

鳥取県地域医療介護総合確保基金
「在宅医療推進のための看護師育成支援事業」

令和7年度

在宅医療推進のための看護師育成プログラム
T-HOC (Tottori-Home Oriented Care) ナース育成プログラム

I 在宅生活志向をもつ看護師育成コース
実践コース
実習要項

鳥取大学医学部附属病院 医療スタッフ研修センター
在宅医療推進支援室 (T-HOC)

令和7年3月3日現在

実習要項

	ページ
◇訪問看護ステーション実習について	1～8
◇地域包括支援センター実習について.....	9～12
◇訪問診療同行実習について	13～16
◇退院支援実習について	17
◇訪問看護ステーション実習レポート作成について	18～19

※注意事項（各実習共通）

●個人情報の取り扱い

利用者の個人情報及び実習先で知り得た情報について、漏えいしないこと。
実習記録には、利用者が特定されないように、個人名など表記せずに記載する。

●実習先への交通手段

駐車場には限りがあるため、できるかぎり公共交通機関を利用してください。
実習先によっては駐車料が発生する場合がありますので、確認してください。
また、実習中の移動は、管理者からの指示に従ってください。

●災害等の緊急時の場合

- ☆ステーション管理者の指示に従って行動してください。（実習の中断、帰宅方法等）
- ☆自分の身の安全を確保してください。
- ☆実習時間や日程に変更があれば、必ず T-HOC 支援室に連絡をしてください。

●やむを得ない事情での欠席・遅刻・早退の場合

☆やむを得ない事情で欠席・遅刻・早退をする場合は、必ず実習先施設と T-HOC 支援室へ連絡をしてください。欠席の場合は改めて実習日を調整いたします。

●実習用ユニフォーム等について

ユニフォーム・名札・消耗品（手袋・マスク・手指消毒スプレー等）は、支援室でご用意いたします。

●訪問看護ステーション実習●

＜ねらい＞

家族を含めた利用者に対し専門的知識と個別性をふまえた支援の展開を知る。
訪問看護師として多職種と協働する必要性や役割を理解できる。

＜期間＞ 令和7年7月～12月の期間で5日間

1. 実習施設 原則：1施設 ※希望により2施設での実習可能

受講生の勤務等を考慮し、T-HOC 支援室が指定する訪問看護ステーション（P.7～8 参照）で実習を行います。

2. 実習時間 原則 8：30～17：00 但し、管理者の指示に従い適宜調整すること。

3. 服装・持ち物

- ＜服装＞ 本事業で指定されたユニフォームを着用する事。(支援室で用意します)
ズボンは華美でなく動きやすいものを各自で用意する。
スニーカー、靴下着用で実習を行う。
- ＜持ち物＞ ・名札、マスク、手袋、手指消毒スプレー（支援室で用意します）
・弁当、飲み物（各自で用意してください）
・実習先より指示されたもの

4. 訪問看護ステーション実習に関する提出書類

- ①誓約書（事前提出）※自署
 - ②様式 A-1.実習の目標（事前提出）
 - ③様式 A-2.実習記録用紙
 - ④様式 A-3.実習の振り返り
- ※①（PDF）、②～④（Word/PDF）は、ホームページからダウンロードできます。

