

| | | 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 順天堂医院感染対策ガイドラインマニュアル 2008 |
| | | 院内感染対策のための委員会の開催状況 | 感染対策室 順天堂規約集 規第平12-6 |
| | | 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 年次ごとに作成（別添参照） |
| | | 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 感染対策委員会にて報告・検討（日報・週報・月報） 〔MRSA・MDRO・各種届出が必要な感染症、血液培養ラウンド 抗菌薬マニュアルの発行 等〕 |
| | | 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 | 薬剤部長 佐瀬 一洋 |
| | | 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 (薬品供給課) 年度ごとに開催日、出席者、研究内容を記録し、薬剤部にて今後の計画を含め一元管理 |
| | | 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 (薬品供給課) 手順書については薬剤部で作成、改定後、医療安全管理委員会にて承認後、関連部門へ配付 実施状況については、各部署で実施後、薬剤部で一元管理 |
| | | 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 (薬品供給課) 学会・企業・行政・患者・院内各部署からの情報を薬剤部医薬品情報室において収集、解析、一元管理し、学会・企業・行政・患者・院内各部署へ発信 |
| | | 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況 | 臨床工学室長 代田 浩之 |
| | | 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 機種、研修内容、出席者名簿等を年度別に分類、保管 |
| | 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 機器管理ソフトにより計画し、月毎に分類、順次点検を行っている | |
| | 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 厚生労働省、PMDA、医療機能評価機構等の発行する情報を分析し、必要なものを医療機器安全情報としてレター等で周知させている。 | |

(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 | 各所属長、 院長 新井 一 |
| 閲覧担当者氏名 | 各所属長、山岡 喜保 (管理課長)、井田 豊太郎 (医事課長) 大島 純子 (診療録管理室係長) |
| 閲覧の求めに応じる場所 | 診療録閲覧室、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 | 3 | 件 |
| 閲覧者別 | 医 師 | 延 | 0 件 |
| | 歯科医師 | 延 | 0 件 |
| | 国 | 延 | 1 件 |
| | 地方公共団体 | 延 | 2 件 |

○紹介患者に対する医療提供の実績

| | | | |
|------|------------------------|--------|----------------------|
| 紹介率 | 50.9% | 算定期間 | 平成20年4月1日～平成21年3月31日 |
| 算出根拠 | A: 紹介患者の数 | 25,674 | 人 |
| | B: 他の病院又は診療所に紹介した患者の数 | 16,351 | 人 |
| | C: 救急用自動車によって搬入された患者の数 | 5,162 | 人 |
| | D: 初診の患者の数 | 76,290 | 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 (3 名) ・ 無 |
| ② 専任の院内感染対策を行う者の配置状況 | 有 (6 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">・ 所属職員： 専任 (2) 名 兼任 (2) 名・ 活動の主な内容： 医療安全ポケットマニュアル第5版参照 1. 医療安全管理指針、組織体制 P. 1～P. 18 2. 医療安全事故防止体制 P. 19 | |
| 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：別添マニュアル参照 I. 医療安全管理指針 P. 1～P. 18 1. 総則 2. 組織体制 3. 医療の安全確保を目的とした改善のための方策 4. 安全管理のための職員研修の実施 5. 医療事故発生時の対応方法 6. 患者相談窓口の設置 7. 安全な医療を提供するための院内規則・手順 8. 医療従事者と患者及びその家族間との情報共有 他 | |
| ⑥ 医療に係る安全管理のための委員会の開催状況 | 年 24 回 |
| <ul style="list-style-type: none">・ 活動の主な内容：別添マニュアル参照 I. 医療安全管理指針 P. 1～P. 18 II. 医療事故防止体制 P. 19 VI. 医療安全に関する報告の流れ P. 24 | |
| ⑦ 医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況 | 年 19 回 |
| <ul style="list-style-type: none">・ 研修の主な内容：別添マニュアル参照 I. 医療安全管理指針 4. 安全のための職員研修の実施 P. 12～P. 14 別添「平成20年度医療安全に関する研修会一覧」 | |
| 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 (有 ・ 無)・ その他の改善のための方策の主な内容： I. 医療安全管理指針 3. 医療の安全確保を目的とした改善 P. 8～P. 12 II. 医療安全防止体制 P. 19 VI. 医療安全に関する報告の流れ P. 24 | |

I 医療安全管理指針

1. 総 則

1) 安全管理指針の目的

医療は、患者と医療従事者の信頼関係、医療に対する信頼の下で、患者の救命や健康回復を最優先として行われるべきものであり、患者を中心とした安全で質の高い医療を提供しなければならない。この実行のために全ての医療従事者は医療安全に取り組むものとする。このため本指針は、順天堂大学医学部附属順天堂医院における医療安全管理に関する基本方針を定めるとともに、院内の責任体制を明確にし、医療安全管理の具体的な推進方策について定めることを目的とする。

