

診療参加型臨床実習の実施のためのガイドライン

京都大学大学院医学研究科
九州大学大学院医学研究院

福井 次矢
吉田 素文

はじめに

1. 診療参加型臨床実習の主旨

診療参加型臨床実習の主旨は、学生が診療チームに参加し、その一員として診療業務を分担しながら医師の職業的な知識・思考法・技能・態度の基本的な部分を学ぶことにある。教育上の主な特徴としては、以下の項目があげられる。

- ア) 学生は教科書文献的知識だけでなく現場での思考法（臨床推論法）や実技、診療上や学習上の態度も含めて医師としての能力を総合的に学ぶ。
- イ) 実際の患者さんや医師以外の医療職を相手に業務を実体験しながら実践的に学ぶ。
- ウ) 従って、学生が医師としての知識・思考法・技能・態度の基本的な部分を学ぶ相手は、広い意味では、患者さんならびに医師、看護職などの診療スタッフ全員である。
- エ) 具体的には、ある患者さんの診療を通じて学生の指導にあたる医師群（その患者さんの診療に直接的な責任のある医師を中心とし、その患者さん担当の研修医等も含む）は、その患者さんの診療業務のうち、学生の能力に応じた役割を任せる。そして、学生の能力向上に応じてより高度な業務を任せることにより、学生は、必要な知識・思考法・技能・態度を段階的に学ぶことができる。
- オ) そのためには、1診療科あたり1～2週間の配属期間で診療科毎に独立した学習評価を受けるのではなく、例えば、1診療科あたり4～12週間の配属期間の中で指導にあたる医師から継続的な評価を受ける、さらには、診療科間の共通基準により診療科を越えて継続性のある学習評価を受けることなどの必要がある。
- カ) また、医師群にも学生から発せられる新たな視点に基づく質問等により、自己学習が促される。

2. 診療参加型への移行に伴う体制作りと実習指針作成の意義

従来の見学型、模擬診療型の臨床実習から前述の診療参加型に移行する際には、学生が診療チームに参加し診療業務の補助にあたること、その他、教育上の特徴、危機管理、その他の法的な課題について、各関係者が新たな認識のもとに共通理解を得ておく必要がある。

以上の観点から、診療参加型臨床実習への移行を支援する目的で、各大学の臨床実習と臨床実習前評価の現状、臨床実習指針の収集と解析、および、海外の臨床実習における現状調査が行われた最近の調査結果（「効果的な臨床実習の導入、実施のあり方に関する調査研究」福井次矢他）を参考に、診療参加型臨床実習への移行の際の体制作りと、その際に使用される実習指針に盛り込まれる事項として有用性が高いと考えられる項目について、その考え方や文例等とともに提案した。

3. 「臨床実習の実習指針」の定義

臨床実習の実習指針とは、以下の性質あるいは目的を持つ印刷物を指すものとする。

- ア) 医学部・医科大学（あるいは大学病院や学外実習協力病院）が自主的に作成、配布する印刷物であること。
- イ) 配布対象は、臨床実習に直接関わる学生、大学教職員の他、臨床実習の場となる学内外の病院職員であること。
- ウ) 内容とその目的は、臨床実習の主旨、関係者の行動指針や留意点などの説明と、評価表や同意書など実習中に使用する手続き文書などの提供であること。
- エ) 学生用、指導にあたる医師用など、対象によって体裁や表現が異なるものがあること。

目 次

I. 診療参加型臨床実習のイメージ作りとカリキュラム	111
II. 診療参加型臨床実習のカリキュラム作成上の要点	116
III. 法的課題とその対応	119
IV. その他実習指針に含まれるもの	122

凡 例

(見出しにつけた記号を解説)

- 【参考文例】 実習指針の参考文例。実例や参考文献を若干改変。
- 【指導にあたる医師用】 指導にあたる医師用実習指針への記載事項。
- 【学生用】 学生用実習指針への記載事項。
- 【指導にあたる医師用・学生用】 指導にあたる医師用、学生用指針双方への記載事項。
- 【考え方】 項目の背景、理由など。
- 【体制作り】 体制作りのみに関する項目。(指針への記載事項ではない)
- 【文例 #】 巻末にまとめた実習指針の参考文例。

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

I. 診療参加型臨床実習のイメージ作りとカリキュラム

診療参加型臨床実習へ移行する体制作りの一環として関係者の共通理解を得るため、診療参加型臨床実習への移行の主旨、これまでの見学型、模擬診療型の臨床実習との違い、学生と指導にあたる医師に求められる行動が何であるかなどの概説部分。

当該大学が診療参加型臨床実習へ移行する意義

【指導にあたる医師用】【考え方】

全国の実習指針調査では、特に指導にあたる医師用の実習指針において、臨床実習をこれまでの見学型あるいは模擬診療型から、診療参加型へ移行する意義が示されている指針が多かった。診療参加型臨床実習への移行は、大学の教育システムおよび病院の診療システムの変更を伴う。特に移行初期においては、システムが変わることによる双方の現場の負担は決して少ないものではなく、移行の意義に対する理解が不十分な場合は時に苦痛や感情的反発を招き、学生教育や患者診療にも悪影響をおよぼすことが懸念される。

このような観点から、大学および病院の関係者が学生の診療参加システムを既存のものとして捉えられるようになるまでの期間は、関係者ひとりひとりが移行の意義を十分に認識するような方策のひとつとして、実習指針に診療参加型へ移行する意義を示しておくことも、体制作りの一環と考えられる。

テーマとしては、「わが大学が目指す医師像」「21世紀の社会に求められる医師像」「グローバルスタンダード」「海外のあるいはわが国の医学教育の沿革と将来」などがあげられる。(本項の必要性和内容は各大学の事情によるので例文は省略)

診療参加型臨床実習とは

【参考文例】【指導にあたる医師用・学生用】

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

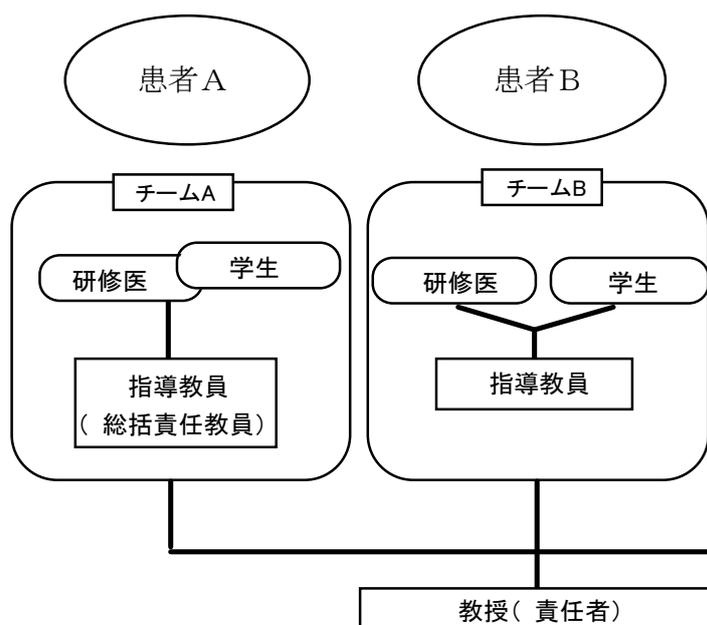
1. 実習のねらい

卒後には指導にあたる医師の指導のもとに医師としての第一歩を踏み出すことができるよう、医学部・医科大学教育6年間の最終段階における臨床実習では、学生は診療チームに参加し、その一員として診療業務を分担しながら医師将来どの診療科の医師になるにしても最低限必要な、以下4項目の医学知識・臨床推論法・技能・態度などの能力を実践的に身に付けることを目標とする。

- (1) 情報収集（医療面接、身体診察、基本的検査、連絡・報告）
- (2) 評価と診療計画の立案（教科書文献的知識と検索技法、症例提示と検討会、診療録記載）
- (3) 診療計画の実施（基本的治療手技、他医療職や患者さんへの伝達、文書作成、連絡・報告）
- (4) 診療・学習行動の基盤となる態度（患者さんや患者家族および他の医療職への接し方、自己の職業的能力とその限界に即した行動、助力と助言の受け入れ、自己学習への意欲）

2. 臨床実習チームの教育体制【参考文例】【指導にあたる医師用・学生用】

- (1) 教授を中心とした指導の責任体制を明確にする。
 - (2) 研修医と学生の間並びに学生間で先輩が後輩を指導するような体制も重要である。
 - (3) 指導に直接当たる指導教員を配置する。
 - (4) 指導教員間の調整、臨床実習全体の管理を行う総括責任教員を教授の下に配置する。
- （下図参照）



【考え方】

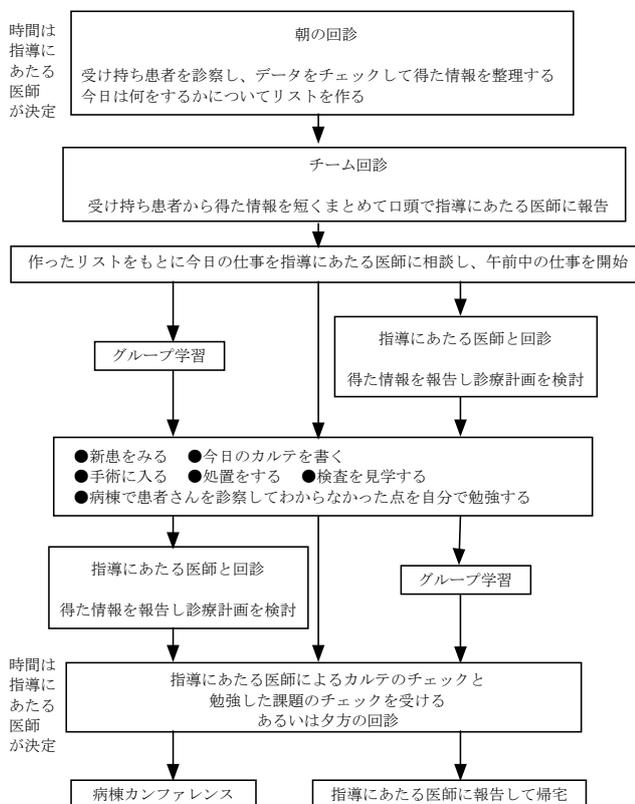
各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

実習開始時には各診療科で実名を記載した図表などを学生や関係部署に配布する。

3. 一日の基本的流れ（学生が行うこと）【参考文例】【指導にあたる医師用・学生用】

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

- ① 毎朝受け持ち患者さんを診察し、体温板と看護・診療記録を必ずチェックし、前日や夜起こったことについて把握する。
- ② 毎日、患者さんの状態・検査結果・検査治療計画について指導にあたる医師に口頭で提示し、検討する。
- ③ 前項について毎日診療録を記載する。記載した診療録は指導にあたる医師に必ず読んでもらい、指導を受けて署名をもらう。
- ④ 回診やカンファレンスの時には受け持ち患者さんを口頭で提示する。
- ⑤ ベッドサイドで行われる採血や静脈注射などの基本手技を見学・実施し指導を受ける。
- ⑥ 医療チームと患者さん、患者家族とで持たれる病状説明や検査治療計画の策定などに参加する。
- ⑦ 可能であれば指導にあたる医師のもとで実際に指示箋や処方箋、あるいは、受診願いなどを書く。記載した文書は指導にあたる医師が執筆、署名を行う。



