

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 5 回 重症心身障害児者に関わる心理担当者 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。  
平成 30 年度から公認心理師の国家試験がはじまりますが、公認心理師の業務として、相談支援の直接の対象に限らずその関係者への支援が、役割として位置付けられています。重症心身障害児者や肢体不自由児の支援に際しては特に、利用している施設の多くの職種のスタッフや関係機関との連携・協働が必要不可欠であると思われまます。そこで今回は、「施設における多職種連携」をテーマとした研修で、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、肢体不自由及び重症心身障害児者にかかわる心理担当職員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 平成 30 年 6 月 9 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職員。
6. 受講費 8,640 円
7. 申込方法 受講申込書を平成 30 年 5 月 7 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
8. 添付書類 ① 講習会要項 別紙 (1)  
② 受講申込書 別紙 (2)
9. お問合せ 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5回 重症心身障害児者に関わる心理担当者 講習会 要項

1. 講習期間 平成30年6月9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 9:00 ～ 受付  
10:00 ～ 11:30  
講演「入所施設における生活支援スタッフとの連携」  
児童養護施設 子供の家  
治療指導担当職員 檜原 真也  
11:30 ～ 12:00 討議  
12:00 ～ 13:00 休憩  
13:00 ～ 16:30  
話題提供① 『成人の入所施設における多職種連携の実際』  
東京小児療育病院 リハビリテーション科  
心理係長 染谷 昌美  
話題提供② 『子どもの入所施設における多職種連携』  
心身障害児総合医療療育センター  
臨床心理科 臨床心理科長 徳井 千里  
臨床心理士 山形 明子  
グループ討論、まとめ
5. 受講費 8,640円 (消費税640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. 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)

第5回 重症心身障害児者に関わる心理担当者 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 6月8日16時から6月9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

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