

2025年度

静岡県立静岡がんセンター 新規採用職員研修資料

日程

2025年4月1日(火)~3日(木)

会場

研究所棟1階

しおさいホール

管理棟4階

研修室 1

静岡県立静岡がんセンター 2025年度 新規採用職員研修

4月1日(火)

1	総長訓示	上坂総長	1
2	病院紹介・多職種チーム医療	小野病院長	7
3	研究所紹介	秋山研究所長	12
4	疾病管理センター紹介	高橋疾病管理センター長	16
5	事務局紹介	堀川事務局長	20
6	医学図書館紹介	医学図書館 山崎司書	366
7	マネジメントセンター紹介、 意思決定の仕組み等	鈴木マネジメントセンター長	22
8	患者家族支援センター紹介	中島患者家族支援センター長	25
9	臨床研究支援センター紹介	坂本臨床研究支援センター長	28
10	防災体制	渡邊管理課長	390
11	ドレスコード	遠藤看護部長	30
12	公務員の心構え	原田総務課長	318
13	情報システム・セキュリティ	情報システム課	33

4月2日(水)

14	医療安全・医療事故対応	坪佐 RMQC 室長	87
15	臨床倫理	臨床倫理検討委員会 村上委員長	100
16	院内教育研修	院内教育・研修委員会 村上委員長	102
17	感染管理(講義)	感染症内科 倉井部長	103
18	薬剤/抗がん剤/麻薬	薬剤部 佐藤薬剤部長	121
19	放射線安全管理	画像診断室 廣澤副技師長	129
20	輸血	血液管理室 阿部室長	135
21	医療機器の安全管理	医療機器管理室 窪室長	187
22	診療情報管理	寺島診療情報管理室長	190
23	個人情報保護	院内個人情報保護委員会 寺島委員長	288
24	患者さんに対する心のケア	よろず相談 御牧 MSW	292
25	職員のメンタルヘルス	緩和医療科 榎場心理士	297

4月3日(木)

26	感染管理(実技)	感染対策室 / ICT	110
27	医学図書館	医学図書館 山崎司書	366
付録	勤務の手引き 2025	総務班 / 施設管理班	305
付録	福利厚生		356

※ スケジュール詳細は、別紙「2025年度 新規採用職員オリエンテーションスケジュール表」を参照のこと。

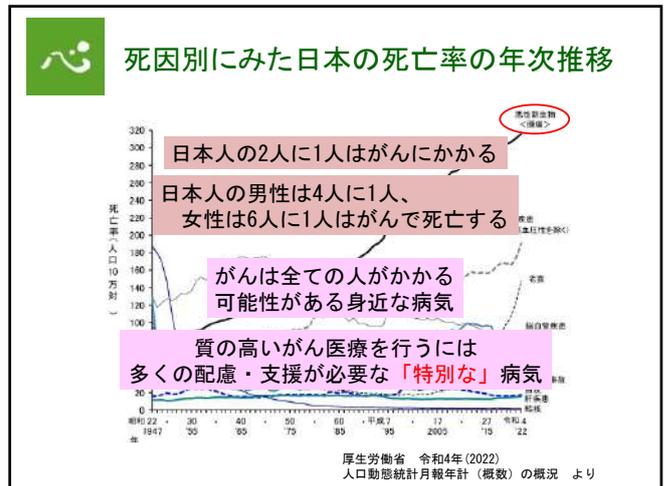
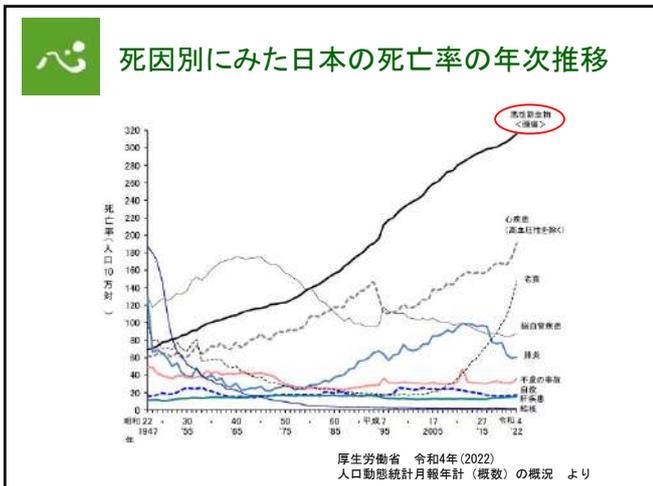
新規採用職員の皆さんへ

静岡がんセンター 総長 上坂克彦



2025年4月1日
新規採用職員オリエンテーション

理想のがん医療を目指す
静岡がんセンター



センターは、最先端のがん医療を医療城下町の中心に

静岡がんセンターを作ろう

医療城下町はどうか?

21世紀に大枚を払い立て建病棟を作るだけで良いの?

1994年ごろ・・・静岡がんセンター&医療城下町構想




2002年4月静岡がんセンター開院
2002年9月 開院



現在の静岡がんセンター

一基本理念一
患者さんの視点の重視

一理念(患者さんへの約束)一
がんを上手に治す
患者さんと家族を徹底支援する
成長と進化を継続する

基本理念 患者さんの視点の重視

患者さんの視点を十分理解した（理解しようとするマインドを持った）がん診療のプロ集団

2024年

院内職員研修 講演会
「患者さんの視点」を考える

日時 3月7日(木) 17:30-19:00
会場 しのさいホール（研修室1同時配信）

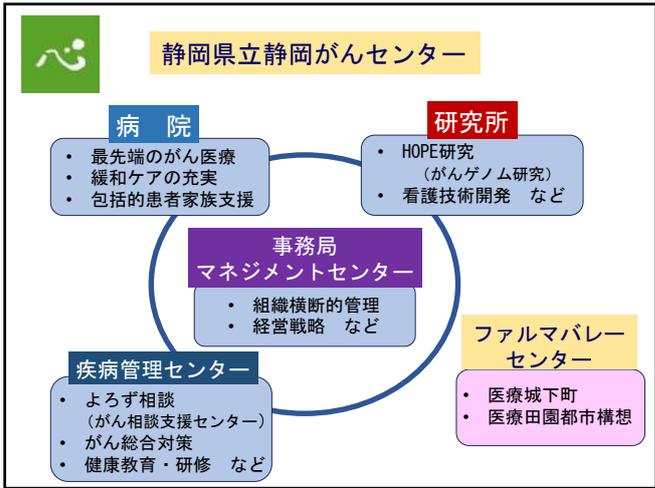
講演者
1. 「がん専門医ががんを体験した経験から」
院長 上坂 克彦
2. 「患者さんの相談を受ける立場から」
よろず相談 MSW 高田 由香
3. 「がん患者の立場から」
青島美和(ひさかず)

2025年

第2回「患者さんの視点」を考える
テーマ「バッドニュースを伝える、伝えられる」

日時 2025年2月9日(水) 17:30~19:00
会場 しのさいホール（研修室1同時配信）

プログラム
司会 臨床倫理検討委員会 村上 雅彦 講師 志志
1. 「風行病がんと分かったとき、私が医師として伝えること」
副院長 美濃 利明
2. 「バッドニュースを伝える患者・家族のこころ
—いかに患者を勇気づけるか—」
緩和医療科 心療士 佐藤 優輝
3. 「最悪の先にある希望、バッドニュースを共に語る場の重要性」
臨床 中平 亮



国指定の重要な機能

- ▶ 都道府県がん診療連携拠点病院（2006～） **全国51病院指定**
 - 地域がん診療連携拠点病院：浜松医大、県立総合病院、順天堂静岡病院等、県内11病院
- ▶ 特定機能病院（2013～） **全国88病院指定**（大学附属病院本院+9病院）
 高度医療の提供、技術開発、研修、高度な医療安全管理体制
- ▶ がんゲノム医療中核拠点病院（2020～） **全国13病院指定**
 がんゲノム情報に基づく診療、研究、新薬等の開発、人材育成
 - がんゲノム医療連携病院：浜松医大、県立総合病院等、県内9病院

がん医療のパラダイムシフト

- がんの診断・治療の変革
- 治す医療から、治し支える医療へ

がんを上手に治す

- ▶ 最先端のがん医療の提供と緩和ケアの充実

- 外科治療** 低侵襲性手術
ロボット支援下手術
体腔鏡下手術
- 薬物療法** 遺伝子の変異に基づく診断と治療
分子標的薬
免疫チェックポイント阻害薬
がんゲノム医療
- 放射線治療** 陽子線治療、高精度リニアック、など

ダウインチ

化学療法センター

陽子線照射室

陽子線治療装置
シンクロトロン・加速器

がんを上手に治す

- ▶ 最先端のがん医療の提供と緩和ケアの充実

外科治療

開腹・開胸手術等

体腔鏡（腹腔鏡・胸腔鏡）手術

ロボット支援下手術

DV: ダウインチ
HT: hinotori

ロボット手術件数の推移

年度	件数
11	34
12	136
13	266
14	258
15	239
16	257
17	175
18	364
19	446
20	485
21	539
22	645
23	878
24	878

年度

大腸 泌尿器 呼吸器 婦人 食道 肝臓 頭頸部



がんを上手に治す

▶ 最先端のがん医療の提供と緩和ケアの充実

- ・ 緩和ケア病床 50床
(緩和ケア別棟25、本棟内25)
- ・ 約1200人/年の看取り
- ・ 緩和ケアセンター、緩和ケアチーム



患者さんと家族を徹底支援する

▶ 患者さん・家族の悩み・苦痛・負担



患者さんと家族を徹底支援する

▶ 患者さん・家族の悩み・苦痛・負担：静岡分類

診療上の悩み

病院選択 信頼関係
告知 コミュニケーション
理解不足 など

身体の苦痛

痛みなどの苦痛症状
合併症 副作用
後遺症 など

心の苦悩

不安 恐怖
うつ 孤独感
生き方・人生の意味 など

暮らしの負担

家計 仕事
家族 人間関係
社会復帰 など



患者さんと家族を徹底支援する

▶ 包括的患者家族支援体制

患者家族支援センター

よろず相談（がん相談支援センター）



化学療法センター
支持療法センター

患者家族支援研究部
看護技術研究部

患者図書館・患者サロン



患者さんと家族を徹底支援する

▶ 包括的患者家族支援体制

患者家族支援センター

よろず相談（がん相談支援センター）



- ・ センターの患者・家族が対象
- ・ 初診/入院支援、外来の意思決定、緩和ケア、在宅・転院支援
- ・ アピアランスケア、など
- ・ 30,000件/年以上の相談・支援

- ・ センター内外の患者・家族が対象
- ・ がん診療に伴う悩みの相談の他
- ・ 希少がん、妊孕性温存、就労支援/両立支援などの相談
- ・ 12,000~14,000件/年の相談



患者さんと家族を徹底支援する

▶ 包括的患者家族支援体制

地域医療連携室

外来患者支援室

在宅転院支援室

緩和ケアセンター

初診・入院支援室

初診・入院支援室



悩み・負担・苦痛の
screening
情報提供
高齢者機能評価 (G8)

悩み・負担・苦痛
のscreening
情報提供

成長と進化を継続する

➤ 人材育成

- 医師・歯科医師レジデント（全15コース） 528名終了
- 多職種レジデント 79名終了
- 認定看護師教育課程（がん関連5分野） 738名終了
- がん関連連携大学院 27名終了



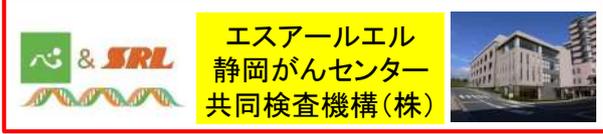
認定看護師教育課程開講式

成長と進化を継続する

➤ プロジェクトHOPE 研究所・病院



全ゲノム、エクソーム、パネル、融合遺伝子、全遺伝子発現



エスアールエル
静岡がんセンター
共同検査機構(株)

ファルマバレープロジェクト

ふじのくに医療城下町
医療田園都市構想へ

2002年4月 開設
静岡がんセンター
雇用 約2200名
予算 約400億円規模



2016年9月 開設
ファルマバレーセンター
雇用 約340名
生産額 約300億円規模

静岡がんセンターの診療実績

院内がん登録全国集計(2022) 第4位

5000件/年以上の病院

1. がん研有明病院	8,594
2. 国がん 中央病院	7,953
3. 国がん 東病院	7,066
4. 静岡がんセンター	6,227
5. 大阪国際がんセンター	5,533
6. 神奈川県立がんセンター	5,137
7. 埼玉医大国際医療センター	5,089

静岡がんセンターの診療実績

院内がん登録データに基づく

- 静岡県のがん患者の5人に1人を診療
2020年の静岡県全県のがん罹患数 26,777件
うち、5,246件 (19.6%) を静岡がんセンターが診療
- 静岡県東部のがん患者の2人に1人を診療
2020年の静岡県東部のがん罹患数 9,124件
うち、4,648件 (50.9%) を静岡がんセンターが診療

静岡がんセンターの診療実績

静岡県人口動態統計に基づく

- 静岡がんセンターは静岡県のがん死亡者の10人に1人を看取っている
2022年の静岡県全県のがんによる死亡者数 1,1420人
うち、1,171人 (10.3%) を静岡がんセンターが看取った

DPCデータから入手可能ながんセンターの死亡退院数
(2023年、緩和病棟での死亡数を除く)

静岡がんセンター（緩和50床）	1,031人	国がん中央（緩和0床）	278人
国がん東（緩和25床）	465人	大阪国際がん（緩和0床）	96人
神奈川がん（緩和20床）	312人		

静岡がんセンターの診療実績

2024年度 患者満足度調査結果

日本医療機能評価機構 「患者満足度・職員やりがい度支援」プログラム

- 総合評価 「親しい方にも静岡がんセンターを勧めたいと思いますか」

	満足度	順位
外来	93.8%	1位/82*
入院	95.9%	2位/80*

*500床以上の登録病院

職員の姿勢

- 1 患者さんの視点の重視：患者さんに学ぶ
- 2 多職種チーム医療
- 3 科学的思考と寄り添う心
- 4 医療安全は全ての診療行為に優先する

職員の姿勢

- 1 患者さんの視点の重視：患者さんに学ぶ

今、この患者さんに何が最善か？
患者さんに寄り添うにはどうしたらよいか？

職員の姿勢

- 2 多職種チーム医療

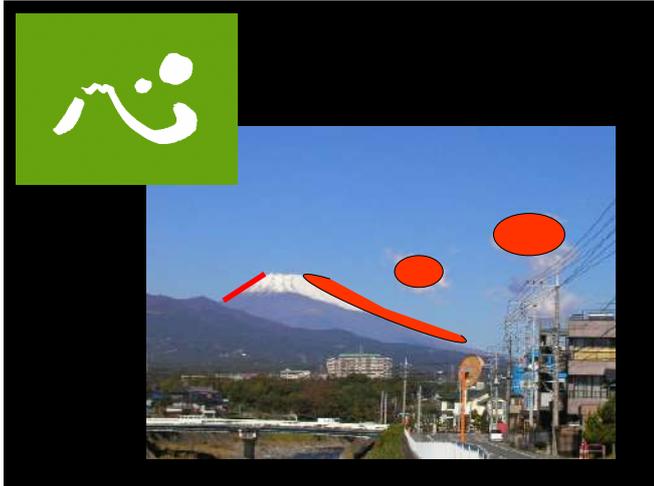
- Professionalの集団
医療の責任は医師
ケアの責任は
看護師 など
- 患者さん、家族も
チームの一員
- 全ての職種対等

職員の姿勢

- 3 科学的思考と寄り添う心

職員の姿勢

- 4 医療安全は全ての診療行為に優先する



静岡がんセンター 病院紹介



令和7年4月1日
病院長 小野裕之



静岡がんセンターの歩み

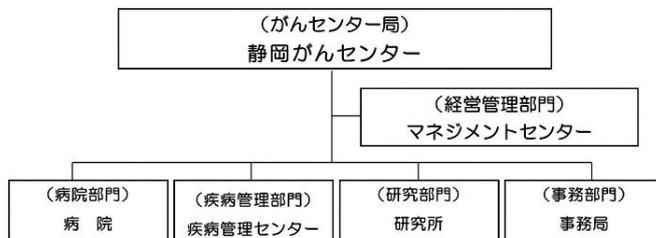
- ・2002年4月1日 静岡がんセンター開設
- ・2002年9月6日 病院開院
- ・2006年 8月 都道府県がん診療連携拠点病院に指定
- ・2008年11月 全国初の病院立認定看護師教育課程開講
- ・2012年 9月 「よろず相談」朝日がん大賞受賞
- ・2013年 4月 特定機能病院に指定
- ・2019年 9月 がんゲノム医療拠点病院に指定
- ・2020年 4月 がんゲノム医療中核拠点病院に指定



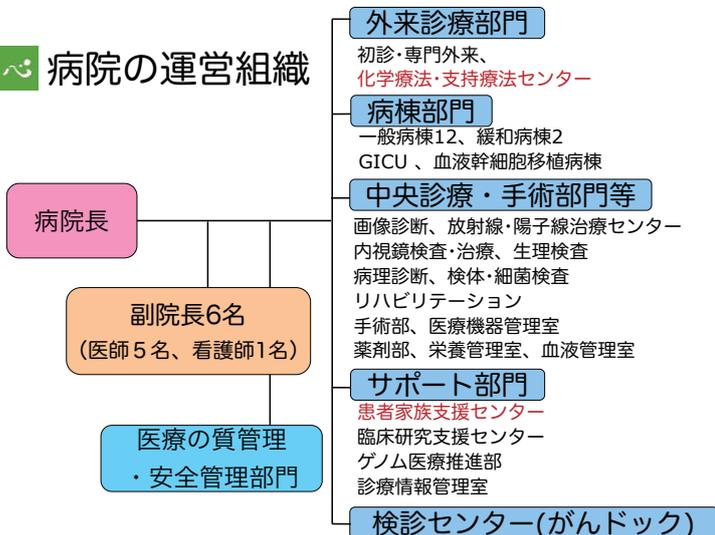
外来 患者数 1,366人/日 (R5年4月～R6年3月)
入院 病床数 615床 7:1看護体制、二交代
 病床利用率 88.2%, 平均在院日数 11.9日
手術件数 R5年間総数4,492件(うち全身麻酔手術3,595件)
職員数
 常勤 1,141人 (医師・歯科医師181, 看護師670,
 医療技術職・事務系290)
 非常勤 481人 (医師・歯科医師70, 看護師・看護助手132,
 医療技術職・事務系279)
 委託職員 約620人



静岡がんセンター 組織図



病院の運営組織



42診療科による診療体制

- がん専門診療科** 臓器別診療科20科
 緩和医療科、腫瘍精神科
- 診断(治療)部門** 画像診断科、IVR科、内視鏡科
 生理検査科、病理診断科
 放射線・陽子線治療センター
- がん医療を支える
専門診療科** 再建・形成外科、腫瘍循環器科
 感染症内科、リハビリテーション科
 内分泌・代謝内科、歯科口腔外科
 麻酔・集中治療科



基本理念・理念

患者さんの視点の重視

理念（患者さんへの約束）

がんを上手に治す
患者さんと家族を徹底支援する
成長と進化を継続する



がんを上手に治す ～外科治療～

低侵襲性手術

（体腔鏡手術、ロボット手術）

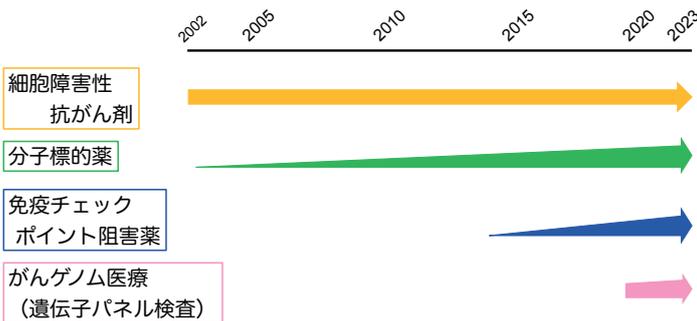
ロボット（ダヴィンチ）支援下手術

腹腔鏡下手術



がんを上手に治す ～薬物療法～

薬物療法の進歩



がんを上手に治す ～薬物療法～

がんゲノム医療中核拠点病院

ゲノム医療推進部

ゲノム支援室

- パネル検査の実施、エキスパートパネル、臨床試験・治験の実施、等
- 腫瘍内科系医師、遺伝専門医、病理医、遺伝カウンセラー
がんゲノム医療コーディネーター、研究所所属研究員
- 連携病院：浜松医科大学、県立総合病院等 7病院

遺伝カウンセリング室

- 臨床遺伝専門医3名 認定遺伝カウンセラー5名(うち常勤2名)



がんを上手に治す ～放射線治療～

放射線治療・陽子線治療センター

- リニアック4台による外部照射
- 陽子線治療
- 密封小線源治療
- アイソトープ内用療法



TrueBeam STx
強度変調放射線治療(IMRT)
画像誘導放射線治療(IGRT)
全身照射、定位照射



Radixact
IMRT, IGRT, 腫瘍追尾照射



がんを上手に治す いい病院2024より

	年間手術件数	全国順位
大腸がん手術	515	2
胃がん内視鏡治療	379	2
膵がん手術	128	3
胃がん手術	241	3
がん放射線・陽子線治療	実患者数1943	4
膀胱がん手術	292	4
肝がん手術	144	6
食道がん内視鏡治療	145	7
肺がん手術	282	7
腎がん手術	96	7
頭頸部がん手術	317	8
子宮・卵巣がん手術	243	8

がんを上手に治す

～支持療法と総合診療内科機能～

- がん治療に伴う合併症への対応
支持療法センター、眼科、皮膚科、歯科口腔外科、等
支持療法センター利用患者数 76人/日 (2023年4月～2024年1月)
- 社会復帰を目指すリハビリテーションと
治療前後の口腔ケアの充実/医科歯科連携
- 感染症内科とICT、AST
院内感染対策、新型コロナ対策、抗生剤適正使用、など
- 総合診療内科機能
腫瘍循環器科、内分泌・代謝内科
- 当院受診中のがん患者さんと
他院のoncological emergencyへの24時間救急対応

がんを上手に治す

AYA世代の診療

- わが国初のAYA世代病棟 (6東病棟) を2015年6月から運用
- 小児科、整形外科、血液・幹細胞移植科、脳神経外科、等が協力して治療
- AYA世代病棟以外の入院患者には、AYA・こどもサポートチームが支援

緩和医療

- 本棟内25床 (4西病棟)、緩和別棟25床、計50床の国内がんセンター最多の緩和病床を運用
- Quality of deathの重視
- 緩和病棟以外の入院患者には緩和サポートチームが支援

患者さんと家族を徹底支援する

患者家族支援センター



- 通院中の患者さん中心
- 地域医療連携室
初診・入院支援室
外来患者支援室
在宅転院支援室
緩和ケアセンター

よろず相談 (がん相談支援センター)



- 患者さん・家族、一般の方
- がんに関する悩み、身体の苦痛、心の苦悩、暮らしの負担、等について支援
- 2022年度 14,263件の相談
- 出張がんよろず相談
- 2012年9月 朝日がん大賞受賞

患者さんと家族を徹底支援する

あすなる図書館 (患者図書館)



- がんに関する書籍、冊子
当院職員の講演会ビデオ、の閲覧、貸し出し
- インターネット視聴

患者サロン



- 患者さん同士、あるいは医療者も含めた交流の場
- 学習会の開催

成長と進化を継続する

- 臨床研究の推進 臨床研究支援センター
- 医師レジデント (2022年度までに586名)
多職種レジデント (2022年度までに129名)
- 特定行為研修を組み込んだ認定看護師教育課程
皮膚排泄ケア分野、緩和ケア分野、
がん薬物療法看護分野、がん放射線療法看護分野
乳がん看護分野
- 連携大学院制度
慶応大学、日本大学、東京慈恵会医科大学
大阪大学看護学専攻、慶応大学健康マネジメント研究科
- 短期留学制度

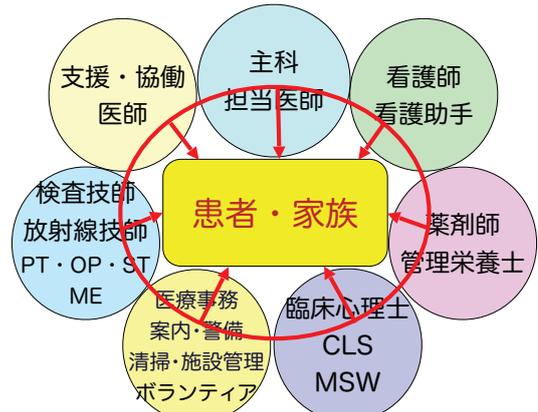
新10カ年計画 (2015～2024年度)

- 低侵襲手術(内視鏡手術、ダヴィンチ手術)
- 放射線・陽子線治療一体化
- がん薬物療法・情報処方
- 再発転移・原発不明病変治療
- がん診断標準化・高精度化
- 支持療法・緩和ケア (支持療法センター、緩和ケアセンター)
- AYA世代の診療・ケア
- 高齢者がん治療・ケア
- 発症前診断・予防外科手術
- よろず相談・患者家族支援センター・患者図書館・患者サロン
- リンクナース制度
- プロジェクトHOPE (網羅的遺伝子研究)

新たな10か年計画 (2025~2034年度)

近日、お披露目！

多職種チーム医療



多職種チーム医療



毎朝の病棟ミーティング
入院目的・治療方針の確認
指示・実施内容の確認
退院確認

多職種によるカンサーボード
治療方針に関する討論
治療上の問題点の把握
倫理的課題の解決



医療DX

ゲノム医療と医療DXは今後のキーワード

デジタルライゼーション

デジタル化は、アナログや非デジタルなプロセスや情報をデジタル形式に変換するプロセス。
・紙の書類をスキャンして電子ファイルとして保存する
・手書きのレポートをデジタルワードプロセッサで作成する
・従来の手紙を電子メールに切り替える
基本的には、デジタル技術を使って従来のプロセスや情報を効率化し、アクセスや管理を容易にすることを指す。

デジタルトランスフォーメーション

デジタルトランスフォーメーションは、組織全体のビジネスモデル、プロセス、文化を根本的に変革すること。これは単なるデジタル化以上のものであり、デジタル技術を組織のあらゆる側面に統合し、新しい価値を生み出すことを目指す。デジタルトランスフォーメーションは、技術のみならず、人材、プロセス、組織文化の変革も含む。

世界デジタル競争力ランキング

2024年

国	順位
シンガポール	1位
スイス	2位
デンマーク	3位
アメリカ	4位
スウェーデン	5位
韓国	6位
香港	7位
台湾	9位
中国	14位
ドイツ	23位
バーレーン	30位
日本	31位

ちなみに2023年は32位

近い将来、生成AIは医療へ大きく関わります

例えば・・・生成AIが看護業務の効率化に貢献できることとして

- 記録業務の自動化・簡略化
 - AIが電子カルテを自動で要約・入力し、看護記録の作成時間を大幅に短縮
 - 音声入力や自動転記により、手作業の負担を軽減
- ナースコール対応の優先度判断
 - AIが患者の症状やバイタルデータを分析し、ナースコールの優先順位を決定
 - 緊急性の高い患者を即時通知し、迅速な対応をサポート
- 転倒・誤嚥リスクの予測と防止
 - AIが患者のバイタルデータや行動履歴を分析し、転倒や誤嚥のリスクを事前に予測
 - ハイリスク患者にはアラートを発し、早期対応を促すことで事故を防止

→ これにより、看護師の業務負担を軽減し、より安全で質の高いケアを提供できる環境が整います。

医療DXを視野に入れて未来へ



病院長からのお願い

- ・ 医療安全は全ての医療行為に優先します
- ・ 患者さんの視点に立った丁寧な説明と同意

26

日本人の死因

- ・ 1位：悪性新生物 382504
- ・ 2位：心疾患 231148
- ・ 3位：老衰 189919
- ・ 4位：脳血管疾患 104533
- ・ 5位：肺炎 75753
- ・ 6位：誤嚥性肺炎 60190
- ・ 7位：不慮の事故 44440 2023年厚労省
- ・ X位：医療事故 約40000



病院長からのお願い

- ・ 医療安全は全ての医療行為に優先します
- ・ 患者さんの視点に立った丁寧な説明と同意
- ・ 楽しく、やりがいのある職場にしましょう

28



静岡がんセンター

- 研究所概要 -

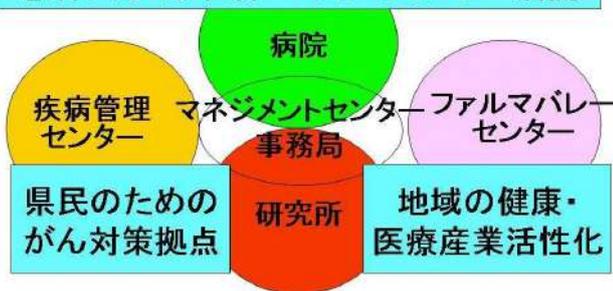
2025年4月1日(火)
新規採用職員研修

静岡がんセンター研究所 秋山靖人

組織

医療・保健行政・産業活性化機構複合体

患者に尽くす世界一のがんセンター病院



使命

診療支援

遺伝子診療研究部
免疫治療研究部
陽子線治療研究部
診断技術開発研究部
新規薬剤評価研究部
ゲノム解析研究部
実験動物管理室

患者家族支援

患者家族支援研究部
看護技術開発研究部

医学図書館

ファルマバレー
プロジェクト推進

ファルマバレーセンター

診療支援

プロジェクトHOPE

- 近未来ゲノム医療の
シミュレーション -

遺伝子変異を同定

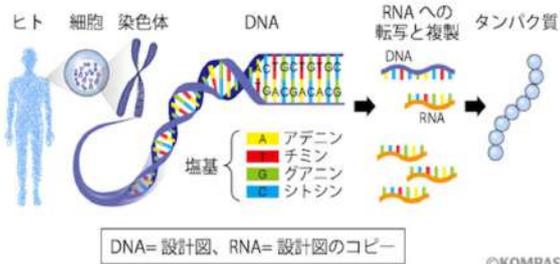
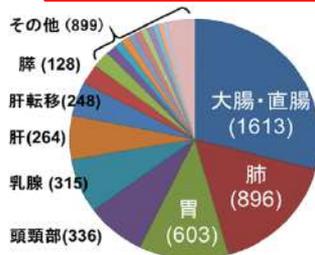


図1. 遺伝子の構造と働き

http://kompas.hosp.keio.ac.jp/sp/contents/medical_info/presentation/201909.html

プロジェクトHOPEの取り組み

- 日本人のがんゲノムデータベース構築
- 手術組織、単一施設、臨床データとの突合
- 12,000症例(2014.01~2024.1)
- がんゲノム医療中核拠点病院に指定



- 解析手法
 - 全エクソン+パネル
 - 融合遺伝子(パネル)
 - 全遺伝子発現
 - 全ゲノム(少数例)
- 目的
 - がんの遺伝子変化
 - 遺伝性がん
 - 遺伝病(がん以外)
 - 薬物代謝

がんゲノム医療の現場



エスアールエル 静岡がんセンター 共同検査機構(株)

患者・家族支援

がん患者の悩みと負担

【10年後の再調査】



患者・家族の悩みや負担(分類)

【診療上の悩み】

病院選択・信頼関係
告知・コミュニケーション
理解不足

【身体の苦痛】

痛み・症状
合併症・副作用
後遺症

【心の苦悩】

不安・恐怖
うつ・孤独感
生き方・人生の意味

【暮らしの負担】

家計・仕事
家庭・人間関係
社会復帰

抗がん剤副作用対策(小冊子)



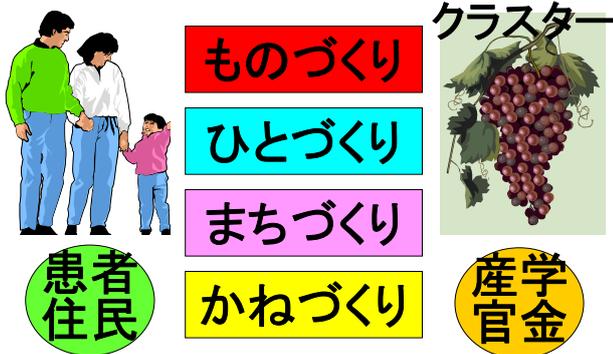
処方別がん薬物療法説明書



ファルマバレー プロジェクト



ファルマバレープロジェクトの目標



ファルマバレープロジェクトのものづくり

医療用機器関連分野

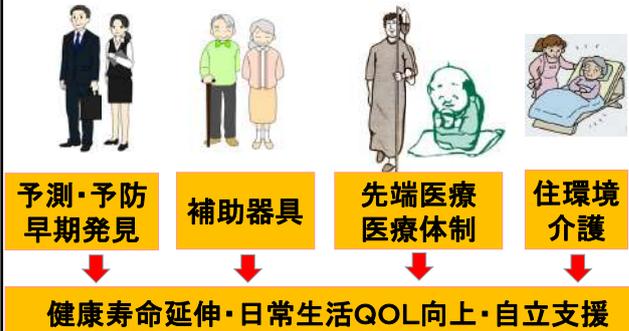


ファルマバレー

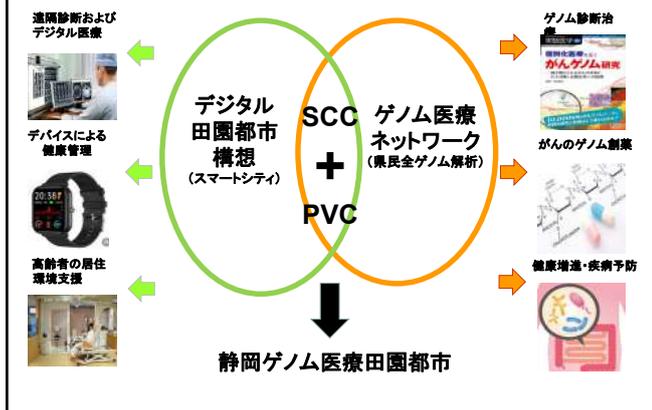
- 新たな挑戦 -

超高齢社会に向けての
健康寿命延伸・自立支援プロジェクト

超高齢社会に向けての 健康寿命延伸・自立支援プロジェクト



静岡医療田園都市構想



トヨタが裾野市で展開する「WOVEN CITY」



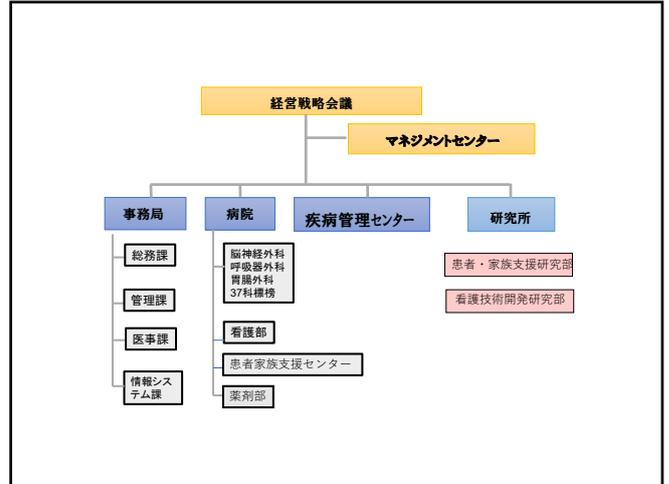
トヨタ自動車㈱の東証新市「Woven City」の完成予想図 (関係提供)

朝日新聞GLOBE+より引用 (<https://globe.asahi.com/article/13522971>)

疾病管理センターの業務について



疾病管理センター
センター長 高橋 満



疾病管理センターの業務

がんに関する総合的な支援

- よろず相談**
 - ◎相談支援センターの機能（開かれた相談窓口）
 - ◎情報提供、療養上の相談、医療者との関係など
 - ◎暮らしの支援、就労支援など
 - ◎多問題を抱えている本人・家族への支援など
- 健康教育・研修**
 - ◎患者図書館・患者サロンの運営
 - ◎学習会、講演会の企画・運営及び小冊子作成など
- がん総合対策**
 - ◎がん予防普及・広報事業等の実施（静岡がん会議、研修会、先進がん対策等）
- がん診療連携拠点病院**
 - ◎指定・更新手続き
 - ◎がん診療連携協議会の運営
 - ◎各部会、研修会の調整・運営支援など

朝日がん大賞

配置人員

担当	人数	構成
センター長	1	
がん総合対策/ 健康教育・研修	8	保健師1、看護師1、 事務4（非常勤）、 図書館司書2（非常勤）
よろず相談 （相談支援センター）	10	医療ソーシャルワーカー7 （内訳：常勤6、非常勤1） 看護師1（常勤：兼務） 事務2（非常勤）
計	19	

1. よろず相談

よろず相談（相談支援センター）

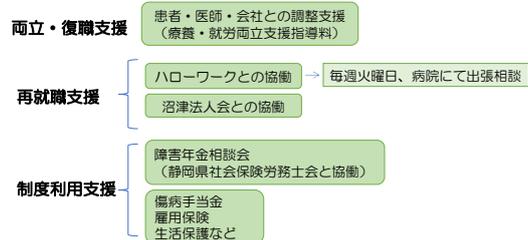


開かれた相談窓口として、誰でも利用できる相談窓口。
あらゆる相談に対応しているが、SCCの多職種のバックアップをう
け、必要な情報・部署・問題解決に「つなぐ」役割。
MSWとして、社会福祉の立場から患者の抱える経済的・心理的・
社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る

分野別事業・相談支援の取組み

- 就労支援
- がんゲノム医療
- AYA世代
- 妊孕性・生殖医療
- 希少がん
- 患者申出療養制度 など

就労支援事業



2. 健康教育・研修事業

患者・家族向けの学習会

患者・家族集中勉強会

臓器別・治療法別の勉強会



患者サロンでの学習会

口腔ケア/栄養/がん遺伝子
漢方/乳腺下垂・乳房再建/手指衛生



病気や療養生活に関することをテーマにしています

情報の収集・整備・作成



あすなろ図書館（患者図書館）



患者サロンやまなみ

患者さん同士あるいは医療者を含めた交流の場



開館時間：平日の9：00～17：00
サロンスペースと会議スペース
予約して使用することも可能

3. がん総合対策事業

がん総合対策推進事業

1 がん予防普及・広報事業

- ・喫煙防止下敷きの作成・配付
- ・乳がん視触診モデルの貸出 等

2 がん患者・家族支援事業

- ・出張がんよろず相談
- ・陽子線治療に係る民間ローン利子補給 等

3 医療従事者のがん研修事業

- ・がん患者リハビリテーション研修会
- ・看護師を対象とした緩和ケア研修会 等

4 先進がん対策推進事業

- ・がんの医科歯科連携講習会
- ・がん患者を支える歯科衛生士のための講習会

専門職向け研修会の開催



●がん患者リハビリテーション研修会

2023.10.21 (土) 参加者：268名

●相談員を対象とした研修会

2023.9.23 (土) 参加者：31名

●看護師を対象とした緩和ケア研修会

2023.11.11 (土) 参加者：105名

●がんの医科歯科連携講習会

2023.11.5 (日) 参加者：60名

静岡がん会議の開催

静岡がん会議2023

超高齢社会に備えて
～高齢者がん医療とケア・地域のあり方～
日時：2024年3月2日(土)
午後1時～午後4時25分

静岡がん会議2022

静岡がんセンター・
ファルマバレープロジェクト20周年
日時：2023年3月3日(金)
午後1時～午後4時45分
(WEB会議)

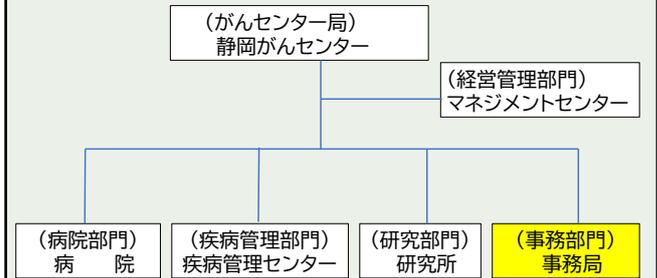


4. がん診療連携拠点病院事業

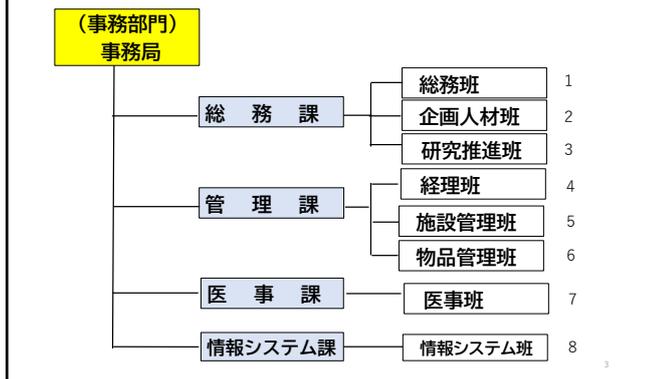
事務局の紹介



静岡がんセンター組織図



事務局組織図



各課の業務①

総務課

- 主な業務 勤務状況管理、給与支給事務、職員採用及び臨床研究・企業治験等に係る業務

総務班 (内:4332)	勤務状況管理、給与・諸手当等 職員の福利厚生、院内保育所の運営
企画人材班 (内:4330)	医師、看護師等職員採用/退職等 院内教育、研修 ボランティア活動支援
研究推進班 (内:4331)	臨床研究、企業治験業務 研究所運営における院内各部署との調整

各課の業務②

管理課

- 主な業務 経理事務、施設の維持管理、物品等の購入、業務委託に係る業務

経理班 (内:4338)	収入、支出及び予算、決算に関する業務、寄付の受納業務
施設管理班 (内:4337)	施設・設備の維持管理、施設・設備の改修・修繕工事、施設の防犯、清掃等環境維持、防災対策、職員用住宅の維持管理
物品管理班 (内:4327)	薬品、診療材料、医療機器購入、医療機器の修理・保守管理、消耗品、備品等の購入、印刷物の発注院内物流、患者サービス業務維持

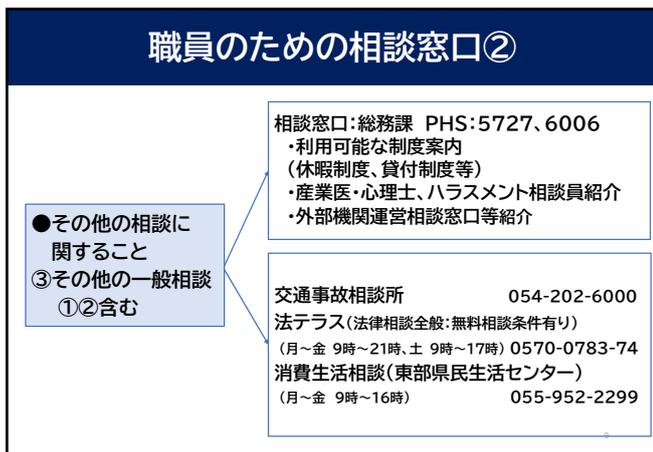
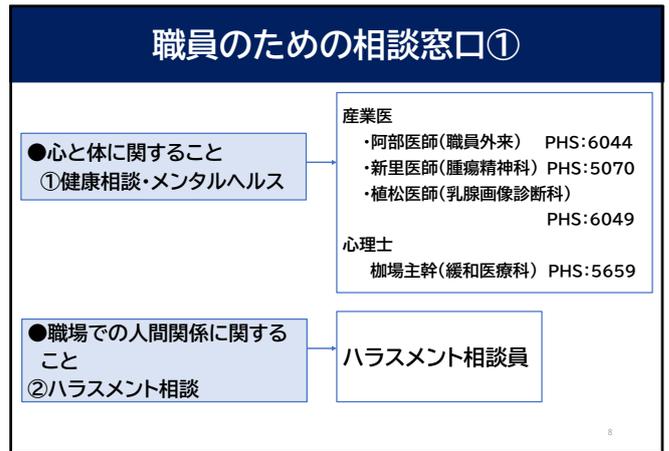
各課の業務③

医事課

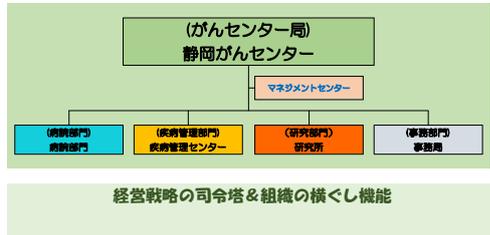
- 主な業務 診療の受付窓口、診療報酬の請求等業務

医事班 (内:3211)	診療や検査等の受付窓口 診療費の計算 診療報酬等の請求 患者一部負担金の未収金管理
-----------------	--

各課の業務④	
情報システム課	
●主な業務 病院情報システムの運営、維持管理業務	
情報システム班 (内:2290)	電子カルテシステムの維持管理 医事会計システム等の部門システムの維持管理 院内ネットワークの維持管理 患者用インターネット環境の維持管理



マネジメントセンターの紹介



がんセンターの意思決定について 1

静岡がんセンター局組織規程 第4章職及び職務から抜粋

- 第10条 静岡がんセンターに総長を置く。
 2 総長は、がんセンター事業を統括し、所属職員を指揮監督する。
 3 総長は、各機関の所掌事務を定める。
- 第11条 マネジメントセンターにマネジメントセンター長を、病院に病院長を、疾病管理センターに疾病管理センター長を、研究所に研究所長を、事務局に事務局長を置く。
 2 マネジメントセンター長、病院長、疾病管理センター長、研究所長及び事務局長は、上司の命を受けて所掌事務を整理し、所属職員を指揮監督する。

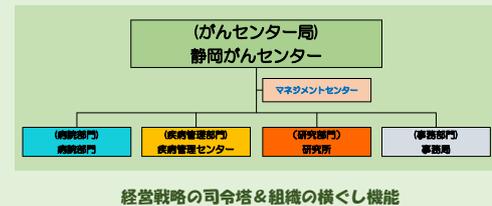
がんセンターの意思決定について 2

意思決定については、文書行為として決裁があります。 が！がんセンターでの文書決裁は、既にごんセンターとして意思決定しルール化したもので、その執行の承認として行うものでしかなく、新規事項、重要事項のがんセンターの意思決定は、各部門の意思決定会議等で検討した最終案を

最高決定機関 経営戦略会議 毎週月曜日10時～
緊急時 総長(総長が委任した場合にはその委任者)

で検討し決定することとしています。各部門や部署の専属案件であっても、重要事項は原則として経営戦略会議の承認を必要とします。

マネジメントセンターの紹介



一般向けのご紹介 (ホームページより)

- ・マネジメントセンターでは、病院、疾病管理センター、研究所、事務局の各部門間や外部との調整を行い、県民への医療の提供とがん対策の推進を図る静岡がんセンターの業務活動が円滑に行われるよう、次のような業務を行っています。
- ・ 県議会に関すること。
- ・ 経営戦略会議の運営に関すること。
- ・ 経営分析、経営改善、経営計画及び予算の調整に関すること。
- ・ 企画立案、広報の調整に関すること。
- ・ 災害対策等危機管理の総括に関すること。
- ・ 各部門における業務活動の調整に関すること。

職員向けのご紹介 (私見込み)

- ・ 通常マネセンと呼ばれている
- ・ 総長直轄部隊である
- ・ がんセンター内の出来事に、すぐ首を突っ込む
- ・ 幹部以外には何をやっている部署がよく知られていない
- ・ 総長、局長、院長、副院長の秘書がいる(よって秘書課はない)
- ・ 最強の横ぐしを目指している
- ・ 危機管理に関しては中心的役割を担う
- ・ 経営安定化のための情報分析、対策立案等を担う

通常マネセンと呼ばれている

場所：管理棟3階 北側 一番奥 幹部個室に囲まれた一画
 職員：マネージメントセンター長(通称マネセン長)
 行政職員4名(院内2名、県庁駐在3名)
 広報担当補佐官1名、経営担当補佐官1名
 幹部秘書4名、参与3名(特定業務)
 会計年度任用職員1名

2つの名称：マネージメントセンター
 経営努力室



総長直轄部隊である がんセンター内の出来事に、すぐ首を突っ込む

- ・がんセンターの重要事項の最終決定者は総長(経営戦略会議)
- ・マネージメントセンターは総長直轄
- ・報連相が最優先
- ・事が起こったら、先ずは確認、速報報告、指示を受けてから対応や更なる情報収集にかかる
- ・よって、報告すべき情報をキャッチするため、アンテナを張り巡らし、キャッチしたら即介入
- ・お役目なので許してください



広報も原則マネセンから

マネセンに広報担当補佐官がいます
 原則、がんセンターの広報は、広報担当補佐官経由で行います
 各部署から行う場合であっても、広報担当に**事前**連絡し、助言を受けてください。(個人への取材申し込みも、連絡お願いします)
 広報の主なツールは、記者への情報提供、がんセンターホームページへの掲載です。なお、各部署作成のチラシやパンフレット等についても患者さん、ご家族さんに配布するものは、病院幹部会議又は経営戦略会議で承認を得てください。(会議に広報担当も参加しています)



内部通報(医療安全情報提供)

院内の医療安全の観点から疑義が生じる状況等を発見された場合には、このツールでお知らせください。
 匿名の場合は、個人の特定ができない仕組みになっています。
 確認はマネセンの一部の者しか行いません。(マネセン長→幹部)
 手書き用ポストもあります。管理棟地下の職員更衣室前廊下、管理棟2階医局ラウンジ



幹部以外には何をやっている部署がよく知られていない

マネージメントセンターの重要な役割
 経営戦略会議の運営
 病院幹部会議の支援(席務は企画人材)
 病院管理会議の支援(席務は総務課)
 事務局管理会議、疾病管理センター管理会議参加



→ 幹部参加会議への参加が多く、各部署の幹部とはよく絡みます
 病院実務で直接の絡みは少なく、幹部職員以外との接点は少ない

総長、局長、院長、副院長の秘書がいる

秘書がいる幹部
 総長、局長、院長、事務局長、副院長、名誉総長、名誉院長



スケジュール管理は秘書業務
 アポも基本は秘書経由
 幹部メール、高度な秘密事項で無ければ、秘書にCC(一部幹部には、秘書に確認依頼がペター)伝言や、居場所探しもお願いできます。



最強の横ぐしを目指す 1

各部署が、特徴を生かして突き進むことは重要ですが、各部署の目指す方向が各々勝手な方向だと、全体最適が見失われ、できるはずの協力ができず、組織が総力を発揮できないこともあります。そこで、「縦割りの組織に横串を通す」が必要になります

Q 横串を通すとはどういうことでしょうか？

A それは、お互いに

いつでも訊きたいことを訊ける

いつでも言いたいことを言える

いつでも頼みたいことを頼める



そんな関係をつくるということ

最強の横ぐしを目指す 2

そんな関係は、もちろん、

訊きたいときに訊く 言いたいときに言う 頼みたいときに頼む
・・・と一方的なことをしては樂けません。

ではどうするか？

いつ訊かれても答える いつ言われても受けとめる

いつ頼まれてもできる限り応じる

・・・といった「承襲的対応」行える誰かが、各部署を繋ぐこと

全職員がいっせいにそうなることは難しいので、マネセン職員が、先ずその役割を努めるための努力をします
いずれは **最強の横ぐし** になり → 皆に広げていきたい です



危機管理に関しては中心的な役割を担う



事故対応等ではできる限りマニュアル化(ポケットマニュアルなど)

→ 危機管理はマニュアル通りにいかないことが多い

→ がんセンターにとって重大な危機管理は総長指揮

→ 重要度、重大度を早期に把握 → マネセン

マネセンでは、危機管理案件発生時の初期対応や、がんセンター幹部(総長、局長、院長等)の判断のための情報収集、幹部からの指示の伝達、指示遂行時のサポート、指示遂行状況の把握などを行います。

ゆえに 患者さんに影響するような事案の発生時は 上司、マニュアル記載の担当と併せ、マネセンにも報告をお願いします

経営安定化のための情報分析、対策立案

正直に言います！ がんセンターは5年連続赤字です

多少の不採算であっても、県民にとって意義のある、優秀な人材確保、先進治療や最新機器医療の積極的導入を行えるよう、県から資金的支援を受けています

でも、5年連続赤字です(…県の支援資金込みで赤字です)

マネセン=経営努力室です 毎年経営の達成目標を示し、達成のための施策を講じています



まとめ

がんセンターの基本理念

患者さんの視点の重視

がんセンターで行われることは、何をするにしても

このことを忘れてはならない

マネジメントセンターは、この理念が、

いたるところで達成されるよう

支援してまいります

幹部に囲まれた一画ですが、

怖がることなくお越しください





患者家族支援センター

患者家族支援センター長 兼 副看護部長
中島和子



患者家族支援センター

Patient & Family Support Center : PFSC

- 患者家族支援部門の一つ
- 対象は当院の患者や家族
- 初診時から通院・療養生活まで、切れ目のない支援



患者家族支援センター

正面玄関入って左側 ⑤番窓口



問診・相談室 10
ビデオ室 2
診察室 1
処置室 1
待合・多目的スペース
スタッフ室

患者家族支援センターのご案内



患者家族支援センターの機能

- 地域医療連携**
 - 初診患者の受診の予約・変更・中止
 - かかりつけ医の紹介
- 初診問診・入院前支援**
 - 初診患者の問診や診療オリエンテーション
 - 治療前（手術、放射線化学療法）オリエンテーションや検査の説明
- 外来患者支援**
 - 外来診療を受ける患者・家族の不安や悩みの相談
 - 治療に関する相談・支援
 - アピアランスケア相談窓口
- 在宅転院支援**
 - 入院患者の退院支援、退院先の相談・支援
 - 通院患者の在宅療養に関する相談・支援
- 緩和ケアセンター**
 - 緩和ケア全般に関する相談・支援
 - 緩和ケア病棟の案内
 - 療養支援相談



地域医療連携室

- 紹介・逆紹介（かかりつけ医紹介）、紹介返書管理
- 病院・診療所連携、医科歯科連携（紹介）
- 5大がん地域連携パス管理

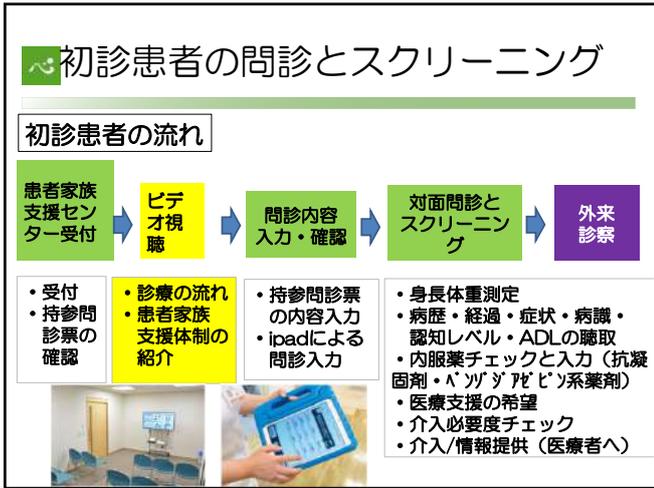
場所	⑳ よろず相談（事務室内）
時間	平日 8：30～17：00
担当者	看護師2名、事務8名
連絡先	内線：2123



初診・入院支援室

- 初診・セカンドオピニオン診察前の問診とスクリーニング
- 治療前（手術など）の入院前スクリーニングと支援
- 検査説明

場所	⑤ 患者家族支援センター
時間	平日 8：30～17：00
担当者	看護師12名、検査技師1名、事務1名
連絡先	内線：3270



初診患者さんが視聴するビデオ

静岡がんセンターのホームページ

初診時の問診記録

必要な時に必要な支援をするために・・・ 悩み・負担・苦痛のスクリーニング

- からだのつらさがありますか？ **身体面**
- 不安や気持ちのつらさがありますか？ **心理面**
- 治療場所や通院の気がかりがありますか？ **治療関連**
- 経済面や仕事の気がかりがありますか？ **社会面**
- 日常生活の気がかりがありますか？ **社会面**
- 家族介護やペットの気がかりがありますか？ **社会面**

スクリーニングツールの変更予定

入院前支援

**75歳以上の全身麻酔手術予定患者
放射線化学療法患者**

入院前支援チーム

**オリエンテーション時のスクリーニング
→退院後の問題点を予測**

- 多職種による合併症予防支援**
 - 呼吸・嚥下訓練
 - 栄養指導
 - 口腔ケア・治療
 - 医科歯科連携
 - 日常生活指導(運動・筋トレ)
- 治療前オリエンテーション**
 - 対象: 全麻手術・CRT
 - ・バスを使用したオリエンテーション
 - ・入院の流れ
 - ・必要物品
 - ・内服薬確認 など
- 退院調整スクリーニング**
 - ・家族支援状況確認
 - ・日常生活状況確認
 - ・せん妄アセスメント
 - 必要時、入院前から退院調整開始



外来患者支援室

- 病状や治療に関する不安や悩みの強い患者・**家族の支援**
- 治療に関する**意思決定支援**
- 治療の**副作用に関する支援** ※アピラランス含む

場所	⑤ 患者家族支援センター
時間	平日 8:30~17:00
担当者	専門看護師2名
連絡先	内線: 4119



PFSC依頼の判断はスクリーニングシートで

電子カルテ

- ① 患者DBをクリック
- ② 患者家族支援を開く



在宅転院支援

- 通院患者の**在宅療養支援** (在宅介護・医療)
- 入院患者の**退院支援** (在宅復帰準備・転院)

場所	⑤ 患者家族支援センター
時間	平日 8:30~17:00
担当者	看護師10名、MSW2名、事務1名
連絡先	内線: 4292



緩和ケアセンター

- 通院患者への**緩和ケアに関する相談・支援**
- 入院患者への**緩和ケアチームによる支援**
- **緩和ケア病棟への転棟調整や面談**

場所	⑤ 患者家族支援センター
時間	平日 8:30~17:00
担当責任者	緩和ケアセンター長 安井博史 (副院長)
担当者	緩和ケアセンターGM、外来担当看護師 緩和ケアチーム (医師、看護師、薬剤師、腫瘍精神科医、臨床心理士など)
連絡先	内線: 4119



一緒に支援が必要な患者さんの紹介を
お待ちしております



臨床研究支援センター

～特定臨床研究・医師主導治験の充実強化～

2025年4月1日

静岡県立静岡がんセンター
臨床研究支援センター長 坂本 純

1

臨床研究支援センターの組織

(組織)	(概要)
治験管理室	企業治験/医師主導治験に対する支援
統計解析室	研究における統計解析・統計相談業務
データ管理室	臨床研究のデータマネジメント、登録システム/EDCシステム管理
個人情報管理室	臨床研究を目的として取得した、患者の個人情報管理
バイオバンク室	血液や組織などの検体の整理、保管
臨床研究管理・調整室	臨床研究の相談窓口、臨床研究のコンセプト/プロトコル作成・レビュー、CRB申請支援、補償保険の契約、jRCT登録等の支援

臨床研究に関する支援の相談窓口: 臨床研究管理・調整室
連絡先: csc@scchr.jp

2

質の高い臨床研究の実施が課題: 1

臨床研究中核病院の申請を目標として、これまで以上に臨床研究を実施すべく、「特定臨床研究(具体的には、医師主導治験の他、臨床研究法に定める臨床研究実施基準に従って実施する医薬品等を人に用いることにより、当該医薬品等の有効性又は安全性を明らかにする研究等)」の実施の検討等を行っているところ。

特定臨床研究(努力義務研究を含む)の実績

年度	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024 ※
件数	1	2	7	10	12	15	12

※: 2024年度は2月上旬までの実績

3

質の高い臨床研究の実施が課題: 2

静岡がんセンターは「がんゲノム医療中核拠点病院」の指定を受けており、その指定要件として「新規の治験等を、申請時点よりさかのぼって、過去3年の間に、主導的に複数件実施した実績があること。」等があり、継続的に要件を満たしていく必要がある。

医師主導治験の実績(2025年1月末現在)

治験名	届出日
進行再発子宮頸がん患者さんを対象としたアテゾリズマブの第3相試験	2019. 2. 8
シスプラチンを含む高濃度毒性化学療法による化学療法誘発性悪心・嘔吐に対するME2136の有効性・安全性を探索する第II相臨床試験	2020. 11. 20
切除不能胆道癌に対するME2906及びFPL6405BDCを用いた光線力学的療法の第I/II相試験	2022. 7. 26
シスプラチンを含む高濃度毒性化学療法による化学療法誘発性悪心・嘔吐に対するME2136 5日間投与の有効性・安全性を探索する第II相臨床試験	2024. 5. 17
中等度-高度PONV発症リスクを有する肺切除術予定患者の術後管理におけるGranisetronおよびGranisetron + ME2136の制吐作用を比較するランダム化比較第II相臨床試験	2024. 11. 15

4

臨床研究中核病院の要件

日本発の革新的医薬品、医療機器等及び医療技術の開発等に必要となる質の高い臨床研究や治験を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的な役割を担う病院として、以下の役割及び能力が求められている。

求められる役割及び能力	実績要件	体制要件
①臨床研究に関する計画の立案及び実施	・主導的に行う特定臨床研究等の実施件数 ・論文数	・安全管理のための体制 ・知財管理・技術移転体制CRBの設置
②多施設共同臨床研究に関する実施の主導的な役割	・主導する多施設共同の特定臨床研究の実施件数	・利益相反管理に関する審査体制 ・広報・啓発、臨床研究の対象者等からの相談体制
③他の病院又は診療所に対する、臨床研究の実施に関する相談、必要な情報の提供、助言その他の援助	・他の医療機関が行う特定臨床研究に対する支援件数	・データの管理を行う体制 ・臨床研究の管理体制 ・臨床研究の支援体制
④特定臨床研究に関する研修を行う能力	・特定臨床研究を行う者等への研修会の開催件数等	・患者申出療養及び先進医療の相談・申請・実施等に係る体制整備
	施設要件/人員要件	
⑤ ①～④の能力を達成するために必要な人員配置、構造設備等を有する	・診療科数、病床数等の施設要件 ・臨床研究支援・管理部門に所属する人員(専門職種的人员等)	

臨床研究中核病院の承認要件の見直しについて(令和元年12月6日厚生科学審議会臨床研究部会)等をもとに作成

5

質の高い臨床研究の実施が課題: 3

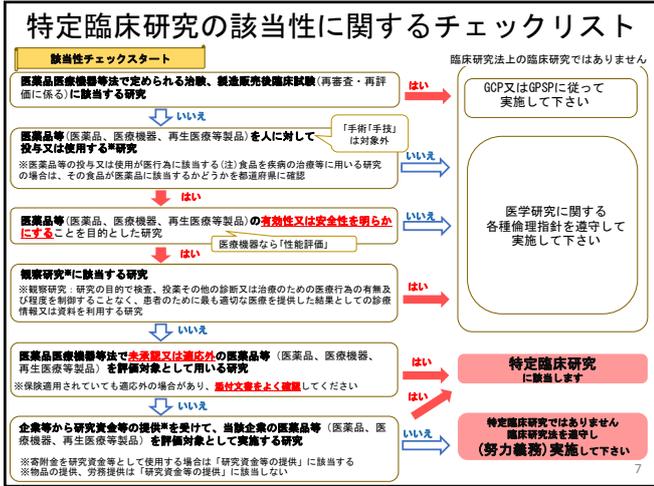
年間1+α件の医師主導治験及び年間10+α件の臨床研究法の実施基準に従って実施する新規の臨床研究に取り組む必要がある。

そのため、臨床研究支援センターは、臨床研究の推進に向けた支援(臨床研究に関する研修、プロトコル作成支援、書類作成手続きの効率化を図るため臨床研究データベース(jRCT)への入力支援等)を実施している。

特に、医師主導治験については、関係企業の協力が必要になるが、事前の検討や関係企業との調整等において各種の支援を実施できる可能性がある。

医師主導治験の具体的なテーマや検討したい課題等がある場合には、早めに臨床研究管理・調整室(csc@scchr.jp)にご相談ください。

6



質の高い臨床研究の実施が課題: 4

医療現場のニーズ等から医師主導治験や特定臨床研究の課題候補がある場合には、遠慮なく、御相談ください。

臨床研究のコンセプトがある程度まとまっている場合は、以下のスライドに示す様式を提出して頂き、医師によるレビューや幹部ヒアリングを実施して、研究の実施可能性の確認や研究計画のブラッシュアップを行っていきます。

様式1: 特定臨床研究候補ヒアリング

項目	内容
診療科名	XXXXXX科
課題名	切除不能進行・再発XX癌に対するXXXXXX+XXXXXX療法(XX療法)のランダム化第X相試験
医薬品又は医療機器の名称	XXXXXXX
目的	研究により解決される課題、研究により証明したい事項(到達目標)
研究組織	<input type="checkbox"/> 単施設 <input type="checkbox"/> 多施設 (参加予定施設数: XX施設)
研究の区分	① <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> I相 <input type="checkbox"/> I+拡大コホート <input type="checkbox"/> II相 <input type="checkbox"/> II/III相 <input type="checkbox"/> III相 <input type="checkbox"/> 安全性ハート+III相 <input type="checkbox"/> その他(具体的に:) <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 探索 <input type="checkbox"/> 検証
対象者	XXXXXXX
症例数	XXX例(うち、当院: XXX例)
内容	研究内容を簡潔に記載する(2枚目にわたっても構わない)。 ・図や表の活用も可 ・研究の具体的な方法 ・想定しているエンドポイント ・研究により得られる成果(アウトカム) 例: 医薬品や医療機器の適応拡大・承認、診療ガイドライン改訂、次相への研究の進展等

項目	内容
期間	①ORB: 202X年XX月 ④追跡期間: 20XX年XX月 ②開始時期: 202X年XX月 ⑤論文投稿: 20XX年XX月 ③登録期間: 20XX年XX月
想定される論文	<input type="checkbox"/> プロトコル論文 <input type="checkbox"/> 主解析論文 一仮タイトル「XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX」 <input type="checkbox"/> サブ解析論文 <input type="checkbox"/> その他()
研究に必要な資金	2,000万円 (2021年: 700万円、2022年: 800万円、…) (可能な範囲で記載)
データセンター	院内データセンター(データマネージメント)活用希望の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→1) 登録システム構築希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 2) EDCシステム構築希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
CRC	CRCによる支援の希望(症例登録/CRF記載/EDC入力など) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
医薬品または医療機器の取扱い	■院内採用品(■通常の保険適用 <input type="checkbox"/> 患者負担なし※) <input type="checkbox"/> 提供品※ ※は薬剤部と調整 → 薬剤のオーダーや払い出し方法 ■通常通り <input type="checkbox"/> 通常と異なる※
統計	院内生物統計活用希望の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
外部資金	獲得の有無(見込み) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(見込み <input type="checkbox"/> 確定) → ありの場合、その内容(科研費: 1,500万円)
課題	データセンター、統計、研究体制支援が課題
現在の進捗状況	カプセルサマリ作成 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 済 (新しい研究のコンセプトの素案) コンセプト作成 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 済 (プロトコルの根幹) プロトコル作成 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 済

臨床研究に関するご相談

臨床研究について相談したいことがある場合には、遠慮なく、臨床研究支援センターにご相談ください。

(窓口は「臨床研究管理・調整室」)。

プロトコル立案等に関する相談、あるいは、臨床研究に関して、どこに相談したらよいか、分からないご相談ごとについても、まずは“csc@scchr.jp”にご連絡ください。

接遇・ドレスコード

看護部長
遠藤 久美

接遇とは？

「相手のために心を込めた対応をすること」

+

「心を込めた対応が相手に伝わること」



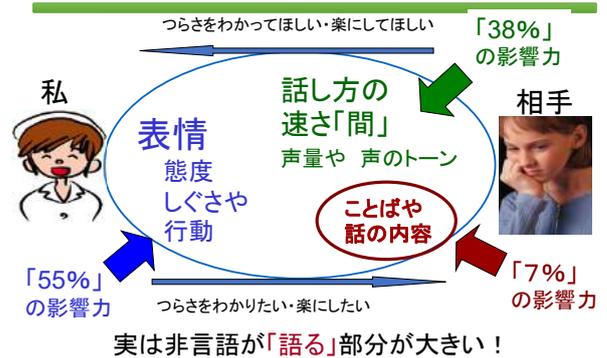
SCCの理念である
『患者の視点を重視』した対応をすること

接遇6原則

1. 「見ること」相手をよく見て対応すること
 2. 「聴くこと」相手の話に耳をよく傾けること
 3. 「届けること」相手に気持ちを届けること
 4. 「伝えること」相手に心を伝えること
 5. 「意識を持つこと」相手に常に見られている、聞かれているという意識を持つこと
 6. 「安心感を与えること」安心して来院して頂くこと、治療やケアを受けていただくこと
- ★「意識」を高め、「行動」を変えること
「単純で簡単なことをいかに実践できるか」

支持的なコミュニケーションの意識

Mehrabian & Ksionzky : Psychol Rep 28(2), 1971



ご意見箱に寄せられた患者家族からの意見(資料)

1. 話し方
冷たい、高圧的、きつい、罵声をあびせる、ため口、気持ちを察していない
 2. 表情、態度
冷たい、笑顔がなく淡々、イラっとした態度、人によって態度が豹変する、物の取扱いが乱暴、大きな声や物音
 3. 対応
長く待たされた、頼んだことを忘れられた、聞きたい答えが返ってこない、時間に遅れる
- ⇒相手をよく見て対応しているか？相手の話をよく聴いて対応できているか？誤解を与えることなく伝えられているか？常に見られている、聞かれていることを意識できているか？

医療者に求められる身だしなみ

医療者自身にとっては

1. 安全性
2. 機能的
3. 感染対策

+

患者さんに安心感を与えるためには

1. 清潔感
2. 健康的

SCCの服装に関する規定 (医療安全ポケットマニュアルp12-13)



近年のご意見から(一部)

1. 名札をつけていない職員がいる
⇒名札は定められた位置に見えるようにつける
(輪ゴムや不必要なシール、バッジはつけない)
2. Tシャツやスカートが短い職員がいる(病院にふさわしくない)
⇒ジーンズ、Tシャツ、超ミニスカートは禁
又、白衣のボタンは閉める
3. 香水の匂いがきつい
⇒香水類は原則禁、体臭・口臭も消臭対策を厳重に行う
4. ユニフォームの上にフード付きの上着を着ていた
⇒フード付き、ダウン、フリースは禁、
又、処置やケアの際には上着(カーディガン)は脱ぐ

接遇⇒『患者の視点を重視』した対応



- 患者の視点、立場を考え、よく見て、聴いて対応
- 確実に、誤解を与えず、そして心がこもっていることも伝わる届け方、伝え方
- 常に見られている、聞かれていることを忘れないプロ意識
- 患者家族に安心感を与える身だしなみ

院内設置のご意見箱に寄せられた患者家族からの意見

挨拶	マナー	言葉遣い	態度	対応
挨拶も笑顔もない	黒いマスクに黒い服	患者の気持ちも察することない話し方	物の取り扱い	・時間に遅れて配薬
ステーションの前を通るとパソコン操作中で挨拶がない	挨拶しない 謝罪の言葉もない 担当者も名乗らない	高熱が続き麻痺してしまっただのか辛いかどうかかわからないと答えると「たまにいますよそういう麻痺したの」と「の」で人を取り扱われた	不快な態度で荒々しく返答してしまっただ	・絶食中なのに夕食はどうでしたかと聞かされた ・いつも下剤を飲んでいのに忘れていた、次の日の看護師から記録にないと言われた
	においがきつい	言い方が冷たい	看護師の笑い声、大声で話す	後で来ると言って来ない
	デオドラントのにおいがきつい	質問に対する答え方、聞きたい答えが返ってこない	患者の気持ちも察することない話し方	質問の回答に45分以上待たされた
	タバコ臭い	ため口で冷たい態度	ため口で冷たい態度	対応・態度が悪い
		高圧的な言い方	靴の音、ドアの開け閉めが大きい	少しと言って長く待たされた
		口調がきつくて怖い	夜勤の話す声が大きい、走る音も頻回	丁寧にして欲しい
		きつい言葉で配慮がない	突っかかってきた、態度が豹変した	バックをどさどさと置かれた
		厳しい非常な言葉に心がおれそう	態度や気遣いが人によって違う	質問に対する答え方、聞きたい答えが返ってこない
		頭の良くなるお薬と言われショックだった	質問にイラっとした態度で答える	伝えたことが次の看護師に伝わっていない
		患者に対し罵声を浴びせていた	笑顔がなく淡々としていて感じが悪い	下膳時間に来ない
			患者に対し罵声を浴びせていた	診察で嫌な思いをした
			態度が悪い	時間に遅れる
			対応・態度が悪い	お願ひしても忘れる
			対応が怖い	説明内容と書類の記載が違って
				申し送りが不備
				きつい言葉で配慮がない
				事前の説明がない
				お願ひしたことをしてもらえなかった

静岡がんセンター 病院情報システム

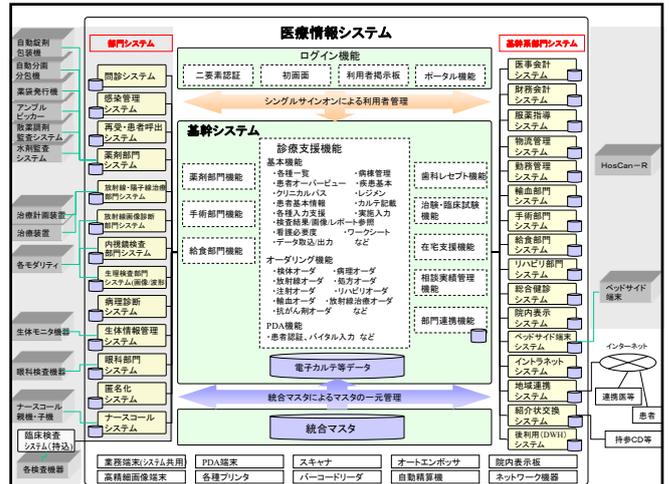
情報システム課

◆情報システム概論 (4/1 16:00~16:40)

- ・ 情報システム概要
- ・ セキュリティ上の注意事項
- ・ インターネット
- ・ SCCノーツの使い方

静岡がんセンターの病院情報システムの特徴

- 1 カルテを電子化しただけではなく、病院業務の多くを連携させた**統合型病院情報システム**
- 2 **患者への配慮**を行ったシステム
(患者呼出システム、ベッドサイド端末、病室のインターネット利用)
- 3 診療記録を**すべてデータ化(ペーパーレス)**
⇒情報共有による多職種チーム医療の実践が実現
- 4 電子カルテ**端末**だけで、**各種検査結果が参照可能**
- 5 入院患者の移動ベッド先へ、薬、診療材料、食事を**搬送可能**
- 6 紹介医からその患者のカルテを**オンラインで参照可能**
- 7 集められたデータは**経営分析に活用**



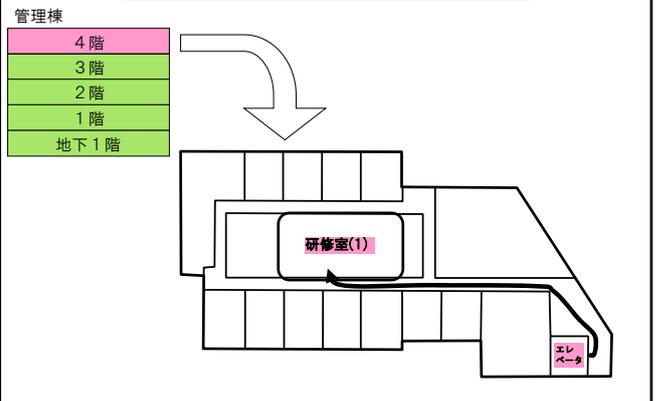
電子カルテヘルプデスク

24時間365日開設

内線 **2 2 9 1**

コンセント、キーボード、確認してから

電子カルテ操作研修の会場について



情報システムセキュリティの注意事項

(情報セキュリティ部会)

1 電子カルテセキュリティの基本

「電子カルテ」の条件

- **真正性**
書換、消去・混同、改ざんを防止すること。
作成者の責任の所在を明確にすること。
- **見読性**
必要に応じ肉眼で見読可能な状態にできること。
直ちに書面に表示できること。
- **保存性**
法令に定める保存期間内、復元可能な状態で保存すること。

厚生労働省では電子カルテは上記「電子保存の3条件」を満たさなければならないとしている。
(平成11年4月22日付厚生労働省健康政策局長・医薬安全局長・保険局長連名通知 診療録等の電子媒体による保存について)

1 電子カルテセキュリティの基本

Shizuoka Cancer Center

院内情報システム セキュリティの目的 「電子カルテその他診療情報」の保護

3つの「防止」が対策の柱

- 漏洩防止** 診療情報・個人情報
- 改ざん防止** 診療情報・個人情報
- 侵入防止** 医療情報システム

1 電子カルテセキュリティの基本

Shizuoka Cancer Center

院内従事者として守るべきルール

- 静岡がんセンターセキュリティポリシー
情報資産の取扱いに関するセンターの基本方針
- 静岡がんセンター診療録及び診療諸記録等の
電子保存に関する運用管理規定
カルテの電子保存に関する基本規程

- 情報システム利用者規程
利用者が守るべきセキュリティ上の遵守事項などを定めたもの
- 診療情報管理規程
診療情報（診療録、その他の診療記録等）の利用目的・利用場所・利用有資格者等について定めたもの
- 電子カルテ端末以外のパソコンで個人情報を含む診療情報等患者情報の取扱指針
インターネット系端末でのデータ取扱について定めたもの

1 電子カルテセキュリティの基本

Shizuoka Cancer Center

罰則に関する標準

- ◇ セキュリティ違反の種類
 - ア システムの目的外使用
※知人のカルテを業務目的以外で閲覧する行為など
 - イ 守秘義務違反
 - ウ 入力確認義務違反
 - エ 身分証明書着用義務違反
 - オ なりすまし禁止違反
 - カ 利用者権限違反
 - キ パスワード管理義務違反
 - ク 機器利用制限違反
 - ケ 院外接続禁止違反
 - コ ウィルス対策義務違反
 - サ 設備管理義務違反
 - シ 事件・異常事象の報告義務違反
- ◇ 罰則の種類（情報システム委員会が執行）
 - ア 口頭注意
 - イ 文書注意
 - ウ 始末書徴収

1 電子カルテセキュリティの基本

Shizuoka Cancer Center

2 情報漏洩の防止

! 診療情報・個人情報が外部へ漏洩することを防止する

- 国内の情報漏洩の状況
 - ・ 2023年度の漏洩事故の状況
- 診療情報・個人情報漏洩事故の事例
 - ・ 誤操作、紛失、盗難による情報漏洩の事例
 - ・ SNSへの書き込み
- 医療関係者としての「守秘義務」
 - ・ 守秘義務違反、信用失墜行為禁止
 - ・ 個人情報の漏洩を防止するためのルール

2 情報漏洩の防止

Shizuoka Cancer Center

国内の個人情報漏洩事故状況

2023年度



【その他の内訳】

- 不正アクセス 670件、9.0%
- 顔登録 423件、5.7%
- マルウェア・ウイルス 330件、4.4%
- 顔表示 257件、3.4%
- 顔廃棄 82件、1.1%
- 盗難 49件、0.7%
- 内部不正行為 48件、0.6%

出典：2023年度
「個人情報の取扱いにおける事故報告集計結果」
一般財団法人日本情報経済社会推進協会
(JIPDEC)

注) 事故報告によって事象分類が未入力や複数選択いただく場合があるため、事故報告件数と異なる件数になっています。

- 2023年度、「プライバシーマーク推進センター」に報告された個人情報取り扱いにおける事故は7,460件で、そのうち誤配達・誤交付や誤送信、紛失・滅失・棄損といったミスによるものが5,601件と全体の75%になる。

2 情報漏洩の防止

Shizuoka Cancer Center

● 誤操作から情報漏洩に至るケース

メールの送付

- 不特定の人に対して情報告知メールを送信する際、誤って送信先アドレスを「宛先」や「CC (カーボン・コピー)」に入れて送信したため、メールを受け取った人が他の人の名前やアドレスが分かってしまった。
→ 受取人がお互いに関係のない場合や、他の誰に送ったかわからない場合は必ず送信先をBCC (ブラインド・カーボン・コピー) に入れる。

FAXの誤送付

- 他病院に送信する際に送信先FAXを誤り、他のFAXに誤って患者に関する診療情報を送信してしまった。
→ 番号の入力間違いや短縮ダイヤルのボタン押し間違いに注意する。

- 漏洩の原因は、システムに起因するものばかりではない
- 日常的な事務作業にも漏洩の危険性は潜んでいる

2 情報漏洩の防止

Shizuoka Cancer Center

● 診療情報・個人情報の入ったUSBメモリを紛失したケース

- 2023年12月、関東地方の国立病院において、職員が院内でUSBメモリを紛失した。
 - USBメモリ内には、入院患者約2,500人、転院患者約3,600人の氏名や病名、死亡日などの診療情報、職員8人分の勤務表などが保存されていた。
 - USBメモリは、鍵がかからず、一般の人でも出入りできる場所に保管されていた。また、USBメモリ内の情報は、病院のルールでは保存が認められないものであった。

- 決められたルールが守られていない
- 「このくらいなら・・・」という気持ちが漏洩につながる

2 情報漏洩の防止

Shizuoka Cancer Center

● 近年発生した個人情報の漏洩事故

■ 医療機関における事例

- <2024年11月>
 - ・ 東北地方A病院：1000件以上のカルテを不正に閲覧し、その内容を身内に漏洩した。
- <2024年12月>
 - ・ 関東地方K病院：患者の医療個人情報が保存されていた個人用のパソコンが盗難された。(1,170人分の情報が漏洩)

■ SNSへの書き込みによる事例

- <2022年11月>
 - ・ 近畿地方K病院：電子カルテの画面を私物のスマートフォンで動画撮影。患者情報をSNS経由で第三者に漏洩した。
- <2024年5月>
 - ・ 東北地方S病院：患者カルテをInstagramに投稿、写真の一部に氏名やID、病名が残っていた。

2 情報漏洩の防止

Shizuoka Cancer Center

● ソーシャル・ネットワーキング・サービス (SNS) への書き込み

看護師のX (旧Twitter) の書き込み

- 2025年1月、看護師とみられる人物により、「インシデントおきても普通に隠蔽してしまう」、「薬は飲ませるのが面倒だから飲ませたふりをして捨てている」、「忙しすぎてナースステーションに誰もいなくて、モニターずっと鳴ってたらしく、誰も気づかなくて見事に心停止になってた!」などという投稿が拡散され、のちに、その看護師が勤務している病院として、関東地方のT病院が指摘されている。
指摘を受けた病院側は、投稿の可能性のある職員については自宅待機を命じるとともに、事実関係の確認のために内部調査を進めることとなった。

看護師のFacebookの書き込み

- 女性看護師が、認知症の疑いで入院している男性患者の写真を、インターネットの交流サイト「Facebook」に無断で掲載していたことが分かった。病院は看護師と、写真に対してコメントを書き込んだ同僚看護師を厳重注意処分とした。
同病院によると、看護師は勤務中に、ナースステーションでテーブルを持ち上げる男性の後ろ姿を携帯電話のカメラで撮影し、Facebookの自分のページに掲載した。ページには、この看護師や同僚看護師数人の、男性を中傷するようなコメントも書き込まれていたという。同病院によると、掲載された内容は、Facebook上で看護師が承認する「友達」だけが閲覧できる状態だったという。看護師は「仲間内だけだと思い、軽い気持ちで投稿してしまった。申し訳なかった」と話しているという。

2 情報漏洩の防止

Shizuoka Cancer Center

● 法律違反にあたるSNS上の書き込み

・ 患者さんの個人情報を含む書き込み

→ 「**守秘義務違反**」に該当し、法律上の不利益を被る恐れがあります。

・ 個人情報を含まないが信用を損なうような書き込み

→ 「**信用失墜行為禁止**」(地方公務員法)に該当し、法律上の不利益を被る恐れがあります。

・ 上記以外の書き込み

→ 法律違反にあたるか判断に迷うような場合は、書き込みを控えましょう。

SNSは匿名であっても、投稿者の特定が可能!

ネット上で拡散した情報を全て削除することは難しい!

2 情報漏洩の防止

Shizuoka Cancer Center

●医療関係者の「守秘義務」

- ・業務上知り得た情報（病院であれば、診療情報、診療上の個人情報）について、他人に漏らしてはならない
→業務上の「守秘義務」

根拠	対象者	違反した場合	備考
地方公務員法第34条	・常勤職員、 ・会計年度任用職員、 ・臨時的任用職員 ・特別職非常勤職員 (特別非常勤)は対象外	1年以下の懲役又は 50万円以下の罰金 (第60条)	その職を退いた後 も適用される
刑法第134条	・医師 ・薬剤師 ・助産師	6ヶ月以下の懲役又は 10万円以下の罰金	
保助看法	・保健師 ・看護師 ・准看護師	6ヶ月以下の懲役又は 10万円以下の罰金	その職を退いた後 も適用される

2 情報漏洩の防止

Shizuoka Cancer Center

●医療関係者の守秘義務違反と規定されている法律

資格名	根拠法
医師、歯科医師、薬剤師、助産師	刑法第134条第1項
保健師、看護師、准看護師	保健師助産師看護師法第42条の2
診療放射線技師	診療放射線技師法第29条
臨床検査技師、衛生検査技師	臨床検査技師等に関する法律第19条
理学療法士、作業療法士	理学療法士及び作業療法士法第16条
視能訓練士	視能訓練士法第19条
臨床工学士	臨床工学士法第40条
義肢装具士	義肢装具士法第40条
救急救命士	救急救命士法第47条
言語聴覚士	言語聴覚士法第44条
歯科衛生士	歯科衛生士法第13条の5
歯科技工士	歯科技工士法第20条の2
あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第7条の2
柔道整復師	柔道整復師法第17条の2
精神保健福祉士	精神保健福祉士法第40条

2 情報漏洩の防止

Shizuoka Cancer Center

●個人情報漏洩を防止するためのルール

● USBメモリの盗難・紛失

- 対策
- ・取扱ルール（特に院外への持ち出し）の遵守
 - ・指紋認証・暗号化USBの使用

● X (旧Twitter)・Facebook等の書き込み

- 対策
- ・「守秘義務」の遵守を徹底し、「信用失墜行為」に当たる行為を慎む
 - ・病院としての意思形成過程にある情報の取扱に十分注意する

● 個人PCの処分、破棄

- 対策
- ・ツールを使用したデータ消去又はHDDの物理破壊を行うこと
(フォーマットだけではデータが残ってしまう可能性があります)
 - ・情報システム課にHDD用の破壊装置を設置済
(個人用PCのHDD破壊も可能です)

● プリントアウトした紙の処分

- 対策
- ・画面のハードコピー等確実にシュレッダーすること
 - ・ミスプリントの裏紙使用は行わない
 - ・リストバンドなどプリンタのインクリボンも確実に処分すること

2 情報漏洩の防止

Shizuoka Cancer Center

電子カルテ端末以外のパソコン（個人PC等）で 個人情報を含む診療情報を取り扱う場合のルール

院内から診療情報等が外部へ漏洩するのを防止し、患者の個人情報を保護する

- 対象パソコン
電子カルテ端末以外の個人情報を含む診療情報等を取り扱うパソコン
- 対象情報
 - ・電子カルテから取り出した診療情報
(診療情報管理委員会への手続が必要)
 - ・部門システムから取り出した画像等の診療情報
(診療情報管理委員会への手続が必要)
 - ・業務として収集した患者情報の内、患者個人を特定できる情報
(例：診療科毎の手術台帳、専門医認定のための診療実績、
治験患者情報、臨床研究データ等)
ただし、匿名加工情報は対象情報から除く

2 情報漏洩の防止

Shizuoka Cancer Center

	インターネットにつながっている パソコン（個人所有、事務用PC）	インターネットにつながっていない パソコン（スタンドアロンPC）
パソコンの固定	不要	セキュリティワイヤーで固定
パソコンの パスワード設定	不要	ログインパスワードと スクリーンセーバーのパスワードを設定
データの保管場所	・パスワードロックされたUSBメモリ ※1、※2 ・情報システム課設置のファイルサーバ ※パソコンのハードディスクに保存しない	・本体のハードディスク ・パスワードロックされたUSBメモリ ※1、※2
E-mailの送受信	ファイルをパスワードロックして送信	—
ウイルス対策ソフト	情報システム課が提供するソフトをインストール ※3	ファイルを読み込む場合には、他のPCの ウイルスチェックソフトでチェックする
院外での利用時の 注意事項	・USBメモリ等で診療情報を持ち出す場合及びUSBメモリ等紛失の場合には診療情報管理室 に届出ること ・退院後に診療情報が必要な場合には診療情報管理委員会の承認を得ること ・自宅で使用する場合にも本方針に従うこと	

注：上記に違反した場合には、診療情報管理規程に基づき処罰されます。

※1：USBメモリ等は施設した場所に保管すること

※2：指紋認証機能付きUSBメモリ及び外部接続の暗号化されたハードディスク装置を含む

※3：常に最新の状態を保つこと

2 情報漏洩の防止

Shizuoka Cancer Center

3 改ざん・なりすましの防止

! 診療情報・個人情報の改ざん・なりすましを防止する

- ID・パスワード管理の重要性
 - ・電子カルテ上におけるIDとパスワードの役割
 - ・なりすましの発生要因と引き起こされる脅威
 - ・なりすましの防止策

● 離席の際の対応方法

- ・端末の前を離れる際には「ロック」又は「ログオフ」を

3 改ざん・なりすましの防止

Shizuoka Cancer Center

ID・パスワード管理の重要性

- ID・パスワードは電子カルテ上で操作者・入力者を識別・区分する唯一の情報
- 電子カルテは、以下の内容を記録している
 - ①いつ（操作・入力日時）
 - ②どこから（入力端末）
 - ③どのID（誰がではなく）で操作・入力が行われたか

↓

IDはシステム上の人格であり、パスワードはそのIDの正当な「利用者」であることを確認するための唯一の情報となる

その管理には十分な注意が必要

3 改ざん・なりすましの防止 Shizuoka Cancer Center

なりすましの発生要因

- ICカードを机の上に置き忘れる（盗難・紛失）
- 生年月日、携帯番号など他人に推測されやすいパスワードを使用する
- 自分のICカードとパスワードを他人に渡し、端末の操作を依頼する
- 自分のIDでログインした端末を他人に操作させる

↓

「なりすまし」によって可能となる操作

例えば、医療関係者以外の職員が、医師になりすまして電子カルテにログインすると、電子カルテ上は「医師」としての権限行使が可能となる。

- 医師になりすまして、調剤・注射などをオーダー
- 患者のカルテにコメントを記載
- 患者のカルテの数値を改ざん

電子カルテの中では、「医師」として振る舞うことができてしまう。

3 改ざん・なりすましの防止 Shizuoka Cancer Center

なりすましが発生すると・・・

！なりすましによって引き起こされる脅威

- 患者さんの命の危険性
- 医療機関の信用失墜

↓

情報システム利用規定第5条より

- ID所有者のパスワード管理責任が問われる
- 「なりすまし」が証明できなければ、故意・過失に関わらず、本人の記録としてその責任を問われる

なりすました者だけではなく、なりすまされた者に対しても罰則が適応される可能性があります

3 改ざん・なりすましの防止 Shizuoka Cancer Center

なりすましを防止するために

- 電子カルテのログインは、ICカード（所有物認証）とパスワード（知識認証）で行う（二要素認証）
- パスワードは他人が類推できないものを使用する
- パスワードを無理に記録しようとするしない
- 端末を離れる場合は、「ロック」又は「ログオフ」の手続きを！
→自分がログオンしていると思われる別の利用者がそのままカルテを記載し、結果的に「なりすまし」となったケースもあります

Q 電子カルテのパスワードを忘れたら
A ヘルプデスク（情報システム課）で初期化可能です。連絡（内線2291）の上、身分証明書・ICカードを持って管理棟地下1階までお越し下さい。本人確認の上、パスワードの初期化を行います。

Q ICカードを忘れたら
A ヘルプデスク（情報システム課）に連絡（内線2291）してください。

3 改ざん・なりすましの防止 Shizuoka Cancer Center

離席処理の重要性

- 電子カルテにログインする際に、ICカード（所有物認証）とパスワード（知識認証）で認証（二要素認証）
- その後は、ログインしたユーザーが操作するものとしてシステムは認識 →第三者が操作してもシステムは判別できない

↓

一旦ログインした端末は、システム上容易になりすましが可能

ログインした端末を離れる場合は「ロック」又は「ログオフ」が重要

3 改ざん・なりすましの防止 Shizuoka Cancer Center

4 外部からの侵入防止

！ 接続ルールを守り、外部からの攻撃を防止する

- パソコン、各種機器の接続ルールを守る
 - ・ インターネット系パソコンは電子申請、その他機器は許可制
- 標的型攻撃メールに注意
 - ・ 標的型攻撃メールによる情報漏洩に注意する
 - ・ 覚えのない送信元からのメールは開かない
- 業務をサポートするシステム
 - ・ ファイル交換システム利用（電子カルテデータ等のIN-OUT）
 - ・ CACHATTOメールの利用（フリーメールの利用禁止）
 - ・ 院外メール便の使用（外部とのデータ受け渡し）

4 外部からの侵入防止 Shizuoka Cancer Center

ウイルス対策

電子カルテ

- ・ ウィルス対策ソフトがインストール済み
- ・ 院外（インターネット）への接続はできない
- ・ USBメモリを含めた外部記録媒体も接続できない（認識しない）

インターネット系

- ・ PCをインターネットに接続する場合には病院が用意したウィルス対策ソフトおよび端末管理ソフトのインストールが必要
- ・ インターネット系ネットワークはファイアウォールなど多重の防御対策を実施

PC使用時のお願い

電子カルテ

- ・ プログラムを最新化するため1日1回は再起動
- ・ 無許可・私物のマウス、キーボード、その他機器は接続しない
→電子カルテ端末の機器は情報システム課で一括準備
- ・ 端末のデスクトップにファイルは保存しない
→端末盗難時の情報漏洩防止、ファイルサーバに保存する

インターネット系

- ・ WindowsやiOSの自動アップデートを有効にし、常に最新化する
- ・ ウィルス対策ソフト（定義ファイル）は常に最新化する
- ・ ネットワーク接続ルールを厳守する
→ルーター、無線LAN装置などの接続は厳禁
→PCの接続は電子申請、プリンタその他の機器は申請制

標的型攻撃メールの文例（がんセンターをターゲットして想定されるもの）

件名：今季初のB型インフルエンザの集団発生と注意喚起
送信者：東部保健所 (kftoubu-ryou@pref.shizuoka.lg.jp) 送信元メールアドレスは容易に正しい組織のアドレスに偽装可能です。
本文： 実在する組織名で送信されます。
関係各位様 文書の内容は辻褄の合うものになっています。
いつもお世話になります。東部保健所地域医療課です。
先週、管内の小学校において今シーズン初となるインフルエンザB型の集団感染が発生しました。
当保健所管内の小学校第3学年（在籍者数38名、全校児童数210名）において、9月26日にインフルエンザにより1名の児童が欠席し、10月5日から8日間の学年別措置が取られています。
本事例は、静岡県内における今シーズン初のインフルエンザ集団発生事例です。管内では、その後、インフルエンザAH3亜型（香港型）の集団発生も発生しております。
これらの事例の発生を機に、本格的なインフルエンザの流行シーズンに入るのを見守るとともに、予防対策の啓発に努める必要があります。

状況の詳細については、「[感染症患者発生動向調査速報.pdf](#)」をご覧ください。
また、今後の対策に関しては、[こちら](#)（www.pref.shizuoka.lg.jp/hoken.htm）をご覧ください。
添付ファイルで感染する場合には、PDFやZIPなどのファイル形式を利用する場合があります。
リンク先を偽装（表示されているURLは正規のものだが、実際のリンク先はウイルスが仕込まれたサイト）し、ウイルスに感染させます。HTML形式でメールを受信した場合リンク先偽装の判別が困難です。
署名なども実在の組織名・電話番号が記載されています。

標的型攻撃メールに対する留意・注意点

留意点

- メールの件名、本文、添付ファイルが日本語のものが多く
- 実行形式（EXEファイル）以外の文書ファイル（ワード、PDF）で感染するケースもある
- ウィルス対策ソフトを導入していてもウィルスを100%検知出来るわけではない
- ウィルスに感染してもパソコンに目に見える異常な症状が出るわけではない
- 差出人のメールアドレスは容易に偽装できる
- Windowsだけでなく、Macやスマートフォンをターゲットにした攻撃も多い

注意事項

- 送信者が思い当たらないメールの添付ファイルは開かない
- 脆弱性の修正プログラムはすぐに適用する
- WindowsやiOSのアップデートは直ぐに実施する
- ウィルス対策ソフトは常に更新し、メールの常時監視機能を設定する
- メールソフトは、HTMLメールを取り扱わず、テキストで受信する
- 「差出人が貴方となっているメールを受信した」との連絡があったが、送信した覚えがない場合には、情報システム課に相談する
- ウィルスに感染した可能性がある場合には、すぐにLANケーブルを抜き、ヘルプデスクに連絡する

●ランサムウェア（身代金要求型ウイルス）感染事例

・事例1（H病院 / 2021年10月）

- ・電子カルテシステムで患者情報が閲覧できなくなり、診療報酬の請求も停止
- ・バックアップサーバも感染
- ・患者情報約8万5000件が約2か月間、閲覧・更新ができなくなった

・事例2（O病院 / 2022年10月）

- ・電子カルテシステムが完全に停止
- ・患者、外来診療など約2670人に影響、手術も77件が中止
- ・全体の診療システム復旧に73日間を要した

ランサムウェアは個人宛てに届くメールの添付ファイルなどから感染するケースもあります

●ランサムウェア感染時の画面（例：パソコン）



がんセンター職員のインターネットパソコンがランサムウェア（身代金要求型ウイルス）に感染した際の画面
USBを介して電子カルテ端末も感染する可能性がある
→ファイル交換システムの運用開始

●ランサムウェア感染時の画面（例：スマートフォン）



ランサムウェア「CryptoLocker」に感染した状態で表示される日本語による身代金要求メッセージ
ランサムウェアが人間にとるのはPCだけではなく、スマホも狙われています。

● ランサムウェアへの感染防止対策

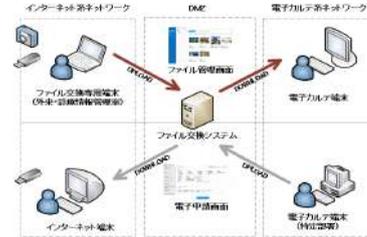
ランサムウェアの被害を防ぐために、次の対策を心がけましょう

- ・ 不自然なものには“触らない”
- ・ OSやソフトの“更新プログラムを速やかに適用”
- ・ セキュリティソフトは常に“最新に”
- ・ 大切なデータは、複数の場所でこまめに“バックアップ”
- ・ メールやSNSのファイルやURLに注意
- ・ 身代金を要求されても“支払わない”

※前述の通り、メール添付されたファイルを開くことにより感染するケースや改ざんされたウェブサイトを開覧したことにより感染したケースもあります。

● ファイル交換システムの運用方針

- (1) USB、SDカード、カメラ等の外部記録媒体を電子カルテ端末に接続することを禁止する
- (2) 外部記録媒体の接続は、インターネット端末及びファイル交換専用端末のみ許可する
- (3) インターネット及び電子カルテ間は本システムを経由してファイル交換する
- (4) 本システムの利用は、利用者申請を受理し、登録した利用者に限る
- (5) 本システムにファイルをアップロードできる端末は業務上必要な台数に制限する
- (6) 電子カルテ端末からファイルをアップロードする際は、診療情報管理室へ電子申請を行う
- (7) 当該システムにアップロードされたファイルは診療情報管理室で事後に監査を行う



ファイル交換システムを経由するファイルは、全てウイルスチェックが行われるため、安全に電子カルテへファイルの取り込み及び取り出しができます。

● CACHATTOの利用について

- (1) SCCメールを、Gmail、Yahoo! Mail等の無料で利用できるWebメールに転送することは、院内の規定により禁止されています。無料のWebメールは、便利な反面、業務での使用において必ずしも安全とはいえません。
- (2) 過去に当センターでも、職員が利用するGmailアカウントがハッキングされ、院内の関係者に詐欺メールがばら撒かれたうえ、事後対応に追われて診療にまで影響をきたした事例がありました。
- (3) 院外でSCCメールを開覧する場合は、インターネット・プロバイダが運営する有料のメールサービス宛に転送するか、または、当院が整備し、セキュリティを管理しているCACHATTOを利用してください。

Android画面例



フリーメールは便利ですが、業務では絶対に使わないようにしてください。



● 院外メール便の利用について

院外メール便は、SCCメールには添付できない大容量のファイルを相手に配送するためのサービスです。画像や動画など容量の大きいデータを相手に送信したい場合に、ご利用ください。
※ 海外の方とのやり取り用に英語メッセージを送る英語版もあります。



フリーのDROPBOXは便利ですが、業務では絶対に使わないようにしてください。

情報システムセキュリティ関係遵守事項

情報システム委員会
情報システム課

この遵守事項は、SCC の電子カルテ、部門システム、SCC ノーツ等の病院情報システム及びインターネットを対象に定めるものである。

(共通事項)

1. **情報システムに関わる診療情報等^(※)を外部へ持ち出さない。**
診療情報等の個人情報^(※)は診療情報管理委員会、その他については各部門の情報セキュリティ管理者又は情報システム管理者の許可を得た上で持ち出すことはこの限りではない。
また、匿名化した情報は除く。
2. **診療情報等の個人情報についてはパソコン（電子カルテ端末は除く）のハードディスクには保存せず、USB メモリ等の外部記憶装置又は情報システム課が承認したファイルサーバに保存することとし、パスワードロックの上施錠可能な場所へ保管する。**
ただし、スタンドアロンパソコンは、セキュリティワイヤー（チェーン）等で固定し、ログインユーザー・パスワードの設定、パスワード保護によるスクリーンセーバの設定をする場合はこの限りではない。
3. **ID・パスワードは厳重に管理し、個人のみ利用とする。**
4. **SCC が所有する機器・診療情報等を業務目的以外に使用しない。**
5. **許可のない機器を SCC が所有する機器又はネットワーク接続しない。**
6. **ウイルス感染・システム障害・情報漏洩・不正侵入等が発生した際は、速やかに情報システム課（2290、夜間・休日はヘルプデスク2291）へ連絡する。**
7. **機器を廃棄する際は、記録された診療情報等を復元できないよう完全消去又は物理的な破壊を実施する。**

(電子カルテ・SCC ノーツ等病院業務用端末)

8. **業務終了操作又は継続して使用するが席を離れる場合は離席操作を徹底する。（電子カルテ）**
9. **許可のないソフトウェアをインストールしない。**
10. **他者がログインした端末を操作しない。（なりすましの禁止）**
11. **入力内容に誤りがないことを確認してから入力を確定する。**

(インターネットにつながっている端末)

12. **インターネットメールで診療情報等を送信しない。**
ただし、暗号化などの対策を講じた場合を除く。院外あてのメールは上記1も遵守する。
13. **SCC が配備した以外の個人及び所属等で準備したパソコンは、SCC が提供するウイルス対策ソフト及び端末管理ソフトをインストールする。**
14. **Winny 等のファイル共有ソフトはインストールしない。**

上記事項に違反した場合は、情報システム利用者規程の罰則に関する標準等により処罰されることがある。

- ※ 「診療情報等」とは：①電子カルテから取り出した診療情報（診療情報管理委員会への申請対象）
②部門システムから取り出した画像等の診療情報（診療情報管理委員会への申請対象）
③業務として収集した患者情報の内、患者個人を特定できる情報（例：診療科毎の手術台帳、専門医認定のための診療実績、治験患者情報、臨床研究データ等）
ただし、当該情報に含まれる氏名、住所、電話番号、生年月日、患者カルテID、顔写真等の個人を識別できる情報を取り除くことで、容易に個人を識別できないようにデータ処理して匿名化した情報は除く。

研究情報管理において研究者が遵守すべき 10 の約束事

● 研究情報の取扱いについて

1. 秘匿すべき研究情報を記録した書類及び媒体については“秘文書”の旨を表示し、鍵付きの部屋や保管庫への保管を徹底する。

(「静岡県立静岡がんセンター研究情報管理規程」(以下、「研究情報管理規程」という) 4. の3))

2. 研究情報を許可なく外部へ持ち出さない。また、他者に開示しない。

各研究部署及び外部研究機関の情報セキュリティ管理者の許可を得た上で持ち出すことはこの限りではない。

(「研究情報管理規程」 6. の1))

● 研究/情報機器の取扱いについて

3. ID・パスワードを厳重に管理し、他人に使わせない。

(「研究情報管理規程」 5. の3))

4. 研究部署及び外部研究機関が管理するコンピュータをアクセス権限のない者が操作してはならない。(「研究情報管理規程」 5. の3))

5. 研究部署及び外部研究機関が管理する研究情報機器を業務目的以外に使用しない。

(「研究情報管理規程」 6. の1))

6. 研究情報漏洩・不正侵入・データベースの破壊・ウイルス感染等の事件・事故が発生した際は、速やかに情報セキュリティ管理者へ連絡する。(「研究情報管理規程」 6. の3))

7. 機器を廃棄する際は、記録された研究情報を復元できないよう完全消去又は物理的な破壊を実施する。書類は、焼却・シュレッダー・溶解処理による廃棄を実施する。(「研究情報管理規程」 4. の3))

8. 情報システムスタッフへの届出なく機器をネットワークに接続しない。

(「静岡県立静岡がんセンターインターネットLAN管理要領」 (以下、「インターネットLAN管理要領」という) 第4条)

9. SCC が提供するウイルス対策ソフト及び端末管理ソフトを各自でインストールする。

(「インターネットLAN管理要領」 第9条の(1))

10. Winny 等のファイル共有ソフトはインストールしない。

(「インターネットLAN管理要領」 第7条の(1))

◎上記事項に違反した場合、不正競争防止法による刑事罰等、処罰が科されることがある。

個人持込みパソコンのインターネット接続に必要な申請について

はじめに

静岡がんセンターでは、個人持込みパソコンをインターネットに接続するにあたって、電子申請による届出が必要となります。申請にあたっては、インターネットを利用するパソコンを保護するため、持込みパソコンに検疫システムの導入をお願いしています。

※ 検疫システムを導入するには、個人持込みパソコンに導入済みのウイルス対策ソフトをアンインストールする必要があります。

なお、検疫システムと導入済みのウイルス対策ソフトが共存すると、パソコンの動作が不安定になる恐れがあります。ご注意ください。

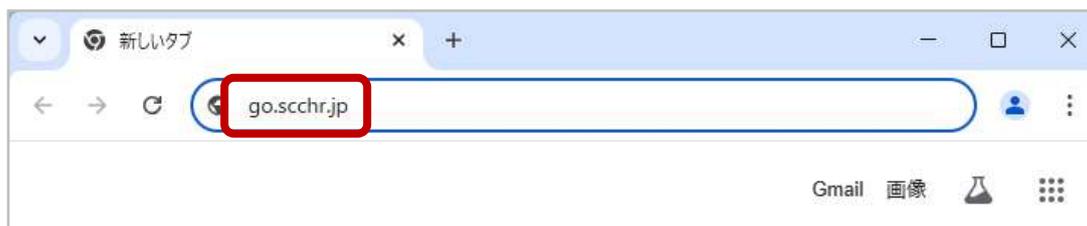
I 「インターネット接続申請画面」の表示

- 1 卓上にある黄色のケーブルを持込みパソコンに接続し、Google Chrome、Safari 等の Web ブラウザを起動してください。

届け出が承認されていない状態では、ブラウザ上で下記のようなエラーが表示され、インターネットにはまだ接続できません。



- 2 ブラウザの URL (ホームページアドレス) 入力欄に「**go.scchr.jp**」と入力した後、キーボードの Enter キーを押してください。



3 下記のような申請画面が表示されます。

もし、申請画面が表示されない場合は、お手数ですがヘルプデスク(2291)または情報システム課(2290)までご連絡ください。

静岡がんセンター インターネット接続 申請画面

お使いのパソコンは、次のいずれかに該当します。
(1) がんセンターのインターネットにはじめて接続した端末
(2) 検疫システムが正しく導入されていない端末

はじめに検疫システムを[こちら](#)からインストールしてください。
※当センター指定のウイルス対策ソフト、セキュリティ修正ソフトウェアの両方を忘れずにインストールしてください。
続いて「利用状況」に必要事項を記入し、「利用申請」をクリックしてください。

以上で申請は完了となり、インターネットに接続できます。

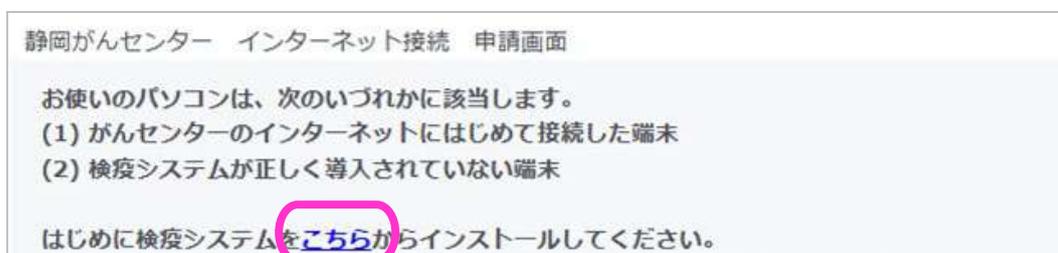
問合せ先：情報システム課(2290)

利用状況

MACアドレス	94:C6:91:A8:74:DF
職員ID (8桁) (必須)	<input type="text"/>
氏名(必須)	<input type="text"/>
所属(必須)	<input type="text"/>
指定ウイルス対策ソフト導入 はい/いいえ(必須)	<input type="text"/>
セキュリティ修正ソフト導入 はい/いいえ(必須)	<input type="text"/>

II SCC ポータルサイト内の「検疫システム」ページの表示

- 1 申請画面に記載されている「[こちら](#)からインストールしてください。」の「[こちら](#)」の文字を左クリックしてください。



- 2 SCC ポータルサイト内に設置している「検疫システム」のページが表示されます。
ページの記載に従って、「[セキュリティ修正ソフト](#)」、「[ウイルス対策ソフト](#)」の2つをインストールしてください。
※ パソコンにインストール済みウイルス対策ソフトがある場合は、お手数ですがアンインストールをお願いします。

SCC * Portal
Shizuoka Cancer Center

各種申請 マニュアル 医学図書館 臨床試験ツール 検疫システム

Home / 検疫システム / Windows

検疫システム

インターネットを利用するパソコンを保護するため、検疫システムの導入をお願いしています。
セキュリティ修正ソフト、ウイルス対策ソフトの2つを各自でインストールしてください。

Windows MacOS X Linux

1. セキュリティ修正ソフト

パソコンのセキュリティ状態を検査して、緊急かつ重要度の高いセキュリティ・アップデートがあると自動的に適用されます。

インストールマニュアル カクーン	Patch Manager Plus インストーラー
マニュアルに沿ってインストールしてください。	ダウンロードする際に警告が出ることがあります。
View	Download

各種申請 マニュアル 医学図書館 臨床試験ツール 検査システム

2つのウイルス対策ソフトがインストールされた状態になると、パソコンの動作が不安定になる恐れがあります。現在使用しているウイルス対策ソフトをはじめにアンインストールしてください。

▼ アンインストール方法のご案内

2. ウィルス対策ソフト

解析困難なファイルでも、クラウド上のウイルス解析ラボと連動することにより、高度なウイルス検出ができる法人向けソフトです。

<p>■ インストールマニュアル カクーン</p> <p>マニュアルに沿ってインストールしてください。</p> <p>View</p>	<p>🛡️ ESET Endpoint Antivirus インストーラー</p> <p>ダウンロードする際に警告が出る場合があります。</p> <p>Download</p>
--	--

3 「セキュリティ修正ソフト」、「ウィルス対策ソフトウェア」のインストールが完了したら申請画面に戻り、「①利用状況」欄に記入例を参考にして必要事項を記入して「②利用申請」を左クリックすれば、接続届が受理されます。

※ 各ソフトウェアが正しくインストールされていない場合、申請画面がもう一度表示されることがあります。

利用状況

MACアドレス 94:C6:91:A8:74:DF

職員ID (8桁) (必須)	<input type="text"/>
氏名(必須)	<input type="text"/>
所属(必須)	<input type="text"/>
指定ウイルス対策ソフト導入 はい/いいえ(必須)	<input type="text"/>
セキュリティ修正ソフト導入 はい/いいえ(必須)	<input type="text"/>

② 利用申請

<記入例>

記入事項	記入例
職員 ID (8桁)	例：12345678
氏名	例：静岡 のぞみ
所属	例：情報システム課
指定ウイルス対策ソフト導入 はい/いいえ	例：はい ※ 当センター指定のウイルス対策ソフトを導入したら「はい」とご記入ください。
セキュリティ修正ソフト導入 はい/いいえ	例：はい ※ セキュリティ修正ソフトを導入したら「はい」とご記入ください。

コンテンツ・フィルタ（プロキシ）自動検出手順書

はじめに

院内のインターネット回線から Web サイトを閲覧する際に、悪意のある危険なサイトを遮断するコンテンツ・フィルタを用意しています。

本手順書には、お使いの端末で当院のコンテンツ・フィルタを自動検出して、アクセスサイトの安全性をチェックする手順を記載しています。

インターネットを安全かつ快適に利用するため、本手順書の設定を実施してください。

コンテンツ・フィルタの表示画面

本手順書に記載した方法を実施すると、悪意のある危険なサイトにアクセスした際に以下の画面が表示されます。

これはコンテンツ・フィルタが作動して、自動的にアクセスを遮断したことを示しています。

※ コンテンツ・フィルタが誤検知している場合は、お手数ですが情報システム課(2290)まで御連絡下さい。

i-FILTER.

