

別添e

西暦(年月日) ① 2026年8月20日

## 協力施設承諾書

施設名 ○○法人 ●●大学病院

所在地 兵庫県神戸市中央区港島南町○-○

② 役職 開設者(病院)  
③ 氏名 麻酔 太郎

下記の特定行為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

研修を行う特定行為区分等の名称

- 共通科目
- 呼吸器（気道確保に係るもの）関連
- 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
- 動脈血液ガス分析関連
- 透析管理関連
- 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
- 術後疼痛管理関連
- 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

指定研修機関と協力施設との連携体制

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。

関係者による定期的な会議の開催	開催頻度(回/年)	1
	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。
	検討事項の概要	・学習に遅延が生じている受講者の共有と対応の検討 ・協力施設において発生した受講中の事故の共有 ・受講希望者促進のための課題の共有と対応
その他特定行為研修についての連携		・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。

① YYYY年MM月DD日で記入ください。

② プルダウンから当てはまるものを選択してください。

設置者（学校）

開設者（病院）

代表者（その他の法人）

③ 姓と名の間は**全角**スペース1字空けてください。

ここより下の部分は予め入力しておりますので、編集はしないでください。

別添d (変更届)

講義、演習又は実習を行う施設及び設備の概要

指定研修機関 公益社団法人 日本麻酔科学会  
 変更又は区分 指定研修機関番号2028005  
 変更の場合、  
 該当箇所を○

申請: 変更届

年次報告届

施設種別 施設名	名称	協力施設 ○◎法人 ●◎大学病院	
○	名称(フリガナ)	◎ホウジン ●◎ダイガク ビョウイン	
○	所在地	郵便番号(半角数字、ハイフンなしで記入) 〒550047 兵庫県 神戸市中央区港島南町○-○	
○	電話(半角数字、ハイフンなしで記入)	0783065945	
○	施設の代表者	氏名(姓と名の間に1文字空けること) 麻酔 太郎	
○	特定行為研修の 実施責任者(協力 施設の場合のみ 記入)	職種 医師	
○	設備	その他を選択した場合 麻酔科部長	
○	① 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	呼吸器(気道確保に係るもの)関連 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	416 例
○	※申請: 変更届に見込みを記載	呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 機械的陽圧換気の設定の変更	416 例
		非侵襲的陽圧換気の設定の変更	例
		人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整	例
		人工呼吸器からの離脱	41 例
		呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 気管カニューレの交換	例
		循環器関連 一時的ペースメーカーの操作及び管理	例
		一時的ペースメーカーの抜去	例
		経皮的心筋補助装置の操作及び管理	例
		大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整	例
		心臓ドレーン管理 心臓ドレーンの抜去	例
		胸腔ドレーン管理 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更	例
		胸腔ドレーンの抜去	例
		腹腔ドレーン管理 腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。)	例
		ろう孔管理関連 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうポータルの交換	例
		腹腔ろうカテーテルの交換	例
		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 中心静脈カテーテルの抜去	例
		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)関連 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入	例
		創傷管理関連 褥瘡又は機性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	例
		創傷に対する陰圧閉鎖療法	例
		創部ドレーン管理 創部ドレーンの抜去	例
		動脈血液ガス分析関連 直接動脈穿刺法による採血	20 例
		傍動脈カテーテルの確保	12 例
		透析管理関連 急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理	例
		栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	例
		脱水症状に対する輸液による補正	416 例
		感染に係る薬剤投与関連 感染源機がある者に対する薬剤の臨時の投与	例
		血糖コントロールに係る薬剤投与関連 インスリンの投与量の調整	例
		術後疼痛管理関連 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	104 例
		循環動態に係る薬剤投与関連 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整	例
		持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整	例
		持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	例
		持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	205 例
		持続点滴中の利尿剤の投与量の調整	例
		精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 抱いれん剤の臨時の投与	例
		抗精神病薬の臨時の投与	例
		抗不安薬の臨時の投与	例
		皮膚損傷に係る薬剤投与関連 抗感染剤の他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整	例
○	② 当該施設で行う定員数/受講者数 ※申請: 変更届は定員数、年次報告届は受講者数の実績を記載	呼吸器(気道確保に係るもの)関連 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	1 人
○		呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 機械的陽圧換気の設定の変更	1 人
		非侵襲的陽圧換気の設定の変更	人
		人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整	人
		人工呼吸器からの離脱	1 人
		呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 気管カニューレの交換	人
		循環器関連 一時的ペースメーカーの操作及び管理	人
		一時的ペースメーカーの抜去	人
		経皮的心筋補助装置の操作及び管理	人
		大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整	人
		心臓ドレーン管理 心臓ドレーンの抜去	人
		胸腔ドレーン管理 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更	人
		胸腔ドレーンの抜去	人
		腹腔ドレーン管理 腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。)	人
		ろう孔管理関連 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうポータルの交換	人
		腹腔ろうカテーテルの交換	人
		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 中心静脈カテーテルの抜去	人
		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)関連 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入	人

