

(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	病院長 竹田 寛			
管理担当者氏名	中央放射線部長 総務課長 安全管理部長 感染制御部長	佐久間 肇 臼井 清 竹井 謙之 竹井 謙之	薬剤部長 医療サービス課長 医療福祉支援センター長 臨床工学部長	奥田 真弘 金永 博行 内田 恵一 伊佐地秀司

		保管場所	分類方法
診療に関する諸記録 病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約及び入院治療計画書		各診療科	カルテは、外来：一患者各診療科カルテ、入院：一患者共通カルテ方式をとっている。 カルテは、①外来患者は外来カルテ庫、②入院患者は入院中は各科病棟、退院後は病歴室に保管。
病院の管理及び運営に関する諸記録	従業員者数を明らかにする帳簿	総務課	
	高度の医療の提供の実績	医療サービス課	
	高度の医療技術の開発及び評価の実績	医療サービス課	
	高度の医療の研修の実績	総務課	
	閲覧実績	総務課	
	紹介患者に対する医療提供の実績	医療サービス課	
	入院患者数、外来患者及び調剤の数を明らかにする帳簿	医療サービス課 薬剤部	
安規全則管第9条のため2の3体及び制確第11条各号に掲げる	専任の医療に係る安全管理を行う者の配置状況	医療サービス課 安全管理室	
	専任の院内感染対策を行う者の配置状況	総務課	
	医療に係る安全管理を行う部門の設置状況	医療サービス課 安全管理室	
	当該病院内に患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況	医療サービス課 医療福祉支援センター	
	医療に係る安全管理のための指針の整備状況	医療サービス課 安全管理室	
	医療に係る安全管理のための委員会の開催状況	総務課 医療サービス課 安全管理室	
	医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	総務課 医療サービス課 安全管理室	

医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の状況	医療サービス課 安全管理室
院内感染のための指針の策定状況	総務課
院内感染対策のための委員会の開催状況	総務課
従業員に対する院内感染対策のための研修の実施状況	総務課
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	総務課
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	総務課
従業員に対する医薬品の安全使用のための研修の実施状況	総務課 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	総務課
従業員に対する医療機器の安全使用のための研修の実施状況	総務課 臨床工学部
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	経営管理課 臨床工学部
医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施状況	臨床工学部

(様式第13)

病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法及び紹介患者に対する医療提供の実績

○病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法

閲覧責任者氏名	病院長 竹田 寛
閲覧担当者氏名	総務課長 白井 清
閲覧の求めに応じる場所	医学部応接室

○病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧の実績

前年度の総閲覧件数		延	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	73.7%	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	9,618人		
	B: 他の病院又は診療所に紹介した患者の数	7,803人		
	C: 救急用自動車によって搬入された患者の数	282人		
	D: 初診の患者の数	16,204人		

(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	有 (3名) ・ 無																					
② 専任の院内感染対策を行う者の配置状況	有 (2名) ・ 無																					
③ 医療に係る安全管理を行う部門の設置状況	有 ・ 無																					
<ul style="list-style-type: none"> ・所属職員 専任(3名) 兼任(11名) ・活動の主な内容： <ul style="list-style-type: none"> 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日同委員会を廃止し、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	有 ・ 無																					
⑤ 医療に係る安全管理のための指針の整備状況	有 ・ 無																					
<ul style="list-style-type: none"> ・指針の主な内容 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">○安全管理に関する基本的な考え方</td> <td style="padding-left: 20px;">別添資料</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">○医療に係る安全管理のための指針</td> <td style="padding-left: 20px;">別添資料</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">○安全管理に係る組織図</td> <td style="padding-left: 20px;">別添資料</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">○医療問題対策委員会内規</td> <td style="padding-left: 20px;">別添資料</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">○安全管理部内規</td> <td style="padding-left: 20px;">別添資料</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">○重大インシデント発生時の院内連絡体制</td> <td style="padding-left: 20px;">別添資料</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">○医療の質・倫理検討委員会内規</td> <td style="padding-left: 20px;">別紙資料</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> </table> 		○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	別紙資料	7
○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	別紙資料	7																				
⑥ 医療に係る安全管理のための委員会の開催状況																						
<ul style="list-style-type: none"> ○医療問題対策委員会 年11回(平成20年度) ○安全管理部会議 年19回(平成20年度) ○リスクマネージャー会議 年6回(平成20年度) ○医療の質・倫理検討委員会 年12回(平成20年度) ・活動の主な内容 <ul style="list-style-type: none"> ○医療問題対策委員会 <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 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 2回
<ul style="list-style-type: none"> ・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) 	
⑧ 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の状況	
<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関内における事故報告等の整備 (有・無) ・その他の改善のための方策の主な内容： <ul style="list-style-type: none"> ○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。 ○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。 ○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。 	

