

臨床実習マニュアル

医療法人 藤森医療財団 藤森病院 リハビリテーション科

令和2年9月1日作成

令和4年4月1日改訂

令和7年4月1日改訂



臨床実習マニュアル 目次

1. はじめに.....	2
2. 当院リハビリテーション科における臨床実習の基本理念	2
3. 診療参加型臨床実習に基づく臨床実習の教育体制	2
4. 診療参加型臨床実習の定義と理念	3
5. 臨床実習スケジュール	7
6. 臨床実習に関する諸規定	8
7. ハラスメント.....	10
8. 臨床実習生の教育内容について	11
9. 訪問リハビリテーション(訪問看護)の同行	12
10. 緊急時の対応(感染対策・医療事故)	13
参考・引用	14
臨床実習オリエンテーション資料.....	15
1. 施設概要	15
2. リハビリテーション科の業務について	16
3. 臨床実習スケジュール	17
4. 臨床実習に関する諸規定	17
添付資料(感染対策、標準予防策)	19

1.はじめに

長野県理学療法士会では、2018年2月の理事会にて「理学療法教育について診療参加型臨床実習を行う県」を宣言することが承認されました。これに伴い、コンプライアンスを遵守し、時代に即した一定水準の臨床実習教育を実践している実習施設を長野県理学療法士会として認定する『臨床実習施設』とし、現職の理学療法士はもとより未来に輩出される理学療法士、実習指導者の質的向上を図ることを目的に、2019年より「臨床実習施設認定制度」の運用が開始されました。そして、臨床実習施設認定制度の下、臨床実習施設認定会議に参加するためには、臨床実習施設独自の臨床実習教育に関する「臨床実習指導マニュアル（手順書）」の作成が条件となっております。

このような状況におきまして、当院では、県内各養成校からの臨床実習生の受け入れを継続するにあたり、2019年度より、臨床実習において診療参加型臨床実習を導入する運びとなりました。

そこで当院リハビリテーション科が、一定水準の臨床実習教育を実践する施設としての認定を受けるとともに、質の高い臨床実習を展開できる臨床実習施設となることを目的として、全ての職員が診療参加型臨床実習の概念と具体的な実施方法に関する理解を深めることができるよう「臨床実習マニュアル」を作成致しました。

つきましては、臨床実習の実施にあたり、本マニュアルに目を通し、診療参加型臨床実習の理念と実践方法に関する内容を十分に理解した上で、有意義な臨床実習の展開に努めていただければと思います。

2. 当院リハビリテーション科における臨床実習の基本理念

当院リハビリテーション科では、対象となる皆様の健康とその人らしい生き生きとした生活を支援することができるような質の高い理学療法士の輩出と、職員の臨床実習指導能力の育成ならびに臨床能力の向上を目的として、理学療法士養成課程の学生を対象とした臨床実習を積極的に展開しております。

3. 診療参加型臨床実習に基づく臨床実習の教育体制

診療参加型臨床実習の指針においては、臨床実習生1名に対し、実習期間を通して主に臨床教育を担当する臨床実習指導者（臨床経験年数5年以上であり、「厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会」を受講し修了した者）を1名配置するという方針が示されましたが、当院は、交代勤務による365日体制で業務を行っていることから、臨床実習指導者が休日となる場合には、臨床経験年数5年以上の他のセラピストに実習生の実習中の状況、予定などに関する申し送りをを行い、臨床実習指導の代行を依頼することと致しました。また、臨床実習指導の統括指導責任者はリハビリテーション科科长とし、実習生および臨床実習指導者への助言およびメンタルヘルスを行うことと致しました。

4. 診療参加型臨床実習の定義と理念

1) 診療参加型臨床実習の定義

診療参加型臨床実習とは、「診療チームに参加し、実体験を通してセラピストとして習得すべきスキルと professionalism（態度・価値観）を育成していく実習形態のこと」であり、「患者中心型臨床実習」の理念の下で、学生を診療に参加させ、治療の質を担保し、患者に不安や負担を与えないという臨床実習指導体制を指すと定義されております。（中川 法一 2013）



2) 診療参加型臨床実習の理念

- 患者の権利を守る。
- 患者の安全確保と適切な医療の提供を最優先する。
- 患者にとって不利益な診療参加を排除する。
- 治療の質を担保し、患者に不安や負担を与えない環境で学生教育を行う。
- 臨床では、“患者のため”の行為や文脈の中に学生を正当に参加させる。この“患者のため”に学生と何ができるのかを考える。

3) 診療参加型臨床実習の教育学習理論

① 正統的周辺参加

- 「社会的な実践共同体への参加の度合いを増すこと」が学習であると捉える考え方。
- 最初は助手的な仕事（診療準備や機器類の点検などの診療周辺業務）をしながら、より熟達している人がこなしているより重要な仕事を見よう見真似で覚えていく。
- まずはスタッフが学生を診療チームの一員として認めること。

② 認知的徒弟制

1. 指導者の作業を見て学ぶ。→師匠は、徒弟に自分の技を観察させる。	Modeling	見学
2. 指導者が手取り足取り教える。 →徒弟に学んだ技を使わせ、その様子を観察してアドバイスを与える。	Coaching	協同参加
3. できることを確認し、自立させる。 →徒弟が実行困難な場合に一時的支援を行う。	Scaffolding	
4. 指導者が手を退いていく。→上達に伴って支援を徐々に取り除く。	Fading	実施



診療参加型臨床実習の流れ 見学-協同参加-実施の流れを原則とする。

4) 診療参加型臨床実習の実践方法

① ペア診療

- 臨床実習指導者と学生がペアとなり、一緒に診療に参加する。
- 臨床実習指導者は、自身の臨床思考過程を臨床実習生に説明し、それを共有しながら指導することが、学生が知識や技術を得るために必要。
- 臨床実習指導者の臨床思考過程や技術を理解させることが重要。

