

提出日を記入してください。

講義、演習又は実習を行う施設及び設備の概要

1. 施設の名称	フリガナ	マスイビョウイン									
	麻酔病院										
2. 所在地	郵便番号	650	—	0047	都道府県	兵庫県					
	フリガナ	コウベシチュウオウクミナトジマミナミマチ1チヨウメ5バン2ゴウ									
神戸市中央区港島南町1丁目2番5号											
3. 電話	078	—	306	—	5945	4. FAX	078	—	306	—	5946
5. 施設の代表者の氏名	フリガナ	コウベ タロウ									
	神戸 太郎										
6. 特定行為研修の実施責任者の氏名等(協力施設の場合のみ記入)	フリガナ	マスイ シロウ			職 種	医師					
	麻酔 四郎				役 職	麻酔科部長					
7. 当該施設で行う全ての特定行為研修											
共通科目及び区分別科目の名称			研修方法	定員数							
臨床病態生理学			演習	2							
臨床推論			演習・実習	2							
フィジカルアセスメント			演習・実習	2							
臨床薬理学			演習	2							
疾病・臨床病態概論			演習	2							
医療安全学・特定行為実践			演習・実習	2							
呼吸器(気道確保に係るもの)関連			実習	2							
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連			演習・実習	2							
動脈血液ガス分析関連			実習	2							
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連			演習・実習	2							
術後疼痛管理関連			演習・実習	2							
循環動態に係る薬剤投与関連			演習・実習	2							
8. 実習を行う施設における特定行為研修期間中の特定行為に係る症例数の見込み											
特定行為名			症例数の実績(概数)	症例数の見込み							
経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整			360	150							
侵襲的陽圧換気の設定の変更			360	150							
人工呼吸器からの離脱			800	333							
直接動脈穿刺法による採血			45	18							
橈骨動脈ラインの確保			50	20							
脱水症状に対する輸液による補正			550	229							

病院の場合は開設者を記載してください。

指導者1名につき、3名まで設定可能です。

前年度の症例数の実績(概数)を記入ください。

症例数の実績(概算) ÷ 12(か月) × 5(実習予定期間)で求められる数を記載ください。なお、受講者一人当たり最低5症例が必要です。

硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整	70	29
持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	100	41

9. 通信により研修を行う場合の環境の整備状況

具体的な実施方法	
通信の方法	
主に学習する場所	
同時双方向性の確保	
通信環境トラブル対処	
学修の進捗管理	
添削指導	
設問解答	
質疑応答	
意見交換	
試験等評価の実施	

記入しないでください。

10. 医学教育用シミュレーター及び視聴覚教材等の整備状況

医学教育用シミュレーター 有・ <input checked="" type="radio"/> 無・購入予定	医学教育用視聴覚教材 <input checked="" type="radio"/> 有・無・購入予定
---	--

11. 実習を行う施設の医療に関する安全管理のための体制

1) 医師の臨床研修病院の指定の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無
2) 特定機能病院の承認の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無

各項目、何れかに○を記入ください。

3) 実習に係る安全管理に関する組織の設置状況

構成員	人数
実習を行う施設の管理者	1
関係各部門の責任者	2
医師である指導者	3(再掲1)
その他	1
	合計 6

それぞれ最低1名の配置が必要。(その他を除く)  
同一人物が構成員として複数の役割を兼務している場合には、再掲であることがわかるよう記載するとともに、合計人数については、再掲を除いた実人数を記入してください。

4) 実習に係る緊急時の対応に係る手順を記載した文書 有・無・作成中 ※関連書類添付必須

5) 実習に係る患者からの相談に応じる体制の確保状況

患者の相談に応じる責任者	職種	役職	備考
麻酔 花子	看護師	看護部長	
患者の相談に応じる窓口の有無 <input checked="" type="radio"/> 有・無 ※関連書類添付必須			

