

## 平成 29 年度 感覚統合療法認定講習会受講者募集要項

### 【感覚統合療法認定講習会について】

認定講習会は、感覚統合療法を実践する上で必要な基礎知識、対象の理解とその評価法、治療的介入の方法を習得することを目的とします。全過程を終了して認定セラピストを目指します。

この講習会の概要は、以下のコースより成り立っています。

#### 1. A（基礎・評価）コース：

感覚統合療法に必要な基礎知識の学習する「**基礎理論編**」と、子どもの問題を把握するための評価技法の習得を目的とする「**検査習得編**」とがあります。

#### 2. B（解釈）コース：

観察や検査結果より、子どもの問題を、感覚統合理論の観点から解釈過程を学ぶ「**解釈過程講義編**」と症例検討を通し解釈を深め考察していく「**症例検討編**」があります。

#### 3. C（治療）コース：

感覚統合障害を有する子どもの問題点を把握し、あわせてどのような治療的介入を行うか、治療実習を通して理解することを目的とします。「**講義コース**」と「**実践コース**」があります。

※ A～Cコースの講習会は、各段階を踏み、順次受講します。各コースの最終に際し『受講修了証』を授与します。『受講修了証』と認定セラピストの『認定証』とは違います。

### 【受講にあたっての注意点】

Aコースは、「**基礎理論編**」と「**検査習得編**」の2部構成です。まず「**基礎理論編**」のみを受講することも可能です。次に「**検査習得編**」を受講する場合、できるだけ早い時期（5年以内）にことをお勧めします。（「**検査習得編**」のみを先に受講することはできません）。「**基礎理論編**」と「**検査習得編**」の両方を受講していることがB（解釈）コースを受講の条件になります。

Bコースは、28年度より「**解釈過程講義編（前半）**」と「**症例検討編（後半）**」の2部構成となりました。前半と後半をセットで受講することが原則ですが、まず**前半のみ**を受講し次の機会に**後半**を受講することもできます。その場合、出来るだけ早めの受講（5年以内）をお勧めします。Cコースの受講にはBコースの全日程を終了していることが条件となります。

Cコースは、「**講義コース**」と「**実践コース**」の2部構成です。「**講義コース**」と「**実践コース**」を年内通して受講不可能な場合、「**講義コース**」又は「**実践コース**」を、受講年度を越えて受講できますが、できるだけ早めに受講することをお勧めします。

**【注意事項】**：認定講習会 B コースは 2015（H27）年からコース内容を新検査 JPAN 対応に完全移行しました。今後、2012 年までの A コース受講修了者が B コース受講される場合、A'コース合格後に JPAN 講習会を受講してから B コースを受講していただくことになります。JPAN 講習会は 2014（H26）年度で、予定されていた日程は終了しましたが、一定の人数の希望があれば、開催します。詳細は事務局までご相談下さい。開催が決定した場合ホームページ等にてお知らせ致します。

※認定講習会の内容変更に関しましても随時お知らせ致しますので、SI 学会からの情報提示には十分ご注意ください。

## A（基礎・評価）コース 受講者募集要項

受講資格は以下の通りです。

- I. 日本感覚統合学会の会員であること\*1（必ず入会手続きを取ってから申し込んで下さい）。
  
- II. 感覚統合療法認定講習会「受講希望理由書」を提出すること。理由書には以下の(1)～(5)を記載して提出してください。
  - (1)感覚統合理論・療法を勉強（導入）しようとしている理由。
  - (2)現在対象としている主たる疾病や障害名。
  - (3)現在主に用いている治療・訓練方法。
  - (4)感覚統合療法に期待すること。
  - (5)現在の専門職域（発達障害領域）の経験年数と感覚統合療法の経験年数（どちらも～年目とご記入下さい）。

### 第 37 回感覚統合療法認定講習会 A（基礎・評価）コース プログラム

今回の A（基礎・評価）コースは以下の要領で実施されます。

1. 日程ならびにプログラム：平成 29 年 8 月 19 日（日）～8 月 28 日（月）
  - ＜基礎理論編＞平成 29 年 8 月 19 日（土）～22 日（火）
  - ＜検査習得編＞平成 29 年 8 月 24 日（木）～28 日（月）

#### 【基礎理論編】

	午 前	午 後
8/19(土)	感覚統合概論	評価概論・JAPN 概論
8/20(日)	前庭系・体性感覚系の機能と評価	感覚調整障害とその評価
8/21(月)	行為機能障害とその評価	
8/22(火)	遊び、ADL の観察	事例の理解

#### 【検査習得編】

8/23(水)	休日	
8/24(木)	JAPN 概論	姿勢平衡機能の 検査施行法とその解釈
8/25(金)	体性感覚系機能の 検査施行法とその解釈	評価実習
8/26(土)	行為機能の 評価・検査施行法とその解釈	評価実習
8/27(日)	視知覚機能・その他の 評価・検査施行法とその解釈	評価実習
8/28(月)	臨床観察・JAPN のスコアリング	事例の理解 B コースへのオリエンテーション