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な考え方 2. 委員会等の組織に関する基本的事項 3. 職員研修に関する基本方針 4. 発生状況の報告に関する基本方針 5. 感染発生対応に関する基本方針 6. 指針の閲覧に関する基本方針 7. その他の必要な基本方針 																
② 院内感染対策のための委員会の開催状況	年 1 1 回															
<p>・活動の主な内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 <table border="1" data-bbox="363 1025 1291 1274" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td>直近開催日</td> <td colspan="2">平成 2 1 年 7 月 1 4 日 (出席委員数 8 人 / 9 人中)</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">過去 6 ケ月の出席委員数</td> </tr> <tr> <td>(出席委員数 9 人 / 9 人中)</td> <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 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 8 人 / 9 人中)</td> <td>(出席委員数 8 人 / 9 人中)</td> </tr> </table>		直近開催日	平成 2 1 年 7 月 1 4 日 (出席委員数 8 人 / 9 人中)			過去 6 ケ月の出席委員数		(出席委員数 9 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 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 8 人 / 9 人中)	(出席委員数 8 人 / 9 人中)
直近開催日	平成 2 1 年 7 月 1 4 日 (出席委員数 8 人 / 9 人中)															
	過去 6 ケ月の出席委員数															
(出席委員数 9 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 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 8 人 / 9 人中)	(出席委員数 8 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 2 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 (有 ・ 無)</p> <p>・その他の改善のための方策の主な内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 																

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"> 1. 麻薬の取扱いについて 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 	
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> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医薬品の採用・購入に関する事項 2. 医薬品の管理に関する事項 (麻薬等の管理方法等) 3. 患者の持参薬歴情報の収集方法、処方箋の記載方法 4. 患者に対する与薬や服薬指導に関する事項 5. 医薬品の安全使用に係る情報の取扱いに関する事項 6. 他施設 (病院等、薬局等) との関係に関する事項 	
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>【収集方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医薬品に係る添付文書等の収集 2. メーカー等から収集 3. インターネット、文献等からの収集 <p>【周知方法等】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 薬剤部発行の院内医薬品情報誌に掲載し周知 2. オンライン医薬品集に「お知らせ」として掲載し周知 3. 必要に応じて院内メール、文書等の通知にて周知 4. 病棟担当薬剤師がカンファレンス等にて説明し周知 <p>【改善方法等】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	

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6回
<p>・研修の主な内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 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に関する事項 5. 使用に関して特に法令上遵守すべき事項 	
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 (有 ・ 無)</p> <p>・保守点検の主な内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 2. 日常点検を実施し、異常があればメーカー点検・修理 	
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 (有 ・ 無)</p> <p>・その他の改善のための方策の主な内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 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。 	

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っております。

平成16年9月 病院長

第一章 三重大学医学部附属病院医療に係る安全管理のための指針

第1 安全管理に関する基本的な考え方

安心できる医療環境のもとで良質で高度な医療を適切に提供することは三重大学医学部附属病院の理念であり、その根幹をなすものは「安全性」の確保である。未然に事故を防止することは医療機関の責務であり、特定機能病院には一般病院以上に安全管理体制の整備・充実が求められている。

