

令和 6 年度医療的ケアが必要な在宅小児等に対する支援事業(県委託事業)
研修会開催要領

1. 目的： 周産期母子医療センター等で長期の療養を要した在宅医療を必要とする小児等が、在宅において必要な医療・福祉サービス等が提供され、地域で安心して療養できるよう、福祉や教育などとも連携し、地域で在宅療養を支える体制を構築する。
2. 実施主体： 長崎県
3. 主催： 公益社団法人長崎県看護協会
4. 開催期間： 令和 6 年 8 月～令和 6 年 12 月
5. 会場： ながさき看護センター（〒854-0072 諫早市永昌町 23-6）
【吉崎市開催】長崎県吉崎病院（〒吉 811-5132 吉市郷ノ浦町東触 1626）
6. 開催方法： 会場集合による対面研修
または、ハイブリット、オンライン（Zoom）研修
7. 対象者： 病院、訪問看護、特別支援学校、保育所、福祉施設等に勤務する看護職等
医療的ケア児の看護に関心のある看護職等
8. 研修計画： 別紙参照
9. 受講料： 無料
10. 申込方法： 参加を希望する研修毎に、所定の申込書に必要事項を入力の上、メールまたは FAX 送信してください。
11. 申込締切： 各研修の開催日より 2 週間前まで
12. オンライン受講について
 - ① パソコン、またはタブレット、スマートフォン等で、1 人 1 台でご参加ください。
 - ② マイク・カメラパソコン内蔵又は外付けをご準備ください。
 - ③ Zoom アプリを使用します。事前にダウンロード、アップデートしてください。
 - ④ 研修会開催 1 週間前までに、Zoom の URL・ID/パスワードを送信します。
 - ⑤ 資料は、各自ダウンロードしご準備ください。

13. 研修会参加に係る旅費の支給について [離島地域限定]

離島地域から本土で開催する演習を伴う研修に参加する受講者へ、各離島地域から本土までの移動に係る旅費を支給します。

1) 対象者

離島が居住地又は勤務地であること。定員 10 名程度

2) 補助内容

- ① 各離島地域と本土を繋ぐ航路(フェリー、高速船、飛行機)までの往復料金を実費支給。
- ② 本土から会場までの移動に係る交通費は支給の対象外とする。

3) 申込方法

- ① 旅費支給対象となる研修に申し込む。
- ② 研修申し込みとは別に、所定の様式により事前に申請する。

[旅費支給対象となる研修会]

- ・研修 No.1 医療的ケア児のコミュニケーション支援、小児のフィジカルアセスメント、緊急時の対応、心肺蘇生(オンライン参加を除く)
- ・研修 No.4 重症心身障がい児(者)のリハビリテーション
- ・研修 No.7 小児訪問看護 同行訪問研修

