多機関が連携して就労・復職を支援していくために」 ～高次脳機能障害を中心に～	独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター 研究企画部研究部門(社会的支援部門) 研究員 土屋 知子 氏
14:35~ 14:50	休憩	
14:50~ 15:50	事例報告 「高次脳機能障害の支援事例」	①いわてリハビリテーションセンター ②岩手障害者職業センター ③岩手中部障がい者就業・生活支援センター しごとネットさくら
15:50~ 16:00	質疑応答・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、**2月16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〈担当:石鉢・上田〉

〒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地域支援体制整備事業

「行動に障害のある方を理解・支援していくための研修会」(就労支援編)

高次脳機能障がいは、周囲の理解を得ることが難しく、日常生活や社会生活において様々な支障が生じていても社会的な支援にはつながりにくい状況です。就労に関しても適切な支援が受けられない場合には、再就職や復職に結びつきにくいです。

本研修会は高次脳機能障がい者の支援を行っている専門職を対象とし、就労支援及び地域にある社会資源について理解を深めるとともに、関係機関の連携を深めることを目的として開催します。

開催日：平成30年2月28日(水)

時間：13:00~16:00

会場：岩手県自治会館 第1会議室

盛岡市山王町4-1 TEL:019-622-6171

募集人員：100名

受講料：無料

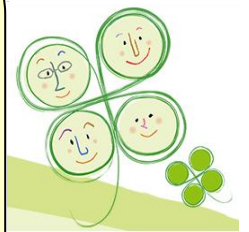
対象：(1) 相談支援事業所及び居宅介護支援事業所職員

(2) 医療機関・福祉施設職員

(3) 市町村障害福祉担当者及び保健師等

※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。

締め切り：2月16日(金)



~当日のプログラム~

時間	内容	講師
13:00~ 13:05	開会・挨拶	
13:05~ 14:35	講義 「多機関が連携して就労・復職を支援していくために」 ~高次脳機能障害を中心に~	独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター 研究企画部研究部門(社会的支援部門) 研究員 土屋 知子 氏
14:35~ 14:50	休憩	
14:50~ 15:50	事例報告 「高次脳機能障害の支援事例」	いわてリハビリテーションセンター他
15:50~ 16:00	質疑応答・閉会	

お問い合わせ：公益財団法人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・石鉢)
〒020-0503 岩手郡雫石町七ツ森16-243
TEL:019-692-5800 FAX:019-692-5807
E-mail: koujinou-shien-reha@irc.or.jp

平成 30 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

岩手県高次脳機能障がい地域支援体制整備事業
「行動に障害のある方を理解・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	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：平成 30 年 2 月 16 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・石鉢〉

FAX 019-692-5807