

平成 24 年 7 月 5 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 年度作業療法士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 6 月 25 日付け国リ発第 433 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いたします。

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 9 月 3 日 (月) (必着)

問い合わせ先

社会参加推進グループ 松岡

電話 045-210-1111 内線 4711

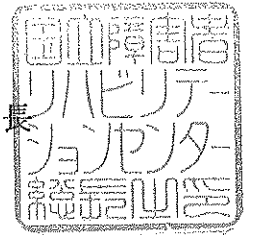
ファクシミリ 045-201-2051



国リ発第433号  
平成24年6月25日

都道府県  
指定都市  
中核市  
各  
保健福祉主管部（局）長 殿

国立障害者  
リハビリテーションセンター総長



平成24年度作業療法士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 作業療法士研修会実施要綱

- 1 目 的  
高次脳機能障害者のリハビリテーションに従事する作業療法士を対象として、実務に必要な基礎的知識及び技術を習得させ、その資質の向上を図ることにより、適切かつ効果的な業務の運営に寄与することを目的とする。
- 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 10 月 17 日 (水) ～ 10 月 19 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 受入定員  
20 名
- 6 受講資格  
身体障害者 (児) 更生援護施設、肢体不自由児施設、病院等において高次脳機能障害の作業療法に従事している者、または今後従事する予定のある者で、作業療法士免許取得後 5 年以下で、所属長が推薦する者。但し、昨年度本研修会を受講された方は受講できません。
- 7 研修内容  
別紙日程表のとおり。
- 8 研修会費用  
3,200 円 (初日に徴収する。宿泊費及び食費は含まない。)
- 9 受講手続  
受講希望者は、別紙(1)の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あて、平成 24 年 9 月 3 日 (月) までに郵送 (必着) で申し込んで下さい。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) 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。  
(注) 同一施設から複数の方の推薦を行う場合には、受講申込書の備考欄に優先順位を付して下さい。
- 10 受講決定  
選考のうえ、平成 24 年 9 月 14 日 (金) までに本人宛てに通知します。なお、応募者が定員を超えた場合には抽選により決定します。(この場合、同一施設から複数の方の申込があった場合には、優先順位 1 位の方を抽選の対象とします。)
- 11 修了証書  
研修会修了者に対し、修了証書を授与します。
- 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 (10 月 17 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) 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 作業療法士研修会日程表

テーマ：高次脳機能障害の作業療法 ～機能回復訓練を中心に～

月 日	午 前	午 後
10/17 (水)		<p>受付 (12:30～13:00)</p> <p>開講式・オリエンテーション (13:00～13:20)</p> <p>① 高次脳機能障害者を取り巻く現状・連続したケアを目指して (13:30～15:00) 国立障害者リハビリテーションセンター病院 第一診療部長 中島 八十一</p> <p>② 高次脳機能障害のリハビリテーション (15:15～16:45) 国立障害者リハビリテーションセンター病院 精神科医長 浦上 裕子</p>
10/18 (木)	<p>③ 高次脳機能障害者に対する評価・介入の考え方 (9:00～10:30) 国立障害者リハビリテーションセンター病院 副作業療法士長 山本 正浩</p> <p>④ 注意障害に対する評価と訓練の実際 (10:45～12:15) 国立障害者リハビリテーションセンター病院 作業療法士 木村 麻美 作業療法士 中川 雅樹</p>	<p>⑤ 記憶障害に対する評価と介入の実際 (13:15～14:45) 国立障害者リハビリテーションセンター病院 心理療法士 色井 香織</p> <p>⑥ 遂行機能障害、病識欠如、社会的行動障害に対する評価と介入の実際 (15:00～16:45) 国立障害者リハビリテーションセンター病院 主任作業療法士 野月 夕香理 作業療法士 堺本 麻紀</p>
10/19 (金)	<p>⑦ 障害の自己認識を深めるためのグループ訓練 (9:00～12:00) 国立障害者リハビリテーションセンター病院 副作業療法士長 山本 正浩 主任作業療法士 野月 夕香理 作業療法士 木村 麻美 作業療法士 中川 雅樹 作業療法士 堺本 麻紀</p>	<p>⑧ 社会復帰に向けた支援 (13:00～14:30) 国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局 精神保健福祉士 森 曜子</p> <p>閉講式 (14:35～14:50)</p>

\* 講師の都合により、内容に変更があり得ますので、ご了承ください。

別紙(1)

## 平成24年度 作業療法士研修会 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 @ (例:所沢市 11208) ※市町村コード(不知の場合は記入不要)				
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					
作業療法士免許取得年	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					
<p>上記の者を受講者として推薦する。</p> <p>平成 年 月 日 (所属長)</p> <p style="text-align: right;">印</p>					

※「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	作業療法士研修会		
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 10 月 17 日(水) ~ 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。