

【腰痛改善×温かな人間関係】 ～腰に触れる前に知っておきたい！腰痛改善法の大原則～**科学的根拠に基づく腰痛の評価と治療法研修会 開催のご案内**

国際統合リハビリテーション協会認定
複合的腰痛アプローチ ILPT 腰痛治療セミナー
主宰 理学療法士 赤羽秀徳

謹啓 新涼の候、先生方におかれましては益々ご清祥のことと存じます。

社会生活の多様な変化やリハビリテーション対象者の高齢化により、生活様式に関わらず、「腰痛」が主な問題点になる場面は多くなっています。これだけ医療が進歩しても「腰痛」を訴える患者数は減少しておらず、その一つの原因として、椎間板の損傷などという局所の障害それ自体より、患者の心理的状态に対応する技術が劣っているために腰痛が惹起されている、という指摘もされています。

当協会では、2012 年より全国 10 箇所で開催し、5 年間で延べ 864 名の方に参加していただきました。セミナーの感想として、「腰痛の考え方が **180 度** 変わりました」「私の関わり方で、**腰痛をつくりあげていたかも** しないと気づきました」「腰痛治療の **一連の流れ** を知れたので活用していきたいです」「このセミナーには、腰痛を、**腰を触らずして** 軽減できる方法がたくさんあるので必ず **明日の治療** から役に立つと思います」「**予想以上** の学びと気づきが得られました」「とても **分かりやかった** です」「今回の内容は **目から鱗** で、**感動** ばかりでした」「**即効性に驚き** ました」「患者さんにも、この **違いを体験して欲しい** と思いました」「**腰痛以外の分野** にもかなり活用できるものでした」「治療だけでなく、**私生活の中でも** 生かしていきたいと思います」「**根本の不安をなくす** ことで、自立し、その人の **人生が変わる** と思いました」「**幸福な人生** を送るヒントが見つかりました」などの嬉しい報告が寄せられました。

当協会としましても、より多くの先生方に患者様の為に結果を出す実感を持っていただけたらと考えております。何より、根拠に基づく腰痛の評価と治療法の研修会を通じて成長を実感し、皆様の臨床、および私生活におけるお手伝いが出来ればと思っております。是非ご参加くださいますようお願い申し上げます。

謹白

記

会場：花巻市定住交流センター なはんプラザ 日程：平成 29 年 10 月 15 日（日）

時間：9：50 ～ 16：50 受付開始 9：20 （※両日とも）

講師：赤羽 秀徳（一般社団法人 国際統合リハビリテーション協会 理事
一般社団法人 赤羽総合腰痛研究所 代表理事

理学療法士、博士（工学）、選択理論心理士、国際マッケンジー協会認定療法士、
認定 NPO リアリティセラピー協会 会員、日本選択理論心理学会 会員）

受講料：通常申し込み 11,900 円＋消費税 8% （合計 12,852 円）

※ 日本作業療法士協会 「生涯教育ポイント」付与対象 1 日参加で 1 ポイント付与となります。

※ **紹介者割引特典**：IAIR のセミナーに参加されたことのある方が、ご友人をご紹介頂いた場合、紹介された方、紹介してくれた方、双方に当協会セミナーで利用できるクーポンを 3000 円分プレゼント致します。

対象：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

定員：30 名先着順（定員になり次第閉め切らせて頂きます。）

テーマ：「腰痛治療に悩むセラピストの為の腰痛治療研修会」

<講義・実技内容>

1. 腰痛総論

- 1) 保存的治療の最新の動向 (①治療者としての心構え、②腰痛治療ガイドライン)
- 2) 自己管理できる腰痛? しょうる腰痛? の判断

2. 腰痛の保存的治療システムの紹介

3. 実技：複合的腰痛アプローチ (ILPT) の腰痛治療への有効性

4. 受講生を対象とした治療デモンストレーション

○E-mailにて申込 : office@akahalabo.com まで

件名：「腰痛治療研修会（花巻）参加希望」

本文に、1) 所属施設 2) 申込者氏名・職種・経験年数 3) 携帯電話番号 4) メールアドレス
5) IAIR セミナー受講経験の有 or 無、を明記し、上記メールアドレスへ送信お願い致します

○FAXにて申込 FAX：(03-6915-7997) まで

※記入欄 所属施設名 参加希望地区【花巻】

氏名：セミナー参加希望者 職種（経験年数） (例) 赤羽秀徳 (PT・OT・ST 20年目)

紹介してくれた方がいる場合： _____

氏名： _____ (PT・OT・ST 年目) 携帯番号： _____

E-mail: _____ @ _____ IAIR セミナー受講経験 あり・なし

氏名： _____ (PT・OT・ST 年目) 携帯番号： _____

E-mail: _____ @ _____ IAIR セミナー受講経験 あり・なし

氏名： _____ (PT・OT・ST 年目) 携帯番号： _____

E-mail: _____ @ _____ IAIR セミナー受講経験 あり・なし

備考： _____

※他施設のご友人と申し込まれる場合は、備考欄にその旨ご記入ください。

◆ペア申し込み特典紹介◆

この紙面で、複数のお申し込みをいただいた方々には、**ペア申し込み特典**として、次回から当協会セミナーで利用できるクーポン 3000 円分をご用意いたします。

◆アドレスは、①パソコンメールアドレスあるいは、②受信可能なスマホアドレスでお願いします。

(携帯メールアドレスや病院のメールアドレスは不可)

※記入漏れ、お間違え等ないよう、再確認をお願い致します。

※受講決定の可否・詳細につきましては、メールで通知致します。

※ご不明な点などございましたら、下記アドレスまでお問い合わせ下さい。

連絡先：shigetoshi@iairtohoku.jp 担当：鈴木

○QRコードにて申込