このページは次に掲げるセキュリティ上の理由からブロックされました。

- ・違法または不正なソフトウェアを配布している。
- ・著作権を著しく侵害している。
- ・不適切なコンテンツが含まれている。

セキュリティ機器が自動的に判定しているため、過剰検知、誤検知の可能性があります。業務上アクセスする必要がある場合は、情報システム課（#2290）までご連絡ください。

URL	http://
ブロック理由	
IPアドレス	

静岡県立静岡がんセンター事務局
情報システム課（#2290）

お使いのブラウザに合わせて、設定手順を参照してください。

- Microsoft Edge の設定手順
- Firefox の設定手順
- Google Chrome の設定手順
- Safari の設定手順

Microsoft Edge の設定手順

1 Microsoft Edge を起動した後

- ① 右端の『』アイコンをクリックするとメニューが表示されるので
- ② **設定**をクリックしてください。



- 2 <設定>メニューが画面左側に表示されるので、[システムとパフォーマンス]を左クリックしてください。



- 3 画面右側に<システム>メニューが表示されるので、[コンピューターのプロキシ設定を開く]ボタンを左クリックしてください。



4 <プロキシ>メニューが表示されたら、

- ① <自動プロキシ セットアップ>の<設定を自動的に検出する>を[オン]にして
- ② <手動プロキシ セットアップ>の<プロキシサーバーを使う>を[セットアップ]ボタンを左クリックしてください。



- ③ <プロキシサーバーを使う>を[オフ]にして
- ④ [保存]ボタンを左クリックしてください。



以上で設定完了です。

Firefox の設定手順

- 1 Firefox を起動した後、①『☰』アイコンをクリックすると、メニューが表示されるので、続いて②『設定』をクリックしてください。



- 2 <設定> タブが表示されたら、画面を一番下までスクロールして、**[接続設定]**ボタンをクリックしてください。



- 3 <インターネット接続> 画面から

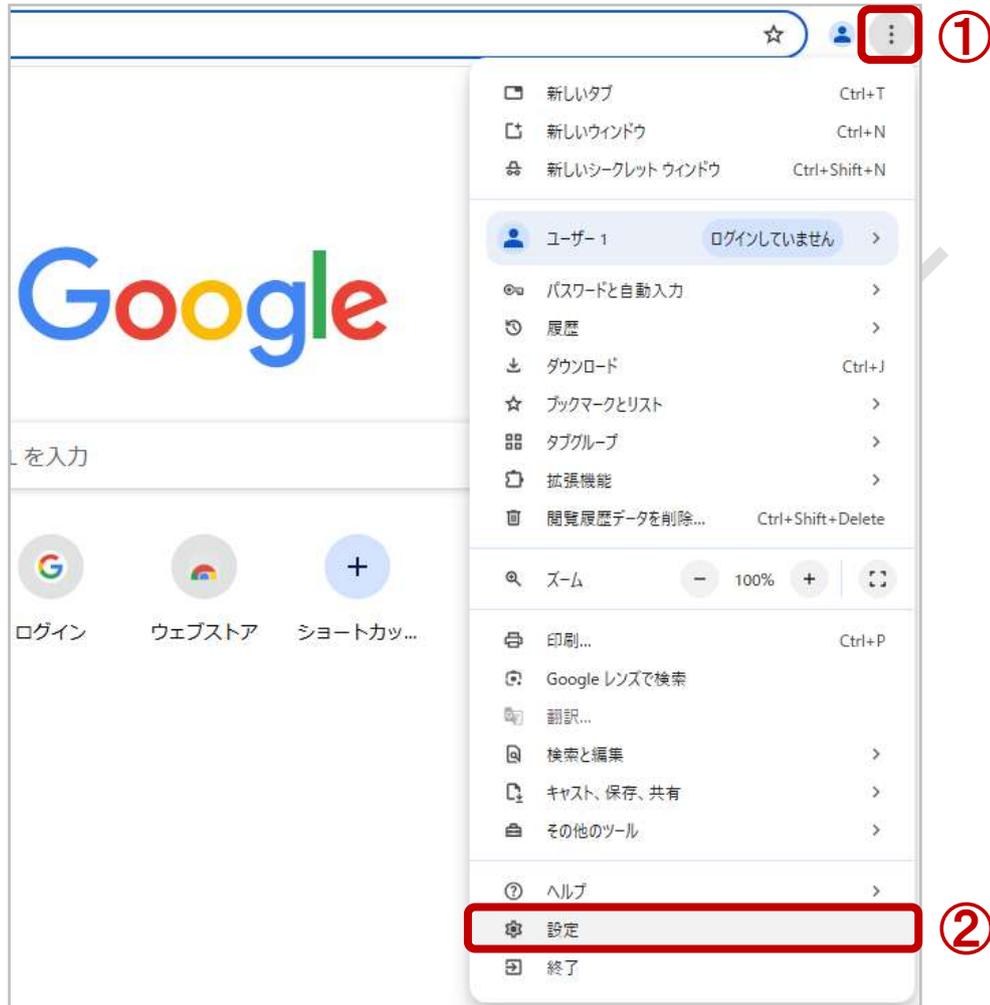
- ① **[このネットワークのプロキシ設定を自動検出する]**にチェックを入れて、
- ② **[OK]**ボタンをクリックしてください。



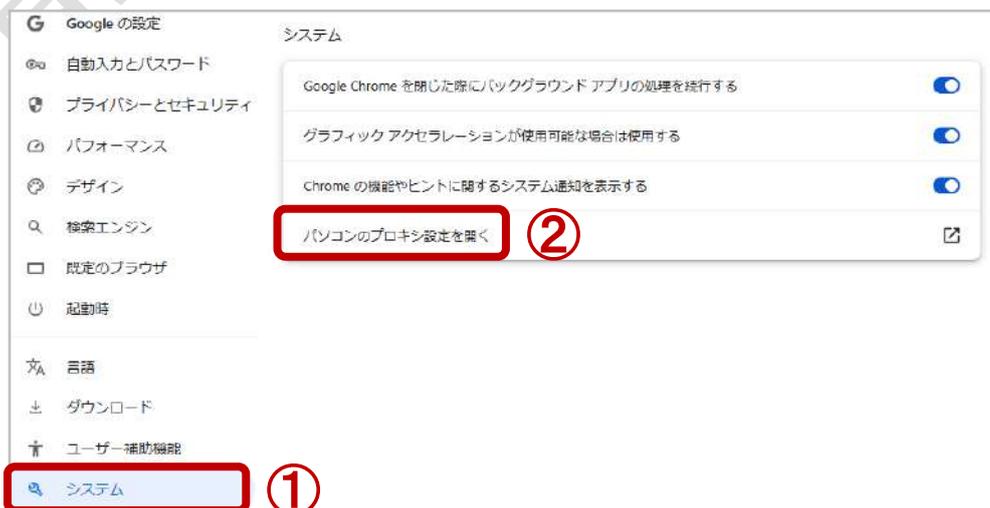
以上で設定完了です。

Google Chrome の設定手順

- 1 Google Chrome を起動した後、① 右端の「⋮」アイコンをクリックすると、メニューが表示されるので、② 「設定」をクリックしてください。



- 2 「設定」画面が表示されたら、
 - ① 「システム」をクリックし、<システム>メニューが表示されたら
 - ② 「パソコンのプロキシ設定を開く」をクリックしてください。



3 <プロキシ> メニューが表示されたら、

- ① <自動プロキシ セットアップ>の<設定を自動的に検出する>を[オン]にして
- ② <手動プロキシ セットアップ>の<プロキシサーバーを使う>を[セットアップ]ボタンを左クリックしてください。



- ③ <プロキシサーバーを使う>を[オフ]にして
- ④ [保存]ボタンを左クリックしてください。



以上で設定完了です

Safari の設定手順

1 MacOS を起動し

- ① 『**アップル**』アイコンをクリックするとメニューが表示されるので、
- ② [**システム設定**]を左クリックしてください。



2 <システム設定>が表示されたら、

- ① [**ネットワーク**]を左クリックしてください。
- ② <ネットワーク> **接続させたいネットワークを選択してください。**

※ネットワーク名は利用する環境によって異なるので、ご注意ください。



3 [詳細]ボタンを左クリックしてください。



- 4 選択したネットワークの詳細画面の左側の、
- ① [プロキシ]タブを左クリックしてください。
 - ② [自動プロキシ検出]を[オン]にして、
 - ③ [OK]ボタンを左クリックしてください。



以上で設定完了です。

SCC*Webmail の利用方法

I はじめに

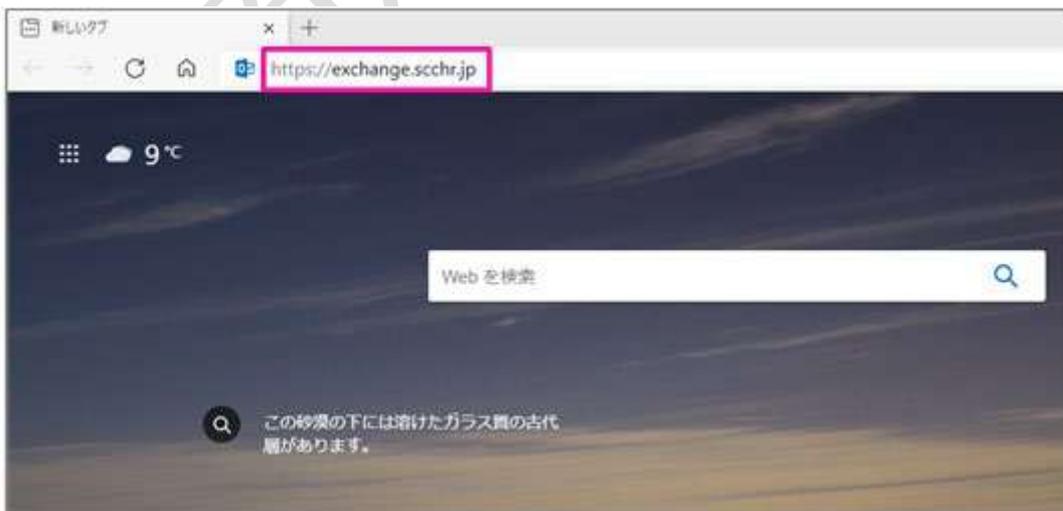
SCC*Webmail は、院内のインターネット・パソコンから Web ブラウザでアクセスするだけで利用できるメールシステムです。

病棟のように、1 台のインターネット・パソコンを複数のスタッフで共用している部署でも、SCC の個人メールアドレスから院外及び院内の相手と安全かつ簡単にメールのやり取りができます。

※ 個人の持込みパソコンにインストールしている Outlook 等で SCC 個人メールを受信する手順は、電子カルテ初画面の左メニューにある「よくある質問」に掲載していますので、そちらをご覧ください。

II SCC*Webmail へのアクセス方法

- 1 インターネット・パソコンから Edge、Google Chrome、Firefox 等の Web ブラウザを起動してください。
- 2 URL 入力欄に「<https://exchange.scchr.jp>」と入力して、キーボードの「Enter」キーを押下してください。



- 3 SCC*Webmail のサインイン画面が表示されることを確認してください。

※ サインイン画面を「お気に入り」に登録しておくと、次回アクセス時に URL を入力する手間が省けて便利です。



III 院内 Web メールサインイン方法

- 1 院内 Web メールサインイン画面上で①「ユーザー名」、②「パスワード」を入力して、③「サインイン」ボタンを左クリックしてください。

※ ユーザー名、パスワードは、電子カルテの操作研修時に配布する資料に記載されています。忘れてしまった場合は、情報システム課(2290)までご連絡ください。



2 サインインが成功すると「パスワードを保存しますか？」と尋ねられることがあります。

※ 複数人で使用するインターネット・パソコンでは、パスワードは保存しないでください。



3 サインインが完了すると、メールの閲覧、送受信ができるメール画面が表示されます。



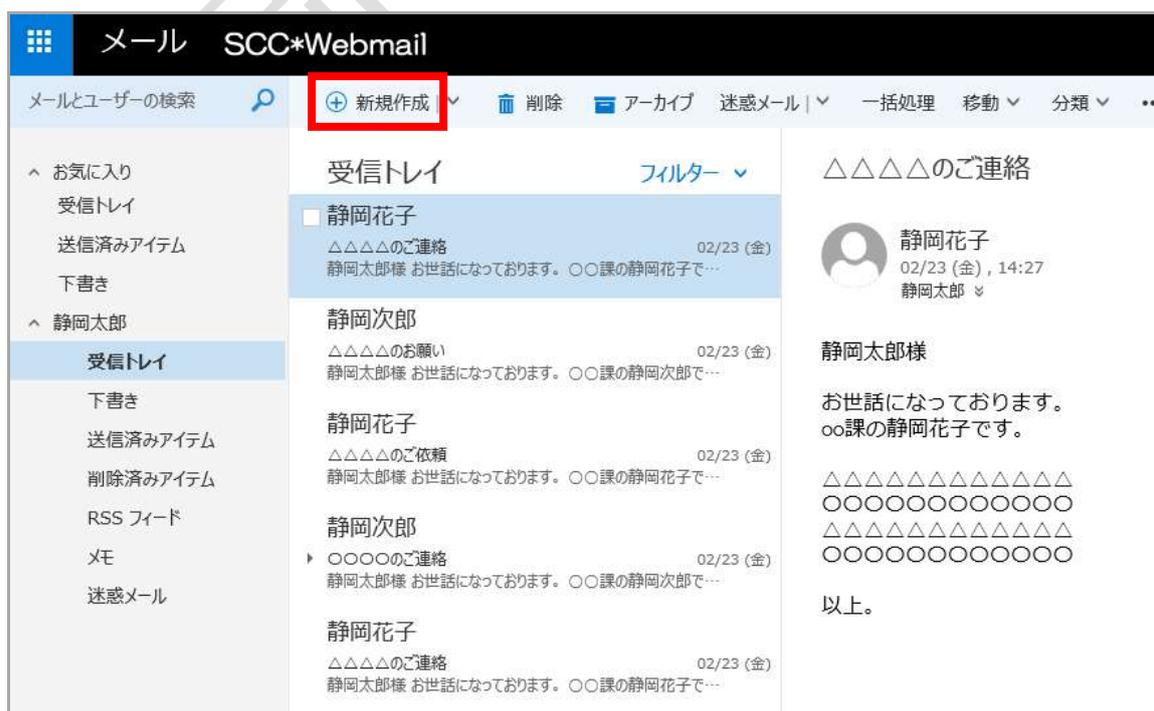
IV 院内 Web メールサインアウト方法

- 1 画面の右端にある①人型のアイコンを左クリックすると、サインアウト画面が表示されますので、②「サインアウト」を左クリックしてください。



V 院内 Web メールの送信方法

- 1 「新規作成」を左クリックすると、メール作成画面が開きます。



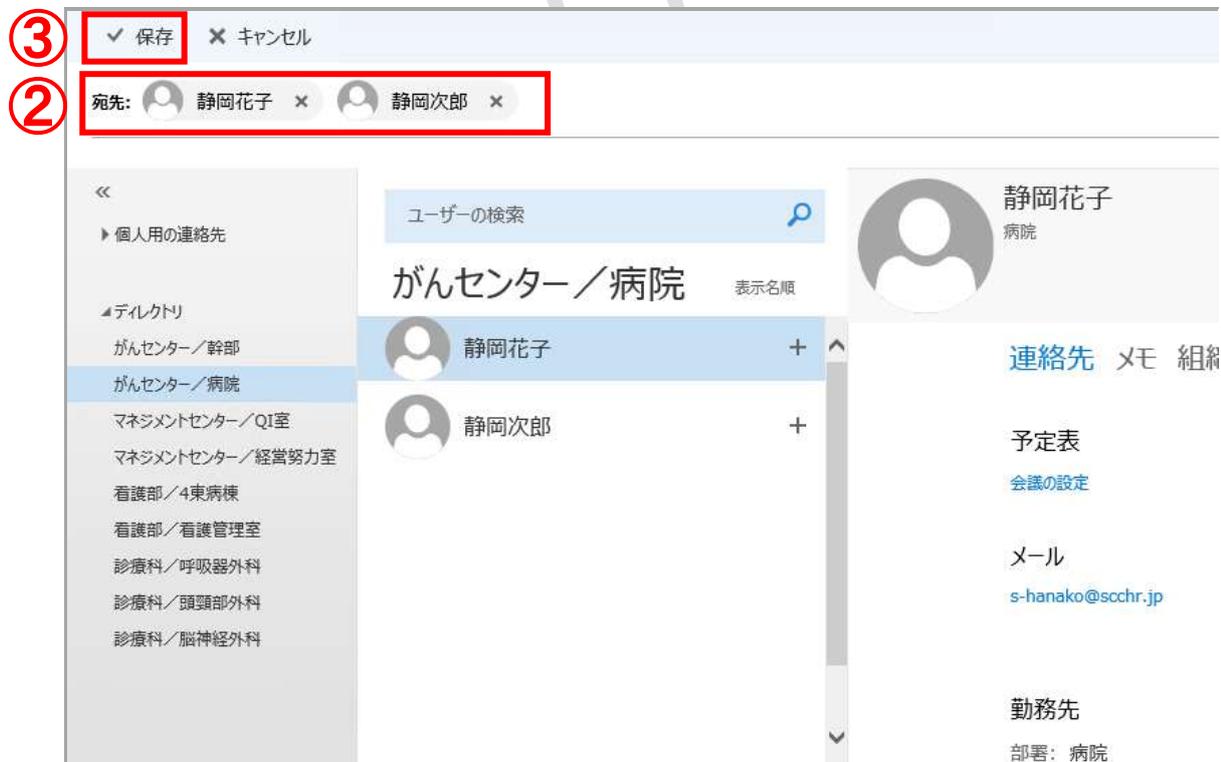
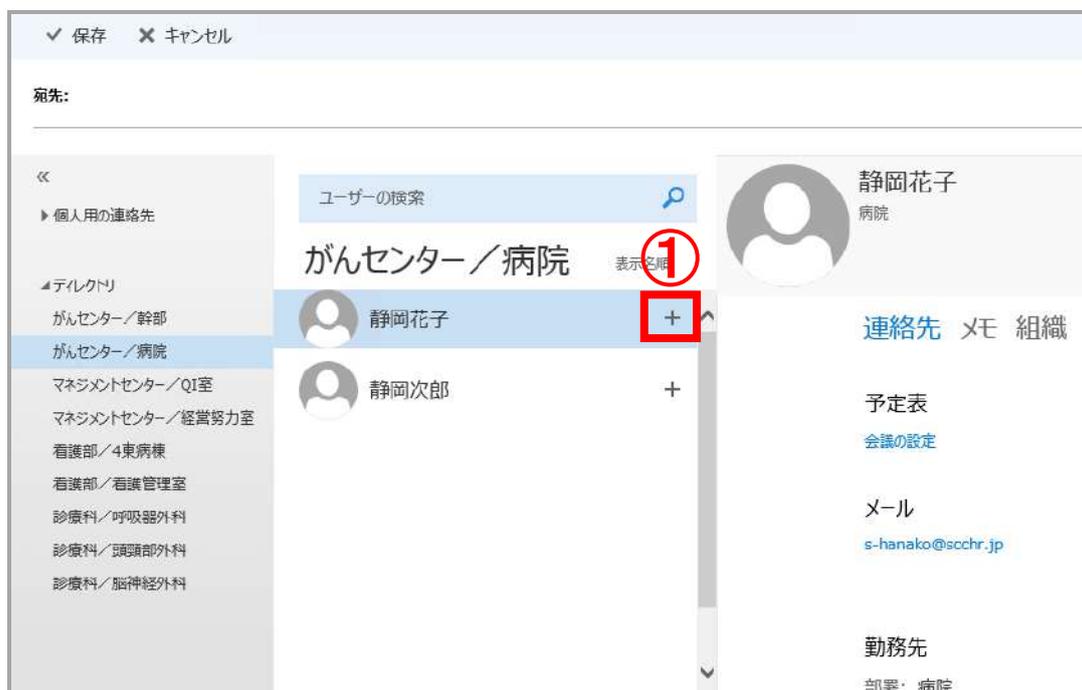
2 メール作成画面で「宛先」を左クリックしてください。アドレス帳が表示されます。



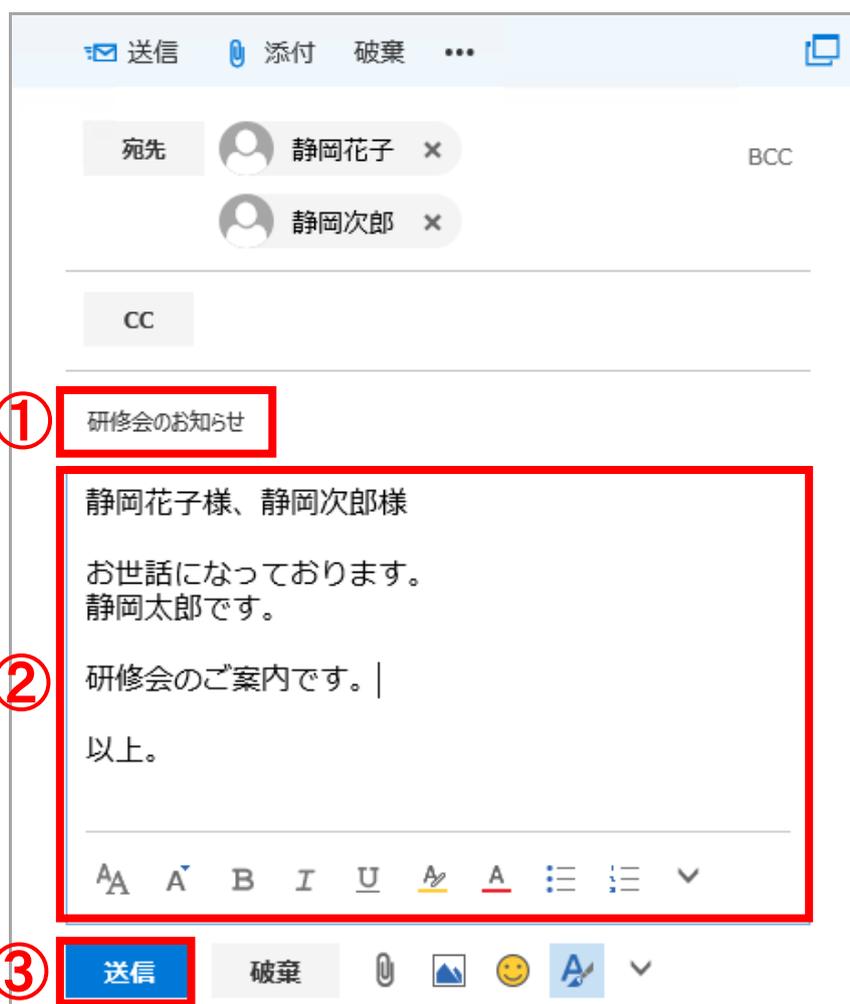
3 がんセンターのアドレス帳を参照したい場合は「>>」を左クリックしてください。



- 4 がんセンターのアドレス帳から送信したい相手を選んで①「+」アイコンを左クリックすると②「宛先」に送信相手が追加されます。
選択が終了したら③「保存」を左クリックしてください。



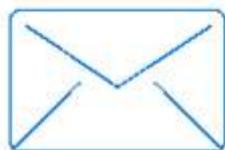
- 5 メール作成画面から、①「件名」と②「本文」を入力して、③「送信」を左クリックしてください。



VII 便利機能(メールの署名)

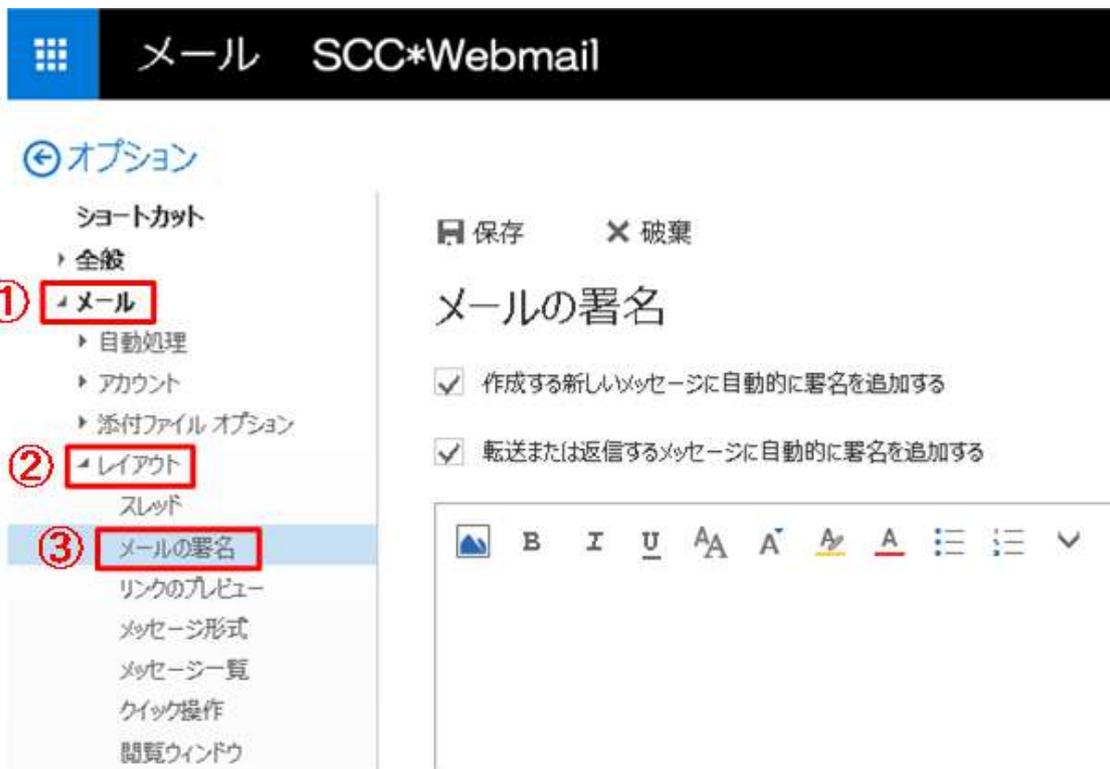
「メールの署名」機能を使うと、メール本文に署名を自動的に挿入することができます。

- 1 SCC*Web メール画面右端にある①「**歯車のアイコン**」を左クリックし、表示されるメニューから②「**オプション**」を左クリックしてください。

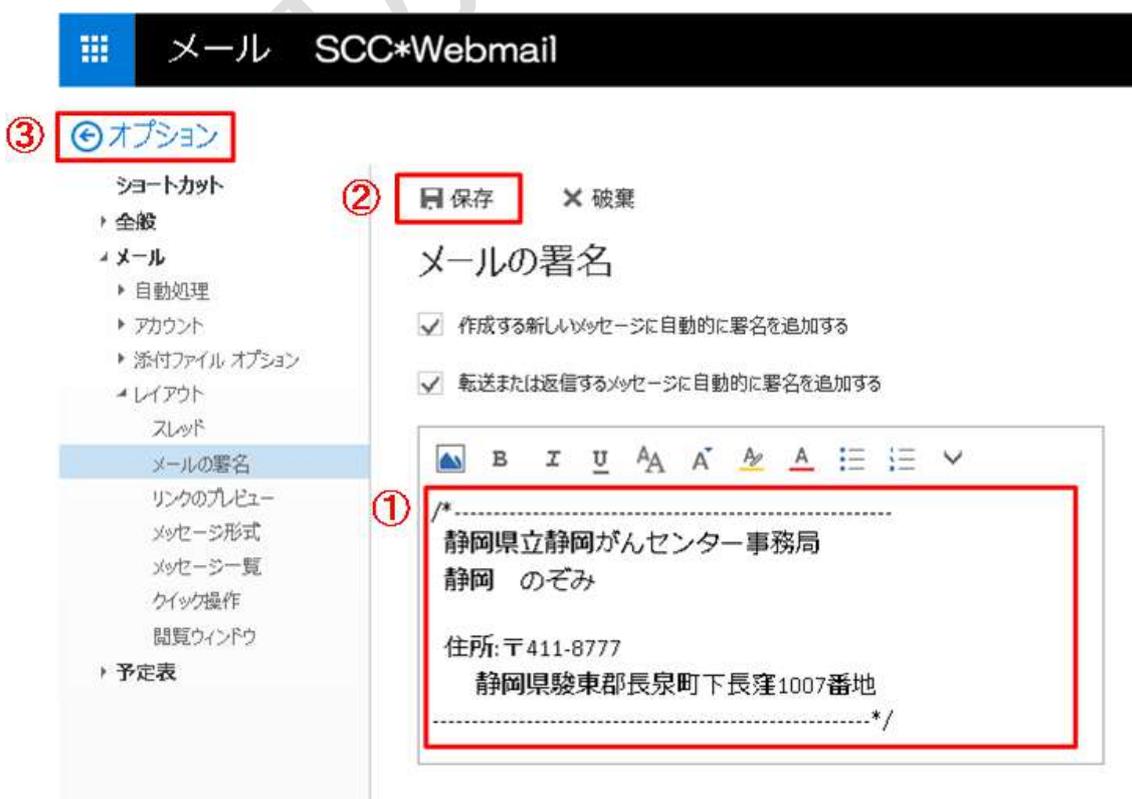


青字

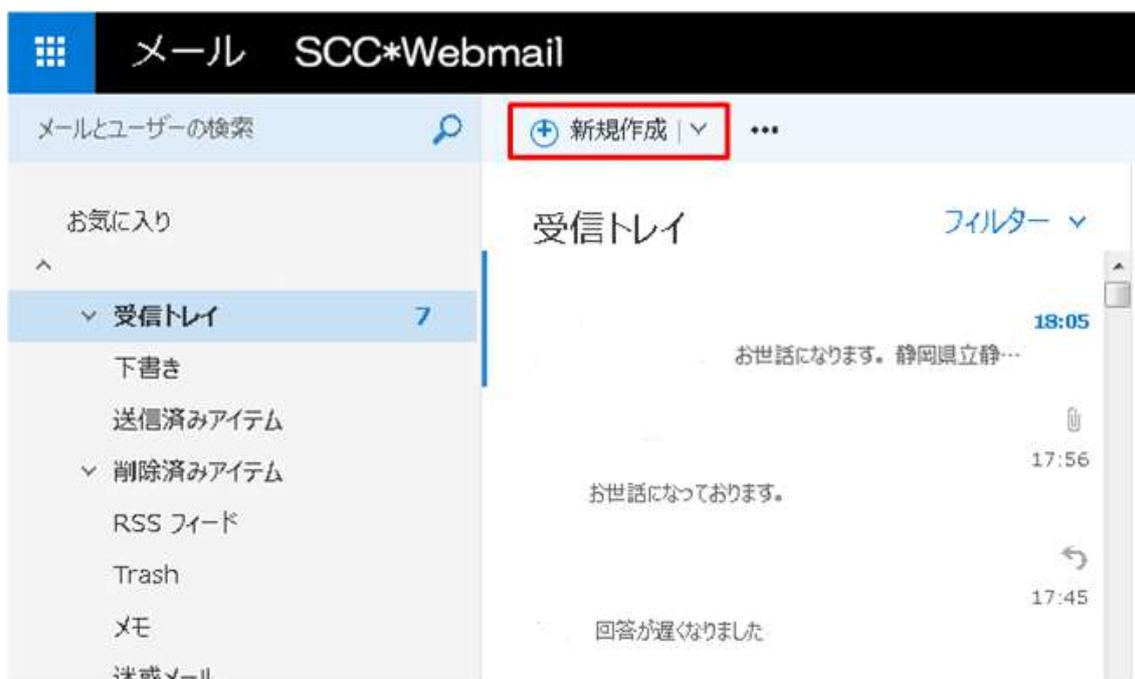
- 2 「オプション」画面が表示されたら、左のメニューから順番に①「メール」、②「レイアウト」、③「メールの署名」を左クリックしてください。



- 3 「オプション」画面が表示されたら、①自由に署名を記入した後、②「保存」を左クリックし、最後に③「オプション」を左クリックしてください。



- 4 メール画面に戻ったら、「新規作成」を左クリックしてください。



- 5 メールの編集画面に署名が自動的に挿入されていれば設定完了です。



以上で設定完了です。

ウイルスメールフィルターで誤検知されたメールの受信手順

はじめに

静岡がんセンターのメールアドレス(@scchr.jp)宛に送られてくるメールは、すべてウイルスメールフィルターを通過するようになっています。

ウイルスメールフィルターは、クラウド上に存在し、AIによる学習機能を搭載した高性能なものです。正常なメールをウイルスと誤って判定してしまうことがあります。

ここでは、ウイルスメールフィルターでウイルスと誤検知されたメールを受信する手順について記載しています。

ウイルスメールの可能性が極めて高いと判定された場合

- 1 ウイルスメールフィルター上でウイルスメールの可能性が高いと判定された場合、メールはクラウド上の隔離スペースに一時保管され、下記のようなメールが届きます。

メールが誤検知と思われる場合は、**情報システム課(2290)まで連絡**してください。

※メールの保管期限は 30 日です。

【SCC】ウイルスメール検知のお知らせ【情報システム課】

 alert@notification.message-labs.com
昨日, 8:49
情報システム課

ウイルス検知

※本メールには返信しないでください。
セキュリティ装置がウイルスメールの疑いのあるメールを検知しました。

現在、当該メールは隔離されており、30日後に自動的に削除されます。
メールに心当たりがある場合は、装置によるウイルスの誤検知の可能性が
ありますので、このメールを受信後30日以内に情報システム課(2290)まで
ご連絡ください。

メールの概略は以下のとおりです。

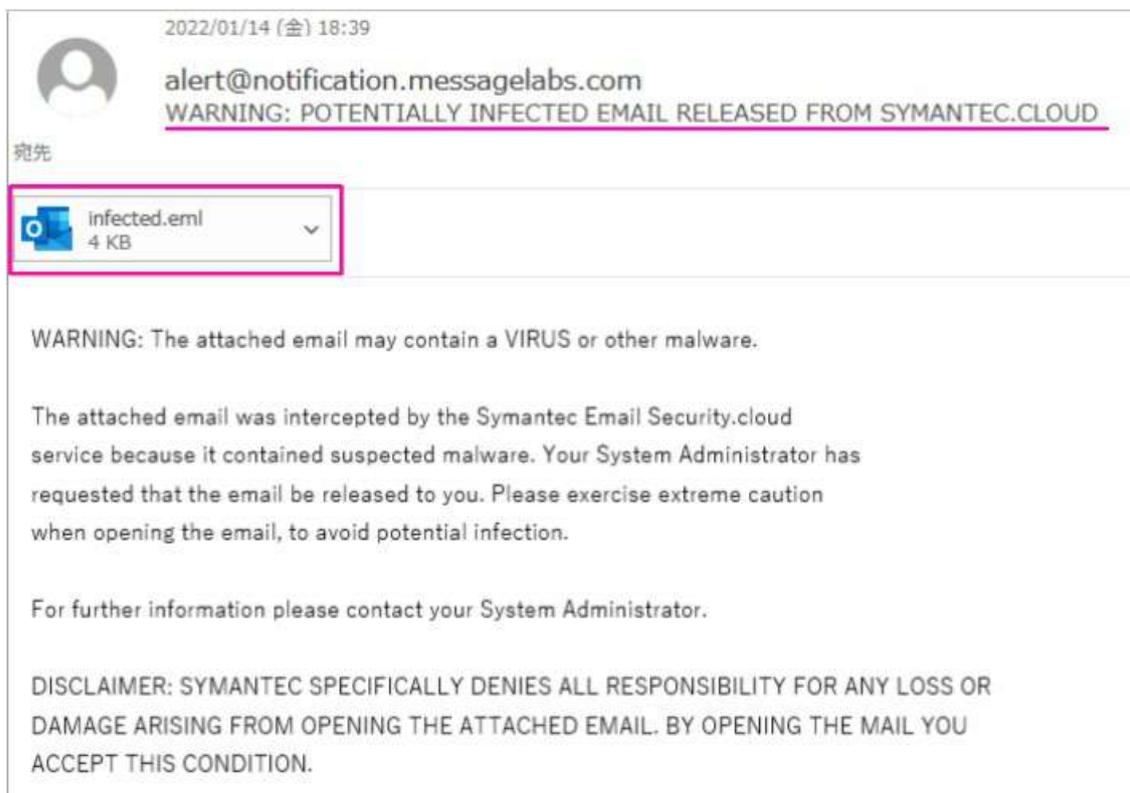
メールID: 23497_1642031375
送信者:
amazon-account-update@tianbeiyun.cn

受信者:
@scchr.jp

件名: Amazon.co.jp お支払い方法の情報を更新してください
添付ファイル: (unknown)
送信日: Thu, 13 Jan 2022 07:49:48 +0800

2 情報システム課で隔離されたメールのリリース処理を実施すると、数時間から1日以内に下記のような英文メールが届きます。

添付ファイルの **infected.eml** を開くと、ウイルスメールと誤検知されたメールが表示されます。



2022/01/14 (金) 18:39

 alert@notification.message-labs.com
WARNING: POTENTIALLY INFECTED EMAIL RELEASED FROM SYMANTEC.CLOUD

宛先

 infected.eml
4 KB

WARNING: The attached email may contain a VIRUS or other malware.

The attached email was intercepted by the Symantec Email Security.cloud service because it contained suspected malware. Your System Administrator has requested that the email be released to you. Please exercise extreme caution when opening the email, to avoid potential infection.

For further information please contact your System Administrator.

DISCLAIMER: SYMANTEC SPECIFICALLY DENIES ALL RESPONSIBILITY FOR ANY LOSS OR DAMAGE ARISING FROM OPENING THE ATTACHED EMAIL. BY OPENING THE MAIL YOU ACCEPT THIS CONDITION.

ウイルスメールの疑いがあると判定された場合

- 1 ウイルスメールフィルター上でウイルスメールの疑いがあると判定された場合、メールはクラウド上の隔離スペースに一時保管され、下記のようなメールが届きます。

メールが誤検知と思われる場合は、**該当するメールの「リリース」ボタンをクリック**してください。

※メールの保管期限は 14 日です。

2022/01/26 (水) 8:01

quarantine@us.quarantine.symantec.com

【SCC】ウイルスメール検知のお知らせ【情報システム課】

※本メールには返信しないでください。

セキュリティ装置がウイルスメールの疑いのあるメールを検知しました。

現在、当該メールは隔離されており、14日後に自動的に削除されます。

メールに心当たりがある場合は、装置によるウイルスの誤検知の可能性がありますので、このメールを受信後14日以内に、該当メールの「リリース」ボタンをクリックしてください。

「リリース」する際は、本当にウイルスメールではないか十分確認してから実施して下さい。

 **【13講演配信】改めて考えたいクラウド活用**
～Lenovo Tech Week 2022～

開始 [ナノオプト・メディア イベントニュース \(eventnews@news.f2ff.jp\)](mailto:eventnews@news.f2ff.jp)

差出元 shim.crmf.jp 836_24112_2422_0@e003.anlyz-rr-curumeru.hcm-nc.jp

宛先

22/01/25 13:05 | スпамメール | 56.6 kB

リリース 削除

※リリースしてからメール受信まで、数時間から1日かかります。

ご不明な点は、情報システム課(2290)までご連絡ください。

- 2 「リリース」ボタンをクリックすると、Web ブラウザ上にメールが正常にリリースされたことを通知するメッセージが表示されます。



SCC * Portal サイトのご紹介

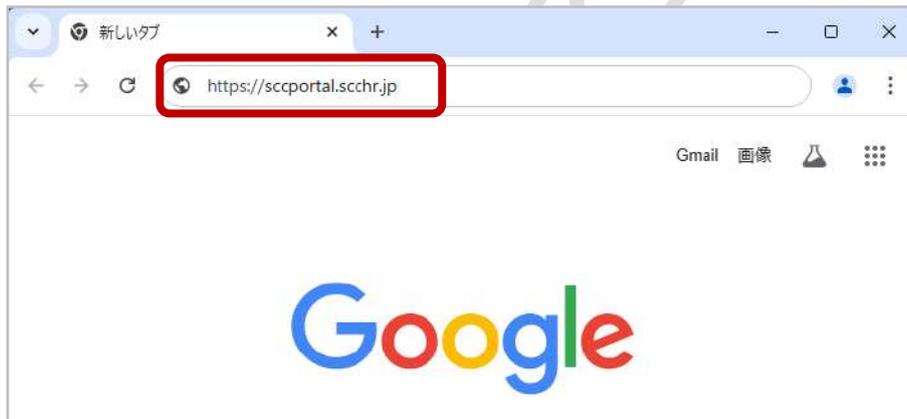
はじめに

SCC * Portal には、業務支援のためのツールや、各種申請書、マニュアル等が掲載されています。院内で使用するインターネット・パソコンから、サイトへアクセスすることができます。

※ 院外および scc.wifi.lite から SCC * Portal へのアクセスはできません。

SCC * Portal へのアクセス方法

- 1 インターネット・パソコンで任意の Web ブラウザを開き、URL 入力欄に「<https://sccportal.scchr.jp>」と入力し、キーボードの「Enter」キーを押下してください。
※ 検索ボックスに URL を入力しても、ブラウザの種類によっては SCC * Portal が表示されないことがあります。その際は、ブラウザの種類を変更してお試しください。



- 2 SCC * Portal が表示されます。



各種ページの紹介

- 1 SCC * Portal は、以下の項目によって構成されています。
何か困った事が出てきた際は、SCC * Portal を活用してみてください。

項目	ページ紹介
各種申請	電子カルテ系、インターネット系の利用申請を行うことができます。
マニュアル	メール、ファイルサーバ、プリンタ、wifi、Web 会議等のマニュアルを閲覧することができます。
医学図書館	文献管理ソフト(EndNote 最新版)、特典付き投稿先情報など、静岡がんセンター職員だけが入手できるコンテンツがあります。
臨床試験ツール※1	プロトコルレビュー、統計相談、進捗管理、申請支援等を行っています。研究者を支援するためのページです。
検疫システム	インターネットを利用するパソコンを保護するための、検疫システム(セキュリティ修正ソフト、ウイルス対策ソフト)のインストールを行うことができます。

※1 臨床研究に関しては csc@scchr.jp にお問合せください。

2 【参考】マニュアル(メールの設定手順書)

メールの設定をする際は、こちらを参考にしてください。

各種申請 マニュアル 医学図書館 臨床試験ツール 検疫システム

Home / マニュアル / メール

メール

手順がわからなくなった場合は、ヘルプデスク (2291) までご連絡ください。

#Webメール

SCC*Webmail オススメ

Webブラウザを開けば、すぐにメールを使えます。
まずはこちらの方法をお試しください。

[View](#)

メールデータ保存方法

個人パソコンのなかにメールデータを保存する方法を記載しています。

[View](#)

#メールソフト (Windows)

Outlook 2019 (MAPI接続) オススメ

Outlook 2019 でメールを送受信する手順です。
MAPI接続のメリット・デメリットは必須です。

[View](#)

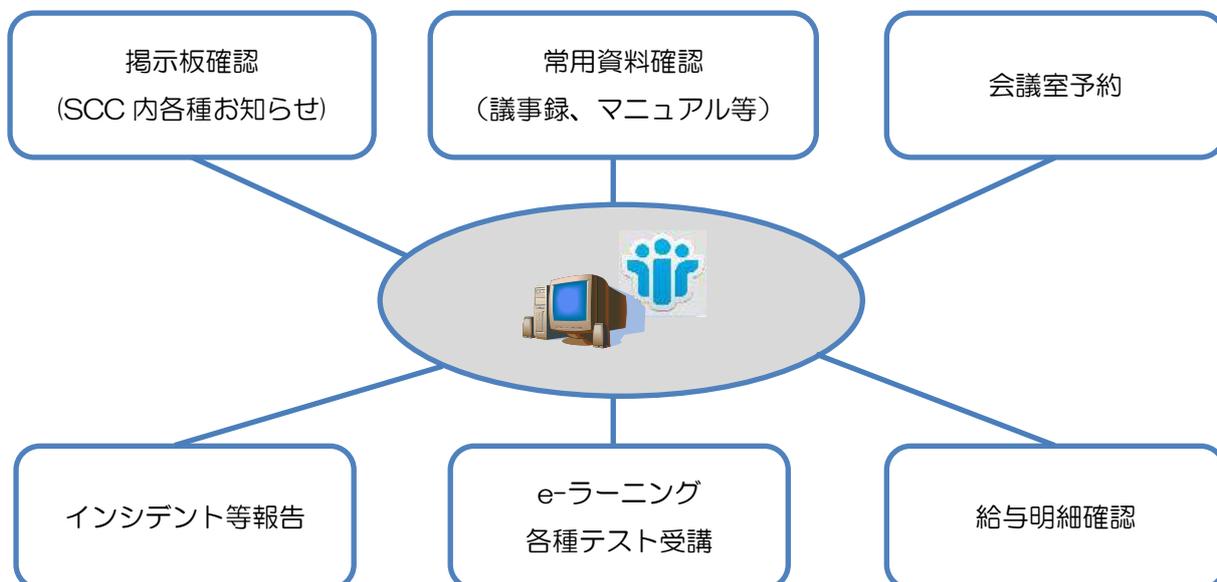
Outlook 2019 (POP接続)

Outlook 2019 でメールを送受信する手順です。
POP接続のメリット・デメリットは必須です。

[View](#)

SCCノーツ操作研修資料

1. SCCNotes でできること



- SCCNotes は、SCC の職員を対象として、情報共有や資料確認、各種報告などを行うためのソフトウェアです。
- 病院内に設置された電子カルテ端末からご利用いただけます。
- 研究所においては、別途電子カルテ用以外の端末にソフトウェアをインストールすることによりご利用になれます。

2. SCCNotes の起動方法

(1) 初めて「Notes」にログインする場合（電子カルテ端末）

Notes にログインするための ID とパスワードの設定画面が表示されます。ここで ID とパスワードを設定することにより、2回目以降、ID とパスワードを入力しなくても、自動で Notes にログインすることができるようになります。

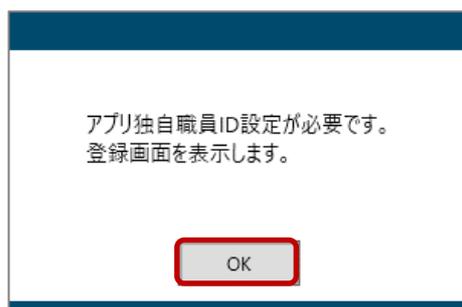
なお、ここで ID とパスワードの設定をしなくても、Notes にログインする際に手動で入力することで、Notes を利用することができます。

※ID とパスワードの設定画面は、設定を行わない限り、Notes を起動させるたびに表示されます。

- ① ポータル画面の左側から「アプリ一覧」を開き、「部門システム」から「Notes」を選択してください。



- ② 「アプリ独自職員 ID 設定が必要です。登録画面を表示します。」というメッセージが表示されるので、「OK」を押下してください。



- ③ 次に、「アプリ独自職員 ID 設定」画面が表示されるので、以下の例を参考に、ID とパスワードを入力してください。最後に、「登録」を押下してください。

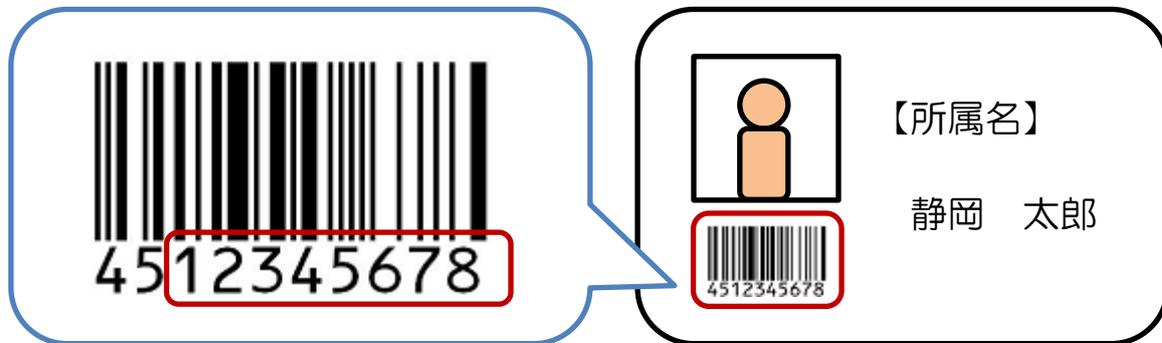


【入力参考例】

- ID：ご自身の職員番号になります。

職員番号には、IDカードの下8桁を入力してください。

入力欄の右側にある、「電子カルテ ID と同じ ID を使用する」にチェックを入れていただければ、自動で下8桁が設定されます。



- パスワード：初期パスワードは【氏名イニシャル】 + 【職員番号下6桁】

例) 職員番号 12345678 の静岡太郎 (Shizuoka Taro) さんの場合
初期パスワード → 【ts345678】

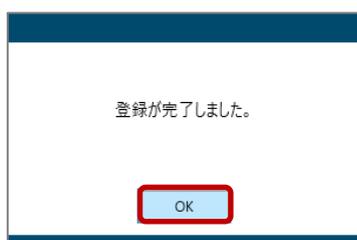
パスワードについて

SCCNotes の初期パスワードは全職員共通のルールで設定されています。

初期パスワードは容易に予測できてしまうため、なりすましでの利用を防ぐために必ず後述の方法によりパスワードを変更するようお願いします。

- ④ 本人確認のため再度ユーザーID とパスワードを入力し「ログオン」を押下してください。
 - ユーザーID：自動で入力されています。
 - パスワード：電子カルテ端末にログインする際に使用するパスワードを入力してください。

- ⑤ 下記のとおり登録が完了したら、初回のパスワード設定は完了となります。



- ⑥ ここで登録したIDとパスワードは、AZONポータル画面の右上にある「アプリ独自職員ID設定」から変更することが可能です。Notesで初期パスワードを変更した際は、ここから再度パスワードの再設定をしてください。



A screenshot of the "アプリ独自職員ID設定" (Application-specific staff ID settings) dialog box. The dialog has a title bar and a close button. It contains three sections for setting IDs and passwords for different applications: "ファイルサーバ" (File server), "ファイル交換システム (ダウンロード)" (File exchange system (download)), and "Notes". Each section has fields for "ID:", "パスワード:" (Password), and "パスワード(確認用):" (Password (confirmation)). There is a checkbox labeled "電子カルテIDと同じIDを使用する" (Use the same ID as the electronic medical record ID) next to each ID field. The "Notes" section is highlighted in yellow and has a red border around it. At the bottom, there is a message: "登録したIDとパスワードを削除したい場合は、空白で登録してください。" (If you want to delete the registered ID and password, register with blank). There are two buttons at the bottom: "登録" (Register) and "キャンセル" (Cancel). The "登録" button is highlighted with a red rectangular border.

(2) 2回目以降に「Notes」にログインする場合（電子カルテ端末）

(1)で ID とパスワードを設定している場合は、Notes を起動した際に自動でログインすることができるようになっています。

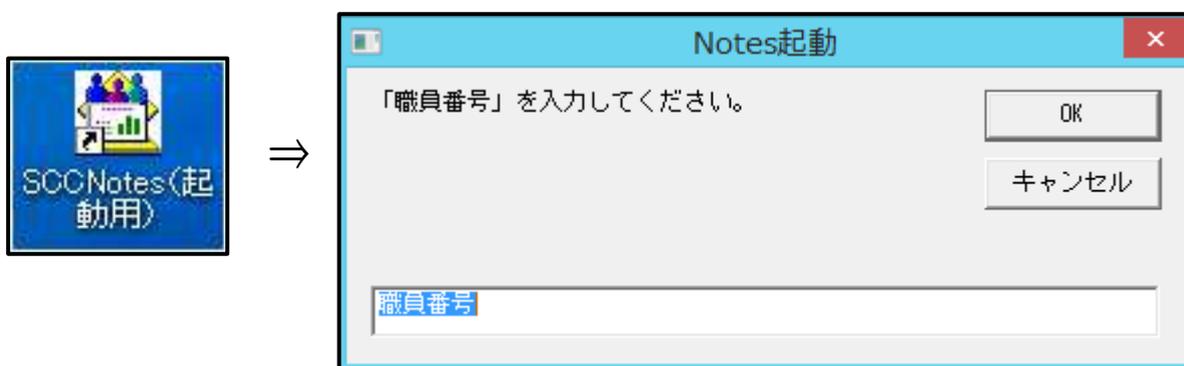
(1)で ID とパスワードを設定していない場合は、パスワードを手動で入力することでログインすることができます。

(3) 「Notes」にログインする場合（電子カルテ用以外の端末）

① デスクトップ上のショートカットアイコンから起動してください。

すると、下記画面が表示されるので、【職員番号】を入力してください。

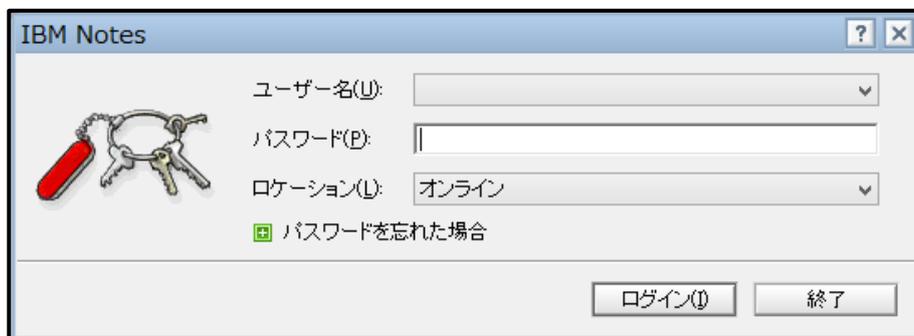
※【職員番号】については、(1)の説明を参考にしてください。



② SCCNotes が起動すると、下記のようなログイン画面が表示されます。

【ユーザー名】は自動的に入力されますので、【パスワード】を入力してください。

※【パスワード】についても、(1)の説明を参考にしてください。



3. Notes データベースについて

(1) ワークスペースとデータベース (DB)

SCCNotes にログイン後、表示される画面を「ワークスペース」といいます。

ワークスペース上には、下記に紹介するようなデータベースが表示されていますので、用途に応じてご利用ください。



(2) よく使うデータベースの紹介

SCC 給与明細



このデータベースでは、個人の給与明細を確認することができます。明細は年度ごとに管理されているため（アイコンは令和4年度）、最新データベースについては、後述の「DB ライブラリ」というデータベースを利用してワークスペースに追加してください。

氏名	支給年月	支給種別	確認	所属
* テスト医師	月	給与明細	未確認	—

(<) 支給年月 年 月 給与支給明細書及び法定外控除明細書

職員番号 氏名 テスト医師 給料表 級 号給

《支給・控除》 支給合計 (①) 控除合計 (②) 差引支給額 (① - ②)

《支払内訳》 (1) (2) 計 現金支給額 (③)

掲示板（全体）



このデータベースには、SCC 全体に周知したいお知らせが掲載されています。

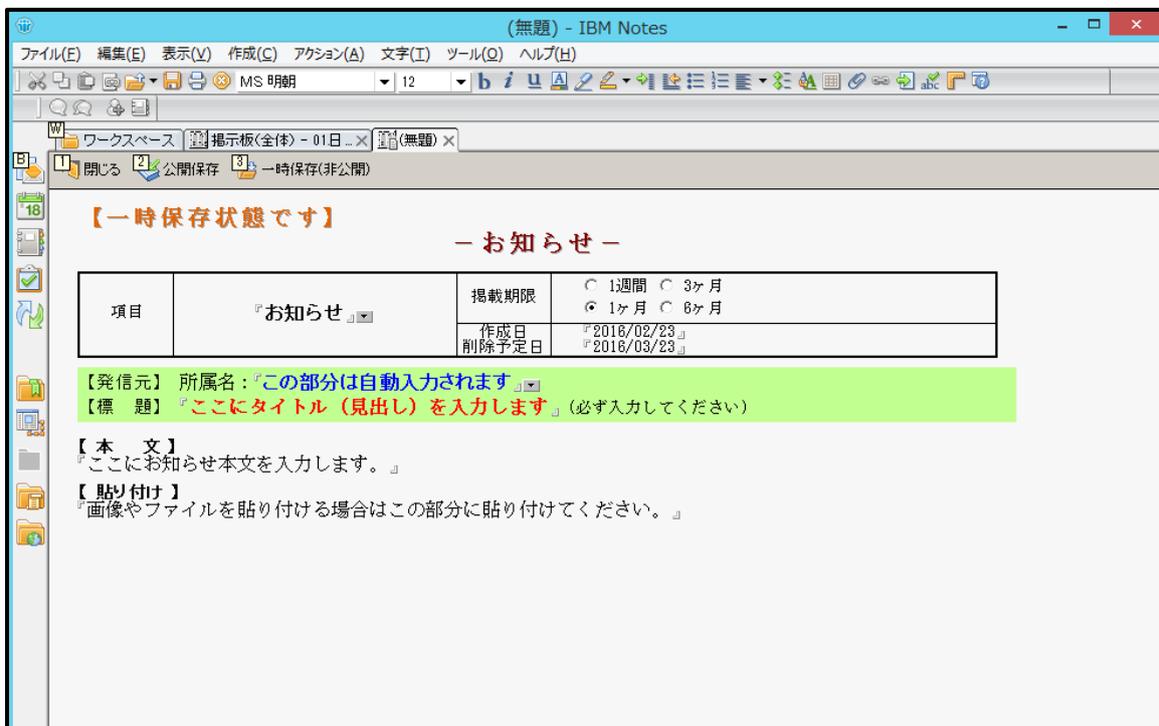
掲示文書は誰でも作成することができるため、必要に応じてご利用ください（掲載手順は下記の通り）。

【文書の掲載手順】

- ① 画面左の「掲示文書作成」を押下してください。



- ② 新規作成画面が表示されたら、必要事項を全て記入して「公開保存」ボタンを押下してください。なお、まだ公開したくない場合は「一時保存（非公開）」ボタンを押下して保存することにより、他の職員からは閲覧できない状態で掲載することができます。

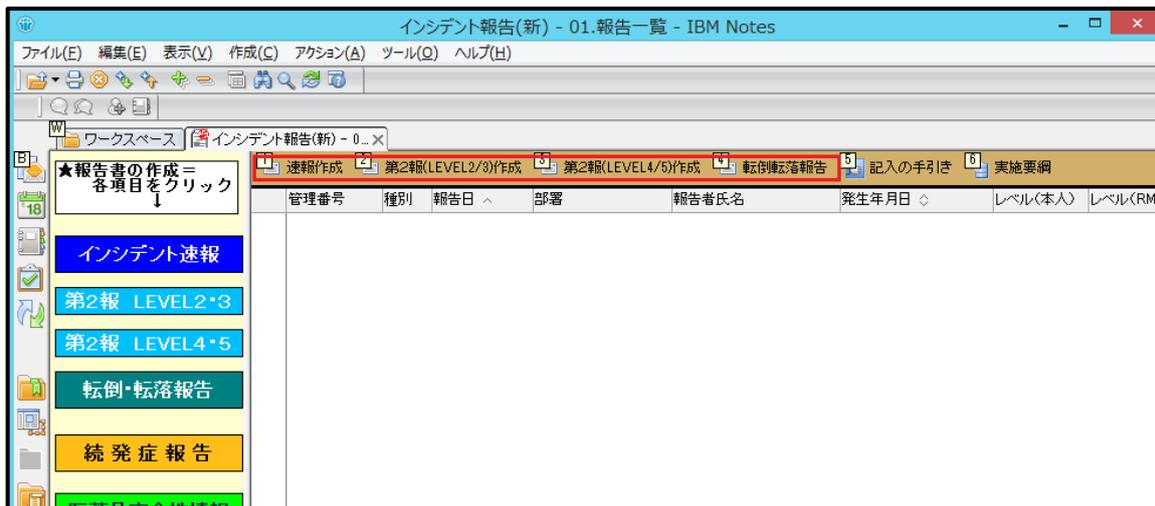


インシデント報告



このデータベースは、SCCで発生したインシデントやアクシデントの報告書を作成するために利用します。

報告書の記載項目のうち、氏名、所属、職種については自動的に入力されますが、所属などが変更された直後については反映されない場合がありますため、手動で修正してください。



新規の文書 - IBM Notes

ファイル(E) 編集(E) 表示(V) 作成(C) アクション(A) 文字(I) ツール(O) ヘルプ(H)

ワークスペース [インシデント報告(新) - 0...] [新規の文書 ×]

閉じる 保存して閉じる

転倒・転落に関する報告は「転倒・転落報告」の様式にてご報告下さい。

★注意「保存して閉じる」ボタンを押すと現在の文書は修正ができなくなります。

【報告者情報】

報告者	<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 当事者以外の職員
報告者氏名	『この部分は自動入力されます』
報告者所属	診療科: 『この部分は自動入力されます』 分類: <input type="radio"/> 病棟 <input type="radio"/> 中央診療 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 外来 <input type="radio"/> 通院治療センター
報告者職種	『この部分は自動入力されます』
臨床経験年数	<input type="radio"/> 1年未満 <input type="radio"/> 3年未満 <input type="radio"/> 5年未満 <input type="radio"/> 10年～15年未満 <input type="radio"/> 20年～25年未満 <input type="radio"/> 2年未満 <input type="radio"/> 4年未満 <input type="radio"/> 5年～10年未満 <input type="radio"/> 15年～20年未満 <input type="radio"/> 25年以上
発生時刻	16 (『』時『』分)
発見時刻	16 (『』時『』分)

【患者情報】

患者性別・年齢	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 『』歳
---------	---

e-ラーニング



このデータベースには、様々な動画が掲載されており、期間内であれば、いつでも動画を視聴できます。「医療安全・院内感染対策研修会」や「倫理研修」は、こちらから受講することになります。

左のアイコンが見当たらない場合は、次頁の「DB ライブラリ」というデータベースを利用してワークスペースに追加してください。

e-ラーニング - 2022年度cvc認定制度研修 - IBM Notes

ファイル(F) 編集(E) 表示(V) 作成(C) アクション(A) ツール(O) ヘルプ(H)

ワークスペース e-ラーニング - 2022年... X

研修会タイトル

2022年度

CVC認定制度研修
CV-CATHETER/CV-PORT挿入にあたっての技術講習

2022年度ハラスメント研修

医療安全・院内感染対策研修会

【第1回】

- ・インシデント・アクシデント事例等
- ・新型コロナウイルス感染症と感染対策
- ・当センターのプレボイド報告事例
- ・放射線安全管理に係る安全管理体制

2022年度看護必要度評価者研修

2022年度 看護必要度評価者研修

2022年度看護教育部会研修e-learning

がん看護基礎

2022年度倫理研修

2022年度倫理研修 2022年5月13日開催

- ・ゲノム医療と倫理

講師: 松田 純先生
(静岡大学 名誉教授)

2022年度倫理研修 2022年5月20日開催

- ・インフォームド・コンセントと被験者の権利

講師: 佐藤 恵子先生
(京都大学大学院 特任准教授)

受講

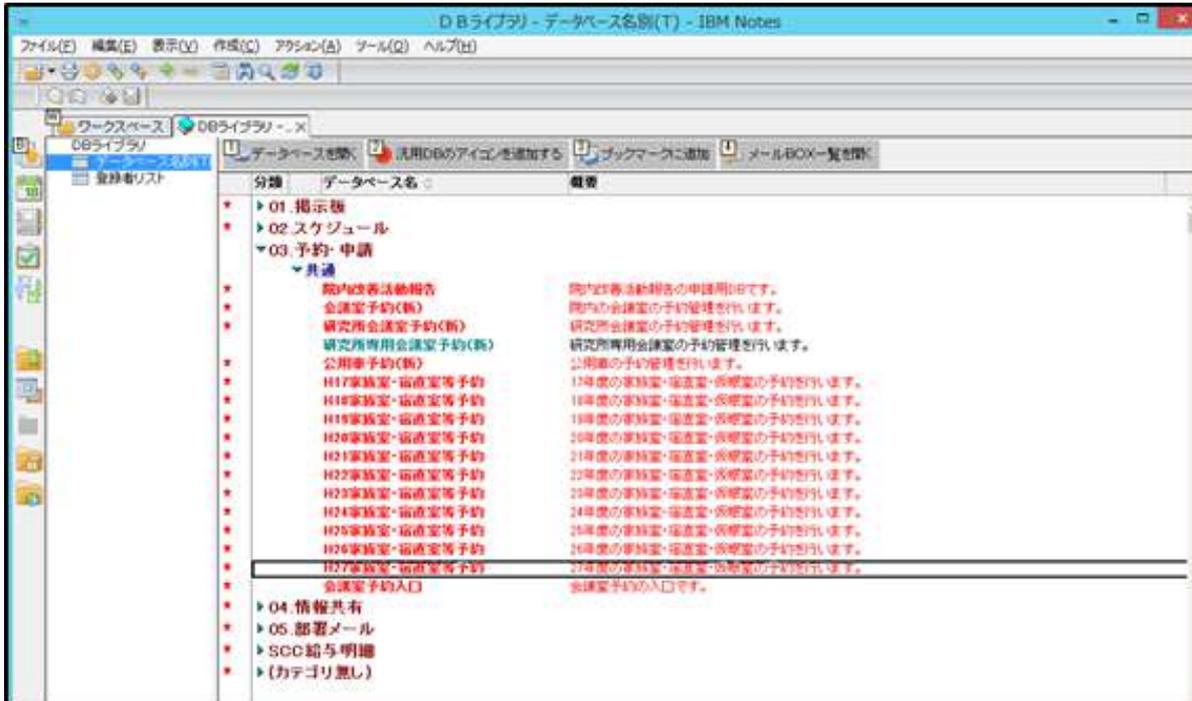
所属	受講者氏名	受講完了日

DB ライブラリ



このデータベースには、SCCNotes で利用可能なデータベースの一覧が掲載されています。

データベースを開くことで、ワークスペース上にアイコンが追加されますので、ご利用になりたいデータベースアイコンがワークスペース上に見当たらない場合、誤ってデータベースアイコンを削除してしまった場合は、このデータベースから検索してください。



(3) SCCNotes のメール利用について



SCCNotes にはメール送信機能もありますが、確認漏れの発生を防ぐため、SCC 内での連絡は原則として「電子カルテシステムのメール機能」または「インターネットメール (**@scchr.jp)」をご利用いただくようお願いしております。

SCCNotes のメール機能は、主にデータベースのリンクや、掲示文書のリンクなどを送信するときにご利用ください。

※ SCCNotes メールで添付されたファイルを保存したときは、パソコン本体に保存されるため、必ずファイルサーバへ移動させてください。

他の端末でご利用になれないだけでなく、別の人に閲覧されるおそれがあります。

4. SCCNotes ログインパスワードの変更について

(1) 初期パスワードについて

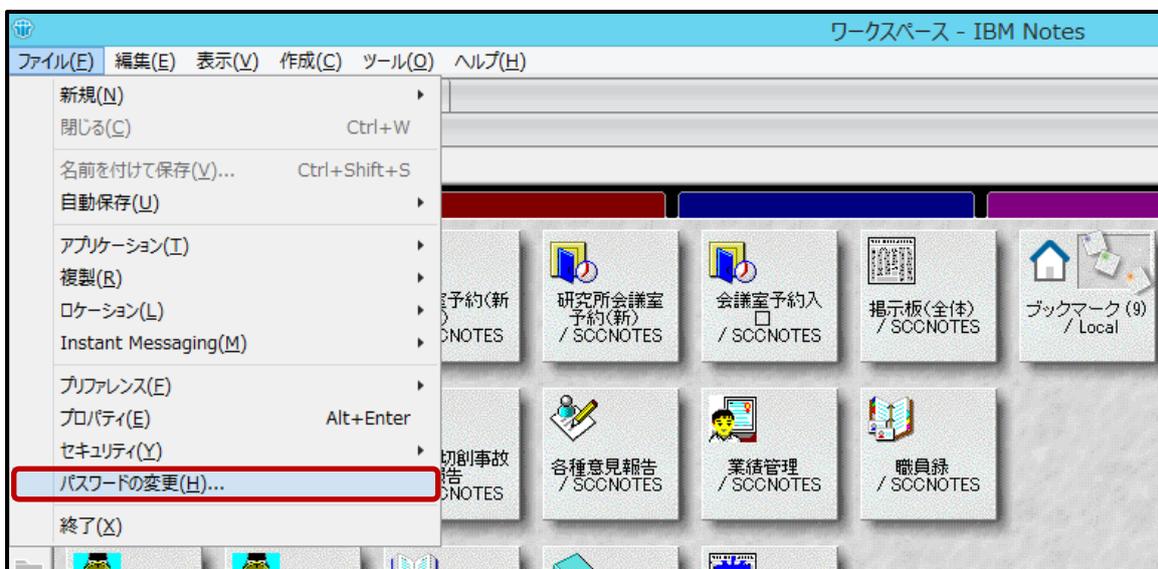
SCCNotes の初期パスワードは、全職員共通のルールで設定されています。

【氏名イニシャル】 + 【職員番号下6桁】 の組み合わせ

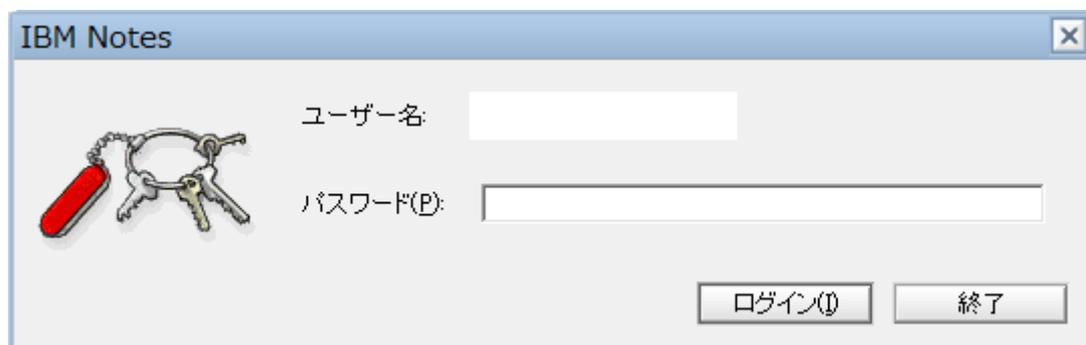
例えば職員番号が 12345678 の静岡太郎 (Shizuoka Taro) さんの場合、設定される初期パスワードは【ts345678】となります。

(2) パスワードの変更方法

- ① SCCNotes にログインしてください。
- ② ウィンドウ上部のメニューバーから「パスワードの変更」を選択します。



- ③ パスワードの入力を求められますので【現在のパスワード】を入力してください。



- ④ パスワードの変更画面が表示されますので、新しいパスワードを入力してください。
なお、新しいパスワードには【英数字】【記号】を組み合わせた【8桁以上】のパスワードを登録することをお勧めします。

パスワードの変更

新しいパスワード(E)

新しいパスワードの再入力(B)

暗号強度(S) 64ビット RC2

パスワードの生成(G)...

よいパスワードを作成するためのヒント

- あなたのパスワードの強度は標準レベルです:
自動解読攻撃に対する推測し難いパスワードが必要 (8)
例 (メモ: この例のパスワードを使用しないでください): one21two
- 新規パスワードは過去 50 回のパスワードとは異なることお勧めします。
- 大文字と小文字、数字、および特殊文字を使う。
例: YRUTrying2Guess?
- 語句や文を使用して覚えやすいパスワードを使う。
例: I live in Boston!
- 辞書に含まれる単語や名称を使用しない。
使用不可の例: Shakespeare

OK キャンセル

- (3) パスワードを忘れてしまった時は

SCCNotes のパスワードは職員個人での管理となるため、万が一パスワードを忘れてしまった場合はパスワード (ID ファイル) の初期化を行います。

初期化の申請はヘルプデスクにて受け付けておりますので、ヘルプデスク (2291) にご連絡のうえ、パスワード初期化を依頼する旨とご自身の職員番号をお伝え下さい。

SCCNotes パスワード初期化対応

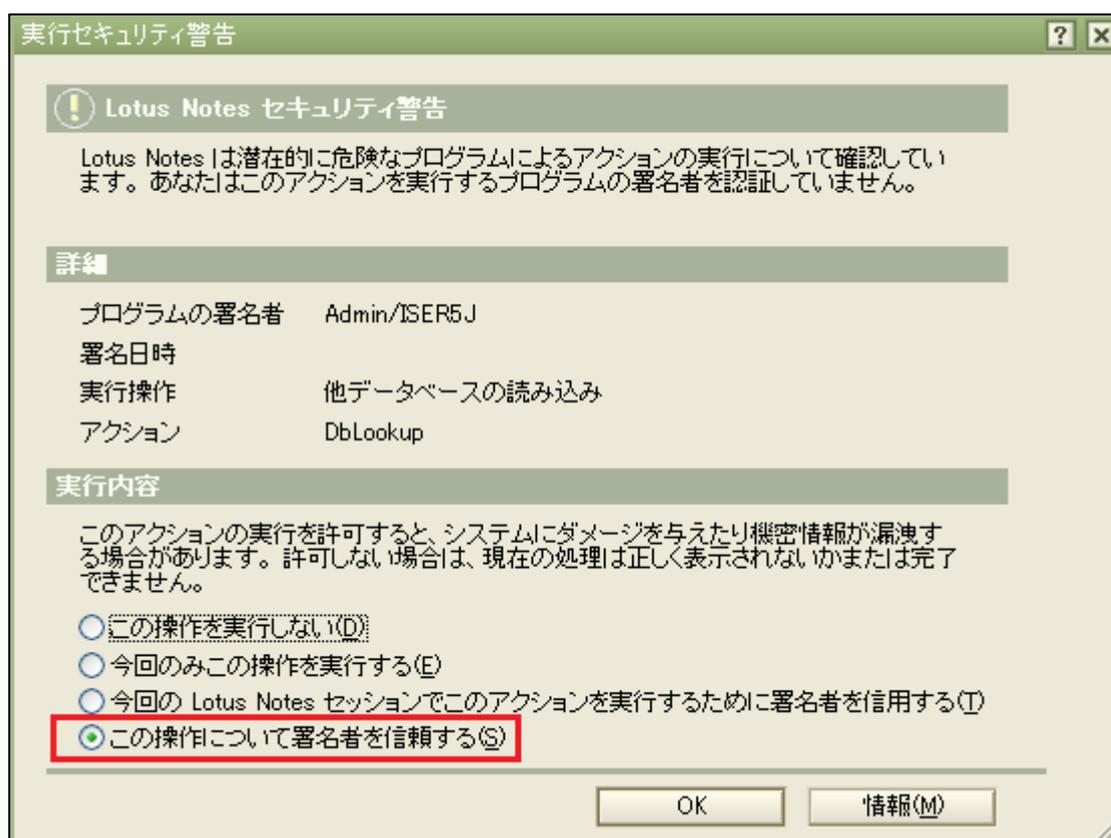
ヘルプデスク (2291) へ職員番号をお伝え下さい。
※土日祝日は対応いたしかねますのでご注意ください。

5. その他の注意点

(1) セキュリティ警告メッセージについて

利用中の端末が初めてデータベースにアクセスしたとき、「セキュリティ警告」が表示されることがあります（複数データベースが連携しているものなど）。

Notes の仕様上表示されてしまうものであるため、表示された場合はお手数ですが、次の画面のように「署名者を信頼する」にチェックを入れて OK ボタンを押下してください。



(2) 複数端末での SCCNotes へのログイン（二重ログイン）禁止

SCCNotes は病院内の電子カルテ用端末からどこでも起動できます。

ただし、複数の端末からのログインには対応していないため、【他の端末でログインしている状態のままログインしない】ようご注意ください。

二重ログインした場合、ワークスペース上のアイコンがなくなってしまうなどの症状が確認されています。復旧は可能なので、ヘルプデスク（2291）へ症状と職員番号を連絡してください。

6. よくある質問

Q : SCCNotes にログインしたが、アイコンが消えてしまった。

A : 多重ログインによるファイルの破損とと思われます。
復旧作業が必要であるため、ヘルプデスク（2291）へ申請願います。

Q : SCCNotes にログインできない。

A : Caps Lock や Num Lock などの設定がオンになっているため、正しくパスワードが入力できていない場合があります。
パスワードを忘れてしまった場合は、初期化作業が必要となるため、ヘルプデスク（2291）へ申請願います。

<初期パスワード>

【氏名イニシャル】 + 【職員番号下6桁】 の組み合わせ

Q : SCCNotes を起動すると「ウインドウオープンエラー」と出る。

A : SCCNotes のプログラムが異常終了したときに出ることがあります。
この現象については、端末の再起動により復旧されます。

(参考) 基本的なデータベース(「DBライブラリ」データベースより参照)

分類	データベース名	概要	アクセス権		備考
			見る	作る	
01. 掲示板	掲示板(全体)	院内全体で共有する電子掲示板	全員	全員	
02. スケジュール	幹部予定表	幹部の予定表	全員	一部の職員	
	全体予定表	院内の行事予定及び幹部の予定表	全員	全員	
03. 予約・申請	会議室予約(新)	院内の会議室の予約管理	全員	全員	
	研究所会議室予約(新)	研究所内の会議室の予約管理	全員	全員	
	家族室・宿直室等予約	家族室・宿直室・仮眠室の予約管理	病院職員	病院職員	
	公用車予約(新)	公用車の予約管理	全員	全員	
04. 情報共有	e-ラーニング	SCCで開催した研修・講演会の動画を格納	全員	全員	
	WOCチーム業務管理	WOCチームの業績報告の記録・管理	一部の職員	一部の職員	
	インシデント報告	インシデント・アクシデント報告書の作成	全員	全員	一度保存して閉じると修正が不可能
	院内感染症サーベイランス	感染症サーベイランス結果提出用データベース	一部の職員	一部の職員	
	栄養ニュース	栄養室からの情報提供データベース	病院職員	病院職員	削除できるのは一部の職員
	MEニュース	ME機器利用に関するお知らせ、稼動状況の報告等を掲載するデータベース	病院職員	病院職員	削除できるのは一部の職員
	リスクマネジメント	リスクマネジメントに関する情報を蓄積するためのデータベース	病院職員	病院職員	削除できるのは一部の職員
	各種意見報告	患者、家族、来院者の意見を収集するためのデータベース	病院職員	病院職員	見られるのは自分が作成した文書のみ
	業績管理	論文・学会等における業績を記録するデータベース	病院職員	病院職員	
	針刺し・切創事故報告	針刺し切創事故の報告書を収集するデータベース	病院職員	病院職員	一度保存して閉じると修正が不可能
	電子カルテQ&A	情報システム検討委員会で検討された(中の)電子カルテに関する質問・要望等と回答集	病院職員	一部の職員	
	院内感染対策	院内感染対策マニュアル	病院職員	一部の職員	
	業務マニュアル	業務マニュアルのデータベース	病院職員	一部の職員	
	常用資料	院内共有のマニュアル・資料等のデータベース	全員	全員	
職員録	職員一覧のデータベース	病院職員	一部の職員		
SCC給与明細	SCC給与明細	SCCから支給される給与明細	全員	全員	個人データのみ 県庁からの出向者除く

静岡がんセンターにおける 医療安全対策

医療安全管理責任者
RMQC(医療の質・安全管理室)室長
坪佐 恭宏

2025年4月2日

本日の内容

1. はじめに
2. 当院の医療安全管理体制
3. インシデント・アクシデント報告
4. 事例と再発防止策
5. 医療事故調査制度
6. 特定機能病院と医療安全
7. インフォームドコンセントと記録
8. その他

本日の内容

1. はじめに
2. 当院の医療安全管理体制
3. インシデント・アクシデント報告
4. 事例と再発防止策
5. 医療事故調査制度
6. 特定機能病院と医療安全
7. インフォームドコンセントと記録
8. その他

医療事故とは(定義)

- 医療に関わる場所で、医療の全過程で発生する有害事象をすべて包括するもの
 - 医療行為とは直接関係ないものや、患者ばかりではなく医療従事者に起こるものも含まれる
 - 不可抗力や偶然の結果起こるものも含まれる
- 医療過誤
 - 医療機関・医療従事者の過失によって起こる医療事故
 - 医療事故 ≠ 医療過誤
 - 「医療事故」は「過誤」のイメージを持たれがち
 - 「交通事故」は過誤の有無にかかわらずに用いられる

日本人の死因

1	悪性新生物	368,103
2	心疾患	196,925
3	肺炎	119,650
4	脳血管疾患	114,207
5	老衰	75,389
X	医療事故	40,000
6	不慮の事故	39,029
7	腎不全	24,776
8	自殺	24,417
9	大動脈瘤及び解離	16,423
10	慢性閉塞性肺疾患	16,184

2014年人口動態統計より

名古屋大学医学部附属病院医療の質・安全管理部教授 長尾能雅先生
(平成24年7月 静岡がんセンター講演資料を一部修正)

「医療安全」が大きな問題となる きっかけとなった医療事故

- 1999年1月:横浜市大病院
 - 心臓と肺の手術患者を取り違えて手術を実施
- 1999年2月:都立広尾病院
 - 血管内に消毒薬(ヒビテン)を誤注入し患者が死亡
- 2000年2月:京大病院
 - 人工呼吸器の加湿器にエタノールを誤注入し患者が中毒死
- 2000年4月:東海大病院
 - 経腸栄養剤を点滴ルートに誤注入し、1歳半の患児が死亡

1999年は医療安全元年と呼ばれている



医療事故の考え方

1990年代

医療事故はあってはならないこと
個々の人の注意で防ぐことができる

責任追及・犯人捜しをする限りは
原因究明できず改善が進まない

2000年以降

医療事故は起こりうること

チームや組織全体の在り方を改善しなければ防止できない

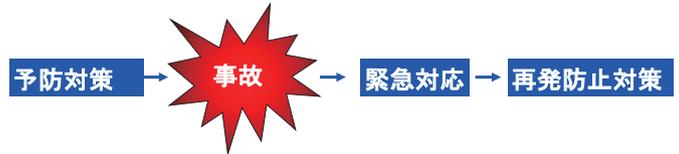


To err is human;
人は誰でも間違える



リスクマネジメントの目的

- 偶発的・人為的な事故を発生させないこと
- 事故が発生した場合に損失を最小化すること

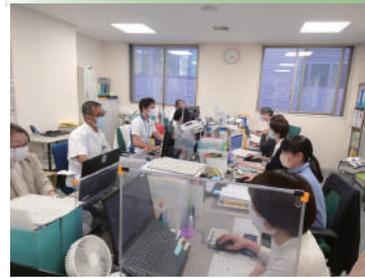


本日の内容

1. はじめに
2. 当院の医療安全管理体制
3. インシデント・アクシデント報告
4. 事例と再発防止策
5. 医療事故調査制度
6. 特定機能病院と医療安全
7. インフォームドコンセントと記録
8. その他



RMQC室(医療の質・安全管理室)



RM: リスクマネージメント
QC: クオリティコントロール

室長	1名(医師専任(副院長))
医療安全管理監	3名(医師専従、医師専任、看護師専従)
専従職員	7名(看護師1名、薬剤師2名、事務4名)
兼務職員	7名(医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者を含む)



RMQC室(医療の質・安全管理室)

- 役割
- 医療安全管理に関する事務
 - 情報収集
 - インシデント・アクシデント報告
 - 続発症報告
 - 死亡例報告
 - ご意見箱(院内14ヶ所)・Info メール・日報報告
 - よろず相談
 - 事実確認と検証
 - 医療安全・品質管理に関するDB作成
 - クレーム、ご意見等への対応案作成
 - 患者・家族との折衝(面談、回答作成)
 - 顧問弁護士、保険会社、コンサルタントへの相談



リスクマネージャーの役割

各部署、各科にはリスクマネージャー配置
以下を遂行

- ★ 部署における**医療安全対策**
- ★ 部署における医療安全に対する安全管理の**教育と啓発**
- ★ 部署における医療事故の**実態の把握と究明**
- ★ 医療の**質及び患者満足**の向上

実際の行動

- ①医療安全対策マニュアルの**周知徹底**
- ②インシデント・アクシデント報告、続発症報告の確認、**分析し対策を検討**
- ③医療安全に関する事項を担当部署職員に迅速に**周知徹底**
- ④必要に応じて**院内ラウンド**を実施
- ⑤担当部署職員の**医療安全への意識**を高める



本日の内容

1. はじめに
2. 当院の医療安全管理体制
3. インシデント・アクシデント報告
4. 事例と再発防止策
5. 医療事故調査制度
6. 特定機能病院と医療安全
7. インフォームドコンセントと記録
8. その他



インシデント・アクシデントの定義

- インシデント
患者に障害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場などでヒヤリとしたりハッとした事象。
- アクシデント
医療従事者が予想しなかった悪い結果が患者に起こった事象。



インシデント・アクシデントのレベル区分

レベル	傷害の継続性	傷害の程度	傷害の内容
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	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)
レベル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などの必要性は生じた)
レベル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、鎮痛剤の投与など)
レベル3b	一過性	高度	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	軽度～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は伴わない
レベル4b	永続的	中等度～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
レベル5	死亡	—	死亡(原疾患の自然経過によるものを除く)



インシデント・アクシデント報告件数推移 (レベル別)

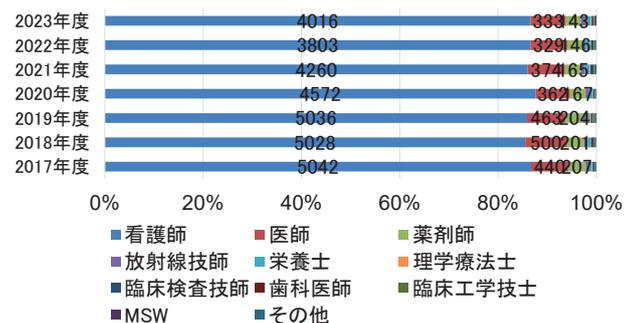
	0	1	2	3a	3b	4a	4b	5	その他	合計
2017年度	879	3105	903	857	55	0	0	1	16	5816
2018年度	1024	3061	893	818	74	0	0	0	10	5880
2019年度	934	3188	781	895	61	0	0	0	6	5865
2020年度	874	2777	765	756	41	0	0	1	2	5216
2021年度	667	2712	729	786	48	0	1	1	8	4952
2022年度	461	2385	713	771	58	1	0	0	5	4394
2023年度	644	2541	692	704	45	0	0	1	10	4637



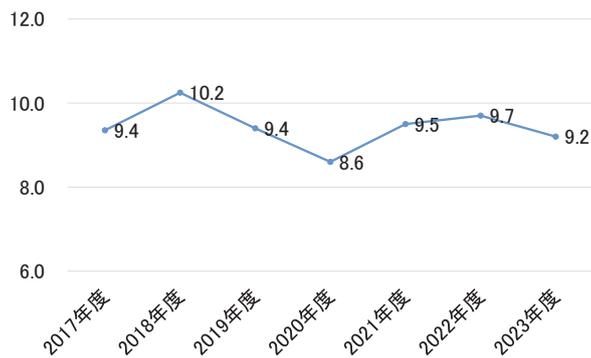
年度別インシデント・続発症報告件数



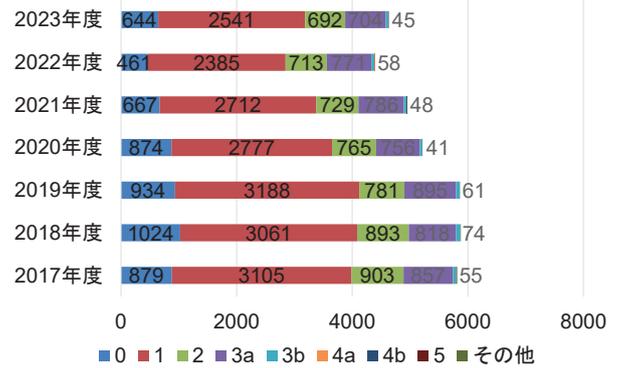
報告者職種別件数(実件数)



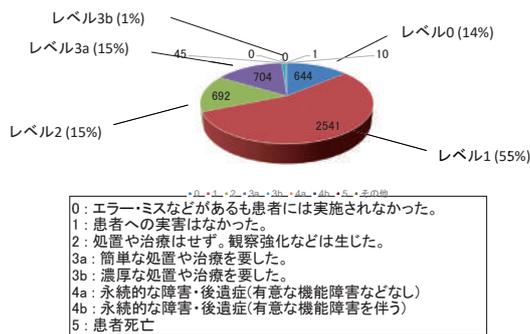
医師・歯科医師報告率(実件数・続発症含む)



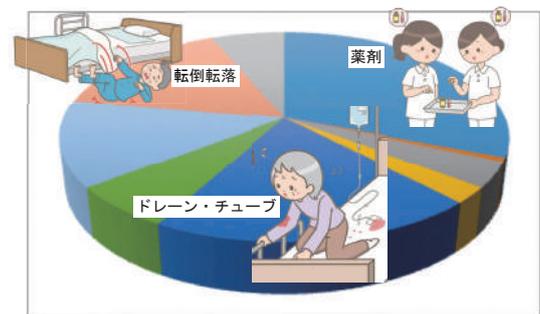
患者影響度レベル別報告件数



インシデント・アクシデント報告:レベル別



インシデントの内訳



インシデント・アクシデントレポートの意義

- 医療機関(病院)の評価
 - 「医療安全文化」の指標
 - 患者安全の確保
 - 透明性の確保
- 管理者側の意義
 - 有害事象の把握
 - 情報の共有
 - 公式なサポート
 - 医療安全システムの改善、再発防止
- 当事者の意義
 - 振り返りの機会

続発症報告基準

- 誤った医療行為は認められないが、行った医療行為に起因して生じた次の事例
 - ① 患者が死亡した事例
 - ② 想定されていなかった永続的な障害や後遺症が残った事例
 - ③ 予定していなかった濃厚な処置若しくは治療を要した事例
- 上記に定めるもの以外で、臨床上報告することが有用な事例又は積極的な報告の必要性があると判断する事例
- 報告の具体的な例はポケットマニュアルを参照

医療事故を紛争化させないために

- まずはRM・QC室に報告、連絡、相談
(ほうれんそう)
- 結果が悪ければ、何かミスがあったと思われる
 - 悪しき結果≠過失
 - 事実経過を正しく伝える
- 記録を正しく残し、記載の訂正は慎重に！

患者・家族への対応 3つの原則

- 隠さない(信用の保持)
- ごまかさない(正確な情報)
- 逃げない(誠実な対応)

重大事故発生時の記録

- 事実を客観的に記載する (評価と混同しない)
- 経時的に記載する
- 訂正は可能な限り避ける(時に改ざんと疑われる)
 - 訂正がやむを得ない場合のルール
 - 誰が
 - いつ
 - どこを
 - どのように を第三者が見て分かるようにする
 - 訂正の理由も記載したい
 - 訂正から追記へ

本日の内容

1. はじめに
2. 当院の医療安全管理体制
3. インシデント・アクシデント報告
4. 事例と再発防止策
5. 医療事故調査制度
6. 特定機能病院と医療安全
7. インフォームドコンセントと記録
8. その他

当院で発生したアクシデントの例

1. 画像診断報告書の未確認
2. 薬剤性肝炎を増悪させた事例
3. その他多数あり

画像診断報告書の未確認

【事例】

- 画像診断報告書の確認を怠り、診断が遅れた
- 他院では死亡に繋がった事例が発生

医療安全 50代患者死亡
50代患者死亡の事例について、当院では死亡に繋がった事例が発生した。この事例は、画像診断報告書の確認を怠り、診断が遅れたことが原因とされている。他院では死亡に繋がった事例が発生している。この事例は、医療安全の観点から、非常に重要な事例である。当院では、このような事例を防止するために、画像診断報告書の確認を徹底している。また、医師は報告書を確認後、ボタンをクリックして「確認済」にする必要がある。ボタンのクリックが目的ではなく、内容の確認が重要である。

【対策】

- 検査オーダー医には「確認ボタン(未確認)」が表示され、医師は報告書を確認後、ボタンをクリックして「確認済」にする
- ボタンのクリックが目的ではなく内容の確認が重要

薬剤性肝炎を増悪させた事例

【事例】

抗がん剤投与の1コース終了後、生化学検査の確認がなく2コース目の抗がん剤が開始となり、肝障害に対する治療が遅れ患者は死亡

【対策】

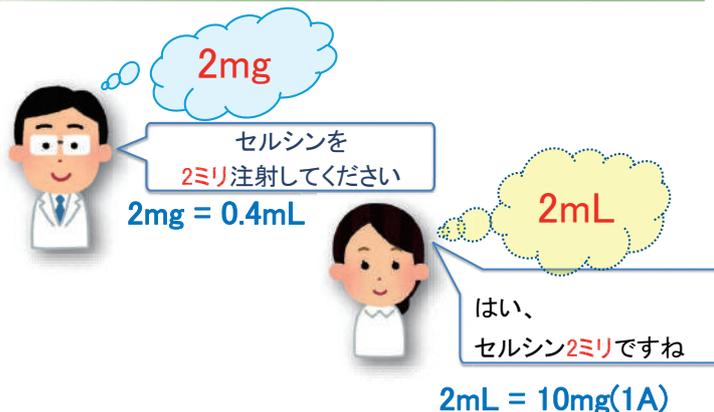
- ★抗がん剤処方時の検査データ確認
- ★検査結果を印刷し、患者に渡す
- ★内服抗がん剤に対する薬剤師のチェック
- ★血液検査の緊急報告基準(パニック値)の変更
GOT,GPT:1000以上→500以上
- ★当該診療科での業務量の平準化
- ★看護師のチェック体制

コミュニケーションの失敗と医療事故

「コミュニケーションエラー」によって
不適切な医療行為が行われる

- ・よく知っている職員間でも、コミュニケーションエラーが生じる恐れがある

「ミリ」違い



コミュニケーションエラーを防ぐ取り組み

情報伝達

たとえば・・・

(共有の機会を作る)

- ・業務開始前の短時間の**打ち合わせ(ブリーフィング)**
- ・**タイムアウト**

(補助手段などの工夫)

- ・記載されたもの(説明書、メモ)、**図、写真**などの使用

特に、患者・家族への説明は、**口頭だけでは十分に伝わらない**
モノや説明書を活用する!!

高齢になると聞き取りにくくなるので、**視覚情報**で補う!

コミュニケーションエラーを防ぐ取り組み

誤解の生じやすい情報はできるだけ扱わないようにする

たとえば・・・

- ・類似した名称の**薬剤**は採用しない
- ・同姓患者を同じ病室(同じ担当Ns)にしない

コミュニケーションエラーを防ぐ取り組み

決まった伝達様式を用いる

→情報不足や情報の省略、誤解が防げる

たとえば

口頭指示メモ

呼び出しメモ(患者搬送についてのメモ)

※口頭伝達では、メモを用いた復唱が効果的



静岡がんセンターの 口頭指示の出し方受け方

口答指示は、基本的くない！

・口頭指示とは、医師が事前に電子カルテへオーダー入力できない状態のため、電話又は直接口頭で出す指示である。

ポケットマニュアル参照



「ミリ」違い



2mg

セルシンを2ミリ注射してください



はい、セルシン2ミリリットルですね。
1アンプルでよいですね。



違ーう！



誤解をさせない正確な説明を

検査のための禁食

明日は検査があるので、朝は、ご飯を食べないでくださいね。



ご飯は禁止なんだな。
明日の朝は、パンにしよう！



●食事をしてはいけない理由も含めて説明する



1999年は医療安全元年

- ・1999年1月 横浜市立大学病院 患者取り違え
心臓手術予定患者と肺手術予定患者を取り違え、異なる部位の手術を施行。
- ・1999年2月 都立広尾病院 薬剤取り違え
患者の血管内に、消毒薬を血液凝固阻止剤と間違えて点滴し、患者が死亡した。

40

1999年1月 横浜市立大学病院 患者取り違え

人物紹介 (名前はすべて仮のものです)



愛さん
(新人看護師)



杏子さん
(3年目看護師)



田中さん
(患者さん)



木村さん
(患者さん)

病棟看護師
オペ出し

オペ室ナース

心臓手術患者

肺手術患者

1999年1月 横浜市立大学病院 患者取り違え

オペ出しを手伝ってください



今、忙しいから1人をお願い



一人で2患者を同時にオペ室へ移送
しかもストレッチャー！

1999年1月 横浜市立大学病院 患者取り違え



1999年1月 横浜市立大学病院 患者取り違え



1999年1月 横浜市立大学病院 患者取り違え

入室前



...そうして

肺癌疑い患者の田中さんは、心臓弁膜症の手術を
心臓弁膜症の木村さんは、肺の部分切除を。

術後のICUで始めて取り違えに気づいた...

当院での手術患者の手術部入室方法

・予定手術の場合

ADLや意識レベル等に問題のない患者は基本**独歩入室**とする。
全身状態不良などの場合は病棟看護師と入室方法を確認し車いす
やストレッチャーまたはベッドで入室する。

・緊急手術の場合

患者情報を基に麻酔科医・担当医・看護師(病棟、外来、手術室)と
で調整し**医師が付き添って入室**

入室手順

受付

- ①手術室前室に看護師と患者が到着⇒手術室看護師に病棟名、診療科、患者氏名を伝える。
- ②手術室受付場所へ
- ③受付は**1室1患者**で行う
- ④**患者自身が氏名、生年月日**を名乗る

申し送り

- ①手術室看護師は電子カルテで手術受付一覧より申し込み状況を表示しリストバンドをバーコードリーダーで読み込み患者個人画面の変わったことを確認
- ②手術室看護師は手術入室安全確認チェックリストに従い、**患者氏名、診察券、血液型、手術部位、手術部位マーキングの有無**、などを確認
- ③**患者に氏名、生年月日、血液型、手術部位**を答えてもらう。
- ④手術室看護師は復唱し相違がないことを確認
- ⑤確認終了後に患者を手術室へ案内する。



本日の内容

1. はじめに
2. 当院の医療安全管理体制
3. インシデント・アクシデント報告
4. 事例再発防止策
5. 医療事故調査制度
6. 特定機能病院と医療安全
7. インフォームドコンセントと記録
8. その他



特定機能病院とは

- 高度医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療にかかる研修を実施する能力を備えた病院として厚生労働大臣が個別に承認するもの
- 2022年12月現在88病院(大学病院本院79病院 + 9病院)
当院、国立がん研究センター中央病院、同東病院、がん研究会有明病院、国立国際医療研究センター、国立循環器病研究センター、大阪国際がんセンター、聖路加国際病院、愛知県がんセンター)

56



特定機能病院とは

承認要件(抜粋)

- 他の病院・診療所からの紹介(がん専門病院は紹介率80%以上、逆紹介率60%以上)
- 通常の2倍程度以上の医師数(半数以上が専門医)等
- 年70件以上の英文論文
- **医療安全管理体制の整備**
 - ★医療安全管理責任者の配置
 - ★医療安全管理部に専従の医師、薬剤師、看護師を配置
 - ★監査委員会による外部監査
 - ★高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品を用いた医療の提供の適否を決定する部門の設置

57



特定機能病院の医療安全に関する承認要件

- 医療安全管理責任者の配置
- 医療安全専従の医師・薬剤師・看護師の配置
- 診療内容のモニタリング
- 全死亡例報告
- 内部通報窓口の設置
- 管理者の医療安全管理経験
- 高難度新規医療技術の管理
- 医薬品安全管理の強化
- 未承認薬等の管理
- 監査委員会による外部監査
- 特設機能病院間の相互ピアレビュー …等

平成28年6月改正 医療法施行規則



特定機能病院承認取り消し事例

- 1999年 横浜市立大学 手術患者取り違え
- 2002年 東京女子医大 心臓手術死亡、カルテ改ざん
- 2005年 東京医大 心臓手術死亡多発
- 2015年 東京女子医大 小児にプロポフォール投与死亡
- 2015年 群馬大学 腹腔鏡下肝切除死亡多発

59



死亡症例報告

- 院内の全死亡事例
 - 医師からの直接報告(Notesを利用)
 - 毎日の朝・夕の師長・管理師長からの報告でも把握
- 院内死亡以外の医療者からの報告
 - 重大事故発生時は直ちに
 - 続発症による死亡
 - 続発症報告システム
 - その後死亡した場合は死亡報告も
 - 通院中の死亡も
 - 抗がん剤治療中
 - 放射線治療中
 - 術後退院直後



病院機能評価受審

2023年4月からの病院機能評価に適應される
「病院機能評価 機能種別版評価項目
一般病院3<3rdG:Ver.3.0>」についての解説集



各部門、各科に配布



2018年に受審しC評価なく
特定機能病院として認定

2023年9月に受審
⇒C評価3個
⇒C評価に対し改善策施行
⇒2025年2月に認定



本日の内容

1. はじめに
2. 当院の医療安全管理体制
3. インシデント・アクシデント報告
4. 事例と再発防止策
5. 医療事故調査制度
6. 特定機能病院と医療安全
7. インフォームドコンセントと記録
8. その他



インフォームド・コンセントの意味

- 定義
 - 患者が事前に医療従事者から十分な説明を受け、理解、納得の上で治療や、検査・処置等についての同意を行うこと
- インフォームド・コンセントの法理
 - ICを得ないで医療行為を行えば、行った医療行為に過誤が存在しなくても、その医療従事者は損害賠償責任が追及される、という法原則
(慶応大学前田正一先生)



静岡がんセンターにおける インフォームド・コンセントのガイドライン

原則

- 口頭もしくは文書により必要かつ十分な説明を行う
- 患者が理解・納得の上で治療・検査・処置等の選択や同意を自らの意思により決定する
- **主体は患者本人**
- 意思表示できない状況では**家族等の代諾者**が代弁する
- 患者が**十分に理解できるように**努める
- **同意しなかった場合**でも、行為を受けなかったこと以外の不利益を蒙らないように配慮する
- 何時でも**撤回可能**であることを説明する



患者に共通する発言

- このような合併症が発生することを事前に聞いていれば、この医療を受けようとは思わなかった(言った言わない論争)。
(説明した内容は記録に残す)
- 発生した結果は、合併症であるかもしれないが、もっと成績のよい医療機関があることを事前に知っていたら、その医療機関で医療を受けた。
- これらの発言は、一般市民にとっても十分に理解できる。

前田正一先生講演資料2013年1月16日



インフォームドコンセント 法律上の義務

- 医療法第1条の4第2項

「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」

インフォームドコンセント 法律上の義務

- 刑法
 - ✓ 人を傷つける行為は違法
 - ✓ 違法でない理由
 - > 刑法35条 正当な業務による行為は罰しない
 - > 違法性を帯びないための要件
 - ◆ 治療を目的とする
 - ◆ 医学上一般に承認された手段方法
 - ◆ 患者の承諾があること
- 民法
 - ✓ 診療は契約(準委任契約)
 - ✓ 民法645条
 - > 受任者(医療者)は委託者(患者)の請求のあるときは……その経過および結果を報告しなければならない

平成22年度第2回医療安全推進者育成コース、稲葉一人先生資料を改変

十分な説明とは

- 患者の病名・病態
- 実施予定医療の目的・内容・必要性・有効性
- その医療に付随するリスクと発生の割合(例:死亡する可能性は0.1%です)
- 実施予定の医療の代わりとして考えられる医療とそれに付随する危険
- 何も医療を行わなかった場合の結果

重要:説明後に理解度や反応を確認し、カルテ記載
⇒フィードバック

診療録の記載について

- 説明と同意の記録は「説明ノート」に記載する
- 記載がないことは説明をしていないとみなされる
- 当院での事例(あと一言追加してほしいこと)
 - 説明し同意を得た記録がない
 - 説明を実施したことの記載がない
 - 時間経過の記録がない
 - 誰に説明をしたか具体的に記載されていない
 - 同席者(医療者側)の有無が記載されていない
 - 看護師が同席できなかった場合のfollowの記載がない

本日の内容

1. はじめに
2. 当院の医療安全管理体制
3. インシデント・アクシデント報告
4. 事例と再発防止策
5. 医療事故調査制度
6. 特定機能病院と医療安全
7. インフォームドコンセントと記録
8. その他

患者さん・ご家族・職員から ご意見を収集するシステム

①	ご意見箱
②	Infoメール(インフォメール)
③	投書
④	意見報告
⑤	日報(提案・報告)
⑥	患者代弁者

全てのご意見、投書に回答

個人が判明している場合は個人宛に
不明の場合はご意見いろいろ集に

補足:暴言・暴力

- 院内で発生した暴言・暴力に対して、組織として情報共有し対応することが目的
- 暴言・暴力などの定義には拘らず、幅広い事案の報告を求めるもの
- 誰でも躊躇せずに報告ができるシステムとなっている

補足: 暴言・暴力

・患者家族などから行われる暴言・暴力・セクシャルハラスメント・悪質(理不尽)なクレームや脅迫など、何かの威力によって診療が停滞し、労働力が低下するような状態

●院内暴言暴力対応マニュアル

院内暴力に関する静岡がんセンターの基本的考え方
患者さんに安全で明るい療養環境を提供し、職員を含むがんセンター内における全ての人々の安全を確保するため暴力への対応及びその予防に関する基準を定める。

患者さんハラスメント対応マニュアルを作成中

補足: 顧問弁護士および保険会社

顧問弁護士と契約

当院と契約している保険会社

東京海上日動火災保険株式会社

顧問弁護士、保険会社ともに相談案件には非常に迅速に対応していただいている。

補足: 顧問弁護士への相談

様々な案件を相談している

暴言暴力への対応 ⇒ 最も多い

医療事故における対応(示談交渉、裁判事例含む)

患者さん、その家族などとのトラブルへの対応

その他、法律の専門家へのコンサルトが必要な案件

・個々の案件発生後、専門家の意見が必要な場合はメールなどでコンサルト

・定期的な会議で対応を相談

本日のまとめ

- 医療安全は、何より事故を起こさない**予防が大切**
 - ・ 新入職員の皆さんは、わからないことをそのままにせず、職場の先輩にすぐ尋ねましょう
- 万一医療事故が起きてしまったら
 - ・ まずはすぐに人を呼んで**救命処置**
 - ・ 迅速な**報告**
 - ・ 患者・家族への十分な**説明**
 - ・ 正確で客観的な**記録**

RMQCの活動

患者さんを守る

医療者を守る

医療の質を高める

お気軽にご相談ください。

臨床倫理



静岡県立
静岡がんセンター

臨床倫理検討委員会
村上晴泰

臨床倫理とは

- 医療の実践に基づいた倫理的問題を解決することを目指す学問分野

- 日本臨床倫理学会
(Japan Association for Clinical Ethics, JACE)
臨床倫理の認定士制度や養成研修、臨床倫理コンサルテーション、ガイドラインの発信などを通じて、医療倫理に取り組んでいる

<https://c-ethics.jp/overview/>



臨床倫理の4つの原則

自律性尊重	患者の自己決定権を尊重し、彼らが自分自身に関する意思決定を行うことを支援する
善行	患者の最善の利益を追求し、適切な医療ケアを提供する
無危害	患者に害を与えないように努める
公平・公正	医療リソースの公平な分配と公正な取り組みを促進する

臨床倫理の4分割表 (Jonsenが提唱) 実際の倫理的問題を議論する際に使用するツール

善行	医学的適応	患者の意向	自律性尊重
無危害	<ul style="list-style-type: none"> 診断/予後は？ 可逆的な病態か？ 治療の目標は？ 治療が成功する確率は？ 医学的・看護的ケアからどのような利益を得られるか、または害を避けられるか	<ul style="list-style-type: none"> 患者本人に判断能力があるか？ 本人の意向はどうか？ 利益とリスクを理解しているか？ 本人に判断能力がない場合に適切な代理意思決定者はいるか？ 患者の選択権は最大限尊重されているか	
自律性尊重	QOL	周囲の状況	公平・公正
善行	<ul style="list-style-type: none"> 元の生活に戻れる見込みはあるか？ 治療で患者が失うものは何か？ 予測される結果は、猛命が望ましくない判断できる状態か？ 緩和ケアの計画はあるか？ 	<ul style="list-style-type: none"> 治療に関する決定で家族の要因はあるか？ 治療に関する決定で医療者側の要因はあるか？ 資源分配の問題はあるか？ 経済的要素はあるか？ 治療決定に関して法律が関係する問題はあるか？ 	
無危害			

病院機能評価

- 日本医療機能評価機構が行う審査
- 国民が安全で安心な医療を受けられる環境を整備することが目的
- 審査に用いる「評価項目」には、臨床倫理に関する項目が設けられている
 - 病院全体の臨床倫理の課題が明確にされ検討されている
 - 倫理的に問題となりやすい事柄を認識し、対策を講じている など

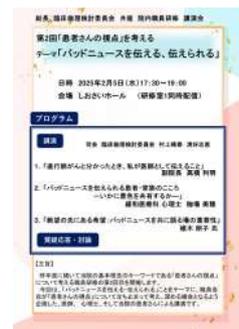
臨床倫理の遵守と実践を支えるため**臨床倫理委員会**を設置

- 倫理教育:** 職員や専門職を対象とした施設内の倫理教育を実施
- ケースレビュー:** 個別の臨床事例に対して相談を受け、倫理的判断を示す
- 指針作成:** 特定の課題やテーマに対する施設内の倫理指針を作成

臨床倫理検討委員会

- 委員**
 - 内科系および外科系医師
 - 緩和医療科医師
 - 副看護師長以上の看護師
 - 薬剤師
 - メディカルソーシャルワーカー
 - その他委員会が必要と認めたもの
 - 病院長が指名
 - 委員は男女両性で構成

院内教育



倫理カンファレンスのテーマ一覧 (倫理カンファレンスプレートより)

治療方針に関係する倫理的問題

がん治療 (手術療法 放射線療法 薬物療法 その他)
蘇生術 気管内挿管 昇圧剤 血液浄化療法 (透析・CHDF)
輸血 胃瘻 高カロリー輸液 補液 鎮静 抗生剤 その他

患者の意思決定に関係する倫理的問題

意思決定能力 代理意思決定者の不在 患者と家族の意見の相違 その他

患者の尊厳に関係する倫理的問題

身体抑制 行動制限 (安静度・離床センサーの使用) 心電図モニターの使用
ケア方法 その他

患者の信念・価値観に関係する倫理的問題

医学的に必要な治療や処置、ケアの拒否 その他

周囲の状況や体制に関する倫理的問題

医療体制 看護体制 物品・備品 周囲のサポート体制 その他

倫理カンファレンスのテーマ一覧 (当院で検討されることが多いテーマ)

治療方針に関係する倫理的問題

がん治療 (手術療法 放射線療法 薬物療法 その他)
蘇生術 気管内挿管 昇圧剤 血液浄化療法 (透析・CHDF)
輸血 胃瘻 高カロリー輸液 補液 鎮静 抗生剤 その他

患者の意思決定に関係する倫理的問題

意思決定能力 代理意思決定者の不在 患者と家族の意見の相違 その他

患者の尊厳に関係する倫理的問題

身体抑制 行動制限 (安静度・離床センサーの使用) 心電図モニターの使用
ケア方法 その他

患者の信念・価値観に関係する倫理的問題

医学的に必要な治療や処置、ケアの拒否 その他

周囲の状況や体制に関する倫理的問題

医療体制 看護体制 物品・備品 周囲のサポート体制 その他

相談事例

- 意識のない患者でキーパーソン不在の患者の治療方針の決定について
(多発脳転移による意識障害、親族は姪のみ)
- DNARの方針に関する患者と配偶者との意見の相違
(患者本人：蘇生して欲しくない、配偶者：蘇生して欲しい)
- 腫瘍による主気管支閉塞に伴う急激な呼吸状態の悪化に対する治療方針の決定について
(NHF60L、100%、放射線治療の適応について)

臨床倫理検討委員会

- 指針・マニュアルの作成
 - 意思決定支援の指針
 - 身寄りのない患者の意思決定支援マニュアル
 - 認知症ケアマニュアル
 - がん告知マニュアル
 - 終末期がん患者におけるDNARガイドライン
 - 宗教上の理由による輸血拒否への対応についてのガイドライン

臨床倫理委員会関連資料

臨床倫理検討委員会

**倫理カンファ開催件数
(2022年 計339件、2023年 計616件)**

臨床倫理検討委員会
(情報共有・対応検討)

コンサルテーションチーム窓口
 ①看護部 清 (PHS 6431)
 ②看護部 下山 (PHS 6309)

2025/04/02

院内教育研修



静岡県立
静岡がんセンター

院内教育・研修委員会
委員長
村上晴泰

院内教育研修

医療スタッフのスキル向上と知識の定着を促進するために実施

- 全職員を対象とした計画に基づいた継続的な教育・研修の実施と評価
- 必要性の高い課題の教育・研修の実施
- 教育・研修効果を高める努力や工夫
- 入職時研修・新人研修の実施
- 院外の教育・研修の機会の活用
- 教育・研修に必要な情報提供の仕組みと活用

院内教育・研修委員会

- 院内教育研修計画の立案
運営及び実施
- 新規採用者のオリエンテーション
- 他施設の医療従事者に対する
研修の受入及び実施
- 医療従事者の養成機関に在学中
の者に対する実習及び見学研修の
受入及び実施
- 上記以外の研修及び講演の実施

院内教育研修 (2024年度)	
No	研修名
1	医療安全・院内感染対策研修会（全職員必須）
2	倫理研修（研究に携わる職員の受講は必須）
3	臨床倫理研修会
4	BLS研修
5	臨床腫瘍学コース（臨床研究研修会と共催）
6	アピランスケア研修
7	医療の質改善活動報告会
8	看護教育部会研修
9	看護必要度評価者研修
10	ハラスメント研修
11	防災訓練

院内教育・研修委員会

- 院内教育研修計画の立案
運営及び実施
- 新規採用者のオリエンテーション
- 他施設の医療従事者に対する
研修の受入及び実施
- 医療従事者の養成機関に在学中
の者に対する実習及び見学研修の
受入及び実施
- 上記以外の研修及び講演の実施

**2024年度
海外派遣研修等成果報告会**

1. 開催日時 2025年2月26日（水）
17:30~18:30

2. 開催場所 管理棟4階 研修室1

3. 対象 院内職員（任意）

4. 講演者

- 1) 内視鏡科 医師 石渡 裕俊
件名: 海外派遣研修
期間: 2024年5月24日~11月21日
職名: アシスト、スレイン、看護
- 2) 薬剤師 石川 寛
件名: ESHQ Asia 2024
期間: 2024年12月5日~12月9日
職名: シンボル
- 3) 歯科診断室 吉田 司
件名: CARIS 2024
期間: 2024年6月16日~6月22日
職名: スレイン

院内教育・研修委員会

The screenshot shows a web browser interface with a sidebar menu on the left and a main content area on the right. The sidebar menu includes items like 'お知らせ' (Notice) and '院内教育・研修委員会' (In-Hospital Education and Training Committee), which is circled in red. The main content area displays a list of committees and their members, with the '院内教育・研修委員会' entry also highlighted in red.

