

医療安全管理マニュアル

平成13年4月1日制定

平成14年4月1日改訂

平成15年4月1日改訂

平成16年2月23日改訂

国立療養所鳥取病院
医療安全管理委員会

目 次

- I 医療安全管理に関する基本指針
- II 医療事故に関係した基本用語の整理
- III 医療安全管理規程
- IV 医療事故のレベルの定義と報告基準について
- V 医療安全推進担当者部会運営要領
- VI 安全管理体制図
- VII 委員会名簿
- VIII 事故発生時の対応・システム
- IX 事故事例に対する対策
 - ① 患者誤認 変
 - ② 転倒・転落事故
 - ③ 誤薬（内服・注射）
 - ④ 輸血関連事故 変
 - ⑤ チューブトラブル 変
 - ⑥ 窒息・誤嚥
 - ⑦ 離棟・離院
 - ⑧ 自殺
 - ⑨ 隔離
 - ⑩ 拘束

1 国立療養所鳥取病院における医療安全管理に関する基本指針

- 1 国立療養所鳥取病院における医療安全管理対策は、病院長の指揮のもとに、医療安全管理委員会委員、医療安全管理推進担当者を中心に、病院一丸となって取り組む。
- 2 医療安全管理委員会は、院内の医療安全管理対策の検討・推進を図る。
- 3 リスクマネジメントとは、組織がその使命や理念を達成するために、事故防止の観点から組織の損失を最小に抑え、「医療の質を保証する」ための一連のプロセスを言う。このプロセスは「リスクの把握」「リスクの分析」「リスクへの対応」「リスクの評価」から成る、問題解決プロセスである。
- 4 医療安全推進担当者部会は、ヒヤリ・ハット事例の分析並びに事故予防策の検討及び提言に関すること、医療事故の原因分析・再発防止策及び提言に関すること、又各部署の安全に管理の取り組みや情報の共有化を図るとともに、各部署の教育、指導を通じて安全管理を推進する。
- 5 医療安全管理委員会、医療安全推進担当者部会は、全職員に関して「医療安全管理マニュアル」等を周知し、内容については定期的に見直しを行う。
- 6 職員は、ヒヤリ・ハット事例が発生した場合は、ヒヤリ・ハット報告書を直ちに提出しなければならない。(当院における、報告制度を参照)
- 7 職員は、医療事故が発生した場合は、必要な医療上の処置を直ちに行い、院長に報告しなければならない。(当院における、連絡・報告の流れ参照)
- 8 医事紛争連絡会は、病院長を委員長とし、医事紛争が発生した場合は、また発生するおそれがある場合は、状況の把握・分析・対応を行う。
- 9 安全管理に関する情報については、患者のプライバシーに配慮した取り扱いをしなければならない。

医療事故に対する病院の基本三原則

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1 事故は隠さない2 事実を迅速・正確に報告する3 患者・家族に誠意を持って対応する |
|--|

職員個人の心構え八原則

- 1 いつも患者のことを優先して考える
- 2 あたりまえのことをきちんとする
- 3 患者情報は、くりかえし確認する
- 4 自分のすることは、そのつどチェックする
- 5 多くの人の目によってチェックする
- 6 患者との信頼関係をつくる
- 7 医療に関する行為はすべて、きちんと記録する
- 8 体調や精神状態が悪いときには、特に注意する

各部門別行為別マニュアル作成の基本的考え方

- 1 ヒューマンエラーは必ずある
- 2 個別対応のみに頼らず、組織対応が必要である
- 3 エラーの発生自体を抑え事故防止することのみでなく、エラーが事故に結びつかないように事故防止することの観点

II 医療事故に関係した基本用語の整理

医療事故 医療事故とは、医療に関わる場所で医療の全課程において発生する人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や廊下で転倒した場合なども含む。

医療過誤 医療過誤は、医療事故の発生の原因に医療機関・医療従事者に過失があるものをいう。

ヒヤリ・ハット事例 患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例をいう。
具体的には、ある医療行為が、①患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合、②患者には実施されたが、結果として患者に被害を及ぼすに至らなかった場合を指す。

