

職 員 必 携

鹿 児 島 市 立 病 院
職 員 ハ ン ド ブ ッ ク

安 心 安 全 な 質 の 高 い 医 療 の 提 供

目 次

<職員ハンドブック>

鹿児島市立病院理念・基本方針	P 2
鹿児島市立病院概要	P 3
病院の沿革	P 6
医師研修施設等指定の現状	P 1 1
厚生労働省が定める掲示事項	P 1 3
各診療科の診療内容	P 2 0
病院組織図	P 2 7
建物別各階配置図	P 3 0
院内の各種委員会	P 3 2
事務分掌	P 3 6
公務員倫理の保持及び服務規律の確保等について	P 4 7
患者の権利	P 5 3
自治体病院の倫理綱領	P 5 4
患者の権利・患者の責務	P 5 5
職業倫理綱領・臨床倫理綱領	P 5 6

<医療安全管理体制>

医療安全管理の基本理念・基本姿勢	P 5 8
医療安全管理組織と体制	P 5 9
．．． 共通事項 ．．．	
I-1 接遇の基本	P 6 2
I-2 報告・連絡・相談	P 6 6
I-3 医療安全に関する報告体制	P 7 2
I-4 事故発生時の対応	P 7 4

I-5	インフォームドコンセント	P 8 0
I-6	防火管理	P 8 2
I-7	クレームの処理	P 8 6
I-8	不当要求行為、暴力行為への対応	P 8 8
I-9	感染対策の基本的事項	P 9 1
I-10	個人情報保護方針	P 9 5
I-11	患者さんの個人情報の保護について	P 1 0 2
I-12	診療記録の開示	P 1 0 4
I-13	電源コンセントと医療機器	P 1 0 8
	・ ・ ・ 部門別一般注意事項 ・ ・ ・	
II-1	診療	P 1 1 0
II-2	看護	P 1 1 5
II-3	手術	P 1 1 9
II-4	病理検査	P 1 2 4
II-5	薬剤	P 1 2 6
II-6	放射線	P 1 3 0
II-7	臨床検査	P 1 3 4
II-8	リハビリテーション	P 1 3 9
II-9	栄養	P 1 4 3
II-10	医療連携	P 1 4 7
II-11	施設管理	P 1 4 9
II-12	事務	P 1 5 3

職員ハンドブック

鹿児島市立病院理念・基本方針

理 念

安心安全な質の高い医療の提供

基本方針

- 1 救急医療、成育医療及びがん診療を柱に、高度で専門的な医療を提供します
- 2 患者や家族に寄り添い、安全で信頼される医療を提供します
- 3 地域医療機関との連携を進め、地域医療の充実に努めます
- 4 職員の教育、研修及び研究を奨励し、医療水準の向上に努めます
- 5 ワークライフバランスに留意し、やりがいと充実感の持てる職場づくりに努めます
- 6 健全経営に努め、医療ニーズに応え絶えず進化する病院を目指します

鹿児島市立病院概要

許可病床数

574 床

(一般病床：568 床、感染症病床：6 床)

標榜診療科

32 科

内科、糖尿病・内分泌内科、血液・膠原病内科、腎臓内科、脳神経内科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、腫瘍内科、リウマチ科、小児科、新生児内科、精神科、放射線科、消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、乳腺外科、小児外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科、歯科口腔外科、麻酔科、救急科、病理診断科

特色

- 1 標榜診療科は 32 科、許可病床数は 574 床を有し、年間の延べ入院患者数、延べ外来患者数はともに約 19 万人である。
- 2 アクセスの良さから市外からの患者も多く、入院患者の約 45%、外来患者の約 31%を鹿児島市外から受け入れている。
- 3 周産期医療については、昭和 51 年の五つ子誕生を契機に施設、設備や陣容が整い、母子救急医療に 24 時間体制で取り組んでいる。新病院では、従来の総合周産期母子医療センターの機能に小児科部門を加えた成育医療センターを設置し、出生前から小児期まで一貫した医療体制を整備している。新生児集中治療室（NICU 36 床）、新生児治療回復室（GCU12 床）、後方ベッド（32 床）、母体・胎児集中治療室（MFICU6 床）を設置している。

- 4 重症救急患者に対し、24 時間体制で高度な救急医療を行うため、救命救急センターを昭和 60 年 1 月に開設した。新病院では、初期治療室や観察室等を拡充し、緊急手術に対応した処置室を設置した。また、救命救急センター内には集中治療室（ICU）や分娩室などへ直結する専用エレベーターを設置するなどさらなる救急医療の充実を図っている。なお、平成 23 年 7 月には小児救急医療拠点病院に指定されている。
- 5 平成 19 年に脳卒中集中治療室（SCU）3 床が設置され、脳卒中専門医による 24 時間体制の対応により、翌 20 年に「脳卒中センター」が開設された。
- 6 平成 23 年 4 月に地域がん診療連携拠点病院に指定され、令和 2 年 4 月には、その高度型にも指定された。平成 27 年 5 月の移転開院時には、消化器、呼吸器、乳腺、泌尿器、婦人科領域のがん診療の充実を図るほか、中央手術室を 11 室、集中治療室（ICU）を 16 床に増床するとともに、高精度の放射線治療装置を設置した。また、包括的ながん診療を行うため、平成 31 年 4 月に腫瘍内科を設置するとともに、令和 2 年 4 月から緩和ケアセンター、がん相談センター及び院内がん登録室を一体的に組織化したがん治療支援センターを設置した。
- 7 かかりつけ医を支援し、紹介患者への医療の提供や救急医療、高度医療などの役割を地域で担う地域医療支援病院として、平成 30 年 3 月に県知事から承認されている。
- 8 諸々の高度診療機能が充実しており、医師の臨床研修指定病院及び看護学生等の実習病院としての役割を果たしている。

職員数

職 種	人 員
医師	134
助産師、看護師	633
放射線技師	27
臨床検査技師	31
薬剤師	37
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	22
臨床工学技士	10
歯科衛生士	3
視能訓練士	2
管理栄養士	4
医療ソーシャルワーカー	3
事務、技術職員	45
合計	951

令和2年5月1日現在

※ 育休者、休職者及び短時間再任用の定数枠を含む。

※ 他に以下の職種の人たちが働いている。

医員、臨床研修医、准看護師、看護補助者、栄養士、保育士、臨床心理士、技術補助員、事務補助員、医師事務作業補助員、医療コンフリクト関係事務嘱託員、院内保安指導員、システムエンジニア、医業未収金収納嘱託員、医業未収金整理嘱託員、医師事務作業補助員指導責任者、病院長秘書

病院の沿革

- 昭和 15 年 鹿児島市立診療所として発足
- 昭和 20 年 鹿児島市立病院に改称
鹿児島大空襲により病院全壊
- 昭和 21 年 診療再開(病床数 50 床)
- 昭和 23 年 現在地に移転(病床数 160 床)
- 昭和 27 年 市立産院を併設
病床数 210 床(一般 105 床、結核 105 床)
- 昭和 32 年 総合病院としての承認を受ける
コバルト 60 による治療開始
病床数 314 床(一般 159 床、結核 155 床)
- 昭和 38 年 市立産院、本院内に移転
病床数 380 床(一般 260 床、結核 100 床、産院 20 床)
- 昭和 39 年 地方公営企業法の財務規定等適用
救急病院の指定を受ける
- 昭和 42 年 リニアックによる治療開始
- 昭和 43 年 頭部外傷救急センター30床設置
病床数 410 床(一般 290 床、結核 100 床、産院 20 床)
- 昭和 44 年 地方公営企業法の全部適用
- 昭和 46 年 頭部外傷救急センター20床増床
がん治療施設用として 40 床増床
病床数 470 床(一般 350 床、結核 100 床、産院 20 床)
- 昭和 47 年 臨床研修病院の指定を受ける

昭和 48 年	頭部外傷救急センターを脳疾患救急部に改組 結核病床 60 床を一般病床へ転床 許可病床数 470 床(一般 410 床、結核 40 床、 産院 20 床)
昭和 50 年	不妊クリニック開始
昭和 51 年	五つ子(山下ベビー)誕生
昭和 52 年	頭部用 C T 装置を導入
昭和 53 年	周産期医療センター設置(新生児センター40 床) 脳疾患救急部を脳疾患救急センターに改称 病床数 510 床(一般 450 床、結核 40 床、産院 20 床)
昭和 54 年	分娩センター20 床設置 I C U 9 床、C C U 2 床増床 病床数 541 床(一般 481 床、結核 40 床、産院 20 床)
昭和 55 年	五つ子誕生 全身用 C T 装置導入
昭和 56 年	新生児センター20 床増床 病床数 561 床(一般 501 床、結核 40 床、産院 20 床)
昭和 58 年	小児科 50 床増床 病床数 611 床(一般 551 床、結核 40 床、産院 20 床)
昭和 59 年	循環器科 24 時間救急体制発足
昭和 60 年	救命救急センター設置 30 床増床 形成外科を開設 病床数 641 床(一般 581 床、結核 40 床、産院 20 床) 南九州初の腎臓移植実施
昭和 61 年	死体腎移植組織協力病院の指定を受ける
昭和 62 年	九州初の体外受精に成功
昭和 63 年	死体腎移植を実施

平成元年	心臓血管撮影装置導入
平成3年	救命救急センター棟完成 救急センター後方ベッド20床増床 病床数661床(一般601床、結核40床、産院20床) 救急新体制本格稼働
平成4年	MRI装置導入
平成6年	鹿児島市立病院併設伝染病棟併用開始(20床) 病床数681床(一般601床、結核40床、伝染20床、 産院20床)
平成7年	阪神・淡路大震災医療活動応援隊派遣 高気圧酸素治療装置導入
平成9年	病院モニター制導入 院内学級設置、基幹災害医療センターの指定
平成10年	自治体立優良病院の自治大臣表彰を受ける
平成11年	感染症病床設置(6床) 病床数667床(一般601床、感染6床、結核40床、 産院20床)
平成12年	新生児センター20床増床、 病床数687床(一般621床、感染6床、結核40床、 産院20床)
平成13年	新生児専用ドクターカー導入
平成15年	県内初(九州2例目)脳死下での臓器提供
平成16年	新医師臨床研修制度発足
平成17年	ホルミウムレーザー装置導入 オーダーリングシステム全面稼働
平成19年	発達支援集中治療室(DICU)10床開設

	新生児集中治療室(N I C U)4床増床 マルチ X 線 C T 装置(64 列・16 列)導入 母体・胎児集中治療室(M F I C U)6床開設 S C U 3床開設 総合周産期母子医療センター開設 鹿児島市立病院基本構想・基本計画策定委員会設置 医療安全管理室・医療連携室の設置
平成 20 年	脳卒中センター開設 鹿児島市立病院基本構想・基本計画策定
平成 21 年	画像情報システム P A C S 導入 外来化学療法室の設置 D P C 対象病院に移行 新生児専用ドクターカー更新
平成 22 年	市立産院廃止 本院が助産施設として認可 病床数 687 床(一般 641 床、感染 6 床、結核 40 床) 病院機能評価認定
平成 23 年	地域がん診療連携拠点病院指定 鹿児島県小児救急医療拠点病院指定 鹿児島県ドクターヘリ基地病院として運航開始
平成 24 年	新病院建設工事着工 心臓血管造影装置の更新
平成 25 年	電子カルテシステムの導入
平成 26 年	鹿児島市高度救急隊(ドクターカー)基地病院として運用開始
平成 27 年	新病院完成 移転開院 診療科再編、許可病床数 574 床(一般 568 床、感染

6床)

- 平成 28 年 鹿児島市高度救急隊(ドクターカー)の運用拡大(平日と土曜日の日中)
熊本地震被災地へDMATおよびJMAT派遣
内視鏡下手術支援ロボット導入
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科との連携講座設置に関する協定締結
- 平成 29 年 病院跡地売却
先進内視鏡診断・治療センター開設
鹿児島市高度救急隊(ドクターカー)の運用拡大(全日昼間)
X線CT 組合せ型ポジトロンCT(PET-CT)装置導入
- 平成 30 年 地域医療支援病院に承認
DPC 特定病院群の指定
BCP(災害時の業務継続計画)の策定
- 平成 31 年 鹿児島市高度救急隊(ドクターカー)の運用拡大(平日 22 時まで)
(令和元年)
糖尿病・内分泌内科、血液・膠原病内科、腎臓内科、腫瘍内科の開設
神経内科を脳神経内科へ名称変更
総合診療部、緩和ケアセンターを開設
給食調理業務委託の開始
- 令和 2 年 地域がん診療連携拠点病院(高度型)の指定

医師研修施設等指定の現状

救命救急センター	日本形成外科学会専門医研修施設
総合周産期母子医療センター	日本熱傷学会熱傷専門医認定研修施設
脳卒中センター	日本脳神経外科学会専門医認定制度指定訓練場所
小児救急医療拠点病院	日本脳卒中学会専門医認定制度研修教育病院
救急告示病院	日本頭痛学会認定研修教育施設
地域がん診療連携拠点施設	日本小児外科学会専門医制度認定施設
日本がん治療認定医機構認定研修施設	日本皮膚科学会認定専門医研修施設
基幹災害拠点病院	日本皮膚科学会認定生物学的製剤使用承認施設
DMA T 指定病院	日本泌尿器科学会専門医教育施設
鹿児島県ドクターヘリ事業基地病院	日本産科婦人科学会専門医制度専攻医指導施設（専門研修基幹施設）
鹿児島市高度救急隊（ドクターカー）事業基地病院	日本婦人科腫瘍学会専門医研修施設
厚生労働省臨床研修指定病院	日本女性医学会専門医制度認定研修施設生殖医療 専門医制度研修連携施設
日本救急医学会救急科専門医指定施設	母体保護法研修指定医療機関
日本救急医学会救急科指導医指定施設	日本周産期・新生児専門医制度（母体・胎児専門医）基幹研修施設
日本航空医療学会認定指定施設	日本周産期・新生児医学会専門医制度（新生児専門医）基幹研修施設
外国医師・外国歯科医師臨床修練指定病院	日本眼科学会専門医制度研修施設
日本内科学会教育関連病院	日本耳鼻咽喉科学会専門医研修施設
病態栄養専門医研修認定施設	日本頭頸部外科学会認定頭頸部がん専門医研修施設
日本腎臓学会認定研修施設	日本気管食道科学会認定気管食道科専門医研修施設
日本透析医学会認定施設	日本医学放射線学会放射線科専門医修練機関
日本神経学会教育施設	日本放射線腫瘍学会認定協力施設
日本感染症学会認定研修施設	日本口腔外科学会認定研修施設
日本呼吸器学会認定施設	日本有病者歯科医療学会認定研修歯科診療施設
日本呼吸器外科専門医合同委員会認定関連施設	日本麻酔科学会麻酔科認定病院
日本血液学会専門医研修施設	

日本糖尿病学会認定教育施設	日本麻酔科学会麻酔指導病院
日本認知症学会専門医教育施設	日本集中治療医学会集中治療専門医研修施設
日本消化器内視鏡学会指導施設	日本呼吸療法学会呼吸療法専門医研修施設
消化器がん検診精密検査医療機関	日本ペインクリニック学会ペインクリニック専門医指定研修施設
日本循環器学会循環器専門医研修施設	日本病理学会認定病院
日本心血管インターベンション学会研修施設	日本臨床細胞学会認定施設
日本高血圧学会研修施設	薬学教育協議会薬学生実習受入施設
日本動脈硬化学会研修施設	鹿児島大学医学部保健学科学療法士臨床実習指定病院
日本心臓リハビリテーション学会研修施設	日本プライマリケア学会認定医研修施設
日本心臓血管外科専門医認定機構認定修練施設	日本栄養士会管理栄養士初任者臨床研修指定病院
胸部ステントグラフト実施施設	日本乳癌学会専門医制度関連施設
腹部ステントグラフト実施施設	日本乳房オンコプラスチックサージャリー学会
下肢静脈瘤に対する血管内レーザー焼灼術実施施設	乳房再建用エキスパンダー／インプラント実施認定施設（一次一期・一次二期・二次再建すべて）
日本小児科学会専門医制度研修施設	日本アレルギー学会アレルギー専門医教育研究施設
日本外科学会専門医制度修練施設	日本病院薬剤師会がん薬物療法認定薬剤師研修施設
日本消化器外科学会専門医修練施設	緩和医療専門薬剤師研修認定施設
日本肝臓病学会認定施設	日本臨床腫瘍学会認定研修施設
日本肝胆膵外科高度技能専門医修練施設B	
日本消化器病学会認定施設	
日本整形外科学会認定医制度研修施設	

厚生労働省が定める掲示事項

- 1 当院は、厚生労働大臣が定める「入院基本料の施設基準等」による看護を行っている保険医療機関です。
- 2 当院の一般病棟は、日勤・夜勤平均して看護職員1人あたりの受け持ち入院患者数は7人以内です。また、看護補助者も配置しています。
- 3 当院では、管理栄養士により管理された食事を適時、適温で提供しています。(朝食8時、昼食12時、夕食18時)
- 4 当病院では、患者の負担による付添看護は行っていません。
- 5 当病院では、平成21年4月1日から入院診療費の算定にあたり、包括評価と出来高評価を組み合わせる「診断群分類別包括評価制度(DPC)」を適用しています。

※医療機関別係数 1.5357 (基礎係数:1.0708 機能評価係数Ⅰ:0.3534 機能評価係数Ⅱ:0.1115)

※DPCとは、診断群分類に基づく1日当たりの定額報酬算定制度で、入院期間中に医療資源を最も投入した「傷病名」と入院期間中に提供される手術、処置、化学療法などの「診療行為」の組み合わせにより、診断群分類が設定され、これに基づいて1日当たりの包括評価がなされ診療報酬が設定される制度です。

- 6 九州厚生局鹿児島事務所長への届出事項は、次のとおりです。

基本診療料

(1) 入院基本料

急性期一般入院料 1

(2) 入院基本料等加算

- | | |
|---|-------------------------------|
| ① 地域歯科診療支援病院歯科初診料 | ② 歯科外来診療環境体制加算 2 |
| ③ 歯科診療特別対応連携加算 | ④ 一般病棟入院基本料 |
| ⑤ 総合入院体制加算 2 | ⑥ 超急性期脳卒中加算 |
| ⑦ 診療録管理体制加算 2 | ⑧ 医師事務作業補助体制加算 1 (15 対 1) |
| ⑨ 急性期看護補助体制加算 | ⑩ 看護職員夜間配置加算 |
| ⑪ 療養環境加算 | ⑫ 重症者等療養環境特別加算 |
| ⑬ 無菌治療室管理加算 1 | ⑭ 緩和ケア診療加算 |
| ⑮ 栄養サポートチーム加算 | ⑯ 医療安全対策加算 1 (医療安全対策地域連携加算 1) |
| ⑰ 感染防止対策加算 1 (感染防止対策地域
連携加算・抗菌薬適正使用加算) | ⑰ 患者サポート体制充実加算 |
| ⑲ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 | ⑳ ハイリスク妊娠管理加算 |
| ㉑ ハイリスク分娩管理加算 | ㉒ 総合機能評価加算 |
| ㉓ 呼吸ケアチーム加算 | ㉔ データ提出加算 |
| ㉕ 入退院支援加算 2 | ㉖ 入退院支援加算 3 |
| ㉗ 認知症ケア加算 | ㉘ 地域歯科診療支援病院入院加算 |
| ㉙ 地域医療体制確保加算 | ㉙ 救急医療管理加算 |

(3) 特定入院料

- | | |
|-------------------|-------------------|
| ①救命救急入院料 1 | ②特定集中治療室管理料 2 |
| ③脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | ④総合周産期特定集中治療室管理料 |
| ⑤新生児治療回復室入院医療管理料 | ⑤小児入院医療管理料 1 及び 4 |

(4) その他

- ①入院時食事療養 (I)・入院時生活療養 (I)・食堂加算

特掲診療料

- | | |
|---|---|
| (1) 歯科疾患管理料の注 11 に掲げる総合医療管理
加算及び歯科治療時医療管理料 | (2) 心臓ペースメーカー指導管理料の注 5 に掲げる
遠隔モニタリング加算 |
| (3) 糖尿病合併症管理料 | (4) がん性疼痛緩和指導管理料 |
| (5) がん患者指導管理料イ・ロ・ハ・ニ | (6) 外来緩和ケア管理料 |
| (7) 糖尿病透析予防指導管理料 | (8) 小児運動器疾患指導管理料 |
| (9) 乳腺炎重症化予防・ケア指導料 | (10) 婦人科特定疾患治療管理料 |
| (11) 外来放射線照射診療料 | (12) 開放型病院共同指導料 |
| (13) がん治療連携計画策定料 | (14) 肝炎インターフェロン治療計画料 |
| (15) ハイリスク妊産婦連携指導料 1 | (16) 薬剤管理指導料 |
| (17) 医療機器安全管理料 1・2 | (18) 医療機器安全管理料(歯科) |
| (19) 歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に掲げる在宅
総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管
理料 | (20) 持続血糖測定器加算(間歇注入シリンジポンプ
と連動する持続血糖測定器を用いる場合) |
| (21) 遺伝学的検査 | (22) 精密触覚機能検査 |
| (23) BRCA1/2 遺伝子検査 | (24) 先天性代謝異常症検査 |
| (25) HPV 核酸検出及びHPV 核酸検出(簡易ジェ
ノタイプ判定) | (26) 検体検査管理加算(I)・(II) |
| (27) 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡
検査加算 | (28) 胎児心エコー法 |
| (29) 時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテ
スト | (30) ヘッドアップティルト試験 |
| (31) 長期継続頭蓋内脳波検査 | (32) 神経学的検査 |
| (33) 補聴器適合検査 | (34) 黄斑局所網膜電図 |
| (35) コンタクトレンズ検査料 1 | (36) 小児食物アレルギー負荷検査 |
| (37) 内服・点滴誘発試験 | (38) 画像診断管理加算 1 |

