

平成 24 年 4 月 9 日

障害福祉関係事業者各位

神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部障害福祉課長
(公 印 省 略)

平成 24 年度視覚障害生活支援研修会の開催について (通知)

このことについて、国立障害者リハビリテーションセンター総長から別添のとおり平成 24 年 3 月 30 日付け国リ発第 209 号で通知がありましたので、お知らせします。

つきましては、関係者への周知等をよろしくお願いします。

また、受講資格のある希望者は、所属長の推薦を得たうえ、別紙(1)の研修会申込書(宿泊を希望する場合は別紙(2)も併せて)を次の提出先へ送付してください。

(受講申込書提出先) 〒359-8555 埼玉県所沢市並木4丁目1番地
国立障害者リハビリテーションセンター学院あて

(申込期限) 平成 24 年 5 月 8 日 (火) (郵送必着)

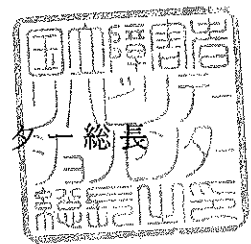
問い合わせ先
社会参加推進グループ 薮野
電話 045-210-1111 内線 4711
ファクシミリ 045-201-2051



国 発 第 2 0 9 号
平 成 2 4 年 3 月 3 0 日

都 道 府 県
各 指 定 都 市 障 害 保 健 福 祉 主 管 部 (局) 長 殿
中 核 市

国立障害者
リハビリテーションセンター 総長



平成24年度視覚障害生活支援研修会の開催について

標記について、別紙実施要綱により開催することにいたしました。

つきましては、貴管下関係機関への通知について、特段の御配慮を
お願いします。



平成24年度 視覚障害生活支援研修会実施要綱

1 目的

視覚障害者の訓練に携わっている方に、視覚障害者の生活全般に関する最新の訓練の情報や知識を提供することにより、訓練技術の向上を図ることを目的とします。

2 主催 国立障害者リハビリテーションセンター

3 期間 平成24年 5月23日（水）～ 5月25日（金）

4 場所 国立障害者リハビリテーションセンター学院
（埼玉県所沢市並木4丁目1番地）

5 受講定員 20名

6 受講対象者

- (1) 都道府県・指定都市及び中核市又は障害者支援施設、盲児施設、病院等において視覚障害者の支援に携わっている方で、所属長が推薦する方
- (2) 国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害生活訓練専門職員養成課程又は視覚障害学科を卒業した方
- (3) 視覚障害生活訓練指導員研修等視覚障害者に対する訓練指導員を養成する研修を修了した方

7 研修内容

視覚障害者の訓練を行っている方が、日々の訓練において配慮しなければならない事柄について、別紙日程表のとおり講義と実技を行います。

8 受講手続

受講希望者は、別紙(1)受講申込書により国立障害者リハビリテーションセンター学院宛に5月8日（火）（必着）までに郵送で送付して下さい。なお、学院ホームページからも申込可能です。申込案内に従い、お申し込み下さい。

(注) 上記6(1)の方が学院ホームページから申し込む場合には、受講申込後に連絡先メールアドレス宛てに送信される「受講申込書」をプリントアウトの上、所属長の推薦欄に署名、捺印を受け、郵送して下さい。

9 研修会費用 一人3,700円（初日に徴収します。なお宿泊費及び食費は含みません）

10 修了証書 研修会修了者に対し、修了証書を授与します。

11 受講決定 受講可能な方については5月11日（金）までに本人宛てに通知します。

12 宿泊施設

- ① 本センターの研修用宿泊施設に宿泊を希望する方は、別紙(2)宿泊申込書により、別紙(1)の受講申込書と同時に申し込んで下さい。学院ホームページから申し込む場合には、受講申込書の宿泊欄の希望する日に○印をつけて下さい。
- ② 宿泊費用は一泊3,470円（初日に、宿泊日数分を徴収します。）
但し、宿泊は研修会当日（5月23日）からとし、初日の研修会終了後の入舎となります。

13 本研修会の受講申込先、照会先等

〒359-8555 埼玉県所沢市並木4丁目1番地
国立障害者リハビリテーションセンター学院
TEL04-2995-3100（内線2612、2614） FAX04-2996-0966
電子メール ml-gakuin-kensyu3@rehab.go.jp
URL <http://www.rehab.go.jp/College/japanese/training/24train.html>