② On the Job training:OJT

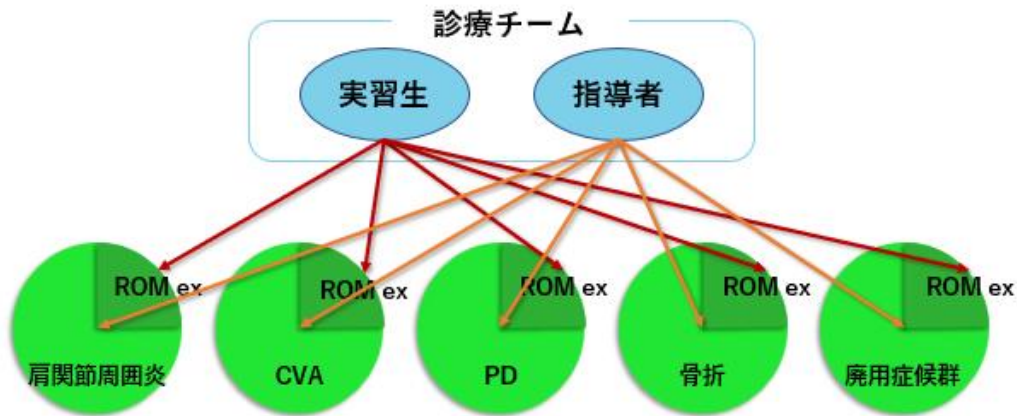
- 教育手法のひとつで職場の上司や先輩が部下や後輩に対し、具体的な仕事を通じて仕事に必要な知識・技術・態度などを意図的・計画的・継続的に指導し、修得させることによって、全体的な業務処理能力や力量を育成する教育活動。

③ Now and Here の原則

- 臨床実習指導者は学生自身がその場で感じたことを聞き、その場でフィードバックする。
- 従来の診療時間後のフィードバックは、臨床実習指導者、学生双方が“記憶”をたどるほかなく、思い込みで障害像の捉え方に食い違いが生まれやすい。また、“患者がその場にはいない”リアリティーを欠いた障害像は、翌日の臨床実習に生かされにくい。
- リアルタイムでの指導(教えること)が重要。

④ 技術項目の細分化による実施

- 担当患者を設けず、学生は臨床実習指導者の全担当患者を技術項目単位で横断的に受け持つ。
例) 肩関節の ROM ex→臨床実習指導者の担当患者全ての肩関節 ROM ex を、「見学」「協同参加」「実施」の手順を踏んで学習、修得する。
- 患者の診療をしながらの解説、解説から模倣過程への進行



診療参加型臨床実習における診療参加のイメージ

5) 臨床教育の各段階における留意点

① 「見学」の段階

- 見学前に症例の病歴や経過、リスク管理などを説明する。
- 観察するポイントを説明する。
- 介入内容の目的、理由、技術的なポイントを説明する。
- その場で説明が行えない場合は可能な限り直後に説明する。
- 臨床実習指導者と実習生との間で情報の共有に努める。
- 見学の中で、少しずつ補助的な役割を実習生に与える。

② 「協同参加」の段階

- 終始、臨床実習指導者の見守りのもとで行う。
- 協同参加は十分な見学を数回行った後に行う。
- 協同参加する行為は見学で解説したことのみとする。
- 協同参加へ移行した初期は、具体的な解説とともに必要に応じて徒手的に誘導を行う。
- 不十分な場合はその都度、徒手的指導、口頭指示を行う。
- 協同参加後は、できるだけすぐにフィードバックを行い、実習生と疑問点や不足点などの解消に努める。
- 技術が安定するまで繰り返し反復させる。
- 実習生のできることが増えるのに伴い、口頭での指示へと移行する。

③ 「実施」の段階

- 終始、臨床実習指導者の見守りのもとで行う。
- 「実施」する行為は「協同参加」を繰り返し、単独で行うことが可能であると判断されたもののみとする。

④ チェックリストの使用・共有

- 診療参加型臨床実習では、診療参加の状況を確認しながら実習を進めるツールとして、チェックリストを活用する。この記載を通して、実習の進捗状況が明確となり、臨床実習指導に役立てることができる。
- チェックリストへの記入は、実習生が行い、臨床教育者は診療終了後に確認する。

6) 臨床教育に使用するツール

① チェックリスト:細分化されたリスト、計画的な診療参加型臨床実習実践

② 疾患経験シート:実習中にどのような症例を経験したか、整理するシート

③ ポートフォリオ (Portfolio):「折りかばん」「書類入れ」「書類を運ぶためのケース」

- 意味:個々の書類を別々に扱うのではなく、書類全体を一つの物として扱う
 - 教育用語としてのポートフォリオ
 - 教育における個人評価ツール(パーソナルポートフォリオ)
 - 学生が学習過程で残したレポートや試験用紙、活動の様子を残した動画や写真などを、ファイルに入れて保存する評価方法
 - 従来の科目テストや知力テストだけでは測れない、個人能力の総合的な学習評価方法(質的評価方法)とされている
 - 学生は臨床実習指導者や他のセラピストから指導された内容や本人の自己学習資料などをポートフォリオにまとめる。
- ※ ポートフォリオへの指導は原則行わない。評価は各養成校が行う。

5. 臨床実習スケジュール

実習日：月曜～金曜　　休日：土曜、日曜、祝日

1日のスケジュール

8:30～8:40	リハビリ室の清掃（スタッフと同様の掃除をする）
8:40～9:00	全体ミーティング（症例検討会）
9:00～12:00	臨床実習指導者とともに診療参加
12:00～13:00	昼休憩
13:00～16:00	臨床実習指導者とともに診療参加
16:00～17:00	チェックリスト記入、まとめ
17:00～17:30	臨床実習指導者とミーティング（フィードバック、チェックリストの確認）