4) 支給の決定

申請を受理後、研修会開催の 1 週間前に、申込者本人へ支給が決定したことを、メール及び電話で連絡する。

5) 支給方法

- ① 領収書と引き換えで、研修会当日に現金支給する。印鑑をご持参ください。
- ② 領収書の紛失や当日忘れた場合は、支給しない。

【 お申込み・お問合せ先 】

〒854-0072 諫早市永昌町 23 番 6 号

公益社団法人長崎県看護協会

担当 専務理事 余里 / 総務部 近藤

TEL:0957-49-8050 / FAX:0957-49-8056

E-mail:nna@nagasaki-nurse.or.jp

| No. | 研修名／講師 | 日時 | 開催方法・場所 | 内容・その他 |
|-----|--|--------------------------|--|--|
| 1 | ①「医療的ケア児のコミュニケーション支援」 講師 長崎県医療的ケア児支援センター 言語聴覚士 井村 弘子 氏 ②「小児のフィジカルアセスメント」 ③演習「緊急時の対応」「心肺蘇生」 講師 長崎大学病院 小児救急看護認定看護師 上野 美穂 氏 新生児集中ケア認定看護師 池上 紀子 氏 シミュレーションセンター 中山 龍彦 氏 | 8月16日(金) 10:00～15:30 | ながさき看護センター 及びオンライン配信 (Zoom) 参加方法:会場かオンラインか選択してください。 [離島地域旅費支給対象研修] | 1)①②については、オンライン配信を実施します。 2)演習③では、シミュレータを使用して実施します。 演習の受講対象者:訪問看護、学校、保育所等に勤務する看護職を優先 定員40名まで 持参する物:聴診器 |
| 2 | ①「小児訪問看護の実際」 講師 訪問看護ステーションたちばな 所長 大場 美波 氏 ②「小児の在宅医療について」 講師 みさかえの園あゆみの家 小児外科医 吉田 拓哉 氏 | 9月20日(金) 13:00～16:00 | オンライン配信 (Zoom) | ※「小児訪問看護 同行訪問研修」の参加希望の方は受講必須 |
| 3 | 「NICU等における在宅移行支援の実際」 講師 長崎医療センター 新生児集中ケア認定看護師 野口 早世 氏 | 11月5日(火) 10:00～12:30 | オンライン配信 (Zoom) | |
| 4 | 「重症心身障がい児(者)のリハビリテーション ①姿勢と運動 ②遊びと家族支援」 講師 みさかえの園あゆみの家 理学療法士 鳥瀬 義知 氏 理学療法士 杉本奈津子 氏 | 11月27日(水) 10:00～15:00 | ながさき看護センター [離島地域旅費支給対象研修] | 講義と演習があります。 動きやすい服装でご参加ください。 |
| 5 | ①「重症心身障がい児(者)の病態生理」 講師 みさかえの園あゆみの家 副施設長 岡田 雅彦 氏 ②演習「経管栄養」「口鼻腔吸引・気管吸引」 講師 みさかえの園あゆみの家 副看護部長 加茂ゆかり 氏 看護主任 松尾 翔太 氏 | 10月8日(火) 10:00～14:50 | 長崎県壱岐病院 (壱岐市郷ノ浦町東触1626) | 演習では、シミュレータを使用して実施します。 持参する物:聴診器 |
| 6 | 医療的ケア児に関わる看護職等の交流会 | 12月 または1月頃 | ながさき看護センター 及びオンライン配信 | 別途ご案内します。 |
| 7 | 見学実習「小児訪問看護 同行訪問研修」 [離島地域旅費支給対象研修] 9月～12月期間内に3～5回程度実習を行う。 Aコース:小児訪問看護を実施している事業所において、同行訪問・見学実習 Bコース:新たに小児のサービス提供を開始する事業所が、指導者より直接指導助言を受ける。 | | | ※受講要件:研修No2受講する事 別途実施要領を確認の上、お申込みが必要です。 |

令和6年度 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 申込書

【申込送付先】 公益社団法人長崎県看護協会 総務部 宛

E-mail nna@nagasaki-nurse.or.jp

FAX 0957-49-8056

【申込方法】

1. 参加を希望する研修毎にお申し込みください。【受講料 無料】
2. 申込締切は、開催日の2週間前までです。
3. 研修名、研修日を選択、他必要事項を入力し、メールに添付して送信してください。または、印刷しFAX送信してください。

申込日 年 月 日

| | | | | | | | | |
|----------------|---|---|--|---|--|-----|----|--|
| 研修名 | | | | | | | | |
| 研修日 | | 年 | | 月 | | 日 | 曜日 | |
| フリガナ | | | | | | 職 種 | | |
| 申込代表者氏名 | | | | | | | | |
| 所属施設名 | | | | | | | | |
| 所属住所 | 〒 | | | | | | | |
| ※所属がない場合は、自宅住所 | | | | | | | | |
| 所属電話番号 | | | | | | | | |
| メールアドレス | | | | | | | | |
| 参加申込者 1 | | | | | | 職種 | | |
| 参加者氏名 2 | | | | | | 職種 | | |
| 参加者氏名 3 | | | | | | 職種 | | |

【お問合せ先】

公益社団法人長崎県看護協会

総務部 近藤

〒854-0072 長崎県諫早市永昌町23番6号

TEL : 0957-49-8050 FAX : 0957-49-8056

令和 年 月 日

公益社団法人長崎県看護協会
 会長 日野出 悦子 様

所属名

現住所

TEL

メール

氏 名

印

令和6年度 医療的ケアが必要な在宅小児等に対する支援事業（県委託事業）
 研修会参加に係る旅費支給について（申請）

月 日開催の研修会参加に係る旅費（離島－本土間の移動に限る）について、
 支給していただきたく申請します。

記

| | |
|--|---|
| 1. 移動方法 （※利用する航 路に☑を入れてく ださい） | <input type="checkbox"/> 飛行機 <input type="checkbox"/> フェリー <input type="checkbox"/> ジェットフォイル <input type="checkbox"/> 高速船 航路： _____ ↔ _____ |
| 2. 日 程 | _____月_____日 ~ _____月_____日 |
| 3. 料 金 | (往復) _____ 円 (税込) |

【事務局欄】

・領収書（適格請求書発行事業者登録番号の明記されたもの）と引き換えに研修会当日、
 現金支給します。

| | |
|-----------|-----------|
| 受付 月 日 | 処理 月 日 |
| _____ | _____ |