過失 行為の違法性、すなわち客観的注意義務違反をいう。注意義務は結果発生予見義務（注意深く危険な結果の発生のおそれを予見すべき注意義務）と、結果発生回避義務（危険な結果の発生を回避すべき注意義務）とに分けられる。

事故 ヒヤリ・ハットに気づかなかつたり、適切な処理が行われないと、障害を引き起こし「事故」となる。医療におけるリスクマネジメントで取り扱う「事故」は、患者だけでなく来院者、職員に障害が発生した場合を含む。

事故報告書 事故当事者または事故発見者からの報告書。事故についての情報収集・分析に活用する。

リスクマネジメント 組織がその使命や理念を達成するために、事故防止の観点から組織の損失を最小に抑え、「医療の質を保証する」ための一連のプロセスを言う。このプロセスは「リスクの把握」「リスクの分析」「リスクへの対応」「リスクの評価」から成る、問題解決プロセスである。

クライシスマネジメント リスクマネジメントの考えに基づき事故防止活動が行われている組織において、発生した医療事故を危機ととらえ、その危機のもたらす損失を最小にするための対応のプロセスをいう。事故発生時の管理者としての緊急対応（初期対応）、組織の機能維持活動、危機管理活動の評価までを含めて言う。

組織の損失には、単に経済的損失だけでなく、患者・家族、来院者および職員の障害、精神的損失（苦しみ、悲しみ、苦悩など）や病院の信用の損失などを含む。信用の損失は組織の存亡にかかわる。

医療安全管理者 医療安全管理者は、施設長の指名により選任され、医療安全推進担当者を指導し、連携・協同の上、特定の部門でなく施設全般にかかる医療安全対策の立案・実行・評価を含め、医療安全管理のための組織横断的な活動を行う者をいう。

医療安全推進担当者 医療安全推進担当者は、施設長の指名により選任され、医療事故の原因、防止方法に関する検討提言や委員会等との連絡調整を行う者をいう。

Ⅲ 国立療養所鳥取病院医療安全管理規程

(目的)

第1条 この規程は、国立療養所鳥取病院において必要な事項を定め、適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

(医療安全管理のための基本的考え方)

第2条 医療安全は、医療の質に関わる重要な課題である。また、安全な医療の提供は医療の基本となるものであり、国立療養所鳥取病院及び職員個人が、医療安全の必要性・重要性を施設及び自分自身の課題と認識し、医療安全管理体制の確立を図り安全な医療の遂行を徹底することがもっとも重要である。このため、国立療養所鳥取病院は、「国立病院・療養所における医療安全管理のための指針」を活用して、医療安全管理委員会及び医療安全管理室を設置して医療安全管理体制を確立するとともに、院内の関係者の協議のもとに、独自の医療安全管理規程及び医療安全管理のためのマニュアル（以下「マニュアル」という。）を作成する。また、ヒヤリ・ハット事例及び医療事故の分析によりマニュアル等の定期的な見直し等を行い、医療安全管理の強化充実を図る必要がある。

(医療安全管理規程の患者等に対する閲覧について)

第3条 医療安全管理規程については、患者及び家族等に対して、その閲覧に供することを原則とし、待合室等に備え付けるなどして、閣患者等が容易に閲覧できるように配慮する。

(医療安全管理委員会の設置)

第4条 第1条の目的を達成するため、当院に医療安全管理委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

2 委員会は、次に掲げる職員をもって構成する。

- 一 診療部門：副院長、精神科医長2名、薬剤科長、内科医師
- 二 看護部門：総看護師長、副総看護師長、看護師長2名
- 三 事務部門：事務長、事務長補佐、会計班長、医事係長
- 四 医療安全管理者

3 委員長は副院長とする。副院長不在の場合は院長が指名したものを以て委員長とする。

4 委員会の副委員長は、医療安全管理者とする。

5 委員長に事故あるときは、医長がその職務を代行する。

6 委員会の所掌事務は、次のとおりとする。

- 一 医療安全管理の検討及び研究に関すること
- 二 医療事故の分析及び再発防止策の検討並びに委員会によって立案された防止策及び改善策の実施状況の調査及び見直しに関すること

