


県内訪問看護事業所管理者 様

公益社団法人長崎県看護協会  公印
会長 西村 伊知恵

「小児訪問看護研修」(医療的ケアが必要な在宅小児等に対する支援事業)の開催について

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

本協会の事業につきましては、日頃よりご理解ご協力をいただき、感謝申し上げます。

さて、本協会では、昨年度に引き続き、県との委託契約により「医療的ケアが必要な在宅小児等(以下医療的ケア児)に対する支援事業」を実施することとなりました。

この度、本事業の一環として、「小児訪問看護研修」を下記のとおり、実施いたします。

つきましては、研修受講を希望される場合は、実施要領にそって、所定の様式(1-A、1-B)でお申込みください。下記研修の講義のみ参加希望の場合は、参加申込書にご記入の上、お申込みください。

なお、この研修会は「医療的ケアが必要な在宅小児等に対する支援事業研修」開催要領(別添)の中の一部として位置づけ、公開研修となりますことを申し添えます。

記

- 1 内 容：①講義：「小児訪問看護の実際」 10月8日(木)10:00~16:00
②県内訪問看護ステーションでの同行訪問研修(Aコース) 10月以降に実施
※ ②の研修を希望する場合は、①の講義を必ず受講してください。
※ 講義のみの受講は、可能です。
③同行訪問による助言指導研修(Bコース) 随時受付
※ 新規に小児訪問看護を提供しようとする事業所に対し、訪問実績の多い事業所からの実践的な助言指導を実施する。
- 2 申込〆切：講義及び同行訪問研修(Aコース)：令和2年9月17日(木)
※ 定員 講義 80名 同行訪問研修 10名
※ 定員になり次第、〆切ります。
- 3 提出先：長崎県看護協会 総務部 宛 (担当 荻野・近藤)
〒854-0072 諫早市永昌町23-6
TEL：0957-49-8050 FAX：0957-49-8056
- 4 受講決定通知
① 講義部分は、受講できない場合に限り、各事業所あてに連絡します。
② 同行訪問研修申し込みについては、10月8日研修の折、受講の可否をお知らせします。

公益社団法人長崎県看護協会
事業推進課 荻野/総務部 近藤
TEL：0957-49-8050 FAX：0957-49-8056
E-mail：kaihatsu@nagasaki-nurse.or.jp

令和2年度小児訪問看護研修「小児訪問看護の実際」 実施要領

1. 目的

小児訪問看護を実施するにあたっての基本的知識を習得する。

2. 対象

- ① 小児訪問看護を提供している事業所または今後提供予定の訪問看護事業所に勤務する看護師
- ② 10月以降に実施予定の同行訪問研修を希望する者は、本研修の受講を必須とする。
- ③ 定員に余裕のある場合に限り、医療的ケア児の看護に興味関心のある看護職や他職種等の受講も可とする。
- ④ 定員 80名

3. 日時

講義：令和2年10月8日（木） 10：00～16：00

4. 場所

講義：ながさき看護センター 4階大会議室（諫早市永昌町23-6）

5. 講義内容

	内 容	講 師
10：00 ～12：00	小児訪問看護の実際	訪問看護ステーションかしまえ 統括所長 佐藤 照美 先生
12：00 ～13：00	昼食・休憩	
13：00 ～16：00	重症心身障がい児のリハビリテーション	みさかえの園総合発達医療福祉センターむつみの家 作業療法士 野副 康明 先生 理学療法士、言語聴覚士

6. 受講料 無料

7. その他

新型コロナウイルス感染対策として、会場ではマスク着用、手指のアルコール消毒をお願いいたします。現状は各室定員の1/3収容を上限としています。その為、申し込み多数の場合は、参加者数を調整させていただく場合もありますので、ご了承ください。

また、新型コロナウイルス感染の発生状況等により、変更の場合もあります。その際は、ホームページ又は協会だよりに掲載します。

令和2年度小児訪問看護 同行訪問研修実施要領

【目的】

医療的ケア児の在宅療養生活を支援するために、小児訪問看護の実施できる訪問看護事業所の増加を目指すとともに、小児訪問看護の質の向上を図る。

【方法】

実際の「医療的ケア児」訪問看護の場面で、より、実践的な看護提供についての研修を行う。
すでにサービス契約が締結されているケースについて、同行訪問研修を行うコース（Aコース）と小児の受け入れ実績の少ない事業所が、新規にサービス提供を開始するケースについて、指導事業所が、実際の訪問場面に同行し、指導助言するコース（Bコース）を設定する。

【研修概要】

Aコース

	概 要
対 象	訪問看護事業所等に勤務する看護職員 事業所単位での受講申し込みとする。 定員 10名（申込状況により、1事業所あたりの受講者数を調整する。） 事前に行う医療的ケアが必要な在宅小児等に対する支援事業研修会の「小児訪問看護の実際」を受講する者に限る。
方 法	同行訪問・見学実習による実地研修
内 容	①指導訪問看護事業所（以下：指導事業所）の実際の訪問看護に同行し、見学、実地研修を行う。 ②1人あたりの研修回数は、3～5回程度とし、うち1回は、ケア会議、他機関連携等に関する内容とする。（回数は、受講者と指導事業所との協議により決定） ③1回の研修時間は、1時間以上とする。 ④研修日時、内容等については、協議の上、決定する。原則として、令和3年1月末までに、終了するものとする。
費用等	①謝礼：指導事業所への謝礼 3,000円/日/人を、看護協会が支払う。 ②受講者の研修に係る経費（交通費等）は、受講者負担とする。
申込要領	①研修を希望する事業所は、所定の様式（様式1-A）により、看護協会あて、申し込む。
研修の実際	①看護協会において、受講の可否、研修事業所等を決定し、各事業所へ連絡する。 ②研修実施の詳細については、決定通知を併せて、通知する。

