

令和8年度訪問看護インターンシップ 実施要項 (養成所・学生用)

1 目的

訪問看護に関心のある看護学生が、訪問看護体験を通じて、訪問看護ステーションの業務の実際や利用者・家族への関りを知り、訪問看護の魅力の発見や興味を深め、就職へのきっかけを増やすことを目的とする。

2 対象者

訪問看護に関心のある看護師等養成所の在生 30名

3 期間

令和8年7月27日(月)～令和8年8月28日(金)のうち土・日・祝日を除く2日間
(受け入れ可能日はあらかじめ指定)

4 実施場所

奈良県内 各訪問看護ステーション

5 申込方法

- 1) 申込受付期間: 令和8年6月15日(月)～令和8年6月30日(火)
- 2) 申込受付期間中に奈良県看護協会あてにFAXまたはQRコードより申し込んでください。

6 費用等

- 1) 参加費用は無料。ただし訪問に係る費用以外は本人負担。
- 2) 参加した学生には、インターンシップ終了後、交通費相当として1日1,500円(2日3,000円)のプリペイドカードを本人宛に郵送します。

7 内容

- 1) 訪問看護ステーションの概要、特色等の説明
- 2) 同行訪問により訪問看護を見学
- 3) 管理者・職員との意見交換等

8 インターンシップスケジュール(別紙1)

9 インターンシップ申込書(チラシ裏面)

<問い合わせ>

訪問看護総合支援センター 【訪問看護インターンシップ】TEL 0744-25-8441

訪問看護インターンシップスケジュール

	時間	項目	内容・留意事項
1 日 目	8:45～	集合・準備	検温等は各ステーションの実施状況に合わせてください 誓約書提出 更衣等
	9:00～	オリエンテーション	職員の紹介・自己紹介 訪問看護ステーションの概要説明
		同行訪問準備	訪問時のマナーについて説明、看護師から訪問する利用者の情報提供、感染症対策について
	10:30～	同行訪問	看護師と同行訪問。訪問先では、自己紹介をし、ケアの見学、利用者や家族とのコミュニケーション
		昼食	
	13:30～	同行訪問	看護師と同行訪問。訪問先では、自己紹介をし、ケアの見学、利用者や家族とのコミュニケーション
	～16:00	振り返り	管理者、指導者と同行訪問の振り返り
2 日 目	8:45～	集合・準備	更衣等
	9:00～	同行訪問等	看護師と同行訪問。訪問先では、自己紹介をし、ケアの見学、利用者や家族とのコミュニケーション 所内行事への参加等
		昼食	
	13:30～	同行訪問等	同行訪問 または 所内行事への参加等
		振り返り	管理者、指導者と同行訪問の振り返り
	先輩看護師の話 情報提供	先輩看護師から訪問看護の役割・やりがいについて 事業所の特徴、教育体制、福利厚生の説明	
	～16:00	アンケートの記入 終了	

※時間配分、内容等は目安ですので、事業所の状況に応じて実施してください。

訪問看護インターンシップ

訪問看護ステーションで 職場体験をしてみませんか！

病気や障害があっても住み慣れた地域で暮らしたいという思いに応えるために訪問看護師は活動しています。訪問看護に関心のある学生が就職先の選択肢の1つとして検討していただけるようインターンシップを実施します。ぜひ、ご参加ください。

対象者 奈良県内看護師等学校養成所に在籍中の看護学生 30人程度
※ご応募者数が多数の場合は、全員にご参加いただけない可能性があります。

受入施設 県内 訪問看護ステーション(事業所日程一覧参照)



参加費 無料
※参加後、プリペイドカード1,500円/日(交通費相当)を本人宛送付します。

応募方法 学校ごとに裏面の申込用紙にご記入の上、6月30日(火)までに
FAXまたはQRコードで申し込んでください。 [QRコード](#)➡

<https://forms.gle/ZA7aV7w94X8N4wXEA>



内容 訪問看護ステーションの看護職との同行訪問により訪問看護業務を見学。事業所概要の説明や職員との意見交換等。

体験期間 令和8年7月27日(月)～8月28日(金)のうちの2日間
事業所日程一覧参照 ※時間は概ね 8時45分から16時

その他 持参物その他詳細は、申込書記載の住所に郵送案内します。

※新興感染症などの状況によっては、内容の変更・中止となる場合があります。



問い合わせ先：公益社団法人奈良県看護協会 訪問看護総合支援センター
電話：0744-25-8441 FAX：0744-25-8442

奈良県看護協会訪問看護総合支援センター あて（送信票不要）

FAX 0744-25-8442

訪問看護インターンシップ参加申込書

申込締め切り: 令和8年6月30日(火)

学校名		ご担当者氏名	
住所			
電話番号		看護学生用 実習保険の 加入	有 ・ 無 いずれかに○
FAX番号			

(ふりがな) 希望者氏名	年齢	学年 訪問看護実習 経験の有無	住所 (この住所に案内書類等 を郵送します。)	電話番号 (連絡の取り やすい番号)	希望する別紙の 日程番号を記入 必ず第2希望まで記入	
					第1希望	
		年生 (有・無)	〒 ー		第1希望	
					第2希望	
		年生 (有・無)	〒 ー		第1希望	
					第2希望	
		年生 (有・無)	〒 ー		第1希望	
					第2希望	
		年生 (有・無)	〒 ー		第1希望	
					第2希望	