

(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 山下 英俊
管理担当者氏名	薬剤部長 白石 正, 総務ユニット長 長井 孝行, 医事ユニット長 笹原 源榮, 診療報酬ユニット長 田中 清

		保管場所	分類方法
診療に関する諸記録			カルテ等病歴資料は、 外来入院別に1患者1 ファイル方式とし、エ ックス線写真は1患者 1資料袋方式で、共に コンピュータによる集 中管理を行っている。
病院日誌		総務ユニット	
各科診療日誌		各診療科	
処方せん		薬剤部	
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		医療情報部 (診療記録室)	
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	総務ユニット	
	高度の医療の提供の実績	診療報酬ユニット	
	高度の医療技術の開発及び評価の 実績	診療報酬ユニット	
	高度の医療の研修の実績	総務ユニット	
	閲覧実績	総務ユニット	
	紹介患者に対する医療提供の実績	診療報酬ユニット	
	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	診療報酬ユニット, 薬剤部	
	掲規 げ則 る第 体9 制条 確の 保2 の3 状 況第 1 1 条 各 号 に	専任の医療に係る安全管理を 行う者の配置状況	医事ユニット
		専任の院内感染対策を行う者 の配置状況	総務ユニット
		医療に係る安全管理を行う部 門の設置状況	医事ユニット
		当該病院内に患者からの相談に 適切に応じる体制の確保状況	医事ユニット
		医療に係る安全管理のための 指針の整備状況	医事ユニット
		医療に係る安全管理のための 委員会の開催状況	医事ユニット
		医療に係る安全管理のための 職員研修の実施状況	総務ユニット
		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の状況	医事ユニット

		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 1 1 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	総務ユニット
		院内感染対策のための委員会 の開催状況	総務ユニット
		従業者に対する院内感染対策 のための研修の実施状況	総務ユニット
		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	総務ユニット
		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	総務ユニット
		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	MEセンター
		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センター
		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センター

(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	病院長 山下 英俊
閲覧担当者氏名	総務ユニット長 長井 孝行
閲覧の求めに応じる場所	管理棟 第二会議室

○ 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	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	68.7%	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		8,001 人
	B: 他の病院又は診療所に紹介した患者の数		6,812 人
	C: 救急用自動車によって搬入された患者の数		1,154 人
	D: 初診の患者の数		16,417 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	有 (2名)・無
② 専任の院内感染対策を行う者の設置状況	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
<ul style="list-style-type: none"><li>所属職員： 専任 ( 2 ) 名 兼任 ( 1 2 ) 名</li><li>活動の主な内容：<ol style="list-style-type: none"><li>医療事故等防止対策委員会の庶務に関すること。</li><li>インシデント報告の分析及び医療事故防止対策の策定に関すること。</li><li>安全管理のための研修，啓発普及，教育等の企画立案及び実施に関すること。</li><li>医療事故防止対策の監査・指導に関すること。</li><li>リスクマネージャー及びサブリスクマネージャーとの連絡調整に関すること。</li><li>その他医療事故防止対策に関すること。</li></ol></li></ul>	
④ 当該病院内に患者からの安全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
<ul style="list-style-type: none"><li>指針の主な内容：<ol style="list-style-type: none"><li>患者に対する十分なインフォームド・コンセントに基づいて「患者と医療従事者との良好な信頼関係を樹立」し，患者本位の全人的かつ安全な医療を提供する。また，医療に係る苦情，相談についても，適切に対応する。</li><li>医療における基本の徹底およびその質の向上を図るとともに，全ての医療従事者に「医療過誤は絶対に起こさない」という意識改革および啓発を図るため，教育・研修および講演会を定期的開催する。</li><li>医療従事者自らが，医療行為の基本的事項を日々点検・確認し，アクシデント又はインシデント事例が発生した場合は直ちに所属リスクマネージャーに報告するとともに，患者及び関係者に説明のうえ適切に対処し，アクシデント内容等の調査・検討及び再発の防止対策を速やかに講ずる。</li><li>医療事故を未然に防止するための組織および体制の整備を図る。</li><li>本指針は，患者およびその家族等へ掲示等により周知させるものとする。</li></ol></li></ul>	
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
<ul style="list-style-type: none"><li>活動の主な内容：<ol style="list-style-type: none"><li>安全管理の指針に関すること。</li><li>医療事故防止の体制に関すること。</li><li>医療事故防止に関する啓発及び普及並びに研修に関すること。</li><li>医療事故防止に係る院内体制に関すること。</li><li>医療事故防止に係る調査及び対応策に関すること。</li><li>その他医療事故に関する必要な事項</li></ol></li></ul>	

