

第 15 回兵庫県総合リハビリテーションケア研究大会

開 催 要 項

テーマ「当事者主体のケアマネジメントを考える」

開 催 の ご 案 内

開催日：平成26年 3月 2日(日)

会 場：兵庫県民会館

主 催：兵庫県リハビリテーション協議会

一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会

事務局：一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会

〒651-0062

神戸市中央区坂口通 2 丁目 1 番 1 号 兵庫県福祉センター5階

TEL:078-221-4102 FAX:078-221-4122

E-mail:rehacare@hyogo-caremanet.com

研究大会ホームページ(兵庫県リハビリテーション協議会ホームページ内)

<http://www.hacsw.or.jp/reha-kyou>

I 大会テーマ

「当事者主体のケアマネジメントを考える」

II 開催趣旨

第15回兵庫県総合リハビリテーションケア研究大会を平成26年3月2日(日)兵庫県民会館において、一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会が大会事務局として開催させていただくことになりました。

私たち対人援助職者にとって「人間の尊厳・個人の尊重」「主体性の尊重」という命題は、もっとも根源的な原理・原則であり、介護保険においては、その目的として第1条に「尊厳の保持、自立支援」があげられ、平成25年4月より施行された「障害者総合支援法」でも、その基本理念として「障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重され」「障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現」することが掲げられています。

このような時代の流れにおいて、私たちは、今後ますます当事者が何を考え、何を目標しているのかを追及しつつ、その生活により添っていく必要があります。

そこで、今回の大会テーマを「当事者主体のケアマネジメントを考える」といたしました。様々な制度が変化していく中で、初心に戻り、変わることのない「当事者主体」という考えをもとに、私たちの支援の方向性を探っていきたいと思います。

基調講演では、厚生労働省老健局老人保健課 医療・介護連携技術推進官である逢坂悟郎先生より、国の方向性を踏まえた、今後の展望をお話しいたします。また、午後からのシンポジウムにおいては「当事者主体で考える多職種連携」というテーマで、介護支援専門員、看護師、理学療法士に加え、当事者の立場からもご参加いただき進めてまいります。

さらに、一般演題発表では、口述発表を予定しています。職種の垣根を越えて、多くの参加者の皆様と情報を共有できるよう施設・病院・地域等での取り組み、事例報告、調査、研究等、日ごろの成果を気軽に発表できる機会になればと考えています。

最後になりましたが、今大会に参加されるすべての人たちにとって有意義な場となり、リハビリテーションにおける各職域の連携がスムーズに行えるきっかけとなるような大会になることを願っています。

Ⅲ プログラム

- 9:15～10:00 受 付
- 10:00～10:15 開会式
開会あいさつ
兵庫県リハビリテーション協議会会長 柳 尚夫
一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会会長 垣内 達也
- 10:15～11:45 特別講演
テーマ：「地域包括ケア実現へ向けて医療・介護連携の今後の方向性」
講 師：厚生労働省老健局老人保健課
医療・介護連携技術推進官 逢坂 悟郎 氏
- 11:45～12:30 昼休憩 【リハビリテーション協議会 理事会】
- 12:30～13:00 【リハビリテーション協議会 総会】
- 13:00～15:00 シンポジウム
テ ィ マ：「当事者主体で考える多職種連携」
座 長：片山 恵美子(兵庫県介護支援専門員協会副会長)
コメンテーター：柳 尚夫(兵庫県リハビリテーション協議会会長)
シンポジスト：(予定出演者)
当事者
作業療法士
退院支援看護師
介護支援専門員
- 15:00～15:15 休 憩
- 15:15～16:15 口述発表
- 16:15～16:30 閉会式

大会参加申込方法

申込書(別紙3)に必要事項をご記入の上、下記までFAX・郵送にてお申し込みください。
(* 申込書等は <http://www.hacsw.or.jp/reha-kyou> よりダウンロードできます)

1. 申込締切日 **平成26年1月31日(金)**

2. 大会参加費について

会員 : 2,000円 非会員 : 2,500円

障がいのある方及び家族 : 1,000円 学生 : 500円

大会参加費は下記の口座までお申し込みと同時に振込みください。

参加申し込み締め切り後(平成26年1月31日)入金確認のできた方から参加者証をお送りします。(入金を確認できた時点で、正式な受付と致しますのでご了承ください)

振込先

(銀 行 名) 但馬銀行 上筒井支店(カミツツイシテン)
(口座番号) 普通口座 7139434
(口座名義) 第15回兵庫県総合リハビリテーション研究大会
事務局 西田 和弘(ニシダカズヒロ)

* お振込みになられた参加費は返金できませんのでご了承ください。

* 振込手数料は各自でご負担ください。

3. 抄録集について

大会参加費には抄録集代も含まれています。

抄録集のみご入用の方は、1部 1,000円にて販売いたします。大会運営事務局までお問合せください。

4. その他

昼食は各自でご用意ください。

《申し込み・お問合せ先》

一般社団法人 兵庫県介護支援専門員協会 大会運営事務局

〒651-0062 神戸市中央区坂口通2丁目1番1号 兵庫県福祉センター5階

TEL:078-221-4102 FAX:078-221-4122

《兵庫県リハビリテーション協議会入会に関するお問合せ先》

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター

福祉のまちづくり研究所 家庭介護・リハビリ研修センター課

〒651-2181 神戸市西区曙町1070

TEL:078-927-2727(内線3731) FAX:078-925-4657

(お問い合わせは平日9:00~17:00(12/29~1/3除く)でお願いします)

