

医療安全チェックシート

平成26年7月改訂版

独立行政法人労働者健康安全機構
〔医療事業部医療安全対策課〕

< 目 次 >

I 医療安全管理体制の整備について

1	医療安全に関する病院の理念について	1
2	医療安全への取組に係る指針について	1
3	医療安全に係る委員会について	1
4	医療安全のための管理部門について	2
5	事故報告等、安全確保のための改善方策の実施について	3
6	医療安全対策のための職員研修について	3
7	患者からの相談への対応について	4
8	継続的な医療安全対策推進の取組について	4

II 医療安全のための取組について

1	医療の標準化について	5
2	患者の知る権利の保障と診療情報の共有について	6
3	医療への患者参加の促進について	6
4	医薬品について	7
5	輸血管理について	8
6	院内感染（医療関連感染）対策について	9
7	医療機器について	10
8	施設・設備管理について	10
9	その他	11

医療安全チェックシート

施設名 _____ ○○労災病院
 チェック日 平成○○年○月○日
 チェック者 _____ ○○ ○○

I 医療安全管理体制の整備について

1 医療安全に関する病院の理念について

医療安全に関する病院の理念や基本方針は、組織の長である病院長がしっかりと掲げ、職員に宣言しなければならない。また、患者・家族に明示する際は、分かりやすい言葉で表現し、患者や家族が医療安全に主体的に参加できるようにする。医療安全に関する病院の理念や基本方針に基づいた具体的な年次目標、また月次行動目標を挙げると取組が明確になる。

yes no

1) 医療安全に関する病院の理念及び基本方針を病院の内外に周知している。		
2) 医療安全に関する基本方針の内容を定期的に検討している。		
3) 病院の年度目標等に、医療安全に関する項目を含んでいる。		

2 医療安全への取組に係る指針について

「医療安全への取組に係る指針」(以下「指針」という。)の整備は、平成19年4月の医療法及び医療法施行規則の一部改正(以下「医療法等」という。)によりすべての医療機関に義務付けられているとともに、同施行規則関連通知により「指針の記載」事項が定められている。また、平成15年4月から臨床研修病院指定基準が追加され、さらに平成18年4月の診療報酬改定により、医療安全対策加算に関する施設基準が追加になっている。指針は、職員一人一人が安全を最優先に考える価値観を育むとともに、組織に安全文化を醸成させるために必要であり、そのためには職員全員に周知していることが重要である。

yes no

1) 指針では医療法等で規定している事項を明文化し、全職員に周知している。		
2) 組織図等において、医療安全に係る委員会(以下「委員会」という)及び医療安全のための管理部門(以下「安全管理部門」という)等の構造と機能が位置付けられている。		
3) 医療安全対策への基本的な考え方や取組内容を明確にするため、医療安全対策に係る規程を職員に周知している。		
4) 指針等の周知状況の検証を行っている。		

3 医療安全に係る委員会について

委員会の開催は、医療法施行規則の一部改正で義務化されているが、委員会の内容は①医事紛争対策ではなく医療安全のためのものであること、②メンバーが組織横断的であること、③情報の収集系統、決定事項の指示系統が明確かつ有効に作られていること、④分析や検討はもとより、調査、情報収集等を行う安全管理部門等を有していること、等が求められる。

事例によっては、委員長が臨時に開催し、迅速に対応策を構築する必要がある。構築した対策を早急に実行に移していくためにも、委員会は一定の権限を持つ必要がある。

yes no

1) 医療法等で規定されている基準を満たす委員会がある。		
2) 委員会の活動により、安全管理体制の確保及び推進を図っている。		
3) 委員会を欠席した委員に情報提供を行っている。		

