

小児在宅に関する人材養成講習会 (厚生労働省 在宅医療関連講師人材養成事業)

1 目的

地域で人材育成事業を支えることができる高度人材（小児在宅分野）の育成

2 受講対象者

小児在宅医療に関する地域の人材養成に、行政と協力して取り組める医師
(平成29年度から行政担当者も出席可)

3 これまでの参加状況

平成27年度（第1回） なし

平成28年度（第2回） なし

平成29年度（第3回） 医師2名（県医師会 高田理事，東北大学病院 遠藤医師）

平成30年度（第4回） 医師2名（県医師会 高田理事，こども病院 佐藤医師），
行政2名（障害福祉課，医療政策課）

4 第4回講習会の内容

(1) 講義

- ・小児在宅医療における現状と課題
- ・小児在宅医療に関わる他機関・多職種連携と医療者の役割
- ・医療機関の役割
- ・行政の役割
- ・診療報酬改正について
- ・災害対策

(2) 報告会

- ・3県の取組事例

(3) グループワーク（症例検討会）

症例：先天性ミオパチー 3歳女兒

大学病院→自宅近くの県立病院小児科へ転院→在宅移行したい

家族：核家族，母が第二子妊娠中

現状：精神発達は普通，人工呼吸器，吸痰は3時間おき，胃瘻など

検討：在宅移行した場合の1日のスケジュールを作成

小児在宅の現状と在宅移行への障壁を理解，課題解決策を検討

平成30年度宮城県・仙台市
医療的ケア児等支援者養成研修・医療的ケア児等コーディネーター養成研修
開催要領

1 目的

医療的ケア児等が地域で安心して暮らしていけるよう、医療的ケア児等に対する支援が適切に行える人材を養成することを目的とする。

2 実施主体

宮城県、仙台市
(一般社団法人宮城・仙台障害者相談支援従事者協会)

3 日程・会場

日程	会場
平成31年2月25日(月)、26日(火)	宮城県行政庁舎2階 講堂 (仙台市青葉区本町3-8-1)
平成31年3月2日(土)、3日(日)	仙台市南部発達相談支援センター (仙台市太白区長町南3-1-30)

※支援者養成研修は前半2日間、コーディネーター養成研修は全4日間となります。

4 対象者

(1) 支援者養成研修

県内の事業所等で医療的ケア児等を支援している者及び今後支援を予定する者

※指定相談支援事業所、指定障害児通所支援事業所、指定障害福祉サービス事業所、訪問看護事業所、保育所、学校、行政機関等、医療的ケア児等が地域で生活していくための支援に、様々な場面で関わる方を幅広く対象とします。

(2) コーディネーター養成研修

相談支援専門員、保健師、訪問看護師等、今後県内の各地域においてコーディネーターの役割を担う予定のある者であって、本研修の全課程を受講可能な者

※県内の指定相談支援事業所又は医療機関等の相談支援専門員、看護師、医療ソーシャルワーカー等であって、各地域でコーディネーター（医療的ケア児等の支援を総合調整する者）の役割を担う方を対象とします。

5 定員

(1) 支援者養成研修 100人程度

(2) コーディネーター養成研修 40人程度

※会場等の都合上、人数調整をお願いすることがあります。

6 内容

別紙のとおり

7 修了証書

コーディネーター養成研修の全課程を受講した方には、宮城県知事から修了証書が発行されます。

※遅刻・欠席・早退に加え、許可なく途中退出した場合、受講態度が著しく悪い場合等は、全課程を受講しても、修了証書が発行されない場合があります。

8 申込方法等

別紙「受講申込書兼推薦書」を、平成31年2月19日(火)までに、ファクシミリで送付

※コーディネーター養成研修は、原則1事業所等あたり1人までの申込みとします。

※申込者数が定員を超えた場合は、以下の点及び圏域・市町村ごとの申込者数や職種のバランス等を考慮して選考の上、受講者を決定します。なお、選考の結果、コーディネーター養成研修の受講を希望されても、支援者養成研修の受講となる場合があります。

- ① 医療的ケア児等アドバイザー研修（平成30年12月8日・9日開催）の受講者
- ② 県内の指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、基幹相談支援センター又は障害者相談支援業務受託事業所で、医療的ケア児等を現に支援している相談支援専門員
- ③ 県内の医療機関（訪問看護事業所を含む）で医療的ケア児等を現に支援している看護師等
- ④ 障害児等療育支援業務受託事業所の職員

9 照会・申込先

一般社団法人宮城・仙台障害者相談支援従事者協会

電話 070-1145-5517（受付時間：午前9時から午後6時まで）

FAX 022-301-2336（こまくさ苑方）

10 その他

・この要領において、「医療的ケア児等」とは、「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」を言います。

・本研修の内容は、「医療的ケア児等コーディネーター養成研修等事業の実施について（運営要領）」（平成29年4月3日障障児発0403第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課障害児・発達障害者支援室長通知）に定める標準的なカリキュラムに準拠しています。

