

令和5年度 石川県医療的ケア児等 コーディネーター養成研修 募集要綱

1. 目的

人工呼吸器を装着している障害児、その他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せるよう、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して実施します。

※ 本研修は、障害福祉サービス等報酬における「要医療児者支援体制加算」の対象研修です。

2. 主催

石川県

3. 実施機関

社会福祉法人石川県社会福祉協議会

4. 開催日程

1日目：令和6年1月22日（月） 9時30分～17時00分（講義・演習）

2日目：令和6年1月23日（火） 9時30分～17時00分（演習）

※ 2日間ともに、受付は9時00分からです。

5. 会場

石川県立武道館 大会議室
（石川県金沢市小坂町西8番地3）

6. 定員

30名程度

※ 定員を超えての申込みがあった場合は選考とさせていただきます、現在医療的ケア児等に係る業務に従事している方を優先します。

7. 受講対象者

- （1）「石川県医療的ケア児等支援者養成研修」の全日程（2日間）を修了した者
- （2）石川県内に所在する事業所等の相談支援専門員、保健師、看護師等で、医療的ケア児等の支援を行っている者、もしくは行う予定のある者
- （3）医療的ケア児等コーディネーターとして、区市町等と協力し支援にあたる意思のある者

※ 障害福祉サービス等報酬における「要医療児者支援体制加算」の対象となる医療的ケア児等コーディネーターの認定を希望する場合は、本研修及び「医療的ケア児等支援者養成研修」の両方を受講する必要があります。

8. 受講費用

無 料

9. 参加申込方法

石川県社会福祉協議会ホームページから、下記期日までにお申込みください。

申込手順は下記の通りです。

※申込期限 1月8日（月）

- ① 石川県社会福祉協議会ホームページ（URL：http://www.isk-shakyo.or.jp/）の上部メニュー「福祉の研修」をクリックします。
- ② 「研修新着情報」から受講希望の研修名をクリックすると、「検索結果」が画面の下方に表示されます。
- ③ 受講希望の研修であることを確認の上、右欄の「申込」をクリックすると、「研修申し込み」が表示されます。
- ④ 必要事項（※印は必須項目）を入力後、「申込確認画面へ」をクリックし、入力内容を確認の上、「申し込む」をクリックして、申し込み完了です。
- ⑤ 申し込み後、すぐに「受付確認書」がメールで送信されます。
メールが届かない場合は、メールアドレスが正しく入力されていない可能性がありますので、福祉総合研修センターまでご連絡ください。
なお、「受付確認書」は受講を承認するものではありません。後日、「受講選考結果」がメールで送信されます。

10. 「研修申し込み」画面に入力する際の注意事項

- (1) 「種別」、「職種」欄で該当するものがない場合は、その他を選び備考欄に入力してください。
- (2) 「推薦順位」欄は、受講希望者が同一職場内で複数いる場合に入力してください。
- (3) 「生年月日」欄は、修了証書に記載しますので、必ず入力してください。
※ 本人確認等で必要となりますので、お間違えのないようご注意ください。
- (4) 「支援者養成研修（全日程）の受講年度」欄は、「石川県医療的ケア児等支援者養成研修」の全日程（2日間）を受講した年度を入力ください。
- (5) 「職種が「看護師」の方」欄は、「病院看護師」か「訪問看護師」、「学校看護師」、「保育園看護師」、「福祉事業所の看護師」かご入力ください。
- (6) 「受講上の合理的配慮」欄は、受講上の合理的配慮事項があれば記載ください。（車いす使用、介助者同行 等）
- (7) 「医療的ケア児への支援経験」欄は、これまで、医療的ケア児へ直接支援を行った年数を入力ください。

11. 受講承認

定員の範囲で受講者を承認し、結果は1月15日（月）頃に、研修申込時に入力されたメールアドレスに通知します。

※ 受講承認日が過ぎても「受講票」が届かない場合は必ず当センターにご連絡ください。

※ 選考基準の参考とさせていただきますため、1事業所から複数人お申し込みの場合、推薦順位の入力をお願いします。

12. 事前課題

演習では、各事業所での医療的ケア児等の支援を行ったケースをご紹介いただき、事例検討等を行います。別に定める様式を記入し、研修当日に印刷物を15部ご持参ください。

なお、現在は医療的ケア児に直接関わっていない場合でも、医療的ケア児本人・家族にご連絡を取っていただき、直接会ってお話をうかがってください。どこに連絡すればよいか分からない等ございましたら、県、いしかわ医療的ケア児支援センターにご連絡ください。