4 医療安全のための管理部門について

安全管理部門の設置は特定機能病院、臨床研修病院及び医療安全対策加算の施設基準で定められているが、安全な医療の提供、委員会等の活動を有効なものにするためにも、同部門が組織的に機能していることが必要である。

	yes	no
1) 安全管理部門の機能について		
① 安全管理部門や委員会などの役割・責任・権限が明確であり、組織横断的に機能している。		
② 医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者及び医療安全対策責任者等の配置・役割を整備している。		
③ 医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録している。		
④ 委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等からの相談件数及び相談内容、相談後の取扱いその他医療安全管理者の活動実績を記録している。		
⑤ 委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加する、医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスを週1回程度開催している。		
⑥ 本部等から医療安全に関する通知や情報提供等があった場合、職員に周知している。		
2) 医療安全管理者について		
① 安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容を整備している。		
② 院内の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をするなど、患者に必要な情報提供を行っている。		
③ 委員会と連携し、医療安全対策を行っている。		
④ 医療事故・インシデント事例の報告・分析・対策立案等への支援を行っている。		
⑤ 医療事故発生時にはマニュアル等に沿って適切に対応している。		
⑥ 医療安全に係る職員研修の企画、運営及び啓発等を行っている。		
⑦ 医療安全対策責任者との連携を図っている。		

5 事故報告等、安全確保のための改善方策の実施について

インシデント事例の自主的報告が定着するためには、①所属長・管理者が提出を奨励すること、②報告した個人への問責をしないこと、③委員会等の分析でも個人の責任は追及しないこと、④当該報告をしたことを理由とする不利益処分をしないこと等を職員に明示することが重要である。インシデント事例報告は、当事者でなく発見者が報告することもあるが、基本的には当事者の方が至った状況等に詳しいと思われ、当事者からの報告が望ましい。医師からの報告が少ないのはインシデント事例報告に対する意識の違いの他に、医療事故・インシデント事例報告が法的保護を受けていないことも考えられるが、医療の質向上のためには医師が率先して医療安全に取り組む必要があり、委員会・部門での広報活動、研修等での教育、さらにはオカレンスレポート(事故報告書)の導入も一考である。医療事故・インシデント事例を開示して共有していくことは、医療安全管理において有効であるが、報告書及び報告された内容については厳重な管理が必要である。

yes no

	yes	no
1) 医療事故・インシデント事例の報告について		
① 医療事故・インシデント事例の言葉の定義を周知している。		
② 医療事故・インシデント事例は、報告しやすい工夫を行っている。		
③ 医療事故・インシデント事例の報告経路や患者影響レベルを周知している。		
④ 重大な事故事例が発生した場合の本部・患者・警察等への報告経路と手順を周知している。		
⑤ 医療事故報告は、診療録や看護記録に基づき、経時的に作成している。		
⑥ インシデント事例の報告の意義、当事者の責任は追及しないことを職員に周知している。		
⑦ 医療事故・インシデント事例の報告書を全ての関係部署が提出している。		
2) 医療事故・インシデント事例の分析・フィードバックについて		
① 医療安全対策責任者は医療事故・インシデント事例報告の内容を把握している。		
② 委員会等にて、医療事故・インシデント事例の定性分析、定量分析を行っている。		
③ 医療事故・インシデント事例の背景要因及び根本原因を分析し、医療安全のルール化や、システム改善に役立てている。		
④ 分析結果を職員にフィードバックしている。		
⑤ 再発防止対策の効果について評価を行っている。		
⑥ 労災病院以外の医療事故、行政・日本医療機能評価機構等関係団体・学会等の情報、資料を収集し、医療安全に活用している。		

6 医療安全対策のための職員研修について

職員研修の計画策定にあたっては、時期及び研修目標を立てて実施し、事後の評価を行うことが望ましい。病院管理者や医療安全対策責任者はリーダーシップを発揮するために、安全文化の醸成、適正な安全管理体制構築のためのノウハウを習得する必要がある。最新・最適の知識を取り入れるため、外部研修等で情報を得ることが求められる。また、職員研修はチームの機能を活かした安全性を高める内容及び機会とすることが重要である。

yes no

	yes	no
1) 研修は医療安全に関する病院の理念、基本的な考え方及び具体的方策についての周知と個々の職員の安全文化への意識向上を目的として開催している。		
2) 院内全体に共通する安全管理のための研修を年2回以上開催している。		
3) あらゆる機会を捉えて研修への参加を促している。		
4) 新規採用者等全職種の研修に医療安全に係る内容を含んでいる。		
5) 初期臨床研修の到達目標である安全管理について研修医が理解し、実践できる。		
6) 厚生労働省が作成している新人看護職員研修ガイドラインに則り、安全確保のための新人看護職員研修を開催している。		
7) 病院管理者等は学会や職能団体等の企画する医療安全管理についての研修に参加している。		
8) 「医療安全推進週間」を職員の医療安全への啓発の機会としている。		
9) 開催された研修の実施内容・出席者を記録している。		
10) 研修の参加状況を把握し、研修内容を評価している。		
11) 参加できなかった職員への伝達を行っている。		

