

演習・実習に関する用紙

●申し込みに関する用紙

- ・ 中間試験・演習・実習申込用紙
- ・ 演習（３）精神科認定看護師教育課程における施設見学へのご協力のお願い

●演習・実習に関する用紙

- ・ 演習（４）自己評価表：入院医療看護コース（実習Ⅰ・Ⅱ）
- ・ 演習（４）自己評価表：外来・在宅看護コース（実習Ⅰ・Ⅱ）
- ・ 実習生プロフィール
- ・ 個人情報保護法等に関する誓約書
- ・ 感染症抗体価報告書
- ・ 臨地実習（実習Ⅰ・実習Ⅱ）説明書
- ・ 臨地実習（実習Ⅰ・実習Ⅱ）同意書

●実習に関する参考資料

（下記の用紙は以下の例を参考に各自で作成すること）

- ・ 実習内容記録（毎日の記録）
- ・ 看護計画記録
- ・ 情報用紙

※協会記入欄

No

中間試験・演習・実習申込用紙

平成 年 月 日提出

ふりがな 氏名		会員種別	会員 (No) 非会員	
所属支部	支部	所属施設名		
連絡先	(施設 ・ 自宅 ・ 携帯) ※日中連絡が可能な連絡先を記入 TEL			
結果通知先 住所	(施設 ・ 自宅) 〒			
申し込み 内容	中間試験 ・ 演習 ・ 実習Ⅰ ・ 実習Ⅱ			
生年月日	西暦 年 月 日			
研修会 受講最終日	研修会名 月 日 ・ 昨年度に全て受講			
コースの 選択	入院医療看護コース ・ 外来・在宅看護コース			
＜実習Ⅰ＞ 希望施設と 希望期間		希望施設	希望病棟・部門	希望期間
	第1 希望			
	第2 希望			
＜実習Ⅱ＞ 希望施設と 希望期間		希望施設	希望病棟・部門	希望期間
	第1 希望			
	第2 希望			
その他	実習施設の希望理由、その他に何かありましたら記入して下さい			

※協会記入欄

No

精神科認定看護師教育課程における施設見学へのご協力をお願い

一般社団法人日本精神科看護協会では、精神科の看護領域においてすぐれた看護技術と知識を用いて、質の高い看護を実践できる精神科認定看護師を養成しております。その教育課程では、地域の社会資源の機能や実際の活動を学ぶことを目的に施設見学の演習（7時間以上・昼休み1時間含む）を実施しています。当協会の実習生は各自で学習目標を立て、貴施設の取り組みや実践、他職種・関係機関との連携などを学びます。ぜひ、貴施設において学習の機会をご提供いただきますようお願い申し上げます。

お引き受けいただける場合は、下記の太枠内にある必要事項を記載し、実習生にお渡してください。後日（9月頃）、当協会の担当者から連絡を差し上げます。施設見学の受け入れにあたりご不明な点は、下記の認定担当者にお問合せください。それでは、どうぞ、よろしくお願い申し上げます。

一般社団法人日本精神科看護協会 教育認定委員会

【お問い合わせ先】

一般社団法人日本精神科看護協会 認定担当

〒108-0075 東京都港区港南 2-12-33 品川チャンネルビル7階

TEL : 03-5796-7033

見学施設に関する事項	ふりがな									
	見学施設名									
	見学日	平成	年	月	日	時	分	～	時	分
	ご担当者	ふりがな								
		氏名								
		部署・役職名		電話番号						
	公文書の宛名	役職名		氏名						
公文書の送付先	住所	〒								
	封書の宛名	<input type="checkbox"/> 上記の公文書の宛名 <input type="checkbox"/> 上記のご担当者名 <input type="checkbox"/> その他（ ）								
実習生記入欄	ふりがな		会員種別	会員番号（ ）						
	氏名			非会員						
	所属施設名									
	希望理由									
	連絡先	※日中連絡が可能な連絡先を記入 (施設・自宅・携帯) TEL								
	結果通知先	<input type="checkbox"/> 中間試験・演習・実習申込用紙に記載された住所 <input type="checkbox"/> 上記以外：〒								
	備考	連絡事項など何かありましたら記入してください。								

No

自己評価表 実習Ⅰ 入院医療看護コース

実習要項に掲げている実習目標の達成度については、下記の記入方法を参照して評価をしてください。
個人目標の達成度については、自分で掲げた目標を記載し、達成度を具体的に記載してください。