- 三 医療安全管理のために行う職員に対する指示に関する事
 - 四 医療安全管理のために行う院長等に対する提言に関する事
 - 五 医療安全管理のための啓発、教育、広報及び出版に関する事
 - 六 医療訴訟に関する事
 - 七 その他医療安全に関する事
- 7 委員会は、所掌事務に係る調査、審議等の任務を行う。
 - 8 委員会の検討結果については、定期的に院長に報告するとともに、医療安全推進担当者を通じて、各職場に周知する。
 - 9 委員会の開催は、概ね毎月1回とする。ただし、必要に応じ、臨時の委員会を開催できるものとする。
 - 10 委員会の記録その他の庶務は、医療安全管理室が行う。
 - 11 重大な問題が発生した場合には、委員会において速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに職員への周知を図る。

(医療安全管理室の設置)

第5条 委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に院内の安全管理を担うため、院内に医療安全管理室を設置する。

- 2 医療安全管理室は、医療安全管理者、医療安全推進担当者及びその他必要な職員で構成され、医療安全管理室長は、副院長とする。副院長不在の場合は院長が指名したものを室長とする。
- 3 医療安全管理室の所掌事務は次のとおりとする。
 - 一 委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存並びにその他委員会の庶務に関する事
 - 二 医療安全に関する日常活動に関する事
 - ① 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査（定期的な現場の巡回・点検、マニュアルの遵守の点検）
 - ② マニュアルの作成及び点検並びに見直しの提言等
 - ③ ヒヤリ・ハット体験報告（ヒヤリ・ハット事例を体験した医療従事者が、その概要を記載した文書をいう。以下同じ。）の収集、保管、分析、分析結果などの現場へのフィードバックと収集結果の管理、具体的な改善策の提案・推進とその評価
 - ④ 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知（他施設における事故事例の把握など）
 - ⑤ 医療安全に関する職員への啓発、広報（月間行事の実施など）
 - ⑥ 医療安全に関する教育研修の企画・運営（具体的な内容については、第14条を参照）
 - ⑦ 医療安全対策ネットワーク整備事業に関する報告
 - ⑧ 医療安全管理に係る連絡調整
 - 三 医療事故発生時の指示、指導等に関する事
 - ① 診療録や看護記録等の記載、医療事故報告書の作成等について、職場責任者に対する必

要な指示、指導

- ② 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況についての確認と必要な指導（患者及びその家族、警察等の行政機関並びに報道機関等への対応は、院長、副院長のほかそれぞれの部門の管理責任者が主として行う。）
- ③ 院長又は副院長の指示を受け、医療事故の原因分析等のための臨時医療安全管理委員会を招集
- ④ 事故等の原因究明が適切に実施されていることの確認と必要な指導
- ⑤ 医療事故報告書の保管

四 その他医療安全対策の推進に関すること

五 医療安全管理室の中に作業部会を設置し、医療安全管理室の業務の一部を行うことができる。

（医療安全管理者の配置）

第6条 医療安全管理の推進のため、医療安全管理室に医療安全管理者を置く。

- 2 医療安全管理者は、医療安全に関する十分な知識を有する者とする。
- 3 医療安全管理者は、医療安全管理室長の指示を受け、各部門の医療安全推進担当者と連携・協同の上、医療安全管理室の業務を行う。
- 4 医療安全管理者は医療安全管理室の業務のうち、次の業務について主要な役割を担う。
 - 一 医療安全管理室の業務に関する企画立案及び評価に関すること
 - 二 施設における職員の安全管理に関する意識の向上及び指導に関すること
 - 三 医療事故発生の報告又は連絡を受け、直ちに医療事故の状況把握に努めること

