

診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の管理方法

管理責任者氏名	病院長 東原 英二
管理担当者氏名	医療安全管理室長 甲能 直幸 看護部長 福井 トシ子、事務部長 原 哲夫、中野 利晴、関根 康央 副部長 高戸谷 繁通、野尻 一之、山崎 昭、庶務課長 小林 きよ子、 医事課長 野尻 一之(兼務)、高戸谷 繁通(兼務)、薬剤部長 永井 茂 診療情報管理室長 奴田原 紀久雄、検査部長 渡邊 卓、放射線部長 似鳥 俊明 検査部技師長 江上 照夫、司茂 幸英、放射線技師長 大戸 真喜男、 医学部事務部 部長 黒田 雅夫

	保管場所	分類方法	
診療に関する諸記録 病院日誌、各科診療日誌、処方せん、 手術記録、看護記録、検査所見記録、 エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院 期間中の診療経過の要約及び入院診療計画書	関係各部署	入院、外来等については、 一患者一ファイル方式とし、 管理している	
病院の管理 及び運営に 関する諸記 録	従業者数を明らかにする帳簿	庶務課	
	高度の医療の提供の実績	医事課	
	高度の医療技術の開発及び評価の実績	医学部	
	高度の医療の研修の実績	各診療科	
	閲覧実績	庶務課	
	紹介患者に対する医療の提供の実績	地域医療連携室	
	入院患者数、外来患者数及び調剤の数を明らかにする帳簿	庶務課 薬剤部	
	規則 第9 条の 2、3 及び 第1 条の 1、1 各号 に掲 げる 体制	専任の医療に係る安全管理 を行う者の配置状況	医療安全管理室
		専任の院内感染対策を行う 者の配置状況	医療安全管理室
		医療に係る安全管理を行う 部門の設置状況	医療安全管理室
		当該病院内に患者からの安 全管理に係る相談に適切に 応じる体制の確保状況	医療安全管理室
		医療に係る安全管理のため の指針の整備状況	医療安全管理室
		医療に係る安全管理のため の委員会の開催状況	医療安全管理室
		医療に係る安全管理のため の職員研修の実施状況	医療安全管理室
医療機関内における事故報 告等の医療に係る安全の確 保を目的とした改善のため の方策の状況	医療安全管理室		

		保管場所	分類方法
病院の管理及び運営に関する諸記録	規則第1条の11各号に掲げる体制確保の状況	院内感染のための指針の策定状況	医療安全管理室
		院内感染対策のための委員会の開催状況	医療安全管理室
		従業者に対する院内感染対策のための研修の実施状況	医療安全管理室
		感染症の発症状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策の実施状況	医療安全管理室
		医薬品の使用に係る安全管理のための責任者の配置状況	薬 剤 部
		従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施状況	薬 剤 部
		医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施状況	薬 剤 部
		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の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策の実施状況	薬 剤 部
		医療機器の安全使用のための責任者の配置状況	臨床工学室
		従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施状況	臨床工学室
		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状況	臨床工学室
医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施状況	臨床工学室		

(注) 「診療に関する諸記録」欄には、個々の記録について記入する必要はなく、全体としての管理方法の概略を記入すること。

(様式13)

病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法及び紹介患者に対する医療提供の実績

○病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法

閲覧責任者氏名	病院長 東原 英二
閲覧担当者氏名	医療安全管理室長 甲能 直幸 看護部長 福井 トシ子、事務部長 原 哲夫、中野 利晴、関根 康央 副部長 高戸谷 繁通、野尻 一之、山崎 昭、庶務課長 小林 きよ子、 医事課長 野尻 一之(兼務)、高戸谷 繁通(兼務)、薬剤部長 永井 茂 診療情報管理室長 奴田原 紀久雄、検査部長 渡邊 卓、放射線部長 似鳥 俊明 検査部技師長 江上 照夫、司茂 幸英、放射線技師長 大戸 真喜男、 医学部事務部 部長 黒田 雅夫
閲覧の求めに応じる場所	庶務課 医療安全管理室

○病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧の実績

前年度の総閲覧件数	延	2 件
閲覧者別	医師	延 0 件
	歯科医師	延 0 件
	国	延 1 件
	地方公共団体	延 1 件

○紹介患者に対する

紹介率	50.4%	算定期間	平成19年 4月 1日～平成20年 3月31日
算出根拠	A : 紹介患者の数	18,673 人	
	B : 他の病院又は診療所に紹介した患者の数	10,561 人	
	C : 救急用自動車	7,510 人	
	D : 初診の患者の数	62,356 人	

