

平成15年度

医療事故防止のための相互チェック

報告書

平成16年3月

国立大学医学部附属病院長会議常置委員会

# 目 次

．はじめに	1
．平成15年度相互チェックの実施方法	2
．平成15年度相互チェック項目	4
．平成15年度医療事故防止のための相互チェック調査結果	
相互チェック項目について	
1. 医療安全管理体制の整備・改善の効果	6
2. 診療記録の管理及び内容	9
3. 医療事故が発生した場合の対応	13
4. 早急に改善が望まれる項目	15
自己チェック項目について	
1. 安全管理に関する総合的な体制整備	18
2. 医療そのものの改善を通じた安全性の向上	19
3. 患者の参加等を通じた安全性の向上	20
4. 医薬品・医療材料・医療機器の管理・取扱い	20
5. 手術・手術室における基本的安全管理体制	22
6. 検査について	22
7. 医療情報の積極的活用	23
8. 相互チェック改善状況	23
改善に向けての取り組みについて	24
．参考となる報告例	
1．医療安全管理体制の整備・改善の効果	25
2．診療記録の管理及び内容	26
3．医療事故が発生した場合の対応	26
4．教育・研修の充実	26
5．医薬品・医療材料・医療機器の管理・取扱い	27
6．医療情報の積極的活用	28
7．患者相談窓口	28
8．その他	28

## 資 料

### 相互チェック調査結果（データ集計）

1．医療安全管理体制の整備・改善の効果	29
2．診療記録の管理及び内容	32
3．医療事故が発生した場合の対応	41
4．早急に改善が望まれる項目	43

### 自己チェック調査結果（データ集計）

1．安全管理に関する総合的な体制整備	45
2．医療そのものの改善を通じた安全性の向上	51
3．患者の参加等を通じた安全性の向上	57
（4．は欠番）	
5．医薬品・医療材料・医療機器の管理・取扱い	62
6．手術・手術室における基本的安全管理体制	84
7．検査について	98
8．医療情報の積極的活用	101
9．相互チェック改善状況	106

平成15年度相互チェック実施状況	107
------------------	-----

相互チェックシート（平成15年度版）	108
--------------------	-----

自己チェックシート（平成15年度版）	138
--------------------	-----

## I . はじめに

平成 13 年 6 月にまとめられた「医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて（提言）」の趣旨に基づき，全国統一のチェック項目での相互チェックも今年度で 3 年目を迎えることとなった。この間にも大学病院における医療事故が伝えられており，医療の安全に対する社会の関心や要求が益々高まってきている。

また，平成 16 年度からは国立大学の法人化や卒後臨床研修の必修化等，国立大学病院を取り巻く状況も大きく変わろうとしている。このような中で医療安全管理体制の充実は益々重要となっており，各国立大学病院においては，その体制整備により一層の取り組みが求められている。

この相互チェックにおいても，今年度は調査方法を再検討し，他のブロックを訪問し調査することや，調査項目を絞ってより詳細な調査をすることとした。各国立大学病院で調査にあたった方々には，今まで以上のご苦勞をおかけすることとなったが，全ての調査が終了し，本報告書をまとめることができた。改めて感謝を申し上げる次第である。

この報告書が，法人化後の国立大学病院における医療事故防止のための安全管理体制の整備の一助となることを心より願っている。

医療安全管理体制問題小委員会委員長  
東京大学医学部附属病院長

永 井 良 三

## 11. 平成 15 年度相互チェックの実施方法

平成 12 年度から始まった「医療事故防止のための相互チェック」(以下、「相互チェック」という。)も平成 15 年度で 4 年目を迎えることとなった。特に平成 13 年度からは「医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて(提言)」の趣旨に基づいて、全国統一のチェック項目で実施されている。

この相互チェックは国立大学病院間で相互に乗り入れて調査・提言を行うものであり、これまでは各ブロック内で実施され、各病院のシステムチェックや職員の意識改革に多大の成果を上げてきた。

しかし、実施にあたっていくつかの問題点が指摘された。まず、各国立大学病院で多額の旅費を負担しなければならないことである。相互チェックは原則として 2 大学が 1 大学を訪問し実施してきた。また、チェック項目は 500 を超える膨大な量であるだけでなく、多岐に亘っているため、多職種の者が大勢で訪問することとなり、地区によっては地理的な理由で旅費が高額になってしまいうところもあった。さらに、同地区内のチェックを 3 年間行ったため、組み合わせが重複するところも出てきた。

このような状況を踏まえ、平成 15 年度については、平成 14 年度の評価においてさらに調査が必要と思われる項目及び新たな項目を設定し、次の項目についてのみ相互のチェックを行うこととし、内容についてはより詳細な調査を行うこととした。

医療安全管理体制の整備・改善の効果  
診療記録の管理及び内容  
医療事故が発生した場合の対応  
早急に改善が望まれる項目

上記以外の従来からのチェック項目については、各国立大学病院で自己チェックを行い、データを集計し取りまとめることとした。

また、実施方法については、他のブロックの大学を訪問することとし、1 大学での訪問調査で行うことも可として、さらに人数もより実務的なチェックを行うためゼネラルリスクマネージャーを中心とした少人数で行い、小規模に実施できるようにした。

この他、昨年度は各地区での取りまとめを行い、報告書に掲載したが、実施方法を変更したこともあり、平成 15 年度は全体のとりまとめだけを行うこととした。

上記のような実施方法により，平成 15 年 10 月 15 日から 12 月 5 日の間にかけて全ての国立大学病院において，相互チェックが実施されている。改めて各国立大学病院とその職員のご尽力に敬意を表したい。

### III . 平成 15 年度チェック項目

#### 相互チェック項目

- 1 . 医療安全管理体制の整備・改善の効果
  - 1) **安全管理指針（医療法施行規則第 11 条第 1 号）について**
  - 2) 事故やインシデントの報告制度と改善の実施
- 2 . 診療記録の管理及び内容
  - 1) 診療記録の記載等
  - 2) 診療記録の形態
  - 3) 診療記録管理委員会
  - 4) 診療録の管理
  - 5) 診療記録の運用
  - 6) 記録に関する教育
- 3 . **医療事故が発生した場合の対応**
  - 1) **院内の報告体制**
  - 2) **事故調査委員会**
  - 3) **行政機関への報告**
- 4 . 早急に完全が望まれる項目
  - 1) 教育・研修の充実
  - 2) 輸液の準備
  - 3) 医薬品の処方・管理

#### 自己チェック項目

- 1 . 安全管理に関する総合的な体制整備
  - 1) 院内の組織体制の整備
  - 2) 事故やインシデントの報告制度と改善の実施
  - 3) 職員に対する教育・研修の充実
- 2 . 医療そのものの改善を通じた安全性の向上
  - 1) 患者の受持ち体制の再構築
  - 2) 研修医の指導体制の充実
  - 3) 研修医の実質勤務時間調査と健康維持体制
  - 4) 夜間の診療体制について
- 3 . 患者の参加等を通じた安全性の向上
  - 1) 新しい患者・医療従事者関係の構築
  - 2) クリティカルパスの導入と情報の共有
  - 3) インフォームド・コンセント

- 4 . - 相互チェック項目のため欠番 -
- 5 . 医薬品・医療材料・医療機器の管理・取扱い
  - 1) 輸液について
  - 2) 輸血について
  - 3) 薬品について
  - 4) 医療機器の管理・運用
- 6 . 手術・手術室における基本的安全管理体制
  - 1) 患者移送に伴う事故防止
  - 2) 体位，圧迫による神経・皮膚障害防止
  - 3) 異物（ガーゼ・器具）遺残防止
  - 4) 薬品管理
  - 5) 医用ガス・電気・空調の管理
  - 6) 洗浄，滅菌
  - 7) ME 機器の取扱い
  - 8) 学生，研修医の教育，実習
  - 9) 納入業者，外注業者への対応，指導体制
  - 10) 事故防止管理体制
- 7 . 検査について
  - 1) 検査オーダーの際
  - 2) 検査実施の際
  - 3) 検査室において
  - 4) 検査結果の判読の際
  - 5) 全体の管理面
- 8 . 医療情報の積極的活用
  - 1) 事故防止のための情報システムの基本的なあり方
  - 2) 情報入力責任の明確化とシステム管理情報の重要性
  - 3) 情報システムのコミュニケーション機能
  - 4) バーコードシステム
  - 5) 検査異常結果の見逃し防止
  - 6) インシデントレポート
  - 7) 病院内における推進体制の構築
- 9 . 相互チェック改善状況
  - 1) 平成 13 年度相互チェック改善状況
  - 2) 平成 14 年度相互チェック改善状況

**太字は今年度の新規項目である。**



## ・平成 15 年度医療事故防止のための相互チェック調査結果

### 相互チェック項目について

#### 1. 医療安全管理体制の整備・改善の効果

##### 1) 安全管理指針（医療法施行規則第 11 条第 1 号）について

平成 13 年 5 月に厚生労働省に設置された「医療安全対策検討会議」において、医療安全対策の目指すべき方向性や緊急に取り組まれるべき課題について検討された結果、平成 14 年 4 月に「医療安全推進総合対策」が取りまとめられた。その中で医療機関における安全対策は全ての医療機関において緊急に取り組まれるべき最も重要な課題であり、医療機関においては、管理者の指導の下で、医療安全のための組織的な管理業務が確実に行われるよう取り組むことが必要であると指摘された。

このような指摘を踏まえ平成 14 年 8 月 30 日に医療法施行規則が改正され、医療機関における安全の確保のための体制整備等に関する事項が定められることとなり、医療に係る安全管理のための委員会において策定された「医療に係る安全管理のための指針（以下「安全管理指針」という）」の整備が義務付けられた。

本項目は、各国立大学病院での安全管理指針の整備状況について調査したものである。調査結果では 41 大学において既に整備済みであり、残りの 1 大学についても、医療事故防止対策マニュアルの中で同様の趣旨を明示しており今後整備されるとされていることから、問題はないと考えられる。しかし、指針の中に「患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針が記載されている。（問 ）」に対して、6 大学が「いない」とされている。これらの大学病院でも決して閲覧を拒むものではなく、基本的に公開する方針であるとのことだが、明確に文書化する必要があり、早急に整備しなければならない。

また、「安全管理指針の考え方、組織規約、報告制度、マニュアル、事故発生時の対応等について。（問 ）」で、職員への周知状況を把握しているとされた大学は 27 大学であった。これらの大学病院では、概ねアンケート調査、院内相互チェックでの確認、安全管理室のラウンド、研修での確認により周知状況が把握されていた。中には「医療事故防止・医療スタッフマニュアル（携帯版）を全職員が携帯しており、インシデントが起きた場合は、マニュアルに基づき必ず検証している。」という取り組みがされている大学病院もあった。

残りの大学では、「医師の異動が多いため、どの程度周知できているか

十分把握できていない。」、「診療に携わる医師の出入が激しい。またリスクマネージャーと位置付けられている医長の異動が短期間で行われる診療科があり、伝達されていないことがある。」等医師に対しての周知が不十分との報告が見られる。その他、「中途採用者に対する周知は不十分である。」、「各部署のリスクマネージャー（看護師長・病棟医長・外来医長・コ・メディカル責任者等）には徹底できているが、末端の職員まで徹底されているかの確認がされていない。」との指摘がされている。リスクマネージャーだけでなく、医療現場で働く職員全員への周知について、検討していただきたい。

## 2) 事故やインシデントの報告制度と改善の実施

「医療事故とインシデントの報告が徹底されている。(問 )」で「いない」とされた大学は昨年度同様に無いが、その一方で「いる」とされた大学が 28 大学であり、8 大学減少している。「その他」の 14 大学では医師からの報告が不十分との指摘が目立っており、「医師からの報告数は、適正な数と言える。(問 )」でも「言える」とされた大学が 3 大学（前年比：-5）と減少したのに対し、「言えない」とされた大学は 21 大学（前年比：+10）に増加している。「医療事故、合併症と不可抗力等との境界についての認識が個々人で大きな差異がある。また、ミスを犯したことに對して始末書的な感覚で捉えている傾向がある。レポートが再発防止策策定のために役立っていることを周知する必要がある。」との指摘もある。また、医師からの報告については、患者影響レベルの高い事例などは報告されるものの、インシデントの報告が少ない傾向が伺え、「医師のみが関与していた場合、報告がないために事象の分析が行えず、改善を必要とする場合には問題である。」という指摘がある。何が問題なのかを把握することが、安全管理体制の構築の第一歩であり、改めてインシデントの報告についての啓蒙を図る必要がある。特に医師については、前述の安全管理指針での調査結果でも「医師の異動が多いため、どの程度周知できているか十分把握できていない。」と指摘されており、中途採用者も含め、繰り返し研修等により周知することが必要であろう。

「報告の分析は効率的に行われている。(問 )」では、「いる」とされた大学は 27 大学（前年比：+11）と大幅に改善されてきている。これらの大学病院では、SHEL 方式や 4M - 4E マトリックス表による分析方法等を取り入れており、「インシデントレポートシステムの分析支援ツールによる量的分析及びサマリデータベース登録時の一次分析と類似事例の抽出・比較による直接原因と背後因子の分析、重要事例での mSHELL 等に

よる分析、期間毎の量的・質的变化の分析」や「発生事例により、チャートレビュー、4M4E、Root Cause Analysisなどの分析法をその事例に相応しい方法で分析している。多人数が関わった事例はイベントレビューをしている。インシデントの中で必要と判断したものは二次報告書を提出してもらっている。」というような取り組みの報告もあった。

「報告の分析・検討結果の現場へのフィードバックの方法(問 )」について、38 大学が報告者や当事者からヒアリングを行っていると言われ、残りの大学でも必要に応じ各部署のリスクマネージャー等からのヒアリングを実施し、分析に必要な情報収集を十分行っている。また、現場への分析結果のフィードバックの際には、全ての大学病院において原因や解決法さらに守るべきルールを提示し、さらに守るべきルールを周知する際には、その根拠を併せて示している。しかし、「改善されたシステム等について迅速に周知できている。(問 d)」では「いる」とされた大学が 32 大学と僅かではあるが前年度より後退している。その一方で「これらの情報提供をスタッフ全員に渡らせる方策を講じている。(問 e)」大学は 40 大学となっている。多くの大学ではリスクマネージャー会議等を通じて各部署のリスクマネージャーへ周知するシステムを構築しているようであるが、その情報が当該部署の全職員へ周知されていないことがあるようである。全ての医療従事者へ確実に情報が伝わるような方策を検討する必要がある。

分析の結果により改善策を講じ周知徹底したとしても、それが確実に実行されているかの検証を行わなければならない。このことについては、概ね全ての大学でゼネラルリスクマネージャーや各部署のリスクマネージャーによって、実際の現場に出向いてのチェックが行われている。チェックを行う者についても、ゼネラルリスクマネージャー等が実施できない場合は病棟医長、外来医長等によりチェックされており、十分な検証が行われている。しかし、「第三者によるチェック機構を構築している。(問 c)」では「いない」とされた 21 大学(前年比: -7)と減少しているものの、「いる」とされた大学は 10 大学と前年と同数である。ただ、「その他」とされた大学での状況を見ると、重大な事例が発生した場合は、外部の者からの意見を聞くこととしていたり、また、院内において他部署からの評価を受けるような取り組みを実施しているが伺え、多くの大学で何らかのチェックを受けるようなシステムを構築しつつある。

