令和７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．研修日程・会場

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８年１月14日（水曜日）・１月19日（月曜日）　9:00～19:00

　　　　大阪私学会館（住所：大阪市都島区網島町６-20）

＜演習＞令和８年３月５日（木曜日）・３月６日（金曜日）　　9:00～18:00

　　　　大阪府教育会館　たかつガーデン（住所：大阪市天王寺区東高津町7-11）

※時間帯については変更になる可能性があります。詳細は後日掲載のカリキュラムをご確認ください。

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27日までに、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。）

※本研修は大阪府内（政令市を除く。）の市町村に事業所所在地がある方を対象としております。

　事業所所在地が大阪市・堺市にある方につきましては、各市担当者にお問い合わせください。

　また、応募者が定員を上回った場合には、受講者の選考を行います。

2. 全日程参加可能な方

４．研修内容

【総論】

①地域におけるこどもの発達と支援 ②医療的ケア児等支援の特徴 ③支援に必要な概念 ④医療的ケア児とその家族に対する支援に関する法律 ⑤医療的ケア児等コーディネーターに求められる役割

【医療、保健】

①障害のあるこ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（感染対策、摂食嚥下、口腔ケア） ⑤救急時の対応、災害対策支援 ⑥母子保健 ⑦訪問看護の役割と仕組み

【福祉、保育、教育、労働】

①本人・家族の思いの理解（意思決定支援・ニーズアセスメント・ニーズ把握事例） ②支援の基本的枠組み ③福祉 ④遊び・保育 ⑤教育 ⑥労働 ⑦家族支援（きょうだい児支援・就労支援） ⑧虐待防止対策

【連携】

①小児在宅医療における多職種連携 ②連携・協働の必要性

【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移行期における支援 ⑥成人期における支援 ⑦医療的ケアの必要性が高いこどもへの支援【地域支援体制整備】

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、保健、福祉、教育、労働の連携 ④地域の資源開拓・創出方法

【演習】

①計画作成 ②事例検討

※1　赤字がCo研修のみの内容となっております。

※2　コマ数や講師等の詳細につきましては、後日掲載のカリキュラムをご確認ください。

５．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。

６．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） |
| 9月29日〜10月27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月上旬 |  | 受講可否についてメールで通知。 |
| 納付書到着～11月28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。 |
| １月14日・19日 | 研修会場で講義を受講。 | 当日、会場で研修資料を配布。 |
| １月下旬～２月上旬（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、事前課題を送付。 |
| ２月上旬（予定） | レポート、事前課題をメールにて提出。 |  |
| ３月５日・６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７年10月27日（月）**　※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７年11月28日（金）**

７．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。（11月上旬の予定）

８．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。

（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。

９．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、研修の実施のご案内につき必要な限度で用いることとします。また、研修運営の円滑化や参加者への事後フォロー、関連情報のご提供など、研修に付随する目的の範囲内で利用する場合があります。

10．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）。

11．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７年度 医療的ケア児等コーディネーター養成研修推薦書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **相談支援専門員の資格** | あり（実務経験　　　　　年）　　・　　なし |
| **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 |
| **契約体系等** | 1.委託契約（対事業所）　2.委託契約（対個人）　　3.市町村職員4.契約・委嘱なし（本推薦のみ）　5.その他（　　　　　　　　　　　） |
| **市町村長等推薦**※1 本研修には市町村長等からの推薦が必要です※2 必ず全てご記入ください。空欄の場合は、再提出を求めます。 | 本研修の受講について上記の者を推薦します。推薦理由（受講者又は事業所をコーディネーターとして推薦した経緯を教えてください）受講者との共有事項（修了後の活動内容及び目標設定について具体的に記載してください）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