感染対策

感染症内科部長 兼 感染対策チーム

倉井華子

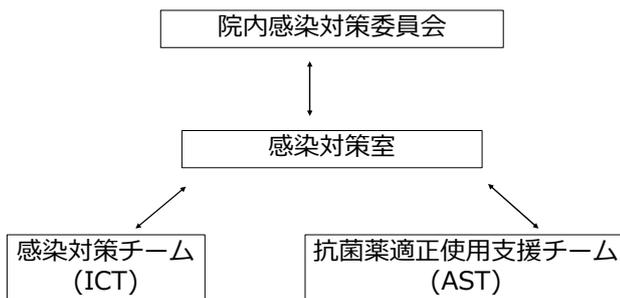
静岡がんセンター感染症内科



常勤2名、フェロー2名

感染対策部門：看護師、薬剤師、細菌検査技師

感染症関連組織



気軽にお声がけください！

感染症内科

構成員	診療科の一つ 医師＋細菌検査技師
役割	患者＋職員などの感染症診療 -診断/治療/予防- ・熱源が不明な症例 ・抗菌薬選択や治療期間 ・ワクチンについて ・職員健康管理

感染対策室/ICT

構成員	多職種チーム 医師、看護師、薬剤師、検査技師
役割	感染対策にかかわるすべての内容 ・ COVID-19,耐性菌などの感染対策の実務 ・ マニュアル作成 ・ 院内ラウンド ・ 針刺し後対応

AST（抗菌薬適正使用）

構成員	多職種チーム 医師、薬剤師が中心
役割	院内の抗菌薬適正使用を推進 ・ 広域抗菌薬使用例のカルテチェック ・ 抗菌薬投与量設計 ・ 抗菌薬にかかわる提案

がん患者さんと感染症リスク

- 免疫不全（好中球減少やステロイドなど）
- 様々なデバイス留置
- 手術
- 粘膜障害（化学療法、放射線）
- 耐性菌（過去の抗菌薬使用）

常に感染症のリスクを抱えている

本日の内容

- ① 抗菌薬適正使用
- ② 標準予防策

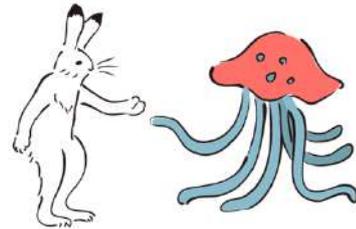
明日の日程：感染対策実技

- 手指衛生
- 防護具着脱
- 血液培養採取
- 針刺し防止

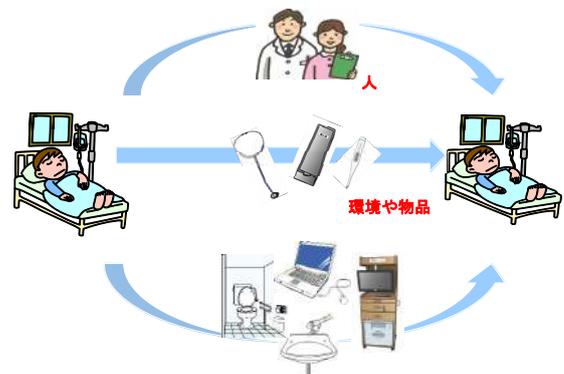
手を動かして体験ください

感染症とは

【微生物】との出会いと【人の生体反応】



微生物は伝播する



感染対策の柱

- ・ **予防** = かからない、耐性菌を作らない
- ・ **伝播防止** = 広げない
- ・ **適切な治療** = 診断し最適な抗菌薬を選択

すべての感染症に共通

予防～治療～対策はすべてつながっている

耐性菌とは

- ・ 「耐性菌」 = 本来感受性のあるはずの抗菌薬に耐性を示す菌
- ・ 「多剤耐性菌」 = 複数の抗菌薬に耐性を獲得し、治療薬の選択が大幅に制限された菌

薬剤耐性への影響

耐性菌発生

抗菌薬 感染対策

耐性菌拡大

抗菌薬の適正使用

Do I Need ANTIBIOTICS
for My Cold?



不要な時に使わない

臓器、微生物を推定し最適な薬剤を選ぶ

広域スペクトラムの薬剤は慎重に選択

抗菌薬を出す責任

多くの命を救う 耐性菌を作る



多剤耐性緑膿菌のリスク： キノロンとカルバペネム

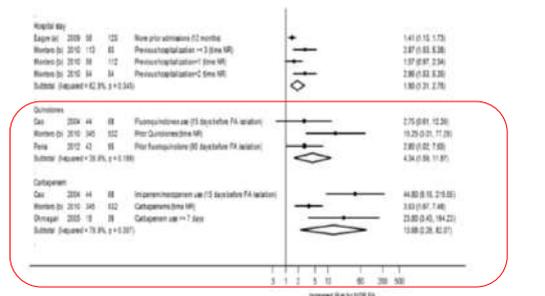
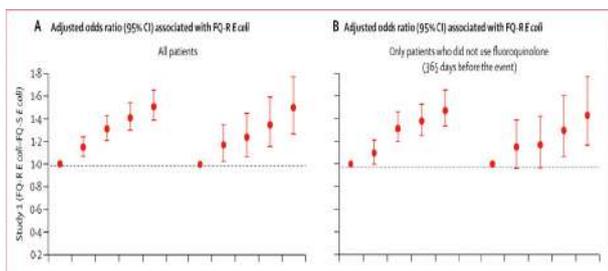


Fig. 3 Forest plot of risk factors for MDR versus susceptible *P. aeruginosa* acquisition. APACHE II = Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II, CI = confidence interval, COPD = Chronic obstructive pulmonary disease, NR = Not Reported, OR = Odds Ratio, PA = *P. aeruginosa*

Antimicrob Resist Infect Control. 2018 Jul 4;7:79.

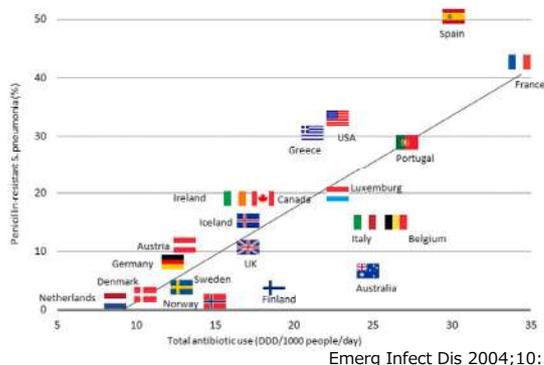
抗菌薬が地域に与える影響



近隣住民も耐性獲得

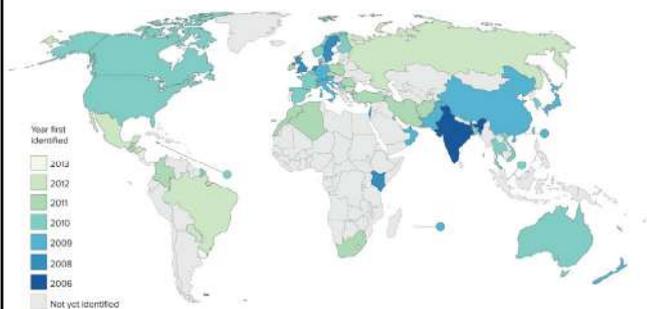
Lancet Infect Dis. 2019.Apr;19(4):419-428.

抗菌薬使用量と耐性菌の頻度は相関



Emerg Infect Dis 2004;10:514-7.

耐性菌はすぐに国境を越える



J Med Microbiol 2013;62:499-513.
State of the World's Antibiotics, 2015, CDDEP

抗菌薬適正使用とは

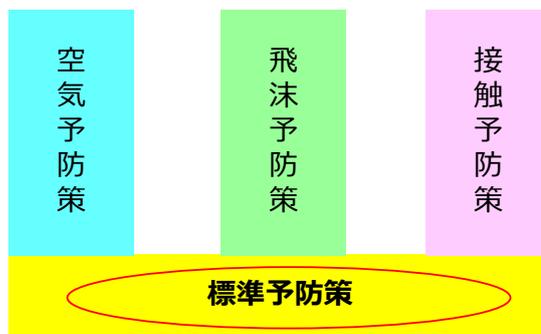
- ① 確実に治す
- ② 安全性の高い、安価な薬剤
- ③ 次の感染症に使える薬剤を残す
- ④ 周囲や環境に影響を与えない



抗菌薬選択の原則

- 感染症の臓器、微生物を推定してから抗菌薬を選択する
- 抗菌薬開始前に適切な培養を採取
- 感受性結果をみて、抗菌薬を選びなおす (De-escalation)

感染対策の基本



標準予防策

- すべての患者に行うべき対策
- **手指衛生**を基本
- 汗を除くすべての体液に感染性がある
→体液曝露の可能性があれば、
適切な防護具を着用

手指衛生

感染予防の全ての基本



- 患者に触る前（入室前）
- 患者に触った後（退室時）
- 無菌的処置の前
- 体液曝露の後
- 患者周囲環境に接した後

26

手指衛生実施率（国内）

TABLE 3. Overall Hand Hygiene Adherence Among HCW Subgroups

	HCW Subgroup		
	Nurse	Physician	All
Hand hygiene action			
No. observations	1833	1712	3545
Proper hand hygiene performed	414	263	677
Proper hand hygiene not performed	1419	1449	2868
Hand hygiene adherence rate,* %	22.6 [†]	15.4 [†]	19.1
Type of hand hygiene, n (%)			
Alcohol hand rub	261 (63.0)	194 (73.8)	455 (67.2)
S soap and water	153 (37.0)	69 (26.2)	222 (32.8)

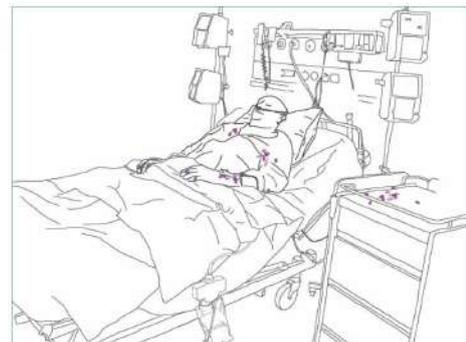
*Hand hygiene adherence rate was calculated using total number of proper hand hygiene performed \times 100/total number of observations.

[†]Differences in hand hygiene adherence rates between nurses and physicians were statistically significant ($P < 0.001$).

医師： 15% (263/1712)
看護師： 23% (414/1833)

J Patient Saf. 2014 Apr 8

患者と環境周囲の耐性菌付着



菌量にして $100-10^6$ コロニー/cm²
基礎疾患があるとさらに多い

- Lancet, 2006 ; 6 : 641

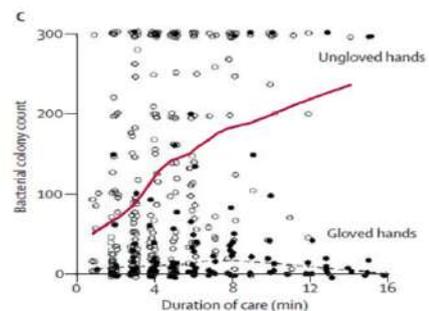
医療従事者の手を介して伝播



ケア（患者を持ち上げる、血圧を測る）で
手に100-1000コロニーの菌が移動

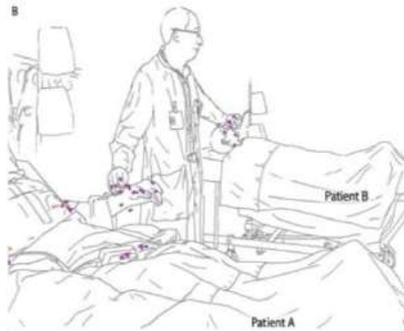
- Lancet, 2006 ; 6 : 641

手では継時的に菌が増殖



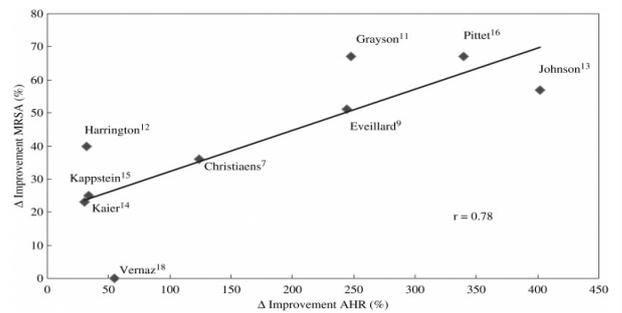
- Lancet, 2006 ; 6 : 641

医療者の手から別の患者へ



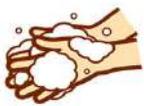
- Lancet, 2006 ; 6 : 641

アルコール使用量が増加するとMRSAは減少



Journal of Hospital Infection (2010) 74, 204-211

手洗い？アルコール消毒？



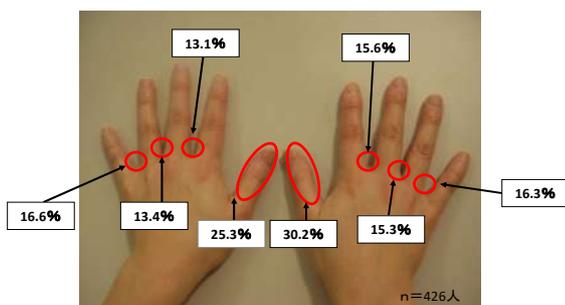
- 効果は同等
- アルコール製剤の方が手あれは少ない
- ノロウイルスなど下痢の際は手洗いの方がよい

33

速乾性擦式アルコール製剤使用方法



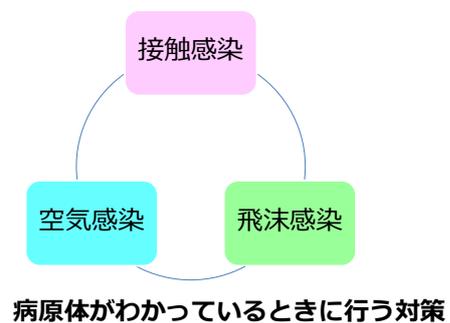
擦式消毒用アルコール製剤の塗り残し易い部位



標準予防策と个人防护具

- 咳やくしゃみをしている患者のケア時にマスクを併用
 - おむつ交換をする際には手袋+エプロンを併用
- いずれの患者でも、浴びる体液/部位を想定して防護具を着用**

特殊な感染症に対する対策



感染症の伝播形式

経路	病原体	特徴	対策
空気	結核 水痘	空気中を長時間漂う 広い空間に広げる	N95マスク
飛沫	SARS-CoV2 インフルエンザ	くしゃみや咳で飛散 1-2mの距離	通常マスク
接触	耐性菌 ノロウイルス	環境中の病原体が手に付着	手袋、ガウン

ご清聴ありがとうございました



皆様が健やかな日々をすごせますように！



本日の内容

1. 標準予防策
(スタンダードプリコーション)
2. 手指衛生 (実践含む)
3. 個人用防護具の選択
4. 感染経路別予防策
5. 職業感染防止策

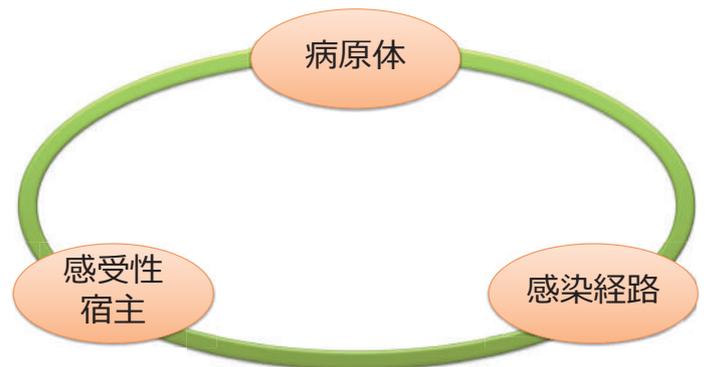
病院感染対策のおもな目標

- ◎患者の安全を確保する
- ◎医療従事者、来訪者、その他の医療環境にいる人々の安全を確保する

感染をおこさない・感染率の低下

上記2つの目標をコスト効率の良い方法で達成する

感染成立の輪



感染対策の基本的な考え方

標準予防策 (スタンダードプリコーション)

すべての人に対して行う感染対策

⇒感染の有る、無しに関わらず、全ての人の

①血液 ②汗を除く体液 ③傷のある皮膚

④粘膜を感染性があるものとして取り扱う

⇒無症候 発症前

①手指衛生 ②咳エチケット ③防護用具の着用

④針刺し・切創防止対策などが含まれる

感染対策で最も重要なこと



手指衛生

感染予防のすべての基本

なぜ 手指衛生が必要？

多くの耐性菌や病原菌は
人の
手を介してひろがる！！



手指が頻回に触れる部分



【VRE】
乾燥した環境表面で
数日~数カ月
生き延びる

【MRSA】
滅菌した商品包装
の外部表面で38週
間以上生き延びた

【MRSA保菌患者の部屋】
看護師入室、患者には触れなかった
部屋の表面に触れた
↓
看護師の手袋42%がMRSAに汚染されていた

~ 汚染された環境表面は、感染の危険を増大させます ~
Abstract: The Risk of Hand and Glove Contamination after Contact with a VRE (+) Patient Environment. Hayden M, ICAAC, 2001, Chicago, IL.

手指衛生の方法と使い分け

手指消毒



- ☆殺菌活性に優れている
- ☆時間が短縮できる
- ☆手荒れしにくい
- ☆目に見える汚れがない時
- ☆濡れていない時

手洗い



- ☆目に見える汚れがある場合
- ☆手が濡れている時
- ☆クロストリディウム・ディフィシル
やノロウイルスの検出されている
患者に接触後

手指消毒剤の1回量と接触時間

15秒 : CDC

20-30秒 : WHO

2プッシュ

500
円



手指衛生による除菌効果は、
様々な研究で確認されています

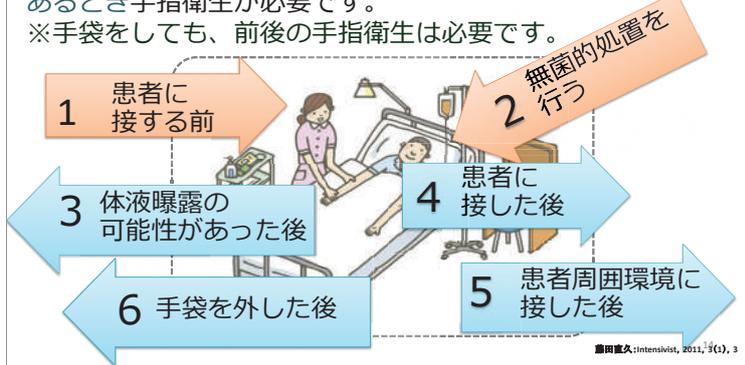
手指衛生の除菌効果

手指衛生の方法	除菌効果	
石けん+流水	15秒の場合 1/4~1/13	30秒の場合 1/60~ 1/600
	30秒の場合 1/3,000	
アルコール製剤	30秒の場合 1/3,000	

Boyce JM, et al.: MMWR. Recommendations and Reports, 2002, 51 (RR-16), p.8-9
大久保直樹, 小林寛伊 監訳: 医療現場における手指衛生のためのガイドライン, 2010, 2号, 4頁
インフルエンザコントロール協議会監訳: INFECTION CONTROL, 2009年春号増刊, p.77, 一筆監訳

手指衛生が必要な6つのタイミング

器具操作・患者接触前後、血液・体液に曝露されたおそれのあるとき手指衛生が必要です。
※手袋をしても、前後の手指衛生は必要です。



医療環境における 手指衛生の5つのタイミング



新型コロナウイルスの感染経路

新型コロナウイルスの感染経路として飛沫感染のほか接触感染に注意が必要です
⇒人は、“無意識に”顔を触ってます！
1時間平均23回
☆適切なタイミング・方法で手指衛生を実施することが重要



アルコール製剤による手指消毒の方法

- ◎病室へ入室する前、退室した時は手指衛生をしましょう
- ◎手が濡れている時や目に見える汚れがある時、アルコールにアレルギーのある方は石鹸と流水の手洗いをしてください



流水+石けんによる手洗いの方法

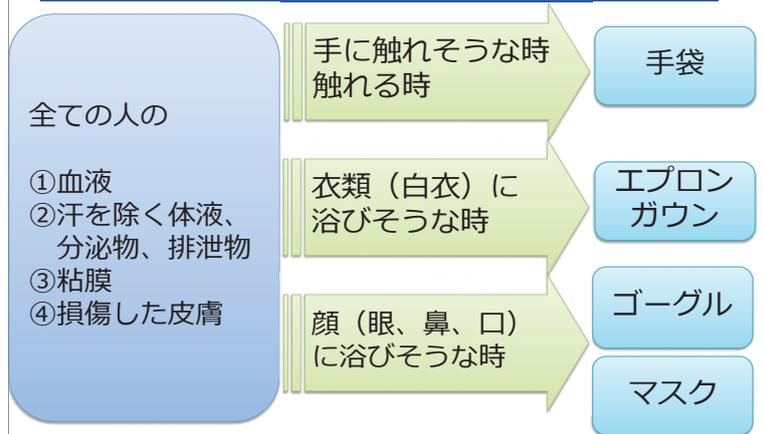


PPE (Personal Protective Equipment) 個人用防護具

感染経路を遮断するための有効な手段

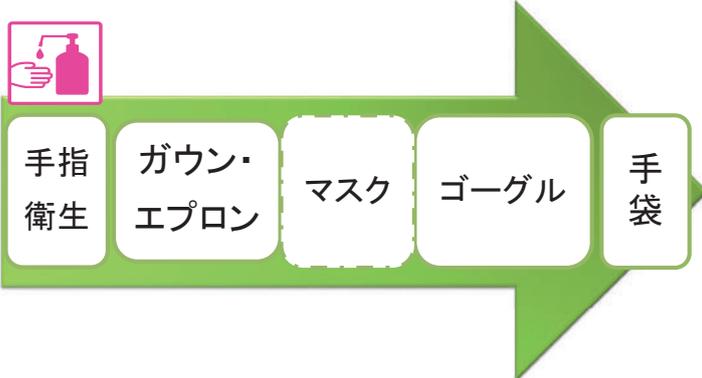
- ◎血液や湿性生体物質から医療従事者を守る
人に危険な病原体の曝露により健康な
医療従事者が重大な疾患に感染してしまう
- ◎医療従事者の手指や衣類から患者への
微生物伝播を防ぐ

個人用防護具の選択



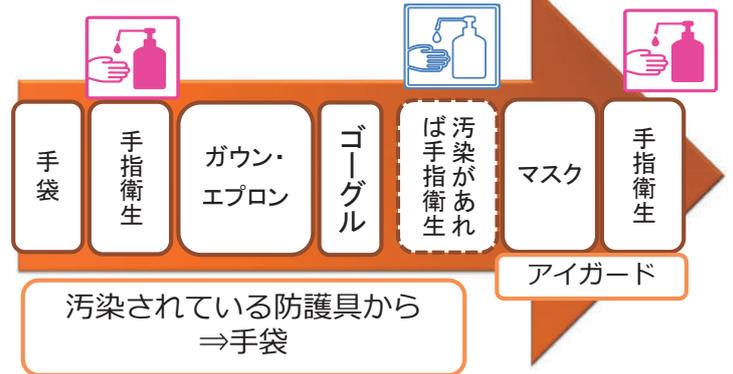
PPE着脱順序

【個人防護具を装着順序】



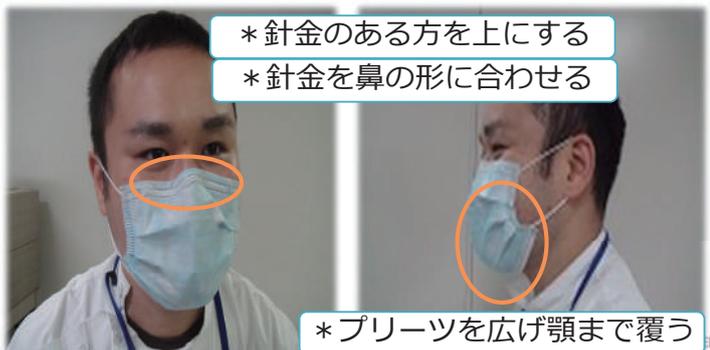
PPE着脱順序

【個人防護具を取り外す順番】



サージカルマスク

飛沫防止：飛沫粒子を防護



感染経路別予防策

空気感染 予防策	飛沫感染 予防策	接触感染 予防策
スタンダードプリコーション		

特定の感染症、もしくはその疑いのある患者に対する付加的予防策

感染経路別予防策

空気感染 予防策

対象疾患：結核・麻疹・水痘
播種性帯状疱疹
免疫不全者の帯状疱疹
など

対策：①陰圧室管理
②入室時N95マスク着用
③患者移送時、患者は
サージカルマスク着用



感染経路別予防策

飛沫感染 予防策

対象疾患：インフルエンザ
COVID-19
風疹、ムンプス
アデノウイルス感染症
(上気道症状がある時)
など

対策：①個室管理
②入室時サージカルマスク
着用
③患者移送時、患者も
サージカルマスク着用



感染経路別予防策

接触感染 予防策

対象疾患：MRSA
多剤耐性グラム陰性桿菌
ESBL産生など

対策：①個室管理
②入室時は手袋・エプロン
着用
③血圧計・聴診器など
可能な限り個人専用
とする



接触感染予防策

<p>5</p> <p>手袋 エプロン</p> <p>濃縮性アルコール製剤 または 手洗い(石けん)</p>	<p>4</p> <p>手袋 エプロン サージカルマスク</p> <p>濃縮性アルコール製剤 または 手洗い(石けん)</p>	<p>6</p> <p>手袋 エプロン</p> <p>手洗い(石けん)</p>
<p>通常の 接触感染予防策</p>	<p>MRSA検出時の 接触感染予防策 通常の対策+マスク着用</p>	<p>アルコールに耐性のある 病原体検出時の 接触感染予防策 手指衛生を必ず、 石鹸と流水で行う。</p>

職業感染

医療従事者が職務を遂行する上で病原体に
曝露して感染すること



経皮的曝露後の血液媒介ウイルス伝播リスク

感染源	伝播リスク
HIV ヒト免疫不全ウイルス	0.3%
HCV C型肝炎ウイルス	1.8-3%
HBV B型肝炎ウイルス	6-30%
HBe抗原陽性	22.0-30.0%
HBe抗原陰性	1.0-6.0%

*CDC. MMWR 2001;50(RR-11), <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5011.pdf>
**Jagger J, Puro V, De Carli G. JAMA (letter) 2002;288:1469-1471.)

針刺し防止対策

- ① 鋭利器材を扱う時は、手袋を着用する。
(採血時・ルート確保時も、手袋を着用する)
- ② 安全装置付き器材を正しく使用する
- ③ リキャップはしない
- ④ 針を扱う時は針捨て容器を持参する
- ⑤ 針捨て容器は8分目で廃棄する
- ⑥ 使用した人が責任をもって廃棄する



手袋着用の効果

- ◎ 手袋を着用することにより、血液の伝播量を52%減少させることができる



Krikorian, R. et al. Standardization of needlestick injury and evaluation of a novel virus-inhibiting protective glove. J Hosp Infect. 66(4), 2007, 339-45.

針刺し・体液曝露が起きたら・・・

慌てないで対処を行いましょう！！

- 傷口（曝露部位）を流水で洗い流す
- 部署責任者へ報告する
- 感染症内科を受診する
- (抗HIV薬内服のゴールデンタイムは2時間)
- 総務課で手続きを行う（公務災害手続き）
- 針刺し事故報告書の作成をNotesから行う

廃棄物の廃棄方法

メディカルペール (針捨てボックス)

- ・針
- ・翼状針
- ・先の鋭利なもの
- ・針の付いた注射器

感染性廃棄物

- ・血液・体液の付着したもの
- ・オムツ
- ・廃液を固めたもの
- ・抗がん剤のボトル
- ・使用後の廃液ボトル
- ・患者さんの処置時に使用したエプロン・手袋

廃プラスチックゴミ

- ・ビニール製のゴミ
- ・プラスチックボトル（患者さんに使用後でも、中身が空でルート類がついていなければ可）
- ・針のついていない注射器
- ・点滴作成時に使用した手袋



(携帯用)



就業制限が必要な疾患

- ◎ 流行性ウイルス性疾患
麻疹・水痘・ムンプス・風疹
- ◎ インフルエンザ
- ◎ アデノウイルス感染症
咽頭結膜炎・流行性角結膜炎
- ◎ ウイルス性急性胃腸炎
- ◎ 新型コロナウイルス感染症関連

ワクチン接種の重要性 ～流行性ウイルス性疾患～

- ◎ 感染力の強い疾患
- ◎ 免疫不全者が発症すると命にかかわる
- ◎ 患者さんによっては予防接種できないこともある
- ◎ ワクチンで防げる疾患
- ◎ 医療従事者が曝露源にならない！！

血液培養採取方法

1. 目的

- 1) 菌血症の確定診断
- 2) 感染症の重症度の指標
- 3) 起因菌の検出
- 4) 有効な抗菌薬の確定

2. 注意点

- 1) 皮膚消毒、静脈穿刺、血液培養ボトル注入時の各プロセスにおいて細心の注意を払うことで最も効率的に汚染を予防できる
- 2) 感度を上げるため、また真の菌血症か偽陽性であるかの判断のためにも成人の血液培養は**2セット**採取が望ましい

血液培養の累積感度

- 1セット⇒73.2%
- 2セット⇒93.9%
- 3セット⇒96.9%

3. 必要物品

- ① 血培セット (x 2)
- ② 滅菌手袋 (x2)
- ③ 駆血帯
- ④ 擦式手指アルコール製剤
- ⑤ 携帯用針捨てBOX
- ⑥ 固定用テープ
- ⑦ ビニール袋



【手順】	【備考】
<p>1) 準備</p> <p>(1) 検査指示、検体容器、ラベルを確認する</p> <p>(2) 必要物品を準備する</p> <p>(3) 患者に検査の説明をして同意を得る</p> <p>(4) 患者には採血しやすい体位をとってもらい、環境を整える</p>	
<p>2) 実施</p> <p>(1) 手指衛生を行う</p> 	<p>血液培養で問題となるコンタミネーション率低下のためにも手指衛生を遵守する</p>
<p>(2) 血液培養ボトルのキャップを外しゴム栓をアルコール綿で拭く</p>	
<p>(3) 患者の穿刺部位を決定し、アルコール綿で消毒し乾燥させる</p> 	<p>皮膚の汚れを落とす</p> <p>* 皮脂や汚れを取り除き、次に行う消毒効果を高める (ポピドンヨードは有機物で殺菌効果が低下する)</p> <p>* アルコールの消毒効果を高めるためアルコールは乾燥させる</p>
<p>(4) ポピドンヨード綿球で穿刺部位を広範囲 (10 x 5 cm程度) に消毒する</p> 	<p>自然乾燥 (約2分)</p> <p>* ポピドンヨードは遊離ヨウ素濃度が高いほど殺菌力が高まるので十分な時間が必要</p>
<p>(5) 駆血帯を締める</p> 	

(6) ピュアラビングで手指消毒を行う



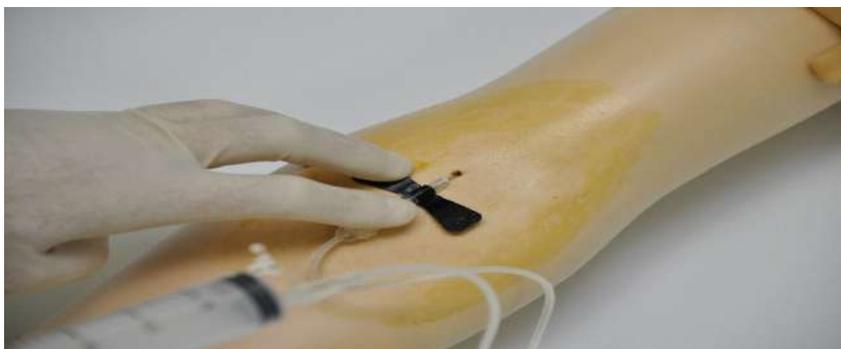
(7) 滅菌手袋の入ったパックを広げ、シリンジ、穿刺針（翼状針）、ブラッドトランスファーデバイスをその上に出す



(8) 滅菌手袋を着用し、シリンジに翼状針をつける



(9) 20ml 採血を行う



(10) 駆血帯をはずす

<p>(11)安全機能付き翼状針で採血した時は針の挿入部にアルコール綿を置き、軽く押さえながら安全機能を作動させ抜針する。</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 針刺し防止のため安全機能を確実に作動させる * 1回（1セット）の採血量は血液量と検出率から20～30mlが望ましい
<p>(12)安全機能を作動させた翼状針をはずしブラッドトランスファーデバイスをシリンジにつける</p> 	
<p>(13)シリンジを下向きにして嫌気用培養ボトル（オレンジの蓋、ゴム周囲が金色）を押し込み10ml入れる。</p> 	<ul style="list-style-type: none"> * 基本的には嫌気用ボトルに空気が入らないようにする * どうしても採血量が足りない時は好気用ボトルに入れる * 培養ボトルは陰圧になっているので入れ過ぎないように注意が必要である。ボトルに目盛りが付いているがシリンジの目盛りの方が確実である * ブラッドトランスファーデバイスは抑えていないと上がってきってしまうので注意する
<p>(14)ブラッドトランスファーデバイスから嫌気用培養ボトルを外し、同様に好気用培養ボトル（青色の蓋、ゴム周囲が青色）に10ml入れる。</p>	<p>好気用</p>
<p>(15)使用したシリンジとブラッドトランスファーデバイスは接続したまま針捨てボックスに入れる</p>	
<p>(16)血液培養ボトルを静かに数回混和する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ ゆっくり5回程度

(17)検査室へ提出し、使用した物品の片づけを行い、手指衛生を行う	<ul style="list-style-type: none"> ・採血後の培養ボトルは速やかに検査室へ提出する ・使用した物品は、ビニール袋へ入れ、感染性廃棄ボックスへ廃棄する ・培養ボトルを気送管で送る時はスポンジに入れ込み破損に注意する ・培養ボトルのゴム栓部分には血液が付着しているので搬送する時はビニール袋などに入れる ・培養ボトルを直に取り扱う時は血液曝露防止のため未滅菌手袋を着用する
(18)実施入力を行う	

《参考引用文献》

CUMITECH 血液培養検査ガイドライン 松本哲哉 満田年宏 訳

Weinstein et al.Detection of Bloodstream Infection in Adults:How Many Blood Cultures Are Needed
J Clin Microbiol.2007 ;45:3546-3548

2025年度新規採用職員オリエンテーション

薬剤/抗がん剤/麻薬

- ① 抗がん剤について
- ② 持参薬コーナーの紹介
- ③ 麻薬について

Shizuoka Cancer Center
Department of Pharmacy

2025年度新規採用職員オリエンテーション

薬剤/抗がん剤/麻薬

- ① 抗がん剤について
- レジメンオーダー方式による
過誤防止と利便性の向上

Shizuoka Cancer Center
Department of Pharmacy

がん化学療法の実務上のステップ

- (1) 投与薬剤のオーダー
- (2) 注射剤の無菌調製
- (3) 調製後の搬送などの物流
- (4) 投与時の過誤防止策

がん化学療法の実務上の対応

- (1) レジメン単位でのオーダー
- (2) 薬剤師による無菌調製
- (3) SPDスタッフによる随時搬送
- (4) バーコードリーダーの活用

紙のレジメンは存在していたものの、

旧来の抗がん剤のオーダー方法

- 1) 投与日ごとに“制吐剤”をオーダー
 - 2) 投与日ごとに“輸液”をオーダー
 - 3) 投与日ごとに“抗がん剤”をオーダー
 - ⋮
- 休薬期間を確保するように制御

レジメンオーダー方式の場合

- ・制吐剤
 - ・輸液
 - ・抗がん剤
 - ⋮
 - (休薬期間)
- } 複数日分を一括して
オーダーする方式

レジメンオーダー方式の特徴(1)

- 1) レジメン単位で一括オーダー可能
- 2) 該当するレジメンを選択すると画面に展開される → 確認や調節が可能
- 3) 抗がん剤毎に減量可能(1%刻み)
- 4) 複数規格存在する場合でも、規格毎に必要な本数が自動算出される。

レジメンオーダー方式の特徴(2)

- 5) 同時期に複数レジメン適用の防止
- 6) 各抗がん剤について、設定された投与量を上回る入力の防止
- 7) レジメン間の休薬期間厳守
- 8) レジメン確定時に検査値を自動確認
- 9) 注射用抗がん剤の無菌調製
→ SPDスタッフによる病棟への搬送

レジメンオーダー方式の開発

月刊薬事 2001.3(vol.43 No.4) P.145-150

Contribution

**適正な「がん化学療法」を支援する
注射オーダーリングシステム**
～抗がん剤レジメン入力システムについて～

● 平林 利康*, 斎藤 完治*, 樋口 順一*,
伊藤 毅*, 斎藤真一郎*, 坂本 治彦*,
富澤 達*, 稲荷 恭三*

● HIRABAYASHI Toshiyasu, et al. * 国立がんセンター中央病院薬科部長

1999年(平成11年)1月に導入した注射オーダーリングシステムに搭載されたレジメンのオーダー入力の仕組みを紹介

Dispensing
病院薬剤師の仕事
(調剤) 患者安全のために

適正な「がん化学療法」のために
～抗がん剤レジメン入力システム～

● 国立がんセンター中央病院薬科部長 平林 利康【HIRABAYASHI Toshiyasu】
河 東雄弘 部長 伊【KUNIEDA Takahiro】

調剤と情報 2001.10(vol.7 No.11) P.81-86

抗がん剤に関わる医療事故や未然に防ぐためのリスクマネジメントの重要視について紹介

レジメン確定時における 検査値の自動確認

2018年7月より運用

項目	基準値
1. 白血球数	1,000/ μ L 未満
2. 好中球数	500/ μ L 未満
3. ヘモグロビン	7.0g/dL 未満
4. 血小板数	5.0×10^4 / μ L 未満
5. クレアチニン	2.0 mg/dL 以上
6. 総ビリルビン	3.6 mg/dL 以上
7. GOT	200 U/L 以上
8. GPT	200 U/L 以上

- ① 直近の検査値1～8について、上記に該当する場合はポップアップで警告
- ② 血液内科は1～4を除外し、5～8が上記に該当する場合のみ警告
- ③ 調製確定日の4週間以内に検査が未実施の場合もポップアップで警告

〔異常値メッセージ例〕

- 「検査値異常(ヘモグロビン○g/dL)があります。調製確定を実行しますか？」
- 「検査値異常(GOT○U/L)があります。調製確定を実行しますか？」

〔医師のコメント記載例〕

- 「支持療法として輸血を行いながら治療継続の方針」
- 「肝転移の影響と判断して治療実施」

※コメントを記載せずに「はい」を入力した場合、「コメントが入力されていません」というメッセージが表示され、画面展開を進めることができない。

レジメンオーダー方式の注意点

- 1) レジメンの登録エラー防止対策が必要
- 2) 注射用抗がん剤の単独オーダーは不可
- 3) レジメンの選択過誤は発生し得る！
- 4) 抗がん剤の減量し忘れが発生し得る！
- 5) 他施設での投与歴は積算の対象外

抗がん剤のミキシング時の適切な予防衣の着用

- 手袋
2重重ねて使用する。
- マスク
エアロゾル、スプラッシュの吸入を防ぐ。
- ゴーグル
目への飛び散りを防ぐ。
- ガウン
体躯、上腕を防護。



ハザード室内でオーダーの確認



ハザード室内の様子



ハザード室内の様子

平日は化学療法センター(3階)内で無菌調製
土日・祝祭日は薬剤部(本棟1階)で無菌調製

無菌調製後の薬品



SPDスタッフ

による

随時搬送

(平日だけでなく、
土日・祝祭日も)



注射薬センターにて

監査終了後、バッグに入れて搬送



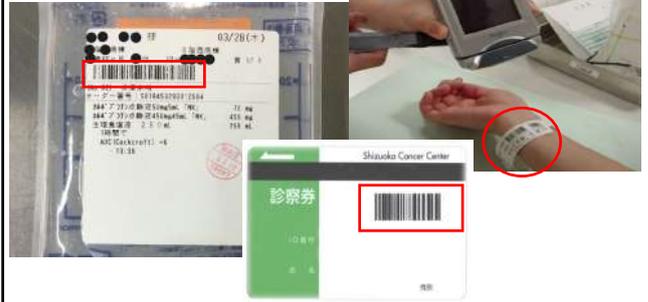
投与時の過誤防止対策

- ・バーコードリーダーを用いたチェックと同時に...

電子カルテへの記録

医事会計情報の発生

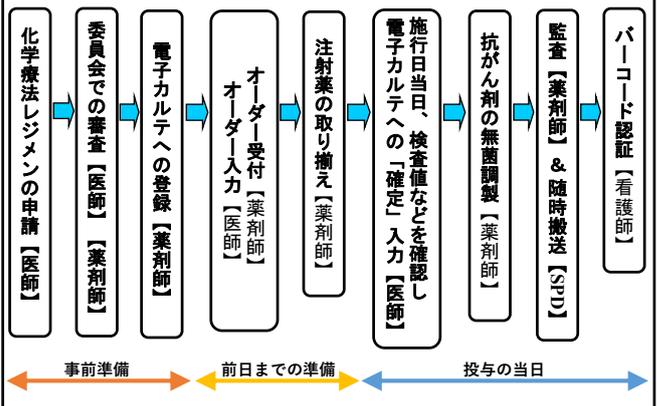
看護師による バーコードチェック



まとめると...



がん化学療法の申請から投与まで



2025年度新規採用職員オリエンテーション

薬剤/抗がん剤/麻薬

② 持参薬コーナー の紹介

Shizuoka Cancer Center
Department of Pharmacy

入院持参薬コーナー

- 予定入院患者が持参された薬の確認と仕分け





26

主な業務：入院持参薬コーナー

- 病気Aの治療のため、入院してきた
- 病気Bと病気Cはそれぞれのクリニックで
 - 使用している薬を把握する
 - 薬剤名・用量・用法・使用の有無
- ➡ 薬の重複や併用に問題ないか
- ➡ 手術などで事前の中止薬の確認
- ➡ 薬を仕分けし、1薬品ごとに薬袋を作成
 - ↳ 見やすい工夫により、配薬時の負担軽減

27

入院持参薬コーナーにおける プレアボイド報告より

相互作用回避：ペルソムラの代謝阻害による作用増強の回避

● クラリスロマイシン錠200mg 1回1錠 1日2回 朝・夕食後 (入院後の処方として準備)	➡	● クラリスロマイシン錠200mg 1回1錠 1日2回 朝・夕食後 (入院後の処方の変更案→変更)
● ペルソムラ錠15mg 1回1錠 1日1回 眠前		● テトラミド錠10mg 1回1錠 1日1回 眠前

⚠ **併用禁忌：** スポレキサントの代謝酵素であるCYP 3A4を強く阻害し、
スポレキサントの血漿中濃度を顕著に上昇させる。

ミアンセリンも一部CYP 3A4により代謝される薬物。
添付文書上は併用注意！

2025年度新規採用職員オリエンテーション

薬剤/抗がん剤/麻薬

③麻薬について

オーダー方法と 取り扱い上の注意点

*Shizuoka Cancer Center
Department of Pharmacy*

“麻薬の管理マニュアル”とは

※麻薬及び向精神薬取締法に基づき、麻薬の管理・施用に関する規則をまとめた院内マニュアル (21ページ)

※院内RMQC委員会の内服薬・注射薬・麻薬管理検討部会が作成・改訂を担当

“麻薬の管理マニュアル”の概要

- I 麻薬の指示について
- II 麻薬処方箋の取り扱いについて
- III 麻薬の受け取りについて
- IV 麻薬の保管について
- V 勤務交代時の申し送りについて
- VI 麻薬施用票の記載
- VII 麻薬施用時の実施記録
- VIII 麻薬の返納について

【外来編】
【麻薬事故発生時の対応】
【事故以外で麻薬届の提出が必要な場合】

多過ぎるので
抜粋してご紹介



麻薬(注射)
をオーダー
すると...

処方医師
の押印
or 署名
(フルネーム)

麻薬処方箋（注射箋）の取り扱い

- ※麻薬処方箋（注射箋）は麻薬に準ずるものとして取り扱いに十分注意し、紛失・破損のないよう心がける。
- ※万一、紛失した場合は直ちに各部署の責任者および薬剤部に届け出る。
- ※麻薬処方箋（注射箋）には医師の署名以外に unnecessary 記載をしてはならない。

薬剤部では

を印刷

麻薬

<注射薬の取り扱い>

- 1) 薬剤使用時に
・施用量と
・アンプル
と残量は
記載
施用量
記載
ならない。
- 2) 修正時には、
必ず医師が

麻薬の使い方(注射)

<アンプルの取り扱い>

- ・使用後のアンプルは捨てずに箱へ戻して薬剤部へ返納



※アンプルはカット部分を下に向けること!

当センターで発生した事例

〔注射剤〕

- ・アンプルの落下破損
- ・誤調製（希釈ミス）
- ・他剤と混合したら白濁して使用不可
- ・持続注入用ポンプを落として薬液が飛散

〔内服剤・外用剤〕

- ・薬杯に入れたモルヒネ水をこぼした
- ・フェントステープの紛失
- ・施用したはずの薬が残っている
- ・使用患者不明の麻薬発見！

“麻薬事故”ではないけれど・・・

- 処方箋にメモが記載されている
 - 再利用紙の裏面に印刷されている
 - 名前がなく、姓のみの署名
 - 医師とは異なる筆跡!?
 - 麻薬処方箋を紛失してしまった
- ※保健所の立入調査でチェックされます！

発生場所や経過などを詳細に記載

保健所への届け出：
麻薬事故届

(提出用)
(提出者控え)

“麻薬事故”かな？と思ったら・・・

- 内服・外用薬 → 内線 2144
- 注射薬 → 内線 2151
- 夜間・休日 → PHS 6600

病棟師長(夜間・休日は管理師長)にも必ず報告！

医療安全ポケットマニュアル「3 注射・与薬編」も参照

職員の外来処方の 受け取り方のお願い

- ① 平日18時までに取りに来る場合：**会計後に 2階のおくすり窓口**でお受け取りください。
- ② 平日18時以降、休日に取りに来る場合：**1階の調剤室**で受け取り（会計できない場合は、後日に会計）
- ③ 可能な限り、平日17時以降、および、休日の処方は避けてください。
- ④ 1か月以上取りに来ない場合、薬剤部から連絡しますが、可能な限り早期に取りに来るようお願いします。

(2015年10月14日病院管理会議で承認)

放射線安全教育訓練

画像診断室 廣澤 賢一

2025.4

放射線・放射能・放射性物質とは

● 電球 = 光を出す能力を持つ

ルーメン (lm)
もしくは ワット (W)
▶ 電球の明るさの単位



ルクス (lx)
▶ 明るさの単位

● 放射性物質 = 放射線を出す能力 (放射能) を持つ

ベクレル (Bq)
▶ 放射能の単位



放射線



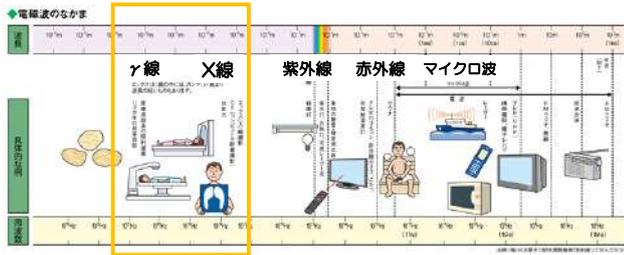
シーベルト (Sv)
▶ 人が受ける放射線被ばく線量の単位

換算係数

出典：放射線による健康影響等に関する統一的な基礎資料（平成29年度版） 環境省

電磁波の種類

エネルギーが高い（波長が短い） ← → エネルギーが低い（波長が長い）



医療に使われている領域

放射線の単位

ベクレル (Bq)

放射性物質が放射線を出す能力を表す単位

1ベクレルとは、1秒間に一つの原子核が崩壊（壊変）することを表します。例えば、370ベクレルの放射性カリウムは、毎秒370個の原子核が崩壊して放射線を出しカルシウムに変わります。

※崩壊（壊変）とは原子核が放射線を出して別の原子核になる現象のことです。



グレイ (Gy)

放射線のエネルギーが物質や人体の組織に吸収された量を表す単位

放射線が物質や人体に当たるともっているエネルギーを物質に与えます。1グレイとは、1キログラムの物質が放射線により1ジュールのエネルギーを受けることを表します。

シーベルト (Sv)

人体が受けた放射線による影響の度合いを表す単位

放射線を安全に管理するための指標として用いられます。

出典：放射線等に関する副読本_文部科学省

放射性物質の半減期

放射性物質は、壊変（崩壊）を繰り返して、最終的に安定した物質へ変化すると放射線を出しなくなる。壊変によって始めの原子核の数が半分になるまでの時間を半減期という。その減り方には規則性があり、半減期は放射性物質の種類によって異なる。

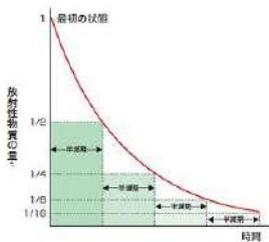
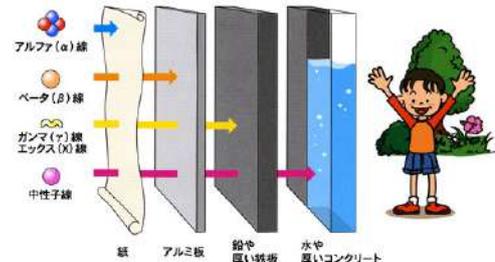


図 放射性物質の半減期

放射性物質	半減期
F-18	約110分
Tc-99m	約6時間
I-131	約8日
Cs-137	約30年
K-40	約13億年

表 放射性物質の半減期

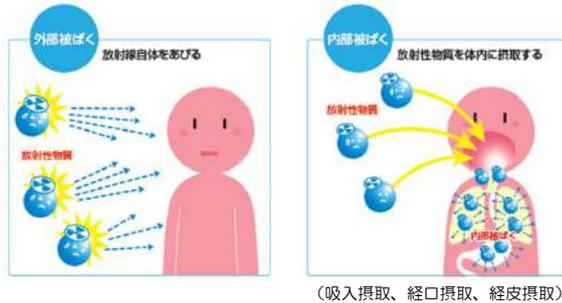
放射線の種類と透過力



適切な材料で放射線は遮へいすることができる

被ばくとは

被ばくとは、人体が放射線にさらされること
つまり、放射線を浴びること



(吸入摂取、経口摂取、経皮摂取)

放射線被ばくの種類

1. 自然放射線による被ばく
2. 公衆の被ばく
 - ・一般公衆の被ばく、職業被ばくと医療被ばく以外
 - ・線量限度が決められている (1mSv/1年)
3. 医療被ばく
 - ・医学的検査や治療で患者あるいは被験者が受ける被ばく
 - ・線量限度はないが正当化と最適化が求められる
4. 職業被ばく
 - ・放射線作業に従事するものが受ける被ばく
 - ・線量限度が決められている

放射線の発生源



出典：東京都健康安全研究センター

地上で放射線の影響の無い環境は存在せず、
日常的に自然放射線源からの放射線を浴び続けている

自然放射線

1. 空気中からの放射線

大地に含まれるラジウムは、放射線を出して気体の放射性物質のラドンに変わる。空気中に拡散されたラドンを呼吸により人体に取り込むことで内部被ばくが起こる。

2. 大地からの放射線

大地の岩石や土に含まれるウラン、トリウム、ラジウム、カリウム40などの放射性物質から出る放射線により、外部被ばくが起こる。

大地からの自然放射線の量(ミリシーベルト/年)



地質の違いにより、東日本より西日本の方が大地からの放射線量が高くなっている

3. 宇宙からの放射線(宇宙線)

宇宙から地球に飛んでくる放射線により、外部被ばくが起こる。高度や緯度によって、放射線量は異なる。
・富士山の頂上では地上の約6倍の線量
・東京-ニューヨーク間を1回往復で約0.2mSv浴びる

4. 食物からの放射線

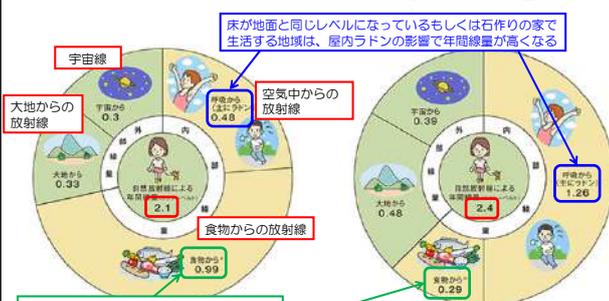
食物に含まれる放射性物質のカリウム40や炭素14、ポロニウム210を摂取することにより内部被ばくが起こる。



自然放射線の年間線量

1人あたりの年間線量(日本平均)

1人あたりの年間線量(世界平均)



日本人は魚介類の摂取量が多いため、魚介類に含まれる²¹⁰Po、²¹⁰Pbの影響で年間線量が高くなる

出典：日本原子力文化財団

診断で受ける放射線量(医療被ばく)

検査の種類	診断参考レベル ¹	実際の被ばく線量 ²	
		線量	線量の種類
一般撮影：胸部正面	0.3mGy	0.06mSv	実効線量
マンモグラフィ(平均乳腺線量)	2.4mGy	2 mGy程度	等価線量(乳腺線量)
透視	IVR：透視線量率 20mGy/分	胃の透視 4.2-32mSv程度 ³	実効線量
歯科撮影	下顎 前歯部1.1mGy から 上顎 大白歯部2.3mGy まで	2-10μSv程度	実効線量
X線CT検査	成人頭部単純ルーチン85mGy 小児(6~10歳)頭部60mGy	5-30mSv程度	実効線量
核医学検査	放射性医薬品ごとの値	0.5-15mSv程度	実効線量
PET検査	放射性医薬品ごとの値	2-20mSv程度	実効線量

¹: 医療被ばく研究情報ネットワーク「最新の国内実態調査結果に基づく診断参考レベル」平成27年6月7日(平成27年8月11日一部修正) (<http://www.radher.jp/J-RIME/>)

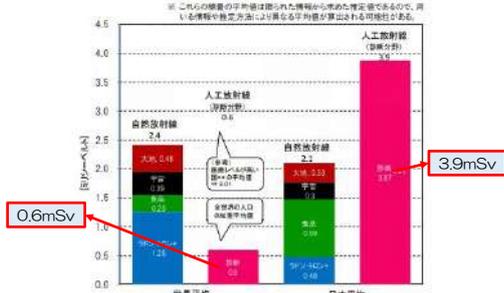
²: 量子科学技術研究開発機構「CT検査等医療被ばくに関する医療被ばくリスクとその防護についての考え方Q&A」(<http://www.nirs.qst.go.jp/rd/faq/medical.html>)

³: 北里大学病院放射線部「医療中の放射線基礎知識」(<http://www.khp.kitasato-u.ac.jp/hoashasen/ryof/>)「健康診断のX線検査」の「胃(透視)」のデータより作成

上記資料¹、²及び³に基づき作成
出典：放射線による健康影響等に関する統一的な基礎資料(平成29年度版) 掲載者

日常生活における放射線被ばく

<日常生活における被ばく実効線量(年間)>



日本に限らず、世界で医療被ばくが増えている最も大きな原因は、**X線CTの普及によるものである**

(日本平均) 原子力安全委員会「健康と環境放射線(平成29年版)」
 出典: 放射線リスクに関する基礎的情報(平成29年4月版)

職業被ばく線量限度

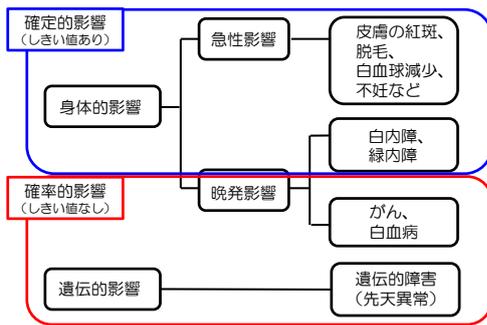
(1) 実効線量限度 (身体全体が対象)

- ① **1年ごとに50mSv ↓** かつ **5年ごとに100mSv ↓**
- ② 女子は、4,7,10,1月の1日から3ヶ月ごとに5mSv ↓
 (ただし、ここでの女子は、妊娠不能と診断された者、妊娠の意志のない旨を使用者等に書面で申し出た者、妊娠中の者を除く)
- ③ 妊娠中の女子は、本人の申出等により使用者等が妊娠の事実を知ったときから出産までの期間で、内部被ばく1mSv ↓

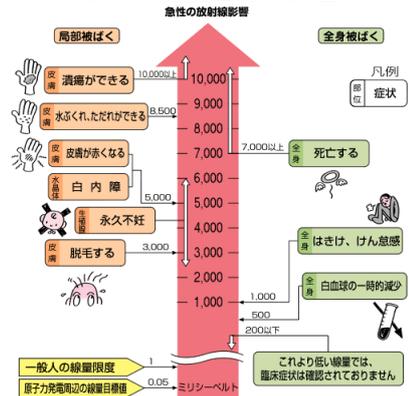
(2) 等価線量限度 (個別の部位が対象)

- ① 眼の水晶体: **1年ごとに50mSv ↓** かつ **5年ごとに100mSv ↓**
 (旧: 1年ごとに150mSv ↓)
- ② 皮膚: **1年ごとに500mSv ↓**
- ③ 妊娠中である女子の腹部表面: (1) ③の期間につき2mSv ↓

放射線の人体への影響の分類

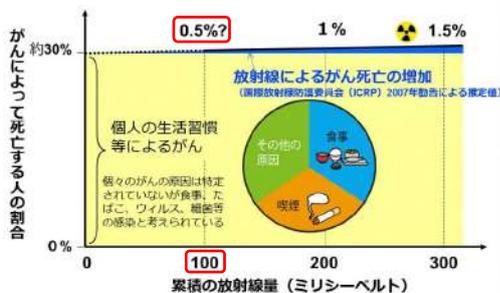


被ばく線量と急性影響



線量限度が守られている限り、急性障害は発生しない

低線量率被ばくによるがん死亡リスク



低線量率被ばくにおいて、100mSv当たり0.5%がん死亡の確率が増加するとされている

放射線と生活習慣によってがんになるリスク

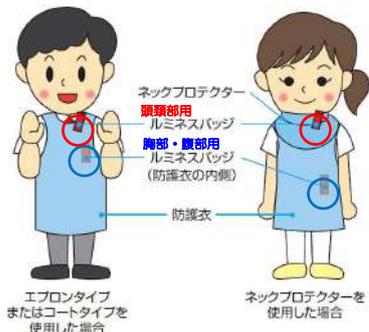
放射線の線量 (ミリシーベルト)	がんの相対リスク*	生活習慣因子
1,000 ~ 2,000	1.8 1.6 1.6	喫煙者 大量飲酒 (毎日3合以上)
500 ~ 1,000	1.4 1.4	大量飲酒 (毎日2合以上)
200 ~ 500	1.11 ~ 1.23	高温食品
100 ~ 200	1.08 1.06 1.02 ~ 1.03	野菜不足 受動喫煙 (非喫煙女性)
100未満	検出困難	

低線量・低線量率の被ばくの影響は、100mSv未満では非常に小さい。がんになったとしても、発がんの原因が被ばくによるものとは考えられにくい。

出典: 国立がん研究センターホームページ

出典: 放射線による健康影響等に関する統一の基礎的情報(平成29年度版) 環境省

防護衣を着用する場合のバッジ着用部位



胸部・腹部用のバッジは、防護衣の内側に着用して下さい。
頭頸部用のバッジは、防護衣の外側に着用して下さい。

バッジの取扱上の注意事項

- 必ず自分のバッジを着用すること
・ひとつのバッジを複数人で共用できない
- 放射線作業時に必ずバッジを着用すること
- バッジの着用部位を間違えないこと
・胸腹部用と頭頸部用を逆に着用してしまった
・胸腹部用バッジをプロテクター外側に着用して作業を行ってしまった
- 放射線の影響のない場所でバッジを保管すること
・バッジを白衣などに付けたままにして管理区域（X線撮影室や透視室など）または管理区域付近に放置しないこと
・飛行機にバッジを持ち込まないこと



バッジの取扱上の注意事項

- バッジをRIで汚染させないこと
・汚染した場合は、管理者に報告して下さい
- バッジを洗濯したり、乾燥機やドライヤーにかけないこと
・万一、洗濯してしまった場合は自然乾燥で
- 紛失・破損をしないこと
・発生した場合は、管理者に報告して下さい
- 着用期間が終了したバッジは、回収担当者または回収ボックスへ速やかに返却すること
・着用終了後、6ヶ月以上経過した場合は測定不可
- 女性の方で妊娠が判明したら速やかに所属長に報告すること
・報告がない場合、被ばく管理方法は従来通り



バッジの取扱いを間違えたら

- 紛失、破損、洗濯などが発生した場合、速やかに管理者へ報告して下さい。
- 管理者に報告後、所属長確認の上、速やかに紛失届などの始末書を管理者へ提出して下さい。
- バッジの再発行ができるかは時期によりますが、始末書提出をもってバッジの再発行手続きを行います。

外部被ばく線量測定算定個人報告書

氏名を確認

着用期間を確認

算定結果を確認
M（検出限界以下）もしくは数値が記入されます

測定部位	測定結果	検出限界	算定結果
SG	0.2	0.2	0.2
R	0.2	0.2	0.2
皮膚	0.2	0.2	0.2
眼の水晶体	1.0	1.0	1.0

実効線量

等価線量

この報告書は「個人保管」となります！
なくさないように保管をお願いします！

線量限度

線量限度	線量限度
実効線量限度	100mSv/5年 かつ 50mSv/1年 (女性 5mSv/3ヶ月)
等価線量限度	
皮膚	500mSv/1年
眼の水晶体	100mSv/5年 かつ 50mSv/1年
妊娠中の女子腹部表面	2mSv/妊娠期間

輸血療法の原則

同種輸血療法は一種の臓器移植
組織の移植
輸血療法はあくまで対症療法、支持療法である
輸血療法により治癒する疾患はない。
同種輸血には程度の差はあれ副作用を伴う
感染症(未知のウイルスも含む)
輸血反応(アレルギー、溶血、アナフィラキシー)
同種抗体産生
物理的障害(輸液過多、低体温、希釈性凝固障害)
化学的障害(低Ca血症、高K血症、鉄過剰)
免疫的障害(致死的な副作用GVHD)
同種輸血の選択基準
無輸血→自己血→同種血輸血
自己血輸血の普及に努める

静岡がんセンター輸血システム

依頼者 輸血センター 日赤



赤血球濃厚液

【目的】

急性又は慢性の出血に対する治療及び貧血の急速な補正
末梢循環系への十分な酸素の供給と循環血液量の維持

【使用指針】

内科的適応

化学療法における骨髄抑制 Hb7g/dl が一つの目安
急性出血 Hb6g/dl 以下ではほぼ必須
慢性出血性貧血 全身状態良好な場合はHb6g/dl 以下が目安
血液疾患に伴う出血
幹細胞移植

輸血量は、臨床症状の改善が得られる最小量。
輸血後のHb値を10g/dL以上にする必要はない。
鉄剤やエリスロポエチンなどの薬剤により治療が可能な貧血は適応外。

赤血球濃厚液(2)

外科的適応

週術期の輸血 いわゆる10/30 ルールは根拠無し
通常はHb7~8g/dl 程度で十分であるが、心疾患、肺機能障害
脳循環障害のある場合はHb10g/dl 程度に維持することが推奨
(高齢者や子供の場合も考慮必要)
術前投与
持続する出血がコントロールできない、
又はそのおそれがある場合のみ。
術中投与
循環血液量の20%以上の喪失が一つの目安。
術後投与
急激に貧血が進行する出血の場合：
外科的止血処置とともに早急に輸血を行う。

赤血球濃厚液(3)

手術時の血液準備量

血液型不規則抗体スクリーニング法(T&S)

適応:

輸血歴が無く、術中投与の可能性の低い場合

方法:

ABO血液型・Rho(D)抗原と不規則抗体スクリー
ニングを行い、Rho(D)陽性、不規則抗体陰性
であれば、交差適合試験済みの血液を準備し
ない。術中に血液が必要になった場合は、輸血
用血液のABO血液型の確認済(オモテ試験)
の製剤を使用する。

新鮮凍結血漿

基本は PT INR2.0以上または APTT 2倍以上の時考慮
肝障害
複数の凝固因子活性の低下のため出血傾向のある場合
DIC(低フィブリノーゲン血症)
大量輸血時の希釈性(枯渇性)凝固障害
大量出血時では無いことに注意
製剤のない凝固因子欠乏(第V 第XI 因子)
クマリン系薬剤の効果の緊急補正
凝固阻害因子や線溶系因子の補充
(プロテインSやプロテインC欠乏症による血栓症発症時
プラスミンインヒビターの欠乏による出血症状)
血漿因子の補充(血漿交換)
L-アスパラギナーゼ投与関連(低フィブリノーゲン血症)

血小板製剤輸血

【目的】

血小板の減少又は血小板機能の低下若しくは異常による出血時の止血
一過性の急速な血小板減少による重篤な出血の防止

【使用指針】

化学療法における骨髄抑制 1~2万以上に維持
DIC 5万未満に低下し出血症状認める場合に適応
幹細胞移植 造血器腫瘍では1~2万以上に維持 その他は病態に応じ
血液疾患に伴う血小板減少 1~2万以上に維持
大量輸血時 24時間以内に循環血液量相当の輸血をした場合
外科手術の術前準備 5万未満で考慮
人工心肺、心血管手術、癒着例、肝・腎疾患のための出血傾向などは
10万程度になるように血小板輸血
活動性出血 5万以上に維持
【投与量】
患者の血小板数、循環血液量、重症度などから、目的とする血小板数の上
昇に必要とされる投与量を決める。

血漿分画製剤

【使用目的】

アルブミン: 低循環血漿量の改善、膠質浸透圧低下の改善
免疫グロブリン: 免疫グロブリン低下による感染症
抗HBsヒト免疫グロブリン: B型肝炎ウイルスの感染予防
トロンビン製剤: 出血部位に塗布しフィブリン塊を形成し止血
ハプトグロビン: 溶血のとき遊離ヘモグロビンの運搬体として
【アルブミン製剤の適正使用】

使用指針

出血性ショック
人工心肺を使用する心臓手術
難治性腹水を伴う肝硬変あるいは大量の腹水穿刺時
難治性の浮腫、肺水腫を伴うネフローゼ症候群
血行動態が不安定な血液透析時
凝固因子の補充を必要としない治療的血漿交換療法

輸血の実際

SCC輸血療法の原則

血液型間違いの防止

2回の血液型検査で血液型確定(別々に採血: 結果一致)
他院からの持ち込み血液は使用しない

患者間違い防止

患者リストバンドをPDAを用いて認証
ダブルチェック(職種は限定しない)

超緊急対応

赤血球製剤はO型の使用
血漿製剤はAB型の使用

製剤の品質管理

特殊な部門以外は輸血センターに返却は出来ない

輸血前準備

①輸血同意書の取得

原則的に輸血毎に同意書を取るが、1連の輸血に関しては1回の同意でよい。身体的および社会的な状態を考慮して代理人の同意も有効とする。
輸血依頼前に同意書を得ることを原則とするが、緊急または事前に説明が著しく困難な場合は、事後に同意書を得ることも認める。
定期的に輸血を続ける場合は年一回を目安に説明と同意書を取得。

②血液型の確定

検体取り間違いの防止を目的として時間の異なる2回の検査結果で血液型を決定
血液型検査無: 未検査
血液型検査1回: 未確定
血液型検査2回: 確定(一致した結果であることが前提)

③赤血球不規則抗体検査

有効期間
輸血歴なし 輸血予定日が最終不規則抗体検査日から28日
輸血歴あり 輸血予定日が最終不規則抗体検査日から7日間

④輸血前感染症チェック

HBV HCV HIV 病名は輸血前ウイルス感染症チェック
輸血するために妥当な病名が有ることが前提

輸血手順1

- ①受血者の確認: 声に出して本人と行う
患者より疑義があれば、輸血センターへ問い合わせる
- ②輸血量の確認
輸血量と輸血速度は大切
- ③単独ルートで
他の輸液との併用は禁忌、唯一可能なのは生理食塩水
- ④加温は特殊な場合以外不必要
通常は10分間の室温の加温で十分
適応: 寒冷凝集素関連疾患
成人時間当たり50ml/kg以上
小児時間当たり15ml/kg以上

輸血手順2

- ⑤輸血時間
1つの製剤は4時間以内に輸血する
- ⑥照射血を使用しGVHDを予防する
- ⑦副作用報告
副作用が認められた場合 カルテに副作用の記載
副作用なくても、副作用なしに丸を付ける
重篤な副作用の場合
輸血管理室に連絡(出来るだけ速やかに)
- ⑧Rh-や不規則抗体のある患者さんへの輸血
の血液製剤はなるべく早くオーダーを
(遅くとも3日前に)

異型輸血

- ・ 当センターの輸血オーダーシステムでは、異型輸血のオーダーが可能、オーダーの際に誤ってオーダーをすることが無いように十分な注意を払って製剤請求すること。
- ・ 赤血球は原則同型 緊急はO型
出血死を避けるためには検討する
- ・ 血小板はマイナーミスマッチまでは許容



異型輸血の対応

〈血液型不適合輸血発見時の対応〉
病棟、手術室だけでなく輸血部門にも直ちに連絡
血液バッグの取り違えによる過誤輸血が発見された場合には、もう一人の別の患者の血液バッグの取り違えを伴っている危険がある
輸血中であれば、直ちに輸血を中止する



輸血前後感染症検査

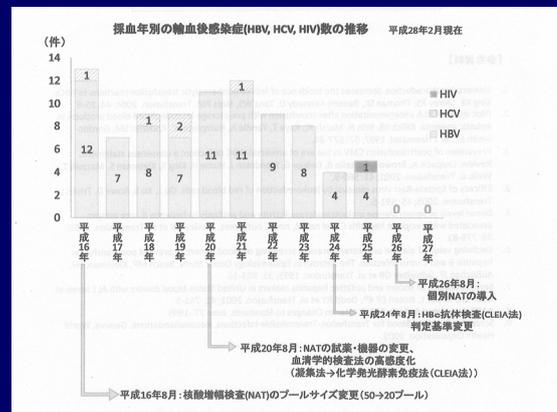
16年4月に生物由来製品感染症等被害救済制度が実施。
輸血後肝炎の早期発見と早期治療とエイズウイルス感染症の早期発見を目的。
輸血前に未感染であったことの確認と輸血後陽転の確認のために必要。
患者さんのためだけでなく、医療者の感染予防のためにも必要。
検体検査の中の左側にセット項目にしてある。
輸血前に検査(または保存検体で検査)
輸血後検査に関しては、感染の疑いがあった時に検査。

感染陽性の頻度

B型肝炎68例(2012年8月から2014年7月)約1/15万
2013年輸血による感染と確定された例 7

C型肝炎22例(2008年8月から2014年7月)約1/138万
2013年輸血による感染と確定された例 1

HIV 8例(2008年8月から2014年7月)約1/379万
2013年輸血による感染と確定された例 1



宗教上の理由による輸血拒否への対応

- 輸血を拒否する信念は、人格権を構成する信教の自由に基づく権利であることを理解し尊重する。
- 治療行為については医師の説明義務があり治療として輸血が必要な場合は十分に説明する。
- 詳細はマニュアル参照。

静岡県立静岡がんセンター

輸血療法マニュアル

輸血療法の手引き

輸血療法手順マニュアル

自己血輸血

自己血輸血:採血及び保管管理マニュアル

第 14 版(令和 6 年 10 月 9 日改正)

静岡県立静岡がんセンター 輸血療法委員会

— 内 容 —

輸血療法の手引き

1	<u>輸血医療の原則</u> ……………	3
2	<u>輸血管理体制</u> ……………	3
3	<u>輸血療法(血液製剤と適応)</u> ……………	4
3.1	<u>赤血球液</u> ……………	4
3.2	<u>血小板製剤</u> ……………	7
3.3	<u>新鮮凍結血漿</u> ……………	9
3.4	<u>血漿分画製剤</u> ……………	10
3.5	<u>新生児小児への輸血</u> ……………	10
4	<u>製剤依頼方法</u> ……………	11
4.1	輸血前準備……………	11
4.2	オーダー方法……………	12
4.3	赤血球製剤オーダー……………	13
	クロスマッチ……………	13
	T&S(type and screening)……………	13
	緊急赤血球オーダー……………	13
	コンピュータークロスマッチ……………	14
4.4	血漿製剤(PC、FFP)オーダー……………	14
4.5	輸血ルート……………	16
4.6	異型輸血製剤依頼……………	16
4.7	オーダーのキャンセル……………	16
5	<u>輸血製剤支給及び輸血</u> ……………	16
5.1	支給方法……………	16
5.2	輸血手順……………	16
5.3	輸血後処理……………	17
5.4	副作用報告……………	17
6	<u>輸血関連検査</u> ……………	18
7	<u>他院よりの持込血</u> ……………	19

(参考1)輸血製剤申し込み期日

(参考2)照射濃厚血小板申し込み

キャンセル期限

(参考3)輸血センター取り扱い日赤血

センター血液製剤とその適応

輸血療法業務手順マニュアル

1	目的……………	21
2	対象……………	21
3	禁忌……………	21
4	起こりうる合併症と副作用……………	22
5	必要物品と患者情報……………	22
6	製剤の種類……………	22
7	手順……………	23
7.1	オーダー準備……………	23
7.2	製剤払出し……………	25
7.3	部署輸血受領業務……………	26
7.4	輸血実施準備……………	27
7.5	輸血開始……………	29
7.6	輸血実施後……………	31
8	重篤な副作用の対応……………	31
9	製剤の返品……………	32
10	血液型への不振……………	32
11	異型輸血の対応……………	32
12	ABO 不適合輸血時の治療方針……………	33
13	輸血アレルギー反応の治療指針……………	34

自己血輸血総論

1	目的	36
2	利点と問題点	36
3	分類	36
4	自己血輸血に関する保険診療報酬	37
5	自己血依頼オーダー	37
6	自己血実施オーダー	37
7	医師の派遣	37

自己血輸血：採血及び保管管理マニュアル

1	インフォームドコンセント	38
2	適応と禁忌	38
3	検査	40
4	採血計画	40
5	採血日前後の患者への生活指導	41
6	採血時の注意	41
7	採血方法	41
8	自己血の保管管理	45
9	自己血の返血	45

	制定/改正履歴表	47
--	----------	----

静岡がんセンター病院輸血療法の手引き

1 輸血医療の原則

1.1 同種輸血療法は一種の臓器移植

輸血は血液という組織の移植であるが、臓器移植のようにHLAの適合検査を施行されずに行われる、一定のリスクを有する治療法である。

1.2 輸血療法はあくまで対処療法、支持療法である

輸血療法により治癒する疾患は無い。

他に行える治療法があれば優先させる。

1.3 同種輸血には程度の差はあれ副作用を伴う

感染症(未知のウイルスも含む)

輸血反応(アレルギー、溶血、アナフィラキシー)

同種抗体産生

物理的障害(輸液過多、低体温、希釈性凝固障害)

化学的障害(低Ca血症、高K血症、鉄過剰)

免疫的障害(致死的な副作用GVHD)

1.4 同種輸血の選択基準

無輸血→自己血→同種血輸血

自己血輸血の普及に努める

2 輸血管理体制

2.1 以下の委員長、委員、及び責任者は、別に輸血療法委員会要綱に定める。

2.2 輸血療法委員会

院内で行われる輸血療法を、潤滑かつ安全に行わせることを目的として、病院管理者及び輸血療法に携わる各職種から構成される、輸血療法についての委員会を医療機関内に設ける。この委員会では、輸血療法の適応、血液製剤の選択、輸血用血液の検査項目・検査術式の選択と精度管理、輸血実施時の手続き、血液の使用状況調査、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策、輸血関連情報の伝達方法や院内採血の基準や自己血輸血の実施方法についても検討する。

2.3 輸血管理責任医師

病院内における輸血業務の全般について、実務上の監督及び責任を持つ医師を病院長が任命する。

2.4 輸血センター

輸血センターの運営は、病院内の血液管理室の職員と検査委託業者は、責任医師の監督の下に輸血療法委員会の検討事項を実施するとともに、血液製剤の請求・保管・供給などの事務的業務をも含めて一括管理を行い、集中的に輸血に関するすべての業務を行う。

2.5 担当技師の配置

輸血検査の経験が豊富な臨床(または衛生)検査技師が輸血検査業務の指導を行い、さらに輸血検査は検査技師が24時間体制で実施する。

3 輸血療法(血液製剤と適応)

3.1 赤血球液

【目的】

急性又は慢性の出血に対する治療及び貧血の急速な補正
末梢循環系への十分な酸素の供給と循環血液量の維持

【使用指針】

慢性貧血に対する適応(主として内科的適応)

原因を明らかにし、鉄欠乏、ビタミンB12欠乏、葉酸欠乏、自己免疫性溶血性貧血など、輸血以外の方法で治療可能である疾患には、原則として必要としない。

* 輸血後のHb値を10g/dL以上にする必要はない。

* 鉄剤やエリスロポエチンなどの薬剤により治療が可能な貧血は適応外。

高度の貧血の場合には、循環血漿量が増加しており、心臓に負荷がかかっているため、短時間のうちに大量輸血を行うと、肺水腫をきたすことがある。腎障害を合併している場合はさらに注意が必要である。

臨床症状、臨床検査値等を参考に輸血の決定を行う

輸血量は、臨床症状の改善が得られる最小単位。

高度の貧血の場合には、短時間のうちに大量輸血を行うと心不全や肺水腫を来すことがあり、腎不全を合併している場合には特に注意が必要

造血不全に伴う貧血

輸血トリガー値をHb6~7g/dLを目安に、患者の状態にあわせて輸血の決定を行う。

慢性的な赤血球輸血による、鉄過剰に伴う造血障害のマネージメントは重要であり、鉄キレート剤が有用である。

造血器腫瘍に対する化学療法、造血幹細胞移植などによる貧血

他疾患と区別し、トリガー値を別途設ける必要はないが、治療による造血回復を待つ間は、輸血トリガー値はHb7~8g/dLが推奨されている

固形癌化学療法などによる貧血

赤血球輸血を必要なほどの骨髄抑制を生じる化学療法はさけられている傾向であるが、参考として、トリガー値をHb7~8g/dLとする。

腎不全による貧血

ESA製剤投与や鉄剤治療等を優先し、これらの治療に反応しないなどの特殊な場合を除き、Hb値7g/dL以上では原則輸血は行わず、輸血する場合は必要最小限とする。

急性出血に対する適応(主として外科的適応)

Hb値が10g/dLを超える場合は、輸血を必要とすることはないが、6g/dL以下では輸血はほぼ必須とされている。特に急速に貧血が進行した場合はその傾向は強い。

Hb値が6~10g/dLの時の輸血の必要性は、患者の状態や合併症によって異なるので、Hb値のみでの輸血の開始を決定することは適切ではない。

急性上部消化管出血においては、トリガー値をHb値7g/dLあるいは9g/dLとした場合の、予後や輸血後副反応において前者の優位性が示されており、消化管出血における急性貧血において、トリガー値をHb値7g/dLとすることを強く推奨されており、Hb値9g/dL以上では、輸血しないことを強く推奨されている。

周術期の輸血

術前投与

術前の慢性貧血は必ずしも投与の対象とはならない。慣習的に行われてきた術前投与のいわゆる10/30ルール(Hb値10g/dL、Ht値30%以上にする)は、エビデンスがない。

したがって、術前投与は、持続する出血がコントロールできない場合、またはそのおそれがある場合のみ必要とされる。

術中投与

手術中の出血に対し、必要となる輸血について、予め術前に判断して準備する。さらにワルファリン薬が投与されている場合などでは、術前の抗凝固、抗血小板療法について、いつの時点で中断するか、一時的なヘパリン置換などを行うかを判断することも重要である。

周術期貧血のトリガー値をHb値7~8g/dLとすることを強く推奨する。ただし、貧血状態の代償機転における心肺機能の重要性に鑑みた場合、冠動脈疾患などの心疾患あるいは肺機能障害や脳循環障害のある患者では、Hb値を10g/dL程度に維持することが推奨される。

大量輸血(24時間以内に循環血液量の100%以上の輸血を行うこと)時または100mL/分以上の急速輸血をするような事態には、血液希釈による凝固因子や血小板数系や血小板数の検査値および臨床的な出血傾向を参考にして、新鮮凍結血漿や血小板濃厚液の投与も考慮する。この間、血圧・脈拍数などのバイタルサインや尿量・心電図・血算・血液ガスなどの所見を参考にして必要な血液成分を追加する。

術後投与

急激に貧血が進行する出血の場合:外科的止血処置とともに早急に輸血を行う。

バイタルサインが安定している場合:原則として細胞外液系輸液薬のみ。

心疾患を有する患者の手術に伴う貧血

心疾患、特に虚血性心疾患を有する患者の手術にける貧血に対して、トリガー値をHb値8~10g/dLとすることを推奨する

人工心肺使用手術による貧血

弁置換術や冠動脈大動脈バイパス術、術後急性期の貧血に対して赤血球輸血を開始するHb値を9~10g/dLとすることを強く推奨する。

同種血の輸血量が予後の悪化と相関するとの報告もあり、過剰な同種血輸血は避けることが望ましい

手術時の血液準備量

血液型不規則抗体スクリーニング法(T&S)

適応: 術中投与の可能性の低い場合、緊急輸血が必要な場合

方法: ABO血液型・Rh(D)抗原と不規則抗体スクリーニングを行い、Rh(D)陽性、不規則抗体陰性であれば、交差適合試験済みの血液を準備しない。術中に血液が必要になっ

た場合は、輸血用血液のABO血液型の確認済(オモテ試験)の製剤を使用する。

最大手術血液準備量(MSBOS)

適応：術中投与の可能性の高い場合(合併症のない定型的な待機的手術)

方法：術式別の投与量と交差適合試験申込量の比が、1.5倍以下になるような量の血液を交差適合試験を行って事前に準備する。

手術血液準備量計算法(SBOE)

適応：待機的手術

方法：患者の術前Hb値、患者の輸血開始Hb値(トリガー;7~8g/dL)、術式別平均出血量の3つの値から患者固有の血液準備量を求める。術前Hb値から輸血開始Hb値を減じ、出血予備量を求める。術式別の平均的な出血量から出血予備量を減じ、単位数に換算する。

血液型等

ABO型は同型のものを輸血する。必ず照射血を使用しGVHDを予防する。

D型陰性には陰性の製剤を使用する。D陰性を優先してABO血液型は異型であるが適合の血液(異型適合血)を使用してもよい。女兒または妊娠可能な女性には特に注意が必要。

D型陰性にD型陽性を使用した場合は、次回輸血時には不規則抗体の検査を行い検討する。

患者血液型	異型適合血
O	なし
A	O
B	O
AB	A=B>O

3.2 血小板製剤

【目的】

血小板の減少又は血小板機能の低下若しくは異常による出血時の止血
一過性の急速な血小板減少による重篤な出血の防止

【使用指針】

血液疾患

造血器腫瘍、造血幹細胞移植：

原疾患や治療に伴う出血のリスクを回避するために、血小板輸血を予防的に行うことを推奨する。急性白血病においては、安定した状態であれば、Plt $1.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 未満に低下した場合に、血小板輸血を予防的に行うことを推奨する。但し、患者の状況、医療環境によってはPlt $1.0 \sim 2.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 以上にしよう対応する。

出血のリスクの高い急性前骨髄性白血病では、その病期や合併症の有無等に応じてトリガー値を血小板数Plt $2.0 \sim 5.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ とする。

固形腫瘍の化学療法：

Plt $1.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 未満に減少し、出血傾向を認める場合には、Plt $1.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 以上を保つように輸血することを推奨する。

再生不良性貧血、骨髄異形成症候群：

Plt $0.5 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 以上あり、出血症状が軽微の場合には適応にはならない。Plt $0.5 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 前後ないしそれ以下の場合には、重篤な出血をみる頻度が高くなるため、血小板輸血を行うことを推奨する。感染症を合併した場合には、造血器腫瘍の対応に準ずる。

免疫性血小板減少症 (ITP)：

通常は血小板輸血を予防的に行わない事を推奨する。

ITPで外科的処置を行う場合には、輸血による血小板数増加は期待できないことが多い。まずステロイド剤、静注用免疫グロブリン製剤の事前投与を行う。これらの薬剤の効果が不十分であり、大量の出血が予測される場合には血小板輸血の適応となる。

ITPの母親から生まれた新生児で重篤な血小板輸血をみる場合には、交換輸血のほか、ステロイド剤、静注用免疫グロブリン製剤の投与とともに、血小板輸血を要することがある。

慢性ITPにおいて、他の治療にて十分な効果が得られない場合、忍容性に問題があると考えられる場合、出血リスクが高いと考えられる場合には、適応のあるトロンボポエチン受容体作動薬の使用を考慮する。

輸血後紫斑病 (PTP)： 血小板輸血の適応はない。

血栓性血小板減少性紫斑病 (TTP)：

血小板輸血により、症状の悪化をみることがあるため、原則として血小板輸血を予防的に行うことは推奨しない。活動性の出血や手術、外科的処置時は禁忌ではないが、安全性が確認されていないため、血栓症の発症、憎悪に注意しながら、慎重かつ最小限に行うことが望ましい。

溶血性尿毒症症候群 (HUS)： 原則として血小板輸血は行わない。

血小板機能異常症： 重篤な出血ないし止血困難な場合のみ輸血する。

ヘパリン起因性血小板減少症(HIT)：

あきらかな出血症状がない場合には、予防的血小板輸血は避けることを推奨する。

活動性出血

血小板減少による重篤な活動性出血を認める場合(特に網膜、中枢神経系、肺、消化管などの出血)には、Plt $5.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 以上に維持するように輸血することを推奨する。

外科手術の術前状態

通常の手術：

Plt $5.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 以上あれば必要はなく、Plt $5.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 以上を維持するように輸血を行うことを推奨する

局所の止血(骨髄穿刺や抜歯)：

通常予防的に血小板輸血を行う必要はない。ただし、抜歯においてはPlt $1.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 以上を目安に血小板輸血をおこなってもよい。

硬膜外腔穿刺、消化器内視鏡、気管支鏡による生検、肝臓等の臓器針生検については、エビデンスはほとんどない。なおトロンボポエチン受容体作動薬の適応がある症例では、血小板輸血の代替療法としての使用を考慮する。

頭蓋内手術： Plt $10.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ であることが望ましい。

人工心肺使用手術時の周術期管理

複雑な心臓大血管手術で、長時間の人工心肺使用例、低体温体外循環を用いた手術などでは、血小板減少あるいは機能異常によると考えられる止血困難な出血をみることがある。このような場合、Plt $5.0 \sim 10.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ になるように、輸血を行う。臨床的に血小板機能異常が強く疑われ、出血が持続する場合には、Plt $10.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 以上にすることも考慮し、血小板輸血を行う

中心静脈カテーテル挿入時

Plt $2.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 以上を目指して血小板輸血を行うことを推奨する。

腰椎穿刺

Plt $5.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 以上とすることを推奨する

大量輸血時

急速失血により24時間以内に循環血液量相当量、特に2倍量以上の大量輸血が行われた場合で、止血困難な出血症状とともに血小板減少を認める場合には、血小板輸血の適応となる

播種性血管内凝固(DIC)

出血傾向が強く現れる可能性のあるDIC(基礎疾患が白血病、癌、産科的疾患、重症感染など)で、血小板数が急速にPlt $5.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 未満へと低下し、出血症状を認める場合には、血小板輸血の適応となる。DICの他の治療とともに、必要に応じて新鮮凍結血漿も併用する
なお、血栓による臓器症状が強く現れるDICでは、血小板輸血には慎重であるべきである

血小板輸血不能状態

血小板輸血後に血小板の増加しない状態で、原因には免疫学的機序(抗HLA抗体、抗血小板抗体)と非免疫学的機序(発熱、感染症、DIC、脾腫大)によるものがある。
免疫学的機序の大部分は、抗HLA抗体によるもので、HLA適合血小板濃厚液を輸血すると、血小板数の増加をみることが多い。

【投与量】

患者の血小板数、循環血液量、重症度などから、目的とする血小板数の上昇に必要とされる投与量を決める。

【有効性の評価】

血小板輸血後1時間後あるいは翌朝か24時間後の補正血小板増加数(CCI)を計算し評価する。

効果がある場合

血小板輸血後1時間のCCIは少なくとも7,500/ μ L以上である。

翌朝か24時間後のCCIは通常4,500/ μ L以上である。

効果が乏しい場合(血小板輸血不応状態)

HLA抗体による場合は、HLA適合血小板を使用する。

血液型等

原則として、ABO同型のものを輸血する。必ず照射血を使用してGVHDを予防する。同型血が入手困難な場合、マイナーミスマッチまでは使用可能とする(ただし、HLA適合血小板についてはこの限りではない)。D型陰性には、D型陰性の血小板を輸血することが望ましく、特に妊娠可能な女性では推奨される。やむを得ず、D陽性血を使用した場合は、高力価抗D免疫グロブリン(RHIG)の投与を考慮する。

患者血液型	マイナーミスマッチ血小板濃厚液
O	AB、A、B
A	AB
B	AB
AB	なし

3.3 新鮮凍結血漿

【目的】

凝固因子の補充または血漿因子の補充による出血の予防や止血の促進効果

【使用指針】

他により安全な代替医薬品(リコンビナント製剤等)の無い場合のみ適応

凝固因子の補充

PT・APTTの延長(PT: 30%以下、INR2.0以上、APTT: 基準上限の2倍以上の延長または25%以下)

複合型凝固障害(肝障害、L-アスパラギナーゼ投与関連、播種性血管内凝固、大量輸血

時)、濃縮製剤のない凝固因子欠乏症、クマリン系薬剤(ワルファリンなど)効果の緊急補正

低フィブリン血症(150mg/dl以下またはこれに進展する危険性がある場合)

播種性血管内凝固、L-アスパラギナーゼ投与後

凝固阻害因子や線溶因子の補充

プロテインC、プロテインSやプラスミンインヒビターなどの凝固・線溶因子欠乏症

血漿因子の補充(PTおよびAPTTが正常な場合)

TTP、HUS

3.4 血漿分画製剤

【使用目的】

アルブミン: 低循環血漿量の改善、膠質浸透圧低下の改善

免疫グロブリン: 免疫グロブリン低下による感染症

抗 HBs ヒト免疫グロブリン: B 型肝炎ウィルスの感染予防

トロンビン製剤: 出血部位に塗布しフィブリン塊を形成し止血する

ハプトグロビン: 溶血のとき遊離ヘモグロビンの運搬体として

【アルブミン製剤の適正使用】

使用指針

出血性ショック

循環血液量の 50%以上の大量の出血で、血清アルブミン濃度が 3.0g/dL 未満
また、人工膠質液を 1,000mL 以上必要とする場合

人工心肺を使用する心臓手術

術前より血清アルブミン濃度または膠質浸透圧の高度な低下のある場合
体重 10kg 未満の小児の場合などには適応を検討

肝硬変に伴う難治性腹水に対する治療

治療抵抗性の腹水に対し、利尿を誘導するために短期間(1 週間を限度)を投与
大量(4L 以上)の腹水穿刺時に循環血漿量維持のための投与を検討

難治性の浮腫、肺水腫を伴うネフローゼ症候群

利尿薬に加えて短期間(1 週間を限度)投与の検討

血行動態が不安定な血液透析時

糖尿病合併症や術後低アルブミン血症例の透析時

凝固因子の補充を必要としない治療的血漿交換療法

ギランバレー症候群、重症筋無力症など、FFP に比してアルブミン製剤がより安全な置換液

3.5 新生児・小児に対する輸血

未熟児早期貧血に対する赤血球液の適正使用(生後 28 日以降 4 ヶ月まで)

使用指針

呼吸障害が認められない

Hb 値 8g/dL 未満の場合、通常輸血の適応となるが、臨床症状によっては必ずしも必要でない。

Hb 値 8g/dL の場合、貧血によると考えられる臨床症状が認められる場合は、輸血の適応となる。

呼吸障害を合併している

障害の程度に応じて別途考慮する。

投与方法

採血後 2 週間以内の赤血球液使用し、投与量と速度に注意する。

新生児への血小板濃厚液の適正使用

極限性の紫斑のみないしは、出血症状がみられず、全身状態が良好な場合は、 $\text{Plt}3.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 未満のときに投与を考慮する。

広範な紫斑ないし紫斑以外にも明らかな出血を認める場合には、 $\text{Plt}5.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 以上に維持する。

肝臓の未熟性などにより凝固因子の著しい低下を伴う場合には、 $\text{Plt}5.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 以上に維持する。

侵襲的処置を行う場合には、 $\text{Plt}5.0 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 以上に維持する。

新生児への新鮮凍結血漿の適正使用

凝固因子の補充

循環血液量の 1/2 を超える赤血球液輸血時

先天性血栓性血小板減少性紫斑病

4 製剤依頼方法

4.1 輸血前準備

当センターで輸血療法を行う場合には輸血同意書の取得と血液型の確定が必要)

4.1.1 輸血同意書取得

手術の場合は、術前・術後を通して手術前に1回。ただし、感染症や他の病態を併発するなどして、初期の状態が変化した際には改めて説明と同意を得る。内科的疾患あるいは化学療法などの内科的治療の場合は、一連の治療過程に関して1回。ただし、病状や使用する血液のリスクに変化があった場合は、改めて説明して同意を得る。頻回の輸血を受ける場合は、1年に1回取得する。

同意者は患者本人を原則とするが、身体的および社会的な状態を考慮して代理人の同意も有効とする(二親等以内が望ましい)。輸血依頼前に同意書を得ることを原則とするが、緊急または事前に説明が著しく困難な場合は、事後に同意書を得ることも認める。緊急に輸血を行った場合は事後説明を行い、事後の同意の記録を残す。幼小児は親権者に説明をし、同意を得る。

この他、患者背景、病状、治療背景等を考慮し、同意を得る過程において重要な内容が含まれると考えられる場合は、同意の状況についてカルテに記録を残すものとする。

4.1.2 血液型の確定

検体取り間違えの防止を目的として時間の異なる2回の検査結果で血液型を決定

血液型検査無: 未検査

血液型検査1回: 未確定

血液型検査2回: 確定(一致した結果であることが前提)

4.1.3 赤血球不規則抗体検査

有効期間

【T&S】赤血球液	輸血歴なし／輸血歴あり（輸血後4ヶ月経過）	1カ月
【T&S】赤血球液	輸血歴あり（過去4ヶ月以内に輸血実施）	3日
赤血球液	輸血歴なし／輸血歴あり（輸血後4ヶ月経過）	1カ月
赤血球液	輸血歴あり（過去4ヶ月以内に輸血実施）	7日

4.1.4 輸血前後感染症検査

早期治療を目的として、医師がウイルス感染リスクを考慮し、感染が疑われる場合に行う

輸血前感染症検査 HBs抗原、HBs抗体、HBc抗体、HCV抗体、HCVコア抗原、HIV抗体
（輸血前1週間前後に実施）

輸血後感染症検査 HBV核酸増幅検査、HCVコア抗原、HIV抗体（輸血後3ヵ月後に実施）

輸血によるウイルス感染が認められた場合、生物由来製品感染等被害救済制度（生物由来製品を適正に使用したにもかかわらず発症した感染等による健康被害に対して、救済給付を行い、被害者の迅速な救済を図ることを目的とした公的制度）を受けられる

輸血前感染症検査は、検体保存を輸血前に必須としているため、必要時にこの検体を用いて実施する。輸血後感染症検査の実施は、医師が輸血関連の感染症リスクを考慮し、感染が疑われる場合に実施するものとする。

4.1.5 検体保存

輸血前に保管検体を採取する。保管検体の有効期間は3ヶ月とし、輸血依頼時に前回保存から3ヶ月経過していた場合は再度保管検体の採取を行う。

4.2 オーダー方法

電子カルテ上の依頼を輸血部門の N-Bit サーバーが受けるというシステム構造

4.2.1 定時依頼（締め切り前の依頼）

電子カルテの血液製剤依頼指示の項目より依頼

4.2.2 定時外依頼（定時以降の申込、当日依頼）

輸血センターへの電話連絡と、電子カルテの血液製剤依頼指示の項目より依頼
血液型、クロスマッチ検体のラベルは自科ラベルで印刷

*** 輸血センター連絡先 ***

時間内（平日の8時30分より17時15分）は輸血センター（2380）

時間外（時間内以外、土・日・祝祭日）は輸血当直（5569）

管理責任者：輸血管理室室長

バックアップ体制：血液管理室輸血担当技師（宿直担当が血液管理室技師以外の場合）

オンコールにて任意対応（職員が対応可能な場合に対応）とし、対応困難の場合や連絡がつかない場合は緊急時の輸血対応を行うものとする（H23.6月 RMQC 委員会）

4.3 赤血球製剤オーダー

4.3.1 クロスマッチ

依頼の際に輸血日と交差適合試験用検体(クロスマッチ検体)を指定する
不規則抗体の有効期間が過ぎている場合、輸血検査にある不規則抗体検査をオーダー。
検体保存採取が実施されていない、または実施から3ヶ月が経過している場合、輸血検査
にある検体保存をオーダー

クロスマッチ検体の提出期限

入院患者： 使用予定当日

土曜、日曜使用の際は、金曜日採血15時まで

外来患者： 使用予定当日

4.3.2 T&S(type and screening)

出血の可能性の低い手術の際に①血液型が確定、②Rh 陽性、③赤血球不規則抗体陰性
の患者に、血液型の確認された赤血球製剤を、クロスマッチ検査を行わず、供給する方法。
対応血液製剤は最低数として照射赤血球液4単位準備。

緊急輸血が必要な時、①～③の条件を満たしていれば T&S による輸血対応を可とする

4.3.3 緊急赤血球オーダー(表 I)

緊急度の低い順に以下の方法で血液製剤の払い出しがなされる。

使用当日のオーダーは、必ず血液管理室へ電話連絡(血液管理室:2380)

①通常輸血: 製剤が院内にある場合約 60～90 分

時間差のある2回の血液型の判定で血液型を同定された患者に行う通常の輸血

②緊急輸血: 製剤が院内にある場合 30 分(当直帯 90 分)

同型の製剤を、交差試験施行し払い出す

血液管理室(2380)または輸血当直(5569)に電話連絡し相談

③超緊急輸血: 5 分

血液型が確定している場合は、同型の製剤を、交差試験未施行で払い出す

血液型の未確定・不明な患者に止むを得ず輸血する場合に以下の製剤を払い出す

赤血球製剤: O 型

血漿製剤: AB 型

院内のストック赤血球は血液型検査を済ませてある

超緊急の輸血は異型輸血の確率が増すので可能な限り避ける。

☞ 血液管理室(2380)または輸血当直(5569)に電話連絡し相談。

※血液型が確定している場合で、同型血が不足する場合は、異型適合血を用いる。

☞ 輸血センターの在庫数 輸血療法委員会で検討し、必要に応じて変更する

患者血液型	異型適合血
O	なし
A	O
B	O
AB	A=B>O

4.3.4 コンピュータークロスマッチ

コンピュータークロスマッチとは、あらかじめ実施された下記の検査結果や過去の検査履歴に基づきコンピューターを用いて適合性や安全性を確認する方法

- 1) ABO Rh 血液型
- 2) 臨床的意義のある抗体を有していない および 抗体保有歴がない
- 3) 母親由来の IgG 抗 A/抗 B が存在しない(生後 4 カ月未満)

コンピュータークロスマッチによって適合性や安全性が確認された場合は、交差適合試験を省略して赤血球製剤の提供が可能

その際、以下の検査を必要とする。

- 1) 輸血システムにおいて、検査結果の不一致、血液製剤の選択が誤っている場合、警告する機能を備えている
- 2) 患者の ABO および RhD 血液型が 2 回以上異なる時点で採血された検体により確認されている
- 3) 不規則抗体スクリーニングにおいては、輸血に先立つ 3 日以内に採血された検体で検査が施行されている
- 4) 使用する赤血球製剤の ABO 血液型が、オモテ検査により確認されている
- 5) 生後 4 カ月未満の児においては、児または母親の血漿(血清)中に臨床的意義のある不規則抗体を保有していないこと。児の ABO 血液型ウラ検査後に、引き続き間接抗グロブリン試験等を行うことで、母親由来の IgG 型抗 A/抗 B を保有していないことが確認されていること

4.4 血漿製剤(濃厚血小板血漿:PC、新鮮凍結血漿:FFP)

血液型が確定されていることが必須条件

コンピュータークロスマッチにより払い出す

(表 I) 緊急対応 (検体到着後)

時間内

所要時間	交差試験	実施検査項目	患者血液型	使用血液製剤	副作用および危険性
約 5 分	未実施	なし	不明 未確定	RBC O 型 FFP AB 型	・不規則抗体による遅延型溶血性副作用の可能性あり ・Rh(D)陰性の患者では抗 D 抗体を産生する可能性あり
		なし	確定	ABO 同型	
約 30 分	実施	血液型検査 交差適合試験	不明 未確定	RBC 交差適合血 FFP	・ほとんどの副作用を回避できる ・Rh(D)陰性の患者では抗 D 抗体を産生する可能性あり
		交差適合試験	確定	ABO 同型	

時間外・休日 ※分析機により検査を実施

所要時間	交差試験	実施検査項目	患者血液型	使用血液製剤	副作用および危険性
約 5 分	未実施	なし	不明 未確定	RBC O 型 FFP AB 型	<ul style="list-style-type: none"> ・不規則抗体による遅延型溶血性副作用の可能性あり ・Rh(D)陰性の患者では抗 D 抗体を産生する可能性あり
		なし	確定	ABO 同型	
約 60 分	実施	血液型検査 交差適合試験	不明 未確定	RBC 交差適合血 FFP ABO 同型	<ul style="list-style-type: none"> ・ほとんどの副作用を回避できる ・Rh(D)陰性の患者では抗 D 抗体を産生する可能性あり
		交差適合試験	確定		

緊急輸血による交差適合試験未実施の場合、交差試験実施後に結果を担当医師または看護師に連絡する。

(注 1) 使用血液製剤は、全て Rh(D)陽性で対応します。

(注 2) Rh(D)陰性は、取り寄せるのに 60 分から 24 時間かかります。

(注 3) 交差適合試験未実施の場合も、引き続き検査を行うため、患者血検体は必ず提出して下さい。

4.5 輸血ルート

1 製剤 1 輸血セットとし付け替えは不可とする。原則、他薬剤との混注は不可であり、生食のみ混注可。薬剤投与後のルートから輸血開始する場合は生理食塩液でフラッシュして薬剤と血液の混注を避ける対策を行う。

適応輸血セット

- ① 赤血球液 輸血セット、ポンプ用輸血セット
- ② 血小板濃厚液 血小板輸血セット、ポンプ用血小板輸血セット
- ③ 新鮮凍結血漿 輸血セット、ポンプ用輸血セット

4.6 異型輸血製剤依頼

当センターの輸血オーダーシステムでは、異型輸血のオーダーが可能である。依頼の際は異型輸血理由を必ず入力すること。

* オーダーの際に誤ってオーダーをすることが無いように十分な注意をする事

4.7 オーダーのキャンセル

キャンセルしたい旨を輸血センターに可能な限り迅速に伝達。

オーダーして何らかの原因で、輸血未施行で期限切れとなった場合は、血液製剤破棄申請書を輸血療法委員あてに 24 時間以内に提出

キャンセルの目安

- ① 赤血球液、新鮮凍結血漿
払い出したものは原則キャンセル不可。払い出し前であれば可
- ② 血小板濃厚液
キャンセル期限内であれば可。基本的に使用当日の 9:00 までがキャンセル期限
当日調整予約、使用前日の 16:00 以降のオーダー予約はキャンセル不可
* GICU については温度管理がされているため、払出しされていてもキャンセル可
但し融解後の新鮮凍結血漿については不可。血小板製剤については②に準拠

5 輸血製剤支給及び輸血

5.1 支給方法

5.1.1 血液製剤準備

血液製剤が準備されると輸血センターより部門に連絡

T&S の時は輸血センターへ連絡することにより準備が行われる

5.1.2 輸血製剤支給票と適合票(副作用報告書)

レシピエントと製剤の情報の記入された支給票と適合票

支給票と適合票と血液製剤を輸血センター職員と製剤受領者で、読み合わせを行い払出す。一致を確認後、輸血センター職員が適合票を輸血製剤に貼付

受領者は輸血センターの受領ノートに記名後、適切な運搬容器で部門に搬送する

5.2 輸血手順

別に輸血手順マニュアルを定めるが、要点は以下の通りである

- ① 受血者の確認:声に出して本人と行う
患者より疑義があれば、輸血センターへ問い合わせる
- ② 輸血量の確認
- ③ 単独ルートで実施 * 他の輸液との併用は禁忌、唯一可能なのは生理食塩水
- ④ 加温は特殊な場合以外避ける
通常は 10 分間の室温の加温で十分
適応: 1. 100mL/分を超える急速輸血
2. 30 分以上にわたる 50mL/分を超える成人の急速輸血
3. 心肺バイパス術の復温期における輸血
4. 新生児の交換輸血
5. 15mL/kg/時を超える小児の輸血
6. 重症寒冷自己免疫性溶血性貧血患者への輸血
- ⑤ 輸血時間
製剤 1 バッグあたりの輸血限界時間は以下の通り
 - ・ 赤血球液 4 時間以内
 - ・ 血小板濃厚液 3~4 時間以内
 - ・ 新鮮凍結血漿は 3 時間以内小児において赤血球液の輸血が長時間になる場合は、6 時間以内に輸血を完了する。
残余分は廃棄する。
- ⑥ 照射血を使用し GVHD を予防する

5.3 輸血後処理

輸血終了後、製剤に貼付されている副作用報告書をミシン目で切り離す。

副作用報告書に有無を記入し、支給票と報告書を輸血センターへ返却
気送管による返却可であるが、紛失および破棄は不可

- ☞ 輸血製剤支給票、搬出記録簿は 2 年間の保管義務を有する。
- ☞ 依頼指示記録は 5 年間の保管義務を有する(依頼指示画面が確認できればよい)
- ☞ 法令に定める使用履歴に関しては、別途使用実績として 20 年保存されている。

5.4 副作用報告

副作用報告

些細なものでも、適合票に記載された副作用を血液管理室職員が、電子カルテの輸血実施登録画面で必ず副作用入力しカルテに反映させる。

重篤な副作用が認められた場合は、輸血管理責任医師に連絡(24 時間以内)する。必要に応じて血液センターに副作用調査を依頼する。血液センターに調査依頼するような重篤な輸血副作用が起きた場合患者データベースにも副作用登録を行う。

6 輸血関連検査

6.1 採血管の種類

EDTA-2K(7mL)

血液型検査・赤血球不規則抗体検査・直接クームス試験・間接クームス試験
交差適合試験、ABO 亜型検査、その他血液型など

プレーン管(5mL)

抗A抗B抗

体価、抗 HLA 抗体、血液型亜型検査など

P1 管(5mL)

検体保存

6.2 検体提出場所

3階検体検査受付

6.3 検査受付時間 定時:8時30分~17時15分

血液型、不規則抗体およびクロスマッチは24時間対応

定時は血液管理室(内線 2380)

時間外、土日祝祭日は輸血当直(PHS 5569)

6.4 通常検査項目

輸血関連検査

ABO・Rh 血液型

不規則抗体検査(IAT法)

直接・間接クームス試験

交差適合試験

間接抗グロブリン試験による主試験のみ実施

注)主はカラム法で行う、疑義がある場合は他の方法を併用して判定。また稀な血液型に関しては、日本赤十字社の血液センターへ同定を依頼する場合もあり、判定に時間を要する場合も有る。

6.5 検査依頼方法

通常検査:電子カルテの検体検査の輸血検査より依頼

その他検査:輸血センターに直接相談

抗血小板抗体、抗 HLA 抗体スクリーニング等

7 他院よりの持込血

他院で交差適合試験された血液は原則使用しない。入院後自施設での血液を準備する輸血部門に速やかに連絡をとる

自施設で持ち込み血を使用するのは、下記の要件すべてを満たしたときのみ

- ① 自施設で予備血(ストック血)がない
- ② 日本赤十字社血液センターからの血液が間に合わない
- ③ 自施設で再度交差適合試験
- ④ 有効期限の確認
- ⑤ 搬送時の状態が良好

専用の容器に入っておらず、室温で4時間以上経過したものは使用禁止

(参考1) 輸血製剤申込期日(2012年11月1日現在)

種類	申込期日	備考
照射赤血球 RBC	随時	単位数多い場合は、出来るだけ早く申し込み T&S申し込みは最定数4単位順備
照射洗浄赤血球	使用前日 14:00	予約制
照射濃厚血小板(PC)	下表(参考2)参照	予約制
新鮮凍結血漿(FFP)	随時	

※照射血のみ購入

(参考2) 照射濃厚血小板申し込み・キャンセル期限(2022年9月1日現在)

使用日	申し込み期限	キャンセル期限
月曜日	前週金曜日 12:00	使用当日の9:00まではキャンセル可 輸血センターへ電話連絡すること 使用前日の16:00以降のオーダーは当日キャンセル不可
火曜日	前週金曜日 12:00	
水曜日	月曜日 12:00	
木曜日	火曜日 12:00	
金曜日	水曜日 12:00	
土曜日	木曜日 12:00	
日曜日	金曜日 12:00	

* AM 納品・納品時間指定なしともに、期限は同一

※申し込み期限以後の申し込み、日赤血液センター在庫分、他センターとの需給調整で可能な範囲で供給

(参考3) 輸血センター取り扱い日赤血液センター血液製剤とその適応

製剤名	有効期限 (採血後) 【製造後】	貯蔵法	備考	由来 (mL)	内容量 (mL)
照射赤血球液-LR	(21日)	2~6℃		200 400	140 280
新鮮凍結血漿-LR	(1年)	-20℃以下		200 400 成分	120 240 450
照射人全血液 CPD-LR	(21日)	2~6℃		200 400	228 456
照射濃厚血小板-LR	(4日間)	20~24℃ 水平振とう	1単位あたりの血小板含量 2×10 ¹¹ 個以上	200 400 成分 成分 成分	20 40 100 200 250
照射濃厚血小板 HLA-LR	(4日間)	20~24℃ 水平振とう	抗 HLA 抗体による 血小板輸血不応状態症例	成分	200 250
照射合成血-LR	【48時間】	4~6℃	ABO 不適合新生児の交換輸血 O型血球を AB型血漿に浮遊	200 400	200 400
照射洗浄赤血球-LR	【48時間】	4~6℃	血漿成分による副作用を避ける	200 400	200 400
照射解凍赤血球液-LR	【4日間】	4~6℃		200 400	200 400

