

第3章

診療参加型臨床実習の充実に向けての提言

目 次

I. 診療参加型臨床実習の充実に向けての提言の作成に当たって	3
1. 診療参加型臨床実習の主旨	4
2. 診療参加型実習の充実に伴う体制作りと本提言の活用方法	4
II. 診療参加型臨床実習の効果的な改善のための組織体制	6
1. 組織体制とは	6
2. 実習統括部門の整備	6
III. 診療参加型臨床実習のイメージ作りとカリキュラム	8
1. 診療参加型臨床実習の充実を図る意義	8
2. 診療参加型臨床実習とは	9
(1) 実習のねらい	
(2) 診療チームの教育体制と各者の役割の明確化	
(3) 学生の一日の基本的流れ	
(4) 診療参加型臨床実習の利点	
① 学生にとっての利点	
② 指導医あるいは研修医にとっての利点	
③ 患者にとっての利点	
(5) 見学型、模擬診療型から診療参加型への移行の際に留意すべき点	
① 学生が受け持ち患者に接するときの注意点	
② 指導医が患者診療から離れた教育プログラムを実施する際の注意点	
③ 指導医および学生が、学生の診療参加について認識しておかねばならない法的側面	
IV. 診療参加型臨床実習の学習目標・方略・評価	13
1. 必修の学習目標、達成することが望ましい学習目標と方略	
2. 複数の診療科で共通する学習目標と方略	
3. 地域医療実習協力機関における学習目標と方略	
4. 医師のプロフェッショナルリズム教育の学習目標と方略	
5. 学生自身が学習目標を設定（学習契約）	
6. シミュレーション教育の活用	
7. 研究活動への従事	
8. ラーニング・ポートフォリオの作成	
9. 学習の省察を主たる目的とする診療科配属のない日程を実習期間中に定期的に設定	
10. ファカルティ・ディベロップメント	
11. 評価のあり方	
簡易版臨床能力評価法 評価者への説明文	
V. その他 留意事項	21
1. 学生が診療業務を行うことについての法的位置付け	21
(1) 学生に許容される医行為の水準（例示）	
① 診療科間で共通して許容または禁止する医行為の範囲	
② 共通部分で許容する医行為に、診療科単位で追加して許容する行為（水準Ⅰ）	
③ 共通部分で許容した医行為の中で、診療科単位で禁止する医行為（水準Ⅲ）	
(2) 患者への同意の取り方	

2. 学生による診療録記載と文書作成について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26
 (1) 学生が診療録へ自ら参加した診療内容を記録する意味
 (2) 個人情報の保護について
 (3) 電子カルテについて
3. 地域医療実習協力病院における診療参加型臨床実習・・・・・・・・・・・・ 32
4. 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・・・・・・・・ 35
 (1) 学生に障害が起こる事故について
 (2) 学生の行為により患者に傷害が起こる事故について
 ①指導にあたる医師の指示に基づく医行為等
 ②指導にあたる医師の指導・監督外の行動
 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
 ④学生が加入する保険について
 ⑤インシデント発生時の対応について資料等により、教職員、学生に周知しておく必要がある。
5. 実習開始前の抗体検査、予防接種等について・・・・・・・・・・・・・・ 38
6. 院内暴力対策への参加について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 38

※その他実習指針に含まれるもの

- 配属日程表、集合場所、指導体制（医師連絡先等）、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
- 学生に配布する PHS の使用法など

凡 例

(見出しにつけた記号を解説)

【統括者】臨床実習統括部門等、医学科または地域医療臨床実習協力機関で、臨床実習を統括する部門の教員または診療科の実習統括者向けの資料に示す考え方、文例

【指導医】 指導にあたる医師向けの資料の考え方、文例

【経験と評価の記録】学生向けの『診療参加型臨床実習等における「経験と評価の記録」案(例示)』に示す考え方、文例

【学生】「経験と振り返りの記録」以外の学生向けの資料に示す考え方、文例

【職員】 その他の病院職員、大学職員向けの資料に示す考え方、文例

※本文中、地の文は考え方を、枠囲みは別資料からの引用または文例を示す。

※ 本提言に示す文例は、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充実に向けての提言の作成に当たって

本提言は、当初は、「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」（高久史麿座長）において、平成 13 年 3 月に「医学教育モデル・コア・カリキュラム（教育内容ガイドライン）」と同時に公表された「診療参加型臨床実習の実施のためのガイドライン」（以下、「臨床実習ガイドライン」と呼ぶ。）の内容を、その後の医療や情報通信技術などの社会的変化を踏まえて更新する目的で企画、作成された。

臨床実習ガイドラインの公開後、臨床研修の必修化、共用試験の正式実施、地域や分野による医師不足解消のための医学部入学定員増など、医学教育は激動の 10 年を迎え、その間、上記モデル・コア・カリキュラムには 2 回の改訂が加えられた。各大学における臨床実習の変化としては、平成 23 年に文部科学省が主催した「医学・歯学教育指導者ワークショップ」の事前調査の結果（第 1 章参照）によると、ほぼ全大学が診療参加型臨床実習を開始しており、従来の見学型や模擬診療型から診療参加型への移行をスムーズに進めることを目的とした臨床実習ガイドラインは、すでに、その役割を果たしたといえる。従って、本提言では、臨床実習ガイドラインの改訂ではなく、新たな提言として、臨床実習ガイドラインに記載された事項の中で不要となった事項を大幅に削除し、臨床教育の現場や学術的知見からフィードバックを受けて、新規にあるいはもっと緻密に記述し、診療参加型臨床実習の充実に供することを目標とした。

この提言は、平成 23 年度先導的の大学改革推進委託事業医学チームおよび研究協力者が、本提言の素案を作成した。平成 23 年 12 月に同チームが開催したシンポジウムにおいて、医学教育関係者の他、多様な関係者を交えて、その内容について検討し、平成 24 年 2 月に内容を決定した。

なお、本章の提言並びに次章（第 4 章）の経験と評価の記録（案）及び次々章（第 5 章）の DVD のいずれも各大学の診療参加型臨床実習が、より充実するように、あくまでも参考として作成したものである。具体的な臨床実習は、各大学が自主的に編成するものであり、研究室配属などの学生時代から医学研究への志向を涵養する教育や、海外における臨床実習などの実習方法の工夫など、各大学において特色ある取り組みが進められることが望まれる。

また、より効果的な臨床教育方法の確立に向けて、学内 FD や学会等において具体的な教育手法や教材開発が進むことを期待したい。さらに、臨床実習の充実に際して、卒前教育と卒後臨床研修が一貫した内容となることが望まれる。

最後に、平成 23 年に文部科学省主催の「医学・歯学教育指導者ワークショップ」の事前調査の際に、臨床実習にかかる資料等を送付いただいた各大学に感謝を述べるとともに、この提言が、大学や臨床研修病院等で積極的に活用され、臨床実習の改善・充実が図られることに加え、広く社会に周知されて、国民の医学教育への理解と協力が一層進むことを期待する。

平成 24 年 2 月

1. 診療参加型臨床実習の主旨

診療参加型臨床実習は、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を目的としている。診療参加型臨床実習の実施・改善にあたっては、その主旨が、単なる知識・技能の習得や診療の経験にとどまらず、実際の患者を相手にした診療業務を通じて、医療現場に立った時に必要とされる診断及び治療等に関する思考・対応力等を養うことにある点に留意する必要がある。

教育上の主な特徴としては、以下の項目があげられる。

(1) 学生は教科書文献的知識だけでなく医療現場で必要となる思考法（臨床推論、臨床判断、診療計画の立案等）や、医療面接、身体診察、基本的臨床手技、診療録その他の文書作成などの技能、診療上の態度（医師のプロフェッショナルリズム）並びに学習上の態度も含めて医師としての能力（コンピテンシー）を総合的に学ぶ。

(2) 学生が医師としての基本的な知識・思考法・技能・態度を学ぶ相手は、広い意味では患者ならびに医師、看護職などの診療スタッフ全員（多職種間教育）である。

(3) 具体的には、指導医チーム（教員または実習協力病院の医師および研修医からなる）は、学生の患者診療能力に関する情報を得て、それに応じた担当患者の診療業務を一部任せる。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、継続的に学ぶことができる。

(4) 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、あるいは診療科間の共通学習目標と評価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。

(5) また、指導医（特に研修医）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. 診療参加型実習の充実に伴う体制作りと本提言の活用方法

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。

本提言は、各大学および実習の場となる診療科が、診療参加型臨床実習に移行する際の

体制作り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記載したものである。全体としては、主に医学部・医学科の臨床実習統括部門の教員向けに書かれている。特に、【指導医】または【実習統括者】と表示されている箇所は、各診療科の指導医または実習統括者向けの資料、また、【経験と評価の記録】と表示されている箇所は、学生向けの資料として、各大学で独自のものを作成していただきたい。

