

令和8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
医療的ケア児等に関わる看護職のための見学実習研修 実施要項

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、小児の訪問看護ができる訪問看護事業所（以下「事業所」という）の確保と看護の質の向上を図る。
- 2) 医療的ケア児の在宅療養生活を支援するために、病院と事業所等双方の見学実習・交流を通し、連携を構築する。

2. 主催 公益社団法人長崎県看護協会

3. 方法

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

1) 小児訪問看護 見学実習

(1) 同行訪問研修

小児訪問看護を実施している事業所において、同行訪問し見学実習を行う。

(2) フォローアップ研修

前述1)の同行訪問研修を修了した訪問看護事業所の看護職が、小児の訪問看護に関する指導・相談を受けることを目的に研修を行う。

2) 病院等における小児看護見学実習

県内病院の小児科病棟または重症心身障害児病棟において、見学実習を行う。

3) 交流会

4. 受講料 無料

5. 研修概要

1) 小児訪問看護 見学実習

(1) 同行訪問研修

概	要
対 象	①訪問看護事業所等に勤務している看護職 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 定員 5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8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（7月25日開催）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」という）の実際の訪問看護に同行・見学し、実際を理解する。また、カルテ等記録物やミーティング、カンファレンス、連携方法等について学ぶ。 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、8月から11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1人につき1日3,000円（税込）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 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8年7月25日（土）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する。
	②受講決定通知を受けた事業所又は受講者は、 <u>直接、指導事業所へ連絡</u> 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2） 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、 <u>実習終了後2週間以内</u> に看護協会へ 研修終了報告書（様式3） を提出する。
	⑤指導事業所は、 研修修了報告書（様式4） 及び 請求書（様式5-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本研修同行訪問研修を修了した事業所の看護職 ②令和3年度～7年度小児訪問看護 同行訪問研修を修了した看護職（事業所）も含む。
目 的 及 び 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本研修を受講することで、複数事業所による訪問看護提供体制の連携構築を図る。
	③指導を受ける回数は、1事業所3回までとする。
	④指導・相談には、長崎県医療的ケア児支援センターや指導事業所の看護職が対応する。 ※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。
	⑤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9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	申込書（様式1-B） により、看護協会へメールまたはFAX、郵送にて申し込む。
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、 <u>直接、指導事業所へ連絡</u> 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2） 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2週間以内に、看護協会へ 終了報告書（様式3） を提出する。
	④指導事業所は、 研修修了報告書（様式4） 及び 請求書（様式5-B） を看護協会へ提出する。

2) 病院等における小児看護見学実習

概 要	
対 象	①訪問看護事業所等に所属する看護職 定員 5名 <u>受講要件</u> ：令和8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（7月25日開催）を受講すること。
実習期間	令和8年8月～11月の間の3日間（連続した）
時 間	9：00～15：00（但し、実習施設との調整で変更可）
実習場所	県内病院の小児科病棟または重症心身障害児病棟
目的及び 内 容	①入院中の子どもや家族の状況を理解する。 ②小児の看護ケアや輸液管理等の実際を知る。また、退院支援に係る指導や会議の開催方法等を学ぶ。
費用等	①謝礼：実習病院へ1人につき1日3,000円（税込）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所定の <u>申込書（様式①）</u> により、看護協会へメールまたはFAX、郵送にて申し込む。 ② <u>申込締切 令和8年7月25日（土）まで</u>
受講決定	受講者の希望のもとに実習病院のマッチングを行い、受講者へ通知する。
研修の実際	①受講者は、講義終了後に、見学実習についてオリエンテーションを受ける。 ②受講者は、事前に実習先へ連絡し、自己紹介挨拶を行う。集合時間・場所及び必要物品等確認して実習に臨む。 ③当日は、個人情報の保護に関する誓約書を持参し、実習先の指導者へ提出する。実習計画に沿って実習に臨む。実習先の取り決め等がある場合は、それに従う。 ④受講者は、 <u>日々の振り返り（様式②）</u> により記録する。 <u>実習終了後2週間以内に看護協会へ終了報告書（様式③）</u> を提出する。 ⑤実習先施設は、 <u>終了報告書（様式④）</u> を看護協会へ提出する。

3) 交流会

方 法：訪問看護事業所と周産期母子医療センター等との情報共有として交流会を開催する。

対象者：小児訪問看護 見学実習や病院等における小児看護見学実習を修了した看護職

訪問看護事業所に所属する看護職

周産期母子医療センター等に所属する看護職

内 容：事例検討、意見交換

開催日：令和8年11月調整中

申込方法：別途案内

6. 見学実習研修における留意点

- 実習で知り得た個人情報の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ができない場合は、速やかに指導事業所及び看護協会へ連絡する。

