

平成21年度業務実績に係る
評価シート説明資料

独立行政法人国立病院機構

目 次

資料番号	名 称	ページ
資料 1	患者満足度調査の概要	1
資料 2	集団栄養食事指導の概要	8
資料 3	分かりやすい説明と相談しやすい環境づくり	17
資料 4	相談しやすい環境づくりに係る取組	21
資料 5	セカンドオピニオン窓口設置病院の推移及び料金体系	23
資料 6	「インフォームド・コンセントの更なる向上のために」	24
資料 7	患者の価値観の尊重	30
資料 8	院内助産所に係る取組	32
資料 9	患者のプライバシー保護	33
資料 10	国立病院機構医療事故公表指針	35
資料 11	倫理審査委員会設置数、開催回数及び審査件数	37
資料 12	医療安全管理体制及び「独立行政法人国立病院機構の医療安全管理のための指針」	38
資料 13	病院間相互チェック体制について	56
資料 14	医療事故報告書の警鐘的事例	59
資料 15	長期療養患者が使用する人工呼吸器の取扱い手順書	84
資料 16	人工呼吸器不具合情報共有システム	118
資料 17	転倒・転落事故防止プロジェクトについて	120
資料 18	標準的医薬品（10）の概要について	129
資料 19	拡大医療安全管理委員会	130
資料 20	医療安全管理対策に係る研修	132
資料 21	新型インフルエンザに係る院内感染対策の徹底について	136
資料 22	地域連携クリティカルパス実施状況	138
資料 23	医療の標準化に向けた取組	139
資料 24	2009臨床評価指標の概要	145
資料 25	臨床評価指標の改善に関する検討委員会中間報告書	154
資料 26	EBMの普及のための研修会実施状況	159
資料 27	総合研究センターの概要	160
資料 28	電子ジャーナル	164
資料 29	長期療養者のQOLの向上等	167
資料 30	重症心身障害児（者）通園事業の推進	168
資料 31	療養介助職の配置による効果	169
資料 32	療養介助職配置病院	175
資料 33	地域医療への一層の取組	176
資料 34	地域医療支援病院一覧	180
資料 35	がん診療連携拠点病院一覧	181
資料 36	災害等における活動	182
資料 37	災害等医療研修の実施	183
資料 38	新型インフルエンザに関する検疫所・停留施設への応援実績	184
資料 39	救急医療・小児救急医療の充実	185
資料 40	国立病院機構のネットワーク	186
資料 41	新型インフルエンザA（H1N1）ワクチンの臨床研究	187

目 次

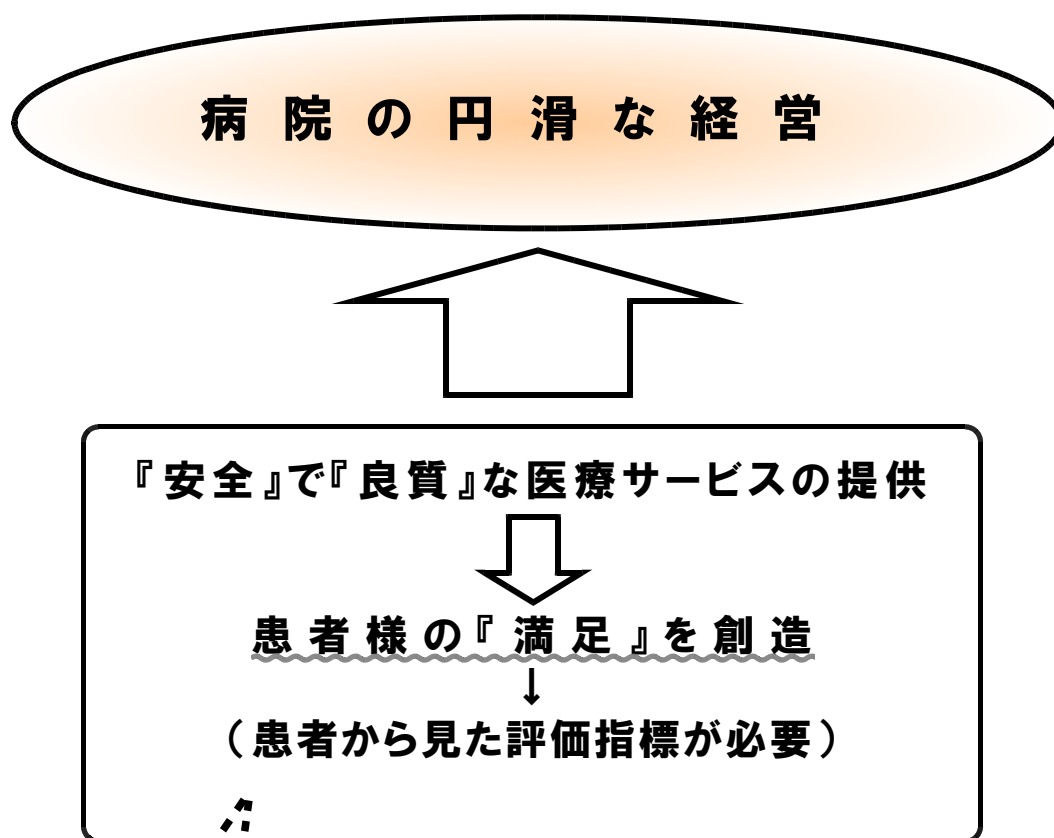
資料番号	名 称	ページ
資料 42	平成16～20年度E BM推進研究 研究結果等	202
資料 43	平成18～20年度E BM推進研究 登録状況一覧	221
資料 44	E BM推進研究 平成21年度採択課題	222
資料 45	国立病院総合医学会の開催状況	223
資料 46	データセンターの概要	239
資料 47	臨床研究センター・臨床研究部の評価概要	240
資料 48	NHO研究ネットワーク評価の実施状況	242
資料 49	NHO研究ネットワークグループについて	247
資料 50	NHO研究ネットワークグループを中心とした臨床研究	249
資料 51	国立病院機構における臨床研究の成果	253
資料 52	指定研究課題の概要	254
資料 53	治験推進室パンフレット	258
資料 54	治験推進対策	270
資料 55	治験研修実績	273
資料 56	年度別受託研究実績	279
資料 57	承認申請に結びついた医薬品の実例	280
資料 58	国立病院機構における高度先端医療技術の開発及び臨床導入の主な例	281
資料 59	国立病院機構の職務発明の流れ図	282
資料 60	専修医制度新規コース・プログラム一覧	283
資料 61	ITを活用した精神科領域における多施設共同研修	284
資料 62	卒後研修制度のモデル的導入について	286
資料 63	新構想看護学部・大学院の開設について	288
資料 64	質の高い看護師等養成	292
資料 65	質の高い看護師等養成のための取組	299
資料 66	国立病院機構専修医制度（いわゆる後期臨床研修）について	302
資料 67	専修医修了者等を対象としたアンケート調査	304
資料 68	情報紙「NHO NEW WAVE」	319
資料 69	国立病院機構全病院統一の研修ガイドライン「ACT y ナース」（抜粋）	324
資料 70	看護師のキャリアパス制度	338
資料 71	良質な看護師育成のための研修	341
資料 72	良質な看護師育成のための取組	344
資料 73	地域医療に貢献する研修事業への取組	346
資料 74	中期的観点からの個別病院の経営改善について	349
資料 75	平成21年度内部監査概要	352
資料 76	複数制副院長の設置状況	356
資料 77	専任の職員を配置した病院	358
資料 78	平成21年度増員のうち特定集中治療室等の新設・増設に伴うもの	362
資料 79	技能職員職名別在職状況	363
資料 80	病院評価の方法について	364
資料 81	日本医療機能評価機構の認定病院一覧	375
資料 82	北海道医療センターパンフレット	376
資料 83	統合新病院（善通寺・香川小児）の基本計画（概要）について	380

目 次

資料番号	名 称	ページ
資料 84	できることから始めよう！国立病院機構QC活動奨励表彰	383
資料 85	清掃業務委託契約～運営病床数規模別1㎡当たりの契約単価～	385
資料 86	施設基準上位基準の取得状況	386
資料 87	部門別決算の概要	395
資料 88	平成21年度医業未収金に係る法的措置等実施状況	396
資料 89	「診療報酬請求事務の改善について」	398
資料 90	経営の改善	406
資料 91	独立行政法人国立病院機構中期計画 別紙1～3 (予算、収支計画、資金計画)	411
資料 92	独立行政法人国立病院機構年度計画 別紙1～3 (予算、収支計画、資金計画)	414
資料 93	研修実施状況	417
資料 94	国立病院機構医師処遇パンフレット「けっこういいぞ! NHO」	440
資料 95	国立病院機構看護師処遇パンフレット「けっこういいぞ! NHO 看護職版」	447

患者満足度調査の概要

○ 患者満足度調査の概要



【患者満足度調査実施の経緯】

- ・平成15年度においては、国立病院・療養所が全国に先駆けて試行的に実施し、患者満足度調査の先導的役割を果たし、平成21年度においても引き続き実施した。

【国立病院機構の患者満足度調査の概要】

○調査には、多くの研究者の手により長年研究・開発された内容と手法によるものを採用

- ・調査項目には、サービスマーケティングの国際的権威である米国のコトラ教授の医療サービスの特質と、WHOが近年提唱している医療サービスに不可欠とされる項目などを折り込んだ「10の医療サービスクオリティ」を含んでおり、それぞれの項目別に

分析され、その項目毎に各病院で検討・改善できるようになっている。 など

(10の医療サービスクオリティ)

主に人の要因	主に人以外の要因
1. 職員能力 2. ていねいさ 3. コミュニケーション 4. 反応の速さ 5. 患者の理解	6. アクセス 7. 安全性 8. アメニティ 9. 信頼性 10. プライバシー保護

○設問は、全体にネガティブな質問（ネガティブ・クエスチョン）とし、患者の満足度調査に対する心理的障壁を取り払い、本音が引き出しやすくすることにより、より一層調査精度の向上と客観性を追求

○各病院は効率的、厳格・厳密に調査を実施するための体制を整備

- ・ 総括責任者(事務部長、看護部長等)及び診療科・病棟毎の責任者(看護師長等)を選任
- ・ 病院幹部や部門毎のミーティングを実施し、患者からの質問に速やかに対応するため、調査の趣旨・内容等について周知徹底
- ・ 多くの患者に調査に協力してもらえよう配慮し、徹底した情報管理のもとに実施

⇒入院患者への調査実施に当たっては、患者の真の気持ちをできるだけ引き出す工夫として、調査票を退院前日に配布し、じっくり記入してもらう時間を取るとともに、記入後は厳封してもらうことにより職員が中身を直接確認することはない旨を説明

⇒調査結果は個人が特定されることのないように集計され病院のサービス改善に役立てることに使用する旨を説明

⇒各病院は速やかに厳封した調査票を本部に直送

○調査結果は、病院経営改善全般に有益なものとして活用するため、様々な側面からの分析・比較・評価を客観的に行い、各病院が自らの利点と欠点を分析し、改善に生かす。

- ・ 10の医療サービスクオリティごとの評価
- ・ 「行為」と「印象」との関係分析
（行為：職員の行為の有無に関する設問）
（印象：患者のイメージに関する設問）
- ・ 対前年度比較、シーン別の比較など

○調査結果に基づくサービス改善の取組みを経年的にとらえられるよう、中期計画期間中において継続して調査を実施

【患者満足度調査の実施状況】

①調査期間

平成21年度

入院：平成21年11月1日～11月30日

外来：平成21年11月2日～11月9日の間の2日間

②調査対象

入院：調査期間中の退院患者のうちの 25,014名

外来：調査日に来院した外来患者のうちの 40,852名

③調査票回収枚数・回収率

平成20年度

入院：20,330枚（84.3%）

外来：34,062枚（83.0%）

平成21年度

入院：19,036枚（76.1%）

外来：32,920枚（80.6%）

④調査結果（総合評価）

・全国平均値	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度
入院	4.310	4.385	4.450	4.473	4.508	4.516
外来	3.920	3.995	4.032	4.067	4.097	4.110

『入院患者へのアンケート』

アンケート区分	全国平均(5点満点)					
	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度
入院アンケート総合得点	4.276	4.334	4.374	4.399	4.434	4.458
I. 病院についての総合的評価	4.310	4.385	4.450	4.473	4.508	4.516
①全体として満足	4.304	4.338	4.388	4.415	4.459	4.465
②治療の結果に満足している	4.234	4.268	4.433	4.452	4.488	4.491
③入院期間に満足している	4.186	4.222	4.305	4.329	4.368	4.381
④入院中に受けた治療について満足	4.384	4.402	4.451	4.475	4.510	4.519
⑤治療に自分の考えが反映されたので満足	4.426	4.199	4.246	4.272	4.318	4.322
⑥安全な治療をしてるので安心	4.198	4.488	4.540	4.563	4.594	4.606
⑦医師や職員の説明はわかりやすい	4.423	4.495	4.529	4.554	4.577	4.588
⑧入院中に受けた治療に納得している	-	4.504	4.544	4.566	4.598	4.606
⑨全体としてこの病院を信頼している	-	4.555	4.595	4.616	4.645	4.647
⑩家族や知人に勧めたい	4.320	4.366	4.457	4.478	4.516	4.522
II. 入院でのできごと	4.274	4.329	4.367	4.391	4.427	4.452
①入院時	4.185	4.234	4.270	4.302	4.335	4.347
②入院中の診療	4.446	4.494	4.520	4.547	4.574	4.582
③入院中の検査・手術・その他の治療	4.471	4.513	4.563	4.589	4.618	4.627
④入院中の環境	4.052	4.114	4.166	4.178	4.228	4.291
⑤退院	4.107	4.181	4.229	4.266	4.304	4.328

【凡例】

- 1 まったくそうだ(大変不満)
- 2 ややそうだ(やや不満)
- 3 どちらでもない
- 4 ややちがう(やや満足)
- 5 まったくちがう(大変満足)

『外来患者へのアンケート』

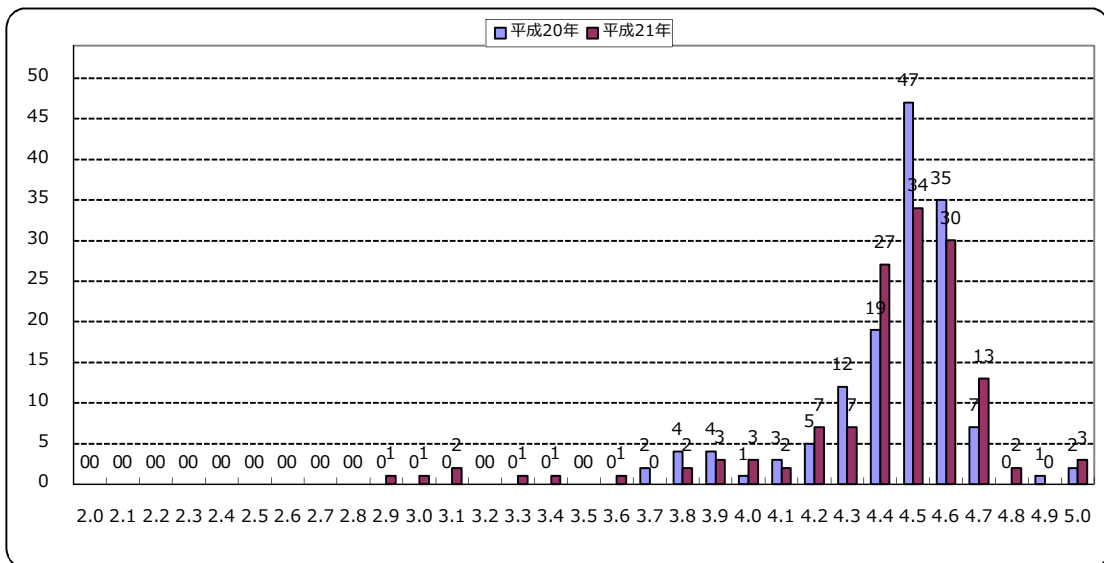
アンケート区分	全国平均(5点満点)					
	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度
外来アンケート総合得点	3.846	3.901	3.951	3.973	4.008	4.026
I. 病院についての総合的評価	3.920	3.995	4.032	4.067	4.097	4.110
①全体として満足	3.995	4.008	4.037	4.066	4.103	4.113
②治療の結果に満足	3.874	3.898	3.989	4.017	4.053	4.062
③通院期間に満足	3.792	3.830	3.856	3.892	3.925	3.934
④受けている治療に満足	3.921	3.935	3.965	3.999	4.032	4.042
⑤治療に自分の考えが反映されたので満足	3.983	3.846	3.873	3.913	3.937	3.945
⑥安全な治療をしてる	3.841	4.081	4.107	4.144	4.175	4.197
⑦医師や職員の説明はわかりやすい	3.996	4.075	4.111	4.143	4.177	4.185
⑧受けている治療に納得している	-	4.084	4.105	4.143	4.169	4.183
⑨全体として信頼している	-	4.202	4.226	4.263	4.285	4.299
⑩家族や知人に勧めたい	3.949	3.971	4.035	4.074	4.101	4.130
II. 病院でのできごと	3.840	3.890	3.940	3.960	3.997	4.016
①診療前	3.840	3.890	3.800	3.816	3.845	3.855
②診療する職員について	3.974	4.003	4.022	4.046	4.092	4.111
③診察・治療・検査・リハビリテーション	4.013	4.038	4.215	4.231	4.267	4.296
④病院の環境	3.761	3.832	3.942	3.964	4.005	4.051
⑤会計	3.700	3.771	3.873	3.914	3.941	3.946

【凡例】

- 1 まったくそうだ (大変不満)
- 2 ややそうだ (やや不満)
- 3 どちらでもない
- 4 ややちがう (やや満足)
- 5 まったくちがう (大変満足)

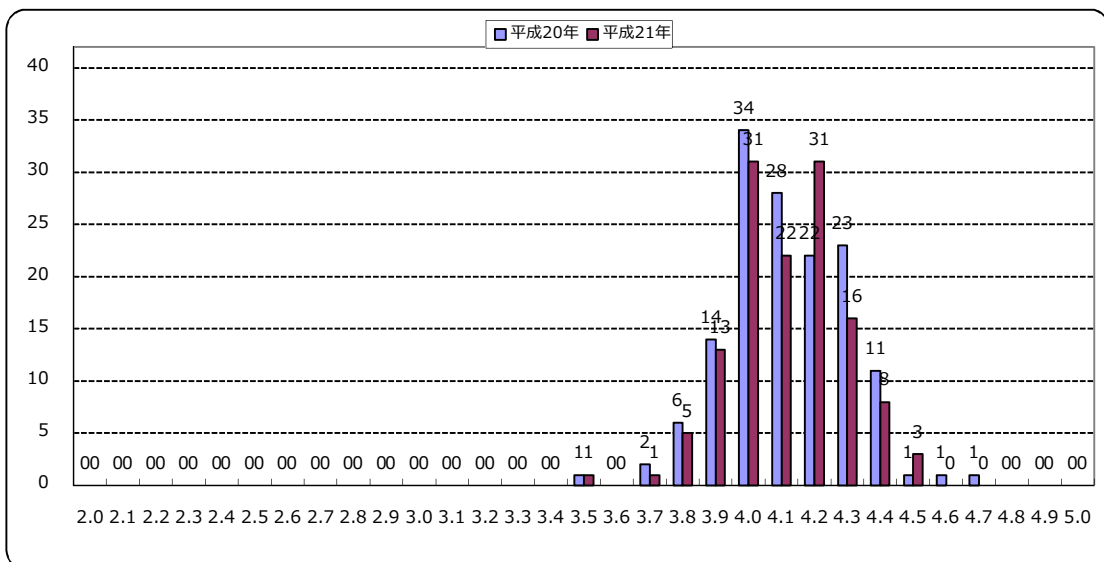
国立病院機構の平成21年度患者満足度調査の結果

■病院についての総合的評価(入院)



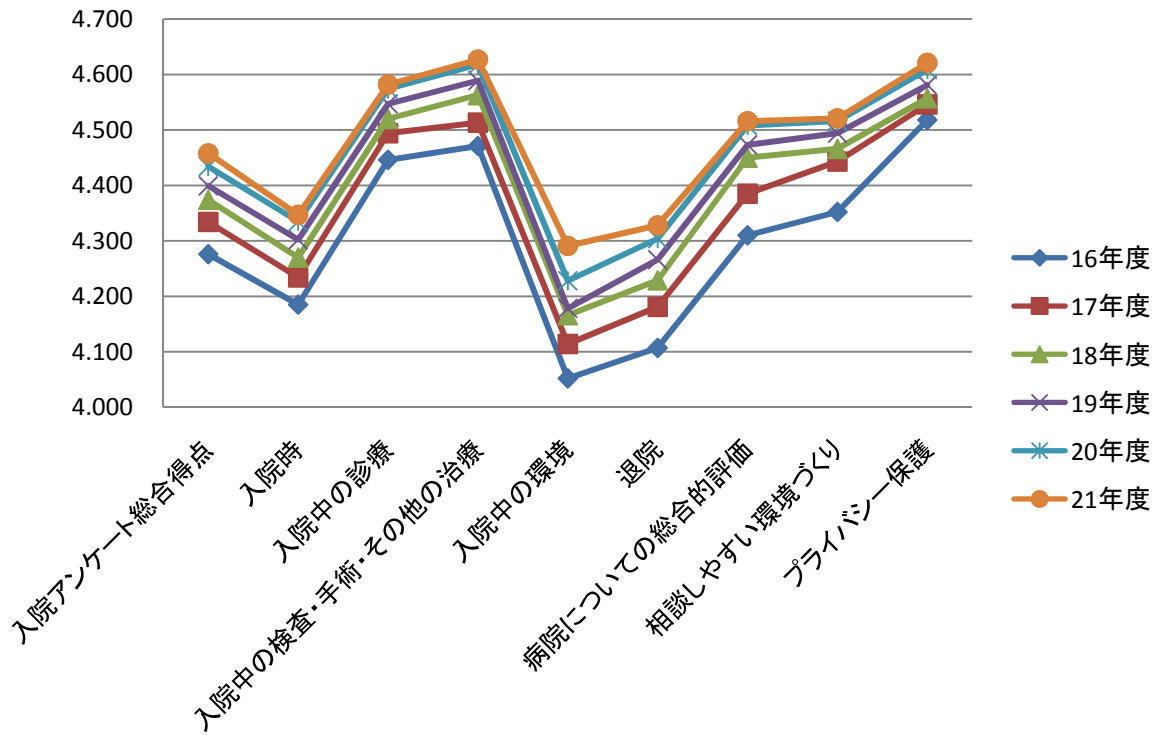
○平均値(平成16年度:4.310/平成17年度:4.385/平成18年度:4.450/平成19年度:4.473/平成20年度:4.508/平成21年度:4.516)

■病院についての総合的評価(外来)

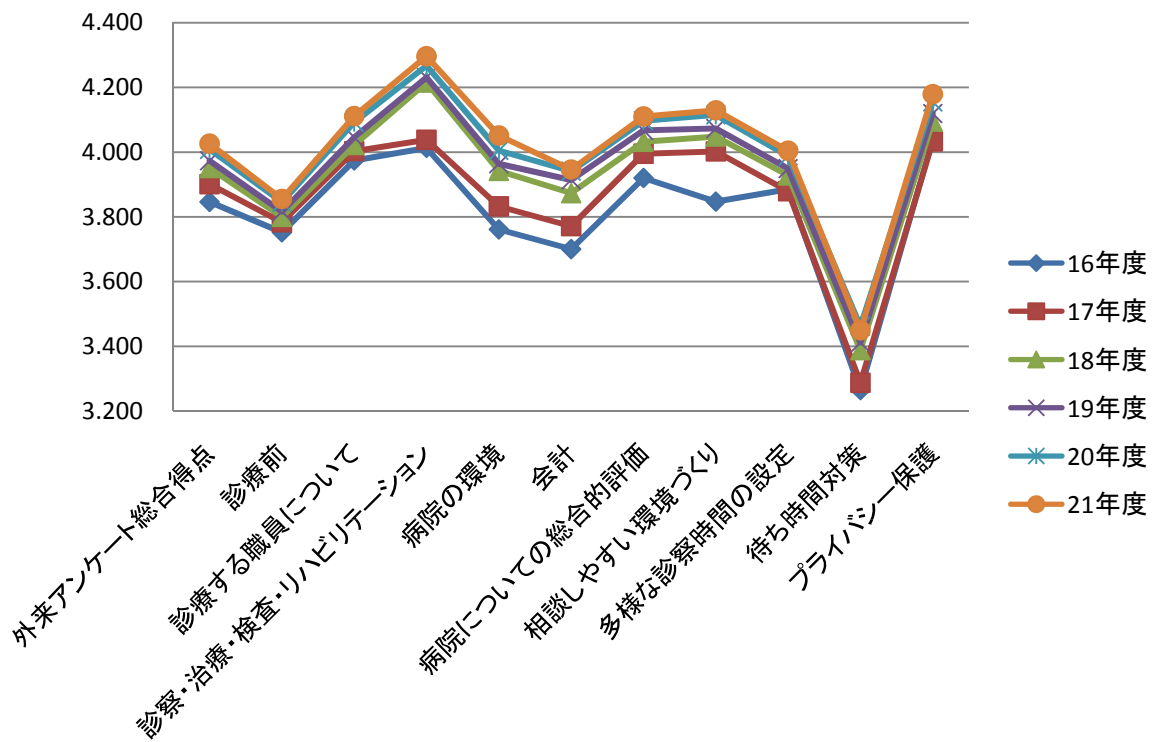


○平均値(平成16年度:3.920/平成17年度:3.995/平成18年度:4.032/平成19年度:4.067/平成20年度:4.097/平成21年度:4.110)

【入院】患者満足度調査



【外来】患者満足度調査



集団栄養食事指導の概要

集団栄養食事指導の概要

1. 糖尿病教室

糖尿病患者および家族に対して、正しい糖尿病知識や日常生活の注意点を指導

○内 容

多くの病院では、教育内容をプログラム化し、各職種が個別に講義・相談

例) 医師・・・糖尿病の知識、診療内容、検査内容の説明など

看護師・・・日常生活の注意点説明

薬剤師・・・糖尿病に関する薬剤の説明

栄養士・・・糖尿病の食事療法の説明

理学療法士・運動の仕方

また、栄養部門で料理教室を行っている病院もある。

2. 高血圧教室

高血圧病患者および家族に対して、今後の食生活の改善についての指導

○内 容

バランス良い食生活習慣の指導、減塩調理の方法、肥満傾向のある方へはダイエットの方法などを指導、相談を行っている。

また、病院によっては、料理教室を行っている施設もある。

3. 心臓病教室

心臓系疾患患者および家族に対して、食生活の改善についての指導

○内 容

バランス良い食生活習慣の指導、減塩調理の方法、肥満傾向のある方へはダイエットの方法などを指導、相談を行っている。

循環器系の病院では、理学療法士を中心として、心臓病リハビリテーションのプログラムが作成されており、その一部として栄養部門が参画している。

4. 腎臓病教室

腎臓病患者および家族に対して、食事療法のやり方を指導

○内 容

腎臓病の食事療法のやり方の指導、相談を行っている。

病院によっては、料理教室を行っている病院もあり、多くの場合、医師と栄養士が組んでプログラムを行っている場合が多い。

5. 母親教室

妊娠中の女性に対して、食生活のやり方を説明

○内 容

バランス良い食生活習慣の指導、妊娠中に不足しがちな栄養素の説明、妊娠中毒症状発症患者への食事指導（減塩調理の方法など）、肥満傾向のある方へは体重コントロールをしながらの食事調整等の指導、相談を行っている。

多くの病院では、看護ケアのプログラムの中で、栄養に関する内容を栄養士が担当

6. 離乳食・調乳教室

出産後の女性に対して、ミルク調整の方法、赤ちゃんの離乳食の進め方についての指導

○内 容

出産後の女性に対して、ミルクの調整の仕方、赤ちゃんの離乳食の進め方、注意点について指導、相談を行っている。

多くの病院では、看護ケアのプログラムの中で、栄養に関する内容を栄養士が担当しているケースが多い。

7. 肥満教室

小児肥満やメタボリックシンドロームの内臓脂肪型肥満の患者および家族に対して、日常食事や生活についての指導

○内 容

バランスの良い食事作りの指導、自分に適した食事の食べ方の指導、小児・学童期ではおやつの食べた等について指導を行っている。

病院によっては、医師、栄養士、理学療法士、看護師が協力し、食事療法と運動療法を組み合わせた教育プログラムが行われている施設もある。

集団肥満教室 ～メタボリックシンドローム会～の概要

京都医療センター

【目的】

近年、過栄養や運動不足等生活習慣の欧米化に伴い、内臓肥満を基盤としたメタボリックシンドローム（MS）やそれに伴う生活習慣病や心血管病が急増しており、生活習慣改善の為の指導の重要性が警鐘されている。当院では、約9年前より「肥満・MS専門外来」が開設され、減量に対する個別栄養指導を行っている。

患者が減量の目標を達成するには、日常生活の中で継続して食事療法や運動療法を実践することが重要であるが、長年培ってきた食習慣や運動不足などの生活習慣はなかなか改善し難いところがある。そこで、当院では患者の生活習慣改善を支援する為に、チーム医療による様々な行動療法的アプローチによる減量指導を試みている。この一環として、3年前から患者主導の集団肥満教室としてメタボリックシンドローム会（通称：メタボ会）を開催している。メタボ会では、同一の問題を抱える患者が集団で交流することにより仲間に対する競争心や自主性が芽生え、切磋琢磨し合うことにより、我々の減量指導も効果的に進めることができている。

【開催日程】

4月毎に1回土曜日9：30～12：30に開催

参加者は、患者約50名

【医療スタッフ】

医師、看護師、管理栄養士、健康運動指導士

【内容】

- 1) 身体測定 採血、血圧測定、体重測定、腹囲測定、血液流動性(MCFAN)測定
- 2) グループ分け 参加者を5グループ（うさぎ、くま、ペンギン、パンダ、ぞう）に分ける
- 3) 講演 MSやダイエット方法、MSの合併症などの新しい情報を提供

- 4) メタボ体操 無理のない運動として「メタボオリジナル体操」を紹介
- 5) ヘルシーレシピ紹介 栄養士による毎日の食事のワンポイントアドバイス
季節に合わせたヘルシーレシピ紹介
- 6) 表彰式 ダイエット成功者から成功体験談報告

【効果】

MSの患者は、外来や1回の入院だけではなかなか改善しにくく、数日間頑張ってもすぐに元の悪い生活リズムに戻ってしまう。MS会では、MSに関する知識や減量のコツを身につけ、体重が減少できたかどうかお互いの成功談や失敗談を報告しあうことにより、減量意識を高めている。参加した患者の50%以上が減量に成功しており、優秀者には表彰を行っている。表彰された患者は、達成感と満足感で減量意欲の継続につながっている。達成できなかった患者も参加したことで次の目標達成への励みになっている。

てんかん家族教室の概要

静岡てんかん・精神医療センター

【対 象】

小児病棟の患者様およびその家族

【目 的】

患者様および家族が“てんかん”という疾患の理解を深め、症状や治療にまつわる様々な疑問や悩みなどを少しでも解決できるような「場」とする。

【運 営】

看護師（内容の検討、日時の設定、各職種との調整 等）

【参加職種およびテーマ】

- ・ 医 師 … “てんかん” という疾患について
- ・ 薬剤師 … 「抗てんかん薬」について
- ・ 療 育 … 発達支援…発達の遅れに対する対応や支援
- ・ 栄養士 … 患者の症状に沿った栄養指導
- ・ 作業療法士 … 作業療法の目的と実際
- ・ 理学療法士 … 理学療法の目的と実際
- ・ 言語聴覚士 … 言葉や摂食機能の遅れへの対応
- ・ ケースワーカー … てんかん患者の制度
- ・ 看護師 … 発作の観察、生活指導、てんかんの理解

【実施回数】

1クール＝3ヶ月で10回（1職種当たり3ヶ月に1回、医師のみ2回）

～栄養部門の実施内容～

○小児の栄養所要量と水分摂取

摂食機能の遅れにより、我が子の食事摂取量や水分摂取量を気にする家族が目立つ。活動量別栄養所要量の説明や、必要な水分量および水分の摂り方（嚥下困難な患者等）について説明。

○貧血と上手な「鉄」の摂り方

貧血についての概要説明、また「未熟児早期貧血」や「離乳期貧血」について説明。更には、鉄分の摂り方についての指導やFe強化食品の提示等。

○栄養バランスについて

特にてんかん発作の多い患者様に対しては、好きな物（食べてくれるもの）を中心に食事を並べる傾向にある。またある特定の食品に執着してそのみを食べ続ける患者様もいる。“バランスよく”とは如何なることかを「栄養バランスガイド」を媒体として説明。

○ケトン食について

当院においてはここ数年「ケトン食」の再評価に取り組んでおり、それに関心のあるご家族も少なくない。医師の要望もあり、ケトン食についての概要説明やケトン食の試食会、個別相談等を実施している。

当院としてはこの家族教室をきっかけに、てんかんの治療法の一つとして「ケトン食」を検討する患者様が一人でも増えていけば幸いである。更には「ケトン食」自体が特別治療食として位置付けられ、近い将来加算対象となっていくことを期待する。



← ケトン食の説明



→ ケトン食の試食会

ケトン食療法とは
てんかんの食事療法の一つに「ケトン食療法」がある。「ケトン食療法」は摂取カロリーと水分量を制限しながら、脂肪が多く炭水化物が少ない食事にする食事療法である。作りにくく食べにくいので、特殊ミルクを併用し、医師と管理栄養士の管理のもとに施行されている。

小児食物アレルギー教室の概要

福岡病院

【目的】

近年、生活環境や食事内容の欧米化等により、食物アレルギーは増加の傾向にある。大規模有病率調査では乳児期のアレルギー有病率は5～10%といわれているが、食物アレルギー患者全体の中では乳幼児が約75%を占めている。食物アレルギー児をもつ保護者はアレルギーに対する不安と食物除去に関するストレスの中で生活しているともいわれており、このような保護者のサポートを目的に福岡病院では平成2年より毎月1回、小児食物アレルギー教室を開催している。教室は患児同伴での参加であるが、講義、あるいは実習の間は、保護者が安心して受講できるように、保育士ら専門スタッフが患児や兄弟児の保育を行っている。

【対象】

食物アレルギー児をもつ家族 約30名

【開催日程】

8月を除く6月から翌年3月までの間 原則毎月第3土曜日14：00～16：00

全9回を1クールとする

【内容】

- 第1回 【開講式】食物アレルギー総論／懇話会（多種食物除去菓子試食）
- 第2回 除去食と代替食の基本／除去食試食会（魚料理）
- 第3回 食物経口負荷試験・アナフィラキシーへの対応／除去食調理実習（行楽弁当）
- 第4回 アレルギー児と育児ストレス／除去食調理実習（多種食物除去）
- 第5回 アレルギー疾患と環境／除去食調理実習（楽しいおやつ）
- 第6回 気管支喘息の予防と治療／除去食試食会 Christmas パーティ
- 第7回 アトピー性皮膚炎の治療・スキンケア／除去食試食会（お

やつの工夫)

第8回 食物アレルギーの予後と予防／除去食調理実習（ひなまつり）

第9回 【閉校式】アレルギー最新情報、まとめとQ & A／除去食試食会（肉料理）

【運営スタッフ】

小児科医師、皮膚科医師、管理栄養士、臨床心理士、看護師、保育士、事務職

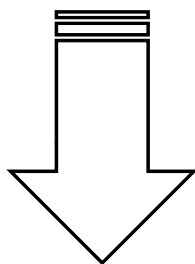
【効果】

食物アレルギー教室で正しい知識、専門的な知識を得ることで保護者の不安は軽減している。また、調理実習では除去食を実際に作ってみることによりコツがつかめ、実践に繋がる効果を上げている。さらに実習という共同作業や試食会を通じた他の保護者との交流は保護者の精神的サポートにもなっている。小児食物アレルギー教室として、医師や栄養士、保育士、看護師、事務職などがチームで多角的に患者を支えていくことが、より効果的な診療支援につながっている。

分かりやすい説明と
相談しやすい環境づくり

○「分かりやすい説明」

患者が医療の内容を十分に理解できるよう、
『分かりやすい説明』に取り組む



患者満足度調査の結果（5点満点）

《分かりやすい説明》

○入院

区 分	16'	17'	18'	19'	20'	21'
「分かりやすい説明」に係る総合評価	4.423	4.495	4.529	4.554	4.577	4.588
①検査結果等を見せてくれなかった	4.348	4.442	4.481	4.502	4.523	4.525
②検査・治療内容を教えてくれなかった	4.546	4.569	4.596	4.614	4.623	4.634
③検査・手術等の日程を説明なし	4.544	4.566	4.585	4.615	4.632	4.630
④入院中の説明に対し不満に思った	4.093	4.117	4.156	4.189	4.236	4.280
⑤説明の分かりにくい医師がいた	4.440	4.508	4.540	4.556	4.577	4.596
⑥説明の分かりにくい看護師がいた	4.406	4.463	4.492	4.527	4.547	4.551
⑦説明の分かりにくい検査技師がいた	4.514	4.548	4.588	4.613	4.633	4.639
⑧説明の分かりにくい薬剤師がいた	-	-	4.583	4.617	4.634	4.657
⑨退院の説明について不満に思った	4.213	4.277	4.331	4.354	4.388	4.412

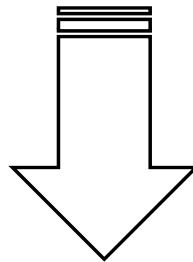
○外来

区 分	16'	17'	18'	19'	20'	21'
「分かりやすい説明」に係る総合評価	3.996	4.075	4.111	4.143	4.177	4.185
①説明の分かりにくい医師がいた	3.915	3.960	3.971	3.994	4.045	4.061
②説明の分かりにくい看護師がいた	3.967	3.988	4.027	4.054	4.101	4.121
③説明の分かりにくい検査技師がいた	4.036	4.069	4.187	4.210	4.251	4.284
④説明の分かりにくい薬剤師がいた	-	4.106	4.238	4.264	4.300	4.319

【凡例:1.全くそうだ 2.ややそうだ 3.どちらでもない 4.ややちがう 5.まったくちがう】

○「相談しやすい環境づくり」

患者が医療の内容を十分に理解できるよう、
『相談しやすい環境づくり』に取り組む



患者満足度調査の結果（5点満点）

《相談しやすい環境づくり》

○入院

区 分	16'	17'	18'	19'	20'	21'
「相談しやすい環境づくり」に係る総合評価	4.352	4.443	4.466	4.494	4.516	4.521
①医師は一方的な説明だった	4.444	4.479	4.508	4.522	4.542	4.549
②医師は聞きたいことを聞いてくれない	4.384	4.420	4.445	4.462	4.482	4.486
③入院に際し困っていることを聞いてくれない	4.191	4.252	4.290	4.332	4.358	4.352
④症状や治療の質問ができなかった	4.413	4.481	4.499	4.521	4.543	4.543
⑤看護師に質問や相談をしたが対応してくれなかった	4.504	4.536	4.549	4.583	4.602	4.602
⑥薬や注射についての質問ができなかった	4.156	4.493	4.514	4.559	4.584	4.608

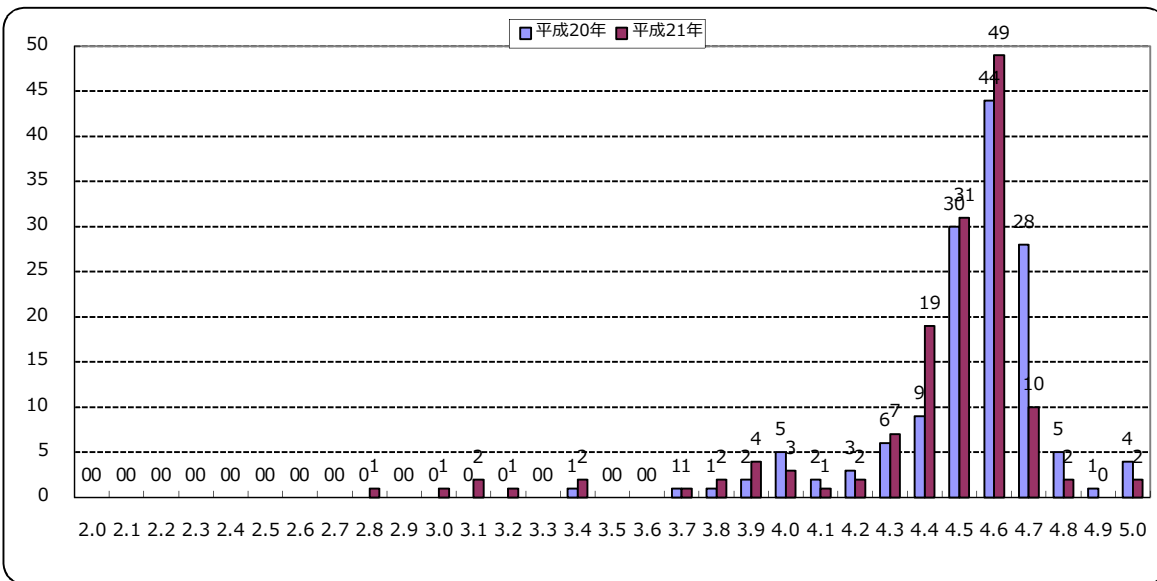
○外来

区 分	16'	17'	18'	19'	20'	21'
「相談しやすい環境づくり」に係る総合評価	3.847	4.002	4.048	4.073	4.115	4.129
①医師に症状や治療の質問ができなかった	3.844	3.914	3.931	3.945	3.992	3.993
②看護師に質問や相談をしたが対応してくれなかった	4.046	4.069	4.085	4.121	4.162	4.180
③薬や注射についての質問ができなかった	3.633	4.029	4.217	4.239	4.270	4.308

【凡例:1.全くそうだ 2.ややそうだ 3.どちらでもない 4.ややちがう 5.まったくちがう】

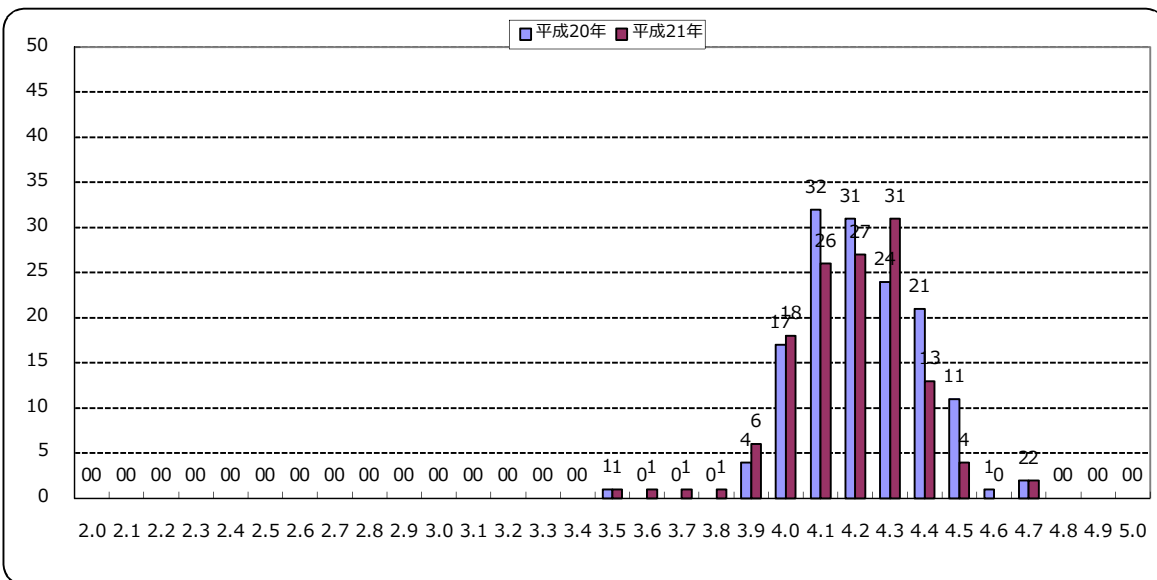
国立病院機構の平成21年度患者満足度調査の結果

■分かりやすい説明に関する評価(入院)



○平均値(平成16年度:4.423/平成17年度:4.495/平成18年度:4.529/平成19年度:4.554/平成20年度:4.577/平成21年度:4.588)

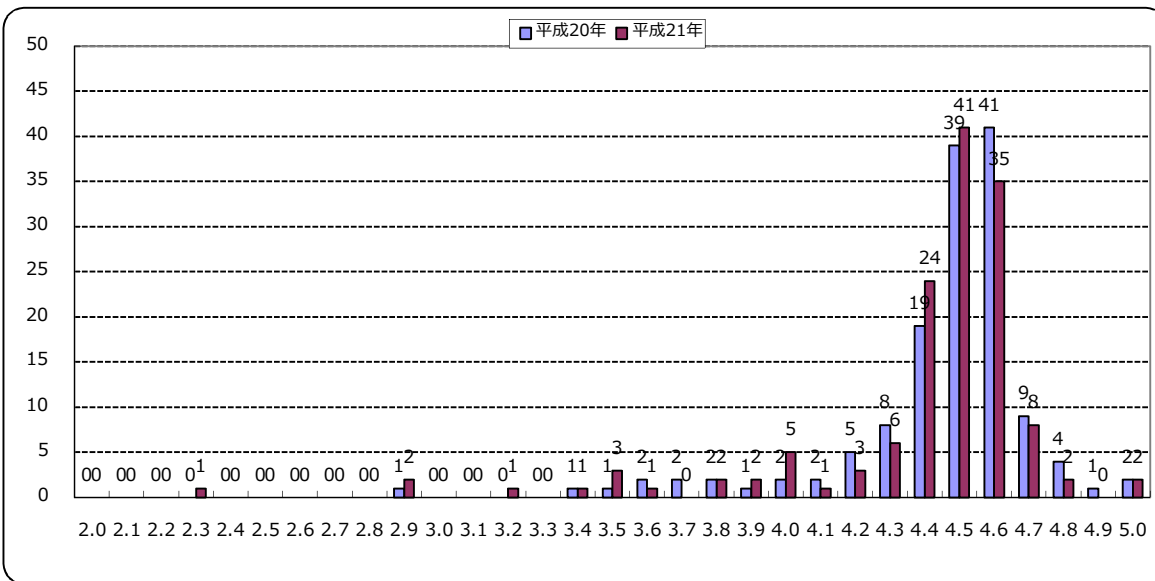
■分かりやすい説明に関する評価(外来)



○平均値(平成16年度:3.996/平成17年度:4.075/平成18年度:4.111/平成19年度:4.143/平成20年度:4.177/平成21年度:4.185)

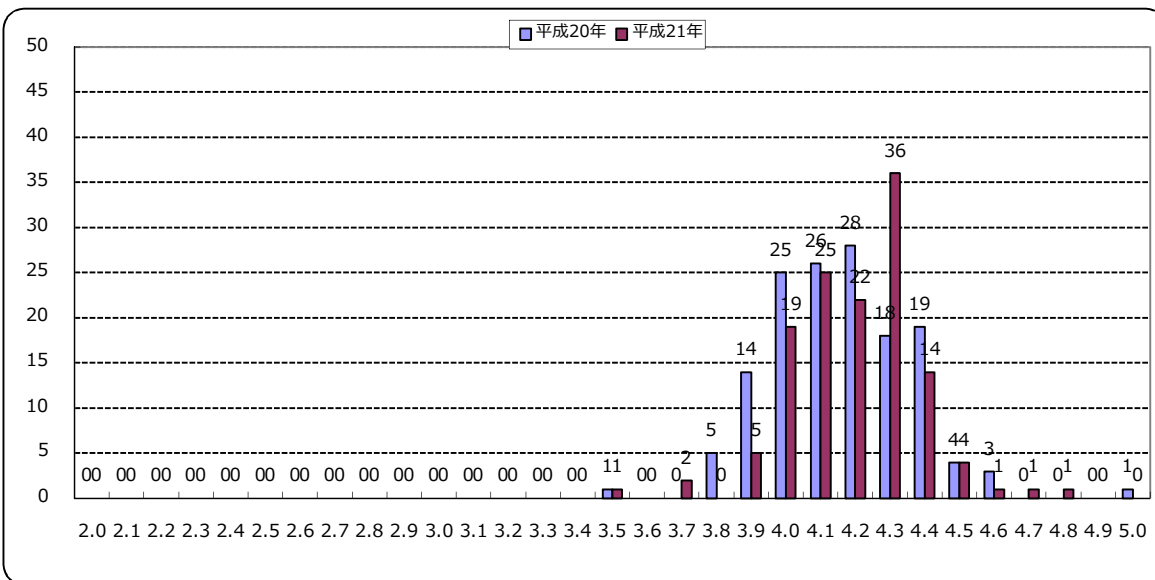
国立病院機構の平成21年度患者満足度調査の結果

■相談しやすい環境づくりに関する評価(入院)



○平均値(平成16年度:4.352/平成17年度:4.443/平成18年度:4.466/平成19年度:4.494/平成20年度:4.516/平成21年度:4.521)

■相談しやすい環境づくりに関する評価(外来)



○平均値(平成16年度:3.847/平成17年度:4.002/平成18年度:4.048/平成19年度:4.073/平成20年度:4.115/平成21年度:4.129)

相談しやすい環境づくりに係る取組

特別優秀賞 (表彰状の授与)

呉医療センター

タイトル：

病棟の顔は私です！

～看護師長が相談窓口であることをアピールして～

取り組みのメンバー構成：

(看護師長)

佐久間千代子さん、三坂美奈子さん、神田弘子さん 他



患者サービス向上グループ

要旨

当院は、急性期型病院で在院日数も短く入退院も激しい。24時間患者と関わる看護師は、医療従事者の中で最も身近な存在である。看護師長は、病棟の顔であることを自覚して、入院に対する患者の不安やトラブルを察知し、即座に対応することが大切である。

今回看護師長が相談窓口であることを積極的にアピールすることで、患者サービスの向上に努めたいと考えた。その手段としてまず、看護師長の名前を覚えてもらうことが大切と考え手作りの名刺を持って頻回の巡室を行った。その結果、看護師長に悩みや困ったことなどの相談が持ちかけられるようになり良い評価を得たので報告する。

取り組みの内容

平成19年8月から病棟看護師長が、入院患者及び転入患者または、その家族を対象に手作りの名刺を配布した。名刺は、産科や小児科等の特徴的なイラストを入れたり、季節によってデザインを変えたり、手書きのメッセージを入れる等の工夫をした。実際に患者に渡す時は、自己紹介と一緒に「気がついたことや相談があればいつでも声を掛けて下さい。」「師長が相談窓口になります。」等の言葉を添えて渡した。また患者を訪室する機会を増やし、意見・要望に積極的に耳を傾けるよう心がけていった。

名刺配布後、平成18年度と名刺配布後の平成19年度の院内のご意見箱から回収された看護部に対する苦情・意見を比較検討した。また入院患者、看護師長を対象に名刺配布に対するアンケート調査を行い、効果の検討を行った。

成果の概要

ご意見箱から回収された看護部に対する投書件数では、平成18年度が41件に対し、平成19年度は32件と約2割減少した。苦情の内容については、「看護師に関すること」次に「清掃、空調に関すること」「他患者との調整」「面

会時間について」の順位であり変化はなかった。しかし、件数については「看護師に関すること」が26件から16件に減少していた。

患者を対象にしたアンケート結果では、「名刺をもらったことで看護師長の名前を覚えることができた」58%、「相談相手が明確になった」34%であった。また、名刺をもらうことが看護師長に相談するきっかけとなったかという質問に対しては60%の患者が「はい」と答えていた。相談内容としては、「部屋替えについて」「看護師に関すること」「診断書について」「医師に関すること」「入院費用について」であり、相談に対する対応においては、86%の患者が満足のいく対応であったと答えている。また、名刺に関しては、「名前を言われるだけでは忘れてしまうが、名刺があるので覚えられる」「何でも相談するように言われたので、小さいことでも話しやすい」「ご丁寧にありがとう」という感想であった。

病棟看護師長14名に対するアンケート調査の結果では、全員が名刺を配布するようになって患者から相談を受ける機会が増え、苦情に早期対応できるようになったと感じている。急性期病院であるため突然家族と連絡をとらないといけない時が多いが、そのようなときに「あの名刺の方ですか」と言われ、話をスムーズにすすめること

ができた。患者不在時は名刺にメッセージを残している
ので、患者の方からあいさつを受けるようになったなど
の変化を感じており、看護師長全員が今後も名刺配布の
継続を希望している。

病棟スタッフからも、「患者が大事に名刺を持っている
のを目にする」「患者が師長の名前をよく覚えている」
「名刺を見て師長の名前を確認し、師長に話が聞きたい
と言う患者・家族が増えた」という声があった。

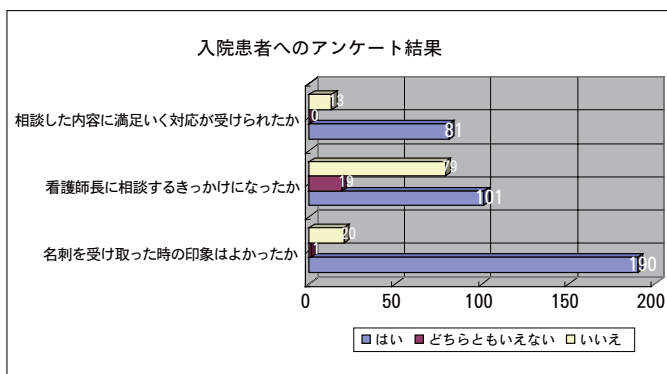
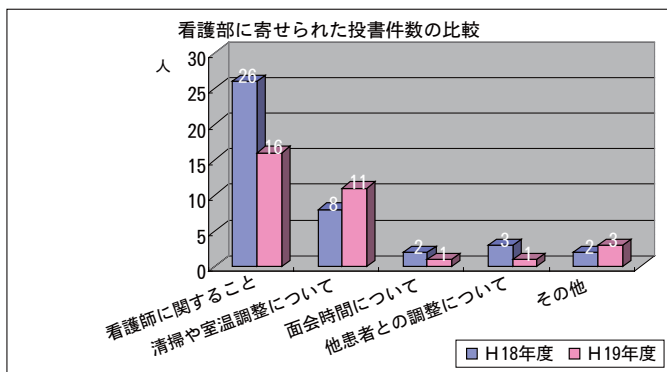


今後の評価と継続性の確保対策

今回、看護師長が相談窓口であることをアピールし積
極的に巡室を行った。18年度に比べ苦情件数が減少した
のは、患者から相談を受けるようになり、看護師長が早
く患者の不安に気づき対応した結果と考える。特に「看
護師に関すること」の投書が減少していることは、看護
師長が患者から相談を受け即座に看護師に指導を実施し

たためと考える。患者の相談内容としては、「部屋替え」
や「看護師に関すること」「医師に関すること」が多く、
患者・家族が入院生活に戸惑いを感じており、細かな説
明や配慮が必要なことが分かる。また、86%の患者が相
談に対し満足のいく対応が受けられたということは、名
刺を持って頻回に巡室を行い患者の相談に耳を傾け対応
した効果と考える。

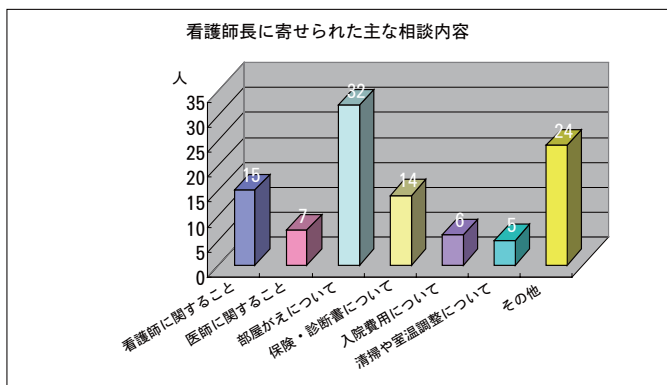
看護師長は病棟の顔であり責任者として患者に対応す
ることが、患者サービスの観点から重要である。病棟ス
タッフからも「名刺を見て師長の名前を確認し、〇〇師
長に相談したいと言う患者・家族が増えている」との評
価を得ており、患者・家族にとって身近な存在として安
心した療養生活への配慮につながっていると考えます。



取り組みにおける感想

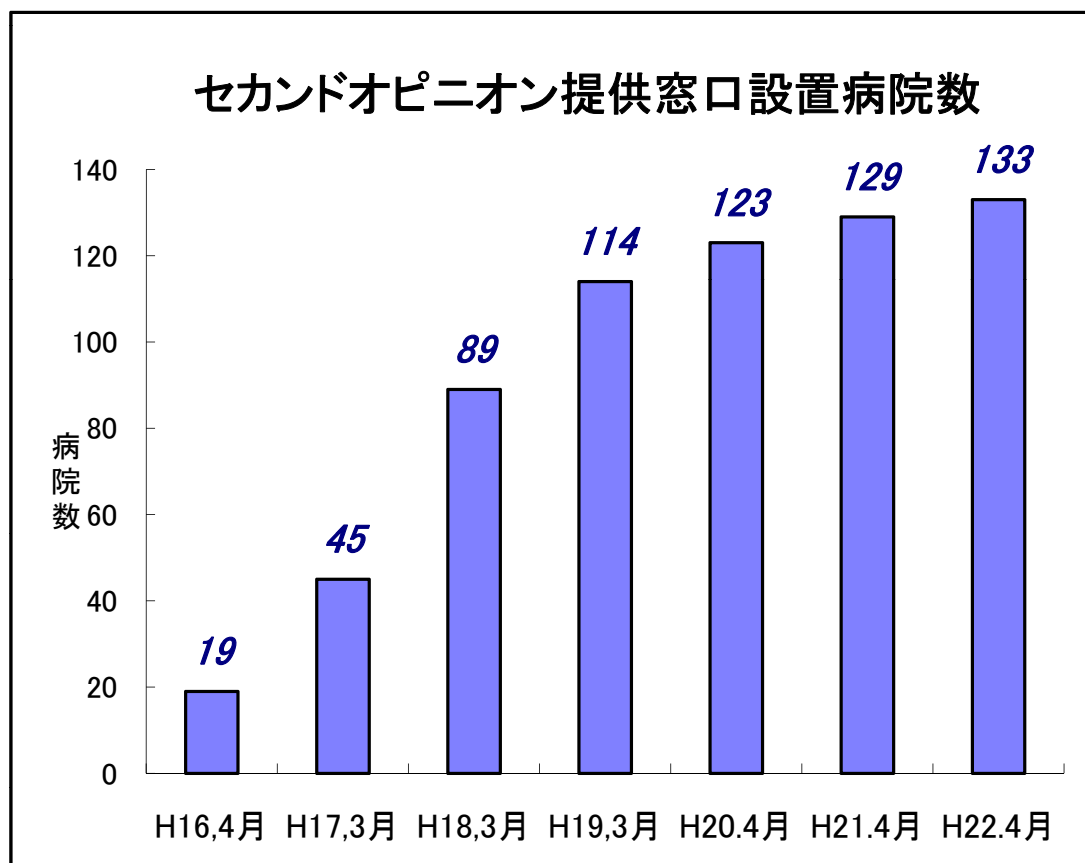
今までも、看護師長は入院時自己紹介を行い巡室を行っ
ていた。しかし、当院は、在院日数が短く、急性期病院
であり検査等で患者が不在の事が多く十分な関わりが難
しい状況であった。今回、巡室時に名刺を添えたという
簡単な試みであったが、患者・家族に病棟の責任者が誰
かということを理解してもらったということで、積極的
に相談を受けることができた。ご意見箱に看護師に対す
る苦情・意見が減ったことを考えると病棟の顔であるこ
とをアピールすることの大切さを痛感した。

看護師長は、常に患者の身近な存在であり、患者の意
見に常に耳を傾け行動する必要がある。今後は名刺配布
を継続するとともに、更なる患者満足度の向上を図るた
めに様々な工夫を行っていきたいと考える。



セカンドオピニオン窓口設置病院の 推移及び料金体系

セカンドオピニオン提供窓口設置病院数



セカンドオピニオン提供病院の料金一覧

1回	1,000円	1
1回	3,000円	1
1回	5,000円	7
1回	10,000円	20
30分	5,000円	23
30分	7,000円	1
30分	8,000円	1
30分	10,000円	34
30分	15,000円	2
40分	10,000円	1
45分	20,000円	1
1時間	5,000円	1
1時間	10,000円	31
1時間	15,000円	1
1時間	20,000円	3
	無料	3
診療報酬の初診料を算定		2
計		133

「インフォームド・コンセントの
更なる向上のために」

インフォームド・コンセントの更なる向上のために

- 本報告は、インフォームド・コンセントの基本的考え方、説明が必要な内容とその対象者、実施するに当たって留意すべき点等について包括的に整理し、国立病院機構におけるインフォームド・コンセントの更なる向上に資することを目的としている。

- 本報告では、医療者である以上、患者に対しきちんとした説明を行い、理解を得ることが望ましいと考えられる内容について整理を行っている。

- 各病院は、本報告を参考として、自病院のインフォームド・コンセント・マニュアルを整備する、あるいは既に整備している場合には必要な修正等を行うことにより、インフォームド・コンセントの更なる向上のために、実施体制を整備していくことが望まれる。

国立病院機構中央医療安全管理委員会報告

平成 21 年 3 月 24 日

1. インフォームド・コンセントの意義

- ・インフォームド・コンセントの基本的考え方は、「実施しようとしている処置や治療についての基本的な情報を前もって患者に提供し、かつ患者がこれに同意してからでなければ、医師は患者に治療を開始してはならない」というものである。
- ・医師が行う診療行為は、患者の同意に基づく診療契約に基づくものであり、侵襲を伴う場合はもちろんのこと、侵襲を伴わない診療行為であっても、原則として患者の同意なしに診療行為を行ってはならないことを自覚することが必要である。
- ・ひと昔前の「おまかせの医療」から「患者の知る権利と自己決定権に基づく参加する医療」への大きな流れの中では、「医師の裁量権は、患者の理解と同意の上に立つてのみ行使出来るものである」ということを改めて明確に意識することが必要である。患者は、医療行為の対象ではなく、主体であって、医療行為を決定する権利は医師でなく、患者にある。患者の自己決定権を尊重しなくてはならない。
- ・インフォームド・コンセントは、処置や治療に関する診療情報の提供を適切に行う中で、医療における意思決定を患者と医師が共有するプロセスであるということができる。この様なプロセスを通じ、患者と医師との間に良好なコミュニケーションを形成し、医療の質を向上させていくことは、国立病院機構が掲げる基本理念である「患者の目線に立った懇切丁寧な医療の提供」にも繋がるものである。
- ・また、インフォームド・コンセントを通じて、患者と医師との間に責任あるパートナーシップを築き育てていくことは、無用な医療紛争を避けるためにも有効な手段となる。インフォームド・コンセントは本来患者の自己決定権の保障のためにあるべきものであるが、一方でその適切な形での実施は、結局は医師等医療従事者のためにもなるということを確認意識することが必要である。
- ・なお、療養上の世話などの処置等についても、日頃から患者との積極的な対話を心掛け、常に信頼関係の構築に努めていくことが必要である。
- ・また、インフォームド・コンセントは、日本医師会の「医療従事者のための医療安全対策マニュアル」にある下記を参考にしながら出来るだけ広い範囲で行なうべきである。

※ インフォームド・コンセントを行なうリスクの範囲

- ① リスクの可能性が高い場合
- ② 不利益の起きる可能性はまれであるが、不利益の結果が大きい場合
- ③ 不利益が軽度で、リスクもまれな場合でも、患者の現在の健康レベルが高い場合
- ④ 患者が医療に対して過度の期待を持つ場合

2. インフォームド・コンセントの一般的対象事項

- ・医師等は、次の各事項について患者に説明し、同意を得ることが必要となる。

- ①病名と病態
 - ②これに対し実施しようとしている診療方法の内容と期待される改善の程度
 - ③その診療方法の危険性(合併症の具体的内容とその頻度、対処法の有無及び有効性)
 - ④その診療方法以外に選択肢として可能な治療方法とその利害得失：インフォームド・チョイス(有効性及び危険性)
 - ⑤何ら治療を行わなかった場合に考えられる結果(患者が受ける利益・不利益)
 - ⑥その患者の疾病についての将来予測(予後)
 - ⑦結果が予測と異なる場合は、速やかにその内容
- ・採用しようとしている診療方法とその代替的治療法の有効性と危険性については、奏効率や合併症発症率の具体的な数字(何%程度など)を挙げて説明することが重要である。
 - ・今日求められているのは、単に患者に行おうとしている診療内容について説明し、同意を取り付けることではなく、患者の自己決定権の保障の観点から、患者に診療上の選択肢を示して自由に選択してもらう(一般的対象事項の④＝インフォームド・チョイスである)ことを十分理解しておくことが重要である。

3. 説明範囲

- ・医師は、上記「インフォームド・コンセントの一般的対象事項」の各々についてそのことを医師ならば通常一般的に認識できたであろう情報について、個々の患者の立場に即した工夫を行いながら説明を行う。
- ・患者の現症状とその原因、その治療方法を採用する理由、治療方法の内容、それによる危険性の程度、それを行った場合の改善の見込み・程度、当該治療を行わない場合の予後等についてできるだけ具体的に説明することが必要である。

4. 危険性の説明

- ・発生頻度が高い合併症や副作用については説明を行う。また、発生頻度が低いものであっても、そのことにより重大な障害や死亡の可能性がある場合には、説明を行うべきである。
- ・また、美容(容姿の変化)等に関係するものについても可能な限り説明を行なう。なお、新しい治療方法等については、現時点では判明していないリスクが発生する可能性があることも説明する。

5. インフォームド・コンセントの頻度

- ・既にインフォームド・コンセントを得ている場合でも、患者の容態に応じて治療方針を変更する必要がある場合等には、適宜その都度インフォームド・コンセントを得ることを基本とする。

6. 説明者

- ・患者に対する説明は、原則として主治医が行うことになるが、看護師の同席やチーム医療で取り組む場合にはチーム内の担当者が説明を行うなど、各施設の状況に応じて適切で分かりやすい説明に向けた工夫が行われることが望まれる。

7. 説明の対象者

- ・説明すべき相手方は、原則として患者本人であり、家族・親族のみへの説明をもって代えることはできない点に留意が必要である。
- ・ただし、医師の裁量において本人以外の者へも説明が必要と判断される場合には、本人以外の者へ説明を行うことについて患者本人の承諾を得ることが必要である。
- ・また、同意能力が認められる未成年者の場合は、本人に説明し同意を得ることが必要となるが、侵襲性の高い診療を行う場合は、本人から承諾を得たうえで親にも説明をすることが必要である。
- ・特に、予後不良な悪性腫瘍患者等に対しては、「説明すべき相手方は、原則として患者本人」という基本方針の上にとって、個々の症例毎に対処していくことになるが、患者本人に説明しない場合は、患者が自己の症状を軽視して治療に協力しなくなるものがないよう、家族等に対する説明の適否を検討し、適当であると判断できた場合は説明を行ったうえで協力を求めることが重要となる。
- ・患者本人に説明を行う場合は、患者の病状・精神状況などを考慮した上で、恐怖感など不必要な精神的ショックを与えないよう、関連する医療チームで説明内容・程度について慎重に対応するなどの配慮が必要となるであろう。

8. 家族等への説明

- ・原則として患者の同意を得たうえで、家族や家族の中のキーパーソンにも出席を求め、出来るだけ複数の人に説明をしておくことが望ましい。

9. 説明時間及び場所

- ・当該施設の患者の状況や説明時刻等にもよるが、可能な限り時間を十分にとり患者に質問の機会を与えながら説明を行うことが望まれる。また、説明から患者の意思表示までの間に可能な限り時間を置くことや、リスクの高い治療方法の場合の複数回の説明、説明場所の配慮など患者の立場に立った説明の工夫に心掛けることも重要であろう。
- ・なお、救急の場合でも廊下などでの立ち話では患者・家族は「説明を受けた」と認識しない場合が多いことに注意することが必要である。

10. 説明の進め方

- ・多忙な診療業務の中で効率的に分かりやすい説明を行うためには、例えば図や模型などを使用することも一つの方法であろう。また、専門用語は出来るだけ使用しない、用いる場合でも説明した上で用いることもポイントである。また、その際には、患者の精神的側面への十分な配慮や傾聴する姿勢を心掛けることが重要であろう。

11. セカンドオピニオンの説明

- ・診断や治療に関して、他の医師や医療機関の意見を求めることができる旨についても説明し、求めに応じて適宜他の医師や医療機関を紹介する。
- ・患者自身あるいは家族が、診断や治療について理解や判断することが難しい場合には、現在診療を受けている医師とは別の医師から独立したアドバイスを受ける機会があることを主治医の方から進めることは、医師と患者の相互信頼感を高める結果ともなる。

12. 診療録への記録

- ・説明医師及び同席者（看護師）、日時（所要時間も記載する）、説明内容、説明場所、相手方氏名及び同席者氏名、同意の有無等の情報については確実に診療録に記録することが必要である。
- ・また、リスクの高い治療方法を採用する場合など状況に応じ、説明を受けた患者から確認のサイン（自署名）を得ることが望ましい。

13. 同意能力なき者への説明

- ・精神障害者や認知症、脳疾患のため患者本人に検査の必要性の判断や決断をする能力が不足している場合など患者が成人であっても同意能力がない場合は、家族や近親者に対する説明を行い、代諾を得る必要がある。

14. 説明の省略

- ・次のような場合に、説明を省略することができるとする考え方がある。個々の具体的事例毎に判断されることが必要であるが、今日では、患者の自己決定権擁護の観点から、できるだけ省略することなく説明することが望ましいことは言うまでもない。

①患者が予め説明を受けることを放棄している場合

患者が説明を受ける機会を放棄することは、それ自体が自己決定権の行使と考えられている。従って、患者自身が自発的に説明を受けることを拒否した場合には、これから採ろうとしている診療行為に限って、説明を省略できる。なお、この場合は必ず、患者が説明を受けることを放棄・拒否した事実（日時・場所を含めて）を診療録に記載しておく必要がある。

②危険性が小さい場合

その危険性が小さく、且つ普通の人でもよく知っているような場合には、説明を省略できる。

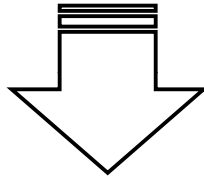
③緊急の場合

緊急事態で、即座に医療を施さなければ患者の生命・身体に重大な危険をもたらす場合には、説明を省略できる。ただし、実施する医療について説明する時間はないが、同意を得る時間がある場合には、同意を得たうえで、その後きちんと説明することは言うまでもない。

患者の価値観の尊重

○「患者の価値観の尊重」

患者の利便性に考慮した『多様な診療時間の設定』や、『待ち時間』対策などのサービスの改善を図る



患者満足度調査の結果（5点満点）
《多様な診療時間の設定》

○外来

区 分	16'	17'	18'	19'	20'	21'
「多様な診療時間の設定」に係る総合評価	3.885	3.879	3.928	3.949	3.988	4.004
①病院の診療日や診療時間があわない	3.885	3.887	3.912	3.941	3.978	3.993
②リハビリの診療日や時間帯があわない	-	3.860	4.048	4.008	4.064	4.089

【凡例:1.全くそうだ 2.ややそうだ 3.どちらでもない 4.ややちがう 5.まったくちがう】

《待ち時間》

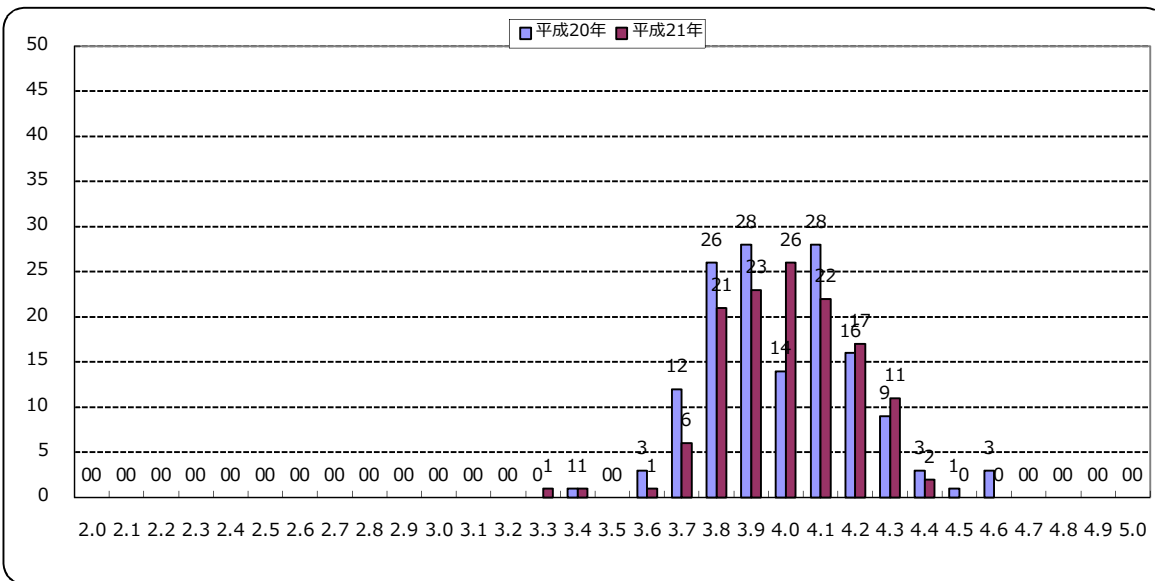
○外来

区 分	16'	17'	18'	19'	20'	21'
「待ち時間」に係る総合評価	3.264	3.287	3.388	3.411	3.462	3.449
①診療までの待ち時間を不満に思う	2.882	2.857	2.911	2.928	3.000	2.984
②予約したのに待たされた	2.792	2.776	2.848	2.856	2.920	2.907
③待ち時間を知りたかった	2.877	2.938	3.005	3.011	3.080	3.060
④診療の順番を守られなかった	3.616	3.627	3.669	3.694	3.734	3.726
⑤待つのが当然という態度の職員がいた	3.619	3.660	3.367	3.741	3.776	3.794
⑥呼び出しが聞き取りにくい	-	-	3.673	3.677	3.726	3.723
⑦検査までの待ち時間が長すぎる	3.672	3.692	3.783	3.797	3.849	3.825
⑧会計までの待ち時間が長すぎる	3.419	3.526	3.649	3.705	3.727	3.691

【凡例:1.全くそうだ 2.ややそうだ 3.どちらでもない 4.ややちがう 5.まったくちがう】

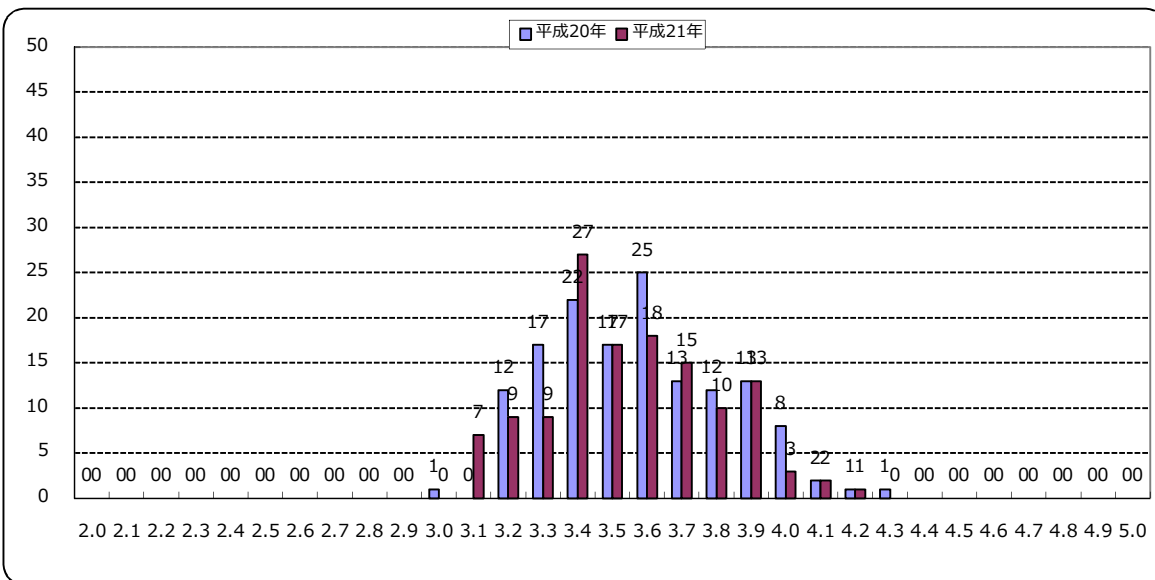
国立病院機構の平成21年度患者満足度調査の結果

■多様な診療時間の設定に関する評価(外来)



○平均値(平成16年度:3.885/平成17年度:3.879/平成18年度:3.928/平成19年度:3.949/平成20年度:3.988/平成21年度:4.004)

■待ち時間に関する評価(外来)



○平均値(平成16年度:3.264/平成17年度:3.287/平成18年度:3.388/平成19年度:3.411/平成20年度:3.462/平成21年度:3.449)

院内助産所に係る取組

待ち望んだ、院内助産所での出産

指宿病院 副看護師長 助産師 野道 眞奈美

指宿病院は、指宿市・南九州市を中心とした診療圏域における唯一の公的病院で、地域の中核医療機関としての役割を果たしています。

指宿病院では、「私達はあなたと赤ちゃんそしてご家族に寄り添い、安全・安心で満足のいく妊娠、出産、育児をお手伝いします」をモットーに、平成21年1月5日に院内助産所を開設しました。

当院の産科は、医師1名で外来診察・分娩（年間約170件）・婦人科手術を取り扱っており、多忙な業務となっています。また、産科病棟は循環器科・放射線科との混合病棟で時には外科・泌尿器科・消化器内科など様々な科の入院に対応しています。7名の助産師は産科業務と同様に他科の看護業務も行っており、出産を迎えられたお母さんや赤ちゃんになかなか十分なケアが提供できないと悩む現状がありました。その一方で、少数ではありましたが助産師による妊娠中からの管理を望む声もありました。

当院ではこれまで、昭和60年度より助産師による保健指導（助産師指導外来）や母乳外来、平成17年より産後訪問を実施して来ました。

そのような中、平成19年3月に国立病院機構本部で行われた助産師外来・院内助産所開設を推進する研修会に参加したことをきっかけに、当院でもその開設に向けて準備をスタートさせました。開設準備では、助産師の院内・外での研修、他施設の視察、ガイドラインおよび様々な書類の作成、助産師外来・院内助産所室の改装、広報といったことを計画し行ってきました。しかし、日々の多忙な業務の合間での準備であったことや、この混合病棟の現状で果たして院内助産所を運営していくことができるのかといった不安で気持ちが

後退した時期もあり、準備が順調には進みませんでした。

しかし、産科医師の大きな理解と支援があり、助産師もその専門性を十分に発揮し、満足のいくお産の場を提供したいという思いを持ち続けたことによって開設を迎えることができました。

施設・設備面においては、病院の協力をいただき、助産師外来診察室や院内助産所室（マザールーム）とも明るい雰囲気に改装され、利用される方々にリラックスして過していただけるのではないかと考えています。

鹿児島県内では院内助産所を開設している施設がまだ少ないこともあり、準備の段階から地元のテレビ局の取材も受け、院内助産所の内容や改装の様子、助産師の研修風景が放映されました。

そして、4月末に院内助産所での初めての出産を無事に終えました。深夜から早朝にかけての出産でしたが、第1例目の出産ということもあり、担当の助産師以外にも勤務に支障のない助産師が全員駆けつけ、緊張感と期待感を持って見守り、ご家族とともに朝日に包まれて元気な赤ちゃんの誕生を迎えることが出来ました。

出産されたお母さんからは「助産師さん達に大事な我が子のお産を心強く支えていただき感謝の気持ちで一杯です。一人でも多くの妊産婦が私のように、とても良いお産だったと実感できるように今後も頑張ってください」というような感想をいただき、これからの励みとなりました。

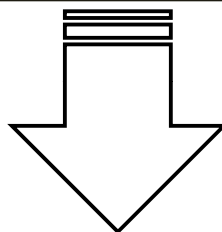
現在、秋以降に出産予定の方や里帰りでご来院出産予定の方で、院内助産所を希望されている妊婦さんが数名おられます。この貴重な第一例目の出産の体験を生かし、さらによりよい援助が出来るよう頑張っていきたいと思っています。



患者のプライバシー保護

○「患者のプライバシー保護」

**患者のプライバシー保護に関し、自病院のサービス
内容を点検して必要な改善を行う**



患者満足度調査の結果（5点満点）

《プライバシー保護》

○入院

区 分	16'	17'	18'	19'	20'	21'
「プライバシー保護」に係る総合評価	4.518	4.546	4.557	4.581	4.609	4.621
①プライバシーに配慮しない医師がいた	4.498	4.451	4.586	4.606	4.621	4.636
②プライバシーに配慮しない看護師がいた	4.501	4.533	4.566	4.591	4.619	4.616
③検査中、十分に気を配ってくれなかった	4.134	4.457	4.602	4.624	4.656	4.652
④治療、処置中に十分気を配ってくれなかった	4.586	4.595	4.637	4.663	4.701	4.689
⑤トイレ・浴室で恥ずかしい思いをしたことがある	4.390	4.404	4.415	4.443	4.472	4.527

【凡例:1.全くそうだ 2.ややそうだ 3.どちらでもない 4.ややちがう 5.まったくちがう】

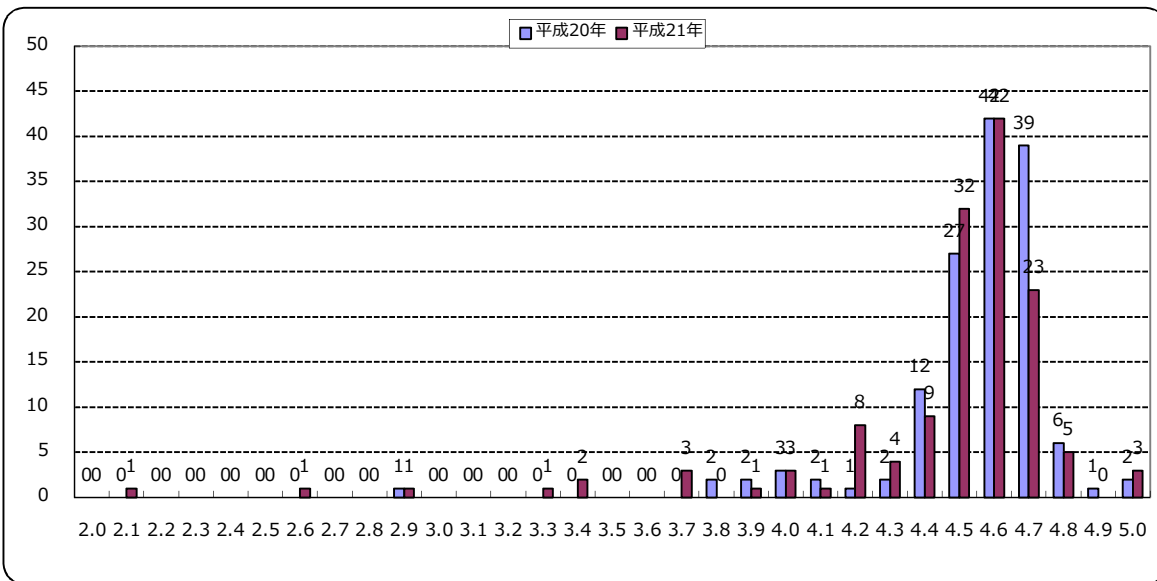
○外来

区 分	16'	17'	18'	19'	20'	21'
「プライバシー保護」に係る総合評価	4.039	4.033	4.094	4.119	4.155	4.179
①診察内が見えたり、会話が聞こえる	3.799	3.742	3.798	3.828	3.855	3.879
②プライバシーに配慮しない医師がいた	4.043	4.072	4.095	4.113	4.149	4.170
③プライバシーに配慮しない看護師がいた	4.058	4.082	4.105	4.134	4.178	4.195
④恥ずかしい思いに十分な気配りがない	4.145	4.143	4.295	4.320	4.348	4.384
⑤診察中、外の会話等が聞こえたり、のぞかれた	4.090	4.075	4.162	4.184	4.220	4.253

【凡例:1.全くそうだ 2.ややそうだ 3.どちらでもない 4.ややちがう 5.まったくちがう】

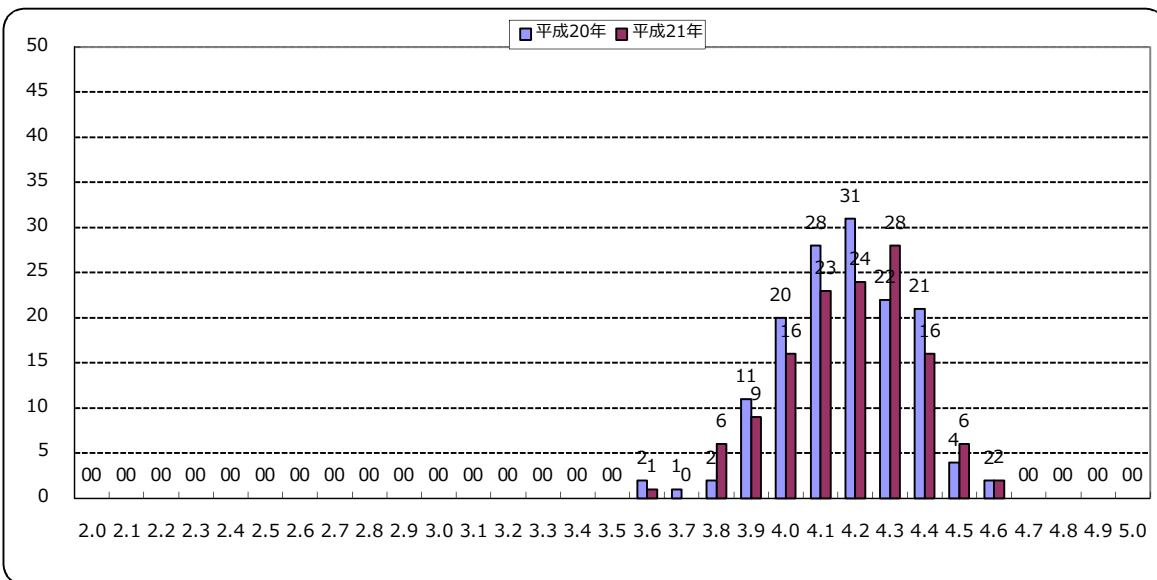
国立病院機構の平成21年度患者満足度調査の結果

■プライバシー保護に関する評価(入院)



○平均値(平成16年度:4.518/平成17年度:4.546/平成18年度:4.557/平成19年度:4.581/平成20年度:4.609/平成21年度:4.621)

■プライバシー保護に関する評価(外来)



○平均値(平成16年度:4.039/平成17年度:4.033/平成18年度:4.094/平成19年度:4.119/平成20年度:4.155/平成21年度:4.179)

国立病院機構医療事故公表指針

国立病院機構医療事故公表指針

この指針は、国立病院機構が、医療事故が発生した事実とその対応策等を公表していくことにより、病院運営の透明性を高め社会の信頼性を獲得するとともに、他の医療機関における類似の医療事故発生防止対策にも資することを通じ、我が国全体の医療安全対策の推進に貢献していくことを目的として定めるものである。

1. 事故発生病院において個別に公表する場合

(1) 個別公表の範囲

- ア 明かな医療過誤であり、患者が死亡、若しくは重大な永続的障害が発生した場合とする。
- イ その他、個別公表が医療安全対策の観点から社会的意義が大きいと考えられるものについても公表を行う。

(2) 公表の時期

- ア 事故発生後、可及的速やかに、院内の医療安全管理委員会等を開催し事故の事実関係の確認などを行った上で公表する。
- イ 拡大医療安全管理委員会を開催し検証作業を行った場合は、その報告書等についても追加的に公表を行う。
- ウ また、発生した事故に係る機構内部の専門医等の状況などから、拡大医療安全管理委員会に代えて、機構以外の有識者を交えた事故調査委員会を開催した場合についても、追加的に公表を行う。

(3) 公表内容

- ア 事故の概要
- イ 事故後の対応と経過
- ウ 事故の発生原因
- エ 今後の事故防止対策
- オ その他、必要と認める事項

(4) 公表の方法

原則として報道機関に対し公表する。

2. 国立病院機構全体で包括的に公表する場合

- (1) 「事故発生病院において個別に公表する場合」以外の事例については、国立病院機構本部において包括的に公表する。
- (2) 機構本部において一定期間毎に取りまとめた包括的な医療事故報告書により公表を行う。
- (3) 公表の方法は、国立病院機構ホームページにおいて行う。

3．個人情報への配慮

- (1) 公表に際しては、「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」(平成15年5月30日法律第59号)に基づき、患者側のプライバシーに十分配慮をし、その内容から患者が特定、識別されないよう個人情報を保護する。
- (2) 医療従事者については、病院としての事例検証を行う中で、公表内容から直ちに関係職員が特定、識別されることのないよう配慮する。

4．個別的公表に際しての患者・家族等からの同意

- (1) 患者本人はもちろん、原則として家族等からも同意を得る。
- (2) 患者が死亡した場合は、原則として遺族から同意を得る。
- (3) 患者が意識不明の場合や判断能力がない場合は、原則として家族等から同意を得る。また、患者の意識回復に併せて、速やかに本人への説明を行ない、本人の同意を得るよう努める。
- (4) 同意を得るに当たっては、公表することだけでなく、その内容についても、公表する内容を書面で示しながら十分説明を行う。
- (5) 同意の有無、説明の内容を記録し医療安全管理委員会の書類として保存する。
- (6) 公表するか否かの判断は、患者又は家族等の意向を最大限尊重して行う。

5．個別的公表の判断

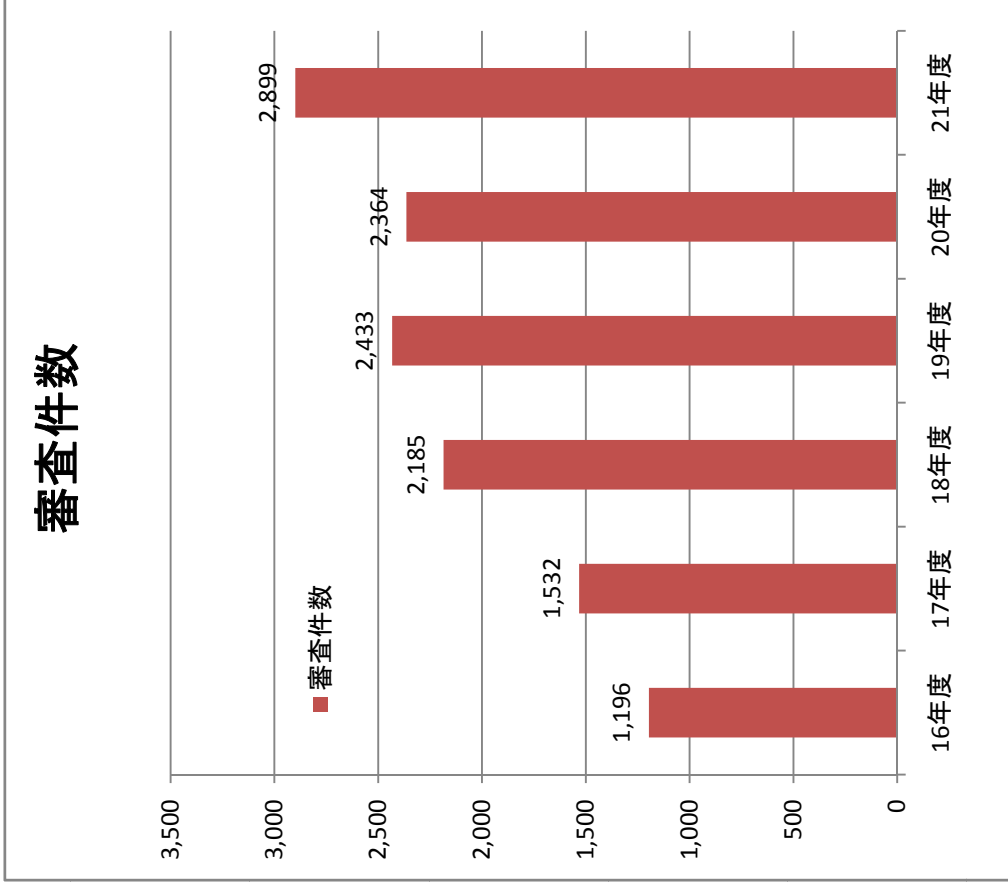
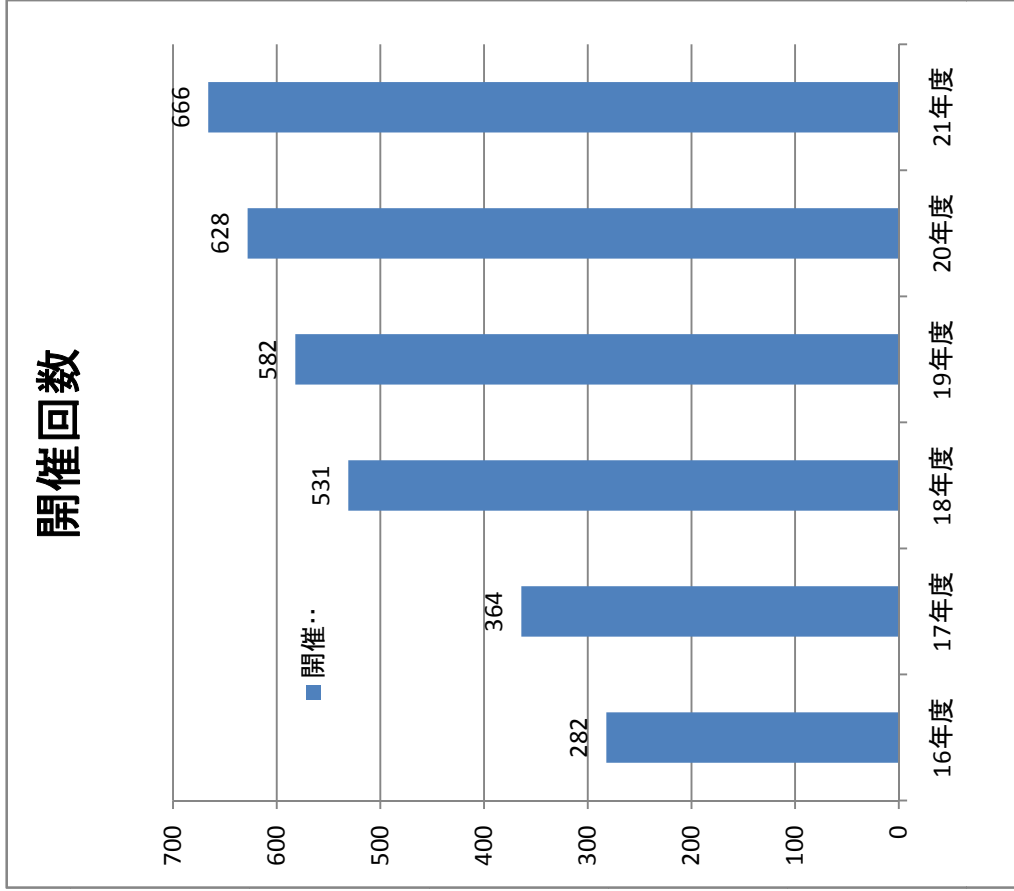
公表するか否かの判断等については、病院内の委員会の意見や患者・家族の意向等を踏まえ、病院長が決定する。また、必要に応じて国立病院機構本部、ブロック事務所と協議する。

6．機構本部、ブロック事務所への連絡

個別公表することを決定した場合は、公表資料等を添えて速やかに国立病院機構本部、ブロック事務所に連絡を行う。

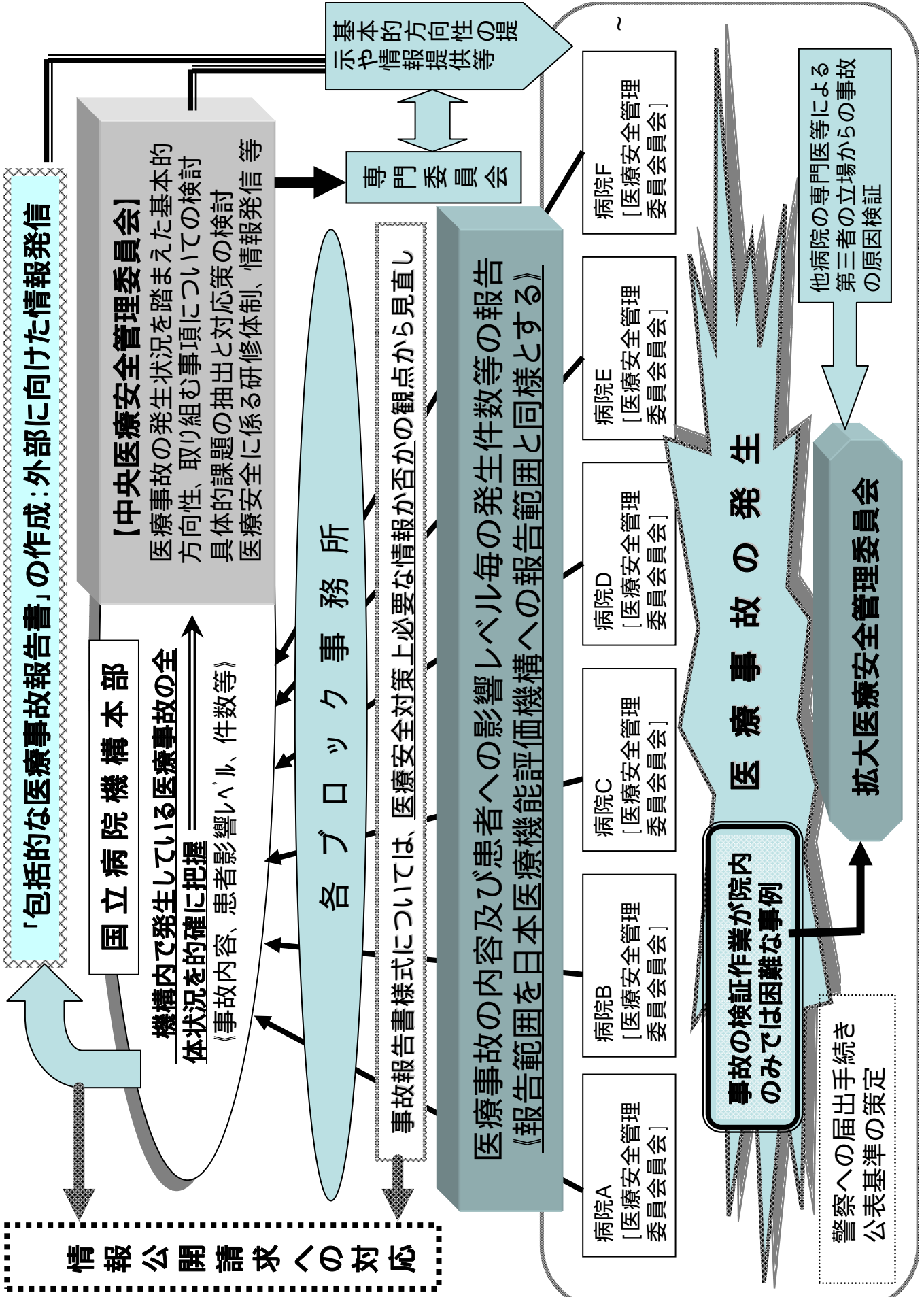
倫理審査委員会設置数、開催回数
及び審査件数

倫理審査委員会開催回数及び審査件数



医療安全管理体制及び
「独立行政法人国立病院機構の
医療安全管理のための指針」

医療安全管理体制(全体図)



(平成 19 年 3 月 29 日改)

独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針

目 次

第 1	趣旨
第 2	医療安全管理のための基本的考え方
第 3	用語の定義
第 4	医療安全管理体制の整備
第 5	各病院における医療安全管理のための具体的方策の推進
第 6	医療事故発生時の具体的な対応
第 7	医療事故の評価と医療安全管理への反映
(別添 1)	患者影響レベルの指標
(別添 2)	患者影響レベル毎の具体的事例
(別添 3)	医療安全管理規程(例)
(別添 4)	医療事故防止ための要点と対策
(別添 5)	ヒヤリ・ハット体験報告
(別添 6)	ヒヤリ・ハット、医療事故情報分析表
(別添 7)	ヒヤリ・ハット事例集
(別添 8)	医療安全対策ネットワーク整備事業の実施について
(別添 9)	医療事故情報収集等事業の概要(「医療事故情報収集等事業の開始について」及び「医療事故情報収集等事業に係る報告様式及び記載要領等について」)
(別添 10)	「医薬品・医療用具等安全性情報報告制度」実施要領
(別添 11)	医療事故報告書(院内報告書)
(別添 12)	医療事故報告書(本部、ブロック事務所への報告書)
(別添 13)	警察への届出に当たっての手順
(別添 14)	国立病院機構医療事故公表指針
(別添 15)	拡大医療安全管理委員会運用規程

(別添 4) ~ (別添 12) については本編添付省略

第1 趣旨

本指針は、独立行政法人国立病院機構（以下「国立病院機構」という。）における医療安全管理体制の確立、医療安全管理のための具体的方策及び医療事故発生時の対応方法等について、指針を示すことにより、適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

第2 医療安全管理のための基本的考え方

医療安全は、医療の質に関わる重要な課題である。また、安全な医療の提供は医療の基本となるものであり、各病院及び職員個人が、医療安全の必要性・重要性を病院及び自分自身の課題と認識し、医療安全管理体制の確立を図り安全な医療の遂行を徹底することがもっとも重要である。このため、各病院は、本指針を活用して、病院ごとに医療安全管理委員会及び医療安全管理室を設置して医療安全管理体制を確立するとともに、病院内の関係者の協議のもとに、独自の医療安全管理規程及び医療安全管理のためのマニュアル等（以下「マニュアル等」という。）を作成する。また、ヒヤリ・ハット事例及び医療事故の評価分析によりマニュアル等の定期的な見直し等を行い、医療安全管理の強化充実を図る必要がある。

さらに、各病院において行われている医療安全管理に係る有効な取り組みを国立病院機構の全病院で共有することや、各病院で発生した医療事故等を一元的に収集し整理・分析した上でフィードバックするなど国立病院機構の病院ネットワークを活用した医療安全管理体制の確立を図っていくことも重要である。

第3 用語の定義

1 医療安全管理規程

国立病院機構の各病院における医療安全管理体制、医療安全管理のための職員研修、医療事故対応等の医療安全管理のための基本方針を文書化したもので医療安全管理委員会で策定及び改定するものをいう。

2 マニュアル

国立病院機構の各病院において、本指針の第5から第7に記載されている医療安全管理のための具体的方策、医療事故発生時の具体的対応及び医療事故の評価と医療安全管理への反映等をまとめたものをいう。マニュアルは、病院内の関係者の協議のもとに医療安全管理室で作成、点検及び見直しの提言等を行い、医療安全管理委員会で承認を受けるものとする。

3 医療事故

医療事故とは、医療に関わる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や廊下で転倒した場合なども含む。

4 医療過誤

医療過誤は、医療事故の発生の原因に、医療機関・医療従事者に過失があるものをいう。

5 ヒヤリ・ハット事例

患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例をいう。

具体的には、ある医療行為が、患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合、患者には実施されたが、結果として患者に被害を及ぼすに至らなかった場合を指す。

6 患者影響レベル

発生した医療事故やヒヤリ・ハット事例が患者にどの程度の影響を与えたかを区分するもの。国立病院機構における統一的な患者影響レベルの指標は、別添1のとおりとし、その具体的事例を別添2に整理する。レベル0からレベル3aまでをヒヤリ・ハット事例、レベル3bからレベル5までを医療事故とする。また、各病院は、本指標に基づき、発生した医療事故等がどの患者影響レベルに該当するのかについて整理を行うこととする。

7 医療安全管理者

医療安全管理者は、院長の指名により選任され、医療安全推進担当者を指導し、連携・協同の上、特定の部門ではなく病院全般にかかる医療安全対策の立案・実行・評価を含め、医療安全管理のための組織横断的な活動を行う者をいう。

また、医療安全管理者は、独立行政法人国立病院機構組織規程（平成16年規程第3号）第72条の規定に基づく看護部又は看護課に置く看護師長をもって充てるものとする。

8 医療安全推進担当者

医療安全推進担当者は、院長の指名により選任され、医療事故の原因、防止方法に関する検討提言や医療安全管理委員会等との連絡調整を行う者をいう。

9 医薬品安全管理責任者

医薬品安全管理責任者は、院長の指名により選任され、医薬品の安全使用を確保するための業務を行う責任者をいう。

10 医療機器保守管理責任者

医療機器保守管理責任者は、院長の指名により選任され、医療機器の安全使用を確保するための業務を行う責任者をいう。

第4 医療安全管理体制の整備

各病院においては、以下の事項を基本として、病院内における医療安全管理体制の確立に努める。

1 医療安全管理規程について

- (1) 各病院は、病院内関係者の協議に基づき医療安全管理委員会で「医療安全管理規程」を策定及び改定する。(参考例は別添3のとおり。)
- (2) 医療安全管理規程には、以下の事項を規定する。
 - ア 医療機関における医療安全管理に関する基本的考え方
 - イ 医療安全管理のための病院内体制の整備
 - ウ 医療安全管理委員会の設置及び所掌事務
 - エ ヒヤリ・ハット事例の報告体制
 - オ 医療事故報告体制
 - カ 医療事故発生時の対応
 - キ 医療安全管理のための職員研修に関する基本方針
 - ク 患者等に対する医療安全管理規程の閲覧に関する基本方針
 - ケ その他、医療安全管理に関する事項
- (3) 医療安全管理規程の患者等に対する閲覧について
医療安全管理規程については、患者及び家族等に対し、その閲覧に供することを原則とし、待合室等に備え付けるなどして、各患者等が容易に閲覧できるように配慮する。

2 医療安全管理委員会の設置

- (1) 各病院は医療安全管理委員会(以下、「委員会」という。)を設置する。
- (2) 委員会は、副院長、診療部長又は医長、薬剤部長又は薬剤科長、看護部長又は総看護師長、事務部長又は事務長、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者等をもって構成することを原則とする。
- (3) 委員会の委員長は、原則として副院長とする。
- (4) 委員会の副委員長は、原則として医療安全管理者とする。
- (5) 委員長に事故があるときは、診療部長又は医長がその職務を代行する。
- (6) 委員会の所掌事務は、以下のとおりとする。
 - ア 医療安全管理の検討及び研究に関すること
 - イ 医療事故の分析及び再発防止策の検討並びに委員会によって立案された防止対策及び改善策の実施状況の調査及び見直しに関すること
 - ウ 医療安全管理のために行う職員に対する指示に関すること
 - エ 医療安全管理のために行う院長等に対する提言に関すること
 - オ 医療安全管理のための啓発、教育、広報及び出版に関すること
 - カ 医療訴訟に関すること
 - キ その他医療安全管理に関すること

- (7) 委員会は、所掌事務に係る調査、審議等の任務を行う。
- (8) 委員会の検討結果については、定期的に院長に報告するとともに、医療安全推進担当者を通じて、各職場に周知する。
- (9) 委員会の開催は、概ね毎月1回とする。ただし、必要に応じ、臨時の委員会を開催できるものとする。
- (10) 委員会の記録その他の庶務は、原則として医療安全管理室が行う。
- (11) 重大な問題が発生した場合には、委員会において速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに職員への周知を図る。

3 院内感染対策のための指針の策定

- (1) 各病院は、次に掲げる事項を内容とする「院内感染対策のための指針」を策定する。
 - ア 院内感染対策に関する基本的考え方
 - イ 院内感染対策のための委員会（以下、「院内感染対策委員会」という）、及びその他の院内感染対策に係る院内の組織に関する基本的事項
 - ウ 院内感染対策のために職員に対して行われる研修に関する基本方針
 - エ 感染症の発生状況の報告に関する基本方針
 - オ 院内感染発生時の対応に関する基本方針
 - カ 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
 - キ その他院内における院内感染対策の推進のために必要な基本方針
- (2) 院内感染対策のための指針は、院内感染対策委員会の議を経て策定及び変更するものとする。

4 拡大医療安全管理委員会の開催

院内の委員会で、発生した医療事故の過失の有無、原因等について十分な結論づけができない場合等には、院長は、第三者的立場から過失の有無等について厳正に審議を行うため、国立病院機構内における自施設以外の施設の専門医、看護師等（以下、「専門委員」という。）を加えた委員会（以下、「拡大医療安全管理委員会」という。）を開催する。

5 医療安全管理室の設置

- (1) 委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に当該病院内の安全管理を担うため、病院内に医療安全管理室を設置する。
- (2) 医療安全管理室は、医療安全管理者、医療安全推進担当者及びその他必要な職員で構成され、医療安全管理室長は原則として、副院長等の安全管理委員会における委員長とする。
- (3) 医療安全管理室の所掌事務は以下のとおりとする。
 - ア 委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存並びにその他委員会の庶務に関すること

イ 医療安全に関する日常活動に関すること

医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査（定期的な現場の巡回・点検、マニュアルの遵守状況の点検）

マニュアルの作成及び点検並びに見直しの提言等

ヒヤリ・ハット体験報告（ヒヤリ・ハット事例を体験した医療従事者が、その概要を記載した文書をいう。以下同じ。）の収集、保管、分析、分析結果などの現場へのフィードバックと集計結果の管理、具体的な改善策の提案・推進とその評価

医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知（他病院における事故事例の把握など）

医療安全に関する職員への啓発、広報（月間行事の実施など）

医療安全に関する教育研修の企画・運営（具体的な内容については、第5 4を参照）

医療安全対策ネットワーク整備事業に関する報告

医療機能評価機構への医療事故事例の報告に関すること

医薬品・医療用具等安全性情報報告制度に基づく報告の支援に関すること

医療安全管理に係る連絡調整

ウ 医療事故発生時の指示、指導等に関すること

診療録や看護記録等の記載、医療事故報告書の作成について、職場責任者に対する必要な指示、指導

患者や家族への説明など事故発生時の対応状況についての確認と必要な指導（患者及びその家族、警察等の行政機関並びに報道機関等への対応は、病院の院長、副院長のほか、それぞれの部門の管理責任者が主として行う。）

院長又は副院長の指示を受け、医療事故の原因分析等のための臨時医療安全管理委員会を招集

事故等の原因究明が適切に実施されていることの確認と必要な指導

医療事故報告書の保管

エ その他、医療安全対策の推進に関すること

（4）医療安全管理室の中に作業部会を設置し、医療安全管理室の業務の一部を行うことができる。

6 医療安全管理者の配置

各病院は、医療安全管理の推進のため、医療安全管理室に医療安全管理者を置く。

（1）医療安全管理者は、医療安全に関する十分な知識を有する者とする（医療安全管理者の養成を目的とした研修で、通算して40時間以上または5日程度の研修を終了した者）。

（2）医療安全管理者は、医療安全管理室長の指示を受け、各部門の医療安全推進担当者と連携・協同の上、医療安全管理室の業務を行う。

- (3) 医療安全管理者は医療安全管理室の業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。
- ア 医療安全管理室の業務に関する企画立案及び評価に関すること。
 - イ 病院における職員の安全管理に関する意識の向上及び指導に関すること。
 - ウ 医療事故発生の報告又は連絡を受け、直ちに医療事故の状況把握に努めること。

7 医療安全推進担当者の配置

各病院は、各部門の医療安全管理の推進に資するため、医療安全推進担当者を置く。

- (1) 医療安全推進担当者は、各診療科及び各看護単位にそれぞれ 1 名を、また、薬剤科（薬剤部を含む。）、研究検査科、事務部等各部門にそれぞれ 1 名を置くものとし、各院長が指名する。
- (2) 医療安全推進担当者は、医療安全管理室の指示により以下の業務を行う。
- ア 各職場における医療事故の原因及び防止方法並びに医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提言
 - イ 各職場における医療安全管理に関する意識の向上（各部門における事故防止確認のための業務開始時のミーティングの実施などの励行等）
 - ウ ヒヤリ・ハット体験報告の内容の分析及び報告書の作成
 - エ 委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の各職場への周知徹底、その他委員会及び医療安全管理室との連絡調整
 - オ 職員に対するヒヤリ・ハット体験報告の積極的な提出の励行
 - カ その他、医療安全管理に関する事項

8 医薬品安全管理責任者の配置

各病院は、医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策を実施させるため、医薬品安全管理責任者を置く。

- (1) 医薬品安全管理責任者は、医薬品に関する十分な知識を有する者とする。
- (2) 医薬品安全管理責任者は医薬品の安全使用に係る業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。
- ア 医薬品の添付文書の情報のほか、医薬品製造販売業者、行政機関、学術誌等からの情報の収集・管理
 - イ 得られた情報で必要なものについての当該情報に係る医薬品を取り扱う職員への周知
 - ウ 医薬品の業務手順書に基づき業務が行われているかについての定期的な確認と記録
 - エ その他、医薬品の安全使用に関する事項

9 医療機器保守管理責任者の配置

各病院は、医療機器の保守点検、安全使用の確保等の推進に資するため、医療機器保守管理責任者を置く。

- (1) 医療機器保守管理責任者は、医療機器に関する十分な知識を有する者とする。
- (2) 医療機器保守管理責任者は、医療機器の安全使用に係る業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。
 - ア 職員に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
 - イ 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の実施
 - ウ 医療機器の添付文書及び取扱い説明書の管理、並びに医療機器の不具合情報や安全情報等の一元的把握
 - エ その他、医療機器の保守点検・安全使用に関する事項

10 患者相談窓口の設置

- (1) 患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保するために、病院内に患者相談窓口を常設する。
- (2) 患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について、患者等に明示する。
- (3) 患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規程を整備する。
- (4) 相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮を行う。
- (5) 苦情や相談で医療安全に関わるものについては、医療安全管理室に報告し、当該病院の安全対策の見直し等に活用する。

11 マニュアル等の作成について

各病院は、医療安全管理の推進に資するためマニュアル等を作成する。

- (1) 各病院は、医療安全管理のための具体的方策、医療事故発生時の具体的対応及び医療事故の評価と医療安全管理への反映等をまとめたマニュアルを作成し、医療安全管理上の具体的方策を実施する。なお、病院において医療安全管理規程等をマニュアルに含めることも可能である。
- (2) また、医薬品の採用・購入に関する事項や管理に関する事項、患者に対する与薬や服薬指導に関する事項等を内容とする「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書」や、医療機器の保守点検に関する情報収集や購入時期、使用状況、保守点検・修理の把握等を内容とする「医療機器の保守点検に関する計画」を策定し、当該手順等に基づく業務を実施する。

第5 各病院における医療安全管理のための具体的方策の推進

各病院における医療安全管理のための具体的方策は以下のとおりとする。

1 医療事故防止のための要点と対策の作成

安全な医療を行うために、人工呼吸器、輸血、注射等についての具体的な注意事項を定める医療事故防止の要点と対策について、各部門の医療安全推進担当者を中心に医療安全管理室で作成し、委員会で承認を得る。また、医療事故防止の要点と対策は、自病院又は他病院のヒヤリ・ハット事例の評価分析や医療事故報告、原因分析等に基づいて、随時見直しを図ると共に関係職員に周知徹底を図り、委員会で承認を得て改定を行うものとする。（参考例は別添4のとおり。）

2 ヒヤリ・ハット事例の報告及び評価分析

(1) 報告

ア 院長は、医療安全管理に資するよう、ヒヤリ・ハット事例の報告を促進するための体制を整備する。

イ ヒヤリ・ハット事例については、当該事例を体験した医療従事者が、その概要をヒヤリ・ハット体験報告（参考例は別添5のとおり。）に記載し、翌日までに、医療安全推進担当者に報告する。

ウ 医療安全推進担当者は、ヒヤリ・ハット体験報告等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載して、医療安全管理室に提出する。

エ ヒヤリ・ハット体験報告を提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。

オ ヒヤリ・ハット体験報告は、医療安全管理室において、分析・検討が終了するまで保管する。

(2) ヒヤリ・ハット事例について効果的な分析を行い、医療安全管理に資することができるよう、必要に応じて、当該事例の原因、種類及び内容等をコード化した分析表（以下「ヒヤリ・ハット・医療事故情報分析表」という。参考例は別添6のとおり。）を活用し、評価分析を行う。

(3) ヒヤリ・ハット事例集の作成

各病院においては、ヒヤリ・ハット事例を評価分析し、医療安全管理に資することができるよう、事例集を作成する。（参考例は別添7のとおり。）

なお、事例集については、ヒヤリ・ハット体験報告に基づき、定期的に事例の追加記載を行い、関係職員への周知を図る。

3 医療安全対策ネットワーク整備事業への協力

医療現場におけるヒヤリ・ハット事例等を全国の医療機関から一元的に収集し、この情報を基に、ガイドラインの策定、製品の基準化、関係団体への製品の改良要

請等を行う医療安全対策ネットワーク事業に対し、事例の報告を行う。（別添 8）

4 医療事故情報収集等事業に係る報告

医療法施行規則第 9 条の 2 3 第 1 項第 2 号に示されている事故等事案に該当する事例については、日本医療機能評価機構に報告する。なお、報告にあたっては日本医療機能評価機構で示す報告様式・記載要領等による。（別添 9）

5 医薬品・医療用具等安全性情報報告制度に関する報告

医薬品又は医療用具の使用による副作用、感染症又は不具合が発生（医療用具の場合は健康被害が発生するおそれのある場合を含む）した場合、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止する観点から報告の必要があると判断した情報（症例）は、別添の様式により報告する。（医薬品又は医療用具との因果関係が必ずしも明確でない場合であっても報告の対象となりうる）（別添 10）

6 医療安全管理のための職員研修

（1）医療安全管理のための研修の実施

各病院は、個々の職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上等を図るため、医療に係る安全管理の基本的考え方及び具体的方策について、職員に対し以下のとおり研修を行う。

ア 医療機関全体に共通する安全管理に関する内容とする。

イ 医療に関わる場所において業務に従事する者を対象とする。

ウ 年 2 回程度定期的開催、それ以外にも必要に応じて開催する。

エ 実施内容について記録を行う。

（2）院内感染対策のための研修の実施

各職員の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能やチームの一員としての意識の向上等を図るための研修を実施する。

ア 院内感染対策に関する基本的考え方及び具体的方策に関する内容とする。

イ 各病院の実情に則した内容で、職種横断的な参加の下行う。

ウ 年 2 回程度定期的開催、それ以外にも必要に応じて開催する。

エ 実施内容について記録を行う。

（3）医薬品及び医療機器の安全使用のための研修の実施

他の医療安全に係る研修と併せて行う等の方法により、医薬品並びに医療機器の安全使用に関する研修を行う。

第6 医療事故発生時の具体的な対応

各病院の医療事故発生時における医療事故の報告体制、患者・家族への対応及び警察への届出の具体的な対応は、以下のとおりとする。

1 医療事故の報告

(1) 病院内における報告の手順と対応

ア 医療事故が発生した場合は、次のとおり直ちに上司に報告する。

医師（歯科医師） 医長 診療部長 副院長
薬剤師 主任薬剤師 薬剤部長又は薬剤科長 副院長
看護師 看護師長 看護部長又は総看護師長 副院長
医療技術職員（～に掲げる者を除く） 技師長 副院長
事務職員 係長 課長 事務部長又は事務長 副院長

イ 副院長は報告を受けた事項について、委員会に報告するとともに、事故の重大性等を勘案して、速やかに院長に対して報告する必要があると認めた事案は、その都度院長に報告し、それ以外の事案については適宜院長に報告する。

ウ 患者の生死に関わる医療事故等、特に緊急的な対応が必要な場合において、医師、薬剤師、看護師等は、それぞれ、医長、主任薬剤師、看護師長等にただちに連絡が出来ない場合は、直接、診療部長又は副院長、薬剤部長又は薬剤科長、看護部長等に報告する。

(2) 病院内における報告の方法

報告は、文書（「医療事故報告書」。参考例は別添11の1及び別添11の2。）により行う。

ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、その後文書による報告を速やかに行う。

なお、医療事故報告書の記載は、事故発生の直接の原因となった当事者が明確な場合には、当該本人、その他の者が事故を発見した場合には、発見者とその職場の長が行う。

(3) 国立病院機構本部及び所管のブロック事務所への報告

ア 各病院は、本項イに規定する医療事故が発生した場合、医療事故報告書（様式は別添12のとおり。）を、本項「ウ」の報告時期等のルールに基づき、国立病院機構本部及び所管のブロック事務所に報告する。

イ 報告を要する医療事故の範囲（第5-4による報告範囲と同一）

誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例。

誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかつ

たものに限る)。

前2号に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例。

ウ 報告時期等のルール

委員会等での検証作業終了後の報告(概ね2週間以内に行う必須報告)

発生した医療事故に関し委員会等で原因分析、再発防止策検討等の検証作業を行った上で、その内容を踏まえた医療事故報告書(上記(3)-ア)を作成し、所管のブロック事務所を通じて国立病院機構本部に報告する。

危機管理の観点からの報告(院長の判断による報告)

危機管理の観点から国立病院機構本部・ブロック事務所と情報を共有していることが必要と判断される医療事故が発生した場合は、事故発生後速やかに、その段階で把握できている事故内容、患者状況等の客観的事実や、必要に応じ対外的対応方針等を、所管のブロック事務所を通じて報告する。また、委員会等での検証作業終了後には、追加的に原因分析、再発防止策等の内容を含む医療事故報告を行う。

* 当該報告を行うか否かは、事故の内容等を踏まえ各病院長が判断する。

「 」の報告を行った後、例えば拡大医療安全管理委員会が開催されるなど、追加的に検証作業等が行われた場合は、追加的報告を行う。

(4) 医療事故報告書の保管

医療事故報告書については、独立行政法人国立病院機構文書管理規程(平成16年規程第10号)第34条第1項第5号に該当する法人文書として、医療安全管理室において保管する。

2 患者・家族への対応

(1) 患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、誠意をもって事故の説明等を行う。

(2) 患者及び家族に対する事故の説明等は、原則として、病院の幹部職員が対応することとし、その際、病状等の詳細な説明ができる担当医師が同席する。

なお、状況に応じ、医療安全管理者、部門の管理責任者等も同席して対応する。

3 事実経過の記録

(1) 医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を、診療録、看護記録等に詳細に記載する。

(2) 記録に当たっては、具体的に以下の事項に留意する。

ア 初期対応が終了次第、速やかに記載すること。

イ 事故の種類、患者の状況に応じ、出来る限り経時的に記載を行うこと

ウ 事実を客観的かつ正確に記載すること(想像や憶測に基づく記載を行わない)。

4 警察への届出

- (1) 医療過誤によって死亡又は障害が発生したことが明白な場合には、国立病院機構の各院長は、速やかに所轄警察署に届出（以下「届出」という。）を行う。
- (2) 死亡又は障害が発生し、医療過誤の疑いがある場合には、届出について本部との協議も考慮して対応する。
- (3) 届出は、別添 1 3 「警察への届出に当たっての手順」に基づき行う。
- (4) 各院長は、届出の判断が困難な場合には、ブロック事務所の指示を受ける。ブロック事務所は、必要に応じ顧問弁護士や国立病院機構本部とも協議した上で、院長に指示を行なう。

5 重大な医療事故が発生した場合の対外的公表

各病院は、重大な医療事故等が発生した場合には、別添 1 4 の「国立病院機構医療事故公表指針」に基づき対応する。

第 7 医療事故の評価と医療安全対策への反映

1 院内での医療事故の評価検討

- (1) 各病院は、医療事故が発生した場合、委員会において、事故の原因分析など、以下の事項について評価検討を加え、その後の医療安全対策への反映を図るものとする。
 - ア 医療事故報告に基づく事例の原因分析
 - イ 発生した事故について、組織としての責任体制の検証
 - ウ これまでに講じてきた医療安全対策の効果
 - エ 同様の医療事件事例を含めた検討
 - オ 医療機器メーカーへの機器改善要求
 - カ その他、医療安全対策の推進に関する事項
- (2) 医療事故の効果的な分析を行い、事故の再発防止に資することができるよう、必要に応じて、根本的原因分析など、より詳細な評価分析を行う。
- (3) 医療事故の原因分析等については、委員会で十分に検討した結果を医療事故報告書に記載する。
- (4) 医療事故情報収集等事業により日本医療機能評価機構から分析・発信された医療安全情報を活用し、医療安全対策への反映を図る。

2 拡大医療安全管理委員会の開催

- (1) 院内の安全管理委員会で、発生した医療事故の過失の有無、原因等について十分な結論づけができない場合、院長は、拡大医療安全管理委員会を開催する。
- (2) 拡大医療安全管理委員会の委員構成や運用等は、別添 1 5 のとおりとする。

3 機構以外の有識者を交えた事故調査委員会

発生した医療事故に関して、国立病院機構内部の専門委員の状況などから拡大医

療安全管理委員会においても十分な審議が行えないと判断される場合等は、拡大医療安全管理委員会に代えて、機構以外の有識者を交えた事故調査委員会の設置を考慮する。

4 国立病院機構における医療事故報告書の作成

国立病院機構本部は、各病院から報告された医療事故報告を集計・分析し、一定期間毎に国立病院機構における包括的な医療事故報告書を作成、各病院にフィードバックするとともに、ホームページに掲載するなどによりこれを公表する。

第8 中央医療安全管理委員会の開催

- (1) 国立病院機構の病院ネットワークを活用し、機構内部での医療事故発生の全体状況等を踏まえながら、国立病院機構における医療安全管理対策の基本的方向性等についての審議を行うため、国立病院機構本部に中央医療安全管理委員会を設置する。
- (2) 中央医療安全管理委員会は、院長、看護部長、医療安全管理の実務担当者である副院長、医療安全管理者、薬剤師や事務部門担当者等の多職種で構成されるものとする。

〈患者影響レベル指標〉

(別添1)

影響レベル	内 容	障害の程度及び (継続性)
レベル0	誤った行為が発生したが、患者には実施されなかった場合(仮に実施されたとしても、何らかの被害が予想された)	なし
レベル1	誤った行為を患者に実施したが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった場合	なし
レベル2	行った医療又は管理により、患者に影響を与えた、又は何らかの影響を与えた可能性がある場合	なし
レベル3a	行った医療又は管理により、本来必要でなかった簡単な治療や処置(消毒、湿布、鎮痛剤投与等の軽微なもの)が必要となった場合	軽 度 (一過性)
レベル3b	行った医療又は管理により、本来必要でなかった治療や処置が必要となった場合	中・高度 (一過性)
レベル4	行った医療又は管理により、生活に影響する重大な永続的障害が発生した可能性がある場合	高 度 (永続的)
レベル5	行った医療又は管理が死因となった場合	死 亡

影響レベル3aまでが「ヒヤリ・ハット事例(=インシデント事例)」、レベル3b以上が「医療事故事例」

患者影響レベルについて（事例毎整理）

影響レベル3・aまでを「ヒヤリ・ハット事例」、レベル3・b以上を医療事故」とする。

〔別添2〕

影響レベル	内容	医療行為に係る事例	管理上の問題に係る事例
レベル0	誤った行為が発生したが、患者には実施されなかった場合（仮に実施されたとしても、何らかの被害が予想されなかった）	<ul style="list-style-type: none"> 誤った薬を手にしたが、患者に実施する前に気づき実施されなかった事例 手術・検査・処置・リハビリ・麻酔等時に患者や部位を取り違えそうになったが、実施前に気づき実施されなかった事例 	
レベル1	誤った行為を患者に実施したが、結果として患者に被害を及ぼすに至らなかった場合	<ul style="list-style-type: none"> 薬を過剰投与したが軽微な過剰で患者への影響が考えられない事例、あるいはそもそも患者への影響が考えられない種類の薬剤の過剰投与であった事例 人工呼吸器加湿器への多醇素洗浄剤の使用（患者への影響がなかった事例） インフルエンザワクチンの重複接種 	
レベル2	行った医療又は管理により、患者に影響を与えた、又は何らかの影響を与えた可能性がある場合	<ul style="list-style-type: none"> 輸液ポンプの点検ミスによる誤動作を原因とする高カロリー輸液の急速投与や薬の過剰投与により患者への影響があり、又は影響を与えた可能性がある事例 検査・処置・リハビリにおける患者や部位の取り違えにより患者への影響があり、又は影響を与えた可能性がある事例 	<ul style="list-style-type: none"> 転倒・転落（出血はなく、検査でも顕著な所見はなく追加的処置等は必要なかった事例） 廊下の段差でつまづいたことによる転倒（顕著な所見等はなかった事例） 患者の問題行動（自殺企図、暴力、隣院等） 留置針による患者あるいは訪問者の針刺し事故
レベル3・a（軽度）	行った医療又は管理により、本来必要でなかった治療や処置（消毒、湿布、鎮痛剤投与等軽微なもの）が必要となった場合	<ul style="list-style-type: none"> 介助中の患者の痛みの訴えに明らかな骨折はなかったが熱感・腫脹があり患部を冷やす等の処置を行った事例 医療機器の誤操作等による軽度の損傷・熱傷 気管内吸引処置時の消毒薬の間違いによる患者の不快感 	<ul style="list-style-type: none"> 転倒・転落による軽度の外傷や挫傷 介助中に発生した軽度の外傷等（配膳時トレーの顔面への接触等） 説明不足などにより、患者が危険区域に侵入し軽度の外傷や挫傷を負った事例 患者間の暴力による軽度の外傷
レベル3・b（中・高度）	行った医療又は管理により、本来必要でなかった治療や処置が必要となった場合	<ul style="list-style-type: none"> 重心患者等の介助中に発生した骨折（原因が明確でないものを含む） 尿道カテーテル交換時、心臓カテーテル検査造影時、内視鏡使用時、胃ろうチューブ交換時等の穿孔 胃ろうチューブの腹腔内留置による腹膜炎の発症 IVHカテーテルの誤挿入による気胸の発生 手術の際のガーゼ異残等異物遺残（除去により永続的な障害は生じなかった事例） 手術中における手術目的以外の臓器損傷 尿管鏡生検時の尿管損傷 点滴のチューブ圧迫固定を原因とする皮ふ組織壊死 薬剤に係る過剰投与、誤薬、調剤ミス等による副作用で重篤な事例 経管栄養チューブの気管への誤挿管による呼吸状態悪化 手術・麻酔等における、患者や部位の取り違え 人工関節のインプラットの左右間違い 異型輸血の実施 手術実施時に使用した骨髄の脊柱管内浸入による脊髄障害 手術中の体位固定・圧迫による排骨神経麻痺（足背のしびれ等） 入院中に発生した重度な（筋層「度」、筋層「度」に届く）褥創 人工妊娠中絶失敗による妊娠継続 胎盤娩出時の子宮内はんにによる大出血 FOY、抗がん剤の血管外漏出による皮膚壊死 その他、手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期されなかった合併症による重篤な事例で、警鐘的意義を有すると認める事例 手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期されなかった合併症で重篤な事例 	<ul style="list-style-type: none"> 転倒・転落による骨折、急性硬膜下血腫の発生、呼吸状態悪化による一時的な人工呼吸器装着 プレールームでのマットによる窒息（一時的な人工呼吸器の装着） 熱線被覆の剥がれが適切な指導なく行った医療行為を原因とした有害事象で重篤な事例 食品由来のアレルギープリ予防のため禁止食品としてのオードナーが指示されていたが、誤配膳によりアナフィラキシーショックが発生した事例 精神科患者の病棟等からの飛び降りによる骨折
レベル4	行った医療又は管理により、生活に影響する重大な永続的障害が発生した可能性がある場合	<ul style="list-style-type: none"> カテーテル穿孔による仮性動脈瘤形成を原因とする下肢切断 手術の際の異物遺残により重大な永続的障害が発生した事例 手術中の神経損傷を原因とする回復の見込めない筋力の低下 人工呼吸器の装着ミス、チューブのゆるみ等による低酸素血症脳障害や意識障害 左乳房切除術後の病理組織検査による良性腫瘍であることの判明 重要な徴候等の見落としを原因とする下肢ガス壊疽による下肢切断 骨盤内リンパ節郭清術中の左腎動脈損傷による左腎臓摘出 心臓ペースメーカーのリード感架から両側眼球摘出に至った事例 その他、手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期されなかった合併症により、永続的障害が発生した可能性がある事例で、警鐘的意義を有すると認める事例 手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期されなかった合併症により、永続的障害が発生した可能性がある事例 	<ul style="list-style-type: none"> 転倒・転落により永続的な人工呼吸器の装着が必要となった事例 転倒・転落による骨折が原因で寝たきりとなった事例 酸素吸入中の患者がベッドからの転落したことによる意識喪失・人工呼吸器装着 ハルパーカテーテル使用患者の転倒によるカテーテル閉塞を原因とする膀胱ろう道設 麻酔管理ミスによる低酸素血症を原因とする意識障害 誤麻酔、又はその疑いによる窒息を原因とした永続的な意識障害や植物状態 プレールームでのマットによる窒息を原因とする永続的な人工呼吸器装着 留置針による針刺し事故で肝炎等永続的な有害事象が発生した可能性がある事例 帝王切開による新生児重症症反死状態での出生により障害が残る可能性がある事例 熱線度の低い者が適切な指導なく行った医療行為を原因とした有害事象で永続的障害が発生した可能性がある事例 自殺企図により患者が病棟等から飛び降りたことで重度の障害（永続的な意識レベルの低下等）が発生した事例
レベル5	行った医療又は管理が死因となった場合	<ul style="list-style-type: none"> 人工呼吸器の装着ミス、チューブのゆるみ等による患者の死亡 体位交換時の気管内挿管カニューレ逸脱による死亡 抗がん剤の過剰投与による副作用を原因とする死亡 二フシク投与による腸閉塞発生など薬の副作用を原因とする死亡 手術中の異常出血による多臓器不全等による死亡 心臓カテーテル施行時の冠動脈破裂・心タンポナーデによる死亡 手術後の肺塞栓による死亡 リスクの低い妊産婦の死亡 その他、手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期されなかった合併症による死亡 手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期されなかった合併症による死亡 手術後30日以内の死亡 	<ul style="list-style-type: none"> 転倒・転落による頭蓋骨骨折や呼吸状態の悪化等による死亡 入浴中の溺死 誤麻酔、又はその疑いによる窒息を原因とする死亡 熱線度の低い者が適切な指導なく行った医療行為を原因とする死亡 入院中の自傷行為による死亡 患者の自殺

本表は、それぞれのカテゴリーにおけるいくつかの例を示したものである。

病院間相互チェック体制について

病院間相互チェック体制について

1 病院間相互チェック体制の目的と効果

【目的】

各病院の医療安全対策の現状について評価を実施し、医療安全対策の質の均一化を図り、医療安全対策の質を向上させる。

【期待される効果】

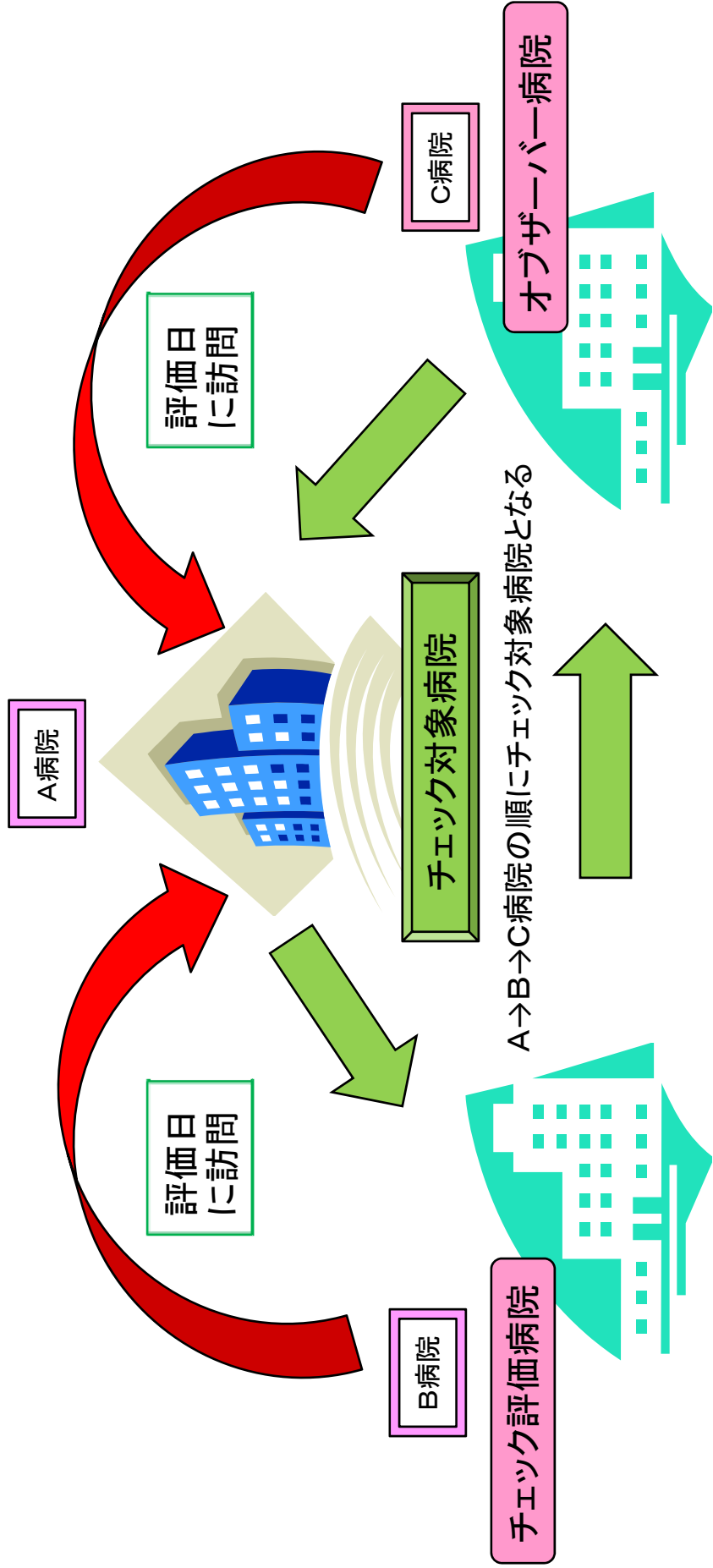
医療安全対策における自己評価と他者評価を実施することにより、

- (1) 評価を実施することで、医療安全対策における自施設の課題が明確になり、他施設の良い取組みを吸収（情報共有）することで、機構全体の医療安全対策の向上を図るとともに、医療の質向上につながる。
- (2) 単なる指摘だけでなく、評価する側も、評価を受ける側も医療安全に対する姿勢が高まり、同時に、より良い人材を育成することにもつながる。

2 進め方

- (1) 「独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針」を軸にした項目と、その他の評価項目（本部から発出されている事故報告書の活用状況、各種医療安全に関する通知等の活用等）を加味したチェックリストの作成。
- (2) チェックリストに沿って自己評価と他者評価の実施。
- (3) 他者評価は県単位若しくは機能等の同じ施設間で実施。
1 県 1 施設の場合は、隣県とともに実施できるよう調整。
- (4) 他者評価の評価者は、医療安全管理者、医師、看護師、薬剤師、コメディカル等でチームを構成。

医療安全における「病院間相互チェック体制」のイメージ図①



医療安全における「病院間相互チェック体制」のイメージ図②

- ①外部評価機関による「病院機能評価」
- ②「医療監視」 など

チェック評価病院

オブザーバー病院

評価・指導

- ①一義的には、チェック評価病院等が行う
- ②しかし、一方通行ではなく、互いに学び合う両面通行

相乗効果

対象病院

チェック対象病院

医療事故報告書の警鐘的事例

医療事故報告の概要

『警鐘的事例』

- 平成21年5月 尿道カテーテルに関する事故について
- 平成21年9月 ノロウイルス発生時の対応について
- 平成21年11月 サリドマイド製剤誤投与について
- 平成21年12月 小児患者への薬剤過剰投与について
- 平成22年2月 人工呼吸器の不具合情報について

(1) 尿道カテーテルに関する事故について

平成21年5月

カテーテルを尿道から膀胱内へ挿入し、持続的に尿を排出させる目的で行われる尿道カテーテルは、特に、①尿路閉鎖がある、②泌尿器等の術後の治癒を促進する、③尿量を正確に把握する場合などに適応となり、カテーテルのサイズも多様であることから本件に関する事故は、挿入時の事故や患者の自己抜去など、一般日常的に起こっている医療事故であると言える。

特に、体の構造上からも男性患者に多く見受けられる傾向であるが、尿道カテーテル留置を行う際、あるいは抜去の際の尿道損傷による出血、感染症などの合併症を併発することもあるため、その取り扱いについては細やかな観察と注意が必要である。

