

○ 山梨大学医学部附属病院臨床教育部シミュレーションセンターに関する申合せ

制定 平成29年 3月29日
改正 令和 元年 5月31日
令和 2年 3月25日

(趣旨)

第1 この申合せは、山梨大学医学部附属病院臨床教育部内規第13条の規定に基づき、山梨大学医学部附属病院臨床教育部シミュレーションセンター（以下「シミュレーションセンター」という。）の管理及び運営について必要な事項を定める。

(目的)

第2 シミュレーションセンターは、学生に対する実践的な臨床医療技術の教育及び医療従事者の医療技術の研修、向上の場として、技術的指導及び援助並びに教材の管理及び開発を行うことを目的とする。

(利用の範囲)

第3 シミュレーションセンターを利用できる者は、次の各号に掲げる者とする。

- (1) 本学職員
- (2) 本学学生
- (3) 学外の医療従事者
- (4) その他、臨床教育部シミュレーションセンター長（以下「センター長」という。）が認めた者

(利用申請)

第4 センターの利用を希望する者（以下「利用者」という。）は、原則として利用日の2日前までに、シミュレーションセンター利用・物品借用申請書（別紙様式第3号）をセンター長に提出しなければならない。なお、利用申請については、あらかじめシミュレーター資格証申請書（別紙様式第1号）を提出し、シミュレーター資格証（別紙様式第2号）により許可を受けた者が申請するか、又はインストラクター（既に「シミュレーター資格証」を有しており、使用方法等を熟知した者）がいる場合に許可することができることとする。

第5 センター長は、シミュレーションセンターの利用を許可するときは、申請者に利用許可証（別紙様式第4号）を交付するものとする。

(休館日)

第6 シミュレーションセンターの休館日は、次の各号のとおりとする。

- (1) 日曜日及び土曜日
- (2) 国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する日
- (3) 12月28日から翌年1月4日まで
- (4) その他センター長が定めた日

第7 前項の規定にかかわらず、センター長が事前に認めた場合には、使用を許可することができるも

のとする。

(開館時間)

第8 シミュレーションセンターの開館時間は、午前8時30分から午後9時までとする。ただし、実習等特別な事由により、学部学生が午後9時を超えて自習で利用するときは、実習指導教員が(別紙様式第1号)の申請書を事前にセンター長に提出することとする。

第9 前項の規定にかかわらず、学外者の利用時間は午後5時までとする。

(入館手続き)

第10 シミュレーションセンターの入館手続きは、次の各号のとおりとする。

(1) 午前8時30分から午後5時

本学職員及び学生は、身分証明書又は学生証を、学外者については、事前に交付された利用許可証(別紙様式第4号)を、それぞれ受付に提示し、入館する。

(2) 午後5時から午後9時

本学職員及び学生は、身分証又は学生証をカードリーダーに通すことにより、入館する。

(物品借用)

第11 第3項第1号、第2号及び第4号に掲げる者は、シミュレーター等の物品をセンター外(学外を含む)に持ち出すことができる。

(遵守事項)

第12 シミュレーションセンターを使用する者は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。

(1) 許可された目的以外の使用及び転貸をしないこと。

(2) 施設、設備、備品等を無断で改廃、新設、移動若しくは損傷、汚損しないこと。

(3) 施設、設備、備品等を損傷、滅失、又は著しく汚損した場合には、不具合・故障連絡用紙(別紙様式第5号)により速やかにシミュレーションセンターに報告し、その指示に従うこと。

(4) 開館時間を厳守すること。

(5) 火気の取扱い及び火災予防に注意すること。

(6) 使用後は、施設の整理整頓及び消灯を行うこと。

(7) 使用済みの注射器などの医療材料は所定の容器に廃棄すること。

(8) 館内での飲食は、一切行わないこと。

(9) その他、施設、設備等の適正な使用に努めること。

(使用の中止)

第13 使用者がこの内規に違反したときは、センター長は使用を中止させることができる。

(損害賠償の義務)

第14 施設の利用者は、その責に帰すべき事由によりシミュレーションセンターの施設、設備、備品等を損傷、滅失、又は汚損により本学に損害を与えたときは、不具合・故障連絡用紙(別紙様式第5号)により速やかにシミュレーションセンターに報告し、これを賠償するものとする。ただし、やむ

を得ない事情があると判断したときには、センター長はその責任を減免することができる。

(雑則)