13. 修了証書

本研修および「石川県医療的ケア児等支援者養成研修」を含むすべての研修課程を修了された方（以下、医療的ケア児等コーディネーター）という。）には、修了証書を交付します。

※1 修了証書には、ご入力いただいた生年月日・受講者氏名が記載されます。本人確認等で必要となりますので、必ずお間違えのないようご注意ください。

14. 個人情報の取り扱い

本研修において知り得た個人情報については、本研修の運営に係る目的のみに使用し、他の目的には使用いたしません。

15. その他

※ 原則として、30分以上の遅刻、不在、早退等の場合は、欠席とみなします。

ただし、天候や交通機関の遅れ等によりやむをえない事情がある場合は、この限りではありません。

※ 受講態度が著しく不良である場合（居眠りや受講中の携帯電話の使用等）は、退席を求める場合があります、修了証書を交付できない場合があります。

【参考図書】本研修では直接使用しませんが、講義や演習の参考としてお示しします。

- ・医療的ケア児等支援者養成研修テキスト（中央法規出版）
- ・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）

末光 茂・大塚 晃 監修

<問い合わせ先>

・申込み内容に関すること

〒920-0964 石川県金沢市本多町3丁目2-15
石川県社会福祉協議会福祉総合研修センター 担当：干場
TEL：076-221-1833 FAX：076-221-1834

・受講要件、研修内容に関すること

〒920-8580 石川県金沢市鞍月1丁目1番地
石川県障害保健福祉課 自立支援グループ 担当：富山
TEL：076-225-1428

〒920-0192 石川県金沢市岩出町ニ73-1 医王病院外来棟1階
いしかわ医療的ケア児支援センター 担当：中本
TEL：076-203-6090

研修カリキュラム（予定）※変更になる場合があります。

1日目：令和6年1月22日（月）

| 科目 | 内容 | 到達目標 |
|-----------|--|---|
| — | オリエンテーション | 研修のイメージをつかむ。 |
| 支援体制整備 | 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・創出の方法 | ひとりひとりの支援に対しての体制整備をしていく「ミクロな視点」と、地域の課題を解決するための体制整備をしていく「マクロな視点」を理解する。 |
| 計画作成のポイント | 演習に向けた計画作成のポイント | これまでの講義をもとに、計画作成のポイントをおさえる。 |
| 演習(計画作成) | 事例をもとにした計画作成の演習 | 事例をもとに、当事者のニーズの把握し、意向に沿った計画作成を行う。 |
| | グループごとに検討する事例の発表 ※選んだ事例の意図を説明 | |

適宜休憩があります

2日目：令和6年1月23日（火）

| 科目 | 内容 | 到達目標 |
|----------|--|---|
| 演習(事例検討) | 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 | グループで事例を検討し、当事者の意向に沿った計画作成、関係機関との調整のイメージをつかむ。 |
| | 中間発表 | |
| 演習(事例検討) | 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 | グループで事例を検討し、当事者の意向に沿った計画作成、関係機関との調整のイメージをつかむ。 |
| | 最終発表 まとめ・講評 | |

適宜休憩があります

様式 事前課題

受講者氏名 ()

※本人や身の周りの状況、現在直面している課題について記入し、研修当日に持参してください。

※医療的ケア児に直接関わっていない場合でも、お知り合いの支援者等に本人家族をご紹介いただくなどして、直接会ったうえで、事前課題に取り組んでください。

| | | |
|--|---|-----------|
| 医療的ケア児本人 | Aさん 才 (男・女) | |
| | 疾患名 () | |
| | 障害支援区分 () | |
| 家族構成図 (両親・兄弟・その他) | 社会関係図 (本人の就学状況や関係機関・人物) | |
| | | |
| 本人の好きなこと・嫌いなこと | 必要な医療的ケアの種類 該当に○を付ける | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器 ・吸引 ・皮下注射 ・排便管理 ・気管切開 ・ネブライザー ・血糖測定 ・痙攣時対応 ・酸素療法 ・経管栄養 ・透析 ・その他 ・鼻咽頭エアウェイ ・中心静脈カテーテル ・導尿 | |
| 生活歴 発達や発育の経過 | 医療の状況 (受診科目・服薬状況等) | |
| | | |
| 提出理由：だれが (本人、家族、支援者など) 困っていること、検討してほしいこと | | |
| ○○が、△△できるようになりたい、◆◆に課題 | | |
| | | |
| 本人の意向・希望 | 家族の意向・希望 | 支援者の意向・希望 |
| | | |