

大項目	中項目	小項目	チェック項目	評価の視点	評価	【参考文献】 ○日本医療機能評価機構 ●WHO △医療事故支援センター資料 ▲共同行動 ◇PMDA ◆ガイドライン等 □厚労通知 ※その他
1			指示・情報伝達			○日本医療機能評価機構2.1.4情報指示伝達エラー防止対策を実践している
		①	「指示出し」から「実施確認」まで情報伝達エラー防止についての仕組みがある。	情報伝達は日常的に重要な行為である。IT化特有の情報伝達エラーも発生しており、情報伝達の仕組みが確立しているか改めて確認する。		
		②	臨時指示、指示変更、緊急口頭指示は手順に沿って実施している。	臨時指示や指示変更が放置されない仕組みがあるか。口頭指示時は数量、単位等の間違いへの工夫をしているか確認する。		
		③	検査結果がパニック値や異常値であった場合の報告手順を院内に周知している。	報告を行った際は検査結果、報告者、報告先医師名を記録に残している。主治医不在時の対応を明らかにして体制を構築している。		
2			誤認防止			○日本医療機能評価機構2.1.3患者・部位・検体等の誤認防止策を実践している
		①	同一患者の二重登録防止が図られている。	患者誤認防止は最初に正確な情報が登録されることが前提であり、本人確認や情報入力に誤認防止策が組み込まれているかが重要である。		
		②	患者の確認は、患者自身が氏名や生年月日を名乗るだけでなく、複数の方法での確認手順が決められ実施している。	具体的に名乗りと何を照合し確認しているかを確認する。		
		③	患者が名乗れない場合の確認手順があり、実施している。			
		④	検体の取り違い防止など、検査に応じた誤認防止策を実施している。	それぞれの検査に応じた整備が必要。ラベルの発行や貼付の手順が安全に行われているか確認する。		
3			インフォームド・コンセント（説明と同意）			◆人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン厚生労働省改訂 平成30年3月 ◆人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会改訂 平成30年3月 ○日本医療機能評価機構1.1.2患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている ※日本看護協会ホームページ 看護実践情報倫理的課題の概要 インフォームドコンセントとは
		①	インフォームド・コンセントに関する方針・手順に沿って実施されている。	方針、手順を確認する。		
		②	インフォームド・コンセントの書式を定めている。	必要な内容が漏れなく説明されるには、書式を定めることが有効で、それにより患者がどのような説明に同意したかも明確になる。		
		③	インフォームド・コンセントが行われる際の同席者の役割が決められている。また、同席できない場合の対応が決められて実施している。	同席時は、患者・患者家族の表情や発言に留意し、理解を得られていないと感じた場合、医師に再度説明を依頼する、あるいはわかりやすい言葉に言い換え説明する等を行い、患者の意思決定の援助を行う。		
		④	同意書を取得すべき侵襲的治療・処置・検査を定めている。			
		⑤	D N A Rについて、基本的方針があり、それに沿った説明がされている。	説明内容が診療録で共有できる。		
		⑥	倫理的な問題がある場合は、多職種による倫理カンファレンスを行っている。判断がつかない場合は臨床倫理委員会を開催し決定している。	臨床倫理委員会、カンファレンス等の規定に沿って、多職種でカンファレンスを行っているか確認する。		
4			手術室における安全対策			●「WHO安全な手術のためのガイドライン2009」参考。 ▲医療安全全国共同行動目標S 安全な手術－WHO指針の実践日本 ◆麻酔科学会 HP (www.anesth.or.jp) WHO安全な手術のためのガイドライン第4章 2009WHO手術安全チェックリストの実施マニュアル ◆日本手術看護学会手術看護基準
		①	「WHO手術安全のためのチェックリスト」に沿って、「麻酔導入前」「皮膚切開前」「患者退出前」に重要事項を関係者で確認する仕組みがあり、実施している。	チェックリストの内容を、必要以上に削減することや、また多くの内容を追加することはあまり望ましくない。日本手術看護学会では、項目に沿った実施を推奨している。		
		②	タイムアウトを実施し、手術に関わる全ての職員が作業を中断して患者、および手術部位などの確認を行っている。	タイムアウトの遵守状況を確認する。		
		③	手術室入室前に術者（または執刀に立ち会う医師）が手術部位にマーキングを実施している。			
