

三才山病院 受託実習生受入要項

目 次

1. 受託実習生受入内規
2. 受託実習生受入マニュアル
3. 三才山病院における実習へのご協力をお願い
(入院案内時同封用)
4. 実習に関する誓約書 (実習生用)
5. 三才山病院における実習に関する説明書
6. (実習開始時患者さん用)
7. 三才山病院における実習に関する同意書
8. 実習生受入に関する院内掲示文書

平成 28 年 10 月 作成

要項の管理者 (事務課長およびリハ副部長)

三才山病院 受託実習生受入内規

1条) 趣旨

この内規は、三才山病院における受託実習生の受入に関し必要な事項を定めるものである。

2条) 定義

この規定において「受託実習生」とは医師、薬剤師、看護師、技師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、運動健康指導士、社会福祉士、医療事務、その他の医療関係業務従事者の養成を目的とする学校若しくは養成所または医療関係団体等（以下養成機関等という）の学生、生徒等で、当該養成機関等の長から実習委託の申請に基づき、三才山病院（以下当院）で実習生として当院院長から受入を許可された者をいう。

3条) 受入期間

受入機関は養成機関等から申し出があった期間とする。

4条) 実習料

実習料は各養成機関等の実習謝金支給の基準に従い、受託実習料を受入期間に応じて納付してもらう。

5条) 受託実習生の遵守義務

受託実習生は当院の諸規定および受託実習生受入マニュアルを遵守し指導者の指示に基づき実習を行わなければならない。

6条) 実習の停止および許可の取り消し

受託実習生が前条の規定に違反し、または受託実習生としてふさわしくない行為があった場合、健康上の理由がある場合は、当院院長は当該受託実習生の実習を停止させ、または許可を取り消すことができる。

当院院長は、前項の規定により実習を停止させ、または許可を取り消す場合は、これを養成機関等の長に通知する。

7条) 受託実習生の損害賠償等

受託実習生の受入を許可された養成機関等の長は、当該受託実習生の故意または過失により医療過誤を生じさせた場合または施設、設備を損傷させた場合は、法令等の定めるところにより、損害賠償の責任を負うものとする。

8条) 院内患者・家族への周知および同意

院内掲示および入院時の説明文書等で周知する。当該実習の受入については患者の同意を得るものとする。

9条) 改廃

この規定の改廃は、三才山病院職場運営委員会で定める。

平成 28 年 10 月 日

三才山病院 受託実習生受入マニュアル

1. 実習生は個人情報への守秘に関する誓約書を院長に提出する。
2. 実習生は当院の診療録（電子カルテ）および情報システムの利用に際し、診療録管理マニュアル、同閲覧規定、情報システム管理指針およびマニュアルの遵守についての誓約書を院長に提出する。
3. 指導者は予め実習生の麻疹、風疹、B型肝炎等の抗体価の有無等、またインフルエンザ等の流行時の実習の場合はワクチン接種の履歴等を確認する。
4. 実習生が患者を受け持つ場合は、当該患者の主治医が患者（必要時家族）に対し、実習に関する説明をし、受持になることについて同意を得る。（養成機関または当院の同意書を院長に提出する。）
5. 実習にかかわる事故発生時（交通事故、器械器具の破損・紛失・医療事故またはインシデント発生時、感染事故発生時等）は下記に従う
 - (1) 実習における登院時発生した交通事故等の災害に関して当院はその責を任じない。
 - (2) 器機器具を破損した場合は、直ちに指導者に報告し指示に従う。
 - (3) 医療事故またはインシデント発生時は、直ちに指導者に報告し、指示に従い当院の医療安全管理指針・医療安全管理マニュアルに則って行動する。
6. 感染事故発生時は直ちに指導者へ報告し、指示に従い当院の感染対策指針・マニュアルに則って行動する。
7. 実習中の留意点
 - ・患者さんの安全の確保を最優先し、事前に指導者より入念な助言や指導を行う。
 - ・実際の治療訓練は実習生の自己判断では決して行わず、必ず指導者の監督の下で行う。
 - ・万が一実習中に患者さんの健康やプライバシーに何らかの影響を与える事象が発生した場合は、速やかに養成機関の長および委託機関（三才山病院）の院長に報告する。
8. 指導者は実習に関するご意見や要望、苦情等があった場合は、可及的速やかに対応する。必要に応じ職場責任者、院長に報告する。
9. 診療録（電子カルテ）の取扱
実習指導者は以下について充分説明する。
 - (1) IDおよびパスワード管理
 - ① IDは実習生用のIDとし、個人の責任において管理する。いかなる場合でも

自分のIDとパスワードを他者に教えたり他者のIDとパスワードを聞いたりしない。

② 学生用IDを取得していない場合は、実習指導者の許可を得て指導者のIDとパスワードで閲覧する。

(2) 診療録は閲覧のみ可能とし記載は不可とする。

(3) 診療録の閲覧に関する遵守事項

① 閲覧は原則として受持患者に限り許可する。学習の必要上受持患者以外の診療録を閲覧する必要があるときは、実習指導者に申し出て許可を得る。許可を得た場合であっても、学習が必要な範囲で目的を明確にし、当該目的の達成に必要な限度において閲覧する。

② 閲覧する場所は指定された場所のみとする。閲覧後は速やかに元の場所に戻す。

③ 診療記録をプリントアウトしたりカメラ接写したりしない。

④ 閲覧中のシステムの支障や誤作動が生じた場合は、直ちに実習指導者またはスタッフに報告する。

⑤ 閲覧終了後は直ちにログアウトする。また、その場を離れるときも同様とする。

10. 指導者はその他実習に必要な事項を指導する。

三才山病院における実習へのご協力のお願い（入院案内時同封用）

当院では、将来、医師、薬剤師、看護師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、健康運動指導士、社会福祉士、医療事務、その他の医療関係業務従事者を目指す者の臨床研修・実習を受け入れております。臨床研修・実習とは、当該養成機関の教育の一環で、病院等の実際の臨床場面に於いて、それぞれの業務を見学、体験する目的で行われているものです。