※ 12時以前に昼食は買いに行かないこと。

6. 臨床実習に関する諸規定

1) 有意義な臨床実習の実践に向けて臨床実習指導者が留意すべきポイント

- ① 臨床実習を通して、臨床実習生が理学療法という業務への関心や意欲を高めることができるよう常に意識して指導にあたる。
- ② 臨床実習指導者自身が考える個々の症例に対する理学療法の考え方を伝える。
- ③ 患者や職員に対する、臨床実習指導者自身の振る舞いを観察する機会を与える。
- ④ 質問から始めることなく、まずは臨床実習指導者の臨床推論を、臨床実習生が理解できるように説明する。
- ⑤ 臨床実習生の経験内容や臨床能力に合わせ、難易度を調整した指導を行う。
- ⑥ 可能な限りエビデンスを参照し、日々の臨床に活かしていることを意識して指導にあたる。
- ⑦ 臨床実習生に質問する場面では、実習生自身の考えを引き出すような質問を行うとともに、それに対する臨床実習生の回答に対して、できるだけ肯定的なフィードバックを実施する。
- ⑧ 臨床実習生へのフィードバックは、肯定的なコメント(positive)、改善すべき課題(negative)、肯定的な要約(positive)というPNPの3段階を原則とする。
- ⑨ 症例に関して解決すべき課題がある場合、参考になる文献や教科書などを紹介し、臨床実習生自身の能動的な学習を支援する。
- ⑩ 臨床実習生が設定した目標を達成できるよう、励まし援助する。

2) 有意義な臨床実習の実践に向けて臨床実習生が留意すべきポイント

- ① 個々の症例に対して臨床実習指導者が考える基本的な治療方針を理解した上で、診療チームの一員として参画する意識を持つ。
- ② 事前に臨床実習を通して達成すべき目標を具体的に設定し、臨床実習指導者と共有しておく。
- ③ 常に疑問を持ちながら診療に参加する。
- ④ 常に自分の立場で患者に貢献できることは何かということを考えながら診療に参加する。
- ⑤ 臨床実習指導者の許可を得た上で、自ら患者と関わる機会を作り、患者の思いを傾聴し共感したコミュニケーションを行うよう意識する。
- ⑥ 臨床実習指導者に質問を行う際は、自分の考えや意見も述べるようにする。
- ⑦ 臨床実習指導者の診療補助ができるよう、積極的に助言を求め診療技術の修得を図る。
- ⑧ 未解決の疑問や課題に対し、文献や教科書を用いて積極的に予習および復習を行い、それらの内容をポートフォリオに一元管理する。
- ⑨ 社会人として礼儀および節度ある言動をおこなうとともに、決められた規則を守る。

3) 個人情報管理

- ・ メモ用紙、経過記録等には個人を特定できる情報を記載しない
- ・ PCなどに取り込んだ個人情報は実習終了日までに削除すること(臨床実習指導者の確認の元で削除)

4) PC利用について

- ・ インターネット接続可能端末を学生は自由に利用して良い。
- ・ 学生がPCを持参した場合、院内Wi-Fiの利用可能。
- ・ USBを利用する場合、ウイルスチェックを行う。

5) 電子カルテについて

- ・ 電子カルテを用いて情報収集する場合には、あらかじめ閲覧する項目を臨床実習指導者に伝え、許可を得てから利用する。
- ・ カルテの記載はSOAP形式で行う。
- ・ 記載した内容は必ず臨床実習指導者の確認を受けてから保存する。
- ・ 電子カルテ端末でのUSB利用は原則禁止。

S: Subjective data	主観的情報。主訴や病歴、会話内容。
(I: Information)	他部門や家族からの情報。
O: Objective data	客観的情報。検査、測定から得られた情報。
A: Assessment	上記のSとOの情報をを用いた評価。
P: Plan	上記3点とともにした介入計画。

6) その他

- ・ 携帯電話、スマートフォン:持ち込む場合はマナーモードで使用する。
- ・ 図書、資料の利用:臨床実習指導者に借りたい図書や資料を伝えてから利用すること。
- ・ コピー機の利用:コピーしたい物を臨床実習指導者に伝え、許可を得てから利用する。
- ・ 昼食について:昼食は学生が持参する。(休憩中に買いに行く場合、必ず臨床実習指導者へ伝える)
昼食は職員用食堂(病院2階)を利用する。
- ・ 駐輪場について:病院正面入口横の駐輪場を利用する。
- ・ 学生の駐車場利用は不可
- ・ 病院敷地内は全面禁煙
- ・ 臨床実習生の机:リハビリテーションセンターの机を使用すること。
- ・ 臨床実習生のロッカー:
 - ① リハビリテーションセンターに設置されたロッカーを使用。
 - ② 貴重品を入れる場合は施錠することとし、鍵は各自で管理する。万が一、鍵を紛失した場合は、早急に臨床実習指導者に申し出ること。
 - ③ 紛失・盗難にあった場合は、早急に臨床実習指導者に申し出ること。

7. ハラスメント

一部の施設では、臨床実習と称して見よう見真似の非科学的指導や現代に合わない徒弟制度的指導が横行し、指導者からのパワハラ・セクハラ、いじめ、暴力等による被害事例がかねてより報告され、その問題点が度々指摘される事態となっています。

- 1) ハラスメントとは、「相手に迷惑をかけること＝いやがらせ」のことを指し、「自分の意に反した、不快にさせられる」行為のことを指します。ハラスメント行為は法律上では、ハラスメントを受けた者が不快に感じたことはすべてハラスメント行為に分類されます。
- 2) 学生との臨床教育者間では、権威勾配が働きやすく、学生にとって絶対的な存在となることが往々にして認められます。臨床実習指導者は、その言動に誤解を受けないような立ち居振る舞いが常に必要となります。立場を利用して、社会的通念を逸脱し、本来の臨床実習に不必要な行為を強要することは避けるべきです。

<ハラスメントの具体例>

- 飲めないお酒を強要すること。
- 頭をなでる等、不必要に身体に接触すること、または接触することを求めること。
- 患者の目前で、強い口調で叱りつけること。
- 無視すること。

8. 臨床実習生の教育内容について

理学療法士養成における臨床実習では、例えば、立ち上がりや歩行の場面で、患者がバランスを崩し上手くできない状況であっても、臨床実習生が立ち上がりや歩行の誘導を行い、評価や治療における技能レベルの向上を図ることも大切な学ぶべきこととなります。