7 患者からの相談への対応について

患者等からの苦情、相談に応じられる相談窓口を常設する。医療の質の向上、患者家族の医療への信頼獲得、患者の権利を尊重するために相談窓口の設置は必要である。窓口寄せられた苦情や相談は病院の安全対策等の見直しにも活用する。

患者相談窓口の役割は、患者中心の医療の提供が行われなかったり、患者が納得した医療を受けられなかったり、また、期待どおりの結果が得られず不満や苦情がある時に十分な説明を行うこと等を担っている。

yes no

1) 患者相談窓口の趣旨、設置場所、担当者及び責任者、対応時間等を患者・家族に分かるよう明示している。		
2) 患者からの相談への対応に関する規程、相談窓口に対応する職員、相談後の取扱い、相談情報の秘密保護、院長への報告等についての体制を整備している。		
3) 患者相談窓口での医療安全に係る相談状況や未解決の問題を速やかに安全管理者に報告し、相談窓口と各部門が十分に連携している。		
4) プライバシーに配慮した相談室等を確保している。		
5) 意見箱等、意見や苦情を聞くための手段がある。		
6) 相談により患者や家族が不利益を受けないような適切な配慮をしている。		

8 継続的な医療安全対策推進の取組について

医療安全活動を的確に遂行するためには、指針、留意事項等を基にした内部評価を行い、改善点の有無や指針、留意事項等の見直しが必要である。労災病院間、近隣病院間等による評価を行うことも医療安全体制の維持に有効である。

また、日本医療機能評価機構等の第三者機関の評価を受けることで、内部評価では分からない安全管理上の問題点を明らかにすることができる。

yes no

1) 日本医療機能評価機構等の外部評価を活用している。		
2) 日常的に医療安全の質の評価・改善に取り組んでいる。		
3) 厚生労働省医薬品・医療機器等安全性情報、PMDA医療安全情報等を活用し、情報収集及び院内への提供を行っている。		
4) 医薬品又は医療機器の使用による副作用、感染症又は不具合が発生した場合、報告の必要があると判断した情報(症例)は、報告している。		

II 医療安全のための取組について

1 医療の標準化について

医療の場における業務の安全を確保するためには、すべての職員の業務を明確化することが必要であり、必ず遵守すべき手順等が示されていなければならない。医療現場の状況変化は激しいことから、マニュアル等は現実との乖離が発生しやすく、事故の要因となりうることに留意すべきである。そのためには、マニュアル等の定期的な見直しと、職員からの意見や問題提起を積極的に受ける仕組みが求められる。

yes no

	yes	no
1) 「指示出し」から「実施確認」までの適切な手順など情報伝達エラー防止についての仕組みが確立している。		
2) 処方せんの記載ルール等、診療指示の適切な記載基準を遵守している。		
3) 検査結果において、患者や病態の確認、緊急処置、治療法の変更等を要するデータがあった場合には、速やかに主治医に伝えるシステムが確立している。		
4) 各部門では、それぞれに患者・部位・検体・チューブ等の誤認防止についての適切な手順があり、遵守している。		
5) 手術や侵襲的検査・治療に際して、患者の名前、診断名、部位などを確認する手順を遵守している。		
6) 内視鏡下手術・手技、中心静脈カテーテル挿入、気管挿管など侵襲的な検査・処置についてのマニュアルを遵守している。		
7) 手術におけるガーゼや器械カウントの手順、基準を設けたレントゲンによる確認を遵守している。		
8) 周術期肺塞栓症の予防についてのマニュアルを遵守している。		
9) リスクの高い医療行為の実施の際、患者の反応やモニター所見の観察手順を遵守している。		
10) チューブラブル防止のための対応手順を遵守している。		
11) 人工呼吸器装着中の観察及び管理手順を遵守している。		
12) 経管栄養・胃ろうに関するマニュアルを遵守している。		
13) 安全確保のための身体抑制や行動制限は適用基準と実施手順に基づいて、確実・安全に実施している。		
14) 転倒・転落予防のための対応マニュアルを遵守している。		
15) 褥瘡予防のための対応マニュアルを遵守している。		
16) 各マニュアルは、部署単位ではなく、組織横断的に検討し、作成している。		
17) 作成したマニュアル類の定期的な見直しを行っている。		
18) 診療計画について		
① 転倒・転落のリスク、褥瘡のリスク等、診療上のリスクに関する情報を収集し、診療計画等に反映している。		
② 診療計画を患者に説明し、同意を得ている。		
③ クリニカルパスを活用している。		
19) 臨床指標の収集・分析、クリニカルパスの作成・見直し等を行っている。		
20) 採用する物品の保管や配置等を統一している。(SPD等の採用)		