4. 診療参加型臨床実習の利点【参考文例】

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

(1) 学生にとっての利点【指導にあたる医師用・学生用】

① 知識やその使い方（臨床推論法）について

講義形式や机上の自己学習で臨床推論法を身につけるには、双方向授業を受けたり、症例を準備するなどかなりの工夫が必要となる。しかし、実習では、受け持ち患者さんのデータや診療方針について教科書や文献を調べたり、指導にあたる医師とディスカッションすることにより、知識や臨床推論法が自然に身につく。

② 技能について

コミュニケーション技能、身体診察技能、検査手技、治療手技などについては、診療参加型実習の中で自分で行う体験なくしては「できる」ようにはならない。

③ 態度について

患者さんや患者家族および他の医療職への接し方、自己の職業的能力とその限界に即した行動、助力と助言の受け入れ、自己学習への意欲などについて、コミュニケーション技能にも関連するが、指導にあたる医師や看護スタッフ他、医師以外の医療者とのチーム医療のあり方や、病状説明や回復困難な疾患の説明に同席することにより、説明の仕方や相手の反応などを実地

に体験することができる。

(2) 指導にあたる医師にとっての利点 (特に研修医) 【指導にあたる医師用・学生用】

臨床推論法の指導を行うのに、別個に双方向授業や小グループ問題基盤型学習法を計画しなくとも、受け持ち患者さんのデータや診療方針について、学生に尋ねるだけでよい。また、“Teaching is Learning Twice”と言われており、学生から尋ねられることや学生に教えることにより自己学習が高まる。

(3) 患者さんにとっての利点 【指導にあたる医師用・学生用】

充分時間をとってベッドサイドに来てくれる学生は、話し相手として歓迎されるだけでなく、医療者との情報伝達役としても役立つ。

5. 移行の際に留意すべき点【参考文例】

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

(1) 学生が受け持ち患者さんに接するときの注意点 【指導にあたる医師用・学生用】

- ① 面接と身体診察に時間をとりすぎない。(最長 30~40 分) もっと時間がかかるのであれば、2~3 回に分けて行う。
- ② 大部屋の患者さんの場合、他者に聞かれて困る可能性が少しでもあれば、面談用の個室を使う。
- ③ 診察にあたっては変に遠慮しないこと。主治医のつもりで行う。
- ④ 訪室の予定はあらかじめ患者さんと相談して時間を決め、その時間を厳守すること。
- ⑤ 実習の開始、終了時および廊下で会ったときの挨拶など礼を失さないこと。
- ⑥ 最低 1 日 1 回はベッドサイドでゆっくりと患者さんとのコミュニケーションを持つこと、その際、できるだけ聞き役になるように努めること。
- ⑦ 他科受診、リハビリテーション、検査などの予定を把握し必ず付き添っていくこと。
- ⑧ 最初に訪ねていったときに「私には何でも尋ねてください。学生なのですぐお答えできないことは多いと思いますが、主治医の先生や他の先生にお伝えして、できるだけお答えするようにしますから。」と述べておく。
- ⑨ まだ決定していない診断や治療方針については決して伝えてはならない。例えば「癌ではないでしょうか」と尋ねられたときには、「癌ではないかのご心配なのですね。しかし、私にはよくわからないので、〇〇さんが、ご自分が癌ではないかと心配されていることを主治医の先生に伝えます。」などと答えるようにすること。
- ⑩ 患者さんの日々の経過は、学生が最も朝早く患者さんを訪ねることによって把握すること。

(2) 指導にあたる医師が患者診療から離れた教育プログラムを組む時の注意点 【指導にあたる医師用】

- ① 必要最小限の講義は盛り込んでもよいが、学習効果を高めるには、まずさせてみて本人ができないことを自覚した後に初めて教えるというやり方がよいとされている。
- ② 担当患者さん以外で症例学習を行う場合は、臨場感を持たせたシミュレーション形式の PBL (Problem-based learning) の実施を考慮する。※参考：<http://www.pbli.org/>
- ③ 手技、実技の学習効果を上げるには、前もってシミュレーションなどで練習しておく方がよい。(例：注射、心肺蘇生、身体所見など)

(3) 指導にあたる医師が学生による診療参加について認識しておかねばならない法的側面【指導にあたる医師用・学生用】

- ① 学生による診療録や医療文書の記載を指導にあたる医師が最終的に執筆・署名すればよい。
- ② 学生は診療への参加が始まる前に大学が定める評価基準をクリアしている。
- ③ 医行為は必ず指導にあたる医師の指示により、指導・監督のもとで行わせること。
- ④ 許容される医行為水準は各施設において診療科ごとに詳細に定め、指針に記載すること。
- ⑤ 患者さんあるいはご家族に対し実習の趣旨を説明し、学生を「学生」として明確に紹介し、学生が担当し医行為を行うことについて同意を得ること。また、同意の取り方についても指針に記載すること。

II. 診療参加型臨床実習のカリキュラム作成上の要点

必修カリキュラムと共通カリキュラム

【考え方】【指導にあたる医師用・学生用】

必修かつ共通の学習目標の設定と実習方略、学習・指導体制評価法の整備、および実習の管理運営体制の整備について

1. 必修の学習目標の設定について

医師であれば誰でも最低限必要とされる必修の学習目標と学習可能ではあるが必修ではない学習目標を明瞭に区別し、学生用と指導にあたる医師用の実習指針に記載する。

(参照：「医学教育モデル・コア・カリキュラム G. 臨床実習」)

2. 複数の診療科で共通する必修目標の設定について

必修目標のうち複数の診療科で共通する目標については、学生が継続的に学ぶことができるよう、例えば以下のように指導法やローテーション、評価法などを調整する。

(1) 症例呈示や診療録記載など、全科に共通する学習目標については「全科共通カリキュラム」を設定し、指導にあたる医師の指導法や教材、学習評価・指導体制評価の方法を共通化する、あるいは、どうしても共通化できないところは差異を学生に明示しておく。【文例 1】

(2) 必修の学習目標がほとんど重なる診療科間は、学生ができるだけ一ヶ所で継続的な評価を受けながら学べるよう、診療科を選択制として配属期間を長くする。(例：「内科(あるいは外科)共通カリキュラム」) また、学生が患者さんとの良好なコミュニケーションを形成するためには、約2週間が必要とされており、良好なコミュニケーションに基づく診療態度形成などをねらいとする場合にも、より長い配属期間を設定するよう配慮が必要である。

(3) 診療科選択制は採用しないが共通目標がある場合は、ローテーションで方略や評価システムが途切れる弊害を最小化するために、診療科間共通カリキュラムを設定し、指導にあたる医師の指導法や教材、学習評価・指導体制評価の方法を共通化する、あるいは、どうしても共通化できないところは差異を学生に明示しておく。(例：「内科(あるいは外科)共通カリキュラム」、「小児科・小児外科共通カリキュラム」など)

(4) 学外実習協力病院における必修カリキュラムー経験すべき病態・疾患

実習指針の調査によると6割強の大学で学外臨床実習についての記載があり、中には診療参加型臨床実習への移行に際して、大学病院だけでは病床数が不足するため、学外施設に臨床実習を委託している大学もある。一方、大学病院には、高度先進医療機関として、診断や治療が困難な複雑あるいは稀な病態や、先進的な医療研究の目的のため検査治療方針が一般

レベルとは異なる症例が多く集まる傾向がある。従って、高頻度の症候・疾患や救急、あるいは、一般レベルの検査治療など、臨床実習で経験すべきとされる症例を全学生が経験するためには、臨床実習の全期間を高度先進医療化した大学病院だけで行うのではなく、積極的に学外協力病院への配属を検討した方がよいとの意見もある。

従って、各大学は、大学病院および学外実習協力病院における経験可能な症例を調査し、現状で必修目標とする経験症例が不足する場合には、必要であれば大学病院の診療部門の再構成を提案するとともに、積極的に学外の協力病院への配属を検討することが望ましい。(学外施設における診療参加型臨床実習をめぐる法的側面については、本提案の別項「学外実習協力病院において診療参加型臨床実習を行うことについて」を参照のこと)

評価のあり方

【考え方】【体制作り】

臨床実習の学習目標には知識や臨床推論法だけではなく、実技や態度も含まれる。従って、評価方法として、レポート、口頭試問、ペーパーテストのみでは不十分であり、実習中の観察記録や実技試験（OSCE）などを併用し、記録と学生へのフィードバックのために評価表や各技能に沿って作成したチェックリストなどを用いるべきである。なお、実習指針の調査で9割近くの大学で評価法として記載されていたレポートについては、むしろ学生を患者さんから遠ざけ、診療参加型臨床実習のメリットを損うという意見がある。海外10大学の調査（冒頭の調査）では、診療参加型臨床実習の評価法としてレポートを用いているところは全くなく、観察記録と実技試験（OSCE）、ペーパーテストである。今後、診療参加型臨床実習への移行にあたっては、レポートに替わる他の知識評価法を用いるべきである。

例えば、米国のクリニカルクラークシップでは評価法として観察記録、実技試験の他に、医師資格試験機構（NBME）のペーパーテスト（購入して採点を委託）による知識の評価が広く行われていた。すでに実現に向けて動き出した全国大学医学部・医科大学の共用試験システムが創設されれば、質の高い知識測定のツールが国内でも入手可能となることが期待される。

一方、学習評価者については、指導に当たる教員以外にも、行動をともにすることが多い同じチームの研修医、また、特に態度評価については、看護スタッフや学生が担当した患者さんなど医師以外の評価者を設定することも今後検討されるべきであろう。【文例 2】

実習統括部門の整備

【考え方】【体制作り】

これまでに述べたとおり、共通カリキュラムについて、指導者の指導法や評価法を調整するためには、カリキュラム評価データの集計、指導にあたる教員・研修医向けの指導法開発ワークショップや OSCE を行ったり、共同で教材の開発を行う必要がある。海外の大学では、これら評価データの集計、ワークショップや OSCE の運営、あるいは、選択制実習や学外実習の配属先の調整などを担当するカリキュラム統括部門の整備が進んでいる。わが国においても臨床実習のみならず、カリキュラム全体を統括し、これまで個別化していた各講座・診療科間の教育活動の連携を支援する部門の整備を検討する必要がある。

Ⅲ. 法的課題とその対応

診療参加型臨床実習の安全性と危機管理をめぐる整理のために、法的課題について考え方、および、参考例を示す。

学生が診療業務を行うことについての法的位置付け

【考え方】【体制作り】

厚生（・労働）省健康政策（医政）局の臨床実習検討委員会（委員長：前川 正 群馬大学元学長）は、平成3年の最終報告の中で、医学生が下記の条件の下に医行為を行う場合には、医師法上の違法性はないといえるとしている。