また、その際に使用される実習指針に掲載さ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は「経験と評価の記録」に掲載した。

II. 診療参加型臨床実習の効果的な改善のための組織体制

1. 組織体制とは

導入した診療参加型臨床実習を、より効果的な実習に改善していくには、学生の診療参加に対応できる組織体制を整備して取り組む必要があり、以下の点が重要である。

(1) 組織的に取り組むこと

- ① 医学部長、教授会、教務委員会、事務部、医学教育ユニットなどの教育組織の役割を強化し、実習を全体として一定の水準が保てるように管理する。
- ② 医学部として統一する事柄と、各臨床科に決定が委ねられる事柄を分ける。

(2) 教育機能をもった診療体制を構築すること

教育機能をもった診療体制を整備する。すなわち、学生が診療チームの中に組み込まれ、学生の果たす役割と責任の重さが段階的に増加するような制度をつくる。

(3) 指導医、診療チーム、病棟職員などの教育能力の向上

診療に参加することに対する学生の自覚を促すとともに、指導医、診療チーム、病棟職員などの理解を促し教育能力を向上させる（ファカルティ・ディベロップメント）。

また、以下の実習関係者の役割を明確にし、的確に役割を果たせるよう、教務委員会、事務部、実習統括部門などが組織全体を管理する必要がある。

- ① 医学部長と医学部教授会
- ② 教務委員会、事務部、実習統括部門など
- ③ 各診療科における臨床実習企画運営責任者
- ④ 各診療チームを指導する医師
- ⑤ 研修医
- ⑥ 学生

2. 実習統括部門の整備

初版公開から現在までに、ほぼ全大学に医学教育を専門とする部署が設置されたことは、特筆に価する。全学的な実習体制の整備をはじめ、今後の診療参加型臨床実習の充実にかかる<実施→評価→改善>の改革サイクルを実行するシステム構築、課題の解決に大きく寄与することが期待される。実習統括部門に想定される役割を以下に列挙する。

- (1) 診療参加型臨床実習の意義の明確化
- (2) 医学部としての学習目標
- (3) 診療参加型臨床実習前の準備教育の設計
- (4) 学生が配属される時期と期間の設計
- (5) 必修制・選択制・希望制の設計
- (6) 配属先の決定（全科、主要な科、受け入れを希望する科）

- (7) 診療チームへの参加と指導方法のありかたについて(各診療科の検討を主導)
- (8) 医学部として学生に許容する医行為と病棟業務の範囲
- (9) インフォームド・コンセントの取得に関する指針
- (10) 学生が当事者となる医療事故や紛争における法的責任について
- (11) 学生に起こる事故等の予防策と事故後の対応策
- (12) 診療参加型臨床実習中の事故に対する保険への加入手続きについて
- (13) 学習評価方法
- (14) 実習が困難な学生への対処指針
- (15) プログラム評価方法
- (16) 実習指針、ラーニング・ポートフォリオ等の編集
- (17) 評価データの集計とフィードバック
- (18) 学生向けのオリエンテーション
- (19) 実習指導医向けのファカルティ・ディベロップメントの開催
- (20) シミュレーション・ラボ、eラーニング、OSCE等の運営

(引用)

第13期日本医学教育学会卒前教育委員会. 診療参加型臨床実習における望ましい教育体制のあり方. 医学教育 2004、35(1):9~15. http://jsme.umin.ac.jp/arc/better_cc_3501.pdf および臨床実習ガイドラインから抜粋し加筆した。

Ⅲ. 診療参加型臨床実習のイメージ作りとカリキュラム

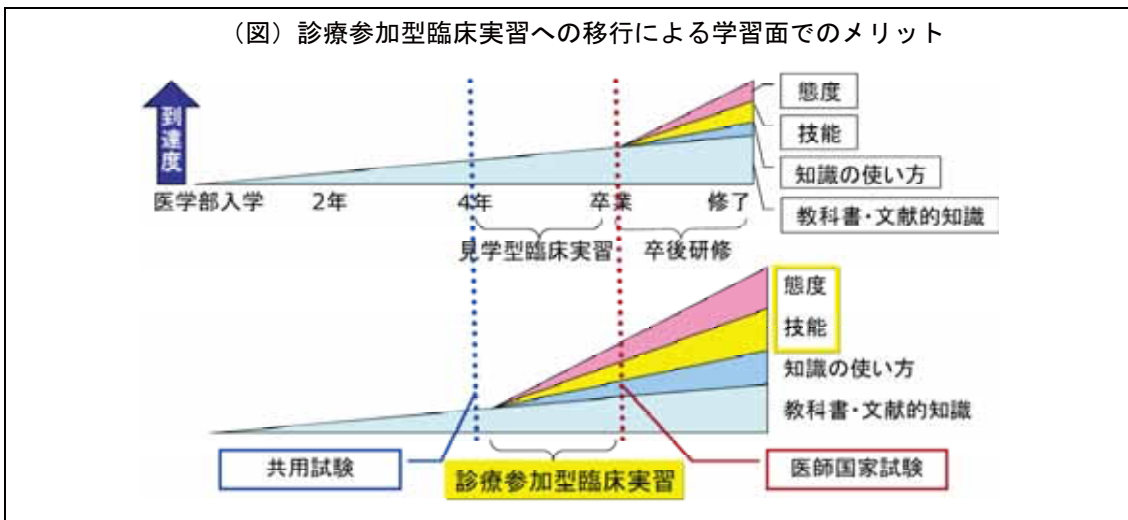
未だ診療参加型臨床実習へ移行していない診療科が、診療参加型へ移行する体制作りの一環として関係者の共通理解を得るため、診療参加型臨床実習への移行の主旨、これまでの見学型、模擬診療型の臨床実習との違い、学生と指導にあたる医師（研修医等を含む）に求められる行動が何であるかなどを文書や口頭で概説する必要がある。

1. 診療参加型臨床実習の充実を図る意義 【統括者・指導医・職員】

診療参加型臨床実習への移行は、診療科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小さいものではなく、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、診療科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、「本学が育成する医師像」、「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」、「学習面のメリット（下図）」、「臨床研修プログラムの弾力化のために」、「わが国の医師免許試験制度の特徴（筆記試験で知識のみ測定されており、技能と態度の教育と評価は大学に付託されている）」などがあげられる。（本項の必要性と内容は各大学の事情によるので文例は省略）



2. 診療参加型臨床実習とは

※ 以下、各項目の文例は、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【統括者・指導医】

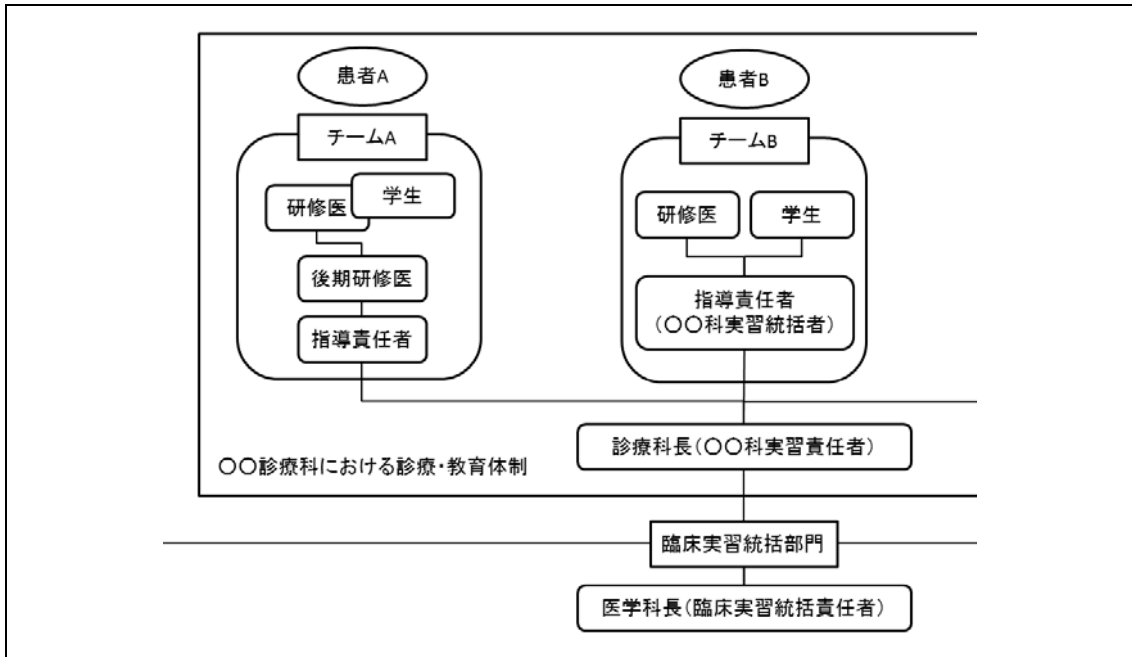
臨床研修では、指導医の指導のもとに医師としての第一歩を踏み出すことができるよう、医学教育6年間の最終段階における臨床実習では、学生は診療チームに参加し、その一員として診療業務を分担しながら医師将来どの診療科の医師になるにしても最低限必要な、以下4項目の医学知識・臨床推論・臨床判断・技能・態度などの能力を実践的に身に付けることを目標とする。

