

令和 3 年度愛知県医療的ケア児等コーディネーターフォローアップ研修 実施要領

1. 研修の目的

本県では 2018 年度から、国の示した研修カリキュラムに基づき愛知県医療的ケア児等コーディネーター養成研修（以下「養成研修」という。）を実施し、市町村における医療的ケア児等コーディネーター（以下「コーディネーター」という。）の配置を推進してきたところである。コーディネーターには医療的ケア児とその家族が抱える個別性の高い課題を解決していくことや、地域資源の創出等、高度な専門性が求められており、養成研修終了後においても更なる研鑽が必要であることから、コーディネーターのスキルを向上させ、地域における支援の充実強化を図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

愛知県（名古屋市を除く。）の養成研修を修了した者もしくは養成研修を受講していなくともコーディネーターとして愛知県内の市町村（名古屋市を除く。）に配置されている者*。（※医療的ケア児関連事業の実施状況調査において、コーディネーターの役割を担う者として市町村が回答した者。）

4. 研修内容

医療的ケア児等への支援に関する最新の制度や動向等の時節に応じた講義（1 時間）のほか、地域の社会資源の点検・創出等に関するワークショップや事例に対する意見交換等（3 時間）を行う。

5. 研修講師

養成研修の講師及びファシリテーターから選定する。

6. 研修日程及び会場（圏域別とし、いずれか一日に参加）

令和 3 年 9 月 14 日（火）、21 日（火）、22 日（水）

令和 3 年 12 月 7 日（火）、8 日（水）、16 日（木）、17 日（金）

愛知県自治センター 12 階 会議室 E

（住所）名古屋市中区三の丸 3-1-2

7. 受講申込み

受講者本人が別紙様式を愛知県福祉局福祉部障害福祉課医療療育支援室宛て提出する。

(様式)

愛知県医療的ケア児等コーディネーターフォローアップ研修受講申込書

愛知県医療的ケア児等コーディネーターフォローアップ研修の受講を申込み
ます。

年 月 日

愛知県福祉局福祉部障害福祉課医療療育支援室長 宛て

研修参加希望日	第一希望	令和〇年〇月〇日 (〇)
	第二希望	令和〇年〇月〇日 (〇)
ふりがな		
受講者氏名		
コーディネーター養成研修 修了年度	平成／令和〇〇年度	
修了証書番号	〇〇障福第〇〇-〇〇号	
所属法人名		
勤務先名		
勤務先住所 電話番号	〒 ー () ー	
メールアドレス		
備考 (座席の配慮等、必要なサポートが あれば記入してください。)		