## 2. 診療記録の管理及び内容

### 1) 診療記録の記載等

診療記録の記載について、「インフォームドコンセントの記載が詳しく書かれている。(問 )」では「いる」とされた大学は 26 大学であり、過去 3 年間で最も低くなっている。「記載内容が不十分であり、5W1H が欠落しているものが多い。」「手術、治療の説明の記載のみになっているため、他の治療法についても提示し、選択の余地があるような説明書と改善が必要である。」「インフォームドコンセントについて、医師と看護師で認識の違いがあるのか、看護師が重要と思うことが記載されていないことがある。患者からの質問や発言が書かれていないことがある。」「説明者のサイン及び患者・家族の反応の記載がなかった。」「説明の項目の不足、起こり得る合併症の発生頻度（特に当該病院での発生の頻度）等の記載がない。」という指摘が見られる。記載内容の必要事項としては、次のような項目が考えられ、診療記録への記載とともに各大学病院でインフォームドコンセントの書式を定める等、運用について検討していただきたい。

他の治療法、検査法

何もしない場合の結果

実施する治療法、検査法を選択した理由

危険性についての発生頻度（頻度が低くても死亡の可能性や重篤な障害を与える可能性があるものについては記載）

説明に対する患者の反応

また、関連して、インフォームドコンセントの際の看護師の同席について、「治療や手術の説明時に看護師の同席があり、同席率が 7 割～8 割というのは、大変素晴らしいと思う。特に、看護記録にも説明を受けた時の患者の質問や様子等が記載されており、同席する意義がはっきりと感じられた。」との評価を受けた大学もある。インフォームドコンセントを夕方に行う場合、看護師の勤務体制により同席が困難なこともあるが、看護師の同席を推進するよう努力していただきたい。

「開示に耐える診療記録であるか？(問 )」では、記載の方法について、いくつかの問題が見られる。「読める字で書いてある。(問 c)」では半数の大学でしか「いる」と評価されていない。書き癖等個人差による要因もあるが、このことは将来的に電子カルテの導入が進むことにより改善されるであろうと考えられる。

日本語での記載や略語の使用に関しては、ほとんど改善が見られない状況である。専門的な用語で適当な日本語がないような場合はやむを得

ないと考えられるが、「英語，独語の記載が見られる。手術記録が英語になっており，患者の立場から見てカルテ開示の体制になっていないところが見られる。」，「一部に高度な専門用語や略称があり，コ・メディカルが読むことを前提にしていないものがあった。」との指摘もある。主として日本語で記載するよう，医療従事者への啓蒙に努めていただきたい。また，略語の使用については，効率的に記載するためにも略語の記載はやむを得ないとする意見がある。しかし，「診療科特有の略語を含めて，略語が蔓延している。」，「診療時間を短縮するため，よく使用されているごく狭い専門領域で略語を用いることもある。同一略語が異なる 2 つ以上のものに対応することもある。」との指摘に見られるように，同じ略語でも診療科によって異なる意味を持つような場合は，医療従事者間の情報共有においても支障をきたすことになりかねない。略語の使用を全く無くすることはできないが，略語は誤解や差異が生じないような程度に限り，使用を最小限するように努めるべきである。

「改竄とみられる塗りつぶしや修正液は使用していない。(問 g)」及び「鉛筆で記載されているものはない。(問 h)」ではそれぞれ 39 大学で適正な記載がされている。しかし，このようなことは確実に無いようにしなければならない。鉛筆での記載は，例えば指示等の変更があった場合，容易に修正するために行っていることもあろうが，このような訂正は適正とは言えず，早急に改善する必要がある。

診療記録は実施した医療やその適切性を証明できる重要な手段となるものである。各国立大学病院において記載についての指針を示すことも重要であろう。

## 2) 診療記録の形態

1 患者 1 診療録と中央管理の実施状況について，これらは関連した事項であるが，前年度とほぼ同様である。しかし，実施されていない大学では電子カルテの導入を検討しているところもあり，改善が進むことを期待したい。

POMR による記載についても大きな改善は見られない。取り入れている大学は 18 大学であるが，他の大学においても研修やガイドブックの配布により POMR による記載を推奨しているものの，まだ十分に浸透していないようである。また，SOAP による経過記録の記載については，「いる」とされた大学は 15 大学（前年比：-7）と減少している。これらの事項についての指摘では，いくつか医師記載が不十分であるとの指摘が見られるので，効果的な研修方策等を検討していただきたい。

必要な情報を診療記録に記載しているかについて見てみると、概ね十分な取り組みがされてはいる。しかし、患者の同定、検査や治療の必要性、臨床経過や結果等は必ず記載されなければならないものであり、確実な記載がされるよう、徹底していただきたい。

診療録と看護記録の一体化については、入院中は分けて記載され退院時に一体化している大学や今後電子カルテを導入する際に実施する予定の大学もあり、前年度からの改善はあまり見られない。同時記載をすることにより、医師と看護師間との異なった記載や重複を避けることができる。「診療録と看護記録の一本化がなされており、その記入、記載等についても支障なく実施、運用されている。記載にあたっては、医師は黒のボールペン、看護師は日勤が黒、夜勤帯は赤で記載するなどの工夫がなされている。」と評価された大学もある。

「医師の記載量は必要充分である。(問 )」では23大学が「ある」とされたが、まだ充分とは言えない状況である。前述のPOMR、SAOPによる記載でも医師の記載が不十分との指摘もあるので、適切な指導を行い改善に努めていただきたい。

退院時要約について、記載の期限が定められている大学は33大学であるが、期限が定められていたとしても十分周知されていなかったり、遵守されていないことも見受けられた。また、「退院時要約の記載内容の質は保たれている。(問 )」、「退院時要約から入院中のデータが把握できる(問 )」でも改善の進捗が見られない。「診療科によっては独自の記載方法があり、専門外では把握しにくいものがある。」との指摘もあるが、退院時要約は外来診察医師に入院中の経過を伝え、退院後の診察に必要な情報を与えるものでもあり、退院後の外来診察までに的確に記載する必要がある。

なお、「電子カルテの導入が検討されている。(問 )」では4大学が「その他」とされているが、これらの大学では既に電子カルテ化が始まっているところや今後導入に向け検討を始めるとしている大学であり、全ての大学で電子カルテ化に向けた何らかの取り組みが行われている。

### 3) 診療記録管理委員会

診療記録管理規定について、30大学で「ある」とされていながら、医療従事者全員が周知しているとされた大学は14大学であり、半数にも満たない。この傾向は3年間変わっていない。「周知は不十分である。そのため診療録の返却率は悪く、貸し出しできない日に貸し出しを要求する場合がある。」という指摘もあり、周知徹底に努めていただきたい。特に

異動の多い医師に対しての周知が不十分なることが考えられるので、繰り返し周知する等により徹底してもらいたい。

#### 4) 診療録の管理

診療録の保存年限について、永久保存となっている大学は23大学である。この他の大学では、5年から20年の保存期間とされているようであるが、収納スペースの確保が困難な大学もあり、外部に倉庫を借りて保存している大学もある。仮に医療事故の民事責任を問われた場合に、民法709条による損害賠償請求権は不法行為から20年とされており、診療録は実施した医療やその適切性を証明するものであるため、再考をお願いしたい。

診療録の監査について、一次監査の実施は徐々にではあるが、改善されている傾向にある。しかし、「診療情報管理士や診療録委員により退院診療録に対して二次監査が行われている。(問 a)」大学の状況は昨年度と変わっていない。診療情報管理士がいない等人員の問題から実施できていない大学が多くあり、直ちに改善することは難しいことと思われるが、早い時期に実施できるよう引き続き検討願いたい。

#### 5) 診療録の運用

疾病名のICD10等による管理は昨年度の28大学から大幅に改善され、全ての大学で実施されている。医療行為のICD9CM等による管理やSNOMED等による病理の分類も、まだ実施大学は少ないものの改善傾向が見られる。これらの方法により管理・分類がされていない大学では独自のコードによる管理・分類が行われているところも多い。

このため、データの検索・統計についての対応状況は概ね良好であることが見受けられる。

#### 6) 記録に関する教育

診療録に関する卒然教育や卒後教育は各大学病院で確実に実施されるようになってきている。また、新規採用者に対するオリエンテーションも41大学で確実に実施されており、残りの1大学についても、研修医、医員の採用時のオリエンテーションの中で一部項目について実施されており、各大学病院の意識の高さが伺える。

### 3. 医療事故が発生した場合の対応

#### 1) 院内の報告体制

平成 14 年 10 月 31 日から 11 月 1 日にかけて開催された国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会において医療事故の定義について検討がなされた。それまでは統一された定義がなかったが、この協議会において『インシデントのうち、「医療側に過失があり」、「患者様に一定程度以上の障害（資料「影響度分類」の 3b 以上）があり」、「と因果関係があるものを「医療事故」とする。』と定義された。

#### 資料

##### 影響度分類

レベル	障害の継続性	障害の程度	
レベル 0	-		エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった
レベル 1	なし		患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）
レベル 2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）
レベル 3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）
レベル 3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）
レベル 4a	永続的	軽度～中等度	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は伴わない
レベル 4b	永続的	中等度～高度	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う
レベル 5	死亡		死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）
その他			

この定義の周知状況について調査したところ、33 大学で徹底されていることが伺え、他の大学でもマニュアルの配布やオリエンテーション等での周知を図っている。各国立大学病院においては、安全管理のための



マニュアルを作成し、インシデントの報告体制とともに周知を図っていると思われるが、それと併せた周知方法も検討していただきたい。

医療事故が発生した場合には、病院全体の組織としての判断や対応が必要であり、そのためには正確な情報が速やかに報告される体制が必要である。このことについては、全ての大学で夜間・休日の報告ルートも含め病院長への報告ルートが確定されており、体制の整備が図られている。また、報告に要する時間を見ると当日中に報告される体制となっており、組織としての迅速に対応できるような体制となっている。

## 2) 事故調査委員会

医療事故が発生した場合、事故原因の調査分析と再発防止策を検討するために速やかに事故調査委員会が設置される必要がある。38 大学で速やかに設置される体制となっており、他の大学は医療事故を経験していないところや委員会の規程が未整備の大学である。事故調査委員会の設置に関しては十分な体制がとられているが、外部委員の参画については「いる」とされた大学は22 大学である。ただし、この他の大学では事例により外部委員の参画を判断する体制をとっているが、未だそのような委員会を開催するような事例が発生していないといった大学もあり、外部の視点を導入することの必要性は認識されている。

なお、「調査委員会の報告書は、診療記録や看護記録等に裏付けられている。(問 )」では37 大学が「いる」とされている。正確な情報の収集は原因分析のために必要であり、平成 14 年 8 月 30 日の医療法施行規則の改正に伴い、厚生労働省から各都道府県知事あてに出された通知にも、「事故の場合にあつての報告は診療録や看護記録等に基づき作成すること。」とされているので、徹底していただきたい。また、医療従事者にあつては、医療上の処置について正確な記録を残すことは当然のことであるが、患者・家族への説明や対応についても正確な記録を残すことが重要である。

## 3) 行政機関への報告

行政機関への報告体制については良く整備されている。夜間・休日の報告体制では行政機関側の受理体制が不明確なところもあるが、概ね整備されている。

#### 4. 早急に完全が望まれる項目

平成 13 年度及び平成 14 年度の報告書において、まだ十分整備されておらず、改善への取り組みを早急に行う必要があると思われる項目について、その事項の難易度をも考慮しつつ改善目標を掲げた。

ここでは、それらの項目での改善状況について調査した。

##### 1) 教育・研修の充実

中途採用者や異動の激しい医師等に対する安全管理教育については、僅かながら改善傾向にあるものの、実施されているとされた大学は 9 大学だけである。適切な安全管理教育が行われぬ理由として、定期的に研修を実施しても受講率が低い、3~4 ヶ月毎に医師が交代するので難しいということが挙げられ、「中途採用者は即戦力として、すぐ業務に入るため講習会には参加しにくい状況にある。」という指摘も見られる。また、各部署毎の研修を行っている大学も多いが、実施状況を把握できていなかったり、統一した内容で実施されていないという状況もある。各部署において研修を実施する場合でも、当該部署のリスクマネージャーから病院として統一された内容の研修を実施し、そのうえで定期的に全体研修を実施する等、病院全体の安全管理のシステムについて、適切な教育が行われるよう方策を検討していただきたい。

なお、「現場のリスクマネージャーの責任において教育するよう指導しているが、医師の場合、リスクマネージャー自身の異動が多いため教育が徹底していない。」という指摘もあるので、リスクマネージャーに対する研修も十分に行う必要がある。しかし、「リスクマネージャーとしての安全管理専門家育成の研修を行っている。(問 )」では、「いない」とされた大学は大幅に減少しているものの、「いる」とされた大学は未だ半数に満たない。各大学病院ではリスクマネージャー会議を開催し、安全管理の方策の周知等に努めているが、それだけでなくリスクマネージャーが所属部署において安全管理対策の指導的役割を担えるような教育体制を検討していただきたい。

研修医や医学実習生の指導者とコ・メディカルの実習生の指導者を対象とした研修の実施状況を見ると、平成 15 年度においては、どちらもほぼ同様の実施状況であるが、コ・メディカルの実習生に対する研修は改善が進んできている。未だ実施されていない大学病院では「年度計画として実施されている全職員を対象とした各種研修の中で、個別の問題も含めた研修を実施している。」ところや、各部署で研修を行っているようである。特に研修医については、平成 16 年度から卒後臨床研修必修化が実

施されるが、その中では指導医の要件や教育能力の開発が重要である。このことに関して、本常置委員会では平成16年2月に「研修医に対する安全管理体制について（問題点及びその改善策）」を取りまとめた。この中で指導医の要件等について触れているので、ここに再掲したい。

指導医の要件等については、厚生労働省が指定基準の中で示しているが、各国立大学病院においても明確に定める必要がある。その際、リスクマネジメント研修の受講を指導医の要件とするなど医療安全に関する内容や、倫理についての研修の受講も指導医の要件とするべきである。特に、研修医の指導に対して本来責任を負えない立場の大学院生や研究生を指導医としないようにするべきである。また、年度の途中に採用された医師（特に指導医）に対する院内の医療安全管理体制、病棟業務のルールなどの教育を採用時に義務づけることが必要である。

