**令和３年度　佐賀県医療的ケア児等コーディネーター養成研修**

**（受講者募集）**

１　研修の目的

　　　本研修は、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）の地域生活支援の向上を図るために、地域の障害児通所支援事業所、保育所、放課後児童クラブ及び学校等において医療的ケア児等への支援に従事できる者を養成するための研修及び医療的ケア児等の支援を総合調整する者（以下コーディネーターという）を養成するための研修とする。

２　実施主体

　　　佐賀県

　　　（社会福祉法人若楠　療育医療センター若楠療育園が佐賀県から委託を受け実施します。）

３　研修期間

　　　①令和3年１０月２２日（金）9:00～18:00

　　　②令和３年１０月２３日（土）9:00～18:00

　　　③令和３年１１月　１日（月）9:00～18:00

　　　④令和３年１１月　２日（火）9:00～18:00

４　研修会場

　　　メートプラザ佐賀内　視聴覚室

　　　　　住所）佐賀市兵庫町大字藤木1006-1　　　TEL　0952-33-0003

※集合型研修で行います。

但し、県内の新型コロナウイルス感染状況によっては、研修の形を変更する場合があります。

５　募集定員

|  |  |
| --- | --- |
| 研修受講コース | 受講定員 |
| 医療的ケア児等支援者養成研修（10月22日・23日） | ５名 |
| 医療的ケア児等コーディネーター養成研修（全日程） | 20名 |