- (39)ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影 (40)CT撮影及びMRI撮影
- (41)冠動脈CT撮影加算 (42)心臓MRI撮影加算
- (43)抗悪性腫瘍剤処方管理加算 (44)外来化学療法加算1
- (45)連携充実加算 (46)無菌製剤処理料
- (47)心大血管疾患リハビリテーション料 (I) (48)脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)
- (49)運動器リハビリテーション料 (I) (50)呼吸器リハビリテーション料 (I)
- (51)がん患者リハビリテーション料 (52)歯科口腔リハビリテーション料2
- (53)硬膜外自家血注入 (54)人工腎臓
- (55)導入期加算1 (56)透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算
- (57)CAD/CAM冠 (58)センチネルリンパ節加算
- (59)皮膚移植術 (死体) (60)組織拡張器による再建手術 (乳房 (再建手術)の場合に限る。)
- (61)脳刺激装置植込術 (頭蓋内電極植込術を含む。) (62)脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術及び脳刺激装置交換術
- (63)仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術 (便過活動膀胱) (64)緑内障手術 (緑内障治療用インプラント挿入術 (プレートのあるもの))
- (65)網膜再建術 (66)人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術
- (67)内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型 (拡大副鼻腔手術) (68)上顎骨形成術 (骨移動を伴う場合に限る。)(歯科)、下顎骨形成術 (骨移動を伴う場合に限る。)(歯科)
- (69)乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術 (一連につき)(MRIによるもの) (70)乳がんセンチネルリンパ節加算1及びセンチネルリンパ節生検 (併用)
- (71)乳がんセンチネルリンパ節加算2及びセンチネルリンパ節生検 (単独) (72)ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術 (乳房切除後)
- (73)食道縫合術 (穿孔、損傷) (内視鏡によるもの)、 (74)経皮的冠動脈形成術 (特殊カテーテルによるもの)

- 内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術 (の)
 (内視鏡によるもの)、小腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、結腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、腎(腎盂)瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、尿管腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、膀胱腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、膈腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)
- (75)ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 (76)ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 (リードレスペースメーカー)
- (77)植込型除細動器移植術(経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの)、植込型除細動器交換術(その他のもの)及び経静脈電極除去術 (78)両室ペースング機能付き植込型除細動器移植術(経静脈電極の場合)及び両室ペースング機能付き植込型除細動器交換術(経静脈電極の場合)
- (79)大動脈バルーンパンピング法(ＩＡＢＰ法) (80)経皮の下肢動脈形成術
- (81)腹腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するもの) (82)バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術
- (83)胆管悪性腫瘍手術(膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うものに限る。) (84)腹腔鏡下肝切除術
- (85)腹腔鏡下膵腫瘍摘出術 (86)腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術
- (87)早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 (88)腹腔鏡下腎盂形成手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- (89)体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 (90)腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)
- (91)膀胱水圧拡張術 (92)腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- (93)腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 (94)人工尿道括約筋植込・置換術
- (95)腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 (96)腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| (97)腹腔鏡下仙骨腔固定術 | (98)腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。） |
| (99)腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。） | (100)内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術 |
| (101)胎児胸腔・羊水腔シャント術 | (102)医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術 |
| (103)輸血管管理料Ⅰ | (104)人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算 |
| (105)麻酔管理料（Ⅰ）・（Ⅱ） | (106)放射線治療専任加算 |
| (107)外来放射線治療加算 | (108)高エネルギー放射線治療 |
| (109)画像誘導放射線治療（IGRT） | (110)定位放射線治療 |
| (111)画像誘導密封小線源治療加算 | (112)保険医療機関間の連携による病理診断 |
| (113)病理診断管理加算1 | (114)悪性腫瘍病理組織標本加算 |
| (115)クラウン・ブリッジ維持管理料 | (116)先進医療 |
| (117)外来栄養食事指導料 | (118)入院栄養食事指導料 |
| (119)集団栄養食事指導料 | |

7 特別療養環境室使用料は、1日につき次のとおりとなっています。

種類	料金(税込)	床面積(m ²)	部屋番号	設備
特別室(A)	22,000円	約33.88m ²	751	シャワー、トイレ、 応接セット、ミニ キッチン
特別室(B)	13,200円	約16.51m ²	553、601、651、701、 801	シャワー、トイレ、 応接セット、ミニ キッチン
個室(A)	8,800円	約13.71m ²	410～412、460～463、465、 501、502、518～520、555 ～557、602、603、605、 606、652、653、655、656、 702、703、705、706、752、 753、755、802、803、805、 858	シャワー、トイレ
個室(B)	6,600円	約14.23m ²	512、513、515、516、618、 668、669、767、768、817	トイレ
LDR	13,200円	約17.31m ²	LDR1、LDR2	シャワー、トイレ
準個室	1,100円	約8.60m ²	401、459、507、509～511、 517、567、568、615、616、 665、666、715、716、763、 765、813、815、859、860	

8 当院の病衣の着用は、1日につき55円(税込)となっています。

各診療科の診療内容

内科

不明熱、各種感染症、各専門領域に振り分けられない症状等に対する診療を行っております。

糖尿病・内分泌内科

糖尿病とその合併症、手術前後の管理、妊娠糖尿病、患者教育など糖尿病全般と、甲状腺・副腎など内分泌疾患を診療しています。

血液・膠原病内科

急性白血病、慢性骨髄性白血病、再生不良性貧血、特発性血小板減少性紫斑病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫、血友病、関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、皮膚筋炎、強皮症、血管炎、ベーチェット病、シェーグレン症候群、不明熱などを担当しております。

腎臓内科

検尿異常や腎機能障害をきたす腎炎、糖尿病性腎症、ネフローゼ症候群や電解質異常などを診療しています。

脳神経内科

脳梗塞、脳炎・髄膜炎、認知症、パーキンソン病関連疾患、てんかん、頭痛、筋炎、手足のしびれ、脱力、筋萎縮症などを日常の診療内容としています。

消化器内科

消化器疾患の診察、検査、治療を行っております。対象となる臓器は腹部の臓器が主で、食道、胃、小腸、大腸、肝臓、膵臓です。以上の臓器の炎症、腫瘍（癌やポリープ）、潰瘍などが主なものですが、症状としては腹痛、食欲不振、悪心・嘔吐、吐血や下血、腹部の膨満、便秘や下痢、疲れやすい、皮膚や目の黄染などがあります。

循環器内科

狭心症、心筋梗塞、心筋症、肺梗塞、不整脈、ペースメーカー、心不全、弁膜症、高血圧、高脂血症（コレステロール、中性脂肪）、血管疾患（大動脈、末梢血管）などの診察、治療を行っています。循環器疾患で関連する症状：胸が痛い、胸が圧迫される、胸が苦しい、突然の背中の痛み、背中の痛みが続く、動悸、息切れ、呼吸が苦しい、目の前が暗くなる、意識を失って倒れる、足がむくむ、歩くと足が重く痛くなるなど。

呼吸器内科

咳、痰、呼吸困難、胸痛などの症状から、肺癌、肺炎、COPD、喘息、結核、間質性肺炎などを日常の診療内容としています。

腫瘍内科

消化器癌や原発不明癌、希少癌（罹患する患者さんの少ない癌）に対する抗がん剤治療を中心に緩和を含めた癌診療を行っています。

リウマチ科・整形外科

骨、関節に関する疾患全般（骨折、肩こり、腰痛、骨粗鬆症、痛風、関節リウマチなど）を診ていますが、脊椎疾患、腫瘍性疾患、関節リウマチは鹿児島大学整形外科、関連病院に紹介しています。特殊分野として小児整形外科の専門外来があります。

小児科

新生児から思春期までの、あらゆる内科的病気の診察、治療を行っています。スタッフの専門分野である「血液・悪性疾患」「神経・筋疾患および発達傷害」「小児循環器疾患」については、最先端の医療を提供できるように努力しています。その他感染症、喘息、先天異常、膠原病、腎疾患、育児に関することなど、多数の患者さんを診療しています。

新生児内科

主な対象疾患は、早産・低出生体重児、新生児呼吸障害、胎便吸引症候群、重症新生児仮死による低酸素性虚血性脳症、周産期感染症、外科疾患、先天性異常などで、年間およそ 40 例の新生児外科手術も行っています。外来では新生児センター退院児のフォローアップ（発達検査など）や、抗RSウイルス抗体（シナジス）の接種なども行っています。

精神科

緩和ケアのメンタル部門、認知症ケア対応と自殺未遂者への精神的対応を主として行っています。

放射線科

コンピューター断層画像診断（CT、MRI）、核医学診断（RI、PET-CT）と血管造影を用いた治療（IVR）、放射線治療を行っています。主に頭頸部、胸部、肝、泌尿器科領域、婦人科領域の腫瘍を扱っています。また、緊急血管造影、塞栓治療も行います。

消化器外科

食道、胃、腸（小腸、虫垂、結腸、直腸）、肛門、肝臓、胆嚢、膵臓の病気を扱っています。その他ヘルニアなどの診察、治療を行っています。

心臓血管外科

成人心疾患(狭心症、心筋梗塞、弁膜症など)、大動脈疾患(大動脈瘤、急性大動脈解離など)、末梢血管疾患(閉塞性動脈硬化症、急性動脈閉塞症、静脈瘤など)、小児先天性心疾患(動脈管開存症、心房中隔欠損症、心室中隔欠損症、ファロー四徴症、その他複雑心奇形全般)の手術を担当しています。大動脈疾患の血管内治療(ステントグラフト内挿入)は当科で行っていますが、末梢血管疾患の血管内治療は主に循環器内科で行います。

呼吸器外科

当科では胸部全般の疾患（肺癌、縦隔腫瘍、胸壁・軟部腫瘍、膿胸など）を対象にしており、何よりも個々の患者さんにとって適正な診断治療を提供することを大切にしています。また、気胸や外部外傷、気道狭窄などの急を要する病気にも随時対応しています。

乳腺外科

主に乳癌の診断から手術、術後補助療法としての化学内分泌療法までを一貫して実施しています。加えて、転移・再発乳癌に対する集学治療や乳癌と鑑別を要する良性腫瘍、乳腺症、女性化乳房などの診断・治療を行っています。また、早期発見のために乳癌検診も受け付けています。

小児外科

新生児～16歳未満の小児を対象とした外科です。手術が必要な病気：そ形ヘルニア(脱腸)、臍ヘルニア(でべそ)、陰嚢水腫、停留精巣、皮膚腫瘤(できもの)、急性虫垂炎(盲腸)、腸重積症などの診断、治療を行います。その他、交通事故などの外傷や新生児にみられる先天性の肺や胃腸の病気の診断、治療も行います。

形成外科

体の表面全てに携わる外科です。たとえば、胸の骨、口蓋、耳、手指、足趾などの先天異常の治療、種々の皮膚腫瘍に対する外科的治療、やけど、ケロイド、治りにくい傷の治療、指切断、顔面の骨折など多岐にわたる外科的治療を行っています。

脳神経外科

脳神経に関する疾患全般を扱っています(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞など脳血管障害のほか、脳腫瘍、頭部外傷、水頭症、顔面痙攣、三叉神経痛など)。くも膜下出血の予防として、未破裂動脈瘤の治療(手術および血管内治療)、専門外来として頭痛外来、頭痛、

めまい、麻痺、痙攣、意識消失、物忘れがある場合はご相談ください。

皮膚科

皮膚に何かあれば、まず当科にご相談ください。皮膚疾患全般を扱いますが、中でもアトピー性皮膚炎、接触皮膚炎（化粧品まけ、手荒れなど）、蕁麻疹、薬疹、金属アレルギー、掌蹠膿疱症、带状疱疹、ウイルス性いぼ、酒さ、水虫、青あざ、白斑(しろなまず)、スキンケアなどについて専門的治療をしています。

泌尿器科

腎臓、尿管、膀胱、尿道、前立腺、精巣、陰茎などの腫瘍、機能障害、炎症、結石、先天異常などを対象に診療しています。

産科

母体（妊娠高血圧症候群、前置胎盤、糖尿病合併妊娠、多胎妊娠等）、胎児（胎児奇形、早産、子宮内胎児発育不全等）の異常を伴う妊婦に対し、三次病院として最終治療を提供できるよう最大限の受入れに努力し、絶えず医療技術の更新と、自施設の治療成績の評価をしながら医療を実践しています。母体搬送を積極的に受入れ、やむを得ない場合は周産期ネットワークを稼働させ適切な医療を提供できる対応をしています。若い医師の養成に努力しています。全国12施設と電子会議を毎週開催しています。

婦人科

子供から老人まで、女性の一生に関わる疾患（若年性のホルモン異常、発達異常、不妊、良悪性腫瘍、骨粗鬆症、高脂血症等の加齢に伴う疾患）に幅広く医療サービスを提供しています。L e s s i n v a s i v eな手術の導入も拡張中です。婦人科癌に関しては多くの症例を取り扱い、国内ばかりでなく、欧米との共同臨床治験を行い、患者さんに新しい治療を提供するとともに、新しい治療法

の開拓に関わっています。Evidenceに基づいた治療を実践するとともに、evidenceを作り上げる医療を進めています。

眼科

目に関する疾患全般について診察、治療（手術療法を含む）を行っています。

耳鼻咽喉科

耳鼻咽喉、頭頸部全般（めまい、難聴、中耳炎、副鼻腔炎、扁桃炎、アレルギー性鼻炎、アデノイド、嗅覚・味覚傷害、音声傷害、嚥下障害など）および、頭頸部癌（口腔内癌、副鼻腔癌、咽頭癌、唾液腺癌、甲状腺癌、頸部腫瘍など）について診療を行います。

歯科・歯科口腔外科

一般歯科医院では対応困難な顎、口腔疾患（顎骨内の親知らず、口腔粘膜疾患、外傷、重度の炎症、嚢胞、良性・悪性腫瘍など）の手術療法を含めた治療を行います。また、臨床各科との緊密な連携の下に周術期口腔機能管理（がん放射線・化学療法を含む）、誤嚥性肺炎予防のための口腔衛生管理も行っています。

むし歯や被せ物、入れ歯の治療などは全身管理が必要な重度の全身疾患を有する方や障がいをお持ちの方、他科入院治療中患者の応急処置に限らせていただいています。

麻酔科

中央診療部門として、手術時の麻酔（全身麻酔、硬膜外麻酔、脊髄くも膜下麻酔、神経ブロック）と、術後の患者さんの痛みに対する鎮痛管理、集中治療室の入退室管理と重症患者さんの全身管理（術後重症患者、急性腎不全や呼吸不全、敗血症、重症急性膵炎などの治療）、週3日のペインクリニック外来での痛みの治療などを行っています。

救急科

主に救急車による重症患者（多発外傷、薬物中毒、敗血症性ショック、心肺停止など）、各科の重症患者を受け入れています。一次、二次救急にも対応しています。ドクターヘリ、ドクターカーなど病院前救急診療も担っています。

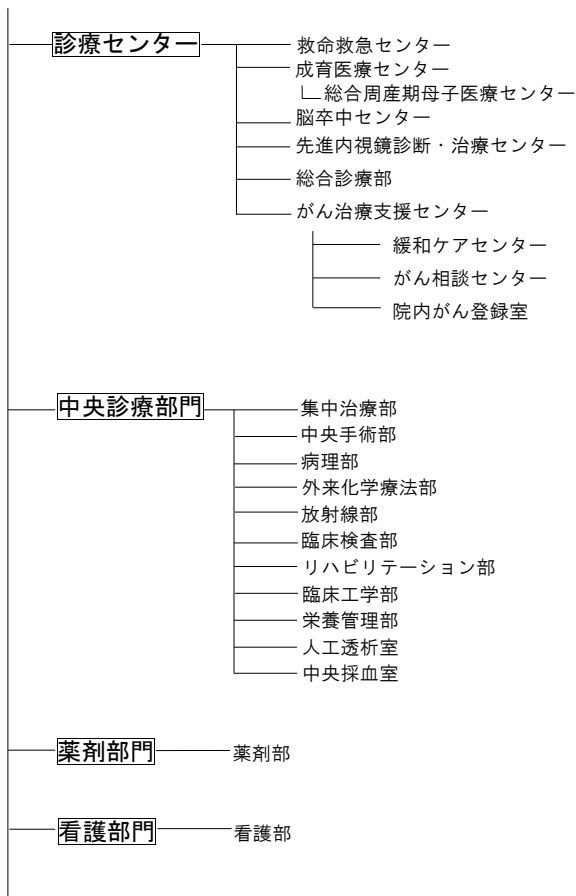
病理診断科

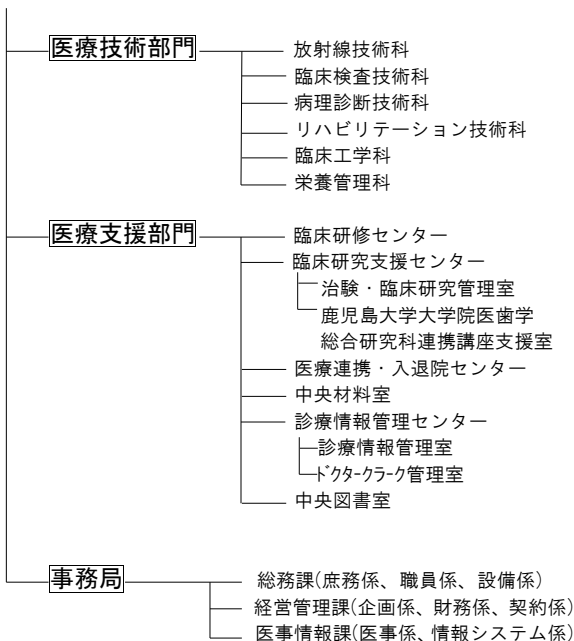
採取された臓器、組織、細胞について病理組織診断・細胞診断、術中迅速組織・細胞診断を行います。免疫組織・細胞化学的手法等も活用し、病気の診断の迅速性、正確性の向上に努めています。また不幸にして亡くなられた方について病理解剖も行っています。

MEMO

病院組織図







建物別各階配置図 (令和2年4月1日現在)

病院本棟

ヘリポート		
階		
機械室	PH階	第3電気室、機械室
8階北病棟 耳鼻咽喉科、眼科 脳神経内科	8階	8階南病棟 内科、腎臓内科、呼吸器外科 血液・膠原病内科 呼吸器内科（感染症含む） 機長・整備士待機室
7階北病棟 整形外科、形成外科 乳腺外科、救急科	7階	7階南病棟 循環器内科、心臓血管外科 歯科口腔外科、 糖尿病・内分泌内科、内科
6階北病棟 消化器内科、腫瘍内科 泌尿器科、放射線科	6階	6階南病棟 消化器外科、救急科 消化器内科
5階北病棟 【成育医療センター】 小児科、小児外科	5階	5階南病棟 脳神経外科、SCU、皮膚科 泌尿器科、脳神経内科 リハビリテーション部 機械室
4階北病棟 産婦人科 【成育医療センター】 新生児内科、NICU、GCU 医局、当直室、院内学級	4階	4階南病棟 【成育医療センター】 産科、MFICU、LDR
中央手術部 無菌手術室1室...クラス100 手術室10室...クラス10,000 臨床工学部、医局、当直室、更衣室 第2電気室、機械室	3階	ICU（16床）、救急病棟（24床） 当直室、機械室 人工透析室、高気圧酸素治療室
診療部門 E：婦人科、産科 F：泌尿器科、婦人科、乳腺外科 G：形成外科、皮膚科、心臓血管外科 H：歯科、歯科口腔外科 I：小児科、小児外科、新生児内科 外来化学療法部、病理部、検体検査 臨床検査部 （超音波、心エコー、脳波、心電図） 緩和ケアセンター、備蓄庫、機械室	2階	中央材料室、薬剤部（調剤室、製剤室） 栄養管理部（厨房、栄養管理室） 物流センター、洗濯室、リネン庫 看護部長室、総看護師長室 医療安全管理室、臨床研究支援センター 電話交換室、診療情報管理室、院内がん登録室 事務局（総務課、経営管理課、情報システム係） 大会議室、中会議室1（災害対策室） 中会議室2、中会議室3、中央図書室、 中会議室5（入札室）、更衣室、職員食堂 サーバー室、UPS室、機械室

<p>診療部門</p> <p>A: 内科(総合内科)、呼吸器内科、糖尿病・内分泌内科、血液・膠原病内科、循環器内科</p> <p>B: 消化器内科、腎臓内科、腫瘍内科、メンタル外来、麻酔科(ペインクリニック)、放射線科、消化器外科、呼吸器外科</p> <p>C: 整形外科、脳神経外科、脳神経内科</p> <p>D: 眼科、耳鼻咽喉科</p> <p>内視鏡部、中央採血室、点滴室 総合案内、自動精算機、再来受付機 処方せん FAX コーナー、ATM コーナー 売店、レストラン、自販機コーナー 防災センター、機械室、授乳室、 公衆電話</p>	<p>1 階</p>	<p>救命救急センター、救急控室・通信室</p> <p>がん相談支援センター、発熱外来、画像診断 (X 線、X 線 TV、マンモグラフィ、骨密度測定、結石破碎、CT、MRI、血管撮影、心臓血管撮影)</p> <p>核医学 (RI) 検査 (SPECT-CT、PET-CT) 放射線治療 (リニアック、アフターローディング) 総合受付、総合待合、ラウンジ 事務局 (医事情報課)、入院センター 入退院受付、医療連携室、お薬相談窓口 図書コーナー、情報コーナー 多目的ホール、災害備品倉庫 霊安室、ごみ庫、機械室</p>
<p>免震階</p>		

