

令和7年度小児訪問看護 同行訪問研修実施要領

1. 目 的

1. 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（以下事業所と呼ぶ）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。
2. 医療的ケア児の在宅移行を支援するために、周産期母子医療センター等に勤務する看護師の参加を促し、地域との連携推進を図る。

2. 方 法

実際の「医療的ケア児」の訪問看護の場面で、より実践的な看護提供についての研修を行う。

1) 同行訪問・見学実習

小児訪問看護を実施している事業所において、同行訪問・見学実習を行う。

2) フォローアップ研修

前述1)の見学実習を修了した事業所に所属する看護職、またはその事業所が小児の訪問看護に関する指導・相談を受けることができる。

3. 受講料 無料

4. 研修概要

1) 同行訪問・見学実習

概 要	
対 象	①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） ②周産期母子医療センターや病院等に勤務している看護職員 定員 10 名 （申込状況により、1施設あたりの受講者数を調整する。） 受講要件：「令和7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」（9/6開催）を受講すること。
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。 ②研修回数は、3～5回程度、1回の研修時間は、1時間以上とする。 ③研修日時、回数、内容等については、受講者と指導事業所との協議のうえ、決定する。 研修期間は、原則9月末から12月までに終了するものとする。
費 用 等	①謝礼：指導事業所へ3,000円（税込）／回／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。
申込方法	①研修を希望する事業所、または看護職員は、所定の申込書（様式1-A）により、看護協会へメールまたはFAX、郵送にて申し込む。 ②申込締切 令和7年8月25日（月）まで
研修の実際	①看護協会において、受講の可否、指導事業所等を決定し、事業所又は受講者へ通知（様式2）する。 ②受講決定通知を受けた事業所または受講者は、直接、指導事業所へ連絡し、実習日時や内容について協議・調整のうえ、研修計画日程表（様式3）を看護協会へ提出する。 ③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。 ④受講者は、実習終了後1週間以内に看護協会へ終了報告書（様式4）を提出する。 ⑤指導事業所は、報告書（様式5）及び請求書（様式6-A）を看護協会へ提出する。

2) フォローアップ研修

概 要	
対 象	①本研修同行訪問・見学実習を受講した事業所に所属する看護職、またはその事業所 ②令和6年度同行訪問見学実習を受講した看護職（事業所）も含む。
内 容	①新規で小児のサービス提供を開始する時や、すでにサービス提供している事例について相談、指導を受けることができる。 ②指導を受ける回数は、1事業所3回までとする。 ③指導・相談には、長崎県医療的ケア児支援センターや指導訪問看護事業所が対応する。 ※指導・相談とは、利用者宅への訪問に同行する、事業所に出向いて実施すること。 ④同行（支援・指導）する日時や、内容等については、協議の上決定する。 期間は、原則令和8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5,000円（税込）／時間を、看護協会が支払う。1日2時間／回を上限とする。但し、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。 ②交通費：依頼元と依頼先間の移動にかかる費用を本協会が負担する。但し、利用者宅までの移動費は含まない。利用者宅への訪問にかかる交通費の負担については、双方の事業所で協議し決定する。
申込方法	指導・相談を希望する際は、所定の 申込書（様式1-B） を看護協会へ提出する。
研修の実際	①希望内容に応じて、看護協会が長崎県医療的ケア児支援センターまたは指導事業所（見学実習を行った事業所）へ調整し依頼する。 ②上記調整後、本協会から受講者へメールにより通知する。通知を受けた受講者は、 直接、指導事業所へ連絡し、研修の日時等について協議・調整のうえ、研修計画日程表（様式3） を看護協会へ提出する。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。 ③受講者は、 終了後1週間以内に、看護協会へ終了報告書（様式4） を提出する。 ④指導事業所は、 報告書（様式5） 及び 請求書（様式6-B） を、看護協会へ提出する。

5. 実習における注意点

- 実習で知り得た個人情報は、取扱いには十分注意する。
- 実習期間中は体調管理に努め、感染予防対策を実施し実習に臨むこと。体調不良などで実習に参加できない場合は、速やかに指導事業所及び看護協会へ連絡する。

6. その他

- 研修終了後は、診療報酬上の複数事業所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。
- 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、研修受講者の事業所で、協議の上、決定する。

【お申込み・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 諫早市永昌町23番6号
TEL：0957-49-8050 FAX：0957-49-8056
E-mail：nna@nagasaki-nurse.or.jp

小児訪問看護研修 同行訪問・見学実習申込書

1. 訪問看護事業所にかかる事項

申込日 年 月 日

事業所名	
所在地	〒
連絡先	TEL ()
	メール
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

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. 受講要件（下記に☑をいれてください）

☐ 「令和7年度医療的ケアが必要な在宅小児等に関する支援事業研修会」（9/6開催）受講申込済み

4. 研修事業所について

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： _____ ）

5. 情報提供について（同意いただき、☑を入れてください）

☐ 上記申込内容について、指導事業所へ情報提供することに同意します。

申込日 年 月 日

氏 名	年 齢 (歳)		
職 種	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師		
病 院 名 (施設名)		部 署	
資料送付先 住 所	※勤務先か自宅のどちらかを選択してください。 ☐ 勤務先 ☐ 自宅 〒		
勤務先電話番号	TEL ()		
携帯電話	TEL ()		
メールアドレス			
看護経験	看護師経験年数 年	現部署の経験年数	年
受講動機			
研修にあたって の希望等			

