

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 花房 俊昭			
管理担当者氏名	診療情報管理室長	米田 博	病院薬剤部長	玉井 浩
	中央放射線部長	鳴海 善文	病院医療相談部長	木下 光雄
	医療安全対策室長	村尾 仁	感染対策室長	中川 俊正
	病院事務部長代理	奥田 敏博	総務部長	三宅 努
	医事課長代理	中谷 尚文	庶務課長	岩橋 朗
	医薬品安全管理者	西原 雅美	医療機器安全管理責任者	岩崎 孝敏

		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		庶務課 医事課 診療情報管理室 中央放射線部	年度別に分類している
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	総務部人事課	
	高度の医療の提供の実績	医事課 診療情報管理室	
	高度の医療技術の開発及び評価の実績	各診療科及び 病院薬剤部	
	高度の医療の研修の実績	各診療科	
	閲覧実績	医事課 診療情報管理室	
	紹介患者に対する医療提供の実績	各診療科	
	入院患者数、外来患者及び調剤の数を明らかにする帳簿	医事課及び 病院薬剤部	
確規保則の第9条の23及び第1条の11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	医療安全対策室	
	専任の院内感染対策を行う者の配置状況	感染対策室	
	医療に係る安全管理を行う部門の設置状況	医療安全対策室	
	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	病院医療相談部及び医療安全対策室	
	医療に係る安全管理のための指針の整備状況	医療安全対策室	
	医療に係る安全管理のための委員会の開催状況	医療安全対策室	
	医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	医療安全対策室	
	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	医療安全対策室	

		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	感染対策室
		院内感染対策のための委員会の開催状況	感染対策室
		従業者に対する院内感染対策のための研修の実施状況	感染対策室
		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	感染対策室
		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	病院薬剤部
		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	病院薬剤部
		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	病院薬剤部
		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	病院薬剤部
		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 花房 俊昭
閲覧担当者氏名	病院医療相談部長 木下 光雄
閲覧の求めに応じる場所	病院医療相談部

○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	65.3%	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		16,106 人
	B：他の病院又は診療所に紹介した患者の数		11,454 人
	C：救急用自動車によって搬入された患者の数		2,448 人
	D：初診の患者の数		34,440 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 2 3 及び第 1 条の 1 1 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 (5 名) ・ 無
② 専任の院内感染対策を行う者の配置状況	有 (4 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>【医療安全推進部】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 所属職員： 専任 (5) 名 兼任 (13) 名・ 活動の主な内容： <ol style="list-style-type: none">1. 「事故等」事例の発生頻度、事故の損害規模、事故の質等を分析する。2. 安全対策についての問題点を把握し、改善策の企画立案やその実施状況を評価する。3. 安全対策についてマニュアル等の具体的な検討及び見直しをする。4. 医療安全に係わる職員への教育・研修を企画・実施する。5. 感染対策室と密接な連携をとり、院内感染防止に努める。6. 医薬品安全管理責任者と密接な連携をとり、医薬品の安全確保に努める。7. 医療機器安全管理責任者と密接な連携をとり、医療機器の安全使用の確保に努める。 <p>【医療安全対策室】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 所属職員： 専任 (5) 名 兼任 (9) 名・ 活動の主な内容： <ol style="list-style-type: none">1. 安全管理委員会及び事故調査委員会等の委員会の庶務を行う。2. 安全に関する報告書からの情報収集と集計及び分析を行い、関連部署に情報提供する。3. 医療事故発生時の現状確認及び現場の支援を行い、医療安全推進部長に速やかに報告する。4. 医療安全に係る講演会、事例検討会を企画・開催する。5. 安全対策ポケットマニュアルを改訂する。6. 安全対策マニュアル改訂する。7. ニュースレターの発行・配布を行う。8. 病院医療相談部へ情報提供と連携。9. 医療安全に係るメディアからの情報収集及び資料を作成する。10. 医療現場の現状把握や情報収集を目的とした聞き取りや巡回を行う。11. 安全対策に係る活動の必要性が生じた時は、関連部署と連携を図り対応する。	
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
<ul style="list-style-type: none">・ 指針の主な内容： <ol style="list-style-type: none">1. 医療機関における安全管理に関する基本的考え方2. 医療に係る安全管理のための委員会その他医療機関内の組織に関する基本的事項3. 医療に係る安全管理のための職員研修に関する基本方針4. 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に関する基本方針5. 医療事故等発生時の対応に関する基本方針6. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針7. その他医療安全の推進のために必要な基本方針	