エネルギーセンター

3 階	カルテ庫
2 階	特高電気室、第 1 電気室、発電機室、機械室
1 階	熱源機械室、ボイラー室、排水処理室、消火ポンプ室、RI 排水処理室
地階	ポンプ置場、配管ピット、蓄熱槽、雑用水槽、ボイラー排水槽

院内保育所

2 階	カルテ庫、休憩室、更衣室
1 階	院内保育所

院内の各種委員会

	名 称	担当課
1 管理運営	四役会議	総務課
	運営会議	総務課
	経営戦略会議	経営管理課
	各科責任者会議	総務課
	業務改善委員会	総務課
2 職員管理	職員試験委員会	総務課
	職員表彰審査委員会	総務課
	職員の分限及び懲戒審査委員会	総務課
	保育所運営委員会	総務課
3 倫理治験	倫理委員会	総務課
	臓器移植委員会	総務課
	脳死判定委員会	総務課
	治験及び臨床研究審査委員会	治験・臨床研究管理室
	製造販売後調査等審査委員会	薬劑部(治験・臨床研究管理室)
	児童虐待に関する委員会	医事情報課
	利益相反委員会	総務課
4 安全管理	放射線安全委員会	放射線技術科
	安全衛生委員会	総務課
	医療安全管理委員会	医療安全管理室
	医療安全調査委員会	総務課
	医療事故調査委員会	総務課
	医療安全緊急対策委員会	総務課
	リスクマネジメント委員会	医療安全管理室

	感染対策委員会	総務課
	摂食嚥下委員会	総務課
	医療機器安全管理委員会	医療安全管理室
	医薬品安全管理委員会	医療安全管理室
	医療ガス安全・管理委員会	総務課
	医療放射線安全管理委員会	放射線技術科
5 物流契約・経営	医療材料物流委員会	経営管理課
	備品選定委員会	経営管理課
	薬事委員会	経営管理課
	病院事業経営計画策定推進委員会	経営管理課
	建設工事等指名競争入札参加者選定委員会	経営管理課
	業務委託指名競争入札参加者選定委員会	経営管理課
	物品購入等指名競争入札参加者選定委員会	経営管理課
	物品購入等入札参加有資格業者指名停止等審査委員会	経営管理課
	事務局総務課業務委託等契約業者選定委員会	総務課
	事務局経営管理課業務委託等契約業者選定委員会	経営管理課
6 中央施設管理運営	病床・外来管理委員会	医事情報課
	がん治療支援センター運営委員会	医事情報課
	救命救急センター運営委員会	総務課
	中央手術部運営委員会	総務課
	集中治療部運営委員会	集中治療部
	放射線部運営委員会	放射線技術科
	薬剤部運営委員会	薬剤部
	臨床検査部・病理部運営委員会	臨床検査部
リハビリテーション部運営委員会	リハビリテーション科	

	総合周産期母子医療センター運営委員会	医事情報課
7 医療サポート	栄養管理部運営委員会	栄養管理科
	栄養サポートチーム（NST）委員会	栄養管理科
	認知症ケア委員会	医事情報課
	緩和ケアセンター運営委員会	医事情報課
	外来化学療法委員会	医事情報課
	輸血療法委員会	医事情報課
	褥瘡対策委員会	医事情報課
	医療連携・入退院センター会議	医療連携室
	地域医療支援推進委員会	医事情報課
8 医療サービス	医療サービス委員会	医事情報課
	広報委員会	総務課
	クリニカルパス委員会	経営管理課
	利便施設等検討委員会	総務課
9 教育研修	研修運営委員会	総務課
	教育研修委員会	総務課
	中央図書室運営委員会	総務課
	大学院連携講座運営委員会	総務課
	臨床修練委員会	総務課
	臨床研修病院群研修管理委員会	総務課
10 情報管理	情報システム管理運営委員会	医事情報課
	医療情報システム委員会	医事情報課
	診療記録管理委員会	医事情報課
	DPC委員会	医事情報課

11 その他	災害対策検討委員会	総務課
	病院機能評価受審委員会	病院機能評価受審委員会 事務局
	職員子育て支援行動計画推進委員会 93	総務課
	省エネルギー推進委員会	総務課

MEMO

事務分掌

医療安全管理室

- (1) 室の管理に関する事。
- (2) 医療安全管理に関する事。
- (3) その他医療安全対策に関する事。

感染対策室

- (1) 室の管理に関する事。
- (2) 感染予防対策に関する事。
- (3) その他感染対策に関する事。

診療部門

1 診療各科

- (1) 患者の診療に関する事。
- (2) 健康診断に関する事。
- (3) 往診に関する事。
- (4) 公衆の保健指導及び衛生思想普及に関する事。
- (5) 科及び所属病室の整理並びに所属機器の保管に関する事。
- (6) 診療統計及び帳簿の整理、保管に関する事。
- (7) 麻酔に関する事。
- (8) 病理検査及び診断に関する事。
- (9) 医療に属する諸検査及び諸鑑定に関する事。
- (10) 病理解剖に関する事。
- (11) その他医務に関する事。

診療センター

1 救命救急センター

- (1) センターの管理に関する事。

- (2) 救急患者及び重篤救急患者の処置に関する事。
- (3) その他救急患者及び重篤救急患者に関する事。

2 成育医療センター

- (1) センターの管理に関する事。
- (2) 成育医療に関する事。
- (3) その他成育医療業務に関する事。

3 脳卒中センター

- (1) センターの管理に関する事。
- (2) 脳卒中疾患の診療に関する事。
- (3) その他脳卒中疾患に関する事。

4 先進内視鏡診断・治療センター

- (1) センターの管理に関する事。
- (2) 内視鏡による診断、治療及び手術に関する事。
- (3) その他内視鏡業務に関する事。

5 総合診療部

- (1) 部の管理に関する事。
- (2) 総合診療に関する事。
- (3) その他総合診療業務に関する事。

6 がん治療支援センター

<緩和ケアセンター>

- (1) センターの管理に関する事。
- (2) 緩和ケア外来及び緩和ケア病棟に関する事。
- (3) その他緩和ケア業務に関する事。

<がん相談センター>

- (1) センターの管理に関する事。
- (2) がん相談に関する事。
- (3) その他がん相談業務に関する事。

<院内がん登録室>

- (1) 室の管理に関すること。
- (2) がん登録に関すること。
- (3) その他がん登録業務に関すること。

中央診療部門

1 集中治療部

- (1) 部の管理に関すること。
- (2) 患者の看護に関すること。
- (3) 部の整理及び所属機器の保管に関すること。
- (4) その他看護業務に関すること。

2 中央手術部

- (1) 手術室の管理に関すること。
- (2) 手術の介助に関すること。
- (3) その他手術に関すること。

3 病理部

- (1) 部の管理に関すること。
- (2) 病理検査及び診断の方針に関すること。

4 外来化学療法部

- (1) 部の管理に関すること。
- (2) 外来化学療法に関すること。
- (3) その他外来化学療法業務に関すること。

5 放射線部

- (1) 部の管理に関すること。
- (2) 放射線治療、エックス線撮影、透視、RI 検査、CT 検査及びMRI 検査の方針に関すること。

6 臨床検査部

- (1) 部の管理に関すること。
- (2) 生理検査、免疫化学検査、細菌検査、血液検査その他の臨床検査の方針に関すること。

7 リハビリテーション部

- (1) 部の管理に関すること。
- (2) 物理療法、水治療法、運動療法、言語療法その他のリハビリテーションの方針に関すること。

8 臨床工学部

- (1) 部の管理に関すること。
- (2) ME 機器の管理運用の方針に関すること。

9 栄養管理部

- (1) 部の管理に関すること。
- (2) 患者の栄養管理及び栄養指導の方針に関すること。

10 人工透析室

- (1) 室の管理に関すること。
- (2) 人工透析治療に関すること。
- (3) その他人工透析に関すること。

11 中央採血室

- (1) 室の管理に関すること。
- (2) 採血に関すること。
- (3) その他採血業務に関すること。

薬剤部門

1 薬剤部

- (1) 調剤及び製剤に関すること。
- (2) 一般薬品及び麻薬の出納、保管に関すること。
- (3) 薬物血中濃度測定に関すること。
- (4) 薬品の鑑定及び衛生上の試験に関すること。

- (5) 医薬品の情報に関すること。
- (6) 薬剤業務の統計及び書類の整理、保管に関すること。
- (7) その他薬剤に関すること。

看護部門

1 看護部

- (1) 患者の看護に関すること。
- (2) 看護業務の計画及び実施に関すること。
- (3) 看護に係わる環境整備及び安全管理に関すること。
- (4) 看護処置に必要な材料、器具の整理、保管に関すること。
- (5) 看護師の勤務体制及び指導に関すること。
- (6) 看護師の研修及び資質の向上に関すること。
- (7) 付添人及び面会人に関すること。
- (8) その他看護業務に関すること。

医療技術部門

1 放射線技術科

- (1) 科の管理に関すること。
- (2) 放射線の管理に関すること。
- (3) エックス線撮影及び透視に関すること。
- (4) 放射線治療に関すること。
- (5) RI 検査に関すること。
- (6) CT 検査に関すること。
- (7) MRI 検査に関すること。

2 臨床検査技術科

- (1) 科の管理に関すること。
- (2) 生理検査に関すること。
- (3) 免疫化学検査に関すること。
- (4) 細菌検査に関すること。

- (5) 血液検査に関すること。
- (6) その他臨床検査業務に関すること。

3 病理診断技術科

- (1) 科の管理に関すること。
- (2) 病理組織検査に関すること。
- (3) 細胞診検査に関すること。
- (4) その他病理診断業務に関すること。

4 リハビリテーション技術科

- (1) 科の管理に関すること。
- (2) 物理療法に関すること。
- (3) 水治療法に関すること。
- (4) 運動療法に関すること。
- (5) 言語療法に関すること。
- (6) 所属機器の保管に関すること。
- (7) その他リハビリテーション業務に関すること。

5 臨床工学科

- (1) 科の管理に関すること。
- (2) ME 機器の管理に関すること。
- (3) その他 ME 機器に関すること。

6 栄養管理科

- (1) 科の管理に関すること。
- (2) 患者の栄養管理及び栄養指導に関すること。
- (3) 献立、調理及び配膳に関すること。
- (4) 給食材料の検収、保管及び出納に関すること。
- (5) 給食統計に関すること。
- (6) 給食施設及び器具の管理、保全に関すること。
- (7) 食品衛生に関すること。

医療支援部門

1 臨床研修センター

- (1) センターの管理に関すること。
- (2) 研修プログラムに関すること。
- (3) その他臨床研修制度に関すること。

2 臨床研究支援センター

<治験・臨床研究管理室>

- (1) 室の管理に関すること。
- (2) 治験・臨床研究の管理に関すること。
- (3) その他治験・臨床研究業務に関すること。

<鹿児島大学大学院医歯学総合研究科連携講座支援室>

- (1) 室の管理に関すること。
- (2) 鹿児島大学大学院との連携講座の支援に関すること。
- (3) その他連携講座に関すること。

3 医療連携・入退院センター

- (1) センターの管理に関すること。
- (2) 地域の医療機関との業務連携に関すること。
- (3) 医療に関する相談及び支援に関すること。
- (4) 入退院時の手続、案内等に関すること。
- (5) その他医療連携業務に関すること。

4 中央材料室

- (1) 材料室の管理に関すること。
- (2) 機械、器具の準備、保管に関すること。
- (3) 機械、器具の消毒、滅菌に関すること。

5 診療情報管理センター

<診療情報管理室>

- (1) 室の管理に関すること。

- (2) 診療記録の管理に関する事。
- (3) その他診療記録に関する事。

<ドクタークラーク管理室>

- (1) 室の管理に関する事。
- (2) ドクタークラーク業務に関する事。
- (3) ドクタークラーク研修に関する事。
- (4) その他ドクタークラークに関する事。

6 中央図書室

- (1) 室の管理に関する事。
- (2) 図書の管理に関する事。
- (3) その他図書業務に関する事。

事務局

1 総務課

<庶務係>

- (1) 病院事業の総合計画策定及び推進に関する事。
- (2) 院内事務の連絡調整に関する事。
- (3) 条例、規則及び規程等に関する事。
- (4) 議会に係る事項の総括に関する事。
- (5) 病院施設及び財産管理の総括に関する事。
- (6) 病院年報の編集及び発送に関する事。
- (7) 文書の收受、整理及び発送に関する事。
- (8) 儀式及び交際に関する事。
- (9) 情報公開に関する事。
- (10) 病院が保有する個人情報の保護制度の総括に関する事。
- (11) 公告式に関する事。
- (12) 訴訟に関する事。
- (13) 全国自治体病院協議会に関する事。

- (14) 災害対策に関すること。
- (15) 病院の開設許可申請に関すること。
- (16) ドクターヘリの運航の総括に関すること。
- (17) 公印の保管に関すること。
- (18) 課の庶務に関すること。
- (19) 他の主管に属しないこと。

<職員係>

- (1) 職員の任免、服務及び表彰に関すること。
- (2) 組織及び職員の定数に関すること。
- (3) 職員の給与、児童手当に関すること。
- (4) 労働組合に関すること。
- (5) 職員の福利厚生に関すること。
- (6) 市町村職員共済組合及び職員厚生会に関すること。
- (7) 職員の研修に関すること。
- (8) 安全衛生及び公務災害に関すること。
- (9) 研修医師に関すること。
- (10) 職員の諸税の源泉徴収及び納付に関すること。
- (11) 職員の試験及び選考に関すること。
- (12) 人事交流に関すること。
- (13) 院内保育所に関すること。

<設備係>

- (1) 建物設備の調査、計画、設計及び施行に関すること。
- (2) 建物及び建物設備の維持修繕に関すること。
- (3) 電気設備、汽かん設備、空調設備及びその他設備の運転に関すること。
- (4) 防火管理の総括に関すること。

2 経営管理課

<企画係>

- (1) 経営戦略の企画及び総合調整に関すること。
- (2) 経営計画の企画及び推進に関すること。
- (3) 病院事業の経営分析に関すること。

<財務係>

- (1) 予算及び決算に関すること。
- (2) 企業経理に関すること。
- (3) 財政計画及び資金計画に関すること。
- (4) 企業債及び一時借入金に関すること。
- (5) 金銭の出納に関すること。
- (6) 収支に関する書類の整理及び保管に関すること。
- (7) 出納取扱金融機関に関すること。
- (8) 病院の収入・支出の分析に関すること。
- (9) 課の庶務に関すること。

<契約係>

- (1) 物品等の購入、修繕、出納、保管及び管理に関すること。
- (2) 薬品の購入に関すること。
- (3) 委託契約に関すること。
- (4) 工事契約に関すること。
- (5) 不用品の処分に関すること。
- (6) その他契約事務に関すること。

3 医事情報課

<医事係>

- (1) 診療報酬の請求及び調定に関すること。
- (2) 診療契約に関すること。

- (3) 医療費の徴収及び未収金の整理に関すること。
- (4) 患者の受付及び入退院に関すること。
- (5) 医療費の相談に関すること。
- (6) 検診に関すること。
- (7) 課の庶務に関すること。

<情報システム係>

- (1) 電算の管理運営に関すること。
- (2) 電算処理システムの開発及び保守に関すること。
- (3) データベースの管理に関すること。
- (4) データの処理に関すること。
- (5) 電算利用の企画及び調整に関すること。
- (6) 医事の統計に関すること。

公務員倫理の保持及び服務規律の確保等について

公務員倫理の保持について

1 社会規範の厳守について

- (1) 市政は、市民の信頼のうえに成り立つものであり、これに携わる市職員は、公務中はもとより、私生活においても高い倫理観を保ち、市民の模範となるよう努めなければならない。
- (2) 法令の遵守は当然のことであるが、市職員としてはもちろん、社会人として、社会的、道徳的規範から逸脱した不適切な行為は、絶対に行わないこと。また、市職員としての自覚を強く持ち、患者・市民からの信用を失うことのないよう、厳しく自己を律すること。

2 生活規律について

- (1) 職員は常に「全体の奉仕者」としての自覚を持ち、公務中、公務外を問わず、自らの行動が常に公務の信用に影響を及ぼすことを深く認識し、度を越えた飲酒、遊興及び浪費等は慎むこと。
- (2) 管理・監督者は、所属職員の日常の生活態度に留意し、適切な助言・指導に努めること。特にギャンブル、金銭問題、交友関係には十分注意すること。

3 業者等との接触について

- (1) 業者や外部関係者との接触に当たっては、公務員は公務を公正に遂行すべき立場にあることを自覚し、また、常に患者・市民の注視の中にあることを十分認識し、いささかでも疑惑や誤解を招くような行為は厳に慎むこと。
- (2) 特に、職務上の関係者から金品等の贈与を受けること、無償で物品・不動産の貸付け又は役務の提供を受けること、職務上の関係者の費用の負担により飲食等の供応接待を受けること並びにゴルフ、旅行、スポーツ観戦、その他これらに類する遊技等の接待又は招待を受けることなどの行為は行わないこと。

4 公金等の取り扱いについて

- (1) 公金の収納、支出、保管等については、患者・市民の信頼を失うことのないよう法令等の規定に従い、公正、確実かつ迅速に行うこと。
- (2) 管理・監督者は、公金等（実行委員会等の会計を含む）の処理状況を把握し、担当職員だけで処理することがないよう、組織内の管理体制を徹底すること。

5 飲酒運転及び交通事故の根絶について

- (1) 飲酒運転は安心安全な市民生活を脅かす許されない行為で

あり、酒量にかかわらず、酒気を帯びた状態で自動車等を運転することは絶対にしないこと。

- (2) 運転をする者に、酒類を提供したり、飲酒をすすめたりしないこと。また、酒気を帯びた者には絶対に運転をさせないこと。
- (3) アルコールは飲酒後相当時間が経過しても体内に残ることから、翌朝、自動車等の運転を予定している場合は、適量の飲酒に心掛け、アルコールが少しでも残っている可能性がある場合は、絶対に運転しないこと。
- (4) 加害者、被害者を問わず、職員が当事者となる交通事故等が後を絶たない。自動車等を運転する際は、公務中、公務外を問わず、制限速度や安全確認など交通法規を遵守するとともに、常に細心の注意を払いゆとりを持った運転を心がけること。万が一交通事故を起こした場合は、まず負傷者の救護を行い、警察への通報など交通法規に定められた必要な措置をとり、警察官の指示に従うこと。

サービス規律の確保について

1 出勤時刻等の厳守について

- (1) 出退勤時刻及び昼休み後の始業時刻を厳守すること。また、遅刻、早退、休暇等の手続きについても厳正に行うこと。
- (2) 管理・監督者は、職員の出勤状況や休暇状況等を的確に把握するなど、勤怠管理を徹底すること。

2 離席するときの注意事項について

- (1) 職員は、職務に専念する義務があることを十分認識し、みだりに席を離れてはならない。離席するときは上司及び同僚に用務及び所要時間を告げ、常に所在を明確にすること。
- (2) 外勤中においては、市民の誤解を招くような行為は厳に慎む

こと。

3 患者・市民への対応について

- (1) 市民に対しては、公平かつ公正に対応することはもちろんのこと、患者・市民の立場に立って親切丁寧に対応し、わかりやすい説明を心がけ、不快な気持ちを抱かせることがないように留意すること。
- (2) 窓口や電話での対応は、そのあり方が病院全体の評価につながるので、接遇態度や言葉使いに留意すること。
- (3) 身だしなみを整えるとともに、名札については、カウンター等で名札が隠れないよう、紐の長さを調節するなど、患者・市民から見やすい位置に着用すること。

セクシュアルハラスメント、パワーハラスメントについて

- (1) セクシュアルハラスメントは、職員の個人としての尊厳と人格を不当に傷つける絶対に許されない行為である。
受け手や周囲の者が不快と感じる性的な言動が、セクシュアルハラスメントに該当するということを十分認識し、このような言動は絶対に行わないこと。
- (2) パワーハラスメントは、職務上の地位や権限などを背景とした個人の尊厳と人格を傷つける言動で相手に精神的な苦痛を与えるものであり、職場環境を悪化させる決して許されない行為であることを認識し、このような言動は絶対に行わないこと。
- (3) 管理・監督者は、職員が職務に専念できる良好な職場環境を維持するために、セクシュアルハラスメント等が職場に生じていないか職員の言動に注意し、その防止及び排除に努めること。
- (4) セクシュアルハラスメント等が発生した場合は、事実確認の上、厳正に対処することになるので、日頃から十分に留意する

こと。

業務遂行について

1 適正な事務処理について

- (1) 職員は業務の遂行にあたっては、法令等を遵守し、公正かつ誠実な執行に努めるとともに、事務処理に際しては、常に細心の注意を払い、適切に処理すること。
- (2) 管理・監督者は、的確に指導・助言を行い、事務処理に誤りのないよう十分留意すること。特に、処理漏れや、書類の誤送付などが発生しないようチェック体制を徹底し、正確な事務処理に努めること。

2 円滑な進行管理について

- (1) 職員は上司との間で事前の協議や報告・連絡・相談（報連相）を密にすること。
- (2) 管理・監督者は、日頃から所属職員の業務の執行状況を把握するとともに、情報の共有化を図り、事務事業の円滑な進行管理を行うこと。特に、各科（課・室）間で連携を要する事業については、相互に緊密な連絡調整を図ること。