- ①情報収集（医療面接、身体診察、基本的臨床手技、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（医師のプロフェッショナリズム：患者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）

(2) 診療チームの教育体制と各者の役割の明確化【統括者・指導医・経験と評価の記録】

- ①診療科長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責任者を配置する。
- ④指導責任者間の調整、臨床実習の管理を行う実習統括者を診療科長の下に置く。
- ⑤医学科全体の臨床実習を統括する部門を医学科長の下に置く。
- ⑥チームの診療体制において、学生、研修医、チームの指導責任者の役割、行動について具体的に明記しておく必要がある。

(参照：下図、DVD、本項「(3) 学生の一日の基本的流れ」、「経験と評価の記録」P.29~47)



※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) 学生の一日の基本的流れ (DVD 参照) 【統括者・指導医・学生】

- ① 毎朝受け持ち患者を診察し、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、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、他科受診依頼などを書く。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

①学生にとっての利点 【統括者・指導医・学生】

※具体的な臨床推論の学習方法については付属 DVD を参照

- a. 知識やその使い方 (臨床推論、臨床判断、診療計画の立案等) について
講義や机上の自己学習で臨床推論能力を身につけるには、双方向の講義や症例を準備す

るなどかなりの工夫が必要となる。しかし、臨床実習では、担当患者のデータや診療方針、その根拠などについて自分で教科書や文献を調べたり、指導医とディスカッションしたりすることにより、自然と身につく。

b. 技能について

コミュニケーションや身体診察の技能、基本的臨床手技などについては、診療参加型実習の中で、自分で体験することで「できる」ようになる。

c. 態度について

医師のプロフェッショナリズム、すなわち、担当患者やその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、医療における倫理的な考え方や行動、社会人としての責任ある行動などは、一定の責任を持たされた上で、指導医や看護師等とともに診療に従事し、特に病状説明や回復困難な疾患の説明に同席するなどの実地体験をすることで、身につけることができる。

②指導医あるいは研修医にとっての利点【統括者・指導医・学生】

臨床推論等の指導を行うには、小グループの講義や問題基盤型学習 PBL (Problem-based learning) を実施しなくても、担当中あるいはその他の患者のデータや診療方針、その根拠等について学生に尋ね、知らなければ自己学習を促すだけでよい。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患者にとっての利点【統括者・指導医・学生】

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。また、医学生の教育に協力することによって、自己効力感も生じると言われている。

(5) 見学型、模擬診療型から診療参加型への移行の際に留意すべき点

①学生が受け持ち患者に接するときの注意点【統括者・指導医・学生】

a. 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。

b. 大部屋の患者の場合、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。

c. 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。

d. 訪室の予定はあらかじめ患者と相談して時間を決め、その時間を厳守する。

e. 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。

f. 最低 1 日 1 回はベッドサイドでゆっくりと患者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。

g. 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。

h. 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。

i. 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。

j. 患者の日々の経過は、学生が最も朝早く患者を訪ねることによって把握する。

②指導医が患者診療から離れた教育プログラムを実施する際の注意点【統括者・指導医】

a. 診療に必要な知識の学習については、最小限の講義は必要な場合もあるが、学習効果を高めるタイミングとしては、診療に必要な知識をまず尋ね、本人が知らない（つまり診療ができない）ことを自覚した後に、自己学習を促すのがよいとされている。

b. 担当患者の診療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。

c. 侵襲的医行為、羞恥的医行為を学生が患者に実施する場合、自大学で事前に決定した学生に許容される医行為であること、また、学生には事前にシミュレータなどで練習させ、当該技能について一定の水準が満たされていることを確認しておく。(例：清潔操作、採血、静脈注射、心肺蘇生、縫合、導尿、泌尿・生殖器の診察など)

③指導医および学生が、学生の診療参加について認識しておかねばならない法的側面【統括者・指導医・学生】

a. 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合格している。

b. 医療安全や院内感染対策については、研修や抗体検査・ワクチン接種等、実習が行われる病院の職員と同等の対策が実施されている。

c. 学生による診療録や医療文書の記載は、指導にあたる医師が最終的に執筆・署名する。

d. 学生による医行為は必ず指導にあたる医師の指示により、指導・監督のもとで行う。

e. 学生に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られており、実習指針に記載されている。

f. 患者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。また、同意の取り方についても実習指針に記載されている。

※関連項目「V. その他 留意事項」

IV. 診療参加型臨床実習の学習目標・方略・評価

学生が効果的に学習できる診療参加型臨床実習を実施するためには、必修の学習目標、共通の学習目標を設定し、実習方略、学習・指導体制および評価法の共通化を図る必要がある。【指導医・統括者】

1. 必修の学習目標、達成することが望ましい学習目標と方略

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、必修ではないが達成することが望ましい学習目標を明瞭に区別し、学生用、指導医用の資料等に、おおまかな方略とともに記載する。また、大学の教育理念、大学病院等の理念、医療安全や院内感染対策、「I. 診療参加型臨床実習のイメージ作りとカリキュラム」で述べた、医師のプロフェッショナルリズムなども、必修の学習目標として積極的に採用すべきである。

(参照：「医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成22年度版）、G. 臨床実習）

(参照：「経験と評価の記録」P.7～20)

2. 複数の診療科で共通する学習目標と方略

学習目標のうち複数の診療科で共通するものについては、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、評価方法などを工夫する。

(1) 症例呈示や診療録記載など、ほぼ全科に共通する学習目標については「臨床実習全体の学習目標」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。診療科の特性上、学習目標を共通化できない診療科では、その差異を学生に明示しておく。

(参照：「経験と評価の記録」P.11～15, P.19～20)

(2) 一般的に、学生が担当患者や医療スタッフとの良好なコミュニケーションを形成し、診療参加型臨床実習が実質化するには、最低でも2週間が必要とされている。責任感や良好なコミュニケーションに基づく診療態度の形成など医師のプロフェッショナルリズムの教育をねらいとするためにも、必修の学習目標を学ぶことができる診療科では、学生ができるだけ一か所で継続的に学べ、評価を受けることができるような配属スケジュールが望ましい。また、同じフロアの診療科を続けてローテートできるようにするなど、可能な限り学生の学習環境が継続するような工夫が望ましい。

(3) ほぼ全科で共通する学習目標以外に、複数の診療科で共通の学習目標を設定できる場合は、診療科間で共通の学習目標を設定し、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し、継続的な指導、評価ができるように工夫する。(例：内科系、外科系、小児科・小児外科、地域医療など)

(参照：「経験と評価の記録」P.16～17)

3. 地域医療実習協力機関における学習目標と方略

平成19年度版以降の医学教育モデル・コア・カリキュラムに掲載された、病診連携・病病連携、地域の救急医療、在宅医療、多職種連携のチーム医療、地域における疾病予防・健康維持増進の活動を体験するためには、学外の医療機関に実習協力を依頼し、学生を派遣する必要がある。

(参照：「経験と評価の記録」P.17)

一方、大学病院は学外施設に比べて癌患者の割合が高く、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、学外施設とは異なる症例が多く集まる傾向がある。従って、一般に頻度の高い症候・疾患や、一次・二次救急、あるいは一般レベルの検査治療など、医学教育モデル・コア・カリキュラムにおいて臨床実習で経験すべきとされる病態や疾患を全学生が経験するためには、臨床実習の全期間を大学病院だけで行うのではなく、積極的に学外の実習協力医療機関へ配属した方がよいとの意見がある。

また、臨床推論の学習を実践的に始める環境として、比較的長く複雑な病歴を持つ患者が集まりやすい大学病院よりも、比較的短く単純な病歴の患者が集まりやすい学外の実習協力医療機関の方が適しているとの意見もある。一方、実習期間を長くし、かつ大学病院の負担を軽減するため、学外施設に臨床実習を一部委託するなどの工夫をしている大学の事例が報告されている。