（医療安全推進担当者の配置）

第7条 各部門の医療安全管理の推進に資するため、医療安全推進担当者を置く。

- 2 医療安全推進担当者は、各診療科及び各看護単位にそれぞれ1名を、また、薬剤科、研究検査科、事務部等各部門にそれぞれ1名を置くものとし、院長が指名する。
- 3 医療安全推進担当者は、医療安全管理室の指示により次の業務を行う。
 - 一 各職場における医療事故の原因及び防止方法並びに医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提言
 - 二 各職場における医療安全管理に関する意識の向上（各部門における事故防止確認のための業務開始時のミーティングの実施などの励行等）
 - 三 ヒヤリ・ハット体験報告の内容の分析及び報告書の作成
 - 四 委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の各職場への周知徹底、その他委員会及び医療安全管理室との連絡調整
 - 五 職員に対するヒヤリ・ハット体験報告の積極的な提出の励行
 - 六 その他医療安全管理に関する必要事項

(職員の責務)

第8条 職員は、業務の遂行に当たっては、常日頃から患者への医療、看護等の実施、医療機器の取扱いなどに当たって安全な医療を行うよう細心の注意を払わなければならない。

(患者相談窓口の設置)

第9条 患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保するために、院内に患者相談窓口を常設する。

- 2 患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及び責任者、対応時間等について、患者等に明示する。
- 3 患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱い、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規程を整備する。
- 4 相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮を行う。
- 5 苦情や相談で医療安全に関わるものについては、医療安全管理室に報告し当該施設の安全対策の見直し等に活用する。

(ヒヤリ・ハット事例の報告及び評価分析)

第10条 報告

- 一 院長は、医療安全管理に資するよう、ヒヤリ・ハット事例の報告を促進するために体制を整備する。
 - 二 ヒヤリ・ハット事例については、当該事例を体験した医療従事者が、その概要ヒヤリ・ハット体験報告に記載し、翌日までに、医療安全推進担当者に報告する。
 - 三 医療安全推進担当者は、ヒヤリ・ハット体験報告等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載して、医療安全管理室に提出する。
 - 四 ヒヤリ・ハット体験報告を提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。
 - 五 ヒヤリ・ハット体験報告は、医療安全管理室において、分析・検討が終了するまで保管する。
- 2 評価分析
- ヒヤリ・ハット事例について効果的な分析を行い、医療安全管理に資することができるよう、必要に応じて、当該事例の原因、種類及び内容等をコード化した分析表（以下「ヒヤリハット・医療事故情報分析表」という。）を活用し、評価分析を行う。
- 3 ヒヤリ・ハット事例集の作成
- ヒヤリ・ハット事例を評価分析し、医療安全管理を資することができるよう、事例集を作成する。なお、事例集については、ヒヤリ・ハット体験報告に基づき、定期的に事例の追加記載を行い、関係職員への周知を図る。

(医療事故の報告)

第11条 院内における報告と対応

一 医療事故が発生した場合は、次のとおり直ちに上司に報告する。

- ① 医師（歯科医師）→医長→副院長
- ② 薬剤師→主任薬剤師→薬剤科長→副院長
- ③ 看護師→看護師長→総看護師長→副院長
- ④ 医療技術職員（①～③に掲げるものを除く。）→技師長→副院長
- ⑤ 事務職員→係長→班長→事務長→副院長

二 副院長は報告を受けた事項について、委員会に報告するとともに、事故の重大性を勘案して、速やかに院長に対して報告する必要があると認めた事案は、その都度院長に報告し、それ以外の事案については適宜院長に報告する。

三 患者の生死に関わる医療事故等、特に緊急的な対応が必要な場合においては、医師、薬剤師、看護師等は、それぞれ、医長、主任薬剤師、看護師長等に直ちに連絡が出来ない場合は、直接、副院長、薬剤科長、総看護師長等に報告する。

2 院内における報告の方法

報告は、医療事故報告書により行う。ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、その後文書による報告を速やかに行う。なお、医療事故報告書の記載は、①事故発生の直接の原因となった当事者が明確な場合には、当該本人、②その他の者が事故を発見した場合は、発見者とその職場の長が行う。