あいさつ運動の推進について

これまで、市役所をはじめ、当院でも「あいさつ運動」に取り組んでいるところであるが、職員はあいさつの重要性を十分認識し、来院した患者・市民に対してはもちろん、職員間においても、積極的にあいさつするよう努めること。また、管理・監督者は率先垂範してあいさつを行うこと。

情報セキュリティ対策について

- (1) 公務中はもちろんのこと、公務外においても個人情報や行政運営上重要な情報の安全性及び信頼性の確保に万全を期すこと。
- (2) ウイルスに感染した場合、病院の情報が漏えいするのみならず、病院の情報システム全体に障害を引き起こし、業務の停滞、患者・市民サービスの低下を招くことになることから、職員は情報セキュリティ対策について十分に認識するとともに、その知識の習得に努め、適切な対策を講じること。
- (3) ファイル交換ソフトウェアについては、情報流出につながることから使用しないこと。

ソーシャルメディア(ツイッターやフェイスブックなど)の利用にあたっての

留意点について

- (1) ツイッターやフェイスブック、動画共有サイトなどソーシャルメディアの利用に当たっては、公務内、公務外を問わず、地方公務員法における守秘義務や信用失墜行為の禁止などの関係法令や服務及び情報の取扱いに関する規程等を遵守すること。
- (2) 市職員としての自覚と責任を十分認識し、職務上知り得た秘密や個人情報を漏らしたり、他人を誹謗中傷するなど公序良俗に反したりする内容の情報発信は絶対に行わないこと。
- (3) 職員は、職務専念義務が課せられていることから、時間外勤務中などを含め、私的な情報発信を行わないこと。

会計年度任用職員の服務について

- (1) 会計年度任用職員についても、適切に指揮監督し服務の徹底に努めるとともに、上記服務規律等について十分に指導すること。

と。

- (2) 「会計年度任用職員のしおり」を遵守させ、「会計年度任用職員取扱規程」に基づき、患者・市民の批判を招くことのないよう、窓口や電話の対応、身だしなみには十分留意すること。特に、身だしなみについては、華美な服やラフな服等、仕事にふさわしくない服装は慎むよう指導を徹底すること。

患者の権利

患者の権利に関する世界医師会リスボン宣言

序 文

医師、患者、社会の関係は近年有意に変化して来た。医師は常に自己の良心に従い、患者の最善の利益のために行動すべきであると同時に、患者の自律と公正を保障するためにも同等の努力を払わなければならない。以下の宣言は、医療従事者が是認し推進する患者の主要な権利の一部を列挙したものである。医師その他医療に従事する者および組織は、これらの権利を認識し擁護する共同の責任を担っている。法律や行政、あるいは他の機関や組織が、以下に掲げる患者の権利を否定する場合には、医師はこれらの権利を保障あるいは回復するために適切な手段を講じなければならない。ヒトを対象とする生物医学研究においても、それが治療を目的としない研究であっても、被験者には通常の治療を受ける患者と同等の権利が与えられ配慮がなされるべきである。

原 則（抜すい）

- ・ 良質の医療を受ける権利

- ・ 選択の自由
- ・ 自己決定権
- ・ 情報に関する権利
- ・ 秘密保持に関する権利
- ・ 健康教育を受ける権利
- ・ 尊厳性への権利 など

自治体病院の倫理綱領

使 命

自治体病院は、都市部からへき地に至るさまざまな地域において、行政機関、医療機関、介護施設等と連携し、地域に必要な医療を公平・公正に提供し、住民の生命と健康を守り、地域の健全な発展に貢献することを使命とする。

行 動 指 針

1 地域医療の確保

自治体病院は、救急や災害医療等の政策的医療をはじめ地域に必要とされる医療を提供するとともに、地域住民の健康の維持・増進に努める。

2 質の高い医療の提供

自治体病院は、職員の不断の研鑽により質の高い医療を提供する。また、医療従事者の教育・研修を通じ、地域の医療水準の向上に努める。

3 患者中心の医療の推進

自治体病院は、患者の権利と尊厳を尊重し、地域と一体となって患者中心の医療の推進に努める。

4 医療安全の徹底

自治体病院は、安心して医療を受けられる環境を整備するとともに、職員の教育を徹底し、より安全な医療の提供に努める。

5 健全経営の確保

自治体病院は、公共性を確保し、合理的かつ効率的な病院経営に努め、健全で自立した経営基盤を確立する。

患者の権利・患者の責務

患者の権利

- 1 個人としてその人格が尊重される権利があります。
- 2 最善の医療を受ける権利があります。
- 3 説明と情報の提供を受ける権利があります。
- 4 自分が受ける医療について自ら決定する権利があります。
- 5 個人情報とプライバシーが守られる権利があります。

患者の責務

- 1 自らの健康に関する情報を正確に医療者に伝える責務があります。
- 2 治療等に関して自らの意思を明らかにする責務があります。
- 3 治療等に関する指示や助言を守る責務があります。
- 4 病院の規則に従い他者への迷惑にならないように努める責務があります。

職業倫理綱領・臨床倫理綱領

職業倫理綱領

- 1 人間としての尊厳及び権利を尊重し、患者中心の医療を提供します。
- 2 安心して医療を受けられるよう、安全管理に最大の努力を払います。
- 3 高度・専門医療を提供するために自己研鑽に励み、医療水準の向上に努めます。
- 4 公務員として、医療人としてその責務を果たします。
- 5 医療の公共性を重んじ法規を遵守し、地域社会への貢献に努めます。

臨床倫理綱領

- 1 患者の人権と自己決定権を守り、十分なインフォームドコンセントにより医療を行います。
- 2 個人情報の保護および守秘義務の遵守、プライバシーの保護に努めます。
- 3 関係法規、ガイドラインを遵守し検査・診断・治療等を行います。
- 4 倫理問題が生じた場合は、倫理委員会の審議結果に従った医療

を提供します。

醫療安全管理體制

医療安全管理の基本理念・基本姿勢

1 基本理念

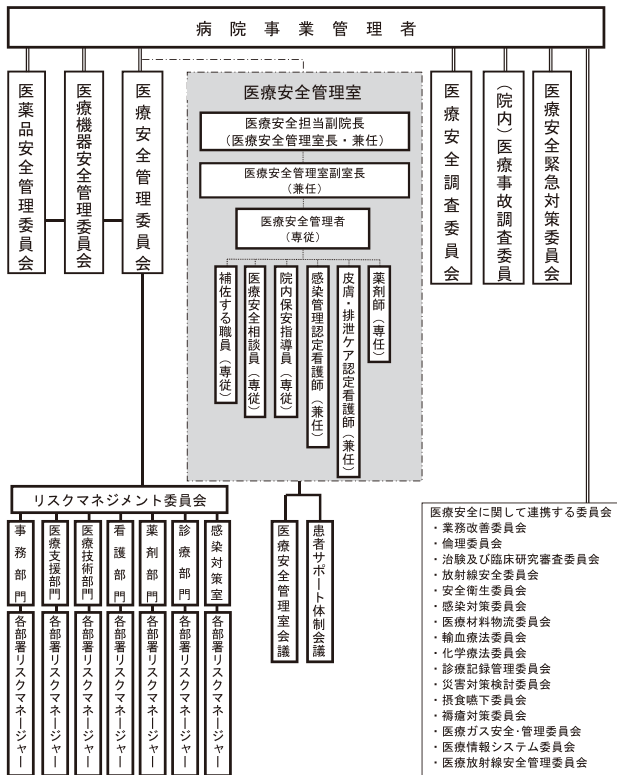
患者さんの立場に立ち、医療事故の発生や再発を防止し、「安心・安全な医療」を提供するとともに、「医療の質」を確保する。

2 基本姿勢

- (1) 職員は、常に「危機意識」を持ち、業務にあたる。
- (2) 患者さん本位の医療を徹底する。
- (3) 医療行為においては、確認・再確認を徹底する。
- (4) 円滑なコミュニケーションと、インフォームドコンセントに努める。
- (5) 記録は、正確かつ丁寧に行う。
- (6) 情報の共有化を図る。
- (7) 院内全体で、医療事故防止の組織的・系統的な管理体制を構築する。
- (8) 自己の健康管理と職場のチームワークを図る。
- (9) 医療事故防止のための教育・研修システムを整える。
- (10) すべての職員が率先して医療事故防止に対する意識改革を行う。

医療安全管理組織と体制

1 組織図



2 医療安全管理体制

(1) 医療安全管理室の設置

医療安全管理室は、鹿児島市立病院における医療安全体制を確保し、質の向上にむけて、組織横断的な活動を円滑にかつ効果的に実行することを目的とする。

(2) 医療安全管理室の業務

- ア 医療事故に関する原因の究明
- イ 医療事故防止対策の策定およびその周知
- ウ 医療事故に関する情報収集・分析・対策・評価および指導の総括
- エ 医療安全に関する教育・研修の企画立案
- オ 医療安全管理に係る院内・院外関係機関との連絡調整
- カ 医療安全事故防止体制の整備
- キ 医療安全管理室が統括する委員会の運営および庶務
- ク 医療安全に係る取組みの評価を行う医療安全室会議を週1回程度開催
- ケ 医療安全対策に係わる患者・家族の相談に適切に応じる体制の支援

3 職員構成

(1) 医療安全管理室長

医療安全管理に関連する業務を統括する。

(2) 医療安全管理副室長

医療安全管理に関連する業務を医療安全管理室長と共に統括する。医療安全管理室長が不在の際上記業務を行う。

(3) 医療安全管理者

院内の医療安全管理に関する業務を推進する。医療安全管理

者は、医療安全対策に係る適切な研修を終了している者で専従とする。

(4) 医療安全相談員

医療の安全や、医療の質に関する事項について、患者や家族その他からのクレームや相談に対して、関連部署と連携を図るなどの対応をとる。医療相談員は、医療安全管理に必要な知識や技能を有する者とする。

(5) 院内保安指導員

院内の秩序維持、患者、家族、職員などの安全確保、不当要求・悪質クレーマー等への対応を関係部署および関係機関との連携を図り行う。保安指導員は、職員への保安に関する教育研修、指導等が出来る知識や技能を有する者とする。

(6) 医療安全管理者を補佐する職員

薬剤師、皮膚・排泄ケア認定看護師、感染管理認定看護師は専門的な視点から医療安全管理者の補佐をする。その他の職員は事務全般において医療安全管理者を補佐する。

I - 1 接遇の基本

市民・県民の市立病院に対する要望や期待は、ますます多様化・高度化している。市立病院のすべての職員は、より質の高いサービスを提供するための方策に、一人一人がなお一層積極的に取組んでいく必要がある。

求められる質の高さとは、単に、診療や検査等の内容だけを意味するものではない。患者等とのコミュニケーションの取り方、対応の善し悪しまで含めて判断されるとの認識が大切である。また、一部の患者等の過大な要求や権利意識にも的確に対応しなければならない。

接遇の基本の実践は、サービス向上の前提条件であると同時に、「個人」の責任として認識されるべきである。一方、「組織」として対応することにより、クレームやトラブルを「未然に防ぐ」「拡大させない」「再発させない」ことが可能となる。

1 基本動作

接遇の基本は、「相手の立場に立つ」ことにある。この基本マインドを基本動作の実行によって具現化しなければならない。なお、サービスにおいては、満点の評価を得ることは非常に困難であることも承知しておく。

基本動作のチェックをしましょう！

□ 身だしなみ

職場にふさわしい清潔感のあるものか、制服は正しく着用しているか。

名札も正しく着用しているか。

□ 笑顔

さわやかな笑顔で接しているか。

□ 声かけ

「御用件は、何でしょうか」、「何科をお訪ねですか」等の一言をかけることができるか。

□ 挨拶

ハッキリと口に出して表現しているか。

□ 聴く姿勢

相手の話を積極的に聞く態度ができているか。

□ 電話対応

素早く出るか、自分の所属と名前を告げているか、取次ぎ等は的確か。

□ 正しい言葉遣い

敬語を含む正しい言葉遣いができているか。

差別的な言葉、不快に感じられる言葉や子ども扱いするような言葉は、使っていないか。

□ 丁寧な言葉遣い

接客用語（少々お待ちください、お待たせいたしました、失礼いたします、など）や、クッション言葉（恐れ入りますが、お差し支えなければ、お言葉を返すようですが、など）が使いこなせているか。

2 障がいのある方への配慮

(1) 相手の「人格」を尊重し、相手の立場に立って応対する。

ア 相手の立場に立って、丁寧に分かりやすい応対を心がける。

イ 介助の方や手話通訳の方等ではなく、本人に対して直接応対する。

ウ 相手に対して何らかの配慮が必要と思われる場合でも、思い込みや押し付けで行うのではなく、本人が本当に必要とするかどうか確認してから行うようにする。

(2) 障がいの有無や種類に関わらず、困っている方に進んで声をかける。

ア 困っているような状況が見受けられたら、速やかに適切な応対をする。

イ 障がいの種類や内容ではなく、どのような手伝いが必要かを本人にたずねる。

(3) コミュニケーションを大切にする。

ア コミュニケーションをとることが難しいと思われる場合でも、敬遠したり分かったふりをしたりせず、ゆっくり、丁寧に、繰り返し相手の意思を確認して、信頼感の持てる応対を心がける。

(4) 柔軟な対応を心がける。

ア 相手の話を良く聞き、目的を的確に把握し、たらい回しにしない。

イ 応対の方法がよく分からないときは、一人で抱え込まずに周囲に協力を求める。

ウ 想定外のことが起きても、すばやく柔軟に対応する。

(5) 不快になる言葉は使わない。

ア 差別的な言葉はもとより、不快に感じられる言葉や子ども扱いした言葉は使わない。

(6) プライバシーには立ち入らない。

ア 個人に関する情報は、業務に必要なこと以外は聞きださない。
イ 仕事上知り得た個人の情報については、守秘義務を守る。

※ これらのことは、障がいのある方に対してだけでなく、病院に来られるすべての方に対する対応の基本である。障がいの有無によらず常に心がける。

※ 障がいの種類、程度などはさまざまである。かねてから職場内でどのような配慮ができるか話し合うことが大切である。

I-2 報告・連絡・相談

報告・連絡・相談は、組織においては無くてはならない機能である。これらが機能していないと、ミスが多発し、仕事の効率が著しく落ちる。

これらの機能は、組織として業務を円滑に遂行するために必要な一連の動作であり、自分のしている仕事の問題点、仕事の結果や進行状況を伝えることで作業の方向性を確認し、より効率的に作業を進めることへのアドバイスや指示を得ることができる。

そして、自己中心的な考えの方向性を正し、チームワークを向上させることができる。

お互いに知らない間に話が違った方向に進んでいると、判断ミスに繋がることもある。

このようなミスを防ぐためにも、報告・連絡・相談を確実に行うことが必要なのである。

1 報告

報告は、何でもただすれば良いというものではない。だらだらとまとまりの無い話をしていても、時間のムダである。状況に応じて口頭で報告した方が良いか、書面の方が良いか判断し、必要に応じては資料や図などを添えて、判り易く報告することを心がける。

2 連絡

要点を整理し、連絡すべき相手に確実に連絡する。

3 相談

相談するときには、何を相談したいのかを明確にし、自分なりの答えや対策案を用意してから相談する。さらに、資料などを添えて

相手に分かりやすくすることも大切である。

4 5W2H

要点を整理するときの要素である。

「いつ」、「どこで」、「だれが」、「何を」、「なぜ」、「どのように」、
「いくら」

5 緊急コール体制

(1) コードブルー

院内において、容態が急変した人を発見した場合、医師や看護師が至急駆けつけ協力し、緊急処置を行い、危機を回避する緊急コール体制である。

ア コードブルー要請方法

- ① 8時00分～20時00分（電話交換室の業務時間内）の対応
発見したらすぐ周囲に協力を要請し、交換室（内線4番）へ緊急コールを要請する。発生場所はできるだけ正確に伝え、要請者は、傷病者から離れず、側にいる。電話交換室は、緊急コール専用の音楽「エリーゼのために」を流し「先生方にお知らせします。〇〇（発生場所）へ至急お集まりください」を2回繰り返し放送する。終了後は、「野ばら」が院内放送される。
- ② 20時00分～翌朝8時00分（電話交換室の業務時間外）の対応
発見したらすぐ周囲に協力を要請し、人を呼び、救命救急センター（内線99）へ緊急コールを要請する。発生場所はできるだけ正確に伝え、要請者は、傷病者から離れず、側にいる。救命救急センター当直医師および看護師は、救急医療セット一式（除細動器を含む）を持ち、現場へ直行する。

(2) 脳卒中ホットライン

院内外において、脳梗塞を疑う下記の症状のある患者を発見した場合、24 時間にわたり早期診断、超急性期脳卒中治療を行うために SCU 担当医と連携し、症状の改善を目指した、危機を回避するためのシステムをいう。

ア 脳卒中ホットライン要請方法

以下の脳卒中を疑う症状が出現した場合、すぐ人を呼び、SCU 担当医 (PHS : 9107) へ脳卒中ホットラインを要請する。

- ・ 突然出現した顔、手足のしびれ、または脱力感、特に右側の手足、あるいは左側の手足といった片側だけに起こった場合
- ・ 突然出現した言葉の障害あるいは混乱状態。舌がもつれた感じ、言いたいことを言えない、相手の言葉が理解できないなど
- ・ 突然出現した片目、あるいは両目が見えない、見えにくくなる症状
- ・ 突然出現しためまい、歩行障害
- ・ 突然出現した原因不明の激しい頭痛

イ 対応

SCU 担当医は、rt-PA モードの発令を検討する

(3) RRS(Rapid Response System)

致死急変に陥る患者の 60~70%で、急変数時間には何らかの前兆があったと言われている。致死的な院内患者急変が発生する前に、その徴候を察知し、チームを招集して対応するシステムを RRS(Rapid Response System)という。

ア RRS要請方法

平日9:00より17:15の間に、下記RRS(Rapid Response System)の起動基準を満たす患者と判断した職員は、院内

PHS7311へコールする。

・起動基準

1. 心拍：HR<40 または >130bpm
2. 収縮期血圧：SBP<90mmHg
3. 呼吸回数：RR<8または>28回/分
4. 経皮的酸素飽和度：SpO₂<90%
5. 意識の変容
6. 尿量の低下：尿量<50mL/4hr
7. 上記以外の「なんか変である」

イ 対応

RRS 対応チームは集中治療部医師、集中治療部看護師で構成される。RRT が病棟訪問、患者状態を確認し、対応を検討する。

6 AED（自動体外式除細動器）設置場所

当院では下記の10箇所にAEDを設置している。

- ① 1階正面玄関
- ② 1階防災センター入口
- ③ 1階救命救急センター入口
- ④ 2階外来Iブロック受付横
- ⑤ 2階外来Eブロック受付横
- ⑥ 2階エレベーターホール前（リネン庫側）
- ⑦ 4階南・北病棟の間（多目的トイレ前）
- ⑧ 6階北病棟スタッフステーション内
- ⑨ 7階北病棟スタッフステーション内
- ⑩ 8階北病棟スタッフステーション内

○ 緊急連絡先MEMO(※各自で記入してください。)

部署名	内線	携帯電話等

7 災害等緊急事態発生時の職員への連絡網

基本的に左から右へ連絡する。

総務課 庶務係長 2012 日・当直看護師長 9204	事務局長次長 (総務課長) 2011	病院長			
		副院長①		担任する科の 責任者	各職員
		副院長②			
		副院長③			
	事務局長				
	職員係長		各職員		
	経営管理課長 2022		経営管理課 各係長		各職員
	医事情報課長 2170		医事情報課 各係長		
			南日本総合サービス		
	庶務係 災害担当職員	庶務係①		担任する科の 責任者	各職員
		庶務係②			
		庶務係③			
		庶務係④			
	救急センター長 9246		救急センター看護師長		
			救急科医師		
		DMAT 隊員			
設備係長 2020	各職員				
	コントロール職員 2107				
	警備員				
看護部長 9265	副総看護師長①		各看護師長		
	副総看護師長②				
	副総看護師長③				
	副総看護師長④				
薬剤部日当直職員 ↓ 各職員		臨床検査技術科 日当直職員 ↓ 各職員	放射線技術科 日当直職員 ↓ 各職員	臨床工学科 日当直職員 ↓ 各職員	
5北病棟	ICU	中央手術室→5南→6南→7南→8南→新生児内科			
	救急病棟	4南・MF ICU→4北→6北→7北→8北→NICU			
医療安全管理室		各職員			
医療連携・入院センター		各職員			

※ 各職場においては、それぞれ連絡網を作成して緊急時に備えましょう。

※ 内線番号は、変更になる場合があります。

I-3 医療安全に関する報告体制

(1) 報告すべき事項

インシデント及びアクシデント事例が発生した場合、すべての職員は速やかに報告を行う。

ア 医療側の過失の有無に関わらず患者に望ましくない事象

イ 医療事故には至らなかったが、発見、対応などが遅れれば患者に有害な影響を与えたと考えられる事例

ウ その他、日常の中で危険と思われる事象

(2) 報告すべき職員

ア 事例の原因となる行為をした職員

イ 行うべき行為をしなかったことにより事例を発生させた職員

ウ 原因が不明な場合等で当事者たる職員を特定することができない場合及び事例が明らかになったときに当事者が退職者のためにすでに職員でなかった場合は、事例を発見した職員及び事例の発生した現場又は事例に関わる業務を所管する職場の長

(3) 職員は、インシデント及びアクシデント事例のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、診療録、看護記録等に基づいて、「院内LAN 報告システム」に必要事項を入力する。

(4) アクシデントの場合には、速やかに上司に報告するとともに各職場のリスクマネージャーを通じて医療安全管理者に報告する。医療安全管理者は医療安全管理室長へ報告する。医療安全管理室長は、必要に応じて速やかに病院事業管理者に報告する。