2. 場所：日本リハビリテーション専門学校
  3. 講師：学会認定講師及びインストラクター
  4. 募集定員：60名前後
  5. 受講料：＜基礎理論編＞及び＜検査習得編＞受講料 100,000円  
           ＜基礎理論編＞又は＜検査習得編＞受講料 各 50,000円
  6. 受講決定：平成29年5月下旬に各受講者に通知いたします。  
     受講決定の判断基準は、会員資格のある方<sup>\*1</sup>について以下の5点を考慮しています。
    - (1)応募書類に**不備が無く、期日が守られている**こと。
    - (2)**経過年数3年以上**で昨年度応募の有無。
    - (3)**入門講習会基礎コースを受講している方**、又はAコース開催日までに受講を予定している方。
    - (4)開催地近県の受講希望者を優先しています。
    - (5)経過年数が3年以上であること。
- ※1：会員資格とは会費を納めている事、会員情報が適切に更新され事務局の会員管理で情報が確認できる方です。会員登録申請中の方は下記の注意事項に従ってください。**
7. 募集期間：平成29年3月11日～4月15日必着（締め切り厳守）
  8. 申込み書類：(1)受講申込み書  
                   (2)受講希望理由書（A4用紙2枚程度）
  9. 問合せ： 信濃医療福祉センター                  岡本 武己  
               自治医大とちぎ子ども医療センター 黒渕 永寿  
               問い合わせはメールのみ可能 E-mail：si. ninteikousyukai@gmail. com
  10. 申込み先：〒393-0093 長野県諏訪郡下諏訪町社字花田 6525-1  
                   信濃医療福祉センター 岡本武己  
               **\*申し訳ありませんが、FAXでの申し込みはお断りさせていただきます。**

**[会員登録と認定講習会申し込みを並行して行う方へ]**

都合上2つを並行して行われる方は、認定講習会申し込み封筒に「入会手続き中」と明記して受講申込書をお送り下さい。その際、入会金と年会費の振り込みを証明する書類(郵便振替の受領証など)のコピーを添付して下さい。

上記が確実に行われている場合、事務局に問い合わせなくても受講申し込みは受理されます。ただし、申し込み多数の場合、別記基準に従って受講者の決定を行いますので、5月下旬の通知までお待ち下さい。

なお、毎年事務局に受講申込書を誤って送付される方がおられますが、**感覚統合学会事務局では認定講習会受付を行っていません**ので、ご注意願います。

11. その他：日本感覚統合学会への入会手続きやお問い合わせは、以下の事務局にお願いいたします。  
           〒950-3198 新潟県新潟市北区島見町 1398  
           新潟医療福祉大学内 日本感覚統合学会事務局 宛  
           FAX 025-257-4512

感覚統合療法認定講習会 A (基礎・評価) コース  
受 講 申 込 書

1. 以下の〈編〉の受講希望の□に印 (☑) をして下さい.

〈基礎理論編〉〈検査習得編〉の両方：平成 29 年 8 月 19 日 (日) ～30 日 (火)

〈基礎理論編〉のみ：平成 29 年 8 月 19 日 (日) ～22 日 (水)

〈検査習得編〉のみ：平成 29 年 8 月 26 日 (金) ～ 30 日 (火)

※チェック(☑)のないものについては〈基礎理論編〉〈検査習得編〉の両方への参加希望として処理します.

今回の〈検査習得編〉に参加できない場合、後半のみの追加講習会への参加希望の有無

： 有 無 (基礎理論コース受講年 年)

2. 氏 名：<sup>ふり</sup> <sup>がな</sup> \_\_\_\_\_ (男・女) 19 年 月 日生 ( 歳)

3. 勤務先名： \_\_\_\_\_ 職種： \_\_\_\_\_ ( 年目)

4. 同 住所：〒 \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_ ( )

5. 自宅住所：〒 \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_ ( )

6. 入門講習会基礎 (多職種) コース・その他関連講習会受講の有無： 有 無  
(開催地・具体的講習会名記入： \_\_\_\_\_)

7. A コース受講希望回数： \_\_\_\_\_ 回目  
(以前に A コースを希望し受講出来なかった方、今回で何回目の希望かを記入してください.)

8. 公文書の有無： 必要 無

9. 通知郵送先について (  勤務先に郵送希望 ・  自宅に郵送希望)

※チェック(☑)のないものについては勤務先に郵送いたします.

10. 詳細確認のためご連絡することがあります. その際の連絡先について

申込み先：〒393-0093 長野県諏訪郡下諏訪町社字花田 6525-1

信濃医療福祉センター 岡本武己

\* 必ず受講希望理由書を同封して下さい.