- ① 侵襲性のそれほど高くない一定のものに限られること
- ② 医学部教育の一環として一定の要件を満たす指導医によるきめ細かな指導・監督のもとに行われること
- ③ 臨床実習を行わせるに当たって事前に医学生の評価を行うことを条件とするならば、医学生が医行為を行っても、医師が医行為を行う場合と同程度に安全性を確保できる。また、医学生が医行為を行う手段・方法についても、上記の条件に加え、
- ④ 患者等の同意を得て実施することとすれば、社会通念から見て相当であると考えられる。

※関連項目「学生による医行為の違法性が阻却されるために認識しておかねばならない点」

（1）学生に許容される医行為の水準【文例 3】

上記ア）の通り、個別に詳細に決めて指針に記載しておく必要がある。

（2）患者さんへの同意の取り方【文例 4】

学生が診療に参加して医行為を行うことについて説明する場合、通常、病院外来の掲示だけでは「説明した」とは認識されない。

一方、口頭で同意を得て、診療録に記載する方法も「同意取得」の方法として有効である。しかし、患者の自筆署名入りの独立した文書（同意書）を作っておくのが望ましい。

学生による正規の診療録記載と文書作成について

学生が正規の診療録へ自ら参加した診療内容を記録することは、

- (1) 診療参加型臨床実習の教育効果上必要であり、学生が診療に参加した事実を記録する意味がある。
- (2) 看護者による看護記録などと同様、医師の補助者による記録と考えられる。
- (3) 指導にあたる医師の補助者として指導にあたる医師による検討結果を記録する。指導にあたる医師は記録内容を監査し、慎重に加筆、訂正等を行い、記録した学生と監査した指導にあたる医師が署名することで責任体制を明確化すれば、1. の(1)～(3)の問題は生じないと考えられる。※関連項目「一日の基本的流れ(学生が行うこと)」
- (4) 学生による記載が適切でない状況も考えられるので、各大学が必要に応じて、個別に指針等を整備する。【文例 5】

学外実習協力病院における診療参加型臨床実習

【考え方】【指導にあたる医師用】

- (1) 必修あるいは共通学習目標、診療参加型実習であることの詳細、評価方法、実習をめぐる危機管理上の対応方針などについて取り決める。【文例 6】
- (2) 学生の交通費や宿泊施設などについて個別に検討する必要がある。

学生が当事者となる医療事故の予防、発生後の対応について

【考え方】【指導にあたる医師用・学生用】

1. 学生に障害が起こる事故について（例：血液感染事故）【文例 7】

実習担当教官等は、規則的生活を維持し、常時、心身の調子を整えるように適宜学生へ注意を与えるとともに、日頃から学生とのコミュニケーションをとり、不調を訴えた際は適切に対処する。

各診療科に共通する血液等を介する感染事故等については、その防止対策および事故発生時の迅速な対処方法について指針を作成し、関係者に周知しておくことが望ましい。特に、血液等を介する感染事故を発生しやすい医行為については、感染予防のための指導を充分行うとともに、そのような医行為を学生が行うことについては、危険性等を学生に充分説明したうえで学生の同意を文書等で取得しておくことが望ましい。

実習にはいる前に、結核のツベルクリン反応検査やB型肝炎などの抗体検査とワクチン投与を実施する必要がある。その際、経費の負担と実施体制について検討する必要がある。

事故が発生した場合は、指針に従って迅速に対応するとともに、事実経過を教育管理者（委員会）等に報告し、また文書として記録保存しておくことも必要である。

2. 学生の行為により患者さんに傷害が起こる事故について

【考え方】【指導にあたる医師用・学生用】

（1）指導にあたる医師の指示に基づく医行為

- ① 当該医行為を受けた患者さんは当該病院と契約関係にあり、かつ指導にあたる医師は当該病院の職員として業務を遂行しているので病院の経営者が民法上の使用者責任を問われる場合がある。
- ② 事故の状況によっては、病院の経営者が職員である指導にあたる医師ならびに学生に対し、応分の責任を問うことがある。法律上の損害賠償責任をいずれがどの程度負うかは、当事者間の話し合いあるいは民事訴訟の結果による。
- ③ 事故の状況やその後の対応によっては、学生に医行為を指示した指導にあたる医師個人の責任を問われる可能性がある。このことが指導にあたる医師に不安を抱かせ、学生の診療参加に対して消極的となる原因の一つとなっている。法律上の損害賠償責任が指導にあたる医師個人にどの程度あるかは、最終的には民事訴訟の結果による。
- ④ 当事者の話し合いや民事訴訟の結果にしたがって指導にあたる医師が責任を問われた場合、もし指導にあたる医師が医師賠償責任保険に加入していれば、補償金が支払われる。調査した範囲では、学生は約款で「補助者」と表現されているものに含まれるとみなされ、事故は加入している医師の直接指揮監督下にある看護婦（士）、X線技師等による事故として扱われ、補償金が支払われるとされている。しかし、各保険会社との契約に当たってはその内容について、個別に調査、確認が必要である。【参考】

(2) 指導にあたる医師の指導・監督外の行動

学生が法律上の責任を問われる可能性がある。民事訴訟の結果当該事故について法律上の賠償責任が学生にあるとされた場合、学生が責任を問われる場合がある。しかし、学生が「医学生総合保障制度」(別項)に加入していれば、故意に起こした事故でない限り、「国内において、臨床実習中の学生が患者さんに対して行った行為によって、患者さんの身体、生命を害し、または財物を損壊したことにより負担する法律上の賠償責任の実額」が、保険会社より補償される。(例えば、病院内を通行中の患者さんに偶然衝突して傷害を負わせた場合)【参考 2】ただし、このような場合でも、実習の場を管理している病院の経営者も賠償責任を問われる可能性は残る。

(3) 学外病院における臨床実習中の医療事故の対応については「取り決め」に明記しておく【文例 6】

(4) 学生が加入する保険について【文例 9】

「学生教育研究災害傷害保険」と医学部学生を対象とする「医学生総合補償制度」がある。これらを団体保険として取り扱い、実習開始前に、任意加入を学生に勧められている。掛金の支払いをどのように負担するか、また、未加入の学生に、加入学生と同じ範囲の医行為を許容するかどうかについては各大学において検討する必要がある。

IV. その他実習指針に含まれるもの

【考え方】【指導にあたる医師用・学生用】

- ※ 配属日程表、集合場所、指導にあたる医師連絡先、学生グループ分け名簿
- ※ 各臨床技能の学習要領、指導要領など

【文例 1-1】

診療参加型臨床実習 全科共通自己評価表 (案)

配属先 _____ 学籍番号 _____ 学生氏名 _____

この評価表の完成と提出が本臨床実習の合格条件の一つですので、それぞれの配属先について記入してください。

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. 出席の評価 | 2. 期間中に受け持った患者の数について |
| 正当な理由のある欠席の日数は? ____日 | 入院患者の数は ____名 |
| 以下のあてはまる□内にチェックしてください。 | そのうち新規の入院患者の数は: ____名 |
| <input type="checkbox"/> 正当な理由のある欠席を除き、全日程に出席した。 | 退院時抄録を書いた患者の数は: ____名 |
| <input type="checkbox"/> 無断欠席 (早退・離脱) などが1回あった。 | 診察した外来患者の数は ____名 |
| <input type="checkbox"/> 無断欠席 (早退・離脱) などが2回以上あった (不合格に相当)。 | 合計 ____名 |

●あなたの診療助手としての知識、臨床技能、診療業務行動、学習態度について4週間を振り返り、以下の選択肢のなかで最も近い状況にチェックしてください。

1. 基礎知識の量と理解度
 - 知識の量や理解度は 低かった。
 - 知識の量や理解度は に応用できていた。
 - 臨床実習に必要な できていた。
 - 知識の量、理解度ともに 優れていた。
 - 医学生の水準を ずば抜けていた。
 - 当科では評価できない。
2. 病歴聴取
 - 病歴は医学的でなく、. が度々あった。
 - 病歴は断片的で、. も幾分あった。
 - 病歴はほぼ完全に ほぼ把握できていた。
 - 病歴は完全で、. を当てることができていた。
 - 病歴は完璧で 重要な問題を取りあげることができていた。
 - 当科では評価できない。
3. 身体診察
 - 重要な診察の要素を省いており、. を全く考慮していなかった。
 - 診察は不完全なことがあり、. も不適切であった。
 - 一般的な診察技術には して診察していた。
 - 診察技術は学生としては を行うことができていた。
 - 詳細かつ完璧な診察が ができていた。
 - 当科では評価できない。

※ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 1－2】

4. カルテ記載

- 病歴、身体所見の記載は大雑把で断片的、・・・欠けていた。
- 記載された情報は一部不足しており、・・・はある程度整理されていた。
- 情報の記載は標準的・・・はほぼ立案されていた。
- 情報の記載は詳細で・・・も優れていた。
- 情報の記載の詳細さと正確さは・・・水準を越えていた。
- 当科では評価できない。

5. 症例のプレゼンテーション

- 全く整理されていず、断片的な・・・を用いていた。
- 整理は不十分、かつやや不正確で、・・・的に呈示していた。
- 呈示内容は整理されており、・・・適切であった。
- 診断に重要な情報が・・・の利用も最小限であった。
- 当科では評価できない。

6. 臨床医としての態度

- 当てにならない。欠席や遅刻が・・・と思わせる態度であった。
- 日々の患者ケアを・・・に消極的であった。
- 大体において、・・・がおけた。
- 常に、日々の病棟業務を・・・がおけた。
- 患者のケアやチームとしての活動に・・・も可能であった。
- 当科では評価できない。

7. 自己学習能力と柔軟性

- 自分の不十分さに全く・・・拒否していた。
- 自分の不適切な点に・・・抵抗があった。
- 建設的な意見や・・・ことができた。
- 評価を受け入れ、自分を変えようと・・・を行っていた。
- 評価を自ら求め、学ぼうとする行動は・・・努力をしていた。
- 当科では評価できない。

8. 患者とのコミュニケーション

- 患者の欲求、感情、希望に対し配慮が・・・。
- 時々医師患者関係が・・・。
- 患者とその家族と適切な関係を・・・。
- 患者とその家族との会話、対応に・・・。
- 患者とその家族と打ち解けるのにずば抜けて・・・。
- 当科では評価できない。

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 1－3】

9. 医療チームの他のメンバーとの関係

同僚、医師、看護職員、病院職員の立場や状況に対して鈍感。チームの中で協力して働けなかった。建設的な意見や評価を受け入れることが・・・。

時々、同僚、医師、看護職員、病院職員との関係が難しく・・・関係に距離を作っていた。

ほとんどの、同僚、医師、看護職員、病院職員と適切な関係を・・・、チームの中で業務に参加できていた。

すべての同僚、医師、看護職員、病院職員と良好な関係を・・・、チームの中でうまく協力して働いていた。

同僚、医師、看護職員、病院職員など、すべてのメンバーの感情を尊重することに長けており、・・・チームの一員として行動できていた。

この科では評価できない。

平成 ____年 ____月 ____日 学生の署名_____

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 1－4】

診療参加型臨床実習 全科共通指導に関わる医師評価表 (案)

