



事務連絡
令和7年4月吉日

各施設長 様

社会福祉法人日本肢体不自由児協会
心身障害児総合医療療育センター
療育研修所

第11回障害児(者)施設看護師講習会ミドルコース 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。

つきましては、貴施設の職員で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、現場で新入職員などに指導を行う可能性がある看護師に対して療育や障害児者医療に必要な知識の習得と相互の情報交換等を通して、療育内容の向上を図ることを目的とする。

2. 期間

令和7年6月10日 (火) ～ 令和7年6月13日 (金)

3. 会場

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 (原則1施設2名までとし、3名以上は要相談)

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する看護師・准看護師(後進の指導にあたる方)

6. 受講費

29,700円

7. 添付書類

講習会要領(別紙1)、講習科目・日程(別紙2)、受講申込書(別紙3)

8. 申込方法

受講申込書を以下期日までにFAXまたは郵送で送付。
(先着順、定員になり次第締め切り)

締切期日： 令和7年5月9日 (金)

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. お問い合わせ先

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) Mail：kenshuu@ryouiku.or.jp

ホームページ：<https://www.ryouiku-net.com>

以上

第11回障害児(者)施設看護師講習会ミドルコース 要綱

1. 期間

令和7年6月10日 (火) ~ 令和7年6月13日 (金)

2. 会場

〒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

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

(公共交通機関利用での通講をお願いいたします)

3. 定員

60名 (原則1施設2名までとし、3名以上は要相談)

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の通り

5. 受講費等

受講費

29,700円(税込)

宿泊費

4,950円/泊(税込)

募集締切後に送付する「申込受付について」記載の金額をお振り込みいただき、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。

キャンセル返金については 令和7年6月5日 までの申出頂いた場合、返金いたします。期日以降のキャンセルにつきましては講習会終了後に資料を送付いたします。

6. 宿泊

研修所の宿泊室はシングルルームで16室、計16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(各部屋には風呂・トイレはありません)。

前泊をされる受講者につきましては16時30分より施設説明を行いますのでお時間までに療育研修所までお越しください。

なお、講習会最終日の宿泊はできません。コンビニ等につきましては小竹向原駅周辺にございます。

7. 食事

昼食はご希望者様のみ受付時に弁当の注文をお受けします（最低発注を満たし、平日のみ）。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。

8. 感染対策

当センターは医療機関のため、施設内でのマスク着用をお願いしております。受付時には体温測定をさせていただきます。発熱や体調不良の方は御参加いただけませんのでご了承ください。

9. その他

- I 全期間受講可能な方のみお申込みいただきますようお願いいたします。
- II 各日研修会の受付は開始30分前より行います。
- III 実習は参加者同士が密着しないように行います。また、支障のない服装をご用意下さい。更衣室がありますが、スカートでの実習はご遠慮下さい。
- IV ご不明点につきましては下記にお問合せをお願いいたします。

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

以上

第11回障害児(者)施設看護師講習会ミドルコース 日程表

令和7年6月10日 ~ 令和7年6月13日

日時	午前	午後
6月10日 (火)	8:50 - 9:00 オリエンテーション 9:00 - 12:00 (3.0) ティーチングとコーチングによる スタッフ育成法① 東京女子医科大学看護学部 准教授 諏訪 茂樹	13:00 - 16:00 (3.0) ティーチングとコーチングによる スタッフ育成法② 前掲 諏訪 茂樹
6月11日 (水)	9:00 - 12:30 (3.5) 重症心身障害児者の療育の課題とポイント - 呼吸障害への対応を中心に - 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 北住 映二	13:30 - 17:00 (3.5) 重度障害児(者)における日常生活への応用 -呼吸管理等-(実習有り) 心身障害児総合医療療育センター 理学療法係長 星野 英子 理学療法主任 竹本 聡 理学療法主任 今野 有里
6月12日 (木)	9:00 - 13:00 (4.0) 療育施設における看護の専門性や役割について - リソースナースの実践報告 - 心身障害児総合医療療育センター リソースナース会(別紙2-1参照)	14:00 - 17:00 (3.0) 障害児(者)と家族への看護に関する検討会 - 中堅看護師としての悩みの共有と解決方向の模索 - 心身障害児総合医療療育センター リソースナース会(別紙2-1参照)
6月13日 (金)	9:00 - 10:30 (1.5) 障害児(者)の整形外科的諸問題 心身障害児総合医療療育センター 整形外科医長 田中 弘志 10:40 - 12:00 (1.3) 施設見学 心身障害児総合医療療育センター 看護指導部長 加藤 久美子 むらさき愛育園看護科長 清家 幸子	13:00 - 16:00 (3.0) 重症心身障害児者施設における緩和ケアについて 東京都立府中療育センター 看護科 荒谷 智子 16:30 修了