※定員に達した場合には、選考の上、受講者を決定します。

６　受講対象者

　　　①看護職員、幼稚園・保育園・学校関係者、地域事業所等で医療的ケア児等を支援し

　　　　ている者、また、相談支援専門員、保健師、訪問看護師等地域でコーディネーター

の役割を担う者

　　　②県内の県市町職員のうち、障害福祉業務に従事する者。

　　　　（特に各圏域における医療的ケア児等を支える体制整備担当者）

７　研修スケジュール

　　　別紙様式１　参照

８　受講申込み

|  |
| --- |
| 提出書類 |
| **別紙様式２「令和３年度　医療的ケア児等コーディネーター養成研修受講申込書」** |

　（注）〇現在事業所に所属している方は、所属長の推薦を受け公印を捺してください。

　　　　事業所で複数申し込みの場合は、できる限りまとめてご提出ください。

　　　　（個人で受講される方も同様です。その際は所属欄に「個人受講」と記名して

ください。

　　　○1事業所にて、多数受講を希望される場合は、優先順位を必ずお書きください。

　　　〇受講を終了した者には修了証書を交付することになりますので、受講者氏名に

ついては、楷書で記載するとともに誤字・脱字のないようお願いします。

　　　〇記載内容を確認することがありますので、提出書類は必ず写し（コピー）を

　　　　取っておいてください。

　　　〇提出された書類は受講の可否に関わらず、返却しませんのでご了承ください。

**締切および提出方法**

**※締切　令和３年　１０月９日（土）17:00（必着）**

　　　※提出先　　療育医療センター若楠療育園　総合相談室

（〒841-0005　鳥栖市弥生が丘2丁目134番地1）

TEL0942-83-1228

　　　※提出方法　郵送（持参も可）

９　受講の可否決定通知の送付

　　　●発送時期　令和３年10月中旬頃（予定）

　　　●通知先　　受講申込書記載の事業所長宛へ通知します。

　　　　　　　　　万が一、令和３年１０月１４日を過ぎても通知が届いていない

場合は、療育医療センター若楠療育園　総合相談室までご確認

ください。

10　修了証書

　　　全課程を修了した方には、後日、佐賀県知事名の修了証書を交付します。

遅刻・早退・欠席した場合は、原則修了証書は交付されません。

１１　参加費

　　　　無料（テキスト代を含む）

※昼食代は含まれないので個人でご準備ください。

１２　個人情報

　　　研修参加の手続きの際にお聞きした個人情報は、参加の承認・お知らせ等に利用

すると共に修了証書作成のために佐賀県へ提出します。

　　　また、提出された個人情報は研修以外の目的では使用せず、個人情報保護法に則り

適正に管理致します。

１３　感染防止対策

今回の研修では、国及び県の感染防止ガイドラインを遵守した上で、若楠療育園独自の新型コロナウイルス感染防止対策ガイドラインに沿って行います。

１４　受講申込書の送付先・お問合せ先

　　　　送付先　　療育医療センター若楠療育園　総合相談室

　　　　住　所　　〒841-0005　佐賀県鳥栖市弥生が丘2丁目134番地1

　　　　電　話　　0942-83-1228（総合相談室直通）　0942-83-1121（代表）

　　　　ＦＡＸ　　0942-83-1755

　　　　担　当　　佐藤

　　　　※お電話の際は、「医ケア児等ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ養成研修について」とお伝えください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日　程  別紙様式１ | | 研修内容  **研修スケジュール** | 講師等 |
| 10月22日 | 9:15 | 開会式・研修オリエンテーション |  |
| 9:30～10:30 | ・医療的ケア児等支援の特徴  ・支援に必要な概念 | 療育医療センター若楠療育園  相談支援専門員　佐藤栄子 |
| 10:30～12:00 | ・医療的ケア児等の疾患の特徴  ・生理  ・救急時の対応 | 若楠児童発達支援センター  センター長　橋本武夫 |
| 12:00～12:50 | 昼食 |  |
| 12:50～14:50 | ・訪問看護の仕組み  ・小児在宅医療における他職種連携  ・連携・協働の必要性 | 訪問看護ステーションふれあい  所長　中富　洋子 |
| 14:50～15:00 | 休憩 |  |
| 15:00～16:00 | ・障害のある子どもの成長と発達の特徴  ・日常生活における支援 | 療育医療センター若楠療育園  理学療法士　渡部雄一 |
| 16:00～17:00 | ・遊びと保育 | 療育医療センター若楠療育園  作業療法士　尾鷲百佳子 |
| 17:00～18:00 | ・家族支援・虐待 | 療育医療センター若楠療育園  臨床心理士　木村佐宜子 |
| 10 月23  日 | 8:50～ | 受付 |  |
| 9:00~10:30 | ・ＮＩＣＵからの在宅移行支援 | 若楠児童発達支援センター  センター長　橋本武夫 |
| 10:30~11:30 | ・支援の基本的な枠組み  ・福祉の制度 | 長光園障害者支援センター  相談支援専門員　村岡智紀 |
| 11:30~12:30 | ・支援チーム作りと支援体制整備/支援チームを育てる  ・支援体制整備の事例  ・医療、福祉、教育の連携  ・地域の資源開拓、創出方法 | 長光園障害者支援センター  相談支援専門員　村岡智紀 |
| 12:30~13:20 | 昼食 |  |
| 13:20～14:20 | ・本人・家族の思い | 小柳　秀和 |
| 14:20～15:20 | ・意思決定支援  ・ニーズアセスメント  ・ニーズ把握事例 | 佐賀整肢学園  こども発達医療センター  相談支援専門員　林田五月 |
| 15:20～15:30 | 休憩 |  |
| 15:30～17:30 | ・各ライフステージにおける相談支援に必要な視点  ・医療的ケアの必要性の高い子どもへの支援 | 居宅訪問児童発達支援事業所　翼　代表　松尾　睦 |
| 11月1日 | 8:50～ | 受付 |  |
| 9:00~10:00 | ・医療的ケア児等の地域生活を支えるために  ・医療的ケア児等ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰに求められる資質と役割 | 佐賀大学医学部看護学科  生涯発達看護学講座  小児看護学領域教授  鈴木　智惠子 |
| 10:00~17:30 | ・演習  　※途中、昼食休憩 |
| 11月  2日 | 8:50～ | 受付 | 佐賀整肢学園  こども発達医療センター  相談支援専門員　林田五月 |
| 9:00~10:00 | 演習に向けた計画作成のポイント |
| 10:00~16:00 | ・演習（医療的ケア児等の生活を考える）  　※途中、昼食休憩 |
| 16:00~17:00 | 令和3年度佐賀県医療的ケア児在宅生活ホットライン事業の紹介 | 社会福祉法人まごころ会  医療的ケア児等ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ  　荒牧　順子 |
| 17:00～17:30 | 閉会式 |  |

　　※当日のスケジュール等がやむを得ず変更になる場合がありますのでご承知ください。

別紙様式２

**令和３年度　佐賀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３年度佐賀県医療的ケア児等コーディネーター養成研修に、下記の者を受講させたいので推薦します。

令和　　年　　月　　日

事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　公印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  受講者氏名 |  | 性　別 | 生年月日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
| 所　属 | ※個人受講の場合は「個人受講」と記入 | 事業種別 |  |
| 連絡先  （個人受講の方は自宅住所） | （〒　　　－　　　　）  住所  TEL　　　　　　　　　　　　FAX  （電話番号は、昼間、連絡が取れる番号をお願いします。） | | |
| 職　　種 |  | 事業所内  優先順位 |  |
| 保有資格  （あれば記載） | 社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士・保健師・看護師・保育士・教諭  リハビリスタッフ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 備　考 | ※座席の配慮等のサポートが必要な場合はこちらにご記入ください | | |