配属先 _____ 学籍番号 _____ 学生氏名 _____

この評価表の完成と提出がクリニカルクラークシップ合格の条件の一つですので、指導に関わる医師と指導責任者が終了日に記入し、第4期終了後2週間以内に、指導に関わる医師がまとめて医学部学生掛まで提出してください。

I 出席の評価

正当な理由のある欠席の日数は? _____日

→以下のあてはまる□内にチェックしてください。

- 正当な理由のある欠席を除き、全日程に出席した。
- 無断欠席（早退・離脱）などが1回あった。
- 無断欠席（早退・離脱）などが2回以上あった（不合格）。

II 知識、臨床技能、診療業務行動、学習態度

学生の診療助手としての知識、技能、態度について4週間を振り返り、

- ①学生に直に接しながら観察した結果、
 - ②学生と行動を共にした医師、看護職員、その他の病院職員、学生が担当した患者さんなどから収集した情報、
 - ③カルテ、指示録、体温板、検査伝票、受診願などの医療記録を適宜監査した結果
- などをもとに評価し、以下の選択肢のなかで最も近い状況にチェックしてください。

1. 基礎知識の量と理解度

- 知識の量や理解度は・・・・・・低かった。
- 知識の量や理解度は・・・・・・に応用できていた。
- 臨床実習に必要な・・・・・・できていた。
- 知識の量、理解度ともに・・・・・・優れていた。
- 医学生の水準を・・・・・・ずば抜けていた。
- 当科では評価できない。

2. 病歴聴取

- 病歴は医学的でなく、・・・・・・が度々あった。
- 病歴は断片的で、・・・・・・も幾分あった。
- 病歴はほぼ完全に・・・・・・ほぼ把握できていた。
- 病歴は完全で、・・・・・・を当てることができていた。
- 病歴は完璧で・・・・・・重要な問題を取りあげることができていた。
- 当科では評価できない。

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 1－5】

3. 身体診察

- 重要な診察の要素を省いており、・・・・・・を全く考慮していなかった。
- 診察は不完全なことがあり、・・・・・・も不適切であった。
- 一般的な診察技術には・・・・・・して診察していた。
- 診察技術は学生としては・・・・・・を行うことができていた。
- 詳細かつ完璧な診察が・・・・・・ができていた。
- 当科では評価できない。

4. カルテ記載

- 病歴、身体所見の記載は大雑把で断片的、・・・・・・欠けていた。
- 記載された情報は一部不足しており、・・・・・・はある程度整理されていた。
- 情報の記載は標準的・・・・・・はほぼ立案されていた。
- 情報の記載は詳細で・・・・・・も優れていた。
- 情報の記載の詳細さと正確さは・・・・・・水準を越えていた。
- 当科では評価できない。

5. 症例のプレゼンテーション

- 全く整理されていず、断片的な・・・・・・を用いていた。
- 整理は不十分、かつやや不正確で、・・・・・・的に呈示していた。
- 呈示内容は整理されており、・・・・・・適切であった。
- 診断に重要な情報が・・・・・・の利用も最小限であった。
- 当科では評価できない。

6. 臨床医としての態度

- 当てにならない。欠席や遅刻が・・・・・・と思わせる態度であった。
- 日々の患者ケアを・・・・・・に消極的であった。
- 大体において、・・・・・・がおけた。
- 常に、日々の病棟業務を・・・・・・がおけた。
- 患者のケアやチームとしての活動に・・・・・・も可能であった。
- 当科では評価できない。

7. 自己学習能力と柔軟性

- 自分の不十分さに全く・・・・・・拒否していた。
- 自分の不適切な点に・・・・・・抵抗があった。
- 建設的な意見や・・・・・・ことができた。
- 評価を受け入れ、自分を変えようと・・・・・・を行っていた。
- 評価を自ら求め、学ぼうとする行動は・・・・・・努力をしていた。
- 当科では評価できない。

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 1－6】

8. 患者とのコミュニケーション

- 患者の欲求、感情、希望に対し配慮が…………。
- 時々医師患者関係が…………。
- 患者とその家族と適切な関係を…………。
- 患者とその家族との会話、対応に…………。
- 患者とその家族と打ち解けるのにずば抜けて…………。
- 当科では評価できない。

9. 医療チームの他のメンバーとの関係

- 同僚、医師、看護職員、病院職員の立場や状況に対して鈍感。チームの中で協力して働けなかった。建設的な意見や評価を受け入れることが…………。
- 時々、同僚、医師、看護職員、病院職員との関係が難しく…………関係に距離を作っていた。
- ほとんどの、同僚、医師、看護職員、病院職員と適切な関係を…………、チームの中で業務に参加できていた。
- すべての同僚、医師、看護職員、病院職員と良好な関係を…………、チームの中でうまく協力して働いていた。
- 同僚、医師、看護職員、病院職員など、すべてのメンバーの感情を尊重することに長けており、…………チームの一員として行動できていた。
- この科では評価できない。

10. 学生に対する具体的コメント（良かった点、今後の改善点など建設的コメント）

この評価表を参考に、1対1でのフィードバックセッションを行ってください。

合否判定 合格（優良可） 不合格

（正当な理由のある欠席を除いた全日程への出席、自己評価表と指導に関わる医師評価表への記入等を確認した後に、指導責任者が合否を判定する）

平成____年____月____日

指導に関わる医師の署名_____

指導責任者の署名_____

（署名がないものは無効です。）

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 1－7】

全科共通学生用指導体制評価表 (案)

配属先 _____

質問1 今回の配属先で行ったクラークシップについて、①良かった点、②改善すべき点、③カリキュラムへの提言の3点について意見を聞かせて下さい。

次の質問の答えに該当する番号を下から選んで○で囲んで下さい。

1＝全くそうではなかった、2＝どちらかといえばそうではなかった、3＝どちらともいえない、
4＝どちらかといえばそうだった、5＝全くそうだった

(オリエンテーション)

質問2	初めにクラークシップで修得すべき項目が説明された。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問3	初めにクラークシップで自分に与えられる診療上の役割が説明された。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問4	初めに与えられた診療上の役割は5年次よりも高度だった。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問5	初めにクラークシップの評価の基準やその方法が説明された。	1	2	3	4	5	評価不適當

(学習の機会、教材の提供)

質問6	患者数や疾患の種類は適切であった。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問7	初めに与えられた役割に追加、あるいは減らされた役割は、時期に応じて自分の能力を高めるのに適切だった。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問8	病歴聴取の機会が十分に与えられた。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問9	身体診察の機会が十分に与えられた。	1	2	3	4	5	評価不適當

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 1－8】

質問1 0	回診、カンファレンスなどで症例呈示の機会が充分に与えられた。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問1 1	正規のカルテを記載する機会が充分に与えられた。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問1 2	医療手技を行う機会が充分に与えられた。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問1 3	文献検索の機会が充分に与えられた。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問1 4	診療方針について自分なりの意見を述べる機会を充分与えてくれ、ディスカッションができた。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問1 5	口頭で情報提供、あるいは、役に立つテキストや論文などが配布されるなど、手技のコツや診断のカギとなる医学知識をよく学べるように適切な援助を受けた。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問1 6	指導医や研修医はベッドサイドでの患者さんの接し方における模範として適切であった。	1	2	3	4	5	評価不適當
	(フィードバック、学習の促進、指導態度)						
質問1 7	指導医や研修医、看護職員から、技能、知識、態度に関するフィードバックがあった。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問1 8	それらのフィードバックはタイミングや内容、方法などが適切で納得できるものだった。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問1 9	研修医や指導医は知識や技能、態度習得の意欲が湧いてくるような刺激を与えてくれた。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問2 0	自分の接した指導医や研修医は医学生の指導に熱心であった。	1	2	3	4	5	評価不適當
	(医療チーム間の人間関係対応)						
質問2 1	指導医や研修医は自分を医療チームの一員として尊重してくれた。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問2 2	指導医や研修医は相談しやすかった。	1	2	3	4	5	評価不適當
質問2 3	指導医や研修医はチーム内、コメディカルとの人間関係がうまくいくよう配慮してくれた。	1	2	3	4	5	評価不適當
	(総括)						
質問2 4	総じて自分の接した指導医や研修医の指導・監督は適切だった。	1	2	3	4	5	評価不適當

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 2】

入院患者各位

この度は学生の医学教育実習にご協力いただき、まことにありがとうございます。今回の担当学生_____の実習態度の評価の一環として以下のアンケートにお答え頂ければさいわいです。なおこの結果を学生が見ることはありません。

- | | | | |
|-----------------------|----|-----|-------|
| 1. 朝早くからお部屋にきましたか？ | はい | いいえ | |
| 2. 言葉づかいはていねいでしたか？ | はい | いいえ | |
| 3. よく勉強しているようでしたか？ | はい | いいえ | わからない |
| 4. 「やさしさ」はありましたか？ | はい | いいえ | |
| 5. よい相談相手でしたか？ | はい | いいえ | |
| 6. 看護婦さんによく協力していましたか？ | はい | いいえ | わからない |
| 7. 理学療法士によく協力していましたか？ | はい | いいえ | わからない |
| 8. 信頼できる医師になりそうですか？ | はい | いいえ | わからない |

その他お気づきの点がありましたら遠慮なく御記入下さい。後で係が回収にまいります。

平成 年 月 日

患者様ご芳名

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 3-1】

「学生に許容される医行為の範囲の明示」の例文

1. 共通して学生による実施が許される医行為の範囲

診療参加型臨床実習を受け入れる診療単位組織に共通して学生による実施が許される医行為の範囲を医学部で次のように定めて明示する。

(1) 指導医の指導・監視のもとに実施が許される医行為（水準Ⅰ）

医療面接、全身の視診、打診、触診、視野視力検査、簡単な器具を用いる全身の診察（聴診器、舌圧子、血圧計、ハンマー、検眼鏡）、内診、直腸診、直腸鏡、肛門鏡。

検尿、検便、検痰、細菌塗沫染色検査、血液一般、血液型判定、交差適合試験、出血時間測定、赤血球沈降速度、簡易血液生化学検査（電解質、血糖、BUN）、心電図検査、超音波検査。

耳朶・指先採血、静脈採血、嚢胞・膿瘍穿刺（体表）、体位交換、移送、気道内吸引、ネブライザー、導尿、浣腸、皮膚消毒、包帯交換、外用薬貼付・塗布、抜糸、止血、手洗い、ガウンテクニック、手術助手、バイタルサインチェック、エアウェイによる気道確保、人工呼吸、酸素投与、静脈確保。

正規の診療録記載、退院時抄録の作成、医師指示録記入、体温板記入、処方箋作成、食事箋作成、検査申込書作成、受診願、紹介状、返事、退院時連絡書などの医療文書作成（文書類の全てに学生の署名と指導医の署名が必要）、一般的な健康教育。

