

事務連絡
令和5年5月30日

関係者各位

茨城県立こころの医療センター
看護局長 野尻 陽子

実習・研修等の受け入れについて（通知）

令和5年5月8日より、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染症法上の位置づけが五類に変更となりました。しかしながら、当院での感染対策はこれまでどおり継続する予定です。今後も、当院での実習・研修等が滞りなく行われますよう、実習・研修生等及び教職員、保護者の皆様のご理解・ご協力をお願いいたします。

当院の実習・研修等受け入れについては、下記のとおりです。

記

1 事前準備

「一日看護体験時の感染対策について」を遵守し、実習・研修生等及び教職員または保護者が健康状態に関して徹底した自己管理を行うことを参加の前提とする。

2 中止となる場合

- (1) 当院で、感染力の強い疾患の院内感染が発生した場合
- (2) 実習・研修生等またはその同居者が、感染力の強い感染症に罹患した場合（検査結果待ち時間を含む）
- (3) 病院長が中止と判断した場合

3 その他

実習・研修生等及びその同居者に感染症が判明した場合や、実習・研修中に関係者（実習病棟を含む）に疑われる症状が出現した場合は、継続の可否を検討させていただきます。

【問い合わせ先】看護局 なかたに 中谷
茨城県立こころの医療センター 0296-77-1151（代表）

事務連絡
令和5年5月30日

関係者各位

茨城県立こころの医療センター
看護局長 野尻 陽子

一日看護体験時の感染対策について(通知)

平素より、当院の運営につきましてご協力いただきありがとうございます。

当院での一日看護体験は、県内医療従事者の育成のために今後も継続して受け入れる方針です。

体験者及び関係者の皆様には、院内感染の発生防止にご理解とご協力をお願い申し上げます。

記

事前準備

- 1 学校感染症第二種（麻疹・流行性耳下腺炎・風疹・水痘・結核）の抗体価検査、インフルエンザ、COVID-19 の予防接種歴、胸部レントゲン検査等についての結果又は接種歴について問題のないことを確認の上、体験日当日に当院の担当者へその旨が分かる書類（任意の様式）を提示する。
- 2 参加者本人・同居の家族、勤務先等の関係機関において体調不良や感染力の強い感染症が発生した等の場合は、参加者の所属機関または関係機関の担当者が当院の担当者へ事前連絡の上、一日看護体験への参加・辞退等について報告・相談する。
- 3 参加者は、7 日前から当日朝まで 8 日間の健康観察状況を記録し、体験参加に差し支えないことを保護者等が確認する。

体験中の遵守事項

- 1 当院建屋内に入る前と午後の病棟立ち入り前に、担当者が全員の健康状態を確認する。
- 2 体温が 37.5℃ 以上の場合又は平熱より 1℃ 以上高い場合は、当院に立ち入らない。
- 3 咳嗽等の感冒様症状や全身倦怠感、消化器症状、その他の異常があれば当院に立ち入らない。
- 4 体験中に体調が悪くなった場合は、直ちに担当者に申し出、その指示に従う。
- 5 体験中は手洗いやアルコール消毒剤等で手指衛生を徹底し、マスクを着用する。
- 6 昼食時は十分な換気を行い、食事中及びマスクを外している間は私語を慎む。

茨城県立こころの医療センター 健康観察表 (高校生一日看護体験用)

本表は体験7日前から記載する。
 体温が37.5℃以上、その他症状や食事摂取状況に問題がある場合、事前に所属の担当者に報告し指示を受けること。本用紙は体験参加初日に、当院担当者へ提出すること。

学校名 _____ 学籍番号 _____ 氏名 _____ 1ヶ月以内の感染リスク状況 無・有 ()

月/日 (曜日)	/ ()		/ ()		/ ()		/ ()		/ ()		/ ()		/ ()		/ ()			
測定時刻 体 温 (℃)	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:		
	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃		
症 状 該当症状に○	咳	鼻汁	咳	鼻汁	咳	鼻汁	咳	鼻汁	咳	鼻汁	咳	鼻汁	咳	鼻汁	咳	鼻汁		
	咽頭痛	倦怠感	咽頭痛	倦怠感	咽頭痛	倦怠感	咽頭痛	倦怠感	咽頭痛	倦怠感	咽頭痛	倦怠感	咽頭痛	倦怠感	咽頭痛	倦怠感		
	嘔気	下痢	嘔気	下痢	嘔気	下痢	嘔気	下痢	嘔気	下痢	嘔気	下痢	嘔気	下痢	嘔気	下痢		
	関節痛		関節痛		関節痛		関節痛		関節痛		関節痛		関節痛		関節痛			
	他 ()		他 ()		他 ()		他 ()		他 ()		他 ()		他 ()		他 ()			
内服薬名 服薬量																		
他の治療																		
食事摂取状況※	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
同居者の症状の有 無	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
親しい友人・知人の症状の有無	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
備 考																		
保護者確認印																		

※食事摂取状況は通常の摂取量と比較して評価 いつもと同じ○ 半分程度△ ほとんど食べない×

茨城県立こころの医療センター 健康観察表 (高校生一日看護体験用)

本表は体験7日前から記載する。
 体温が37.5℃以上、その他症状や食事摂取状況に問題がある場合、事前に所属の担当者に報告し指示を受けること。本用紙は体験参加初日に、当院担当者へ提出すること。

学校名 _____ 学籍番号 _____ 氏名 _____ 1ヶ月以内の感染リスク状況 無・有 ()

月/日 (曜日)	/ ()		/ ()		/ ()		/ ()		/ ()		/ ()		/ ()		/ ()			
測定時刻	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:		
体温 (℃)	℃		℃		℃		℃		℃		℃		℃		℃			
症 状 該当症状に○	咳 咽頭痛 嘔気 関節痛 他 ()	鼻汁 倦怠感 下痢 関節痛	咳 咽頭痛 嘔気 関節痛 他 ()	鼻汁 倦怠感 下痢 関節痛	咳 咽頭痛 嘔気 関節痛 他 ()	鼻汁 倦怠感 下痢 関節痛	咳 咽頭痛 嘔気 関節痛 他 ()	鼻汁 倦怠感 下痢 関節痛	咳 咽頭痛 嘔気 関節痛 他 ()	鼻汁 倦怠感 下痢 関節痛	咳 咽頭痛 嘔気 関節痛 他 ()	鼻汁 倦怠感 下痢 関節痛	咳 咽頭痛 嘔気 関節痛 他 ()	鼻汁 倦怠感 下痢 関節痛	咳 咽頭痛 嘔気 関節痛 他 ()	鼻汁 倦怠感 下痢 関節痛		
内服薬名 服薬量																		
他の治療																		
食事摂取状況※	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
同居者の症状の有 無	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
親しい友人・知人の症状の有 無	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
備 考																		
保護者確認印																		

※食事摂取状況は通常の摂取量と比較して評価 いつもと同じ○ 半分程度△ ほとんど食べない×