また、研修医の指導に必要な時間を十分に確保できるよう、指導医の業務分担への配慮や、指導医に対する適正な評価を行うことも必要である。

## 2) 輸液の準備

「輸液製剤を準備した者の名前を指示書などに記録している。（問）」では、大幅に改善が進んでおり29大学（前年比：+18）が「いる」とされた。一方で「実施されるまで、空アンプルを保存している。（問）」では実施状況は殆ど変わっていない。しかし、空アンプルの保存は準備の際の確実な確認の一方法であり、事実他の大学では「実施する者が準備するが、準備する時にダブルチェックをしているので、二人で確認して空アンプルを捨てている。」「ミキシング時にダブルチェックできない場合、特に外来などでは空アンプルを保存している。原則はミキシング直前にダブルチェックし、ミキシング後はミキシング者が確認の上、廃棄してよいとしており、空アンプルを保存するルールにはしていない。」「麻薬、抗癌剤、毒劇物などの管理上重要な薬剤は保管している。」というような取り組みをしている。このようにダブルチェックを徹底することにより、取り違い等の防止に十分な対策が取られていると考えられる。

## 3) 医薬品の処方・管理

「安全管理のため、夜間・休日の処方せん枚数の減少対策を講じている。（問）」では32大学（前年比：+14）が「いる」とされ、大幅に改善されている。しかし、一方で「通常の処方オーダーが、夜間・休日に提出されていない。（問）」では改善されつつあるものの、20大学が「提

出されている」とされた。「時間内に入力可能な処方内容が入力漏れにて発行されたり，翌日でも調剤可能な処方・注射が時間外にオーダーされることが多い。」，「検査結果の報告が午後であり，カンファレンスも午後に行っている診療科がある。これに基づいた処方変更が時間外に発生し，処方オーダーされている。」というような状況が見られ，「夜間・休日の処方箋枚数と平日時間内の処方箋枚数のデータを示し，薬剤部から診療科へお願いはしているが，徹底されていない。」，「毎年1回程度，診療科毎に夜間・休日の処方オーダー件数を提示しているが，医師の夜間・休日に対する認識が薄く，平日と同じように処方オーダーがある。」という報告もあるように，夜間・休日の処方オーダーを減らす努力をしているが，なかなか徹底されていないようである。しかし，中には「夜間・休日は，原則として1日分の処方払い出しとしたために，通常の処方オーダーはかなり減った。」とする大学もある。時間外に処方された医薬品を調査し，時間外の処方の内容と理由に応じた対応を取るなどにより，さらに改善に取り組んでいただきたい。

また，今回医薬品の返戻についての対応を調査した。返戻を少なくするための方策を講じているとされた大学は28大学であり，「注射薬オーダーについては，定時締切時刻を投薬日前日朝から当日朝に変更するなど，処方変更に対応するためのオーダーリングシステムと運用面を改善したため，注射薬の返品量は減少傾向にある。」との報告もある。指示変更に伴う返戻はやむを得ないとも考えられるが，保管場所に戻す際，ダブルチェックをしている大学は22大学であった。人手不足や返戻が多いという理由が見られるが，医薬品の返戻に対する方策を引き続き検討していただきたい。

## 自己チェック項目について

この項目は、昨年度までは他の国立大学病院によりチェックされていた事項を、各国立大学病院が自己チェックにより評価したものである。このため資料として掲載したグラフは、昨年度までの相互チェックのデータと比較したものである。

### 1. 安全管理に関する総合的な体制整備

#### 1) 院内の組織体制の整備

国立大学病院における安全管理に対する体制整備については、委員会の設置やリスクマネジャーの配置は十分な体制がとられている。ただし、「各部門長は、リスクマネジャーに対し通常業務の軽減など支援措置を講じている。(問 c)」では、改善の状況が見られず、「リスクマネジャーを他の業務が多い医局長が担うことに無理はないか。」との指摘もある。マンパワーの問題もあり、支援措置を講ずることは直ちには困難なこともかもしれないが、リスクマネジャーの職務をどのような者に付加するかについても検討が必要であろう。

安全管理部の設置については、全ての大学病院で配置済みであり、さらに全ての大学病院で GRM とともに併任も含め医師が配置されており、体制整備が充実している。なお、41 大学が事務官（併任を含む）を配置しているが、安全管理部の業務を十分に補佐するためにも事務官の配置は重要と考えられる。

#### 2) 事故やインシデントの報告制度と改善の実施

インシデント等の報告について、各国立大学病院での体制整備は進んでおり、「インシデントレポートの報告方法については、電子化されておりシステム上で適宜開示し現場へのフィードバックがなされていた。また、その際には個人の情報などにも十分な配慮がなされている。」と評価された大学もある。また、報告に対しての分析、検討やフィードバックも十分行われていることが伺える。なお、フィードバック後の検証について「インシデント後の是正が有効かどうかについては、医療安全管理室が月に 1 回、医療現場を実地見聞し判定を行っている。」との報告もあり、適切に行われるようお願いしたい。

#### 3) 職員に対する教育・研修の充実

教育・研修を制度化している大学病院は、昨年度同様 8 割を超えてい

るが、全職員に対して確実に研修が実施される必要があり、未整備の大学病院については、早急に整備していただきたい。また、「教育・研修は、自主参加のみでなく義務化の対象を明確にしている。(問 )」では、明確にしているとされた大学は 29 大学で前年度と同数である。「研修に出席していない部署については、その部署の RM を研修し、RM から自部署での研修結果報告を求めるシステムは研修内容を周知する手段として良いと感じた。」「年度初期に安全管理室の中で医師・看護師・事務官を構成員とする医療安全管理研修実施計画班を作り、年間計画を策定し、実施にあたっては、現場医療従事者の勤務を配慮して、曜日の異なる 3 回のビデオセミナーを追加実施するなど、全員参加に向けた、研修実施状況が見られた。更に、『リスクマネジメントニュース』の医療事故防止セミナー特集号を発行し、参加できなかった職員に次回参加を促すフォローも行うなどしている。また、部署ごとの参加者データを運営会議に報告し診療科等の責任者を通じ、医療安全の研修参加の意識向上を周知している。」「研修への参加率を上げるために、年 1 回以上参加することの目標提示や、参加者へはシールを配付したり、研修前に前回の研修参加状況を提示して今回の研修への参加を意識付けてもらう等戦略的に取組まれている。」というような取り組みをしている大学病院もあり、全員参加への方策を検討していただきたい。

## 2. 医療そのものの改善を通じた安全性の向上

### 1) 患者の受持ち体制の再構築

この項目は昨年度の重点項目であり、13 年度、14 年度ともに医師のマンパワー不足について指摘してきた。今年度の状況を見ると「病院全体として見た場合、教官の勤務状況は診療と研究・教育のバランスを保っている。(問 )」、「医師(研修医を除く)のマンパワーの適正配分を行っている。」で若干の改善は見られるものの、全体として状況は変わっていない。卒後臨床研修の必修化に伴う研修体制の充実により、指導医等の業務配分が変わることも考えられるが、適正な人員配置にも留意していただきたい。

### 2) 研修医の指導体制の充実

### 3) 研修医の実質勤務時間調査と健康維持体制

研修医に対する指導体制を見ると、全体として改善傾向にあることが伺える。また、研修医の勤務体制等については、殆ど変化が見られないが、卒後臨床研修の必修化後は状況が変わってくるものと考えられる。

なお、研修医の指導体制については、平成 16 年 2 月に「研修医に対する安全管理体制について（問題点及びその改善策）」を国立大学病院長への提言として取りまとめた。この提言は、研修医の指導体制について、卒後臨床研修プログラムについて、研修医が単独で行い得る医療行為（特に処方、処置）に関する基準について、医師の指示、カルテの記入方法について、の 4 項目について、問題点及び改善方策を示したものである。この提言を参考としつつ、研修医の安全管理体制の整備、及び教育研修体制の充実に努めていただきたい。

#### 4) 夜間の診療体制について

当直医に関する調査項目を見ると、「当直医の要件は、入院患者の受持ち医であることとされている。（問 ）」、「当直医への引き継ぎが必ず行われている。（問 ）」、「当直医は定時に病棟へ行っている。（問 ）」、「病棟へ当直医を呼びにくいなどの風潮はない。（問 ）」では、全て昨年度より後退した結果となっている。一方、当直明けに長時間の手術や危険性の高い処置を行わないような配慮や、当直回数の適正化ではやや改善されてきているものの、まだ十分とは言えない体制である。これらのことは人員不足に起因することもあるが、引き継ぎ等は確実に実施しなければならず、直ちに改善する必要がある。

### 3 . 患者の参加等を通じた安全性の向上

この項目では、患者への支援、クリティカルパス、インフォームド・コンセント等について調査した。これらの項目は昨年度同様良く実施されており、「調査時点でクリカルパスが 72 例承認されており、平成 15 年 12 月末まで 100 例を承認する計画や 16 回に及ぶクリカルパス大会の開催など、国立大学病院の中でも先駆的な取り組みと評価できる。」とされた大学病院もあった。

### 4 . 医薬品・医療材料・医療機器の管理・取扱い

#### 1) 輸液について

指示を出す際については、全体としては改善傾向にあるが、単位や使用量、使用時刻、投与速度の記載は確実に行わなければならない、速やかに改善していただきたい。また、指示者のサインについて「ある」とした大学は 36 大学で前年と同数であるが、このことについても徹底するようお願いしたい。

## 2) 輸血について

輸血についても全体的に良く実施されている。特に検査技師による 24 時間体制の整備は 36 大学（前年比：+5）で整備されている。しかし、依然として連続 32 時間勤務の問題では、「問題はない」とした大学が 5 大学あるものの、人員の問題もあるためか改善が進んでいない。

## 3) 薬品について

安全管理のため新規採用基準の見直しを検討した大学は 32 大学と大幅に増えており、その際に既採用薬との外観・名称の類似性を検討している大学も増加している。関連して、採用品目数の削減の際に外観・名称類似医薬品や複数規格（含量）ある医薬品、複数剤形のある医薬品を削減した大学も増加している。また、処方オーダーリングシステムで、薬名の 3 文字以上入力を実施している大学も 36 大学（前年比：+10）となっており、処方オーダーの際にミスを防ぐ体制作りが進められている。

入院注射薬の調剤について、薬剤師が注射薬の混合調剤や抗がん剤注射薬の混合調剤を実施している大学は増えてきており、改善が進んでいるが、全ての患者を対象としているところは、まだ少ないのが現状である。院外処方箋を増やすことによりこれらの業務への展開をする等の検討をお願いしたい。

病棟在庫医薬品の管理体制について、抗がん剤を病棟在庫していない大学は 33 大学（前年比：+4）と増えているが、抗がん剤等危険な薬品は薬剤師の処方せんチェックの上、使用されることが望ましいので、さらに改善していただきたい。

## 4) 医療機器の管理・運用

ME センターの設置については 25 大学で設置され、「ME 機器センターに、5 名の臨床工学士が配置され（内 1 名専属）、輸液ポンプ、輸注ポンプ、人工呼吸器等の医療機器の保守点検、修理が行われている。特に年 2 回の定期点検が計画的に実施されている。臨床工学士全員で毎朝ミーティングが行われている。」という取り組みをしている大学もある。未設置の大学については、医療機器の安全で、かつ効率的な運用を行うためにも ME センターの設置を検討していただきたい。

機種の一統化をしている大学は 12 大学であり、まだ十分な改善が進んでいない。安全面だけでなく経費節減の観点からも検討していただきたい。また、作業手順の確認のためのチェックリストの使用や経験者のダブルチェックを行っている大学は 17 大学（昨年比：-4）と減少してい



る。ME 機器の運用については、限られた台数を有効かつ適切に配置できるように、常にそれぞれの機器の使用状況を把握し、緊急事態に迅速に対応可能なシステムを構築することが重要であり、また、事故防止のためのチェックの徹底にも留意し、十分な検討をしていただきたい。

## 5. 手術・手術室における基本的安全管理体制

この項目については、13 年度、14 年度ともに実施状況が非常に良く、リスクの高い部署における安全管理についての意識の高さが伺えた。今年度の調査結果についても、全体として良く実施されていることが伺える。しかし、患者確認については、「入室の際の外科医、麻酔科医、看護師の三者による患者確認がなされていない。」、「患者確認について、マニュアルはあるが、確認時に医師が揃わないことが多く、患者が何度も名乗らなければならない状態であった。速やかに集まり確認することが望まれる。」とされた大学もあり、確実な患者確認が行われているかの確認もお願いしたい。

遺残防止についても積極的に取り組んでいることが伺えるが、ツッペル、ディスポ・ブルドック、綿球についてのカウントを実施している大学は 28 大学と、まだ十分に実施されているとは言えない。また、「針を返却する時は必ず直接看護師に声をかけている。(問 f)」、「針は必ず持針器または鉗子につけて返却している。(問 g)」でもあまり改善は進んでいない。針刺事故防止からも検討していただきたい。

ME 機器について、業者による機器ごとの取扱い説明、マニュアル書の添付等が整備されている大学は未だ 32 大学であり、前年とほぼ同様の状態である。医療機器の誤操作による医療事故も伝えられており、整備に努めていただきたい。

また、インシデント等のレポートが必ず提出されている大学は 36 大学に止まっている。手術部というリスクの高い場所だけに報告の向上をお願いしたい。

## 6. 検査について

検査についても、各大学病院で非常に良く実施されている。しかし、検査実施前に、患者本人にフルネームを名乗ってもらっている大学は 38 大学であり、また、フルネーム、ID number、生年月日、科名で確認している大学も 39 大学である。患者確認について確実に実施される必要があり、未実施の大学は早急に改善していただきたい。

このことは、検査室において伝票で患者検体が届られた場合や検査判

読の際の確認も同様であり，整備を進めていただきたい。

## 7．医療情報の積極的活用

実施情報の入力については，実施している大学は半数の21大学である。また，「システムに登録できなかった情報は，本来入力すべき者が責任をもって入力するルールがある。（問1）」でも25大学と改善はあまり進んでおらず，改善の余地がある。

時間外の患者IDの即時発行や患者基本情報の登録も多くの大学で実施されてはいるが，24時間対応できるようなシステムの構築に取り組んでいただきたい。

入力責任者のIDやパスワードが，他の者に安易に使用されないシステムになっている大学は29大学である。不正使用を防ぐシステムの構築だけでなく，各医療従事者におけるパスワード管理の教育を徹底していただきたい。

## 8．相互チェック改善状況

改善事項の中には，人員や予算に絡んだ事項もあり，改善が困難なこともあると考えられる。しかし，教育や研修を重ねることにより改善を進めることができる項目などは，速やかに対策を立てる必要がある。総じて改善へ向けての努力をしていることが伺えるが，引き続き地道な努力を重ね，安全な医療の提供を推進していく必要がある。

## 改善に向けての取り組みについて

平成 13 年度の相互チェックにおいて、まだ十分整備されておらず、改善への取り組みを早急に行う必要があると思われる項目、更には改善策を例示し提案した。

それに対して平成 14 年度の相互チェック調査結果を検証した結果、進捗が伺えた事項もあったが、殆どが引き続き重点事項として検討すべきものであったため、平成 13 年度に提案した事項を引き続き重点項目とし、報告書に再掲することとした。

