

(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	猪口 貞樹
管理担当者氏名	廣瀬 利美雄

		保管場所	分類方法
診療に関する諸記録 ①病院日誌、②各科診療日誌、③処方せん、 ④手術記録、⑤看護記録、⑥検査所見記録、 ⑦エックス線写真、⑧紹介状、⑨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		①、②伊勢原総務課 ③薬剤部 ④、⑤、⑥、⑦、⑧、⑨診療情報管理課	①、②・・・年度別 ③・・・年度別 ④、⑤、⑥、⑦、⑧、⑨・・・詳細は別紙
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	伊勢原人事課 伊勢原教育支援課	年度別 処方箋の種類別及び月別
	高度の医療の提供の実績	医事課	
	高度の医療技術の開発及び評価の実績	伊勢原研究支援課	
	高度の医療の研修の実績	伊勢原教育支援課 (教育計画部)	
	閲覧実績	伊勢原総務課	
	紹介患者に対する医療提供の実績	医事課	
	入院患者数、外来患者及び調剤の数を明らかにする帳簿	伊勢原総務課 薬剤部	
確規保則の第9状況条の2及び第1条の1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	医療安全対策課	
	専任の院内感染対策を行う者の配置状況	院内感染対策室	
	医療に係る安全管理を行う部門の設置状況	医療安全対策課	
	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	医療安全調査課	
	医療に係る安全管理のための指針の整備状況	医療安全対策課	
	医療に係る安全管理のための委員会の開催状況	医療安全対策課	
	医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	医療安全対策課	
	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	医療安全対策課	

		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	院内感染対策室
		院内感染対策のための委員会の開催状況	院内感染対策室
		従業者に対する院内感染対策のための研修の実施状況	院内感染対策室
		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	院内感染対策室
		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	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	医療機器安全管理責任者（診療技術部長）
		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	医療機器安全管理責任者または当該部署
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	医療機器安全管理責任者または当該部署		
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	医療機器安全管理責任者または当該部署		

(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	廣瀬 利美雄 (伊勢原事務部長)
閲覧担当者氏名	鈴木 賢 (伊勢原総務課長)
閲覧の求めに応じる場所	伊勢原総務課

○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	61.0%	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		18,819 人
	B: 他の病院又は診療所に紹介した患者の数		17,228 人
	C: 救急用自動車によって搬入された患者の数		6,118 人
	D: 初診の患者の数		51,887 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 (1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）非常勤 1名：医療安全対策課 兼任（3名）：医療監査部長／医療安全管理委員長（1名）、医療監査部次長（2名）</p> <p>・ 活動の主な内容：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 医療監査部の事務に関すること。2. 医療安全教育の事務に関すること。3. 医療安全セミナーの実施運営に関すること。4. 医療安全の各種委員会の事務に関すること。5. 医療の安全と質の確保に関すること。6. 医療安全レポートに関すること。7. 医療安全に関する官公庁への届出及び報告に関すること。8. カルテ監査の事務に関すること。9. その他医療安全の事務に関すること。	
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> <ol style="list-style-type: none">1. 当院における安全管理に関する基本的考え方 私たち教職員は、全ての行為に対して常に適度な緊張感を持ち、危機管理意識を維持し、安全な医療サービスを提供できるよう努める。2. 医療に係る安全管理のための委員会およびその他医療機関内の組織に関する基本的事項 (1) 医療に係る医療安全管理体制の確保及び推進を図るため、医療安全管理委員会を設置し、医療安全管理委員会の総括の下に、特定な事項を検討するため、各種の委員会並びに分科会を置く。 (2) 医療に係る安全管理を行う部門として、医療監査部（医療安全対策課・医療安全調査課・院内感染対策室）を置き、医療安全に係る企画立案・評価・職員の安全管理に関する意識の向上等職種横断的に指導するため専任医療安全管理者を医療安全対策課に配置する。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 医療安全に係る研修を「医療安全・感染防止セミナー」と位置づけ全教職員に対して、以下の研修を実施する。 なお、新規採用、異動、出向終了者及び臨床研修医に対する研修は別途実施する。 (1) 医療安全に関する事項 (2) 感染防止対策に関する事項 (3) 医薬品関連に関する事項 (4) 医療機器関連に関する事項 (5) その他重大な事象が発生した事項4. 当院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 インシデントやアクシデントが発生した場合は、速やかに規定の様式により、医療監査部へレポートを提出する。提出されたレポートが診療録及び看護記録に基づき記載されているかを専任医療安全管理者が検証する。 なお、重要と思われるレポートについては、レポート検討会で検証し、医療安全管理委員会に諮る。さらに、対策が必要な事象については、RCA（根本原因分析）或いは調査委員会で検証する。5. 医療事故等発生時の対応に関する基本方針 当該者の健康回復に全力を尽くすことを優先し、可及的速やかに上司に連絡し指導を仰ぎ、必要に応じて院内に緊急情報を発信し処置を行なう十分な人員を確保する。	