□ 「令和7年度医療的ケアが必要な在宅小児等に関する支援事業研修会」(9/6開催)受講申込済み

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:)

☐ 上記申込内容について、指導事業所へ情報提供することに同意します。

小児訪問看護研修 フォローアップ研修申込書

1. 訪問看護事業所にかかる事項 申込日 年 月 日

事業所名			
所在地	〒		
連絡先	TEL		
	メール		
管理者名			
ご希望			

2. 受講希望者に係る事項

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		

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 (市町のみ記載)		
事例について	年齢 () 歳 性別 (男 ・ 女)		
傷病名 障害の程度等			
対象事例、家族へ同行訪問の承諾について (下記に☑を入れてください) ☐ 得ている ☐ 調整中 ()			

4. 受講要件 (下記のいずれかに☑をいれてください)

- ☐ 令和7年度小児訪問看護 同行訪問研修 見学実習を受講した
☐ 令和6年度小児訪問看護 同行訪問研修 見学実習を受講した

*看護協会記入欄 下記事業所が指導相談に対応いたします。 年 月 日通知

指導事業所名			
住 所	〒	電話番号	
担当者氏名			

直接電話連絡し、同行 (指導・相談) する日時、内容等協議の上、決定し、看護協会へ研修計画日程表 (様式3) を提出してください。

小児訪問看護研修計画日程表

1 受講者氏名 _____

2 所 属 _____

3 研修先（指導訪問看護事業所名）

4 研修計画

①事例の概要（年齢・性別、傷病名や障害の程度等について記載）

（ ）歳、（ 男 ・ 女 ）

（ ）歳、（ 男 ・ 女 ）

②研修計画日程表

指導事業所と協議の上、研修日時・内容を決定し、下記に記載してください。

日 時		研 修 内 容 等
1		
2		
3		
4		
5		

5 提出期限

受講者個人ごとに作成の上、研修開始1週間前（期限厳守）までに、提出してください。

【提出先】公益社団法人長崎県看護協会 総務部 近藤宛

〒854-0072 諫早市永昌町23番6号 E-mail : nna@nagasaki-nurse.or.jp

FAX : 0957-49-8056

提出日 年 月 日

小児訪問看護研修終了報告書（受講者用）

1 受講者氏名 _____

2 所 属 _____

3 研修先（指導訪問看護事業所名）

4 研修の概要

①事例の概要（年齢・性別、傷病名や障害の程度等について記載）

（ ）歳、（ 男 ・ 女 ）

（ ）歳、（ 男 ・ 女 ）

②研修の実際

研修日時	研修の概要・学び 等

4 研修の概要

③研修全体を通しての自己評価（自由記載）

- 5 今後、小児訪問看護を実施していくうえで、必要になると考えるものがあれば、記載してください。

※1～5 について報告をお願いします。実習終了後、1 週間以内に下記宛先へメールか郵送にて提出してください。

【提出先】 公益社団法人長崎県看護協会 総務部 近藤宛

〒854-0072 諫早市永昌町 23 番 6 号 E-mail : nna@nagasaki-nurse.or.jp

提出日 年 月 日

小児訪問看護研修終了報告書（指導者用）

1 指導者氏名 _____

2 所 属 _____

3 受講者氏名 _____

4 研修の概要

①事例の概要（年齢・性別、傷病名や障害の程度等について記載）

（ ）歳 （ 男 ・ 女 ）

（ ）歳 （ 男 ・ 女 ）

②研修の実際

研修日時	研修の概要

③研修全体を通しての評価（自由記載）

4 今後の小児訪問看護研修について、ご意見がありましたら、ご記入ください。

請求書

公益社団法人 長崎県看護協会
会 長 日野出 悦子 様

施設名 _____

代表者名 _____ (印)

登録番号 _____

下記のとおり、小児訪問看護研修に係る謝金を請求いたします。
支払いは、下記口座へお願いします。

内容	請求額
実習回数 () 回 × () 人 × 3,000 円 実習日時 (/ / / /)	円 (税込)

受講者氏名	受講者氏名	受講者氏名

【振り込み先口座】 _____

銀行	支店
当座	普通

口座番号 : _____

フリガナ : _____

口座名義人 : _____

※ 口座名義は、請求者名と同一のものとしてください。

請求書

公益社団法人 長崎県看護協会
会 長 日野出 悦子 様

施設名 _____

代表者名 _____ (印)

登録番号 _____

下記のとおり、小児訪問看護研修に係る謝金を請求いたします。
支払いは、下記口座へお願いします。

内 容	請求額
実習日 ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日 () 回 × () 時間 × 5,000 円 = () 円 () 回 × () 時間 × 5,000 円 = () 円	円 (税込)

受講者氏名	受講者氏名	受講者氏名

【振り込み先口座】

	銀行	支店
当座	普通	

口座番号：

フリガナ：

口座名義人：

※ 口座名義は、請求者名と同一のものとしてください。