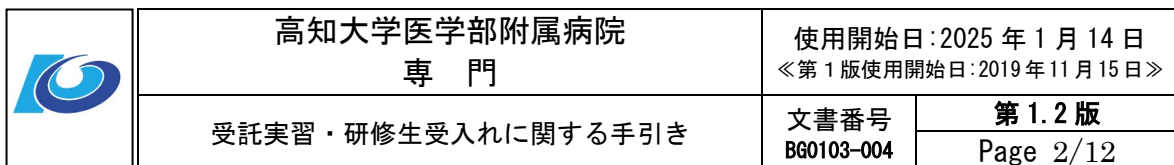


|                                                                                   |                    |                                                        |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|
|  | 高知大学医学部附属病院<br>専 門 | 使用開始日：2025 年 1 月 14 日<br>《第 1 版使用開始日：2019 年 11 月 15 日》 |                      |
|                                                                                   | 受託実習・研修生受入れに関する手引き | 文書番号<br>BG0103-004                                     | 第 1.2 版<br>Page 1/12 |

# 受託実習・研修生受入れに関する手引き

## 第 1.2 版

|     |                                             |       |                  |
|-----|---------------------------------------------|-------|------------------|
| 作 成 | 医療人育成支援センター<br>キャリア形成支援部門会議<br>メンタルスタッフ専門部会 | 作成年月日 | 2024 年 11 月 26 日 |
| 承 認 | 病院運営委員会                                     | 承認年月日 | 2025 年 1 月 14 日  |



## 改版・修正・レビュー履歴

[illegible]

|                                                                                   |                    |                                                        |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|
|  | 高知大学医学部附属病院<br>専 門 | 使用開始日：2025 年 1 月 14 日<br>《第 1 版使用開始日：2019 年 11 月 15 日》 |                      |
|                                                                                   | 受託実習・研修生受入れに関する手引き | 文書番号<br>BG0103-004                                     | 第 1.2 版<br>Page 3/12 |

## 目次

---

|      |                                                     |    |
|------|-----------------------------------------------------|----|
| 1.   | 受入れの可否について . . . . .                                | 4  |
| 2.   | 誓約書の提出について . . . . .                                | 5  |
| 3.   | 実習等開始前に説明する事項について                                   |    |
| 4.   | 患者さん・ご家族との関わりについて                                   |    |
| 5.   | 事故等の補償について                                          |    |
| 6.   | ハラスメントについて                                          |    |
| 別紙 1 | 結果報告書の記載について . . . . .                              | 7  |
| 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報告書（実習生・研修生用） . . . . . | 9  |
| 別紙 3 | 誓約書 . . . . .                                       | 10 |
| 別紙 4 | 病院研修事前申込書 . . . . .                                 | 11 |
| 別紙 5 | 受託実習事前申込書 . . . . .                                 | 12 |

|                                                                                   |                    |                                                        |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|
|  | 高知大学医学部附属病院<br>専 門 | 使用開始日：2025 年 1 月 14 日<br>《第 1 版使用開始日：2019 年 11 月 15 日》 |                      |
|                                                                                   | 受託実習・研修生受入れに関する手引き | 文書番号<br>BG0103-004                                     | 第 1.2 版<br>Page 4/12 |

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、「病院研修事前申込書」（別紙４）、「受託実習事前申込書」（別紙５）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。

|                                                                                   |                    |                                                        |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|
|  | 高知大学医学部附属病院<br>専 門 | 使用開始日：2025 年 1 月 14 日<br>《第 1 版使用開始日：2019 年 11 月 15 日》 |                      |
|                                                                                   | 受託実習・研修生受入れに関する手引き | 文書番号<br>BG0103-004                                     | 第 1.2 版<br>Page 5/12 |

## 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。

|                                                                                   |                    |                                                        |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|
|  | 高知大学医学部附属病院<br>専 門 | 使用開始日：2025 年 1 月 14 日<br>《第 1 版使用開始日：2019 年 11 月 15 日》 |                      |
|                                                                                   | 受託実習・研修生受入れに関する手引き | 文書番号<br>BG0103-004                                     | 第 1.2 版<br>Page 6/12 |

- 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）の不満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。

|                                                                                   |                    |                                                        |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|
|  | 高知大学医学部附属病院<br>専 門 | 使用開始日：2025 年 1 月 14 日<br>《第 1 版使用開始日：2019 年 11 月 15 日》 |                      |
|                                                                                   | 受託実習・研修生受入れに関する手引き | 文書番号<br>BG0103-004                                     | 第 1.2 版<br>Page 7/12 |

別紙 1

### 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      | E I A (I g G) | 16. 0 以上 |
|         | PA            | 256 以上   |
|         | NT            | 8 以上     |
| 風疹      | H I           | 32 以上    |
|         | E I A (I g G) | 8. 0 以上  |
| 水痘      | E I A (I g G) | 4. 0 以上  |
|         | I A H A       | 4 以上     |
|         | NT            | 4 以上     |
| 流行性耳下腺炎 | E I A (I g G) | 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

|                                                                                   |                    |                                                        |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|
|  | 高知大学医学部附属病院<br>専 門 | 使用開始日：2025 年 1 月 14 日<br>《第 1 版使用開始日：2019 年 11 月 15 日》 |                      |
|                                                                                   | 受託実習・研修生受入れに関する手引き | 文書番号<br>BG0103-004                                     | 第 1.2 版<br>Page 8/12 |