6. 医療従事者と患者との間の情報共有に関する基本方針

(患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針を含む)

医療安全対策マニュアルは、当院のホームページ及び病院情報システム端末に掲載し、いつでも情報が取得できる環境を構築し公開する。

また、患者からの医療の安全管理及び安全対策等についての質問等があれば積極的に情報を開示する。

7. 患者からの相談への対応に関する基本方針

患者・家族からの相談に適切に応じる体制を確保するために、総合相談室に相談窓口を設置し、安全管理体制の確保について、関係部署に改善等の指導をする。

8. その他医療安全の推進のために必要な基本方針

各部署にリスクマネージャーを配置し、医療安全管理委員会で決定した医療安全に係る事項を所属員へ周知させる。

また、安全情報としてセイフティ・トピックスの発行並びに各種ガイドラインの策定を行い教職員に周知する。

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
<p>・ 活動の主な内容：</p> <p>1. 委員構成 (委員：27名、事務局：2名)</p> <p>医療安全管理委員長、専任医療安全管理者、医師：13名 (内科学系・外科学系・専門診療学系)、看護部：3名、薬剤部 (医薬品安全管理責任者)、診療技術部 (医療機器安全管理責任者)、院内感染対策室 (専任院内感染対策責任者)、医療機器管理科：1名、臨床研修部：1名、事務：4名 (医療監査部、総務課、診療情報管理課、用度管理課)、事務局：2名</p> <p>2. 医療安全管理委員会の開催状況</p> <p>実施：平成20年4月14日、平成20年5月12日、平成20年6月9日、平成20年7月14日、平成20年8月11日、平成20年9月8日、平成20年10月14日、平成20年11月10日、平成20年12月8日、平成21年1月13日、平成21年2月9日、平成21年3月9日</p> <p>3. 主な内容</p> <p>(1) 提出されたインシデント/アクシデントレポートの検討</p> <p>(2) 医療に係る医療安全の諸規程の整備</p> <p>(3) 重大な問題が発生した事象に対する事故調査委員会の設置</p> <p>(4) 重要な対策が必要な事象に対する「RCA (根本原因分析) 検討会」の実施</p> <p>(5) 医療安全・感染防止セミナーの企画、実施及びセイフティ・トピックスの発行</p> <p>(6) 医療安全対策チーム設置の検討</p> <p>(7) 東海大学医学部附属病院群への医療安全に関する周知事項の審議</p> <p>(8) リスクマネージャー会で検討する事項の審議及びリスクマネージャー会の実施</p> <p>(9) 医療安全対策マニュアル及び医療安全基本マニュアル (携帯版) の策定</p> <p>(10) 医療安全月間の企画</p> <p>(11) 医薬品の安全管理体制及び医療機器の保守点検・安全使用に関する体制の確保について医薬品関連分科会並びに医療機器関連分科会で策定した事項を協議する</p> <p>(12) 院内感染防止対策委員会で策定される院内感染対策の体制の確保について連携する</p> <p>(13) 厚生労働省への提出事象の分類</p> <p>(14) 厚生労働省への医療機器に関する提言事象の抽出</p> <p>(15) 前各号に掲げたもののほか委員長が必要と認めた事項</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10回
<p>・ 研修の主な内容：</p> <p>*実施した研修会</p> <p>1. 第1回医療安全・感染防止セミナー (医療安全の日セミナー)：平成20年4月9日 「聖マリアンナ医科大学の医療安全」</p> <p>2. 第2回医療安全・感染防止セミナー：平成20年5月15日</p>	