第15 この申合せに定めるもののほか、シミュレーションセンターに関し必要な事項は、センター長が別に定める。

附 則

- 1 この申合せは、平成29年4月1日から施行する。
- 2 山梨大学医学部附属病院臨床教育部臨床教育センターシミュレーションセンター内規（平成23年11月30日制定）は、廃止する。

附 則

この申合せは、令和元年5月31日から施行し、令和元年5月1日から適用する。

附 則

この申合せは、令和2年4月1日から施行する。

申請日 年 月 日

山梨大学医学部附属病院
臨床教育部シミュレーションセンター長 殿

申請者 所属 _____
氏名 _____ (印)
連絡先 (PHS) _____

シミュレーター資格証 申請書

シミュレーターの操作・利用について、シミュレーター資格証の発行をお願いいたします。

	Aクラス		Bクラス		Cクラス	
	利用物品 該当する物品 に○を記入し てください	500 CVC 穿刺挿入II (番号:)		100 採血静注 (シンジョーA) (番号:)		200 耳の診察 (番号:)
1000 CVC 穿刺挿入 (番号:)			600 腰椎硬膜外穿刺ルンパールII (番号:)		300 前立腺診察 (番号:)	
1300 コトレス聴診教育システム (番号:)			1700 気道管理トレーナー (番号:)		700 殿筋注射2ウェイモデル (番号:)	
2000 ハートシム (番号:)			1800 ウロスコプトレーナー (番号:)		800 導尿・浣腸モデル (番号:)	
2300 汎用超音波画像診断装置Vscan (番号:)			1900 大腸内視鏡トレーニングモデル (番号:)		900 新型男性導尿モデル (番号:)	
3500 シムマン (番号:)			3001 イチローPLUS (番号:)		1100 吸引シミュレーター (番号:)	
3800 シムジュニア (番号:)			3100 イチロー (番号:)		1200 上腕筋肉内注射 (番号:)	
4100 VIST-Lab (番号:)			3200 さくら (番号:)		1400 縫合練習キット (番号:)	
4100 VIST-C (番号:)			3300 アクユタッチ (番号:)		1500 眼底診察シミュレーター (番号:)	
4200 トレーニング用関節鏡セット (番号:)			3400 ウルトラシムコンパクト (番号:)		2100 レサシアン (番号:)	
4300 膝関節鏡シミュレーター (番号:)			3700 アイシム (i-Sim) (番号:)		2100 レサシアン QCPR (番号:)	
5100 ダヴィンチ・トレーナー (番号:)			4000 フィジコ (Physiko) (番号:)		2200 レサシベビー (番号:)	
5200 ALSシミュレーター (番号:)			4700 上部消化管内視鏡トレーニングモデル (番号:)		2400 AEDリトルアントレーナー (番号:)	
5300 メガコードキッド (番号:)			5600 デラックス デファイカルト エアウェイトレーナー (番号:)		2500 耳鏡セット (番号:)	
5500 SimPad (番号:)			5700 点滴静注シミュレーター (Vライン) (番号:)		3600 ドクタートレーナー (番号:)	
			5800 呼吸音聴診 (ラングII) (番号:)		その他	
許 可	<input type="checkbox"/> 使用方法を習得している <input type="checkbox"/> その他 () インストラクター 所属: 氏名:					
備 考						

センター側 記入欄	発行する	資格証 No.	
	発行しない	理由	

※利用物品は、ホームページの「シミュレーションセンター」を参考にしてください。

シミュレーター資格証

殿

臨床教育部シミュレーションセンター長
(公印省略)

下記シミュレーターを操作・利用できるシミュレーター資格証を発行します。

あなたのシミュレーター資格 No. :

- ※) 上記資格 No.は利用する際に必要ですので、この紙面を大切に保存してください。
- ※) 上記資格 No.は個人の PHS 番号と同じ番号です。PHS 番号が変更になった場合には、すみやかにシミュレーションセンター (x x x) まで連絡してください。

山梨大学医学部附属病院
臨床教育部シミュレーションセンター長 殿

利用者（責任者） 所属 _____
氏名 _____ (印)
シミュレーター資格 No. (PHS) _____

シミュレーションセンター利用・物品借用 申請書

シミュレーションセンターの利用について、下記により申請します。
なお、利用にあたっては、山梨大学医学部附属病院臨床教育部シミュレーションセンターに関する申し合わせを遵守、利用物品等を故意又は過失により破損した場合は、弁償します。