(5) 患者の生死に関わるような医療事故等の場合又は早急な対応を要する場合は、口頭により直ちに上司に報告するとともに各職場のリスクマネージャーを通じて医療安全管理者に報告する。医療安全管理者は医療安全管理室長に報告する。医療安全管理室長は、速やか

に病院事業管理者に報告する。

- (6) これらの報告事項は、集計・分析し、医療事故につながる可能性のある潜在的なリスクの把握と医療事故の発生を未然に防止するために活用する。報告されたレポートは、特定の個人の部署の責任を追及するためのものと解してはならない。

I - 4 事故発生時の対応

1 初期対応

医療事故が発生した際には、医療側の過失によるか否かを問わず、誤った行為を直ちに中止し「院内における緊急時の対応マニュアル」に沿って、医師、看護師等の連携の下に病院の総力を挙げて必要な治療を行う。

2 事故の報告

- (1) 医療事故が発生した場合は、医療安全に関する報告体制に基づいて報告する。
- (2) 報告を受けたリスクマネージャーは、医療安全管理者に報告する。
- (3) 医療安全管理者は、事故の状況を把握し、医療安全管理室長に報告する。必要に応じて病院事業管理者に報告する。

3 事故の記録

当事者及び発見した職員は、診療録、看護記録等に事故に関する事実を経時的に記述し、事故後に患者に実施された治療とその後のケア、患者及び家族の反応について記述する。

4 患者・家族への説明及び対応

- (1) 患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、気持ちに十分配慮して誠意を持って説明を行う。
- (2) 説明は原則として所属部署の責任者を含む複数の人数で対応する。その際は、診療科長や病状の詳細な説明ができる担当医師が同席する。なお、状況に応じ医療安全管理室長や医療安全管理者及び医療安全相談員が同席する。

(3) 説明は、カルテ等の記録に基づいて分かりやすく事実関係を慎重に説明する。憶測や個人的な見解は避けるようにする。専門用語や分かりづらい表現、誤解を招くような表現などは避け、図示したり、参考文献等を用いるなど患者・家族が理解できるように努める。

(4) 説明終了後は、説明担当者、同席者、説明を受けた患者や家族の氏名、説明の開始と終了時刻、説明内容、患者家族からの質問、質問への回答などを記録する。

5 事故当事者への配慮

医療事故により重大な結果を招いた(あるいは恐れがある)場合は、事故当事者はできるだけ現場から離す。その際は必ず誰かを付き添わせて1人にしない。

医療事故の分類基準

インシデント	レベル0 (レベル0.01～0.03)	誤った医療行為等が、患者に実施される前に発見された事例
	レベル1	実施されたが、患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
	レベル2	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）
	レベル3a	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
アクシデント	レベル3b	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）
	レベル4a	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
	レベル4b	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う
	レベル5	死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）
その他	レベル90	報告時点で転機が明らかでなく、推測もできない場合
	レベル99	医療行為を伴わなかった事例の場合 盗難、クレーム等

患者無断離院時対応

患者無断離院時対応フロー

無断離院発生

病棟師長・主治医に報告
(時間外、休日：日宿直看護師長及び日宿直医)

初期搜索

- 状況確認と患者情報収集
 - ・氏名、性別、年齢、体格、髪型、着衣・履物、所持金、携帯電話所持等
 - ・離院時間、平素の言動、持参品
- 発生病棟周辺の搜索と他部門への協力要請
- 警備員室への連絡 ※内線 2105 または 8
- 全館放送の依頼 ※内線 4
- 病院周辺の搜索
- 患者及び家族への連絡

発見

診療記録記載

なし

30分程度経過し発見できず

一般搜索

- ① 診療科責任者及び医療安全管理室へ報告
(時間外、休日は後日医療安全管理室報告)
- ② 警察に搜索を依頼
※原則として家族の同意を得る
- ③ 総務課庶務係へ報告
(時間外、休日は翌日直ちに報告)
※中央警察署 099-222-0110

発見

診療記録記載

・気象状況から事故遭遇の危険性
・平素の言動等から事件・事故遭遇又は
自害行為の危険性

あり

緊急搜索

- ① 診療科責任者が判断
- ② 警察通報を早急に対応
※家族の同意を得られない場合、
緊急性の説明を行い、説得を試みる
※中央警察署 099-222-0110
- ③ 病院周辺並びに立ち回り先に対する
搜索を優先して行う
- ④ 医療安全管理室へ報告
- ⑤ 総務課庶務係へ報告

発見

診療記録記載

※搜索活動に係る諸手続

- ・タクシーを利用 警備員室でチケット発行
- ・院外搜索の場合は外動手続き

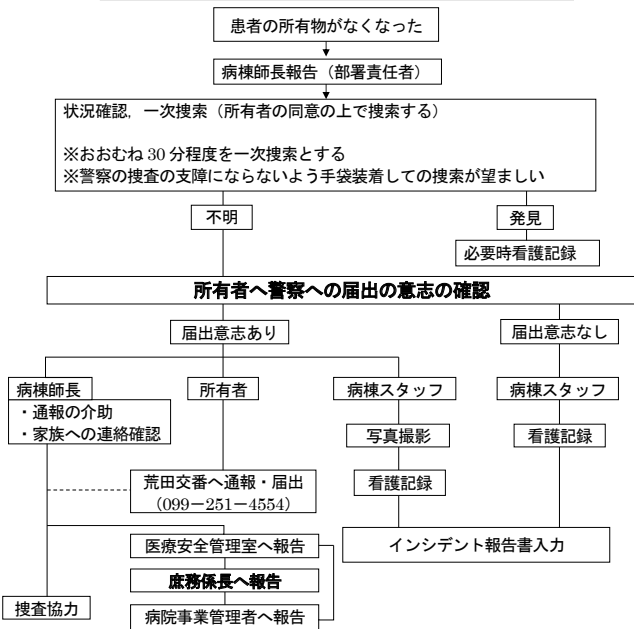
重要事案発生

- 総死、飛び降り、リストカットなどの自害行為
交通事故や犯罪の被害に遭遇したなどの事件・事故遭遇
- ①時系列的に報告・記録
 - ②発見後の対応は患者無断離院時の対応マニュアル参照

※対応が終了した後、診療記録に基づいて「院内LAN報告システム」に必要事項を記入
※詳細な対応手順や防止策については、患者無断離院時の対応マニュアル参照

患者所有物紛失対応

患者所有物紛失対応フロー（平日・時間内）



※警察への通報時は、現場保存が重要になります。できるだけ速やかに通報して下さい。

原則として警察への通報、届出は、所有者となります。

家族への連絡も原則として所有者が行うことが望ましいです。

現場の写真は、証拠となりますので所有者の許可の元、現場付近を撮影して下さい。

※一次検索の 30 分を待たなくとも所有者が警察への届出の意志がある場合は、速やかに届出をして下さい。

※病院の所有物の場合は病院事業管理者が届け出るようになりますので、医療安全管理室へ連絡をお願いします。

患者所有物紛失対応フロー（夜間・宿日直時）

患者の所有物がなくなった

状況確認、一次搜索（所有者の同意の上で搜索する）

※おおむね 30 分程度を一次搜索とする

※警察の捜査の支障にならないよう手袋装着しての搜索が望ましい

不明

発見

宿・日直師長報告

必要時看護記録

所有者へ警察への届出の意志の確認

届出意志あり

届出意志なし

宿・日直師長

所有者

病棟スタッフ

病棟スタッフ

・ 通報の介助
・ 家族への連絡確認

荒田交番へ通報・届出
(099-251-4554)

写真撮影

看護記録

看護記録

病棟師長へ報告

病棟師長へ報告

医療安全管理室へ報告

医療安全管理室へ報告

庶務係長へ報告

病院事業管理者へ報告

インシデント報告書入力

捜査協力

※警察への通報時は、現場保存が重要になります。できるだけ速やかに通報して下さい。

原則として警察への通報、届出は、所有者となります。

家族への連絡も原則として所有者が行うことが望ましいです。

現場の写真は、証拠となりますので所有者の許可の元、現場付近を撮影して下さい。

※一次搜索の 30 分を待たなくとも所有者が警察への届出の意志がある場合は、速やかに届出をして下さい。

※病院の所有物の場合は病院事業管理者が届け出ることになりますので、医療安全管理室へ連絡をお願いします。

I-5 インフォームドコンセント

1 インフォームドコンセントの基本

- (1) 医療従事者は、患者が自己決定を行うことができるように十分な情報提供を適切に行う。
- (2) 患者と医療従事者間で、十分な意思疎通が図れるよう信頼関係をつくる。
- (3) 説明書および同意書を作成し、活用する。

2 患者への情報提供の必要性

情報提供による患者の医療参加は、質の高い医療を行う上で不可欠である。

(1) 説明責任

医療に関する全ての事項に対し、患者に対しての説明責任が法的にも倫理的にも義務付けられている。

(2) 自己決定権

患者は、自ら受ける医療について自己決定の権利を持ち、医療従事者は、それを侵害できない。何らかの理由で自己決定のできない場合（小児、意識障害患者、認知症患者、重篤な患者他）は、代理人を立ててもらい、後にトラブルがおきないよう患者との関係を明確にし、記録しておく。

3 インフォームドコンセントの注意点

患者への説明、情報提供

- (1) 分かりやすい適切な言葉、内容で説明し、正しく理解してもらう。
- (2) 丁寧な言葉使いで、身だしなみに気をつけ、同じ目線、立場に立つ。

4 インフォームドコンセントに含まれるべき事項

- (1) 説明を充分理解した上での同意であり、選択や拒否は自由意志であること。
- (2) 一度行った同意は、何時でも撤回でき、その後も不利益を被らないこと。
- (3) 他の医療従事者、他の医療機関の意見を求めてもよいこと。

5 医療従事者と患者、家族の話し合い

- (1) 適切な場所で、時間を充分かける。
- (2) 話しやすい雰囲気の中で、質問には丁寧に答える。

6 同意書への署名と診療記録への記載・保存

- (1) 規定の同意書は一部コピーし、患者に渡す。直筆の文書は、患者の個別ファイルに保管する。
- (2) 当院においては、スキャンで読み取り後の電子文書を原本とする。
- (3) 医師の説明は、実施した日時、説明を受けた患者・家族名と続き柄、説明者及び同席者名、その内容を必ず記載し、説明に用いた図表などもスキャンして取り込む。
- (4) 同意書への署名は患者及び家族の自己決定ができる時間を充分に持てるよう配慮する。

I-6 防火管理

かねてから火災予防に努めるとともに、火災や災害発生時にあわてることのないよう、自分の役割等をしっかりと把握する。

1 火災予防上の遵守事項

火災予防等のため、次の事項を遵守する。

- (1) 火気を使用する設備器具は、使用前・後に必ず点検し、安全確認を怠らない。
- (2) 火気を使用する設備器具の周囲は、常に整理整頓を行う。
- (3) 廊下、階段、通路、出入口、その他避難のために使用する施設に避難の妨げとなる設備を設けたり、物品を置いたりしない。
- (4) 避難口等に利用する出入口のドアは、内側からは容易に開放できるようにしておく。

遵守事項に違反する行為、また、避難時の障害となる事象を発見したときは、総務課庶務係に連絡する。

2 防災教育訓練

年2回以上、消防署立会いの下で消火、通報及び避難の訓練を実施するので、積極的に参加する。

3 自衛消防隊

火災、地震その他の災害の発生時には、次の分担に基づき積極的
に行動する。

「A」は平日の日中、「B」は夜間、休日の対応

隊長	班	構成員 (◇：班長)	
A 防火管理者 (総務課長)	通報連絡 (放送、通報、関係者 へ連絡)	A	◇防災センター長、防災センター員、事務局職員
		B	防災センター員
	初期消火 (初期消火失敗後は それぞれの班へ)	A	◇庶務係長、防災センター員、火元付近の看護師
		B	防災センター員、火元付近の看護師
	避難誘導 (上荒田の社公園に 誘導)	A	◇看護部長、看護師、 事務局職員、その他全職員
		B	勤務中の職員、当直職員、 応援職員
	安全防護 (避難誘導後)	A	◇設備係長、事務局職員
		B	勤務中の職員、当直職員、 応援職員
	応急救護 (避難場所にて処置)	A	◇医局長、医師、看護師
		B	当直医師、勤務中の職員
	放射能防護	A	◇放射線技術科長、放射線技術科職員
		B	放射線技術科当直職員
B 防災センター員			

※防災センター員は、防災センターコントロール員・警備員をさす。

4 火災時職員心得

実際に火災等の災害が発生した場合には、次の点に留意する。

- (1) 火災を発見した時は、直ちに大声で付近の者に知らせ、消防署(119)へ通報並びに防災センター(内線 2107)に急報するとともに、初期消火を試みること。

初期消火が困難と判断される時は、直ちに消防署(119)へ再通報する。

※ 類焼の危険がある近辺の火災も同様

- (2) 退庁後に病院や近辺の出火を知ったときは、直ちに出勤して他の職員と協力して被害の拡大防止に努めること。
- (3) 当直職員は、防災センター員、その他勤務中の職員と協力し、初期消火及び災害の拡大防止に努めるとともに、各部署の責任者への連絡等臨機の処置をとること。

したがって当直職員は、当直勤務中は常時連絡を取れるようにしておくこと。

- (4) 防災センター員は、院内火災を知ったときは、他の業務を一時中止し、全機能を発揮して、初期消火、消防等関係機関への連絡、院内非常放送の初期対応を行うこと。

5 避難誘導要領

実際の避難時には、状況により臨機応変の判断が求められる。かねてから避難経路や避難器具等について確認を行い、問題点の抽出、対策の検討を行う。

- (1) 誘導する患者等の人数、介助の要否を確認し、必要に応じてすみやかに他の部署の応援を要請する。
- (2) 火元から離れた階段を使用して避難する。エレベーターは使用しない。

- (3) 避難場所としては、上荒田の杜公園を基本とするが、被災状況等により臨機に安全な場所を確保する。
- (4) 避難場所の安全を確認後、誘導患者等の人数を確認し、不明者がいた場合は、消防に連絡する。
- (5) 治療の必要な者があれば救護班を要請する。

6 入院患者避難心得

病棟から避難する必要がある場合、入院患者等避難誘導対象者に注意してもらう事項である。

- (1) 避難場所は、状況判断の上で決定するが、すべて職員の指示に従って行動し、勝手な行動をしないこと。
- (2) ひとりで歩ける患者は、お互いに助け合うこと。
- (3) 重症患者は、介助が来るまで冷静に待つこと。
- (4) 貴重品は、いつでも持ち出せるように心掛けておくこと。
- (5) 患者家族は、患者とともに行動すること。
- (6) 避難に際してエレベーターを使用しないこと。
- (7) 避難時にスリッパを履かないこと。
- (8) 避難中に物品を取りに部屋に戻らないこと。

I-7 クレームの処理

クレームの処理で大事なことは、クレームを二次クレームへと拡大させないことである。

※二次クレームとは、当初の問題よりも、その問題への対応が問題視される状況を指す。

残念ながらクレームが発生してしまった場合には、迅速・丁寧に対応しなければならない。

手順に沿った処理を行い、真の解決を目指すべきであり、あいまいな処理をしたり、そのまま放置してしまうと、こじれてしまうことがある。

重要なポイントは、相手の真意を正確に把握して、適切な解決策を見つけて出すことである。

また、同じクレームや、クレーム対応の誤りを繰り返さないことが肝要である。

MEMO



クレーム処理の流れ

①トラブルの発生

- ・ 組織を代表する気持ちで対応し、感情的にならない
- ・ 申立者の言い分を聴く

②事実関係の確認

(自分の部署の問題か)

はい いいえ → 担当部署へ案内するか、担当者に来てもらう。

③真意を把握する

(他意はあるか)

はい いいえ → ④対応策の検討と実施

(自身で解決可能か)

はい いいえ → 上司の指示を仰ぐ

誠意を持って対応 → 解決

・ 迅速にかつ毅然と行う。

④上司、関係部署を含めて対応策の検討と実施

・ 不調の場合は人、場、時を変更してみる。

解決 → ⑤トラブル・クレームの内容分析

⑥再発防止の取組み

⑦ルールや仕組みの再検討

⑧個人の反省と改善

I-8 不当要求行為、暴力行為への対応

1 不当要求行為への対応

(1) 基本方針

病院の健全性及び公正性を確保するため、暴力団等反社会的勢力への対応は組織的に行い、理由の如何を問わず、不当要求には絶対に応じない。

(2) 基本的心構え

ア 組織としての対応

- ・ 担当者任せにしない
- ・ 迅速な報告と連絡
- ・ 対応方針の検討
- ・ 警察への事前連絡

イ 相手への姿勢

- ・ 必要以上に恐れぬ
- ・ 慎重、冷静に対応し、あげ足をとられない
- ・ 不当な要求は、その時点ではっきり断る
- ・ 相手に多くを語らせ、意図を見抜く
- ・ 解決を急いで裏取引をしない

ウ 対応上の留意点

- ・ 毅然とした態度で冷静に対応し、相手の挑発に乗らない
- ・ 事実確認をするまで、軽率な弁解等をしない
- ・ 誤った発言をした場合は、弁解せず、その場ではっきり訂正する

- ・ 相手が脅迫的言動に出た場合には、即時、面会を打ち切り、警察へ通報する

2 暴力行為への対応

恐怖を感じたらすぐに110番通報する。

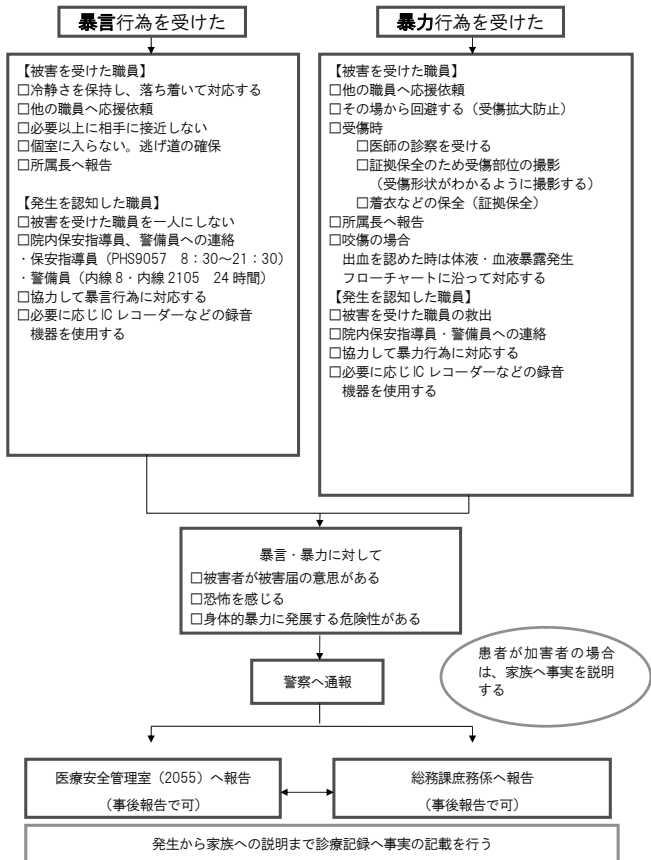
- (1) 暴力行為の被害を受けたとき、暴力行為を目撃したとき、対応している相手の言動に恐怖を感じたときは、時期を失しないうちに警察に通報（110番）するか、又は、院内保安指導員、警備員に警察への通報を依頼する。

恐怖の感じ方には個人差があるので、怖いと感じた人がそのときに通報する。

警察ではプライバシーにも配慮しているので、遠慮せずに110番する。

- (2) 暴力行為の被害を受けた職員は、必ず所属長又は上司に報告し、所属長等は、総務課及び医療安全管理室へ必ず連絡する。

暴言・暴力対応フロー



I-9 感染対策の基本的事項

1 感染管理体制

(1) 院内感染防止対策に関する取組事項

ア 易感染患者を含むすべての対象者を病院感染から防護する

イ 職員ならびに委託先職員は、院内感染予防対策マニュアルを遵守し、常に標準予防策や適切な経路別予防策を医療行為において実践する。

ウ 第2種感染症指定医療機関であるため、感染リスクの高い感染症患者に対する高度な感染対策を実践する。

エ 起炎菌をターゲットとした狭域抗菌薬を選択することで、広域抗菌薬の長期使用を回避し、耐性菌の出現を防止する。

オ 病院感染発生事例を分析、評価し、感染対策の改善に活かす。

(2) 感染対策のための組織

ア 感染対策委員会

イ 感染対策専門部会

ウ ICT

(3) 抗菌薬適正使用支援のための組織

ア 抗菌薬適正使用支援専門部会

イ 抗菌薬適正使用支援チーム (AST)

(4) その他

ア 職員は病院感染対策の基本的な考え方や具体的方針、抗菌薬適正使用などに関する研修を年2回受講する。

イ 職員は就業前に体温測定を行うなど健康管理に努める。また体調不良のまま業務を継続せず、上司に報告する。

2 標準予防策及び感染経路別予防策(接触、飛沫、空気)

※参考：米国CDC（疾病管理予防センター）ガイドライン

(1) 手洗い

ア 体液や血液などに触れた後、手袋を外した後、処置の前後などに行う。

イ 液体石鹸と流水や手指擦式用のアルコール製剤を使う。

(2) 手袋

ア 体液、血液、粘膜や無傷でない皮膚に触る時に着用する。

イ 使用後や非汚染物及び環境表面に触る前、他の患者のところに行くときは、外して手洗する。

(3) マスク、ゴーグル、フェイスシールド

体液、血液などが飛び散って、目、鼻、口を汚染しそうなときに着用する。

(接触予防策)