- 「CVC センターについて」 「輸液ポンプ 20 滴化に向けて」
「麻疹大流行の現状と対策」 「VRE 対策これまでの知見」
3. 第3回医療安全・感染防止セミナー：平成20年6月13日
「輸液ポンプ 20 滴化」 「新型インフルエンザ 対応」 「保険請求に伴う診療録記載の留意点」
「診療記録の法的重要性」 「インシデント/アクシデント事象の集計結果から」
 4. 第4回医療安全・感染防止セミナー：平成20年7月9日
「20 滴化定着」 「MDRP について」 「褥瘡ハリスク患者ケア加算導入後の現状と問題点」
 5. 第5回医療安全・感染防止セミナー：平成20年9月2日
「持参薬管理について」 「酸素療法について」 「医療ガスの安全使用について（設備）」
「新型インフルエンザ について（その2）」 「栄養管理の重要性について」
 6. 第6回医療安全・感染防止セミナー：平成20年10月6日
「CVC インストラクター制度を導入して」 「気管切開～術中・術後の問題点」
「アブレイク～感染経路について」 「医療安全対策と院内感染対策～共通点から見て～」
 7. 第7回医療安全・感染防止セミナー：平成20年11月5日
「医療機器不具合情報の流れ」 「アグパックによる酸素療法」 「MRI 検査の手順について」
「耐性緑膿菌対策について」 「食の安全」 「臓器移植の現状」
 8. 第8回医療安全・感染防止セミナー：平成21年1月7日
「食べることのリスク管理」 「排泄物の処理方法と手指衛生のタイミング」
「私は褥瘡のプロになりたい～創傷治癒と下腿潰瘍について～」
 9. 第9回医療安全・感染防止セミナー：平成21年2月3日
「医療 KYT（推進しよう医療 KYK・8A 病棟の取組み）」 「ノコウイルス感染対策について」
「アグパックを使いこなす」 「2008 年度医療安全対策のまとめ」
 10. 第10回医療安全・感染防止セミナー（看護部合同報告）：平成21年3月16日
「医療機器、転倒転落、チューブ、クリカパス、内服、検査/患者誤認防止、注射」
「創感染、呼吸器関連、尿路感染、MRSA サベ インス、血液感染、環境調査、環境教育システム、医材」

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 ）
- ・ その他の改善のための方策の主な内容：
 1. 各年度のレポート報告提出枚数
 - 1)平成11年度：2,892 枚 2)平成12年度：5,534 枚 3)平成13年度：5,132 枚
 - 4)平成14年度：5,179 枚 5)平成15年度：5,634 枚 6)平成16年度：5,517 枚
 - 7)平成17年度：5,398 枚 8)平成18年度：5,416 枚 9)平成19年度：5,685 枚
 - 10)平成20年度：6,064 枚
 2. 発生した事故等の医療安全管理委員会への報告
インシデント/アクシデントレポート取扱い基準（障害度・影響度）に則り、月別一覧表を作成し、特に検討等が必要な事象を（医療監査部長・次長、専任医療安全管理者）が抽出して、レポート検討会に諮る。
レポート検討会で検討された対策案等を医療安全管理委員会へ具申している。
 3. 事故等の収集・分析による組織としての改善策の企画立案及びその実施状況の評価と情報の共有
 - (1) 月別にインシデント/アクシデントレポートを各事象（CV 関連・気道関連・ドレーン関連・化学療法関連・医療機器関連・転倒転落関連）ごとに統計・解析し、各種委員会（病院運営会議・診療科長会・診療協議会）・RM 会・セミナー等で注意を喚起している。
 - (2) レポート検討会で提案された対策案等を医療安全管理委員会で審議し、さらに検討・対策が必要な事象は、根本原因分析(RCA)・各分野の医療安全対策チーム（CV 関連・気道関連・ドレーン関連・化学療法関連・医療機器関連・転倒転落関連・肺血栓塞栓症関連・抗凝固薬服用中止関連）で対策案等を検討している。
 - (3) 上記で検討された対策案等は、各種委員会（病院運営会議・診療科長会・診療協議会）・RM 会・セミナー・ヒヤハイビックス等で周知している。また、eラーニングを用いた情報の配信を試行している。

4. 重大事故発生時の病院管理者への報告及び再発防止策（背景要因・根本原因分析）

- (1) 重大な事故が発生した場合は、手順に従い、速やかに病院長に報告する。また、インシデント/アクシデントレポートとは別に、詳細な事故報告書を24時間以内に提出させ、病院長へ報告している。
- (2) 事象に応じて、根本原因分析（RCA）・事故調査委員会・事故検証委員会・外部評価委員会を立ちあげ再発防止策を講ずる。