2) 医院における医療安全管理の基本方針

安全な医療を提供するためには、医療従事者一人ひとりが患者の安全を守る意識を持つことが不可欠ではあるが、近年の医療の高度化・複雑化等を背景に、医療従事者個人の努力に依存した医療安全管理は困難になってきている。このため、当院においては医療安全管理をシステム化し、院長、医療安全管理を統括する医療安全管理室室長、医療安全管理者、医療安全管理委員会、リスクマネジメント全体委員会を中心として有機的な体制を構築し、総合的管理の一環として組織横断的に取り組む。また、常により質の高い安全な医療提供体制を構築するのみならず、患者・家族に対する接遇に留意し、計画・実施・評価・改善の一連の過程において継続的な見直しを行うことにより、医療現場の状況の変化に適切かつ迅速に対応した医療安全管理を実施する。さらに、医療安全管理に資する情報を職員全体で共有し、組織における安全文化を醸成するため、発生した医療事故、ヒヤリ・ハット事例情報等の分析結果や、医療安全管理委員会等で検討・決定された事故予防対策等を、速やかに職員にフィードバックするとともに、各種の関連する研修会を通じて、医療安全管理に関する職員の教育や啓発に努めるものとする。

3) 医療安全管理における医院職員の責務

(1) 院長の責務

院長は、医院における最高責任者として、医療安全管理に必要な組織体制を整備し、これを指揮・監督する。具体的には、本指針に基づいて円滑かつ効果的に医療安全管理が遂行できるよう、医療安全管理活動の具体的目標や予算の策定、職員の能力や適性に応じた人事・処遇、職場環境の整備等を行い、医院を一つの組織体として適正に管理する。

(2) 個々の職員の責務

全ての職員は、患者の安全を最優先し、安全に医療を提供する責務があることを十分に認識して業務に当たる。このため、職員は医療従事者としての基本的な倫理観や知識・技術の継続的な習得を行い、患者の安全確保に努める。また、職員は、チーム医療の担い手としての役割と責任を果たすために、日ごろから緊密な協力体制を築き、本人の医療安全管理活動へ積極的かつ主体的に参加する。

2. 組織体制

医院における医療安全管理ならびに事故発生時の緊急対応について、医院の組織全体が効果的・効率的に機能するよう、以下の役職および組織等を設置する。

1) 医療安全推進部(2007年4月組織変更)

病院の安全管理の強化のため、平成19年4月医療安全推進部が発足した。医療安全推進部は、医療安全管理室・感染対策室・健康管理室から構成されている。検討案件の性質により3室が適宜連携して組織横断的に問題解決にあたる。

2) 医療機器安全管理責任者(2007年4月、医療法改正により配置)

医療機器安全責任者1名を配置し、放射線担当者1名、医療機器担当者1名、医療材料担当者1名が協力して医療機器の安全使用に関する業務を担う。

3) 医薬品安全管理責任者(2007年4月, 医療法改正により配置)

医薬品安全管理責任者1名を配置し, 医薬品の安全使用に関わる業務を担う。

(1) 医療安全推進部・各管理室の構成

- ① 医療安全推進部・各管理室には以下の各号に掲げる者とする。
 - i 管理室長
 - ii 管理室副室長
 - iii 医療安全管理者(医療安全管理室)
 - iv 事務職員
 - v その他必要な職員
- ② 室長, 副室長, 医療安全管理者は院長が任命する者をもって充てる。
- ③ 医療安全管理室, 感染対策室, 健康管理室の職員は院長が任命する。

(2) 医療安全管理室の役割

医療安全管理室は, 次に掲げる各号についてその役割を担う(感染対策室, 健康管理室の役割の詳細は各室マニュアルに記載)。

- ① 医療の安全を確保するための改善方策
 - 「インシデントレポート」による情報の収集・分析
 - 医療事故予防策, 再発防止策の立案, 実施, 評価および見直し
 - 安全な医療提供のためのガイドラインやマニュアルの策定
 - 患者からの苦情・要望等の分析および医療安全管理への活用
- ② 医療安全管理のための職員への企画・運営および院内広報等の企画・実施
- ③ 医療事故発生時の対応
 - 診療録・看護記録等への記載状況についての確認・指導
 - 患者への診療や説明等の対応状況についての確認・指導
- ④ 医療安全管理委員会の円滑な運営
 - 医療安全管理委員会に対する議題の提案

- 医療安全管理委員会の資料作成、議事録作成等の庶務

- ⑤ 医療安全管理に関する院内の連絡調整
- ⑥ その他医療安全管理に関する業務

4) 医療安全管理委員会

(目的)

医院における医療事故防止の取り組みを効果的に推進し、医院全体および各部門における医療事故防止体制の整備を図るために必要な事項ならびに院長の諮問事項を審議献策し、医療従事者への周知を図るとともに実施状況を必要に応じて調査、見直しを行う。

(委員会の構成)

- ① 医療安全推進部長
- ② 医療安全管理室長
- ③ 感染対策室長
- ④ 医療安全管理室副室長
- ⑤ 医療安全管理者
- ⑥ 総医局長
- ⑦ RM 全体委員会委員長
- ⑧ 看護部長
- ⑨ 薬剤部長
- ⑩ 事務部長
- ⑪ その他委員会が必要と認めたもの若干名

(委員会の開催)

原則として月 1 回開催する。

(委員会の出席)

委員会へ出席できない場合は必ず代理出席をする。

(情報の取扱い)

- ① 委員は、その職務に関して知り得た情報について、既に公表されているものを除き、院長の許可なく他に漏らしてはならない。
- ② 委員は、患者のプライバシーを特に尊重しなければならない。
- ③ 情報の取扱いは関係する職員すべてに適用されるものとする。