部屋に入るときに着用する。汚染物に触った後は交換する。部屋を出るときに外して手指消毒剤で手洗する。

(飛沫予防策)

患者から1m以内で働くときは、サージカルマスクを着用する。

(空気予防策)

部屋に入るときは、N95マスクを着用する。

(4) ビニールエプロン、ガウン

ア 衣類が汚損しそうなときに着用する。

イ 汚れたらできるだけ速やかに脱いで手を洗う。

(接触予防策)

患者に接触しそうなときは、部屋に入るときに着用し、部屋を離れるときに脱ぐ。

(5) 咳エチケット

- ア 咳やくしゃみをする時はティッシュで口と鼻を覆う。使用済みティッシュはくずかごに捨て、その後よく手を洗う。
- イ 咳・くしゃみなどの症状があるときは、マスクを着用する。
- ウ これらのことは、患者にも説明し、励行させる。

(6) 器具

- ア 汚染した器具は、粘膜、衣服、環境などを汚染しないように注意深く操作する。
- イ 再使用のものは清潔であることを確認する。
(接触予防策)
できれば専用にする。専用になければ、他の患者に使用する前に消毒する。

(7) リネン

汚染されたリネンは、粘膜、衣服、他の患者や環境などを汚染しないように注意深く操作、移送、処理する。

(8) 患者配置

環境を汚染させるおそれのある患者は、個室管理する。個室がないときはICTに相談する。

(接触予防策)

個室又は集団管理病原体の疫学と発生患者数を考えて対処する。

(飛沫予防策)

個室又は集団管理で1 m以上離す。

(空気予防策)

個室

※隔離する部屋の条件

- ①陰圧
- ②12回換気/時
- ③院外排気

(9) 患者移送

(接触予防策)

移送は制限する。

(飛沫予防策)

移送は制限する。やむを得ず移送が必要なときは、サージカルマスクを着用する。

(空気予防策)

移送は制限する。やむを得ず移送が必要なときは、N95 マスクを着用する。患者にはサージカルマスクを着用させる。

(10) 安全な注射業務

ア 滅菌された注射器材の汚染を避けるため無菌操作を行う。

イ 輸液、投与セットなどは一人の患者に使用し、使用した後は適切に破棄する。

(11) 特殊な腰椎穿刺処置における感染管理手技

脊髄腔または硬膜下腔へのカテーテル留置や薬剤注入時は、サージカルマスクを着用する。

(12) 職員の安全

針刺し事故防止対策など環境を整える。

I—10 個人情報保護方針

個人情報保護方針については、以下のように定め院内に掲示している。

当院は、誠実で公正な医療をめざして、患者さんに良い医療を受けていただけるように日々努力を重ねております。

「患者さんの個人情報」につきましても、適切に保護し管理することが非常に重要であると考えておりますので、下記のとおり「個人情報保護方針」を定め、確実な履行に努めます。

個人情報の収集について

患者さんの個人情報は、医療の提供及び診療費の請求など、患者さんの医療に関わる特定された利用目的の達成に必要な範囲内で収集する。

またそれ以外に、当院は教育研究機関としての役割を担っているため、臨床研究の目的のために患者さんの個人情報を収集することがある。

個人情報の利用及び提供について

個人情報を特定された利用目的の範囲を超えて利用したり、第三者に提供する場合は、あらかじめ患者さんの同意を得るようにする。

ただし、次の場合は、患者さんの同意を得ない場合がある。

- 1 法令に基づく場合
- 2 生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 3 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であると

き

- 4 国の機関及び地方公共団体等が行う法令の定める事務であつて、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき
- 5 厳重な個人情報の管理の下、匿名化された情報の学会・研究会での利用及び学会・研究会への情報提供を行うとき

個人情報の適正管理について

患者さんの個人情報は、正確な状態に保ち、漏えい、滅失又はき損の防止、その他の適正管理のための必要な処置を講じる。

個人情報の開示及び修正等について

患者さんが自らの個人情報の開示を求められた場合は、関係法令及び条例に基づいて対応する。

また、個人情報の内容が事実でない等の理由で訂正を求められた場合も、調査のうえ適切に対応する。

問い合わせ先

患者さんの個人情報の保護に関するお問い合わせは、総務課庶務係と医事情報課医事係で対応する。

法令の遵守と個人情報保護の仕組みの改善

当院は、個人情報の保護に関する法令及び条例等を遵守するとともに、上記の各項目の見直しを適宜行い、個人情報保護の仕組みの継続的な改善を図ります。

「個人情報保護に基づく入院時の確認事項」に関する運用手順

個人情報の有用性に配慮しつつ、個人の権利・利益を保護することを目的に、以下を運用する。

I 対象者

全入院患者

II 患者さんの権利と責務に関する誓約書と個人情報保護に基づく入院時の対応確認書の説明者

1 予定入院の場合

入退院センターもしくは外来で担当者が説明を行う

2 緊急入院の場合

入院後、当該病棟で担当者が説明を行う

III 患者さんの権利と責務に関する誓約書

1 患者もしくは代諾者に説明後、誓約書に患者もしくは代諾者が署名をする

同意書署名後の書類は、原本をコピーし、コピー分を患者もしくは代諾者へ渡す

2 入退院センターで、文書リストに記入を行う

※緊急入院時は救命救急センターもしくは入院病棟で、文書リスト記入を行う

3 病棟で、原本を電子カルテにスキャン取り込みを行う

4 入院中は、文書リストと共にカルテファイルへ保管する

5 退院後は、スキャン文書を原本とし、紙文書はカルテ管理室で6か月間保管する

IV 個人情報保護に基づく入院時の対応確認書

1 書類の取扱い

(1) 患者もしくは代諾者に説明後、誓約書に患者もしくは代諾者

が署名をする

同意書署名後の書類は、原本をコピーし、コピー分を患者もしくは代諾者へ渡す

(2) 入退院センターで、文書リストに記入を行う

※緊急入院時は救命救急センターもしくは入院病棟で、文書リスト記入を行う

(3) 病棟で、原本を電子カルテにスキャン取り込みを行う

(4) 入院中は、文書リストと共にカルテファイルへ保管する

(5) 退院後はスキャン文書を原本とし、紙文書はカルテ管理室で6か月間保管する

2 病室氏名の表示

(1) 入院時、病棟で内容の確認を行う

(2) 表示する場合は特に入力なし

(3) 表示しない場合は、病棟ナースコール用ベッドボードの操作を行い、病室表示がタッチパネルで行われないようにする

3 患者状態の入力

(1) 入院時、病棟で内容の確認を行う

(2) 確認後、患者状態の面会区分を選択し、入力を行う

V 面会案内について

1 入院患者の面会に関する問い合わせは、総合案内、防災センター、病棟に対応し、それ以外は対応しない。

2 電話による問い合わせには対応しない

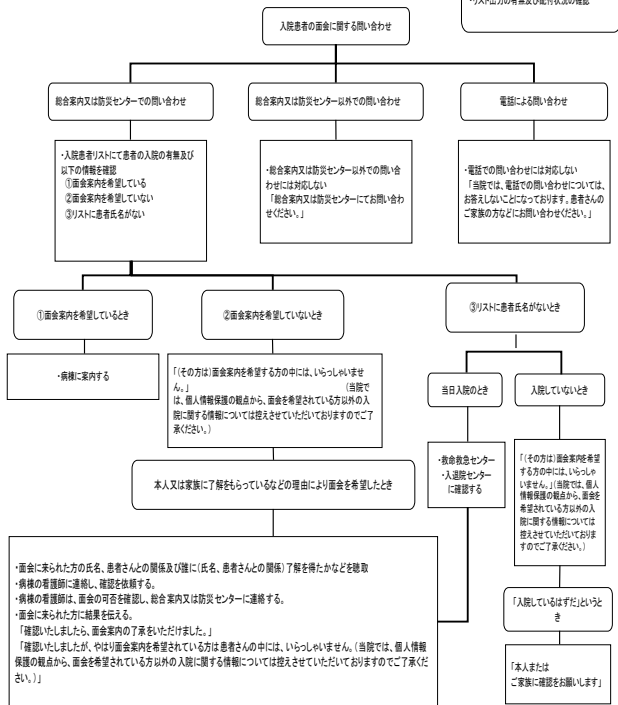
「当院では、電話での問い合わせについては、お答えしないことになっております。患者さんのご家族の方などに問い合わせてください。」

3 総合案内または、防災センターでの対応はフロー図のとおりとする

- 4 病棟における対応はフロー図のとおりとする
- 5 病棟における面会用紙は以下のように管理する
 - (1) 面会者は、所定の用紙を書く。面会用紙は、面会時間内、外を問わず、面会に訪れた人全員に書いてもらう。面会者が団体で来院した場合は、代表者を記載し「他〇名」と書く
 - (2) 記載した面会用紙は、所定の箱に入れてもらう
 - (3) 夜勤者は、20時以降に袋に取りまとめる
 - (4) 翌日、看護師長が整理する
 - (5) 処分するときは、シュレッダーにかける

入院患者の面会に関する問い合わせがあった時の対応（総合案内又は防災センター）

【確認事項】
・リスト出力の有無及び配付状況の確認



入院患者の面会に関する問い合わせがあった時の対応（病棟）

【確認事項】

- ①電子カルテで患者所在の確認を行う
- ②病棟マップの患者氏名にカーソルを当て、面会区分を確認する

入院患者の面会に関する問い合わせ

①面会案内を希望しているとき

面会用紙へ記入してもらう

面会案内

②面会案内を希望しないとき

「（その方は）面会案内を希望する方の中には、いらっしゃいません。」
 （当院では、個人情報保護の観点から、面会を希望されている方以外の入院に関する情報については控えさせていただきますのでご了承ください。）

本人又は家族に
 了解をもらっているなどの理由により

面会案内を再確認し結果を伝える

③入院していないとき

「（その方は）面会案内を希望する方の中には、いらっしゃいません。」
 （当院では、個人情報保護の観点から、面会を希望されている方以外の入院に関する情報については控えさせていただきますのでご了承ください。）

④電話による問い合わせ

・電話での問い合わせには対応しない
 「当院では、電話での問い合わせについては、お答えしないことになっております。患者さんのご家族の方などにお問い合わせください。」

I-11 患者さんの個人情報の保護について

当院では、患者さんの個人情報については下記の目的に利用し、その取り扱いには細心の注意を払っております。

個人情報の取り扱いについて、お気づきの点がございましたら、担当窓口にお気軽にお申し出ください。

当院における個人情報の利用目的

- 1 医療提供のための利用
 - ・ 当院での医療サービスの提供
 - ・ 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション及び介護サービス事業者等との連携
 - ・ 他の医療機関等からの照会への回答
 - ・ 患者さんの診療等のための外部の医師等の意見・助言の聴取
 - ・ 検体検査業務等の業務委託
 - ・ ご家族等への病状説明
 - ・ その他、患者さんへの医療提供
- 2 診療費請求のための利用
 - ・ 医療保険、労災保険、公費負担医療に関する事務
 - ・ 審査支払機関へのレセプトの提出
 - ・ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
 - ・ 公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出及び照会への回答
 - ・ その他、診療費請求に関する利用
- 3 当院の管理運営業務のための利用
 - ・ 会計及び経理事務
 - ・ 入退院等の病棟管理
 - ・ 医療事故等の報告
 - ・ 患者さんへの医療サービスの向上のための利用

- ・その他、当院の管理運営業務に関する利用
- 4 その他の利用
- ・事業者等から委託を受けた健康診断に係る事業者等へのその結果の通知
 - ・医師賠償責任保険等に係る医療に関する専門の団体や保険会社等への相談又は届出等
 - ・医療サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
 - ・院内医療実習への協力
 - ・医療の質の向上を目的とした院内症例研究
 - ・外部監査機関への情報提供
 - ・個人情報を匿名化した上での学会、研究会等での利用及び情報の提供

[※「医療サービス」とは、診察、検査、注射、投薬、処置及び手術などのことです。]

I - 1 2 診療記録の開示

診療記録の開示について

個人情報のうち診療記録の開示（カルテ等の閲覧、写しの交付）については、以下のとおりに取り扱う。不明な点は、医事情報課に問い合わせ、取り扱いに遺漏のないようにする。

1 定義

＜診療情報＞ 診療の過程で、患者の身体状況、病状及び治療等について、医療従事者が知り得る情報のこと。

＜診療記録＞ 診療録、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医療経過の要約、その他の診療の過程で患者の身体状況、病状及び治療等について作成、記録又は保存された書類及び画像等。

＜診療情報の提供＞ 診療記録の開示、口頭説明及び説明文書の交付等の具体的な状況に即した適切な方法により、患者等に対して診療情報を提供すること。

＜診療記録の開示＞ 患者等の請求に応じ、診療記録を閲覧に供すること又は診療記録の写しを交付すること。

2 開示の原則

- (1) 患者等が患者の診療記録の開示を請求した場合には、原則としてこれに応じる。
- (2) 患者等が、診療記録の開示の際に補足的な説明を求めたときには、できる限り速やかにこれに応じなければならない。

3 開示の対象

開示の対象は、当院において作成又は記録された診療記録とし、次に掲げる期間のものとする。

(1) 紙診療記録

- ア 外来診療記録は最終来院日から5年を経過しないもの
- イ 入院診療記録は退院日から5年を経過しないもの

(2) 電子カルテ

- ア 外来診療記録は最終来院日から30年を経過しないもの
- イ 入院診療記録は退院日から30年を経過しないもの。

4 開示を請求することができる者

(1) 原則として患者本人とする。ただし、次の者も患者本人に代わって開示を請求できる。

- ア 患者の法定代理人
- イ 診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人
- ウ 患者本人から代理権を与えられた親族及びこれに準ずる者
- エ 患者が成人で判断能力に疑義がある場合には、現実に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる者

(2) 死亡した患者の診療記録の開示を請求することができる者の範囲は、患者の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者(法定代理人等)とする。

5 開示の手続き

(1) 請求書類

診療記録の開示を請求しようとする者がいる場合は、定められた様式の請求書に必要事項を記入してもらい、医事情報課で直接受け取るか、診療科を通じて受け取る。

※ 請求書を受け取るときの注意事項

運転免許証や旅券等の書類の提示または提出を求めて、請求者の本人確認を行う。なお、請求者が、法定代理人である場合は、そのことを示す戸籍謄本等の提示又は提出を求める。

(2) 診療科意見欄への記載

診療科の担当の医師等は、部長又は科長と協議のうえ意見欄に意見を記載する。

(3) 開示の可否の決定

診療科の意見に基づき医事情報課が起案し、診療科に合議のうえ病院長まで決裁を受けて決定する。

(4) 請求者への通知

開示の可否の決定後、医事情報課で開示の日時、場所等を調整のうえ、決定通知書により通知する。

(5) 診療記録の開示

閲覧及び写しの交付は医事情報課において行う。なお、実際に開示するときには、請求者の本人確認ができる書類の提示又は提出を求めて、請求者であることを確認する。

6 費用の徴収

写しを交付する場合は、複写に要する費用を請求者から徴収することができる。

- (1) 診療録等の複写費用 10 円/枚 (税込)
- (2) X線写真等の複写費用 400 円/枚 (税込)
- (3) 電磁的記録の複写費用、電子媒体 (CD) 500 円/枚 (税込)

7 診療記録の不開示

(1) 次の事由に該当する場合には、全部又は一部を開示しないことができる。

ア 第三者の利益を害するおそれがあるとき

イ 患者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがあるとき

ウ 開示を不相当とする相当な事由があるとき

(2) 診療記録の全部または一部を開示しない場合は、決定通知書によりその理由を請求者に通知する。

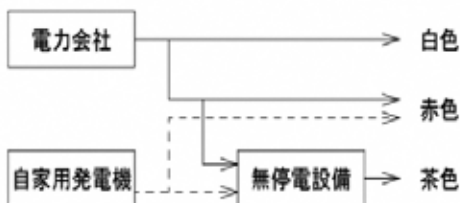
MEMO



I-13 電源コンセントと医療機器

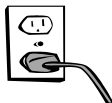
1 電源コンセントの種類

色	白色	赤色	茶色
回路の種類	一般回路	発電機回路	無停電回路
供給の方式	電力会社のみ	電力会社又は自家用発電機	電力会社又は自家用発電機、 無停電設備
電気の特徴	停電の可能性がある	停電が発生した場合、約1分後に 自家用発電機から電気が供給さ れる	停電の可能性はない
適応する 医療機器	電気の供給が中断し ても、患者の生命に影響 を与えない機器	電気の供給が中断しても、1分間 程度であれば、患者の生命に影響 を与えない機器 (医療機器自体に内蔵バッテリ ーが組込まれているもの)	電気の供給が中断したら、直 ちに患者の生命に影響を与 える機器



2 医療機器を使用する際の注意

- (1) 機器によってどの色のコンセントが適切か、かねてから確認しておき、実際の使用時に間違えないようにする。
 - (2) 電気使用量の大きな機種は、コンセントのグループを別にする。
 - ア グループ毎に安全のためにブレーカーを設けて容量を制限している。グループの容量をオーバーするとブレーカーにより電力供給が切断されるので注意が必要である。
 - イ 冷却装置やヒーター類は電気容量が大きいことが多いので注意する。
 - (3) タコ足配線は、極力避ける。
 - (4) コンセントからプラグを抜くときは必ずプラグを持って抜く。
 - (5) 3P→2P変換プラグの使用は極力避ける。
 - (6) 医療機器を使用、保守点検する際には、添付文書や取扱説明書などを参照する。
- ※ 不明な点は、設備係、防災センター員、臨床工学科に問い合わせる。



Ⅱ－１ 診療

１ 原則

(1) 医師の責任

医師の医療上の判断は、自らの知識と良心に基づくものであって、医師の医療における言動には常に個人的責任を伴う。

(2) 医療の質の向上

最良の医療を提供することを目指し、そのために質を高く維持するよう不断の努力が求められる。

(3) 患者の権利と健康の尊重

患者の権利を損なうことのないよう、また、患者の人格を尊重し、患者個人の秘密を守り、患者の健康と安全を全てに優先させなければならない。

(4) 診療行為とその正当化の手続き

診療は、実施前の適切な説明に基づく患者の同意と実施後の結果について適切な情報伝達に基づく患者の理解を得ることによりその正当性を確保する。

(5) 医療の不確実性

医療は、本質的に不確実であり、有害になりうること、限界があることを常に自覚して謙虚な気持ちで診療にあたる。

(6) 医療事故へ対応

医療事故は常に発生する可能性がある。発生した場合には責任を回避せずに誠実に対応する。

２ 診療チームの構成と任務

- (1) チームとしての意思決定の過程が、医療の質と安全を高めるために不可欠である。

- (2) 一人の患者に対し、当該診療科の部長(または責任者)、主治医、担当医のチームが診療を担当する。

※主治医：患者の診療に主たる責任を有する医師

※担当医：主治医の指示と指導の下、主治医の診療を補佐し、又は自ら診療を実施する医師

3 緊急時の対応

- (1) 必要な職員や部署に対しては、可能な限り連絡先を明らかにする。
- (2) 主治医が何らかの理由で緊急時に対応できない場合の対応を日ごろから確認しておく。
- (3) 心肺蘇生が必要な場合は、“緊急コール体制”(P67 参照)で対応する。

4 コメディカルとの協調

- (1) 質の高い医療を提供するためには、コメディカルとの良好な協力関係が不可欠である。協力にあたってはお互いの人格を尊重する。
- (2) 診療内容の指示は、所定の手順に従って正確に行う。ルールに則っていない指示は、ミスを誘発する。
- (3) コメディカルと診療内容や患者の反応について円滑な意思疎通に努める。

5 記録

- (1) 診療録は、患者や家族に開示されることに留意して理解しやすく、誤解の生じにくい言葉で記録する。
- (2) 個々の診療行為の記録は、実施者自らが責任を持って記載する。

<記録の重要性>

患者の診療や状態に関する記録は、患者のものでもある。また、

事故等が発生した場合には、重要な証拠としても採用される。

6 診療方針の決定と変更

- (1) 各診療単位で定期的にカンファレンスを開催し、各患者の診療方針を決定する。
- (2) 手術については、手術前にカンファレンスで手術方法、麻酔方法が適切か再確認する。
- (3) カンファレンスには、看護師や必要に応じて他職種の関係者にも出席を要請し、意見を求める。
- (4) 予定された診療行為が適切でないと判断した場合は、カンファレンスを開催し、合理的議論で適否を検討し、必要に応じて変更する。
- (5) 専門外の医学的判断が必要な場合には、他の適切な診療科の専門医の判断を求める。必要があれば複数の診療科による会議を招集する。

7 入院と退院

- (1) 入院決定時には、入院目的を明確にした入院診療計画書を作成し、患者に説明して同意を得る。
- (2) 退院時には、診療の結果と入院中に得られた情報、検討した退院後の療養方針等を患者に説明する。

8 説明と同意

当院のインフォームドコンセントマニュアルを参照する。

9 患者の自己決定権の限界

- (1) 患者の希望があっても、経験がなく、かつ十分な準備のない診療は原則として行わない。

- (2) 患者の希望があっても、倫理や法律に反する行動をとらない。
- (3) 患者の希望があっても、医学上適切と思われない診療行為は実施しない。
- (4) 適切でない診療行為は、他の医療機関で行われる場合でも、その実施に承認を与えたり、実施に際して援助をしない。

10 死亡時の対応

- (1) 患者家族には死因について説明を受ける権利がある。十分に説明できない場合は、病理解剖を提案し、死因解明の努力をする。
- (2) 不審死又は死体に異常があると認めた場合、24 時間以内に警察に連絡する。

