

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7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。

2021年に医療的ケア児支援法が施行され、注入や吸引などの医療的ケアの必要なお子さんとご家族の生活を支援する施策がすすめられることになりました。今後、生活の場が地域の幼稚園・保育園や学校などに広がる動きのなかで、心理士が医療的ケアのあるお子さんとご家族にお会いする機会も増えていくと思われま。

そこで今回の研修では、「医療的ケア児と家族の生活を知る」をテーマに、医療的ケアに関する基本的な事柄も含めて、主に就学前のお子さんご家族の実際の生活について理解を深めたいと思います。できるだけ具体的な生活のイメージを共有できるような例を交えつつ、心理としての視点や関わりについて考えていけたらと思いますので、医療的ケアのあるお子さんに関わるのはこれからという方も、広くご参加をお待ちしています。

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 令和5年6月24日(土) 13時00分～17時00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(1施設1名)
5. 受講資格 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 4,400円
7. 申込方法 受講申込書を 令和5年5月25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)
メールアドレス：kenshuu@ryouiku.or.jp

別紙 (1)

第7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 令和5年6月24日(土) 13時00分 ～ 17時00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 (1施設1名)
4. 講習内容 テーマ「医療的ケア児と家族の生活を知る ～ 理解に基づく支援の展開」

12:00 ～ 受付
13:00 ～ 14:45 「医療的ケア児と家族の生活を知る」
医療的ケアのあるお子さんと家族の実際の生活について、映像資料も参考に、具体的なイメージや理解を深めたいと思います。

14:45 ～ 15:00 休憩

15:00 ～ 17:00 実践紹介「医療ケアや重度の障害がある乳幼児の発達支援と家族支援」
集団プログラムの中で子どもと家族への心理的支援について
・心身障害児総合医療療育センター通園科の実践紹介
・親子入園プログラムにおける親子の理解と支援
心身障害児総合医療療育センター 臨床心理科・通園科
振り返りとまとめ
5. 経 費 受講費 4,400円 (消費税400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22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. 感染予防について
受付時に体温測定、体調チェックをさせていただきます。発熱、体調不良を認める方は御参加いただけませんのでご了承ください。
新型コロナウイルスワクチンの3回目接種がすでになっていることが望ましいです。
講習会場は十分な換気 (二酸化炭素モニター使用)、テーブル等の消毒を行います。
7. 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)
メールアドレス : kenshuu@ryouiku.or.jp

別紙 (2)

療 育 研 修 所

第7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 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. 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)	
6. その他 開催にあたりご希望があればお書きください	
7. 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

令和5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 _____