・研修資料は当日配布予定ですが、講義・演習は、以下のテキストの内容を前提に行います。

- ① 医療的ケア児等支援者養成研修テキスト（中央法規出版）
- ② 医療的ケア児等コーディネーター養成研修テキスト（中央法規出版）

・本研修の受講料は無料です。

・研修当日は、公共交通機関をご利用ください。

・研修中の録画・録音・写真撮影・携帯電話等の使用はお断りします。

・研修会場内は、色・味のない水を除き、飲食禁止となります。

・本研修受講者の氏名や所属事業所等の情報は、医療的ケア児等の支援体制整備のため、各市町村及び県又は各市町村が設置する（自立支援）協議会等に提供させていただくことがあります。

・コーディネーター養成研修修了者の所属する指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所については、研修終了後に、県及び仙台市のホームページで公表します。

・コーディネーター養成研修は、厚生労働省告示に定める「医療的ケア児等の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修」に該当します。なお、指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所で要医療児者支援体制加算を算定するためには、以下の要件を全て満たすことが必要です。

- ① 医療的ケア児等の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修を修了した常勤の相談支援専門員を1名以上配置し、医療的ケア児等へ適切に対応できる体制を整えていること。
- ② ①の体制を整えている旨を事業所に掲示するとともに公表していること。

※医療的ケア児等から利用申込みがあった場合に、利用者の障害特性に対応できないことを理由にサービスの提供を拒むことは認めないものとするに留意すること。

(別紙) 研修カリキュラム

日付	時間	科目等名		会場
		支援者 養成研修	コーディネーター 養成研修	
2/25(月)	09:00～09:20	受付		宮城県行政庁舎 2階講堂
	09:20～09:30	オリエンテーション		
	09:30～11:30	講義		
	11:30～12:30	休憩		
	12:30～17:40	講義		
2/26(火)	10:00～10:30	受付		
	10:30～12:30	講義		
	12:30～13:30	休憩		
	13:30～18:40	講義		
3/2(土)	09:00～09:30		受付	仙台市 南部発達相談支援 センター
	09:30～12:30		演習	
	12:30～13:30		休憩	
	13:30～18:30		演習	
3/3(日)	9:00～9:30		受付	
	9:30～12:30		演習	
	12:30～13:30		休憩	
	13:30～17:30		演習	

※日程・開催時間等については、今後変更する可能性があります。

※内容等の詳細については、「医療的ケア児等コーディネーター養成研修等事業の実施について（運営要領）」（平成 29 年 4 月 3 日障障児発 0403 第 1 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課障害児・発達障害者支援室長通知）に準拠して実施します。

(任意様式参考)

取 下 げ 願 い

住 所 _____

氏 名 _____ 印

平成 年 月 日付けで_____師籍（名簿）訂正・免許証書換
交付の申請をしていましたが、同様の変更事由について、既に籍（名簿）訂正・
免許証書換交付申請をしていたことを失念し、申請をしてしまいました。つき
ましては、同申請を取り下げます。

平成 年 月 日

厚生労働大臣

殿

(別紙)

受講申込書兼推薦書

平成 31 年 月 日

法人名 _____

事業所等名 _____

所属長職氏名 _____

以下の研修を次の者に受講させたいので、下表のとおり推薦します。

希望する 研修種別	<input type="checkbox"/> 支援者養成研修 : 平成 31 年 2 月 25 日(月), 26 日(火) <input type="checkbox"/> コーディネーター養成研修 : 上記 2 日間及び平成 31 年 3 月 2 日(土), 3 日(日)		
ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日
受講希望者 氏名			
資格 (該当するものに○ (複数可))	①相談支援専門員 ②看護師 ③保健師 ④児童発達支援管理責任者 ⑤サービス管理責任者 ⑥保育士 ⑦社会福祉士 ⑧介護福祉士 ⑨精神保健福祉士 ⑩理学療法士 ⑪作業療法士 ⑫言語聴覚士 ⑬その他(具体的に: _____)		
所属	法人名		
	事業所等名		
	職場種別等 (該当するものに○ (複数可))	①相談支援(計画相談支援 障害児相談支援 基幹相談支援センター 障害者相談支援(委託)) ②訪問看護 ③障害児通所支援 ④障害福祉サービス ⑤学校 ⑦保育所 ⑧行政 ⑨その他(_____)	
	事業所等 所在地	〒 _____ 宮城県	
	事業所等 連絡先	電話番号	
	FAX 番号		
	E-mail		
障害等による配慮	要(_____)・不要		

以下は、コーディネーター養成研修の受講を希望する相談支援専門員の方のみご記入ください。

研修 受講 歴	初任者研修	修了年度	平成 _____ 年度	受講地	宮城県・ その他(_____)
	現任研修	修了年度 ※直近の修了	平成 _____ 年度	受講地	宮城県・ その他(_____)
現在の計画作成件数 (医療的ケア児等に係るサービス等利用計画及び障害児支援利用計画を現に作成している件数 (H31.1時点))			<input type="checkbox"/> 作成している (_____) 件 <input type="checkbox"/> 作成していない		