5. カルテ監査

診療録等の記載から医療過程においてどのような影響があったか。また、診療録記載以外にも、医療の安全や患者満足度、適正な医療の実施などの評価を隔月で6回/年、カルテ監査として定期開催している。

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	有 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考え方 <p>私たち東海大学医学部附属病院において医療に従事する者は、全ての行為に対して常に適度な緊張感を持ち、危機管理意識を維持し、患者診療における院内感染防止対策のため努力する。</p> 2. 院内感染対策のための委員会その他の組織に関する基本事項 <p>院内感染防止対策委員会は、「医療法施行規則：平成19年4月1日付け改正公布」「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律：いわゆる感染症法」と「医療法」および院内感染対策管理のための施設基準に基づき、東海大学医学部附属病院（以下「病院」という。）における病院内感染者の取り扱い及び管理に関する事項を定め、病院感染による事故の発生を防止し、合わせて病院内環境の保全を図ることを目的として設置する。すなわち、本委員会の目的は、病院における院内感染の実情を把握し、その発生・蔓延を防止する対策を立案して、医学部長および病院長にその実施を提言することにある。</p> 3. 院内感染対策のための従事者に対する研修に関する基本方針 <ol style="list-style-type: none"> (1) 感染対策担当者および感染対策チームは、施設全体の職員（委託業者を含め）を対象として、定期的に院内感染防止対策に関する教育、研修を行う。また、新採用職員（途中採用者を含む）において、採用時に随時、院内感染防止対策に関する教育、研修を行う。 (2) 感染対策担当者は、院内感染の増加が疑われる、あるいは確定した場合、介入の手段として、部署（診療単位）や職種を限定して、院内感染防止対策に関する教育、研修を行う。 (3) リンクドクターとリンクナースは連携して、各診療領域における一般医療スタッフに対して感染防止対策上の問題認識向上と啓発指導を図る。 4. 感染症の発生状況の報告に関する基本方針 <ol style="list-style-type: none"> (1) 感染症の院内における発生を迅速に把握できる方法を確立し、院内感染を未然に防ぐ、または蔓延を防止するために、リアルタイムに対策を立てられるようにする。 (2) 感染症の発生の報告は、主治医および病棟医長・病棟看護責任者から感染症患者発生届け出書にて、院内感染対策室を経由して、病院長に提出される。 (3) 「感染症法」に規定される届け出は、最寄りの保健所長を経由して都道府県知事に届け出る。 5. 院内感染発生時の対応に関する基本方針 <ol style="list-style-type: none"> (1) 院内感染の発生動向の監視（サーベイランス）を実施し、動向の分析に基づき、対策を立案し、改善のための方策を実施する（コンサルテーション）。 (2) 院内感染発生時の対応手順を明確化し、文書として「院内感染マニュアル」に記述し、院内感染発生時には迅速に対応できるようにする。 6. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 <p>院内感染対策のための指針（マニュアル）は、全職員が報知時参照できるように、病院情報システム用端末の「掲示板」に掲載してある。</p> <p>また、指針（マニュアル）は、患者が閲覧できるように、病院のホームページにも掲載してある。指針の詳細についての質問があれば、積極的に開示する旨、マニュアルの「序論」に掲載してある。</p> 7. その他の医療機関内における院内感染対策の推進のための必要な基本方針 <ol style="list-style-type: none"> (1) 院内感染対策の推進のために必要な方策を明確化し、文書として「院内感染マニュアル」に記述し、院内感染発生を未然に防ぐ、また発生時に蔓延を防ぐようにする。 (2) 院内感染対策室（院内感染担当者）では、感染症の発生状況を把握し、発生状況で重要な動向や患者発生については、病院全体で情報を共有化するよう情報提供する。 	