3 地方厚生局及び本省への報告

一 次号に規定する医療事故が発生した場合、医療事故報告書を所管の地方厚生局を經由して速やかに本省に報告する。

二 報告を要する医療事故の範囲

- ① 当該行為によって患者を死に至らしめ、又は死に至らしめる可能性があるとき。
- ② 当該行為によって患者に重大若しくは不可逆的障害を与え、又は与える可能性があるとき。
- ③ その他患者等から抗議を受けたケースゆ医事紛争に発展する可能性があるとき。

4 医療事故報告書の保管

医療事故報告書については、医療安全管理室において、同報告書の記載日の翌日から起算して5年間保管する。

(患者・家族への対応)

第12条 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、誠意をもって事故の説明を行う。

2 患者及び家族に対する事故の説明等は、幹部職員が対応することとし、その際、病状等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、医療安全管理者、部門の管理責任

者等も同席して対応する。

(事実経過の記録)

第13条 医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を、診療録、看護記録等に詳細に記載する。

2 記録に当たっては、具体的に次の事項に留意する。

- 一 初期対応が終了次第、速やかに記載すること。
- 二 事故の種類、患者の状況に応じ、出来る限り経時的に記載を行うこと。
- 三 事実を客観的かつ正確に記載すること（想像や憶測に基づく記載を行わない）。

(医療安全管理のための職員研修)

第14条 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の向上等を図るため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、職員に対し次のとおり研修を行う。

- 一 医療機関全体に共通する安全管理に関する内容とする。
- 二 医療に関わる場所において業務に従事するものとする。
- 三 年2回程度定期的開催、それ以外にも必要に応じて開催する。
- 四 実施内容について記録を行う。

附 則

この規程は、平成13年4月1日から施行する。

この規程は、平成14年4月1日から施行する。

この規程は、平成15年4月1日から施行する。

IV 医療事故のレベルの定義と報告基準について

1 医療事故のレベル

分類	レベル	内 容
インシ デント	ヒヤリ・ハット	未然に防いだもの
	0	患者に影響を与えず観察も不要
	1	患者に影響を与えなかったが経過観察が必要
アクシ デント	2	生命への危険や障害が発生する可能性があり、検査や治療が必要。または、24 時間以内の観察強化を要する。
	3	① 生命への危険や障害が発生する可能性があり継続治療の必要を医師が認めたもの。または、24 時間を超える観察強化を要する。
		② 患者から抗議を受け、或いは医事紛争に発展する可能性があるものと認められるもの。(一ヶ月後に再度レベル認定をする。)
	4	患者に重大もしくは不可逆的障害を与えまたは、与える可能性のあるもの。
5	患者を死に至らしめ、または、死に至らしめる可能性があるもの。	

レベル0、および1をインシデント、レベル2以上をアクシデントと分類する

この他に、ヒヤリ・ハット事例として

患者には実施されず未然に防げたが、実施されていれば何らかの障害が予想されるケースも分類しうるが、実際上はこの事例は少なく、レベル0、1のインシデント例を広義のヒヤリ・ハット事例と分類しても差し支えない

2 医療事故報告基準レベル

- ① 報告はレベル2以上のアクシデント事例
- ② レベル2およびレベル3の①は厚生局への報告
- ③ レベル3の②以上は厚生局→本省政策医療課へ報告

医療事故報告として「文書管理」の対象となるものは、全て情報開示の対象となることに注意

V 医療安全推進担当者部会運営要領

(目的)

第1条 この運営要領は、医療安全管理規程第7条の規定により設置する、医療安全推進担当者部会（以下「部会」という。）の円滑な運営を図るため、必要な事項を定める。

(部会)

第2条 部会は、医療安全管理者及び各部門の医療安全推進担当者（医局2名、看護9名、薬剤1名、放科1名、検査1名、リハビリ1名、事務2名）により構成する。

2 部会長は、医療安全管理者とする。

3 部会は部会長が招集し、検討すべき事項等は、部会員にあらかじめ通知する。

4 部会は、所掌事務に係る検討を行うため適宜開催する。

(職員の責務)

第3条 職員は、部会が円滑に運営できるよう、部会の求めに積極的に協力しなければならない。

(参考人)

