

(様式第12)

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 越智光夫 |
| 管理担当者氏名 | 総務Gリーダー 盛井 隆 , 医事Gリーダー 熊谷圭司 |

| | | 保管場所 | 分類方法 |
|---|--|---------------|--|
| 診療に関する諸記録 | | | |
| 病院日誌 | | 総務グループ | カルテは、1患者1カルテで中央病歴管理室で保管管理し、エックス線写真は、各診療科で保存管理している。 |
| 各科診療日誌, 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 | | 各診療科及び中央病歴管理室 | |
| 処方せん | | 薬剤部 | |
| 病院の管理及び運営に関する諸記録 | | | |
| | 従事者数を明らかにする書類 | 総務グループ | |
| | 高度の医療の提供の実績 | 医事グループ | |
| | 高度の医療技術の開発及び評価の実績 | 総務グループ | |
| | 高度の医療の研修の実績 | 総務グループ | |
| | 閲覧実績 | 総務グループ | |
| | 紹介患者に対する医療提供の実績 | 医事グループ | |
| | 入院患者数, 外来患者及び調剤の数を明らかにする帳簿 | 医事グループ 薬剤部 | |
| 規則第9条の23及び第1条の11各号に掲げる体制確保の状況 | 専任の医療に係る安全管理を行う者の配置状況 | 医療安全管理部 | |
| | 専任の院内感染対策を行う者の配置状況 | 医療安全管理部 | |
| | 医療に係る安全管理を行う部門の配置状況 | 医療安全管理部 | |
| | 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 | 医療相談室 | |
| | 医療に係る安全管理のための指針の整備状況 | 各診療科 | |
| | 医療に係る安全管理のための委員会の開催状況 | 医療安全管理部 | |
| | 医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況 | 医療安全管理部 | |
| | 医療機関内の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状況 | 医療安全管理部 | |

| | | 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 | 医療安全管理部 |
| | | 院内感染対策のための委員会の開催状況 | 医療安全管理部 |
| | | 従業者に対する院内感染対策のための研修の実施状況 | 医療安全管理部 |
| | | 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実施状況 | 医療安全管理部 |
| | | 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 | 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 | リスクマネジメントグループ |
| | | 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 | リスクマネジメントグループ |
| 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 | ME 機器管理室 | | |
| 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 | ME 機器管理室 | | |

(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。

(様式第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 | 運営支援部長 | 西田良一 |
| 閲覧担当者氏名 | 総務Gリーダー | 盛井隆 |
| 閲覧の求めに応じる場所 | 総務グループ室 | |

○病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧実績

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

○紹介患者に対する医療提供の実績

| | | | |
|------|------------------------|---------|----------------------|
| 紹介率 | 65.4% | 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 | 14,990人 | |
| | B: 他の病院又は診療所に紹介した患者の数 | 5,416人 | |
| | C: 救急用自動車によって搬入された患者の数 | 1,254人 | |
| | D: 初診の患者の数 | 27,658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。