(2) 受け持ち患者のみを対象に、状況によって、指導医の指導・監視のもとに実施が許される医行為（水準Ⅱ）

筋電図、胃腸管透視、動脈採血（末梢）と動脈血ガス分析、胸腔穿刺、腹腔穿刺、骨髄穿刺、創傷処置、胃管の挿入と管理、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、静脈内注射（末梢）、膿瘍切開、排膿、皮膚縫合、兎径ヘルニア用手還納、気管内挿管、閉胸式心マッサージ、電氣的除細動、各種診断書・検案書・証明書の作成、患者への病状説明。

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 3-2】

(3) 原則として指導医の実施の介助または見学にとどめ、実施させない医行為（水準Ⅲ）

眼球に直接触れる検査、食道、胃、大腸、気管、気管支などの内視鏡検査、気管支造影など造影剤注入による検査、小児からの採血、腰椎穿刺、バイオプシー、子宮内操作、知能テスト、心理テスト、中心静脈注射、動脈注射、全身麻酔、局所麻酔、輸血、各種穿刺による排液、分娩介助、精神療法、眼球に直接触れる治療、家族への病状説明、水準Ⅲを超える医行為のインフォームドコンセントの取得。

2. 診療単位組織で水準Ⅰ、Ⅱに追加する項目と水準Ⅱの中で禁じる項目

診療参加型臨床実習を受け入れる診療単位組織は、(1) 組織の責任において、その他の医行為を上記水準Ⅰ、Ⅱの医行為に追加して定め、明示することができる。また、(2) 必要な場合に、上記水準Ⅱの医行為の一部を禁じることができ、その禁止行為を明示する。

(1) 共通部分に記載した許容する医行為の範囲に追加して許容する医行為

診療科	水準Ⅰ	水準Ⅱ
神経内科	脳波、末梢神経伝導速度検査、誘発電位	特になし
小児科	遠城寺式乳幼児発達検査、ODテストなど	特になし
一般外科	特になし	皮膚縫合、糸結び、食道ブジー、ドレーン抜去（ペンローズ、胸腔）
脳神経外科	腰椎穿刺、手術介助	穿頭術
心臓外科	動脈圧ラインからの採血、電解質や血液ガス測定、IABP や体外式ペースメーカーの操作	実際に手洗いをして開心術につく、ペースメーカー植え込み術の第一助手をする
小児外科	腸洗浄、排気	輸液指示、足蹠からの採血および分析
泌尿器科	経静脈性腎盂造影、排尿時膀胱造影、尿道造影、ウロフロメトリー、膀胱内圧測定	膀胱鏡
精神科	心理テスト、知能テスト、作業療法、精神科レクリエーション	特になし
耳鼻咽喉科	耳鏡・鼻鏡・後鼻鏡・喉頭鏡検査、標準聴力検査、一般平衡機能検査	食道透視検査、耳鼻咽喉内視鏡検査（軟性鏡のみ）
麻酔科	特になし	ラリングアルマスク挿入

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 3 - 3】

(2) 共通部分で許容した医行為の中でいかなる場合も禁止する医行為

診療科	水準Ⅰ	水準Ⅱ
心療内科	単独での心理（治療）面接	
呼吸器科	内診、処方箋作成	筋電図、胃腸管透視、腹腔穿刺、骨髄穿刺、そ経ヘルニア用手環納、各種診断書・検案書・証明書の作成、患者への病状説明
小児科	小児の採血、点滴ほかの処置は比較的年長児などで状況が許す場合のみ。直腸鏡、肛門鏡、手術助手など。	筋電図、胃腸管透視、膿瘍切開、皮膚縫合、電氣的除細動など
小児外科	導尿、新生児の静脈採血	気管内挿管、胸腔・腹腔穿刺
皮膚科	直腸診、内診、産科的診察	胸腔・腹腔・骨髄穿刺、胃管挿入、気管内挿管、心マッサージ、除細動
耳鼻咽喉科	内診、直腸診、直腸鏡、肛門鏡、交差適合試験、導尿	筋電図、胃腸管透視、胸腔穿刺、腹腔穿刺、骨髄穿刺、鼠径ヘルニア用手環納、電氣的徐細動
救急部	教官および医員の監視指導のもとでならば、可能な限り医行為を行わせる。	

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 4－1】

臨床実習において学生が医行為を実施することについての患者のインフォームドコンセントの取得に関する指針

原則的事項

1. 実習開始前に、「学生が医師に代わり特定の範囲内で医行為を実施すること」について、患者のインフォームドコンセントを取得すること。その際、教育上の必要性、実施する学生の診療能力、期間、医行為の範囲、学生を指導する医師（以下指導に関わる医師と略す）による指導・監視等について患者へ説明すること。
2. 第1項とは別に、学生が個々の医行為を実施する必要性が生じた段階で、個々の医行為ごとに、「当該学生がその医行為を実施すること」について、患者のインフォームドコンセントを取得すること。その際、実施目的、実施方法、危険性、代替手段、その他必要な事項等について、患者へ説明すること。
3. 第1項および第2項のいずれの場合も、患者は同意を拒否できること、患者は同意後も実施直前までいつでも医行為の実施を拒否できること、わからないことはいつでも指導に関わる医師にたずねることができること等を患者へ説明すること。

具体的取得方法

1. 患者の心身に直接影響を及ぼさない下記医行為については、原則的事項以外の患者のインフォームドコンセントを得る必要はない。

既に採取された検体を対象に次の検査をする場合：検尿、検便、検痰、細菌塗沫染色検査、血液一般、血液型判定、交差適合試験、赤血球沈降速度測定、簡易血液生化学検査。

手洗い、ガウンテクニック、正規のカルテ記載。
2. 病棟回診中、学生が、学習を目的として、受け持ち患者以外の患者を、臨時に短時間、下記項目について診察する場合に限り、指導に関わる医師が口頭で患者のインフォームドコンセントを得る。カルテへ記載する必要はない。

全身の視診、打診、触診、視野視力検査、簡単な器具を用いる全身の診察（聴診器、舌圧子、血圧計、ハンマー、検眼鏡）。
3. 外来患者実習において、学生が割り当て患者を下記項目について実習時間内に診察する場合に限り、外来医長があらかじめ「学生の診察とその内容」について口頭で患者のインフォームドコンセントを取得しておく。学生が診察した事実経過について、学生が外来診療録へ記載後、外来医長が執筆・署名をする。

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 4－2】

医療面接、全身の視診・打診・触診、視野視力検査、簡単な器具を用いる全身の診察（聴診器、舌圧子、血圧計、ハンマー、検眼鏡）、直腸診、直腸鏡、肛門鏡。

その他、各診療科が上記に追加して独自に許容する医行為。

4. 学生が配属期間中連続して受け持つ患者については、教員が、実習開始前に、「学生が、医師に代わり下記事項の範囲内で医行為を実施すること」について、患者のインフォームドコンセントを文書（別紙様式1）で取得する。同意書の正本を当該患者の診療録へ貼付し、複写本を患者へ渡しておく。

医療面接、全身の視診・打診・触診、視野視力検査、簡単な器具を用いる全身の診察（聴診器、血圧計、舌圧子、ハンマー、検眼鏡）、直腸診、直腸鏡、肛門鏡。心電図検査（体表）、超音波検査（体表）。耳朶・指先採血、静脈採血。体位交換、移送、気道内吸引、ネブライザー、導尿、浣腸、皮膚消毒、包帯交換、外用薬貼付・塗布、抜糸、止血、手術助手、バイタルサイン測定、エアウェイによる気道確保、人工呼吸、酸素投与、静脈確保。

その他、各診療科が上記に追加して独自に許容する医行為。

5. 学生が配属期間中連続して受け持つ患者について、学生が第4項に記載された個々の医行為を実施する必要性が生じた段階で、個々の医行為ごとに、「当該学生がその医行為を実施すること」について、患者のインフォームドコンセントを、当該学生または指導に関わる医師が、(1)口頭のみ、(2)口頭による同意とカルテへの事実記載、(3)文書のうちいずれかの手段により取得する。患者へ説明し同意を取得する人、説明の内容、取得方法については、第4項に記載した個々の医行為ごとに、各診療科で定めて、周知徹底する。文書により取得する場合の様式は学部全体として統一的に定める。
6. 患者の緊急時に、学生が第4項に記載された項目の範囲内で指導に関わる医師の医行為を手伝う場合、インフォームドコンセントを取得できる条件がなければ取得する必要はない。
7. 小児、意識障害者等の場合は、学生の医行為について、患者の保護者の代理同意を第4項と第5項に準じて取得する。

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 4－3】

臨床実習同意書

1. 私 {甲1・甲2} は、〇〇大学医学部4～6学年の学生が、〇〇大学医学部附属病院 {科名 } における臨床実習において、下記(1)、(2)、(3)の条件の下で、患者(甲1)に対して、指導に関わる医師に代わって医行為を実施することに同意します。

条件(1):同意の有効期間は平成 { } 年 { } 月 { } 日より平成 { } 年 { } 月 { } 日までの間とする。

条件(2):医行為は学生を指導する同科の医師(指導に関わる医師)による指導・監督の下に実施されること。

条件(3):次にかかげる項目のうち私が先頭の□内に×を記入した項目を除く項目の範囲内で実施すること。

医療面接、全身の視診・打診・触診、視野視力検査、簡単な器具を用いる全身の診察(聴診器、血圧計、舌圧子、ハンマー、検眼鏡)、直腸診、直腸鏡、肛門鏡。心電図検査(体表)、超音波検査(体表)。耳朶・指先採血、静脈採血。体位交換、移送、気道内吸引、ネブライザー、導尿、浣腸、皮膚消毒、包帯交換、外用薬貼付・塗布、抜糸、止血、手術助手、バイタルサイン測定、エアウェイによる気道確保、人工呼吸、酸素投与、静脈確保。

上記に追加する医行為：

2. 私 {甲1・甲2} は、第1項において同意した医行為を実施する学生の診療能力、教育上の必要性、学生が実施する危険性、指導に関わる医師による指導・監督、ならびにこの同意書について、署名に先だて、学生を指導する〇〇大学医学部教官(乙)から十分な説明を受け、理解し、納得しました。

3. 私 {甲1・甲2} は、学生が個々の医行為を実施する前に、学生または指導に関わる医師が、同意医行為の実施目的、実施方法、危険性、代替手段、その他必要事項等について説明した上で、私の同意を口頭または文書で取得しなければならないことを知らされています。

4. 私 {甲1・甲2} は、この同意書に署名した後も、学生が第1項に記載した医行為を私に対して実施することを実施直前まで無条件に拒否できること、拒否したことを理由に患者(甲1)は受療上の不利益な扱いを受けないこと、わからない時はいつでも指導に関わる医師に直接たずねることができることを知らされています。

5. 私 {甲1・甲2} は、この同意書をくまなく読んだこと、私の署名に先立って、{ } 欄を全て埋めたか該当しない語句を抹消し、第1項の該当する□内に×を記入したことを認めます。

