

**令和2年度山口県医療的ケア児等支援者養成研修 及び
令和2年度山口県医療的ケア児等コーディネーター養成研修
開催要項**

1 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けるよう、医療的ケア児等への支援に従事できる者及び医療的ケア児等の支援を総合調整する者（コーディネーター）を養成することを目的とします。

2 実施主体

山口県

3 実施機関

一般社団法人山口県社会福祉士会

4 実施方法

令和2年度山口県医療的ケア児等支援者養成研修（以下「支援者養成研修」という。）と令和2年度山口県医療的ケア児等コーディネーター養成研修（以下「コーディネーター養成研修」という。）の講義部分については同時開催の方法で実施します。

5 研修日程及び会場

日程	期 日	内容	研修種別	会 場
1日目	令和2年11月28日(土)	講義	支援者及び コーディネーター	山口県教育会館 (山口市大手町2-18)
2日目	令和2年11月29日(日)			
3日目	令和2年12月10日(木)	演習	コーディネーター	山口県身体障害者福祉センター (山口市八幡馬場36-1)
4日目	令和2年12月11日(金)			

※支援者養成研修は1日目と2日目の2日間

コーディネーター養成研修は1日目から4日目までの4日間

6 受講対象者

(1) 支援者養成研修

- ・障害児通所支援事業所、障害児相談支援事業所、保育所、訪問看護事業所、学校等で医療的ケア児等を支援している者及び今後支援を予定する者
- ・行政担当者

※医療的ケア児等が地域で生活していく上での様々な場面で支援に関わる方を幅広く対象としています。

(2) コーディネーター養成研修

- ・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（医療的ケア児の支援を総合調整する者）の役割を担う予定のある者。

※市町からの推薦者を優先します。

※平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定における「要医療児者支援体制加算」の対象研修となります。

7 受講定員

- (1) 支援者養成研修 100名
- (2) コーディネーター養成研修 20名

8 研修内容

別紙カリキュラムのとおり（別紙1）

9 修了証書の交付

支援者養成研修受講者には受講証明書を、コーディネーター養成研修修了者には修了証書を交付します。

10 受講申込方法

原則として掲載しているQRコードもしくはURLから、申込フォームにアクセスし、必要事項を入力し、お申し込みをお願いします。



【申込フォーム URL】

<https://ws.formzu.net/dist/S88897037/>

※お預かりした個人情報は、本研修の運営目的以外では使用いたしません。

※上記方法での申込みが難しい場合には、メールまたはFAXでもお申し込み可能です。

メールの場合は、下記の「申込書」をダウンロードし、必要事項を入力後、送信してください。なお、メール本文に必要事項を入力するなど、所定の申込書の添付がない場合には受付しかねますのでご注意ください。

FAXは、別紙2「参加申込書」に必要事項を記入され、お申し込みください。

山口県社会福祉士会ホームページ内からもダウンロード可能です。

【申込書】 Google ドライブ (word20KB)

https://drive.google.com/file/d/1_78uIBSaiZMmBFUvUMEluTirhp8bb3uW/view?usp=sharing

【申込書】 山口県社会福祉士会ホームページ

<https://www.yamaguchicsw.com/reiwa2-medical-care.htm>

11 受講申込締切

提出期限：令和2年10月23日（金）12時まで

12 受講決定

定員を超える申込みがあった場合には、事業所や職種のバランス等を踏まえた選考により受講者を決定いたしますので御了承ください。

受講決定等の連絡（受講決定通知）は、11月初旬頃の郵送通知を予定しています。

13 受講料

無 料

14 参考テキスト

研修テキストは当日、資料配布を予定していますが、研修内容の理解に役立つ研修テキストを紹介いたします。

- ①医療的ケア児等支援者養成研修テキスト（中央法規出版 3,300 円（税込））
- ②医療的ケア児等コーディネーター養成研修テキスト（中央法規出版 2,200 円（税込））

15 開催にあたっての留意事項

本研修については、新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、以下に留意し開催させていただきますので、参加者の皆さまにおかれましても、ご理解とご協力をお願いいたします。

なお、今後の新型コロナウイルス感染症拡大の状況等により、やむを得ず本研修を中止する場合がございますので、予めご了承ください。中止となった場合は、山口県社会福祉士会ホームページのトップページ及びお申し込みの際にご登録いただきましたメールでお知らせしますので、各自、受講前に必ず確認するようお願いいたします。

【感染予防対策】

- (1) 定期的に外気を取り入れる換気を実施いたします。
- (2) 間近での会話や発声をする密接場面を避ける内容で実施いたします。

【参加にあたっての留意事項】

- (1) 研修受講者には、研修当日の検温の実施をお願いいたします。体調不良の場合は参加の見合わせをお願いいたします。
- (2) 過去 2 週間以内に発熱などの症状があった場合、感染拡大懸念地域等へ移動があった場合は、参加の見合わせをお願いいたします。
- (3) 事前に接触確認アプリ（COCOA）のインストールにご協力をお願いいたします。
- (4) マスクの着用とこまめな手洗い・アルコール消毒をお願いいたします。マスクは各自でご準備ください。
- (5) 食事の際は、対面での食事や会話は避けてください。

