

I. 看護学生等 一日職場体験 実施ガイド (下記をよくお読みの上、ご対応ください)



1) 体験前の確認事項 :

- ① 体験希望の学生等から、体験前 14 日から 5 日 (土日祝は除く) までの間に、ステーション管理者/担当者へ電話による連絡があります。学生等自身で、Web 予約システムにて日程を確認済みですが、管理者 (もしくは、ご担当者様) にて以下の点を改めて確認して下さい。

<管理者 (もしくは担当者) にて学生等にご確認いただく事項>

- 体験日程(こちらから提示している日程と一致しているか確認してください)
- 集合時間(開始終了時刻は貴社のご都合で設定ください。概ね 9:00~12:00, 13:30~15:30 の内の 2 時間程度 昼食無)
- 集合場所(ステーションへのアクセスについて、公共交通機関、最寄り駅など)
- 服装、持ち物
- その他(事前に伝えることがあれば、お伝えください。)

- ② 協会担当者より、事前に【体験者リスト】をメールにてお知らせいたします。

注意：体験リストのご案内前に体験者からご連絡がある場合が想定されます。メールでのリスト案内後に当協会から貴ステーションへ電話連絡させていただきますので、不一致がございましたら、お伝えください。又はお電話でご連絡ください。

2) 職場体験当日の流れ : ①~④の流れとなります。

- ①**健康チェックリスト・事前記入シート (体験者持参分) の受け取り** : 学生等から「健康チェックリスト」「事前記入シート」を受け取り、体験者の情報を把握してください。(学生等配布資料のサンプルは末尾をご参照ください。)
- ②**守秘義務等の誓約** : 看護学生等に守秘義務について説明し、誓約書に適宜署名いただく。(事業所で既定のものがない場合は、本ガイド p.3 に添付の「実習に伴う守秘義務に関する誓約書」をコピーしてご活用ください。)
- ③**体験開始** : 当日の担当スタッフ (経験のあるスタッフ or 管理者) にて一日職場体験を開始します。体験内容は以下の通りですが、状況に応じて一部変更は可能です。なお、実施時間は 2 時間 (午前か午後、昼食無し) 程度で、利用者宅への訪問は行いません。

- (1) ステーション内およびカンファレンスの見学 (約 30 分)
- (2) 訪問看護師 1 名程度によるミニレクチャー (約 60 分) (訪問看護の基本的な概要に加え、体験を踏まえた訪問看護師の魅力や仕事内容や、カバンの中身、代表事例 1 例程度の紹介をする。)
- (3) 参加者からの質問とディスカッション (約 30 分) (事前に参加者が事前シートに記載している質問を基にディスカッションする。)
- (4) まとめ (当協会の新卒訪問看護師育成プログラムの紹介などいただけますと幸いです。協会ホームページに掲載のプログラム <https://daihoukan.or.jp/shinsotu/> やメールに添付の PDF 「スタートプログラム概要版」もご活用ください。)

- ④**体験終了の報告** : 下記のリンク (もしくは QR コード) からフォームにアクセスし、終了したことをご報告ください。(1 学生 1 回です。複数名お受入れの場合、複数回のご入力をお願いします。)

可能な限り、受け入れ当日に入力して下さい(遅れる場合も 3 日以内)。

<学生受け入れ完了報告用の入力フォーム>

【重要】謝金お支払いに用いますので、必ずお忘れなくご入力下さい。
下記のリンクか、右の QR コードを読み取り、入力して下さい。

URL <https://forms.gle/euhwdL8vhPyR1SEp8>



- ⑤**当事業についてのアンケート** : 10 月頃に、事業についてのアンケートをお願いする予定です。あらためてご連絡致しますので、ご協力をよろしくお願い致します。

3) 報告書の提出と謝金のお受け取り:

上記④の体験終了報告後、謝金を協会よりお支払いいたします。
(謝金：学生1名につき5,000円)

II. 実施上の留意事項など:

1) 感染防止に係る留意事項:

- ① 参加者(学生等)は体験7日前から体験当日まで健康チェックリスト(検温および症状の有無、家族内の熱発等の発生などの有無)をチェックし、該当項目がないことを前提に参加する。
- ② 体験日は、ステーション担当者および参加者はともに、マスクの着用や手指消毒を徹底し、ソーシャルディスタンス、定期的な換気の上、体験することとする。
体験日は、昼食などの飲食は行わない。また、利用者宅の訪問は行わない。
- ③ 府や行政より緊急事態宣言などの発令がある場合、もしくは、感染拡大状況が深刻になっている場合は、体験中止する場合がある。(当協会にてご連絡しますが、貴社における方針やご判断がある場合は、ご相談くださいませ。)

2) 体験中の事故等について:

体験中の事故等は看護学生等個人の責任となりますが、くれぐれも事故には注意してください。
(学生にその旨は当協会より説明し、1デイ保険の加入を推奨しています。)

3) 守秘義務について:

前項に記載の通り、学生等の守秘義務についてはご説明の上、誓約書を用いて、署名いただくようお願いいたします(用紙は事業所の規定のものでも可です)。

4) 台風などの対応について:

台風時の対応については、下記をご参考下さい。その他の災害発生時においては、無理な実施は行わず、学生等へ実習中止の連絡をお願いいたします。

1. 台風時の「一日職場体験」中止基準:

体験日、午前7時時点で、台風に伴う警報もしくは特別警報(暴風・大雨・洪水のいずれか1つでも)が発令されている場合は中止となります。

2. ステーション管理者様(ご担当者様)へのお願い:

- ・上記の中止基準に該当する場合、当日体験予定の看護学生等へ中止のご連絡をステーション様からお願いします。
- ・振替日の調整はステーションにて対応可能な場合は学生等と相談の上、調整をお願いします。状況によっては、貴所の判断で実施中止として下さい。日程変更の場合は、当協会までメールかお電話にてご一報ください。

5) 謝金お支払いの基準について:

謝金お支払い基準は、「①体験日に参加者が実習を行った(体調不良で途中終了した場合を含む)」「②体験終了の報告をいただいた」事業所となります。なお、体験研修申し込み者へは、キャンセル不可と説明していますが、学生の都合等でやむを得ずキャンセルとなった場合は、謝金支払い対象となりませんので、あらかじめご了承ください(研修日の3日～当日のキャンセルとなった場合は除く)。

<本事業に関する問い合わせ先>

一般社団法人大阪府訪問看護ステーション協会 【担当:山内】

〒542-0012 大阪府中央区谷町6-4-8 新空堀ビル205

メール:stapro@daihoukan.or.jp 電話:06-6767-3800

実習に伴う守秘義務に関する誓約書

訪問看護ステーション 管理者様

私は、「2023年度 インターンシップ事業」の実習にて、下記の事項を守ることを誓います。

1. 実習中に知り得た個人に関する情報は、関係者以外には口外しません。
また実習上必要な場合以外では口外しません。本研修終了後も口外しません。
2. 不用意に療養者の診断・治療に関する情報を本人およびその家族に告げません。
3. 実習に関与しない療養者・家族に情報を興味本位に収集しません。
4. 記録用紙などへ療養者の情報を記録する際には、療養者氏名を第三者が特定できないよう、注意を払います。
5. 公共の場（電車などの公共機関の中）で、療養者の情報にまつわることを話しません。
また公共の場では実習記録は一切書きません。
6. 療養者の情報が書かれているステーション内で作成された資料・用紙は、ステーションから一切持ち出しません。万が一、持ち出しが必要な場合は、ステーションの責任者に相談します。
7. 記録物の置き忘れや紛失などしないよう十分気を付けます。
8. 実習中に使用したメモ用紙は、実習終了後、速やかにシュレッダーにかけて処分します。
9. 実習の記録用紙の保存に十分注意します。不要になった際には、シュレッダーにかけるか、細く切って廃棄します。また、各自のコンピューターに入力した情報は速やかに消去します。
10. 実習に関する撮影・録音・SNS への投稿等、個人情報の保護に違反する行為はしません。

年 月 日

氏名（自署）_____

一日職場体験実施の手引き（学生等用）



I. 実施手順：以下の手順に沿って、ご参加いただきます。

① 体験ステーションの選択と決定：

当協会ホームページより、申込み基本入力と Web 申込みシステムより体験日程日の予約を行ってください。予約カレンダーより、定員数と申込数を確認した上で、希望のステーションと日程を1カ所選択してください。予約完了後、自動返信メールをもって決定通知といたしますので内容をご確認下さい。自動返信がない場合は、予約が完了していない可能性がありますので、迷惑メールに届いていないか確認した上で、再度ご入力下さい。
★希望日程等のマッチングができない場合は、体験を諦めずに電話にてご相談ください。

② 学生等様より、受け入れステーション管理者への電話連絡とご挨拶：

① の予約完了後、体験前**14日から5日(土日祝除く)までの間**に、下記の点を確認するため、体験ステーションへお電話をお願いします。

<参加学生等様にて体験ステーションに伝えること、確認すること>

最初に「看護学生の一日職場体験を予約している（学校名）の（ご氏名）です。」と、ご挨拶下さい。

- ご所属名、氏名、体験日
- ステーションまでのアクセス(最寄り駅や、公共交通機関、道順など)
- 当日の集合時間と場所
- 服装、その他の持参物品の確認
- 緊急連絡先(ご自身の携帯番号を必ずお伝えください)

③ 決定後の変更・キャンセル：

受け入れステーションの決定後の変更・キャンセルはやむを得ない場合を除き、対応しかねますので、ご了承下さい

④ 検温の実施と健康チェックリストの記入：

体験日からさかのぼって1週間前から、体温測定と【健康チェックリスト】への記入をお願いします。当日、体験ステーションの管理者（担当者）に渡してください。

⑤ 参加事前記入シートの記入：

体験日までに【事前記入シート】を記入し、1部コピーし、当日、体験ステーションの管理者（担当者）に渡してください。（ディスカッション時の参考資料とします）

⑥ 参加事前動画視聴：

「のぞいてみたい！訪問看護の世界！」

就職に悩む看護学生が訪問看護師の世界に触れる旅。

動画リンク <https://youtu.be/Y4NohROA8dM> (YouTube)