このために、安全管理に関する院内の責任体制を明確にし、「良質で高度な医療の提供」に際して求められる安全確保のための指針を制定する。

第2 安全管理のための委員会、その他医療機関内の組織に関する基本的事項

- 1 医療に係る安全管理体制の最高決定機関として安全管理に関わる部門の責任者等で構成する三重大学医学部附属病院医療問題対策委員会（以下「医療問題対策委員会」という。）を置き、病院長を委員長とし委員で構成する委員会を月1回以上開催する。医療問題対策委員会に関し必要な事項は、三重大学医学部附属病院医療問題対策委員会内規に定める。
- 2 安全管理推進の確保のため、ゼネラルリスクマネージャー及びその他各部門の安全管理責任者等で構成する三重大学医学部附属病院安全管理室（以下「安全管理室」という。）を置く。室員で構成する安全管理室会議を月2回以上開催する。安全管理室に関し必要な事項は、三重大学医学部附属病院安全管理室内規に定める。
- 3 医療に係る安全管理を専任で行う者としてゼネラルリスクマネージャーを置く。ゼネラルリスクマネージャーの業務等については、三重大学医学部附属病院安全管理室内規に定める。
- 4 医療現場での事故防止、安全管理の中心的な役割を担う者として、院内各部門にリスクマネージャーを置く。
- 5 医療の現場で具体的な安全対策を推進し、安全性の高い医療を提供するために安全管理室の下にリスクマネージャー会議を定期的で開催する。リスクマネージャー会議に関し必要な事項は三重大学医学部附属病院安全管理室内規に定める。
- 6 患者様等から苦情、相談に適切に応じる体制を確保するため三重大学医学部附属病院医療福祉支援センター（以下「支援センター」という。）を設置し、その活動を本院の安全対策等の見直しに活用するものとする。
支援センターの活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等については、院内に明示し周知を図る。
その他、支援センターの設置に関し必要な事項は三重大学医学部附属病院医療福祉支援センター規程に定める。

- 7 その他本院における医療に係る安全管理体制に関し必要な事項は三重大学医学部附属病院安全管理室内規に定める。

第3 安全管理のための職員研修に関する基本方針

- 1 医療の安全管理のための職員研修（以下「研修」という。）は全職員を対象として年2回以上開催する。必要に応じ医療に係る安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を行うことで個々の職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識向上を図る。
- 2 研修参加者の学習達成の評価とともに具体的・現実的な目標を定め、目標達成の観点から評価する。
- 3 研修の実施内容や参加状況を記録に残し、それらの記録の積み重ねから研修の質的充実を図る。
- 4 その他研修に関し必要な事項は、安全管理室で定める。

第4 医療機関内における事故報告書等の医療に係る安全確保のための改善策に関する基本方針

安全管理室は、あらかじめ定められた手順により報告されたインシデントや医療事故及び他機関での医療の安全管理に関する事例の収集・分析に基づき、医療の安全管理の問題点を把握し病院全体の医療の安全管理や改善策の具体的な実践を指導監督するとともに、その実施状況を評価する。

第5 医療事故等発生の対応に関する基本方針

- 1 本院において医療事故が発生した場合、当事者は必要と考えられる医療上の最善の処置を講じ、患者様及び御家族等に誠実で適切な対応をするとともに、あらかじめ定められた手順により速やかに病院長に報告しなければならない。
- 2 安全管理室会議で医療事故と判定された場合の報告は、診療録や看護記録に基づき作成するものとする。
- 3 医療事故等発生時の報告・対応に関し必要な事項は別に定める。

