令和６年度　医療的ケア児等コーディネーター養成研修　開催案内

１．趣旨

医療技術の進歩等を背景として、NICU等に長期間入院した後、退院後も引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な障がい児（医療的ケア児）等が増加しています。こうした状況を踏まえ、医療的ケア児等が地域において必要な支援を受けながら安心して生活し続けることができるよう、多様化する医療的ケア児等のニーズを的確に把握し、関係機関との連携調整を行うための体制を整備し、きめ細やかで適切な支援につなぐため、それらをコーディネートする者の養成を目的とし、国が定めるカリキュラムに基づく研修を実施します。

※計画相談支援、障がい児相談支援「要医療児者支援体制加算」の対象研修です。

２．研修内容　（別紙のとおり）

医療的ケア児等コーディネーター養成研修　＜全４日間（講義２日・演習２日）＞

　講義・演習はいずれも会場にて実施します。

演習前には事前課題（映像講義視聴及びレポート作成等）があります。期日までに事前課題の提出がない場合、会場での受講を認めません。

＜講義＞令和７年１月16日（木曜日）・１月20日（月曜日）

　　　　大阪私学会館（住所：大阪市都島区網島町６-20）

＜演習＞令和７年２月25日（火曜日）・２月26日（水曜日）

　　　　マイドームおおさか（住所：大阪市中央区本町橋２-５）

３．受講対象

1. 市町村から医療的ケア児等コーディネーターを担うものとして推薦を受けた者等（概ね50名程度）

※受講には配置を予定する市町村長等による推薦が必要です。

（10月末までに、別添の推薦書を事務局へ郵送してください。提出先は、推薦書に記載しています。）

2. 全日程参加可能な方

４．資料代　　１，２００円（消費税込）指定金融機関にて納付書でのお支払いをお願いします。

受講決定後、お支払いに必要となる納付書を郵送します。指定の期日までに必ずお支払いください。指定の期日までにお支払いがない場合、受講決定を取り消すことがあります。入金後、当日の研修を受講されない場合においても、返金には応じられません。

５．申込方法及び申込先

（１）申込み先　大阪府ホームページ　**（※市町村長の推薦がない場合は、申し込みできません）**

<https://www.pref.osaka.lg.jp/o090070/chiikiseikatsu/shogai-chiki/iryotekicareco.html>

（２）申込みから修了までの流れ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期間 | 申込み者 | 大阪府（事務局） |
| 10月８日〜11月５日 | インターネット申請。 | 申込み者に受付完了メールを送信。 |
| 11月８日～11月13日 |  | ・申込み者の受講決定を行い、受講決定者にはメールで通知。（受講できない場合もメールで通知します。）・後日、納付書を送付します。 |
| 納付書到着～12月６日 | 納付書にて、指定金融機関でお支払い。 |  |
| 12月下旬 |  | お支払い確認済みの受講決定者に、受講票を送付します。 |
| １月16日・20日 | 研修会場で講義を受講。 | 当日、会場で研修資料を配布。 |
| １月23日～２月４日（予定） | 演習事前課題①映像視聴（１時間程度を２本）演習事前課題②演習準備 | メールにて、YouTube視聴用アドレス、事前課題を送信します。 |
| ２月７日まで（予定） | レポート、事前課題をメールにて提出。 |  |
| ２月25日・26日 | 研修会場で演習を受講。 | 研修終了後、修了証書を交付。 |

（３）締切

**申込み　令和６年11月5日（火）**　※研修受講にあたり、配慮を必要とする方は、申込みフォーム内の

「受講にあたって配慮すべき事項等」に記入してください。

**資料代お支払い　令和６年12月６日（金）**

６．受講決定

申込み期間終了後に受講決定を行い、メールでお知らせします。（令和６年11月８日から13日の予定）

７．　修了証書

（１）研修を修了した方には、大阪府知事から修了証書を交付します。

（２）会場で実施する各講義について、10分以上の遅刻あるいは早退がある場合は欠席とみなします。

また、携帯電話、スマートフォン等を受講中に操作する等、受講態度が著しく不良であるときも欠席とみなし、修了証書は交付できません。

②事前課題は、各締切日までにメールでの提出が必須です。

（３）受講申込書に虚偽の内容を記載して受講した場合、遡って受講を取り消す場合があります。

８．　個人情報の保護

・本研修において知り得た個人情報については、研修の実施及びフォローアップ研修（今年度の実施は検討中）のご案内につき必要な限度で用いることとします。

９．　その他

（１）会場で実施する各講義、演習は、研修当日の午前7時の時点で、大阪府内全域において、「特別警報」、「暴風警報」のいずれかが発令中の場合、延期とします。また、この場合、当日の午前8時以降にホームページに掲載しますので、ご確認ください。

（<https://www.pref.osaka.lg.jp/o090070/chiikiseikatsu/shogai-chiki/iryotekicareco.html>）

（２）研修会場への来場にあたっては、公共交通機関の利用をお願いします。

（３）研修会場へのアクセスについては、受講決定時のメールでご案内します。

（会場への問い合わせはご遠慮下さい）。

１０．　お問い合わせ先

大阪府福祉部障がい福祉室地域生活支援課　地域サービス支援グループ

「医療的ケア児等コーディネーター養成研修」担当

　　●電話　06-6944-6652　●ﾌｧｸｼﾐﾘ　06-6944-2237

●E-mail　chiikiserviceshien-g@gbox.pref.osaka.lg.jp

**令和６年度 医療的ケア児等コーディネーター養成研修**

**推薦書**

*10月2日案*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | **生年月日** |
| **受講者氏名** |  | （　昭和 ・ 平成　）　　　年　　　月　　　日生 |
| **所属組織情報** | 事業所名：役職名：住所：〒ＴＥＬ（必須）： ＦＡＸ（必須）：Ｅ―Ｍａｉｌ： |
| **職場種別等**（該当するものをすべて○で囲む） | １.相談支援事業所等　　　　　　２.訪問看護事業所等　　　　　　　　　　　３.児童発達支援ｾﾝﾀｰ等　　　　　４.障がい児通所支援事業所５.市町村福祉担当課　　　　　　６.学校７.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **専門職資格**（該当するものをすべて○で囲む） | 医療職（①医師　②保健師　③看護師）福祉職（④社会福祉士　⑤介護福祉士　⑥精神保健福祉士　⑦保育士）　リハビリ専門職（⑧理学療法士　　⑨作業療法士　　⑩言語聴覚士）教育職（⑪幼稚園教諭　　⑫教員＜　　　　　　　　　　　　　　　　　＞）その他の資格（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **医療的ケア児等****の支援経歴****（投薬のみを除く）****（○で囲む）** | **通算** **3年未満 ・ 3年以上5年未満 ・ 5年以上10年未満 ・ 10年以上** |
| **市町村長等推薦**（本研修には市町村長等からの推薦が必要です） | 本研修の受講について上記の者を推薦します。推薦理由（期待する役割、配置予定先等）市町村名市町村長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印 |
| **事務局連絡欄** | ***＜受付＞*** |

　提出先

　　〒５４０－０００８　大阪市中央区大手前3丁目2番１２号

　　　大阪府　福祉部　障がい福祉室　地域生活支援課　地域サービス支援グループ

　　　　　　　　　　　　　　　「医療的ケア児等コーディネーター養成研修」担当