各項目、原則「有」に○を記入してください。これらが整備されていることが必須です。また、それぞれの関連書類も提出が必要です。

12. 実習を行うに当たり患者に対する説明の手順を記載した文書 有・無 ※関連書類添付必須

関連書類は下方の例を参照してください。

13. 指定研修機関と協力施設との連携体制（協力施設の場合に記入） 指定研修機関が記載する

1) 指導方針の共有方法	日本麻酔科学会は共通科目、区分別科目のシラバス、指導マニュアルなどの提供により協力機関と指導方針を共有する。また、指定研修機関に窓口を設置し、公示することにより不明点などについて適宜共有して対応を行うものとする。			
2) 関係者による定期的な会議の開催	<table border="1"> <tr> <td>開催頻度</td> <td>4</td> <td>回／年</td> </tr> </table>	開催頻度	4	回／年
	開催頻度	4	回／年	
<p>目的: 日本麻酔科学会として質の高い研修の実施を維持するために受講者個人ないし、研修施設で発生している問題の情報を共有し、検討を行うことを目的としている。</p> <p>検討事項の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 学習に遅延が生じている受講者の共有と対応の検討</li> <li>・ 協力施設において発生した受講中の事故の共有</li> <li>・ 受講希望者促進のための課題の共有と対応</li> </ul>				
3) その他特定行為研修についての連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指定研修機関は受講者の申し込みについて一元管理する。</li> <li>・ 受講者の科目履修状況や形成的評価の報告は指定研修機関である日本麻酔科学会の要請により学研メディカルが定期的に協力施設へとメールにて通知する。</li> <li>・ 学研メディカルは指定研修機関である日本麻酔科学会に受講者の科目最終評価の結果について書面で通知する。</li> </ul>			

編集はしないでください。

## 実習に係る緊急時の対応に係る手順

### 1. 事前の対応

実習開始前に、受講者、指導者においては本マニュアルを再度確認し、事故などの緊急事態発生時の対応について熟知しておくものとする。

### 2. 緊急時の対応

#### 1) 患者の安全に関わる緊急事態発生時

- ・ 医療事故など患者の安全性に関わる事態が発生した場合は、患者の安全を最優先にすること。
- ・ 実習担当教員は直ちに施設における実習責任者、病棟看護管理者に連絡を取ることを。
- ・ 実習責任者は担当教員とともに現場状況を精査し当該施設における医療安全管理指針に則り対処を行うこと。
- ・ 実習責任者、担当教員、または主治医より患者および家族に対して説明を行うこと。
- ・ インシデント・アクシデント分類基準に則り、レベル3b以上のアクシデントは日本麻酔科学会に48時間以内に報告を行う。

影響度	障害の継続性	障害の程度	備考
0a	なし	未然防止	間違いは実施されなかったが、仮に実施されていた場合、心身への影響は小さかったと考えられる。
0b	なし	未然防止	間違いは実施されなかったが、仮に実施されていた場合、心身への影響は大きかった(4a・4b・5)と考えられる。
1	なし	実害なし	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)
2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった(患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査の必要性は生じた)
3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した(消毒・湿布・皮膚の縫合・鎮静剤の投与など)
3b	一過性	高度	濃厚な治療を要した(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)
4a	永続的	軽度から中等度	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わない
4b	永続的	中等度から高度	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う
5	死亡	死亡	死亡(原疾患の自然経過によるものを除く)

## 2) 受講者に関わる緊急事態発生時

- ・ 針刺し事故など受講者に関わる緊急事態発生時は実習の当該症例を中止し  
患者および受講者の安全性の確保を最優先する
- ・ 針刺し事故など患者の体液に暴露し感染が疑われる状況では、受講者は流水で十分洗い流す。
- ・ 実習担当教員は所属部署のリスクマネージャーに連絡する。

- ・ リスクマネージャーは医務課に連絡し、受講者のカルテを作成するとともに感染制御部門に連絡し、その後の対応について協議を行う。

関連書類例

実習に係る患者からの相談に応じる体制の確保状況

- ・ どちらも添付してください。

※患者・ご家族からの相談を受け付けていることがわかる掲示・ポスター等

# 患者相談窓口のご案内

当院では、.....

- .....相談窓口を開設しています。

患者相談窓口では以下の内容に関する相談を

- .....受け付けています。

※相談を受け付けている事項が記載されている  
その中に医療安全に関することが含まれている

- ・ ○○に関する事
- ・ 医療の安全に関する事
- ・ .....  
・ .....  
・ .....  
・ .....

