

令和3年度

医療的ケア児等コーディネーター養成研修

in Zoom

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、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害児（医療的ケア児）が増加しています。こうした状況を踏まえ、医療的ケア児が地域において必要な支援を受けることができるように、関係機関との連携調整を行うための体制を整備するとともに、国が定めるカリキュラムに基づく研修を実施します。

また、平成30年度障害福祉サービス等報酬改訂における「要医療児者支援体制加算」のためには、本研修を修了した職員配置が必要になります。

なお、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、オンライン（Zoom ミーティング）による開催とします。

■受講対象 「医療的ケア児等支援者養成研修」の修了（予定）者※で、

医療的ケア児等コーディネーターの役割を担う者（予定含む）

※平成30（2018）～令和2（2020）年度の修了者には修了証を発行しております。申込みの際は、ご自身の修了年を確認した上でお申込みください。

■開催日・定員

| | A日程 | B日程 | 時間 |
|----|---------------|--------------|------------|
| 日時 | 令和3年12月13日(月) | 令和4年1月17日(月) | 9:30~17:00 |
| | 令和3年12月14日(火) | 令和4年1月19日(水) | |
| | 令和3年12月16日(木) | 令和4年1月20日(木) | 9:30~12:00 |
| 定員 | 42名 | 42名 | |

※A日程・B日程ともに内容は同じですが、例えば12月13日を受講し、1月19日・1月20日を受講するというように、A日程→B日程を変更して受講することはできません。A日程にお申込みいただいた場合は、12月の3日程を受講いただく必要があります。

※申込には所属長による推薦が必要です。

※申し込み多数の場合は、原則兵庫県在住・在勤の方を優先し、①所属長の推薦がある者②医療的ケア児等との関わり③医療的ケア児等コーディネーターの情報提供に同意を頂ける方等を考慮し受講者を選考します。

■受講料 13,000円（テキスト代含む）／11,000円（テキスト不要の方）

※使用テキスト：医療的ケア児等コーディネーター養成テキスト(中央法規出版)

※「テキストを購入する」を選ばれた方には、研修開催日までに研修資料とともにテキストを送付いたします。「テキストを持っている」を選ばれた方は、研修当日までにご用意して受講してください。

■申込期日 11月15日（月）17時まで

※但し、申込多数の場合、期日を待たずに受付終了する場合があります。予めご了承ください。

（次頁に続きます）

■開催方法

Zoom ミーティングを使用したオンライン開催

■Zoom を利用できるオンライン環境及び機器

- ・研修日前までに Zoom アプリをダウンロードしてください。
- ・長時間、映像を視聴いただくため、安定したインターネット回線での受講を推奨いたします。
- ・受講者の通信環境、通信機器の原因により、当日参加できない場合の返金はいませんので、予めご了承ください。
- ・その他、詳細については受講決定通知書にてお知らせします。

【受講に使用な機器】

※以下のいずれかを満たしていることが必要です。(パソコンでの受講を推奨します)

- ・内蔵または外付けカメラ+Windows PC (Windows8.1 または 10)
- ・内蔵または外付けカメラ+Mac (OS10.13 以降)
- ・内蔵カメラ+iPad (iOS12 または iPadOS)
- ・内蔵カメラ+タブレット (Android 7 以降)

【事前テストについて】

Zoom アプリをダウンロードしたら、事前に接続テストを行うことをお勧めします。

<https://zoom.us/test>

■受講時および研修資料に関する禁止事項

研修中、以下の事項を禁止としております。

- ・研修実施時の写真撮影、録画、録音、またはそれに準ずる行為
- ・本研修受講やご本人様の復習以外の目的での研修資料の使用
 - 例 1. 研修で使用する資料ファイルを社内外の方に共有すること
 - 例 2. 研修で使用する資料の画像などを公開すること
 - 例 3. 研修で使用する資料を複写すること