国立病院機構では、3 b 以上の医療事故報告は少ないものの、3 a 以下のヒヤリ・ハット事例は相当数あるものと思われ、再度注意を促すという観点からも平成20年に発生した事例と過去に発生した事例の計6例を、今回は警鐘的事例として取り上げ報告するものである。

事故事例の紹介

事例1. 尿道カテーテル挿入時による尿道損傷の事例

<事故発生の状況>

4月25日 ①高カルシウム尿症・左腎・左尿管結石、②溺水後遺症・痙性四肢麻痺、③陰嚢水腫

17歳の男性患者

6時～7時 腎・膀胱内エコーにおいて膀胱内蓄尿するため、医師の指示にて看護師がチーマンカテーテル(12Fr)挿入を試みる。
1回目抵抗あり、2回目に挿入し排尿未確認のまま水5ccで固定後クランプ。検査後クランプ解放するが排尿見られず。バルン抜去と同時に出血・血尿あり。

同日、バルン再挿入留置。血尿消失。

4月30日 バルン留置抜去。

5月2日 再出血あり。他院泌尿器科を受診、バルン再留置

5月5日 再々出血あり。

5月6日 輸血施行。

5月7日 5月2日とは別の他院受診。前立腺尿道部損傷・膀胱タンポナーゼと診断される。3WAY腎盂バルン留置。膀胱持続灌流開始。止血剤・抗生剤投与。

<事故の背景・原因>

- ① 4月25日の出血は、チーマンカテーテル挿入による尿道損傷。
- ② 5月2日の出血は、その前に止血されていた部位が排尿による刺激で再出血を起こす。
- ③ 5月5日以降の再々出血は、バルンカテーテルによる止血が不十分であったためと考えられる。

<病院が実施した防止対策>

- ① 男性患者のバルンカテーテル挿入については、主治医と相談して慎重に行う。
- ② 挿入時、困難であったら中止し、医師に報告する。
- ③ 検査のための処置であれば、できるだけ日勤帯に行うよう時間調整をする。

事例2. 尿道カテーテル挿入時による尿道損傷の事例

<事故発生の状況>

10月29日 心室細動の56歳の男性患者

意識障害のため緊急入院し、循環器科、心臓血管外科等で精査加療中で、植え込み型除細動器植え込み術の前処置として尿道カテーテルを挿入した際に、尿道を損傷。

11時30分 1年目の看護師が、術前処置として14Fr尿道留置カテーテルを病室で挿入する。看護師は、尿道カテーテル留置は初めての経験であった。尿流出確認後、固定水を注入中に疼痛の訴えがあり、固定水を抜き痛みが無くなってから再度注入。疼痛の訴えなく、痰黄色の尿30mlを認めたが、30分後には淡血性の尿を認めたため主治医に報告し、経過観察の指示を受ける。

16時26分 手術終了。尿量の増加がなく、泌尿器科医師により、膀胱鏡を手術室で施行、球部尿道粘膜損傷を認める。

出血点を確認後、22Fr尿道留置カテーテルを挿入し、圧迫固定を行い、経過観察となる。床上安静。

11月4日 留置カテーテル抜去。

11月6日 血尿なし、自尿良好。創部異常なし。

<事故の背景・原因>

- ① 尿道カテーテル留置に関する手技の未熟さ。
- ② 尿道カテーテル挿入長さが不足。

＜病院が実施した防止対策＞

- ① 教育・指導体制の見直し（経験の浅い1年目の看護師は必ず先輩看護師と実施する）。
- ② 男性の尿留置カテーテル挿入時の再学習の実施。
- ③ 疼痛時や血尿時は、中止して速やかに医師に報告し指示を確認する。

事例3. バルンカテーテルが尿道で固定され、抜去不可となった事例

＜事故発生の状況＞

6月9日 尿崩症、意識障害、認知症の32歳の男性患者

尿道バルンカテーテルの定期交換（1ヶ月に1回）。4月8日痙攣発作を起こし挿入困難であった為、泌尿器科医師が12Frバルンカテーテルを初回挿入した。その後、4月18日、5月9日に泌尿器科医師によって交換され、その後は看護師交換でも可能であるとの指示があった。

バルンカテーテルの交換日であったため、4年目の看護師が1年目看護師と共に患者を訪室。1年目看護師は見学のみで介助は行っていない。バルンカテーテルを抜去後、ウルトラマーフォーリーカテーテル クローズドトレイ 14Frを取り出し、挿入前にバルン部が破損していないかの確認（固定液の注入）をした。滅菌手袋を装着し、右手の指にバルンカテーテルを巻きつけ、左手は陰茎を持ち挿入した。最初はスムーズに挿入でき、約30cm挿入したところで排尿を認めたため、固定液を注入した。

5cc注入したところで、尿道口から尿漏れがあったため、一旦注入を中止した。再度固定液を注入しようとしたら、副管の根元部分が膨らんできたためすぐに注入を中止した。それからは、固定液を引こうとしても逆流できないので、バルンカテーテル本体を切断したが変化なかったため、主治医に報告した。しかし、主治医でも抜去不可能であったため、泌尿器科医師に依頼した。泌尿器科医師も固定液の吸引を試みたが不可能であった。超音波でバルンの先端を確認すると膀胱内には認められなかった。尿道括約筋周辺で留まっていると考え、陰囊裏側面より経皮的に注射針を穿刺しバルン破裂させ抜去した。

その後新しく泌尿器科医師にて14Frを再挿入した。亀頭部より少量出血を認めたため、陰茎部をガーゼ保護し様子観察となった。留置後翌日まで軽度の血尿（0～1）が続いたが夜間では

改善していた。陰嚢裏側の穿針部は出血なく異常はなかった。
日本シャーウッド社に商品の欠陥について確認を依頼し 8 月 21
日に異常なしとの回答あり。

<事故の背景・要因>

- ① 挿入時にバルンカテーテルを指に巻きつけており、尿の流出を確認した後すぐに固定液を注入しており、流出確認後、カテーテルのカフ部分が膀胱内に到達するようにさらに先に進めずに、そのまま固定してしまった。
- ② バルンカテーテルの長さは約 30 cm と思っているが、手に巻きつけた状態で挿入しているため、実際に挿入した長さの把握は曖昧であったと思われる。
- ③ 泌尿器科医師によると尿道内でカテーテルが折れ曲がり固定されてしまっていたのではないかとのこと。

<病院が実施した防止対策>

- ① 病棟看護師全員に、バルンカテーテル挿入の手技を確認。看護師全員が男性の場合 16~20 cm 挿入することは理解していたが、排尿を確認したその段階で固定液を注入している看護師もいた。そのため、尿道損傷の危険も考えると、排尿が確認されたあと 4~5 cm は先に進めてから固定液を注入する必要性があることを指導した。
- ② また、副管が膨らむのには、注入する時に抵抗感があることをデモ機を用いて実際に体験させ、抵抗感があれば、すみやかに注入を中止することも指導した。
- ③ 今後、同じようなことが起こらないように、解剖を理解させながら、臨床での根拠を踏まえた看護技術の指導を行っていく。
- ④ 看護手順の内容を「尿の流出を確認してから、さらに 2~3 cm 挿入する」、「尿道損傷防止のために長めにバルンカテーテルを挿入する」と追加改正した。

事例 4. 尿道カテーテルの自己抜去の事例

<事故発生の状況>

4 月 16 日 上行結腸癌、認知症の 92 歳の男性患者
右半結腸切除術後

4 月 19 日 19:00 頃よりせん妄見られ、主治医報告後アタラックス P 筋肉注射で経過観察していたが、23:00 バルンカテーテル自己抜去しているのを発見する。亀頭部は止血していた。

4月20日 10:30 泌尿器科診察にて、尿道撮影し、スーパーキャスを膀胱留置する。

4月21日 腰椎麻酔下にて膀胱鏡施行。経尿道的にバルンカテーテル挿入し経過観察。

<事故の背景・要因>

- ① 患者は92歳と高齢で認知症もあり、術後せん妄もみられた。
- ② 精神安定剤使用後、経過観察していたが、深夜バルンカテーテル自己抜去は避けられなかった。

<病院が実施した防止対策>

高齢者や術後せん妄、認知症のある患者は、入眠までにリスクが高くなると考え、巡回時注意して観察する。

事例5. 尿道カテーテルの自己抜去の事例

<事故発生の状況>

11月20日 ①高度房室ブロック、②ペースメーカー電池交換、③認知症
86歳の男性患者

17:50 訪室すると、尿道カテーテルが途中からちぎれた状態で抜去されているのを発見する。患者に尋ねたところ、「抜いたんだ」とのことであった。

カテーテルの先端が発見できなかったため、CT撮影したところ、陰茎内後方から膀胱内に残留が確認されたので、翌日、泌尿器科で膀胱鏡により抜去した。

<事故の背景・要因>

認知症がある患者であったが、尿留置バルンカテーテルが初めてであった。

<病院が実施した防止対策>

認知症のある患者は、尿留置バルンカテーテルの時間を最小限にする。

事例6. 膀胱内留置カテーテルの挿入時における事故の事例

<事故発生の状況>

5月20日 脳梗塞、脳出血、正常圧水頭症で意識障害がある男性患者
他院にて入院中であったが、発熱の精査加療目的で転院。
入院中は心房細動が出現したが、薬物療法により改善。状態安定

	により、8月7日に他院に転院。
8月6日	<p>転院前日、膀胱内留置カテーテル入替えを、その日の受持ちの卒後2年目の看護師が行った。その卒後2年目看護師は、男性の導尿に関する経験は10例ほどあった。この患者に実施するのは初めてであった。</p> <p><u>15 cm挿入した時点で抵抗があったが、挿入の長さは十分と判断し、蒸留水を6 cc注入し固定を行った。</u>その後、尿流出が無く、尿道とカテーテルの間に少量血性膿状の液を認め膀胱内留置カテーテル抜去。</p> <p>(※当院看護手順で、15 cm～17 cmとされている)</p> <p>看護師は、再度膀胱内留置カテーテルを15 cm挿入し固定。尿流出(一)</p> <p>リーダー看護師(卒後5年目)尿流出が無いことを報告。血性排液があったことから、カテーテル先端が凝血により閉塞していることを考え、受持ち看護師とリーダー看護師で生理食塩水を注入し状況を観察した。</p> <p>生理食塩水30ml注入したが吸引できず、引き続き100mlに量を増やし注入。吸引により排液が30ml引けた。様子を見てみると、黄色尿が流出。肉眼的血尿はなく、その後も5時間で尿が400ml流出し異状はなかった。</p>
8月7日	<p>9時30分に他院へ転院。転院前、オムツ内の確認を看護師長も共に行ったが、陰茎部腫脹はなかった。</p> <p>転院後、下腹部膨隆、陰茎陰部の腫脹を認める。CT検査で尿道部分に膀胱内留置カテーテルのバルン固定を確認、血液検査で炎症所見が高値で、<u>尿道損傷に伴う炎症と判断。</u>泌尿器科の治療が必要であり、同日当院に転院になった。</p>
9月19日	<u>尿道損傷部位に憩室を形成し膀胱内留置カテーテルの挿入は困難であり、膀胱増設術を実施。</u>

<事故の背景・原因>

- ① 患者に前立腺肥大があった。
- ② 挿入15cmであれば膀胱内に達していると考えられる。
 - ・通常であれば膀胱内であるが、前立腺の前の部分でカテーテルが止まっている。蛇行したか、屈曲してか、不明である。
 - ・蛇行の場合、挿入後たるみの分が戻ってくる状況である。

- ・看護師は 15cm 挿入と思っているが、事実として何 cm かは不明である。
- ③ 尿流出の確認をせずバルン固定を行っている。
- ④ 1 回目 15cm 挿入し抵抗があった時点で、狭窄等を予見し挿入を中止しなかった。
- ⑤ 尿道損傷の発生が確認できた 8 月 7 日時点で、レベル 3 と判断し、臨時医療安全会議を開催すべきであった。

<病院が実施した防止対策>

- ① 男性の導尿時、挿入困難であれば医師に報告し挿入を依頼する。
- ② 必ず、尿流出確認を行ってからバルンを固定する。
- ③ 挿入に関しては、カテーテルを奥まで入れ固定。その後、牽引する方法とする。
(泌尿器科医師に確認)
- ④ 看護手順の見直し(挿入の長さを含めた手順)
- ⑤ 今後は、レベルの状況に関わらず医療者側の過失が原因と思われる事例については臨時医療安全会議を開催する。

(2) ノロウイルス発生時の対応について

平成 21 年 9 月

ノロウイルスは、11 月から 3 月の冬期を中心に多発する感染性胃腸炎の一つである。国立病院機構内でも、毎年ノロウイルスを起因とする集団感染が報告されている。ノロウイルスはカキなどの二枚貝の不十分な加熱調理や感染した食品取扱者から汚染を受けた食品などを原因に食中毒が発生する。しかし、病院内では病院食自体が起因となる事は少なく、感染した患者や職員を介しての二次感染により集団感染が拡大する場合がほとんどである。病院食は平成 20 年 6 月 18 日付「大量調理施設衛生管理マニュアル」の改正でノロウイルス食中毒対策がさらに強化された。

現在報告されているノロウイルスによる院内集団感染の事例を検証し、集団感染を拡大防止するにはどうすればよいか検討する。キーワードは、「入院患者および職員への標準予防策(スタンダード・プリコーション)の徹底」である。

警鐘的事例 1 : 入院患者 1 名から発症後、8 日間で 41 名(入院患者 25 名、職員 16 名)まで院内集団感染が拡大。41 名中、検体摂取でき

た32名中17名（入院患者9名、職員8名）からノロウイルスが検出された。

（1）発生時の状況

2月1日（日）に入院患者1名の嘔吐、下痢、発熱の症状が出現。翌日、入院患者2名に同様の症状が出現。さらに翌日には入院患者11名、職員2名に嘔吐、下痢の同様な症状が出現した。この時点で、感染者の拡大防止のため院内感染制御チーム（ICT）は動員され、院内感染委員会が感染拡大防止に早々に動き始めている。しかし、病院ではノロウイルスの迅速検査キットを常備していなかったため、翌日午後ノロウイルス迅速検査キット入手し検査が行われて、はじめて数名からノロウイルス陽性が確認された。

早々に活動し始めた院内感染制御チーム（ICT）は、①当該病棟の閉鎖、②入院患者の病室隔離、③看護スタッフへの感染予防策の徹底、④聴診器や体温計等のインクリティカル器具の可能な限りの個人使用、④トイレの使い分け、⑤トイレや車いす、歩行器などの消毒指導を実施している。

しかし、1名の発症者が出てから8日間で41名（入院患者25名、職員16名）まで院内集団感染が拡大。41名中、検体摂取できた32名中17名（入院患者9名、職員8名）からノロウイルスが検出された。なお、腸管からのノロウイルス検出はなかったが「肺炎からの呼吸不全」による死亡者が同時期にあり、ノロウイルスとの関係を疑われる結果となった。

（2）背景および要因

1名の発症から2日後には集団感染を疑い、早々に院内感染制御チーム（ICT）および院内感染委員会は動き始めている。しかし、結果としては8日後に合計41名の発症者を出すことになってしまう。最大の原因は、院内感染制御チーム（ICT）が早々に活動したにも関わらず、その前に多くの入院患者および職員に感染が広まっていた可能性が高い。つまり、入院患者や職員の標準予防策（スタンダード・プリコーション）が徹底されていなかったことが考えられる。

病院内では、治療の副作用による嘔吐や下痢、経管栄養剤使用時の下痢などはよくある症状である。しかし、いつも見慣れているために、標準予防策（スタンダード・プリコーション）がおろそかになってしまう現状も認識しなくてはならない。

（3）今後の防止策

- ① 日常的な標準予防策（スタンダード・プリコーション）の教育強化（啓

蒙活動)

- ② 院内感染制御チーム（ICT）による定期的な標準予防策（スタンダード・プリコーション）実施の評価、指導
- ③ 職員に対してノロウイルスに関する知識の教育（啓蒙活動）

（４）警鐘的事例の特徴

今回の事例ではノロウイルスの迅速検査キットを常備していなかったため、ノロウイルスが原因であるという判定が遅れたという背景はある。しかし、判定前であっても、容易に感染症であると想定でき、早々に院内感染制御チーム（ICT）および院内感染委員会は動き始めている。今回の事例は、集団感染が発生し始めてからの院内感染制御チーム（ICT）が活動できる範囲には限界があり、日々の感染予防対策の啓蒙活動がとても重要であることを考えさせられる事例である。

実態調査より：ノロウイルス検査に関するアンケート調査結果報告書（本部臨床検査専門職作成 2009.2.25）から、現状が把握された。特に、大量調理施設衛生管理マニュアルの改正版では、調理従事者等の検便検査には「必要に応じ、10月から3月にはノロウイルスの検査を含めることが望ましいこと」とされているので、今後の参考にして頂きたい。（調査対象施設は国立病院機構、ナショナルセンター、ハンセン療養所含む）

- （１）調理従事者等の検便検査には「必要に応じ、10月から3月にはノロウイルスの検査を含めることが望ましいこと」とされているが、検査を実施していますか？
 - 調査回答施設 166 施設
実施施設 95 施設（57%）、未実施施設 71 施設（43%）
- （２）検査を実施している内容（回数）は？
 - 調査実施施設 95 施設
定期的に実施 10 施設、定期的＋必要時に実施 21 施設、必要時に実施 64 施設
- （３）「必要に応じて検査を実施」の「必要に応じて・・・」とは、どのような場合ですか？
 - 調理従事者が嘔吐、下痢症状を認めた場合

- 院内感染対策委員会で必要を認めた場合
- 調理従事者が嘔吐、下痢症状で受診した場合
- 調理従事者の中にノロウイルスに感染した職員がいた場合
- ノロウイルスが患者および職員から1名以上検出された場合
- 近隣施設や地域でノロウイルスの集団食中毒が発生している場合
- その他

(4) 実態調査結果の特徴

大量調理施設衛生管理マニュアルの改正版では、調理従事者等の検便検査には「必要に応じ、10月から3月にはノロウイルスの検査を含めることが望ましいこと」とされている。実態としては、定期的検査実施にはおおくの費用がかかるため、期間中に毎月定期的の実施している施設は10施設のみである。冬季には毎月定期的の実施する事が理想であるが、現実的には「必要に応じ」実施する施設が多い。ここで、ポイントは「必要に応じ・・・」を院内感染委員会では、どのような場面を想定しているのかである。判断を謝ると職員が入院患者に集団感染させてしまう恐れがあるので、各施設で十分な判断のコンセンサスをはかっておく必要がある。

(5) 今後の対応

調理従事者の場合は、手洗い、消毒の実施がすべての基本となる。ノロウイルスに感染していても、症状が出現するまでは気がつかない場合がほとんどである。日々の手洗い、消毒、加熱調理など「大量調理施設衛生管理マニュアル」の遵守が大切である。

また、日々の体調チェックを実施し、下痢、嘔吐、発熱症状のある場合は、必ず責任者に申し出て、調理作業にたずさわらないことの徹底も重要である。

(3) サリドマイド製剤誤投与について

平成21年11月

薬剤に関する警鐘的事例については、これまで①「薬剤に関する医療事故・事故発生の類型化とその対応策について（平成19年9月報告分）」、②「転倒・転落リスクを増大させる可能性のある薬剤について（平成19年12月報告分）」、③「危険薬について（平成20年3月報告分）」等において紹介してきたところである。

国立病院機構内における3b以上の医療事故報告においては、「薬の過剰投

与や誤用等薬剤に関わる事故（分類5）」は平成19年度26件（3.8%）、平成20年度35件（3.5%）、平成21年度19件（2.8%）と全体の割合からすれば、さほど多いという認識はないが、ともすれば患者の死亡に繋がる案件もあること、3a以下のヒヤリ・ハット事例は相当数あるものと思われることから、再度注意喚起を促す必要がある。

今般、サリドマイド製剤という特殊な薬剤について、患者間違いによる誤投与が発生し、保存すべきカプセルシートを廃棄するという二つの要因が重なった医療事故が発生したことから、今回警鐘的事例として取り上げ報告するものである。

事故事例の紹介

サリドマイド製剤誤投与

<事故発生の状況>

○ 患者紹介

患者A氏：59歳 男性 多発性骨髄腫・肺炎
当院血液内科通院中。サレドカプセルは7月31日から内服を開始した。患者自身もサレド内服に対しての教育は受けており、知識もあり。
眠前（20時）：サレドカプセル100mg 1錠内服あり。
8月19日：西6病棟（消化器病棟）入院

患者B氏：59歳 男性 早期胃がん・ギランバレー症候群
四肢麻痺あり ベッド上の生活
意識清明 コミュニケーション図れる。
眠前（20時）：プルセニド2錠内服あり。
8月18日：西6病棟に入院

○ 事故発生時の状況

8月20日

18時00分 看護師Cが患者A氏と患者B氏に眠前に内服させる薬の準備をした。サレドはカプセルシートをトレイに準備し、ワゴン車に乗せ他患者のラウンドに行った。

20時30分 看護師Cは患者B氏の病室に行き与薬をしようとした。その時、ナースコールが鳴り業務が一時中断した。その後、再度B氏の病室を訪室。カプセルシートからサレド

1カプセルを取り出し、患者B氏に見せ「寝る前の薬です」と説明した。患者Bは「赤いのだね」と言い、口をあけた。看護師Cはサレド1カプセルを患者B氏の口の中に入れ、患者Bはサレド1カプセルを内服した。

看護師Cはカプセルシートが空になったため廃棄した。

21時00分 患者A氏より、「寝る前の薬を下さい」と話され、誤投与に気がついた。

<事故の背景・原因>

- ① 投薬時、カプセルシートの名前と患者氏名の確認を怠っていた。（※与薬の3回確認となっていなかった）
- ② 投薬時、患者B氏に氏名を名乗ってもらわなかった。
- ③ サレドが毒薬で厳重な管理が必要な薬だという認識がなかったが、特殊な薬だという思いはあった。
- ④ 患者A氏と患者B氏が年齢、格好もよく似ていた。
- ⑤ 患者B氏の疾患（ギランバレー症候群）から特殊な薬を内服する人だと思い込んだ。
- ⑥ サレドは今年の4月から当院で使用許可がおりたが、管理の厳重な薬だということの情報提供が周知されていなかった。
- ⑦ 持参薬にサレドがあったが、抗腫瘍剤との認識が強かったため、薬剤科に鑑別依頼（その薬が何であるかの依頼）をしなかったため、薬剤科でもサレドを内服している患者の情報が伝わらなかった。（結果的に、患者持参薬対応マニュアルをはじめ、持参薬の管理について周知徹底がされていなかった。）
- ⑧ 看護師Cはカプセルシートには薬がなくなったので、不要なものと思い空のカプセルシートを廃棄した。
- ⑨ 看護師Cはカプセルシートには廃棄厳禁と記載してあったが、そこまで見られなかった。

※ 与薬の3回確認

誤薬を避けるために、薬物を準備するときには、指示表と照合しながら、患者氏名・薬品名・単位（量）・日時を声に出してレッテルを必ず3回読む習慣をつけておく。すなわち、

- ① 薬物を手に取る前
- ② 手に取って容器から薬物を取り出す前
- ③ 容器をもとに戻したり捨てたりする前

の3回である。

<病院が実施した防止対策>

- ① 全職員を対象にサレドの研修会を実施しサレドの管理方法を共有した。
- ② 与薬マニュアルに従って投薬時患者確認を徹底する。
- ③ オーダリングシステムの患者情報画面にサレド服薬中の有無である情報を明示させる。
- ④ 薬剤科で毎日、オーダリングシステムにて患者入院情報を検索し、サレド投薬患者の入院の有無を確認する。
- ⑤ サレド内服中の患者が入院したら薬剤科が病棟に出向き患者、職員へ指導を行う。
- ⑥ 入院時、患者持参薬対応マニュアルを徹底する。

<機構本部としての情報発信>

- ① 「医薬品の誤投与防止対策及び医療事故報告について（9月4日付医療部長通知）」（各院長、各ブロック担当理事宛）
- ② 「医薬品の誤投与防止対策について（9月14日付事務連絡）」（各医療安全管理室長、各薬剤科長宛）
- ③ 「医薬品安全管理に関する薬剤師の関与について（9月15日付事務連絡）」（各薬剤科長、各ブロック薬事専門職宛）

（4）小児患者への過剰投与について

平成21年12月

薬剤に関する警鐘的事例については、先月も紹介したところであるが、今般、小児の患者に10倍量の薬剤を処方し、服用するという医療事故もあった。幸い、身体への影響はみられなかったが、処方時の記載（入力）方法と調剤時の確認方法に問題があったと思われる事例であった。

また、本件に似た事例については、全国各地の機構病院以外の病院でも起きていることであり、大事には至らないまでもヒヤリ・ハット事例は多数あり、いつ、誰が経験してもおかしくない、言わば全国的な問題であることも事実である。

しかしながら、各病院において「一定のルール」を作って病院全体として共通認識を持っていれば防げる、あるいは被害を最小限に防げることであるので、各病院におかれては病院としてのルールをきちんと定め、対策をとっていただきたい。

事故事例の紹介

事例 小児への抗菌剤誤薬

<事故発生状況>

9月20日

20時53分 2歳児が前額部裂傷により救急車で搬送された。医師は、処置後に抗菌剤を処方する際、力価の量（主薬量）mgか倍散の量gでオーダーするのどちらなのかを薬剤科に問い合わせ、力価の量（主薬量）mgであることを確認し、オーダーリングへ力価の量（主薬量）mgで入力した。オーダー内容は「メリアクトMS小児用細粒 10% 900mg 毎食後 5日分」で【体重10kgで計算しています】のコメントを付けオーダー発行した。（本来は90mgと入力すべきであった《倍散の量で入力するなら10% 0.9g》）

薬剤師は、オーダーどおり同薬剤を一日力価量900mg（*倍散量9g）で分3、5日分調剤し交付した。

9月21日

17時30分頃患児の母親から病院へ「子供が薬を飲まない 苦みがきつよう度何度も吐き出してしまふ」と連絡があった。対応した当直の薬剤師は、服用方法について説明を行ったが、電話対応後、処方内容を確認すると10倍量で調剤されていることに気が付いた。直ぐに当直医師に相談し、同薬剤を「90mg 分2 朝夕食後」で処方・調剤を行い、患者宅に調剤に間違いがあったことを連絡、身体への影響のないことを確認し、病院職員が新たな薬剤を届け謝罪した。

※ 倍散とは、有効成分の量が少ない場合に乳糖等の賦形剤を加え希釈し、計量しやすくしたもので、この薬剤は1g中に100mgの有効成分が含まれている。

<事故の背景>

- ① 休日であり、一人勤務であった。

- ② 休日の調剤業務が集中する時間帯であった。
- ③ オーダリングシステムに過量投与に対する「警告機能」があったが、本薬剤については設定していなかった。

<原因>

- ① 処方明記の方法が統一されていなかった。
- ② 処方せんの患者年齢を見落とした。
- ③ オーダ時に医師が薬剤科へ処方明記の方法について問い合わせを行い、薬剤師が「力価の量（主薬量）mg」で記入と説明した。その後、コメント欄に患者の体重を明記したオーダが発行されたが、先の問い合わせを意識し小児への投与量として適切であるか否かの確認に繋がる情報とはなり得なかった。
- ④ 調剤室には「小児の年齢・体重別投与一覧表」を配置し、日頃から調剤時に確認できるよう工夫していたが、本事例については一覧表を参照することなくオーダどおりに調剤を行った。

<病院が実施した防止対策>

- ① 散薬のオーダを力価の量（主薬量）mgで入力するのか、倍散の量gで入力するのか統一されていなかったなので、力価の量（主薬量）mgでオーダすることを徹底する。
- ② オーダリング上に投与量の上限値を設け、上限値を超える場合は、「処方不可」となる警告を設定した。
- ③ 調剤前に処方せんの患者年齢の確認を徹底する。
- ④ 「小児の年齢・体重別投与一覧表」の活用を徹底し、投与量に誤りがないかを確認する。
- ⑤ 小児用細粒等散剤は、錠剤があるものについては錠剤に換算し投与量の確認を行う。
- ⑥ 薬品棚に、投与量（Omg/Kg/日）を明示した。

※ なお、当該病院では、散薬の場合は、力価の量（主薬量）mgでオーダすることを徹底し、それを「病院のルール」としたが、記載のルールについては、現在厚生労働省の「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会」において検討中であることから、当面、各病院においてルールを定め、関係者間の情報共有を図っていただきたい。

また、今回の事故は、処方量のオーダが原因であるが、医療安全の観点からは、医師、薬剤師、看護師それぞれの職種が、疑問に思った点を相互に連携し、基本的安全確認を忘れないことが重要である。

(5) 人工呼吸器の不具合情報について

平成 22 年 2 月

人工呼吸器に関する警鐘的事例は、これまで、平成 19 年 7 月に「人工呼吸器管理について」及び平成 20 年 2 月に「人工呼吸器に係わる事故について」により、紹介しているところである。

また、長期療養患者が使用する人工呼吸器については、平成 18 年度に取りまとめられた報告書（長期療養患者が使用する人工呼吸器の標準化について）を踏まえ、長期療養患者が使用する人工呼吸器の更新等整備を行う際には、原則として標準 6 機種の中から整備を行うこととする旨の通知を発出（平成 19 年 3 月）するとともに、「長期療養患者が使用する人工呼吸の取扱い手順書」についても平成 21 年 3 月に作成し、運用を開始していることはご承知のとおりである。

さらに、機構内病院で稼働している人工呼吸器の不具合情報を迅速に共有することで、患者の人工呼吸器管理に係るリスクを軽減させ、患者の療養上の安全をより一層確保することを目的に、「人工呼吸器不具合情報共有システム」の運用についても平成 21 年 3 月から開始しているところ（別紙 1）であり、この情報は機構内ネットワーク掲示板（HOSPnet）において掲示しているが、今回はそれらを含め警鐘的事例として報告するものである。

事故事例の紹介

事例 1. レジェンドエア

<不具合の内容>

- ④ 設定の呼吸回数より多く送気が行われる。（オートトリガー状態）
- ⑤ 圧力計の作動停止。（低圧アラームが鳴音）

<発生時の状況>

チューブ内の水分を除去するため、気道内圧チューブを外し再度接続するも、低圧アラームが鳴り続け、画面上気道内圧モニターが作動していない。テストラングへ接続するも、呼吸回数も 20 回／分の設定で 30 回／分以上

のペースで作動。臨床工学技士へ連絡し、予備の人工呼吸器と交換した。

<調査内容及び原因>

調査内容及び結果

試験項目	内 容	結 果
不具合内容の確認	不具合内容発生時の設定において動作チェック実施	指摘内容が再現することを確認
機器内部確認	各電子基板の目視確認、及び内部コネクタ／ケーブル、チューブ等の接続状態確認	気道内圧センサーに繋がるチューブ外れを確認
ランニング試験	チューブ再接続後、ランニング試験実施	異常なし
全機能点検	全機能点検を実施	異常なし

メーカーにおいて、当該器の動作確認を行ったところ、不具合内容であるオートトリガー状態及び気道内圧を示すバーグラフが反応しないことが確認された。内部コネクタ、ケーブルの持続状態等、機器内部確認を行ったところ、気道内圧センサーに繋がるチューブが外れていることが確認されたことから、当該チューブを再接続し、あらためて動作確認を行ったところ不具合現象が改善された。

その後、当該チューブ外れの再発確認のため、気道内センサーへの圧力を高負荷状態として設定にて、約一週間のランニング試験を行い、不具合現象が再発しないことを確認した。

上記のとおり、当該チューブ再接続後、再現性もなく、現状において当該器に異常は認められないが、本件については当該チューブへの圧力負荷の影響により発生した可能性が考えられるため、予防安全の観点から当該チューブを交換した。

事例 2. L T V - 9 5 0

<不具合の内容>

- ① 送気不良。
- ② 「HW FAULT」アラームが発生し作動停止。
- ③ 作動停止音量が低くなっていた。

<発生時の状況>

「HW FAULT」アラームがあり、呼吸器から送気が行われていなかった。臨床工学技士にて調査したところ、基板上、送気バルブ異常であることをイベントレースにて確認。呼吸器本体から「カチャ、カチャ」という機械音があった。アラーム音は小さく聞き取りにくい音であった。

<調査、検証及び原因>

- ① 当該機器に記録・保存されているアラーム履歴（イベントリスト）を確認したところ、HW FAULT（SYNC ER1、HOME ER1、RAC ER1）イベントが複数回記録されていることを確認するとともに、「HW FAULT」の発生を確認
 - ② イベントコード「SYNC ER1」
 - フローバルブを制御するモーター基板からの出力信号にフローバルブの作動が同調しない場合に発生イベントコード「HOME ER1」
 - 換気を制御するフローバルブの動作基準位置が不適切な場合に発生イベントコード「RAC ER1」
 - アラーム回路に異常があった場合に発生
- 人工呼吸器LTVシリーズは、電源基板にアラーム回路が2系統になっており、片方のアラーム回路に異常があった場合は、もう一方のアラーム回路で異常を検知し、アラーム機能の誤作動を警告するシステムとなっている。
- ③ 当該機器内部を調査したところ、電源基板に搭載されている電源供給回路内の素子（IC）が故障し、モーター基板への供給電圧が低下している事を確認。
このことが原因により、モーター基板内に搭載されているフローバルブの駆動制御回路が正常に作動できなくなり、アラーム音及び作動停止による送気不良が発生したと思われる。
 - ④ アラーム音量低下については、メーカーでは確認することが出来なかったが、アラーム回路も同じく電源基板内に搭載されているため、前述の電源基板の故障がアラーム鳴動及び制御回路に何らかの影響が波及したものと推測される。
 - ⑤ 電源基板の交換並びにアラームサウンダー（アラームのスピーカー）を交換し、その後、総合的に調整・点検し、再度検証のために動作確認を行い、正常に作動することを確認。
 - ⑥ 今回のトラブルは、製造元においても部品の突発的な故障と判断してお

り、その他の機器に波及性はないと考えている。
メーカーから、製造元に対して今後同様のことがおきないよう品質管理
を徹底するよう要請した。

事例3. LTV-1200

<不具合の内容>

- ① RESETアラームあり。

<発生時の状況>

- ① 7000時間を超えての連続使用であった。
- ② イベントトレースにてINTRRPT確認。
- ③ その他の異常履歴なし。

<原因>

長時間使用によるリセット（再起動）のための警告アラーム（異常ではない）

<メーカーの対応>

今回のアラームは、異常を知らせるアラームではないことを病院に報告するとともに、
機構本部にも別紙2を持参し説明に来た。

- 以上、3事例を紹介したが、これらを踏まえ（昨年3月から運用開始の）
「人工呼吸器不具合情報共有システム」の運用について、現時点での機構本部の今後の課題と対応をまとめてみた。

《機構本部の今後の課題と対応》

「人工呼吸器不具合情報共有システム」の運用については、機構内病院で稼働している人工呼吸器の不具合情報を迅速に共有することで、患者の人工呼吸器管理に係るリスクを軽減させ、患者の療養上の安全をより一層確保することを目的に開始し、この情報は機構内ネットワーク掲示板（HOSPnet）において掲示しているところであるが、今後は、

- ① その後の状況（原因及びメーカー等の対応）
- ② 報告書の添付 等

をメーカー側から報告を受けたと同時に、その都度、機構内ネットワーク掲示板（HOSPnet）において情報提供し、前述のとおり情報共有することで、患者の人工呼吸器管理に係るリスクを軽減させ、患者の療養上の安全をより一層確保していきたいと考えている。

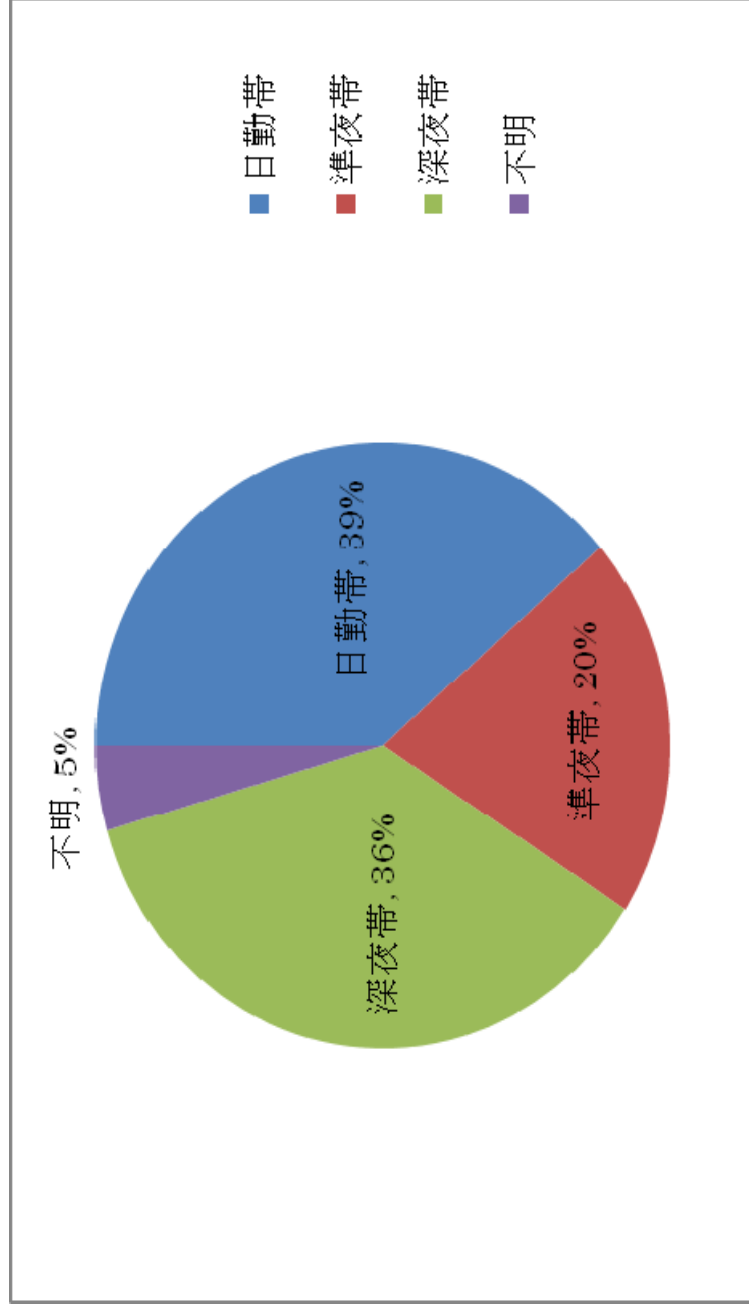
同時に、メーカー側に、不具合が生じた1病院だけでなく機構本部からも照会を行うことが、不具合の生じた病院だけでなく、機構本部として詳細な情報を得る観点からも重要であると考えます。

◎「人工呼吸器不具合情報共有システム」の運用状況について

前述のとおり、昨年3月に運用を開始した「人工呼吸器不具合情報共有システム」により、これまで（1月25日現在）報告のあった件数及び内容は別添のとおりである。

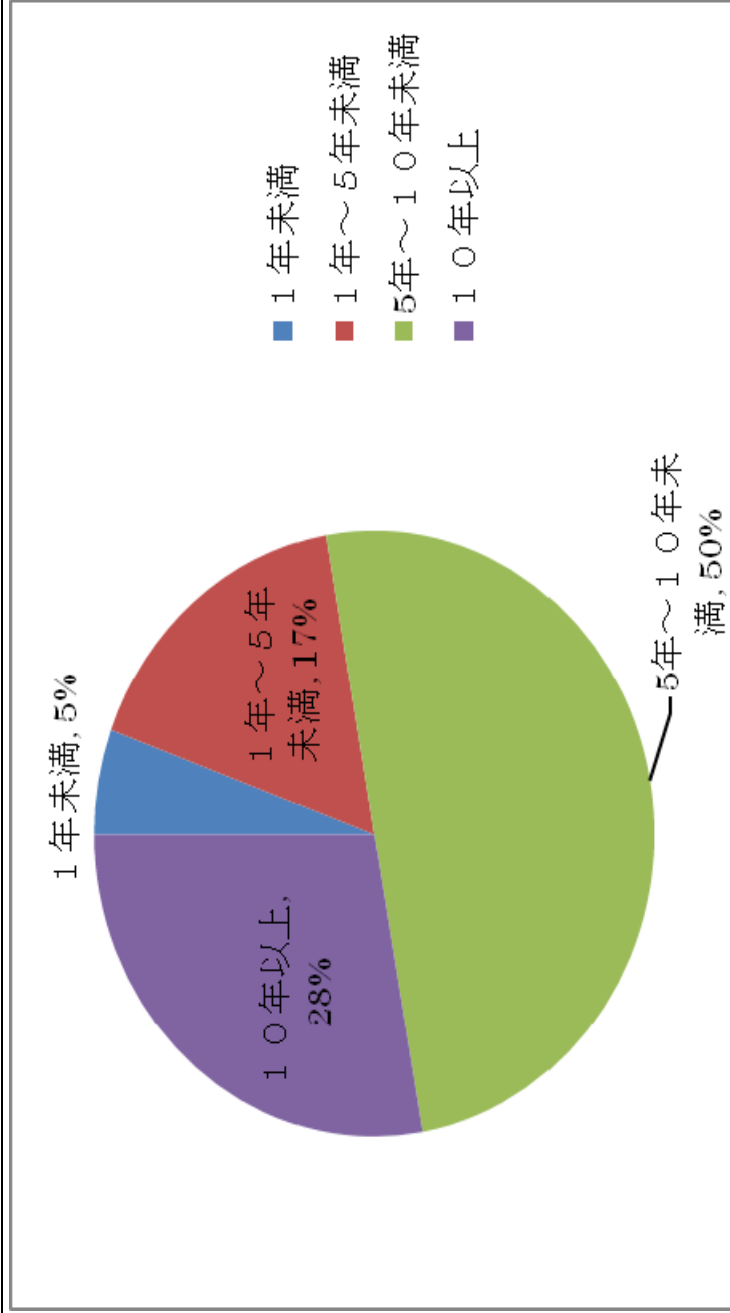
1. 事故発生時間内訳

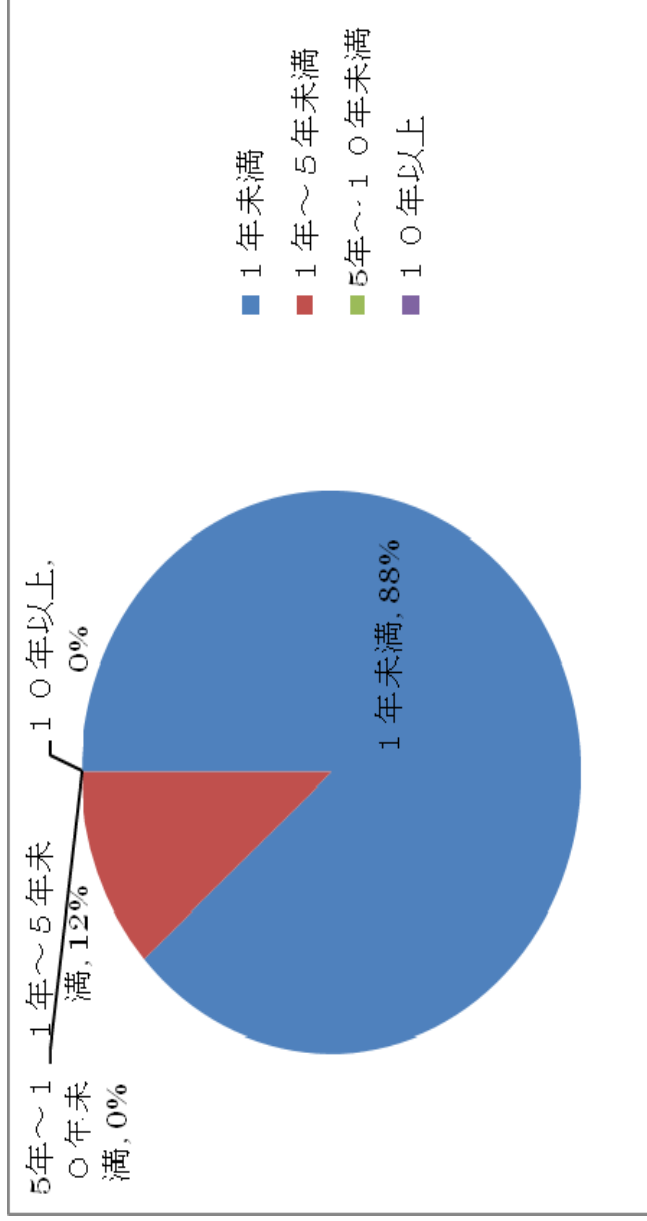
時間帯	深夜帯				日勤帯				準夜帯			不明	計	
	0~1	2~3	4~5	6~7	8~9	10~11	12~13	14~15	16~17	18~19	20~21			22~23
発生時間帯内訳	8	3	4	1	4	7	1	5	0	2	3	4	2	44
割合(%)	18.2%	6.8%	9.1%	2.3%	9.1%	15.9%	2.3%	11.4%	0.0%	4.5%	6.8%	9.1%	4.5%	100.0%



2. 事故発生使用期間内訳【購入】

使用期間	1年未満		1年～5年未満				5年～10年未満					10年以上	計
	0～1	1～2	2～3	3～4	4～5	5～6	6～7	7～8	8～9	9～10			
発生使用期間内訳	1	1	1	1	0	1	1	0	5	2		5	18
割合(%)	5.6%	5.6%	5.6%	5.6%	0.0%	5.6%	5.6%	0.0%	27.8%	11.1%		27.8%	100.0%





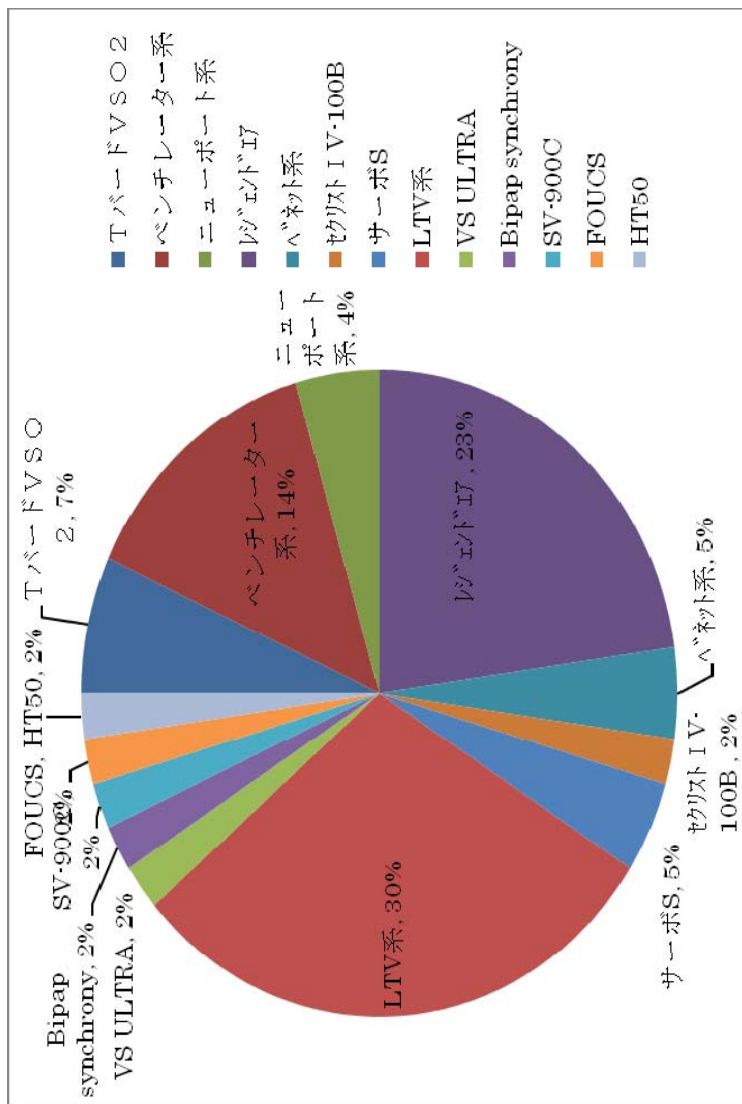
3. 事故発生使用期間内訳【リース】

リース

使用期間	1年未満		1年～5年未満				5年～10年未満					10年以上		計
	0～1	23	1～2	2～3	3～4	4～5	5～6	6～7	7～8	8～9	9～10	10年以上	0	
発生使用期間内訳	88.5%	11.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	26
割合(%)	88.5%	11.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

4. 事故発生機種別内訳

機種名	TバーD VSO2		ベンチレーター系		ニューポート系		レジイ ドI7	ハネット系		クリスト IV- 100B	サー ボS	LTV系			VS ULTRA	Bipap synchr ony	SV- 900C	FOUCS	HT50	計
	3	6.8%	740	840	e 500	E100M		740	840			950	1000	1200						
発生機種別内訳	3	6.8%	3	3	1	1	10	1	1	1	2	5	4	4	1	1	1	1	1	44
割合(%)	6.8%	6.8%	6.8%	6.8%	2.3%	2.3%	22.7%	2.3%	2.3%	2.3%	4.5%	11.4%	9.1%	9.1%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	100.0%



長期療養患者が使用する 人工呼吸器の取扱い手順書

長期療養患者が使用する人工呼吸器の 取扱い手順書



はじめに

本手順書は、長期療養患者が人工呼吸器を装着する際の手順書であり、装着することを同意した上で、どういう手順で行なっていくのかを示したものである。

目次

長期療養患者が使用する人工呼吸器の目的、使用時の留意点等

- 1．人工呼吸器の目的
- 2．人工呼吸器の分類
- 3．人工呼吸器の基本構造
 - (1)人工呼吸器本体
 - (2)呼吸器回路
- 4．人工呼吸器の操作
 - (1)設定条件の指示
 - (2)準備
 - (3)操作手順
- 5．人工呼吸器の安全管理
 - (1)正常作動のためのチェックポイント
 - (2)人工呼吸器点検表
 - (3)患者の反応の確認
 - (4)早期発見
 - (5)迅速対応
 - (6)人工呼吸器トラブル発生時の留意点
- 6．人工呼吸器使用時の看護の留意点
 - (1)アセスメント項目
 - (2)気道クリアランス(排痰)
 - (3)TPPV 実施下の気道管理
 - ア．気道切開下の気管内チューブの管理
 - イ．加温・加湿
 - ウ．気道分泌物管理
- 7．停電時の対応
 - (1)必要物品
 - (2)対応手順
 - (3)留意事項
- 8．装着に係る説明書及び同意書

非侵襲的陽圧換気療法（NPPV）

- 1．NPPV の適応基準
- 2．NPPV の長所・短所
- 3．代表的な換気様式
 - (1) CPAP
 - (2) S モード (I/E モード)
 - (3) ST モード (A/C モード)
 - (4) T モード
- 4．NPPV の安全管理
 - (1) 事故防止対策
 - (2) 早期発見
 - (3) 迅速対応
- 5．NPPV 使用時の看護の留意点
 - (1) 日常点検
 - (2) NPPV 使用時に想定される問題点と対応策の整理
 - (3) マスク装着の手順
 - ア．接続前の確認事項
 - イ．鼻マスク・鼻口マスクの装着法
 - ウ．マスクリークのポイント
 - エ．マスク洗浄について
 - (4) NPPV 使用中の食事
 - ア．摂食・嚥下運動と NPPV (鼻マスク) の呼吸の関係
 - イ．条件設定
 - ウ．安全に食事を行うための留意点
- 6．NPPV から TPPV への移行
- 7．装着に係る説明書及び同意書

長期療養患者が使用する人工呼吸器の目的、使用時の留意点等

1. 人工呼吸器の目的

(1) 重症心身障害児(者)、筋ジストロフィー児(者)、ALS 患者等の長期療養患者の人工呼吸器装着は、その多くが呼吸筋力の低下に伴う換気障害を原因とするものである。患者の多くは気道、肺などの病変は診られないことから、これらの患者が装着する人工呼吸器の目的は、大きく次の3点となる。

必要な肺胞換気量を維持し、SpO₂ (パルスオキシメーターで得られた動脈血酸素飽和度)、PaCO₂ (動脈血炭酸ガス分圧)を改善する

換気仕事量(呼吸仕事量)を減らし、酸素やエネルギー消費量を少なくする。

肺機能の改善、少なくとも肺機能の低下を防ぐ。

(2) 人工呼吸器の装着の時期について、例えば神経学会のALS治療ガイドラインでは、%FVC(予想努力性肺活量)がALS患者の呼吸機能評価法として多く用いられており、「50%以下が呼吸補助の基準として挙げられている」としているが、一方で「患者が換気不全に伴う症状を訴えたら、%FVCの検査値にとらわれずに呼吸補助の可能性を考えていくべきである」ともしている。

(3) 「人工呼吸器装着中の在宅ALS患者の療養支援訪問看護従事者マニュアル」(平成16年3月日本看護協会)の中で紹介されている近藤の方法「肺活量(%VC)と呼吸管理の段階」によれば、

80%以下となった段階で人工呼吸器装着について患者及び家族との相談を開始する、60%以下で呼吸器の軽減と呼吸不全の進行を遅くするためにNPPVの使用を開始する(間欠的使用)

40%以下になると気管切開による人工呼吸器(TPPV)について検討する、としており、長期療養患者の人工呼吸器装着による呼吸補助を開始する時期についての一つの目安となるであろう。

(4) いずれにしても上記検査値とともに、患者の臨床的な呼吸機能低下症状(呼吸不全を原因とする起床時の頭痛、昼間の眠気、疲労感、昼間のイライラ感、不眠、苦悶様顔貌、会話時の息切れ、努力呼吸、呼吸数の増加、頻脈等)が出現した場合には、患者及びその家族と相談をしながら人工呼吸器装着(状態に応じたNPPV又はTPPVの選択)について検討することが必要である。なお、NPPVの適応基準、NPPVからTPPVへの移行基準については後述するが、%VCが40%以下、痰、唾液の喀出困難、呼吸数増加、頻脈、動脈中のPaCO₂の増加などの症状の出現が一つの目安といえる。

2. 人工呼吸器の分類

人工呼吸器を人工呼吸法の侵襲度により分類すると、「非侵襲的陽圧換気療法」と「経気管切開下陽圧換気療法」の2分類となる。それぞれの方法の特徴を整理すると次のとおりである。

(1) 非侵襲的陽圧換気療法 (NPPV : noninvasive positive pressure ventilation)

気管内挿管や気管切開による侵襲的方法を伴わない人工呼吸法であり、一般的にはマスクによる人工呼吸を行うもの。NPPV は気管内挿管なしに人工呼吸が行えるため、着脱が容易であり会話や食事が可能である一方で、気道の確保について確実性に欠ける面があり、気管内吸引ができないことや誤嚥の可能性がある。このため、使用に当たっては、患者・家族への十分な説明と意思確認、患者によるマスク換気の協力を得ることが必須の条件となる。

(2) 経気管切開下陽圧換気療法 (TPPV : tracheal positive pressure ventilation)

気管切開による人工呼吸法。NPPV と比べて死腔が少なくリークもほとんどないため、より確実な換気法であると言えるが、気管切開孔は閉鎖できず呼吸器も外せないこと、会話を行うためには訓練が必要であり言葉以外のコミュニケーションの手段が必要になること、出血、感染等の合併症の発生や患者の体動等による気管内チューブの深さの変動、屈曲の発生、カフ漏れなどには十分な注意が必要となる。

《TPPV 使用下の発声について》

TPPV 使用下であっても舌や咽頭などの発声筋が保たれ、気管切開の直前まで発声が可能であった患者であるなら、発声が可能となることが多い。発声の方法として、

カフエアを減量し口腔へのエアリークを利用する方法、

スピーキングバルブを回路内に接続する方法、

カフと声帯の間に外から空気を注入し発声する方法、

がある。この場合は唾液や気管内分泌物の肺への流入に注意して行うことが必要となるが、患者の QOL を考慮して、出来るだけ発声が行えるよう配慮することが重要であろう。

3. 人工呼吸器の基本構造

人工呼吸器は大きく、動力部分（電源、呼吸器を動かす部分）、送気部分（ガスを送り出す部分）、操作パネル（条件設定を行う部分）からなる「人工呼吸器本体」、加湿器、鼻マスク、気管カニューレ等のインターフェイスを含む「呼吸器回路」から構成されている。

(1) 人工呼吸器本体

- ・ モード選択、トリガー感度、一回換気量、呼吸回数、I:E 比、感度、アラーム等の「設定部」、気道内圧計、電源などの「表示部」及び「送気口」から構成されている。

- ・ 長期療養患者の多くが使用するポータブル型呼吸器の大多数は、外部空気をフィルターを通して本体内部に取り込むタイプであり、設定した換気方式で空気を患者側に送り出す役割を担う。
- ・ 動力源は基本的には家庭用電源（AC/100V）であるが（圧縮空気により駆動するタイプもある）停電時等に備えて内部バッテリーや専用の外部バッテリーも備えている。人工呼吸器と共に生活する長期療養患者のQOLを考えた場合、災害時の停電等への対応はもちろん、外出・外泊等においても安心して人工呼吸管理を行うことができるようにするため、家庭内電源、内部バッテリー、外部バッテリーの3電源の使用が可能な機種であることが重要である。
- ・ 設定部分の主な機能を整理すると次のとおりである。

基本動作

従量式：一回又は分時換気量を設定し、設定された量の空気を送る

従圧式：圧をターゲットとして、陽圧を送る

モード選択（基本的なもの）

Control（調節呼吸）

患者の呼吸努力に関係なく、設定した一回換気量、換気回数、吸気流量が供給される。自発呼吸が全くない時又は自発が弱い時、呼吸のパターンが悪い時に適応。

トリガーは作動しない

Assist/Control（補助/調節呼吸）

患者の吸気努力に誘発されて、設定した一回換気量・吸気流量が供給される。患者に誘発された補助呼吸がない時は、設定した呼吸回数で調節呼吸が供給される。自発呼吸はあるが吸気力が弱く十分な換気量が得られない場合に適応。トリガーが作動する

SIMV（synchronized intermittent mandatory ventilation）

自発呼吸の合間に補助呼吸が供給される。設定された一回換気量・吸気流量は、患者の自発呼吸と同期して供給される

トリガー感度

自発呼吸に反応するレベル。自発呼吸がこの設定レベルに達するとガスが送られる。人工呼吸器が患者の吸気に反応して送気を開始する。

1回換気量

人工呼吸器から送られる1回換気量。換気量は、体型、体重、NPPVかTPPVか、などの条件で決定される。基本は体重1kg=10mlが目安。ただし、NPPVの場合は、リークがあり送気量の1/2～1/3の量しか肺に入っていない場合もあるので、換気量はやや多めに設定する。

呼吸回数

人工呼吸器が1分間に供給する回数。最低分時呼吸回数。通常成人では12～15回。A/Cでは、設定した呼吸回数にプラス自発トリガー回数が実際の呼吸回数となる。A/Cでの設定値は、バックアップ呼吸数となる。

I:E比

吸気と呼気の時間比。

アラーム

気道内圧上限アラーム

気道内圧の上限を設定するアラームである。気道内圧が設定圧に達したらアラームを発生し呼気に切り替わる。高い気道内圧による気胸や肺胞の過伸展から肺障害が引き起こされることを回避するためのアラームである。

気道内圧低下アラーム

気道内圧が設定した圧に達しない場合にアラームを発生する。気道内圧が上昇しない原因は、回路の外れや回路リーク、無呼吸などである。

無呼吸アラーム

SIMV、CPAP、PSVなどの自発呼吸を残した換気モードの際、気道内圧低下アラームと連動して設定無呼吸時間の間に設定気道内圧に達しなければ、アラームを発生する。無呼吸、回路外れ、リーク、カフ漏れなどが原因となる。

(2) 呼吸器回路

呼吸器回路は、送気された空気を確実に患者の肺まで送り込むためのもので、空気が通過する蛇管部と呼出の際の呼気チューブ、呼気弁及び気道内圧を測定する気道内圧チューブからなる。

加温加湿器使用の場合は、次のパーツを組み立てる

バクテリアフィルター、蛇管、加温加湿器用チェンバー、熱線、ウォータートラップ、気道内圧チューブ、呼気弁、呼気弁チューブ

加温加湿器を使用しない場合は、次のパーツを組み立てる。

バクテリアフィルター、蛇管、気道内圧チューブ、呼気弁、呼気弁チューブ、人工鼻

4. 人工呼吸器の操作

(1) 設定条件の指示

設定条件の指示は、医師がカルテへの記載、指示票の作成等により行う。指示内容は、患者毎に異なるので、指示カード等を作成し当該患者の人工呼吸器の傍らに置いておくことで、常に設定条件どおり作動しているか確認できるようにしておくことが必要である。

(2) 準備

必要物品をそろえる

- ・人工呼吸器本体 ・呼吸器回路 ・加温加湿器 ・加温加湿器用チェンバー
- ・バクテリアフィルター ・二重回転コネクタ ・気道内圧フィルター
- ・滅菌精製水

器機の設置場所

- ・器機周辺の清潔保持に努め、安定した台の上に本体の空気取り入れ口を塞がないよう設置する。

電源の確認

- ・電源コード、電源プラグ、アース線などに亀裂・破損がないか点検した後、電源プラグを接続する。原則として呼吸器は非常用コンセントに接続する。

人工呼吸器本体の点検

- ・人工呼吸器本体に亀裂・破損、付属品の紛失などがいないか確認する。

呼吸器回路の組み立て

- ・回路、付属品に亀裂・破損、紛失がないか確認をした上で正しく組み立てる。また、緩みやねじれがないよう接続するとともに、加温加湿器は確実に吸気側に接続する。

加温加湿器の点検

- ・加温加湿器本体及び付属品などに亀裂・破損がないか点検し、線まで滅菌精製水を入れる。加温加湿器の温度を設定した後、サーモスタットの作動状況及び温度を点検する。

回路にテスト肺を取り付ける。

人工呼吸器を作動させていない状態で気道内圧計がゼロを示している事を確認する。

(3) 操作手順

電源スイッチをONにする。

動作テストをする。テスト肺が膨らみ、気道内圧計の針が振れるか、回路にリークがないか、回路の接続に間違いがないか、ねじれや緩みがないか、加温加湿器の作動に異常がないか確認する。又、異常な作動音や異臭がないかを確認する。

各機能の設定を行う。初回の設定、設定変更時は医師が行う。使用開始時、回路交換時は医師と一緒に点検、確認する。その後は看護師が医師の指示表に従って点検する。

- ・換気モードの選択、一回換気量、呼吸回数、I:E比、トリガー感度等の設定
- ・気道内圧上限アラーム、気道内圧低下アラーム等アラームの設定
- ・アラーム作動確認

・加温加湿器の設定確認

テスト肺を軽く握りしめ、素早く離すことで回路内に陰圧をつくり、この陰圧が設定トリガー圧に達してトリガーされ、トリガーランプが点滅して補助呼吸になることを確認する。

患者に呼吸回路を接続する。

酸素飽和度(SpO2)、患者の状態(呼吸の同調性、胸郭の動き、違和感の有無等)をチェックする。

5 . 人工呼吸器の安全管理

(1) 正常動作のためのチェックポイント

人工呼吸器は、機器本体と呼吸器回路からなるため、両者の正常動作を確認しなければならない。メーカーによる定期点検を器機毎に定め確実に実施するほか、正常動作を維持するための日常的な点検として、

- 呼吸器回路内の水滴の除去、
- 加温加湿器チェンバーの滅菌精製水の補充、
- 呼吸器回路の定期交換、
- 器機を清潔に保つこと、

等が重要となる。人工呼吸器の安全チェックのポイントを部位毎に整理すると次のとおり。

【人工呼吸器の安全チェックポイント】

気管内チューブ	カフ漏れ、屈曲、分泌物の貯留、閉塞、位置異常、チューブ抜去、固定部のゆるみ
呼吸器回路	各接続部の緩み・外れ・亀裂・破損、回路のリーク又は閉塞、組立て間違い、吸気・呼気接続ミス、回路内、ウォータートラップ、チューブ内への水の貯留 * 貯留している水は、貯留している水が患者の気管内に入らないよう注意しながら、除去する。
呼吸器設定	指示どおりの設定となっているか、ダイヤルのズレはないか、呼吸器条件、呼吸状態の観察
加温加湿器	水位、設定温度、加湿効果、適切なスイッチ ON・OFF、回路内水分貯留 * 加温加湿器を使用する場合は、誤って加温加湿器内の水が回路内に逆流し(た場合に)、気管内に(水が)流入するのを防止するため、必ず患者の気管切開孔よりも低い位置に固定して設置
モニターとアラーム	モニター設定の誤り、アラームの消音設定の有無

呼吸器本体	亀裂・破損、異常音、発熱、異常な臭い、安定した台の上への設置、空気の取り込み口を塞いでいないか
駆動源	電源コード・コンセントの亀裂・破損、非常電源への接続、メインスイッチの確認、外部バッテリー・内部バッテリーの確認

(2) 人工呼吸器点検表

各病院において「人工呼吸器点検表」を作成し、使用開始時、設定変更時、ケア・処置の終了時、勤務開始・終了時等に点検を行う。点検表に盛り込む主な項目には、次のものが考えられる。また、点検実施者は、点検後に点検時間とサインを行う。

〔器機の設定〕

- ・機種名
- ・電源コード・プラグ
- ・呼吸回路の貯留水
- ・加温加湿器用チャンパーの水量レベル
- ・気道内圧上限アラームレベル、気道内圧下限アラームレベル
- ・換気モード
- ・最高気道内圧レベル
- ・PEEP レベル
- ・1回換気量、分時換気量、呼吸数
- ・トリガー感度レベル
- ・呼気弁ユニット動作
- ・フィルターの汚損
- ・装置本体からの異常音、発熱、異臭 等

〔患者の状態〕

- ・胸郭の動き
- ・聴診
- ・呼吸数
- ・脈拍数、血圧、SpO₂ 等

(3) 患者の反応の確認

人工呼吸器を使用している長期療養患者にとっては、器機が正常に作動しているだけでなく、快適に作動しているかが重要な意味を持つ。このため、呼吸の同調性、胸郭の動き、違和感の有無等患者にとって不快なく適切に作動しているかのアセスメントを行うことも必要である。ごく僅かな変化なども敏感に察知し、頭痛、発熱、疲労感といった症状を呈する可能性があることを念頭に置くことが必要であり、特に人工呼吸器本体や回路交換後には、患者の反応を十分に確認することが重要である。

(4) 早期発見

異常アラーム：各種の異常の状況を知り、迅速に対応する。

生体情報モニター：生体モニター監視を原則とする。

巡視：巡視は原則 1 時間 1 回として、呼吸状態や呼吸器の装着状態を観察する。

動線：呼吸器のアラーム等の確認ができる病室配置に配慮する。

(5) 迅速対応

呼吸器の異常に対しては、速やかに医師及び看護師長に報告を行い、必要により臨床工学技士にも報告を行い、対応を要請する。

(6) 人工呼吸器のトラブル発生時の留意点

トラブルが発生した際には、適切かつ迅速な原因追及とその対処が必要である。「人工呼吸器装着中の在宅 ALS 患者の療養支援訪問看護従事者マニュアル」(平成 16 年 3 月日本看護協会)で示されているトラブルシューティングの例を紹介する。留意すべきは、機器的なトラブルへの対処に気持ちが奪われてしまって、患者の呼吸確保が後回しになってしまわないようにすることである。アラームとその対処だけに気を取られず、蘇生バックでの換気等まず患者の呼吸確保を第一に考えることが重要である。

【トラブルシューティングの例】

人工呼吸器の現象	考えられる原因	対応
1)人工呼吸器本体		
電源を入れても作動しない	主電源と作動スイッチのどちらかがオフになっている	本体電源と作動スイッチが別の機種がある。 説明書を確認する。
	コンセント及び電気コードに問題(断線や不調)がある	事前の取り決めに応じた対応。(修理の依頼など)
	停電している、あるいはブレーカーが落ちている	ブレーカーを復帰させ、必要な対応を行う(ブレーカーが落ちた原因の探索や連絡など:事前の取り決めに基づく対応)※1 停電の場合は外部・内部バッテリーでの作動や、蘇生バックでの対応。
	呼吸器本体の故障	上記対応で復帰しない場合は、呼吸器の故障と考え、事前の取り決めにに基づき、各機関への連絡や対応を行う。
全アラームが鳴る	電源を入れたときのアラームテスト	1~2秒で鳴り止み作動開始したら正常反応。
	ブレーカーが落ちた	※1
	呼吸器本体の故障	事前の取り決めに基づく対応。
連続音のアラーム(電源)が鳴る	電源の問題	
	1) プラグが抜けているのに気づかず、外部バッテリーあるいは内部バッテリーで作動していて、バッテリーを使い切ってしまった	1) プラグを再挿入する。 (人工呼吸器作動中に内部バッテリーは自動的に再充電される。外部バッテリーを人工呼吸器に接続しておくと、外部バッテリーも自動充電される。)
	2) コードの断線	2) 考えられる場合は人工呼吸器の故障と同対応。 事前の取り決めに基づく対応。
	3) AC電源のヒューズ切れ	3) 説明書を見てヒューズを取り替える。 あるいは人工呼吸器の故障と同対応(医師や機器供給会社に連絡)する。
4) バッテリーで駆動している場合はバッテリーの電圧低下(外・内)	4) AC電源に切り替える。あるいは蘇生バックで対応する。(外・内部バッテリーは容量を点検し、充電する。外部バッテリーは耐用年数を確認する。なお内部バッテリーは人工呼吸器のメンテナンス時に機器供給会社で点検している。)	
気道内圧下限アラームが鳴る	呼吸器回路のはずれやゆるみ、接続ミス、呼吸器回路破損(蛇管の穴や亀裂、加温加湿器チャンバーのひびや破損等)	回路を確認し、つなぎ直す。 1. 気管カニューレと回路 2. 各回路間 3. 加温加湿器と回路接続部、加温加湿器のひび割れ 4. 人工呼吸器本体と回路 5. 呼吸弁チューブ・気道内圧チューブの外れ 回路破損は目に見えないピンホールの場合もあるので、確認が困難なこともある。回路一式と加温加湿器の減蒸蒸留水入れを交換して変化を観察することも一解決方法である。小さい穴は気道内圧低下の変化が少なく、アラームが鳴らないこともあるので注意が必要である。

人工呼吸器の現象	考えられる原因	対応
気道内圧下限アラームが鳴る	気管カニューレカフ圧の低下(カフのエア漏れや破損)	確認しカフエアを再挿入する。 度々カフエアが抜ける場合は、カフの不良や破損と考慮して、カニューレ交換が必要。事前の取り決めに基づいて交換。
	呼気弁チューブ・気道内圧チューブの外れや結露水の貯留	原因を確認して、対処する。
	低圧アラームの不適切な設定	気道内圧アラームの設定値の見直しが必要。 医師に報告する。
気道内圧上限アラームが鳴る	たんの貯留	気道内吸引、排痰介助を行う。 (事前の取り決めに基づいて対応)
	回路がねじれている。 押しつぶされている。	確認し対処する。
	呼気弁の動きが悪い。 (呼気弁の接続が悪い、結露、呼気弁の劣化等)	確認し対処する。(呼気弁の交換など、事前の取り決めに基づいた対応)
	バクテリアフィルターのつまり	交換日を確認、疑われる場合は新しいものと交換する。
2)人工呼吸器回路		
連続音のアラームや気道内圧上・下アラームが鳴る	前述	前述
(PEEPをかけていないのに)気道内圧針が0に読まない	呼気弁の不具合 (水滴の付着、弾力の低下、接続が悪い等)により呼気の排気不十分	水滴を除去し確認する。 改善しない場合は呼気弁を交換する。それでも改善しない場合は、事前の取り決めに基づいて、関係機関への連絡と対応。
呼気弁に水が貯留しやすい	呼気弁ポートの排気口の向きが悪い	結露水が回路外に流れやすいように排気口を横向きにする(ベッドに平行)。下向きにすると塞がれて排気が悪くなるので注意する。
気管カニューレが回路で引っ張られる	ベッドと人工呼吸器の距離が長く、回路に余裕を持たせないで設置している。あるいは回路の重みが引力になっている	回路が牽引される力を除去するよう工夫する。
気管カニューレが回路の重みで押される	回路の多少の重みでも、気管切開部には大きな負担がかかる	回路支持器や小枕を利用して、回路の重みを軽減する。
回路内に水が溜まりやすい	ウォータートラップの装着が正しくない、あるいは位置が正しくない	正しく装着し直す。ウォータートラップの位置を回路の一番低い位置にくるように調整する。
3)電源		
度々ブレーカーが落ちる	契約電気量の不足	契約アンペア数を上げる。あるいは他の電気製品の使用中止を検討する。
たこあし配線になる	ベッド周辺のコンセント不足	コンセント増設のための電気工事が必要。
プラグが複数あり、どの機種のものかわかりにくい	医療機器が多種使用されている	コードやプラグに機器名を書いてわかりやすくする。
コンセントが加熱している	1つのコンセントからの電気供給過剰	コンセントの増設が必要。
プラグが熱で変形している	コンセント周囲にほこりがたまっている	コンセント周囲の清掃や定期点検を実施する。

人工呼吸器の現象	考えられる原因	対応
4)-1 加温加湿器		
加温されない	設定値が低すぎる	医師に連絡し、設定値を調整する。 (冬と夏では室温・湿度がちがうので設定値を変更する場合がある。)
	プラグが抜けている、 あるいはコードの断線等による通電不良	プラグを入れる。それでも通電しない場合にはコードの断線と考慮して機器供給会社に連絡する。
	スイッチがオフになっている	スイッチの確認。スイッチがオンになっていても、安全装置が働いて通電しない場合もある。説明書を読んで安全装置をリセットする(あるいは医療機器供給会社に相談する)。
	加温加湿器の故障	上記対応で復帰しない場合は、加温加湿器の故障と考慮し、事前の取り決めに基づいて対応する。
加温過多	温度設定値が高すぎる	医師に相談し設定値を調整する。
	チェンバー内の減湿蒸留水量が少なくなつて、水温が高めになる。	減湿蒸留水を追加し規定量を保つ。
	加温加湿器の故障	事前の取り決めに基づいて対応する。
4)-2 人工鼻を利用している場合		
呼吸が苦しいと訴える 気道内圧が高めである	人工鼻の通気が悪くなっている。(たんで汚染された、使用時間が長い等)	新しい人工鼻に交換する。
	人工鼻の接続間違い	接続方法を確認する。
たんが粘りになってきた 吸引でとりにくい	人工鼻では加湿不十分	人工鼻を中止し、加温加湿器の使用を検討する。 医師に連絡する。
回路が外れても、低圧アラームが作動しないことがある	人工鼻の抵抗のため	監視装置を使う。あるいは人工鼻の使用を中止する。
5) 酸素使用		
酸素濃縮器が急に止まる	酸素濃縮器のコンセント脱落、あるいはコードの断線	コンセントを確認する。コードの断線が考えられる場合は、医師や機器供給会社に連絡して、機器の交換。
	スイッチが何らかの原因でオフになった	スイッチの確認。
呼吸が苦しいと訴える FI _O ₂ の低下、SpO ₂ の低下	酸素濃縮器からの酸素供給チューブの閉塞や脱落	酸素濃縮器、人工呼吸器双方に酸素供給チューブが正しく装着されているか確認。加えて、他にSpO ₂ の低下を招いている原因がないか、アセスメントする。
6) 呼吸器装着者側(療養者)の問題		
「空気が足りない」「呼吸が苦しい」「換気量を増やして」「呼吸数を増やして」等、呼吸苦と考えられる訴えがある	呼吸器の設定が意図せずに変更されていた(何かの拍子に動いたなど)	設定値を確認する。
	回路の接続の緩みや外れ	気道内圧の確認。前記気道内圧下限アラームの対応を行う。

人工呼吸器の現象	考えられる原因	対応
「空気が足りない」「呼吸が苦しい」「換気量を増やして」「呼吸数を増やして」等、呼吸苦と考えられる訴えがある	回路内、ウォータートラップ内に水がたまっている	気道内圧の確認。前記気道内圧上限アラームの対応を行う。
	気道内にたんが貯留している	気道内圧の確認、胸部聴診等でたんの存在が疑われる時には排痰看護を実施する。
	加湿加湿器の水が規定量以上入っている	規定量にする。
	呼気弁が塞がれている	呼気弁が掛け物の下になっていないか確認する。 呼気弁周囲には物を置かない。
	気道感染を起している	バイタル、たんの量・性状を確認し、事前の取り決めに基づいて対応する。
	呼吸器の設定が患者の呼吸機能に合わなくなっている	訪問看護師は、最近の病状経過、バイタル、現在の呼吸器設定値などを医師に報告する。
	換気量鈍感感 (呼吸器の設定は問題ないが、患者が換気量の物足りなさを感じる)	他に原因がない場合は考えられる。医師に連絡する。
	その他合併症がある	訪問看護師は、人工呼吸器装着による合併症(気胸、呑気症、消化器出血等)や心疾患の併発を考えてアセスメントし、医師に連絡する。
呼吸器の故障	上記確認で問題が無ければ人工呼吸器の故障を疑い、事前の取り決めに基づき、機器の入れ替えを要請する。	

長沢つるよ、兼山綾子、小倉朗子作成

6 . 人工呼吸器使用時の看護の留意点

(1) アセスメント項目

バイタルサイン(血圧、脈拍、呼吸状態、体温)

呼吸状態

- ・ 自発呼吸が残存している場合は、人工呼吸器との同調性を確認
- ・ 自発呼吸がほぼ消失している場合は、胸郭の動きが人工呼吸器の吸気に合わせ、左右対称に膨らんでいるかを確認

呼吸音

換気量(一回換気量、最大強制吸気量、最大呼気流量、介助咳の呼気流量)

人工呼吸器の作動状況

酸素飽和度(SpO₂ 値)、皮膚の色、血行動態(末梢冷感、浮腫の有無、頸動脈怒張の有無)

低換気症状、過換気症状の有無

喀痰の量、性状

加湿の状態

(2) 気道クリアランス(排痰)

肺のコンプライアンス(肺機能の健全性) を維持し、感染などの合併症を発症させ

ないようにするためには、気道クリアランス（排痰）を適切に行うことが必要である。

痰の貯留は、患者の訴えによって確認するほか、気道内圧の上昇、聴診によって存在部位と性状を見極め、必要な時に的確に吸引を実施することが重要である。

【分泌物の存在を示す呼吸音】

音の特徴等		聴取時期	解釈と対応
粗い断続性ラ音	ポコポコ ゴロゴロ	呼気	流動性のある分泌物の存在 排痰体位での移動が可能
低音性連続性ラ音	グーグー	呼気、 吸気	比較的大きな粘性の分泌物が気道の内腔を閉塞するような形で附着 移動には時間がかかる
呼吸音の低下、消失			粘稠な分泌物で気道を閉塞 排痰体位 無気肺（時間がたつと気管支呼吸音の伝達が生じる）
気管支呼吸音の伝達音			下側肺障害などの肺硬化 分泌物の移動、排出は容易でなくかなり時間を要する。

* 「人工呼吸器装着中の在宅 ALS 患者の療養支援訪問看護従事者マニュアル」(平成16年3月日本看護協会)より

また、TPPV 実施下では、繊毛運動が阻害されるため、加湿により分泌物の粘性をコントロールする。加湿状態の目安は、a 痰が柔らかい、b 吸気側回路の終末部内側に結露がついている、c 気管チューブの内壁に結露、水滴がついている状態である。排痰の方法は、一般的には吸引による場合が多いが、気道内分泌物が特に多い場合などを除いて、患者の咳嗽力を補助することで排痰を促す手技がある。以下の各手技を、患者の状況等を踏まえながら活用していくことも有効である。

徒手の咳介助

吸気時に、蘇生バックによる送気などの吸気補助により肺活量以上の吸気量を得てから、吸気時にタイミングを合わせ徒手的に胸郭を圧迫する。これにより、自力の咳嗽の2～5倍の咳の最大呼気流量を得ることができる。タイミングが合わないと痛みや不快、さらには肋骨骨折の原因になるため注意する。

器械的咳嗽介助(MAC: mechanical assisted coughing)

通称「カフマシーン」とも呼ばれるもので、マスクや挿管チューブを通じて、吸気時には陽圧が（これにより深吸気となる）、呼気時には陰圧となることにより、咳嗽の代償となる。

体位排痰法（体位ドレナージ）

重力を利用して、気道内分泌液の移動を促すもので、喀痰貯留部の肺区域を気管支分岐部より上位となるような姿勢をとらせる。これにより、末梢の分泌物の移動が可能となる。人工呼吸器の装着中、回路や気管切開挿入部への負担を避ける

ため、体位を修正することが多い。その際、皮膚損傷や循環器合併症、脳血流や頭蓋内圧の変化、食道胃逆流に注意する。

排痰手技

施行者の手を胸壁に置きその手を細かく振動（12～20回/秒）させ、呼気に振動を与える手技をいう。呼気のはじめに振動に伴った気流の細やかな動揺がみられる。これを、器械的（チェストバイブレーションなど）に行うことがある。臥床中の患者では、装着が困難な場合もある。

（3）TPPV 実施下の気道管理

TPPV 実施下の気道の状態は、a 物理的刺激を受けやすい、b 乾燥した空気が入り出す、c 病原体が気道内に侵入しやすい、d 咳嗽しにくいことが特徴的で、出血や感染などの合併症を引き起こす危険がある。このため部位等毎に次のケアを行っていくことが必要である。

ア．気管切開下の気管内チューブの管理

カフエアの管理

カフは気管内チューブを固定し、十分な換気を維持し、口腔、鼻腔内からの分泌物の気管内への誤嚥を防ぐために重要である。一方、高いカフ内圧による気道粘膜の出血、潰瘍、圧迫壊死が発生する危険もあり、カフは気管をシールする最小の圧とすることが必要である。経験的には、耳たぶ程度といわれるが、気管静脈圧（25～35 mm Hg）を超えないようカフ圧計で実測することが望ましい。また、その際の容量を記録し、日常の管理の目安とする。

挿入部管理

気管内チューブガーゼの交換は、チューブ周囲への分泌物貯留を防ぎ、感染を予防し、清潔を保つために行い、気管切開創の観察を合わせて行う。

チューブ交換

気管内チューブは、長時間の使用により、閉塞または狭窄の原因になるため、定期的に交換する必要がある。

イ．加温・加湿

TPPV 実施下において、繊毛運動の障害、分泌物の粘稠化による気管チューブの閉塞や気道抵抗の増大を避けるためには、吸入器の加湿が必要不可欠である。その方法は、「加温加湿器」「人工鼻」「ネブライザー」がある。

加温加湿器

加温加湿器は、温度設定が可能なヒーターベースとチェンバーで構成されている。チェンバーの中の水温は、熱平衡的にコントロールされていて 100%の相対湿度と

体温に近い温度が得られる。チェンバーの水は、感染の原因とならないよう滅菌水、または蒸留水を使用し、定期的に補給して、きらさない注意が必要である。また、呼吸回路内に生じる結露の逆流を防ぎ、頻回に取り除くことも重要である。

人工鼻

人工鼻は、人工呼吸器装着者自身の呼気から温度と湿度を取り入れ、吸気時に変換する役割をもつ。人工鼻は、熱と湿度の変換器の役割を果たすカートリッジとそれを覆う固いプラスチックで構成されており、電源を一切使わないので、特に移動時には有効である。一定期間毎に新しいものと交換することが必要である。加温加湿器とネブライザーは併用しない。

ネブライザー

通常の加湿では不十分な場合に、喀痰喀出の促進や気道狭窄の改善を目的とする。種類は、ジットネブライザーと超音波ネブライザーが主流である。施行中は、人工呼吸器の換気量や気道内圧が変化することがあることを認識しておく。また、細菌汚染の原因となることもあるため、取扱いに注意する。

ウ．気道分泌物管理

気管切開下では、自力での排痰が困難となるため、気道分泌物の吸引は必要不可欠であるが、その実施に当たっては、次の点などに注意しながら行うことが必要である。

吸引圧

吸引量は、吸引圧と分泌物の粘稠度に影響を受けるため、喀痰の性状を見極め適切な吸引圧を調整することが必要である。吸引圧が低いと吸引に時間がかかり、効果的に吸引できない。このために頻回に吸引を行うことになり、患者への苦痛・低酸素血症などの合併症の危険となる。反対に吸引圧が高いと、空気を多量に吸引し、無呼吸状態が続き低酸素血症につながる。さらに気管壁に接触した場合は、高い吸引圧が一点に集中し、気管粘膜を損傷させる危険があるので注意が必要である。

吸引時間

吸引時間が長いと肺内の酸素濃度の低下や肺胞の虚脱から低酸素血症に陥りやすくなる。また、吸引時間が長いほど、動脈血酸素飽和度が吸引の前の値まで回復するのに時間がかかる。多くの長期療養患者の場合は、高濃度酸素が付加されるわけではないが、吸引中は呼吸ができないだけでなく、肺内の酸素が低下するため、呼吸を止めるより苦しい状態になることを踏まえ、短時間（全操作を 20 秒以内）ですませるよう心がけることが重要である。

吸引チューブ挿入の深さ

吸引チューブ挿入による合併症は、気管支壁の刺激により、迷走神経反射からの叙脈・血圧低下・ファイティングなどがある。また吸引チューブを無理に挿入すると気管粘膜を損傷し、出血することがある。このため、吸引チューブの挿入の深さは、

気管内チューブの先端から 3～5cm までの気管分枝部程度に留め、決して奥まで挿入しない。前述の排痰を促進する各手技を利用して、この位置まで気管分泌物を集めることも有効である。

7. 停電時の対応

(1) 必要物品

テスト肺、アンビューバック、懐中電灯

(2) 対応手順

〔昼間〕

看護師長又は代行者は、直ちに停電の第一報を所定の緊急時連絡方法（主治医、看護部長室など）で報告し、応援を依頼する。

日勤者は、担当する人工呼吸器装着患者の人工呼吸器の作動状況を確認する。

短時間呼吸器を外すことができる患者は、呼吸器を外す（車椅子に移乗させる）。

内部バッテリーが正常に作動しているか確認する。内部バッテリーがない場合は、呼吸器を外しアンビューバックによる補助呼吸を行う間に外部バッテリーに接続する。

人工呼吸器が作動停止した患者では、速やかに呼吸器を外し、用手補助呼吸に切替える。

看護師長又は代行者が作動停止した呼吸器の台数・機種、内部バッテリー搭載機器の作動状況を確認し、看護部長室へ報告する。

患者の呼吸状態や一般状態を確認し、パニックに陥らないよう声かけする。

看護師長又は代行者は、応援者を指揮する。

電源復旧後、2人から構成されるチームが人工呼吸器にテスト肺をつけて、人工呼吸器点検表を用いて人工呼吸器の作動状況を確認する。

患者に人工呼吸器を装着し、呼吸状態を確認する。

〔夜間〕

リーダーは、直ちに停電の第一報を所定の緊急時連絡方法（当直医師、当直師長など）で報告し、応援を依頼する。

他の勤務者は、人工呼吸器を外すことのできない患者から順番に呼吸状態と人工呼吸器の作動状況を確認する。

短時間人工呼吸器を外すことができる患者は人工呼吸器を外す（患者を覚醒させ、車椅子に移乗させる）。

内部バッテリーのない機種は、外部バッテリーに接続する。

自力呼吸が極めて弱い患者から順番にアンビューバックによる補助呼吸を行う。

リーダーは作動停止した呼吸器の台数・機種・内部バッテリー搭載機器の作動状況を確認し、当直看護師長へ報告する。

患者の呼吸状態や一般状態を観察し、パニックに陥らないよう声かけする。

リーダーは、駆けつけた応援者を指揮し、状況把握に努める。

電源復旧後、2人から構成されるチームが人工呼吸器にテスト肺をつけて、人工呼吸器点検表を用いて人工呼吸器の作動状況を確認する。

患者に人工呼吸器を装着し、呼吸状態を観察する。

(3) 留意事項

呼吸状態の観察と共に精神的な動揺を最小限にする為に、落ち着いた対応を行う。

非常用電源が使用可能となった際は、通電を確認する。

使用機種毎のバッテリーの接続方法やバッテリーの消費時間等を整理し、不測の事態にも迅速に対応できるよう準備しておく。また、バッテリー使用中は、消費時間内であっても、頻回の作動確認を行うことが必要。

中央配管の吸引機が作動しない時は、中材よりポータブル吸引器を借用する(当直師長に依頼)。

ネットサット(患者監視モニター)は患者の状況把握の為につけたままにしておく。

8. 装着に係る説明書及び同意書

装着開始に当たっては、患者及び家族に装着目的、注意点、合併症等について説明を行い、別紙1「人工呼吸器装着(経気管切開下)に関する説明書及び同意書」に署名してもらい、患者と医療者の双方が持つことが必要である。

非侵襲的陽圧換気療法 (NPPV)

非侵襲的陽圧換気療法 (NPPV = noninvasive positive pressure ventilation) は、気管内挿管や気管切開など侵襲的な方法で身体の中にチューブを留置するのではなく、鼻マスクなどの非侵襲的なインターフェイスによって、人と人工呼吸器を装着し人工呼吸療法を行うものである。呼吸筋の筋力低下に伴う低酸素血症や高炭酸ガス血症を改善し、呼吸を管理することを目的としている。

NPPV は気管内挿管なしに人工呼吸が行えるため、着脱が容易であり会話や食事が可能である一方で、気道の確保について確実性に欠ける面があり、気管内吸引ができないことや誤嚥の可能性がある。このため、使用に当たっては、患者・家族への十分な説明と意思確認、患者がマスク換気に協力してくれることが必須の条件となる。

以下に、装着患者の安楽と生活の質の向上、そして医療の安全を保持するため、NPPV による呼吸管理を行うに当たっての知識・技術として確認をしておくべき事項を整理した。

1 . NPPV の適応基準

自覚症状として慢性の呼吸不全を有する患者で、呼吸不全が元になる起床時の頭痛、昼間の眠気、疲労感、不眠、昼間のイライラ感、性格変化、学習能力の低下、夜間頻尿、労作時呼吸困難、体重減少、頸動脈の怒張、頻脈、下肢の浮腫などの肺性心の兆候いずれかがある場合で、以下の (a) (b) の両方あるいはどちらか一方を満たす場合

(a) 昼間覚醒時低換気 : $\text{PaCO}_2 > 45\text{mmHg}$ 及びまたは $\text{SpO}_2 < 90\%$

(b) 夜間睡眠時低換気 : 室内気吸入下の睡眠で $\text{SpO}_2 < 90\%$ が 5 分以上継続するか、あるいは全体の 10% 以上を占める) 及びまたは PaCO_2 (経皮、呼気の CO_2 でも可) $> 45\text{mmHg}$

肺活量の著しい低下 (VC50%) などのある患者で の (a) (b) を満たす場合

呼吸不全、急性増悪入院を繰り返す場合

気道確保が可能、咳・痰喀出が可能

咽喉頭反射が保たれ、誤嚥の危険性が少ない

循環動態が不安定ではない

消化管出血やイレウスがない

マスクがしっかりと装着できる

理解、協力が良好。「説明と同意」を取得できること

2 . NPPV の長所・短所

【長所】

気管切開や気管内挿管が不要で負担が少ない

呼吸器感染症の減少

食事及び会話が可能で QOL に優れる
着脱が容易で、患者の状態に応じて装着時間を調整できる
小型・軽量で場所をとらず移動しやすい

【短所】

患者の協力が必要（意識のない患者、反射のない患者には禁忌）
操作に手間がかかる（医療者側の熟知必要）
気道は確保されない
気道と食道が分離できない、誤嚥が起こる
呼吸器装着中は喀痰吸引が困難（痰が多い例は不適）
高い気道内圧がかけられない
酸素濃度を要する例は不適
マスク装着に伴う合併症、不快感（皮膚炎、潰瘍、口渇、乾燥）

3 . 代表的な換気様式

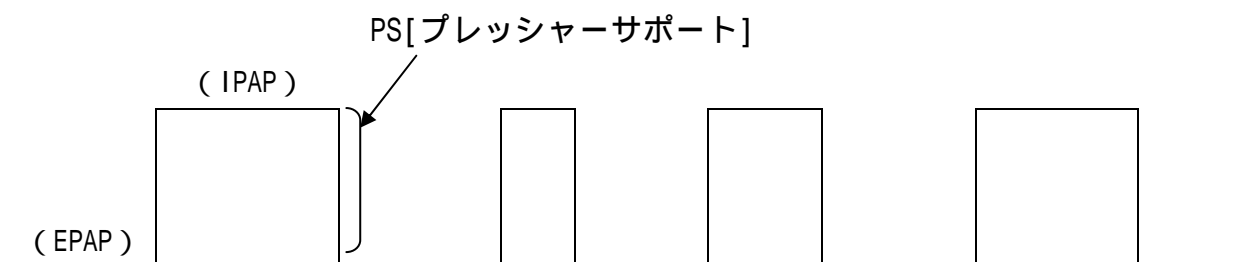
(1) CPAP

一定の圧で持続的な陽圧の補助を行う換気様式。自発呼吸の十分ある患者に使用可能な換気様式である。

(2) S モード (I / E モード)

二つの圧レベルで換気の補助を行うもの。二つの圧とは、EPAP (expiratory positive airway pressure) と IPAP (inspiratory positive airway pressure) であり、EPAP と IPAP の圧格差を PS (プレッシャーサポート) と呼ぶ。

機械が患者の呼吸努力を感知すると、その自発呼吸に同調して、EPAP よりも高い IPAP の圧で患者の呼吸努力を補助する。呼吸時間も患者の自発呼吸の吸気流速によって決定されるので、一定とはならない。自発呼吸のある患者を対象とした換気モードで、強制換気の回数は設定できない。



(3) STモード (A/Cモード)

STモードも、二つの圧レベルで換気の補助を行う換気モードであるが、ある一定時間を経過しても患者の自発呼吸がなければ強制的な換気を行う。ここで言う強制的な換気とは、EPAP や IPAP の圧格差である PS を 1 分間に最低何回何秒間換気させるかという意味になる。

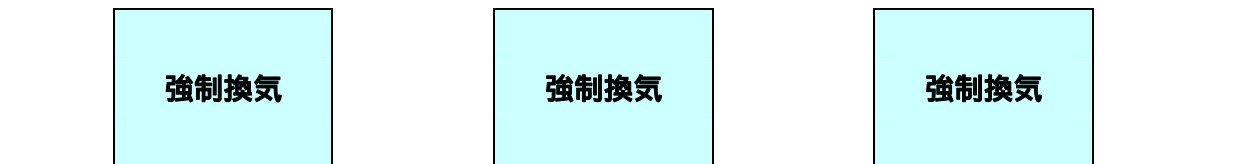
(例) 呼吸回数を 10 回/分、呼気時間を 1.0 秒に設置した場合

呼吸回数=10 回/分だから、6 秒に 1 回の呼吸サイクルになるので、自発呼吸が 6 秒以上検出されなければ、吸気時間 1.0 秒の PS 圧強制換気を送られる。



(4) Tモード

Tモードも、二つの圧レベルで換気の補助を行う換気モードであるが、S や ST モードと違って、自発呼吸を無視した強制的換気様式となる。つまり、呼吸回数を 12 回/分、吸気時間を 1.0 秒と仮に設定したら、自発呼吸の有無に関わらず、常に呼吸回数=12 回/分、吸気時間=1.0 秒の一定した PS 圧の強制換気が行われるようになる。



4 . NPPV の安全管理対策

「1 . NPPV の適応基準」を踏まえ、装着にあたっては適応の有無を評価し決定する。

(1) 事故防止対策

電源の確保

- ・コンセントの確認を行う。
- ・呼吸器接続部の脱落を防止する。
- ・スイッチには外力が加わらないようにする。停電等発生時、バッテリー切り替え

がスムーズにできるようにバッテリーの使用方法について習熟しておく。

呼吸器設定モードの確認

- ・設定モードの設定値については、医師が診療録及び呼吸器設定指示票に明確に記載する。

気道の確保

- ・呼吸器回路等の脱落がないか観察を強化し防止策（マジックベルトの使用）を講じる。
- ・患者の状態に応じて痰吸引やカフマシーン等を利用して排痰に務める。

（２）早期発見

異常アラーム：各種の異常の状況を知り、迅速に対応する。

生体情報モニター：生体モニター監視を原則とする。

巡視：巡視は原則１時間１回として、呼吸状態や呼吸器の装着状態を観察する。

動線：呼吸器のアラーム等の確認ができる病室配置に配慮する。

（３）迅速対応

呼吸器の異常に対しては、速やかに医師及び看護師長に報告を行い、必要により臨床工学技士にも報告を行い、対応を要請する。

５．NPPV 使用時の看護の留意点

（１）日常点検

日常点検は、人工呼吸器点検表及び呼吸器設定指示票に沿って各勤務始業時に行う（定時のみの使用者の場合は、装着時と各勤務始業時）。

《確認事項》

呼吸器設定指示票の内容どおり作動しているか

異常音は聞かれないか

蛇管、マスク、酸素接続部分のゆるみやもれはないか

電源は非常用コンセントに差し込まれているか

周囲の環境整備は。落下物の可能性はないか

（２）NPPV 使用時に想定される問題点と対応策の整理

《看護師による対処できるもの》

問題点	対応
圧迫感	必要性の説明、マスク・ベルトの交換、ベルトをゆるめる、酸素マスクへの変更、NPPV の間欠的使用、マッサージ
口渇、口腔内汚染、口腔内	オーラルケアの徹底、含嗽を頻回に行う、制限内での水分

乾燥、口腔内潰瘍、鼻の疼痛	補給、加温加湿器の温度調整、マスクの交換
腹部膨満、呑気	胃管挿入による脱気、排便コントロール、排気
皮膚トラブル	ビニールテープ、皮膚保護剤、創傷保護剤の使用、軟膏塗布
装着拒否	酸素マスクへの変更、NPPVの間欠使用
圧が高い、咽頭痛	NPPV 圧の調整を医師に依頼

《医師による処置を必要とするもの》

問題点	対応
不眠	原因除去、モードの変更
嘔気・嘔吐	制吐剤投与
自発呼吸の減弱	S/T、Tモードへの変更
SpO ₂ 、PaO ₂ が改善しない	酸素流量の調整、NPPV 圧の調整、マスクの交換、S/T、Tモードへの変更
不穏	マスクの交換、鎮静剤の投与、家族との面会、抑制、処置の制限
痰喀出不良	経鼻エアウェイの挿入、吸入・体位変換・腹臥位・呼吸介助により排痰を促す、加湿の強化、酸素マスクへの変更、他の呼吸補助への変更
循環不全	薬物療法
呼吸困難	マスクの交換、酸素マスクへ変更、NPPV 間欠使用
意識消失	S/T、Tモードへの変更、他の人工呼吸療法への変更の検討
無呼吸	S/T、Tモードへの変更、他の人工呼吸療法への変更の検討
NPPV と呼吸が合わない	鎮静剤投与、酸素マスクへ変更、他の人工呼吸療法への変更の検討
全身痙攣	薬物療法、気管内挿管等への変更
マスクの装着困難	ベルトをゆるめる、マスクの交換
二酸化炭素の蓄積	S/T、Tモードへの変更、他の人工呼吸療法への変更の検討
誤嚥	気管内挿管等への変更
緊急手術	気管内挿管等への変更

(3) マスク装着の手順

ア．接続前の確認事項

マスクに破損や汚れ等がないことを確認する。

マスクに呼気ポートがついていることを確認する。

マスクのヘッドベルトは取り外しておく。

イ．鼻マスク・口鼻マスクの装着法

気道がしっかり確保されていることを確認する。

鼻下部（口鼻マスクは下唇）をベースに鼻梁までマスククッションを当てる（顔に対してマスクが平行になるように）。

器械を作動させ、マスクを医療者が保持した状態で、患者に器械から送気されるガスの感覚をつかんでもらう。なお、マスクを保持する時は、医療者の手で視界を妨げると恐怖感を抱くので、マスクの下を保持する。

額部分にクッションがあたるようにサポートアームを調整する。

左右均等になるように上下ベルトを締める。

頭とストラップの間に指が2本程度入るくらいにきつさを調整する。

装着状態・リークの有無を確認する。

ウ．マスクリークのポイント

ベストポジション：顔とマスク面が平行

上部ストラップがきつい、サポートアームの高さ調整が不適切 口側へのリーク

下部ストラップがきつい、サポートアームの高さ調整が不適切 目側へのリーク

エ．マスク洗浄について

週1回、曜日を決めて行う。

中性洗剤を使いガーゼを濡らしてやさしく洗浄する（細かい部品があるため慎重に扱う）。

《インターフェイスの種類と特徴の整理》

マスクの種類	特	徴
鼻マスク	長期使用患者、意識清明で口を開けずに換気ができる患者に適する。装着したまま飲水・食事ができるが、誤嚥に注意する必要がある	
口鼻マスク	鼻マスクになじめない患者、呼吸を主に行っている患者に使用する。鼻梁部や額等マスクが接触する部分に皮膚トラブルが起きやすい。飲水・食事時はマスクを外す必要がある	
トータルフェイスマスク	他のマスクではリークが発生する患者、過去に皮膚のトラブルがあったり、閉所恐怖がある患者に適する。ワンサイズで素早くフィットさせられるため、特に救急の現場で使用される	

マウスピース	個人用に作ったものは患者の口にあわせて作られるため、ストラップを必要とせず、夜間も使うことができる。
--------	--

《マスクサイズの選択》

マスクの種類	サイズ選択
鼻マスク	鼻孔、鼻梁、上唇の3点を目印にして、鼻孔が狭まったり、閉塞することがない鼻周りにフィットするサイズを選ぶ。2種類のサイズで迷ったら、小さいサイズのものから選択する
口鼻マスク	口角、鼻梁、下唇の下の3点を目印とし、口をしっかりと覆うことができる最小のサイズを選ぶ（顎の下にマスクがずり落ちないようにする）。この際、わずかに口を開けた状態で行う
トータルフェイスマスク	顔全体を覆うトータルフェイスマスクは、ワンサイズのみ
マウスピース	口唇を塞ぐシールとストラップが一体になった市販のものと、患者用に特注するものがある

(4) NPPV 使用中の食事

ア．摂食・嚥下運動と NPPV（鼻マスク）の呼吸の関係

認知期：食物が口に入る前に何を、どのくらい、どのように食べるかを決めて行動する。

（意識的な運動）：NPPV の吸気でも呼気でもよく、本人のタイミング次第

咀嚼期：食物を口に入れて噛み砕き、舌でまとめて咽頭へ送りやすい形にする。

（意識的な運動）：のどに食べ物が流れ落ちないように注意しながら NPPV を続行可能

口腔期：食物を口腔から咽頭の方へ移動させる。

（意識的な運動）：呼気時に早めの吸気後に飲み込む（次の吸気の前に、口腔期と咽頭期を完了させる）

咽頭期：食物を反射運動により咽頭から食道へ移送させる。

（無意識な運動、嚥下反射）：呼気時に次の吸気前に完了

a．鼻腔との交通遮断 軟口蓋が咽頭後壁に押しつけられる。

b．気管との交通遮断 喉頭蓋で気管を防ぎ、声門が閉じる。

c．食道への開通 上部食道括約筋が弛緩し、食道へ入る。

食道期：食物を蠕動運動により食道から胃へ移送される

（無意識的な運動）：NPPV の吸気でも呼気でも関係ない。

イ．条件設定

原則として従量式の呼吸器を使用する。(慣れた患者では従圧式でも可)鼻マスク使用時のモードは、コントロールにする。呼気時には、陽圧はかからないようにする。あまり過呼吸ではなく呼気時間がゆっくりしている方が飲み込みやすい。呼気時にタイミングを見計らって、次の呼気時の前までに食べ物を飲み込む。

ウ．安全に食事を行うための留意点

鼻マスク使用での食事の実際(他の患者の動作をみていただく、あるいはビデオ等)利点、注意点等を患者に説明する。

嚥下しやすい物と誤嚥しやすい物を理解する。水物、ぱさつく物、口腔内でひとまとめにしにくい物、口腔内で水分と固形に分かれる物は、誤嚥する可能性が高いことに留意。

むせや空気を飲み込んで腹部膨満となった際の伝え方について、打ち合わせを行う。

エアスタック(息留め)の習得(誤嚥防止にもなる)。

誤嚥に備えての口鼻吸引、徒手介助排痰や MAC 習得。

座位・ギャジアップ・臥位により接触姿勢を安定させる。

6 . NPPV から TPPV への移行

自己排痰不良により気管内分泌物の吸引が困難となり窒息のリスクが増加した場合や、呼吸状態の悪化に伴い意識レベルの低下や不穏状態等が見られた場合には、速やかに本人、家族への病状説明を行い、TPPV (tracheostomy positive pressure ventilation-経気管切開下陽圧換気療法-)への移行を検討する。

7 . 装着に係る説明書及び同意書

装着開始に当たっては、患者及び家族に装着目的、注意点、合併症等について説明を行い、別紙 2「非侵襲的人工呼吸器装着に関する説明書及び同意書」に署名してもらい、患者と医療者の双方が持つことが必要である。

人工呼吸器装着（経気管切開下）に関する説明書及び同意書

独立行政法人国立病院機構 病院 院長 殿
担当医 殿

私は、独立行政法人国立病院機構 病院における人工呼吸器装着（経気管切開下）に関する事項について、担当医より以下の説明を受け了解しました。人工呼吸器装着（経気管切開下）について、
承諾します

平成 年 月 日

住所 _____
患者(自署名) _____
住所 _____
家族・代理人(自署名) _____ (続柄: _____)

=====

人工呼吸器（経気管切開下）を装着される患者様へ

1. 目的

人工呼吸器（気管切開下）は、気管前壁に穴を開け、そこに挿入した気管内チューブを人工呼吸器と接続することで行う人工呼吸法です。呼吸筋力の低下に伴う換気障害を原因とする低酸素血症や高炭酸ガス血症をコントロールし、呼吸を管理することを目的としています。気管切開は、頸部の皮膚を数cm程度切開した後、気管前壁に穴を開け気管内チューブを挿入します。

2. 装着理由

- 気道に間欠的に陽圧を加えて胸郭の換気運動の低下を防ぐ
- 肺のガス交換の改善を図る
- 肺病変の改善を図る
- 呼吸仕事量の軽減を図る
- 人工呼吸を行い、肺泡換気量を維持し、ガス交換障害を是正することにより代謝性アシドーシスの改善を図る
- 自活呼吸が弱い場合、換気量を維持するために調節換気か補助換気を行う

気道障害により換気不全を生じた時の肺胞低換気に対し、適切な肺胞換気が維持できるように補助する

4．使用機種

ニューポート HT50	アチーバ plusPS02	レジェンドエア
LTV	モバイル 1000	その他()

5．注意点

一旦装着すると原則として外すことはできません

気管切開時の麻酔により合併症が生ずる可能性があります

術中、血管の損傷により多量の出血が起こる場合があります

術後出血することがあります。出血を止めるために再手術を要することがあります

術中・術後の出血が気管内に流れ込み換気不全、窒息に陥ることがあります

気管内チューブ内に痰が固着し換気不全に陥ることがあります

皮下に空気がたまることがあります

術後の発声は訓練が必要です。言葉以外のコミュニケーションの手段が必要となります

痰の量が多い場合は頻回にカテーテルでの痰の吸引が必要となります

長期間にわたるチューブの留置により、チューブの刺激により気管が狭窄し様々な処置が必要となる場合があります。その際は、改めてご相談させていただきます。

上記以外にも予見不可能な合併症・偶発症が生じる可能性があります

6．人工呼吸器装着中のモニタリング

機器装着中は、パルスオキシメーターにより酸素飽和度（SpO₂）や心拍数（HR）のモニタリングを行います。

何かご不明な点がありましたら、担当医にご相談ください。

独立行政法人国立病院機構

病院 担当医

同席者

非侵襲的人工呼吸器装着に関する説明書及び同意書

独立行政法人国立病院機構 病院 院長 殿
担当医 殿

私は、独立行政法人国立病院機構 病院における非侵襲的人工呼吸器装着に関する事項について、担当医より以下の説明を受け了解しました。人工呼吸器装着について、承諾します。

平成 年 月 日

住所 _____
患者(自署名) _____
住所 _____
家族・代理人(自署名) _____ (続柄: _____)

=====

非侵襲的人工呼吸器を装着される患者様へ

1. 目的

非侵襲的人工呼吸 (NPPV) は、マスクを用いて行う人工呼吸法の1つです。呼吸筋の筋力低下に伴う低酸素血症や高炭酸ガス血症をコントロールし、呼吸を管理することを目的とします。

2. 装着理由

- 気道に間欠的に陽圧を加えて胸郭の換気運動の低下を防ぐ
- 肺のガス交換の改善を図る
- 肺病変の改善を図る
- 呼吸仕事量の軽減を図る
- 人工呼吸を行い、肺泡換気量を維持し、ガス交換障害を是正することにより代謝性アシドーシスの改善を図る
- 自活呼吸が弱い場合、換気量を維持するために調節換気か補助換気を行う
- 気道障害により換気不全を生じた時の肺泡低換気に対し、適切な肺泡換気が維持できるように補助する

3. 使用機種

バイパップ・シンクロニ アコマ レジェンドエア LTV
その他()

4. 装着時間

睡眠時()時～起床時 安静臥床時
その他()

5. NPPV の利点・注意点

【利点】

気管挿管・気管切開に伴う合併症を回避できる
換気開始までの時間が短い
換気の中断が容易にできる
感染症などの合併症の機会を減らすことができる
鎮痛剤の必要性が少なくなる
会話によるコミュニケーションが保たれる
飲食ができる
日常生活動作（ADL）が保たれやすい

【注意点】

気管内分泌液の吸引が難しい
気道内圧を高く維持できない
気道と食道が分離できず、空気嚥下や誤嚥の危険が残る
マスクによる圧迫感がある
マスクや固定ベルトによる合併症（皮膚障害）が出現する
状態悪化に備えて、気管挿管ができるように準備する必要がある
経鼻胃チューブの挿入でマスク装着の工夫ができる
空気漏れの程度を観察し、患者の呼吸状態を確認する
(合併症として)
・ 陽圧換気によるもの
・ 皮膚トラブルによるもの
・ 精神的ストレスによるもの
上記以外にも予見不可能な合併症・偶発症が生じる可能性がある

6. 人工呼吸器装着中のモニタリング

NPPV 装着中は、パルスオキシメーターにより酸素飽和度（SpO₂）や心拍数（HR）のモニタリングを行います。

7. 病状の変化が生じ、気管内挿管や気管切開等の侵襲的処置が必要な場合には、再度ご

家族と相談させていただきます。

何かご不明な点がありましたら、担当医にご相談ください。

独立行政法人国立病院機構

病院 担当医

同席者

人工呼吸器不具合情報共有システム

医発第0317003号
平成21年3月17日

各 病 院 長 }
各ブロック担当理事 } 殿

国立病院機構本部医療部長
(押 印 省 略)

人工呼吸器不具合情報共有システムの運用について

人工呼吸器は患者の生命維持装置であり、その機械的な不具合の発生は患者に対し致命的な影響を及ぼす可能性があります。このため、例えば特定の機種について、使用方法等により発生しやすい不具合がある場合などは、その情報を速やかに国立病院機構全病院で共有することが、医療安全対策上重要です。また、不具合の内容によっては、業界団体や製造業者等に対してもその情報を提供することも必要と考えます。

このような観点から、各病院から人工呼吸器(「呼吸補助装置」と含む。以下同じ。)に係る不具合情報を機構本部に報告していただき、その情報を機構全病院へ迅速に提供するシステムの必要性について、中央医療安全管理委員会の下に置かれた「人工呼吸器の取扱い等に関する専門委員会」においてご議論いただき、必要である旨の結論を得るとともに、その結論を中央医療安全管理委員会に報告し了承を得たところであります。

ついては、「人工呼吸器不具合情報共有システム」の運用を、本通知発出後、別紙「人工呼吸器不具合情報共有システム運用要領」に基づきの開始することとします。

各院長におかれましては、本システムの主旨についてご理解いただき、医療機器保守管理責任者や臨床工学技士等関係者に周知するとともに、適切な運用が図られるようご配慮願います。

なお、人工呼吸器を含む医療機器の不具合情報の報告制度としては、薬事法(昭和35年法律第145号)第77条の4の2第2項に基づく「医薬品・医療機器等安全性情報報告制度」がありますが、本制度に基づく厚生労働省への報告についても、引き続き適切にご対応いただくよう併せてお願いします。

人工呼吸器不具合情報共有システム運用要領

1. 目的

- ・人工呼吸器(「呼吸補助装置」を含む。以下同じ。)の不具合情報を、国立病院機構全病院で迅速に共有するシステムを運用することで、患者の人工呼吸管理に係るリスクを低減させ、患者の療養上の安全を高めていくことを目的とする。

2. 報告内容

- ・本システムで報告を求める情報は、人工呼吸器の機械的な不具合情報とする。従って、人工呼吸器の使用時における人為的ミスから生じた事故や人工呼吸器装着患者へのケアの最中の事故等については、これまでどおり「独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針」に基づく医療事故の報告体制の中で対応する。

〔報告内容の例〕

画面表示の消失、蛇管端部の亀裂、アラーム故障、換気動作停止、ACアダプターの不良等

3. 具体的報告事項

- ・具体的報告事項は、メーカー名、機種名、購入年月(使用期間)、不具合の内容、不具合が発生した時の使用状況、等とし、別添様式による。

4. 報告担当者

- ・各病院の報告担当者は、医療機器保守管理責任者又は臨床工学技士とする。なお、報告担当者による機構本部への報告は、院長並びに医療安全管理室長の確認を経た上で行うものとする。

5. 報告時期及び報告先等

- ・各病院は人工呼吸器に係る不具合発見後、可及的速やかに国立病院機構本部医療部サービス・安全課まで、HOSPnetを通じて報告を行う。

6. 不具合情報の機構各病院への情報提供等

- ・機構本部は、病院から報告された不具合情報について、「人工呼吸器の取扱い等に関する専門委員会」委員等の協力を得て、当該機種全般での発生可能性等専門的観点からの評価を行った上で、速やかに機構全病院に情報提供を行う。その際、病院名や報告情報にある患者のプライバシー等に関する情報については削除する。
- ・また、不具合の内容等を踏まえ、必要に応じて業界団体や製造業者等に対しても、機構本部から情報提供を行う。

転倒・転落事故防止プロジェクト について

転倒・転落事故防止プロジェクトの推進について

1. 目的

- (1) 国立病院機構における医療事故の約30%を転倒・転落事故が占めている。転倒・転落事故と他の医療事故との大きな違いは、その発生が必ずしも医療者側のエラーによるものではないという点にある。患者の遠慮がちな性格や認知機能障害等の要因による看護師の目が届かないところでの自力歩行が、転倒・転落に繋がるケースが非常に多くあり、また、その中の多くのケースでは、移動する際はコールするよう指導を行っていたケースでもある。
- (2) この様なタイプの転倒・転落事故を減少させていくためには、患者の身体状況の把握、患者への働き掛け、環境整備などの対策を医療者側が着実に行っていく中で、患者のニーズを先取りしながら看護サービスを提供していくことが必要である。また、患者が自らのニーズについて躊躇することなく医療者側に伝えられるような、患者との良好な関係性を構築していくことも重要となるであろう。
- (3) 転倒・転落事故防止プロジェクトは、患者・家族との良好なコミュニケーションや観察を通じて得た情報を医療チーム内で適切に共有しながら、患者ニーズを先取りしたケアを提供していく過程である。この意味で、本プロジェクトは、国立病院機構内において最大の発生件数を占めている転倒・転落事故を大幅に減少させることを直接的な目的としつつ、一方で、医療・看護の提供に係る基礎的能力である観察力やコミュニケーション能力を最大限活用し患者のニーズを的確に把握し対処していく過程とその継続を通じて、国立病院機構における医療・看護の質全体を高めていくことにも繋げていくものであると考えられる。

2. 目標値の設定

転倒・転落事故防止プロジェクトは、平成20年4月から2ヶ月間の院内体制を整えるための準備期間を経て、6月から本格実施していくこととし、2年間で影響レベル3b以上の「転倒・転落事故発生率」の半減（平成19年度の「転倒・転落事故発生率」の△50%）を目指す。また、アセスメント実施率については初年度で95%以上の実施率を目指すものとする。

3. 定義

本プロジェクトにおいて、「転倒」「転落」「転倒・転落事故」を次のとおり定義する。

①「転倒」

自分の意思に反してバランスを崩してしまうことにより、足底以外の身体が地面や床面についてしまった状態

②「転落」

高い場所から低い場所に転げ落ちること

③「転倒・転落事故」

転倒又は転落により、国立病院機構における統一的な患者影響レベルで 3b 以上の影響が生じた事象

4. 転倒・転落事故臨床指標 *全ての数値から、NICU、GCU の患者数は除く

転倒・転落事故防止プロジェクトの進捗状況を定量的に把握するため、次の「転倒・転落事故臨床指標」を定める。

①アセスメント実施率 = (入院時アセスメント実施患者数 / 新入院患者数) × 100

②転倒・転落発生率 = (転倒・転落件数 / 入院延べ患者数) × 100

③重大事象発生率

◇影響レベル 3b 以上事象発生率 = (3b 以上転倒・転落件数 / 入院延べ患者数) × 100

◇影響レベル 3b 事象発生率 = (3b 転倒・転落件数 / 入院延べ患者数) × 100

◇影響レベル 4 事象発生率 = (4 転倒・転落件数 / 入院延べ患者数) × 100

◇影響レベル 5 事象発生率 = (5 転倒・転落件数 / 入院延べ患者数) × 100

④傷害の指標 = (影響レベル 3b 以上事象発生件数 / 転倒・転落件数) × 100

5. 転倒・転落事故防止マニュアル

- ・転倒・転落事故防止に係る業務を標準化し、プロジェクトの効果的・効率的推進を図るため、統一的な「転倒・転落事故防止マニュアル」(別添)を策定する。
- ・各病院は、本マニュアルを参考に、各病院の患者状況等に応じた修正を行った上で自病院版「転倒・転落事故防止マニュアル」を完成させるものとする。
- ・ただし、「転倒・転落アセスメントシート」については、全病院が同じアセスメントシートを使用することでシートに係るデータの集計・分析を行うことにより、転倒・転落に係る高リスク項目を特定する等の使用を考えていることから、「統一マニュアル」で示すアセスメントシートを使用することを基本とする。

6. プロジェクト実施体制

- (1) 平成20年4月から2ヶ月間の準備期間中に、各病院はプロジェクト実施のための院内体制を整える。また、各病院が問題認識を共有する中で円滑にプロジェクトが推進されていくようにするため、この準備期間中の適当な時期に、各ブロック単位で医療安全管理者等実務担当者による打ち合わせ会議を開催する。

- (2) 各病院の医療安全管理委員会による方針の決定等
 - ・プロジェクト推進体制の確立
 - * 別添「統一マニュアル」を活用した院内マニュアル策定、各部門の協力体制の確立、病棟等毎のプロジェクトリーダーの指名、転倒・転落臨床指標の報告体制等
 - ・事務部門を含む多職種で構成された“転倒・転落対策チーム”による定期的な院内ラウンド等の実施
 - ・進捗状況の把握及び評価（最低月1回）と部門間での情報共有
 - * 年齢、発生時間、発生原因、発生場所、発生病棟、診療科等別に整理・分析
 - * 病院全体、病棟毎の転倒・転落事故臨床指標の推移
 - ・進捗状況や機構全病院の転倒・転落事故臨床指標を踏まえた防止対策の改善

- (3) 機構本部への報告とフィードバック
 - ・転倒・転落事故臨床指標の各病院から機構本部への報告（月毎）
 - ・機構本部から転倒・転落事故臨床指標の集計・分析結果のフィードバックする
 - * 転倒・転落事故臨床指標の推移(全体・病院類型別等)

- (4) 「転倒・転落アセスメントシート」の集計・分析による高リスク要因の特定
 - ・一定期間毎に「転倒・転落アセスメントシート」を各病院から機構本部に提出
 - ・提出されたシートを病棟種別毎（一般、精神、障害者系、小児等）に集計、統計的処理を行うことで、転倒・転落に関する高リスク項目を特定するとともに、その結果については、「転倒・転落アセスメントシート」や防止対策の改善のために活用することで、本プロジェクトの一層効果的な進捗を図る

転倒・転落事故防止マニュアル

※マニュアル中の「別紙」は省略

1. 転倒・転落事故防止のための基本フロー

(1) 転倒・転落アセスメントシートによるリスクの評価

- ・入院時オリエンテーションの際、必要に応じて「転倒・転落に関する入院時意識調査表（別紙1）」等を用いながら患者情報を把握する。
- ・「入院時意識調査表」などによる患者情報等を踏まえ、入院から24時間以内に「転倒・転落アセスメントシート（別紙2）」により転倒・転落リスクを評価する。「アセスメントシート」については、看護記録の中に綴じることにより、スタッフ間で情報の共有を図る。

(2) 患者毎の転倒・転落防止計画の策定

- ・「転倒・転落事故防止計画表（別紙3）」の各項目のチェックや【記述欄】への必要な情報の記述を行いながら、判定されたリスクに応じた防止計画を策定する。本計画表についても、看護記録の中に綴じることにより、スタッフ間で情報の共有を図る。

(3) 患者及び家族への説明

- ・「アセスメントシート」「計画表」及び「患者・家族への標準的な説明内容（別紙4）」を示しながら、患者及び必要に応じて家族に対して、
 - a 転倒・転落のリスク、
 - b 事故防止のために実施することが必要な対策、
 - c 患者・家族の協力が必要な事項、
 - d 使用薬剤に伴うリスク（リスクが高くなる薬剤を使用している患者）、等について説明を行い理解を得る。
- ・また、身体抑制が必要な場合は、「抑制・拘束が必要な場合の説明内容・同意書（別紙5）」を活用し、抑制の必要性等について十分説明を行うとともに、患者・家族の承諾又は同意を得る。説明内容及び承諾書についても、看護記録の中に綴じることにより、スタッフ間で情報の共有を図る。

(4) アセスメントシートによるリスクの再評価

- ・アセスメントシートによるリスクの評価は入院時（24時間以内）に行う他、1週間後、手術後、転室時、転倒・転落時、病状の変化があった時、使用薬剤の変更があった時等には再評価を行い、結果に応じた防止計画の見直しを行う。また、再評価及び見直し後の防止対策の内容については、患者及び必要に応じて家族に対して説明を行い理解を得るとともに、それらの内容についてスタッフ間で情報の共有を図る。

(5) リスクの高い薬剤リストの作成

- ・薬剤部門が中心となって、「転倒・転落を起こしやすい薬剤リスト（別紙6）」を参考に、自病院が使用している薬剤の内容に応じ転倒・転落リスクが高くなる薬剤リストを作成することにより、薬剤使用に係るリスク低減のために活用する。

(6) 転倒・転落防止体操等

- ・添付しているDVDを、転倒・転落防止体操の指導や患者用テレビに映像を流すなど各

病院の状況に応じた活用を行うことで患者の筋力の維持・向上を図る。

- ・「注意喚起のためのステッカー等事例集（別紙7）」を活用し、転倒・転落事故防止のための注意喚起等環境の整備を図る。

2. 転倒・転落の発生要因の整理

(1) 患者側の要因（主なもの）

- ①環境等変化：手術実施後（3日以内）、病状・ADLが急速に回復又は悪化している、入院・転棟・転室後（7日以内）、リハビリ開始時期・訓練中、ベッドでの生活は初めて
- ②性 格：羞恥心が強い、よく遠慮する、依存できない、自分でしないと気がすまない、ナースコールを押さないで行動しがち
- ③身体的機能：麻痺、痺れ感、拘縮や変形、足腰や筋力の低下、ふらつき、立位不安定、自力によるベッド昇降不能、自立端座位不可、ベッド上での体動著明
- ④感 覚：平衡感覚障害、視力障害、聴力障害
- ⑤認知機能：記憶力・判断力低下、見当識障害、意識混濁・混乱、不穏行動
- ⑥活動状況：車椅子・杖・歩行器・手すりの使用、移動・排泄に介助が必要、ベッドサイドでの排泄、点滴・胃管・ドレーン・尿道カテーテル使用、衣服着脱に介助が必要
- ⑦薬剤の使用：睡眠鎮静剤、抗精神病薬、抗パーキンソン薬、筋弛緩剤、麻薬、下剤、降圧利尿剤、抗悪性腫瘍薬
- ⑧排 泄：尿・便失禁がある、便秘・下痢である、頻尿・夜間排尿が多い、尿意・便意を訴えられない、排泄行為に時間を要する

(2) 医療者側の要因（主なもの）

- ①リスクに対する意識が低い
- ②患者の危険度の把握が不十分
- ③監視体制（計画）が不十分
- ④患者・家族へのリスクに関する説明が不十分
- ⑤睡眠鎮静薬等与薬後の注意と観察が不十分
- ⑥適切な履物・衣服の選択、歩き方の指導が不十分
- ⑦補助具、ポータブルトイレ、点滴架台の選択や設置場所が不適切
- ⑧車椅子のストッパー、安全ベルトのし忘れ、介助運転不慣れ
- ⑨患者の状態に合わせた援助の変更が適切な時期にできていない
- ⑩患者の状況にあった看護計画が立案されていない
- ⑪排泄パターンの把握不足
- ⑫歩行中の患者に後から声を掛ける行為を行う

(3) 環境(施設、設備)の要因（主なもの）

- ①環境整備：廊下、ベッドサイド等の障害物
- ②ベッド：高さ、柵の不適切な使用
- ③ナースコール、オーバーテーブル、床頭台：位置が不適切
- ④床の状況：滑りやすい、つまずきやすい(清掃中、床の材質、敷物、段差等)
- ⑤構造、表示：そこに何があるか分りにくい、暗い(照明の不足)、危険な場所への立ち入りの物理的排除の不備

3. 看護師等医療者側の基本的留意事項等

(1) 基本的留意事項

- ①転倒・転落アセスメントの実施は、患者及び家族との十分なコミュニケーションの中で実施する。
- ②アセスメント結果や防止計画等についての説明内容及び患者・家族の反応については、出来る限り看護記録に記載する。
- ③また、説明済みの防止計画からの逸脱（防止計画を患者に説明することなく変更すること）は、患者を混乱させる結果に繋がることに留意が必要である。
- ④リスク判定A・Bの高リスクの患者の情報は、患者リストの作成やナースステーションの患者ネームプレートへのマグネット貼付、勤務引継ぎ時の読上げ等により、医療者間での情報を確実に共有することが重要である。
- ⑤介助を行う際は麻痺側に立って行い、患者の腰部を十分固定した上で行う。車椅子やベッド、トイレへの適切な移乗技術の習得に努める。
- ⑥使用薬剤毎の転倒・転落リスクについて知識（1回使用量、作用発現時間、作用時間、半減期等）の習得に努める。
- ⑦歩行補助器の使用は、理学療法士等と一緒にアセスメントを行い決定する。また、歩行補助器、車椅子の定期点検を行う（概ね1回/月）。
- ⑧転倒・転落防止を優先するあまり患者の生活そのものが味気ないものにならないよう、さりげなく、しかも確実に転倒・転落事故防止対策を組み込む姿勢が重要である。
- ⑨患者が「したい行動」と「できる行動」の間には乖離が生じやすいことを理解する。

(2) ベッドの設定に係る留意事項

- ①ベッドのストッパーは必ず固定しておく。
- ②ベッドのキャスターは内側に向けた状態で固定する。
- ③ギャジベッドのハンドルは、使用の都度必ず収納する。

(3) 検査時、リハビリテーション時等病棟外での留意事項

- ①看護部門と他部門とのリスク情報の共有により、他部門の担当者も患者毎の転倒・転落リスクを十分承知した上での対応を行う。
- ②撮影台への乗り降りは、台を最低の高さにした上で行い、撮影台の中央に患者の正中線を置いた上で撮影する。また、立位での撮影時は、固定用具を使用するなど不安定な状態のままでの撮影は行わない。
- ③乳児を撮影する際は、必ず2人で行う。
- ④絶食・延食での治療、検査や術前投薬の影響で、ふらつきや立ちくらみ等を起こしやすいので留意する。

(4) 環境面での留意事項

- ①病室、廊下、浴室の環境整備を行い、歩行等の障害になるものを置かない。
- ②段差や障害物へのマーキングを行う。
- ③病室、廊下の床の水漏れ（配茶、配膳、雨天時は注意）は、直ちに拭き取る。
- ④清掃後、床が濡れたままの状態にならないよう業者を指導する。

4. 転倒・転落に関する入院時意識調査票 [別紙1]

- ・本調査票は、入院オリエンテーション時に、必要に応じて患者・家族に記入してもら

うことで、患者の身体状況や患者の性格等の情報を把握するために活用するものであり、そのための基本的事項について整理したものである。

- ・各病院が既に使用している問診票がある場合には、本調査票を参考に必要な修正等を行ったうえで使用するものとする。

5. 転倒・転落アセスメントシート [別紙2]

(1) 目的

- ・転倒・転落アセスメントシートは、入院時の患者及び家族へのオリエンテーション時に患者・家族との適切なコミュニケーションの中で実施することで、転倒・転落に係る患者毎のリスク判定を行うものである。
- ・アセスメントの結果については、患者・家族にも十分な説明を行い、患者・家族側と医療者側の共通のリスク認識の中で、転倒・転落防止計画を円滑に実施していくための基礎となるものである。

(2) アセスメントの対象

- ・本シートによるアセスメントは、NICU、GCU 入院患児を除く全患者に対して行う。

(3) アセスメントの実施者

- ・基本的には患者の受け持ち看護師が責任を持って実施する。

(4) アセスメントの実施時点

- ・入院時には、24時間以内に必ず実施する。
- ・入院1週間後、手術後や転室時、転倒・転落時、病状の変化があった時、睡眠鎮静薬・抗精神病薬等の使用開始及びそれら薬剤の変更時等には、必ず再評価を実施するとともに、次項の「転倒・転落事故防止計画表」による対策の見直しを行う。

(5) アセスメントによるリスク判定

- ・アセスメントに基づく「リスク判定」の考え方は次のとおり。
 - ◇リスク A：リスク判定Bの患者で「薬剤の使用」の「単独高リスク項目」がチェックされている患者（「薬剤の使用」の「単独高リスク項目」のみにチェックが付いている患者を含む）
 - ◇リスク B：「薬剤の使用」以外の「単独高リスク項目」にチェックが付いている患者
 - ◇リスク C：「単独高リスク項目」にチェックが付いていない患者
- ・アセスメント実施後は、判定リスクに応じた対策を「転倒・転落事故防止計画表」に基づき策定・実施する。
- ・リスク判定がA・Bであった患者については、患者リストの作成やナースステーションの患者ネームプレートへのマグネット貼付、勤務引継ぎ時の読上げ等により、医療者間での情報を確実に共有することが重要である。

(6) アセスメントシートの看護記録への保管

- ・本シートは、アセスメント実施後、看護記録にはさみ込み、常に確認できるようにしておくことが、医療者間の情報共有の観点からも必要である。

6. 転倒・転落事故防止計画表 [別紙3]

(1) 目的

- ・「転倒・転落事故防止計画表」は、転倒・転落アセスメントシートによる判定リスクに応じて、患者毎の転倒・転落防止のための計画を策定するために活用する。
- ・本表は、患者の転倒・転落リスク毎の標準的な防止計画を整理したものであり、経験年数等の異なる看護師等であっても同水準の防止計画を策定し実施することで、転倒・転落事故の大幅な低減を目指すものである。

(2) 判定リスクに応じた「対策」の考え方

- ・判定されたリスク毎の対策を整理すると、次のとおり。
 - ◇リスク判定C:「標準的対策」を実施
 - ◇リスク判定B:「標準的対策」に加え「高リスク患者への対策」を実施
 - ◇リスク判定A:「標準的対策」及び「高リスク患者への対策」に加え「薬剤使用者への対策」を実施
- ・防止対策の実施を意識付けるため、実施する対策については項目チェックを行うとともに、【記述欄】には、患者の状態に合わせた具体的な対策や説明内容、患者の反応等を適宜記入し、スタッフ間での情報の共有を図る。

(3) アセスメントシートによる再評価と対策の見直し

- ・アセスメントシートによる再評価を行った場合には、必ず本計画表に基づく転倒・転落防止計画についても見直しを行う。

(4) 活用に当たっての留意点

- ・本計画表は、患者毎のリスク判定に応じた標準的な転倒・転落防止対策を整理したものであるが、これを絶対視することなく弾力的に運用していくことが肝要である。
- ・例えば、「単独高リスク項目」へのチェックが無い場合でも、それ以外のチェック項目が多くリスクが高いと判断される場合には、「高リスク患者への対策」を防止対策に加えることが必要となる場合があることに留意する。

7. 患者・家族への標準的な説明内容 [別紙4]

- ・患者が入院する際の転倒・転落リスクの標準的な説明内容について、整理を行っている。説明者は、本標準的説明内容を参考に、患者の個別の事情を考慮しながら、十分な説明を行い、そして理解を得ることが必要である。

8. 抑制・拘束が必要な患者への説明内容・承諾書 [別紙5]

- ・患者の抑制・拘束には慎重になるべきであるが、一方で、患者の認知機能の低下と不穏行動の多発化等により、一定の抑制・拘束が止むを得ない場合もある。
- ・その際には、患者及びその家族に対し必要性を十分に説明し、理解を得ることが極めて重要であり、本説明資料は、この様な観点から、患者の抑制・拘束を行わざるを得ない場合に、患者及びその家族に対して行うことが必要な説明内容及び承諾書について、標準的な内容を整理したものである。

9. 転倒・転落を起こしやすい薬剤リスト [別紙6]

- ・患者の認知機能を低下させ、身体機能に大きな影響をもたらす要素として、睡眠鎮静剤等転倒・転落リスクを増大させる薬剤の使用がある。
- ・睡眠鎮静剤等を処方する際は、患者の状態について十分に検討した上で行うことが重要である。また、看護師等医療者が、各患者が使用している薬剤について正確に把握しておくことは当然のこととして、その薬剤がどのような副作用を発生させ転倒・転落リスクを高めることになるのかを明確に知識として持った上で対策を講じていくことが、転倒・転落事故防止対策を進めていくための必須の要件である。
- ・本リストは、その使用により特に転倒・転落リスクが高くなると考えられる薬剤のリストであり、本リストを参考に、薬剤部門が中心となり、各病院で実際に使用されている薬剤に応じてリストを完成させるとともに、薬剤使用患者に対する説明を行っていくことが必要である。

10. 転倒・転落防止体操(DVD版)

- ・転倒・転落事故を減少させていくためには、患者自らがその予防をしていくことが必要である。そのためには、ベッド上の生活が長くならざるを得ない患者の身体機能、特に脚力を出来るだけ減退しないよう配慮していくことが重要なポイントとなる。
- ・このDVDはこの様な観点から作成しているものであり、看護師による指導や映像を常に流し続ける等各病院の状況に応じて活用するものである。

11. 注意喚起のためのステッカー等事例集 [別紙7]

- ・患者の自力行動を予防するため、患者への注意喚起のためのポスター・ステッカー等を例示している。各病院は、これらのポスターやステッカー等を、病室、ベッドサイド、トイレ等に貼付することで、転倒・転落リスクの高い患者が自力での移動を行わず、看護師等による介助を依頼するように方向付けていくことが必要である。

12. 転倒・転落事件事例集 [別紙8]

- ・国立病院機構において過去に発生した転倒・転落事故について、大まかな類型を行い対策を整理したものであり、これらの事例集も参考としながら、転倒・転落防止対策を推進していくことが必要である。

標準的医薬品('10)の概要について

標準的医薬品（‘10）の概要について

1. 標準的医薬品の検討経緯

平成18年度より医療安全への寄与、医薬品管理の効率化の観点から本部に「標準的医薬品検討委員会」を設置し、使用医薬品の標準化に取り組んできたところである。

2. 今回の検討概要

薬効区分が「末梢神経系用薬」と「感覚器官用薬」について、購入実績（平成19年度、平成21年度4～6月）のある292品目に対して、以下の点を基準として小委員会で採否を検討。

- ・ 診療上の必要性
- ・ 採用施設数
- ・ 購入数量

区分		品目数
新たな薬効区分の 検討	末梢神経系用薬	110
	感覚器官用薬	109
	小計	219
他の薬効区分		2, 370
合計		2, 589

拡大医療安全管理委員会

「拡大医療安全委員会」の開催

医療事故発生時の院内での対応

- 1．医療安全管理委員会の開催
- 2．事故に至った経緯の検証作業
- 3．事実を踏まえた原因分析と再発防止策の検討
- 4．職員へのフィードバック
- 5．患者・家族等への対応

検証作業を事故発生病院のみで行うことの限界

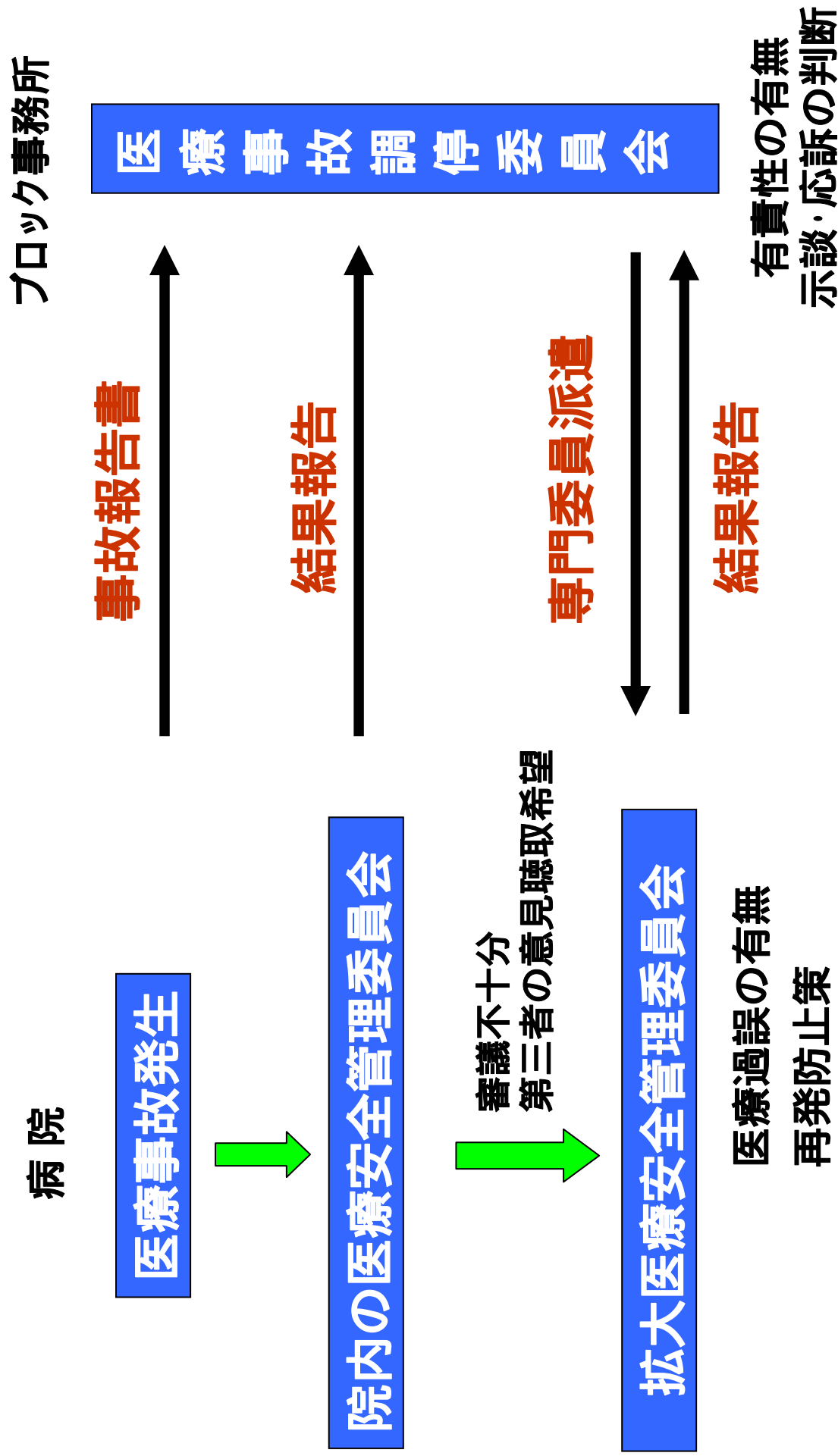
- 1．同じ職場の職員同士であるための遠慮
- 2．医療行為が、適切な行為（一般的医療水準の実施）であったか否かを当事者自らが検証することの限界
- 3．事故当事者以外に専門医がいないことなどによる人的限界
- 4．検証の誤りは、原因分析及び有効な再発防止策に係る検討の方向性の誤りとなり対策の推進を阻害