第6 患者等に対する当該方針の閲覧に関する基本方針

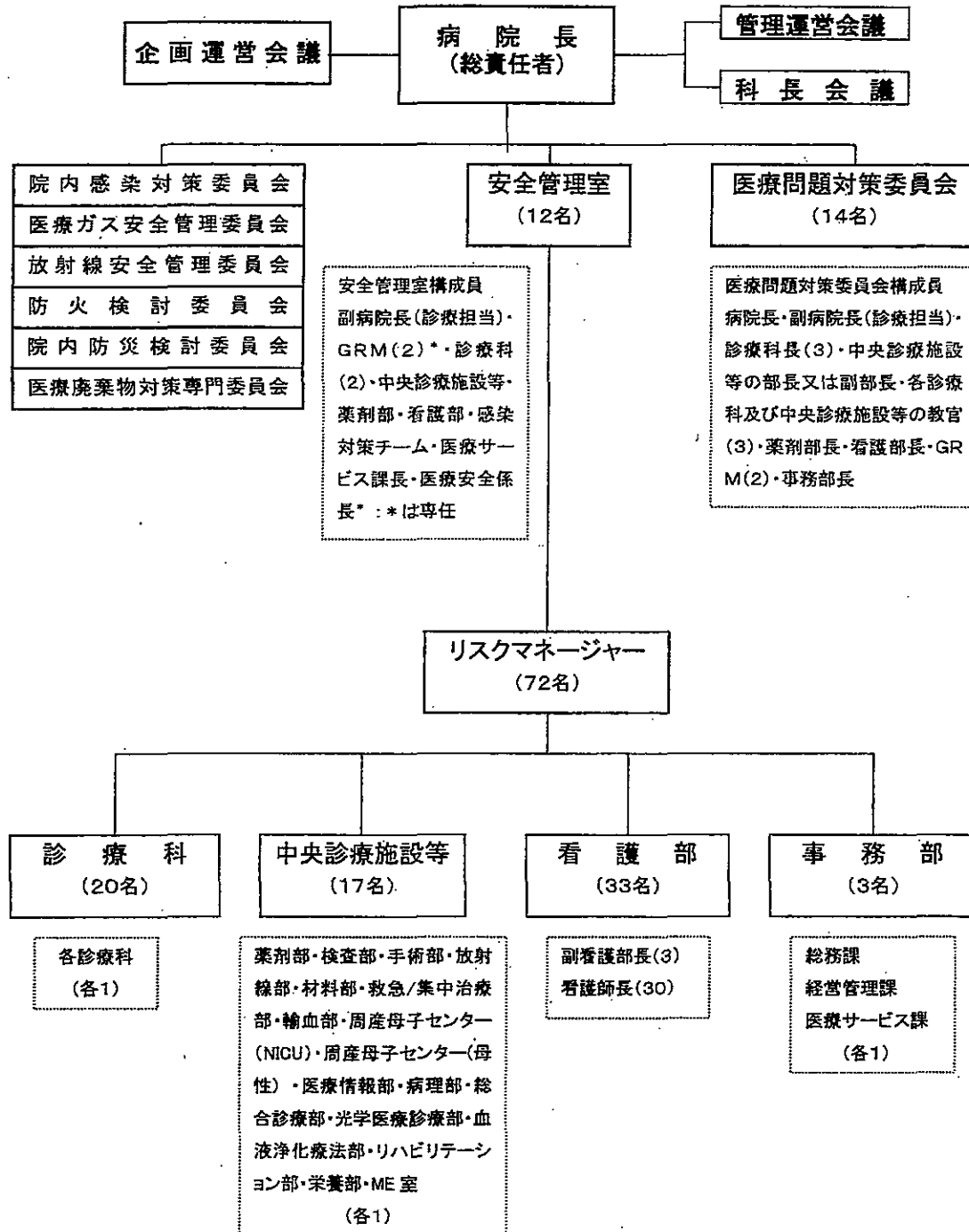
患者等が指針の閲覧を希望する場合は、閲覧に供する。

第7 その他医療安全の推進のために必要な基本方針

- 1 安全管理室は各診療科等に共通するリスクマネジメントマニュアル（以下「マニュアル」という。）を、また、各診療科等はそれぞれの部門に特化したマニュアルを作成し、関係職員に周知して医療事故等の防止を図るものとする。作成したマニュアルは常に見直しを行い随時改善するものとする。
- 2 医療の安全に関する広報紙の発行等により医療従事者に速やかに医療の安全に関する情報を提供する。
- 3 医療従事者の医療安全に関する意識向上を図るため、医療事故防止のためのポスターや標語を募集し、これらを院内に掲示することにより医療安全に関する患者等の理解の促進を図る。

5) 安全管理に係る組織図

(リスクマネージャーの配置状況等)



第1条 三重大学医学部附属病院（以下「病院」という。）は病院における医療事故の予防及び発生時の対応並びに医事紛争の処理に関し、常時、適切、かつ十分な行為を遂行していなければならない。

第2条 病院に医療問題対策委員会（以下「委員会」という。）を置く。

第3条 委員会は、次の各号に掲げる委員をもって組織する。

- 一 病院長
- 二 副病院長（診療担当）
- 三 診療科長のうちから 3名
- 四 中央診療施設等の部長又は副部長のうちから 1名
- 五 各診療科及び中央診療施設等の大学教員から推薦された者 3名
- 六 薬剤部長
- 七 看護部長
- 八 ゼネラルリスクマネージャー
- 九 事務部長
- 十 その他病院長が必要と認めた者

2 前項第3号、第4号及び第5号の委員は、病院長が任命する。

3 第1項第3号、第4号及び第5号の委員の任期は2年とし、再任を妨げない。

第4条 委員会は、次の各号に掲げる事項を審議する。

- 一 医事法制に関する事項
- 二 医療事故の予防に関する事項
- 三 医療事故発生時の対策に関する事項
- 四 医事紛争の処理に関する事項
- 五 医療訴訟に関する事項
- 六 その他必要と認めた事項