氏名		所属施設名	
実習施設名			
項目		内容	
実習目標の達成度	看護実践	①精神科病棟などに入院している多様な課題をもつ対象者を受け持ち、早期退院に向けた包括的アセスメントや看護計画の立案、実践ができる	
		②入院患者の早期退院を支援するために、病院内および地域の関係職種や関係機関との連携・調整を図り、退院に向けた対象者・家族へのケアや諸活動のコーディネート、また退院後のサービス利用調整を行うことができる。	
	相談	③看護実践の場において看護職等の相談に応じ、問題解決にむけて自分が身につけた知識や技術を提供することができる。	
	指導	④看護職等を対象とした勉強会の企画・実施を通して教育的なかかわりを実践することができる。	
	知識の発展	⑤対象者の看護の展開について文献を活用して論述することができる。	
		⑥精神科認定看護師の役割を探求することができる。	
個人目標の達成度	個人目標		
	達成度		

記入方法

◆実習目標の達成度の評価方法

- A：自ら実施できた
- B：助言や指導によりできた、あるいは、指導者との協同により行うことができた
- C：実施の機会がなかったが、記録やアセスメントはできた
- D：助言や指導をもらったが、できなかった

No

自己評価表 実習Ⅱ 入院医療看護コース

実習要項に掲げている実習目標の達成度については、下記の記入方法を参照して評価をしてください。
個人目標の達成度については、自分で掲げた目標を記載し、達成度を具体的に記載してください。

氏名		所属施設名	
実習施設名			
項目		内容	評価
実習目標の達成度	看護実践	①精神科医療を利用している地域で暮らす多様な課題をもつ対象者を受け持ち、生活モデル、リカバリー、ストレングスなどの視点を重視した地域生活に関するアセスメントや支援計画の立案、実践ができる。	
		②対象者が利用するサービスの提供体制や機能を理解し、対象者本人・家族と対象者を支援する関係職種と情報の共有や支援の方向性、役割分担を検討することができる。	
	相談	③看護実践の場において看護職等の相談に応じ、問題解決に向けて自分が身につけた知識や技術を提供することができる。	
	指導	④看護職等に対して指導的・教育的なかかわりを実践することができる。	
	知識の発展	⑤対象者の看護の展開について文献を活用して論述することができる。	
		⑥精神科医療や福祉サービスの提供体制や地域連携などに関して、自分自身の関心をテーマに設定し、それに関して論述することができる。	
		⑦精神科認定看護師の役割を探求することができる。	
個人目標の達成度	個人目標		
	達成度		

記入方法

◆実習目標の達成度の評価方法

- | |
|--|
| <p>A : 自ら実施できた</p> <p>B : 助言や指導によりできた、あるいは、指導者との協同により行うことができた</p> <p>C : 実施の機会がなかったが、記録やアセスメントはできた</p> <p>D : 助言や指導をもらったが、できなかった</p> |
|--|

No

自己評価表 実習Ⅰ 外来・在宅看護コース

実習要項に掲げている実習目標の達成度については、下記の記入方法を参照して評価をしてください。
個人目標の達成度については、自分で掲げた目標を記載し、達成度を具体的に記載してください。

氏名			所属施設名	
実習施設名				
項目		内容		評価
実習目標の達成度	看護実践	①精神科医療を利用している地域で暮らす多様な課題をもつ対象者を受け持ち、その人らしく暮らすことを目標にした包括的アセスメントや看護計画の立案、実践ができる。		
		②精神科医療の利用者や家族がその人らしく暮らすことを支援するために、社会資源の活用や関係機関との連携・調整を図り、地域生活の維持に向けた対象者・家族へのケアや諸活動のコーディネート、サービス利用調整を行うことができる。		
	相談	③看護実践の場において看護職等の相談に応じ、問題解決に向けて自分が身につけた知識や技術を提供することができる。		
	指導	④看護職等を対象とした勉強会の企画・実施を通して教育的なかかわりを実践することができる。		
	知識の発展	⑤対象者の看護の展開について文献を活用して論述することができる。		
		⑥精神科認定看護師の役割を探求することができる。		
個人目標の達成度	個人目標			
	達成度			