⇒ 〔国立病院機構の病院ネットワークを活用し、事故発生病院以外の病院の専門医も参加した「拡大医療安全委員会」の開催が必要〕

拡大医療安全委員会の役割

- 1．医療事故に至るまでの医療行為等を、事故発生病院以外の専門医が時系列に審査。いわば院外カンファレンスと言えるものの実施により、どの点（時点）が事故の原因であったのか等についての検証を実施
- 2．弁護士も参加。弁護士は、検証された事実関係の中から、特に訴訟上の争点になりそうな点を指摘
- 3．事故当事者も委員会には参加。当事者の参加は、委員会の目的が、事故責任の追及ではなく、当事者を守るため、あるいは再発防止を検討し医療安全対策を進めていくためであることを納得の上参加
- 4．委員に対しては、事前に事当該医療事故に係る診療記録、看護記録等を配布。十分に目を通した上で参加し審査を実施
- 5．委員の指名は、当該医療事故に関連する専門医をその都度、各病院長の協力を仰ぎながら指名
- 6．拡大医療安全委員会で審査する事案は、事故発生病院の申し出があることに加え、当該事故の重大性、周知することの警鐘的意義が高いと考えられる点等の観点から選定

拡大医療安全管理委員会のイメージ



医療安全管理対策に係る研修

医療安全対策に係る研修

I 平成19年度より医療事故の報告範囲の徹底や、日本医療機能評価機構が行う医療事故情報収集等事業へのより一層の協力等医療安全管理の強化充実を図るため、「国立病院機構における医療安全管理のための指針」を見直した。

II 医療安全に関する制度の理解、取り組み、評価及び対策に係る知識・技能の習得することを目的に、各ブロック事務所において、医療安全対策に係る研修を実施

III 平成21年度研修実施状況（概要）

①研修参加人数・・・450名

②参加者の職種・・・各研修の目的、主旨に応じて院長等の医師、医療安全管理室の担当者、コメディカル全般、事務職員等

③各ブロック事務所での実施状況

○北海道東北ブロック事務所主催

日 程：平成21年11月9日～13日

参加人数：36名

（今後、医療安全管理係長に就任が見込まれる看護師長）

主な研修内容

講義：医療安全の基本的な考え方

医療安全教育の要点

医療安全のための組織的な取組の実例

○北海道東北ブロック事務所主催

日 程：平成22年2月9日

参加人数：24名

（今後、医療安全管理係長に就任が見込まれる看護師長）

主な研修内容

講義：医療事故当事者のケア

医療訴訟の現状とチーム医療

○関東信越ブロック事務所主催

日 程：平成21年11月16日～20日

参加人数：56名

(今後、医療安全管理係長に就任が見込まれる看護師長、
医療安全活動に従事している医師、薬剤師等)

主な研修内容

医療安全管理体制に必要な組織作りとその運営

患者参加型の医療安全管理

事故発生時の対応

インシデントレポート分析の意義と考え方

事例分析演習

分析手法の紹介

○東海北陸ブロック事務所主催

日 程：平成22年1月25日～29日

参加人数：55名

(医師、技師長等、看護師長、専任RM、事務職員 (課
長クラス)、教員等)

主な研修内容

※携わる役割別に3コースを設定

講義：医療安全管理の基本的考え方

医薬品の安全管理

医療機器安全管理の実際

医療安全管理者の役割

医療事故と法的責任

医療ADRとしてのメデイエーションの実際

グループワーク：「RCA事例分析」

ロールプレイ：「医療事故後の対応」

○近畿ブロック事務所主催

日 程：平成21年12月7日～9日

参加人数：30名

(医療安全管理係長候補者)

主な研修内容

講義：医療安全の基礎知識、医療安全管理者の業務の実際

根本原因分析について事例討議

○近畿ブロック事務所主催

日 程：平成21年12月10日～11日

参加人数：36名

(医療安全係長候補者及び医療安全推進担当者としての
実務経験のある医師、看護師、コメディカル)

主な研修内容

講義：医療現場におけるトラブルに実態について

各職種からみた医療安全

法から見た医療安全における院内事故調査報告書の作成方法

○中国四国ブロック事務所主催

日 程：平成21年6月22日～26日

参加人数：38名

(医師、看護師、コメディカル)

主な研修内容

講義：医療安全のための組織的な取り組みの実際

医療安全の実践に必要なスキル

医療安全の基本的な考え方

グループ討議

○中国四国ブロック事務所主催

日 程：平成21年12月17日～18日

参加人数：37名

(医療安全管理係長)

主な研修内容

講義：院内暴力に立ち向かう基本姿勢

院内暴力に対する法的対応策

グループワーク(患者・家族からの暴力の対策)

メデイエーションの基本的考え方・実際

○九州ブロック事務所主催

日 程：平成21年6月16日～17日

参加人数：29名

(医師、看護師)

主な研修内容

講義：院内暴力の実態

病院内における自傷他害事故について

企業が反社会的勢力による被害を防止するための指針

○九州ブロック事務所主催

日 程：平成21年7月14日～15日

参加人数：56名

(医師、看護師、事務職員)

主な研修内容

講義：医療事故について

○九州ブロック事務所主催

日 程：平成21年10月29日～30日

参加人数：27名

(医師、看護師)

主な研修内容

講義：医療メデイエーション講座

パネディスカッション：拡大医療安全管理委員会について

○九州ブロック事務所主催

日 程：平成21年11月30日～12月1日

参加人数：26名

(医療安全管理係長)

主な研修内容

事例検討

新型インフルエンザに係る 院内感染対策の徹底について

各 院 長 } 殿
各 ブ ロ ッ ク 担 当 理 事 }

独立行政法人国立病院機構本部
医 療 部 長
(押 印 省 略)

新型インフルエンザに係る院内感染対策の徹底について
(注意喚起)

新型インフルエンザが発生した場合の医療体制については、通知等に基づき、既に各病院において適切に対応いただいているところです。

現在、新型インフルエンザの感染は拡大している状況にあり、「本格的な流行がすでに始まっている可能性がある（8月19日厚生労働大臣会見）」ことから、感染防止対策の充実が求められています。

また、今般、機構内の病院において、新型インフルエンザの発生に伴う国内の3人目の死亡が確認されたと同時に同病院において院内感染事例が発生しました。

つきましては、各病院におかれましては、特に下記の点（「別紙1」通知の抜粋）に留意されるとともに、「別紙1」及び「別紙2」を参考とし、新型インフルエンザに係る院内感染対策に遺漏なきようお願いいたします。

記

別紙1 『「医療の確保、検疫、学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する運用指針」の改定について』より抜粋

第1 改定の趣旨

(略)

第2 運用指針の改定に伴う取扱いの変更点について

1. 地域における対応について

(1) 発生患者と濃厚接触者への対応

①患者の診療

- 新型インフルエンザの患者は原則として外出自粛・自宅療養。
- 基礎疾患を有する者等に対しては、早期から抗インフルエンザウイルス薬を投与。重症化するおそれがある者については優先的にPCR検査を実施し、必要に応じ入院治療。

②濃厚接触者への対応

- 新型インフルエンザ患者の濃厚接触者については、外出自粛など感染拡大防止行動の重要性をよく説明して協力を求めるとともに、一定期間に発熱等の症状が出現した場合は、保健所への連絡を要請。
- 原則として予防投与は行わないが、基礎疾患を有する者等については、医師により重症化の危険性があると判断される場合には、抗インフルエンザウイルス薬の予防投与を実施。

(2) 医療体制

②外来部門における対応

- 発熱外来のほか、全ての医療機関で発熱患者の診療を実施。その際、外来部門における院内感染対策を徹底。

- ⇒ ・季節性インフルエンザと同様に発熱患者はマスクを着用する
- ⇒ ・医療従事者は可能な限り常時サージカルマスクを着用する
- ⇒ ・発熱患者については、他の患者からできるだけ離れた場所（可能なら別室）で診察を待つようにする、発熱患者とその他の患者について医療機関内の受診待ちの区分を分ける、診療時間を分けるなど、空間的・時間的に発熱患者とその他の患者を分離するよう努める
- ⇒ ・特に基礎疾患を有する者等へ感染が及ばないように十分な感染防止措置を講じる必要がある

③入院部門における対応

- 重症患者については、院内感染の拡大防止に努めつつ、感染症指定医療機関以外の一般医療機関においても入院の受入れを実施。
- 原則として陰圧病床での管理は不要であるが、人工呼吸器を使用する場合には、陰圧病床の使用を検討。

- ⇒ ・発熱している入院患者については新型インフルエンザの可能性のあるものとして当該患者が入院する病室や病棟を集約する
- ⇒ ・基礎疾患を有する者等が発熱した場合についても集約している病室や病棟に移動させる

以下 略

(参考) 関連する通知等については、厚生労働省のホームページを参照下さい。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/index.html>

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/infu_taisho.html

地域連携クリティカルパス実施状況

地域連携クリティカルパス実施状況

病院名	地域連携クリティカルパスの種類		
	大腿骨頸部骨折	脳卒中	その他
1 北海道医療センター	×	○	
2 弘前病院	○	○	
3 青森病院	×	○	
4 盛岡病院	×	○	
5 岩手病院	○	○	
6 仙台医療センター	○	○	
7 山形病院	○	○	
8 米沢病院	×	○	
9 福島病院	○	×	
10 いわき	×	○	
11 水戸医療センター	○	○	
12 霞ヶ浦医療センター	×	×	経内視鏡的胃瘻造設術
13 宇都宮病院	×	○	糖尿病
14 高崎総合医療センター	×	○	
15 沼田病院	×	○	
16 埼玉病院	×	○	
17 東埼玉病院	○	○	
18 千葉医療センター	×	○	前立腺生検
19 東京医療センター	○	○	乳ガン
20 災害医療センター	○	○	
21 東京病院	×	○	
22 村山医療センター	○	○	
23 横浜医療センター	×	○	糖尿病
24 相模原病院	○	×	
25 神奈川病院	×	○	
26 さいがた病院	×	○	
27 長野病院	○	○	DA・胃ろう造設・PCI施行後
28 北陸病院	×	×	統合失調症
29 名古屋医療センター	○	○	
30 東名古屋病院	○	○	
31 滋賀病院	×	○	
32 紫香楽病院	×	×	大腸がん
33 京都医療センター	○	○	
34 大阪医療センター	×	○	
35 刀根山病院	×	×	結核
36 姫路医療センター	○	○	
37 兵庫中央病院	○	×	
38 奈良医療センター	×	○	
39 南和歌山医療センター	○	○	肺癌、C型慢性肝炎
40 和歌山病院	×	×	肺結核、COPD、虚血性心疾患
41 鳥取医療センター	×	○	
42 米子医療センター	×	×	胃がん、大腸がん
43 浜田医療センター	×	○	
44 岡山医療センター	○	○	糖尿病、HOT、CKD
45 呉医療センター	○	○	
46 福山医療センター	○	○	心筋梗塞
47 東広島医療センター	×	○	
48 関門医療センター	○	×	
49 岩国医療センター	○	○	心筋梗塞
50 東徳島病院	×	×	糖尿病、内視鏡検査
51 善通寺病院	○	×	
52 四国がんセンター	×	×	肺・胃・大腸・肝・乳がん術後
53 愛媛病院	○	○	
54 高知病院	×	○	胃瘻増設
55 九州医療センター	○	○	
56 福岡病院	×	×	レミケード
57 福岡東医療センター	○	○	結核
58 嬉野医療センター	○	○	冠動脈バイパス術、弁置換術
59 長崎病院	○	×	
60 長崎医療センター	○	○	PCI（冠動脈カテーテル）
61 長崎川棚医療センター	×	○	脳梗塞
62 熊本医療センター	○	○	TKA、THA、パグインターフェイス、リハビリ、下腿骨折
63 宮崎東病院	×	×	胃ろう交換
64 都城病院	○	×	緩和ケア
65 指宿病院	×	×	ESD後
合計	32	47	27

医療の標準化に向けた取組



シンポジウム-2 国立病院機構におけるクリティカルパスのベストプラクティスとは

座長： 野村 一俊 NHO熊本医療センター 統括診療部長

井口 厚司 NHO九州医療センター 臨床研究センター 医療管理企画運営部長

座長のことば

クリティカルパスはこれまで各医療機関で独自に行われてきた医療に新たな展開をもたらせました。作成・導入することにより、チーム医療の推進、業務の効率化、EBMや情報化の促進、インフォームドコンセントの充実などに貢献し、見直すことで医療の質を向上させて来たと言われていています。医療の標準化にも有用であると期待されてきました。しかし、現実には同一アウトカムの医療であっても、全国のそれぞれの医療機関において地域間格差、病院間格差が存在しています。たとえば同じ病名、同じ手術にも関わらず、病院によって入院期間も大きく異なり、また入院中に行われる検査、処置、投与される薬まで違っているという現状があります。この格差は患者の個別性や医療機関のおかれている環境の違いを差し引いても、説明することが難しいように思います。

平成19-20年度の国立病院機構指定研究事業として菊地班が目標としたものは、全国の機構病院で行われている代表的な疾患についてクリティカルパスを収集し、さらにアウトカムを調査することによってベストプラクティスとなるクリティカルパスのモデルを作成し提示することでした。本日のシンポジウムでその一部をお示するとともに、作成されたすべての疾患のベストプラクティス・クリティカルパスは学会会場内に展示するようにしております。このモデルが機構内のすべての施設で標準的医療として実用化されるか否かは今後の検証を必要とするでしょうが、多くの医療現場で自分たちのクリティカルパスを見直す場合の参考としていただければ、将来的には病院間格差が狭まり、より質の高いレベルでの医療の標準化が見えてくるものと思っております。

S2-1 エビデンスに基づいた医療プロセスの普及と向上

尾藤 誠司 NHO東京医療センター

S2-2 国立病院機構における「肺がん肺葉切除クリティカルパス」の比較検討 - 標準化に向けたベストプラクティス・パスの立案 -

羽間 透 NHO仙台医療センター

S2-3 国立病院機構における扁桃摘出術クリティカルパスの比較検討

徳丸 裕 NHO東京医療センター

S2-4 国立病院機構における小児市中肺炎クリティカルパスの比較検討

高木 一孝 NHO熊本医療センター

S2-5 ラクナまたは軽症脳梗塞急性期におけるクリティカルパスのベストプラクティスに関する研究

矢坂 正弘 NHO九州医療センター

S2-6 人工股関節置換術クリティカルパスのベストプラクティスモデル

野村 一俊 NHO熊本医療センター

S2-7 国立病院機構における胃がん手術クリティカルパスのベストプラクティスとは

斎藤 俊博 NHO仙台医療センター

S2-8 クリティカルパスから見てきたTUR-Pのベストプラクティス

井口 厚司 NHO九州医療センター

S2-9 国立病院機構における糖尿病教育入院クリティカルパスの内容とそのばらつき、および効果に関する調査研究

山田 和範 NHO京都医療センター

S2-1 エビデンスに基づいた医療プロセスの普及と向上

○尾藤 誠司

NHO東京医療センター 教育研修部・臨床疫学研究室

<背景>国立病院機構は、理念を等しくしつつ、地域特性・病院特性の異なる145の病院から成り立つ大規模法人である。その特性を最大限に生かし、医療の質向上と国民の安心を目標とした具体的な試みが必要である。エビデンスに基づいた診療プロセスの普及は、医療変革を計画する上で最も重要なものの一つであり、医療プロセスの工程表であるクリティカルパスに应用することで、NHOの医療サービス向上に大きく寄与すると考えられる。

<国内外の研究状況>医療の質評価や質改善に関する研究活動は、最近の10年で飛躍的に高まってきている。特にガイドライン準拠度などを指標とした、医療プロセスの向上を主要テーマとした研究成果が、直接医療の向上に与えるインパクトは大きい。

<NHOの状況>NHOでは、医療プロセスの横断的・縦断的評価として、臨床評価指標の運用を行ってきている実績がある。また、クリティカルパスの普及率も非常に高く、エビデンスに基づいた医療プロセスの普及と向上を行う上での基盤は非常に高い。

<診療エビデンスと医療向上との関係>我が国で行われている医療プロセスの妥当性の基準として、エビデンスへの準拠度の高さとともに、施設間・専門職間の行為のばらつきが合理的な範囲内である必要がある。医療向上への方策としては、標準的医療プロセスの提示と、施設間格差の是正が必要となる。

<クリティカルパス改善への応用>クリティカルパスは、以上の医療プロセス改善を計画する上で強力なツールとして機能する可能性がある。H19-20年指定研究結果(菊地班)はその可能性を示唆させた。

S2-2 国立病院機構における「肺がん肺葉切除クリティカルパス」の比較検討 -標準化に向けたベストプラクティス・パスの立案-

○羽隅 透、大石 久、星 史彦、川村 昌輝、斎藤 泰紀

NHO仙台医療センター 呼吸器外科

【目的】肺がん肺葉切除クリティカルパス(以下肺がんパス)の行程内容に関する国立病院機構施設間の差異、バラツキを把握する。把握した結果および既存の臨床エビデンスを踏まえ、現状における肺がんパスのベストプラクティスモデルを立案する。【対象・方法】全国の国立病院機構135施設に対してアンケート調査を行い、提出された肺がんパスを対象とした。以下の項目のパス記載内容を収集し比較検討した。全体設定:適応基準、達成目標、退院基準、術後在院日数、周術期処置:術前呼吸訓練、術前処置(除毛等)、肺塞栓予防対策、抗菌薬使用法、硬膜外チューブ、心電図、酸素吸入、尿道カテーテル、胸腔ドレーン、離床、輸液、食事、創部処置、術後吸入、術後リハビリ、検査スケジュール、その他:服薬指導、退院指導、予測・約束指示。【結果】36施設でのパスが検討可能であった。全体設定において退院基準の設定は約9割の施設において行われていなかった。周術期処置において一定の傾向を示す項目は多いが、施設間での差異は存在した。ガイドラインの勧告と乖離した投薬・処置法も行われていた。【ベストプラクティス・パスの立案】アンケート結果、最新のガイドライン、DPC設定に基づき、推奨される標準的パスを立案したので提示する。【まとめ】各種ガイドライン等を加味することでベストプラクティス・パスは立案可能と考える。本案が実用的なベストモデルとなり得るか否かは、施設間での患者アウトカムの差異、バリエーションの発生頻度などの検討により今後検証する必要がある。



S2-3 国立病院機構における扁桃摘出術クリティカルパスの比較検討

とくまる 裕
○徳丸 裕

NHO東京医療センター 耳鼻咽喉科

【背景と目的】

口蓋扁桃摘出術は耳鼻咽喉科領域の手術の中でも最も一般的な手術のひとつであり、多くの医療施設で行われている。術式が確立されており比較的短期間の入院ですむため、クリティカルパスの導入には適した疾患であると考えられてきた。しかしながらクリティカルパスの内容については施設間で統一されたものがなく、各施設が独自のパスを用いているのが実情である。またパスの導入によるアウトカムの変化については報告がほとんどなされていない。質が高くかつ効率的な医療を行うために、患者アウトカムの最大化を目的としたクリティカルパスの標準化が必要とされている。本発表では国立病院機構病院の扁桃摘出術に関するクリティカルパスの施設間のばらつきを解析し、ベストプラクティスパスを立案することを目的とした。

【対象と方法】

全国の国立病院機構病院から扁桃摘出術のクリティカルパス(医療者用、患者用)を収集し比較検討した。

【結果と考察】

国立病院機構に属する20施設から扁桃摘出術のクリティカルパスを回収し解析を行った。各項目において施設間の多少のばらつきが認められたものの、際立って大きなバリエーションはなかった。今回の解析結果をもとにベストプラクティスパスを作成したが、作成したパスが本当にベストであるかは、パスの違いによってアウトカムに差異が生じるか、バリエーションの発生頻度がどの程度あるか、などをさらに検証する必要があると考えられた。

S2-4 国立病院機構における小児市中肺炎クリティカルパスの比較検討

たかき かずたか
○高木 一孝

NHO熊本医療センター 小児科

【はじめに】

小児の肺炎は、病院小児科として遭遇する頻度が高く、小児科診療で最も重要なもののひとつである。現在肺炎の入院治療に際しクリティカルパスが広く利用されているが、各施設でそれぞれ独自に作成したパスが運用されている。今回施設間のパスの内容について比較検討をおこなったので報告する。

【方法】国立病院機構小児科施設(48施設)へ肺炎パスの運用に関するアンケートを送付し、パスの収集をおこなった。回収したパス(14件)につき1.設定入院日数、2.治療内容、3.処置、4.検査、5.達成目標(退院基準)、6.観察項目を比較検討した。

【結果】

現在小児の肺炎パスが作成・運用されていたのは13施設(27.1%)であった。

運用中のパスについて、入院時検査や処置指示に関しては相違が少なかったものの、入院日数の設定(8/14)や、退院基準(8/14)、使用抗生剤(4/13)について記載のないものや、達成目標の内容に相違がみられるなど、施設間でパスの内容にばらつきがみられた。

【考察】

今後、パスを用いた小児肺炎治療の施設間比較をおこなう場合、基本的な項目についてはパスの内容について統一を図ることが重要と考えられる。また一部の施設では呼吸器疾患全般についてパスが使用がされていたが、対象を肺炎患者に限定した運用が望まれる。今回、パスの比較検討に基づき作成したベストプラクティスモデルを提示した。

シンポジウム

○矢坂^{まさか} 正弘、湧川^{まさひろ} 佳幸、牧原 典子、森 真由美、宮崎 雄一、岡田 靖

NHO九州医療センター 脳血管センター・臨床研究センター 脳血管内科

【背景と目的】ラクナまたは軽症脳梗塞急性期における望ましいクリティカルパス像を提言する。【方法】国立病院機構22病院で運用されているラクナまたは軽症脳梗塞急性期用のクリティカルパスを収集し、設定日数や記載されている各項目を解析し適切なパス像を考察する。【結果】医療者用と患者説明用パスの最多サイズはA4サイズ(それぞれ16と13施設)で、枚数はそれぞれ中央値2.5枚(1から8枚)、中央値1枚(1から2枚)であった。医療者用パスには病日、安静度、排泄、清潔、症状説明は全施設で記載されていた。日付と食事の記載(各95%)、目標、検査、バイタル、観察項目、バリアンス、診療計画書の記載(各91%)、看護師サイン、点滴指示(各86%)、内服指示(82%)の各記載も多かったが、褥瘡評価(59%)、転倒評価(64%)、嚥下評価(32%)、酸素投与(27%)、医師指示(23%)、血糖(14%)および看護計画、腹囲(各9%)への言及は少なかった。入院期間の設定は中央値14日間(7~22日)であった。患者説明用パスでは日付、病日、検査の説明や図の挿入は全17施設でみられ、安静度、食事、排泄、清潔(各94%)、病状説明(88%)、治療(82%)、リハビリ(71%)の記載も多かった。【結論】14日間を標準とした入院期間を設定し、多くの施設で記されている項目(7割以上)を含めるとともに、合併症を避け医療安全を確保する観点から褥瘡、転倒、嚥下、血糖の各評価項目を加えることが望ましいと思われる。

○野村^{のむら} 一俊^{かずとし}

NHO熊本医療センター 統括診療部

クリティカルパスは、医療機関が独自に作成した診療、看護、リハ、指導などの計画である。クリティカルパスの活用により医療の標準化を図り、医療の質と効率を向上させるためには、EBMやバリアンス分析に基づく見直しが重要であるが、多忙な医療現場では困難なのが実状である。標準となるクリティカルパスがあれば、自施設のクリティカルパスの見直しに大いに役に立つ。そこで先ず、全国の国立病院機構に対するアンケート調査に応じて提出された17病院の医療者用と患者用の変形性股関節症に対する人工股関節置換術クリティカルパスを対象として、内容を比較検討した。その結果、在院日数をはじめ全調査項目においてバラツキがみられたので、これらを組み合わせることにより、ベストプラクティスを作成した。これがベストプラクティスモデルとして妥当か否かは、バラツキにより施設間でアウトカムに差異が生じているかの検討が必要である。そこで次に、クリティカルパスの提出を受けた施設に対して1年間のアウトカム調査(入院期間、転院率、術後3ヶ月以内の感染率及び脱臼率)を行った。これらの調査結果を踏まえ、先に作成したベストプラクティスに修正を加えベストプラクティスモデルを作成した。今後、このベストプラクティスを組み込んだクリティカルパスの検証が行われ、標準クリティカルパスとして発展して行くことが期待される。



S2-7 国立病院機構における胃がん手術クリティカルパスのベストプラクティスとは

○^{さいとう}斎藤 ^{としひろ}俊博、手島 伸、兎玉 英謙、湯目 玄、菊地 秀

NHO仙台医療センター 外科

我々は国立病院機構内の各施設のクリティカルパスを調査し、患者アウトカムの最大化を基本としたクリティカルパス内容の標準化、すなわち各疾患のベストプラクティスの作成を目的とした。指定研究「医療者用・患者用クリティカルパスの内容のばらつきと、バリエーション発生頻度及び在院日数との関連に関する研究」では胃がん手術のクリティカルパスを全国の国立病院機構の施設から収集し、検討を加えた結果、そのパス行程内容には施設間での大きなばらつきが判明し、それが患者アウトカムの施設間差に関連していることが示唆された。そこで国立病院機構内で胃がん手術クリティカルパスを使用し、胃がん手術を施行した施設に対し、連続的に10症例をサンプリングとし、クリティカルパス項目の臨床アウトカムや医療費などの財務アウトカムを比較検討した。臨床アウトカムを検討した結果で、実際の術前在院日数、術後在院日数もパスで設定した術前在院日数と術後在院日数より、長い傾向を示した。この結果はバリエーションの発生も一部関与しているものと思われる。また年間手術症例を50例に分けて比較検討すると、症例数の少ない施設が在院日数の長い傾向が示唆された。財務のアウトカムについて、出来高総医療費の高低は在院日数との関連が示唆され、またDPCを施行している8施設はDPC総医療費が出来高総医療費より、やや高く、総じて在院日数が短い傾向にあった。出来高総医療費は50症例以下の施設が高い傾向を示し、在院日数との関連が示唆された。

以上の結果も含めて、今回のアウトカムより昨年度の一部を改正し、胃がん手術クリティカルパスのベストプラクティスを立案した。

S2-8 クリティカルパスから見えてきたTUR-Pのベストプラクティス

○^{いづみ}井口 ^{あつし}厚司

NHO九州医療センター 泌尿器科

平成19年、20年度の国立病院機構指定研究事業で、前立腺肥大症に対する経尿道的前立腺切除術(TUR-P)について、全国の機構病院で使用されているクリティカルパスを34施設から収集して調査したところ、パスで示されている診療行程には大きなばらつきがあることがわかった。その中からケアプロセスの“いいとこ取り”の寄せ集めをベストプラクティスと定めた。検証の目的で、そのうちの24施設においてアウトカム調査を行った。年間手術症例中、連続的な直近10症例を調査対象として、アウトカムデータを連結不可能完全匿名情報として収集した。アウトカムの調査項目は、在院日数、診療点数、尿道カテーテル留置期間、バリエーション、退院後の処置を要した予期せぬ再来、TUR-Pに関連した再入院、過去3年間のTUR-P手術件数、予期せぬ再来患者数、手術に関連した再入院患者数とした。その結果、入院日数8日(手術前日入院、術後6日目退院)、尿道カテーテル留置期間3日、術後予防的抗菌薬第一世代セフェム術直前より1日間、経口抗菌薬なし他がベストプラクティスのクリティカルパスとして最終的に定められた(ポスターセッションで公開予定)。医療の標準化を目標とする場合、その過程は平均ではなくベストプラクティスに近づける必要がある。アウトカムが同じであれば最も効率的なプロセスが推奨されるわけであるが、今回提唱したベストプラクティスパスが、実際に患者の満足が得られるものであるかどうか、また多くの施設から賛同が得られ全国共通の標準的クリティカルパスと認められるようになるためには、新たな多施設共同研究による前向きな検証が必要と思われる。

○山田 やまだ 和範 かずのり

NHO京都医療センター 糖尿病センター 内科医長

糖尿病診療において患者自己管理教育は重要な意義を持つ。その実態をさぐるため、アンケート調査により国立病院機構傘下46施設で運用中の教育入院クリティカルパスを収集し、入院日数、参加職種、指導内容、検査項目、達成度評価などについて検討した。さらに教育入院の効果を、入院前と退院後3-6ヶ月後のHbA1c値、血圧、体重などの変動を診療記録の調査によって判定した。

46施設の教育入院パスの解析

入院日数は3-29日でうち14日が18施設と最多。目的別のパスもみられた。12-16日間の27パスをみると、参加職種は看護師、医師、管理栄養士、薬剤師、検査技師の順に多く、理学療法士、心理療法士、歯科衛生士は少ない。教育項目は、食事指導:個人指導21 集団指導14、運動指導:9パスのみに記載、服薬11、フットケア6、低血糖対処3、口腔ケア1などであった。検査項目は、血糖日内変動22、体重は毎日測定が15など、畜尿検査23、心電図22、ABI15、IMT11などであった。達成目標の記載は12件にとどまった。

教育入院の身体的効果(対象は20施設193名の教育入院終了患者)

HbA1c(%)は9.5 → 6.9(入院時→退院後3-6か月、以下同じ)と低下、体重(kg)は64.2→62.3と減少、拡張期血圧(mmHg)は79から76へ低下いずれも統計学的に有意であった。このように薬物治療を含む教育入院全体の効果は身体的指標においては明確にみとめられた。

機構46施設の糖尿病教育入院パスでは、自己管理指導内容のばらつきが大きく、また達成目標が不明確など、改善あるいは標準化すべき点が見られる。今後は身体指標に加え自己管理行動の変容を主要な指標として測定することによりパスの効果をより正確に判定すべきである。

2009臨床評価指標の概要

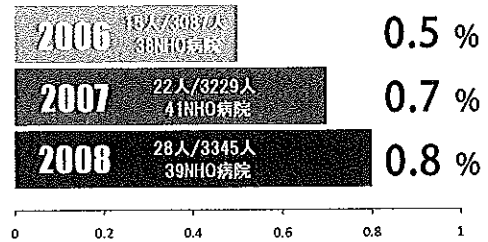
1. 原発性肺がん入院中死亡率(切除例)

計測方法

【分子】分母対象例のうち、手術後30日以内に死亡退院した患者数
(がん以外が死亡原因である場合も含む)

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、「肺がん」治療を目的として
入院し、入院中に肺切除術が行われた患者数

■年度別比較【平均値】



2-1. 肺がん切除例の5年生存率(Stage I)

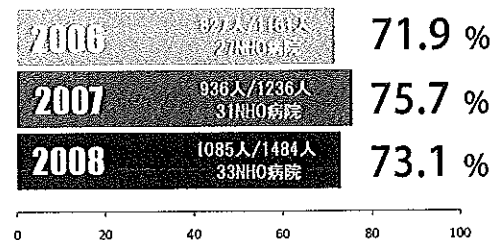
計測方法

【分子】分母対象例のうち、院内情報や郵送による事後調査により
「生存」を確認した数(*)

【分母】計測期間内に「肺がん」を主病名として、手術治療(肺の切除術)
が行われた患者のうち、病理組織所見上の病期がStage Iで
あった患者数(*)

(*)安否が不明の患者については、分母から除外せず、分子には生存の確認が
行われた患者のみを「生存」としています。
そのため論理的には実際の生存率よりも低い値となります。

■年度別比較【平均値】



2-2. 肺がん切除例の5年生存率(Stage II)

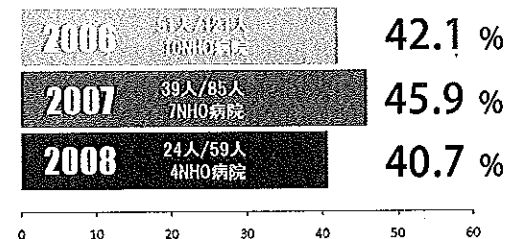
計測方法

【分子】分母対象例のうち、院内情報や郵送による事後調査により
「生存」を確認した数(*)

【分母】計測期間内に「肺がん」を主病名として、手術治療(肺の切除術)
が行われた患者のうち、病理組織所見上の病期がStage IIで
あった患者数(*)

(*)安否が不明の患者については、分母から除外せず、分子には生存の確認が
行われた患者のみを「生存」としています。
そのため論理的には実際の生存率よりも低い値となります。

■年度別比較【平均値】



3. 乳がん切除例の5年生存率(Stage II)

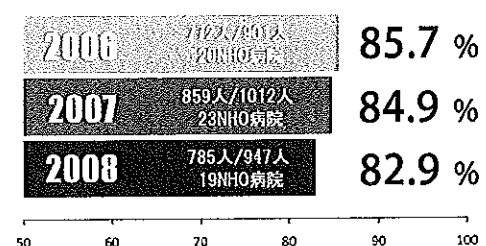
計測方法

【分子】分母対象例のうち、院内情報や郵送による事後調査により
「生存」を確認した数(*)

【分母】計測期間内に「乳がん」を主病名として乳房の切除術(乳房温
存術を含む)が行われた患者のうち、病理組織所見上の病期
がStage IIであった患者数(*)

(*)安否が不明の患者については、分母から除外せず、分子には生存の確認が
行われた患者のみを「生存」としています。
そのため論理的には実際の生存率よりも低い値となります。

■年度別比較【平均値】



4. 大腸がん切除例の5年生存率(StageⅢ)

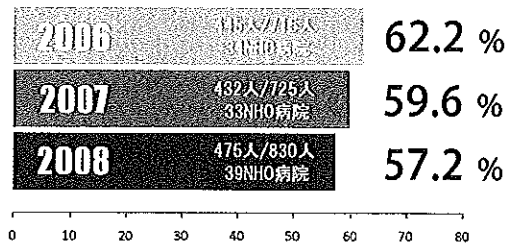
計測方法

【分子】分母対象例のうち、院内情報や郵送による事後調査により「生存」を確認した数(*)

【分母】計測期間内に「大腸がん」を主病名として手術治療(大腸切除術)が行われた患者のうち、病理組織所見上の病期がStageⅢであった患者数(*)

(*)安否が不明の患者については、分母から除外せず、分子には生存の確認が行われた患者のみを「生存」としています。そのため論理的には実際の生存率よりも低い値となります。

■年度別比較【平均値】



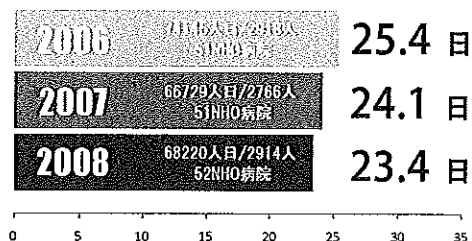
5. 胃がん手術:平均術後在院日数

計測方法

【分子】分母対象例の術後在院日数(退院日-手術日)の総和

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、「胃がん」を主病名として入院し、入院中に全身麻酔による手術治療(開腹もしくは腹腔鏡下による胃切除手術、胃部分切除術)を受けた患者数

■年度別比較【平均値】



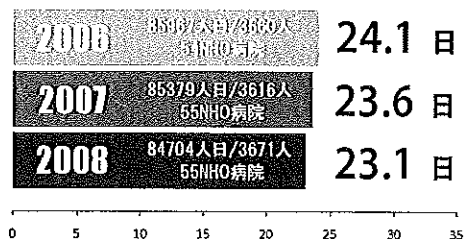
6. 大腸がん手術:平均術後在院日数

計測方法

【分子】分母対象例の術後在院日数(退院日-手術日)の総和

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、「大腸がん」を主病名として入院し、入院中に全身麻酔による手術治療(開腹もしくは腹腔鏡下による大腸切除手術、大腸部分切除術)を受けた患者数

■年度別比較【平均値】



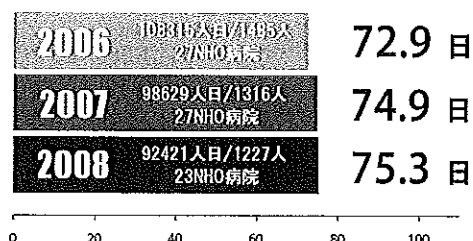
7. うつ病:平均在院日数

計測方法

【分子】分母対象例の在院日数(退院日-入院日+1)の総和

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、「うつ病」を主病名として精神科病棟に入院し、7日以上入院期間がある患者数

■年度別比較【平均値】



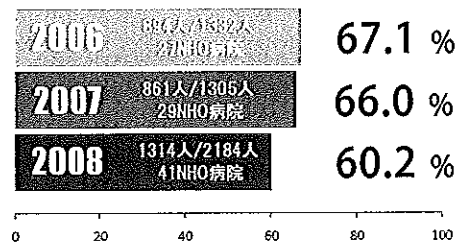
8. C型慢性肝炎入院患者に対するIFN治療率

計測方法

【分子】分母対象例のうち、IFNの投与が行われた患者の数
※IFNの定義(商品名:IFNαモチダ、IFNβモチダ、アドパフェロン、イントロンA、オーアイエフ、スミフェロン、フェロン、ベガス、ベグイントロン)

【分母】計測期間内に退院した患者の中で「C型慢性肝炎」を主病名として3日以上入院していた患者数

■年度別比較【平均値】



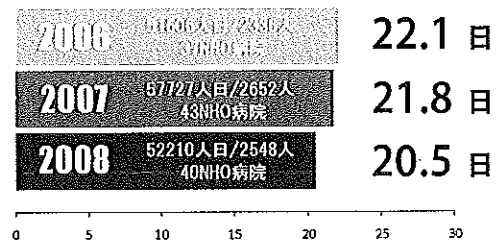
9. 急性心筋梗塞:平均在院日数

計測方法

【分子】分母対象例の在院日数(退院日-入院日+1)の総和

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、「急性心筋梗塞」が主病名であり、3日以上入院期間があり、退院転帰が「死亡」以外であった患者数

■年度別比較【平均値】



10-1. 急性心筋梗塞の重症度別死亡率(重症度A)

計測方法

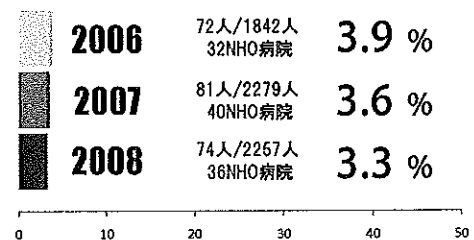
【分子】分母対象例のうち、退院時の転帰が「死亡」であった患者数(各重症度別)

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、「急性心筋梗塞」を主病名に入院した患者数(各重症度別)

*重症度の分類

- 人口呼吸なし、大動脈バルーンパンピング法なし、経皮的心臓補助法なし群
- 人工呼吸あり群(大動脈バルーンパンピング法なしかつ経皮的心臓補助法なし)
- 大動脈バルーンパンピング法あり群(人口呼吸実施の有無は問わない)

■年度別比較【平均値】



10-2. 急性心筋梗塞の重症度別死亡率(重症度B)

計測方法

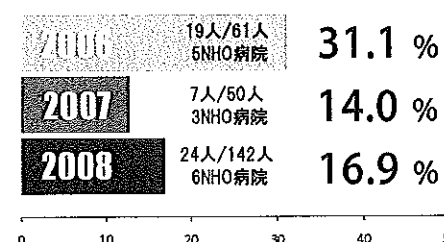
【分子】分母対象例のうち、退院時の転帰が「死亡」であった患者数(各重症度別)

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、「急性心筋梗塞」を主病名に入院した患者数(各重症度別)

*重症度の分類

- 人口呼吸なし、大動脈バルーンパンピング法なし、経皮的心臓補助法なし群
- 人工呼吸あり群(大動脈バルーンパンピング法なしかつ経皮的心臓補助法なし)
- 大動脈バルーンパンピング法あり群(人口呼吸実施の有無は問わない)

■年度別比較【平均値】



10-3. 急性心筋梗塞の重症度別死亡率(重症度C)

計測方法

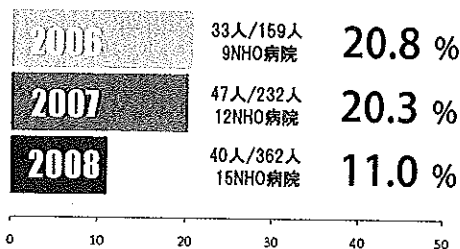
【分子】分母対象例のうち、退院時の転帰が「死亡」であった患者数(各重症度別)

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、「急性心筋梗塞」を主病名に入院した患者数(各重症度別)

*重症度の分類

- A. 人口呼吸なし、大動脈バルーンパンピング法なし、経皮的心臓補助法なし群
 B. 人工呼吸あり群(大動脈バルーンパンピング法なしかつ経皮的心臓補助法なし)
 C. 大動脈バルーンパンピング法あり群(人口呼吸実施の有無は問わない)

■年度別比較【平均値】



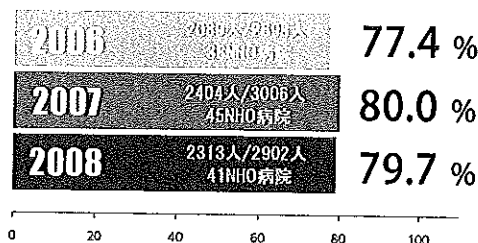
11. 急性心筋梗塞患者における入院当日若しくは翌日のアスピリン投与率

計測方法

【分子】分母対象例のうち、入院当日もしくは翌日の処方箋に「アスピリン」「バップアリン」等、アスピリン処方されていた患者数

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、「急性心筋梗塞」を主病名に入院した患者数

■年度別比較【平均値】



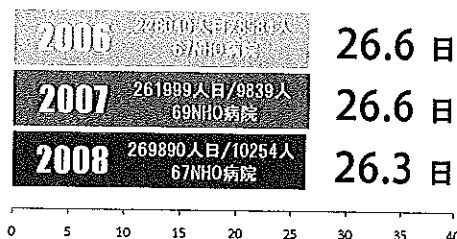
12. 脳血管障害:平均在院日数

計測方法

【分子】分母対象例の在院日数(退院日-入院日+1)の総和

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、退院時主病名が「脳卒中」「脳梗塞」「脳塞栓」「脳出血」「一過性脳虚血発作」であり、入院後に頭部CTスキャンもしくは頭部MRI検査がなされている60歳以上の患者で、かつ3日以上90日以下の入院がある者の数(転帰が死亡である場合、病名に「くも膜下出血」がある場合は除外する)

■年度別比較【平均値】



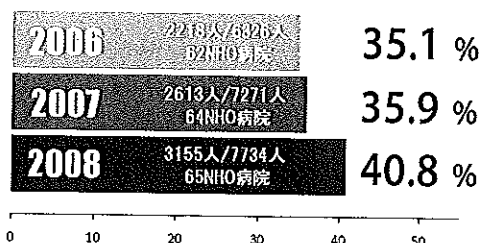
13. 脳梗塞患者における早期リハビリ開始率

計測方法

【分子】分母対象例のうち、入院日より4日の時点で身体機能リハビリ処方が開始された患者数

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、退院時主病名が「脳梗塞」であり、入院後に頭部CTスキャンもしくは頭部MRI検査がなされている60歳以上の患者で、かつ3日以上90日以下の入院がある者の数(転帰が死亡である場合、病名に「くも膜下出血」がある場合は除外する)

■年度別比較【平均値】



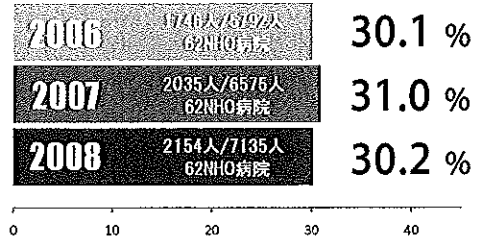
14. 脳梗塞患者における初期少量アスピリン投与率

計測方法

【分子】 分母対象例のうち、入院当日もしくは翌日の処方層に「アスピリン」「バップアリン」等、アスピリン処方のオーダーが出されていた患者数(他の抗血小板薬、もしくはワーファリンが処方されており、アスピリンの処方がない場合対象としない)

【分母】 計測期間内に退院した患者のうち、退院時主病名が「脳梗塞」「一過性脳虚血発作」であり、入院後に頭部CTスキャンもしくは頭部MRI検査がなされている50歳以上の患者のうち、入院期間が3日以上90日以下の患者数(転帰が死亡である場合、病名に「くも膜下出血」「脳出血」「脳梗塞」「心房細動」がある場合は除外する)

■年度別比較【平均値】



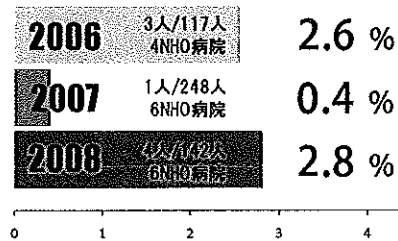
15-1. 低出生体重児(1000-1500g未満)の死亡率[NICU設置病院]

計測方法

【分子】 転帰が死亡である極低出生体重児(1000~1500g未満)の数

【分母】 計測期間内に退院した児で当該病院に入院し、生後1週以内の出生体重が1000~1500g未満であった児の数

■年度別比較【平均値】



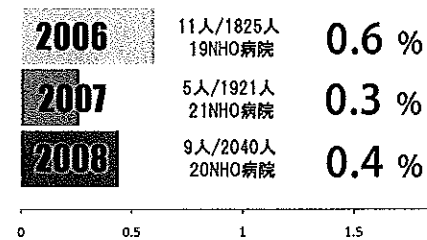
15-2. 低出生体重児(1500-2500g未満)の死亡率[NICU設置病院]

計測方法

【分子】 転帰が死亡である低出生体重児(1500~2500g未満)の数

【分母】 計測期間内に退院した児で当該病院に入院し、生後1週以内の出生体重が1500~2500g未満であった児の数

■年度別比較【平均値】



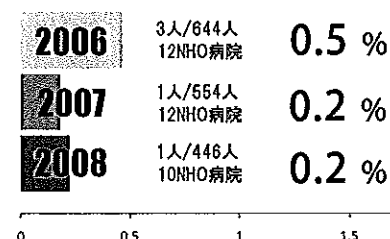
15-3. 低出生体重児(1000-2500g未満)の死亡率[NICU非設置病院]

計測方法

【分子】 転帰が死亡である低出生体重児(1000~2500g未満)の数

【分母】 計測期間内に退院した児で当該病院に入院し、生後1週以内の出生体重が1000~2500g未満であった児の数

■年度別比較【平均値】



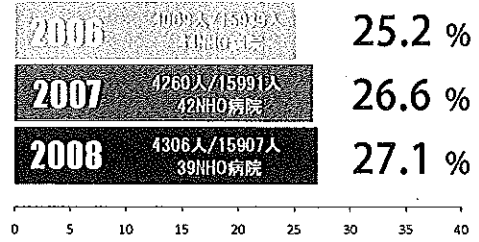
16. 出産予定妊婦の帝王切開率

計測方法

【分子】分母対象例のうち、帝王切開が実施された妊婦の数

【分母】36週以降43週未満で当該病院で出産を行った妊婦の数

年度別比較【平均値】



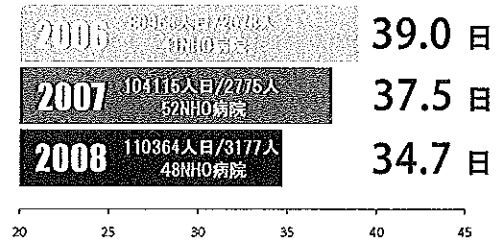
17. 大腿骨頭置換術：平均術後在院日数

計測方法

【分子】分母対象例の術後在院日数(退院日-手術日)の総和

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、入院中に「大腿骨頭置換術」を受けた患者数

年度別比較【平均値】



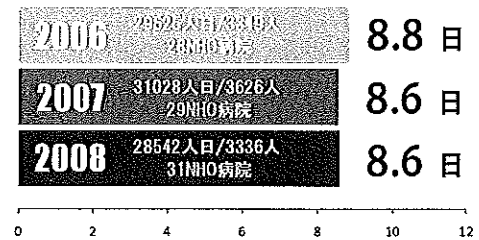
18-1. 白内障手術：平均在院日数〔両眼手術の場合〕

計測方法

【分子】分母対象例の在院日数(退院日-入院日+1)の総和

【分母】計測期間内に「白内障」を主病名として白内障手術を行い、2日以上の期間入院した患者数(両眼白内障手術の場合)

年度別比較【平均値】



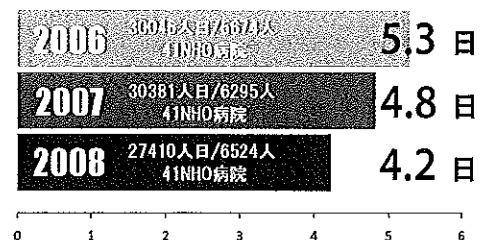
18-2. 白内障手術：平均在院日数〔片眼手術の場合〕

計測方法

【分子】分母対象例の在院日数(退院日-入院日+1)の総和

【分母】計測期間内に「白内障」を主病名として白内障手術を行い、2日以上の期間入院した患者数(片眼白内障手術の場合)

年度別比較【平均値】

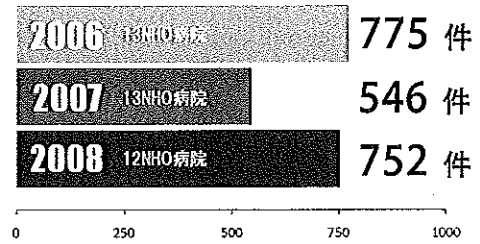


18-3. 外来における白内障手術件数

計測方法

計測期間内に外来にて「白内障手術」を実施した件数

年度別比較【平均値】



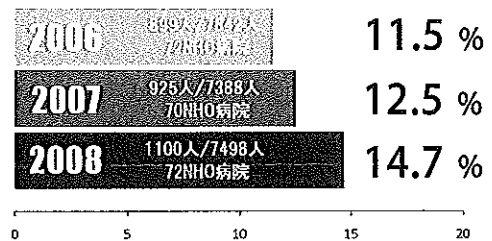
19. 超重症児(者)受け入れ率

計測方法

【分子】 分母対象例のうち、計測期間内に超重症児(者)入院診療加算を1回以上算定した患者数

【分母】 計測期間内に重症心身障害児(者)病棟入院中であった重症心身障害児(者)実数 * 7日以内の短期入所を除く

年度別比較【平均値】



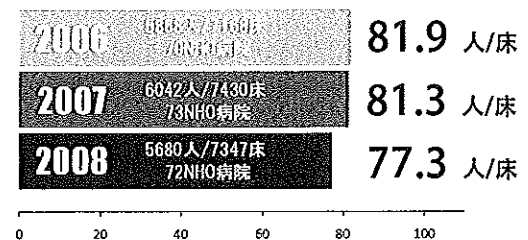
20. 重症心身障害児(者)短期入院受け入れ率

計測方法

【分子】 計測期間内に退院した重症心身障害児(者)のうち、入院期間7日間以内であった短期入院患者数

【分母】 2006年4月1日、2007年4月1日および2008年4月1日の重症心身障害児(者)病棟の病床数(運営病床数)

年度別比較【平均値】



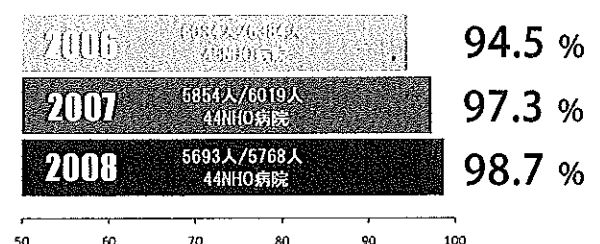
21. 結核入院患者DOTS実施率

計測方法

【分子】 分母対象例のうち、DOTS開始がなされた患者

【分母】 計測期間内に結核病棟に入院中で、主病名が「肺結核」かつ3日以上180日未満の期間入院した患者で、抗結核薬が処方された患者数

年度別比較【平均値】



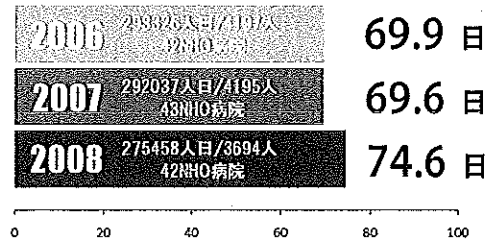
22. 排菌陽性結核患者の平均在院日数

計測方法

【分子】分母対象例の在院日数(退院日-入院日+1)の総和

【分母】計測期間内に結核病床から退院した患者のうち、主病名が「肺結核」で、入院期間が3日以上、180日未満であった患者で「救急未標本」で陽性であった患者数(多剤耐性結核患者数を除く)

年度別比較【平均値】



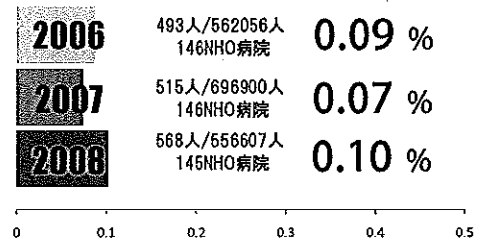
23. 全入院患者中のHIV陽性率

計測方法

【分子】分母対象例のうち、HIV陽性であった患者数

【分母】計測期間内に退院した患者数

年度別比較【平均値】



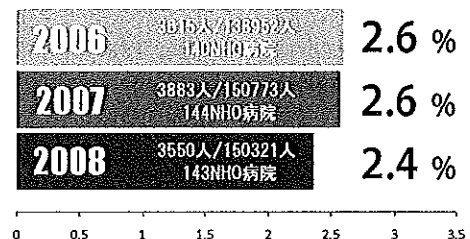
24. 退院患者中の褥瘡(Ⅱ度以上)の院内発生率

計測方法

【分子】分母対象例のうち、褥瘡対策に関する治療計画書(院内発生)にてNPUAP分類にてStageⅡ以上、もしくはDESIGN評価表にてd2以上の褥瘡を有する患者数

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、入院時褥瘡評価で褥瘡のない75歳以上(退院時年齢)の患者数

年度別比較【平均値】



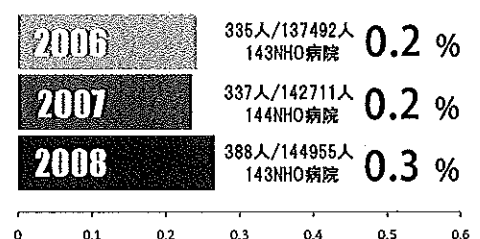
25. 75歳以上の入院患者における入院中の骨折率

計測方法

【分子】分母対象例のうち、入院中に骨折し、加療を行った患者数

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、3日以上の期間入院した75歳以上(退院時年齢)の患者数

年度別比較【平均値】



26. 病院職員のインフルエンザワクチン接種率

計測方法

【分子】分母対象者のうち、自施設でインフルエンザワクチンを接種した職員数

【分母】院内職員対象インフルエンザワクチン接種を開始した月の初日に在職している非常勤職員を含む病院職員数(派遣職員を除く)

■年度別比較【平均値】

2006	44648人/54013人 146NHO病院	82.5 %
2007	47625人/55559人 146NHO病院	85.7 %
2008	49356人/56514人 145NHO病院	87.3 %

0 20 40 60 80 100



臨床評価指標の改善に関する
検討委員会中間報告書

臨床評価指標の改善に関する検討委員会中間報告書

平成22年3月

ともなっている。

また、現26指標が設定される前にも国立病院機構は“臨床評価指標”を作成していたが、これらは総指標数が278と非常に多く、作成のために膨大な作業量が伴うなどの問題があった。このため、現26指標の検討を行う際には、データ抽出の簡便性（医師等の医療職種が関わらなくても事務方で作成可能）が重要なポイントとされ、このことが指標によりカバーされる領域が限定的となる結果を招来する一つの要因となっていた。指標の対象となる疾病領域が狭いため、指標に関連する診療科、関連する職員が少ないことも、現指標に対し医療現場の関心が薄い一つの原因になっていたといえる。

2. 改善を行うに当たっての基本方針

以上、現指標の運用を通じて明らかとなった課題を踏まえ、本委員会は、指標改善に向けた検討を行うに当たっての基本的方針を、次の3点とした。

- ①指標の結果から医療の質を改善するための具体的行動が明確になること。
- ②できるだけ広い疾病領域をカバーした指標と疾病横断的な指標による構成とし、①の視点と相俟ってすべての病院、職員が指標を明確に意識し積極的に活用することのできる指標とすること。
- ③ITの進捗等各病院の状況が異なっていること等を考慮し、指標の集計に必要なデータ提出方法は可能な限り簡便なものとし、医療現場に過度の負担が生じない仕組みを構築すること。

3. 指標改善の方向性

医療を概念的に整理すると、

- ①施設、医療機器、医療スタッフ等医療の提供の前提である構造（ストラクチャー）、
- ②実際に行われた医療の内容である過程（プロセス）、
- ③生存率、入院在院日数や患者の健康状態など提供されたケアによって得られる成果（アウトカム）、

の3つの局面で構成されていることになる。

医療の質を評価する際、これらのそれぞれの局面で評価することが可能である。しかしながら、まず、構造（ストラクチャー）の評価については、短期間では改善できないことが現実的には多く、財政的な点からも継続的な改善の対象としていくことには必ずしも馴染まないことが多い。また、成果（アウトカム）の評価については、公開を目的とする指標として馴染みやすい性格を持っているものの、継続的に高い精度のデータを取り続けていくことが必ずしも容易ではないことや、患者の重症度等アウトカムの数値以外の要因についての説明が必要なこと、指標の結果自体から病院の改善に向けた具体的行動が読み取りにくいことなどの課題がある。

今回の改善の基本方針の一つが、指標の結果から各病院が行うべき医療の質改善に向け

とんどの部分をカバーする研究ネットワークの領域と合致させることとした。また、これらの領域は既に研究ネットワークが形成されているため、新指標の設定や、将来、更なる改善が必要な場面においても、これら既存の研究ネットワークグループが推進力になると考えられる。以上の点から、新指標の対象を次の22疾病領域とした。

【急性期系の領域（17領域）】

がん（呼吸器）、がん（消化器）、がん（一般）、循環器、脳卒中、感染症、成育医療、糖尿病、感覚器、骨・運動器疾患、免疫異常、血液疾患、呼吸器疾患、肝疾患、消化器疾患、婦人、泌尿器

【セーフティネット系の領域（5領域）】

重症心身障害、神経・筋(ALS等神経難病を含む)、結核、精神、エイズ

また、これら22の疾病別領域加え、医療安全（院内感染、周術期合併症、有害事象）、高齢者医療（ケア、栄養、褥瘡）等の疾病横断的領域を設けることとした。

6. 指標数及びプロセス指標とアウトカム指標のバランス

あまりに多い指標数は、運用の実行性を危うくする。このため本委員会では、領域毎の具体的な指標選定作業を行うに当たっての一定の歯止めとして、疾病領域毎の指標数の上限、及び指標全体の総数枠を設けることとした。すなわち、各疾病領域においては4指標を上限とし、疾病領域別の指標総数を88指標（22領域×4指標）とした上で、これに疾病横断的領域に係る指標等を加えることにより、全体で100程度の指標数とすることとした。

また、前述のとおり新指標はプロセス指標中心の構成とするものの、アウトカム指標の全てを排除するものではなく、当該疾病領域、あるいは疾病横断的領域において必要不可欠と考えられるアウトカム指標については、適宜、盛り込んでいくこととした。ただしその場合でも、アウトカム指標については1疾病領域当たり1指標までとし、従ってプロセス指標とアウトカム指標のバランスは、3対1を目安とした。

7. 現指標の取り扱いについて

基本的には、新指標を新たに作成していくことにより、現在の26指標は廃止することになる。ただし、そのうち前向き調査を行う「肺がん、乳がん、大腸がん」の生存率に係る指標については、

- ①前向きコホート調査として経年的にデータを把握していくことは、国立病院機構の取り組みとして重要と考えられることから、
 - ②がん退院患者の退院後のフォローをルーティン化するなど精度の高いデータを得るための方法を採用するとともに、公表を行う場合には、単なるランキングとならないよう患者の重症度を加味するなどの十分な配慮を行うこと、
- を前提に、存続させることとした。

《条件1》：以下の要件を全て満たす。

- ・選定されたプロセス指標の改善によって、直接改善が期待できる。
- ・分母の重症度を設定してサンプリングすることが可能である。
- ・レセプトデータ、もしくはDPC調査データ等から、後ろ向きに正しいデータ収集が可能である。

《条件2》：既に国内外で運用が行われている既存指標から直接選定する。

なお、上記「選定基準」は、必ずしも選定に当たっての絶対的基準とはせず、医療の質向上の実現可能性とデータ抽出の簡便性などの基本的事項を踏まえた上で、疾病領域毎の議論などの中である程度弾力的に運用していくこともできることとした。特に、重症心身障害、筋ジストロフィー等セーフティネットに係る領域の指標については、必ずしも上記の選定基準に当てはめることができない場合も多いと考えられることから、患者の社会的背景や地域との連携状況などの視点からも指標の選定を行っていくこととした。

*新指標作成に当たって、できるだけ病院側の負担が生じないようにすることを基本とし、指標作成の基礎となるデータもレセプトデータやDPC調査データ等病院が通常作成しているデータに求めている。このことが、新指標の運用実現性、継続可能性を担保することになると考えるためである。しかしながら、領域によってはレセプトデータ等からの抽出はできないが、当該領域において重要・不可欠な指標と判断するものもあるであろう。そのような指標については、現場負担の大きさの程度も勘案しながら、個別にデータ抽出方法について検討していくことが必要となる。

10. 臨床評価指標の選定作業

以上の基本方針、方向性、選定基準等に基づき、疾病領域毎及び疾病横断領域における具体的な新指標選定作業を行うこととした。選定作業は、各研究ネットワークの枠組みを活用し疾病領域毎に設置した作業委員会で行うとともに、多くの指標候補の中から公平、且つ、客観的な絞り込み作業を行うため、そのような場合のコンセンサス形成法であるデルファイ法を活用することとした。また、疾病横断的指標については、本委員会で選定作業を行っていくこととした。

別紙1は、各作業委員会が作成した領域毎の指標一覧である。また、別紙2が、本委員会において選定した、医療安全や高齢者医療の視点からの疾病横断的な指標一覧である。これらを、新指標（案）とする。

*本報告書作成の段階において、指標（案）の絞り込みが完了していないいくつかの領域がある。これらの領域については、作業委員会の作業が完了次第、追加していく。

11. 診療情報の収集・分析体制

平成22年4月に国立病院機構総合研究センターが発足し、同センターに診療情報の収集・分析を専門とする「診療情報分析部」が設置される。新指標によるデータ集計は、こ

また、選定されている新指標（案）の中には、レセプトデータや DPC 調査データのみから直ちに抽出することができず追加的データが必要であるが、当該領域においては、落とすことのできない重要な指標（案）も含まれていると考えられる。このように追加的データの収集が必要な指標（案）については、選定に当たった作業委員会側の主旨・意向を踏まえつつ、負担を最小限とする方策などを検討しながら確定作業を進めていくことが必要となる。

おわりに

以上、本検討委員会で、現状の臨床評価指標の改善をプロセスの評価を中心行っていくことを基本的方向性として検討を行ってきた。新臨床評価指標の作成は、新システムが完成し、実際にデータ収集作業等を行いながら確実なデータ収集と作成される指標の適正性について検証を行った上で、最終的な新指標が決定されることになる。このため、新指標による指標データ集計は、平成23年度前半を目指していくことになる。

「はじめに」でも述べたとおり新指標は、国立病院機構各病院の診療レベルの底上げを実現していくための有効なツールとなるのみならず、これを144の病院ネットワークによる活用状況を積極的に情報発信していくことで、我が国の医療の質向上にも貢献していくことが可能となる。このような取り組みが可能なのは、国立病院機構が我が国で唯一であるといえ、この取り組みを成功させるため、各病院も新指標の運用に積極的に参画していくことが重要であろう。

なお、国立病院機構としてがん退院患者の生存率を前向きに調査していくことは、国立病院機構独自の貴重な試みとして重要と考える。このことから、現26指標のうち「肺がん、乳がん、大腸がん」の5年生存率については引き続き運用を続けていくこととしたものであるが、そのための高い精度のデータを得るための方策としては、がん退院患者を各病院が退院後も継続的にフォローしていく方法が考えられる。がん患者については、退院後も常に再発のリスクがあることから、これらの患者を定期的（例えば、退院後1年後をスタートとした1年単位）に病院として責任をもってフォローしていくことは、患者の安心に繋がることになると同時に、病院にとっても貴重なデータを得ることが可能となる。我が国の医療の質を向上させていくための役割を担う国立病院機構として、このような試みにも積極的に取り組んでいくことが重要であり、そのための具体的な方略については、引き続き診療情報分析部と協同で検討を行っていくことが必要であろう。

EBMの普及のための研修会実施状況

EBMの普及のための研修会実施状況

研 修 名	受講者数
1. 質の高い治験・臨床研究を推進するための研修	
初級CRC対象研修会（CRC初任者研修：講義）	86名
初級CRC対象研修会（CRC初任者研修：実習）	50名
CRCアドバンスド研修会（CRCスキルアップ研修会）	33名
治験及び臨床研究倫理審査委員に関する研修	59名
ブロック治験研修会	200名
臨床研究のデザインと進め方に関する研修	47名
計	475名
2. 臨床研究センター等を中心とした研修	
口腔ケア研修会	25名
HIV感染症研修	19名
災害医療従事者研修会	90名
長期入院患者のADL向上に関する研修	20名
EBMに関する研修	51名
放射線安全管理研修	34名
診療放射線技師研修会	266名
計	505名
3. ブロック単位での研修	
医療安全に関する研修会	547名
小児救急研修会	59名
臨床研修指導医研修会	131名
計	737名
合 計	1,717名

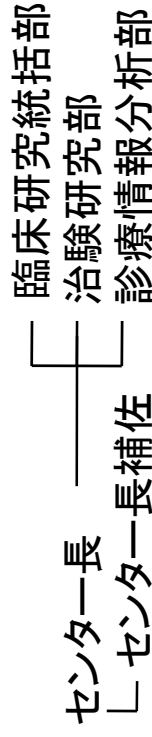
総合研究センターの概要

国立病院機構総合研究センターについて

1. 趣旨 「臨床研究、治験、診療情報の分析を総合的に推進するため、本部に総合研究センターを設置し、政策医療ネットワークを活用した調査研究・情報発信機能の強化を図る。」(中期計画)

2. 組織

(1) 総合研究センター長(理事長併任)の下、3部体制。



(2) 臨床研究統括部と治験研究部は、これまでの医療部研究課を移管・拡充。

(3) 診療情報分析部には、研究員(任期付常勤)及びSEを採用。

3. 診療情報分析部の平成22年度業務計画(別紙)

診療情報分析部門のミッション

「政策医療ネットワークを活用した診療情報の収集・分析により、医療の質の向上と均てん化につながるエビデンスを集積するとともに、医療政策に貢献」

- ① 臨床評価指標の継続的提示を通じて、国立病院機構各病院の医療の質を計測し、その向上を図る。
- ② 患者の病態にあった適切な医療（標準的な医療）を提供していくための標準的医療プロセスを提示する。
- ③ 国立病院機構各病院における政策医療の実施状況の検証を行うことにより、政策医療遂行能力を向上させる。
- ④ 国立病院機構各病院の地域医療における役割の明確化、存在意義の検証を行うことで、国立病院機構各病院の地域医療における役割を一層向上させる。
- ⑤ 地域、あるいは地域類型毎の医療・健康情報の提供等を通じて国の医療政策立案に貢献する。
- ⑥ 民間企業等からの要請に応じた研究レポートの作成（受託研究）により、医療・健康産業の活性化に貢献する。

診療情報分析部平成22年度業務計画

【運営体制の整備】

- ① 診療情報収集・分析システムの構築と安定的運営の確保
- ② 診療情報収集等に係る運用ルール等各種規程の検討・整備
- ③ 各病院に対する診療情報分析部の業務内容、データ収集体制等の説明
新システムで収集を開始する診療情報の種類

【DPC病院】 ① DPC調査データ(入院)⇒既にMEDI-ARROWSにより収集

② DPCレセプトデータ(入院)

③ レセプトデータ(入院・外来)

【非DPC病院】 ① レセプトデータ(入院・外来)

② レセプトE/Fファイル形式データ(入院)

【研究事業】

① DPC調査データを活用した研究

[課題例]

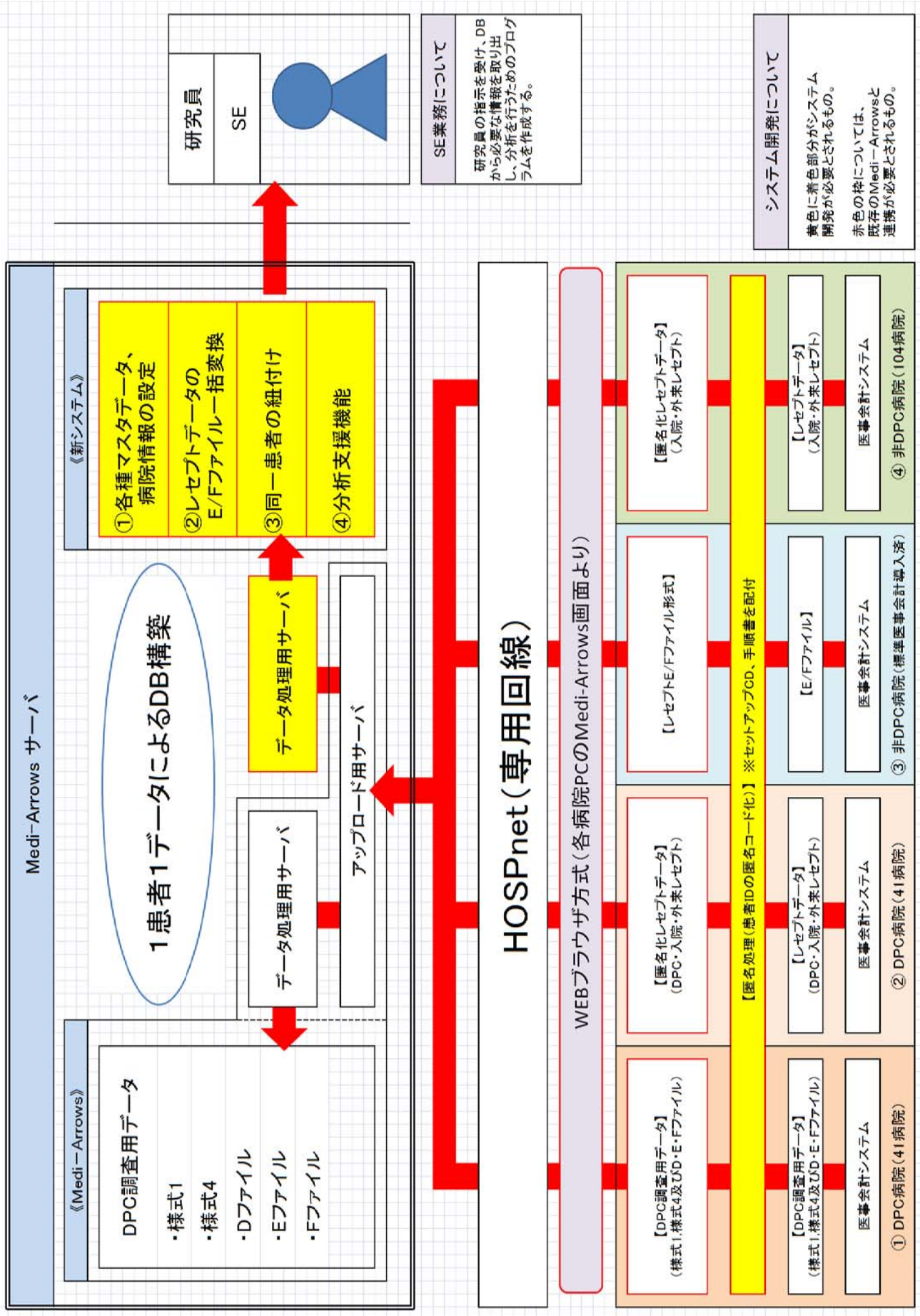
・NHOの急性期医療機能と地域での役割を評価するとともに、我が国の急性期医療の標準化と質の向上をリードする診療プロセスのベスト・プラクティスのあり方を示す 等

② 厚労科研費による研究事業

[申請課題]

- ・「保存された診療データの二次利用適用レベルに準じた、医療提供プロセス及びアウトカムの病院横断比較、年次縦断比較に関する多施設共同研究」
- ③ 診療情報収集・分析システムを通じて新臨床評価指標に係るデータ収集を開始し、新指標の妥当性等について検証を行うとともに必要な修正を行う
- ④ 傷病別患者数・医療費等基礎統計の把握を通じたNHOの位置付けの明示
- ⑤ 医療安全対策をはじめとした医療の質に関する研究

＜診療情報収集・分析システムの概要＞



電子ジャーナル

国立病院機構様 ProQuest Medical Library 特別ご購入 ご購読期間2009年9月1日～2012年8月31日まで

SUNMEDIA About Us | お問い合わせ

検索

GoogleScholarから検索

ログイン

ProQuestMedicalLibraryへはこちらから
プロクエストについて

タイトルリスト

タイトルリストの使い方

ユーザーマニュアル

ID/PW(HOSPnet以外のアクセス)

管理者メニュー

ブラウザの設定方法

Cookieについて



PDFをご覧になるには、Adobe社の
Adobe Reader が必要です。Adobe社の
サイトより無償でダウンロードできます。

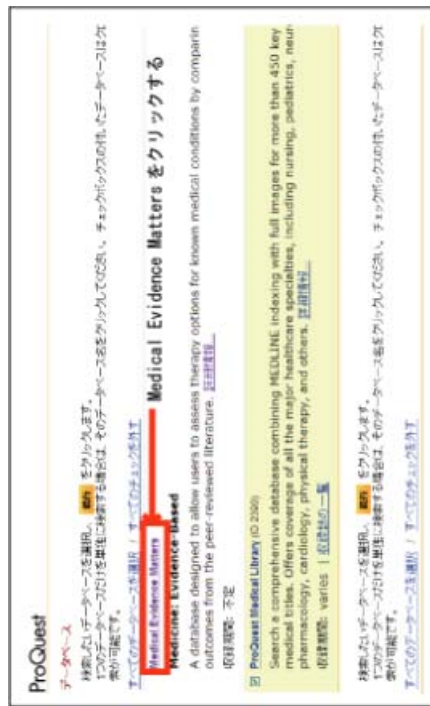
---ヘルプデスク---
株式会社サンメディア
e-Port
Tel03-3299-1575
Fax03-3374-1410
〒151-0066
中野区本町3-10-3

EBMツール【MedicalEvidence Matters】がProQuestに収録されました。

これまでにないEBMツール

MedicalEvidence Mattersは体系的な研究と厳密な評価をし、研究成果を用いるという一連のプロセスを、最適な治療を決めることができる最適なツールです。日々の医療現場の疑問に応え、エビデンスすべてをすばやく見つけることができる唯一のツールです。

ProQuestの医学系データベースでは新たにMedicalEvidence Matters収録することにより更に臨床現場の医師に有用なコンテンツ強化を図っています。



Information

■ Chronicle of Higher EducationがMedia Industry Newsletter主催の 'Best of the Web' 賞の2部門 (Special Online Coverage とPremium Site) にノミネートされました。詳しくはこちら

■ ProQuest Smart Searchが International Information Awardで、"Best Specialist Search Product" 賞を獲得

ProQuest Smart Search が、Online Information 2005のInternational Information Industry Awardsの『Best Specialist Search Product』に選ばれました。その精巧なインデクシング技術の採用とシンプルな検索インターフェースは『検索において最もユーザーを助け、最も革新的な製品』として推薦されました。またSmart Searchの機能性が、非英語圏においてもその有用性を飛躍的に高めたことも評価されました。(2005.12.14)



-----ProQuest



ProQuestは画像化して参照できるようにしている論文も多いため、PDFファイルが数メガバイトに及ぶことがあります。現在のHOSPnetのスピードではダウンロードが困難な場合も多くみられます。画面の表示方法をTEXT+Graphicsにしていただければ小さいかとは思いますがPDFで保存したいことも多いかと思えます。ProQuestには参照したい論文をメールとして転送する機能があります！



図1

図1のように必要な論文をチェックボックスで選択し、Searchをクリックすると論文が選択されます。"電子メール"をクリックすると、図2のようにメール作成画面になります。ご自分のメールアドレスはHotmailなどのWEBメールに転送できます。なお、HOSPnetの添付ファイルの大きさには制限がありますのでご注意ください。ご自分のメールアドレスに必要な論文を送って下さい。

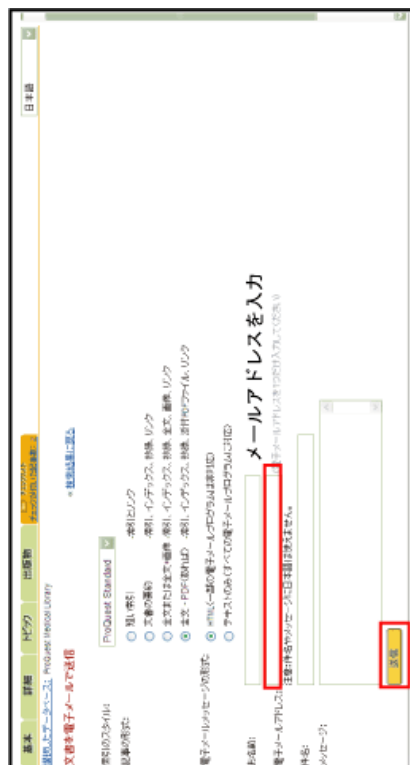


図2

ProQuest Login	
UserID :	<input type="text"/>
Password :	<input type="password"/>
<input type="button" value="Login"/>	<input type="button" value="Cancel"/>

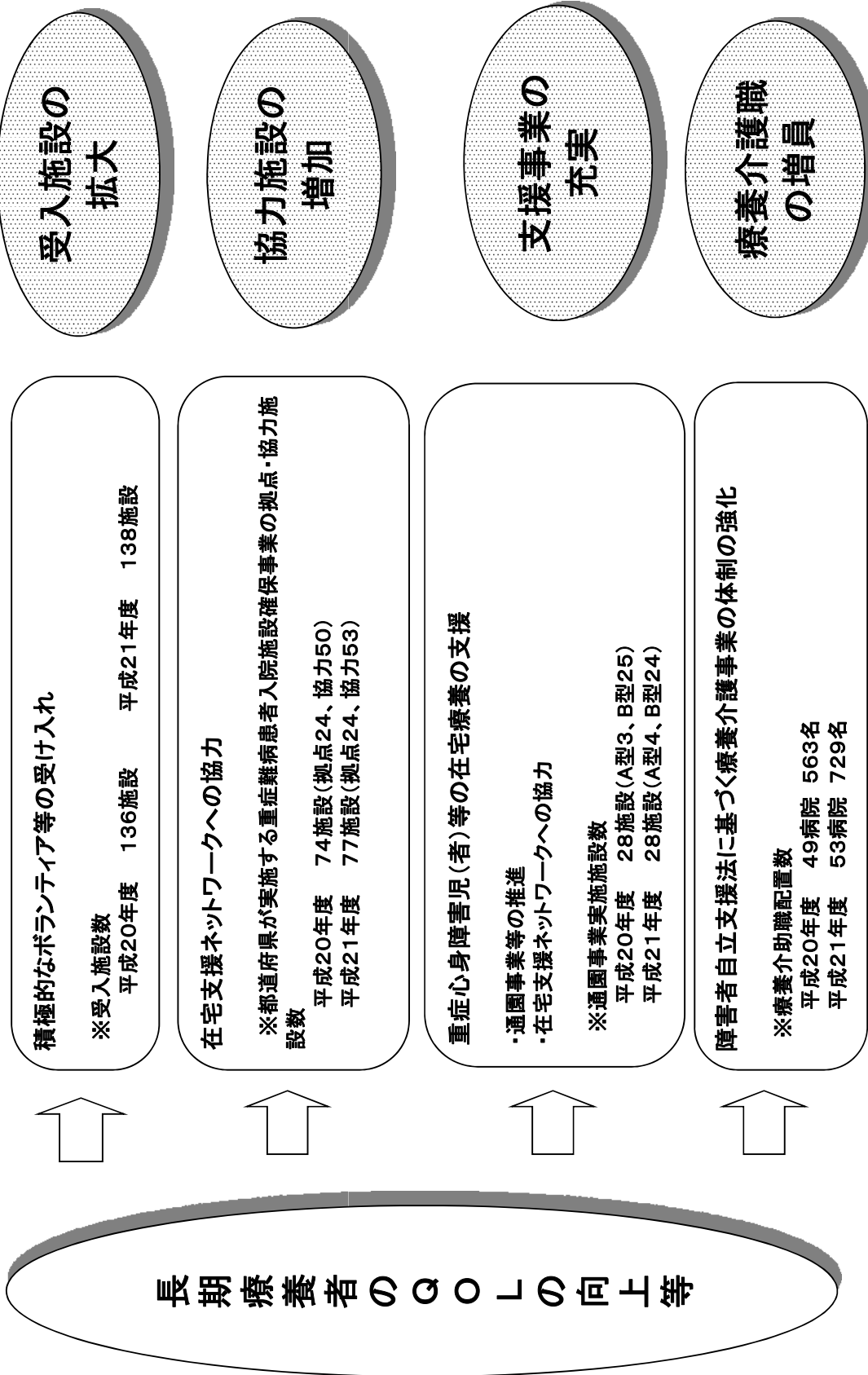
国立病院機構職員 only

国立病院機構職員の方のみが利用できます。
ID/PWはHOSPnet(イントラネット)ホームページの
電子ジャーナルボタンをクリックしProQuestの説明ページ
に記載しています。

ID/PWは定期的(1か月に1回程度)変更しております
のでPWの期限切れにご注意ください。

長期療養者のQOLの向上等

○長期療養者のQOLの向上等



重症心身障害児(者)通園事業の推進

重症心身障害児(者)通園事業の推進

○対象：重症心身障害児(者)

○実施主体：都道府県・指定都市・中核都市

○目的：在宅の重症心身障害児(者)に対し、通園の方法により必要な療育を行うことにより、運動機能等の低下を防止するとともにその発達を促し、併せて保護者等に家庭における療育技術を習得させ、もって在宅重症心身障害児(者)の福祉の増進に資すること

○指導・訓練内容：理学療法、作業療法、言語療法等による機能回復訓練、日常生活における基本的動作の指導、集団生活への適応等の訓練

○種別：A型(利用人員15人)→リフト付き通園バス等の設備が必要

平成21年度は、南岡山医療、鳥取医療、香川小児、福岡の4病院が実施

B型(利用人員5人)→既存施設の設備を利用

平成21年度は、青森、下志津、甲府、まつもと医療(中信松本病院)、富山、医王、七尾、静岡てんかん・神経医療、静岡富士、三重、鈴鹿、福井、あわら、兵庫青野原、松籟荘、和歌山、山口宇部医療、高知、肥前精神医療、長崎、熊本再春荘、西別府、宮崎、南九州の24病院が実施

○1日の流れ(例)

9:30	登園
10:00	診察
10:30	朝の集い・療育活動・プレイセラピー
12:00	昼食
13:30	療育活動・プレイセラピー
14:30	おやつタイム
15:00	終わりの会・お迎え
15:30	降園

療養介助職の配置による効果

療養介助職の配置による効果

1. 療養介助員の配置状況

17年度	18年度	19年度	20年度	21年度
24病院 143人	39病院 314人	43病院 409人	49病院 563人	53病院 729人

2. 療養介助員を採用した病院での活動状況

(1) 採用による主な効果

① 直接的効果（療養介助員が実施する業務による効果など）

- ・ 日常生活ケア（食事介助、口腔ケア、清拭、フットケア、ベッドの周りの環境整備等）の充実が図られた。
- ・ 手足の清拭、マッサージを行なうなど、就寝までのケアの充実が図られ、患者の就寝がスムーズになった。
- ・ 排泄や食事介助に患者を待たせることが大幅に少なくなった
- ・ 療養環境の調整に花を生けるなど従来にない配慮ができるようになった。
- ・ パジャマから日常着への着替えが確実にでき、患者が生活のメリハリをつけることができるようになった。
- ・ 看護師や療養介助員が患者のそばに多く行けるようになり、患者の安心感につながっている。
- ・ 家人とのコミュニケーションがとれるようになった。
- ・ 「診療補助に関わる周辺業務」としてメッセージ業務を入れ、スムーズに業務ができている。 など

② 間接的効果（看護職が看護業務に集中特化できるようになったなどの効果など）

- ・ 看護師は、日常生活のケアのほか、呼吸リハビリテーションや重症児へのケアの充実が図られた。
- ・ 食事介助を介助員が行う間、看護師は摂食訓練へのケアができるようになった。
- ・ 介護職導入により職員を再配置し、2施設でA型通園事業を開始した。
- ・ 看護師が急変患者、重傷者等に対応している際、介助員が他の患者に関わることにより安心して看護業務にあたることができるようになった。
- ・ 介護員の指導が必要となり看護師の教育の場となり業務への責任感が強くなった。
- ・ 車いす移乗時に看護師の負担が軽減した。 など

(2) 採用された療養介助員の評価

- ・ ヘルパー2級、介護福祉士という資格を持っているため、介助の方法について知識があり、少しの助言で患者の介助ができる。
- ・ 看護補助業務を行なう上で看護助手に比べると、チームメンバーの一員としての認識が強いように感じる。
- ・ 有資格者なので指導すれば適切な援助ができる。
- ・ 福祉という医療者とは別の視点で環境を見てくれるなど、看護師への刺激となっている。
- ・ これまでの経験が活かされ、積極的に取り組む姿勢がある。
- ・ 老人施設関係で勤務経験のあるやる気のある人を採用できた。 など

(3) その他

看護師の採用困難病院においても、療養介助員は応募者も多く円滑に採用できた。

療養介助職導入による効果の具体事例

1. 離床意欲が低下してきた患者への声かけと気分転換による離床意欲を高める働きかけ

【概要】

電動車椅子で病棟の中や外を事由に移動しながら出会う人々と会話したり、素敵な笑顔を見せてくれていた患者が、最近ベッドからあまり離床しなくなり、日中もベッド上で生活することが多くなった。この患者が離床したくなくなった原因を考え、今後の離床時間を増やす方法についての取組みを行った。

【原因についての検討】

患者の1週間の離床状況を調べるためのチェック表を作成し、その時に対応したスタッフの情報等から、離床しやすい時間帯、離床に繋がりやすい患者の状態や意思について整理し、「離床することは楽しい時間である」という意識を持ってもらうための取組みを行った。

【介助計画】

抱っこをしたり、患者の笑顔が多く見られた散歩、買い物に誘い積極的に離床を促すよう声掛けを行う。

離床を行う前は、患者が興味のある話（テレビドラマ等）をして気分を盛り上げる。

離床時間を特に指定することなく、患者の体調や気分を考慮した上で様子を見ながら常時行う。

療育時に離床しなかった日や離床機会の少ない土日は、積極的に声掛けを行い離床を促す。

【結果と考察】

以上の結果、離床をすることで楽しみを感じてもらうことができ、離床意欲が高まり、離床する時間が増えた。これは、今回の取組み前と比較して声掛けが多くなったこと等コミュニケーションを図る機会が増えたことが大きな理由と考えられる。

コミュニケーションの不足は患者の不満、怒り、さらに不安に陥り、外出しない、ベッドから出てこないなど他者との接触を拒むこととなり、時に離床は患者に苦痛を与えるものでもあることを感じた。

2. トイレ誘導を行って（患者サインとリズムを掴むまで）

【概要】

排泄介助は、健康状態のチェックと異状の早期発見、合併症の予防、ADL自立への第一歩（快・不快の意識）という点で、大きな意義がある。また、重症児のコミュニケーションの重要な機会でもあるため、トイレでの排泄が自立していない患者の排泄パターンを理解するため、排泄誘導時、排泄の有無のチェックを行った。その際、患者と療養介助職との間でサインを取り決め、トイレに行くときにはサインを送るように働きかけた。結果、患者の排泄に関する問題点と方向性が明らかになった。

【介助計画】

食後、オムツ交換時、活動の前後、睡眠の前後に介助職がトイレ誘導を行う。

トイレ誘導後、トイレで排泄ができたなら頭を撫でたり抱きしめたりし、たくさん褒めることにより次回への意欲を高める。

トイレ誘導終了後、介助職が患者のトイレでの様子や排泄の有無、サインの有無、誘導時間、誘導前におむつ内に排泄があったかをチェック表に3ヶ月間チェックし、排泄時間帯を把握する。

トイレに行く前に療養介助職が患者のオムツの前辺りをトントンと叩き、声掛けをしながらトイレに行くことを伝える。

【結果と考察】

トイレに行く前に療養介助職がサインを出すと患者も自らサインを出し、ベッドから降りることや立ち上がったことがあった。また、トイレで排泄ができた時に撫でたり抱きしめたりし、褒めると笑顔が見られた。

褒めるとは「行動を褒めること。又、褒めるタイミングはその最中か直後が有効的」と言われているように、トイレで排泄ができた時に療養介助職に褒められ患者に笑顔が見られたことにより、褒めるという行為は効果があったと考えられる。トイレで排泄すると褒められるという喜びを感じることにより、次回への意欲を高めることができた。

3 . 脱気及び腹部マッサージによる腹部膨満及び不快の軽減

【概 要】

患者は、日中のほとんどをベッド上で生活し、ほぼ寝たきりの状態である。呑気症があるため、覚醒時は腹部膨満になっていることが多く、症状がひどくなると座位を取ることが苦痛になったり、嘔吐したりすることがあった。そこで、定期的に腹部マッサージやタッピングを取り入れることで、胃部、腸管の脱気、腸蠕動の亢進により腹部膨満の軽減につながり、快適な日常生活を送れるのではないかと考え取り組んだところ、効果が見られた。

【介助計画】

食事前にベッドのギャッジを上げてから介助を行う。
食事の後は座位にし、背部をタッピングして脱気を促す。
ベッド上又は畳の上で腹部マッサージを行う。

【結果と考察】

取り組みを行う前と比べ取り組みを行った後は、腹部膨満の日が少なくなり、腹部膨満なしの日が多くなっていった。これは、脱気やマッサージを行うことで胃の膨満や腸の鼓腸が軽減したためだと考えられる。腹囲測定の結果から、腹部膨満のある時と無い時では復位に10cm近く差があることが確認できた。

また、自然排便がほとんど見られなかった患者であったが、食事後に座位をとらせたことの効果もあり、取り組み開始後20日間に自然排便が3回見られた。

背部タッピングや腹部マッサージは、タッチングの効果による精神的落ち着きにもつながり、スキンシップや話しかけるなど接する時間が増えたことで、笑顔を見せてくれるなど患者の表情にも変化が見られた。

4. 口腔ケアを嫌がる患者へのアプローチ

【概要】

口腔ケアとは、口腔の疾病予防、健康の保持増進、リハビリテーションなどによって、その患者のQOLの向上を目指した看護や介助をいい、広義には口腔疾患治療及び予後管理、教育、相談、予防処置を含んだ、単に口腔領域にとどまらず全人間的支援を意味するものであり、重症心身障害者(児)にとっても、口腔ケアは日常生活に欠かせないケアの一つである。

今回、自己主張が強く、他人に口腔内を触れられることを嫌がる患者に対し、患者自身が歯磨きに興味を示すような取組みを行った。

【介助計画】

好きな紙を持たせる、外の景色を見せるなどにより、患者の喜ぶ環境を作る。

ハブラシを手渡し、口元まで動かすかを観察する。手を動かさない場合は、声掛けや本人の手に療養介助職が手を添えて口元まで手を動かす。

はじめは一緒に手を動かし、歯磨きを行う。本人の様子を見ながら途中で手を離し、手を動かすかを観察する。

手を動かし始めたら、ハブラシの向きを変える介助を行い、口腔全体が磨けるようにする。

最後に療養介助職が歯磨きを行い口腔内を清潔にした後、本人を褒める。

【結果と考察】

環境作りや習慣づくりを行うことにより、ハブラシを持つようになってきた。ハブラシを持たない場合でも、療養介助職と一緒に歯磨きを行ううちにハブラシを本人が持つこともあった。

ハブラシを口腔内に入れるが動かさないという行動も見られたが、「ごしごし」と声掛けを行うと、手を前後に動かし始めることもあった。また、むらはあるが、本人が進んで手を動かす動作も見られるようになった。

ハブラシを持つことに関して、同じ動作を繰り返す習慣づけが効果的だったと考える。本人の喜ぶ環境づくりに配慮し、遊び感覚で歯磨きを行えるよう関わりを持つことが変化に繋がったと考える。

療養介助職配置病院

療養介助職の導入施設と配置定数

病院名	17'		18'		19'		20'		21'	
	病床種別	人数	病床種別	人数	病床種別	人数	病床種別	人数	病床種別	人数
道北			筋ジス	3	筋ジス	3	筋ジス	3	筋ジス	5
八雲	筋ジス	8	筋ジス	8	筋ジス	8	筋ジス	12	重心、筋ジス	15
青森			筋ジス	10	筋ジス	10	筋ジス	12	筋ジス	21
西多賀			筋ジス	7	筋ジス	16	筋ジス	32	筋ジス	50
あきた			筋ジス	10	筋ジス	10	筋ジス	10	筋ジス	22
米沢	重心	4	重心	4	重心	4	重心	4	重心	4
西群馬	重心	4	重心	4	重心	4	重心	4	重心	4
東埼玉			筋ジス	12	筋ジス	18	筋ジス	36	筋ジス	36
千葉東	重心	8	重心	12	重心	15	神経難病、重心	26	神経難病、重心	26
下志津	重心、筋ジス	8	重心、筋ジス	20	重心、筋ジス	20	重心、筋ジス	22	重心、筋ジス	25
箱根	筋ジス	8	筋ジス	17	筋ジス	17	筋ジス	20	筋ジス	25
神奈川	重心	4	重心	8	重心	8	重心	8	重心	8
西新潟中央	重心	4	重心	4	重心	4	神経難病、重心	14	神経難病、重心	14
新潟	筋ジス	8	筋ジス	12	筋ジス	12	筋ジス	12	筋ジス	21
東長野								0	重心	4
まつもと医療（中宿松本）	重心	4	重心	8	重心	16	重心	16	神経難病、重心	24
小諸高原	重心	4	重心	4	重心	4	重心	4	重心	4
富山					重心	8	重心	8	重心	8
医王			神経難病、筋ジス	12	神経難病、筋ジス	12	神経難病、筋ジス	18	神経難病、筋ジス	27
石川			重心	4	重心	3	重心	3	重心	1
長良医療							筋ジス	12	筋ジス	17
静岡てんかん							神経難病	4	神経難病	4
豊橋医療								0	重心	4
三重	重心	4	重心	4	重心	4	重心	4	重心	4
鈴鹿	重心	4	重心、筋ジス	20	重心、筋ジス	20	重心、筋ジス	20	重心、筋ジス	21
福井	重心	4	重心	8	重心	8	重心	12	重心	12
あわら			療養病棟	9	療養病棟	6	療養病棟	6	療養病棟	6
宇多野							筋ジス	8	筋ジス	20
南京都	重心	4	重心	4	重心	4	重心	8	重心	8
兵庫青野原	重心	4	重心	4	重心	4	重心	4	重心	4
兵庫中央							神経難病、重心、筋ジス	28	神経難病、重心、筋ジス	28
奈良医療					神経難病	4	神経難病	4	神経難病	4
和歌山							重心	4	重心	5
鳥取医療							神経難病	8	神経難病	8
松江医療			筋ジス	1	重心、筋ジス、神経難病	16	重心、筋ジス、神経難病	16	重心、筋ジス、神経難病	19
浜田医療								0	回復期リハ	8
南岡山医療					神経難病	16	神経難病	16	神経難病	16
広島西医療								0	筋ジス	8
東徳島	重心	4	重心	4	重心	4	重心	4	重心	4
徳島			神経難病、筋ジス	16	神経難病、筋ジス	16	神経難病、筋ジス	16	神経難病、筋ジス	22
香川小児	重心	4	重心	4	重心	4	重心	8	重心	16
愛媛	重心	4	重心	4	重心	10	重心	10	重心	10
福岡	重心	24	重心	24	重心	24	重心	24	重心	24
大牟田			筋ジス	2	筋ジス	10	筋ジス	16	筋ジス	24
肥前精神医療	精神	10	精神	10	精神	10	精神	10	精神	10
長崎			神経難病	4	神経難病	4	神経難病	4	神経難病	4
長崎川棚医療			筋ジス	16	筋ジス	16	筋ジス	16	筋ジス	16
菊池	精神	5	精神	5	精神	5	精神	5	精神	5
熊本再春荘			筋ジス	3	筋ジス	3	筋ジス	3	筋ジス	3
西別府	重心	4	重心	4	重心	4	重心	4	重心	15
宮崎東			筋ジス	5	筋ジス	5	筋ジス	5	筋ジス	4
南九州	重心	4	重心	4	重心	4	重心	4	重心、筋ジス	16
沖縄				0	筋ジス	16	筋ジス	16	筋ジス	16
合計	24 病院	143 人	39 病院	314 人	43 病院	409 人	49 病院	563 人	53 病院	729 人

対17年度
29 病院 586 人

地域医療への一層の取組

○医療計画を踏まえ地域医療へ一層の貢献

地域医療へ一層の貢献

紹介率及び逆紹介率の引き上げ

	【紹介率】	【逆紹介率】
平成20年度	53.9%	42.7%
平成21年度	55.0%	44.1%

各都道府県の医療計画における 4疾病・5事業にかかる記載状況

【平成21年度】		
4疾病:がん		73病院
脳卒中		86病院
急性心筋梗塞		56病院
糖尿病		51病院
5事業:救急医療		98病院
災害医療		48病院
へき地医療		10病院
周産期医療		46病院
小児救急医療		66病院

中期目標期
間中に5%以
上引き上げる

地域医療の
向上に積極
的に取り組
む

各都道府県の医療計画における、国立病院機構の各病院の記載状況について(22年1月現在)

・4疾病であるがんについては73病院、脳卒中については86病院、急性心筋梗塞については56病院、糖尿病については51病院が記載
 ・5事業である救急医療については98病院、災害医療については48病院、へき地医療については10病院、周産期医療については46病院、小児救急医療については66病院が記載

公開なし 今後
 公表予定

都道府県	医療計画の策定状況		病院名	各病院の記載状況							その他			
	策定状況	医療機関名の公表		4疾病				5事業						
				がん	脳卒中	心疾患	糖尿病	救急	災害	へき地		周産期	小児	
北海道	20年3月	20年4月	北がん	地域連携拠点	急性期	急性期			三次、二次(その他)	災害拠点、DMAT指定			エイズ拠点	
			札幌南										エイズ拠点	
			西札幌	回復期	急性期			二次(輪番)					標榜、二次救急、小児救急	
			函館									標榜	標榜	エイズ拠点
青森県	20年7月	20年7月	弘前	診断機能、標準的治療、集学的治療	急性期、回復期	再発予防	初期・安定期		救急病院輪番、救急告示		臨床研修病院	地域センター、障害児受入機関	二次救急輪番	二次被ばく医療機関、エイズ拠点
			八戸	がんの診断機能	回復期		初期・安定期、専門治療、急性・慢性合併症				障害児の受入(重心)		一般小児医療	被ばく医療救護所関係機関
			青森		回復期				救急告示		障害児の受入(重心)		二次救急輪番	初期被ばく医療機関、結核指定機関
			盛岡		予防、回復期、維持期	予防	初期・安定期、専門治療、急性・慢性合併症		二次(輪番)					
岩手県	20年4月	20年4月	花巻				初期・安定期		二次(輪番)				うつ対策、医療観察法病棟	
			岩手	予防、回復期	維持期	初期・安定期		二次(輪番)					エイズ拠点	
			釜石			初期・安定期								
宮城県	20年4月	20年4月	仙台	地域連携拠点、専門診療	急性期、回復期	急性期	初期・安定期	三次	災害拠点		二次地域センター	地域小児科センター	エイズブロック拠点、地域医療支援病院	
			宮城	標準的診療	急性期、回復期	再発予防	再発予防	告知						エイズ拠点
秋田県	20年4月	20年4月	あきた		発症予防、回復期		初期安定期					一般小児医療	結核病棟	
山形県	20年3月	20年3月	山形		回復期、維持期	回復期、再発予防	初期、安定期	救命期後	健康管理					
福島県	20年3月	20年3月	米沢		回復期	回復期	初期、安定期	救命期後	健康管理			地域センター	重心	
			福島いわき											結核、エイズ拠点
茨城県	20年4月	20年4月 (この他4疾病5事業に係る医療機関一覧をHPで公表:21年7月更新)	水戸	茨城県がん診療指定病院	急性期	急性期		救命救急センター、一次救急			協力機関		エイズ拠点、地域医療支援病院	
			霞ヶ浦	標準的ながん診療					輪番制			協力機関		エイズ拠点、女性専門外来、地域医療支援病院
			茨城東	標準的ながん診療					二次救急					エイズ拠点、地域医療支援病院
栃木県	20年3月	20年3月 (この他4疾病5事業の機能別医療機関一覧をHPで公表:22年1月公開)	栃木	標準的診療	急性期			二次救急(輪番)	地域災害拠点		ローリスク妊娠	小児専門医療	エイズ拠点、地域医療支援病院	
			宇都宮	標準的診療	回復期		専門治療、初期、安定期	二次救急(輪番)				療養・養育支援	重症心身障害施設	エイズ拠点
群馬県	21年4月 (がん、糖尿病、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療を追)	21年4月	高崎	地域がん診療拠点病院	急性期	急性期	診断治療及び教育指導	二次救急	三次救急	支援機関	協力医療機関		エイズ拠点、地域医療支援病院	
			沼田	地域がん診療拠点病院	回復期	急性期	専門治療	二次救急		地域災害拠点		拠点病院		
			西群馬	地域がん診療拠点病院				二次救急						エイズ拠点
埼玉県	20年2月	20年2月	西埼玉		回復期	急性期		二次救急(輪番)				周産期母子医療センター、NICU	二次救急(小児輪番)	エイズ拠点
			埼玉		急性期	急性期		二次救急(輪番)						地域医療支援病院、エイズ拠点
			東埼玉		回復期									エイズ拠点
千葉県	20年4月	20年4月	千葉	連携拠点病院、対応医療機関、緩和ケア診療	連携拠点病院、対応医療機関	連携拠点病院、対応医療機関	連携拠点病院、専門医と連携	二次救急、リハ機能		協力病院		対応病院	救急輪番	エイズ拠点、地域医療支援病院
			千葉東	連携拠点病院、対応医療機関	連携拠点病院、対応医療機関	連携拠点病院、専門医と連携	連携拠点病院、専門医と連携	二次救急、リハ機能		協力病院				結核、エイズ拠点、難病相談・支援センター、腎移植
			下総精神						精神科救急基幹病院					医療観察法病棟
			下志津	対応医療機関	重急性期、脳血管リハ機能	重急性期	専門医と連携	リハ機能						地域小児科センター
東京都	20年3月 (順次更新)	20年3月	東京医療	都認定がん診療病院	急性期		CCUネットワーク加盟施設	救命救急センター、二次救急		災害拠点		周産期連携病院		エイズ拠点
			災害医療		急性期		CCUネットワーク加盟施設	救命救急センター、二次救急		災害拠点、東京DMAT指定				都認定がん診療病院申請中、地域医療支援病院
			東京村山		回復期									エイズ拠点
神奈川県	20年3月 (この他保健医療計画に記載する医療機関についてH.Pで公開:22年1月更新)	20年3月	横浜	地域中核病院	地域中核病院	地域中核病院	地域中核病院	三次救急(救命救急センター)	災害拠点		協力病院	三次救急	エイズ拠点、地域医療支援病院	
			久里浜											精神科、医療観察法病棟
			箱根											一般病棟
			相模原						二次救急(輪番)					二次救急(小児輪番)
新潟県	20年12月 (一部改定)	20年12月	西新潟	専門診療	急性期		初期・安定期	初期・安定期	応援派遣		療養・養育支援	第二次小児医療	エイズ拠点	
			新潟	標準的診療	急性期	回復期	初期・安定期	初期・安定期	初期・安定期	応援派遣		へき地診療	療養・養育支援	第二次小児医療
			さいがた		回復期	再発予防	専門・急性増悪	専門・急性増悪	二次救急					二次小児医療
山梨県	20年3月	20年3月	甲府	専門診療	急性期	慢性期	専門治療、合併症	二次救急			高度周産期(三次)	二次救急	医療観察法病棟	

都道府県	医療計画の策定状況		病院名	各病院の記載状況							その他				
	策定状況	医療機関名の公表		4疾病				5事業							
				がん	脳卒中	心疾患	糖尿病	救急	災害	へき地		周産期	小児		
長野県	21年3月 (一部変更)	21年3月 (一部変更)	東長野	回復期				救急告示			療養・療育支援	専門医療、入院救急	重症心身障害		
			松本	療養支援	回復期		専門治療、急性期、慢性期	救急告示、二次輸番						エイズ拠点、地域医療支援病院	
			中信松本	回復期				救急告示、二次輸番				療養・療育支援	専門医療、入院救急	重症心身障害	
			長野	療養支援	急性期	急性期	専門治療	救急告示	災害拠点		地域周産期母子医療センター	専門医療、入院救急	エイズ拠点、地域医療支援病院		
富山県	20年3月	20年3月	富山	予防、維持期				二次救急	派遣要請機関			成人医療、呼吸器、重症心身障害の専門医療施設			
			北陸					精神科救急基幹病院	派遣要請機関			精神疾患、神経、筋疾患、重症心身障害の専門医療施設、医療観察			
石川県	20年4月	20年4月	金沢	地域がん診療連携拠点	急性期、回復期	急性期、回復期		二次救急	災害拠点、災害派遣機関		高度周産期	高度専門小児医療	地域医療支援病院、移植医療、エイズ拠点、難病医療(神経系)、エイズ拠点		
			医王 七尾 石川	回復期				二次救急						エイズ拠点	
岐阜県	20年3月	20年3月	長良	回復期		救急医療		二次救急			地域周産期母子医療センター	二次救急	エイズ拠点		
静岡県	20年3月	20年3月	静岡てん	回復期									精神疾患(身体合併症治療)		
			静岡富士 天竜	回復期			専門治療、急性期治療	二次救急		救護病院	へき地拠点			喘息専門	
			静岡医療	集中的治療	救急医療	救急医療	専門治療、急性期治療	二次救急	災害拠点			正常分娩	入院小児救急医療	喘息専門、肝疾患拠点、エイズ拠点	
愛知県	20年3月	20年3月	名古屋	地域がん診療連携拠点	脳血管疾患治療	急性心筋梗塞治療		救急救命	災害拠点				エイズブロック拠点、移植医療、難病医療協力、地域医療支援病院、難病医療協力、エイズ拠点		
			東名古屋		脳脳血管疾患リハビリ病院									精神医療、医療観察法病棟	
			豊橋	急性期治療	急性期治療	急性期治療	二次救急	地域災害拠点			二次救急				
三重県	20年3月	20年3月	三重	がん対策医療(呼吸器)			教育入院、教室実施						神経難病拠点病院		
			鈴鹿	回復期			栄養、生活指導								
			三重中央 瑞穂	地域がん診療連携拠点	回復期、回復期			教育入院	二次救急			総合周産期母子医療センター		エイズ拠点 医療観察法病棟	
福井県	20年3月	20年3月	福井	地域がん診療連携拠点			急性憎悪治療	救急	初期救護班			輪番	重心運動・重心病棟緊急域ばく医療・エイズ拠点		
			あわら	回復期										重心運動 重心病棟 エイズ拠点	
滋賀県	20年3月	20年3月	滋賀	専門診療		急性期	専門治療	二次				二次	重症心身障害児(者)医療、難病医療拠点病院		
京都府	20年3月 (20年9月更新)	20年3月 (20年11月更新)	京都	地域がん診療連携拠点病院	急性期	急性期		救命救急	連携活動		二次		地域医療支援病院、エイズ拠点		
			宇多野	回復期	急性期、維持期			救急告示						難病医療拠点病院	
			舞鶴	地域がん診療連携拠点病院	急性期	急性期			二次輸番			サブセンター		地域医療支援病院、精神科基幹病院、難病医療協力病院、エイズ拠点、難病医療協力病院	
			南京都	回復期、維持期				二次輸番							
大阪府	20年3月 (20年8月更新)	20年3月 (21年12月更新)	大阪	大阪府がん診療拠点病院	急性期	急性期	教育入院、合併症	救命救急	災害拠点		周産期緊急、医療体制参加	小児医療(救急含む)	三次救急、エイズブロック拠点、地域医療支援病多剤耐性を含む結核医療、エイズ拠点		
			近畿中央	急性期										多剤耐性を含む結核医療、エイズ拠点、地域医療支援病院	
			刀根山	地域連携拠点、エイズ拠点	急性期	急性期	教育入院、専門治療	二次救急	協力病院			周産期緊急、医療体制参加	二次	エイズ拠点、地域医療支援病院	
			大阪南	回復期											
兵庫県	20年4月 (21年12月更新)	20年4月 (21年12月更新)	神戸	専門診療	急性期	急性期	急性憎悪	二次輸番					二次輸番	エイズ拠点	
			姫路	専門診療、緩和ケア実施	急性期	急性期	専門治療	二次輸番							エイズ拠点
			青野原 兵庫中央	標準的診療 緩和ケア実施	回復期			専門治療			救護班				救急医療 エイズ拠点
奈良県	未定	未定	奈良												
			松籟荘											医療観察法病棟開棟予定	
和歌山県	20年3月	20年3月	南和歌山	地域連携拠点	高度・専門的治療実施病院	高度・専門的治療実施病院	治療実施病院	救命救急センター	災害支援	医師派遣		二次	在宅(訪問診療)、エイズ拠点、地域医療支援病院		
			和歌山	チーム緩和ケア	回復期、維持期	高度・専門的治療実施病院	療養指導合併症	救急告示	災害支援					地域医療支援病院、開放型病院	
鳥取県	20年4月	20年4月	鳥取	回復期				精神科救急					小児科産科 二次輸番		
			米子	地域連携拠点	急性期、回復期		急性憎悪時治療、専門治療、透析	二次輸番							
島根県	20年4月	20年4月	松江	専門診療、緩和ケア(肺がん中心)	維持期			二次(呼吸器疾患のみ)					在宅(増悪時)		
			浜田	専門診療、緩和ケア、地域連携拠点	急性期、回復期	急性期、回復期	専門治療、合併症	救命救急		地域拠点	二次	三次		在宅(増悪時)、眼科抽出協力、難病医療協力、二種感染症、エイズ拠点、地域医療支援病院	
岡山県	20年4月 (追加・増補)	20年4月 (一部)	岡山	地域連携拠点	急性期(超急性期)		専門治療、合併症、急性憎悪時治療	二次救急			総合周産期	救急医療支援	地域医療支援病院、エイズ拠点		
			南岡山											エイズ拠点、重心、難病医療協力	
広島県	20年3月	20年3月 (一部)	呉	地域連携拠点、緩和ケア	急性期	急性期		三次救急、救命救急センター	拠点病院、へき地		地域周産期母子医療センター	三次救急、救命救急センター	地域医療支援病院、難病協力、感染症協力、エイズ拠点		
			福山	急性期	急性期			二次輸番						地域医療支援病院、感染症協力、エイズ拠点	
			広島西	回復期 再発予防				二次輸番	協力病院	拠点病院			初期救急	難病拠点、エイズ協力	
			東広島	地域連携拠点、緩和ケア	急性期 回復期	急性期		二次輸番	協力病院					地域医療支援病院、難病協力	
			賀茂					精神科救急						結核モデル病床、医療観察法病棟	
山口県	20年5月	20年5月 (一部)	関門	専門医療	急性期(高度専門医療)	急性期	専門、集中的総合的治療	三次救急(救命救急センター)		正常分娩	連携病院		エイズ拠点		
			山口宇部	初期診療、標準的、専門、療養			初期・安定期治療								
			岩国	専門医療	急性期(高度専門医療)	急性期、回復期	専門治療	三次救急(救命救急センター)	DMAT体制整備病院	支援医療	地域周産期医療(連携強化病院)	連携強化病院		地域医療支援病院 エイズ拠点	
徳島県	20年5月	20年5月 (一部)	東徳島	標準的診療		急性期、再発予防	専門、慢性合併症治療	二次					療養・療育支援 専門医療		
			徳島	回復期										難病(拠点)	

都道府県	医療計画の策定状況		病院名	各病院の記載状況										その他	
	策定状況	医療機関名の公表		4疾病				5事業							
				がん	脳卒中	心疾患	糖尿病	救急	災害	へき地	周産期	小児			
香川県	20年3月	20年4月 (一部)	高松					救急告示	広域救護					SARS・エイズ拠点	
			善通寺		予防、回復期、維持期			2次救急	災害拠点						
愛媛県	20年3月	20年4月 (一部)	四国がん	県拠点病院										SARS入院対応医療機関、SARS発生時協力医療機関、エイズ拠点	
			愛媛	地域拠点病院	回復期、維持期										難病医療拠点病院・エイズ拠点
高知県	20年3月	20年3月	高知	集学的治療・放射線治療	支援				救急告示	災害支援	へき地医療拠点	二次	二次	エイズ拠点	
福岡県	20年3月	20年3月 (一部)	小倉	県拠点病院					二次					二次	地域医療支援病院
			九州がん	地域拠点病院					二次	基幹災害拠点	地域周産期母子医療センター	二次	二次	エイズブロック拠点、地域医療支援病院	
			福岡						二次				二次		結核病床保有
			大牟田	地域拠点病院					二次					二次	結核病床保有、地域医療支援病院
佐賀県	20年4月	20年4月	佐賀	専門診療 緩和ケア	急性期	急性期	専門治療 合併症	二次	応援派遣		総合周産期	地域小児		地域医療支援病院	
			肥前	専門診療 緩和ケア			回復期	精神科救急	応援派遣					医療観察法病棟	
			東佐賀	専門診療 緩和ケア			回復期 亜急性期	専門治療 合併症	二次	応援派遣			一般小児	エイズ拠点	
			嬉野	専門診療 緩和ケア	超急性期 急性期	急性期	専門治療 合併症	一次	応援派遣		地域周産期	地域小児	地域医療支援病院		
長崎県	21年3月	21年3月	長崎	地域拠点病院	急性期	急性心筋梗塞に関する機能		二次						エイズ拠点、肝疾患診療連携拠点、地域医療支援病院	
			長崎医療		急性期	急性心筋梗塞に関する機能		三次 救命救急センター	基幹災害拠点 二次被爆医療機関		総合周産期母子医療センター	二次・三次		エイズ拠点、肝疾患診療連携拠点、地域医療支援病院	
			長崎川棚	がん診療拠点病院				三次 救命救急センター	DMAT保有					地域医療支援病院 EIA拠点	
熊本県	20年4月	20年4月	熊本	がん診療拠点病院				二次						(宇城地域) 救急告示、感染症対策 医療観察法病棟	
			熊本南					二次					初期救急医療	医療観察法病棟	
			菊池 再春荘					二次							
大分県	20年4月	20年4月	大分	専門診療 緩和治療		初期・再発防止 急性期	初期、安定期、 増悪、合併症	二次輪番						エイズ拠点	
			別府	地域連携拠点 専門診療 緩和治療	急性期	初期・再発防止 急性期	初期、安定期、 増悪、合併症	二次輪番			二次施設	地域小児科センター、二次	エイズ拠点、地域医療支援病院		
			西別府	専門診療 緩和治療			初期、安定期							エイズ拠点、結核拠点	
宮崎県	20年3月	20年3月 (4疾病については 拠点、急性期のみ)	宮崎東					二次	医療救護及び派遣					重症難病拠点病院	
			都城	地域拠点病院				二次(中核)	医療救護及び派遣		二次	二次	エイズ拠点、地域医療支援病院		
			宮崎					二次	医療救護及び派遣				重症難病基幹協力病院		
鹿児島県	20年3月	20年3月 (4疾病については がん拠点のみ)	鹿児島	拠点病院				CCUネットワーク				入院医療	地域医療支援病院		
			指宿					二次				入院医療	地域医療支援病院		
沖縄県	20年3月	20年3月	南九州	拠点病院									地域拠点		
			沖縄 琉球	専門診療										緩和ケア病棟 医療観察法病棟	

地域医療支援病院一覽

地域医療支援病院一覧

(平成22年3月31日現在)

都道府県名	医療機関名	病床数(床)	承認年月日	二次医療圏名
1	宮城県 独立行政法人国立病院機構仙台医療センター	698	平成17年11月25日	仙台医療圏
2	茨城県 独立行政法人国立病院機構水戸医療センター	500	平成18年8月11日	水戸医療圏
3	茨城県 独立行政法人国立病院機構霞ヶ浦医療センター	250	平成20年5月30日	土浦医療圏
4	茨城県 独立行政法人国立病院機構茨城東病院	428	平成19年7月13日	常陸太田・ひたちなか医療圏
5	栃木県 独立行政法人国立病院機構栃木病院	462	平成21年6月12日	県東・央保健医療圏
6	群馬県 独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター	451	平成17年2月28日	高崎・安中医療圏
7	群馬県 独立行政法人国立病院機構西群馬病院	380	平成22年3月26日	渋川保健医療圏
8	埼玉県 独立行政法人国立病院機構埼玉病院	350	平成19年11月2日	西部第一医療圏
9	千葉県 独立行政法人国立病院機構千葉医療センター	455	平成20年6月25日	千葉医療圏
10	東京都 独立行政法人国立病院機構災害医療センター	455	平成20年7月23日	北多摩西部医療圏
11	神奈川県 独立行政法人国立病院機構横浜医療センター	510	平成19年9月26日	横浜西部医療圏
12	神奈川県 独立行政法人国立病院機構神奈川病院	370	平成21年10月21日	湘南西部医療圏
13	長野県 独立行政法人国立病院機構まつもと医療センター松本病院	243	平成21年10月14日	松本医療圏
14	長野県 独立行政法人国立病院機構長野病院	420	平成14年11月14日	上小医療圏
15	石川県 独立行政法人国立病院機構金沢医療センター	650	平成20年4月1日	石川中央医療圏
16	愛知県 独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター	800	平成19年9月27日	名古屋二次医療圏
17	京都府 独立行政法人国立病院機構京都医療センター	600	平成20年8月19日	京都・乙訓医療圏
18	京都府 独立行政法人国立病院機構舞鶴医療センター	494	平成20年8月19日	中丹医療圏
19	大阪府 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター	694	平成20年11月21日	大阪市医療圏
20	大阪府 独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター	520	平成20年11月21日	南河内医療圏
21	和歌山県 独立行政法人国立病院機構南和歌山医療センター	316	平成19年6月7日	田辺医療圏
22	和歌山県 独立行政法人国立病院機構和歌山病院	375	平成18年6月12日	御坊医療圏
23	島根県 独立行政法人国立病院機構浜田医療センター	365	平成17年12月22日	浜田医療圏
24	岡山県 独立行政法人国立病院機構岡山医療センター	580	平成19年10月2日	県南東部二次保健医療圏
25	広島県 独立行政法人国立病院機構呉医療センター	700	平成19年8月27日	呉二次医療圏
26	広島県 独立行政法人国立病院機構福山医療センター	410	平成18年8月31日	福山・府中医療圏
27	広島県 独立行政法人国立病院機構東広島医療センター	431	平成21年8月12日	広島中央二次医療圏
28	山口県 独立行政法人国立病院機構岩国医療センター	580	平成20年4月30日	岩国医療圏
29	福岡県 独立行政法人国立病院機構小倉医療センター	400	平成20年4月1日	北九州医療圏
30	福岡県 独立行政法人国立病院機構九州医療センター	700	平成16年2月27日	福岡・糸島医療圏
31	福岡県 独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター	591	平成19年4月19日	粕屋二次医療圏
32	佐賀県 独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター	424	平成18年10月31日	南部保健医療圏
33	長崎県 独立行政法人国立病院機構長崎医療センター	643	平成15年3月25日	県央医療圏
34	長崎県 独立行政法人国立病院機構長崎川棚医療センター	315	平成16年6月28日	県央医療圏
35	熊本県 独立行政法人国立病院機構熊本医療センター	550	平成14年3月28日	熊本医療圏
36	大分県 独立行政法人国立病院機構大分医療センター	300	平成21年10月27日	中部医療圏
37	大分県 独立行政法人国立病院機構別府医療センター	550	平成18年10月5日	東部医療圏
38	宮崎県 独立行政法人国立病院機構都城病院	307	平成21年3月27日	都城北諸県医療圏
39	鹿児島県 独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター	370	平成18年2月28日	鹿児島医療圏
40	鹿児島県 独立行政法人国立病院機構指宿病院	271	平成20年3月25日	南薩保健医療圏

がん診療連携拠点病院一覧

がん診療連携拠点病院一覧

【都道府県がん診療連携拠点病院】			
都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
愛媛県	四国がんセンター	愛媛県松山市南梅本町甲160番	平成19年1月31日
福岡県	九州がんセンター	福岡県福岡市南区野多目3丁目1番1号	平成20年2月8日
北海道	北海道がんセンター	北海道札幌市白石区菊水4条2丁目3番54号	平成21年4月1日
計	3病院		
【地域がん診療連携拠点病院】			
都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
三重県	三重中央医療センター	三重県津市久居明神町2158-5	平成14年8月13日
山口県	岩国医療センター	山口県岩国市黒磯町2-5-1	平成14年8月13日
大阪府	大阪南医療センター	大阪府河内長野市木戸東町2-1	平成14年12月9日
島根県	浜田医療センター	島根県浜田市浅井町777-12	平成14年12月9日
群馬県	西群馬病院	群馬県渋川市金井2854	平成15年8月26日
愛知県	名古屋医療センター	愛知県名古屋市中区三の丸4-1-1	平成15年8月26日
福岡県	福岡東医療センター	福岡県古賀市千鳥1丁目1番1号	平成15年12月16日
鳥取県	米子医療センター	鳥取県米子市車尾4-17-1	平成17年1月17日
長崎県	長崎医療センター	長崎県大村市久原2丁目1001番地1	平成17年1月17日
宮崎県	都城病院	宮崎県都城市祝吉町5033-1	平成17年1月17日
宮城県	仙台医療センター	宮城県仙台市宮城野区宮城野2丁目8-8	平成18年8月24日
和歌山県	南和歌山医療センター	和歌山県田辺市たきない町27番1号	平成18年8月24日
広島県	呉医療センター	広島県呉市青山町3番1号	平成18年8月24日
広島県	東広島医療センター	広島県東広島市西条町寺家513番地	平成18年8月24日
鹿児島県	鹿児島医療センター	鹿児島県鹿児島市城山町8番1号	平成18年8月24日
群馬県	高崎総合医療センター	群馬県高崎市高松町36	平成19年1月31日
石川県	金沢医療センター	石川県金沢市下石引町1番1号	平成19年1月31日
福井県	福井病院	福井県敦賀市桜ヶ丘町33番1号	平成19年1月31日
京都府	舞鶴医療センター	京都府舞鶴市字行永2410番地	平成19年1月31日
京都府	京都医療センター	京都府京都市伏見区深草向畑町1-1	平成19年1月31日
兵庫県	姫路医療センター	兵庫県姫路市本町68番地	平成19年1月31日
佐賀県	嬉野医療センター	佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿丙2436	平成19年1月31日
埼玉県	埼玉病院	埼玉県和光市諏訪2-1	平成20年2月8日
千葉県	千葉医療センター	千葉県千葉市中央区椿森4-1-2	平成20年2月8日
岡山県	岡山医療センター	岡山県岡山市北区田益1711-1	平成20年2月8日
福岡県	九州医療センター	福岡県福岡市中央区地行浜1丁目8番地1号	平成20年2月8日
熊本県	熊本医療センター	熊本県熊本市二の丸1-5	平成20年2月8日
大分県	別府医療センター	大分県別府市大字内竈1473番地	平成20年2月8日
鹿児島県	南九州病院	鹿児島県始良市加治木町木田1882	平成20年2月8日
兵庫県	神戸医療センター	兵庫県神戸市須磨区西落合3-1-1	平成21年4月1日
大阪府	大阪医療センター	大阪府大阪市中央区法円坂2-1-14	平成22年4月1日
計	31病院		

※指定年月日は最初に指定された年月日

災害等における活動

災害等における活動 (国立病院機構防災業務計画)

地域	拠点病院	医療班の確保
北海道	北海道がんセンター	常時2班
東北	仙台医療センター	常時2班
関東信越	災害医療センター	常時3班
東海	名古屋医療センター	常時2班
北陸	金沢医療センター	常時2班
近畿	大阪医療センター	常時2班
中国	呉医療センター	常時2班
四国	善通寺病院	常時2班
九州	九州医療センター	常時2班

【医療班の編成】

医師1名、看護師2名、事務官1名
(必要に応じ薬剤師1名を班の構成員として加える。)

【初期災害医療班】

災害医療センター、大阪医療センター

【拠点病院医療班】

その他の拠点病院

【医療班】

拠点病院以外の病院

【医療班の派遣】

各病院は、本部の派遣指令を受けたとき、又は、初期災害医療を早急に実施する必要があるにもかかわらず、通信の途絶等により本部の指令を待つ時間的猶予がないと認められたときには、医療班を被災地域へ派遣する。

災害等医療研修の実施

災害医療研修の実施

【災害医療従事者研修会】(本部主催)

日時：平成21年10月6日～9日(4日間)

会場：国立病院機構災害医療センター

参加人数：90名(災害拠点病院の医師、看護師等)

主な研修内容：

- 災害医療概論
- 国立病院機構の取り組み
- 地震について
- トリアージ
- 災害時職種別対応
- 病院の脆弱性
- 災害マニュアル
- NBC災害
- 災害時の初動体制
- 机上シミュレーション
- 多数傷病者受入演習(エマルゴトレーニングシステムによる)
- 国立病院機構災害医療ネットワークの活動

新型インフルエンザに関する検疫所・ 停留施設への応援実績

新型コロナウイルスに関する検査所・停留施設へのNHOの応援実績

平成21年6月21日現在

福岡空港

・検疫 (5/1～5/24) 医師1人・看護師1人/日
 <派遣病院>
 九州医療センター、九州がんセンター、
 福岡病院、福岡東医療センター

関西国際空港

・検疫 (5/2～5/31) 医師2～3人・看護師2～3人/日
 ・停留施設 (5/8～5/20) 医師1人・看護師1人/日
 <派遣病院>

大阪医療センター、近畿中央胸部疾患センター、大阪南
 医療センター、京都医療センター、兵庫中央病院、刀根
 山病院、神戸医療センター、姫路医療センター、南和歌
 山医療センター、奈良医療センター、南岡山医療セン
 ター、呉医療センター、岩国医療センター、広島西医療セ
 ンター

下関港

・検疫 (5/8～5/21)
 医師2人・看護師2人/日
 <派遣病院>
 関門医療センター

岡山空港

・検疫 (5/16～5/21)
 医師1人/日
 <派遣病院>
 岡山医療センター

成田空港

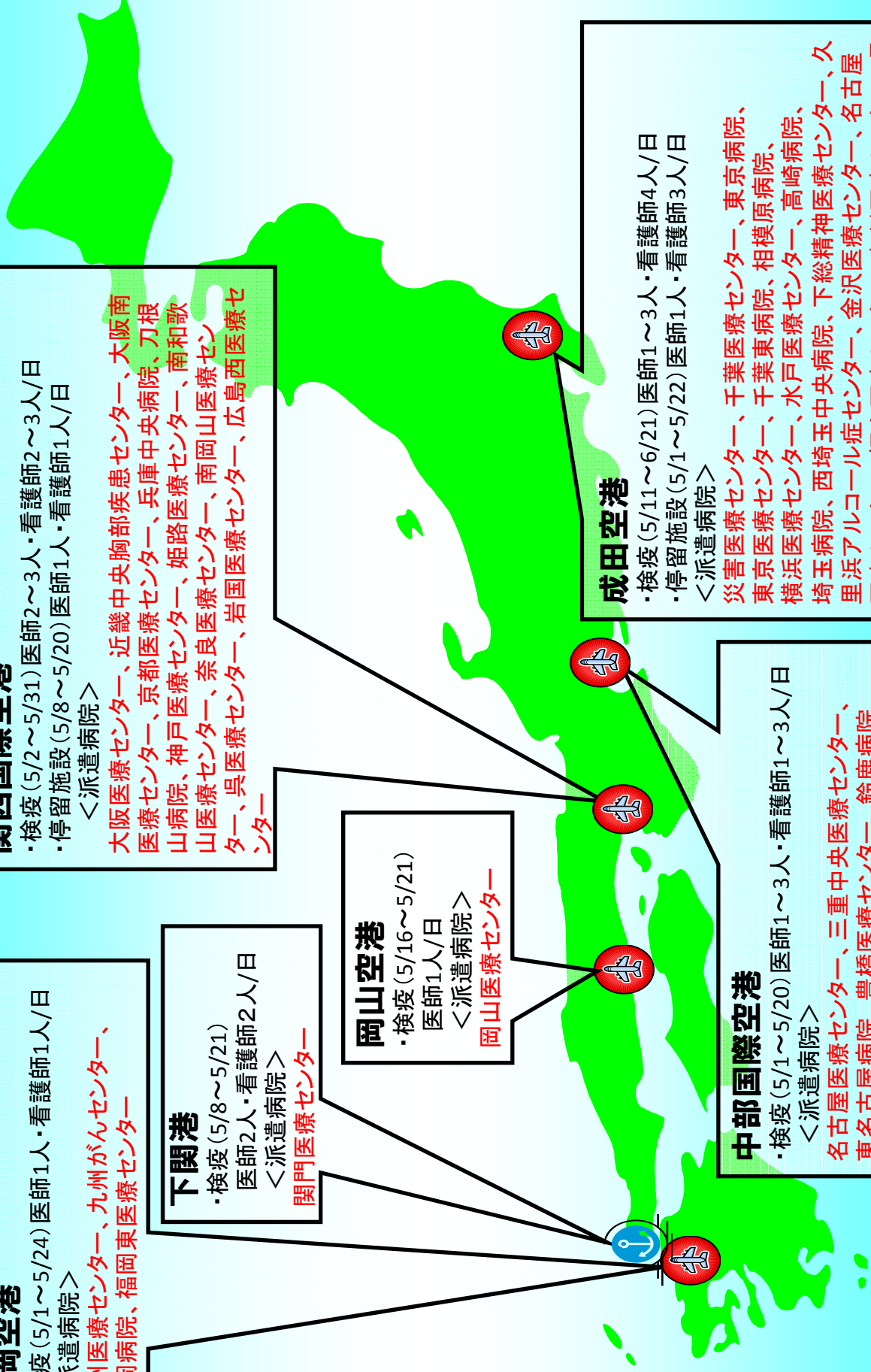
・検疫 (5/11～6/21) 医師1～3人・看護師4人/日
 ・停留施設 (5/1～5/22) 医師1人・看護師3人/日
 <派遣病院>

災害医療センター、千葉医療センター、東京病院、
 東京医療センター、千葉東病院、相模原病院、
 横浜医療センター、水戸医療センター、高崎病院、
 埼玉病院、西埼玉中央病院、下総精神医療センター、久
 里浜アールホール症センター、金沢医療センター、名古屋
 医療センター、福山医療センター、九州医療センター、長
 崎医療センター、熊本医療センター

中部国際空港

・検疫 (5/1～5/20) 医師1～3人・看護師1～3人/日
 <派遣病院>

名古屋医療センター、三重中央医療センター、
 東名古屋病院、豊橋医療センター、鈴鹿病院、
 長良医療センター



救急医療・小児救急医療の充実

○救急医療・小児救急医療の充実

地域住民と地域医療に貢献するために、救急医療・小児救急医療等に積極的に取り組む

病院群輪番制、小児救急医療支援事業等の実施

※救命救急センター	※小児救急医療拠点病院等	※小児救急医療体制(輪番制)
平成20年度 17施設	平成20年度 17施設	平成20年度 38施設
平成21年度 16施設	平成21年度 16施設	平成21年度 39施設

救急患者の受入数

【救急患者受入数】(+5.0%)			
平成20年度 564,831件(うち小児救急患者数 139,766件)			
平成21年度 593,235件(うち小児救急患者数 161,443件)			
【救急車による受入数】(+0.2%)			
平成20年度 133,900件(うち小児救急患者数 9,461件)			
平成21年度 134,189件(うち小児救急患者数 10,822件)			
【救急受診後に入院した患者数】(+3.0%)			
平成20年度 149,008件(うち小児救急患者数 20,289件)			
平成21年度 153,433件(うち小児救急患者数 24,260件)			

自治体や一次救急医療との連携により重篤な患者の受入を行う

中期目標期間中に5%以上の増を
目指す

国立病院機構のネットワーク

国立病院機構のネットワーク

〈 4疾病5事業等地域医療への貢献 〉

《4疾病5事業》

- 【**がん**】
大阪医療他59病院
がん診療拠点病院
34病院
- 【**循環器**】
京都医療他49病院
- 【**脳卒中**】
九州医療他32病院
- 【**糖尿病**】
京都医療他40病院

【**救急医療**】
救命救急センター
17病院
救急輸番参加病院
一般67病院

【**周産期医療**】
総合周産期 4病院
地域周産期 14病院

【**災害医療**】
災害拠点病院
17病院

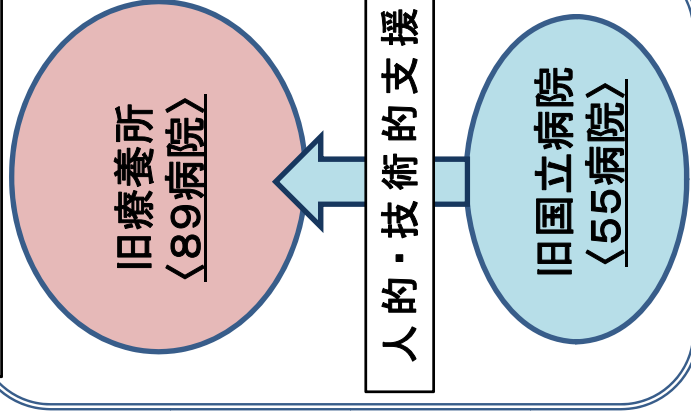
【**小児医療**】
小児医療拠点病院
17病院
救急輸番参加病院
小児38病院

【**へき地医療**】
へき地拠点病院
7病院

《その他ネットワーク》

- 【**感染症**】
三重他39病院
- 【**肝疾患**】
長崎医療他38病院
- 【**免疫異常**】
相模原他35病院
- 【**骨・運動器疾患**】
村山医療他39病院
- 【**血液疾患**】
名古屋医療他25病院
- 【**感覚器**】
東京医療他14病院
- 【**消化器疾患**】
九州医療他32病院
- 【**成育医療**】
名古屋医療他36病院

〈病院ネットワーク〉



セイフティネット系：他の設置主体では必ずしも実施されないおそれのある医療

【**重症心身障害児(者)**】
南九州他67病院

【**筋ジス・神経**】
静岡てんかん、東埼玉
他64病院

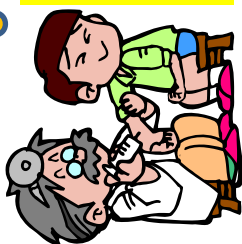
【**精神疾患**】
久里浜他28病院

【**結核・呼吸器疾患**】
近畿中央他72病院

【**エイズ**】
エイズ拠点病院
大阪医療他69病院

新型インフルエンザ
A(H1N1)ワクチンの臨床研究

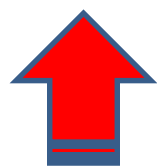
医療の基盤を支える臨床研究の実施



新型インフルエンザワクチン（H1N1）の治験等を、厚生労働省の要請を受けて、迅速に実施し有効性・安全性を検証



研究名称	形態	対象者	対象人数	協力病院数	実施期間
免疫原性に関する臨床試験	医師主導治験	20歳以上	200名	4病院	平成21年 9月～10月
免疫原性に関する小児臨床試験	医師主導治験	生後6月～13歳	360名	8病院	平成21年 10月～12月
安全性の研究	臨床研究	20歳以上の職員	22,112名	67病院	平成21年 10月
免疫原性の持続等に関する検討	臨床研究	20歳以上	400名	5病院	平成22年 1月～3月
輸入ワクチンに関する使用成績調査	使用成績調査	18歳以上	644名	18病院	平成22年 2月～3月



ワクチン接種回数決定など医療政策の方針決定に貢献

H1N1 新型インフルエンザワクチン 医師主導治験

【H1N1-1】
新型インフルエンザA (H1N1) に対するインフルエンザHAワクチンの免疫原性に関する臨床試験



TOP
お知らせ
各種書類
スタートアップミーティ
ン資料
ロケイン

2009.9.8
各種書類の治験実施計画書、説明・同意文書、接種前調査用紙を更新しまし
た。

2009.8.31
各種書類の治験実施計画書、説明・同意文書を更新しました。

2009.8.31
8月28日に行われたスタートアップミーティング資料の掲載を掲載しました。

2009.8.20
各種書類より研究計画書、同意説明文書等がダウンロード可能です。
※**重要事項**
各種書類については情報流出のないようご留意ください。



多施設共同
非盲検無作為化
平行群間用量比較試験

15、30 μ g、2回接種
各群100例 4施設



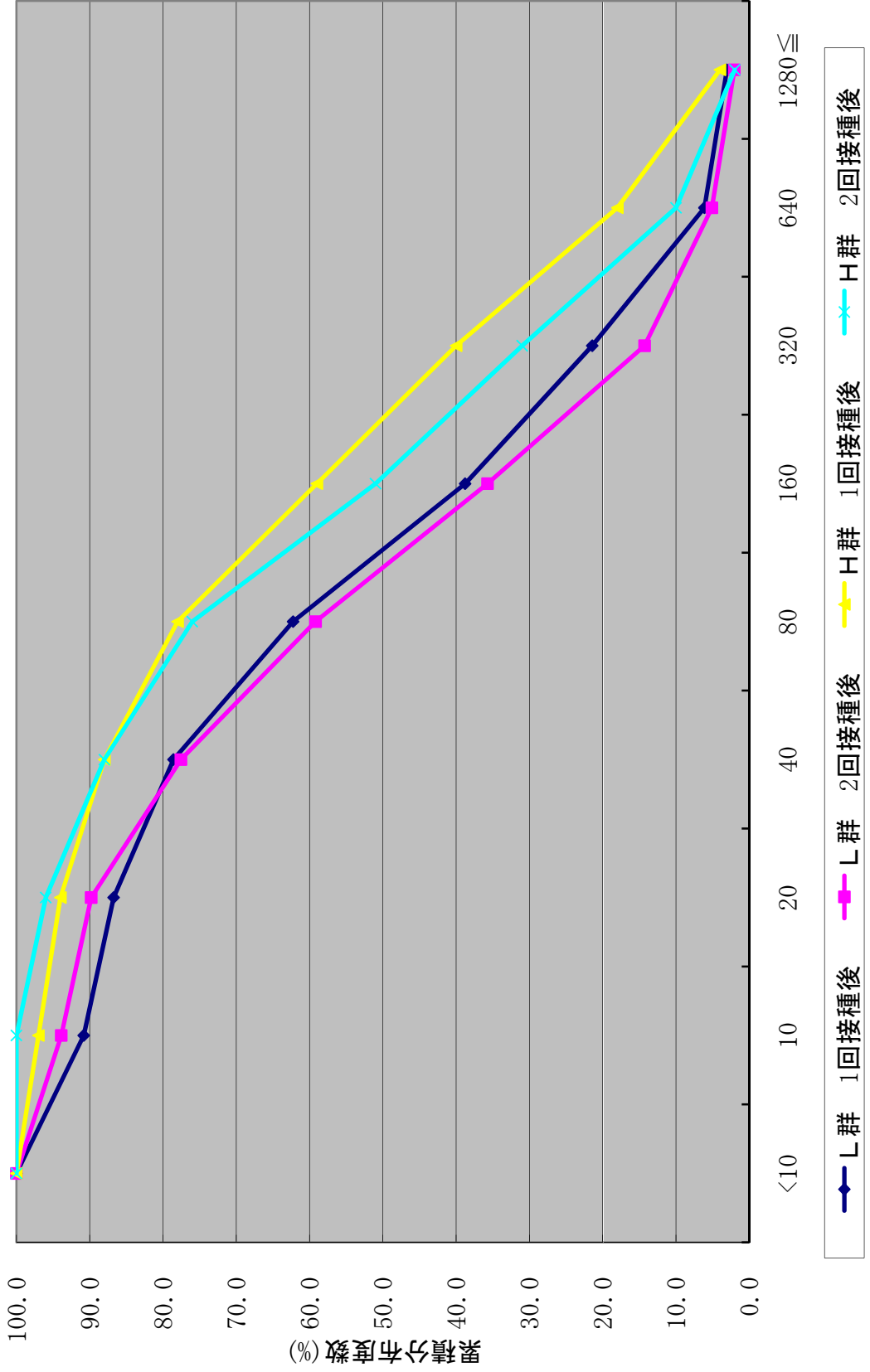
製薬企業との契約	2009年8月6日
中央治験審査委員会 治験届 (PMDA)	2009年8月11日 2009年8月13日
接種開始	2009年9月17日
2回目接種の中間発表	2009年11月11日