		④	遺残防止を考慮したタイミングでガーゼカウントを行っている。	タイミングを確認する。WHO安全な手術では少なくとも手術終了時と示されている。手術看護学会の基準では手術開始前・体腔閉鎖前・筋層閉鎖前・手術終了後、の実施を基準としている。		
		⑤	術後X線撮影で異物遺残の最終確認を行っている。	カウントが不一致の場合は、術者に報告して手術を中断し捜索してもない場合は速やかに撮影する、カウントが一致した場合も遺残可能性のある手術において実施している。		
		⑥	摘出検体は、患者退室までに検体ラベルの患者氏名が正しいことを確認し、検体に貼付して提出している。	検体が患者のものであることが明確にわかる状態にして手術室から持ち出している。		
5			侵襲的処置における安全対策			○提言：「侵襲的な検査での誤認防止について」 2012年10月15日公益財団法人日本医療機能評価機構認定病院患者安全推進協議会検査・処置・手術安全部会 ▲医療安全全国共同行動目標S 危険手技の安全な実施（b）中心静脈カテーテル穿刺挿入手技に関する安全指針の遵守 ◆日本麻酔科学会 安全な中心静脈カテーテル挿入と管理のプラクティカルガイド2017.公益社団法人日本麻酔科学会 安全委員会 ○中心静脈カテーテル挿入・管理に関する指針（改定第3版 2020）認定病院患者安全推進協議会 CVC検討会 △医療事故の再発防止に向けた提言 第1号 中心静脈穿刺合併症に係る死亡の分析 ― 第1報 ―（2017年3月）
		①	侵襲的検査・治療に際して、タイムアウトを実施し、患者の同意、部位、手技などを確認している。	実施の実際、記録を確認する。		
		②	中心静脈カテーテル挿入時は、リスクを評価し必要性を検討したうえで実施している	穿刺の適否や穿刺部位の選択は慎重に判断する。PICC もリスクを回避する方法の一つである。実施にあたっては、患者の状態とリスク・ベネフィットを十分考慮して適否を決める。このため穿刺前のリスク評価は必須である。		
		③	中心静脈カテーテル挿入を行う術者に対して、シミュレーターを用いたエコーガイド穿刺の教育システムを整備している。			
		④	実施中、実施後の合併症の観察を多職種で行っている。			
6			安全上配慮を必要とするケア			○医療安全情報No.85 2013年12月号 「移動時のドレーン・チューブ類の偶発的な抜去。ベッドからベッドへの移動の際、患者に挿入されていたドレーン・チューブ類が抜けた事例」 △医療事故支援センター資料 気管切開直後のカニューレの再挿入迷入のリスク ▲医療安全全国共同行動目標S 危険手技の安全な実施（a）経鼻栄養チューブ挿入時の位置確認の徹底 ◇PMDA医療安全情報No.4.2 経鼻栄養チューブ取扱い時の注意について △医療事故支援センター資料医療事故の再発防止に向けた提言 第6号栄養剤投与目的に行われた胃管挿入に係る死亡事例の分析（2018年9月）
	1)		チューブトラブル防止（抜去と誤接続防止）			
		①	複数のチューブ挿入中の患者には、チューブ接続間違いのリスクがあることを認識し、対策がとられている。			
		②	チューブを装着した患者のケア時は、チューブ抜去のリスクを考慮し、多職種で抜去防止対策を実施している。			
		③	経管栄養チューブの位置確認は、胃管挿入時は、チューブが消化管に入っていることを複数の方法で確認している。			
	2)		身体抑制について			○機能評価（病院機能評価解説集3rdG2.0112p）2.2.18参照。
		①	身体抑制や行動制限の開始の基準と実施手順を明確にして実施している。	実施時の観察項目、頻度を明確にして実施している。		
		②	解除に向けたカンファレンスが行われ、記録がある。	多職種でカンファレンスを行っているか確認する。		

大項目	中項目	小項目	チェック項目	評価の視点	評価	【参考文献】 ○日本医療機能評価機構 ●WHO △医療事故支援センター資料 ▲共同行動 ◇PMDA ◆ガイドライン等 □厚労通知 ※その他
	3)		転倒転落について			○機能評価病院機能評価解説集3rdG2.0 64 p ▲医療安全全国共同行動行動目標9：転倒・転落による傷害の防止
		①	転倒転落リスク評価を行い対策の妥当性について多職種で検討している。	転倒転落防止に関する定期的なカンファレンスやラウンドが多職種で行われている。多職種の専門知識を活かしたケアを提供している。		
		②	転倒転落リスク評価の結果を踏まえた転倒転落防止対策について、患者や家族にも共有している。	転倒リスクが高いとの評価になった患者に対し、職員が常に継続的な観察を行うことは難しい状況で、患者や家族と対策を共有し協力を得ることも重要である。		
		③	患者に必要な転倒予防策について関わる職員誰もがわかるように工夫をしている。	全職種で共有できているか確認する。		