※相談窓口の場所、受付時間等が記載されている

相談日時 : ○時～○時  
土日祝祭日を除く  
相談室 : 1F○○隣  
相談室

関連書類例

実習に係る患者からの相談に応じる体制の確保状況

- ・ どちらも添付してください。

# 1. 相談窓口を周知する掲示物の掲示状況

掲示場所の写真

## 2. 掲示物・相談窓口の掲示場所のフロアー図

フロアー図

### 3. その他資料あれば

相談窓口の写真等

## 関連書類例

実習を行うに当たり患者に対する説明の手順を記載した文書

- ・ どちらも添付してください。

### 患者・家族に対する実習説明手順

#### 1. 患者が意識を有しており、自身での判断が可能な場合

患者に対し、別添「看護師による特定行為実習の説明・承諾書」（以下「説明・承諾書」とする）を用い、患者の担当医、実習指導医師、実習を行う看護師の三者が立ち会いのもと、実習内容等の説明を行う。患者が看護師による実習に同意し、「説明・承諾書」に署名した後に実習を開始する。

なお、看護師の実習に承諾した後に、実習を拒否することも可能とする。

#### 2. 患者の意識がなく自身での判断が困難であるが、法律上の権限を有する代理人（家族等）が存在する場合

家族等に対し、前項同様の流れで説明を行い、同意を得た後に実習を開始する。

なお、前項同様に実習参加の承諾後も実習拒否も可能とする。実習拒否は必ずしも同意を取得した代理人でなくとも法律上の権限を有する代理人であれば可能とする。

#### 3. 患者の意識がなく自身での判断が困難であるが、法律上の権限を有する代理人（家族等）が存在しない場合

今回の特定行為実習の対象としない。

**関連書類例**

**実習を行うに当たり患者に対する説明の手順を記載した文書**

- ・ どちらも添付してください。

**看護師による特定行為実習の説明・承諾書**

患者氏名 \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

看護師による特定行為実習にあたり、ご協力を賜りたく、ご説明申し上げます。

あなたの手術中、手術前後の管理は医師が責任を持って担当いたします。

実習を行う看護師が行うことは、以下の項目です。

- 1) 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
- 2) 侵襲的陽圧換気の設定の変更
- 3) 人工呼吸器からの離脱
- 4) 直接動脈穿刺法による採血
- 5) 橈骨動脈ラインの確保
- 6) 脱水症状に対する輸液による補正
- 7) 硬膜外カテーテルによる鎮痛薬の投与および投与量の調節
- 8) 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整

1), 2), 3), 6), 7), 8)に関しては特に侵襲的な行為を伴わない処置ですが、病態によっては呼吸・循環の状態が変わる場合があります。しかし、基本的に医師と同じ医学的判断に基づき行うため、これらにより生じる変化は看護師の特定行為に起因して生じるものではございません。また、4), 5)は侵襲的な行為であり、可能性のある合併症は血腫形成、神経損傷、塞栓症などです。しかしこれらは医師が行っても起こりうることです。この間は、医師が直接指導し、患者の安全確保ができるように努めます。上記以外の処置は全て医師が行います。

なお、実習に際しては、以下の点を保証致します。

1. 看護師による実習を拒否しても、患者の治療等に何ら不利益が生じないこと
2. 看護師による実習に同意した後も、看護師が行う実習を無条件に拒否することができること。また、拒否を理由とした治療等に不利益が生じないこと。
3. 看護師が実習を通して知り得た患者・家族に関する情報については、実習目的以外に利用せず、プライバシーの保護に努めること。

令和 年 月 日

説明医師 \_\_\_\_\_

看護師 \_\_\_\_\_

担当医師 \_\_\_\_\_

看護師による特定行為実習を行うことについて、私は医師および看護師により、上記のように説明を受けました。医師の指導のもとに、看護師が私の特定行為実習を行うことを承諾いたします。