第5条 委員会に委員長を置き、病院長をもって充てる。

2 委員長は、委員会を招集し、その議長となる。

3 委員長に事故があるときは、あらかじめ委員長が指名した委員が、その職務を代行する。

第6条 委員会が必要と認めたときは、委員以外の者を出席させ、その意見を聴くことができる。

第7条 委員会は、必要に応じて特別委員会を設置することができる。特別委員会の構成等については、その都度委員会において定める。

第8条 委員会の庶務は、病院事務部医療サービス課において行う。

附 則

この内規は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

この内規は、平成18年4月1日から施行する。

三重大学医学部附属病院安全管理部規程

(趣旨)

第1条 この規程は、三重大学医学部附属病院規程第15条第6項の規定に基づき、三重大学医学部附属病院安全管理部（以下「安全管理部」という。）の組織及び業務について必要な事項を定める。

(目的)

第2条 安全管理部は、高度医療を提供する大学附属病院に求められている医療事故の防止及び医療の安全性の確保のため、病院長のもとに強い実行力を発揮し、安全かつ適切な医療体制を確立することを目的とする。

(業務)

第3条 安全管理部は、次の各号に掲げる業務を行う。

- 一 「ヒヤリ・ハット報告書」の収集・調査・防止対策及び防止対策の周知徹底に関すること。
- 二 医療事故防止・安全管理に係わる病院内の巡視・点検・評価に関すること。
- 三 医療事故防止・安全管理に係わる業務改善の提言・指導に関すること。
- 四 安全管理に係わる教育・研修・啓発に関すること。
- 五 医療事故防止対策マニュアルに関すること。
- 六 リスクマネージャー会議に関すること。
- 七 その他医療の安全管理に関すること。

(職員)

第4条 安全管理部に、次の各号に掲げる職員を置く。

- 一 部長
- 二 副部長
- 三 ゼネラルリスクマネージャー 2名
- 四 感染制御部の副部長及び看護師長
- 五 診療科から推薦された者 1名
- 六 中央診療施設等から推薦された者（医療情報部及び感染制御部を除く。） 2名
- 七 医療情報部から推薦された者 1名
- 八 薬剤部から推薦された者 1名
- 九 看護部から推薦された者 1名
- 十 医療サービス課長
- 十一 事務系の職員 若干名

(任期)

第5条 前条第5号から第9号までの職員の任期は2年とし、再任を妨げない。ただし、職員に欠員が生じた場合の補欠の職員の任期は、前任者の残任期間とする。

(ゼネラルリスクマネージャー)

第6条 ゼネラルリスクマネージャーは、医師及び看護師長をもって充てる。

2 ゼネラルリスクマネージャーは、安全管理部専任とする。

(リスクマネージャー会議)

第7条 安全管理部のもとにリスクマネージャー会議を置く。

2 リスクマネージャー会議は、部長が招集し、その議長となる。

3 リスクマネージャー会議は、ゼネラルリスクマネージャー及び次のリスクマネージャーをもって構成する。

- 一 各診療科から推薦された者 各1名
- 二 薬剤部、中央検査部、中央手術部、臨床麻酔部、中央放射線部、中央材料部、救急部、輸血部、周産母子センター（母性）、周産母子センター（NICU）、集中治療部、医療情報部、病理部、総合診療部、光学医療診療部、血液浄化療法部、リハビリテーション部、栄養管理部及びME室から推薦された者 各1名
- 三 副看護部長
- 四 看護師長

- 五 総務課，経営管理課及び医療サービス課より 各1名
- 4 リスクマネージャーは，次の各号に掲げる業務を行う。
- 一 「ヒヤリ・ハット報告」の積極的な収集並びに医療問題対策委員会及び安全管理部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。
 - 二 各医療現場において，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する。
 - 三 各医療現場において，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。
 - 四 その他医療事故の防止に関すること。
- 5 第3項に規定するリスクマネージャーは，病院長が任命する。

(雑則)

第8条 この規程に定めるもののほか，安全管理部に関し必要な事項は，別に定める。

附 則

- 1 この規程は，平成19年1月1日から施行する。
- 2 三重大学医学部附属病院安全管理室内規（平成16年4月1日制定）は，廃止する。
- 3 この規程の施行の際現に廃止前の三重大学医学部附属病院安全管理室内規（平成16年4月1日制定）第4条第3号から第8号までの職員である者は，この規程の第4条第4号から第9号までの職員とみなし，その任期は，第5条の規定にかかわらず，従前の残任期間とする。