11 医療事故

- (1) 医療事故防止のために制定された各種マニュアルを遵守し、事故防止に努める。
- (2) インシデント事例も積極的に報告する。
- (3) 医療事故が発生した場合、まず、「事故発生時の対応(I-4)」に則って行動する。
- (4) 医療事故については、病院として対応をしなければならない。そのためには、当事者だけでなく、調査に対する職員全員の協力が必要である。

12 緩和ケア

- (1) 疼痛を含め、患者にとって不快な症状や精神的苦痛の緩和に努める。
- (2) 治癒を望めない患者、死期の近い患者には、身体的な面だけでなく、精神的にも可能な限り快適に、かつ、人間としての尊厳を保ち

ながら過ごせるよう配慮する。

1 3 診療指針、患者データベース、成績評価

- (1) 主要な疾患については、原則として各学会提唱のガイドラインに基づき診療を行う。ただし、あくまでも選択肢の一つであり、他の選択肢を提示せずに、患者に押し付けない。
- (2) 主たる診療対象となっている疾患については、患者データベースを作成する。
- (3) 主要な疾患の治療成績、手術、検査の成績を評価し、医療の質の改善に役立てる。

1 4 情報の収集と共有の努力

- (1) 扱っている主要な疾患について、常に系統的に有用な情報を収集する。
- (2) 収集した重要な情報は、記録に残し、少なくとも診療単位の構成員で共有できるように努める。

Ⅱ－２ 看護

1 看護部の理念と基本方針

(1) 看護部の役割

看護部は、病院の役割を認識し、その目的を果たすために専門職業として習得した知識・技術・態度を効果的に発揮し、住民のニーズに応じた看護を提供する

(2) 看護部の理念

心のこもった、安心安全な質の高い看護を提供します。

(3) 看護部の基本方針

- ① 患者さんの権利を尊重し、患者中心の看護を目指します。
- ② 安全で責任のある看護サービスに努めます。
- ③ 看護の独自性を活かし、他職種と協働してチーム医療を推進します。
- ④ 地域との連携を深め、継続した看護を提供します。
- ⑤ 社会の変化に対応できる自律した看護専門職業人を目指します。

2 看護職の倫理綱領（2003年日本看護協会）

条文

- 1 看護者は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する。
- 2 看護者は、国籍、人種・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向、社会的地位、経済的状态、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等な看護を提供する。
- 3 看護者は、対象となる人々の間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する。
- 4 看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する。
- 5 看護者は、守秘義務を遵守し、個人情報保護に努めるとともに、これを他者と共用する場合は、適切な判断もとに行う。
- 6 看護者は、対象となる人々への看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し安全に確保する。
- 7 看護者は、自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任をもつ。
- 8 看護者は、常に、個人の責任として継続学習による教育の維持・開発に努める。
- 9 看護者は、他の看護者及び保健福祉関係者とともに協働して看護を提供する。
- 10 看護者は、より質の高い看護を行うため、看護実践、看護管理、看護教育、看護研究の望ましい基準を設定し、実践する。
- 11 看護者は、研究や実践を通して専門的知識・技術の創造と開発に努め、看護学の発展に寄与する。
- 12 看護者は、より質の高い看護を行うために、看護者自身の心身の健康の保持増進に努める。

- 13 看護者は、社会の人々の信頼を得るように、個人としての品行を常に高く維持する。
- 14 看護者は、人々がよりよい健康を獲得していくために、環境の問題について社会と責任を共有する。
- 15 看護者は、専門組織を通じて、看護の質を高めるための制度の確立に参画し、よりよい社会づくりに貢献する。

3 看護業務基準（2016、日本看護協会）

- 1 看護・・・看護とは、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最後まで、その人らしく生活を全うできるように支援を行うことである。
- 2 看護実践・・・看護実践とは、看護職が対象に働きかける行為であり、看護業務の主要な部分を成すものである。その組織化を意味する看護管理や看護職の育成を意味する看護教育と比較すると、看護そのものに最も近い用語である。
- 3 看護業務・・・看護業務とは、看護の提供者が主体で、「何を」「どのように」すべきかを提示することをいい、「看護ケア」や「看護実践」と比較すると「看護」を管理的な視点から捉えた様式や方法を示すものである。

看護実践の基準

<看護実践の責務>

- 1 全ての看護実践は、看護職の倫理綱領に基づく。
- 2 人の生命及び尊厳を尊重する立場に立って行動する。
- 3 安全で、安心・信頼される看護を提供する。

Ⅱ－３ 手術

1 運用時間

- (1) 中央手術部の運用時間は、外来診療を行う日の８時３０分から午後５時１５分までとする。ただし、手術の状況によっては、運用時間を延長する。
- (2) 緊急手術については、必要に応じて随時中央手術部を運用する。

2 手術の申し込み

- (1) 予定手術
 - ア １週間分の手術予定を前週火曜日の１４時までに入力する。
 - イ 手術に必要な情報は、確実に入力する。
 - ウ 手術スケジュールは、中央手術部部長と中央手術部副看護師長が作成する。手術の申し込みを行った診療各科と協議が必要な場合は、中央手術部部長に連絡する。
 - エ 予定手術を変更又は中止する時は、中央手術部部長（当日は麻酔科スーパー）及び中央手術部リーダー看護師に連絡する。
- (2) 緊急手術
 - ア 緊急手術が必要な診療各科の医師は、中央手術部部長（当日は麻酔医科スーパー）及び中央手術部リーダー看護師（又は手術室当直看護師）に連絡する。
 - イ 緊急手術の申し込みをする。
 - ウ 中央手術部、麻酔科、手術実施診療科の状況に応じて、入室時間、手術開始時間などを決める。

3 運用と体制

(1) 診療各科の手術曜日は、次のとおりとする。

ただし、緊急手術の場合はこの限りではない。

月	小児外科、消化器外科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、 歯科口腔外科、泌尿器科、整形外科、産婦人科、循環器内科、心臓 血管外科、眼科
火	小児外科、産婦人科、整形外科、形成外科、眼科、泌尿器科、循環 器内科、呼吸器外科、心臓血管外科
水	消化器外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、 耳鼻咽喉科、歯科口腔外科、泌尿器科、眼科、皮膚科
木	小児外科、産婦人科、整形外科、泌尿器科、眼科、形成外科、脳神 経外科、呼吸器外科、乳腺外科、心臓血管外科
金	消化器外科、脳神経外科、産婦人科、整形外科、 形成外科、耳鼻咽喉科、歯科口腔外科、循環器内科 呼吸器外科、心臓血管外科

(2) 入室時間は、8時40分からとする。

ただし、緊急手術の場合はこの限りではない。

(3) 入室時は、患者又は家族から得た手術承諾書を必ず持参する。

4 研修又は見学する者などの取り扱い

(1) 院外の医療従事者は、入室許可申請書を提出して、病院長の許可を得る。(中央手術部長が代行)

(2) 院内の看護師が研修目的で入室する時は、中央手術部看護師長の許可を得る。

(3) 納入業者等は、「業者立ち会い実施確認書」を持参する。入室者届出簿に記入し、主治医及び中央手術部長又は中央手術部看護師長の許可を得てから入室する。

- (4) 入室時は、更衣室で専用の手術室着に着替え、帽子・マスク・ネームをつける。衛生的手洗い後、入室する。

5 周術期安全管理に関すること

(1) 手術に関するインフォームドコンセントについて

ア インフォームドコンセントは、患者および家族同席のもとで行う。

イ インフォームドコンセントの内容は、病名、現状、手術の必要性、術式、合併症の内容や頻度や危険性、他の治療と比較して有利な点や不利な点、将来予測、輸血の必要性などについて説明する。

ウ インフォームドコンセントを行った記録は、必ずスキャンする。

(2) 手術適応、術式の決定について

ア 原則として手術適応、術式の決定は、複数の医師のカンファレンス、回診などを経て行う。

イ 術中に術式変更が生じた場合は、原則として患者家族へ説明し、承諾が得られた後変更した手術を行う。

(3) 患者確認・部位確認

ア 患者 1 名につき、主治医・病棟看護師がそれぞれ手術室まで付き添う。

イ 手術室前室で主治医、麻酔科医、病棟看護師、手術部看護師はカルテ・患者の腕のリストバンドを見ながら、患者にフルネームで名乗っていただき、手術室内でバーコードリーダーで確認する。

ウ 左・右がある場合は、患者と病棟看護師・主治医に確認し、左右カードを持って、麻酔科医と器械出し看護師が部屋に案内する。

エ 入室時、主治医はホワイトボードに患者名・疾患名（左右別）を記載する。看護師は、左右カードをホワイトボードに掲げる。

オ 患者名・疾患名・術式（左右別）等の確認は、手術安全チェックリストに添って実施する

(4) アレルギーの確認

金属・食べ物・消毒薬などのアレルギーの有無を確認し、アレルギー物質のない医療材料を選択する。

(5) 手術終了後患者家族への説明

手術終了後、患者家族への説明を行う。術中経過、術式、術中迅速病理組織診断の結果など説明し、必要に応じて術中写真および切除標本を供覧する。

6 感染予防

(1) 部屋空気の圧差を維持し、微生物や粉塵が空気中に飛散し拡散するのを防ぐため、清潔区域のドアの開閉回数を減らし、在室人数の制限をする。

(2) 前室より入室する医療従事者は、帽子・マスクをつけ、速乾式手指消毒薬で手指消毒をした後に入室する。患者家族は、帽子・マスク・室内履きかシューカバーを着用する。

(3) 手術時の手洗い方法は、ウォーターレス法で行う。

(4) 針刺し・体液曝露予防対策を徹底する。

① 慌てないで冷静にとりかかる。

② 注射針や縫合針を手渡す場合は、その旨を必ず相手に声かけする。

③ 使用後の注射針などは必ず使用者が責任を持って廃棄する。

7 ガーゼ・器材の体内残存防止

「周術期安全管理に関するマニュアル」内の体内残存防止対策マニュアルに添って実施する。

8 肺血栓塞栓症・深部静脈血栓症予防について

- (1) 肺血栓塞栓症・深部静脈血栓症予防マニュアルに基づき主治医の指示で行う。
- (2) ストッキングは、患者のサイズにあったものを選び、必ず看護師が着用を確認後、入室する。

9 個人情報の取り扱いについて

保有する個人情報については、適正な取り扱いを確保し、本人から請求があった場合には、いつでも開示を行う。

10 医療器械・器具の取り扱いについて

- (1) 使用後の医療器材は、使用目的・素材・形状に応じた確実な洗浄・消毒・滅菌を行う。
- (2) 滅菌の確認は、生物学的・化学的・物理的インジケーターで評価する。

Ⅱ－４ 病理検査

1 病理診断についての問い合わせ

病理診断報告書の内容についての問い合わせは、原則的に各診療科担当医からの要求にのみ対応する。患者さんやご家族からの問い合わせについては、各診療科担当医を通じて対応する。

2 病理診断報告書の取扱いについて

病理診断報告書は厳重に管理し、報告内容を公開する場合は診断医に連絡する。

3 病理標本の取扱いについて

プレパラートの借用については、病理診断科に連絡・依頼する。規定の貸出期間を超過した場合、標本返却の督促を行う。再三の督促にも応じない場合、プレパラートを紛失・破損した場合、又は無断で他者に貸与した場合は、原則的に当該者に対する貸出は以後許可しない。パラフィンブロックの貸出は原則的に行わず、当該ブロックの未染色プレパラートの供与を行うことで対応する。

4 病理検体の取扱いについて

- (1) 病理検体は、患者氏名・診療科名等の明記を確認し、依頼書とともに提出する。
- (2) 術中迅速組織診断の検体及び未固定検体は、血液等による周囲の汚染に注意し、速やかに提出する。
- (3) 病理組織検体は、速やかに十分量のホルマリン液に浸して提出する。その際には、ホルマリン液による周囲の汚染に充分留意する。
- (4) 細胞診検体は依頼書とともに速やかに提出する。時間外に提出し

たい時や処理方法が不明な場合は、病理診断科に相談する。

- (5) 病理検査時には、『(検体の病理検査以外への利用についての) 同意書』を患者さん・ご家族に記入していただく。同意未確認の場合は、『同意しない』と判断する。

5 病理解剖について

- (1) 各診療科担当医より病理解剖についてご遺族に説明し、承諾を得た後、主治医の依頼を受けて病理医が行う。
- (2) 承諾の際には、ご遺族に必ず病理解剖承諾書を記入していただき、病理解剖時に病理医が承諾書を確認し、解剖を開始する。
- * 不明な点は病理診断科まで問い合わせる。

Ⅱ－５ 薬剤

各人が薬物使用の安全に対する自覚を持って業務に携わること、また、常に初心を忘れずに行動することが重要である。

1 薬剤業務全般における注意事項

- (1) 薬剤部内を整理・整頓し、清潔な環境で業務を行うこと。
- (2) 業務に対する安全管理は、準備段階から行うこと。
- (3) 業務にあたっては、細心の注意を払い実施すること。
- (4) トラブルが発生した場合には、原因の追究と対策を行うこと。
- (5) マニュアルを尊重して業務に従事すること。
- (6) 個人情報の保護に留意して業務にあたること。

2 心構え

- (1) 関係諸法規に精通し、薬剤に関する最新の知識や技術の吸収に努める。
- (2) 薬剤部内の清潔の保持並びに整理整頓を図る。
- (3) 環境衛生に注意する。
- (4) 薬剤師相互の連絡を密にする。また、医師や看護師、関連部署の職員との連絡事項の徹底を図る。疑義がある場合には、必ず確認を行い、勝手には判断しない。
- (5) 業務中は常に自己監査を行うこと。
- (6) 常に健康に注意し、業務に専念できるように体調の維持に心掛ける。

3 準備段階における注意事項

- (1) 薬剤の品質の確保に努める。
- (2) 薬剤の保管棚や調剤棚など薬剤の取り違いが発生しやすい場所には、表示や並べ順について対応を行う。
- (3) 各種システムや調剤機器の整備、点検を行う。
- (4) 身体、被服などの清潔を保持し、特に手指の洗浄を励行して汚染の防止に努める。

4 薬剤システム

- (1) 調剤や製剤、医薬品情報、薬品管理などの各システムをよく理解し、習得しておく。
- (2) 各システムのマスターファイルの保守管理を厳重に行う。
- (3) システムダウン時の対応を検討し、習得しておく。

5 調剤上の注意事項

- (1) 処方せんの受付

薬品名や薬用量、薬効、剤形、配合禁忌、相互作用などの処方監査を強化する。疑義がある場合には、必ず照会を行った上で調剤する。

また、照会内容は記録として保存する。

- (2) 調剤上の注意事項

- ア 薬袋やラベルは間違いないか。
- イ 処方の読み間違いや思い込みはないか。
- ウ 薬品を取り間違えてはいないか。(薬品名、規格、剤形)
- エ 薬品の重複、脱漏調剤はないか。
- オ 散剤分包品に異物の混入はないか。
- カ 散剤の分包数に間違いはないか。
- キ 配合変化薬剤はないか。

- ク 薬剤の包装が完全かつ適切に行われているか。(散剤、水剤)
- ケ 患者へ交付すべき説明書が添付されているか。

(3) 薬剤交付上の注意事項

- ア 患者に対する接遇に注意する。
- イ 患者を取り違えて薬剤を交付しない。(本人であることの確認)
- ウ 患者からの質問に対して、薬剤の説明や服用上の注意事項についての説明は行ってもよいが、治療方針に関わる内容については、医師と連絡を取った上で対応する。
- エ 処方内容について患者からの変更依頼がある場合には、状況に応じて診療科と電話連絡するか、患者に診療科に行ってもらおう。

6 麻薬管理上の注意事項

- (1) 麻薬については、関連法規に準じてより厳重な管理を行い、悪用の防止に努めるが、臨床での使用推進の妨げにならないよう留意する。
- (2) 麻薬調剤時は、薬品名、規格、数量などの二重チェックを行う。
- (3) 入院患者の麻薬処方せん受付時には、前回処方分が適切に使用されているかを確認する。
- (4) 院外から持ち込まれた麻薬は、必ず薬剤部に連絡してもらい、院内の全ての麻薬を管理する。
- (5) 病棟での麻薬管理が適切に行われるよう指導する。

7 薬剤に関する事故の対応

- (1) 薬剤に関する事故が発生した場合には、早急に上司(薬剤部の長、主幹、担当責任者)に連絡する。
- (2) 必要に応じて主治医又は病棟看護師長、担当看護師に連絡し、対応を検討する。
- (3) 当事者はインシデント・アクシデントレポートを必ず入力し、自ら事故の原因を考察する。
- (4) このレポートを基に、個々の事故の原因の追究と再発防止の対策を定期的に話し合い、全員に周知徹底する。



Ⅱ－6 放射線

1 一般撮影・透視検査に関する安全対策

- (1) 患者間違い防止のため、氏名と生年月日を患者本人や付添いに名乗ってもらい、受付票と照合して本人確認を行うこと。
- (2) 検査部位間違い防止のため、患者や付添いに検査部位の説明を行うこと。
- (3) 転落や機器との衝突防止のため、検査室内への案内から退室まで患者の動向には十分注意を払うこと。
- (4) 操作する者は、取扱方法を熟知してから操作すること。

2 血管造影検査に関する安全対策

- (1) 空気塞栓防止のため、造影剤注入器とカテーテルを連結する際は、空気が決して混入しないよう術者ととともに、慎重に確認すること。
- (2) 造影剤の注入条件設定時は、注入量・注入速度を声に出して、術者ととともに確認しながら設定すること。
- (3) 検査中は、患者の生体情報（心電図・血圧・血中酸素濃度等）に常に注意すること。
- (4) 検査中は、常に患者の放射線被ばく量に注意し、検査終了時に皮膚障害しきい値 2Gy を超えた場合は、主治医及び担当看護師に報告し注意喚起を行うこと。

3 CT検査に関する安全対策

- (1) 造影剤の使用について
 - ア 副作用発現の可能性が高いため、救急カートを準備して対応すること。
 - イ 各種アレルギー性疾患患者は、副作用の発現率が高いため注意

を払うこと。

ウ 造影剤腎症のリスクを考慮し、腎機能低下や糖尿病がある患者には、注意を払うこと。

エ 水分制限は行わない。造影剤による嘔気・嘔吐を予防する目的での絶飲食は必要ない。検査内容によって食事摂取により、画像に影響を及ぼす可能性がある場合は、検査前の1食を制限する。

(2) CT検査中は、患者以外の者は検査室外に退出すること。

(3) 呼吸管理やその他の理由により室外に退出できない場合は、必ずプロテクターを着用すること。

(4) ペースメーカー埋め込みの患者の検査には、次の注意を払うこと。

ア ペースメーカー本体に5秒以上のX線を照射しないこと。

イ 体内埋め込み式除細動機能のペースメーカーについても本体へ連続した照射をしないよう十分に注意し検査を行うこと。

4 MRI検査に関する安全対策

当院のMRI装置は1.5T(15,000 ガウス)と3.0T(30,000 ガウス)の強力な磁場を有している。磁場引力による事故や死亡例も報告されている。また、RFによる熱傷を引き起こす可能性もあるため下記の注意事項を遵守すること。

(1) 医師が、被検者の体内金属等の有無を「MRI検査確認書」に従って必ず確認すること。

(2) 体内金属が磁場の影響を受けないことを確認できない場合は、検査禁止となる。

(3) MRI対応医療用品以外の検査室内持込は禁止であるので、入室前に装備品や装着品を確認すること。

〈持ち込み禁止物〉

はさみ・ピンセット・聴診器・バッジ・スマートフォン・携帯電話

・鍵・工具・ヘアピン・ピアス・時計・カード類・酸素ボンベ等

〈検査禁止となる体内埋め込み物及び装着物〉

ペースメーカー（条件付 MRI 対応商品：検査可）・人工弁・体内クリップ類（強磁性体）・刺青（赤色）・人工内耳（一部）・貼り薬・ジェルネイル等

〈注意しながら検査を行う体内埋め込み物等〉

- (1) 取外し不可：体内クリップ類・人工関節・避妊リング・留置針・シャント加減圧バルブ等
- (2) 取外し可：入れ歯・補聴器・義手・カラーコンタクトレンズ・インプラント等

5 RI 検査に関する安全対策

RI 検査は、放射性医薬品を患者に投与し、その動態を画像化する。したがって、汚染防止や被ばく防止に配慮しなければならないので次項に留意すること。

- (1) 薬剤発注の際は、種類及び量を確認すること。
- (2) 被検者の前処置を周知・徹底すること。
- (3) 分注した薬品には、全て薬剤名、放射能量及び検査名のシールを貼付すること。
- (4) 汚染防止のためゴム手袋を着用するとともに、被ばく低減のため放射線防護具を活用すること。
- (5) 負荷心筋シンチグラム検査施行上の注意
 - ア 医師1名以上が検査に立会うとともに、機器動作確認、負荷開始前の症状の問診を行った後にルートを確保すること。
 - イ 負荷時は常に患者の状態に注意を払い、必要以上に高度の虚血が起きないように注意を払うこと。
 - ウ 万一心停止をきたした場合でも、転落しないように注意して

緊急に対応すること。

エ 急変に備え、緊急カート、除細動器を準備して対応すること。

(6) 検査時の注意

ア 機器との接触事故を防止するため、注意深く監視し、緊急事態に即応できること。

イ 点滴、酸素マスク等のチューブ類、被検者の衣類が装置に絡まないよう注意すること。

6 放射線治療に関する安全対策

放射線治療室では、高エネルギーX線及び電子線を用いたリニアック装置と放射性同位元素 Ir-192 を用いた RALS（リモートアフターローディング装置）による治療を行っている。これらはいずれも高線量の放射線を用いた治療装置であるため、機器の操作及び入室に関しては放射線障害防止の観点からも以下の事項を遵守すること。