NHO指定研究

政府の
新型インフルエンザ
に貢献

HI抗体価 1回接種後、2回接種後

項目	投与群	年齢	抗体価										
			<10	10	20	40	80	160	320	640	1280≧		
HI抗体価	L群	1回接種後	98	4	8	16	23	17	15	3			
	L群	2回接種後	98	6	12	18	23	21	9	3			
H群	H群	1回接種後	100	3	6	10	19	19	22	14	4		
	H群	2回接種後	100	0	8	12	25	20	21	8	2		



新型インフル

ワクチン成人1回

妊婦も小中学生接種前倒しく

厚生労働省は11日、新型インフルエンザの国産ワクチンの接種回数について、成人は原則1回とする方針を決めた。妊婦、基礎疾患（持病）のある人、65歳以上の高齢者など成人の優先接種対象者も、これに含まれる。国立病院機構が実施した臨床試験で、健康な成人に2回接種しても、1回接種と同等の効果しか得られないことがわかったためだ。ワクチン供給量に余裕が生じ、接種スケジュールが全体的に前倒しになる可能性が高い。

厚労省はこれまで、妊婦などの優先接種対象者のう

ち20～50歳代の健康な医療従事者のみを1回接種とし、その他は2回接種としてきた。中高生については現時点では2回接種の方針を変えず、12月下旬に出る臨床試験の結果を踏まえて最終的に判断する。13歳未満の小児と免疫力が著しく落ちている人は、これまで通り2回接種となる。

今回の方針転換で、約1200万回分の国産ワクチンの余裕が生まれる計算となる。来年1月以降に予定されている小学4～6年生や中学生の接種時期が前倒しになるほか、輸入ワクチ

ンの使用が前提となっている高校生や健康な高齢者にも国産ワクチンが回る可能性が高い。

新型インフル

ワクチン原則1回

高校生以下除き 新たに接種計画

新型インフルエンザワクチンの接種回数について、長妻昭厚生労働相は11日、高校生以下を除き原則1回とするを発表した。健康な成人を対象にした国産ワクチンの臨床試験で、2回接種しても効

果は変わらないとの結果が出たのを踏まえ、接種回数が減ることや接種時期の変更や対象者数の増加が見込まれることから、厚労省は来週にも新たな接種予定計画を発表する。（28面に関連記事）

接種回数が1回となる対象は、健康な成人、妊婦▽基礎疾患を有する者▽65歳以上の4区分。このうち、妊婦は実施中の試験を踏まえ見直すところがあるとしている。

2回は基礎的な免

疫がない13歳未満。また、中学生と高校生は治験結果が出る12月まで当面2回とし、基礎疾患のために免疫力が低下している患者は医師の判断で2回接種も差し支えないとした。

国立病院機構は同日の厚労省有識者会議で、健康な成人200人にワクチンを2回接種した試験結果を公表。免疫として働く抗体の働きが基準を満たした人の割合は、1回で国際基準を上回った。2回接種しても上乗せはなかった。また、米国などの試験結果を踏まえて10月と同じ13歳以上の接種を原則1回で十分と結論づけた。

接種回数を巡って

は、専門家会議が10月16日にも同様の意見をまとめたが、厚労省政務三役の判断で、原則2回の方針を維持した経緯がある。

長妻厚労相は「接種回数を早く確定することが望ましいが、間違えない判断を重視した。ワクチンの在庫や医療体制を考慮し、速やかにスケジュール表を作り直す」と語った。

【関東豊彦 清水健二】

国産ワクチン臨床試験の中間報告（速報）

（治験概要）

9月17日より200名の健康成人を対象に国立病院機構病院4施設で、新型インフルエンザ国産ワクチンの免疫原性についての臨床試験を実施した。

本臨床試験では、国産ワクチン（北里研究所）を通常量（15 μ g：皮下注射）と倍量（30 μ g：筋肉注射）を接種した。今回、1回目接種の3週間後の結果（HI抗体価）が判明したので報告する。

（本治験の中間報告）

本件の被験者の性別は男 41.5% 女 88.5%、年齢は20-29歳 30.5%、30-39歳 21%、40-49歳 31.5%、50-59歳 17%

接種前のH1N1のHI抗体保有者（40倍）は、194人中7人（3.6%）でした。

抗体保有率（接種後40倍）：15 μ g1回接種群では、HI抗体価40倍以上の人が96人中75人（78.1%）、30 μ g1回接種群では、HI抗体価40倍以上の人が98人中86人（87.8%）

抗体陽転率：抗体価4倍以上上昇しHI抗体価が40倍以上の方の割合は、15 μ g1回接種群では96人中72人（75.0%）、30 μ g1回接種群では98人中86人（87.8%）

抗体価変化率は、15 μ g1回接種群は14.5倍、30 μ g1回接種群35.0倍

抗体有意上昇率：「HI抗体価の変化率が4倍以上の割合」は、15 μ g1回接種群は83.3%（96人中80人）、30 μ g1回接種群93.9%（98人中92人）

副反応については、接種者全体のうち45.9%にみられた。H5N1ワクチンの66.1%に比べて低かったが、15 μ g皮下注群は58.8%と30 μ g筋注群33.3%に比べ、発赤、腫脹の頻度が高かった。

高度の有害事象として、アナフィラキシー反応、中毒疹がそれぞれ1例認められた。

なお200人の差の6人については10月9日までに血清採取がされていなかったためHI抗体価はまだ測定されておりません。

（治験調整医師からの結果に対するコメント）

- 1) 1回接種後の抗体保有率、抗体陽転率、抗体価変化率とも30 μ g接種群の方が優れているが、15 μ g接種群も30 μ g接種群も1回接種でEMAの評価基準を満たす。
- 2) CSL（スプリット、アジュバントなし）のデータ、Novartis（スプリット、MF59入り）のデータと比較しても遜色はない（comparable）
- 3) 15 μ g1回接種でEMAの評価基準を満たすこと等を考慮すると、HAタンパク量15 μ g1回接種で効果的な免疫反応が期待できる。

(参考 1)

ワクチン接種前後の HI 抗体価の変化 (MNT 抗体価の方が陽性率が高い)

「ノバルティス (細胞培養法・スプリット (HA) ・アジュバント (M59) 入) 」

Day 21	標準量 (7.5 μ g)	倍量 (15 μ g)
抗体陽転率 (serovonversion)	7 6 %	8 8 %
抗体保有率 (seroprotection)	8 0 %	9 2 %
変化率	2 7 . 9	4 2 . 7

NEJMoa0907650

CSL	標準量 (15 μ g)	倍量 (30 μ g)
抗体陽転率 (serovonversion)	7 1 %	7 8 %
抗体保有率 (seroprotection)	9 8 %	9 3 %
変化率	1 0 . 7	1 8 . 6

NEJMoa0907413

Kitasato	標準量 (15 μ g)	倍量 (30 μ g)
抗体陽転率 (serovonversion)	7 5 %	8 8 %
抗体保有率 (seroprotection)	7 8 %	8 8 %
変化率	1 4 . 5	3 5 . 0

(参考 2)

インフルエンザワクチンの有効性の国際的な評価基準

参考 : EMEA 評価基準 (HI 抗体価)

18-60 歳 以下の 3 つのうち少なくとも一つを満たすこと

- 1) 抗体陽転率 「 HI 抗体価が接種前に < 10 倍かつ接種後 40 倍以上 」 または 「 HI 抗体価の変化率が 4 倍以上 」 の割合 **> 40%**
- 2) 抗体変化率 幾何平均抗体価 (GMT) の接種前後の増加倍率 **> 2.5 倍**、
- 3) 抗体保有率 HI 抗体価 40 倍以上の割合 **> 70%**

60 歳以上 以下の 3 つのうち少なくとも一つを満たすこと

- 1) 抗体陽転率 「 HI 抗体価が接種前に < 10 倍かつ接種後 40 倍以上 」 または 「 HI 抗体価の変化率が 4 倍以上 」 の割合 **> 30%**
- 2) 抗体変化率 幾何平均抗体価 (GMT) の接種前後の増加倍率 **> 2 倍**
- 3) 抗体保有率 HI 抗体価 40 倍以上の割合 **> 60%**

国産ワクチン臨床試験の中間報告（第2報）

（治験概要）

9月17日より200名の健康成人を対象に国立病院機構病院4施設で、新型インフルエンザ国産ワクチンの免疫原性についての臨床試験を実施した。本臨床試験では、国産ワクチン（北里研究所）を通常量（15 μ g：皮下注射）と倍量（30 μ g：筋肉注射）を接種した。今回、1回接種後の3週間後の（HI抗体価、中和抗体価）ならびに2回接種後のHI抗体価が判明したので報告する。なお、HI抗体価は各被験者の接種前、1回接種後、2回接種後の3検体を同時に測定した。15 μ g接種群の2例の検体が未回収のため2例が未測定のため198例の結果である。そのため前回報告の結果と一部異なっている。

（本治験の中間報告第2報）

本件の被験者の性別は男41.5% 女58.5%、年齢は20-29歳30.5%、30-39歳21%、40-49歳31.5%、50-59歳17%。

接種前のH1N1のHI抗体保有者（40倍）は、198人中11人（5.6%）であった。

抗体保有率（接種後40倍）：15 μ g1回接種後では、HI抗体価40倍以上の人が98人中77人（78.6%）、30 μ g1回接種後では、HI抗体価40倍以上の人が100人中88人（88.0%）、15 μ g2回接種後では、HI抗体価40倍以上の人が98人中76人（77.6%）、30 μ g2回接種後では、HI抗体価40倍以上の人が100人中88人（88.0%）でほぼ変わりがなかった。

抗体陽転率：抗体価4倍以上上昇しかつHI抗体価が40倍以上の方の割合は、15 μ g1回接種後では98人中72人（73.5%）、30 μ g1回接種後では100人中87人（87.0%）、15 μ g2回接種後では98人中70人（71.4%）、30 μ g2回接種後では100人中88人（88.0%）であった。

接種前の抗体価を基準とした抗体価変化率は、15 μ g1回接種後は9.28倍、30 μ g1回接種群後20.97倍、15 μ g2回接種後は8.65倍、30 μ g2回接種群後17.75倍であった。

抗体有意上昇率：「HI抗体価の変化率が4倍以上の割合」は、15 μ g1回接種後は80.6%（98人中79人）、30 μ g1回接種群92.0%（100人中92人）、15 μ g2回接種後は80.6%（98人中79人）、30 μ g2回接種群96.0%（100人中96人）であった。

1 回接種後中和抗体も HI 抗体価同様、15 μ g 接種群より 30 μ g 接種群が高い抗体価を示した。

副反応・有害事象（局所反応、全身反応）は 2 回の接種期間を通じて、15 μ g（皮下注）群は 80%、30 μ g（筋注）群では 61%の被験者に 1，2 回いずれか一方あるいは両方で何らかの有害事象がみられた。1 回目接種時の局所反応は 15 μ g 皮下注群では 57%と 30 μ g 筋注群の 33%に比べ、発赤、腫脹の頻度が高かった。2 回目接種時の局所反応（両群を合わせて）は 44.2%、1 回目接種時の 45%とほぼ変わりがなかった。

高度の有害事象として、アナフィラキシー反応、中毒疹がそれぞれ 1 例認められた（詳細は別紙）。

中毒疹の 1 例は 2 回目接種を見合わせた。

（治験調整医師からのコメント）

以上の結果から、15 μ g 接種群、30 μ g 接種群ともに、2 回目接種による抗体保有率、抗体陽転率、抗体価変化率、抗体有意上昇率の上乗せは認められなかった。また、局所反応出現率は 1 回目接種と 2 回目接種とは同等であった。

平成 21 年 11 月 20 日
国立病院機構本部医療部研究課
課長:伊藤 澄信
電話: 03(5712)5075

報道関係者 各位

新型インフルエンザワクチンに関する 2 万人を対象とした安全性研究の中間報告について

【報告のポイント】

- 22,112 名の医療関係者に新型インフルエンザ国産ワクチンを接種し安全性の検討を行った。現在、22,002 例の解析データがまとまった。
- 新型インフルエンザワクチンの副反応報告基準に該当するものが 90 例あり、そのうち、重篤なものは、意識レベルの低下等 6 例であった。
- ワクチン接種後、局所反応、全身反応として、発赤、腫脹、疼痛、発熱、頭痛、倦怠感等があらわれた。
- 発赤、腫脹は接種当日あるいは翌日に始まるが、3 日後には消失することが多かった。また、発熱は当日か翌日にあらわれることが多かった。

新型インフルエンザワクチンに関する

2万人を対象とした安全性研究の中間報告について

新型インフルエンザワクチンの接種開始に伴い、早期に安全性を確認することを目的として、「新型インフルエンザ A (H1N1) に対するインフルエンザ HA ワクチンの安全性の研究」(国立病院機構指定研究、主任研究者；国立病院機構東京医療センター診療部長 岩田敏)において、国立病院機構 67 施設の計 22,112 名の医療関係者に新型インフルエンザワクチンを接種し安全性の検討を行った。このうち、22,002 名について集計を行ったので中間的な報告を行う。

1. 研究内容

対象者： 国立病院機構 67 施設の医療関係者計 22,112 名

接種時期： 10 月 19～21 日

投与経路・投与量： 皮下 15 μ g (0.5mL) を 1 回接種

調査項目： 以下に該当する事項について集計を行い、安全性を評価する。

ワクチン接種当日から 14 日目までに認められた副反応、有害事象の種類、発現率等

* 有害事象 (ワクチン接種との因果関係は問わず、接種後に起きた健康上思わしくない出来事)

2. 結果の概要 (別添参照)

(1) 接種者の背景

性別： 男 25.6% 女 74.4%

年齢： 20-29 歳 34.3%

30-39 歳 25.5%

40-49 歳 21.5%

50-59 歳 16.7%

60 歳以上 1.9%

原疾患： 高血圧、脂質代謝異常、糖尿病などで治療中の接種者 12.9%

気管支喘息を持っている接種者 (治療をしていない者も含む) 4.3%

(2) 副反応の概要

○局所反応

2cm 以上の発赤 (赤くなること) 53.7%、

2cm 以上の腫脹 (はれ) 31.0%

中等度以上の疼痛 (痛み止めを用いる程度の痛み) 3.4%

※発赤、腫脹の 96%は接種当日あるいは翌日に始まり、翌日に最も多く (52%) 最大症状が発現し、73%は 4 日以内に消失した。

○全身反応

発熱 (37.5℃以上)	3.1%
頭痛	14.1%
倦怠感	19.0%
鼻水	10.4%

※発熱の34%は発作当日か翌日に見られた。

関節痛、下痢、咳嗽、筋肉痛、悪心、嘔吐、口腔咽頭痛がみられた。

○新型インフルエンザワクチン副反応報告基準に該当する有害事象 90名

重篤な有害事象		副反応報告基準に合致した報告症例		
事象名	人数	報告基準	副反応報告名	人数
動悸 (洞性頻脈)	1		アナフィラキシー	1
両下肢筋肉痛	1	1	39℃以上の発熱	39
嘔吐・吐気	1	7	肘を超える局所の異常腫脹	1
発熱・意識レベルの低下・嘔吐	1	10	じんましん	28
吐気・嘔吐	1	11	湿疹	2
末梢性めまい	1	12	全身倦怠感・咽頭痛・前胸部痛	1
		16	全身の発疹	1
※ 後遺障害に至る転帰のものはなかった		16	頭痛・食欲不振	1
※ 重篤： 入院又は入院相当の疾病		16	頭痛・下痢・嘔吐	1
(その他)		16	上下肢筋肉痛	1
死亡 (交通事故による受傷)		16	下痢	1
		16	喘息発作・発熱	1
		16	喘息発作・皮膚掻痒・頭痛	1
		16	倦怠感・腰痛・腹痛・下痢	1
		16	倦怠感、両上・下肢の脱力感	1
		16	頭痛	1
		16	咳	1

(3) その他の有害事象報告

局所反応ならびに定型的全身反応以外に463件(因果関係が否定されたものも含む)が報告されたが、特に注意喚起を必要とするものは認められなかった。

3. 現時点での所見

接種10分後に発現したアナフィラキシーショック症例は緊急の治療を必要とした。重篤な有害事象(入院等)6件が報告されたが後遺障害に至る転帰のものはなかった。

【照会先】
 国立病院機構本部医療部研究課
 伊藤
 電話：03(5712)5075

参 考

【別表】

副反応報告基準

臨 床 症 状	接種後症状発生までの時間
(1) アナフィラキシー	24 時間
(2) 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM)	21 日
(3) その他の脳炎・脳症	7 日
(4) けいれん	7 日
(5) ギランバレー症候群	21 日
(6) その他の神経障害	7 日
(7) 39.0℃度以上の発熱	7 日
(8) 血小板減少性紫斑病	28 日
(9) 肝機能異常	28 日
(10) 肘を超える局所の異常腫脹	7 日
(11) じんましん	3 日
(12) じんましん以外の全身の発疹	3 日
(15) 血管迷走神経反射	30 分
(16) その他の通常の接種では見られない異常反応	*
(17) 上記症状に伴う後遺症	*

平成21年12月28日(月)
照会先:独立行政法人国立病院機構本部
医療部研究課 伊藤
電話 03-5712-5075(直通)

国産ワクチン小児臨床試験の中間報告について

厚生労働省からの依頼を受けて、国立病院機構において新型インフルエンザワクチン(A/H1N1)の免疫原性に関する小児臨床試験が、平成21年10月30日(金)から実施されています。

今般、当該臨床試験について、ワクチン2回接種後の中間報告を別添のとおりお知らせします。

国産ワクチン小児臨床試験の中間報告

(治験概要)

10月30日より360名の6か月以上13歳未満の小児360名を対象に国立病院機構病院8施設で、新型インフルエンザ、季節性インフルエンザ国産ワクチンの免疫原性についての臨床試験を実施した。本臨床試験では、国産ワクチン（北里研究所、阪大ビケン、化血研、デンカ生検）のWHO推奨用量（6か月以上3歳未満0.25mL、3歳以上13歳未満0.5mL）における免疫原性、安全性を検討した。その際、H1N1ワクチン単独接種群、H1N1と季節性インフルエンザ同時接種群を設定した。阪大ビケンのH1N1ワクチンを用いて、既承認用量（3歳以上6歳未満0.2mL、6歳以上13歳未満0.3mL、それぞれ20名）の免疫原性・安全性を検討した。なお、HI抗体価は各被験者の接種前、1回接種後、2回接種後の3検体を同時に測定した。12月25日までに回収できた1回接種後359名、2回接種後336名のHI抗体価である（1名は1回目接種量違いのため削除）。

(本治験の中間報告)

●本件の被験者の性別は男50.6% 女49.4%、年齢は6か月以上3歳未満160名、3歳以上6歳未満89名、6歳以上13歳未満111名であった。

●接種前のH1N1のHI抗体保有者（ ≥ 40 倍）は、6か月以上3歳未満1.2%、3歳以上6歳未満5.7%、6歳以上13歳未満4.5%であった。

●抗体保有率（接種後 ≥ 40 倍）：2回接種後の抗体保有率は6か月以上3歳未満H1N1単独接種群で65.8%、H1N1+季節性同時接種群66.2%、3歳以上6歳未満H1N1単独接種群で72.4%、H1N1+季節性同時接種群75.0%、既承認用量群65.0%、6歳以上13歳未満H1N1単独接種群で74.5%、H1N1+季節性同時接種群69.4%、既承認用量群77.8%であった。

●抗体陽転率：抗体価4倍以上上昇しかつHI抗体価が40倍以上の方の割合は、6か月以上3歳未満H1N1単独接種群で64.5%、H1N1+季節性同時接種群66.2%、3歳以上6歳未満H1N1単独接種群で69.0%、H1N1+季節性同時接種群72.2%、既承認用量群65.0%、6歳以上13歳未満H1N1単独接種群で74.5%、H1N1+季節性同時接種群63.9%、既承認用量群66.7%であった。

●接種前の抗体価を基準とした抗体価変化率(幾何平均抗体価倍率)は、6か月以上3歳未満 H1N1 単独接種群で 9.2 倍、H1N1+季節性同時接種群 9.6 倍、3歳以上6歳未満 H1N1 単独接種群で 9.9 倍、H1N1+季節性同時接種群 14.8 倍、既承認用量群 9.5 倍、6歳以上13歳未満 H1N1 単独接種群で 17.5 倍、H1N1+季節性同時接種群 14.3 倍、既承認用量群 10.9 倍であった。

●1回接種後の副反応・有害事象(局所反応、全身反応): 37.5℃以上の発熱は6か月以上3歳未満で 13.7%、3歳以上6歳未満で 15.9%、6歳以上13歳未満で 10.8%認められた。局所反応は H1N1 単独接種群では6か月以上3歳未満で 9.9%、3歳以上6歳未満で 46.0%、6歳以上13歳未満で 52.2% (全体では 33.5%) に認められた。同時接種群では季節性インフルエンザワクチン、H1N1 ワクチンの両方に局所反応が認められたのは 32.5%、季節性インフルエンザワクチンのみに局所反応が認められたものは 11.3%、H1N1 ワクチンのみに認められたのは 4.4%であった。

●高度の有害事象として、A型インフルエンザによる肺炎(4歳女児)、RSウイルスによる肺炎(細菌感染症合併、1歳女児)の入院があったが、いずれも軽快退院した。

なお、H1N1 中和抗体価ならびに季節性インフルエンザウイルス HI 抗体価については現在測定中である。

平成16～20年度EBM推進研究
研究結果等

終了課題

H16年度課題

研究事業名：平成16年度EBM推進のための大規模臨床研究

研究課題名「人工栄養（中心静脈栄養もしくは経管栄養）を行う際の医療行為の安全性、患者予後に関する観察研究（JAPOAN研究）」

研究目的：わが国における中心静脈栄養・経腸栄養に関連する医療行為のばらつき、およびそれをもたらす短期-長期患者アウトカムへの影響を観察する。

研究デザイン：前向きコホート研究

セッティング：全国の国立病院機構病院62施設

対象患者：NHO各施設に入院中の、術後管理以外の目的で、栄養の維持・改善を目的として人工栄養療法を行うことが必要であると判断され、かつ、実際に人工栄養療法が行われた60歳以上の患者

研究期間 H17年4月 - H19年12月



実施体制：NHO運営費交付金研究費による
NHO多施設共同研究

実施機関：主任研究者 東京医療センター
臨床疫学研究室 尾藤誠司 分担施設62施設

研究成果：

主要アウトカム（累積死亡）に関する結果（図参照）

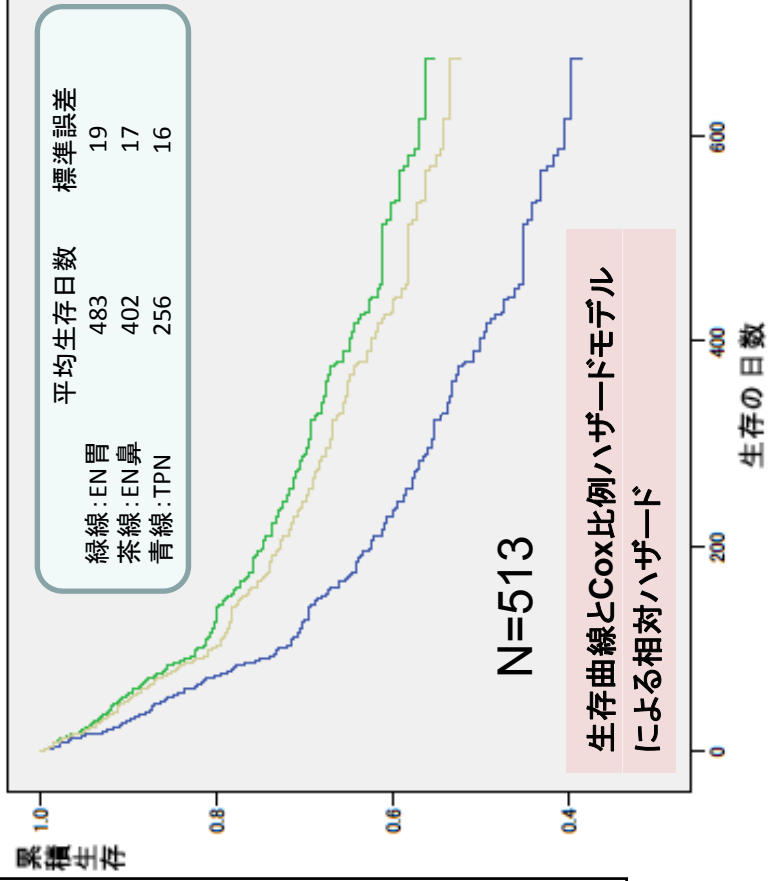
リスク因子	相対ハザード： 95%CI
80歳以上	1.6: 1.2-2.2
BMI18.5未満	1.2: 0.9-1.6
Alb2.5未満	1.7: 1.2-2.4
登録時PS=4	0.8: 0.5-1.2
男性	1.6: 1.2-2.2
EN鼻 (vsEN胃)	1.1: 0.8-1.6
TPN (vsEN胃)	1.6: 1.1-2.3

研究概要

研究成果：

副次アウトカムに関する結果

- 人工栄養4週後のアルブミン値：TPN群2.6、EN鼻群3.1、EN胃群3.2（有意差あり）
- 人工栄養4週後のアルブミン値変化：TPN群 -0.1、EN鼻群 +0.1、EN胃群 +0.2（有意差あり）
- 血栓傾向（2W後D-dimer値 > 10µg/dlの割合）：TPN群19%、EN鼻群19%、EN胃群14%（有意差なし）



研究事業名：平成16年度EBM推進のための大規模臨床研究
 研究課題名「わが国の高血圧症における原発性アルドステロン症
 (PA)の実態調査研究(PHAS-J研究)」

研究期間：平成16年9月～平成20年3月

研究目的：原発性アルドステロン症(PA)は治癒可能である一方、標的臓器障害が多いことから、適切な診断・治療が重要な二次性高血圧の代表である。近年、全高血圧の5-20%との高頻度が報告されているが、わが国の高血圧における有病率は不明である。本研究の目的はNHOネットワークを活用してわが国の高血圧に占めるPAの割合を明らかにすることである。

実施機関：NHO京都医療センター
 プロジェクトリーダー：成瀬光栄
 参加施設：NHO 46病院

研究成果：

1. 平成17年6月から3年間の有効登録症例は1236例。
2. 血漿アルドステロンとレニン活性性によるスクリーニング陽性率(PA疑い)は8.7%、その内、37.9%をPAと診断。
3. **全高血圧におけるPAの割合は3.3%。**
4. PAでは‘その他の高血圧’と比較して低K血症(8.3% vs. 4.5%)、治療抵抗性(11.2% vs. 6.2%)の頻度が高い傾向を示したが有意差はなく、年齢、性別、血圧、罹病期間にも差なし。通常の臨床所見には差を認めない。
5. PAの13.4%のみ副腎CT上の副腎腫瘍が確認可能。

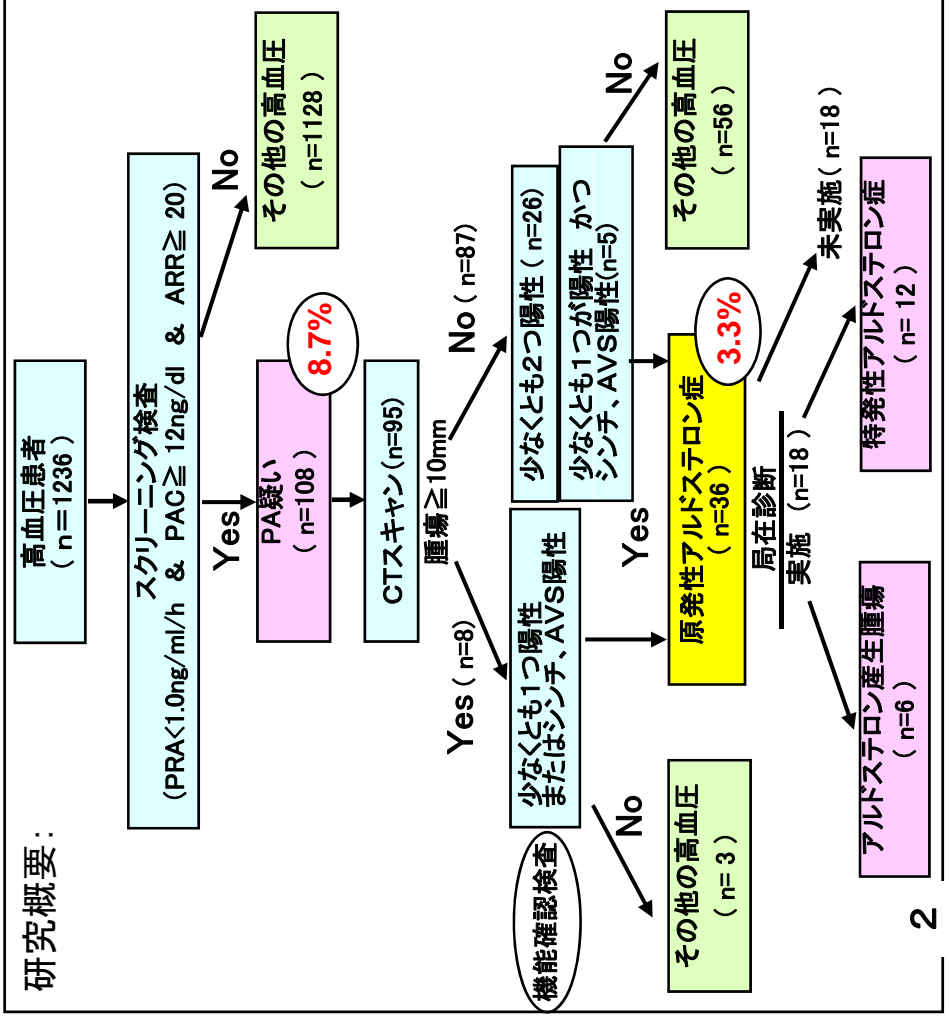
結論：

一般診療外来を対象とした多施設共同研究にて、**わが国の高血圧におけるPAの有病率を初めて明らかにした。**高血圧の有病者数が約3000万人とされる事を考慮すると、**高血圧の日常診療においてアルドステロン、レニン測定によるPAの適切なスクリーニングが重要といえる。**

研究成果の発表状況：

- ・第62回国立病院総合医学会(2008年11月)
- ・第82回日本内分泌学会シンポジウム(2009年4月)
- ・第91回国内内分泌学会(2009年6月)

研究概要：



終了課題

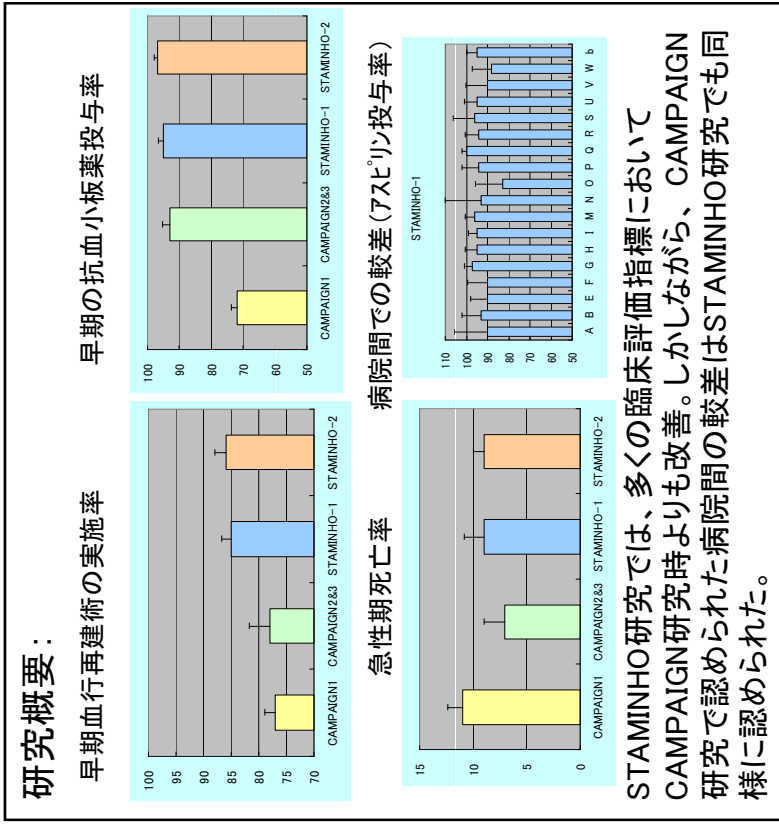
研究事業名：平成16年度EBM推進のための大規模臨床研究
 研究課題名「急性心筋梗塞全国共同悉皆調査による臨床評価指標とその評価（STAMINHO研究）」

研究期間
 症例登録：2005/02/01～2006/12/31
 追跡：2005/02/01～2008/01/31

実施体制：
 研究責任者：楠岡英雄（大阪医療センター）
 データセンター：国際協力医学研究振興財団日本臨床研究支援センター（JCRAC）
 実施機関：北海道がんセンター他、44病院

研究目的：
 本研究は、国立病院機構病院に急性心筋梗塞発症後72時間以内に入院した患者全てを対象とし、急性心筋梗塞の急性期治療におけるプロセス並びにアウトカムの実態調査とその評価、ならびに当該情報の提供による診療行動の変容の評価を目的としている。

研究成果：
 本研究は、先行研究であるCAMPAIGN研究（1:1999/07～2002/01、2:2002/10～12、3:2003/10～12）を継承するものである。前半期（STAMINHO-1、2005/1～12）に1768例、後半期（STAMINHO-2、2005/1～12）に1291例が登録された。入院後24時間以内の血行再建術の実施率、24時間以内のアスピリン投与の実施率などのプロセスの指標、入院中死亡率等のアウトカムの指標について病院毎の評価を行った。各指標は時期の進行と共に改善を示したが、病院間での較差は依然と大きく存在した。急性心筋梗塞診療の標準化のためにも今後とも臨床評価指標の二タリングが重要であることが示された。



研究事業名：平成16年度EBM推進のための大規模臨床研究事業
「心房細動による心原性脳塞栓予防における抗血栓療法の実態調査
(JNHOAF研究)」

研究期間平成16年9月-19年3月

研究目的：

非弁膜性心房細動(NVAF)患者における抗血栓療法の実態調査を国立病院機構で全国規模で行なうことにより、基礎疾患別、発作性・持続性別、脳塞栓リスク別、病院別、医師専門別による抗凝固薬の使用実態を調査し、ガイドラインに沿った治療が行なわれているかどうかを検討する。さらに投薬による血栓塞栓症、出血性合併症、予後につき前向きに検討する。

実施体制：
プロジェクトリーダー
大阪医療センター 是恒之宏
全国国立病院機構病院41 施設共同研究

研究成果：

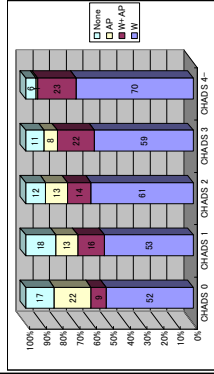
1. CHADS2スコア0でも6割の症例にワルファリンが投与されていた。リスクが高くなるに従いワルファリン投与率も増加した。
2. 高齢者でもPT-INRの平均値は変わらなかったが、ワルファリン投与量は減少した。70歳未満でも、8割の症例でPT-INRの目標は1.6-2.6であった。目標が1.6-2.6、2.0-3.0いずれであっても実際のコントロールの平均は1.9-2.0であった。
3. ワルファリン投与量変更の結果から、出血のリスクは気になるが、梗塞のリスクには甘い傾向があった。
4. 安定度の結果から、0.4以内の範囲でのコントロールは多くの症例で困難であることが明らかとなった。

研究成果の発表状況：

Koretsune, Y., Iwade, K., Takenaka, T. Attitude of Japanese Cardiologists for the Management of Anti-thrombotic Therapy for Patients with Non-valvular Atrial Fibrillation 第72回日本循環器学会総会・学術集会シンポジウム 平成20年3月30日 福岡国際センター

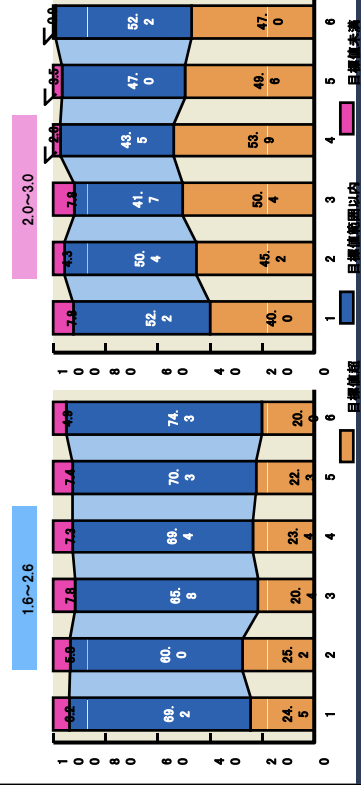
研究概要：

CHADS2スコア別抗血栓療法



ワルファリンコントロールの安定度

安定度	症例数	%
<0.4	182	13.6%
0.4 ≤ <0.8	394	40.6%
0.8 ≤ <1.2	240	24.7%
1.2 ≤	205	21.1%
合計	971	100.0%



研究事業名：平成16年度EBM推進のための大規模臨床研究
 研究課題名「消化器外科手術の施設間技術評価法の確立
 (E-PASS研究)」

研究目的：

1. 我々が開発した手術リスク評価法E-PASSを用いて我が国の医療事情に即した短期的な外科技術評価法を確立する。
2. 消化器癌手術の長期生存率を評価するシステムを新規に開発する。

研究中間結果報告：（研究目的1について解析）

登録された予定消化器外科手術症例5,271例で、E-PASS とイギリスで開発されたP-POSSUM、イタリアで開発されたASA-based modelを解析し、技術評価法としての妥当性を比較検討した。エンドポイントは在院死亡である。予測死亡率算出のために要する変数の数は、E-PASS は8、ASA-based modelは4、P-POSSUMは20である。対象患者を各システムの予測死亡率で均等に10グループに分け、E-PASS が最も高い値を示した(表1)。同様に、在院死亡予測の精度を表すROC曲線下面積(AUC)も、E-PASS が最も高い値を示した(表1及び図1)。200例以上患者を登録した施設で、その施設の技術水準を示すObserved- to Expected-mortality ratioを各システムで求め、システム間の相関係数を求めると、有意な正の相関を示した(E-PASS vs. P-POSSUM: R=0.96, N=6, P=0.0021; E-PASS vs. ASA-based model: R=0.83, N=9, P=0.0051)。以上より、E-PASS は精度が高く、簡便であり、我が国で大規模なOutcome researchを行うのに適したシステムであることが示唆された。

今後の計画： 研究目的1については、International Surgical Week 2009及び医学雑誌Annals of Surgery(2010)で成果の発表を行った。研究目的2については、データ 5 を順調に取得している。

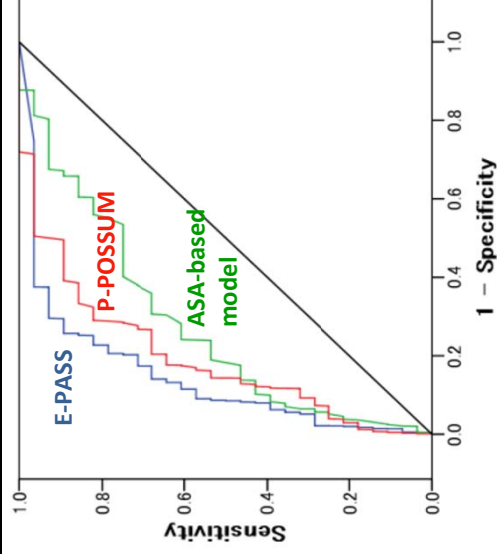
研究期間 2005年4月1日～2012年4月8日

実施体制： 研究責任者： 芳賀 克夫
 実施機関： 43施設
 データセンター： JCRAC

研究概要：

表1. 各システムの精度

	E-PASS	ASA-based model	P-POSSUM
R values	0.96, P<0.0001	0.93, P<0.0001	0.81, P=0.0046
AUC (95%CI)	0.86 (0.79-0.83)	0.73 (0.63-0.83)	0.81 (0.75-0.88)





研究事業名：平成17年度EBM推進のための大規模臨床研究
 研究課題名：
 「慢性呼吸器疾患における、機械的人工換気療法の適用基準、
 安全性、患者予後、QOL、医療経済効果に関する観察研究
 Japan NHO EBM study for Positive Pressure Ventilation
 (JNEPVP研究)」

研究目的：
 慢性呼吸器疾患患者に侵襲的(IPPV)、非侵襲的(NPPV)人工換気療法を実施する場合の(1)適応基準、(2)短期および長期的な安全性、患者予後、PS、QOL、(3)医療経済効果について前向きコホート調査を行い、有用性と問題点を基礎疾患別に明らかにする(本研究期間)。病院特性、重症度、基礎疾患等を加味し、エビデンスに基づいた人工換気療法の適応基準と、それに合致する体制作りを提案する。

研究中間結果報告：2006年5月15日から2008年3月まで188名登録された。内訳はCOPD80例、間質性肺炎/肺線維症25例、肺結核後遺症43例、その他の慢性呼吸器疾患32例、合計188例登録された。

今後の計画：
 2009年3月まで患者の追跡をし入力を終了する。現在未入力項目の確認し入力終了に向けてデータ収集中。2009年3月から統計解析を開始する。

研究期間：2005年4月から2009年3月まで

実施体制：

研究責任者：NHO近畿中央胸部疾患センター 井上義一
 研究参加施設：NHO 63 施設。

データセンター：Japan Clinical Research Assist Center (JCRAC)、
 責任者 山崎力、統計解析責任者：石塚直樹

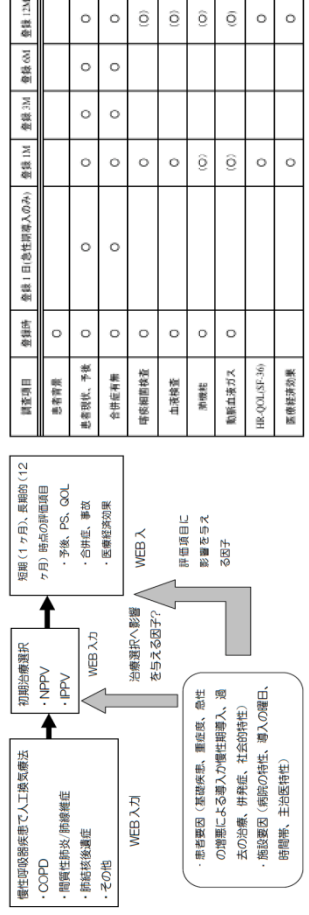
研究概要：

対象：慢性呼吸器疾患として、COPD、間質性肺炎/肺線維症、肺結核後遺症、その他〔塵肺、胸郭異常、気管支等拡張症(NTM)〕。

研究デザイン：前向きコホート研究。

方法：人工換気導入時(登録時、1日後)に患者要因(基礎疾患、重症度、急性の増悪による導入か慢性期導入か、合併症、社会的特性)、施設要因(病院の特性、導入の曜日、時間帯、主治医特性)を調査し治療選択(IPPVかNPPV)に影響を与える因子を調査する。

短期(1ヶ月)、長期(12ヶ月)経過時点での、①患者の状態：予後、ECOG performance status(PS)、Health related quality of life (HR-QOL: SF-36)、②人工換気療法関連合併症と他の合併症、および③事故、③医療経済効果(入院期間、ICU滞在期間、挿管、気管切開率)を調査し、疾患別、初期の人工換気の種類等と比較する。途中で人工換気を離脱した患者も12ヶ月まで観察する。3ヶ月、6ヶ月目にも患者状態、合併症について観察する。



WEB入力

研究事業名：平成17年度EBM推進のための大規模臨床研究

研究課題名「EBMに基づく胃潰瘍診療ガイドライン」の妥当性に関する臨床的検討—アウトカム研究を中心として—(EGGU研究)

研究目的：「EBMに基づく胃潰瘍診療ガイドライン」(以下、GL)の認知度、普及度を調査し、その中に記載されてある諸項目の中で、特に宿主側の要因であるピロリ菌の感染と治療行為である除菌治療、NSAID使用の状況と従来型治療の効果に焦点をあてて、それらの有用性の確認と問題点の抽出を行う。

研究成果：

62施設から944人が登録された。男性652人、女性292人、平均年齢64.0(18~99)歳であった。
NSAID起因性潰瘍は162例(17.2%)であり、そのうち83例(51.2%)でNSAIDが中止され、128例(79.0%)がPPIで治療されていた。
HP感染診断は、944例中623例(66.0%)で実施され、その内470例(75.4%)がHP陽性であった。470例の内352例(74.9%)で除菌が施行され、除菌判定された288例(81.8%)中250例(86.8%)で除菌が成功した。

250例中189例(75.6%)では維持療法が行われなかった。
また、944例中、内視鏡的再発無しならびに症状再発無し(再発無群)は759例(80.4%)、内視鏡的再発有り又は症状再発有り(再発有群)は179例(19.0%)であり、それぞれの平均年齢は、64.2歳と63.1歳であった。
NSAID投与無し群において、除菌成功例は失敗例より再発率(内視鏡的ならびに症状)が有意に低かった。

医師専門性並びにGL周知度と再発有無群に有意な関連は見られなかった。

なお、胃癌は7例(0.7%)に認められた。

結論：

GLに即した除菌は、胃潰瘍再発を抑えることが明らかとなった。再発無群759例に対してHP除菌後維持療法無しが189例と少ないのは、主にHP感染診断率と関連しており、担当医師のGL周知度は高いといと推定される。GL準拠度、医療経済効果については更に検討中である。

研究期間：平成17年4月～平成21年3月

実施体制：

研究責任者：谷山清己(呉医療センター・中国がんセンター)

施設外協力者：上村直美(国立国際医療センター)

統計解析責任者：石塚直樹(国立国際医療センター・研究所)

データ管理責任者：山崎力(東京大学大学院医学系研究科)

研究主体：独立行政法人国立病院機構医療部研究課

研究成果の発表状況：

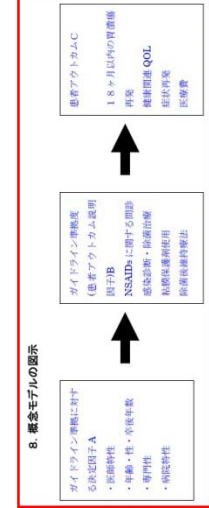
平成19年度第61回国立病院総合医学学会口演発表

平成20年度第62回国立病院総合医学学会ポスター発表

研究概要：

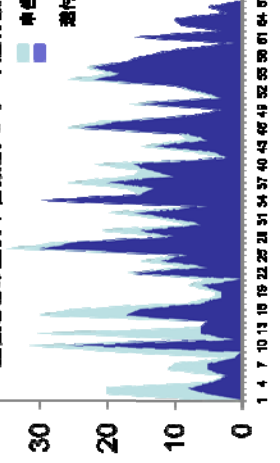


- 胃潰瘍治療の適正化を目的
厚生労働省主導で2003年に策定
内外の5529論文からエビデンス抽出
臨床現場へのフォローチャートが特徴
問題点の抽出と検証過程は含まれない!



- NSAID起因性潰瘍(NSAID-UI)の診断基準
NSAID-UIの診断基準(患者の自己申告)
NSAID-UIの診断基準(医師の診断)

施設ごとの症例申告数とアンケート返付数



研究事業名：平成17年度EBM推進のための大規模研究事業
「ステロイド療法の安全性の確立に関する研究(NHOSAC研究)」

研究目的：

本研究の目的は、自己免疫疾患患者に対するステロイド療法が原因と考えられる有害事象を、国立病院機構で全国規模の解析を行い、①有害事象の発生頻度と患者要因、治療要因(ステロイド投与方法、投与量など)の関係を明らかにする②ステロイド療法に伴う有害事象発生のリスクファクターを明らかにする③有害事象を回避するために予防投薬の有用性を検証し、ステロイド療法の安全性を確立することを目的とする。

研究成果：

- ①ステロイド治療と関連がある有害事象を248例(41.6%)に認めた。
- ② 発生頻度の高い有害事象は、①感染症142例(23.5%)、②代謝異常79例(13.1%)、③筋骨格系障害34例(5.7%)、④心血管イベント24例(4.0%)、⑤精神症状23例(3.8%)であった。
- ③ 最も発生頻度の高かった感染症においては、真菌感染症(34例)、サイトメガロ感染症(18例)、ニューモシスチス肺炎(7例)、結核(2例)など日和見感染が多く観察された。
- ④ 基礎疾患別では、間質性肺疾患において、有害事象の発生が高い傾向にあり、生存率も有意に低かった。

研究成果の発表状況：

右田清志：「ステロイド療法の安全性の確立に関する研究(J-NHOSAC)」。第63回国立病院総合医学会。仙台
2009.10.23-24.

研究期間

2006年4月1日～

実施体制：NHO 57施設

長崎医療センター 右田清志

研究概要：

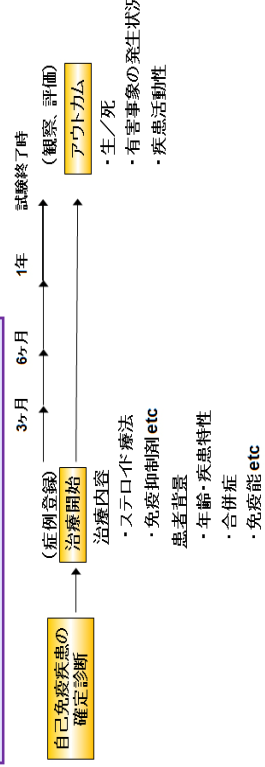
対象患者

- 以下の①又は②の両方かをみたす満16歳以上の症例
- ①自己免疫疾患の確定診断が新規につきステロイド療法が開始された症例
- ②自己免疫疾患の確定診断が既になされ(過去2年以内)、無治療またはステロイド療法以外の免疫抑制療法が施行されていた症例で新規にステロイド療法を開始された症例

〔リウマチ性疾患および関連疾患、自己免疫性神経疾患、消化器・肝疾患、間質性肺疾患、原発性糸球体疾患〕

エンドポイント

- 1次エンドポイント
有害事象の発生(感染症、心血管イベント、骨折etc)
- 2次エンドポイント
有害事象による死亡
原疾患の疾患活動性



研究事業名：平成17年度EBM推進のための大規模臨床研究

研究課題名「急性腸間膜虚血症の疫学調査(ERAMI-J研究)」

研究目的：急性虚血性腸疾患(AMI)の在院死亡の予測因子を明らかにする。

研究期間 2007年2月1日～2007年3月31日

実施体制：研究責任者：芳賀 克夫
実施機関：26施設
データセンター：JCRAC

研究成果：

過去5年間の後ろ向きコホート研究で、110例のデータを集積した。全患者の死亡率は51%であった。ロジスティック回帰分析で在院死亡の予測因子を検討すると、心電図所見(ECG scale)及びショック・インデックス(SI)が独立した予測因子であることが判明した。オッズ比(95%信頼区間)は、ECG scaleが1.7(1.2-2.4)、SIが11(1.5-80)であった。さらに、ステップワイズ分析を行い、表1に示すに在院死亡率の予測式Rを得た。我々は、このRを簡略化し、足し算だけで算出できる予測スコアSを作成した(表2)。この予測法の精度をROC曲線下面積(95%信頼区間)で検討すると、Rは0.83(0.74-0.91)、Sは0.82(0.74-0.91)と良好な値を示した。本研究で得られた死亡率の予測式は、如何なる施設でも使用でき、治療方針の決定やインフォームドコンセントに有用である。

研究概要：

表1. 在院死亡率の予測式 (R)

$$\ln(R/1-R) = 0.25(\text{age score}) + 0.56(\text{ECG scale}) + 3.1(\text{SI}) - 5.7$$

表2. 在院死亡率の予測スコア (S)

スコア	年齢	心電図所見	SI
1	≥70		
2		心房細動 60-90/min	≥0.7
4		他の不整脈 5回/分以上の期外収縮 異常Q波、ST/T変化	

研究成果の発表状況：

(論文発表) Haga Y, Odo M, Homma M, Komiyama K, Takeda K, Koike S, Takahashi T, Hiraka K, Yamashita H, Tanakaya K: New prediction rule for mortality in acute mesenteric ischemia. Digestion, 2009;80(2):104-111.

(学会発表) 1) The 43rd World Congress of the International Society of Surgery (ISS), Sep 8, 2009 Adelaide, Australia. Haga Y, Odo M, Homma M, Komiya K, Takeda K, Koike S, Take-shita T, Hiraka K: New prediction rule for mortality in acute mesenteric ischemia. 2) 第109回日本外科学会定期学術集会 平成21年4月4日 福岡市. 芳賀克夫、大堂 雅晴、本間正人、古宮憲一、武田和憲、小池祥一郎、高橋忠照、平賀聖久、山下晴弘、田中屋宏爾：急性腸間膜虚血症における予後予測法の開発。

平成18年度国立病院機構EBM推進のための大規模臨床研究
糖尿病性腎症発症進展阻止のための家庭血圧管理指針の確立
Home blood pressure for diabetic nephropathy. (HBP-DN研究)

研究期間

登録:H21年6月末日まで、追跡期間:3年間

研究目的:

糖尿病性腎症第2期(微量アルブミン尿期)は、厳格な管理によりremission、regressionが期待できる病期である。本研究は、remission、regression導入のための家庭血圧の目標値を確立することを目的とした、観察研究である。

実施体制:

研究責任者:

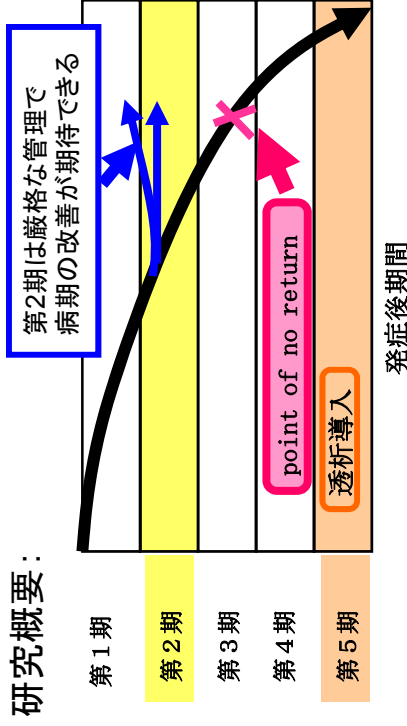
国立病院機構千葉東病院 西村元伸

参加施設数:49施設(症例登録は31施設)

研究中間結果報告:

H21年6月で登録終了。310人が登録され、内258人が登録基準を満たした。観察開始時データを示す(データが入力された231人分)。平均年齢64.5歳、HbA1c 7.0%、ACR 99.9mg/g Cr、eGFR 71.5 ml/min/1.73m²、CBP(外来血圧) 142/76、起床時HBP(家庭血圧)137/75、就寝時HBP131/71。白衣現象(CBP-朝HBP>10mmHg)は38.8%、逆白衣現象(CBP-朝HBP<-10mmHg)は23.8%で認めた。朝と夜のHBP差が10mmHg以上の者も31.6%存在。以上より、HBP測定併用により、投薬量、投薬のタイミングを調整することの必要性が確認された。また、1年目までのデータが入力された128人のエンドポイント発生率は、Remission 17.9%、Regression 27.3%、Progression 6.3%と、ほぼ予想された頻度であった。

研究概要:



remission、regression導入には、血糖と共に血圧の管理が重要である。家庭血圧測定は、白衣現象がないこと、早期高血圧に対応できること、複数日の測定で血圧変動を把握しながら処方調整が出来る、などの利点があるが、その目標値に関しては十分なエビデンスがない。

今後の計画:

登録基準を満たした症例が、予定数に満たなかったため、ドロップアウトが1例でも減るよう、班員とデータ入力状況の確認を密に行う(H21年度には入力状況一覧面を作成した)。また、remission、regressionの頻度が増えるよう、早期高血圧のコントロール方などについて、班員に情報を提供する。中間解析は1年毎に行っていく。第1回中間解析結果(観察開始時のデータ解析結果)を、H22年度日本糖尿病学会で発表予定である(口演)。

研究事業名：平成18年度EBM推進のための大規模臨床研究
 研究課題名「重症褥瘡（Ⅲ度以上）に対する局所治療・ケアの適切性
 に関する研究－ポケット切開・洗浄消毒処置を中心に－
 (ASPU研究)」

- 研究目的：
 国立病院機構全体で、アメリカ褥瘡諮問委員会(NPUAP)深達度分
 類におけるⅢ度以上の褥瘡を対象に、観察期間1ヵ月(基本)の前
 向きコホート研究を行い、以下の仮説2点を検証する。
- 1) ポケット(undermining)を有する褥瘡において、ポケットの外科的
 切開が治癒を促進するか？
 - 2) 褥瘡部位の局所治療において、消毒処置が治癒を阻害するか？

研究成果：

研究期間中に**389例**と**ほぼ当初計画通りの登録数が得られた**。但し
 上記仮説2)については消毒処置を行った症例数が極めて少なく検証
 困難であった。一方、仮説1)については**ポケットあり症例総数156例**
 (うち非切開群119例、切開群37例)と十分な症例が得られた。褥瘡
 重症度のアウトカムを2009年日本褥瘡学会の発表したDESIGN-R総
 得点の一ヶ月間の総得点とし、両群間の統計学的比較を線形混合モ
 デルにて行ったところ、**1-4週後に比べてポケット切開群のほうが非切
 開群に比べ有意にDESIGN-R総得点の減少が認められ、ポケット切
 開の有効性が示唆された**。今後他の変数も加えさらに詳細な解析を
 予定している。

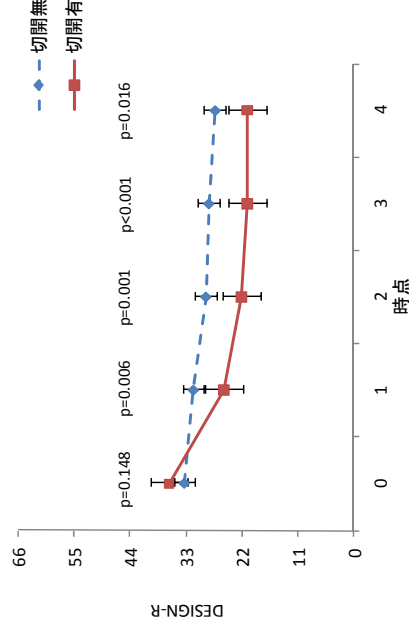
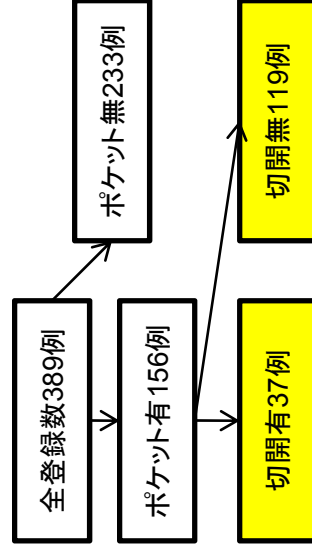
研究成果の発表状況：

症例登録の遅れによりデータクリーニングが2010年4月までずれこん
 だため、学会発表は未実施である。今後本年度の国立病院医学会を
 はじめ、関連学会で順次報告予定である。

研究期間 2007.4-2010.3

実施体制：独立行政法人国立病院機構
 村山医療センター 町田正文臨床研究
 センター長をリーダーとする全国66施
 設による共同研究

研究概要：



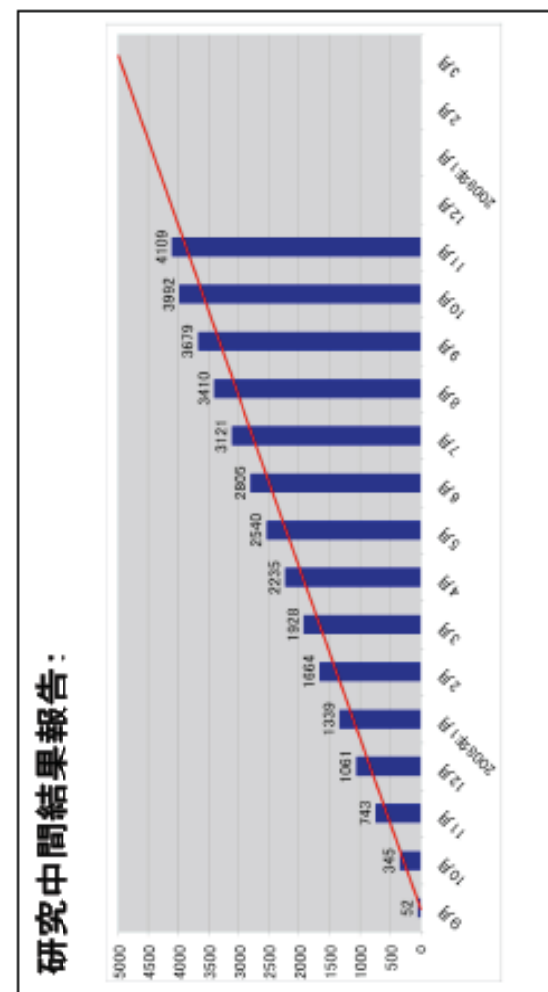
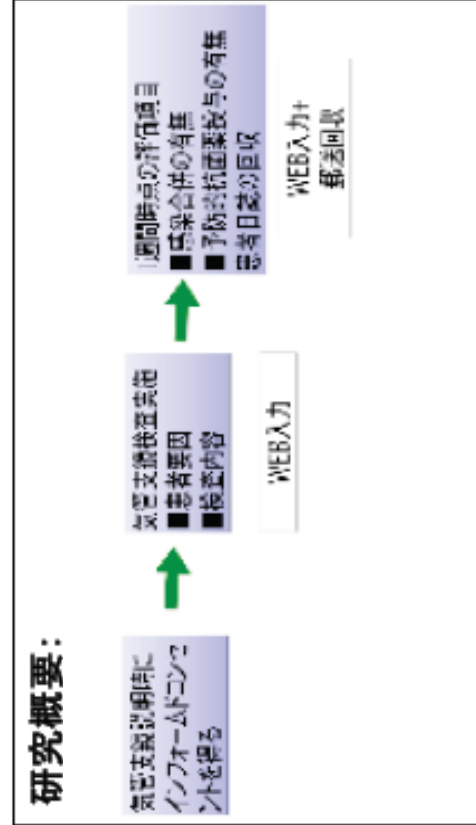
ポケット切開有無別の褥瘡重症度
 (DESIGN-R総得点)の推移。横軸は
 週を表す。点とバーは最小二乗平均と
 95%信頼区間。1-4週で切開有群が有
 意に褥瘡が改善している。

登録期間 2007年7月-2009年3月

研究事業名：平成18年度EBM推進のための大規模臨床研究
研究課題名「気管支鏡検査の感染症合併と抗菌薬投与に関する多施設調査研究：J-BRONCHO」

実施体制：
研究事務局：名古屋医療センター
呼吸器科
研究責任者：坂 英雄

研究目的：
気管支鏡検査における合併症としての、肺炎、肺膿瘍などの感染症の発症頻度を明らかにする。気管支鏡検査を受けた患者の中で予防的抗菌薬投与のその後の感染症発生への抑制効果について検討する。



今後の計画：
2009年3月31日まで症例集積を行い、約5,000例で、コホート内ケースコントロール解析を行う。

継続課題

研究事業名：平成18年度EBM推進のための大規模臨床研究
研究課題名「胃静脈瘤に対する治療指針の確立に関する研究
Risk Factors and Therapies for Gastric Variceal Bleeding in Japan
(RIFT-B研究)」

研究期間

症例登録期間：胃静脈瘤破裂例(B群)2007
年7月～2009年6月
追跡期間：2007年7月～2012年6月

H18年度課題

研究目的：

胃穹窿部静脈瘤破裂例に対しては一時止血法と止血率、再出血予防
療施行の有無と効果(再出血率)および治療法別効果、合併症、予後に
ついて検討(前向き研究)

研究中間結果報告：

2008年12月現在10例登録済み **予定150例を大幅に下回っている**

実施体制：研究責任者：庄司 凡

独立行政法人 国立病院機構 岩国医療センター 内
科

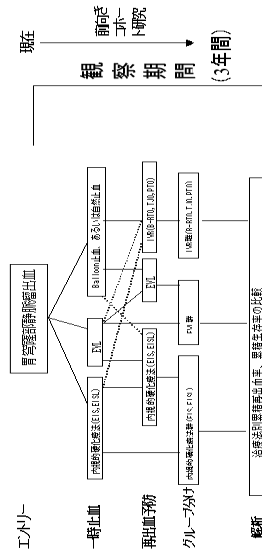
事務局： 林 学

独立行政法人 国立病院機構 岩国医療センター 臨
床研究部

統計解析責任者：尾藤 誠司

独立行政法人 国立病院機構本部 医療部研究課

研究概要：



今後の計画：RIFT-B は2009年6月までの登録である。現在患者登録数は10症例のみである。2009年9月12日の中央倫理審査委員会でRIFTGV-Bについてはこのまま継続するのが困難だろうとの判断をいただいた。

研究事業名：平成18年度EBM推進のための大規模臨床研究
 研究課題名「冠動脈疾患治療におけるインターベンション療法の妥当性について」の検討(AVIT-J研究)」

研究期間：2007年8月1日～2012年3月31日

研究目的：

国立病院機構の各施設で行われた冠動脈インターベンション療法や冠動脈バイパス術施行の治療情報を集積し、薬物溶性ステントが冠動脈療法におよぼす影響を明らかにする。

実施体制

中央研究施設：九州医療センター
 研究責任者：冷牟田浩司
 共同研究施設：独立行政法人国立病院機構
 42施設

研究中間結果報告：

平成18年度EBM推進のための大規模臨床研究として承認され、研究計画の見直し後、平成19年8月1日より症例登録作業を開始した。
全国の国立病院機構42施設より登録が開始され、2009年3月31日までに2,895例の初期登録が終了した。

研究概要：

1. 冠動脈疾患の治療として各種冠動脈インターベンション療法、冠動脈バイパス術施行例の臨床評価・観察項目を初期登録し、初回入院時の成績（成功率、合併症発症頻度）、投入医療資源を解析した。
 ↓
2. 現在、1年以内の追跡調査（合併症、再狭窄率、再治療率等）中である。
 ↓
3. 今後、初回治療後、3年間にわたり追跡調査を実施する。

今後の計画：

登録終了後の初期成績の解析が終了し、現在、追跡調査中である。今後、登録終了後3年までの追跡調査を予定し、治療効果判定と医療資源投資の実態解析を行う。

研究事業名：平成18年度EBM推進のための大規模臨床研究

研究課題名「人工呼吸器装着患者の体位変換手技と気管チューブ逸脱事故に関する研究(VENTIL研究)」

研究目的：

- 1.人工呼吸器装着患者の体位変換時における気管チューブ逸脱事故及び低酸素血症・回路の接続忘れ事故・自然離脱事故の実態を明らかにする。(発生頻度)
- 2.上記の事故が回路を一時はずして行う手技と回路をはずさずに行う手技に関連があるのかを明らかにする。

研究期間：2007.7.1~2009.9.30

実施体制：

国立病院機構熊本医療センター
 医療安全管理係長 吉岡 薫
 九州ブロック事務所
 医療課主査 深野久美

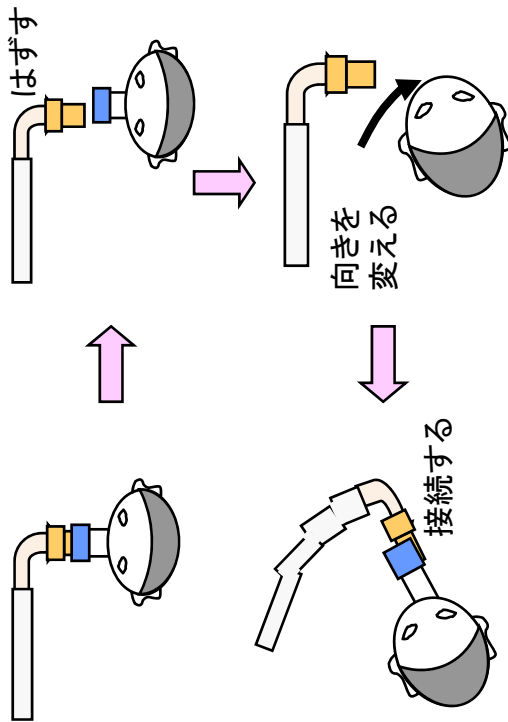
研究中間結果報告：

登録状況：73施設(75%)
 目標登録数に対する達成率：19.9%(8000例→1597例)
 エンドポイント事象の発生状況：0件
 体位変換手技の状況：回路を一時はずした手技(37%)
 回路をはずさない手技 (63%)

今後の計画：

1. 登録数が1500例を超えているが、エンドポイント事象は1例も登録されなかった。
2. 今後はデータを集計して、人工呼吸器装着患者の体位変換手技について結果を発表する。

研究概要：



人工呼吸器装着患者の体位変換時に、回路を一時はずして行うと気管チューブの逸脱事故を回避できる。

研究事業名：平成19年度EBM推進のための大規模臨床研究
 研究課題名「心房細動による心原性脳塞栓予防における抗血栓療法一標準的医療の確立に向けて－(NHOAF研究)」

研究期間 H20.4.1-H23.3.31

研究目的：

- 1) NHOAF研究で登録された心房細動患者の予後調査を1年3ヶ月延長し、抗血栓療法と脳梗塞予防効果、出血併症につき検討(R)
- 2) より適正なワルファリンコントロールをめざして、一定のルールを設け、投与量を調整。前向きにアウトカムを検討(P)。
- 3) 心房細動患者における脳梗塞合併例の遺伝的素因を検討し、より効率的な抗血栓療法の可能性を探る(G)。

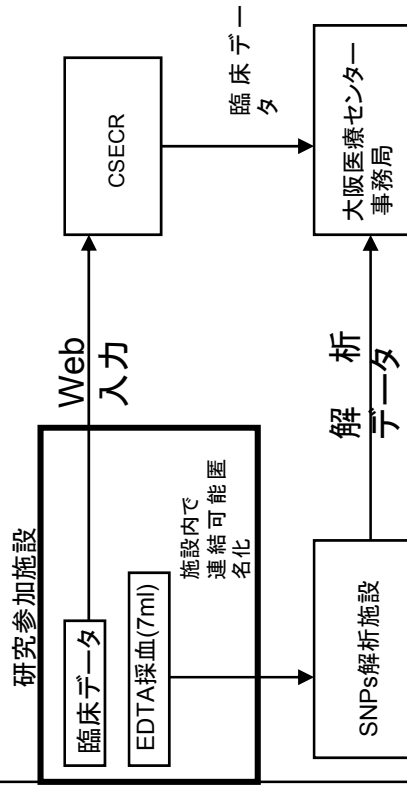
実施体制：プロジェクトリーダー
 大阪医療センター 是恒之宏
 全国国立病院機構病院41 施設共同研究

研究中間結果報告：

- 1) R研究の登録期間はH20年度末とし、可能な限りフォローアップ率の上昇をめざす。目標1212例のうち1150例近くの登録となっているが、登録内容が十分でないケースもあり、現在最終データ固定をおこなっている。
- 2) P研究は、2009年1月より開始となり、現在データ入力および漸次固定の段階である。
- 3) G研究についても、2008年12月より開始となり、現在心原性脳塞栓症症例の登録と遺伝子解析のための血液サンプリングを行なっているが、共同研究者との調整が続いている。

今後の計画：データ固定に時間を要しているが来年度中には解析が可能となる予定

研究概要：1) R研究はNHOAF登録症例のフォローアップ延長 2) P研究は前向きにより良好な抗凝固療法コントロールをめざす 3) G研究はシエームに示す方法で、血液凝固線溶関連、血管内皮関連、炎症性サイトカイン関連の遺伝子多型解析を脳梗塞発症患者とリスクを有しながら発症していない患者で比較



継続課題

研究事業名：平成19年度EBM推進のための大規模臨床研究
研究課題名「人工関節置換術後の静脈血栓症の発症の実態と予防に
関する臨床研究（J-PSVT研究）」

研究目的：

人工関節置換術後に発生する静脈血栓症（VTE）に対する本邦
での予防法を調査し各予防法の効果を検証し日本人に適切な人工
関節術後 VTE 予防法を確立することを目的としている。

研究中間結果報告：

平成20年7月より研究開始している。研究開始にあたり画
像診断の精度および標準化を図るためエコー講習会を開
催しその後症例登録を開始している。平成22年1月25日現
在までの登録数は1824例であり手術報告では人工股関節
手術症例547例人工膝関節手術症例925例である。

今後の計画：

平成22年3月31日まで症例登録行い計画していた2400例
の症例登録を予定している。その後TKA群THA群に対し超
音波検査により薬物の有無、薬物の種類により症候性
DVT無症候性DVT、症候性PEの発生率を調べる予定であ
る。またHIT抗体の有無を調査しVTEの発生に影響がある
か検討する予定である。

H19年度課題

研究期間

平成20年7月1日～平成22年4月30日

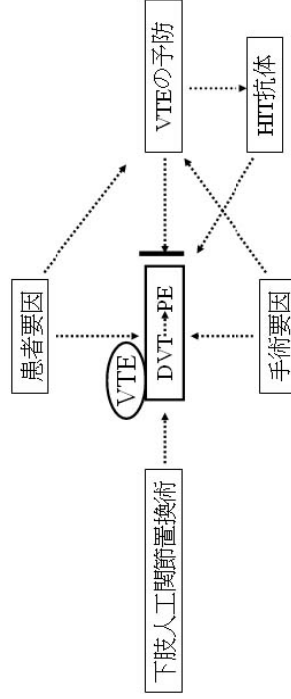
実施体制：

国立病院機構関連施設39施設

研究責任者：

長崎医療センター 本川 哲

研究概要：



研究事業名:平成19年度EBM推進のための大規模臨床研究
「無症候性微小脳出血microbleedsに関する大規模前向き調査—
発生率や発生因子の把握および症候性脳卒中(再発)に対するリスク
評価— (MARS研究)」

研究目的:
MRI 撮影 (T2*)にて診断されるmicrobleeds(MBs)が将来発生する症
候性脳卒中(特に脳出血)を予測し得るか否か検討し、併せて抗血小
板/凝固薬の影響についても解析する。また、MBsの発生率と発生因
子を明らかにする。

研究中間結果報告:

計画2年度で患者を登録かつ追跡中。平成20年9月から実質的に登録
作業を開始。現在の登録数はほぼ1000名(980名)。登録期限の6月末
で、最終の登録数を約1200名と見込む。
本研究のプロトコルを発表した。第34回日本脳卒中学会総会(平成
21年3月20日、松江市)、「シンポジウム大規模臨床研究の現状」、
MARS research—脳卒中再発とmicrobleeds、国立病院機構傘下の43
施設による大規模前向き共同研究の開始—

今後の計画:

平成22年6月末までに脳卒中を発症した患者を登録する。同年7月初旬
に中間アンケートを送付し、結果を9月末までに登録する。同期日をもつ
て全ての登録データを固定し、以後の追跡期間中の変更を禁止する。
最終の追跡期限を23年6月末とする。同年7月初旬に最終アンケートを
送付する。同年9月末をもって最終追跡データを回収し、結果の登録作
業を終了する予定。

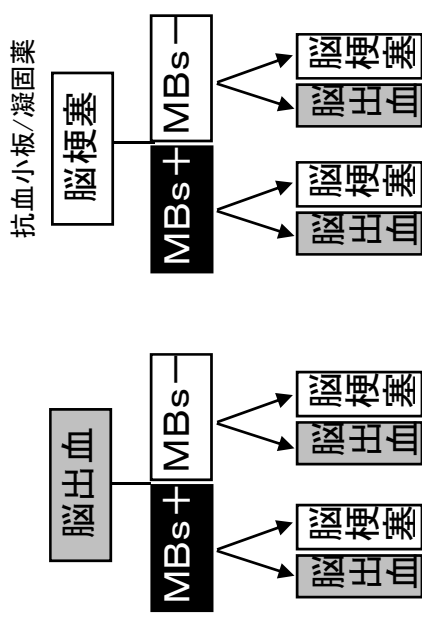
研究期間:

平成 20年 6 月 15 日～平成23 年 6 月
30 日

実施体制:
(参加施設)

機構傘下の神経内科と
脳神経外科 計43施設
(研究責任者) 熊本医療センター
脳神経外科 大塚忠弘

研究概要:



研究仮説:

MBsを有する患者はそうでない患者と
比較して、脳卒中、特に脳出血の発生
率が高い。抗血小板/凝固薬はさらに脳
出血の発生比率を高める。

<p>Docetaxel and Erlotinib Lung cancer Trial (DELTA) 既治療進行非小細胞肺癌に対するエルロチニブとドセタキセルの無作為比較第Ⅲ相試験</p>	<p>研究期間 平成21年4月1日～平成25年3月31日</p>
<p>研究目的： 既治療ⅢB/Ⅳ期非小細胞肺癌を対象とし、エルロチニブ療法の優越性を標準治療であるドセタキセル療法とのランダム化比較にて評価する。 Primary endpoint: 無増悪生存期間 Secondary endpoints: 全生存期間、奏効割合、安全性評価項目、EGFR遺伝子変異と生存、抗腫瘍効果および安全性との関連、抗腫瘍効果、無増悪生存期間および全生存期間の関連</p>	<p>実施体制： 研究代表者：川口知哉 (近畿中央胸部疾患センター) 研究事務局：浅見和弘 (近畿中央胸部疾患センター) 研究参加施設：51施設</p>
<p>研究中間結果報告： 登録・割付、および臨床情報収集を全てweb上で行うElectronic Data Collection (EDC) システムを開発・採用し、平成21年8月より国立病院機構の51施設参加の下、試験への登録を開始。 平成22年4月時において総登録数は24施設より84症例。</p>	<p>研究概要： 既治療(1-2レジメン)進行非小細胞肺癌 ・1レジメンは白金製剤を含む ・白金製剤を含む術後補助化学療法は1レジメンとする ・20歳以上 ・PS 0-2 ・EGFR-TKI未使用例 ・ドセタキセル未使用例</p>
<p>今後の計画： EDCシステムのアップデートを行いつつ本試験への参加を広く呼びかけ、早期のデータ集積を目指す。</p>	<p>割付調整因子：施設、組織型(腺癌、非腺癌)、PS、性別 ランダム割付 A群：エルロチニブ 150mg/日 連日経口投与 PDとなるまで後治療を 施行しない (150例) B群：ドセタキセル 60mg/m² 3週間隔で点滴静注 PDとなるまで後治療を 施行しない (150例)</p>

平成18～20年度EBM推進研究 登録状況一覽

国立病院機構のEBM推進のための大規模臨床研究

	研究課題名	主任研究者	目標症例数	登録数
平成18年度	糖尿病性腎症発症阻止のための家庭血圧管理指針の確立<HBP-DN>	千葉東病院 西村元伸	600例	50施設 310(症例)
	重度褥瘡に対する局所治療・ケアの適切性に関する研究<ASPU>	村山医療センター 町田 正文	400例	66施設 390(症例)
	気管支鏡検査の感染症合併と抗菌薬投与に関する多施設調査研究<J-BRONCHO>	名古屋医療センター 坂 英雄	5,000例	61施設 5,216(症例)
	胃静脈瘤に対する治療方針の確立に関する研究<RIFT-GV>	岩国医療センター 牧野 泰裕	300+160例	40施設 223+12(症例)
平成19年度	冠動脈疾患治療におけるインターベンション療法の妥当性についての検討<AVIT-J>	九州医療センター 冷牟田 浩二	3,000例	42施設 2,798(症例)
	人工呼吸器装着患者の体位変換技術とチューブ逸脱事故に関する研究<VENTIL>	南九州病院 吉岡 薫	8,400例	97施設 1,999(症例)
	心房細動による心原性脳塞栓症予防における抗血栓療法 - 標準的医療の確立にむけて<NHOAF-EXT>	大阪医療センター 是恒之宏	1,500例 +1,500例 +376例	41施設 1180+595 +46(症例)
	人工関節置換術後の静脈血栓塞栓症の実態と予防に関する臨床研究<J-PSVT>	長崎医療センター 本川 哲	2,200例	39施設 2,219(症例)
平成20年度	無症候性微脳出血microbleedsに関する大規模前向き調査 - 発生率や発生因子の把握および症候性脳出血に対するリスク評価 - <MARS>	熊本医療センター 大塚忠広	2,000例	43施設 825(症例)
	既治療進行小細胞肺癌に対するエルロニチブとドセタキセルの無作為化比較第Ⅲ相試験<DELTA>	近畿中央胸部疾患 センター 川口知哉	300例 (各群150例)	51施設 79(症例)
	糖尿病性腎症発症進展予防のための抗血小板薬の効果の検討<ATP-DN>	千葉東病院 関 直人	200例 (各群100例)	43施設 登録準備中

登録数は2010年3月現在

EBM推進研究
平成21年度採択課題

EBM推進研究 平成21年度採択課題

課題名	略称	主任研究者	施設名
眼手術周術期の抗凝固薬、抗血小板薬休業による眼合併症、全身合併症に関する研究	MAC-OS	山田 昌和	東京医療センター
医療・介護を要する在宅患者の転倒に関する多施設共同前向き研究	J-FALLS	饗場 郁子	東名古屋病院
国立病院機構における Clostridium difficile 関連下痢症の発生状況と発生予防に関する研究	CD-NHO	田中 伸	東京医療センター

国立病院総合医学会の開催状況



▲「第63回国立病院総合医学会」

仙台医療センター 管理課長 宗像 広

2009年10月23日・24日の2日間にわたり杜の都仙台で開催されました。メインテーマは、「国立医療の新たな展開ー過去を見つめ未来を考えるー」。

仙台駅に降り立つとすぐに、仙台七夕で飾られた「国立病院機構PRブース」が参加者を出迎え、仙台の街全体で大歓迎している雰囲気そのままで開催式(掲載写真)が始まり、熱気に満ちあふれた2日間となりました。

特集

目

次

第63回国立病院総合医学会を開催して(仙台医療センター)	2
・第63回国立病院総合医学会を振り返って(仙台医療センター)	4
・第63回国立病院総合医学会を終えて(仙台医療センター)	6
・第63回国立病院総合医学会開催までの3年間の思い(仙台医療センター)	8
・『臨床検査部門合同懇親会』(宮城病院)	10
・ベストポスター賞をいただきました(宮城病院)	11
・第63回総合医学会にスタッフとして学生と共に参加して (仙台医療センター附属仙台看護助産学校)	12
・仙台医療センターの学生として学会の案内係を経験して (仙台医療センター附属仙台看護助産学校)	13

トピックス

昭和の時代から連綿と続く国立病院総合医学会	14
【お知らせ】次回(第64回)の国立病院総合医学会は11月に福岡で開催!	16
建物・設備の豆知識⑥(近畿ブロック事務所改善指導課施設整備室)	16

第63回国立病院総合医学会を開催して

学会長 仙台医療センター 院長 菊地 秀



平成21年10月23日、24日の両日、青葉城址下の仙台国際センターをメイン会場として、5,700余名の参加者のもと、第63回国立病院総合医学会が開催されました。

本学会は、大変歴史のある学術集会ですが、当院が会長施設となつての開催は、昭和42年10月に開催されました「第22回国立病院療養所総合医学会」以来であり、実に42年ぶりのことで、大変な名誉と責任のある機会となりました。

開催に当たっては、お持て成しの心と気配りとで参加者を迎えるべく、副会長施設である宮城病院と共に約3年に亘る準備期間を経ての開催となりました。全国各地から参加された皆さん方のご感想は如何だったでしょうか。

当院附属看護助産学校の学生による病院旗の入場行進を中心に何度か練習を行い本番に備えました。新型インフルエンザ流行による中止が何度も頭によぎりましたが、10月23日の青空の下、無事に開会式を迎えることが出来ました。最初に、場内満席の中、各機構病院の旗を抱えて堂々と入場行進する看護学生達は、堂々としておりプロのスタッフと見間違ふほどの出来映えでした。

プログラムの作成にあたっては、院内外の多くの方々のご協力を得て和田副院長を中心にメインテーマに沿った形で構成して頂きました。開会宣言に続いて初めに矢崎理事長から開会の辞を賜り、その後各界から一連の祝辞をいただいて開会式は終わりました。小休止の後、矢崎理事長によるオープニングリマークス「これからの国立病院機構」があり、今後の国立病院機構のあり方に思いを馳せる中、次の特別講演では、「脳トレ」で有名な



今回のメインテーマは、21年4月には国立病院機構の第2期中期計画がスタートするという新たな出発点となる節目の年を迎えることから、「国立医療の新たなる展開—過去を見つめ未来を考える—」としました。ポスターもこのメインテーマに沿うように表現して作成しました。ちなみに、原案の作成は当院管理課職員の手によるものです。

抄録集も関係各位に配布し、やっと参加登録者や寄付の目途もついた学会開催に先立つこと1週前の日曜日夕刻に、メイン会場で開会式のリハーサルを行いました。

東北大学加齢医学研究所教授川島隆太先生による「脳科学と社会」と題してのお話でしたが、大変好評で、学会終了後その日を置かずして講演の打診依頼が寄せられたほどでした。2日目の特別講演は、早稲田大学教授棟近雅彦先生による「ISO9001を基盤とした医療の質向上活動」で、医療の質向上の観点からのお話でした。シンポジウムは、各協議会のご協力により30題、一般演題は各病院から1670題が発表されました。なお、一般演題では昨年には無かった口演形式も復活させました。また、本学会は国立高度専門医療センター、ハンセン病療養所



の方々も一同に会することから、指定講演として「ナショナルセンター・ハンセン療養所の今後の展開」を厚生労働省にお願いしました。企業の全面的な協力を得て行うランチョンセミナーや企業展示は、世界的な大不況の中、寄付集めは難渋しました。職員みんなの努力により目標額が確保されました。しかし地方での寄付集めには限界があり、今後一考を要すると思われま

す。初日の夕方に開催されました記念コンサートでは、若い柴田三兄妹による津軽三味線の情熱溢れる演奏を聴き、その勢いでしょうかその後の全員交流会には予想の倍の方々が集まり、会場は熱気に包まれました。二日目には、今回初めての試みとして新型インフルエンザについての市民公開講座も設けました。後日「あんなにいい講演なのに宣伝が足りない」と市民から苦情が寄せられました。昨年の東京大会ではタレントの山田邦子さんの特別講演が大変好評でしたが、今回は、雪村いずみさんと前田憲男さんによる特別公演を企画しました。お二人の円熟したトークとピアノ演奏や歌に魅了され、愉悦感がいつまでも漂う会場で閉会式を迎え、次期会長施設に無事にバ

トンを引き繋ぐことができました。2日間のプログラムは総じて盛り沢山だったと思います。ご参加いただいた方々も本当にお疲れ様でございました。

プログラム以外では、仙台駅の全面的な協力（でも有料）により仙台駅構内に、天井からつり下げた七夕飾りで縁取られた「国立病院機構PRブース」が大好評で、市民に大胆かつ大々的に国立病院機構病院の宣伝が出来た意義は大きかったと思います。

2日間の学会を通して、国立病院機構が一つの法人であり皆様方と仲間であることを改めて認識するとともに、会長という大役を無事に果たして、胸を撫で下ろしているところです。特に会長施設として、仙台医療センターの力量が問われる中、職員「みんなの力」を結集して成功に導いたものと思います。

最後に、2日間の会期中、熱心なご討議をしていただきました参加者の皆様にご敬意と謝意を表しますとともに、運営に当り奮闘していただいた関係者をはじめとする、全ての方々に紙面をお借りして心より厚く御礼申し上げます。



第63回国立病院総合医学会を振り返って ～学会プログラムのことなど～

仙台医療センター 副院長 和田 裕一



第63回国立病院総合医学会が無事終了してホッとしています。随分前のことのように感じられる一方で、総合医学会プログラムの準備に取りかかった約1年前のことが、つい昨日のことのようにも思い出されます。

第63回総合医学会開催の約1年前、平成20年10月30日に大会会長施設の仙台医療センター、副会長施設の宮城病院、北海道東北ブロック事務所から第63回国立病院総合医学会準備担当スタッフが集まり第1回の準備合同会議が開催されました。ここでは学会運営の大枠や開催までのタイムスケジュールが提示され、また、特別講演とその演者が決定されました。その後は1～2カ月に1回、節目に集まって準備の進捗状況を確認し、意見交換することによって学会開催に向けスタッフの情報共有と結束が図られました。



第1回プログラム委員会は平成20年11月13日に開催されました。「国立医療の新たなる展開～過去を見つめ未来を考える～」という学会のメインテーマを念頭におきながらプログラム編成についてディスカッション致しました。過去数回の国立病院総合医学会のプログラムを手

本として、その内容を確認しながら一般演題やシンポジウムをイメージし、これまでのスタイルを踏襲する中に新規のスタイルが加えられていきました。たとえば、今回は会長の意向もあり、一般演題としてポスターセッションのほかにオーラルセッションを復活させ、またISO/TQM特別パネル展を企画致しました。今年は新型インフルエンザがパンデミックとなったことから、トピックテーマとしてシンポジウムと市民公開講座に新型インフルエンザを取り上げました。さらに、会長による指定講演として「ナショナルセンターとハンセン療養所の今後の動向について」の講演を企画し、厚労省に講演を依頼しました。一方、国立病院機構の指定研究からは「国立病院機構職員の麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘ウイルス抗体価測定と抗体価の低い職員に対するワクチン接種の有効性の検討」「国立病院機構における入院中の転倒・転落事象及びそれらに伴う有害事象に関する要因の分析研究」を指定研究報告としてとりあげました。

シンポジウムのテーマは、仙台医療センターと宮城病院の職員および国立病院各種協議会に依頼して募集した結果お陰様で50題を越す演題が寄せられました。その中で類似したテーマをまとめ、あるいは職種別に偏りが出ないように配慮して30前後の演題が選択されました。国立病院機構第2期中期計画、医療安全や医療の質、変化する機構の臨床研究体制、地域連携～クリティカルパス、看護師の卒後研修を始めとして、いずれも重要なテーマが網羅されたと思っております。これら演題の提案者にあらためて演題名、演者、座長を推薦頂き、最終的に平成21年3月中旬に29のシンポジウムと1つのパネルディスカッションが最終採択されました。それぞれのシンポジウム内容決定までのとりまとめは、医師、看護、薬剤、リハビリテーション、放射線、臨床検査、事務それぞれのテーマに関連する部門の職員が行いました。とくに重



市民公開講座

【一般公開】
事前申込み不要
参加費無料
どなたでも参加出来ます。

テーマ
「この冬、新型インフルエンザに
どう立ち向かっていくか。
私たちの守るべきもの、
なすべきこと。」

講演者
永井幸夫（社団法人 仙台市医師会副会長）
押谷 仁（東北大学大学院医学系研究科微生物学分野教授）
三木 祐（仙台医療センター呼吸器科医長）
西村秀一（仙台医療センターウイルスセンター長）

10月24日（土）
時間 13:45～14:45
（開場13:15予定）
場所 東京エレクトロンホール宮城
（宮城県民会館）1階「大ホール」

主催 第63回国立病院総合医学会
会長：独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 院長 関地 秀
副会長：独立行政法人国立病院機構 宮城病院 院長 木村 裕
連絡先 仙台市宮城野区宮城野2-8-8 国立病院機構仙台医療センター管理課 TEL. 022-293-1111 (代)



症心身障害、神経難病、障害者自立支援法、口腔ケアは宮城病院スタッフの方々に全面的にまとめて頂きました。

一般演題は平成21年3月25日から募集を開始し4月30日に締め切ったものの、その段階での応募数は805題にすぎませんでした。62回総合医学会の演題数が1587題でしたから、締め切りの時点で予定の約半数しか集まっておらず心配しましたが、2週間ほど締め切りを延期した結果最終的には1660題と前回を上回る演題が集まりました。6月～7月には応募された一般演題の査読と演題のセッションごとの振り分け、座長の決定を行いました。

いずれも仙台医療センターと宮城病院のスタッフがそれぞれの専門の領域の座長の決定を担当しました。

残念ながら仙台市には参加者が5000人を超す学会を一か所で可能にする会場がないため、メイン会場である仙台国際センターのほかに



3つの会場に分散して講演を行わざるを得ませんでした。シャトルバスを頻回に出すことでご不便はおかけしないようにしたつもりです。しかし、アクセスはともかくポスター会場がやや混雑したなどの声も聞かれました。また、一般演題募集の際には口演かポスターかの発表形式の希望を書いて頂きましたか、会場割り振りの関係で一部ご希望に沿うことができませんでした。この場をお借りしてお詫びいたします。

最後になりますが、今回の学会が開催された時期はちょうど新型インフルエンザのパンデミックの時期と重なり、間近まで大会の開催への影響が大変心配され気をもみましたが、何とか大きな影響を受けることもなく多数の会員の参加を頂き学会は無事終了することができました。本当に有難うございました。

第63回国立病院総合医学会を終えて ～未来をしっかりと見据えて開催～

仙台医療センター看護部長 高橋 滝子



平成21年10月23日・24日の2日間、仙台国際センターをメイン会場に第63回国立病院総合医学会が盛大に開催されました。学会長施設である仙台医療センターと副学会長施設の宮城病院、全国5726名の参加の下各種シンポジウム30演題、一般演題1600題もの日頃の成果や課題検討など皆様のご支援ご協力のお陰で無事終了することが出来ました。心より感謝申し上げます。



当仙台医療センターが学会長施設として担当致しましたのは昭和42年以来という事でしたし昨年度の国立病院看護研究学会の学会長施設（副学校長）に引き続いての学会長施設だっただけに「大当たり」の密かな戸惑いを感じながらの運営でした。最初はどうなる事やら心配で始めた学会企画運営会議でしたが打ち合わせが進むにつれ、学会長・副学会長施設ばかりではなく外部講師やシンポジストの皆様、参加者を含んだ「みんなで」作り上げていく学会を感じてその心配は吹き飛びました。宮城県看護協会長の上田笑子さんからは「プログラムを見てびっくりした。興味深い内容と今日的医療の課題にしっかり取り組んでいる。この学会を通して機構病院全体の連携強化が伝わってきます。機構病院のチーム医療を感じます。」と嬉しい感想をいただきました。

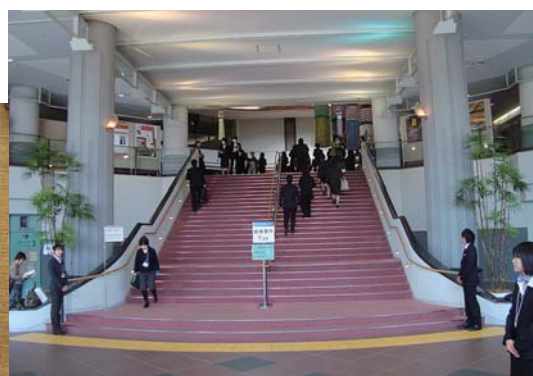
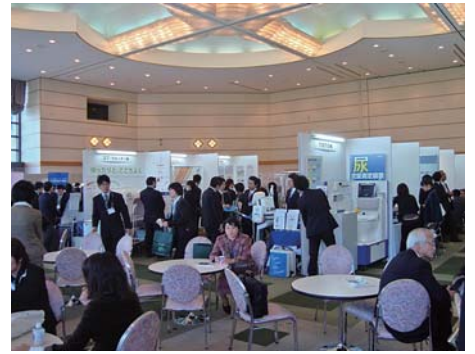
柴田三兄弟による津軽三味線「三本の絃」も前田・雪村氏による「杜の都の素敵なコンサート」も、参加された方々に東北を感じていただくと共に、世代を超えた本物にふれていただきたかったものです。

学会終了後多くの方々に感想をお寄せいただきましたが、その中から、医療者としての充実感と感動を与える事が出来喜んでもらえたかなと感じました。



今回の学会は国立病院機構の第1期中期計画期間をしっかりと振り返り、見つけて、これからの国立病院機構の運営を考えていきたい、これからの日本の医療の質を支えていきたい、という気持ちを表現したものでした。変革の時こそ本物の持つ意味があることを確認し全職種全職員「みんなで」連携・専門性の発揮・協働が地域を巻き込んだチーム医療に発展することを実感しました。そして、学会の運営全てが医療の提供そのものであり「看護」であるとより一層強く感じました。

学会運営にご支援・ご協力をいただきました学会長・副学会長の担当施設、多くの参加者の皆様に改めて感謝申し上げます。そして福岡での第64回国立病院総合医学会がさらに有意義なものになりますことを祈念致します。



第63回国立病院総合医学会開催までの3年間の思い

仙台医療センター 管理課長 宗像 広



10月23日（金）学会当日の朝。空は一面の青空。まるで今回の学会のポスターの背景に描かれた空と同じようなすがすがしい青さでした。空を見上げながら私の思いは一瞬にして準備を始めた3年前まで遡りました。

1. 特異日を信じて

「やはり雨は降らなかった。」

それは、そろそろ学会の日程を決めようかという3年前の11月のある日。菊地秀院長から「気象庁に確認して仙台市内の雨の降らない日、特異日を調べてくれ。」というご指示。ネットで過去30年間の仙台市内の天気出現率をもとに学会の期日を10月23日、24日に決定したのでした。（ちなみに、去年は雨でしたが…。）



2. シャトルバスが杜の都を走る

「もうすぐ仙台メディアテーク行きのシャトルバスが発車します。」

メイン会場の仙台国際センター前で元気よく案内する仙台医療センター附属仙台看護助産学校の学生の声は今でも耳に残っています。仙台市内には6000人を収容する施設が無く、4会場に分散しシャトルバスを走らせることに。学会の期日を決めて、すぐに会場の予約をしましたが市運営の仙台メディアテークだけは学会に使用でき



ないと担当者からのつれない返事、これは一大事でした。その後、再々お願いしたところ何とか市の理解を得て無事借りられることになりました。

3. 地方には地方の味が…

「すばらしかった。」

聴衆は感動していました。初日の夕方に開催された柴田三兄妹による津軽三味線のコンサート。昨年の東京大会での歌手「平原綾香さん」に対抗して誰を呼ぶのか。地方色を出したいということで津軽三味線に決定。

有名な吉田兄弟や浅野祥の名前も挙がる中、津軽三味線の地元、弘前病院長のご紹介による「柴田三兄妹」の自宅に事務部長と出向き出演交渉。その場で快諾していただきました。まだデビュー前の若い三人でしたがある意味三人に賭けていました。



4. 仙台駅が歓迎

「まるで仙台の街全体が学会を歓迎しているようです。」

開会式での来賓の方のお言葉。それは、仙台駅の2階コンコースに出現した「国立病院機構PRブース」。JR仙台病院長のご紹介により当院菊地院長が仙台駅長と直接交渉。快諾していただきしかも全面協力していただくことに。市民の方々が用意した各病院のパンフを持ち帰っていました。宣伝効果絶大でした。

5. 七夕と蒲鉾（かまぼこ）

「パチリ。」

七夕の下で記念写真を撮る音。仙台駅のPRブースと仙台国際センターに七夕飾りを飾ることに。ある日、院長を訪ねて「蒲鉾の鐘崎」の吉田社長が当院の応接室に。その場で夏の仙台七夕まつりで飾る七夕の借用を依頼したのでした。ちなみに鐘崎さんからお借りした七夕飾りは本年の仙台七夕まつりで最優秀賞の作品でした。



6. ヒット商品「むすび丸」

「学会の記念にむすび丸のUSBはいかがですか。」

会場の特設売り場での売り手に扮した看護師さんの声。限定1000個のお土産用として販売した宮城県観光PRキャラクター「むすび丸」をかたどったオリジナルUSB 2GB。1個1500円。

「学会に何かお土産があると喜ばれるのよ。看護部で販売しますから。」



という高橋看護部長の話きっかけに日本コンベンションサービスの長谷川・石山さんとの共同開発でした。見事2日目の午後一番で完売。あまりの可愛さに未だにパッケージを開けていない方が多いと聞きます。

7. 不安とともに…

「愉しくやろう。」

院長室に学会の準備状況について報告に行く度に私に



かけられたお言葉。基本的には「愉しく」学会の準備が出来たと思っていますが、不安が3つありました。一つは、演題が集まるのか。二つ、寄付が集まるのか。そして三つ目は参加者が集まるのか。演題と参加者はお陰様で前回は上回りましたが、百年に一度の不況と言われる中で企業の寄付集めは至難の業で一番大変でした。それでも学会の期日前に職員の協力により寄付の目標額を達成し、その日以降私は、熟睡することが出来たのでした。

8. 出会いとみんなの協力

仙台医療センターに赴任してすぐの4年前の第60回京都大会では、4年後のことなど何も知らずに鴨川の川床で京料理を美味しくいただき、3年前の第61回名古屋大会では事務部初のシンポジストとして発表し、2年前の第62回東京大会では大挙して視察に行き、そして今回の第63回仙台大会の事務局。開会式で看護学生が病院旗をもって入場が始まった瞬間、目頭が熱くなりました。大変名誉ある仕事でしたが、色々な方との出会いと協力によって開催された総合医学会でした。本当にありがとうございました。第64回大会、福岡で再会しましょう。



「二日間を無事終え、スタッフで“パチリ”」

『臨床検査部門合同懇親会』

～楽しかったひと時～

宮城病院 臨床検査技師長 高石 俊一



総合医学会1日目の夜、国分町に程近いホテルで臨床検査科(部)長会と国立病院臨床検査技師協会による合同懇親会が開催されました。例年、医学会開催地の担当支部が企画し執り行いますが、今回は東北支部に回ってきました。前日に開かれる諸会議場の設置、懇親会、宿泊の手配など一年以上も前から支部役員が中心になり、東北支部一丸となって準備を進めてきました。学会まで半年を切った時期に会場変更を余儀なくされ、再度、場所探しなどスムーズにはいかないこともありました。そのような時でも連絡を取り合いながら打ち合わせ会議を重ねてなんとか当日を迎えることができました。

午後六時、懇親会の幕が開きました。参加者は110数名を数え、乾杯の後は食べて飲んで語って、と和やかな雰囲気に終始しました。宴も半ばを過ぎ、いよいよアトラクションの目玉「仙台すずめ踊り」が始まりました。

会場には多くの「雀(踊り子)」たちが登場し、大小の太鼓と篠笛のお囃子に合わせ両手に持った扇子をひら

ひらせて踊っています。その姿はまるで雀が餌をついばむ姿のようで、特に小さな子供たちが一生懸命に踊る小雀姿はとてかわいらしく参加者一同から喚声が沸き起こりました。伊達政宗公の御前で披露した即興の踊りが400年もの間、綿々と伝承されてきたことは私自身も驚きでした。と同時にこの郷土芸能をこれからも子供たちが守り通してくれると確信しました。

続いてのアトラクションは、1位の牛タン、2位の笹かま、宮城そして東北各地の名産品を数多く用意したビンゴ大会でした。こちらは大いに盛り上がりましたが、あっという間に2時間が過ぎてしまい次回の開催地、福岡での再会を約束してお開きとなりました。

東北地区は小規模施設が多いため限られたスタッフでの対応となりましたが、持ち前のチームワークと若手技師のパワーで無事に終えることができました。一つの目標に立ち向かい、それが成し遂げられたことは今後、東北支部会員の糧になると信じています。ある参加者から「真心のこもった懇親会だったね」と言葉を掛けていただき、達成感と安堵感に浸りながら会場を後にした次第です。

ご協力いただいた東北支部役員、会員の皆様にあらためて深謝申し上げます。



ベストポスター賞をいただきました

宮城病院 看護師 土田 千鶴



「筆者は前列右から2番目」

10月23、24日に地元仙台で開催された第63回国立病院総合医学会のポスターセッションに参加させていただき、「筋萎縮性側索硬化症による人工呼吸器装着患者の在宅介護へ向けた吸引指導」の研究を発表しました。

これまで院内の研究発表は経験していますが、病院外での発表は初めての経験であり、また、ポスターセッションの発表形式も初めてでしたので、準備の段階から分からないこともありましたが、病棟師長をはじめ多くの方のアドバイスを受けながらまとめることができました。

当日は、全国規模の学会ということもあり、大勢の参加者の中とても緊張しました。限られた時間で内容をうまく伝えられたかどうか不安でしたが、思いがけずベストポスター賞をいただくことができ、とても嬉しかったです。記念品の「むすび丸」のUSBは、今は大切に病棟に飾っていますが、今後有効に活用したいと思います。

今回の学会では、今後の研究の参考になるものや実践に活かせる看護ケアなど、全国の各病院が取り組んだ研究発表を聞き、多くのことを学ぶことができました。

また、発表後には他病院の方々から吸引指導について貴重なアドバイスもいただきましたので、今後の退院指導に活かしていきたいと思います。

最後に、総合医学会に参加し発表する機会を与えていただいた職場の皆様や関係者の方々に厚く感謝いたします。ありがとうございました。



第63回総合医学学会にスタッフとして 学生と共に参加して

仙台医療センター附属仙台看護助産学校 副学校長 吉家 裕子



今までに何度も国立病院総合医学学会に参加させていただき、この学会に学生ボランティアは必要不可欠であると感じておりました。今までの会場は、東京国際フォーラム、名古屋国際会議場、国立京都国際会館とひとつの会場であり、それに比べ仙台は4箇所の会場であり、学生をどのように配置したら効果的なのか頭を痛めました。そこで、看護学科1年・2年・3年・助産学科の4グループとして、教官とともに会場毎に配置し、学生と教員が一丸となって行動できるようにしました。しかし、一人一人の学生の業務量を同じように割り振ることはとても難しいものでした。

それにも増して、一番の心配の種は、インフルエンザの流行でした。開会式に病院旗を持つ学生は、事前に舞台監督の指導のもとリハーサルを行ったのですが、1名が罹患し、急遽変わりを立てました。役割毎に配置された学生は、お互いの業務量を考え協力しながら、仙台看

護助産学校の名前を背負って頑張りました。1日目を張り切りすぎて、2日目にダウンした学生もおります。助産学科の学生の中には、受持ち妊婦さんが入院された時は、実習場に戻った学生もおります。また、学生の対応がすばらしかったからでしょうか、プロに間違えられたためか、参加者の方から運営に関する心ない言葉を直接受け、学生が落ち込んだ場面もありました。

学会運営に協力することは、職員のマネジメント能力を育成する機会になると言われます。学生は自分たちの役割を果たすべく、より良い方法を模索しながらお互いに協力しあいました。ここでの経験が学生の成長の糧になったことでしょう。また仙台医療センターの学生としてこのような場で役割を果たすことにより、学生の帰属意識が高まったものと思われまます。スタッフとしての2日目は体力的にも辛かったと思います。しかし、参加者の方が会場で学生にかけてくださる労いの言葉、そして、閉会式のご挨拶の中で学生を褒めていただき、このお言葉で疲れが吹き飛んだとの学生の感想でした。



心残りは、学生はスタッフとしては活躍しましたが、他の会場の様子、研究発表などを見学する機会が少なかったと思います。今後看護職として社会に出たときに、積極的に学会に参加し、自己研鑽に努めていけるよう願ってやみません。日頃学校長は病院と一体となり機構の看護学生として育てることが重要であると話しております。今後も母体病院と一体となり、学生の教育に力を尽くしてまいります。

仙台医療センターの学生として 学会の案内係を経験して

仙台医療センター附属仙台看護助産学校 看護学科3年 高島 望



今回、私たち仙台医療センター附属看護助産学校の学生は、国立病院総合医学会にスタッフとして参加させていただき、とても貴重な体験をさせていただきました。

私たちは開会式での各病院の旗手をはじめ、受付、各講演会場での照明、アナウンス、誘導、クロークでの対応等々、会場毎に幅広くスタッフとして役割を果たさせていただきました。

私達看護学科3年生が担当した仙台国際センターは、全国からの大勢の参加者であふれており、それだけでとても緊張し、自分の役割がしっかり果たせるのか不安でした。私に与えられた役割は2日間とも会場案内係の一員として国際センターの玄関とバス乗り場の間での案内係でした。学生同士でお互いに協力し、会場に来られた方には挨拶と総合受付への案内を、帰られる方や別会場に移動なさる方にはバスの案内をしました。当日は、前日までの陽気とは違って変わり、寒さが身にしみましたが、ホッカイロを片手に笑顔を絶やさず丁寧に対応することを心がけました。



日々の病院実習着の白衣とは異なり、スーツ姿に、学生スタッフのシンボルであるスカーフを身につけて大勢の人の前に立つという日常とはあまりにもかけ離れた環境でした。仙台のことについて事前学習をして望んだのですが「会場近くで牛タンのおいしい店はどこですか」と尋ねられるなど、戸惑うこともありました。しかし、会場に来られた方々にとっては、私達はスタッフのひとりとなるので、気持ちを引き締めて対応しました。特に、私の立ち位置は会場の入り口でしたので、会場に入られる方が最初に目にする場所であり、また、会場をあとにする方も最後に目にする場所でした。この会場、この学会のイメージが私によって悪くならないよう、自分が、環境の一部であるということを忘れないようにしました。

仕事をするにあたり、責任を持つことは当たり前のことですが、この学会での学生一人ひとりに与えられた役割はどれも皆、責任を持ってやり遂げなければならないものでした。これから臨床で働くこととなる私たちに、改めて仕事の責任の重さと、自分の役割を自覚して責任を果たすことの大切さを考えさせられる機会となりました。国立病院機構の一員としての自覚が深まる、とても貴重な機会であり、充実した2日間でした。今後は国立病院機構の一員として自分自身が役割を果たしていけるよう、日々精進していきたいと思っております。貴重な体験をありがとうございました。



昭和の時代から連綿と続く国立病院総合医学会

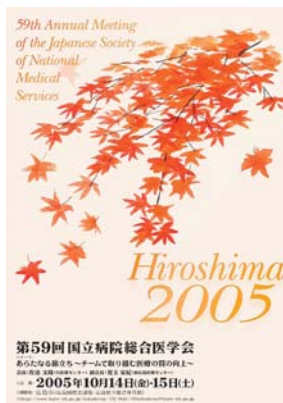
昭和21年の第1回大会から、この仙台大会で第63回目が終了した国立病院総合医学会。医療を取り巻く環境が時代の中で絶え間なく変化し続ける中、国立医療のあり方を追究し、医療の質向上を目指す仲間達が一同に集まる重要なイベント。

独法化後も継続して開催され、学会長施設や副会長施設が努力し、創意工夫を凝らした大会の企画、運営が行われています。

国立病院総合医学会歴代開催地一覧

回次	年次	開催局/ブロック	(開催地)	会長施設	副会長施設	回次	年次	開催局/ブロック	(開催地)	会長施設	副会長施設
第1回	昭和21年	関東信越	(横須賀)	久里浜		第34回	昭和54年	東北	(仙台)	宮城	仙台
第2回	昭和22年	近畿	(大阪)	大阪		第35回	昭和55年	関東信越	(東京)	がんセンター	東京
第3回	昭和23年	九州・東海北陸	(別府・静岡県浜北)	別府	天竜荘	第36回	昭和56年	九州	(福岡)	南福岡	九州がん
第4回	昭和24年	関東信越・東海北陸	(東京・静岡県浜北)	東京第二	天竜荘	第37回	昭和57年	北海道	(札幌)	札幌	西札幌
第5回	昭和25年	近畿・東海北陸	(大阪・静岡県浜北)	大阪	天竜荘	第38回	昭和58年	東海北陸	(名古屋)	東名古屋	名古屋
第6回	昭和26年	関東信越	(東京)	東京第一		第39回	昭和59年	近畿	(大阪)	大阪南	近畿中央
第7回	昭和27年	近畿	(京都)	京都	宇多野	第40回	昭和60年	中国	(広島)	広島	福山
第8回	昭和28年	九州	(熊本)	再春荘	熊本	第41回	昭和61年	関東信越	(東京)	医療センター	中野
第9回	昭和29年	東北	(仙台)	宮城		第42回	昭和62年	九州	(熊本)	再春荘	熊本
第10回	昭和30年	関東信越	(東京)	東京第二		第43回	昭和63年	四国	(松山)	四国がん	愛媛
第11回	昭和31年	東海北陸	(名古屋)	名古屋	大府荘	第44回	平成元年	東北	(仙台)	西多賀	仙台
第12回	昭和32年	中国	(岡山)	岡山病	岡山療	第45回	平成2年	関東信越	(横浜)	横浜	南横浜
第13回	昭和33年	近畿	(京都)	宇多野	京都	第46回	平成3年	東海北陸	(名古屋)	中部	名古屋
第14回	昭和34年	東海北陸	(金沢)	金沢	石川・北陸荘	第47回	平成4年	近畿	(大阪)	大阪	刀根山
第15回	昭和35年	関東信越	(東京)	中野	東京第一	第48回	平成5年	北海道	(札幌)	西札幌	札幌
第16回	昭和36年	北海道	(札幌)	札幌	小樽	第49回	平成6年	九州	(長崎)	長崎中央	長崎
第17回	昭和37年	中国	(広島)	広島	呉	第50回	平成7年	中国	(岡山)	南岡山	岡山
第18回	昭和38年	九州	(長崎)	大村	長崎	第51回	平成8年	関東信越	(千葉)	千葉	千葉東
第19回	昭和39年	関東信越	(横浜)	浩風園	横浜	第52回	平成9年	四国	(高松)	香川小児	善通寺
第20回	昭和40年	関東信越	(東京)	東京第一	武蔵	第53回	平成10年	東海北陸	(金沢)	金沢	医王
第21回	昭和41年	四国	(松山)	愛媛	松山	第54回	平成11年	近畿	(大阪)	近畿中央	循環器病センター
第22回	昭和42年	東北	(仙台)	仙台	宮城	第55回	平成12年	関東信越	(東京)	東京医療	東京
第23回	昭和43年	近畿	(大阪)	刀根山	大阪南	第56回	平成13年	東北	(仙台)	宮城	仙台
第24回	昭和44年	九州	(福岡)	福岡中央	福岡東	第57回	平成14年	九州	(福岡)	九州医療センター	南福岡
第25回	昭和45年	関東信越	(東京)	東京第二	村山	第58回	平成15年	北海道	(札幌)	札幌南	札幌
第26回	昭和46年	北海道	(札幌)	北海道第二	札幌	-	平成16年	-	-	-	-
第27回	昭和47年	東海北陸	(名古屋)	名古屋	中部・東名古屋	第59回	平成17年	中国四国	(広島)	呉医療センター	東広島医療センター
第28回	昭和48年	中国	(山口)	山陽荘	岩国	第60回	平成18年	近畿	(京都)	宇多野病院	京都医療センター
第29回	昭和49年	九州	(別府)	別府	西別府	第61回	平成19年	東海北陸	(名古屋)	名古屋医療センター	三重中央医療センター
第30回	昭和50年	関東信越	(東京)	中野	医療センター	第62回	平成20年	関東信越	(東京)	東京医療センター	東京病院
第31回	昭和51年	四国	(高松)	善通寺	高松	第63回	平成21年	北海道・東北	(仙台)	仙台医療センター	宮城病院
第32回	昭和52年	近畿	(京都)	宇多野	京都						
第33回	昭和53年	中国	(岡山)	岡山病	岡山療						

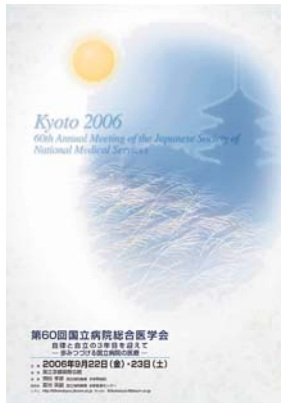
■平成17年度 第59回 (in広島)



「あらたなる旅立ち
～チーム医療で取り組む医療の質の向上～」

会 期：2005年10月14日（金）・15日（土）
会 場：広島国際会議場、広島県立総合体育館
会 長：佐治文隆 院長（呉医療センター）
副会長：児玉安紀 院長（東広島医療センター）

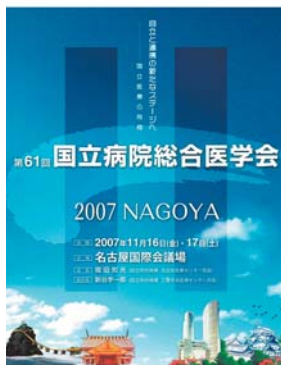
■平成18年度 第60回 (in京都)



「自律と自立の3年目を迎えて
～歩み続ける国立病院の医療～」

会 期：2006年9月22日（金）・23日（土）
会 場：国立京都国際会館
会 長：齊田孝彦 院長（宇多野病院）
副会長：葛谷英嗣 院長（京都医療センター）

■平成19年度 第61回 (in名古屋)



「自立と連携の新たなステージへ
～国立医療の飛翔～」

会 期：2007年11月16日（金）・17日（土）
会 場：名古屋国際会議場
会 長：堀田知光 院長（名古屋医療センター）
副会長：新谷宇一郎 院長（三重中央医療センター）

■平成20年度 第62回 (in東京)



「医療の心を求めて」

会 期：2008年11月21日（金）・22日（土）
会 場：東京国際フォーラム
会 長：松本純夫 院長（東京医療センター）
副会長：四元秀毅 院長（東京病院）

■平成21年度 第63回 (in仙台)



「国立医療の新たなる展開
～過去を見つめ未来を考える～」

会 期：2009年10月23日（金）・24日（土）
会 場：仙台国際センター、仙台市民会館、せんだいメディアテーク、東京エレクトロンホール宮城（宮城県民会館）
会 長：菊地 秀 院長（仙台医療センター）
副会長：木村 格 院長（宮城病院）

そして次回の開催は 

お知らせ

次回(第64回)の国立病院総合医学会は11月に福岡で開催!



医療の格差をなくす
— 国立病院機構の役割 —

第64回 国立病院総合医学会
64th Annual Meeting of Japanese Society of National Medical Services
2010年11月26日金・27日土
福岡国際会議場・福岡サンパレスホテル&ホール
会長:米倉 正大 院長 独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター
副会長:上野 道雄 院長 独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター
本部事務局:独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター 管理課
〒856-8562 長崎県大村市久保2丁目1001-1 Tel: 0957-52-3121 Fax: 0957-54-0292

第64回国立病院総合医学会

2010年11月26日金・27日土

会場: 福岡国際会議場

福岡サンパレスホテル&ホール

会長: 米倉正大 院長 (長崎医療センター)

副会長: 上野道雄 院長 (福岡東医療センター)

建物・設備の豆知識⑤ ～これ、なんだろう～

近畿ブロック事務所改善指導課施設整備室

照明器具のこのヒモなあ～に



これは非常照明の点検用のヒモです。非常照明は停電などで供給電源が断たれた際の非常時に照明器具に内蔵するバッテリーにより点灯する**電池内蔵型非常照明**と、電気室などに置かれる直流電源装置(バッテリーの集合装置)から電源が供給される**電源別置型非常照明**の二種類のタイプがあります。このヒモは前者の内蔵バッテリーのチェック用のヒモです。ヒモを引くと停電時における点灯状態を確認できるのです。非常照明は非常の際に30分間適正な明かりを確保し、避難行動を助けるためのものです。いつまでも点灯しているわけではありません。非常時には迅速な避難を心がけましょう。

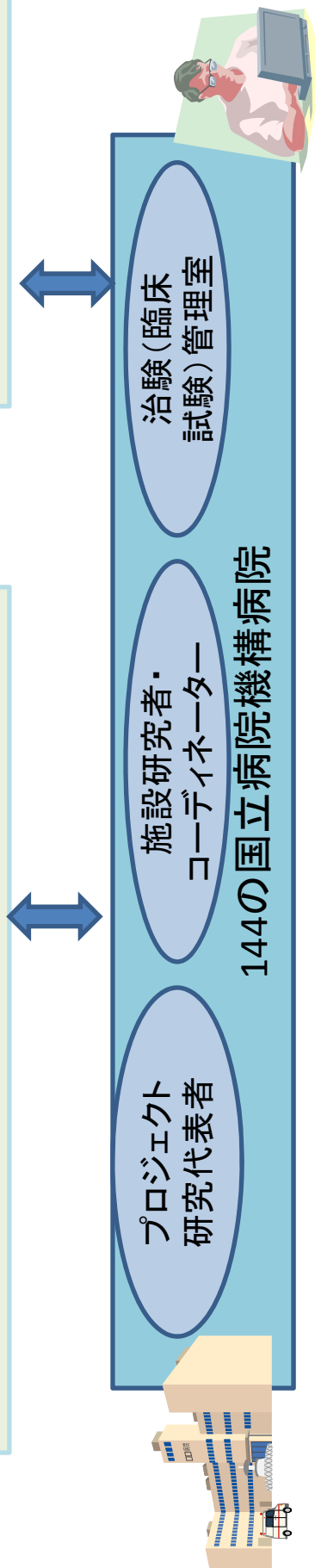
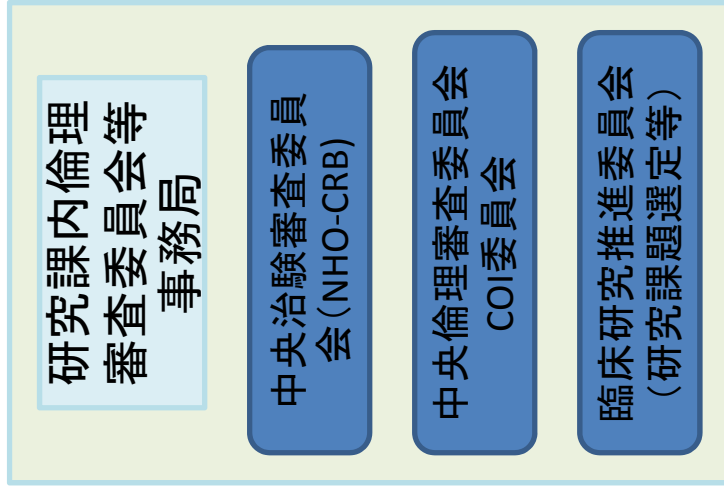
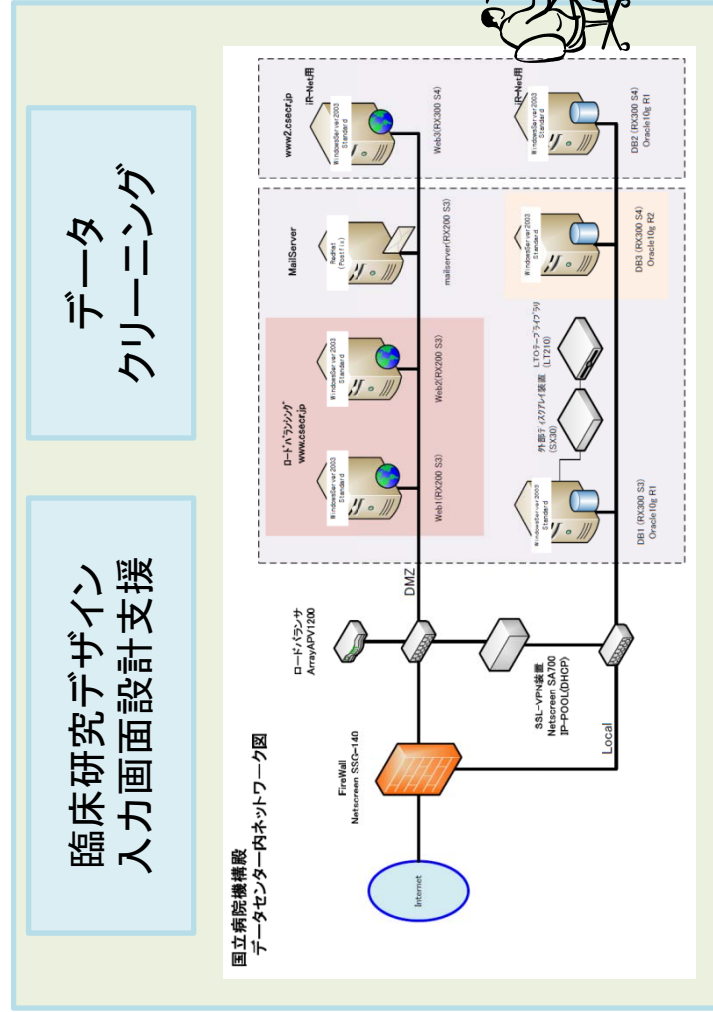
※内蔵バッテリーの寿命は4～6年のようです。

データセンターの概要

国立病院機構本部研究課データセンター

医師主導治験
EBM推進大規模臨床研究等
を対象

データセンター



臨床研究センター・臨床研究部の 評価概要

臨床研究センター・臨床研究部の評価概要

臨床研究活動性評価

- 国立病院機構が推進している治験、EBM臨床研究など
- ※ 治験実施症例数、EBM実施症例数 など
- 特許・知的財産収入
- ※ 特許出願件数 など
- 業績発表、独自研究など
- ※ 英文原著論文掲載数、国際学会発表数 など
- 競争的獲得資金額
- ※ 文部科学省研究費、厚生労働省科学研究費
その他財団などからの研究費、寄付金 など

項目ごとに
ポイント化

- ・ 積算点数に応じた助成金・運営費交付金を配分
- ・ 積算点数に応じた組織再構築

研究分野毎
に評価

NHO研究ネットワーク評価

- 臨床研究活動性評価における項目を研究分野毎にポイント化(研究力ポイント)
- ※ 項目は2分野に振り分けて評価
- ※ 評価対象の研究分野は29分野

研究分野毎に
ポイント化

- 高い研究力を有する領域においてNHO研究ネットワークグループを構築を検討

臨床研究活動評価票

① 国立病院機構が推進している治験、EBM臨床研究など	単位	ポイント	③ 特許・知的財産収入	単位	ポイント
治験 実施症例数	症例	2.5	収入として	万円	0.1
GCP準拠製造販売後臨床試験実施症例数	症例	1.25	特許等出願件数	件数	10
受託臨床研究(REACH Registryなど文書同意のあるもの)、公費臨床試験(JCOGなど)	症例	0.5	特許等取得件数	件数	50
製造販売後調査(文書同意なし)	症例	0.25	④ 業績発表、独自研究インパクトファクター		×2
EBM推進研究実施症例数(文書同意あり)	症例	0.25	英文原著論文掲載数	本	3
EBM推進研究実施症例数(文書同意なし)	症例	0.1	(うち筆頭筆者が当該施設のもの)	本	5
政策医療ネットワーク関連臨床研究実施症例数(文書同意あるもの)	症例	0.2	和文原著論文数	本	1
臨床研究などプロトコール作成	件	3	(うち筆頭筆者が当該施設のもの)	本	0.5
② 競争的資金獲得額			和文総説・著書数	本	1
文部科学省科学研究費	万円	0.1	(うち筆頭筆者が当該施設のもの)	本	0.5
厚生労働科学研究費	万円	0.05	国際学会発表(演者のみ)	回	2
その他の財団などからの研究費	万円	0.1	国内学会発表(総会、地方会含む、シンポジウム、一般演題も含む、演者のみ)	回	1
民間セクターからの寄附金等	万円	0.1			

NHO研究ネットワーク評価の 実施状況

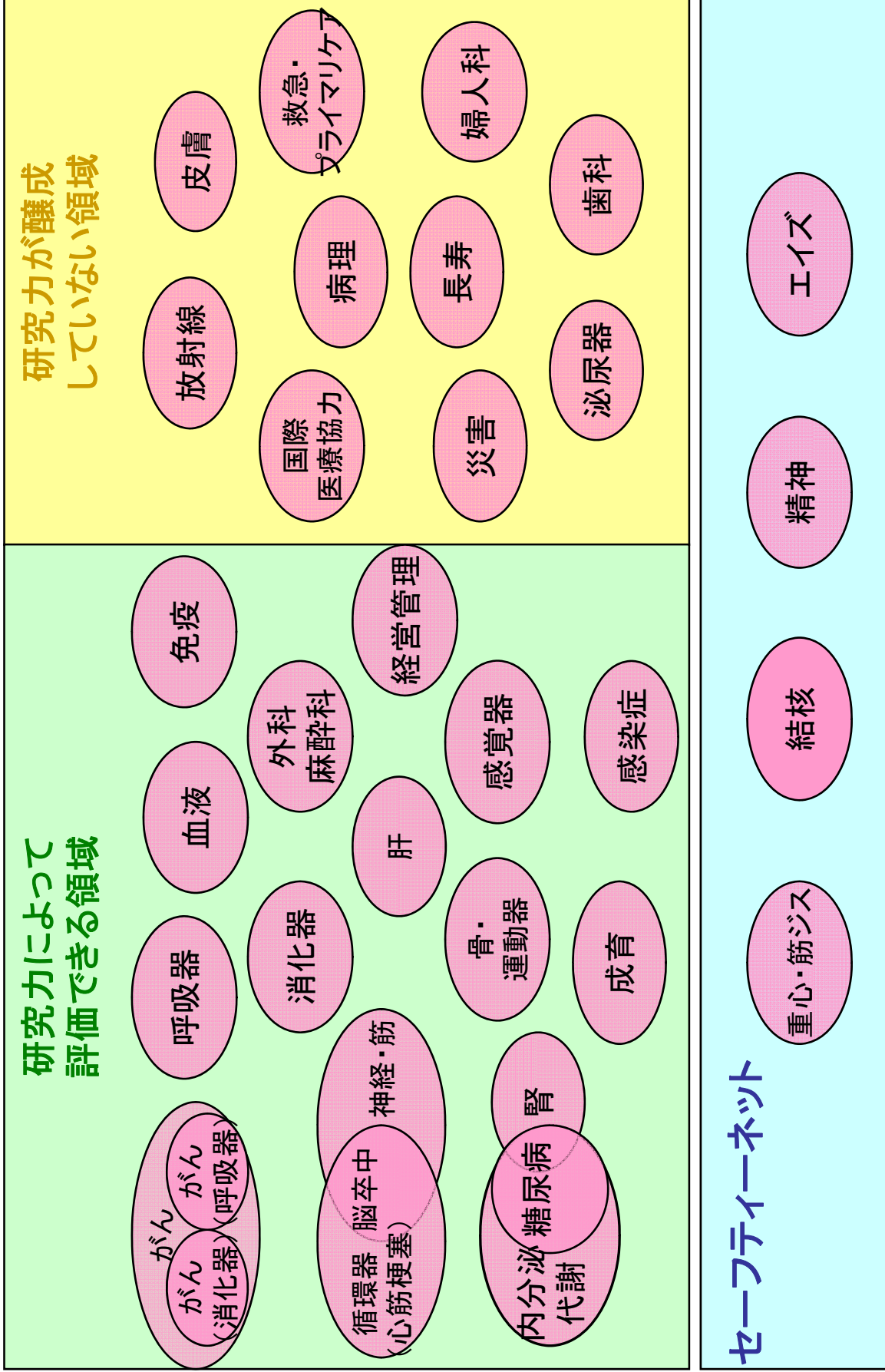
NHO研究ネットワークの構築にかかる
評価対象臨床研究分野一覧

	候補分野	備考(読み替え可能分野)
1	がん	
2	循環器	循環器内科・循環器外科
3	精神疾患	メンタルクリニック、触法
4	神経・筋疾患	神経内科
5	国際医療協力	
6	国際的感染症	感染症
7	成育医療	新生児、小児、産科
8	長寿医療	高齢者医療、高齢者の保健、生活機能
9	腎疾患	
10	感覚器	眼科、耳鼻咽喉科
11	骨・運動器疾患	整形外科
12	免疫異常	自己免疫疾患、アレルギー
13	血液疾患	
14	内分泌代謝疾患	内分泌、代謝、糖尿病
15	呼吸器疾患	結核
16	肝疾患	
17	重症心身障害児(者)	
18	災害医療	
19	エイズ	
20	消化器疾患(肝以外)	消化管、膵、胆
21	外科・麻酔科	
22	救急・プライマリケア	
23	婦人科	
24	泌尿器科	
25	皮膚科	
26	歯科	
27	経営管理	医療安全、DPC、経営管理、人事管理、医療マネジメント、医学教育
28	病理	
29	放射線	放射線診断、放射線治療

臨床研究組織領域別研究力ポイント表(平成19、20年度実績の平均)

領域	病院名	合計	研究力ポイント																					
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	その他
	北海道がんセンター	1,481	94	71	629	125	3		25	83	4			2		37	17	53	34	11	18	152	65	57
	西札幌病院	261				225			1		14					4		16						1
	函館病院	801	18	10	37	302	21	15		28				40		0	6	30	4	52	101	67	71	
	道北病院	712	123		1	10	24		161	49	2	14		13	1	4	5	0	216	7	6	10	30	37
	帯広病院	207				141			16					4				6				41		
	弘前病院	465	34		15	38				4	28			97	3	111		24	15		9	2	50	35
	青森病院	118						2	56	19	9	2		11	2	5	1		4		1		5	2
	盛岡病院	211					2		3	23						74	82		22				7	
	花巻病院	98							98															
	岩手病院	103				1	2	1	73	14		3				3	0		0		1		1	5
	釜石病院	95				4			36	15	6	19		1							1		5	10
	仙台医療センター	2,321	8	98	85	326	78	7	110	242	125		201	44	45	65	12	17	88	54	169	239	67	244
	西多賀病院	826				3	1		527	21	10	15				204	5	4	0				28	8
	宮城病院	675				2	84		478	41		21		4	2		4		1			1	12	25
	山形病院	271				2	1	129	22	2	50	0				10	3		1		1		18	34
	米沢病院	169					0		162	5								0		2				
	いわき病院																							
	水戸医療センター	1,451	13	29	59	197	142	65	50	166	3			134	6	16	1	52	65	13	80	237	25	97
	霞ヶ浦医療センター	256	3	10	5	16			12	20	1			5				4	128	1	23	19		11
	茨城東病院	757	36		2	21			1	92				8			118	0	470			5	1	3
	栃木病院	643		1	36	20	78		1	181	51			19	2	61			3	42	16	62	10	63
	宇都宮病院	547	1	17		37			0	0				176		121	24		41	3	12	91		24
	高崎病院	415	11	0	79	120	2	7	5	1	30			4	1	3	2	32	39		9	18	15	38
	西群馬病院	853	188	21	34	1	7	58	1	55		13	1	10		1	5	329	24	53	13	11	30	1
	西埼玉中央病院	505		1	43	41			1		40			126	5	107	37	4	1	31	30	13	7	21
	埼玉病院	563		3	62	115	39	1	31	51	24			65	1	45	9	3	3	5	21	17	29	39
	東埼玉病院	972	38	1	1	1	31		534	141	9	13	50	2	2	2	1	46		3	1	42	55	5
	千葉医療センター	1,051	0	1	178	98	51	8	31	46	38		2	13	121	61	6		28	51	38	47	55	178
	千葉東病院	2,207		2	10	13			244	27	0			1,165		8	244	2	61	31	43	52	0	305
	下総精神医療センター	203			1				192	4												1	5	1
	下志津病院	997				1	3	0	28	34	285	28		43		65	444		11	1	13	14	2	27
	東京医療センター	5,479	5	5	222	162		12	50	389	154			92	3,494	17	68	137	60	36	93	85	169	231
	災害医療センター	1,733	22	36	46	92	164	131	119	78	4	1		41	14	41	13	41	47	51	27	69	20	679
	東京病院	1,343	53	12	11	56	22	7	63	51			21	5	7	22	56	3	709	135	27	6	30	49
	村山医療センター	998				2	5		84	27	10			4		737	42	1		4	14	4	5	60
	横浜医療センター	893	2	9	22	178	19	4	34	3	77			172	2	12	61		12	75	28	53	4	128
	久里浜アルコール症センター	1,590		221	2	2			1,283	31				23		7				8	13			3
	箱根病院	59							38							10	7		1				0	1
	相模原病院	6,338		91	13	36	17	15	497	63	658			0	37	498	3,642	8	545	25	36	3	13	141
	神奈川病院	19	1	2		7	1		2		1			1					2	1	1	1	1	1
	西新潟中央病院	914	8	1	10	0		11	573	70	42	8		8		6	4		140		4	2	3	23
	新潟病院	736				20	7	7	464	26	40	14		85			20	4	16		3		11	19
	さいがた病院	321				11	31	55	103	3	1	2		36				23	29	0	18		1	9
	まつもと医療センター	727	32	12	12	102	5		59	67	26	7	8	41	4	24	19	37	28	17	58	40	29	102
	長野病院	411			41	48	5		18	162	5			29	1	56			11		17			20
	小諸高原病院	47							38	1		1		1										7
	北陸病院	66							55	6				1				0						1
	金沢医療センター	1,523	134	26	116	314	46	29	20	66	78			155	16	137	33	8	52	51	15	40	39	150
	医王病院	315					2	9	166	28	12	8		10	1		1	0	7		2		33	38
	七尾病院	127	5	2		12		14	3	12	1	2		9	1	3	2		10		1	11	22	19
	長良医療センター	402	84			85			19		136								19					60
	静岡てんかん・神経医療センター	2,161							143	1,266	23	549	4		2		8					104		64
	天竜病院	403	41			0	2	15	11	21	8	6		30	1	2	3		228		11	17		8
	静岡医療センター	834		55	25	253	38		16	84	3			51	13	8	8	9	10	60	30	104	8	61
	名古屋医療センター	7,218	220	112	733	155	64	0	151	302	1,209		1,265	294	76	173	154	1,323	246	31	50	220	130	309
	東名古屋病院	732	1		2	3	19		406	7		2				6			254		3	8	15	7
	東尾張病院	141							141															
	豊橋医療センター	441	0	7	24	163	19	1	5	4	3	1		12	10	55	11	8	6	2	11	21	57	21
	三重病院	3,080			3				7	1,286	1,186	8		45	22	3	469	1	2		1		0	48
	鈴鹿病院	303				44		1	179	21		4		0		1			46				4	3
	三重中央医療センター	1,895	38	15	6	44	40	2	19	175	798			195	18	105	107	33	99.98	7	17	12	138	29
	神原病院	20							14	3		3												1
	あわら病院	104			2	3				16							50	26	8					
	京都医療センター	5,096	5	86	100.1	1,225	156	3	5	110	59			2,762	6	188	1	2	16	54	45	55	28	192
	宇多野病院	1,283				6	69	3	858		2	2		20		18	157	7	2		3	1	138	
	舞鶴医療センター	607		19	5	101	129	10	116	50	48			9	1	1	2		2	1	52	41	12	10
	南都病院	288	3		7				50	35	15	18	46			1	1	1	94		1		2	16
	大阪医療センター	7,809	77	1,197	278	716	414	224	842	8	103		1,361	85	248	298	4	78	9	423	26	1,036	225	157
	近畿中央胸部疾患センター	3,556	906								37						4		2,603				2	4
	刀根山病院	1,043	122			1			450	11				2		7		3	379		1	67	0	1
	大阪南医療センター	2,231	4	21	74	459	8	1		16	22			94	2	315	727	95	61	94	21	200	4	12
	神戸医療センター	549		22	74	114		2		28	6			11	1	175	1		13	3	3	33	3	64
	姫路医療センター	530			46	14		2	13					2	59	34	2	35	142		12	48	11	111
	松籟荘病院	69							69															
	南和歌山医療センター	283	1	2	6	56	2	1		5	8		2	0		32	3	5	13	28	11	62	11	36
	鳥取医療センター	572				13	8	147	187	1	11	71		11		2			9	1	4	1	11	98
	米子医療センター	645	9	10																				