		④	転倒発生時は患者の健康被害防止のための対処がとられている。	対応した職員により、転倒後の観察や検査の判断に差がないか、抗凝固薬内服中の患者や、転倒の状況を医療者に伝えられない患者への対応が考慮されているか等を確認する。		
	4)		深部静脈血栓症について			▲医療安全全国共同行動行動目標2 肺塞栓症の予防 △医療事故の再発防止に向けた提言 第2号急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析（2017年8月）
		①	深部静脈血栓症のリスク評価、対応策の計画、実施を行っている。	肺塞栓症は、突発的に生じる重篤な事象であり、リスク要因の把握と予防対策によってその発生頻度を大幅に減少させる。		
		②	患者が主体的に予防に参加できるように指導している。	医療従事者と患者はリスクを共有し、患者が主体的に予防法を実施できるようにする。疑う症状が出現したときには医療従事者へ伝えるように、指導しているか評価する。		
	5)		褥瘡予防について			
		①	褥瘡発生リスクを把握し、予防ケアを実施している。			
		②	スキンテア、医療機器関連圧迫損傷に対する教育が行われ、予防策が実施されている。			
	6)		嚥下能力評価について			
		①	入院患者の嚥下能力を評価する体制がある			
7			薬剤の安全な使用について			
		①	麻薬、毒薬、向精神薬は、薬剤部の金庫からの取り出し、薬剤部内での準備、払出し、看護師の受け取り、収納、使用時の取り出し、返却、定数確認の各工程での取り扱いが確実になされている。☑	複数の人が関わる引き渡し、搬送、収納時に紛失が発生する可能性を考慮し、引継ぎ時はサインをするなどの確実な体制のうえ管理されているか確認する。		▲医療安全全国共同行動行動目標1危険薬の誤投与防止 ○日本医療機能評価機構2.1.5薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している 参照。 ◇PMDA医療安全情報No.23インスリン注射器の取扱い時の注意について 2011年4月 ▲医療安全全国共同行動目標1「危険薬の誤投与防止」チームが指示されている。 ○日本医療機能評価機構医療安全情報No.167 2020年10月抗リウマチ剤（メトトレキサート）の過剰投与に伴う骨髄抑制（第3報） ○2.1.5薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している 参照。 ○2.2.10投薬・注射を安全に実施している 参照。 ※「毒薬・麻薬・向精神薬の管理・運用に係る注意すべき事項 払い出し～搬送～収納～実施～返却の注意事項」（平成27年9月 医療安全対策課）参照。
		②	ハイリスク薬を明確にして院内で周知している。			
		③	ハイリスク薬は誤認防止のための保管表示が行われている。			
		④	インスリンには専用注射器を使用することを教育している。			
		⑤	薬剤の準備、投与時は、患者名、薬剤名、投与量、投与方法、時間を確認している。			
		⑥	原則として病棟には、高濃度注射用カリウム製剤を保管していない。			
		⑦	使用禁忌や相互作用、重複処方等を回避する工夫・手順を構築している。	処方システム上、リスクを回避できるよう設計されている。		
		⑧	処方時にアレルギー歴を確認する仕組みを構築している。	アラートによる警告表示等による注意喚起などの工夫を行っている。		
		⑨	アレルギー歴は聴取したら速やかに共有している。			
		⑩	抗がん剤のレジメンの登録・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。			
		⑪	病棟在庫薬から臨時で薬剤を患者に投与する場合のルールがあり、周知、実施されている。	病棟在庫薬を使用する場合は、薬剤師の関与が希薄、バーコードによる認証ができないことによる誤投与のリスクがあるということを確認し患者に処方された薬剤を使用することが基本であることを理解して対応しているか確認する。		
		⑫	病棟在庫薬の品目・数量を定期的に見直している。	使用実績や必要性から判断し定期的な見直しを行う。特に安全管理が必要な医薬品については、必要最小限に設定する。在庫数の確認を定期的に行っていることを評価する。		
		⑬	薬剤師は薬歴管理を行いその情報を関係職種と共有している。	薬歴管理は薬剤師が行い他の職種と共有すること、情報は一元化されてチームで活用できることが望ましい。		
		⑭	薬剤師は疑義照会を徹底している。	単なる懸念の表明ではなく、医師に対して積極的な介入をしているか記録等で確認し、評価する。		
