令和４年３月１７日

愛知教育大学長 野田敦敬

令和４年度各種実習の実施における本学の新型コロナウイルス感染拡大の防止措置について

令和４年度の各種実習（教育実習・介護等体験・社会福祉士実習・SSW実習・公認心理師実習・臨床心理士実習・保育実習・臨床実習等を指す。以下、「実習」とする。）の実施における新型コロナウイルス感染拡大の防止措置について、次のような方針で対応する。

１．実習に関する基本方針

実習の実施にあたり、実習施設・機関（以下、「実習先」とする。）から実習の実施時期の変更、実習の延期又は中止等の要請がある場合は、その意向を尊重して対応する。また、本学が学生・院生及び実習先にとって安全確保が困難と判断した場合は、実習の中止又は日程変更について、実習先と協議の上、決定する。実習内容については、基本的に実習先のプログラムに従う。

２．実習中の対応について（事前訪問等実習期間前後を含む）

⑴ 感染リスクの高い場所に行くことは避けること。なお、実習開始２週間前からアルバイトは禁止とする。

⑵ 実習開始２週間前から実習期間中の毎日（休日も含む）、「健康観察表」（別紙例示１）を記入し、必要に応じて実習先及び実習指導教員に提示又は報告する。また、実習終了後２週間にも「健康観察表」（別紙例示２）を記入し、必要に応じて実習指導教員に提示又は報告する。

⑶ 実習期間中、「健康観察表」（別紙例示１）の項目に１つでも該当する場合や体調不良の時は必ず実習先、本学教務企画課担当職員及び実習指導教員へ連絡する。

⑷ 実習中（出勤時の公共交通機関利用中を含む）は、マスクを着用し、手洗い（手指消毒）を励行する。

⑸ 実習中は実習先の指示に従うとともに、３密（密閉空間、密集場所、密接場面）を避けるなど、感染予防に万全を期して活動する。

３．新型コロナウイルス感染が疑われる場合

⑴ 「健康観察表」（別紙例示１）の項目に該当があり、風邪の症状や高熱が続く場合、強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある場合は、もちろん外出はせず、最寄りの保健所の「受診・相談センター」等に電話で相談し、指示に従う。また、状況を速やかに本学教務企画課担当職員、実習指導教員へ報告する。

⑵「健康観察表」（別紙例示１）の項目に該当があるが、⑴の症状が継続せず判断に迷う場合は、かかりつけの病院又は居住地の保健所に電話で相談すること。

４．新型コロナウイルス感染が確認された場合

新型コロナウイルスへの感染が確認された場合、速やかに本学学生支援課、教務企画課及び実習指導教員へ連絡すること。最寄りの保健所の指示にしたがい、療養する。

５．実習を中止又は延期する状況について

以下の場合は、実習指導教員と協議の上、実習中止又は延期の判断をする。

⑴ ウイルス検査で学生に陽性反応が出たとき。

⑵ ウイルス検査で実習先の関係者（利用者・職員等）に陽性反応が出たとき。

⑶ 同居家族などに陽性患者が発生し、学生自身が濃厚接触者となったとき（実習開始前の２週間以内に濃厚接触があった場合を含む）。

⑷ 実習先から実習の中止又は延期を打診されたとき。

⑸ その他、新型コロナウイルス感染症をめぐる本学及び実習先とその地域の状況をふまえ、実習及び実習に関連する行事や活動を中止又は延期することが適当と本学が判断したとき。

６．日常の新型コロナウイルス感染予防及び感染拡大予防について

日常から以下の点に留意し、体調管理に努める。

⑴ ３密（密閉空間、密集場所、密接場面）を避けるよう努力すること。

⑵ 検温の実施及び手洗い、うがい、咳エチケットを心がけること。

⑶ 休養、栄養、睡眠を十分とること。

⑷ 不要不急の外出は避けること。

その他、随時、実習先、学生、本学教務企画課担当職員、実習指導教員等の間で連携・協議を図り、今後の状況の変化に応じて対応すること。

実習開始前までに最寄りの保健所の「受診・相談センター」等の連絡先を調べておくこと。

健　康　観　察　表（別紙例示 1）

過去２か月間の渡航歴　なし・あり

花粉症　なし・あり（症状：　　）

アレルギー　なし・あり（具体的に：　　）

実習施設・機関名

氏名

◎実習前 14 日間のセルフチェック

症状 / 日付	咳・痰	体温	下痢・嘔吐	嗅覚・味覚異常	関節痛・筋肉痛	同居家族の体調不良	解熱鎮痛剤の使用
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							

◎実習中のセルフチェック

症状 / 日付	咳・痰	体温	下痢・嘔吐	嗅覚・味覚異常	関節痛・筋肉痛	同居家族の体調不良	解熱鎮痛剤の使用
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							

その他特記事項（例：〇月〇日 〇〇〇のためロキソニン使用）

実習担当者確認印

＿＿月　健　康　観　察　表（別紙例示２）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◎セルフチェック

症状 / 日付	咳・痰	体温	下痢・嘔吐	嗅覚・味覚異常	関節痛・筋肉痛	同居家族の体調不良	解熱鎮痛剤の使用
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

その他特記事項（例：〇月〇日 〇〇〇のためロキソニン使用）