ただ、臨床実習生の評価や治療は患者の理学療法として有効に作用するのか、そして、立ち上がりや歩行という難しい動作の誘導自体、経験が少ない臨床実習生が本当に修得できる技能であるのか、現役の理学療法士の視点から、冷静に捉え、考える必要があります。これらの点を踏まえ、日本理学療法士協会の示す「日本理学療法士協会 臨床実習教育の手引き 第6版」をもとに、当院での基本的医行為を例示します。

表4 診療参加型臨床実習において実習生が実施可能な基本技術の水準

項目	水準Ⅰ 指導者の直接監視下で実習生により実施されるべき項目	水準Ⅱ 指導者の補助として実施されるべき項目および状態	水準Ⅲ 見学にとどめておくべき項目および状態
教育目標	臨床実習で修得し対象者に実践できるただし、対象者の状態としては、全身状態が安定し、実習生が行う上でリスクが低い状態であること	模擬患者、もしくは、シミュレーター教育で技術を修得し、指導者の補助として実施または介助できる	模擬患者、もしくは、シミュレーター教育で技術を修得し、医師・看護師・臨床実習指導者の実施を見学する
動作介助（誘導補助）技術	基本動作・移動動作・移送介助、体位変換	急性期やリスクを伴う状態の水準Ⅰの項目	
リスク管理技術	スタンダードプリコーション（感染に対する標準予防策）、症状・病態の観察、バイタルサインの測定、意識レベルの評価、各種モニターの使用（心電図、パルスオキシメータ、筋電図）、褥瘡の予防、転倒予防、酸素吸入療法中の患者の状態観察	創部管理、廃用性症候群予防、酸素ボンベの操作、ドレーン・カテーテル留置中の患者の状態観察、生命維持装置装着中の患者の状態観察、点滴静脈内注射・中心静脈栄養中・経管栄養中の患者の状態観察	
理学療法治療技術（検査・測定技術）	情報収集、診療録記載（学生が行った内容）、臨床推論 問診、視診、触診、聴診、形態測定、感覚検査、反射検査、筋緊張検査、関節可動域検査、筋力検査、協調運動機能検査、高次神経機能検査、脳神経検査、姿勢観察・基本動作能力・移動動作能力・作業工程分析（運動学的分析含む）、バランス検査、日常生活活動評価、手段的日常生活活動評価、疼痛、整形外科的テスト、脳卒中運動機能検査、脊髄損傷の評価、神経・筋疾患の評価（Hoehn & Yahrの重症度分類など）、活動性・運動耐容能検査、各種発達検査	診療録記載（指導者が行った内容） 急性期やリスクを伴う状態の水準Ⅰの項目 生理・運動機能検査の援助：心肺運動負荷試験、12誘導心電図、スパイロメーター、超音波、表面筋電図を用いた検査、動作解析装置、重心動揺計	障害像・プログラム・予後の対象者・家族への説明、精神・心理検査
理学療法治療技術運動療法技術	関節可動域運動、筋力増強運動、全身持久運動、運動学習、バランス練習、基本動作練習、移動動作練習（歩行動作、応用歩行動作、階段昇降、プール練習を含む）、日常生活活動練習、手段的日常生活活動練習	急性期やリスクを伴う状態の水準Ⅰの項目 治療体操、離床練習、発達を促進する手技、排痰法	喀痰吸引、人工呼吸器の操作、生活指導、患者教育
物理療法技術	ホットパック療法、パラフィン療法、アイスパック療法、渦流浴療法（褥瘡・創傷治療を除く）、低出力レーザー光線療法、EMGバイオフィードバック療法	超音波療法、電気刺激療法（褥瘡・創傷治療、がん治療を除く）、近赤外線療法、紫外線療法、脊椎牽引療法、CPM：持続的他動運動、マッサージ療法、極短波療法・超短波療法（電磁両立性に留意）、骨髄抑制中の電気刺激療法（TENSなど）	褥瘡・創傷治療に用いて感染のリスクがある場合の治療：水治療法（渦流浴）、電気刺激療法（直流微弱電流、高電圧パルス電気刺激）、近赤外線療法、パルス超音波療法、非温熱パルス電磁波療法、がん治療：がん性疼痛・がん治療有害事象等に対する電気刺激療法（TENS：経皮的電気刺激）
義肢・装具・福祉用具・環境整備技術	義肢・装具（長・短下肢装具、SHBなど）、福祉用具（車いす、歩行補助具、姿勢保持具を含め）の使用と使用方法の指導	リスクを伴う状態の水準Ⅰの項目 義肢・装具（長・短下肢装具、SHBなど）、福祉用具（車椅子、歩行補助具、姿勢保持装具を含め）の調節	義肢・装具・福祉用具の選定、住環境改善指導、家族教育・支援
救命救急処置技術			救急法、気道確保、人工呼吸、閉鎖式心マッサージ、除細動、止血
地域・産業・学校保健技術		介護予防、訪問理学療法、通所・入所リハビリテーション	産業理学療法（腰痛予防など）、学校保健（姿勢指導・発達支援など）

（公社）日本理学療法士協会

9. 訪問リハビリテーション（訪問看護）の同行

当院は「地域のかかりつけ病院」として、医療・介護の側面から地域の皆様の自宅での生活を支援するために、在宅医療にも力を入れています。在宅診療科や藤森在宅支援センター「ふじの花」とともに取り組んでいる訪問リハビリテーション（訪問看護）への同行は、臨床実習生にとって、病院以外でのセラピストの仕事を理解すること、生活期におけるアプローチを学ぶこと、実際に利用者の生活場面を目の当たりにすることで在宅復帰支援のために考えるべきことが何かを学ぶ重要な機会となり得ると考えます。

必須の内容ではありませんが、臨床実習の進捗状況に応じて、7～8 週間の長期実習を行う学生を対象に、実習期間の後半で日程調整を行い、半日～1 日の訪問リハビリテーションへの同行が実施できればと考えています。また、2～3 週間の短期間の臨床実習であっても、実習生自身から希望がある場合、担当する臨床実習指導者が実習の進捗に支障がないと判断すれば、同様の手順で同行を行うことは可能です。