《スケジュール》

時期	内容	実習先への提出書類（原本）
実習開始 2週間前	<p>事前の挨拶（電話）</p> <p>実習施設の管理者へ実習生であることを伝え、駐車場の利用方法、出勤時間、持ち物、事前提出書類の提出方法(FAX・持参等)について確認してください。 (業務の妨げにならないよう注意すること)</p>	<p>『誓約書』※</p> <p>『様式 A-1 : 実習の目標』※</p>
実習当日	<p>実習/記録</p> <p>『様式 A-2 : 実習記録用紙』を毎回記載</p>	<p>『様式 A-2 : 実習記録用紙』※</p>
実習最終日	<p>実習後カンファレンス</p> <p>実習先の訪問看護ステーションにて、ステーション管理者及び T-HOC 支援室のスタッフと共に行います。 (カンファレンスの時間は T-HOC とステーション管理者で調整)</p>	
実習終了後	<p>実習レポートの作成</p> <p>T-HOC 支援室へ記録物を提出（実習先へ提出後） (提出方法：持参、メール、FAX等可)</p> <p>『様式 A-1 : 実習の目標』 『様式 A-2 : 実習記録用紙』（全実習分）及び 『様式 A-3 : 実習の振り返り』 『誓約書』</p> <p>* 実習施設が 2 施設の場合は、<u>施設ごとにすべての記録用紙を提出</u>してください</p>	<p>『様式 A-2 : 実習記録用紙』※</p> <p>『様式 A-3 : 実習の振り返り』※</p>

※提出方法等(FAX・持参・郵送など)については実習先に確認してください。尚、必ず控えを1部保管しておいてください。

記入例

殿

※実習先施設の担当者に確認の上、
記入してください。
この誓約書は各実習共通の様式です。
実習を行う施設には必ず提出してください。

誓 約 書

私は、貴施設で訪問実習を行うにあたって、看護師としての職務・倫理により、実習することを誓約いたします。

実習中に知り得た情報の取り扱いについては、管理者に報告し、また実習中・終了後に関わらず、内容を漏えいしないことを誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

この誓約書は実習先へ提出してください。
なお、**日付は必ず記入し、実習開始日より前の日付を記入**すること。
2施設で実習される方は、各施設に提出してください

様式 A-1

記入例

訪問看護ステーション実習の目標（事前提出）

令和 年 月 日

「実習先の施設名」を記入し
てください

御中

氏名： _____

現在課題に思っていること（在宅支援における看護師の立場から）

訪問看護ステーション実習で学びたいこと

この実習の目標（事前提出）は2週間前に実習先へ原本を提出してください。
コピーを1部、保管してください。
2施設で実習される方は、2施設に提出してください。

様式 A-2

実習 5 日間で何日目の記録か記入してください。【実習：3 日目 / 5 日間】

記入例

訪問看護ステーション実習記録用紙

実習日：令和 年 月 日 () 【実習： 日目 / 5 日間】

実習施設： _____ 氏名： _____

【今日の目標】

実習での体験を整理しましょう。
(訪問看護内容や学び、心に残った場面や家族の様子など)

この実習記録用紙は実習終了後に**実習先へ原本を提出**してください。
コピーを 1 部、保管してください。
2 施設で実習される方は、2 施設に提出してください。

様式 A-3

記入例

訪問看護ステーション実習の振り返り

実習日：()