このように、地域医療の学習や実習の充実を目指すことと、診療参加型臨床実習の充実を図ることは、互いにメリットがある。しかしながら、診療参加型臨床実習については、指導医、コメディカルの教育体制、患者の理解などに、大学病院と同様の水準が必要である。従って、これらの医療機関とは、本提言に附属するDVDなどを用いたファカルティ・ディベロップメントを実施するなど、密接な教育連携を維持し、教育体制の評価改善に努めることが必要である。

(参照：本項「10. ファカルティ・ディベロップメント」)

以上から、各大学は、大学病院および地域医療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、必要に応じて大学病院の診療部門の再構成を提案するとともに、密接な教育連携の下、積極的に地域医療実習の協力病院への配属を検討することが望ましい。

(参照：本項「V. その他 留意事項 3. 地域医療実習協力病院における診療参加型臨床実習」)

4. 医師のプロフェッショナルリズム教育の学習目標と方略

臨床実習は、卒前教育の方略として、医師のプロフェッショナルリズムについて実践的に学べる唯一の機会である。一方、医療における倫理的課題など、臨床実習では計画的に体験させることが困難な場合もある。このため、医師のプロフェッショナルリズムに関しては、実習に参加する学生への事前学習を十分行っておくことと同時に、指導医もファカルティ・ディベロップメントなどを通して、臨床実習中に学習指導の機会を逃さないよう、常に心がけておく必要がある。

5. 学生自身が学習目標を設定（学習契約）

臨床実習において学生がより主体的に学ぶことができるよう、実習の初日のオリエンテーションの際に、学生と教員の間で学習目標を共有する（学習契約）。シラバス等で教員側があらかじめ設定している学習目標をもとに、学生と教員とで話し合いながら協同して個別の学習目標を設定する。このことによって、その科に興味・関心のある学生はより積極的に学ぶことができ、またあまり興味・関心のない学生も、最低限必要な内容を学ぶことができるようになり、個別性を重視した臨床実習が可能になる。

（参照：「経験と評価の記録」 P.5, P.29～30）

6. シミュレーション教育の活用

近年、医療分野の教育用シミュレータや模擬患者が普及してきた。それらを活用したシミュレーション教育プログラムが開発、実施されている。また、医学部、大学病院にはシミュレーション・ラボ等の施設が設置され、シミュレーション教育の実施環境が整ってきた。診療参加型臨床実習において、学生が侵襲的医行為（相当の侵襲性を伴うと考えられる医行為）及び羞恥的医行為（患者に羞恥心を惹起させるような医行為）を患者に実施すると想定される場合、事前にこれらの教材や施設を活用し、十分教育すること、並びに学生が当該医行為を行うことについて、患者の同意を得ることが必要である。また、従来の救急や基本的臨床手技以外にも、災害、医療安全、多重課題、比較的対応が難しいコミュニケーション等、実体験による学習が困難な医療場面の事前教育として、シミュレーション教育プログラムの開発と普及が望まれる。

7. 研究活動への従事

文部科学省に置かれた医学教育カリキュラム検討会は、平成 21 年 5 月に以下のとおり提言した。

基礎と臨床の有機的連携により、進展著しい生命科学や医療技術の成果を生涯を通じて学び、常に自らの診断・治療技術等を検証し磨き続け、日々の診療の中で患者や疾患の分析から病因や病態を解明するなどの研究マインドを涵養する。

「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について 第5章」

この提言を踏まえ、研究マインドの涵養を目的とした診療参加型臨床実習における研究活動について、「経験と評価の記録」に含めることを提案する。

(参照：「経験と評価の記録」 P.25)

8. ラーニング・ポートフォリオの作成

前項の医学教育カリキュラム検討会の提言を一部抜粋して示す。

全学的に効率的な実習等の実現のため、卒業時や臨床研修の到達目標との整合性や臨床実習段階で可能な医行為を考慮し、各段階で必要な実習内容や技能等の実施履歴や評価を記録・蓄積できるシステムを構築し、卒業認定や臨床研修の採用選考時に積極的に活用する。

「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について 第6章」

この提言を踏まえ、全国 80 大学医学部の臨床実習要綱および臨床実習手帳等の内容を参考に、海外における臨床実習評価の方法なども参考にしながら、学生の学習履歴の記録・学習のサポートおよび臨床実習における学生の評価を目的に、以下の報告を踏まえ、「経験と評価の記録」を作成した。

この記録は、Kolb の経験学習論に基づき、実践経験と振り返りをサイクル化させることを目的としており、学生は主体的にこの記録を蓄積していくことが求められる。具体的には、学生は主体的に学習目標を設定し、担当した症例のサマリーをまとめ、指導医や他の職種に多面的に評価をしてもらい、SEA(Significant Event Analysis)を用いた振り返りを行う。

記録は臨床実習の全期間を通して記録する部分、各診療科で実習中に記録する部分から構成される。また、この記録は、学生の臨床実習における学習の記録となるのみならず、一部は学生の臨床実習の評価に用いることも可能である。

実際の使い方としては、これまでのシラバスや臨床実習手帳などに追加するなど、各大学の理念と創意工夫により充実した内容になることを期待する。また、このラーニング・ポートフォリオは実習中に蓄積されて行くものであるため、小型で携帯できるものにしたがり、電子版にしたがりすることなどが奨励される。

(参照：「経験と評価の記録」)

9. 学習の省察を主たる目的とする診療科配属のない日程を実習期間中に定期的に設定

実習期間中に学生全員が集まって、自己評価、相互評価を行うことを目的とした、診療科配属のない日程を定期的に設定することが有効であるとの意見がある。これに加えて、実習を補足する講義や基本的臨床技能のトレーニングプログラムを実施することも考えられる。このような教育プログラムの有効性について、各大学において今後実証されることが望ましい。

(参照：本項「11. 評価のあり方」)

10. ファカルティ・ディベロップメント

卒前教育における臨床実習で、学生の指導にあたる医師（大学病院の教員、医員、臨床系大学院生、地域医療実習協力病院の医師、研修医等）については、見学型や模擬診療型から診療参加型に移行する場合、学生自身が学習目標を立てる際の指導、臨床推論、臨床判断、診療計画の立案等の指導、技能の指導や評価（OSCE*、簡易版臨床能力評価法**等）、あるいは医師のプロフェッショナリズムに関する振り返り等、従来の小グループ講義や見学とは異なる対応が求められる。従って、実習の質の維持・向上のためには、臨床指導法の修得を目的とするファカルティ・ディベロップメントを行うことが重要である。これらについては、本提言に付属するDVD等を用いて学内、地域医療実習協力機関等の医師を対象に行うか、あるいは厚生労働省が認定する「臨床研修指導医養成講習会」やその他の指導者講習会等の活用も考えられる。

ファカルティ・ディベロップメントの内容としては、前述の通り、学生自身が学習目標を立てる際の指導、臨床推論、臨床判断の実践的な指導法、次頁および「経験と評価の記録」に示す簡易版臨床能力評価法などの評価表の使い方（次頁参照）、医師のプロフェッショナリズムに関する振り返りの進め方などが考えられる。また、厚生労働省の臨床研修の到達目標に「同僚及び後輩へ教育的配慮ができる」との記載があり、北米のクリニカル・クラークシップにおいて、研修医に90分の指導法セミナーを行ったところ、学生による実習満足度が向上したとの報告もある。

（参照：付属DVD、本項「11. 評価のあり方」、「経験と評価の記録」）

*OSCE： Objective Structured Clinical Examination（客観的臨床能力試験）

**簡易版臨床能力評価法： mini-CEX: mini-Clinical Evaluation eXercise

11. 評価のあり方

臨床実習の学習目標には、知識や臨床推論、臨床判断等だけではなく、診察や基本的臨床手技などの技能、医師のプロフェッショナリズムなどの態度も含まれる。従って、評価方法として、医学知識に関する口頭試問やレポート、ペーパーテストのみでは不十分であるばかりでなく、これらの方法では評価できない技能領域への学習意欲や、態度領域への気づきが臨床実習前より減退していくことすら懸念される（hidden curriculum と呼ぶ）。また、これらの学習と評価については、臨床実習前から始まっていることを学生が認識しておく必要がある。従って、診療参加型臨床実習の充実のためには、評価方法として、評価表を用いた実技の評価（OSCE、簡易版臨床能力評価法）や、実習中の観察記録などを採用し、また、実習前の準備も含めて学生へのフィードバックを行うことが必須である。

（参照：「経験と評価の記録」P.21～23）

簡易版臨床能力評価法 評価者への説明文

【説明】

簡易版臨床能力評価法（mini-CEX）は、研修医の診察技能評価のための簡単な評価表として、欧米の卒後医学教育で使用されているものです。

簡易版臨床能力評価法では、臨床的な設定（入院病棟、外来、当直、救急など）において、研修医が患者と関わる様子を15～20分間観察します。

【学生に対して使用する場合】

以下の場合に、簡易版臨床能力評価法を使って評価します。

- ①学生が患者のやりとりを評価してほしいと依頼してきた場合。
- ②指導医が学生を正式に評価する必要があると判断した場合。
- ③看護師など他職種の評価が必要だと指導医が判断した場合、他職種が評価します。