静岡がんセンター輸血療法業務手順マニュアル

1. 目的

輸血療法は、赤血球などの細胞成分や凝固因子などの蛋白質成分が量的または機能的に減少したときに、輸血用血液製剤、血漿分画製剤を輸血し、その成分を補充することにより臨床症状の改善を計ることにある。

① 赤血球製剤

急性あるいは慢性の出血に対する治療及び貧血の急速な補正をすることにより、末梢循環系への十分な酸素の供給と循環血液量を維持する。

② 血小板製剤

血小板数の減少、または機能の異常により、重篤な出血の予測される病態に対して、血小板を補充することにより止血を図り、又は出血を防止する。

③ 新鮮凍結血漿

凝固因子を補充することにより、出血の予防や止血の促進効果をもたらす。

④ 自己血

同種血輸血の回避および同種血輸血に伴う副作用の防止。同種免疫による免疫能の修飾および感作を回避し、赤血球製剤、新鮮凍結血漿の輸血を行える。

⑤ アルブミン製剤

血漿膠漆浸透圧を維持することにより循環血漿量を確保すること。および、体腔内液や組織間液を血管内に移行させることによって治療抵抗性の重度の浮腫を治療する

2. 対象

血液成分の量的減少、機能減少に伴う、臨床症状を認める患者、または症状の予防を必要とする患者

3. 禁忌

可能な限り血液製剤の使用指針を遵守した使用とし、不適切な使用は避ける。

禁忌事項は以下の通り

赤血球液: ABO 異型不適合輸血

血小板濃厚液: ヘパリン起因性血小板減少症

新鮮凍結血漿: なし

血漿分画製剤: 製剤の成分に対しショック既往歴や過敏症の既往のある患者

献血ヴェノグロブリン: 遺伝性果糖不耐症の患者

ヘブスブリン: HBs 抗原陽性者

4. 起こりうる合併症と副作用

輸血の副作用には、免疫学的機序、感染性、およびその他の機序によるものがある

溶血性副作用	アナフィラキシーショック
細菌汚染血による菌血症	エンドトキシンショック
播種性血管内凝固症候群	循環不全
輸血関連急性肺障害 (TRALI)	輸血関連循環過負荷 (TACO)
輸血後ウイルス・細菌感染	

広義の輸血関連副作用

発熱・悪寒戦慄・熱感ほてり・掻痒感かゆみ・発赤顔面紅潮・発疹蕁麻疹・呼吸困難

嘔気嘔吐・腹痛胸痛腰背部痛・頭重感頭痛・血圧低下・血圧上昇・動機頻脈・血管痛・意識障害・赤褐色尿など

輸血開始後はこれらの症状に注意して患者を観察することが重要である。

5. 必要物品と患者情報

・物品

- 1) 輸血同意書(各セクション保管) 2) 血液製剤(製剤種類は次ページ参照)
- 3) 支給票と適合票(血液管理室で準備) 4) 輸血セット(血液管理室で準備)
- 5) 留置針 18~21G、テープ。アルコール綿などの血管ルート確保製品
- 6) 未滅菌の手袋 7) 輸血搬送用 BOX

・患者情報

- 1) 患者 ID 2) 患者氏名 3) 患者血液型 4) 依頼製剤名 5) 必要単位本数

6. 製剤種類

輸血用血液製剤			
製剤種類	略称	容量	備考
照射人全血	Ir-WB-LR	228mL/単位	
照射赤血球液-LR	Ir-RBC-LR	140mL/単位	
照射洗浄赤血球-LR	Ir-WRC-LR	140mL/単位	
照射解凍赤血球-LR	Ir-FTRC-LR	140mL/単位	
照射合成血-LR	Ir-BET-LR	200mL/単位	
新鮮凍結血漿-LR	FFP-LR	120mL/単位	
照射濃厚血小板-LR	Ir-PC-LR	20mL/単位	15 単位 20 単位製剤は 250mL
照射洗浄血小板-LR	Ir-WPC-LR	20mL/単位	15 単位 20 単位製剤は 250mL
照射濃厚血小板 HLA-LR	Ir-PC-HLA-LR	20mL/単位	15 単位 20 単位製剤は 250mL

血漿分画製剤			
製剤分類	製剤名	容量	備考
アルブミン製剤	献血アルブミン 20%”日本血液製剤機構”	50mL	
	献血アルブミン 5%“日本血液製剤機構”	250mL	
グロブリン製剤	献血ベニコロン-IH 2500mg	50mL	
	献血ウエノグロブリン-IH 5g	50mL	
	献血グロベニン-IH 5000mg	100mL	
	ピリヴィジェン 10% 5g	50mL	
	ハイゼントラ 20%皮下注 4g	20mL	
凝固因子製剤	アコアラン 静注用 1800	36mL	
	献血ノスロン 1500 注射用	30mL	
	献血ノスロン 500 注射用	10mL	
	フィブロガミンP 静注用	4mL	
	フィブリノゲン HT 静注用	50mL	
他分画製剤	ハプトグロビン注 2000 単位	100mL	
	テタプリン-IH 250 単位	3.4mL	
	テタプリン-IH1500 単位	20mL	
	ヘプスプリン-IH 静注 1000 単位	5mL	
	抗 D グロブリン筋注用	2mL	
組織接着剤	ボルヒール 1mL	1 組	
	ベリプラス P コンビセット 3mL	1 組	
	タコシル組織接着シート	1 枚	

7. 手順

7.1 オーダー準備

	職種	内容	詳細説明
1	医師	輸血依頼時、同種血・血漿分画製剤説明同意書を用いて、患者または家族に輸血実施に関する説明を行い輸血の同意を得る	注 1)
2	医師	輸血オーダー画面より血液製剤を依頼する。依頼期限を過ぎているものは血液管理室(内線 2380)へ連絡をする	
3	医師	輸血実施に必要な検査依頼をする ① ABO・Rh 血液型 ② 不規則抗体検査 ③ 交差適合試験 ④ 検体保存	注 2) 注 3)

4	医師・看護師	輸血検体採血をし、検体を検体検査室へ送付する 代替え検体があり採血不要な場合はラベルのみ送付	
5	輸血技師	オーダー・検体をもとに血液製剤を準備する。 製剤は1患者1トレーで準備作業を行い、支給票・副作用報告書・血液製剤の出庫準備が整ったら、依頼血液型、製剤血液型に誤りがないのか血液管理室内でダブルチェックをする。(当直帯など勤務者が一人しかいない場合はこの限りでない) 各セクションへ電話連絡する。準備した血液製剤が複数袋の場合においては、その数量も報告する。	注4)

- 1) 輸血同意書は、手術の場合は、術前、術後を通して手術前に1回。ただし、感染症や他の病態を併発するなどして、初期の状態が変化した際には改めて説明と同意を得る。内科的疾患あるいは化学療法などの内科的治療の場合は、一連の治療過程に対して1回。ただし、病状や使用する血液のリスクに変化があった場合は、改めて説明して同意を得る。頻回の輸血を受ける場合は、1年に1回取得する。緊急に輸血を行った場合には事後説明を行い、事後の同意の記録を残す。受血者が意識不明などの場合には、代理人(二親等以内が望ましい)、幼小児は親権者に説明をし、同意を得る。
- 2) 血液型は、検体取り間違えの防止を目的として時間の異なる2回の検査結果で血液型を決定する。
赤血球製剤の不規則抗体検査の有効期間

【T&S】赤血球液	輸血歴なし／輸血歴あり(輸血後4ヶ月経過)	1カ月
【T&S】赤血球液	輸血歴あり(過去4ヶ月以内に輸血実施)	3日
赤血球液	輸血歴なし／輸血歴あり(輸血後4ヶ月経過)	1カ月
赤血球液	輸血歴あり(過去4ヶ月以内に輸血実施)	7日

交差適合試験の検体は輸血日を含め3日以内の検体で行うものとする

検体保存は初回輸血時に必ず行い、以後輸血の依頼があったとき最後の検体保存から3ヶ月が経過していた場合行うものとする。

- 3) 輸血用血液の不規則抗体スクリーニングは、血液センターで実施され陰性のものが供給されており、血小板製剤や新鮮凍結血漿の中には赤血球がほとんど含まれていないため、患者の血液型と同型の製剤を使用することを原則として交差適合試験の省略が可能である。当センターでは、コンピュータークロスマッチのみ施行する。
- 4) 輸血センタースタッフは、造血幹細胞移植後患者の輸血依頼において、依頼血液型と払出血液型が異なる場合、患者カルテのDB科別情報を出力する。DB情報内の輸血選択血液型と輸血依頼血液型を照合し、依頼内容に間違いがない事を確認する。

7.2 製剤払出し

	職種	内容	詳細説明
1	医師 看護師 看護助手	製剤準備の連絡を受けたら、輸血搬送用 BOX を持参し 3F 輸血センターへ取りに行く 準備された赤血球製剤が複数袋の場合は、受領後 60 分以内の使用開始できる単位を検討し、受領する単位を搬送者に伝える。	
2	医師 看護師 看護助手 輸血技師	払出し業務 搬送者は、複数袋準備されている依頼の場合、輸血技師に受け取る単位を伝える。 輸血技師が製剤、支給票、適合票、輸血セットを準備 最初に輸血技師が搬送者と共に患者血液型、依頼血液型、製剤血液型に○を付けて誤りがないか確認をする 次に搬送者が支給票を用いて以下の項目について声を出して読み、輸血技師とダブルチェックを行う ① 患者 ID・氏名 ② 患者血液型 ③ 依頼血液型 ④ 使用予定日 ⑤ 依頼製剤の種類と単位 ⑥ 支給製剤名と血液型 ⑦ Lot 番号・有効期限 ⑧ 交差試験の判定	注 5)
3	医師 看護師 看護助手 輸血技師	輸血技師と搬送者の双方が、支給票内の払出者・搬送者欄にサインまたは押印する 輸血技師は適合票を製剤に貼付または同封する	
4	医師 看護師 看護助手	搬送者は搬出記録簿に月日・患者 ID・氏名・製剤名・単位数を記入し、確認サインをする	
5	医師 看護師 看護助手	搬送する血液製剤と支給票と輸血セットを(患者毎ひとまとめにする)、各セクションへ輸血搬送用 BOX を用いて搬送する	注 6) 注 7)
6	医師 看護師 看護助手	搬送者は使用部署に製剤を運んだ後、製剤受領業務を行うため、医師または看護師に到着したことを報告する	注 8)

- 5) 輸血センタースタッフは、造血幹細胞移植後患者の輸血依頼において【血液製剤】・【払い出し伝票】・【患者 DB 科別情報の紙媒体(患者とドナーの血液型がミスマッチの場合のみ)】とともに、受領スタッフと内容に誤りがないのか W チェックし払い出す。
- 6) 輸血用血液専用の保冷庫で適切な保存ができないセクションは、準備直前に搬送すること。セクションで薬剤保冷庫、麻薬保冷庫を用いた血液製剤の一時保管はしてはならない。赤血球製剤はセクション受領後 60 分以内に使用開始できる数だけ、輸血センタースタッフに伝え製剤を受領する。60 分以内に使用できない分については、再度使用時に輸血センターに取りに来る。

保存方法と有効期間を以下に示す。

- ① 赤血球製剤
 - ・ 全血:2～6℃で保存、有効期間は採血後 21 日間
 - ・ 赤血球液:2～6℃で保存、有効期間は採血後 28 日間
 - ・ 洗浄赤血球液:2～6℃で保存、有効期間は製造後 48 時間
 - ・ 合成血液:2～6℃で保存、有効期間は製造後 48 時間
 - ・ 解凍赤血球液:2～6℃で保存、有効期間は製造後 4 日間
 - ② 血小板製剤
 - ・ 20～24℃で水平振とう保存、有効期間は採血後 4 日目まで。
 - ③ 新鮮凍結血漿
 - ・ -20℃以下の凍結保存、有効期間は採血後で 1 年間。
 - ④ 自己血
 - ・ 自己血全血:2～6℃で保存、有効期間は採血後 35 日間(CPDA 使用)
 - ・ 自己血 MAP:2～6℃で保存、有効期間は採血後 42 日間
 - ・ 自己血 FFP:-20℃以下の凍結保存、有効期間は採血後1年間
(自己 FFP の血液管理室保管期間は採血日より 42 日間とする)
 - ⑤ アルブミン製剤:凍結を避け室温保存
 - ⑥ 他分画製剤:6.製剤種類参照
- 7) FFP は凍っており、適合票を製剤に貼付できない。

7.3 部署輸血受領業務

	職種	内容	詳細説明
1	医師 看護師 看護助手	受領業務 搬送者は輸血支給票を用いて以下の内容を読み上げる。 ① 患者 ID・氏名 ② 患者血液型 ③ 依頼血液型 ④ 使用予定日 ⑤ 依頼製剤の種類と単位 ⑥ 支給製剤名と血液型 ⑦ Lot 番号・有効期限 ⑧ 交差試験の判定 受領者は医師または看護師とし、製剤に貼付されている、 製剤適合票を用いて読み上げられた内容を確認し受領チ ェックを行う	注 8)
2	医師 看護師	医師または看護師は支給票内の部署受領者欄にサインま たは押印する	
3	医師 看護師	受領確認に問題が無ければ、輸血実施準備にとりかかる	

- 8) 受領確認は必ず、医師あるいは看護師と行う。搬送者が医師あるいは看護師である場合、部署受領業務は省略してよい。この場合部署受領者欄の押印のみで可とする

7.4 輸血実施準備

	職種	内容	詳細説明
1	医師・看護師	<p>原則、医師と看護師により以下の項目を血液製剤と支給票と適合票の読み合わせを声に出して行う。</p> <p>* 但し医師不在(使用部署に不在)の場合、看護師同士での読み合わせも可とする</p> <p>① 患者 ID・氏名 ② 患者血液型 ③ 依頼血液型 ④ 使用予定日 ⑤ 依頼製剤の種類と単位 ⑥ 支給製剤名と血液型 ⑦ Lot 番号・有効期限 ⑧ 交差試験の判定読み合わせ後、確認者の双方が部署確認欄 1.2 にサインまたは押印する</p>	注 9)
2	医師・看護師	<p>製剤外観確認をする。</p> <p>色調の変化や溶血、凝集塊の有無、バックの破綻や開封による閉鎖系破綻などを確認</p>	注 10)
3	看護師	<p>輸血前製剤準備</p> <p>赤血球製剤は、冷蔵庫から取り出してから室温で 10 分程度経過すれば、通常製剤を加温する必要はない</p> <p>血小板製剤をやむを得ず室温で保管する場合は 30 分に 1 回手で揺すり、1 時間以内に輸血する</p> <p>新鮮凍結血漿は 30～37℃のお湯で急速解凍する。(恒温槽があれば使用する)解凍後適合票を貼付する。</p>	注 11) 注 12)
4	看護師	<p>手袋を着用(未滅菌で可)し、製剤を静かに振り混和させてから穿刺口のシート(ピールタブ)を外し、水平に置く。</p> <p>輸血セットのクレンメを閉めて、バックを破らないようにピールタブに輸血セットを接続する。クレンメを開いてルート内に血液を満たす</p>	注 13)
5	看護師	<p>患者に輸血の目的と方法、所要時間、注意事項などを説明し、排泄を促したあと、安楽な体位でベッドに臥床してもらう</p>	
6	看護師	<p>患者自身から氏名と血液型を口頭で確認し、リストバンドの氏名と血液型が、血液製剤の血液型及び支給票の氏名・血液型と一致していることを目視確認する。</p> <p>リストバンド未装着者、意識障害がある患者はベッドサイドで、医療従事者 2 人で患者確認を行う。</p>	
7	看護師	<p>血液製剤本体についている Lot 番号シールを支給票に貼付する。</p>	

8	看護師	患者のバイタルサイン(体温、血圧、脈拍、可能であれば経皮的動脈血酸素飽和度)を確認し、皮膚の状態を観察する。	注 14)
9	看護師	PDA に実施者がログインし、輸血実施登録画面を開く。患者のリストバンド、輸血指示書(支給票)、製剤 Lot 番号のバーコードをそれぞれ読み込み、実施開始登録を行う(可能ならば実施者②も登録する)。輸血実施開始時刻、施行者が登録される。	
10	看護師	照合を確認する	注 15)

- 9) 病棟患者において、造血幹細胞移植前(前処置開始前から)、あるいは移植後の患者の場合、看護師が、DB の科別情報テンプレートを出力し、**患者血液型**と**ドナー血液型**を青、**移植後赤血球**を赤、**移植後血小板**を黄色のマーカーでマーキングする。ラミネートし、できたものを患者ベッドネーム下に掲示しておく。造血幹細胞移植後患者において、【血液製剤】・【払い出し伝票】・【患者 DB 科別情報の紙媒体】とともに W チェックし輸血を実施する。
- その際、患者とドナーの ABO 型が一致している場合は、輸血センターでは、患者 DB 科別情報は添付しないので、病棟であらためて電子カルテで確認を実施する。
- 取り違え事故を防ぐため、原則、1回に1患者ずつ準備し、同じテーブルに他の患者用の輸血用血液を同時に出示おかない。同時に準備する場合には、万全の注意を払う。
- 10) 特に室温で保存される血小板製剤については、細菌混入による致命的な合併症に留意して、輸血の実施前に外観検査としてバック内の血液について異常がないことを確認する。
- 11) 以下の場合は、血液専用加温器による加温の適応である。
- ① 100mL/分を超える急速輸血
 - ② 30 分以上にわたる 50mL/分を超える成人の急速輸血
 - ③ 心肺バイパス術の復温期における輸血
 - ④ 新生児の交換輸血
 - ⑤ 15mL/kg/時を超える小児の輸血
 - ⑥ 重症寒冷自己免疫性溶血性貧血患者への輸血
- 12) 新鮮凍結血漿を輸血する場合には、輸血セットを使用する。使用時には 30~37°Cの恒温槽中で融解し、融解後直ちに必要量を輸血する。直ちに使用できない場合は、2~6°Cで保存し、融解後 24 時間以内に使用すること。融解後 24 時間の保存により血液凝固第Ⅷ因子の活性は約 3~4 割低下するが、その他の凝固因子等の活性に大きな変化は認められない。なお、2~6°Cで保存した本剤の急速大量輸血、新生児交換輸血等の場合は、体温の低下や血圧低下、不整脈等があらわれることがある。解凍中にバッグ破損による細菌感染を起こす可能性があるため、必ず汚染防止用のビニール袋に入れて解凍すること。
- 13) 準備のできた血液バックは、できるだけ速やかに患者のベットサイドに移し輸血する。テーブル上に長時間放置しておくことは、血液の品質を劣化させるばかりではなく、輸血過誤の原因となる。

- 14) 輸血前の状態の把握は異常状態の早期発見につながる。
- 15) パソコン端末または PDA にて患者認証を行う際、エラーが生じた場合はリストバンドマニュアルを参照の上、輸血前に再度確認し、エラー箇所を突き止める。

7.5 輸血開始

	職種	内容	詳細説明
1	看護師	施行者は手洗いを済ませ、手袋を着用(未滅菌で可)	
2	看護師	輸血ルートを確認し必要に応じて生食でフラッシュ。原則単独ルート、他剤との混注は不可(唯一生理食塩液のみ可)ルートが無い場合は、血管確保を行う。十分に逆流を確認する。 輸血バッグの加温は通常は必要ない。患者の状態により必要と判断される場合は室温 10 分で問題ない	注 16)17)
3	看護師	輸血セットを輸血ルートに接続し、滴下速度を調節する。 輸血速度は、原則として輸血用血液製剤は、輸血開始後 15 分は 1mL/分(20 滴/分)で滴下し、ベットサイドで異常がないか観察したあと、医師の指示に基づいた速度に調節する。通常 5mL/分程度(100 滴/分)で輸血する。アルブミン等血漿分画製剤は医師の指示に従って投与する。 (赤血球液) 1 バッグ 4 時間以内には終了させる。新生児や小児の場合は 1~2mL/kg/時間で輸血を行い 6 時間以内に輸血を完了し残余分は破棄する。 (血小板濃厚液) 上記輸血速度であれば、1 時間程度で輸血可能であるが、4 時間以内には終了させる。体重 25kg 以下の小児では 3~4 時間かけて輸血する。 (新鮮凍結血漿) 30~37°Cで融解し、融解後直ちに輸血する。 直ちに輸血できない場合、2~6°Cで保管し、24 時間以内に使用すること (アルブミン等の血漿分画製剤) 医師の指示事項、添付文書に準じた速度、使用方法で	注 18)19) 20) 21)

		投与する	
4	看護師	輸血開始から 5 分間は患者のベッドサイドで観察し、記録する。副作用(不適合輸血がないのかも含め)の早期発見に努める 副作用の出現またはその疑いがある場合は、ただちに輸血を中止し、医師に報告し指示を受ける。手順 8 の項目を再度測定し適切な処置を行う	注 22)
5	看護師	輸血開始から 15 分後に再度患者を訪ね、副作用の有無を再観察し、記録する	
6	看護師	輸血中は適宜訪室して、副作用の有無を観察する	
7	看護師	輸血終了後、ルートに残存する血液を最小限にして輸血を止める	
8	看護師	手洗いを済ませ、手袋を着用する(未滅菌で可)	
9	看護師	末梢ルートは、24 時間以上使用の予定がない場合は、原則的に抜去する。(院内感染対策委員会よりの勧告)抜去時は 3 分程度圧迫止血し止血の確認をする。抜去せず継続使用の場合は、血液製剤が残らないように十分生食を流し、ヘパロックする。 操作終了後、手洗いを済ませる。	
10	看護師	終了後、PDA に実施者がログインして輸血実施登録画面を開く患者のリストバンド、輸血指示書(支給票)、血液製剤(Lot 番号)の各バーコードを PDA で読み込み実施終了登録を行う。	注 23)
11	看護師	終了した輸血バッグ及びルートは、未滅菌の手袋を着用し、院内感染対策マニュアルに従い処理する。ルートを残す場合等は血液製剤等がルート内に残存していないか確認する。	
12	看護師	業務終了後、輸血バッグに貼付されている適合票のミシン目部分を切り取り、副作用の有無を記載する。副作用ありの時は、副作用発生までの時間、副作用の内容を記載する。	注 24)

- 16) 輸血製剤と注射液との混合は、薬剤によっては凝固や凝集、溶血を起こす。よって、生食以外の他剤との混合や感染リスクを避け、また感染リスクを避けるため、原則として末梢輸血専用ルートを確認する。やむを得ず、中心静脈から輸血する場合は、ダブルルーメンのような輸液とは別のルートを用いるのが望ましい。その場合、他の薬剤は完全に止めて輸血前後にルートを生理食塩水でリンスすること。
- 17) 成人に輸血をする場合は、通常 21G 以上の太さの注射針を用いる。小児など血管が細い場合は、23G を用いて輸血することも可能であるが、細い注射針で輸血速度が速い場合、溶血を起こす可能性があり、

24G より細い注射針を用いて輸液ポンプで加圧して輸血すると、溶血を起こす危険性があるので 23G 以下の針を用いて輸血する場合は、輸液ポンプを使用しないことが望ましい

- 18) 赤血球製剤、血小板製剤は、血液バッグ開封後(1パックにつき)は、細菌混入の危険性を回避のため、4 時間以内に輸血を完了し、残余分は破棄する。長時間かけて赤血球輸血を行う場合、赤血球がバッグ底部に沈降し濃縮されるので、30 分～1 時間おき程度に攪拌して投与する。
- 19) 心疾患、高齢者への輸血は速度をゆっくりにする。
- 20) 基本的に輸血は輸液ポンプを使用すると溶血する確率が高いため、輸血専用ルート及び専用ポンプ以外は使用しない。
- 21) ルートは、製剤が異なることはもとより、1 製剤 1 輸血セットとする。Y 型輸血セットは 2 製剤 1 輸血セットで使用可能である。ただし、大量出血に伴う緊急輸血の際は、製剤投与を最優先としてこの限りでないものとする。
- 22) 輸血副作用には、溶血性輸血副作用と非溶血性輸血副作用がある。溶血性輸血副作用には、輸血開始後数分から数時間以内に発症してくる即時型の重篤な副作用として、型不適合による血管内容血などがある。このような症状を認めた場合には、直ちに輸血を中止し、輸血セットを交換して乳酸リンゲル液の点滴に切り替える。また、溶血性副作用の遅発型副作用としては、輸血後 24 時間以降、数日経過してからみられる血管外用溶血がある。
非溶血性副作用の即時型副作用には、アレルギー反応(蕁麻疹、発熱、アナフィラキシーショック)、細菌汚染血輸血による菌血症やエンドトキシンショック、DIC、循環不全、輸血関連急性肺障害 (TRALI) などがあげられる。このような症状を認めた場合には、直ちに輸血を中止し、重篤な場合は、輸血セットを交換して乳酸リンゲル液の点滴に切り替える。また、非溶血性副作用の遅発型副作用には、輸血後数日から数ヶ月後に発症してくる移植片対宿主病、輸血後紫斑病、各種のウイルス感染症がある。
- 23) IN 量は製剤ごとに登録されている量が自動登録されるが、輸血オーダー実施画面で IN 量を変更することが可能。
- 24) 輸血関連の副作用として疑わしいものは全て、該当製剤の適合票に記載する。適合票に記載のあった副作用はすべて血液管理室職員が電子カルテ副作用入力欄に記録する。

7.6 輸血実施後

	職種	内容	詳細説明
1	看護師 看護助手	支給票と切り取った副作用報告書(貼らない)を輸血センターへ返却する	
2	輸血技師	副作用ありの人は、CIS の輸血実施画面で副作用登録を行う。	

8. 重篤な副作用の対応

血液管理室室長または血液管理室(2380)へ連絡する。

原則中止した血液製剤に輸血支給票を添えて、ビニール袋に入れて未滅菌の手袋を着用の上、手搬送で血液管理室へ返却し、担当医と協議の上、必要に応じて血液センターへ原因究明調査を依頼する。

但し、事前に担当医から日赤へ調査依頼をしないと確認とれている場合において、製剤返却不要である。調査依頼を必要しない旨を血液管理室へ報告

血液センターへ調査依頼が必要と判断される重篤な副作用のみ電子カルテの患者プロフィールのアレルギー欄へも記録すること。

副作用入力方法

- ① 輸血依頼履歴より該当オーダーを選択
- ② 実施入力をクリックする
- ③ 副作用入力する製剤 Lot を選択
- ④ 副作用入力をクリックして記録
- ⑤ 実施登録をクリックして終了
- ⑥ カルテを閉じて確定登録
- ⑦ 患者データベースに副作用の登録を行う(副作用が重篤と判断される場合)

9 製剤の返品

血液管理室から持ち出した血液製剤は原則として返品は不可であり、廃棄となる。持ち出し後の輸血中止等があった場合は、血液管理室へ連絡する。その後、返品製剤の Lot シールを血液製剤破棄申請書へ添付して、詳細を記入し血液管理室へ提出する。

また副作用を認め、副作用調査を行う血液製剤は廃棄せずに血液管理室へ返却する

10 血液型への不振

患者及び家族が血液型について、多少でも「私は Rh(+)だ、(-)ではない」

「私は A 型ではなく、AB 型のはずだけど…」といった不審の意を表す言葉を耳にしたら
どんなささいなことであっても、速やかに輸血部門に連絡し、再検査をして確認しておく

11 異型輸血の対応

〈血液型不適合輸血発見時の対応〉

病棟、手術室だけでなく輸血部門にも直ちに連絡

血液バッグの取り違いによる過誤輸血が発見された場合には、もう一人の別の患者の血液バッグの取り違いを伴っている危険がある。輸血中であれば、直ちに輸血を中止する

12 ABO 不適合輸血時の治療指針(2002年9月6日版)

●最初の処置 不適合輸血が疑われる場合の対処

1. 輸血を中止
2. 持続針は残したまま接続部で輸液セットを新しいセットに交換
3. 乳酸リンゲル液をつなぎ、最速で点滴
4. 導尿
5. 採血を行い、血液型を再検する。また、輸血したバックの ABO 型を確認する

●治療 不適合輸血が確定した場合の対処

【腎不全への対処】

即時的対応、乏尿期の対応、利尿期の対応の3段階に分かれる。

- 1) 即時的対応: 早期であれば乳酸リンゲル液 3L を 2 時間程度で急速投与して利尿を図る。

血管内容血の存在が明らかになった場合には直ちに、腎血流を維持するための処置を行う。

- a) 循環血液量の是正
- b) ドパミンの投与(3~5 μ g/kg/min)
- c) 利尿剤の投与、1mL/kg/hr 以上の尿量を確保する。

- 2) 乏尿期の対応

直ちに集中治療室に収容

乏尿と判断されれば持続血液濾過透析(CVVHD)を行い、腎機能が十分に回復するまで嚴重な体液管理を行う。

☞ 血液透析の適応

1. 高カリウム血症 7mEq/L を超える場合
2. 人工呼吸を必要とする肺水腫
3. BUN 上昇が 30~50mmol/L(180~250mg/dL) を超える時
Creatinine の上昇が 0.7~1.5mmol/L(7.9~17.0mg/dL) を超える時
あるいは動脈血ガス分析で重炭酸値が 12mmol/L 以下の時
4. 尿毒症による意識障害

- 3) 利尿期の対応

水分のみならず、電解質も補充する。尿中排泄電解質量を毎日測定して輸液メニューを作成する。
食事の蛋白質は BUN が 20mg/dL 以下になるまで制限する。

【DIC への対処】

出血傾向の制御

1. 血漿・血小板を投与し、凝固系を補正し、循環血液量を維持する。
2. 赤血球輸血は適合であることが確認できるまで行わない。
3. どうしても必要な場合、O 型血を輸血する。

薬剤による DIC コントロールには確立された治療法はない。

- ☞ いずれにしても、死亡原因となる出血、肺水腫、高カリウム血症、腎不全に対して対症的に適切な処置を行い、腎機能が回復するまでの間、生命維持を行えば長くとも 3 週間で回復が期待できることを銘記して対処する。

(表1) 輸血副作用

溶血性輸血副作用

即時型副作用

異型輸血等

遅発型副作用

遅発型溶血性副作用

非溶血性輸血副作用

即時型副作用

アレルギー反応、アナフィラキシー反応、空気塞栓、細菌感染症、クエン酸中毒、循環容量負荷、高カリウム血症、輸血関連急性肺障害

遅発型副作用

移植片対宿主病(GVHD)、輸血後肝炎、ヒト免疫不全ウイルス感染、ヒトリンパ球向性ウイルス、輸血後紫斑病

13. 輸血アレルギー反応の治療指針(2005年4月25日版)

アメリカ輸血学会テクニカルマニュアル13版参照

1. 分類

(ア) アレルギー反応

原因: 供血者血漿蛋白に対する抗体

症状: 掻痒感、皮疹、蕁麻疹、紅潮

(イ) アナフィラキシー反応(アナフィラキシーショック: アナフィラキシー反応に血圧低下を伴ったもの)

原因: 供血者血漿蛋白に対する抗体(最も一般的には抗 IgA)

症状: 蕁麻疹、紅斑、苦悶、呼吸困難、喉頭・咽頭浮腫、気管支痙攣、血圧低下

対処および治療

(ウ) アレルギー反応

輸血: 一時的に輸血を止める。症状の改善後、慎重に再開

治療法:

① 静脈ルート of 確保

輸血に使用していたルートを使用

② 抗ヒスタミン剤

マレイン酸クロルフェニラミン(ポララミン) 内服、点滴、筋注

③ 副腎ステロイド

ハイドロコチゾン(ハイドロコートン) 点滴

④ 酸素投与: 必要に応じて行う。

- ⑤ 対症療法：必要に応じて行う。
- ⑥ エピネフリン：前述の方法で、症状の改善がみられない場合
ボスミン 0.2～0.5 mg を皮下注

報告：電子カルテの輸血副作用報告で報告

検査：特別な検査は行わない

予防法：輸血前に抗ヒスタミン剤の投与を考慮する

(エ) アナフィラキシー反応

輸血：直ちに輸血を止める、再開しない。

治療法：1人で対応せず援助を求める

- ① エピネフリンの投与
ボスミン0.2～1.0 mg を皮下注あるいは筋注
ボスミンR)0.25 mg の10 倍希釈をゆっくり静注。
効果不十分な場合、5～15 分おきに追加投与する。
- ② 輸液投与
乳酸加リンゲル液など20mL/Kg/時間程度で開始。
心不全、腎不全患者や高齢者の場合には適宜減量する。
- ③ 酸素投与および気道確保
(ア) 高濃度(60%以上)の酸素投与。
(イ) 効果不十分な場合、気管内挿管を行い、100%酸素での人工呼吸に切り替える。喉頭浮腫
が強く気管内挿管が不可能な場合は輪状甲状切開を行う。
- ④ 循環管理：必要に応じて下記の処置を行う。
血圧低下が遷延する際は、ドパミン5～20 μ g/kg/分を併用する。
- ⑤ ステロイド投与
ハイドロコチゾン(ハイドロコートン)500mg～1000 mg 点滴静注
必要に応じて、4～6 時間毎に静注
- ⑥ 抗ヒスタミン薬
マレイン酸クロルフェニラミン(ポララミン注R) 5 mg 静注

報告：血液管理室およびRM室へ連絡、電子カルテの輸血副作用に登録

検査：血液管理室連絡

抗HLA抗体、抗血小板抗体、IgAも含め抗血漿蛋白質抗体、
血漿タンパク質欠損

予防法：洗浄血小板、洗浄赤血球を考慮

自己血輸血総論

1 目的

近年、同種血輸血に伴うウイルス等の感染症や同種免疫反応等のリスクを回避する目的で自己血輸血が広く実施されている。当センターでも自己血輸血を積極的に行うことを推奨している。自己血輸血の必要性と積極的な普及に関しては1989年厚生省から出された「輸血療法の適正化に関するガイドライン」と新血液事業推進検討委員会の第一次報告書、および翌年の第二次報告書において提言され、さらに1995年の「自己血輸血:採血及び保管管理マニュアル」では自己血輸血、とくに術前の自己血の採血と保管管理について適正な実施を強調している。さらに2006年には、「血液製剤の使用指針及び輸血療法の実施に関する指針について」を公布し、その中でとくに待機的手術患者では自己血輸血を積極的に実施するよう推奨されている。

自己血輸血には術前貯血式自己血輸血、術中回収式自己血輸血、血液希釈式自己血輸血の3方法があるが、当センターでは術前貯血式自己血輸血と血液希釈式自己血輸血を行う。

2 利点と問題点

2.1 利点

- 輸血後感染症の防止
- 同種免疫の成立の防止
- アレルギーの防止
- GVHD の防止
- 免疫抑制作用の予防
- まれな血液型患者への対応

2.2 問題点

- 採血時の副作用(血管神経迷走反射:VVR)
- 正中神経損傷
- 術前貧血
- 細菌汚染の可能性
- 貯血量の限界
- 貯血期間の限界
- 貯血液の管理

3 分類

3.1 貯血式自己血輸血(液状保存、凍結保存法)

自己の血液を予め採血・保存しておく方法

3.2 希釈式自己血輸血

手術開始直前に採血し、人工膠質液を輸注する方法

3.3 回収式自己血輸血

術中・術後に出血した血液を回収する方法であるが、当院では行われていない

4 自己血輸血に関する保険診療報酬

自己血輸血(200mL 毎に)

液状保存の場合 貯血 250 点 輸血 750 点

凍結保存の場合 貯血 500 点 輸血 1500 点

手術に伴い貯血・輸血を行ったときに分割して算定できる

5 自己血依頼オーダー

輸血の自己血採血依頼指示画面より申し込み

予約の項目の輸血センターより枠の取得

枠外の自己血採取予約は、直接輸血センターへ電話連絡

6 自己血実施オーダー

輸血の血液製剤依頼指示画面より申し込み

7 医師の派遣

機材準備、保存業務等は輸血センターで準備

原則として採血の際は輸血管理責任医師が行う。責任医師の不在のときは依頼科の担当医師等が採血

自己血輸血：採血及び保管管理マニュアル

1 インフォームドコンセント

前もって自己血輸血を行うことについて、患者または家族にインフォームド・コンセントを得ること。様式は院内の自己血輸血同意書を使用する。

説明内容

- ① 手術に際して、ある程度の出血が予測され、輸血を必要とする場合がある
- ② 輸血を行わない場合に手術に影響を及ぼすリスクがあること
- ③ 輸血の選択肢として自己血輸血と同種血輸血があること
自己血輸血には貯血式、希釈式自己血輸血があること
- ④ 同種血輸血には発熱・蕁麻疹、移植片対宿主病、ウイルス感染等の副作用や合併症を来す可能性があること
- ⑤ 自己血輸血の意義とリスク
自己血輸血は同種血輸血による副作用や合併症を回避する有効な手段であるが、自己血輸血にもリスクが伴うこと
- ⑥ 必要量の自己血を貯血するには日時を要すること
- ⑦ 貯血時の検査としては、血液型、不規則抗体スクリーニング、梅毒、HBV、HCV、HIV、HTLV- I 等を行うこと
- ⑧ 万全の対応にも関わらず、保存中にバックが破損したり、細菌汚染により使用不可能となる場合があり得ること(その場合、手術を延期し再度貯血するか、同種血を使用することもある)
- ⑨ 貯血量が不足の場合や予測以上の出血により、生命に危険がある場合には、同種血輸血を併用することがあり得ること
- ⑩ 輸血を必要としなかった場合、自己血は廃棄すること
- ⑪ 採血の際に、血管迷走神経反射(VVR)が起こる場合があること
また、その場合に適切な対処をすること

2 適応と禁忌

- ① 全身状態がほぼ良好で緊急を要しない待機手術
米国麻酔学会(ASA: American Society of Anesthesiologists)Ⅲ度以上は原則として除外する(資料1)
循環器疾患の患者では、ニューヨーク心臓協会 NYHA(New York Heart Association)Ⅲ度以上は、原則として除外する(資料2)
- ② 術中出血量が循環血液量の15%(成人では600mL)以上と予測され、輸血が必要と考えられる症例
- ③ まれな血液型やすでに免疫抗体を有する症例
- ④ 輸血副作用の既往症がある症例
- ⑤ 宗教的信条から同種血輸血を拒否する症例(自己血輸血を認める場合)
- ⑥ 患者が自己血の利点を理解し、協力できる(インフォームドコンセントが取れる)場合

⑦ 年齢 :特に制限はない

6歳未満の小児、70歳以上の高齢者については慎重に判断する

⑧ 体重 :特に制限はない。ただし、1回の採血量と患者の全身状態には注意する

40kg以下の場合には慎重に対処する

⑨ 血液検査所見

採血前に血色素量は11g/dL以上、ヘマトクリット(Ht)値は33%以上あることが望ましい

白血球数、血小板数の減少、増多を認める場合には、原因を調査した上で対処する

⑩ 禁忌

以下のような感染もしくは感染を疑わせる症状のある場合は原則として採血しない

1) 治療を必要とする皮膚疾患・露出した感染症 熱傷のある場合

2) 発熱している場合

3) 下痢のある場合

4) 抜歯後72時間以内の場合

5) 抗生剤服用中の場合

6) 3週間以内の麻疹・風疹・流行性耳下腺炎の発症の場合

⑪ 採血可能な静脈

上腕の緊縛により採血が可能な静脈があること

資料1

米国麻酔学会による患者の状態評価(ASA physical status)

I度(クラス1) :手術対象となる疾患は局在的で、全身的な障害を認めない

II度(クラス2) :軽度ないし中等度の全身障害がある

例)軽症糖尿病、軽度本態性高血圧、貧血

新生児及び80歳以上、高度の肥満、慢性気管支炎

III度(クラス3) :中・高度の全身疾患を有し、日常生活が制限されている患者

例)重症糖尿病、中・高度肺障害

コントロールされた虚血性心疾患

IV度(クラス4) :生命を脅かすほどの全身疾患がある

例)多臓器不全

V度(クラス5) :手術施行の有無にかかわらず24時間以内に死亡すると思われる瀕死の患者

例)心筋梗塞によるショック、大動脈瘤破裂、重症肺塞栓

資料2

ニューヨーク心臓協会(NYHA)による心機能分類

心機能分類	身体症状
I 度	日常生活における身体活動では、疲れ、動悸、息切れ、狭心症状は起こらない
II 度	日常生活における身体活動でも、疲れ、動悸、息切れ、狭心症状の起こるもの
III 度	軽い日常生活における身体活動でも、疲れ、動悸、息切れ、狭心症状の起こるもの
IV 度	身体活動を制限して安静にしているにもかかわらず、心不全症状や狭心症状が起こり、わずかな動作で訴えが増強するもの

3 検査

- ① AB0 式および Rho(D) 因子、不規則抗体検査
- ② ウイルス・マーカー検査として、HBV、HCV、HIV、HTLV-I を行う

4 採血計画

① 貯血予定量

最大手術血液準備量(MSBOS)または手術血液準備量計算法(SBOE)に基づいて採血量を決定する

② 1回採血量

循環血液量の 10% 以内、または 400mLL が上限

患者の年齢、体重、採血時の血液検査所見および血圧、脈拍数などを考慮して採血量を決定する。採血量により抗凝固剤の量に注意する。体重 50kg 以下の患者に対しては以下の数式が参考になる。

$$\text{採血量} = 400\text{mL} \times \text{患者体重} / 50\text{kg}$$

③ 採血間隔

原則として採血間隔は 1 週間に 1 回。手術予定日の 3 日以内は採血を行わない

④ 採血日の決定

手術日から逆算して、初回採血日を決定する

800mL を貯血する場合は、例えば手術の 2~3 週間前 1 回に 400mL ずつを 2 回採血する

⑤ 保存液の選択

液状保存 : 全血、赤血球液

凍結保存 : 新鮮凍結血漿(FFP)

製剤種類	保管条件	有効期間
全血	4~6℃ CPDA-1	35 日間
赤血球液(MAP)	4~6℃ MAP 液入り	42 日間
FFP	-20℃以下	1年(血液管理室保管は 42 日間) 42 日経過後使用しなければ破棄

⑥ 鉄剤の投与

赤血球 1mL の採血で 1mg の貯蔵鉄が減少するとされている

採血 1 週間前より経口投与を開始する

成人は 100~200mg/日、小児 3~6mg/kg/日

可能なかぎり経静脈的投与は避ける

⑦ エリスロポエチン

適応及び使用上の注意事項に留意し、適正に使用する

1) エポエチンアルファ(エスポー)

適応量 Hb14 以下

投与量 Hb13 未満

初回採血 1 週間前より最終採血 週 1 回 24,000 単位 皮下投与
Hb13 以上 14 以下

初回採血後より最終採血 週 1 回 24,000 単位 皮下投与

2) エポエチンベータ(エボジン)

適応量 Hb13~14 以下

投与量 800mL 採取の場合

術前2週間 週 3 回 計 6 回 1 回 6,000 単位経静脈

1,200mL 採取の場合

術前3週間 週 3 回、計 9 回 1 回 6,000 単位経静脈

5 採血日前後の患者への生活指導

① 前日には十分睡眠を取るよう指導

② 食事をきちんと取るよう指導

循環器系や糖尿病の薬を使用している患者はいつも通りに服用するよう指導

③ 採血後2~3時間の激しい運動や入浴は避ける

④ 気分不良等の症状が生じた時には、横になって安静にし、できるだけ早期に担当医師に報告するよう指示する

6 採血時の注意

Hb 値、体温、血圧、脈拍数、呼吸数の観察などにより、採血に支障のないことを確認する。熱感、感冒様症状、下痢、頭痛などがあり、気分がすぐれない場合は原則として採血しない。

① 血圧・脈拍・体温

最高血圧は 170mmHg 以下、90mmHg 以上を一応の基準とする

脈拍は 50~120 分/を一応の基準とする

有熱時には採血を行わない

7 採血方法

① 必要な用具

1) 消毒用エタノール綿

2) ポピドンヨード液

- 3) 採血バック
- 4) 駆血帯
- 5) ローラーペンチ
- 6) 重量減圧採血装置または 1kg 用台秤り
- 7) ペアン
- 8) チューブシーラー

② 採血前の処置

1) 自己血採血ラベルへの署名と確認

ラベルの記載事項

自己血専用であること(赤字)、患者氏名、生年月日、ID番号、血液型、採血量、採血年月日、有効期限、診療科名、採血者名

- (1) 輸血スタッフが自己血採血ラベルと診察券の ID・名前・生年月日が一致していることを確認する
- (2) 患者に自己血採血ラベルの名前・生年月日・血液型を確認してもらい、自筆の署名をもらう
- (3) 採血者Drに自己血採血ラベルに署名をもらう

2) 採血バックの点検

- (1) 採血バックに損傷や異物混入がなく、外装表示事項などに異常がないことを確認
- (2) 採血バックを軽く握り、血液保存液の漏れがないことを確認
- (3) 採血チューブにつぶれや屈曲がないことを確認
- (4) 採血バックに、マジックで ID・名前を記入する

※ 採血バックの包装を開けたときにバッグの表面が濡れている場合の対応
通常結露によるもので破損ではない

バックを手で加圧して内容物の漏れやバック破損の有無を確認する

③ 採血部位の決定と皮膚消毒

1) 採血部位の決定

- (1) 一般に肘静脈を穿刺する
- (2) 穿刺部よりも中枢を駆血帯で圧迫し、静脈を怒張させ、採血の適否を確認する
- (3) 濃疹やアトピー性皮膚炎などが存在する部位からの採血は避ける
- (4) 留置カテーテル、大腿静脈からの採血は無菌性の保持が不十分になりやすいので原則として避ける

2) 採血部位の消毒

- (1) 採血者は穿刺前にあらかじめ手洗いする
 - (2) 消毒後は穿刺部位に絶対に触れてはならない
 - (3) 血管を探りながら穿刺しなければならない場合には滅菌手袋を着用する
- ※採血者の手指の消毒はいけない

3) 穿刺部位の消毒方法

- (1) 穿刺部位を中心に消毒用エタノールまたは 70%イソプロパノールで皮膚の汚れをふき取る(2回) ※アカがでるくらいごしごしこする

- (2) 10%ポピドンヨード液を浸した滅菌綿棒を用いて、穿刺部位から外側に向かって径 10cm 程度、同心円を描くように消毒する
- (3) 少なくとも 30 秒間乾燥させる。ポピドンヨードは原則として採血終了まで除去しない
- (4) 血管を確認するため、穿刺前にふき取る場合は、乾燥後に 4%ハイポエタノールを浸した綿球を用いる
- (5) ヨード過敏症の患者には、ポピドンヨードの代わりに 0.5%グルコン酸クロルヘキシジンアルコールを用いる

④ 自己血採血の実際

1) 採血開始

- (1) 採血チューブのバックに近い部分をクランプ後、穿刺する
(空気混入を避ける)
- (2) 穿刺は 15~30 度の角度で針先の切り口を上向きにして刺入する
針を立てすぎると上腕動脈、正中神経を傷つけるので注意する
※同一穿刺針で再穿刺を行ってはならない
- (3) 採血針が血管の中に入っていることを確認した後、クランプを外し採血を開始する。その後、テープで採血針とチューブを固定する

2) 採血中の処置

- (1) 落差式採血を行う場合は、穿刺部位より 40~50cm 下方に台秤を置き、その上に採血バックを載せて採血する
- (2) 採血中は、採血流量を観察しながら常にバックを緩やかに振って抗凝固剤と血液を十分混和させる。採血流量が極端に少なかったり一次的に停止すると、チューブ内凝固がおこるので注意
- (3) 容量式または重量減圧採血装置を使用する場合、取り扱い説明書に従う

3) ヘモクイック AC-183(重量減圧採血装置)取り扱い手順

- (1) 電源ON(蓋を閉めて中に何も入っていない状態で)
- (2) クランプを解除する
- (3) 採血量とバックの種類を設定する

採血量	200mL または 400mL
バックの種類	全血(S)または MAP
- (4) 穿刺後血液がバックにある程度溜まった後、バックをセットする
- (5) チューブホルダーにチューブをセットする
ループを作ったたるみをもたせてセットする。たるみがないとバックに血液が溜まってきたときに、チューブがつれてバックが浮いて過量採血となることがある
- (6) バック押さえを降ろす
- (7) 開始を押す
蓋をカチッと音がするまで閉める
- (8) 採血終了と同時にクランプが閉まり、停止する

4) 採血中の患者管理

血管迷走神経反射および穿刺に伴う合併症が代表であるので、当院では輸血センター職員の他に医師または看護師の付き添いを義務づけている。採血中は、顔面蒼白、気分不良、冷汗などの患者の状態に注意する。

(1) 血管迷走神経反射(VVR)

採血時に血管拡張による血圧低下と迷走神経の興奮による徐脈などを主症状とする反応。特に採血終了直後に見られるが、採血の途中あるいは採血及び点滴終了・抜針後も出現する場合もある

血管迷走神経反射(VVR)の判定基準

必須症状・所見がなければVVRとはいわない

	必須症状・所見	他の症状
I 度	血圧低下, 徐脈(>40/分)	顔面蒼白, 冷汗悪心などの症状を伴うもの
II 度	I 度に加えて意識喪失, 徐脈(≤40 分/分), 血圧低下(<90Pa)	嘔吐
III 度	II 度に加えて痙攣, 失禁	

(2) VVR への対応

初期の段階で発見する

直ちに採血を中止する

頭部を下げて下肢を挙上する

低血圧が改善しない場合は生理食塩水などの点滴を行う

必要があれば硫酸アトロピン、塩酸エピネフリンなどを投与する

(3) VVR 発生時の連絡先

担当医に連絡

外来患者 ICU へ連絡

病棟患者 各病棟へ連絡

(4) 正中神経損傷

穿刺後または採血中に手指の激痛を訴えた場合は、その原因が正中神経損傷に由来するならばすみやかに抜針し、適切な処置を行い、可能なら反対側の腕で採血する

⑤ 採血後の処置

1) 採血後終了とチューブのシール

(1) 採血終了後、採血チューブをクランプする

(2) ローラーペンチでチューブ内の血液をバックヘフラッシュし、チューブ内の血液とバックの血液を混ぜる。2~3回繰り返す

(3) チューブシーラーでチューブをシールする

(4) バックに署名されたラベルを貼る

(5) セグメントで血液型を確認する

2) 抜針および止血

- (1) 穿刺部位を皮下出血や血腫防止のため滅菌ガーゼで押さえて止血する
通常は5～10分間程度の圧迫で止血できる
ステプティールで代用することも可能である
- (2) ワーファリンカリウム服用患者では20～30分圧迫する
- (3) 採血後少なくとも10～15分間以上仰臥位で安静を保たせる
- (4) 可能であれば、採血終了直後から20～30分以内に採血相当量の生理食塩液等の補液を行うことが望ましい

⑥ 採血場所

適当な温度で、十分な広さと明るさを持つ清潔な環境で、採血後 30 分安静を保てる場所で行う。原則として輸血センター(場合により病室)で行う
万々に備え、救急カート、酸素などの救急蘇生の準備をしておく

8 自己血の保管管理

① 自己血の保管

1) 保管場所

輸血センターの専用血液保冷库に保管する

2) 保管方法

自己血は患者ごとに保管する

3) 保冷库の条件

自動温度計、警報装置を備えた自己血専用血液保冷库を使用する
同種血用とは別の自己血専用保冷库を使用する

(1) 保存温度

液状保存の全血・赤血球製剤: 4～6℃

凍結血漿: -20℃以下

(2) 自記温度・記録の点検

異常の有無を毎日1回確認する

(3) 保守点検(月1回)

保冷库内の温度を計測し、自記温度記録計が正常に作動していることを確認する

警報装置が正常に作動していることを確認する

② ウイルス感染患者の自己血の保管

1) 感染血液専用保冷库を使用する

2) 採血した血液がバイオハザードであることを明確にする

③ 転用の禁止

1) 使用されずに残った自己血は他の患者には使用しない

2) 使用期限まで保管し、期限を過ぎたものは、輸血部門で一括して取り扱い、感染性医療廃棄物として処理する

9 自己血の返血

① 自己血輸血前の注意

- 1) 自己血のセグメントで、ABO 血液型検査を実施し、自己血採血受付票に記載されている患者血液型と確認する
 - 2) 溶血、凝固、細菌汚染、変色（バック内の採血後セグメントを作成し、採血時のセグメントとともに遠心し上清の色調を比較する）、バックの破損等の外観の異常の有無を確認する。作成したセグメントは、細菌汚染の可能性を考慮し 2 週間保存する
 - 3) MAP 液で保存する場合は、とくにエルシニア菌の危険性を考慮し、上清の黒色変化など細菌増殖の徴候がないことを確認する
- ② 自己血輸血時の注意
- 1) 自己血専用ラベルの患者氏名、ID などが当該手術患者と一致することを使用直前に確認する。同種血輸血実施手順書と同様に患者氏名、ID、血液型、有効期限、単位数等を支給表と照合する
 - 2) 輸血時には、同種血輸血実施手順書と同様に確認を行う
 - 3) 患者が覚醒している時には、患者本人も署名の確認を行うことが望ましい
- ③ 自己血輸血開始後の患者観察
- 1) 輸血開始後は、同種血輸血実施手順書と同様の観察を行う
 - 2) 採血量が所定量よりも少なく、相対的に採血バック内の抗凝固剤の量が多くなった場合、クエン酸中毒にならないよう輸血速度に注意する

制定/改正履歴表

版数	制定/改正履歴年月日	施行日
1	第1版作成	2002/9/6
	中略	
10		2018/4/11
10.1		2019/9/27
11	4.1.4 輸血後感染症検査実施基準を変更	2020/9/14
12	輸血療法の手引き 4.3.4 コンピュータークロスマッチ<新設> 6.1 採血管の種類の変更 7 血小板申し込みキャンセル期限の変更 輸血療法業務手順マニュアル 6. 血漿分画製剤一覧変更・追加 7.4 輸血実施準備 12) 7.5 輸血開始 3 血液製剤の使用指針改定に伴う、新鮮凍結血漿解凍後の取扱いについて変更 巻末 改正履歴表を追加<新設>	2022/9/30
13	7. 手順 5. 各セクションへ電話連絡する。準備した血液製剤が複数袋の場合においては、その数量も報告する。 7.2 製剤払出し 1. 製剤準備の連絡を受けたら、輸血搬送用 BOX を持参し 3F 輸血センターへ取りに行く 7.2 製剤払出し 2. 払出し業務 病棟・外来での薬剤保冷库や麻薬保冷库を利用した一時保管を禁止 製剤払い出し後 60 分以内に使用する血液製剤を出庫する運用に変更	2023/10/19
14	高度貧血対応について、ガイドラインに基づく変更及び病名変更に伴う表記の変更 不規則抗体の有効期限について、電子カルテ表記との整合性に伴う変更 血漿分画製剤新規採用製剤の登録 同意書の運用基準について説明内容の明確化 赤血球製剤有効期間変更に伴う各種関連製剤の変更及び略語の廃止	2024/10/9

医療機器の安全管理

～ 点検の必要性和と当院で保有する医療機器 ～

医療機器管理室
窪孝充

目次

- ・ 点検の必要性
- ・ 当院で保有する医療機器
～ 問い合わせの多い機器を中心に ～

当院の保有数

8,898台
(前年比 + 505 台)

医療機器の分類
医薬品・医療機器法より



2023年 2月 改訂 (第2版)
2017年 2月 作成 (第1版)

医療機器管理番号: 22800R200448000

器械種別 74 医薬品注入器
高度管理医療機器 乳癌輸液ポンプ (MDNコード: 13213000)
一般管理医療機器 輸液ポンプ (MDNコード: 13209000)

特定保守管理医療機器 テルフェュージョン輸液ポンプ 28 型

【注意】

＜重要な基本的注意＞

- 1. 放射線機器、MRI の管理区域及び高圧放射線装置内へは持ち込まない、又は使用しないこと。また、高圧放射線装置内へ送液ラインだけを投入しての使用もしないこと。当該環境に本品を誘って持ち込んだ場合は、直ちに使用を中止し、以降、使用しないこと。
【本品はこれらの環境での使用を想定していない。これらの環境に持ち込むことにより、本品の動作動作や故障及び経時的な劣化、又は爆発の誘因となる可能性がある。】

＜【別添】構造及び取扱い】

＜【構成】＞

- 12. 送液ラインとの接続を確実にするため、ルアーロックタイプの輸液セット等を推奨する。
- 13. 本品は、チューブの成形を最小限に抑え、安定した注入が行えるが、一定時間以上の使用においては、規定の流量範囲を外れることや、閉塞現象が発生することがある。安定した送液を維持するために、次の処置を行うこと。
① 24 時間ごとにポンプ装着部のチューブを 15cm 以上ずらすか、新しい輸液セット等と交換することを推奨する。
② チューブ位置をずらすに 96 時間使用した際の流量精度の低下は送液開始時に比べて、3%程度である(流量設定 25ml/h、流量変動 2.3%)。



余談ですが...

適応外使用の申請方法



点検の必要性

医療機器の性能・精度を維持するには？

保守点検の適切な実施

医療法 第6条の10
新省令第1条の11第2項第3号より

定期点検

日常点検

使用前点検

使用后点検

医療部
静岡がんセンター

7

点検の必要性

使用前点検(日常点検)をするには？



輸液ポンプの使用開始時・変更後の確認項目	
○	電源入力側の自己診断でエラーが無い
○	輸液セットの設定が正しい (20滴/分 40滴)
○	画面にエラー表示・警報が無い
○	異常が無い
○	脱着する流量の値が正しい
○	予定量の値が正しい (原則、利用しない)
○	連続ポンプの漏れが無い
○	点検中で済んでいる
○	開始スライダが押し込まれていない
○	緑色前面LEDが緑色に点滅している
○	確認： 高濃プロンプの平らな面が取り外し蓋内には患者入りの危険性が発生を回避する
○	確認： 化学薬品の場合、空室平面的な高さまでレベルを要する。(例 150/100 → 150/120を要する)
○	針入部の確認が無い
○	針入部の寿命が無い
○	針入部の選定が無い
○	針入部の選定の通知が無い
○	針入部の寿命が無い
○	必要に応じて医療安全ポケットマニュアルの補遺時の確認事項を参照する

医療部
静岡がんセンター

8

点検の必要性

医療機器の点検を依頼したい場合は？



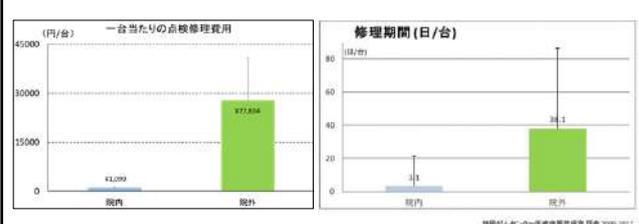
M E センター
“点検修理依頼伝票”と“機器”を **医療機器管理室** へ提出

医療部
静岡がんセンター

9

点検の必要性

メーカーに依頼すればいいのでは？



場所	費用
院内	41,209
院外	177,856

場所	期間
院内	3日
院外	38.1日

医療部
静岡がんセンター

10

点検の必要性

なぜ、点検が必要な？

```

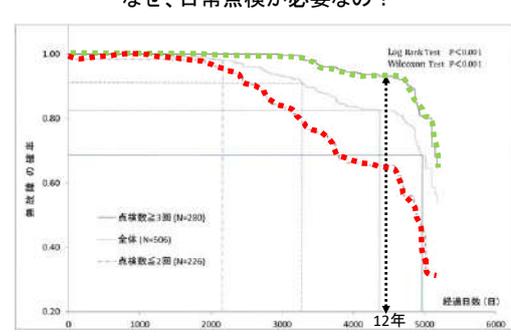
    graph TD
      A[全台数 輸液ポンプ 625台] --> B[廃棄・新品 119台]
      A --> C[開院から使用している輸液ポンプ 506台]
      C --> D[点検数 ≥ 3回 280台を解析]
      C --> E[点検数 ≤ 2回 226台を解析]
  
```

医療部
静岡がんセンター

11

点検の必要性

なぜ、日常点検が必要な？



Log Rank Test P<0.001
Wilcoxon Test P<0.001

12年

医療部
静岡がんセンター

12

目次

・点検の必要性

・当院で保有する医療機器

～治療への問い合わせが多い機器～

当院で保有する医療機器

人工呼吸器の種類



ベネット 840
(コヴィディエン社製)
4台



エビタ V500
(ドレーゲル社製)
6台



マスク型 V60
(レスピロクス社製)
1台



搬送用 モナールT60
(アイ・エム・アイ社製)
1台

当院で保有する医療機器

ハイフローセラピーの種類と駆動源

配管型



2台

商用電源
酸素配管
空気配管

プロアー型



3台

商用電源
酸素配管

当院で保有する医療機器

血液浄化療法の種類



DBG-03
(日機装社製)
3台



TR55X-III
(東レ社製)
1台

当院で保有する医療機器

除細動器の種類と設置場所



経皮的ペースング付き除細動器

①GICU



除細動器

- ①核医学
- ②救急外来
- ③血管撮影室
- ④生理検査科
- ⑤HCU
- ⑥手術部
- ⑦4東
- ⑧5東
- ⑨6階
- ⑩7階
- ⑪8階
- ⑫9階
- ⑬10階



AED

- ①外来1階
- ②外来2階
- ③内視鏡科
- ④放陽治C
- ⑤緩和別棟
- ⑥管理棟3階
- ⑦11階
- ⑧しおさいホール前
- ⑨仮説棟
- ⑩化学療法C

除細動器・AEDの設置表. 医療安全ポケットマニュアル2025年



静岡がんセンターにおける

診療情報管理

診療情報管理室長：寺島 雅典 副院長

- 説明に関する責任者及び診療録その他の診療に関する記録の管理に関する責任者
- 院内個人情報保護責任者



お話しの概要

- ・情報管理に関する院内各種規定
- ・診療情報管理規程：規定順に
- ・禁止事項の確認
- ・記録の注意事項
 - －電子カルテ記載の手引き
- ・紙文書類の扱い
 - －スキャナ取り込み等
- ・紙文書類の新規作成・修正・削除
- ・診療外利用届け
- ・開示の手順と開示規定
- ・カルテ監査



情報管理の院内規定

1. 情報システム利用者規程
 - ・電子カルテシステムを利用する上でのセキュリティ等に関するルール
2. 診療情報管理規程
 - ・診療情報(診療録・診療記録)を記録・利用する上での利用・管理・禁止・罰則のルール
3. 電子カルテ端末以外のパソコンでの個人情報を含む診療情報等の取り扱い指針



診療情報管理規程

第1条 目的

静岡がんセンターでの診療過程において発生した診療情報(診療録およびその他の診療記録等)を適正に管理し、その精度と質を保持することを目的とする。

第2条 診療情報管理委員会

1. 診療情報管理業務遂行のために、院内の意志疎通を図り、組織的な運営と円滑な業務を行うために、各部署から選出した委員による診療情報管理委員会を設置する。
2. 診療情報管理委員会規程を別に定める。



診療情報管理委員会のメンバー

委員長	診療情報管理室長	寺島雅典	副院長
委員	医師	緩和医療科	川村泰一 医長
		放陽治センター	朝倉浩文 部長
		呼吸器内科	豆籾伸昭 医長
	看護師		深澤英里子 師長
			河村真理 主任
	薬剤師		若林茜 主任
	RMQC室		山浦鏡子 主幹
	よろず相談(MSW)		漸井佑美子 主任
	医事課		合戸あゆみ 課長
	情報システム課		長谷川博紀 主任
	診療情報管理室		望月美里 主幹
			計12名



診療情報管理委員会の審議事項

- ・診療情報を適切に管理するための全職種の意志統一と取り決りを決定
 - ↳ 診療情報管理マニュアル
- ・カルテ開示の審議と承認
- ・診療情報事故報告に係る各種罰則適用の決定・対策検討
- ・電子カルテに搭載する説明・同意書等雛形についての審議 → 搭載実務(管理室)へ
- ・診療情報(個人データ)利用の管理運営
- ・記録監査：量的監査・質的監査
- ・がん登録

診療情報管理規程

第3条 診療情報管理室

1. 診療情報管理委員会において審議された事項に基づき、診療情報管理室が管理業務を遂行する。
2. 診療情報の精度、質を保持できるよう、医師をはじめとした院内職員は、診療録、診療記録等を適切に完成させるよう心がけ、積極的に診療情報管理室の業務に協力しなければならない。

◎ 診療情報管理士 11名

望月、渡辺、秋國、村松、佐藤、中達、浅賀、田久保、佐野、福島、鈴木

○ 多職種レジデント(診療情報管理士) 1名

○ 診療情報管理士補助 16名

診療情報管理規程

第4条 管理対象 - 1 (電子カルテ)

1. 電子カルテに入力・蓄積される以下の診療情報
 - 1) **診療録**：医師が記録し、保存し、参照できる内容
診療記録：疾患基本、患者DB、問題点一覧、病名一覧、初診時・入院時記録、経過記録、退院サマリ、手術記録、ショートサマリ、説明ノート、Over View、カンファレンスノート、クリティカルパス、麻酔サマリ、各種レポート、看護記録、コメディカル記録、検査データ、画像データ等
 - 2) その他の診療記録
 - 3) **文書類** (電子カルテに記録される文書内容・ステータス)
 - 4) 電子カルテへ実装する病名、レポートマスター類
 - 5) 臨床研究データベースに蓄積される診療情報
 - 6) 院内がん登録情報
 - 7) 電子カルテから取り出された診療情報

診療情報管理規程

第4条 管理対象 - 2 (紙・電子媒体)

2. 紙媒体等に記録された記録類
 - 1) 説明・同意書、診断書、死亡診断書(控)、各病棟別問診票等
 - 2) 他病院(施設)から受領した紙および電子媒体(CD等)の診療情報(フィルム・検体類を除く)
：紹介状、診療情報提供書、診断書、返書、写真等
 - 3) GICU臨時指示表
 - 4) 処方箋、注射箋、麻薬処方箋・注射箋、血液製剤使用管理票
※薬剤部で保管

診療記録の書き方 - 1

- ① 診療記録は医療従事者の個人的メモではなく、法律に基づいた**公式な記録**であることを認識する。
- ② チーム医療をする上で、医療従事者全員の共通の情報であることを認識し、わかりやすく、客観的、科学的論理に基づいて、**診療・ケアの都度記載**する。
- ③ **患者や第三者** (行政、監査、訴訟時等) にも、読みとれるよう**簡潔・明瞭・丁寧に**記録する。

良い記録とは、診療において発生した情報が、整理され**過不足なく**記載され、治療内容、経過結果や、患者の全体像が把握できるもの。

診療記録の書き方 - 2

- ④ 診療に必要なでない内容、人権・人格を侵害する表現、患者の性格・態度の否定、憶測、指示・命令的表現は記載しない。

不適切な表現	望ましい表現
△△教の信者	宗教上の理由により輸血拒否
たばこを没収	たばこを預かり、家族に返却
説明しても分からない 理解力が悪い / 理解力低下	○回説明したが、同じ行動を繰り返している
苦情が多い	要望が多い
気難しい	話しかけたが、返答は無かった
勝手に動いている	ベッド上安静と説明したが、5分後にはベッドサイドで座位をとっていた
家族に連絡したが捕まらず	電話が留守電になっていたため、やむを得ず「至急、連絡をください」と留守電に入れておいた

診療記録の書き方 - 3

- ⑤ 原則診療後**24時間以内**に記録すると解釈されるため、その後の訂正・削除は理由を明記する。
- ⑥ 記録から**90日経過**すると、カルテの追記が制限され、修正は診療情報管理委員会へ申請が必要となる。

『電子カルテ記載の手引き P9 : 追記・修正 (90日を過ぎた修正)』をご一読下さい。

診療記録の書き方 - 4

入院診療計画書

- ・ 診療報酬の要件として重要視されている。
- ・ 入院時にチームで計画をし、患者さんへ説明が必要。
- ・ 画一的な表現ではなく患者の個別性に配慮し、具体的で分かりやすい表現となるよう工夫が必要。
- ・ 書面からチーム医療を行っていることを監査される。

診療記録の書き方 - 5

病名

- ・ 悪性・良性を明確にした記載をする
- ・ 部位・側性を明確にした病名を記載する
✓左右、上下の誤記が多い
- ・ SCC略語集以外の略語は使用しない
- ・ 「転移性」「多発性」「先天性」の記載を忘れない

標準とされている病名をできるだけ使う
(電子カルテはMedisの標準病名を搭載)

記録→診療記録→初診時・入院時記録

初診時・入院時記録
経過記録 (SOAP)
ショートサマリー
カンファレンスノート
説明ノート
自費カルテ

- ・ 初診時・入院時は必ず「初診時・入院時記録」に記載
- ・ 患者さん・御家族に説明した際は内容を「説明ノート」に記載。
- ・ カンファレンスを開催した場合は「カンファレンスノート」に記載。
- ・ 手術（処置）前、後には必ず説明し、その内容を記載。
- ・ 退院時には、「退院時説明」を記載。
- ・ 退院サマリーを記載し、承認を得る。

文書類の管理・保存の仕方

紙で回収・保存される記録類

1. 電子カルテでスキャナ取り込みし、診療情報管理室で保管
 - ・ 他施設からの紹介状（診療情報提供書）類
 - ・ 手書きでの追記・訂正事項がある同意書
 - ・ スキャン必須書類（説明用紙、HOPE同意書等）
 - ・ ピンクシールを貼った取り込み指定のある文書類
2. 診療情報管理室で保管
 - ・ 同意書類（署名済み）
 - ・ 外出・外泊許可届け、問診票類、他

法定保存期間終了(最終受診5年経過)後、電子化して廃棄します。

届いた文書類は1患者1ファイルで保管



診療情報管理室内

説明同意書・説明文書発行の仕方 (記録→文書→Word/Excel→ツリー選択→文書選択)

診療録に関する法律 - 1

医師法 24 条

医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

- 2 前項の診療録であつて、病院又は診療所に勤務する医師の診療に関するものは、その病院又は管理者において、その他の診療に関するものは、その医師において、5年間これを保存しなければならない。

最終受診後

当院：診療情報管理規程ではカルテは永久保存

診療後24時間以内

診療録に関する法律 - 2

医師法 19 条

診療に従事する医師は、診療治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

- 2 診察若しくは検索をし、又は出産に立ち会った医師は、**診断書若しくは検索書**又は出生証明書もしくは死産証書の交付の求めがあった場合には、正当の事由がなければこれを拒んではならない。

診療録に関する法律 - 3

医師法 20 条

医師は、自ら診療しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証明書を交付し、又は**自ら検索をしないで検索書を交付してはならない。**

但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

死亡診断書の発行の仕方



- ① カルテで文書起動 (Word/Excel)
- ② 医師が漏れなく記載
- ③ 紙で2部プリント
- ④ 医師署名 (押印不要)
- ⑤ 戸籍と異なる漢字があれば追記
- ⑥ 各病棟棟師長等が確認
- ⑦ 1部をご遺族へ
- ⑧ 1部を管理室へ (クラーク経由)
- ⑨ 診療情報管理室で内容確認

参照：電子カルテ記載の手引きP36
参照：死亡診断書の書き方 (注意点)

⑩ 原因統計の作成

死亡診断書の書き方

2024年(1月~12月)死亡統計：1,150件 死亡退院

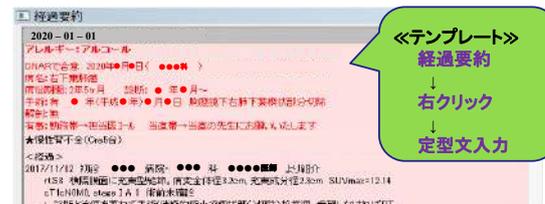
(15,501件延べ退院)

例1	<table border="1"> <tr><td>I 欄</td><td>(ア) 敗血症ショック</td></tr> <tr><td></td><td>(イ) イレウス</td></tr> <tr><td></td><td>(ウ) S状結腸癌</td></tr> <tr><td>II 欄</td><td></td></tr> </table>	I 欄	(ア) 敗血症ショック		(イ) イレウス		(ウ) S状結腸癌	II 欄		例2	<table border="1"> <tr><td>I 欄</td><td>(ア) 脳出血</td></tr> <tr><td></td><td>(イ) 高血圧</td></tr> <tr><td>II 欄</td><td>S状結腸癌</td></tr> </table>	I 欄	(ア) 脳出血		(イ) 高血圧	II 欄	S状結腸癌
I 欄	(ア) 敗血症ショック																
	(イ) イレウス																
	(ウ) S状結腸癌																
II 欄																	
I 欄	(ア) 脳出血																
	(イ) 高血圧																
II 欄	S状結腸癌																

- * II 欄は、死因に関係しないが I 欄の経過に影響を及ぼした病名を記載
- * I 欄・II 欄に記載した病名に係る手術は全て手術欄に記載

記載漏れに注意

死亡診断書へ引用できる経過要約の書き方



- ※ 死亡診断書に記載するに足る情報を記載することで、死亡診断書に記載する際に引用でき、看護士の確認にも利用できます。記載していないと死亡時に原則担当医呼び出しになります。

参照：死亡診断書の書き方 (注意点)

院外で死亡の連絡があった場合の対応

ご家族や他院から患者さんの死亡連絡があった時、まず、お悔やみを申し上げ...

- 可能な限り死因を確認し、カルテに記録する旨伝え、たうえでカルテに記載する。
- 電子カルテ(患者基本情報3(生存/死亡))へ死亡日・死亡場所・原死因を記録する。

原死因とは？

→「呼吸不全」などの直接死因ではなく、直接死因の原因となる疾患(右上葉肺癌など)を指します。

説明・同意書

電子カルテにフォーマットを搭載されている登録文書は約1,500種類あります。

説明と同意書等

1. 紙の文書を新たに作成したい時...
2. すでに搭載された文書を修正・追加したい時...
3. すでに搭載された文書を削除したい時...
* 申請書と電子ファイルを診療情報管理室へ提出してください。

参照：業務マニュアル→診療情報管理マニュアル→電子カルテ実装申請書
①新規登録、②一部修正、③削除

説明と同意書類の大切さ -1

インフォームドコンセントの記録

- 説明と同意のインフォームドコンセントの記録は、診療の事実を明らかにする大切な証拠となる記録である。
- 必ず説明した事実と、理解頂いたかどうかを記録に残すべき。
- 意思決定支援の記録も必ず記録に残すこと。

詳細は、『静岡がんセンターにおけるインフォームドコンセントのガイドライン』参照

* 説明ノートの記録は、全て医療連携閲覧カルテで他院医師や看護師等が閲覧できる仕組みがある。

説明と同意書類の大切さ -2

1. 医療は担当の医師1人でやっているのではなく、医療チーム1人1人が得た情報を、チーム内で共有して診療を行っていること、を説明する。
2. 患者さんご自身もチームの一員として参加していただくことを願います。
3. 治療等の選択肢を明示し、患者さんに選択権があることを提示・尊重する。
4. 患者さんに考える時間・質問の機会を提供し、相談できる人を案内する。
5. 患者さんそれぞれに合った最善の説明方法を考慮し、医師以外(看護師等)のスタッフとも相談して、説明のタイミング、説明の場、立ち会い者等を決めてチームに周知する。
6. 一度決定したあとも、いつでも撤回が可能であることを説明する。
7. 院外や担当医以外の医師にセカンドオピニオンを求めることができることを説明し、それにより不利益を被ることがない旨説明する。

説明と同意書類の大切さ -3

治験・臨床研究等の監査の際に、紙の同意書類を閲覧確認されます。

説明同意書の確実回収=データベースの基礎となる研究対象症例の確実実証が可能です。

- 臨床研究の安全管理
- 副作用データの収集・管理
- 研究の説明、同意書の確実回収は重要な要件
- 研究対象例の確実特定(同意書数 = 症例数)

同意書の紛失は重大な不適合とみなされ報告対象となる

診療情報管理規程

第5条 保存方法

電子カルテにおける診療情報は、電子保存の三原則を維持する目的で別に定める「静岡県立静岡がんセンター診療録及び診療諸記録等の電子保存に関する運用管理規程」に基づき、電子データとして保存、保護される。

電子カルテの3原則
真正性、見読性、保存性

カルテ開示の実際

- ・ 診療情報管理マニュアル内：**開示要綱、開示のフロー**
- ・ ご遺族への開示も増えている
- ・ 他院での訴訟時に、当院の記録を利用することもある
- ・ 裁判で利用、弁護士からの要請も増えている（肝炎訴訟・相続）
- ・ 他院からの記録（紹介状等）は、見せられない決まりになっている。
- ・ 他院での開示で当院から送った記録の開示に関する紹介書がきた場合は診療情報管理室へ届け出る

参照：診療録等開示要綱、開示のフロー

カルテ開示フロー



38

診療情報管理規程

第8条 利用有資格者

診療情報を利用することができる有資格者は以下のとおりとする

1. 当院に勤務する職員：アクセス権はセキュリティ部会
2. 医療連携において当院へ紹介した他施設医師（同意取得後）
他：医療連携のカルテ閲覧
3. 治験管理室業務において病院長が許可したもの
4. 研究所の職員で病院長が許可した者
5. 当院を退職した職員で病院長が許可したもの
6. その他病院長が許可した委託・派遣職員および当院以外の者

参照：退職後のカルテ権限付与の申請手続き

診療情報管理規程

第9条 利用場所および手続き

閲覧、印刷、ダウンロードは、利用者や利用目的、種類に応じて、手続きの上、所定の場所において行う。

参照：診療情報 院内利用・院外提供手順・一覧表

診療情報管理規程

第10条 禁止、規制事項

1. 院内利用・院外提供一覧表に記載した以外の利用を禁止する。
2. 印刷、ダウンロードした診療情報の**二重（転貸）利用を禁止**する。
3. 診療情報を利用する者は、あらかじめ利用目的として公表してある場合および患者の同意を得ている場合を除き、患者を特定できる個人情報を第三者に提供あるいは遺漏してはならない。
4. 院外からの電話等での患者の診療情報に関する問い合わせについては、ID、氏名、生年月日、住所等で当該者が**患者本人であるとの確認後**解答する。なお、問い合わせ者が家族等である場合は、ID、氏名、生年月日等により患者を特定した後、**事前に本人から了承の取れている内容以外を解答してはならない。**
5. CISネットワークに接続しているパソコン以外のパソコン等で診療情報を扱う場合は、「**電子カルテ端末以外のパソコンでの個人情報を含む診療情報の取扱い指針**」を遵守しなければならない。

診療情報管理規程

第10条 禁止、規制事項

6. 診療目的以外で診療情報を院外提供する際は、**匿名加工情報**に加工してから提供しなければならない。ただし申請された内容に一定の合理性を認める場合に限り、診療情報管理委員長が特例として承認することができ、院外提供をすることが許可される。
7. 診療に影響を及ぼす誤記載をした際は、直ちに訂正をしなければならない。
8. 電子媒体にコピーした画像データ等は、別に定める院外提供規定に基づき、原則として画像処理・提供フォーマット方法を院内統一し、保存しなければならない。
9. 第4条に挙げた診療情報は、廃棄時期に達するまでは適切な管理を行わなければならない。

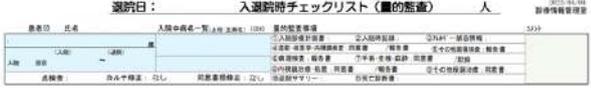
参照：電子カルテ端末以外のパソコンで個人情報を含む診療情報等の取り扱い指針

量的カルテ監査の実際

※各入院日～退院日まで

<量的監査>
診療情報管理室にて実施（全入院症例）

選診日： _____ 入院時チェックリスト（量的監査） 人



修正依頼・診療科別傾向把握

監査結果を委員会へ報告（診療情報管理委員会・診療科責任者会議）

※指定診療科のみ抜粋

<質的1次監査> 質的監査を実施（初診～初回退院日）

質的カルテ監査の実際

※初診日～第1回退院日まで



<質的1次監査>
診療情報管理室にて実施
（月18例抜粋）

<質的2次監査>
多職種監査部会にて実施

1次監査結果を各診療科・本人へ
2次監査結果を病院幹部へ

データの最終修正・改善追記

参照：カルテ監査のフロー

カルテ監査での指摘事項-1

- ①初診時、入院時記録
主訴、現病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン
- ②優襲的な検査/治療前説明記録
対象者、説明者、医療者側同席者、説明内容、理解度等・反応
- ③退院時説明記録
対象者、説明者、説明・指導内容、理解度等反応
- ④カンファレンス記録
カンファレンス名、日時、出席者、患者の病状等、治療方針
- ⑤退院サマリーと常勤医の承認
診断名、入院までの経過、入院目的、入院経過（実施内容）、退院時処方、退院時状況（身体状況・活動度等）、退院時方針、常勤医の承認

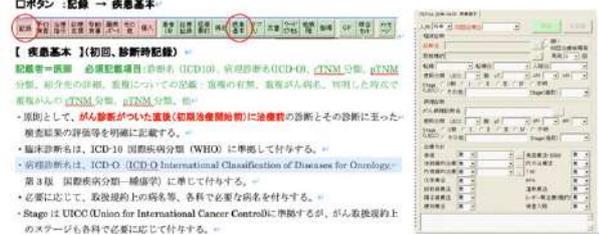
カルテ監査での指摘事項-2

- ⑥アレルギー・禁忌情報（患者DB 基本情報2）
薬アレルギー、食物アレルギー、その他アレルギー、アレルギー症状
*記載内容の不整合に注意してください。（アレルギー有で症状空欄など）
- ⑦体内金属
体内金属有無、体内金属名称、ペースメーカー機能、除動機能
*入力内容の不整合や変更忘れに注意してください。（その他体内金属ある方）
- ⑧説明時のフォローアップ記録
意思決定支援に関する説明・指導テンプレート記録
- ⑨同意書受け取り記録
ステータス変更、やむを得ず口頭同意となった際のカルテ記載（事後に同意書取得）

カルテ監査での指摘事項-3

⑩疾患基本登録 初回治療方針決定時に登録する

ロボタン：登録 → 疾患基本



【疾患基本】（初回、診断時記録）

記録者→医師 必須記載項目：診断名（ICD-10）、病理診断名（ICD-O）、TNM分類、pTNM分類、病分期の分類、病期についての記載（病期有無、病期がん病名、病理した時点で病期がんのTNM分類、pTNM分類、他）

- 原則として、がん診断がいつい置後（初回治療開始時）に治療前の診断とその診断に至った検査結果の評価等を明確に記載する。
- 臨床診断名は、ICD-10 国際疾病分類（WHO）に準拠して付与する。
- 病理診断名は、ICD-O（ICD-O International Classification of Diseases for Oncology、第3版 国際疾病分類—腫瘍学）に準じて付与する。
- 必要に応じて、取扱規約上の病名等、各科で必要な病名を付与する。
- Stageは UICC（Union for International Cancer Control）に準拠するが、がん取扱規約上のメッセージも各科で必要に応じて付与する。

診療情報管理規程

第15条 分類
第16条 統計
院内がん登録、DPC分類、退院統計 etc.
→ がん診療連携拠点病院、全国がん登録

第17条 本規程の改廃

参照：ICD-0、TNM分類の本

まとめ



カルテを都度記載して情報を更新し、
チーム全員で共有して診療・看護する。

- ・自分が得た情報を自分1人のものにしてはいけない。
- ・疑問や不確定な問題等も、診療の場に投げかけて解決へ
→ カルテに書いてチームで解決する

カルテはチーム医療者各々が作成した診療情報を
情報交換し議論する場所→繰り返して更新

診療情報管理規程

第1条 目的

静岡がんセンターでの診療過程において発生した診療情報（診療録およびその他の診療記録等）を適正に管理し、その精度と質を保持することを目的とする。

（本規程は、厚生労働省「厚生労働分野における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン等」、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠する。）

第2条 診療情報管理委員会

1. 診療情報管理業務遂行のために、院内の意思疎通を図り、組織的な運営と円滑な業務を行うために、各部署から選出した委員による診療情報管理委員会を設置する。
2. 診療情報管理委員会規程を別に定める。

第3条 診療情報管理室

1. 診療情報管理委員会において審議された事項に基づき、診療情報管理室が管理業務を遂行する。
2. 診療情報の精度、質を保持できるよう、医師を始めとした院内職員は、診療録、診療記録等を適切に完成させるよう心がけ、積極的に診療情報管理室の業務に協力しなければならない。

第4条 管理対象

管理の対象とするのは、診療において発生した以下の情報とする。

1. 電子保存システム(以下電子カルテ)に入力、蓄積される以下の診療情報
 - ① 診療録：電子カルテに医師が記録し、保存し、参照できる内容
 - ② 診療記録：疾患基本、患者 DB、問題点一覧、病名一覧、初診時・入院時記録、経過記録、退院サマリー、手術記録、ショートサマリー、説明ノート、Over View、カンファレンスノート、クリティカルパス、麻酔チャート、病理診断報告書、内視鏡・生理検査・画像診断報告書、看護記録、コメディカル記録、検査データ、画像データ等
 - ③ その他の診療記録：電子カルテおよび部門システムに記録、保存され、参照できる内容
 - ④ 文書類：電子カルテシステムに記録される文書内容
 - ⑤ 電子カルテへ実装する病名、テンプレートマスター類
 - ⑥ 臨床研究データベース（後利用系）に蓄積される診療情報
 - ⑦ 院内がん登録情報：院内がん登録データベースに蓄積される診療情報
 - ⑧ 電子カルテから取り出された診療情報
2. 紙等媒体に記録された診療情報
 - ① 同意書、診断書等
 - ② 他病院（施設）から受領した紙および電子媒体（CD 等）の診療情報（フィルム類、検体類を除く）：紹介状、診療情報提供書、診断書、返書、写真類
 - ③ G I C U 臨時医師指示表
 - ④ 処方箋、注射箋、麻薬処方箋、麻薬注射箋、血液製剤使用管理票（薬剤部にて保管）

第5条 保存方法

電子カルテにおける診療情報は、電子保存の三原則を維持する目的で別に定める「静岡県立静岡がんセンター診療録及び診療諸記録等の電子保存に関する運用管理規程」に基づき、電子データとして保存、保護される。

第6条 管理(保存)期限

第4条1項①から⑦に挙げた管理対象にあたる診療情報の管理(保存)期限は、原則として永久保存とする。ただし、⑧電子カルテから取り出された診療情報については、原則として5年間の管理(保存)とする。また、2項①から③は原則として最終受診日から5年間の管理(保存)とするが、④処方箋、注射箋、麻薬処方箋、麻薬注射箋、血液製剤使用管理票は、調剤済みとなった日から3年間の管理(保存)とする。電子カルテシステムの記憶装置容量等の問題や外部記憶装置(CD-R等)を利用したバックアップ保存方法については、情報システム委員会と合議の上決定する。なお、管理期限内においては適切に管理を行い、所定の時期経過後は適切な方法にて廃棄する。

第7条 利用目的

診療情報の利用目的は、以下の種類とし、閲覧、印刷、病院指定の外部記憶媒体へのダウンロードにより利用することができる。ただし、診療外で利用の際は、「診療情報・診療外利用 院外提供届け」にて申請し、承認されなければ利用することができない。利用終了後も利用者の責任において適切に管理・処理すること。(参照：診療情報:院内利用・院外提供手順)

1. 院内利用

診療業務全般、患者へ情報提供、研究・学会活動、学習・教育、統計・評価、経営管理・運営、委員会活動、院内がん登録等

2. 院外提供

診療業務(他施設医師等への情報提供)、研究班、治験、病院機能評価、行政監査、医療監視、訴訟、警察捜査、学会活動、アンケート等調査、がん登録データ提出等

3. 開示

患者およびご遺族への開示、および他院での開示請求案件に対する照会対応については、診療情報管理委員会にて「診療録等開示実施要綱」を別に定め、その手順に従う。

4. CD-R等による画像情報の提供

他医療機関での診療目的のため患者に直接渡す場合、および附則(2)の場合に限る。

第8条 利用有資格者

診療情報を利用することができる有資格者は以下のとおりとする。

1. 当院(マネジメントセンター、疾病管理センターを含む)に勤務する職員(常勤職員、会計年度任用職員、特別非常勤職員、臨時職員):アクセス権の詳細はセキュリティー部会での決議に従う。
2. 医療連携において当院へ患者を紹介した他施設医師(同意取得患者のみ)
3. 治験管理室業務において病院長が許可した者
4. 研究所の職員で病院長が許可した者
5. 当院を退職した職員で病院長が許可した者
(許可申請については、別途定める「退職後のカルテ権限付与の申請手続き」に基づき、必要書類を提出する)
6. その他病院長が許可した委託・派遣職員および当院以外の者

(委託契約および雇用契約に、個人情報保護に関する規定を含むことを確認後、当院における管轄担当職員が診療情報管理委員会(室)経由で、病院長宛での「診療情報利用許可申請書」および「誓約書」を提出する)

第9条 利用場所および手続き

閲覧、印刷、ダウンロードは、利用者や利用目的、種類に応じて、手続きの上、所定の場所において行う。

第10条 禁止、規制事項

1. 院内利用・院外提供一覧表(含:手続きを経た院外提供)に記載した以外の利用を禁止する。
2. 印刷、ダウンロードした診療情報の二重(転貸)利用を禁止する。
3. 診療情報を利用する者は、あらかじめ利用目的として公表してある場合および患者の同意を得ている場合を除き、患者を特定できる個人情報を第三者に提供あるいは遺漏してはならない。
4. 院外からの電話等での患者の診療情報に関する問い合わせについては、ID、氏名、生年月日、住所等で当該者が患者本人であるとの確認後回答する。なお、問合せ者が家族等である場合は、ID、氏名、生年月日、住所等により患者を特定した後、事前に本人から了承の取れている内容以外を回答してはならない。(ただし、生命・身体の保護など診療上緊急の必要性がある場合などはこの限りではない。その場合、回答者は対応内容をカルテに記述しておかなくてはならない)具体例については別途定める。(参照:「警察からの照会に対する対応について」)
5. CISネットワークに接続しているパソコン以外のパソコン等で診療情報を扱う場合は、「電子カルテ端末以外のパソコンでの個人情報を含む診療情報の取扱い指針」を遵守しなければならない。
6. 診療目的以外で診療情報を院外提供する際は、匿名加工情報に加工してから提供しなければならない。ただし申請された内容に一定の合理性を認める場合に限り、診療情報管理委員長が特例として承認することができ、院外提供をすることが許可される。
7. 診療に影響を及ぼす誤記載をした際は、直ちに訂正をしなければならない。
8. 電子媒体にコピーした画像データ等は、別に定める院外提供規程に基づき、原則として画像処理・提供フォーマット方法を院内統一し、保存しなければならない。
9. 第4条に挙げた診療情報は、廃棄時期に達するまでは適切な管理を行わなければならない。

第11条 診療情報事故発生報告

1. 診療情報に関する事故(個人情報漏洩、紙媒体等の紛失、取り違い等)が発生した場合、当事者あるいは発見者は病院長宛の「診療情報事故(発見)報告書」へ記入し、診療情報管理室へ提出しなければならない。
2. 前項の場合、診療情報管理室から必要に応じて院内RM・QC委員会事務局、および情報システム課へ連絡する。
3. 診療情報管理室では、事故防止の対策について、報告書の集計調査、分析を行い、診療情報管理委員会に報告して、その対策を同委員会において検討、実施する。

第12条 罰則

第10条 禁止、規制事項に違反した場合及び第11条 診療情報事故発生報告を怠った場合は、診療情報管理委員会が別途定めるところにより処罰される。

第13条 電子カルテ記載の手引き

診療録、診療記録の記載に関する手引きを別に定めるので、記載・削除・修正等はこれに従う。

第14条 診療録、診療記録の監査とデータの精度管理

診療録、診療記録の監査とデータの精度管理については、診療情報管理委員会で審議する。

第15条 分類

1. 病名の分類コードは、WHO 国際疾病分類第10版 ICD-10 を利用する。
2. 手術術式・処置コードは、診療報酬点数表における手術コードを利用する。
3. 病理診断分類は、WHO 国際疾病分類 第3版 腫瘍学 (ICD-O) を利用する。

第16条 統計

診療情報管理室で作成する疾病統計の種類と基準を院内情報システムにおけるノートデータベース上へ提示する。

第17条 本規程の改廃

本規程の改廃は、診療情報管理委員会で検討し、経営戦略会議の承認を得る。

附則(1)：この規程は2002年9月6日より施行する。

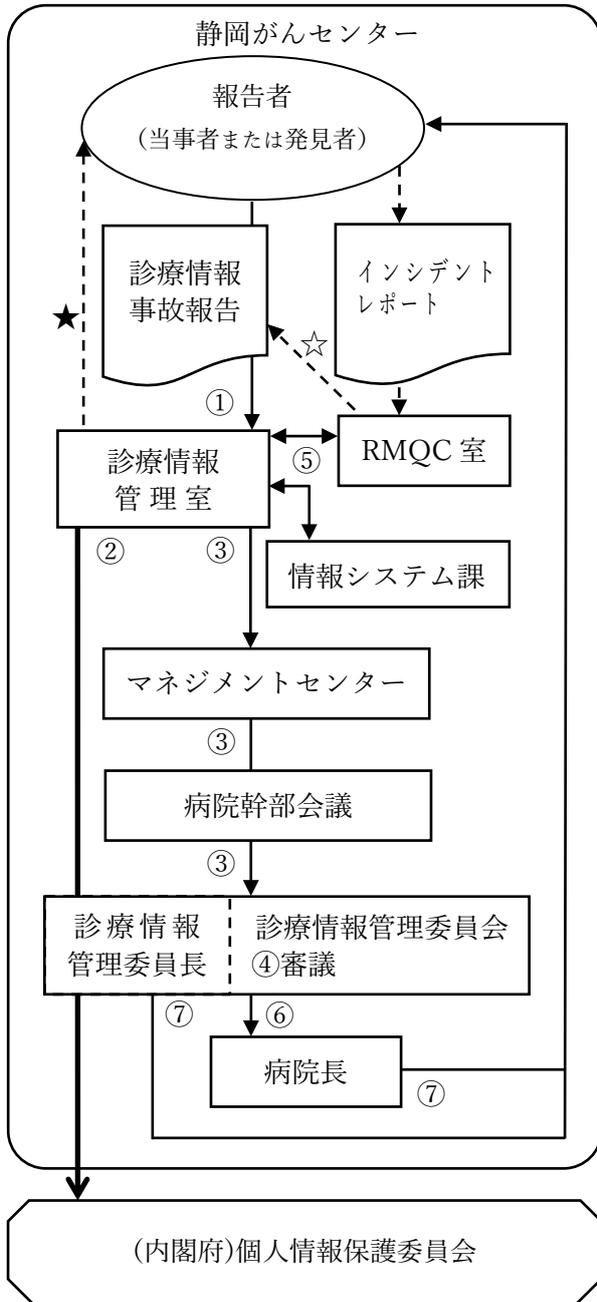
改正2003年 2月 17日
改正2005年 3月 31日
改正2005年 12月 19日
改正2006年 11月 20日
改正2009年 9月 1日
改正2013年 8月 15日
改正2013年 12月 26日
改正2015年 1月 15日
改正2016年 4月 1日
改正2017年 4月 27日
改正2017年 6月 15日
改正2019年 9月 19日
改正2020年 2月 20日
改正2023年 4月 20日
改正2023年 11月 16日
改正2024年 9月 19日
改正2024年 11月 21日

附則(2) CD-R 等による画像情報の提供(患者以外への提供)

- ① 循環器内科の心臓カテーテル検査の画像情報
- ② 口腔外科のインプラント作成のためのCT画像情報
- ③ 脳神経外科の人工骨作成のためのCT画像情報

「診療情報事故(発見)報告書」フロー

<報告書提出から決裁まで>



- ① 診療情報に関する事案^{※1}が発生した場合には、当事者または発見者が診療情報管理室へNotes(DB)の「診療情報事故報告」にて報告する(☆:インシデント報告された場合は「診療情報事故報告」へ内容が転送される)
 - ② 個人情報漏洩・紛失に関する事案である場合、関係者への聞き取り調査を行い、「(内閣府)個人情報保護委員会」の定義^{※2}する「漏洩・滅失・毀損」^{※3}に該当すると診療情報管理委員長が判断した場合、「(内閣府)個人情報保護委員会」へ報告する(発覚から5日以内に必着)
 - ③ 診療情報管理室からマネジメントセンターへ報告し、マネジメントセンターから病院幹部会議へ報告する。報告後、診療情報管理委員会へ審議の提起を行う
 - ④ 診療情報管理委員会は、診療情報管理規定違反に関する罰則規定に則り審議を行う
 - ⑤ 罰則適用となった案件についてはRMQC室と情報共有する(必要に応じて、情報システム課へ連絡する)
 - ⑥ 診療情報管理委員会で罰則適用となった案件を病院長へ報告する
 - ⑦ 執行者(病院長または診療情報管理委員長)から報告者(原則、当事者)に対し罰則を執行する(診療情報管理規定違反に関する罰則規定、罰則適用基準に準拠する)
- ★当事者から「診療情報事故報告」がなされない場合には、診療情報管理室から督促する

※1 診療情報に関する事案の定義

- ・個人情報漏洩・紛失(下記)
- ・診療に影響を与える可能性のある病名等の誤記載および患者誤認によるカルテ誤記載

※2 当院においては、主に患者の要配慮個人情報をいう

(病歴・診療/調剤の情報・身体/知的/精神障害の有無・ゲノム情報等、特に配慮が必要なもの)

※3 個人情報保護委員会へ報告する対象となる漏洩等の定義

- ・漏洩…要配慮個人情報を第三者に渡す・外部に持ち出される
(例:病名等を記載した書類等を第三者に渡す/宛先を間違えて郵送する/電子メールで送信する)
 - ・滅失…要配慮個人情報が消失し復元できない状態となる(例:天災等で電子カルテが全消去する、要配慮個人情報を入れた記録媒体を紛失する(紛失し第三者に拾得された場合、漏洩となる))
- 【注】電子カルテから印刷した書類を紛失する→原本(データ)が残っているなら滅失ではない
- ・毀損…要配慮個人情報が別の情報に置き換わる(例:サイバー攻撃で電子カルテが文字化けする)

電子カルテ端末以外のパソコンでの個人情報を含む診療情報等の取り扱い指針

情報システム委員会
診療情報管理委員会

1 趣 旨

インターネットLANに接続して使用されているパソコン及びスタンドアロンで使用しているパソコンでの診療情報の取り扱いについては、診療情報管理規程の内定められているが、実運用の観点では課題がある。

また、患者情報の取り扱いについては、個人情報保護の観点で取り扱いについて十分な注意が求められている。

そこで、HIS-LANに接続していないパソコンで診療情報等を取り扱う場合の取り扱いについて指針を作成した。

2 対 象

(1) 対象パソコン

業務として診療情報等の患者情報を処理する全てのパソコン。

但し、HIS-LANに接続されている電子カルテ用端末、部門システム専用端末は除く。

所有形態（個人所有、SCC所有（研究費購入等を含む））やネットワーク接続形態（インターネット接続、スタンドアロン）を問わない。

(2) 対象情報

- ① 電子カルテから取り出した診療情報（診療情報管理委員会への申請対象）
- ② 部門システムから取り出した画像等の診療情報（診療情報管理委員会への申請対象）
- ③ 業務として収集した患者情報の内、患者個人を特定できる情報
（例：診療科毎の手術台帳、専門医認定のための診療実績、治験患者情報、臨床研究データ等）
但し、匿名加工情報は対象情報から除く。（以下、診療情報等という。）

3 予想されるリスク・問題点

- ・ パソコンの盗難・紛失により情報が漏えいする。
- ・ 診療情報等を保存したUSBメモリ等の外部記憶装置を盗難・紛失して情報が漏えいする。
- ・ インターネットメールで送信した場合、メール伝達経路上のサーバで内容を盗み見される恐れがある。
- ・ ネットワーク接続の場合、ウィルスやファイル共有ソフトにより、パソコン内部のハードディスクへ保存した診療情報等が利用者の気づかぬうちに外部へ送信される可能性がある。

4 取り扱い指針

- (1) インターネットへ接続されたパソコンで診療情報等を保存する場合は、パスワードロックされた USB メモリ等の外部記憶媒体又はファイルサーバに保存し、パソコンのハードディスクへ保存しないこと。
※各所属等で診療情報等を保存するファイルサーバを構築する場合は、情報システムスタッフに申請の上、許可を受けること。

ファイルサーバの管理者は情報システムスタッフとする。

- (2) 特定の管理区域から持ち出さないスタンドアロンパソコンの場合は、そのパソコンのハードディスクへの診療情報等の保存を認める。

但し、設置場所が入室管理されていない場合は、パソコンをセキュリティワイヤー（チェーン）等で固定すること。

さらに、ログインユーザとパスワードの設定を行い、スクリーンセーバには「パスワードによる保護」を設定すること。

- (3) USB メモリ等の外部記憶装置は、施錠可能な場所へ保管すること。

個人に割り当てられているロッカー、机の引き出し等の施錠可能な場所へ保管のこと。記憶媒体が使用後に、そのまま放置された状態にならないこと。

- (4) ファイル交換システムにアップロードされた診療情報等は、診療情報管理室職員（診療情報管理士等）が監査を行う。申請者がアップロードした個人情報を含まない情報（匿名加工情報を含む）および仮名加工情報の院内利用については、申請に不備がなければ取り出しが承認される。個人情報を含む情報（仮名加工情報を含む）等を S C C 外部へ持ち出すことは、原則禁止とする。

但し、診療情報管理室長が、申請された内容に一定の合理性を認める場合に限り、特例として承認をすることができる。

承認された個人情報を含む情報（仮名加工情報を含む）は、診療情報管理室職員によって、診療情報管理室にて管理するパスワードロック機能付き USB メモリを用いて保存し、申請者に USB メモリを貸与する。申請者は、特例として承認された診療情報等を利用した後、USB メモリを速やかに診療情報管理室へ返却すること。

※ 匿名加工情報とは、患者 I D、氏名、生年月日、住所、電話番号、顔写真等の個人を識別する情報を取り除き、他の情報と照合しても個人が特定できないようにしたもの。個人情報を含んだ状態に復元できるものは、匿名加工情報とは見なさない。

※ 仮名加工情報とは、患者 I D、氏名、生年月日、住所、電話番号、顔写真等の個人を識別する情報を仮名や仮 I D 等に加工しているが、他の情報と照合することによって個人を識別できるもの。

- (5) 診療情報等を保存した USB メモリを紛失した場合、盗難にあった場合は診療情報管理室経由で病院長へ報告すること。

- (6) インターネットメールで患者の紹介状、病状等の診療情報等を送信する場合は、本文全文を Word、Excel ファイル化しパスワードを設定して、添付ファイルとして送信すること。パスワードについては、別途、電話・FAX・別メール等で相手に知らせる。

但し、そのメールの対象となる患者が事前にメール送信する事を承諾している場合は、この限りでない。

なお、インターネットメールにより診療情報等を送信する場合には、セキュリティ上、G-Mail 等のフリーメールサービスを利用しないこと。

- (7) SNSの運用に関して、個人が特定できる写真や映像、文章などを投稿する場合は、事前に本人や所属団体、企業などに了承を得るなど、基本的人権、肖像権、プライバシー権、著作権などに十分に留意すること。
- (8) 診療情報等を扱うインターネット接続パソコンには、ウイルス対策ソフトウェアをインストールし、常にウイルスパターンファイルを最新のものに更新すること。また、スタンドアロンパソコンへFD、USBメモリ等の外部記憶媒体でデータを移す場合は、事前にウイルス対策ソフト導入済みのパソコンでウイルスチェックを行いウイルス感染がないことを確認の上、保存すること。
- (9) 退職時には、原則として診療情報等の持ち出しを禁止とし、退職前にファイルサーバのグループ共有フォルダへ移動させるか削除すること。但し、退職者が認定医申請等のために最低限必要な治療実績等の診療情報は、この限りでない。この場合、診療情報管理室へ申請し、診療情報管理委員会の承認を受けなければならない。また、退職後もこれらの診療情報等の取り扱いについては、パソコンのハードディスクへの保存を行わないでパスワードロックしたUSBメモリ等の外部記憶媒体へ保存すること。
- (10) 上記指針に違反した場合は、診療情報管理委員会が別に定めるところにより処罰される。
※ USBメモリ等には、外部接続(USB等)されたハードディスク装置を含む。
パスワードロックされてUSBメモリとして指紋認証機能付きUSBメモリの使用を認める。
(推奨製品：(株)バッファロー RUF2-F512-W)

附則

- 本指針は、2006年 2月 1日より施行する。
本改正は、2006年 7月 3日より施行する。
本改正は、2012年 8月24日より施行する。
本改正は、2023年11月16日より施行する。
本改正は、2024年 9月11日より施行する。

診療情報：院内利用・院外提供手順

1. 診療情報 院内利用・院外提供一覧表

診療において発生した診療情報（診療録・診療記録等）を利用・提供する際は、その目的に応じて、以下のとおり対応する。：参照－診療情報 院内利用・院外提供一覧表*

2. 診療に関わる利用 ：一覧表2

- 1) 患者の診療の一助として、患者および他病院医師へ電子カルテ（含：部門システム）の内容を閲覧・紙出力し診療情報を提供する際は、原則として主担当医が、もしくは主担当医の許可の上行う。：診療目的の場合は、原則として『診療外利用届け』での届け出は不要。
- 2) 診療目的で院外へ提供する際（医療連携等）、届け出は不要だが、FAX を利用する時は、FAX 設置場所を相手方へ電話確認するなど、患者プライバシー保護に十分注意し誤送信に注意する。
- 3) 医師記録以外（コメディカルや看護師等）の記録を診療目的で提供する際、薬剤情報提供書は薬剤師の判断で、看護サマリーは看護師の判断で提供するなど、記載者への確認を原則とするが、電子カルテ画面のハードコピーなどの全般については、原則として患者の診療を実際に担当している担当医の判断、指示により提供する。
- 4) 原則としてメールでのやりとりは行わない。

3. 診療外目的の利用①：一覧表3

研究・学会活動、研究班提供、学習・教育、調査・アンケート、統計、委員会活動等

研究や学会活動のための院外利用については、患者のプライバシー保護に留意して利用し、「診療外利用届け」に利用目的等を明示し院長の決裁を得る。

- 1) 臨床研究 DB：CLISTA！SEARCH(後利用データベース)を利用する際も、「診療外利用届け」に利用目的を明示、提出して利用可能。
- 2) 紙出力分およびダウンロードデータを院外へ持ち出す際は、利用後は各人で適切に管理し利用が終了したら適切に処分する。
- 3) 原則として患者からの同意事項をカルテ記載し、院外提出の際は必要に応じて匿名化作業を行う。

4. 診療外目的の利用②：一覧表4

病院経営管理、医療監視・行政監査、病院機能評価、訴訟対応、警察調査、がん登録等

- 1) 病院経営管理等病院としての利用に際しては、一覧表のとおり「診療外利用届け」*を提出して利用する。

院外へ提供する場合で倫理上の課題がある場合などは、総長の判断で倫理審査委員会へ諮る。

5. 治験での利用 ：一覧表5

治験での利用については、治験管理室での指針・マニュアルに従い、「治験開始届け」「治験終了届け」の回収より、「診療外利用届け」の代用とする。

6. 開示

開示での利用・提供の詳細については、診療録等開示委員会作成の「診療録等開示実施要綱」、開示フローに従う。

7. その他

診療外で発生した患者個人情報等の利用については、個人情報保護法に従う。

例) 患者同意の上での臨床試験検査データ・画像等

附則：この要綱は平成14年9月6日より施行する。

改正：平成15年2月17日

改正：平成25年8月15日

改正：令和5年4月20日

診療情報 院内利用・院外提供一覧表

◎→手続き不要、●→手続きを経て可能、×→当面想定せず

手続 ガイド 番号	目的	出力形式	出力元	事務への 指示者	データ事務処理者	提供先	院外提供 (提出)	閲覧	紙出力 (含ファイル)	ダウンロード (USB/CD等)	提供データ 種類	手続き種類			
2	診 療 (原則として担当医の判断で提供可能だが、患者提供で、大量要求等問題ありの場合、開示対応とする。)	紹介状(診療情報提供書)類	電子カルテ	医師	医師・医師事務補助・医療連携	患者・他病院医師	あり	◎	◎	×	生データ	不要			
		入院診療計画書類		医師	医師・看護師・栄養士	患者	あり	◎	◎	×	生データ	不要			
		説明書・同意書類		医師	医師・看護師・医師事務補助・医療連携	患者、患者家族	あり	◎	◎	●	×	生データ	不要		
		看護サマリー	医師 看護師	電子カルテ 部門システム	医師 看護師	患者・他病院医師・他病院看護師	患者・他病院医師・他病院看護師	あり	◎	◎	×	生データ	不要		
		検査・データレポート	医師		医師・コメディカル	患者・他病院医師・他病院コメディカル	あり	◎	◎	◎	◎	生データ	不要		
		薬剤情報提供書	医師 薬剤師		薬剤師	患者・他病院薬剤師	患者・他病院薬剤師	あり	◎	◎	◎	×	生データ	不要	
		その他画面	医師		全職種	患者、患者家族	患者、患者家族	あり	◎	◎	◎	×	生データ	不要	
3 000213	研究・学会活動 研究班提供 学習・教育 調査・アンケート 統計 各種委員会活動	その他紙文書類	個人紙ファイル	医師	全職種	患者・他病院医師	あり	●	●	×	生データ	診療情報管理室管理・文書閲覧表			
		紙・データ	電子カルテ 臨床研究DB	全職種	医師・看護師・コメディカル	医師・看護師・コメディカル	あり	◎	◎	●	●	●	生データ・加工データ	診療外利用届け	
				全職種	研究班	研究班	あり	◎	◎	●	●	●	加工データ	診療外利用届け	
				全職種	医師・看護師・コメディカル	医師・看護師・コメディカル	あり	◎	◎	◎	◎	●	加工データ	診療外利用届け	
				全職種	各調査機関・学会事務局等	各調査機関・学会事務局等	あり	◎	◎	◎	◎	●	加工データ	診療外利用届け	
				全職種	全職種	全職種	あり	◎	◎	◎	◎	●	加工データ	診療外利用届け	
				全職種	全職種	全職種	なし	◎	◎	◎	◎	●	加工データ	診療外利用届け	
4	病院経営管理 院内がん登録 地域・全国がん登録 医療監視・行政監査 病院機能評価 訴訟 警察捜査 治 験	紙・データ	電子カルテ 臨床研究DB 電子カルテ 部門システム	事務、診療情報管理士	事務、診療情報管理士	県	あり	◎	◎	●	●	生データ・加工データ	診療外利用届け		
				診療情報管理士・診療情報管理士補助	診療情報管理士・診療情報管理士補助	国立がんセンター	あり	●	●	●	●	●	加工データ	診療外利用届け	
				診療情報管理士・診療情報管理士補助	診療情報管理士・診療情報管理士補助	静岡県	あり	◎	◎	◎	◎	●	加工データ	診療外利用届け	
				事務、診療情報管理士	事務、診療情報管理士	社会保険・国・県	あり	◎	◎	◎	◎	●	加工データ	診療外利用届け	
				全職種	全職種	サーベイヤー・病院機能評価機構	あり	◎	◎	◎	◎	●	×	加工データ	診療外利用届け
				事務、診療情報管理士、コメディカル	事務、診療情報管理士、コメディカル	弁護士・裁判所	あり	●	●	●	●	●	●	生データ	診療外利用届け
				事務、診療情報管理士、コメディカル	事務、診療情報管理士、コメディカル	警察	あり	●	●	●	●	●	●	生データ	診療外利用届け
5	治 験	紙・データ	電子カルテ 部門システム	医師・看護師・コメディカル・事務・製薬会社モニター	医師・看護師・コメディカル・事務・製薬会社モニター	製薬会社	あり	◎	◎	●	生データ・加工データ	診療情報利用許可			

* 診療外で発生した患者個人情報等の利用については、個人情報保護法に従う。例)患者同意の上での臨床試験 検査データ・画像等

診療情報・診療外利用 院外提供届け

運用規則

- 1) 診療において発生した診療情報を、診療外で利用する際には、その目的に応じて以下「診療情報・診療外利用届け」を提出して下さい。(提出要否は、「診療情報 院内利用・院外提供一覧表」参照)
- 2) この申請は、個人情報の保護と、診療情報の利用・提供内容を病院全体として当事者および第三者へ説明できるよう、診療情報管理室の業務として集約して把握・管理することを目的としています。また、診療に必要な情報を電子カルテへ取り込むことも、集約して把握することも目的としています。そのため、申請書の「利用内容」には、対象患者・患者 ID・日付・記録種類などを含めて具体的に記入してください。
- 3) 申請する際には、原則、匿名加工情報*1 又は仮名加工情報*2 に加工してください。仮名加工情報の場合は、院内利用に限定されます。対応表を同時に取り出さないよう注意してください。
- 4) 個人情報が含まれる情報の申請や、仮名加工情報を院外利用・院外提供目的での申請を行う場合には、予め診療情報管理委員長の許可を得てから申請をしてください。(※3：特例承認例)
- 5) 申請データは、診療情報管理室の承認後に使用可能となります。審査には1日を要します(土日祝は翌診療日に審査)ので余裕を持って申請をしてください。急ぎの事案の場合は、平日時間内に診療情報管理室担当(3151)まで連絡してください。
- 6) 個人情報が含まれる情報や、仮名加工情報を取り出す場合は、そのままデータをダウンロードすることができません。診療情報管理室が管理するパスワード付き USB メモリへ保存し、貸与いたします。利用後は速やかに診療情報管理室へ返却をお願いいたします。
- 7) 取り出したデータは、必ずファイルサーバまたは外部記憶媒体に保存していただき、外部記憶媒体を使用する場合には施錠できる場所に保管をしてください。

