

令和2年度医療的ケア児等コーディネーター養成研修等実施要綱

1. 研修の目的

人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児や重症心身障害児等（以下「医療的ケア児等」という。）が地域で安心して暮らしているよう、医療的ケア児等に対する支援が適切に行える人材を養成することを目的とする。

2. 研修日程

- ① 医療的ケア児等支援者養成研修（2日間）
令和2年11月28日（土）～11月29日（日）
- ② 医療的ケア児等コーディネーター養成研修（4日間）
令和2年11月28日（土）～11月29日（日）
令和3年1月30日（土）～1月31日（日）

3. 受講定員

- ① 35人
- ② 35人

4. 研修対象者

- ①地域の事業所等で医療的ケア児等を支援している者及び今後支援する予定のある者
- ②相談支援専門員、保健師、訪問看護師等、今後地域においてコーディネーターの役割を担う予定のある者

5. 研修会場

令和2年11月28日（土）～11月29日（日） 南コミュニティセンター（和歌山市紀三井寺856番）
令和3年1月30日（土）～1月31日（日） 北コミュニティセンター（和歌山市直川326番地の）

6. 受講申込書の提出

受講希望者は郵送又はFAXで、10月30日（土）（消印有効）までに送付先に申し込むものとする。

送付先 〒649-6215 岩出市中迫665 和歌山つくし医療・福祉センター FAX 0736-62-8185

7. 受講者の決定及び通知

受講の可否については、申込者全員に通知します。
なお、申込者多数の場合は、今後の活動予定、地域のバランス等を加味した上で調整を行い決定します。

8. 修了証書

①は2日間、②は4日間の全日程を修了した者に対し修了証書を交付します。
欠課のある方や著しく受講態度の悪い方（私語、居眠り等）については修了とならない場合がありますので、注意してください。

9. 経費等

無 料

10. 研修カリキュラム

日程	時間	研修内容	
11月28日	9:00~9:10	受付	
	9:10~9:20	オリエンテーション	社会福祉法人和歌山つくし会
	9:30~10:30	総論 医療的ケア児を地域で支えるために 医療的ケア児等コーディネーターに求められる	立命館大学 産業社会学部 教授 田村 和宏
	10:30~12:10	医療1 障害のある子どもの成長と発達の特徴 疾患の特徴 生理 救急時の対応	つくし医療・福祉センター 院長 飯塚 忠史
	12:10~13:10	休憩	
	13:10~14:40	医療2 訪問看護の仕組み 日常生活支援 人工呼吸器を装着している障害児支援	社会福祉法人和歌山つくし会 訪問看護ステーションつくしの里 看護師 木村晴美
	14:40~14:50	休憩	
	14:50~17:50	福祉 支援の基本的枠組み 福祉の制度 家族支援・虐待	立命館大学 産業社会学部 教授 田村 和宏
11月29日	9:00~9:20	受付	
	9:20~10:20	支援に必要な概念 支援体制の整備・連携	立命館大学 産業社会学部 教授 田村 和宏
	10:20~12:20	ライフステージにおける支援 各ライフステージにおける相談支援 NICUからの在宅移行支援 児童期における支援 学童期における支援 成人期における支援	和歌山県立医科大学保健看護学部 教授 井上 みゆき
	12:20~13:20	休憩	
	13:20~14:20	本人・家族の思い	和歌山県重症心身障害児(者) 守る会 会長 高垣 千恵
	14:20~14:30	休憩	
	14:30~16:30	① 医療的ケア児等支援者研修 小児在宅医療における多職種連携	社会福祉法人 愛徳園 ケアマネジメント支援事業 認定看護管理者 南部 悟
	14:30~17:30	② 医療的ケア児コーディネーター養成研修 本人・家族の思いの理解 計画作成のポイント	社会福祉法人 びわこ学園 重症児者相談支援センター びわりん 相談支援専門員 増野 隼人
1月30日	9:00~9:30	受付	社会福祉法人 びわこ学園
	9:30~12:30	演習 計画相談	重症児者相談支援センター
	12:30~13:30	休憩	びわりん 相談支援専門員
	13:30~17:30	演習 計画相談	増野 隼人
1月31日	9:00~9:30	受付	社会福祉法人 びわこ学園
	9:30~12:30	演習 計画相談	重症児者相談支援センター
	12:30~13:30	休憩	びわりん 相談支援専門員
	13:30~17:30	演習 計画相談	増野 隼人

令和2年度 和歌山県医療的ケア児等コーディネーター養成研修等受講申込書

どちらかに○を入れること

- ①医療的ケア児等支援者養成研修(講義のみ:2日間)
- ②医療的ケア児等コーディネーター養成研修(講義と演習:4日間)

所属事業所 (所属団体)	法人名又は 行政機関			
	事業所名 又は所属		所在地	〒
	電話番号		FAX	
	サービスの種類			
申込者の 基本情報	ふりがな		生年月日	(和暦) 年 月 日
	氏名		医療的ケア児 等に係る 業務経験	有 無
	自宅住所	〒		
	現在の職名			
市町村への 名簿提供の 同意	県内市町村における医療的ケア児等支援体制整備のため、研修修了後、研修修了者として県内市町村に対し修了者名簿を情報提供されることについて、			同意します・同意しません
配慮事項	車いす・手話通訳等の必要性及び事前に配慮すべき事項があれば記入			

- * サービスの種類には 障害児支援、行政、病院、教育等を記載してください
- * ご記入いただいた個人情報研修運営のため、受託法人と県で共有します。
- * 研修修了者については、修了証書番号、修了年月日、氏名、連絡先等の必要事項等を記載した名簿を作成し、県が管理します。

(受付印)