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> <p>1. 委員の構成（委員：17名、事務局：3名） 院内感染防止対策委員長、専任医師1名、委員医師6名（内科学系、外科学系、専門診療学系）、事務局3名、看護部：3名、薬剤部：1名、栄養科1名、診療技術部2名、事務局3名（院内感染対策室）</p> <p>2. 主な内容：</p> <p>（1）感染症の地域流行など感染症情報の把握と提供に関すること。 （2）院内感染発生の監視・疫学調査及び情報の提供に関すること。（細菌培養・薬剤感受性などの情報） （3）感染症発生の届け出に関する業務及びその情報の保管に関すること。 （4）病院環境汚染の把握、医薬品や医療機器汚染の監査・指導に関すること。 （5）抗菌薬・消毒剤の使用状況の把握・適正使用の指導に関すること。 （6）院内の感染対策や感染制御の立案・実行・評価に関すること。（院内感染対策マニュアルの作成） （7）感染対策全般に関するコンサルテーションや指導・教育に関すること。 （8）院内感染防止対策に係わる経費算定・管理に関すること。 （9）その他、病院長の指示する業務、あるいは委員会決定事項の遂行に関すること。</p> <p>3. 感染対策委員会の開催状況 実施： 平成20年4月22日、平成20年5月27日、平成20年6月24日、平成20年7月22日、 平成20年8月26日、平成20年9月30日、平成20年10月28日、平成20年11月25日、 平成20年12月16日、平成21年1月27日、平成21年2月24日、平成21年3月24日</p>	
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10回
<p>・ 研修の主な内容：</p> <p>*実施した研修会</p> <p>1. 第1回医療安全・感染防止セミナー（医療安全の日セミナー）：平成20年4月9日 「聖マリアンナ医科大学の医療安全」</p> <p>2. 第2回医療安全・感染防止セミナー：平成20年5月15日 「VRE対策これまでの知見」、「麻疹大流行の現状と対策」</p> <p>3. 第3回医療安全・感染防止セミナー：平成20年6月13日 「新型インフルエンザ対応」</p> <p>4. 第4回医療安全・感染防止セミナー：平成20年7月9日 「MDRPについて」</p> <p>5. 第5回医療安全・感染防止セミナー：平成20年9月2日 「新型インフルエンザについて（その2）」</p> <p>6. 第6回医療安全・感染防止セミナー：平成20年10月6日 「アウトブレイク～感染経路について」</p> <p>7. 第7回医療安全・感染防止セミナー：平成20年11月5日 「耐性緑膿菌対策について」</p>	

8. 第8回医療安全・感染防止セミナー：平成21年1月7日
「排泄物の処理法と手指衛生のタイミング」
「私は褥瘡のプロになりたい～創傷治癒と下腿潰瘍について～」
9. 第9回医療安全・感染防止セミナー：平成21年2月3日
「ノロウイルス感染対策について」
10. 第10回医療安全・感染防止セミナー（看護部合同報告）：平成21年3月16日
「創感染、呼吸器関連、尿路感染、MRSAサーベイランス、血液感染、環境調査、環境教育システム、医材」

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

- ・ 病院における発生状況の報告等の整備 (有) (無)
 - ・ その他の改善のための方策の主な内容：
1. 病院における発生状況の報告等の整備
- (1) 感染症の院内における発生を迅速に把握できる方法を確立し、院内感染を未然に防ぐ、または蔓延を防止するために、リアルタイムに対策を立てられるようにする。
 - (2) 感染症の発生の報告は、主治医および病棟医長・病棟看護責任者から感染症患者発生届け出書にて、院内感染対策室を経由して、病院長に提出される。
 - (3) 「感染症法」に規定される届け出は、最寄りの保健所長を経由して都道府県知事に届け出る。
2. その他の改善のための方策の主な内容
- 耐性菌発生時の病棟別、診療科別動向調査を行い、薬剤使用状況との解析による各部署へのフィードバック、さらに担当医に対するコンサルテーションや病棟ラウンドによる感染防止対策。

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	有・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 4 回
<p>・ 研修の主な内容：</p> <p>(1)研修医に対する医薬品関連の講話 (年1回)</p> <p>(2)医療安全・感染防止セミナー(2008/4～2009/9)</p> <p>①持参薬管理について</p> <p>②当院のTDM業務の現状</p> <p>③麻薬管理について</p>	
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	
<p>・ 手順書の作成 (有・無)</p> <p>・ 業務の主な内容：</p> <p>①医薬品の採用審査に伴う薬事委員会への関与 (月1回)</p> <p>②採用薬品情報・試用薬品情報の発行 (月1回)</p> <p>③採用中止情報の発行 (2008/4～2009/9:21回)</p> <p>④病棟・外来に定数保管されている医薬品の保管及び品質管理 (年3回)</p> <p>⑤抗癌剤のレジメン管理及び混合調製 (連日)</p> <p>⑥持参薬チェック及び再調剤 (連日)</p> <p>⑦医薬品集及び禁忌薬剤集の作成 (年1回改訂)</p> <p>⑧他施設との連携</p> <p>1) オープンホスピタルの開催 (2008/4～2009/9:2回)</p> <p>2) 新薬集中勉強会の開催 (2008/4～2009/9:5回)</p> <p>3) 西湘薬剤師フォーラム (2008/4～2009/9:3回)</p>	
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	
<p>・ 医薬品に係る情報の収集の整備 (有・無)</p> <p>・ その他の改善のための方策の主な内容：</p> <p>(1)医薬品・医療機器等安全性情報の発行 (2008/4～2009/9:15回)</p> <p>(2)「効能・効果」・「用法・用量」の追加、変更、削除に関するインフォメーションの発行 (2008/4～2009/9:22回)</p> <p>(3)セーフティトピックスの発行(2008/4～2009/9)</p> <p>①血管内投与は白色テルモシリンジです</p> <p>②栄養や薬剤を投与する場合は胃管の位置確認はレントゲンでなきゃいかん！</p> <p>③デュロテップパッチが新剤型に変わります</p> <p>④その疾患にその薬剤で大丈夫？</p> <p>⑤ご存じですか？MegaOakHRで医薬品添付文書情報が見られます</p>	