6. 私 {甲1・甲2} は、署名後にこの同意書の複写本を受け取り、正本は患者(甲1)の診療録に貼付され保存されることを知らされています。

日付：平成 年 月 日、時刻： 時 分

甲1：同意人(患者) 住所 _____ 署名(氏名) _____

甲2：代理同意人 住所 _____ 署名 _____

連署人 住所 _____ 署名 _____

乙：〇〇大学医学部指導に関わる医師 氏名 _____

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 5】

診療録記載の手順

診療録は公文書であるので、学生が診療録記載に充分慣れていることを、当該学生の指導にあたる医師が判定するまでの期間は、以下の手順で記載すること。

- ※ 学生は、まず下書きを手持ちの手帳などに書き、これを指導にあたる医師に見せる。
 - ※ 指導にあたる医師は、下書きを見ながら適切で正確な表現か、医学用語で記載されているかなどを評価する。
 - ※ 学生は、指導にあたる医師が加筆、訂正した内容に沿って、診療録を記載する。
 - ※ 指導にあたる医師は、学生記入の最後尾に署名する。
-
- ※ 訂正部分は二重線を引き、訂正し、訂正印を押す。
 - ※ 学生が診療録記載に充分慣れていると判定された後も、指導にあたる医師の執筆・署名は必要である。

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 6－1】

卒前医学教育（臨床実習）に関する取り決め

（取り決めの目的）

- 第1条 1. ○○医科大学または大学医学部（以下 大学）の医学生（以下 学生）が、○○病院（以下 病院）における卒前医学教育（以下 臨床実習）を円滑かつ効果的に行うために、以下のように取り決める。
2. この取り決めは、医科大学学長または大学医学部長（以下 学部長）と○○病院院長（以下 病院長）との間で結ぶものである。

（学生の資格）

- 第2条 1. 病院で臨床実習を行うことのできる学生は、その能力を有するものであることを、学部長が適切な方法で適正に資格認定したものでなければならない。

（指導者）

- 第3条 1. 病院長は臨床実習の指導者を決定する。原則として、当該の診療部長がその任に当たるものとする。
2. 臨床実習の場面に応じて、研修医を含む診療部長以外の医師ならびに、状況によっては看護婦やその他の病院職員が直接の指導・監督に当たることがある。その場合も指導責任は指導責任者にあり、最終的には病院長の管理責任とする。
3. 指導責任者は、当該の大学における位置付けが明確にされるものとする。

（手続き）

- 第4条 1. 学部長は病院で臨床実習を希望する学生の氏名、学年と臨床実習を行いたい診療科および期間を文書（第1号様式）で病院長に依頼する。
2. 病院長は担当する診療科および関係者と協議のうえ、諾否を文書（第2号様式）で学部長に回答する。

（学習の目標）

- 第5条 1. 学生は正規のカリキュラムとして大学で決定された「臨床実習の指針」に具体的に明示されている学習目標に到達するように学習する。
2. 学習目標は病院の診療上の必要や現実的制約によって、病院と大学とで協議し、妥当な範囲で変更することがある。
3. 指導者は「臨床実習の指針」に則った学生の学習を支援するものとする。

（学習の方略）

- 第6条 1. 学生は「臨床実習の指針」に則った方略で学習する。概ねクリニカルクラークシップに準ずるが、病院の診療上の必要や現実的制約によって、病院と大学とで協議し、妥当な範囲で変更することがある。
2. 学生に許容される医行為の範囲は、原則として厚生省臨床実習検討委員会最終報告の水準Ⅰに準拠するものとする。
3. 医行為は学生が目標に到達するための方略として許容されるものであって、その経験や修練が目標とされるものではない。
4. 水準Ⅰに準拠する医行為であっても、病院の診療上の必要や現実的制約または指導者の判断で、見学に止まることもある。
5. 学生は臨床実習において、初対面の患者には自己紹介し、指導者の口添えのもとに学生であることを告げて、患者の承諾を得るものとする。
6. 学生は指導者の指導・監督のもとに医行為を行う。学生の単独の判断で医行為を行ってはならない。

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 6－2】

(学習の評価)

- 第7条 1. 評価の目的、対象、方法、時期、測定者などについては「臨床実習の指針」に明示される。
2. 病院は「臨床実習の指針」に則って評価を実施するように努めるものとする。
3. 病院の診療上の必要や現実的制約によって、評価の方法や測定者を、病院と大学とで協議し、妥当な範囲で変更することがある。

(臨床実習に関する資源、報酬等)

- 第8条 1. 病院は臨床実習に必要な資源を用意する。
2. 臨床実習のためだけの資源を用意するに当たって必要な予算は、病院と大学とで協議して措置を講ずる。
3. ロッカー、白衣、ネームプレートは病院が用意する。
4. 院内履は学生が用意する。院内履は大きな音のしないものが望ましい。
5. 学生は、病院図書館の利用規程に基づき、図書の閲覧と貸出ならびに文献のコピーができる。コピー費用の負担は病院職員と同等とする。
6. 臨床実習の指導に対する病院ならびに指導者への報酬は、大学の定めるところとする。

(遵守事項)

- 第9条 1. 学生が病院内で臨床実習を行う時は、白衣、ネームプレート、院内履を着用し、病院職員に準じて病院諸規程、病棟などの約束事などを遵守するものとする。
2. 臨床実習の制服は定めないが、学生は見苦しくない服装、身だしなみに心がけるものとする。
3. 学生は患者のプライバシーの保護に常に留意し、臨床実習に際して知り得た患者情報を、他に洩らしてはならない。

(問題の処理)

- 第10条 1. 臨床実習に際して、何らかの問題が生じた場合には、その問題の種類と程度に応じて指導者、指導責任者、病院長など適切なものが処理に当たる。
2. 法的な問題が生じた場合には、病院長と学部長とで協議し、またはその両者が適切と認める専門の担当者または専門機関において処理する。
3. 学生の臨床実習中の事故については、病院職員の職務遂行中の事故に準じて取り扱う。

- 第11条 1. 病院長は学生が臨床実習で学習するのに相応しくないと認められた場合には、学部長と協議して、臨床実習を続けることを取り消すことができる。
2. 臨床実習の続行を取り消す場合、病院長は学部長に取り消しを文書で通知するものとする。

附 則

この取り決めは 年 月 日から施行する。

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 7-1】

臨床実習中等に学生が針刺事故等に遭遇した場合の措置について

学生が、臨床実習中にウイルス等の感染の可能性などの分からない血液又は血清によって針刺事故等に遭遇した場合、B型肝炎ウイルスなどに感染する危険性があります。このような場合、48時間以内に免疫グロブリン（HBIG）等の接種が必要となります。

本医学部では、学生に針刺事故等が発生したときは、次の順序・方法で措置していくことにしておりますので、これに従ってください。

なお、針刺事故等とは、注射針等による刺創、皮膚・粘膜への血液付着、咬創、血清誤飲、術中の刺創・切創等をいいます。

◎時間内（平日の8：00～17：00）の針刺事故等に係る措置について

1. 事故発生
2. 被災者（学生）は、配属先診療科（部）の指導に関わる医師に報告する。
3. 2項の連絡を受けた指導に関わる医師は、総合診療部外来当番医（教官）（TEL:AAAA 以下「当番医」という。）と指導責任者（教授）、医学部学生掛（TEL:BBBB）に事故の連絡を行う。
4. 指導に関わる医師は、針刺事故等の当事者（患者或いは学生等、以下「患者等」という。）から血液8mlを採血（保存用一後に必要に応じて検査をするため）し、これを持参のうえ総合診療部外来（外来診療棟1階）に被災者と同行する。
5. 当番医は、訪れた被災者の被災状況を聞き、血液検査の必要があると判断したときは被災者から採血をし、検査部「化学・免疫検査室〇〇番」（外来診療棟2階 TEL:CCCC 以下「検査部」という。）に連絡のうえ、検査部に採血検体を送付する。
6. 被災者は、採血後、医事課医療福祉掛（外来診療棟1階 TEL:DDDD 以下「医療福祉掛」という。）へ行き、針刺事故等による被災である旨を伝え、「診察申込書」を提出する。
7. 検査部は、受領した検体を検査し、「血清検査報告書」及び「患者等血液の検査結果」を総合診療部に送付する。
8. 当番医は、被災者に対し患者等及び被災者の血液検査結果に基づき、必要な措置を行う。
9. 被災者は、以後総合診療部において経過観察を受ける。
 - *月に1回、月・火曜日の午前中に再来患者として受診する。
 - *経過期間は、1年間とする。

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 7-2】

◎時間外の針刺事故等に係る措置について

*時間外とは、平日の17時以降翌朝の8時までと土・日曜日、祝日、休日をいう。

1. 事故発生
2. 被災者（学生）は、配属先診療科（部）の指導に関わる医師（不在の時は、当直医等）（以下「指導に関わる医師等」という。）に報告する。
3. 2項の連絡を受けた指導に関わる医師等は、総合診療部当直医（Tel: E E E E 以下「当直医」という。）に事故の連絡を行う。なお、翌朝等できるだけ早いうちに指導責任者（教授）、医学部学生掛（Tel: 6 0 2 0）に事故の連絡を行う。
4. 当直医は、被災状況を聞き、早急に血液検査の必要があると判断したときは、検査部に連絡する。
5. 当直医が、検査部の時間外担当者に血液検査の依頼をする場合は、検査技師長の了解を取るものとする。なお、不在等の場合は次の順序で行う。
 - ①検査技師長（〇〇×雄） Tel: F F F F 自宅〇〇〇-××××
 - ②副検査技師長（〇〇△子） Tel: G G G G
 - ③副検査技師長（□□×一） Tel: H H H H 自宅△△△-□□□□
 - ④担当主任検査技師（△△△〇子） Tel: I I I I 自宅×××-△△△△
6. 指導に関わる医師等は、針刺事故等の患者等から血液8m l（保存用一後に必要に応じて検査をするため）を採血し、これを持参のうえ総合診療部病棟医員室（宿直室）に、被災者と同行する。
7. 当直医は、被災者から採血し、検査部に採血検体を送付する。
8. 被災者は、採血後、夜間外来受付（医事宿直室 Tel: J J J J）に針刺事故等による被災である旨を伝え、「診察申込書」を提出する。
9. 検査部の時間外担当者は、受領した検体を24時間以内に検査し、その結果を当直医に電話で報告する。なお、「血清検査報告書」及び「患者等血液の検査結果」を総合診療部に送付する。
10. 当直医は、被災者に対し患者等及び被災者の血液検査結果に基づき、必要な措置を行う。
11. 被災者は、以後総合診療部において経過観察を受ける。

*月に1回、月・火曜日の午前中に再来患者として受診する。

*経過期間は、1年間とする。

注意：時間外の針刺事故等の場合、極めて緊急でない限り、翌朝等平日の診療時間に受診することが望ましい。

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 7-3】

※ 血液由来ウイルスの感染対策

(B型肝炎ウイルス：HBV、C型肝炎ウイルス：HCV、ヒト免疫不全ウイルス：HIV)