規則第9条の23及び第1条の11各号に掲げる体制の確保状況

① 専任の医療に係る安全管理を行う者の配置状況	有 (3名) ・ 無
② 専任の院内感染対策を行う者の配置状況	有 (2名) ・ 無
③ 医療に係る安全管理を行う部門の設置状況	有 ・ 無
<p>・所属職員： 専任(12)名 兼任(6)名</p> <p>・活動の主な内容： リスクマネジメント委員会で用いられる資料、議事録の作成・保存及び委員会の庶務。事故等に関する診療録・看護記録等の記載内容確認及び指導。事故発生時の患者等への対応状況の確認及び指導。事故等の原因究明の適切な実施の確認及び指導。医療安全に関する連絡・調整、他。</p>	
④ 当該病院内に患者からの安全管理に係る相談に適切に応じる体制の確保状況	有 ・ 無
⑤ 医療に係る安全管理のための指針の整備状況	有 ・ 無
<p>・指針の主な内容： 医療安全管理の基本的考え方。リスクマネジメント委員会、医療安全管理室の主な役割、医療安全管理のための職員研修実施の基本方針。事故発生後の対応方針。</p> <p>医療従事者と患者及びその家族等との情報共有の基本方針、他。</p>	
⑥ 医療に係る安全管理のための委員会の開催状況	年 12 回
<p>・活動の主な内容： 重大な問題発生時の原因分析、改善策立案及び職員への周知。リスクマネジメント委員会で立案した改善策の実施状況調査と見直し。職員研修の企画・実施。</p> <p>(平成19年度活動例； CVC挿入管理マニュアル、呼吸ケアガイドライン、胃管留置ガイドライン等の院内共通手順の作成。インフォームドコンセントの基本原則作成)</p>	
⑦ 医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	年 3 回
<p>・研修の主な内容： 医療安全管理に関する基本的な考え方と具体的方策及び職員の責務、当院及び他の医療機関で発生した事例の原因と改善策等</p> <p>(平成19年度実施例； 医療安全の基本、医療紛争の防止について MRI検査を安全に行うために、医療機器の安全について)</p>	
⑧ 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の状況	
<p>・医療機関内における事故報告等の整備 (有) ・ 無)</p> <p>・その他の改善のための方策の主な内容：</p> <p>専任リスクマネージャーの職場巡視による改善策の実施状況の確認及び再評価、リスクマネージャーの事例検討による改善策の立案、インシデントレポートの検討・改善策の立案、院内広報誌での改善策の周知徹底、e-ランニングによる理解度の確認及び評価、医療安全情報(医療機能評価機構)等の伝達、学内LANを利用した重要な決定事項の掲載、他。</p>	

院内感染対策のための体制の確保に係る措置

① 院内感染対策のための指針の策定状況	(有)・無
<p>・ 指針の主な内容：</p> <p>院内感染防止対策に関する基本的考え方。院内感染防止委員会・ICTの役割。 院内感染防止対策のための職員研修実施の基本方針。院内感染発生時の報告と対策に対する基本方針。指針改定及び閲覧に関する基本方針。他</p>	
② 院内感染対策のための委員会の開催状況	年 11回
<p>・ 活動の主な内容：</p> <p>重大な院内感染発生時の原因分析、改善策立案及び職員への周知、院内感染防止委員会・ICTで立案した改善策・指導の実施状況調査と見直し。職員研修の企画実施。 (平成19年度活動例)</p> <p>感染症の異常事態における連絡体制、カルバベネム系抗菌薬の適正使用に関する指針 入院時の肺結核に関する評価表作成</p> <p>結核予防強化月間、針刺し事故防止強化月間企画・実施</p>	
③ 従業者に対する院内感染対策のための研修の実施状況	
<p>・ 研修の主な内容：</p> <p>院内感染防止に関する基本的な考え方。感染症発生時の対応方法。当院及び他の医療機関で発生した事例の原因と改善策。 (平成19年実施例)</p> <p>病院感染防止の新しい考え方、ICTから見た当院の肺炎治療の問題点、 医療従事者への血液媒介ウイルス感染症</p>	
④ 感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策の状況	
<p>・ 病院における発生状況の報告等の整備 ((有) ・ 無)</p> <p>・ その他の改善のための方策の主な内容：</p> <p>ICTの病棟巡視による改善策の実施状況の確認及び再評価、院内広報誌での改善策の周知徹底、e-ランニングによる理解度の確認及び評価、学内LANを利用した重要な決定事項の掲載、インフェクションコントロールマネージャー(各部署の院内感染担当者)を通じた決定事項の伝達と評価</p>	

医薬品に係る安全管理のための体制の確保に係る措置

① 医薬品の使用に係る安全な管理のための責任者の配置状況	有・無
② 従事者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施状況	年 4回
<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修の主な内容： <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者が薬を得るまで（処方箋の記載法） ・ 当院の肺炎治療の問題点（抗菌薬の適性使用） ・ インスリン注射薬の選択・薬剤の管理と投与方法について ・ 看護師による静脈注射が可能な薬剤の注意点 	
③ 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施状況	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 手順書の作成 (有・無) ・ 業務の主な内容： <p style="margin-left: 40px;">手順書の設置と手順書に基づく実施状況は、部署別リスクマネージャーによる実施確認書の提出で確認している。</p> 	
④ 医薬品の安全使用のための必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策の実施状況	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医薬品に係る情報の収集の整備 ・ その他の改善のための方策の主な内容： <ul style="list-style-type: none"> ・ 麻薬及び向精神薬の取扱いに一部不備があったため、管理方法を強化し、運用を変更した。 ・ 持参薬を安全に有効活用するため、持参薬オーダの運用を開始し、与薬業務のリスクを軽減させた。 	

医療機器に係る安全管理のための体制の確保に係る措置

① 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況	有・無
② 従事者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施状況	年 2回
<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修の主な内容： <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機器の説明及び、使用方法について ・ <p>(特定医療機器に関して年2回以上の計画をたてそれにそって行っている)</p> <p>(特定医療機器：人工呼吸器・血液浄化器・除細動器・閉鎖式保育器 など)</p>	
③ 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状況	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 計画の策定 (有・無) ・ 保守点検の主な内容： <p>機器毎の保守点検マニュアルに沿って、日常点検及び定期点検</p> 	
④ 医療機器の安全使用のための必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施状況	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機器に係る情報の収集の整備 (有・無) ・ その他の改善のための方策の主な内容： <ul style="list-style-type: none"> ・ 添付文書・取扱説明書等は、臨床工学室で担当者を決めて保管・管理を行う ・ 安全性情報等は臨床工学室で情報収集し、医療安全管理室と連携する。 ・ 医療機器の不具合情報を入手した場合は速やかに関連部署に連絡し医療機器安全管理責任者・医療機器管理委員長・医療安全管理室に連絡し必要な対応を行う ・ 	