

各 訪問看護ステーション 御中

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 3 回 重度・重症児 (者) の在宅医療訪問診療 講習会 (リハビリテーションスタッフ向け) 開催について

1. 目的 小児等在宅医療を推進していく重要性が認識される中、重度・重症児 (者) の訪問診療の担い手である看護師やリハビリテーションスタッフの配置は十分なものであるとは言えず、その育成が急務となっている。  
本講習会は、重度・重症児 (者) の訪問診療に関わる者に、在宅でのケアに関して、より実践的な知識および技術の向上を図ることを目的とする。
2. 日 時 平成 28 年 10 月 29 日 (土)
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. 受講対象 訪問看護ステーションにおいて重度・重症児 (者) の在宅医療に関わる訪問リハビリテーションスタッフ (ただし、成人を担当されている方は、対象者が小児期から障害のためにケアが必要であった方に限ります、また、看護職を対象とした講習会は別日に設定しています。)
6. 受講費 7,200 円
7. 添付書類 ① 講習会要項 別紙 (1)  
② 受講申込書 別紙 (2)
8. 申込方法 受講申込書をダウンロードの上、平成 28 年 9 月 30 日 (金) までにファックスまたは郵送で送付下さい  
(先着順に受付け、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

(別紙1)

## 第3回 重度・重症児（者）の在宅医療訪問診療 講習会

### (リハビリテーションスタッフ向け) 要項

1. 開催日時 平成28年10月29日(土) 9:00 ~ 16:40
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  
交通：東京メトロ有楽町線・副都心線「小竹向原駅」下車。  
3番出口より徒歩10分。  
尚、車 バイクでの通講はご遠慮下さい。
3. 定員 60名(1施設2名まで)
4. 講師・講義内容・時間  

9:00~11:30 重症心身障害児(者)のケアにおける医療的諸問題  
中谷 勝利 心身障害児総合医療療育センター 研修・研究部長

11:30~12:30 昼食

12:30~14:30 中谷 勝利 同上

14:40~16:40 留守看やちょっとした時間の子ども達との過ごし方  
直井 寿徳 スマイル訪問看護ステーション 理学療法士
5. 受講費 7,200円(消費税533円含む)  
締切後に送付する「受講承諾書」の記載先に振り込み願います。  
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  
10月27日(木)までの申し出は返金します。以後は返金しません。
6. 食 事  
昼食は、受付時に弁当の注文をお受けします(1食440円)。  
(冷蔵庫・電子レンジ・クッキングヒーター・湯茶あり)
7. その他
  - 1) 講習会初日10月29日(土)の受付は8時00分より行います。
  - 2) 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)、FAX 03-3959-7648(直通)

(別紙2)

療育研修所

第3回 重度・重症児(者)の在宅医療訪問診療 講習会 受講申込書

(リハビリテーションスタッフ向け)

|                                      |                 |
|--------------------------------------|-----------------|
| 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 |
| 4. 困っていること、悩んでいること等をお書き下さい(名簿に掲載します) |                 |
| 5. 領収書・請求書の宛名(無記名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 \_\_\_\_\_