〇〇〇〇病院長殿

令和 年 月 日

患者（家族）氏名 \_\_\_\_\_

令和 ○年 ○月 ○日

提出日を記載

## 協力施設承諾書

施設名 麻酔病院  
 所在地 神戸市中央区港島南町1丁目5番2号  
 代表者 神戸 太郎

様式2別紙2-2の  
 記載と合わせてく  
 ださい

下記の特定期間研修の実施に連携協力することについて、承諾いたします。

### 記

指定研修機関名 公益社団法人 日本麻酔科学会

研修を行う特定期間区分等の名称	
<input type="checkbox"/>	共通科目
<input type="checkbox"/>	呼吸器（気道確保に係るもの）関連
<input type="checkbox"/>	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連
	循環器関連
	心臓ドレーン管理関連
	胸腔ドレーン管理関連
	腹腔ドレーン管理関連
	ろう孔管理関連
	栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連
	栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
	創傷管理関連
	創部ドレーン管理関連
<input type="checkbox"/>	動脈血液ガス分析関連
	透析管理関連
<input type="checkbox"/>	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
	感染に係る薬剤投与関連
	血糖コントロールに係る薬剤投与関連
<input type="checkbox"/>	術後疼痛管理関連
<input type="checkbox"/>	循環動態に係る薬剤投与関連
	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連
	皮膚損傷に係る薬剤投与関連

追記等はしない  
 ください

# OSCE外部評価者申請書 記入例

OSCE外部評価者は日本麻酔科学会の協力施設ではない  
施設にご勤務の方である必要があります  
協力施設は募集要項からご確認ください

申込番号(弊会記入欄)

施設名:

書類が2枚にわたる場合はこちらも記入ください

## OSCE 外部評価者申請書

令和 ○年 ○月 ○日

提出日を記載

公益社団法人 日本麻酔科学会 殿

施設名: 麻酔病院

代表者: 神戸太郎

様式2別紙2-2の記載と合わせてください

日本麻酔科学会特定行為研修の実施にあたり、下記区分の OSCE 外部評価者に以下のものを任命いたします。

必ずチェックを入れてください

呼吸器（気道確保に係るもの）関連

動脈血液ガス分析関連

※該当にチェック。申請には必ず、両区分の外部評価者が必要です。区分ごとに1名ずつ任命する場合は、それぞれについて1部ずつ提出ください。

氏名	大阪 次郎	職種	麻酔科医
所属団体の名称	〇〇〇〇大学医学部附属病院		
役職	麻酔科部長	臨床経験年数	〇〇年
指導医講習会等の受講経験の有無 有の場合は、受講年月日、講習会名、主催者を記載	(有の場合) 2015年5月1日 第〇回〇〇医科大学臨床研修指導医養成講習会 〇〇医科大学		
特定行為研修指導者講習会の受講経験の有無 有の場合は、受講年月日、講習会名、主催者を記載	(有の場合) 2021年10月11日 2021年度 第〇回 看護師特定行為研修指導者講習会 〇〇〇〇協会		
特定行為研修の修了有無 (医師の場合は記載不要)	無		
その他の資格・研修の受講経験	平成〇年 日本麻酔科学会専門医 平成〇年 日本救急医学会救急科専門医 平成〇年 日本集中治療医学会専門医		
教育歴(あれば) *大学等での講師等	〇〇〇〇大学医学部麻酔学教室助教〇年 〇〇〇〇大学医学部麻酔学教室教授〇年		
臨床における医師の指導歴(年数)	〇〇年		

有無の別を記載  
有の場合は必ず、  
受講年月日・講習会名・主催者を記載してください

各項目有の場合は記載してください

特定行為区分ごとに記入してください。  
 共通科目の指導者は「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」に記入してください。  
 各科目につき1名は医師であることが必須です。