NHO研究ネットワーク領域マップ(案) 21年度以降

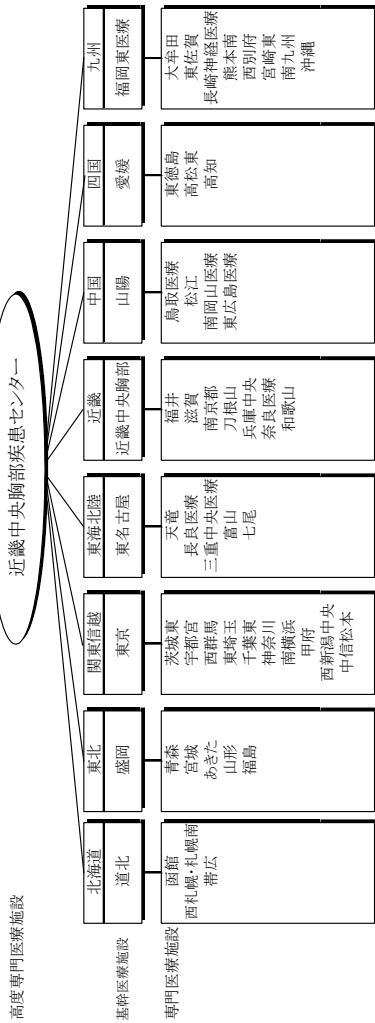


NHO研究ネットワークグループ について

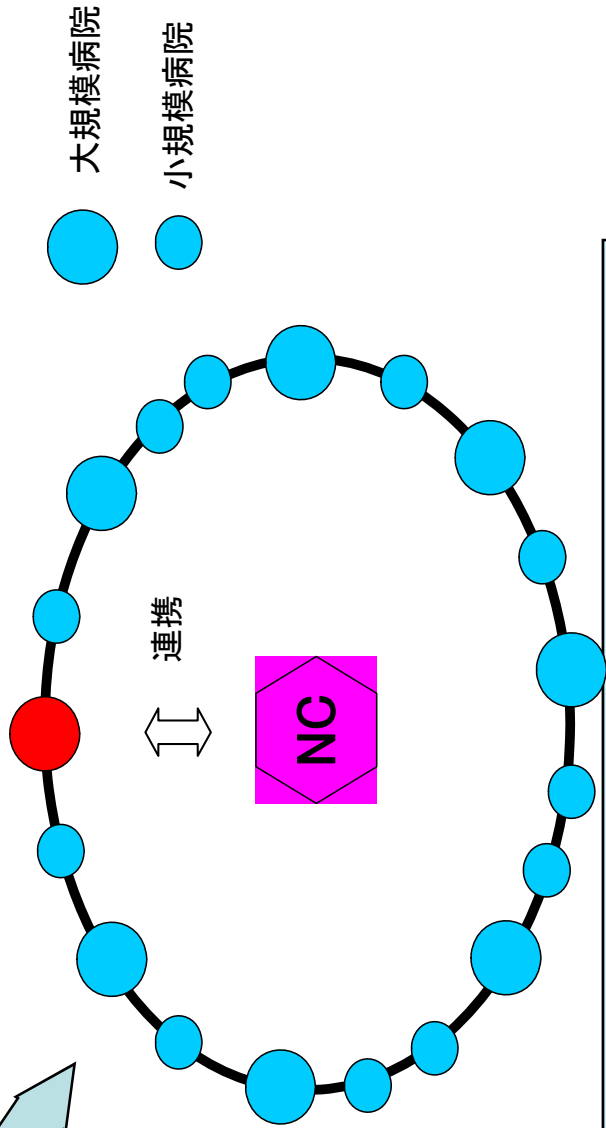
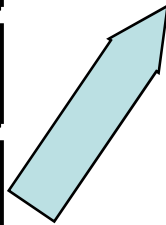
NHO研究ネットワークグループの構築へ

呼吸器疾患(結核を含む)

高度専門医療施設



グループリーダー



既存のネットワーク枠にこだわらず
実際の活動性を重視

NHO研究ネットワークグループ

【がん】
大阪医療他59病院

【感染症】
三重他39病院

【感覚器】
東京医療他14病院

【血液疾患】
名古屋医療他25病院

【消化器疾患】
九州医療他32病院

【循環器】
京都医療他49病院

【成育医療】
名古屋医療他36病院

【骨・運動器疾患】
村山医療他39病院

【呼吸器疾患】
近畿中央他72病院

【外科・麻酔科】
大阪医療他38病院

【脳卒中】
九州医療他32病院

【糖尿病】
京都医療他40病院

【免疫異常】
相模原他35病院

【肝疾患】
長崎医療他38病院

【経営管理】
四国がん他24病院

【重症心身障害児(者)】
南九州他67病院

【神経・筋疾患】
静岡てんかん、東埼玉
他64病院

【精神疾患】
久里浜他28病院

【エイズ】
大阪医療他69病院

他の設置主体では必ずしも実施されないおそれのある研究(セーフティネット)

NHO研究ネットワークグループを 中心とした臨床研究

平成21年度NHOネットワーク共同研究課題

研究分野別課題数

がん(呼吸器)	2	感覚器	2
がん(消化器)	0	骨・運動器疾患	1
がん(一般)	5	免疫異常	4
循環器	6	血液疾患	3
脳卒中	2	呼吸器疾患	4
精神疾患	1	肝疾患	3
神経・筋疾患	11	消化器疾患	2
感染症	1	外科・麻酔科	1
成育医療	7	重症心身障害児(者)	4
エイズ	2	経営管理	1
糖尿病	5	多施設共同研究	19
		合計	86

臨床研究センターを中心とした共同研究(NHOネットワーク共同研究)

研究領域	研究課題名	申請者 (主任研究者)	病院名
がん(一般)	仮想乳管内視鏡による乳癌の早期診断	市原周	名古屋医療センター
	乳がんマンモグラフィ検診の要精査例における診断確定までに要する期間に関する研究	遠藤登喜子	名古屋医療センター
がん(呼吸器)	間質性肺炎を合併する原発性肺癌の術後急性増悪の治療法確立のための多施設調査研究	松村晃秀	近畿中央胸部疾患センター
	EGFR遺伝子変異を有する切除不能局所進行非小細胞肺癌におけるゲフィチニブと胸部放射線治療との併用療法の有効性・安全性研究。第Ⅱ相臨床試験	安宅信二	近畿中央胸部疾患センター
	冠動脈疾患を合併した脂質異常症におけるLDL-C管理目標値設定の検討	冷牟田浩司	九州医療センター
脳卒中	脳梗塞患者の再発・進展予防のための至適治療法の確立を目指した多施設共同長期観察研究	塚原徹也	京都医療センター
	脳梗塞患者における抗血栓療法のリスク・ベネフィット	矢坂正弘	九州医療センター
神経・筋疾患	パーキンソン病の精神症状—認知症, うつ, 幻覚—の実態調査とQOL向上への提言	長谷川一子	相模原病院
	パーキンソン病に合併する精神症状に対する塩酸ドネペジルの有用性: 多施設プラセボ対照二重盲検試験	澤田秀幸	宇多野病院
感染症	先天性サイトメガロウイルス感染による小児難聴における精神発達遅滞の予測因子の同定と早期診断への活用	込山修	東京医療センター
成育医療	Latepretermbirthの新生児予後と周産期システムのあり方に関する研究	安日一郎	長崎医療センター
成育医療	ネットワークを用いた、頻度の高い小児外科疾患に対する治療ガイドラインの為のエビデンス収集	羽金和彦	栃木病院
エイズ	HIV-1のウイルス毒性の推移に関する臨床共同研究	白阪琢磨	大阪医療センター
糖尿病	慢性腎臓病(CKD)進展を予測するための新規診療法の確立	今澤俊之	千葉東病院
	糖尿病・肥満における心腎関連進展因子としての脂質炎症関連分子の意義とその効果的治療法の検討	佐藤哲子	京都医療センター
	1型糖尿病治療の標準化と効果的な治療法の確立に関する研究	坂根直樹	京都医療センター
	糖尿病足病変ハイリスク患者への外来での予防的フットケアの有効性に関する研究	河野茂夫	京都医療センター
	地域医療連携によるCKD(慢性腎臓病)の予防・進行抑制効果についての研究	菅原照	京都医療センター
	学会ガイドラインに基づく原発性アルドステロン症の診断と効果的な薬物治療法の確立	成瀬光栄	京都医療センター
	2型糖尿病性腎症(糸球体硬化症)感受性遺伝子同定のための前向き研究	服部正和	京都医療センター
	糖尿病および慢性腎臓病(CKD)に対する移植・再生医療に関する臨床的研究	剣持敬	千葉東病院

研究領域	研究課題名	申請者 (主任研究者)	病院名
感覚器	加齢による生理的声帯萎縮による発声障害患者に対する、自己訓練法の治療介入効果に関する実験研究	角田晃一	東京医療センター
	加齢性難聴に対する QOLと酸化ストレスを指標とした個別化治療の開発に関する研究	藤井正人	東京医療センター
	非症候群性難聴の遺伝子診断の確立に関する研究	松永達雄	東京医療センター
骨・運動器疾患	骨粗鬆症性椎体骨折後の新規椎体骨折の危険因子の解明	町田正文	村山医療センター
免疫異常	Web化iAネット(食物アレルギー)の開発および食物アレルギー患者実態調査研究	海老澤元宏	相模原病院
	リウマチ性疾患における好中球上CD64分子測定による合併症検索および疾患活動性マーカーとしての有用性の検討	松井利浩	相模原病院
	本邦の成人喘息における原因アレルゲンの地域差、ならびに新規重要アレルゲンの意義に関する研究	谷口正実	相模原病院
	関節リウマチにおける治療対効果の新しい評価法:総合的診療評価指標の確立を目指したNHOネットワーク共同臨床研究	當間重人	相模原病院
	超早期治療介入による関節リウマチ(RA)発症抑止に関する前向き研究	佐伯行彦	大阪南医療センター
	膠原病による下肢皮膚潰瘍に対する自家末梢血単核球細胞注入を用いた皮膚潰瘍改善の検討	津谷寛	あわら病院
血液疾患	異なるヘモグロビン濃度を基準とする慢性貧血患者に対する赤血球輸血の無作為化比較試験	大橋春彦	名古屋医療センター
	血液・造血器疾患患者登録システムの基盤整備、運用改善、及び医療の均てん化を目指した前向きコホート研究	堀部敬三	名古屋医療センター
	先天性血小板減少症の診断ガイドライン作成に関する研究	國島伸治	名古屋医療センター
	HCV感染と悪性リンパ腫の発症リスクの解析	永井宏和	名古屋医療センター
呼吸器疾患	特発性間質性肺炎のガイドライン改訂に向けたエビデンス評価のための研究	井上義一	近畿中央胸部疾患センター
	新しい抗リウマチ薬(インフリキシマブ、エタネルセプト、アダリムマブ、トシリズマブ等)による結核発症に対する予防・診断法の評価調査とメカニズムの解析	露口一成	近畿中央胸部疾患センター
	多剤耐性結核・超薬剤耐性結核(XDR-TB)の実態調査及び迅速診断・迅速入院法・治療法(新しい化学療法剤、外科療法等)	岡田全司	近畿中央胸部疾患センター
	難治性結核(糖尿病合併結核・HIV合併結核)の実態調査と対策、及び難治性結核予後診断法の開発	鈴木克洋	近畿中央胸部疾患センター
肝疾患	非B非C型肝炎細胞癌の治療成績向上に向けて - 背景疾患としてのNASHの実態解明 -	藤岡ひかる	長崎医療センター
	B型肝炎慢性肝疾患に対するエンテカビル治療およびラミブジン・アデホビル併用療法の薬剤耐性変異に関する検討	三田英治	大阪医療センター
	原発性胆汁性肝硬変の長期予後診断と新しい治療ガイドライン作成にむけての多施設共同研究	中村稔	長崎医療センター
	本邦におけるウイルス性急性肝炎の発生状況と治療法に関する研究	八橋弘	長崎医療センター

研究領域	研究課題名	申請者 (主任研究者)	病院名
消化器疾患	抗血小板剤クロピドグレル内服患者における上部消化管出血の調査研究	原田直彦	九州医療センター
	ヘリコバクター・ピロリ三次除菌療法としての高用量ラベプラゾール＋アモキシシリン療法の有用性の検討	西澤俊宏	東京医療センター
経営管理	国立病院機構における臨床研究基盤の整備状況と今後の課題に関する調査研究	楠岡英雄	大阪医療センター
重症心身障害児 (者)	重症心身障害児者における摂食機能療法の普及推進のための研究	倉山英昭	千葉東病院
	重症心身障害児(者)の骨粗しょう症に対するビスホスホネート製剤の治療効果に関する研究	山本重則	下志津病院
多施設共同研究	証拠に基づいた腎疾患病理組織分類の作製:標準化された腎生検の臨床病理情報を用いた後ろ向き多施設共同研究	城謙輔	京都医療センター
	「新たな治験活性化5カ年計画」を踏まえた国立病院機構の治験・臨床研究推進のあり方に関する研究	森下典子	大阪医療センター
	口腔ケアの導入と標準化に関する研究	大橋純子	栃木病院
	国立病院機構病院における緊急地震速報システム導入の標準化について	堀内義仁	災害医療センター
	国立病院機構における手術麻酔の現状に関する研究—麻酔科医不足状況と手術件数および安全性確保についての対策—	柳下芳寛	熊本南病院
	医用画像デジタルシステムにおける物理および視覚評価を用いた品質管理(QC)—特にモニター診断の施設において—	井手口忠光	熊本医療センター
	国立病院機構施設の新型インフルエンザ対策強化に関する調査研究	林茂樹	災害医療センター

国立病院機構における
臨床研究の成果

国立病院機構における臨床研究の成果

業績発表等（論文・発表数、ポイント）

区 分	平成20年度	平成21年度 (暫定)
英文原著論文	1, 320	1, 364
上記に係るインパクトファクター	3, 255	3, 372
和文原著論文	1, 611	1, 529
和文総説	1, 812	1, 969
国際学会発表	640	774
国内学会発表	11, 156	14, 111

※「インパクトファクター」とは、特定の1年間において、ある特定雑誌に掲載された論文が平均的にどれくらい頻繁に引用されているかを示す尺度であり、一般にその分野における雑誌の影響度を表す指標とされている。

指定研究課題の概要

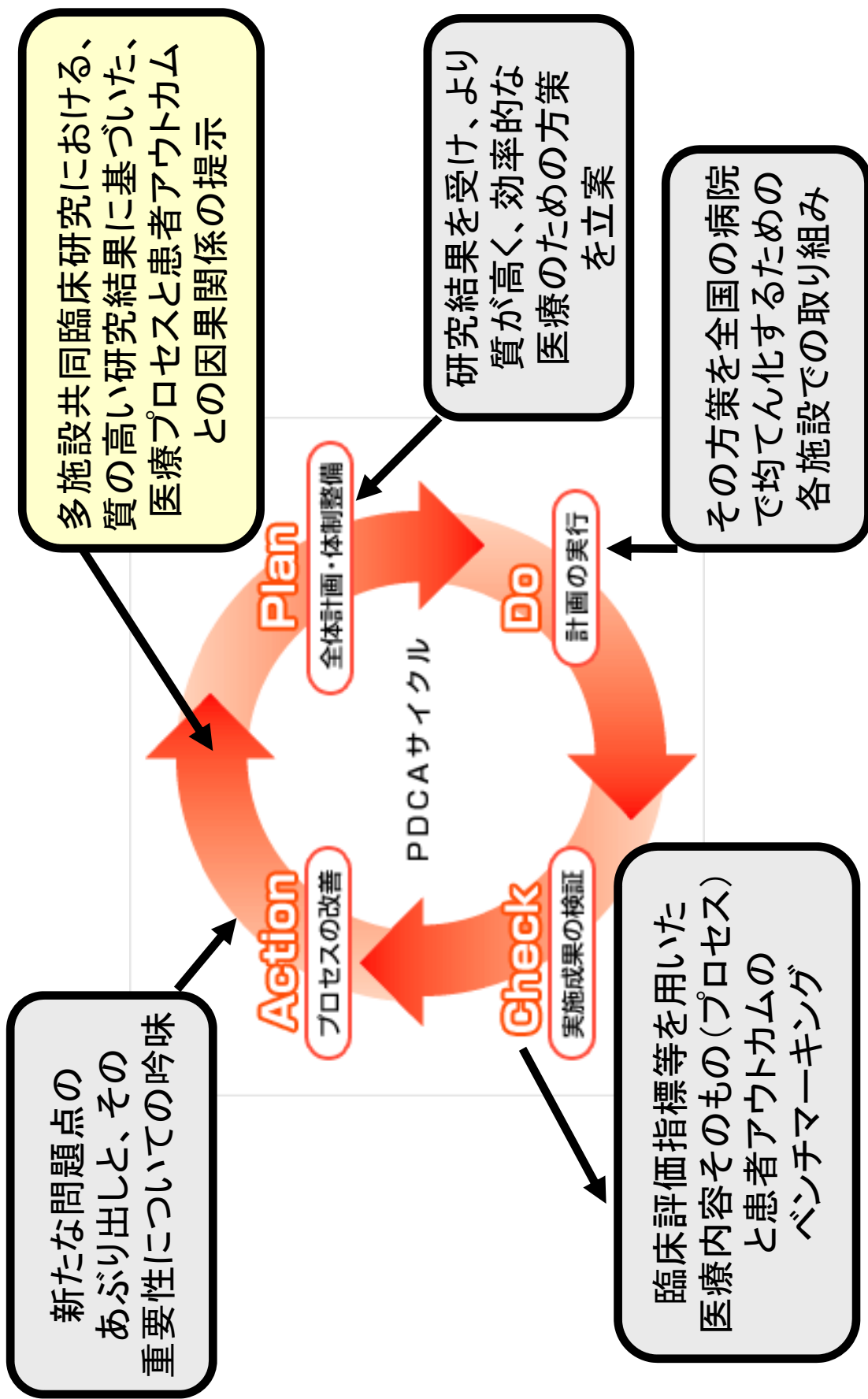
国立病院機構が行なう指定研究事業

- 事業の対象
 - － 国立病院機構の医療向上のために、重要性および緊急性の高いもの
 - － 病院での活動から得られるデータを収集し、解析・分析することによって結果が得られるもの
 - － 研究成果が問題の解決に直結しているもの
- 研究成果の活用
 - － 本事業の目的は、研究成果が問題の解決に直結することであるから、主題提供部署の進める施策において、成果は活用されなければならない。そのため、主題提供部署は、計画段階のみならず実施段階においても、主任研究者と調整を行っていく。

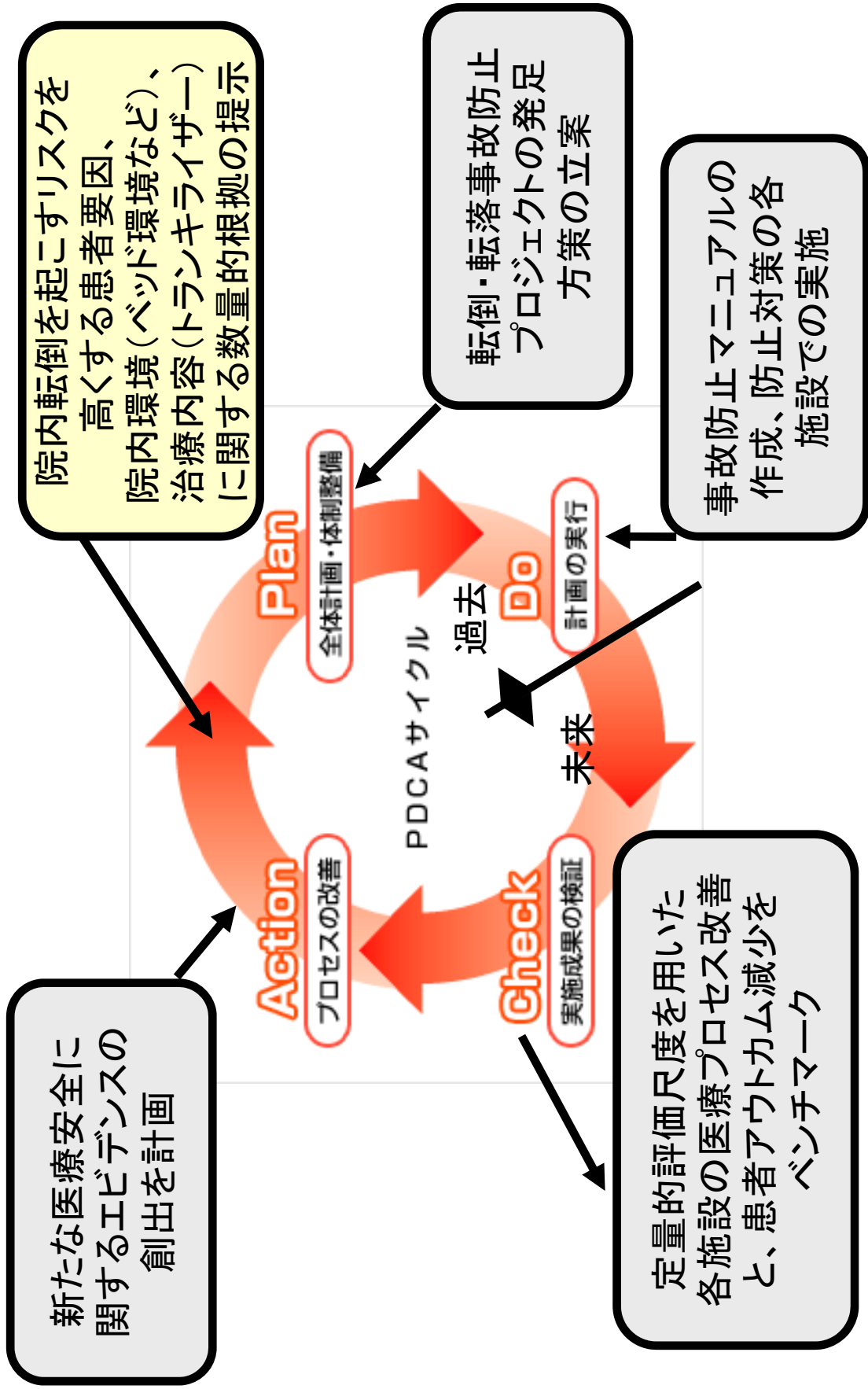
平成21年度 指定研究課題

推薦課題名	研究責任者	
	所属	氏名
死後画像診断(AI)を活用した死因究明手法有効性の検証に関する調査研究	東京医療センター	松本 純夫
国立病院機構施設におけるフィルムレス導入効果の検討ー平成20年度関係信ブロック放射線業務集計を基にしたー	災害医療センター	大棒 秀一
H1N1インフルエンザワクチン(新型インフルエンザ)の有効性の検討について	三重病院	庵原 俊昭
組織的な医療事故当事者サポート体制の実態調査	九州医療センター	児玉 由美子
H1N1インフルエンザワクチン(新型インフルエンザ)の安全性の研究	東京医療センター	岩田 敏

医療サービス改善のPDCAと臨床研究



医療サービス改善のPDCAと臨床研究: NHO指定研究(転倒研究)の事例



治験推進室パンフレット

— 国立病院機構における
ネットワークを活用した治験へのとりくみ —

治 験 推 進 室

国立病院機構における治験について



理事長 矢崎義雄

国立病院機構は、全国で146の病院を運営している独立行政法人です。

我々は、患者さんの目線に立ち国民に満足される安心で質の高い医療の提供、ネットワークを活用した診療の科学的根拠となる臨床研究の実施及び教育研修などを通じた質の高い医療人の育成を3つの柱としております。

とりわけ、「治験」につきましては、国立病院機構のネットワークを活用して迅速で質の高い治験を推進することとしております。

このため、各病院での治験実施体制の強化、特に国際共同治験の実施体制の強化を行っているところです。また、機構本部による各病院への支援や、治験実施医師へのインセンティブの向上などを行っております。

また、効率的な治験審査の実施を目的として「中央治験審査委員会」を設置し、一層の依頼者の皆様の負担軽減を図っているところです。

国立病院機構に対して治験を依頼されるメリットとしては、治験実施医師の責任の明確化による質の確保、手続きの簡略化などによる迅速性の追求、全国146病院のネットワークを活用した量の確保などが挙げられます。

さらに、治験を円滑に実施していくために、依頼者の皆様の総合的な窓口として、機構本部医療部に「治験推進室」を設置しております。

以上のような取組みをもって、益々の治験の推進を図り、国民の皆様に画期的な新医薬品の迅速な提供の一役を担わせて頂くことにより、今後とも医療の質の向上に貢献してまいります。

国立病院機構では

国立病院機構は、循環器、がん、呼吸器、神経難病をはじめとする多様な疾患について、全国的なネットワークで取り組むとともに、地域のニーズにあった医療提供をめざしています。

国立病院機構の理念

国民一人ひとりの健康と我が国の医療の向上のためにたゆまぬ意識改革を行い、健全な経営のもとに患者の目線に立って懇切丁寧に医療を提供し質の高い臨床研究、教育研修の推進につとめます。



臨床研究事業

- ・ EBMのためのエビデンスづくりの推進、診療ガイドラインの作成・改善
- ・ 質の高い治験の実施

診療事業

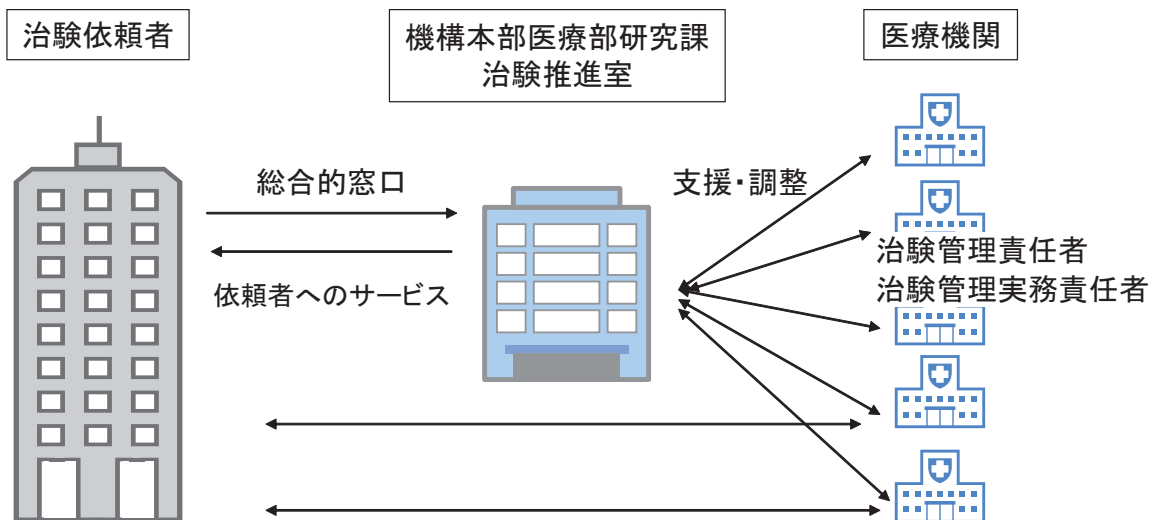
- ・ 地域に信頼される医療の提供
- ・ 国の医療政策に対する積極的貢献
- ・ 患者の目線に立った医療
 - －セカンドオピニオン制度の導入
 - －小児救急への対応
- ・ 質の高い医療の提供
 - －クリティカルパスの活用
 - －病診連携の推進
 - －長期療養患者のQOLの向上

教育研修事業

- ・ 質の高い医療従事者の養成
 - －臨床研修医の受入
 - －医師、看護師のキャリアパス制度の構築と活用
 - －EBM普及のための研修人材養成
- ・ 地域医療に貢献する研修事業の充実

国立病院機構における治験の推進

治験依頼者、本部、医療機関との関係

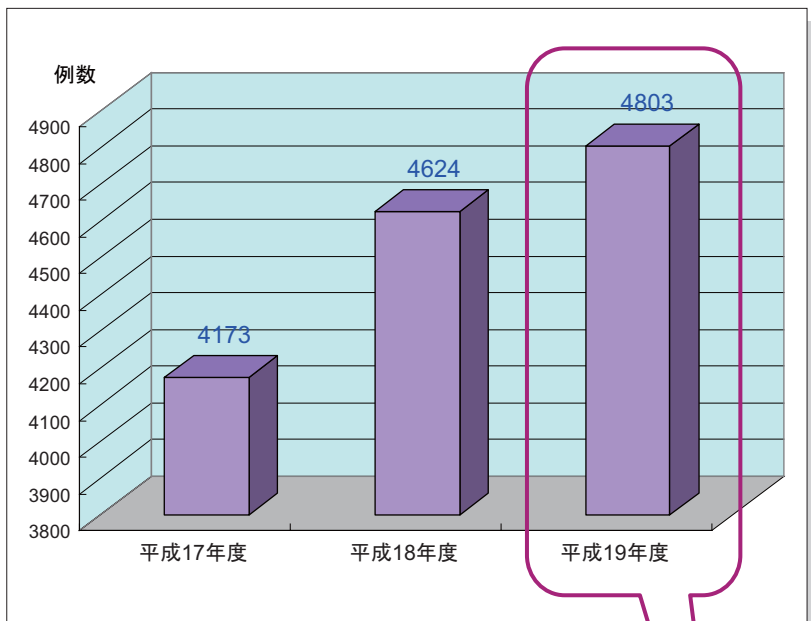


国立病院機構では大規模かつ多様な医療機関ネットワークを最大限に活用して、迅速で、質のそろった症例を一度に多数提供することにより治験を積極的に実施していきます。

* 国立病院機構本部は、治験中核病院として指定されています。

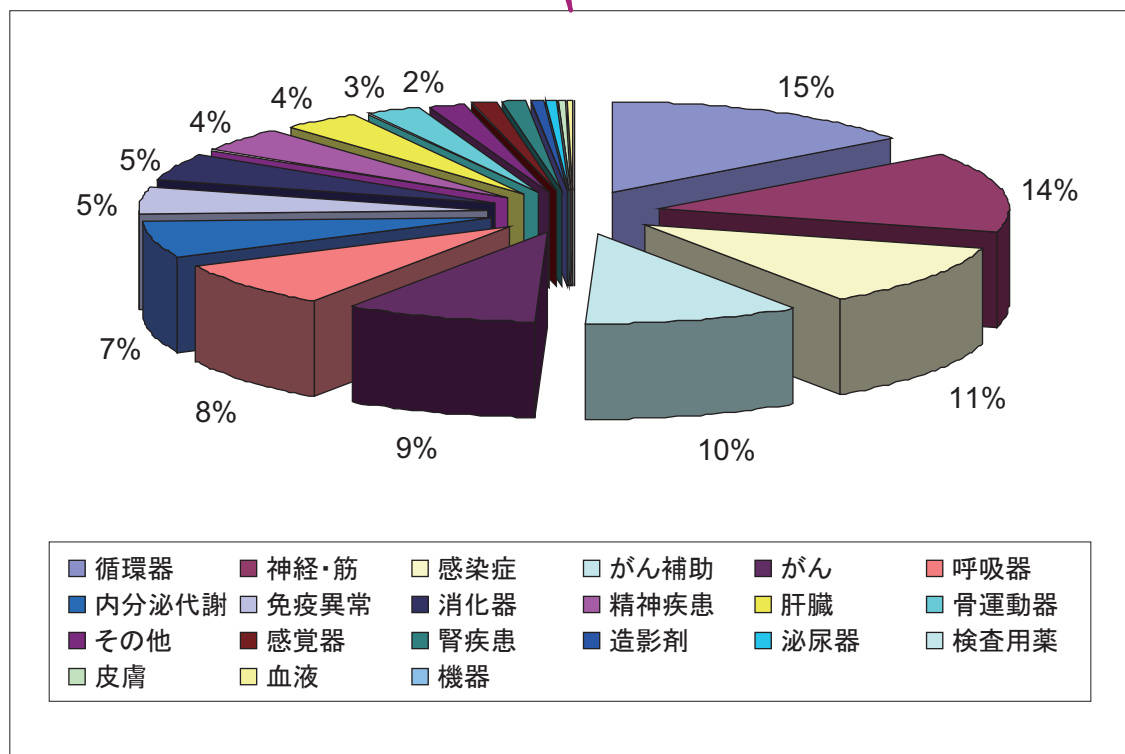
国立病院機構における治験の実績

国立病院機構146医療機関のうち、114で治験の経験があります。



平成17年度から19年度までの実施症例数

平成19年度、国立病院機構の医療機関では、このような疾患分野の治験を行っています。

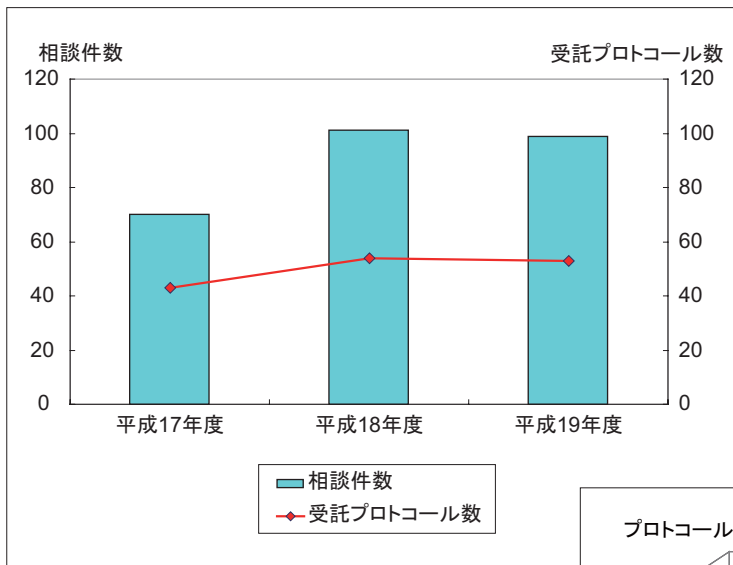


平成19年度 疾患分野別治験実施症例数

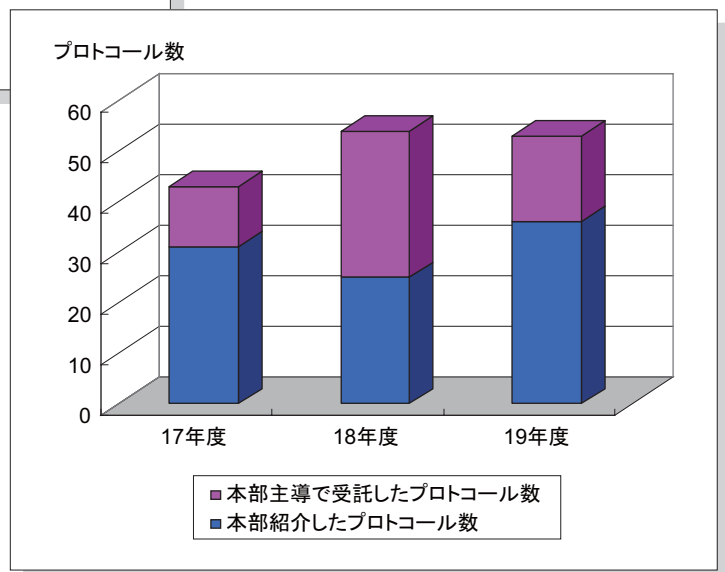




機構本部治験推進室では、
年間100件程度の
相談に対応しています。



機構本部への相談件数と
そのうち受託に至ったプロトコール数



参加意向調査後
受託に至ったプロトコール数のうちわけ

国際共同治験実施の推進について

国際共同治験実施経験

44 医療機関、
137 課題、
580 症例

国際共同治験実施診療分野

がん・呼吸器科・内科
整形外科・精神科
救急

(20年度6月まで)

EDC対応 [CRC定員配置64医療機関のうち]

インターネット回線設置医療機関数：光回線 39、ADSL 16、その他 1
治験事務局内国際電話回線設置医療機関数：38

治験推進室の業務紹介

< 治験依頼者に対して >

- 治験を実施できる医療機関を紹介します
- 中央治験審査委員会をおこないます
- 進捗状況を把握し、医療機関を指導します（一部有料）
- 一括説明会を開催します（有料）
- 治験以外の製造販売後調査等の一括契約が可能です（有料）

- ▶ 治験管理責任者（副院長・臨床研究部長等）
医療機関における治験等について進行状況を把握し、その管理に責任を負うとともに本部との連絡調整の責任をおう。
- ▶ 治験管理実務責任者（薬剤科長、治験主任、業務班長等）
治験管理責任者とともに治験に関する業務の実務を担う。

* 責任ある治験体制を確立するため各病院に治験管理責任者と治験管理実務責任者を配置しています。

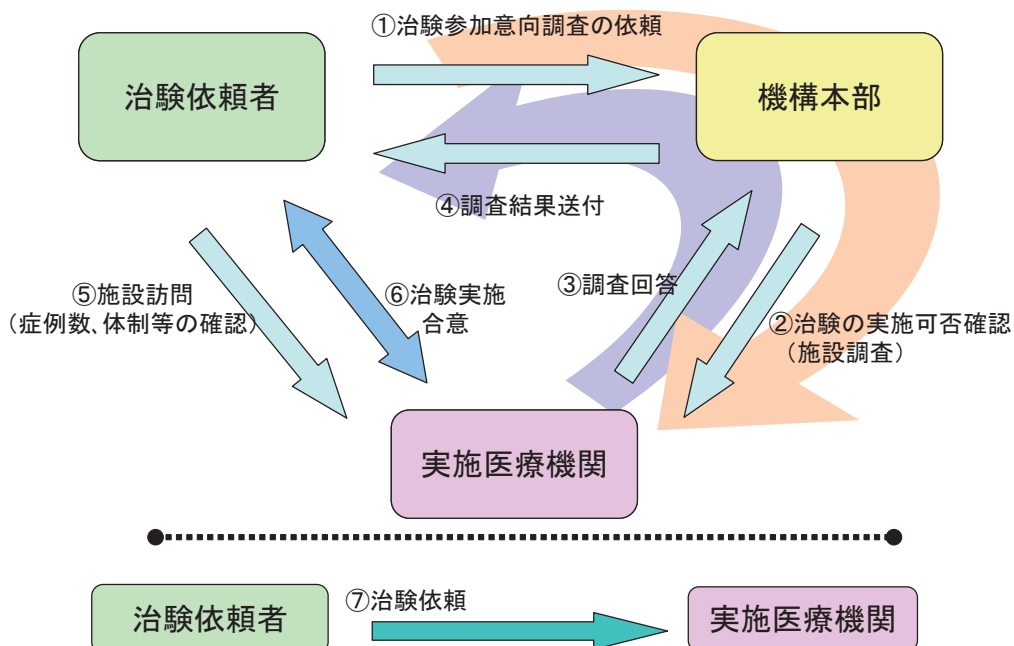
1. 治験を実施できる医療機関を紹介します

依頼から1週間以内
に参加希望医療機関
の紹介をいたします

実施可能な医療機関はどこか、医療機関の選定に時間をかけていませんか？
治験推進室にご相談いただければ、**1週間以内**に参加希望医療機関の紹介を致します。

- まだプロトコルが完成していない段階でも、患者数調査、専門医数等を調査できます。
- 依頼者名や治験成分記号を伏して調査できます。
- 具体的なプロトコルがあれば、実施可能症例数などを調査することが可能です。

「治験参加意向調査」の取り扱い（「治験の依頼」まで）



2. 中央治験審査委員会（NHO-CRB）をおこないます

2008年2月のGCP省令改正をうけ、国立病院機構本部に、

「国立病院機構本部 中央治験審査委員会（略名：「NHO-CRB）」

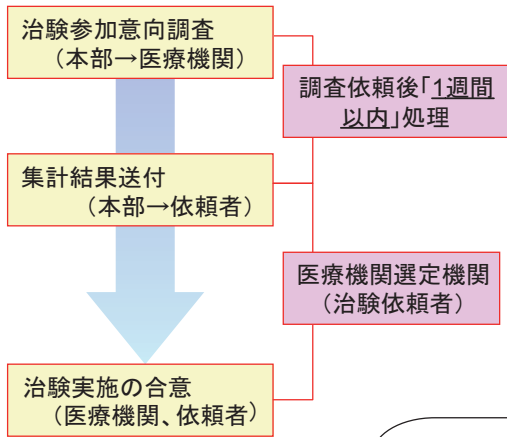
National Hospital Organization Central Review Board を設置しました。

国立病院機構各医療機関における治験等の審議を一括して行い、適正かつ効率的な実施をサポート致します。

（中央審査対象治験（旧：本部主導治験）等を対象）

治験契約までのタイムスケジュール

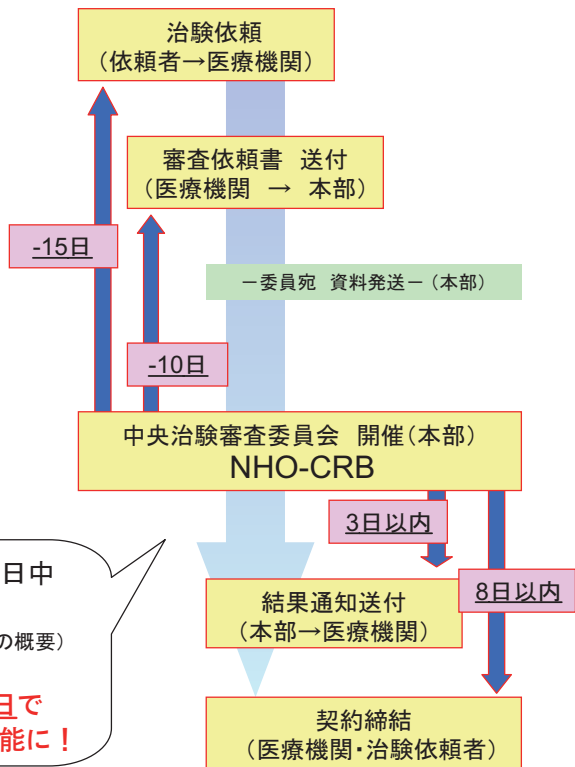
【機構本部 治験参加意向調査】



本部：審査結果は翌日中にメール
(様式5、会議記録の概要)

**最速 審査後 3日で
契約も可能に！**

【機構本部 NHO-CRBに関する対応】



NHO-CRB開催(本部)

- ・開催日：第2火曜日(14:00～)
- ・開催場所：機構本部第1会議室
- ・委員数：11名(男女両性で構成)
- ・開催成立要件：過半数(6名以上)

「テレビ会議」による参加可
(委員、責任(分担)医師)



そのAEIについては...

委員(外部)への謝金、旅費
出席医師への旅費は、
本部で負担。

..先生はどの様
にお考えで？



その他 中央治験審査委員会における対応

【迅速審査】:

実施計画書上の体制変更、分担医師変更(追加・削除)、症例追加、契約期間延長、等で実施。
(「委員長+1名」で実施。定期委員会で報告)

【臨時審査】

審査を行っている医療機関でのSAE発症等、必要に応じて開催。同プロトコル実施中の医療機関に対しても情報を提供。

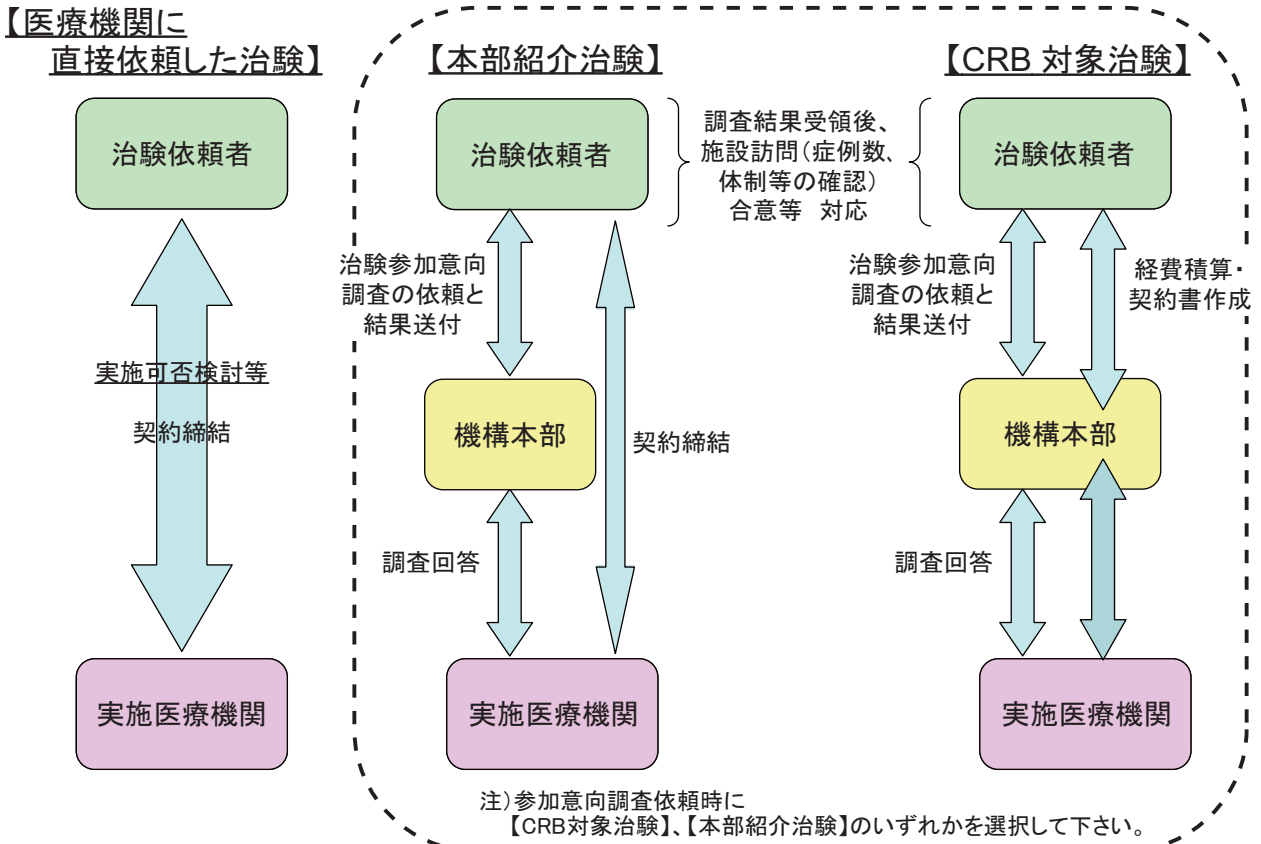
【継続審査(年1回)】

初めて審査を行った後、概ね10～11ヶ月後に審査実施。
(同一の試験を行っている全施設を一度に審査)

【モニタリング】

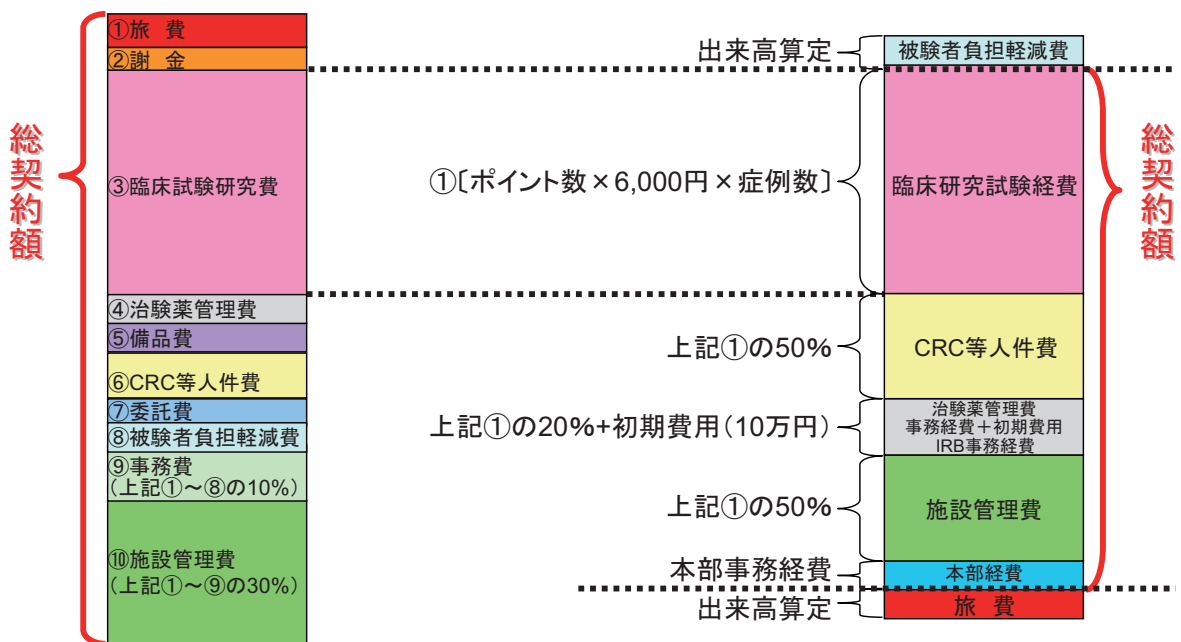
医療機関からの申し込みにより対応可

治験の依頼方法による対応について



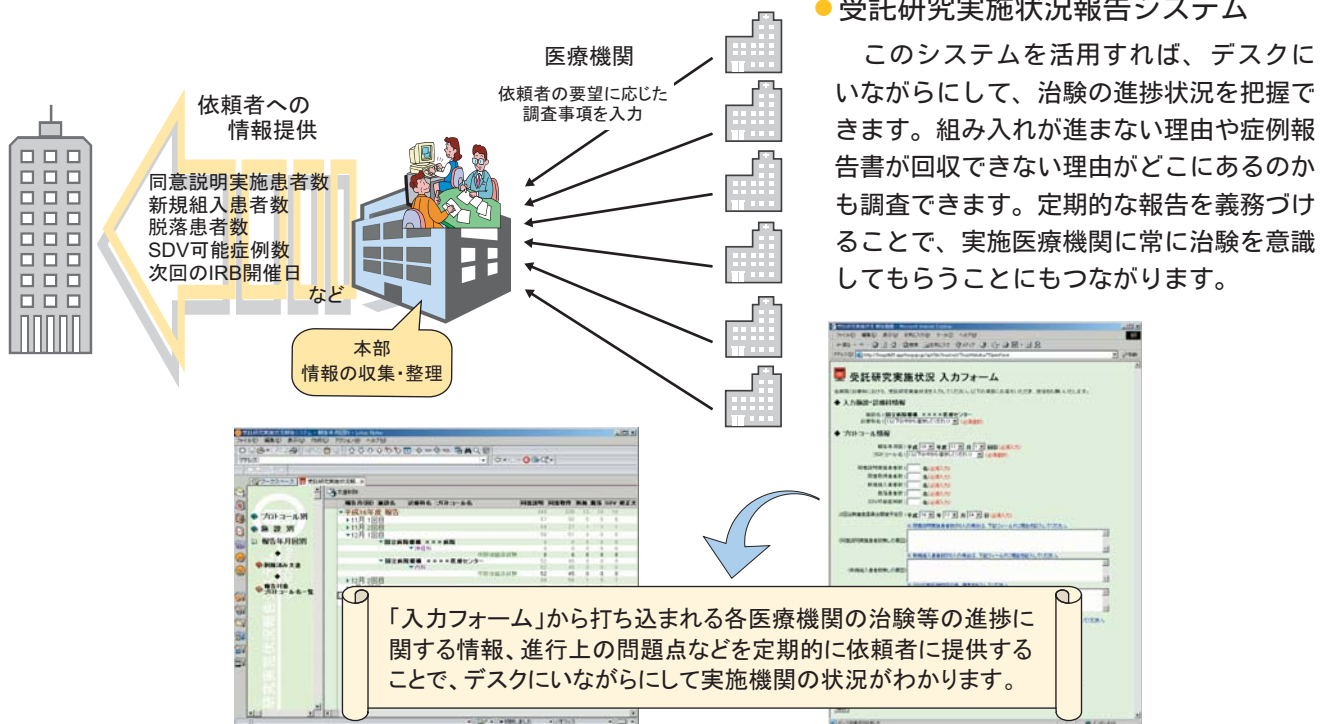
医療機関に直接依頼した治験等の経費積算

CRB対象治験等の経費積算



3. 進捗状況を確認し、治験依頼者の要望に応じた報告をします。また、進捗状況により医療機関を支援します。

受託研究実施状況報告システム(有料)



4. 一括説明会を開催します(有料)

治験依頼者の皆様のご要望により治験推進室が、企画・立案し、一括説明会の開催を行います。治験依頼者の皆様に代って参加者の出席の確認や交通手段の手配などを治験推進室が行います。治験依頼者の皆様には「参加者」として、出席した医師等とフランクに意見交換する場として利用下さい。

治験等一括説明会 実例

- 開催例**
- ・ 治験説明会
 - ・ エントリー促進を目的とした会
 - ・ プロトコル作成のための意見交換会 など

プログラム

日時: ○月○日(土)11時~15時
場所: 国立病院機構本部 講堂

内容	講師
・ 試験実施計画書の概要	〇〇会社
・ 登録システムについて (懇親を兼ねた 昼食)	開発本部
・ 症例検討委員会及びデータ監査委員会からの連絡事項	開発本部
・ パネルディスカッション 「〇〇〇〇臨床試験」の適正かつ円滑な実施のために	当該試験担当病院医師2名、CRC2名



- ◇ 一括説明会の実施により共通理解と高い意識をもってスタートできます
- ◇ 一括説明会の出席は本務ですので、高い出席率で実施できます



説明会風景

昼食風景



説明会の企画・立案・実施までお任せください。

5. 実施規模にあわせたスタッフの配置をおこなっています

◆ 実施規模にあわせたスタッフの配置

平成20年4月現在、国立病院機構の64医療機関で定員として配置された153名の他、多くのCRC（治験コーディネーター）が活動しています。

<医療機関に対して>

- ネットワークを利用した治験の紹介をします
- 実施医療機関の教育研修を行っています
- 治験専門職による業務支援を行っています
- 治験関連通知の周知をします
- 各種業務マニュアルを提示し治験実施の標準化をはかります

6. 医師、CRC、事務職員の教育をおこなっています

これらの研修を毎年実施しています。

◆ 平成19年度研修実績

医師対象治験研修会

5回 のべ101名（各1日間）

- ★ プログラム
- 治験に係る法規制(GCP等)について
 - 治験責任医師・分担医師の役割
 - 治験実施経験談・医師のインセンティブについて
 - CRC業務について 等

CRC対象研修会

- 初任者対象研修
 - 講義 60名（4日間）
 - 実習 47名（5日間）
- 継続研修
 - 講義 27名（1日間）

治験事務局・事務職員対象研修

1回 80名（2日間）



医師対象治験研修会

◆ 治験専門職が医療機関を訪問し、業務支援をおこなっています

- 初任者CRC、併任CRCなどのOJT
- 治験事務局の強化



医療機器の実演
(医療機器治験研修会にて)



7. 治験実施の標準化をはかっています

(1) 治験関連通知の周知

- 治験書式の統一
- 標準業務手順書のひな形の提示

(2) 各種業務マニュアル・テキストの提示

- 事務局マニュアル
- CRC業務マニュアル
- 治験担当医師業務マニュアル
- IRB委員向けテキスト
- Q & A集



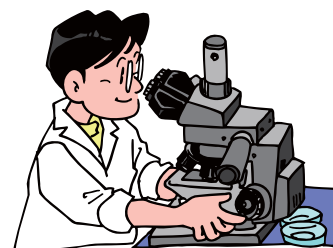
治験実績の公表について

- 「治験に係る体制整備調査」(冊子)を毎年更新・提供しています。
- 平成20年度版はCD版も作成しました。ご希望の方は、治験推進室までお問い合わせ下さい。
- 国立病院機構ホームページに治験実績内容を掲載しています。



治験以外の受託研究関連サービス

- 製造販売後調査や疫学研究等の受託研究の倫理審査や契約を一括で行うことができます。
- 詳細は適宜お問い合わせください。



ご案内



受付業務

- 受付時間は月曜日～金曜日（祝祭日、年末年始を除く）
午前 9 時30分から午後 6 時です。
（メール、FAXは24時間受付します。）
- 治験依頼者の皆様より初回相談希望があった場合は、
連絡を受けてから原則 3 日以内に面談をお受けします。
 - ご相談は国立病院機構本部 3 階にて行います。
お越しの際は本部 1 階受付にて、治験推進室までお電話下さいますようお願いいたします。
 - お受けした相談内容につきましては、秘密厳守いたします。

治験実施相談窓口

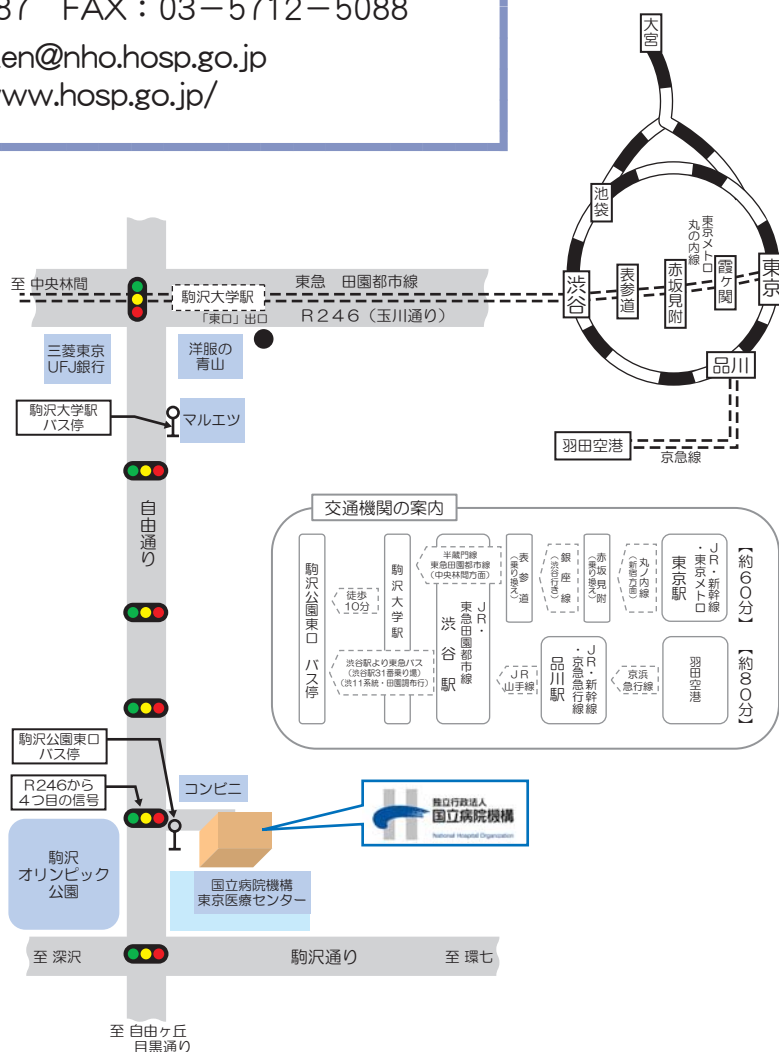
独立行政法人国立病院機構本部 医療部研究課治験推進室

〒152-8621 東京都目黒区東が丘 2-5-21

TEL : 03-5712-5087 FAX : 03-5712-5088

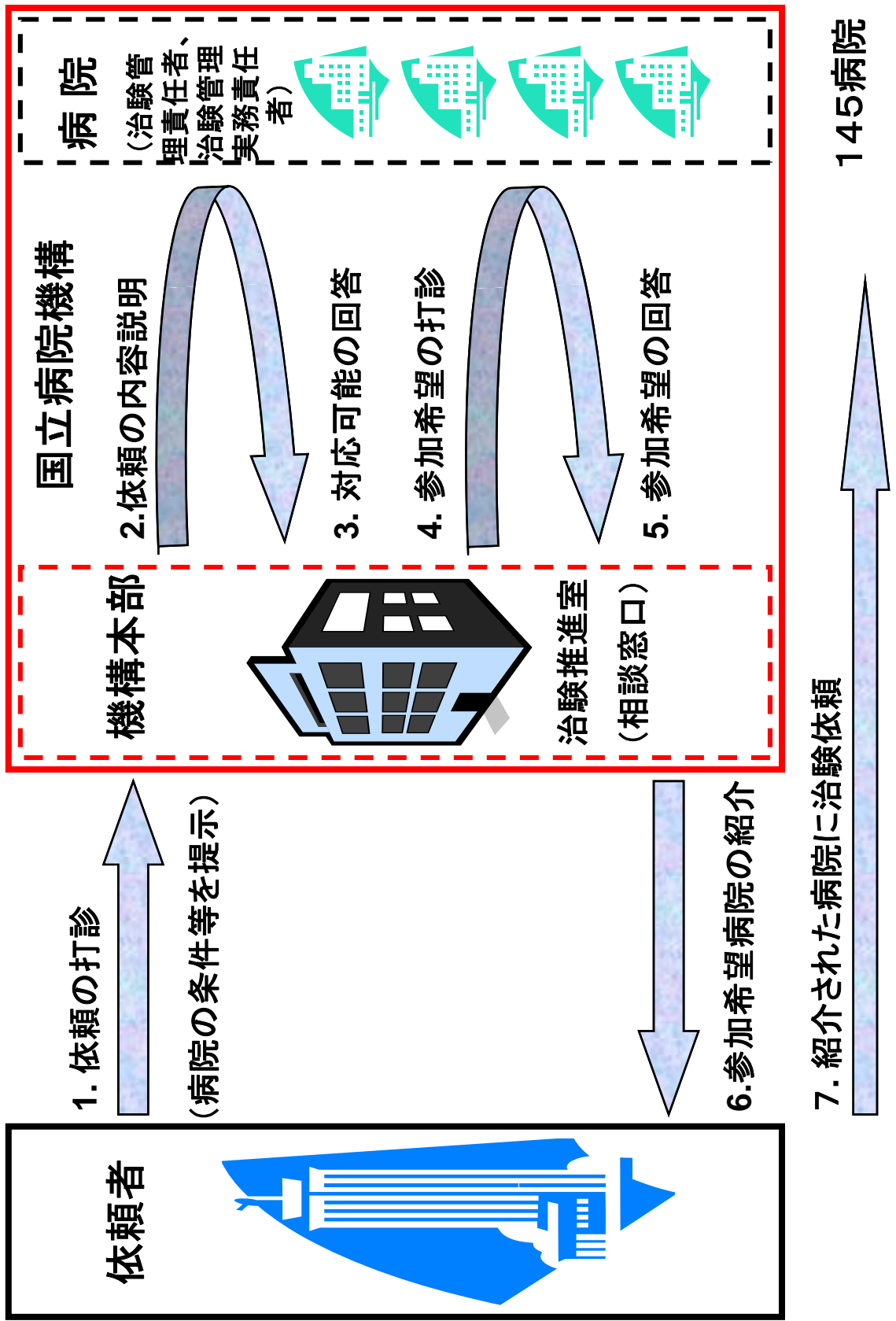
e-mail chiken@nho.hosp.go.jp

<http://www.hosp.go.jp/>



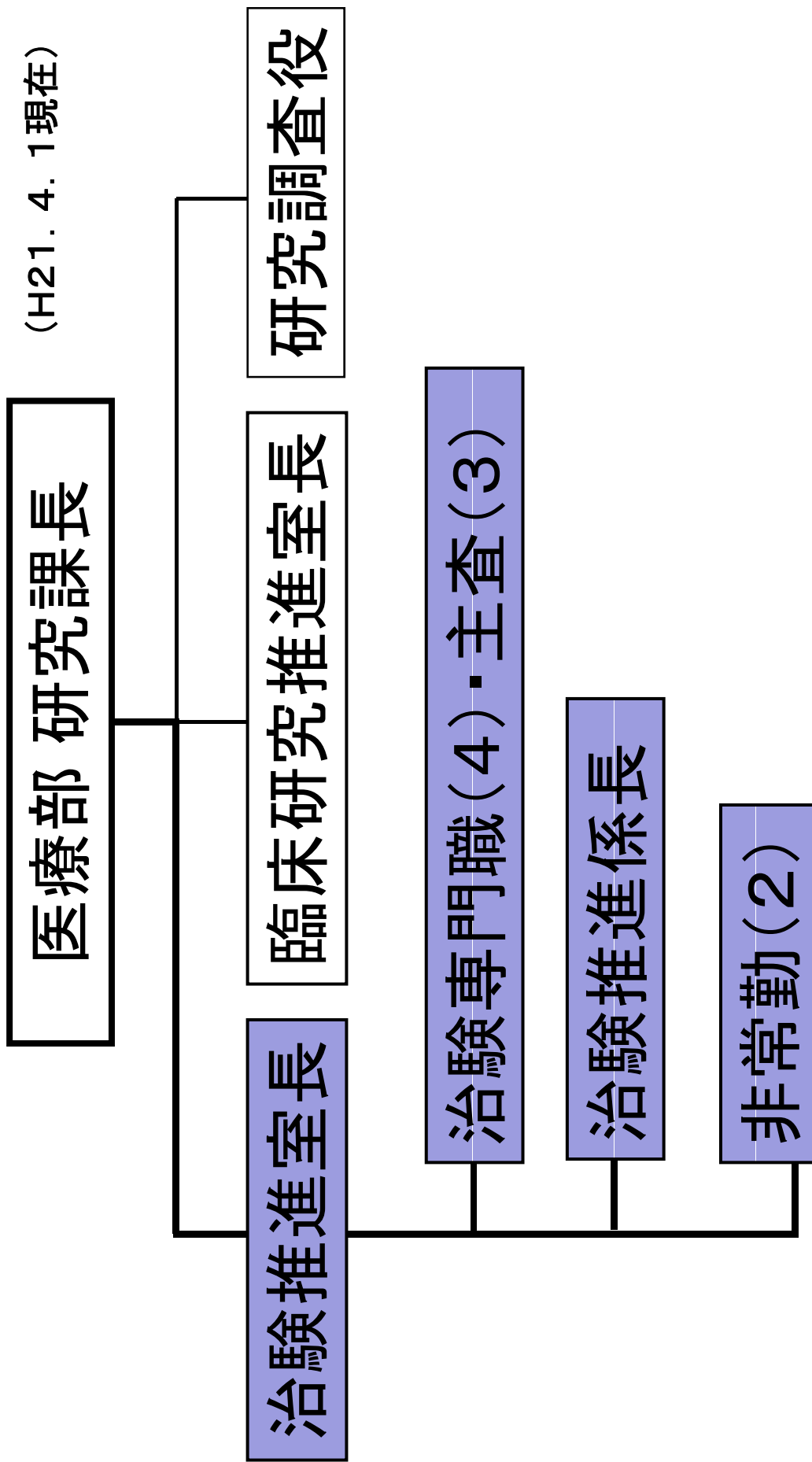
治験推進対策

治験実施体制（治験ネットワーク）



機構本部 治験推進室の組織図

(H21. 4. 1現在)



病院に対する支援実施状況

実務支援：治験担当者（事務局、CRC等）に対する実務支援（19病院、延べ26回）

時期	実務支援対象病院名
平成21年4月	
5月	
6月	
7月	岩国医療センター、東広島医療センター、小倉医療センター、福岡病院、福岡東医療センター
8月	福山医療センター、南岡山医療センター
9月	熊本再春荘病院、菊池病院
10月	帯広病院
11月	三重中央医療センター、名古屋医療センター、京都医療センター、三重病院
12月	
平成22年1月	京都医療センター、三重中央医療センター、福岡病院、九州がんセンター、名古屋医療センター
2月	京都医療センター、三重病院、嬉野医療センター、東広島医療センター、関門医療センター
3月	栃木病院、愛媛病院

治験研修実績

治験に関する研修会

研修会名	参加人数	開催回数	開催日数
治験・臨床研究コーディネーター 初任者研修(講義)	88名	1回	5日
治験・臨床研究コーディネーター 初任者研修(実習) ※病院で実施	(48名)		(5日)
治験・臨床研究コーディネーター スキルアップ研修	37名	1回	2日
医師対象治験研修会	53名	1回	1日
治験事務局・事務職員対象治験研修会	ブロック研修 へ移行	—	—
倫理審査委員会・治験審査委員会委員対象 研修会	57名	1回	1日
合 計	235名	4回	9日

治験・臨床研究コーディネーター 初任者研修(講義)

主な研修内容:

- ◎ 国立病院機構における治験等の取り組み
- ◎ 臨床試験、治験にまつわる用語の解説
- ◎ 厚生労働省の治験・臨床研究推進施策
- ◎ 医薬品の臨床試験の実施の基準(GCP)
- ◎ 臨床研究に関する倫理指針
- ◎ CRC(治験・臨床研究コーディネーター)業務について
- ◎ 治験事務局・IRB事務局業務について
- ◎ 国際共同治験の現状
- ◎ 治験依頼者の役割と医療機関・CRCへ期待すること
- ◎ 治験における補償と賠償
- ◎ 治験薬概要書と治験実施計画書の読み方
- ◎ グループディスカッション(テーマ:自己の役割について)

日時:平成21年6月15日～6月19日(5日間)

会場:国立病院機構本部1階講堂

参加人数:88名

治験・臨床研究コーディネーター 初任者研修(実習)

主な研修内容:

- 治験事務局業務
- 治験審査委員会事務局業務
- 治験・臨床研究コーディネーター業務
- 治験薬管理業務

日時:平成21年7月~12月のうちの連続した5日間

会場:国立病院機構参加の治験業務の経験豊富な病院
(ブロック毎に本部が指定した19病院)

参加人数:48名

治験・臨床研究コーディネータースキルアップ研修

対象者：

1年以上のCRC経験を有し、治験・臨床試験業務に従事し、かつ現在も従事している治験主任、治験看護師、非常勤CRC

主な研修内容：

- 臨床研究をめぐる最近の動向について
- 医薬品開発における最近の動向と国際共同治験
- Global試験において英語で仕事をする際の留意点
- 医師主導治験について
- 医師主導治験における支援業務
- グループディスカッション：「もしも、プロトコルがすべて英語だったら……」

あなたなら、どうしますか？

日時：平成22年2月12日～13日

会場：国立病院機構本部1階講堂

参加人数：37名

医師対象治験研修会

主な研修内容:

- NHOが治験・臨床研究を推進する理由について
- GCP省令と治験における医師の責務について
- 治験等の実施における研究費の使途取扱いについて

日時	場所	参加者人数(名)
平成21年7月23日	災害医療センター	53

倫理審査委員会・治験審査委員会委員対象研修会

主な研修内容:

- GCP省令の改正とIRBの役割
 - 厚生労働科学研究における利益相反(COI)の管理に関する指針
 - 臨床研究の倫理指針の改正と倫理審査委員会の役割
 - 高度医療評価制度
 - グループワーク
- テーマ「治験・臨床研究を審査する上で困っていることと解決策を考える」

日時：平成22年7月22日

会場：国立病院機構本部1階講堂

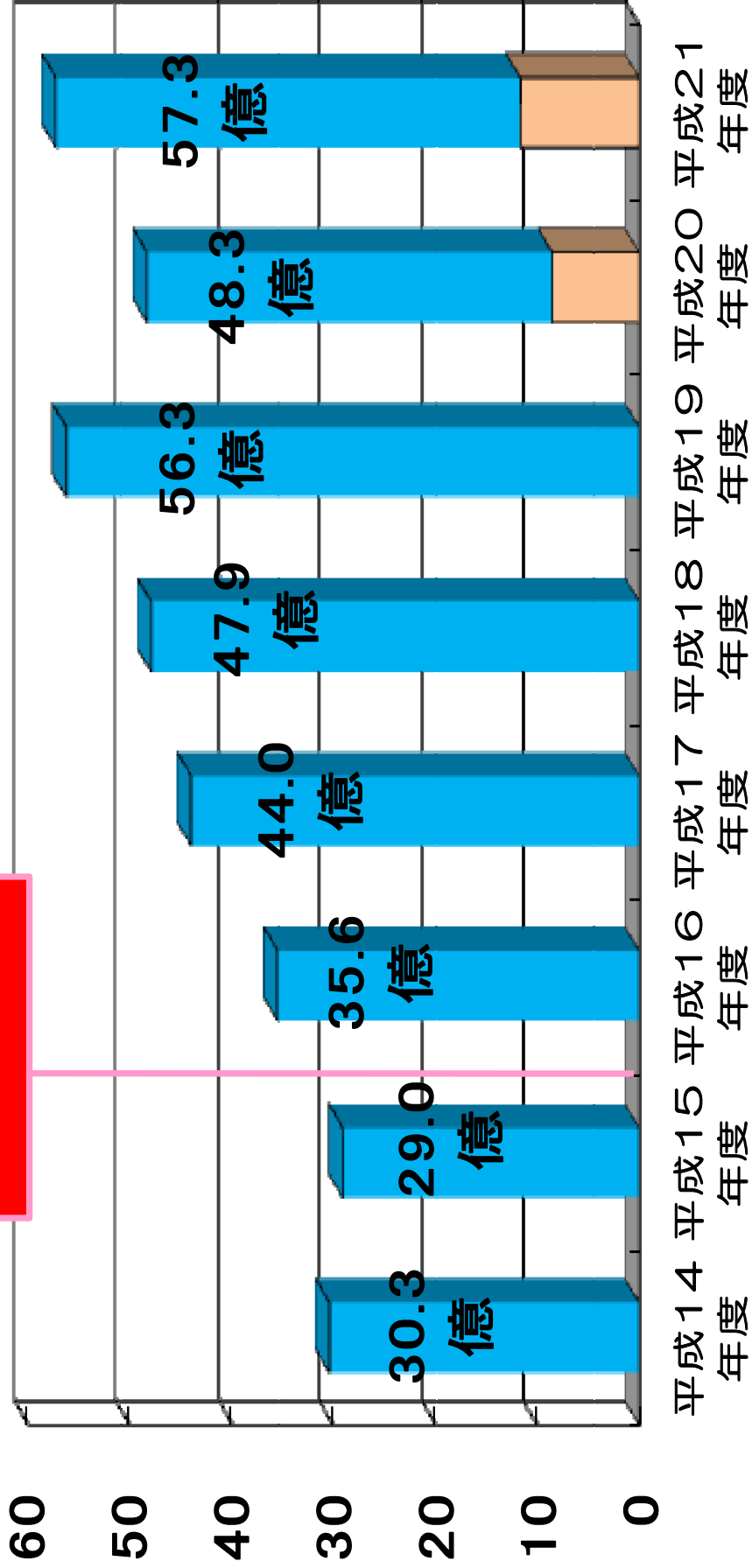
参加人数：57名

年度別受託研究実績

国立病院機構受託研究実績の年次推移

独法化

単位：億円



本部主導（CRB含）20年度：17.5%、21年度19.9%

承認申請に結びついた医薬品の実例

承認申請に結びついた医薬品の事例

1. 平成 21 年度に常勤CRCが配置されている 65 施設を対象に調査を行ったところ、平成 21 年度に製造販売承認又は適応追加の承認がされた 108 品目のうち 62 品目 (57.4%) については、これらの病院が承認申請の前提となる治験を実施した。

	全承認品目数 (A)	関与品目数 (B)	関与率(B/A)×100(%)
平成 19 年度	81	53	65.4%
平成 20 年度	79	39	49.4%
平成 21 年度	108	62	57.4%
計	268	154	57.5%

2. 各年度における薬効領域の関与状況について

○平成 19 年度

気管支喘息治療薬、抗悪性腫瘍剤、消化性潰瘍治療薬など、27分野の治験に関与
 (具体例) 気管支喘息治療薬である「オルベスコ」は、8施設が本剤の承認申請の治験に関わっており、吸入用ステロイド薬は現在の喘息治療薬において第1選択の中心的な薬剤であり、予防維持薬として必須な薬剤として使用されている。

○平成 20 年度

抗菌剤、抗血栓薬、抗悪性腫瘍剤、降圧薬、抗リウマチ薬など、25分野の治験に関与
 (具体例) 抗菌剤である「ゾシン静注用」は、23施設が本剤の承認申請の治験に関わっており、従来のペニシリンのスペクトルに加えて、黄色ブドウ球菌、大腸菌等、肺炎桿菌にも有効な薬剤として使用されている。

○平成 21 年度

制吐剤、抗精神病薬、免疫抑制剤、抗悪性腫瘍剤など、27分野の治験に関与
 (具体例) 制吐剤である「イメンドカプセル」は、20施設が本剤の承認申請の治験に関わっており、抗悪性腫瘍剤投与に伴う非常に強い消化器症状(悪心・嘔吐)を抑える新しい薬剤として使用されている。

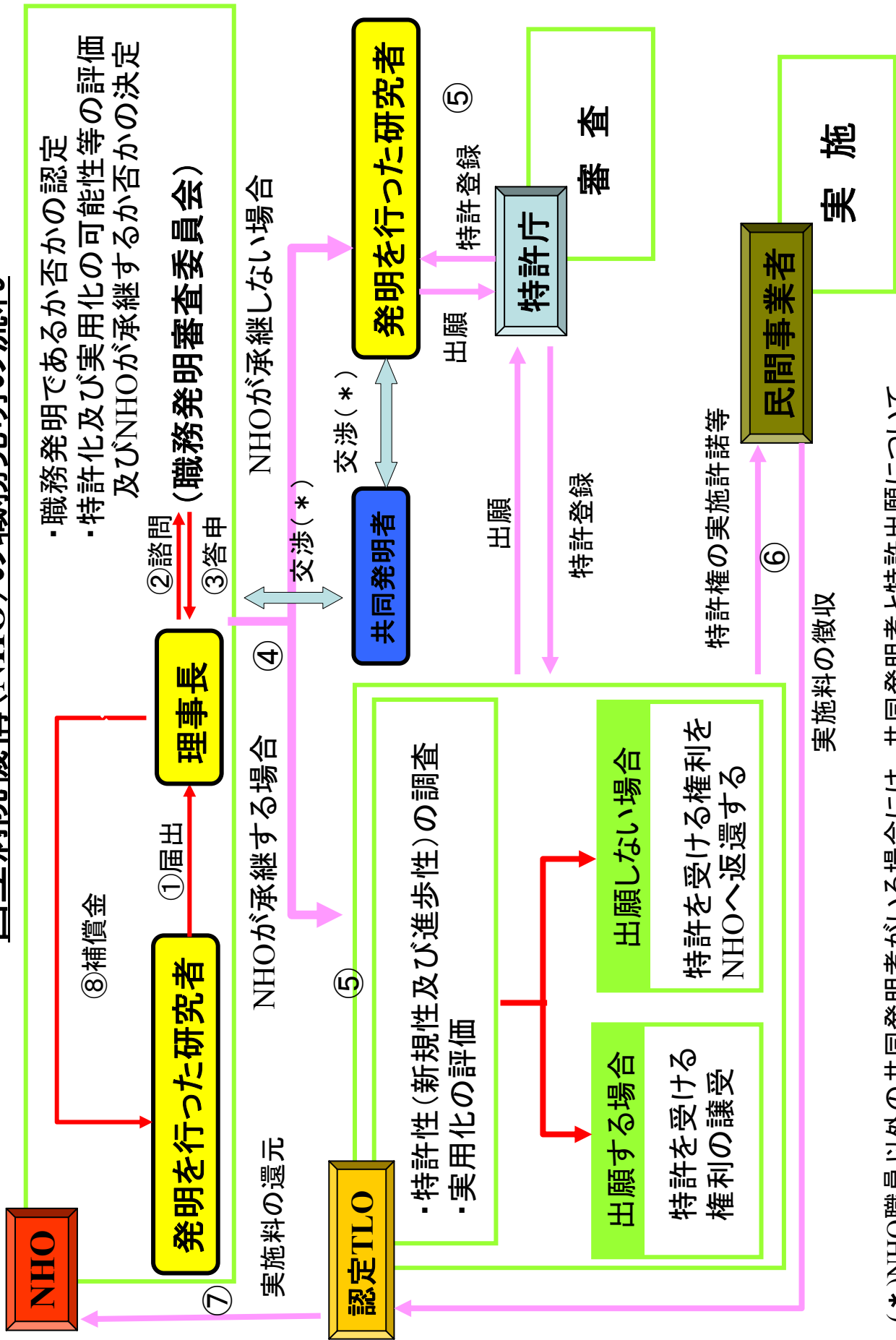
国立病院機構における
高度先端医療技術の
開発及び臨床導入の主な例

高度・先進医療実施施設一覧

高度・先進医療技術名	病院名称	平成21年度 実施件数
高周波切除器を用いた子宮腺筋症核出術	霞ヶ浦医療センター	148
骨髄細胞移植による血管新生療法	熊本医療センター	1
末梢血幹細胞による血管再生治療	千葉東病院	3
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	長良医療センター	8
超音波骨折治療法	徳島病院	27
	南和歌山医療センター	1
内視鏡的大腸粘膜下層剥離術	福山医療センター	3
	京都医療センター	7
胎児心超音波検査	長良医療センター	17
	福山医療センター	11
化学療法に伴うカフェイン併用療法 悪性骨腫瘍又は悪性軟部腫瘍	大阪医療センター	2
腫瘍性骨病変及び骨粗鬆症に伴う骨脆弱性病変に対する経皮的骨形成術(転移性脊椎骨腫瘍、骨粗鬆症による脊椎骨折又は難治性疼痛を伴う椎体圧迫骨折若しくは臼蓋骨折に係るものに限る。)	四国がんセンター	1
乳がんにおけるセンチネルリンパ節の同定と転移の検索	九州がんセンター	223
	九州医療センター	85
	名古屋医療センター	39
	函館病院	31
	大阪医療センター	55
	福山医療センター	120
胎児胸腔・羊水腔シャントチューブ留置術(特発性又は既知の胎児先天性感染による胸水を主たる徴候とする非免疫性胎児水腫症(NIHF)例であって、胸腔穿刺後一週間で降に胸水の再貯留が認められるもの(妊娠二十週から三十四週未満に限る。)に係るものに限る。)	長良医療センター	2

国立病院機構の職務発明の流れ図

国立病院機構(NHO)の職務発明の流れ



(*)NHO職員以外の共同発明者がいる場合には、共同発明者と特許出願について交渉する。ケースによっては、特許を受ける権利を共同発明者に譲渡して対価を得る。

専修医制度新規コース・
プログラム一覧

平成21年度 新規コース・プログラム一覧

区分:◎コース ○プログラム

病院名	区 分	コース・プログラム名
東京医療センター	◎	救命救急センターC7201
	○	救命救急センターP7201
	◎	乳腺外科C3601
	○	乳腺外科P3601
長野病院	◎	総合内科コース
	○	内科前期基礎プログラム(総合)
	○	内科後期基礎プログラム(総合)
名古屋医療センター	◎	呼吸器外科コース
	○	呼吸器外科プログラム
	◎	腎臓内科コース
	○	腎臓内科プログラム
	◎	麻酔科コース
	○	麻酔科プログラム
	◎	膠原病内科コース
	○	膠原病内科プログラム
大阪医療センター	◎	診療認定医(Ⅰ)総合診療コース
	○	総合診療プログラム
	○	内科プログラム
	○	循環器科4ヶ月プログラム
	○	小児科4ヶ月プログラム
	○	放射線科4ヶ月プログラム
	○	救命救急科4ヶ月プログラム
○	皮膚科基礎プログラム	
神戸医療センター	◎	麻酔科コース
	○	麻酔科プログラム
岡山医療センター	◎	外科3年コース
	○	外科3年コース専門領域プログラム
四国がんセンター	◎	血液腫瘍内科ストレート研修3年コースA
	○	血液腫瘍内科ストレート研修プログラムⅠ
	◎	血液腫瘍内科ストレート研修3年コースB
	○	血液腫瘍内科ストレート研修プログラムⅡ
	◎	内科コース①緩和ケア内科
	○	内科系基礎プログラム
	○	緩和ケアコース前期専門プログラム
	○	緩和ケアコース後期専門プログラム
	○	
長崎医療センター	◎	放射線科コース
	○	放射線科プログラム
	◎	神経内科コース
	○	神経内科プログラム
	◎	呼吸器内科コース
	○	呼吸器内科プログラム
	◎	耳鼻咽喉科・頭頸部外科コース
	○	耳鼻咽喉科・頭頸部外科プログラム
	◎	精神科コース
	○	精神科プログラム
	◎	皮膚科コース
	○	皮膚科プログラム
◎	心臓血管外科コース	
○	心臓血管外科プログラム	
◎	形成外科コース	
○	形成外科プログラム	
◎	整形外科コース	
○	整形外科プログラム	
◎	脳神経外科コース	
○	脳神経外科プログラム	

◎新規コース	23
○新規プログラム	32

ITを活用した精神科領域における 多施設共同研修

IT(電子会議システム)を利用した施設間連携

機構連携研修コース

リアルタイムでの研修情報の共有

症例検討、セミナー、クルーズ、講演会、
カンファレンス、精神科専門領域研修会
etc



花巻

肥前
医師養成研修センター

賀茂

菊池

琉球

久里浜

小諸高原

東尾張

平成20年度NHO指定研究

ITを用いた多施設共同医師臨床研修システムの開発

平成22年度予定； ☆ 菊池・小諸高原・賀茂



肥前精神医療センター精神科後期臨床研修プログラム 2009



- 肥前単独研修コース**
じっくり肥前で・総合的研修
- 機構連携研修コース**
複数の施設経験・早く独り立ち
- 児童精神医学研修コース**
今、最も社会のニーズに応える
- 司法精神医学研修コース**
未来型・最先端精神科医療

医師養成研修センター (平成22年度～建設：大ホール・電子会議室・宿泊設備・研修室等完備)
ITを用いた多施設共同医師養成システム

佐賀大学医学部学生臨床実習・協力型臨床研修指定・後期臨床研修(専修医)・専門分野全国研修・生涯教育

卒後研修制度のモデル的導入 について

卒後研修制度のモデル的導入について

院内・院外ローテーション研修イメージ

グループ	研修生		4月	5月	6月	7月
1	A	新採用者 オリエンテーション	消化器内科	脳外科	循環器内科	
	B					
2	C		循環器内科	呼吸器外科	脳外科	
	D					
3	E		呼吸器外科	循環器内科	消化器内科	
	F					
4	G		脳外科	消化器内科	呼吸器外科	
	H					
	I					
	J					

グループ	研修生		8月	9月	10月	11月
1	A	院外 重症心身障害病棟	院外 筋ジストロフィー症病棟	院外 筋ジストロフィー症病棟	呼吸器外科	救命救急センター
	B				消化器内科	手術室
2	C		院外 筋ジストロフィー症病棟	院外 重症心身障害病棟		
	D					
3	E		院外 筋ジストロフィー症病棟	院外 重症心身障害病棟	循環器内科	救命救急センター
	F					
4	G					
	H					
	I					
	J					

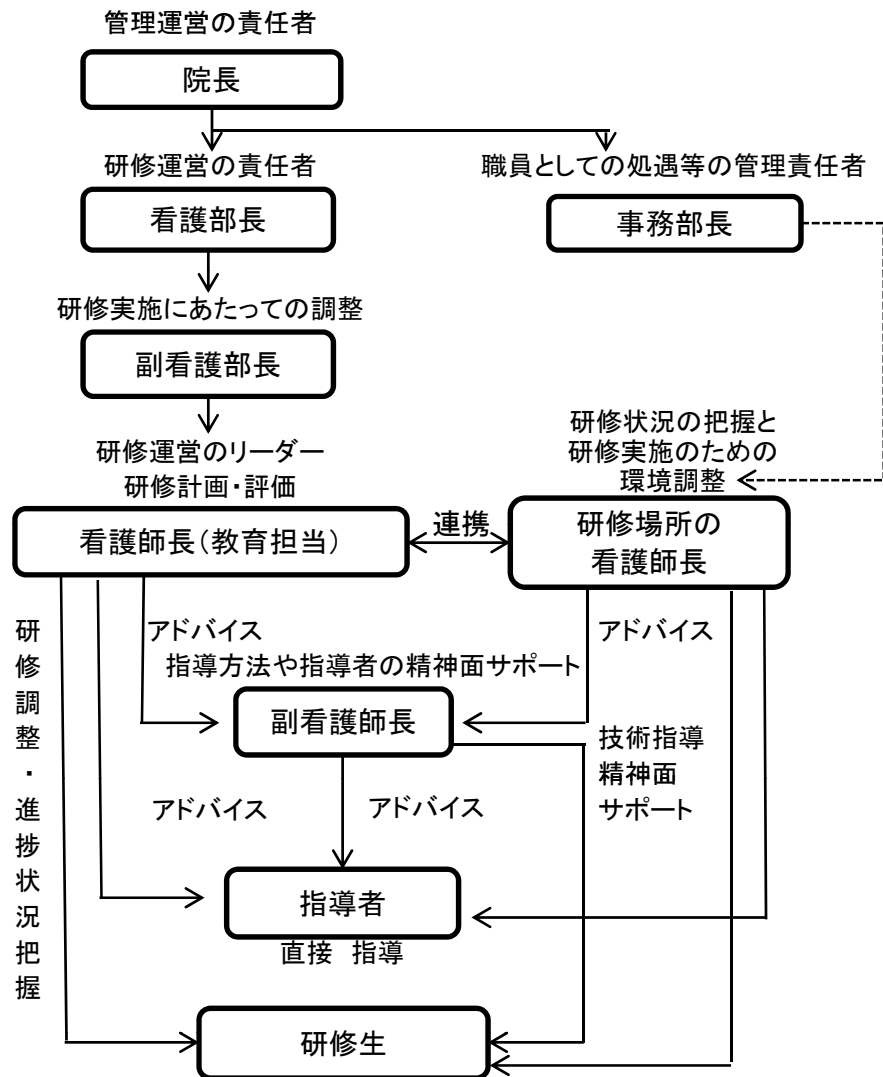
グループ	研修生		12月	1月	2月	3月	
1	A	救命救急センター	手術室	ICU	救命救急センター	まとめ 希望部署への配置	
	B						
2	C		手術室	ICU	救命救急センター		手術室
	D						
3	E		ICU	救命救急センター	手術室		ICU
	F						
4	G		救命救急センター	手術室	ICU		
	H						
	I						
	J						

※新採用者オリエンテーション内容(案)

- 国立病院機構の運営方針、政策医療、病院及び看護部の理念と運営目標
- 医療倫理、看護倫理、個人情報保護法
- 医療安全管理規定、看護基準・手順、各看護単位の特殊性
- 薬剤等管理、物品管理
- 災害・防災管理
- 技術演習 など

※研修生のフォローアップについては、一般採用の新人看護師研修と同時期に実施する。

モデル的導入における卒後研修の指導体制



役割内容

院 長	卒後研修全般の管理運営の責任者。
看護部長	卒後研修の運営の責任者。 研修プログラムの策定、企画、運営に対する指導及び助言を行う。
事務部長	職員としての処遇等の管理責任者
副看護部長	看護師長(教育担当)とともに研修プログラム策定、企画を行う。 研修実施にあたり、院外研修実施施設との連絡調整を図る。 効果的な研修が実施できるよう、看護師長(教育担当)をサポートする。
看護師長(教育担当)	研修プログラムの策定、企画を行うとともに、運営のリーダーとなる。 卒後研修について研修生にオリエンテーションを実施する。 効果的な研修が実施できるよう、研修場所の看護師長と連携を図る。 研修場所の副看護師長、指導者に研修方法に対するアドバイスを行う。 研修生の研修状況を把握し、研修プログラムの調整を図る。 研修場所の看護師長、副看護師長、指導者とともに研修生の評価を行う。
看護師長	効果的な研修が実施できるよう、看護師長(教育担当)と連携を図る。 副看護師長、指導者に研修方法に対するアドバイスを行う。 研修生の研修状況を把握し、看護実践の指導・助言、精神面のサポートを行う。 看護師長(教育担当)、副看護師長、指導者とともに研修生の評価を行う。
副看護師長	指導者に研修方法に対するアドバイスを行う。 研修生の研修状況を把握し、看護実践の指導・助言、精神面のサポートを行う。 看護師長(教育担当)、看護師長、指導者とともに研修生の評価を行う。
指導者	研修生とともに日々看護実践を実施しながら直接指導を行う。 看護師長(教育担当)、看護師長、副看護師長とともに研修生の評価を行う。

新構想看護学部・大学院の 開設について

新構想看護学部・大学院の開設について

- 国立病院機構では、高度な看護実践能力を持ち、スキルミックスによりチーム医療を提供していくことのできる看護師を育成することとしている。
※スキルミックス・・・医療チームにおいてそれぞれの職種が役割の補完・代替関係をもってチーム内部における職種混合のあり方を見直し、権限を委譲、代替していく考え方。また、そのような考え方によりチーム医療を提供していくこと。
- このため、臨床実習を充実させた4年間の看護基礎教育課程（看護学部）と高度な看護実践技術の獲得を目的とした2年間の高等看護実践課程（大学院）から成る一貫した教育を、国立病院機構の医療現場と一体となつて行う新構想看護学部・大学院を開設する。

1 名 称

東京医療保健大学 東が丘看護学部・大学院看護学研究科
(国立病院機構キャンパス)

2 定 員

看護学部 100名
大学院 20名

3 運営主体

「学校法人青葉学園」

上記、新構想看護学部・大学院開設の趣旨に賛同する学校法人の公募
を行い、連携学校法人を決定

4 開設場所

国立病院機構敷地内

5 開設時期

平成22年4月

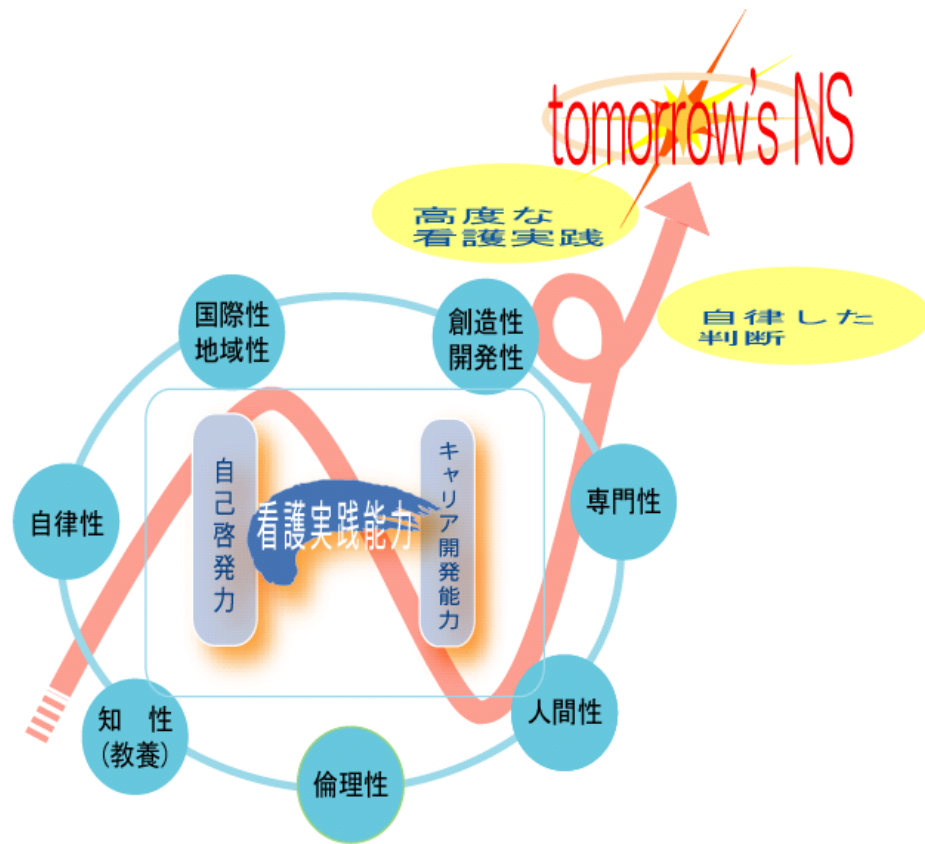
(参考) 独立行政法人改革に係る行革本部決定

- 『『独立行政法人国立病院機構の主要な事務及び事業の改廃に関する勧告の方向性』における指摘事項を踏まえた見直し案』(平成19年12月21日 行革本部決定)

5-(3) 教育研修事業

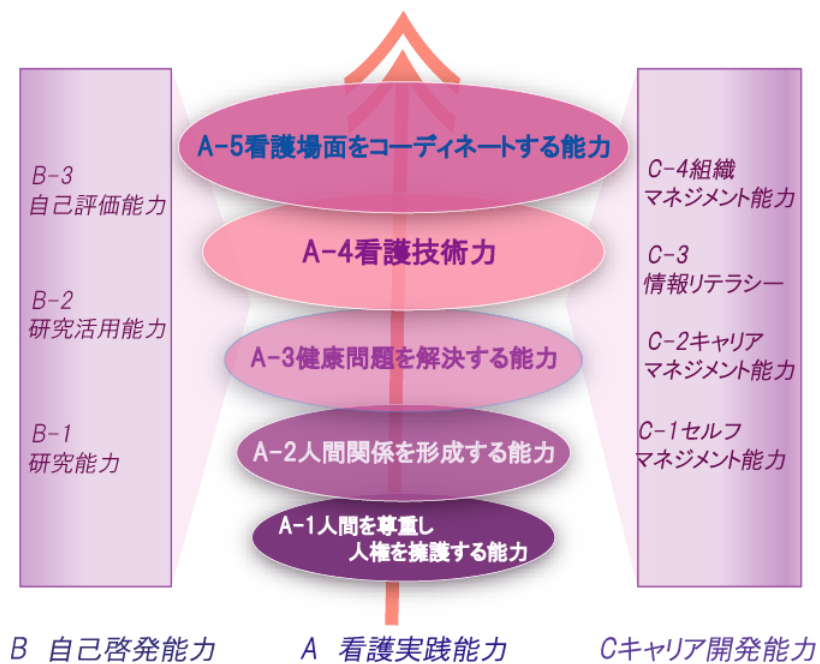
質の高い医療従事者の養成、特に、幅広い総合的な診療能力を有し、全人的な医療を推進できる医師の育成、地域社会に貢献する教育活動を引き続き実施する。また、国立病院機構が担う医療に対する使命感を持った質の高い看護師の養成を行うとともに、看護教育の変化の中で、医療と一体となった高等看護教育の実施を検討する。

東が丘看護学部概念図



育成したい看護師像

看護実践能力



学 び の 特 色

4人1組の指導体制

大学院担当教授、医師である臨床教授2人、
研究補助教員による緊密な連携により高度実践教育を推進

看護職としての専門性を高め、臨床の多様な状況において的確に判断し、スキルミックスを推進しながら高度な実践ができる能力を養うためには、多様な臨床現場と経験豊かな指導者が必要です。本大学院看護学研究科では豊富な実践現場を有す

る東京医療センターにおいて、臨床教授(医師)の指導のもとでチーム医療、検査、診断、治療方法等に係る実践及び演習を行います。看護職としての高度実践能力の育成には医師が行う医療行為の基本的な手技を修得する必要があり、医師の指導は不可

欠と考えるからです。

指導体制として、それぞれの分野で実践経験と研究実績を持つ大学院担当教授、ならびに、医師である臨床教授2人、研究補助教員による緊密な連携により高度実践教育を行ってまいります。

大学院看護学研究科高度実践看護コースにおける教育課程

高度実践看護コース(クリティカルケアNP育成コース)の修了要件 ○印 講義科目 ◎印 演習科目 ☆印 実習科目

科目	授業科目	配当年次	単位数	
専門科目 クリティカルケア領域の 診療看護師としてのスキル ミックスの推進	○チーム医療とスキルミックス	1	2	
	○検査におけるスキルミックス実践	1	2	
	◎検査におけるスキルミックス実践演習	2	1	
	○診断におけるスキルミックス実践	1	2	
	◎診断におけるスキルミックス実践演習	2	1	
	○治療方法におけるスキルミックス実践	1	2	
	◎治療方法におけるスキルミックス実践演習	2	1	
	○クリティカルケア NP 特論	1	2	
	☆スキルミックス統合実習	2	4	
			17単位	
共通科目	◎診断学特論(画像診断含む)	1	2	
	◎フィジカルアセスメント演習	1	2	
	◎インフォームドコンセント特論(看護コンサルテーション論)	1	2	
	○専門職と看護倫理	1	2	
				8単位
	○学習援助論(選択)	} 2科目選択	1	4
	○保健医療福祉システム論(選択)			
	○病院経営論(選択)			
	○政策医療特論	1	2	
	◎政策医療ネットワーク演習Ⅰ	1	2	
◎政策医療ネットワーク演習Ⅱ	2	2		
☆看護マネジメント実習(医療安全学実習含む)	1	2		
			12単位	
課題研究	○研究の進め方	1	2	
	○ナレッジマネジメント	1	2	
	◎課題研究演習	2	2	
	☆課題研究実習	2	2	
			8単位	
*総計45単位 (必修41単位、選択4単位)				

上記、科目以外にNPとしての基盤となる資質を高めるために文献購読、病態生理学、臨床薬理学などについてのグループ学習、自己学習を進めて学習効果を高めます!

大学院看護学研究科において高度実践看護師として育成したい能力



医師臨床研修指定病院での教育

医師臨床研修医制度に基づく初期臨床研修(救命救急センター)のプログラムを活用

本大学院は、東京医療センターを実習施設として、医師の協力のもとに実践教育を展開していきます。特にクリティカル領域において迅速かつ的確な臨床判断や高度な専門技術に基づいた看護能力の育成が重要と考えています。大きな事故や災害時などでは、最善の救命効果を得るために、多数の傷病者を重症度と緊急性

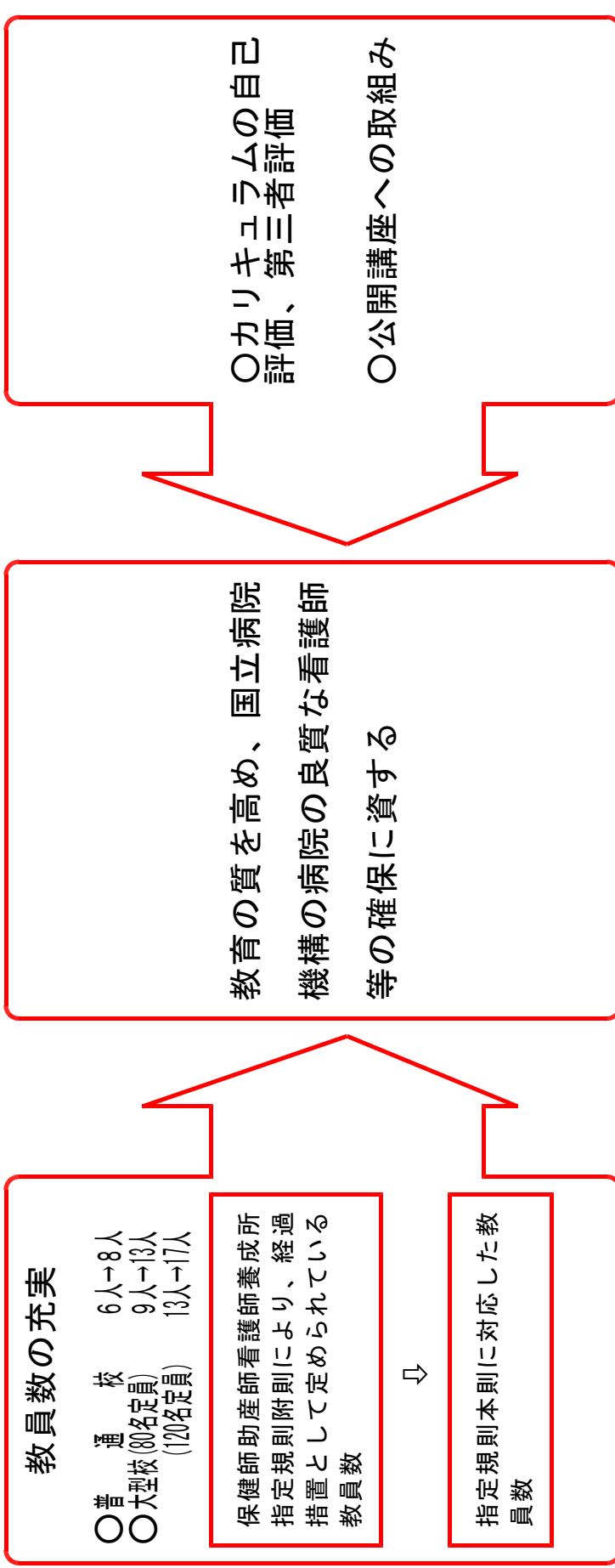
によって分別し、治療の優先度を決定することが重要になります。

そのような災害医療や救命救急医療に対応できる実践能力を育成するために、本大学院では医師臨床研修医制度に基づく初期臨床研修(救命救急センター)のプログラムを参考にし、高度な実践プログラムを組み立てています。「救命救急セン

ター臨床研修プログラム」は、医師として救急・災害時医療重症管理を的確に行うことができるために必要な知識・技能・態度を身につけるためのプログラムです。これによりクリティカルケア領域で必要とされる診断・検査・治療の手技を修得し、多様な医療ニーズに対応できる実践能力を養います。

質の高い看護師等養成

○ 質の高い看護師等養成



1) カリキュラム評価（平成16年度以降における実施校）

第三者評価 全養成所で実施

2) 公開講座実施の取り組み

養成所の教育活動の一環として地域社会に貢献するため、全養成所において地域住民や地域の高校生などを対象とした公開講座を実施した。

第三者によるカリキュラム評価結果【概要】

評価項目	評価結果
教育理念・教育目的	<ul style="list-style-type: none"> ・専修学校の役割である職業人の育成を挙げ、期待する職業人の資質を明記している。 ・法的整合性、独自性がある。 ・自校の特徴を明示している。 ・臨床の変化に対応できる看護師の育成という視点が反映されている。
教育目標	<ul style="list-style-type: none"> ・教育理念、教育目的と一貫性があり、教育内容を網羅している。 ・看護実践者としての能力、学習者としての成長を促すための側面を明示している。 ・具体的でわかりやすく示している。
教育課程経営	<ul style="list-style-type: none"> ・カリキュラムは指定規則に則って立案、編成、評価している。 ・教育目的、目標の達成に向けた教育課程の編成をしている。 ・教育課程編成の考え方に看護の関わる主要概念、教育課程構築上の考え方、教育課程の構造図を示し、学習者にとって理解しやすいように表現している。 ・科目、単元構成の考え方を明示している。 ・期待する卒業生像が明確で、それに向けた教育内容を掲げている。 ・単位履修の方法とその制約について、学生がわかるように明示している。 ・臨地実習の目標や評価について、会議等で意見交換しながら見直しを図っている。 ・実習要綱に単位履修の方法を示し、単位認定の基準及び方法も妥当であり、単位認定試験一覧は学生にとって理解しやすい。 ・実習目的、目標、内容、行動目標、評価を一貫性をもった組み立てにし、学生や実習指導者にとってわかりやすくしている。 ・実習場の開発に向けて努力している。 ・実習指導者の能力開発について、病院の実習指導者の研修に教員が参加し連携をとっている。 ・評価の対象、時期、方法について具体的に述べている。 ・教員が専門性を発揮できるように、教員の担当科目と時間数を配分している。 ・学生による評価を確実に実施している。 ・基礎看護学に設定しているケーススタディ演習、看護観の取り組みを授業科目内に配分し、評価するとよい。 ・講義時間の偏りを把握するために、教員毎の担当科目の進度を明示するとよい。

評 価 項 目	評 価 結 果
教授・学習・評価 過程	<ul style="list-style-type: none"> ・ 臨場感を持って実践力を高めるために、SP教材は効果的である。 ・ FD活動の継続は教育の質向上につながる。 ・ 教材教具の整備、施設整備ともに計画的に実施している。 ・ 定期的に研究授業は実施されている。 ・ 公開授業や授業研究を実施し、自校で作成した授業評価表を用いて評価し、自己研鑽できている。 ・ 評価委員会を持ち信頼性と妥当性を保持し、根拠となる資料やデータから評価している。 ・ 学校評価結果の一部を公開している。 ・ すべての授業科目に学生の評価、教員の評価を実施し、質の追求を可能にしている。 ・ 評価結果をレーダーチャートで比較することは、大枠の把握、年次推移を見る上で効果的である。 ・ 院外実習が遠方であるため、宿舍費、交通費を支給し学生負担を軽減している。 ・ 学生便覧に他の高等教育機関との単位互換について明確に示している。 ・ 履修要覧では、講師依頼について科目名、講師名、学年、時期、時間数をわかりやすく標記している。 ・ 履修要覧、実習要綱のはじめに活用方法を明確に示しているため、学習者が活用しやすいものになっている。
経営・管理過程	<ul style="list-style-type: none"> ・ 財政基盤をもとに設置者、管理者の一貫した考えを基に学校経営を実施している。 ・ 財政基盤である学生数を確保し、学生数に応じた教材も整備している。 ・ 教育に必要なものは予算化の執行ができている。 ・ 職員の役割分担が明確であり、各々が役割を果たしている。 ・ 学生の活動に応じて早出、遅出を導入し柔軟な勤務体制づくりをしている。 ・ 事務組織は事務助手のみ専任であり、他は病院職員の併任であるため十分とは言えないが、組織的運営は実施できている。 ・ 健康診断の実施、臨地実習に向けての健康管理や感染防止への対策を実施している。 ・ 学生相談については、学生便覧や掲示板で学生に周知を図り、専任のカウンセラーが対応できている。 ・ 学生自治会活動やサークル活動においては、必要に応じ支援できている。

評 価 項 目	評 価 結 果
入 学	<ul style="list-style-type: none"> ・ 学生確保が困難な時期ではあるが、一般入試のみで3倍近くの倍率を保っている。 ・ 学生数の確保は、90%以上を維持し努力している。 ・ 学生募集の方法について、独自性のある手作りパンフレットの作成、インターネットの活用、オープンキャンパスの開催など、志願者の関心を考慮した工夫をしている。 ・ 高等学校訪問、業者主催の学校説明会に積極的に参加し、学生確保に努めている。 ・ 定期的に入試試験委員会を開催し、志願者の動向を分析しながら多様な方法を取り入れている。 ・ 助産学科は年々志願者が増えているが、志願者の背景が様々であることから、選抜方法に工夫しながら質的充実に向け努力している。 ・ 社会人が入学しやすい入試試験の方法を検討することも必要である。
卒業・就業・進学	<ul style="list-style-type: none"> ・ 卒業時の到達度として看護実践能力、国家試験合格率、看護技術経験状況を評価できている。 ・ 主な施設への情報提供を実施し、卒後の教育への継続を図っている。 ・ 卒業生の就職先との情報交換や調査を実施し、活用していくことが必要である。 ・ 卒業後の学生の動向調査を計画しているが、転居、職場異動などに備えた工夫が必要である。
地域社会／国際交流	<ul style="list-style-type: none"> ・ ボランティア活動、公開講座を実施し、地域に貢献している。 ・ 公開講座は、潜在看護師教育、家庭介護に役立つ口腔ケア、母親学級など社会ニーズにマッチしている。 ・ インターネットの設置、英国村での研修を行い、国際視野を広げられるようにしている。 ・ 学校祭で地域の人に参加を図り、看護学生、助産学生としての特徴的な健康管理やPRを実施している。 ・ 地域社会のニーズを意図的に把握し、教育に活用していくことが必要である。
研 究	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研究活動の時間を確保する体制づくりができている。 ・ 教員の研究活動を支援する体制を整備する必要がある。 ・ 教員自身が教育者としての自覚を持ち、学会会員になることや、学会に参加し視野を広める必要がある。 ・ 教員の専門領域の探求が不可欠である。

公 開 講 座 の 例

テ　　マ　　等	対 象 者	参加人数
STDの講義	高校生	176
手洗いの実際	高校生	50
立ち会い出産から始まる家族の第一歩	妊婦とその家族	47
演習体験；採血、注射、妊婦体験、赤ちゃん抱っこ体験、観察技術体験、救急蘇生体験	高校生と家族	82
演習体験；バイタルサイン測定、体位変換	高校生(2年)	23
子育てお役立ち技術(沐浴)、救急蘇生とAED	高校生 保護者	45
膝の痛みパート2	一般	34
脈拍について	学校見学会の参加者	100
生まれたばかりの赤ちゃんの能力を知ろう	一般 高校生	14
あなたの骨は大丈夫-骨粗鬆症を防ぐために	学校祭参加者(一般、高校生)	23
素敵にエイジング	更年期から前期高齢者	26
手洗い・マスクの使用を見直して見ませんか	一般 高校生	188
体験入学(血圧測定・移送など)	高校生	80
ちょっとだけ看護学生体験～あなたの手洗い大丈夫？	高校生	18
早めに始めよう！冬のインフルエンザ予防対策	一般	35
日常生活に活かす看護の技 ～健康を保つ お口のケア～	一般	5
あなたにもできる救命処置～AEDの使い方～	一般	3
女性にとっての「妊娠・出産・育児」	一般 大学生	4
災害看護	高校生 高校教諭 一般	95
赤ちゃんのお風呂	高校生 高校教諭 一般	45
こころの健康	高校生 高校教諭 一般	45
ベッドメイキング	高校生 高校教諭 一般	95
車いす移送	高校生 高校教諭 一般	95
沐浴	高校生 高校教諭 一般	95
フィジカルアセスメント	高校生 高校教諭 一般	95
赤ちゃんの沐浴	高校生 一般	46

テ　　マ　　等	対　象　者	参加人数
アロマオイルを用いたハンドマッサージ	高校生 一般	67
はじめよう！メタボ対策	高校生 保護者	36
薬の効果 なぜ効くの？	高校生	4
家庭で簡単！清潔ケア	高校生 保護者	32
ナースのお仕事	小学生	32
心と体にきくアロマセラピー ～フットケアからはじめよう～	一般 入院患者 看護学生	60
看護技術の実際 採血・衛生的な手洗い・滅菌手袋の装着・沐浴・入浴介助と食	高校生 一般	226
いつまでも若々しい健康ボディを ～アンチエイジングのための生活の処方箋～	一般 看護者 看護学生	5
いつまでも若々しい健康ボディを ～アンチエイジングのための生活の処方箋～	一般 他院看護師 大学生	8
ふれあいベビーマッサージ	生後3ヶ月～6ヶ月までの母子 (組)	46
母性看護学 新生児の特徴について	高校2年生	14
頭と身体の健やかリハビリテーション	一般	26
リラクゼーションにより、ストレスを吹き飛ばそう ～呼吸法と肩こり体操～	一般	14
看護学生体験 ～手洗い、血圧測定・呼吸音聴取、救急蘇生、老人・妊婦体験等 の体験 看護学生との交流～ (計4回)	高校生 大学生 一般	94
女性のための健康生活 - 健康と若さを保つために -	更年期前の女性	12
HAPPY BIRTH つなごう未来	中学生 高校生 妊婦 児 童・保護者	28
口コモ予防で健康長寿 健康で素敵な明日のために	一般 学生	33
体位変換	高校生 大学生 短大生 一般	114
点滴時の援助・看護師を目指す人へ	高校生(1・2年) 保護者 高校教諭	42
家庭できるインフルエンザ予防策	一般	10
採血	入学希望者(高校生・予備校生 等)	364
実習指導者の役割	実習指導者	20
妊婦体験、高齢者体験(洗髪) 看護体験(血圧測定)	一般 小中高生	139
職業に関するインタビュー	近隣高校生(1年)	24
高齢者の特徴を知ろう	オープンスクール参加者	218
1日体験入学：母性看護方法 赤ちゃんのお風呂『沐浴』	中学生 高校生 一般	268

テ　ー　マ　等	対　象　者	参加人数
1日体験入学：基礎看護技術 手に入れよう楽々生活Part2	一般 中学生 高校生	298
バイタルサインの測定	高校生	30
血圧測定の方法	高校生 一般	94
悪玉コレステロールを下げて健康的に生活するための食事や運動 についての講義と血管年齢測定・骨密度測定	一般	21
マスク・手洗いで新型インフルエンザ対策をしよう	高校生 中学生 一般	192
今すぐできる感染予防対策	高校生 中学生 一般	11
吸引 - 口腔・鼻腔吸引 -	高校生 一般	84
血圧測定にチャレンジ	高校生 保護者 一般 高校教諭	60
生き生き楽笑講座	地域高齢者	20
バイタルサインの測定と足浴の方法	高校生 保護者 一般	167
誰にでもできるBLS	高校生 保護者 社会人	59
ベビーマッサージ	看護学生 大学生 医療関係者	62
産前・産後のアロママッサージ	看護学生 大学生 医療関係者	21
両親学級 妊婦体験・沐浴体験・児心音聴取	妊婦と夫	18組 (37名)
髪を洗う目的と方法 足浴の目的と方法	オープンスクール参加者	99
オープンキャンパス 看護の魅力と国立病院機構及び本校のPR	高校生 予備校生	70
一日看護学生体験	高校生	181
「つらい」から「楽しい」にかわる古武術介護	介護者(一般、施設)	21
乗り切ろう！更年期～ライフサイクルにおける更年期	一般	9
自分を見つめよう ～いいんじゃない、今のままで～	高校生 保護者 一般	11
暮らしの中での私の体とお付き合い～いきいき健康体操～	地域老人会の方	18
インフルエンザから身を守ろう～手洗い・うがいを中心に～	自校学生の保護者 一般	3

質の高い看護師等養成のための取組

平成21年度看護学校目標

金沢医療センター附属金沢看護学校

1. 質の高い教育実践

- 1) 教育方法に関する研究
- 2) カリキュラム評価の実施
- 3) 全員の国家試験合格
- 4) 看護の専門職業人としての教育

取り組み
①

2. 地域及び機構への医療従事者の供給

- 1) 機構病院への就職者数（目標値70%）の達成
- 2) 北陸地区の機構施設との連携

取り組み
②

3. 教育活動を通じた地域社会への貢献

- 1) 公開講座の開催
- 2) 講師としての地域参加

4. 教員の資質向上

- 1) 学会、研修への積極的参加
- 2) 研究への積極的取り組み
- 3) 教員の接遇

5. 実習指導の充実

- 1) 臨床との連携
- 2) 看護技術の強化

6. 職場環境の向上

7. 学生の学習環境作り

- 1) 教育（学生）支援の実施

8. 質の高い学生確保

取り組み
③



職員が一体となって取り組んでいます！



取り組み

①

SPを活用した授業効果

金沢医療センター附属金沢看護学校
教育主事 山川 郁子

平成21年度のカリキュラム改正の大きなポイントは、「学生の看護実践力を強化する」ことである。強化するためには、従来のように看護技術一つひとつの項目ができれば良しとするのではなく、演習の強化と臨床との連携がますます重要となる。静的な学校の場においていかに、初学者が動的な臨床の場をイメージできるか工夫が求められている。

当校は、平成21年1月の「老年援助論演習」の科目においてSPを活用した授業を行った。2月に「老年生活援助実習」を控えていたため、今までの学習した内容の統合と実習前の導入が目的であった。

SP (Simulated patient) は、患者の持つあらゆる特徴（身体所見、病歴）に留まらず、病人特有の態度や心

理的、感情的側面に至るまでを、物理的に可能な限りを尽くして完全に模倣するように特訓を受けた健康人である。今回のSPは金沢市で2名しかいないという貴重な方にご協力を頂いた。

SPを授業に活用するにあたって、昨年8月下旬頃から調整を行ってきた。SPは学習支援者であるため、依頼時に学習内容を明確にする必要があるが、医学教育か





ら始まったSPの役割は、主に面接技術等のコミュニケーション技術であり、当校が希望する体温・脈拍・血圧測定、口腔ケア、手浴、オムツ交換等の身体面への技術については、最初戸惑われたが、何回か意見交換をし調整をしていく中で「今後は身体面へのケアも必要かもしれませんね。」と言われ了解を得ることができた。

SPの重要な要素として、患者らしい様相と応答が演技できることであるが、誠にリアルな演技であり学習効果は大いに高まった。学生の感想は以下のとおりである。

①SPの方のリアルな演技に驚いたと同時に、学生同士の演技では学べないものを学べた。また、実習はしっかりしないといけないという思いが出てきた。今回の演習を通して、臨機応変な対応と患者により安楽・安心を提供することの重要性が理解できた。

②技術練習や演習の際はいつも学生同士で行うため緊張感が欠けているが、今日のSPの方と接した時は、臨床にいる時の緊張感で臨むことができ、実習に行く前の良い勉強になった



た。そして、もっとたくさん技術練習を行う必要があると痛感した。また声のかけ方や患者の訴えに対する対応の仕方についても学びが多かった。SPの方に感謝したい。

③授業は興味を持って取り組むことができた。SPがリアルで、実習というものを考えさせられたと同時に、早く実習に行っているいろいろな患者と関わりたいと思った。

SPの大切な役割に「フィードバック」があるが、SPから「ケアの都度、声かけをして頂き安心した」「身体をさすってくださる手にいたわりの心が感じられた」等のフィードバックを頂くことにより、患者の心の声を確認することができた。

21年度から新カリキュラムがスタートしているが、新たに「看護の統合と実践」が位置づけられたため、看護の場や患者の状態を判断し、患者に配慮しながら実践できる力を身につけた看護師育成を目指していきたい。それには学生同士の演習だけでなく、SPのリアルな演技で臨床の場に近づくことが大切と考える。

取り組み

②

北陸地区施設と看護学校協賛の合同就職説明会を開催して

金沢医療センター附属金沢看護学校 山川 郁子
富山病院附属看護学校 柴田 明子

北陸地区では、平成19年度より、北陸地区施設間連絡会議（院長・事務部長・看護部長・副学校長）において、同地区への就職率アップを目指した話し合いが行われている。

今回、金沢が会場となって、北陸地区の6施設と学校2校が協賛し、平成21年3月2日（月）に「北陸地区の施設の役割と看護部・課の理念や方針を理解し、就職活動をする上での参考とする」ことを目的にローテーション形式にてプレゼンテーションを開催した。対象学生は金沢の学生（2年生80名）と、富山の学生（2年生26名）

の計106名であった。

6施設からは院長、事務部長、看護部長、副看護部長、教員等総勢35名程の職員が参加し、まず金沢医療セン



ター事務部長から処遇の説明、機構のネットワーク等が話された。次いで、それぞれの施設の紹介と、6施設が一体となった機構病院の特徴のアピールがされた。一方、施設ごとのブースの他に「交流コーナー」を設置し、お

茶とケーキを頂きながら、先輩看護師と意見交換をして相互の交流が深まるよう工夫した。

学生の反応をアンケート調査したところ、両校合わせて以下のような感想があった。



〈アンケート結果〉

①この時期の説明会は効果的であり、3年生になる前に就職について考える良い機会になった。②やる気につながった。説明会は早い方がよい等の意見が多くあった。また、③国立病院機構の特徴が良く理解できたと大半の学生が答えていた。説明のわかりやすさでは、どの施設もわかりやすいと答えていたが、特に学生の反応が良かったのは、新人看護師の存在であり、また学生にとって新人看護師が語る興味関心ある内容でもあった。具体的には、④新人看護師の笑顔と話された内容から、就職後1年間で何を学ぶかが明確になり不安軽減につながったと答えている。また、少数意見ではあったが、⑤病院同志の繋がり、連携が強いことがわかった⑥政策医療については授業でも聞き、今回も説明を受けたので理解できたとの回答もあった。

今回の合同説明会では、各施設単独のアピールのみでなく、病院同志の繋がり、連携について、北陸地区全体及び、機構全体の説明をどの施設も行っており、会場内には優しい雰囲気の流れ、アットホームな時間となった。施設側からも、「連帯感が芽生えたような印象があった。ネットワークは病院間と学校間で培うものという認識を広めることができたのでは」「当院の紹介もさることながら、機構職員の一員になりたいという関心を持っていただけたら嬉しい」等の反応があった。



就職説明会では、一人でも多く残ってほしいという思いから、ややもすると一方的な説明になりがちであるが、今回は、学生も交えて一体になれた感じがした。それは、今回の説明会のように、職員同志がお互いの施設の垣根を越えてコミュニケーションを活発にしたからだと思う。今後も連携をとり、国立病院機構のアピールをしていきたい。

就職説明会では、一人でも多く残ってほしいという思いから、ややもすると一方的な説明になりがちであるが、今回は、学生も交えて一体になれた感じがした。それは、今回の説明会のように、職員同志がお互いの施設の垣根を越えてコミュニケーションを活発にしたからだと思う。今後も連携をとり、国立病院機構のアピールをしていきたい。

取り組み

③

高校教師を対象にした学校説明会

山川 郁子

6月18日（木）に高校教師を対象に学校説明会を行った（7月2日も実施予定）。

目的は、学生確保に向けての当校の情報提供である。学校長からは看護師の役割の拡大、看護の動向等が話された。その後、1年生の体位変換の演習、3年生の急性期実習まとめの演習を見学していただいた。また、在校生の声として3年生と高校教師の座談会の時間を設けた。



高校教師の反応は以下のものであった。

- ①初めて看護学校を見学させていただいて、参考になった。
- ②実習を体験した学生の声が聞いて良かった。実践力を求められている緊張感を感じることができた。
- ③看護師の役割拡大や最近の看護の動向が聞いて参考になった。
- ④目標を持っている学生は成長していくことを感じ



国立病院機構専修医制度
(いわゆる後期臨床研修)について

【資料2】 国立病院機構における後期臨床研修制度

【到達目標】

- 各研修コース及びこれらのコースを構成するプログラムに設定した経験すべき疾患、その症例数及び手技を修得できる。
- 臨床研修制度で指導医の役割が果たせる。
- 医療安全推進者の役割が果たせる。
- 診療録管理ができ、診療統計が活用できる。
- 学会発表、治験などの臨床研究活動ができる。
- 学会等の各診療科専門医、認定医の資格を修得できる。

【研修内容】

研修施設においては、下記に示すような、原則として3年間または5年間の専門領域ごとの研修コースを設定する。その研修コースの中では必修・選択となる一定期間を単位とした研修プログラムを設定し、それらを組み合わせて選択することにより、各研修コースを構成することとなる。

これらの研修プログラムにおいては、達成目標、経験すべき疾患及びその症例数、経験すべき検査手技を明示する。

また、後期臨床研修中の医師の呼称は「専修医」とする。

— 専修医の研修 —

臨床研修修了後の医師であり、原則として、卒業後3年次から7年次までの3～5年間の研修期間内で、認定された研修コースに従って、取得すべき専門領域とその関連分野について研修する。関連領域の研修は専攻する領域の特性と自らの希望をもとに選択する。

たとえば、3年間の研修コースでは、内科、外科等の幅広い領域においては志望する専門領域の研修プログラムと、その領域に関連する診療科の研修プログラムによって構成されることとなる。また、眼科、耳鼻科、皮膚科等の領域においても、関連する診療科の研修プログラムも含めて設定されることとなる。

5年間の研修コースでは、前述の3年間の研修コースの内容も含めた専門領域を中心とした研修コースとなる。内科、外科等においては呼吸器、循環器、消化器などの臓器別の分野にさらに特化された研修プログラムにより設定される。眼科、耳鼻科、皮膚科等においてもさらに深化したプログラムに沿った研修コースを設定することも可能である。

【米退役軍人病院への海外留学等】

認定された研修コースにおいて研修を受けている医師のうち、優秀な医師に対しては、National Hospital Organization (NHO：国立病院機構) とVeterans Health Administration (VHA：退役軍人健康庁) との提携による退役軍人病院への留学制度を適用する。また、優秀な医師については、専門性に応じて、ナショナルセンターへの国内留学等も可能とする。

【研修施設】

研修施設は、質の高い研修が実施できるよう、研修責任者を定めるとともに、研修コースごとに、コース全体の指導責任者、募集

人員、研修期間等を定める。また、教育内容のプログラムとして、到達目標、経験すべき疾患及びその症例数、経験すべき手技等を定め、それら研修プログラムについて、本部の認定を受ける。

【研修コース及びプログラムの認定】

○ 研修を行う施設は、研修コース（コースを構成する研修プログラム内容を含む）について、ブロック事務所を通じ、本部に申請し研修プログラム等審査委員会による審査を受ける。なお、原則3年間ないし5年間の研修期間がひとつの施設内で完結することを要求するものではない。

○ 本部は、研修プログラム等審査委員会を開催し、コースごとに、指導責任者、募集人員、研修期間等を、またプログラムごとに、到達目標、経験すべき疾患及びその症例数、経験すべき手技等を審査し、認定を行う。

○ 設定された研修期間の一部について、独立行政法人国立病院機構以外の他施設で研修を行うこととなっているコースについても、研修プログラム等審査委員会における審査を経て承認されればコースとして認定することができる。

【選択研修コースの申請と修了認定】

○ 研修を行う医師は、研修の開始にあたって希望する研修コースの開始を本部に申請する。

○ あらかじめ本部において認定された研修コースを修了した医師は、認定を受けるため本部に対し、修了書等の書類をそろえて認定申請を行う。

○ 本部は、上記の認定申請があった場合には、研修プログラム等審査委員会において、審査を行い、必要な研修が行われていると認められる場合には、認定を行う。

【当該研修コース、プログラムを研修中の医師の処遇について】

各病院は、現在の国立病院機構非常勤医師給与規程のレジデント区分を参考として給与設定を行うこととするが、卒後5年目を超える医師の場合には、同給与規程の一般医師区分の設定を適用すること、または常勤医師として雇用することも可能とする。なお、現在、各病院の責任において実施しているレジデント制度において研修を行っている医師が、3年の年限を超えて専門領域の研修を希望する場合にも、研修申請を行い委員会で認められた場合において同様な処遇を認めることとする。

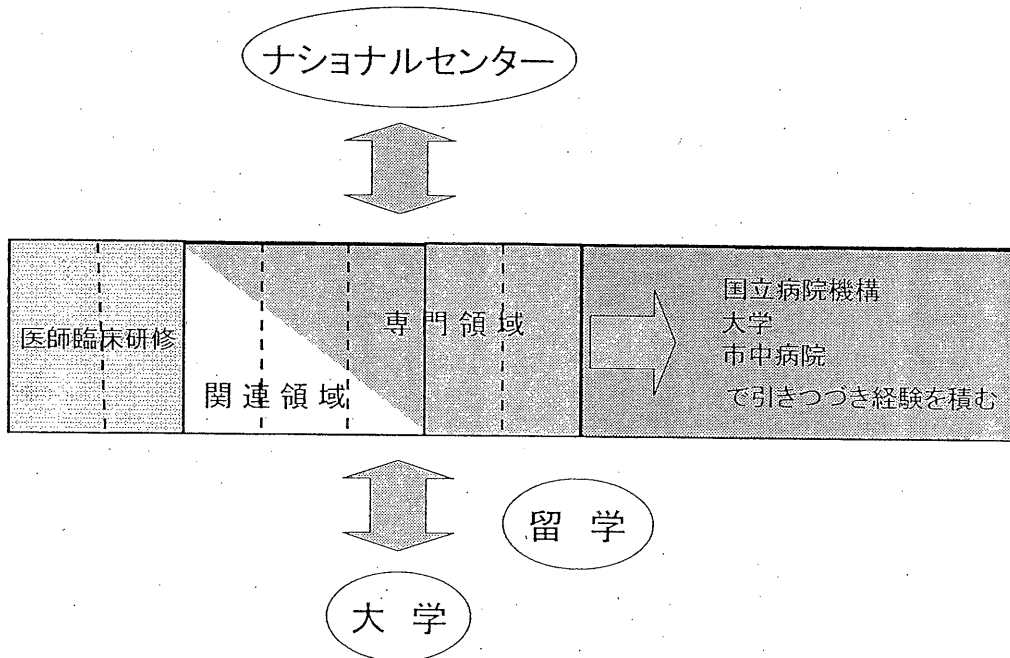
【研修修了後の特典】

国立病院機構として認定した研修コースを修了した医師については、申請により診療科診療医として認定する。認定者のうち本機構の医員として雇用を希望する者に対しては、人格及び診療能力にすぐれている場合には優先的に配慮するとともに、処遇上の優遇を行う（学位取得と同等と評価する等）。

ただし、我が国において、同様の内容の研修認定を行う機関が設立された場合等には、その機関で認定された資格に応じた処遇上の優遇を行うこととする。

(国立病院機構HPより)

後期臨床研修(専修)プログラムの概念



後期臨床研修(専修)概要紹介

	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目
総合診療科コース(5年)	内科関連領域基礎プログラム(各3ヶ月)を選択		総合診療プログラム(総合診療・内分泌・膠原病分野)		
産婦人科コース(3年)	産婦人科プログラム(麻酔科、外科、新生児科等の関連領域の研修も可)				
外科コース(5年)	外科基礎研修(麻酔科、一般消化器・乳腺甲状腺・小児・呼吸器・心臓血管外科)		外科専門領域プログラム(希望により内科・小児科等の関連領域研修も可)		
小児科3年コース	小児科3年プログラム(一般小児、新生児、小児外科)			※5年コースでは、4年目に大学病院での研修も可	
麻酔科コース	麻酔科プログラム(集中治療、救急医療領を含む)				
編入コース例(泌尿器科)	泌尿器科専門領域プログラム	関連領域基礎プログラムを選択	泌尿器科専門領域プログラム		他施設での研修

※上記の各診療科のコースの中では、各関連領域の3ヶ月基礎プログラムを選択することができるようになっている。また、これらはコースの一例であり各科3年又は5年のコースが選択でき、これら以外の組み合わせについても必要性に応じて柔軟に構築することが可能。

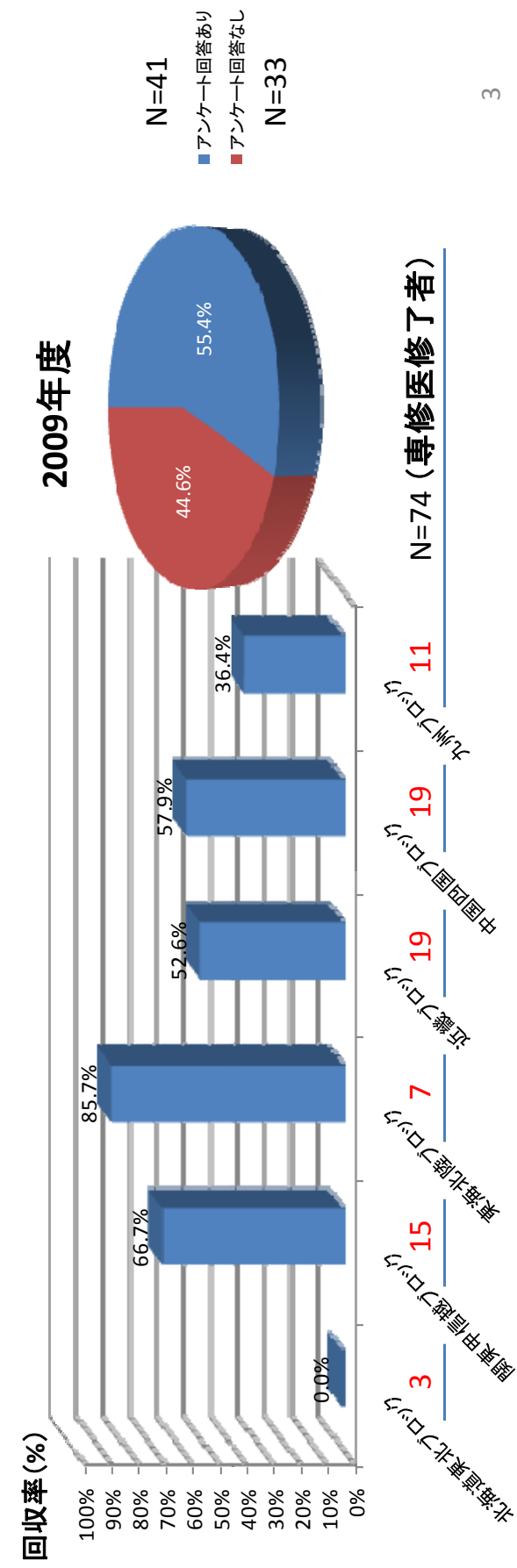
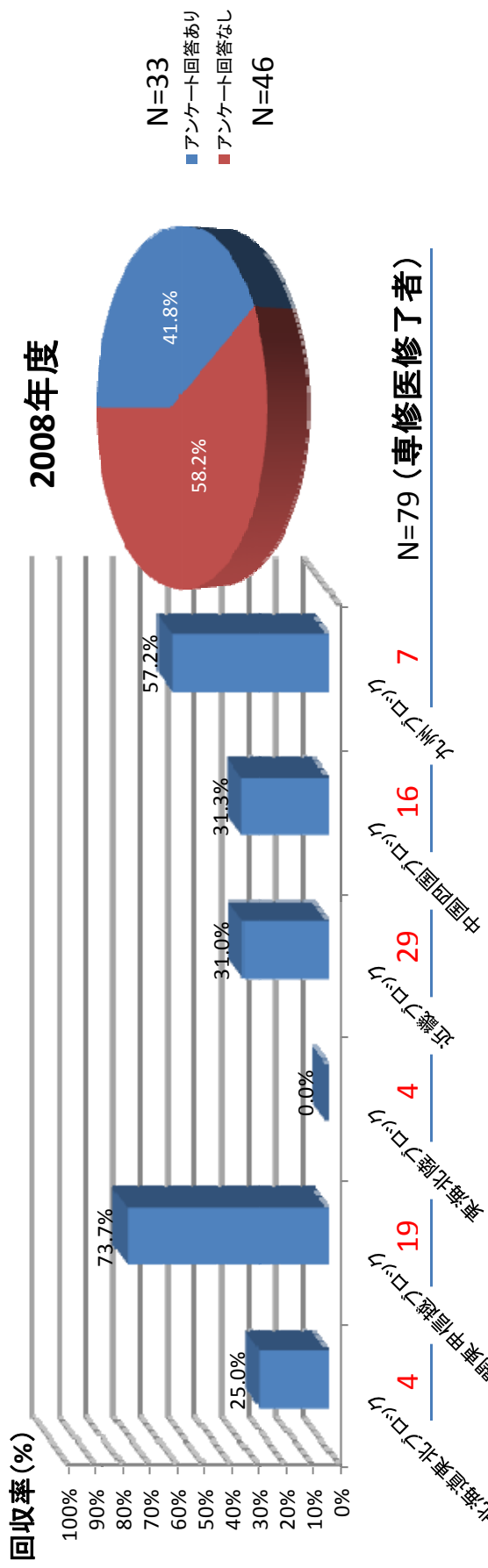
専修医修了者等を対象とした
アンケート調査

平成21年度専修医修了者 アンケート調査結果

要 旨

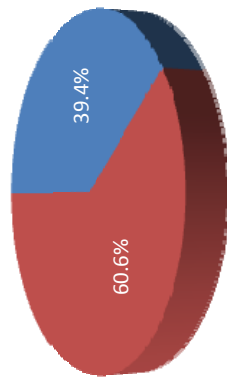
- 2009年度修了の専修医74名に修了時のアンケートを行い2008年度修了者79名の結果と比較した。
- 2009年度のアンケート回収率は55.4%となり2008年度より増加し、半数を超えた。
- 出身大学あるいは研修病院に対する出身地の関係では、出身地があるいは近隣県が増加しており、出身地への帰傾向が推測される結果であり、医局への所属率も増加傾向があった。
- 後期研修病院として選択する際の重視項目は、「症例の豊富さ」や「技術の向上」、「研修カリキュラム」など2009年度も変化はなかった。しかし、「技術の向上」、「専門医の取得」の項目が上昇したのに対して、「研修カリキュラム」は2008年度に比較して低下した。
- 専修医修了後の進路を決める上で重視する項目は、「キャリアアップ」、「技術の向上」、「専門医の取得」、「症例の豊富さ」であり、2009年度も2008年度も変化がなかった。しかし、「技術の向上」がより増加したのに対し「専門医の取得」は減少した。
- 機構病院への就職は、36.4%から43.9%へと2009年度はアンケート回答者でも増加。就職理由は、「さらに経験を積めるから」が最多。
- 機構病院以外への就職では、大学は不変、市中病院が減少。機構病院を選ばなかった理由として2008年度最多であった「経験を積むのに不十分」が減少。
- 専修医修了後の進路として機構病院、大学ともに出身地あるいは近隣県が多い傾向があったが、これに対して市中病院は出身地と無関係な地域が多い特徴が見られた。
- 将来の進路に関する情報は、2008年同様「インターネット」、「他の医師からの口コミ」が主流。しかし、NHO本部、ブロック事務所からの情報提供は低い評価のままでありいっそうの対策を要する。
- 10年後の勤務先として2008年度は皆無であった機構病院を選ぶ修了者が2009年度は10.7%認められた。