【評価の基準】

1. 病歴：現病歴で聞くべきこと（症状の部位・性状・程度・経過・状況・増悪寛解因子・随伴症状・患者の対応）を聞いている。最低限聞くべき他の項目（既往歴・アレルギー・内服薬・女性の月経と妊娠）を聞いている。状況が許せば聞くべき他の項目（生活状況・家族状況・嗜好など）を聞いている。正確で十分な情報を得ている。
2. 身体診察：どんな状況でも取ることが望ましい項目をチェックしている。鑑別診断を立てるために取るべき項目をチェックしている。患者に何をするかを説明し、不快感や遠慮に配慮している。
3. コミュニケーション：患者が話しやすいように話を聞いている。視線や表情や姿勢などの非言語コミュニケーションで不快感を与えていない。患者の解釈モデルや心理社会面についても情報を引き出している。患者の理解度を確認している。
4. 臨床判断：診断的検査を適切に選択し、指示・実施している。患者にとっての利益とコスト・リスクを考慮している。可能性の高い疾患、見落としとしてはいけない疾患を考えている。
5. プロフェッショナリズム：患者に対して敬意、思いやり、共感を示し、信頼関係を形成している。患者の不快感、遠慮、守秘義務、個人情報につき注意を払っている。自分にできないことを適切に他のスタッフに相談している。
6. マネジメント：適切な治療方法を選んでいる。アセスメントとプランを患者が納得いくように説明している。患者が何に注意したらいいか、次にどういう行動をとったらいいか（次回受診日など）を説明している。
7. 総合：優先順序を適切につけている。タイミングがよい。無駄が少なく迅速である。患者も評価者も納得でき、有効な判断をしている。観察者がいなくてもこの患者を一人で診察できる。

【評価方法】

- ①学生と患者のやりとりを直接観察してください。診察室に同席するか、カーテンの影に隠れているかは自由です。できるだけ学生と患者の両方の表情を観察してください。学生から質問されたとき、または学生が自分の判断で患者に説明したことに重大な誤りがあるときを除いて、基本的には評価者は学生の診察に口を挟みません。
- ②簡易版臨床能力評価表を記入して下さい。1から6まで点をつけますが、3点以下は学生が標準に達するような改善が必要であることを意味します。
- ③できるだけ間を置かずに、印象が残っているうちに、診察について学生に直接フィードバックをしてください。“ダメ出し”だけではなく、良かった点も挙げてください。
- ④評価表に指導医と学生のサインを書いて下さい。
- ⑤簡易版臨床能力評価表の用紙は、教務担当に提出してください。学生にはコピーを渡します。

(参照：「経験と評価の記録」P.35)

一方、実習中の評価者については、指導医として、教員以外に行動をとるにすることが多い同じチームの研修医、また、特に態度の評価については、看護スタッフや学生の担当患者など医師以外の評価者を設定する（360°評価と呼ぶ）ことも検討されるべきである。また、前項で述べたように、これらの評価表など、学習過程で作成・入手した成果物を蓄積した「経験と評価の記録」を指導医とともに振り返ることも、学習を促す重要な形成的評価となる。さらに、学生が臨床実習を振り返る機会を定期的に設定し、各人の学習目標の達成度や具体的体験の機会などを相互に共有し、評価することにより、技能領域への学習意欲ならびに態度領域への気づきの維持・向上を図ることも考えられる。

(参照：「経験と評価の記録」P.41～43)

これらの評価の結果を、学生が実習中に学んだ資料とともに、ラーニング・ポートフォリオとして蓄積していくことについて方略の項で述べた。このポートフォリオを評価の対象として再構築することで、臨床実習の評価により真正性（authenticity）が向上し、学生の望ましい学習を促進することに加えて、臨床実習から臨床研修までの継続的な評価が可能となることが期待できる。

米国の臨床実習における観察記録と医師のプロフェッショナリズムに関する研究によると、指導医から「無責任」あるいは「批判を受け入れず理屈っぽい」と記録された学生は、そうでない学生に比べて、卒業後にアンプロフェッショナルな行動により、懲戒処分を受ける確率が3倍も高かったことが報告されている。高等教育全体において、卒業生の質とその説明責任が問われる時代となっていることから、診療業務に参加する学生を観察し、一定期間記録を残すことについても、今後検討する必要があることから、以下に「学生のアンプロフェッショナルな行為に関する記録」を示しておく。

学生のアンプロフェッショナルな行為に関する記録

〇〇大学医学部医学科 教務委員会臨床実習専門部会

今後この学生がプロとして医師になる上で、明らかに不適切と思われる行動、態度（例：「無責任」、「批判を受け入れず理屈っぽい」など）がみられた場合には、その事例について、できるだけ詳しく記述し、〇〇まで提出してください。学生評価の際の参考にさせていただきます。

対象者 学生番号： _____ 学生氏名： _____

ご協力をありがとうございました。

記録者 所属 _____ 氏名 _____

V. その他 留意事項

医療安全や院内感染対策の推進、電子カルテをはじめとする情報通信技術の発達等、周囲の状況は大きく変化しており、また今後も変化することが予測される。診療参加型臨床実習における医療安全の考え方について「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 最終報告（平成19年3月）」の抜粋を示す。

医療安全に関する国民の要望が高まる中で、患者の理解と同意を得て、前述した診療参加型臨床実習における実際の患者を相手にした実践的な学習の充実を図るためには、侵襲的医行為（相当の侵襲性を伴うと考えられる医行為）及び羞恥的医行為（患者に羞恥心を惹起させるような医行為）（以下「侵襲的医行為等」という。）について、以下のことを配慮する必要がある。

まず、侵襲的医行為等を実施する前提として、患者に接するための診療技能の向上の取組の充実が求められ、シミュレータやスキルスラボの活用等により当該医行為に関する学生の診療技能の確保の徹底を図ることが必要である。その上で、医行為全般はもちろんのこと、特に、患者に対して侵襲的医行為等を行う場合には、学生の態度・技能・知識の評価、指導医による指導・監督、患者に対する医学生である旨の明確な紹介を徹底し、患者の理解と同意を得ることが必要である。

上記のようなプロセスを徹底した上で、安全性や患者の理解と同意が確保できると考えられる場合に、侵襲的医行為等を実施することが適当である。その際、学生の技能等の到達評価の程度によって個々の学生の状況に応じた学習機会を提供することが必要なことに留意することが求められる。

1. 学生が診療業務を行うことについての法的位置付け

診療参加型臨床実習において、医師でない学生が医行為を行うことについて、医師法上の違法性を阻却する条件を整備しておく必要がある。このことは、各大学が以下の報告に示された条件を満たすことが前提である。

厚生省健康政策局臨床実習検討委員会

「臨床実習検討委員会最終報告」1991年5月13日

医師法で、無免許医業罪が設けられている目的は、患者の生命・身体の安全を保護することにある。したがって、医学生の医行為も、その目的・手段・方法が、社会通念から見て相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される程度であれば、基本的に違法性はないと解することができる。

具体的には、指針により医学生に許容される医行為について、(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条件を満たす指導医によるきめ細かな指導・監督の下に行われること、(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することができる。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。

(1) 学生に許容される医行為の水準 (例示)

臨床実習の学生に実施を許容する医行為 (水準Ⅰ)、実施を禁止する医行為 (水準Ⅲ) について、大学、地域医療実習協力機関で、あるいは各施設の診療科ごとに独自に詳細に決めて実習指針等、関係資料に記載しておく必要がある。

その際、「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 最終報告 (平成19年3月)」における侵襲的医行為 (相当の侵襲性を伴うと考えられる医行為) 及び羞恥的医行為 (患者に羞恥心を惹起させるような医行為) (以下「侵襲的医行為等」という。) に関する提言を踏まえ、「医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成22年度版」に記載されている基本的臨床手技に準拠する必要がある。また、侵襲的医行為等を実施する前提として、患者に接するための診療技能の向上の取組の充実が求められ、シミュレータ等の活用により当該医行為に関する学生の診療技能の確保の徹底を図ることが必要である。

以上を踏まえ、臨床実習の学生に診療科間で共通して実施を許容する医行為 (水準Ⅰ)、診療科で共通して実施を禁止する医行為 (水準Ⅲ)、共通して許容する医行為に加えて診療科単位で許容する医行為、および共通に許容する医行為の中で、診療科単位で禁止する医行為について、以下のとおり例示する。