HBV、HCVおよびHIVの医療従事者への感染を予防する上で最も重要なことは、感染源の認知、すなわちその患者が結核、HBs抗原、HCV抗体、HIV抗体陽性であることを知ることと、その感染経路の遮断とである。なお、HBs抗原陽性者についてはさらにHBe抗原の有無に関しても検査が必要である。

医療上の感染として最も多いのは、血液材料で汚染された注射針による針刺し事故であるので、注射、点滴、血液透析あるいは手術などの観血的処置に際しては、十分な注意が必要である。

患者がこのようなウイルスのキャリアであるからと言う理由だけで、隔離する必要性はないが、HIV抗体陽性患者は病状により隔離する必要性が生ずる場合がある。また、一般の非観血的な治療に際しては、一般患者と何ら区別する必要はない。

1. 患者のHBs抗原、HCV抗体、HIV抗体検査の実施

検査は診療科の実情に応じて施行する。

HIV抗体検査は本人の承諾を得て、行う。

2. HBV、HCVおよびHIV陽性患者への対応

(1) ウイルス陽性患者の認識

ウイルス陽性患者を診療する医療従事責任者には、その患者のウイルスの抗原、抗体系の成績を確実に知り得るように配慮する。HBVキャリア患者を他科に紹介したり手術を行う場合には、HBe抗原の陽性の有無を含めて通知する。

(2) ウイルス陽性患者の診療に従事する場合の注意

ウイルス陽性患者の観血的治療にあたっては、感染事故を防ぐように十分注意する。また血液の飛沫をあげるおそれのあるときには、必要に応じて予防衣、マスク、メガネ等を着用することが望ましい。

(3) 医療器具の取り扱いについて

- a. 注射針、メス、その他の鋭利な器具による刺傷、切傷をうけないように最大限の注意を払う。
- b. 使い捨ての注射器、注射針、メス等鋭利な器具は室内の専用ポリ容器に捨てる。使用後の注射針にキャップを戻す時の針刺し事故が最も多いので、使用した針には再度キャップをつけず、用意された発泡スチロールにそのまま刺し、容器に捨てる。
- c. 他の器具類の取り扱いにも十分注意し、可能な限りディスプレイとしてみるか、患者専用とする。

(4) 検体の取り扱い

- a. ウイルス感染の有無に関わらず、全ての患者の血液や体液、組織などは、全て感染症であると認識し注意して取り扱う。
- b. 感染している血液、血性の体液、羊水、精液、膣分泌液、脳脊髄液、血清浸出液、炎症性分泌液などを取り扱う時には、手袋の着用が不可欠である。
- c. 汚染した手指や手袋で、さらに汚染を広げない様にする。

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 7-4】

d. 感染者のプライバシーを厳守するように考慮する。特にH I Vキャリアについては、エイズ予防法でも厳しく制約されている。

(5) 汚染された場合の処置

a. 血液で手指が汚染された場合には、ただちに流水で十分に洗いする。もしそれが困難な場合は、次亜塩素酸を浸した脱脂綿で汚染物を拭きとる。(着衣、ベッド、机、床などが汚染された場合には、ただちに紙、布等で血液を拭きとったあと、流水で十分に水洗いするか次亜塩素酸ソーダ溶液で消毒する。)

b. 針刺し事故の場合は、直ちに傷口から血液を絞り出しながら流水で十分に洗う。

c. 目に入った場合は、水で優しく洗う。

d. 口腔内に入った場合は、吐き出してから水で何度もすすぐ。

3. 患者への入院中の指導

入院中の患者に対して、血液の汚染があった時に、良く水洗いすること、またカミソリ、歯ブラシ、タオルなどは専用とするように指導する。

以下の項目については、一般患者と特に区別する必要はない。

(1) 行動制限

行動は特に制限する必要はない。

(2) 面会

面会は特に制限する必要はない。ただし、乳幼児等感染に対する抵抗力の弱いものと濃厚に接しないように指導する。

(3) 入浴、理髪

入浴、理髪については、ウイルスキャリアーであるという理由だけでは特に制限しない。

(4) 食器、飲料水

食器や飲料水は一般患者の場合と同様に扱ってよい。他の患者と区別して使い捨ての食器を用いる必要はない。

(5) 排尿、排便後の処置

排尿、排便後は手をよく洗うように指導する。

(6) 本、雑誌、玩具

血液の汚染のない限り、特別な処置を必要としない。血液で汚染された時には、よく洗って消毒液で拭いておく。子供の玩具の共用はさけるようにする。

医療従事者がHBV、HCV、HIVに感染することを防止する最も基本的かつ衛生的な方法は、医療上常識とみなしうる感染予防に関する原則的な注意事項を忠実に実行することが第一である。

(〇〇大学医学部附属病院「院内感染対策指針」より転載)

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【文例 7-5】

臨床実習における医行為実施に関する同意書

※ 私は、○年次臨床実習において、次にかかげる項目のうち私が先頭の□内に×を記入した項目を除いた残りの全ての医行為を患者、学生、被解剖屍等を対象に実施する実習に私が参加することに同意します。

内診、直腸診、血液一般、血液型判定、交差適合試験、出血時間測定、
赤血球沈降速度、耳朶・指先採血、静脈採血、嚢胞・膿瘍穿刺（体表）、
気道内吸引、導尿、浣腸、皮膚消毒、包帯交換、外用薬貼付・塗布、抜糸、止血、
手術助手、エアウェイによる気道確保、人工呼吸、静脈確保。

2. 私は、静脈採血の実習においては検者のみならず被検者にもなることを知っています。

3. 私は、第1項に掲げた実習において、患者、被検者、被解剖屍等の保有する病原体が患者、被検者、被解剖屍等の血液、排泄物、分泌物等を介して実習参加者へ感染する危険性およびその予防方法について、指導医より事前に十分な説明を受けられることを知っています。また、私は、同実習中は指導医の十分な指導と監督の下に実習できることを知っています。

4. 私は、第1項に掲げた実習の過程において、病棟の管理規則ならびに指導医または病棟職員による指導に従い、感染の防止のため常に十分な注意を払わねばならないことを知っています。

5. 私は、この同意書に署名した後も、第1項に掲げた医行為を実施する実習に参加することを実施直前まで無条件に拒否できること、拒否しても成績評価に影響しないことを知らされています。

6. 私は、第1項に掲げた実習への参加ならびにこの同意書について、臨床医学実習のオリエンテーションにおいて、指導教官による説明を受けました。

7. さらにこの同意書をくまなく読んだこと、私の署名に先立って、第1項の該当する□内に×を記入したことを認めます。

日付：平成 年 月 日、時刻： 時 分

同意人 住所

学籍番号 署名

連署人 住所

学籍番号 署名

※ ここに示す文例は、あくまでも各大学の臨床実習指針の一部に改変を加えたものに過ぎず、各大学・学外実習協力病院の実状に合わせた調整を必要とする。

【参考 1】

会 員 各 位

『日本 学会 勤務医師賠償責任保険』制度 契約の更新（継続）および新規加入手続きについて

(株)日本 学会
保険株式会社

拝啓 会員の方々には益々ご清栄のことと存じます。

さて、近年、医学・医療の専門化、細分化が急速に進むなかで、医事紛争の「量」的增加（現在訴訟件数は約2,400件）のみならず、紛争の中には治験段階のものも対象とされる等、その「質」的变化も見のがせない事態となっております。

一方、賠償額についても大分地裁で3億1,170万円の判決額がだされ、また東京地裁では8,300万円の支払命令が出ており、医師にとって厳しい環境となりつつあることは否めません。

このような状況を踏まえ、本制度は特に病院に勤務する先生方のために企画したものです。

国立大学附属病院等に勤務する先生方に対しても、国家賠償法により国が賠償金を支払った後、その全部または一部を先生方の負担として請求する恐れのある今日、国公立、私立を問わず病院勤務の先生方にとって本制度の積極的利用は有意義なことと考えます。

本制度で対象となる事故は、先生方が制度に加入後、「初めて患者側からクレームのあった事故」および「クレームがなくても、先生方が初めて患者の身体異常を知った事故」であり、制度に加入前の医療行為であっても上記条件に当てはまれば対象となります。

なお、本制度は学会が契約する団体契約ですので、最も有利な条件で加入できます。また万一事故が発生した場合も、学会の推薦する医師と保険会社とで設置する審査会で検討し合理的解決が図れます。

社会的な名誉と信用維持のためにも、本制度のご活用をおすすめいたします。

敬 具

（お願い） 本案内は学会全会員に行いますので、勤務医師でない先生に届きました際はご容赦ください。

日本 学会勤務医師賠償責任保険制度のご案内

I 保険の内容

1. この保険におはいいたく方は………

(株)日本 学会の会員で、病院、診療所、医院等に勤務されている先生方です。

(注)日医A①会員およびA②会員の先生はご加入できませんのでご注意ください。

2. 保険金をお支払いする事故は………

ご加入された先生方が日本国内で行なった医療行為（学会の研究領域に関する事故だけでなく標榜科目を問わず、すべての医療行為を指します。）によって、患者の身体に障害を与え、先生ご自身が法律上の責任を負担した場合に、保険金お支払いの対象となります。

そのほか、

(1) ご加入された先生の直接指揮監督下にある看護婦、X線技師等による事故。

(2) 常勤の病院のみならず出張診療等、外部の医療施設における医療事故なども先生方が責任を問われた場合は対象となります。

(重 要)

① 病院が独自に、病院賠償責任保険に加入している場合がありますが、当該病院に勤務されている先生が、外部の医療施設へ出かけ、医療行為を行った場合の医療事故については、当該病院の病院賠償責任保険では対象となっておりません。

② 国立大学附属病院等に勤務される先生方の医療行為に起因する事故で、国（国家賠償法適用の場合）または病院がとりあえず患者サイドに損害賠償金を支払った後、勤務医師に対して「求償」する恐れもありますが、このような場合にも本制度では、保険金支払いの対象となります。

ただし、いかなる場合も国または病院の責任を肩代わりしてお支払いするものではありません。

-②-

3. 事故の審査は………

(株)日本 学会会員の中から事故審査委員を選任の上、これに 火災社の委員を含めて事故審査会を設置し、ご加入の先生方の事故はこの審査会で審査を行います。

4. お支払いする保険金の種類は………

次のような損害賠償金や諸費用をお支払いいたします。

(1) 損害賠償金（示談、和解等による場合でも対象となります。）

被害者の治療費、入院費、慰謝料、休業補償等

(2) 争訟費用

訴訟費用、弁護士報酬、仲裁、和解、調停に要する費用など

(3) 被害者に対する応急手当、緊急措置のために要する費用

5. 保険金をお支払いできない事故は………

この保険では下記のような場合の事故は、保険金お支払いの対象から除かれますのでご注意ください。

(1) 海外での医療行為

(2) 被保険者が故意に起こした事故

(3) 美容を唯一の目的とする医療行為

(4) 医療の結果を保証することによって加重された責任

(5) 名誉毀損および秘密漏洩に起因する事故…等

6. 保険期間………

毎年7月1日から1年間となります。

中途でご加入される場合は、7ページをご参照願います。

なお、ご継続の案内は毎年、5月頃郵送いたします。

1

医学生総合補償制度の概要

1

あらゆるケガを補償

学内、通学途上はもちろん、臨床実習中、サークル活動、旅行、レジャーなど、学生自身の不慮の事故によるあらゆるケガを24時間補償。入・通院は1日目から補償します。また、治療日数に応じて医療加算金をお支払いします。(国・内外を問いません)



