



福岡県医発第 482号 (地)
平成24年 5月 15日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 松 田 峻一良
(公印省略)

平成24年度視覚障害者用補装具適合判定医師研修会の開催について (ご案内)

標記の件につきまして、厚生労働省より福岡県福祉労働部障害者福祉課長を通じて別紙のとおり通知が参りましたのでお知らせいたします。

本研修会は、視覚障害者用補装具適合判定に従事する医師を対象とした研修で、判定技術の向上を図るとともに医学的リハビリテーションを推進することを目的としたもので、下記の通り開催されます。

つきましては、貴会会員への周知方につきましてよろしくお願い申し上げます。

なお、受講希望者は別紙実施要綱をご参照の上、受講申込書に記入して国立障害者リハビリテーションセンター学院 (FAX: 04-2996-0966 / E-mail: ml-gakuin-kensyu3@rehab.go.jp) に直接お送りいただきますようお願いを申し上げますとともに、すでに第1回、第2回がすでに定員に達していることをご留意下さい。

また、本学院ホームページ (<http://www.rehab.go.jp/College/japanese/training/24train.html>) から申し込みが可能ですことも申し添えます。

記

平成24年度視覚障害者用補装具適合判定医師研修会

第3回: 平成25年2月14日～2月16日 (土) 平成24年12月14日 (金) 締切

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4-1)

公印省略

24障第274号
平成24年4月23日

福岡県医師会会長 殿

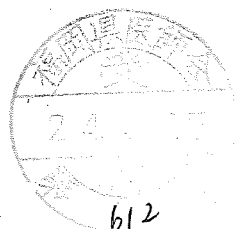
福岡県福祉労働部障害者福祉課長
(自立支援係)

平成24年度視覚障害者用補装具適合判定医師研修会の開催について

このことについて、別添のとおり厚生労働省から通知がありましたのでお知らせします。

つきましては、貴会会員への周知に御配慮くださいますようお願いいたします。

なお、受講希望の場合は、各回締切までに直接国立障害者リハビリテーションセンター学院あてにお申込みください。



障 発 0 4 0 6 第 1 号

平 成 2 4 年 4 月 6 日

都 道 府 県 知 事
各 政 令 指 定 都 市 市 長 } 殿
中 核 市 市 長

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部長



平成24年度視覚障害者用補装具適合判定医師研修会の開催について

標記研修会を別添要綱により開催することとしたので、貴管内関係施設及び団体等への周知等につき、特段の御配慮を願いたい。

平成 24 年度視覚障害者用補装具適合判定医師研修会実施要綱

1 目 的

視覚障害者用補装具適合判定に従事する医師の研修を行い、判定技術の向上を図るとともに、医学的リハビリテーションを推進することを目的とする。

2 主 催

厚生労働省

3 期間、会場

第1回 平成24年 6月 7日(木)～ 6月 9日(土)

会場：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4-1）

第2回 平成24年 7月26日(木)～ 7月28日(土)

会場：国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局 函館視力障害センター
(北海道函館市湯川町1-35-20)

第3回 平成25年 2月14日(木)～ 2月16日(土)

会場：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4-1）

4 定 員

第1回60名、第2回20名、第3回20名（予定）

*第3回の定員につきましては、変更される場合があります。

5 受講資格

身体障害者更生相談所、身体障害者更生援護施設又は病院、診療所等において視覚障害者補装具の適合判定に従事する医師または今後当該業務に従事する予定の医師。

6 研修内容

別紙日程表(案)のとおり

7 研修会費用

各回とも23,700円（初日に徴収する。なお、宿泊費及び食費は含まない。）

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あて次の期日までに必着するよう申し込んで下さい。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。

第1回 平成24年 5月10日(木)

第2回 平成24年 6月22日(金)

第3回 平成24年12月14日(金)

9 受講決定

選考のうえ、次の期日までに本人に通知します。

第1回 平成24年 5月18日(金)

第2回 平成24年 6月29日(金)

第3回 平成24年12月21日(金)

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 宿泊施設

【第1回、第3回の研修会に受講を申し込む方】

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、宿泊は研修会当日からとし、初日の研修会終了後の入舎となります。