アンケートの回収率

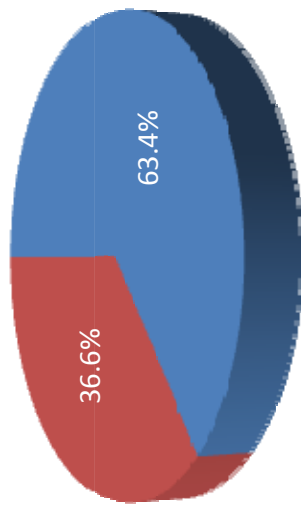


アンケート回答者のプロフィール

出身大学と出身地の関係

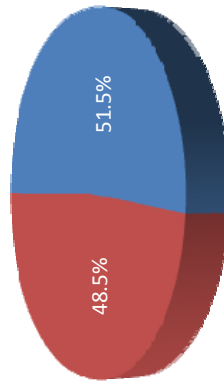


2008年度
■ 同県あるいは近隣県
■ 無関係

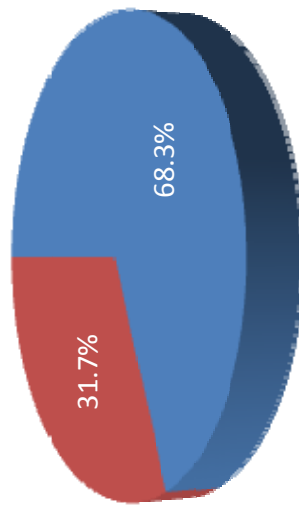


2009年度
■ 同県あるいは近隣県
■ 無関係

研修を行った病院と出身地の関係

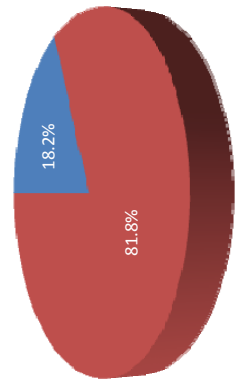


2008年度
■ 同県あるいは近隣県
■ 無関係

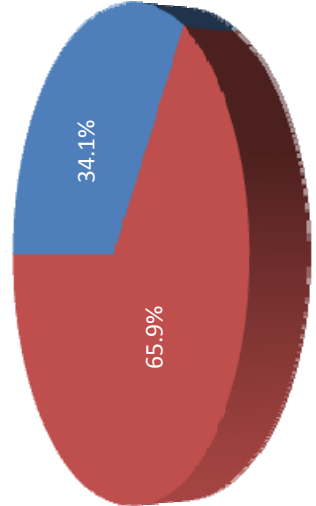


2009年度
■ 同県あるいは近隣県
■ 無関係

医局所属率



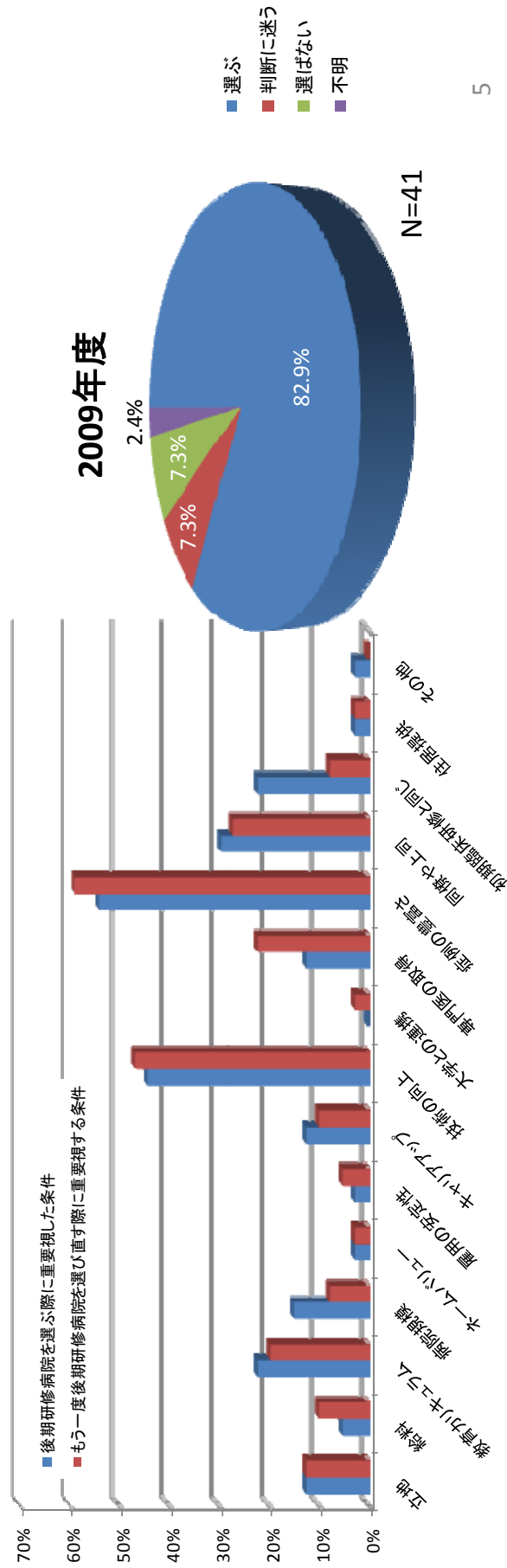
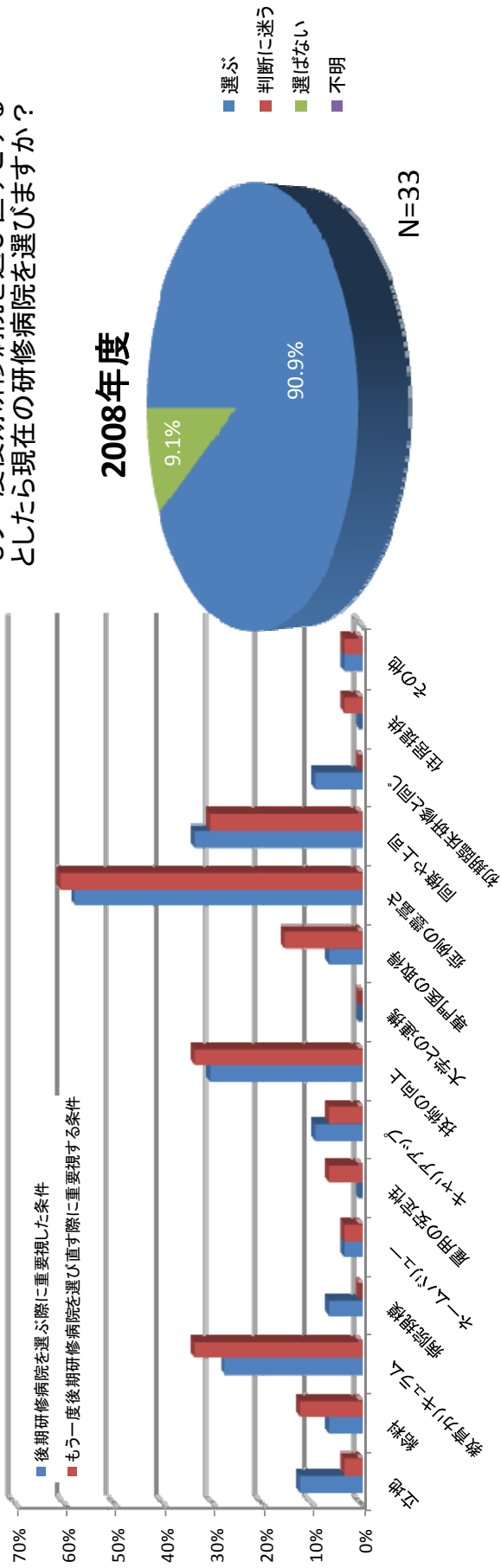
2008年度
■ 所属あり
■ 所属なし
N=33



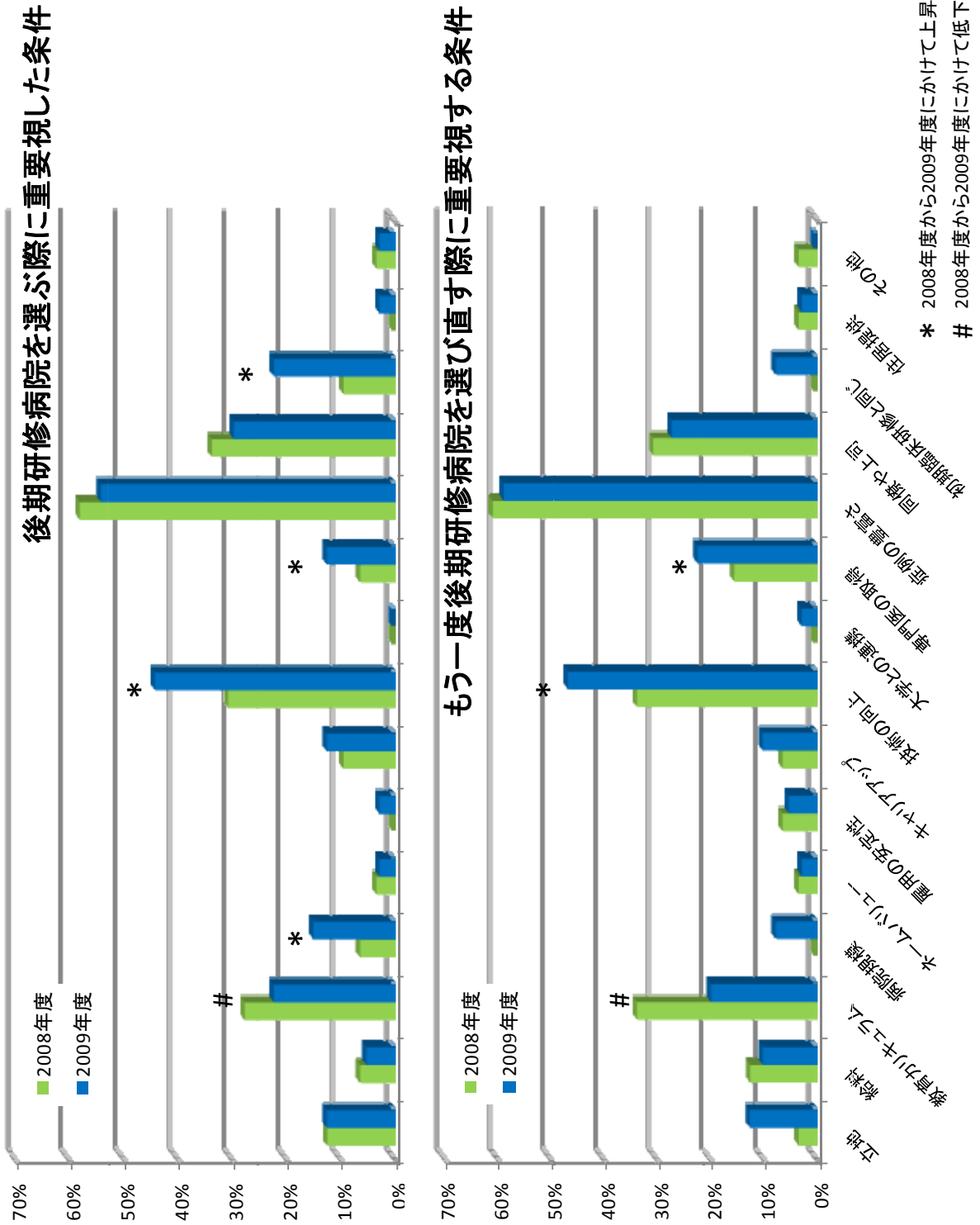
2009年度
■ 所属あり
■ 所属なし
N=41

後期研修病院を選ぶ際の条件

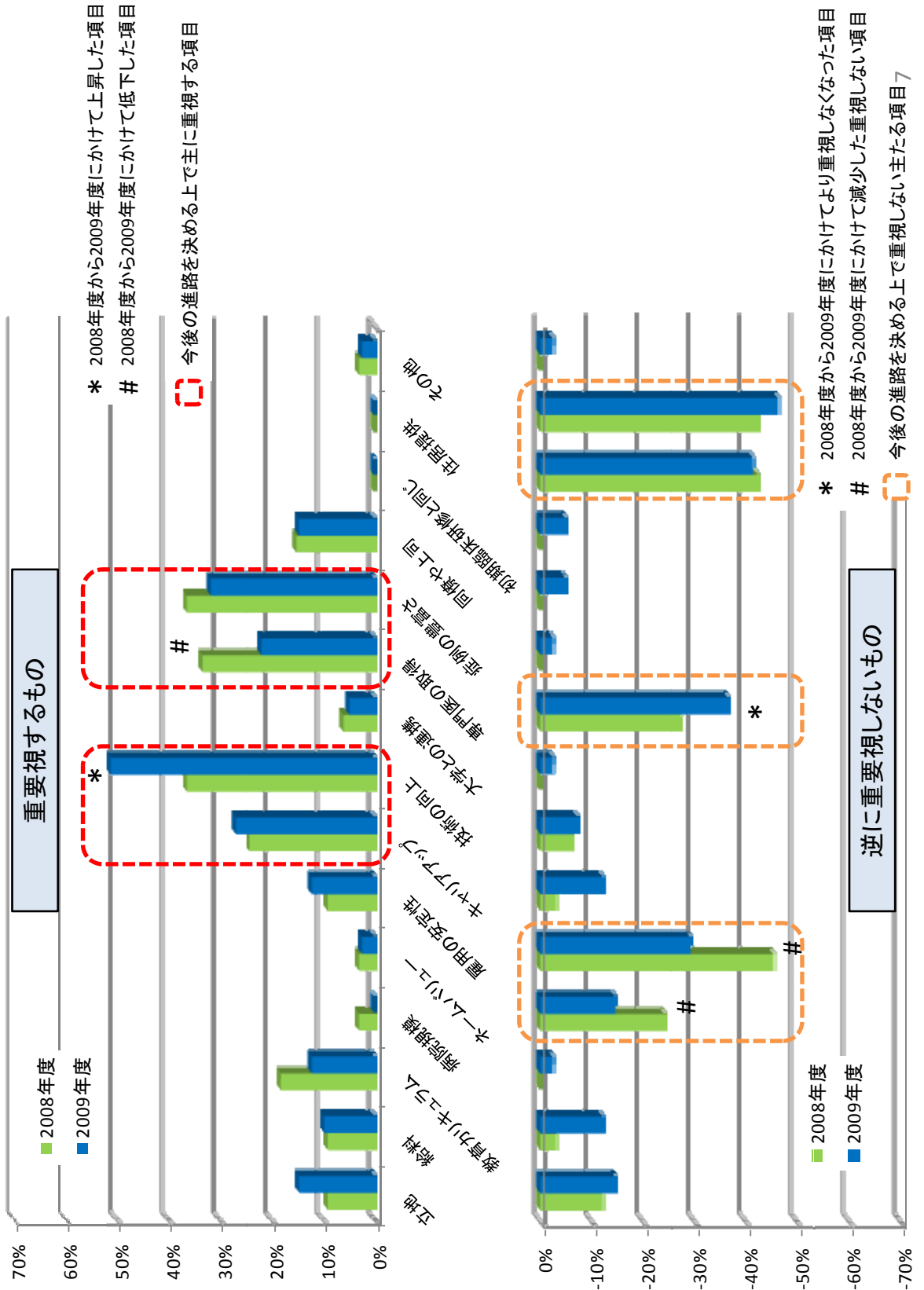
もう一度後期研修病院を選び直すとする
としたら現在の研修病院を選びますか？



後期研修病院を選ぶ際の条件

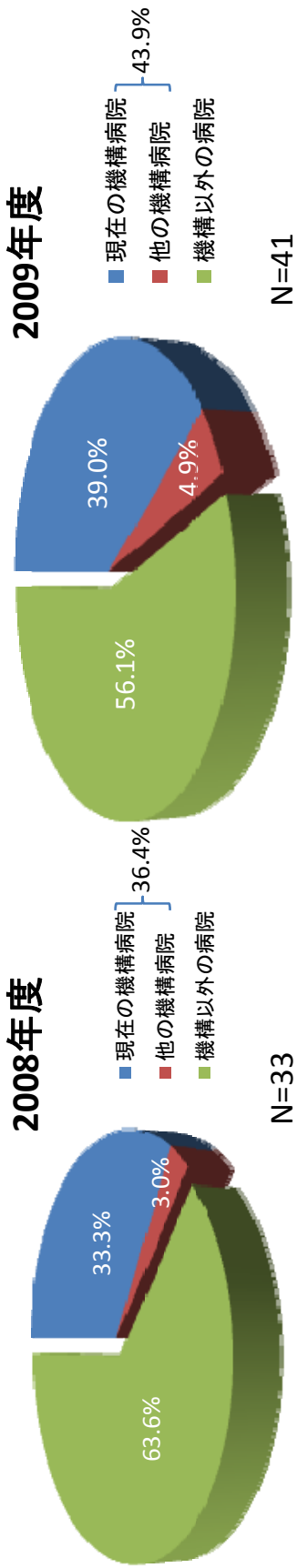


今後の進路を決める上で重要視する項目

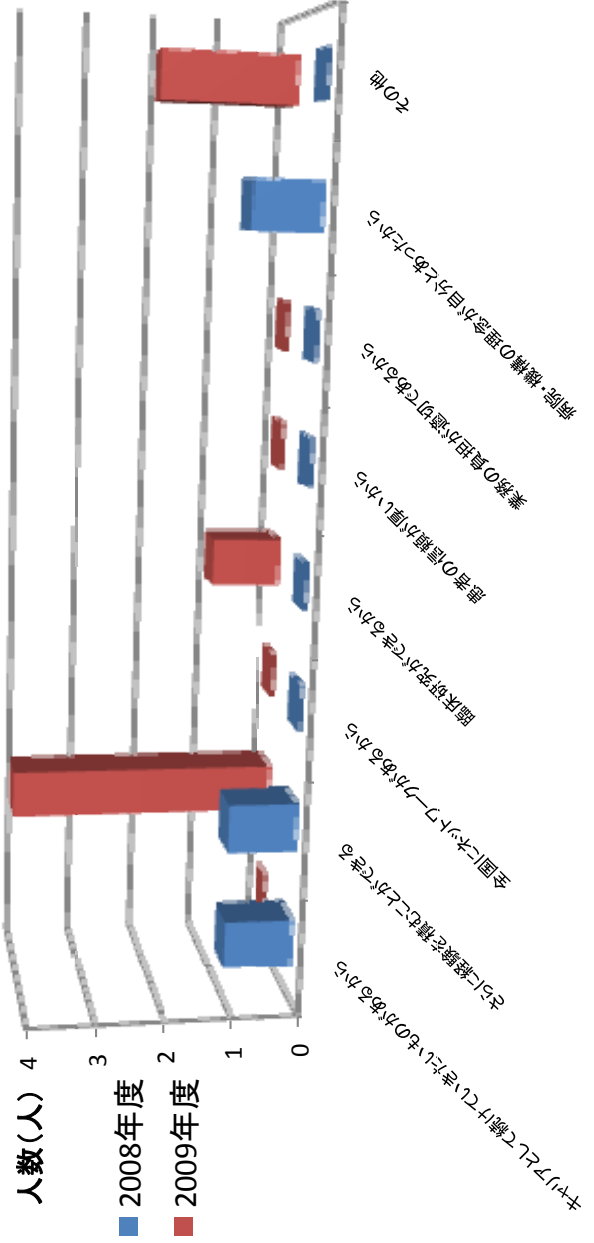


専修医修了後の進路

アンケート回答者における専修医修了後の進路

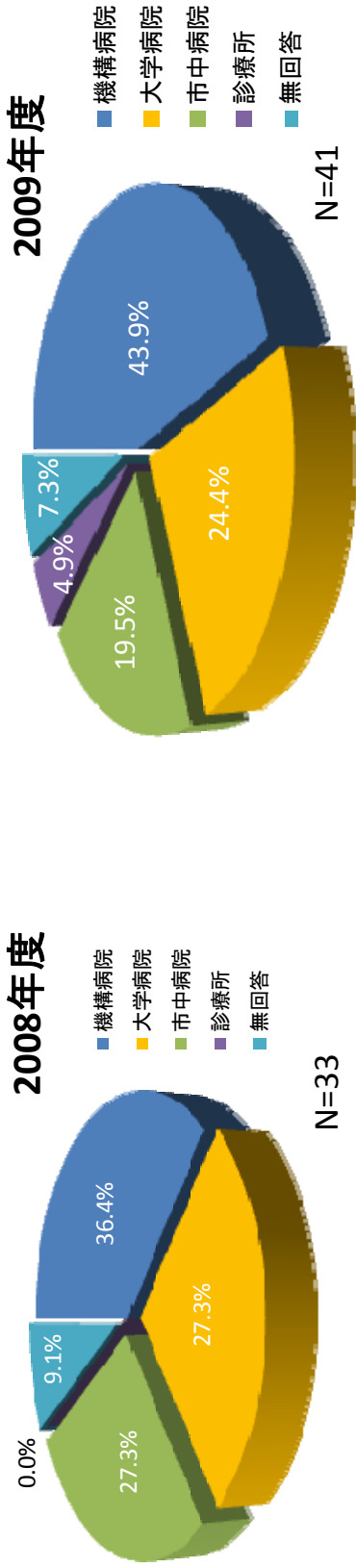


専修医終了後の就職に国立病院機構の病院を選んだ理由

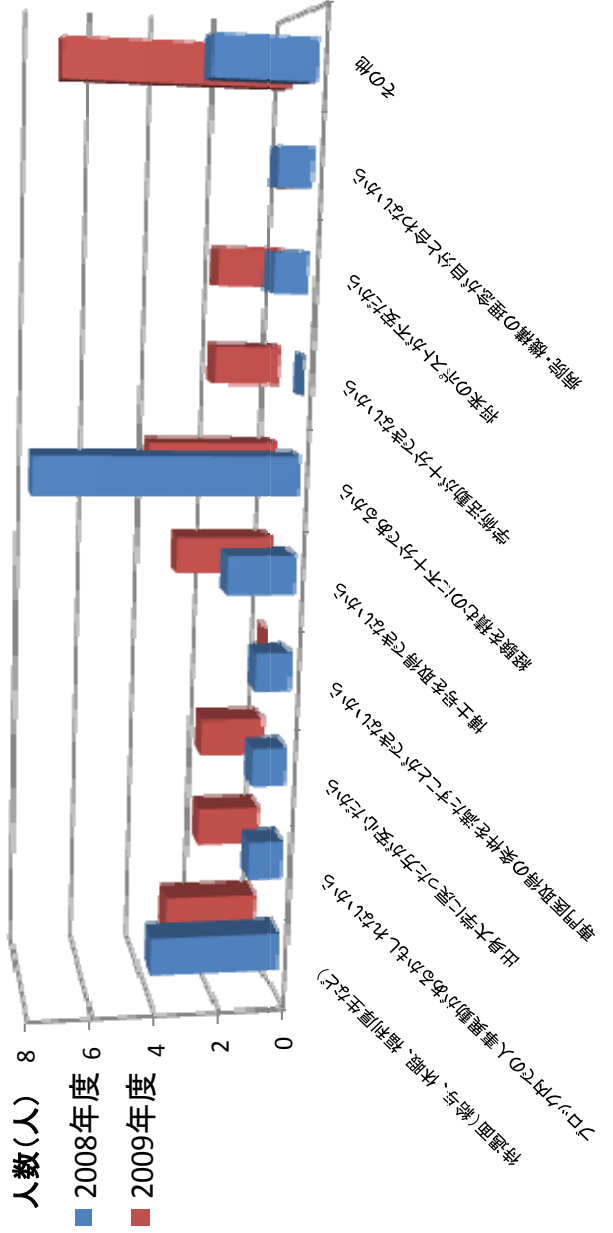


専修医修了後の進路

アンケート回答者における専修医修了後の進路(機構外病院の内訳)

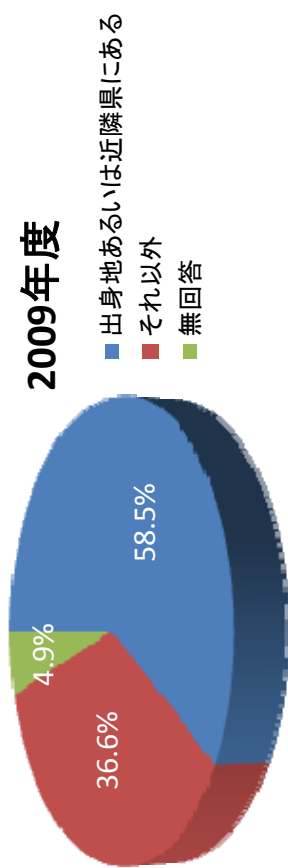
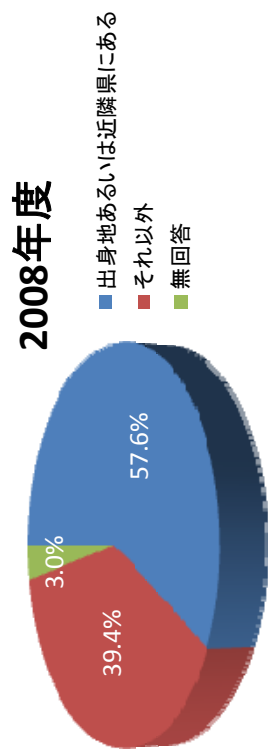


専修医終了後の就職先に国立病院機構の病院を選ばなかった理由

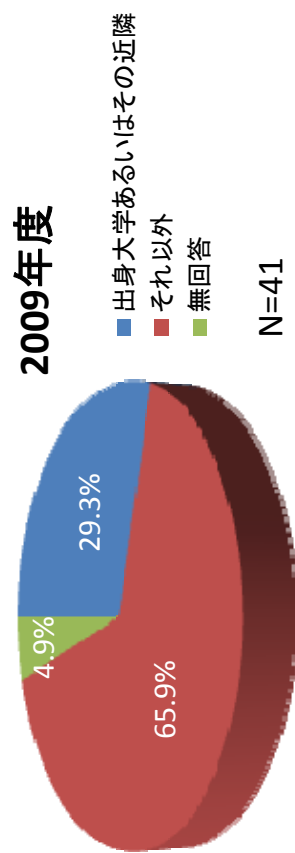
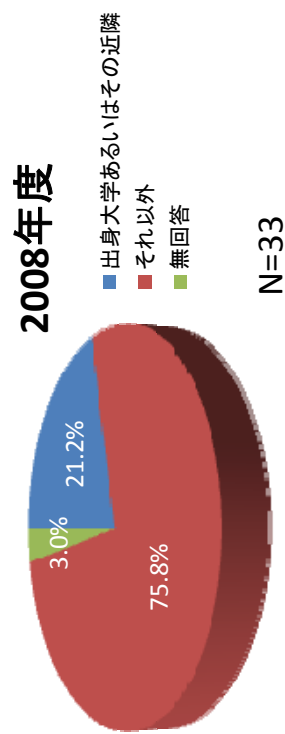


専修医の修了後に勤務する施設

就職先の施設は出身地あるいは近隣県か



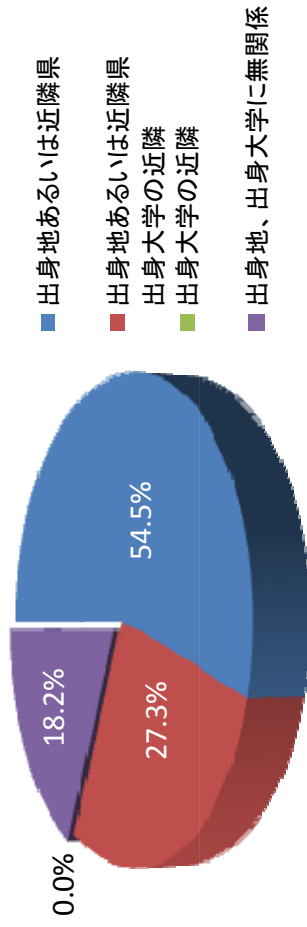
就職先の施設は出身大学かもしくは近隣施設か



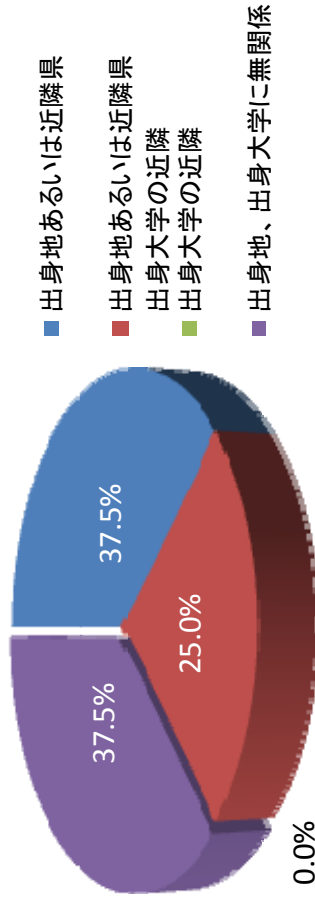
専修医の修了後に勤務する施設

研修と同じ機構病院に就職した専修医の特徴

2008年度 N=11

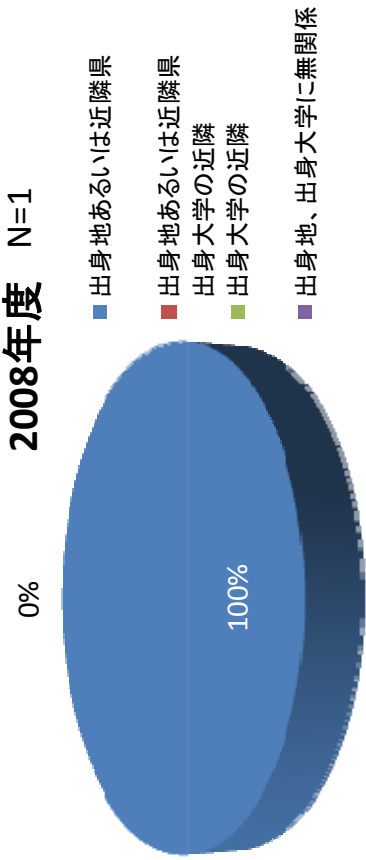


2009年度 N=16

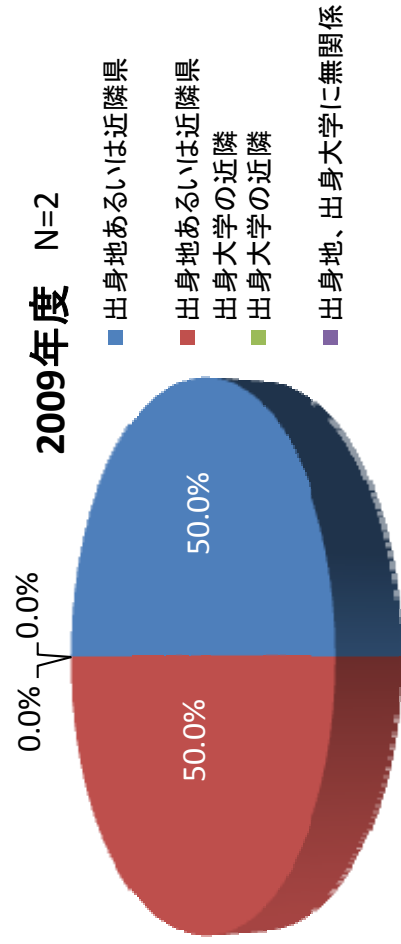


研修とは異なる他の機構病院に就職した専修医の特徴

2008年度 N=1



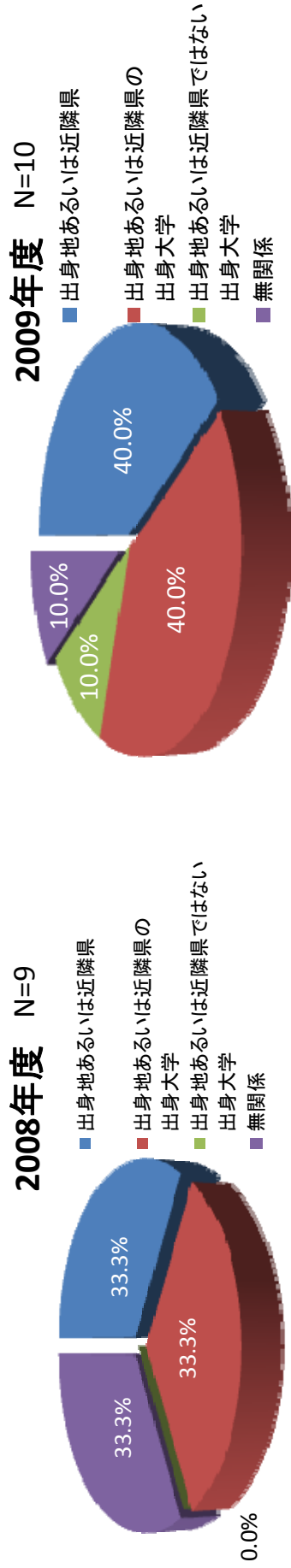
2009年度 N=2



専修医の修了後に勤務する施設

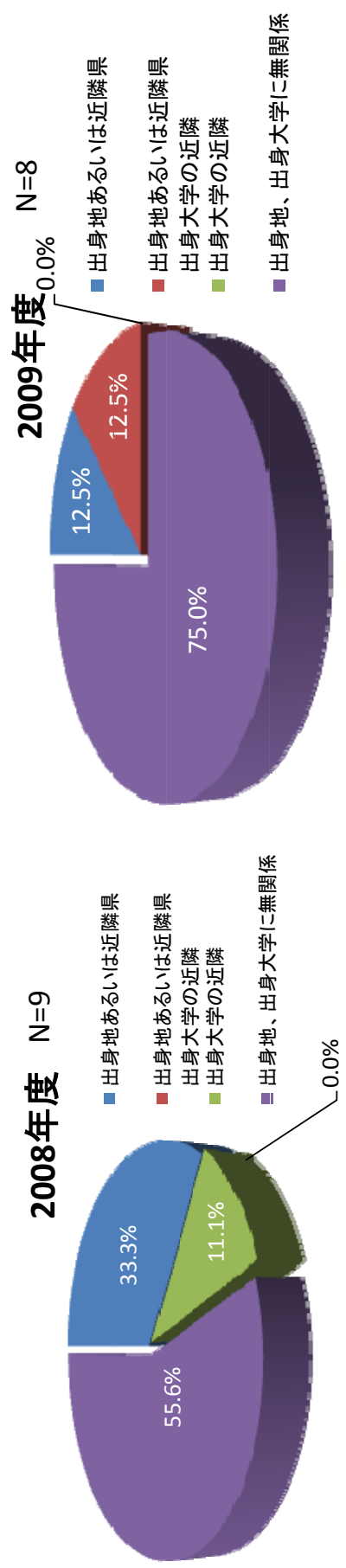
大学病院に就職した専修医の特徴

出身大学への就職は33.3%(2008年度)から50.0%(2009年度)と増加傾向



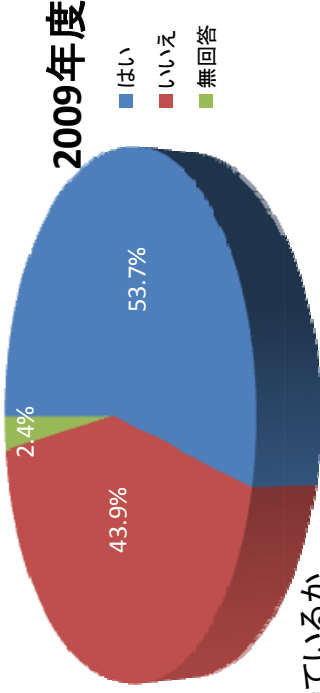
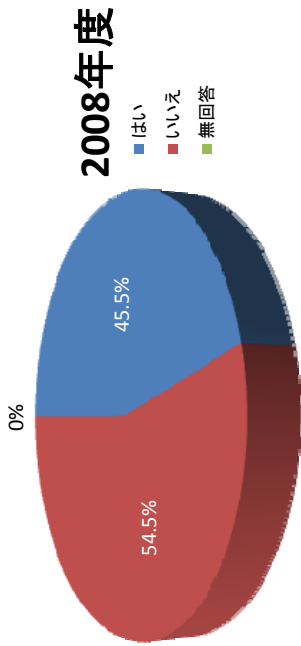
市中病院に就職した専修医の特徴

出身地や出身大学に関係のない地域の施設への就職が多い

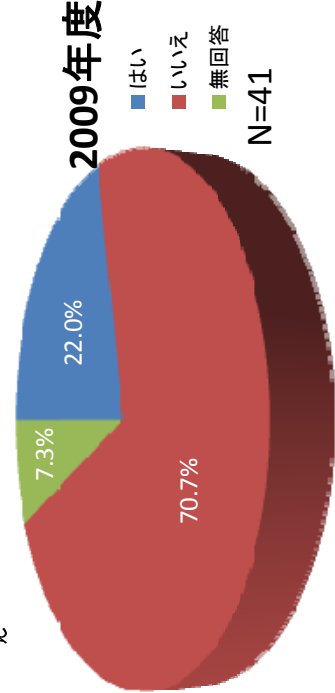
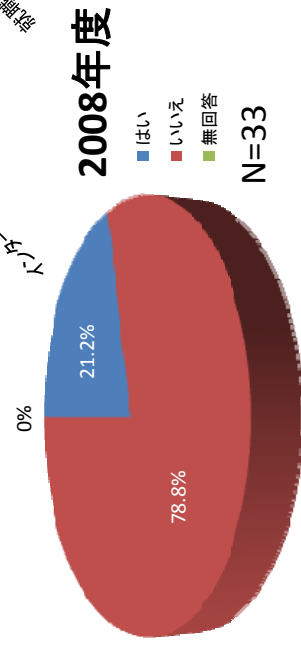
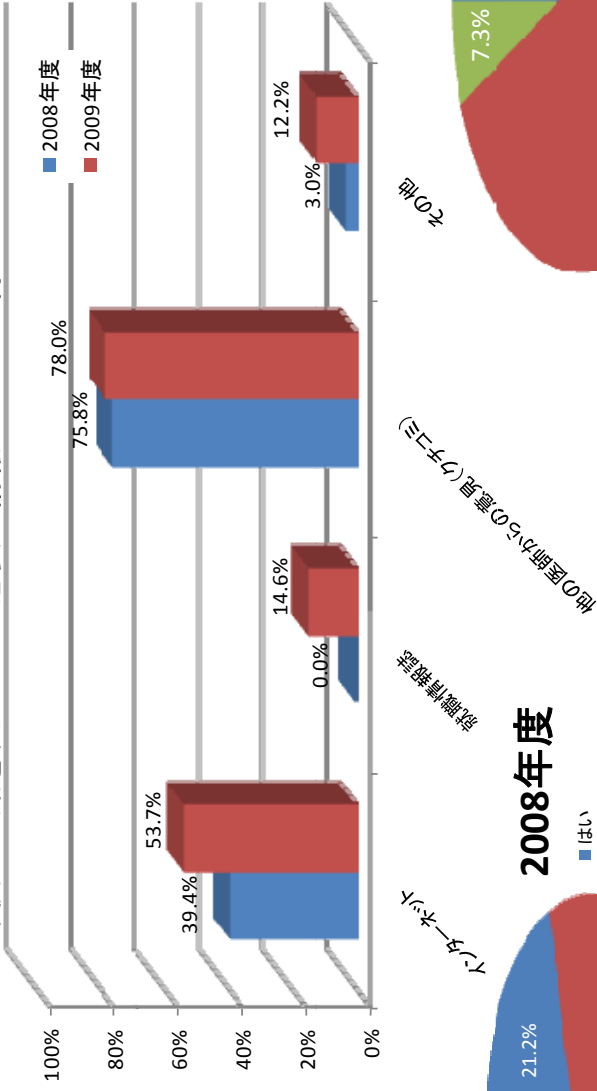


将来の進路に関する情報

将来の進路を決める上で医師としての将来についての必要な情報が得られているか



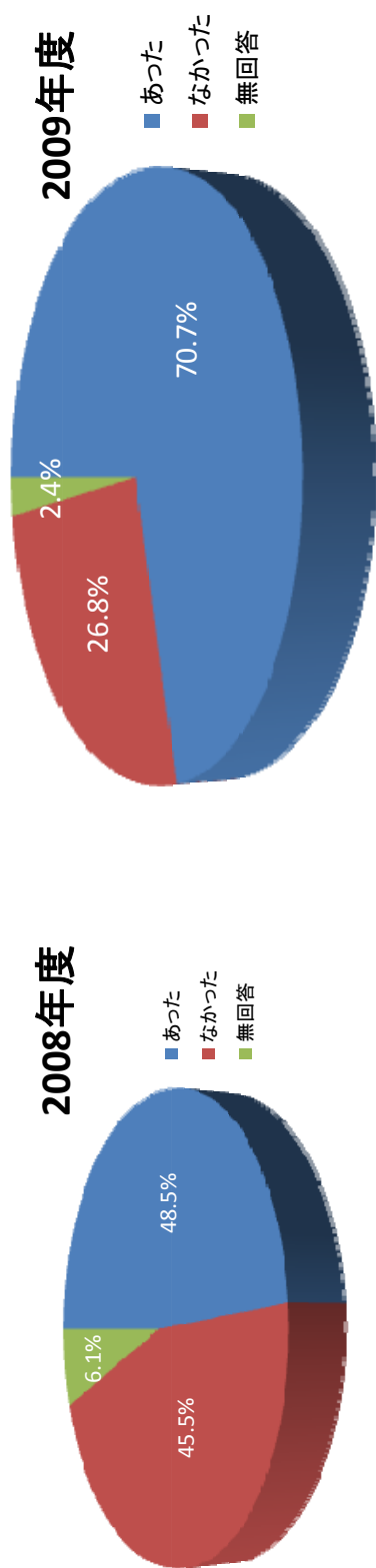
今後の進路を決める上で必要な情報はどこから得ているか



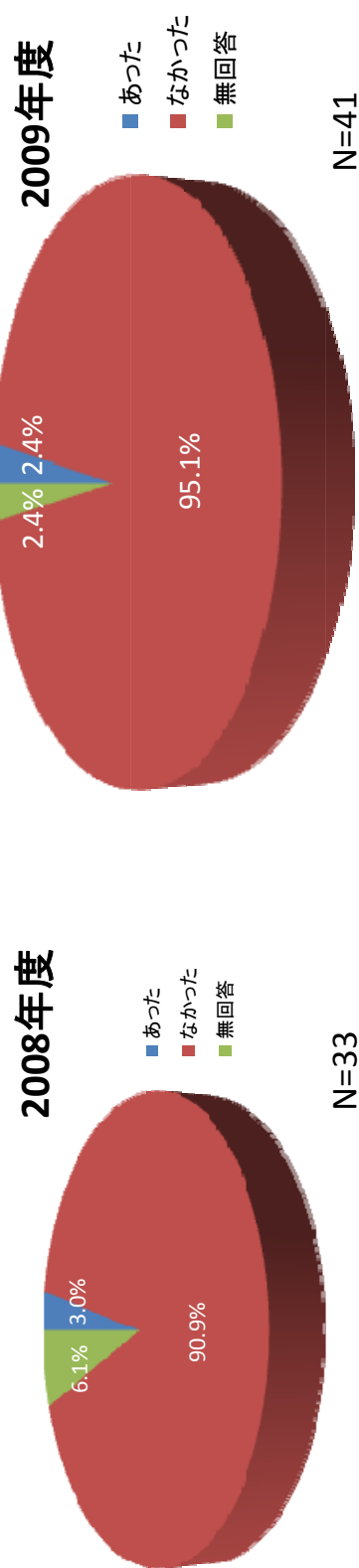
今後の進路を決める上で就職先としてのNHOの情報は十分に得られているか

今後の進路を決める上で必要な情報を得るために必要な情報、助言が得られたか

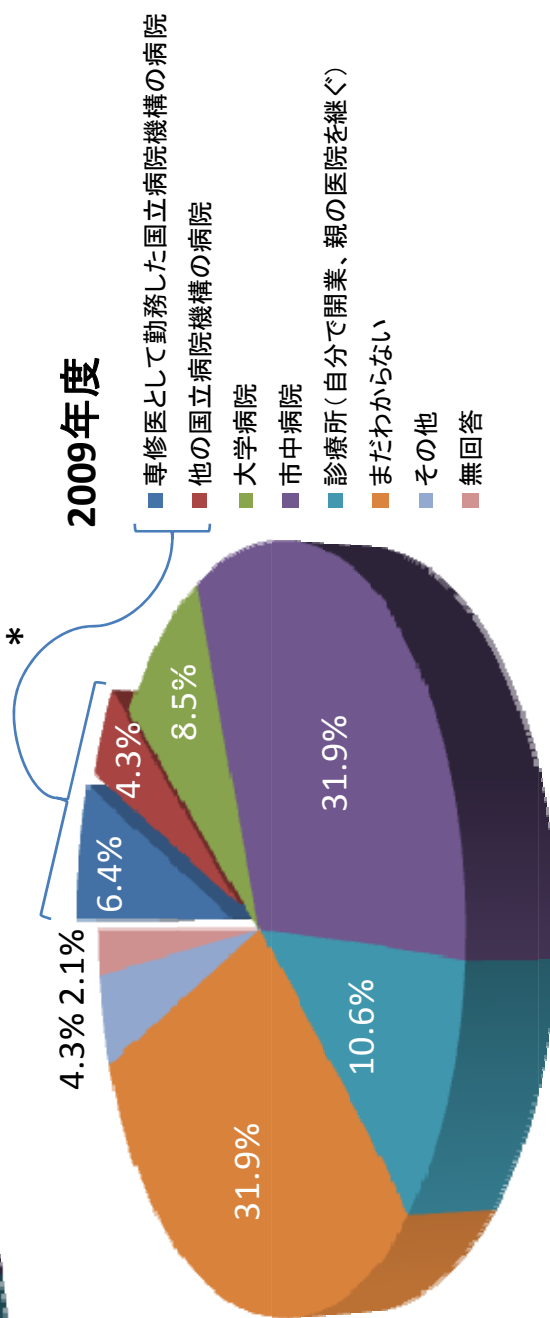
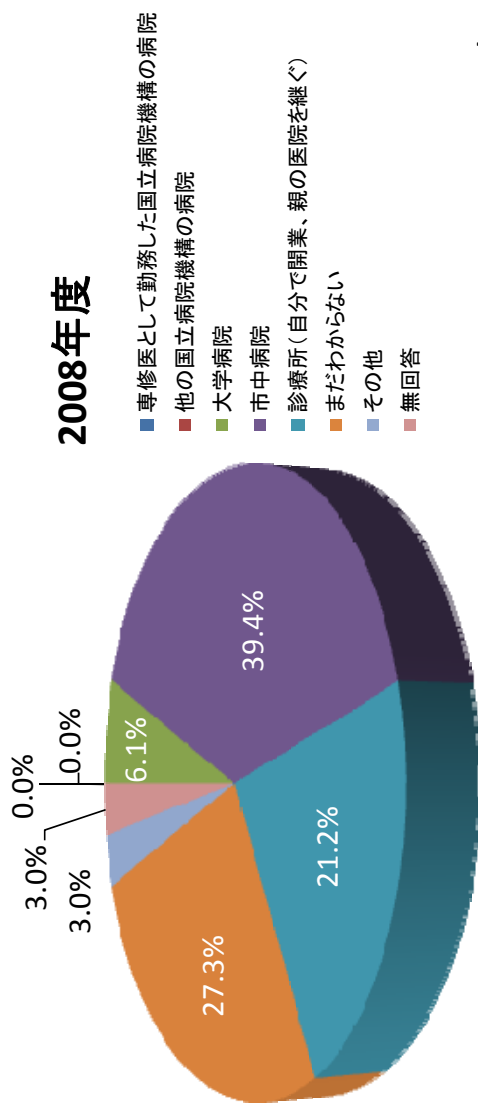
指導医から助言があった



NHO本部やブロック事務所、もしくは病院事務部門からの情報提供があった



10年後の勤務先をどのように考えているか(将来のビジョン)



情報紙「NHO NEW WAVE」

NHO NEW WAVE



Talk 矢崎義雄×研修医スペシャル座談会 良き医療人の育成を目指す 国立病院機構の臨床研修を考える

医師不足、地域医療の崩壊、医療機関の経営破綻……医療現場では、かつてないほど大きな混乱が生じています。なかでも臨床研修制度に関する問題は最重要課題のひとつといえます。研修医の大学病院離れが進み、約半数が研修病院を選択するようになりました。このような流れのなかで、臨床研修に対して熱心な先生方が大勢いる国立病院機構に注目が集まっています。限りある時間の中で有意義な研修を送るためにはどうすればいいのでしょうか。矢崎義雄理事長と研修医・専修医の皆さんに意見を交換していただきました。

矢崎 皆さんは、どのような理由で研修先の病院を選んだのですか。

山田 学生時代から総合内科で研修をしようと思っていたので、志望する科のあるいくつかの病院を見て回りました。なかでも東京医療センターは歴史と実績があり、実際に病院を訪問して先輩方の仕事ぶりを見て、感想を聞き、非常に良い印象を受けたので、研修するならココだ、と思って決めま

研修先は、どのような理由で 選びましたか？

た。ところが初期研修のときは残念ながらマッチングできず、そのまま大学で初期研修を行い、再度申込みをして、後期からお世話になっている次第です。

田邊 私は家庭医志望なのですが、先端医療がどういうものかを見てから地域医療を学ぼうと思っていたので、初期研修は大学で受けました。東京医療センターに決めたのは、やはり歴史と実績があって、一般的な症例から非常に珍しい症例まで、いろいろな症例をバランスよく診れるという点ですね。指導体制がしっかりとっていて、カンファレンスが多い、ことも魅力です。

日宇 長崎医療センターへ見学に行ったときのことなのですが、救急外来に救急車が到着したとき、すぐに3～4人の研修医が患者さんを乗せたストレッチャーにかけよ、いきなり処置を始めたんです。

研修医・専修医のための
コミュニケーション情報紙

NHOニューウェーブ

2010
spring
vol. 1

発行 独立行政法人 国立病院機構
平成22年 春号

巻頭特集

Talk 矢崎義雄×研修医スペシャル座談会

独立行政法人国立病院機構理事長 矢崎義雄

岡山医療センター 研修医 佐伯百穂

東京医療センター 専修医 田邊順子

東京医療センター 専修医 山田康博

長崎医療センター 専修医 日宇宏之

(大阪府済生会千里病院在職中)

Person 指導医が語る

岡山医療センター 副統括診療部長 佐藤利雄

長崎医療センター 救急科医長 高山隼人

東京医療センター 内科医長 鄭 東孝

Hospital 病院クローズアップ

南九州病院

南九州院長 福永秀敏

埼玉病院

埼玉院長 牛島康榮

Experience ロサンゼルスVA留学記

名古屋医療センター整形外科医師 斎藤 究

大阪医療センター免疫感染症科医師 矢嶋敬史郎





医療に地域特性があることを
国内留学で身をもって感じた

他の病院を見学したときは、研修医はみな傍観していました。でも長崎医療センターは違いました。誰に指示されたわけでもなく、みんな自然に手を動かしていたんです。その光景を見て、ここで研修を受ければ力がつく、と思いましたね。

佐伯 いくつかの病院を見学したんですが、あちこちで岡山医療センターは勢いがあるよね、といううわさを聞いたんです。それで実際に足を運んでみると……うわさ通り先生や先輩方が明るくイキイキと医療をされているなと思ってお世話になることになりました。当初から全科バランス良く揃っている病院で研修を受けたいと考えていたが、国立病院機構の方が院も選択肢にありましたが、国立病院機構の方が大学院より規模が小さい分、きめ細やかな指導を受けられるのではないかと考えて決めました。

研修で印象に残っていることは？

山田 さいががた病院での研修では、大変貴重な経験をさせてもらいました。筋ジストロフィーや重症心身障害など、ここでなければ絶対診ることのなかった患者さんたちとの出会いです。実は、小児科で診た子どもたちが、その後どうなるのか気になっていました。病院スタッフと家族のように付き



合っている。その光景を見たとき、まさしく目から鱗が落ちるような気がしました。これが医療の継続性なのかと。

矢崎 それはいい経験がされましたね。国立病院機構は、政策医療のセーフティーネットなんです。民間や公的医療機関でフォローしきれないことをやっているとすよ。例えば、医療観察法に基づく精神病棟のシェアは80%、筋ジストロフィーは95.5%、結核は44%、重症心身障害者のシェアは40%あるんです。つまり、我々は国の政策医療の大事なところの(ほとんども)を担っているんです。そういう視点で医療現場を見ると、医療に対する視野がぐんと広がります。これは医師の社会的使命でもあるので、そういう感覚を養うことも研修医時代には必

Talk 矢崎義雄×研修医スペシャル座談会

いまこそ外へ出て、医師として幅広い視野を養うことが大切だ！



■田邊順子 東京医療センター/専修医3年目
地域の在宅現場を歩いて知った
患者さんと家族の視点

要なことだと思います。

山田 そういえば、精神科のドクターに、ALS末期の患者さんを散歩に連れに行くように頼まれたことがありました。顎が少し動くだけで、意思の疎通もイェスノーしかできない。戸惑いながらも病院の外をストレッチャーで少し外に出てもらったのですが、病室に戻ったら、とても穏やかな顔をされていたんです。特別な治療をしたわけではないんですが、外の空気を吸っただけで気分転換ができたわけです。私が平日頃行っている医療とは別次元のことでも、患者さんの役に立って。そういう体験が出来たことは大きな収穫でしたね。

田邊 そうですね。私もさいががた病院に行きました。私が、医療観察法で入院されている患者さんの存在、そして国立病院機構の存在意義を改めて実感しました。

東埼玉病院では在宅医療をさせてもらったんですが、急性期の患者さんが自宅に帰った後、入院前と同じような生活を送るのはとても難しいんです。玄関には段差があって、あちこちに物が置いてある。もちろん、手すりなんかありません。それで急性期の患者さんが自宅で療養するには、どういった補助や介助が必要なのかという視点を持つことができた。こうした物の見方は、今後患者さんやご家族と接するうえで、非常に役に立つと思いますでしたね。

矢崎 地方にある病院は、交通の便が悪いとか、設備が十分でないとか、そういう面がクローズアップされがちですが、行かされるのではなく、そういう現場を見に行こうという発想がどんどん生まれてく

LINE

ために、無理を言っって何とか1年間延長してもらったんです。各自の希望に応じて、国立病院機構内の施設を自由に移動できるようになったらいいなと思います。そうしたシステムがあるのは聞いたことがありますが、実際に使う人はいまありませんし、病院の事情もありませんから難しいかと思いますが、

矢崎 貴重なご意見、ありがとうございます。とはいうまでも、病院長の立場からすると、貴重な戦力をそう簡単に外部に出すわけにはいきませんが、現場に混乱を来さないシステムを考えなければいけませんね。

山田 国立病院機構はいろいろな意味で垣根が低いと思います。研修生でも目上の先生に何でも気軽に質問できますし、それに気軽に答えてくれる。これは良い部分でもあるんですが、ひとつ間違えるとまあまあな関係になって医療の質を低下させることにもなりかねないので、そのあたりのことが気になります。

私は新研修医制度の第1期生なんですが、私たちが5年後、10年後、どこでどのような仕事をしているか、今やっていることが役に立っているのか、新研修制度は果たして良かったのか……。国立病院機構で初期研修を受けた研修生のうち、約半数はそのまま国立病院機構で後期研修を受けています。半分は残っているが、半分は去っていくわけです。その原因は何なのか、そういうことをどんどんヒンティングして研修制度に反映させるべきで

はないかと思っています。

矢崎 確かにその通りですね。研修制度をより良いものにしていくためには、そうしたシステムを作ることも必要だと思います。

田邊 私はいま妊娠8ヶ月なんですけど、体調が悪くなったとき、一時期休みをいただいたり、当直をせす、外来だけにしていただいたり……いろいろ心配していただいて、何かあったときのバックアップ体制が充実している、何事にも柔軟に対応してくれるので、とてもありがたいですね。

佐伯 それなら安心して結婚や出産することができますね。それから私たちの病院では、研修医全員に1人1部屋、レジデントハウスを提供してくれるんです。洗濯機は共同ですが、それ以外はすべて揃っていて、家賃は1ヶ月5,000円。そういう面でも大変助かっています(笑)。

今後のビジョン、そして後輩へのメッセージ

山田 私は後期研修5年コースの4年目なんですが、いろいろな研究論文を読んでいるうちに、臨床研究の方法論について学んでみたんです。それで指導医の先生にお願ひして、現在は聖路



実は、さいががた病院と東埼玉病院で研修を受けるよう打診されたとき、正直言っって少し抵抗があったんです。でも実際に行ってみると、学ぶべきことととても多かった。今では本当に行っって良かったと思っっています。これから後期研修を受ける方は、自分の希望しない病院で研修を受けることになるかもしれないんですが、目先のことにわられず、いい意味で運命に身を任せるといっつか、何でも見えてやろうという気持ちで積極的に関わってほしいですね。

日宇 私の場合、無理を言っって1年延長してもらったので、長崎医療センターに帰るときには、即戦力として大手を振っって戻りたいですね。

人それぞれ目標は異なると思いますが、国立病院機構には、144もの病院があるので、必ず自分にあった病院が見つかると思います。すべての病院を見ていることはできないかもしれませんが、手間を惜しまなければ必ず見つけられるはずです。ぜひ見つけ出してほしい。

佐伯 この春で初期研修を終え、後期研修は岡山大学で受けることになっているので、ひとまず国立病院機構は卒業です。今日は諸先輩方の話を聞けてとても参考になりました。

国立病院機構は風通しが良いので、これからもっと研修体制が充実していくと思います。皆さん、ご期待ください。

矢崎 今後は、若い先生方のご意見を機構でどんどん吸収して、また積極的に情報を発信して、より良い研修環境を皆さんと一緒に作っていきたいと思います。本日は、ありがとうございます。



加ライフサイエンス研究所というところで臨床研究の勉強をさせていただいています。早く自分なりの方法論を確立したいと思っています。今後については、VA Special Fellowship Programに参加するの視野を広げようと思っっています。

国立病院機構には大勢の仲間がいる。みんな仲がいいし、どの病院にも同じ雰囲気がある。非常に学びやすいし、仕事もやすい。ただし、その環境を生かすも殺すも自分次第。これはここで研修してもいえることですが、そのことを肝に銘じておけば、きっと充実した研修生活を送ることができるとは思います。

田邊 もうすぐ出産する予定なので、しばらく医療の世界を離れることになりました。出産と育児を終えて、臨床現場にデビューするときには、今以上に女性医師の社会復帰に理解が深まっていると期待しています。

NHO NEW WAVE 2010 spring

LINE

NHO NEW WAVE 2010 spring

■佐伯百穂 岡山医療センター/研修医2年目
研修先を決めたのは病院訪問中に
耳にした先輩のひと言



■山田康博 東京医療センター/専修医4年目
筋ジス・重症心身障害の患者さんを
支える。それも国立病院機構の使命

Person 指導医が語る

後継者を育てること それは我々の使命である

岡山医療センター 副院長
佐藤利雄

次の世代に医療を継承するために 病院全体で研修医を育てようという 歴史と伝統、そして文化があります

私たちの病院には、戦域を越えて、病院全体で研修医を育てようという歴史と伝統、そして文化があります。その背景には、自分たちが後継者を育てなければ、医療が途絶えてしまうという危機感、そして使命感があるからです。各科には熱心な指導医の先生方がいて、院内に横断的な研修医支援体制が出来上がっています。

研修プログラムは、各科をできるだけ多くローテーションするというのが基本スタンスですが、23年度からは若干、自由度高められるスタイルに変更しています。しかし、医師として広い視野を持ち、最低限必要な知識やスキルは身につけておいていただきたいので、どのようなコースを選ばれようとして、プライベートには欠かせない外科だけは、わずか1ヶ月ですが経験してもらっています。

当院は基幹政策医療のひとつに成人医療を掲げています。580床のうち100床が小児科で、年間新入院患者は約1,500名、急性疾患から慢性疾患まで、幅広い症例をカバーすることができます。また、岡山県の総合周産期母子医療センターにも認定されており、わが国で最大級のNICU(新生児集中治療室)も完備しています。

診療科については、ほぼ全科が揃っており、かなり難しい領域でも院内で対応できるので、3次救急レベルの患者さんほとんどんん来ます。多様な症例を身近に見ることができるので、そういう意味でも研修病院として相応しいのではないかと思います。



NHU NEW WAVE 2010 spring

かめるための治療を医師主導で行った場合、最低でも半年から1年をはかるとは思いますが、実施コストも10億円は下らないでしょう。しかし我々は、わずか1ヶ月で必要最低限を集積することができました。臨床試験に力を入れて、短期間で実施することは困難です。

さらに今春からは、NP(Nurse Practitioner)のモデル事業として、東京医療保健大学と連携して、まったく新しい看護教育をスタートします。同大学に「東が丘看護学部」および「大学院看護学研究科」を開設し、高度な看護能力と専門知識をもち、医師をはじめ多くの医療スタッフと協働してチーム医療を提供できる看護師を育成していきます。

こうした取り組みは、誰かに頼まれてやるのではなく、医師ならば自発的にやるべきこと、社会的使命であると私たちは考えています。

医師法で臨床研修は「医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識し、かつ、一般的な診療において頻繁にかかわる負傷又は疾病に適切に対応できるような、基本的な診療能力を身に付けるものでなければならぬ」と規定されています。そういう感覚を養い、身に付けることが臨床研修の理念なのです。

国立病院機構で研修をされている先生方は、おそらく国立病院機構の病院だからという理由で



臨床研修の理念を忘れずに 医師としての基本スキルを身につけよう

矢崎義雄

研修先を選んだのではなく、個々の施設を見て選択されたのだと思います。

皆さんもご存知の通り、国立病院機構は、144の病院、6万床の病床、そして5万人の職員からなるわが国有数の医療ネットワークです。それぞれの施設には特徴があり、研修に熱心な先生方が大勢いらっしゃいます。にもかかわらず、その魅力を掘り下げて皆さんにお伝えする機会があまりありませんでした。

これまでの機構の活動は、どちらかというと独立行政法人への移行に伴うガバナンスの確立にウェイトが置かれていましたが、迅速主義、現場主義、

政策医療における国立病院機構のシエア

	全国	国立病院機構 A		地方自治体 B		A+B	
		割合	割合	割合	割合	割合	割合
①心身喪失者等 医療観察法	12施設 441床	75.0%	3施設 55床	18.8%	15施設 408床	93.8%	
②筋ジストロフィー	28施設 67施設	80.0%	7施設 10.4%	12.5%	35施設 95.2%	92.5%	
③重症心身障害	2,382床 19,420床 7,416床	95.5%	0床 985床	0.0%	2,276床 8,401床	95.5%	
④結核	7,321人 9,502床	39.1%	890人 2,458床	4.8%	8,211人 6,175床	43.9%	
入院患者数	3,616人	43.6%	571人	15.8%	2,147人	59.4%	

臨床研究の実績

研究名称	ワクチンの免疫原性に 関する臨床試験	ワクチンの免疫原性に 関する小児臨床試験	ワクチンの致安全性の研究
研究形態	医師主導治験	医師主導治験	臨床研究
対象者	20歳以上	生後6か月以上13歳未満	20歳以上の国立病院機構職員
対象人数	200名(4施設)	360名(8施設)	22,112名
実施期間	9月～10月	10月～12月	10月

Talk 4

自分が育った環境だから 自信をもって指導できる

長崎医療センター 救急科医長
高山隼人

長年にわたる確かな実践をベースに 離島研修など特色のある内容を取り入れた バラエティ豊かなプログラムが好評です

歴代の院長が救急を断らないという方針を貫いているので、長崎医療センターには全国から救急救命に興味を持つ研修医が大勢集まっています。でも、私たちは救急の専門医を育てようと思っっているわけではありません。患者さんを全人的に育てることができ、きっかけとした初期対応ができる医師を育てていくのが研修の基本コンセプトで、それを救急という場で伝えていくにすぎないのです。

長崎県は、大小約6000の島々を持つ全国一の離島県で、59の有人島があります。そこで地域医療を学ぶでもらうために、離島での研修を推奨しています。これはとても人気のあるコースで、ほとんどの研修医が希望します。2～3ヶ月間行く人もいれば、研修終了後に再び離島で半年から1年ほどキャリアを積む人もいます。離島には、とても熱心に指導してくれる先生方が多いので、研修医には好評です。人気のある施設は、すぐに定員いっぱいになってしまいます。離島の先生方からは、短期間で指導をするのは大変だと聞いていますが、それでも日常診療を手伝ってもらえるのはとても助かるし、彼らも刺激になると聞いてくれています。

ここ数年で研修制度は大きく変わりましたが、我々の研修に対する基本的な考え方に何ら変わりはありません。むしろ制度が変わったことで厚みを増したという感じがあります。長年におたる実践がベースにあるので、私自身、その研修で育った者として、その確かさを身をもって感じています。



仲間がいるからこそ ハードな研修も乗り切れる

東京医療センター 内科医長
鄭 東孝

レジデント約20名の大所帯―― 仲間が多いから互いに支え合える 研修環境が魅力です

私は総合内科のレジデント指導にあたっています。総合医、家庭医志向の人が多く集まるので、地域の中小規模病院での研修や在宅医療、場合によっては地域密着の医療機関には欠かせない、整形外科分野の研修など、彼らのキャリア形成に役立つ実践的なプログラムを取り入れていきます。地域の子どもから大人まで、医療だけでなく、保健・福祉、そして介護まで包括的に診ることができ、レジデントリストの育成をめざしています。

当院の総合内科研修の最大の特徴は、入院患者を教多く診れることです。総合内科を標榜しているところ、病棟で入院患者を診ているところ、そう多くありません。院内の診療科別の入院患者数をみると、総合内科がトップで、常時100人を超えています。肺炎、糖尿病、感染症、脳梗塞、喘息など、地域医療の現場で遭遇する特殊でない疾患のほとんどをカバーしています。1レジデントあたり、1年間で約200名の入院患者を適切に対応できる能力を身につけることができます。

レジデントは約20名と大所帯なので、例えば妊娠・出産などで仕事量をセーブしなければならない人も出て、他の人が負担を感じることなく業務の割り振りができるというメリットがあります。それぞれが互いを支え合い、一緒に頑張ろうという雰囲気があるので、我々指導医にとっても、非常に恵まれた研修環境だといえます。



Experience ロサンゼルスVA留学記

海外留学制度を活用して 最新医療の現場を体験

多様な症例に対応できる
医師をじっくりと
時間をかけて育てる

名古屋医療センター
整形外科医師

斎藤 究



今回NHOのプログラムでロサンゼルス
の退役軍人病院に2ヶ月の留学の機会を
いただきました。現在まだ現地で研修中
ですが、この場を借りて少しご報告さ
せていただきます。

退役軍人病院は、米国のために戦争へ
赴いた兵士に対し無料で医療を提供する
特別な施設です。ロサンゼルスの西側、
研修先のWest Los Angeles VA medical
centerは、穏やかで夜も歩けるWESTWOOD
地域から程近くにあり、ビーチとショッ
ピングモールの広がるSanta Monicaへも
すぐに足を運べます。私は米国の医学
教育について見学することを目的として
来たため、まず基本となるMedicineから
見学しました。

Roundが業務の中心に位置づけられ、
朝9時のattending Dr.との総回診のため
に、1年目resident (internと呼ばれる)は
朝6時過ぎから個別回診を行い、8時15分
からはmorning conferenceでlectureや
case conferenceを聞きます。10年ほど前
から法律でinternの受け持ちは10人まで
と決められ、senior residentは2人の
internの分、計20人をsuperviseします。

Attendingもやはり個別に患者を見て
おり、roundのときにresidentに質問を
できるようにこっそり勉強しておくそう
です。Internは毎日のroundで受け持
ち患者さんのpresentationを行い、それ
がイコール実力として判断されます。毎
日Lunchtimeには食事が出され、Primary

careにかかわるlectureが行われます。
とにかくこちらのDrはよく後輩を教え
ます。そして毎日朝昼行われるlecture
を通して耳学問でも知識を吸収します。
UCLAの循環器科professorをしてい
る藤村先生とお話をした際の「上に立
つDrは、教育することはもちろん、人
間的にも優れていないと後輩から評価
されないために上に上がることができ
ない」という言葉が印象的です。

また、研修医2年間を終えたとすぐに
specialistとしての勉強に入ることが一
般的な日本のシステムに対し、米国で
は医学生2年間で内科系residentの3
年間でrotationしながらみっちり鑑
別診断を学び、その上のfellowにな
ってから初めてその科特有の手技を学
ぶシステムになっています。その分患
者さんのproblemに対して幅広く対応
できる医師を、時間をかけて育ててい
るといえるでしょう。

一言に「教育」といっても、医療を取
り巻く環境や、法律、国民の意識など
が複雑に絡まって出来上がっているた
めそのまま日本に導入できるわけはあ
りません。しかし、まだ始まったばかり
の臨床研修医制度をよりよいものにし
ていくためにも、熱意を持って後輩を
育てる医師、そしてそれをサポートす
る環境を速やかに作り上げる必要性を
痛感します。

今回の研修の機会を与えて下さった
諸氏にこの場を借りてお礼申し上げます。

患者に向き合う姿勢には
学ぶべきところが多い

大阪医療センター
免疫感染症科医師

矢嶋敬史郎



私はいま、国立病院機構の留学制度を
利用して、ロサンゼルスに留学してい
ます。当初は退役軍人病院への留学を
予定していましたが、専門分野(HIV)
に対する見識を深めるため、Cedars
Sinai Medical Centerに週3回、
AHF(AIDS Healthcare Foundation:
ロサンゼルス発祥の世界最大のエイズ
ヘルスケアプロバイダー)と退役軍人
病院で、それぞれ週1回ずつ研修を
しています。アメリカへの留学は16
年ぶり2回目、それほど英語には苦
労しないと思っていたのですが、当初
は言葉の問題にずいぶん苦労しまし
た。おまけにこちらの朝は早く、科
によっては6時半から回診(毎日)が
あり、カンファレンスでも発言を求
められたり、時にはプレゼンテーシ
ョンをしないとイケないため、夜遅
くまでスライドを作ったり、文献を
読んだり、正直しんどい日々でした。

しかし、生活に慣れて、こちらでの
友人関係もできてからは、本当に生
活が楽しく、もう半分を過ぎてしま
った今では、まだまだ残って勉強し
たいというのが本音です。アメリカ
の医療制度や医療者の教育制度は問
題点も多く、もちろん日本のものが
優れていると思うところは多々あり
ます。ただ、一人ひとりの医療者が
患者に向かう姿勢には本当に学ぶ
ところが大きいように思います。毎
日行われる回診についても、一人
ひとり本当に丁寧に診察し、治療
方針が決定しない場合は、指導医
とフェロー、レジデントが夜遅く
まで議論するこ

ともあります。また私自身の専門
分野からいうと、アメリカは日本と
比べるといろいろな意味で一歩進ん
でいます。使える薬や医療技術はほ
ぼ同じかもしれませんが、歴史的・文
化的背景がもたらす、さまざまなケ
アや配慮にはしばしば感心させられ
ます。先日、病室でサンタモニカに
沈む夕日を眺めながら患者さんと
お話をしました。その患者さんは19
90年当時に発病し、ほとんど治療
法のなかった時代を生き抜いてきた
、いわば「サバイバー」です。たわ
いもない話をしていたのですが、ふ
と患者さんが「あのころ(1990年
代前半)は、みんな自分のことを
stare(じろじろみる)しても、誰も
look me in the eye(目と目を合
わせて)してくれなかった。そうい
う時代だったよ」と、ふと語ってく
れました。当時HIVは、空気感染す
るかもしれないといわれ、患者は隔
離され宇宙服のような格好で患者
を診察する病院も少なくありません
でした。実際、私が留学していたニ
ューヨークでも、エイズといえば
みんなホスピスに送られてしまっ
た。最後はカリニ肺炎やカボジ肉腫
で亡くなっていった、私にできる
ことは手を握るだけでした。今から
は考えられない時代です。

再びアメリカで勉強する機会を
もらって、本当にうれしく思ってい
ます。ここで得たこと、感じたこと
をゆっくり消化して、帰国後に一人
ひとりの患者さんの医療の質を高
めていきたいと感じています。

NHO NEW WAVE 編集部では、研修医・専修医の方々のご意見、ご質問にお答えしています。皆さまの声をお聞かせください。 newwave@nho.hosp.go.jp

国立病院機構は、144の病院、6万床の病床、
そして5万人の職員からなる
わが国有数の医療ネットワークです。

- | | | | |
|--|--|--|--|
| 北海道がんセンター
北海道医療センター
函館病院
道北病院
帯広病院
八雲病院
弘前病院
八戸病院
青森病院
盛岡病院
花巻病院
岩手病院
金石病院
仙台医療センター
西多賀病院
宮城病院
あきた病院
山形病院
米沢病院
福島病院
いわき病院
水戸医療センター
霞ヶ浦医療センター
茨城東病院
栃木病院
宇都宮病院
高崎総合医療センター
沼田病院
西群馬病院
西埼玉中央病院
埼玉病院
東埼玉病院
千葉東医療センター
千葉東病院
下総精神医療センター
下志津病院
東京医療センター | 災害医療センター
東京病院
村山医療センター
横浜医療センター
久里浜アルコール症センター
箱根病院
相模原病院
神奈川病院
西新潟中央病院
新潟病院
さいかた病院
甲府病院
東長野病院
まつもと医療センター(松本病院)
まつもと医療センター(中信松本病院)
長野病院
小諸高原病院
富山病院
北陸病院
金沢医療センター
医王病院
七尾病院
石川病院
長良医療センター
静岡てんかん・神経医療センター
静岡富士病院
天竜病院
静岡医療センター
名古屋医療センター
東名古屋病院
東尾張病院
豊橋医療センター
三重病院
鈴鹿病院
三重中央医療センター
榊原病院
福井病院 | あわら病院
滋賀病院
紫香楽病院
京都医療センター
宇多野病院
舞鶴医療センター
南京都病院
大阪医療センター
近畿中央胸部疾患センター
刀根山病院
大阪南医療センター
神戸医療センター
姫路医療センター
兵庫青野原病院
兵庫中央病院
奈良医療センター
松籟荘病院
南和歌山医療センター
和歌山病院
鳥取医療センター
米子医療センター
松江医療センター
浜田医療センター
岡山医療センター
南岡山医療センター
呉医療センター
福山医療センター
広島医療センター
広島西医療センター
賀茂精神医療センター
山口市医療センター
岩国医療センター
柳井病院
東徳島病院
徳島病院
高松医療センター | 普通寺病院
香川小児病院
四国がんセンター
愛媛病院
高知病院
小倉医療センター
九州がんセンター
九州医療センター
福岡病院
大牟田病院
福岡東医療センター
佐賀病院
肥前精神医療センター
東佐賀病院
嬉野医療センター
長崎病院
長崎医療センター
長崎川棚医療センター
熊本医療センター
熊本南病院
菊池病院
熊本再春荘病院
大分医療センター
別府医療センター
西別府病院
宮崎東病院
都城病院
宮崎病院
鹿児島医療センター
指宿病院
南九州病院
沖繩病院
琉球病院 |
|--|--|--|--|

研修医・専修医のためのコミュニケーション情報サイト



本部ホームページ内に
近日OPEN!
www.hosp.go.jp



このバナーをクリック!

国立病院機構全病院統一の
研修ガイドライン「ACTyナース」
(抜粋)

— 看護職員能力開発プログラム —



理論と、技術をもって、創造し、行動する看護の実践者を目指しましょう。

art create theory



独立行政法人
国立病院機構

National Hospital Organization

はじめに

独立行政法人国立病院機構の職員となられた皆さん、ようこそいらっしゃいました。

私どもは、皆さんのもつ無限の力と柔らかな芯をもった強い心に大きな期待をしてお待ちしておりました。

看護は、病む人のため、また健康の維持増進のために、それぞれの場において看護の実践が要求されます。また、看護は、生命、生活、人生に深く関わるケアを提供している専門職なのです。このような使命・役割をもち働く私たちは、看護のレベルは一人ひとり違います。これらの使命・役割を果たすために、常に高い目標を目指し医療・看護を提供し、生涯学び続けることが求められます。

本国立病院機構看護職員能力開発プログラムは、学習者である皆さん一人ひとりが自分の目標に向かって日々学んでいく際の指針となるように作成しました。

就職してから1年間を目安にしている新人コースと2・3年目を目安にしている実務Ⅰコース、4・5年目までを目安にした実務Ⅱコースに分けて、看護実践能力を段階的に習得できるよう計画しています。実務Ⅱコースでは担当病棟だけでなく、機構病院が担う政策医療を実践していくための専門看護実践能力を広く獲得していくことができます。そして、このプログラムで到達する概ね5年目の看護師は、国立病院機構が求める看護師像、すなわち機構の理念に沿った看護を実践することができる看護師、「理論と技術をもって、創造し、積極的に行動する看護(=ACTy ナース)」を実践する看護師に成長していることでしょう。

最初の1年間は、緊張と不安で、学校で学んできたことを臨床の場面でうまく適応させることが難しいかもしれません。そのような時は、どう行動すべきなのか、指導者に伝え援助を求めてください。

皆さんは、日々体験することをひとつひとつ丁寧に準備し、確認して実施し、そして先輩看護師と共に振り返るという過程を踏むことが大切です。

しかし、あくまでもその過程を踏む主役は学習者である皆さんです。

いつ、どのように、どうしたいのかは自分で考え、意思表示をしっかりとしていくことで主体的な学びにつながります。

わからないことはそのままにせず、必ず根拠に戻って考えてみる、そして先輩看護師の熟練した技術を参考に一緒に考えてもらうことをぜひお願いします。

焦ることはありませんが、1年間で獲得したい看護実践能力を示していますので、それに向かって自己評価をしながら進めていってください。

また、先輩看護師の皆さんも、このプログラムを活用し看護実践のモデルとしての成長に役立て、無限の可能性を伸ばしてくださることを期待しております。

患者の目線にたった安心で質の高い医療の提供のために、共に努力をしていきましょう。

目 次

I	独立行政法人国立病院機構の理念	1
II	国立病院機構が目指すもの	2
	国立病院機構の看護の果たす役割	
III	能力開発のねらい	3
IV	看護職員の能力開発（研修）体系	4~8
	1. 能力開発（研修）体系の考え方	
	2. 能力開発プログラム	
	1) 対象者	
	2) 能力開発プログラムの作成目的	
	3) 習得すべき臨床看護実践能力の柱（4つの柱）	
	4) 活用方法	
V	国立病院機構が目指す看護師像 NHO-ACTy ナース	9
VI	プログラムの理解を深めるための基本的用語	10~11
VII	能力開発プログラム展開の実際	（省略）
	1. 新人コース（新採用時オリエンテーション計画含む）	
	2. 実務Ⅰコース	
	3. 実務Ⅱコース	
VIII	到達度評価	（省略）
	1. 評価の目的と必要性	
	2. 評価の内容	
	3. 評価の方法と活用	
IX	教育支援体制と役割	（省略）
	1. 看護部における能力開発への支援者	
	2. 看護単位における教育支援者	

I 独立行政法人国立病院機構の理念

国立病院機構は、理念を次のように定め、平成16年4月に発足した。

私たち国立病院機構は

国民一人ひとりの健康と我が国の医療の向上のために

たゆまぬ意識改革を行い、健全な経営のもとに

患者の目線に立って懇切丁寧に 医療を提供し

質の高い臨床研究、教育研修の推進につとめます。

キーワード 「 I K K 」

I : 意識改革
K : 患者の目線
K : 懇切丁寧

シンボルマーク

機構の理念を象徴するものとして以下のシンボルマークが設定された。



国民一人ひとりの健康とわが国の医療の向上を、飛翔する「翼」であらわし、柔軟な意識改革を示す毛筆で描かれている。

また、Health、Hospital そして患者本位の懇切丁寧を意味するHospitalityの頭文字である「H」であらわし、健全な土台として描き、「翼」と組合わされている。

II 国立病院機構が目指すもの

国立病院機構は各病院の機能と特色を活かして、国の政策としての医療を主体的に取り組み、科学的根拠に基づいた医療の実践と患者にわかりやすい医療の提供として、次のことに取り組んでいる。

1. 患者の目線に立ち、国民に満足される安心で質の高い医療の提供
2. 各病院の特色を活かした政策医療の提供
3. 臨床研究を通じた情報発信などわが国の医療の向上への貢献
4. ネットワークを活用した教育研修等を通じた質の高い医療人の育成

これらの実現のため、また、独立行政法人化の趣旨に沿った経営の効率化のため、運営の全般にわたる改革と経営基盤の確立に努めている。

国立病院機構の看護の果たす役割

国立病院機構の看護職員は、機構の理念に沿った病院の使命を認識し、次のような役割を果たす。

1. 機構及び病院の理念を踏まえた良質の看護サービスの提供に努める。
2. 看護の質の向上を目指し、臨床看護の研究、業務の改善を行う。
3. 良質な看護を提供するために、看護職員をはじめ看護に関係する職員の教育研修を行う。
4. 看護の提供と経営効率の調和を図り、病院経営に参画する。
5. チーム医療推進のための調整を図る。
6. 地域住民への健康教育活動に参画する。

(国立病院機構看護業務指針より)

Ⅲ 能力開発のねらい

国立病院機構で働く看護師一人ひとりが専門職業人として自覚をもち、国立病院機構が担う医療を推進しうる看護実践能力を向上させることをねらいとしている。

国立病院機構の役割を果たすために求められる看護師としての能力として、次の5点がある。

1. 高度な専門的知識・技術を有していること。
2. 看護職として主体性をもった看護実践ができること。
3. QOLの向上を目指した看護の提供ができること。
4. 高い倫理観をもって看護を提供できること。
5. 臨床看護研究ができる能力を有していること。

求められる能力に到達していくには、生涯にわたって主体的に学習していくことが必要である。その生涯にわたる学習を支援するものとして「能力開発（研修）体系」を構築した。

IV 看護職員的能力開発（研修）体系

1. 能力開発（研修）体系の考え方

国立病院機構は、全看護職員を対象に、「看護職のキャリアパス制度」を基に、新卒後1年目から生涯学習としての研修システムを備えている。

新人から概ね卒後5年目までは、「能力開発プログラム」に沿って機会教育（OJT）と集合教育（OFF-JT）を通して段階的に学んでいく。

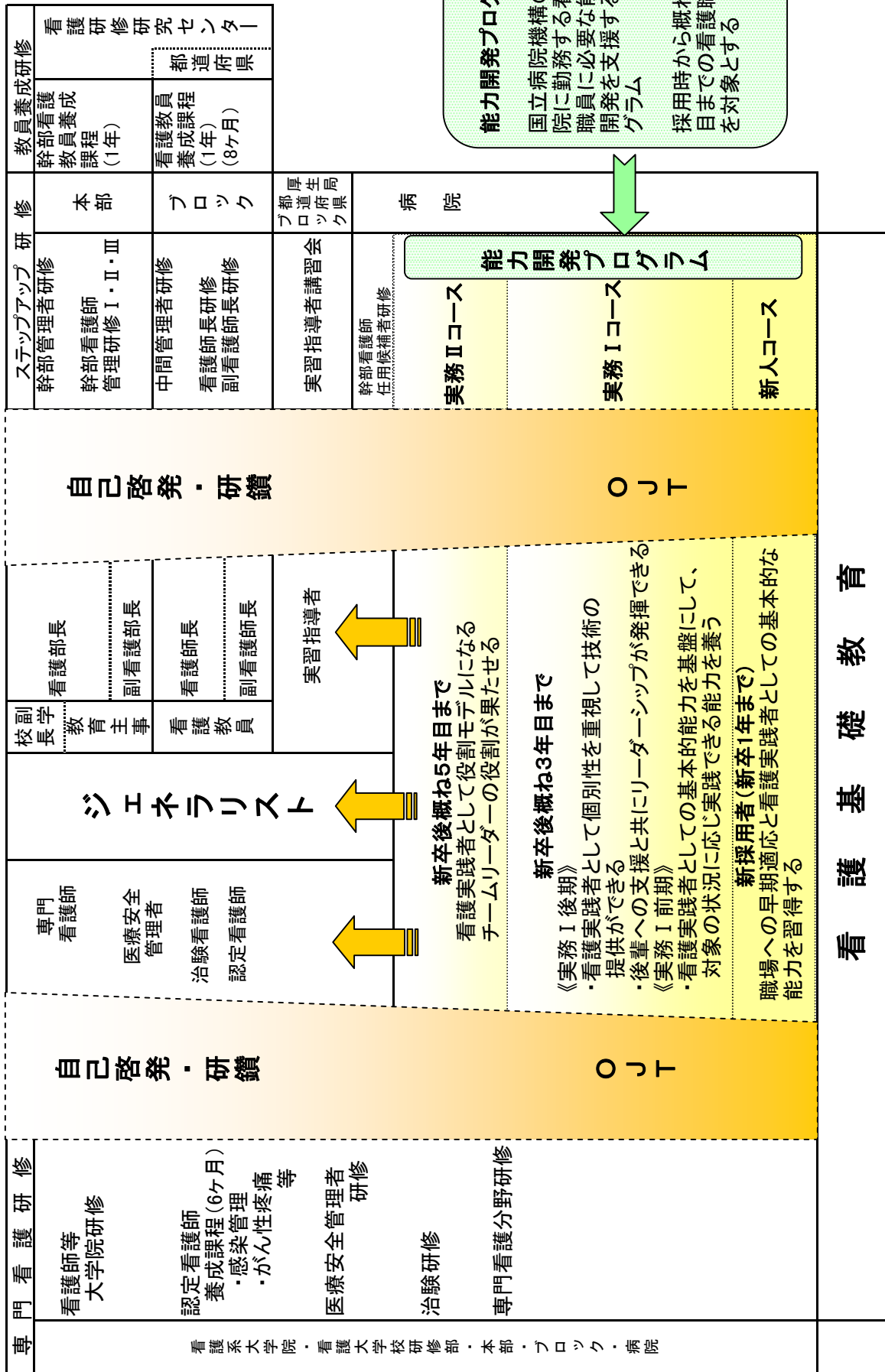
さらに、実習指導者の研修や看護教員、看護管理者（副看護師長、看護師長）、医療安全管理者を目指していく研修を受講することも可能である。また、より専門性の高い看護を目指し、治験コーディネーターや認定看護師、専門看護師への道を選択し学んでいくことができる。

また、ジェネラリストとして多くの医療分野の看護を経験し、EBMに基づいた正確で丁寧な看護実践能力を備えた看護師になるために、病院内外の研修で研鑽を積むことができる。

いずれにしても、専門職業人としての自己啓発・自己研鑽が必要であり、それを支援するものが「能力開発（研修）体系」である。これらの研修の機会を自ら選択し、常に目標をもち、主体的に学習をして、目指す看護に向かってステップアップしていくことが重要である。

看護職員の能力開発(研修)体系図

主体的に学習し目指す看護に向かってステップアップしていく



2. 能力開発プログラム

能力開発プログラムは、採用から概ね5年目までの看護職員を対象とし、経験を積み重ねながら主体的に学習しステップアップしていくためのガイドであり、5年目を1つの到達像としている。

1) 対象者 : 採用（新卒後1年目）から概ね5年目までの看護職員

2) 能力開発プログラムの作成目的

- (1) 国立病院機構における「看護職のキャリアパス制度」推進の基盤になる研修内容・方法を標準化した能力開発プログラムを構築し、各病院間の到達目標の標準化を目指す。
- (2) 標準化された能力開発プログラムを基に学習をすることにより看護師の看護実践能力を均一にする。
- (3) 各病院が互換性のあるプログラムを活用することで看護職員のキャリア形成を支援する。
- (4) 能力開発プログラムの内容に、各病院の特徴を加え、病院が担う政策医療が推進できる看護実践能力の向上をはかる。
- (5) 標準化した能力開発プログラムを基に主体的な学習を推進し、学生のモデルとなると共に、質の高い看護を提供し機構の職員として優秀な人材を育成する。

3) 習得すべき臨床看護実践能力の柱（4つの柱）

能力を示す4つの柱は、厚生労働省の「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」の臨床実践能力を基盤に、国立病院機構の看護師に必要な能力を加味した。

- | | |
|-----|--|
| I | 看護職員として必要な基本姿勢と態度 |
| II | 看護実践における技術的側面
1 3の看護技術に、入退院の取り扱い、逝去時の看護を追加。 |
| III | <u>専門領域の看護実践能力</u>
政策医療分野の看護実践能力等、機構が目指す医療・看護が実践できるための内容を含める。 |
| IV | 看護実践における管理的・ <u>教育的側面</u>
教育的側面を追加 |

看護職員能力開発プログラムの構造

I 看護職員として必要な基本姿勢と態度

- ① 看護職員としての自覚と責任ある行動
- ② 患者の理解と患者・家族との良好な人間関係の確立
- ③ 組織における役割・心構えの理解と適切な行動
- ④ 生涯にわたる主体的な自己学習の継続

III 専門領域の看護実践能力

政策医療分野の看護
慢性・急性の経過をたどる患者の看護
(救急・老人・精神など)

II 看護実践における技術的側面

- ① 環境調整技術
- ② 食事援助技術
- ③ 排泄援助技術
- ④ 活動・休息援助技術
- ⑤ 清潔・衣生活援助技術
- ⑥ 呼吸・循環を整える技術
- ⑦ 創傷管理技術
- ⑧ 与薬の技術
- ⑨ 症状・生体機能管理技術
- ⑩ 苦痛の緩和・安全確保の技術
- ⑪ 感染防止の技術
- ⑫ 安全確保の技術
- ⑬ 救命救急処置技術
- ⑭ 入院時の看護
- ⑮ 逝去時の看護
- ◎ 看護技術を支える要素

◎ 看護技術を支える要素

- ① 患者の医療安全対策について実践できる
- ② 患者及び家族への説明・支援ができる
- ③ 患者の看護に必要な判断と基本的な看護技術の提供ができる

I 看護職員として必要な基本姿勢と態度

- ① 看護職員としての自覚と責任ある行動
- ② 患者の理解と患者・家族との良好な人間関係の確立
- ③ 組織における役割・心構えの理解と適切な行動
- ④ 生涯にわたる主体的な自己学習の継続

IV 看護実践における管理的・教育的側面

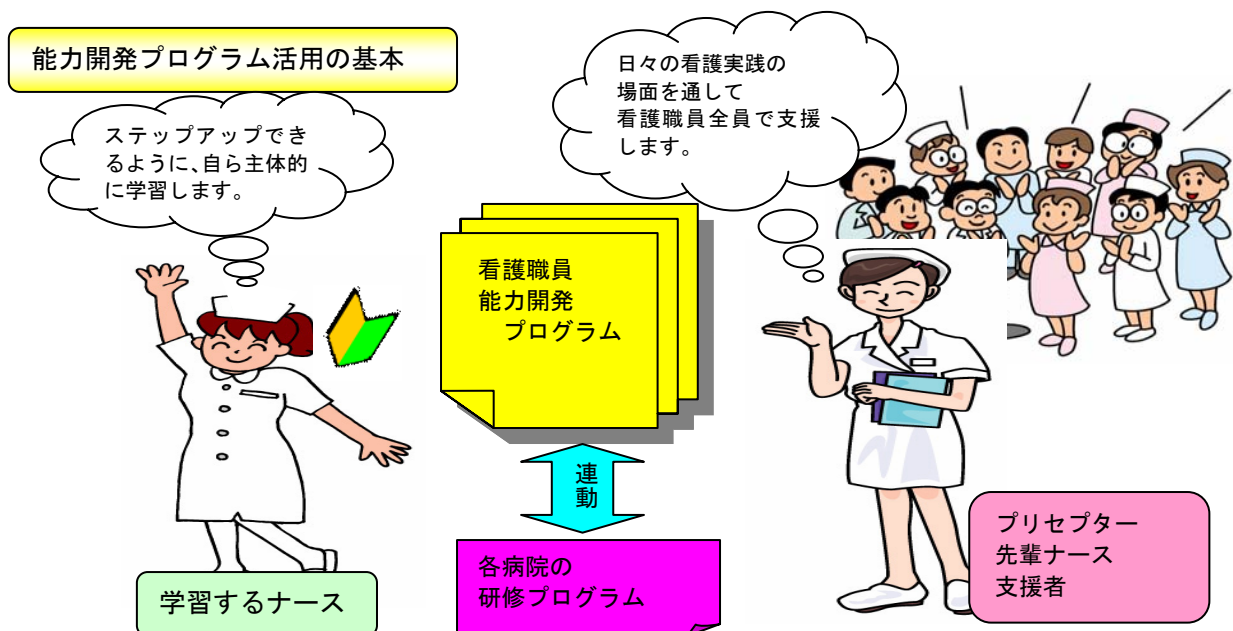
- ① 安全管理
- ② 情報管理
- ③ 業務管理
- ④ 薬剤等の管理
- ⑤ 災害、防災管理
- ⑥ 物品管理
- ⑦ コスト管理
- ⑧ 教育的側面
(学生や後輩への指導、助言)

[* I、II、III、IVは、患者への看護ケアを通して統合されるべきものである。]

参考:厚生労働省「新人看護職員の臨床実践能力向上に関する検討会」報告書「臨床実践能力の構造」

4) 活用方法

- (1) このプログラムは、国立病院機構全病院で実施する標準化された能力開発（研修）内容である。
- (2) 各病院の看護部長は、プログラムに沿って看護職員を育成・指導し能力開発への支援を行う。
- (3) 看護職員はプログラムを常に手元に置き、主体的に学習を行うための指針として活用する。
 - ① このプログラムは、採用時に受け取る。
 - ② 看護職員はこのプログラムに目を通し、常に主体的に学ぶ姿勢をもつ。
 - ③ 理解できないこと、疑問点は必ず説明を求める。
 - ④ 常にプログラムに基づき振り返る。
 - ⑤ 到達度評価の自己評価と他者評価を行い常に目標をもって取り組む。
- (4) 看護職員が主体的に学習するための支援に、指針として活用する。
- (5) 健康障害の特徴に応じた看護技術の到達目標は、OJTの対象となる看護単位で作成する。
- (6) 到達すべき技術については、各病棟・病院・ブロック間のネットワークを活用した方略を工夫し、効果を上げる。



VI プログラムの理解を深めるための基本的用語

本プログラムの理解を深めるため、基本的な用語について定義した。

- 看護実践能力 : 患者の状態に応じた看護を提供するために、豊富な知識と正確な技術を統合し、実践する能力。
- 集合教育 (OFF-JT) off the job training
: 教育部門が、各看護単位の業務の円滑な遂行を援助するために、職場外に集めて行う教育活動
- 機会教育 (OJT) on the job training
: 看護単位の看護師長が職員に対してその必要性に応じ、業務を通してあるいは業務に関連させながら計画的・継続的に行う教育活動
- スペシャリスト : 特定の分野において、特別な知識や技術を備えていると評価される人
- ジェネラリスト : 領域を特定せずに、知識や技術を多方面あるいは広範囲に発揮する人
- キャリアパス (career pass) : キャリア開発を教育研修・職位・職能域を組み合わせモデル的に示したもの
pass : 通過 進む 合格する 変化する
- 政策医療 : 国の医療政策として担うべき医療
地域における基本的・一般的医療の提供は公私立の医療機関に委ね、国立と国立病院機構の医療機関は、広域を対象とした高度又は専門医療など19分野の医療を担当している

政策医療分野：

がん、循環器病、精神疾患、神経・筋疾患、成育医療、腎疾患、重症心身障害、骨・運動器疾患、呼吸器疾患、免疫異常、内分泌・代謝性疾患、感覚器疾患、血液・造血器疾患、肝疾患、エイズ、長寿医療、災害医療、国際医療協力、国際的感染症

能力開発 : 主体的に実践し、物事を成し得る力を獲得し役立つようにすること
機構の看護職員に求められる看護を実践する力を生涯にわたり学習し、獲得しながら向上させていくこと

G I O General Instructional Objectives
: 一般目標
習得したい看護実践能力（4つの柱）の各コースにおける到達状況を目標として示している

S B O Specific Behavioral Objectives
: 行動目標
一般目標を達成するための具体的な目標

看護師のキャリアパス制度

看護師のキャリアパス制度の構築

目的

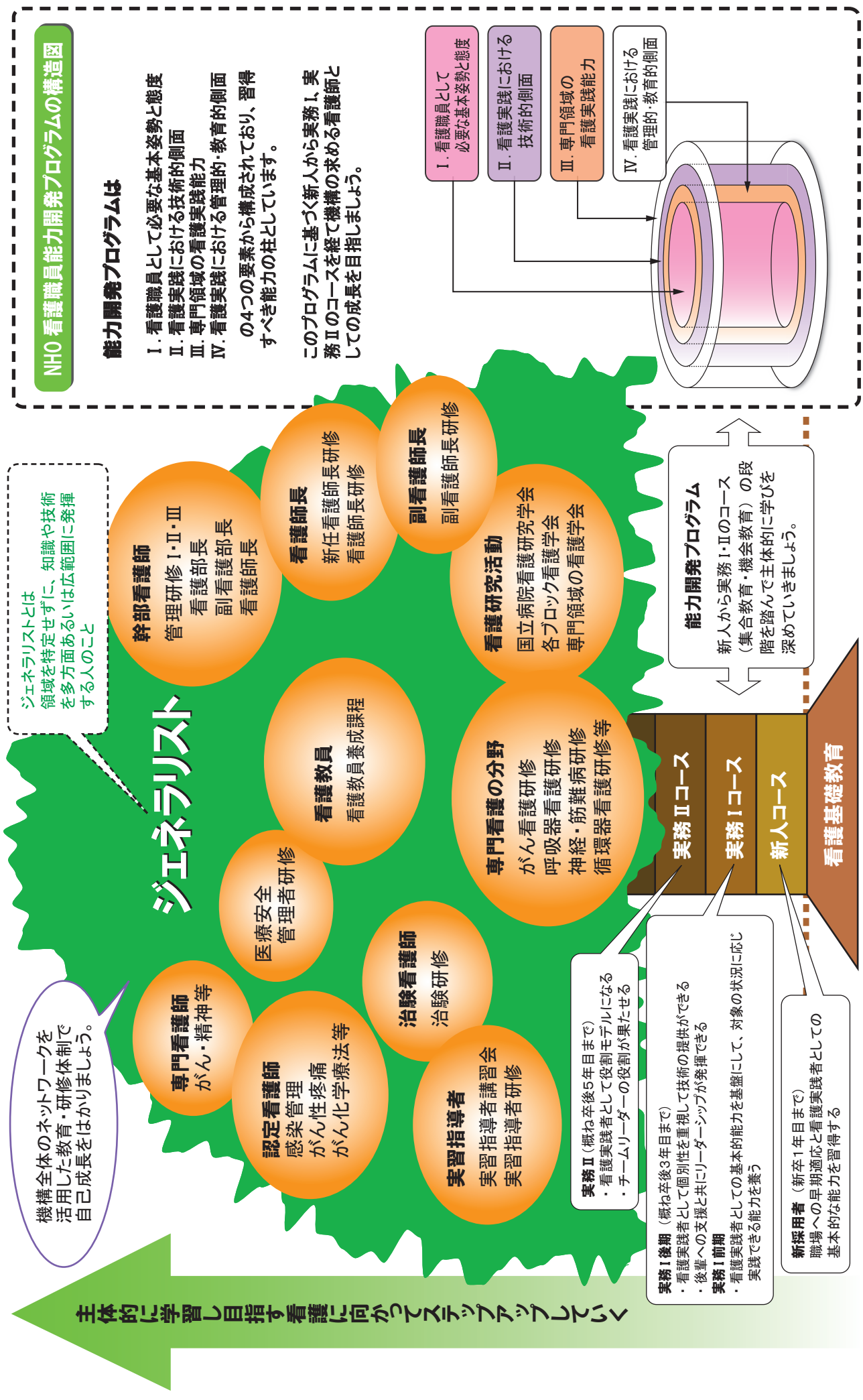
国立病院機構の持つ組織や機能の特色をいかして、病院運営に欠かすことのできない有能な専門看護師等の育成と確保に努め、国立病院機構全体の看護の水準を向上させ、患者サービスに資する

仕組み

- ・キャリアパスの枠組みを、6つの職能域（キャリアフィールド）と職能域毎に区分された職位（キャリアレベル）に設定
- ・看護師の能力開発・育成を図りながら、一連の人事システム（昇進・昇格・異動・配置等）を連動させ活用するシステム

）キャリアパス
組織の発展を図るために個人としてのキャリアを組織内で積極的に実現させることによって、組織が必要とする人的能力を将来にわたって継続的に確保するための職歴経路

能力開発プログラムと自己成長の関連を示すイメージ図（成長の樹）



良質な看護師育成のための研修

○良質な看護師育成のための研修（主な研修機関の概要）

1. 専門研修機関

【認定看護師教育課程：国立看護大学校主催】

①感染管理コース

日時：平成21年10月5日～平成22年3月26日

会場：国立看護大学校

参加人数：14名（各病院看護師）

主な研修内容：共通科目120時間(情報処理、看護倫理、コンサルテーション他)

専門基礎科目120時間(感染管理学、疫学・統計学他)

専門科目120時間(サーベイランス、感染防止技術、洗浄・消毒・滅菌とアソシエイテッドマネジメント他)

演習・実習 270時間

②皮膚・排泄ケアコース

日時：平成21年10月5日～平成22年3月26日

会場：国立看護大学校

参加人数：7名（各病院看護師）

主な研修内容：共通科目120時間(情報処理、看護倫理、コンサルテーション他)

専門基礎科目 90時間(皮膚・排泄ケア概論、アプライアンス他)

専門科目165時間(ストーマケア、創傷ケア、失禁ケア)

演習・実習 285時間

【看護教員養成課程】

①幹部教員養成コース：厚生労働省看護研修研究センター主催

日時：平成21年4月7日～平成22年3月11日

会場：厚生労働省看護研修研究センター

参加人数：7名（各病院看護師長及び附属看護学校教員）

主な研修内容：専門分野810時間（看護学校経営、看護学教育課程、研究他）

関連分野 75時間（生涯教育論、経営管理論他）

特別講義 15時間

②看護教員養成コース：厚生労働省看護研修研究センター主催

日時：平成21年4月7日～平成22年3月11日

会場：厚生労働省看護研修研究センター

参加人数：23名（各施設看護師）

主な研修内容：専門基礎分野150時間（発達心理学、教育原理、教育評価他）

専門分野705時間（看護学論、看護学教育論、看護学教育方法他）

関連分野 60時間（情報学、健康政策論、国際看護他）

特別講義 15時間

③看護教員養成コース（都道府県主催）

日時：（大阪府）平成21年4月13日～平成21年12月 2日

（広島県）平成21年5月 7日～平成21年12月16日

（福岡県）平成21年4月21日～平成21年12月22日

会場：各都道府県の研修施設

参加人数：6名

主な研修内容：厚生労働省研修研究センターの研修内容に準拠

2. 国立病院機構本部・ブロック事務所主催研修

①幹部看護師（看護師長等）管理研修I

日時：平成21年7月14日～7月31日（13日間）

会場：国立病院機構本部研修センター

参加人数：71名

主な研修内容：リーダーシップと部下指導、看護管理、リスクマネジメント、患者サービス、医療情報開示と看護記録のあり方、経営管理と経営改善、機構病院と養成所の連携、パネル討議

②幹部看護師（副看護部長等）管理研修II

日時：平成21年6月3日～6月23日（15日間）

会場：国立病院機構本部研修センター

参加人数：36名

主な研修内容：病院運営における看護部門の役割、看護サービス管理、臨床における看護研究の進め方、職場の活性化と労務管理、現任教育とキャリア開発、パネル討議

③幹部看護師（看護部長等）管理研修III

日時：平成21年10月7日～10月9日

会場：国立病院機構本部研修センター

参加人数：27名

主な研修内容：国立病院機構の現状と課題、看護サービス管理、意志決定のプロセス、経営管理、人事労務管理、グループ討議

【中間管理者研修】(各ブロック事務所主催)

日 時：各ブロックで決定

会 場： ”

主な研修内容：医療サービスの質の向上、看護サービスマネジメント、部下の育成労務管理、
経営管理と経営改善、国立病院機構の看護の動向 他

【幹部看護師任用候補者研修】(各病院主催)

日 時：1人当たり30時間

会 場：各施設

主な研修内容：国立病院機構及び国立高度専門医療センター・国立ハンセン療養
所の運営，看護管理，人事管理(国家公務員法)，経営管理，
看護行政の動向

良質な看護師育成のための取組

急変時の対応に関する看護師教育への取り組み

大阪南医療センター 救急看護認定看護師 中前 茂子



当院の看護職員は、約400名の看護職の中、看護師経験の浅い3年目以下の看護師が60%弱を占めており、急変時や重症患者の看護経験も少ない。BLS-AED講習会が月1回開催されてはいるものの、そこで得た技術

を維持するための教育システムはなかった。そのため、せっかく習得したBLS技術を急変時には有効に発揮できないなどの理由でACTYナースにおける自己評価も平均的に低い傾向にある。平成20年度は、特にこの点について学習の機会を設け、維持していくための看護師教育に取り組んだので報告したい。

1. 救急看護講座Ⅰ

テーマ：「一次救命処置（BLS）の理論と実際」

一次救命処置の内容とその方法が推奨されている根拠について講義し、急変時の初期対応がいかに重要であるかを伝えた。同内容で計5回開催して115名の参加があり、BLS-AED講習会の受講を参加者全員に勧めた。

救急看護講座Ⅰ

一次救命処置の理論と方法を学ぼう!

内容： ①BLSの理論について
～なぜ方法が変わるのか?～
②BLSの実際(方法・流れ)について

日時：平成20年 5月 19日(月)
5月 21日(水)
5月 26日(月)
5月 27日(火)
5月 28日(水)

いずれも 17:30～18:15

(* 同内容で行います。いずれかで是非ご参加ください)

場所：会議室A

(* 変更の場合、事前にお知らせいたします)

対象：看護職員

(* 平成18年4月以降にBLSまたはACLSを受講していない看護職員は是非ご参加ください)



救急看護認定看護師
中前 茂子

2. 救急看護講座Ⅱ

テーマ：「気管挿管と救急カートについて」

気管挿管に使用する物品の使用方法や介助方法の実際について講義した。また、救急カートの点検と普段から救急カートに触れておくことの重要性を伝えた。これも同内容で計5回開催して164名の参加があり、次に実施する「気管挿管介助の演習」の受講を参加者全員に勧めた。

救急看護講座Ⅱ

気管内挿管の介助方法を学ぼう!

内容： ①気管内挿管の目的・適応
②気管内挿管の必要物品
③救急カートについて

日時：平成20年 6月 13日(金)
6月 18日(水)
6月 19日(木)
6月 20日(金)
6月 23日(月)

いずれも 17:30～18:15

場所：会議室A

(* 変更の場合、事前にお知らせいたします)

対象：看護職員

* 同内容で行います。いずれかで是非ご参加ください。後日、演習も予定しています。



救急看護認定看護師
中前 茂子

3. 救急看護講座Ⅲ

テーマ：「気管挿管介助の演習」

気道管理トレーナーを使用して、インストラクター(ACLSを受講しており救急蘇生法の指導ができる看護師)が医師役となって気管挿管の介助を指導した。トラブルなく挿管できるケースと、食道挿管や片肺挿管など挿管困難なケースを1名最低2回は実施できるように設定した。事前に演習への参加希望者を募り、1回8名～12名を対象とした。インストラクターは有志の看護師に協力を得ることが出来た。希望者には極力全員参加して

もらえるよう、計13回開催して117名に受講してもらえた。



4. 各部署における急変時シミュレーション指導

各病棟・外来・OP室で急変時を想定したシミュレーションの計画・実施を要請。計画についての助言を行い、実施日には参加し助言・指導を行った。一部参加できなかった部署には、シミュレーション時の状況について後日確認した。



以上のように、平成20年度は特に急変時対応能力の向上を目的とした活動に力を注いだ。1～4を一連のプログラムとして計画・実施したが、それぞれ100名を超える参加人数がありニーズの高さを感じた。また、参加したいという希望があっても、勤務時間など時間的な制約により参加できない場合もあるため、所要時間を極力短くして勤務後でも参加しやすいよう配慮した時間設定とした。また、同内容で複数回実施したことで参加する機会を増やすことができたため多くの人の参加につながった。

今回行ったプログラムやBLS-AED講習会で学習したことが、どの程度現場で実施できるかという確認を目的として各部署における急変時のシミュレーションに参加・指導してきたが、BLS-AED講習会や挿管の演習に1度参加しただけでは、その知識や技術を維持して実践することは困難であることも明らかになった。それぞれの部署でも、「定期的にこのようなシミュレーションを実施した方がいいと思った」という声が聞かれ、急変時の対応に関する教育・訓練の必要性を改めて認識してもらうことができた。

急変時に適切に対応するには、学習が必要であると共に定期的に訓練を行い学習したことを維持する必要がある。そのための教育プログラムとして、今後さらに改良を加え定着させたいと考えている。



地域医療に貢献する 研修事業への取組



第6回 神経・筋疾患勉強会 「筋ジストロフィー患者の看護と介護」

地域医療連携室 医療社会事業専門員(ソーシャルワーカー): 大平 香織



去る2月26日(金)、当院会議室で第6回神経・筋疾患勉強会が開催されました。今回は、独立行政法人国立病院機構西多賀病院より坂本浩志看護師長を講師としてお招きして「筋ジストロフィー患者の看護と介護」についてご講演いただきました。

筋ジストロフィー患者の看護・介護の特徴を「いかに生活を安楽・安全に拡大させるかがポイントとなり、そのための生活を整え、常に患者のありたい姿を考えた援助が必要である。併せて家族や在宅療養に対する支援も重要である。」というお話を、食事や排泄、移動、清潔等々細かな説明とともに丁寧に講演いただきました。その他、療養介助員向けの介護のポイントや、西多賀病院での取り組みにも触れて、情報提供をいただきました。

当日は、院内から27名、院外から15名(看護師、生活支援員、相談支援専門員、教諭、養護教諭、介護職等々)の計42名の参加となりました。

参加者からは、「とかく医療中心で忘れかけていた筋ジスの看護の原点を再確認できる内容で病棟全職員に聴いてもらいたいと思った」「看護の原点をみつめる時間となった」「教員の立場で参加したが、看護師の方が大切にすべき点は教師も同じだと思った。基本理念を大切に職務に努めたいと思った」「丁寧な説明でわかりやすかった」「看護師としてのプロ意識の高さ、心配り等すばらしいと思った。プロ意識を持って仕事にあたらなければと思った。」等の感想が寄せられました。

今後も院内はもとより、地域で患者さんを支えて下さる関係機関のみなさま向けの勉強会を開催していきたいと考えております。

坂本看護師長、遠いところをおこしいたさきありがとうございました。この場をお借りしてお礼申し上げます。



公開講座を開催して

～長良医療センター市民公開講座(第11回)～

経営企画室長 川原 昇三

平成22年2月13日(土)に“生活習慣病と食生活を見直そう”と題して、高血圧、高脂血症、糖尿病に代表される生活習慣病の病態や予防などについて、西尾循環器内科部長と田中管理栄養士が講演をしました。昨年から注目を浴びているかつては“成人病”と呼ばれていた“生活習慣病”をテーマとして、医師による生活習慣病の講演と管理栄養士による食生活の講演の2部構成で実施しました。

生活習慣病の講演では、その一歩手前の状態である“メタボリックシンドローム”をいかに予防することが大切なのかということ、そして高血圧、高脂血症、糖尿病などの原因や対処方法について、血圧、コレステロール値、血糖値の管理目標をわかりやすくお話しいただいたこともあり、参加の皆さんが熱心に聞いておられる姿がとても印象的でした。

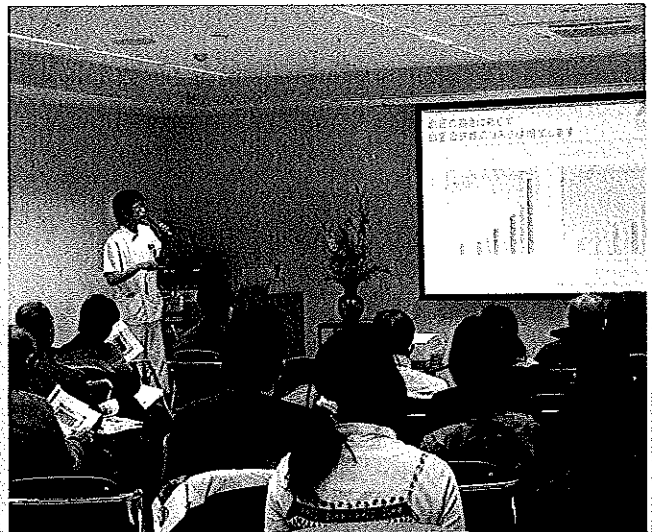
以前と比べ日本人の食生活は豊かとなりコレステロール値も欧米並みに近づく一方、生活環境の整備発展に伴い運動量も減少しているなか、メタボに陥らないように食事療法や運動療法といった予防法の実践がいかに大切であるかということに参加の皆さんも痛感されたことと思います。

食生活の講演では、メタボにならないための食生活として、①快食、快眠、快便 ②規則正しい食事 ③よく噛むこと の推奨について、患者さまへの栄養指導のエピソードを織り交ぜながら話をされたこともあり、身近なお話として皆さまが聞き入っておられました。

また、私たちが普段よく口にする食べ物に塩分、糖分、脂分といった様々なメタボ要因成分が含まれていることも改めて認識することができたことと思います。

講演の終了時間が迫るなか、折しもメタボリックシンドロームに関して、腹囲の基準値の見直し議論がされていることも手伝ってか、参加者からは食生活にまつわる様々な質問が寄せられ、関心の高さが伺われました。

今後も地域の皆さまの関心の高いテーマを取り上げながら、公開講座を開催して参りたいと思いますので、引き続き多くの皆さまのご参加をお待ちいたしております。



● 出前公開講座も行っています ●

お問い合わせは

長良医療センター 管理課 庶務係

TEL:058-232-7755(内線1273)

症例検討会の報告



小児救急部長 五十嵐 恒雄

去る2月24日、当センター会議室にて、地域連携症例検討会が開催されました。今回は小児科より「今シーズンのインフルエンザについて」と「最近経験した細菌性髄膜炎の3例について」の2題を演題として発表させていただきました。

さて、去年はメキシコからひろがった、新型のインフルエンザの世界的な流行が大きな話題となったことは記憶に新しいところです。特に昨秋以降、小児を中心に大きな流行が見られ、高崎や西毛地区においても多数の患者が発生して、当センター小児科においても10月から1月の間に50名を超す患者の入院診療を行いました。検討会では江原佳史医師が、これらインフルエンザで入院となった例の代表例の経過を報告するとともに、今シーズンのインフルエンザの症例に見られた特徴につき総括を行いました。この中で明らかになったことは、発熱や咳などの症状が出始めてから早い時期に呼吸困難などの症状が現れた例が多いこと、重症例でも必ずしも検査キットによる迅速検査が陽性になるとは限らないことなどで、診断のためには患者さんの症状や、周りの流行状況などを見極めながら、総合的に診断し、診療しなければならないことを改めて確認できたと考えています。また今後懸念されている第二波以降の流行についても今のところははっきりとした予想がたたず、十分な注意をもって見守らなければならないことを認識しました。

細菌性髄膜炎は、細菌が脳や脊髄の周りにある脳脊髄液に入り込み、発熱、頭痛や吐き気、痙攣などの症状を引き起こし、死亡したり重い後遺症を残すこともある重篤な疾患です。原因となる細菌はインフルエンザ菌と肺炎球菌が代表格で、これを予防するためのワクチンが国内でも使用できるようになりつつあり、この意味で話題となっている疾患です。当センターでは昨年11月から12月に3例の入院があり、これらの例の経過を五十嵐が報告し、細菌性髄膜炎の診断や治療についての討論をおこないました。この中で幼少な児ほど診断が難しいこと、治療については抗生剤の選択と使用方法が重要なことなどを確認できたと思います。

検討会には地域の小児科の先生方を中心に多数のご参集をいただき、有意義なディスカッションを行うことができたと考えております。ご参加いただいた院内・院外の先生方にはこの紙面をお借りして改めて御礼を申し上げたいと思います。今回の検討会が、地域の先生方との小児の診療に関する連携をより緊密にしてゆく一助となつたとすれば、望外の喜びと存じます。

中期的観点からの個別病院の 経営改善について

中期的観点からの個別病院の経営改善について

独立行政法人国立病院機構

1.現状と取組みの必要性

- 平成16年4月に独立行政法人として発足した国立病院機構は、平成20年度までの中期目標期間の5年間で累計した損益計算において収支相償を図ることとしている中、機構全体としては、3期連続で経常収支黒字を達成し、総収支においても2期連続の黒字経営により繰越欠損金を解消し、利益剰余金を計上することができました。
- しかしながら、約半数の病院では、機構移行前の施設整備等に係る債務の返済のため、各病院からの拠出金を原資とする短期貸付金への借換えが行われています。
- 過去債務が極めて大きいこと等から、平成18年度決算における短期貸付金（本部・病院間）の総額が、各病院からの拠出金の総額を超えており、不足分には国から承継した資金（本部資金）を充当している現状です。
- このような厳しい資金繰りの中、今後10年間の資金需要としては、築40年を経過する建物（2.6万床）を建替え、医療機器（現在保有額2.4千億円）を8年間で更新すると合計で7.6千億円が必要と試算されます。
- 今後10年間は、新たな投資を含め資金繰りが非常に厳しくなるため、短期貸付金に依存している病院のうち、特に早急な経営改善が必要な病院について、概ね3年間の経営改善計画（再生プラン）を作成し、平成20年4月から実施するものとします。

2. 具体的な取組み (再生プラン)

- 対象病院は、建物・医療機器全体の将来投資が可能な水準に達していない病院 (約半数)
- 個別病院ごとに、中期的な (平成 20~ 22年度 3年間) 経営改善計画
 - 事業規模関係 : 病院規模等
 - サービス内容関係 : 実施診療科等
 - サービス体制関係 : 病棟編成、人員配置等
 - 設備投資関係 : 医療機器更新計画、建物保守等計画
 - 資金関係 : 中期の資金計画 (建替の償還計画と同じもの)
- 現在の患者数、診療収益などを前提に「人、物、資金」の最適化
 - 部門別 (診療科、病棟等) の収益・生産性による分析
 - 課題の所在をピンポイントで明確化
 - ベンチマークによる分析
 - 原因の把握、具体的な目標値の設定
 - 機能強化・生産性の向上
 - 外部環境分析などによる実現可能性の検証
 - 診療機能、規模、人員体制の見直し
 - ダウンサイジング (人事異動も考慮)

3. 改善目標

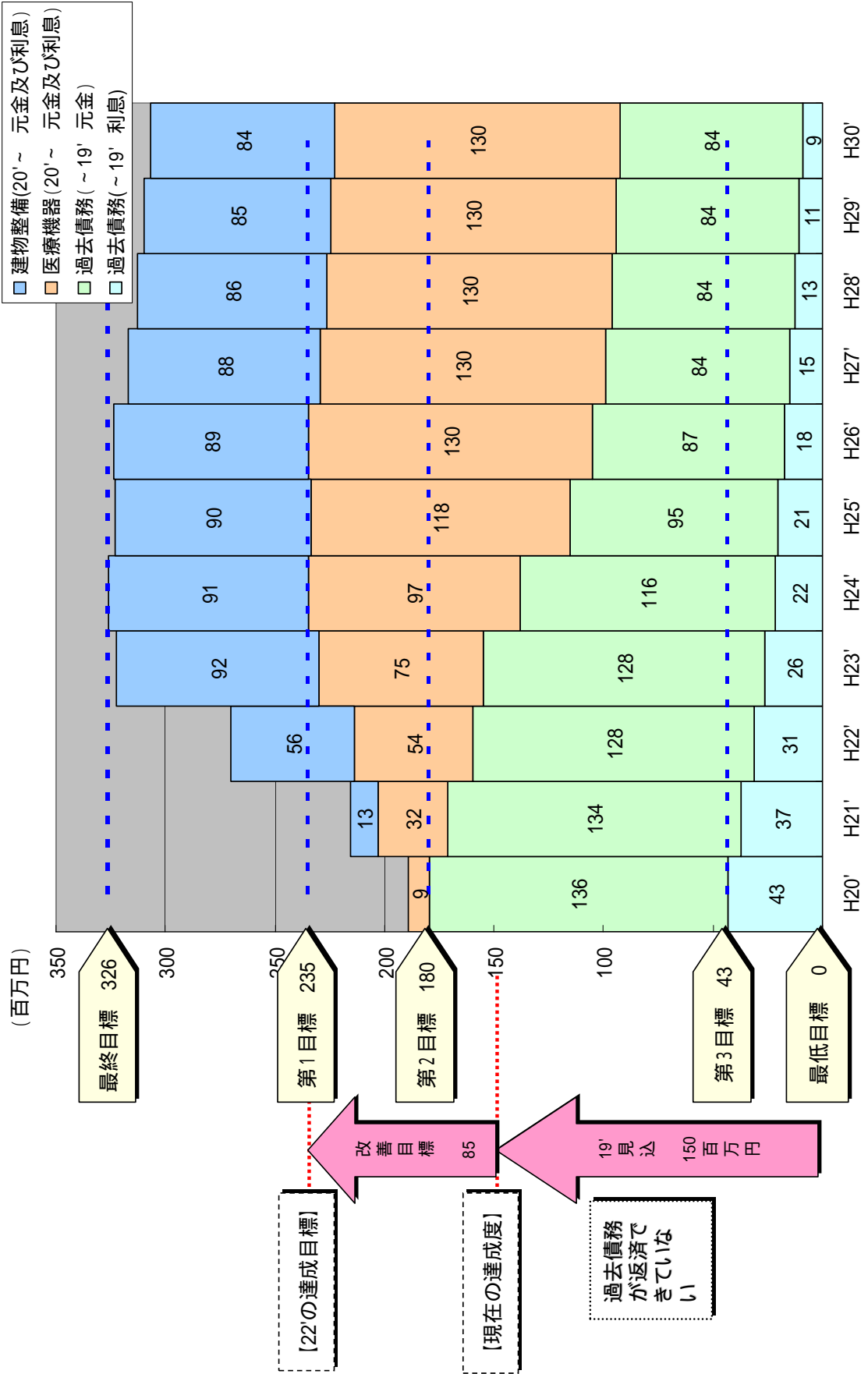
各病院における改善目標は、次の二つの観点から設定

各病院の投資状況を踏まえた目標 現在の達成レベルより少なくとも 二つ上を目標に設定	常勤医師別のグループごとの目標 現在の達成レベルより少なくとも 一つ上を目標に設定
<p>最終目標 (自立達成) 建物・医療機器全体の将来 (30') 投資が可能な水準</p> <p>第 1目標 過去債務返済と医療機器の将来 (30') 投資を可能とする資金捻出額に</p> <p>第 2目標 過去債務を返済可能とする資金捻出額に</p> <p>第 3目標 過去債務の利払額以上の資金捻出額に</p> <p>最低目標 資金捻出額をプラスに</p>	<p>目標A (優良病院) 各グループ上位 3~ 5病院の資金捻出額の平均額を超える</p> <p>目標B 各グループ資金捻出額がプラスの病院のうち上位 1 / 2の病院の平均額を超える</p> <p>目標C 各グループの資金捻出額がプラスの病院の平均額を超える</p>

(注) $資金捻出額 = 預託金(増分) - 短期借入金(増分) + 元金償還 + 支払利息 - 重投資助成金 + 自己資金整備費$

投資状況を踏まえた改善目標の考え方

(例 資金捻出額が150百万円で第2目標未達成の病院の場合)



平成21年度内部監査概要

平成21年度内部監査概要

1 監査の目的

国立病院機構の業務の適正かつ能率的な執行を図るとともに会計処理の適正を期すことを目的とし、諸規程に対する合规性、業務運営の適正性及び効率性を監査し、問題点の検討及び改善を図る。

2 監査事項

書面監査、実地監査及び抜打監査を実施した。実地監査については、「契約」、「支払」、「収入管理」、「債権管理」、「投資効果」、「現金等の管理」、「コンプライアンスの推進」、「個人情報保護法」、「医療安全管理」、「給与・勤務時間管理等」、「診療報酬管理」、「運営費交付金の管理・執行」に関する事項を重点監査事項に定め、これらを中心に監査を実施した。

また、抜打監査については、新たに内部監査（抜打）計画書を作成し、契約事務に関して一層の適正性を担保するため、監査を実施した。

3 対象病院

書面監査は、本部（1ヶ所）、全ブロック事務所（6ヶ所）及び全病院（145ヶ所）を対象に実施した。また、実地監査については、19年度及び20年度に実地監査を行わなかった病院の他、外部監査機関の監査結果等から必要と認める病院、監事や会計監査人からの意見等を踏まえ必要と認める病院、会計に関する非違行為のあった病院、書面監査の実施状況等を踏まえ、本部、各ブロック事務所が特に必要と判断した38病院を対象に実地による監査を実施した。

なお、抜打監査については、監事とともに、本部と各ブロック事務所が9病院を実施した。

* 当初計画では53病院（実地）、15病院（抜打）を対象としていたが「独立行政法人の契約状況の点検・見直しについて（平成21年11月17日閣議決定）」への対応から、平成21年12月以降に予定していた15病院（実地）、5病院（抜打）の計画を凍結した。

4 実地監査における主な指摘事項

《実地監査》

（1）契約

①主な指摘事項

- ・契約審査会で審議すべき事案が諮られていない。
- ・契約書において、契約加除及び賠償金（履行遅延、談合等）の条項が盛り込まれていない。
- ・競争契約とする場合において、入札参加資格、又は指名基準が、予定価格に応じた対応等級により判断されていない。また、入札参加資格の確認が行われていない。

②指摘事項に対する改善状況

- ・契約審査委員会に諮るべき案件と契約手続きのスケジュール表を作成し、委員会で審議することとした。
- ・契約解除及び賠償金の条項については、「契約書における契約解除条項及び違約金条項について（平成20年7月9日付事務連絡）」に基づき、適正に盛り込むこととした。
- ・予定価格に対応する等級以外の業者を入札に参加させる際には、契約審査委員会において審議を諮ることとした。

（2）支払

①主な指摘事項

- ・ファームバンキングに係る内部牽制が図られていない。
- ・検査調書が作成されていない。また、遅滞なく経理責任者へ報告されていない。

②指摘事項に対する改善状況

- ・ファームバンキングにおいては、支払操作の権限者毎にパスワードを付与、人事異動などによる定期的なパスワードの変更、上席者による定期的な点検（厳重管理）を行うことにより、内部牽制を図った。
- ・契約金額が500万円を超えるものについては、漏れなく検査調書を作成し、また、経理責任者への報告も実施した。

(3) 収入管理

①主な指摘事項

- ・病院職員以外の者に収納担当者の業務を委託する場合責任の所在が明らかにされていない。
- ・収納管理者によるチェックが行われていない。

②指摘事項に対する改善状況

- ・契約書等において、収納担当者の業務内容、責任の所在、弁償責任等を明らかにするため、変更契約を行った。
- ・収納担当者から収納管理者へ収納金を払い込む際、複数人で確認したことの証跡を残すこととした。

(4) 債権管理

①主な指摘事項

- ・督促が計画的に実施されていない。また、督促整理簿が作成されていない。

②指摘事項に対する改善状況

- ・督促を計画的に実施するとともに、督促整理簿が作成されていないものについては、早急に作成した

(5) 現金等の管理

①主な指摘事項

- ・病院宿舍の共益費等について、病院経理とすることの適否が管理診療会議等において審議されていない。また、病院経理とする場合は、管理方法に関する要領を整備すること。

②指摘事項に対する改善状況

- ・受益者等が直接管理すべき経理を病院経理とする際は、運用・管理方法を定め、管理診療会議で審議した。

(6) コンプライアンス

①主な指摘事項

- ・平成21年度以降、管理診療会議等で制度の周知が図られていない。

②指摘事項に対する改善状況

- ・イントラネットの掲示版にコンプライアンス規程等を掲示し、周知を図るとともに、管理診療会議等を通じて制度の周知を行った。

(7) 個人情報保護

①主な指摘事項

- ・個人情報の取扱いが適切に行われていない。

②指摘事項に対する改善状況

- ・患者からの申し出にかかる対応マニュアル、院内からデータを持ち出す際の取扱いルールを明確にした。

(8) 医療安全管理

①主な指摘事項

- ・医療安全管理規程は、患者等が閲覧できるよう整備されていない。
- ②指摘事項に対する改善状況
- ・誰でも閲覧できるようホームページに掲載した。

(9) 給与・勤務時間管理等

- ①主な指摘事項
- ・日々の勤務時間管理ができていない。
 - ・年次休暇の処理が適正に行われていない。
- ②指摘事項に対する改善状況
- ・各職場の勤務時間管理簿を調査、確認した。また、管理診療会議において、勤務時間管理簿の正しい書き方を周知徹底した。
 - ・休暇簿については、職員へ記載方法を説明した文書の配布、提出時には各職場でチェックを行い、最後に庶務においてチェックする体制とした。

(10) 診療報酬管理

- ①主な指摘事項
- ・審査減が行われたものに対して、再請求するか否かの検討結果が整理簿上明らかにされていない。
- ②指摘事項に対する改善状況
- ・審査増減整理簿において、再審査請求の有無がわかるよう整理するとともに、行わなかったものについては、書面で残すようにした。

(11) 運営費交付金

- ①主な指摘事項
- ・収益化基準に定める対象経費以外に充当している。
 - ・収益化基準（業務達成型）に基づき、当該月の月末に収益化されていない。
- ②指摘事項に対する改善状況
- ・研究者に執行可能な用途について、周知を行った。
 - ・収益化されていなかったものについて、収益化基準に基づき適正に行った。

5 抜打監査における主な指摘事項

《抜打監査》

- ①主な指摘事項
- ・ホームページへの契約情報の公表漏れが散見される。
 - ・入札公告の公告期間が10日以上を確保していない。
 - ・審査対象となる契約が契約審査委員会に諮られていない。
 - ・政府調達に該当する案件を一般競争で行っている
 - ・研究費等の執行状況が現場のみの処理となっている
- ②指摘事項に対する改善状況
- ・ホームページに公表する際、上席者に決裁（内容確認含む）をとることとした。
 - ・平成22年度契約に関する入札で、公告期間を土日・祝日を除き10日間確保した。
 - ・契約審査委員会の重要性を再確認し、事務部長・企画課長において入札の予定等を事前に把握することにより、漏れなく審議を行う。
 - ・政府調達契約の対象となるものをリストアップし、関係職員に周知を行った。
 - ・幹部会議において、現場が直接発注しないよう周知徹底を図った。

平成21年度内部監査(実地)及び(抜打)対象施設一覧

1 内部監査(実地)

整理番号	被監査対象病院名 (実施順)	整理番号	被監査対象病院名 (実施順)
1	大分医療センター	21	東埼玉病院
2	西埼玉中央病院	22	松江医療センター
3	東広島医療センター	23	南九州病院
4	霞ヶ浦医療センター	24	兵庫青野原病院
5	宇都宮病院	25	石川病院
6	札幌南病院	26	帯広病院
7	西札幌病院	27	あわら病院
8	道北病院	28	山口宇部医療センター
9	東長野病院	29	千葉東病院
10	小諸高原病院	30	東名古屋病院
11	村山医療センター	31	兵庫中央病院
12	七尾病院	32	柳井病院
13	宇多野病院	33	福岡東医療センター
14	高知病院	34	山形病院
15	西群馬病院	35	神奈川病院
16	神戸医療センター	36	和歌山病院
17	善通寺病院	37	長崎病院
18	榊原病院	38	西新潟中央病院
19	鹿児島医療センター		
20	舞鶴医療センター		

* 当初計画では53病院を対象としていたが「独立行政法人の契約状況の点検・見直しについて(平成21年11月17日閣議決定)」への対応から、平成21年12月以降に実地監査を予定していた15病院については計画を凍結した。

2 内部監査(抜打)

整理番号	被監査対象病院名 (実施順)
1	栃木病院
2	災害医療センター
3	北海道がんセンター
4	刀根山病院
5	愛媛病院
6	長良医療センター
7	弘前病院
8	近畿中央胸部疾患センター
9	米子医療センター

* 当初計画では15病院を対象としていたが「独立行政法人の契約状況の点検・見直しについて(平成21年11月17日閣議決定)」への対応から、平成21年12月以降に抜打監査を予定していた5病院については計画を中止した。

複数制副院長の設置状況

複数制副院長の年度別設置状況

【16年度】

病 院 名
名古屋医療センター
大阪医療センター
熊本医療センター

【17年度】

病 院 名
名古屋医療センター
大阪医療センター
熊本医療センター

【18年度】

病 院 名
大阪医療センター
熊本医療センター
東京医療センター

【19年度】

病 院 名
<u>仙台医療センター</u>
東京医療センター
<u>名古屋医療センター</u>
大阪医療センター
熊本医療センター

【20年度】

病 院 名
仙台医療センター
東京医療センター
<u>まつもと医療センター</u>
名古屋医療センター
大阪医療センター

【21年度】

病 院 名
<u>北海道医療センター</u>
仙台医療センター
東京医療センター
まつもと医療センター
名古屋医療センター
大阪医療センター
<u>呉医療センター</u>

特命副院長の設置状況

【16年度】

病 院 名	特命事項
帯広病院	経営・企画
呉医療センター	急性期推進プロジェクト

【17年度】

病 院 名	特命事項
帯広病院	経営・企画
呉医療センター	急性期推進プロジェクト
函館病院	経営・企画
仙台医療センター	経営・企画
松江病院	呼吸器センター推進プロジェクト
青森病院	経営

【18年度】

病 院 名	特命事項
帯広病院	経営・企画
函館病院	経営・企画
仙台医療センター	経営・企画
松江病院	呼吸器センター推進プロジェクト
医王病院	経営・地域連携
浜田医療センター	病院経営・地域医療連携
北海道がんセンター	経営

【19年度】

病 院 名	特命事項
北海道がんセンター	経営
函館病院	経営・企画
医王病院	経営・地域連携

【20年度】

病 院 名	特命事項
西札幌病院	再編成
福島病院	経営・地域連携
医王病院	経営・地域連携
名古屋医療センター	看護師確保
大阪医療センター	看護師確保

【21年度】

病 院 名	特命事項
西札幌病院 (22年3月統合により廃止)	再編成
福島病院	経営・地域連携
医王病院	経営・地域連携
名古屋医療センター	看護師確保
大阪医療センター	看護師確保
浜田医療センター	経営・地域医療
九州医療センター	看護師確保

専任の職員を配置した病院

平成21年度 専任職員配置病院

名 称	専任の職員を配置した病院	
	地域医療連携室	医療安全管理室
北海道がんセンター	○	○
北海道医療センター	◎	◎
函館病院	○	○
道北病院	○	○
帯広病院		○
八雲病院		○
弘前病院	○	○
八戸病院		◎
青森病院	○	○
盛岡病院	○	○
花巻病院	○	○
岩手病院	○	○
釜石病院		
仙台医療センター	○	○
西多賀病院	○	○
宮城病院	○	○
あきた病院	○	○
山形病院	○	○
米沢病院		○
福島病院	○	○
いわき病院	◎	○
水戸医療センター	○	○
霞ヶ浦医療センター	○	○
茨城東病院	○	○
栃木病院	○	○
宇都宮病院	○	○
高崎総合医療センター	○	○
沼田病院	○	○
西群馬病院	○	○
西埼玉中央病院	○	○
埼玉病院	○	○
東埼玉病院	○	○
千葉医療センター	○	○
千葉東病院	○	○
下総精神医療センター	○	○
下志津病院	◎	○
東京医療センター	○	○
災害医療センター	○	○
東京病院	○	○
村山医療センター	○	○
横浜医療センター	○	○
久里浜アルコール症センター	○	○

平成21年度 専任職員配置病院

名 称	専任の職員を配置した病院	
	地域医療連携室	医療安全管理室
箱根病院	○	○
相模原病院	○	○
神奈川病院	○	○
西新潟中央病院	○	○
新潟病院	○	○
さいがた病院	○	○
甲府病院	○	○
東長野病院	◎	○
まつもと医療センター（松本病院）	○	○
まつもと医療センター（中信松本病院）	○	○
長野病院	○	○
小諸高原病院	○	○
富山病院		○
北陸病院	○	○
金沢医療センター	○	○
医王病院	○	○
七尾病院	○	○
石川病院	○	○
長良医療センター	○	○
静岡てんかん・神経医療センター	○	○
静岡富士病院		○
天竜病院	○	○
静岡医療センター	○	○
名古屋医療センター	○	○
東名古屋病院	○	○
東尾張病院	○	○
豊橋医療センター	○	○
三重病院	○	○
鈴鹿病院	○	○
三重中央医療センター	○	○
榊原病院	○	○
福井病院	○	○
あわら病院		◎
滋賀病院	○	○
紫香楽病院		◎
京都医療センター	○	○
宇多野病院	○	○
舞鶴医療センター	○	○
南京都病院	○	○
大阪医療センター	○	○
近畿中央胸部疾患センター	○	○
刀根山病院	○	○
大阪南医療センター	○	○

平成21年度 専任職員配置病院

名 称	専任の職員を配置した病院	
	地域医療連携室	医療安全管理室
神戸医療センター	○	○
姫路医療センター	○	○
兵庫青野原病院	◎	○
兵庫中央病院	◎	○
奈良医療センター	○	○
松籟荘病院	○	○
南和歌山医療センター	○	○
和歌山病院		○
鳥取医療センター	○	○
米子医療センター	○	○
松江医療センター	○	○
浜田医療センター	○	○
岡山医療センター	○	○
南岡山医療センター	○	○
呉医療センター	○	○
福山医療センター	○	○
広島西医療センター	○	○
東広島医療センター	○	○
賀茂精神医療センター	○	○
関門医療センター	○	○
山口宇部医療センター	○	○
岩国医療センター	○	○
柳井病院		○
東徳島病院	◎	○
徳島病院	◎	○
高松医療センター	◎	○
善通寺病院	○	○
香川小児病院	○	○
四国がんセンター	○	○
愛媛病院	○	○
高知病院	○	○
小倉医療センター	○	○
九州がんセンター	○	○
九州医療センター	○	○
福岡病院	◎	○
大牟田病院	○	○
福岡東医療センター	◎	○
佐賀病院	○	○
肥前精神医療センター	○	○
東佐賀病院	○	○
嬉野医療センター	○	○
長崎病院	○	○
長崎医療センター	○	○

平成21年度 専任職員配置病院

名 称	専任の職員を配置した病院	
	地域医療連携室	医療安全管理室
熊本医療センター	○	○
熊本南病院		○
菊池病院	◎	○
熊本再春荘病院	◎	○
大分医療センター	○	○
別府医療センター	○	○
西別府病院	○	○
宮崎東病院	○	○
都城病院		○
宮崎病院		○
鹿児島島医療センター	○	○
指宿病院	○	○
南九州病院	○	○
沖縄病院		○
琉球病院	○	○
計	129病院	143病院

20年度	当該年度末の設置病院数（145病院中）	117病院	141病院
------	---------------------	-------	-------

21年度	当該年度末の設置病院数（144病院中）	129病院	143病院
------	---------------------	-------	-------

※ ◎は21年度新規設置病院
21年度末時点において、西札幌・札幌南の統合により病院数は144病院となる。

平成21年度増員のうち
特定集中治療室等の
新設・増設に伴うもの

●平成21年度増員のうち特定集中治療室等の新設・増設に伴うもの

病院名	ユニット名	病床数	施設基準取得月	増員数	併設元病棟名
舞鶴医療センター	SCU	0 → 6	H20. 12	17	3号病棟
大阪医療センター	SCU	0 → 6	H21. 5	16	東11病棟

12床の増

33人の増員

※1 ICU（特定集中治療室）は入院患者2人に対し看護師1人が必要

※2 増床数が同規模で増員数が異なるのは病院内の再配置によるため

技能職員職名別在職狀況

病院評価の方法について

平成20年度実績評価の概要

1. 病院評価の全般的な考え方

(1) 病院の実績を医療面及び経営面の2方面から評価することとし、加点方式で得たそれぞれのポイントの合計を病院の評価とする。

(2) ポイントは、100点満点とし、医療面及び経営面それぞれを50点とする。

(3) ポイントの評価方法

① 全病院のポイント決定後「平均ポイント」を計算する。

② 平均ポイントを「B」区分の中心とし、「B」区分の幅を20点、その他の区分の幅を5点と設定する。

区分	AA	A	A'	B	C ⁺	C	D
20年度の幅	残り	5点	5点	平均ポイントを中心に 20点	5点	5点	残り
平均ポイント 62	83以上	82~78	77~73	72~ 62 ~53	52~48	47~43	42以下

③ 評価委員会での国立病院機構の評価を勘案し、全病院のポイントに5%を加算する（平均ポイントには影響させない。）。

④ 以下の施設については、平成19年度、20年度の比較が困難であることから、一律「B」評価とする。
 ア. 札幌南病院：平成18年度より平成21年度の統合に向けた大規模な病棟集約等の取り組みを進めているため。
 イ. まつもと医療センター：平成20年4月に統合したため。

(4) 平成20年度実績に対する病院評価に向けての主な改正点

① 全体的な改正点

評価に係る病院のグループについては、各病院の規模及び機能に応じた見直しを行った。

② 経営面の改正点

減価償却が医業収支率に大きく影響する病院の評価項目を新設。

2. 病院評価（経営面）の考え方（項目及び配点）

(1) 経営面の評価は、次の3つの側面から行う。

- ① 評価委員会の評価項目を中心とする評価 [19点]
評価委員会における中期計画の達成状況の評価項目となっている項目を中心に評価する。【前年度からの改善等の評価】
- ② 病院の特殊性を反映した評価 [25点（5項目×5点）]
全病院を特色に応じてグループ化し、収支の結果が出にくい病院（結核及び精神等）もできる限り平等に評価することを目的として、グループ内での平均を標準として評価する。
- ③ その他経営に関する評価 [6点]

(2) 評価の方法

- ① 評価委員会の評価項目を中心とする評価 [19点]

ア 総収支率 [4点] (①と②で最大4点)

- ① 総収支率
 - ・ 110%以上 3点
 - ・ 105%以上、110%未満 2点
 - ・ 100%以上、105%未満 1点
- ② 平成19年度決算からの総収支率の改善幅
 - ・ +2%以上 2点
 - ・ +0%以上、+2%未満 1点

イ 平成19年度決算からの人件費率+委託費率の改善 [4点]

- 改善し、かつ、実績が50%未満 4点
- 改善している 3点
- 改善していないが、実績が50%未満 2点
- 改善していないが、医業収支率が改善している 1点