平成24年度 視覚障害生活支援研修会日程表

テーマ: 視覚障害者をめぐる最新の動向を中心に

	午前	午後
5月23日 (水)		<p>受付 (12:40~13:10)</p> <p>開講式・オリエンテーション (13:10~13:25)</p> <p>① 被災地における視覚障害者支援 (13:30~15:00)</p> <p>日本盲導犬協会仙台訓練センター リハビリテーション事業部 原田 敦史</p> <p>② 盲ろう者宿泊型生活訓練等モデル事業の実施結果報告 (15:10~16:40)</p> <p>国立障害者リハビリテーションセンター 機能訓練課主任機能訓練専門職 藤田 ゆかり</p>
5月24日 (木)	<p>③ 障害者自立支援法の一部を改正する法律等について (9:00~10:30)</p> <p>厚生労働省障害保健福祉部施設管理室 障害福祉専門官 永井 康明</p> <p>④ Web アクセシビリティについて (10:40~12:00)</p> <p>(株)NTT クラルティ メディア開発部 田中 章仁</p>	<p>⑤ 公共交通機関における音サインの現状と課題 (13:00~14:30)</p> <p>産業技術総合研究所 主任研究員 関 喜一</p> <p>⑥ 高齢者の視覚障害者の実態とリハビリテーション (14:40~16:10)</p> <p>国立障害者リハビリテーションセンター 病院第二診療部長 仲泊 聡</p>
5月25日 (金)	<p>⑦ 視覚障害者のスポーツ (9:00~10:30)</p> <p>国立障害者リハビリテーションセンター 理療教育課 体育教官 江黒 直樹</p> <p>⑧ 過去 25 年間における視覚障害者更生施設等利用者の動向について(中間報告) (10:40~11:40)</p> <p>国立障害者リハビリテーションセンター 病院リハビリテーション部 生活訓練専門職 中西 勉</p> <p>閉講式(11:50~)</p>	

別紙(1)

平成24年度 視覚障害生活支援研修会 受講申込書

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	年 月 日	歳
勤務先名称				
勤務先所在地等	〒 — —			
	TEL — — (内線 — —) FAX — — — —			
	電子メールアドレス @ (※市町村コード(不知の場合は記入不要) (例:所沢市 11208)			
種別	病院・診療所 施設等 行政機関 会社 その他()			
設置主体	国 都道府県 政令市 中核市 市町村 独立行政法人 社会福祉法人 公益法人 その他			
運営主体	国 都道府県 政令市 中核市 市町村 独立行政法人 社会福祉法人 公益法人 その他			
連絡先 (連絡がとれる電話番号等)	TEL — — (勤務先・自宅・携帯) FAX — — (勤務先・自宅)			
	電子メールアドレス @ (勤務先・自宅・携帯)			
現職種				
現職名				
現職経験年数	年 月	受講資格の有無	有・無	
過去の当センター 研修会参加実績	平成 平成 平成	年度 年度 年度	研修会 研修会 研修会	
備考	※手話通訳者・要約筆記ご希望の方、車いすご利用の方等は、本欄にご記入ください。			
上記の者を受講者として推薦する。(実施要綱 6-(1)該当の方) 平成 年 月 日 (所属長) 印				
上記のとおり 受講を申し込みます。(実施要綱 6-(2)、6-(3)該当の方) 平成 年 月 日 (氏名) 印				

※「種別」欄等の該当部分に○印を記入

別紙(2)

国立障害者リハビリテーションセンター学院 研修宿舍宿泊申込書

研 修 会 名	視覚障害者生活支援研修会		
ふ り が な		性 別	年 齢
氏 名		男 ・ 女	歳
現 住 所 ・ 連 絡 先	〒 — — — — — TEL — — — — — (自宅・携帯) FAX — — — — —		
宿 泊 希 望 日 年 月 日	平成 24 年 5 月 23 日(水) ～ 5 月 日() 最終日午前9時まで 泊 日 (注) 宿泊のキャンセルは、研修会初日の2日前までにご連絡ください。		
備 考			
<p>上記のとおり、宿泊の申し込みをします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>(氏 名)</p> <p style="text-align: right;">印</p>			

※1 部屋は2人部屋です。

※2 宿泊は研修会初日の研修終了後に入舎し、研修最終日(午前9時まで)に退舎していただきます。

※3 車いす利用者で宿泊を希望される場合は、事前に学院事務室に御連絡ください。