

関係各位

三重県心理リハビリテーション連合会

会長 金森 真由美

第35回 中部ブロック動作法セミナー トレーニー募集について

日頃は心理リハビリテーション連合会の活動にご協力いただきまして、ありがとうございます。本年度も動作法集団宿泊集中訓練会を下記のように開催することになり、トレーニー参加希望者を募集いたします。申込用紙に必要事項をご記入の上、お申込み下さい。

記

- 1 開催日 2020年8月18日(火)～8月23日(日) 5泊6日
- 2 会場 三重県立鈴鹿青少年センター
〒513-0825 三重県鈴鹿市住吉町南谷口 Tel 059-378-9811
- 3 指導者 心理リハビリテーションスーパーバイザー有資格者、スーパーバイザー研修者

日本リハビリテーション心理学会では心理リハビリテーション資格認定委員会を設け、心理リハビリテーションを実践する者の資質向上を目指して、トレーナー資格、スーパーバイザー資格を定めています。認定キャンプで3回以上研修することでトレーナー資格、トレーナー資格取得後5回以上研修することでスーパーバイザー資格を取得する条件ができ、資格認定委員会の認定を経て、有資格者となります。また、スーパーバイザー資格は取得後5年ごとに資格認定委員会が適不適を判断しております。

- 4 募集人員 トレーニー 15名
集団での活動(スケジュール)に支障なく参加できる方に限ります。
- 5 参加費 80,000円程度 トレーニー1名と保護者の研修費、宿泊費、食費
通い参加の場合 70000円 付添い者2名以上は実費負担です。
1週間を原則とし、定員に満たない場合に短期(18～20、21～23)を受け付けますが、宿泊できない場合もあります。

***参加費は、当日受付にお支払ください。**

※ 集団宿泊訓練会の様子やスケジュールは、三重県心理リハビリテーション連合会のホームページからご覧いただけます。
<http://www.ito61.com/mie/>

6 申込方法・締切

申込み票に必要事項をご記入の上、各支部訓練会の代表者へ
5月中に、お申込み下さい。

月例訓練会の機会を利用いただけると幸いです。

代表の方は、とりまとめて連合会会長・金森までお願いいたします。



7 問い合わせ先

三重県心理リハビリテーション連合会 会長 金森真由美

Tel 090-8323-6761 Fax 0594-23-6789

第35回中部ブロック動作法セミナー準備委員会

E-mail 35mie@ito61.com (PC) マネージャー

心理リハビリテーションキャンプとは

動作法では、自分の身体を思ったように動かさない人が、自分の意図通り身体を動かす努力の仕方を学習していきます。あくまでも主体者は動作不自由をもったトレーニー自身なのです。トレーナーはどうすればトレーニーが自分の身体に気づき、思ったように自分の身体を動かしたり、思ったように使いこなしたりできるか、一人一人に合った援助の方法を探しながら努力させていきます。

一週間トレーニーたちは、1回1時間、一日3回の訓練の中で、トレーナーの先生とスーパーバイザーの指導の下、一対一で自分の身体を思ったように自分で操作する身体の動かし方を学習します。(2名以上のトレーナーが分担することもあります。)訓練の他、集団でゲームをしたりする中で、他者と関わりながら積極的に活動できることを目指す集団療法の時間もあります。また、年長のトレーニーは青年隊を組織し、キャンプの中でいろいろな話をしたり、人の話を聞いたりして自らを高める機会もあります。

一方、保護者は単なる付添いではなく、保護者研修で子どもたちがどんな学習をしているのか、講義や実技指導を受けます。また、訓練がスムーズに進行するために、親の会の仕事(食事の配膳、訓練着の洗濯、掃除、買物など)をしていただきます。集団生活ですから時間厳守、自分勝手はかなわず、スケジュールに流される感は否めません。最初は戸惑うことも多いかと思いますが、初めは他人でも、二三日後には打ち解け合って、いろいろな悩みを話せる仲間が増えるのではないかと思います。

主 催

三重県心理リハビリテーション連合会 (会長 金森真由美)

後 援・助 成

三重県教育委員会、三重県社会福祉協議会、鈴鹿市社会福祉協議会、鈴鹿市、中日新聞社会事業団、東海テレビ福祉文化事業団、NHK 厚生文化事業団、朝日新聞、心理リハビリテーション資格認定委員会(予定)

き り と り

第 35 回中部ブロック動作法セミナー(三重心理リハ連合キャンプ)参加申込み票(各支部代表者まで)

参加者名() 性別(男 ・ 女) 年齢(才) (車いす ・ バギー)
生年月日(西暦)(年 月 日) 所属()
住所(〒)
電話番号() 携帯番号()
Eメール(PC)() (携帯メール)()

付添い者(すべての方について記入してください。)

氏名() 年齢(才) 生年月日(年 月 日) シーツ枕カバー借用する
氏名() 年齢(才) 生年月日(年 月 日) シーツ枕カバー借用する
氏名() 年齢(才) 生年月日(年 月 日) シーツ枕カバー借用する

※ 氏名、生年月日は保険加入申込に使用させていただきます。

※ 宿泊は18日夜～22日夜まで5泊、食事は18日昼食～23日昼食までを用意します。

※ 宿泊およびお昼寝用のシーツ(上下)枕カバーは、各自持込みを原則とします。センターのシーツ(上下)枕カバーを借用される方は、「シーツ枕カバー借用する」に○をつけてください。

※ 食事に関するアレルギー 無 ・ 有 ()

※ 宿泊、食事等について特にご相談のある方は、連合会会長(金森)まで直接ご連絡ください。

※ 研修内容のご希望、連合会への要望等がありましたら、ご記入ください。

[]