A列に「○」が入っている項目について記入をお願いいたします。

① 症例数の実績(概算) ÷ 12(か月) × 5(実習予定期間)で求められる数を入力してください。なお、受講者一人当たり最低5症例が必要です。  
 ※青枠で示した本研修で行う行為のみ記載ください。

② 指導者1名につき、3名まで設定可能です。  
 ※青枠で示した本研修で行う行為のみ記入してください。



別添 f

特定行為研修の指導者一覧		公益社団法人 日本麻酔科学会																							
指定研修機関		2028005																							
指定研修機関番号																									
実施区分																									
氏名	職種	所属する団体の名称	F列	G列	H列	I列	担当分野																		
			【医師又は歯科医師】臨床研修指導医又は臨床研修指導医と同等以上の経験	【看護師又は歯科医師】臨床研修指導者又はこの経験	特定行為研修指導者講習会の受講経験	その他の資格・研修の受講経歴(認定・専門看護師の場合は、その分野を記載)	臨床病態生理学	臨床推論	フィジカルアセスメント	臨床薬理学	疾病・臨床病態概論	医療安全学	特定行為実践	呼吸器(気道確保に係るもの)関連	呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	動脈血液ガス分析関連	透析管理関連	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	術後疼痛管理関連	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	皮膚科・創傷に係る薬剤投与関連	
追加 ①	1 麻酔 太郎 ②	医師 ③	JSAI病院	該当		有	臨床経験年数:20年 麻酔科専門医 麻酔科指導医 平成〇年度△△協会第2回臨床研修指導医講習会 平成〇年度 全日本病院協会主催第7回看護師特定行為指導者講習会 ●●大学講師8年	指導者	指導者	指導者	指導者	指導者	指導者	指導者兼OSCE評価者(内部)	指導者	中略	指導者兼OSCE評価者(内部)	指導者			指導者	指導者			
追加 変更 削除	2 麻酔 花子	看護師	JSAI病院		研修修了者	無	臨床経験年数:10年 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 動脈血液ガス分析関連 令和〇年認定看護師(救急看護)				指導者		指導者	指導者											
追加	3 特定 次郎	薬剤師(理由書添付)	JSAI病院			無	臨床経験年数:10年 認定実務薬剤師				指導者														
追加	4 研修 三郎	医師	麻酔病院	該当		無	臨床経験年数:15年 日本専門医機構麻酔科専門医 平成〇年度●●大学主催臨床研修指導医講習会 麻酔大学助教5年							OSCE評価者(外部)											

① 新規追加をされる場合は「追加」、記載内容を変更する場合は「変更」、削除される場合は「削除」を選択してください。

② 姓と名の間は全角スペース1字空けてください。

③ 該当の職種を選択してください。職種に合わせて以降の項目について、記入の必要がないセルがグレーアウトします。  
「医師」「歯科医師」「看護師」以外の職種は、理由書を添付してください。  
※ホームページに書式見本と記入例があります。

④ F列について  
同等以上の経験とは、7年以上の臨床経験を有し、かつ医学教育・医師臨床研修における指導経験を有する者等が想定されます。  
■「該当」の場合  
指導医講習会等の受講歴がある場合は、I列に「受講年度」と「講習会名」を記入してください。  
※セル内での改行はしないでください。  
■「その他または非該当(理由書添付)」の場合  
理由書を添付してください。  
※ホームページに書式見本と記入例があります。

⑤ G列について  
■特定行為研修修了者、診療看護師である場合  
「研修修了者」を選択し、I列に特定行為研修修了者は修了した特定行為区分を記入、診療看護師は「取得年度」と「診療看護師」である旨を、記入してください。  
※セル内での改行はしないでください。  
■認定看護師・専門看護師であるが、特定行為研修は修了していない場合  
「認定看護師(研修未受講)」「専門看護師(研修未受講)」を選択し、I列に「分野」を記入してください。  
■「その他または非該当(理由書添付)」の場合  
理由書を添付してください。  
※ホームページに書式見本と記入例があります。

⑥ H列について  
「有」を選択した場合は、I列に「受講年度」と「講習会名」を記入してください。  
※セル内での改行はしないでください。

⑦ I列について  
講習会等の受講歴、修了した区分、分野のほか、臨床経験年数(必須)、専門医、指導医資格、大学等での教育歴もあればこちらに記入してください。  
※セル内での改行はしないでください。

⑧ 周術期麻酔管理領域パッケージに含まれる科目、区分は青枠です。当該指導者が担当する科目、区分の欄で「指導者」を選択してください。

⑨ OSCEのある科目のOSCE評価者は、適宜該当のものを選択してください。

指導者
OSCE評価者(内部)
OSCE評価者(外部)
指導者兼OSCE評価者(内部)

関連書類例

実習に係る安全管理に関する組織の設置状況を記載した文書

## 実習に係る安全管理に関する組織の設置状況

施設名 \_\_\_\_\_

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

本形式で提出される場合は、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、主たる役割のみ人数を記入し、合計人数については再掲を除いた実人数を記載ください。

## 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 \_\_\_\_\_