ウ 平成19年度決算からの材料費率の改善 [2点]

- 改善している 2点
- 改善していないが、医業収支率が改善している 1点

エ 経常収支率 [3点]

- 110%以上 3点
- 105%以上 110%未満 2点
- 100%以上 105%未満 1点

オ 医業収支率 [3点]

- 110%以上 3点
- 105%以上 110%未満 2点
- 100%以上 105%未満 1点

カ 資金捻出力 [3点]

- ・ 平成20年度資金捻出額がプラスで、かつ、前年度より増額 3点
- ・ 平成20年度資金捻出額プラス 2点
- ・ 平成20年度資金捻出額がマイナスだが、前年度より改善 1点

注1 医療観察法の指定入院医療機関となった病院は、病棟開棟までの準備経費や開棟後の空床分の経費を補助金で賄うこととなっており、医業収益を使った指標での評価は困難となっている。よって、精神医療中心グループに限り、医業収益+補助金等収益を用いた指標での評価とする。

通常：人件費率+委託費率 = (人件費+委託費) / 医業収益
通常：材料費率 = 材料費 / 医業収益
通常：医業収支率 = 医療収益 / 診療業務費
精神：人件費+委託費の率 = (人件費+委託費) / (医業収益+補助金等収益)
精神：材料費率 = 材料費 / (医業収益+補助金等収益)
精神：医業収支率 = (医業収益+補助金等収益) / 診療業務費

注2 対前年度の人件費率については、ベアUPの影響がないため、前年度実績をそのまま使用する。

注3 遊休建物等の解体撤去費及び除却損（臨時損失）並びにこれに係る助成金を「総収支率及び経常収支率」の計算から除外する。

② 病院の特殊性を反映した評価 [25点]
病院を規模及び特色等に応じ、8つのグループに分類し、そのグループで下記項目ごとの偏差値を算出し、一定のウェイト付けをした後にその数値により評価する。

○偏差値（ウェイト付け後）

60以上 [5点] 55以上60未満 [4点] 50以上55未満 [3点]
45以上50未満 [2点] 45未満 [1点]

ア 収益性 [5点]

- ・ 医業収支率、経常収支率、入院患者1人1日当たり診療収益、外来患者1人1日当たり診療収益

イ 効率性 [5点]

- ・ 人件費率、委託費率、材料費率、入院患者1人当たり医業費用、損益分岐点比率

ウ 生産性 [5点]

- ・ 職員1人当たり医業収益、職員1人1日当たり入院患者数、新入院患者率、医療用器械備品回転率、建物回転率

エ 健全性 [5点]

- ・ 流動比率、売上債権回転日数、棚卸資産回転日数、債務比率、債務償還年数

オ 成長性 [5点]

- ・ 医業収支率の伸び、経常収支率の伸び、医業収益成長率、経常収益成長率

注1 旧病院グループは、再編成により重症心身障害等の病床を有する病院がいくつか存在していることから、「ア 収益性入院患者1人1日当たり診療収益」及び「ウ 生産性 新入院患者率」については、一般病床（重心・筋ジス除く）のみの数値を用いた指標での評価とする。

③ その他経営に関する評価 [6点]
上記の他、経営に関する取組として、下記項目を評価する。
(ア～カを通じて最大6点とする。)

ア 預託金の預け入れの有無 [2点]

(3月末日以降8月1日時点まで預託が続いているかどうか。)

- ・ 預託金有り、かつ、前年度より増額・・・2点
- ・ 預託金有り・・・1点

イ 年度末の短期借入金残額の有無 [2点]

(医薬品未払いに係る分は除く。)

- ・ 短期借入金無し・・・2点
- ・ 短期借入金があるが、前年度より減額・・・1点

ウ 結核の新退院基準適用に対する配慮 [4点]

- ・ 改善額がある病院・・・2点
- ・ 20年度中に結核病棟の見直し等を行った病院・・・2点

エ 土地の有効活用を推進する取組 [2点]

(20年度中に「土地の有効活用推進事業」により、遊休建物等の解体撤去や土地・建物の売却・貸付等の促進を行い、財務部に報告している病院。なお、建物の解体撤去が終了（工事完了）した日が平成21年3月31日までのものを20年度分とする。)

- オ 平成19年度決算からの総収支率の改善幅について、特に改善した病院に対する評価 [1点]
・ +5%以上・・・1点
- カ 減価償却が医業収支率に大きく影響している病院に対する配慮 [2点]
(減価償却前医業収支率(100%以上に限る)と医業収支率との差が全病院の標準偏差(σ)以上の病院を評価する。)
・ 差が「平均+2 σ 」以上・・・2点
・ 差が「平均+ σ 」以上、「平均+2 σ 」未満・・・1点

病院のグループ分けについて

【旧国立病院】

- ・一般病床（重症心身障害・筋ジストロフィー、神経難病病棟を除く）の規模によるグループ分け

【旧国立療養所】

- ・医療の特色によるグループ分け

大区分	小区分	適用	病院数
旧国立病院	一般病床数350床未満		24
	一般病床数350床以上500床未満		17
	一般病床数500床以上		15
旧国立療養所	一般病床が中心となっている病院	一般病床が概ね50%以上	18
	障害者医療が病院経営に与える影響が大きい病院	障害者関係病床（重症心身障害・筋ジストロフィー、神経難病病棟）が概ね50%以上	37
	結核医療が病院経営に与える影響が大きい病院	結核病床が概ね20%以上かつ100床以上	4
	精神医療が病院経営に与える影響が大きい病院	精神病床が概ね50%以上	13
その他	その他	上記以外	15
			2

病院の特色に応じたグループ分け

旧国立病院 (500床以上)	15
北海道がんセンター	
仙台医療センター	
水戸医療センター	
東京医療センター	
金沢医療センター	
名古屋医療センター	
京都医療センター	
大阪医療センター	
大坂南医療センター	
岡山医療センター	
呉医療センター	
岩国医療センター	
九州医療センター	
長崎医療センター	
熊本医療センター	

旧国立病院 (350床以上500床未満)	17
栃木病院	
高崎総合医療センター	
千葉医療センター	
災害医療センター	
横浜医療センター	
相模原病院	
長野病院	
静岡医療センター	
三重中央医療センター	
姫路医療センター	
福山医療センター	
四国がんセンター	
小倉がんセンター	
九州がんセンター	
嬉野医療センター	
別府医療センター	
鹿児島医療センター	

旧国立病院 (350床未満)	24
函館病院	
弘前病院	
福島病院	
霞ヶ浦医療センター	
沼田病院	
西埼玉中央病院	
埼玉病院	
甲府病院	
まつもと医療センター	
福井病院	
滋賀病院	
舞鶴医療センター	
神戸医療センター	
南和歌山医療センター	
米子医療センター	
浜田医療センター	
広島西医療センター	
関門西医療センター	
善通寺病院	
高知病院	
佐賀病院	
大分医療センター	
都城病院	
指宿病院	

旧国立療養所 (結核医療中心)	4
東名古屋病院	
京都病院	
近畿中央胸部疾患センター	
刀根山病院	

旧国立療養所 (精神医療中心)	13
花巻病院	
下総精神医療センター	
久里浜アルコール症センター	
さいがた病院	
小諸高原病院	
北陸病院	
東尾張病院	
榊原病院	
松籟荘病院	
賀茂精神医療センター	
肥前精神医療センター	
菊池病院	
琉球病院	

旧国立療養所 (その他)	15
帯広病院	
茨城東病院	
千葉東病院	
西新潟中央病院	
長良医療センター	
鳥取医療センター	
山口宇部医療センター	
東徳島病院	
高松医療センター	
愛媛病院	
東佐賀病院	
熊本南病院	
宮崎東病院	
南九州病院	
沖縄病院	

旧国立療養所 (一般病床中心)	18
西札幌病院	
道北病院	
盛岡病院	
宇都宮病院	
西群馬病院	
東京病院	
村山医療センター	
神奈川病院	
豊橋医療センター	
三重病院	
あわら病院	
東広島医療センター	
香川小児病院	
福岡病院	
福岡東医療センター	
長崎病院	
長崎川棚医療センター	
熊本再春荘病院	

その他	2
札幌南病院	
南横浜病院	

旧国立療養所 (障害者医療中心)	37
八雲病院	
八戸病院	
青森病院	
岩手病院	
金石病院	
西多賀病院	
宮城病院	
あきた病院	
山形病院	
米沢病院	
いわき病院	
東埼玉病院	
下志津病院	
箱根病院	
新潟病院	
東長野病院	
富山病院	
医王病院	
七尾病院	
石川病院	
静岡てんかん・神経医療センター	
静岡富士病院	
天竜病院	
鈴鹿病院	
柴香葉病院	
宇多野病院	
兵庫青野原病院	
兵庫中央病院	
奈良医療センター	
和歌山病院	
松江医療センター	
南岡山医療センター	
柳井病院	
徳島病院	
大牟田病院	
西別府病院	
宮崎病院	

注:このグループは、平成20年10月1日の運営病床数を用い、病床の規模又は種別により区分した。病院名については直近の名称で記載した。

3. 病院評価（医療面）の考え方（項目及び配点）

（1）医療面の評価についての考え方

- ① 国立病院機構が掲げる「診療」「臨床研究」「教育研修」の各分野から評価項目を選定し基本項目として評価する。
また、国立病院機構の担う施策への貢献として考慮すべき項目を特記項目として評価する。
- ② 基本項目は、診療36点、臨床研究7点、教育研修7点の50点とし、特記項目の配点を加えて上限を50点とする。
- ③ 基本項目の中で全病院一律に評価できない項目については病院の規模や機能毎のグループに分けてそれぞれのグループ毎に評価する。
〔グループ分けの考え方〕
グループ分け（1）：病院の機能、規模等により分類
（経営面評価のグループ分けと同じ）
グループ分け（2）：臨床研究センター・臨床研究部の有無
臨床研修指定病院（単独型、管理型、協力型）の指定の有無
附属看護学校の有無により分類
- ④ 測定した指標を原則「対前年度比」により評価する。

（2）評価の方法

1) 基本項目

① 診療 [36点]

ア クリティカルパス [5点]：グループ分け（1）

クリティカルパス実施率

（クリティカルパス実施症例数／退院患者数×100）

		クリティカルパス実施率			その他
		20%未満	20%以上	40%以上	
	(病)				
	(療)	10%未満	10%以上	20%以上	
対前年度比	150%以上	3点	4点	5点	・20'実施症例数がない場合は0点 ・前年度実施症例数がない場合は前年度比を100～150%として配点
	100%以上	2点	3点	4点	
	100%未満	1点	2点	3点	

イ セカンドオピニオン [3点]：グループ分けなし

窓口設置の有無及び利用者数を評価

- ・窓口設置している場合：2点
- ・窓口利用者が50人以上の場合に加点：1点

ウ 患者満足度調査 [5点]：グループ分けなし

入院と外来の全項目の平均の合計点にて評価

- ・8.5以上 4点
- ・8.0以上8.5未満 3点
- ・7.5以上8.0未満 2点
- ・7.5未満 1点
- ・対前年度比100%以上の場合に加点：1点

※有効回答数が少なく評価を行うために最低必要な数に達しなかった病院は評価から除外し、平均点の3点を配点

エ 救急対応 [5点] : グループ分け(1)
 救急患者受入数/一般病床数にて評価
 (精神グループは精神病床数で除する)

区分		救急患者受入数/ 一般(精神)病床数			その他
		(病)	(療)		
		0~5件 未満	5~10件 未満	10件 以上	
		0~4件 未満	4~7件 未満	7件 以上	
対 前 年 比	100%以上	2点	3点	4点	・20' 受入数がない場合は0点 ・前年度受入数がない場合は 前年度比を100%として配点
	100%未満	1点	2点	3点	
		・救急車搬送率(救急車搬送数/救急患者総数×100)が20% 以上または小児救急の受入れがある場合に加点: 1点			

オ 地域医療との連携 [2点] : グループ分けなし

i 高額医療機器の共同利用

- ・共同利用率5%以上の場合: 1点

ii 地域医療に貢献する研修

- ・地域の医療者向け研修会を実施している場合: 1点

カ 紹介率・逆紹介率 [4点] : グループ分け(1)

i 紹介率

- ・上位30%以内の場合: 1点
- ・対前年度比100%以上の場合に加点: 1点

ii 逆紹介率(同上)

キ 一般病床の平均在院日数 [4点] : グループ分けなし

平均在院日数(一般病棟入院基本料を算定する病棟)で評価

- ・上位35%以内の場合: 4点
- ・上位35%以外の場合対前年度比が

85%以下	: 4点
85%超 90%以下	: 3点
90%超 95%以下	: 2点
95%超 100%以下	: 1点

※一般病棟入院基本料算定病棟を有しない病院
 又は前年度に当該病棟を有しない病院: 2点

ク 医療安全に関する取組 [4点] : グループ分けなし

i 職員に対する医療安全に関する研修会開催件数

- ・開催(2回)している場合: 1点
- ・3回以上開催している場合に加点: 1点

ii 院内感染サーベイランス実施件数

- ・実施している場合: 1点
- ・目的別サーベイランス項目が複数の場合に加点: 1点

ケ 難病患者の受け入れ [4点] : グループ分けなし

i 特定疾患患者の受入数(A)と小児慢性特定疾患患者の受入数の合計

- ・受入患者数がある場合: 1点
- ・受入患者数があり対前年度比が次の場合に加点

110%以上	: 2点
100%以上110%未満	: 1点

 (但し前年度実績がない場合は加点なし)

- ii 特定疾患重症者の受入数 (B)
 - ・ (B) / (A) 50%以上の場合に加点：1点

② 臨床研究 [7点]

ア 治験の実施症例数 [4点]：グループ分け(2)

(治験管理台帳により症例数を把握)

- ・ 実施症例数
 - 上位30%以内：4点
 - 上位30%超 60%以内：3点
 - 上位60%超 90%以内：2点
 - 上位90%超：1点
 - 実施症例数なし：0点

イ EBM推進研究の実施症例数 [2点]：グループ分けなし

EBM推進のための大規模臨床研究 (JNEPPV研究、J-NHOSAC研究、VENTIL研究、RIFT-GV研究、HBP-DN研究、ASPU研究、AVIT-J研究、J-BRONCO研究、NHOAF研究、J-PSVT研究、MARS研究)の実施症例数を評価

- ・ 実施症例数がある場合：2点

ウ 情報発信量(論文発表数) [1点]：グループ分けなし

- ・ 発表した論文(掲載に係る審査あり)がある場合：1点

③ 教育研修に対する評価 [7点]

ア 研修医・専修医・レジデント [4点]：グループ分け(2)

研修医・専修医・レジデント・卒前医学生の延べ受入数について評価

《臨床研修指定病院(単独・管理・協力型病院)》

i 研修医の延べ受入数

- ・ 受入れがある場合：1点
- ・ 対前年度比100%以上の場合又は単独・管理型病院についてはマッチング率が0%でない場合に加点：1点

ii 専修医・レジデントの延べ受入数

- ・ 受入れがある場合：1点
- ・ 対前年度比100%以上の場合に加点：1点

《指定のない病院》

i 専修医・レジデントの延べ受入数

- ・ 受入れがある場合：1点
- ・ 対前年度比100%以上の場合に加点：1点

ii 卒前医学生の延べ受入数

- ・ 受入れがある場合：1点
- ・ 対前年度比100%以上の場合に加点：1点

イ 看護教育への取組 [3点]：グループ分け(2)

《看護学校を設置している病院》

i 卒業生の機構内病院就職率

(機構内病院就職者数 / (卒業生数 - 機構内助産学校進学者数))

70%以上の場合：2点

70%未満の場合：1点

ii 国家試験合格率

合格率100%の場合：1点

《看護学校を設置していない病院》

i 機構内外の看護学校等からの学生実習の延べ受入数

- ・ 受入がある場合：1点
- ・ 受入があり対前年度比が次の場合に加点
 - 150%以上：2点

100%以上150%未満：1点
(但し前年度実績がない場合は加点なし)

2) 特記項目

- ① 医療観察法の受入施設としての貢献 [4点]
・指定入院医療機関：3点 (開設準備も含む)
・指定通院医療機関：1点 (開設準備も含む)
- ② 医師派遣 [6点]
ア 機構内の他施設へ診療援助のための医師派遣を評価する
(ブロック事務所が調整したもの。レジデント等も含む。)
・派遣延べ人・日数
100日以上 : 3点
50日以上99日以下 : 2点
1日以上49日以下 : 1点
- イ 理事長、国及び都道府県の要請による緊急医師派遣を行った場合：3点
- ③ 災害医療活動 [2点]
①岩手・宮城内陸地震及び岩手県沿岸北部地震に関し医療班を派遣した場合：1点
②DMATを有している病院：1点
- ④ 長期慢性疾患医療の改善への取組 [6点]
重筋心身障害・筋ジストロフィー、結核、精神を重複している病院の評価は、最も評価の高い分野の評価を採用する。
ア 重症心身障害・筋ジストロフィー [6点]
i 超重症児(者)の受入数/重症心身障害(又は筋ジストロフィー)の病床数(%)
(※重症心身障害、筋ジストロフィーの何れか高い点数で評価)
上位30% : 4点
上位30%超 60%以内 : 3点
上位60%超 : 2点
- ii 患者家族宿泊施設がある場合又は通園事業を行っている場合：2点
- イ 精神 [6点]
i 精神科時間外の受入数
上位30% : 4点
上位30%超 60%以内 : 3点
上位60%超 : 2点
- ii 精神科デイケアを行っている場合：2点
- ウ 結核 [6点]
i 結核病床の平均在院日数
・平均在院日数60日以内：2点
又は対前年度比
90%以下 : 2点
90%超100%以下 : 1点
- ii DOTSカンファレンス(患者の服薬支援に関する地域保健所との連絡会)の実施
・開催している場合：2点
- iii DOTSの実施
・DOTS実施率90%以上：2点
- ⑤その他(機構のアピールに関する貢献) [2点]
・中央官庁の長等による表彰を受けた場合を考慮

臨床研究センターの有無		研究センターの有無	
1	西札幌	1	西札幌
2	帯広	2	帯広
3	函館	3	八雲
4	道北	4	八雲
5	八雲	5	青森
6	弘前	6	盛岡
7	青森	7	花巻
8	弘前	8	岩手
9	八雲	9	釜石
10	山形	10	あきた
11	山形	11	山形
12	福島	12	米沢
13	福島	13	いわき
14	いわき	14	いわき
15	いわき	15	いわき
16	いわき	16	いわき
17	いわき	17	いわき
18	いわき	18	いわき
19	いわき	19	いわき
20	いわき	20	いわき
21	いわき	21	いわき
22	いわき	22	いわき
23	いわき	23	いわき
24	いわき	24	いわき
25	いわき	25	いわき
26	いわき	26	いわき
27	いわき	27	いわき
28	いわき	28	いわき
29	いわき	29	いわき
30	いわき	30	いわき
31	いわき	31	いわき
32	いわき	32	いわき
33	いわき	33	いわき
34	いわき	34	いわき
35	いわき	35	いわき
36	いわき	36	いわき
37	いわき	37	いわき
38	いわき	38	いわき
39	いわき	39	いわき
40	いわき	40	いわき
41	いわき	41	いわき
42	いわき	42	いわき
43	いわき	43	いわき
44	いわき	44	いわき
45	いわき	45	いわき
46	いわき	46	いわき
47	いわき	47	いわき
48	いわき	48	いわき
49	いわき	49	いわき
50	いわき	50	いわき
51	いわき	51	いわき
52	いわき	52	いわき
53	いわき	53	いわき
54	いわき	54	いわき
55	いわき	55	いわき
56	いわき	56	いわき
57	いわき	57	いわき
58	いわき	58	いわき
59	いわき	59	いわき
60	いわき	60	いわき

※院内標榜臨床研究部の場合も含む

臨床研究センターの有無		研究センターの有無	
1	北海道がん	1	北海道がん
2	道北	2	道北
3	帯広	3	帯広
4	弘前	4	弘前
5	八雲	5	八雲
6	青森	6	青森
7	盛岡	7	盛岡
8	岩手	8	岩手
9	釜石	9	釜石
10	山形	10	山形
11	山形	11	山形
12	福島	12	福島
13	福島	13	福島
14	いわき	14	いわき
15	いわき	15	いわき
16	いわき	16	いわき
17	いわき	17	いわき
18	いわき	18	いわき
19	いわき	19	いわき
20	いわき	20	いわき
21	いわき	21	いわき
22	いわき	22	いわき
23	いわき	23	いわき
24	いわき	24	いわき
25	いわき	25	いわき
26	いわき	26	いわき
27	いわき	27	いわき
28	いわき	28	いわき
29	いわき	29	いわき
30	いわき	30	いわき
31	いわき	31	いわき
32	いわき	32	いわき
33	いわき	33	いわき
34	いわき	34	いわき
35	いわき	35	いわき
36	いわき	36	いわき
37	いわき	37	いわき
38	いわき	38	いわき
39	いわき	39	いわき
40	いわき	40	いわき
41	いわき	41	いわき
42	いわき	42	いわき
43	いわき	43	いわき
44	いわき	44	いわき
45	いわき	45	いわき
46	いわき	46	いわき
47	いわき	47	いわき
48	いわき	48	いわき
49	いわき	49	いわき
50	いわき	50	いわき
51	いわき	51	いわき
52	いわき	52	いわき
53	いわき	53	いわき
54	いわき	54	いわき
55	いわき	55	いわき
56	いわき	56	いわき
57	いわき	57	いわき
58	いわき	58	いわき
59	いわき	59	いわき
60	いわき	60	いわき

※院内標榜臨床研究部の場合も含む

看護学校の有無		看護学校無し	
1	北海道中央	1	北海道中央
2	道北	2	道北
3	帯広	3	帯広
4	弘前	4	弘前
5	八雲	5	八雲
6	青森	6	青森
7	盛岡	7	盛岡
8	岩手	8	岩手
9	釜石	9	釜石
10	山形	10	山形
11	山形	11	山形
12	福島	12	福島
13	福島	13	福島
14	いわき	14	いわき
15	いわき	15	いわき
16	いわき	16	いわき
17	いわき	17	いわき
18	いわき	18	いわき
19	いわき	19	いわき
20	いわき	20	いわき
21	いわき	21	いわき
22	いわき	22	いわき
23	いわき	23	いわき
24	いわき	24	いわき
25	いわき	25	いわき
26	いわき	26	いわき
27	いわき	27	いわき
28	いわき	28	いわき
29	いわき	29	いわき
30	いわき	30	いわき
31	いわき	31	いわき
32	いわき	32	いわき
33	いわき	33	いわき
34	いわき	34	いわき
35	いわき	35	いわき
36	いわき	36	いわき
37	いわき	37	いわき
38	いわき	38	いわき
39	いわき	39	いわき
40	いわき	40	いわき
41	いわき	41	いわき
42	いわき	42	いわき
43	いわき	43	いわき
44	いわき	44	いわき
45	いわき	45	いわき
46	いわき	46	いわき
47	いわき	47	いわき
48	いわき	48	いわき
49	いわき	49	いわき
50	いわき	50	いわき
51	いわき	51	いわき
52	いわき	52	いわき
53	いわき	53	いわき
54	いわき	54	いわき
55	いわき	55	いわき
56	いわき	56	いわき
57	いわき	57	いわき
58	いわき	58	いわき
59	いわき	59	いわき
60	いわき	60	いわき

※卒業生の無い場合も含む

看護学校有り		看護学校無し	
1	西札幌	1	西札幌
2	函館	2	帯広
3	弘前	3	帯広
4	仙台医療	4	帯広
5	山形	5	帯広
6	福島	6	帯広
7	水戸医療	7	帯広
8	栃木	8	帯広
9	高崎	9	帯広
10	西埼玉中央	10	帯広
11	千葉医療	11	帯広
12	東京医療	12	帯広
13	災害医療	13	帯広
14	横浜医療	14	帯広
15	新潟	15	帯広
16	長野	16	帯広
17	富山	17	帯広
18	金沢医療	18	帯広
19	静岡医療	19	帯広
20	名古屋医療	20	帯広
21	三重中央医療	21	帯広
22	京都市医療	22	帯広
23	舞鶴医療	23	帯広
24	大阪医療	24	帯広
25	大坂南医療	25	帯広
26	姫路医療	26	帯広
27	米子医療	27	帯広
28	浜田医療	28	帯広
29	岡山医療	29	帯広
30	岡山医療	30	帯広
31	岩国医療	31	帯広
32	東徳島	32	帯広
33	普通寺	33	帯広
34	愛媛	34	帯広
35	高知	35	帯広
36	九州医療	36	帯広
37	長崎医療	37	帯広
38	長崎医療	38	帯広
39	熊本医療	39	帯広
40	別府医療	40	帯広
41	都城	41	帯広
42	鹿児島医療	42	帯広

※2年課程も含む

指定無し		指定無し	
1	帯広	1	帯広
2	八戸	2	八戸
3	岩手	3	岩手
4	米沢	4	米沢
5	あきた	5	あきた
6	いわき	6	いわき
7	沼田	7	沼田
8	下志津	8	下志津
9	村山医療	9	村山医療
10	箱根	10	箱根
11	新潟	11	新潟
12	東長野	12	東長野
13	富山	13	富山
14	七尾	14	七尾
15	石川	15	石川
16	静岡てんかん	16	静岡てんかん
17	静岡富士	17	静岡富士
18	東名古屋	18	東名古屋
19	福井	19	福井
20	あわら	20	あわら
21	紫香楽	21	紫香楽
22	南京都	22	南京都
23	兵庫青野原	23	兵庫青野原
24	松江	24	松江
25	徳島	25	徳島
26	九国がん	26	九国がん
27	大牟田	27	大牟田
28	東佐賀	28	東佐賀
29	長崎	29	長崎
30	宮崎	30	宮崎

指定有り		指定有り	
1	北海道がん	61	大坂南医療
2	西札幌	62	神戸医療
3	函館	63	姫路医療
4	道北	64	鳥取医療
5	八雲	65	兵庫中央
6	弘前	66	奈良医療
7	青森	67	松籟荘
8	盛岡	68	南和歌山医療
9	花巻	69	和歌山
10	釜石	70	米子医療
11	山形	71	浜田医療
12	山形	72	岡山医療
13	山形	73	岡山医療
14	山形	74	岡山医療
15	山形	75	岡山医療
16	山形	76	岡山医療
17	山形	77	岡山医療
18	山形	78	岡山医療
19	山形	79	岡山医療
20	山形	80	岡山医療
21	山形	81	岡山医療
22	山形	82	岡山医療
23	山形	83	岡山医療
24	山形	84	岡山医療
25	山形	85	岡山医療
26	山形	86	岡山医療
27	山形	87	岡山医療
28	山形	88	岡山医療
29	山形	89	岡山医療
30	山形	90	岡山医療
31	山形	91	岡山医療
32	山形	92	岡山医療
33	山形	93	岡山医療
34	山形	94	岡山医療
35	山形	95	岡山医療
36	山形	96	岡山医療
37	山形	97	岡山医療
38	山形	98	岡山医療
39	山形	99	岡山医療
40	山形	100	岡山医療
41	山形	101	岡山医療
42	山形	102	岡山医療
43	山形	103	岡山医療
44	山形	104	岡山医療
45	山形	105	岡山医療
46	山形	106	岡山医療
47	山形	107	岡山医療
48	山形	108	岡山医療
49	山形	109	岡山医療
50	山形	110	岡山医療
51	山形	111	岡山医療
52	山形	112	岡山医療
53	山形		
54	山形		
55	山形		
56	山形		
57	山形		
58	山形		
59	山形		
60	山形		

※2年課程も含む

日本医療機能評価機構の 認定病院一覧

日本医療機能評価機構の認定病院一覧

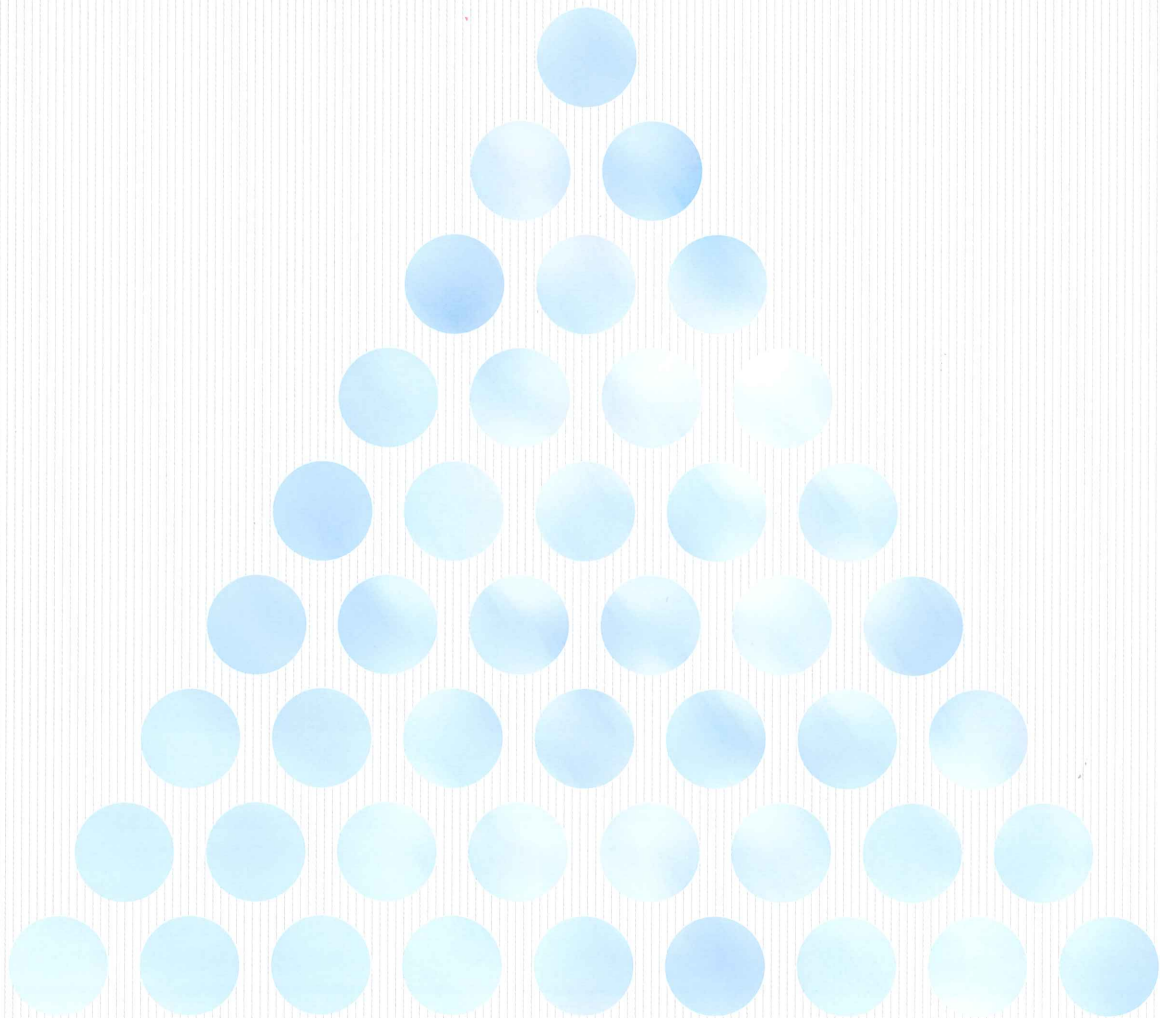
	医療機関名	認定日	種別・区分
1	北海道がんセンター	H19.5	一般500床以上
2	道北病院	H17.5	一般200床以上500床未満
3	弘前病院	H20.7	一般200床以上500床未満
4	仙台医療センター	H21.8	一般500床以上
5	水戸医療センター	H19.3	一般500床以上
6	霞ヶ浦医療センター	H17.8	一般200床以上500床未満
7	茨城東病院	H21.3	一般200床以上500床未満
8	沼田病院	H21.9	一般200床以上500床未満
9	西群馬病院	H20.2	一般200床以上500床未満
10	東京医療センター	H17.6	一般500床以上
11	災害医療センター	H18.12	一般200床以上500床未満
12	東京病院	H17.7	一般200床以上500床未満
13	村山医療センター	H21.3	一般200床以上500床未満
14	横浜医療センター	H18.4	一般500床以上
15	まつもと医療センター 中信松本病院	H19.4	一般200床以上500床未満
16	長野病院	H18.6	一般200床以上500床未満
17	金沢医療センター	H17.4	一般500床以上
18	長良医療センター	H20.6	一般500床以上
19	静岡てんかん・神経医療センター	H19.7	一般200床以上500床未満
20	静岡医療センター	H22.2	一般200床以上500床未満
21	名古屋医療センター	H21.7	一般500床以上
22	東名古屋病院	H20.7	一般200床以上500床未満
23	豊橋医療センター	H19.3	一般200床以上500床未満
24	三重中央医療センター	H18.4	一般200床以上500床未満
25	福井病院	H19.2	一般200床以上500床未満
26	京都医療センター	H17.4	一般500床以上
27	大阪医療センター	H20.2	一般500床以上
28	近畿中央胸部疾患センター	H17.4	一般500床以上
29	神戸医療センター	H19.2	一般200床以上500床未満
30	南和歌山医療センター	H20.12	一般200床以上500床未満
31	浜田医療センター	H20.6	一般200床以上500床未満
32	岡山医療センター	H19.4	一般500床以上
33	南岡山医療センター	H18.6	一般500床以上
34	呉医療センター	H19.5	一般500床以上
35	東広島医療センター	H18.8	一般200床以上500床未満
36	山口宇部医療センター	H17.3	一般200床以上500床未満
37	岩国医療センター	H21.7	一般500床以上
38	四国がんセンター	H19.5	一般200床以上500床未満
39	高知病院	H20.9	一般200床以上500床未満
40	九州がんセンター	H18.6	一般200床以上500床未満
41	九州医療センター	H21.6	一般500床以上
42	肥前精神医療センター	H18.11	精神400床以上
43	嬉野医療センター	H18.1	一般200床以上500床未満
44	長崎医療センター	H17.4	一般500床以上
45	長崎川棚医療センター	H17.12	一般200床以上500床未満
46	熊本再春荘病院	H20.3	一般500床以上
47	大分医療センター	H20.3	一般200床以上500床未満
48	西別府病院	H20.6	一般200床以上500床未満
49	南九州病院	H18.3	一般200床以上500床未満

北海道医療センターパンフレット



独立行政法人 国立病院機構

北海道医療センター





独立行政法人 国立病院機構

北海道医療センター



完成予想パース

ごあいさつ

当院は、2010年3月より、がん、循環器病疾患、呼吸器疾患、さらに神経難病、結核、精神医療など、他の医療機関では実施することが難しい疾患の受け皿として政策医療を担い、さらに災害拠点病院、エイズ拠点病院として、北海道内における高度総合医療施設として27診療科を標榜し発足いたしました。

国立病院機構の基本方針としては、患者の目線に立った安心できる質の高い医療の提供、臨床研究や治験の推進、教育研修などを通じた優秀な医療人の育成、災害が起こった時の緊急医療支援などがあります。

北海道医療センターにおいても、人と自然の健康と調和を大切にし、地域における医療を展開いたします。

北海道医療センター 院長 宇根 良衛

■ 病院理念

人と自然の健康と調和を大切にする医療を実践します。

■ 基本方針

高度専門医療、救急医療、政策医療を核に、先駆的な総合医療をめざします。

患者のみなさまの立場になり、十分な説明と同意に基づく医療を行います。

医療の安全管理に万全を期し、安心できる医療を提供します。

信頼される医療連携を実践し、心のかよう地域医療に努めます。

臨床研究と情報の発信を積極的に行い、医療の進歩に貢献します。

情操豊かな医療人を養成し、教育・研修に指導的な役割を果たします。

地域や公益を重視し、病院の健全経営をめざします。

地域の健康と絆を大切に、潤いある自然環境と快適な医療施設を提供します。

■ 主な機能 [診療]

- ① 神経・筋疾患、成育医療、免疫異常に関する高度で専門的な医療を行う。
- ② がん、循環器病、腎疾患、内分泌・代謝性疾患、骨・運動器疾患、肝疾患に関する専門的な医療を行う。
- ③ 呼吸器疾患(結核を含む)に関する専門的な医療を行う。(結核の拠点施設)
- ④ 災害時の診療支援機能を備え、高度で総合的な医療を行う。
- ⑤ エイズに関する専門的医療を行う。(エイズ治療拠点病院)
- ⑥ 救命救急センターとして第三次救急医療を行う。
- ⑦ 精神(主として身体疾患合併の精神疾患患者)及び移植に関する医療を行う。

■ 病床規模

【病床数】 500床(一般410床、結核50床、精神40床)
 (病棟数:一般病棟9棟、結核病棟1棟、精神病棟1棟)
 ※人工透析18床

■ 診療科 [27診療科]

内科、糖尿病・脂質代謝内科、腎臓内科、心療内科、精神科、神経内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、アレルギー科、リウマチ科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、救急科

■ 外来のご案内

● 外来受付時間

午前	8:30 ~ 11:00
午後	13:00 ~ 15:00

※詳しくは、ホームページをご覧ください。

■ 救命救急センター

当院は北海道の指定する災害拠点病院、3次救命救急センター病院です。1階に救命救急センターを配置し、2階に救命救急に必要な患者様の入院するセンター30床を配備。24時間、365日救命が必要な患者様に備えております。2階救命救急センター内に6床の集中治療室(ICU)を配置しており、重症の患者様や術後状態の安定しない患者様に万全の体制を引いております。

■ 沿革

《西札幌病院》

昭和5年 市立札幌療養所として創設
 昭和18年 日本医療団札幌療養所として改称
 昭和22年 厚生省に移管、国立札幌療養所として発足
 昭和44年 国立療養所西札幌病院と改称
 平成14年 国立療養所小樽病院と統合
 平成16年 独立行政法人国立病院機構西札幌病院と改称

《札幌南病院》

昭和18年 傷痍軍人北海道第二療養所として創設
 昭和20年 厚生省に移管、国立北海道第二療養所となる
 昭和49年 国立療養所札幌南病院と改称
 平成16年 独立行政法人国立病院機構札幌南病院と改称

《北海道医療センター》

平成22年 「国立病院機構西札幌病院」と「国立病院機構札幌南病院」が統合し、
 3月1日 「国立病院機構 北海道医療センター」として発足

● 医療設備一例



64列 CT装置



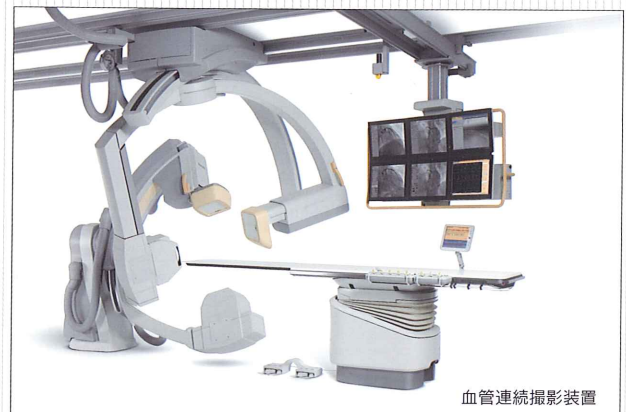
1.5T MRI



超音波診断装置



SPECT



血管連続撮影装置

病棟構成

区分	病棟名	種別	病床数	特記事項
1	救命救急センター	一般	30床	うちICU6床
2	2-2病棟 [消化器センター]		50床	
3	2-3病棟 [運動器センター]		50床	
4	3-1病棟 [成育・女性医療センター]		50床	
5	3-2病棟 [呼吸器センター]		50床	
6	3-3病棟 [糖尿病・代謝センター、免疫・膠原病センター]		50床	
7	3-4病棟 [循環器センター]		50床	
8	4-2病棟 [心のケアセンター]	精神	40床	
9	4-3病棟 [神経・筋センター]	一般	40床	
10	4-4病棟 [神経・筋センター]		40床	
11	5-2病棟 [感染症センター]	結核	50床	うち多剤7床、HIV1床、多剤HIV1床
	11単位		500床	

所在地



独立行政法人 国立病院機構
北海道医療センター

〒063-0005 札幌市西区山の手5条7丁目1番1号
TEL:011-611-8111 FAX:011-611-5820
<http://www.hosp.go.jp/~hokkaidomc/>



附属施設



独立行政法人国立病院機構
北海道医療センター
附属札幌看護学校 《 3年課程 》
1学年定員/80名・総定員/240名
〒063-0004 札幌市西区山の手4条6丁目
TEL.(011)611-8170 FAX.(011)611-8369

交通案内

<p>地下鉄東西線 西28丁目駅</p> <p>地下鉄東西線 宮の沢駅</p>	<p>JRバス 循環西20 山の手線 北海道医療センター前 下車</p> <p>循環西21 山の手線 北海道医療センター前 下車</p> <p>西21 山の手線 北海道医療センター前 下車</p> <p>JRバス 西21 山の手線 北海道医療センター前 下車</p>	<p>地下鉄東西線 琴似駅</p> <p>JR JR琴似駅</p> <p>車で</p>	<p>JRバス 琴43 西野中洲橋線 北海道医療センター前 下車</p> <p>タクシーご利用の場合 ◎JR琴似駅より …… 約1,000円前後 ◎地下鉄琴似駅より …… 約1,000円前後</p> <p>旭川・苫小牧方面より自動車ご利用の場合 札幌自動車道新川インターから 西野屯田通り経由、山の手通り沿い</p> <p>小樽・余市方面より自動車ご利用の場合 札幌自動車道札幌西インターから 国道5号線、西野屯田通り経由、山の手通り沿い</p>
---	---	---	---

統合新病院(善通寺・香川小児)の
基本計画(概要)について

(平成22年5月13日公表)

統合新病院（善通寺・香川小児）の基本計画（概要）について

◎ 基本構想概要

◇ 基本方針

独立行政法人国立病院機構善通寺病院と独立行政法人国立病院機構香川小児病院を独立行政法人国立病院機構善通寺病院の地で統合し、「成育医療、循環器病」に関する急性期医療を広域的に行う中心施設として、高度で専門的な医療、臨床研究、教育研修、情報発信の機能を備えた施設として整備します。

また、重症心身障害児（者）に対する医療・療育の機能を備えた施設として整備します。

◇ 統合予定時期 平成26年度

◇ 場 所 善通寺市仙遊町2丁目1番1号（善通寺病院の地）

◇ 病床規模 687床（一般452床、重症心身障害215床、精神20床）

◇ 診療科 32診療科
内科、心療内科、精神科、神経内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、アレルギー科、リウマチ科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、皮膚科、泌尿器科、産科、婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、歯科、麻酔科、新生児内科、小児・思春期科、不妊治療科、周産期内科、血液・腫瘍内科

◇ 主な機能

[診療]

ア. 成育医療（総合周産期母子医療センター、小児医療センター）、循環器病（循環器病センター）、脳卒中・心筋梗塞（血管内治療センター）、骨・運動器疾患（骨・運動器センター）、救命救急に関する高度で専門的な医療を行います。

イ. 集中治療部（ICU・CCU・SCU・PICU）において一元的に重症患者の治療を行います。

ウ. がん及び生活習慣病（糖尿病等）に対する専門的な医療を行います。

エ. 重症心身障害児（者）に対する医療のほか、A型通園事業を行います。

オ. 思春期病棟（心の診療部20床）は精神病床で運営します。

カ. エイズに関する専門的医療を行います。（エイズ治療拠点病院）

キ. 災害時の診療支援機能を備え、高度で総合的な医療を行います。

[臨床研究]

主として、成育医療、循環器疾患に関する臨床研究を行います。

[教育研修]

大型看護学校の運営や臨床研修医等の医療関係者に対する教育研修を行います。

◎ 整備の考え方

- ・ 成人を対象とした急性期医療を行う善通寺病院と、周産期医療センター、小児医療並びに重症心身障害児（者）医療に特化し成育医療を中心とした香川小児病院の二つの病院が統合するものであり、統合病院ではそれぞれの目指す機能が強化されることはもとより、0歳児から高齢者に至るまですべての患者さんにとって統合のメリットを十二分に感じていただける病院として全面新築整備します。
- ・ 診療機能の充実と効率化が図れる構造とします。
- ・ 成育医療、成人を対象とした循環器病及び骨・運動器疾患を中心とした成人医療の総合医療センターとして整備するとともに、臨床研究、教育研修、情報発信の機能を備えた施設とします。また、成育医療機能と成人医療機能がそれぞれ最大限に発揮されるとともに、これらの機能が総合的・効率的に働かうるように、連携が図れる構造とします。
- ・ 種々の患者さんに対応した、質の高い医療を展開でき、なおかつ、患者さんにとって快適な医療を享受できる病室等の配置計画、療養環境及びプライバシーに配慮した整備とします。
- ・ 救命救急機能を備え、広域災害時にも対応できる高度で専門的な医療の提供できる病院として整備します。
- ・ 安定した経営と環境負荷の低減の双方に寄与できる整備とします。
- ・ 地震による影響を最小限とするため免震構造とします。
- ・ 屋上緑化を取り入れ、環境に配慮した病院とします。

◎ 各部門の考え方

主な機能に対応できるように、必要な広さと機能を確保します。

[病棟部門]

- ・ 院内感染及び喧噪を避けるため成育・重症心身障害児（者）及び成人病棟の棲み分けに配慮した整備とします。
- ・ 手術、ICU、病棟等の動線に配慮した配置とします。

[中央診療部門]

- ・ 放射線部門、検査部門、手術部門、集中治療部門及び救急部門等の連携に配慮した整備とします。
- ・ リハビリ部門は成人と小児のゾーンを分けた整備とします。

[管理部門等]

- ・ 事務部門、医局は大部屋とし極力無駄なスペースをなくし、効率的な配置とします。

◎ その他

- ・ 整備については、出来る限り早い時期（22年度中）に工事着工を予定しています。
- ・ 臨床研究、教育研修の充実を図るスペースの確保に配慮します。

【統合新病院の完成イメージ図】



できることから始めよう！
国立病院機構QC活動奨励表彰



年間最優秀賞

◆兵庫青野原病院

包括的重症心身障害児(者)医療の充実 ～在宅重症心身障害児(者)の短期入所受入れへの取組～



包括的重症心身医療の実践のため、重症心身障害病棟が満床で対応できない在宅重症心身障害児(者)の短期入所を一般病棟で受け入れるために取り組んだ。



年間優秀賞

◆福山医療センター

チームで改善！コスト削減！
図ろうオッペ (OP)

平成19年度、手術室で固定チームナーシングを導入して2年目になり、各グループが医療安全や業務改善などの小集団活動に1年間取り組んだ結果、業務改善とコスト削減を図ることができた。



◆高知病院

検査科における経営改善の取組

検査科の生化学・免疫検査部門で13台の分析機器が稼働していた。特に免疫検査においては消耗品、試薬代にコストを費やし、収支状況が悪化していた。生化学・免疫検査機器を1台に集約稼働するとともに、院内検査項目と外部委託検査項目の見直しを行い経営の効率化、迅速化、人的効率化を図り業務改善、経営改善に取り組んだ。



◆仙台医療センター

汚物室をきれいにしよう!!!～メタロβ・ラクタマーゼ産生緑膿菌検出をなくす～

当病棟ではメロβ-ラクタマーゼ産生緑膿菌感染患者が院内で最も多かったが、排泄物処理方法の改善とともに汚物室の環境を整えることで、汚物室からのメロβ-ラクタマーゼ産生緑膿菌の検出を減らすことができ、感染患者をゼロにすることができた。



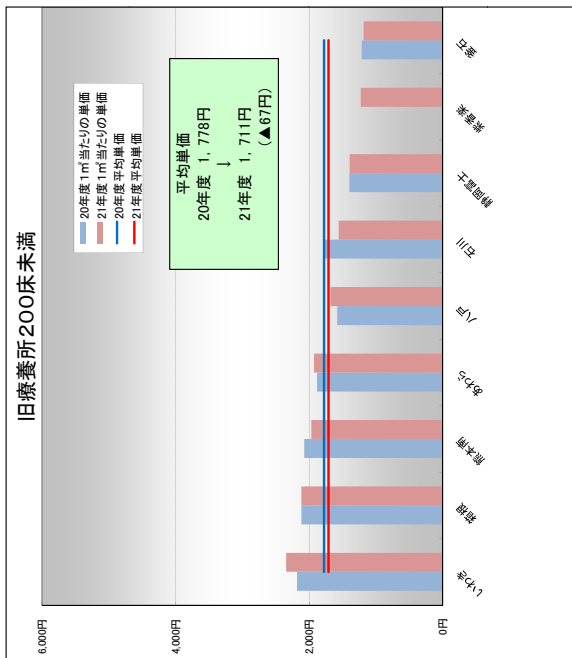
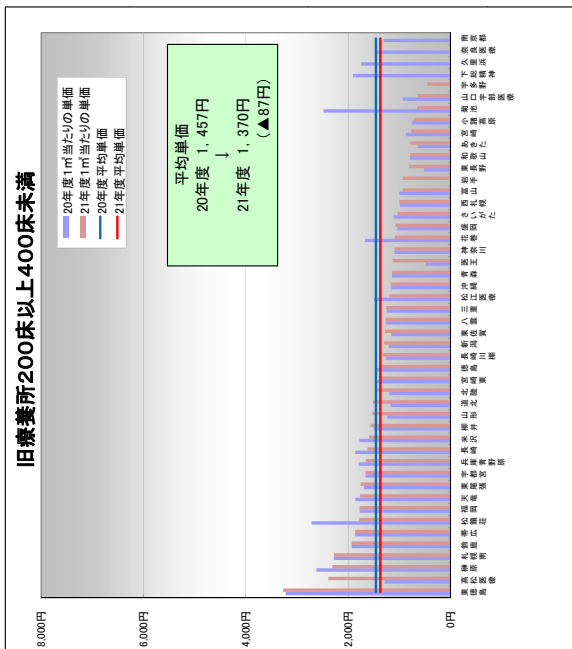
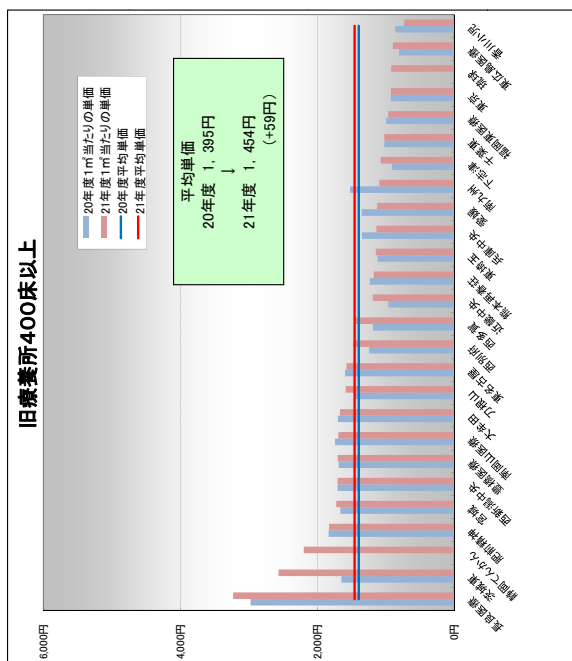
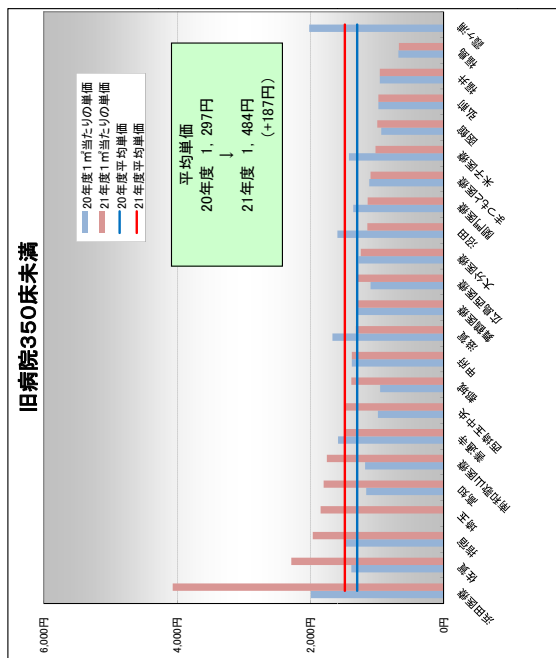
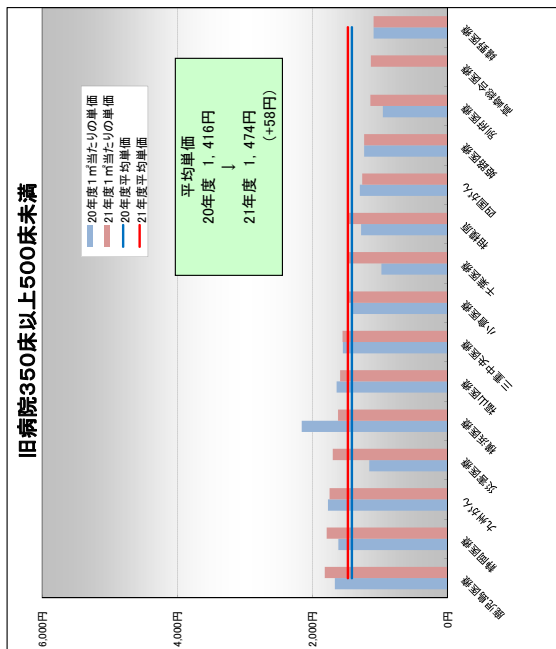
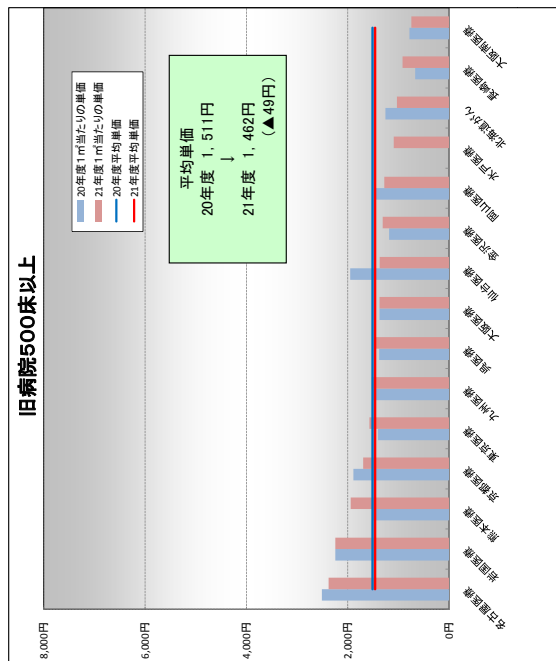
【第3期】四半期末の最優秀賞・特別優秀賞・優秀賞 取組一覧

応募件数	取組内容					表彰				
19件	第1四半期	福山医療センター チームで改善！コスト削減！図ろう オప్ప(OP)！	特別優秀賞	呉医療センター 病棟の顔は私です！～看護師長 が相談窓口であることをアピールし て～	特別優秀賞	宮崎東病院 人工呼吸器の事故防止作戦～計 画的に事前講座に取り組んで～	優秀賞	西館病院 ゴミの中から宝を探そう～感染性 廃棄物の処理費用削減～	優秀賞	八戸病院 濃厚流動食でコストダウン！
		下志津病院 小児科における肺機能検査向上へ の取組みについて	優秀賞	東京病院 MRI装置更新に伴う吸着事故防止 対策の徹底	優秀賞	医王病院 重症心身障害者の拘束への意識 改革を試みて～ベッド柵の検討～	優秀賞	愛媛病院 こころをささえる看護外来	優秀賞	沖縄病院 日常茶飯の“飯”に注目した脱“てーげー 際”のもうき話～オーダーリングが完成され てない施設でのアナログな奮闘記～
25件	第2四半期	高知病院 検査科における経営改善の取組	最優秀賞	仙台医療センター UROウロしないいでウオーキングGOO ～ウロガードカバーの改良～	特別優秀賞	東京医療センター 臨床検査技師のフレックス勤務制 導入による「外来超音波検査サー ビス向上」及び「経営改善」への取 組	特別優秀賞	西多賀病院 外来ホールでちよつとしたおもてな し	優秀賞	千葉東病院 感染性胃腸炎対策～ノロ退治 みん(で)やれば コワクナイ！～
		三重中央医療センター 管理栄養士専攻学生の教育・育成にお けるQC活動の取組～学生参加による糖 尿病バイキングの試み～	優秀賞	滋賀病院 転倒・転落事故防止の取組～転倒 転落事故防止プロジェクトの活動を 通じて～	優秀賞	佐賀病院 高騰する重油代を減らせ	優秀賞	宮崎病院 患者及び家族の満足度向上を目 指して		
22件	第3四半期	仙台医療センター 汚物室をきれいにしよう!!!～メタロ β・ラクタマーゼ産生緑膿菌検出を なくすために～	最優秀賞	まつもと医療センター 衛生材料費減らせない？	特別優秀賞	松籟荘病院 当院の風土・環境に根ざした集合 教育への取り組み	特別優秀賞	久里浜アルコール症センター 抗酒薬パンプ改善による服薬指導 業務の効果	優秀賞	名古屋医療センター 造影剤の管理
		あわら病院 フード・マイレージ～ECOで安全な おいしさを求めて～	優秀賞	高知病院 マトニティ・ヨーガで心もからだもリ フレッシュ	優秀賞	長崎病院 食を楽しもう！～MOTTO MOTTO ～	優秀賞	大分医療センター より多くの患者様に「愛の心・手」～ 物忘れ検査の地域医療連携～	優秀賞	南九州病院 子どもの転倒・転落防止への取組
21件	第4四半期	兵庫青野原病院 包括的重症心身障害児(者)医療 の充実～在宅重症心身障害児 (者)の短期入所受け入れへの取 組～	最優秀賞	小倉医療センター とにかく、できるところから始めよ う！～QC活動をツールとして意識 改革に火をつける～	特別優秀賞	西多賀病院 限度額適用認定証の提示率UPに よる収納未済発生を防ぐ取組み	特別優秀賞	仙台医療センター 一緒に作ろう共同計画～あなた の本心きかせて～	優秀賞	金沢医療センター 適正かつ安全な輸液ポンプ使用を 目指した使用中点検表の作成
		京都医療センター 「経営改善」～環境改善を踏まえた 業務効率の改善～	優秀賞	姫路医療センター 患者と共に考えよう！ストップ ザ 転倒・転落	優秀賞	普通寺病院 超音波検査への業務ソフト	優秀賞	福岡東医療センター 予防衣が大変身～縛らず安全な抑 制～	優秀賞	道北病院 朝はあけぼの
87件										

※四半期末に最優秀賞に選ばれた取組の中から、年間最優秀賞・年間優秀賞を決定。

清掃業務委託契約
～運営病床数規模別1㎡当たりの
契約単価～

清掃業務委託契約 ～運営病床規模別の1㎡当たりの契約単価～



※複数の業務を一括契約している以下の病院については除外……霞ヶ浦医療、栃木、西群馬、下総精神医療、村山医療、久里浜、長野、七尾、南京都、神戸医療、奈良医療、鳥取医療
 ※完全自前運営の病院……賀茂精神医療

施設基準上位基準の取得状況

平成21年度 入院基本料上位基準の取得状況

●入院基本料		21年度新規取得		21年度末現在 取得病院数	20年度末現在 取得病院数	21年度 増減数
		病院数	病院名			
1 一般病棟入院基本料						
10対1 (2:1) 入院基本料	→	7対1 (1.4:1) 入院基本料	4	千葉医療、東京医療、長野、鹿児島医療	32	28
13対1 (2.6:1) 入院基本料	→	10対1 (2:1) 入院基本料	5	茨城東、天香、宇多野、兵庫青野原、奈良医療	60	61
15対1 (3:1) 入院基本料	→	13対1 (2.6:1) 入院基本料	1	まつもと医療 (中信松本)	8	9
—	→	15対1 (3:1) 入院基本料	0		7	11
	小計		10		107	109
2 結核病棟入院基本料						
10対1 (2:1) 入院基本料	→	7:1 (1.4:1) 入院基本料	0		1	1
13対1 (2.6:1) 入院基本料	→	10:1 (2:1) 入院基本料	1	茨城東	6	6
15対1 (3:1) 入院基本料	→	13対1 (2.6:1) 入院基本料	2	まつもと医療 (中信松本)、東広島医療	21	20
—	→	15:1 (3:1) 入院基本料	0		21	22
	小計		3		49	49
3 精神病棟入院基本料						
15対1 (3:1) 入院基本料	→	10対1 (2:1) 入院基本料	0		2	2
—	→	15対1 (3:1) 入院基本料	0		27	26
	小計		0		29	28
4 専門病院入院基本料						
10対1 (2:1) 入院基本料	→	7対1 (1.4:1) 入院基本料	0		2	2
13対1 (2.6:1) 入院基本料	→	10対1 (2:1) 入院基本料	0		5	5
—	→	13対1 (2.6:1) 入院基本料	0		0	0
	小計		0		7	7
5 障害病棟入院基本料						
10対1 (2:1) 入院基本料	→	7対1 (1.4:1) 入院基本料	1	沖縄	2	1
13対1 (2.6:1) 入院基本料	→	10対1 (2:1) 入院基本料	1	東徳島	81	81
—	→	13対1 (2.6:1) 入院基本料	0		3	4
	小計		2		86	86
合計			15		278	279
						▲ 1

平成21年度 入院基本料等加算の新規取得状況

	21年度新規取得		21年度未現在 取得病院数	20年度未現在 取得病院数	21年度 増減数
	病院数	病院名			
● 入院基本料等加算					
1 入院時医学管理加算	5	東京医療、横浜医療、長野、三重中央医療、大阪南医療	23	18	5
2 地域医療支援病院入院診療加算	7	栃木、西群馬、神奈川、まつもと医療（松本）、東広島医療、大分医療、都城	40	33	7
3 臨床研修病院入院診療加算					
単独型・管理型臨床研修病院	3	豊橋医療、広島西医療、佐賀	48	45	3
協力型臨床研修病院	1	まつもと医療（松本）	25	24	1
小計	4		73	69	4
4 看護配置加算					
一般	0		10	14	▲ 4
結核	1	東埼玉	24	25	▲ 1
精神	1	榑原	27	26	1
障害	0		0	0	0
小計	2		61	65	▲ 4
5 看護補助加算					
一般	1	滋賀	19	25	▲ 6
結核	2	まつもと医療（中信松本）、滋賀	40	40	0
精神	1	榑原	22	21	1
障害	0		6	8	▲ 2
専門	0		0	0	0
小計	4		87	94	▲ 7
6 超急性期脳卒中加算（*）	1	別府医療	27	28	▲ 1
7 妊産婦緊急搬送入院加算（*）	0		38	38	0
8 診療録管理体制加算	2	長良医療、佐賀	105	103	2
9 医師事務作業補助体制加算（*）	9	福島、千葉東、相模原、甲府、舞鶴医療、普通寺、高知、佐賀、都城	42	33	9
10 特殊疾患入院施設管理加算	0		86	86	0
11 新生児入院医療管理加算	0		3	4	▲ 1
12 療養環境加算	10	北海道医療、花巻、高崎総合医療、埼玉、奈良医療、松江医療、浜田医療、関門医療、佐賀、熊本医療	74	65	9
13 療養病棟療養環境加算	0		0	0	0

	21年度新規取得		21年度未現在 取得病院数	20年度未現在 取得病院数	21年度 増減数
	病院数	病院名			
●入院基本料等加算					
14 重症者等療養環境特別加算	0		123	124	▲ 1
15 重症皮膚潰瘍管理加算	0		6	7	▲ 1
16 緩和ケア診療加算	2	京都医療、四国がん	8	6	2
17 精神科応急入院施設管理加算	0		16	16	0
18 精神科棟入院時医学管理加算	0		7	8	▲ 1
19 精神科地域移行実施加算 (*)	1	久里浜	4	5	▲ 1
20 精神科身体合併症管理加算 (*)	1	名古屋医療	25	25	0
21 児童・思春期精神科入院医療管理加算	0		1	1	0
22 がん診療連携拠点病院加算	1	神戸医療	34	33	1
23 栄養管理実施加算	0		144	145	▲ 1
24 医療安全対策加算	2	八戸、あわら	142	141	1
25 褥瘡患者管理加算	0		143	144	▲ 1
26 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	7	東京医療、まつもと医療（中信松本）、京都医療、呉医療、九州医療、大分医療、別府医療	25	18	7
27 ハイリスク妊娠管理加算 (*)	0		40	40	0
28 ハイリスク分娩管理加算	0		30	32	▲ 2
29 退院調整加算 (*)	6	盛岡、あきた、千葉東、東徳島、高松医療、小倉医療	102	96	6
30 後期高齢者総合評価加算 (*)	0		15	16	▲ 1
31 後期高齢者退院調整加算 (*)	5	西群馬、千葉東、東徳島、高松医療、小倉医療	103	98	5
合計	69		1,627	1,591	36

(*) 20年度診療報酬改定で新設されたもの

平成21年度 特定入院料の施設基準の新規取得状況

● 特定入院料	21年度新規取得		21年度未現在 取得病院数	20年度未現在 取得病院数	21年度 増減数
	病院数	病院名			
1 救命救急入院料					
救命救急入院料 1	0		16	16	0
救命救急入院料 2	0		13	13	0
救命救急入院料 (500点)	0		15	15	0
救命救急入院料 (100点)	0		0	0	0
小 計	0		44	44	0
2 特定集中治療室管理料	0		46	46	0
3 特定集中治療室管理料加算	0		44	44	0
4 ハイケアユニット入院医療管理料	1	水戸医療	2	1	1
5 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	2	大阪医療、姫路医療	7	5	2
6 新生児特定集中治療室管理料	1	横浜医療	19	18	1
7 総合周産期特定集中治療室管理料					
母胎・胎児集中治療室管理料	0		4	4	0
新生児集中治療室管理料	0		4	4	0
小 計	0		8	8	0
8 広範囲熱傷特定集中治療室管理料	0		0	0	0
9 一類感染症患者入院医療管理料	0		0	0	0
10 特殊疾患入院医療管理料	0		2	2	0
11 小児入院医療管理料					
小児入院医療管理料 1	0	(*)	2	2	0
小児入院医療管理料 2 (旧 1)	1	佐賀	13	13	0
小児入院医療管理料 3 (旧 2)	3	栃木、千葉東、九州医療	41	40	1
小児入院医療管理料 4 (旧 3)	2	榊原、鹿児島医療	7	6	1
小児入院医療管理料加算	1	小倉医療	18	17	1
小 計	7		81	78	3
12 回復期リハビリテーション病棟入院料					
旧回復期リハビリテーション病棟入院料	—		—	—	—
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	1	東名古屋	2	1	1
重症患者回復病棟加算	1	東名古屋	2	1	1
回復期リハビリテーション病棟入院料 2	0	(*)	0	0	0
小 計	2		4	2	2
13 亜急性性期入院医療管理料					
旧亜急性性期入院医療管理料	—		—	—	—
亜急性性期入院医療管理料 1	2	西新潟中央、三重中央医療	46	44	2
亜急性性期入院医療管理料 2	0	(*)	1	1	0
小 計	2		47	45	2

● 特定入院料	21年度新規取得		21年度未現在 取得病院数	20年度未現在 取得病院数	21年度 増減数
	病院数	病院名			
1 4 特殊疾患病棟入院料					
特殊疾患病棟入院料 1	0		12	13	▲ 1
特殊疾患病棟入院料 2	0		0	0	0
小 計	0		12	13	▲ 1
1 5 緩和ケア病棟入院料	1	浜田医療	10	9	1
1 6 精神科救急入院料	0		2	2	0
1 7 精神科急性期治療病棟入院料					
精神科急性期治療病棟入院料 1	0		3	3	0
精神科急性期治療病棟入院料 2	1	花巻	2	1	1
小 計	1		5	4	1
1 8 精神科救急・合併症入院料	0	(*)	0	0	0
1 9 精神療養病棟入院料	0		2	2	0
2 0 認知症病棟入院料					
認知症病棟入院料 1	0		3	3	0
認知症病棟入院料 2	0		0	0	0
小 計	0		3	3	0
2 1 短期滞在手術基本料					
短期滞在手術基本料 1	0		6	7	▲ 1
短期滞在手術基本料 2	0		13	14	▲ 1
小 計	0		19	21	▲ 2
合 計	17		357	347	10

(*) 20年度診療報酬改定で新設されたもの

平成21年度 特掲診療料の施設基準の新規取得状況

● 特掲診療料	21年度新規取得		21年度未現在 取得病院数	20年度未現在 取得病院数	21年度 増減数
	病院数	病院名			
1 ウイルス疾患指導料加算	2	西新潟中央、福山医療	13	11	2
2 高度難聴指導管理料	0		23	25	▲ 2
3 喘息治療管理料加算	1	福山医療	16	15	1
4 糖尿病合併症管理料 (※)	4	甲府、長良医療、兵庫青野原、関門医療	42	38	4
5 埋込型補助人工心臓指導管理料	0		0	0	0
6 小児科外来診療料	0		37	38	▲ 1
7 地域連携小児夜間・休日診療料					
地域連携小児夜間・休日診療料 1	0		2	2	0
地域連携小児夜間・休日診療料 2	0		4	4	0
小計	0		6	6	0
8 ニコチン依存症管理料	4	道北、盛岡、宇多野、関門医療	48	45	3
9 開放型病院共同指導料 I	2	岩手、神奈川	49	47	2
10 地域連携診療計画管理料	1	千葉医療	28	27	1
11 地域連携診療計画退院時指導料	0		23	23	0
12 ハイスルク妊産婦共同管理料 1	0		11	11	0
13 薬剤管理指導料	0		144	145	▲ 1
14 医療機器安全管理料 1 (※)	12	下志津、東京、新潟、まつもと医療(松本)、医王、滋賀、小倉医療、福岡、大牟田、佐賀、栗佐賀、長崎川棚医療	100	88	12
15 医療機器安全管理料 2 (※)	3	大阪医療、関門医療、鹿児島医療	41	39	2
16 在宅療養支援病院	0		0	0	0
17 在宅時医学総合管理料	0		0	0	0
18 特定施設入居時等医学総合管理料 (※)	0		0	0	0
19 在宅末期医療総合診療料	0		0	0	0
20 血液細胞核酸増幅同定検査	0		31	32	▲ 1
21 検体検査管理加算					
検体検査管理加算 (I)	1	宇都宮	122	123	▲ 1
検体検査管理加算 (II) (※)	5	静岡医療、滋賀、兵庫青野原、別府医療、指宿	95	93	2
検体検査管理加算 (III) (旧 II)	1	長崎医療	39	39	0
小計	7		256	255	1
22 遺伝カウンセリング加算 (※)	0		11	14	▲ 3
23 血管内視鏡検査加算	1	北海道医療	28	28	0
24 人工膵臓	0		2	2	0
25 長期継続頭蓋内脳波検査	1	北海道医療	25	24	1
26 光トポグラフィ	0		0	0	0
27 神経磁気診断	0		3	3	0
28 中枢神経磁気刺激誘発筋電図	0		0	1	▲ 1
29 神経学的検査 (※)	2	三重、滋賀	80	79	1

● 特掲診療料	21年度新規取得		21年度末現在 取得病院数	20年度末現在 取得病院数	21年度 増減数
	病院数	病院名			
30 補聴器適合検査	0		7	7	0
31 コンタクトレンズ検査料1	0		26	27	▲1
32 小児食物アレルギー検査	2	東広島医療、福岡東医療	44	42	2
33 画像診断管理加算					
画像診断管理加算1	3	北海道医療、西群馬、千葉東	49	47	2
画像診断管理加算2	2	新潟、関門医療	62	61	1
小計	5		111	108	3
34 遠隔画像診断管理料	0		8	8	0
35 ポジトロン断層撮影	1	東京医療	2	1	1
36 ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影	1	東京医療	2	1	1
37 CT撮影	4	岩手、沼田、宇多野、長崎	114	110	4
38 冠動脈CT撮影加算	(※)	北海道医療、仙台医療、千葉医療、金沢医療、刀根山、関門医療	35	30	5
39 MRI撮影	3	高崎総合医療、関門医療、高知	94	91	3
40 心臓MRI撮影加算	(※)	北海道医療、高崎総合医療、刀根山、関門医療、高知、長崎川棚医療	40	34	6
41 外来化学療法加算	4	西群馬、豊橋医療、宇多野、宮崎東	79	75	4
42 無菌製剤処理加算	3	盛岡、宇都宮、紫香楽	109	107	2
43 心大血管疾患リハビリテーション料					
心大血管疾患リハビリテーション料1	2	岡山医療、関門医療	15	13	2
心大血管疾患リハビリテーション料2	2	北海道医療、善通寺	7	6	1
小計	4		22	19	3
44 脳血管疾患等リハビリテーション料					
脳血管疾患等リハビリテーション料1	7	宇都宮、千葉医療、まつもと医療（中信松本）、豊橋医療、松江医療、山口宇部医療、大牟田	51	45	6
脳血管疾患等リハビリテーション料2	17	盛岡、水戸医療、高崎総合医療、埼玉、横浜医療、甲府、まつもと医療（松本）、神戸医療、兵庫青野原、兵庫中央、岡山医療、高知、九州医療、佐賀、長崎医療、熊本医療、鹿児島医療	46	34	12
脳血管疾患等リハビリテーション料3（旧2）	0		33	52	▲19
小計	24		130	131	▲1
45 運動器リハビリテーション料					
運動器リハビリテーション料1	2	西群馬、大牟田	121	120	1
運動器リハビリテーション料2	0		9	11	▲2
小計	2		130	131	▲1
46 呼吸器リハビリテーション料					
呼吸器リハビリテーション料1	3	北海道がん、西群馬、岡山医療	110	108	2
呼吸器リハビリテーション料2	0		10	12	▲2
小計	3		120	120	0
47 難病患者リハビリテーション料	0		4	4	0
48 障害児（者）リハビリテーション料	1	花巻	74	73	1
49 集団コミュニケーション療法料	1	松江医療	28	28	0

● 特掲診療料	21年度新規取得			21年度未現在 取得病院数	20年度未現在 取得病院数	21年度 増減数
	病院数	病院名				
50	精神科作業療法	0		17	17	0
51	精神科シヨート・ケア					
	大規模	2	さいがた、北陸	8	6	2
	小規模	0		3	3	0
	小 計	2		11	9	2
52	精神科デイ・ケア					
	大規模	0		14	14	0
	小規模	0		3	3	0
	小 計	0		17	17	0
53	精神科ナイト・ケア	0		1	1	0
54	精神科デイ・ナイト・ケア	0		2	2	0
55	医療保護入院等診療料	1	九州医療	25	24	1
56	重度認知症患者デイ・ケア料	0		1	1	0
57	甲状腺エタノール局所注入	2	栃木、熊本医療	12	10	2
58	副甲状腺エタノール局所注入	2	栃木、熊本医療	12	10	2
59	内視鏡下椎弓切除術	0		4	4	0
60	内視鏡下椎間板摘出(切除)術(後方切除術)	0		4	4	0
61	内視鏡下椎間板摘出(切除)術(前方切除術)	0		2	2	0
62	内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)	0		2	2	0
63	頭蓋骨形成手術(骨移動を伴うものに限る) (※)	0		2	2	0
64	脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む)、脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置置換術	2	北海道医療、静岡医療	39	37	2
65	人工内耳埋込術	0		2	2	0
66	上顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る) (※)	0		1	1	0
67	下顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る) (※)	0		0	0	0
68	同種死体肺移植術	0		0	0	0
69	生体部分肺移植術	0		0	0	0
70	経皮的冠動脈形成術	1	静岡医療	28	28	0
71	経皮的中隔心筋焼灼術	1	高松医療	19	18	1
72	ペースメーカー移植術/交換術(電池交換含む)	0		75	77	▲ 2
73	両心室ペースメーカー移植術/交換術	3	北海道医療、三重中央医療、長崎医療	25	23	2
74	埋込型除細動器移植術/交換術	2	北海道医療、長崎医療	21	20	1
75	両室ベレーシング機能付き埋込型除細動器移植術/交換術 (※)	4	仙台医療、三重中央医療、大阪医療、長崎医療	17	14	3
76	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)	1	米子医療	66	65	1
77	補助人工心臓	0		7	7	0
78	埋込型補助人工心臓	0		0	0	0
79	同種心臓移植術	0		0	0	0
80	同種心臓移植術	0		0	0	0
81	体外衝撃波胆石破砕術	1	福山医療	8	7	1
82	生体部分肝移植	0		3	3	0

● 特掲診療料	21年度新規取得			21年度未現在 取得病院数	20年度未現在 取得病院数	21年度 増減数
	病院数	病院名				
83	同種死体肝移植術	0		0	0	0
84	同種死体膝移植術	0		1	1	0
85	同種死体膝移植術	0		1	1	0
86	腹腔鏡下小切開副腎摘出術 (※)	0		1	1	0
87	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	1	福山医療	25	25	0
88	腹腔鏡下小切開腎部分切除術 (※)	0		1	1	0
89	腹腔鏡下小切開腎摘出術 (※)	0		1	1	0
90	腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術 (※)	0		1	1	0
91	同種死体腎移植術 (※)	0		5	5	0
92	生体腎移植術 (※)	0		6	6	0
93	焦点式高エネルギー超音波療法 (※)	0		0	0	0
94	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	1	四国がん	4	3	1
95	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術 (※)	0		1	1	0
96	輸血管管理料Ⅰ	3	西群馬、千葉医療、神戸医療	17	14	3
97	輸血管管理料Ⅱ	5	茨城東、西新潟、甲府、姫路、鹿児島医療	26	25	1
98	麻酔管理料	2	村山医療、石川	87	88	▲1
99	放射線治療専任加算	3	関門医療、鹿児島医療、南九州	46	43	3
100	外来放射線治療加算 (※)	3	関門医療、鹿児島医療、南九州	41	38	3
101	高エネルギー放射線治療 (※)	1	関門医療	63	62	1
102	強度変調放射線治療（IMRT） (※)	1	東京医療	3	2	1
103	直線加速器による定位放射線治療	6	仙台医療、高崎総合医療、大阪南医療、南和歌山医療、関門医療、愛媛	16	10	6
104	術中迅速病理組織標本作製料	1	福井	12	11	1
105	入院時食事療養費（Ⅰ）	0		144	145	▲1
106	入院時食事療養費（Ⅱ）	0		0	0	0
107	食堂加算	1	関門医療	141	141	0
合 計		160		3,262	3,175	87

(*) 20年度診療報酬改定で新設されたもの

部門別決算の概要

部門別決算の概要

部門別決算は、病棟や外来ごとの収支を計算することにより、診療に関わる経営状況の把握を行う。また、各部門毎に分析・比較等を行うことによって、問題点の把握や経営改善に役立てることを目的としている。

各システムからデータの取り込み

部門別決算において必要な情報を以下のシステム等からデータを取り込む。

病院情報
システム

財務会計
システム

給与計算
システム

事業主
負担金
システム

購買管理
システム

部門別損益計算書の作成

各システムから取り込んだデータを各部門へ按分・入力を行い、部門別の損益計算書を作成する。

(按分等の例)

- ・ 医師の給与：病棟・外来などの従事時間等により按分
- ・ 賞与：年間の見込額を計算し各月に計上
- ・ 事務部門、薬剤部門等に係る費用を病棟・外来へ按分
- ・ 職員数、患者数、収益額、面積等による按分や直接入力を行う



経営分析
システム

問題点の把握・経営改善

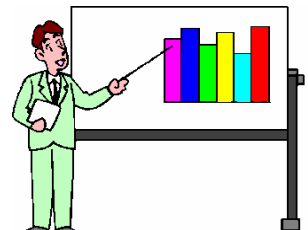
部門別損益計算書の分析・比較等を行い、問題点の把握や経営改善に役立てる。

A病棟

B病棟

C外来

D外来



平成21年度医業未収金に係る 法的措置等実施状況

平成21年度 医業未収金に係る法的措置等実施状況

(平成22年1月末現在)

支払督促制度

支払督促制度は、正式な裁判手続きを経ないで、病院からの申請により、判決などと同様に、裁判所から債務者に対して金銭などの支払を命じる督促状を送付してもらう制度であり、異議申立があれば訴訟へ移行する。支払及び異議申立がなかった場合、更に仮執行宣言付支払督促の送達を行うことで強制執行の手続きを行える。

(単位：円、%)

病 院 名	実施件数	金 額 A	手続中の債権			回収債権		未回収の債権等		回収率 D/A×100
			件数	金額 B	件数	金額 C	うち、入金額 D	件数	金額 E	
盛岡病院	1	341,120	0	0	0	0	0	1	341,120	0.0
仙台医療センター	11	3,401,518	3	823,220	6	2,108,718	436,698	2	469,580	12.8
福島病院	6	2,073,346	1	549,190	3	791,180	741,180	2	732,976	35.7
水戸医療センター	6	1,729,863	2	419,060	3	672,388	207,388	1	638,415	12.0
久里浜アルコール症センター	8	1,292,552	1	552,470	1	74,596	74,596	6	665,486	5.8
豊橋医療センター	3	2,826,020	1	1,134,910	2	1,691,110	1,101,540	0	0	39.0
舞鶴医療センター	1	490,090	1	490,090	0	0	0	0	0	0.0
浜田医療センター	4	528,855	1	109,950	3	418,905	168,595	0	0	31.9
岡山医療センター	15	2,344,420	7	1,622,180	6	346,590	346,590	2	375,650	14.8
呉医療センター	67	17,212,708	1	152,450	22	5,269,922	1,828,371	44	11,790,336	10.6
高知病院	10	1,728,110	0	0	1	344,310	64,310	9	1,383,800	3.7
佐賀病院	5	725,485	0	0	3	518,210	216,830	2	207,275	29.9
熊本医療センター	4	2,673,455	0	0	4	2,673,455	2,673,455	0	0	100.0
都城病院	40	6,936,172	0	0	17	3,359,607	1,992,289	23	3,576,565	28.7
南九州病院	1	256,180	1	256,180	0	0	0	0	0	0.0
15病院合計	182	44,559,894	19	6,109,700	71	18,268,991	9,851,842	92	20,181,203	22.1

※「手続中の債権」は、仮執行宣言付支払督促が未実施であるものや住所不明で調査中であるもの等である。

※「回収債権」の「金額」は、分割払いになったものを含めた金額を計上している。

※「未回収の債権等」は、最終的に住所不明であるため又は債務者が無資力であるために回収に至っていない債権額である。

少額訴訟制度等

少額訴訟制度は、60万円以下の少額案件を対象とした訴訟であり、一般の裁判のように、弁護士を代理人とする必要がなく、1回の審理で紛争を解決できる制度である。

【少額訴訟】

(単位：円、%)

病 院 名	実施件数	金 額 A	手続中の債権			回収債権		未回収の債権等		回収率 D/A×100
			件数	金額 B	件数	金額 C	うち、入金額 D	件数	金額 E	
兵庫青野原病院	2	683,292	0	0	0	0	0	2	683,292	0.0
岡山医療センター	2	675,909	0	0	1	288,900	8,000	1	387,009	1.2
福山医療センター	3	609,200	0	0	1	371,950	371,950	2	237,250	61.1
熊本医療センター	1	1,584,576	0	0	0	0	0	1	1,584,576	0.0
都城病院	6	1,024,952	0	0	2	331,430	276,940	4	693,522	27.0
5病院合計	14	4,577,929	0	0	4	992,280	656,890	10	3,585,649	14.3

※「回収債権」の「金額」は、分割払いになったものを含めた金額を計上している。

※「未回収の債権等」は、和解、勝訴した債権であるが、債務者が無資力等のため回収の見込みがないものであり、敗訴によるものではない。

【訴訟】

(単位：円、%)

病 院 名	実施件数	金 額 A	手続中の債権			回収債権		未回収の債権等		回収率 D/A×100
			件数	金額 B	件数	金額 C	うち、入金額 D	件数	金額 E	
仙台医療センター	2	982,450	0	0	0	0	0	2	982,450	0.0
福島病院	2	448,115	0	0	1	220,000	220,000	1	228,115	49.1
水戸医療センター	4	6,815,162	2	1,624,332	1	5,085,830	0	1	105,000	0.0
東京医療センター	1	2,900,210	0	0	1	2,900,210	30,000	0	0	1.0
刀根山病院	1	900,790	0	0	0	0	0	1	900,790	0.0
松籟荘病院	1	1,829,480	0	0	1	1,829,480	1,829,480	0	0	100.0
鳥取医療センター	1	916,291	0	0	1	916,291	220,000	0	0	24.0
松江医療センター	1	80,420	0	0	0	0	0	1	80,420	0.0
浜田医療センター	1	680,330	0	0	1	680,330	0	0	0	0.0
福山医療センター	3	333,931	0	0	3	333,931	260,931	0	0	78.1
長崎病院	1	775,280	0	0	1	775,280	585,000	0	0	75.5
長崎医療センター	2	859,700	0	0	2	859,700	859,700	0	0	100.0
長崎川棚医療センター	1	3,610	0	0	0	0	0	1	3,610	0.0
都城病院	23	2,515,897	0	0	7	660,470	513,125	16	1,855,427	20.4
14病院合計	44	20,041,666	2	1,624,332	19	14,261,522	4,518,236	23	4,155,812	22.5

※「手続中の債権」は、係争中のものである。

※「回収債権」の「金額」は、分割払いになったものを含めた金額を計上している。

※「未回収の債権等」は、和解、勝訴した債権であるが、債務者が無資力等のため回収の見込みがないものであり、敗訴によるものではない。

債権回収業者等の活用

①債権回収業者

債権回収業者に対し、債務者への支払案内（集金代行業務）の事務を委託するものである。

なお、医療費債権を委託できる債権回収業者は、債権回収業に関する特別措置法（平成10年10月6日法律第126号）により、法務大臣の許可を得た債権回収業者であって、かつ、医療費債権等の「特定金銭債権以外の債権」について兼業の承認を得た債権回収業者である必要がある。

【債権回収業者と委託契約を実施している病院】

病院名	契約相手方	手数料	契約期間
北海道がんセンター	ニッテレ債権回収（株）	5万円以上の債権 回収額の40% 5万円未満の債権 回収額の50%	平成18年9月22日から1年間（契約終了の申し出をするまで更新）
仙台医療センター	ニッテレ債権回収（株）	5万円以上の債権 回収額の40% 5万円未満の債権 回収額の50%	平成21年1月31日から1年間
福島病院	ニッテレ債権回収（株）	5万円以上の債権 回収額の40% 5万円未満の債権 回収額の50%	平成20年4月1日から3年間
霞ヶ浦医療センター	ニッテレ債権回収（株）	5万円以上の債権 回収額の40% 5万円未満の債権 回収額の50%	平成18年10月1日から1年間（契約終了の申し出をするまで更新）

【債権回収業者による回収状況】

（単位：円、％）

病院名	委託件数	金額 A	委託している債権		入金見込額		入金額 D	委託を取り下げた債権		入金率 【H22.1末現在】 D/A×100
			件数	金額 B	件数	金額 C		件数	金額 E	
北海道がんセンター	108	22,324,310	66	12,242,353	25	7,542,138	3,611,113	17	2,539,819	16.2
仙台医療センター	139	28,531,874	112	21,916,081	12	2,643,807	1,040,218	15	3,971,986	3.6
福島病院	18	5,464,548	13	4,910,254	5	554,294	252,714	0	0	4.6
霞ヶ浦医療センター	119	19,659,575	91	15,062,652	24	4,366,423	1,601,798	4	230,500	8.1
4病院合計	384	75,980,307	282	54,131,340	66	15,106,662	6,505,843	36	6,742,305	8.6

※「入金見込額」は、分割支払いになったものを含めた全額を計上している。

※「入金額」は、「入金見込額」のうち、実際に入金があった金額である。

②弁護士事務所

弁護士事務所に対し、債権回収事務等を委託するものである。

【弁護士事務所と委託契約を実施している病院】

病院名	契約相手方	手数料	契約期間
京都医療センター	谷本・矢部法律事務所	固定費（175,000円/月）＋成功報酬率（回収額の50～60%）	平成20年4月1日から3年間

【弁護士事務所による回収状況】

（単位：円、％）

病院名	委託件数	金額 A	委託している債権		入金見込額		入金額 D	委託を取り下げた債権		入金率 【H22.1末現在】 D/A×100
			件数	金額 B	件数	金額 C		件数	金額 E	
京都医療センター	568	87,392,374	345	50,346,769	192	32,614,927	14,231,003	31	4,430,678	16.3

※「入金見込額」は、分割支払いになったものを含めた全額を計上している。

※「入金額」は、「入金見込額」のうち、実際に入金があった金額である。

「診療報酬請求事務の改善について」

各 院 長 殿

国立病院機構本部企画経営部長
(押 印 省 略)

診療報酬請求事務の改善について

診療報酬は、国立病院機構における重要な収入源であり、また、医師・看護師等をはじめとした病院職員が行った医療サービスの対価です。

診療報酬請求に漏れ等が生じることは、病院の経営に影響があるほか、病院職員が行う医療サービスが適正に評価されないことと等しいことから、第2期中期計画においても、レセプト点検体制の確立等により適正な請求事務の実施に取り組むこととしております。

また、会計検査院における実地検査において、多数の病院で診療報酬請求漏れ等の指摘がなされておりますが、適切にレセプトチェックを行っていけば防止できると思われる請求漏れも少なくありません。

これらのことを踏まえ、別紙を参考に、下記の事項について取組みを行われますようお願いいたします。（「2」及び「3」については、年度内に取組を開始できる体制を構築するようお願いいたします。）

なお、取組みの実施状況については、内部監査等において点検を行っていくことを申し添えます。

記

- 1 診療報酬請求事務の重要性等について、院長から関係職員への周知を図る。
- 2 毎月、委託業者が作成した診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）の検収を実施する。（病院職員によるレセプトチェック）
- 3 評価会、管理診療会議等を活用した診療報酬請求事務に係る情報の共有を図る。
 - 「2」により実施したレセプトチェックの結果及び改善方策
 - 審査支払機関からの査定、減点等の内容
 - 施設基準の点検結果
 - 毎月の診療報酬請求額、未請求額、返戻・審査状況、再請求状況
- 4 「1」から「3」までの実施状況について、内部（書面）監査において点検を行う。
- 5 その他の適正な診療報酬請求を行うための取組を検討する。

[参考1： 第2期中期計画]

第2 業務運営の見直しや効率化による収支改善

(2) 業務運営コストの節減等

③ 収益の確保

イ 診療報酬請求事務の改善

医事業務研修の実施による職員の能力向上及び院内でのレセプト点検体制の確立等により適切な請求業務の実施に取り組む。

[参考2： 会計検査院における実地検査での主な指摘事項等]

(1) 主な指摘事項

- ・診療部門において、手術等の診療内容を伝票に記載する際に、手術で使用した特定保険医療材料、患者の状態、手術の体位等に関する記入を漏らしたり、記入が誤ったりしていた。
- ・料金算定部門において、伝票の記載内容をコンピュータに入力する際、記載内容を見落として入力していなかった。
- ・地域医療支援病院入院診療加算の算定漏れが散見される。
- ・救急医療管理加算の算定漏れが散見される。 など

(2) 指摘された件数と不足額（19年度請求分）

- ・A病院： 201件 1,054万円
- ・B病院： 454件 924万円
- ・C病院： 174件 665万円
- ・D病院： 74件 274万円 など

適正な診療報酬請求を行うための取組

1 診療報酬請求事務の重要性等について、院長から関係職員への周知を図る。

診療報酬請求事務は、企画課医事部門(以下、「医事部門」という。)の算定業務、診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)の作成業務だけではない。診療録及び看護記録等への指示内容、実施記録、指導記録、実施伝票の記載も診療報酬請求事務に含まれる。

医師・コメディカル部門・看護部門の職員一人ひとりがその重要性を認識し、協力の必要性とコスト意識を持つことが必要。

院長は、評価会、各種委員会等の機会を捉えて、次の事項について、継続的に職員への周知を行い、診療報酬請求事務に関する意識の醸成を図ること。

(1) 診療報酬の重要性

診療報酬は国立病院機構における重要な収入源であり、また、医師・看護師等をはじめとした病院職員が行った医療サービスの対価である。診療報酬請求に漏れ等が生じることは、病院の経営に影響があることのほか、病院職員が行う医療サービスが適正に評価されないことであるということ。

(2) 診療報酬請求事務への職員の関わり

カルテ記載漏れ、伝票等記載・作成漏れなどがあれば、適正な診療報酬請求につながらない。適正な診療報酬請求のためには、

- ・診療現場における提供した医療行為の内容が漏れなく記録(カルテ、伝票等)されること
- ・診療現場から医事部門に当該記録が漏れなく伝達されること
- ・医事部門において当該記録を用いたレセプトの作成が適正に行われること
- ・作成されたレセプトが審査支払機関へ漏れなく請求されること

などの要素が必要であり、医事部門だけでなく、病院全体の問題としてとらえる必要があること。

(3) 職員の意識の醸成

職員は、「診療報酬請求事務の重要性」を認識するとともに、自らが診療報酬請求事務の一端を担っていることを自覚し、常に診療報酬請求漏れ、請求誤りが生じないための注意を払いつつ職務を遂行する責務があること。

2 委託業者が作成したレセプトの検収の実施(病院職員によるレセプトチェック)

会計検査院における実地検査において、多数の病院で診療報酬請求漏れ等の指摘がされているが、適切にレセプトチェックを行っていれば、防止できる請求漏れ等も少なくない。

また、レセプトチェックは、診療報酬制度を理解するための取組としても非常に有効。

このようなことを踏まえ、委託業者が作成したレセプトについて、毎月、効率性にも配慮しつつ、病院職員による検収(チェック)を実施。

(1) 実施時期

毎月実施することとし、自院の実情に応じた実施時期を定めること。

なお、次のような方法が考えられること。

- 毎月の審査支払機関への請求後2週間以内にチェックを実施。
- 毎月20日締めで作成されたレセプトについて月末までにチェックし、21日以降月末までに作成されたレセプトについて請求期限までにチェックを実施。 など

(2) チェック対象レセプト

効率的かつ継続的にレセプトチェックを実施するため、一定程度抽出したレセプト(*)についてチェックを行うなど、自院の実情に応じたチェック対象レセプトを定めること。

* 例えば、全レセプトの20%程度を抽出する方法や、高額レセプトを対象とするなど

(3) チェック方法

効率的かつ継続的にレセプトチェックを実施するため、項目を絞ってチェックを行うなど、自院の実情に応じたチェック方法を検討すること。

なお、診療報酬事務に精通していない職員であってもチェックが可能な方法として、次のような方法が考えられること。

[例:チェック対象レセプトを100枚抽出した場合]

- 1人のチェック者が、次の「a」と「b」の項目のみを100枚通してチェックする。
- 他のチェック者が、次の「c」と「d」の項目のみを100枚通してチェックするなど、3～4人で「a」から「e」までの項目をチェックする。
 - a 特段の要件がなく算定できる点数に漏れがないか。
 - b 入院起算日又は入院起算日から一定期間算定できる点数に漏れがないか。
 - c 時間外加算、休日加算等に漏れがないか。
 - d 患者の年齢に対応する点数に漏れがないか。
 - e 傷病名等に対応する点数に漏れがないか など
- また、例えば、「a」のチェックを行ったチェック者が、翌月は「c」のチェックを行うなど、チェック項目の入れ替えを行うなどにより、診療報酬制度の理解にも有効となる。

(※)『別添1』をご活用下さい。

(4) チェック担当者等

委託業者が作成したレセプトについて、入院レセプト、外来レセプト、再審査請求レセプトなどの区分ごとに、医師等や事務部門の職員でチェックの担当者を定めるとともに、チェックの順序を定めること。

(5) チェック結果の取扱い

- 委託業者に通知し、必要に応じて、当該委託業者に対し、レセプトチェック体制等の改善を求めること。
- 結果と併せて、請求漏れ等となった要因を分析し、改善方策について、「3」の協議会等に報告を行うこと。

(6) その他

レセプト作成業務を委託していない病院についても、複数の職員によるレセプトチェックを実施すること。

3 会議等を活用した診療報酬請求事務に係る情報共有の実施

評価会、管理診療会議等(以下「会議等」という。)を活用し、月1回、次の事項について、多職種の職員で情報共有を図ること。

また、会議等で情報共有を図った事項は、院長に対しても報告を行うこと。

○ 「2」により実施したレセプトチェックの結果及び改善方策

「改善方策」の例

請求漏れや誤りの原因を分析したところ、伝票に起因するもの(起票漏れ、起票誤り、伝達不備)が原因であれば、伝票様式の見直しや、伝達経路の明確化を行う。 など

(※)『別添2』をご参考ください。

○ 審査支払機関からの査定、減点等の内容

「報告内容」の例

医薬品については薬事法で承認された用量を超えて薬剤を使用した場合には、原則査定が行われるため、担当医師に、医学的に必要性があるものについてはカルテに症状詳記の記載の依頼を、それ以外の場合には、予め当該薬剤の用量を周知しておくことが必要。

(※)『別添3』をご参考ください。

○ 施設基準の点検結果

施設基準を満たさない状態となっていた場合には、多額の返還金が生じる。

届出を行っている施設基準(特に入院基本料等)について、毎月、要件を満たしているかの確認を行うことが極めて重要。

また、新たな施設基準の取得や、現行の施設基準の見直し(例えば、包括点数と出来高点数との比較結果を踏まえて届出直しをする場合など)の検証も積極的に行うことが重要。

○ 毎月の診療報酬請求額、未請求レセプト、審査支払機関からの返戻状況・審査状況

適正な診療報酬請求を行うためには、その請求状況を適正に管理しておくことが必要。(レセプトは適正に作成されたものの、審査支払機関に請求されていない事例もある。)

また、少なくとも次の書類は整備しておくことが必要。

- ・毎月の請求額を管理する帳簿
- ・未請求整理簿(医療券の未着や支払方法の未決定等のため、未請求となったものについて、理由、件数、金額などを整理した帳簿)
- ・返戻整理簿(未請求の一因となる、審査支払機関からのレセプトの返戻分が未請求になら

ないよう、返戻の理由、返戻件数・金額、再請求の処理状況などを整理した帳簿)
・審査増減整理簿(査定理由、査定件数・金額、再請求の処理状況などを、入院・外来別、
審査月別に整理した帳簿)

4 「1」から「3」までの実施状況について、内部（書面）監査において点検を行う。

「1」から「3」までの取組については、継続的に実施していくことが必要。毎年実施する内部(書面)監査において、必ずその実施状況の点検を行うこと。

5 その他の適正な診療報酬請求を行うための取組を検討する。

「1」から「4」までの取組のほか、適正な診療報酬請求を行うため、次の事項への取組みについても検討を行うこと。

(1) 診療報酬制度等の周知

① 多職種に対して、診療報酬や療養担当規則の理解を深めるため、研修会(勉強会)を実施

<実施例>

- ・病棟との定期的な勉強会を開催
- ・医事担当者が病棟へ出向き勉強会を実施
- ・近隣の病院と定期的な勉強会を実施

など

② 関係部門に対して、中医協の動向、診療報酬改定の内容、保険局医療課からの疑義解釈通知の内容等について、自院に必要な情報を速やかに周知。

(2) 診療報酬請求事務に関する職員院内研修の実施

職員が、「診療報酬の重要性」を認識するとともに、自らが診療報酬請求事務の一端を担っていることについての意識の醸成を図る等のため、年1回程度、職員院内研修を実施。

研修内容としては、次のようなことが挙げられる。

- ・診療報酬改定の内容
- ・診療報酬制度や療養担当規則の内容
- ・自院で算定を行っている点数に係る算定ルールや施設基準の内容 など

(3) 診療報酬改定時等の対応

① 中医協の動向について情報収集を行い、関係職員に周知。(新設された点数や、見直しされた施設基準に、1月でも早く対応することが重要。)

② 診療報酬改定時、保険局医療課からの疑義解釈通知発出時等には、病院職員等がレセコンのマスタ登録のチェックを実施。

<チェック例>

- ・一旦登録されたものについて、見直しを行う。(特に、改定後は、多くの疑義解釈通知が発出されるので、留意する。)
- ・1処方につき7種類以上の内服薬を投与する場合について、一律に当該内服薬の薬材料の90%で請求されるものとなっていないか確認。(臨時に投与する薬剤であって、投与期間が2週間以内の薬剤については、7種類から除外されるため、100%での請求が可能)
- ・退院時に退院後に在宅において使用するために投与した薬材料(在宅医療で算定する薬剤を除く。)は、別に算定されるようになっているか確認。
- ・酸素・医療材料等の購入価格を基に算定するものは、その都度マスターの更新が行われているか確認。

など

- ③ 改定内容に沿った伝票等の見直しを実施。

(4) カルテ記載漏れの防止

診療報酬の算定に当たり、カルテへの記載が義務づけられている点数が増えてきている。カルテに記載のない行為について診療報酬は請求できないということを認識することが必要。

『別添4』を参考に、カルテの記載漏れ、正しい記載がされるための対策を実施。

(5) レセプト点検ソフトの導入

レセプト点検を行うソフトを導入している病院もあるが、例えば、使いこなせる職員が異動した後、全く活用されていないというケースも見受けられる。

操作担当者を定めたり、操作マニュアルを整備しておくことが必要。

また、新たに導入するにあたっては、次の点に留意しておくことが必要。

- 市販されているレセプト点検ソフトは、一般的にはフォーマットチェック(保険者番号や公費負担者番号のチェック、診療実日数のチェック、入院基本料等による実日数のチェックなど)を行うものが多い。

算定漏れなどのチェックも行える機能をカスタマイズすることのできるソフトも一部あるようであるが、原則、査定対策のために作成されたソフトであることを認識しておくことが必要。

- 従って、このようなソフトの導入にあたっては、算定漏れなどのチェックについて、どのような操作を行うことにより実施できるのかを十分確認しておくことが必要。

(6) 診療報酬対策委員会等の設置、定期的な開催

適正な診療報酬請求を行うため、会議等に報告する内容(請求漏れ改善方策など)について、多職種で検討を行うことが重要。

同様の委員会を設置していない病院は、『別添5』を参考に設置を検討し、定期的な開催できていない病院は、月1回の開催を検討。

経営の改善

平成21年度損益計算書状況

(単位:百万円)

	20年度決算 A	21年度計画 B	21年度決算 C	差引増△減	
				対前年度(C-A)	対計画(C-B)
経常収益	807,804	801,766	827,003	+19,199	+25,237
診療業務収益	752,620	750,393	776,068	+23,448	+25,675
医業収益	740,893	740,135	762,560	+21,667	+22,425
その他収益	11,727	10,258	13,508	+1,781	+3,250
教育研修業務収益	4,206	5,218	5,599	+1,393	+381
臨床研究業務収益	10,799	9,069	11,709	+910	+2,640
その他経常収益	40,180	37,086	33,626	△6,554	△3,460
経常費用	768,566	782,343	788,242	+19,676	+5,899
診療業務費	697,909	712,178	722,880	+24,971	+10,702
人件費+委託費	422,287	433,757	437,762	+15,475	+4,005
材料費	174,184	175,412	182,954	+8,770	+7,542
減価償却費	43,138	42,115	44,264	+1,126	+2,149
その他	58,301	60,894	57,901	△400	△2,993
教育研修業務費	6,527	6,981	6,635	+108	△346
臨床研究業務費	10,727	11,031	10,950	+223	△81
その他経常費用	53,403	52,153	47,778	△5,625	△4,375
一般管理費	35,774	36,352	32,052	△3,722	△4,300
その他経常費用	17,628	15,802	15,726	△1,902	△76
臨時利益	214	1	496	+282	+495
臨時損失	9,456	5,261	4,500	△4,956	△761
経常収支	39,239	19,423	38,760	△479	+19,337
総収支	29,997	14,163	34,756	+4,759	+20,593
人件費+委託費率	57.0%	58.6%	57.4%	+0.4%	△1.2%
人件費率	52.3%	53.8%	52.7%	+0.4%	△1.1%
委託費率	4.7%	4.8%	4.7%	+0.0%	△0.1%
材料費率	23.5%	23.7%	24.0%	+0.5%	0.3%
医業収支率	106.2%	103.9%	105.5%	△0.7%	1.6%
経常収支率	105.1%	102.5%	104.9%	△0.2%	2.4%
総収支率	103.9%	101.8%	104.4%	+0.5%	2.6%

注1)20年度決算額には、会計基準第80条第3項による運営費交付金の「振替額(執行残額)」3,164百万円を含む。

注2)計数は、原則としてそれぞれ四捨五入としているため、端数整理の関係で合計と一致しないものがある。

財務状況の推移（年度別）

<損益計算書>

（単位：億円）

	16 実績	17 実績	18 実績	19 実績	20 実績	21 実績	対前 年度
経常収益	7,461	7,665	7,677	7,989	8,078	8,270	192
医業収益	6,826	7,004	7,000	7,312	7,409	7,626	217
運営費交付金収益	516	509	498	490	486	444	△41
その他収益	119	152	179	187	184	200	17
経常費用	7,459	7,629	7,553	7,700	7,686	7,882	197
人件費	4,238	4,256	4,279	4,370	4,326	4,439	112
材料費	1,595	1,650	1,659	1,727	1,742	1,830	88
経費	844	919	949	978	1,027	1,032	5
減価償却費	563	600	477	452	437	449	12
支払利息	219	204	189	173	153	134	△19
経常利益	2	36	124	289	392	388	△5
臨時利益	233	7	8	4	2	5	3
臨時損失	250	39	42	54	95	45	△50
当期純利益	△16	3	90	239	300	348	48

※ 経常収支率 100.0% 100.5% 101.6% 103.8% 105.1% 104.9% △0.2%
 総収支率 99.8% 100.0% 101.2% 103.1% 103.9% 104.4% +0.5%

☆ 6期連続経常収支のプラス

☆ 5期連続の黒字経営

<貸借対照表>

（単位：億円）

	16期末	17期末	18期末	19期末	20期末	21期末	対前 年度
資産	11,506	11,490	11,519	11,601	11,545	12,196	651
流動資産	2,076	2,248	2,364	2,458	2,315	2,547	232
固定資産	9,429	9,242	9,155	9,143	9,231	9,649	418
負債	9,125	8,974	8,872	8,664	8,283	8,067	△216
流動負債	1,666	1,588	1,628	1,745	1,739	1,798	59
固定負債	7,460	7,386	7,244	6,919	6,544	6,269	△275
純資産	2,380	2,516	2,646	2,937	3,262	4,128	867

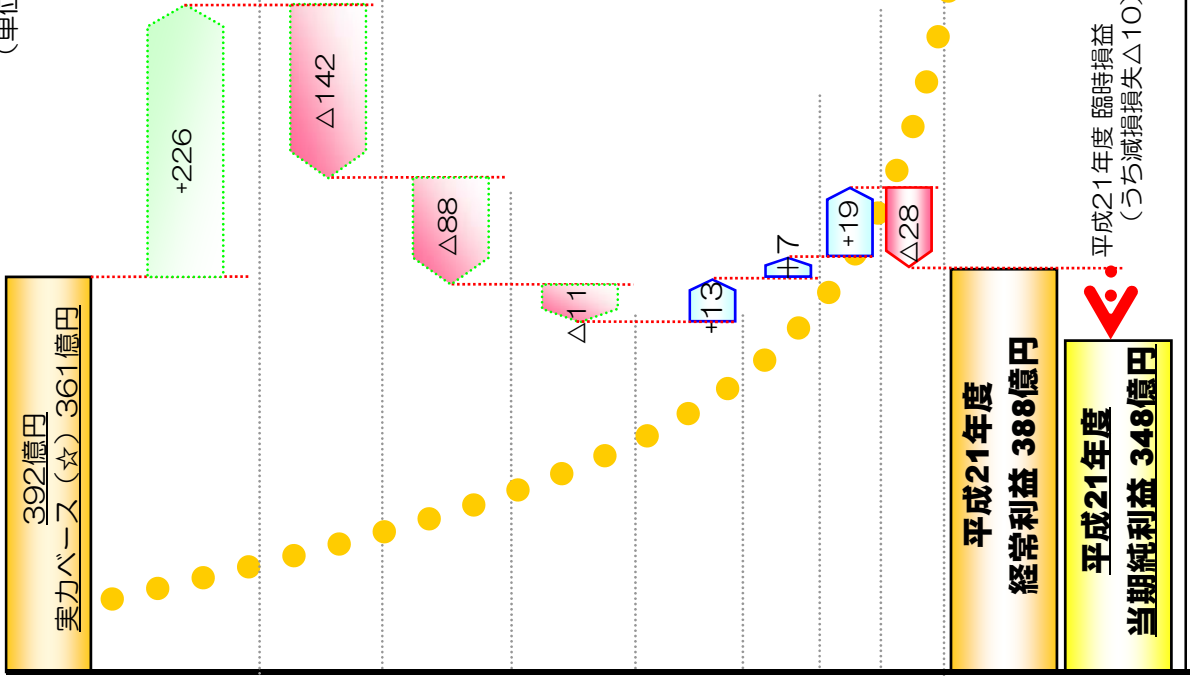
※財政融資資金 7,400 7,193 6,865 6,391 5,891 5,419 △472
 借入金残高
 国立病院機構債 0 30 60 110 80 50 △30
 残高

建築コストや医療機器整備に係る単価の縮減に努めるとともに、内部資金を活用して、外部調達に頼ることなく病院機能の向上に資する整備を実施し、借入金残高を大幅に減少させた。

※ 計数は原則としてそれぞれ四捨五入によっているので、端数において合計とは一致しないものがあります。

平成21年度に実施した経営改善

平成20年度経常利益



(単位：億円)

【診療業務】

- 上位基準の取得等
平均在院日数の短縮、地域連携、手術件数の増
外来化学療法増、医療観察病棟の運営 など
- 給与費の増
基本給・賞与の減、医師手当の単価増
公経済負担の割合変更による増
- 材料費の増
医薬品の使用増、手術件数の増
建替病院に係る医療用消耗器具の購入増 など
- 減価償却費の増
新たな投資による減価償却費の増

【教育研修業務】

- 運営費交付金収益の増

【臨床研究業務】

- 治験等の研究収入増

【その他】

- 財務活動 ○ 支払利息減少等
- その他 ○ 運営費交付金収益の減

(☆) 実力ベースとは、国庫返納のための運営費交付金収益を含まない経常利益

上位基準(入院基本料)の取得 16件
※ 新たに取得した主な基準、加算の例

①入院期間の短縮等により取得した基準

- 一般病棟入院基本料 7:1 +4施設 (計32施設)
- 一般病棟入院基本料 10:1 +5施設 (計60施設)
- 一般病棟入院基本料 13:1 +1施設 (計 8施設)
- 結核病棟入院基本料 10:1 +1施設 (計 6施設)
- 結核病棟入院基本料 13:1 +2施設 (計21施設)
- 障害病棟入院基本料 7:1 +1施設 (計 2施設)
- 障害病棟入院基本料 10:1 +1施設 (計81施設)

②地域の医療機関等との連携により取得した基準

- 入院時医学管理加算 +5施設 (計23施設)
- 地域医療支援病院入院診療加算 +7施設 (計40施設)
- がん診療連携拠点病院加算 +1施設 (計34施設)

③その他取得した主な基準

- 脳卒中ケアユニット +2施設 (計 7施設)
- 入院医療管理料 +1施設 (計19施設)
- 新生児特定集中治療室管理料 +7施設 (計71施設)
- 外来化学療法加算1 +1施設 (計 8施設)
- 外来化学療法加算2 +1施設 (計41施設)

④DPC対象病院

平成22年3月末現在

経常利益 Δ5億円の減少
(実力ベース (☆) で比較すると
27億円の改善)

平成21年度 臨時損益 Δ40
(うち減損損失Δ10)

※ 計数は原則としてそれぞれ四捨五入によっているので、端数において合計とは一致しないものがあります。

【入院】

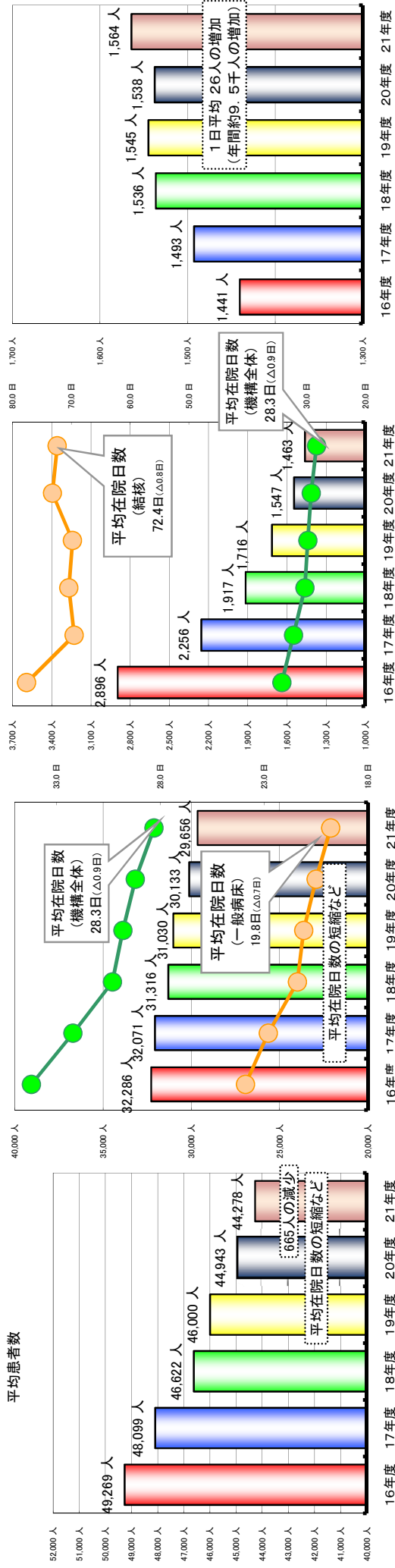
1日平均入院患者数

全体

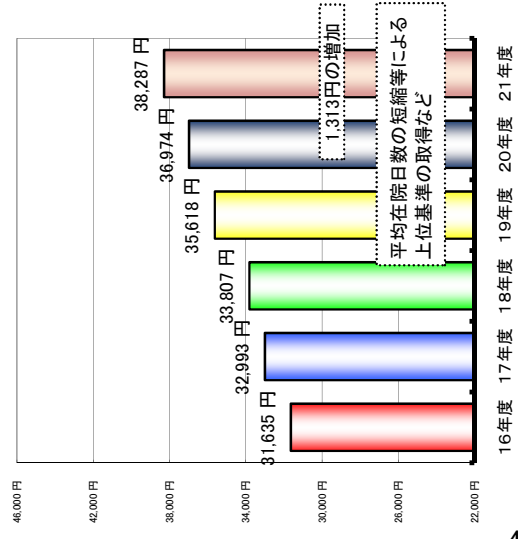
一般(重筋を除く)

結核

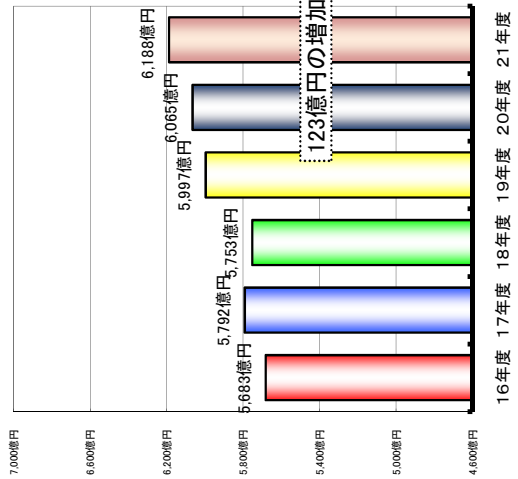
1日平均新患者数



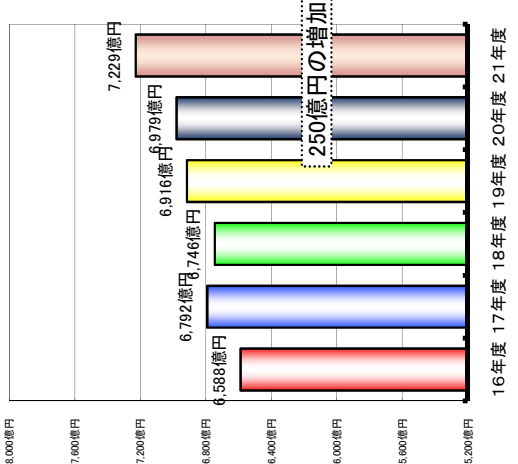
入院患者1人1日当たり入院診療収益



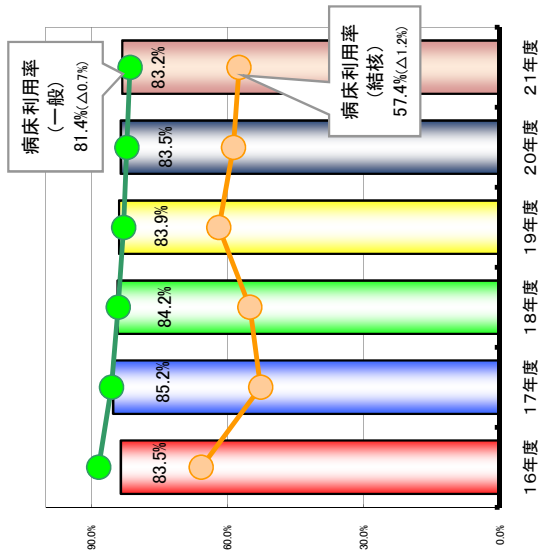
入院診療収益



診療業務費



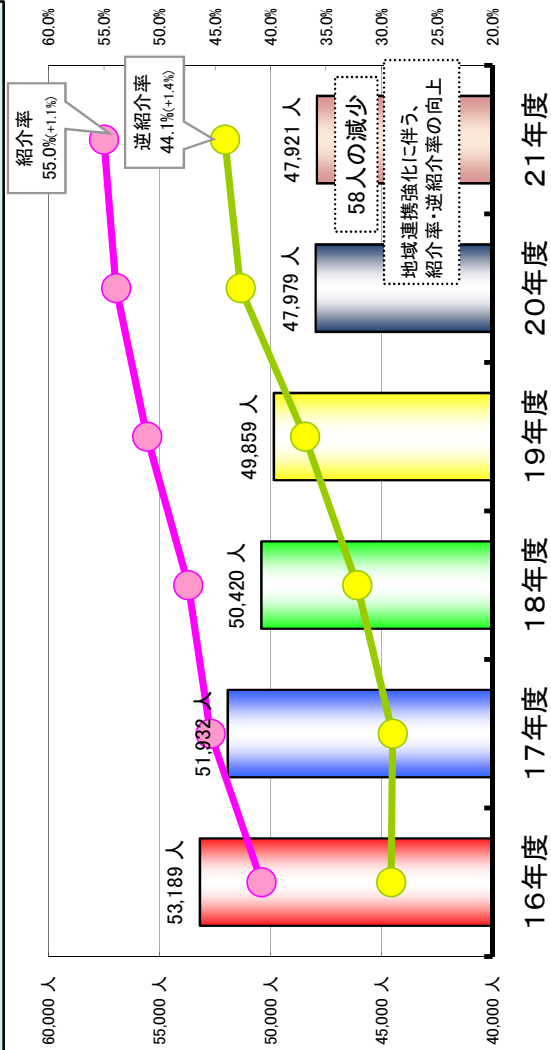
病床利用率



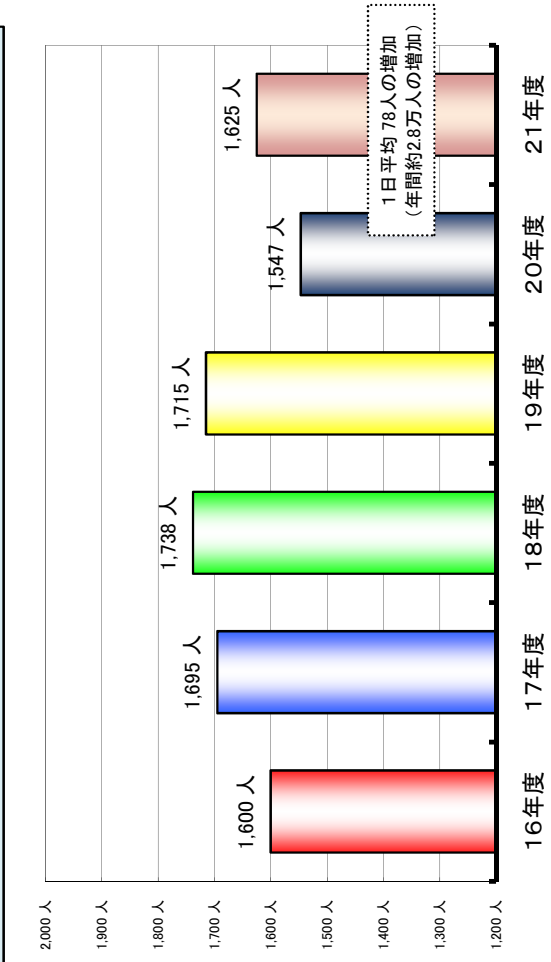
※18年度は自立支援法施行による措置費(日用品費の4総を除く)

【外来】

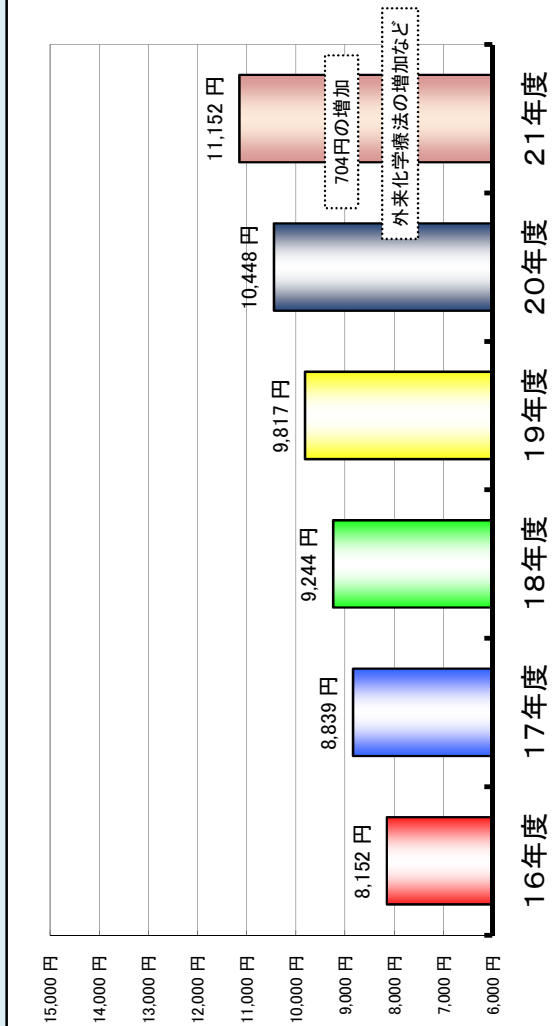
1日平均外来患者数



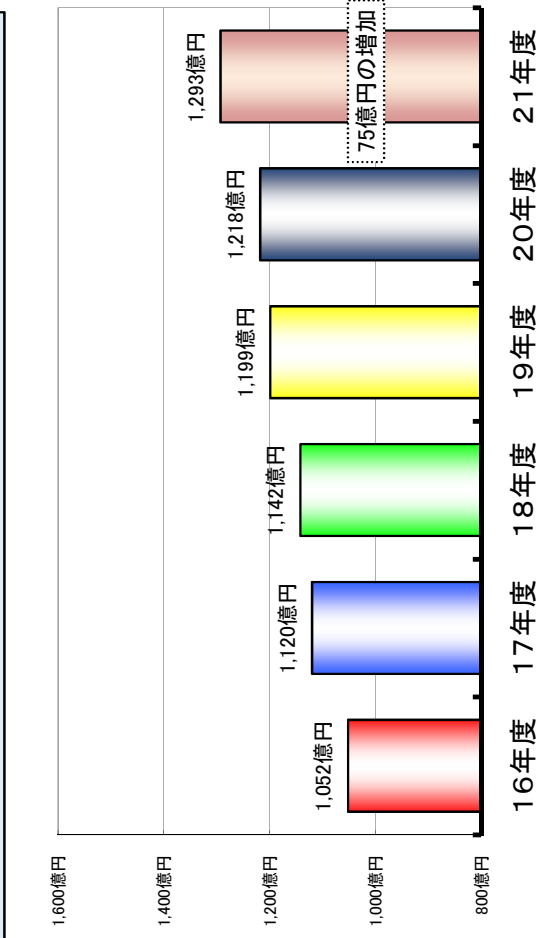
1日平均救急患者数



外来患者1人1日当たり外来診療収益



外来診療収益



独立行政法人国立病院機構中期計画
別紙1～3
(予算、収支計画、資金計画)

中期計画（平成21年度から平成25年度）の予算

（単位：百万円）

区 別	金 額
収入	
運営費交付金	222,156
施設整備費補助金	15,119
長期借入金等	115,950
業務収入	3,820,468
その他収入	54,850
計	4,228,542
支出	
業務経費	3,602,962
診療業務経費	3,288,314
教育研修業務経費	33,485
臨床研究業務経費	55,357
その他の経費	225,806
施設整備費	255,307
借入金償還	235,202
支払利息	63,812
その他支出	41,735
計	4,199,018

（注1）計数は原則としてそれぞれ四捨五入によっているので、端数において合計とは一致しないものがある

（注2）平成21年度以降の診療報酬改定は考慮していない。

（注3）給与改定及び物価の変動は考慮していない。

〔人件費の見積り〕

期間中総額1,628,038百万円を支出する。

上記の額は、役員報酬並びに職員基本給、職員諸手当、超過勤務手当、退職者給与及び国際機関等派遣職員給与に相当する範囲の費用である。

〔運営費交付金の算定ルール〕

【運営費交付金の算定方法】

平成21年度は、業務の実施に要する経費を個々に見積り算出する。平成22年度以降、これを基礎として以下の算定ルールにより決定。

【運営費交付金の算定ルール】

毎事業年度に交付する運営費交付金(A)については、以下の数式により決定する。

$$(A) = ([A(a) \times \alpha 1] + [A(b) \times \alpha 2]) \times \beta$$

各経費及び係数値については、以下のとおり。

A(a) : 前年度における政策的経費に係る運営費交付金

A(b) : 前年度における過去債務清算経費に係る運営費交付金

過去債務清算経費＝国負担の退職手当＋整理資源＋恩給負担金

$\alpha 1$: 政策的経費に係る効率化係数。各事業年度の予算編成において、当該事業年度における具体的な係数値を決定する。

$\alpha 2$: 過去債務清算経費に係る効率化係数。各事業年度の予算編成において、当該事業年度における具体的な係数値を決定する。

β : 政策係数。法人の業務の進捗状況や財務状況、政策ニーズ等への対応の必要性、独立行政法人評価委員会による評価等を勘案し、各事業年度の予算編成において、当該事業年度における具体的な係数値を決定する。

【中期計画予算の見積りに際し使用した具体的係数】

$\alpha 1$: 0.99と置く。

$\alpha 2$: 0.98と置く。

β : 1.00と置く。

中期計画（平成21年度から平成25年度）の収支計画

（単位：百万円）

区 別	金 額
収益の部	4,048,984
診療業務収益	3,798,399
医業収益	3,740,801
運営費交付金収益	38,159
その他診療業務収益	19,439
教育研修業務収益	26,453
看護師等養成所収益	19,810
研修収益	655
運営費交付金収益	5,401
その他教育研修業務収益	587
臨床研究業務収益	45,393
研究収益	22,905
運営費交付金収益	21,694
その他臨床研究業務収益	794
その他経常収益	178,735
財務収益	3,123
運営費交付金収益	159,112
その他	16,500
臨時利益	5
費用の部	3,961,049
診療業務費	3,605,225
人件費	2,025,033
材料費	877,062
諸経費	486,034
減価償却費	217,096
教育研修業務費	34,905
人件費	24,605
諸経費	10,005
減価償却費	295
臨床研究業務費	54,851
人件費	26,845
諸経費	25,650
減価償却費	2,355
一般管理費	174,636
人件費	171,216
諸経費	3,362
減価償却費	57
その他経常費用	72,640
財務費用	64,378
その他	8,262
臨時損失	18,793
純利益	87,935
目的積立金取崩額	0
総利益	87,935

（注）計数は原則としてそれぞれ四捨五入によっているので、端数において合計とは一致しないものがある。

中期計画（平成21年度から平成25年度）の資金計画

（単位：百万円）

区	別	金	額
資金収入			<u>4,306,894</u>
	業務活動による収入		<u>4,042,624</u>
	診療業務による収入		3,791,251
	教育研修業務による収入		25,930
	臨床研究業務による収入		51,965
	その他の収入		173,477
	投資活動による収入		<u>18,119</u>
	施設費による収入		15,119
	その他の収入		3,000
	財務活動による収入		<u>167,800</u>
	債券発行による収入		25,000
	長期借入による収入		90,950
	その他の収入		51,850
	前期中期目標の期間よりの繰越金		78,352
資金支出			<u>4,306,894</u>
	業務活動による支出		<u>▲ 3,666,774</u>
	診療業務による支出		3,288,314
	教育研修業務による支出		33,485
	臨床研究業務による支出		55,357
	その他の支出		289,618
	投資活動による支出		<u>257,937</u>
	有形固定資産の取得による支出		255,307
	その他の支出		2,630
	財務活動による支出		<u>274,307</u>
	債券の償還による支出		8,000
	長期借入金返済による支出		227,202
	その他の支出		39,105
	次期中期目標の期間への繰越金		107,876

（注）計数は原則としてそれぞれ四捨五入によっているため、端数において合計とは一致しないものがある。

独立行政法人国立病院機構年度計画
別紙1～3
(予算、収支計画、資金計画)

平成 2 1 年度予算

(単位：百万円)

区 別	金 額
収入	
運営費交付金	<u>45,972</u>
施設整備費補助金	<u>3,217</u>
長期借入金等	<u>50,500</u>
業務収入	<u>756,345</u>
その他収入	<u>54,850</u>
計	<u>910,883</u>
支出	
業務経費	<u>723,251</u>
診療業務経費	652,248
教育研修業務経費	6,677
臨床研究業務経費	11,561
その他の経費	52,765
施設整備費	<u>70,139</u>
借入金償還	<u>50,982</u>
支払利息	<u>14,035</u>
その他支出	<u>7,439</u>
計	<u>865,845</u>

(注) 計数は原則としてそれぞれ四捨五入によっているもので、端数において合計とは一致しないものがある。

平成 2 1 年度収支計画

(単位：百万円)

区 別	金 額
収益の部	801,767
診療業務収益	750,393
医業収益	740,135
運営費交付金収益	6,452
その他診療業務収益	3,806
教育研修業務収益	5,218
看護師等養成所収益	3,962
研修収益	131
運営費交付金収益	1,102
その他教育研修業務収益	23
臨床研究業務収益	9,069
研究収益	4,409
運営費交付金収益	4,502
その他臨床研究業務収益	158
その他経常収益	37,086
財務収益	678
運営費交付金収益	33,108
その他	3,300
臨時利益	1
費用の部	787,604
診療業務費	712,178
人件費	398,388
材料費	175,412
諸経費	96,263
減価償却費	42,115
教育研修業務費	6,981
人件費	4,921
諸経費	2,001
減価償却費	59
臨床研究業務費	11,031
人件費	5,369
諸経費	5,191
減価償却費	471
一般管理費	36,352
人件費	35,635
諸経費	705
減価償却費	11
その他経常費用	15,802
財務費用	14,144
その他	1,658
臨時損失	5,261
純利益	14,163
目的積立金取崩額	0
総利益	14,163

(注) 計数は原則としてそれぞれ四捨五入によっているので、端数において合計とは一致しないものがある。

平成 2 1 年度資金計画

(単位:百万円)

区 別	金 額
資金収入	<u>989,235</u>
業務活動による収入	<u>802,316</u>
診療業務による収入	749,725
教育研修業務による収入	5,218
臨床研究業務による収入	10,303
その他の収入	37,071
投資活動による収入	<u>6,217</u>
施設費による収入	3,217
その他の収入	3,000
財務活動による収入	<u>102,350</u>
債券発行による収入	5,000
長期借入による収入	45,500
その他の収入	51,850
前年度よりの繰越金	78,352
資金支出	<u>989,235</u>
業務活動による支出	<u>737,286</u>
診療業務による支出	652,248
教育研修業務による支出	6,677
臨床研究業務による支出	11,561
その他の支出	66,800
投資活動による支出	<u>70,669</u>
有形固定資産の取得による支出	70,139
その他の支出	530
財務活動による支出	<u>57,891</u>
債券の償還による支出	3,000
長期借入金返済による支出	47,982
その他の支出	6,909
翌年度への繰越金	123,390

(注) 計数は原則としてそれぞれ四捨五入によっているもので、端数において合計とは一致しないものがある。

研修実施状況

研修実施状況

○本部主催研修 27 コース 1,988 名

○ブロック主催研修 184 コース 6,365 名

(内訳)

北海道東北ブロック	20 コース	560 名
関東信越ブロック	33 コース	1,662 名
東海北陸ブロック	21 コース	610 名
近畿ブロック	41 コース	1,232 名
中国四国ブロック	42 コース	1,319 名
九州ブロック	27 コース	982 名

○ 平成21年度 本部実施研修

【本部】
平成21年度コース数27、受講者数1,988名

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
1	院長研修	院長	16	2日間	6/29～6/30	本部講堂	国立病院機構の院長として必要な、病院の管理運営に関する知識と実践力を習得し、管理運営能力の向上を図る。	・経営管理 ・労務管理 ・医療安全 等
2	副院長研修	副院長	19	2日間	7/9～7/10	本部講堂	国立病院機構の副院長として必要な病院の経営管理等に関する知識と実践力を習得し、管理運営能力の向上を図る。	・経営管理 ・労務管理 ・医療安全 等
3	統括診療部長研修	医師	22	2日間	7/10～7/11	本部講堂	国立病院機構病院の統括診療部長としての役割を認識させ、職務遂行上必要な知識及び管理能力の向上を図ることで、診療部門に対し指導的役割を果たせる能力の習得を図る。	・経営管理 ・労務管理 ・医療安全 等
4	幹部看護師（看護師長等）幹部看護師Ⅰ	看護師	60	13日間	7/14～7/31	本部研修センター	中堅看護師長及び中堅看護教員としての役割を認識し、自己啓発を促進するとともに、職務遂行上必要な知識・技術を高め、管理能力の向上を図ることと、看護管理上の指導的役割・教育運営上の指導的役割を果たせる能力を養う。	・現状と課題 ・リスクマネジメント ・パネル討議 等
5	幹部看護師（副看護部長等）幹部看護師Ⅱ	看護師	35	15日間	6/3～6/23	本部研修センター	副看護部長（副総看護部長）として、業務遂行上必要な管理面の知識・技術を高め、管理者としての能力の向上を図る。	・看護管理 ・医療安全管理 ・パネル討議 等
6	幹部看護師（看護部長等）幹部看護師Ⅲ	看護師	28	3日間	5/13～5/15	本部研修センター	トップマネージャーとしての役割と責任を認識するとともに、看護部の最高責任者としての管理能力の向上を図る。	・トップマネージャーメントの役割と責任 ・看護管理 ・グループ討議 等
7	事務（部）長研修	事務職	38	3日間	7/29～7/31	本部講堂	国立病院機構病院の事務（部）長として必要な病院の経営管理等に関する知識等を習得するとともに、管理運営能力の向上と充実を図る。	・経営管理 ・人事労務管理 ・トップマネージャーメント 等
8	評価者研修	一次評価者になりうる職員	437	1日間	5月～6月	各ブロック事務所	業績評価制度への理解を深めるとともに、制度の適切な運用と定着を図る。	・業績評価制度の概要 ・業績評価実施上の留意事項 ・業務遂行能力評価要領 等
9	個人情報保護研修	個人情報管理担当者	283	1日間	5/16 5/9 5/22 5/23 5/30 6/6	各ブロック事務所	個人情報保護の意識の啓蒙を図る。国立病院機構における個人情報保護体制の均質化及び充実を図ることを目的とする。	・情報漏洩が組織・個人に与える影響 ・コンピュータ感染による被害例とその対策 ・一歩進んだ情報セキュリティ対策 等
10	病院経営（民間病院）研修	中堅事務職員及び看護職員	24	2日間	2/8～2/9	株式会社麻生 飯塚病院	独立行政法人国立病院機構と麻生グループの関連施設で勤務する幹部または幹部候補職員を対象として、飯塚病院における経営管理に関する代表的な取り組みについて学ぶ。 また、戦略策定プロセスを通じて、自病院の経営計画に寄与する経営管理面の強化項目の絞り込みを行う。さらに、意識改革、組織体制作り、行動強化、OJT、研修計画等の行動計画に繋げることを目的とする。	・医療の質改善活動の基本原則と実践論 ・医療安全活動 ・演習ワークショップ 等
11	病院経営研修	事務職、医師、看護師、コバ、イカ	281	2日間	11/19～11/20 12/24～12/25 12/17～12/18 12/21～12/22 11/30～12/1 12/10～12/11	北海道東北ブロック事務所 関東信越ブロック事務所 東海北陸ブロック事務所 近畿ブロック事務所 中国四国ブロック事務所 九州ブロック事務所	独立行政法人国立病院機構に勤務する主として経営企画を担当する職員に対し、病院経営に対する意識改革や経営改善の方策策定・実施に資するため、経営（業務）改善の事例やそれを策定するに至る発想法、またそれを実施するための手法等について講義及びグループワークにより習得することを目的とする。	・国立病院機構の事例研究 ・経営改善に向けた職場での実践力の向上 ・グループワーク 等
12	医事業務研修	事務職員、平成18年度医事業務研修の受講者	126	12日間	9/28～10/2間の連続3日間 10/26～11/6間の連続3日間 11/24～12/2間の連続3日間 2/22～2/26間の連続3日間	北海道東北ブロック事務所 関東信越ブロック事務所 東海北陸ブロック事務所 近畿ブロック事務所 中国四国ブロック事務所 九州ブロック事務所	病院経営における医事業務の重要性を理解するとともに、診療部門に対し、経営的視点から積極的に提言等を行える人材の育成を図る。また、平成21年12月に実施される(財)日本医療保険事務協会主催の「診療報酬請求事務能力認定試験」の合格者と同等の知識等を図る。	・医療保障制度 ・請求事務の基本 ・医学管理 等

