

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 6 回 重症心身障害児者に関わる心理士 講習会 開催について

首題の講習会を下記の通り開催いたしますので、ご案内いたします。

公認心理師制度がスタートし、重症心身障害児者や肢体不自由児にかかわる保健医療や福祉の職域で、公認心理師が支援にあたるのが位置づけられるようになりました。公認心理師の役割には、支援を必要とする人の心理状態の理解と相談支援、さらに家族や利用者の支援、知識の普及が定められています。そこで今回の研修では、「アセスメントを活かす～活動・支援への展開」をテーマに、アセスメントに基いて利用者を理解することと、それを臨牀的にどのように活かし、活動や支援を組み立てて実践につなげていくのかについて、事例検討も含めて理解を深めていきたいと考えます。受講希望者がおられましたら、ご推薦頂きますようお願いいたします。

記

1. 目 的 本講習会は、肢体不自由及び重症心身障害児者にかかわる公認心理師、心理士の役割と課題について理解を深めることを目的とする。
2. 講習時間 2019年7月6日(土) 10時00分～16時30分
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
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、心理相談に従事している公認心理師、及び公認心理師の受験資格を有する心理士
6. 受講費 8,640円
7. 申込方法 受講申込書を2019年6月6日(木)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
8. 添付書類 ① 講習会要項 別紙 (1)
② 受講申込書 別紙 (2)
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)

第6回 重症心身障害児者に関わる心理士 講習会 要項

1. 講習期間 2019年7月6日(土) 10時00分 ~ 16時30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
4. 講習内容 テーマ「アセスメントを活かす ~ 活動・支援への展開」
9:00 ~ 受付
10:00 ~ 11:30 話題提供「障害の重い乳幼児の発達支援と家族支援」
アセスメントに基いた活動の組み立てと展開
心理相談に寄せられた家族の思い
(幼児通園療育の10年間の臨床実践より)
心身障害児総合医療療育センター 臨床心理科

11:30 ~ 12:00 討議
12:00 ~ 13:00 休憩
13:00 ~ 16:30 事例検討
「いわゆる“問題行動”をどう理解し支援につなげるか」
行動のメカニズムとアセスメント
背景にある訴えの理解と支援の視点
グループ討論、まとめ
5. 経費 1) 受講費 8,640円(消費税640円を含む)
2) 宿泊費 1泊 4,860円(消費税360円を含む)
締切後に送付する「受講承諾書」に記載の口座に振り込み下さい。
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6月7日(木)までの申し出は返金します。
以後は返金いたしません。
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が、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)。なお、講習会最終日の宿泊はできません。
7. 本講習会は、日本臨床心理士資格認定協会の研修ポイントとして申請予定です。
8. 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)

療育研修所

第6回 重症心身障害児者に関わる心理士 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 職位 心理担当者としての経験年数()年
4. 配慮の必要性「車椅子使用等」	
5. 宿泊の希望	
A) 研修所宿泊希望 7月5日16時から7月6日17時まで 1泊	
B) 個人で用意するので不要(通講、個人で用意する事を含む)	
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。名簿に記載します)	
7. 本研修の全日参加は、日本臨床心理士資格認定協会の研修ポイントとして申請予定です。臨床心理士資格はお持ちですか。 はい いいえ	
8. その他 開催にあたりご希望があればお書きください	
9. 請求書・領収書の宛名(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

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 _____