① 令和●年●月●日

指定研修機関番号： 2028005  
 指定研修機関名： 公益社団法人 日本麻酔科学会

特定行為研修の指導者一覧

特定行為区分名 呼吸器（気道確保に係るもの）関連

	1. 担当分野 (共通科目名 及び区分別科目名)	2. 氏名	3. 職種	② 4. 所属する団体の名称	5. 役職	③ 6. 臨床経験年数	④ 7. 指導医講習会等の受講経験 有：○ 無：× 医師以外：-	⑤ 8. 特定行為研修指導者講習会の受講経験 有：○ 無：×	⑥ 9. 特定行為研修の修了 有：○ 無：× 医師以外：-	⑦ 10. その他の資格・研修の受講経験	⑧ 11. 教育歴	⑨ 12. 備考
	臨床病態生理学	麻酔 四郎	医師	麻酔病院	麻酔科診療部長	35年	○ 平成25年度 ●●●● ●●●●大学	○ 令和元年2月第7回 看護師特定行為研修 指導者講習会主催者： 一般社団法人 ▲▲協会	-	平成●年 日本麻酔科学会指導医	10年 ●●●●大学教授	臨床研修医及び医学生に対する指導歴20年
	臨床推論	麻酔 四郎	医師	麻酔病院	麻酔科診療部長	35年	○ 平成25年度 ●●●● ●●●●大学	○ 令和元年2月第7回 看護師特定行為研修 指導者講習会主催者： 一般社団法人 ▲▲協会	-	平成●年 日本麻酔科学会指導医	10年 ●●●●大学教授	臨床研修医及び医学生に対する指導歴20年
	フィジカルアセスメント	麻酔 四郎	医師	麻酔病院	麻酔科診療部長	35年	○ 平成25年度 ●●●● ●●●●大学	○ 令和元年2月第7回 看護師特定行為研修 指導者講習会主催者： 一般社団法人 ▲▲協会	-	平成●年 日本麻酔科学会指導医	10年 ●●●●大学教授	臨床研修医及び医学生に対する指導歴20年
	臨床薬理学	麻酔 四郎	医師	麻酔病院	麻酔科診療部長	35年	○ 平成25年度 ●●●● ●●●●大学	○ 令和元年2月第7回 看護師特定行為研修 指導者講習会主催者： 一般社団法人 ▲▲協会	-	平成●年 日本麻酔科学会指導医	10年 ●●●●大学教授	臨床研修医及び医学生に対する指導歴20年
⑪	臨床薬理学	薬剤 次郎	薬剤師	麻酔病院	薬剤科副部長	27年	-	×	-	平成○年 日本医療薬学会指導薬剤師 平成△年 薬学博士 平成●年 糖尿病療養指導士 平成●年 栄養サポートチーム専門指導士 平成●年 インフェクションコントロールドクター(ICD)認定 日本化学療法学会認定 化学療法認定薬剤師 日本病院薬剤師会感染制御認定薬剤師	●●●●大学薬学部非常勤講師 7年	
	疾病・臨床病態概論	麻酔 四郎	医師	麻酔病院	麻酔科診療部長	35年	○ 平成25年度 ●●●● ●●●●大学	○ 令和元年2月第7回 看護師特定行為研修 指導者講習会主催者： 一般社団法人 ▲▲協会	-	平成●年 日本麻酔科学会指導医	10年 ●●●●大学教授	臨床研修医及び医学生に対する指導歴20年
	医療安全学/特定行為実践	麻酔 四郎	医師	麻酔病院	麻酔科診療部長	35年	○ 平成25年度 ●●●● ●●●●大学	○ 令和元年2月第7回 看護師特定行為研修 指導者講習会主催者： 一般社団法人 ▲▲協会	-	平成●年 日本麻酔科学会指導医	10年 ●●●●大学教授	臨床研修医及び医学生に対する指導歴20年
	医療安全学/特定行為実践	看護 花子	看護師	麻酔病院	無	16年	-	×	○ 創傷管理関連・創部ドレーン管理関連・栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	平成●年 皮膚排泄ケア認定看護師		
	呼吸器（気道確保に係るもの）関連	麻酔 四郎	医師	麻酔病院	麻酔科診療部長	35年	○ 平成25年度 ●●●● ●●●●大学	○ 令和元年2月第7回 看護師特定行為研修 指導者講習会主催者： 一般社団法人 ▲▲協会	-	平成●年 日本麻酔科学会指導医	10年 ●●●●大学教授	臨床研修医及び医学生に対する指導歴20年 OSCE評価者
	呼吸器（気道確保に係るもの）関連	大阪 一郎	医師	△△病院	医長	23年	○ 平成21年度 □□大学 医学部附属病院 臨床研修指導医講習会 主催者：○□大学 医学部附属病院 長 ■■ ■■	×	-	平成●年 日本麻酔科学会専門医		OSCE外部評価者