Bコース

概 要	
対 象	訪問看護事業所等に勤務する看護職員 新たにサービス提供事例が確定している事業所の看護職員 受け入れ枠 3事業所以内
方 法	実際のサービス提供にあたって、指導事業所の訪問看護師が同行し、サービス提供がスムーズにいくよう、支援、指導する。
内 容	①実際の訪問看護やケア会議等に同行し、支援、指導を行う。 ②1事業所支援・指導回数は、5回以内とする。 ③1回の研修時間は、2時間以内とする。 ④同行を（支援・指導）を依頼する日時、内容等については、協議の上、決定する。 原則として、1月末までに、終了するものとする。
費 用 等	①謝礼：指導事業所への謝礼 5,000円×2時間/日を、看護協会が支払う。 ②指導事業所が、診療報酬で対価を得ることができる場合は、謝礼は支払わない。 ③訪問にかかる移動の費用（交通費等）の負担については、双方の事業所で協議し、決定する。
申込要領	①研修を希望する事業所は、所定の様式（様式1-B）により、看護協会あて、申し込む。 ②看護協会が、指導事業所及び指導者の調整を行い、受講の可否及び指導事業所を研修申し込み事業所へ通知（様式2）する。 ③研修申し込み事業所は、指導事業所へ連絡し、研修の日時等の詳細を協議する。 ④研修申し込み事業所は、上記③の協議結果に基づき、研修計画日程表（様式3）を看護協会へ提出する。
研修の実際	①受講者は、指導事業所の研修・実習に関する取り決め等がある場合は、それに従う。 ②研修受講者は、終了後、1週間以内に、看護協会あて終了報告書（様式4）を提出する。 ③指導事業所は、終了後、終了報告書（様式5）及び実習に係る謝礼の請求書（様式6-B）を、看護協会あて提出する。

【その他】

A・Bコース共通

その他、研修実施において、疑義が生じた場合は、看護協会、指導事業所、研修受講事業所で、協議の上、決定する。

本事業は、長崎県委託事業（医療的ケアが必要な在宅小児等に対する支援事業）として実施する。

Bコース

研修を希望する事業所は、対象ケースに対し、指導事業所の同行訪問の承諾を得ること。また、研修機関終了後は、診療報酬上の複数ステーションでの訪問看護提供について、双方の事業所で協議し、医療的ケア児の訪問看護サービスの継続が、円滑に行えるよう努力すること。

小児訪問看護研修受講申込書

1 訪問看護事業所にかかる事項

事業所名	
所在地	〒
連絡先	☎ E-Mail :
管理者名	
	小児訪問看護の実施状況 () 実施していないが、今後実施したい () 現在、実施している。

2 受講希望者に係る事項

受講希望者 ①

氏名	年齢 (歳)
職種	保健師・助産師・看護師・准看護師
看護経験	看護師経験年数 年 うち訪問看護経験年数 年
希望する方に○を付けてください	() 講義のみ希望 () 講義及び同行訪問研修希望

受講希望者 ②

氏名	年齢 (歳)
職種	保健師・助産師・看護師・准看護師
看護経験	看護師経験年数 年 うち訪問看護経験年数 年
希望する方に○を付けてください	() 講義のみ希望 () 講義及び同行訪問研修希望

受講希望者 ③

氏名	年齢 (歳)
職種	保健師・助産師・看護師・准看護師
看護経験	看護師経験年数 年 うち訪問看護経験年数 年
希望する方に○を付けてください	() 講義のみ希望 () 講義及び同行訪問研修希望

3 研修事業所について (※同行訪問研修希望者のみ記入してください)

研修希望地 _____ 市・町 _____ 地区 _____

特に研修を希望する事業所があれば、記載してください。ただし、そこでの研修実施を確約するものではありません。(希望事業所: _____)

小児訪問看護研修受講申込書

1 訪問看護事業所にかかる事項

事業所名	
所在地	〒
連絡先	☎ E-Mail :
管理者名	
	小児訪問看護の実施状況 () 実施していないが、今後実施したい () 現在、実施している。

2 受講希望者に係る事項

受講希望者 ①

氏名	年齢 (歳)
職種	保健師・助産師・看護師・准看護師
看護経験	看護師経験年数 年 うち訪問看護経験年数 年
研修にあたっての希望等	

受講希望者 ②

氏名	年齢 (歳)
職種	保健師・助産師・看護師・准看護師
看護経験	看護師経験年数 年 うち訪問看護経験年数 年
研修にあたっての希望等	

3 訪問看護を提供する事例について

居住・訪問先住所 (市町のみ記載) : _____ 市・町

年齢 : _____ 歳 性別 : 男児 _____ 女児 _____

傷病名、障がいの程度等 : _____

対象事例、家族の同行訪問の承諾は _____ 得ている _____ 調整中 _____