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"> ・ 活動の主な内容：審議事項 1. 医療安全の確保と推進に関すること 2. 医療安全の実施、監査および指導に関すること 3. 医療事故の発生状況についての情報収集、分析に関すること 4. 医療事故に対する予防策、措置に関すること 5. 医療安全に関する教育・研修および啓発に関すること 6. その他の関連事項 	
⑦ 医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	年4回以上
<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修の主な内容： 1. 医療に関する基本的な倫理観や心構えを身に付け、安全に医療を実践するために必要な専門家としての知識や技術を習得し、さらにチームの一員としての意識の向上を図ることを目的とする。 4回／年以上の研修会（事例検討会・講演会を含む）を実施している 2. リスクマネージャーを中心に宿泊研修を実施し、RCA分析の体験とワークショップを行う。 	
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"> ・ 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： 1. 事故を防止するために、状況に応じ現場巡回し、情報を適切に収集、分析し、必要な対策を企画、実施するとともに有用な情報について、時期を失することなく現場にフィードバックする。 2. 事故等の報告を安全管理委員会で検討・協議を行い、整理分析し再発防止についてリスクマネージャーを通じて医療従事者全員に周知徹底を図る。 3. 患者影響レベル3b以上の全ての重大事例については、事故調査委員会でピアレビューにより過失判定を行う。 4. 検討・協議し決定された方針に基づき、安全管理に関する教育、研修を行い医療安全対策の推進に努める。 5. 事故発生に対する問題点と課題を明確にし、再発防止と安全確保の為に検討を行う、医療改善委員会及びリスクマネージャー会議を設置している。ガイドライン、マニュアルを作成し院内に周知徹底を図る。 6. 医療安全に係るあらゆる情報をニュースレター、ホームページ、伝達会等で提供し、医療安全に対する意識を高め、組織横断的に安全管理の体制確保に努める。 	

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	○・無
<p>・ 指針の主な内容：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 院内感染対策に関する基本的な考え方 2. 院内感染対策の為の委員会、その他本院の組織に関する基本的事項 3. 院内感染のための職員研修に関する基本方針 4. 感染症の発生状況の報告に関する基本方針 5. 院内感染発生時の対応に関する基本方針 6. 患者等に対する本指針の閲覧に関する基本方針 7. その他の本院における院内感染対策の推進のために必要な基本方針 	
② 院内感染対策のための委員会の開催状況	年12回
<p>・ 活動の主な内容：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 院内感染の防止に関わる検討課題について審議する 2. 院内感染が発生したときは、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案および実施、ならびに従事者への周知を図る 3. 重要な検討内容について、院内感染発生時および発生が疑われる場合の対応状況を含めて審議する 4. 感染対策についてマニュアル等の検討および見直しをする 5. 感染対策委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行う 6. 院内感染に関する教育および啓発に関する活動内容について検討する 7. その他、感染対策に関し、活動の必要が生じたときは、関係各署と連携を図り適切に審議する 	
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
<p>・ 研修の主な内容：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病棟での集団感染防止対策：ノロウイルス、偽膜性腸炎 2. 標準予防策について 3. Q&Aで学ぶインフルエンザ（初級編） 	
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 (○・無)</p> <p>・ その他の改善のための方策の主な内容：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 院内感染情報レポート、ICTニュース、各種委員会、会議を通じて発生状況の報告等を行っている 2. 定期的なサーベイランスおよび病棟巡回を通じて院内感染対策活動の推進および改善を図っている 	