平成 15 年度の調査結果を見ると、事故やインシデントの報告の効率的な報告の分析、検査技師による 24 時間体制の導入、処方オーダリングシステムでの薬名の 3 文字入力、夜間・休日の処方せん枚数の減少対策等について改善が見られるものの、状況には殆ど変化がない。事項によっては、人員や予算に伴う問題もあり、改善が困難と考えられるが、法人化後の体制整備と併せ、各国立大学病院で各々改善方策を検討し、引き続き改善へ向けての取り組みをお願いしたい。

特に殆どの大学病院が実施（改善）しているにもかかわらず、項目によっては未だ 1～2 大学が未実施（未改善）の大学病院もある。当該大学病院においては、各々の改善状況を確認し改善されていない項目を把握した上で、重点項目として早急に改善策を検討し実施されるようお願いしたい。

## ・参考となる報告例

### 1. 医療安全管理体制の整備・改善の効果

マニュアルがチェックシート方式になっており、インシデントのチェック事項や発生した時の対応も明示されており、利用者がどのように対応すればよいのかが具体的で分かりやすく利用しやすいと感じた。具体的に名前が似ている薬品リストが掲載されているのも良い。

医療事故防止マニュアルがバインダー式で、改訂が容易で適宜なされている。また、電算システム障害対応、停電時の対応等が掲載されている点が参考になった。

安全管理や医療事故発生時の対応などマニュアルが携帯可能な手帳となって職員全員が持って活用されている。

電子媒体の入力が第一報、第二報と分けられている。第二報はリスクマネージャーしか入力できないが、第一報は誰でも、どこでも入力できるようになっているせいか、報告件数が多く、良いシステムである。

他大学病院に先駆けて GRM2 名（医師 1 名、看護師長 1 名）体制がとられている。特に医師専任の GRM を設置し、インシデント・オカレンス事例などで医師の立場から適切なコメントおよび対応がなされている。

発生したインシデントの中から、是正処置を行うものを抽出し、部門で行うものは所定の用紙に 問題点， 原因， 対策， 結果とその効果・有効性， 標準化・手順等の変更について記載の上，医療安全管理部に提出する。GRM はその対策について検証し，医療安全管理部会で対策の有効性を判断している。これにより，各部門で行う対策が明らかになり，他部門のリスクマネージャーの情報共有に繋がる。

部署間で相互チェックを実施していることは，同じシステムの中で手順を守っているか否か，同じ視点でチェックすることができ，大変有効な取り組みと考える。

緊急性の高い情報について GRM や GRM を補佐している RM が関係部署を直接訪問し説明されている。直接説明することにより不明点があればその場で確認ができるため密度の高い情報伝達がなされている。

各部署がそれぞれに部署目標を決めて，目標の期限を決めて対策，成果を全体の部署リスクマネージャー会議で発表し，他の部署も共有できている。互いの部署間の刺激となり，安全管理への取り組みの意識向上と活性化に役立っている。

1 年に 1 回行われる医療事故防止に関する外部評価委員会で，1 年間の活動内容に対する評価をしている。このことは他大学には見られない点で学ぶべ

きである。

夜間・休日の責任者（院長代理）として管理当直を1名設置している。各診療科から助教授，講師が交替で担当しており，空床管理や事故発生時の対応がスムーズに運ぶよう考慮されている。

## 2．診療記録の管理及び内容

CT，MRなどの画像，病理組織の所見，手術材料のマクロ所見が on-line 化されている。

診療録用紙1枚1枚に患者のIDカードがプリントされていて，万が一バインダーから用紙がはずれたとしても患者が同定される。

カルテの2ページ目に全科で血液型確認のコピー用紙が貼られており，血液型チェックが全科共通で行える。また，記載ミス等による事故防止に役立つ。患者の weekly summary が色違いの記録用紙によってまとめられており，患者の病態把握に大変便利であり，急変時の対処にも役立つと思う。

## 3．医療事故が発生した場合の対応

第三者チェックとしては，外部監査を受ける形式を採用している。外部調査委員としては，他大学から2名ならびに顧問弁護士とは異なる弁護士を依頼する体制を整えている。調査にあたっては，内部での調査報告，議事録も提示して，判断を仰ぐ体制が採られている。

## 4．教育・研修の充実

対象者別に「リスクマネジメントの概論・考え方・事例から見る注意点・危険な行為について」が年間40回実施されている。

急変時の対処法を含めたプライマリー・ケアについての研修システムは，週に1回程度，研修医を対象にした，全診療科の内容を網羅したレクチャーを行っており，一定以上の出席がなければ，研修を修了したことにはならないという体制は良い方法である。

教育・研修において全職員に参加させるためビデオ等を活用しており，夜勤者，当直者，診療のためどうしても受講できない人への対策として良い方法であると感じた。

看護部では，フィードバック教材の周知徹底を図るため，見たスタッフがサインするための一覧表を添付し，看護師長が確認していた。

中途採用者や異動の激しい医師に対して処方・検査オーダーの操作訓練を毎月1回（1～2時間）行っていた。

## 5 . 医薬品・医療材料・医療機器の管理・取扱い

ナースステーション内のクリーンベンチ配置や、点滴処置台にミキシング時のチェックポイントのファイルが貼付されている点は、的確な薬剤管理及び薬剤誤認に配慮された取り組みだと評価できる。

混注センター（薬剤師 2 名，看護師 2 名，8:30～10:30）が稼動し，同センターでミキシングし，10 時に病棟に払い出されており，病棟で看護師がミキシング中の業務の中断によるミスがなくなったことは評価できる。

外来点滴センターでは，患者来院，診察，採血の流れに沿って，常駐薬剤師がミキシングを行うことで，患者の待ち時間が少なくなり，患者にやさしいシステムが整備されていることは，評価できる。

インスリン 40 単位製剤の製造中止に伴い，「安全なインスリン使用のためのプロトコール」を作成し，インスリン持続投与における希釈方法の標準化，スライディングスケールの記載方法の標準化を図られている。また，インスリン専用シリンジとしては 0.5ml（50 単位）容量を採用し，1ml 容量は現場から回収の上，採用品目から削除されている。

多くの薬剤について体内動態解析を行っており，1 万件/年に及んでいる。このことは，薬剤師の多大な努力とともに，多くの医師が薬物治療において個々の患者の体内動態に配慮して最適な治療を行おうとしていることの現われと考えられ，副作用防止の観点からも特筆できる。

オーダリング上，臨床情報管理システムが構築され稼動しており，患者様のデータが様々な観点から時系列に比較検討などができる。例えば，処方薬の履歴と検査値を対比させることにより，薬剤と副作用の因果関係などを推測することができ，患者様への不利益が回避可能となる。

抗がん剤の入力は 2 年以上の医師でないと入力できない（医師限定フラグが立っている）。また，抗がん剤のプロトコール画面からでしか薬剤の選択ができないなど，医療事故防止対策が活かされているように思われる。

散薬分量の後に（力価）または（成分量）と印字される方式をとっており，処方医の処方量が明確に伝達されていると感じた。

点滴ボトル等薬剤のラベルに 4 段階でサインをする欄があり，誰がいつ行ったか責任の所在が明確である。

服薬指導担当薬剤師は，カンファレンスへの出席と回診への同行によって患者情報を的確に掌握し，服薬指導に生かしていた。

使用されなかった注射薬は，患者毎に未使用リストが添えられて薬剤部へ返却され，薬剤部では 2 人によるダブルチェック後，注射薬棚に返納されるというシステムになっており，在庫管理がしっかり行われていた。

散剤の分包については，1 包 1 包に薬剤名が記載されており，何剤かまとめ

て服薬されている患者様の変更，中止になっても対応が迅速にできるようになっている。

注意を要する薬品（10%キシロカイン点滴用，KCL，筋弛緩薬など）は「要注意（注射剤），薬品名ラベル確認！，未使用分は速やかに薬剤部に返却」と明示されたナイロン袋に入れられ，他の薬品と区別して病棟へ払い出されている。

ME 管理が中央化されており，全機種メンテナンスを担い，また，病棟部門への巡回，チェックリストの作成，研修の企画運営を安全管理部と共同し実施している。

## 6．医療情報の積極的活用

患者 ID，処方番号，処方内容などの情報がバーコード表示され，入院患者の注射剤貼付用ラベルに印字されて，これを患者のリストバンドと照合することによって患者誤認投与を防止する仕組みが採られている。

## 7．患者相談窓口

患者相談窓口に常駐のソーシャルワーカーが2名配置されており，患者からの相談にも早急に対応できている。

医療評価委員会（苦情対応）を設置し，リスクマネジメント委員会で医療事故でない旨を判定後，なお当該患者やその家族等からの苦情が鎮静化しない場合等において，当該医療行為の妥当性等について，組織的に説明・対応している点は先進的であり，無益な訴訟を防止する効果も大きい。

## 8．その他

病棟では，インスリン，スライディングスケール専用の指示票が使用されており，インシデント防止に有用と考えられる。

CT，MR，血管造影検査の説明および同意書が申込と一体化されており，検査時に持参し現場で確認の上，検査を行うシステムになっている。

患者をモニター監視する際に，患者から「モニター同意書」を取っていることは，細かなところまで患者プライバシーが配慮されており評価できる。

転倒・転落アセスメントスコアシートが電子化されており，入院患者全員に行われ，危険度の高い場合には看護計画が立案されている。

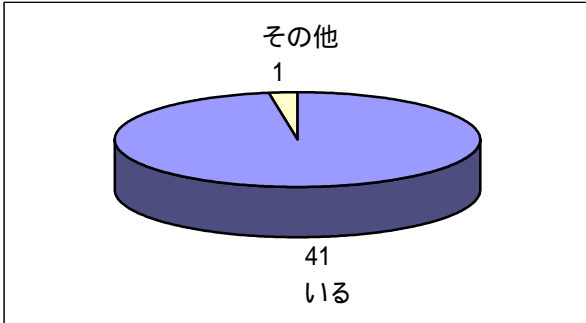
ナースステーション入口ボードには，スタッフの写真が掲載されており，患者や家族に対し親しみやすい病院という印象を受けた。また，患者と医療者がチームで診療に臨むという視点から高く評価される。

# 平成15年度医療事故防止のための相互チェック調査結果

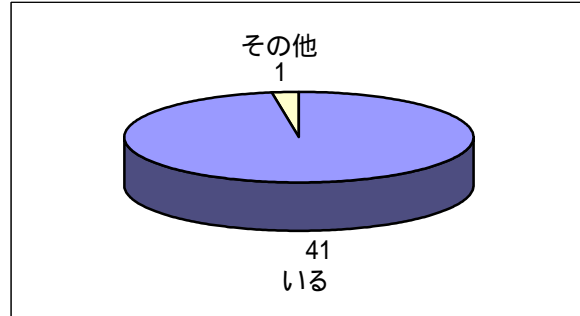
## 1. 医療安全管理体制の整備・改善の効果

### 1) 安全管理指針(医療法施行規則第11条第1号)について

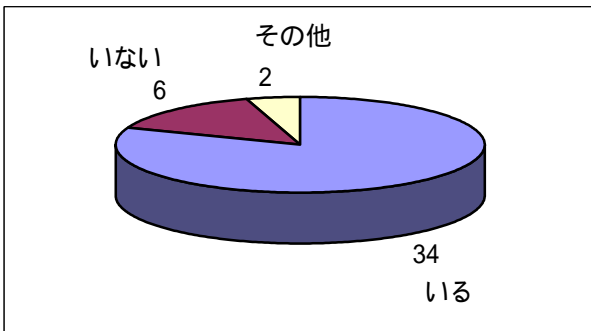
安全管理指針を整備している。



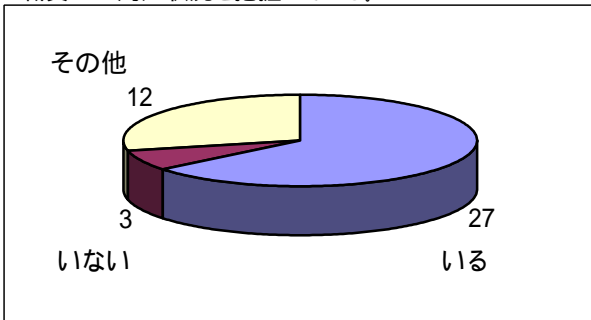
安全管理指針に医療事故発生時の対応に関する基本方針が記載されている。



患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針が記載されている。

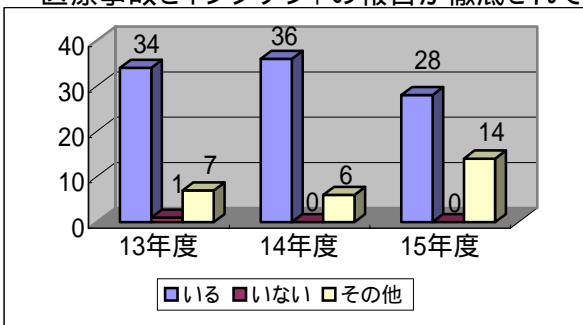


安全管理指針の考え方, 組織規約, 報告制度, マニュアル, 事故発生時の対応等について。  
a職員への周知状況を把握している。

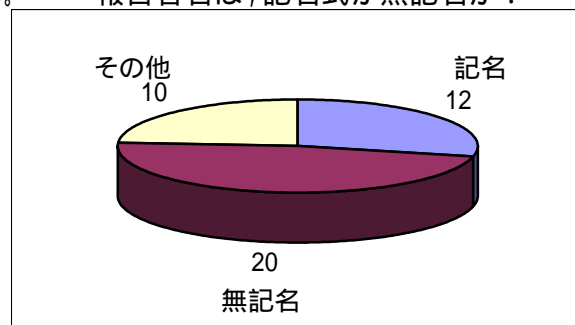


## 2) 事故やインシデントの報告制度と改善の実施

医療事故とインシデントの報告が徹底されている。

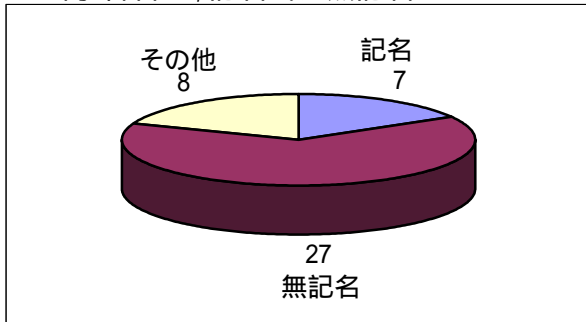


報告者名は, 記名式か無記名か?