実習施設名 _____ 名前： _____

事前提出で学びたかった訪問看護ステーション実習で学んだこと

実習に行った日を全て記入してください
例：8/1～8/3,8/25,9/2 など

今後の看護活動で活かせること

この実習の振り返りは**実習先へ原本を提出**してください。
コピーを1部、保管してください。
2施設で実習される方は、2施設に提出してください。

☆実習に対する満足度： /100

R7年度 訪問看護ステーション実習受入先リスト（予定）

訪問看護ステーション名		〒住所	担当者名
		電話番号 / FAX	受付時間
東部	鳥取県看護協会訪問看護ステーション	680-0901 鳥取市江津 318-1 ☎0857-21-3322 ☎21-3346	所長 谷口 恵子 9:00~17:00
	智頭病院訪問看護ステーション	689-1402 八頭郡智頭町智頭 1875 ☎0858-75-3881 ☎75-3636	管理者 中田 小百合 8:15~17:00
	岩美町訪問看護ステーション	681-0003 岩美郡岩美町浦富 1029-2 (岩美すこやかセンター内) ☎0857-37-5105 ☎73-0028	管理者 濱田 裕美 8:30~17:15
中部	訪問看護リハビリステーションのじま	682-0863 倉吉市瀬崎町 2714-1 ☎0858-23-7104 ☎23-7122	所長 野儀 操香 8:30~17:30
	訪問看護リハビリステーションくらよし	682-0023 倉吉市山根 43-1 ☎0858-26-1904 ☎26-2112	管理者 松本 由美子 8:30~17:30
	訪問看護ステーションひまわり	682-0804 倉吉市東昭和町 131-1 ☎0858-47-0012 ☎24-5654	管理者 福田 紗緒里 9:00~17:30
	訪問看護ステーション大栄	689-2205 東伯郡北栄町瀬戸 53-2 ☎0858-37-5335 ☎37-5343	管理者 吉川 朋美 8:30~17:30
	訪問看護ステーションせいわ	682-0021 倉吉市上井 303-2 ☎0858-26-9871 ☎0858-27-1987	管理者 桑野 麻衣子
西部	訪問看護ステーション博愛	683-0853 米子市両三柳 1880 ☎0859-24-8119 ☎24-8120	看護師長 渡部 明代 8:45~17:15
	すまいる訪問看護リハビリステーション	683-0853 米子市両三柳 693-3 ☎0859-36-8030 ☎36-8031	所長 坪倉 真由 8:30~17:30
	訪問看護ステーションネットケア	683-0852 米子市河崎 555-2 ☎0859-24-6777 ☎24-3077	所長 角田 直子 9:00~18:00
	訪問看護ステーションなんぶ幸朋苑	683-0021 米子市石井 1238 ☎0859-26-5577 ☎26-5587	主任看護師 武良 恵美子 8:30~17:30
	訪問看護ステーション米子東	689-3425 米子市淀江町佐陀 2169 ☎0859-30-3370 ☎30-3371	管理者 松本 知子 13:00~17:00

【お願い】 実習前に連絡をする際、業務の妨げにならないよう配慮してください。

R7年度 訪問看護ステーション実習受入先リスト（予定）

訪問看護ステーション名	〒住所	担当者名	
	電話番号 / FAX	受付時間	
西部	まごころ訪問看護ステーション	683-0002 米子市皆生新田1丁目7-41 ☎0859-22-8262 ☎21-0152	所長 多口 美佐子 8:30~17:30
	ぱぶりか訪問看護ステーション	683-0011 米子市福市1685-9	管理者 倉本 純子
		☎0859-21-1062 ☎21-1063	8:30~17:30
	訪問看護ステーションほんわか	683-0041 米子市茶町25 ☎0859-21-7531 ☎21-7532	管理者 伯田 直江
	鳥取県済生会訪問看護ステーション白鷗	684-0061 境港市米川町44 ☎0859-42-3163 ☎42-3155	管理者 木村 裕美 8:30~17:15
	はまなす訪問看護ステーション	689-3114 西伯郡大山町田中1383 ☎0858-58-6161 ☎58-2175	管理者 村上 幸奈 8:30~17:30
	南部町訪問看護ステーション	683-0323 西伯郡南部町倭397 ☎0859-66-2211 ☎ 不可	所長 高田 久美 8:30~17:15
日野病院組合 訪問看護ステーションすまいる	689-4504 日野郡日野町野田332 ☎0859-72-2706 ☎72-2707	管理者 安達 節子 8:30~17:00	

【お願い】 実習前に連絡をする際、業務の妨げにならないよう配慮してください。

●地域包括支援センター実習●

＜ねらい＞

病院看護師が地域包括ケアシステムの中で地域包括支援センターが実際に行っている地域住民への働きかけを知る。
家族を含めた利用者に対し専門的知識と個別性を踏まえた支援の展開を知る。