附 則

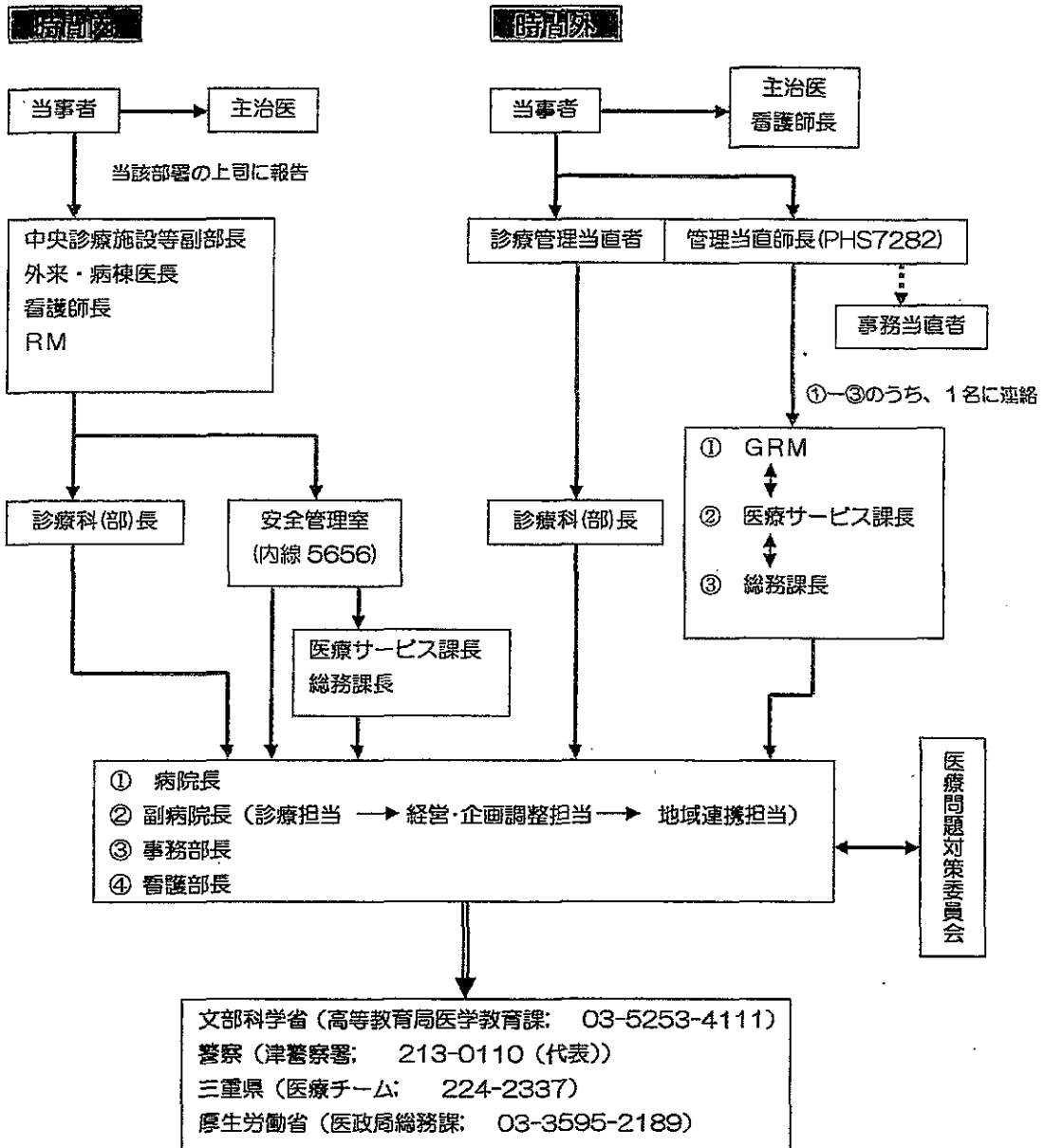
この規程は，平成19年4月1日から施行する。

附 則

この規程は，平成19年5月2日から施行し，平成19年4月1日から適用する。

重大インシデント発生時の院内連絡体制

重大インシデントが発生した場合は患者様への対応を最優先し、下記の連絡体制により、口頭で直ちに報告すること。ヒヤリ・ハットレポートは現場が落ち着いてからの提出でよい。



