

本院の医療安全管理システム

病院 リスクマネジメント委員会

病院長、副病院長、医療安全管理責任者、手術部長、医療情報部長、放射線部長（放射線安全管理責任者）、医療安全管理部長、救急・集中治療科長、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、インフォームド・コンセント管理責任者、看護部長、看護師長（専任GRM）、病院総務部長、TNP統括責任者

- 1) 医療安全管理の体制、指針の作成/見直し
- 2) 医療事故に係る対応/分析、改善策の立案/実施

医療安全管理部

部長、副部長

部員（医師、薬剤師、看護師、臨床工学技士、臨床心理士、事務職員）

- 1) 医療安全管理の調査、指針の作成/実施
- 2) 医療事故に係る分析/支援、改善策の立案/実施
- 3) 高難度新規医療技術評価

体制・方針

病 院

安全確保状況
報告

インシデント・
オカレンス報告

組織 リスクマネジメント

すべての組織（診療グループ、部、室、課）に正副リスクマネージャーを置く。

- 1) 医療安全に関する業務の点検、構成員に対する指導
- 2) 医療事故防止策および安全確保状況報告書の作成

全職員

個人 リスクマネジメント

病院内の事象のうち、人身の安全に悪影響を及ぼす恐れがあるもののうち、

インシデント：実際には人身の安全が保たれたもの、**オカレンス：別に定めるもの**

- 1) 組織リスクマネージャーは、レポートが提出されるよう指導しなければならない
- 2) オカレンス報告は職員の義務とする。
- 3) オカレンスのうち死亡などの重要な問題は管理者に直ちに電話等で報告しなければならない。
- 4) インシデント・レポートは医療事故を防止する目的のみに使用し人事考課の対象としない。