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 (2名)・無 |
| ② 専任の院内感染対策を行う者の配置状況 | 有 (1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 (4)名 兼任(126)名 (医科RM98名、歯科RM29名(1名重複))</p> <p>・ 活動の主な内容：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 医療安全管理に関する委員会の決定事項の周知徹底及び委員会との連絡調整 2) 病院内の医療安全に係る各種マニュアルの管理 3) 医療事故等に関連する情報の収集、調査及び分析に関すること 4) 医療事故等に関する診療録等の記載内容が正確であるかの点検及び指導 5) 患者及び家族への説明等、医療事故発生時の対応状況の確認及び指導 6) 医療事故等の原因究明の実施・確認及び指導 7) 医療事故防止に係る教育・研究及びその環境整備に係る企画立案 8) 院内感染防止に関する情報の収集、調査、分析及び指導 9) 院内感染防止のための対策及び啓発の企画・立案並びに情報提供 10) 院内感染症のコンサルテーション 11) 院内感染サーベイランス 12) 院内感染情報のデータベース化 13) 病院における定期的な巡視 | |
| 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</p> <p>【医療安全管理マニュアル】</p> <p>第1部 医療安全管理のための指針</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医療安全管理に関する基本的な考え方 2. 用語の説明 3. 医療安全管理に関する推進方法 <p>第2部 医療安全管理の具体的推進</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医療安全管理体制及び業務について <ol style="list-style-type: none"> I 医療安全管理体制について II 各組織の業務内容について <ol style="list-style-type: none"> 1) 医療安全管理部 <ol style="list-style-type: none"> (1) 医療安全管理室 (2) 感染管理室(ICT) 2) リスクマネジャー 3) リンクナース及び感染対策実践者 4) 医療事故防止等対策委員会 5) 患者影響レベル判定小委員会(医科領域) 6) 医療事故防止等対策小委員会(歯科領域) 7) 医療安全管理室会議 | |

- 8) リスクマネジャー代表者会議
- 9) 感染症対策委員会
- 10) 感染症対策小委員会(医科領域)(歯科領域)
2. 院内報告システム(医科領域)
 - I 報告様式
 - II 用語の説明
 - III 医療事故判定システム
 - IV インシデントレポート
 - 1) 報告者
 - 2) 報告の時期及び報告先
 - 3) 報告すべき内容等
 - 4) 保存期間
 - V 医療事故報告書及び改善策検討報告書
 - VI 報告の流れ
 - VII 報告された事象の分析と改善策策定について
3. 院内報告システム(歯医科領域)
 - I 報告様式
 - II 用語の説明
 - III 医療事故判定システム
 - IV インシデントレポート
 - 1) 報告者
 - 2) 報告の時期及び報告先
 - 3) 報告すべき内容等
 - 4) 保存期間
 - V 医療事故報告書及び改善策検討報告書
 - VI 報告の流れ
 - VII 報告された事象の分析と改善策策定について
4. 職員に対する安全教育・研修
5. 医療事故発生時の具体的な対応方法
 - 1) 患者の安全の確保
 - 2) 患者と家族への説明
 - 3) カルテ及び看護記録の記載上の留意点
 - 4) 報告(医科領域)
 - 5) 報告(歯科領域)
6. 医療事故の公表
7. 記録の重要性
8. 再発防止策の見当
- 第3部 インフォームドコンセント
 1. インフォームドコンセントの目的
 2. インフォームドコンセントの成立要件
 3. 本院における説明事項
 4. インフォームドコンセント後の処理
 5. 病状説明書
- 第4部 医療安全管理各種マニュアル(医科領域)
 1. 医療事故防止のチェック項目
 2. 研修医が単独で行ってよい処置・処方の基準について
 3. 確認会話マニュアル

4. 造影剤漏出時の対応
5. 点滴の誤連結防止について
6. ドレーン・チューブトラブルについて
7. 薬剤の誤投与について
8. 抗がん剤の用法・用量間違い防止マニュアル
9. 化学療法の施行による医療事故防止のための留意事項について
10. 患者誤認防止マニュアル(同姓同名)
11. インスリン投与マニュアル
12. 広島大学病院身体抑制・拘束マニュアル
13. 無断外出・離院時の対応手順
14. 転倒・転落(アセスメントツール)
15. 輸血療法
16. 注射
17. 抗菌剤使用に関する注意事項
18. 与薬
19. 人工呼吸器
20. 検査部
21. 病理部
22. 薬剤部
23. 放射線部
24. 手術部

第4部 医療安全管理各種マニュアル(歯科領域)

