

各 施 設 長 殿

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)

## 第 147 回 摂食・嚥下指導（基礎・実習）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。

医療型障害児入所施設、療養介護施設、医療型児童発達支援センター等の職員で、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 令和6年 10月28日(月)～ 10月 29日(火)
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1名まで)
5. 受講資格 医療型障害児入所施設、療養介護施設、医療型児童発達支援センター等に勤務し、直接、摂食指導に携わっている職員。
6. 受講費 16,500円
7. 添付書類 ① 講習会要綱 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 受講申込書を令和6年 9月 24日(火)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
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)  
メールアドレス：kenshuu@ryouiku.or.jp

別紙（1）

## 第147回 摂食・嚥下指導（基礎・実習）講習会 要綱

1. 講習期間 令和6年10月28日(月) 12:50（受付12:00～12:50）～10月29日(火)15:30
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 40名（1施設1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 16,500円（消費税1,500円を含む）  
2) 宿泊費 1泊 4,950円（消費税 450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**  
**10月24日(木)までの申し出は返金します。以後は返金しません。**
6. 宿 泊  
研修所の宿泊室はシングルルームで17室、計17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（講習会最終日の宿泊はできません）。
7. 食 事  
昼食は、29日のみ弁当の注文が可能です。  
宿泊に関する食事への対応はしておりませんので各自で用意して下さい。  
2階食堂に共用の冷蔵庫・電子レンジがございます。  
食堂での飲食の際は、おひとりずつアクリル板の仕切を設置しておりますが、  
黙食のご協力をお願いいたします。また、当方で座席は指定させていただきます。  
尚、研修所周辺には飲食店が少ないのでお持ち頂くことをお勧めいたします。
8. 感染予防について  
受付時に体温測定、体調チェックをさせていただきます。発熱、体調不良を  
認める方は御参加いただけませんのでご了承ください。  
講習会場は十分な換気（二酸化炭素モニター使用）、テーブル等の消毒を行います。  
また、療育研修所内ではマスク着用をお願いします。

## 9. 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) 講習会初日 10 月 28 日(月)の受付は、12 時 00 分より 12 時 50 分まで。  
なお、宿泊される方の説明を 28 日 17 時 15 分より宿泊・施設使用に関する説明をいたします。尚、風呂・トイレは共用となっておりますのでご了承下さい。
- 3) 実習を予定しますので、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。
- 4) 宿泊者携行品：健康保険証、洗面具、タオル、寝衣、スリッパ。  
(石鹸、シャンプー、ティッシュ、ドライヤー、目覚まし時計、洗濯機、乾燥機あり)
- 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)  
メールアドレス：kenshuu@ryouiku.or.jp

別紙(2)

## 第147回 摂食・嚥下指導(基礎・実習)講習会

講習期間

令和6年 10月 28日(月) 12:50 ~ 10月 29日(金) 15:30

講師

氏名	所属
中谷 勝利	堺市立重症心身障害者(児)支援センターベルデさかい センター長
藤江 泰子	心身障害児総合医療療育センター 作業療法科長
寺林 久美子	心身障害児総合医療療育センター 作業療法係長

科目・日程

日時	内容
10/28 (月)	12:00 ~ 12:50 受付 12:50 ~ 13:00 オリエンテーション 13:00 ~ 17:00 (4) 講師: 中谷 勝利 「嚥下障害・誤嚥の病態と対応」
10/29 (火)	9:00 ~ 12:00 (3) * 講師: 藤江 泰子 「食事指導ー OT の立場から」 1  13:00 ~ 15:30 (2.5) * 講師: 藤江 泰子 寺林 久美子 「食事指導ー OT の立場から」 2

\*講義及び実習

別紙 (3)

療 育 研 修 所  
第 147 回 摂食・嚥下指導 (基礎・実習) 講習会  
受 講 申 込 書

ふりがな	
1. 氏 名	S・H 年 月 日生 才 男・女
〒	TEL
2. 現住所	宿泊者：携帯
3. 職種	現在の職場での経験年数 ( ) 年
4. 配慮の必要性「車椅子使用」等	
5. 研修所宿泊の希望 (1 部屋 1 名で使用) A) 研修所宿泊希望する 10 月 28 日 から 10 月 29 日 16 時 00 分まで 1 泊 B) 通講	
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。名簿に掲載します)	
7. 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

令和 6 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 \_\_\_\_\_