つきましては、下記の内容をご理解いただき、本実習にご協力をいただけますようお願い申し上げます。尚、実習にあたりましては、担当させていただく患者さんにご迷惑や、不利益が生じないよう細心の注意をはらって行います。

1. 実習の主な内容

実習中は患者さんの心身機能の状態や、日常生活動作の観察や検査、それに基づいた治療訓練等の一部を体験させていただきます。

2. 実習中の遵守事項

患者さんの安全確保、治療効率を最優先し、事前に指導者（三才山病院の指導職員）より入念な助言や指導、監督の下で行います。

万が一実習中に患者さんの健康やプライバシーに何らかの影響を与える事象が発生した場合は、速やかに委託機関（三才山病院）の院長および養成機関の長が対応いたします。

3. 患者さんからのご意見や要望

実習に関するご意見、質問や要望、苦情等が有る場合は、いつでも実習指導者にお申し付け下さい。

4. 実習の中止

患者さんは今回の実習について同意いただいた後でも、実習を中止して欲しい際には速やかに中止いたします。その場合、その後の治療訓練上の不利益は何らありません。

5. 個人情報の保護

実習中に知り得た患者さんの個人情報につきましては、他者に漏らすことがないようにプライバシーの保護に努め、実習以外の目的で使用することはありません。

実習施設 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター
三才山病院 院長 泉 従道

実習に関する誓約書（実習生用）

鹿教湯三才山リハビリテーションセンター
三才山病院 院長 泉 從道殿

1. 私は、今般の貴院における実習を通じ知り得た患者および病院関係者等の個人情報について、実習期間中および実習終了後もその秘密を保持することをお約束いたします。
1. 私は今般の貴院における実習において、貴院の受託実習生受入マニュアルを遵守することをお約束いたします。
1. 私は今般の貴院における実習において、電子カルテを含む情報システムを使用するにあたり、貴院の情報システム管理指針およびマニュアルの遵守をお約束いたします。
1. 私は今般の貴院における実習において、診療録管理マニュアルおよび診療録閲覧規定の遵守をお約束いたします。

平成 年 月 日

実習生氏名 _____ 印

住所
〒 _____

上記の者が本誓約書を厳守するよう責任を持って指導いたします。

三才山病院
指導者氏名 _____ 印

三才山病院における実習に関する説明書（実習開始時患者さん用）

様

当院では、将来、医師、薬剤師、看護師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、健康運動指導士、社会福祉士、医療事務、その他の医療関係業務従事者を目指す者の臨床研修・実習を受け入れております。臨床研修・実習とは、当該養成機関の教育の一環で、病院等の実際の臨床場面に於いて、それぞれの業務を見学、体験する目的で行われているものです。

つきましては、下記の内容をご理解いただき、本実習にご協力をいただけますかどうかお伺い申し上げます。尚、実習にあたりましては、担当させていただく患者さんにご迷惑や、不利益が生じないよう細心の注意をはらって行います。

1. 実習期間は平成 年 月 日～ 年 月 日の期間です。

2. 実習の主な内容

実習中は患者さんの心身機能の状態や、日常生活動作の観察や検査、それに基づいた治療訓練等の一部を体験させていただきます。

3. 実習中の遵守事項

患者さんの安全確保、治療効率を最優先し、事前に指導者（三才山病院の指導職員）より入念な助言や指導、監督の下で行います。

万が一実習中に患者さんの健康やプライバシーに何らかの影響を与える事象が発生した場合は、速やかに委託機関（三才山病院）の院長および養成機関の長が対応いたします。

4. 患者さんからのご意見や要望

実習に関するご意見、質問や要望、苦情等が有る場合は、いつでも実習指導者にお申し付け下さい。

5. 実習の中止

患者さんは今回の実習について同意いただいた後でも、実習を中止して欲しい際には速やかに中止いたします。その場合、その後の治療訓練上の不利益は何らありません。

6. 個人情報の保護

実習中に知り得た患者さんの個人情報につきましては、他者に漏らすことがないようにプライバシーの保護に努め、実習以外の目的で使用することはありません。

実習施設 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター

三才山病院 院長 泉 従道

主治医氏名 _____

実習指導者氏名 _____

養成機関の長 _____

実習学生の在籍する学校名 _____

実習生氏名 _____

三才山病院における実習に関する同意書（実習開始時）

三才山病院
院長 泉 從道殿

私は、臨床研修・実習に関して説明を受けその内容を理解し、実習へ協力することに同意いたします。

平成 年 月 日

患者氏名

代理人氏名（患者さんご自身が署名できない場合）

(実習生受入に関する院内掲示)

病院研修・実習にご協力をお願いいたします。

本院は将来、医師、看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・その他医療に関係する職種に携わる志を持った学生の実習生を受け入れております。

学生はこの実習を通じて医療人としての態度や技能を学び、よりよい医療を提供することを目指しております。

つきましては、実習生が診療を見学させていただいたり、担当する医療チームの一員として診療の一部に参加することをお願いする場合があります。

その際には、担当医または関連部門の指導者が、事前にその概要を説明しご意向を確認させていただきます。なお、実習について一旦ご同意いただきました後に、身体の状態やお気持ちの変化により、実習をお断りいただきましても、診療上の不利益を被ることは一切ございません。

不明な点がございましたら、主治医または指導者にお問い合わせ下さい。

皆様のご理解とご協力の程をお願いいたします

平成 28 年 10 月

三才山病院

院長 泉 従道