

一日看護体験 申込者及び参加者への事前指導

下記項目について、申込生徒及び体験生徒に事前指導(オリエンテーション)をお願いいたします。

申込生徒 「受入施設一覧」と「申し込み時確認・注意事項」を申込生徒に配布してください。

1 参加目的について

○受け入れ施設より参加目的をもって参加してほしいと要望がございました。一日看護体験の趣旨(看護職に興味をもってほしい、看護職になってほしい)を説明し、理解したうえで申し込みいただくよう指導してください。
看護以外の医療職を希望する生徒が、興味のない失礼な態度で参加するなど、報告をいただいております。

2 予防接種について

○予防接種の指定がある場合は、**学校で必ず担当教諭が事前に母子手帳等で接種状況を確認してください。**

参加要件を満たしていない生徒や母子手帳等で接種状況を確認できない生徒は、他の病院を選択してください。

接種必須	既往歴に関係なく予防接種が必要(原則 2 回)
既往歴	既往歴があれば接種不要。 既往歴がない場合は予防接種が必要(原則 2 回)
不要	予防接種に関する要件無し

※毎年、予防接種の参加要件を満たしていない生徒の申し込みが多く、参加決定後に要件を満たしていない旨の問合せを多数いただきます。様々な理由があるとは思いますが、接種要件等を満たせない可能性がある場合は他の病院を選択するようにしてください。多数の問合せや感染リスク等で病院に迷惑をかけてしまいますので、参加要件を満たしていない生徒の申し込みはご遠慮ください。**(昨年度の該当生徒:約 9 名)**

3 体験日について

○部活、学校行事、家の都合な確認し体験日を選ぶよう指導してください。決定後の日程変更はできません。

体験生徒 「一日看護体験のしおり」と「事前確認票(様式 3)」を参加生徒に配布してください。

1 選考について

○応募数が定員を超える場合は、事業目的に沿って**参加経験がない2年生を優先**して調整をさせていただきます。
参加決定後の選考結果につきましての問合せは受けかねますので予めご了承ください。
(選考されなかった生徒は参加決定通知書の「決定」欄が空欄となっております。)

2 予防接種について

○当日、**母子手帳及びワクチン接種証など接種状況の確認できるもの必ず持参**するよう指導してください。

3 体調管理について

○当日の朝、体温が 37.2 度以上または体調が優れない場合は、参加を中止するよう指導してください。

○体験5日前から、風邪や感染症の症状がある場合は、看護体験をお受けできません。

※体調管理については、病院からの指示がある場合はそちらを優先してください。

4 集合時間・集合場所について

○時間厳守(体験開始 10 分前集合)。病院正面ロビー集合。

※病院により集合時間や集合場所が異なる場合がございますので病院一覧で必ず確認してください。

○遅刻または欠席する場合は、担当教諭または参加生徒が体験先病院に連絡してください。

○体験病院を間違えて行く方がいるので、事前に看護体験病院の場所、交通手段等を確認してください。

5 服装・髪型について

○学校の制服で体験病院へ行き、病院の指示に従い体操服に着替えていただきます。

※病院へ行くときの服装は、病院から指定がある場合は病院の指定のとおりとする

○靴は動きやすい運動靴で、汚れが無く華美でないデザイン・色合いのもの(靴下は原則白)

○白衣を着る場合もありますので、下着が透けないよう肌着を着用するよう指導してください。

○長い髪は後ろでまとめ、前髪やサイドの髪が垂れないようピン等で止めるよう指導してください。

(ゴムは黒、茶、紺色)