届出者 → 診療情報管理室 → 病院長

(複数項目チェック可。★は院外持出の場合に記

診療情報・診療外利用届け(<input type="checkbox"/> 電子カルテ取出 <input type="checkbox"/> 電子カルテ取込) * 届出番号					
利用者氏名(自署)	所属科名		届出年月日		
利用目的	<input type="checkbox"/> 1研究 <input type="checkbox"/> 2研究 <input type="checkbox"/> 3学会活動 <input type="checkbox"/> 4治験 <input type="checkbox"/> 5学習・教育 <input type="checkbox"/> 6統計・評価 <input type="checkbox"/> 7委員会活動 <input type="checkbox"/> 8行政監査 <input type="checkbox"/> 9医療監視 <input type="checkbox"/> 10病院機能評価 <input type="checkbox"/> 11警察調査 <input type="checkbox"/> 12調査(アンケート) <input type="checkbox"/> 13投稿 <input type="checkbox"/> 14医療連携(診療外) <input type="checkbox"/> 15その他 ()				
診療情報	<input type="checkbox"/> 医師記録 <input type="checkbox"/> 画像データ <input type="checkbox"/> コメディカル記録 <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> その他()	利用システム	<input type="checkbox"/> 電子カルテ <input type="checkbox"/> 診療情報管理室作成DB <input type="checkbox"/> 部門システム <input type="checkbox"/> CLISTA! <input type="checkbox"/> 臨床研究DB(後利用) <input type="checkbox"/> その他()		
利用内容	年 月 日 ~ 年 月 日 ()				
利用種類	<input type="checkbox"/> ファイル交換システム <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 紙(フィルム)出力 <input type="checkbox"/> その他()	患者個人情報	<input type="radio"/> 個人情報あり <input type="radio"/> 個人情報なし		利用データ件数
院外提供(持ち出し)年月日	<input type="radio"/> あり (年 月 日) <input type="radio"/> なし(院内利用に限る)	個人情報の加工	<input type="radio"/> 匿名加工情報*1 <input type="radio"/> 加工なし <input type="radio"/> 仮名加工情報*2		件
★発表・提供先	<input type="checkbox"/> 研究班 <input type="checkbox"/> 日本医療機能評価機構 <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> その他行政 <input type="checkbox"/> 学会 <input type="checkbox"/> 製薬会社 <input type="checkbox"/> 裁判所 <input type="checkbox"/> 厚生労働省 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 調査機関 <input type="checkbox"/> その他()				
★学会・研究班(事務局)	院 長	医療情報システム安全管理責任者	室 長	診療情報管理室	担当者
					対応 / 作

【参考】

※1 匿名加工情報（ホームページや院内掲示で公表していれば第三者提供は可能）

匿名加工情報を作成するときは、特定の個人を識別すること及びその作成に用いる個人情報を復元することができないようにするために必要なものとして、以下、個人情報保護委員会規則で定める基準に従い、当該個人情報を加工しなければならない。（削除 = 置き換えることを含む）

- 1) 個人情報に含まれる特定の個人を識別することができる記述等の全部又は一部を削除すること
（識別可能な記述:氏名、住所、電話番号、生年月日、性別） ※記載例:○県×市、○年△月
- 2) 個人情報に含まれる個人識別符合の全部を削除すること
（個人識別符合:生体情報(DNA、顔、虹彩、声紋、歩行の態様、手指の静脈、指紋、掌紋)をデジタルデータに変更したもの、旅券番号、基礎年金番号、免許証番号、住民票コード、マイナンバー、各種保険証の番号等の公的機関が割り振る番号） ※記載例:顔にモザイク加工をする
- 3) 個人情報と当該個人情報に措置を講じて得られる情報とを連結する符合を削除すること
（連結する符合:カルテID、管理用ID等） ※記載例:CKd7x01 (ランダム変数)
- 4) 特異な記述等を削除すること
（特異な記述:珍しい事実に関する記述(稀少癌名等)、他の個人と著しい差異が認められる記述(116 歳、210cm 等)） ※記載例:症例数 1-3 例、90 歳以上

※2 仮名加工情報（第三者提供は禁止（法令に基づく場合、委託、事業の継承は可））

仮名加工情報を作成するときは、以下に定める措置を講じて他の情報と照合しない限り特定の個人を識別することができないように個人情報を加工しなければならない。

- 1) 個人情報に含まれる記述等の一部を削除すること
（識別可能な記述:氏名、住所、電話番号、生年月日、性別） ※記載例:○県×市、○年△月
- 2) 個人情報に含まれる個人識別符合の全部を削除すること
（個人識別符合例:生体情報(DNA、顔、虹彩、声紋、歩行の態様、手指の静脈、指紋、掌紋)をデジタルデータに変更したもの、旅券番号、基礎年金番号、免許証番号、住民票コード、マイナンバー、各種保険証番号等の公的機関が割り振る番号） ※使用例:顔にモザイク加工をする

※3 特例承認（業務上やむを得ないもので、事前に診療情報管理室長の許可を得ているもの）

- 1) 電子カルテ端末でマスクングができない動画(取り出し後、マスクング加工して利用すること)
- 2) 医事請求内容(還付や追加徴収等)を含む当院の口座情報
- 3) 個人情報管理室バンキングシステムへの紐付けデータ
- 4) カルテ開示に係る画像データ
- 5) がん登録データ
- 6) 多施設共同臨床試験のうちIRBまたはCRBで承認された仮名加工情報（別添参照）
- 7) 厚生労働省からの照会・依頼事項

多施設共同試験IRB・CRB申請一覧

・IRB申請一覧（整理番号）166件

1	17-41	48	30-39	95	2021-8
2	21-39	49	30-40	96	2021-9
3	21-57	50	30-41	97	2021-10
4	21-65	51	30-44	98	2021-13
5	24-4	52	2019-1	99	2021-14
6	24-30	53	2019-2	100	2021-15
7	24-47	54	2019-6	101	2021-16
8	25-6	55	2019-8	102	2021-17
9	25-30	56	2019-9	103	2021-18
10	25-33	57	2019-19	104	2021-20
11	26-23	58	2019-12	105	2021-22
12	26-62	59	2019-13	106	2021-25
13	27-8	60	2019-20	107	2021-26
14	27-17	61	2019-21	108	2021-27
15	27-22	62	2019-22	109	2021-28
16	27-41	63	2019-26	110	2021-29
17	27-59	64	2019-27	111	2021-30
18	27-71	65	2019-30	112	2021-31
19	28-23	66	2019-31	113	2021-32
20	28-25	67	2019-33	114	2021-33
21	28-31	68	2020-2	115	2021-36
22	28-50	69	2020-3	116	2022-1
23	28-66	70	2020-4	117	2022-2
24	28-67	71	2020-5	118	2022-3
25	29-7	72	2020-6	119	2022-4
26	29-8	73	2020-7	120	2022-5
27	29-27	74	2020-8	121	2022-6
28	29-32	75	2020-11	122	2022-7
29	29-33	76	2020-12	123	2022-8
30	29-43	77	2020-13	124	2022-9
31	29-46	78	2020-14	125	2022-10
32	29-49	79	2020-15	126	2022-11
33	29-50	80	2020-18	127	2022-12
34	29-66	81	2020-20	128	2022-15
35	29-67	82	2020-21	129	2022-16
36	29-68	83	2020-24	130	2022-17
37	30-1	84	2020-25	131	2022-18
38	30-4	85	2020-26	132	2022-19
39	30-8	86	2020-27	133	2022-20
40	30-9	87	2020-28	134	2022-21
41	30-17	88	2020-29	135	2022-22
42	30-18	89	2020-30	136	2022-23
43	30-23	90	2020-31	137	2022-24
44	30-27	91	2021-2	138	2022-25
45	30-29	92	2021-4	139	2022-26
46	30-37	93	2021-6	140	2022-27
47	30-38	94	2021-7	141	2022-28

142	2022-30
143	2022-31
144	2022-32
145	2022-33
146	2022-34
147	2022-35
148	2022-36
149	2022-37
150	2022-38
151	2022-39
152	2023-1
153	2023-2
154	2023-3
155	2023-4
156	2023-5
157	2023-6
158	2023-7
159	2023-8
160	2023-9
161	2023-10
162	2023-11
163	2023-26
164	他中央2023-29
165	2023-33
166	2023-46

・CRB申請一覧(整理番号) 218件

●特定臨床研究 199件

特1	特-2018-01
特2	特-2018-02
特3	特-2018-04
特4	特-2018-05
特5	特-2018-06
特6	特-2018-07
特7	特-2018-09
特8	特-2018-10
特9	特-2018-15
特10	特-2018-16
特11	特-2018-17
特12	特-2018-18
特13	特-2019-02
特14	特-2019-03
特15	特-2019-05
特16	特-2019-06
特17	特-2020-01
特18	特-2020-02
特19	特-2020-03
特20	特-2020-04
特21	特-2020-05
特22	特-2020-06
特23	特-2021-01
特24	特-2021-02
特25	特-2021-03
特26	特-2021-04
特27	特-2021-05
特28	特-2021-06
特29	特-2021-07
特30	特-2021-08
特31	特-2021-09
特32	特-2022-02
特33	特-2022-03
特34	特-2022-04
特35	特-2022-05
特36	特-2022-06
特37	特-2022-07
特38	特-2022-08
特39	特-2022-09
特40	特-2022-11
特41	特-2022-12
特42	特-2023-01
特43	特-2023-02

他特1	他特-2018-01
他特2	他特-2018-02
他特3	他特-2018-03
他特4	他特-2018-04
他特5	他特-2018-05
他特6	他特-2018-06
他特7	他特-2018-07
他特8	他特-2018-08
他特9	他特-2018-09
他特10	他特-2019-01
他特11	他特-2019-02
他特12	他特-2019-03
他特13	他特-2019-04
他特14	他特-2019-05
他特15	他特-2019-06
他特16	他特-2019-07
他特17	他特-2019-08
他特18	他特-2019-09
他特19	他特-2019-10
他特20	他特-2019-11
他特21	他特-2019-12
他特22	他特-2019-13
他特23	他特-2019-14
他特24	他特-2019-15
他特25	他特-2020-01
他特26	他特-2020-02
他特27	他特-2020-03
他特28	他特-2020-04
他特29	他特-2020-05
他特30	他特-2020-06
他特31	他特-2020-07
他特32	他特-2020-08
他特33	他特-2020-09
他特34	他特-2020-10
他特35	他特-2020-11
他特36	他特-2020-12
他特37	他特-2020-13
他特38	他特-2020-14
他特39	他特-2020-15
他特40	他特-2020-16
他特41	他特-2020-17
他特42	他特-2020-18
他特43	他特-2020-19
他特44	他特-2020-20
他特45	他特-2021-01
他特46	他特-2021-02
他特47	他特-2021-03
他特48	他特-2021-06

他特49	他特-2021-08
他特50	他特-2021-09
他特51	他特-2021-10
他特52	他特-2021-11
他特53	他特-2021-12
他特54	他特-2021-13
他特55	他特-2021-14
他特56	他特-2022-01
他特57	他特-2022-02
他特58	他特-2022-03
他特59	他特-2022-04
他特60	他特-2022-05
他特61	他特-2022-06
他特62	他特-2022-07
他特63	他特-2022-08
他特64	他特-2022-09
他特65	他特-2022-10
他特66	他特-2022-11
他特67	他特-2022-12
他特68	他特-2022-13
他特69	他特-2022-14
他特70	他特-2022-15
他特71	他特-2023-01
他特72	他特-2023-02
他特73	他特-2023-03
他特74	他特-2023-04
他特75	他特-2023-05
他特76	他特-2023-06
他特77	他特-2023-07
他特78	他特-2023-11

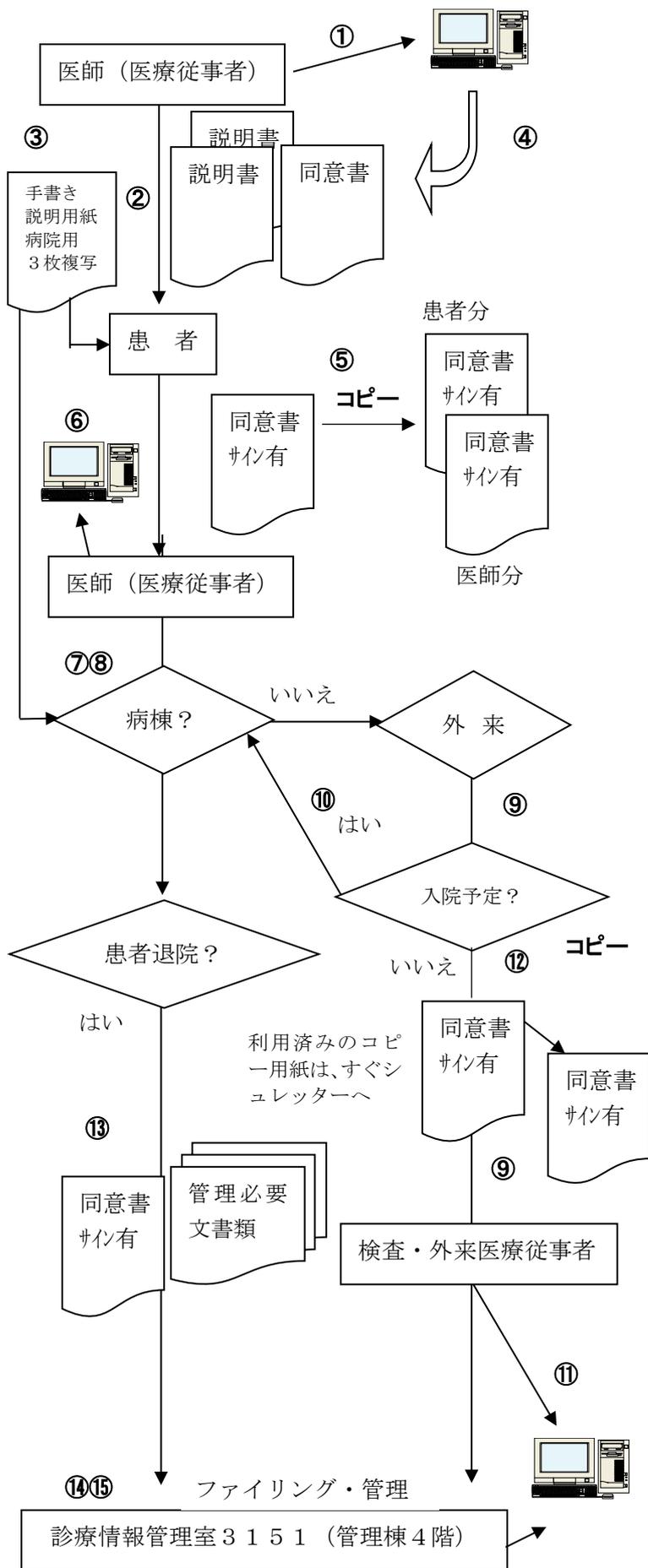
●非特定臨床研究 19件

他掛特1	他掛特-2018-01
他掛特2	他掛特-2018-02
他掛特3	他掛特-2018-03
他掛特4	他掛特-2018-04
他掛特5	他掛特-2018-05
他掛特6	他掛特-2018-06
他掛特7	他掛特-2018-07
他掛特8	他掛特-2018-08
他掛特9	他掛特-2018-09
他掛特10	他掛特-2018-10
他掛特11	他掛特-2018-11
他掛特12	他掛特-2018-12
他掛特13	他掛特-2018-13
他掛特14	他掛特-2018-14
他掛特15	他掛特-2018-15
他掛特16	他掛特-2018-16
他掛特17	他掛特-2018-17
他掛特18	他掛特-2018-18
他掛特19	他掛特-2018-19
他掛特20	他掛特-2018-20
他掛特21	他掛特-2018-21
他掛特22	他掛特-2018-22
他掛特23	他掛特-2018-23
他掛特24	他掛特-2018-24
他掛特25	他掛特-2018-25
他掛特26	他掛特-2018-26
他掛特27	他掛特-2018-27
他掛特28	他掛特-2018-28
他掛特29	他掛特-2018-29
他掛特30	他掛特-2018-30
他掛特31	他掛特-2018-31
他掛特32	他掛特-2018-32
他掛特33	他掛特-2018-33
他掛特34	他掛特-2018-34
他掛特35	他掛特-2018-35
他掛特36	他掛特-2018-36
他掛特37	他掛特-2018-38
他掛特38	他掛特-2018-39
他掛特39	他掛特-2018-40
他掛特40	他掛特-2018-41
他掛特41	他掛特-2018-42
他掛特42	他掛特-2018-43
他掛特43	他掛特-2018-44
他掛特44	他掛特-2018-45
他掛特45	他掛特-2018-46
他掛特46	他掛特-2018-47
他掛特47	他掛特-2018-48
他掛特48	他掛特-2018-49

他掛特49	他掛特-2018-50
他掛特50	他掛特-2018-51
他掛特51	他掛特-2018-52
他掛特52	他掛特-2018-53
他掛特53	他掛特-2018-54
他掛特54	他掛特-2018-55
他掛特55	他掛特-2018-56
他掛特56	他掛特-2018-57
他掛特57	他掛特-2018-58
他掛特58	他掛特-2018-59
他掛特59	他掛特-2018-60
他掛特60	他掛特-2018-61
他掛特61	他掛特-2018-62
他掛特62	他掛特-2018-63
他掛特63	他掛特-2018-64
他掛特64	他掛特-2018-65
他掛特65	他掛特-2018-66
他掛特66	他掛特-2018-67
他掛特67	他掛特-2018-68
他掛特68	他掛特-2018-69
他掛特69	他掛特-2018-70
他掛特70	他掛特-2018-71
他掛特71	他掛特-2018-72
他掛特72	他掛特-2018-73
他掛特73	他掛特-2018-74
他掛特74	他掛特-2018-75
他掛特75	他掛特-2018-76
他掛特76	他掛特-2018-77
他掛特77	他掛特-2018-78
他掛特78	他掛特-2018-79

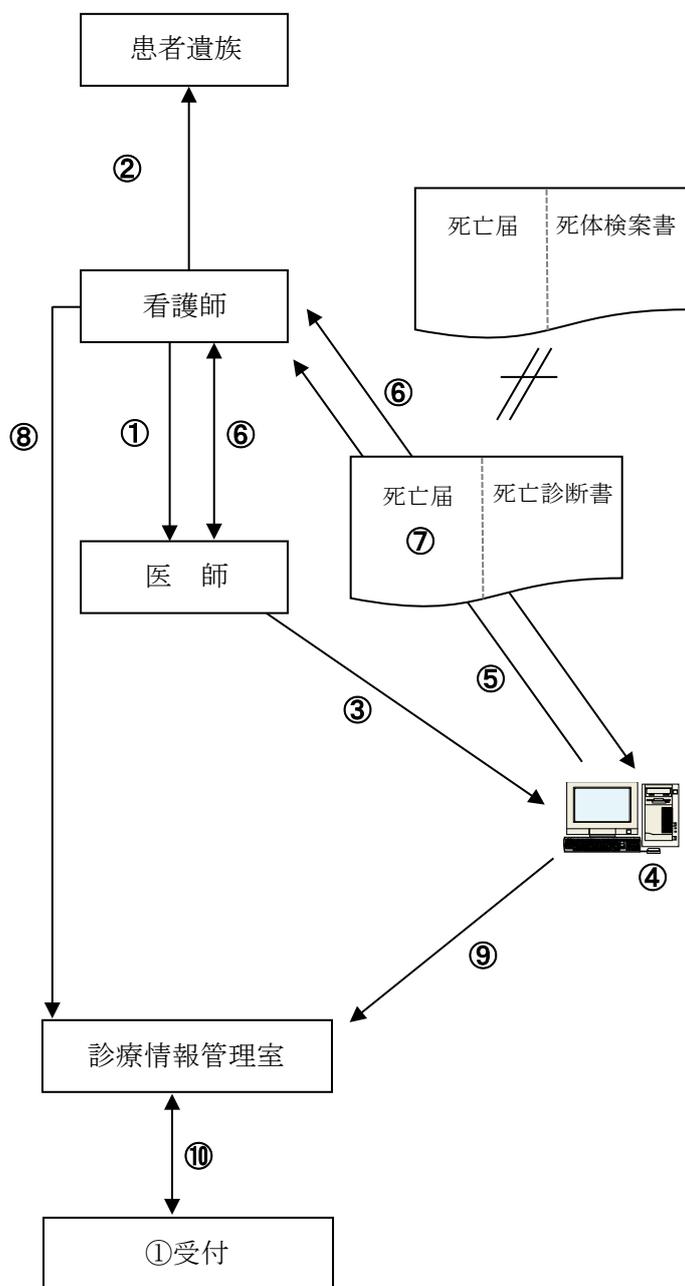
非特1	非特-2018-01
非特2	非特-2018-02
非特3	非特-2018-03
非特4	非特-2021-01
非特5	非特-2022-01
非特6	非特-2022-10
他非特1	他非特-2018-01
他非特2	他非特-2019-01
他非特3	他非特-2019-02
他非特4	他非特-2019-03
他非特5	他非特-2019-05
他非特6	他非特-2020-01
他非特7	他非特-2021-01
他非特8	他非特-2023-01
他非特9	他非特-2023-02
他非特10	他非特-2023-03
他掛非特1	他掛非特-2018-01
他掛非特2	他掛非特-2018-02
他掛非特3	他掛非特-2018-03

受領:同意書(サイン済み)のフロー



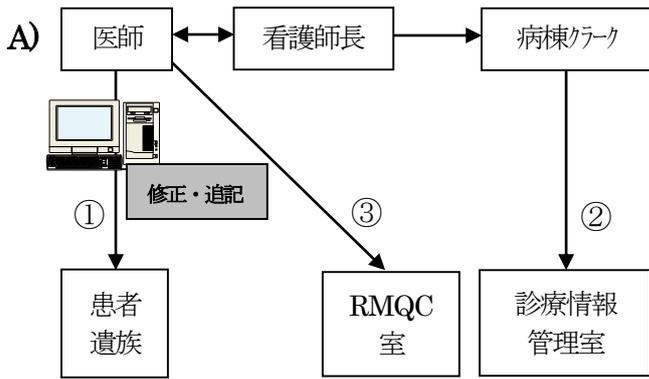
- ① 医師および医療従事者が電子カルテの文書作成システム上の【説明書と同意書】を用いて患者へ説明しながら必要項目を入力する。(原則)
 - ② 医師および医療従事者が【説明書と同意書】を出力し、必要事項の記入・署名/押印後に渡す。その際、訂正をしている場合は、訂正印または訂正署名を行う。(手書き複写説明用紙の利用はコメント入力)
 - ③ 手書き用紙病院控え用と、出力紙に記載したもののコピーは、⑦へ。
 - ④ 【説明書と同意書】を出力したことが自動的に電子カルテに記載される。
- すぐにサインをいただけない場合は、メッセージに後日【同意書】回収の必要性があることを記載して、回収もれのないように注意する。
- ⑤ 患者がサインをした【同意書】を医療従事者が回収する。その際、訂正がなされていた場合は、訂正印または訂正署名を求める。必要に応じてコピーする。(患者控、医師控)
 - ⑥ 受取った医療従事者が文書管理画面で<受取り>チェックし(日付と入力者氏名が自動記録)、【同意書】回収の事実を電子カルテに入力する。(原則)
 - ⑦ 病棟回収分は、患者ごとの透明ファイルケースに入れて、患者入院中は病棟で管理する。
 - ⑧ 手術時、転科時等には透明ファイルは患者と一緒に移動。
 - ⑨ 外来実施の検査や治療に関する同意書は、原則当日に検査受付、外来に提出してもらう。回収後医師が確認し、実施後、診療情報管理室へ。
 - ⑩ 入院予定者の場合は、原則外来ではなく入院後各病棟で受取る。
 - ⑪ やむを得ず実施日より前に、外来で受取ったものは、医療従事者が文書管理画面で<受取り>チェック(日付と入力者氏名が自動記録)し、【同意書】回収の事実を電子カルテに入力後、診療情報管理室へ。
 - ⑫ ⑪について、外来医師は必要に応じてコピーし、入院後必要な場合のみ管理室へ電話でコピー要請する。
 - ⑬ 入院の場合は、患者退院後3日以内に入院中透明ファイルケースからはずした同意書(と管理の必要な紙書類)を診療情報管理室へ。
 - ⑭ 診療情報管理室では、外来・病棟から届いた書類を、「発生紙書類提出票」と照らし合わせながら量的監査を行い、不備がないことが確認出来た書類をファイリング・管理する。
 - ⑮ 診療情報管理室で管理の同意書類は、原則貸し出し禁止、閲覧・コピー利用のみ可とし、シール貼付のみスキャンをする。

発行：死亡診断書のフロー

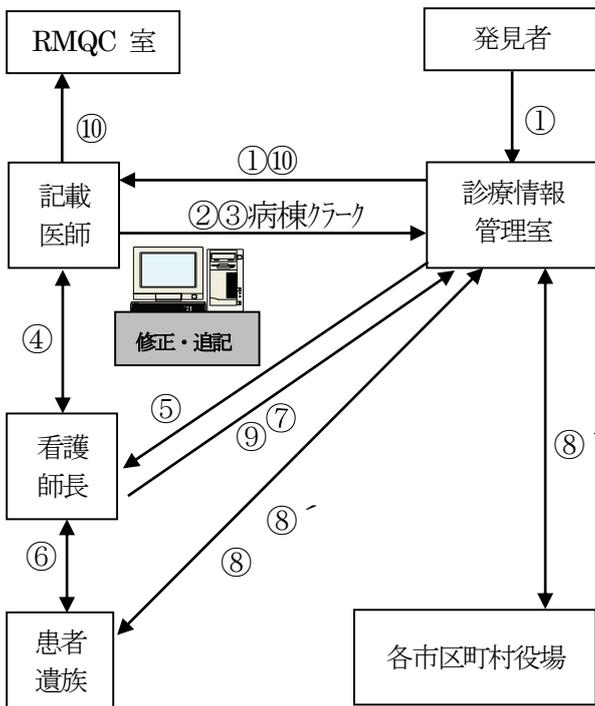


- ① 看護師が、医師に『死亡診断書』作成を要請。
(A3 用紙出力可能なプリンターのある部署で)
- ② 遺族であることの確認が取れない場合は、身分証明書、保険証等で確認する。
- ③ 担当医師が、電子カルテの文書作成機能により当該患者の『死亡診断書』を2部作成する。
*必要に応じて、死体検案書を使用
*1ページ目(死亡届)は、遺族が記入するので、記入不要
*2ページ目(死亡診断書)は、医師が【死亡診断書記入マニュアル】に従って記載(入力)する
*外字については印字されないため、「患者掲示板」に記載された日のスキャンを参考にし、追記する
- ④ 作成の事実は自動的に電子カルテに記載され、医事システムへ請求用データが流れる。
- ⑤ A3 用紙(左側→死亡届、右側→死亡診断書)で出力し、担当医師が署名する。
- ⑥ 看護師は、死亡診断書の内容をカルテで確認後、死亡診断書チェック用ファイルを用いて、医師または看護師とダブルチェックする。
- ⑦ 死亡時に身寄りや死亡届出人がおらず、やむを得ない場合に限り、死亡届の「公設所の長」欄に病院長名の署名または記名・押印を行う。【参照:死亡届出人不在時の死亡届の記載について】
- ⑧ 遺族等と死亡診断書の確認のうえ、遺族または搬送車に同乗される方に死亡診断書を1部渡し、病院控えは診療情報管理室で1部保管する。
- ⑨ 診療情報管理室では、電子カルテ上で死亡診断書の記載事項をチェックして、診療情報管理 DB へ原死因データを登録する。(必要に応じて医師へ確認)
- ⑩ 当該患者の『死亡診断書』について原本作成終了後、後日等に複数回発行要請があった場合は、原則、病院保管の死亡診断書控えを用いて死亡診断書の発行証明書を作成する。

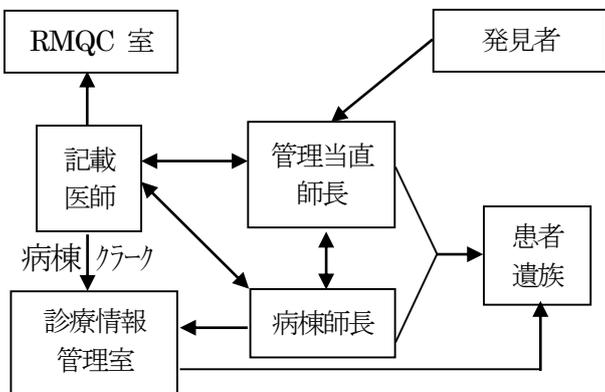
修正：死亡診断書不備発見時のフロー



B) 平日時間内



※平日時間外・休日



※B-1 郵送可、B-2⑧以降は、平日時間内と同様の対応とする。

※死亡診断書の修正の判断に困った場合には、まず診療情報管理室へ報告する。問題が大きくなりそうな場合はRMQC室、お金に関連した問題の場合は医事課と相談のうえ対応を決定する。

A) 発見時、ご遺族が院内にまだいらっしゃる場合

- ① 医師は作成済み死亡診断書を修正入力し、再発行ご家族へその旨説明し、お詫びして1部渡す
- ② 修正後の死亡診断書1部を、診療情報管理室へ
- ③ 医師がインシデント報告を行う(対応済みであることを明記)

B) 発見時、ご遺族が帰宅されていた場合

- ① 発見者は診療情報管理室へ報告し、診療情報管理室から記載医師へ連絡する(発見者=記載医師の場合も要連絡)
- ② 記載医師は死亡診断書を「変更」で修正し、再発行
- ③ 修正後の死亡診断書2部を、診療情報管理室へ
- ④ 記載医師は、看護師長と情報共有する
- ⑤ 診療情報管理室は、看護師長に遺族への連絡を依頼する
- ⑥ 看護師長は、説明・お詫びしてから、市区町村役場に提出済みであるか確認し、「提出前(B-1)」であれば郵送対応の可否確認、および郵送不可の場合には対応方法を相談する、「提出済(B-2)」であれば訂正予定(⑧)である旨お伝えする
- ⑦ 看護師長は診療情報管理室へ「ID・患者名・不備内容・市区町村役場提出有無・郵送可否」を伝える

※平日時間外・休日(当直帯対応)の場合

発見者は管理師長(休日昼間は管理副師長)へ報告。そのタイミングや状況に応じて、管理師長が記載医師へ死亡診断書訂正依頼とご遺族へ連絡を行う。ご遺族とのやり取りの中で、「1 来院(防災センター受付)/2 平日郵送/3 平日持参」の希望を確認する。1、3 の場合は、日時を確認する。2 の場合は、診療情報管理室から確認の電話連絡があることを伝え、了解を得る。管理師長は経緯を病棟師長へ報告する。記載医師は死亡診断書を再作成し、1部はご遺族へ、1部はクレーク経由で診療情報管理室へ提出する。

※平日時間外・休日(翌平日対応)の場合

発見者は管理師長へ報告し、管理師長から病棟師長へ報告する。病棟師長が一連の修正依頼ご遺族への連絡調整までを行う。

B-1) ご遺族が役場に死亡診断書提出前の場合

- ⑧ 郵送可: 診療情報管理室から、レターパックでご遺族宅へ郵送し、不備があった死亡診断書を返送していただく(平日時間内にて対応)
- 郵送不可: 遺族が希望する郵送以外の方法で渡し、不備のある死亡診断書を回収する

B-2) ご遺族が役場に死亡診断書提出済の場合

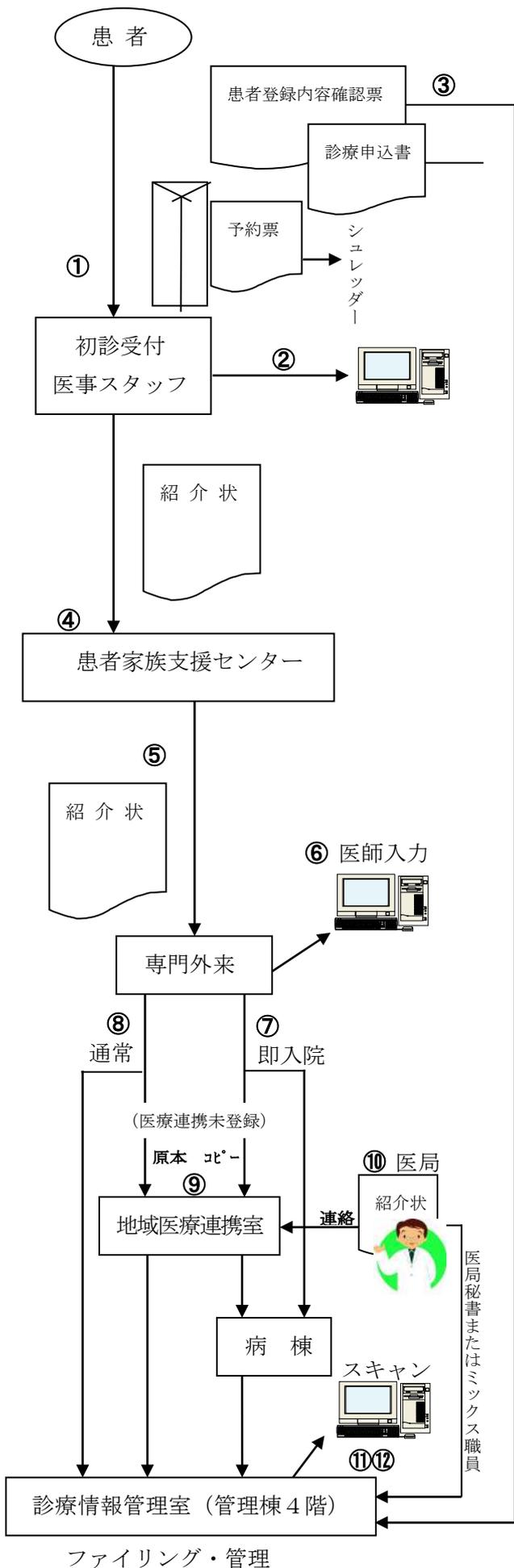
- ⑧ 診療情報管理室は、役場に死亡診断書修正可否の問い合わせ(確認点: 対象者、死亡診断書の所在、不備内容、修正方法)をし、役場の修正方法に従って、診療情報管理室が修正対応(1 原本を持参し不備分は回収、2 役場職員にて代行修正)を行い、訂正後の死亡診断書のコピーを遺族宅へ郵送

- ⑨ 診療情報管理室から医師と病棟師長へ修正完了の報告を行い、修正前後の死亡診断書を保管して歴を残す

※時間外・休日の場合は、週明けに病棟師長から記載医師へ修正完了報告およびインシデント報告依頼を行い、診療情報管理室へ対応経過を伝達する

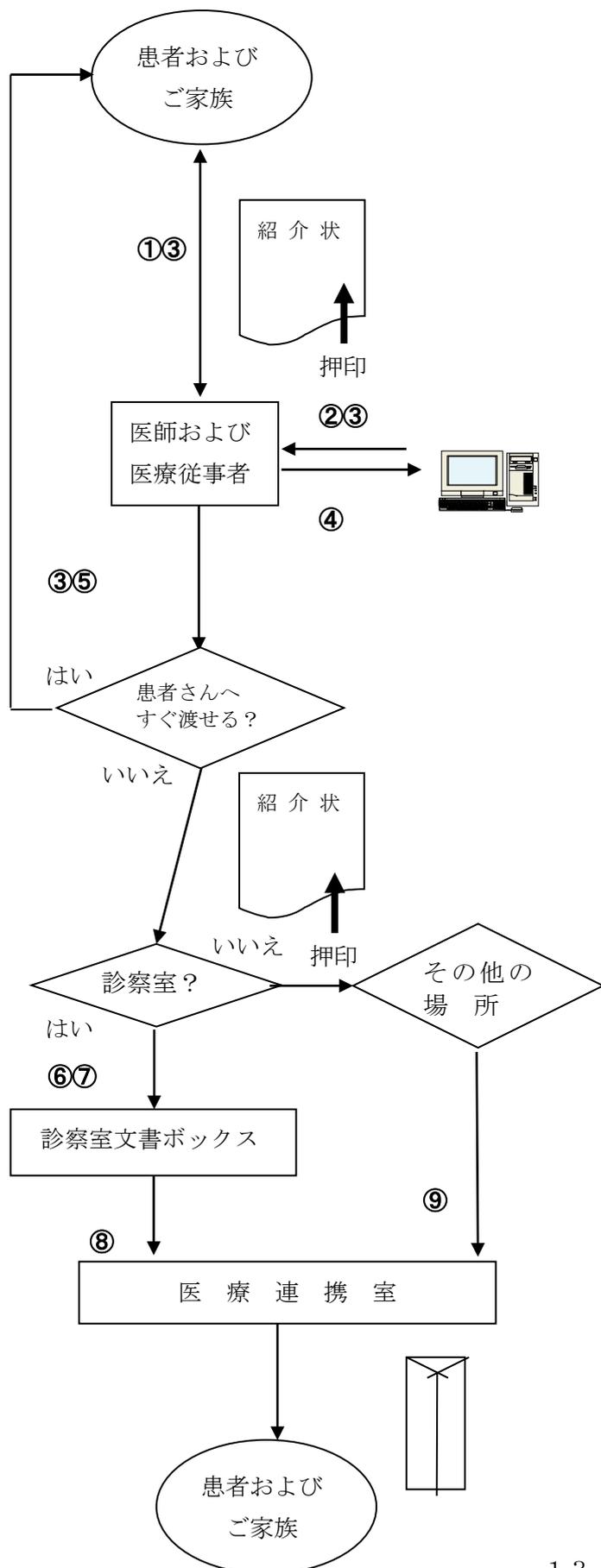
- ⑩ 記載医師がインシデント報告を行う(対応済みであることを明記)

受領: 紹介状(診療情報提供書)のフロー



- ① 患者が来院し、初診受付(医事)に来て、医事スタッフへ紹介状と予約票(あれば)を見せる。
- ② 医事スタッフは、紹介状の有無をシステム入力するが、封筒の封は開けない。
- ③ この時、患者が記入する<患者登録内容確認票(医療連携での登録内容を確認する用紙)><診療申込書(地域医療連携室を通らない初診患者のみに発生)>も最終的に診療情報管理室へ。(予約票は確認後シュレツダー処理を行う。)
- ④ 紹介状は、専門外来で早急に確認が必要な場合と、再診の場合には、患者家族支援センターで医師または看護師が開封・必要時コピーする。それ以外の紹介状は開封せず、問診の内容に応じて患者を各専門外来へ振り分ける。
- ⑤ 患者個人が、各専門外来へ、患者フォルダ(縁が緑色のクリアフォルダ)の中に入れて紹介状を運ぶ。(開封されている場合、医事担当はホチキス等で紹介状に仮封をして入れる。)
- ⑥ 開封した紹介状は、医師が確認して電子カルテへ必要な内容を記録する。各診療科受付では、紹介状の右上に ID 番号を記載する。
- ⑦ すぐに入院になる場合は、紹介状を地域医療連携室で登録後、医療従事者もしくは医事担当が入院病棟へ。
(コピーが管理室へ回収されないと、入院時統計処理の際、紹介としてカウントができません。)
- ⑧ すぐに入院にならない場合で、地域医療連携室を通過していない紹介状については、当日中に原本を地域医療連携室へ搬送する。地域医療連携室を通過している紹介状については、⑪とする。
- ⑨ 地域医療連携室では、コピー、原本により紹介状の内容をシステム入力する。
- ⑩ 各医師宛てに直接紹介状が届いた場合には、地域医療連携室に連絡後、医局秘書またはミックス職員に渡す。
- ⑪ 診療情報管理室では、当日収集分は翌日にスキャンして電子カルテに取り込み、用紙は患者ごとに1患者1ファイリング。
- ⑫ すぐに入院にならず原本が診療情報管理室へ搬送された場合も、翌日までにはスキャンして電子カルテへ実装するので、診療情報管理室から原本の貸出しは原則として行わない。

当院から(逆)紹介する時、
発行:紹介状(診療情報提供書)のフロー



「紹介状(診療情報提供書)」の使用基準:

- * 患者さんを紹介元へ逆紹介する場合と、患者さんを紹介元以外の病(医)院へ紹介する場合に使用する。(点数加算扱い)
- * 紹介! という意味合いがない場合は、「返書(診療結果報告書)」を使用する。

① 患者およびご家族が来院し、医師および医療従事者に、紹介状(診療情報提供書)の発行を依頼する。

医師以外の医療従事者が依頼を受けた場合は、電子カルテの掲示機能等を使って、担当医師へ連絡する

② 医師が外来・病棟で依頼を受けた場合は、電子カルテの紹介返信内の紹介状(診療情報提供書)で文書を作成して出力する。

③ 出力した紹介状(診療情報提供書)に押印して患者および家族へすぐに渡す。

④ 作成・発行の事実は自動的に電子カルテに記載され、医事システムへ請求用データが流れる。(宛先が診療所か病院かの振り分けは医事が行う)

⑤ 患者本人ではない場合や、ご家族と確認できない場合は、診察券で確認してお渡しする。

⑥ なんらかの理由で、患者さんやご家族へ直接お渡しできなかった場合は、各受付で対応する。

⑦ 診察室で作成した場合は、作成した紹介状(診療情報提供書)へ押印して、外来診察室の文書ボックス(処理済みボックス)へ入れておく。

⑧ ⑦は、医事が回収して医療連携室へ。

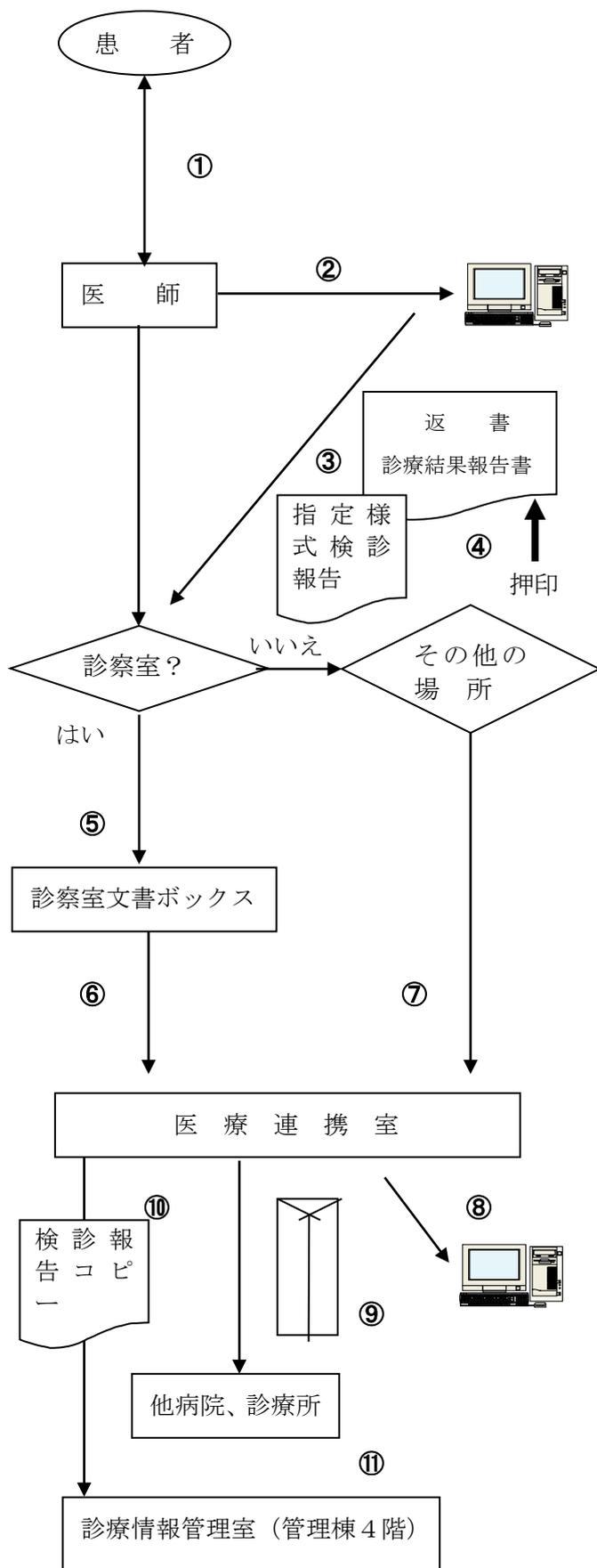
⑨ ⑦以外の場所で作成した場合も、医事が医療連携室へ届ける。

⑩ 医療連携室では、患者およびご家族へ封書で送信する。

紹介元病院へ送付する 発行:返書(診療結果報告書)のフロー

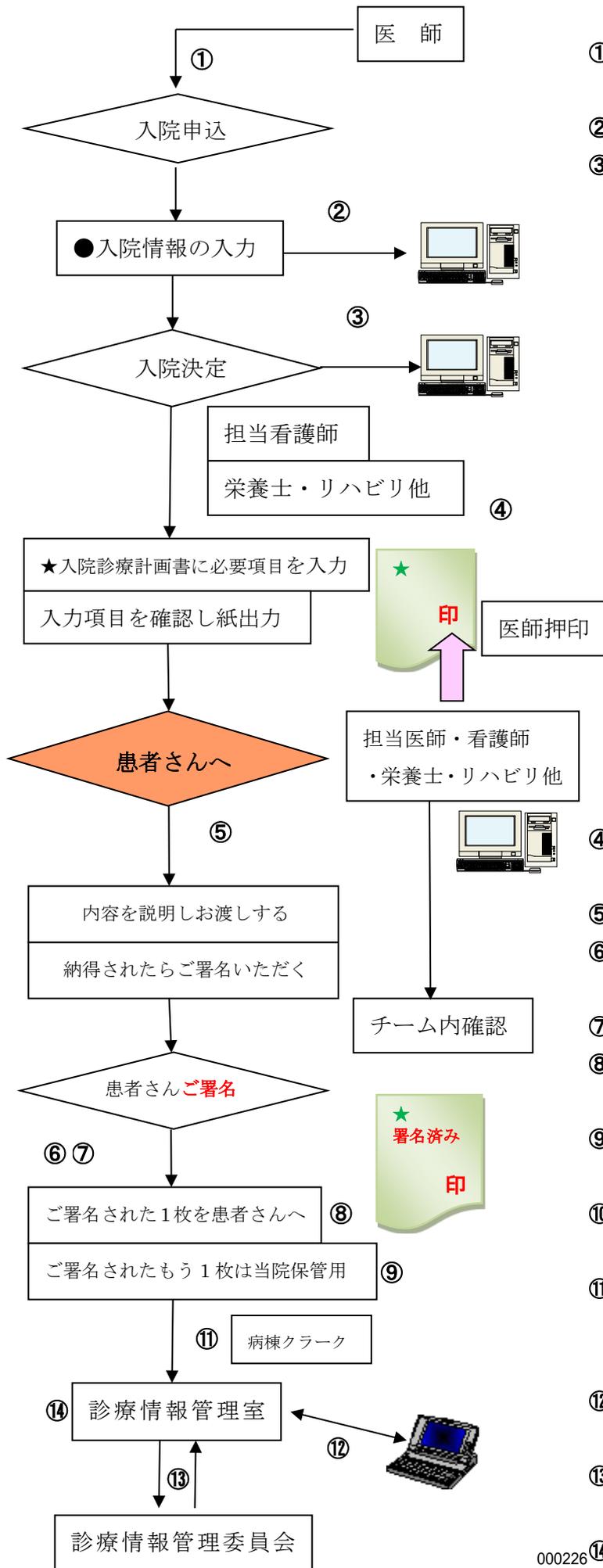
返書(診療結果報告書)の使用基準:

- * 紹介患者さんの紹介元へ、紹介のお礼のご挨拶と結果を報告する場合に使用する。(点数加算なし)
- * 途中経過の報告も、「診療情報提供書」ではなく、これを使用する。(点数加算なし)
- * 「紹介状(診療情報提供書)」「依頼状:他院医師等へフィルム類の借用をする場合」と区別して使用する。



- ① 紹介患者が来院し、診察を受ける。
- ② 医師は、電子カルテの紹介返信内の診療報告書で文書を作成する。
- ③ 市町村のがん検診等の要検査患者で、一次診医療機関から指定様式を持参した患者については、返書に加え、指定様式に結果を記載する。
(この時、精査の結果、治療の必要がない場合は指定様式による報告のみで良い。)
- ④ ②をプリントアウトして、押印する。
- ⑤ 診察室で作成した場合は、外来診察室の文書ボックス(処理済みボックス)へ入れておく。
- ⑥ ⑤は、医事が回収して医療連携室へ。
- ⑦ ④以外の場所で作成した場合も、医療連携室へ。
- ⑧ 返書作成済みかどうかのデータは、電子カルテの紹介返信で管理される。
- ⑨ 医療連携室では、紹介元病院、診療所へ②③を封書で送信する。
- ⑩ 医療連携室では、がん検診等の指定様式による結果報告の場合など、電子カルテシステムに保存されていないものは、コピーをとり診療情報管理室へ届ける。
- ⑪ 診療情報管理室では、⑩を1患者1ファイリング。

★入院診療計画書・発行収集のフロー



患者さんの入院が決定すると・・・

- ① 医師は、電子カルテに＜入院申込み＞をする。
(この時、この入院に関する情報を入力する●)
- ② 看護師は、電子カルテに＜入院決定＞をする。
- ③ ●をもとに『★入院診療計画書』に印字される項目は以下
【自動的に印字】
 - 1) 患者氏名
 - 2) 紙発行日付
 - 3) 病棟・病室
 - 4) 主担当医氏名
 - 5) 総合評価統括医師(スクリーニングを行う医師名)
 【入力して印字】
 - 6) 主担当医以外の担当者名:看護師、栄養士、褥創管理者
 - 7) 病名(他に考え得る病名)
 - 8) 症状
 - 9) 治療計画
 - 6) 検査内容及び日程
 - 7) 手術内容及び日程
 - 8) 推定される入院期間
 - 9) 特別な栄養管理の必要性
 - 10) その他
 - 11) 総合的な機能評価
- ④ チーム内で確認しながら作成・入力等が完了したら、入院診療計画書★を紙出力。
- ⑤ 紙で出力した★を担当医師へ確認してもらい、押印。
- ⑥ 患者さんへお渡しし、内容説明して納得いただければ2枚にご署名いただく。
- ⑦ 1枚を患者さんへお渡しする。
- ⑧ 手書き等で追記や変更があった場合は、コピーして、再度患者さんへお渡しする。
- ⑨ もう1枚を患者さんの入院中は病棟の控えとしてファイルしておく。(入院中に、他科のスタッフ等が確認できるように)
- ⑩ 治療方針が変更となった場合は、再作成をし、担当医師が押印し、患者さんにご署名いただく。(再度④～⑨を行う)
- ⑪ 患者さんの退院後3日以内に診療情報管理室へ。(変更・再作成した場合には、前版の署名をいただいた分も併せて提出する)
- ⑫ 診療情報管理室内で収集についてのデータ入力をし、署名済みの紙は1患者1ファイルでファイリング。
- ⑬ 3日以内の収集をチェックし、毎月診療情報管理委員会へ報告。→対応(収集できなかったものについての対応)
- ⑭ ファイリング後閲覧対応を行う。(含:監査時等)

電子カルテ記載の手引き

第3版

目 次

P2 -	はじめに
P3 -	第2版の改訂に際して
P4 - 1.1.	カルテ(診療記録)とは
P5 - 1.2.	電子カルテとは
P6 - 1.3.	SCC 電子カルテの経緯
P7 - 1.4.	SCC 電子カルテの構成・基本操作等
P8 - 2.1.	POS/POMR・SOAP 記載
P9 - 2.2.	追記・修正
P9 - 2.3.	診療記録事後入力モード
P10- 2.4.	医療連携・患者閲覧カルテ
P14- 2.5.	記録におけるリスクマネジメント
—[カルテ記載の実際]—	
P17- 3.	患者 DB
P18- 4.	病名
P19- 5.	疾患基本
P20- 6.1.	診療記録(初診時・入院時記録)
P21- 6.2.	診療記録(経過記録)
P22- 6.3.	診療記録(経過記録:服薬指導)
P23- 6.4.	診療記録(経過記録:疑義照会)
P24- 6.5.	診療記録(経過記録:食事、栄養指導)
P25- 6.6.	診療記録(経過記録:よろず相談)
P26- 6.7.	診療記録(経過記録:在宅・転院支援)
P27- 6.8.	診療記録(経過記録:治験)
P28- 6.9.	診療記録(経過記録:スキャナ) ※他施設からの受け取り文書 含
P29- 6.10.	診療記録(説明ノート)
P30- 6.11.	診療記録(ショートサマリー)
P31- 6.12.	診療記録(カンファレンスノート)
P32- 7.	退院サマリー
P33- 8.	手術記録
P34- 9.1.	文書(入院診療計画書)
P35- 9.2.	文書(説明同意書)
P36- 9.3.	文書(死亡診断書)
P37- 10.	他科依頼
P38- 11.	検体
P39- 12.	細菌
P40- 13.	病理
P41- 14.	生理
P42- 15.	内視鏡
P43- 16.	放射線
P44- 17.	RI
P45- 18.	放治サマリ
P46- 19.	治療指示
P47- 20.	指導
P48- 21.	紹介返信(他院からの紹介・返書、他院への紹介・返書)
P49- 22.	Over View (オーバービュー)
P50- 23.	経過要約 (確定前の記録)
P51- 24.	自費カルテ

P52- 25.	医事の観点から見た電子カルテ記載の留意点
P54- 26.	便利ツール(ボタン設定、キャプチャ、メッセージボックス、担当患者設定、表示条件設定)

【赤字以外はカルテ開示の対象】

はじめに

近年、医療をとりまく状況は大きく変化してきた。医療者側からは、医療の高度化、質の向上の観点から多職種チームでの医療や、クリニカルパスに代表されるエビデンスに乗っ取った医療の重要性が唱えられるようになってきている。また、患者さん側からは、インターネット他各種メディアからの多くの情報があふれる中で、インフォームドコンセントやセカンドオピニオンに代表されるような「知る権利」や「自己決定権の尊重」がいわれている。さらに、社会的には、医療の透明性や医療過誤・リスクマネジメントへの対応や、限られた医療資源を患者さん中心に合理的に活用するための医療連携の充実といったことが提唱されている。

静岡がんセンターは、2002年9月の開院以来、多職種チームでの質の高い医療をモットーに歩んできたが、電子カルテとそれに連動する様々な情報システムは多職種チーム医療には欠かせないアイテムである。電子カルテは、多職種がリアルタイムに患者さんの情報を共有・交換することを可能にし、また、クリニカルパスや化学療法のレジメン管理などにおいては、EBMにのっとり医療の実践やリスク管理などの面からも非常に有用である。診療のみならず、正確・適切な電子カルテの記録は、医学研究のための情報源にもなるが、同時に、医療行為を記録する公文書でもある。例えば、診療報酬上からは記録（証拠）がないと医療行為の事実が証明できないし、医療事故や訴訟の際には法的証拠ともなる。また、近年は、患者さんからのカルテ開示依頼件数も増加している。

折しも、2011年度からは、連携医療機関への電子カルテ閲覧システムの改訂に加えて患者さんへの電子カルテ閲覧システムも運用開始となり、ますます「適切な電子カルテ記載」ということが重要になってきている。そこで、この機に「多職種のための静岡がんセンター電子カルテ記載の手引き」を作成することとなった。

なお、『看護記録マニュアル』は、すでにVersion.5と改訂されてきており、非常に充実したものとなっている。他の職種の方も、看護記録がどのように記載されているかのみではなく、SCCの電子カルテの全貌を把握する上でも非常に参考となるので、ぜひご一読されたい。（電子カルテ「院内掲示板」→「SCC ノーツ連携」（左欄）→「業務マニュアル」→「看護管理」）

電子カルテに記録をする際には、本手引きを参考にして頂きたいことは勿論であるが、その記録は、静岡がんセンターの医療従事者だけのものではなく、基本的に患者さんのものであり、（地域連携も含め）患者さんを中心とした医療の実践にあたって共有すべき情報であることを忘れないで頂きたい。

平成 24 年 3 月 16 日 診療情報管理室 室長 近藤 晴彦

第2版の改訂に際して

初版発行から11年が経過し、日々の業務で使用してきた経験から、追記や補足が望ましいと思われる箇所が浮かびあがってきた。また、新入職員の入門的教科書として、より一層の充実を図ることを目的とし、改訂を行うこととした。改訂増補に際しての主な変更点は以下の通りである：

- (1) 誤植は可能な限り訂正し、別の表現をとった方がよいと思われる箇所を書き直した。
- (2) カルテ画面や様式変更に伴う画像の更新、運用変更に伴う手順を更新した。
- (3) 記録におけるリスクマネジメントや、記載の留意点を一新した。

令和5年6月29日 診療情報管理室 室長 寺島 雅典
主査 望月 美里

【 1.1 カルテ(診療記録)とは 】

●**診療情報**: 診療の過程で、患者の身体状況、病状、治療等について、医師またはその指揮・監督下にある医療従事者が知り得た主観的、客観的情報をすべて包括する語。

●**診療録**: 医師法第24条所定の文書をいう。

第24条 医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

2 前項の診療録であって、病院又は診療所に勤務する医師のした診療に関するものは、その病院又は診療所の管理者において、その他の診療に関するものは、その医師において、5年間これを保存しなければならない。

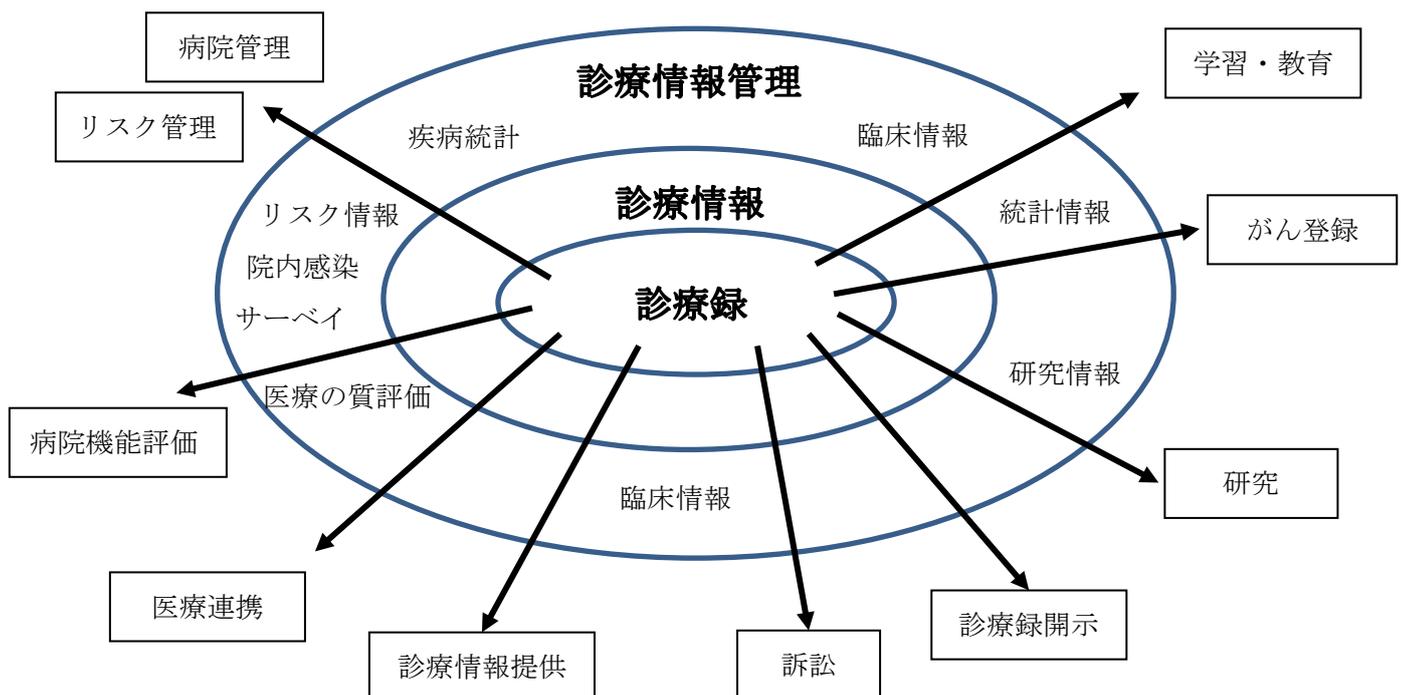
(遅滞なく=診療から24時間以内、5年間保存=最終受診後5年間保存 と解釈する)

●**診療記録**: 診療録、助産録、看護記録、手術記録、麻酔記録、その他診療の過程で患者の身体状況、病状等について、医師などの医療従事者が作成(記載)した記録。

主観的な記録と、各種検査記録、検査成績表、エックス線写真その他の画像診断記録等の客観的な診療データを含む。

上記の定義があるが、本手引きで扱う「カルテ(診療記録)」は、医師の診療録のみではなく、多職種が記載・利用し、患者さんも含めて、その医療に関連するすべての者が共有して持つておく診療記録、医療情報記録のことをいうこととする。

診療情報の有効活用



【 1.2 電子カルテとは 】

「電子カルテ」という語の定義は、狭義には、カルテ(診療録)部分のみ、すなわち、医師法第24条で定める「医師の診療録自体の電子化」したものといえるが、実際は、その他の医療従事者の記録、オーダーリング、画像・検査結果等参照、文書、クリニカルパス、医事、その他 様々な関連システムを電子化して複合体としたものを指すことが多い。

「医療情報システム」という語を用いる場合もある。

電子カルテに求められている要件としては、1999年(平成11年)の厚労省からの通達(「法令に保存義務が規定されている診療録および診療諸記録の電子媒体による保存に関するガイドライン」http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1104/h0423-1_10.html)にて、3点(真正性、見読性、保存性)が挙げられている。

1)真正性：書き換え、消去・混同、改ざんの防止。作成者の責任の所在の明確化。

正当な人が記録し確認された情報に関し第三者から見ても作成の責任と所在が明確であり、かつ、故意又は過失による、虚偽入力、書き換え、消去、及び混同が防止されていることである。なお、混同とは、患者を取り違えた記録がなされたり、記録された情報間での関連性の記録内容を誤ることをいう。

(1)作成責任者の識別及び認証

作成責任者(入力者と作成責任者とが異なる時は入力者も)の識別及び認証(ID・パスワード等)が行われること。

(2)確定操作

作成責任者による入力の完了、代行入力の場合は作成責任者による確認の完了、及び一旦確定した情報の作成責任者本人及び作成共同責任者による情報の追記、書き換え及び消去等の責任を明確にするために「確定」操作が行われること。

(3)識別情報の記録

「確定」操作に際しその作成責任者の識別情報が記録情報に関連付けられること。

(4)更新履歴の保存

一旦確定された情報は、後からの追記・書き換え・消去の事実を正しく確認できるよう、当該事項の履歴が保存され、その内容を容易に確認できること。

2)見読性：必要に応じ肉眼で見読可能な状態にできる。直ちに書面に表示できること。

見読性とは、電子媒体に保存された内容を必要に応じて肉眼で見読可能な状態に容易にできることである。なお、“必要に応じて”とは『診療、患者への説明、監査、訴訟等に際して、その目的に応じて』という意味である。また、『容易に』とは、『目的にあった速度、操作で見読を可能にすること』を意味する。

3)保存性：法令に定める保存期間内、復元可能な状態で保存すること。

保存性とは記録された情報が、法令等で定められた期間にわたって、真正性を保ち、見読可能にできる状態で保存されることをいう。

【 1.3 SCC 電子カルテの経緯 】

SCC（静岡県立静岡がんセンター：以下 SCC）では、2002年9月の開院前から、富士通とともに各部門システムを統合し多職種チーム医療実践のために電子カルテシステムを開発してきた。開院後も様々にカスタマイズしてシステム機能改善を行ってきたが、それとともに次第に「重くなって」きた（画面展開に時間がかかるようになってきた）。さらに、職種を超えたカルテの情報共有や業務負荷の軽減などへの対応が不十分であったことから、新しい電子カルテシステムへの移行が必要となってきた。

そこで2010年1月から、現在のIBMのCIS（Clinical Information System：以下 CIS）システムへ移行した。新カルテでは、入力ツールを共通化したことにより、多職種による情報の共有が可能になり（多職種チーム医療の基盤）、新しい画面設計（OV）により情報収集が容易になり、また画面展開が速くなった。（一方、入院・外来の情報の区別が厳格であり、そのことによる制約も伴っている）

新カルテシステムへの移行に伴い、旧電子カルテの情報は、先の電子カルテの3要件は満たした形で閲覧、表示、印刷等ではできるようになっている*。ただし、若干表示の見え方や検索法は、現カルテシステム移行後の記載とは異なっていること、また、当然のことではあるが修正や追記は不可能な状況となっていることはご留意頂きたい。

（処方オーダー、検査オーダーは、オーダー歴として移行できたが、その他のオーダーはテキスト文字としてカルテへ移行されており。そのため、見え方も旧カルテシステム上のものとは違っており、IBM電子カルテの表示もオーダー歴には存在せず、IBM電子カルテでオーダーされた内容とも表示内容が異なっている。）

旧カルテ上での表示は、下記の旧電子カルテ端末が設置されている場所にて閲覧可能である。

旧電子カルテ端末(2004年-2009年富士通社製)が設置されている場所：

医局（1F、2F）、疾病管理センター（よろず相談）、手術部、診療情報管理室、RMQC室、治験管理室、情報システム課
（各病棟に1台配置されていたが使用しないとのことでほとんどが返却された）

*麻酔チャート(pdf化して移行中)やグラフィックチャートのデータは、新カルテには移項されておらず、旧電子カルテで確認する必要がある。

【 1.4 SCC 電子カルテの構成・基本操作等 】

・SCC 電子カルテの構成

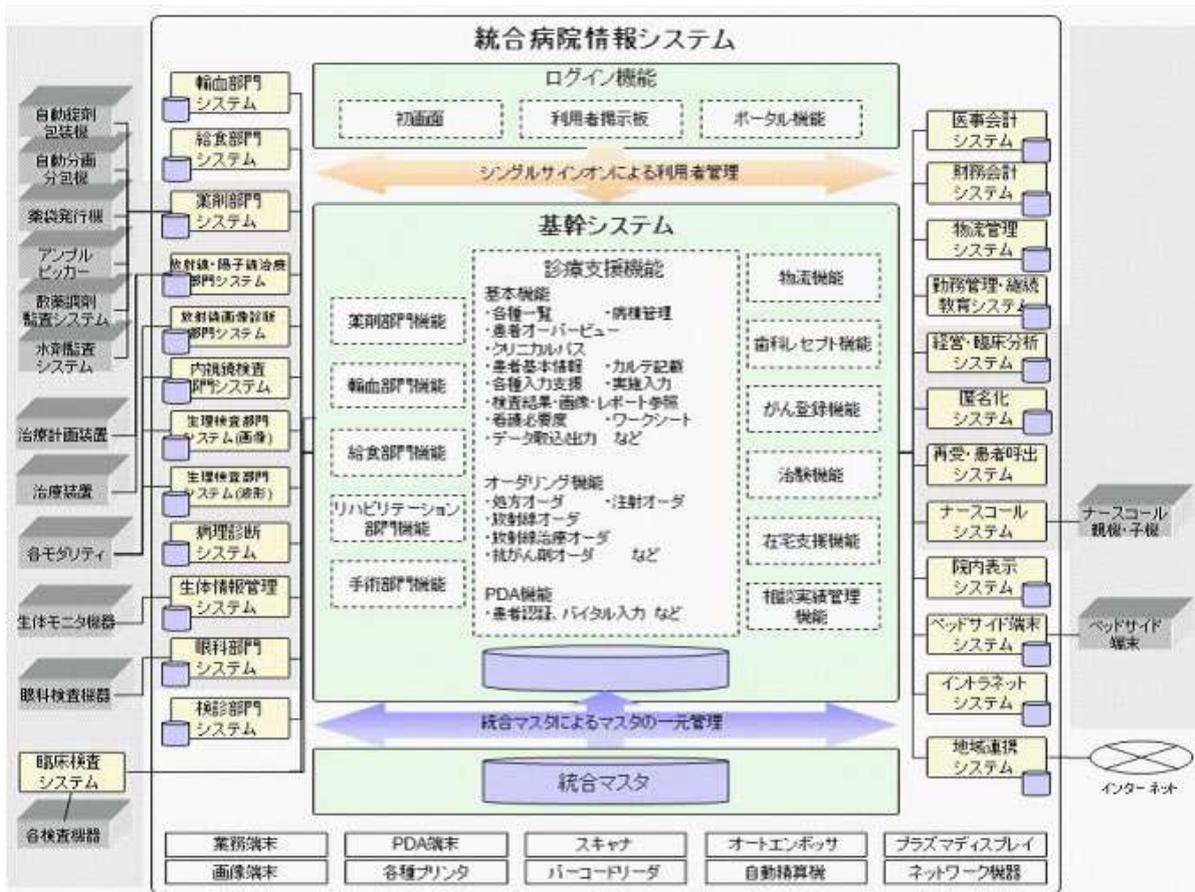
SCCの電子カルテは、**下図（部門システムと基幹システム）**のごとく、カルテの記載・表示などの基本機能、オーダーリング機能、PDA機能などからなる診療支援機能に加えて、様々な補助機能をもつ「基幹システム」と、多くの「部門システム」が統合、構成されている。

・SCC 電子カルテの基本操作

電子カルテの基本操作は、電子カルテシステム（CIS）を立ち上げた初画面（院内掲示板）の左の欄（上から2番目）にある「新システム操作マニュアル」のなか、特に「基幹システム操作マニュアル」に記載されている。また、「ヘルプデスク*によくある質問」の内の「電子カルテに関するお問い合わせ」にも目を通しておくと参考となる。

・ヘルプデスクについて

電子カルテ端末そのもの、あるいは部門システムが起動できない、見慣れないエラーメッセージが出て操作ができない、印刷できない、操作方法が判らない、自分で操作した覚えがない記録がある、等々、電子カルテについてのトラブルが発生した場合には、ヘルプデスク（内線 2291）に連絡すると対応して頂ける。ヘルプデスクは365日24時間対応の体制となっている。



【 2.1 POS/POMR・SOAP 記載 】

・POS (Problem Oriented System)

Lowrence. L. Weed (1968)が提唱したPOSとは、患者のもつ医療上の様々な問題点 (Problem) に着眼し、それらを解決するために、その患者に対する最良の扱いを目指して医師、看護師、各医療従事者が協同して診療を行うシステムである。当院では開院当初からこのシステムでの記載を推奨しているが、厳密にPOSに準じて記載すべしとまではなっていないのが現状である。

・POMR (Problem Oriented Medical Record) : 問題志向型診療記録

このシステムは、まず問題点を列挙して、それらに対する解決方法の検討や計画、実施を記録していき、結果を評価してまとめていく記録方法である。大きく分けると①POMRの作成、②POMRの監査、③記録の修正の3段階で構成されているが、これは初回のみでの診療記録作成方法ではなく、作成した記録を監査し修正しながら、時間を追って最終的に科学的根拠に基づいた記録として完成させる方式である。(以下当院記録との対応)

- | | | | |
|-----------------|-----|-------------------------|-----------------|
| 1. 基礎データ | --- | 患者 DB 患者基本情報 1 ~ 3 他 | : 情報収集、整理、検討 |
| 2. 問題リスト | --- | 問題点、病名 (問診等) | : 問題点のリストアップ |
| 3. 初期計画 | --- | 初診時・入院時ノート、看護計画 | : 問題点の解決法の検討、決定 |
| 4. 経過記録 | --- | 時系列記載 (日時、署名)、Over View | : 問題点解決計画の実施 |
| 5. 退院時要約 | --- | 退院サマリー | : 結果と結果の評価、方針 |
| 6. 監査と修正 | | | |

・SOAP 記載

経過記録の記載形式は、問題点の1件1件についてフォローし、それらに対して以下の4つの項目に分けてSOAP記載することが基本となっている。

- S (Subjective data)** : 患者の訴え、症状など
O (Objective data) : 診察所見、検査データなど
A (Assessment of data) : SとOに記載した内容に対する判断や考察 (診断) など
P (Plan) : 問題解決のために必要な検査・処方など、計画の追加・中止など

【 2.2 追記・修正 】

- ・カルテの追記・修正可能期間は、**記載後 90 日間**。(システム制御あり)
- ・上記期間を過ぎているが、追記・修正を必要とする記録については、診療情報管理室へ届け出を行い、診療情報管理委員会で承認された場合にのみ修正可能となる。
- ・記載後 90 日以降に記録を修正する場合には、修正理由をカルテに記載する。
- ・カルテ開示請求等にて委員会の審議が間に合わない場合は、委員長許可を得て事後承認とする。

注: 旧電子カルテ(2002-2009年)より移行された記録については修正不可

「電子カルテ記載の削除・修正(追記)届け」				届出番号	
発見者	部署・氏名	報告日	年	月	日
記載者	部署・氏名	修正実施日	年	月	日
誤 ↓	患者ID	患者氏名	様		
	年 月 日の記録				
正					
修正理由	<input type="checkbox"/> 記載者に確認済みです。				
<input type="checkbox"/> 削除	★ 部署名	科名	氏名		
<input type="checkbox"/> 修正	部署名	情報システム課	氏名		
対応者 または承認者	部署名	診療情報管理室	診療情報管理士	氏名	
備考	記載者の届出により代行入力認められた場合には、★欄が空欄となります。 <input type="checkbox"/> 代行入力 <input type="checkbox"/> 記載者承認日 ()				

【 2.3 診療記録事後入力モード 】

- ・経過記録の「事後ボタン」については、通常診療では原則使用せず、障害時・転倒転落時の医師記録が遅れている場合等に使用するものであって、安易に使用しない。

事後入力

対象日: 2021-02-24

対象時刻: 10:00

入外区分: 外来

OK キャンセル

2021-02-24(水) 10:00 整形外 外来 医師 整形外医師

FREE 【事後入力による記載】
記載日時: 2021年02月28日 11時41分

自動的に記載されます。
この欄は編集および追記はできません。

【 2.4 医療連携・患者閲覧カルテ】

*詳細は「医療連携カルテアクセス操作マニュアル・患者閲覧カルテ」を参照

・連携医カルテ閲覧

- ・緊密な連携・協調と地域医療の発展を目的として、本人と担当医の同意を得た患者さんの診療情報に関して、連携医療機関が電子カルテ内容の一部を閲覧できるシステム（連携医師・歯科医師閲覧カルテ（図1）、連携薬局閲覧カルテ（図2）、連携訪問看護ステーション閲覧カルテ（図3））を運用している。
- ・医療連携閲覧カルテでは、患者さんの氏名の横に (医) が付く。
- ・経過記録（SOAP）の中に、医療者向けに分かりやすいように画像などを貼り付けておくと情報伝達がスムーズになる。

・患者カルテ閲覧

- ・患者さんが、自分自身の治療に対する理解や、医療者との信頼関係を深め、治療へ積極的に参加することを支援する目的として、希望者に対して電子カルテの一部を閲覧可能とするシステム（患者閲覧カルテ（図4））が運用されている。
- ・カルテ開示とは異なる。（カルテ開示は「診療録等開示実施要綱」を参照）
- ・閲覧可能範囲は、担当医の閲覧同意日以降の記録に限定される。
- ・患者閲覧カルテを設定している場合には、患者さんの氏名の横に (患) が付く。

図1) 連携医師・歯科医師閲覧カルテ

	医師・歯科医師	看護師	薬剤師	ST	PT	OT	心理士	栄養士	MSW
初診時・入院時記録	○	×	○	○	○	○	×	-	-
経過記録	○	×	○	○	○	○	×	-	-
経過記録(SOAP)	○	×	○	○	○	○	×	○	-
経過記録(F/C)	○	×	○	○	○	○	-	-	-
ショートサマリ	○	×	○	○	○	○	×	-	-
カンファレンスノート	○	×	○	○	○	○	-	-	-
説明ノート	○	○	○	○	○	○	○	-	-
自費カルテ	○	-	○	-	-	-	-	-	-
検診	-	-	-	-	-	-	-	-	-
よろず相談	-	-	-	-	-	-	-	-	○
(移行)経過記録	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(移行)SOAP&フォーカス	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(移行)サマリ・手術記録	×	×	×	×	×	×	×	×	×

図2) 連携薬局 閲覧カルテ

薬局	医師	歯科医師	看護師	薬剤師	ST	PT	OT	心理士	栄養士	MSW
初診時・入院時記録	○		×	○	○	○	○	×	-	-
経過記録	○		×	○	○	○	○	×	-	-
経過記録(SOAP)	○		×	○	○	○	○	×	○	-
経過記録(F/C)	○		×	○	○	○	○	-	-	-
ショートサマリ	○		×	○	○	○	○	×	-	-
カンファレンスノート	○		×	○	○	○	○	-	-	-
説明ノート	○		○	○	○	○	○	○	-	-
自費カルテ	○		-	○	-	-	-	-	-	-
検診	-		-	-	-	-	-	-	-	-
よろず相談	-		-	-	-	-	-	-	-	-
(移行)経過記録	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(移行)SOAP&フォーカス	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
(移行)サマリ・手術記録	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×

図3) 訪問看護ステーション閲覧カルテ

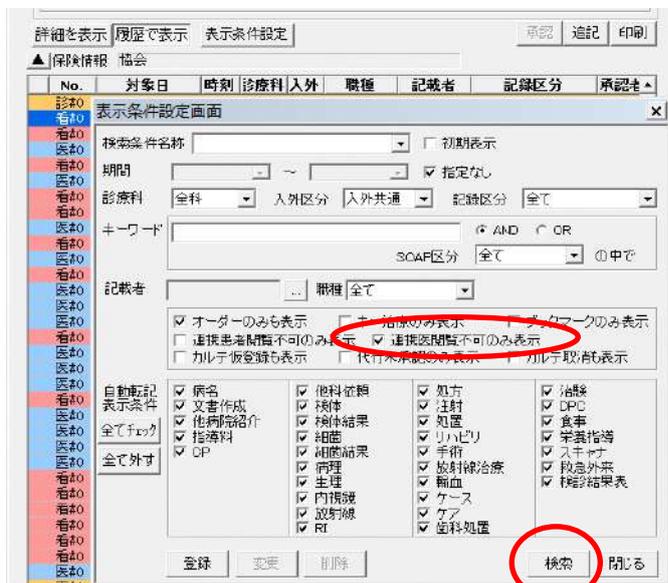
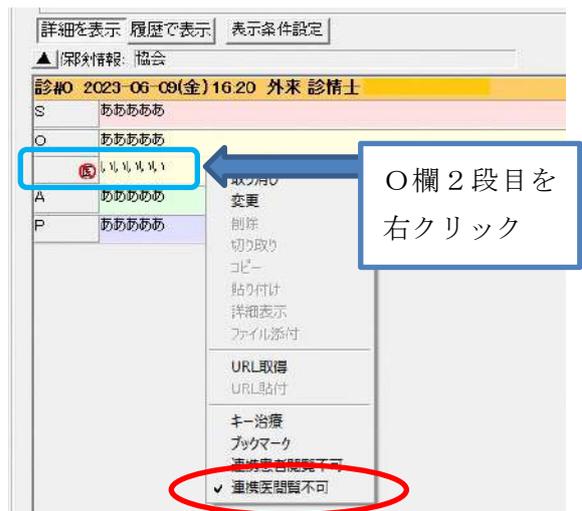
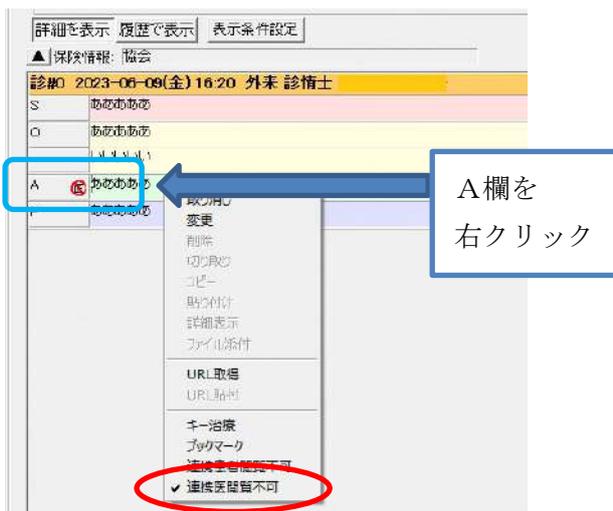
	医師	歯科医師	看護師	薬剤師	ST	PT	OT	心理士	栄養士	MSW
初診時・入院時記録	○		×	○	○	○	○	×	-	-
経過記録	○		×	○	○	○	○	×	-	-
経過記録(SOAP)	○		×	○	○	○	○	×	○	-
経過記録(F/C)	○		×	○	○	○	○	-	-	-
ショートサマリ	○		×	○	○	○	○	×	-	-
カンファレンスノート	○		×	○	○	○	○	-	-	-
説明ノート	○		○	○	○	○	○	○	-	-
自費カルテ	○		-	○	-	-	-	-	-	-
検診	-		-	-	-	-	-	-	-	-
よろず相談	-		-	-	-	-	-	-	-	-
(移行)経過記録	×			×	×	×	×	×	×	×
(移行)SOAP&フォーカス	×			×	×	×	×	×	×	×
(移行)サマリ・手術記録	×			×	×	×	×	×	×	×

図4) 患者閲覧カルテ

手術	予定	○	診療録	医師	看護師	薬剤師	ST	PT	OT	心理士	栄養士	MSW
	結果	?	初診時・入院時記録	×	×	-	×	×	×	×	-	-
化学療法	予定	○	経過記録	×	×	○	×	×	×	×	-	-
放射線治療	予定	○	経過記録(SOAP)	×	×	○	×	×	×	×	○	-
リハビリ	予定	○	経過記録(F/C)	×	×	○	×	×	×	×	-	-
画像診断	予定	○	ショートサマリ	×	×	×	×	×	×	×	-	-
処方	予定	○	カンファレンスノート	×	×	×	×	×	×	×	-	-
検査	検査予定	○	説明ノート	○	○	○	○	○	○	○	○	-
	検査結果1	○	自費カルテ	×	-	×	-	-	-	-	-	-
	検査結果2	○	検診	×	-	-	-	-	-	-	-	-
	検査画像	×	よろず相談	×	-	-	-	-	-	-	-	×
	検査レポート	×	(移行)経過記録	×	×	×	×	×	×	×	×	×
注射その他		○	(移行)SOAP&フォーカス	×	×	×	×	×	×	×	×	×
			(移行)サマリ・手術記録	×	×	×	×	×	×	×	×	×

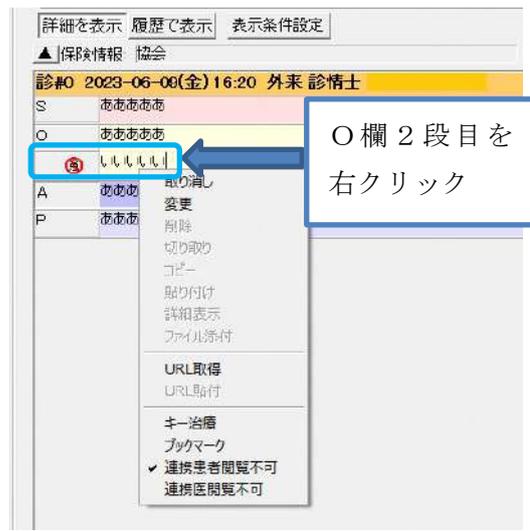
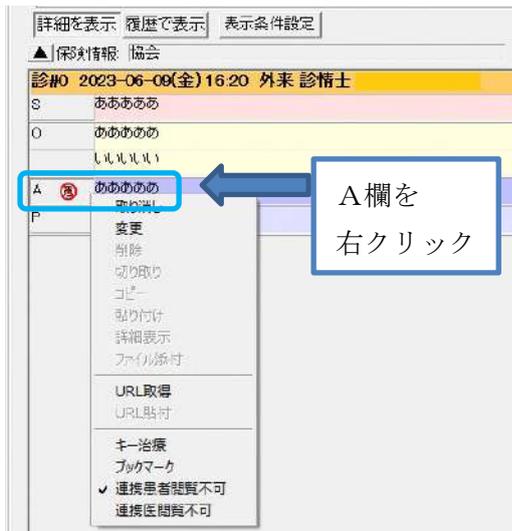
< 連携医師・歯科医師閲覧カルテ 閲覧不可記録を設定する方法 >

- 各カルテ記載者が、記載内容の一部について閲覧不相当と判断し「連携医閲覧不可」としたものは、閲覧の対象とならない。(記録ごとに設定可能)
- 日時の日付バー上で操作：記事全体が閲覧不可にできる。
- 各フレーム内で操作：フレームごと閲覧不可にできる。(フレームが複数あるときには、個別に設定できる)
- 表示設定画面で、「連携医閲覧不可のみ表示」の検索ができる。



< 患者閲覧カルテ 閲覧不可記録を設定する方法 >

- ・各カルテ記載者が、記載内容の一部について閲覧不相当と判断し「連携患者閲覧不可」としたものは、閲覧の対象とならない。（記録ごとに設定可能）
- ・日時の日付バー上で操作：記事全体が閲覧不可にできる。
- ・各フレーム内で操作：フレームごと閲覧不可にできる。（フレームが複数あるときには、個別に設定できる）
- ・表示設定画面で、「連携医閲覧不可のみ表示」の検索ができる



【 2.5 記録におけるリスクマネジメント 】

行った医療行為はすべて記録する

記録がなければ、医療行為を行ったことにはならないことに留意する。

適切な記録区分で記録する

複数の医療者が関わりながら診療をしている。多職種での記録の情報共有をするため、適切な記録区分に記録する。また、各記録の必須記載項目は必ず記載する。(P16-P50 参照)

不整合な記録

複数の医療者が関わりながら診療をしている。多職種での記録の不整合を無くして正しい情報を共有し、診療方針を統一する。

誤字・誤変換

電子カルテでの誤字・誤変換に気づかず、誤った情報が共有されてしまうことがある。

あいまいな表現の危険性

客観的に乏しく誤解をまねきやすい表現や主観や憶測、決めつけや偏見による表現を使用しない。また、状況説明が適切でない表現も使用しない。

記録の取り違え

記録箇所の取り違えや書類の取り違えに注意し、十分確認すること。記録の取り違えによって、医療事故に繋がるおそれがある。間違えて貼り付けたりする可能性があるため、コピー&ペーストを多用しない。

電子カルテの誤った操作による危険性

電子カルテの扱いがわからず間違った操作方法で記録を残すと、記録の欠落・削除や未実施行為の記録が保存されてしまい、医療行為の重複や本来行うべき医療が行われない等の危険性がある。扱い方を理解したうえで操作すること。

テンプレート・マスターを利用した記載

記録の標準化を図るため、テンプレートやマスターを利用すること。

専攻医・レジデントのカルテ記載

専攻医・レジデント・短期レジデントが記録した内容を指導医が確認し、必要に応じて修正や指導を行うこと。また、指導医が確認を行った際には、修正を行わなかった場合においても、確認を行った旨記録に残すこと。指導医の確認記録は、診療の質の確保とレジデントの教育を支援するために重要である。

写真の撮影・画像の貼り付け

診療に必要な写真を撮影してカルテに貼付する場合には、本人から同意を得て、カルテに同意を得た記録を残すこと。患者に撮影・カルテ貼付の了承を得た記録がないということは、患者の人権を無視して撮影していることになる。多くの人の目に触れる点についても留意する。

患者さんのプライバシーに配慮する

患者情報が記載された用紙類は、他患者の目に触れない場所に保管すること。守秘義務を遵守すること。

個人情報保護と情報共有

個人情報保護に配慮したうえで、院内外の情報共有と連携を継続すること。個人情報漏洩とにならないよう注意すること。

職員間のトラブルや、批判的意見を書かない

職員同士のトラブルや批判的意見を、カルテに記載しない。カルテは、法的正当性の証明、実臨床に必要な情報、医学教育の資料、保険請求の根拠とする目的で記載するものである。

他病院の批判を書かない

他病院からの紹介状内容や診療を批判するかのような表現を記載しない。

略語の多用や造語・隠語を使用しない

略語を使用する際には、S C C略語集に掲載された用語を使用すること。一部の職員のみが分かる造語・隠語を使わない。汎用する用語であれば、S C C略語集に掲載すること。

患者さんの人権・人格を否定したり、決めつけたりするような表現を使わない

人権・人格を侵害する表現として、「説明しても分からない」「没収する」「〇教の信者」「苦情」「トラブル」などの表現は使用しない。

医療者が優位であるかのように感じさせる表現を使わない

指示・命令的な表現や、権威や権限を表す用語、職員間の誤った敬語や敬称を使用しない。

患者の状態や性格に関する、否定的な表現を使わない

知的なことに関する表現は、慎重に言葉を選ぶべきである。「理解力低下」「理解力不足」「気難しい」「しつこい」などの表現は使用しない。



『がん登録（全国、院内、臓器別）』

*がん登録は、以下の3つに大別されており、1と2に関しては診療情報管理室が実務を行い、対応している。

- 1 ー全国がん登録：日本でがんと診断された全ての情報を国でまとめて集計・分析・管理する
- 2 ー院内がん登録：医療施設のがん診療実態の把握を目的とする
- 3 ー臓器別がん登録：診断・治療方法、進行度分類などの評価を目的とする

当院では、2006年制度確立した『がん診療連携拠点病院』として、『標準登録様式』に基づき院内がん登録を行い、登録したデータを国立がん研究センターに提出している。国立がん研究センターにおいては、提出されたデータを用いて全国の病院で行われたがん診療の状況を集計、分析したうえで「院内がん登録全国集計」「院内がん登録生存率集計」として公表している。また、全国がん登録に伴うがん登録データを静岡県へ届け出ており、静岡県が国立がん研究センターで管理する「全国がん登録データベース」へ入力することで、わが国におけるがんの状況を国立がん研究センターで把握出来ている。



『緊急連絡先(紙)』

*患者さんの緊急連絡先については、初回入院時に患者さんに記入していただき、電子カルテの患者DBへ反映する。用紙は、患者さん自身で保管し、コピーを診療情報管理室で保管する。

*再入院時には、患者さんが病院へ用紙を持参し、変更があれば再度記入していただく。変更の都度、コピーを診療情報管理室で保管する。変更点を患者DBへ反映し、最新の情報を保つ。

*緊急の再入院時には、診療情報管理室に保管しているコピーを病棟で利用する。

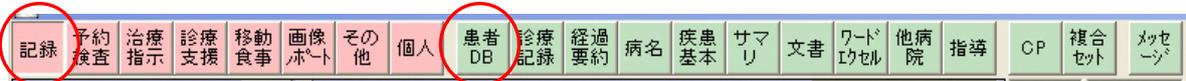
カルテ記載の実際

【 3 患者 DB 】

記載者＝医師、看護師、はじめにその情報を受け取った医療従事者

□ボタン：記録 → 患者 DB

* 詳細は「看護記録記載基準」を参照



1号用紙

患者基本情報 1：氏名、カナ氏名、生年月日、性別、現住所、本籍、TEL、キーパーソン・続柄、保険情報、公費情報、福祉事務所情報

患者基本情報 2：血液型、感染症、アレルギー、体内金属、認知、全身状態、転倒・転落スコア、障害、状態、身体計測、患者情報

患者基本情報 3：喫煙、飲酒、死亡情報、職業、結婚、役割、宗教、国籍、宗教上の信条

既往歴：発病時期、転帰、投薬歴、手術歴、化学療法歴、放射線治療歴、コメント

家族情報：家族、キーパーソン・介護者の情報

科別患者情報：科別に必要な情報

常用薬：注意薬歴、常用薬詳細

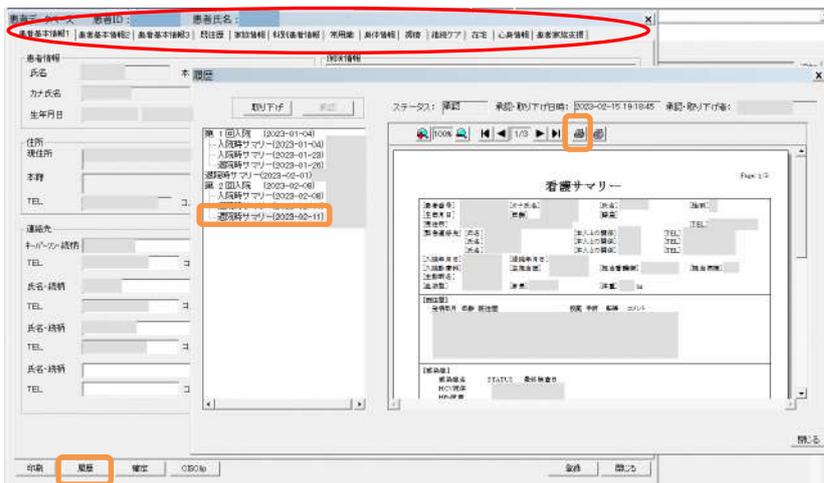
身体情報：栄養管理方法、排泄・呼吸・睡眠状況、セルフケア能力

褥瘡：ブレーンスケール等

継続ケア：病状の説明と受け止め方、外来・病棟連携、看護の経過、今回退院時の情報

在宅：地域連携先、介護保険認定状況

心身情報：痛みの状況、妊孕性、自己像、ストレス対処行動、健康維持行動、代替・補完療法



<ポイント>

- ・患者基本情報 3 「生存/死亡」に死亡日を入力→ 氏名左に◆がつく。
- ・患者基本情報 3 「患者情報」入力 → IDに★がつく。
- ・医療者が共有すべき患者さんの基本情報を「患者 DB」にまとめておき、新しい事実や、変更が発生した時は、情報を得た人が責任を持って記載(追記、変更)し、最新情報に保つ。(更新歴を確認可能)
- ・看護サマリーは「履歴」→退院時サマリーを選択し、「印刷」ボタンで印刷可能。

【4病名】:病名付与

記載者=医師

ボタン :記録 → 病名



- ・病名登録は、ICD（国際疾病分類）に準拠し、適切なコーディングとなるよう、詳細な部位、側性等の病名を選択する。
- ・診療に合わせて随時追記、変更、中止等を行い更新する。

ナビ | 履歴 | 検体 | 内視鏡 | 処方 | 注射 | 処置 | 治療 | 診療予約 | 食事歴 | 病名 | 病名歴 | 疾患基本 | フォーム | 病名 | 病名

全科 | 診断病名 | 変更 | DO | 参照 | 印刷 | 西暦 | 和暦

Activeのみ

重	病名	診療科	開始日	終了日	転科	区分	依頼医師
○	胃癌	消化器	2023-06-08			継続	診
◎	★ 胃体部癌	消化器	2023-06-08			継続	診

病名開始日 | 2023-06-08 | 一括新規 | 登録 | 閉じる

重要な疾患として登録する
 短期病名として登録する

作成中病名 | ◎ 胃体部癌

病名をプログラム名へ引用する

胃外

- ◎胃噴門部癌
- ◎胃体部癌
- ◎胃幽門部癌
- ◎胃癌
- ◎食道胃接合部癌
- ◎胃神経内分泌腫瘍
- ◎残胃癌
- ◎胃癌再発
- ◎胃GIST
- ◎胃粘膜炎
- ◎転移性肝腫瘍
- ◎B型肝炎ウイルス感染
- ◎C型肝炎ウイルス感染
- ◎慢性肝炎増悪
- ◎下腔静脈血栓症
- ◎胃潰瘍
- ◎出血性胃潰瘍
- ◎大腸癌
- ◎大腸ポリープ
- ◎便秘症
- ◎不眠症
- ◎術後疼痛
- ◎癌性疼痛
- ◎腰痛症
- ◎高血圧
- ◎狭心症
- ◎糖尿病
- ◎鉄欠乏性貧血
- ◎巨赤芽球性貧血
- ◎栄養失調
- ◎肺炎
- ◎細菌性肺炎
- ◎尿路感染症
- ◎膵臓内腫瘍
- ◎創傷感染症
- ◎敗血症
- ◎維持療法が必要な難治性逆流性食道炎
- ◎維持療法が必要な術後難治性逆流性食道炎
- ◎浮腫

病名 | 接頭語 | 接尾語 | 部位 | セット病名

選択モード
 科別選択 標準傷病名
 分類別傷病名

検索モード
 カナ検索 略称検索

よく使う病名 | 同義語検索

左右区分
 右 左 両

疑い区分
 確定病名 疑い病名

病名区分
 診断病名 その他

主病名区分
 主病名 合併症

有効月数 | 月

変更 | 削除 | カレンダー | キャンセル | 一括登録

病名	開始日	プログラムへ引用	疑い病名	有効月数

<ポイント>

- ・代行入力された病名は、必ず確認し医師による承認が必要。
- ・詳細病名には◎、詳細未病名には○が表示される。
- ・入院中の主病名は、青字で表示される。
- ・「重要な疾患として登録する」にチェックを入れて登録すると、病名に★が付き、疾患基本登録が仮登録される。(疾患基本登録は18頁参照)
- ・初期設定で「短期病名として登録する」となっており、2ヵ月経過で病名が中止されるため、短期病名でない場合はチェックを外してから登録ボタンを押す。

【 5 疾患基本 】:初回、診断時記録

記載者=医師

必須記載項目:初回治療日、診断名(ICD10)、cTNM分類、Stage(UICC)、治療方針

ボタン :記録 → 疾患基本



- ・原則として、**がんの診断がつき初期治療が決定した際に、臨床診断と病理診断と治療方針**を登録する。(病理診断が出ていない場合には後日追記可能。)
- ・臨床診断名は、ICD（国際疾病分類）に準拠して付与する。
- ・病理診断名は、ICD-O（International Classification of Diseases for Oncology,国際疾病分類-腫瘍学）に準拠し付与する。
- ・病期分類は UICC TNM 分類に準拠して登録する。
- ・がん取扱規約の病期分類については必要に応じて登録する。

更新日	入外	診療科	STATUS	更新者	更新日
2023-02-28	外	胃外科	登録		2023-02-28

<ポイント>

- ・前医で初期治療を開始している場合でも、登録が必要。
- ・初期治療決定時に病理診断が出ていない場合には、病理診断が出た際に、病理診断欄に追記する。
- ・ここでの医師入力を基本として、院内がん登録が行われる。

【 6.1 診療記録(初診時・入院時記録) 】

記載者＝医師、(看護師)

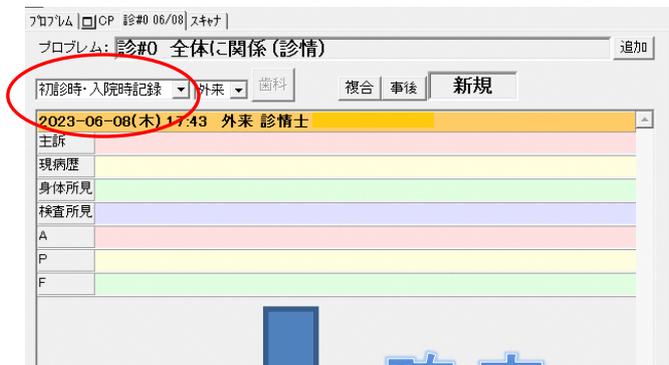
必須記載事項：＜初診時＞主訴、現病歴、身体所見、検査所見、(任意:A、P)

＜入院時＞主訴、現病歴、身体所見、検査所見、A、P

□ボタン：記録 → 診療記録 → 初診時・入院時記録

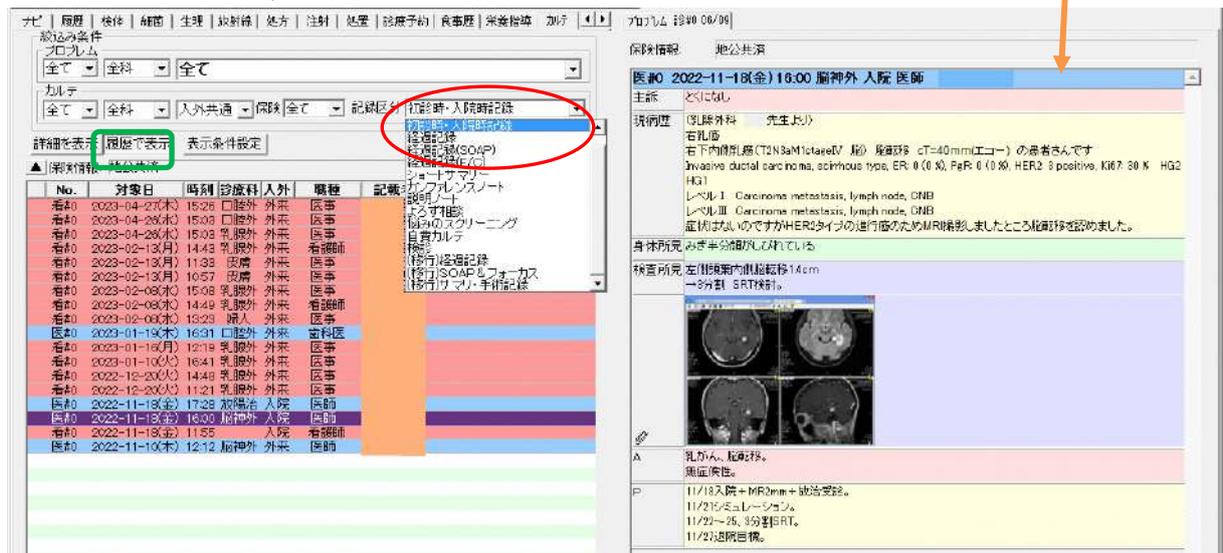


- ・患者さんの初診時や入院時の記録は＜初診時・入院時記録＞を選んで記録する。
- ・診察後、24時間以内に遅滞なく記録する。
- ・初診までの疾患の経過及び、患者さんの背景を含めた情報が記載されている必要がある。
- ・入院時記録には、今回の入院までの情報が簡潔に、不足なく記載する。
- ・主訴には患者の訴えを記載し、訴えない場合には「なし」と記載する。
- ・状況に応じて記載すべきものは記載する。(旅行歴、接触歴、曝露歴、性的活動歴等々)



修正歴は、バーを右クリック→「修正歴表示」

連携患者閲覧不可
連携医閲覧不可
修正歴表示



＜ポイント＞

- ・看護師が入院時・初診時記録の区分を使用する際は、経過記録に準拠する。
- ・他院からの画像（写真）を貼り付ける際は、他院の画像であることと、撮影日を明示する。

【 6.2 診療記録(経過記録) 】

記載者=医療従事者

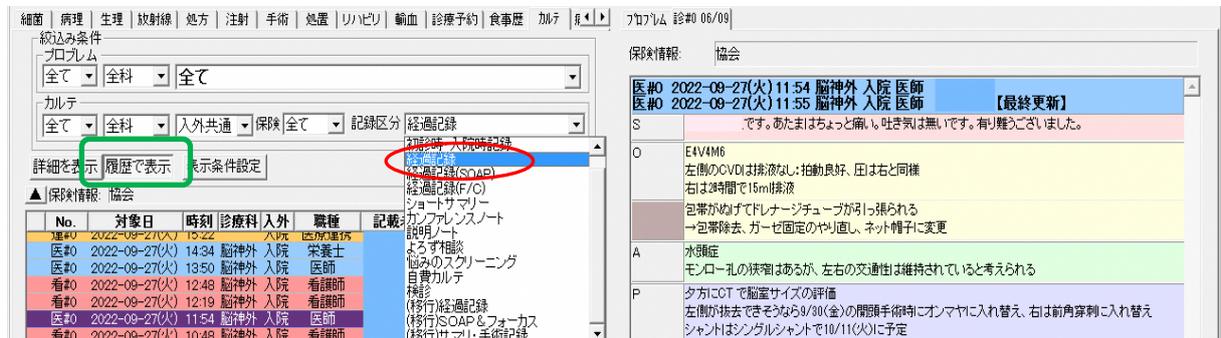
必須記載事項: SOAP

□ボタン :記録 → 診療記録



2号用紙

- ・ SOAP (S : 主観的事項、O : 客観的事項、A : 評価、P : 計画) で書くことを基本とする。
- ・ 診察・ケア・指導等から、24時間以内にカルテへ記録する。
- ・ 検査部門からあがった検査記録類や、他職種の記録等を十分参照しながら、記載する。
- ・ 略語を使用する際には、S C C略語集に掲載された用語を使用する。



<ポイント>

- ・ 医療従事者間での記録の不整合に気をつける。
- ・ 旧電子カルテ(2002~2009年)の情報は、(移行)経過記録、(移行)SOAP&フォーカス、(移行)サマリ・手術記録、の記録区分に分類されている。
- ・ Sには、「患者さんの発した言葉」や「患者さんの訴え」を記載する。
- ・ Oには、「身体所見」や「検査結果」など、患者さんの現状を捉えた情報を記載する。
- ・ Aには、「SとOから解釈・分析・判断したこと」を記載する。
- ・ Pには、「SとOとAを踏まえた今後の方針」を記載する。
- ・ 他院からの電話(FAX等)での情報は、他のスタッフにも伝わるよう、わかりやすく記載する。
- ・ インシデント・アクシデントとなった内容についてもカルテに記載しておく。

【 6.3 診療記録(経過記録:服薬指導) 】:基本 POS に基づく SOAP 記載

記載者=薬剤師

必須記載事項: SOAP

□ボタン :記録 → 診療記録(服薬指導)



- ・患者との面談を「服薬指導記録」に SOAP 形式に分類しながら記録する。
- ・SOAP 実践は薬剤師の視点・問題点・解決過程を明確に示す。
- ・入院患者に対する指導記録は、服薬指導システム (forestchart) を利用して、SOAP 形式にて電子カルテに記載する。
- ・外来患者に対する指導記録は、電子カルテの経過記録に直接記載する。

プログラム 診#03/13	
保険情報	
[記録者] # [目標] 吐き気? 無いです。おかげで食べ過ぎてしまうくらいです。 鼻をかむとたまに血が出ます。	<p>S=(Subjective/主観的情報) : 患者が直接提供する訴えや相談事項。</p> <p>O=(Objective/客観的情報) : 患者の行動・表情、Vital Sign、検査データ等、また薬剤の面では投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的指導の内容等。薬剤師は主観的・客観的所見を熟知し、薬剤に関する問題点、特に副作用等に注意を向ける必要がある。</p> <p>A=(Assessment/評価) : 主観的・客観的な所見データから問題点を解析し、医師の行う治療計画の立案などに参画する必要がある。また、薬剤の副作用などの立証に視点をおいて専門的評価を加える必要がある。以下の評価の視点を考慮する。処方必要性の推定・薬物療法の妥当性(患者固有情報・投与量・投与方法・剤形・投与期間などの適否)・薬剤の相互作用・副作用などの患者の主訴、検査所見などの判定・コンプライアンス(アドヒアランス)と治療効果の評価。</p> <p>P=(Plan/計画) : 上記 Assessment を踏まえて、投与・指導計画を設定し治療計画に参画する。また、継続して指導するに当たってはその際確認事項を残す。</p>
O TC療法⑥ 現病: 膵臓癌 serous adenocarcinoma, pT11cN1M1 【現病歴】 2011/07/05 子宮がん検診にてclass V 2011/07/13 前医受診 ; 子宮頸部腺癌の診断 2011/08/09 当院紹介受診 精査の結果 卵巣癌; 多発性リンパ節転移、 2011/09/05 手術 TAH+BSO+OMT ※sub-optimal surgery 2011/10/07 TC①(PTX:290mg(180mg/m ²) CBDCA:800mg(AUC=6)) 2011/10/28 TC②(PTX:300mg(180mg/m ²) CBDCA:810mg(AUC=6)) 2011/11/24 TC③(PTX:300mg(180mg/m ²) CBDCA:810mg(AUC=6)) 2011/12/22 TC④(PTX:300mg(180mg/m ²) CBDCA:810mg(AUC=6)) 2012/01/20 TC⑤(PTX:300mg(180mg/m ²) CBDCA:810mg(AUC=6)) 2012/02/17 TC⑥(PTX:300mg(180mg/m ²) CBDCA:810mg(AUC=6)) 【感染既往】 HBsAg (-), HBsAb(-), HBeAb(-), HCVAb (-) 【既往歴】 虫垂炎→腹膜炎(19) 【服用薬】 ホルモン、ムコソル、ワルファリン、牛車腎気丸、含嗽用ワルファリン 【サプリメント】 なし 【アレルギー】 なし 身長:152.7cm 体重:77.7kg BSA:1.750m ² GFR:114.71ml/min(Jelliffe) PTX:180mg/m ² ⇒300mg CBDCA:AUC=6⇒810mg	
A 16:00頃訪室 ・化学療法開始にあたり問題となる臨床検査値はなし。 ・CINV無し。食欲不振も無し。むしろ上記S発言があるように、結果体はあまりされないとのことであるので、少しずつ行っていくことを奨励 ・排便管理はワルファリンを化学療法後便秘に傾きやすい時期にのみ内服されている。概ね問題なし。 ・関節痛・筋肉痛はGr1程度。Day2-5,6あたりにて全身のあらゆる場所のみで自前内。 ・しびれに対し前回より牛車腎気丸が継続されている。ワルファリンに概ね軽微は見られないものの増悪は無し。症状、ワルファリンを継続して ・上記S発言有り。鼻血はごくたまに起こる程度。再現性を確認して	
P 臨床検査値の推移 ・消化器毒性の確認 ・筋肉痛、関節痛の管理	
FREE ワルファリンの投与量、加減の予定	

【 6.4 診療記録(経過記録:疑義照会) 】

記載者=薬剤師

必須記載事項:処方せんの内容、疑義照会内容

□ボタン :記録 → 診療記録(疑義照会)



- ・薬剤師法第24条では「薬剤師は、処方せんに疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせ、その疑わしい点を確認した後でなければ、これによって調剤してはならない」と規定している。
- ・「疑義照会」は医師の処方内容を批判したり、クレームをつけることが目的ではない。「患者本位の医療」を実現するために、医師の行った処方をより良いものとするための、チーム医療としての医師・薬剤師の共同作業である。
- ・疑義照会は、処方医師のPHSに直接電話をして問い合わせる。

<記録の残し方の手順>

- ・「疑義照会」の記録区分が存在しないため、経過記録に記載する。
- ・○欄に疑義照会をする処方せん内容を記載する。
- ・FREE欄に、処方医に対して疑義を問い合わせた旨、またそれに対する処方医からの回答、結果処方の変化等を記載する。

薬#0 2022-10-24(月) 20:02 入院 薬剤師	
○	【処方】 カロナール錠【500mg】 4 錠 1日4回(朝昼夕)食後眠前 10-26から7日分
FREE	【疑義照会】 PL配合顆粒(アセアミフェン含有)がアレルギー登録あるため、担当医に上記処方払い出しでよいか電話にて確認。 喘息の既往もありNSAIDs使用を回避したいため、加ナル処方となっている、と回答あり。 加ナルも他の医師とも相談した上で使用するため、そのまま払い出しでよいと指示あり。 上記処方通り払い出しとした。

<ポイント>

常用量を著しく超えるなどの処方で、疑義照会を行っても変更されない場合には、医薬品安全管理責任者に報告し、必要に応じて業務日報に入力する。

【 6.5 診療記録(経過記録:食事、栄養指導) 】

記載者=医師、看護師、栄養士

必須記載事項: 食事箋の内容、(医師以外が変更した場合には、コメントの指示記録)

□ボタン : 記録 → 診療記録(食事)、ショートサマリー(栄養指導)

↑ 食事オーダー (経過記録) 栄養指導 → (ショートサマリー)

□ボタン : 移動食事 → 食事、栄養指導

- ① 食事オーダーをすると、「食事歴」に表示される。「過去歴参照」から履歴が参照出来る。

過去歴参照ボタン

① 右クリックでオーダー内容表示が可能

- ② 栄養指導の詳細を参照することができる。

② 詳細表示<報告内容表示>で栄養指導の指導内容が参照可能。

右クリックで**栄養指導**の詳細内容表示

<ポイント>

- 医師以外が食種の変更、食止め、パスの変更をした場合には、変更者が経過記録に展開されたオーダーの下部に「医師の指示により食事変更」と記載する。医師は前述の食事変更指示内容の確認をし、変更者の記録に「食事変更を指示した」と追記し、記録を更新する。