記入方法

◆実習目標の達成度の評価方法

<p>A：自ら実施できた</p> <p>B：助言や指導によりできた、あるいは、指導者との協同により行うことができた</p> <p>C：実施の機会がなかったが、記録やアセスメントはできた</p> <p>D：助言や指導をもらったが、できなかった</p>
--

No

自己評価表 実習Ⅱ 外来・在宅看護コース

実習要項に掲げている実習目標の達成度については、下記の記入方法を参照して評価をしてください。
個人目標の達成度については、自分で掲げた目標を記載し、達成度を具体的に記載してください。

氏名		所属施設名	
実習施設名			
項目		内容	評価
実習目標の達成度	看護実践	①精神科病棟などに入院している多様な課題をもつ対象者を受け持ち、生活モデル、リハビリ、ストレングスなどの視点を重視した地域生活に関するアセスメントや支援計画の立案、実践ができる。	
		②対象者が利用するサービスの提供体制や機能を理解し、対象者本人・家族と対象者を支援する関係職種と情報の共有や支援の方向性、役割分担を検討することができる。	
	相談	③看護実践の場において看護職等の相談に応じ、問題解決に向けて自分が身につけた知識や技術を提供することができる。	
	指導	④看護職等に対して指導的・教育的なかかわりを実践することができる。	
	知識の発展	⑤対象者の看護の展開について文献を活用して論述することができる。	
		⑥精神科医療や福祉サービスの提供体制や地域連携などに関して、自分自身の関心をテーマに設定し、それに関して論述することができる。	
		⑦精神科認定看護師の役割を探求することができる。	
個人目標の達成度	個人目標		
	達成度		

記入方法

◆実習目標の達成度の評価方法

- A：自ら実施できた
- B：助言や指導によりできた、あるいは、指導者との協同により行うことができた
- C：実施の機会がなかったが、記録やアセスメントはできた
- D：助言や指導をもらったが、できなかった

※協会記入欄

No

写真をはる位置

6か月以内に
撮影したカラー写真

1. 縦40mm 横30mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

実習生プロフィール

ふりがな 氏名		男 ・ 女	年齢	歳
所属 施設名		連絡先		勤務先 Tel 個人（自宅・携帯） Tel
実習コース	<input type="checkbox"/> 入院医療看護コース <input type="checkbox"/> 外来・在宅看護コース	科目名		<input type="checkbox"/> 実習Ⅰ（3週間） <input type="checkbox"/> 実習Ⅱ（2週間） <input type="checkbox"/> 演習（施設見学）
実習施設名		実習期間		年 月 日～ 年 月 日
勤務経験（現在までの経験年数や精神科以外の経験等）				
現在の勤務先での役割（病院・病棟での立場）				
働いている病棟・部署の特徴				
実習施設への要望				
その他（PRしたいこと）				

※協会記入欄

No

個人情報保護法等に関する誓約書

【実習生】

一般社団法人日本精神科看護協会
会長 殿

- 1 私は、一般社団法人日本精神科看護協会（以下、協会）指定の実習・演習で知り得た全ての病院関係者（入院・外来患者およびその家族を含む）が特定できる個人情報は、紙媒体、電子媒体、口頭等如何なる方法においても第三者への提供、漏洩はいたしません。
また、実習、見学後も同様に第三者への提供、漏洩はいたしません。
- 2 前項に反したことにより、実習施設の患者およびその家族に損害が生じた場合には、これを賠償することとします。
- 3 私が患者援助を行なう場合、事前に十分かつ分かりやすい説明を行い、患者またはその家族の同意を得ることとします。
また、患者もしくはその家族が患者援助に同意した後も、実習生等が行なう患者援助に対し、無条件で拒否できることに同意します。
- 4 私は患者援助を行なう場合、安全性の確保を最優先し、事前に臨地実習指導者等の助言、指導を受けたうえ実践します。
- 5 私は、この実習等に関し、患者およびその家族から意見や質問があった場合、速やかに臨地実習指導者等に直接尋ねられるように報告をします。