【感染が発生した場合の協力依頼】

- (1) 研修参加者の中に感染者が出た場合、その他の参加者に連絡を取り、症状の確認や、場合によっては保健所等に連絡を行います。
- (2) 保健所等の聞き取りへの協力をお願いするとともに、濃厚接触者となった場合は接触してから 2 週間を目安とした自宅待機に要請が行われる可能性があることのご理解をお願いいたします。

16 申込み・問い合わせ先

〒753-0072 山口市大手町 9 番 6 号 山口県社会福祉会館内

一般社団法人山口県社会福祉士会

電 話：083-928-6644

メール：yamashashikai@clock.ocn.ne.jp

令和2年度山口県医療的ケア児等支援者養成研修・コーディネーター養成研修カリキュラム

日程	時間	科目名	内 容	講 師
11月28日(土)	8:30~8:50	受付		
	8:50~9:00	開講・オリエンテーション		
	9:00~11:00	2h 総論 福祉	①医療的ケア児等の地域生活を支えるために ②医療的ケア児等コーディネーターに求められる資質と役割 ①支援の基本的枠組み	金原洋治氏(社会福祉法人じねんじょ/理事長、かねはら小児科/院長)
	11:00~12:00	1h 福祉	③遊び・保育 ④家族支援	調整中
	12:00~12:50	(昼食休憩)		
	12:50~13:50	1h 福祉	②福祉の制度	山口県障害者支援課職員
	13:50~15:50	2h ライフステージにおける支援	①各ライフステージにおける相談支援に必要な視点 ②NICUからの在宅移行支援 ③児童期における支援 ④学齢期における支援 ⑤成人期における支援 ⑥医療的ケアの必要性が高い子どもへの支援	中原京子氏(一般社団法人バンビーノ福祉会/代表理事)
	16:00~17:00	1h 支援体制整備 福祉	①支援チーム作りと支援体制整備/支援チームを育てる ②支援体制整備事例 ③医療、福祉、教育の連携 ④地域の資源開拓・創出方法 ⑤虐待	中原京子氏(一般社団法人バンビーノ福祉会/代表理事)
11月29日(日)	9:00~11:00	2h 医療	①障害のある子どもの成長と発達の特徴 ②疾患の特徴 ③生理 ④日常生活における支援 ⑤救急時の対応	綿野友美氏(山口県小児科医会/理事、よしみクリニック/院長)
	11:00~12:00	1h	⑥訪問看護の仕組み	柴崎恵子氏(山口県訪問看護ステーション協議会/会長)
	12:00~12:50	(昼食休憩)		
	12:50~13:50	1h 本人・家族の思いの理解	①本人・家族の思い	藤本恵子氏(山口県重症心身障害児(者)を守る会/会員)
	13:50~14:50	1h	②意思決定支援 ③ニーズアセスメント ④ニーズ把握事例	調整中
	15:00~17:00	2h 計画作成のポイント	演習に向けた計画作成のポイント	小寺美帆氏(社会福祉法人じねんじょ/相談支援事業所じねんじょ/管理者)

(以下は、コーディネーター養成研修のみ)

日程	時間	科目名	内 容	講 師
12月10日(木)	9:30~17:30	7h 演習(計画作成)	事例をもとにした計画作成の演習	小寺美帆氏(社会福祉法人じねんじょ/相談支援事業所じねんじょ/管理者)
12月11日(金)	9:30~17:30	7h 演習(計画作成)	事例をもとに、意見交換(グループディスカッション)・スーパーバイザーによる計画作成の指導	

**令和2年度山口県医療的ケア児等支援者養成研修
令和2年度山口県医療的ケア児等コーディネーター養成研修
受講申込書**

令和 年 月 日

下記のとおり受講を申し込みます。

研修種別	※該当する研修にチェック <input type="checkbox"/> 医療的ケア児等支援者養成研修 <input type="checkbox"/> 医療的ケア児等コーディネーター養成研修			
ふりがな		性別	生年月日	
受講者の氏名		男・女	昭和 平成	年 月 日
受講者の 住所及び連絡先	〒 _____			
	TEL			
	E-mail			
所 属	事業所の名称 ※行政職員の場合、市町名及び所属	法人名		
		事業所名		
	事業所所在地 及び連絡先	〒 _____		
		TEL	FAX	
	事業種別 (サービス種別)			
受講決定通知書 送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先			
同一事業所内の 推薦順位 ※複数申込の場合 のみ記入	_____番目 / _____人中		※定員の関係で調整をお願いする場合があります。 同一事業所から複数申込の場合は必ず順位を付けておいてください。	
受講者の職種	※相談支援専門員、保健師、看護師、保育士、介護職員 など			
受講上の配慮事項	(電動車椅子使用、介助者同行など具体的に記入してください。)			

※ご記入いただいた個人情報研修運営にのみ使用し、他の目的には使用しません。