⇒ 外部への連絡・報告については次項参照のこと。

.....⇒ 事務当直への連絡内容は管理当直師長日誌の記載事項とする。

三重大学医学部附属病院医療の質・倫理検討委員会規程

(設置)

第1条 三重大学医学部附属病院に、三重大学医学部附属病院医療の質・倫理検討委員会（以下「委員会」という。）を置く。

(審議事項)

第2条 委員会は、次の各号に掲げる事項について審議する。

- 一 死亡例及び重症合併症例の検討等診療の質に関する事
- 二 先端医療、終末期医療及び治療拒否における倫理的問題に関する事
- 三 移植医療における倫理的問題に関する事
- 四 その他診療における倫理的問題に関する事

(組織)

第3条 委員会は、次の各号に掲げる委員をもって組織する。

- 一 病院長
 - 二 副病院長
 - 三 病理部長
 - 四 薬剤部長
 - 五 看護部長
 - 六 副看護部長 1名
 - 七 診療科（精神科神経科を除く。）の常勤医師 2名
 - 八 精神科神経科及び臨床麻酔部の常勤医師 各1名
 - 九 安全管理部のゼネラルリスクマネージャー
 - 十 医療福祉支援センターの医療ソーシャルワーカー
 - 十一 三重大学大学院医学系研究科・医学部研究倫理委員会附属病院部会部会長
 - 十二 事務部長
 - 十三 医療サービス課長
 - 十四 倫理・法律分野の有識者 若干名
 - 十五 その他委員会が必要と認めた者
- 2 前項第14号の委員は、学外者又は三重大学大学院医学系研究科、医学部及び医学部附属病院以外の部局に属する者とする。
- 3 第1項第7号、第8号、第14号及び第15号の委員は、病院長が任命又は委嘱する。

(任期)

第4条 前条第1項第7号、第8号、第14号及び第15号の委員の任期は2年とし、再任を妨げない。ただし、欠員により補充された委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長及び開催)

第5条 委員会に委員長を置き、病院長をもって充てる。

- 2 委員長は、委員会を招集し、その議長となる。
- 3 委員長に事故があるときは、あらかじめ委員長が指名した委員がその職務を代行する。
- 4 委員会は、原則として毎月1回開催する。ただし、委員長が必要と認めたときは、臨時に委員会を招集することができる。

(申請手続)

第6条 第2条各2号から第4号に掲げる事項の審査を希望する者（以下「申請者」という。）は、倫理審査申請書（別紙様式第1）に必要事項を記入し、関係書類を添えて、所属の診療科長又は中央診療施設等の部長（以下「所属長」という。）を経て病院長に提出しなければならない。

(会議)

第7条 委員会は、委員の過半数の出席により成立する。ただし、特に重要な事項については、3分の2以上の出席を必要とする。

- 2 委員会の議事は、出席委員全員の合意によるものとする。
- 3 第1項及び前項の規定にかかわらず、委員が審査対象となる事項の申請者又は所属長であるときは、当該事項に係る審査に参加することができない。

(委員以外の者の出席)

第8条 委員会が必要と認めたときは、委員以外の者を出席をさせ、意見又は説明を聴くことができる。

(審査結果の通知)

第9条 病院長は審査結果を審査結果通知書(別紙様式第2)により申請者に通知するものとする。

(実施状況の報告)

第10条 申請者は、前条の通知に基づき実施した内容について、実施状況報告書(別紙様式3)により所属長を経て病院長に報告しなければならない。

(庶務)

第11条 委員会の庶務は、医療サービス課において処理する。

(雑則)

第12条 この規程に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員会が別に定める。

附 則

1 この規程は、平成18年10月4日から施行する。

2 この規程の施行後最初に任命又は委嘱される第3条第1項第7号、第13号及び第14号の委員の任期は、第4条の規定にかかわらず、平成20年3月31日までとする。

附 則

この規程は、平成19年1月1日から施行する。

附 則

1 この規程は、平成19年5月2日から施行し、平成19年4月1日から適用する。

2 この規程施行の際現に改正前の第3条第1項第7号の委員である者は、この規程の第3条第1項第7号及び第8号の委員とみなし、その任期は、第4条の規定にかかわらず、従前の残任期間とする。