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	有 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 2 回
<p>*全体研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療安全・感染防止セミナー <ul style="list-style-type: none"> 第2回セミナー 輸液ポンプ20滴化に向けて：平成20年5月15日 第3回セミナー 輸液ポンプ20滴化：平成20年6月13日 第4回セミナー 20滴化定着：平成20年7月9日 第5回セミナー 酸素療法について/医療ガスの安全使用について（設備）：平成20年9月2日 第7回セミナー 医療機器不具合情報の流れ/酸素療法について/MRI検査の手順について：平成20年11月5日 第9回セミナー アクアパックを使いこなす：平成21年2月3日 第10回セミナー 看護部合同報告：平成21年3月16日 *その他 <ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて当該部署にて研修を実施 <p>研修の主な内容：①有効性・安全性に関する事項 ②使用方法に関する事項 ③保守点検に関する事項 ④不具合が発生した場合の対応 ⑤法令遵守すべき事項</p>	
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"> ・ 計画の策定 ((有) 無) ・ 保守点検の主な内容： <ol style="list-style-type: none"> 1) 人工心肺装置及び補助循環装置：年2回実施 2) 人工呼吸器：年2回実施 3) 血液浄化装置：年2回実施 4) 除細動装置：年2回実施 5) 閉鎖式保育器：年2回実施 6) 診療用高エネルギー放射線発生装置：年4回実施 7) 診療用放射線照射装置：年3回実施 <ul style="list-style-type: none"> ①動作確認 ②精度確認 ③磨耗・損耗箇所確認 ④安全機構確認 	
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"> ・ 医療機器に係る情報の収集の整備 ((有) 無) ・ その他の改善のための方策の主な内容： <ol style="list-style-type: none"> ① フローチャート作成による院内外事故不具合情報の管理 ② 機器分類を明確にし不具合が発生した場合に迅速に対応が出来るようにラベルを貼付し管理を行っている ③ 医療機器関連分科会の指示のもと医療機器全般の不具合、使用、管理方法等について、対策チーム（ME機対策チーム）で安全性等について検討している 	

診療記録等のスキャンニング運用管理規程【細則】

東海大学医学部附属病院 医療情報委員会

2006年6月1日 作成

2009年5月7日 改訂

1. (目的)

この規程は、東海大学医学部付属病院（以下「当病院」という。）において、法令に保存義務が規定されている診療録および診療諸記録（以下「診療記録等」という。）の電子媒体による保存が真正性、見読性、保存性を確保し、かつ、円滑に行われることを目的とする。

2. (スキャン保存する情報の範囲)

別紙に示す診療記録等の範囲一覧のうち、情報登録・結果が「スキャン」とされているもの。

3. (スキャニング施行管理者)

外来診療録等・・・・・・・・・・高速スキャン：診療情報管理課長
各外来複合機スキャン：医事課長
入院診療録等・・・・・・・・・・医事課長
技師の指導・実施録・・・・薬剤部部長
放射線技術科長
臨床検査技術科長
病理検査技術科長
診療技術科長
臨床工学技術科長
栄養科長
リハビリテーション技術科長
輸血室室長
患者支援センター長
治験事務室長

4. (スキャニングの運用方法)

