

(様式第13)

○ 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 | 医学部事務部長 前川 正 |
| 閲覧担当者氏名 | 患者サービス課長 中島 一浩 |
| 閲覧の求めに応じる場所 | 管理棟1階情報公開室 |

○ 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 〇 件 |
| 閲覧者別 | 医師 | 延 〇 件 |
| | 歯科医師 | 延 〇 件 |
| | 国 | 延 〇 件 |
| | 地方公共団体 | 延 〇 件 |

○ 紹介患者に対する医療提供の実績

| | | | |
|------|------------------------|---------|------------------------|
| 紹介率 | 62.1% | 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 | 7,675人 | |
| | B: 他の病院又は診療所に紹介した患者の数 | 5,861人 | |
| | C: 救急用自動車によって搬入された患者の数 | 776人 | |
| | D: 初診の患者の数 | 17,175人 | |

(注) 1 「紹介率」欄は、A、B、Cの和をBとDの和で除した数に100を乗じて小数点以下第1位まで記入すること。

2 A、B、C、Dは、それぞれの延数を記入すること。

(様式第13-2)

規則第9条の23及び第11条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 | <input checked="" type="radio"/> (1名)・無 |
| ②専任の院内感染対策を行う者の配置状況 | <input checked="" type="radio"/> (1名)・無 |
| ③医療に係る安全管理を行う部門の設置状況 | <input checked="" type="radio"/> 無 |
| ・所属職員:専任(1)名 兼任(15)名 ・活動の主な内容: 病院長の下に組織横断的に院内の安全管理を担い、医療安全管理委員会において審議する事項(下記⑥)に関して、調査、資料作成等を行うとともに、審議結果等に基づく安全管理を実施する。 また、医療安全管理委員会に対して安全管理に関する提言を行う。 | |
| 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 | <input checked="" type="radio"/> 無 |
| ⑤医療に係る安全管理のための指針の整備状況 | <input checked="" type="radio"/> 無 |
| ・指針の主な内容: 別紙のとおり | |
| ⑥医療に係る安全管理のための委員会の開催状況 | 年 11 回 |
| ・活動の主な内容: (1) 安全管理のための指針の整備及び情報収集に関すること。 (2) 安全管理のための医療事故等の院内報告制度の整備に関すること。 (3) 安全管理に関する教育及び研修に関すること。 (4) 医療事故の防止及び対策に関すること。 (5) 安全対策マニュアルの実施状況の検証に関すること。 (6) 医療事故発生時の対応方法の整備(事故調査を含む。)に関すること。 (7) 医事問題に係る対策に関すること。 (8) 分析されたインシデントレポートの情報を、速やかに職員に周知及び実行させること。 (9) その他医療事故を含む安全管理に関すること。 | |
| ⑦医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況 | 年 15 回 |
| ・研修の主な内容: 別紙のとおり | |
| 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 | |
| ・医療機関内における事故報告等の整備 <input checked="" type="radio"/> (有)・無 ・その他の改善のための方策の主な内容: ○転倒・転落のインシデント対策標準化を図るため、危険防止策を作成した。 ○清掃作業時は、標示板・ポール・テープ等により注意を促す等、安全対策を講じた。 ○ドレーン類自己抜去予防のため、産学官連携でセーフティミトンを開発し、採用した。 ○救急カート薬品のうち、ポスミンをエピルフィンに変更した。 | |

安全管理のための基本方針

本院は患者が安心して、医療を受けられる環境を整え、各医療現場において安全確実な医療を実践・教育する。

医療事故の絶無を期して、現場における責任体制を明確にし、医療事故防止のための安全管理体制を病院全体で取り組み確立する。

- 1 安全管理のための委員会
安全管理及び医療事故の防止・対策について審議するため、医療安全管理委員会を置く。
- 2 安全管理室
医療安全管理委員会の講じた安全対策をリスクマネジャーを通じて速やかに実践徹底させると共に、委員会に安全対策を提言する。
- 3 専任リスクマネジャー
本院全体の医療事故防止及び安全管理の任に当たらせるため、安全管理室に専任リスクマネジャーを置く。
- 4 リスクマネジャー
医療安全管理委員会及び安全管理室の講じた対策等の情報を各医療現場に浸透させるため、また、各医療現場で発生した医療事故及びインシデントの報告及び医療事故防止に関する問題点等を安全管理室及び委員会の審議に反映させるため、各科部等にリスクマネジャーを置く。
- 5 安全管理のための職員教育及び研修
医療事故の防止手法等安全管理に関する教育を行うと共に、職員研修を開催する。
- 6 医療事故発生時の対応
医療事故に関する情報は、速やかに、病院長及び安全管理室長に連絡し、報告書を提出する。医療安全管理委員会は報告書に基づいて、内容・実状を把握し、対応・改善を協議する。
- 7 安全対策マニュアル
病院関係職員の医療事故防止のため、「安全対策マニュアル」を作成し、周知徹底を図る。なお、状況等により随時見直しを行うものとする。
- 8 医薬品安全管理責任者
本院全体の医薬品の安全使用の任に当たらせるため、薬剤部に医薬品安全管理責任者を置く。
- 9 医療機器安全管理責任者
本院全体の医療機器の安全使用の任に当たらせるため、ME機器管理センターに医療機器安全管理責任者を置く。
- 10 患者相談
患者からの病状や治療方針等に関する相談に対しては、誠実に対応する。
- 11 その他
安全管理のための方策を検討し、医療事故防止に努める。
本指針は、患者及びその家族等から閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。