

## 受託実習・研修生受入れに関する手引き

令和元年 11 月 15 日

医療人育成支援センター

キャリア形成支援部門会議

メディカルスタッフ専門部会 制定

高知大学医学部附属病院受託実習生規則及び高知大学医学部附属病院研修生受入規則（以下「規則」という。）により実習生又は研修生（以下「実習生等」という。）を受け入れるにあたっては、規則に定める事項のほか、本手引きに基づくものとする。

### 1. 受入れの可否について

#### 1.1 事前協議

- 1.1.1 各部門は養成学校及び個人等（以下「申請者」という。）から実習生等受入れの打診があった場合は、「受託実習事前申込書」を提出させるなどして、申請者と事前に協議（以下「事前協議」という。）し、部門としての受入れの可否を判断する。

＜申請者に確認する事項＞

受入れ人数、期間・実日数、カリキュラム・評価方法、損害賠償保険等加入状況、感染症に関する事項（抗体検査、胸部X線検査、インフルエンザワクチン接種 など（「別紙1・2」のとおり）、その他必要な事項。

\*別紙2は、実習等開始前までに提出させることとし、受入れ部署で実習等終了後2週間程度保管し、その後、廃棄又は返却する。

- 1.1.2 各部門は実習生等受入れの可否を判断するにあたっては、実習又は研修（以下「実習等」という。）開始前までに申請者が実習等の料金の納付を完了する必要があること、総務企画課地域医療支援室キャリア形成支援係（以下「担当係」という。）が「実習生委託申請書」及び「病院研修生申請書」（規則の別記様式1。以下「申請書」という。）を受理してから、受入れ手続きが完了し申請者に実習等許可書及び料金の納付書が送付されるまでに約3週間程度要することなども考慮する。

#### 1.2 申請書及び実習等許可書

- 1.2.1 各部門は受入れ可と判断した場合のみ、実習等開始日のおおむね1か月前までに、申請者に申請書を担当係へ提出させる。
- 1.2.2 担当係は申請書に実習生等全員の氏名および各実習生等の期間・実日数が明確に記載されていることを確認する。また、当該申請について受入れ部門の受入れの可否が明確でない場合は当該部門に必ず確認する。
- 1.2.3 担当係は申請書に基づき実習等許可の事務手続きを行い、決裁後、財務部経理室出

納係が発行する実習等の料金の納付書と許可書を同係を通じて申請者に送付する。

## 2. 誓約書の提出について

2.1 各部門又は担当係は、実習開始前に実習生等全員分の誓約書を提出させる。誓約書は原則として本院の統一様式（別紙3）とする。ただし、内容を満たしていれば申請者の様式も可とする。

2.2 受領した誓約書は、実習を終了した日から5年以上、担当係が保管する。

## 3. 実習等開始前に説明する事項について

3.1 各部門は実習等の開始前にスタッフマニュアル及び各部門の取り決め等に基づき、以下のことについて説明する。

医療安全に関する事項

感染制御に関する事項

事故・職業感染発生時の緊急連絡に関する事項

その他各部門特有の事項

## 4. 患者さん・ご家族との関わりについて

4.1 実習生等が直接患者さんやご家族等（以下「患者さん等」）と接する機会がある場合は、本院の指導担当者等が患者さん等に説明し了解を得る。

## 5. 事故等の補償について

5.1 実習生等が行った行為に起因して、患者さんの生命・身体に障害が発生したことについて本院が法律上の損害賠償責任を負担することになった場合は、本院が加入する「国立大学病院損害賠償責任保険」で負担する。

5.2 前項の保険で負担できない事故等の補償等については、申請者又は実習生等が保険に加入していることを事前協議で確認する。

## 6. ハラスメントについて

6.1 各部門では国立大学法人高知大学ハラスメント防止等に関する規則を周知し遵守する。

6.2 適切に実習が行えるよう、各部門では実習等開始前に各自の役割や実習生との接し方（厳しさの程度、叱り方・言動等を含む）を話し合い、職員同士の意思疎通を図る。

6.3 他者（職場・職員、実習生など）の不满や悪口を実習生等がいる場で話すことや、職場内でハラスメントにあたるような言動は行わない。

<制定・改定履歴>

開始日	事項	承認	備考
2019/11/15	制定	2019/10/29 メディカルスタッフ専門部会	
2022/2/3	改定 別紙 1・2 追加	2022/01/25 メディカルスタッフ専門部会	

### 結果報告書の記載について

以下のことを各施設（個人の場合は各自）でご確認いただき、別紙2「ワクチン接種歴・抗体検査結果および胸部エックス線検査結果等報告書（以下、「結果報告書」という。）を提出してください。ご提出いただいた結果報告書は、受入れ部署で実習等終了後2週間程度保管し、その後、廃棄又は返却します。

なお、実習等開始前までにすべての項目で検査結果が基準を満たすか、ワクチン接種が終了しない場合、実習・研修内容の一部または全部が制限される事があります。

#### 1. 流行性ウイルス感染症（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）について

- 1) 1歳以上で「2回」の予防接種の記録がある場合は、その記録を記載してください。
- 2) 1歳以上で「1回」の予防接種の記録がある場合は、1回目の接種から少なくとも4週間以上あけて2回目の予防接種を受け、その記録を記載してください。
- 3) 既罹患で予防接種を受けていない場合は、抗体価陽性の検査結果を記載してください。
- 4) 抗体価を測定し陽性の場合はその記録を記載してください。
- 5) 1)～4)いずれにも該当しない場合は、少なくとも4週間以上あけて「2回」の予防接種を受け、その記録を記載してください。