＜期間＞ 令和7年7月～12月の期間で 1日

＜内容＞

1. 実習施設 T-HOC 支援室が指定する地域包括支援センター(P.10参照)で行います。

2. 実習時間 原則 8:30～17:00 但し、管理者の指示に従い適宜調整すること。

3. 服装・持ち物等

＜服装＞ 実習先から指示された服装（華美でなく動きやすい服装）、スニーカー、靴下着用で実習を行う。
（T-HOC ユニフォームでも可）

＜持ち物＞ ・名札、マスク、手袋、手指消毒スプレー（支援室で用意します）
・弁当、飲み物（各自で用意してください）
・その他（実習先より指示されたもの）

4. 地域包括支援センター実習に関する提出書類

- ①誓約書（事前提出）※自署
 - ②様式 B-1：地域包括支援センター管轄地域の様子について（事前提出）
 - ③様式 B-2：地域包括支援センター実習記録用紙
- ※①（PDF）、②・③（Word/PDF）は、ホームページからダウンロードできます。

《スケジュール》

時期	内容	実習先への提出書類（原本）
実習開始 2週間前	事前の挨拶（電話） 実習施設の管理者へ実習生であることを伝え、駐車場の利用方法、出勤時間、服装、持ち物、事前提出書類の提出方法等について確認してください。 （業務の妨げにならないよう注意すること）	『誓約書』※ 『様式 B-1：地域包括支援センター管轄地域の様子について』※
実習当時	実習/記録 『様式 B-2：地域包括支援センター実習記録用紙』の記載	『様式 B-2：地域包括支援センター実習記録用紙』
実習終了後	T-HOC 支援室へ記録物を提出（実習先へ提出後） （提出方法：持参、メール、FAX等可） 『様式 B-1：地域包括支援センター管轄地域の様子について』 『様式 B-2：地域包括支援センター実習記録用紙』 『誓約書』	

※提出方法(持参・郵送・FAX など)については実習先に確認してください。尚、必ず控えを1部保管しておいてください。

R7年度 地域包括支援センター実習受入先リスト（予定）

地域包括支援センター名		〒住所	担当者名
		電話番号 / FAX	受付時間
東部	鳥取市東部地域包括支援センター	680-0136 鳥取市国府町糸谷 15-1 番地	保健師 今田 朋子 8:30~17:15
		☎0857-50-0280 ☎50-0282	
中部	明倫・小鴨地域包括支援センター	682-0863 倉吉市瀬崎町 2714-1	管理者 長屋 里美 8:30~17:30
		☎0858-23-7106 ☎23-7122	
	マグノリア地域包括支援センター	682-0022 倉吉市上井町 1丁目 2-1	管理者 榎田 由紀 8:30~17:30
		☎0858-26-3922 ☎0858-26-3923	
西部	米子市尚徳地域包括支援センター	683-0014 鳥取県米子市永江 562 (コミュニティセンターりん RIN 内)	所長 伊藤 道美 8:30~17:30
		☎0859-26-6588 ☎36-8876	
	ふれあいの里地域包括支援センター	683-0811 米子市錦町 1丁目 139-3	センター長 船木 敏江 8:30~17:15
	境港市地域包括支援センター	684-0033 境港市上道町 3000	所長 竹内 真理子 8:30~17:15
		☎0859-47-1131 ☎44-2120	

【お願い】 実習前に連絡をする際、業務の妨げにならないよう配慮してください。

様式 B-1

記入例

地域包括支援センター管轄地域の様子について事前学習（事前提出）

「実習先の施設名」を記入してください

令和 年 月 日

御中

氏名： _____

地域包括支援センター実習で学びたいこと

この実習の目標（事前提出）は2週間前に実習先へ原本を提出してください。
コピーを1部、保管してください。

様式 B-2

記入例

地域包括支援センター実習記録

実習日：令和 年 月 日（ ）

実習施設： _____

氏名： _____

地域包括支援センター実習で学んだこと
(地域における役割や支援、連携など事前課題の内容をふまえて)