2 患者の知る権利の保障と診療情報の共有について

「インフォームド・コンセントが出来ていない」と言われる場合、「治療についての説明がされていない」だけでなく、患者・家族とのコミュニケーション全体の問題であることが多い。患者・家族との良好なコミュニケーションや信頼関係の構築には、コミュニケーション技術の向上だけではなく、人間の価値観、人命に関わる繊細な問題、情報伝達等さまざまな要因が含まれている。

インフォームド・コンセントの実施に当たっては、医師の時間・適切な場所・伝えるべき内容等複雑な問題があり、医師個人による判断ではなく、病院として一定の基準を作成する必要がある。

インフォームド・コンセント自体はプロセスであり書類ではないが、「同意書」の意義は重く、患者等の署名のない同意書は、法的に有効なインフォームド・コンセントではないと考えられる。

	yes	no
1) 説明と同意に関するマニュアルについて		
① 説明と同意についての方針・手順を遵守している。		
② 同意書の必要な検査、治療(手術・治験等)の取決めを明文化している。		
③ 患者等に手術や検査の説明を行う場合の同席者については、「手術説明・同意書及び検査説明・同意書の同席者の取扱いについて」(平成17年8月2日付け)の趣旨に基づいて行っている。		
④ 医療行為の妥当性、DNR指示、法的判断能力がある患者の治療拒否等必要に応じて倫理委員会の承認を得るとともに、患者へのインフォームド・コンセントを行っている。		
2) 選択肢の説明について		
① 治療内容の目的、効果と危険性、治療しなかった場合の予想される経過を患者が充分検討できるように情報を提供し、選択肢がある場合は必ず複数の治療方法を説明している。		
② 説明内容、選択結果を診療記録、看護記録に記載している。		
③ セカンドオピニオンへの対応を行っている。		
3) 診療情報の共有について		
① 臨床検査データ、患者用パス、各計画書の提供など患者と診療情報を共有する取組がある。		
② 患者の請求に基づく診療記録等の開示や説明に対応している。		
4) 患者の個人情報適切に保護し、守秘について、情報管理体制が整っている。		

3 医療への患者参加の促進について

	yes	no
1) 治療効果向上・健康増進への患者参加		
① 患者の責務等の説明・指導を行っている。		
② 治療効果向上のために患者が守るべきことを患者・家族に説明している。		
③ 患者と情報を共有し、患者参加を促している。		
2) 患者自身の安全確保への参加		
① 自らの治療歴・服薬歴・アレルギーなどの情報提供を行うしくみがある。		
② 誤認防止のための確認作業への協力について説明を行い、実施している。		
③ 患者相談窓口・意見箱に寄せられた声を医療安全に役立てている。		
3) 患者が疾患についての理解を深めるための支援		
① 患者向け教育・健康教室等を開催している。		
② 患者用情報コーナーや図書室等を設置している。		
③ 病気や治療に関するパンフレットを配布している。		
④ 「医療安全推進週間」を患者・家族等の医療安全への啓発の機会としている。		