①診療科間で共通して許容または禁止する医行為の範囲

水準Ⅰ．指導医の指導・監視の下で実施が許される医行為

【一般手技】	
<input type="checkbox"/> 体位交換	<input type="checkbox"/> 静脈採血（シミュレータ）※
<input type="checkbox"/> おむつ交換	<input type="checkbox"/> 末梢静脈確保（シミュレータ）※
<input type="checkbox"/> 移送	<input type="checkbox"/> 胃管挿入（シミュレータ）※
<input type="checkbox"/> 皮膚消毒	<input type="checkbox"/> 尿道カテ挿入抜去（シミュレータ）※
<input type="checkbox"/> 包帯交換	<input type="checkbox"/> 注射（皮下、皮内、筋肉内、静脈内） （シミュレータ）※
<input type="checkbox"/> 外用薬の貼付・塗布	<input type="checkbox"/> 診療記録
<input type="checkbox"/> 気道内吸引（シミュレータ）※	<input type="checkbox"/> プレゼンテーション
<input type="checkbox"/> ネブライザー	
<input type="checkbox"/> ギプス巻き	
【外科手技】	
<input type="checkbox"/> 清潔操作	<input type="checkbox"/> 縫合
<input type="checkbox"/> 手洗い	<input type="checkbox"/> 消毒・ガーゼ交換
<input type="checkbox"/> ガウンテクニック	
【検査手技】	
<input type="checkbox"/> 尿検査	<input type="checkbox"/> 血液型判定
<input type="checkbox"/> 末梢血塗抹標本	<input type="checkbox"/> 視力視野
<input type="checkbox"/> 微生物学的検査（グラム染色含む）	<input type="checkbox"/> 聴力
<input type="checkbox"/> 妊娠反応検査	<input type="checkbox"/> 平衡検査
【診察手技】	
<input type="checkbox"/> 医療面接	<input type="checkbox"/> 鼻鏡
<input type="checkbox"/> 診察法（全身・各臓器）	<input type="checkbox"/> 眼底鏡
<input type="checkbox"/> 基本的な婦人科診察（シミュレータ）※	<input type="checkbox"/> 直腸診察（シミュレータ）※
<input type="checkbox"/> バイタルサイン	<input type="checkbox"/> 乳房診察（シミュレータ）※
<input type="checkbox"/> 耳鏡	
【救急】	
<input type="checkbox"/> 一次救命処置（シミュレータ）※	

※大学病院や地域医療実習協力病院を受診している患者に実施する前に、シミュレータ等で十分な習熟をしておく必要があると考えられる侵襲的医行為または羞恥的医行為を示す。指導にあたる医師は、担当学生に対して、これらの行為を患者に行うよう指示する場合は、当該学生が患者に実施してよい習熟度であるかどうかを、直接あるいは講習会修了証や更新証などにより事前に確認しておく必要がある。

水準Ⅲ．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

【一般手技】	
<input type="checkbox"/> 中心静脈カテ挿入	<input type="checkbox"/> 腰椎穿刺
<input type="checkbox"/> 動脈採血・ライン確保	<input type="checkbox"/> ドレーン挿入・抜去
【外科手技】	
<input type="checkbox"/> 手術	
【検査手技】	
<input type="checkbox"/> 脳波検査	<input type="checkbox"/> CT/MRI
<input type="checkbox"/> 超音波検査（心・腹部）	<input type="checkbox"/> 核医学
<input type="checkbox"/> エックス線検査	<input type="checkbox"/> 内視鏡検査
【診察手技】	
<input type="checkbox"/> 婦人科疾患の診察	<input type="checkbox"/> 妊婦の診察と分娩
【救急】	
<input type="checkbox"/> 救命治療	<input type="checkbox"/> 外傷処置
<input type="checkbox"/> 救急病態の初期治療	

②共通部分で許容する医行為に、診療科単位で追加して許容する行為（水準Ⅰ）

内科	内視鏡検査前処置，内視鏡検査時処置(色素散布，ルゴール散布)
精神科	改訂長谷川式簡易知能評価スケール，鬱病評価マドラス(ただし「知能テスト」に同検査は含まれないものとする)
脳神経外科	改訂長谷川式簡易知能評価スケール（但し「知能テスト」に同検査は含まれないものとする)
整形外科	介達牽引
泌尿器科	膀胱洗浄，前立腺マッサージ
眼科	前眼部細隙灯顕微鏡検査，眼底検査
耳鼻咽喉科	鼻汁好酸球検査，標準純音聴力検査，嗅覚機能検査，鼻腔通気度検査，インピーダンスオーディオメトリ，各種アレルギー検査
麻酔科	下顎拳上による気道確保とバッグバルブマスクによる人工呼吸(麻酔導入時)，ラリッゲルマスクの挿入
救急医学	胸骨圧迫，電氣的除細動，用手的人工呼吸(いずれも心肺停止患者を対象とする)，心電図モニタリング，バイタルサイン測定，十二誘導心電図，超音波検査法，救急部診療録記載

③共通部分で許容した医行為の中で、診療科単位で禁止する医行為（水準Ⅲ）

内科	処方箋作成
小児科	小児への針刺し行為，骨髄穿刺，気管挿管
消化器外科	医療文書作成、胸腔穿刺，腹腔穿刺，各種診断書・検案書・証明書を作成
胸部外科	エアウェイによる気道確保，浣腸，胸腔穿刺，気管挿管
眼科	視野視力検査のうち「視野検査」

(2) 患者への同意の取り方

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。

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。

体位交換、 おむつ交換、 移送、 皮膚消毒、 包帯交換、 外用薬の貼付・塗布、 ネプライザー、 ギプス巻き、 診療記録、 プレゼンテーション、 清潔操作、 手洗い、 ガウンテクニック 縫合、 消毒・ガーゼ交換、 尿検査、 末梢血塗抹標本、 微生物学的検査(グラム染色含む)、 妊娠反応検査、 血液型判定、 視力視野、 聴力、 平衡検査、 医療面接、 診察法(全身・各臓器)、 バイタルサイン、 耳鏡、 鼻鏡、 眼底鏡

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。

乙（説明者）：〇〇大学医学部指導に関わる医師 氏名 _____

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（氏名） _____

連署人 住所 _____ 署名（氏名） _____

2. 学生による診療録記載と文書作成について【統括者・指導医・学生】

（1）学生が診療録へ自ら参加した診療内容を記録する意味

- 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。
- ②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指導医の補助者として指導医による検討結果を記録する。
- ④一方で診療録は公文書であり、学生が記載に慣れていない場合など、学生による記載が適切でない状況も考えられる。従って、各大学が必要に応じて、個別に以下のような指針等を整備する必要がある。

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指導医が判定するまでの期間は、以下の手順で記載すること。

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 指導にあたる医師は、学生記入の最後尾に署名する。
5. 訂正部分は二重線を引き、訂正し、訂正印を押す。
6. 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。

また、学生向けの資料として以下のとおり例示する。

診療録(カルテ)の書き方

臨床実習ではみなさんが関わった診療についての記録も求められます。またカルテは公文書の扱いとなり、その記載内容には責任が伴います。以下を参考にして、わかりやすく間違いのないようにカルテ記載を行って下さい。

(1) 何のためにカルテを書くか？

1) より良き診療を行うために

- ①診療の経過を記録として残し、主治医が交代しでも、患者個人の医療の継続性が保たれる。
- ②主治医不在時に、他の医師が患者の急変に適切に対応できる。
- ③指導医が主治医の方針を理解し助言ができる。
- ④コメディカルのスタッフが医師の方針を理解し、チーム医療がスムーズに行われる。

2)診療が行われた証拠として記録を残す

- ①保険医として診療報酬を請求する医療行為の根拠となる(保険医は診療録を記載する義務があります)。
- ②患者からその患者の診療録の開示を求められうる。
- ③患者の請求(入院に対する保険金支払いなど)に応じて診療経過を証明する際の証拠となる。
- ④医療過誤などの訴訟の対象となったときに、自らの医療が適切に行われていたことを証明する根拠となる。

(2) 何を記載するか？

1)「患者が来院した理由、既往歴・生活歴・家族歴などの背景、来院後の病状の変化、主治医の考える診断の進め方、診断名、治療方針、検査・治療の内容、患者や家族への説明など、患者の診療に必要な全ての事項」が記載されている必要がある。「既往歴、原因、主要症状、経過等」と「処方・手術・処置等」は保険医として記載が義務づけられている。

治療内容の中には、入院診療計画書や退院療養計画書、検査や手術などの説明内容やそれに対する同意書、服薬指導依頼箋、栄養指導依頼箋、リハビリテーション依頼箋などが含まれる。

