

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 年度リハビリテーション心理職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 434 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

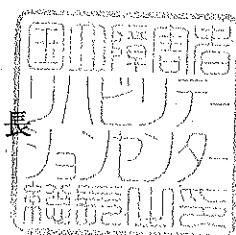
(申込期限) 平成 24 年 9 月 14 日 (金) (郵送必着)

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 里 発 第 434 号
平成 24 年 6 月 25 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 年度リハビリテーション心理職研修会
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、特段のご配慮を
お願いします。



平成24年度リハビリテーション心理職研修会実施要綱

1 目 的

障害者の心理判定等業務に従事する職員を対象として、実務に必要な専門的知識及び技術を習得させ、その資質の向上を図り、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29日（月）～10月31日（水）

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

都道府県・指定都市・中核市、障害者更生援護施設、リハビリテーション病院等において、現に心理判定等の業務に従事し、概ね5年以上の経験を有する者で、所属長が推薦する者。

7 研修内容

別紙日程表のとおり。

8 研修会費用

1,300円（初日に「テキスト代」として徴収する。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14日（金）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。

10 受講決定

選考のうえ、平成24年9月28日（金）までに本人宛てに通知します。なお、定員を大幅に上回る応募があった場合には、抽選により決定とさせていただく場合がありますので、あらかじめ御了承下さい。

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29日）からとし、初日の研修会終了後の入舎となります。

1 3 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 リハビリテーション心理職研修会

	午前	午後
10/29 (月)	<p>受付 (9:10~9:40)</p> <p>開講式・オリエンテーション (9:40~10:00)</p> <p>10:00~12:00</p> <p>「画像と神経心理学」</p> <p>国立障害者リハビリテーションセンター病院 臨床研究開発部長 深津 玲子</p> <p>(休憩 12:00~13:00)</p>	<p>13:00~16:00</p> <p>「高次脳機能障害者への心理支援」</p> <p>横浜市総合リハビリテーションセンター 医療部 言語聴覚・心理課 山口 加代子 (臨床心理士)</p>
10/30 (火)	<p>9:00~12:00</p> <p>「高次脳機能障害のアセスメントと支援」</p> <p>鹿教湯三才山リハビリテーションセンター 鹿教湯病院 心理療法科 平林 一 (臨床心理士)</p> <p>(休憩 12:00~13:00)</p>	<p>13:00~16:30</p> <p>「高次脳機能障害への神経心理学的リハビリテーション 遂行機能障害・注意障害を中心に」</p> <p>帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科 教授 中島 恵子</p>
10/31 (水)	<p>9:00~12:00</p> <p>「高次脳機能障害者の家族支援」</p> <p>医療法人巖心会 栃内第二病院 臨床心理科 山舘 圭子 (臨床心理士)</p> <p>(休憩 12:00~13:00)</p>	<p>13:00~15:30</p> <p>「グループワークによる高次脳機能障害の事例検討」 (進行)</p> <p>国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局就労移行支援課就労相談室長 四ノ宮 美恵子 (臨床心理士) (ファシリテーター)</p> <p>横浜市総合リハビリテーションセンター 医療部 言語聴覚・心理課 山口 加代子 (臨床心理士)</p> <p>医療法人巖心会 栃内第二病院 臨床心理科 山舘 圭子 (臨床心理士)</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 心理療法士 野口 玲子 (臨床心理士)</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 心理療法士 色井 香織 (臨床心理士)</p>

別紙(1)

平成24年度 リハビリテーション心理職研修会 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					
心理関係業務に従事した年数	年	月	臨床心理士資格の有無		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。				
<p>上記の者を受講者として推薦する。</p> <p>平成 年 月 日 (機関(施設)の長)</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	リハビリテーション心理職研修会		
ふ り が な		性 別	年 齢
氏 名		男 ・ 女	歳
現 住 所 ・ 連 絡 先	<p>〒 — — — — —</p> <p>TEL — — — — — (自宅・携帯) FAX — — — — —</p>		
宿 泊 希 望 日 年 月 日	<p>平成 24 年 10 月 29 日(月) ~ 月 日()</p> <p>最終日午前9時まで</p> <p>泊 日</p> <p>(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。</p>		
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。