【第2回の研修会に受講を申し込む方】

函館視力障害センターには、研修生用の宿泊施設は無いので各自で確保して下さい。

12 受講修了者名簿

本研修会の受講修了者名簿は、補装具適合判定業務の円滑な実施に資するため、各都道府県、指定都市及び中核市の求めに応じ、情報提供を行います。

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 第1回視覚障害者用補装具適合判定医師研修会日程表

月日	午 前	午 後
6月7日 (木)	受付 (8:30～ 9:00) 開講式・オリエン・自己紹介 (9:00～ 9:30) ① 視覚障害の概要 (9:30～ 10:00) 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 仲泊 聡 ② 実習Ⅰ(含講義) (10:10～11:20) ・偏心視 ・近見チャート+プラスアップ眼鏡 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 仲泊 聡 病院 リハビリテーション部 三輪 まり枝 " 山田 明子 西脇 友紀	③ 補装具概論 (12:20～13:00) 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部企画課 自立支援振興室福祉用具専門官 加藤 晴喜 ④ 実習Ⅱ(含講義) (13:10～17:00) ・拡大鏡 ・弱視眼鏡 ・遮光眼鏡 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 三輪 まり枝 " 山田 明子 西脇 友紀 ⑤ 実習Ⅲ(含講義) (13:10～17:00) ガイド・疑似体験 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 中西 勉 久保 明夫
8日 (金)	⑥ 視覚リハビリテーション (9:00～ 9:30) 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 仲泊 聡 ⑦ 義眼 (9:30～9:40) 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 仲泊 聡 ⑧ 日常生活用具 (9:50～10:20) 国立障害者リハビリテーションセンター 学院 視覚障害学科 松崎 純子 ⑨ 実習Ⅳ (10:20～12:20) ・白杖・単眼鏡・かけ眼鏡式弱視眼鏡 ・拡大読書器・便利グッズ・音声パソコン 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 三輪・山田・ 西脇・中西・久保	⑩ 社会リハビリテーション (13:20～14:20) 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 久保 明夫 ⑪ 教育リハビリテーション (14:30～15:30) 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 三輪 まり枝 ⑫ 患者が望むこと (15:40～16:40) ⑬ 総合討論 (16:40～17:00)
9日 (土)	⑭ 診断書等の書き方と事例 (9:00～10:20) 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 西田 朋美 病院 リハビリテーション部 久保 明夫 ⑮ 実習Ⅴ (10:30～12:30) 疑似症例 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 三輪・山田・ 西脇・久保	閉講式 (12:30～13:00)

※ 講師の都合により、変更があり得ますので御了承下さい。

別紙(1)

受 講 申 込 書

ふ り が な		性 別	生 年 月 日	年 齢
氏 名		男 ・ 女	大 昭 平 年 月 日	歳
勤 務 先 名 称				
勤 務 先 所 在 地 等	〒 — TEL — — (内線 —) FAX — — ※市町村コード(不知の場合は記入不要) (例:所沢市 11208)			
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)			
医 師 免 許	年 月 日 (号)			
出 身 大 学				
専 門 診 療 科	科			
現 職 名				
判 定 経 験 年 月 数	年 か月			
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。			
平成24年度 視覚障害者用補装具適合判定医師研修会(第1回)を受講したいので申し込みます。 平成 年 月 日 氏 名 印 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長 殿 (送付先:国立障害者リハビリテーションセンター 学院係)				

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	視覚障害者用補装具適合判定医師研修会(第1回)		
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 6 月 7 日(木) ～ 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			
上記のとおり、宿泊の申し込みをします。 平成 年 月 日 (氏 名) 印			

※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。

平成24年度 第2回視覚障害者用補装具適合判定医師研修会日程表(案)

月日	午 前	午 後
7月 26日 (木)	受付 (8:30～ 9:00) 開講式・オリエン・自己紹介 (9:00～ 9:30) ① 視覚障害の概要 (9:30～ 10:00) 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 仲泊 聡 ② 実習Ⅰ(含講義) (10:10～11:20) ・偏心視 ・近見チャート+プラスアップ眼鏡 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 仲泊 聡 病院 リハビリテーション部 三輪 まり枝 " 山田 明子 西脇 友紀	③ 補装具概論 (12:20～13:00) 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 仲泊 聡 ④ 実習Ⅱ(含講義) (13:10～14:50) ・拡大鏡 ・弱視眼鏡 ・遮光眼鏡 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 三輪 まり枝 " 山田 明子 西脇 友紀 ⑤ 実習Ⅲ(含講義) (15:00～17:00) ガイド・疑似体験 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 中西 勉 久保 明夫
27日 (金)	⑥ 視覚リハビリテーション (9:00～ 9:30) 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 仲泊 聡 ⑦ 義眼 (9:30～9:40) 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 仲泊 聡 ⑧ 日常生活用具 (9:50～10:20) 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 中西 勉 ⑨ 実習Ⅳ (10:20～12:20) ・白杖 ・単眼鏡 ・かけ眼鏡式弱視眼鏡 ・拡大読書器 ・便利グッズ ・音声パソコン 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 三輪・山田・ 西脇・中西・久保	⑩ 社会リハビリテーション (13:20～14:20) 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 久保 明夫 ⑪ 教育リハビリテーション (14:30～15:30) 勤医協札幌病院 眼科 永井 春彦 ⑫ 患者が望むこと (15:40～16:40) ⑬ 総合討論 (16:40～17:00)
28日 (土)	⑭ 診断書等の書き方と事例 (9:00～10:20) 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 西田 朋美 病院 リハビリテーション部 久保 明夫 ⑮ 実習Ⅴ (10:30～12:30) 疑似症例 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 三輪・山田・ 西脇・久保	閉講式 (12:30～13:00)