手順

① 利用者とその家族に同行の許可を頂く。

- 訪問看護でのリハビリテーションを実施している利用者に関しては、「藤森訪問看護ステーション実習説明書」2 部に利用者・代理同意人名(家族代表者名と同じでも可)・家族代表者名に直筆で署名して頂く。記入後の用紙の1部は家族が保管し、もう1部は訪問看護所長へ提出する。
- 病院からの訪問リハビリテーション利用者は、事前に直接又は電話で利用者とその家族から学生の訪問同行の許可を得る。

② 訪問前の準備

- 学生を同行させるセラピストは、訪問時に必要な情報提供を行う（利用者又は家族の人柄や接し方、利用者の医学的な情報、リスク等）。
- 準備しておくべき物があれば、学生に伝え、必要に応じて貸し出しを行う（ハンカチ、スリッパ、ガウン等）。

③ 訪問した際の留意点

- 訪問した際は、しっかり元気良く挨拶を行う。家に上がる際は靴を端に揃える。
- 家の物には極力触らない。必要に応じて物を移動させる場合は許可を得て移動する。移動後は元の位置に戻す。
- リハビリ終了後、家族の許可が得られていれば洗面所で手を洗う。濡れた手は持参したハンカチで拭く。
- 訪問終了後には、お礼の挨拶を行う。

10. 緊急時の対応（感染対策・医療事故）

1) 感染対策について

平成 26 年度に日本環境感染学会によって公表された、医療関係者のためのワクチンガイドライン第 2 版では、学生・実習生等の受入に当たっては、予め免疫を獲得しているよう勧奨すべきであると記載されている。

① ワクチンによる予防接種、抗体価の確認について

当院感染対策委員会が示す方針として、職員においては、「麻疹（はしか）」、「風疹（三日ばしか）」に関しては、事前に抗体の有無を確認し、抗体価陰性の場合、ワクチンによる予防接種が勧められる。これに従い、原則として麻疹、風疹については、1 歳以上でワクチンによる予防接種を「2 回」受けていること、あるいは抗体価測定による抗体価陽性を確認の上、臨床実習を受け入れることとします。

また、インフルエンザに関しては、罹患した患者と接触するリスクが高いことから、自身への職業感染防止の観点、患者や他の職員への施設内感染防止の観点、およびインフルエンザ罹患による欠勤防止のいずれの観点からも、医療関係者については、積極的にワクチン接種を受けることが勧められている。これに従い、原則として、流行期とされる 12 月下旬から 3 月上旬に実施される臨床実習に臨む実習生については、12 月上旬までにワクチン接種を受けたことを確認した上で臨床実習を受け入れることとします。

② 臨床実習中の感染対策について

臨床実習生が感染リスクを有する患者の診療に参加する場合、担当臨床実習指導者は当院の「院内感染対策の手引き」に準じた感染予防策を指導、実施する。臨床実習生が疾患に感染した（感染した可能性がある）場合は、速やかに担当臨床実習指導者及びリハビリテーション科科长に報告する。リハビリテーション科科长は、病院長に状況を報告し、診察、治療などの対応を依頼する。診断の結果、治癒までの期間の実習参加停止、あるいは実習継続が困難となる場合、リハビリテーション科科长は養成校へ状況を報告し、対応を協議する。

新型コロナウイルス、インフルエンザ等の感染拡大予防の観点から、臨床実習生は毎朝の体温測定、健康チェックの習慣づけ、発熱や風邪症状がある場合にはムリをせずに実習指導者へ報告して実習を休み、必要に応じて抗原検査や PCR 検査を受けてもらう。また、感染拡大状況に応じて、実習開始前にも検査を受けてもらう可能性があります。

※ 感染拡大防止の観点から標準予防策に関する資料を末尾に添付しました。臨床実習指導者は臨床実習オリエンテーションの際に、必ず実習生と内容を確認の上、実践できるよう指導して下さい。

2) 医療事故への対応

- ① 臨床実習指導者は臨床実習生を常に共に行動させることで、実習生による医療事故を未然に防ぐ。
- ② 実習生が医療事故(人的・物的)に遭遇した(引き起こした)際は、速やかに臨床実習指導者及びリハビリテーション科科長に報告する。
- ③ 臨床実習指導者及びリハビリテーション科科長は状況確認の上、対応を協議し、関係部署への連絡や主治医への報告を行う。
- ④ 統括指導責任者であるリハビリテーション科科長は、養成校へ事故状況および協議内容を報告し、必要な対応を依頼する。

参考・引用

- 1) 臨床実習におけるクリニカルクラークシップの実際(2017/12/1):信州大学医学部保健学科理学療法学専攻・作業療法学専攻 臨床実習指導者会議 長福武志先生 講義資料.
- 2) 診療参加型臨床実習(Clinical clerkship)は臨床実習のパラダイムシフトである!!(2018/7/5):平成 30 年度 長野県理学療法士会合同研修会 百瀬公人先生 講義資料.
- 3) 臨床実習の理解と教育の手引き(2018):一般社団法人 長野県理学療法士会 学術局教育部
- 4) 臨床実習教育ガイドブックー診療参加型臨床実習への転換を目指してー:長崎大学医学部保健学科 保健学実践教育研究センター.
- 5) 診療参加型実習の手引き:倉敷平成病院リハビリテーションセンター理学療法科.
- 6) 医療関係者のためのワクチンガイドライン 第2版(2017):一般社団法人 日本環境感染学会
- 7) 岡部信彦."医療関係者のためのワクチンガイドライン." 日本内科学会雑誌 106.12 (2017): 2584-2589.
- 8) 臨床実習教育の手引き 第6版:日本理学療法士協会.
- 9) 新しい生活様式(2020) 厚生労働省.<https://www.mhlw.go.jp/content/000641913.pdf> (閲覧日 2020.3.20)
- 10) 新型コロナウイルス感染症対策分科会.分科会から政府への提言. 感染リスクが高まる「5つの場面」と感染リスクを下げながら会食を楽しむ工夫(2020)
https://corona.go.jp/proposal/pdf/5scenes_poster_20201211.pdf (閲覧日 2020.3.20)

