

## 令和6年度 医療的ケア児等支援者養成研修 開催要領

### 1 目的

人工呼吸器を装着している障がい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がい児や重症心身障がい児等(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医療的ケア児等の支援の現状、支援の実際、支援方法等について学びを深める。

### 2 実施主体

大分県(研修実施機関:大分県障害者相談支援事業推進協議会)

### 3 期日と会場(研修時間/9:15~16:40)

日程	期日	研修会場
第1日目	令和6年12月14日(土)	大分県社会福祉会館 大ホール
第2日目	令和7年1月27日(月)	大分県社会福祉会館 大ホール

\*2日間参加された方には修了証を発行いたします。諸事情により1日だけの参加や、途中退席された方には修了証を発行しませんので、ご了承ください。

### 4 研修内容

別紙1 カリキュラムのとおり

### 5 対象者

- (1) 学校、幼稚園、保育園など医療的ケア児を受け入れている機関又は今後受入を予定している機関
- (2) 放課後等デイサービスなど医療的ケア児を受け入れている障がい福祉サービス事業所又は今後受入を予定している事業所
- (3) 指定相談支援事業所において相談支援事業に従事している者
- (4) 保険医療機関等において経済的・心理的・社会的問題の解決及び調整の援助に従事している者
- (5) 市町村で医療的ケア児等の支援を担当する者
- (6) そのほか、医療的ケア児等の支援を実施する者又は実施する予定にある者

**※本研修は、特定相談支援事業所・障害児相談支援事業所における要医療児者支援体制加算の対象となりませんので、ご注意ください。**

### 6 定員

50名

\*駐車場に限りがありますので、乗り合わせや公共交通機関等の利用をお願いいたします。

\*定員を超過した場合は複数名参加の事業所に人数調整のご相談をさせていただく可能性があります。

### 7 受講決定通知

募集期間終了後、事業所あてに受講決定通知をメールでお送りします。申込書記載のアドレスに送信致しますので、記入間違いのないようお願い致します。申し込み人数が定員を超えた場合は、職種や地域等を総合的に検討した上で受講をお断りさせて頂く場合があります。12/10(火)までに受講決定通知がない場合は当日の研修の受講ができませんので、ご了承ください。

## 8 参加費

無料

## 9 資料

研修の前日までにメールで資料をお送りします。当日は紙での資料の準備はしませんので、研修当日は各自で印刷等をしてご準備をお願いします。

医療的ケア児等支援者養成研修テキスト(中央法規)を参考資料としています。研修参加時に必須とするものではありませんが、必要な場合は個々人でご活用ください。

## 10 個人情報

研修参加の手続きの際に知り得た個人情報は研修以外の目的で使用せず、個人情報保護法により適正に管理いたします。

## 11 受講後アンケートのお願い

アンケートを準備しています。当日研修受講後にアンケート記入のご協力をお願いいたします。

## 12 その他

- ① 修了証は全日程を修了した受講者のみに交付します。遅刻や早退の場合は交付いたしません。また、受講態度が悪いと判断した場合(私語、居眠り、携帯電話等の利用など)についても交付いたしません。
- ② 研修会場の空調管理に努めていますが、体感温度には個人差がありますので調整できる服装でお越しください。
- ③ 発熱や風邪など症状、強いだるさや息苦しさなど体調不良の場合は受講をお控えください。また、マスクの着用や手洗いの徹底や消毒など感染防止にご協力ください。
- ④ 主催者の判断により中止、延期、会場変更等を行う場合があります。その際は申込記載のアドレス宛てに通知しますので、間違いのないようご確認ください。

## 13 申し込み・お問い合わせ先

本研修は申込書【別紙2】によりメールにて下記申し込み期間にお申込みください。また本研修に際し、ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までご連絡をお願いいたします。

### ● 研修申し込み期間 令和6年11月5日(火)~令和6年11月30日(土)

申込・問合せ先

大分県障害者相談支援事業推進協議会(相談支援事業所そよかぜ内)

〒879-7306

大分県豊後大野市犬飼町下津尾3491番地3

TEL:080-9107-3266

Email: [suishinkyoforall2021.com](mailto:suishinkyoforall2021.com)

## 医療的ケア児等支援者養成研修 申込書

法人名：( )

事業所名：( )

郵便番号：(〒 - )

住所：( )

連絡先：( )

	参加者名 (フリガナ)	生年月日 (例)S00.00.00	メールアドレス
1		[ ]	[ ]
2		[ ]	[ ]
3			

以下の設問の該当する番号に○をご記入ください。

① 医療的ケア児等の支援の経験はない。

② 医療的ケア児等の支援の経験がある。

経験期間：㉠1年未満㉡1年以上3年未満㉢3年以上

対象者数：㉣3人未満㉤3人以上7人未満㉥7人以上

\*この設問は、受講決定に影響するものではありません。受講される皆さま方の支援経験の有無など全体像を把握するためのものです。

令和6年11月30日(土)までにメールにて返信ください。

送付先：[suishinkyo@forall2021.com](mailto:suishinkyo@forall2021.com)

大分県障害者相談支援事業推進協議会

事務局：NPO 法人 FORALL 相談支援事業所そよかぜ