

		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	有
		院内感染対策のための委員会の開催状況	12回
		従業者に対する院内感染対策のための研修の実施状況	7回
		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	有
		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
		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	11回
		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	有
		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	有
		医療機器の安全使用のための責任者の配置状況	有
		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	
		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	有
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	有		

(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	医療情報部部长 今村 洋二 (病院長)
閲覧担当者氏名	医事課長 前田 利治 医療情報部病歴情報課 北村 臣
閲覧の求めに応じる場所	1階 情報ライブラリー室

○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	60.47 %	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	19,045 人	
	B: 他の病院又は診療所に紹介した患者の数	9,226 人	
	C: 救急用自動車によって搬入された患者の数	1,269 人	
	D: 初診の患者の数	39,627 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	④ (3名) ・ 無
② 専任の院内感染対策を行う者の配置状況	④ (1名) ・ 無
③ 医療に係る安全管理を行う部門の設置状況	④ ・ 無
<ul style="list-style-type: none">所属職員： 専任 (3) 名 兼任 (12) 名活動の主な内容： 組織横断的に当該院内の安全管理を担う部門であり、院内の診療体制、臨床研修医等の管理体制、薬剤管理、看護管理の徹底化さらに、医療機器などの保守点検及び適正使用、院内技術研修体制の充実、医療事故再発防止の確立を行う事で患者に安全な医療を提供する。 医療に関わる安全の為の指針の策定及び変更、組織機能の安全に関する検討を行う。	
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	④ ・ 無
⑤ 医療に係る安全管理のための指針の整備状況	④ ・ 無
<ul style="list-style-type: none">指針の主な内容： 「医療に係る安全管理のための指針」、「患者相談窓口運用規程」参照	

・ 活動の主な内容：

(1) 医療安全管理対策委員会：原則毎月1回定例開催

医療事故を未然に防止すると共に、迅速かつ適切な対策を講ずるため、インシデントレポートの分析検討、マニュアルの整備、マンスリーレポートの発行、セーフティーマネージャー会との連携などを通じて安全管理の徹底化を促進する。

(2) 医療事故対応委員会：必要の都度開催

インシデントレベル3bで病院長、医療安全管理部長と専任医療安全管理者が合議し、医療過誤が原因である、またはその可能性が否定できない事例とレベル4a以上の案件は、病院長が委員会の開催を指示し、事故対策方針、事故原因の分析、患者・遺族との交渉、関係職員の制裁などについて審議対応する。

(3) セーフティーマネージャー会：原則毎月1回定例開催

医療機関の安全体制の確保及び推進の為に各委員会の管理及び運営に関する規定を定め、安全管理の為に事象の発生原因を分析し、改善策の立案及び実施、職員への周知を図る。更に実施された改善策の実施状況の調査、見直しを行う。

(4) 感染対策委員会：原則毎月1回定例開催

病院内におけるMRSA、その他の院内感染を積極的に防止し、院内感染管理の万全を期するため、その予防のための調査、研究、院内感染症発生時の対策などの方策と実践を行う。当委員会のマニュアルに次の項目が示されている。

MRSA感染防止対策、手洗い(手指消毒)方法、消毒剤使用法、B型肝炎感染予防対策、C型肝炎感染予防対策、針刺し後のHIV感染防止対策、結核感染予防対策など。

(5) 看護部感染防止リンクナース会：原則2ヵ月に1回開催

感染対策委員会の下部組織として病棟、外来より委員を選出し発足。ICTの指導を受けながら、感染防止にかかわる調査、研究、教育活動を行い、有効かつ低コストの感染防止対策を実践し、院内感染の減少を図る。

(6) 輸血療法委員会：原則毎月1回定例開催

院内における輸血に関し、輸血療法を安全かつ適切に行い、輸血に伴う事故や副作用、感染及び合併症の対策について審議する。

(7) 医療ガス安全管理委員会：原則年1回定例開催

医療ガス設備の安全管理を図り、患者さまの安全を確保するために保守点検指針に基づいて、実施責任者に医療ガスの保守点検業務を行わせ安全の確認を行い、各部門に医療ガスに関する知識を普及し啓発に努める。