4 医薬品について

薬剤関係業務には、薬剤師をはじめ医師、看護師等多数の職員が関わっており、一部門単独で作成した薬剤マニュアルでは薬剤の安全な使用等に問題が生じることも考えられ、組織横断的な意思統一の図られたマニュアル(麻薬・劇薬・毒薬・内服・注射等)が望ましい。

薬剤についての知識・危機意識を持つことも重要な事故防止対策の一つであり、調剤業務、適正使用、投与時の注意点等の啓発・教育も行う必要がある。

職員間の円滑なコミュニケーションも事故防止の有効な手段の一つである。特に薬剤については、指示、文字、量や使用方法等に疑問を感じたらいつでも疑義照会できるような雰囲気の日頃から作っておくことが重要である。

yes no

	yes	no
1) 医薬品安全管理責任者について		
① 医薬品安全管理責任者は職員に対する医薬品の安全使用のための研修を必要に応じて行っている。		
② 医薬品安全管理責任者は医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集・管理を行っている。		
2) 医薬品の安全使用のための業務に関する手順を必要に応じて見直している。		
3) 薬剤窓口相談できる旨の掲示をし、窓口で相談・情報提供を行っている。		
4) 麻薬の取扱いについて		
① 麻薬は他の薬剤と区別し、施錠できる堅固な保管庫に保管するなどの保管手順を遵守している。		
② 麻薬の受け渡し記録等を整備し、各勤務帯毎の始業時、勤務終了時に帳簿と現物の残量を複数人で確認している。		
③ 時間外・夜間も含めて鍵の管理が適切である。		
④ 薬剤部以外で麻薬を保管する場合も上記(①・②・③)同様の管理を行っている。		
⑤ 定数管理を行っている部門では、チェック表を作成し、金庫からの持ち出し時には「持ち出し本数」、「残本数」を記載し、持ち出し者の氏名も記載している。		
⑥ 麻薬の事故、紛失等についての対応を周知している。		
5) 毒薬・劇薬の取扱いについて		
① 毒薬は他の薬剤と区別し、施錠して保管・表示しており、鍵の管理が適切である。		
② 劇薬は他の薬剤と区別し、保管・表示している。		
③ 病棟等で定数保管しているものは、定期的に数量を確認している。		
6) 向精神薬の取扱いについて		
① 向精神薬は他の薬剤と区別し、施錠して保管している。		
② 病棟等で保管しているものは、定期的に数量を確認している。		
③ 向精神薬の事故(盗難・紛失等)についての対応を周知している。		
7) ハイリスク薬剤の取扱いについて		
① ハイリスク薬剤の薬歴を確認している。		
② 抗がん剤の治療プロトコル(レジメン)の登録・管理を行い、医療チーム内での共有の手順を遵守している。		
③ 抗悪性腫瘍剤の副作用等、がん患者に対する指導管理を行っている。		
④ 注射用抗がん剤の調製・混合は、適切な体制及び環境下で行っている。		
⑤ 病棟には、原則として高濃度注射用カリウム製剤を保管しない等、ハイリスク薬剤の保管基準や手順を整備し遵守している。		
8) 造影剤について		
① ヨード系造影剤を使用する検査については、腎機能等をチェックしたうえでオーダーし、造影剤の必要性や副作用等のリスクについても十分説明し、同意をとり実施している。		
② 造影剤の副作用発生時、血管外漏出時の対処方法を明文化している。		
③ 造影剤副作用報告書により報告するシステムが確立している。		
9) 病棟在庫薬剤の取扱マニュアルを遵守している。		
10) 高齢者の薬物動態に基づき、薬用量をチェックする等薬剤の安全使用に配慮している。		
11) 転倒予防等の観点から、睡眠薬や精神安定剤などの処方の適切性を確認している。		

