

第 16 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

「精神障害がある人が地域で当たり前で暮らす・働く」を考える

開 催 の ご 案 内

開催日 : 2015年 2月 15日(日)

会 場 : のじぎく会館

主 催 : 兵庫県リハビリテーション協議会

兵庫県精神保健福祉士協会

事務局 : (企画)兵庫県精神保健福祉士協会

〒650-0004

神戸市中央区中山手通 6 丁目 1 番 30 号 兵庫県社会福祉研修所

TEL/FAX:078-362-8920

E-mail: office@hyogo-psw.org

(運営)兵庫県リハビリテーション協議会

〒651-2181

神戸市西区曙町 1070

TEL:078-927-2727 FAX:078-925-9299

E-mail: hyogo.cbr_center@hwc.or.jp

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.hwc.or.jp/reha-kyou/taikai16.htm>

I 大会テーマ

「精神障害のある人が地域で当たり前暮らし・働く」を考える

II 開催趣旨

第16回兵庫県総合リハビリテーションケア研究大会を、2015年2月15日（日）に開催します。今回は「精神障害のある人を支援する」兵庫県精神保健福祉士協会が担当させていただくことになりました。

さて、精神障害のある人に対する法律として、戦後は「精神衛生法」で精神障害のある人の主に医療や保護（強制を含む）が考えられてきました。その法律が1987年「精神保健法」に改正され、その中でやっと精神障害のある人の「権利擁護」や「社会復帰の促進：リハビリテーション」が謳われるようになりました。その後「障害者基本法」の改正や精神保健法から「精神保健福祉法」へと経て、精神障害のある人に対する福祉施策が検討され、「障害がある人もない人も暮らしやすい地域を作る」ノーマライゼーションの考えに基づき「精神障害のある人が地域で当たり前暮らし」ことを目指し、「障害者総合支援法」をはじめとする様々な施策や地域での体制作りが行われてきたことは周知の事実であると思います。

実際地域ではたくさんの精神障害のある人たちが様々な支援を受けながら暮らしようになりました。また「働いて自身を生かしたい」と就労支援施設を利用しながら、その人なりの「働く」を健闘されている方々、またそれを支援する専門職と機関や組織が増え、精神障害のある人をとりまく支援の体制は充実しつつあるといえます。

今回は上記テーマに沿って、精神障害のある人たちを地域で支援する人たち、病院から地域へとつなぐ支援の輪など、精神障害の障害特性を理解しながら奮闘されている方々の活動、また、当事者同士のピアサポートをシンポジウムや分科会で発表していただき、精神保健福祉のこれからの課題に向き合い、精神障害のある人たちのリハビリテーションの更なる充実に向けて考える研究大会にしたいと思います。

また、特別講演としては公益社団法人日本精神保健福祉士協会副会長の宮部真弥子さん（医療法人社団和敬会:脳と心の総合健康ケア-長）をお迎えし、本年（2014年）4月、改正施行された精神保健福祉法（医療保護入院の際の保護者をなくすことや、ますますの地域移行の推進などが盛り込まれている）の施行後1年の改正の影響や課題、地域の支援システムは有効に働いているかなどを権利擁護の観点からお話しいたします。

とは言うものの精神障害のある人で社会的入院といわれている人は、まだ全国で約7万人いるといわれています。また充実しつつあるとはいえ、これらの人々を受け入れる地域の受け皿はまだ十分ではないのも事実です。これらの人たちが「地域で当たり前暮らし・働ける」地域社会づくりを目指すことを、この大会のテーマと出発点としたいと思います。

