

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 126 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2年 2月19日(水)～ 2月20日(木)
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2年1月17日(金)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)

別紙(1)

第126回 摂食・嚥下指導(基礎・実習)講習会 要綱

1. 講習期間 令和2年2月19日(水) 13:30(受付12:30~13:20) ~ 2月20日(木)16:00
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:〒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 60名(1施設2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 シングル4,950円(税込) ツイン3,630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**  
2月17日(月)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. 食事  
昼食は、2日目のみ、弁当の注文をお受けします(1食440円)。  
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2月19日(水)の受付は、12時30分より13時20分まで。
  - 3) 2日目に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、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)

別紙 (2)

## 第126回 摂食・嚥下指導 (基礎・実習) 講習会

講習期間

令和2年 2月19日 (水) 13:20 ~ 2月20日 (木) 16:00

講師

| 氏名                      | 所属  |
|-------------------------|---|
| 中谷 勝利<br>佐々木清子<br>藤江 泰子 | 心身障害児総合医療療育センター 小児科<br>日本リハビリテーション専門学校<br>心身障害児総合医療療育センター<br>研修・研究部長<br>作業療法士<br>作業療法係長 |

科目・日程

| 日時          | 内容  |
|-------------|---|
| 2/19<br>(水) | 12:30 ~ 13:20 受付<br>13:20 ~ 13:30 オリエンテーション<br>13:30 ~ 17:00 (3.5)<br>講師: 中谷 勝利<br>「嚥下障害・誤嚥の病態と対応」                          |
| 2/20<br>(木) | 9:00 ~ 12:00 (3) *<br>講師: 佐々木 清子<br>「食事指導— OT の立場から」 1<br><br>13:00 ~ 16:00 (3) *<br>講師: 佐々木 清子、藤江 泰子<br>「食事指導— OT の立場から」 2 |

\*講義及び実習

別紙 (3)

療育研修所

第126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<br>A) 研修所宿泊希望する 2月19日 から 2月20日16時30分まで 1泊<br>B) 研修所宿泊希望しない (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。名簿に掲載します)  |                   |
| 7. 「食べること」に関して、これまでに受講した研修会<br>1) 年 月 ( 日間) 主催<br>2) 年 月 ( 日間) 主催                       |                   |
| 8. 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

令和 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 \_\_\_\_\_