12) 転倒予防等の観点から、睡眠薬や精神安定剤などの服用時の看護ケア手順を明確にしている。		
13) 重複投与、相互作用、アレルギー・副作用等のリスクなどを確実に回避する工夫・手順を遵守している。		
14) 薬剤部との連絡方法を周知している(オーダー時間の制限、オーダー時間外での指示の変更方法、疑義紹介方法等)。		
15) 薬剤の受理から投与までの確認方法を遵守している。		
16) 緊急時に口頭指示を行う際のルールを遵守している。		
17) 薬剤投与時の確認事項(5R等)を遵守している。		
18) 末梢静脈ライン、中心静脈ライン、動脈ライン、経管栄養ライン等を安全に取り扱う手順があり、院内で統一された方法で実施している。		
19) 抗菌薬、抗がん剤、造影剤等によるショック及びアナフィラキシーの情報・禁忌薬情報を収集し、対応策を遵守している。		
20) 患者が自己管理している薬剤の情報を医師、薬剤師、看護師等が共有している。		
21) 薬剤に関する自己管理能力がある患者とない患者への対応を手順化している。		
22) 持参薬・後発医薬品の鑑別や管理を行っている。		
23) 名称や形状が類似した薬剤について、取り違え防止のための工夫(表示の工夫、採用の変更等)を行っている。		
24) 注射薬とそれ以外の薬剤を区別する注射器の使用基準(カラーシリンジの使用等)を遵守している。		
25) 注射薬の準備は1患者1トレイを遵守している。		
26) 注射準備の環境を整備している(準備台の整理整頓、清潔保持、作業兼務の回避等)。		
27) 看護師の静脈注射は実施基準に基づいて行っている。		
28) 必要に応じて医薬品集や添付文書等を確認している。		
29) 薬品保管棚や非常用カート内の注射薬剤の取り違え防止手順を遵守している。		

5 輸血管理について

輸血は一種の血液細胞の移植治療であり、行うに当たっては十分な説明と患者の理解、更に患者等の同意書が必要である。
 輸血事故は、指示時・採血時・検査時・搬送時・準備時・実施時・輸血後等多くの過程のなかで発生する可能性があり、それぞれの場面を踏まえた手順、マニュアルを作成し徹底する必要がある。
 確認作業には、ダブルチェック、トリプルチェックの実施の他にもリストバンドやバーコード等システムとしての対策を導入することが有効である。

yes no

1) 輸血用血液製剤・自己血輸血の適正使用基準等を遵守している。		
2) 輸血用血液製剤の使用状況の検証を行っている。		
3) 緊急輸血について、時間内・時間外・休日の業務手順を遵守している。		
4) 手術室・ICU等の部署で保管する場合は、専用保冷庫・冷凍庫で管理している。		
5) 輸血申込み伝票と交差適合試験用検体の取り違え防止手順を遵守している。		
6) 患者、輸血用血液製剤などの取り違え防止手順を遵守している。		
7) 血液製剤の取扱いについての最新の情報を収集し、院内に回付している。		
8) 血液製剤を含む特定生物由来製品の使用状況を記録し、20年間保存している。		
9) 特定生物由来製品を使用する場合、患者又は家族に適切に説明を行っている。		
10) 信仰上の理由等により輸血を拒否する患者への対応が決められている。		

6 院内感染(医療関連感染)対策について

院内感染防止は、病院全体が組織として取り組む必要がある。標準予防策(スタンダードプリコーション)で、その大半が防止出来ると言われているが、その徹底を怠り、院内感染が発生すると、患者等及び病院双方に多大な影響を及ぼすこととなる。組織の取組と同時に、職員一人一人が感染防止に関わる責任を自覚する事が重要である。

