

(様式13-2)

規則第9条の23及び第11条各号に掲げる体制の確保状況

① 専任の医療に係る安全管理を行う者の配置状況	㊦ (3名) ・ 無
② 専任の院内感染対策を行う者の配置状況	㊦ (2名) ・ 無
③ 医療に係る安全管理を行う部門の設置状況	㊦ ・ 無
・所属職員 専任(3名) 兼任(11名) ・活動の主な内容: 安全管理部(危機管理委員会として平成12年6月12日設置、平成13年6月19日安全管理委員会に委員会名変更、平成14年4月1日同委員会を廃止、安全管理室を設置、平成19年1月1日安全管理部に改組) 病院内における医療事故の防止及び医療の安全性の確保のため、安全且つ適切な医療体制を確立する。	
④ 当該病院内に患者からの安全管理に係る相談に適切に応じる体制の確保状況	㊦ ・ 無
⑤ 医療に係る安全管理のための指針の整備状況	㊦ ・ 無
・指針の主な内容 ○安全管理に関する基本的な考え方 別添資料 1 ○医療に係る安全管理のための指針 別添資料 2 ○安全管理に係る組織図 別添資料 3 ○医療問題対策委員会内規 別添資料 4 ○安全管理部内規 別添資料 5 ○重大インシデント発生時の院内連絡体制 別添資料 6 ○医療の質・倫理検討委員会内規 別添資料 7	
⑥ 医療に係る安全管理のための委員会の開催状況	
○医療問題対策委員会 年13回(平成19年度) ○安全管理部会議 年19回(平成19年度) ○リスクマネージャー会議 年5回(平成19年度) ○医療の質・倫理検討委員会 年13回(平成19年度) ・活動の主な内容 ○医療問題対策委員会 医療法制に関する事項、医療事故の予防に関する事項、医療事故発生時の対策に関する事項、医療紛争の処理に関する事項及び医療訴訟に関する事項の審議を行う。 ○安全管理部会議 インシデントレポートの収集と管理、報告された事故の原因や状況の分析、原因分析の結果を踏まえて事故発生の防止策と事故発生後の対応策を講じ、必要な情報を現場のスタッフにフィードバックする。 また、医療事故防止に係る病院内の巡視・点検・評価に関すること、医療事故防止にかかわる業務改善の提言・指導に関すること、安全管理に係わる教育・研修・啓発に関すること、医療事故防止対策マニュアルに関すること、ヒヤリハットニュースの発行に関すること、リスクマネージャー会議に関すること。 ○リスクマネージャー会議 医療問題対策委員会及び安全管理室会議において決定した事故防止策・対応策等の必要な情報を医療現場に周知徹底させる。 ○医療の質・倫理検討委員会 死亡例及び重症合併症例の検討、先端医療、終末期医療、診療拒否、移植医療、その他の倫理的問題について審議する。	

⑦ 医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	年 3回
<p>・研修の主な内容  従業者の医療安全に関する意識向上を図っている。  (全職員対象とは別に新規採用者のみを対象とした医療安全研修会及び全職員を対象とした医療事故被害者による講演等)</p>	
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	
<p>・医療機関内における事故報告等の整備 ( <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 )</p> <p>・その他の改善のための方策の主な内容：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ヒヤリハットニュースを発行(月1回及び必要に応じて随時)し、リスクマネージャー会議を開催(年6回)することにより、リスクマネージャーを通じて、インシデントレポートから積極的に収集した情報並びに医療問題対策委員会、医療の質・倫理検討委員会及び安全管理部会議において決定した事故防止策・対応策等の必要な情報を医療現場に周知徹底する。</li> <li>○各医療現場のリスクマネージャーにより、医療事故の原因及び防止方法並びに医療体制の改善方法について独自に検討及び提言を行う。</li> <li>○各医療現場のリスクマネージャーにより、独自に事故防止のための研修会及び勉強会を開き、医療事故防止のための啓蒙活動を行う。</li> </ul>	

