

各施設 御中

心身障害児総合医療療育センター  
所長 小崎 慶介 (公印省略)

## 令和元年度 医療的ケア看護師 講習会 開催について

標記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。

保育所、デイサービス、通所、訪問看護、学校等においてにおいて、障害児(者)とくに重症児(者)のケアに携わっている看護師、准看護師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。

1. 目的 本講習会は、各保育所、デイサービス、通所、訪問看護、学校等において、障害児(者) 医療的ケアに携わる看護師に対し、医療的ケアに関する知識と、技術の向上を図ることを目的とする。
2. 日 時 令和2年 2月 8日 (土)
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 40名 (1施設2名)
5. 受講対象 保育所、デイサービス、通所、訪問看護、学校等において、医療的ケアに携わる看護師、准看護師
6. 受講費 8,800円
7. 添付書類 ① 講習会要項 別紙(1)  
② 受講申込書 別紙(2)
8. 申込方法 受講申込書を令和2年1月6日(月)までに FAX または郵送で送付  
(先着順に受付、定員になり次第締切)  
送付先：〒173-0037 東京都板橋区小茂根 1 -1 -10  
心身障害児総合医療療育センター 療育研修所  
FAX 03-3959-7648(直通)
9. お問い合わせ 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)

令和元年度 医療的ケア看護師 講習会 要綱

1. 講習日 令和2年2月8日(土)9時00分～18時00分
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・副都心線「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120分、東京駅から60分。  
尚、車 バイクでの通講はご遠慮下さい。
3. 定員 40名(1施設2名まで)
4. 講習内容 講習会の講習科目、時間数、講師氏名等は別紙(2)のとおり
5. 経費 1) 受講費 8,800円(消費税800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  
2月6日(木)までの申し出は返金します。以後は返金しません。
7. 食事 昼食は各自でご用意をお願いします。  
(冷蔵庫・電子レンジ・クッキングヒーター・湯茶等)はあります。
8. その他
  - 1) 講習会2月8日(土)の受付は8時00分より行います。
  - 2) 実習がありますので、支障のない服装をご用意下さい。更衣室があります。  
※スカートでの実習はご遠慮下さい。
  - 3) お分かりにならないことは、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  
電話 03-5965-1136(直通)、FAX 03-3959-7648(直通)

別紙 (2)

令和元年度 医療的ケア看護師 講習会

開催日時 2月8日(土曜) 9時~18時

場所 心身障害児総合医療療育センター 療育研修所

対象

保育所、デイサービス、通所、訪問看護、学校等において、医療的ケアに携わる看護師、准看護師

受講定員 40名

プログラム

時間	講師	内容	
8時 ~			受付
9時 ~ 13時	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 名誉園長)	講 義	<呼吸障害> 口鼻腔吸引・気管切開での吸引の、実際の注意点 踏まえておくべき病態(喉頭軟化症、気管軟化症等) 呼吸状態悪化時の対応方法 気管切開のケアの実際的事項 気管カニューレ事故抜去の予防と対応 カニューレフリーでの注意点 等 酸素療法・人工呼吸器療法の注意点 <経管栄養> 経管栄養で踏まえておくべき病態 (唾液の誤嚥・胃食道逆流症・十二指腸通過障害等) 経管栄養の実際的注意点 経鼻胃管挿入困難例での挿入方法 重症児者での胃瘻の注意点 等
13時45分 ~ 18時00分	星野 英子 (心身障害児総合医療療育センター 理学療法士)	実 習	A グループ 呼吸介助・排痰介助法 B グループ アンビューバッグでのバギングの方法 気管カニューレの挿入方法 等
	北住 映二	実 習	B グループ アンビューバッグでのバギングの方法 気管カニューレの挿入方法 等 A グループ 呼吸介助・排痰介助法

(別紙3)

療育研修所

令和元年度 医療的ケア 看護師 講習会 受講申込書

ふりがな	
1. 氏名	年 月 日生, 才男・女
〒	
2. 現住所	TEL
3. 職種	現在の職場での経験年数( )年
4. 困っていること、悩んでいること等をお書き下さい(名簿に掲載します)	
5. 領収書・請求書の宛名 (無記名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

令和 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 小崎 慶介 殿

(研修所記入) 受付日 \_\_\_\_\_ 受付順位 \_\_\_\_\_