リンクをクリック
か、QRコードを
お読みとりください



⑦ 一日職場体験への参加：

当日の集合時間や服装、持参物品などは②で確認しておいてください。

⑧ 体験報告書の記入と提出：

体験後は、体験終了後の報告書をご入力ください。
体験後、当日中に必ずご入力し、送信ください。

報告書リンク <https://forms.gle/pphKmuskiVoEfERm7>

リンクをクリック
か、QRコードを
お読みとりください



II. 体験にあたっての注意すること（必ずお読みください！）

【感染防止・体調管理にあたっての留意点】

- ① 参加者は体験7日前から体験当日まで【健康チェックリスト】をチェックし、該当項目がないことを前提に参加してください。
- ② 体験日は、マスクの着用と手指消毒を徹底してください。
- ③ ソーシャルディスタンスを保って体験してください。
- ④ 体験日は、飲食は行いません。また、利用者宅への訪問は行いません。
- ⑤ 感染拡大状況によっては、体験を中止いただく場合があります。

【その他の注意事項】

- ① 参加キャンセル、欠席について：
体験のキャンセル（日程変更含む）や欠席は、やむを得ない理由を除いてはお控え下さい。
また、やむを得ず、キャンセルや欠席をされる場合は、**参加者**から【体験先ステーション】と【当協会】へ必ず連絡を入れるようお願いいたします。
※Web 申込みシステムからのキャンセルは、できませんので必ず連絡をして下さい。
- ② 台風や災害時の対応について：
警報レベルの台風や災害、公共交通機関の休止などの場合は、体験ステーションへ連絡の上、無理に参加はされませんようお願いいたします。
c c v
- ③ 保険加入について：
体験中の事故は、個人の責任になりますのでくれぐれもご注意ください。事故対応が可能な保険への加入を推奨します。
〔参考〕：三井住友海上「1 day レジャー保険」（500円）
<http://ehokenstore.com/1dayleisure/>
→ 体験日の移動中や現場でのご自身の怪我が保障対象となります。）
- ④ 服装（靴を含む）やマナーについて：
服装は必ず、体験前のお電話で確認してください。また、体験日は、ステーションでのマナーについても十分留意してご参加ください。

<問合せ先> 一般社団法人 大阪府訪問看護ステーション協会
〒542-0012 大阪市中央区谷町 6-4-8 新空堀ビル 205
メール：stapro@daihoukan.or.jp 電話：06-6767-3800
(お気軽にご連絡ください)
事務局担当：山内

健康チェックリスト（体験前・当日）

体験日 年 月 日

学校名・氏名 _____

実習ステーション名 _____

この用紙は、体験前7日間と当日の体調をお伺いするための問診票です。体験前に記入し、体験日に責任者へお渡してください。

新型コロナウイルス感染症について、感染者や濃厚接触者の外出の自粛要請は無くなりますが、5類移行後も発熱してるなど症状のある場合には、周りの人に感染を広げないように療養することが望ましいとされています。よって感染拡大防止の観点から、症状のある場合は、体験をお控えいただきますようご協力ください。

なお、この問診票の結果で体験ができない場合がありますのでご了承下さい。

感染防止のためにご協力をお願い致します。

1 体験前7日間と当日の体温測定を行い、下記の症状の有無について☑をつけて下さい。

下記のチェック内で、症状がある場合は、当協会へご連絡下さい。

体験	月/日	朝 体 温 (°C)	呼 吸 器 症 状 (咳・鼻水・咽 頭痛等)	味 覚 障 害 ・ 嗅 覚 障 害	消 化 器 症 状 (嘔 吐 ・ 下 痢)	全 身 倦 怠 感
7日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
6日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
1日前	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
体験日	/		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

2 あなたの同居家族等で、感染症症状の有無について☐に☑をつけて下さい。

ない

ある いつから： _____ どなた： _____

訪問看護師 一日職場体験

参加者 事前記入シート

★参加者は、職場体験の前に本紙を記入し、コピーを1部、ステーション担当者に提出してください

(ステーション担当者様へ：本紙をお受け取りの後、体験の参考資料としてご活用ください。

ステーション協会への提出は不要ですので、体験後は、各ステーションで破棄をお願いします)

氏名	ふりがな	年齢	1. 18-29 歳 2. 30-39 歳 3. 40-49 歳 4. 50 歳～
学校名	学年 年生		
体験施設名	体験日	年 月 日	
以下の当てはまる方に○をつけてください。 1) 在宅看護の授業を受けたことが【 ある ・ ない 】 2) 訪問看護ステーションの実習を受けたことが【 ある ・ ない 】 3) 病院実習を受けたことが【 ある ・ ない 】			
訪問看護師の仕事のイメージをお書き下さい。			
一日職場体験の参加の目的（動機）をおしえてください。			
訪問看護師に聞きたい質問を箇条書きで記入してください。（できるだけ具体的に書いてください。）			
その他、体験ステーションに知らせておきたいことがあれば、お書きください。			

※未就業者の方は、学校名は不要です。