

令和5年度愛知県医療的ケア児等コーディネーター養成研修 実施要領

1 研修の目的

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年法律第81号）第2条第2項に基づく「医療的ケア児」や重症心身障害児者（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、各種サービスや支援を総合調整する「医療的ケア児等コーディネーター」を養成するため、医療的ケア等に関する専門知識や支援のスキルを習得するための研修を実施する。

2 実施主体

この研修の実施主体は愛知県とする。

3 受講対象者

県内市町村（名古屋市を除く。）から本研修受講者として推薦のあった相談支援専門員、保健師、訪問看護師等のほか、県所管施設職員等、今後地域において、保健、医療、福祉、子育て、教育等の必要なサービスを総合的に調整し、医療的ケア児とその家族に対しサービスを紹介するとともに、関係機関と医療的ケア児等とその家族をつなぐ、医療的ケア児等コーディネーターとしての役割を担う予定のある者とする。

4 研修内容

講義と演習により、①医療的ケア児等に対する専門的な知識と経験に基づいて、支援に関わる関係機関との連携（多職種連携）を図り、とりわけ本人の健康を維持しつつ、生活の場に多職種が包括的に関わり続けることのできる生活支援システム構築のためのキーパーソンとしての役割を理解する。②医療的ケア児等コーディネーターとして必要な知識や技術の習得等を学ぶ。

カリキュラムは別紙「医療的ケア児等コーディネーター養成研修日程表」をもとに実施する。

5 研修講師

医療的ケア児等の障害特性や支援技術に関する知識を有する者で、職歴、資格、実務経験等に照らし適切な人材を選定する。

6 研修日程及び会場

【講義】

日時：令和5年10月11日（水）、12日（木）午前9時20分～午後5時15分
会場：中区役所ホール（名古屋市中区栄四丁目1番8号（地下2階））

【演習】

日時：令和5年11月8日（水）、9日（木）午前9時20分～午後5時15分
会場：愛知県自治研修所（名古屋市中区丸の内2丁目5-10（7階））

7 受講申込み

県内市町村（名古屋市を除く。）もしくは県所管施設長が以下の書類を提出する。

【提出書類】

別紙様式1「令和5年度愛知県医療的ケア児等コーディネーター養成研修受講者推薦書」

8 修了の認定

- (1) 全科目を履修し修了の認定を行った者に対して、別紙様式2により修了証書を交付する。
- (2) 医療的ケア児等コーディネーター養成研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名、連絡先等必要事項を記載した名簿を作成し、個人情報として十分な注意を払ったうえで管理する。

医療的ケア児等コーディネーター養成研修日程表

科目名	時間数	内容
1 総論	1時間	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
2 医療	3時間	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 ⑥訪問看護の仕組み
3 本人・家族の思いの理解	2時間	①本人・家族の思い ②意志決定支援 ③ニーズアセスメント ④ニーズ把握事例
4 福祉	3時間	①支援の基本的枠組み ②福祉の制度 ③遊び・保育 ④家族支援 ⑤虐待
5 ライフステージにおける支援	2時間	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
6 支援体制整備	1時間	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
7 計画作成のポイント	2時間	演習に向けた計画作成のポイント
8 演習（計画作成）	7時間	事例をもとにした計画作成の演習
9 演習（事例検討）	7時間	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
計	28時間	

(様式1)

推薦市町村名

令和5年度愛知県医療的ケア児等コーディネーター養成研修受講者推薦書

令和5年度の医療的ケア児等コーディネーター養成研修の受講者として、下記の者を推薦します。

令和 年 月 日

市町村(担当部局) / 県所管施設 長 氏名

愛知県福祉局福祉部障害福祉課医療療育支援室長 宛て

ふりがな			生年月日(和暦)
受講者氏名	(氏)	(名)	年 月 日
所属	法人名		
	勤務先名		
連絡先	〒	—	
	住所		
	TEL		
	FAX		
職種	(現在主として従事している職種)	実務経験	(令和5年9月末現在の年数)
			年 月
保有資格			
	その他()	
勤務先事業種別			
	その他()	
備考 ※座席の配慮等のサポートが必要な場合はご記入ください。			

担当部署

担当者名

連絡先(TEL)

(様式2)

〇〇〇〇第〇〇-〇〇号

修了証書

申込市町村 / 県所管施設名

修了者氏名 様

〇〇年〇月〇日生

上記の者は令和 年度愛知県医療的ケア
見等コーディネーター養成研修を修了した
ことを証明します

令和 年 月 日

愛知県知事

印