【 6.6 診療記録(経過記録:よろず相談) 】

記載者=MSW、事務職員

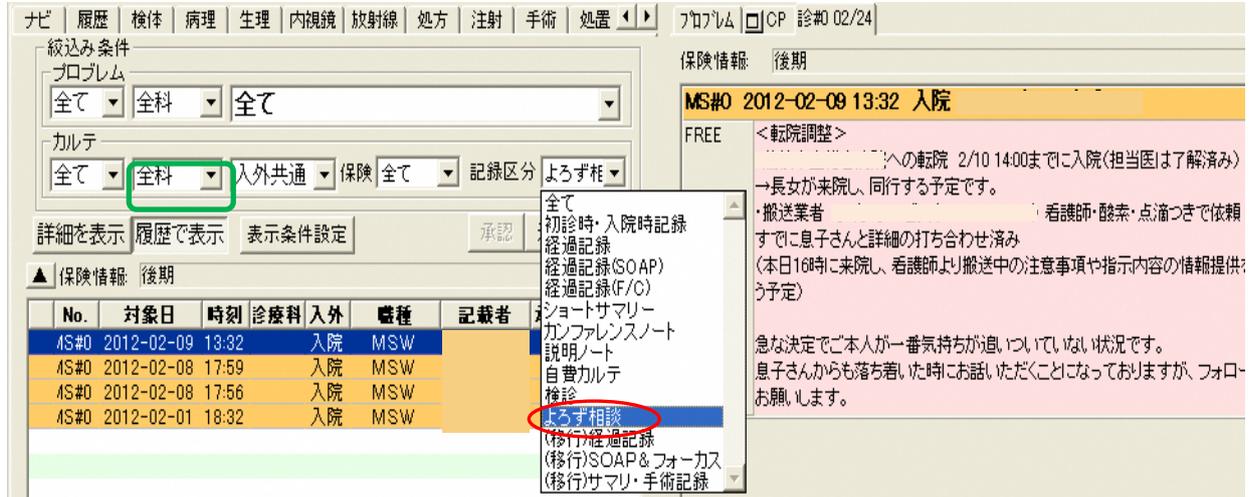
ボタン :記録 → 診療記録 (よろず相談)



- ・よろず相談部門システムへ記録したもののうち、カルテに残すべき記録をまとめていく。
- ・医師やチームへの連絡、MSW のアセスメント・介入などが適時記録されるので、他の医療従事者は積極的に参照する。



確定 ↓



【 6.7 診療記録(経過記録:在宅・転院支援) 】

記載者=看護師、MSW、事務職員

必須記載事項: SOAP

□ボタン :記録 → 診療記録 (在宅・転院支援)



- ・患者・家族・地域スタッフとの対応内容を適時記録しているため、他の医療従事者は積極的に参照する。

フコアルム | CP 診#0 06/08 | スキナ |

プロブレム: 診#0 全体に関係(診情)

経過記録 | 外来 | 歯科 | 複合 | 事後 | 新規

2023-06-08(木) 17:48 外来 診情士

S
O
A
P
FREE

経過記録 (SOAP)で記載：過去分(F/C)で記載している。



病理 | 生理 | 内視鏡 | 放射線 | RI | 処方 | 注射 | 処置 | 診療予約 | 食事歴 | 栄養指導 | 加7 | 病名歴 |

フコアルム 診#0 06/08

絞り込み条件
プロブレム: 全て | 全科 | 全て
カルテ: 全て | 全科 | 入外共通 | 保険 | 全て | 記録区分 | 全て

詳細を表示 | 履歴で表示 | 表示条件設定 | 承認 | 追記 | 印刷

▲ | 保険情報: 組合

No.	対象日	時刻	診療科	入外	職種	記載者	記録区分	承認者
看#0	2022-11-01(火)	12:00	入院	看護師	経過記録(SOAP)			
看#0	2022-11-01(火)	10:28	入院	看護師	経過記録(SOAP)			
看#0	2022-11-01(火)	10:10	消化内	入院	看護師	経過記録		
医#0	2022-11-01(火)	10:09	消化内	入院	医師	経過記録		
看#6	2022-11-01(火)	09:54	入院	看護師	経過記録(SOAP)			
看#0	2022-11-01(火)	09:48	消化内	入院	看護師	経過記録		
看#6	2022-11-01(火)	07:22	入院	看護師	経過記録(SOAP)			
看#0	2022-11-01(火)	01:30	入院	看護師	経過記録(SOAP)			
看#0	2022-10-31(月)	23:03	消化内	入院	看護師	経過記録		
看#0	2022-10-31(月)	21:02	消化内	入院	看護師	経過記録		
医#0	2022-10-31(月)	20:48	消化内	入院	医師	経過記録		
T#0	2022-10-31(月)	18:12	在宅	入院	看護師	経過記録(SOAP)		
医#0	2022-10-31(月)	15:47	消化内	入院	栄養士	経過記録		
宋#0	2022-10-31(月)	15:47	入院	栄養士	経過記録			
看#6	2022-10-31(月)	14:57	入院	看護師	経過記録(SOAP)			
看#0	2022-10-31(月)	13:31	入院	看護師	経過記録(SOAP)			
医#0	2022-10-31(月)	13:31	消化内	入院	看護師	経過記録(SOAP)		
看#8	2022-10-31(月)	13:14	入院	看護師	経過記録(SOAP)			
看#0	2022-10-31(月)	13:08	入院	看護師	経過記録(SOAP)			
医#0	2022-10-31(月)	10:21	消化内	入院	看護師	経過記録(SOAP)		
看#0	2022-10-31(月)	10:21	入院	看護師	経過記録(SOAP)			
看#0	2022-10-31(月)	10:07	入院	看護師	経過記録(SOAP)			
看#0	2022-10-31(月)	09:48	消化内	入院	看護師	経過記録		
看#0	2022-10-31(月)	09:48	消化内	入院	看護師	経過記録		

保険情報: 組合

T#0 2022-10-31(月) 18:12 在宅入院 看護師

18:00 S <妻>
 ・できるだけ本人の意向に沿いたいです。私と娘としては、治療をして欲しいです。
 ・遺伝子の結果がいつ出るんでしょうか。検査している結果だけでも聞きたいです。
 ・遺伝子の結果が1ヶ月も2ヶ月も先じゃないと分からないというなら考えますけど。
 ・仕事一筋の人だったから、1日でもいっから仕事に行かせてあげたい。
 ・先週面会したときは、夜に不安、孤独になるようで、精神的に参っているようでした。
 ・本人が「緩和ケア病棟なら誰かが一緒に居てくれるのかな」と言っていました。

FREE 妻に連絡。
 ・病院:緩和ケア病棟への転院で了承しているかの確認。
 妻からは上記S。
 本人の意向、担当医の方針と妻の意向のズレがある。
 担当医からの説明、話し合いが必要。
 病棟: 看護師に報告。
 11/2(水)13時~に有り。(在宅: も同席させていただく)
 病棟: 看護師より
 本人は一刻も早く転院することを希望している、と。
 合意形成が出来れば、妻から先方に連絡し、面談予約を取っていただく。

【在宅・転院支援エディタ(継続)】
 継続登録済み

【 6.8 診療記録(経過記録:治験) 】

記載者＝医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師、治験管理室スタッフ

必須記載事項: 治験名称、診療科、担当医、被験者識別コード、治験開始日、治験終了日、同意書版数、イベント名称

□ボタン : 記録 → 診療記録 (治験) <参照時>



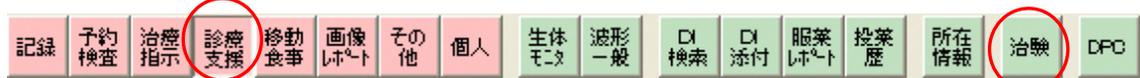
絞り込み条件
 絞り込み
 CRC 全科 全て (CRC)
 カルテ
 全て 全科 内外共通 保険 全て 記録区分 全て
 詳細を表示 履歴で表示 表示条件設定 承認 追記 印刷

▲保険情報 組合

No.	対象日	時刻	診療科	入外	職種	記載者	記録区分	承認者
C#0	2023-06-06(火)	17:10	入院	CRC			ショートサマリー	
C#0	2023-06-05(月)	15:49	入院	CRC			ショートサマリー	
C#0	2023-06-05(月)	15:48	入院	CRC			経過記録	
C#0	2023-05-29(月)	15:40	外来	CRC			ショートサマリー	
C#0	2023-05-29(月)	15:40	外来	CRC			経過記録	
C#0	2023-05-23(火)	17:42	外来	CRC			ショートサマリー	
C#0	2023-05-23(火)	17:42	外来	CRC			経過記録	

保険情報: 組合
 CHO 2023-06-06(火) 17:10 入院 CRC
 C#0 2023-06-07(水) 07:50 婦人 入院 医師 【最終更新】
 FREE 治験 MK-3475-C93 子宮体がん(P9) 化学療法群(PTX+CBDCA) C6D1 実施事項
 当施設被験者識別番号: Screening No. Randomized No.
 【ePRO】
 すべての手順前に実施
 実施時刻: 08:11~08:24
 【バイタルサイン】
 実施時刻: 10:10
 体位: 坐位
 血圧: 130/77mmHg
 脈拍: 93bpm
 体温: 37.1℃(腋窩)
 呼吸数: 16回

□ボタン : → 診療支援 → 治験 <記載時>



診療 (Marble区師主簿)

治験 (Marble区師主簿)

日付	治験名称	イベント名称	登録者氏名
2023-03-09	★ Marble区師主簿	同意	
2023-03-10	★ Marble区師主簿	治験登録	

治験詳細情報

治験基本情報
 治験名称: Marble区師主簿
 備考: SAEは24h以内に報告:統一書式をEメール送付(To:SRD課 聖手宛先, Cc:治験調整医師)※7/15はSAEのEメール参照

登録番号:
 被験者:
 識別コード:
 診療科: ステータス:登録済

治験責任医師:
 担当医師:
 主担当CRC:
 治験期間:
 コメント:
 同意書
 版数:2

イベント一覧

発生日	イベント名称	登録者氏名	登録日	登録時刻
2023-03-09	★ 同意		2023-03-09	10:33:47
2023-03-10	★ 治験登録		2023-03-10	17:43:47

治験基本情報
 治験名称: Marble区師主簿
 備考:
 診療科: 内科
 担当医:
 登録番号:
 被験者:
 識別コード:
 治験開始日:
 治験終了日:
 コメント:
 同意書
 版数: 再同意日:
 コメント:
 イベント情報
 イベント名称:
 備考:
 発生日: 2023-06-16
 コメント:

<ポイント>

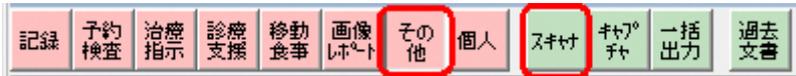
- ・ 治験実施中は、氏名の横に (治) と治験名が表示される。
- ・ 治験中止等、観察中の患者さんには、氏名の横に (観) が表示される。
- ・ 同意書の原本は、診療情報管理室に保管しており、閲覧・コピーが可能。

【 6.9 診療記録(経過記録:スキャナ) 】

※他病院からの文書は 開示対象外

担当部署=診療情報管理室

□ボタン :その他 → スキャナ



< スキャンの運用 >

・原則として、診療情報管理室にてスキャン・CD 保管するものは以下に限定している。

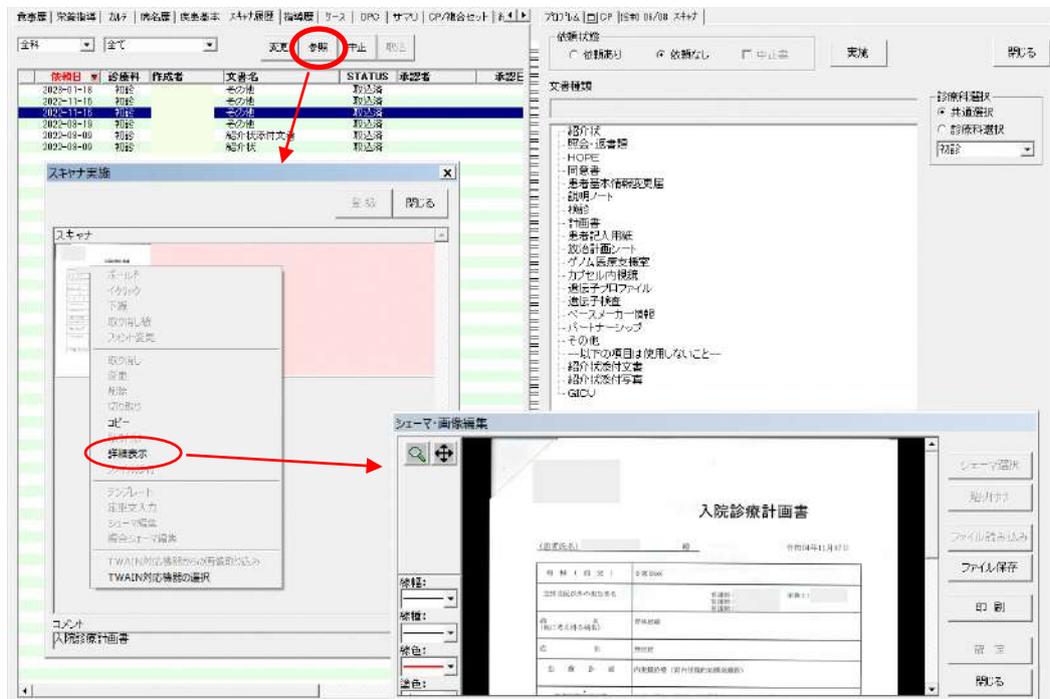
- 1 - 他院からの紹介状 (診療情報提供書)
- 2 - 説明用紙 (複写式手書き用紙)
- 3 - 診療情報管理室で必要と判断した用紙類
- 4 - 医師または看護師長が指示した他院からの用紙類: 要スキャンシール貼付
- 5 - 医師が保管を指示した他院からの CD: 要保管シール貼付

!スキャン要!シール!
診療情報管理室Ia3151宛
この文書はとても重要なので
シール取り込みして下さい。
R 年 月 日 枚
医師/看護師長署名

- ・ 紹介状は指定がなくてもスキャン。
- ・ その他の文書類は、スキャン指定がある場合のみスキャンを行う。

!CD 保管必要!シール!
診療情報管理室Ia3151宛
この CD はとても重要なので
診療情報管理室で保管して下さい。
年 月 日 枚
医師/看護師長署名

・ 必要時、診療情報管理室から貸出可。



< ポイント >

- ・ 旧電子カルテ (2002~2009 年) のスキャナは、左側に時系列表示されず移行記録で表示される。

【 6.10 診療記録(説明ノート) 】

記載者＝医療従事者

必須記載項目：説明日、説明者、医療者側同席者、説明対象者、詳細な説明内容、
説明対象者の理解度等反応

□ボタン：記録 → 診療記録（説明ノート）



- ・患者さんやご家族に説明を行った場合には、説明内容を正確に記載しなければならない。
- ・記録がなければ、説明をして同意を得たことにはならない。
- ・患者さんやご家族は、気が動転していて説明内容を記憶できない場合もあるため、積極的に説明用紙（複写式手書き）を併用すると良い。
- ・記載の必要のある項目は、説明内容によって異なり、静岡がんセンターインフォームドコンセントのガイドラインに準拠する。
- ・記載のルールは以下のとおり。
 - ①説明年月日、時間（記録日と一致している場合には省くことが出来る）
 - ②説明者名（記録者と一致している場合には省くことが出来る）、医療者側同席者名
 - ③説明対象者（関係性、できれば氏名）

例）姉（静岡花子さん）、長男、孫2人 等、分かる範囲で記載する。
 - ④説明内容：説明内容はポイントを押さえて書く。

例）手術の説明文書を用いて、以下の内容を説明した。
 - ⑤理解度、意思表示、質問内容：患者さんやご家族がどのように理解されたかを具体的に書く。

プロブレム: 診#0 全体に関係(診情)

説明ノート [外来] [歯科] [複合] [事後] [新規]

2023-06-08(木) 20:18 外来 診情士

確定

No.	対象日	時刻	診療科	内外	職種	記載者
医#0	2023-02-24(金)	15:14	放射線治	外来	医師	説明ノート
診#0	2023-01-25(水)	14:07		外来	診療情報	
医#0	2023-01-12(木)	12:35	乳腺外	入院	医師	
医#0	2022-12-27(火)	18:03	乳腺外	外来	医師	
医#0	2022-07-05(火)	14:22	呼吸外	外来	医師	
T#0	2022-07-05(火)	14:12	乳腺外	外来	看護師	
医#0	2022-06-24(金)	16:25	呼吸外	入院	医師	
医#0	2022-06-20(月)	14:48	呼吸外	入院	医師	
T#0	2022-06-17(金)	17:59	OCN	入院	看護師	
T#0	2022-06-14(火)	18:16	PFSC	外来	看護師	
医#0	2022-06-14(火)	15:41	呼吸外	外来	医師	
診#0	2022-05-26(水)	14:26		外来	診療情報	
医#0	2022-05-24(火)	17:14	乳腺外	外来	医師	
T#0	2022-05-24(火)	14:30	乳腺外	外来	看護師	
T#0	2022-05-24(火)	14:10	乳腺外	外来	看護師	
医#0	2022-05-24(火)	11:44	呼吸外	外来	医師	

<ポイント>

- ・説明用紙（複写式手書き）は、全て診療情報管理室でスキャン(電子カルテへ取り込み)する。
- ・「記載がない＝説明していない」と解釈されるため、説明義務違反とならないよう注意する。

【 6.11 診療記録(ショートサマリー) 】

記載者=医療従事者

□ボタン :記録 → 診療記録 (ショートサマリー)



- ・長い経過の患者や要約しておきたいときに使用する。
- ・各診療科や記載者の方針で、書くタイミングを決めておくと良い。(1週間の患者情報をまとめておくウィークリーサマリーなど)



【 6.12 診療記録(カンファレンスノート) 】

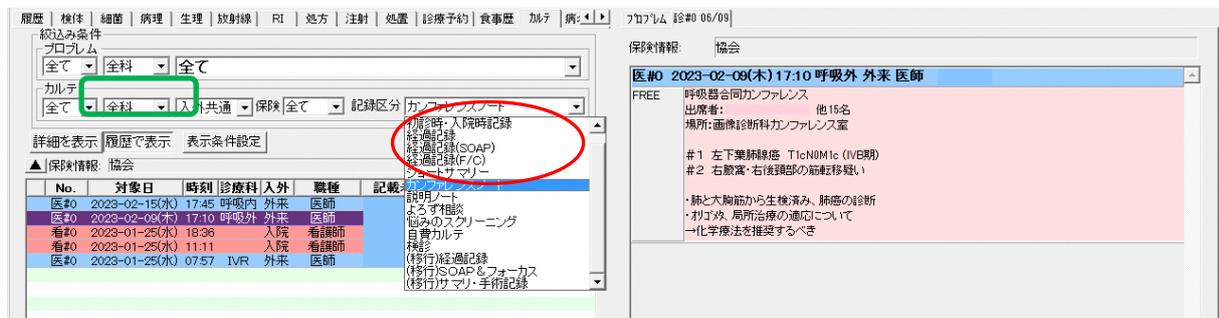
記載者=医療従事者

必須記載項目:カンファレンス名、出席者名、患者の病状・状況、検討内容、結論

□ボタン :記録 → 診療記録 → カンファレンスノート



- ・カンファレンスは、電子カルテをプロジェクターで投影して行うことが多いが、同時に書記係が論点・結論を記載していくことで、記載内容は出席者の了解事項となる。
- ・実施年月日、時刻（可能な限り始まり・終了）、出席者（可能な限り全員/最低でも各部門1名以上）を記載する。カンファレンス日時と記録日時に差がない場合には、日時は省略出来る。
- ・チームの中で議論や反論があった時も、その内容を明記し、個人的見解ではなく出席者が納得して出した総意、結論であることを明確にする。



<ポイント>

- ・カンファレンスの詳細は、最善の医療を選択するために大切な記録である。
- ・看護師の評価記録で使用する際は、経過記録に準拠する。

【 7 退院サマリー 】

記載者＝医師

必須記載項目：基本情報、主病名、入院目的、入院までの経過（現病歴、既往歴、入院時現症、等）、入院目的、入院経過、退院時状況（身体状況、活動度、認知度、等）、退院時方針、アレルギー、体内金属（デバイス）、退院時処方

□ボタン：記録 → サマリ



- ・ <入院診療計画書>に記載した事項の結果として、今回入院の目的、入院期間、実際に行われた検査・手術等、入院期間中の評価と結果（診断・治療）等を記載する。
- ・ 退院サマリーは、診療録管理体制加算の要件であり、「退院サマリー作成に関するガイダンス」に準拠した内容を退院後2週間以内に記載し承認する。
- ・ 転科した際に、転科前の診療科は「転科サマリー」を記載すること。（退院診療科が退院サマリーを作成する際に引用が出来るように。）

① 入院までの経過

※入院日に、「初診時・入院時記録」で記載されていない場合には、取り込まれません。
(経過要約をコピーするなど、手入力で記載)

② アレルギー

③ 体内金属(デバイス)

④ 退院時処方

初診・入院時記録
「現病歴」

アレルギー

体内金属(デバイス)

退院時処方

赤字は自動取込項目

<ポイント>

- ・ <経過要約>や<疾患基本>を取込む事ができる。
- ・ サマリー作成画面にて「退院サマリー」を選択した際に、「入院までの経過」「アレルギー情報」「体内金属」「退院時処方」の最新情報を自動挿入する。取り込んだ後の情報は編集可能。
- ・ 「入院目的」「入院経過・退院時状況」「退院時方針」については、情報は取り込まれない。
- ・ 旧電子カルテ（2002～2009年）の退院サマリーは、左側に時系列表示されず移行記録で表示される。

【 8 手術記録 】

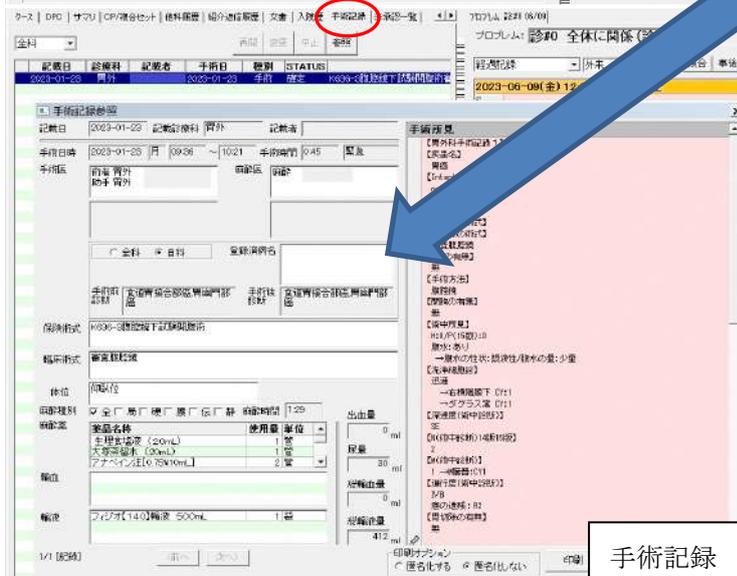
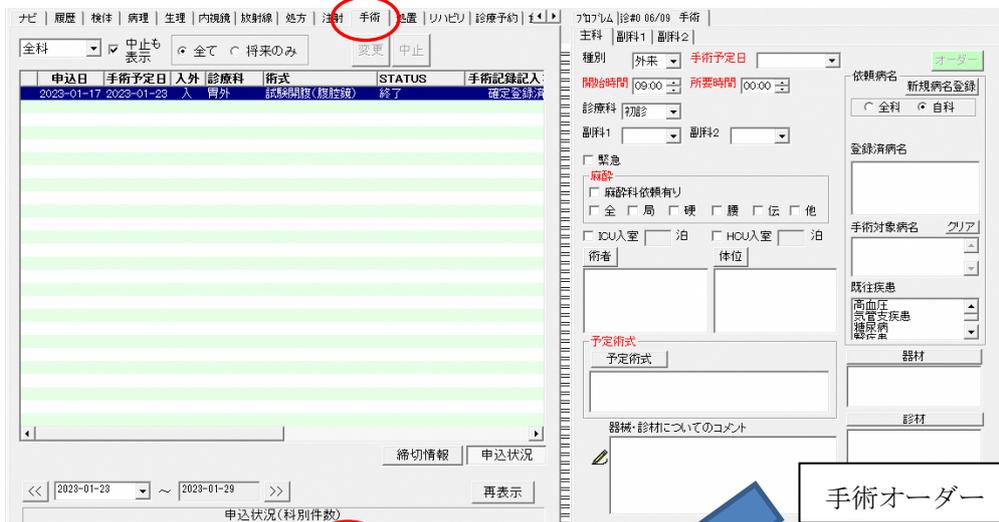
記載者＝医師

必須記載項目：手術日時、手術医・麻酔医、手術前診断、手術後診断、保険術式、臨床術式、体位、麻酔種別、麻酔薬、輸血、輸液、出血量、尿量、総輸血量、総輸液量、手術所見

□ボタン：治療指示 → 手術



- ・手術記録は、1手術につき1記録必ず記載する。(極力24時間以内に記載する)
- ・手術申込みに1つに対して複数の手術記録を記載可能ですが、診療科、記載者が同じ場合は複数記載できない。
- ・オーダーと術式変更が生じた場合は、手術所見に理由を明記する。
- ・変更可能な項目は、手術開始～終了時刻、手術医、麻酔医、手術後診断、臨床術式、体位、麻酔種別、麻酔薬、輸血、輸液、出血量/尿量/総輸血量/総輸液量、手術所見の12項目です。



取込

手術記録を新規作成する場合は、オーダー情報及び実施情報を初期表示します。

<ポイント>

- ・旧電子カルテ（2002～2009年）の手術記録は、歴に表示がされない。経過記録<記録区分>の(移行)サマリ・手術記録で確認する。

【 9.1 文書(入院診療計画書) 】

記載者＝医療従事者

必須記載項目：患者ID、患者氏名、発行日付、病棟・病室、主担当医師名、総合評価統括医師名、主担当医以外の担当者名(医師,看護師,栄養士,リハビリ,褥瘡管理者)、病名(他に考え得る病名)、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間、特別な栄養管理の必要性、その他(看護,リハビリテーション等の計画)

ボタン：記録 → 文書



- ・入院診療計画書は、医師・看護師・その他必要に応じて関係職種が協同して、入院後7日以内に、患者さんの病態に応じた内容で作成をし、患者さんへ説明して署名をいただく。
- ・入院診療計画書は2部発行し、1部は患者さんへ渡し、1部は病院控えとする。
- ・患者さんの病態等により作成した入院診療計画書に変更等が必要な場合には、新たに作成する。その際は、再度患者等に説明して2部署名いただき、患者さんと病院でそれぞれ保管する。
- ・病院控えは退院後3日以内に診療情報管理室へ提出し、最終受診後5年間経過するまでは、診療情報管理室の患者ファイルにて保管する。

疾患基本 | ステータス | 指導致 | ケース | DPC | サマリ | CP/複合セット | 他科 | 紹介 | 文書 | 入院 | ...

検索 | 絞り込み | 印刷 | プレビュー | 参照時

作成日	W/E	種別	診療科	タイトル	作成者	STATUS
2023-06-08	W	説明・同意書(共)	初診	新型コロナウイルス感染症と		作成完了
2023-05-15	W	説明・同意書(共)	消化内	CT検査予約・同意書・同意書		作成完了
2023-05-10	W	説明・同意書(共)	消化内	上部内視鏡検査予約票・説明書		作成完了
2023-08-28	E	返信・診断書・その他	生保	生保診断書 01 アフランク		作成完了
2023-09-22	W	栄養	パナソニックの良し食事について		作成完了	
2023-09-01	W	看護	消化内	免疫抑制剤(外来患者用)		作成完了
2023-09-01	W	看護	消化内	血尿(外来患者用)		作成完了
2023-09-01	E	看護	消化内	化学療法センターでの治療につ		作成完了
2023-09-01	W	看護	消化内	電話での問合せ・相談につ		作成完了
2023-02-10	W	看護	消化内	電話での問合せ・相談につ		作成完了
2023-02-09	W	説明・同意書(共)	消化内	CT検査予約・同意書		受取済み
2023-02-08	E	返信・診断書・その他	消化内	入院診療計画書		受取済み
2023-02-08	W	看護	消化内	これから化学療法を受ける方へ		作成完了

令和 年 月 日 主

入院診療計画書

（患者氏名） 氏名 令和09年02月08日

病棟（病室）	8階（ ）
主担当医以外の担当者名	医師： 看護師： 栄養士：
病名（他に考え得る病名）	食道胃腸合併症
症状	嘔吐不順
治療計画	化学療法 2回より
検査内容及び日程	2/8 採血 コロノ鏡検査
手術内容及び日程	予定されておらず
推定される入院期間	～1週間
特別な栄養管理の必要性	有 無 (どちらかに○)
その他(看護,リハビリテーション等の計画)	【看護】 退院時に退院費を支払うことによる、化学療法の説明や入院期間による副作用の症状の観察に要します。 【栄養】 治療による症状の変化により、特別な栄養管理が必要となった場合は、主治医と連携して対応します。 【薬剤療法】 併用、安全に薬剤療法を導入していきます。副作用に注意しながら実施します。お薬の名称や投与方法、効果、副作用等も説明します。
総合評価統括評価	【総合評価項目】 1. 患者の生活動作： 問題なし 2. 認知機能： 問題なし 3. 嚥下・気管： 問題なし

注1： 病名は、医師が記載するものと一致し、総合評価統括医師が記載するものと一致する必要があります。
注2： 入院期間については、現時点で予定されるものであります。

（主担当医師名） 印
（総合評価統括医師）
（本人・返読）

70101 | 診#06/09 | 文書

登録 | 仮登録

文書基本情報

文書名称: 入院診療計画書 **作成時** 作成年月日: 2023-06-09

診療科: 消化内科 記載者:
病棟: NST記録 病室:
Word/Excel

入院診療計画書

医師: 栄養士
看護師: リハビリ
褥瘡

登録済病名 (他に考え得る病名) 病名

症状 食欲不振

入院日 2023-06-09

推定される入院期間

< 前へ 次へ >

【 9.2 文書(説明同意書) 】

記載者=医師

必須記載項目: 患者ID、患者氏名、説明医、医療者側同席者、検査・処置・治療名、予定日、説明内容、同意日、患者署名、家族署名(身寄りのない方は除く) ※ID・氏名は自動挿入される

□ボタン: 記録 → 文書 → 文書名称 Word/Excel → 共通ツリーから必要文書選択



- ・雛形文書に登録された文書から選択し、文書を発行することが出来る。発行歴も残る。
- ・患者さんから署名後の同意書を受け取った場合、STATUSを”受取済み”に更新する。

作成時

参照時

同意書受け取り時

<ポイント>

- ・新しい文書等を電子カルテへ搭載する場合は、「電子カルテへ実装申請書」に記入の上、診療情報管理室へ申請する。(診療情報管理室文書申請担当：内線：2124)
- ・診療情報管理委員会承認を経て搭載するが、一部修正や削除の申請も委員会審議が必要となる。
- ・エクセルチャートには、カルテ確定前段階のアクティブな経過記録用としてチェックリストや経過表(時系列データ)等が実装されているので留意する。

【 9.3 文書(死亡診断書) 】

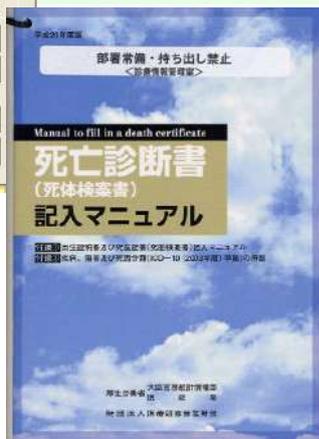
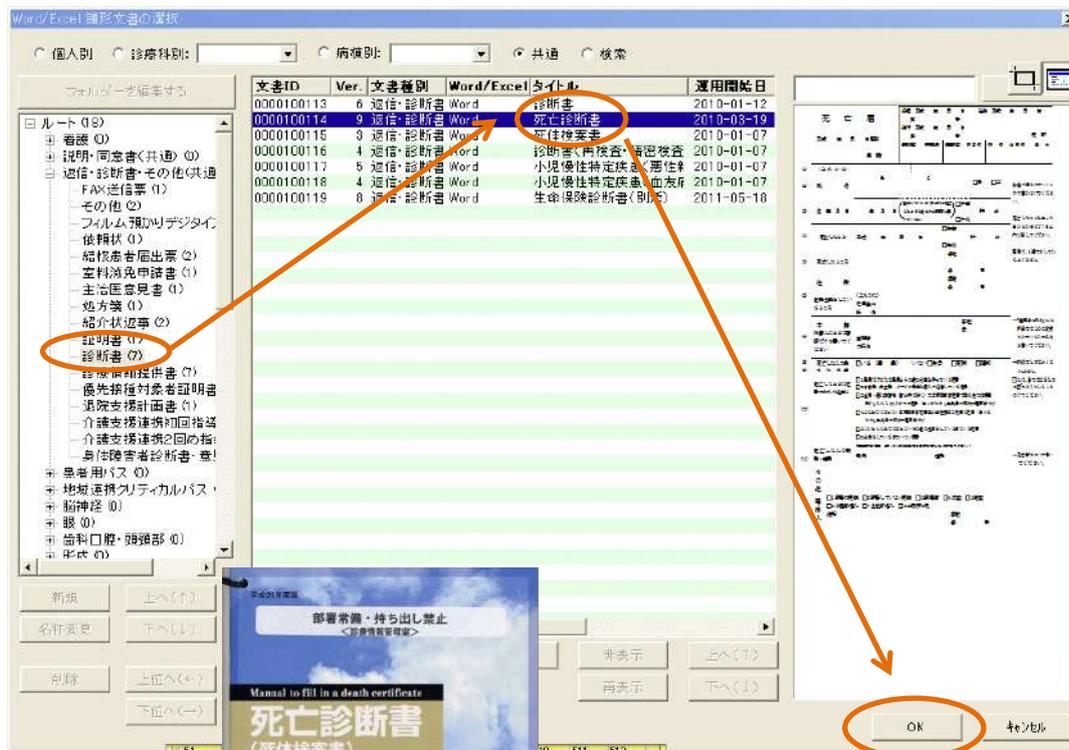
記載者＝医師

必須記載項目：氏名、性別、生年月日、死亡したとき、死亡したところ及びその種別、死亡の原因(病名、期間、手術、解剖)、死亡の種類、追加事項、診断年月日、発行年月日、病院所在地、**診断医署名**

□ボタン：記録 → 文書 → 文書名称 Word/Excel → 共通ツリーから診断書選択



- ・ 文書ツリーから診断書フォルダを選び、死亡診断書を選択、記入する。
- ・ 2部出力し、必ず漏れがないか、記載に誤りがないかを確認し、署名する。
- ・ 遺族等と最終確認後、1部を遺族へ渡し、1部を病院控えとする。



厚生労働省発行の
 <死亡診断書記入マニュアル>
 最新版を参考に記載ください。

<ポイント>

- ・ 当直時対応の際などは、【23 経過要約】(P.49)に記載された内容を参照し記入する。
- ・ 誤記載を発見した場合は、直ちに診療情報管理室(内線：2124)へ連絡する。
 (業務マニュアル・診療情報管理マニュアル・死亡診断書不備発見時のフロー参照)

【 10 他科依頼（院内）】

記載者＝医療従事者

必須記載項目：依頼先科、診断名、依頼目的、依頼内容

□ボタン：記録 → 他科依頼



- ・外来診察、病棟往診を他科医師へ依頼する時に入力する。
- ・左図のように、＜他科（受診）履歴＞として依頼の歴が残る。
- ・他科からの依頼があった場合は、依頼があって診療をし、それに答えた旨の記録を適切に残していく。

フクロム | 診#0 02/13 | 診療予約 | **他科依頼**

送信 仮登録

依頼科: _____ 依頼者: _____

起票日: | 2012-02-13

依頼先科: 大腸外 返信者: (指定なし)

診断名: 大腸癌

依頼目的: 術前コンサルト

その他プログラム名: 医#0 全体に関係(医師) 追加

依頼内容:
○月○日に手術予定になっている○○○○さんについてご依頼申し上げます。

診察: あり なし 種別: 外来診察

日時: _____

返信: 必要 不要

予約

記録日	依頼元科	依頼先科	種別	記載者	STATUS
2010-03-08	呼吸内	呼吸外	依頼		確定
2010-03-08	呼吸内	呼吸外	返信		確定
2010-03-17	呼吸外	麻酔	依頼		確定
2010-03-17	呼吸外	リハ	依頼		確定
2010-03-29	呼吸外	リハ	返信		確定
2010-03-29	呼吸外	麻酔	返信		確定

<ポイント>

- ・複数の科でチーム医療を行った歴として、他科受診の歴は重要である。
- ・この画面で他科診察＜予約＞を取ることも出来る。
- ・「診療予約」で予約を取り（または診療予約は別途依頼して）、依頼内容のみを入力することもできる。

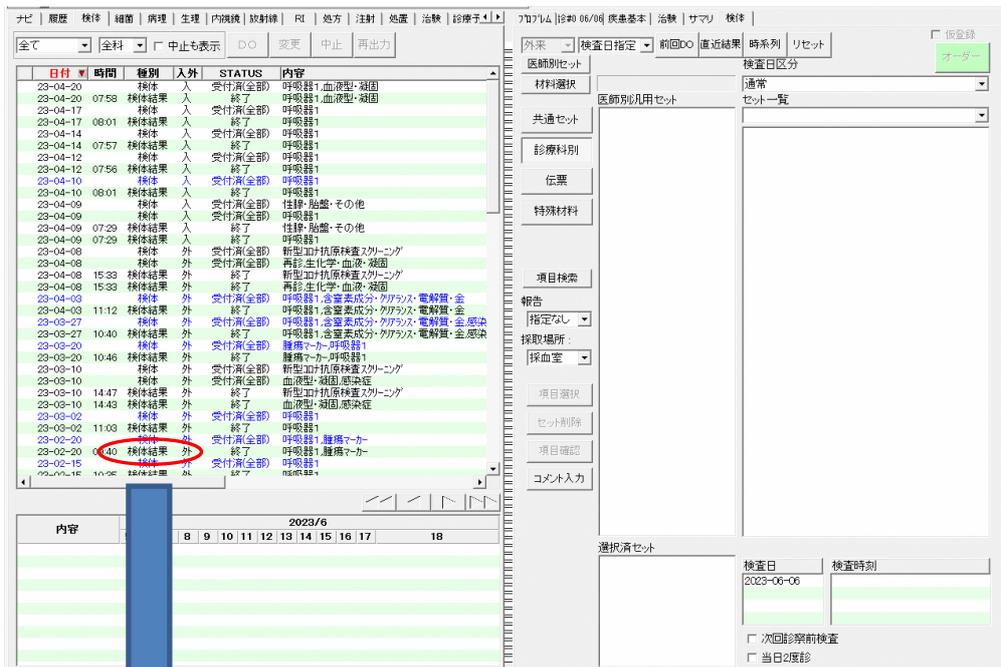
【 11 検体 】

オーダー者=医師

ボタン: 予約検査 → 検体



- 各種検査等の予約（オーダー）を右側で行い、オーダー内容と検査結果が左側に残る。
- 診察時に患者さんから要望があれば、印刷して提供する。
(大量印刷など業務負担となる場合は、カルテ開示を勧め、よろず相談へ繋ぐ。)
- 「検体検査結果」の画面にて、時系列表示や時系列印刷を指定出来る。



【 12 細菌 】

オーダー者=医師

ボタン: 予約検査 → 細菌



- 各種検査等の予約（オーダー）を右側で行い、その返答としての検査結果が左側へあがる。
- 診察時に患者さんから要望があれば、印刷して提供する。
(大量印刷など業務負担となる場合は、カルテ開示を勧め、よろず相談へ繋ぐ。)

日付	時間	種別	入外	STATUS	内容
23-03-16		細菌結果	外	終了	一般細菌・抗酸菌(リンパ節)
23-03-16		細菌	外	受付済(全部)	リンパ節 細菌/リンパ節 針穿刺洗浄液
23-01-05		細菌結果	入	一般細菌終了	一般細菌(胆汁)
23-01-05		細菌	入	受付済(全部)	胆汁
23-01-02		細菌結果	外	一般細菌終了	一般細菌(静脈血)
23-01-02		細菌	外	受付済(全部)	静脈血(一般細菌)
23-01-02		細菌結果	外	一般細菌終了	一般細菌(静脈血)
23-01-02		細菌	外	受付済(全部)	静脈血(一般細菌)
22-12-01		細菌結果	入	一般細菌終了	一般細菌(静脈血)
22-12-01		細菌	入	受付済(全部)	静脈血(一般細菌)
22-11-30		細菌結果	外	一般細菌終了	一般細菌(静脈血)
22-11-30		細菌	外	受付済(全部)	静脈血(一般細菌)
22-10-06		細菌	外	終了	一般細菌・抗酸菌(リンパ節)
22-10-06		細菌	外	受付済(全部)	リンパ節 細菌/リンパ節 針穿刺洗浄液

採取日: 2022-10-31 依頼元: 感染症 材料名: 全血 受付日: 2022-10-31
 採取時刻: 依頼医師: 材料コメント: 番号: 抗原色結果

項目名	結果	項目名	結果
培養結果		薬剤感受性結果	
培養同定結果		薬剤名	
特殊検査			
エンドキシン	5.0pg/mL未満		
依頼コメント			
陰性コントロール			
陰性コントロール			
結果コメント	報告日: 2022-10-31		
<0.21 pg/mL	終了		
	抗酸菌状況:		

【 13 病理 】

オーダー者=医師

記載者=病理診断医

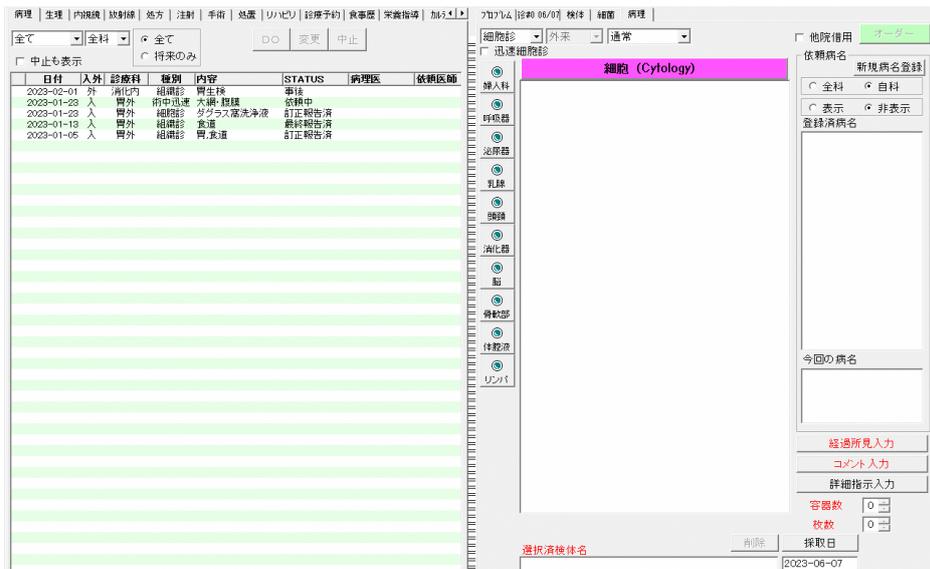
必須記載事項: 病理組織診断、材料、所見、診断確認

□ボタン: 予約検査 → 病理



< 病理 タブ >: 婦人科、呼吸器、泌尿器、乳腺、頭頸、消化器、脳、骨軟部、体腔液、リンパ

・各種検査の予約(オーダー)を右側で行い、オーダー内容とステータスが左側に表示される。

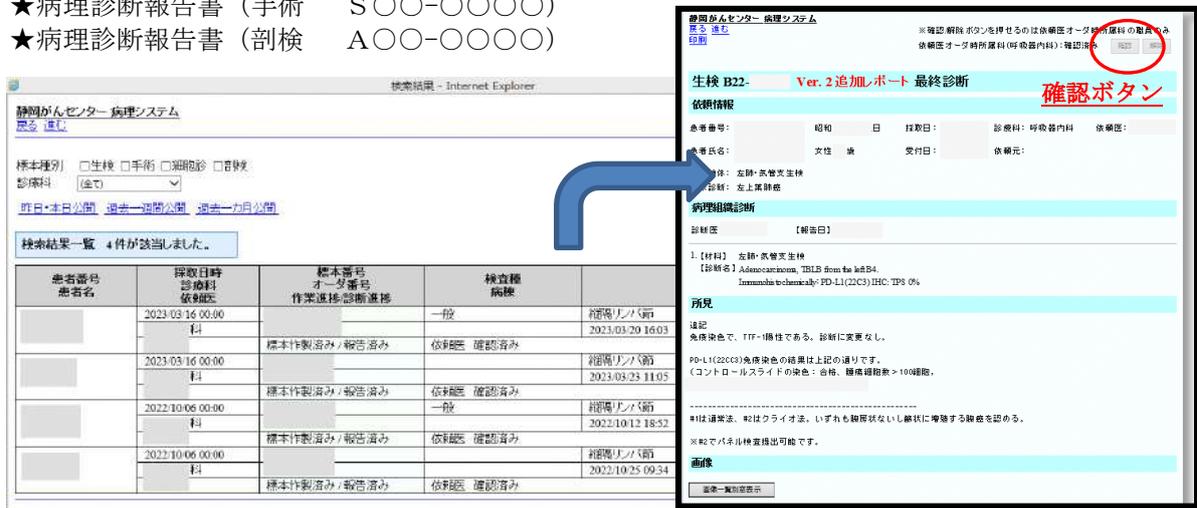


□ボタン: 画像レポート → 病理



・臨床担当医は、診断書が出てから2週間以内に、診断報告書の「確認ボタン」を押す。

- ★病理診断報告書 (細胞診 C〇〇-〇〇〇〇)
- ★病理診断報告書 (生検 B〇〇-〇〇〇〇)
- ★病理診断報告書 (手術 S〇〇-〇〇〇〇)
- ★病理診断報告書 (剖検 A〇〇-〇〇〇〇)



【 14 生理 】

オーダー者=医師

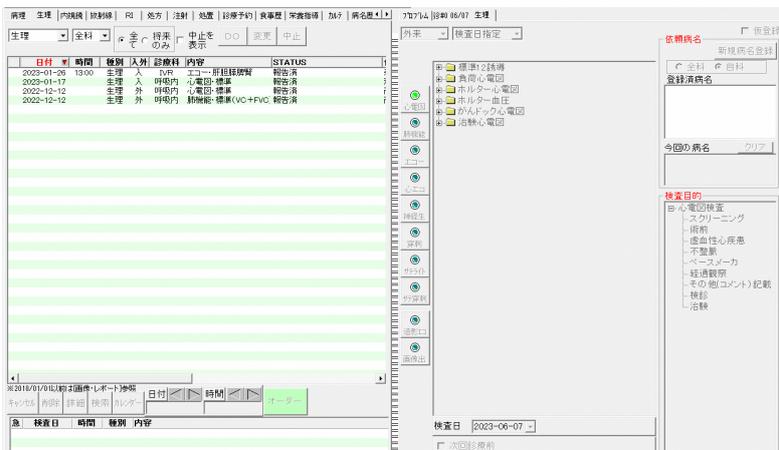
必須記載事項:結果、内容、画像、確定登録

ボタン: 予約検査 → 生理

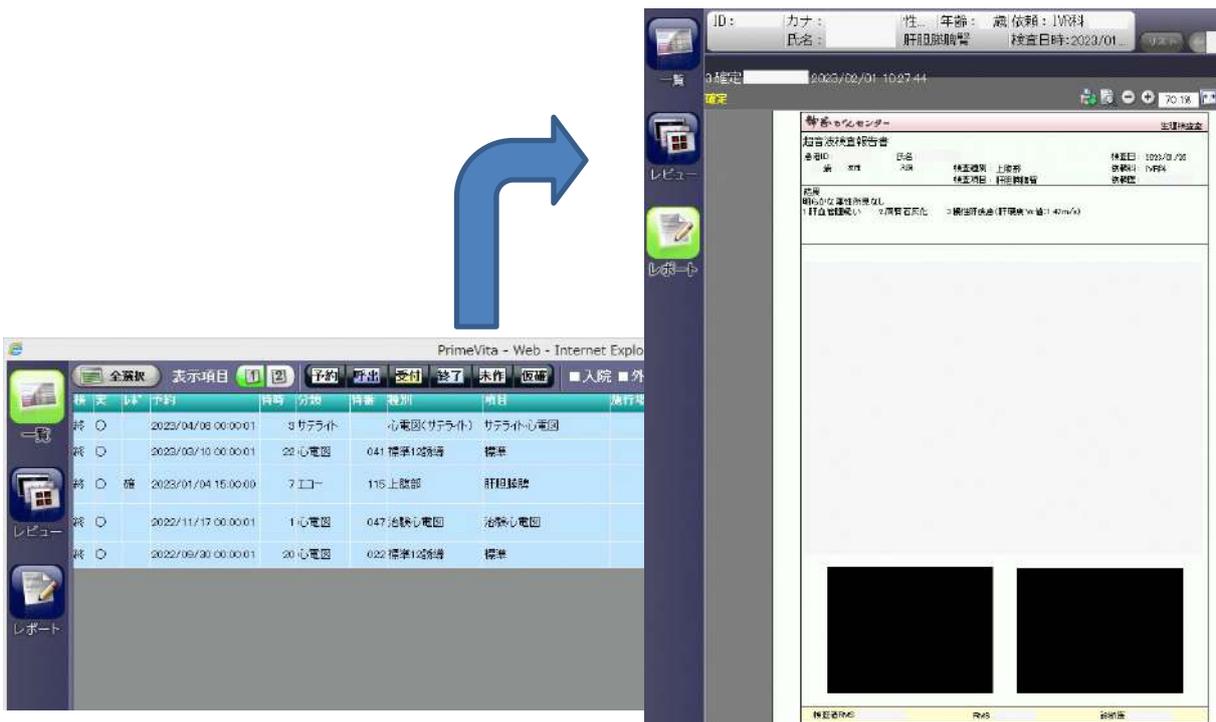
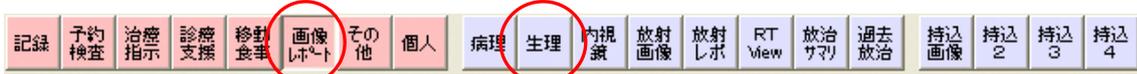


< 生理 タブ >:心電図、肺機能、エコー、心エコー、神経生、穿刺、サテライト、サテ穿刺、造影エコー、画像出

- ・各種検査の予約(オーダー)を右側で行い、オーダー内容とステータスが左側に表示される。
- ・部門システム上にはオーダー以外のデータが発生する可能性があるが、今回オーダーされた項目についての実施データを電子カルテ上で医師が確認し確定を行う。



ボタン: 画像レポート → 生理



【 15 内視鏡 】

オーダー者=医師

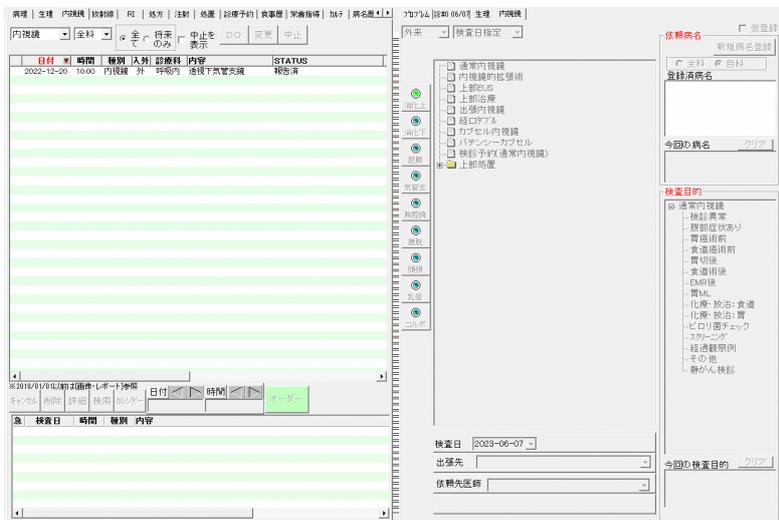
必須記載事項: 代表診断、内容、画像、確定登録

□ボタン: 予約検査 → 内視鏡

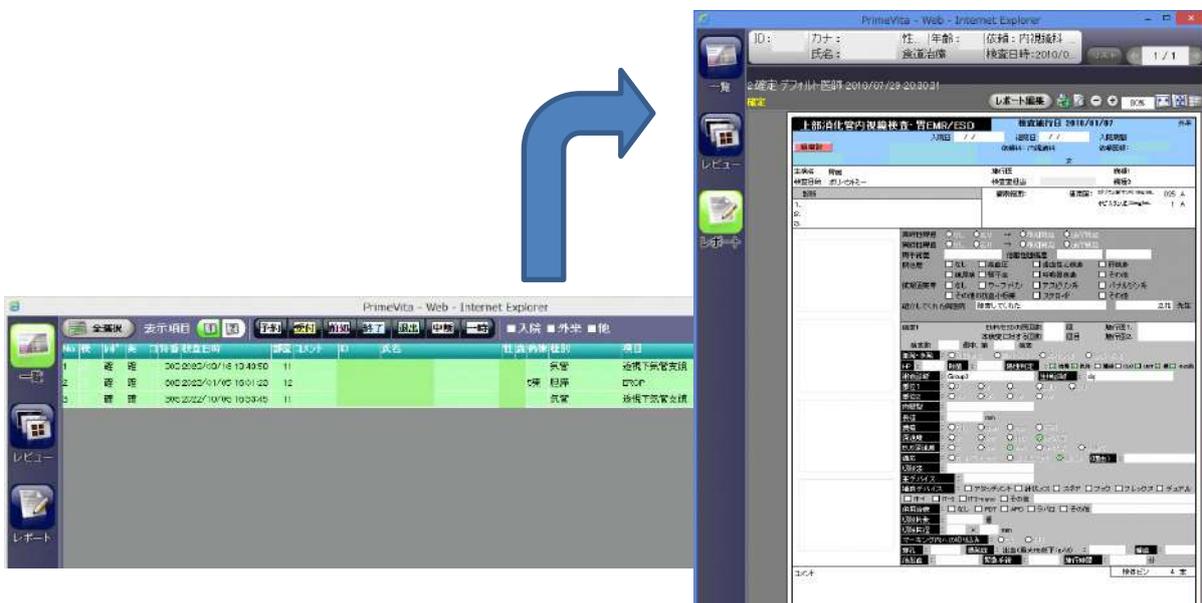


< 内視鏡 タブ >: 消化上、消化下、胆膵、気管支、胸腔鏡、膀胱、頭頸、乳管、コルボ

- ・ 部門システムからの画像をカルテ側へ送信して確定する。
- ・ 各種検査の予約(オーダー)を右側で行い、オーダー内容とステータスが左側に表示される。
- ・ 部門システム上にはオーダー以外のデータが発生する可能性があるが、今回オーダーされた項目についての実施データを電子カルテ上で医師が確認し確定を行う。



□ボタン: 画像レポート → 内視鏡



【 17 RI 】

オーダー者=医師

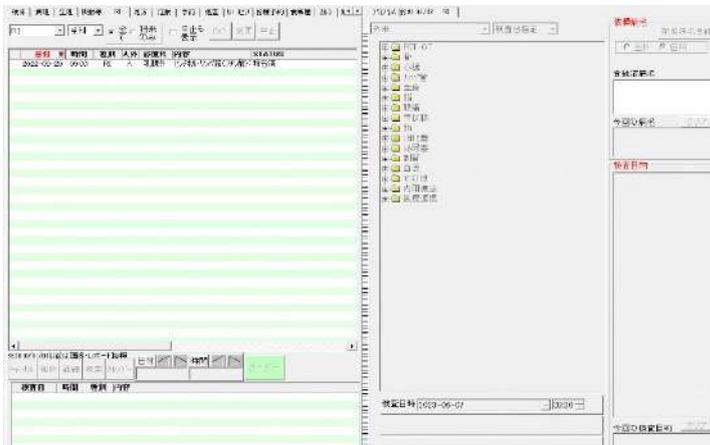
必須記載事項: 診断、所見、画像、確定登録、最終確定者

□ボタン: 予約検査 → RI



< 放射線 タブ >: RI、核医学骨シンチ

- ・部門システムからの画像をカルテ側へ送信して確定する。
- ・各種検査の予約(オーダー)を右側で行い、オーダー内容とステータスが左側に表示される。
- ・部門システム上にはオーダー以外のデータが発生する可能性があるが、今回オーダーされた項目についての実施データを電子カルテ上で医師が確認し確定を行う。



□ボタン: 画像レポート → 放射線画像



優先度	Patient Name	漢字患者名	患者ID	検査項目群	検査日付	予約ステ	ステータス	患者の所在	検査時刻
R				一般検査(胸部立位2方向P-A-R-L)	2022/03/22 10:4...	CR	Compl...	2 Unknown	010*01...
R				乳がん検査(胸部立位2方向P-A-R-L)	2022/11/14 14:0...	OT	Compl...	6 Unknown	010*01...
R				CT(スリーク)(腹部)単純・造影CT	2022/11/10 12:0...	CT	Finalized	386 Unknown	32*097...
R				腎臓(スリーク)(腹部)単純・造影CT	2022/11/10 12:0...	XA	Compl...	3 Unknown	33*097...
R				乳房(両側)単純(胸部)造影CT	2022/09/27 12:0...	MG	Compl...	1 10番	040*01...
R				腹部CT(造影)(腹部)造影CT	2022/09/26 15:4...	MM	Finalized	3 10番	130*14...
R				胸部CT(造影)(胸部)造影CT	2022/09/08 16:2...	MR	Finalized	1624 Unknown	100*05...
R				乳房(両側)造影(胸部)造影CT	2022/09/08 14:5...	MG	Finalized	10 Unknown	040*01...

□ボタン: 画像レポート → 放射レポート



レポートステータス	検査日	検査種	全部位	検査時間	依頼科	依頼医	最終確定者	最終確定日
未記入	2022/11/09 08:15:03	泌尿器 外来	UCSG進行性尿毒症 尿道造影(泌尿器)	7東	泌尿器科			
未記入	2022/11/02 12:52:04	手術室 撮影	膝関節(位正面A-P (手術室))		GICU	泌尿器科		
未記入	2022/07/22 12:08:29	一般撮影	胸部立位正面P-A		泌尿器科			
最終確定	2022/07/05 18:41:24	核医学	骨シンチ朝投与		泌尿器科			2022/07/05 14:56:31
最終確定(一次確定者)	2022/07/05 18:28:45	CT	胸部から身体部CT (単体)		泌尿器科			2022/07/06 15:21:29

画像診断報告書

患者ID: [] 検査日: 2022/07/05
 患者名: [] 年齢: [] 歳
 漢字患者名: [] 性別: []
 検査項目群: 核医学(骨シンチ朝投与)
 依頼科: 泌尿器科 依頼医: []
 依頼コメント: 【検査目的】 進行性尿毒症(腎臓) 腎移植前骨髄質の観

診断: 骨転移を認めません。
 所見: 骨転移を疑うような異常集積を認めません。

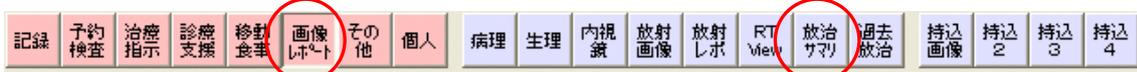
画像: []
 この画像を閉じる []

使用薬品:
 一次確定者:
 二次確定者:
 全保存者:
 最終更新日: 2022/07/05

【 18 放治サマリ 】

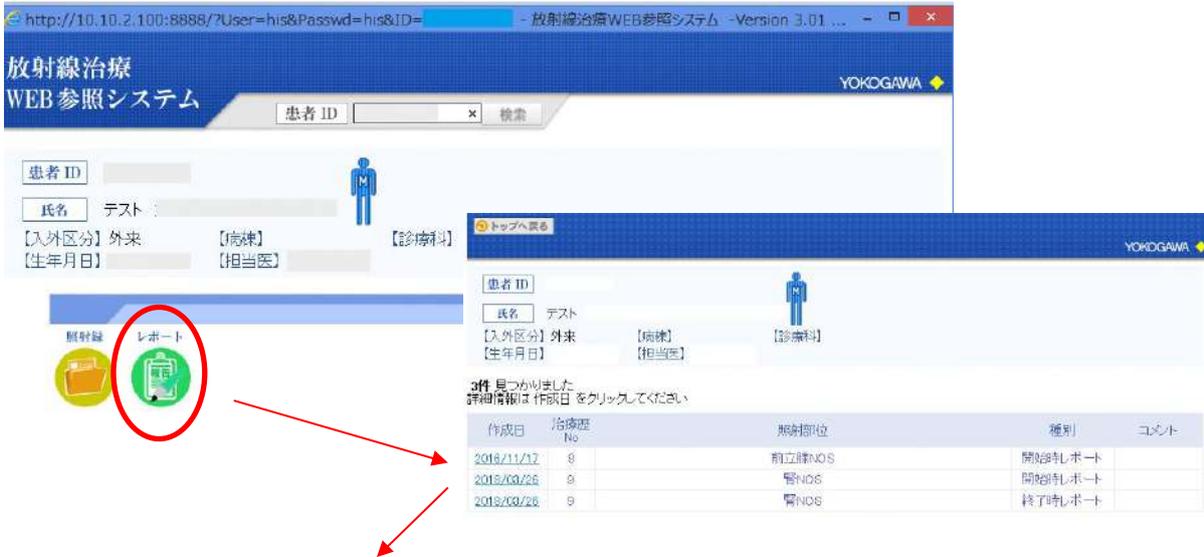
記載者=医師

□ボタン： 画像レポート → 放治サマリ



< 放射線 タブ > :放射線治療報告書、陽子線治療報告書

・各部門システムからの画像、データをカルテ側へ送信して確定する。



【 19 治療指示 】

担当部署=医師、薬剤部、看護部

□ボタン:治療指示 → 処方、注射、処置、リハビリ、放治、輸血



以下オーダリングシステムでオーダーし、実施とともに左タブへ履歴表示

- ・各種検査の予約(オーダー)を右側で行い、オーダー内容とステータスが左側に表示される。
- ・部門システム上にはオーダー以外のデータが発生する可能性があるが、今回オーダーされた項目についての実施データを電子カルテ上で医師が確認し確定を行う。

< 処方 タブ > < 注射 タブ >

- ・抗がん剤に (癌) と記載される。
- ・麻薬に (麻) と記載される。

ナビ	履歴	検体	病理	生理	放射線	処方	注射	手術	処置	リハビリ
全て	全科	実施入力	調製確定	DO	内容変更	中止				
<input type="checkbox"/> 中止も表示		調製参照	シフトDO	日付変更	再発行					
実施日	入外	診療科	種別	登録番号	依頼医師	状況				
2010-11-18	入	脳神経外	入院予定	20101118-0177		終了*				
2010-11-18	入	脳神経外	入院予定	20101118-0651		終了				
2010-11-18	入	脳神経外	入院予定	20101118-0176		終了				
承 2010-11-18	入	脳神経外	入院準備	20101118-0116		終了				
承 2010-11-18	入	脳神経外	入院準備	20101118-0117		終了				
承 2010-11-18	入	脳神経外	入院準備	20101118-0130		終了				
2010-11-18	入	麻酔科	入院準備	20101118-0090		終了				
2010-11-17	入	脳神経外	入院予定	20101117-0245		終了				
2010-11-16	入	脳神経外	入院予定	20101116-0365		終了				
2010-11-16	入	脳神経外	入院予定	20101116-0244		終了				
2010-11-16	入	脳神経外	入院予定	20101116-0306		中止				
2010-11-15	入	脳神経外	入院予定	20101115-0443		終了				
2010-11-15	入	脳神経外	入院予定	20101115-0605		中止				
2010-11-14	入	脳神経外	入院予定	20101114-0459		終了				
2010-11-14	入	脳神経外	入院臨時	20101114-0003		終了				
2010-11-13	入	脳神経外	入院予定	20101113-0533		終了				

手技	薬品名	用量	単位
最終依頼日時	2010-11-18 17:43:12	依頼医師	
ワンショット未精	★実施済★		
	# 00645635-0037001		
	(麻)アリチリ注用 (2mg)	2	瓶
実施日	2010-11-18		
タイミング	17:43		
ワンショット未精:			

< 処置タブ >

ナビ	履歴	検体	病理	生理	放射線	処方	注射	手術	処置	リハビリ
全て	全科	実施入力	DO	変更	中止					
依頼日	開始日	入外	内容	状況						
2010-03-18	2010-03-24	入	非観血的連続血圧測定	終						
2010-03-18	2010-03-24	入	観血的動脈圧測定	終						
2010-03-18	2010-03-24	入	呼吸心拍モニタ	終						
2010-03-18	2010-03-24	入	経皮的動脈血酸素飽和度測定	終						
2010-03-18	2010-03-24	入	酸素吸入(インスピロン以外)	依頼						
2010-03-18	2010-03-24	入	尿道留置カテーテル除去	終						
2010-03-23	2010-03-23	入	末梢静脈ルート確保	終						
2010-03-18	2010-03-23	入	点滴注射	終						
2010-03-18	2010-03-23	入	持続ドレーナージ	終						
2010-03-18	2010-03-23	入	硬膜外持続的精密注入	終						
2010-03-18	2010-03-23	入	下肢血栓予防処置	終						
2010-03-18	2010-03-23	入	非観血的連続血圧測定	終						
2010-03-18	2010-03-23	入	観血的動脈圧測定	終						
2010-03-18	2010-03-23	入	呼吸心拍モニタ	終						
2010-03-18	2010-03-23	入	経皮的動脈血酸素飽和度測定	終						
2010-03-18	2010-03-23	入	酸素吸入(インスピロン以外)	終						
2010-03-18	2010-03-21	入	膈洗浄	中						

実施日	内容	状況	手
2010-03-24	酸素吸入(オキシジェンマスク)	依頼中	
	【診療科:婦人 実施場所:病棟】		
	0時時間0分		
	※ 酸素量 2400L		
	0000~0800 5L/分		
	【朝、酸素OFF】		

【20 指導】

記載者＝医師、看護師

ボタン：記録 → 指導



- ・指導を行った場合に記載する。合わせて、カルテの経過記録にも指導内容を記載する。
- ・登録された指導内容は、医事システムで「指導料・管理料」に送信される。

<ポイント>

- ・指導内容は自由記載が望ましいが、「コメント」欄に代表的な記載例があるので、問題が無い範囲で利用してもよい。
- ・指導内容は「定型文入力」で記載することも可能。
- ・「検体結果」画面で、所定の腫瘍マーカーを選び、「カルテ登録」→「選択項目のみ登録」でカルテに選択した検査結果のみが登録される。

【 21 紹介返信 】

< 他院からの紹介・返書 >

記載者＝地域医療連携室

必須記載項目：紹介基本情報、紹介元病院情報

□ボタン：記録 → 紹介返信



- ・<紹介返信履歴>に登録された紹介元からの紹介状はスキャンされている。紹介状に添付された資料類は、スキャン指定がある場合のみスキャンされる。(6.9 診療記録(経過記録:スキャナ)参照)

診療予約	食事歴	栄養指導	加齢	病名歴	疾患基本	スキャン履歴	IC	指導歴	紹介返信履歴	文書
全科	北へ	参照	報告	WORD 変更	変更	中止	プレビュー	印刷		
日付	Word	紹介元	紹介先	種別	記載者	STATUS	返信区分			
2023-03-14			→ 初診	紹介		完了				
2013-08-23	W	連携	→	紹介		完了				
2013-07-09		独立行政法人国	→ 初診	紹介		完了				

< 他院への紹介・返書 >

記載者＝医師

必須登録項目：<紹介返信>文書種別、報告基本情報、紹介先病院情報、傷病名

必須記載項目：<診療情報提供書>症状・検査・治療経過、現在の処方、既往歴及び家族歴、備考
<返書・報告書・依頼書>記事

- ・<紹介返信>から「診療情報提供書」「返書」を作成する。Word で文書を記載した場合には、「Word 文書として登録する」にチェックをすることで、Word でも記載が出来る。
- ・<紹介返信履歴>に登録された紹介元へ返書を作成する場合には、対象行をダブルクリックすることで、<紹介返信>へ返信先の病院情報が自動挿入され、入力を省くことが出来る。
- ・医科歯科連携パスに伴う診療情報提供書は、運用上の問題から、文書を使って作成する。

Wordで作成できる

文書種別の選択 誤りに注意

【 22 オーバービュー 】

記載者＝看護師、医師

□ボタン：記録 → Over View



- ・患者さんのバイタルの記載、検査、点滴内容等
- ・血圧、体温、心拍数、尿量、便・尿回数などの日々の身体情報の観察的事項を一覧に時系列に記載していく。
- ・記録に書かれた内容が、＜診療記録＞にも反映、(同じ事項が自動的に記載)される。
- ・ここで、各種検査結果などを開くことができる。

日付	2010/03/25(木)	2010/03/27(土)	2011/04/01(金)	2011/12/25(日)	2011/12/26(月)	2012/02/07(火)
入院日数	外来	外来	外来	外来	外来	外来
病床管理						
RR	40					
体温	41					
心拍数	150					
BP	150					
SpO2	93					
30	40					
25	39					
20	38					
15	37					
10	36					
5	35					
0	34					
記録	診情士初診時・入院時記録	診情士初診時・入院時記録 診情士説明ノート 診情士初診時・入院時記録	診情士経過記録	診情士説明ノート	診情士説明ノート	診情士カンファレンスノート 診情士初診時・入院時記録 診情士ショートサマリー 診情士説明ノート 診情士初診時・入院時記録
記事						
IN	IN(1日合計)					
OUT	OUT合計					
	尿量/性状					
	便回数					

<ポイント>

- ・患者さんの日々の状態を一覧で見ることができる。
- ・各部署により、縦の項目はカスタマイズできる。
- ・パス運用の場合などは、主たる看護記録がここへ記載されることもある。

【 23 経過要約 】 ※開示対象外

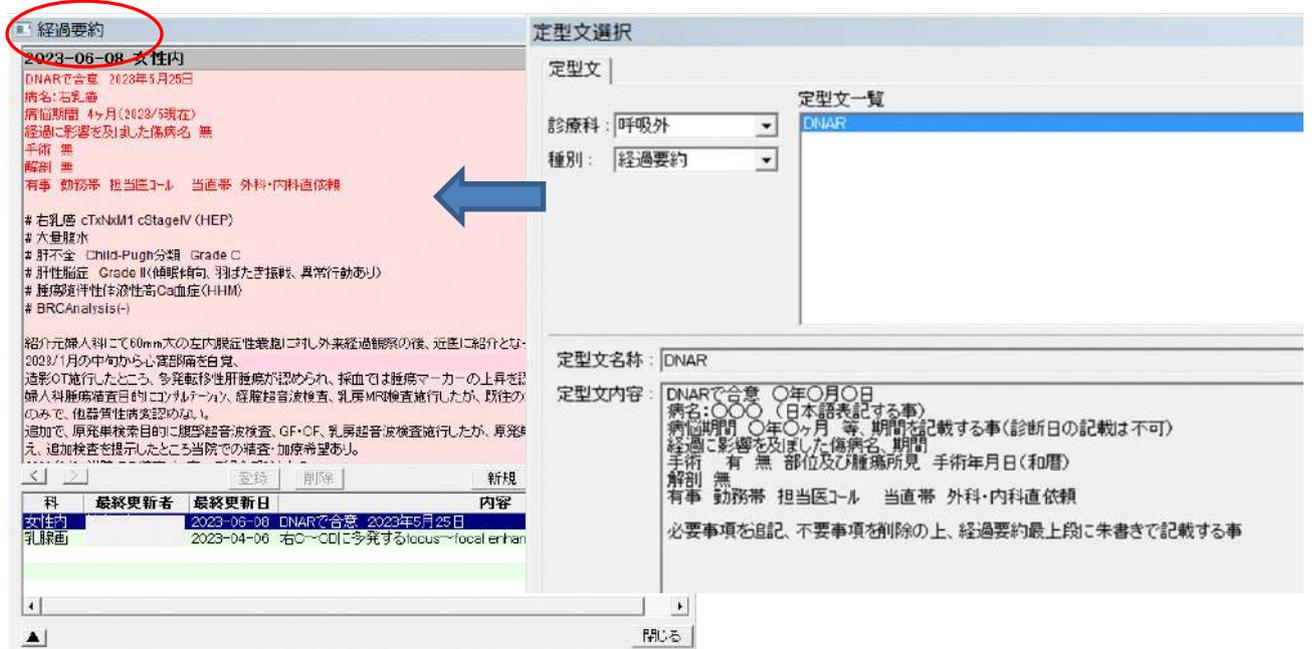
記載者＝医師

必須記載事項:DNAR(病名・病期期間・手術有無・術式・手術年月日・剖検有無)

□ボタン :記録 → 経過要約



- ・確定記録としては扱わないため開示の対象とはしない。
- ・経過要約には、「疾患名、TNM 分類、治療歴、併存症等重要な情報」を記載しておく。
- ・経過を簡潔にまとめ、随時最新の情報に更新することで、他の医療従事者が見ても診療内容をすぐ把握できるようにする。
- ・DNAR (Do not attempt resuscitation) を取得した際は、定型文を用いて最上段に朱書きで記載する。



<ポイント>

- ・診療科毎に1つ作成となる。情報の更新は可能。
- ・【経過要約】の【<】ボタンから履歴を確認出来る。
- ・退院サマリーに取り込むことが出来る。
- ・外来カルテでは最初に画面が立ち上がるが、入院カルテでは、「記録」→「経過要約」で表示される。

【 24 自費カルテ 】

記載者＝医療従事者

□ボタン:記録 → 診療記録 (自費カルテ)



以下のような、**保険診療ではない記録**を記載する場合に使用する。

- 1－検診
- 2－セカンドオピニオン（本人／家族）
- 3－がん遺伝外来
- 4－保険適用外での診療

検索条件
 プログラム: 診#0 全体に関係(診情)
 自費カルテ 外来 歯科 複合 事後 新規
 2023-06-16(金) 15:21 外来
 FREE 自費カルテです。

No.	対象日	時刻	診療科	入外	職種	記載者	記録区分	承認
診#0	2023-06-16(金)	15:20		外来			自費カルテ	
診#0	2023-06-06(火)	15:57		外来			経過記録	

<ポイント>

・カルテ記載は「初診時・入院時記録」や「診療記録」等を使用せず、『自費カルテ』にて記載する。

注) 詳細は以下参照。

【業務手順】 → 「外来におけるセカンドオピニオンへの対応」 医事課／告知後 患者家族満足度調査部会

【業務手順】 → 「検診センター 業務マニュアル」 検診センター

【業務手順】 → 「外来」「がん遺伝外来の運用手順」 遺伝カウンセリング室

【 25 医事の観点から見た電子カルテ記載の留意点 】

- ・ SCC にて発生しやすい項目で、意識的なカルテの記載が必須の項目を抜粋した。

I. 入院料の各加算（抜粋）

〔要点〕 定められた算定要件を満たしていることがわかりやすく記載されていること。

1) 入退院支援加算 1

- ・ 3日以内に入院患者の状況把握、その中から退院困難要素を含む患者の抽出を行う。
- ・ 7日以内に患者および家族と病状や退院後の生活を含めた話し合いにより入退院支援計画書を作成開始する。
- ・ 7日以内に病棟看護師、病棟専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師および社会福祉士の共同カンファレンスを実施する。

2) 入院時支援加算 1

- ・ 入院前に療養支援計画書のチェックリストに記載された項目を全て実施する。
- ・ 入院中の看護や栄養管理等にかかる療養支援の計画を立て、患者および入院予定先の病棟職員と情報共有する。

3) 総合機能評価加算

- ・ 入院計画書の総合機能評価に係る項目を、「65歳以上の患者」または「45歳以上65歳未満で、①回復の見込みがないと判断される末期癌 ②糖尿病性神経障害/腎症/網膜症 ③脳血管障害 ④閉塞性動脈硬化症 ⑤慢性閉塞性肺疾患 ⑥骨折を伴う骨粗鬆症 ⑦両膝/股関節の変形が著しい変形性関節症 等の患者」に対して判断し入院計画を立てる。

4) 認知症ケア加算（日常生活自立度Ⅲ以上の認知症高齢者）

- ・ 患者の入院前の情報を収集し、それらを踏まえた評価を元に看護計画を作成する。
- ・ 行動・心理症状がある場合その評価と症状軽減を図るための適切な環境整備、患者とのコミュニケーション方法を検討する。
- ・ 看護計画に基づき、認知症症状考慮したケアの実施、身体抑制中は解除に向けた検討を1日1回は行う。
- ・ 計画段階で退院後の支援等について、患者家族を含めて検討し円滑な退院支援を行う。

5) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

- ・ 専従の褥瘡管理者が、褥瘡予防/管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施する。
- ・ 褥瘡担当看護師が作成した予防治療計画、継続的に実施したケア内容をカルテに記載する。

6) せん妄ハイリスク患者ケア加算

- ・ せん妄アセスメントのチェックリストに従い、せん妄のリスク因子を確認する。
 ※アセスメント STEP1 で項目に該当し、STEP2 で0点の患者が対象となる。
 ※確認時点でせん妄症状がある患者(初回 STEP2 実施時で1点以上)は対象外となる。
- ・ 医師/看護師/薬剤師等の関係職種と連携し、せん妄対策を実施する。
- ・ 対策実施後も、定期的にせん妄の有無を確認する。
- ・ 実施した対策、せん妄の有無の確認した事実についてカルテに記載する。

II. 管理料および特掲診療料（抜粋）

〔要点〕 ①管理料の項目名、②同一記録内に当該管理料の要約が記載されていること。

1) 悪性腫瘍特異物質治療管理料

- ・腫瘍マーカーの結果を元に、患者へ今後の治療計画を説明した時点で記載する。
- ・管理料の項目名、検査した腫瘍マーカーの種類と検査結果、治療計画の要点を記載する。

2-1) 外来腫瘍化学療法診療料1(イ) (注射：外来化学療法加算1から区分変更)

- ・外来診療で抗癌剤を使った化学療法を施行する初回時、レジメン変更時、必要に応じて指導時にカルテへ記載する。
- ・管理料の項目名、指導内容や治療管理の要点をカルテに記載する。
- ・(特に初回指導時)説明に使用した文書等あれば、その写しをカルテに添付する。

2-2) 外来腫瘍化学療法診療料1(ロ)

- ・外来化学療法のレジメン期間内に、副作用等で外来診察した際に、カルテに記載する。
 - ・管理料の項目名、指導内容や治療管理の要点をカルテに記載する。
- ※(イ)、(ロ)は同じ日に算定できない。

3) がん患者指導管理料イ、ロ、ハ、ニ

患者の同意を得て行われる話し合い、カウンセリング、説明についてカルテに記載する。

- ・イ→医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合
 - ・ロ→医師、看護師または公認心理士が心理的不安を軽減するための面接を行った場合
 - ・ハ→医師または薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬、注射の必要性等について文書により説明を行った場合
 - ・ニ→医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合
- ※指導した通算の回数を記録することが望ましい。

4) 在宅酸素療法指導管理料

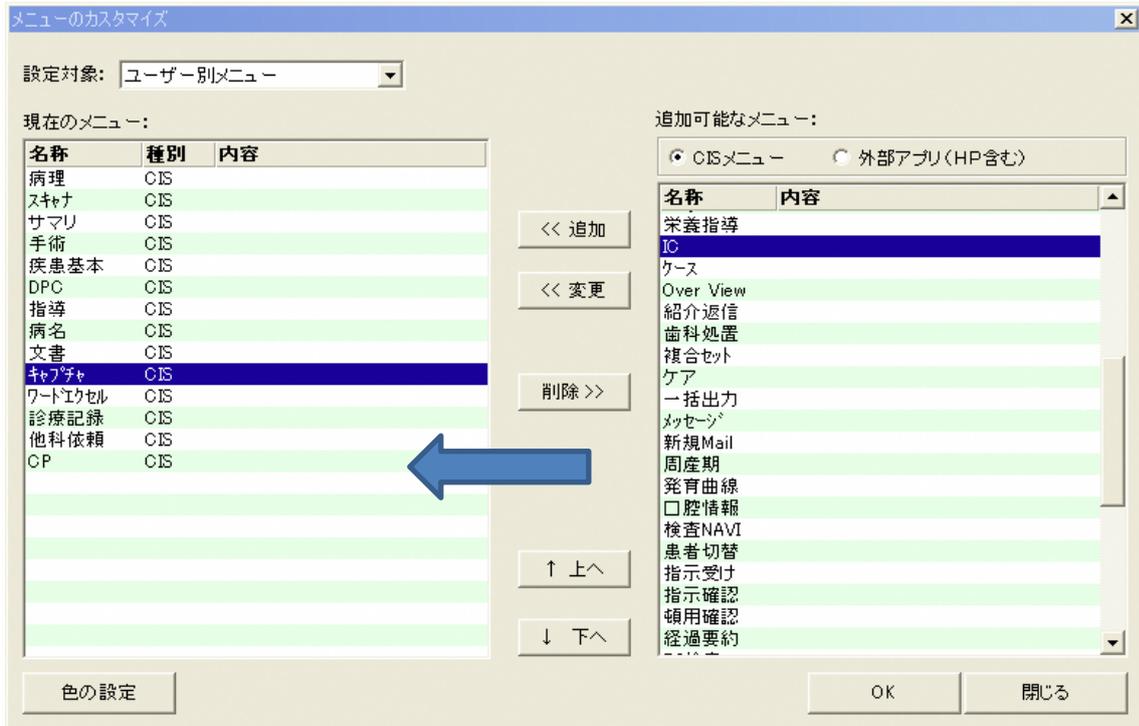
- ・在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅酸素療法に関する指導管理を行った際にカルテに記載する。
 - ・管理料の項目名、SpO₂の濃度(%)、指導内容の要点をカルテに記載する。
- ※主に肺癌等の高度慢性呼吸不全症例のうち、在宅酸素導入時にSpO₂で94%以下相当に該当する患者が対象となる。

【 26 便利ツール 】

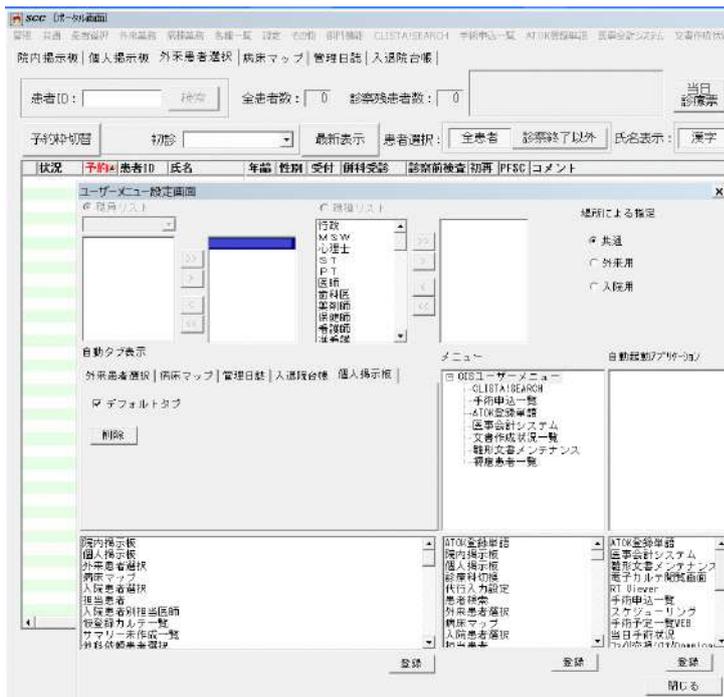
＜ メニューボタンのカスタマイズ方法 ＞



・利用するメニューを選び追加・削除する。



＜ タブ・メニュー管理方法 ＞

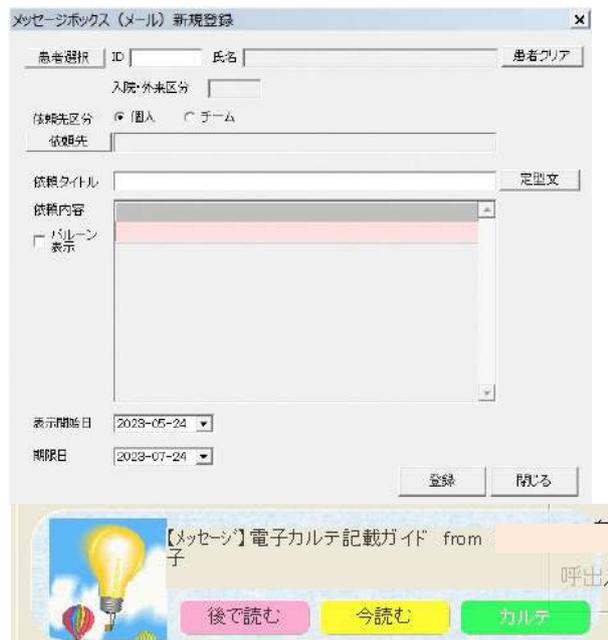
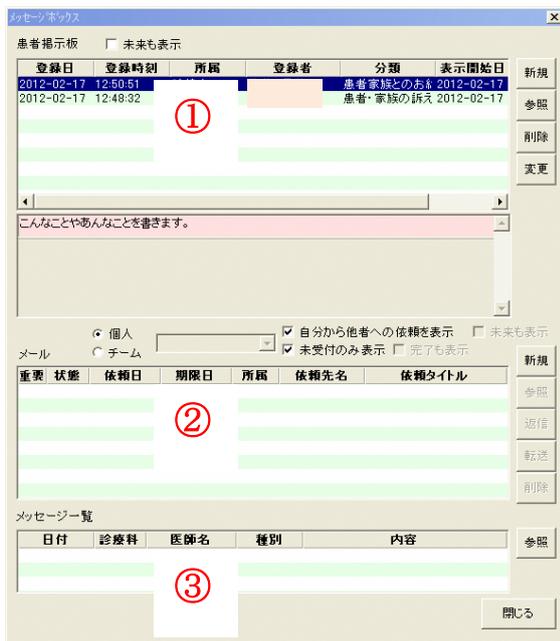


＜メッセージボックス の利用方法＞ ※開示対象外

記載者：全職種



- ・＜メッセージボックス＞には、①患者掲示板 ②メール ③メッセージ一覧がある。
- ・＜①患者掲示板＞は、分類として「スタッフ伝言板」「患者・家族の訴え」「患者家族との約束」「家族への伝言」「その他」があり、共有すべき情報を記載し表示期間を設定できる。
- ・＜②メール＞は、情報を伝える相手を個別に選択して、メールで情報を伝えることができる。重要で至急伝えたい内容の場合、「バルーン表示」にチェックして送信すると、相手のカルテ前面にメッセージ通知が届く。
「個人掲示板」「メール・メッセージ一覧」で作成・確認でき、表示開始日を設定できる。
- ・「メッセージ」は、指示簿ではなく、相手がリアルタイムに受けたかどうか分からないので、緊急・重要な指示などは、バルーンではなく直接口頭で伝え、その後記載する。
- ・＜③メッセージ一覧＞は、受診したメッセージを時系列に把握し、確認できる。



＜ポイント＞

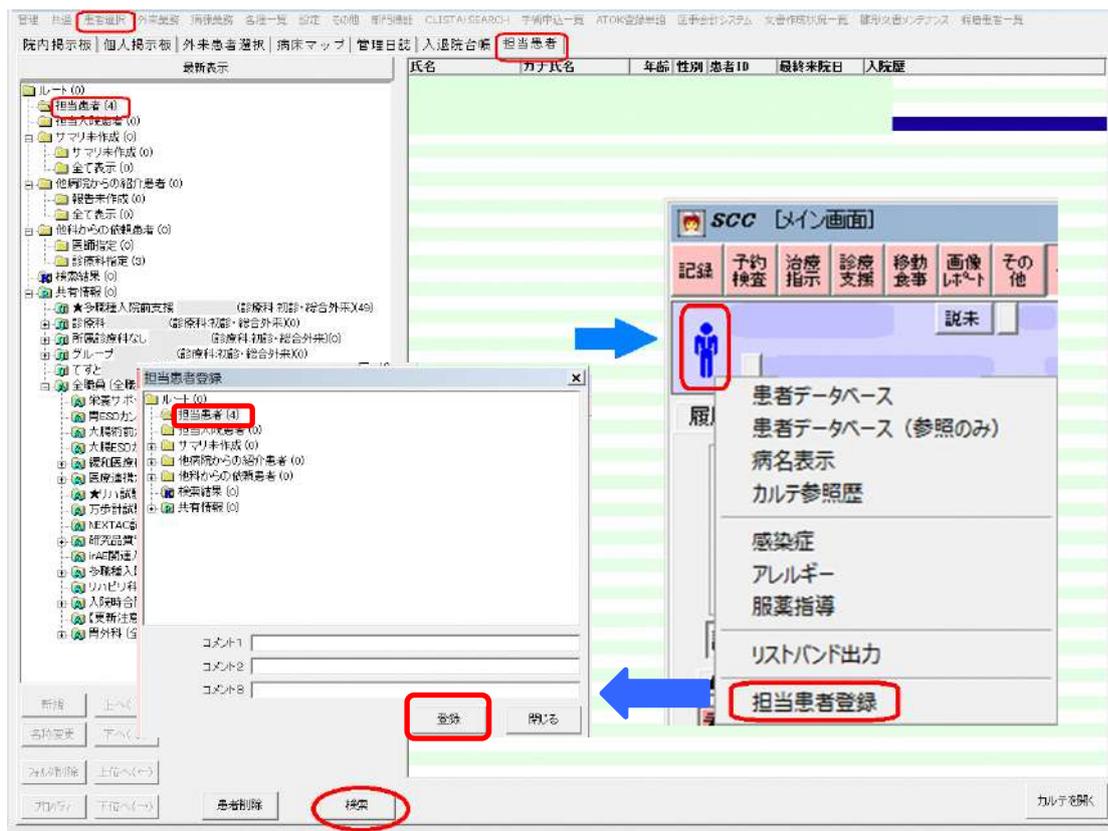
- ・ 備忘的に（未来日の検査結果確認等を思い出すために）、先の日付で自分宛にメールを送っておくことも工夫の1つ。

< 担当患者の設定 >

- ・担当患者の一覧をフォルダ管理することが出来る。
- ・担当患者一覧から選択した患者のカルテを開くことが出来る。
- ・個人や診療科、登録診療科（共有）などで管理できる患者一覧フォルダを作ることが出来る。
（「診療科」「共有情報」ツリー）
- ・共有情報の中の患者一覧では、それぞれソートすることのできるコメント欄が3つあるので、カンファレンス等の症例リストとして利用することも出来る。

「担当患者」の使用方法

- ・登録したい患者があるときは、「患者選択」→「担当患者」の画面の下方にある「検索」ボタンを押して患者検索（通常、「全患者から検索」にラジオボタンを変更します。）、あがってきた中から該当患者を選択し、収載したい患者一覧フォルダにドラッグすると、その患者がフォルダに登録される。
- ・患者カルテを開いているときには、 を右クリックして、「担当患者登録」を選択すると担当患者登録画面が展開し、目的の登録患者フォルダを選択して収載することが出来る。



< 表示条件設定画面 >

- ・表示条件設定から検索条件を設定し検索できる。
- ・キーワード検索、キー治療のみ表示、ブックマークのみ表示が可能。



< キャプチャの利用方法 >



- ・< キャプチャボタン >で指定した範囲は、画像化され利用できる。
- ・キャプチャ画像を利用する際は、確認を慎重に行い、患者さんの取り違えに十分注意が必要である。(何人かのカルテを同時に開いている場合など)

< 全件取得 >

□ボタン → 全件取得(画面右上:白色)

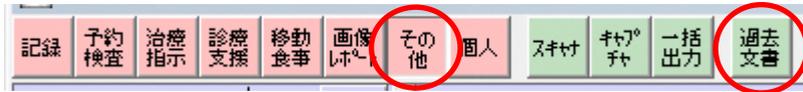


- ・診療経過の長い患者さんについては、カルテ起動までの待機時間を減らすため、直近の記録のみが表示されるが、全件取得ボタンを押すと、全期間の記録が表示される。

< 過去文書 >

担当部署=診療情報管理室

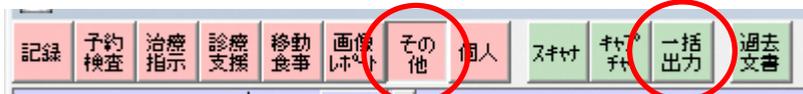
ボタン : その他 → 過去文書



- ・法定保存期間を過ぎた紙文書が PDF で閲覧できる。
- ・公開されていない文書は、診療情報管理室（内線：3151）に依頼することで紐付けされる。

< 一括出力 >

ボタン : その他 → 一括出力



一括出力

一括出力条件

入院/外来: 全て 外来のみ 入院のみ

診療科: 全て 診療科指定:

職種: 全て 職種指定:

期間: 全て 入院期間中
 期間指定: ~

プロブレム: 全て 職種 プロブレム指定:

保険: 全て 保険指定:

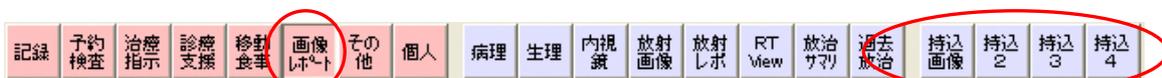
SOAPの実施入力情報(注射、処置、輸血)も印刷する。
 検査中経過記録(内視鏡、放射線、処置)も印刷する。

OK キャンセル

< 持込画像 >

担当部署=医事課

ボタン: 画像レポート → 持込画像



- ・他院からの持ち込み CD 画像は外来受診時点で医事課が取り込みを行う。
- ・持込画像、2, 3, 4で閲覧可能。

< カルテ参照歴 >

電子カルテの利点は、（記載、参照権限のある人は）誰でもどこからでも診療情報にアクセスできることで、これが多職種チーム医療を実践するにあたって非常に有用な点であることはいまでもない。また、診療のみならず、研究、教育、医事等でも様々な職種がその情報を活用できる。電子カルテには、誰が、何時、どの端末から、どの情報を参照（閲覧）したか、履歴が残っている。（電子カルテの  を右クリックして「カルテ参照歴」を選ぶと、履歴をみることができる。）
良識ある電子カルテ活用をすること。



職員名	職種	所属科	所属病棟	開始時刻	終了時刻	端末名	操作内容
	診療士			2023-06-14 13:21:14	2023-06-14 18:31:08		経過記録(参照)カルテ(参照),患者データベース(参照),スキャナ(参照),...
	看護師	在宅		2023-06-14 10:07:30	2023-06-14 10:27:17		経過記録(参照)カルテ(参照)
	看護師	在宅		2023-06-12 12:40:14	2023-06-12 12:47:12		経過記録(参照)カルテ(参照)
	看護師	WOC		2023-06-12 10:00:07	2023-06-12 10:12:42		経過記録(参照)カルテ(参照),診療予約(参照)
	看護師	在宅		2023-06-12 10:01:01	2023-06-12 10:04:34		経過記録(参照)カルテ(参照)
	看護師		7西	2023-06-11 04:35:13	2023-06-11 05:53:45		経過記録(参照)カルテ(参照)
	看護師		10西	2023-06-09 14:49:46	2023-06-09 15:04:16		経過記録(参照)カルテ(参照),文書作成(参照),文書作成(新規),経過...
	情報			2023-06-08 17:09:34	2023-06-08 17:09:59		経過記録(参照)カルテ(参照),注射(参照)
	MSW	相談		2023-06-08 14:27:56	2023-06-08 14:30:27		経過記録(参照)カルテ(参照)
	診療士			2023-06-08 14:00:16	2023-06-08 14:13:10		経過記録(参照)カルテ(参照)
	診療士			2023-06-08 13:36:52	2023-06-08 13:52:06		経過記録(参照)カルテ(参照),患者データベース(参照),病名(参照),...
	看護師			2023-06-07 17:10:12	2023-06-07 17:11:09		経過記録(参照)カルテ(参照),処方(参照)
	CRC	治験		2023-06-06 16:27:34	2023-06-06 16:29:19		経過記録(参照)カルテ(参照),CP(参照),複合ビュー(参照),処方(参照)
	看護師			2023-06-06 09:59:29	2023-06-06 10:04:52		経過記録(参照)カルテ(参照),処置(参照)
	看護師		10西	2023-06-02 15:00:46	2023-06-02 15:11:37		経過記録(参照)カルテ(参照),文書作成(参照)
	看護師			2023-06-01 10:31:20	2023-06-01 11:12:07		経過記録(参照)カルテ(参照),文書作成(参照),病名(参照)
	看護師			2023-05-31 17:06:33	2023-05-31 17:14:10		経過記録(参照)カルテ(参照)
	看護師			2023-05-31 10:32:28	2023-05-31 10:34:13		経過記録(参照)カルテ(参照)
	看護師			2023-05-30 15:18:52	2023-05-30 15:23:50		経過記録(参照)カルテ(参照)
	看護師			2023-05-30 10:08:47	2023-05-30 10:09:03		経過記録(参照)カルテ(参照),診療予約(参照)
	看護師	在宅		2023-05-29 09:49:45	2023-05-29 10:00:53		経過記録(参照)カルテ(参照)
	看護師			2023-05-26 16:31:33	2023-05-26 16:35:45		経過記録(参照)カルテ(参照),文書作成(参照),病名(参照)
	看護師			2023-05-25 16:43:16	2023-05-25 16:50:55		経過記録(参照)カルテ(参照)
	CRC	治験		2023-05-25 11:44:39	2023-05-25 11:44:43		経過記録(参照)カルテ(参照)
	看護師			2023-05-24 15:48:09	2023-05-24 15:48:47		経過記録(参照)カルテ(参照)
	診療士			2023-05-24 14:49:52	2023-05-24 15:20:12		経過記録(参照)カルテ(参照)
	看護師			2023-05-23 19:49:42	2023-05-23 19:50:54		経過記録(参照)カルテ(参照)
	MSW	相談		2023-05-23 13:00:52	2023-05-23 13:54:48		経過記録(参照)カルテ(参照)

< ポイント >

- ・診療に関係のない患者さんのカルテは閲覧しない。また、患者さんの情報を話す際には、場所や声量に配慮する。守秘義務を遵守すること。

電子カルテ記載の手引き

2012/03/16 第1版1刷発行
2020/10/15 第1版2刷発行
2023/06/29 第2版発行
2025/01/16 第3版発行

編集・発行 静岡県立静岡がんセンター 診療情報管理委員会
〒411-8777 静岡県駿東郡長泉町下長窪 1007 番地
電話 055 (989) 5222 (代表)

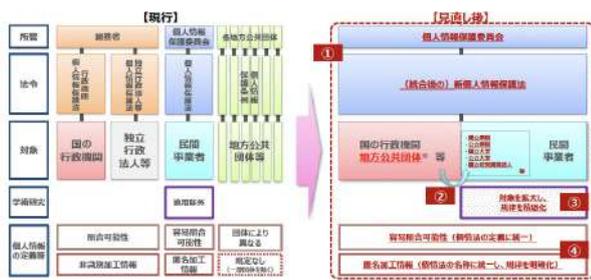
個人情報保護法について

個人情報保護委員会
寺島雅典

個人情報保護法とは

- 個人情報の有用性に配慮しつつ、個人の権利利益を保護することを目的として設立された法律。
- 2003年5月制定、2005年4月全面施行
- 2015年改正、2017年5月全面施行
 - 「匿名加工情報」に関する制度の創設
 - 個人情報保護委員会の新設
- 2020年改正、2022年4月全面施行
 - 漏えい等が発生した場合の個人情報保護委員会への報告、本人通知の義務化
 - 「仮名加工情報」に関する制度の創設
- 2021年改正、2022年4月一部施行、地方公共団体に関する部分は2023年4月施行
 - 地方公共団体を含めて個人情報保護に関する全国的な共通ルールの策定

個人情報制度の官民一元化



令和4年1月26日 個人情報保護委員会事務局

個人情報とは？



- 生存する個人に関する情報で、**氏名、生年月日、住所、顔写真**などにより特定の個人を識別できる情報
- 番号、記号、符号などで、その情報単体から特定の個人を識別できる情報で、政令・規則で定められたものを「個人識別符号」といい、個人識別符号が含まれる情報は個人情報となる
 - 顔認証データ、指紋認証データ、虹彩、声紋など
 - パスポート番号、基礎年金番号、運転免許証番号、住民票コード、マイナンバー、保険者番号など
 - **医療機関における個人情報**: 診療録、処方せん、手術記録、助産録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約、調剤録 等

個人情報保護委員会 政府広報オンライン

要配慮個人情報とは？

- 他人に公開されることで、本人が不当な差別や偏見などの不利益を被らないようにその取扱いに特に配慮すべき情報
 - 人種、信条、社会的身分、**病歴**、犯罪の経歴、犯罪により被害を被った事実のほか、**身体障害・知的障害・精神障害などの障害**があること、医師等により行われた**健康診断**その他の**検査の結果**、**保健指導、診療・調剤情報**、本人を被疑者又は被告人として逮捕等の刑事事件に関する手続が行われたこと、**非行・保護処分等の少年の保護事件に関する手続が行われたこと**の記述などが含まれる個人情報

個人情報保護委員会 政府広報オンライン

個人情報データベース等、個人データ、保有個人データとは？

- 個人情報データベース等
 - 特定の個人情報を検索することができるように体系的に構成された、個人情報を含む情報の集合物。例えば、五十音順で整理された名簿などがこれに当たる。
- 個人データ
 - 「個人情報データベース等」を構成する個人情報を「個人データ」という。例えば、名簿を構成する氏名・誕生日・住所・電話番号などの個人情報がこれに当たる。
- 保有個人データ
 - 個人データのうち、個人情報取扱事業者が本人から請求される開示・訂正・削除などに応じることができる権限を有するものを「保有個人データ」という。

個人情報保護委員会 政府広報オンライン

個人情報や個人データを取り扱うときの基本ルール

1. 取得・利用 ▶ 勝手に使わない!

- 利用目的を特定して、その範囲内で利用する。
- 利用目的を通知又は公表する。



2. 保管・管理 ▶ なくさない! 漏らさない!

- 漏えい等が生じないように、安全に管理する。
- 従業員・委託先にも安全管理を徹底する。



3. 提供 ▶ 勝手に人に渡さない!

- 第三者に提供する場合は、あらかじめ本人から同意を得る。
- 第三者に提供した場合・第三者から提供を受けた場合は、一定事項を記録する。



4. 開示請求等への対応 ▶ お問合せに対応!

- 本人から開示等の請求があった場合はこれに対応する。
- 苦情に適切・迅速に対応する。



個人情報保護委員会 政府広報オンライン

個人データを保管・管理するとき



- 紙で管理している場合：鍵のかかるキャビネットに保管する
- パソコンで保管している場合：インターネットと切り離れたパソコンで保管し、パスワードを設定する。
- インターネットへ接続されたパソコンへ保存する場合：パスワードロックされたUSBまたはインターネット系ファイルサーバに保存する

個人情報保護委員会 政府広報オンライン
電子カルテ端末以外のパソコンでの個人情報を含む診療情報の取り扱い指針

個人データを第三者に提供するとき

- 個人データを本人以外の第三者に提供するとき、原則として、あらかじめ本人の同意が必要。ただし、本人の同意を得なくても、例外的に個人データを第三者に提供できる場合がある。
 - 法令に基づく場合(警察、裁判所、税務署等からの照会)、人の生命・身体・財産の保護に必要で本人の同意取得が困難な場合、公衆衛生・児童の健全育成に必要で本人の同意取得が困難な場合、**学術研究目的での提供・利用、委託・事業承継・共同利用**など

個人情報保護委員会 政府広報オンライン

本人から保有個人データの開示等を求められたとき

- 本人からの請求があった場合は、保有個人データの開示、訂正、利用停止などに対応する必要がある。
- 個人情報の取扱いに対する苦情を受けたときは、適切かつ迅速に対処する必要がある。
- 第三者に個人データを提供した記録も開示請求の対象となる。
- 保有個人データの開示方法について、電子データなどによる提供を含め、本人が請求した方法で対応する必要があります。

個人情報保護委員会 政府広報オンライン

個人データの漏えい等が発生したときは?

