



事務連絡

令和7年11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70回重症障害児(者)医療看護師講習会 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。

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、各種療育施設において、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。

記

1. 目的

本講習会は、各種の療育施設等で、障害児(者)とくに重症児(者)のケアに携わっている看護師・准看護師に対し、医療的諸問題に関する知識と、それに基づく看護的具体的方法の研修を行い、療育内容の向上を図ることを目的とする。

2. 期間

令和8年2月26日 (木) ~ 令和8年2月28日 (土)

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、一般病院等において、重症障害児(者)のケアに携わる看護師・准看護師

6. 受講費

24,200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8年1月26日 (月)

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70回重症障害児(者)医療看護師講習会 要綱

1. 期間

令和8年2月26日 (木) ~ 令和8年2月28日 (土)

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

24,200円(税込)

宿泊費

6,160円/泊(税込)

応募受付後に送付する「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8年2月19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黙食のご協力を願いいたします。

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。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70回重症障害児(者)医療看護師講習会 のご案内

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

当センターでは、厚生労働省からの委託により、全国の医療型障害児入所施設、療養介護施設等の職員を対象に、障害児の療育に関連した講習会を開催していますが、その一環として、重症児(者)の医療・療育にたずさわる医師を対象とした短期講習会を開催し好評を得ております。看護師の方々からもこの講習会への受講希望が多かったため、看護師対象の短期講習会も設定し、今年度も下記のように開催します。

✓ 会場

心身障害児総合医療療育センター療育研修所

✓ 期間

令和8年2月26日 (木) ~ 令和8年2月28日 (土)

✓ 対象者

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、通所施設、一般病院等において、重症障害児者のケアに携わる、看護師・准看護師

✓ 定員

60名 (原則1施設2名までとし、3名以上は要相談)

テーマ・講師(敬称略)

気管切開管理、誤嚥防止手術

堀口 利之(横浜市立大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 客員教授)

気管切開・気管カニューレ管理の基礎的事項、肉芽増生・気管腕頭動脈瘻等気管切開に伴う諸問題と対策の実際、喉頭気管分離手術等の誤嚥防止手術

重症障害児者の呼吸障害、誤嚥、上部消化管障害、経管栄養

北住 映二(心身障害児総合医療療育センター 小児科)

各レベルでの気道狭窄(中咽頭狭窄、喉頭障害、気管軟化症等)、経鼻咽頭エアウェイ法の実際的ポイント等の気道狭窄への対応法、ポジショニング(姿勢管理)、吸引のポイント、重症児への陽圧補助換気・排痰補助装置(蘇生バッグ、カーフマシンなどでの)の適用と注意点、気管切開児者へのケアの実際的事項(吸引の留意点、事故抜去への対応、状態悪化時のバギング等の対応方法)、人工呼吸器療法の留意点、胃食道逆流症・十二指腸通過障害等の上部消化管障害の病態と対応(姿勢管理、薬物療法等)、誤嚥の病態、経管栄養の諸問題(栄養チューブ挿入困難例への対応、重症児者で胃瘻の注意点、栄養剤・水分等)

皮膚ケア・褥瘻対策、ストーマ(胃瘻等)

佐々木 貴代(日本赤十字社医療センター 皮膚・排泄ケア認定看護師)

皮膚ケア・褥瘻対策の基本と実際、胃瘻等のストーマ管理

ポジショニング・呼吸理学療法(呼吸介助・排痰介助)-実技デモンストレーション・実習

竹本 聰(心身障害児総合医療療育センター 理学療法主任)

今野 有里(心身障害児総合医療療育センター 理学療法主任)

佐藤 由布子(心身障害児総合医療療育センター 理学療法士)

呼吸介助法を中心とした呼吸理学療法は気管支肺炎、無気肺などの急性期治療だけでなく、日常的な呼吸機能維持、排痰の促進、下気道感染予防のためにも有効です。看護師による呼吸介助の実施や、呼吸理学療法の知識・技術は、重症障害児者の日常ケアに生かすことができます。ポジショニングの実際も含め、実技実習を行います。

| | 講習日 | 時間 | 講師 | 講義内容 |
|----|-------|---------------|----------------|----------------------|
| 予定 | 2月26日 | 8:50 - 9:00 | | オリエンテーション |
| | | 9:00 - 12:30 | 北住 | 呼吸障害 |
| | | 13:30 - 17:00 | 佐々木 | 皮膚ケア、ストーマ（胃瘻等） |
| | 2月27日 | 9:00 - 12:30 | 北住 | 呼吸障害、上部消化管障害、誤嚥、経管栄養 |
| | | 13:30 - 17:00 | 竹本 今野 佐藤 | 呼吸理学療法（実習） |
| | 2月28日 | 9:00 - 12:00 | 堀口 | 気管切開 |
| | | 12:10 - 13:00 | 北住 | 気管切開（補足） |

以上

療育研修所
第70回重症障害児(者)医療看護師講習会
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 2月28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記載の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