(8) 安全衛生委員会：原則毎月1回定例開催

職員の危険防止及び健康障害を防止するための基本的な対策を立て、労働災害の原因や再発防止に努め、職員の健康増進を図るための基本的な対策を立てる。

(9) 看護部安全対策委員会：原則毎月1回定例開催

看護部内において委員会を組織し、看護部内における安全及び危機管理に関することなどを検討し、病棟・外来の安全巡回、安全対策学習、医療事故の集計や分析を行う。

(10) 放射線安全管理小委員会：原則年4回開催

業務従事者の教育訓練、施設の改廃、新設、維持管理、放射線の測定、記録の分担、大学の予防委員会等の調査の立会い、科学技術庁又はその指定検査機関による施設検査、定期検査などに際しての対応を行う。

(11) NST・褥瘡対策委員会：原則毎月1回定例開催

栄養障害の早期発見と治療により、現疾患の重症化を抑制することで、患者満足度や医療の質の向上を図る。また、褥瘡の発生予防及び発症後早期からの適切な処置と対策を講じるため、入院患者に褥瘡に関する評価を行い、必要な対策を実施する。

(12) クリニカルパス委員会：必要の都度開催

クリニカルパスの作成と改訂を通じて医療の効率と質の向上を図り、患者の満足と資源の効率的活用を目指す。

(13) 看護部安全対策リンクナース会：原則年6回定例開催

看護部安全対策委員会の下部組織として、各部所のインシデント分析や病棟・外来の安全巡回、安全対策に関する学習を行い、安全に関する知識の普及、医療事故防止を図る。

(14) 看護部セーフティマネージャー会：原則毎月1回定例開催

セーフティマネージャー会の分科会として、各部所のインシデント分析や安全巡回などを行い、医療事故防止についての教育や安全管理対策の推進を図る。

⑦ 医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況（平成19年度）

年 13 回

研修の主な内容：

別 紙 参 照

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 （ 有 ・ 無 ） 電子化 [第一、二報方式]
 1. 電子化入力運用を行っており、第一報は全職員、第二通知は、セーフティーマネージャーがそれぞれ入力を行っている。
 2. 事故報告等の目的は、「個人を罰する事ではなく事故の再発防止に活用することである」と定めている。
 3. 報告すべき事項は、療養指導から院内給食に関するものまで29項目である。
 4. 報告先は、セーフティーマネージャー、所属部門の部長を経て、医療安全管理部、病院長である。緊急を要する場合は、直接病院長へ報告し指示を受けて対処する。
 5. 医療安全管理部は、報告を受けて速やかに内容を把握し、当該のセーフティーマネージャーと分析し、対策を講じる。

・その他の改善のための方策の主な内容：

<安全教育>

1. セーフティーマネージャー会での事例検討、報告
2. 職員研修のDVD上映会開催
3. 技術教育
(中心静脈穿刺について、刺股警戒杖の取扱い、輸液ポンプ、微注ポンプの取扱い等)

<情報システムの活用>

1. 医療安全管理対策委員会より、「マンスリー報告」発行(月1回)
2. 医療安全管理部より、「医療安全情報」の発行(事例により発行)
3. 医療安全管理部より、「医療安全ほっとメール」の発行(事例により発行)
4. 電子カルテ上にホームページの開設

<安全巡廻による評価>

1. 改善策に係わる実施状況の評価
2. 学内3病院における相互ラウンド
3. 近畿私立大学病院相互ラウンド

<改善の為の取り組み>

1. 新入職者研修、新入医局員ワークショップを開催し、技術、教育、事例検討、輸血、感染、接遇、診療録、等安全に関してのワークショップを施行。
2. 医療安全管理マニュアルを一部改訂した。
3. ポケットマニュアルを作成し、全職員に配付した。
4. 説明・同意(IC)文書の標準化を行った。