今後の看護師活動で活かせること

この実習記録は**実習先へ原本を提出**してください。
コピーを1部、保管してください。

●訪問診療同行実習●

≪目的≫

病院看護師が、在宅療養者の生活を支援する一つである訪問診療の実際を知る。

≪期間≫ 令和7年7月～12月の期間で **1日**

≪内容≫

1. 実習施設 T-HOC支援室が指定する在宅療養診療所（P.14 参照）で行う。

2. 実習時間 原則 8：30～17：00 とするが、管理者の指示に従い適宜調整すること

3. 服装・備品について

＜服装＞ 本事業で指定されたユニフォームを着用する事。(支援室で用意します)

ズボンは華美でなく動きやすいものを各自で用意する。

スニーカー、靴下着用で実習を行う。

＜持ち物＞ ・名札、マスク、手袋、手指消毒スプレー（支援室で用意します）

・弁当、飲み物（各自で用意してください）

・その他（実習先より指示されたもの）

4. 訪問診療同行実習に関する提出書類

①誓約書（事前提出）※自署

②様式 C-1：訪問診療同行実習の目標（事前提出）

③様式 C-2：訪問診療同行実習記録用紙

※①（PDF）、②・③（Word/PDF）は、ホームページからダウンロードできます。

《スケジュール》

時期	内容	実習先への提出書類（原本）
実習開始 2週間前	<p>事前の挨拶（電話）</p> <p>実習施設の管理者へ実習生であることを伝え、駐車場の利用方法、出勤時間、持ち物、事前提出書類の提出方法等について確認してください。</p> <p>（業務の妨げにならないよう注意すること）</p>	<p>『誓約書』※</p> <p>『様式 C-1：訪問診療同行実習の目標』※</p>
実習当日	<p>実習/記録</p> <p>『様式 C-2：訪問診療同行実習記録用紙』の記載</p>	<p>『様式 C-2：訪問診療同行実習記録用紙』※</p>
実習終了後	<p>T-HOC 支援室へ記録物を提出（実習先へ提出後）</p> <p>（提出方法はメール、持参、FAX、等可）</p> <p>『誓約書』</p> <p>『様式 B-1：地域包括支援センター管轄地域の様子について』</p> <p>『様式 B-2：地域包括支援センター実習記録用紙』</p>	

※提出方法(FAX・持参など)については実習先に確認してください。また必ず控えを1部保管しておいてください

R7年度 訪問診療同行実習受入先リスト（予定）

在宅療養診療所名		〒住所	担当者名
		電話番号 / FAX	
倉吉市	*のぐち内科クリニック	682-0022 倉吉市上井町1丁目8-5	看護師長 坂出 純子 <small>まかで じゆんこ</small>
		☎0858-24-6101 ☎24-6103	
米子市	ひだまりクリニック	683-0008 米子市車尾南1丁目12-41	院長 前田 晃央
	在宅ケアクリニック米子	683-0804 米子市米原6丁目6番6号	管理者 山田 まゆか
		☎0859-37-5188 ☎37-5190	
		☎0859-36-8722 ☎36-8733	
日野町	*日野病院	689-4504 日野郡日野町野田332	看護局長 近藤 仁子
		☎0859-72-0351 ☎72-0089	

*のぐち内科クリニック、日野病院は13:00~17:00の実習

様式 C-1

記入例

訪問診療同行実習の目標（事前提出）

「実習先の施設名」
を記入してください

御中

令和 年 月 日

氏名： _____

訪問診療同行実習で学びたい事

この実習の目標（事前提出）は2週間前に実習先へ原本を提出してください。
コピーを1部、保管してください。

病棟看護師として疑問に思っていること

様式 C-2

記入例

訪問診療同行実習記録

実習日：令和 年 月 日 ()