yes no

1) 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に則り、適切に届出を行っている。		
2) 院内感染対策の指針には、医療法等で規定されている事項を明文化しており、内容を全職員に周知している。		
3) 医療法等で規定している基準を満たす院内感染対策委員会において、改善策の立案等の院内感染対策の推進を図っている。		
4) 院内感染対策の実務担当者(ICT等)の活動による院内感染対策の推進について		
① 専任の院内感染管理者を配置し、感染防止に係る部門を設置している。		
② 診療報酬「感染防止対策加算」施設基準で定められている医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行っている。		
③ 他の医療機関と定期的に感染防止対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録している。		
④ 感染防止対策加算1を届出ている他の医療機関と相互に赴いて感染防止対策に関する評価を行っている(感染防止対策地域連携加算を届出ている施設のみ)。		
5) 院内感染対策マニュアルについての定期的な見直しを行っている。		
6) 標準予防策について		
① 職員の手指衛生(手洗い・手指消毒)が適切である。		
② 手袋を適切に使用している。		
③ マスク、ゴーグル等の個人防護具(PPE)を適正に使用している。		
7) 感染対策の基本(標準予防策、感染経路別予防策、洗浄・消毒・滅菌、病棟環境の整備、医療廃棄物の取り扱い等)マニュアルを遵守している。		
8) 手術部位、処置、ケア別等の感染対策マニュアルを遵守している。		
9) 部門別(ICU、救急部、内視鏡室、透析室、微生物検査室等)の感染対策マニュアルを遵守している。		
10) 病原体別感染拡大防止対策マニュアルを遵守している。		
11) 院内等における感染症の発生状況等の把握と情報共有について		
① 発生動向監視(サーベイランス)、対策実施の適正化(レギュレーション)及び介入(インターベンション)等を行っている。		
② 「感染情報レポート」を週1回程度作成し、活用する体制がある。		
③ 病院感染対策に関するコンサルテーションを行っている。		
12) 外部との連携体制について		
① 厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)等に参加し、院内及び地域の状況を適切に把握している。		
② 地域支援ネットワーク、医療機関相互間での支援・助言体制等を確保している。		
13) 抗菌薬の適正な使用を促すシステムがあり、適切に運用している。		
14) アウトブレイク発生時の対応体制及び対応策等を整備している。		
15) 職業感染対策について		
① 業務上、患者・被検者の血液に接する機会の多い職員を対象にB型肝炎定期検診を実施している。		
② 血液・体液等に曝露した場合の対応、報告システムが整っている。		
③ 水痘・麻疹・風疹・流行性耳下腺炎の抗体価を確認している。		
④ 注射針は原則としてリキャップを行っていない。		
⑤ 使用後の鋭利器材は直ちに専用廃棄容器に廃棄している。		
⑥ 安全装置付きの器材を導入している。		
⑦ 委託業務従事者の事故発生時の対応手順がある。		
16) 院内感染対策のための研修等について		
① 院内全体に共通する院内感染対策のための研修を年2回以上開催している。		
② 必要に応じて部署ごとの講習会や実習を行っている。		
③ 委託業務従事者に対して適切に指導している。		

7 医療機器について

医療の複雑高度化に伴い、使用する全ての機器について取扱い方法を熟知しておかないと不適切な設定や不注意な操作に結びつく可能性がある。

そのため、医療機器には簡潔で明瞭な操作マニュアルの添付や操作講習会等を行うこと、操作時の確認事項の徹底等が必要である。

yes no

1) 医療機器の安全使用のための責任者(医療機器安全管理責任者)を配置し、医療機器を一元管理している。		
2) 医療機器の保守点検について		
① 医療機器安全管理責任者は医療機器の保守点検に関する計画の策定と適切な保守点検を行っている。		
② 医療機器ごとの点検履歴を記録している。		
3) 必要に応じて、医療機器の添付文書、操作手順書等を活用している。		
4) 臨床工学技士や関係業者による操作習熟の研修を行い、記録している。		
5) 人工呼吸器等について		
① 人工呼吸器チェックリストを用いて作動状況をチェックし、記録している。		
② 人工呼吸器装着患者にバックバルブマスク(アンビユーバック)、ジャクソンリース等、用手換気出来る準備を行っている。		
③ 設定条件は、医師が指示簿に記入している。		
④ 人工呼吸器装着患者には適宜、または継続的に警報機能付きパルスオキシメーターやカプノメーターを併用し、換気状態を観察している。		
⑤ アラームが鳴った場合、スタッフステーションで確認できる体制になっている。		
⑥ 人工呼吸器等生命維持に必要な不可欠な機器等の停電に備えた対策を立てている。		
6) ポンプ類(輸液ポンプ・シリンジポンプ・経腸栄養用ポンプ等)について		
① ポンプ類の取扱マニュアルを必要部署に周知している。		
② ポンプ類の操作手順チェックリスト等安全確認のための工夫がある。		
7) モニター(生命情報監視装置)の適正使用のためのマニュアルを遵守している。		
8) ベッド・マット等について		
① ベッド・マット等は患者の特性に応じて使用している。		
② 必要に応じて転落防止柵を取り付けている。		
③ 定期的にベッドの清掃、マット等の交換を行っている。		