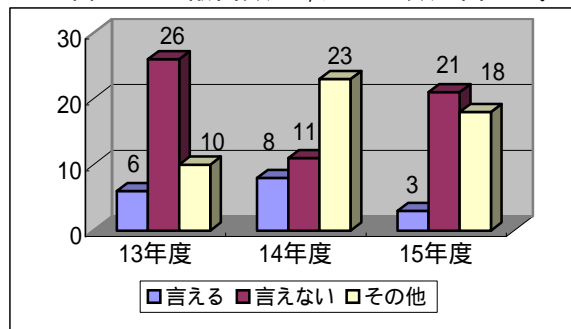




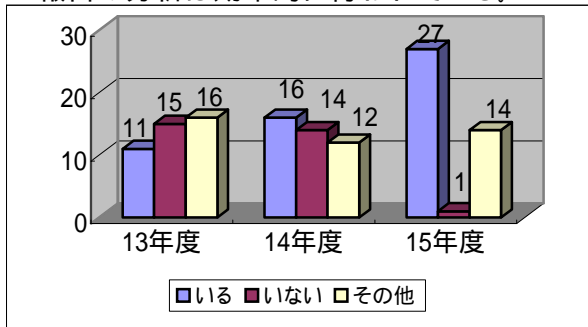
当事者名は、記名式か無記名か？



医師からの報告数は、適正な数と言える。

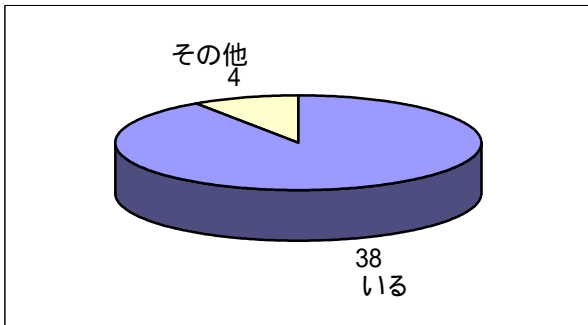


報告の分析は効率的に行われている。

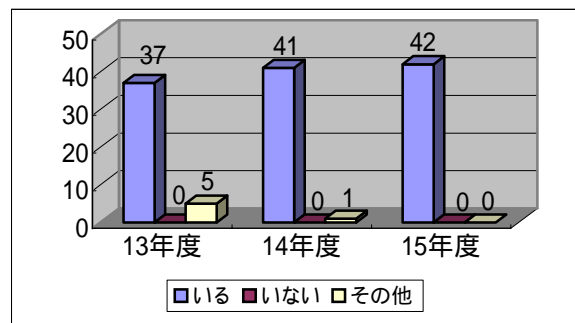


報告の分析・検討結果の現場へのフィードバックの方法は？

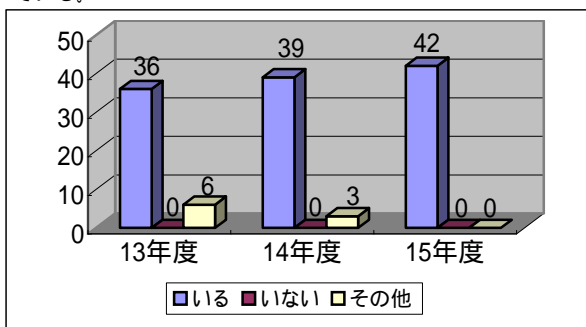
a 報告者や当事者からのヒアリングを実施している。



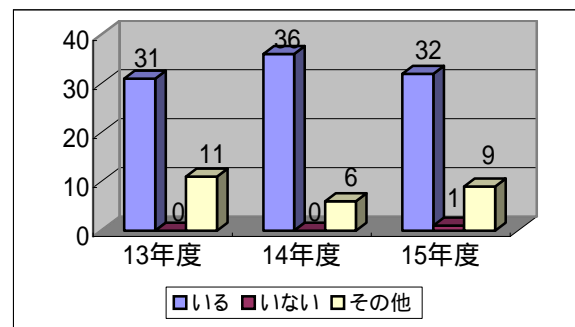
b 事故等の起こった事実だけでなく、原因や解決法さらに守るべきルールを提示している。



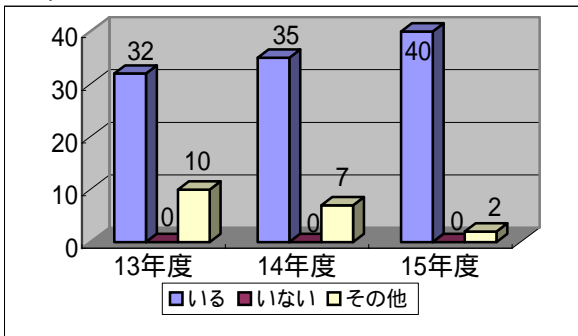
c 守るべきルールを周知する際は、その根拠を併せて示している。



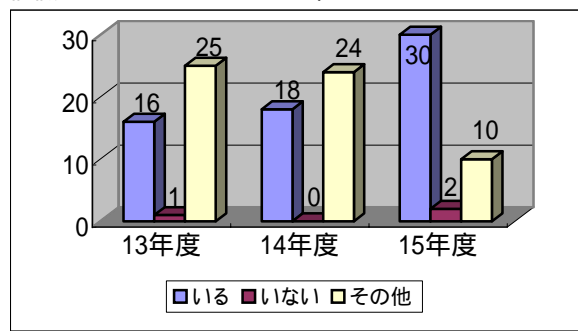
d 改善されたシステム等について迅速に周知できている。



eこれらの情報提供をスタッフ全員に渡らせる方を講じている。

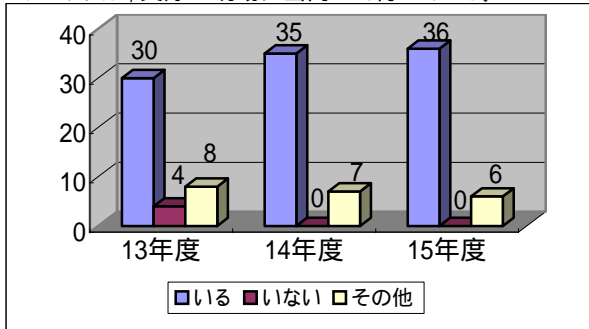


fフィードバックを通じて、事故報告が用いられているという認識がスタッフに生まれている。

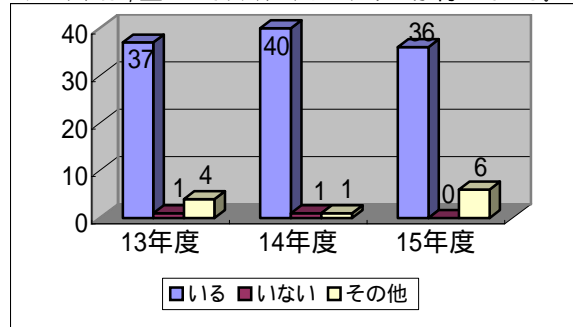


改善情報等が確実に実行されているかのチェックを行っているか？

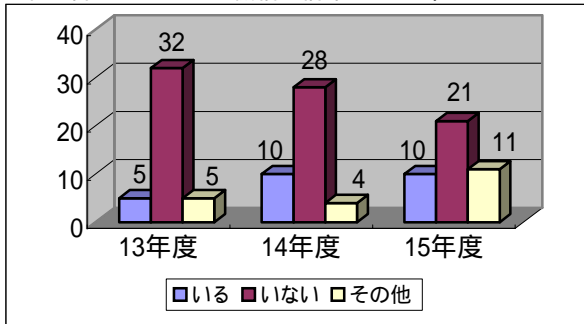
aチェックは、実際の現場に出向いて行っている。



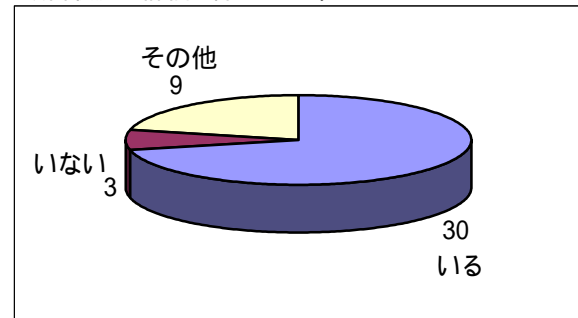
bチェックは、主としてリスクマネージャーが行っている。



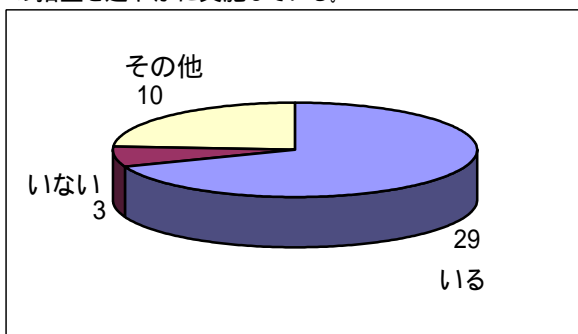
c第三者によるチェック機構を構築している。



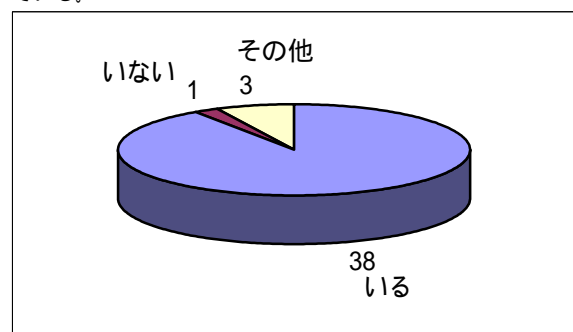
d改善状況の評価を行っている。



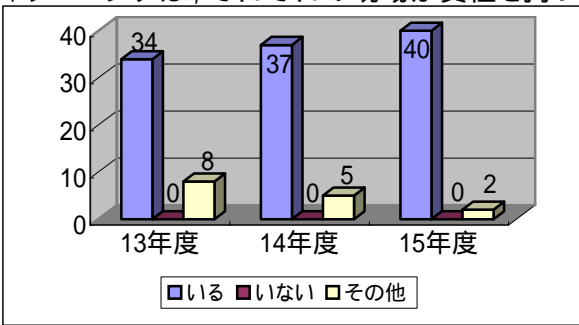
e評価の結果、改善策が進んでいない場合、職員の研修等の措置を速やかに実施している。



f改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行っている。



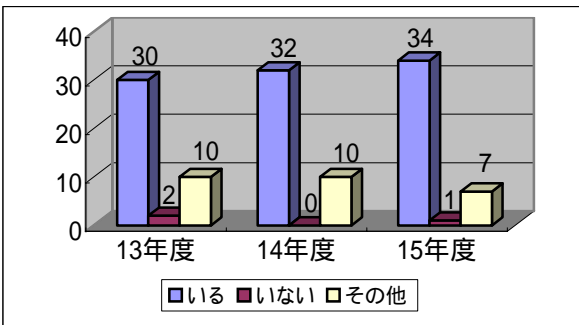
病院レベルでの介入が困難な、職種や診療科固有の知識や技術の習得、個々の教育・トレーニングは、それぞれの現場が責任を持って行う体制になっている。