(実際の) 利用日時/利用場所		物品借用の場合、記入してください				
年 月 日 () ~ 年 月 日 () (時 分 ~ 時 分)		貸出希望日時	年 月 日 曜日 時 分頃			
		返却予定日時	年 月 日 曜日 時 分頃			
<input type="checkbox"/> シミュレーションセンター <input type="checkbox"/> その他 ()		保管管理者	所属 医学部 (医学科・看護学科) 医学部附属病院 () その他 () 氏名 _____ 連絡先電話番号 _____			
利用目的・理由						
利用予定人員		●学部 (教員 名、学生 (医学科・看護学科) 年生 名) ●病院職員 (名) (職種) ●学外者 (名)				
利用物品 (利用する物品の台数を記入してください。)	Aクラス		Bクラス		Cクラス	
	台数		台数		台数	
		500 CVC 穿刺挿入II (番号:)		100 採血静注 (シンジョーA) (番号:)		200 耳の診察 (番号:)
		1000 CVC 穿刺挿入 (番号:)		600 腰椎硬膜外穿刺ルンバルくんII (番号:)		300 前立腺診察 (番号:)
		1300 コードレス聴診教育システム (番号:)		1700 気道管理トレーナー (番号:)		700 殿筋注射2ウェイモデル (番号:)
		2000 ハートシム (番号:)		1800 ウロスコープトレーナー (番号:)		800 導尿・浣腸モデル (番号:)
		2300 汎用超音波画像診断装置 Vscan (番号:)		1900 大腸内視鏡トレーニングモデル (番号:)		900 新型男性導尿モデル (番号:)
		3500 シムマン (番号:)		3001 イチローPLUS (番号:)		1100 吸引シミュレーター Qちゃん (番号:)
		3800 シムジュニア (番号:)		5400 イチローII (番号:)		1200 上腕筋肉内注射 リミット (番号:)
		4100 VIST-Lab (番号:)		3200 さくら (番号:)		1400 縫合練習キット (番号:)
		4100 VIST-C (番号:)		3300 アクユタッチ (番号:)		1500 眼底診察シミュレーター (番号:)
		4200 トレーニング用関節鏡セット (番号:)		3400 ウルトラシムコンパクト (番号:)		2100 レサシアン (番号:)
		4300 膝関節鏡シミュレーター (番号:)		3700 アイシム (i-Sim) (番号:)		2100 レサシアン QCPR (番号:)
		5100 ダヴィンチ・トレーナー (番号:)		4000 フィジコ (Physiko) (番号:)		2200 レサシベビー (番号:)
		5200 ALSシミュレーター (番号:)		4700 上部消化管内視鏡トレーニングモデル (番号:)		2400 AED リトルアントレーナー (番号:)
		5300 メガコードキッド (番号:)		5600 テラックス デイファルト エアウェイレーナ (番号:)		2500 耳鏡セット (番号:)
		5500 SimPad (番号:)		5700 点滴静注シミュレーター (Vライン) (番号:)		3600 ドクタートレーナー (番号:)
				5800 呼吸音聴診 (ラングII) (番号:)		その他
	※インストラクター名 (指定あれば記入)		所属:		氏名:	
	その他利用者 (氏名: 所属: 連絡先)				備考	
センター側 記入欄		許可 (利用許可 NO.)		使用不可		

※利用物品は、ホームページの「シミュレーションセンター」を参考にしてください。

利用許可証

殿

臨床教育部シミュレーションセンター長
(公印省略)

- 申請書のとおり利用を許可する。
- 以下の条件により利用を許可する。

あなたのシミュレーター資格 No. :

あなたの利用許可 No. :

※) 上記許可 No.は利用・修理する際に必要ですので、この紙面を大切に保存してください。

不具合・故障 連絡用紙

※赤枠内をご記入ください。

発生日	年 月 日 曜日 時 分頃
物品名	物品名と No.
利用許可 No.	
発生時の状況（修理時に必要な情報となるので詳細に記載してください。）	
①なにをしているときに	
②どのような症状が発生したか	
報告者（所属）	
名前： _____（ _____ ）	
連絡先： _____（携帯・内線・PHS）	

担当者チェック欄	
<input type="checkbox"/> 授業での利用	日付 ・ サイン
・臨床教育部シミュレーションセンターから教務担当への連絡	.
・業者への修理依頼（業者名： _____）	.
・修理の必要性（有 ・ 無）	.
<input type="checkbox"/> 授業以外での利用	
・臨床教育部シミュレーションセンターから物品利用申込者への連絡	.
・業者への修理依頼（業者名 _____）	.
・修理の必要性（有 ・ 無）	.