第4条 部会長は、必要と認めるときは、関係職員の出席を求め、意見を聴取することができる。

2 部会長は、必要と認めるときは、関係業者の出席を求め、意見を求めることができる。

(庶務)

第5条 部会の記録は、部会長が指名した者が行う。

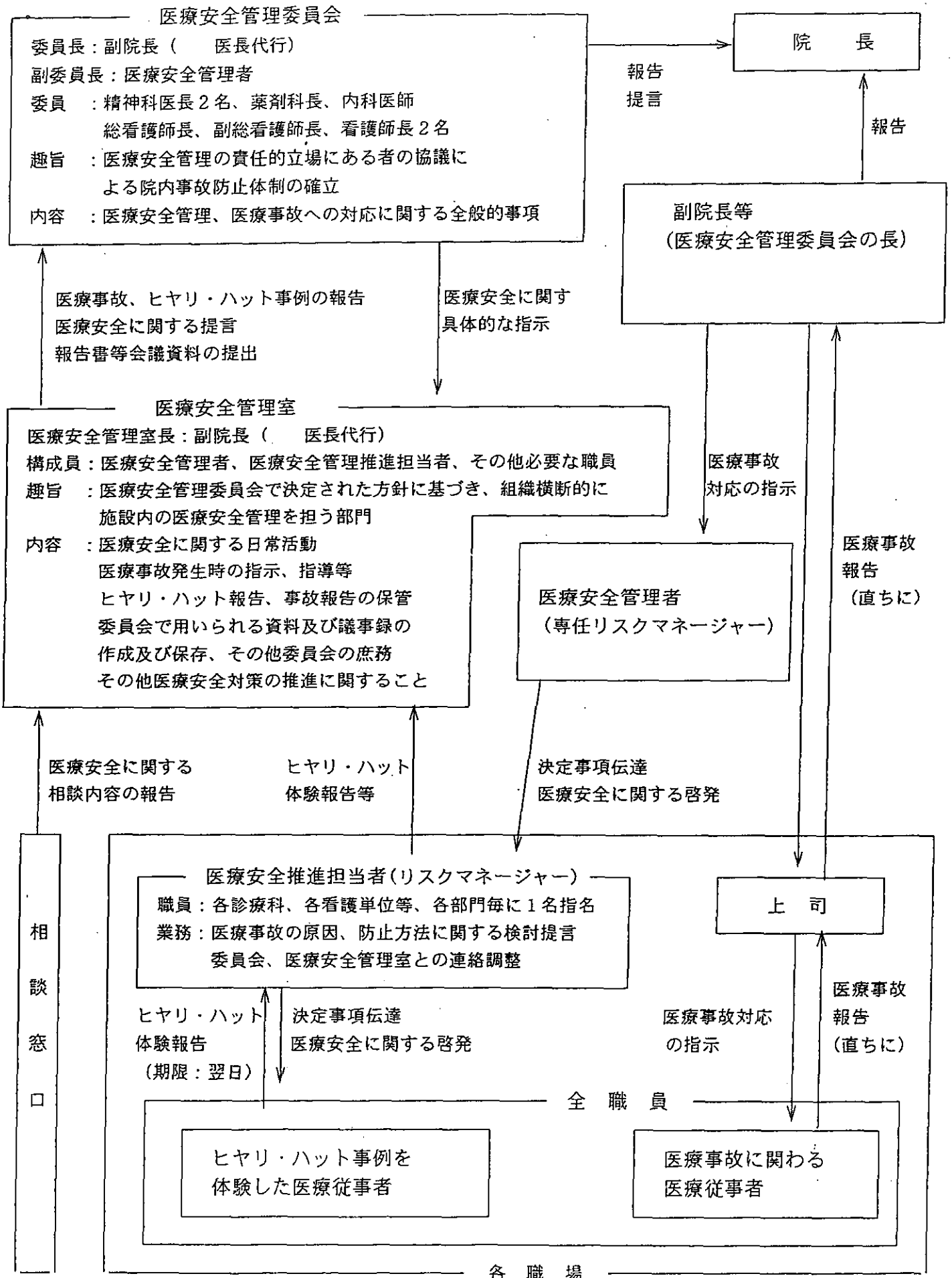
附則

この要領は、平成13年4月1日から施行する

この要領は、平成14年4月1日から施行する

この要領は、平成15年4月1日から施行する

VI 医療安全管理に関する組織体制図



Ⅶ 委員会名簿

平成15年度

職 場 名		医療安全 管理委員会	医療安全管理 推進担当者部会	
委員長				
診 療 部 門	医局			
	薬剤科			
	放射線科			
	リハビリ			
看 護 部 門	総看護師長			
	副総看護師長			
	1-1病棟			
	1-2病棟			
	2-1病棟			
	2-2病棟			
	3-1病棟			
	3-2病棟			
	外来			
事 務 部 門	事務長			
	事務長補佐			
	庶務班			
	会計班			
	医事係			
	栄養係			
医療安全管理室				

Ⅷ 事故発生時の対応 (事故が発生したら)

平日、時間外における連絡体制は、別紙のとおり

1 初期治療

- ① 当事者は、主治医および関連する医師に連絡するとともに、緊急の初期治療を行い、救命および治療に万全を尽くす。
- ② 時間外の場合は適切な処置、連絡のために当直医師、当直師長その他のスタッフの確保を優先し、主治医および関連医師に連絡する。
- ③ 緊急事態発生時は救急処置を最優先に行う。

2 患者、家族への誠意ある対応

- ① 患者や家族の気持ちを配慮した言動に心がける。