※1) 2) 5) は、抗体価測定は不要です。

※3) 4) の抗体価陽性の基準は以下の表のとおりです。

※予防接種が出来ない方はその理由をコメント欄に記入してください。

#### <抗体価の基準>

	検査方法	抗体価陽性の基準
麻疹	EIA(IgG)	16.0以上
	PA	256以上
	NT	8以上
風疹	HI	32以上
	EIA(IgG)	8.0以上
水痘	EIA(IgG)	4.0以上
	I AHA	4以上
	NT	4以上
流行性耳下腺炎	EIA(IgG)	4.0以上

「日本環境感染学会 院内感染対策としてのワクチンガイドライン」第3版に準拠

#### 2. B型肝炎ウイルス（HBV）について

- 1) HBs抗体検査で10mIU/ml 以上であることを記録で確認できる場合はその結果を記載してください。

2) 1) 以外の場合は以下の結果を記載してください。

① ワクチンは、0・1・6 カ月後の3回接種（1シリーズ）を行ってください。

② 3回目の接種終了後1～2カ月後にHBs抗体検査を行い、10mIU/ml以上であれば免疫獲得と判定。

③ 1回のシリーズで免疫獲得とならなかった場合は、もう1シリーズの接種を行い、接種終了後1～2カ月後にHBs抗体検査を行い、10mIU/ml以上であれば免疫獲得と判定。

3) 2シリーズのワクチン接種歴があり、HBs抗体検査で10mIU/ml未満の方は、2回目のワクチン接種歴を記載し、コメント欄に2シリーズ接種済みであることを記載してください。

※予防接種が出来ない方はその理由をコメント欄に記入してください。

※B型肝炎ウイルスのワクチン接種が完了するまでに長い期間を要しますので、早めの確認・対応をお願いします。

### 3. 胸部レントゲン検査について

1) 実習・研修開始前1年以内の胸部レントゲン検査で異常がないことを記載してください。

2) 実習・研修開始前1か月以内に2週間以上続く咳、微熱が見られた場合は、医療機関にて受診し胸部レントゲンに異常が無いことを確認し記載してください。

※実習・研修中に過去の検査から1年が経過する時は、再度検査を受け結果の提出をお願いします。

### 4. インフルエンザワクチンについて

11月1日～3月31日までの間に実習・研修を行う場合はワクチン接種を行い、その記録を記載してください。

※接種できない方はその理由をコメント欄に記入してください。

取扱い厳重注意

ワクチン接種歴・抗体検査結果および胸部エックス線検査結果報告書(実習生・研修生用)

高知大学医学部附属病院長 殿

氏名	麻疹			風疹			水痘			流行性耳下腺炎		B型肝炎		胸部エックス線検査	インフルエンザワクチン接種日 (研修期間が11月~3月の場合のみ記載)	コメント欄 (病気や体質等やむを得ない事情により予防接種を受けられない場合は、理由を記載すること)	
	抗体検査(いずれか1つ)			抗体検査(いずれか1つ)			抗体検査(いずれか1つ)			抗体検査	抗体検査	抗体検査					
	EIA法(IgG)	PA法	NT法	EIA法(IgG)	HI法	EIA法(IgG)	IAHA法	NT法	EIA法(IgG)	CLIA法							
	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日	1回目接種日	検査日	検査日			
	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	抗体価	2回目接種日	所見		
	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	接種回数合計	結果(自動計算)	3回目接種日			
(記入例) 高知 太郎	2017/4/1 16 陽性	2017/4/1 256 陽性	2017/4/1 8 陽性	1998/3/3 2009/6/6 2回	2017/4/3 8 陽性	2017/4/3 32 陽性	1998/3/3 2007/4/5 2回	2017/4/3 64 陽性	2017/4/3 64 陽性	2017/4/3 64 陽性	2017/4/3 4 陽性	1998/3/3 2005/9/9 2回	2017/4/3 10 陽性	2015/6/22 2015/7/22 2015/12/22	2017.4.3 異常なし	2016/11/15	

西暦 年 月 日

各医療従事者養成機関の  
医療機関の

名称:

長の氏名:

個人での申し込みの場合

所属施設名:

氏名:

## 誓約書

高知大学医学部附属病院長 殿

私は、高知大学医学部附属病院における実習又は研修（以下「実習等」という。）で、患者さんのご協力を仰ぎながら医療専門職者としての技能・態度の修練を開始するにあたり、患者さんの人格や価値観を尊重し、患者さんのプライバシーやジェンダーに配慮した行動を心掛けるとともに、下記の事項を遵守することを誓約します。

## 記

- ・ 貴院の諸規則を遵守し、実習指導者の指示に従います。
- ・ 実習等で知り得た患者及び病院関係者の個人情報、貴院及び取引業者等の情報資産などは、実習等期間中及び実習等終了後においても、一切漏らさない義務を厳守します。
- ・ 個人情報保護法等の関連法規に則り、法的な処分、処罰の対象となっても不服を申し立てることはありません。
- ・ 貴院の患者及び職員に関する資料を利用し若しくは発表する場合は、事前に承諾を得ます。
- ・ 患者・利用者に対する安全の義務を遵守します。
- ・ 実習等期間中に生じた疾病及び傷害については、貴院の過失による場合の他は、責任を求めません。

令和 年 月 日

実習・研修部署

所属施設（学校）

氏 名