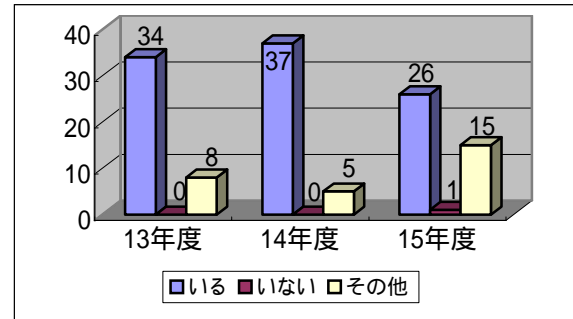
## 2. 診療記録の管理及び内容

### 1) 診療記録の記載等

診療記録には、診療に係わる記録が遅滞無くかつ正確に記載されている。

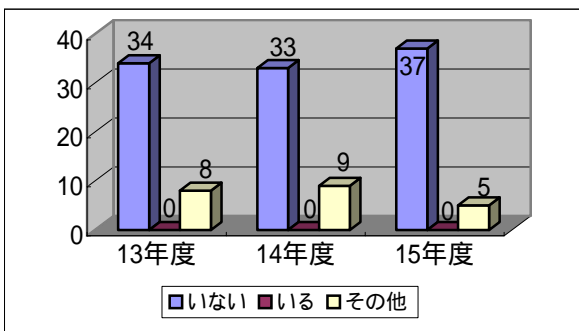


インフォームドコンセントの記載が詳しく書かれている。

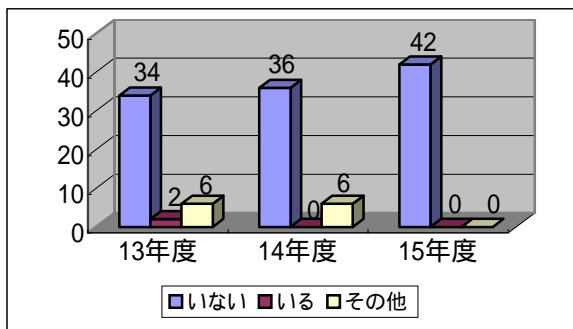


### 開示に耐える診療記録であるか？

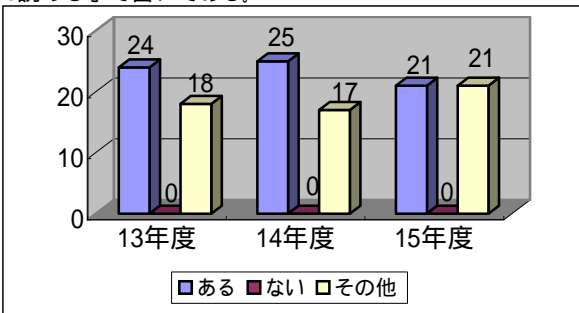
a医療従事者だけの目に触れることを前提としたような伝言ノートになっていない。



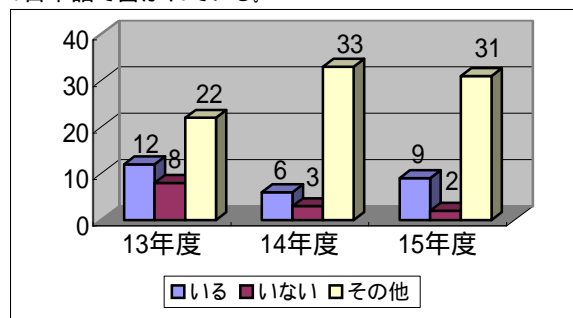
b感情的なコメントは書かれていない。



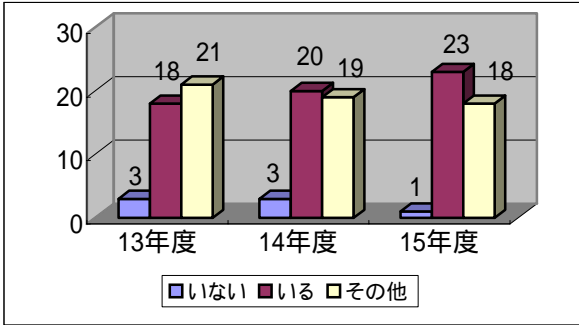
c読める字で書いてある。



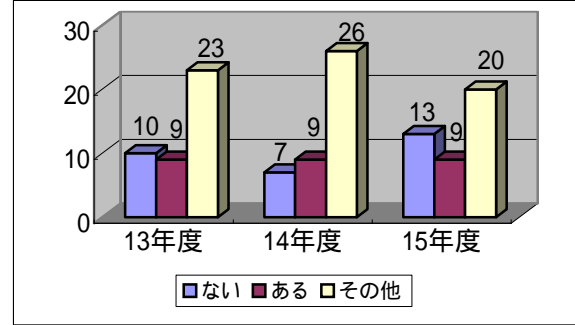
d日本語で書かれている。



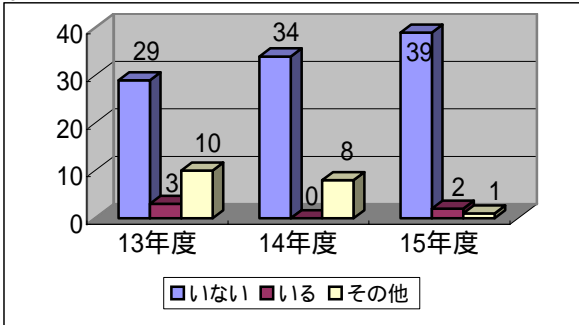
e略語が使われていない。



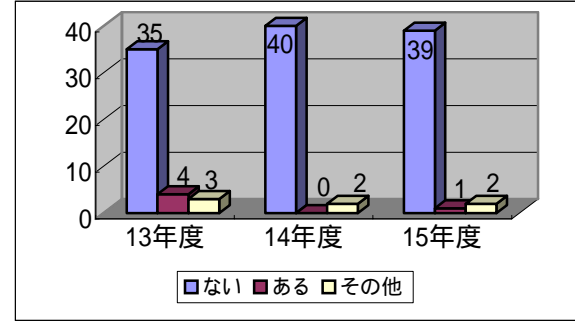
f誤字,脱字はない。



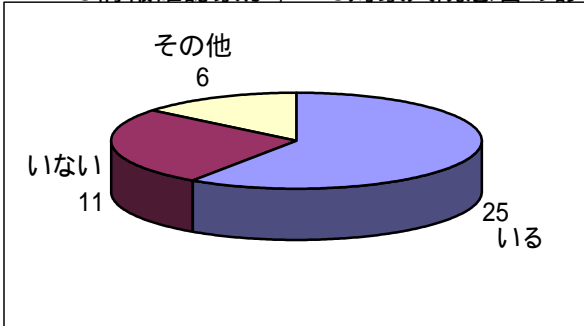
g改竄とみられる塗りつぶしや修正液は使用していない。



h鉛筆で記載されているものはない。

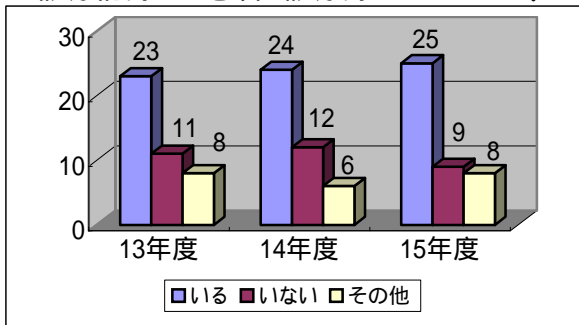


DPC情報確認票が、DPC対象入院患者の診療記録にファイルされている。

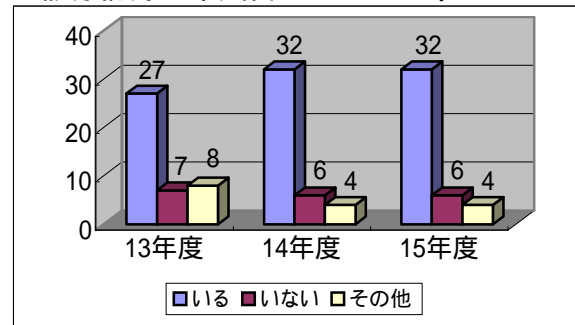


## 2) 診療記録の形態

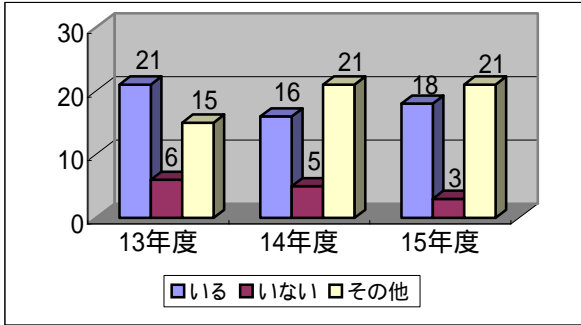
診療記録は1患者1診療録になっている。



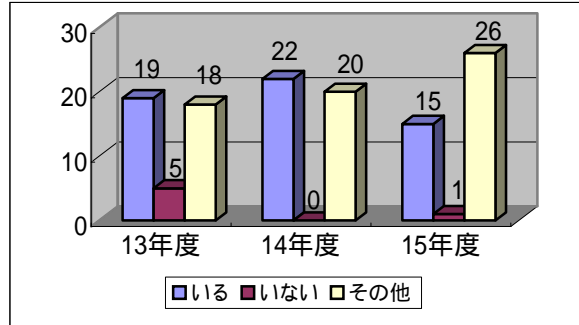
診療記録は中央管理されている。



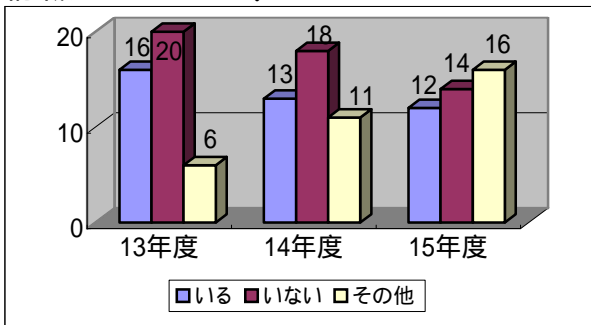
記載方法としてPOMRが取り入れられている。



経過記録はSOAPで記載されている。

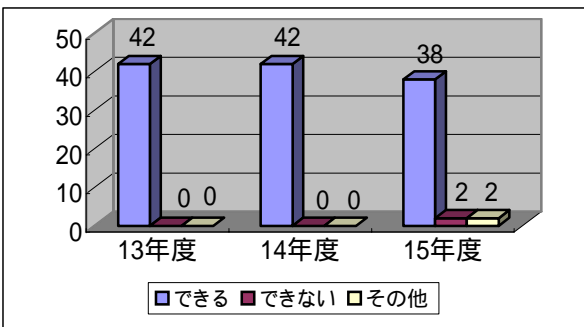


指導医も含めた医療従事者全員による同時記載がなされている。



診療記録には以下の情報が含まれているか？

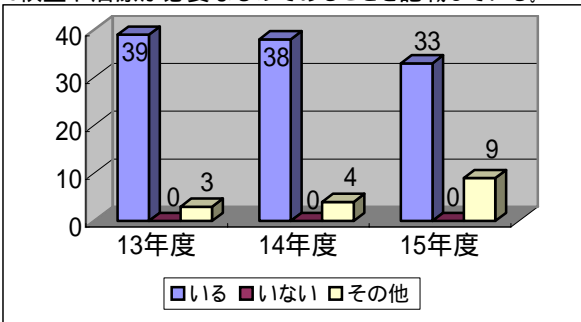
a患者を同定できる。



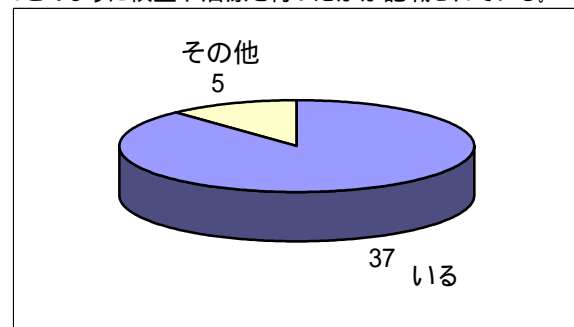
b証拠の根拠となる患者の主観的訴えと理学所見や検査所見などの客観的情報が含まれている。