※服装や髪型の乱れについて、体験施設様よりご意見をいただいております。乱れた服装や髪型で参加することが無いようきちんと指導してください。

○化粧、ヘアカラー、アクセサリ、マニキュア禁止。爪は、短く切ってください。

6 持参するもの

○体験先病院で用意するものが異なりますので、持ち物の詳細については実施協力病院一覧を確認

体操着:学校指定のもの。指定がない場合は、普段学校で着用している体操着で可。

上履き:学校指定のもの。指定がない場合は、普段学校で使用している上履きで可。

名札:首掛けタイプで名札には【学校名、学年、氏名】を記載。

エプロン:胸当てエプロンであれば柄等指定はございません。腰エプロン不可。

母子手帳:麻疹、風疹、水痘、ムンプスの既往歴やワクチン接種状況について記載を確認。コピーでも可

○白色の不織布マスク(体験時常時着用)、筆記用具、飲み物(水筒、ペットボトル)は必ず持参してください。

○必要以上の貴重品は持参しないでください。

7 キャンセル・当日の欠席について

○決定通知後のキャンセルについて

決定～体験8日前→参加できる生徒を調整し参加者変更の旨を担当教諭がナースセンターへ連絡

体験7日前～前日→担当教諭または生徒が体験病院及び茨城県ナースセンターへ連絡

体験当日→担当教諭または生徒が 9:00 までに体験病院、9:00 以降に茨城県ナースセンターへ連絡

※毎年応募を多数いただいておりますが、決定通知後のキャンセルがとても多いです。(昨年度欠席:131名)

選考されなかった生徒のためにもキャンセルを減らし、より多くの生徒が参加できるようご協力ください。

また、毎年 無断欠席する生徒がおります。体験病院がとて心配いたしますのでそのようなことがないよう指導してください。(昨年度無断欠席:約 28名)

8 問い合わせについて

○一日看護体験の問い合わせは、担当教諭をとおしてナースセンターへお問い合わせください。

参加生徒や保護者が直接ナースセンターや病院へ連絡をすることがないよう指導してください。

個々への対応は問い合わせが重複し、対応が混雑いたしますのでご協力よろしくお願いします。

また、急を要する理由がない限り学校から病院への直接の問い合わせをしないようお願いいたします。

9 個人情報について

- 看護体験中に体験の様子を撮影いたします。写真は、茨城県看護協会のホームページやSNS、実施報告等に使用いたします。撮影や写真使用の同意が得られない場合は、事前にナースセンターへ申し出ていただき、当日も病院担当者へその旨を申し出てください。申し出がない場合は同意したものとみなします。
- 体験先の情報(患者さんの情報等)を外部に漏らさないよう必ず指導してください。(特に SNS への投稿)

10 アンケートについて

- 参加学生のアンケートは「一日看護体験のしおり」に掲載してございます QR コードを参加生徒に携帯電話で読み取り、グーグルフォームより回答いただきます。実施終了後、病院でアンケート回答をお願いしておりますが、病院でアンケートを回答していない生徒がおりましたら、アンケートを回答するよう指導してください。

11 作文について

- 一日看護体験を実施した生徒の中から 1 名の作文を提出願います。提出いただいた作文は、小冊子に掲載させていただきますので、掲載を希望する方のみ提出をお願いします。なお、作文提出をもって所属・氏名・作文の掲載意向を示すものいたしますので、担当教諭は、執筆生徒に対し掲載の意向確認をお願いします。

文字数→800字程度 ※原稿はナースセンターホームページからダウンロード可能

期限→9月30日まで

提出方法→原稿を Word 様式のままナースセンター宛て(ibaraki@nurse-center.net)にお送りください。

※お願い※

患者さんの名前、疾患名等個人が特定できる内容が書かれていないか生徒さんの作文の確認をお願いします。

例文:田中さんという脳梗塞で入院している 80 歳の女性とお話をしました。

12 その他

- 生徒について事前に申し出が必要な内容については、申し込み時にナースセンターへご連絡ください。

持病:行動制限や薬の服薬等がある場合は生徒及び保護者の許可と得てから申し出てください。

性的マイノリティ:本人の許可を得てから申し出てください。トイレや更衣室等についてご相談させていただく場合がございますので、事前に本人の意思確認をお願いします。

- 体験病院により、事前提出物や当日提出物がある場合もあります。病院一覧を確認し、ホームページから様式等はダウンロードして準備してください。

○この事業は看護職を目指す学生対象です。他の医療職を希望される方はご遠慮いただきます。

○新興感染症等の感染状況により実施を延期、中止する場合もございます。予めご了承ください。

○当センターでは、一日看護体験における保険加入は行いません。各校で課外活動保険を活用するなど保険加入については、各校の判断・対応をお願いします。

◎「あいさつ」「身だしなみ」等、病院の指導者からの指示をきちんと守れない生徒がいる場合は、体験を中止する場合があります。上記以外にも看護体験協力病院から要望がある注意事項は必ず守るよう指導してください。

注意事項や指示が守れない生徒については体験病院より学校・氏名をお知らせいただくこととなっております。

報告がありました学校や事前指導を行っていない学校については、今後の受け入れを検討させていただきます。

13 問い合わせ先

- 公益社団法人茨城県看護協会・茨城県ナースセンター Tel 029-221-6900(代表)