臨床実習オリエンテーション資料

I. 施設概要

当院開設から現在に至るまでの変遷

明治22年(1889年)松本病院として開院。大正14年(1925年)に私立松本病院(現在の信州大学病院)が設立されることになり、藤森病院と改称。昭和26年(1951年)医療充実強化を目的に医療法人藤森病院と改組。先端医療への対応、良好な医療環境の提供に向けた全面改築工事を行い平成21年に現在の病院が完成。

病院理念

当院は、「地域のかかりつけ病院」として質の高い医療を提供し、「やさしさ、心遣い」のある病院を目指します。

基本方針

1. 市中の病院としての使命を認識し、積極的に地域および患者さまと目線を合わせた医療を実践します。
2. 安全を最優先し安心して医療を受けてもらえる体制を目指します。
3. 職員全員が共通の価値観とやりがいを持ち医療水準の向上に努めます。
4. 地域および患者さまの健康増進、疾病の予防および治療について地域の医療施設との連携を深めます。

診療科 外科、内科、整形外科、消化器科、泌尿器科、リハビリテーション科、透析センター

リハビリテーション科 職員数 11 名 (PT6 名、OT3 名、ST2 名)

医療保険

- ・ 入院:69 床 急性期 一般病棟 39 床(2、3F)、地域包括ケア病棟 30 床(4F)
- ・ 外来:主に運動器疾患を対象としたリハビリテーション

介護保険

- ・ 訪問リハビリテーション

当院の特徴

- 外科：消化器外科手術
- 内科：肺炎、心不全、廃用症候群など
- 整形外科：下肢外科手術後、変形性関節症、肩関節周囲炎など
- 泌尿器科：切迫性・腹圧性尿失禁、骨盤臓器脱に対する手術治療
- 在宅診療科：当院の患者、施設入所中の利用者への訪問診療

2. リハビリテーション科の業務について

医療保険

- 急性期一般病棟；一般病棟入院基本料、DPC（診断群分類）制度
 - 外科術後症例に対する周術期の合併症予防、早期離床
 - 内部障害の症例に対する廃用症候群予防を目的としたリハビリテーション
- 地域包括ケア病棟；地域包括ケア病棟入院料、算定上限日数 60 日
 - 急性期からの入院受入、介護施設等からの緊急入院受入の患者さまの在宅復帰支援
 - 脊椎圧迫骨折など保存治療の適応となる患者さまのリハビリテーション
 - ボトックス治療後の短期入院リハビリテーション

当院の入院リハビリテーション業務における特徴及びその他の役割

- ◇ 交代勤務による 365 日体制でのリハビリテーションの提供
 - ◇ 転倒・転落リスク評価：Ns と協働してハイリスク患者のベッド周囲の環境調整
 - ◇ 患者カンファレンスの実施（1 回/週）による職種間における情報共有
 - ◇ 地域包括ケア病床選定会議（Dr、Ns、MSW、PT、医事課）によるベッドコントロール
 - ◇ 退院前訪問指導の実施による福祉用具の準備、家屋環境調整
 - ◇ 退院前カンファレンス、サービス担当者会議等への参加による情報提供
- 外来リハビリテーション
 - 運動器疾患に対する機能改善、女性下部尿路症状に対する骨盤底リハビリ外来

介護保険

- 訪問リハビリテーション
 - 藤森在宅支援センター「ふじの花」、在宅診療科と協働した訪問リハビリテーション

3. 臨床実習スケジュール

実習日：月曜～金曜 休日：土曜、日曜、祝日

1日のスケジュール

AM

8:30～8:40	リハビリ室の清掃（スタッフと同様の掃除をする）
8:40～9:00	全体ミーティング（症例検討会）
9:00～12:00	臨床実習指導者とともに診療参加

PM

12:00～13:00	昼休憩
13:00～17:00	臨床実習指導者とともに診療参加
16:00～17:00	チェックリスト記入、まとめ
17:00～17:30	臨床実習指導者とミーティング（フィードバック、チェックリスト記入）

※ 診療時間内に、経験症例カルテを記載する時間を与える。

※ 12時以前に昼食は買いに行かないこと。

4. 臨床実習に関する諸規定

● 有意義な臨床実習の実践に向けて臨床実習生が留意すべきポイント

- ① 個々の症例に対して臨床実習指導者が考える基本的な治療方針を理解した上で、診療チームの一員として参画する意識を持つ。
- ② 事前に臨床実習を通して達成すべき目標を具体的に設定し、臨床実習指導者と共有しておく。
- ③ 常に疑問を持ちながら診療に参加する。
- ④ 常に自分の立場で患者に貢献できることは何かということを考えながら診療に参加する。
- ⑤ 臨床実習指導者の許可を得た上で、自ら患者と関わる機会を作り、患者の思いを傾聴し共感したコミュニケーションを行うよう意識する。
- ⑥ 臨床実習指導者に質問を行う際は、自分の考えや意見も述べるようにする。
- ⑦ 臨床実習指導者の診療補助ができるよう、積極的に助言を求め診療技術の修得を図る。
- ⑧ 未解決の疑問や課題に対し、文献や教科書を用いて積極的に予習および復習を行い、それらの内容をポートフォリオに一元管理する。
- ⑨ 社会人として礼儀および節度ある言動をおこなうとともに、決められた規則を守る。

● 個人情報管理

- ・ メモ用紙、経過記録等には個人を特定できる情報を記載しない
- ・ PCなどに取り込んだ個人情報は実習終了日までに削除すること（臨床実習指導者の確認の元で削除）

- PC利用について
 - ・ インターネット接続可能端末を学生は自由に利用して良い。
 - ・ 学生がPCを持参した場合、院内Wi-Fiの利用可能。
 - ・ USBを利用する場合、ウイルスチェックを行う。
- 電子カルテについて
 - ・ 電子カルテを用いて情報収集する場合には、あらかじめ閲覧する項目を臨床実習指導者に伝え、許可を得てから利用する。
 - ・ カルテの記載はSOAP形式で行う。
 - ・ 記載した内容は必ず臨床実習指導者の確認を受けてから保存する。
 - ・ 電子カルテ端末でのUSB利用は原則禁止。