- ② ひたすら謝罪ばかりをするのではなく、誠意をもって説明し理解を得るように努める。
- ③ 自分の心の動揺から、周囲の人を責めるようなことは絶対しない。

3 速やかな連絡と対応

- ① 当事者もしくは主治医は医療事故報告ルートに従って、速やかに所属長に報告する。
 - ア 緊急処置以降の治療や処置について検討する。
 - イ 落ち着いた時点で患者、家族への説明を検討する。
- ② 報告を受けた所属長は、各々該当する部門の医療安全管理委員会医療安全推進担当者部会に報告する。

4 現場、現物の保存

- ① 自殺や事件の可能性がある場合は、現場をそのままの状態に保全し、検証に必要なものを移動・処分したりしない。

5 診療録への記載

- ① カルテ等に診療経過を正確に記載すること。
 - ア カルテや看護記録を誤って記載してしまった時は、第三者が判別できるように訂正サインし、訂正内容を記載する。
 - イ 事実経過について患者と家族に説明した内容も記載し、その患者、家族の反応や希望も記載する。

6 報告書の提出

- ① 落ち着いた段階で所定の報告書を記載し、所属長を通じて提出する。

7 厚生局・警察への報告

- ① 病院長はレベル2以上の事故は地方厚生局へ報告する。
- ② 病院長は、医療事故が原因で患者が死亡した可能性がある場合、刑事責任が問われる可能性がある場合は、早急に所轄警察署へ報告する。
- ③ 警察署への届け出でを行うに当たっては、原則として、事前に患者、家族に説明を行う。
- ④ 病院長は、届け出での具体的内容を地方厚生局を経由して速やかに本省へ報告する。
- ⑤ 病院長は、警察への届出の判断が困難な場合には、地方厚生局を経由して本省の指示を受ける。