- 次のような漏えい等の事案が発生した場合、又は発生したおそれがある場合は、個人情報取扱事業者は、速やかに個人情報保護委員会に報告し、本人へ通知しなければならない。
- **要配慮個人情報の漏えい等**
 - 検査結果を含む個人データが漏えいした場合
 - 患者の診療情報や調剤情報を含む個人データを漏えいした場合
- 財産的被害のおそれがある漏えい等
- 不正の目的によるおそれがある漏えい等
- **1,000人を超える個人データの漏えい等**
 - 診療科で有する患者データベースを含むUSBを紛失した場合



個人情報保護委員会 政府広報オンライン

漏えい等とは

- 「漏えい」とは?
個人データが外部に流出することをいう。なお、個人データを第三者に閲覧されないうちに全てを回収した場合は、漏えいに該当しない。また、個人情報取扱事業者が自らの意図に基づき個人データを第三者に提供する場合も、漏えいには該当しない。
- 「滅失」とは?
個人データの内容が失われることをいう。なお、その内容と同じデータが他に保管されている場合は、滅失に該当しない。また、個人情報取扱事業者が合理的な理由により個人データを削除する場合も、滅失には該当しない。
- 「毀損」とは?
個人データの内容が意図しない形で変更されることや、内容を保ちつつも利用不能な状態になることをいう。なお、その内容と同じデータが他に保管されている場合は、毀損に該当しない。

診療情報 事故（発見）報告書

診療情報事故(発見)報告書

報告内容

報告年月日: 2023/03/02

患者氏名: []

報告者: []

報告内容: []

再発防止策: []

1. 事故の種類は

- ① 他患者への渡し間違い、送付
- ② 同意書類の紛失等
- ③ 病名(側性・部位)の記載ミス、記載対象者間違い

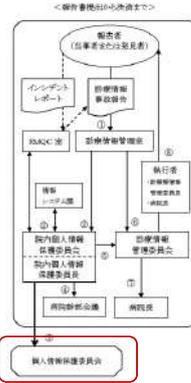
2. 事故詳細をノートへ入力

- ① 記載することで、自身が事故の認識をし、教訓に出来る
- ② 再発しないよう、原因と今後の対策をチームみんなで考える

診療情報管理委員会にて罰則規定に則り、審議を行う。

13

診療情報事故報告フロー



個人情報保護委員会へ報告する対象となる漏洩等の定義

- ・漏洩...要配慮個人情報を第三者に渡す・外部に持ち出される
(例: 病名等を記載した書類等を第三者に渡す/宛先を間違えて郵送する/電子メールで送信する)
- ・滅失...要配慮個人情報が消失し復元できない状態となる
(例: 天災等で電子カルテが全消去する、要配慮個人情報を入れた記録媒体を紛失する(紛失し第三者に拾得された場合、漏洩となる))
【注】電子カルテから印刷した書類を紛失する→原本(データ)が残っているなら滅失ではない
- ・毀損...要配慮個人情報が別の情報に置き換わる
(例: サイバー攻撃で電子カルテが文字化けする)

事例1

- ・紹介状返書の宛先を間違った事例
- ・状況: 藤沢市民病院から紹介された患者の返書を作成した際に、医師が間違えて藤枝市立総合病院宛てに返書を作成して送付してしまった。藤枝市立総合病院から当該患者の受診歴がないと連絡あり、個人情報の漏洩が発覚。
- ・原因: 医師が宛先を間違えた。紹介・返書作成画面から作成された返書は地域医療連携室でも宛名を確認しているが、Wordで作成された文書であったため確認が漏れてしまった。
- ・対策: なるべく「紹介・返書」機能を利用して返書を作成する。宛先を確認する。

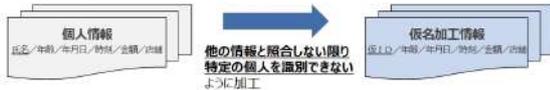
事例2

- ・間違った患者さんに検査データを渡してしまった事例
- ・状況: 診察室で患者A、患者Bの採血検査データを印刷した。患者Bの診察時に誤って患者Aの検査データを渡してしまった。患者Bの次回来院時に前回患者Aの検査データが混入していたと言われ、個人情報の漏洩が発覚した。
- ・原因: 検査データを渡す際の患者氏名の確認不足
- ・対策: 検査データを渡す際には患者氏名を確認する。

仮名加工情報

- ・インバウンダリーを促進する観点から、氏名等を削除した「仮名加工情報」を創設し、内部分析に限定する等を条件に、開示・利用停止請求への対応等の義務を緩和する。

【例】 匿名化した個人情報について、一定の安全性を確保しつつ、データとしての有用性を、加工前の個人情報同等程度に保つことにより、匿名加工情報より詳細な分析を比較的簡便に加工方法で実現し得るものとして、利用がよりやすくなるケースが期待されている。



(参考) 想定される活用例

1. 当初の利用目的には該当しない目的や、該当するが判断が難しい新たな目的での内部分析
 - ① 医療・製薬分野等における研究
 - ② 不正検知・売上予測等の機械学習モデルの学習
2. 利用目的を達成した個人情報について、将来的に統計分析に利用する可能性があるため、匿名加工情報として加工した上で保管

生命科学・医学系研究等における個人情報の取扱い等に関する合同会議(第1回)資料3-2より引用

個人情報・仮名加工情報・匿名加工情報の対比

	個人情報※1	仮名加工情報※2	匿名加工情報※2
適正な加工 (必要加工のレベル)	○	● 他の情報と照合し、特定の個人を識別することができない。 ● 対照表と照合すれば本人が分かる程度まで加工	● 特定の個人を識別することができず、復元することができない。 ● 本人は一切分からない程度まで加工
利用目的の制限等 (利用目的の特定、制限、通知・公表等)	○	○ 利用目的の範囲は固定 ● 本人を識別しない、内部での分析・利用が条件	○ (規制なし)
利用する必要がなく なったときの消去	○ (努力義務)	○ (努力義務)	○ (規制なし)
安全管理措置	○	○	○ (努力義務)
漏えい等報告等	○ (改正法で義務化)	○ (対象外)	○ (対象外)
第三者提供時の同意取得	○	○ (原則第三者提供禁止)	○ (同意不要)
開示・利用停止等の請求対応	○	○ (対象外)	○ (対象外)
識別行為の禁止	○	○	○

※1: 個人データ、保有個人データに該当するものを示す。 ※2: 仮名加工情報データベース等、匿名加工情報データベース等を構成するものを示す。

仮名加工情報の加工基準(イメージ)

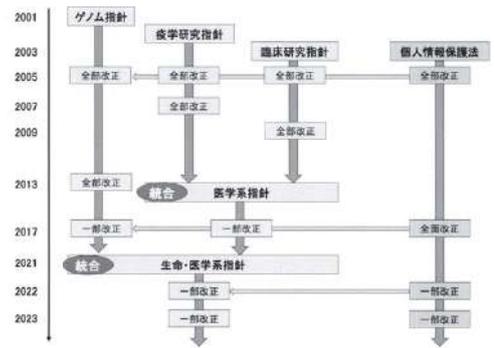
● 仮名加工情報の作成方法に関して、最低限の規律として、次の措置を講ずることを求める。

- ① 特定の個人を識別することができる記述等(例:氏名)の全部又は一部を削除(置換を含む、以下同じ。)すること
- ② 個人識別符号の全部を削除すること
- ③ 不正に利用されることにより、財産的被害が生じるおそれのある記述等(例:クレジットカード番号)を削除すること

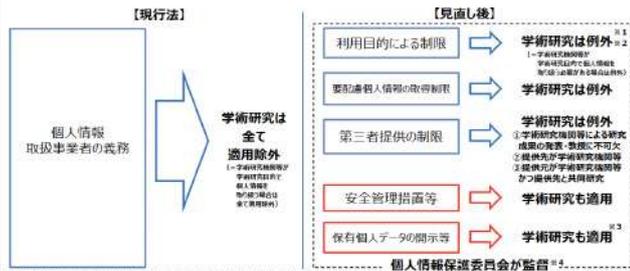
※ がいづかにあつて、仮名加工情報の作成方法に関する上記の基準等に基づいて、具体的な事項等も示す予定。



個人情報保護法と倫理指針



学術研究に係る適用除外規定の見直し



※1 学術研究機関等: 大学(私立大学、国公立大学)、学会、国立研究開発法人等(下線は今回追加されるもの)
 ※2 個人の権利利益を不当に侵害するおそれがある場合(例: 自害のおそれがある者の差止請求の対応)は、例外とならない
 ※3 国公立大学及び国立研究開発法人の場合は、保有個人情報の開示等については行政機関と同じ規律を適用
 ※4 利用目的の特定・公表(15条・18条)、不正利用・取替の禁止(16条の2・17条1項)、漏えい報告(22条の2)も適用

患者さんに対する心のケア



よろず相談
MSW
(医療ソーシャルワーカー)
認定がん専門相談員
みまき
御牧由子

静岡県立静岡がんセンターの理念

基本理念：患者さんの視点の重視

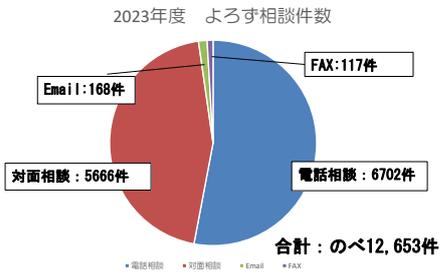
患者さんへの約束（理念）
がんを上手に治す
患者さんと家族を徹底支援する
成長と進化を継続する

【患者さんに対する心のケア】
知識を学ぶことや
スキルを身に付けることよりも、
治療・ケア・相談支援に携わる
医療従事者の姿勢、心構えが重要



よろず相談（がん相談支援センター）の役割

ワンストップの相談窓口
当院の受診歴の有無にかかわらず、誰でも利用可能



今日お伝えしたいこと

日々の臨床において出会う
患者・家族の心情に関心を持つ

1) 医療従事者としての自分の内面に意識を向ける

2) がんに罹患した患者・家族が遭遇している様々な変化について知る

3) 患者・家族に対し、どのようなケア・支援ができるかを考える



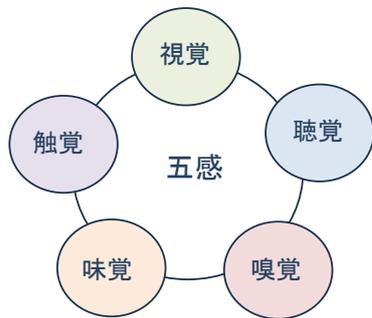
1) 医療従事者としての自分の内面に意識を向ける



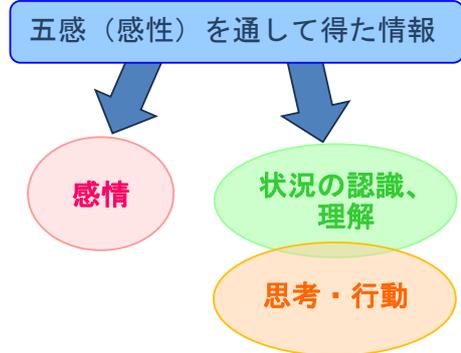
自分の心情を知る

今の自分の気持ちを
色で表してみましょう。

自分の五感に意識を向ける



人の感性、感情、思考、行動



さまざまな変化と向き合う



私たちは様々な変化に遭遇し、その人なりの方法で変化と折り合いながら生きている。

人それぞれの様々な経験によって
価値観、生命観、人生観、死生観が培われる。

感性価値判断は、主観的なものであり個人差がある。

人の全人性、尊厳に意識を向ける

医師、看護師、薬剤師、MSWである自分が、患者・家族と出会い、治療・ケア・支援等を媒介として関わる



2) がんに罹患した患者・家族が遭遇しているさまざまな変化について知る

がん患者の悩み・不安

がんの診断前	がんの告知時	がんの治療開始時	がんの治療中	がんの治療終了後
慮然とした不安 33.7%	生死に関する不安 31.4%	痛み、副作用のつらさ 33.4%	再発・転移に対する不安 35.3%	再発・転移に対する不安 48.7%
生活・家事全般への影響 27.7%	慮然とした不安 33.4%	再発・転移に対する不安 32.4%	痛み、副作用のつらさ 34.6%	がんや治療の後遺症 22.1%
生死に関する不安 27.3%	再発・転移に対する不安 33.6%	慮然とした不安 28.9%	がんや治療の後遺症 27.2%	慮然とした不安 19.6%
再発・転移に対する不安 24.3%	生活・家事全般への影響 31.5%	がんや治療の後遺症 27.2%	慮然とした不安 24.6%	生活・家事全般への影響 14.0%
治療選択の悩み 21.6%	治療選択の悩み 27.6%	生活・家事全般への影響 26.4%	生活・家事全般への影響 23.9%	痛み、副作用のつらさ 12.1%
治療費等の支出負担 20.9%	治療費等の支出負担 25.7%	生死に関する不安 24.7%	生死に関する不安 22.7%	生死に関する不安 11.5%

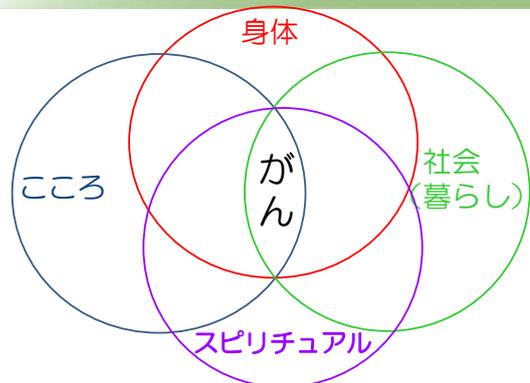
アフラック生命保険（株）「がん患者の悩み・不安に関する調査」2022年

がんという疾患の特徴



がん：再発、転移の可能性
死因の第一位 (厚生労働省「2023年人口動態統計 (確定数)」24.3% およそ4人に1人が「がん」で死亡)

がんに関与したことがもたらす影響



人の包括的理解



福山和女 (2005) 「ソーシャルワークのスーパーバージョン 人の理解の探求」 ミネルヴァ書房 15

がん患者・家族から学ぶ ①

自分ががんに罹っていると分かり、落ち込みすぎて、まわりをみる余裕はまったくなかった。

もうこれ以上治療はできないと言われて、がんに負けるみたいで不甲斐ないと思った。

自分の不安や悩みを話すと、前向きになるように言われてしまうのではないかと思います。

諦めるなんてできません。なんとか助かる方法を探したい。生きていてほしい。(家族)

車のなかでひとりで泣いていた。(家族)

支えられるだけではなく、本当は自分も誰かを支える側になりたい。

がん患者・家族から学ぶ ②

【患者さんが1年後の自分に向けて書いた手紙】

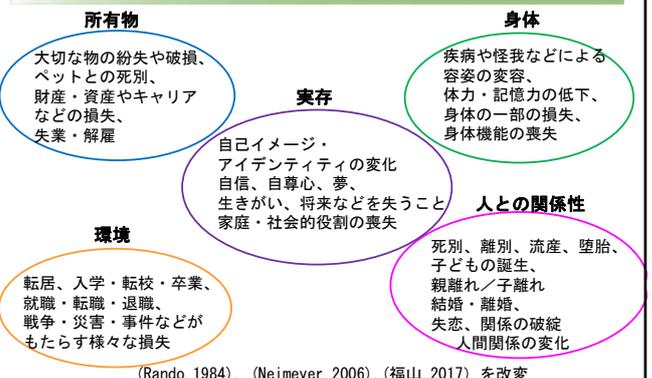
治療は山あり谷ありだと思う
それは生きている限り続くと思う
どのように生きていくか
どのような治療を選択するか
それが正しいことなのか
もがきながら生きていく

自分にはそんな生き方しかできないけれど
それが私の一番大事にしている
私自身が納得することにつながると思う

どうか一生懸命生きていこう
これからも

(掲載についてご本人の了承をいただいています。)

人生は喪失体験の連続





3) 医療従事者として 患者・家族に対し、 どのようなケア・支援が できるかを考える



病いの当事者性

- “私”の病いや痛みについて
他者に伝えることの難しさ
- 個別性：世代・性別・がん腫が同じであっても
それぞれの病いの体験は異なる固有のもの
- その人にとっての意味づけ
- わかってほしい VS わかるはずがない



当事者の心情はその人にしかわからない。
それでも、その人に関心を寄せて、
教わろうとする姿勢が重要

20



対話を通して見えてくるもの



【対話を通して、相手の心情や状況を教わる】

「漠然とした不安がある」
「なんとなくしんどい気分」
「もやもやした気持ち」
自分の困っていることを筋道立てて話すこと、
感情を言葉で表現することは非常に難しい。

積極的傾聴 (Active Listening)

相手の言葉を聴くだけでなく、聴き手から
質問したり、言葉を添えながら話し手の感情や
思考を引き出し、話し手をより深く理解する
ためのコミュニケーションスキル

対話は相互作用

対話 → 言語化して共有する



患者・家族の心情を受け止める

- ・ 善悪や好き嫌いの評価をせずに聴く
- ・ 肯定や同意ではなく、なぜそうなったかという
背景に関心をもつ
- ・ 沈黙、あえて話さないことも大切にする
- ・ 安心して気持ちを吐露できたり、
泣くことができる場・機会を
提供する



並んで歩くように、
同じ景色を眺める

石川ひろの (2020) 「保健医療専門職のためのヘルスコミュニケーション学入門」 大修館書店
一部改変

22



患者のSOSサインに気付く

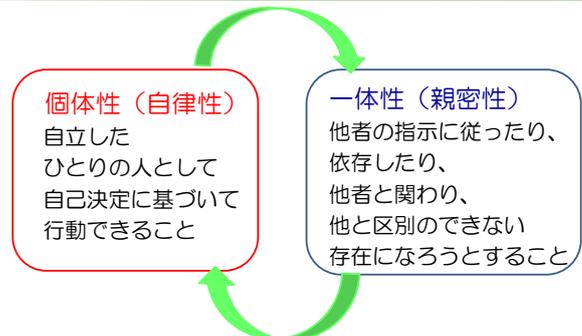
- ・ 怒り、イライラしている
- ・ 深い気持ちの落ち込み
- ・ 落ち着きがない
- ・ 強い焦燥感
- ・ 自分なんていってしまうかもしれない等の自暴自棄の発言
- ・ 矢継ぎ早に話す、大声を出している
- ・ 引きこもっており、必要な医療を受けない 等

必要に応じて、専門職の支援につなぐ
心理士、腫瘍精神科

23



個性性と一体性のバランス



マイケル・E. カー、マレー・ポーエン著「家族評価 ポーエンによる家族探究の旅」
福山和女監訳、金剛出版、2001

心 人としての尊厳を最期まで支える

病気が進行していくなかで
自分の力だけではできないことが増えていく
他者に頼らざるを得ない状態
→ 自分の意思や努力ではコントロールできない状態
無力感、絶望感

自律性を高めるために、
その人自身が持っている力を見出していく
その人自身がコントロールできることを探す

ピアサポート：仲間との繋がることの大切さ

25

心 遺族へのケア

家族：1つのシステムとしての理解、
家族構成員の関係性についてアセスメント

- ・ 遺された人の哀しみ、喪失感等について話を聴く
- ・ 患者と家族の闘病の姿を知っている存在として、
これまでの歩みを遺族と共に振り返る

医療者自身も
グリーフケアが必要

自分自身の死生観を
持つことも重要



26

心 おわりに



この講義の目標：

日々の臨床において出会う
患者・家族の心情に関心を持つ

自分自身の全人性や尊厳を意識し、
多職種チームで協働しながら
患者・家族の全人性や尊厳を大切にしてい

27

心 参考文献

Boss Pauline (2015) LOSS, TRAUMA, AND RESILIENCE: Therapeutic Work with Ambiguous Loss. 中島聡美、石井千賀子監訳 あいまいな喪失とトラウマからの回復—家族とコミュニティのレジリエンス。誠信書房。

福山和女 (2019) 生と死の交互作用—グリーフワークとソーシャルワーク。精神療法第45巻第2号；161-166。

福山和女 (2017) 社会福祉は「死」とどう向き合ってきたか—生きるプロセスと死ぬプロセスとの交互作用への包括的理解—。社会福祉研究128；19-27。

福山和女 (2005) 「ソーシャルワークのスーパービジョン 人の理解の探求」ミネルヴァ書房

藤井美和 (2019) 死生学にみるグリーフワーク。精神療法第45巻第2号；212-217。

石川ひろの (2020) 「保健医療専門職のためのヘルスコミュニケーション学入門」大修館書店

Kerr, Michael E. Bowen, Murray (1988) Family evaluation: an approach based on Bowen theory. 福山和女監訳 (2001) 家族評価—ボ—エンによる家族探究の旅。金剛出版。

Neimeyer R. A. (2006) Lessons of loss: A Guide to Coping. Center for the Study of Loss and Transition. 鈴木剛子訳 (2006) <大切なもの>を失ったあなたに—喪失をのりこえるガイド。春秋社。

Rando TA (1984) Grief, dying and death. Illinois. Research Press.

28

2025年度

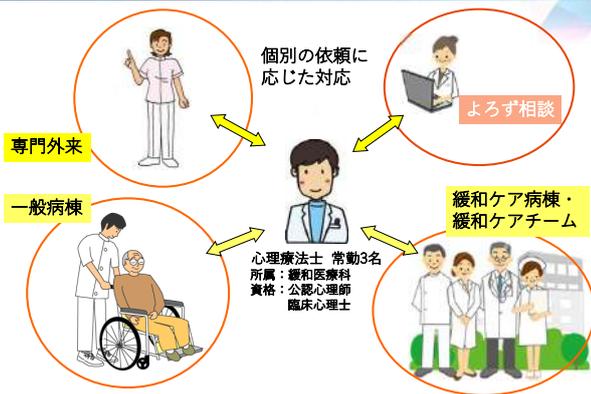
職員のメンタルヘルス

緩和医療科 心理療法士 ^{はさば} 榎場美穂

PHS(5659) m.hasaba@scchr.jp

医療スタッフが遭遇しやすいストレス

心理療法士の活動



心理療法士の活動

- **患者家族に対する直接介入**
(カウンセリング、抑うつなどの症状把握、病状説明時の同席)
- **後方支援**
(病棟スタッフに対するコンサルテーション、多職種カンファレンス)
- **院内スタッフへの教育・啓発**
(コミュニケーション・スキル・トレーニング、講義)
- **スタッフのメンタルケア**
(個別カウンセリング、後方支援、講義)

今日お伝えしたいこと

- メンタルヘルスの考え方
- 医療スタッフが遭遇しやすいストレス
- ストレスサインの見つけ方
- ストレスへの対処法

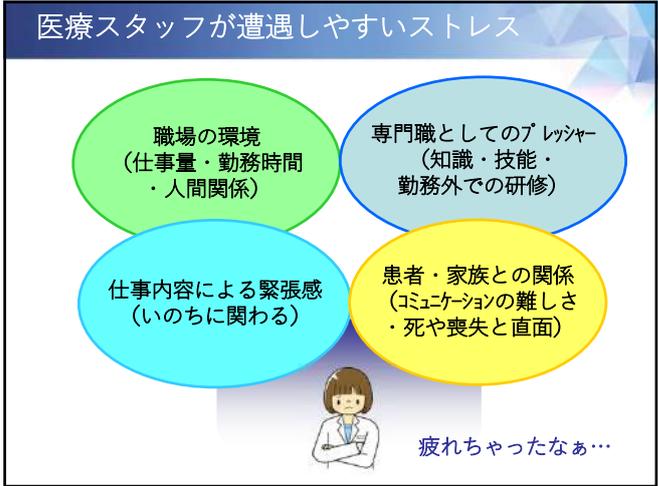
職場におけるメンタルヘルスとは

働く人たちが心身ともに健やかであるために

こころの健康づくり4つのケア

- ① **セルフケア**：
医療者自らが行う活動
- ② **ラインケア**：
管理監督者が行う活動
- ③ **職場内の産業保健スタッフによるケア**：
産業医やメンタルケアの担当者が行う活動
- ④ **職場外の専門家、機関を活用したケア**：
医療機関などを利用した活動

医療スタッフが遭遇しやすいストレス



対人援助の仕事とは、
様々な感情を示す相手の矢面に立ち、チームや組織の中にいる色々な人たちと一緒に協働すること。

Emotional labor (感情労働)
体や知識以外に感情を使い、共感することを必要とする労働

- ## 医療現場での「感情労働」
- ・患者や家族のつらさを完全に取り去ることができない
 - ・「何とかしてあげたい」のにどうにもできない自分が悔しい
 - ・生きる意味についての問いかけに答えられない
 - ・自分の判断は正しかったのか悔やむ

医療スタッフとしての思い

重い問いかけを前に、
「答えなければならない」という気持ちになる

しかし、
明瞭には答えにくいという **自責感、罪悪感**

「誠実でありたい」「何とか力になりたい」

患者・家族のつらさに寄り添う中で、
医療スタッフとしての自分も
「悲嘆」「不安」「苦悩」を経験する

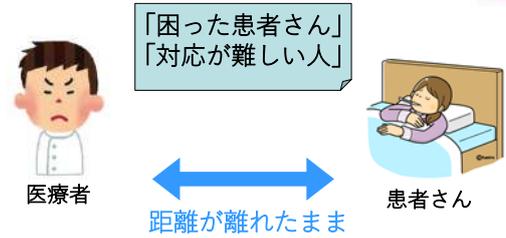
→ **共感疲労 (Compassion Fatigue)**

関わりが苦しくなるとき

- 気持ちが寄り添えない
- 共感できない
- 部屋に行く、話す、聴くことがつらい
- 気まずい雰囲気
- 優しくなれない
- 自信喪失 …etc

「苦手意識」 = 陰性感情

陰性感情を抱いたときに取りやすい行動①



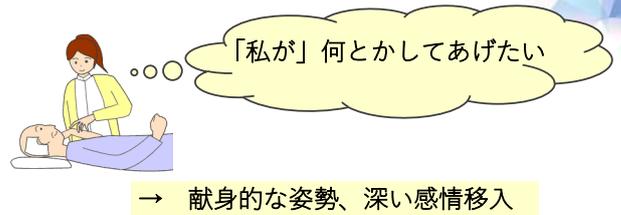
患者さんの思い・真意を聴けなくなる

陰性感情を抱いたときに取りやすい行動②



自責感から、医療者自身の気持ちにふたをする
他のスタッフと情報共有しにくくなる

「この患者さんのために！」…本当は誰のため？



□ 過度の思い入れ・関わりは相手の依存をひきだす

医療者自身の気持ちに気づいておく
気持ちに余裕がない時、相手の声は耳に入らない



現場で積み重なるストレス



バーンアウト (燃え尽き症候群)

しないために・・・!

ストレスサインの見つけ方

葛藤や不安を抱えるとき

自分を守ろうとする心の働き（防衛機制）が機能しすぎる／機能しない状況

- つらいことから頭が離れない（くよくよと考え続けてしまう）
 - 「抜け出せない」「気持ちを切り替えられない」
- 病室に行くことをためらう、優しくなれない
 - 気持ちを刺激しそうな場面を回避する
- 過度に自分を責めてしまう
 - うまくいかないことを、全て自分に結び付けて考える
- 過度に周囲（他者）を責めてしまう
 - ネガティブな感情を、他人の中に見つけて攻撃する
- 飲酒量が増える、過食
 - 気分転換の範囲を超えて、依存してしまう・・・等

ストレスサイン

精神
集中できない、忘れっぽい、決められない、自責感、最悪の事態の想像、自分を卑下する

身体
頭痛、胃の不快感、肩こり、動悸、不眠、疲れやすい、食欲不振、既往症の悪化

情動
イライラする、怒りっぽい、涙もろい、無気力、抑うつ的、不満がつのる、不安や心配が強まる

行動
言葉がぎつくなる、八つ当たり、酒量が増える、柔軟な対応ができない、引きこもる、攻撃的





Watkins (2001)

仕事中にストレスが増してくると・・・

はあああ～

バサッ!

ドサッ!

ガチャッ!



焦りや不満（ストレス）

↓

言動が荒っぽくなる
涙もろくなる
ミスが増える・・・等

↓

- ◆ 周囲への影響
- ◆ 自分のストレス増幅

疲れのサインを捉える



 **自分自身の疲れに気づく**

自分なりのストレス感度を測る方法を持つ

⇒サインをキャッチしたときの対処法は？

セルフモニタリングとセルフケアは、大切な仕事の一環

ストレスへの対処法

ストレスへの対処法

過剰なストレスを、適度なストレスにするための工夫を考えよう

- どこまでが事実で、どこからが解釈だろう？
- 医療者自身の感情と向き合う
- 人との距離感の振り返り
- 仲間との相互サポート
- 心とからだのバランス

どこまでが事実で、どこからが解釈だろう？

仕事上でのミス

↳ 厳しく注意を受けた

↑ 事実

↳ つらい、悩む、落ち込む

↓ 解釈

↳ 「自分はうまく出来ないのでは…？」

↳ 「周りに迷惑をかけてばかり・・・」 孤立感

↳ 「医療職には向いていない」

↳ 仕事に行けない



事実と解釈を整理して、受けとめる
 ・できているところを振り返ってみる
 ・工夫できるところを見つける

解釈のクセは???

自分の捉え方の傾向を振り返ってみましょう

- **全か無か (完璧主義思考)**
→ わずかなミスでも完全な失敗と考えていない？
- **過度の一般化**
→ ひとつの出来事で「いつも」と一般化して、自分や他人を責めていない？
- **結論の飛躍 (心の読み過ぎ、先取りの誤り)**
→ 根拠はないけれど、悲観的に考えて、不安になっていない？
- **「～すべき」**
→ 自分の基準にこだわっていて、柔軟になれない？
基準から外れると、自分にも相手にも腹を立てていない？
- **「マイナス」化**
→ 良い面は無視しがち、頑張った努力や成果を認められていない？

日本看護協会のHPより

医療者自身の感情と向き合う その1

自分の**素直な気持ち**に気づき、**認める**

⇒ 抑えた感情は思わぬところで出てきてしまう



⇒ 抑えすぎると、心身に不調をきたす



感情を抑えるのではなく、**整理する**

医療者自身の感情と向き合う その2

心理的な距離を客観的に見る視点を持つ

- ⇒ 医療スタッフの気持ちが優先されていないか振り返り
- ⇒ 患者さんを主語にして考えられているか再検討



患者さんの自立する力への敬意と信頼を持つ

異なる価値観を尊重し、対応するために

- ・患者さんが持つ人生観
- ・わたしが持つ人生観
- ・他の職種が持つ価値観

主語を区別する

自分自身の人生観、死生観、価値観について、考える時間を持つてみる。



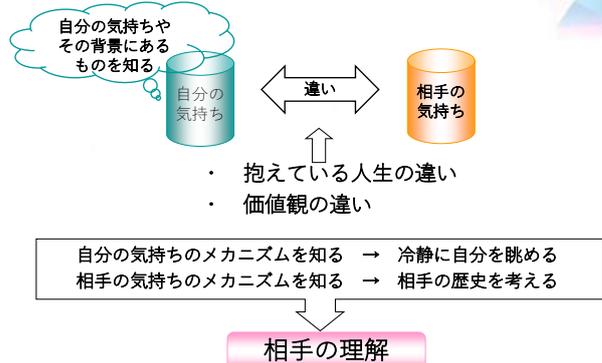
カンファレンスの時間を設ける

問題解決のためだけではなく、

- 患者さんへの共感の方法や**人との距離感**のとり方を学ぶ
- チーム内で「**問題意識**」や「**素直な気持ち**」の共有・共感
 - ⇒ 多職種・多方面からの視点をとり入れる
 - ⇒ 相互にサポートしあう



医療者同士の人間関係でも意識したいこと



植田寿之 (2011) 『対人援助職の燃え尽きを防ぐ』より改変

仲間との相互サポート

率直に話し、聞いてみましょう

- 「わかっているのにできない…」 (理論と実践が繋がらない)
- 「病気や死について、他のスタッフはどんな考えなの？」
- 「どうしても苦手に感じてしまうのは、自分だけ？」
- 「わたしが何とかしよう！と思って苦しくなる・・・」
- 「弱音は言うべきじゃない!??」

自分にとってのサポート体制は？



医療者は、感情を出しにくい傾向があります

- **自分の感情を表すことへの葛藤を抱えやすい**
精神的なストレスが高まりやすい

「感情的になる」と「感情を言葉にする」ことは異なる

- まずは自分の気持ちをつみつけて、自覚する
- 適切な相手に、適切な場で、表現することを考える

医療者は、感情を出しにくい!?

- **自分の感情を表すことへの葛藤を抱えやすい**
精神的なストレスが高まりやすい

「感情的になる」と「感情を言葉にする」ことは異なる

- まずは自分の気持ちをつみつけて、自覚する
- 適切な相手に、適切な場で、表現することを考える

最初の一言への勇気をもって、早めの相談を!

声に出すことのメリット

- ⇒ 相談先を確保する
- ⇒ 問題が整理される
- ⇒ 必要な情報やサポート資源が得られる



話す・・・気持ちから離す

こころとからだのバランス



からだが心地よいと、気持ちも和やかに。

こころとからだを落ち着かせる方法

からだを緩められること…心地よいこと…



五感を癒す

リラクゼーション



アクティベーション



やってみましょう
呼吸法・筋弛緩法

呼吸法

ストレスを感じているときは、
知らず知らずのうちに呼吸のサイクルを早めていること（過換気）が多い

休止呼吸法： 息を吐いて、再び息を吸う前に息を止める技法

- ① ゆっくりと息を吐き、全て吐ききる
 - ② 吐ききったところで息を止め、「ひと一つ」「ふた一つ」「み一つ」と数える
 - ③ 少なくとも「ふたつ」目か「みっつ」目を数えてから、息を吸うようにする
- ゆっくりとした一定のスピードで、①②③を繰り返す

筋弛緩法

意識的に筋肉の緊張をほぐすことで、こころとからだをリラックスさせる

- ① 両手を力いっぱい握りしめる
- ② 入れた力をぱっと抜いて、力の抜けた手の感触を感じる
- ③ 次に腕にぎゅっと力を入れ、肩も思い切りすくめる
しばらくそのままにした後、一気に脱力して、手・腕・肩の感触を感じる
- ④ 同じように、つま先、両足、顔（目、歯、口）の順に・・・
- ⑤ 最後に、全身にいったんに力を入れて、一気に脱力する
全身の感触を感じる

※ 最大の力の70-80%くらいの力を入れる
※ 力を入れるのは7秒くらい、脱力した後は10秒くらい

自分のこころとからだを大切にすることは、
明日からの仕事のために必要です！



働くなかで見つかる豊かさ

- 「忘れられない患者さん」との出会い
→ その体験が大切な学びになる
- 様々な人生、価値観、考え方に触れて、自分自身の考え方の幅が広がる
- 経験が積み重なっていく実感
- 専門的な知識、技術を身につけ、実践できるようになる
- 仲間との連帯感
- 他の職種と協働するやりがい



スタッフサポート（静岡がんセンター）

- 静岡がんセンター・メンタルヘルス・サポートシステム
 - ・ スタッフのこころのケアに携わる多職種チーム
- フジEAPセンター
 - ・ 沼津・静岡・浜松にカウンセリング・オフィスあり
 - ・ 要予約（常勤職員は無料／回数制限あり）
 - ・ 0120-855-874/info@fujieap.com
- 県職員対象24時間電話相談
 - ・ 0120-783-224

現場でお待ちしています
よろしくお願いいたします



勤務の手引き

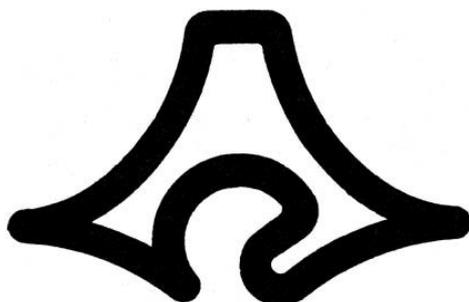
静岡県立静岡がんセンター

〒411-8777

静岡県駿東郡長泉町下長窪1007番地

TEL 055-989-5222 (代表)

県章



富士山と静岡県の地形を曲線で構成し、県民に親しみやすい、豊かで明るく、住みよい静岡県を表現するとともに、力強い前進と団結をデザインしてあります。

静岡がんセンターのシンボルマーク



基本理念である「心の対話」そして立地環境の最大の特徴である「富士山」をモチーフに、体温の感じる筆による手法を用いてマーク化しております。シンプルなデザインの中に、私たちの思いのすべてが凝縮されています。

目 次

序 節	静岡がんセンターの理念及び基本方針	309
	患者さんの権利・患者さんへのお願い	310
	職業倫理指針・臨床倫理指針	313
	静岡がんセンターがめざす多職種チーム医療について	315
第1節	地方公務員の倫理とサービス	
1	公務員の特性	318
2	公務員の倫理	318
3	公務員のサービス	319
4	公務員の身分保障	321
第2節	職場におけるルール	
1	各種報告システム	322
2	情報セキュリティ	323
3	服装に関する規程	326
4	健康診断・予防接種について	328
5	ハラスメント	329
第3節	センター内施設案内	
1	電話、FAX	331
2	駐車場	332
3	出入口の開閉時間	333
4	各種鍵の管理について	333
5	会議室	333
6	医学図書館（研究所1F）	334
7	仮眠室、当直室	334
8	更衣室、ロッカー	334
9	公用車、タクシー券	334
10	郵便物	335
11	廃棄物の分別	336
12	喫煙	337
13	食堂、喫茶、売店等	337
14	ATM	337
15	両替機	337
第4節	勤務条件（常勤職員）	
1	給与	338
2	勤務時間及び休暇等	341

3	時間外勤務について	347
第5節	勤務条件（会計年度任用職員）	
1	給与	349
2	勤務時間及び休暇等	352
第6節	福利厚生（常勤職員）	
1	公務災害等補償制度	356
2	安全衛生	356
3	被服の貸与	357
4	福祉施設	357
5	共済組合	358
6	職員互助会	359
第7節	福利厚生（会計年度任用職員）	
1	社会保険等	361
2	安全衛生	361
3	被服の貸与	361
4	保育所	361
付録		
1	院内感染予防対策	363
2	医学図書館利用案内	366
3	メンタルヘルスサポートについてのお知らせ	369
4	静岡県職員倫理教本	371
5	静岡がんセンター平面図	377
6	地震災害における職員の参集基準	390
7	SCC 緊急時一斉配信メールシステムへの登録方法	391
8	組織図	396
9	センター内各部門電話番号表	397

患者さんの権利を尊重する基本理念、理念及び基本方針

基本理念
患者さんの視点の重視

理念(患者さんへの約束)
○ がんを上手に治す
○ 患者さんと家族を徹底支援する
○ 成長と進化を継続する

基本方針

- ① がんの高度専門医療機関として、安全かつ最高水準の医療を提供する。
- ② 患者さんやご家族との対話に努め、全人的医療を実践する。
- ③ 患者さん一人一人が最適で最善の医療を受けられるよう、多職種チームで支援する。
- ④ 充実した緩和医療を提供する。
- ⑤ 患者さんやご家族から学ぶ姿勢を堅持する。
- ⑥ 地域と連携を深め、地域と共に患者さんを支える。
- ⑦ 静岡がんセンターが一丸となって、新しいがん医療の開発・研究を進める。
- ⑧ 静岡県がん診療連携拠点病院として、県のがん対策を総合的に進める。
- ⑨ がん医療の発展に寄与する人材を育成する。
- ⑩ 継続的発展ができるよう経営努力に努める。
- ⑪ ファルマバレープロジェクトを推進し、地域の医療・健康産業の活性化を目指す。

患者さんの権利・こどもの権利・患者さんへのお願い

患者さんの権利

1 個人の人格・価値観が尊重され、尊厳が守られる権利があります。

一人一人の患者さんは、差別されることなくその人格や価値観が尊重され、どのような状態においても人としての尊厳が守られる権利があります。

2 安全かつ最適で最善の医療を受ける権利があります。

私たちは医療安全を最優先するとともに、患者さんやご家族との対話に努め、患者さんの状況に応じた最善の医療を提供するよう努力します。

3 十分な説明・情報提供を受け、自らの意思で診療内容を選択し決定する、あるいは断る権利があります。

患者さんには、病気や検査・治療などについて十分な説明を受け、自らの意思でご自分の生き方に沿った医療を選択し決定する権利があります。また、提案された診療内容が自らの意思に沿わない場合は、これを断る権利があります。

私たちは、なるべくわかりやすく説明し、質問にお答えします。その内容を録音していただくことも可能です。私たちの説明が理解できない場合や納得できない場合は、「よろず相談」や「患者家族支援センター」をお訪ねください。患者さんが知識を深め必要な情報を集めるには、「あすなろ図書館」も役に立ちます。

4 病気に立ち向かうための支援を受ける権利があります。

私たちは、患者さんとそのご家族が、がんに伴う苦悩を乗り越え、病気に立ち向かうことができるよう支援に努めます。静岡がんセンターには、がんに伴う身体的・精神的な悩みや苦痛、診療上の悩みや暮らしの負担などについてお話を伺い、一緒に考え、問題解決をお手伝いする専門の職員を配置しています。お困りの場合には、担当の医師、看護師などの職員に伝えていただくか、「よろず相談」や「患者家族支援センター」をお訪ねください。

5 担当医以外の医師の意見（セカンドオピニオン）を求める権利があります。

患者さんには、ご自分の病状や治療法などについて、担当医以外の医師や専門家の意見を聞き参考にする“セカンドオピニオン”を求める権利があります。そのために、私たちは、患者さんやご家族のお申し出があれば、病院内で担当医以外の医師を紹介したり、静岡がんセンター以外の医療機関の医師に対して紹介状や資料を準備いたします。

6 ご自身の診療情報の開示を求める権利があります。

患者さんは、所定の手続きをとることによって、ご自身の診療録（カルテ）の開示を求めることができます。また、単に閲覧するだけでなく、その写しを入手していただくこともできます。

診療録の開示をご希望の方は、「よろず相談」で受付をしていますので、お訪ねください。

7 個人の情報が最大限守られる権利があります。

私たちは、患者さんの個人情報为他人に漏れることがないように、法令に基づいて厳重に取扱います。個人情報保護に関わるご希望や苦情がありましたら、担当の医師、看護師などの職員または「よろず相談」にお話してください。

こどもの権利

「こどもの権利」は、2022年8月公益社団法人日本小児科学会が策定した「医療における子ども憲章」に準拠して作成しました。静岡がんセンターは、「こども基本法」、「子どもの権利条約（児童の権利に関する条約）」（ユニセフ）、そしてこの「こどもの権利」を守り、医療に関わる全てのこどもの命と健やかな成長を守る施設として活動することを宣言いたします。

- 1 人として大切にされ、自分らしく生きる権利があります。
- 2 こどもにとって一番よいこと（こどもの最善の利益）を考えてもらう権利があります。
- 3 安心、安全な環境で生活する権利があります。
- 4 病院などで親や大切な人といっしょにいる権利があります。
- 5 必要なことを教えてもらい、自分の気持ち・希望・意見を伝える権利があります。
- 6 希望通りにならなかったときに理由を説明してもらう権利があります。
- 7 差別されず、こころやからだを傷つけられない権利があります。
- 8 自分のことを勝手にだれかに言われない権利があります。
- 9 病気のときも遊んだり勉強したりする権利があります。
- 10 訓練を受けた専門的なスタッフから治療とケアを受ける権利があります。
- 11 今だけではなく将来も続けて医療やケアを受ける権利があります。
- 12 親やきょうだいががんになったこどもも上記が保障される権利があります。

患者さんへのお願い

1 医療に主体的に参加する気持ちをお持ちください。

患者さんが病気や診療の内容を正しく理解し、自ら医療に参加する気持ちを持つことは安全で効果的な医療につながります。ご自身の病気や受ける診療の内容などでわからない点については、納得できるまでご質問ください。それでもわかりにくい、あるいは職員の説明が不十分と感じた場合には、「よろず相談」や「患者家族支援センター」をご利用ください。

2 ご自身の病気や健康について知っていることを正しくお伝えください。

安全かつ最適で最善の医療を行うために、症状、これまでの治療経過や薬など、ご自身の病気や健康に関する情報を職員に正しくお伝えください。また、これまでにかかった医療機関からの診療情報提供書（紹介状）には貴重な情報が含まれていますので、できる限りお持ちください。

3 快適な療養環境を維持するため、病院の規則をお守りください。他の患者さんの立場やプライバシーを尊重してください。

病院には多くの患者さんがおいでになり、職員も多数勤務しています。病院の規則を守り、これらの人々に迷惑となるような行為や診療の妨げとなる行為は慎んでください。指定された場所以外での携帯電話の通話をご遠慮ください。特に以下の事項は固くお断りします。お守りいただけない場合は、診療をお断りすることがあります。

- 他の患者さん・ご家族や職員への暴力行為、もしくはその恐れが強い行為
- 他の患者さん・ご家族や職員に対し、大声、暴言、脅迫的な言動により迷惑を及ぼすこと
- 職員にみだりに接触すること、セクシュアルハラスメントやストーカー行為
- 病院内および敷地内での喫煙、飲酒、火器の使用、刃物を含む危険物の持ち込み
- 病院内での無断の写真・動画の撮影

4 危険の回避と事故防止にご協力をお願いします。

私たちは、医療事故をはじめとし、起こり得るさまざまな事故を未然に防止するため、最大限の努力を続けています。これには、患者さんやご家族の協力も大切です。病院からお渡しする印刷物などに個人名が書かれている場合には、間違いなくご自分のものかをご確認ください。職員の説明、検査や処置の予定やその内容、お渡しする薬などについて疑問に思われる点があれば、ただちに職員にお尋ねください。また、病院内や当院の敷地内で危険な状況を見聞きした場合は、職員にお教えくださるようお願いいたします。

5 静岡がんセンターに対するご意見や苦情をお教えください。

私たちは、患者さんやご家族のご意見や苦情を大切にしています。ご意見や苦情がありましたら、職員や「よろず相談」にお伝えください。対面で伝えにくい場合は「ご意見箱」を設置していますので、そちらに投書してください。「ご意見箱」の投書は、匿名であっても医療の質・安全管理室で必要な調査をした上で、がんセンター幹部が、毎日内容を検討しています。

また「よろず相談」では、病院部門からは独立した中立の立場でご意見や苦情を伺いますので、職員とのトラブルなどについてもお話してください。なお、匿名でご意見や苦情を伝えることも可能ですので、安心してご相談ください。

6 研究や医学教育にご理解とご協力をお願いします。

静岡がんセンターでは、がん医療に関するさまざまな研究を行っています。これらの研究には、患者さんの診療情報や検体試料等が不可欠です。研究は倫理審査委員会の承認のもと、関係法令や指針に従って行われ、特に患者さんの個人情報厳重に守られます。また、静岡がんセンターでは熟練者の指導のもとで、医療従事者の研修や学生実習を実施することがあります。これらの研究や医学教育は、将来の医療の発展には欠かせない大切なものと考えています。ご理解とご協力をお願いいたします。なお、これらの研究や教育にご協力いただけない場合でも、患者さんの不利益になることは一切ありません。

7 静岡県職員の倫理に関する条例により、職員への心づけを固く辞退します。

職業倫理指針・臨床倫理指針

職業倫理指針

- 1 私たちは、職業の尊厳と責任を自覚し、品位を保持し自らの人格の向上に努めます。
- 2 私たちは、医療の公共性を重んじ、関係法規や指針等を遵守し、公平で公正な医療を提供します。
- 3 私たちは、一人一人の患者さんの人格を尊重し、常に患者さんの尊厳を守ります。
- 4 私たちは、患者さんから学ぶ姿勢を堅持し、患者さんの視点を重視した全人的医療の実践に努めます。
- 5 私たちは、各職種の専門性と自立性を尊重しつつ、お互いに協力し、真に患者さんに役立つ成熟した多職種チーム医療を推進します。
- 6 私たちは、自己研鑽と医療水準の向上に努めます。

臨床倫理指針

医療機関における倫理的課題は、「臨床倫理」と「研究倫理」に大別されます。静岡がんセンターがその診療において、患者さんの権利を保護し、最善の医療を提供するための指針を「臨床倫理指針」として示します。この指針で解決困難な臨床倫理上の課題については、臨床倫理検討委員会をはじめとする多職種で構成される関係会議で十分審議します。なお、「研究倫理」については、3つの倫理審査委員会（臨床研究倫理審査委員会、企業治験倫理審査委員会、探索研究倫理審査委員会）で審議します。

- 1 私たちは、患者さんの人格・価値観を尊重し、人としての尊厳を守ります。
- 2 私たちは、患者さんの利益を尊重し、あらゆる差別のない公正で最善の医療を提供します。
- 3 私たちは、患者さんに丁寧に説明するとともに十分な情報を提供し、自己決定権を尊重します。何らかの理由で意思決定が困難な患者さんについては、職員が必要な支援を行います。
- 4 私たちは、患者さんのプライバシーを尊重し、個人情報保護するとともに、守秘義務を守ります。

静岡がんセンターでは、上記の臨床倫理指針を具体的に運用するために、以下のガイドライン、指針、規程、マニュアルなどを定めています。

- ・ 静岡がんセンターにおけるインフォームドコンセントのガイドライン
- ・ 意思決定支援の指針
- ・ 身寄りのない患者の意思決定支援マニュアル
- ・ 認知機能低下があることが癌の精査・治療に支障を生じる可能性が高い患者への対応マニュアル
- ・ 緩和ケアマニュアル
- ・ 終末期がん患者における DNAR ガイドライン
- ・ 認知症ケアマニュアル
- ・ 身体抑制マニュアル
- ・ 個人情報保護方針
- ・ 個人情報利用目的
- ・ 診療情報管理規程
- ・ 宗教上の理由による輸血拒否への対応についてのガイドライン
- ・ 児童・高齢者虐待対応マニュアル

静岡がんセンターがめざす多職種チーム医療について

1) 静岡がんセンター（以下、SCC）がめざす医療サービス

- a) 基本は、「患者さんの視点を重視」した、関係者全員（患者・家族、および医療提供者）が納得できる医療であること。がんに対する医療として、世界的な標準を維持し、それが関係者全員に理解されて容認されること。
- b) SCC の理念は
 - ・ 「上手に治す」：個々の患者に最適な治療法を選択し、可能な限りがんを治すこと。その際、可能な限り治療による有害事象を軽減するため支持療法を合わせ行う。完治する見込みがない場合でも、可能な限り満足できるように医療や療養の支援をすること
 - ・ 「患者さんと家族を徹底支援する」：患者プライバシーを重視し、インフォームド・コンセントを徹底し、がんに関する情報提供に努め、がんに関するあらゆる相談にのることにより、医療を受ける患者・家族の満足度を高めること
 - ・ 「成長と進化を継続する」：職員は、診療業務の質を維持、改善し、最善で最適な医療が提供できるよう、日々努めること

2) 上記の理念を実現するために

- a) 再建・形成外科、リハビリ部門や口腔ケアを担う歯科を設置し、循環器疾患、糖尿病、神経疾患をカバーする内科を設置して、総合診療機能を備える。
- b) 多職種チーム医療の推進。互いの情報共有を背景に、各職種で、その専門性を発揮しながら「安全で質の高い」医療サービスを提供するという共通の目標達成をめざす。このことにより同時に全職種において「人生の充実と互いの納得」が実現できるよう工夫する。
- c) 電子システム運用による診療情報共有の実現。職種を超えて使うツールを共通化し、合理的で、効果的な多職種チーム医療の実現を目指す。患者データベースや様々な記録の記載と閲覧のツールを共有化し、迅速に情報共有ができるシステムが構築されている。

3) 「多職種チーム医療」を実現するために実行すべきこと

- a) 適切なメンバーの招集
- b) 十分、かつ迅速な情報の収集

職種間での情報共有のために、必要な各職種は職責の中で、療養上の情報は必ず記載すること。緊急時の医師の口頭指示も事後に必ず記載する。

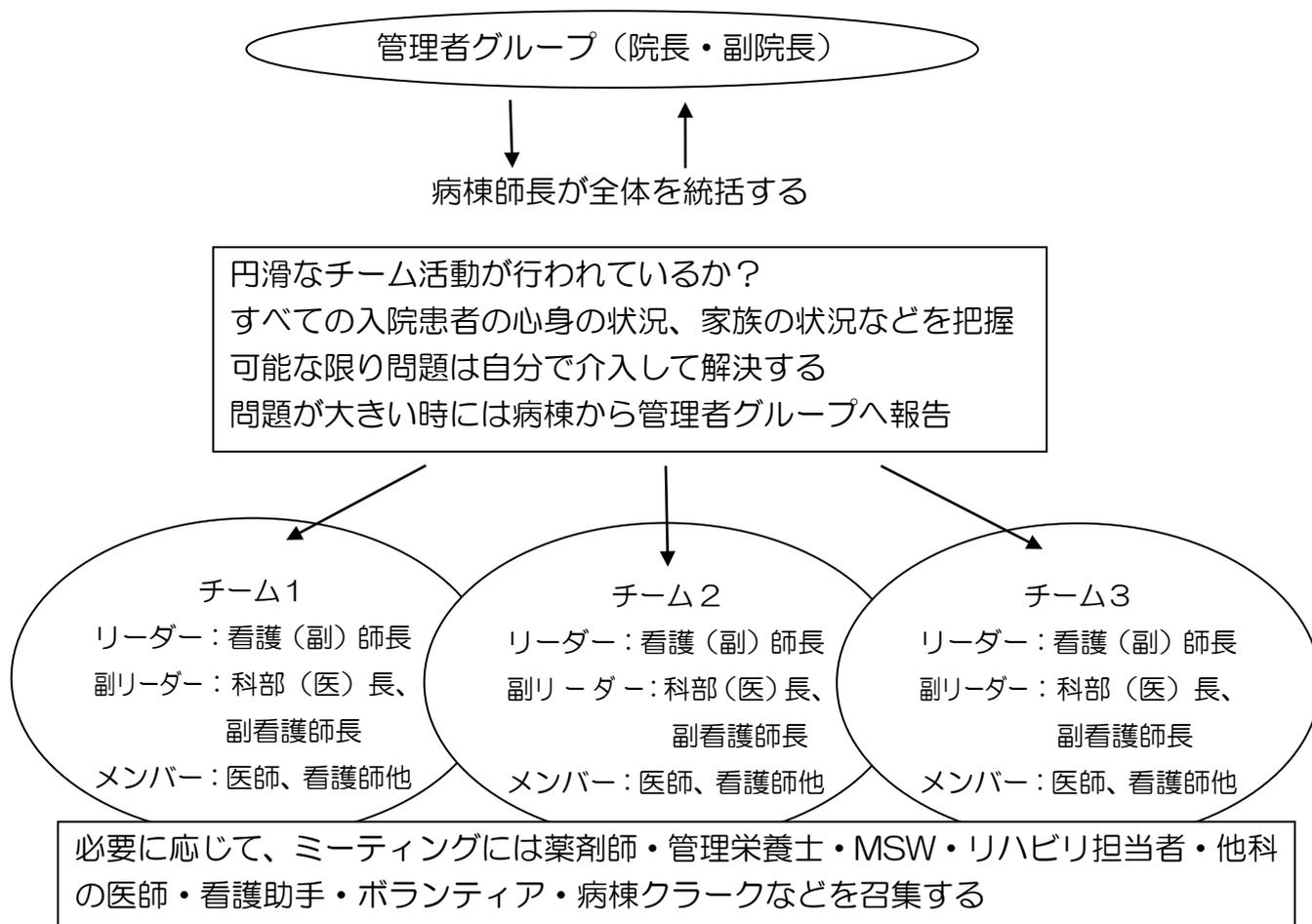
c) タイムリーな意見交換、臨機応変な方針決定

d) 適切な役割分担、役割の遂行、その後の評価

このため、たとえ短時間でも日常的に定期的なカンファ（ミーティング）をもち、直接、顔をあわせて相談することが重要である。また、必要に応じてテーマを絞って、時間をかけて討議する機会を設定すること。その際自分の意見を正しく伝え、また他人の話しを聞くコミュニケーションスキルの向上に努めること。

4) 「多職種チーム」は原則的に部署単位で形成する。診療に関するリーダーシップは各診療科医師（主に科部長）にあるが、患者のケアに関するリーダーシップは看護師長を中心として看護職が担う。部署単位で、全体の活動状況を観察し、それを評価、さらに介入するのは主に看護師長の役目である。また、医師および看護師は臨床現場で直面する倫理的課題についても取り上げ、多職種で討議する場を積極的に設けること。

<例えば入院病棟でのチーム医療とは？>



a) チームリーダーの役割

- 参加者の意見を平等に聞いて調整する。
- 効率よく問題点を整理し、目標を設定し、解決に向けた対策立案、役割分担、評価を行う
- 必要に応じてチームへの臨時参加者を決めて参加要請を行う

b) 師長の役割

- 入院中の患者の心身の状況、家族の状況を把握しておく
- 病棟内に混在する全てのチームの活動状況を観察し、問題があれば介入し、その解決にあたる。またチームへの臨時の参加者が必要と判断したら招聘する。
- 部署単位で解決が困難な問題があるときには管理者グループへ報告する。

第1節 地方公務員の倫理と服務

静岡県立静岡がんセンターは、民間において対応困難な高度専門医療を担う地方公共団体の機関（行政機関）としての側面を持ち合せており、職員には全体の奉仕者たる公務員として特有の職業倫理や行為規範が求められています。

1 公務員の特性

行政機関の活動は、国民や県民を代表する議会が定めた法律や条例等に基づくものであり、その多くは民間に委ねることが不可能、不適切なものや、民間だけでは不十分であると見込まれるものです。また、その経費は税、県債、手数料などにより調達しており、収入と支出の間に必ずしも直接的な関係があるとは言えません。

これは、コストと利潤の計算の下で、自由に参入、撤退し、採算に応じたサービスを提供する民間企業の活動と大きく異なるところで、公務員の特性の根本にあたります。

(1) 全体の奉仕者

憲法第15条「すべての公務員は、全体の奉仕者であって、一部の奉仕者ではない。」

民主主義の下では国民が主権者であり、公務員は全体の奉仕者として忠実に職務を遂行することとされています。民主主義に基づく行政とは、専ら国民のために行われる行政をいうものであり、公務員が国民全体のために奉仕することにより、これが実現されます。

(2) 公共性

地方公務員は、地方公共団体の住民の福祉を向上させるための仕事をしています。

公務員の目的はあくまでも住民のためになる仕事をすることであり、利潤追求は一義的目的ではありません。

(3) 中立性

公務員は住民に対して、だれかれの差別なく平等に奉仕しなければならないことはもちろん、政治的にも中立であり、あらゆる私企業に対しても中立でなければなりません。

(4) 権力性

公務や巨大な組織に内在する権力的性格は、ときに住民への圧力となることもあります。

公務員は、こうした権力的性格の趣旨を十分に認識し、公正、親切な態度をもって住民に接しなければなりません。

2 公務員の倫理

公務員は、行政活動のなかにおいて、政策目的を踏まえた有効で効率的な施策を実施することや、公正で透明性の高い組織を運営することが期待されています。

こうした期待に反するような、利害関係者との接待や、公金の不正な支出、進歩と熱意のない勤務態度といった一職員の行為は、直ちに県行政全体への不信につながってしまいます。

行政の立脚論理や県民の信託を受けて公務に従事するというその地位の特殊性を忘れずに、県民から信頼される公務員となるよう、常に自覚を持つことが大切です。

3 公務員の服務

(1) 服務の根本基準

地方公務員法第30条「すべて職員は、全体の奉仕者として公共の利益のために勤務し、且つ、職務の遂行に当つては、全力を挙げてこれに専念しなければならない。」

「服務」とは、組織の中にある者が組織体の目標とするものを実現させていく過程で、その組織体を適正に維持していくために必要となる規範をいうものです。

地方公務員法第31条から第38条までには、地方公務員の服務について具体的に規定されておりますが、「職員は全体の奉仕者として公共の利益のために勤務すべきこと」

「職員は職務の遂行に当って全力を挙げて勤務すべきこと」を定めているこの規定は、それらすべてに共通する根本基準として公務員の基本理念を示しています。

(2) 職務上の義務と身分上の義務

地方公務員の服務義務には、職員が職務を遂行するに当たって守るべき義務と、職務遂行の有無に関わらず職員の身分を有する限り守らなければならない義務があります。

前者を職務上の義務といい「服務の宣誓」「法令及び職務命令に従う義務」及び「職務専念義務」が、後者を身分上の義務といい「信用失墜行為の禁止」「秘密を守る義務」「政治的行為の制限」「争議行為等の禁止」「営利企業等の従事制限」があります。

身分上の義務は、職務の遂行と関わりなく守るべき義務ですから、勤務時間の内外を問わず、また、休暇、休職等の期間中である場合であっても職員の身分を有する限り守らなければならない内容のものであります。

(3) 服務の宣誓（地方公務員法第31条）

新たに職員となった者は、任命権者又は任命権者の定める上級の公務員の前で、宣誓書に署名しなければなりません。

宣誓とは、職員が職務上の義務を果たすことを県民全体に誓う行為であり、職員の倫理的自覚を促すことに大きな意義があるといえます。

(4) 法令及び職務命令に従う義務（地方公務員法第32条）

① 法令に従う義務

職員は職務を遂行するに当たり、法令、条例、規則、規程に従わなければなりません。

法治国家における行政は、当然法令に基づいて行わなければならないわけですが、その行政の担い手である職員もまた、憲法を尊重し、擁護する義務を負うものであります。

よって、職務の執行にあたってその憲法に由来する法令に従うことは当然といえます。

② 職務命令に従う義務

職員は職務を遂行するに当たり、上司の命令に忠実に従わなければなりません。

法令等の内容を具体的に実施するために権限ある上級の職員から発せられる命令に従うことは、法令に従う義務の必然的な結果といえます。職務命令は「権限ある上司が発したもの」「内容が命令を受ける職員の職務に関連するもの」「内容が法令上又は事実上の不能を命ずるものでない」という要件を満たしていれば、口頭・文書の形式を問いません。

(5) 職務専念義務（地方公務員法第35条）

職員は、その勤務時間及び職務上の注意力のすべてをその職責遂行のために用い、当該地方公共団体がなすべき責を有する職務にのみ従事しなければなりません。

この義務は、法令及び職務命令に従う義務と並んで、職務の遂行にあたっての最も基本的な義務であり、能率的かつ系統的な職務の遂行を担保するものです。

なお、職務専念義務は法律や条例に特別の定めがある場合に限り、必要最小限の範囲で免除されることがあります。

(6) 信用失墜行為の禁止（地方公務員法第33条）

職員は、その職の信用を傷つけ、又は職員の職全体の不名誉となるような行為をしてはなりません。

全体の奉仕者として公共の利益のために勤務すべき義務を負う職員がこのような行為を行うことは、行政執行そのものに対する住民の信頼を裏切ることにもつながるからです。

具体的にどのような行為が信用失墜行為となるかについての一般的な基準はなく、「全体の奉仕者たるにふさわしくない非行」として、次のような場合が当たるとされています。

区 分	該当する事項
職務に関する罪に該当する場合	職権濫用・収賄・横領・背任等
個人的な行為による罪の場合	暴行・損害・詐欺・恐喝等刑法犯、重大な人身事故、飲酒運転等道路交通法違反事件等
他の服務義務違反に該当する場合	守秘義務・営利企業等従事制限・争議行為等禁止規定等に反した場合等
他の服務規定に必ずしも違反しない場合	応対時の著しく粗暴な態度・言葉づかい等

(7) 秘密を守る義務（地方公務員法第34条）

職員又は職員であった者は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならず、また、法令による証人、鑑定人等となった場合も、職務上の秘密に属する事項を発表する場合には、任命権者の許可を受けなければなりません。

県民から信託を受けている県の事務は、監視と批判のもとに執行されることが原則ですが、その性質上、外部に公にすることにより公益を害するような事実もあります。

また、特定の個人の秘密や仕事上の秘密を漏らすことは、個人の利益を侵害し、公務に対する信頼性を失わせるだけでなく、行政の公正な執行を阻害することにもなります。

離職後も秘密を漏らしてはならないとされているのは、職員の離職によって、秘密自体の性質が変わるものでないことによるものです。

(8) 政治的行為の制限（地方公務員法第36条、地方公営企業法第39条第2項）

職員は、特定の政治的活動を行うことが制限されています。

地方公共団体の行政は中立公正に運営されなければならない。職員は、全体の奉仕者として、一党一派に偏しない政治的中立性を確保すべきことが要請されるとともに、政治的影響力から保護される必要があるからです。

ただし、管理・監督の地位にある者を除く企業職員及び単純労務職員については、その職務内容が民間勤労者と同様に考えられることから、政治的行為の制限を受けません。

(9) 争議行為などの禁止（地方公務員法第37条、地方公営企業労働関係法第11条）

職員は全体の奉仕者としての公共の福祉のために勤務するという地位にあることに基づき、使用者としての住民に対して同盟罷業（ストライキ）、怠業そのほかの争議行為をし、または地方公共団体の機関の活動能率を低下させる怠業的行為をしてはなりません。

(10) 営利企業などの従事制限（地方公務員法第38条）

職員は、任命権者の許可を受けなければ、商業、工業又は金融業その他営利を目的とする私企業の会社その他の団体の役員を兼ねたり、自ら営利を目的とする私企業を営んだり、報酬を得て何らかの事業又は事務に従事してはなりません。

職員の職務専念義務の実効性を保障するため、職務遂行のうえで直接・間接に支障をきたすような行為に従事することを、勤務時間の内外を問わず制限するものです。

また、職員が会社の役員等の地位を兼ねることにより、県との間に取引その他の利害関係を持つことは、職務の公正な執行を妨げる恐れがあり、そうした意味からもこのような行為の制限も必要となります。

4 公務員の身分保障

行政の公正中立な執行を確保するため、職員の身分に対する不利益処分（分限及び懲戒）は、法律及びこれに基づく条例で定めることとし、職員の身分を保障しています。

(1) 分限（免職・休職・降任・降給）

勤務成績が良くない場合・心身の故障のため、職務の遂行に支障があり、またはこれに耐えない場合・刑事事件に関し起訴された場合などに行われる処分です。

(2) 懲戒（戒告・減給・停職・免職）

職員に一定の義務違反に対する道義的責任を追及して、制裁として課する処分です。なお、違反が広く県民の公共性を害する場合は、特に刑罰を適用されることがあります。

(3) 交通事犯と懲戒処分

職員が交通事犯を起こした場合、「がんセンター局交通事犯懲戒処分等取扱要綱」に定める基準により懲戒処分を行います。

交通3悪（飲酒運転、著しい速度超過、無免許運転）は、自分の意思で防ぐことができるので、絶対にしてはいけません。

第2節 職場におけるルール

1 各種報告システム

(1) インシデント・アクシデント報告システム

院内で発生したアクシデントや職員が経験したヒヤリとしたインシデント等を報告することにより、組織内で潜在するリスクや顕在化したリスクを把握して対策を講じ、未然に事故を防止するためのシステム。

(2) 続発症等報告システム

院内で発生した続発症、医薬品副作用、医療機器不具合に関する事例を収集・把握することにより、調査及び分析を可能にし、静岡県立静岡がんセンターにおける医療水準の向上・医療の質の改善に寄与するためのシステム。

- ア 続発症報告システム
- イ 医薬品安全性情報報告システム
- ウ 医療機器安全性情報報告システム

(3) 暴力・暴言報告システム

院内で発生したあらゆる暴力・暴言報告を収集し、職員間で情報を共有化するためのシステム。

(4) 意見報告システム

静岡県立静岡がんセンターは“患者さんの視点の重視”を基本理念としている。

その一環として、“患者・家族から学ぶ”ために、患者・家族からの意見、苦情への真摯な対応を心掛けている。このために患者さん、ご家族、一般の方々、職員からの意見を広く求めて病院運営に反映させるためのシステム。

- ア ご意見箱
院内14箇所（正面玄関、会計、あすなろ図書館、病棟デイルーム等）に設置されているご意見箱に、患者さんやご家族、院内を訪れた方々が、意見を書いて入れるものであり、毎日（平日）回収している。
- イ 各種意見報告
患者さんやご家族、院内を訪れた方から聞いた意見を、職員がノーツの各種意見報告システムを用いて報告する。
- ウ 日報
センターの運用を含め、業務や職場に関する意見を、職員がノーツの日報システムを用いて報告する。
- エ infoメール
静岡がんセンターのホームページを見た方が、ホームページ上のご意見・ご要望入力システムを用いて意見する。
- オ 投書
患者さんやご家族などが、手紙等を用いて意見する。
- カ 患者代弁者
患者さんやご家族からの申し出に応じ、病院組織とは別の組織である「よろず相談」の職員がお話を伺い、調査し、病院に対し改善・意見を申し入れする。

2 情報セキュリティ

院内では、電子カルテをはじめとした情報システムの利用により、ペーパーレス、フィルムレスを実現していますが、どこでも、いつでも、権限の範囲内で電子カルテを参照・記載できるため、その運用にあたり「情報システム利用者規程」で利用上の制限を定め、運用上のセキュリティを確保しています。

(1) 情報セキュリティの概念

情報セキュリティとは、①プライバシーや診療情報の漏洩を防ぐこと、②診療情報の改ざんを防ぐこと、③情報システムへの攻撃や侵入を防ぐことにより、個人情報を保護し、また、情報の「真正性」「見読性」「保存性」を担保しようとするものです。

そのためには、情報の利用目的に応じた利用者、利用場所、手続、禁止事項等を定め、これに則ったシステムの運用が必要となります。

(2) 用語の定義

① 情報システム端末

電子カルテシステム及び各部門システムをすべて含む病院業務及び研究利用のコンピュータシステムを操作する端末

② 電子カルテ端末

電子カルテシステム及び各部門システムを操作する端末

(3) IDの管理（ログイン／ログオフ／離席操作）

情報システムを利用する場合は、職員固有のID（認証番号）により、システムへログイン（接続）する必要があります。

情報システムにおける全ての操作は、「現実世界の誰が」ではなく、「どのID」が、いつ、何を行ったかという形で記録されるため、他者にIDを使用された場合、不正行為等の責任がIDを使用された者にも及ぶこととなります。

これを防ぐため、情報システムの利用後や離席の際には、必ずシステムのログオフ（切断）又は離席処理をして、各自の責任でIDを管理してください。

(4) パスワードの管理

ログインの際は、パスワード（アルファベットと数字で8文字以上）の入力により、IDの正当な所有者であることの認証を行います。

システム利用者には、採用時にIDと初期パスワードが通知されますが、パスワードについては、他人に知り得ないものに、直ちに變更してください。

パスワードは、名前や生年月日のような推測されやすいものは使用せず、また、メモに残したりしないなど、絶対に他人に知られることのないようにしてください。

(5) ウイルス、ハッカー対策

情報システムがウイルスやハッカーから攻撃や侵入を受けた場合、その被害は院内全体に及ぶものとなります。このため、情報システムへの異質な情報の流入を厳しく制限する

こととし、利用にあたっては以下の禁止（制限）事項が定められています。

- 情報システム端末の診療業務以外の利用の禁止
- 電子カルテ端末における外部記録媒体（CD、USB等）の利用の原則禁止
- 情報システム端末によるインターネットへの接続禁止
- 情報システム端末へのソフトウェアの追加インストールの制限

(6) 出力情報の漏洩対策

情報システムにより管理されている情報は、個人のプライバシーに関するものです。

こうした情報は、個人情報保護法・条例や公務員の守秘義務にも関わるものですから、情報システムから出力した情報については、絶対に漏洩することのないよう、慎重に扱わなければなりません。

特に印刷物については、むやみに印刷をせず、また、使用後は速やかにシュレッダー等で処分するなど、徹底した管理をしてください。

また、USBの利用については、読込・書出のできる端末を限定しており、さらに端末からUSBメモリへの書出も、登録されたUSBメモリのみが可能となるよう設定しています。なお、USBメモリにデータを書き出すためには、電子カルテ用ファイルサーバにデータを保存した後、書出用端末からデータを取り出すことになります。

(7) ソフトウェアや設備の管理

情報システムの利用者は、以下によりソフトウェアや設備を適正に管理してください。

- ① ソフトウェアを常に最新の状態に保つため、電子カルテ（C I S）は1日最低1回は再起動をして、ソフトウェア資源を更新してください。
- ② 端末や周辺機器及び記録媒体の保管については、盗難や不正使用のないよう、適切な管理を行ってください。
- ③ 情報システムの利用上、何らかの異常や不正が発見または疑われた場合は、直ちにヘルプデスク（2291）に報告してください。

(8) 罰則に関する標準

上記の情報システム利用者の義務に違反し、以下の事項に該当した場合は、罰則の適用を受けます。

① セキュリティ違反の種類

- ア システムの目的外使用（利用者規程第3条第2号）
- イ 守秘義務違反（利用者規程第3条第3号）
- ウ 入力確認義務違反（利用者規程第3条第4号）
- エ 身分証明書着用義務違反（利用者規程第3条第5号）
- オ なりすまし禁止違反（利用者規程第3条第6号）
- カ 利用者権限違反（利用者規程第4条1号）
- キ パスワード管理義務違反（利用者規程第5条）
- ク 機器利用制限違反（利用者規程第6条）
- ケ 院外接続禁止違反（利用者規程第7条）

- コ ウィルス対策義務違反（利用者規程第8条）
 - サ 設備管理義務違反（利用者規程第10条）
 - シ 事件・異常事象の報告義務違反（利用者規程第11条）
- ② 罰則の種類
- ア 口頭注意
 - イ 文書注意
 - ウ 始末書徴収

3 服装に関する規程

職員は、職位や身分を問わず、医療サービスに従事する者として常に基本的なマナーをわきまえ、清潔で安全かつ機能的な服装で業務に従事するよう心掛けなければなりません。

以下はそのために留意すべき事項をまとめたものです。

名札	患者さんから見えるところにつける。
髪	清潔
	整髪 強く香る整髪料を使用しない。 長髪をまとめる。
	(看護部門は看護部門ドレスコードを参照)
髭	清潔
	整髭
ユニフォーム	清潔なものを着用する。
	指定のユニフォームを着用する。
	ボタンを留める(ケーシー服、ラボコードを含む)。
	医師等のラボコートの下は医療従事者として常識的なものにする。 ジーンズ・Tシャツは着用しない。 ノーネクタイでもよいが、シャツ類には襟がついているものを着用する。
事務職の服装	ノーネクタイでも良い。
靴	靴音のしない短靴、白いスニーカーあるいはそれに準ずるスポーツシューズ。 サンダルは禁止する(患者さんと自分の安全のために)。 踵が浮かない、爪先がでないものは可とする。
	靴下、ストッキングをつけて着用する。色は病院に勤務する者として常識的なもの。(看護部門は看護部門ドレスコードを参照)
化粧	病院勤務者として常識的な程度。ユニフォームとの調和を考慮する。
香水類	原則禁止とする。必要な場合は香りの弱いものとする。体臭等も消臭対策を厳重に行う。(看護部門は看護部門ドレスコードを参照)
爪	のばさない
	マニキュアはしないことが原則であるが、する場合には淡色のものに限る。 (看護部門は看護部門ドレスコードを参照)
PHS	勤務中は必ず携帯し、マナーモードに設定する。

看護部門ドレスコード

ユニフォーム ※貸与	※貸与
	1 清潔なものを着用する。
	2 SCCから支給されたユニフォームを着用することが望ましい。
	3 個人所有のものでも良識的なものであるならば可。ただしこの場合の洗濯については、各自で洗う、あるいは自費で依頼する。
	4 スカートの丈は、膝が隠れる程度とする。
靴	5 下着の線や柄が透けないように着用する（濃い色の下着を避ける、ペチコート・スリッパを着用するなど）。
	1 清潔なものを履く。
	2 基本的にナースシューズのシューズタイプで、サンダルタイプを禁止する。
髪	3 スニーカーの場合には、白でユニフォームにマッチするものであれば可。
	1 清潔に保つ。
	2 髪が肩にかかる場合には、束ねてアップにし、毛先をフリーにせず、まとめて頭につけて固定する。
	3 目や頬にかかる髪は、カットして短くするかピンで止める。
	4 極端な色で染めない。
髭	5 髪留め類については、落ちやすかったり、人を傷つける危険性のあるもの、ユニフォームにマッチしないものを禁止する。
	1 伸ばさずに剃る。
靴 下	1 スカートの場合 1)必ずストッキングを着用する。ストッキングの色はベージュ系とし、白色は禁止する。 2)ソックスは高さが足首までの白のシューズソックス（ショートソックス）のみ可とする。ただし、この場合には必ずストッキング着用の上に穿く。
	2 スラックスの場合 ストッキング、または白のソックスとする。
カーディガン	※個人で購入
	1 清潔なもので、医療現場に適するもの（ナースカーディガン）を着用する。
	2 防寒用として用いる。
お化粧	3 処置などを行う場合には脱ぐ。
	1 医療従事者として常識的な程度とする。
	2 つけまつ毛は禁止する。まつ毛エクステは過度にならないものとする。
装飾品	3 カラーコンタクト・ディファインは禁止する。
	1 ピアス 1対とする。垂れ下がる、ゆれるなど、固定が不安定でひっかけたり落としたりする危険のあるもの、針がむき出しになったりしているものを禁止する。ただし、手術室では直接介助者はいずれの形状であっても装着を不可とする。
	2 ネックレス等 ネックレスやプレスレットは禁止とする。
爪	3 指輪 結婚指輪のみ可とし、ファッションリングを禁止する。ただし、4東と手術室では結婚指輪も不可とする。
	1 伸ばさず、清潔に保つ。
臭い	2 マニキュアをする場合は、無色透明のもののみとし、きちんと手入れする。
	1 香水類、整髪料などで強く香るものは禁止する。
PHS	2 体臭や口臭に気を配り、対策を立てる。
名札	1 マナーモードに設定する。
その他	1 胸元に着ける。
	1 マスクをポケットに入れたり、腕につけたりして持ち歩くことを禁止する。
	2 絆創膏や輪ゴムをユニフォームやネームカードにつけて持ち歩くことを禁止する。
	3 ユニフォームの胸元のポケットにペンやはさみを入れない。
	4 メモを手を書くことを禁止する。

4 健康診断・予防接種について

静岡がんセンターでは、労働安全衛生法及び静岡県職員安全衛生管理規程等に基づき、職員及びボランティアを対象に各種の健康診断を実施しています。

また、がん専門病院として患者の易感染性を考慮し、衛生委員会、院内感染対策委員会等の意見を基に、感染対策として抗体検査（B型肝炎のみ）及び予防接種を実施しています。

(1) 健康診断

検診種別		対象者	検診内容	実施時期
定期健康診断		全職員 ボランティア	身体計測、視力、聴力、 血圧、検尿、採血、心電 図、胸部X線等	5月下旬－ 6月上旬
特別 健康 診断	電離放射線業務 従事者検診	フィルムバッジ着用者	採血、皮膚の検査 白内障に関する眼の検査	6・12月※
	有機溶剤取扱業務 従事者検診	病理診断科医師・ 検査技師	採血、検尿	6・12月※
	ホルムアルデヒド取 扱業務従事者検診	病理診断科医師・ 検査技師	身体計測、血圧、検尿 視力、聴力	6・12月※
	深夜業務従事者 検診	深夜勤務（深夜勤・ 当直）を行う職員	身体計測、血圧、検尿 視力、聴力	6・12月※
	採血業務従事者 検診	手術室勤務者	採血	6・9・12・3月 ※
		その他の医療従事者		6月※
	腰痛検診	看護師・看護助手	（一次）問診 （二次）運動機能検査等	12－2月
特定化学物質取扱業 務従事者健診	対象薬剤を用いて試 験研究作業を行う職 員	問診、胸部X線（対象者 のみ）	6・11月※	
VDT検診		全職員	問診・視力検査	12－2月

※6月実施の特別健康診断は、定期健康診断と併せて実施する。

(2) 抗体検査、予防接種等

検査等種別		対象者	備考
B 型 肝 炎	抗体検査	入職者	入職時に実施
		その他の医療従事者	定期健康診断時に実施
風 疹 等	予防接種	入職者	原則として、入職前に2回接種をお 願いしている。 ※風疹・麻疹・水痘・ムンプス
		その他の医療従事者	
インフルエンザ予防接種		全職員 ボランティア	

※ 職員に対する新型コロナワクチン接種の機会も積極的に設けています。(2021年度～)

5 ハラスメント

職場におけるハラスメントは、職員個人の人権を侵害し、能力の発揮を妨げるとともに、職場秩序の悪化や士気の低下に加え、職員への信用失墜などの重大な支障をもたらすものです。

(1) セクシュアル・ハラスメント

① セクシャル・ハラスメントの定義

セクシュアル・ハラスメントとは、「男女を問わず他の者を不快にさせる職場及び職場外における性的な言動」を言います。

職場外での勤務時間以外の時間帯や男性に対する言動も対象ですし、相手のみならず周囲の者も不快に感ずれば該当します。

平成 11 年度から男女雇用機会均等法に法定され、裁判例においても多額の損害賠償金が命ぜられるケースも増えています。

	種 別	具体的な言動
主 に 職 場 内	性的な関心・欲求に基づく発言	<ul style="list-style-type: none"> ・スリーサイズを聞くなど身体的特徴を話題にする ・聞くに耐えない卑猥な冗談を交わす ・体調が悪そうな女性に対して、生理や更年期を理由にした冷やかashiを行う ・性的な経験や性生活について質問する ・性的な噂を立てたり、性的なからかいの対象とする
	性別により差別しようとする意識等に基づくもの	<ul style="list-style-type: none"> ・「男のくせに根性がない」「女には仕事を任せられない」「女性は職場の花でありさえすればいい」などと発言する ・「男の子、女の子」「僕、坊や、お嬢さん」「おじさん、おばさん」などと人格を認めないような呼び方をする ・女性であるというだけで職場でお茶くみ、掃除、私用等を強要する
	性的な関心・欲求に基づく行動	<ul style="list-style-type: none"> ・ヌードポスター等を職場に貼る ・雑誌等の卑猥な写真・記事等をわざと見せたり、読んだりする ・身体を執拗に眺め回す ・食事やデートにしつこく誘う ・性的な内容の電話をかけたたり、性的な内容の手紙・電子メールを送る ・身体に不必要に接触する ・更衣室等をのぞき見する
主 に 職 場 外	性的な関心・欲求に基づく行動	<ul style="list-style-type: none"> ・職場関係を利用して、性的な関係を強要する ・緊急用務以外で、執拗に自宅に電話する ・通勤時などの同行を強要する
	性別により差別しようとする意識等に基づくもの	<ul style="list-style-type: none"> ・カラオケでのデュエットを強要する ・酒席で、上司の側に座席を指定したり、お酌やチークダンス等を強要する

② セクシュアル・ハラスメント防止のための心構え

セクシュアル・ハラスメントを防止するには、まず、お互いが大切なパートナーであるという意識をもち、相手を性的な関心の対象としてのみ見たり、女性を劣った性として見る意識をなくすことです。

そして、次の心構えを常に持つことが大切です。

- ・相手が許容してくれるだろうと勝手な思い込みをしないこと
- ・相手が嫌がっていたら決して繰り返さないこと
- ・職場のみならず、酒席などの時間外の行動にも配慮を忘れないこと
- ・職員間だけではなく、職務上接する者との関係にも注意すること

(2) パワー・ハラスメント

① パワー・ハラスメントの定義

「同じ職場で働く者に対して、職務上の地位や人間関係などの職場内の優位性を背景に、業務の適正な範囲を超えて、精神的・身体的苦痛を与える又は職場環境を悪化させる行為」を言います。

(3) マタニティー・ハラスメント

① マタニティー・ハラスメントの定義

「職場において上司や同僚が、妊娠、出産、育児又は介護に関する制度又は措置の利用に関する言動により、就業環境を害すること並びに妊娠、出産等に関する言動により就業環境を害する行為」を言います。

(3) ハラスメントへの対応

ハラスメントを受けた場合には、無視したり受け流したりせず、毅然とした態度で相手に意思表示することが必要です。

また、周囲の人もハラスメントを見かけた場合には、機会を捉えて注意したり、被害者に声をかけて気軽に相談に乗るようにしましょう。決して一人で悩んだり迷うことなく、早急に身近で信頼できる人や相談員に相談して解決へ向けての行動を起こすことが大切です。

(参考) (2024年度 ハラスメント相談員)

医 師	平嶋泰之婦人科部長 (6127)、倉井華子感染症内科部長 (6056)
看護師	片田真理子副看護部長 (6434)、中島和子副看護部長 (6423)、 山田好美副看護部長 (5532)、清 好志恵副看護部長 (6431)、 下山美智子看護師長 (6309)、松本貴也看護師長 (6439)
コメディカル	青野義弘放射線・陽子線治療センター専門主査 (5884)、 加藤るみ子リハビリテーション室専門主査 (6630)、 石川寛薬剤部副薬剤長 (6609)、大平朋美採血室主査 (3260)
事 務	鈴木貢 ^{マツコ} マツコ 課長 (6642)、合戸あゆみ参事兼医事課長 (6234)、 原田裕己総務課長 (6016)、中村留美子総務班長 (5727)

※ 相談員の変更があった場合は、掲示板等でお知らせします。

第3節 センター内施設案内

1 電話、FAX

(1) 外線電話

外部へ電話をする場合は、「0」を押してから、電話番号を押します。

受話器をとる → 「0」を押す → (待受音が変わる) → 電話番号を入力

繋がらない場合は「9」を押して、電話交換手に番号を伝えます。

(2) 相手方不在の電話に対する患者さんからのコールバックへの対応

電話をかけたが相手が不在の場合、相手先には代表番号「055-989-5222」の着信履歴が残ります。それを見て相手方から折り返しの電話があった時、センターでは発信者の特定ができず、電話の取次ぎができません。そのため、相手方が不在であった場合には、下記の対応をお願いします。

① 相手方が不在で留守番電話が出た場合

名乗りが可の場合は、留守番電話に下記のメッセージを残してください。

「連絡した人の所属」「氏名」

(例)「静岡がんセンターの〇〇科の△△です。改めてご連絡します。」

② 相手方が応答せず、やむを得ずそのまま切った場合

次のどちらかの対応をお願いします。

- 電話交換へのコールバックの依頼

内線「9」をダイヤルし、交換手に下記内容を伝えてください。

相手先の氏名

コールバックを受ける人の「所属」、「氏名」、「内線番号」

- 電子カルテ「メッセージ」へ架電情報の入力

電話不在であった患者カルテの「スタッフ伝言板」に、「相手先不在の旨」、電話した人の「所属」、「氏名」を記録してください。

(3) 内線電話等

各所属備付の電話には固有の内線番号(4桁)が付されており、各所属と内線による通話ができます。(内線通話を行う場合は、受話器をとりそのまま内線番号を押す)

また、代表電話番号(055-989-5222)への電話は、電話交換手により内線を通じて各担当所属へ転送されています。

そのほか医師及び各スタッフの長などにはPHSが貸与されており、内線電話と同様の方法により通話をすることができます。

(4) FAX番号

センター内各フロアのFAXにより外部へ発信する場合は、「0」を押してから、FAX番号を押します。なお、代表FAX番号(055-989-5783)へのFAXは事務局(管理棟3F)印刷コーナーのFAXに出力されます。

また、センター内のFAXには固有の内線番号(4桁)が付されており、各所属間での送受信が可能です。(用紙をセットし、4桁のFAX内線番号を押す。)

(5) 内線直通ダイヤル代表電話番号

職員が外部から通信する場合は、この方法により電話してください。（交換を経ずに電話が可能）

055-989-5963 + 内線番号（PHS番号）

(6) 不審電話

外部（病院関連企業や団体の担当者、患者を名乗ったり、医師と名乗ることが多い）から、病院代表電話のオペレーターには違う用件を伝え、取り次いだ後に、院内の PHS 番号を聞き出そうとする、混線若しくは電話交換が取次ぎを誤ったと偽り、医師への転送を依頼する等の不審電話が増えています。

このような不自然な電話を受けた場合、以下のとおり対応してください。

	不審電話内容	対応
①	PHS 番号を聞かれた	教えない
②	外線から、転送を頼まれた	転送しない
③	業務に関係のない商品を勧められた	「不要である」とはっきり断る
④	院外で直接会おうと言われた	

(7) その他

病院内ではマナーモードにしてください。

①	使用禁止（電源オフ）	GICU、手術室
②	通話可能	1 階柿田川ホール、1 階陽だまりラウンジ、2 階よろず相談横、2 階救急外来待合い、3 階家族休憩室、個室病室、デイルーム・面談室、家族室、公衆電話室、11 階展望ラウンジ、11 階携帯電話室、庭園・駐車場
③	マナーモード（メールは可）	①②を除く院内すべてのエリア

※使用時には、周囲 1メートル以内に医療機器を携帯した患者さんがいないことを確認すること。また、まわりの迷惑にならないように声の大きさに注意すること。

2 駐車場

自動車通勤する職員は指定の職員駐車場を使用するものとし、駐車の際は車内の見やすい位置に駐車証を掲示してください。自動車通勤を希望する人は通勤届の提出とともに駐車場利用申請を行う必要があります。（駐車場利用料金は 1,500 円/月）

なお、長期間（1ヶ月以上）使用しなくなる場合は、駐車証を返却するか、管理課施設管理班（内線4326）にご連絡ください。

また、車両を変更された場合には、同じく管理課施設管理班あて変更届を提出願います。

利用料金の支払は給与等から天引としますが、天引処理ができない場合は、支払窓口（本棟2階スルガ銀行等）での支払いとなります。

3 出入口の開閉時間

場 所	開放時間	備 考
地下1階スロープ	7:00~21:00	
1階時間外出入口（防災センター）	7:00~21:00	時間外はカードキー、面会簿で管理
2階外来玄関	7:00~20:50	土・日・祝休日は10:00~20:20
2階救急出入口	—	救急のみ
緩和ケア病棟1階出入口	6:00~22:00	
管理棟緩和廊下側出入口	7:00~18:00	カードキー不要
管理棟中央監視側出入口	—	終日カードキー管理
管理棟物品センター側出入口	—	7:00~21:00カードキー管理
陽子線治療施設棟	—	職員が施錠実施
研究所棟	8:30~17:15	左記時間外及び研究エリアはカードキーで管理

4 各種鍵の管理について

各部署入口及び会議室等の施錠管理は、病院内においては防災センターが、研究所においては研究所事務室が分掌しており、門扉の開閉の際は、個別に鍵の持出・返却を行うこととなっております。

SCCノーツ(院内端末) 防災センター又は研究所事務室 各部署入口・会議室等

(①会議室等事前予約) → ②管理簿記入、鍵持出 → ③解錠、使用
⑤管理簿記入、鍵返却 ← ④清掃、施錠

この他に暗証番号（テンキーで入力することにより解錠）、カードキー（カードリーダーにかざすことにより解錠）が必要な門扉により入場を制限しているエリアがあります。

※ 実務に支障が生じる場合は、施設管理班（内線4326）までご連絡ください。

5 会議室

会議室を使用する場合はSCCノーツにより事前予約のうえ、鍵の持出・返却を行います。

<使用可能な会議室>

階	室 名	定員	目安	備 考
11F	職員厚生室	10	7	17:00~19:00使用可 和室6畳と洋室
1F	患者サロンやまなみ会議室	8	6	18:00~24:00
管理棟 4F	カンファレンス室1	30	21	音声設備・スクリーンあり
	カンファレンス室2	30	21	音声設備・スクリーンあり
	カンファレンス室3	30	21	音声設備・スクリーンあり
	カンファレンス室4	30	21	スクリーンあり
	カンファレンス室5	30	21	音声設備・スクリーンあり
	研修室1・2・3	99	69	映像・音声・照明システム設備あり
	研修室5	30	21	音声設備・スクリーンあり
研究所 1F	しおさいホール	168	120	映像・音声・照明システム設備あり
	会議室1（大会議室1）	18	12	スライディングウォールの開放により1室化可能
	会議室2（大会議室2）	30	21	スライディングウォールの開放により1室化可能
	会議室3（中会議室1）	12	8	スライディングウォールの開放により1室化可能
	会議室4（中会議室2）	12	8	スライディングウォールの開放により1室化可能
	会議室5（小会議室1）	6	4	

	会議室6（小会議室2）	6	4	
	会議室7（小会議室3）	6	4	
// 2F	ミーティングルーム2	30	21	研究エリア内 研究所居住者
// 3F	ミーティングルーム3	30	21	研究エリア内 研究所居住者
// 4F	特別応接室	8	6	

会議室使用上の注意

- 新型コロナウイルス感染対策のため、定員の7割程度の人数で使用してください（人数は目安のとおりです）。
- 会議室内での飲食・喫煙は禁止です。（ただし、研究所は一定の条件のもと飲食可）
- 使用後は必ずテーブル・椅子等を元の位置に戻し、スライディングウォールを閉鎖してください。また、施錠前には空調、照明をOFFにしたことを確認してください。
- 何らかの理由で部屋・備品を汚染・破損した場合は、施設管理班に連絡してください。
- 予約が重複した場合は、予約者の間で調整をしてください。

6 医学図書館（研究所1F）

研究所1階にセンター職員を対象とした医学図書館があります。ICカード（カードキー）を所持している職員は、職種に関係なく、ICカード（カードキー）を使って24時間いつでも入館することができます。休日などは研究所入り口でもICカード（カードキー）が必要になります。また、一部資料は、借り出すことができますが、雑誌はすべて貸出禁止です。

7 仮眠室、当直室

仮眠室、当直室（病院3F）を利用する場合はSCCノーツにより事前に予約のうえ、防災センターにおいて管理簿へ記入のうえ鍵の持出・返却をします。

なお、使用後はシーツ等リネン類を不潔リネン回収ボックスに入れ、簡単に清掃し、空調、照明及び電子カルテ等の機器の電源をOFFにしたことを確認してください。

※ 当直業務の際の当直室は専用となります。（予約不要）

8 更衣室、ロッカー

職員には指定の更衣室にロッカーを1つ貸与し、終日使用可能としています。各自の私物はロッカーに入れ必ず施錠してください。また、ロッカーの上に物を置かないでください。

更衣室はカードキーにより入室を制限しておりますが、ロッカーには貴重品類は入れないようにし、各自の責任で管理してください。

更衣室及びロッカーは共同で使用するものですので、誰もが気持ちよく使用できるよう、清潔を心掛けてください。（更衣室内での飲食・喫煙は禁止です。）

なお、ロッカーの鍵を紛失した場合、管理課施設管理班（内線4337）まで御連絡ください。合鍵の作製は有料となりますので、ご注意ください。

9 公用車、タクシー券

(1) 公用車

出張や業務において公用車を使用する場合は、予めSCCノーツにより予約を行い、使用前に総務課総務班で車の鍵及び運転日報を受け取ります。また、使用後は運転日報に必

要事項を記入の上、返却してください。

運転前に必ず車の点検を行い日報へ記入するとともに、特に安全運転に努めてください。

また、2022 年度から運転する職員の酒気帯びの有無について、アルコール検知器を用いて確認しています。

(2) タクシー券

業務においてタクシーを使用する場合は、事前に総務課総務班へ用件を伝え、タクシー券の交付を受けてください。タクシー券は、降車の際に料金、経路、使用者氏名、降車時刻を記入して運転手に渡します。

また、公共交通機関で通勤している者が、準夜勤、深夜勤またはオンコールのためタクシーを使用する場合及び時間外勤務により最終バス発車時刻以降に帰宅する際にタクシーを使用する場合は、防災センターでタクシー券を交付します。

10 郵便物

郵便物の受入・発送については、病院においては総務課が、研究所においては研究所事務室が一括して管理しており、配達された郵便物は各部署単位に振分けされ、総務課又は研究所事務室のメールボックスに配架されます。各部署の担当者はこれを回収し、受取者へ分配してください。（大きな荷物の場合は各部署が直接連絡を受けることがあります。）

郵便物を発送する場合は、総務課又は研究所事務室の発送ボックスへ持参してください。

（総務課においては毎日 13:00、研究所では 14:00 締切りです。それ以降については翌日の発送になります。）

11 廃棄物の分別

	廃棄物の種類	具体例	マーク・種類	容器の形状	設置箇所
感染系	鋭利なもの	注射針、メス等		針捨てボックス (耐貫通性・赤色・黄色・ 使い捨て)	各必要箇所 ※ 各エリアの清掃責任者 と協議のこと
	液状のもの	血液、体液、排泄等		20ℓ・50ℓペール容器 (使い捨て)	病棟…洗浄室の設置場所 その他…各設置場所
	固形状のもの	アンプル、バイアル、チューブ、 プラスチック針、使用済みペース メーカー等	バイオハザードマーク	ダンボール40ℓ・80ℓ (使い捨て・袋付き)	※ 各エリアの清掃責任者 と協議のこと
	医薬品 (漏れの心配 のないもの)	ガーゼ、ゴム手袋、布類、マスク、 キャップ、オムツ、ガウンほか			
非感染	燃えるゴミ	紙くず・燃えるもののみ	燃えるごみ	ポリ容器 (白色ビニール袋交換)	病棟… デイルーム、 スタッフ廊下
	廃プラスチック	ビニール袋、弁当容器、 包装フィルム、カップ麺容器、 ペットボトルの蓋等 ※ 中身は出してプラスチックのみ 投入すること	廃プラスチック	ポリ容器 (青色ビニール袋交換)	その他… 各設置場所
	カン・ビン・ ペットボトル	ジュースの空缶・ビン・ペットボ トル等 ※ 感染の恐れのない医療缶・ビン は産廃として個別に回収	加・ビツ・パットボトル	専用器	※ 各エリアの清掃責任者 と協議のこと
	生ごみ	ティーバッグ、パーパーフィルタ ーは水気を切って「燃えるゴミ」 として分別	生ごみ	小型専用器	各設置場所 ※ 生ごみは院内でリサイ クル処理
	リサイクル品 その他	雑誌、新聞、電池など	その他	ダンボール等	※ 各エリアの清掃責任者 と協議のこと

12 喫煙

当院は禁煙となっております。

当院では、患者さんの健康を第一に考えなければならない医療機関として、患者さん、ご家族の皆様、お見舞いの皆様には、敷地内全ての場所での禁煙にご協力をお願いしておりますので、ご理解とご協力をお願いします。

13 食堂、喫茶、売店等

院内の食堂、喫茶、売店として、以下のものがあります。

- レストラン（病院 11F）
 - 職員レストラン 平日 11:30～17:00（16:30 オーダーストップ）
 - 一般レストラン 平日 11:00～17:00（16:30 オーダーストップ）
- 喫茶（病院 11F）
 - 7:00～15:00まで営業しています。
- 売店（病院 1F）風のマーケット
 - 営業時間 7:00～21:00（年中無休）
 - 昼食・夕食の日替わり弁当も販売しており、昼食混雑時間帯は本棟 2 階と管理棟 2 階の連絡通路で職員用に弁当の出張販売もしています。
 - また、昼食の弁当は配達サービスも行っています。（詳しくは内線 3171）
- 軽食コーナー（病院 1F ひだまりラウンジ）
 - ※ 新型コロナウイルス対策のため、営業時間を短縮しています。
 - 7:30～17:00まで営業しています。
- 交流サロンいずみ（研究所 4F）
 - 平日 11:00～17:00まで営業しています。（ラストオーダーは 16:30）
- 自動販売機
 - 各階に設置しています。

14 ATM

病院 2 階の医事会計窓口の右側に 2 台設置してあります。

1 台はスルガ銀行専用機で、もう 1 台はスルガ銀行、静岡銀行、清水銀行、県信連（JA ふじ伊豆）の共用機です。

その他の銀行（郵便局、都市銀行、信用金庫などを含む）のカードにより現金を引き出す場合は、手数料がかかります。

利用時間、手数料については ATM コーナーで確認してください。

なお、風のマーケット（売店）内にも ATM コーナーがあります。

15 両替機

病院 11 階及び別棟緩和ケア病棟に両替機が設置されていますが、これらは患者さん専用としておりますので、職員の利用はご遠慮ください。

第4節 勤務条件（常勤職員）

1 給与

(1) 給与の内容

常勤職員に支給される給与には、次のようなものがあります。

① 給料及び調整額

正規の勤務時間による勤務に対して支給されるもので、給与の基本となるものです。

職員が新たに採用される場合には、その本人の学歴、資格、経験年数及び採用される職務内容等に応じて、職務の級及び号給が決定されます。これを職種・業務内容の種類に応じた給料表に適用し、給料額が決定されます。

なお、看護師については、これに調整額が加算されます。

② 管理職手当

管理職手当は、管理又は監督の地位にある特定の職員について職の区分に応じて支給されます。

③ 初任給調整手当

医師、歯科医師及び特殊な専門知識を必要とする職に採用された職員に支給されます。

なお、一部を除き、その採用が大学卒業の日から37年（臨床研修を経た場合は39年、実地修練を経た場合は38年）内に採用されたものに限りです。

④ 扶養手当

扶養親族（以下に掲げる者のうち、他に生計の途がなく主として職員の扶養を受けている者）のある職員に支給されます。

ア 配偶者（届出をしないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む）

イ 満22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子

ウ 満22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある孫

エ 満60歳以上の父母及び祖父母

オ 満22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある弟妹

カ 重度心身障害者

新たに職員となった者に扶養親族があるとき、又は扶養親族に異動があったときは、それぞれ扶養親族届を提出して、認定を受けなければなりません。また、事実が発生した日から15日以内に提出することとなっています。

⑤ 地域手当

民間の賃金水準、物価等を考慮して定められた地域に勤務する職員に支給されます。がんセンター職員は、令和7年度については給料＋管理職手当＋扶養手当の額に4.15%（医師及び歯科医師は16.0%）を乗じた金額が支給されます。

⑥ 住居手当

住居手当は、次の職員に支給されます。

自ら居住するため、借家・借間をして、月額12,000円を超える家賃を支払っている職員（職員公舎に居住する職員を除く。家賃に駐車場代・共益費は含まれない。）

（支給額の算出方法）

月額25,000円以下の家賃を支払っている職員…家賃月額 － 12,000円

月額 25,000 円を超える家賃を支払っている職員

… (家賃月額 - 25,000 円) × 1/2 + 13,000 円

※ ただし、30,000 円を超える場合は上限の 30,000 円

⑦ 通勤手当

通勤距離が片道 2km 以上（徒歩により通勤するものとした場合の通勤距離が片道 2km 未満であるものを除く）で、通勤のため交通機関等を利用しその運賃を負担しているか、自動車等を使用している職員に対し、**150,000 円**を限度に支給されます。（交通機関と自動車等を併用し、三島駅近郊に駐車場を借りている場合、職員の住居から最も近い駅までの徒歩による距離が 5km 以上の場合、加算あり）

交通機関を利用する場合は、運賃相当額（定期券と回数券等の比較により算出）が、自動車等を使用する場合はその種類及び通勤距離に応じた額が支給されます。

また、新幹線、高速道路等利用による通勤を常例とする職員のうち、以下の要件を満たす場合は当該利用に係る金額も手当の対象となります。

- ・ 通勤距離が片道 50km 以上であるか、または新幹線、高速道路等を利用しない場合の通勤時間が 90 分を超えること

新たに職員となった者や、通勤の方法を変更した者は、速やかに通勤届を提出し、その認定を受けなければなりません。また、事実が発生した日から 15 日以内に提出することとなっています。

なお、手当の支給時期については、原則以下のとおりです。

- ・ 月の途中で引越し等で通勤ルートが変更になる場合、変更の事実が生じた日の属する月の翌日（その日が月の初日であるときは、その日の属する月）から変更後の手当額が支給されます。
- ・ ただし、届出が事実の生じた日から 15 日を経過した後にされたときは、その届出を受理した日の属する月の翌日（受理した日が月の初日であるときは、その日の属する月）から支給されます。（増額改定の場合）

⑧ 特殊勤務手当

著しく危険、不健康または困難な勤務、その他著しく特殊な勤務に従事する者に対して支給されるもので、勤務の内容により区分されています。

- ・ 臨床等業務手当
- ・ 放射線作業手当
- ・ 有害薬品等取扱手当
- ・ 夜間看護等手当
- ・ 手術室看護業務手当

⑨ 時間外勤務手当

正規の勤務時間を超えて勤務することを命じられ、現に勤務した場合に支給されます。

正規の勤務日であるか、夜間であるかにより支給率が異なります。

⑩ 休日勤務手当

祝日法による休日等又は年末年始の休日等に勤務を命ぜられて、正規の勤務時間を勤務した時に支給されます。

⑪ 夜間勤務手当

正規の勤務時間として、午後10時から翌日の午前5時までの間に勤務することを命じられ、現に勤務した職員に支給されます。

⑫ 宿日直手当

宿日直勤務を命ぜられて、現に勤務した職員に支給されます。

⑬ 管理職員特別勤務手当

管理職手当の支給を受ける職員が、臨時または緊急の必要その他公務の運営の必要により勤務を要しない日または休日に勤務した場合又は災害への対処その他の臨時又は緊急の必要により平日の午後10時から午前5時までに勤務した場合に支給されます。

⑭ 期末手当・勤勉手当

期末手当及び勤勉手当は、6月1日及び12月1日に在職する職員に支給されます。
(ただし、任期付研究員を除く)

期末手当は在職期間により、勤勉手当は勤務成績と勤務期間により、それぞれ支給割合が決められます。

(2) 給与の支給日

① 毎月の給料及び各種手当

毎月21日にその月の全額が支給されます。ただし、その日が休日、日曜日または土曜日にあたる時は、その日前の直近の休日、日曜日又は土曜日ではない日に支給されます。
(以降の各支給日に係る説明に共通)

給料、及び各種手当の額は、月額で定められていますが、月の途中で採用され、または退職した職員には日割計算をしています。

② 期末手当・勤勉手当

期末手当及び勤勉手当については6月30日及び12月10日に支給されます。

(3) 給与の支給方法

給与の支給は、職員名義の口座に振り込まれます。また、第2口座を登録し、振込額を区分することができます。

(4) 給与所得に対する扶養控除等

所得税の控除を受けようとする者は、申告書を毎年最初の給料を受ける日の前日までに提出しなければなりません。

年の途中で新たに職員となった時、または扶養親族等に異動を生じた時は、最初の給与支給日の前日までに提出しなければなりません。

(5) 旅費

職員が公務のために旅行した時は旅費が支給されます。

通常の出張(鉄道)に係る旅費は、移動手段、距離に基づき、相当額を算出のうえ支給されます。

飛行機を利用した場合は実費精算となりますので、航空券の半券及び航空代金のわかる領収書を提出しなければなりません。

旅費の申請にあたっては、事前に出張伺いを提出しその上司よりその承認を得るとともに、帰院後5日以内に出張に係る復命書を提出する必要があります。

2 勤務時間及び休暇等

(1) 勤務時間

職員の勤務時間は、休憩時間を除き4週間を超えない期間につき、1週間当たり38時間45分です。

勤務時間は月曜日から金曜日までの5日間において1日につき7時間45分とし、一般に午前8時30分から午後5時15分までと定められておりますが、看護業務など、特殊な勤務形態を必要とする部署においては個別に定められております。(別表のとおり)

(2) 休憩時間

休憩時間は、勤務時間の途中に置く勤務を要しない時間で、勤務時間には含まれません。この休憩時間中は業務に支障のない範囲で各自自由に利用できます。

(3) 週休日

一般に、勤務を要しない日曜日及び土曜日は週休日としております。

ただし、特殊な勤務形態による場合は週休日の振分を別に定めており、週休日に特に勤務を命ずることが必要な場合は、その日を勤務日に変更し、代わりに他の勤務日を週休日に振り替えることがあります。

週休日は、給与支給の対象となりません。

(4) 休日

休日は、国民の祝日に関する法律に規定されている日及び年末年始の12月29日から1月3日までの日で、正規の勤務時間が割振られていても、勤務することは要しない日とされています。

(5) 休暇

休暇には、次の年次有給休暇、特別休暇及び介護休暇があります。

① 年次有給休暇

年次有給休暇は、暦年の1年につき20日間付与され、年の途中で採用された者については、次の日数の年次有給休暇が与えられます。

- ・ 4月以降6月までに採用された者 15日
- ・ 7月以降9月までに採用された者 10日
- ・ 10月以降採用された者 5日

12月31日現在、年次有給休暇の使用残日数がある時は、20日を限度として翌年に繰り越すことができます。

年次有給休暇は、原則、1日、または1時間を単位として受けることができます。

分単位での取得は、1日の勤務時間の全てを休むとき、残日数の全てを休むとき、休憩時間の前もしくは後の勤務時間の全てを休むとき(午前休・午後休)のみ可能です。

看護部職員の勤務時間及び休憩時間

三交替

勤務の種類	勤務時間	休憩時間
日 勤A	AM 8:30~PM 5:15	PM 0:00~PM 1:00
// B	AM 8:30~PM 5:15	PM 0:30~PM 1:30
// C	AM 8:30~PM 5:15	AM11:30~PM 0:30
準夜勤A	PM 4:30~AM 1:15	PM 8:00~PM 9:00
// B	PM 4:30~AM 1:15	PM 9:00~PM10:00
深夜勤A	AM 0:30~AM 9:15	AM 5:00~AM 6:00
// B	AM 0:30~AM 9:15	AM 6:00~AM 7:00
早出勤A	AM 7:00~PM 3:45	PM 0:00~PM 1:00
// B	AM 7:30~PM 4:15	PM 0:30~PM 1:30
// C	AM 8:00~PM 4:45	PM 1:00~PM 2:00
遅出勤A	AM10:00~PM 6:45	PM 2:00~PM3:00
// B	AM11:00~PM 7:45	PM 3:00~PM4:00
// C	PM 0:00~PM 8:45	PM 4:00~PM5:00
// D	PM 1:00~PM 9:45	PM 5:00~PM6:00

二交替（試行）

勤務の種類	勤務時間	休憩時間
日 勤A	AM 8:30~PM 5:15	PM 0:00~PM 1:00
// B	AM 8:30~PM 5:15	PM 0:30~PM 1:30
// C	AM 8:30~PM 5:15	AM11:30~PM 0:30
夜 勤A	PM 4:00~AM 9:30	PM 7:15~PM 7:30 AM 0:00~AM 1:30 AM 5:15~AM 5:30
// B	PM 4:00~AM 9:30	PM 8:15~PM 8:30 AM 1:30~AM 3:00 AM 5:30~AM 5:45
// C	PM 4:00~AM 9:30	PM 9:15~PM 9:30 AM 3:00~AM 4:30 AM 5:45~AM 6:00
// D	PM 4:00~AM 9:30	PM6:00~PM 6:15 PM 22:30~AM 0:00 AM 4:00~AM 4:15
遅出勤	PM 1:00~PM 9:45	PM 5:00~PM 6:00

栄養室職員の勤務時間及び休憩時間

勤務の種類	勤務時間	休憩時間
日 勤	AM 8:30~PM 5:15	PM 0:00~PM 1:00
早出勤	AM 7:00~PM 3:45	PM 0:00~PM 1:00
遅出勤	AM10:00~PM 6:45	PM 1:30~PM 2:30

疾病管理センター職員の勤務時間及び休憩時間

勤務の種類	勤務時間	休憩時間
日 勤	AM 8:30~PM 5:15	PM 0:00~PM 1:00
遅出勤	AM10:30~PM 7:15	PM 1:00~PM 2:00

薬剤部職員の勤務時間及び休憩時間

勤務の種類	勤務時間	休憩時間
日 勤	AM 8:30~PM 5:15	PM 0:00~PM 1:00
変則勤A	PM 5:15~AM 0:15	PM 9:30~PM 10:30
変則勤B	AM 6:45~AM 8:30	
変則勤C	PM 0:30~PM 9:15	PM 4:15~PM 5:15

放射線・陽子線治療センター職員の勤務時間及び休憩時間

勤務の種類	勤務時間	休憩時間
日 勤	AM 8:30~PM 5:15	PM 0:00~PM 1:00
早出勤A	AM 6:45~PM 3:30	AM10:45~AM 11:45
// B	AM 7:30~PM 4:15	AM 11:45~PM 0:45
遅出勤A	AM 11:45~PM 8:30	PM 2:30~PM 3:30
// B	AM 11:45~PM 8:30	PM 3:15~PM 4:15

血液管理室、感染症内科、生理検査科及び病理診断科職員の勤務時間及び休憩時間

勤務の種類	勤務時間	休憩時間
日 勤	AM 8:30~PM 5:15	PM 0:00~PM 1:00
早出勤	AM 7:30~PM 4:15	PM 0:00~PM 1:00

医療機器管理室職員の勤務時間及び休憩時間

勤務の種類	勤務時間	休憩時間
日 勤	AM 8:30~PM 5:15	PM 0:00~PM 1:00
早出勤	AM 7:45~PM 4:30	AM 11:30~PM 0:30
遅出勤A	AM 11:15~PM 8:00	PM 3:00~PM 4:00
遅出勤B	PM 3:15~PM 12:00	PM 7:30~PM 8:30

② 特別休暇

区 分	休 暇 期 間 等
公務（通勤）による負傷もしくは疾病	療養に必要な期間
一般傷病	90日以内で必要と認める期間
精神病、悪性新生物等	90日以内で必要と認める期間 ただし、慢性経過をとるものの場合で、特に必要と認められるときは、90日を超えない期間においてその期間延長可能
結核性疾患	1年以内
忌引	別表1に定める期間（分割不可）
父母及び配偶者の祭日（回忌等）	慣習上最小限度（移動期間含まず）
夏季休暇	5月から11月の期間内における5日以内（日単位の取得）
家族休暇（学校行事・免許更新など）	一年において3日以内（学校行事は高校まで）
結婚休暇	7日以内（通常1か月以内を取得、2分割が可能）
出生サポート休暇	不妊治療に取得。一年において5日以内（頻繁な通院を要する場合5日加算）
産前産後休暇	産前8週間（多胎妊娠の場合14週間） 産後8週間
生理休暇	請求した期間（2日までは医師の証明不要）
生児保育（生後満1年6月に達しない生児）	1日2回各々60分
配偶者出産休暇	出産の前後を通じて3日以内
育児参加休暇	妻の出産期間（産前8週間から生まれた子の1歳まで）中に出産子又は上の子の養育に必要な場合において5日以内
妊娠中または出産後の職員の通院休暇	別表2に定める受診回数で1回1日以内
妊娠中の母体保護（時差出勤）	勤務開始時間または終了時間において、1日を通じて1時間を超えない範囲内
妊娠中の休憩措置（母体または胎児の健康保持に影響があると認められる場合）	適宜休息し、または補食するために必要な時間
妊娠障害休暇	妊娠期間において14日以内（但し、医師等の指導により入院加療等が必要な場合はその期間）
乳幼児の健康診査または予防接種	別表3に定める受診等の回数で、1回1日以内
看護休暇（子・親族の負傷または疾病により看護を要する場合、子の学校行事への参加等）	一年において5日以内 （中学校就学前の子が2人以上いる場合は10日）
短期介護休暇（要介護者の介護・必要な世話をを行う場合）	一年において5日以内 （要介護者が2人以上いる場合は10日）
原子爆弾被爆者の健康診断	1日以内
ドナー休暇（骨髄及び末梢血幹細胞移植）	一連の手続の都度必要と認める期間 （往復の移動に必要な時間を含む）
ボランティア休暇 ・被災地での支援活動 ・障害者高齢者等への支援活動、 ・国、地方公共団体の振興事業への奉仕活動 ・地域の子どもの健全育成に関する活動	一年において5日以内

別表1

死亡した親族		日数	死亡した親族	日数	備 考	
血 族	父母	7日	配偶者	10日	・生計を一にする姻族の場合は血族に準ずる ・いわゆる代襲血族の場合、祭具等の継承を受けた者は一親等の直系血族（父母）に準ずる ・葬祭のため遠隔地に赴く必要がある場合は、実際に要した往復日数を加算する場合がある。	
	子	5日	姻 族	父母		3日
	祖父母	3日		子		1日
	孫	1日		祖父母		1日
	兄弟姉妹	3日		兄弟姉妹		1日
	叔父叔母	1日		叔父叔母		1日

別表2

受診期間	回数
妊娠満23週まで	4週間に1回
妊娠満24～35週まで	2週間に1回
妊娠満36週から出産まで	1週間に1回
産後1年まで	1回

別表3

区分		回数
健康診査	1歳6ヶ月児健康診査	1回
	3歳児健康診査	1回
	乳(幼)児健康診査	2回
予防接種	予防接種法第2条第1項又は結核予防法に規定	接種毎

③ 介護休暇（無給）

職員が配偶者、父母、子、配偶者の父母その他の者で、負傷、疾病、または老齢により2週間以上の期間にわたり日常生活を営むのに支障がある者の介護をするための休暇です。

期間は介護を必要とする1つの継続する状態ごとに3回を超えず、かつ、通算して6ヶ月を超えない範囲内で指定される期間内とし、1日または1時間単位で取得できます。

④ 介護時間（無給）

職員が配偶者、父母、子、配偶者の父母その他の者で、負傷、疾病、または老齢により2週間以上の期間にわたり日常生活を営むのに支障がある者の介護をするための休暇です。

期間は介護を要する状態ごとに連続する3年の期間内で、正規の勤務時間の始めまたは終わりにおいて、1日2時間を超えない範囲で30分を単位に取得できます。（但し、介護時間＋部分休業（子育て部分休業含む。）＋生児保育≦2時間）

⑤ 休暇の手続

休暇を申請しようとするときは、事前に各部署備付の「勤務状況管理簿兼休暇等承認申請（請求）簿」に自ら記入し、上司の承認を得なければなりません。

なお、やむを得ない理由により管理簿による休暇の請求ができない場合は、事前に電話等により請求を行い、事後遅滞なく手続を執ることとなります。

(6) 職務専念義務の免除

職員には、法律または条例に特定の定めのある場合のほかは、職務に専念する義務が課せられており、決められた勤務時間内は職務上の注意力の全てを職責遂行のために用いなければなりません。次の場合には、所属長の承認を受ければ、そのために必要な時間または期間について、勤務をしないことができます。

- ① 地方公営企業労働関係法第7条の規定に基づき適法な団体交渉を行う場合
- ② 地方公営企業労働関係法第13条の規定に基づき苦情処理共同調整会議に出席する場合
- ③ 労働組合の総会、これに代わる委員会及び執行委員会に参加する場合並びに労働組合の規約の作成もしくは変更もしくは役員選挙のための投票に係る事務に従事し、または投票を行う場合
- ④ 研修を受ける場合
- ⑤ 厚生に関する計画の実施に参加する場合（健康診断・人間ドックなど）
- ⑥ 風・水・震・火災、その他非常災害により交通が遮断された場合 など

(7) 育児休業

① 育児休業

3歳に満たない子を養育する職員（男女を問わない）は、育児休業をしようとする期間を明らかにして、その承認を請求することができます。

育児休業をしている職員は、職は保有しますが職務に従事せず、給与は支給されません。

② 部分休業

部分休業を申請した場合において、公務の運営に支障がないと認めるときは、職員が小学校就学前の子を養育するため1日の勤務時間の始めと終わりにおいて、1日を通じて2時間を超えない範囲内又は1年につき条例で定める時間（10日相当）以内で、勤務しないこととすることができます。

この場合において、勤務しない時間の給与額を減額して給与を支給します。

③ 子育て部分休業

子育て部分休業を申請した場合において、公務の運営に支障がないと認めるときは、職員が小学校1年生から3年生までの子又は18歳までの障害のある児を養育するため、1日の勤務時間の始めと終わりにおいて、1日を通じて2時間を超えない範囲内又は1年につき条例で定める時間（10日相当）以内で勤務しないこととすることができます。この場合において、勤務しない時間の給与額を減額して給与を支給します。

④ 育児短時間勤務

小学校就学の始期に達するまでの子を養育する職員が、職を完全に離れることなく仕事と育児の両立が可能となるよう短時間勤務を認める制度です。

週（交代性勤務職員の場合は、4週間ごとの期間につき1週間当たり）19時間35分、23時間15分、24時間35分の短時間勤務を行うことができます。

この場合、給料は勤務時間に応じて支給されます。

3 時間外勤務について

労働基準法を順守した上で働き方改革を推進するため、時間外労働時間を的確に管理し、効率的な業務実施について取り組んでいます。

(1) 2024年度36協定について（時間外労働の上限について）

常勤職員	区 分	原 則	特別延長
医師	1日（通常勤務日）	上限 15 時間	—
	1日(法定休日及び法定外休日)※1	上限 16 時間	—
	1 か月	40 時間	上限 99 時間
	1 年	360 時間	上限 960 時間
看護師・ コメディカル・ 研究所	1日（通常勤務日）	上限 6.5 時間	—
	1日(法定休日及び法定外休日)※1	上限 10 時間	—
	1 か月	40 時間	※2 上限 50 時間
	1 年	360 時間	上限 450 時間
事務	1日（通常勤務日）	上限 6.5 時間	—
	1日(法定休日及び法定外休日)※1	上限 10 時間	—
	1 か月	40 時間	※2 上限 80 時間
	1 年	360 時間	上限 600 時間

※1 法定休日=日曜日 法定外休日=土曜日、祝日 等

※2 月の特別延長は年6回まで(医師を除く)

- 医師の月時間外勤務の目安は、従来、60時間までとしています。以前の年間の上限750時間を基に設定しています。
- 医師の「1か月99時間、1か年960時間」は、一時的にも法令違反をしないように対応して設けたものです。決して、「上限までしてよい」、「上限までできる」というものではありません。
- **2024年4月から「医師の働き方改革」が適用されております**ので、36協定順守とともに勤務間インターバルの「9時間」確保等、まずは自ら健康確保に努めてください。
- 月80時間を越える時間外勤務をした場合は、健康への影響が懸念されるため、労働安全衛生法等の関係法令に基づき、産業医による面接指導を受けることになります。(脳・心臓疾患の発症に関連性が強いいため)
- 医師については、医療法に基づき、時間外・休日労働が月100時間以上になることが見込まれる場合は、医師(産業医)の面接指導を受ける必要(義務)があります。

会計年度任用職員(医師を除く)

	区分	原則	特別延長
フルタイム	1か月	30時間	※40時間
	1年	300時間	360時間

※月の特別延長は年6回まで

パート	時間外を含めた勤務は、週40時間(法定労働時間)まで
-----	----------------------------

第5節 勤務条件（会計年度任用職員）

1 給与

(1) 給与の内容

会計年度任用職員（フルタイム・パートタイム）に支給される給与には、次のようなものがあります。

ア パートタイム会計年度任用職員（以下「パートタイム」とします。）

① 基本報酬及び調整額

正規の勤務時間による勤務に対して支給されるものです。

職員が新たに採用される場合には、その本人の学歴、資格、経験年数及び採用される職務内容等に応じて、職務の級及び号給が決定されます。これを仕事の種類に応じた給料表に適用して報酬額が決定されます。