■お問い合わせ

兵庫県社会福祉士会事務局 胡中 078-265-1330 konaka@hacsw.or.jp

■申込方法

右の QR コードまたは下記 URL の専用フォームから行ってください。

<https://forms.gle/EDQFpKvyNmuLlN8b8>



上記の方法でどうしてもできない方のみ、次頁に記載しています必要事項をメールに入力し、entry@hacsw.or.jp 宛てにお申込みください。

■受講決定

申込受付後、メールで「受講決定通知書」をお送りします。申込をされる際は、添付ファイル受信可能なメールアドレスでお申込みください。受講決定通知書に受講料の振込先口座等をお知らせいたしますので、期日までにお振込みをお願い致します。お振込み確認後、研修資料等を送付いたします。

(上記フォームからお申込みができない方は次頁をご確認ください。)

| 申込み時の必要事項 | 注意事項（記載いただきたい内容） |
|-------------------|---|
| メールアドレス | ※添付ファイル受信可能なメールアドレスを記載ください |
| 氏名 | |
| ふりがな（ひらがな） | |
| 生年月日（和暦） | ※昭和または平成で記載ください |
| 受講用件 | 医療的ケア児等支援者養成研修の修了年度を記載してください。令和3（2021）年度支援者養成研修の受講者は、修了予定ということでお申込みいただけます。 |
| 受講希望日程 | 「A 日程」 / 「B 日程」のどちらかを選んでください |
| 職場名 | |
| 職種名 | |
| 職場住所 | 郵便番号から記載してください |
| 日中連絡先電話番号 | |
| 職場種別 | 「相談支援事業所等」 / 「訪問看護事業所等」 / 「病院」 / 「児童発達支援センター」 / 「障害児通所支援事業所」 / 「学校」 / 「市町担当課」 / 「その他（具体的に）」のいずれかを選んでください |
| 医療的ケア児等への支援歴 | 「未経験」 / 「1 年未満」 / 「1～3 年」 / 「3～5 年」 / 「5 年以上」のいずれかを選んでください |
| 現在の医療的ケア児等支援への関わり | 「有り」 / 「無し」のどちらかを選んでください |
| グループ分け名簿への掲載 | 「氏名のみ掲載可」 / 「氏名・職場・職種掲載可」のどちらかを選んでください |
| テキストの要否 | 「テキストを購入する」 / 「テキストは持っている」のどちらかを選んでください |
| 資料・テキスト・修了証の送付先住所 | 「職場」 / 「職場以外」のどちらかを選んでください |
| →職場以外の方の住所 | ※上記「職場以外」を選んだ方は必須 ※郵便番号から記載してください |
| 所属長の推薦 | 「有り」 / 「無し」のどちらかを選んでください |
| Zoom 経験の有無 | 「未経験」 / 「1 回参加」 / 「2, 3 回参加」 / 「4 回以上参加したことがある」のいずれかを選んでください |
| →経験者のみ Zoom 経験の内容 | ※上記の「未経験」以外を選んだ方に 「ミュート／ミュートの解除をした」、「ビデオの開始／停止をした」、「名前の変更をした」、「チャットをした」、「ブレイクアウトセッションに参加した」「その他」のうち、経験のあるものをすべて選んでください |
| Zoom 練習会参加の意向 | 「参加しない」 / 「平日の日中であれば参加する」 / 「平日の17 時以降であれば参加する」 / 「土日の日中であれば参加する」 / 「土日の17 時以降であれば参加する」のいずれかを選んでください |

医療的ケア児等コーディネーターの情報提供について

当該研修を修了された皆様におかれましては、医療的ケア児支援の中心となっていただき、今後もご活躍されることを期待しております。本県におきましても、医療的ケア児支援の充実に努めており、引き続き医療的ケア児支援に係るサービスの整備促進等を図っていく予定です。

つきましては、以下の趣旨で当該研修を修了された方のお名前、メールアドレス等の情報提供をお願いします。

- ✚ 皆様の更なる相談支援スキルの充実に向け、フォローアップ研修のご案内や医療的ケア児支援に関する情報提供をさせていただきます。
- ✚ 医療的ケア児の支援に関する情報共有や地域でのネットワーク構築のため、各市町障害福祉部局、各健康福祉事務所及び圏域コーディネーターと情報共有させていただきます。

「同意する」 / 「同意しない」のどちらかを選んでください