〔例・補償額 20万円〕

2

他人への賠償責任を補償

国内での臨床実習中に患者に対して行った行為が原因で、患者にケガをさせたり、患者の物を壊して法律上の賠償責任を負った場合はもちろん、日常生活（国内に限ります）において他人にケガをさせたり、他人の物を壊して賠償責任を負った場合も補償します。

- (例)
- ・臨床実習中にベッドから患者を持ち上げようとして、誤って落としてしまい患者がケガをした。
 - ・下宿や寮で水もれ事故を起こし階下の人の家財をダメにした場合など



〔例・補償額 30万円〕



〔例・補償額 8万円〕

3

医療活動中の針刺事故を補償

国内外での、臨床実習中に針刺事故が発生し、事故による感染の恐れがあるため予防措置を受けた場合には、その予防措置費用を補償します。

また、同様の事故により、感染のうえ発病した場合には、その治療に要する費用を補償します。

- (例) 臨床実習中に誤って自分の指に注射針を刺してしまい、C型肝炎に感染したためその治療に費用を要した。

なお、お支払に際しては臨床実習中の針刺事故と感染の相当因果関係を医師の診断書等で証明していただき、お支払いする補償金の額は、過失等を勘案し算出された金額とさせていただきます。

B型肝炎



〔例・補償額 8万円〕

C型肝炎



〔例・補償額 90万円〕

2

補償金額と掛金

Aタイプ

		死亡補償金	後遺障害補償金	入院補償日額 (1日あたり)	通院補償日額 (1日あたり)	医療加算金	掛 金	
傷 害 補 償	正課中 学校行事中	2,500万円	105万円～ 3,500万円	11,500円	5,000円	治療日数4日 以上の場合 6千円～30万円	53,690円 (補償期間一括)	
	学校施設内 課外活動中 通学途上 学校施設等相互移動中	1,500万円	60万円～ 2,000万円	11,500円	5,000円	治療日数が14日 以上となった場合 3万円～30万円		
	上記以外の 日常活動中	500万円	15万円～ 500万円	7,500円	5,000円			
個人賠償責任補償		5,000万円						
予防措置・治療費用		針刺事故発生による予防措置・治療に要した費用 (1回の事故につき500万円を限度)						

Bタイプ

		死亡補償金	後遺障害補償金	入院補償日額 (1日あたり)	通院補償日額 (1日あたり)	医療加算金	掛 金	
傷 害 補 償	正課中 学校行事中	2,300万円	99万円～ 3,300万円	7,000円	2,000円	治療日数4日 以上の場合 6千円～30万円	24,250円 (補償期間一括)	
	学校施設内 課外活動中 通学途上 学校施設等相互移動中	1,300万円	54万円～ 1,800万円	7,000円	2,000円	治療日数が14日 以上となった場合 3万円～30万円		
	上記以外の 日常活動中	300万円	9万円～ 300万円	3,000円	2,000円			
個人賠償責任補償		3,000万円						
予防措置・治療費用		針刺事故発生による予防措置・治療に要した費用 (1回の事故につき500万円を限度)						

※上記の補償金額は「学生教育研究災害傷害保険」と「学生・生徒総合保険および賠償責任保険」の合計を表示しています。

※本補償制度にご加入いただくには「学生教育研究災害傷害保険」に加入いただいていることが条件となります。「学生教育研究災害傷害保険」の加入手続きが未了の場合には、別途、至急加入手続きを行って下さい。

3

補 償 期 間

平成12年10月1日 から
平成15年3月31日 (卒業) まで

医学教育モデル・コア・カリキュラム及び歯学教育モデル・コア・カリキュラム改訂
に関する恒常的な組織の設置について

平成 19 年 5 月 30 日 設 置
平成 22 年 6 月 9 日 一部改正
高 等 教 育 局 長

1. 目 的

「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の報告を踏まえ、医学教育モデル・コア・カリキュラム及び歯学教育モデル・コア・カリキュラム（以下「モデル・コア・カリキュラム」という。）の改訂に関する恒常的な組織を設置する。

2. 役 割

- (1) 医師国家試験出題基準及び歯科医師国家試験出題基準の改正や法制度・名称等の変更に
対応した、モデル・コア・カリキュラムの改訂
- (2) 学生への教育効果の検証等、モデル・コア・カリキュラムの検証・評価
- (3) モデル・コア・カリキュラムの改訂に必要な調査研究
- (4) モデル・コア・カリキュラムの関係機関への周知徹底、各大学の取組状況の検証等、
モデル・コア・カリキュラムの活用に必要な事項
- (5) その他モデル・コア・カリキュラムの改訂に必要な事項

3. 設置組織の構成等

- (1) 専門的な調査研究等を行いモデル・コア・カリキュラムの改訂の原案の作成等を行う
組織（モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会）と、モデル・コア・
カリキュラムの改訂等を決定する組織（モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連
絡調整委員会）を設置し、文部科学省が主催する。
- (2) (1) の委員会の構成は別紙のとおりとする。
- (3) 必要に応じ、調査研究等を分担させるため必要な組織を置くことができるものとする。
- (4) 必要に応じ、関係者からの意見等を聴くことができるものとする。

4. 委 員

- (1) 委員については、医学教育又は歯学教育のカリキュラム、医師又は歯科医師の国家試
験等について優れた識見を有する者、その他関係者のうちから委嘱する。
- (2) 委員の任期は、委嘱した日の属する会計年度の翌会計年度末までとする。
- (3) 必要に応じ委員を追加することができる。
- (4) 委員は再任されることができる。

5. その他

3の組織に関する庶務は、高等教育局医学教育課が処理する。

「モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会」委員名簿

※敬称略、五十音順

(医療全般)

- 高久 史麿 日本医学会会長、自治医科大学長
社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構理事長

(医学教育)

小川 秀興 社団法人日本私立医科大学協会会長、学校法人順天堂理事長

黒岩 義之 全国医学部長病院長会議会長、横浜市立大学医学部長

馬場 忠雄 国立大学医学部長会議常置委員会顧問、滋賀医科大学長

(歯学教育)

江藤 一洋 日本歯科医学会会長、東京医科歯科大学名誉教授
社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長

中原 泉 社団法人日本私立歯科大学協会会長、日本歯科大学理事長・学長

(行政)

新木 一弘 文部科学省高等教育局医学教育課長

計 7 名

(○：委員長)

平成 2 2 年 1 1 月 1 日現在

「モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会」委員名簿

※敬称略、五十音順

(医学教育)

- | | |
|---------|--------------------------------|
| 梶井 英治 | 自治医科大学地域医療学センター長 |
| 北村 聖 | 東京大学医学教育国際協力研究センター教授 |
| 黒岩 義之 | 全国医学部長病院長会議会長、横浜市立大学医学部長 |
| 名川 弘一 | 独立行政法人労働者健康福祉機構理事長、東京大学客員教授 |
| 奈良 信雄 | 東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター長・教授 |
| 伴 信太郎 | 日本医学教育学会会長、名古屋大学医学部附属病院総合診療科教授 |
| ○ 福田康一郎 | 社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長 |
| 三上 裕司 | 日本医師会常任理事 |
| 光山 正雄 | 京都大学大学院医学研究科教授 |

(歯学教育)

- | | |
|---------|---------------------------|
| 荒木 孝二 | 東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター教授 |
| ○ 江藤 一洋 | 社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長 |
| 嶋田 昌彦 | 東京医科歯科大学教授・歯学部附属病院長 |
| 関本 恒夫 | 日本歯科大学新潟生命歯学部教授・新潟病院長 |
| 西原 達次 | 九州歯科大学歯学部長 |
| 俣木 志朗 | 日本歯科医学教育学会理事長、東京医科歯科大学教授 |
| 宮村 一弘 | 日本歯科医師会副会長、愛知県歯科医師会会長 |

(共通)

- | | |
|-------|---------------------------|
| 辻本 好子 | NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長 |
| 邊見 公雄 | 日本病院団体協議会議長、全国自治体病院協議会会長 |
| 前野 一雄 | 読売新聞東京本社編集委員 |

計 19 名

(ゲストスピーカー)

- | | |
|-------|-------------------------|
| 井部 俊子 | 聖路加看護大学学長、社団法人日本看護協会副会長 |
| 花井 十伍 | 全国薬害被害者団体連絡協議会世話人代表 |
| 堀内 龍也 | 社団法人日本病院薬剤師会会長 |

(オブザーバー)

- | | |
|-------|----------------|
| 村田 善則 | 厚生労働省医政局医事課長 |
| 上條 英之 | 厚生労働省医政局歯科保健課長 |

(○：委員長)

平成 22 年 10 月 1 日現在

モデル・コア・カリキュラム改訂等に関する「調査研究チーム」委員名簿

(※委託先(大学)に設置)

※敬称略、五十音順

(医学教育) (※委託先(東京大学)に設置)

井上 玄	千葉大学大学院医学研究院助教	
大滝 純司	東京医科大学教授	
北村 聖	東京大学医学教育国際協力研究センター教授	
鯉淵 典之	群馬大学大学院医学系研究科教授	
後藤 英司	横浜市立大学大学院医学研究科教授	
小林 直人	愛媛大学大学院医学系研究科教授	
嶋森 好子	社団法人東京都看護協会会長	
田中雄二郎	東京医科歯科大学附属病院総合診療部部長・教授	
○ 名川 弘一	独立行政法人労働者健康福祉機構理事長、東京大学客員教授	
奈良 信雄	東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター長・教授	
錦織 宏	東京大学医学教育国際協力研究センター講師	
平出 敦	近畿大学医学部附属病院救急診療部部長・教授	
古屋 彩夏	J R 東京総合病院小児科医長	計 13名

(協力者)

田邊 政裕	千葉大学医学部総合医療教育研修センター教授	
石田 達樹	社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構事業部長	

(歯学教育) (※再委託先(東京医科歯科大学)に設置)

○ 荒木 孝二	東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター教授	
大原 里子	東京医科歯科大学歯学部講師	
河田 英司	東京歯科大学教授	
嶋田 昌彦	東京医科歯科大学歯学部附属病院長・教授	
中嶋 正博	大阪歯科大学准教授	
俣木 志朗	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授	
桃井 保子	鶴見大学歯学部教授	
矢谷 博文	大阪大学大学院歯学研究科教授	計 8名

(○: リーダー)

平成22年10月1日現在