

鳥取市立病院実習生受入れマニュアル

1 健康管理

(1) 養成機関の長は、当該実習生の次の各号に掲げるウィルス抗体価の有無及び抗体が陰性の場合のワクチン接種履歴を病院長に提出する。

- ① B型肝炎（抗原及び抗体）
- ② 麻しん
- ③ 水痘
- ④ 風しん
- ⑤ 流行性耳下腺炎

(2) 11月から3月までのいずれかの時期に実習を行うときは、養成機関の長は、前項に加えて、実習生にインフルエンザワクチンを事前に接種させ、それを証する書類を病院長に提出する。

(3) 管理栄養士及び栄養士の実習をするときは、養成機関の長は前二項に加えて、実習生の次の各号に掲げる細菌検査結果を病院長に提出する。

- ① 赤痢菌
- ② サルモネラ
- ③ チフス
- ④ パラチフス
- ⑤ 腸管出血性大腸菌（0-157）

2 実習生の遵守事項

(1) 実習生は、この要領及び病院の諸規則を遵守し、病院長の指示に基づき実習を行わなければならない。

(2) 受入れ部署の所属長は、実習生から「臨床実習に関する誓約書」（様式第1号）を徴する。所属長は内容を確認後、教育研修センターへ提出する。

3 患者の同意

(1) 実習生が患者を受け持つ場合は、患者または患者家族等の同意を様式第2号または養成機関の指定する文書により得ることとする。

(2) (1) 以外の場合は、口頭によって患者の同意を得ることとする。口頭によるときは、同意を得たことを電子カルテ等に記録する。

ただし、文書または口頭以外の方法によることが適当だと認める場合は、この限りではない。

4 電子カルテの利用

- (1) 実習生が実習期間中に鳥取市立病院の電子カルテを使用するときは、所属長は医事課へ申請する。医事課は、必要に応じて権限を付与した ID を発行する。

5 危機管理

- (1) 実習生は、実習中に何らかの事故が発生したときは、次の①～④に従う。
- ① 実習の途上で発生した交通事故等の災害に関して病院はその責を負わない。
 - ② 機械器具を破損した場合は、直ちに教員及び臨床実習指導者へ報告し、指示に従う。
 - ③ 医療事故またはインシデント発生時は、直ちに教員及び臨床実習指導者へ報告し、指示に従い鳥取市立病院医療安全管理指針・医療安全管理マニュアルに沿って行動する。
 - ④ 院内感染を疑う事象が発生したときは、直ちに教員及び臨床実習指導者へ報告し、指示に従い鳥取市立病院院内感染防止対策指針・マニュアルに沿って行動する。

(機械器具等の破損の報告経路)

実習生→臨床実習指導者→所属長→総務課経営戦略室
→担当教員→養成機関等

(医療事故またはインシデント報告時)

実習生→臨床実習指導者→所属長→リスクマネージャー
→担当教員→養成機関等

(針刺粘膜曝露発生時)

実習生→臨床実習指導者→所属長→衛生管理者
→担当教員→養成機関等

6 実習の停止または実習の受け入れの承諾の取り消し

- (1) 病院長が要項第8条に定める実習の停止または受け入れの承諾の取り消しをするときは、様式第3号により養成機関等の長に通知する。
- (2) 養成機関の長が、実習生が実習を継続できないと判断したときは、①当該実習生の氏名②実習を停止または中止する時期③その理由④その他必要な事項 を病院長に通知しなければならない。

7 事務処理

実習生の受け入れに関する事務は、教育研修センターが処理する。

附則

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

臨床実習に関する誓約書

鳥取市立病院
鳥取市病院事業管理者 様

私は、貴院での実習期間中は、鳥取市立病院実習生受入要項及びその他関係規定等を遵守し、実習することを誓約いたします。

また、実習中に知り得た患者および病院関係者の個人情報、病院および取引業者の情報資産などを実習中はもちろん実習終了後も、第三者に故意または過失によって漏洩したり、病院に無断で使用したりしないこと、およびその結果として病院に損害を与えないことを誓約いたします。

令和 年 月 日

養成機関（学校・施設）名 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印

入院患者さま（ご家族のかた）へ

臨床実習説明書

当院では、優れた医療従事者の育成に貢献するための一環として、専門学校等（養成機関）の実習生を受け入れております。

今回、養成機関名：_____の_____年生（氏名）_____の
（実習の名称）_____実習にあたって、_____年_____月_____日から_____年_____月_____日
までの間、当院の臨床実習指導者の指導監督のもとに、臨床実習をさせていただきたく存じます。

医療従事者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. 臨床実習指導者は、実習生が臨床実習指導者の指導監督のもとに臨床実習を行うことについて、あなたに事前に十分で分かりやすい説明を行い、ご本人またはご家族の同意をいただいてから行います。
2. 実習生が臨床実習を行うときは、事前に教員や指導者の助言・指導を受けて実施します。必要に応じて実施中にも助言・指導をしながら、安全に配慮して実施します。
3. あなたは、臨床実習の全部または一部を拒否することができます。また、実習を開始した後でも、いつでも同意を撤回することができます。いずれの場合も、あなたの診療等にあって不利益に扱うことはありません。
4. 実習生は、臨床実習指導者の指導監督のもとに臨床実習を実施している間、および実習が終了した後にも、あなたのプライバシーを保護し、個人的な情報を他へ漏らすことがないよう厳守致します。

その他、ご不明な点は遠慮なさらずお申し出ください。臨床実習指導者が適宜ご説明いたします。

年 月 日

説明者：鳥取市立病院 臨床実習指導者_____

実習生：養成機関名：_____

実習生氏名：_____

担当教員名：_____

臨床実習同意書

鳥取市立病院 病院長 様

私は、実習生が臨床実習指導者の指導監督のもとに臨床実習を行うことについて、上記のと
おりの説明を受け、納得したので同意します。

年 月 日

患者氏名：_____

代理同意人氏名：_____

(様式第 3 号)

年 月 日

養成機関の名称

代表者 氏名 様

鳥取市立病院
病院長

臨床実習の停止（取消）通知書

年 月 日付け受鳥市病第 号で許可した臨床実習の受け入れに関して、
次のとおり実習を停止（承諾の取消し）しましたので通知します。

1. 実習生の氏名
2. 臨床実習を停止（取消）する時期
年 月 日
3. 停止（取消）の理由