- ① 提出日を記入
- ② 複数の所属がある場合は主に所属する団体名を記入してください。
- ③ 役職がない場合は「無」と記入してください。
- ④ 7年以上必要です。
- ⑤ 指導医講習会等の受講経験指導者講習会とは、  
 1) 医師の臨床研修に係る指導医講習会、  
 2) 歯科医師の臨床研修に係る指導歯科医講習会、  
 3) 上記1) 2) の講習会に相当する研修が該当します。  
 ※上記の受講経験がない場合は、「12.備考」欄に臨床研修医及び医学生に対して臨床で指導に携わった期間を記入してください。
- ⑤・⑥ 共通  
 ○・×で記入してください。  
 「○」の場合は、受講年度・講習会名・主催者を記入してください。
- ⑦ 看護師の場合に○・×で記入してください。  
 (看護師以外は「-」を記入。)  
 「○」の場合は、修了した特定行為区分の名称を記入してください。区分が多い場合は別途記入した用紙を添付又は特定行為研修修了証の写しを添付してください。  
 「×」の場合は下記についての資料の提出が必要  
 ・大学等での教育歴  
 ・臨床経験歴  
 ・資格  
 ・研究等の業績 等
- ⑧ 担当科目に関連する資格を有する場合は当該資格の取得年及び名称を記入ください。  
 担当科目に関連する研修の受講経験がある場合は、受講年度及び名称を記入ください。
- ⑨ 大学等での教授経験についてある場合は以下を記入してください。  
 ・年数  
 ・大学等の名称  
 ・役職  
 ・担当科目等
- ⑩ ・臨床研修医及び医学生に対する臨床指導歴を記入してください。  
 ・「OSCE評価者」「OSCE外部評価者」はこの欄にその旨記入してください。(OSCEのある科目のみ)  
 ・OSCEの評価のみ行う指導者は「(OSCEのみ)」と併記してください。
- ⑪ 薬剤師の指導者は下記についての記入、資料の提出が必要です。  
 ・大学等での教育歴  
 ・臨床経験歴  
 ・資格  
 ・研究等の業績

令和●年●月●日

指定研修機関番号： 2028005

指定研修機関名： 公益社団法人 日本麻酔科学会

## 特定行為研修の指導者一覧

特定行為区分名 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7. 指導医講習会等の受講経験	8. 特定行為研修指導者講習会の受講経験	9. 特定行為研修の修了	10. その他の資格・研修の受講経験	11. 教育歴	12. 備考	
1	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	麻酔 四郎	医師	麻酔病院	麻酔科診療部長	35年	有：○ 無：× 医師以外：－	有：○ 無：×	有：○ 無：× 看護師以外：－	平成■年 日本麻酔科学会指導医	10年 ●●●●大学教授	臨床研修医及び医学生に対する指導歴20年

令和●年●月●日

指定研修機関番号： 2028005

指定研修機関名： 公益社団法人 日本麻酔科学会

## 特定行為研修の指導者一覧

## 特定行為区分名 動脈血液ガス分析関連

	1. 担当分野 (共通科目名 および区分別 科目名)	2. 氏名	3. 職種	4. 所属する団体 の名称	5. 役職	6. 臨床経 験年数	7. 指導医講習会等 の受講経験  有:○ 無:× 医師以外:—	8. 特定行為研修指 導者講習会の受講 経験  有:○ 無:×	9. 特定行 為研修の修 了  有:○ 無:× 看護師以外:—	10. その他の資格・ 研修の受講経験	11. 教育歴	12. 備考
1	動脈血液ガス 分析関連	麻酔 四郎	医師	麻酔病院	麻酔科診療 部長	35年	○ 平成25年度●●● ●大学指導医講習 会 ●●●●大学	○ 令和元年2月第7回 看護師特定行為研 修指導者講習会主 催者:一般社団法人 ▲▲協会	—	平成■年 日本麻酔 科学会指導医	10年 ●●●●大学教授	臨床研修医及び 医学生に対する 指導歴20年  OSCE評価者
2	動脈血液ガス 分析関連	大阪 一郎	医師	△△病院	医長	23年	○ 平成21年度□□大 学医学部附属病院 臨床研修指導医講 習会主催者:○○大 学医学部附属病院 長■ ■ ■	×	—	平成■年 日本麻酔 科学専門医		OSCE外部評価 者