実習施設： _____ 氏名： _____

訪問診療同行実習で学んだこと（事例提示の場合は特定できないようにする）
訪問診療で行われていた支援、看護師の役割や連携など事前課題の内容をふまえて

この実習記録は実習先へ原本を提出してください。
コピーを1部、保管してください。

今後の看護師活動で活かせること

●退院支援実習●

＜ねらい＞

退院前カンファレンスの参加、自宅訪問等を通じて患者の生活を理解し、より具体的な退院支援の視点をもつ。

＜期 間＞ 令和6年7月～12月

＜実習方法＞

①	退院支援が必要な患者の中で、退院前カンファレンスの実施や退院前後に自宅等へ訪問できる対象者を1事例選択する。 ※訪問対象者、訪問時期、訪問形式等は、それぞれの所属部署管理者（看護師長等）と相談し決定する。
②	退院前カンファレンスの参加、退院前・退院後の自宅訪問等を含めた退院支援の実施
③	自分が行った退院支援を振り返る。 ・退院支援にどの程度の個別性が加味されていたか ・具体的な退院支援が行えていたか など HOCプラスノート P.4～P.7 に記入

訪問看護ステーション実習レポート作成について

- ・実習中の日々の記録を参考に **Word で作成**し、デジタル媒体にて提出（メールまたは USB を持参）。
- ・作成したレポートは実習先施設の管理者に内容等（個人情報に関する）を確認してもらってください。
- ・このレポートは「実習レポート集」として作製いたします。

【書式設定（ページ設定から）】

- ・MS 明朝 11 ポイント
- ・余白標準（上 35mm 下 30mm 左 30mm 右 30mm）
- ・文字数 40 行数 36（文字数と行数を指定にチェック）
- ・行の間隔 1.15

【構成】

◎ タイトル（タイトル名は自由です）

例：訪問看護実習で学んだこと
在宅療養における家族支援の実際
etc.

◎ 受講生番号（名前は記載しない）

◎ 内容（A 4 用紙 1～2 枚程度）

- 1) “はじめに”の段落の中で、この表題を取り上げた動機を記載
- 2) “はじめに”を記載した後、1 行開けてレポートの本文を記載。本文には、実習で経験したこと、感じた事、学んだ事を記載（ケースレポートでも可能）
- 3) まとめの段落の中で、受講生自身が現在の職場で活かせることや、今後の課題などをまとめる。
- 4) 参考文献は全て記載する。

◆ **個人情報の取り扱いに注意して作成してください。 ※P.19 を参照のこと**

<記載例>

- ・病院、ステーション名：A 病院療養型病床
- ・名 前 : B 氏
- ・年 齢 : 60 歳代
- ・年月の経過 : X 年秋頃、退院 1 年後（退院後〇ヶ月）

等

(タイトル)	受講生番号
はじめに	
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	
(レポート本文)	
まとめ	
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	
参考文献	

【重要】 実習レポートに関する個人情報の取り扱いについて

実習レポートを作成していただくにあたり、以下の注意事項を参考に個人情報の取り扱いに注意し、記載してください。

【注意事項】

- 1) 事例紹介の際は、個人の特定につながらないように注意する。
- 2) 病院名・ステーション名や療養者名がわからないように、匿名性をもたせる。
- 3) 住所、固有名詞、数字（詳しい数、少数、日付など）、稀な一般名詞、稀な状況は記述しない。
- 4) 疾患名についても療養者が特定されないような配慮をする。
- 5) 稀な病名は一般的または総称的な病名へ言い換える。
- 6) 病名についている数字などの詳しい情報を省く。
- 7) 年齢表記は大まかに○歳代とする。（例：60歳代）
- 8) 年月の経過を明記する場合は、X年秋ごろ・退院1年（ヶ月）後と記載する。
- 9) スタッフ・当該家族等にも個人特定できない程度に、事例を匿名化・抽象化する。
- 10) 主に「実習での学び」を記載し、事例記述は必要最小限に留める。

《お問い合わせ》

鳥取大学医学部附属病院
医療スタッフ研修センター
在宅医療推進支援室



電話 : 0859-38-6994
FAX : 0859-38-6996
MAIL:t-hoc@med.tottori-u.ac.jp

検索

鳥大在宅