

令和 7 年 7 月 2 8 日

関係機関各位

宮崎県立こども療育センター所長

令和 7 年度 小児リハビリテーション研修の実施について

時下、ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。

日頃より小児リハビリテーションに対する御理解、御協力をいただきありがとうございます。

さて、県におきましては、県内の障がい児（者）が、身近なところで必要な診療、リハビリ及び相談が受けられる体制を整備するため、標記の研修会を実施しており、今年度も別紙 1 の研修実施要領のとおり研修会を開催いたします。

つきましては、趣旨を御理解いただきまして、貴所属職員の研修への参加について、特段の御配慮をお願い申し上げます。

記

○ 申込方法

令和 7 年 9 月 2 4 日（水）（必着）までに、受講申込書（別紙 3）を郵送又は F A X で送付してください。

問合せ先・申し込み先

〒 8 8 9 - 1 6 0 1 宮崎市清武町木原 4 2 5 7 - 8

宮崎県立こども療育センター 医療課

担当 PT 野口拓巳 岩山隆之 石原伸之 渡辺紗英

OT 日高直樹 三谷守正 ST 山下晃功

電話 0 9 8 5 - 8 5 - 6 6 3 0

FAX 0 9 8 5 - 8 5 - 6 5 0 1

1 目的

県内の障がい児（者）が、身近なところで、必要な診療、リハビリ及び相談が受けられる体制を整備するため、協力施設のセラピスト等を対象に研修を実施し、小児リハビリテーションに係る技術の向上を図ることを目的とする。

2 実施主体

宮崎県

3 協力施設

本事業に参加する病院等を「協力施設」とする。

4 研修の種類

(1) センター研修

宮崎県立こども療育センターにおいて全 14 日、講義や治療体験・実習・施設見学を行うものである。また、本年度の受講修了者は年度内に（3）のフォローアップミーティングを行う。研修計画は別紙 2 のとおり

※ 講師の都合により、スケジュールを変更する場合があります。

(2) リフレッシュ研修

これまでの当研修会受講終了者において、特定の講義を受講する希望があれば受け付ける。

(3) フォローアップミーティング

センター研修修了後、その後の小児リハ実施状況の確認、情報共有を行う。

※ 詳細については研修時に改めて説明します。

5 研修の期間

(1) センター研修

(第 1 週) 10 月 20 日 (月) ～ 10 月 24 日 (金)

(第 2 週) 11 月 4 日 (火) ～ 11 月 7 日 (金)

(第 3 週) 11 月 17 日 (月) ～ 11 月 21 日 (金)

6 研修場所

宮崎県立こども療育センター

〒889-1601 宮崎市清武町木原 4 2 5 7-8

7 受講の対象者

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

※ 受講後は貴施設での実施も含め小児リハビリテーションに対する受け入れの御配慮をお願いいたします。

8 定員

センター研修 10 名程度（申し込み多数の場合は選考の上決めさせていただきます。）

9 受講料 無料

10 その他

旅費・宿泊費については規定により支給できなくなりましたので、御了承ください。

別紙2 令和7年度 小児リハビリテーション研修会 予定表

時間	10月20日	10月21日	10月22日	10月23日	10月24日
②9：30 ～10：10	オリエンテーション 本課より挨拶	重症心身障害と発達障害 について 小児科医の立場から	脳性麻痺の分類と リハビリの実際	摂食・嚥下	小児作業療法 1
③10：20 ～11：00	小児リハビリテーション概論 施設案内			治療体験	治療体験
④11：10 ～11：50					
昼休み				食事場面見学 (12：00～12：50)	
⑤13：00 ～13：40	正常発達 胎児期～1歳まで ～治療と発達の関連性～	実技 姿勢・動作分析	小児の呼吸障害 ～呼吸療法について～	昼休み	小児作業療法 2
⑥13：50 ～14：30				摂食・嚥下	
⑦14：40 ～15：20		治療体験		呼吸療法の実技 ～触診・打診・評価・呼吸介助～	食事動作支援
⑧15：30 ～16：10		重症心身障がい児について			
⑨16：20 ～17：00					

時間	11月3日	11月4日	11月5日	11月6日	11月7日
②9：30 ～10：10	文化の日	重症心身障害児看護 日常生活支援時の看護ケア	整形外科疾患 ボトックスやopeについて	脳性麻痺児のコミュニケーション	発達障害児の評価
③10：20 ～11：00		脳性麻痺児の補装具 環境設定			
④11：10 ～11：50					
昼休み					
⑤13：00 ～13：40		小児セラピーの楽しみ方	術後リハビリテーション	研修生意見交換	視覚機能と支援の仕方
⑥13：50 ～14：30		小児の補装具について		小児のAAC (拡大・代替コミュニケーション)	
⑦14：40 ～15：20					治療体験
⑧15：30 ～16：10		症例検討①	症例検討①	症例検討①	症例検討① まとめ
⑨16：20 ～17：00					

時間	11月17日	11月18日	11月19日	11月20日	11月21日
②9：30 ～10：10	重症心身障害児看護 入所児の呼吸ケア	重症心身障がい児(者)の 摂食機能・口腔管理 (9:30～15:30)	公開セミナー ・呼吸リハビリテーション ・補装具制度、シーティング	障がい児教育 教育制度について 支援学校見学	研修の振り返り ～実際に小児リハを進める上で の注意点・リスク管理～
③10：20 ～11：00	社会資源について			アンケート記入および 研修生意見交換	
④11：10 ～11：50	治療体験				
昼休み					
⑤13：00 ～13：40	家族支援 心理士の視点から		姿勢保持装置について シーティングの基礎知識	薬剤について	アンケート記入および 研修生意見交換
⑥13：50 ～14：30			姿勢保持装置 実技	施設支援の実際 ～みんなで考えよう～	閉講式
⑦14：40 ～15：20	治療体験				質疑応答
⑧15：30 ～16：10	症例検討②	症例検討②	症例検討② まとめ		
⑨16：20 ～17：00					

令和7年度 小児リハビリテーション研修
受 講 申 込 書

研修受講申込

氏名	(ふりがな)	性別	年齢	経験年数	職種
			歳	年	PT OT ST
Mail				携帯番号	
氏名	(ふりがな)	性別	年齢	経験年数	職種
			歳	年	PT OT ST
Mail				携帯番号	
勤務先	施設名				
	住所	〒			
	TEL		FAX		

リフレッシュ研修受講申込

氏名	(ふりがな)	希望日時			
Mail			携帯番号		
氏名	(ふりがな)	希望日時			
Mail			携帯番号		
勤務先	施設名				
	住所	〒			
	TEL		FAX		

県立こども療育センター所長 殿

上記の者の受講を申し込みます。

令和 年 月 日
施設住所

施 設 名

施設長名