

各 施 設 長 殿

心身障害児総合医療療育センター
所長 君 塚 葵 (公印 省略)

第 57 回 摂食指導 (基礎・実習) 講習会 開催について

首題の講習会を下記により開催いたしますので、ご案内いたします。肢体不自由児施設、重症心身障害児(者)施設、各種通所療育施設等の職員で、摂食指導に直接従事している職員に受講希望者がおられましたらご推薦いただけますようお願いいたします。

記

1. 目 的 本講習会は、肢体不自由児及び重症心身障害児(者)、特に脳性麻痺児への摂食指導に携わっている職員に必要な知識と技術の向上を図ることを目的とする。
2. 講習期間 平成 20 年 9 月 9 日(火)～9 月 10 日(水)
3. 講習場所 心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
4. 定 員 60 名 (内 研修所宿泊可能人数は 34 名)
5. 受講資格 肢体不自由児施設、重症心身障害児(者)施設、各種通所療育施設等に勤務し、直接、摂食指導に携わっている職員。
6. 受講費 13,000 円
7. 添付書類 ① 講習会要項 別紙 (1)
② 講習科目・日程 別紙 (2)
③ 受講申込書 別紙 (3)
8. 申込方法 受講申込書を 8 月 8 日 (金) までに送付 (先着順に受付。定員になり次第締切)

(宛先) 〒173-0037 板橋区小茂根 1- 1- 10
心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
(FAX で申し込みをされた場合にも原紙の郵送を必要とします)

9. お問 合 せ 心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
電話 : 03-5965-1136 (直通) FAX : 03-3959-7648 (直通)

別紙(1)

第 57 回 摂食指導（基礎・実習）講習会 要綱

1. 講習期間 平成 20 年 9 月 9 日(火) ～ 9 月 10 日(水)
2. 講習場所 心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
住所：〒173-0037 東京都板橋区小茂根 1-1-10
交通：東京メトロ有楽町線「小竹向原駅」3 番出口より徒歩 10 分
所要時間の目安は、羽田空港からは 120 分、東京駅からは 60 分。
尚、車 バイクでの来所はご遠慮下さい。
3. 定 員 60 名（1 施設 2 名まで）
4. 講習内容 講習会の内容・日程は 別紙（2）のとおり
5. 経 費 1) 受講費 13,000 円（消費税 619 円を含む）
2) 宿泊費 1 泊 3,150 円（消費税 150 円を含む）
締切後に送付する「受講承諾書」の合計金額をお振り込みいただきます。
振込手数料（返金の場合も）の負担は参加者（施設）負担とします。
キャンセル（変更）の場合の返金について
9 月 5 日(金)までの申し出は返金します。以後は返金しません。
6. 宿 泊
研修所の宿泊室はツインルームで 17 室、計 34 名が定員です。宿泊を希望される場合は
申込書の欄に記入して下さい。
7. 食 事
昼食は、弁当の注文をお受けします。宿泊に関する食事への対応はしておりません。
ある程度の自炊可能な設備（冷蔵庫・電子レンジ・湯茶等）はあります。
8. その他
 - 1) 期間中を通して受講出来ること、また、受講に際して健康上支障のないこと。
 - 2) 実技を伴いますので、それなりの服装をご用意下さい。更衣室があります。
 - 3) 講習会初日 9 月 9 日(火)の受付は、8 時 20 分より 8 時 50 分まで。なお、宿泊される方
で、前日 9 月 8 日に来所の方は 16 時～17 時までに到着して下さい。
17 時より宿泊・施設使用に関しての説明をいたします。
 - 4) 宿泊者携行品：健康保険証、洗面具、タオル、寝衣、スリッパ、ティッシュ。
(石鹸、シャンプー、ドライヤー、目覚まし時計、洗濯機あり。)
 - 5) お分かりにならない事は、下記にお問い合わせ下さい。
心身障害児総合医療療育センター 療育研修所
TEL 03-5965-1136(直通) FAX 03-3959-7648(直通)

別紙(2)

第57回 摂食指導(基礎・実習) 講習会

講習期間

平成20年9月9日(火) 8:50～ 9月10日(水) 17:00

講師

氏名	所属	
尾本和彦	心身障害児総合医療療育センター	歯科医長
北住映二	心身障害児総合医療療育センター	むらさき愛育園長
佐々木清子	心身障害児総合医療療育センター	作業療法主任
平澤昌子	心身障害児総合医療療育センター	作業療法主任
横井敬子	心身障害児総合医療療育センター	歯科医師
橋井枝美子		言語聴覚士

科目・日程

日時	内容
9/9 (火)	8:20～8:50 受付 8:50～9:00 オリエンテーション 9:00～12:00 (3) 講師:尾本和彦 「摂食機能の正常発達とその障害」 「摂食指導・訓練」 13:00～14:45 (2) 講師:北住映二 「嚥下障害・誤嚥の病態と対応」 15:00～17:00 (2) 講師:尾本和彦 「症例」
9/10 (水)	9:00～12:00 (3) * 講師:佐々木清子、平澤昌子 「食事指導—OTの立場から」 13:00～17:00 (4) * 講師:尾本和彦、横井敬子、橋井枝美子 「介助方法を中心にした摂食実習」

*実習

別紙 (3)

療育研修所

第57回 摂食指導（基礎・実習） 講習会 受講申込書

ふりがな	
1.氏名	年 月 日生 才 男・女
〒	TEL
2.現住所	宿泊者：携帯
3.職種及び職位	現在の職場での経験年数（ ）年
4.健康状態（「車椅子使用」等、配慮の必要性）	
5.宿泊の希望	
A) 研修所宿泊希望 9月 日 から 9月 日まで（ ）泊	
B) 個人で用意するので不要（通講、個人で用意する事を含む）	
6.今回の講習会参加にあたっての、貴方の課題（プログラムも参考にご記入下さい）	
7.「食べること」に関して、これまでに受講した研修会	
1)	年 月（ 日間） 主催
2)	年 月（ 日間） 主催
8. 領収書の宛名（無記入は施設名で用意します）	請求書 要 ・ 不要

上記の者を受講させたく申し込みます

平成 年 月 日

〒

施設住所
電話番号
FAX 番号

施設名

施設長名

印.

心身障害児総合医療療育センター
所 長 君 塚 葵 殿

(研修所記入) 受付日 _____ 受付順位 _____