院内感染対策のための体制の確保に係る措置

① 院内感染対策のための指針の策定状況	☑ ・ 無										
<p>・ 指針の主な内容</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 院内感染対策に関する基本的な考え方</li> <li>2. 委員会等の組織に関する基本事項</li> <li>3. 職員研修に関する基本方針</li> <li>4. 発生状況の報告に関する基本方針</li> <li>5. 感染発生対応に関する基本方針</li> <li>6. 指針の閲覧に関する基本方針</li> <li>7. その他の必要な基本方針</li> </ol>											
② 院内感染対策のための委員会の開催状況	年 11 回										
<p>・ 活動の主な内容</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 院内感染の実態の把握，薬剤耐性の動向その他院内感染のための調査，研究を行う。</li> <li>2. 感染症患者及び健康保菌者等の取扱い，滅菌及び消毒，清潔区域及び医療材料の清潔保持その他院内感染防止のための予防対策を行う。</li> <li>3. 院内感染防止についての指針の作成及び職員の教育，指導を行う。</li> </ol> <table border="1" data-bbox="363 1016 1289 1267" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">直近開催日 平成20年7月8日（出席委員数 8人／9人中）</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">過去6ヶ月の出席委員数</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">（出席委員数 8人／9人中）</td> <td style="width: 50%;">（出席委員数 7人／9人中）</td> </tr> <tr> <td>（出席委員数 8人／9人中）</td> <td>（出席委員数 8人／9人中）</td> </tr> <tr> <td>（出席委員数 8人／9人中）</td> <td>（出席委員数 9人／9人中）</td> </tr> </table>		直近開催日 平成20年7月8日（出席委員数 8人／9人中）		過去6ヶ月の出席委員数		（出席委員数 8人／9人中）	（出席委員数 7人／9人中）	（出席委員数 8人／9人中）	（出席委員数 8人／9人中）	（出席委員数 8人／9人中）	（出席委員数 9人／9人中）
直近開催日 平成20年7月8日（出席委員数 8人／9人中）											
過去6ヶ月の出席委員数											
（出席委員数 8人／9人中）	（出席委員数 7人／9人中）										
（出席委員数 8人／9人中）	（出席委員数 8人／9人中）										
（出席委員数 8人／9人中）	（出席委員数 9人／9人中）										
③ 従業者に対する院内感染対策のための研修の実施状況	年 3 回										
<p>・ 研修の主な内容</p> <p>従業者の感染管理に関する知識向上を図っている。          （手洗いの重要性・スタンダードプリコーションの遵守・結核について・新型インフルエンザ等）</p>											
④ 感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策の状況											
<p>・ 病院における発生状況の報告等の整備 （☑ ・ 無）</p> <p>・ その他の改善のための方策の主な内容</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 地域の感染対策強化を図るために，感染対策研修会（毎月1回）を行っている。</li> </ol>											

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	④ ・ 無
② 従業者に対する医薬品の安全管理のための研修の実施状況	年1回 (同一内容で5回実施)
<p>・研修の主な内容</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 麻薬の取扱いについて</li> <li>2. 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書について</li> </ol>	
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 ( ④ ・ 無 )</p> <p>・業務の主な内容</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医薬品の採用・購入に関する事項</li> <li>2. 医薬品の管理に関する事項 (麻薬等の管理方法等)</li> <li>3. 患者の持参薬歴情報の収集方法、処方箋の記載方法</li> <li>4. 患者に対する与薬や服薬指導に関する事項</li> <li>5. 医薬品の安全使用に係る情報の取扱いに関する事項</li> <li>6. 他施設 (病院等、薬局等) との関係に関する事項</li> </ol>	
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 ( ④ ・ 無 )</p> <p>・その他の改善のための方策の主な内容</p> <p>【収集方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医薬品に係る添付文書等の収集</li> <li>2. メーカー等から収集</li> <li>3. インターネット、文献等からの収集</li> </ol> <p>【周知方法等】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 薬剤部発行の院内医薬品情報誌に掲載し周知</li> <li>2. オンライン医薬品集に「お知らせ」として掲載し周知</li> <li>3. 必要に応じて院内メール、文書等の通知にて周知</li> <li>4. 病棟担当薬剤師がカンファレンス等にて説明し周知</li> </ol> <p>【改善方法等】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 業務実施状況を確認し、必要に応じて手順書の改定を行う</li> </ol>	