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
兵庫県精神保健福祉士協会会長 美藤 早苗
- 10:15～11:45 特別講演
テーマ：「改正精神保健福祉法の現状と課題
～権利擁護の観点から～」
講師：医療法人社団 和敬会 脳と心の総合健康センター
宮部 真弥子氏
(公益社団法人 日本精神保健福祉士協会副会長)
- 11:45～12:30 昼休憩 【兵庫県リハビリテーション協議会 理事会】
- 12:30～13:00 【兵庫県リハビリテーション協議会 総会】
- 13:00～15:00 シンポジウム
テーマ：「精神障害のある人が地域で当たり前暮らし・働く」を考える
座長：美藤 早苗(兵庫県精神保健福祉士協会会長)
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)
兵庫県障害者職業センター/障害福祉サービス事業所/
居宅介護/訪問看護/精神科病院精神保健福祉士/
当事者(ピアサポーター)
- 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にてお申し込みください。
事前に参加票は発行いたしません。当日は FAX いただいた「申込書」をご持参ください。
(* 申込書等は <http://www.hwc.or.jp/reha-kyou/taikai16.htm> よりダウンロードできます)
また、大会参加費は、当日、受付にてお支払いください。(今年度は事前振込みを行いません)

1. 申込締切日 **2015年2月10日(火)**

2. 大会参加費について

会 員： 2, 500円 (※今年度、年会費を支払った会員は500円)
非会員： 3, 000円
障がいのある方及び家族 : 1, 000円
学 生： 500円

3. 抄録集について

大会参加費に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。

《大会参加申込・参加費等に関するお問い合わせ》
《兵庫県リハビリテーション協議会入会に関するお問い合わせ》

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
地域ケア・リハビリテーション支援センター
兵庫県リハビリテーション協議会事務局
〒651-2181 神戸市西区曙町 1070
TEL:078-927-2727(内線 3153) FAX:078-925-9299
(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16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き、広義のリハビリテーションに係わるものであれば、テーマは自由ですが、応募多数の場合は、大会テーマに沿ったものを優先させていただく場合があります。
口述発表の場合も研究大会の参加申込が必要です。
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、メール添付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。
(7)倫理的配慮については必ずご記入ください。
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10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 2014年10月31日(金)～2014年11月30日(日)
8. 発表申込及び抄録提出先 兵庫県精神保健福祉士協会
〒651-0004
神戸市中央区中山手通6丁目1番30号 兵庫県社会福祉研修所内
TEL/FAX:078-362-8920

E-mail : office@hyogo-psw.org (必ず、メールでお申込ください)

**第16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)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員(ケアマネージャー) <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ホームヘルパー) <input type="checkbox"/> その他()
所属機関での職名	
参加分類 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 障害のある方(当事者)及び家族 <input type="checkbox"/> 学生
所属機関名	
自宅若しくは勤務先住所	〒
連絡先(TEL)	
連絡先(FAX)	
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 : (倫理的配慮含む)	
発表に関するキーワード: <input type="checkbox"/> 病院リハビリテーション <input type="checkbox"/> 地域リハビリテーション・地域ケア <input type="checkbox"/> デイケア・ナイトケア <input type="checkbox"/> ネットワーク <input type="checkbox"/> ケアマネジメント <input type="checkbox"/> 復職支援・就労支援 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 当事者活動・家族会 <input type="checkbox"/> SST <input type="checkbox"/> 心理教育 <input type="checkbox"/> 権利擁護 <input type="checkbox"/> 障害者福祉、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 <input type="checkbox"/> アウトリーチ <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練、生活訓練施設 <input type="checkbox"/> 就労支援事業所 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター等の日中活動の場 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 地域移行 <input type="checkbox"/> 退院促進 <input type="checkbox"/> その他	

提出期間:2014年10月31日(金)~2014年11月30日(日)

提出先:E-mail : office@hyogo-psw.org

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。

FAX方向

第16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(兵庫県リハビリテーション協議会) 行 FAX:078-925-9299

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	兵庫リハ協議会会員・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: e-mail:	FAX:				
参加者②	ふりがな	兵庫リハ協議会会員・非会員				
	氏名	・障害のある方及び家族・学生				
参加者③	ふりがな	兵庫リハ協議会会員・非会員				
	氏名	・障害のある方及び家族・学生				
参加者④	ふりがな	兵庫リハ協議会会員・非会員				
	氏名	・障害のある方及び家族・学生				
参加者⑤	ふりがな	兵庫リハ協議会会員・非会員				
	氏名	・障害のある方及び家族・学生				
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						