		⑮	薬剤部や病棟の薬剤保管については、取り違いを防止する工夫を行っている。	取り違い防止のための工夫（表示の工夫や5Sの実施）や採用の一部変更等を行っている。		
		⑯	中心静脈栄養（IVH）や抗がん剤は、クリーンベンチなど、より清潔度の高い場所での調整を行っている。			
		⑰	アナフィラキシーはあらゆる薬剤で発症の可能性があることを認識し、特に注意が必要な薬剤投与時はベッドサイドで観察する手順があり実施している。			
		⑱	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。			
		⑲	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。			
		⑲	注射薬の準備は1患者1トレイを遵守している。			
		⑲	注射薬準備時は3回以上確認を遵守している。（薬剤を所定の場所から取り出す時、アンプル等をカットする前、注射器に吸い上げるとき、廃棄する時）			
		⑲	注射準備の環境を整備している（準備台の整理整頓、中断作業の回避等）。			
		⑲	患者が持参した薬剤の取扱いを明文化している。	持参薬の鑑別と管理全般に薬剤師が関わっていることを評価する。		
		⑲	観血的医療行為に伴い、院内の休業手順に沿ってチームで取り組んでいる。	PFMの活用等休業の仕組みが確立し、職員が周知していることを評価する。		○日本医療機能評価機構医療安全情報No.149 2019年4月薬剤の中止の遅れによる手術・検査の延期
		⑲	休業の必要がある場合は、患者に必要性やリスクが説明され、説明内容を記録している。			

大項目	中項目	小項目	チェック項目	評価の視点	評価	【参考文献】 ○日本医療機能評価機構 ●WHO △医療事故支援センター資料 ▲共同行動 ◇PMDA ◆ガイドライン等 □厚労通知 ※その他
8			感染対策について			●WHO手指衛生ガイドライン
	1)		標準予防策について			
		①	職員の個人防護具の取り扱いが適切であるか確認している。	教育の実施と実際を確認している。		
	2)		手指衛生について			
		①	職員が適切なタイミングで手指衛生をしていることを確認している。	教育の実施と実際を確認している。		●WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care]
		②	擦式アルコール製剤の使用を推奨している。	WHO（世界保健機関）は手指衛生ガイドラインを発表し、医療関連感染の予防にアルコールによる手指衛生を強く推奨している。		
	3)		職業感染予防について			
		①	使用済の鋭利な機材は使用后直ちに専用廃棄容器に廃棄している			
		②	職員の針刺し防止予防策として、安全装置付きの機材を導入している。	安全装置付きの翼状針、採血ホルダー、静脈留置針、血液ガス装置、クローズド輸液システムを導入している		
9			輸血管理について			◆輸血療法の実施に関する指針、血液製剤の使用指針に基づいて、輸血等が安全に行われている
		①	輸血・血液製剤・特定生物由来製品を使用する場合、患者又は家族に説明している。	必要性和リスクが説明され、同意を得ている。		
		②	誤認防止を考慮した業務手順を定めて実施している。	輸血時は1患者ごとに払い出す等、払出から投与までの間の手順で取り違えリスクがないか確認する。		
		③	受け渡し時、輸血準備時、輸血実施時、患者、血液型、血液製造番号、有効期限、交差試験の検査結果、放射線照射の有無等について確認している。	バーコード機能の活用状況を確認する。		
		④	緊急輸血について、時間内・時間外・休日でも対応できるような体制を整備している。	救急患者や緊急時の輸血手順や輸血部の体制を確認する。		
		⑤	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、患者向けに提示している。	ホームページ等で、病院の方針が患者にわかるようになっているか確認する。		
10			医療機器について			▲医療安全全国共同行動目標5 医療機器の安全な操作と管理（b）人工呼吸器の安全管理
	1)		人工呼吸器等について			
		①	人工呼吸器使用時は作動状況をチェックし、記録している。	開始や設定変更時は特に慎重な観察がされているか確認する。		
		②	アラームが鳴った場合は、スタッフが速やかに対応できる体制で使用している。	患者に応じた設定、対応方法をとっているか確認する。アラーム音は消音されていない。		
		③	人工呼吸器等生命維持に必要な不可欠な機器等使用時は、停電に備えた対策を実施している。			
