

各 施 設 長 殿

心身障害児総合医療療育センター  
所長 北住 映二 (公印省略)

## 第 85 回 重症障害児 (者) 療育職員 講習会 開催について

標記の講習会を下記により開催しますので、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、その他の療育施設で、重症障害児(者)の療育に従事している療育職員 (保育士、児童指導員、介護福祉士、療育員等)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、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保育士、児童指導員、介護福祉士、療育員等で、重症障害児(者)の療育に従事している職員に対し、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. 講習期間 2019年 5月 28日 (火) ~ 5月 31日 (金)
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 (1施設2名以内)
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保育士、児童指導員、介護福祉士、療育員等で、重症障害児(者)の療育に携わっている者 (経験年数3年以上)。  
※ 重症障害児(者)の療育に携わっている職員のみを対象としたプログラムとなりますので、それ以外の種別に勤務の方は、11月開催の「第53回肢体不自由児・重症障害児(者)等療育職員講習会」に応募をお願いいたします。
6. 受講費 29,160円
7. 添付書類 ① 講習会要綱 別紙 (1)  
② 講習科目 別紙 (2)  
③ 受講申込書 別紙 (3)
8. 申込方法 受講申込書を 4月 22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 療育研修所 電話 03-5965-1136(直通), FAX 03-3959-7648(直通)

## 第85回 重症障害児（者）療育職員 講習会 要綱

1. 講習期間 2019年5月28日（火）8：50（受付8：00～8：50）  
～ 5月31日（金）15：00
  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：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 バイクでの通講はご遠慮下さい。
  3. 定 員 60名（内 研修所宿泊可能人数は34名）
  4. 講習内容 講習科目、講師名等は 別紙（2）のとおり
  5. 経 費 1) 受講費 29,160円（消費税2,160円を含む）  
2) 宿泊費 1泊 シングル4,860円（税込） ツイン3,564円（税込）  
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  
5月24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。部屋は基本的にシングルでの使用となります。希望者が18名以上の場合、一部の方がツインでの使用となります。  
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）。講習会最終日の宿泊はできません。
  7. 食 事  
昼食は、受付時に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ので各自で用意して下さい。ある程度の自炊可能な設備（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) 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5月28日（火）の受付は、8時00分より8時50分まで。なお、宿泊される方で、前日5月27日（月）に来所の方は16時～17時までには到着して下さい。  
17時より宿泊・施設使用に関しての説明をいたします  
（時間内にお越し頂けないと宿泊できない場合がございます）
    - 3) 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。
    - 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、ドライヤー、ティッシュ、目覚まし時計、洗濯機、乾燥機あり）
    - 5) 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）FAX03-3959-7648（直通）

## 第85回 重症障害児(者)療育職員 講習会 日程表

2019年5月28日(火)～5月31日(金)

|             | 午 前   | 午 後  |
|-------------|---|--|
| 5/28<br>(火) | 8:50～9:00<br>オリエンテーション<br><br>9:00～12:00 (3)<br>重症心身障害児者における<br>療育の歴史・現状と課題<br>心身障害児総合医療療育センター<br>所長 北住 映二  | 13:00～14:30 (1.5)<br>障害を持つ子と共に生きて<br>東京都重症心身障害児(者)を守る会<br>会長 安部井 聖子<br><br>14:40～16:40 (2) *<br>身体を使ったコミュニケーション<br>筑波大学体育系 教授<br>ダンスセラピー協会理事 松原 豊<br><br>17:00～ 懇親会 (希望参加) |
| 5/29<br>(水) | 9:00～12:00 (3)<br>重症心身障害児者の健康管理<br>心身障害児総合医療療育センター<br>外来療育部長 米山 明   | 13:00～17:00 (4)<br>共に学び共にくらす社会をめざして<br>日本福祉大学 福祉経営学部<br>医療福祉マネジメント学科 教授 綿 祐二   |
| 5/30<br>(木) | 9:00～12:30 (3.5)<br>討議 (グループ・全体会)<br>心身障害児総合医療療育センター<br>指導係長 中村 智雄  | 13:30～17:00 (3.5) *<br>重症心身障害児者のための<br>基本介助動作(移乗介助)等<br>理学療法主任 星野 英子<br>理学療法主任 竹本 聡  |
| 5/31<br>(金) | 9:00～10:00 (1)<br>重度・重症児(者)の整形外科的諸問題<br>心身障害児総合医療療育センター<br>整形外科医長 田中 弘志<br><br>10:10～12:10 (2) *<br>重度障害児者におけるコミュニケーション援助<br>東京都立東部療育センター<br>言語聴覚士 主査 中沢 真実 | 13:00～15:00 (2)<br>重症心身障害児者における心理的アプローチ<br>心身障害児総合医療療育センター<br>臨床心理科長 徳井 千里<br><br>15:00 修了   |

\*は講義及び実習です

療育研修所  
第85回 重症障害児(者)療育職員 講習会  
受講申込書

|  |     |                 |             |
|--|-----|-----------------|-------------|
| ふりがな   |     |                 |             |
| 1. 氏名  | S・H | 年 月 日生,         | 才男・女        |
| 2. 現住所   | 〒   | TEL             | 宿泊者：携帯      |
| 3. 職種  | 職位  | 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<br>A) 研修所宿泊希望する 5月 日 から 5月31日 15時30分まで ( )泊<br>B) 研修所宿泊希望しない(通講、個人で手配する事を含む) |     |                 |             |
| 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。名簿に掲載します)   |     |                 |             |
| 7. これまでに当療育研修所の講習会に参加したことがありますか あり・なし<br>あるときは、その講習会名「 ( )年度」<br>講習会名「 ( )年度」            |     |                 |             |
| 8. 懇親会(情報交換) 初日講義終了後 費用は1,500円 ( )参加 ( )不参加  |     |                 |             |
| 9. 請求書・領収書の宛名(無記入は施設名で用意します)   |     |                 | 請求書<br>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 北住 映二 殿

(研修所記入) 受付日 受付順位 \_\_\_\_\_