前年度同様、42大学全てで含まれている。

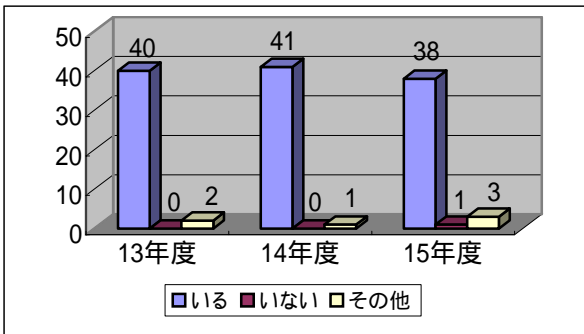
c検査や治療が必要なものであることを記載している。



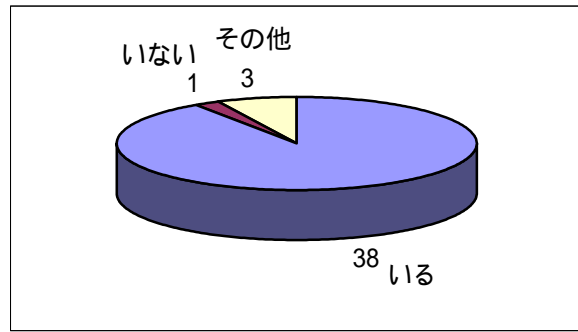
dどのように検査や治療を行ったかが記載されている。



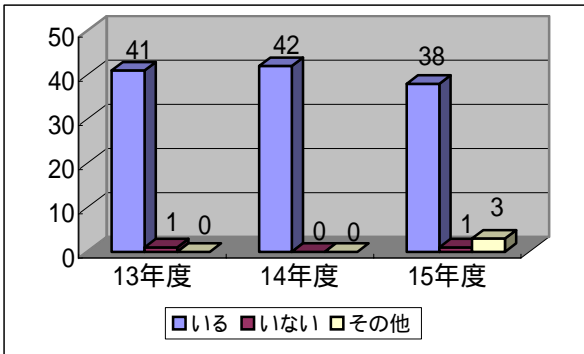
e臨床経過や結果がわかるように記載されている。



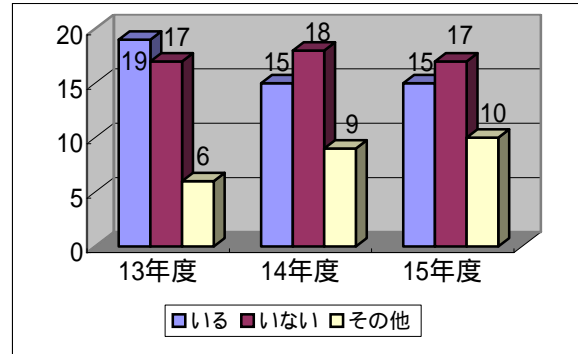
f検査結果や治療経過の分析と、それに基づく治療方針の決定が記載されている。



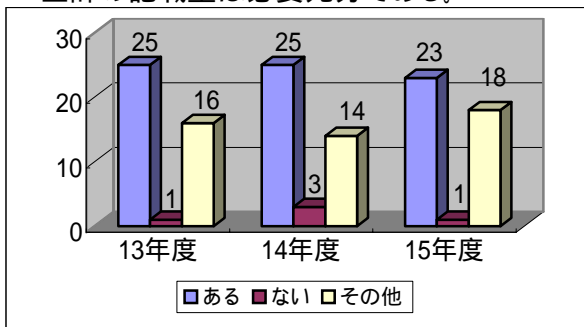
診療記録には手術記録等の必要な書類が全てファイルされている。



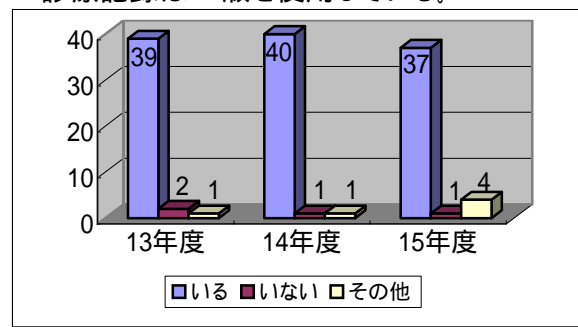
診療録と看護記録は一体化されている。



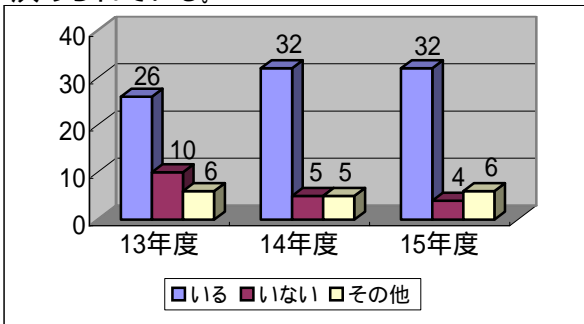
医師の記載量は必要充分である。



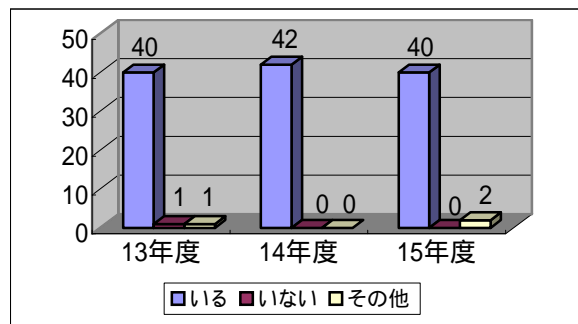
診療記録はA4版を使用している。



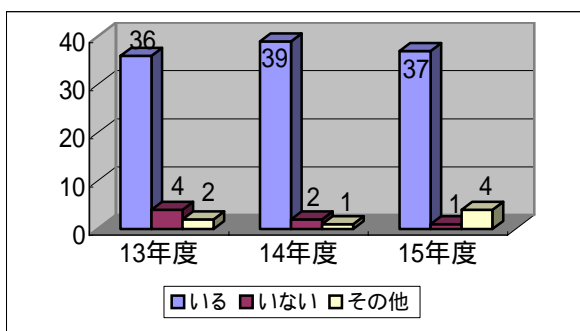
診療記録は全科統一(共通)の用紙が決められている。



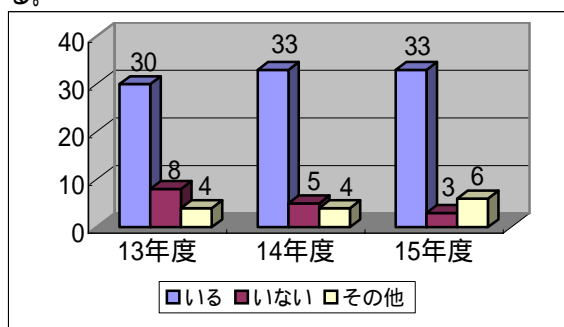
退院時要約の記載が義務づけられている。



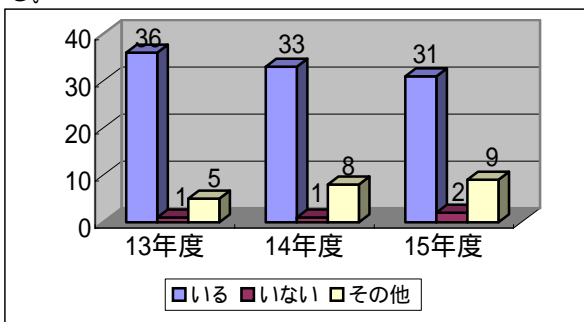
退院時要約の様式が決められている。



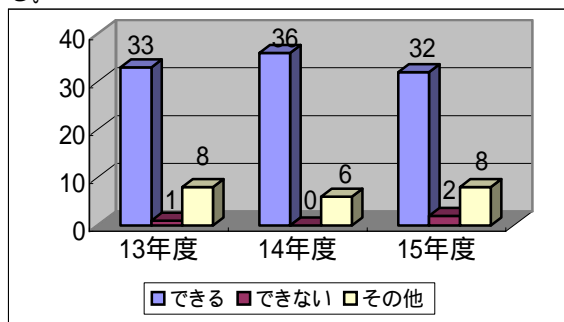
退院時要約の記載に期限が定められている。



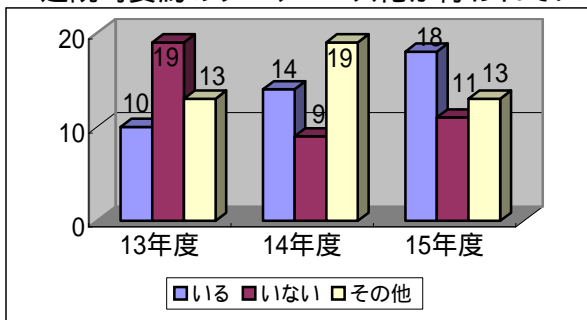
退院時要約の記載内容の質は保たれている。



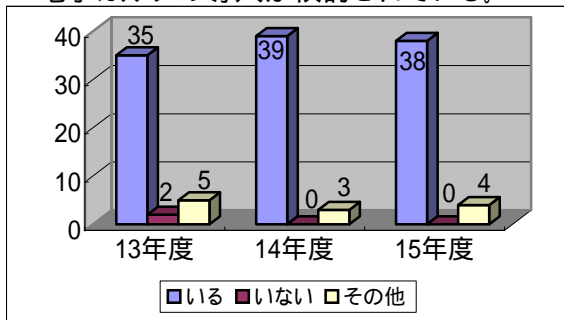
退院時要約から入院中のデータが把握できる。



退院時要約のデータベース化が行われている。

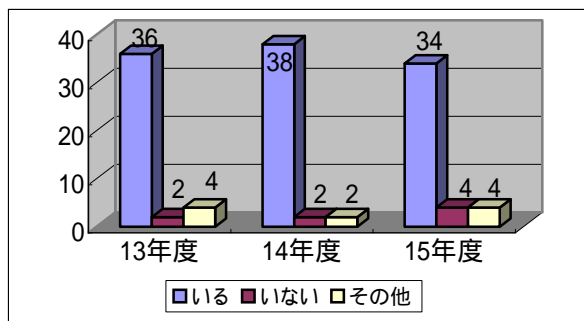


電子カルテの導入が検討されている。

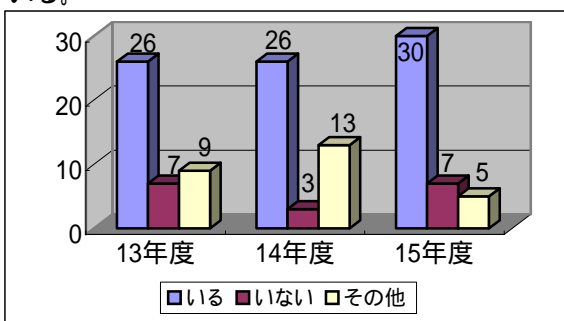


### 3) 診療記録管理委員会

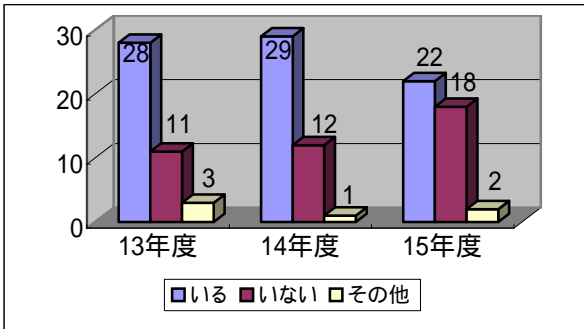
診療記録管理委員会が設置されている。



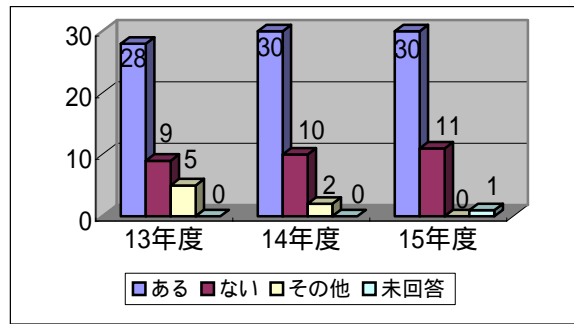
診療記録管理委員会は適正な活動を行っている。



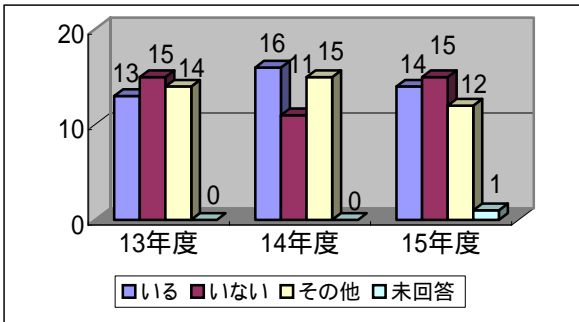
診療記録管理委員会の委員長は医療情報の責任者がなっている。



診療記録管理規定がある。

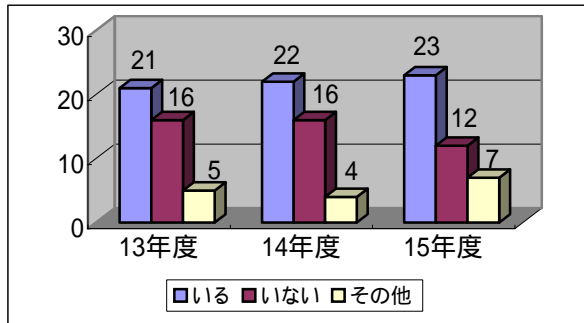


診療録管理規定は医療従事者全員が周知している。

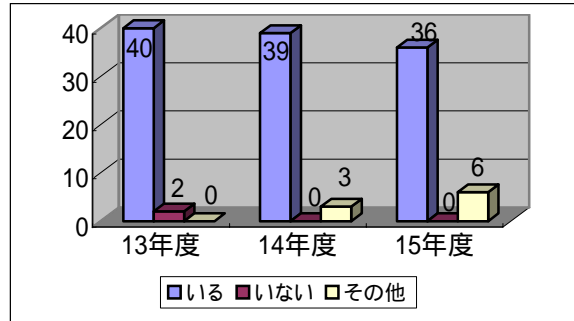


#### 4) 診療録の管理

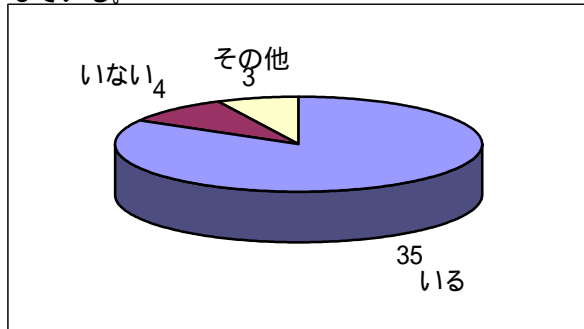
保存年限は何らかの方法により永久保存となっている。



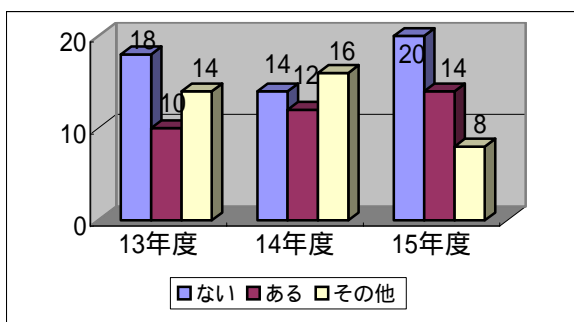
借用、閲覧のサービスが迅速に行われている。



退院後、未提出の診療記録は速やかに催促している。

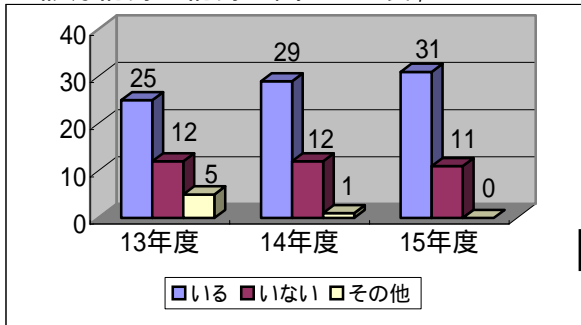


診療記録の紛失がない。

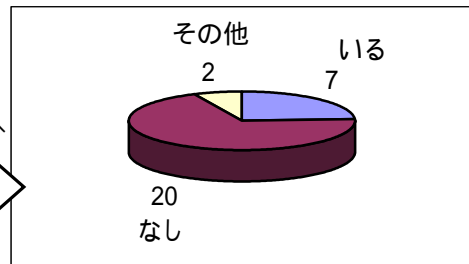




診療記録の記録に関して医長，チーフレジデントレベルで一次監査が行われている。

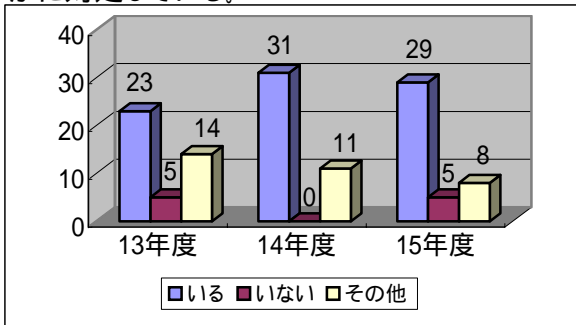


a診療情報管理士や診療記録委員により退院診療記録に対して二次監査が行われている。

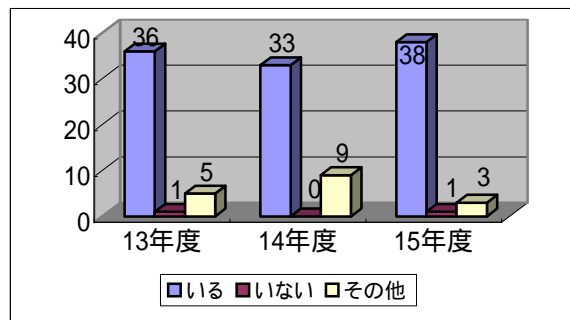


{いる}のみ次項へ

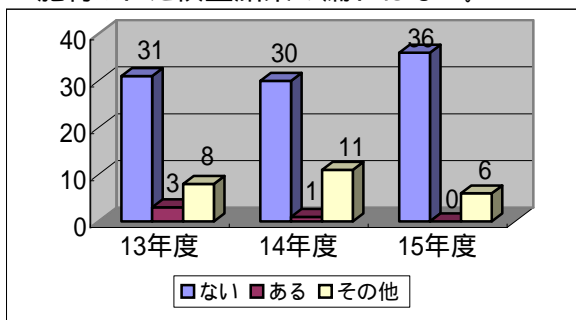
診療記録の不備に対して医療従事者は速やかに対処している。



施行された検査結果は整理されている。

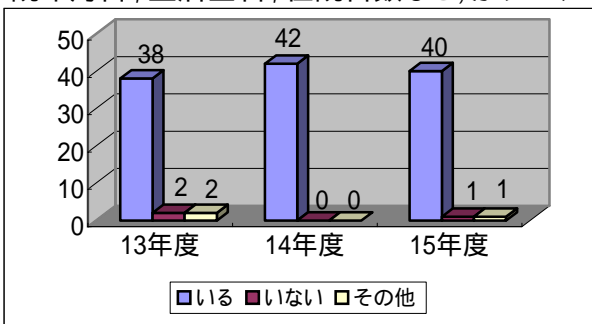


施行された検査結果の漏れはない。

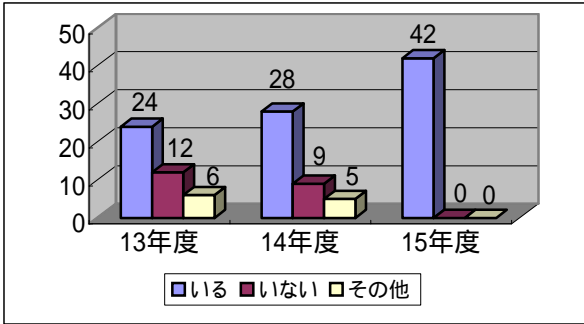


### 5) 診療記録の運用

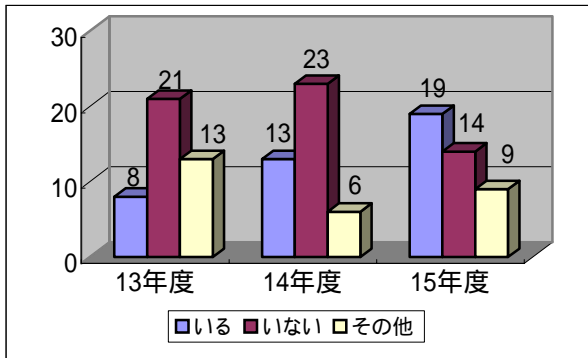
患者基本情報(氏名, 年齢, 性別, 住所, 職業, 保健, 診療科, 初診年月日, 最終受診歴, 入院年月日, 主治医名, 在院日数など)がデータベース化されている。



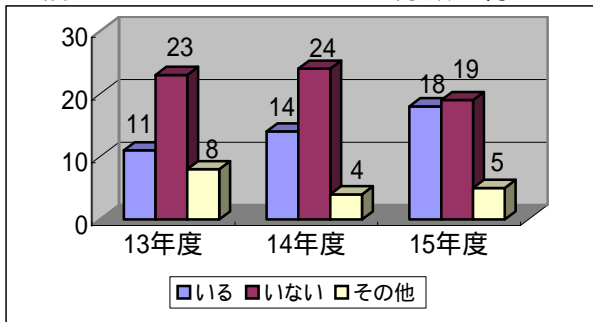
疾病名はICD10などで管理されている。



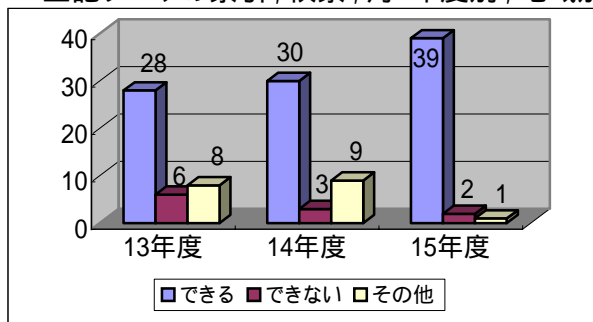
医療行為(手術, 科学療法, 放射線療法, 検査処置など)はICD9CMなどで管理されている。