外来診療記録等

- ① 診療の都度、患者属性および帳票種類、出力日がバーコード処理された帳票を出力し記載後、スキャン用トレイに入れる。
- ② スキャン用トレイに入っている帳票を外来クラークが回収し、17時まではスキャナ室において診療情報管理課員が高速スキャンする。
- ③ 診療情報管理課員は受け取った帳票枚数とスキャン格納枚数の整合カウントを行い、不整合の場合はスキャンエラーチェックを行う。
- ④ 17時以降に発生した帳票およびバーコードの付与がない帳票類（紹介状、診断書など）は、外来クラークが各外来の複合機でスキャンし、翌日、診療情報課員に渡す。
- ⑤ スキャン済みの帳票類はスキャナ室内の各科部署ごとの棚に一時収納後、専用ダンボールに詰め替え、日付と部署名を記載し、1号館4階保管庫へ保管する。

入院診療記録等

- ① 患者属性および帳票種類、出力日がバーコード処理された帳票を出力し記載後、ステーション内に設置されているスキャン用トレイに入れる。
- ② 病棟クラークは、スキャン用トレイに入っている帳票をスキャン後、スキャン済みの証として「レ点チェック」をして2穴パンチし、カルテバインダー内に綴じ込む。
- ③ 説明・同意書など患者のサインが必要な書類は、患者のサインを得た後、病棟クラークはコピー&スキャンを行い、原本を患者側に渡し、コピーをカルテ控えとしてカルテバインダーに綴じる。ただし、夜間緊急時に説明・同意を行った場合は、コピーをとって原本を患者側に渡し、コピーはスキャン用トレイに入れる。翌日病棟クラークはスキャンを行い、カルテバインダーに綴じる。
- ④ 患者退院後、病棟クラークは看護師実施記録である「個人別ワークシート」および、未スキャンの書類等をスキャンする。
- ⑤ 病棟クラークは退院サマリの記載終了確認後、カルテバインダー内の入院中発生記録等全て、ビニールフォルダーに入れ替え、毎日回収に来る診療情報管理課員に渡す。
- ⑥ 診療情報課員は病棟から回収した入院診療記録等にカルテアリバイバーコードシールを発行の上、1患者1入退院ごとに綴じて電動書架に収納する。

その他の部門内発生記録等

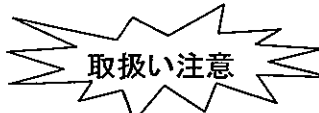
- ① 指導記録および実施記録等（薬剤部、栄養科、総合相談室、腎センター等）は記載後、各部署内でスキャンし、スキャン済みの記録は中央保管するため、スキャナ室に持参する。
- ② 血管内手術記録はアンギオ室で医師が記載後、スキャン用トレイに入れる。診療情報管理課は診療情報管理課員が毎日回収し、スキャン後、カルテ保管庫で保管し、当該患者が退院後、回収した入院診療記録等に合体して綴じる。

診療記録等の範囲と運用管理体制一覧

東海大学医学部付属病院
2006年6月1日 初版
2009年5月7日 改訂

この一覧表は東海大学医学部付属病院における診療録および診療諸記録の範囲を明らかにしたものであり、日本医師会による「診療情報の提供に関する指針」の定義および適用範囲に準ずるものとする。

- (1) 診療情報・・・診療の過程で、患者の身体状況、病状、治療等について、医師またはその指揮・監督下にある医療従事者が知りえた情報
- (2) 診療録・・・医師法第24条所定の文書
- (3) 診療記録等・・・診療録、手術記録、麻酔記録、各種検査記録、検査成績表、エックス線写真、助産録、看護記録、その他、診療の過程で患者の身体状況、病状等について作成、記録された書面、画像等の一切