- (1) 放射線治療中は、通常治療患者以外立ち入ることができない。入室が必要な場合は、治療担当技師の指示に従うこと。
- (2) 治療担当技師は、放射線治療開始の際には必ず治療室内に患者以外の者がいないことを確認し入口を閉鎖した後、照射開始すること。
- (3) リニアック治療室および RALS 室は放射線管理区域内であるため、立ち入るスタッフは必ずガラスバッジまたはポケット線量計を装着すること。
- (4) 患者搬送、介助等で一時的に立入った場合は、「管理区域立入者記録簿」に氏名、所属、用務・入退出時間等を記入すること。

Ⅱ－７ 臨床検査

1 検体検査の安心安全対策

- (1) 検査機器の精度管理とメンテナンスを毎日実施する。外部精度管理に参加する事により、精密度、正確性、信頼性、施設間差の是正に努める。
- (2) バーコードラベルを採用する事により、検体の受付と採血管の確認を行い、検査に適した検体の確認を行う。
- (3) 検査に際し手袋着用、手洗いを実施し、感染予防に努める。
- (4) 誤報告防止のために、再検査、検体取り直しを実施する。誤報告された場合は、誤報告対応手順に準じて対応する。
- (5) 検体は医療廃棄物対策に準じて処理、廃棄を行う。また検査追加等のために1週間保存する。(CBC、生化学)
- (6) 時間外検査も同様に実施する。
- (7) 外注検査を預かる場合は、採血管の間違いはないか、検体量の不足はないかチェックし適切な状態で保存する。

2 生理機能検査の安心安全対策

患者相手の検査のため、言動に注意を払い、患者間違いのないよう十分に気を付ける。

身体に何らかの変化を生じた時は、すぐに主治医に連絡を取り指示を仰ぐ。患者病態急変時は、応援の技師、看護師、医師を要請するか、院内緊急コールを依頼する。

(1) 受付

- ア 検査内容の確認のため、診療票をバーコードリーダーで読ませてPC画面でチェックする。

イ 消化器系の腹部エコーは禁食、婦人科系の腹部エコーは尿の膀胱充滿時とするなど患者の協力を得る場合もある。

(2) 検査室入室

ア 名前を間違えないようにフルネームで呼び、入室してから再度名前を確認する。

イ コミュニケーションの困難な患者は、家族や手話、通訳の協力を得て確認する。

(3) 検査

ア 患者属性は間違えないよう細心の注意を払い入力する。

イ ラベルや診療票で、患者および検査内容の確認をする。検査内容や検査時間など患者に解りやすく説明する。

ウ 車イス、歩行困難な患者の移動には細心の注意を払い、転倒転落防止に努める。

エ 患者が点滴、生命維持装置、モニター等を装着している場合は、機器の脱落などに注意する。

オ 肺機能検査は、感染予防のためにディスポ製品を使用する。

カ 肺結核患者は、肺機能検査マニュアルに準じて検査する。

キ 皮膚疾患患者の検査はディスポ製品を使用し器具の消毒をする。

(4) 検査終了時

ア 患者の属性を最終確認する。

イ 枕カバー、シーツ、バスタオル等に生体物が付着したら手袋をつけて処理する。

ウ 検査結果の誤報告を発見した時は、臨床検査技術科の誤報告時の対応手順に準じ責任者に報告する。

3 輸血室の安心安全対策

安心安全な輸血療法の実施のために、各職種から構成される輸血療法委員会が設置されている。輸血室では輸血管理システムを導入し、全ての輸血療法は電子化され一括管理を行う。

(1) 輸血オーダー

ア オーダ内容は、輸血管理システムでチェックし血液型違いは警告する。

イ 臨床検査技術科に輸血一元化され24時間対応する。

(2) 輸血検査

ア 通常の交差試験以外に生食法、T & S、プレビアキープ等を導入し、それぞれの緊急度に応じた検査法を実施する。

イ 同型輸血製剤の出庫時は本人の血液型を2回以上検査・確認（確定血液型）した後に在庫する。

(3) 在庫

ア 患者間違い、血型間違い、記載間違い等の防止のため、輸血製剤は全て輸血システムを経由して在庫する。

イ 患者IDや輸血用製剤もバーコード管理しミスを防止する。

ウ 製剤の受け渡し時は、担当者と受け取り者間で読み合わせて確認する。

エ 新生児赤血球製剤は、採血日より7日以内の新鮮血で対応する。

(4) 輸血データの20年保存輸血一連は、副作用入力で完全終了し、データは20年保存する。

(5) 輸血に関する諸事項について

輸血に関する問題が発生した場合は、各科と協議すると同時に輸血療法委員会にも報告し、必要があれば院内へ周知する。

4 細菌検査(微生物検査)の安心安全対策

培養検査は、雑菌の混入や増殖を防ぐ意味で無菌的な検体採取を心がけ、また容器にも注意し、検査材料は速やかに臨床検査部に提出する。

主治医は臨床的・院内感染対策に早急な対応が必要な場合(抗酸菌など)電話連絡する。以上の様な臨床の協力を得て安心、安全な微生物検査に努める。

(1) 受付

ア 他の検体検査とは取り扱いが異なるため、バーコードラベル番号の確認と、細菌システムで検体受付・検体重複チェックを行う。

イ ウイルス等迅速検査は、24時間緊急対応をする。

ウ 血液培養の受付24時間対応し、陽性となった場合には追加培養・染色の報告をする。

エ その他、院内感染対策上迅速な対応が必要な場合には、担当呼び出しの上対応する。(COVID19等)

(2) 処理

ア 安全キャビネット内で手袋、マスクを装着し処理する。

イ 培地、患者名、材料を確認後処理し、コンタミネーションの内容処理を行う

ウ 抗酸菌PCRは、N95マスクを使用し、別室で検査する。

エ 抗酸菌塗沫検査での陽性は、直ちに主治医、医療安全管理室へ報告する。

オ その他、院内感染対策上迅速報告が必要な検査の場合には、そのルールに従い検査・報告をする。(COVID19等)

(3) 廃棄処理

ア 全ての検査終了の培地、検体は、121℃で15分の高圧滅菌し、産業廃棄ボックスに処分する。

イ ウイルス検査の迅速キット終了の検体・使用後キットは、高圧滅菌にかけて廃棄ボックスへ処分する。

ウ 作業終了時には、その都度作業台の消毒処理をする。

(4) 試薬管理

使用する試薬、培地などは、入荷日や使用期限を確認し冷所や室温など適切な保存管理をする。

(5) 院内感染対策

ア 感染対策の上で、問題となる微生物の検出時は、直ちに主治医、感染対策室へ報告する。

イ 院内感染対策マニュアルに準じて行う。

MEMO

Ⅱ－８ リハビリテーション

１ リハビリテーション技術科の理念

患者さんの立場に立ち、ニーズに応えられるように満足していただけのリハビリテーションを提供します。

２ リハビリテーション技術科における安全対策

(1) 患者確認(患者誤認の防止)

リハビリ実施前に、患者自身に氏名を名乗ってもらい本人確認をする。自身で氏名を名乗れない患者に関しては、リストバンド・ベッドネーム等にて確認する。

(2) 骨折、軟部組織損傷の予防

主に可動域の拡大や筋力強化運動中に起こることが想定される。

(3) 熱傷

主に温熱療法時に起こると想定される。

ア 機器は故障するものという認識に立ち、施行前に必ずチェックをすること。

イ 患部の皮膚の状態、発汗などによって同一患者で同じ設定でも起こすことがある。

ウ 詳細は物理療法・水治療法のマニュアルを遵守する。

(4) 疼痛

リハビリテーション実施中に発生する疼痛は病態由来のものと想定外の疼痛が考えられる。疼痛の要因を適切に評価し対応する必要がある。

ア 疼痛の評価をする。(部位、疼痛の種類、疼痛の強さ・程度など)

イ 状況に応じて必要な対処を行う(安静や冷却、病棟への搬

送など)。

(5) 転倒

リハビリ中、あらゆる場面で起こりうることを想定しておく。

ア リハビリ中は、患者から目を離さない。

イ 環境整備を行う。

ウ 介助を行う場合には、介助方法、場所、介助量等を考え対応する。

エ 一人での介助が困難な場合には、無理して実施せず、必ず応援を呼ぶ。

(6) 発作・痙攣

リハビリ中、あらゆる場面で起こりうることを想定される。

ア 患者の病態を理解し、状態変化に対応できるようにしておく。

イ 発生したら、すぐに応援を呼ぶ。

ウ 発生時間、痙攣持続時間、発症部位など確認する。

エ 転倒などの二次障害の予防に努める。

(7) 患者同士のトラブル

ア 傾聴する、場所を変えるなどマニュアルに沿った対応をする。

(8) 誤嚥の予防

誤嚥は、主に食事訓練時に起こると想定される。食事形態、姿勢、1口量、摂取スピードなどの調整を行う。呼吸状態、声の変化に注意する。又、注入食後の介入で吸引等行う場合の逆流性誤嚥や唾液処理の不十分な患者の不顕性誤嚥についても病棟と連携し可能な限り予防する。

<セラピストが対処すること>

- ① 主治医へ報告する。

- ② 看護師へ連絡する。
- ③ 咳嗽にて自力喀出を促す。自力での喀出が困難な場合は、吸引や背部叩打法、ハイムリック法等を実施する。
- ④ 患者へ適切な対処をした後、病棟師長とリスクマネージャーへ報告する。

もし、インシデント・アクシデントが起きてしまったら・・・
スタッフが連携して対応を図り、関連部署へ連絡をする。

<セラピストが対処すること>

- ① 主治医、看護師へ報告し、指示を仰ぐ。
- ② 患者の状態を確認する（意識レベル、バイタルサイン、外傷や骨折の有無など）。
- ③ 状況に応じて必要な対処を行う（安静や冷却、病棟への搬送など）。
- ④ 必ず患者のそばに付いていること。離れる必要があるときには、他のスタッフを呼び対応する。
- ⑤ 患者へ適切な対処をした後、病棟師長とリスクマネージャーへ報告する。

Ⅱ－９ 栄養

1 栄養管理科理念

私達は、患者さん個々人に最適な栄養ケアを迅速、丁寧、効果的に
行い、栄養状態の改善とQOLの向上を目指します。※QOL：Quality
of life（生活の質）

2 栄養管理

- (1) 入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して
確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に
記載する。
- (2) 栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療
従事者が共同して、患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考
慮した栄養管理計画を作成する。
- (3) 栄養管理計画に基づいた栄養管理を行う。
- (4) 栄養状態を定期的に評価・記録し、必要に応じて栄養管理計画を
見直す。
- (5) 必要に応じて、NST に依頼する。

※NST：Nutrition(栄養)Support Team

3 栄養食事指導

医師の指示に基づき、入院及び外来患者に対する栄養食事指導を行
う。

4 調理部門

病院における患者への食事提供は大量調理であるため、ひとたび食中
毒が発生すると、大規模な患者発生へとつながってしまう。アレルギー

患者への配膳ミスは、時として患者の生命を脅かすことにもなる。よって、以下に留意事項をまとめた。

(1) 調理従事者の衛生管理

- ア 調理従事者は、定期的な健康診断を行い、検便を月2回、ノロウイルス検査を冬期は月1回実施する。
- イ 下痢・嘔吐・発熱などの症状や手指等に化膿創がある場合には調理作業に従事しない。
- ウ 職員は常に爪を短く切り、作業前及び用便後及び必要に応じて手指の洗浄消毒を行う。
- エ 作業中は清潔な外衣・帽子を着用し、専用の履物を用い、マスクを使用する。
- オ 盛り付け時には、使い捨ての手袋を使用する。

(2) 原材料の受け入れ、下処理における管理

- ア 原材料の納入の際には、調理従事者等が立ち会い、検収場において、品質、鮮度、品温及び異物混入等について点検し記録する。
- イ 原材料については、納入業者が定期的実施する微生物及び理化学検査の結果を提出させる。
- ウ 原材料については、乾物・調味料等常温保存可能なものを除き、1回で使い切る量を仕入れる。
- エ 原材料の保管は、適切な温度で保管する。また、室温、冷蔵庫、冷凍庫の温度は、定期的に測定し記録する。
- オ 野菜・果物は、流水で洗浄後、次亜水で殺菌して使用する。卵も次亜水で殺菌後に使用する。
- カ 調理に使用する水道水・次亜水は、調理の開始時と終了時に残留塩素濃度を測定し記録する。

(3) 調理段階での管理

ア 加熱調理する食品は、中心温度計を用いて中心部が 85℃～90℃で 90 秒以上加熱されていることを確認し、記録する。

イ 調理後の食品は、衛生的な容器に蓋をして保存し、他からの二次汚染を予防する。

(4) 調理器具の管理

ア 包丁、まな板及びかごなどの調理器具は、用途別・食品別に専用のものを使用する。

イ 調理器具は、食器消毒保管庫で消毒乾燥させて所定の位置に収納する。使い始めは次亜水や 70%アルコール噴霧等で殺菌してから使用する。

ウ シンクは、相互汚染しないように、原則として非加熱食材用、加熱食材用、器具洗浄用に分ける。

エ 食品や器具は、床面から 60cm 以上の場所で取り扱う。

オ フードカッター及びフードスライサー等の調理機械は、1日 1 回以上、分解して次亜水で殺菌し、流水で流して乾燥させる。使用時には 70%アルコール噴霧等で殺菌してから使用する。

(5) 施設設備の管理

ア 厨房の出入り口は、必要な時のみ開けるようにして、ねずみや昆虫の侵入を防止する。

イ 施設内にねずみや昆虫が発生していないかを点検し、定期的に駆除作業を行う。

ウ 施設の床や壁は、調理終了時に清掃し、必要に応じて洗浄・消毒を行う。

エ 月 1 回、ダクトの清掃を行う。

オ トイレは、調理職員専用のトイレを使用し、トイレに入る前に調理用着を脱ぎ、専用の履物を使う。

(6) 廃棄物の管理

ア 廃棄物は、厨房内で散乱しないように集積し、非汚染区域を汚染しないようにする。

イ 厨房内で発生した残滓は、専用容器に入れて保冷のギャベジ室に運ぶ。その他の廃棄物は、ごみ出しの区分に従って分別し、排出する。

(7) 献立ミス、配膳ミスの防止

食物アレルギー、宗教上の禁忌がある患者の食事提供は、トレイの色を変えて、複数の職員で確認する。

5 チーム医療

院内の各種チームに参画し、管理栄養士として専門性を発揮することで、患者の治療効果の向上を図る。



Ⅱ－10 医療連携

地域の医療機関、社会福祉施設及び行政などの関係機関と密接な連携を図り、患者にとって最善な医療や介護が受けられるよう支援する。また、がん相談・地域連携パスの窓口として医療サービスに努める。

医療連携室には、医療連携支援部門・医療相談部門・入退院センター部門がある。

医療連携室は、業務の連携の中で患者の個人情報を取り扱うので、文書や情報の取り扱いの際には、個人情報保護方針を遵守する。

1 医療連携業務

- (1) 他医療機関からの紹介患者に対する連携業務
- (2) 来院報告・結果報告・診療情報の提供
- (3) 診察、高度医療機器利用、放射線治療の調整
- (4) 他医療機関への紹介、(対診)手続き
- (5) 救急医療の連携
- (6) がん相談支援センターに関する業務
- (7) 脳卒中地域連携に関する業務
- (8) 入院患者の後方支援 ベッドコントロール
- (9) 医療福祉相談業務
- (10) 災害時(台風・豪雨・地震)の被災患者受け入れの調整
- (11) 広報活動・広報誌の発行
- (12) 医療連携システムおよび情報管理
- (13) 入院に関する業務

2 医療連携業務における注意点

- (1) 各医療機関への報告の誤認防止
- (2) 相談業務に関するプライバシーの保護
- (3) 情報漏えい防止
- (4) 患者へのインフォームドコンセント

MEMO

Ⅱ-11 施設管理

1 保全について

(1) 保全は、建物や設備の機能維持と耐久性の確保を図るために必要であることはもちろん、保全を怠ることによる損失が非常に大きいことに留意する。

ア 日々の劣化の進行に適切に対応しなければ、存在する危険性が増大し、故障や破損を招き、場合によっては人身事故などにいたることを考慮する。

イ 執務効率や機械類の稼働率、居住性などの低下のほかに、手遅れによる大規模修繕の必要など、経済的損失にも影響を及ぼすことになる。

ウ とりわけ公共施設は、公衆の安全、利便、親しみやすさ、さらには公務能率の向上等が図られるよう、常に良好な状態を保持するように努める。

(2) 次のことにより、適時適切な措置を施すとともに効果的・経済的な保全業務を進める。

ア 建物の構造・使用材料、電気・空調・給排水設備など正しく理解し、適切に取り扱う。

イ 各種データの蓄積、管理及び整理を的確に行う。

ウ 保全業務に関する計画を作成し、保全業務の効率的な執行に努める。

エ 保全担当者を定め、業務体系を明確にする。

2 保守・点検の基本

(1) 外部

外壁は、屋根などとともに雨や風を防ぐという基本的な機能の他に、「建物の顔」として大切な役割を持っている。傷みが目立ったり色あせたりしないうちに早めの適切な処置を行う。

(2) 玄関・廊下

通行量の多い玄関、廊下、階段などの床は傷みやすく、また、人の手の触れることの多い手摺、腰壁、建具等は汚れが目立ちやすいので、早めに手入れ、補修する。

(3) 階段

階段は、非常災害時には避難通路としての大切な役割がある。階段の踊り場に戸棚や机等の備品を置かないようにする。また、床や手摺、天井部の破損も日頃から点検する。

(4) 業務スペース

業務スペースは多くの人に最もよく使われる場所である。少しの傷みや汚れも人目に付きやすいので早めに手入れする。

(5) 病室など

病室などは患者さんの治療の場、静養の場として常に快い環境であるべきなので、清潔に保つことはもちろんのこと、壁、床、天井、建具などの不具合が見られた時は、速やかに処置する。

(6) 便所・洗面所

便所や洗面所は常に清潔に保つよう日頃点検を行う。

(7) 電気及び通信設備

電気設備は、各種法令に基づき、設計、施工され安全性も確保されているが、この設備を安全に維持するため、日常の管理を行う。

(8) 給排水・衛生設備

給排水・衛生設備は、日々欠くことのできない設備である。衛

生的な環境を維持するために、日常の管理を行う。

(9) 空調・換気設備

空調・換気設備は、多くの機械などで構成された設備である。室内環境を維持するために日常の適切な管理を行う。

(10) ガス設備

ガス漏れの未然防止や酸欠に伴う、一酸化炭素中毒などの事故のないように、日常の管理を行う。

(11) エレベーター

エレベーターは日頃から使用状況を注意し、安全運転と無事故を心掛ける。

(12) 防火設備

防災の最大のポイントは、火災予防である。日頃から建物利用者に予防についての協力を得る。また、防災設備は多種多様なものがあり、これらの設備の使用目的、使い方を熟知しておく。

3 職員の協力

建物や各種設備の保守点検については、常駐の委託業者や各設備の専門業者により定期的に行われているが、早期に不具合を発見し、対処するためには、そこで働いているすべての職員の協力が不可欠である。

建物の使用、空調その他の各設備などの適切な使用についても、職員の協力が必要である。

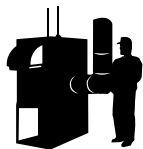
避難経路に障害物を置かないように、また建物及び各設備は公共のものなので、丁寧に取扱うように心がける。

節電、節水・空調設備の適正な利用にも心がける。

「いつもと違う」「どうもおかしい」と感じたり、汚

損、破損や故障を発見したら、すみやかに設備係（内線 2020）や防災センターコントロール員（内線 2107）に連絡してください。

MEMO



Ⅱ-12 事務

1 窓口

- (1) プライバシー厳守を第一とし、他に漏れることのないように十分注意する。必要があれば、別室で面談を行う。
- (2) 個人情報に関する書類等をカウンターなどに置きっぱなしにしない。決められた場所に保管する。
- (3) 相手の言い分を注意深く聞き取って理解し、その上で病院側の説明をできる限りわかりやすく行う。その際に、できることとできないことを納得してもらおう。
- (4) 話を十分聞かないうちに途中で遮ったりすると、相手が感情的になり、些細な問題が大きなトラブルになってしまうので注意する。
- (5) トラブルが起こった場合や相手が不当な要求を行う場合には、一人だけで処理しようとせずに同僚の協力をもらい、また上司に報告して指示を受ける。

2 患者照会

- (1) 診断書又は入院証明書等の発行に際しては、申請者が本人であること又は本人の委任や同意を受けた者であることを確認する。
※それら委任や同意を受けた者からは、それを証する委任状や同意書等を徴する。
- (2) 法令に基づく診断書（労災診断、身障診断、障害年金診断、特別障害者手当診断など）は、その様式や内容を点検してから受付ける。
- (3) 公的機関（行政庁、警察、検察庁、弁護士会、裁判所等）からの患者に関する照会については、法令根拠（法令上本人の意思を問わずにできる規定など）がある場合を除き、本人の同意書などの添付を確認する。

- (4) 個人情報に関する電話での問合せについては、本人確認が困難であることから、答えることはできないことを相手に説明する。
- (5) 裁判所の証拠保全命令があった場合には、関係書類、フィルムなど一切の関係資料を確認して目録を作成し、散逸して紛失することのないように適切に保管する。

MEMO