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
13	H I V 感染症研修 1 (NC国際)	医師、看護師、薬剤師などの医療従事者	12	2日間	1/28~1/29	国立国際医療センター	最新の専門知識・治療技術を習得させ、国立病院機構におけるH I V 治療および感染対策の充実を図る。	・ HIV の基礎と検査 ・ 初診時の検査とデータの見方等 ・ 免疫再構築症候群等
14	H I V 感染症研修 2 (NH0大阪医療センター)	医師、看護師、薬剤師などの医療従事者	7	3日間	1/25~1/27	国立病院機構大阪医療センター	最新の専門知識・治療技術を習得させ、国立病院機構におけるH I V 治療および感染対策の充実を図る。	・ HIV 感染症の基礎 ・ 針刺し暴露後対策等 ・ HIV とソシヤルワーク等
15	災害医療従事者研修	災害拠点病院或いは救命救急センターを有する病院の医療従事者	90	4日間	10/5~10/8	国立病院機構災害医療センター	大規模災害発生時の多種多様なケース・状況に適切に対応できる災害医療に関する見識・知識・技術の向上を図る。	・ 国立病院機構の災害医療対策 ・ 災害時職種別対応等 ・ デイカシヨウ
16	糖尿病フットケア研修	糖尿病足病患者の看護に従事した経験を5年以上有する常勤看護師	51	3日間	1/9~1/11	京都医療センター看護学校内	平成20年度診療報酬改定により新設された糖尿病合併症管理科の算定要件である、「糖尿病足病変の指導に係る適切な研修」に関する研修を受講し、所属病院において当該点数を円滑に算定できるようにすることを目的とする。	・ 糖尿病フットの基礎知識 ・ 糖尿病患者のリスクマネジメント方法(実習) ・ 予防的フットケアの習得(実習) ・ 糖尿病足病変の治療等
17	口腔ケア研修	看護師、言語聴覚士、医師、歯科医師等	25	2日間	8/20~8/21	国立長寿医療センター	参加者の口腔管理に関する知識と技術を高めると共に、国立長寿医療センターにて開発された標準化された口腔ケア(口腔ケアシステム)を国立病院機構を通じて普及を図る。それにより、嚥下性肺炎の予防体制を社会的に確立させることにも、入院患者・看護師双方の口腔看護・介護負担を軽減させることで看護・介護社会資源の有効活用を図り、入院患者、高齢者、要介護者のQOLの向上を目指す。	・ 口腔ケアシステム ・ 実習 ・ 口腔ケアと摂食・嚥下機能障害等
18	放射線安全管理研修	診療放射線技師	34	2日間	2/8~2/9	本部講堂	放射線診断・治療における放射線防護等の安全管理体制に関する専門的知識・技術・法制度を習得させ、法令遵守の徹底及び放射線事故防止と安全管理を実施する体制の確立を図る。	・ 放射線障害防止法 ・ 放射線設備の安全管理等
19	EBMに関する研修	医師、看護師等の医療従事者	51	1日間	10/26	本部講堂	実際の診療・看護等の場でEBMを実践する方略を学ぶ。EBMの手法を後輩の教育や患者コミュニケーションに活かせる技術を身につける。	・ EBM の5ツツツツ ・ 目の前の患者への実践等
20	長期入院患者のADL向上に関する研修	理学療法士、作業療法士	20	3日間	1/20~1/22	NH0東名古屋病院附属ヒリテシヨウ学院	政策医療疾患に対する理学療法・作業療法の指導者育成により医療の質の向上を図る。	・ 神経難病、重症心身障害者、筋ジストロフィーのリハビリテーション ・ 自立支援法に基づく療養介護制度について等
21	臨床研究のデザインと進め方に関する研修	病院において臨床研究を行うことを予定している医師・看護師及びコ・リカ・カク・カク	47	2日間	2/28~3/1	本部講堂	国立病院機構の理念の下、良質な医療サービス提供のためのエビデンスを創出する臨床研究をデザインし、適切に研究事業を運営するための技術習得を図る。	・ 研究テーマの選び方 ・ 実施可能な研究デザインの設計法等
22	治療及び臨床研究倫理審査委員会に関する研修の開催について	治療及び臨床研究倫理審査委員会の委員	59	1日間	7/22	本部講堂	治療及び臨床研究に関連する各種委員会に携わる委員等が、審議に必要な知識を習得し、臨床研究における倫理審査の意義・重要性を理解する。	・ 治療・臨床研究の必要性 ・ 治療審査・倫理委員会と委員の役割等
23	治療・臨床研究コーディネーター研修	治療業務の実務経験が3年未満の者、又は治療業務に従事予定者	86	5日間	6/15~6/19	本部講堂	治療の国際化に対応し得る質の高い治療を迅速かつ効率的に推進することができる治療コーディネーターの育成を図る。	・ 国立病院機構における治療等の取り組み等 ・ 臨床研究の倫理指針について
24	治療・臨床研究コーディネーター研修	1年以上のCRC経験を有し、治療・臨床試験業務に従事し、かつ現在も従事している治療主任、治療看護師、非常勤CRC	33	2日間	2/12~2/13	本部12会議室	国際共同治療を含む治療と実施するために必要なCRCの専門性を追求し質の向上を図るため 個々の課題を明確にし、マネジメント能力を養う。	・ 医薬品開発における最近の動向と国際共同治療 ・ 臨床研究をめぐる最近の動向について ・ ゲループ・デイカシヨウ等
25	安全・安心な産科医療・看護に関する研修	産科を擔擧する病院の産科に携わる職員	47	1日間	12/1	本部講堂	妊産婦及び家族の意向を尊重し、安全・安心なお産と育児支援を行うための院内助産所及び助産師外来開設に向け、医師、助産師等の連携・協力体制等について問題点を把握するとともに開設に向けた基礎的な知識や方法を修得する。	・ 助産外来・院内助産のこれからの可能性 ・ 医師、助産師の立場からの助産外来・院内助産の実際等
26	療養介護職研修	ブロック事務所施設整備備課に所属する専門職又は係長	54	1日間	11/2	本部講堂	療養介護職に必要なマネジメント・リーダーシップについて学び、療養介護職の職務遂行における役割と責任を考える。	・ チーム医療におけるマネジメント ・ ゲループワーク

【本部】

平成21年度コース数27、受講者数1,988名

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
27	施設整備技術職研修	プロジェクト事務所施設整備課に所属する新任専門職又は係長	3	4日間	7/7～7/10	本部財務部整備課	<p>機構の経営改善に貢献するため、病院の建物整備における費用対効果向上に繋がる手法や、迅速な費用回収ができる施設整備を行うための、設計手法の習得や業務実践能力の向上を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・中小案件の整備申請の審査 ・営繕業務の現状と今後の体制について 等

○ 平成21年度 研修実施状況調査

【北海道東北ブロック事務所】

平成21年度コース数20、受講者数560名

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
1	会計業務研修会 一般簿記研修会	・企画課(班)長等の会計処理業務に係る管理者 ・人事異動により、初め て会計業務に携わる職員	24	1日間	10/27	仙台医療センター	簿記の基礎 ・貸借対照表と損益計算書の基本 ・勘定科目別会計処理および留意点	
1	会計業務研修会 習熟簿記研修会	医療収益業務又は固定資産管理に係る会計実務を担当している職員	20	1日間	10/27	仙台医療センター	日常的な会計処理業務の中から、経費照会が特に多い医療収益業務及び固定資産管理に関する会計処理を中心に理解を深め、さらなる会計業務の習熟を図る。	・各業務プロセスにおける留意事項について ・キャッシュフロー計算書について
1	会計業務研修会 一般簿記研修会	・企画課(班)長等の会計処理業務に係る管理者 ・人事異動により、初め て会計業務に携わる職員	14	1日間	10/26	北海道がんセンター	簿記の基礎 ・貸借対照表と損益計算書の基本 ・勘定科目別会計処理および留意点	
1	会計業務研修会 習熟簿記研修会	医療収益業務又は固定資産管理に係る会計実務を担当している職員	12	1日間	10/26	北海道がんセンター	日常的な会計処理業務の中から、経費照会が特に多い医療収益業務及び固定資産管理に関する会計処理を中心に理解を深め、さらなる会計業務の習熟を図る。	・各業務プロセスにおける留意事項について ・キャッシュフロー計算書について
2	看護師長新任研修	新任看護師長・本研修会を未受講の看護師長	20	3日間	10/7~10/9	仙台医療センター	看護サービスマネジメント ・業務管理・経営管理 ・問題解決技法によるグループ討議 等	
3	副看護師長新任研修	新任副看護師長・本研修会を未受講の副看護師長	33	3日間	11/25~11/27	仙台医療センター	医療サービスマネジメント ・業務管理・経営管理 ・問題解決技法によるグループ討議 等	
4	実習指導者養成講習会	看護実務経験5年以上 で、実習指導者講習会未 受講の者	45	40日間	5/20~7/14	仙台医療センター	看護教育における実習指導者としての役割を認識し、職務遂行に必要知識・技術・態度を習得することと、管理手法の均質化と管理能力の向上を図る。	・看護サービスマネジメント ・業務管理・経営管理 ・問題解決技法によるグループ討議 等
5	院内教育担当者研修	院内教育担当者、又は担当予定の者	30	2日間	12/8~12/9	仙台医療センター	看護教育における実習指導者としての役割を認識し、職務遂行に必要知識・技術・態度を習得することと、管理手法の均質化と管理能力の向上を図る。	・看護サービスマネジメント ・業務管理・経営管理 ・問題解決技法によるグループ討議 等
6	退院調整看護師養成研修	退院調整に携わっている 看護師、又は今後携わる 看護師	25	15日間	8/24~11/30	仙台医療センター	患者・家族が安心して退院できるような退院調整を実施できる能力を習得する。	・院内連携システムの構築 ・地域連携 ・グループ討議 等
7	教員研修	新入教員及び2年目の教員	13	2日間	8/4~8/5	仙台医療センター	教員の役割を理解し、教育者としての教育観育を成す。	・看護教育について ・グループディスカッション 等
8	中間管理者研修	新任主任・本研修会を未 受講の主任	15	2日間	11/25~11/26	仙台医療センター	中間管理者としての役割と責任を認識し、職務遂行に必要な知識・技術・態度を習得することと、管理手法の均質化と管理能力の向上を図る。	・医療サービスマネジメントの質向上をめざして ・業務管理・経営管理 ・職員の医療安全教育 等
9	治験研修	医師、薬剤師、看護師、 CRC、委許事務担当者	34	1日間	2/3	仙台医療センター大会議 室	治験業務の均質化と向上を図る。	・CRBの現状について 等 ・治験業務の推進について 等
10	理学療法士・作業療法士 臨床研修指導講習会	理学療法士、作業療法士	15	2日間	1/20~1/21	山形病院	国立病院機構の専門性を幅広く理解するため、リハビリテーションに必要な知識・技術を実際の臨床で学び、ネットワークの構築を図る。	・国卒中の地域連携について ・富次臨機能障害者支援センターで取り組む地域連携について 等 ・臨床場面の見学 等
11	臨床研修指導講習会	臨床研修医を指導している 医師又は将来指導する 見込みの医師	12	2日間	3/5~3/6	KKRホテル仙台	臨床研修指導医が、研修の質を高めるために、望ましい研修プログラムを立案し推進する能力及び基本的な臨床研修能力を備えた研修医を育成する能力を身につけることにより臨床研修の充実に資すること	・新医師臨床研修制度について ・研修医への上手なフィードバック ・グループワーク 等
12	医療安全対策研修 I	医療安全管理係長候補者	36	5日間	11/9~11/13	仙台医療センター メ ディカルトレーニングセ ンター	医療安全に関する制度、医療安全のための組織的な取組、事例分析・評価・医療事故発生時の対応、コミュニケーションの向上、職員の教育研修意欲の向上等、医療事故防止を中心とした医療安全に対する総合的な知識や技術を取得すること	・医療安全の基本的な考え方 ・医療安全教育の要点 ・医療安全のための組織的な取り組みの事例
13	医療安全対策研修 II	医療安全管理係長候補者	24	1日間	2/19	仙台医療センター メ ディカルトレーニングセ ンター	医療安全に関する制度、医療安全のための組織的な取組、事例分析・評価・医療事故発生時の対応を習得させ、医療安全管理体制の充実に資すること	・医療事故当事者のケア ・医療訴訟の現状とチーム医療 等
14	診療放射線技師研修	次の要件を満たし、所属 施設長の推薦を受けた者 ①放射線業務に従事する 診療放射線技師 ②過去に当研修(昨年度 では本報主催)を受講し ていない者	13	2日間	2/15~2/16	仙台医療センター メ ディカルトレーニングセ ンター	関連講義のほか、医療法等に基づく申請業務等の演習をおおし放射線診療業務全般に関する専門的な知識を習得させ、臨床業務及び管理業務の均質化と向上を図る。	・放射線分野における医療事故防止対策 ・医療法による放射線設置等の届出に関する述へい 計算 ・リスクマネジメント 等

○ 平成21年度 研修実施状況調査

【北海道東北ブロック事務所】

平成21年度コース数20、受講者数560名

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
15	チーム医療推進のための研修1 (NST)	国立病院機構において5年以上の勤務経験を有する薬剤師、管理栄養士、看護師、臨床検査技師、NST活動に従事しNST専門療法士などの認定資格を目指している者	29	5日間	3/1~3/5	仙台医療センター メディカルトレーニングセンター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科とNST ・ 糖尿病の栄養療法 ・ 褥瘡ラウンドカンファレンス 等 	<p>今日、医学と医療の進歩は著しく、患者さんに満足なケアをサードパーソンを行うには、患者さん一人ひとりが抱える問題をそれぞれが専門領域から分析し、総合的に解決することが求められている。</p> <p>栄養管理においても、多職種で構成される栄養サポートチーム（以下NST）の活動が、合併症の減少、入院期間の短縮等に効果があると報告されている。多くの医療機関からなされているところである。</p> <p>今般の研修は、前述の医療を取り巻く状況を踏まえ、NST活動に関わる知識・技術を修得し、所属施設におけるチーム医療推進に寄与する人材を育成することを目的に開催する。</p>
16	がん医療推進のための研修1 (がん化学療法)	がん化学療法の経験を有する医師、薬剤師、看護師であり、自己の施設で中心的役割を担う者	8	2日間	3/16~3/17	仙台医療センター メディカルトレーニングセンター	<ul style="list-style-type: none"> ・ がん診療連携拠点病院の役割について ・ チームで行う外来化学療法の実践 ・ チェイスカンファレンス 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ がん診療連携拠点病院の役割について ・ チームで行う外来化学療法の実践 ・ チェイスカンファレンス 等
17	チーム医療推進のための研修1 (輸血)	医師、薬剤師、臨床検査技師、看護師等	25	2日間	2/17~2/18	仙台医療センター メディカルトレーニングセンター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 輸血における安全かつ適正な業務を遂行するために必要な専門的知識及び関連業務等を修得し、分野における医療安全対策の意識を向上させること、輸血医療安全管理体制の充実及び均質化を図りチーム医療を推進させる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血液製剤の供給体制について ・ 輸血関連の各種検査と管理について ・ チーム医療推進のためのグループ討議 等
18	労務管理研修	窓口担当者：管理課長、副看護部長、副看護師長、企画班長、職員班長、庶務班長、他該担当者 窓口担当者：管理課長、副看護部長、副看護師長、企画班長、職員班長、庶務班長、他該担当者	21	2日間	8/27~28	盛岡市民文化ホール第2会議室	窓口担当者に対し、窓口担当者としての職務遂行に必要な知識と手法（労務管理の適正化と併せて当該職員の能力及び資質の向上を目的とする）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 労働組合の動向等について ・ 労働関係法の要点についての講演 ・ 模擬窓口の実施
18	労務管理研修	窓口担当者：管理課長、副看護部長、副看護師長、企画班長、職員班長、庶務班長、他該担当者 窓口担当者：管理課長、副看護部長、副看護師長、企画班長、職員班長、庶務班長、他該担当者	23	2日間	9/1~2	仙台医療センター地域医療研修センター4F研修室	窓口担当者に対し、窓口担当者としての職務遂行に必要な知識と手法（労務管理の適正化と併せて当該職員の能力及び資質の向上を目的とする）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 労働組合の動向等について ・ 労働関係法の要点についての講演 ・ 模擬窓口の実施
18	労務管理研修	窓口担当者：管理課長、副看護部長、副看護師長、企画班長、職員班長、庶務班長、他該担当者 窓口担当者：管理課長、副看護部長、副看護師長、企画班長、職員班長、庶務班長、他該担当者	19	2日間	9/10~11	かでの2・7（札幌市）	窓口担当者に対し、窓口担当者としての職務遂行に必要な知識と手法（労務管理の適正化と併せて当該職員の能力及び資質の向上を目的とする）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 労働組合の動向等について ・ 労働関係法の要点についての講演 ・ 模擬窓口の実施
19	新任労務管理研修	窓口担当者：うち労務管理研修を受講していない者及び次年度において新たに窓口担当者となる者	3	1日間	6/25	北海道東北ブロック事務所 大会議室	窓口担当者に対し、窓口担当者としての職務遂行に必要な知識と手法（労務管理の適正化と併せて当該職員の能力及び資質の向上を目的とする）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 労務管理の心構え ・ 労務法・特労法・労働協約、労基法・安衛法・勤務時間、施設管理に関する講義 ・ 団体交渉（議題整理の考え方、窓口対応の実際）のケーススタディー
19	新任労務管理研修	窓口担当者：うち労務管理研修を受講していない者及び次年度において新たに窓口担当者となる者	2	1日間	10/2	北海道東北ブロック事務所 大会議室	窓口担当者に対し、窓口担当者としての職務遂行に必要な知識と手法（労務管理の適正化と併せて当該職員の能力及び資質の向上を目的とする）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 労務管理の心構え ・ 労務法・特労法・労働協約、労基法・安衛法・勤務時間、施設管理に関する講義 ・ 団体交渉（議題整理の考え方、窓口対応の実際）のケーススタディー
19	新任労務管理研修	窓口担当者：うち労務管理研修を受講していない者及び次年度において新たに窓口担当者となる者	9	1日間	3/25	北海道東北ブロック事務所 大会議室	窓口担当者に対し、窓口担当者としての職務遂行に必要な知識と手法（労務管理の適正化と併せて当該職員の能力及び資質の向上を目的とする）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 労務管理の心構え ・ 労務法・特労法・労働協約、労基法・安衛法・勤務時間、施設管理に関する講義 ・ 団体交渉（議題整理の考え方、窓口対応の実際）のケーススタディー
20	青年共同宿泊研修	中堅職員 ① 同種の研修を受講で勤務状況が良好な常勤職員 ② 原則30歳以下 ③ 一般職員 ④ 実務経験3年以上、現在任の病院で1年を経過	36	5日間	7/6~7/10	国立大雪青少年交流の家	北海道東北ブロック内の国立病院機構に勤務する中堅職員に対し、法人の運営及び業務についての基本的知識と認識を深めるとともに、規則的な共同宿泊研修を通じて国立病院機構の病院の抱えている課題として必要な基本的知識、広範な視野を付与するとともに、自覚と責任感並びに連帯感を培うことを目的とする。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院運営、機構の組織・制度について ・ 遭遇・職場の人間関係・コミュニケーションに関する講義 ・ 仕事について看護師の講演 ・ 課題班別討論及び発表、登山

○ 平成21年度 研修実施状況調査

【関東信越ブロック事務所】

平成21年度コース数333、受講者数1,602名

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
1	看護学校新入教員研修	採用または昇任により新たに配属された教員	9	1日間	4/14	国立病院機構本部研修センター	国立病院機構における附属看護学校の位置づけを理解するとともに、看護教員としての役割と責任を認識することで自己の課題を明確にすることを目的とする。	・附属看護学校の現状と課題 ・グループワーク ・附属看護学校の運営の実際 等
2	医療技術職員新採用職員研修	新規採用の薬剤師、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、栄養士、児童指導員等	125	2日間	5/27～28	国立病院機構本部研修センター	国立病院機構職員及び医療従事者としての心構えと、病院職員としての使命を自覚させ、患者様の目線に立って親切丁寧に医療を提供できる能力を身につけることを目的とする。	・新採用職員として必要なこと ・職種別分科会 ・グループワーク ・接遇研修
3	臨床検査技師実習技能研修1(心臓超音波)	現在、超音波検査業務に従事している臨床検査技師	9	31日間	6/1～3/31のうち1名当2週間(休日・祝祭日を除く)	国立循環器病センター	超音波検査に関する専門知識と高度な検査技術を得させ、良質な検査データを診療サイドへ提供できるようにすることにより、各施設における医療の質の向上を図ることを目的とする。	・疾患からの血行動態や心機能を判断する知識の習得 ・冠動脈の描出と血流波形から冠動脈病変を判断する知識の養成
4	チーム医療推進のための研修1(NST)	国立病院機構において4年以上の勤務経験を有し、院内でNSTのメンバーとして業務に従事する医師	5	5日間	6/22～6/26	国立病院機構本部講堂	臨床におけるより良い栄養管理の実施にあたり、チーム医療での専門的役割発揮に必要な問題・課題を認識させると共に、ネットワーク体制の充実と向上を図ることを目的とする。	・栄養管理の基礎 ・NSTと栄養管理計画 ・NSTラウンド、カンファレンス 等
5	臨床研修指導医養成講習会	臨床研修指定病院(申請中を含む)の指導医で、概ね7年以上の臨床経験を有する医師	26	2日間	8/28～8/29	国立病院機構本部講堂	医師臨床研修制度の主旨・概要及び指導内容等を習得させ、臨床研修指導体制の充実を図ることを目的とする。	・医学教育、カリキュラムプランニング ・教育処方 ・医療安全の観点から見たコミュニケーション教育 ・グループワーク、ロールプレイ 等
4	診療放射線技師実習技能研修(放射線部門サブ研修)	副診療放射線技師長及び主任診療放射線技師	53	2日間	12/3～4	国立病院機構本部講堂	放射線業務の把握と病院経営に参画するための専門知識及び経営分析の手法を習得させ、診療放射線技師の資質を高めることにより、診療放射線部門の運営の効率化並びに活性化を図る。	・業務集計及び費用対効果分析(演習) ・フェイスカッション(放射線部門の活性化) ・医療法について 等
6	災害医療研修	災害拠点病院・救急救命センターを有する病院を除く26病棟の医師、看護師(2名)、事務職(1名)	76	1日間	9/4	国立病院機構災害医療センター	災害発生時の多様なケースに対応できる災害医療技術の習得及び向上を図ることを目的とする。	・災害医療概論 ・多数傷病者の受け入れ(机上シミュレーション) ・災害訓練見学及び訓練参加
7	実習指導者講習会	実務経験5年以上の助産師又は看護師で、現在、実習指導者の任にある者又は今後、就任が見込まれる予定者	71	17日間	9/10～10/7	国立病院機構本部講堂及び研修センター	看護教育における実習の意義及び実習指導者としての役割を理解し、効果的な実習指導に必要な知識・技術を修得するとともに、政策医療に関する実習指導のあり方について理解を深める機会とする。	・心理学 ・教育方法 ・実習指導の実際 等
8	実習指導者講習会	実務経験5年以上の助産師又は看護師で、現在、実習指導者の任にある者又は今後、就任が見込まれる予定者	71	12日間	10/26～11/11	関東信越ブロック管内病院	実習体験を通して、看護学生の心理を理解し、実習指導者としての役割と責任を再認識する機会とする。	・実習指導者と看護過程 ・教育評価 ・演習 等
9	実習指導者講習会	実務経験5年以上の助産師又は看護師で、現在、実習指導者の任にある者又は今後、就任が見込まれる予定者	71	12日間	11/26～12/11	国立病院機構本部講堂及び研修センター	看護教育における実習の意義及び実習指導者としての役割を理解し、効果的な実習指導に必要な知識・技術を修得するとともに、政策医療に関する実習指導のあり方について理解を深める機会とする。	・実習指導計画・指導案 ・実習指導の実際(演習) 等
10	医療職(二)・福祉職入キルアップ研修	副薬剤師長、副診療放射線技師長、副臨床検査技師長、主任栄養士、主任理学療法士、主任児童指導員等	63	2日間	9/30～10/1	国立病院機構本部講堂及び各会議室	各部門の中間管理者に対して、将来、各部門の管理者となるために、医療技術者としての意識の高揚及び管理業務の基本知識を習得させ、もって管理者たる責任を有する人材を育成することを目的とする。	・職場管理者として必要なこと ・職種別分科会 ・コーチャング研修 等
11	看護師長等新任研修	新任の看護師長、診療放射線技師長、臨床検査技師長、理学療法士長、事務職(班長、専門職)等	76	3日間	10/13～15	国立病院機構本部講堂及び各会議室	新任の各職種の管理者として、中間管理者としての役割と責任を認識させ、職務遂行に必要な知識・技術・態度を習得させるとともに、管理能力の向上を図ることを目的とする。	・国立病院機構の現状と課題 ・経営管理 ・労務管理 ・職種別分科会
12	副看護師長新任研修	副看護師長3年以上の経験を有し、当該研修(旧厚生局主催を含む)の未受講者	56	2日間	11/12～13	国立病院機構本部研修センター	管理面での知識・技術を高めるとともに、実務研修を通じて看護管理者としての視野を広げ、もって管理能力の向上を図ることを目的とする。	・業務改善とリレーディング ・看護管理の現状と副看護師長に期待すること。 ・問題解決技法の理論と実際(グループ討議を含む) 等
13	副看護師長新任研修	副看護師長3年以上の経験を有し、当該研修(旧厚生局主催を含む)の未受講者	56	3日間	11/16～18	関東信越ブロック管内病院	他施設にて看護管理の実際を学ぶことにより、看護管理者としての視野を広げるとともに、副看護師長としての役割と責任を再認識することを目的とする。	・病棟カンファレンスに参加 ・労務管理・健康管理等の実際を見学 ・看護援助について日常生活援助に参加 等

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
14	医療安全対策研修	次期医療安全管理者に就任が見込まれる看護師長、医療安全活動に従事している医師、薬剤師等	56	3日間	11/16～18	国立病院機構本部講堂	医療安全対策の観点から最新の専門知識・技術の習得及び組織的な取組の実践、医療事故発生時の対応等により、実践的な知識・技術の習得により医療安全管理体制の充実を図ることを目的とする。	・医療安全管理体制に必要な組織づくりとその運営 ・患者参加型の医療安全管理 ・事故発生時の対応 等 ・インシデントレポート分析の意義と考え方（講義） ・事例分析演習（演習・意見交換） ・分析手法の紹介（講義・演習）
15	医療安全対策研修	次期医療安全管理者に就任が見込まれる看護師長、医療安全活動に従事している医師、薬剤師等	56	2日間	11/19～20	国立病院機構本部講堂	医療事故未然防止の観点からインシデントレポート分析の必要性と具体的な事例分析等の演習により医療安全管理体制の充実を図ることを目的とする。	・看護の動向 ・中堅看護師教育の実践（取組み報告） ・グループワーク討議及び発表 等
16	看護職員教育担当者研修	専任の教育担当者、兼任の教育担当者等、及び、今後教育担当者として配置予定の者	47	1日間	10/20	国立病院機構本部講堂	看護職員教育担当者としての役割を認識させ、「看護職員能力開発プログラム」に基づき実践的に実施できる能力を養うことにより、看護教育体制の充実を図る。	・放射線皮膚炎の予防法とケア方法 ・線量計算の基礎と実際（演習） ・照射事故と法令遵守 等
17	診療放射線技師実務者研修	放射線治療業務に従事する診療放射線技師	28	1日間	11/25	国立病院機構本部講堂	放射線治療における専門知識と技術を習得し、各病院での放射線治療に係る医療事故防止対策の充実、放射線強化を図ると共に、放射線同位体元素等による放射線障害防止に関する法律等の知識の習得と職員の意識向上及び法令遵守の徹底を図る。	・経営管理・労基法等について ・業務集計および費用対効果分析 ・共同入札事業 等
18	診療放射線技師研修	放射線業務に従事している主任診療放射線技師、又は臨床経験10年以上の技師	21	2日間	12/2～3	国立病院機構本部講堂及び研修センター	放射線業務の把握と病院経営に参画するための専門知識及び経営分析の手法を習得させ、診療放射線技師の資質を高めるとともに、放射線治療部門の運営の効率化並びに活性化を図る。	・産科領域における危機的出血と緊急輸血 ・ハネルデバイスカクソン 等 ・グループディスカッション 等
19	チーム医療推進のための研修3（輸血）	輸血療法に関わる臨床検査技師、薬剤師及び看護師（医療安全管理担当者）	41	2日間	12/9～10	国立病院機構本部講堂	輸血療法に係る関連職種が、個々の役割及び責務を正しく認識し、必要な知識・技能を習得すると共に、横断的な連携を強化することにより、医療安全の推進に寄与することを目的とする。	・重症心身障害児（者）療育に関する社会的制度 ・国立病院機構における重症心身障害児（者）に対する診療の現状と療育の課題 ・職種別分科会 ・取組発表
20	重症心身障害児（者）療育研修	重症心身障害児（者）の療育に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、児童指導員、保育士	34	2日間	12/16～17	国立病院機構本部講堂	重症心身障害児（者）に対する医療のあり方を職種横断的に認識し、障害者自立支援法における療養介護病棟への移行をスムーズにすると共に、提供される医療・サービスの質の向上を目的とする。	・看護学校の動向と看護教員に期待される役割 ・経営の視点からの学校運営 ・組織における看護教員の位置づけと労務管理 ・グループワーク 等
21	管内附属看護学校教員研修	附属看護学校で3年以上の教員経験を有し、九県の看護教員としての役割を果たしている者	26	1日間	12/25	国立病院機構本部研修センター	国立病院機構における教員の役割を遂行するため、教員としてのあり方を追究し、自己管理能力を育成させると共に、教育上の必要な知識、技術、態度を深化させ、看護基礎教育の均質化及び向上を図る。	・退院調整と訪問看護ステーション（講義） ・退院調整と地域連携 等
22	退院調整看護師養成研修	退院調整看護師養成研修を修了し、現在、退院調整に携わっている看護師・助産師	27	4日間	1/12～15	国立病院機構本部講堂	患者・家族が安心して退院できるよう適切な退院調整に関する実践的能力を向上することを目的とする。	・臨床実習
23	退院調整看護師養成研修	退院調整看護師養成研修を修了し、現在、退院調整に携わっている看護師・助産師	27	10日間	1/18～3/11	関東信越ブロック管内病院	患者・家族が安心して退院できるよう適切な退院調整に関する実践的能力を向上することを目的とする。	・臨床実習
24	退院調整看護師養成研修	退院調整看護師養成研修を修了し、現在、退院調整に携わっている看護師・助産師	27	1日間	3/12	国立病院機構本部講堂	患者・家族が安心して退院できるよう適切な退院調整に関する実践的能力を向上することを目的とする。	・臨床実習後のフォローアップ（事例検討、発表）
25	臨床検査技師実習技能研修2（輸血）	輸血検査に従事している臨床検査技師	32	2日間	2/6～7	国立病院機構本部講堂及び東京文化短期大学	臨床検査技師（輸血検査担当）に対して、輸血治療に関する専門知識及び判断技術を習得させ、輸血の安全性の向上に寄与することのできる臨床検査技師を育成することにより、輸血治療の安全体制の充実を図ることを目的とする。	・造血管細胞移植における血液細胞処理・管理 ・輸血検査の基礎から応用 等 ・輸血療法に伴う副作用 等
26	エキスパートナース研修	認定看護師の資格を有し、認定看護師の業務に携わっている者	43	1日間	2/16	国立病院機構本部講堂	認定看護師に関する最新の知識・技術を習得することにより、業務の効率化と認定看護師としてのモチベーションの向上に寄与することにも、研修を通じて認定看護師間のネットワーク作りを支援することにより、看護サービスの質の向上と魅力的な職場作りを促進させ、ひいては看護師確保対策に寄与することを目的とする。	・認定看護師の役割と期待されること ・専門性を発揮するために組織で活動する上での問題と課題 等 ・分科会
27	小児救急研修	小児救急医療を行っている病院において小児救急を担当する小児科医師、看護師	4	1日間	2/25	国立病院機構下志津病院	小児救急医療における最新の専門知識・技術及び運営手法等を習得させ、小児救急医療の充実を図ることを目的とする。	・包括的な小児救急医療の取組 ・食育アレルギー・アナフィラキシーの診断と治療 ・インフルエンザ脳症の治療 等

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
28	治験研修	治験業務の実務担当者若しくは今後治験業務に携わる予定の実務担当者	38	1日間	3/17	国立病院機構本部講堂	治験に関する専門知識を習得させ、各病院における治験の推進及び治験の質の向上を図ることを目的とする。	・治験を取り巻く最近の話題 ・治験・臨床研究の推進 ・CRCの役割等
29	院内感染対策研修	院内感染対策に携わる医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、事務職員等	92	2日間	3/18～19	国立病院機構東京医療センター	院内感染対策に携わる各職種に対して、感染管理上必要な知識を習得させるとともに、個々の職員の資質向上と関連部門との連携の強化を図ることを目的とする。	・院内感染制御の基本 ・血液媒介感染における感染制御の実際 ・呼吸器感染症における感染制御の実際等
30	労務管理（新任労務担当職員）研修	新任の窓口担当者（管理課長、副看護部長、副総看護師長、庶務（職員）班長）	31	1日間	4/28	国立病院機構本部講堂	新たに窓口担当者となった者に対し労務管理に関する知識等を修得させ、労務管理対策の充実と均質化を図る。	・労働関係法令、Q&A、国立病院機構規程集等を用いての関連講義等。
30	労務管理（新任労務担当職員）研修	新任の窓口担当者（管理課長、副看護部長、副総看護師長、庶務（職員）班長）	4	1日間	7/13	国立病院機構本部講堂	新たに窓口担当者となった者に対し労務管理に関する知識等を修得させ、労務管理対策の充実と均質化を図る。	・労働関係法令、Q&A、国立病院機構規程集等を用いての関連講義等。
30	労務管理（新任労務担当職員）研修	新任の窓口担当者（管理課長、副看護部長、副総看護師長、庶務（職員）班長）	6	1日間	11/13	国立病院機構本部研修センター	新たに窓口担当者となった者に対し労務管理に関する知識等を修得させ、労務管理対策の充実と均質化を図る。	・労働関係法令、Q&A、国立病院機構規程集等を用いての関連講義等。
31	労務管理（窓口担当者）研修	新任労務管理研修を受講済の窓口担当者（管理課長、副看護部長、副総看護師長、庶務（職員）班長）	24	1日間	6/2	国立病院機構本部研修センター	窓口担当者となった者に対し労務管理に関する知識等を修得させ、労務管理対策の向上と充実を図る。	・労働関係法令、Q&A、国立病院機構規程集等を用いての関連講義等。 ・模擬窓口、模擬交渉 ・全体討議等
31	労務管理（窓口担当者）研修	新任労務管理研修を受講済の窓口担当者（管理課長、副看護部長、副総看護師長、庶務（職員）班長）	21	1日間	6/5	国立病院機構本部研修センター	窓口担当者となった者に対し労務管理に関する知識等を修得させ、労務管理対策の向上と充実を図る。	・労働関係法令、Q&A、国立病院機構規程集等を用いての関連講義等。 ・模擬窓口、模擬交渉 ・全体討議等
31	労務管理（窓口担当者）研修	新任労務管理研修を受講済の窓口担当者（管理課長、副看護部長、副総看護師長、庶務（職員）班長）	22	1日間	6/9	国立病院機構本部研修センター	窓口担当者となった者に対し労務管理に関する知識等を修得させ、労務管理対策の向上と充実を図る。	・労働関係法令、Q&A、国立病院機構規程集等を用いての関連講義等。 ・模擬窓口、模擬交渉 ・全体討議等
31	労務管理（窓口担当者）研修	新任労務管理研修を受講済の窓口担当者（管理課長、副看護部長、副総看護師長、庶務（職員）班長）	25	1日間	6/11	国立病院機構本部研修センター	窓口担当者となった者に対し労務管理に関する知識等を修得させ、労務管理対策の向上と充実を図る。	・労働関係法令、Q&A、国立病院機構規程集等を用いての関連講義等。 ・模擬窓口、模擬交渉 ・全体討議等
32	労務管理（窓口担当者）研修	新任労務管理研修を受講済の窓口担当者（管理課長、副看護部長、副総看護師長、庶務（職員）班長）	21	1日間	7/2	国立病院機構本部研修センター	窓口担当者となった者に対し労務管理に関する知識等を修得させ、労務管理対策の向上と充実を図る。	・労働関係法令、Q&A、国立病院機構規程集等を用いての関連講義等。 ・模擬窓口、模擬交渉 ・全体討議等
32	労務管理（窓口担当者）研修	新任労務管理研修を受講済の窓口担当者（管理課長、副看護部長、副総看護師長、庶務（職員）班長）	20	1日間	7/3	国立病院機構本部研修センター	窓口担当者となった者に対し労務管理に関する知識等を修得させ、労務管理対策の向上と充実を図る。	・労働関係法令、Q&A、国立病院機構規程集等を用いての関連講義等。 ・模擬窓口、模擬交渉 ・全体討議等
32	労務管理（窓口担当者）研修	新任労務管理研修を受講済の窓口担当者（管理課長、副看護部長、副総看護師長、庶務（職員）班長）	23	1日間	7/7	国立病院機構本部研修センター	窓口担当者となった者に対し労務管理に関する知識等を修得させ、労務管理対策の向上と充実を図る。	・労働関係法令、Q&A、国立病院機構規程集等を用いての関連講義等。 ・模擬窓口、模擬交渉 ・全体討議等
32	労務管理（窓口担当者）研修	新任労務管理研修を受講済の窓口担当者（管理課長、副看護部長、副総看護師長、庶務（職員）班長）	23	1日間	7/9	国立病院機構本部研修センター	窓口担当者となった者に対し労務管理に関する知識等を修得させ、労務管理対策の向上と充実を図る。	・労働関係法令、Q&A、国立病院機構規程集等を用いての関連講義等。 ・模擬窓口、模擬交渉 ・全体討議等
33	労務管理研修会	窓口担当者（管理課長、副看護部長、副総看護師長、庶務（職員）班長）	76	1日間	3/8	国立病院機構本部講堂	平成22年4月1日より施行される改正労働基準法について、改正点の基本的事項を理解し、全病院の円滑な制度導入を図る。 また、昨今問題となっているパワハラ、いじめに関	・改正労働基準法について関係資料を用いての講義。 ・内部監査及び業務指導の指摘事項についての講義。

○ 平成21年度 研修実施状況調査

【東海北陸ブロック事務所】
平成21年度コース数21、受講者数610名

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
1	事務職員実務研修	実務経験5年未満の事務職員	23	3日間	H21.5.20~5.22	愛知県一宮勤労福祉会館「アイブラザー宮」	各病院に勤務する事務職員について、業務遂行にあたり基本的な法令等の理解を深めるとともに必要な実務を習得し、事務職員としての資質の向上を図ることを目的とする	・関連講義（個人情報保護、経営改善を含む） ・自己課題の解決、表現力・コミュニケーション力の向上を図るためのグループワーク
2	中間管理者研修（I）	新任の副看護師長、主任技師等、係長	74	3日間	H21.6.10~6.12	名古屋医療センター	病院の中間管理者としての役割と責任を自覚し、職務遂行に必要な知識・技能・態度を習得するとともに、部下職員への指導・監督能力の向上を図ることを目的とする	・関連講義（経営改善を含む） ・事例検討 ・アサーティブ・トレーニング
3	中間管理者研修（II）	新任の看護師長、技師長等、班長、専門職、教員	43	3日間	H21.7.6~7.8	名古屋医療センター	病院の中間管理者としての役割と責任を認識し、職務遂行に必要な知識・技能・態度を習得するとともに、部下職員への指導・監督能力の向上を図ることを目的とする	・関連講義（経営改善を含む） ・事例検討 ・コーチング
4	新任窓口担当者研修	新任窓口担当者（管理課長、副看護部長、副総看護師長、班長）	13	2日間	H21.4.16~4.17	名古屋医療センター	各病院の新任窓口担当者に対し、預行の特定独立行政法人等の労働関係に関する法律、労働組合法、労働基準法等に関する基礎知識を習得させることにより、日頃の勤務時間管理を含めた労務管理が適正に行なわれるよう各病院における体制の構築並びに意識の高揚を図ることを目的とする	・労働関係法令、就業規則等の講義 ・窓口を実践してもらうための事例検討、議題整理（班別討議）
5	労務管理研修	窓口担当者（管理課長、副看護部長、副総看護師長、班長）	37	2日間	H21.7.13~7.14	名古屋医療センター	各病院の窓口担当者を対象として、労務管理に関する実践的な研修を実施させることにより、窓口担当者のスキルアップを図るとともに、各病院の勤務時間管理を言及した労務管理が適切に行われるよう体制の構築を図ることを目的とする	・労働関係法令、就業規則等の講義 ・勤務時間管理等の事例検討（班別討議）
6	医療安全管理研修	医長、技師長等、看護師長、専任RM、課長等、教員	25	5日間	H22.1.25~1.29	名古屋医療センター	病院内の医療安全管理体制を再確認し、医療安全文化を根付かせるとともに、医療安全管理責任について自覚をもつこと等を目的とする	・関連講義（病院の言葉をわかりやすくする提案） ・RCA分析 ・患者対応のロールプレイ 等
6	医療安全管理研修	医長、技師長等、看護師長、専任RM、課長等、教員	11	2日間	H22.1.25~1.26	名古屋医療センター	病院内の医療安全管理体制を再確認し、医療安全文化を根付かせるとともに、医療安全管理責任について自覚をもつこと等を目的とする	・関連講義（病院の言葉をわかりやすくする提案） ・患者対応のロールプレイ
6	医療安全管理研修	医長、技師長等、看護師長、専任RM、課長等、教員	19	3日間	H22.1.27~1.29	名古屋医療センター	病院内の医療安全管理体制を再確認し、医療安全文化を根付かせるとともに、医療安全管理責任について自覚をもつこと等を目的とする	・関連講義 ・RCA分析 ・研修計画の作成 等
7	クリティカルパス研修	医師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、作業療法士、管理栄養士、看護師、事務職員及び医療社会事業専門員	50	2日間	H22.2.26~2.27	名古屋医療センター	クリティカルパスの基本概念と必要性を理解し、自施設におけるクリティカルパスの活用を推進及び医療の質の向上を図ることを目的とする	・関連講義 ・クリティカルパス推進のためのグループワーク ・バリエーション分析 等
8	「医療従事者のための教育研修」指導者講習会	臨床経験7年程度の医師及び副指導者講習会看護師長、班長、教員	39	3日間	H21.10.28~10.30	名古屋医療センター	臨床研修指定病院（及び今後の指定を予定している病院）において、職種横断的な教育・研修体制による臨床研修の質の向上、均質化及び人材育成の強化を図るために、指導者が自らの役割を認識するとともに教育原理を身に付けることを目的とする	・関連講義 ・研修計画の作成 ・ロールプレイ（医療面接） 等
9	助産師・看護師実習指導者講習会	実務経験5年以上の助産師及び看護師	30	38日間	H21.8.18~10.9 H21.12.14~12.15	名古屋医療センター	看護教育における実習の意義及び実習指導者としての役割を理解し、効果的な実習指導ができるように必要な知識・技術を習得させることを目的とする	・関連講義 ・施設実習 ・事例検討 等
10	診療放射線技師研修	臨床経験10年以上の診療放射線技師	16	2日間	H22.2.25~2.26	名古屋医療センター	関連講義のほかに、医療法等に基づき申請業務等の演習を通して放射線診療業務全般に関する専門的な知識を習得させ、臨床業務及び管理業務の均質化と向上を図ることを目的とする	・関連講義 ・研修計画の作成 ・患者介助の実習
11	退院調整看護師養成研修	看護師等	16	5日間	H21.5.19~5.22 H21.10.27	名古屋医療センター	臨床で退院調整プロセスを経験することにより、退院調整看護師の役割を明確に認識し、今後の課題を明確にする。また、退院後の患者の生活の場を理解するとともに、地域におけるケアサービスとの仕組みを把握し、医療機関と施設との連携の重要性を認識できることを目的とする	・関連講義 ・施設実習 ・事例検討 等
12	チーム医療推進のための研修（NST）	臨床経験5年以上の薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、看護師	5	5日間	H21.11.9~11.13	金沢医療センター	NST活動のために必要な高度・専門的知識及び各職種間の連携の必要性を認識させることにより、機構病院全体における栄養管理体制の均質化の推進及び医療の質の向上を図ることを目的とする	・関連講義 ・NSTカンファレンス 等
13	チーム医療推進のための研修（がん）	臨床経験7年以上の医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床心理士及び医療社会事業専門員等	26	2日間	H21.11.5~11.6	名古屋医療センター	がん診療で求められる緩和医療に関する知識及び各職種間の連携の必要性を認識させるとともに、コミュニケーション能力を向上させることにより、機構病院全体における患者に対する緩和医療体制の均質化の推進及び医療の質の向上を図ることを目的とする	・関連講義 ・ロールプレイ（コミュニケーション技術） ・コンサルテーションの見直し 等

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
14	病院管理・経営研修	診療部長、医長、課長、副看護部長、技師長等、看護部長、班長、専門職、教員	44	2日間	H21.11.25～11.26	名古屋医療センター	経営管理及び分析等を実施する立場として、病院運営に必要な知識、技能を習得させることを目的とする	・関連講義 ・事例検討
15	院内教育担当者研修	教育担当師長（専任・兼任）または、院内教育担当責任者の任にある副看護部長、副総看護師長、看護師長	19	1日間	H22.2.19	名古屋医療センター	看護職員教育担当者としての役割を認識し、看護職員能力開発プログラムに基づく教育研修が実施できる能力を習得することで、看護教育体制の均質化と向上を図ることを目的とする	・関連講義 ・事例検討
16	臨床検査技師実習技能研修	臨床検査技師	1	3日間	H21.9.30～10.2	名古屋医療センター	専門的な資格（各種認定資格等）による検査・研究の質の保証とその水準の向上を目指す取得及び必要とする知識修得と技術向上を目的とし、個々のスキルアップとともに、チーム医療の推進及び医療安全に貢献することを目的とする	・関連講義 ・実習（細胞診）
16	臨床検査技師実習技能研修	臨床検査技師	2	3日間	H21.10.5～10.7	三重中央医療センター	専門的な資格（各種認定資格等）による検査・研究の質の保証とその水準の向上を目指す取得及び必要とする知識修得と技術向上を目的とし、個々のスキルアップとともに、チーム医療の推進及び医療安全に貢献することを目的とする	・関連講義 ・実習（細胞診）
17	臨床検査技師実習技能研修	臨床検査技師	3	6日間	H21.10.1～11.5	金沢医療センター	専門的な資格（各種認定資格等）による検査・研究の質の保証とその水準の向上を目指す取得及び必要とする知識修得と技術向上を目的とし、個々のスキルアップとともに、チーム医療の推進及び医療安全に貢献することを目的とする	・関連講義 ・実習（超音波検査）
17	臨床検査技師実習技能研修	臨床検査技師	3	6日間	H21.10.1～11.5	名古屋医療センター	専門的な資格（各種認定資格等）による検査・研究の質の保証とその水準の向上を目指す取得及び必要とする知識修得と技術向上を目的とし、個々のスキルアップとともに、チーム医療の推進及び医療安全に貢献することを目的とする	・関連講義 ・実習（超音波検査）
17	臨床検査技師実習技能研修	臨床検査技師	2	6日間	H21.11.12～12.17	名古屋医療センター	専門的な資格（各種認定資格等）による検査・研究の質の保証とその水準の向上を目指す取得及び必要とする知識修得と技術向上を目的とし、個々のスキルアップとともに、チーム医療の推進及び医療安全に貢献することを目的とする	・関連講義 ・実習（超音波検査）
17	臨床検査技師実習技能研修	臨床検査技師	2	6日間	H21.10.1～11.5	三重中央医療センター	専門的な資格（各種認定資格等）による検査・研究の質の保証とその水準の向上を目指す取得及び必要とする知識修得と技術向上を目的とし、個々のスキルアップとともに、チーム医療の推進及び医療安全に貢献することを目的とする	・関連講義 ・実習（超音波検査）
18	臨床検査技師実習技能研修	臨床検査技師	3	3日間	H21.10.21～10.23	静岡でんかん・神経医療センター	専門的な資格（各種認定資格等）による検査・研究の質の保証とその水準の向上を目指す取得及び必要とする知識修得と技術向上を目的とし、個々のスキルアップとともに、チーム医療の推進及び医療安全に貢献することを目的とする	・関連講義 ・実習（脳波検査）
19	臨床検査技師実習技能研修	臨床検査技師	6	1日間	H22.1.19	金沢医療センター	専門的な資格（各種認定資格等）による検査・研究の質の保証とその水準の向上を目指す取得及び必要とする知識修得と技術向上を目的とし、個々のスキルアップとともに、チーム医療の推進及び医療安全に貢献することを目的とする	・関連講義（院内感染防止対策を含む） ・実習（細菌検査）
19	臨床検査技師実習技能研修	臨床検査技師	4	1日間	H21.11.13	静岡医療センター	専門的な資格（各種認定資格等）による検査・研究の質の保証とその水準の向上を目指す取得及び必要とする知識修得と技術向上を目的とし、個々のスキルアップとともに、チーム医療の推進及び医療安全に貢献することを目的とする	・関連講義（院内感染防止対策を含む） ・実習（細菌検査）
19	臨床検査技師実習技能研修	臨床検査技師	7	1日間	H21.12.15	名古屋医療センター	専門的な資格（各種認定資格等）による検査・研究の質の保証とその水準の向上を目指す取得及び必要とする知識修得と技術向上を目的とし、個々のスキルアップとともに、チーム医療の推進及び医療安全に貢献することを目的とする	・関連講義（院内感染防止対策を含む） ・実習（細菌検査）
19	臨床検査技師実習技能研修	臨床検査技師	5	1日間	H21.11.26	三重中央医療センター	専門的な資格（各種認定資格等）による検査・研究の質の保証とその水準の向上を目指す取得及び必要とする知識修得と技術向上を目的とし、個々のスキルアップとともに、チーム医療の推進及び医療安全に貢献することを目的とする	・関連講義（院内感染防止対策を含む） ・実習（細菌検査）
20	看護教員実務研修	看護教員	60	1日間	H21.8.10	名古屋看護助産学校	教員同士が職場を離れて相互に研鑽し、教育・指導能力の充実と向上を図ることを目的とする	・学校評価における講義 ・学校評価にかかわるグループワーク
21	工事監理マニュアル研修	施設で工事が行われる場合に監督職員及び監督職員補助者となりうる者	22	1日間	H22.1.22	七尾病院	本館事務部整備課施設整備室作成の工事監理マニュアルの内容について研修を行い、病院職員による工事監理を充実させ、建物整備の質を向上させることを目的とする	・関連講義 ・工事現場における実地検査の解説

○ 平成21年度 研修実施状況調査

【近畿ブロック事務所】

平成21年度コース数41、受講者数1,232名

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
1	医療安全管理研修	医療安全管理室長、医療安全管理係長、事務職員等医療安全管理担当者等	41	1日間	5/14	大阪医療センター 教育研修棟	院内におけるクレーム対応について事例検討することと必要な知識を習得させ、医療安全管理体制の充実と均質化を図る。	・病院におけるクレーム対応について事例討議 ・民間病院におけるコンフリクト・マネジメントの現状について講義
2	勤務時間管理研修	新任看護師長	23	1日間	5/15	大阪医療センター 教育研修棟	中間監督者としての看護師長の役割を認識し、職務遂行に必要な知識を習得し実務上の勤務時間管理に資する。	・労基法と労働条件について講義 ・勤務時間管理について講義 ・勤務割振について講義 等
3	訟務実務研修会	訟務事務、マスコミ対応を担当（予定）する職員	31	1日間	5/28	大阪医療センター 教育研修棟	院内暴力等に対する対応及び訴訟遂行時の国立病院機構内の報告等職務遂行に必要な知識を習得させ、訟務体制の均質化と向上を図る。	・院内暴力等への対応について講演 ・準備書の作り方について講義 ・準務面における機構本部への報告等について講義 等
4	退院調整看護師養成研修会	専任又は併任で退院調整に携わっている看護師	21	5日間	5/19～22・9/18 6/1～9/17 (時施設等で10日実習)	大阪医療センター 教育研修棟	患者・家族が安心して退院できるように退院調整が実践できるような能力を習得する。	・退院調整に必要な社会保障制度に関する知識と実際について講義 ・退院調整の意義・目的・プロセス・社会資源の活用方法について講義 ・看護師が行う退院調整の特徴・機能と役割・看看連携の効果について講義
5	新任労務管理研修	新任労務管理担当者	16	2日間	5/21～22	近畿ブロック事務所	窓口担当者となった者に対して、円滑な労使交渉を行い健全な労使関係が構築できるように、実践的な研修を行い実務上の労務管理に資する。	・労基法、特労法等について講義 ・労働組合の動向について講義 ・模擬窓口 等
6	新採用事務職員研修	H20.10.1以降常動採用の事務職員	17	2日間	5/28～29	近畿ブロック事務所	採用時研修の実施により、国立病院機構の事務職員として必要とされる知識・技術の習得及び職業人意識を醸成する。	・コミュニケーションスキルの実習 ・事例研究 等
7	N.S.T実習技能研修<実地研修>(チーム医療推進のための研修1)	5年以上の勤務年数を有する薬剤師、管理栄養士、看護師、臨床検査技師	7	5日間	6/1～5	大阪医療センター	栄養療法サポートチーム(N.S.T)専門療法士の認定資格を得ることにより、栄養サポートチーム(N.S.T)の質的向上と均一化を推進する。	・N.S.Tについて実習 ・栄養評価(SGA)について講義 ・チームで行う栄養管理について講義 等
8	保健師助産師看護師実習指導者講習会	実習指導の任にあたる者若しくはその予定にある者 機構において実務経験5年以上の者	51	48日間	6/2～7/24 8/89～9/10	大阪医療センター 教育研修棟	対象の尊厳・人格を尊重し、知識に基づいた看護実践を行うと共に教育的関わりがでできる実習指導者を育成する。	・教育課程について講義 ・医療安全について講義 ・演習 等
9	新任教員研修(Ⅰ期)	近畿ブロック並びに東海北陸ブロック所属病院付属看護(助産)学校のH21.4.1以降採用の教員	16	2日間	6/12	大阪医療センター 教育研修棟	看護教員の役割を認識するとともに、意図交換を通して、看護教育者としての教育感を育成する。	・メンタルヘルスについて講義 ・メンタルヘルスについて演習 等
10	新任教員研修(Ⅱ期)	近畿ブロック並びに東海北陸ブロック所属病院付属看護(助産)学校のH21.4.1以降採用の教員	15	2日間	9/16	大阪医療センター 教育研修棟	看護教員の役割を認識するとともに、意見交換を通して、看護教育者としての教育感を育成する。	・新任看護教員に期待することについて講義 等
11	事務職員2年目研修	H19.4.2～H20.4.1の間に常勤職員として採用された事務職員	13	2日間	6/18～19	大阪医療センター 教育研修棟	職員として必要とされる知識・技術の習得。業務に対する積極性・責任感を養うと共に、新人研修からの成長度合を図る。	・薬剤部門等の現状について講義 ・事例研究 等 ・班別討議
12	会計業務担当者研修	施設整備事務担当者(業務班長又は契約係長等) ②契約事務担当者(企画課職員等)	46	1日間	6/29	大阪医療センター 緊急災害医療棟	「建物整備は経営改善の一つの手段」という考え方の下、設備投資の質向上、事務処理の効率化等、本部、ブロック及び病棟の組織間の情報流通の責任を果たすべく、会計事務職員のレベル向上を図る。	・コンプライアンスに基づく契約事務について講義 ・建物整備による経営改善手段について講義 ・施設整備事務取扱要領のポイントについて講義 等
13	新任中間監督者研修	H21.7.2以降新たに、以下の役割に承認した者(新任班長・専門職、医療職(二)主任、看護師長、教員)	77	2日間	7/6～7	大阪医療センター 教育研修棟	新任中間監督者として必要とされる知識、技術等の習得を図る。	・管内病院の現状と課題について講義 ・経営改善について講義 ・班別討議 等

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
14	新任班長・専門職研修	新任班長・専門職	12	1日間	7/8	近畿ブロック事務所	中間監督者として必要とされる専門的知識や技術等の習得を図り、コミュニケーション能力・プレゼンテーション能力等の向上を図る。	・医療安全、医事業務について講義 ・経路病院実地研修受講結果について講義 ・経営改善の取り組みについて演習 等
15	新任看護師長研修	新任看護師長	28	1日間	7/8	大阪医療センター 教育研修棟	グループワークを通して、セルフマネジメントを理解すること及び自分の役割における、セルフエネハワメントの考え方を学ぶことを目的とする。	・部下のメンタルヘルズへの管理職の対応法 ・病棟単位における組織としての課題と対策 についてグループワーク
16	会計業務担当者研修（診療報酬管理）	診療報酬管理及び診療費管理業務を担当する医事担当者、財務管理担当者	36	1日間	1/14	大阪医療センター 教育研修棟	診療報酬管理に携わる担当者としての役割を認識し、職務遂行に必要な知識を習得するとともに、具体的事例に基づき事例研究等実務的な研修を行うことにより、適正な診療報酬管理に資する。	・医療未収金管理の基礎について講義 ・改善未収金管理における現状と問題点及び改善方策について事例研究 ・診療報酬管理の実際について講義 等
17	新任医事専門職係長研修	H21.4以降に、新たに医事専門職及び医事担当係長となった者	14	2日間	7/16 10/16	近畿ブロック事務所	院内における医事部門の役割を理解し、関係法令等業務遂行に必要な知識を身に付けるとともに、病院経営の根幹をなす診療報酬請求事務の重要性について認識を深め、適切に業務を管理していくうえで必要な専門的知識を習得することにより、医事部門の強化に資することを目的とする。	・医事専門職・係長の役割について講義 ・医事関係法令について講義 ・委託業務管理の問題点について事例討議 等
18	輸血技術研修（実地研修）	臨床検査技師で輸血業務を担当（予定）する者	8	3日間	7/22～10/23 （うち3日間）	大阪医療センター 京都医療センター 国立循環器病センター	輸血管理業務に必要とされる知識及び技術を習得し、輸血療法の質的向上を目指す。	・A B O血液型検査について実習 ・R t h血液型検査について実習 ・交差適合試験について実習 等
19	治験研修	治験実施（予定）の近畿ブロック管内の医療機関に勤務する職員	80	1日間	7/23	大阪医療センター 講堂、研修室	1) 治験を含む臨床研究を推進する上で必要な最新情報をブロック内で共有する。 2) 治験実施病院は、近畿ブロックにおける治験実施上の問題点を明確にし、改善案を具体的に検討する。 3) 治験実施予定病院は、近畿ブロックにおける治験実施上の問題点を認識し、当該病院の治験受け入れの際に参考とするとともに実施病院との連携を図る。	・新GDP完全施行から11年、近畿ブロックの治験体制はどう変わったかについて ハネルデイスカレッジ ・治験事務局（治験管理室）のインパクトについて講義 ・院内におけるCRCのインパクトについて講義 等
20	3年以上教員研修	3年以上の看護教員	28	1日間	7/31	大阪医療センター 教育研修棟	看護学教員としての自己の役割や課題を明確にし、教育者としての質的向上を図る	・現状と課題についてグループ討議 ・学校組織の改善に向けてについて講義
21	淡路青年共同宿泊研修	原則として28歳以下の者	47	4日間	10/6～9	国立淡路青少年交流の家	計画的な共同生活をとおし、友愛心・連帯感・協調性を養い、自己の役割及び立場の自覚を促すことを目的とする。	・コミュニケーションスキルの実習 ・個別討議 ・国立病院機構の現状と課題等について講義 等
22	教育担当看護師長研修	専任又は併任の教育担当（副）看護師長 ※向名配置の場合については看護師長	21	2日間	10/7～8	大阪医療センター 教育研修棟	看護職員への系統的な教育を目的とした教育方法の検討や教育担当者として実践能力の向上を図る。	・教育担当者としての現在の課題と今後の活動について ・現実的な研修の企画立案について講義 ・今後の方向性についてリフレクション 等
23	副看護師長新任研修	H20.10.1以降に副看護師長となった者	55	2日間	10/14～15	大阪医療センター 教育研修棟	中間監督者としての副看護師長の役割を認識し、職務遂行に必要な知識を習得するとともに、管理能力の向上を図る。	・国立病院機構の動向について講義 ・勤務時間管理について講義 ・スタッフの指導のためのコーチングについて講義・演習 等
24	人事給与担当者研修（第一部（給与関係））	H20.10.1以降に人事給与実務担当者となった者及びその他希望者	22	2日間	10/26～27	大阪医療センター 教育研修棟	人事給与と制度の頻繁な改正実施に対し改正の経緯を含めた理解を深め新任担当者のフォローを図るとともに、給与制度の運用について更なる習熟を図る。	・各手当について事例演習 ・昇任・復職時調整について講義 ・勤務時間管理について講義 等
25	人事給与担当者研修（第二部（人事関係））	H20.10.1以降に人事給与実務担当者となった者及びその他希望者	16	1日間	10/28	大阪医療センター 教育研修棟	人事給与と制度の頻繁な改正実施に対し改正の経緯を含めた理解を深め新任担当者のフォローを図るとともに、給与制度の運用について更なる習熟を図る。	・初任給決定について事例演習 ・退職手当について事例演習 ・研修効果判定テスト 等
26	チーム医療推進のための研修（輸血）	輸血療法に従事する薬剤師、臨床検査技師、看護師	44	2日間	10/27～28	大阪医療センター 教育研修棟	輸血業務に必要とされる専門的知識及び関連職種間連携業務技術等を習得し、輸血医療安全管理体制の充実及び均質化を図りチーム医療を推進する。	・緊急時輸血における輸血療法及び輸血管理システムについて講義 ・輸血療法に伴う副作用について講義 ・内科系における輸血療法について講義 等

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
27	放射線治療研修(実地研修)	診療放射線技師で放射線治療を担当(予定)している者	10	2日間	11/7(共通)、11/10,11,17,18のうち1日1日の計2日間	京都医療センター	放射線治療施設における放射線治療部門の精度管理及び安全使用を徹底するべく業務担当の診療放射線技師を対象に基本的な日常の精度管理と装置の安全取扱、そして、放射線治療の流れを再確認することにより線量評価の統一を目指し、放射線治療精度のアップを図る事を目的とする。	・吸収線量測定の基本について講義 ・吸収線量測定について実習 ・放射線治療における動向について講義 等
28	小児救急研修	小児の救急医療を担当する医師、看護師	23	1日間	11/14	神戸医療センター会議室	小児救急における最新の専門的知識、技術及び運営手法等を得させ、ブロック内各病院における小児救急医療の充実を図る。	・小児救急でみられる主要徴候について講義 ・小児の痙攣について講義 ・小児救急におけるトリアージについて講義 等
29	チーム医療推進のための研修(がん化学療法)	がん化学療法の経験を有する医師、薬剤師、看護師	32	2日間	11/16~17	大阪医療センター教育研修棟	質の高い安全で安心ながん化学療法の提供体制が構築され、医療安全対策の充実強化に繋げる。	・チーム医療における薬剤師の役割について講義 ・チーム医療における看護師の役割について講義 ・がんチーム医療のコーディネイトについて講義 等
30	診療放射線技師研修	入職10年程度の経験を有する診療放射線技師	17	2日間	11/24~25	大阪医療センター教育研修棟	放射線診療業務全般に関する基本的・専門的な知識と技術を得させ、臨床業務及び管理業務の均質化と向上を図る。	・放射線部門における画像情報管理について講義 ・災害医療における診療放射線技師の役割について講義 ・患者接遇とリスクマネージメントについて講義 等
31	治療研修「治療等受託研究事務研究会」	受託研究・公費臨床研究の事務を取り扱う(予定)者	33	1日間	11/24	大阪医療センター緊急災害医療棟	受託研究費を円滑に運用するために必要な知識を修得し適正な取扱に資する。また、治療事務取扱案上の問題点を明確にし、具体的改善策を検討する。	・治療の仕組みの基礎知識について講義 ・受託研究の契約から研究費執行までの流れについて講義 ・受託研究費の支出管理について講義 等
32	マンモグラフィ研修(実地研修)	本年度に検診マンモグラフィ認定試験並びにランニングテストを受験する予定の診療放射線技師	9	1日間	12/1,8(うち1日間)	京都医療センター 大阪医療センター 大阪南医療センター	マンモグラフィ撮影認定資格の取得とスキルアップを目的とし、マンモグラフィ検診認定施設において、認定技師による教育・訓練を中心とした認定資格取得に向けた実地研修を行う。	・乳房×線診断装置管理について実習 ・患者接遇技術について実習 ・画像評価技術について実習 等
33	医療安全管理研修会(養成コース:A日程)	医療安全係長(医療安全管理者)の候補	30	3日間	12/7~9	大阪医療センター教育研修棟	医療安全に関する職員への教育・研修、情報の収集と分析・対策の立案、事故発生時の初動対応、再発防止策立案、発生予防および発生した事故の影響拡大の防止等、医療安全管理者に必要な知識・技術等を得させ、医療安全管理体制の均質化と充実を図る。	・医療安全の基礎知識・制度について講義 ・医療安全管理者の業務実際について講義 ・根本原因分析(RCA)について事例討議 等
34	医療安全管理研修会(一般コース:B日程)	医療安全係長(医療安全管理者)の候補並びに医療安全推進担当者としての実務経験のある者(医師、看護師、コメディカル)	36	2日間	12/10~11	大阪医療センター教育研修棟	医療事故防止及び自己発生時の対応に必要な知識を習得し医療安全管理能力の向上を図る。	・医療現場におけるトランプルの実態について講義 ・各職種から見た医療安全について講義 ・法から見た医療安全における院内事故調査報告書の作り方について講義 等
35	新採用事務職員研修	H21.10.1以降常勤採用の事務職員	11	2日間	12/3~4	近畿ブロック事務所	採用時研修の実施により、国立病院機構の事務職員として必要とされる知識・技術の習得及び職業人意識を醸成する。	・コミュニケーションスキルの実習 ・事例研究 ・班別討議 等
36	インフォームド・コンセント研修	医師、コメディカル、看護師	44	1日間	12/17	姫路医療センター第1会議室	インフォームド・コンセントに関する最新・高度の知識等を修得する目的で、メデイケーションに基づき具体的な事例についてロールプレイを交え検討し、臨床現場での問題解決の新しい手法としての方法を学ぶ。	・インフォームド・コンセントとメデイケーションについて総合講義 ・インフォームド・コンセントについてロールプレイ
37	クリティカルパス研修	全職種	81	1日間	12/18	近畿中央胸部疾患センター 講堂	がん治療と地域連携でのクリティカルパスの活用について、情報・意思交換を行うことで更なるクリティカルパスの推進により、医療の質的向上を目指す。	・クリティカルパス大会 ・クリティカルパスの現状についてシンポジウム ・がん診療における入院パスと連携パスの必要性について講演 等
38	臨床研修指導医養成講習会	近畿ブロック所属病院に勤務する概ね5年以上の臨床経験を有する医師	39	2日間	1/29~30	大阪医療センター教育研修棟	臨床研修プログラムの立案、推進及び臨床研修医の育成能力を習得させ、臨床研修の質の充実及び均質化と向上を図る。	・基本臨床能力についてグループ討議 ・注射と神経障害について講義 ・研修目標の作成についてグループ討議 等
39	治療スキルアップ研修	治療業務に携わっている(予定者含む)職員	28	1日間	2/9	大阪医療センター緊急災害医療棟	治療を含む臨床研究を推進する上で、被験者の倫理面を最大限考慮できる体制を確立することを目的とする。	・医法研治療補償ガイドラインの改定ポイントについて講義 ・臨床研究に関する各主要賠償責任保険について講義 ・補償発生時の医療機関の対応の実際について講義 等

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
40	院内感染対策研修	医師、薬剤師、検査技師、看護師	35	1日間	2/26	近畿中央胸部疾患センター 研修棟	院内感染防止対策に関する基礎知識及び技術（標準予防策）を習得させ、ブロック内病院における院内感染防止体制の充実を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 院内感染を起こす微生物と検査室の対応について講義 院内感染対策総論について講義 結核の院内感染対策について講義 等
41	薬剤師実習技能研修	認定実務実習指導薬剤師（もしくは指導担当薬剤師）	19	2日間	2/23～24	大阪医療センター 教育研修棟	6年制薬学教育における必修科目である長期実務実習を22年度から受託するにあたり、実習指導体制及び実務実習モデル・コアカリキュラムの具体的実施方法について検討し、標準的実習指導カリキュラムの構築及び指導内容の標準化を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 薬学教育実務実習の実施方法について講義 薬学6年制病院実務実習手順書（例）の紹介と解説について講義 薬学生受入体制標準化（案）作成について講義 等

○ 平成21年度 研修実施状況調査

【中国四国ブロック事務所】
平成21年度コース数42、受講者数1,319名

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
1	業績評価制度研修	平成22年4月1日に業績評価の評価者となる予定者(全職種)	46	1日間	3/25	中国四国ブロック事務所	業績評価制度の運用にかかるより一層の定着を図る	<ul style="list-style-type: none"> 業績評価制度の概要 業績評価制度の実施について 業績評価運用上の問題点について 遭遇研修 班別討議 研修等の講義 等
2	新採用事務職員研修会	平成20年4月2日以降に採用された事務職員	22	4日間	5/19~22	中国四国ブロック事務所	医療人としての基本的な知識と、国家公務員としての基本的なルールを理解することにより、国立病院機構の理念に沿った職員を育成するため	<ul style="list-style-type: none"> 扶養手当(事例研究) 住居手当(事例研究) 通勤手当(事例研究) 等
3	給与実務担当者研修会	給与実務担当者	22	2日間	9/17~9/18	中国四国ブロック事務所	国立病院機構における給与実務に関する知識等を深め、業務の均質化と向上及び充実に資するため	<ul style="list-style-type: none"> 新採用の皆さんに期待するもの 機構の概要 医療事故と責任 機構の経営状況 等
4	医療職Ⅱ・福祉職新採用職員研修会	医療職(Ⅱ)及び福祉職の職員のうち平成20年6月以降の採用者	122	3日間	5/28~30	中国四国ブロック事務所	I:組織の一員としての自覚を持たせる II:医療従事者としての接遇・面接技法の基本をマスターする III:施設・職種を超えたコミュニケーションを計る	<ul style="list-style-type: none"> 看護の動向 看護管理 労務管理 看護管理者の経営参画
5	副看護師長研修会	副看護師長のうち、昇任後6ヶ月以上で当研修会未受講者	54	5日間	6/15~19	中国四国ブロック事務所	独立行政法人国立病院機構の施設運営にあたり、副看護師長の業務遂行に必要な諸事項を学ぶとともに、中間管理者としての能力開発をする。	<ul style="list-style-type: none"> メンタルヘルスサポート術 目標管理 チーム別討議 看護の動向
6	看護師長研修会	看護師長のうち、昇任後6ヶ月~1年6ヶ月までの当研修会未受講者	27	4日間	11/24-27	中国四国ブロック事務所	中間管理者として自らの課題を明確にし、施設運営に必要な能力開発と、戦略的、主体的に行動できる能力を養う。	<ul style="list-style-type: none"> 医療安全のための組織的な取り組みの実際 医療安全の実践に必要なスキル 医療安全の基本的な考え方(講義及び意見交換) グループ討議 等
7	医療安全対策研修会Ⅰ	医師、看護師、医療職(Ⅱ)	38	5日間	6/22-26	中国四国ブロック事務所	病院における医療安全管理に携わる者として、業務遂行に必要な知識、技術の習得を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 院内暴力に立ち向かう基本姿勢 院内暴力に対する法的対応策 グループワーク(患者・家族からの暴力への対策) メディアエージェンシーの基本的考え方・実例(ロールプレイ含む)
8	医療安全対策研修会Ⅱ	医療安全管理係長	37	2日間	12/17-18	中国四国ブロック事務所	研修者が院内暴力に対応するための基礎知識及び実践事例を学習し、自病院において上記の課題を解決するため、具体策を立案し提案し提言できることを目的とする。	<ul style="list-style-type: none"> 院内暴力に立ち向かう基本姿勢 院内暴力に対する法的対応策 グループワーク(患者・家族からの暴力への対策) メディアエージェンシーの基本的考え方・実例(ロールプレイ含む)
9	院内感染対策研修会	医師、看護師、その他職種	39	2日間	2/22-23	東広島医療センター	ICT活動に携わる各職種の取り組み、問題点などについて情報交換し、院内感染対策の向上を図る。また、新型コロナウイルス対応に関する講義・対応例を通じ、最新の情報の共有化を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 新型コロナウイルス感染症と検査について 新型コロナウイルスの症例と対策 ICT活動実践のポイント グループワーク 等
10	小児救急研修会(岡山会場)	医師、看護師、その他の職種で小児救急医療に携わる者	16	3日間	11/19-21	岡山医療センター	独立行政法人国立病院機構の施設運営にあたり、昨今の小児救急医療に対する医療の重要性及び社会的要望の増大に係る知識、技能、対応の向上を図ることを目的とする。	<ul style="list-style-type: none"> けいれん性疾患と応急処置 児童虐待と医療機関のかかわり 子どもへの説明とリハビリテーション 呼吸器疾患と応急処置 等
11	小児救急研修会(香川会場)	医師、看護師、その他の職種で小児救急医療に携わる者	16	2日間	2/18-19	香川小児病院	独立行政法人国立病院機構の施設運営にあたり、昨今の小児救急医療に対する医療の重要性及び社会的要望の増大に係る知識、技能、対応の向上を図ることを目的とする。	<ul style="list-style-type: none"> 小児救急における先天性代謝異常症 小児救急におけるトリアージ 小児救急における眼科的疾患 熱傷に対する対応 等
12	治療研修会	治療に関与するCRC、薬剤師、看護師、検査技師、放射線技師、事務職員等	40	2日間	11/13-14	ウエルサンピア福山(福山市)	独立行政法人国立病院機構における治療推進のために、治療経験の少ない職員を対象に実際の治療業務に関する知識の習得及びスキルアップを目的とする。また、施設を越えたネットワークを構築し、治療業務の推進を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 治療を推進するために 治療管理システム・研究費の取り扱い グループワーク 国際共同治療の現状と課題 等

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
13	クリティカルパス研修会	医師、看護師、コメディカル、MSW	42	2日間	2/25-26	福山市生涯学習プラザ(福山市)	地域医療連携パスに関する実践事例を学習し、自病院における地域医療連携及びクリティカルパスの推進の計画を立案し実践することを目的とする。	・地域連携パスの基礎と実践 ・モデル地域連携パスの提示 ・シンポジウム 等
14	「ファーム」コンセプトに関する研修会 I	医師、看護師	34	2日間	7/10-11	中国四国ブロック事務所	説明と同意に関する基礎知識及び訴訟事例を学習することにより、構構病院の体制整備の充実を図ることを目的に実施する。	・ICにおけるチーム医療の重要性 ・説明同意が関与した訴訟事例の検討 ・グループワーク 等
15	「ファーム」コンセプトに関する研修会 II	医療倫理に関する体制整備について関係している者	27	2日間	10/9-10	中国四国ブロック事務所	研修者が医療倫理コンサルテーションの基礎知識及び実践事例を学習し、自病院において上記の目標を達成するため、計画を立案し実践できることを目的とする。	・医療倫理コンサルテーションの考え方 ・医療倫理コンサルテーションの体制整備の実態 ・第2期中期計画で求められる医療倫理に関する体制整備
16	臨床研修指導医養成研修会	医師	36	3日間	1/14-16	関門医療センター	臨床研修プログラムの立案、推進及び臨床研修指導医の育成能力を習得させ、中国四国ブロック内における臨床研修指導体制の充実及び均質化の向上を図ることを目的とする。	・これまでの生涯で最も印象に残る(学習)体験 ・地域から求められる基本的臨床能力とは 等
17	実習指導者講習会	将来実習指導者の任に当たる者	34	41日間	8/19-9/11 10/5-11/6	東広島医療センター	看護基礎教育における実習の意義及び実習指導者の役割を理解し、実習指導に必要な基礎的知識、技術を習得する。	・看護論 ・看護の動向 ・実習指導の原理と方法 ・コーチング ・神経難病看護 ・呼吸器疾患看護 ・研究討議 等
18	診療放射線技師研修会	医療法の申請を主に行う主任以上の診療放射線技師	21	2日間	2/18-19	中国四国ブロック事務所	国立病院機構の目指すところの経営に関する知識を習得させ、コンプライアンスに乗取った放射線科の職務遂行と管理体制制について習得するとともに、医療法等に基づく申請業務等の演習をおおして放射線技師	・国立病院機構における診療放射線技師 ・中期計画について ・国立病院機構の経営状況等について ・医療法申請について
19	退院調整看護師養成研修会	退院調整に携わっている看護師	21	5日間	5/12-15 12/4	中国四国ブロック事務所	患者・家族が安心して退院できるように退院調整が実践できる能力を習得する。	・ケアマネジメントと退院調整の関連とプロセス ・退院調整に必要な社会資源 等 ・事例検討会
20	チーム医療推進のための研修会 I (NST)	薬剤師、看護師、栄養士、臨床検査技師	9	5日間	10/5-9	呉医療センター	臨床におけるより良い栄養管理の実施にあたり、臨床栄養学に関する優れた知識と技能を取得し、また、NST業務に携わる各職種の取り組み、問題点などについて情報交換することにより、栄養管理の	・NSTの役割について ・SGAについて ・電解質・点滴について ・症例検討 等
21	チーム医療推進のための研修会 II (がん化学療法)	がん診療連携拠点病院(7施設)において、がん化学療法の経験を有する医師、薬剤師、看護師	27	2日間	1/22-23	中国四国ブロック事務所	がん化学療法に携わる各職種が専門性を発揮し、情報を共有し、それぞれの役割を果たすことで質の高い安全で安心ながん化学療法の提供ができることを目的とする。	・がん化学療法における医師・薬剤師・看護師の役割について ・がん化学療法委員会の運営について 等
22	チーム医療推進のための研修会 III (輸血)	輸血療法に携わる、医師、臨床検査技師、薬剤師、看護師	36	2日間	2/5-6	中国四国ブロック事務所	輸血療法に携わる関連職種が個々の役割及び責任を正しく認識し、必要な知識・技能を習得するとともに、職種横断的な連携(情報の共有化等)を強化することにより、輸血療法の医療安全推進(より安全かつ適正な輸血の実施)に寄与することを目的とする。	・輸血療法について ・学会認定・自己血輸血看護師について ・輸血管理：安全な輸血管理体制の組み方 ・輸血の臨床 等
23	理学療法士・作業療法士スキルアップ研修会	理学療法士・作業療法士	12	2日間	6/27-28	岩国医療センター	理学療法・作業療法の基本的な技術について、安全を考慮した実施法の習得を図り、あわせて安心安全なリハビリ業務への意識を高めることを目的とする。	・関節可動域訓練実技 ・手関節 ・肘関節 ・肩関節 ・肩関節 ・足関節 ・関節可動域訓練実技
24	理学療法士・作業療法士・看護師スキルアップ研修会	理学療法士・作業療法士・看護師	29	2日間	9/26-27	岩国医療センター	呼吸リハビリテーションに従事する、または今後従事する予定のある各職種に対して、基本的な知識・技術を習得させ、個々の役割及び責務を正しく認識させることを目的とする。	・外科周術期におけるリハビリの注意点 ・呼吸不全の病態と評価 ・講義・実技 ・呼吸不全に対するリハビリとしての治療 ・講義・実技
25	児童指導員・保育士・理学療法士・作業療法士スキルアップ研修会	児童指導員・保育士・理学療法士・作業療法士	31	2日間	12/11-12	東広島医療センター	重症心身障害児・神経筋疾患の療育及びリハビリテーションに従事する、または今後従事する予定のある児童指導員・保育士・理学療法士・作業療法士に対して、基本的な知識を習得させ、個々の役割及び責務を正しく認識させることを目的とする。	・重症心身障害児・者の児童福祉法と障害者自立支援 ・療育 ・ALS等患者のコミュニケーション支援 ・療養介護について 等

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
26	理学療法士・作業療法士 卒業後実地研修	理学療法士・作業療法士	14	2~3日	賀茂(2/2-5) 岩国(2/3-5) 2/8-10、2/15-17) 南岡山(2/3-5) 普通寺(2/8-10) 松江(2/8-10) 広島西(2/15-17)	国立病院機構中国四国ブロック内の理学療法士・作業療法士育成の観点から、各施設の特色ある分野のリハビリテーションについて実地に経験する機会を与え、基本的な知識と技術を習得させるとともに、国立病院機構の専門性を幅広く理解させる。併せて、研修を通して実務指導者を育成する。	実地研修 (理学療法) (理学療法) 心臓・大血管管疾患、呼吸器(外科術後) (作業療法) 精神科作業療法、運動器、脳血管疾患等 (理学療法) (作業療法) 神経難病、筋ジストロフィー、重症心身障害	
27	精神疾患に関するスキル アップ研修会	医師、看護師、その他精神科医療に携わる者	22	2日間	11/6-7	レーク大樹(鳥取市)	医療観察法と長期入院患者の地域移行に関し、講演及び討議等により知識を習得し理解を深め、政策医療である精神科医療の向上を図る。	・医療観察法病棟の現状と将来の計画 ・医療観察法病棟入院治療の現状と課題 ・成果発表と討論
28	臨床検査技師実習技能研修会 I	臨床検査技師	38	1日間	9/12	普通寺病院	国立病院機構の目指す「質の高い医療」を進めるために臨床検査部門で専門性の高い分野として、今回は多くの人材が求められている血液部門と輸血部門について、研修を実施し、認定資格の取得を目指す技術者を育成する。併せて研修を通して実務指導者を育成する。	・血液の病気を勉強しよう ・血液細胞観察を直接指導 ・血液疾患の診断・治療(輸血療法)について等
29	臨床検査技師実習技能研修会 II	臨床検査技師	16	1日間	10/17	岡山医療センター	国立病院機構の目指す「質の高い医療」を進めるために臨床検査技師として最新・高度の知識・技術等を習得させ、オーダーに対するサービスの質とサービスの提供体制の均質化及び向上を図り、認定資格の取得を目指す技術者を育成する。また、研修を通して実務指導者を育成する。	・臨床から信頼される超音波検査士を目指す ・特別講演臨床に即した心エコーのとり方・考え方 ・下肢静脈・肝臓のポイント ・超音波・細胞診の合同カンファレンス等
30	臨床検査技師長研修会	臨床検査技師長及び副臨床検査技師長	28	1日間	1/29	東広島医療センター	病院臨床検査科における人材育成の計画概要と人材育成・管理のスキルを習得する。	・特定化学物質及び有機溶剤の測定と管理 ・浜田医療センター病院検査室構築 ・第3種有機溶剤所持施設の定期立入検査 ・臨床検査技師長・副技師長ハンドブックの活用等
31	薬剤師スキルアップ研修会	薬剤師	35	2日間	12/4-5	広島YMCAホール	主任薬剤師以下を対象に、各自に足りないノウハウスキルを確認させ、特に問題解決能力を高めるノウハウを学ぶ。	・問題解決法(KJ法)について ・各施設が抱える課題について意見交換 ・グループワーク
32	診療録の記録に関する研修会	医師、診療情報管理士、医事担当職員	28	2日間	7/24-25	中国四国ブロック事務所	管内各病棟の診療録の管理に関して病院間で情報交換を行うと共に課題について協議し、管内各病棟の診療録管理の質の向上を図ることを目的とする。②診療録の記録に関する教育・指導方法について研修、習得	・診療情報管理と質向上 ・診療録監査の具体的な実践法 ・診療録記載に関する職員教育の取組み ・診療録記載に関する研修医教育等
33	教育担当者育成研修会	教育担当者の任にある者又は今後、教育担当者の任につく予定のある者	40	3日間	1/27-29	中国四国ブロック事務所	新人看護師教育担当者としての役割を理解し、高度な看護実践力を身につける看護に必要な知識、技術の教育と病院内の看護教育体制を整える力をもち、看護師のモデルとしての役割を築き得る人材を育成する。	・新人看護師教育のあり方について ・新人看護師教育プログラムの評価・改善に必要な基礎知識 ・中国四国ブロック管内の新人看護師の採用状況と教育の動向
34	看護教員研修会	教員	19	3日間	8/5-7	中国四国ブロック事務所	教育上必要な知識、技術、態度を学び、自己の役割や課題を明確にするとともに看護教育の向上を図る。	・教員と他職種との協働を考える ・国立病院機構のめざすもの ・看護の動向 ・新人看護師教員に望むこと等
35	小児疾患に関する研修会	初期研修医、専修医、卒業後10年未満の医師	22	2日間	9/3-4	香川小児病院	国立病院機構の特色を活かし、初期研修医、専修医など小児疾患に対する知識、診療経験の少ない層を対象に小児疾患の診断・治療に関する実地教育を行うことにより、小児疾患の診療能力の向上を図り、併せて、Post-NICUの問題点の共有を図る。	・小児の画像診断・ポイントレッスン ・治療シミュレーション(PedSIM) ・人工呼吸器・RetCam(デジタル眼底カメラ)実習 ・中国四国ブロック内施設小児科の取り組み等

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
36	循環器疾患に関する研修会	初期研修医、専修医、卒後10年未満の医師	27	2日間	12/10-11	中国四国ブロック事務所	初期研修医・専修医などの循環器疾患に対する知識や診療経験の少ない医師を対象に、臨床で遭遇する一般的な循環器疾患の診断・治療に関する実地教育を行い、国立病院機構における循環器疾患に対する診療能力の向上を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 患者から学ぶ循環器診療 心電図・不整脈 心臓エコー 心臓リハビリ 等
37	呼吸器疾患に関する研修会	初期研修医、専修医、卒後10年未満の医師	25	2日間	2/26-27	中国四国ブロック事務所	初期研修医・専修医などの呼吸器疾患に対する知識や診療経験の少ない医師を対象に、呼吸器疾患の診断・治療に関する実地教育を行い、国立病院機構における呼吸器疾患に対する診療能力の向上を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 胸部画像 読影のコツ 呼吸器疾患トピックス 呼吸器生理検査
38	労務担当者研修	窓口担当者	24	2日間	5/18~19	普通寺病院	中国四国ブロック内の病院における労務担当者（窓口担当者）以下同じ）に対して、その職に必要な労務管理の専門的な知識・技術の習得により労務担当者としての資質の向上を図り円滑な労使関係を図ることを目的とする。	<ul style="list-style-type: none"> 勤務時間管理 団体交渉留意事項 3.6協定協議 事例研究 模擬団体交渉
39	労務担当者研修	窓口担当者	18	2日間	6/1~2	岡山医療センター	中国四国ブロック内の病院における労務担当者（窓口担当者）以下同じ）に対して、その職に必要な労務管理の専門的な知識・技術の習得により労務担当者としての資質の向上を図り円滑な労使関係を図ることを目的とする。	<ul style="list-style-type: none"> 勤務時間管理 団体交渉留意事項 3.6協定協議 事例研究 模擬団体交渉
39	労務担当者研修	窓口担当者	25	2日間	6/8~9	中国四国ブロック事務所	中国四国ブロック内の病院における労務担当者（窓口担当者）以下同じ）に対して、その職に必要な労務管理の専門的な知識・技術の習得により労務担当者としての資質の向上を図り円滑な労使関係を図ることを目的とする。	<ul style="list-style-type: none"> 勤務時間管理 団体交渉留意事項 3.6協定協議 事例研究 模擬団体交渉
40	労務担当者研修	窓口担当者	61	2日間	12/10~11	岡山医療センター	中国四国ブロック内の病院における労務担当者（窓口担当者）以下同じ）に対して、その職に必要な労務管理の専門的な知識・技術の習得により労務担当者としての資質の向上を図り円滑な労使関係を図ることを目的とする。	<ul style="list-style-type: none"> 労務管理 改正労基法の解説 3.6協定協議（取組状況と今後の予定、留意事項等） 臨検及び内部監査の状況 不当労働行為 3.6協定（班別討議、模擬協議等） 等
41	新任労務担当者研修	労務担当者となる予定者	3	1日間	6/26	中国四国ブロック事務所	労務担当者（窓口担当者）になる予定者に対して、その職務に必要な労働関係法規等の基礎的知識を習得し、適切な労務管理を行うことを目的とする。	<ul style="list-style-type: none"> 特労法・労基法 就業規則・勤務時間等規程等 団体交渉実施にあたっての留意事項 等
41	新任労務担当者研修	労務担当者となる予定者	15	1日間	3/24	中国四国ブロック事務所	労務担当者（窓口担当者）になる予定者に対して、その職務に必要な労働関係法規等の基礎的知識を習得し、適切な労務管理を行うことを目的とする。	<ul style="list-style-type: none"> 特労法・労基法 就業規則・勤務時間等規程等 団体交渉実施にあたっての留意事項 等
42	班長・専門職研修	班長・専門職の内、病院長が推薦する者	21	3日間	11/24~26	中国四国ブロック事務所 東広島医療センター	看護部長研修における班別討議に参加することにより、積極性を高め、説明能力の向上を図ると共に、医療に携わる一員としてコミュニケーションの重要性を再認識し、職員が一丸となって目標に向かっていく大切さを認識することを目的とする。	<ul style="list-style-type: none"> 目標管理 メンタルヘルスサポート テーママ別討議 等

○ 平成21年度 研修実施状況調査

【九州ブロック事務所】
平成21年度コース数27、受講者数982名

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
1	臨床検査技師新人研修	臨床検査技師	17	1日間	11/13	九州医療センター	チーム医療を通して、機構の理念を理解させ、機構職員としての意識を高めることを目的とする。	・国立病院機構が求める臨床検査・就業規則について 等
2	事務部新採用職員研修第5回	事務職員	26	2日間	2/15~2/16	九州医療センター	機構職員としての使命と心構えを自覚させ、業務遂行に必要な基本的知識、ビジネスマナー等を習得させるとともに、医療人としての幅広い見識を深めることを目的とする。	・普通救命講習 ・ビジネスマナー ・国立病院機構について 等
2	事務部新採用職員研修第6回	事務職員	22	2日間	2/22~2/23	九州医療センター	機構職員としての使命と心構えを自覚させ、業務遂行に必要な基本的知識、ビジネスマナー等を習得させるとともに、医療人としての幅広い見識を深めることを目的とする。	・普通救命講習 ・ビジネスマナー ・国立病院機構について 等
3	副看護師長新任研修	副看護師長	48	2日間	7/27~7/28	九州医療センター	中間管理者としての役割と責任を認識し、職務遂行に必要な知識・技術・態度を修得するとともに、管理能力の向上を図る。	・国立病院機構の看護の動向 ・就業規則 ・中間管理者に期待するもの 等
4	新任看護師長研修	看護師長	31	2日間	7/29~7/30	九州医療センター	中間管理者としての役割と責任を認識し、職務遂行に必要な知識・技術・態度を修得するとともに、管理能力の向上を図る。	・国立病院機構の看護の動向 ・就業規則 ・中間管理者に期待するもの 等
5	新任労務管理研修	労務管理を担当する職員	22	1日間	5/15	九州医療センター	労務管理面について管理者としての意識の高揚と資質の向上を図り、円滑な運営に資することを目的とする。	労務管理について
5	新任労務管理研修	労務管理を担当する職員	22	2日間	7/30~7/31	九州医療センター	労務管理面について管理者としての意識の高揚と資質の向上を図り、円滑な運営に資することを目的とする。	労務管理について
6	労務管理研修(副看護部長)	副看護部長	36	1日間	12/14	九州医療センター	職員管理及び支援指導に関する研修を行うことで、管理調整能力を育成し、看護部門の幹部職員としての資質の向上を図ることを目的とする。	・管理者としての心構え ・職員管理のあり方 ・実践的な看護管理 等
7	第1回医療安全管理研修	医師、看護師	29	2日間	6/16~6/17	九州医療センター	医療事故防止に必要な基礎的な知識を習得し、管理職としての医療安全管理能力の向上を図る。	・院内暴力の承継 ・病院内における自傷他害事故について ・企業が反社会的勢力による被害を防止するための指針
7	第2回医療安全管理研修	医師、看護師、事務	56	2日間	7/14~7/15	九州医療センター	医療事故防止に必要な基礎的な知識を習得し、管理職としての医療安全管理能力の向上を図る。	・医療事故について
7	第3回医療安全管理研修	医師、看護師	27	2日間	10/29~10/30	九州医療センター	医療事故が発生した場合や医療現場での様々なトラブルに際して、医療者側と患者側の対話による解決の迅速となる医療メデイエーターとしての役割に必要な基礎的な知識を習得することを目的とする。	・医療メデイエーション講座 ・拡大医療安全管理委員会に関するパネルディスカッション
7	第4回医療安全管理研修	医療安全管理係長	26	2日間	11/30~12/1	九州医療センター	具体的な事例分析等をおおして、制度、知識、技術等を深め、医療事故等発生時の対応を習得させ、医療安全管理体制の充実と向上を図ることを目的とする。	・事例検討
8	院内感染対策研修	医師、看護師	20	3日間	1/20~1/22	熊本医療センター	適切な消毒等院内感染対策に関する最新の専門的知識・技術を習得し、院内の感染管理対策の充実を図ることを目的とする。	・エビデンスに基づく院内感染対策 ・新内感染対策と感染症科による診療援助 等
9	治療研修	CRC業務を行う看護師、薬剤師、事務	34	1日間	2/19	九州医療センター	治療を再認識し、機構全体の治療推進に向けそれぞれ役割の職種がどのように関わっていくかを明らかにすることを目的とする。	・独法後の治療状況と方向性 ・CRC業務 ・各職種の役割 等
10	臨床研修指導医養成講習	臨床研修指導医講習会に参加経験のない医師	19	2日間	10/9~10	南近代ビル	卒後臨床研修必修化に伴い増加した研修医に満足していく研修を行うために、指導医としてのモチベーションを高め、教育の理念、指導技術、指導態度を修得する。	・ワークショップ ・基礎的臨床能力 ・プライマリ・ケア 等

区分	研修の名称	受講対象者	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
			日数	開催日			
11	実習指導者養成講習会	看護師	38日間	8/20～10/16	九州医療センター	看護教育における実習の意義及び実習指導者としての役割を理解し、効果的な実習指導ができるよう必要な知識・技術を習得し、政策医療に関する実習指導のあり方についての理解を深めることを目的とする	・看護教育の基礎的概念について ・指導計画・指導案作成の意義や必要性について ・実習評価の意義と方法 等 ・ワークショップ 等
12	診療放射線技師研修	診療放射線技師	2日間	3/3～4	九州医療センター	医療安全、医療法等関係法令、人材育成及び経営管理についての講義、ワークショップを行い、放射線診療を行うにあたって、臨床業務及び管理業務の主任技師としての質向上をはかる	・退院調整看護師の役割の理解 ・退院調整プロセス 等
13	退院調整看護師養成研修	看護師	4日間	7/7～10	九州医療センター	退院調整看護師の役割や現状の問題点を理解する。	・事例検討
13	退院調整看護師養成研修	看護師	1日間	12/3	九州医療センター	退院調整看護師の役割や現状の問題点を理解する。	
14	チーム医療推進のための研修 (NST)	コメディカル、看護師	5日間	12/7～11	長崎医療センター	栄養療法サポートチーム (NST) としての強化と専門性を付加するために、NSTにおける最新、高度の知識・技術を修得させ、サービスの質とサービス提供体制の均質化及び向上を図ることを目的とする	・栄養管理に必要な基礎知識を身につける ・多職種によるチーム医療での栄養管理の取り組みを習得する 等
14	チーム医療推進のための研修 (がん化学療法)	コメディカル、看護師	2日間	12/17～18	九州医療センター	がん化学療法に携わる各職種が専門性を発揮し、情報を共有し、それぞれの役割を果たすことで質の高い安全で安心な外来がん化学療法の実施体制が構築され、医療安全対策の充実強化に繋がることを目的とする	・がん診療連携拠点病院の役割 ・チームで行う外来化学療法の実際 ・安全ながん化学療法を施行するために各職種が果たす役割 等
14	チーム医療推進のための研修 (輸血)	コメディカル、看護師	2日間	10/8～9	九州医療センター	輸血療法に携わる関連職種が、個々の役割及び責務を正しく認識し、必要な知識・技能を習得すると共に、職種横断的な連携を強化することにより、輸血量雄方の医療安全推進に寄与する	・医療安全上に必要とされる輸血関連の知識習得および職種間連携の重要性に関する諸研修
15	災害医療従事者研修	医師、看護師、薬剤師、事務	2日間	2/8～9	九州医療センター	災害発生時における、多種多様なケースに対応できる災害医療技術の習得及び向上を図ることを目的とする	・災害医療概論 ・トリアージ ・国立病院機構災害医療連携 等
16	院内教育担当者研修	看護師	1日間	9/9	九州医療センター	教育担当看護師長として、自施設における教育プログラムを改善していくための基礎的な能力を養い、自己の課題を明確にすることが出来る	・教育担当看護師長としての課題と取り組み
17	エキスパートナース研修 (がん看護)	がん看護の経験が2年以上の看護師	10日間	6/22～7/3	九州がんセンター	がん看護ジェネラリストとしてがん看護に必要な専門的知識と技術を結合し、がん看護実践の役割モデルになれる看護師を育成する。	・がん看護に求められるもの ・がん看護概論 ・がん化学療法の見護 ・がん性疼痛の見護 等
17	エキスパートナース研修 (認知症高齢者看護)	老人看護の経験が5年以上の看護師	5日間	10/5～9	菊池病院	認知症高齢者看護の質の向上を図るために患者個々に応じた専門的なアセスメント及び看護実践ができる能力を育成する。	・認知症の基本的知識 ・認知症高齢者の看護 ・認知症高齢者のメンタルケア 等
17	エキスパートナース研修 (循環器病看護)	勤務年数5年以上及び循環器看護の経験が2年以上の看護師	10日間	10/19～30	鹿児島医療センター	循環器看護の質の向上を図るために、患者個々に応じた専門的なアセスメント及び看護実践ができる能力を育成することを目的とする。	・心臓血管外科最新の治療 ・心不全の病態生理・治療 ・心臓カテーテル検査中の看護 等
17	エキスパートナース研修 (神経難病看護)	神経・筋難病看護経験2年以上の看護師	4日間	10/26～29	長崎川棚医療センター	神経・筋難病患者の看護の質の向上を図るために、患者個々に応じた専門的なアセスメント及び看護実践ができる能力を育成することを目的とする。	・神経難病疾患概論 ・呼吸障害の病態 ・人工呼吸器の医療安全 等
17	エキスパートナース研修 (重症心身障害児 (者) 看護)	重症心身障害児 (者) 看護の経験2年以上の看護師	5日間	11/9～13	福岡病院	重症心身障害児 (者) 看護の質の向上を図るために、患者個々に応じた専門的なアセスメント及び看護実践ができる能力を育成することを目的とする。	・重症心身障害児 (者) 医療の動向 ・重症心身障害児における看護の役割 ・看護倫理 等
17	エキスパートナース研修 (成人看護)	重症心身障害児 (者) 看護の経験3年以上の看護師	3日間	12/9～11	長崎医療センター	成人看護における看護の質向上をはかるため、専門的知識・技術を統合し看護実践の役割モデルになれる看護師を育成する。	・ハイリスク妊産婦・新生児の病態整理や治療法 ・ハイリスク妊産婦・新生児の家族を含めた看護探訪 ・周産期におけるチーム医療・地域連携 等
18	臨床検査技師実習技能研修	臨床検査技師	5日間	1/18～22	熊本医療センター	生化学分野における基礎的周知事項を学ぶ。	・生化学業務 検査システムについて ・生化学業務 採血センター支援 (1人) 等

区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
18	臨床検査技師実習技能研修	臨床検査技師	3	5日間	1/18~22	熊本医療センター	循環器領域及び消化器領域について研修を行い、技術と知識のレベルアップを図る	・ルーチン超音波検査(外来患者)の見学 ・腹部超音波検査の部位と解剖について等
18	臨床検査技師実習技能研修	臨床検査技師	2	5日間	2/15~19	鹿児島医療センター	循環器領域及び消化器領域について研修を行い、技術と知識のレベルアップを図る	・ルーチン超音波検査(外来患者)の見学 ・超音波の基礎講義等
18	臨床検査技師実習技能研修	臨床検査技師	2	5日間	3/1~5	九州医療センター	標本作製から鏡検実習を行い、診断に至るまでの過程を研修する。	・標本作製の実習 ・免疫染色の実習等
19	診療放射線技師特定技能派遣研修(放射線治療)	診療放射線技師	14	1日間	6/12	九州がんセンター	がん診療における最近の医療技術に必要なプログラムを実践的にを行い、より質の高い専門医療に貢献することを目的とする。	・臨床研修
19	診療放射線技師特定技能派遣研修(放射線治療)第1回	診療放射線技師	2	5日間	1/18~22	九州がんセンター・九州医療センター	がん診療における最近の医療技術に必要なプログラムを実践的にを行い、より質の高い専門医療に貢献することを目的とする。	・臨床研修
19	診療放射線技師特定技能派遣研修(放射線治療)第2回	診療放射線技師	3	5日間	1/25~29	九州がんセンター・九州医療センター	がん診療における最近の医療技術に必要なプログラムを実践的にを行い、より質の高い専門医療に貢献することを目的とする。	・臨床研修
19	診療放射線技師特定技能派遣研修(放射線治療)第3回	診療放射線技師	3	5日間	2/1~5	九州がんセンター・九州医療センター	がん診療における最近の医療技術に必要なプログラムを実践的にを行い、より質の高い専門医療に貢献することを目的とする。	・臨床研修
19	診療放射線技師特定技能派遣研修(放射線治療)第4回	診療放射線技師	4	5日間	2/15~19	九州がんセンター・九州医療センター	がん診療における最近の医療技術に必要なプログラムを実践的にを行い、より質の高い専門医療に貢献することを目的とする。	・臨床研修
19	診療放射線技師特定技能派遣研修(放射線治療)第5回	診療放射線技師	2	5日間	2/22~26	九州がんセンター・九州医療センター	がん診療における最近の医療技術に必要なプログラムを実践的にを行い、より質の高い専門医療に貢献することを目的とする。	・臨床研修
19	診療放射線技師特定技能派遣研修(マモグラフィ)	診療放射線技師	8	1日間	7/24	九州医療センター	がん診療における最近の医療技術に必要なプログラムを実践的にを行い、より質の高い専門医療に貢献することを目的とする。	・乳房撮影技術 ・マンモグラフィの基礎等
19	診療放射線技師特定技能派遣研修(マモグラフィ)第1回	診療放射線技師	5	3日間	10/28~30	九州がんセンター・九州医療センター・長崎医療センター	がん診療における最近の医療技術に必要なプログラムを実践的にを行い、より質の高い専門医療に貢献することを目的とする。	・乳房撮影技術 ・マンモグラフィの基礎等
19	診療放射線技師特定技能派遣研修(マモグラフィ)第2回	診療放射線技師	2	3日間	11/4~6	九州がんセンター・九州医療センター・長崎医療センター	がん診療における最近の医療技術に必要なプログラムを実践的にを行い、より質の高い専門医療に貢献することを目的とする。	・乳房撮影技術 ・マンモグラフィの基礎等
19	診療放射線技師特定技能派遣研修(マモグラフィ)第3回	診療放射線技師	2	3日間	11/11~13	九州がんセンター・九州医療センター・長崎医療センター	がん診療における最近の医療技術に必要なプログラムを実践的にを行い、より質の高い専門医療に貢献することを目的とする。	・乳房撮影技術 ・マンモグラフィの基礎等
20	診療放射線技師長管理研修	診療放射線技師長	29	1日間	11/27	熊本医療センター	診療放射線技師長として放射線部門を効率的に運営するための管理手法を習得し、部門管理者として必要な管理能力の向上を図る。	・地域医療における国立病院機構の役割 ・放射線部門における職場の活性化と人材育成等
21	副診療放射線技師長実務管理研修	副診療放射線技師長並びに主任放射線技師(主任経験5年以上)	25	1日間	11/20	九州医療センター	診療放射線技師長として放射線部門を効率的に運営するための管理手法を習得し、中間管理者として必要な管理能力の向上を図る。	・国立病院機構のこれからの役割と部門リーダーとしての心得 ・初期教育プログラムの実施にあたって等
22	栄養管理実習技能研修	管理栄養士	11	2日間	11/26~27	九州医療センター	糖尿病に関する専門的知識を習得し、病態に則した効果的な栄養食事指導、および栄養管理能力を身に付けることにより、チーム医療の中で管理栄養士としての専門的役割を發揮し、患者治療に貢献できる	・糖尿病の病態について ・自施設の糖尿病教室紹介等

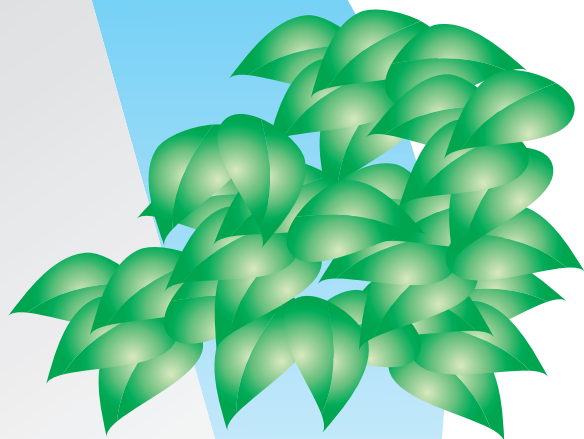
区分	研修の名称	受講対象者	受講者数	研修期間		研修会場	研修目的	主な研修内容
				日数	開催日			
23	理学・作業療法士技能派遣研修	理学療法士、作業療法士	8	3日間	8/5～8/7	福岡真医療センター	摂食・嚥下障害患者の問題を呼吸・姿勢保持を含めた多角的視点からとらえ、疾患別の対応の仕方を学ぶ。	・摂食・嚥下障害の基礎知識 ・摂食嚥下障害の訓練 等
23	理学・作業療法士技能派遣研修	理学療法士、作業療法士	1	3日間	11/4～11/6	長崎病院	運動発達障害リハビリテーションの実際を学び、技能向上を目指すことを目的とする。	・症例検討
23	理学・作業療法士技能派遣研修	理学療法士、作業療法士	1	3日間	11/25～11/27	長崎病院	運動発達障害リハビリテーションの実際を学び、技能向上を目指すことを目的とする。	・症例検討
23	理学・作業療法士技能派遣研修	理学療法士、作業療法士	2	3日間	11/18～11/20	九州医療センター	急性期リハビリの経験が少ない療法士に、脳卒中急性期リハビリの実際を体験してもらうとともに、参加者自身のキャリア・アップの参考にしてもらう。	・脳卒中急性期リハビリの流れを知る ・症例について評価しデータを集め病態を知る 等
24	精神科作業療法士交換研修	作業療法士	3	23日間	11/2～12/4	肥前精神医療センター・菊池病院・琉球病院	国立病院機構のネットワークを活かし、協働関係を構築することによって、精神科領域に携わる作業療法士の資質の向上と均質化を目的とする。	・3施設より、各1名が参加し、それぞれ他施設で研修に携わる。
25	児童指導員・保育士実習技能研修	児童指導員、保育士	3	5日間	2/15～19	福岡病院	重症心身障害児(者)の中でも、特に刺激の受容、反応評価が困難な超重症児に対する療育技法について知識と技術を習得し、勤務する病院でその療育技術を活かして、患者への療育支援を実施できる指導	・これからの療育指導室に望むこと ・療育実践 超重症児個別療育1 等
26	教育職研修(新任者)	教育職	6	1日間	7/9	九州医療センター(看護学校)	国立病院機構における附属養成所および教員の役割を理解し、教育者としての教育観の育成を図る。	・国立病院機構の看護の動向 ・新人教員に期待するもの 等
27	教育職研修(中堅者)	教育職	12	1日間	8/6	埴野医療センター(看護学校)	国立病院機構附属看護学校運営において、職場における中堅教員としての役割と課題を明確にする。	・事例検討「学校における危機管理」

国立病院機構医師処遇パンフレット
「けっこういいぞ!! NHO」

けっこういいぞ!!

NHO

医師の処遇
(2009年度版)



独立行政法人
国立病院機構

National Hospital Organization

日本最大の医療グループである 国立病院機構 (NHQ) とは

国立病院機構の理念

私たち国立病院機構は

国民一人ひとりの健康と我が国の医療向上のために
たゆまぬ意識改革を行い、健全な経営のもとに
患者の目線に立って懇切丁寧に医療を提供し
質の高い臨床研究、教育研修の推進につとめます



病院数:	145病院
病床数:	57,150床
職員数:	約50,000人
	(医師 約5,000人)
	(看護師 約31,000人)
附属看護学校:	42校
附属看護助産学校:	5校
附属リハビリテーション学院:	1校

臨床・研究・教育の充実

臨床

国立病院機構は、がん、循環器病、難病をはじめとする多様な疾患に、145病院による全国的ネットワークで取り組むとともに、地域のニーズにあった医療の提供を目指しています。

研究

145病院からなるネットワークによる豊富な症例を活かした臨床研究を推進し、EBMのためのエビデンスづくりと、臨床評価指標の作成・改善を行っています。

教育

独自の臨床研修プログラムによる臨床研修医の養成等の教育研修の推進を行っています。

給料のしくみ



国立病院機構の

医師の給与は、
 独自の給与規程に基づき支給
 医長以上は、
 業績が給与に反映される年俸制を導入

年収について

年収見込 (税込)

平成20年度実績平均

院長 約1,900万円
 (うち、業績年俸約560万円)

副院長 約1,800万円
 (うち、業績年俸約520万円)

部長 約1,700万円
 (うち、業績年俸約470万円)

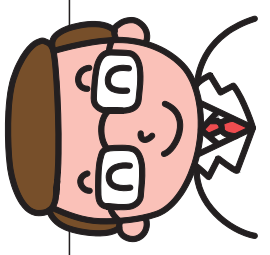
医長 約1,500万円
 (うち、業績年俸約340万円)

医師 約1,300万円
 (うち、業績手当約250万円)

年俸制

業績年俸とは

～能力が活かされる給与制度～



年俸は

月例年俸 + 業績年俸 (賞与)

月例年俸は

年額の12分の1ずつを毎月支給

業績年俸(賞与)は

毎年6月と12月に年額の2分の1ずつ年2回支給
 医長以上は、「個人・病院」の業績を業績年俸(賞与)に反映
 ※(最大前年度の+20%)

個人業績と病院業績の配分

院長	個人業績 (100%)	病院業績 (100%)
副院長	個人業績 (50%)	病院業績 (50%)
部長	個人業績 (80%)	病院業績 (20%)
医長	個人業績 (100%)	

※病院業績は経営面と医療面の業績を反映

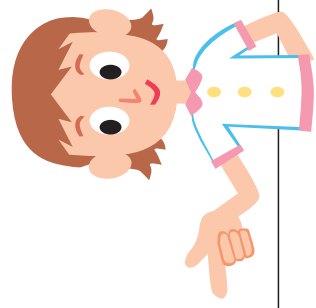


年1回の昇給あり

月例年俸の他
 扶養手当等の各種手当を支給

各種手当

～業務の条件による手当の支給～



子育てをしながら働いてみませんか

内容

医師手当	勤務する地域に応じた額 (357,900円～150,400円) を支給 ただし免許取得後20年後から徐々に減額 (最大45年間支給) 専門医等の資格1つにつき月額5,000円を加算 (2つまで)
業績手当	一般医師に対し、年間で基本給の約4.5月分支給 (国準拠。6月・12月の2回に分けて支給) 医長以上には、業績年俸を6月と12月の2回に分けて支給。
宿日直手当	宿日直勤務に従事した場合、勤務1回につき、20,000円を支給
救急呼出待機手当 (オンコール手当)	救急呼出に備えて自宅等において待機した場合に、待機1回につき、5,000円を支給
救急医療体制等確保手当	○ 3次救急・2次救急医療を実施する病院において夜間・休日に救急医療業務に従事した場合に、勤務1回につき18,000円～3,000円を支給 ○ 分娩業務に従事した場合に、1回につき10,000円を支給
役職手当	医長以上の役職者に対し、月額148,100円 (副院長) ～96,700円 (医長) を支給
役割別勤務手当	○ 宿日直勤務中、又は呼出待機の際に診療業務を行った場合 (深夜帯を除く)、勤務1回につき、23,250円～12,500円を支給 ○ 役職者が臨時又は緊急の必要により休日等に勤務し、代休をとらなかった場合、勤務1回につき、23,250円～12,500円を支給 ○ 医長等が特別の職務を命じられた場合に、月当り基本給の10%以内の額を支給
附加職務手当	公立病院の診療援助 (救急医療等) に従事した場合に支給
特殊業務手当	I・C・U病棟や重症心身障害児 (者) 病棟や筋ジス病棟の業務に従事した場合に、月額35,400円～17,700円を支給
夜間看護等手当	交替制勤務に従事した場合に、深夜帯勤務1回につき9,900円～2,900円を支給
派遣手当	○ 医師確保が困難な機構内の病院の診療援助に従事した場合に、1日につき20,000円を支給 ○ 上記のほか、機構内の病院の診療機能確保等のための診療援助に従事した場合に、1日につき10,000円を支給
超過勤務手当 (時間外手当)	時間外勤務に従事した場合に支給
年度末賞与	当該年度の医業収支が特に良好な病院において3月に支給

扶養手当	扶養親族のある職員に対して支給 (配偶者：13,000円、子、父母等：6,500円) ※16才～22才の子については、1人につき5,000円を加算
住居手当	賃貸：～27,000円 自宅：2,500円 (新築又は購入した日から5年) ※機構が用意する宿舎に入居する場合は、住居手当は支給されません
通勤手当	自動車等：2,000円～24,500円 交通機関等：～55,000円
単身赴任手当	基礎額23,000円を支給 (職員と配偶者の住居が100km以上の場合は、6,000円～45,000円を加算)
地域手当	基本給の15%～18%支給 (H22'に引き上げ完了予定 H21'は14%～17%)

生活給手当

業務によって支給される手当

育児休業

子が3歳になるまでの間、育児休業の取得が可能



※給与は無給 (共済組合継続加入・掛金(保険料)免除)
ただし、子が1歳となる日までの間、共済組合から給付金を支給

給付額は標準報酬月額額の50/100
(給付限度：育児休業1ヶ月あたり約22万円)

育児短時間勤務

育児のため、小学校就学の始期に達するまでの期間、短時間勤務が可能
(週19時間25分～24時間35分の範囲で勤務日・勤務時間を選択)

※例：月～金曜日 4時間勤務×5日=20時間

※給与・賞与は勤務時間に応じて支給

※共済組合は継続加入



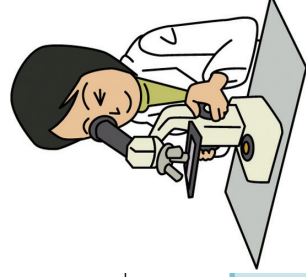
早出・遅出などの変則勤務

週38時間45分の範囲の中で「柔軟な勤務時間」を病院との話し合いにより選択が可能



国立病院機構11病院で院内保育所完備

充実した医療活動を 送るために



臨床研究ができる環境

- ・各病院に臨床研究部を設置
- ・機構内各病院のネットワークを生かした臨床研究
- ・研究費の充実（約105億円）

個人の訴訟リスクを軽減

- ・国立病院機構独自の自家保険制度

医師のキャリアアップ

- ・各専門分野の高度専門的な診療能力を習得するための専修医制度
- ・多彩な診療フィールド（機構内の各地域、各病院の専門医として実力を発揮できるポスト）を準備
- ・専門医、認定医、学位等の資格が取得できる、豊富な症例と指導医等の充実したバックアップ体制

国立高度専門医療センターと交流

- ・国立がんセンター
- ・国立循環器病センター
- ・国立精神・神経センター
- ・国立国際医療センター
- ・国立成育医療センター
- ・国立長寿医療センター



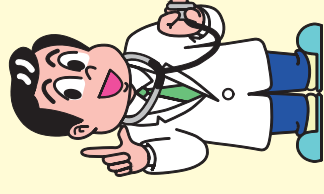
専修医の海外留学制度

- ・VHA（米国退役軍人健康庁）との提携による米国退役軍人病院への留学制度（留学中は給与の他に留学費用をNHO本部が負担）

定年は65才

シニアフロンティア(※)制度等
による勤務延長制度有り

※医師確保が困難な病院等において、
最大68才まで勤務する国立病院
機構独自の制度



兼業



「届出により承認」

○休日夜間急患センターにおける診療援助や地域の医療計画に基づいた民間医療機関における診療活動、機構病院と民間病院における病連携、病診連携の推進に必要な診療活動、学校医、学校薬剤師など診療活動の援助に寄与する場合

○支払基金審査委員や公害対策審議会委員などの審議会の委員を委嘱された場合

○大学や看護師専門学校の非常勤講師等教育活動の貢献に寄与する場合

○医学雑誌の編集委員等学術振興・研究活動の貢献に寄与する場合



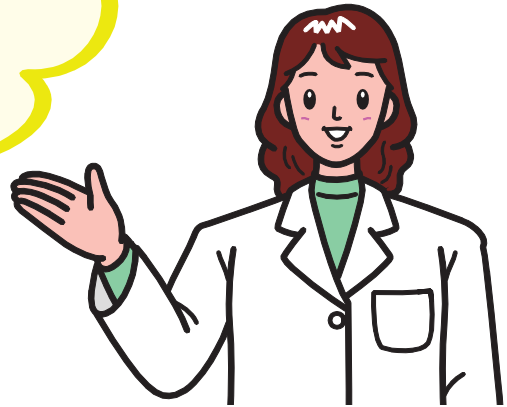
Table with columns: 病院名, 住所, 電話番号, ホームページ. Lists various hospitals and their contact information.

Table with columns: 病院名, 住所, 郵便番号, 電話番号, ホームページ. Lists various hospitals and their contact information.

主役は

あなた

です



お問い合わせ先

国立病院機構本部総務部

Tel 03-5712-5050 (代表)

国立病院機構

<http://www.hosp.go.jp/>

検索



お問い合わせは
最寄りの国立病院機構の各病院または、国立病院機構本部へ

国立病院機構看護師処遇パンフレット
「けっこういいぞ！NHO 看護職版」

けっこういいぞ! NHO

看護職版
(2009年度)



日本最大の病院グループ

国立病院機構とは…

全国6ブロックに
“145病院”のネットワークを持つ
日本最大の病院グループです

救急救命看護・急性期看護・
災害医療看護等に取り組みたい

あなたは…

第3次救急医療指定病院や
災害拠点病院

じっくり看護に取り組みたい

あなたは…

重症心身障害児(者)の看護
神経・筋難病患者の看護

精神看護を専門的に
目指すことも可能です

平成17年度から全国の医療機関に
先立ち「心神喪失者等医療観察法」
に基づく入院医療を順次開設して
います。

病院数：145病院

病床数：約58,000床

職員数：約50,000名

(看護師数 約30,000名)

人事交流

国立病院機構145病院だけでなく、
国立高度専門医療センターや
国立ハンセン病療養所との人事交流
もあります。



100人いれば100通りの生き方がある。
だから、国立病院機構では、
あなたの仕事と生活の調和を応援したいのです。



就職～結婚

シミュレーション



就職して1年目の
あなたが

病院から5km離れた家賃60,000円の賃貸住宅に住み、
三交替夜勤を月8回した場合の給与（超過勤務手当は別途）

平成22年春の新卒初任給（予定額）

— 看護師（大学卒） —

基本給＋地域手当

（198,300～233,994円）

支給総額

（265,000～303,000円）

平成22年春の新卒初任給（予定額）

— 看護師（短大3卒） —

基本給＋地域手当

（188,900～222,902円）

支給総額

（256,000～291,000円）

※助産師については、お問い合わせください。

気になる給料



給料のしくみを知ろう

あなたの給料は、独立行政法人国立病院機構職員給与規程により支給されます。給与支給のベースは『基本給』ですが、これに業務によって支給される手当や生活給手当がプラスされた支給総額があなた口座に振り込まれます。



『賞与(ボーナス)』他

- ①お楽しみの賞与(ボーナス)は年間4.5ヶ月分
- ②昇給は年1回
- ③さらに、当該年度の医業収支が良好な病院には【年度末賞与】があるんです…



『手当』ってなに？

〔地域手当〕〔住居手当〕〔通勤手当〕などの生活給手当や〔特殊業務手当〕〔夜間看護手当〕〔超過勤務手当〕〔専門看護手当〕などの業務によって支給される手当があります。その中で、専門看護師や認定看護師に支給される〔専門看護手当〕は、国立病院機構独自の手当です。

休日



- 原則 4 週 8 休制
祝日（勤務した場合は原則として代休あり）
- 職員就業規則による
年次休暇、病気休暇のほかに特別休暇
（結婚する場合、出産する場合など）があります。



家族を持つ（子育て）

将来の生活設計は？



育児休業

子が 3 歳になるまでの間、育児休業の取得が可能です。給与は無給ですが、共済組合継続加入・掛け金（保険料）は免除されます。

子どもとの時間も大切にしたい…

育児短時間勤務

育児のため、小学校就学の始期に達するまでの期間、
短時間勤務（週19時間25分～24時間35分の範囲で
勤務日・勤務時間を選択）が可能です。
もちろん、給与・賞与は勤務時間に応じて支給され、
共済組合も継続加入できます。

早出・遅出などの変則勤務があります。

また、夜勤体制は二交替や三交替があり、二交替制勤務の
病棟も順次増えています。

国立病院機構 111 病院で

院内保育所完備

- ・ 24時間保育
- ・ 土日保育
- ・ 延長保育あり（※H21.4.1現在）

家族が転勤…そんなときも、

ブロック内・ブロック外を問わず全国 145 病院
のネットワークで異動の希望も可能です。



キャリアアップ

キャリアアップを
目指した自己研鑽を応援します

☺ E B M 推進のための研修

✓ 医療安全研修

✓ 治験コーディネーター研修

✓ 災害医療、地域医療

など多数…



☺ 看護学生実習指導者のための講習会

270名が受講

☺ 看護管理者対象 幹部看護師管理研修

116名が受講

☺ 認定看護師コース

(感染管理、皮膚・排泄ケアほか)

25名が受講

☺ 短期看護研修

口腔ケア・臨床に役立つエビデンスの探し方
など

43名が受講

一年間の実績（平成20年度）

145病院4名の
看護職が副院長として活躍

平成21年4月現在



様々な分野で
看護職が活躍しチーム医療に貢献！

- ★医療安全対策
医療安全管理係長 144病院で看護職が活躍
- ★専門・認定看護師
(感染・がん性疼痛・がん化学療法など)
258名が活躍
- ★CRC (Clinical Research Coordinator)
治験コーディネーター
71名(65施設)の看護師が活躍
- ★NST (Nutrition Support Team)
栄養サポートチーム 118病院が活動中
- ★院内助産所…4病院
助産師外来 19病院で助産師が活躍

平成21年3月現在の人数

役職と年収

年収見込み(税込み)

●看護部長	約960万円	*専門看護手当
●副看護部長	約830万円	認定看護師 月3,000円
●看護師長	約780万円	専門看護師 月5,000円
●副看護師長	約640万円	

(平成19年度給与実態調査)



独立行政法人国立病院機構

病院名	郵便番号	住所	電話番号	ホームページ
北海道がんセンター	003-0804	北海道札幌市白石区菊水四条2-3-54	011-811-9111	http://www.sap-cc.org/
札幌南病院	061-2276	北海道札幌市南区白川1814	011-596-2211	http://www.hosp.go.jp/~msapporo/
西札幌病院	063-0005	北海道札幌市西区山の手5条7-1-1	011-611-8111	http://www.hosp.go.jp/~kokunisi/
函館病院	041-8512	北海道函館市川原町18-16	0138-51-6281	http://www.hosp.go.jp/~hakodate/
道北病院	070-8644	北海道旭川市花咲町7-4048	0166-51-3161	http://www.hosp.go.jp/~dohokuh/
帯広病院	080-8518	北海道帯広市西18条北2-16	0155-33-3155	http://www.hosp.go.jp/~obihp/
八雲病院	049-3198	北海道二海郡八雲町宮園町128	0137-63-2126	http://www.hosp.go.jp/~yakumo/
弘前病院	036-8545	青森県弘前市大字富野町1	0172-32-4311	http://www2.networks.ne.jp/~hirosaki/
八戸病院	031-0003	青森県八戸市吹上3-13-1	0178-45-6111	http://www.hosp.go.jp/~hatinohe/
青森病院	038-1331	青森県青森市浪岡大字女鹿沢字平野155	0172-62-4055	http://www.aoi-mori.net/~aomori/index01.html
盛岡病院	020-0133	岩手県盛岡市青山1-25-1	019-647-2195	http://www.hosp.go.jp/~morioka/
花巻病院	025-0033	岩手県花巻市諏訪500	0198-24-0511	http://www.hosp.go.jp/~hanamaki/
岩手病院	021-0056	岩手県一関市山目字泥田山下48	0191-25-2221	http://www.hosp.go.jp/~iwate/
釜石病院	026-0053	岩手県釜石市定内町4-7-1	0193-23-7111	http://www.hosp.go.jp/~kamaisi/
仙台医療センター	983-8520	宮城県仙台市宮城野区宮城野2-8-8	022-293-1111	http://www.snh.go.jp/
西多賀病院	982-8555	宮城県仙台市太白区鉤取本町2-11-11	022-245-2111	http://www.hosp.go.jp/~nshitaga/
宮城病院	989-2202	宮城県亙理郡山元町高瀬字合戦原100	0223-37-1131	http://www.mnh.go.jp/
あきた病院	018-1393	秋田県由利本荘市岩城内道川字井戸ノ沢84-40	0184-73-2002	http://www.hosp.go.jp/~akita/
山形病院	990-0876	山形県山形市行才126-2	023-684-5566	http://www.hosp.go.jp/~yamagata/
米沢病院	992-1202	山形県米沢市大字三沢26100-1	0238-22-3210	http://www.omn.ne.jp/~kokuryou/
福島病院	962-8507	福島県須賀川市芦田塚13	0248-75-2131	http://fukushima-hosp.com/
いわき病院	970-0224	福島県いわき市平豊間字免渡路291	0246-55-8261	http://www.hosp.go.jp/~iwaki/
水戸医療センター	311-3193	茨城県東茨城郡茨城町桜の郷280	029-240-7711	http://www.hosp.go.jp/~mito-mc/
霞ヶ浦医療センター	300-8585	茨城県土浦市下高津2-7-14	029-822-5050	http://www.hosp.go.jp/~kasumi/
茨城東病院	319-1113	茨城県那珂郡東海村照沼825	029-282-1151	http://www.hosp.go.jp/~ibaraki/
栃木病院	320-8580	栃木県宇都宮市中戸祭1-10-37	028-622-5241	http://www.hosp.go.jp/~tochigi/
宇都宮病院	329-1193	栃木県宇都宮市下岡本町2160	028-673-2111	http://www.hosp.go.jp/~utsuno/
高崎病院	370-0829	群馬県高崎市高松町36	027-322-5901	http://www.hosp.go.jp/~takasaki/
沼田病院	378-0051	群馬県沼田市上原町1551-4	0278-23-2181	http://www.numata-hosp.jp/
西群馬病院	377-8511	群馬県渋川市金井2854	0279-23-3030	http://www.hosp.go.jp/~wgunma/
西埼玉中央病院	359-1151	埼玉県所沢市若狭2-1671	04-2948-1111	http://www.hosp.go.jp/~wsaitama/hospital/byouin_shoukai.html
埼玉病院	351-0102	埼玉県和光市諏訪2-1	048-462-1101	http://www.hosp.go.jp/~saitamhp/
東埼玉病院	349-0196	埼玉県蓮田市黒浜4147	048-768-1161	http://www.hosp.go.jp/~esaitama/
千葉医療センター	260-8606	千葉県千葉市中央区椿森4-1-2	043-251-5311	http://www.hosp.go.jp/~chiba/
千葉東病院	260-8712	千葉県千葉市中央区仁戸名町673	043-261-5171	http://www.hosp.go.jp/~chibae2/
下総精神医療センター	266-0007	千葉県千葉市緑区辺田町578	043-291-1221	http://www.hosp.go.jp/~simofusa/
下志津病院	284-0003	千葉県四街道市鹿渡934-5	043-422-2511	http://www.hosp.go.jp/~simosizu/
東京医療センター	152-8902	東京都目黒区東が丘2-5-1	03-3411-0111	http://www.ntmc.go.jp/
災害医療センター	190-0014	東京都立川市緑町3256	042-526-5511	http://www.hosp.go.jp/~tdmc/
東京病院	204-8585	東京都清瀬市竹丘3-1-1	042-491-2111	http://www.hosp.go.jp/~tokyo/
村山医療センター	208-0011	東京都武蔵村山市学園2-37-1	042-561-1221	http://www.murayama-hosp.jp/
横浜医療センター	245-8575	神奈川県横浜市戸塚区原宿3-60-2	045-851-2621	http://www.yokohama-mc.com/
久里浜アルコール症センター	239-0841	神奈川県横浜須賀野比5-3-1	046-848-1550	http://www.kurihama-alcoholism-center.jp/
箱根病院	250-0032	神奈川県小田原市風祭412	0465-22-3196	http://www.hosp.go.jp/~hakone/
相模原病院	228-8522	神奈川県相模原市桜台18-1	042-742-8311	http://www.hosp.go.jp/~sagami/
神奈川病院	257-8585	神奈川県秦野市落合666-1	0463-81-1771	http://kanagawa-hosp.org/
西新潟中央病院	950-2085	新潟県新潟市西区真砂1-14-1	025-265-3171	http://www.masa.go.jp/
新潟病院	945-8585	新潟県柏崎市赤坂町3-52	0257-22-2126	http://www.nigata-nh.go.jp/
さいがた病院	949-3193	新潟県上越市大潟区犀潟468-1	025-534-3131	http://www.saiyata-nh.go.jp/
甲府病院	400-8533	山梨県甲府市天神町11-35	055-253-6131	http://www.kofu-hosp.com/
東長野病院	381-8567	長野県長野市上野2-477	026-296-1111	http://www.hosp.go.jp/~enagano/index/topindex.htm
まつもと医療センター 松本病院	399-8701	長野県松本市大字芳川村井町1209	0263-58-4567	http://www.matubyou.jp/matumoto_index.htm
まつもと医療センター 中信松本病院	399-0021	長野県松本市大字寿豊丘811	0263-58-3121	http://www.matubyou.jp/tyusin_matumoto/index_tyusin.htm
長野病院	386-8610	長野県上田市緑が丘1-27-21	0268-22-1890	http://www.nagano-hosp.go.jp/
小諸高原病院	384-8540	長野県小諸市甲4598	0267-22-0870	http://www.hosp.go.jp/~komoro/
富山病院	939-2692	富山県富山市婦中町新町3145	076-469-2135	http://www.hosp.go.jp/~toyama/
北陸病院	939-1893	富山県南砺市信未5963	0763-62-1340	http://www.hosp.go.jp/~hokuriku/
金沢医療センター	920-8650	石川県金沢市下石引町1-1	076-262-4161	http://www.kanazawa-hosp.jp/
医王病院	920-0192	石川県金沢市若出町2-73-1	076-258-1180	http://www.hosp.go.jp/~iou/
七尾病院	926-0841	石川県七尾市松百町3-1	0767-53-1890	http://www.hosp.go.jp/~nanao/
石川病院	922-0405	石川県加賀市手塚町サ150	0761-74-0700	http://www.hosp.go.jp/~isikawa/
長良医療センター	502-8558	岐阜県岐阜市長良1300-7	058-232-7755	http://www.hosp.go.jp/~ngr/
静岡てんかん・神経医療センター	420-8688	静岡県静岡市葵区漆山886	054-245-5446	http://www.hosp.go.jp/~szec2/
静岡富士病院	418-0103	静岡県富士宮市上井出814	0544-54-0700	http://www.hosp.go.jp/~fuji/
天竜病院	434-8511	静岡県浜松市浜北区於呂4201-2	053-583-3111	http://www.tenryu-hosp.jp/
静岡医療センター	411-8611	静岡県駿東郡清水町長沢762-1	055-975-2000	http://www.hosp.go.jp/~tsh/top.html
名古屋医療センター	460-0001	愛知県名古屋市中区三の丸4-1-1	052-951-1111	http://www.mnh.go.jp/
東名古屋病院	465-8620	愛知県名古屋市中区東区梅森坂5-101	052-801-1151	http://www.hosp.go.jp/~tomei/
東尾張病院	463-0802	愛知県名古屋市中区大森北2-1301	052-798-9711	http://www.hosp.go.jp/~eowari/
豊橋医療センター	440-8510	愛知県豊橋市飯村町字浜道上50	0532-62-0301	http://www.hosp.go.jp/~tmc/
三重病院	514-0125	三重県津市大里窪田町357	059-232-2531	http://www.mie-hosp.org/

病院一覧 (平成21年4月現在)



病院名	郵便番号	住所	電話番号	ホームページ
鈴鹿病院	513-8501	三重県鈴鹿市加佐登3-2-1	059-378-1321	http://www.hosp.go.jp/~suzukawww/
三重中央医療センター	514-1101	三重県津市久居明神町2158-5	059-259-1211	http://www.miechuo-hosp.jp/
榊原病院	514-1292	三重県津市榊原町777	059-252-0211	http://www.hosp.go.jp/~sakakihp/
福井病院	914-0195	福井県敦賀市桜ヶ丘町33-1	0770-25-1600	http://www.hosp.go.jp/~fukui/
あわら病院	910-4272	福井県あわら市北潟238-1	0776-79-1211	http://www.hosp.go.jp/~awara/
滋賀病院	527-8505	滋賀県東近江市五智町255	0748-22-3030	http://www.hosp.go.jp/~snh/
紫香菜病院	529-1803	滋賀県甲賀市信楽町牧997	0748-83-0101	http://www.hosp.go.jp/~sigaraki/
京都医療センター	612-8555	京都府京都市伏見区深草向畑町1-1	075-641-9161	http://www.hosp.go.jp/~kyotolan/
宇多野病院	616-8255	京都府京都市右京区鳴滝音戸山町8	075-461-5121	http://web.kyoto-inet.or.jp/org/utano/index.htm
舞鶴医療センター	625-8502	京都府舞鶴市字行永2410	0773-62-2680	http://www.hosp.go.jp/~maizuru/
南京都病院	610-0113	京都府城陽市中央芦原11	0774-52-0065	http://www.hosp.go.jp/~skyoto/
大阪医療センター	540-0006	大阪府大阪市中央区法円坂2-1-14	06-6942-1331	http://www.onh.go.jp/
近畿中央胸部疾患センター	591-8555	大阪府堺市北区長曾根町1180	072-252-3021	http://www.hosp.go.jp/~kch/
刀根山病院	560-8552	大阪府豊中市刀根山5-1-1	06-6853-2001	http://www.hosp.go.jp/~toneyama/
大阪南医療センター	586-8521	大阪府河内長野市木戸東町2-1	0721-53-5761	http://www.ommedc.jp/
神戸医療センター	654-0155	兵庫県神戸市須磨区西落合3-1-1	078-791-0111	http://www.kobemc.go.jp/
姫路医療センター	670-8520	兵庫県姫路市本町68	079-225-3211	http://www.hosp.go.jp/~hmi/
兵庫青野原病院	675-1350	兵庫県小野市南青野	0794-66-2233	http://www.hosp.go.jp/~aono/
兵庫中央病院	669-1592	兵庫県三田市大原1314	079-563-2121	http://www.hosp.go.jp/~hch/
奈良医療センター	630-8053	奈良県奈良市七条2-789	0742-45-4591	http://www.hosp.go.jp/~westnara/
松籟荘病院	639-1042	奈良県大和郡山小泉町2815	0743-52-3081	http://www.hosp.go.jp/~shoraiso/
南和歌山医療センター	646-8558	和歌山県田辺市たきない町27-1	0739-26-7050	http://www.hosp.go.jp/~swymhp2/
和歌山病院	644-0044	和歌山県日高郡美浜町和田1138	0738-22-3256	http://www.wakayama-hosp.jp/
鳥取医療センター	689-0203	鳥取県鳥取市三津876	0857-59-1111	http://www.hosp.go.jp/~nistori/
米子医療センター	683-8518	鳥取県米子市車尾4-17-1	0859-33-7111	http://www.nho-yonago.jp/
松江医療センター	690-8556	島根県松江市上乃木5-8-31	0852-21-6131	http://www.hosp.go.jp/~matsue/
浜田医療センター	697-8511	島根県浜田市黒川町3748	0855-22-2300	http://www.hosp.go.jp/~hamada/
岡山医療センター	701-1192	岡山県岡山市田益1711-1	086-294-9911	http://www.hosp.go.jp/~okayama/
南岡山医療センター	701-0304	岡山県都窪郡早島町早島4066	086-482-1121	http://www.sokayama.jp/
呉医療センター	737-0023	広島県呉市青山町3-1	0823-22-3111	http://www.kure-nh.go.jp/
福山医療センター	720-8520	広島県福山市沖野上町4-14-17	084-922-0001	http://www.fukuyama-hosp.go.jp/
広島西医療センター	739-0696	広島県大竹市玖波4-1-1	0827-57-7151	http://www.hiro-nishi-nh.jp/
東広島医療センター	739-0041	広島県東広島市西条町寺家513	082-423-2176	http://www.hiro-hosp.jp/
賀茂精神医療センター	739-2693	広島県東広島市黒瀬町南方92	0823-82-3000	http://www.hosp.go.jp/~kamo/
関門医療センター	752-8510	山口県下関市長府外浦町1-1	083-241-1199	http://www.hosp.go.jp/~simo/
山口宇部医療センター	755-0241	山口県宇部市東岐波685	0836-58-2300	http://www.yamaguchi-hosp.jp/
岩国医療センター	740-8510	山口県岩国市黒磯町2-5-1	0827-31-7121	http://www.iwakuni-nh.go.jp/
柳井病院	742-1352	山口県柳井市伊保庄95	0820-27-0211	http://www.hosp.go.jp/~yanaih/
東徳島病院	779-0193	徳島県板野郡板野町大寺字大向北1-1	088-672-1171	http://www.hosp.go.jp/~eastt/
徳島病院	776-8585	徳島県吉野川市鴨島町敷地1354	0883-24-2161	http://www.hosp.go.jp/~tokusima/
高松医療センター	761-0193	香川県高松市新田町2-8	087-841-2146	http://www.hosp.go.jp/~takamath/
善通寺病院	765-8507	香川県善通寺市仙遊町2-1-1	0877-62-2211	http://www.hosp.go.jp/~zentuujh/
香川小児病院	765-8501	香川県善通寺市善通寺町2603	0877-62-0885	http://www.hosp.go.jp/~kagawasy/
四国がんセンター	791-0280	愛媛県松山市南梅本町甲160	089-999-1111	http://www.shikoku-cc.go.jp/index.html
愛媛病院	791-0281	愛媛県東温市横河原366	089-964-2411	http://www.ehime-nh.go.jp/
高知病院	780-8077	高知県高知市朝倉西町1-2-25	088-844-3111	http://www.kochihp.com/
小倉医療センター	802-8533	福岡県北九州市小倉南区春ヶ丘10-1	093-921-8881	http://www.kokura-hp.jp/
九州がんセンター	811-1395	福岡県福岡市南区野多目3-1-1	092-541-3231	http://www.ia-nkcc.jp/
九州医療センター	810-8563	福岡県福岡市中央区地行浜1-8-1	092-852-0700	http://www.kyumed.jp/
福岡病院	811-1394	福岡県福岡市南区屋形原4-39-1	092-565-5534	http://www.hosp.go.jp/~mfukuoka/
大牟田病院	837-0911	福岡県大牟田市南橋1044-1	0944-58-1122	http://www.hosp.go.jp/~oomuta/
福岡東医療センター	811-3195	福岡県古賀市千鳥1-1-1	092-943-2331	http://www.fe-med.jp/
佐賀病院	849-8577	佐賀県佐賀市日の出1-20-1	0952-30-7141	http://www.hosp.go.jp/~saga/
肥前精神医療センター	842-0192	佐賀県神埼郡吉野ヶ里町三津160	0952-52-3231	http://www.hosp.go.jp/~hizen/
東佐賀病院	849-0101	佐賀県三養基郡みやき町大字原古賀7324	0942-94-2048	http://www.hosp.go.jp/~eastssaga/
嬉野医療センター	843-0393	佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿丙2436	0954-43-1120	http://www.uresino.go.jp/
長崎病院	850-8523	長崎県長崎市桜木町6-41	095-823-2261	http://www.hosp.go.jp/~sakuragi/
長崎医療センター	856-8562	長崎県大村市久原2-1001-1	0957-52-3121	http://www.hosp.go.jp/~nagasaki/
長崎川棚医療センター	859-3615	長崎県東彼杵郡川棚町下組郷2005-1	0956-82-3121	http://www.nkmc.jp/
熊本医療センター	860-0008	熊本県熊本市二の丸1-5	096-353-6501	http://www.hosp.go.jp/~knh/
熊本南病院	869-0593	熊本県宇城市松橋町豊福2338	0964-32-0826	http://www.hosp.go.jp/~kumanann/
菊池病院	861-1116	熊本県合志市福原208	096-248-2111	http://www.hosp.go.jp/~kikutihp/
熊本再春荘病院	861-1196	熊本県合志市須屋2659	096-242-1000	http://www.hosp.go.jp/~saisyun/
大分医療センター	870-0263	大分県大分市横田2-11-45	097-593-1111	http://www.hosp.go.jp/~oita/
別府医療センター	874-0011	大分県別府市大字内籠1473	0977-67-1111	http://www.beppu-ryou.jp/
西別府病院	874-0840	大分県別府市大字鶴見4548	0977-24-1221	http://www.nbnh.jp/
宮崎東病院	880-0911	宮崎県宮崎市大字吉4374-1	0985-56-2311	http://www.hosp.go.jp/~mhigashi/
都城病院	885-0014	宮崎県都城市祝吉町5033-1	0986-23-4111	http://www.hosp.go.jp/~miyakon/
宮崎病院	889-1301	宮崎県児湯郡川南町大字川南19403-4	0983-27-1036	http://www.hosp.go.jp/~miyazaki/
鹿児島医療センター	892-0853	鹿児島県鹿児島市城山町8-1	099-223-1151	http://kagomc.jp/
指宿病院	891-0498	鹿児島県指宿市十二町4145	0993-22-2231	http://www.hosp.go.jp/~ibusuki1/
南九州病院	899-5293	鹿児島県始良郡加治木町木田1882	0995-62-2121	http://www.hosp.go.jp/~skyusyuy/
沖縄病院	901-2214	沖縄県宜野湾市我如古3-20-14	098-898-2121	http://www.hosp.go.jp/~okihp/
琉球病院	904-1201	沖縄県国頭郡金武町字金武7958-1	098-968-2133	http://www.hosp.go.jp/~ryukyuy/



お問い合わせは、国立病院機構本部

TEL 03-5712-5050(代表)

<http://www.hosp.go.jp/>