

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 1 回 障害児 (者) 施設 看護師 講習会 ミドルコース 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等で、直接療育に従事している看護師・准看護師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看護師及び准看護師に対し、療育に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 平成 30 年 6 月 12 日 (火) ～ 6 月 15 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する看護師・准看護師 (後進の指導にあたる方)
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・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 5 月 10 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
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1回 障害児(者)施設 看護師 講習会 ミドルコース 要綱

1. 講習期間 平成30年6月12日(火) 8:50 ~ 6月15日(金) 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: 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60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 29,160円(消費税2,160円を含む)
2) 宿泊費 1泊 3,564円(消費税 264円を含む)
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
6月8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。宿泊を希望される場合は
申込書の欄に記入して下さい(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(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6月12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6月11日(月)に来所の方は16時~17時までに到着して下さい。
受付、および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、ティッシュ。
(石鹸、シャンプー、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 TEL 03-5965-1136(直通) FAX 03-3959-7648(直通)

別紙(2)

第1回 障害児(者)施設 看護師 講習会 ミドルコース 日程表

平成30年6月12日(火)～6月15日(金)

	午 前	午 後
6/12 (火)	8:50～9:00 オリエンテーション 9:00～13:00 (4) 重症心身障害児者の療育・医療 の課題とポイント - 呼吸障害への対応を中心に - 心身障害児総合医療療育センター 所長 北住 映二	14:00～17:00 (3) ストーマ(胃瘻等)・皮膚管理 国立成育医療研究センター 皮膚・排泄ケア認定看護師 佐藤 撰
6/13 (水)	9:00～12:00 (3) ティーチングとコーチングによる スタッフ育成法① 東京女子医科大学看護学部 准教授 諏訪 茂樹	13:00～17:00 (4) ティーチングとコーチングによる スタッフ育成法② 前 掲 諏訪 茂樹
6/14 (木)	9:00～10:30 (1.5) 障害児(者)の整形外科的諸問題 心身障害児総合医療療育センター 整肢療護園 園長 小崎 慶介 10:40～12:40 (2) 子どもの成長発達 心身障害児総合医療療育センター 小児看護専門看護師 看護主任 仁宮 真紀	13:30～17:00 (3.5) * 重度障害児(者)における 日常生活への応用 - 呼吸管理等 心身障害児総合医療療育センター 理学療法係長 吉澤 尚史 理学療法主任 今野 有里
6/15 (金)	9:00～12:00 (3) 障害のある子と家族の在宅支援 神奈川工科大学 看護学部看護学科 基礎看護学 教授 田中 千鶴子	13:00～16:00 (3) 心身障害児(者)の心理的な理解と家族支援 心身障害児総合医療療育センター 臨床心理科長 徳井 千里 16:00 修了

*は講義及び実習です

療育研修所

第1回 障害児(者)施設 看護師 講習会 ミドルコース

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	職位 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(1部屋2名で使用) A) 研修所宿泊希望する 6月 日 から 6月15日 16時00分まで () 泊 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. 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 あるときは、その講習会名「 () 年度」 講習会名「 () 年度」	
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 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