2)保険請求する上では、実際に行ったことを記録として残すことが求められるものがある。例：呼吸心拍監視の点数観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数の観察結果の要点を診療録に記載した場合に算定

(3) 記載上の注意

- 1)毎日記載することを原則とする(記載のない場合は、診察していないか、又は医学的な判断をしていないと判断される恐れがある)。
- 2)日付は忘れずに、正確に記載する。(年/月/日の順に記載)
- 3)署名することにより、記載した医師が誰であるか明らかである必要がある。

- 4)診断書など、医師の氏名欄に押印が必要とされるものについては、訂正箇所にも訂正印を押す。
- 5) 誰が読んでも同じ内容として理解されるように、分かりやすい文字で、分かりやすく記載する必要がある。
- 6)一部の医師(診療従事者)の間でしか通用しない略号は使用しない。

(4) 診療録の記載の具体的説明

1)病歴

①現病歴に記載すること

病歴を聴取することで患者に起きた出来事に関する情報の収集と、聴取の過程の会話を通して、患者との信頼関係を構築することを目的とする。

主訴:患者の自覚する苦痛、または、受診目的を記載する。

現病歴:上記の目的を達するため、患者の苦痛の種類(困っていることは何か)、と鑑別診断に必要な情報全てを時間の流れとして記載する。鑑別診断を行う上で必要と判断し聴取した内容(例えば、発熱を主訴に来院した患者について、呼吸器感染症を疑って聴取した咳の有無、痰の症状など)や、鑑別診断の鍵となる所見については、陰性所見(例えば、「発熱はなかった」など)であっても記載する。また、他の医療機関に受診した経過がある場合には、受診日時、他院での診断・治療内容・治療による病状の変化、なども記載する。

②既往歴に記載すること

過去に罹患した疾患名と罹患時期

(過去の出来事であっても現在の主訴に関連した事項は現病歴に記載)

アレルギー歴、輸血歴、アルコール歴や喫煙歴

常用薬、月経及び出産歴

③生活・社会歴に記載すること

職業、出身地、旅行歴など

④家族歴に記載すること

家系図の記載、罹患疾病や死因・死亡年齢

遺伝性疾患が問題となるときには該当疾患を有する患者の有無

・記入に際し、国際人類遺伝学会で決められた記号を用いる。

・同居者は同一枠内に囲む。

2)身体所見の書き方

①記載の内容

身記載事項が指定されている場合、すべての項目を埋める。

大きく分けて、病歴から疑われる疾患の鑑別に必要な所見(腎血管性高血圧を疑う患者での腹部動脈の血管雑音の有無、など)と、全ての患者でとるべき基本的身体所見(血圧、脈拍、黄疸、貧血、など)を記載する。

②記載する順番

所見を取る順番は、緊急の場合を除き常に一定の順番で、頭から足方向へ、診察する。所見をとる順番と同じ順に記載する。

3)入院時のまとめ

①入院時の問題点を problem list としてまとめ、重要な問題点から#番号を付けて記載する。

②入院時点での診断名

(主鑑別に挙がる疾患リスト)

④検査計画

⑤治療計画

以上をまとめた後、入院診療計画(変更)書を記載する。

4)毎日の経過の記録

①時間毎に SOAP で毎日記載することが原則(慢性疾患の場合には1週2回以上)、入院時にまとめた problem list の#番号ごとに SOAP で記載する。

S (Subjective) 自覚症状(本人の訴え、自覚症状)

O (Objective) 他覚的所見(身体所見、検査所見)

A (Assessment) 評価(主治医の考える病態、診断名、重症度や治療の緊急度の判断)

P (Plan) 計画(検査や治療方針、コンサルトの予定、指示)

このほかに、実施した治療、手術・処置、検査、などと、検査結果、結果に対する評価などを記載する。

②コンサルテーションをした場合やカンファランス、グループ長や科長の回診時のコメント、指示事項なども記載する。

(2) 個人情報の保護について

診療参加型臨床実習の実施にあたっては、事前に個人情報の取り扱いに関する学習や指導を徹底することが必要である。その際、実習開始前に、患者優先の原則に基づく安全確保に努めること、診療情報を適切に取り扱うこと、指導医の指示に従うこと、診療技能や態度の向上に努めること、病院の諸規定とともに医学生に求められる倫理的なモラルや規範を遵守することを学生に誓約させ、病院の諸規定等に違反した場合には大学による所要の措置が行われることを理解させることも必要である。

臨床実習における個人情報保護について

1. 個人情報保護への本院の基本的対応

個人情報保護法関係法令が全面的に施行されている。これまでの本院の運営や各部署の仕事のやり方を大幅に改めたりする必要はない。しかし、病院職員の日常の業務や学生の臨床実習の中で、患者の個人情報に関し、これまで以上に慎重に取り扱う必要がある。対応に当たっての原則は、次のとおりである。

- ① 不要な情報は保有しない。不要になった段階ですぐ廃棄する。
- ② 個人情報を関係のない第三者が知ることがないように取り扱う。

2. 個人情報保護法の果たす役割

- ① 患者にとり、自己に関する情報の利用に関与する途を開いたこと。
- ② 病院にとり、患者の情報の利用を法的に認めたものであること。
- ③ 個人情報の漏えい等に対し、大学に安全管理措置義務、職員の監督、委託先の監督義務を定めたこと。
- ④ 本人の同意があれば、極端に言えばどのような個人情報の利用も可能であること。
- ⑤ 契約目的(診療行為)の達成のためには、その範囲内であれば個々の同意を得ることなく個人情報を利用することができること。

3. 個人情報とは

「個人情報」の定義は次のとおりである。

生存する個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述により特定の個人が識別できる文書・図画・電磁的記録をいう。この個人情報には、他の情報と照合することにより特定の個人が識別できるものを含む。(法令)

「個人に関する情報」は、氏名、性別、生年月日等個人を識別する情報に限らず、個人の身体、財産、職種、肩書き等の属性に関して、事実、判断、評価を表すすべての情報であり、評価情報、刊行物等によって公にされている情報や映像、音声による情報も含まれ、暗号化されているか否かを問わない。なお、死者に関する情報が、同時に御遺族等の生存する個人に関する情報でもある場合は、当該生存する個人に関する情報となる。また、診療録の形態に整理されていない場合でも該当する。

患者が死亡した後でも、本院が保有する場合は、漏えい、滅失又はき損等の防止のため、個人情報と同等の安全管理措置を行う必要がある。(厚労省指針)

下記のものについては、記載された氏名、生年月日、その他の記述等により特定の個人を識別できるので、匿名化されたものを除き、個人情報に該当する。客観的データだけでなく、医師による診断、評価等も含む。

(例) 診療録 処方せん 手術記録 助産録 看護記録 検査所見記録
照射録 エックス線写真その他の画像 紹介状 退院サマリー 調剤録

4. 個人情報の教育・研究への活用

本院は、医療提供機能のほかに、教育研修機能及び研究開発機能の使命を有する。将来の医師や医療技術者の育成に教育病院としての機能を果たすため、臨床実習、卒後研修、生涯教育の場で個人情報を利用する場合がある。

一方、近年の科学技術の高度化に伴い、研究において個人の診療情報を利用するが増加しているほか、患者への診療と並行して研究が進められる場合もある。特に研究に当たっては、医学研究分野の下記関連指針とともに本指針の内容についても留意する必要がある。

5. 患者の同意

法令は、個人情報の目的外利用や個人データの目的外第三者提供について、原則として本人の同意を得ることを求めている。患者に適切な医療サービスを提供する目的のために、本院が必要と考える個人情報の利用範囲について、院内に掲示するとともに、患者に文書を配布し明らかにしている。患者から特段の反対・留保の意思表示がない場合には、明らかにした範囲で個人情報の利用について同意が得られているものと考えている。

また、患者の意思が明確に確認できない状態の場合は、意識の回復に合わせて、速やかに本人への説明を行い、本人の同意を得るものとする。

患者から特段の反対・留保の意思表示があった場合、患者の意思が明確に確認できない状態の場合においては、患者の理解力、判断力などに応じて、可能な限り患者に通知し、同意を得るように努めることが重要である。その上で、同意されないのであれば、本院の運営方針を受け入れて頂くかどうかは、患者本人が判断することになる。

(3) 電子カルテについて

電子カルテが導入されている場合等においては、学生が閲覧できる範囲を臨床実習上必要な患者等に限定することや、学生による入力が行われる場合、指導医等が確認・修正・加筆を行うことなど、診療情報の電子化等を踏まえた取り扱いを検討することも必要である。例えば以下のような過程で、医学部と大学病院との間で体制を構築することが望ましい。