診療記録等の運用管理体制一覧

帳票種類	現在の状態					リプレイス後(二期稼働後)
	運用形態	情報・結果登録方法	データ管理	原本	原本管理形態	
問診票	NEOCIS	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
外来医師録(初診(1号)・再診(2号))	NEOCIS	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
入院医師録(1,2号)	NEOCIS	キーボード入力	医事課・診療情報管理課	電子データ	システム	電子データ
退院時要約	NEOCIS	キーボード入力orスキャン	医事課・診療情報管理課	電子データor紙	診療情報管理課	電子データ
手術・小手術・インターベンション・分娩記録	NEOCIS	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
麻酔記録	NEOCIS	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
指示録(投薬・処置)	NEOCIS	キーボード入力	医事課・診療情報管理課	電子データ(HRの指示コメント欄入力)	システム	電子データ(HRの指示コメント欄入力)
ICU・CCU記録	NEOCIS	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
クリパス指示・実施記録	NEOCIS	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	電子データor紙(徐々に電子へ移行)
インフォームドコンセント	NEOCIS	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
入院診療計画書	NEOCIS	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
入院指示票	NEOCIS	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
DPCツリー図	紙運用	原本運用のみ	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
診断書	紙運用	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
紹介状	紙運用	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
逆紹介状・返信	キーボード入力	キーボード入力	医療連携室	電子データ	システム	電子データ
入院証書	NEOCIS	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
家族連絡先	NEOCIS	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
特別療養環境室同意書	NEOCIS	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
病名一覧	オーダリング	キーボード入力	診療情報管理課	電子データ	システム	電子データ
プロフィール	キーボード入力	キーボード入力	伊勢原システム課	電子データ	システム	電子データ
様式1-1(患者基本、保険情報)	MegaOak-HR	医事部門システムI/F	医事課	電子データ(HRの基本情報から出力)	システム	電子データ(HRの基本情報から出力)
看護基本情報(データベース)	MegaOak-HR	キーボード入力	看護部	電子データ	システム	電子データ
看護基本情報(データベース)	MegaOak-HR	キーボード入力	看護部	電子データ	システム	電子データ
看護計画(ケアプラン、NOC/NIC/NN)	MegaOak-HR	キーボード入力	看護部	電子データ	システム	電子データ
体温表(70シート)	MegaOak-HR	キーボード入力	看護部	電子データ	システム	電子データ
ICU体温表(70シートI)	紙運用	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
評価・アセスメント	MegaOak-HR	キーボード入力	看護部	電子データ	システム	電子データ
個人別ワークシート(実施記録)	NEOCIS	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	電子データ
術中看護記録	NEOCIS	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
アンギオ看護実施記録	NEOCIS	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
術直後指示伝達記録	NEOCIS	スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
注射・処方箋	オーダリング	部門システム	薬剤部	電子データ	システム	電子データ
薬剤指導録	NEOCIS	スキャン	薬剤部	紙	診療情報管理課	紙
食事箋	オーダリング	部門システム	栄養科	電子データ	システム	電子データ
栄養指導録	NEOCIS	スキャン	栄養科	紙	診療情報管理課	紙
リハビリ記録	NEOCIS	スキャン	総合相談室	紙	原本は総合相談室	紙
在宅医療記録	NEOCIS	スキャン	在宅医療室	紙	原本は在宅医療室	紙
透析記録	NEOCIS	スキャン	腎センター	紙	診療情報管理課	紙
輸血記録	オーダリング	部門システム	輸血センター	電子データ	システム	電子データ
リハビリ実施記録	NEOCIS	スキャン	リハビリテーション技術科	紙	診療情報管理課	紙
高圧酸素記録	NEOCIS	スキャン	臨床工学技術科	紙	診療情報管理課	紙
検体検査結果	オーダリング	部門システム(LACS)	臨床検査技術科	電子データ	システム	電子データ
細菌検査	オーダリング	部門システム(ASTY)	臨床検査技術科	電子データ	システム	電子データ
外注検査結果	SRL伝票運用	スキャン	臨床検査技術科	紙	原本は検体検査室	紙
染色体検査(院内)	紙運用	依頼医師へ直接郵送	依頼医師個人			
外注遺伝子染色体検査	SRL伝票運用	依頼医師へ直接郵送	依頼医師個人			
生理検査結果	オーダリング	部門システム(日本光電)	臨床検査技術科	電子データ	システム	電子データ
内視鏡検査・処置手書きレポート	NEOCIS	スキャン	診療技術科	紙	原本は内視鏡室	紙
内視鏡検査・処置結果	オーダリング	部門システム(日本光電)	臨床検査技術科	電子データ	部門システム?	電子データ
ポータル心電図・ECG結果	NEOCIS	データ貼付スキャン	医事課・診療情報管理課	紙	診療情報管理課	紙
画像検査結果	オーダリング	部門システム	放射線技術科	電子データ	部門システム	電子データ
造影検査手書き結果	NEOCIS	スキャン	放射線技術科	紙	原本は内視鏡室	紙
他院持込デジタルデータ	なし	部門システム	放射線技術科	なし	なし	?
病理検査依頼書	オーダリング	部門システム	病理検査技術科	電子データ	部門システム	電子データ
病理検査結果	システム運用	部門システム	病理検査技術科	電子データ	部門システム?	電子データ