

令和4年度小児訪問看護 同行訪問研修実施要領

【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。

【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（同行訪問研修）

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。） 必須要件：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 基礎研修」を受講すること。
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。 研修期間は、原則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、看護協会宛に申し込む。 ②申込締切 令和4年6月24日（金）
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、各施設・事業所へ通知（様式2）する。 ②受講決定通知を受けた申し込み事業所、または受講者本人が、直接、指導事業所へ連絡し、実習日時や内容について協議・調整する。 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研修申し込み事業所は、実習終了後1週間以内に看護協会宛に終了報告書（様式4）を提出する。 ⑤指導事業所は、報告書（様式5）、請求書（様式6-A）を看護協会宛に提出する。

● Bコース（指導助言）

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 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「小児訪問看護基礎研修」を受講する。ただし、小児訪問看護の経験があれば、免除する。
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。 研修期間は、原則令和5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 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申込締切 随時受付～令和4年11月末まで
研修の実際	①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について研修申し込み事業所へ通知（様式2）する。 ②研修申し込み事業所が、直接、指導事業所へ連絡し、研修の日時等の詳細を協議する。 ③研修申し込み事業所は、上記②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。 ④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。 ⑤研修受講者は、終了後1週間以内に、看護協会宛に終了報告書（様式4）を提出する。 ⑥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、看護協会宛に提出する。

【お申込・お問合せ先】

公益社団法人長崎県看護協会 総務部
〒854-0072 諫早市永昌町23番6号
TEL：0957-49-8050 FAX：0957-49-8056
E-mail：soumu@nagasaki-nurse.or.jp

【実習における注意点】

- 実習で知り得た個人情報、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。体調不良がある場合は、速やかに所属事業所及び指導事業所へ報告する。

【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。

- 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。

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。

小児訪問看護研修 A コース受講申込書

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

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	

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
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)

研修「小児訪問看護 基礎研修」を受講申込みしている。

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: _____)

小児訪問看護研修 A コース受講申込書

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		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	()
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			

2. 受講要件 (下記に☑をいれてください)

 研修「小児訪問看護 基礎研修」を受講申込みしている。

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、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 Bコース受講申込書

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. 受講要件 (下記のいずれかに☑をいれてください)

- 研修「小児訪問看護 基礎研修」を受講している。又は受講申込みしている。
 小児訪問看護の経験がある。

4. 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) _____

様

公益社団法人長崎県看護協会
会長 西村 伊知恵

小児訪問看護 同行訪問研修の受講決定について

このことについて、下記のとおり、決定しましたので、通知します。

記

1 受講 可 受講者氏名 _____氏

別添実施要領に沿って、指導事業所への連絡及び所定の書類の提出をお願いします。

- 1) 研修開始前（1週間前まで） 様式3「研修計画日程表」
この通知を受け取った後、下記指導事業所へご連絡いただき、研修の詳細な日時、内容等の打ち合わせを行ってください。その結果を、様式3により、提出してください。
- 2) 実習期間中
 - ①受講者は、下記書類を指導事業所へ提出してください。
 - ・個人情報保護に関する誓約書
 - ・体調等チェック表
 - ②実習の中断や実習に関連して疑義が発生した場合は、長崎県看護協会へ連絡してください。
- 3) 研修終了後（終了後 1週間以内） 様式4（終了報告書）

※様式は、長崎県看護協会ホームページからダウンロードできます。

2 指導訪問看護事業所

事業所名：_____

住 所：〒_____

電話番号：_____

指 導 者：_____

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 23-6
TEL : 0957-49-8050 FAX : 0957-49-8056
E-mail : kaihatsu@nagasaki-nurse.or.jp

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 ）

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。

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 ）

②研修の実際

研修日時	研修の概要・学び 等

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。

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 ）

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 西村 伊知恵 様

施設名 _____

代表者名 _____ 印

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

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 西村 伊知恵 様

施設名 _____

代表者名 _____ 印

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 × 5,000 円 × 2 時間 実習日時 (/ / / / /)	円

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にしてください。