S: Subjective data	主観的情報。主訴や病歴、会話内容。
(I: Information)	他部門や家族からの情報。
O: Objective data	客観的情報。検査、測定から得られた情報。
A: Assessment	上記のSとOの情報をを用いた評価。
P: Plan	上記3点ともとにした介入計画。

- その他
 - ・ 携帯電話、スマートフォン:持ち込む場合はマナーモードで使用する。
 - ・ 図書、資料の利用:臨床実習指導者に借りたい図書や資料を伝えてから利用すること。
 - ・ コピー機の利用:コピーしたい物を臨床実習指導者に伝え、許可を得てから利用する。
 - ・ 昼食について:昼食は学生が持参する。(休憩中に買いに行く場合、必ず臨床実習指導者へ伝える)
 昼食は職員用食堂(病院2階)を利用する。
 - ・ 駐輪場について:病院正面入口横の駐輪場を利用する。
 - ・ 学生の駐車場利用は不可
 - ・ 病院敷地内は全面禁煙
 - ・ 臨床実習生の机:リハビリテーションセンターの机を使用すること。
 - ・ 臨床実習生のロッカー:
 - ① リハビリテーションセンターに設置されたロッカーを使用します。
 - ② 貴重品を入れる場合は施錠することとし、鍵は各自で管理する。万が一、鍵を紛失した場合は、早急に臨床実習指導者に申し出ること。
 - ③ 紛失・盗難にあった場合は、早急に臨床実習指導者に申し出ること。

添付資料（感染対策、標準予防策）

①感染対策の基本

- 感染対策の目的は対象者（患者、医療者、来訪者、病院内を出入りするすべての人々）を感染の危険から守り、安全を確保することである。
- 感染対策は、感染の3要素①感染源②感染経路③感染を受けやすい人（感受性のある宿主）の連鎖を断ち切ることである。



「感染の3要素」は「感染源」「感染経路」「感受性宿主」であり、これらが連鎖することによって感染が成立する。感染対策は感染経路を断ち切ることが重要であり、手指衛生の徹底は最も有効である。また、個人防護具の適切な選択と着脱も大切である。

標準予防策（スタンダードプリコーション）

- 標準予防策は全ての患者と医療従事者を守るための基本的感染対策である。
- 手指衛生は感染経路の遮断として有効であり、正しい方法で、かつ適切な場面（タイミング）での実施を徹底することが重要である。
- 湿性物質に接触・曝露の恐れがあるときには個人防護具を着用する。
- 呼吸器症状がある人は咳エチケットを行う。
- 病院は、基本的には標準予防策を徹底し、感染発症患者または疑い患者には感染経路別予防策を実施する。

標準予防策の対象とは？



標準予防策の対象は、すべての人の血液、体液、分泌物、排泄物、創傷のある皮膚などがあり、粘膜に触れる、または触れる可能性がある場合には、適切な感染対策が必要である。確実な実施のためには繰り返しの教育と実践的トレーニングが必要である。

標準予防策＋感染経路別予防策

すべての患者に適用

感染症が判明・疑われる患者に適用



接触予防策

標準予防策

- 疾患や対象者は選ばない、すべての人が対象。
- 個人防護具はケアの直前に装着する。
- 対策の中止はない。

接触予防策

- 人や物に接触することで感染が拡大する病原体が対象。
- 個人防護具は隔離室、または患者の療養環境に入る前に着用する。
- 物品の個別化をする。
- 対策の中止も可能。

- 接触感染は、医療施設において、最も感染対策拡大リスクの高い感染経路である。
- 接触感染予防策は、標準予防策の継続に加えて実施する
- 手指衛生の遵守は、最も重要な感染経路の遮断となる。
- 接触感染には、直接接触感染と間接接触感染がある
 - ・ 直接接触感染: 患者の皮膚や保菌者の感染部位との直接接触によって伝播する。
 - ・ 間接接触感染: 患者の周囲環境や物品に触れることによって伝播する。
- 対策のポイント
 - ① 手指衛生: 適切な方法とタイミングの徹底
 - ② 個人防護具の適切な選択と着脱 (手袋、エプロン、またはガウン)
 - ③ 環境整備: ドアノブやベッド周囲の高頻度接触面の環境清掃または共有物品の消毒

疾患 MRSA、ノロウイルス、薬剤耐性菌
クリストリジウムディフィシル
ヘルペス、新型コロナウイルス等

飛沫予防策

- 標準予防策に加えて実施する
- 微生物を含む5μm以上の飛沫が感受性のある人の口腔、鼻、結膜などの粘膜に付着して感染する。飛沫は1~2m程度しか飛散しない。
- 対策のポイント: 患者配置(1~2m離す)
適切な個人防護具(サージカルマスク、手袋、ガウンまたはエプロン、ゴーグルまたはフェイスシールド)の装着である。

疾患: インフルエンザ、マイコプラズマ、流行性耳下腺炎、風疹、新型コロナウイルス等

空気予防策

- 標準予防策に加えて実施する。
- 感染経路: 微生物を含む5μm以下の粒子(飛沫核)は長時間空気中を浮遊するため、感受性のある人がこれらの粒子を吸い込むことによって感染する。
- 対策のポイントは、陰圧かつ十分な換気回数を備えた個室での管理と適切なN95マスクの装着である。
- 空気感染する病原体は、麻疹と水痘、そして結核等である。麻疹と水痘はこれらの疾患に対する抗体を獲得することが第一、結核はN95マスクの着用は必須である。

疾患: 結核、麻疹、水痘等

手指衛生(水と石鹸)