第15回兵庫県総合リハビリテーションケア研究大会 口述発表申込要領

下記の要領で口述発表の発表者を募集します。奮ってお申し込みください。

1. 発表資格 本大会の趣旨にご賛同いただける方であればどなたでも結構です。
口述発表の場合も研究大会の参加申込及び参加費の振込みが必要です。
2. 申 込 数 一人一発表です。
3. 申込方法 口述発表申込及び抄録提出を同時に受付けます。(口述発表申込後、期日までに抄録提出でも構いません)
口述発表申込書(別紙1)及び抄録様式(別紙2)を本大会ホームページよりダウンロードしていただき、メールにてお申し込みください。
4. 抄録作成 (1)抄録作成は(別紙2)ワードで作成してください。
(2)テーマ、発表者、共同演者、所属は4行目までに納めてください。本文は5行目から記載してください。
(3)抄録様式は、A4サイズ(縦長)で2枚以内にまとめてください。
(4)フォント、ポイントは指定しませんが、印刷の都合上、左右の余白を25ミリ、上下の余白を20ミリ以上空けてください。
(5)メールが使用できない場合は、CDを提出してください。
(6)文体は「である調」で作成し、謝辞は不要です。
5. 審査について (1)申込数、内容等を勘案・審査し採否を決定の上、申込者に個別に通知いたします。
(2)採用にあたっては、実践にもとづく発表を優先することがあります。
(3)査読の結果、書き直しをお願いすることもありますのでご了承ください。
(4)採用数が定数に満たない場合、追加募集する場合があります。
6. 発表について 発表時間7分、質疑応答3分で予定しています。発表の際、OHP、VTRは使用できません。パソコン、プロジェクターはご使用いただけます。当日配布する資料がある場合は、発表者でご準備ください。
[その他の詳細は後日ご連絡いたします。](#)
7. 申込期間 2013 年 10 月 10 日(木)～2013 年 12 月 20 日(金)
8. 発表申込及び抄録提出先 一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会
〒651-0062
神戸市中央区坂口通 2 丁目 1 番1号 兵庫県福祉センター5階
TEL:078-221-4102 FAX:078-221-4122

E-mail : rehacare@hyogo-caremanet.com
(必ず、メールでお申込ください)

**第15回兵庫県総合リハビリテーションケア研究大会
口述発表及び事前参加申込書**

参加者氏名	フリガナ
職 種 (該当にチェック)	医師 ・ 看護師 ・ 作業療法士 ・ 理学療法士 ・ 言語聴覚士 介護福祉士 ・ ケアマネジャー ・ 医療ソーシャルワーカー その他()
参 加 分 類 (該当にチェック)	会員 ・ 非会員 ・ 障害のある方及び家族 ・ 学生
所 属 名	
自宅・勤務先住所	
連 絡 先 電 話 番 号	
連 絡 先 FAX番号	
E-mail(携帯除く)	
発表テーマ及び内容の概要	
発表テーマ :	
共同研究(発表)者 :	
発表内容の概要 :	
プロジェクター使用 : 有 ・ 無	

提出期間:2013年10月10日(木)~2013年12月20日(金)
提出先:E-mail : rehacare@hyogo-caremanet.com

抄録様式

テーマ:

所属名・職種(職名)

発表者氏名:

共同研究者氏名:

◆ 注意事項 ◆

- ①業務の内容を逸脱せず、倫理的に正しい内容にしてください。
- ②事例に関する個人情報の保護・人権擁護につきましては、発表者が十分ご配慮くださいますようお願いいたします。
- ③原稿などは一切返却いたしません。



第 15回兵庫県総合リハビリテーションケア研究大会 参加申込書

大会運営事務局(一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会) 行 FAX:078-221-4122

参加ご希望の方は、下記に必要事項をご記入の上、FAX・郵送にて、お申し込みください。

参加者①(代表者)	ふりがな	参加分類(該当に○をつけてください)				
	氏名	リハ協会員(会員番号) リハ協非会員・障害のある方及び家族・学生				
	所属先名称	職種または役職				
	連絡先(自宅・勤務先) 住所:〒 TEL: FAX: e-mail:					
参加者②	ふりがな	リハ協会員(会員番号)				
	氏名	リハ協非会員・障害のある方及び家族・学生				
	所属先名称	職種または役職				
参加者③	ふりがな	リハ協会員(会員番号)				
	氏名	リハ協非会員・障害のある方及び家族・学生				
	所属先名称	職種または役職				
参加者④	ふりがな	リハ協会員(会員番号)				
	氏名	リハ協非会員・障害のある方及び家族・学生				
	所属先名称	職種または役職				
参加者⑤	ふりがな	リハ協会員(会員番号)				
	氏名	リハ協非会員・障害のある方及び家族・学生				
	所属先名称	職種または役職				
通信欄(手話通訳・要約筆記等のご配慮を必要とされる方はその旨をお書きください)						
※5名以上でお申し込みの際はお手数ですが、コピーをとってご使用ください。 ※FAXで申し込まれる場合、送信票は不要です。					金額総合計 円	
事務局 記入欄	受付番号	受付日	入力日	入金日	発送日	処理日
備考						