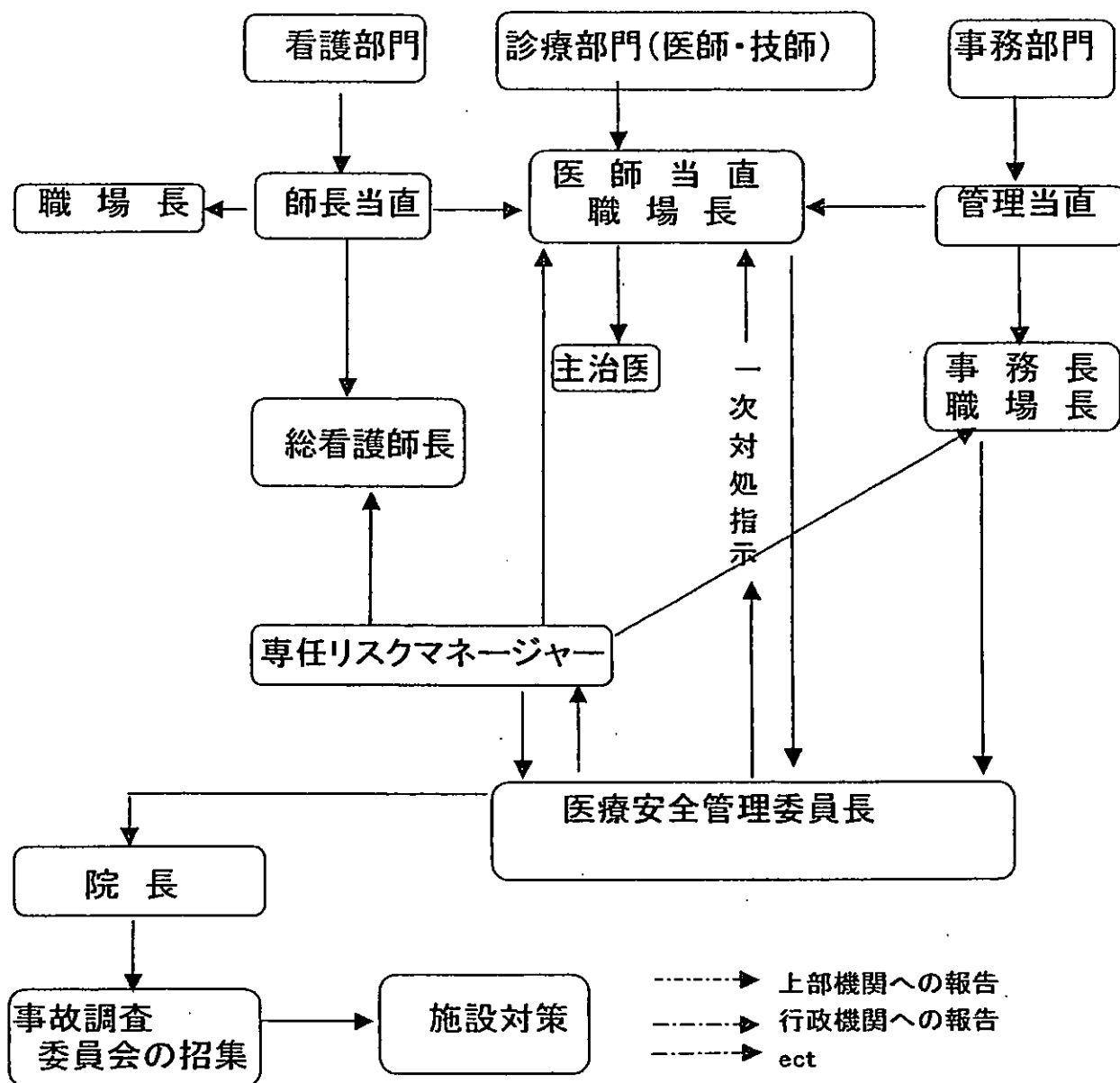
注) 医師法(昭和23年法律第201号)第21条の規定により、医師は、死体又は妊娠4ヶ月以上の死産児を検査して異常があると認めた場合、24時間以内に所轄警察署に届け出ることが義務づけられている。

8 事故調査委員会の設置

- ① 必要時、院内に事故調査委員会を設置して、当該事故に関する情報収集を行い、事実関係、経過、原因、問題点等を調査する。
- ② 医療安全管理委員会は、事故調査委員会と連携しながら、当該事故の内容や原因・問題点を分析して、再発防止策を策定する。
- ③ 再発防止策等の情報は、職員に周知し、病院全体としての再発防止策安全管理を徹底する。

患者事故報告連絡網

平日(時間外)・土日祭日



----- は、平日勤務開始後直ちに連絡を行う