- ① 大学病院のカルテ委員会等、医療情報、医療政策、医療安全および医学教育の専門家によるワーキンググループを設置する。
- ② 学生による電子カルテと紙カルテ、および正規のカルテと模擬カルテの使用に関する意義や課題について検討し整理する。
- ③ 電子カルテの基本仕様と学生が使用する際の遵守事項を策定する（以下例示）。

電子カルテの使い方

病院情報システムは、患者の個人情報に関するネットワークです。臨床実習で効果的に活用するためには、下記の使用方法を正しく遵守してください。個人情報保護法が平成17年4月に全面施行され、違反した場合は法的にも厳しい処分があります。病院・施設内で得た個人情報は、個人情報保護の観点から、実習・教育以外の目的で利用したり口外したりしてはいけません。

【注意事項】

1. 学生は自分のユーザーアカウントとパスワードを確認して覚える。(「ユーザーアカウント」とは、利用者認識のための記号や番号のことです。これらの識別記号は、自己の責任において管理し、メモに書いたり、人に教えたりしてはいけません。)
 2. 「ログイン」後、「ログオフ」するまでは、その場を離れてはいけません。「ログイン」とは、署名・捺印に等しい行為です。誰がいつログインしたのか記録されています。自分以外のアカウントとパスワードでログインすることは禁止されています。また、利用が終了したときは、速やかに自分自身で「ログオフ」してください。
 3. 自分自身がログインした電子カルテではなく、誰かがログインし、使用中の画面には絶対に触らないようにして下さい。職員の使用環境と学生の使用環境は異なっています。
 4. できるだけデスクトップ型の PC を使用するようになしてください。ノート型 PC は職員が緊急で使用する可能性が高いので、許可を得てから使用するようになしてください。また、許可なく端末の設置場所を移動させてはいけません。
 5. 学生は、受け持ち患者の診療情報のみ閲覧することができます。
 6. 受け持ち患者以外の患者の情報は入手しないこと、秘密は絶対に漏らさないことを厳守してください。
 7. PC トラブルやわからないことなどはすぐに確認してください。フリーズした場合にも放置してはいけません。必ず報告して対処してください。
 8. 手術室や集中治療室は、特殊な使用環境にありますので、使用方法を指導教員に確認し、実習中の状況に応じて使用するようになしてください。
- 以上の利用上の注意をよく守って、最大限に活用してください。問題行為があった場合には、利用が禁止されることがありますので、注意してください。

3. 地域医療実習協力病院における診療参加型臨床実習

- (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の体制や対応方針などについて取り決める。
- (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。

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師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。

(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、図書の見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。

4. 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【統括者・指導医・学生】

(1) 学生に障害が起こる事故について

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に傷害が起こる事故について

① 指導にあたる医師の指示に基づく医行為等

a. 当該病院等において、学生がチームの一員として医療に関わっていく上において、当該学生による直接的な医行為等（学生による介助中の患者の転倒・転落等を含む）により、患者に障害が起きた場合、当該医行為等を受けた患者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。

b. 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。

c. 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。

d. 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師、エックス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。

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に対して行った行為によって、患者の身体、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に偶然衝突して傷害を負わせた場合）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

④学生が加入する保険について

「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、実習開始前の任意加入が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。

(参照：「経験と評価の記録」 P.21)

⑤インシデント発生時の対応について資料等により、教職員、学生に周知しておく必要がある。

インシデント発生時の対応

インシデントレベル

- レベル0 エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった
- レベル1 患者への実害はなかった(何らかの影響を与えた可能性は否定できない)
- レベル2 処置や治療は行わなかった(患者監察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた)
- レベル3a 簡単な処置や治療を要した(消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など)
- レベル3b 濃厚な処置や治療を要した(バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など)
- レベル4a 永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題を伴う
- レベル5 死亡(原疾患の自然経過によるものをのぞく)

インシデントが発生した場合、当事者となった学生は患者の影響レベルに応じて以下のように対応する。

1) 患者の影響度分類レベル3a までの場合

- ① 当事者はインシデント発生後、直ちに指導教官もしくはこれに該当する実習指導者に報告する。
- ② 当事者もしくは指導教官はリスクマネージャーに報告し、インシデントレポートを院内のホームページを利用して登録し、医療安全管理部長に提出する。
- ③ ただし、レベル3a 以内であっても、患者・家族から医療行為にかかわる何らかの訴えがあった場合は、診療経過等報告書を作成し、医事課(リスクマネジメント担当)を経由して病院長に提出する。

2) 患者の影響度分類レベル3b 以上の場合

- ① 当事者はインシデント発生後、直ちに指導教官もしくはこれに該当する実習指導者に報告する。
- ② 指導教員は患者の安全を確保した後、リスクマネージャーに報告する。
- ③ 当事者もしくは指導教官はリスクマネージャーの指示に従って、診療経過等報告書を作

成し、医事課(リスクマネジメント担当)を経由して病院長に提出する。

3) 個人情報に関する場合

- ① 当事者はインシデント発生後、直ちに指導教官もしくはこれに該当する実習指導者に報告する。
- ② 指導教員及びリスクマネージャーは、企画情報部長に報告する。
- ③ 個人情報が漏洩したあるいは紛失した患者へ連絡を取り、状況を説明して謝罪する。
- ④ 必要性を認めた場合には、総務課総務系の協力を得る。

5. 実習開始前の抗体検査、予防接種等について

診療参加型臨床実習では患者との接触が増えるため、実習を運営する医学部と、院内感染対策を徹底する大学病院との間で、以下の観点について協議の上、学生に対し、抗体検査やワクチン接種等を受けさせる必要がある。他方、感染対策に協力しない学生はプロフェッショナルリズムの観点から問題があるとされる。

- 病院内に持ち込まれる病原体から患者を守る。
- 学生および教職員を院内・院外の感染源から守る。

(参照：「経験と評価の記録」 P.21)

6. 院内暴力対策への参加について

診療参加型臨床実習では、他の病院職員と同様に、学生も病院の医療安全対策の管理下に入るため、病院職員と同様のマニュアルを理解し常に携帯しておく必要がある。

院内における暴力・暴言等発生時の対応

適応レベル

レベル1 暴言・セクシャルハラスメント

- ・「ばかやろう」、「アホ」、「ふざけんじゃない」などの侮辱、もしくは名誉を棄損する言動(侮辱罪、名誉棄損罪)
- ・性的な関心・欲求に基づく内容の確認

レベル2 脅迫・暴力行為および器物の破損

- ・「脅迫」は言葉による不当な要求、相手を不利な立場に追い込み損害を与えることを示唆する内容(恐喝罪、脅迫罪)
- ・「暴力行為」は身体には触れるが、傷害には至らないもの(暴行罪、威力業務妨害罪、偽計業務妨害罪)
- ・「器物破損」はその名の通り、設備や備品、機械、装置などを壊すもの(器物損壊罪)
- ・しつこく居座る、何度も電話をかけてくる、ストーカーまがいの行動

- ・セクシャルハラスメント(身体的接触を伴うもの)
- ・凶器となりうる物体を所持し、注意に従わず放棄しない行為

レベル3 治療を要する障害

- ・叩かれた、殴られた、蹴られたなど。一般に傷害と判断されるもので、精神的な障害を含めて、その後の業務に支障を来す程度のもの(治癒までに約 1 週間以内程度の休業ですむもの)

ただちに警察に通報する(傷害罪、威力業務妨害罪)

レベル4 重大な傷害事件(死亡事故をふくむ)(傷害罪、傷害致死罪、殺人罪)

- ・入院を要するか、治癒までに約 1 週間以上の休業を要するもの。精神的な障害でも同様
- ・傷害を起こすことを意図して、刃物や器物を用いての暴力など
- ・事件性を有するものはすべて含まれる

ただちに警察に通報する

※なお現行犯の逮捕(身柄の確保)は一般人でも行うことができる(刑事訴訟法)

発生時の対応

レベル1, 2 平日:保安安全対策室長(PHS〇〇〇〇〇)あるいは医療サービス係(内線△△△△)に連絡。当事者等が説得に応じない時は110番通報する

レベル3, 4 ただちに110番通報する

【通報内容】

発生時刻 発生場所 被害を受けるに至った経緯 関係者および目撃者の有無 怪我の状況 その他

1. 怪我人が出たら、ただちに医師に治療を要請すること。
(原則、当該科医師に連絡。当該科が不明あるいは連絡がつかない場合は救急部に連絡)
2. 第一に患者および職員の安全確保を優先すること。
3. 相手の話をよく聞き、暴力行為の防止に努力し、暴力の応酬は決して行わないこと。
4. 当事者等の関係者は、レベル1の場合は、記憶が鮮明なうちに必要に応じて診療録に記載すること。レベル2以上の場合は、「暴力(傷害等)発生報告書」を記録し、医療サービス係(内線△△△△)に提出すること。