以 上

**医療に係る安全管理
のための指針**

医療安全管理に関する基本的な考え方

医療事故が起これば、最も迷惑と被害を受けるのは患者さまです。特定機能病院、二次医療圏における基幹病院として、本院は患者さまから信頼される医療安全管理体制を確立する責務があります。医療行為を行うのは最終的には人間であり、人間は誤りを犯すという前提に立てば、医療事故は必ず起こると考えざるを得ません。人の命と健康とをあずかる医療従事者一人ひとりが「人間は誤りを犯すものである」、「医療事故は必ず起こるものである」との「危機意識」を持ち、患者優先の医療を徹底することが私どもの倫理です。病院全体が組織として、医療事故についての調査分析を行い、具体的対策を立てて、これを職員に教育啓発し、実行することによって、医療事故を未然に防ぎ、患者さまにより良い、より安全な医療が提供できるよう最大の努力を傾注します。さらに、診療に関する諸記録の正確かつ真実な記載を推進し、医療情報の安全管理を徹底します。

医療安全管理のための組織づくりや、事故等の速やかな病院長への院内報告制度の強化、患者さまの医療内容についての苦情相談窓口の充実、カルテ開示など医療情報の適正化、職員への定期的研修会の開催等はそのための施策です。

「あたりまえのことをきちんとする」を基本理念として、患者さまに安心と安全を約束できる病院とするために、ここに医療安全管理マニュアルを定め、これを病院長が率先して推進します。

序 文

医療の安全性の向上と信頼性の確保のために

国民の医療に対する信頼が大きく揺らいでおり、医療における安全性の向上と信頼性の回復が何よりも急務であります。現在の医療は多くの医療従事者が関与せざるを得ないシステムとなっているため、医療事故防止については、個人としての防止努力にはおのずから限界があり、組織全体として事故発生防止システムの構築が大切であります。事故は特定の不注意な個人にのみ起こるものではなく、一定の確率ですべての人間に起こるとされています。勿論、ミスやエラーの中には、医療従事者の経験や知識不足による事故も多く、この点は謙虚に反省し、医療従事者個人が知識の研鑽に努め、日進月歩の医療水準に追いついていく努力が必要であります。医療機器の改良や作業手順の改善による事故防止対策も重要でありましょう。また、万一ミスやエラーが発生しても、それが直接医療事故に結びつかないようにするシステムの構築も重要であります。さらに、不可抗力による医療事故に関しては、中立的第三者の創設に向けたモデル事業も行われ始め注目されています。これからも、われわれは、医療の透明性を確保し、大学病院としての社会的責務をはたしてゆくことが、極めて重要です。

従来から、関西医科大学附属枚方病院では、医療安全管理マニュアルに基づき、リスクの把握、評価、背景因子の分析、対処、そして再評価と公表が、医療安全対策委員会で行われてきました。医療安全対策は、病院の危機管理につながり、事故発生防止による患者の安全確保と事故の適切な処理による病院の損失軽減にもつながります。この医療安全管理マニュアルが関西医科大学附属枚方病院での医療事故防止に役立ち、より安全で信頼の高い医療に結びついていくことを祈念いたします。

平成18年1月

病院長 今村 洋二

医療におけるセーフティマネージメント

1) 医療安全管理のための基本方針

医療現場での安全管理は、人の命と健康をあずかる医療従事者一人ひとりが「人は誤りを犯す」という事を前提として危機意識を持ち、個人及びシステムエラーのチェック機能を強化していくことが重要である。医療事故防止には、エラーを誘発しない環境や、起こったエラーについての調査を行い、これを分析し、事故防止の具体策を立て、これを職員全員が行うことにより、事故を未然に防ぎ、患者により良い安全な医療が提供できるよう最大の努力を傾注する。

附属枚方病院の理念は院内に掲示し、職員がその実現を期して努力することの誓いとする。

病院理念 慈仁を心の鏡とした、安全であたたかい医療を提供します。