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	☑ ・ 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6回
<p>・研修の主な内容</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有効性、安全性に関する事項</li> <li>2. 使用方法に関する事項</li> <li>3. 保守点検に関する事項</li> <li>4. 不具合が発生した場合の対応に関する事項</li> <li>5. 使用に関して特に法令上遵守すべき事項</li> </ol>	
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	
<p>・計画の作成 ( ☑ ・ 無 )</p> <p>・保守点検の主な内容</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. メーカー提供の点検マニュアル及びメーカー指示に従い実施</li> <li>2. 日常点検を実施し、異常があればメーカー点検・修理</li> </ol>	
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	
<p>・医療機器に係る情報の収集の整備 ( ☑ ・ 無 )</p> <p>・その他の改善のための方策の主な内容</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 装置毎に添付文書・保守点検マニュアル及び安全性情報を冊子として配布。</li> <li>2. 管理、機器に関わる者に関してはWG等を設置し周知徹底を行う。</li> </ol>	

## 安全管理に関する基本的な考え方

### 三重大学医学部附属病院の基本理念

#### 1 患者様本意の医療

患者様の信頼と満足が得られる最高・最良の医療を安全に提供します。

#### 2 地域と世界の医療への貢献

地域医療に貢献し、医学・医療の国際交流に努めます。

#### 3 臨床研究と人材育成の促進

未来を拓く臨床研究を推進し、次代を担う優れた医療人を育成します。

医学・医療の根元的目標は、健康を守り増進させ病を癒すことです。高度先進医療機関で教育と研究をも担っている大学病院も例外ではなく、最も基本的な使命は、患者様に最高・最先端の医療を「安全第一に」提供することです。

本院では、この使命と基本理念に沿って「患者様自身の自己決定権と地域社会のニーズを尊重し、高度先進医療からプライマリーケアまで、心温まる患者様中心の全人的・総合的・学際的医療を提供する」ことを目標に掲げ、診療活動に携わっています。また診療活動を通じて、高度な倫理観に裏打ちされた優れた医療人の育成を目指しています。

しかし近年は、医療の現場で生命を脅かすような事故や院内感染が多発し、社会的に大きな問題になっています。これらの多くは大学病院や地域の中核病院であり、複雑で困難な病気を持った患者様の受け皿となって高度医療を実践し、研修医や若い医療スタッフの養成にも大きなエネルギーを注いでいる医療機関です。複雑な医療を実践しているこのような大病院では、大きな事故が発生しやすいリスクは必然的に高くなりますので、安全管理には一層力を入れる必要があります。

本院では平成 12 年 10 月に発生した輸血事故を契機に、それまでの安全管理体制を大幅に見直しました。その結果、ミスや事故を起こさない個人を養成する教育だけでは不十分であるとの認識のもとに、たとえ個人のレベルでミスが発生しても、それが大きな事故に進展しない安全着地装置をシステムとして構築する、という二面作戦に切り替えました。

つまり、「ミスは何時でも、何処でも、誰にでも起こる」ということを前提に、「ミスは人の常、安全は組織の知恵」という思想に立脚した安全管理体制の構築です。それを組織的に保証する機関として平成 14 年度に「安全管理室」を設置し、診療担当副院長を責任者にして、専任の医師と看護師長を配置しました。安全管理室がリーダーシップをとって、「ミスを起こさない個人を育成する」職員研修、「個人のミスをチームとしてカバーし事故に進展させない」ためのチームづくりとリーダーであるリスクマネージャーの養成を実施し、病院全体として「ヒヤリハット報告」の活用、「ミスを事故に発展させない」システムづくり、さらに問題発生時の迅速な対応と予防対策に取り組むことができるようになり、本院の安全管理システムは飛躍的に強化されました。

今後も気を緩めることなく、全職員が一丸となって安全管理体制に取り組み、患者様にもご協力いただいて、良質で最高水準の高度医療を安全に提供することにより、信頼され満足いただける医療を築いていきたいと思えます。

平成 16 年 9 月 病院長