

平成18年度 高次脳機能障害支援事業関係職員研修会実施要綱

1. 目 的

高次脳機能障害者の診断、評価、リハビリテーション支援など関連する諸問題について、都道府県・指定都市における行政担当者並びに関係機関の担当者（病院の医師及び関係する職種並びに福祉施設の担当者等）が、必要な知識と技術を習得することを目的とする。

2. 主 催

国立身体障害者リハビリテーションセンター

3. 期 間

平成18年 7月 5日（水）～ 7月 7日（金）

4. 場 所

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

5. 受講定員

200名

6. 受講資格

都道府県・指定都市・中核市における行政担当者並びに関係機関（身体障害者更生相談所、精神保健福祉センター、保健所、病院及び福祉施設等）において、診断、評価、訓練、支援等に携わる医師及び関係職種にある者で、都道府県・指定都市・中核市の障害保健福祉主管部（局）長からの推薦のある者。

7. 研修内容

別紙日程表のとおり。

8. 受講手続

受講希望者は、別紙（1）受講申込書により国立身体障害者リハビリテーションセンター学院係あて、6月5日（月）までに郵送（必着）により申し込むこと。

9. 研修会費用

5,400円（初日に徴収する。なお、宿泊費及び食費は含まない。）

10. 宿泊施設

- ① 当センターの研修宿泊施設に宿泊を希望する者は、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むこと。
- ② 宿泊費用は1泊1,330円（初日に、宿泊日数分を徴収する。）
ただし、宿泊は、研修会当日（7月5日）からとし、初日の研修終了後に入舎となる。
- ③ 宿泊施設は、定員40名（2人部屋）のため、定員を超えた場合は、選考（抽選）のうえ決定する。

11. 受講決定

選考のうえ、6月15日（木）までに、障害保健福祉主管部（局）長及び所属長あてに通知する。

12. その他

本研修会に関する照会については、国立身体障害者リハビリテーションセンター学院係あて連絡のこと。

〒359-8555 埼玉県所沢市並木4丁目1番地
国立身体障害者リハビリテーションセンター学院
TEL 04-2995-3100 内線 2614
FAX 04-2996-0966
HP : <http://www.rehab.go.jp/College/index.htm>