	2)		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			▲医療安全全国共同行動目標5 医療機器の安全な操作と管理（a）輸液ポンプ・シリンジポンプの安全管理 ◇PMDA医療安全情報「輸液ポンプの流量設定時の注意について」（No.21 2011年1月）安全使用のために注意するポイント参照。 ◆ガイドライン等「一般病棟における心電図モニターの安全使用確認ガイド～アラームに敏感でいられる環境をつくるために～」（日本看護協会 医療看護安全情報）参照。
		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	ポンプ類使用時は作動状況をチェックし、記録している。	開始や設定変更時は特に慎重な観察がされているか確認する。		
	3)		生体監視モニターについて			○生体情報モニターのアラームに関連する医療事故防止について2015年3月26日公益財団法人日本医療機能評価機構認定病院患者安全推進協議会検査・処置・手術安全部会
		①	モニター装着基準、アラーム設定基準を定めている。	医師・看護師で患者のモニター装着の必要性や状態にあったアラーム管理がされることで、漫然と装着することによる無駄鳴りを防止する体制につながる。		
		②	セントラルモニターに生体情報が届いているか、アラームが病棟内スタッフが聞こえる音量になっているか、時刻が正しいか等を確認し、記録を残している。	アラームがどこにいても聞こえるか（音量は消音、小さくないか等を含む。）等を業務開始時に確認し、記録を残している。		
		③	「無駄鳴り」の低減に向けた取組を行っている。	アラームの鳴りすぎは、アラームへの重要性の認識が低下する危険がある。取り組みは職員への教育（モニター装着の必要性、アラーム設定、機器操作方法、電極の管理などについて）に効果的である。		
11			緊急時の対応について			
	1)		救急時迅速対応について			
		①	非常用カートはいつでも使用できるようになっている。			
		②	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。（平日、休日、夜間のコール方法も明確になっている。）	特に休日、夜間も招集システムが実効性があるものになっているか確認する。		
		③	RRS（Rapid Respons System）、院内迅速対応チームRRT（Rapid Response Team）を設置している。	患者急変前に臨床症状の異常を察知し、専門チームが対応することで死亡率の低減を目指す仕組みがとられているか評価する。		▲医療安全全国共同行動目標6：急変時の迅速対応。
		④	全職員を対象に一次救命処置の教育・訓練を行っている。			
	2)		アナフィラキシーショック対応について			
		①	アナフィラキシーショック発生時には速やかに対応できる体制が整備されている。	対応について職員が理解しており、発生時は速やかに対応がなされる体制となっているか確認する。		
	3)		大量出血時の対応について			
		①	手術、分娩等の大量出血時の対応を想定したルールを作成し、周知し、実施している。	対応について職員が理解しており、発生時は速やかに対応がなされる体制となっているか確認する。		
	4)		採血時の末梢神経損傷対応について			◆ガイドライン等アナフィラキシー ガイドライン2014版日本アレルギー学会 Anaphylaxis 対策特別委員会 △医療事故の再発防止に向けた提言 第3号 注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析（2018年1月）
		①	「採血時の末梢神経損傷対応マニュアル」があり、発生時はマニュアルに沿った対応を行っている。	対応について職員が理解しており、発生時は速やかに対応がなされる体制となっているか確認する。		
	5)		抗がん剤血管外漏出時の対応について			◆危機的出血への対応ガイドライン ◆産科危機的出血への対応指針 2017
		①	「抗がん剤血管外漏出時の対応マニュアル」があり、発生時はマニュアルに沿った対応を行っている。	対応について職員が理解しており、発生時は速やかに対応がなされる体制となっているか確認する。		
	6)		自殺防止			
		①	病室（患者が出入りする場所）の窓は簡単に開かないよう工夫している。			
		②	入院時の刃物の持ち込みについて規定を定めている。			

大項目	中項目	小項目	チェック項目	評価の視点	評価	【参考文献】 ○日本医療機能評価機構 ●WHO △医療事故支援センター資料 ▲共同行動 ◇PMDA ◆ガイドライン等 □厚労通知 ※その他
	7)		無断離院			