【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 見学実習 同行訪問研修申込書

1. 訪問看護事業所に係る事項

申込日 年 月 日

事業所名	
所在地	〒
連絡先	TEL ()
	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

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8年度医療的ケアが必要な在宅小児等に関する支援事業(県委託事業)研修会」(7/25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、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。

小児訪問看護 見学実習 同行訪問研修申込書

1. 申込者

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。 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 〒 —		
勤務先電話番号	TEL	()	
携帯電話	TEL	()	
E-mail			
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			

2. 受講要件 (下記に☑をいれてください)

- 「令和8年度医療的ケアが必要な在宅小児等に関する支援事業(県委託事業)研修会」(7/25開催)
受講申込済み

3. 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、研修実施を確約するものではありません。(希望事業所: _____)

4. 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。

小児訪問看護 見学実習 フォローアップ研修申込書

1. 訪問看護事業所に係る事項 申込日 年 月 日

事業所名	
所在地	〒
連絡先	TEL
	E-mail
管理者名	
希望等	

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) <input type="checkbox"/> 得ている <input type="checkbox"/> 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8年度小児訪問看護 見学実習 同行訪問研修を受講した
- 令和3年度～令和7年度小児訪問看護 同行訪問研修を受講した

*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 見学実習 研修計画日程表

1 受講者氏名 _____

2 受講者所属 _____

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 見学実習 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、2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 見学実習 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 _____ ⑩

適格請求書発行事業者登録番号

下記のとおり、小児訪問看護 見学実習 同行訪問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 () 日 × () 人 × 3,000 円 実習日時 (/ / / /)	円 (税込)

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にしてください。

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)

適格請求書発行事業者登録番号

下記のとおり、小児訪問看護 見学実習 フォローアップ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	円 (税込)
② 月 日	
③ 月 日	
() 回 × () 時間 × 5,000 円 = () 円	
() 回 × () 時間 × 5,000 円 = () 円	

受講者事業所	
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にしてください。

病院等における小児看護見学実習申込書

1. 訪問看護事業所に係る事項 申込日 年 月 日

事業所名		管理者名	
所在地	〒		
連絡先	TEL		
	E-mail		
小児訪問看護の 実施状況	<input type="checkbox"/> 実施していないが、今後実施したい。 <input type="checkbox"/> 現在、実施している。		
推薦理由			

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
携帯電話	
E-mail	
受講動機	
研修目標	

3. 受講要件 (下記に☑をいれてください)

- 「令和8年度医療的ケアが必要な在宅小児等に関する支援事業(県委託事業)研修会」(7/25開催)
受講申込済み

4. 実習施設について (いずれかに○をつけてください)

希望する部署 () 小児科病棟 () 重症心身障害児病棟

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、実習施設へ情報提供することに同意します。

病院等における小児看護見学実習 日々の振り返り

令和 8年 月 日

受講者氏名 _____

見学実習の概要、気づき・感想等を記入

病棟名 _____

指導者サイン _____

[指導者へお願い]

日々の振り返りの記録を受理し署名をお願いします。実習終了後、報告書（様式④）に添付し、ご提出をお願いいたします。

病院等における小児看護見学実習 終了報告書 (受講者用)

- 1 受講者氏名 _____
- 2 受講者所属 _____
- 3 実習先 _____
- 4 研修の概要

① 実施状況

研修日時	主な看護実践の内容

4 研修の概要

② 研修全体を通しての自己評価

5 自施設での現状の課題や今後取り組みたいこと等

※1～5 について報告をお願いします。実習終了後、2 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

病院等における小児看護見学実習 終了報告書（指導者用）

1 実習施設 _____

2 指導者氏名 _____

3 受講者氏名 _____

4 研修の概要

① 実習期間

令和8年____月____日 ~ 令和8年____月____日 （____日間）

② 実習場所

_____ 病棟
その他、見学している部署や施設があればご記入ください。

5 この研修を受け入れて、良かったこと、困ったこと等ご記入ください。

6 その他、医療的ケア児に関する研修等について、ご要望ご意見があればご記入ください。

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者 _____

実習終了後、報告書と日々の振り返りと共に2週間以内に下記宛先へ返信用封筒にて郵送してください。

【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