別紙 1

## 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。
  - ②3 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。
  - ③1 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旨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

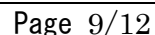
- 1) 実習・研修開始前 1 年以内の胸部レントゲン検査で異常がないことを記載してください。
- 2) 実習・研修開始前 1 か月以内に 2 週間以上続く咳、微熱が見られた場合は、医療機関にて 受診し胸部レントゲンに異常が無いことを確認し記載してください。  
※実習・研修中に過去の検査から 1 年が経過する時は、再度検査を受け結果の提出をお願いします。

## 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。





|                                                                                  |                    |                                                        |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | 高知大学医学部附属病院<br>専 門 | 使用開始日：2025 年 1 月 14 日<br>《第 1 版使用開始日：2019 年 11 月 15 日》 |                       |
|                                                                                  | 受託実習・研修生受入れに関する手引き | 文書番号<br>BG0103-004                                     | 第 1.2 版<br>Page 10/12 |

別紙 3

## 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 \_\_\_\_\_

|                                                                                   |                    |  |                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|--------------------------------------------------------|
|  | 高知大学医学部附属病院<br>専 門 |  | 使用開始日：2025 年 1 月 14 日<br>《第 1 版使用開始日：2019 年 11 月 15 日》 |
|                                                                                   | 受託実習・研修生受入れに関する手引き |  | 文書番号<br>BG0103-004                                     |
|                                                                                   |                    |  | 第 1.2 版<br>Page 11/12                                  |

別紙 4

## 病院研修事前申込書

\*メディカルスタッフ等ですでに免許を有する方の申込書です。  
所属施設が研修料を負担する場合は、所属施設担当者と相談の上、記載して下さい。

|                                                        |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 研修生                                                    | 氏 名                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | 生年月日                          | 昭和・平成 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                        | 性 別                           | 男・女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                        | 現住所                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | 研修期間                          | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                        | 研修部門                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | 所有免許<br>(該当する□にレをしてください。)     | <input type="checkbox"/> 薬剤師<br><input type="checkbox"/> 保健師<br><input type="checkbox"/> 助産師<br><input type="checkbox"/> 看護師<br><input type="checkbox"/> 診療放射線(エックス線)技師<br><input type="checkbox"/> 臨床(衛生)検査技師<br><input type="checkbox"/> 理学療法士<br><input type="checkbox"/> 作業療法士<br><input type="checkbox"/> 管理栄養士<br><input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 歯科技工士<br><input type="checkbox"/> 視能訓練士<br><input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師<br><input type="checkbox"/> はり師<br><input type="checkbox"/> きゅう師<br><input type="checkbox"/> 柔道整復師<br><input type="checkbox"/> 臨床工学技士<br><input type="checkbox"/> 義肢装具士<br><input type="checkbox"/> 救急救命士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
| 研修料支払者<br>(該当する□にレをしてください。本人以外の場合は、振込依頼書送付先を記載してください。) | <input type="checkbox"/> 本人   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | <input type="checkbox"/> 本人以外 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | 住所                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | 所属機関名                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | 役職                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 連絡先                                                    | 氏名                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | TEL                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | FAX                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                        | MAIL                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 備考                                                     |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                                                                   |                    |  |                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|--------------------------------------------------------|
|  | 高知大学医学部附属病院<br>専 門 |  | 使用開始日：2025 年 1 月 14 日<br>《第 1 版使用開始日：2019 年 11 月 15 日》 |
|                                                                                   | 受託実習・研修生受入れに関する手引き |  | 文書番号<br>BG0103-004                                     |
|                                                                                   |                    |  | 第 1.2 版<br>Page 12/12                                  |

別紙 5

## 受託実習事前申込書

\*メディカルスタッフ等を養成する公立私立の学校、養成所又は日本薬剤師会等の医療関係団体の長が学生・生徒等の実習を委託する申込書です。

|                                 |       |                                             |
|---------------------------------|-------|---------------------------------------------|
| 実習生<br>(複数の場合は別紙(様式任意)を添付ください。) | 氏 名   |                                             |
|                                 | 実習期間  | 令和    年    月    日    ~    令和    年    月    日 |
| 養成機関等の代表者                       | 住所    |                                             |
|                                 | 養成機関名 |                                             |
|                                 | 役職    |                                             |
|                                 | 氏名    |                                             |
| 事務担当者                           | 氏名    |                                             |
|                                 | TEL   |                                             |
|                                 | FAX   |                                             |
|                                 | MAIL  |                                             |
| 実習部門                            |       |                                             |
| 実習内容                            |       |                                             |
| 備考                              |       |                                             |