8 施設・設備管理について

病院の施設・設備の管理は、患者や職員の安全性の確保や環境維持の面から、重要な事項である。病院の役割・機能に応じた施設・設備を、適切な保守管理のもとに整備している必要がある。

yes no

1) 施設・設備の維持管理と安全性の向上に努めている。		
2) 作業の誤りを防ぐため、作業台の広さ、作業空間、採光等を適切な状態にしている。		
3) 院内の清潔保持について		
① 院内の清潔保持に努めている。		
② 清潔区域と不潔区域の区別(ゾーニング)を行っている。		
③ 院内清掃を定期的に行っている。		
④ 血液、体液の付着したリネン・寝具類の取扱いを適切に行っている。		
⑤ 医療廃棄物の処理を適切に行っている。		
4) 廊下階段等に障害物、水こぼれ、雨天時の水たれ等、転倒を誘発するものを点検し、対処している。		
5) 車椅子、ストレッチャー等の定期点検を行っている。		
6) トイレは、ナースコール、手摺り等を設置し、安全性の確保に努めている。		
7) 病室の窓は簡単に開けられないように工夫している。		
8) 浴室は、ナースコール、ミキシングバルブ等を設置し、安全性の確保に努めている。		
9) 入浴患者は名簿等で管理している。		
10) 医療用ガスの安全管理のための保守点検を行っている。		
11) 医療用ガスボンベの取り違えが起こらないよう使用時のガスの種類のラベル確認、種類ごとの保管、工業用のガスボンベの院内での使用不可等を行っている。		
12) 患者及び職員等の禁煙を積極的に推進している。		

9 その他

yes no

	yes	no
1) 診療記録等について		
① 診療記録の取り違え防止対策がある。		
② 診療記録は記載基準(書き方、訂正・追記方法等)に則り、適切に記載している。		
③ 診療録・看護記録の監査を定期的に行い、フィードバックしている。		
④ 診療記録に禁忌、アレルギー等を分かりやすく明示している。		
⑤ 診療録、看護記録、助産録等に法的に記載すべき事項を記載している。		
⑥ 診療情報を一元的に記載・管理し、必要に応じて参照することができる。		
2) 緊急時の対応について		
① 非常用カートや蘇生装置を整備し、定期的に点検を行っている。		
② 非常用カートの共通物品の配置を院内で統一している。		
③ 緊急時対応マニュアルを周知している。		
④ エマージェンシーコール等の手順を職員に周知している。		
⑤ 全職員を対象に一次救命処置・二次救命処置・AED等の教育・研修を行っている。		
3) 危機管理への対応について		
① 防災マニュアルを、各部署に配備している。		
② 避難路や避難器具の保管場所の表示をわかりやすく表示している。		
③ 緊急災害時の組織体制と連絡網を明確にしている。		
④ 地域の消防署と連携して防災訓練を行っている。		
⑤ 大規模災害等に対応する訓練を行っている。		
⑥ 消火器具は目に付くよう表示している。		
⑦ 院内で不案内者等に声を掛けることが定着している。		
⑧ 時間外・休日の院内への入退者の管理を行っている。		
⑨ 盗難防止対策を策定している。		
⑩ 離院事故等についての防止策を講じている。		
⑪ 患者・家族等に院内暴力への取組方針を明確に表示している。		
⑫ 院内暴力マニュアルを職員に周知している。		
⑬ 停電時の対応体制を職員に周知している。		
⑭ 「新型インフルエンザ等における診療継続計画」を職員に周知している。		
⑮ 新型インフルエンザ等対策について、平時から職員への教育・訓練を行っている。		
4) その他		
① 臨床検査部門では、有機溶媒、毒劇物等、危険性の高い薬品を適切に保管・管理している。		
② 診療用放射線について、安全管理対策の徹底を実施している。		
③ 放射性同位元素等を適切に保管・管理し、取扱いについての教育・訓練を行っている。		
④ 調理業務従事者の衛生管理について、実施基準・手順に基づき実施している。		