1. 医療事故防止のチェック項目
2. 研修医が単独で行ってよい処置・処方の基準について
3. 確認会話マニュアル
4. 造影剤漏出時の対応
5. 点滴の誤連結防止について
6. ドレーン・チューブトラブルについて
7. 薬剤の誤投与について
8. 抗がん剤の用法・用量間違い防止マニュアル
9. 化学療法の施行による医療事故防止のための留意事項について
10. 患者誤認防止マニュアル(同姓同名)
11. インスリン投与マニュアル
12. 広島大学病院身体抑制・拘束マニュアル
13. 無断外出・離院時の対応手順
14. 転倒・転落(アセスメントツール)
15. 輸血療法
16. 注射
17. 抗菌剤使用に関する注意事項
18. 与薬
19. 人工呼吸器
20. 科・部別の事例別防止対策
21. 歯科治療中の緊急事態発生時の対応(救命・救急処置が必要な場合)
22. 抑制による行動調整の基準マニュアル
23. 同意書(体動のコントロール)
24. 開口器使用マニュアル
25. 同意書(開口器使用)

| | |
|--|------|
| ⑥ 医療に係る安全管理のための委員会の開催状況 | 年76回 |
| <p>・ 活動の主な内容</p> <p>○医科・歯科共通</p> <p>1) 「医療事故防止等対策委員会」は、月1回開催し、本院の医療安全管理の統括的な事項について審議する委員会で、「患者影響レベル判定小委員会」及び「医療事故防止等対策小委員会」を統括し、医療の安全、医療事故の防止、医療訴訟に関する事故を審議する。</p> <p>また、「医療事故防止等対策委員会」は、「患者影響レベル判定小委員会」、「医療事故防止対策小委員会」及び「医療安全管理室会議」から改善策等の審議内容の報告を受けて審議決定し改善策やマニュアルについて医療安全管理部に周知徹底するようフィードバックする。</p> | |
| <p>2) 「感染症対策委員会」は、月1回開催し、院内の感染防止のための調査、研究、対策に関する事項の統括審議を行い、また、小委員会の審議結果の調整及びその他感染症に関する事項を行う。</p> <p>○医科領域</p> <p>1) 「患者影響レベル判定小委員会」は、インシデントレポートの患者影響レベルの判定と医療定義に照らして、患者影響レベル3b以上の事象については医療事故か医療事故でないかを、2週間に1回判定し、病院長に報告する。</p> <p>2) 「医療安全管理室会議」は、毎週1回開催し、医療安全対策の推進及び啓発のために必要な企画・立案及び評価を行うとともに、医療現場において機能的に対処・指導を行い、病院内の医療安全に関する対策と意識向上を図る。</p> <p>3) 「感染症対策小委員会」(医科領域)は、月1回開催し、医科領域に関し、院内の感染防止のための対策、感染情報レポートの分析・活用及び針刺し(穿刺)感染に関する事項の審議を行う。また、感染防止に係る教育・研修及び院内感染防止に係るマニュアルの策定・改訂に関する事項を審議し、周知徹底するようフィードバックする。</p> <p>○歯科領域</p> <p>1) 「医療事故防止等対策小委員会」は、月1回開催し、歯科領域のインシデントレポートに基づき、患者影響レベルの判定及び医療事故の防止策等を審議する。また、医療事故の可能性のある事例については病院長へ報告する。</p> <p>2) 「感染症対策小委員会」(歯科領域)は、月1回開催し、歯科領域に関し、院内の感染防止のための対策、感染情報レポートの分析・活用及び針刺し(穿刺)感染に関する事項の審議を行う。また、感染防止に係る教育・研修及び院内感染防止に係るマニュアルの策定・改訂に関する事項を審議し、周知徹底するようフィードバックする。</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16回 |
| <p>・ 研修の主な内容:別紙①のとおり</p> | |
| <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> <p>・ 医療機関内における事故報告等の整備 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無</p> <p>・ その他の改善のための方策の主な内容:</p> <p>○医科・歯科共通</p> <p>1) インシデント報告制度の目的や趣旨が十分に伝わるように研修会やリスクマネージャー会議をとおして伝達している。</p> | |