令和●年●月●日

指定研修機関番号： 2028005

指定研修機関名： 公益社団法人 日本麻酔科学会

## 特定行為研修の指導者一覧

特定行為区分名 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

1. 担当分野 (共通科目名 および区別 科目名)	2. 氏名	3. 職種	4. 所属する団体 の名称	5. 役職	6. 臨床経 験年数	7. 指導医講習会等 の受講経験  有:○ 無:× 医師以外:—	8. 特定行為研修指 導者講習会の受講 経験  有:○ 無:×	9. 特定行 為研修の修 了  有:○ 無:× 看護師以外:—	10. その他の資格・ 研修の受講経験	11. 教育歴	12. 備考
1 栄養及び水分 管理に係る薬 剤投与関連	麻酔 四郎	医師	麻酔病院	麻酔科診療 部長	35年	○ 平成25年度●●● ●大学指導医講習 会 ●●●●大学	○ 令和元年2月第7回 看護師特定行為研 修指導者講習会主 催者:一般社団法人 ▲▲協会	—	平成■年 日本麻酔 科学会指導医	10年 ●●●●大学教授	臨床研修医及び 医学生に対する 指導歴20年

令和●年●月●日

指定研修機関番号： 2028005

指定研修機関名： 公益社団法人 日本麻酔科学会

## 特定行為研修の指導者一覧

特定行為区分名 術後疼痛管理関連

1. 担当分野 (共通科目名 および区分別 科目名)	2. 氏名	3. 職種	4. 所属する団体 の名称	5. 役職	6. 臨床経 験年数	7. 指導医講習会等 の受講経験  有:○ 無:× 医師以外:—	8. 特定行為研修指 導者講習会の受講 経験  有:○ 無:×	9. 特定行 為研修の修 了  有:○ 無:× 看護師以外:—	10. その他の資格・ 研修の受講経験	11. 教育歴	12. 備考
1 術後疼痛管理 関連	麻酔 四郎	医師	麻酔病院	麻酔科診療 部長	35年	○ 平成25年度●●● ●大学指導医講習 会 ●●●●大学	○ 令和元年2月第7回 看護師特定行為研 修指導者講習会主 催者:一般社団法人 ▲▲協会	—	平成■年 日本麻酔 科学会指導医	10年 ●●●●大学教授	臨床研修医及び 医学生に対する 指導歴20年

令和●年●月●日

指定研修機関番号： 2028005

指定研修機関名： 公益社団法人 日本麻酔科学会

## 特定行為研修の指導者一覧

特定行為区分名 循環動態に係る薬剤投与関連

1. 担当分野 (共通科目名 および区分別 科目名)	2. 氏名	3. 職種	4. 所属する団体 の名称	5. 役職	6. 臨床経 験年数	7. 指導医講習会等 の受講経験  有:○ 無:× 医師以外:—	8. 特定行為研修指 導者講習会の受講 経験  有:○ 無:×	9. 特定行 為研修の修 了  有:○ 無:× 看護師以外:—	10. その他の資格・ 研修の受講経験	11. 教育歴	12. 備考
1 循環動態に係 る薬剤投与関 連	麻酔 四郎	医師	麻酔病院	麻酔科診療 部長	35年	○ 平成25年度●●● ●大学指導医講習 会 ●●●●大学	○ 令和元年2月第7回 看護師特定行為研 修指導者講習会主 催者:一般社団法人 ▲▲協会	—	平成■年 日本麻酔 科学会指導医	10年 ●●●●大学教授	臨床研修医及び 医学生に対する 指導歴20年