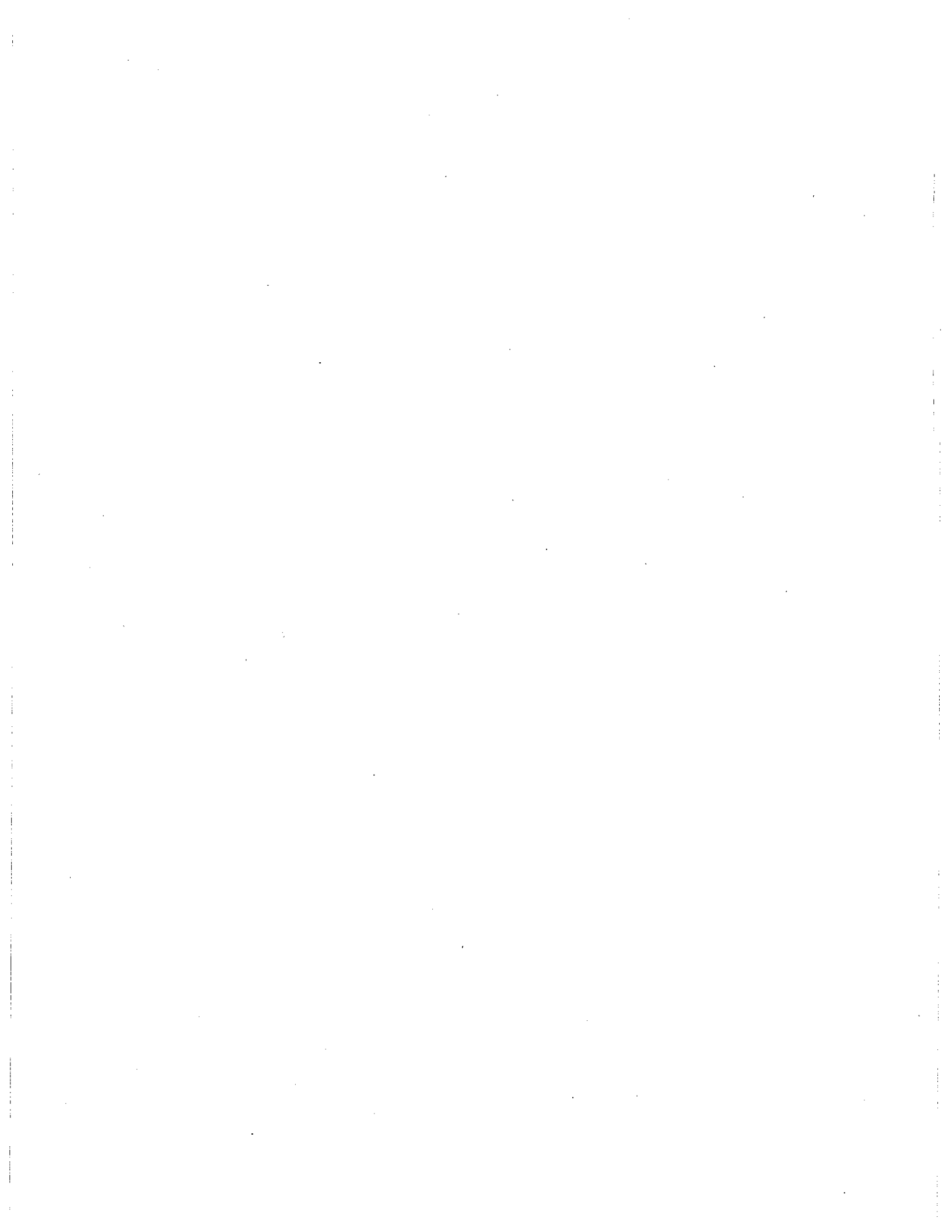
◇ 平成18年度 高次脳機能障害支援事業関係職員研修会日程表 ◇

月 日	午 前	午 後
7月 5日 (水)		<p>受付 (12:30~13:10)</p> <p>・ 開講式・オリエンテーション (13:20~14:10) (センター紹介ビデオ放映)</p> <p>① 障害者自立支援法について (14:20~15:50)</p> <p>厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 企画課長補佐 武井 貞治</p> <p>② 高次脳機能障害者における福祉サービスの 取扱い (16:00~17:00)</p> <p>厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課長補佐 杉江 拓也</p>
6日 (木)	<p>③ モデル事業から見た高次脳機能障害 (9:00~10:30)</p> <p>国立身体障害者リハビリテーションセンター 研究所感覚機能系障害研究部長 (併) 学院長 中島 八十一</p> <p>④ 医学的リハビリテーションの実際 (10:45~12:15)</p> <p>1) 身体機能障害 2) 記憶・注意・遂行機能障害 3) 社会的行動障害</p> <p>順天堂大学大学院 内科系 リハビリテーション医学 教授 長岡 正範</p>	<p>⑤ 認知障害に対する神経心理学的検査 (13:30~15:00)</p> <p>慶應義塾大学医学部 精神神経科学教室 助教授 加藤 元一郎</p> <p>⑥ 地域支援ネットワークの現況 (15:15~16:45)</p> <p>静岡英和学院大学 人間社会学部 地域福祉学科 専任講師 白山 靖彦</p>
7日 (金)	<p>⑦ 生活復帰・介護支援プログラム (9:00~10:30) ーケアマネジメントを中心にー</p> <p>浦和大学 総合福祉学部 教授 寺島 彰</p> <p>⑧ 生活訓練・職能訓練の実際と支援のあり方 (10:40~12:10)</p> <p>名古屋市総合リハビリテーションセンター 福祉部 高次脳機能障害支援モデル事業担当 長谷川 真也</p>	<p>⑨ 家族支援の実際 (13:10~14:40)</p> <p>神奈川県総合リハビリテーションセンター ソーシャルワーカー 生方 克之</p> <p>⑩ 心理療法 (14:50~16:20)</p> <p>国立身体障害者リハビリテーションセンター 病院 医療相談開発部 主任心理判定専門職 四ノ宮美恵子</p> <p>・ 閉講式 (16:30~16:45)</p>

様式1

平成18年度高次脳機能障害支援事業関係職員研修会 受講願書

フリガナ 氏名 (楷書)			年齢	歳
性別	男・女	生年月日	年 月 日	
勤務先	TEL FAX			
所在地	〒			
施設の種類 設置主体				
現職名				
最終学歴				
職歴				
現職の経験 年数	年 月			
受講希望 理由				



別紙 (1)

平成18年度 高次脳機能障害支援事業関係職員研修会受講申込書

フリガナ 氏名 (楷書)			年齢	歳
性別	男・女	生年月日	年 月 日	
勤務先	TEL FAX			
所在地	〒 市町村コードを併記下さい。() 例: 所沢市 11208			
施設の種類 設置主体				
現職名				
職歴				
現職の経験年数	年 月	資格の有無	_____	
本センター 研修会参加 状況				
<p>上記の者を受講者として推薦する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>(都道府県・指定都市・中核市障害保健福祉主管部 (局) 長)</p> <p style="text-align: right;">印</p>				

※ 市町村コードがわからない場合は、記入しないでください。

国立身体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	高次脳機能障害支援事業関係職員研修会		
フ 氏 リ ガ ナ 名			
性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
現 住 所	〒 TEL FAX		
勤 務 先	TEL FAX		
所 在 地	〒		
宿 泊 希 望 年 月 日	平成18年 7月 5日(水) ~ 月 日() 泊 日 最終日午前9時まで 注：宿泊のキャンセルは、遅くとも研修会初日の 2日前までには、ご連絡下さい。		
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) 印</p>			

※1. 部屋は2人部屋です。

※2. 宿泊は研修会当日研修終了後に入舎し、研修終了日朝に退舎していただきます。