が洗い残しやすいところ



青い部分が洗い残し

- 腕時計や指輪などは事前に外す。爪は短くし、付け爪やマニキュアはしない。装飾品には病原体が付着しやすく、その病原体が伝播し感染へつながることになる。
- 水で手のひら、手の甲を十分に濡らす。
- 温水の使用は避け、すべての手のひらの表面を覆うように、十分な量の液体石鹸をとる。
- 石鹸を手のひら、指の間、手の甲、手首、指先などに擦り込み、むらなく洗う。
- **手洗いは15～30秒かけて行い**、石鹸を水で洗い流す。
- ペーパータオルなど使い捨てのタオルを用いて、やさしく丁寧に拭取る。
- 自分自身では洗ったつもりでも、**指先や指の間、手首などは洗い残しが多くある**。洗い残しがあると、手の安全は保障されない。
- 手洗いは、ハンドローションなどを用いて、手荒れ対策を行う。手荒れを起こすと微生物が定着し易くなるため、積極的に手荒れ対策に取り込むことが大切である。

手洗い手順



手指衛生(擦式アルコール製剤)



- 擦式アルコール製剤を用いた、手指衛生を効果的に行うためには、15秒以上手を擦り合わせても乾かない塗布量がよい。20～30秒程度擦り合わせて乾く量が目安である。ゴージョーを一回押し切ったときに出る量は1.3mlである。しっかり、下まで押し切ること。
- 指先から両手首まで、まんべんなく擦り込む。
- 擦式アルコール製剤を用いた手指衛生においても、水と石鹸による手洗いと同様に適切な手順で行うことが重要である。**特に指先や手首は忘れがちなので、注意が必要**である。
- 適切な量と手技、擦り込み時間の3点に注意して手指衛生を行い、清潔な手を作り上げることが大切である。何より、手洗い設備や水がなくても手指衛生ができるといったメリットは大きい。

• 芽胞菌やノロウイルスに対しては効果が実証されていないため、水と石鹸による手洗いと併せて行う

手指衛生(擦式アルコール製剤)

擦式アルコール製剤を用いた手指消毒の手順

POINT
十分量を手に取る

①ノズルを下まで押し切り十分量の手指消毒薬を手に取る。

②指先・爪の間を消毒薬につけ込むように浸し消毒する。

③消毒薬を反対の手に移し、もう一方の指先も消毒する。

④手掌によく擦り込む。

⑤指の間によく擦り込む。

⑥手掌で手の甲によく擦り込む。

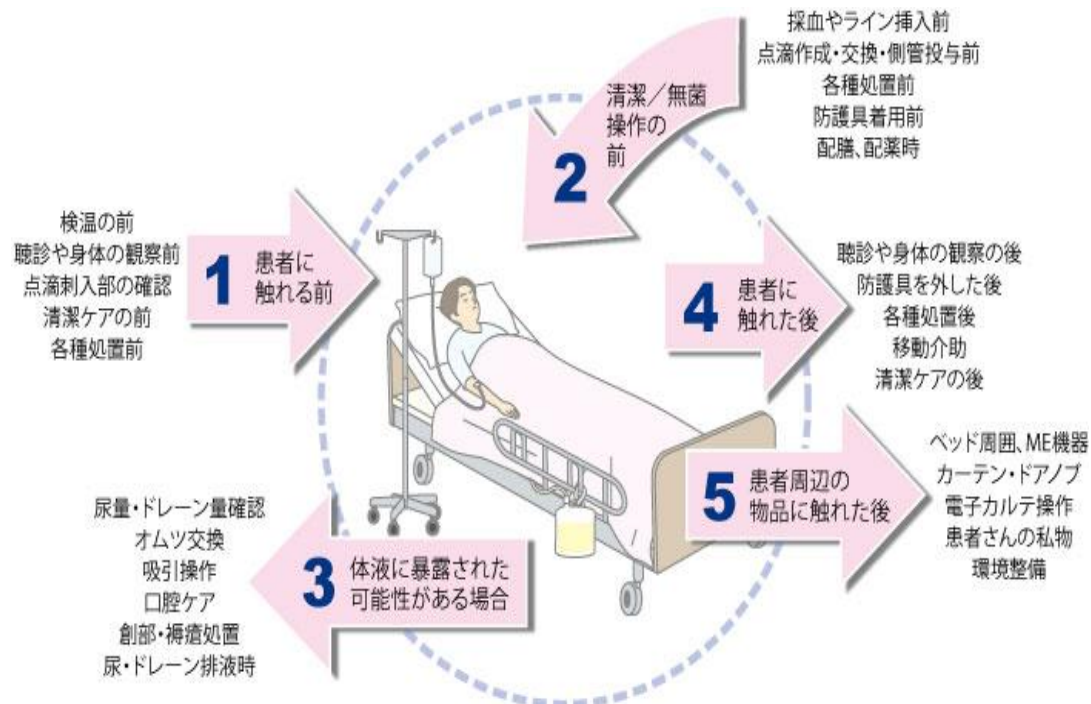
⑦親指によく擦り込む。

⑧手首の全周によく擦り込む。消毒薬が揮発するまで擦り合わせる。

POINT
乾燥するまで擦り込む

(指の付け根もしっかりと)

WHO手指衛生5つのタイミング



1 患者に触れる前	いつ? 患者に近づく時、患者に触れる前に手をきれいにする。 なぜ? あなたの手で運ばれた有害な病原菌から患者を守るため。
2 清潔/無菌操作の前	いつ? 清潔/無菌操作を行う直前に手をきれいにする。 なぜ? 患者自身を含み有害な病原菌が体内に入ることから患者を守るため。
3 体液に曝露するリスクの後	いつ? 体液に曝露するリスクの後（および手袋を脱いだ後）直ちに手をきれいにする。 なぜ? 有害な患者の病原菌からあなたと医療環境を守るため。
4 患者に触れた後	いつ? 患者のそばから離れる時、患者および直近の環境に触れた後、手をきれいにする。 なぜ? 有害な患者の病原菌からあなたと医療環境を守るため。
5 患者の周りに触れた後	いつ? 患者から離れる時、たとえ患者が触れていなくとも、患者直近の全ての物体や家具に触れた後、手をきれいにする。 なぜ? 有害な患者の病原菌からあなたと医療環境を守るため。