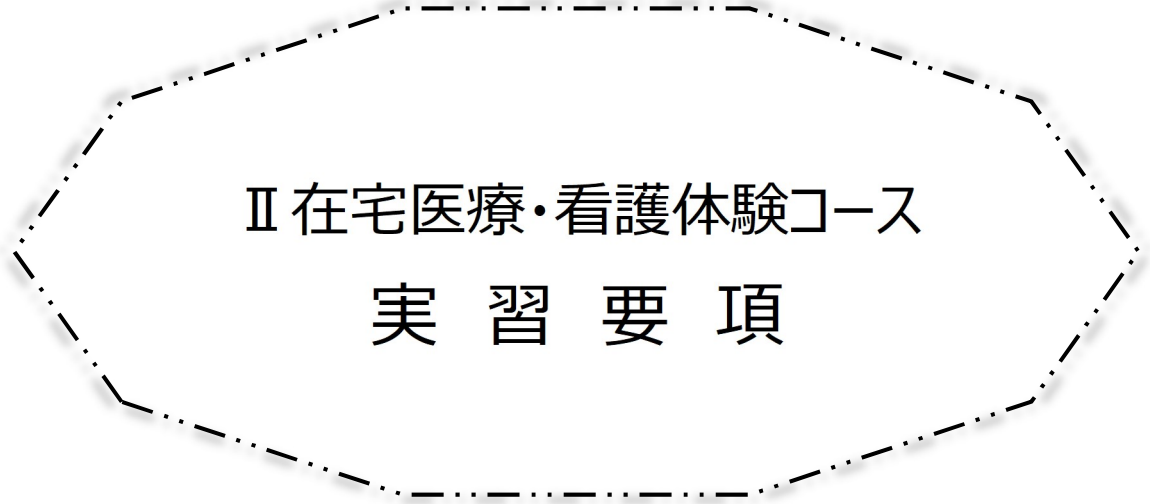


鳥取県地域医療介護総合確保基金
「在宅医療推進のための看護師育成支援事業」

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



Ⅱ 在宅医療・看護体験コース 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
◇退院後家庭訪問実習について.....	9
◇実習レポート（◇訪問看護ステーション実習/◇退院後家庭訪問実習） 作成について	10～11

※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踏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～10月の間で3日～5日間（選択）

「内容」

1. 実習施設 原則：1施設 ※5日間の実習を希望される方は2施設での実習も可能
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） 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』※ 『様式 A-1：実習の目標』※</p>
実習当日	<p>実習/記録 『様式 A-2：実習記録用紙』を毎実習終了後の記載</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 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 支援室へ記録用物を提出（実習先へ提出後） （提出方法：持参、メール、FAX等可） 『様式 A-1：実習の目標』 『様式 A-2：実習記録用紙』（全実習分） 『様式 A-3：実習の振り返り』 『誓約書』 * 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』※ 『様式 A-3：実習の振り返り』※</p>

※提出方法(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

※実習先施設の担当者に確認の上、記入してください。

殿

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）

「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：

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）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

実習何日目の記録か記入してください。
例：【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／ 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全実習終了後に**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 / F A X	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
	ぱぷ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。

●退院後家庭訪問実習について●

※所属部署等の状況により実施できない方、未就業の看護職経験者は要相談

《ねらい》

入院・入院中に退院支援を行った患者に対して、退院後訪問を行い、実際の在宅療養生活を理解するとともに、自己の看護実践を振り返る

今後の施設内での看護に必要なことは何かを明確にし、より専門的に個別性をふまえて退院に向けての支援を計画できる能力を養う

《期間》 令和7年7月～10月（所属部署の管理者と相談のうえ、調整してください。）

《実習方法》

退院支援を行った事例の中から1事例を選択し、在宅療養者の了承を得て家庭訪問を行う。

※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（看護師長など）と相談して決定してください。

《実習終了後》退院後家庭訪問実習レポート作成。

実習レポート（訪問看護ステーション実習・退院後家庭訪問実習）

作成について

- ・これまでの記録を参考に **Wordで作成し、デジタル媒体にて提出（メールあるいはUSBを持参）**
- ・作成したレポートは所属の管理者（退院後家庭訪問は看護師長、訪問看護実習はステーションの管理者など）に内容（個人情報に関する事など）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】（ページ設定から設定）

- ・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
- ・行の間隔 1.15

【構成】

◎ **タイトル**（タイトル名は自由）

例：退院後家庭訪問で学んだこと etc.

◎ **受講生番号**（名前は記載しない）

◎ **内容**（A4 1～2枚程度）

- 1) “はじめに”の段落でこの表題を取り上げた動機を記載
- 2) “本文”は
 - ・「訪問看護ステーション実習」では実習での経験、感じた事、学んだこと、ケースレポート等
 - ・「退院後家庭訪問実習」では退院後家庭訪問を行って、自分が関わった退院支援を振り返り、どの程度個別性が加味されていたか、在宅療養を送る上で何が必要だったか…など
- 3) 事例紹介があれば個人が特定できないように、匿名性を持たせる。
- 4) “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。
- 5) 参考文献は全て記載する。

(タイトル) 受講生番号

はじめに
○○○○○○○○○○○○○○○○○○

(事例紹介)
○○○○○○○○○○○○○○○○○○
▲▲▲
○○○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○○○

まとめ
○○○○○○○○○○○○○○○○○○

参考文献

◆ **個人情報の取り扱いに注意して作成してください。（P.11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○ヶ月）
- 等

【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