平成 年 月 日

所属機関名

署名（自筆）

㊞

実習施設名

実習期間 平成 年 月 日

～

平成 年 月 日

感染症抗体価報告書

平成 年 月 日提出

ふりがな			会員種別	会員 (No)・非会員	
氏名			施設名		
支部名	支部		施設名		
コースの 選 択	入院医療看護コース ・ 外来・在宅看護コース				
実習施設と 実習期間	実習Ⅰ	施設名			
		実習期間 年 月 日～ 月 日			
	実習Ⅱ	施設名			
		実習期間 年 月 日～ 月 日			
項目名	検査方法	基準	検査日	どちらかを○で囲む	
麻疹	EIA法	≥16.0	年 月 日	基準を (満たす ・ 満たさない)	
風疹	EIA法	≥8.0	年 月 日	基準を (満たす ・ 満たさない)	
水痘	EIA法	≥8.0	年 月 日	基準を (満たす ・ 満たさない)	
流行性 耳下腺炎	EIA法	≥4.0	年 月 日	基準を (満たす ・ 満たさない)	
B型肝炎 (HBs抗体)	EIA法	≥10.0	年 月 日	基準を (満たす ・ 満たさない)	
結核	胸部 レントゲン	異常なし	年 月 日	異常の有無 (なし ・ あり)	
※基準を満たさない項目や異常がある場合は、下記を記入してください。					
項目名	ワクチン接種日			備 考	
	年 月 日				
	年 月 日				

臨地実習（実習Ⅰ・実習Ⅱ）説明書

日本精神科看護協会が主催する精神科認定看護師教育課程における実習にあたり、平成 年 月 日（ ）より平成 年 月 日（ ）までの間、受け持ち看護師として日常生活の援助及び診療の補助等の看護援助をさせていただきたく存じます。

なお、実習生は看護師免許を取得している者です。この臨地実習は、以下の基本的な考え方で臨むこととしております。看護現任教育の必要性をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

- 1：実習生が看護援助を行う場合、事前に十分かつ分かりやすい説明を行い、患者・家族の同意を得て行います。
- 2：実習生が看護援助を行う場合、安全性の確保を最優先とし、事前に臨床の受け持ち看護師や実習指導者の助言・指導を受けた上で、看護援助を実践します。
- 3：患者・家族は、この実習に関する意見や質問があれば、いつでも協会担当者（日本精神科看護協会認定担当者）や臨床の看護師に直接たずねることができます。
日本精神科看護協会事務局：電話 03-5796-7033
- 4：患者・家族は実習生の受け持ちに同意した後も、実習生が行う看護援助に対して無条件に拒否できません。拒否したことを理由に看護及び診療上の不利益を受けることはありません。遠慮なく、実習生や実習指導者もしくは施設の看護師までお伝えください。
- 5：実習生は、臨地実習を通して知り得た患者・家族に関する情報については、これを他者に漏らすことがないようにプライバシーの保護に留意します。
- 6：上記5の通り、十分プライバシーに配慮した上で、この実習で学んだことを協会の研修会（演習）において報告し、実習生の実習評価に活用いたします。

日付：平成 年 月 日

説明者：実習施設 _____ 氏名 _____

日本精神科看護協会 実習生 氏名 _____

臨地実習（実習Ⅰ・実習Ⅱ）同意書

私（患者）は、日本精神科看護協会の精神科認定看護師教育課程における
実習生（氏名： _____ ）が、（施設名： _____ ）の臨地実習において
私（患者）の受け持ちとなり、看護援助を行うことについて別紙のとおり説明を受け、納得したので
同意します。

日 付：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名： _____

代理同意人氏名： _____（続柄： _____）

(No.)

実習内容記録（毎日の記録）

実習施設名： _____ 氏名 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ ）

行動計画	実施した看護活動	評価・感想など
9 : 00		
10 : 00		
11 : 00		
12 : 00		
13 : 00		
14 : 00		
15 : 00		
16 : 00		
今日の課題		指導者欄

(No.)

看護計画記録

実習施設名： _____ 氏名 _____

氏名 (任意のアルファベットを使用)	性別	年齢	作成月日	
看護目標				
情報	アセスメント	看護診断	看護活動 (計画)	評価
指導者欄				

情報用紙（基本データ）

施設名：

氏名：

氏名（任意のアルファベット）	性別	年齢	入院形態
診断名		主訴	入院期間
既往歴			
生育歴・現病歴（発病時期・病状、症状の経過など）		治療方針・治療状況	
		患者・家族の受け止め方 （インフォームドコンセント）	
家族構成（性別、年齢、職業、同居別居の有無、主な介護者など）		患者自身の目標	
		経済状況	
		趣味・性格	
キーパーソン：			
現在の状態			