なお看護師については、これに調整額が加算されます。

② 初任給調整手当

医師、歯科医師及び特殊な専門知識を必要とする職に採用された職員に支給されます。

③ 時間外勤務手当

定められた勤務時間を越えて勤務することを命じられ、別の勤務日の勤務時間を短縮し調整を行えない場合、現に勤務した場合に支給されます。ただし、パートタイムは、緊急の場合を除いて、原則時間外勤務命令は行わないこととしています。

④ 地域手当

民間の賃金水準、物価等を考慮して定められた地域に勤務する職員に支給されます。給与の額に **4.15%**（医師及び歯科医師は **16.0%**）を乗じた金額が支給されます。

その本人の勤務時間数などにより支給率が異なります。（常勤職員に準ずる）

⑤ 通勤手当

通勤距離が片道2km以上（徒歩により通勤するものとした場合の通勤距離が片道2km未満であるものを除く）で、通勤のため交通機関等を利用しその運賃を負担しているか、自動車等を使用している職員に対し、**150,000**円を限度に支給されます。（交通機関と自動車等を併用し、三島駅近郊に駐車場を借りている場合、加算あり）

交通機関を利用する場合は、運賃相当額（定期券と回数券等の比較により算出）回数券等の額より算出）が、自動車等を使用する場合はその種類及び通勤距離に応じた額が支給されます。

⑥ 期末手当・勤勉手当

いわゆるボーナスに相当するもので、算定基準日（各々6月1日、12月1日）に在職する職員に対し、6月30日及び12月10日に支給されます。

期末手当は基準日以前の在職期間により、勤勉手当は勤務成績と在職期間により、支給割合が決められます。

⑦ 特殊勤務手当

著しく危険、不健康または困難な勤務、その他著しく特殊な勤務に従事する者に対して支給されるもので、勤務の内容により区分されています。なお、任用された職種によっては従事できない業務がありますので、御承知願います。

- ・臨床等業務手当
- ・放射線作業手当
- ・有害薬品等取扱手当
- ・夜間看護等手当
- ・手術室看護業務手当

⑧ 夜間勤務手当

正規の勤務時間として、午後10時から翌日の午前5時までの間に勤務することを命じられ、現に勤務した職員に支給されます。

⑨ 宿日直手当

宿日直勤務を命ぜられて、現に勤務した職員に支給されます。

イ フルタイム会計年度任用職員（以下「フルタイム」とします。）

① 給料及び調整額

正規の勤務時間による勤務に対して支給されるもので、給与の基本となるものです。

職員が新たに採用される場合には、その本人の学歴、資格、経験年数及び採用される職務内容等に応じて、職務の級及び号給が決定されます。これを仕事の種類に応じた給料表に適用して報酬額が決定されます。

なお、看護師については、これに調整額が加算されます。

② 初任給調整手当

医師、歯科医師及び特殊な専門知識を必要とする職に採用された職員に支給されます。

③ 時間外勤務手当

定められた勤務時間を越えて勤務することを命じられ、別の勤務日の勤務時間を短縮し調整を行えない場合、現に勤務した場合に支給されます。

④ 休日勤務手当

祝日法による休日等又は年末年始の休日に勤務を命ぜられて、正規の勤務時間を勤務したときに支給されます。

⑤ 地域手当

民間の賃金水準、物価等を考慮して定められた地域に勤務する職員に支給されます。給与の額に **4.15%**（医師及び歯科医師は **16.0%**）を乗じた金額が支給されます。

その本人の勤務時間数などにより支給率が異なります。（常勤職員に準ずる）

⑥ 通勤手当相当

通勤距離が片道2km以上（徒歩により通勤するものとした場合の通勤距離が片道2km未満であるものを除く）で、通勤のため交通機関等を利用しその運賃を負担しているか、自動車等を使用している職員に対し、**150,000**円を限度に支給されます。（交通機関と自動車等を併用し、三島駅近郊に駐車場を借りている場合、加算あり）

交通機関を利用する場合は、運賃相当額（定期券と回数券等の比較により算出）が、自動車等を使用する場合はその種類及び通勤距離に応じた額が支給されます。

⑦ 期末手当・勤勉手当

いわゆるボーナスに相当するもので、算定基準日（各々6月1日、12月1日）に在職する職員に対し、6月30日及び12月10日に支給されます。

期末手当は基準日以前の在職期間により、勤勉手当は勤務成績と在職期間により、支給

割合が決められます。

⑧ 特殊勤務手当

著しく危険、不健康または困難な勤務、その他著しく特殊な勤務に従事する者に対して支給されるもので、勤務の内容により区分されています。なお、任用された職種によっては従事できない業務もありますので、御承知願います。

- ・臨床等業務手当
- ・放射線作業手当
- ・有害薬品等取扱手当
- ・夜間看護等手当
- ・手術室看護業務手当

⑨ 夜間勤務手当

正規の勤務時間として、午後10時から翌日の午前5時までの間に勤務することを命じられ、現に勤務した職員に支給されます。

⑩ 宿日直手当

宿日直勤務を命ぜられて、現に勤務した職員に支給されます。

(2) 給与の支給日

ア パートタイム職員

① 毎月の報酬及び各種手当等

毎月末にその月の実績（勤務時間）を集計し、翌月10日に実績に応じた報酬が支給されます。ただし、その日が休日、日曜日または土曜日にあたる時は、その日前の直近の休日、日曜日又は土曜日ではない日に支給されます。（以降の各支給日に係る説明に共通）

なお、GW・年始など月末から10日までで金融機関営業日が少ない場合は、10日より遅い日に支給される場合があります。

② 期末手当・勤勉手当

期末手当及び勤勉手当については6月30日及び12月10日に支給されます。

イ フルタイム職員

① 毎月の給料及び各種手当

毎月21日にその月の全額が支給されます。ただし、その日が休日、日曜日または土曜日にあたる時は、その日前の直近の休日、日曜日又は土曜日ではない日に支給されます。（以降の各支給日に係る説明に共通）

給料、及び各種手当の額は、月額で定められていますが、月の途中で採用され、または退職した職員には日割計算をしています。

② 期末手当・勤勉手当

期末手当及び勤勉手当については6月30日及び12月10日に支給されます。

(3) 給与の支給方法

給与の支給は、職員名義の口座に振り込まれる口座振込の制度が利用できます。

(4) 給与所得に対する扶養控除等

所得税の控除を受けようとする者は、申告書を毎年最初の給料を受ける日の前日までに提出しなければなりません。

年の途中で新たに職員となった時、または扶養親族等に異動を生じた時は、最初の給与支給日の前日までに提出しなければなりません。

(5) 旅費

職員が公務のために旅行した時は旅費が支給されます。

通常の出張（鉄道）に係る旅費は、移動手段、距離に基づき、相当額を算出のうえ支給されます。

飛行機を利用した場合は実費精算となりますので、航空券の半券及び航空代金のわかる領収書を提出しなければなりません。

旅費の申請にあたっては、事前に出張伺いを提出しその上司よりその承認を得るとともに、帰院後5日以内に出張に係る復命書を提出する必要があります。

2 勤務時間及び休暇等

(1) 勤務時間

ア パートタイム職員

次の制限を超えないように勤務時間を定めます。

- ・週の勤務時間は、4週間を超えない期間につき1週間当たり38時間45分未満（休憩時間を除く）。
- ・週の勤務時間は、7時間45分以内（特別な事情がある場合には16時間以内）。

イ フルタイム職員

職員の勤務時間は、休憩時間を除き4週間を超えない期間につき、1週間当たり38時間45分です。

勤務時間は月曜日から金曜日までの5日間において1日につき7時間45分とし、一般に午前8時30分から午後5時15分までと定められておりますが、看護業務など、特殊な勤務形態を必要とする部署においては個別に定められております。

(2) 休憩時間

休憩時間は、勤務時間の途中に置く勤務を要しない時間で、勤務時間には含まれません。この休憩時間中は業務に支障のない範囲で各自自由に利用できます。

(3) 週休日

ア パートタイム職員

- ① パートタイム職員については、週休日は日曜日及び土曜日に固定されているわけではなく、所属長が定めた勤務を割り振らない日が週休日となります。
- ② 少なくとも1週間について2日の週休日を設けます。
- ③ 公務の運営上の事情により特別の形態によって勤務する必要のあるパートタイム職員の週休日の設定については、4週間ごとの期間につき少なくとも8日の週休日を設け、勤務を割り振られた日が引き続き12日を超えないようにしなければなりません。

④ パートタイム職員については週休日の振替の制度はありません。他の日を週休日とする場合は週休日及び勤務時間の割振り変更により対応します。

イ フルタイム職員

一般に、勤務を要しない日曜日及び土曜日は週休日としております。

ただし、特殊な勤務形態による場合は週休日の振分を別に定めており、週休日に特に勤務を命ずることが必要な場合は、その日を勤務日に変更し、代わりに他の勤務日を週休日に振り替えることがあります。

週休日は、給与支給の対象となりません。

(4) 休日

ア パートタイム職員

休日に勤務を要さない場合は勤務を割り振らず（週休日とする）、勤務を要する場合は勤務を割り振ることとしており、フルタイム職員とは取扱いが異なります。

イ フルタイム職員

休日は、国民の祝日に関する法律に規定されている日及び年末年始の12月29日から1月3日までの日で、正規の勤務時間が割振られていても、勤務することは要しない日とされていますが、休日に割り振られた勤務時間の全部について勤務することを命じた場合には、当該休日前に、代休日として、当該勤務することを命じた休日を起算日とする8週間後までの期間内にある勤務日を指定することができます。その代休日には、特に勤務することを命ぜられるときを除き、正規の勤務時間においても勤務することを要しません。

(5) 休暇

① 年次有給休暇

年次有給休暇は、任用日に、1週間当たりの勤務日数及び任用期間に応じて与えられます。

例：週5日間勤務の場合、任用された期間1か月につき1日。ただし、任用された期間が6か月を超える場合は10日となります。

年次有給休暇は、原則、1日、または1時間を単位として受けることができます。

分単位での取得は、1日の勤務時間の全てを休むとき、残日数の全てを休むとき、休憩時間の前もしくは後の勤務時間の全てを休むとき（午前休・午後休）のみ可能です。また、使用残日数（1日未満の端数を含む）がある時は、1回に限り翌年に繰り越すことができます。

② 年次有給休暇以外の有給休暇等

区 分	取得期間	取得要件等
結婚休暇	7日以内 (2分割が可能) (有給)	結婚日（入籍日又は結婚式の日）の5日前から妥当と思われる期間内（通常1か月程度）であって本人が申請した日から起算
出生サポート休暇	5日以内 (有給)	不妊症の治療、検査・診療 頻繁な通院を要する場合5日加算
産前休暇	8週間(有給)	産前産後の母体保護のため

産後休暇	8週間(有給)	産前産後の母体保護のため
配偶者出産休暇	3日以内 (有給)	出生届提出等、入院日から出産の日後2週間経過日まで
育児参加休暇	5日以内 (有給)	妻の出産期間(産前8週間から生まれた子の1歳まで)中に出産子又は上の子の養育に必要な場合
生児保育	あり(無給)	1歳未満の子について1日2回30分以内
看護休暇	あり(無給)	5日(中学校就学始期末達の子が2人以上:10日)以内
短期介護休暇	あり(無給)	5日(要介護者2人以上:10日)
生理休暇	あり(有給)	必要と認められる期間
妊娠障害休暇	14日(無給)	妊娠に起因するつわりその他これに順ずる症状のため勤務することが困難な場合。医師から一定期間にわたる休業の指導があった場合はその必要と認められる期間
公務上の負傷疾病	あり(有給)	必要と認められる期間
私傷病	10日以内 (無給)	必要と認められる期間
骨髄等ドナー	あり(無給)	骨髄バンクへの登録、骨髄・抹消血管細胞の提供に伴う必要な検査、入院等の場合。必要と認められる期間
夏季休暇	最大3日	夏期任用期間(5月から11月まで)の期間が2か月超の場合、週勤務時間が29時間以下の場合は2日、29時間超の場合は3日(2か月以下の場合、別に定め有)
妊産婦の健康診断	あり(有給)	必要と認められる時間
妊産婦の休憩・捕食	あり(有給)	業務が母体又は胎児の健康維持に影響がある場合、必要と認められる時間
妊娠中の通勤緩和	あり(無給)	妊娠中の職員の通勤に利用する交通機関(自家用車を含む)の混雑が続き、母体又は胎児の健康維持に影響がある場合、1日1時間以内で必要と認められる時間。
介護休暇	あり(無給)	勤務日数が週3日以上又は年間121日以上である場合、通算93日以内
介護時間	あり(無給)	連続する3年以内(1日最長2時間まで)
育児休業	あり(無給)	子が1歳に達するまで
部分休業	あり(無給)	子が3歳に達するまで

・忌引

…別表に定める期間

別表

死亡した親族		日数	死亡した親族		日数	備 考
血 族	父母	7日	姻 族	配偶者	10日	<ul style="list-style-type: none"> ・生計を一にする姻族の場合は血族に準ずる ・いわゆる代襲血族の場合、祭具等の継承を受けた者は一親等の直系血族(父母)に準ずる ・葬祭のため遠隔地に赴く必要がある場合は、実際に要した往復日数を加算する場合がある。 ・土曜日・日曜日を含む
	子	5日		父母	3日	
	祖父母	3日		子	1日	
	孫	1日		祖父母	1日	
	兄弟姉妹	3日		兄弟姉妹	1日	
	叔父叔母	1日		叔父叔母	1日	

③ 休暇の手続

休暇を申請しようとするときは、事前に各部署備付の「勤務状況管理簿兼休暇等承認申請(請求)簿」に自ら記入し、上司の承認を得なければなりません。

なお、やむを得ない理由により管理簿による休暇の請求ができない場合は、事前に電話等により請求を行い、事後遅滞なく手続を執ることとなります。

第6節 福利厚生（常勤職員）

1 公務災害等補償制度

(1) 公務災害

公務災害とは、職員が公務中または公務に起因して発生した災害をいいます。

公務災害の認定には、職員が任命権者の支配管理下にあること（公務遂行性）及び公務と災害の間に相当因果関係が認められること（公務起因性）の、2つの要件を満たすことが必要です。

(2) 通勤災害

通勤災害とは、職員が通勤のため、住居と勤務場所との間を合理的な経路及び方法により往復する途上に発生した災害をいいます。

通勤災害の認定には勤務との関連性が求められますので、経路を逸脱又は中断した場合は、その間及びその後の災害は該当しないこととなります。

(3) 災害の補償手続

仕事や通勤途上で被災した場合は、速やかに各部署の長及び総務課総務班へ連絡し、認定請求の手続を行ってください。（交通事故の場合は必ず警察に届け出てください。）

この場合、第三者がある場合は、第三者による賠償が先行されます。

また、その日のうちに最寄りの医療機関で治療を受けるとともに、公務災害の認定請求をする場合は直ちにその旨を申出てください。（医療費の支払は、通常とは異なります）

なお、公務災害又は通勤災害として認定された場合は、請求により療養補償、遺族補償等が給付されますが、物的損害は対象になりません。

2 安全衛生

(1) 健康診断

職員の健康診断については、事業所として行う定期的な一般健診（30歳未満対象）、成人病健診（30歳以上対象）のほかに、共済事業として希望者を対象に人間ドック、成人検査、脳ドック等があります。

各自が健康管理に留意し、疾病の早期発見を行うため、必ず受けるようにしてください。

(2) 予防接種等

健康診断のほか、院内感染を予防するため、抗体検査（B型肝炎のみ）及び予防接種を実施しています。（B型肝炎、風疹等、インフルエンザ予防接種）

患者さんへの感染予防のため、必ず所定の検査、接種を受けてください。

(3) メンタルヘルス

がんセンターに勤務する職員、ボランティア等を対象として、心の健康をサポートするために、啓発、研修、相談、事例介入、職場復帰支援などの対応を行っております。

心身の健康に関する問題を感じたら職員相談窓口（内線 5727:総務課総務班長、

6006:事務局次長)に御連絡ください。ご家族、職場の同僚や上司からの相談でもかまいません。(プライバシーは守られます)

なお、職員に伝えることにためらいがある方は、「院内掲示板」-「私のメンタルヘルス」内に「職員の相談窓口」pdfファイルがあり、外部の相談窓口も掲載しています。そちらも利用できます。

3 被服の貸与

診療業務等に従事する職員に対しては、ユニフォームとして被服を一人3~6セットずつ貸与します。(職種・部署により貸与枚数が異なり、ナースキャップについては感染対策の観点から採用していません)

業者が週2回洗濯をして指定の場所へ返却するリネンサプライ方式を採用しています。

4 福祉施設

(1) 職員住宅

遠隔地からの出身者のために、敷地内に単身職員住宅を整備しているほか、近隣のマンションの借上げをしております。

家賃や入居基準については管理課施設管理班へお問い合わせください。

名称	所在地	間取	構造	戸数
職員宿舎(敷地内)	長泉町下長窪1007	1K	RC	60
フラッツ・ホリー	長泉町中土狩1011-1	3LDK	RC	16
		2LDK	RC	24
コーボ芹澤	長泉町下長窪719-1	2LDK	S	3
サン梅ノ木沢	長泉町南一色347-1	3LDK	RC	18
		2DK	RC	12
フジメン壺番館	裾野市伊豆島田280-1	2LDK	RC	11
クレーングレース	長泉町下長窪上野1043-1	3LDK	S	13
		2LDK	S	2
上屋敷ガーデン	長泉町納米里上屋敷142-1	3LDK	木造	8
エミネンス長久保	長泉町下長窪1077-1	3LDK	RC	12
ブリーズヒル	長泉町南一色370-1	1K	RC	1
アミイ和泉	裾野市茶畑45	1K	RC	20
レアルガーデン	長泉町本宿566-1	1K	RC	15
輝明館	沼津市大岡3505-1	2LDK	S	10
ベルデ長泉	長泉町下土狩字陣場1128-17	1K	RC	9
サニーヴィラ	長泉町納米里191-8	1K	RC	24
ベルドミール	裾野市水窪字幾ノ木165-1	3LDK	RC	6
エスベシア華Ⅱ	長泉町下土狩1003-13	1K	S	12
アーバンヒルズ	長泉町納米里512-1	1K	RC	14
サングレイス	長泉町南一色336-1	1K	S	2
アップルヒルズ	長泉町納米里168-2	1K	S	8
ヴィ・フォンテ	長泉町納米里上屋敷添158-1	2LDK	RC	6
ヴィクトリーⅠ	沼津市大岡3182-1	2LDK	RC	8
K'sディヨール	三島市萩376-2	1DK	RC	14
ヴィブレ・クレールⅡ	長泉町中土狩559-1	2LDK	RC	8
メゾンクレール・Ⅰ	裾野市平松279-1	1K	RC	4
シャルマンヴィルⅢ	裾野市桃園55-1	1K	RC	5
サン・シュテルン	裾野市富沢296-1	1K	RC	6
ヴィブレ・クレールⅢ	長泉町中土狩749-1	2LDK	RC	12

ヴィブレセレーネ	長泉町中土狩508-1	1LDK	RC	8
レール・ウェイ四ツ谷	長泉町納米里500-2	2LDK	RC	3
		1LDK	RC	3
ヴィブレキュートモア	長泉町下長窪692-1	2LDK	RC	7
アヴィエント	長泉町下土狩216-1	2LDK	RC	8
アンピシオン	裾野市平松569-1	2LDK	RC	2
メルヴェール	長泉町上土狩550-3	1LDK	RC	4
グランシェーネ	三島市幸原町2丁目14-50	1LDK	RC	6
グランディール長泉	長泉町下長窪544-1	1LDK	RC	6

(2) 保育所

保育の対象は、静岡がんセンターに勤務する職員の**子ども**で、家庭保育が困難な小学校就学前の者としており、生後8週間経過後から預けることができます。

保育時間：午前7時00分～午後8時30分（保護者から提出される保育予定表に基づき開園します）

保育料：0～2歳児 月額 19,200円（食事代5,800円別）（2子目6,700円（食事代5,800円別）、3子目以降1子あたり2,500円（食事代のみ））

3～5歳児 月額 12,200円（食事代5,800円別）（2子目3,200円（食事代5,800円別）、3子目以降1子あたり1,800円（食事代のみ））

学童保育（小学校3年生まで）を実施 月額 6,000円（食費別）

利用する場合は、事前に総務課総務班に相談の上、手続きのための書類を提出してください。

5 共済組合

共済組合は、地方公務員等共済組合法に基づき、職員及びその配偶者等に医療、出産、葬祭等の短期給付、年金等の長期給付並びに健康増進の福祉事業を行っています。

常勤の職員はすべて共済組合に加入し、組合員証（健康保険証）を交付されます。

また、毎月定められた掛金を納めることとなっておりますが、産前産後休業中及び育児休業中は申出により免除されます。

区分		給与及び期末手当等の掛金
短期経理	短期分	4.798%
	介護分（40歳以上）	0.833%
厚生年金保険経理		9.150%
退職等年金経理		0.750%
保健経理	福祉分	0.138%

2024年4月現在の共済組合掛金率

給付及び事業の一覧（各種手続は総務課総務班の担当に連絡してください）

区分	内 容	給 付 及 び 事 業
短期給付	<p>地方公務員等共済組合法で定められている法定給付と共済組合の定款で定められている附加給付を行います。</p> <p>なお、各種給付受給者が故意又は重過失により給付事由を生じさせた場合は給付されません。</p>	<p>本人の病気</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養の給付 ・療養費 ・一部負担金払戻金 <p>被扶養者の病気</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族療養の給付 ・家族療養費 ・家族療養費附加金 <p>出産</p> <ul style="list-style-type: none"> ・出産費・家族出産費 ・出産費附加金・家族出産費附加金 <p>災害</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害見舞金 <p>死亡</p> <ul style="list-style-type: none"> ・埋葬料・家族埋葬料 ・弔慰金・家族弔慰金 <p>休業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・傷病手当金 ・傷病手当金附加金 ・育児休業手当金 ・介護休業手当金 ・休業手当金 <p>退職後</p> <ul style="list-style-type: none"> ・出産手当金（6月以内）
長期給付	被保険者及びその遺族の生活の安定に資するために年金を支給するものです。	<p>○ 厚生年金給付</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 老齢厚生年金 ・ 障害厚生年金 ・ 障害手当金 ・ 遺族厚生年金 <p>○ 年金払い退職給付</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退職年金（遺族一時金を含む） ・ 公務障害年金 ・ 公務遺族年金
福祉事業	保養施設の経営や貸付金制度、健康診断、レクリエーションなどによる健康増進及び生活安定を図るものです。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 貸付金制度（普通・住宅・医療・入学・修学・結婚等） ・ 人間ドック、脳ドック及び配偶者ドックへの費用助成 ・ 配偶者ミニドック、成人検査及び健康相談（無料） ・ 元気回復事業（球技大会）の開催 ・ 入院医療費の自己負担を補てんする制度

6 職員互助会

職員互助会は、県条例に基づき設置された一般財団法人で、会員の福利増進及び相互共済のために、共済組合を補完する事業を行っています。

常勤職員はすべて会員となり、毎月の給料の月額（給料月額＋給料の調整額）、地域手当及び扶養手当の合計額の0.45%を会費として納めます。ただし、育児休業期間中は免除されます。

区分	給 付 及 び 事 業 の 内 容
短期給付事業	<p>被扶養者の病気</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族療養費 <p>出産</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 出産祝金 <p>災害</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 災害見舞金 <p>死亡</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 会員死亡弔慰金 ・ 被扶養者死亡弔慰金

<p>厚生 事業</p>	<p>本人等の病気 <ul style="list-style-type: none"> ・ 会員療養費 ・ 休業助成金 <p>結婚 <ul style="list-style-type: none"> ・ 結婚祝金 <ul style="list-style-type: none"> ・ 福利厚生代行サービス「ベネフィット・ステーション」が利用できます。 宿泊・スポーツクラブ・レジャー施設等割引、保育・介護補助金等 <p>その他 <ul style="list-style-type: none"> ・ 単身赴任者日常生活用具貸与 ・ 長期在会祝金 </p></p></p>
<p>その他 事業</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職員会館（もくせい会館：静岡市葵区鷹匠3-6-1） ・ 団体契約の年金払生命保険制度（マイサポート）

※ 共済組合の給付及び事業と重複する場合には、その支給額について、共済組合支給分が控除される場合があります。

第7節 福利厚生（会計年度任用職員）

1 社会保険等

職員は、任用に伴い入職時に地方公務員等共済組合の短期組合員になり、共済組合の短期給付及び福祉事業の適用を受けることとなります。組合員証(健康保険証)を持つ方の医療費等短期給付、健康増進の福祉事業の対象となります【加入要件①週 20 時間以上の勤務、②報酬月額が 8.8 万円以上、③2 か月を超えて使用される見込み、④学生でないこと】

長期給付(年金)は、入職時には日本年金機構の適用となりますが、フルタイム職員で要件に該当するに至った場合には、1 年後共済組合の長期給付の対象となります。

また、入職時に雇用保険に加入(加入条件はあります)しますが、フルタイム職員で要件に該当するに至った場合には、6 か月後からから制度から外れます(退職金給付の対象となるため)。

さらに、一般財団法人静岡県職員互助会に加入いただきます。職員互助会は会員の福利増進及び相互共済のために、共済組合を補完する事業を行っています。

2 安全衛生

(1) 健康診断・予防接種

職員には、定期的な健康診断を実施しているほか、院内感染を予防するため、抗体検査（B型肝炎のみ）及び予防接種を実施しています。（B型肝炎、風疹等、インフルエンザ予防接種）

各自が健康管理に留意し、疾病の早期発見を行うため、また、患者さんへの感染予防のため、必ず所定の検査、接種を受けてください。

(2) メンタルヘルス

がんセンターに勤務する職員、ボランティア等を対象として、心の健康をサポートするために、啓発、研修、相談、事例介入、職場復帰支援などの対応を行っております。

また、「院内掲示板」-「私のメンタルヘルス」内に「職員の相談窓口」pdf ファイルがあり、外部の相談窓口も掲載しています。

3 被服の貸与

診療業務等に従事する職員に対しては、ユニフォームとして被服が一人3～6セットずつ貸与されます。（職種・部署により貸与枚数が異なり、ナースキャップについては感染対策の観点から採用していません）

業者が週2回洗濯をして指定の場所へ返却するリネンサプライ方式を採用しています。

4 保育所

保育の対象は、静岡がんセンターに勤務する職員の子供で、家庭保育が困難な小学校就学前の者としており、生後8週間経過後から預けることができます。

保育時間：午前7時00分～午後8時30分（保護者から提出される保育予定表に基づ

き開園します)

保 育 料：0～2歳児 月額 19,200 円（食事代 5,800 円別）（2子目 6,700 円（食事代 5,800 円別）、3子目以降 1子あたり 2,500 円（食事代のみ））

3～5歳児 月額 12,200 円（食事代 5,800 円別）（2子目 3,200 円食事代 5,800 円別）、3子目以降 1子あたり 1,800 円（食事代のみ））

学童保育（小学校3年生まで）を実施 月額 6,000 円（食費別）

利用する場合は、事前に総務課総務班に相談の上、手続きのための書類を提出してください。

院内感染予防対策

院内感染を予防することは、患者・患者家族を守るために重要なことです。

また私たち医療従事者は、職業上、血液や体液曝露により、感染症に罹患する可能性があります。以下の説明を読み、感染予防対策を遵守し、患者・患者家族及び自分自身を守りましょう。

また、感染対策上不明な点・疑問などがありましたら以下までご連絡下さい。

感染症内科部長：倉井華子 PHS（6056）

感染管理看護師：野田幸世 PHS（6409）

【標準予防策（以下 スタンダードプリコーション）】

勤務の時には、必ずスタンダードプリコーションを実施します。

1. スタンダードプリコーションとは

全ての患者に対して標準的に行う、疾患非特異的な感染予防対策です。

全ての患者の、①血液、②汗を除く体液、分泌液、排泄物、③粘膜、④損傷した皮膚を感染性がある対象として対応することで、患者と医療従事者双方に対する院内感染のリスクを減少させるための、感染予防対策です。

2. スタンダードプリコーションの実践

1) 処置の前後に手指衛生を実施する

- (1) 患者に接する前
- (2) 無菌的処置や清潔操作を行う前
- (3) 体液に曝露した可能性のあった後
- (4) 患者に接した後
- (5) 患者周辺環境に接した後
- (6) 手袋をはずした後

2) 個人防護用具の使用

血液、汗を除く体液、分泌物、排泄物、粘膜、損傷した皮膚を扱うときは手袋を着装する。

血液や体液などが飛散する時・しそうな時はゴーグルやマスク、プラスチックエプロンなどを着用する。

3) リネン類の取り扱い

血液・体液などで汚染されたリネン類は、その場で専用の袋（アクアフィルム）に入れ、ランドリーボックスへ入れる。

4) 鋭利な器材の取り扱い（針刺し防止対策）

- ① 採血や静脈ルート確保時は、未滅菌の手袋を着装する
- ② リキャップはしない
- ③ 針を扱う時は、携帯用針捨て容器を持参す
- ④ 安全機材を正しく使用する

SCCでは、静脈留置針、翼状針、ヒューバー針（ポート針）、分注器（シリンジ内の血液をスピッツに分ける時に使用）、ペンニードル専用リムーバーが導入されています
オリエンテーション資料を参照ください

【感染経路別予防対策】

スタンダードプリコーションに加え、以下のような場合は、経路別感染予防策を付加します。

1. 空気感染予防策

《対象疾患》

結核・麻疹・水痘・播種性帯状疱疹及び免疫不全患者の帯状疱疹

《感染予防策》

- ① 陰圧室管理
- ② 医療従事者及び面会者は、入室時 N95 マスクを着用する
- ③ 患者が部屋から出る時は、サージカルマスクを着用する

2. 飛沫感染予防策

《対象疾患》

インフルエンザ、風疹、ムンプスなど

《感染予防策》

- ① 個室管理
- ② 医療従事者及び面会者は、入室時サージカルマスクを着用

3. 接触感染予防策

《対象疾患》

MRSA、クロストリディウムディフィシル、多剤耐性グラム陰性桿菌など

《感染予防策》

- ① 原則的に個室管理
- ② 医療従事者は、入室時手袋・エプロンの着用

【血液や体液を介しての感染症】

医療従事者は、血液や体液などを介して以下の表に示すような感染症に罹患する危険があります。

	針刺しによる感染率	予防方法
H B V	約 30%	H B V ワクチンを接種することで可能
H C V	約 1.8%	現在有効な予防方法なし
H I V	約 0.3%	針刺しから 2 時間以内の予防内服で、 発症を約 90%防ぐことができる

* C M V (サイトメガロウイルス)

C M V に感染している人は無症状のことが多いですが、このウイルスは唾液や尿を介して感染します。日本人の多くは C M V 抗体を有していることが多いですが、抗体のない妊婦が C M V に罹患すると胎児に障害が出る可能性があります。

感染予防は、スタンダードプリコーションの遵守です！！

勤務中に針刺し・血液曝露などがあった場合は、**直ちに患部を流水で十分洗い流し、
部署責任者へ報告し、医師の診察を受けて下さい。**

医学図書館 利用案内 (2025年版)

- 場所 : 電子図書館(インターネット上) と 医学図書館(研究所1階)
利用時間 : どちらも24時間ご利用可能。
所蔵資料 : 洋書、洋雑誌は ごく一部冊子体のみで全部電子版。
和書、和雑誌は 冊子体と電子版が混在。
そのほか : 文献の外部手配は公費負担。

➤ 電子図書館：こんなことができます！

アクセス方法

- ・ 静岡がんセンターのインターネット(有線、無線)でセンター内からアクセス。
- ・ 外部のインターネット回線やご自分の回線などどこからでもリモートアクセス。
(RemoteXs®を使います)

アクセスポイント

静岡がんセンターのインターネットの場合

静岡がんセンター医学図書館のホームページ(以下、医図HP)を使います。

医図HPは <http://www.libblabo.jp/medlib/top.htm>です。→ 

特別な場所にありますので、お気に入りに登録しておくとう便利です。

RemoteXs®(リモートアクセス)の場合

医学図書館に利用申請をし、自分でパスワードを設定します。

静岡がんセンター用のRemoteXsウェブサイトを使います。→ 

文献検索—文献入手

- ・ PubMed・・・PubMed-静岡がん SFX を使しましょう。
 - 検索結果に **静岡がん SFX** のアイコンが表示されます。
 - **静岡がん SFX** をクリックするとPDFでの入手可否を確認できます。
 - * フルテキストあり の場合はPDFなど電子状態で入手可能です。
 - * フルテキストなし の場合でも、冊子体での所蔵の有無がわかります。
 - * 外部への文献手配(文献複写依頼)も、このまま依頼発信ができます。
- ・ SCOPUS/医中誌 web・・・検索結果の **静岡がん SFX** で文献入手可否を確認します。

雑誌検索・・・雑誌単位で調べたい時は、雑誌を探す(SFXでさがす)を使しましょう。

図書検索・・・図書(冊子・電子)を探すを使って探しましょう。



アイコンは電子ブックです。クリックをしてフルテキスト入手できます。

診療支援資料

・・・UpToDate/Clinical Key などの臨床支援コンテンツをご利用いただけます。

雑誌のインパクトファクター・・・Journal Citation Reports からどうぞ。

➤ 医学図書館（研究所1階）：こんな時は・・・

医学図書館に入りたい！

研究所 1階へお越しください。ICカード(カードキー)があれば、24時間いつでも入れます。
休日等は、研究所入り口でもICカード(カードキー)が必要です。

本を探したい！ - 洋書はほとんど電子版です。和書もかなり電子版があります

A 医学図書館 HP の 図書(冊子・電子)を探す をつかってさがす。

(所蔵の有無、置いてある場所、貸出中かどうかわかります。)

- ① 「医学図書館 HP」 <http://www.libblabo.jp/medlib/top.htm> 
- ② 図書(冊子・電子)を探す → 図書/雑誌(全資料)横断検索 で 検索。



使い方のヒント

※デフォルトでは医学図書館所蔵のものだけを表示します。
※医学・あすなろ両図書館所蔵の図書、雑誌(冊子体)すべてが対象にすることも可能です。
※所蔵場所に「あすなろ図書館」をクリックして追加すると両図書館が検索対象となります

- ③  マークは電子ブック。クリックするとフルテキストにアクセス可能

B 書架を見る (木製低書架、電動書架)

図書検索をして「電動書架」とあるのは、電動1、電動6、電動7のことです。
看護系図書は低書架2にあります。

雑誌を探したい！ - 電子Jを探すことを優先しましょう！外国雑誌はすべて、和雑誌もほとんど電子です。

A 医学図書館 HP の 雑誌を探す (SFXでさがす) を使います。

(契約雑誌だけでなく、無料提供の電子資料アクセスもナビゲートします。)

- ① 「医学図書館 HP」 <http://www.libblabo.jp/medlib/top.htm>
- ② 雑誌を探す (SFXでさがす) をつかって雑誌名(一部でも可)で検索
- ③ 表示される SFXメニューに「フルテキスト(=電子版)あり」となっていれば Go.
- ④ フルテキスト(電子状態)がない場合でも、BLABOで探す から冊子体所蔵状況を確認。

B 雑誌架を見る。(雑誌架にあるのは、静岡がんセンターで閲覧できる雑誌の約1/10のみです。)

→到着後1週間は木製書架 その後スチール架. バックナンバーは電動書架

使い方のヒント

毎週、金曜日の14:00過ぎに和雑誌が一括して登録展示されます。
一番、新しい和雑誌を見たい時はこの時間以降がよいでしょう

本を借りたい！

ほとんどの図書資料は貸出禁止です。借りることができるのは資料の背に三段のラベルのついている場合のみです。ただし、禁帯出シール付きは貸出できません。
バーコードのついている顔写真付きの名札が貸出証になります。ご自分で手続きをしていただきます。
詳しくは医学図書館カウンターの貸出用PCのところをご覧ください。

一人 5冊まで、2週間 借りられます。

本を返したい！

医学図書館カウンター、医局1階、医局2階 のいずれかの返却箱へどうぞ。

PCを使いたい／インターネットを使いたい！

利用者用 PC 6台をご利用ください。すべての PC で Power Point が使えます。
OS は Windows11 です。USB も利用可能です。かならずウイルスチェックをしてください。

PC から印刷したい！

利用者用 6 台は**コピー機がプリンター**となります。ネット経由なので少し時間がかかります。
画面の印刷を選択することで、通常のプリンターと同様にご利用いただけます。

≫注意≪ 用紙サイズがあわないなど、プリントジョブが止まることがあります。
なかなか出力されない時は、コピー機に赤ランプがついていないか確かめましょう。詳しい対処法は医学図書館コピー機前の説明をご覧ください。

文献をコピーしたい！

コピー機を使用。**コピー機に備え付けの IC カード**を使います。(個人の IC カードではありません)
※詳しくはコピー機前の説明をご覧ください。

文献を外部に依頼したい！

図書館担当者にメールで申し込みます。**私費は扱っていません。**
すべて、**公費**になります。 ※詳しくは医学図書館 HP 内の「文献複写申込方法」をご覧ください。

文献検索をしたい！

医学図書館 HP に記載のリンクから (あるいは、RemoteXs の案内画面から)
医中誌 Web／J DreamIII／PubMed(scchr 用)／最新看護索引 WEB / Scopus／CiNii／などが
使えます。詳しい検索については、医学図書館司書にご相談ください。

はさみ・のり・ステープラ・ペン など文具を使いたい！

カウンターのものをご利用ください。**使ったら元に戻しましょう。**

スキャナーを使いたい！

カラーコピー機が PDF スキャナーになります。コピー感覚でスキャンができます。コピー機の
近くにおいてある「スキャナーの使い方」フライヤーをご覧ください。
※データ保存用の USB メモリーをお持ちになることをお勧めします。

その他

文献検索 (SR 用網羅的検索を含む)、投稿先の調査などは医学図書館司書へご相談ください。

医学図書館担当：

図書館司書 1 名 : 事務補助 1 名 :

図書館内の資料持ち出しには必ず手続きを！

医学図書館
library@scchr.jp
PHS 6652

メンタルヘルスサポートについてのお知らせ

静岡がんセンターでは、「静岡がんセンターメンタルヘルスサポートシステム」においてがんセンターで働くみなさんのこころの健康サポートを行っています。

みなさんが心身ともに元気であることが、静岡がんセンターの活力につながり、一人一人の能力・意欲の向上を引き出すと考えています。

全体図は下の図のとおりです。

静岡がんセンターメンタルヘルスサポートシステム全体図

健康対策のレベル	対 策	対応メニュー
健康保持増進	職員（会計年度任用職員含む） ボランティア ①②	＊状況に応じて下記のメニューで対応する。 ①啓発 知事部局からの職員情報等を活用 ②研修 院内研修 ③相談 職員相談窓口 地共済 24 時間健康ダイヤル ストレス・カウンセリング（外部委託） ④事例介入 総務課、職場、家族、医療機関との連携 ⑤職場復帰支援 総務課、職場、主治医、産業医、職場復帰 相談医との連携
疾病予防	ストレスによる心身の 症状が表れはじめた 職員 ①②③	
早期発見 早期治療	職場不適応 ③④	
適正治療 職場復帰 再発予防	身体疾患 精神疾患 ④⑤	

「静岡がんセンターメンタルヘルスサポートシステム」は、職員（会計年度任用職員を含む）、ボランティアのみなさんを対象として、啓発、研修、相談、事例介入、職場復帰支援の5つのメニューから構成されています。

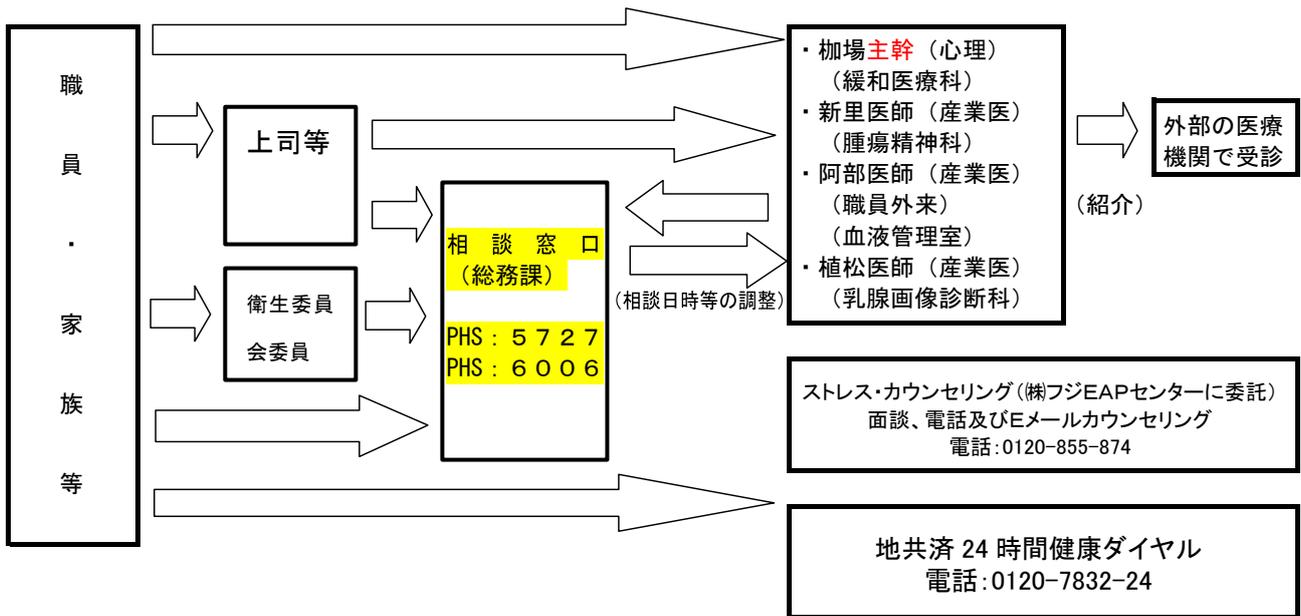
- ・ 予防的対策として、普段からの啓発活動・職員研修を実施します。
- ・ 早期発見、早期対応のために相談窓口を設置し、プライバシーに配慮しながら、対応できるような体制を作りました。
- ・ 療養が長期に渡った方が、スムーズに職場復帰できるような体制を確立します。

次に相談窓口について、詳しくご案内します。

職場相談窓口のご案内

人間関係に関する問題（職場、家庭）、ストレスからくるイライラや不安、アルコールに関する問題等、心身の健康に関する問題を感じたら職員相談窓口（電話 **PHS: 5 7 2 7**）、メール（総務班長個人アドレス）等を通じて御連絡ください。

御家族、職場の同僚の方や上司の方からの相談でもかまいません。
相談される方のプライバシーは守られますので御安心ください。



<ストレス・カウンセリング>

フリーダイヤル 0120-855-874、Eメール: info@fujieap.com

- ◎ ストレス・カウンセリングは、気軽に利用できる相談の場として、外部専門機関に委託しているカウンセリングサービスです。
- ◎ 県内3か所（沼津・静岡・浜松）に常設カウンセリングルームがあり、無料（面談・電話・Eメールの利用合計10回まで）で相談できます。

<地共済24時間健康ダイヤル>

フリーダイヤル 0120-7832-24

- ◎ 24時間年中無休で医師、看護師、保健師が健康、医療、介護、メンタルヘルスの相談に応じ、アドバイスします。
- ◎ 夜間・休日の医療機関、医療情報案内機関をご案内します。
*地共済24時間健康ダイヤルは、地共済に加入していない会計年度任用職員、臨時職員、ボランティアの方はご利用になれませんので御了承ください。

静岡県職員倫理教本(県人事課発行：抜粋)

職員の倫理に対する心構え

静岡県では、職員の職務に係る倫理を保持することにより、公務に対する県民の信頼を確保することを目的として、静岡県職員倫理条例（平成12年静岡県条例第55号）を定めるとともに、職員が職務上の利害関係がある者から贈与や接待等を受けることを禁止した静岡県職員倫理規則（平成13年静岡県規則第9号）を定めています。

職員が倫理に関するルールを守ることは、
職務の執行の公正さに対する県民の信頼を
確保する上できわめて大切です。

- 1 公私の区別をはっきりと
- 2 付き合いは夜から昼へ
- 3 自己の分は自己負担で

公正な職務の執行の観点から、県民に疑惑や不信をもたられないよう常に意識して行動しましょう。

- ◎ 相手が利害関係者かどうか、相手方との行為が許されるかどうかなどについて、疑問があったら、自分だけで悩まずに、倫理相談員や職場の総務担当者に相談しましょう。
- ◎ 倫理に関するルールに違反するような行為を目にしたり、聞いたりした場合には、躊躇せず、倫理相談員や倫理ヘルプラインに相談しましょう。

利害関係者とは

職員の職務は公正に執行されなければなりません。職員と利害関係者（直接に利益又は不利益を受ける者）との間では一定の行為が規制されます。利害関係者との間の行為の規制は、職務の執行の公正さに対する県民の疑惑や不信を招かないようにするための措置です。

具体的には、職員が職務として携わる次の事務の対象となる事業者や個人が利害関係者に該当します。

なお、県職員はお互いに利害関係者に当たりません。また、県議会議員や報道関係者については、通常は利害関係者に当たりませんが、法人等の利益のために行為をする場合は、例外的に利害関係者になることがあります。

イ 許認可等

- ・ 許認可等を受けて事業を行っている事業者等
- ・ 許認可等の申請をしている事業者等又は個人
- ・ 許認可等の申請をしようとしていることが明らかな事業者等又は個人

ロ 補助金等の交付

- ・ 県からの補助金等の交付の対象となる事業者等又は個人
- ・ 間接補助金等の交付を受ける者のうち、県から補助金等を交付するものから直接交付を受けるもの（例えば、県から市町を通じ、さらに団体を通じて事業者等に交付するものについては、当該市町及び団体の担当者が利害関係者となります）

ハ 立入検査、監査又は監察

- ・ 立入検査、監査又は監察を受ける事業者等又は個人
- ・ 年度の実施計画等により立入検査等を行うことが明らかな事業者等又は個人

ニ 不利益処分

- ・ 行政庁の不利益処分の相手方となる事業者等又は個人

ホ 行政指導

- ・ 行政指導により、現に一定の作為又は不作為を求めている事業者等又は個人

ヘ 契約

- ・ 県との間において契約を締結する事業者等
- ・ 県に契約の申込みをしている事業者等
- ・ 県に契約の申込みをしようとしていることが明らかな事業者等

- * 「事業者等」とは、法人その他の団体及び事業を行う個人をいいます。
- * 「個人」とは、事業を行っていない個人をいいます。

利害関係者との間では、次の行為をしてはなりません

贈与等に関する規制（禁止される行為）

1 金銭、物品又は不動産の贈与

[例外として許される行為]

- イ 通常一般の儀礼の範囲の香典、供花等を受けること
- ロ 一般に配布されている宣伝用の物品や通常一般の儀礼の範囲の記念品等を受けること



2 供給接待

- 利害関係者から、飲食によるもてなしのほか、ゴルフ、観劇などによるもてなしを受けてはいけません。

[例外として許される行為]

県民の疑惑等を招くおそれがないと認められる場合に限り

- イ 職務として出席した会議や打合せにおいて、茶菓の提供を受けること
- ロ 職務として出席した会議において、簡素な飲食物の提供を受けること
 - ・会議の途中や前後に2,000～3,000円程度までの弁当の提供を受けるような場合
- ハ 多数の者が出席する式典、祝賀等において、飲食物の提供を受けること
 - ・20名程度が集まる創立記念式典に出席し、飲食物の提供を受けるような場合

3 金銭の貸付け

4 無償での物品又は不動産の貸付け

[例外として許される行為]

利害関係者の事務所を訪問した際に、文房具や電話などの事務用品を借りること

5 無償の役務の提供

[例外として許される行為]

利害関係者を訪問した際に、駅から場所が遠かったり、公共交通機関がなかったりした場合に、利害関係者が日常的に利用している自動車での送迎を受けること

6 未公開株式の譲り受け

飲食に関する規制（禁止される行為）

● 自己の費用を負担しないで、利害関係者と共にする飲食

[例外として許される行為]

県民の疑惑等を招かないと認められる場合に限り

- イ 職務で出席した会議において、共に簡素な飲食をすること
- ロ 多数の者が出席する式典、祝賀会等において、共に飲食をすること（立食パーティーに限定されることはありません。）



ゴルフに関する規制（禁止される行為）

● 自己の費用を負担しないで、利害関係者と共にするゴルフ

- * 自己の費用を負担する場合でも、県民の疑惑等を招くおそれがある場合は許されません。



遊技又は旅行に関する規制（禁止される行為）

● 利害関係者と共にするマージャンなどの遊技や旅行

[例外として許される行為]

県民の疑惑等を招くおそれがないと認められる場合に限り、同じ部局に勤務したり、同じ研修を受けたことのある者と共に、自己の費用を負担して遊技や旅行をすること

検査等の際における規制

- 法令の規定に基づく立入検査、監査又は監察の際には、次の例外として許される行為以外の行為を行うことは許されません。

[例外として許される行為]

- イ 職務で出席した会議や打合せにおいて、茶菓の提供を受けること
- ロ 職務で訪問した際に、文房具や電話などの事務用品を借りること
- ハ 職務で訪問した際に、提供される自動車を利用すること（ハイヤーやタクシーは除く。）



利害関係者以外の者との間における規制

- 相手が、利害関係者ではない場合でも、以下の行為をすることは許されません。



供給接待等を繰り返し受けるなど通常一般の社交の程度を超えるような行為

飲食物の料金などをその場に居合わせない者に支払わせる行為（つけ回し）

講演等・出版物への寄稿等に関する規制

- 利害関係者からの依頼に応じて報酬を受けて、次の行為をしようとする場合は、あらかじめ倫理監督職員の承認を得ることが必要です（地方公務員法第38条第1項の許可を得ているものについては承認を得る必要はありません。）。
 - ・ 講演、討論、講習若しくは研修における指導若しくは知識の教授、著述、監修、編さん
 - ・ ラジオ・テレビジョン放送の放送番組への出演

私的な関係を有する者等との間における例外

- 学生時代の同窓生や地域活動を通じて知り合った友人との関係は、職員としての身分にかかわらない私的な関係です。このような私的な関係がある場合には、たとえ相手が利害関係者に該当しても、例外として禁止行為を行うことが許されるケースもあります。

次の判断基準から県民の疑惑等を招くおそれがないか総合的に判断します。なお、仕事（公務）を通じて知り合った関係は、「私的な関係」ではありません。

① 利害関係の状況

(例：相手方との間で、職務上の具体的な案件が生じていないか)

② 私的な関係の経緯及び現在の状況

(例：学生時代から現在まで親しく付き合いを続けている間柄か)

③ 行為の態様

(例：高額の商品等の贈与か、安価な果物等のおすそ分けか)

【例】 高校生の時からの友人から結婚祝いをもらう場合

地域の奉仕活動を通じて知り合った友人と共に飲食をする場合

贈与等の報告

- 事業者等から次の贈与等を受けた場合、1件5,000円を超えるものについては、任命権者に対して、贈与等報告書を提出しなければなりません。
- この報告義務があるのは、管理職員に限られます。なお、管理職員とは、管理職手当の支給対象となっている職員を指します。

- イ 金銭、物品その他の財産上の利益の供与
(通常一般の儀礼の範囲の香典、供花等を除く)
- ロ 供応接待
- ハ 講演等に対する報酬



四半期ごとに、当該四半期の翌四半期の初日から14日以内に、任命権者に提出します。

贈与等報告書は5年間保存され、1件につき20,000円を超えるものは、誰でも閲覧できます。

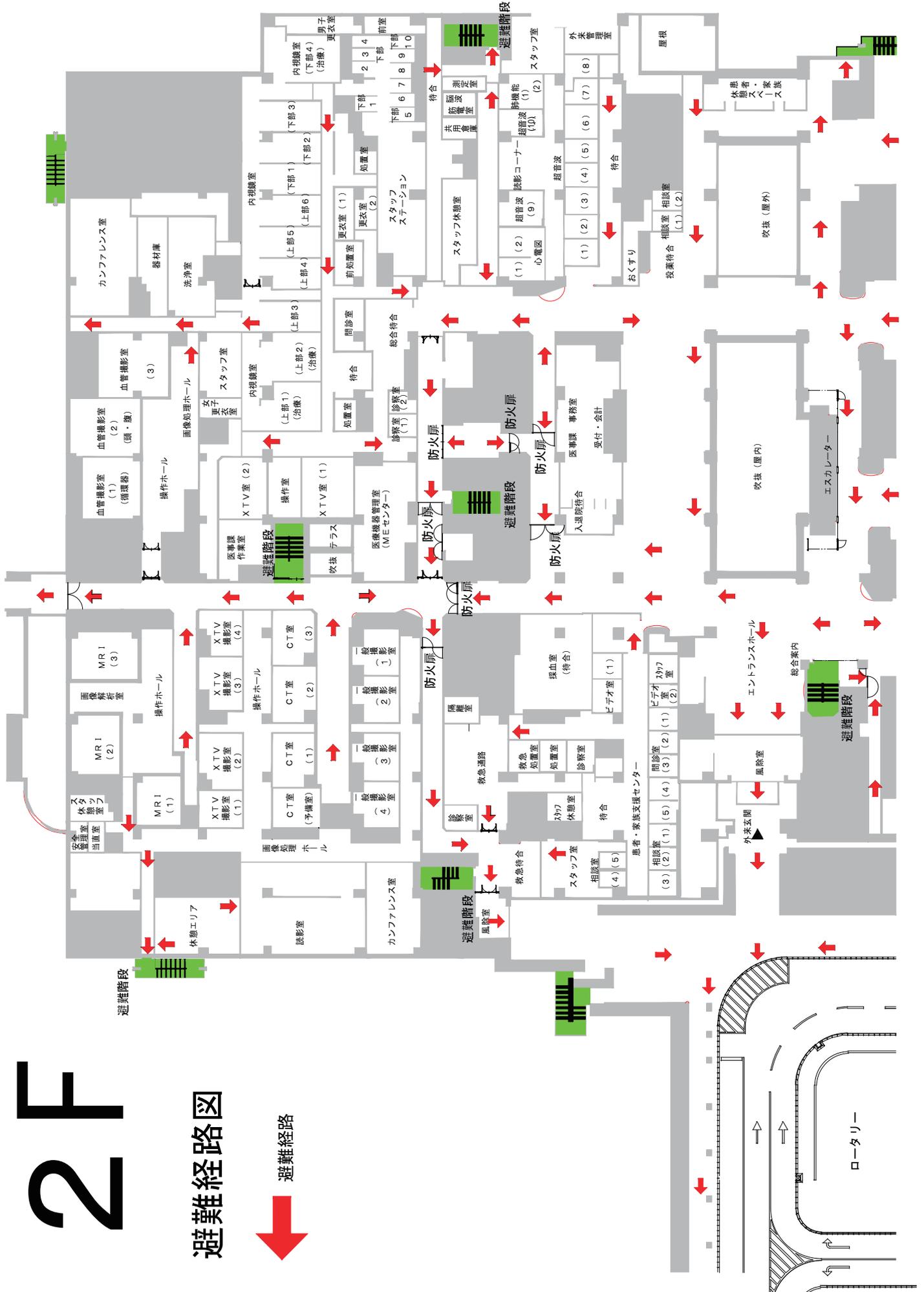
2F

避難経路図



避難経路

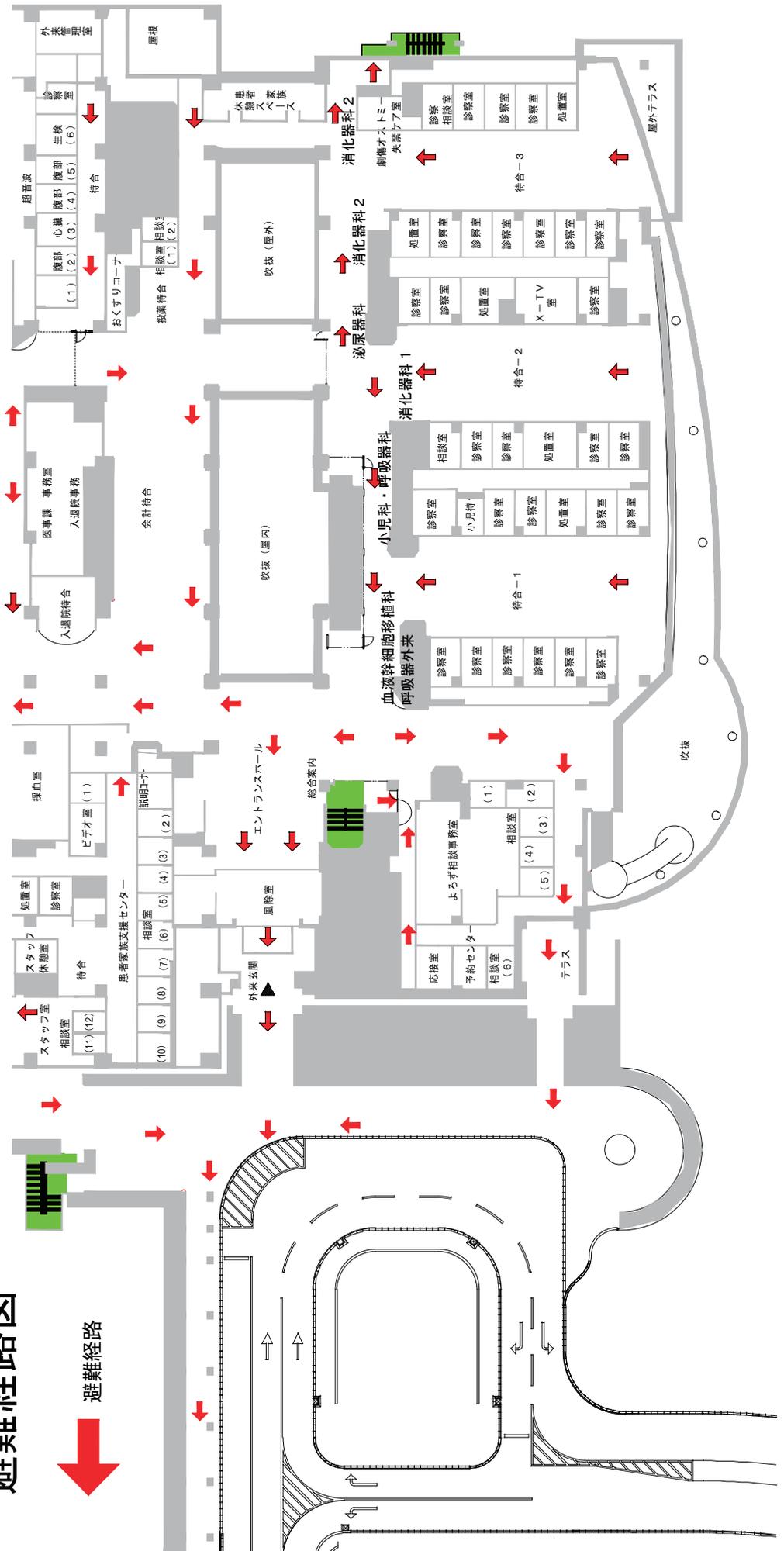
陽子線棟 1階へ



2F

避難経路図

避難経路



3F

避難経路図

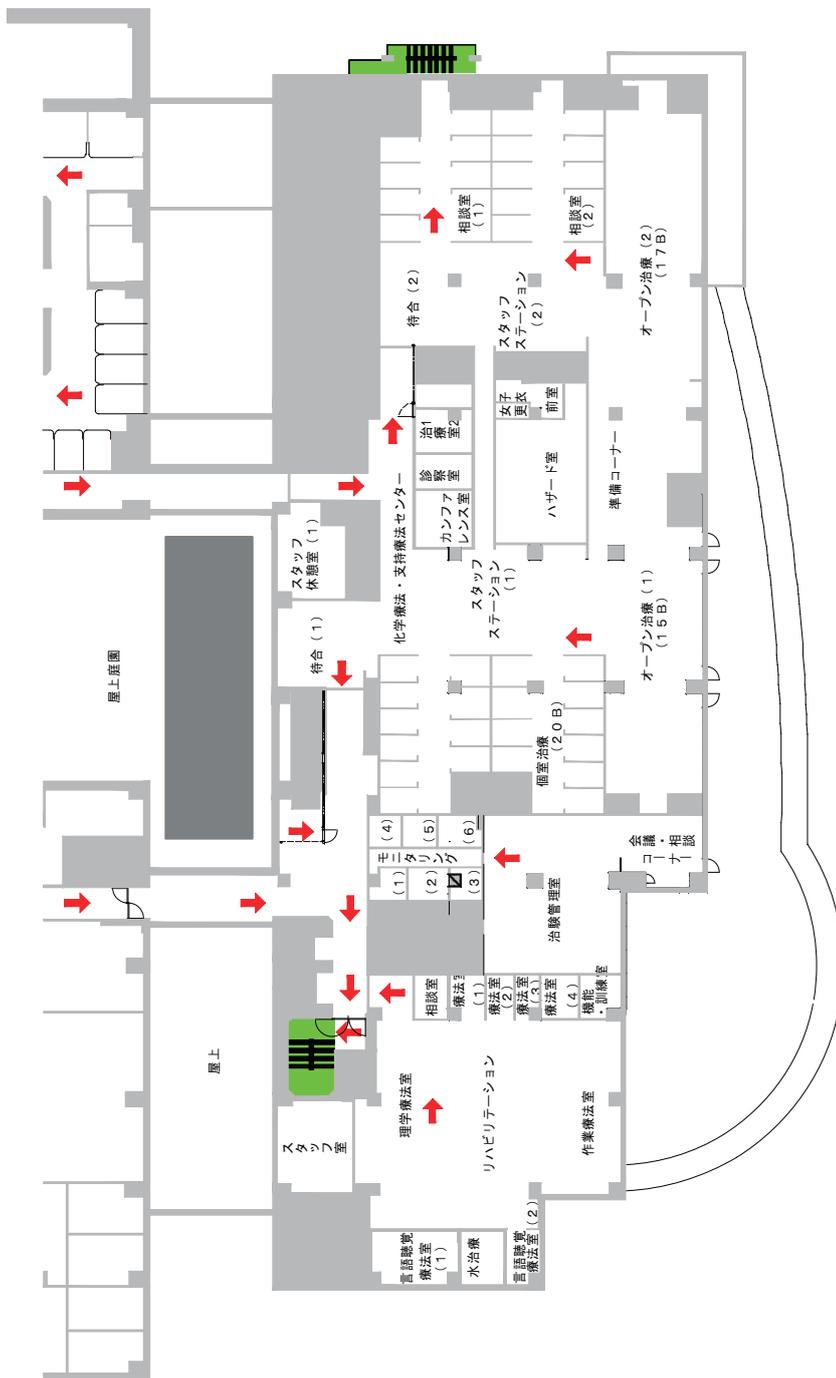


避難経路



3F

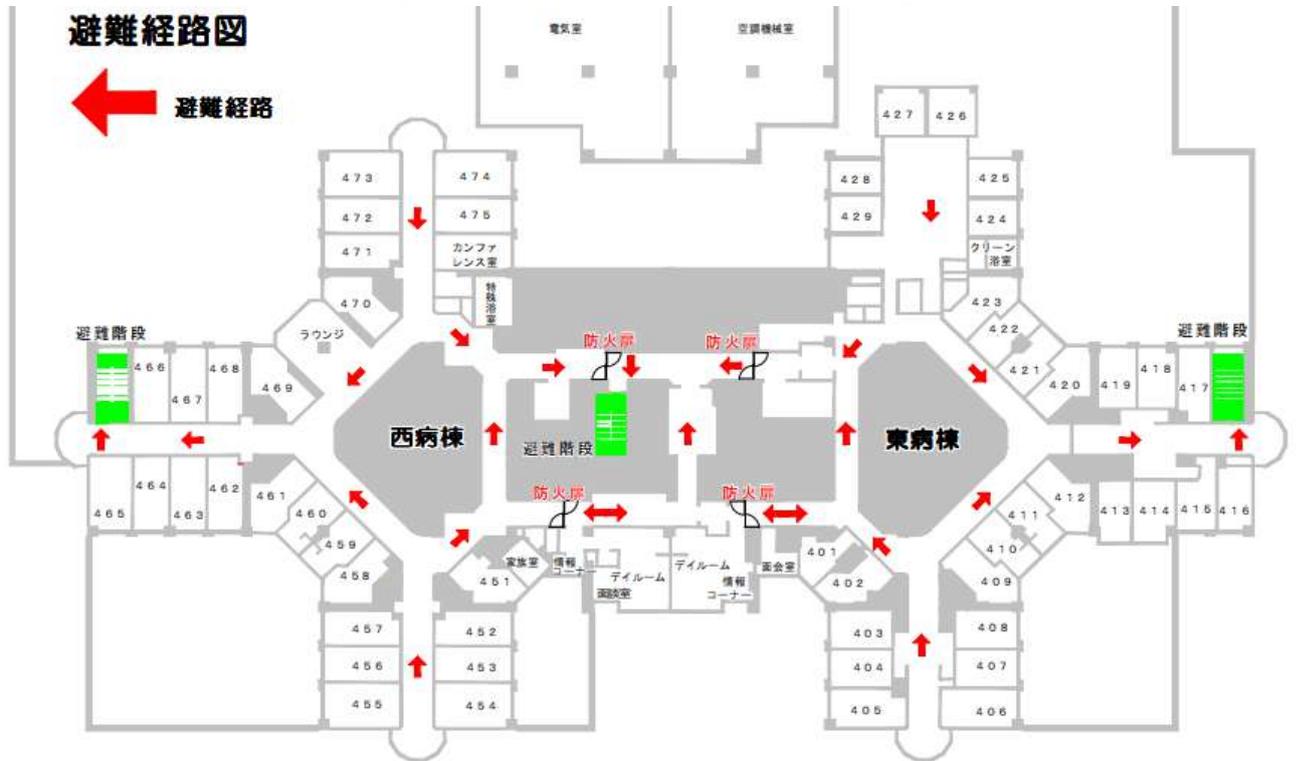
避難経路図



西病棟

4F

東病棟

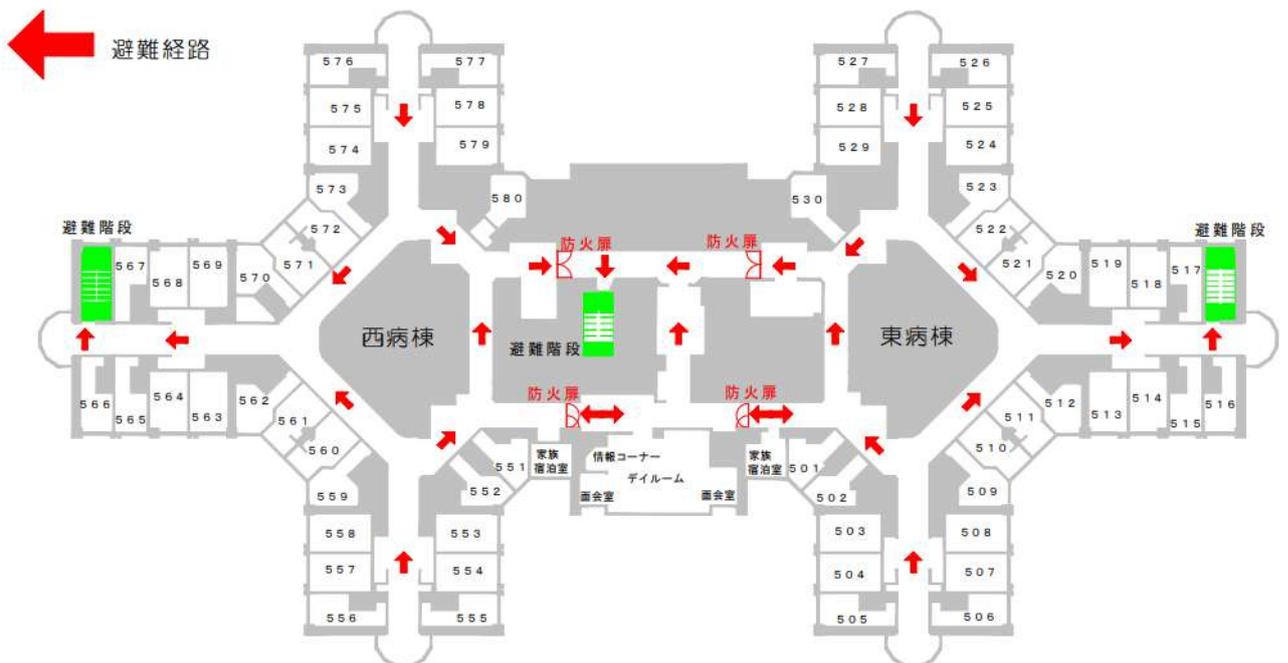


西病棟

5F, 7~10F

東病棟

避難経路図

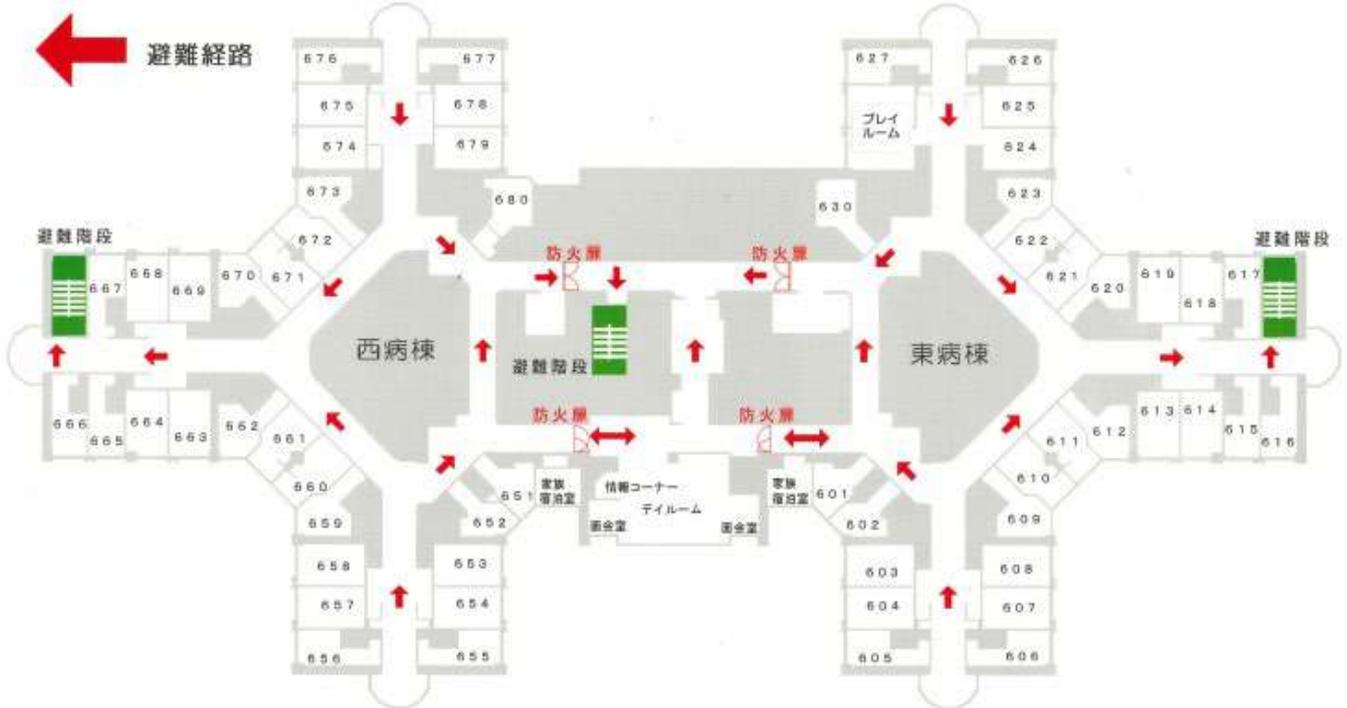


西病棟

6F

東病棟

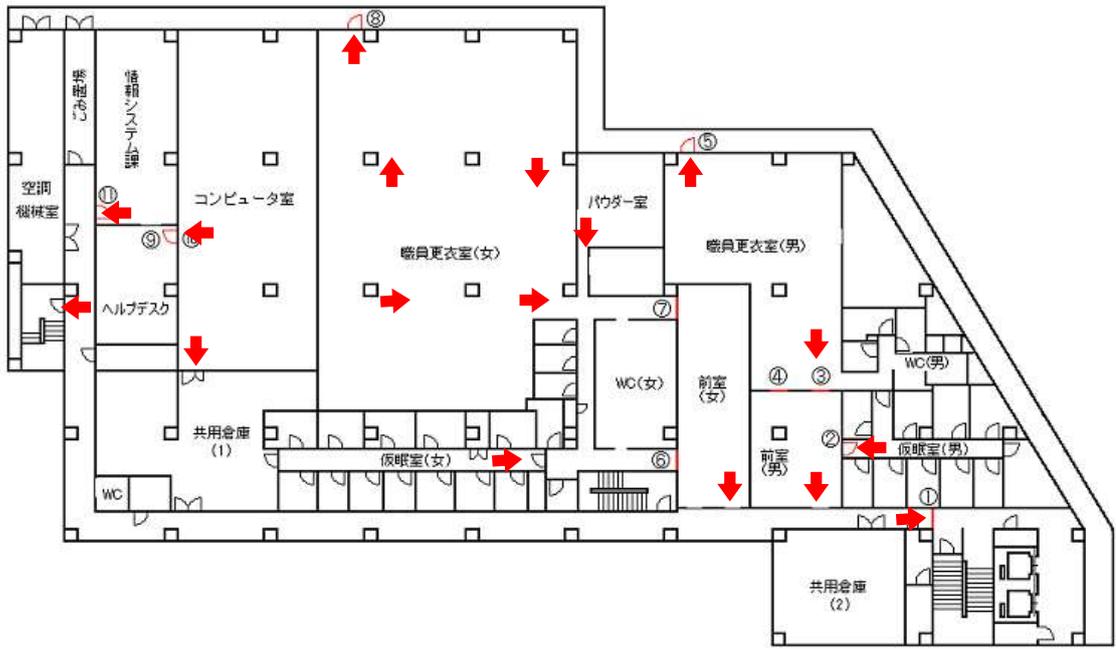
避難経路図



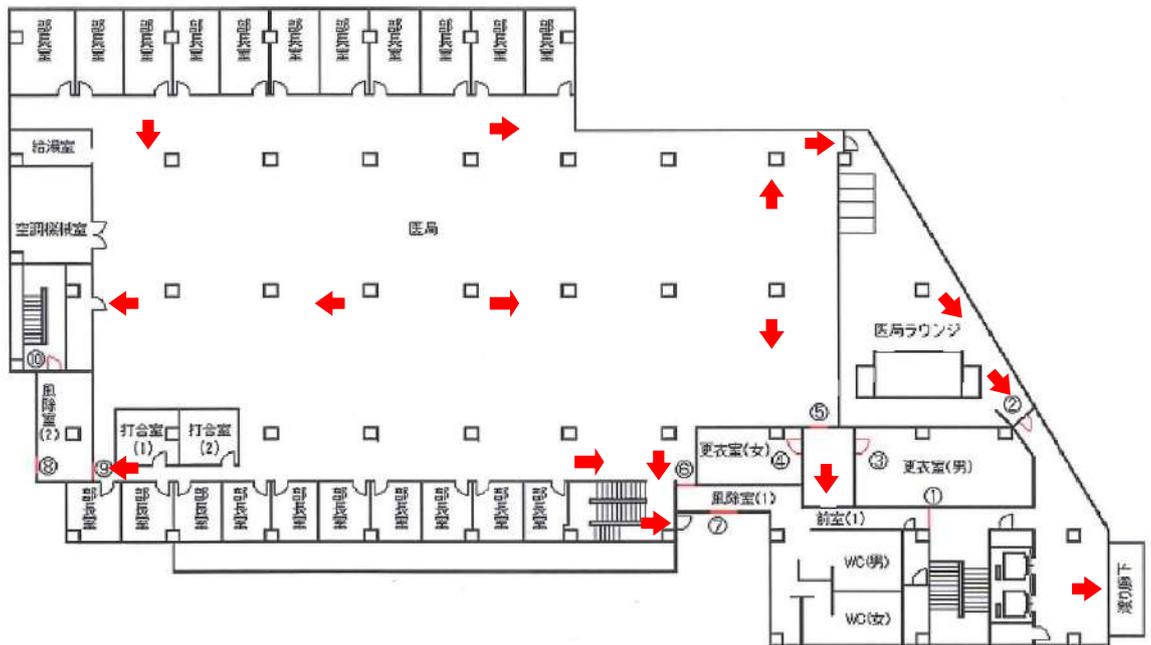
11F

避難経路図

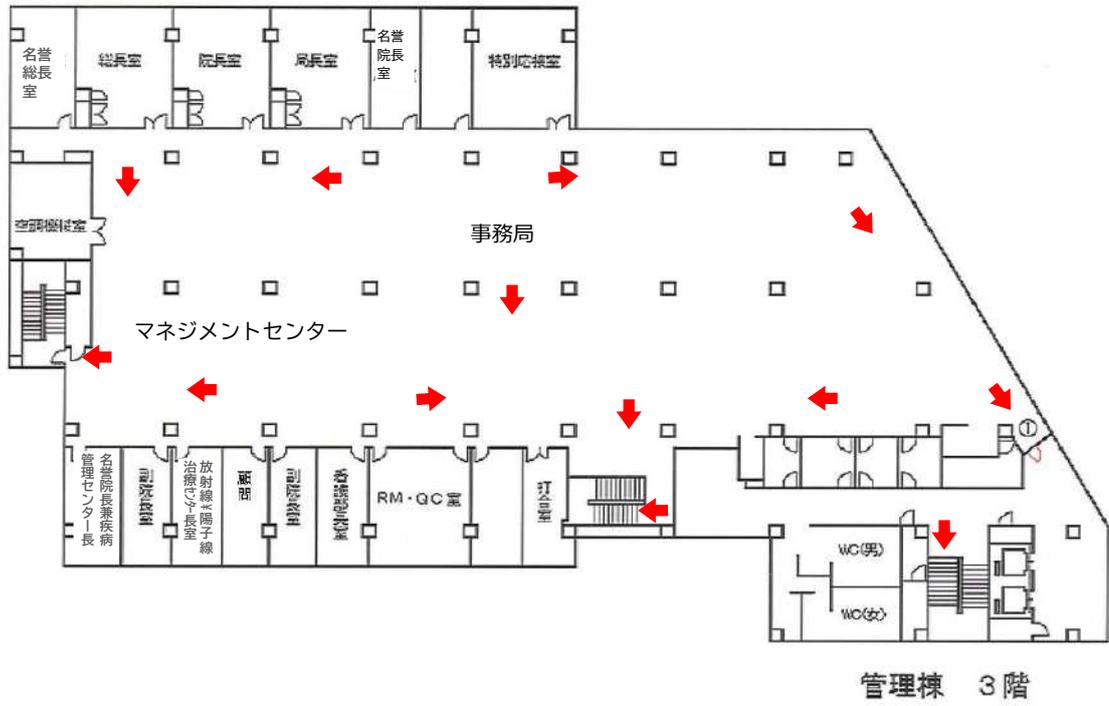
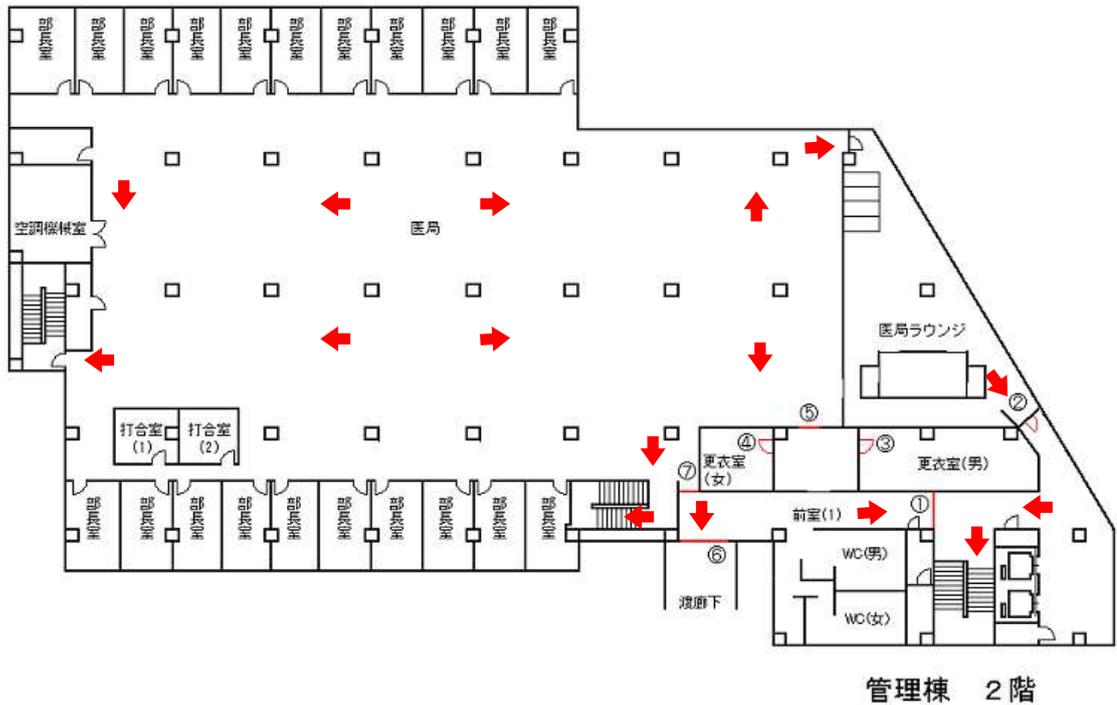


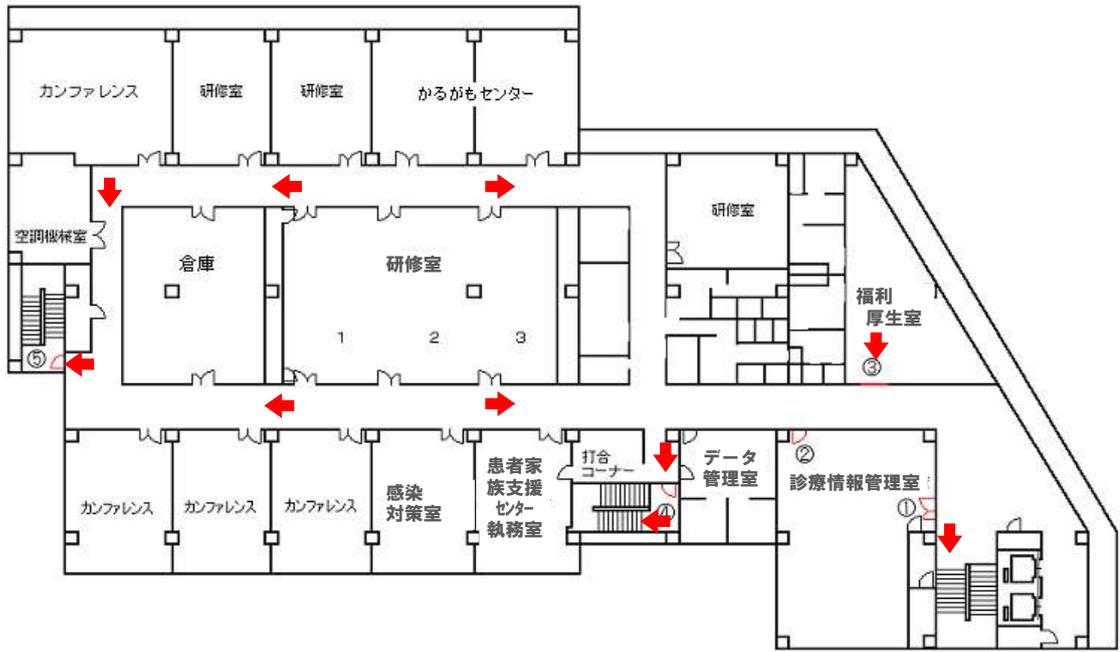


管理棟 地下1階



管理棟 1階





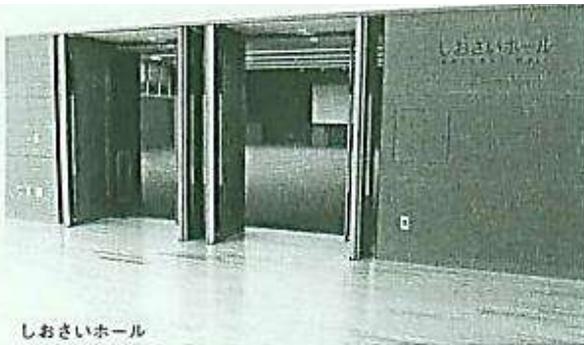
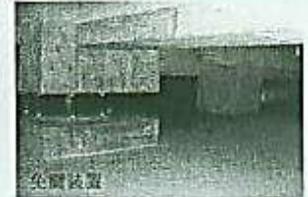
管理棟 4階

研究所平面図

避難経路図

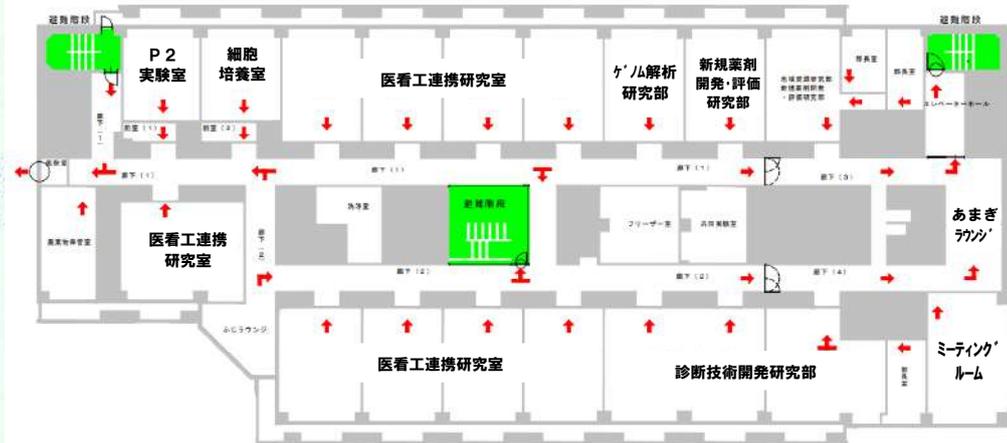


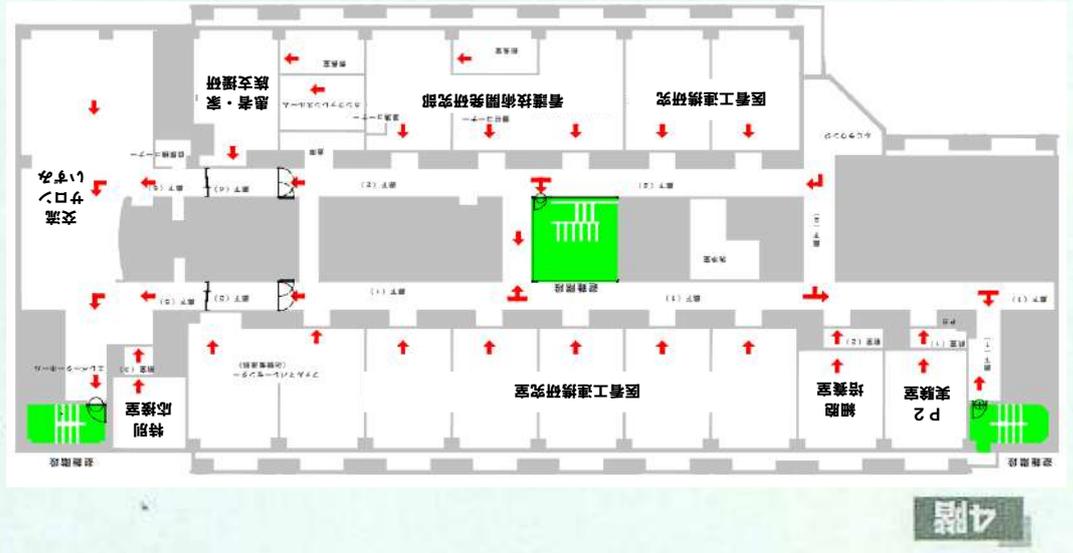
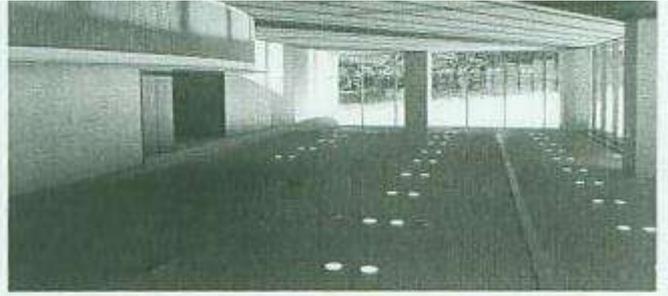
- 動物実験施設…飼育室 3 室、マウス収容ゲージ900超。新しいがん治療法の開発研究や創薬の前臨床試験を行う施設。
- しおさいホール…定員150人。講演会等各種イベントを開催。
- 医学図書館…収容冊数24,000冊（最大64,000冊まで可能）
- 会議室…大: 2 室、中: 2 室、小: 3 室



2階

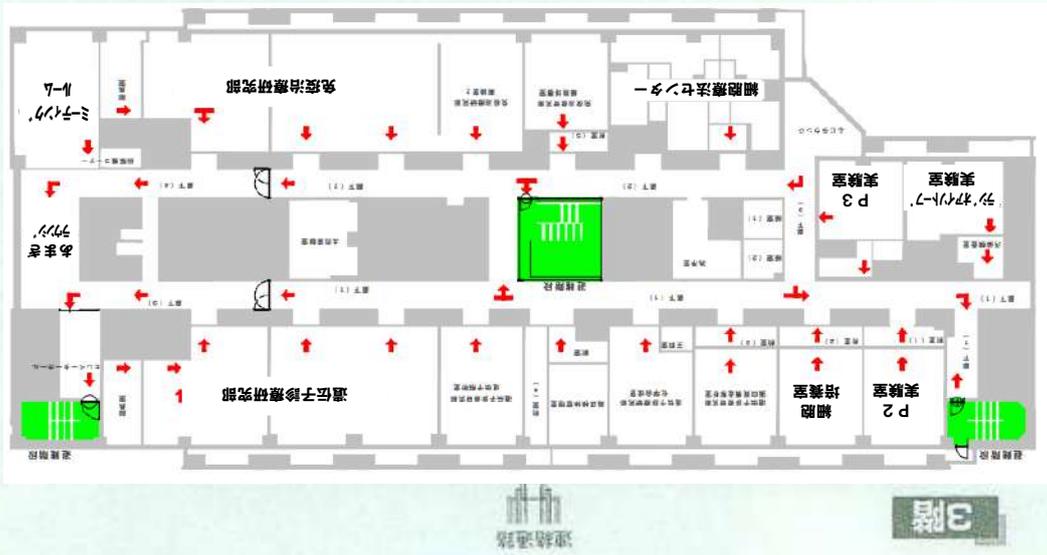
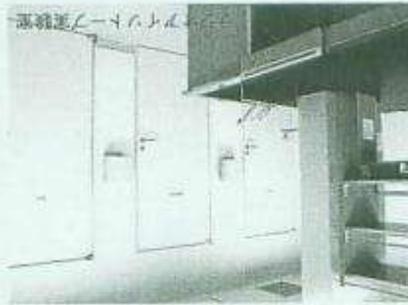
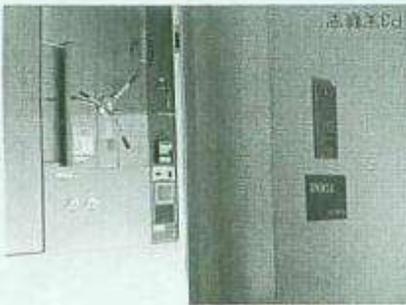
- 医看工連携研究施設…57.31㎡: 7 室、60.39㎡: 1 室、79.08㎡: 1 室
- [新規薬剤開発・評価研究部]
- [診断技術開発研究部]
- [ゲノム解析研究部]





- 医看工連携研究施設
…57.31㎡:6室、60.39㎡:1室
をを行います。
- 交流サロン…産学官の交流
- 患者・家族支援研究部
- 看護技術開発研究部

4階



- 細胞療法センター…GMP (Good Manufacturing Practice) 基準を満たした臨床試験を行なうための細胞処理施設。
- ラジオアイソトープ実験室…放射性同位元素を用いたDNA、蛋白質等の分析、検出のための施設。
- P3実験室…物理的封じ込めレベル3の施設。ウイルスを使用した遺伝子導入実験等に使用します。
- 遺伝子治療研究部
- 免疫治療研究部

3階

地震災害における職員の参集基準

区分	参集基準「 」はキーワード	情報伝達方法と参集者	態勢
1次配備	「調査中」 ・南海トラフ沿いで異常な現象が観測され、その現象が南海トラフ沿いの大規模な地震と関連するかどうか調査を開始したとき 「巨大地震注意」 ・監視領域内においてMw7.0以上～Mw8.0未満の地震が発生したとき(※1) ・短期間にプレート境界の固着状態が明らかに変化しているような、通常とは異なるゆっくりに観測されたとき	①気象庁発表を受けSCC一斉メール発信(「調査中」「調査終了」) ②県より知事部局職員防災メールを受信後、下記職員は、県庁発表内容に準ずるSCCTOPメール発信を防災センターへ指示する 第1順位：事務局次長 第2順位：管理課施設管理班班長 第3順位：管理課長 <参集不要(自宅待機：ただし巨大地震発生の可能性に留意する)>	情報収集(通常勤務)
		SCC一斉メールにて以下の情報を発信、経過共有〔事務局にて指示〕 ・気象庁臨時情報の発表内容(解除含む) ・県内及び県周辺地域での被害発生状況(安否情報確認) ・県危機管理部の見内容等 ・「巨大地震警戒」発表時は、職員参集及び地震災害対策準備態勢への移行を地震災害対策本部長(総長)へ要請	情報収集及び警戒態勢(通常勤務) ※状況に応じ災害対策準備態勢への移行を要請
		①SCCTOPメールで幹部へ連絡、地震災害対策準備態勢の確保 ②〔県庁駐在〕県危機管理会議に出席 第1順位：局付主幹、第2順位：局付主査等 ③〔事務局〕会議決定に準じ、参集要否及び参集範囲(「参集要員」又は「近隣居住者」)を決定 第1順位：事務局次長、第2順位：事務局次長、第3順位：管理課長 ④状況に応じ本部長(総長)は本部員を招集、地震災害対策本部を設置	警戒態勢(災害対策準備態勢) ※状況に応じ地震災害対策本部を設置、緊急事態宣言を発令
2次配備	県東部管内(※2)で「震度5弱」の地震を観測したとき 静岡県管内で「震度5強以上」の地震を観測したとき 静岡県内で「震度6弱以上」の地震を観測したとき	SCC一斉メール自動送信； 「参集要員」は速やかに参集する。 <参集要員> 事務局次長、事務局次長、マネセン長、事務局各課長、マネジメントセンター(マネセン長が指名する者)、総務班、施設管理班、医事班、管理当直医師、管理当直看護師長	災害対策準備態勢 ※状況に応じ地震災害対策本部を設置
		SCC一斉メール自動送信； 「近隣居住者」及び「1次配備参集要員」は速やかに参集。 地震災害対策本部を設置。 <近隣居住者> 裾野市、長泉町に居住する職員及び三島市、沼津市、清水町のうち国道1号線より北側の地域に居住する職員 病院：常勤職員及び会計年度任用職員医師 その他：常勤職員のみ	災害対策の実施 災害対策本部の設置 ・緊急事態宣言 ・本部会の開催 ・災害時医療態勢 ・被災者の受入れ

(※1)想定震源域のプレート境界および境界外や、特定震源域の海溝軸外側50km程度までの範囲で、M7.0以上の地震が発生した場合

登庁後の業務(参考)

- 突発型1次配備：
(マネセン・総務班)
 県庁・東部地域局・長泉町との情報連絡・情報収集、周辺地域の被害状況の収集(施設管理班)
 SCC内の設備点検、施設・設備の被害状況の収集、不具合対応(医事班)
 施設管理班と連携し、被害情報の収集(当直者)
 SCC内の各部署の被害状況の収集
- 突発型2・3次配備：
(当直者)
 臨時災害対策本部の設置
 及び地震災害心急救済の実施

- (※2) 県東部管内(県東部地域局管内)
 沼津市、三島市、裾野市、長泉町、清水町、伊豆市、国市、函南町、熱海市、伊東市、御殿場市、小山町、富士市、富士宮市



1. ログイン

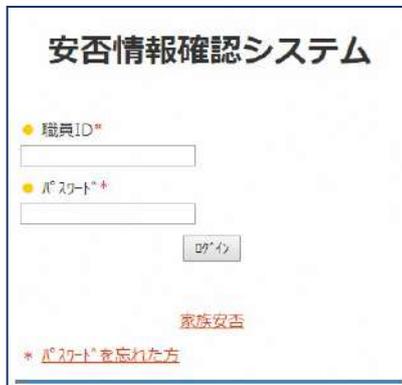
携帯電話から以下の URL にアクセスします。



URL : <https://anpi.isseimail.jp/scc/index.aspx>

※ログイン時に使用する「SSL 通信」という通信暗号化技術のバージョンアップに伴い、大部分のフィーチャーフォンからのログインができません。フィーチャーフォンをお使いの方は PC、タブレット等からのログインをお願いいたします。

- 1 ログイン画面が表示されます。
職員 ID（職員番号下6桁）とパスワード(1234)を入力し、ログインを選択します。

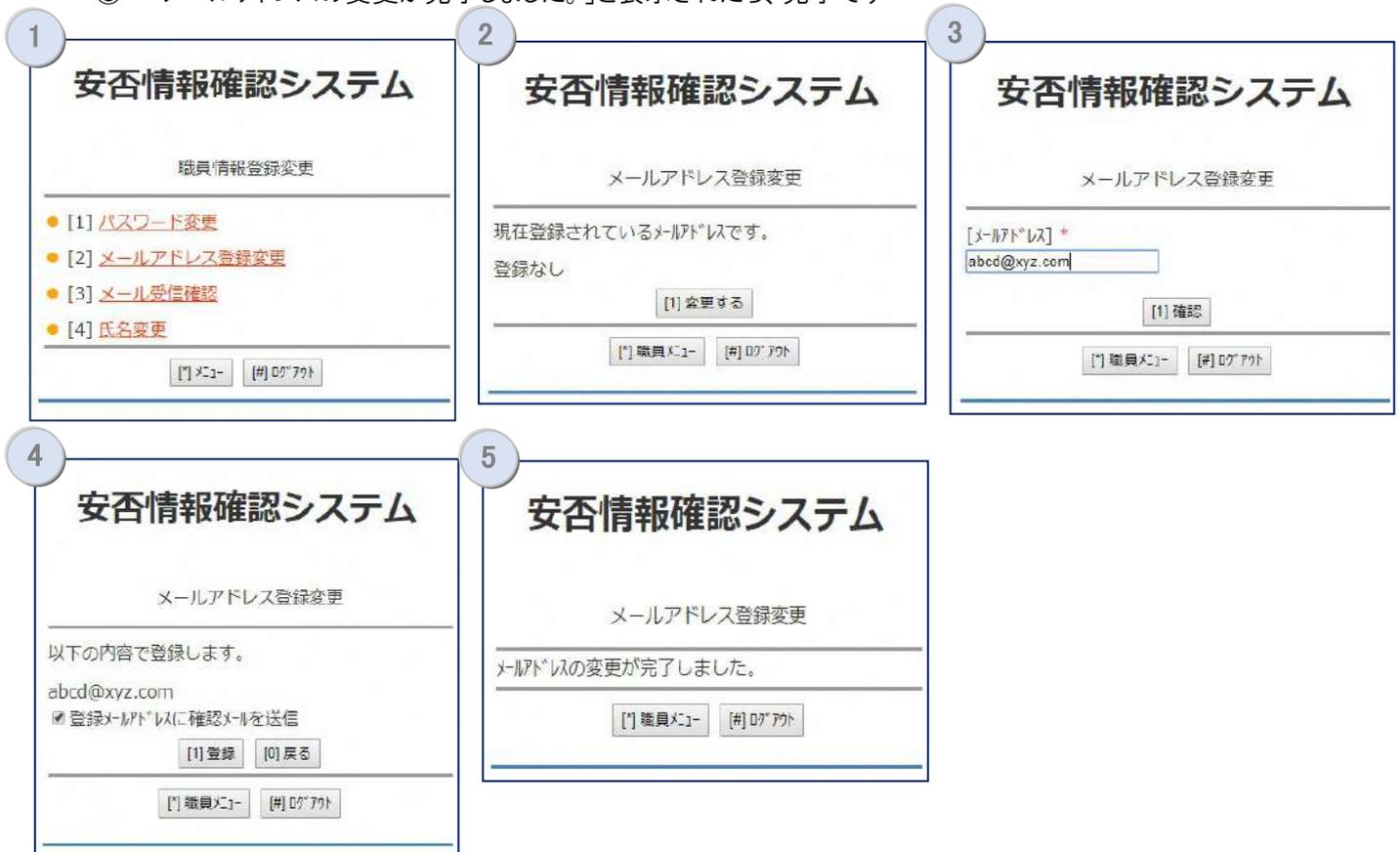


- 2 メニューが表示され、「職員情報登録変更」を選択 ※メニューの種類は権限により異なります。
- 3 職員情報登録変更メニューが表示される



2. メールアドレスの変更・確認

- ① 職員情報登録変更メニューから「メールアドレス登録変更」を選択します。
- ② メールアドレス登録変更画面が表示されます。現在のメールアドレスが表示されています(注:未登録の場合は表示されていません)。
メールアドレスを変更する場合には、「変更する」を選択します。
- ③ 新しいメールアドレスを入力し、「確認」を選択します。
※入力した新メールアドレスが、メールアドレスの書式ではない場合(@がない等)は、エラーとなります。
その場合は、再度、新しいメールアドレスを入力します。
- ④ 確認画面が表示されますので、「登録」を選択します。このとき、「登録メールアドレスに確認メールを送信」をチェックしておく、登録完了のメールが送信されます。(テストメール)
メールが届かない場合、入力ミスがないか、または、受信拒否設定をしていないかどうかを確認してください。
- ⑤ 「メールアドレスの変更が完了しました。」と表示されたら、完了です



★受信拒否設定について★

受信拒否設定をしている場合は、以下のドメインまたはメールアドレスを許可するようにします。

*ドメイン指定でのメール拒否設定を行っている場合、「isis.isseimail.jp」を許可。

*メールアドレス指定での拒否設定を行っている場合、「scc@isis.isseimail.jp」を許可。

※詳細につきましては「指定受信設定方法(迷惑メールフィルター解除)」ファイルをご確認ください。

1.インストール

- 1** アプリインストールページへアクセスします。
 Andoroid の方→GooglePlayStore から
 iOS(iPhone)の方→AppStore から



GooglePlayStore

AppStore

- 2** アプリをインストールします。



- 3** アプリがインストールされたらアイコンを選択しアプリを開きます。
 初めてインストールの際は初期設定が必要になります。「初期設定」を選択し初期設定を行ってください。



- 4** ユーザーID(職員番号下6ケタ),パスワード(1234),認証key(32522024)を入力してください。※1
 認証キー※2は QR コードを読み込むと入力されます。
 ※1 パスワードを忘れた方は、認証 key を入力のうえ、「パスワードを忘れた方はこちら」からパスワードの再設定を行ってください。



- 5** 入力が完了したら、「送信」を選択してください。



- 6** ログインに成功するとメッセージ一覧が表示されます。



2.回答について

1 回答したいメッセージを一覧から選択してください。



2 メッセージを開くと内容が表示されるので、アンケートに回答する場合は、「回答ページに接続」を選択してください。回答画面の Web ページが開きます。



認証 key

(静岡 太郎さん)



* 注意事項 *

- ・本アプリをインストールするには、スマートフォンの空き容量が 30MB 以上必要です。
- ・プッシュ通知テストは約 30 秒後に通知されます。

SCG 緊急時一斉配信メールシステム
指定受信設定の方法について
(迷惑メールフィルターの解除方法)

2025 年 4 月 1 日
管理課施設管理班

一斉配信システムに登録したのにメールが届かない場合、迷惑メール着信拒否（迷惑メールフィルター）設定がされている場合があります。

この場合、以下の【ドメイン】（メールアドレスの@マークより後ろの部分）または【メールアドレス】を受信出来るように設定変更してください。

【ドメイン】isis.isseimail.jp

【メールアドレス】scc@isis.isseimail.jp

設定の変更方法は、以下の携帯電話会社ホームページ等を参照してください。

～ 参 照 ～

<NTTドコモ>

https://www.nttdocomo.co.jp/info/spam_mail/domain/



< a u >

<https://www.au.com/support/service/mobile/trouble/mail/email/filter/detail/domain/>



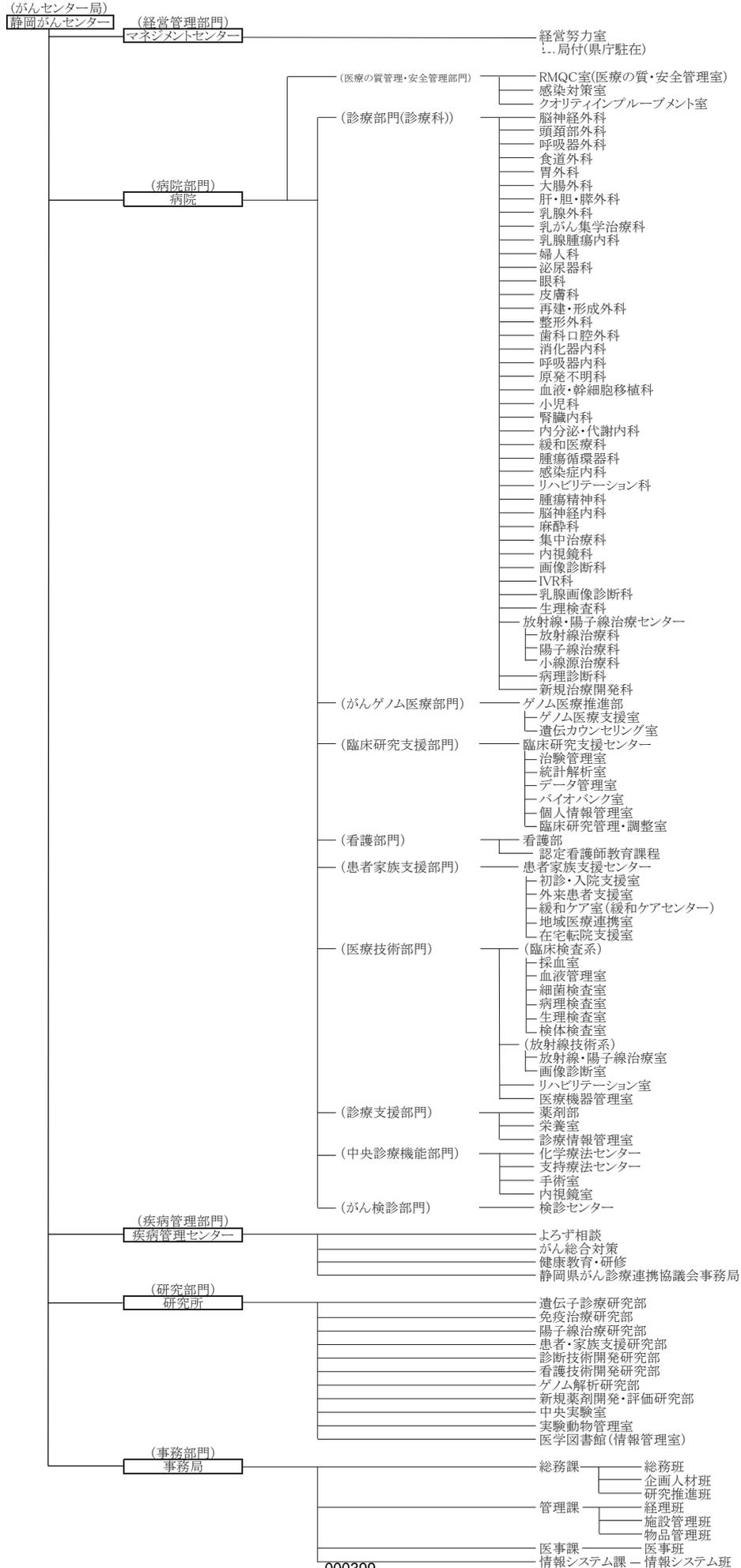
< s o f t b a n k >

<https://www.softbank.jp/mobile/support/mail/antispam/email-i/white/>



組 織 図

令和7年度組織図



院内各部門・受付 電話番号簿

2024/11/1

管理課 施設管理班(4337)

【受付・案内】

総合案内	3230
① 受付	3218・3219
④ 入院受付	3216・3217 3236・3237
予約センター	2121
検診センター(受付)	2300
② 会計窓口	3220
支払(銀行)	3221

【外来】

① 内科総合 がん遺伝外来 (腫瘍循環器科、感染症内科、内分泌・代謝内科) (予約専用)	4170 8085
② 頭頸部外科・眼科受付	4110
③ 脳神経外科・歯科口腔外科受付	4120
④ 皮膚科・整形外科・リハビリテーション科受付	4130
⑤ 再建形成外科・腫瘍精神科・緩和医療科受付	4140
⑥ 女性センター受付	4150
⑤ 患者家族支援センター初診問診受付 持参薬コーナー受付	3270 4210
⑩ よろず相談受付	4273
② 血液幹細胞移植科・呼吸器外科受付	4211
② 小児科・呼吸器内科受付	4220
③ 消化器科1受付	4230
④ 泌尿器科受付	4240
⑤ 消化器科2受付	4250
WOCケア外来	4250
化学療法センター受付	3240
化学療法センター(スタッフステーション)	3241・3242
ハザード室	3245
支持療法センター	3278
外来管理室	3232
救急外来(平日の昼間)	6749
〃 (休日の昼間)	3259
救急外来受付(休日の昼間のみ)	3250

【ベッドコントロール】

ベッドコントロール	6459・4385
-----------	-----------

【病棟】

10東病棟	3010
10西病棟	3030
9東病棟	2910
9西病棟	2930
8東病棟	2810
8西病棟	2830
7東病棟	2710
7西病棟	2730
6東病棟	2610
6西病棟	2630
5東病棟	2510
5西病棟	2530
4東病棟	2410
4西病棟	2430
ICU	3350
HCU	3358
GICUリーダー(昼間)	6380
〃 (夜間)	6390
緩和ケア別棟	3811

【手術部】

手術室	3314
手術部看護リーダー	6360

【薬剤部】

調剤室(内服・外用)	2144
注射薬センター	2151
医療品情報室	2143
薬剤当直	6600

【検体検査の問合せ先】

検査部門	
生化学の初検値問合せ	2326
血液像の結果問合せ	2327

【認定看護師教育課程】

認定看護師教育課程教員室	055-980-5191
--------------	--------------

【中央診療】

採血室受付	3260
検体検査受付	2325
当直	6632
生化学	2326
血液	2327
細菌検査	2320
輸血センター受付 (土日祝日 8:30~17:00)	2380 5569
放射線診断受付	2210
一般撮影	2213
CT室	2217
TV室	2222
MR室	2225
血管撮影室(循環器)	2238
血管撮影室(循環器以外)	2240
緊急ポータブル・当直	6620
核医学受付	3110
核医学操作室	3117
PET-CT操作室	3115
PET操作室	3733
生理検査受付	2250
読影室(緊急対応)	2253
内視鏡検査部受付(15時まで)	2270
問診室	2282
放射線治療科受付	3140
放射線治療室	3131
小線源治療操作室	3133
CTシミュレータ室	3717
陽子線治療科受付	3140
陽子線治療室	3751
病理受付	2357
剖検室	3160
リハビリテーションセンター	4390
栄養管理室	2180

【その他】

地域医療連携室	2123
在宅転院支援	4292
診療情報管理室	3151
個人情報管理室	2323
あすなる図書館	2125
医学図書館	6652
かるがもセンター	3497
フォトセンター職員	6330
ボランティアスタッフ室	3152
SPD	
滅菌センター	2160
物品センター	2164
MEセンター(受付者:SPD)	2130
情報システム室(ヘルプデスク)	2291
ベッドサイド端末・コインランドリー等	6342
中央監視室(エネセン)	3910
防災センター(警備室)	2110
リネンセンター	2162
ベッドセンター	2169・6344
ミックス	3212
こもれび	3170

【マネジメントセンター】

経営努力室	4311
-------	------

【事務局】

総務課(総務班)	4332
〃 (企画人材班)	4330
管理課(経理班)	4338
〃 (物品管理班)	4327
〃 (施設管理班)	4337
情報システム課	2290
医事課	3211
RMQC室	4322
英語ヘルプデスク	5950

静岡県立静岡がんセンター 院内教育・研修委員会
〒411-8777
静岡県駿東郡長泉町下長窪 1007
内線 4324