6月12日（木） プログラム詳細

	午前	午後
テーマ	療育施設における看護の専門性や役割について ～リソースナースの実践報告～	障害児(者)と家族への看護に関する検討会 ～中堅看護師としての悩みの共有と解決方向の模索～
タイムスケジュール	<p>9:00 - 9:10 (0.2) オリエンテーション 小児看護専門看護師(特定行為研修終了) 医療的ケア児コーディネーター 看護相談・医療連携室看護係長 伊藤 正恵</p> <p>9:10 - 9:55 (0.8) -外来での実践- <u>子どもの意思決定支援から障害児者の看護を考える</u> ～浣腸処置の場面を例に必要な支援をチームで考えよう～ 重症心身障害看護師HPS養成課程臨床教育担当者 外来看護係長 奥田 和恵</p> <p>9:55 - 10:55 (1.0) -感染対策室での実践- 療育の場での感染対策と権利保障 感染制御実践看護師 感染対策室看護係長 角能 正浩</p> <p>10:55 - 11:05 (0.2) 休憩</p> <p>11:05 - 11:50 (0.8) 短期入所における障害児者と家族への看護と地域連携について考える 小児看護専門看護師 高田 恵理</p> <p>11:50 - 13:00 (1.2) 小児看護基礎教育における障害児看護について ～学生や新人看護師が感じる驚きや魅力～ 愛媛県立医療技術大学保健科学部 小児看護専門看護師教授 種吉 啓子</p> <p>療育の場における看護師の「やりたい！」を実現させる方略(診療報酬を味方につける！) 前掲 伊藤 正恵 研修研究科主任 木下 翔太</p>	<p>14:00 - 14:10 (0.2) グループワークのオリエンテーション 前掲 伊藤 正恵</p> <p>14:10 - 16:10 (2.0) グループワーク ご自身の現状や課題に関する事前アンケートの内容を踏まえ、テーマ別にグループを作成いたします。 ファシリテーター(予定者) 【重症心身障害看護師】 白岩 美穂 【小児看護専門看護師】 高田 恵理 種吉 啓子 【感染制御実践看護師】 角能 正浩 【医療的ケア児コーディネーター】 伊藤 正恵 【医療安全管理者】 堀 節代</p> <p>16:10 - 17:00 (0.8) まとめと質疑応答 リソースナース会の実践紹介 前掲 伊藤 正恵</p>

療育研修所
第11回障害児(者)施設看護師講習会ミドルコース
受講申込書

1. ふりがな 氏名	S・H	年	月	日生	歳	男・女
2. 受講者住所 〒						TEL : _____
3. 職種						経験年数 _____ 年
4. 配慮の必要性(車いす使用等)						
5. 研修所宿泊希望(シングル 風呂トイレ共同)						
A) 宿泊希望	月	日	から	6月13日まで	()泊	
B) 通講または個人で宿泊先を用意する。						
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. 請求書・領収書宛名希望(無記入の場合は下記に記載いただく施設名で発行いたします)						

上記の者を受講させたく申し込みます。

年 月 日

施設住所

〒

施設名・施設長名

TEL :

FAX :

Mail :

心身障害児総合医療療育センター

所長 殿

研修所記入)受付日

受付順位