⑦ 医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	年 6 回
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研修の主な内容 <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 「医療安全の取り組み PDCA サイクルの実践」</li> <li>(2) 「最近の医療訴訟の傾向と対策」</li> <li>(3) 「部門別リスクマネージメント」</li> <li>(4) 「輸液ポンプ, シリンジポンプ, 人工呼吸器のトラブルシューティング」</li> <li>(5) 「院内感染対策」</li> </ul> </li> </ul>	
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	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関内における事故報告等の整備 (有)・無)</li> <li>・ その他の改善のための方策の主な内容： <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 医療従事者は、本院において医療事故が発生した場合、サブリスクマネージャーに直ぐ報告する。</li> <li>(2) サブリスクマネージャーは、医療事故のときは医療事故報告書、インシデントのときはインシデント報告書により、リスクマネージャーに報告する。</li> <li>(3) リスクマネージャーは、サブリスクマネージャーからの報告内容を確認し、報告書により、医療安全管理部(医事課)を通じて24時間以内に報告する。</li> <li>(4) 病院長は報告内容を確認し、医療事故等防止対策委員会で審議させる。 なお、事実調査等が必要な場合は、専門委員会を設置する。</li> </ul> </li> </ul>	

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	①・無
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指針の主な内容：               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 院内感染対策のための委員会規程・感染制御部規程</li> <li>(2) 病院感染対策ガイドライン(標準予防策・感染経路別予防策・消毒法・病原体別の対策等)</li> <li>(3) 感染症発生状況の報告と対策(アウトブレイク時の連絡体制)</li> <li>(4) 感染症法の改訂</li> <li>(5) 病院環境整備</li> <li>(6) 感染性廃棄物について</li> </ol> </li> </ul>	
② 院内感染対策のための委員会の開催状況	年 11 回
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 活動の主な内容：               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 感染の予防対策の実施及び指導に関する事</li> <li>(2) 感染発生時の処置に関する事</li> <li>(3) その他感染対策に関する事</li> </ol> </li> </ul>	
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	年 3 回
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研修の主な内容：               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 「褥瘡に関する講演会」(10月)</li> <li>(2) 「感染対策に関する講演会」(12月)</li> <li>(3) 「HIVに関する講演会」(12月)</li> </ol> </li> </ul>	
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	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院における発生状況の報告等の整備 ( ①・無 )</li> <li>・ その他の改善のための方策の主な内容：               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 院内の感染状況のサーベイランスを実施し、感染対策委員会・感染制御部会議で報告。組織的に改善が必要な場合には検討を行う。</li> <li>(2) 感染対策に関しては、毎週1回感染制御部委員が巡回し現場指導を実施し、感染対策委員会に報告。</li> </ol> </li> </ul>	

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	①・無
② 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	年 2 回
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研修の主な内容：                      リスクマネジメント及び接遇研修(平成20年5月27日)                      PDCA 事例発表会(平成20年9月25日)</li> </ul>	
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"> <li>・ 手順書の作成 ( ①・無 )</li> <li>・ 業務の主な内容：                     <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 医薬品の購入管理</li> <li>(2) 調剤室での医薬品管理</li> <li>(3) 病棟・各部門への医薬品の供給管理</li> <li>(4) 外来・入院患者への医薬品使用</li> <li>(5) 麻薬の管理</li> <li>(6) 院内製剤の安全管理</li> </ol> </li> </ul>	
④ 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	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医薬品に係る情報の収集の整備 ( ①・無 )</li> <li>・ その他の改善のための方策の主な内容：                     <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 厚生労働省からの副作用情報</li> <li>(2) 採用医薬品の一増一減徹底</li> <li>(3) 危険薬のリスト作成、病棟への配布</li> <li>(4) 抗がん剤調製の注意点を病棟へ指導</li> </ol> </li> </ul>	

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	④・無
② 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	年 3 回
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 研修の主な内容：               <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) シリンジポンプ・輸液ポンプ及び人工呼吸器の取扱いについて</li> <li>(2) 電気メス及び鏡視下手術装置の研修会</li> </ul> </li> </ul>	
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"> <li>・ 計画の策定 ( ④・無 )</li> <li>・ 保守点検の主な内容：               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 人工心肺装置，人工透析装置，人工呼吸器，電気メス，除細動器，高気圧酸素装置に対するチェックリスト及びテスター等の測定器による保守点検</li> </ul> </li> </ul>	
④ 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	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機器に係る情報の収集の整備 ( ④・無 )</li> <li>・ その他の改善のための方策の主な内容：               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ メーカー等から提供された安全性情報を、必要に応じて医療機器に文書として添付</li> </ul> </li> </ul>	