		①	発生時の対応手順を作成、周知している。			○提言 院内自殺の予防と事後対応 2018年8月28日 公益財団法人日本医療機能評価機構
		②	患者の所在確認は手順を決めて実施している。			認定病院患者安全推進協議会 院内自殺の予防と事後対応に関する検討会
	8)		不審者対応			
		①	院内で不案内者（面会礼をしていない人）等に声を掛けることが定着している。	こんにちは、どちらに行かれますか？と声をかけることは声掛けによっていつも見られている印象を与え接遇だけでなく経費もかからず、安全面からも重要である。		
		②	時間外・休日の院内への入退者の管理を行っている。	病院出入口の施錠時間、夜間・休日の出入り等に関する取り決めを明確にし、実施している。監視カメラの設置、警備担当者の配置、警備担当者への緊急連絡方法の確立、院内巡視、出入口の制限、来訪者の把握等にも留意する必要がある。		
	9)		院内暴力			
		①	患者・家族等に対し、院内暴力への取組方針を明確に表示している。	院内暴力対策の基本は、暴力は許さないという病院の姿勢であり、万一暴力を受けても、その影響を低減して職員が安心して働くことができる組織風土作りが必要である。		□「医療機関における安全管理体制について（院内で発生する乳児連れ去りや盗難等の被害及び職員への暴力被害への取り組みに関して）」（平成18年9月25日付け厚生労働省医政局総務課長通知医政総発第0925001号）参照。
		②	患者等からの迷惑行為（暴言・暴力等）があった場合の対応マニュアルがあり、発生時はマニュアルに沿った対応を行っている。	暴力発生時及び事後処理の対応に関するマニュアルを整備し、いつでも対応できるよう職員に周知している必要がある。外来患者や病院来訪者に向けた病院の方針の明確化、警察への通報・法的対処も辞さないという姿勢、再発防止に向けた具体策、相談できる窓口の設置等適切に活用できる対応内容が必要である。		□「医療現場における暴言・暴力等のハラスメント対策について（情報提供）」（平成31年2月28日付け医政総発0228第1号） □「医療従事者の勤務環境の改善について」 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/quality/1-4_1 ．医療現場における暴力・ハラスメント対策」
12			安全に配慮した施設・設備管理について			
		①	車椅子、ストレッチャー等は使用前点検、定期点検を行い、安全使用に努めている。			
		②	トイレ、浴室はナースコールや緊急呼び出しブザーを適切な位置に設置している。			
13			その他			
	1)		MRI検査に関する事故防止			
		①	MR I 検査に従事する職員、関わる職員に対し安全管理に関する教育訓練を実施している。	検査の特性とリスクの理解を目的に実施しているか確認する。		
		②	磁性体（金属製品）等の持込防止に関して、検査前にチェックするシステムが構築されている。	検査に際し、カルテからの情報収集を行うとともに除去が必要な装着物が医療者、患者に示され除去できる仕組みがあるか等確認する。		
		③	磁性体等の持込防止に関して、患者が申し出ることができない場合の確認方法が定められている。			
	2)		画像診断・病理診断結果の適切な管理について			
		①	主治医が画像診断や病理診断について、結果を患者に説明し記録している。	検査をオーダーした医師が検査結果を要約して記録し、患者に説明することは医師の診療記録記載上の基本である。		□「画像診断報告書等の確認不足に関する医療安全対策について」（平成30年6月14日付け厚生労働省医政局総務課医療安全推進室事務連絡） □報告書管理体制加算
		②	組織的に画像診断レポートの確認漏れ対策に取り組んでいる。	（加算の取得に関わらず回答）報告書管理体制加算を取得している場合は、報告書確認管理者の配置、報告書確認対策チームの設置、報告書管理の実施状況の評価、業務改善計画書の作成、院内研修、カンファレンス等の業務を実施している。		◇PMDA 医療安全情報「MR I 検査時の注意について（その2）」（No.26 2011年9月）安全使用のために注意するポイント参照
		③	組織的に病理診断レポートの確認漏れ対策に取り組んでいる。			
	3)		診療情報管理体制について			
		①	診療録の管理体制を確保している。	（加算の取得に関わらず回答）400床以上の病院は専任の医療情報システム安全管理責任者を配置し、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティ研修を実施している非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保している。		□診療録管理体制加算