※ 講師の都合により、変更があり得ますので御了承下さい。

別紙(1)

受 講 申 込 書

ふ り が な		性 別	生 年 月 日	年 齢
氏 名		男 ・ 女	大 昭 平 年 月 日	歳
勤 務 先 名 称				
勤 務 先 所 在 地 等	〒 — TEL — — (内線) FAX — — ※市町村コード(不知の場合は記入不要) (例:所沢市 11208)			
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)			
医 師 免 許	年 月 日 (号)			
出 身 大 学				
専 門 診 療 科	科			
現 職 名				
判 定 経 験 年 月 数	年 か月			
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。			
平成24年度 視覚障害者用補装具適合判定医師研修会(第2回)を受講したいので申し込みます。 平成 年 月 日 氏 名 印 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長 殿 (送付先:国立障害者リハビリテーションセンター 学院係)				

平成24年度 第3回視覚障害者用補装具適合判定医師研修会日程表

月日	午 前	午 後
2月 14日 (木)	受付 (8:30～ 9:00) 開講式・オリエン・自己紹介 (9:00～ 9:30) ① 視覚障害の概要 (9:30～ 10:00) 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 仲泊 聡 ② 実習Ⅰ(含講義) (10:10～11:20) ・偏心視 ・近見チャート+プラスアップ眼鏡 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 仲泊 聡 病院 リハビリテーション部 三輪 まり枝 〃 山田 明子 西脇 友紀	③ 補装具概論 (12:20～13:00) 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部企画課 自立支援振興室福祉用具専門官 加藤 晴喜 ④ 実習Ⅱ(含講義) (13:10～17:00) ・拡大鏡 ・弱視眼鏡 ・遮光眼鏡 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 三輪 まり枝 〃 山田 明子 西脇 友紀 ⑤ 実習Ⅲ(含講義) (13:10～17:00) ガイド・疑似体験 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 中西 勉 久保 明夫
15日 (金)	⑥ 視覚リハビリテーション (9:00～ 9:30) 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 仲泊 聡 ⑦ 義眼 (9:30～9:40) 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 仲泊 聡 ⑧ 日常生活用具 (9:50～10:20) 国立障害者リハビリテーションセンター 学院 視覚障害学科 松崎 純子 ⑨ 実習Ⅳ (10:20～12:20) ・白杖 ・単眼鏡 ・かけ眼鏡式弱視眼鏡 ・拡大読書器 ・便利グッズ ・音声パソコン 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 三輪・山田・ 西脇・中西・久保	⑩ 社会リハビリテーション (13:20～14:20) 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 久保 明夫 ⑪ 教育リハビリテーション (14:30～15:30) 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 三輪 まり枝 ⑫ 患者が望むこと (15:40～16:40) ⑬ 総合討論 (16:40～17:00)
16日 (土)	⑭ 診断書等の書き方と事例 (9:00～10:20) 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 西田 朋美 病院 リハビリテーション部 久保 明夫 ⑮ 実習Ⅴ (10:30～12:30) 疑似症例 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 三輪・山田・ 西脇・久保	閉講式 (12:30～13:00)

※ 講師の都合により、変更があり得ますので御了承下さい。

別紙(1)

受 講 申 込 書

ふ り が な		性 別	生 年 月 日	年 齢
氏 名		男 ・ 女	大 昭 平 年 月 日	歳
勤 務 先 名 称				
勤 務 先 所 在 地 等	〒 — TEL — — (内線) FAX — — ※市町村コード(不知の場合は記入不要) (例:所沢市 11208)			
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)			
医 師 免 許	年 月 日 (号)			
出 身 大 学				
専 門 診 療 科	科			
現 職 名				
判 定 経 験 年 月 数	年 か月			
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。			
平成24年度 視覚障害者用補装具適合判定医師研修会(第3回)を受講したいので申し込みます。 平成 年 月 日 氏 名 印 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長 殿 (送付先:国立障害者リハビリテーションセンター 学院係)				

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	視覚障害者用補装具適合判定医師研修会(第3回)		
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 25 年 2 月 14 日(木) ～ 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			
上記のとおり、宿泊の申し込みをします。 平成 年 月 日 (氏 名) 印			

※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。