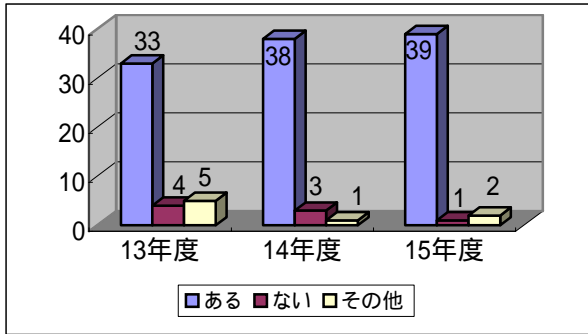
病理はSNOMESDなどによる分類が行われている。



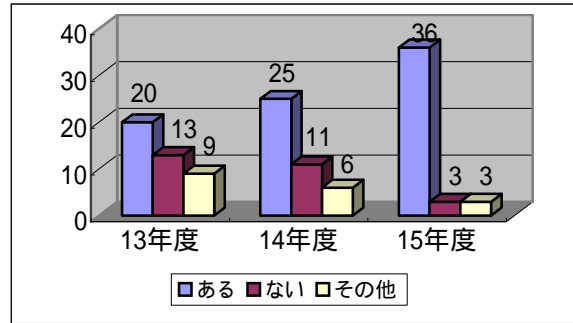
上記データの索引, 検索, 月・年度別, 地域別, 年齢別, 性別などの検索, 統計ができる。



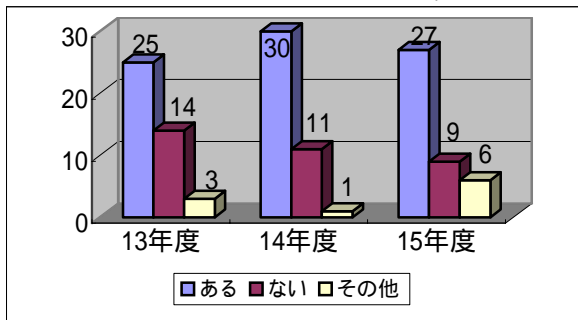
疾病に関する検索が可能である。



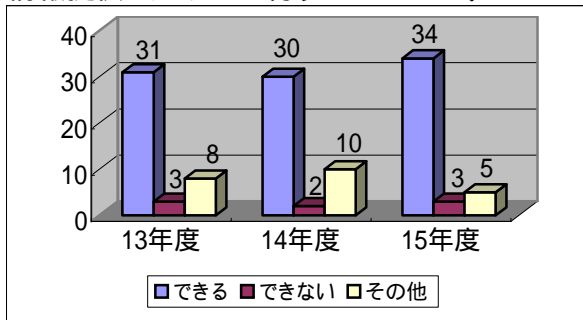
医療行為に関する検索が可能である。



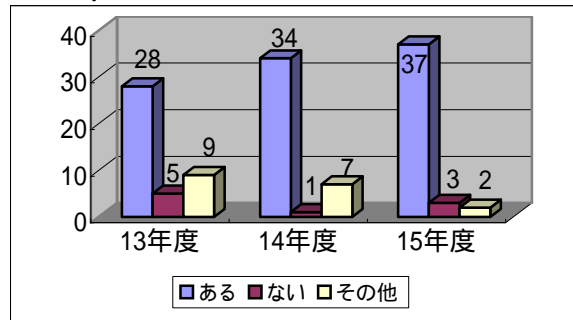
病理に関する検索が可能である。



医療従事者への研究、教育、診療のための情報提供を速やかに行うことができる。

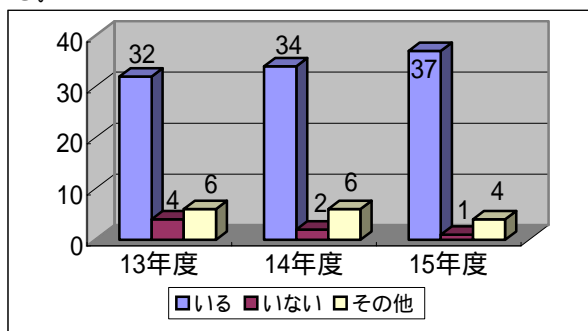


病院の管理運営に役立つ情報提供が可能である。

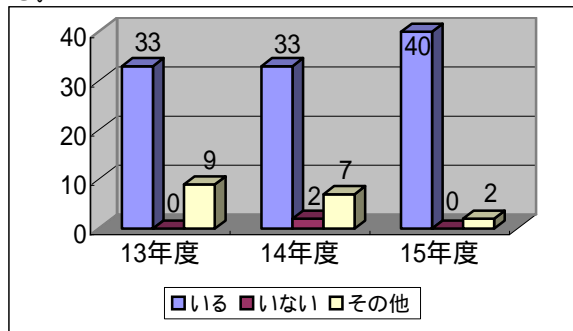


## 6) 記録に関する教育

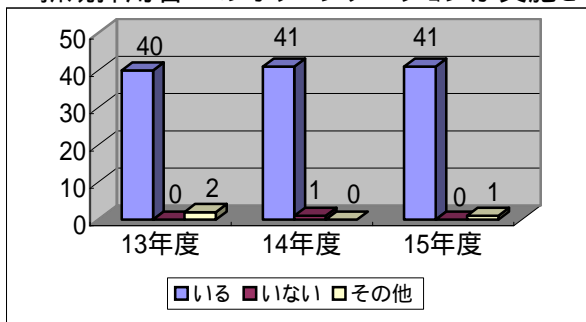
診療記録に関する卒後教育が行われている。



診療記録に関する卒後教育が行われていない。



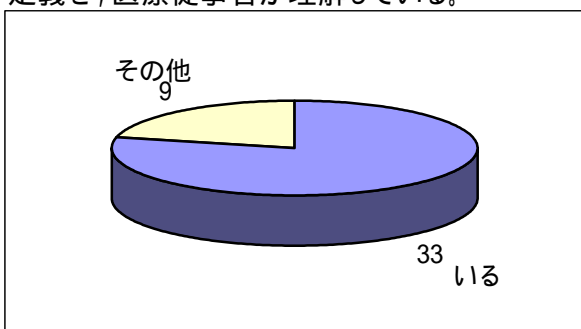
新規採用者へのオリエンテーションが実施されている。



### 3. 医療事故が発生した場合の対応

#### 1) 院内の報告体制

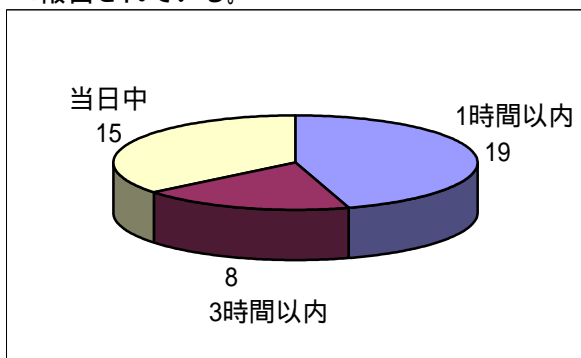
医療安全管理協議会が定めた医療事故の定義を、医療従事者が理解している。



病院長への報告ルートが確定されている。

42大学全てで確定されている。

医療事故が発生した場合、速やかに病院長へ報告されている。

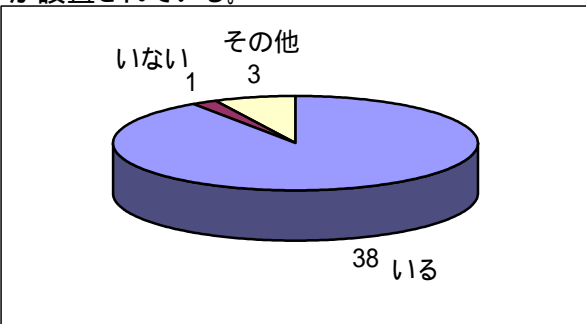


夜間・休日の報告ルートが整備されている。

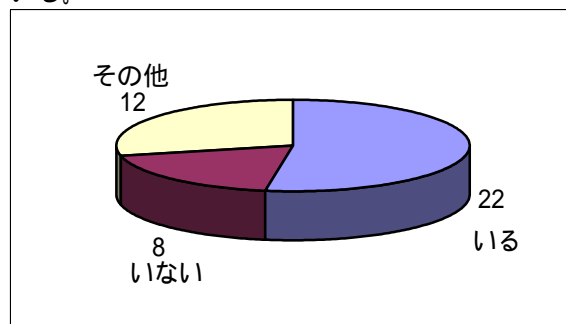
42大学全てで整備されている。

#### 2) 事故調査委員会

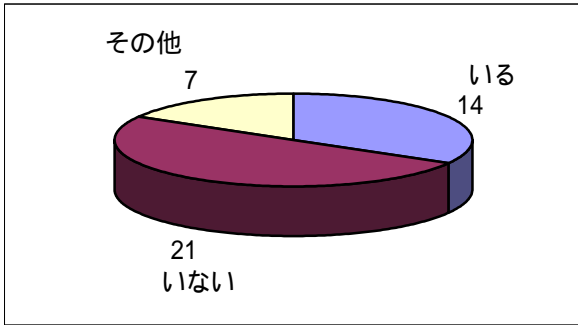
医療事故発生後、速やかに事故調査委員会が設置されている。



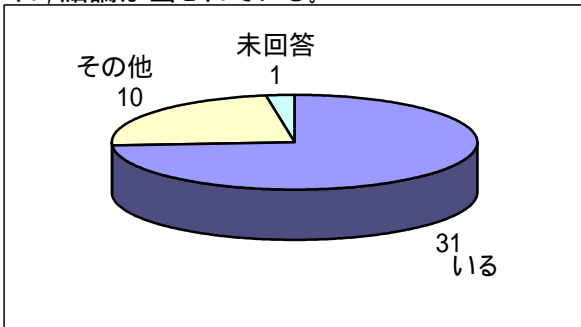
事故調査委員会には外部委員が参画している。



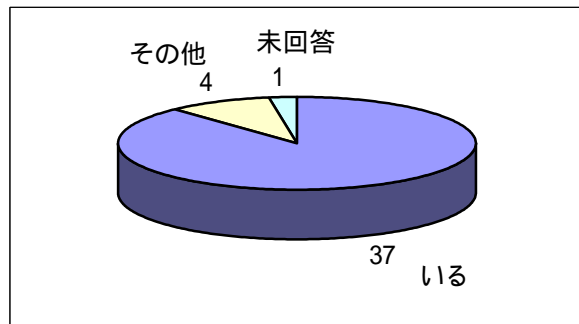
調査委員会の調査結果を評価するための、外部の者が参画した委員会が設置されている。



事故調査委員会での検討は速やかに行われ、結論が出されている。

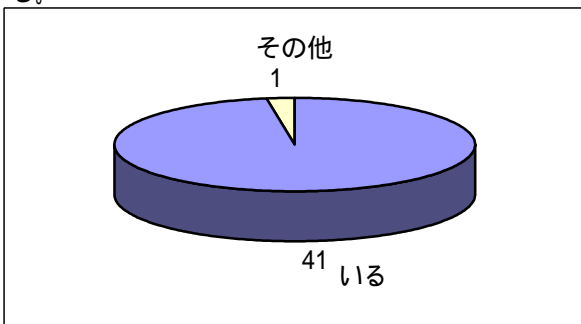


調査委員会の報告書は、診療記録や看護記録等に裏付けられている。

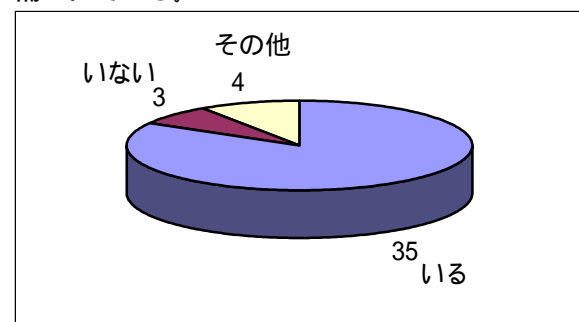


### 3) 行政機関への報告

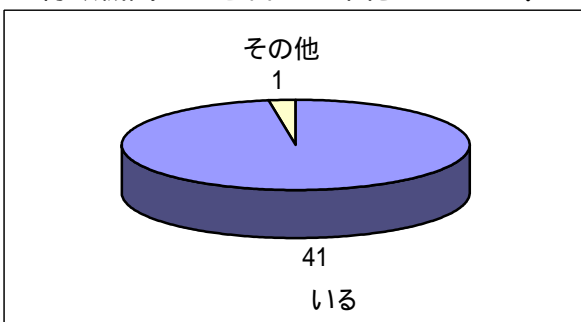
行政機関への報告は速やかに行われている。



夜間・休日の行政機関への報告ルートが整備されている。



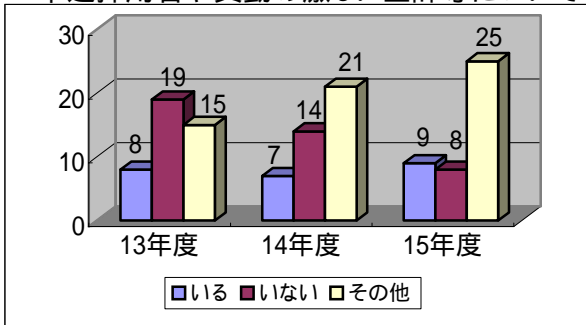
行政機関への窓口は一本化されている。



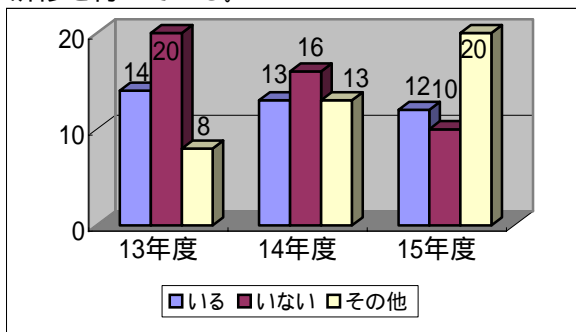
#### 4. 早急に改善が望まれる項目

##### 1) 教育・研修の充実

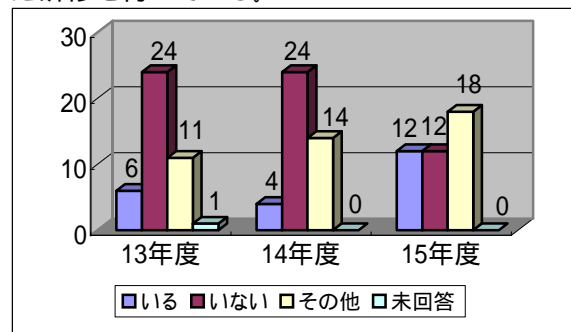
中途採用者や異動の激しい医師等についても、安全管理教育が適切に実施されている。



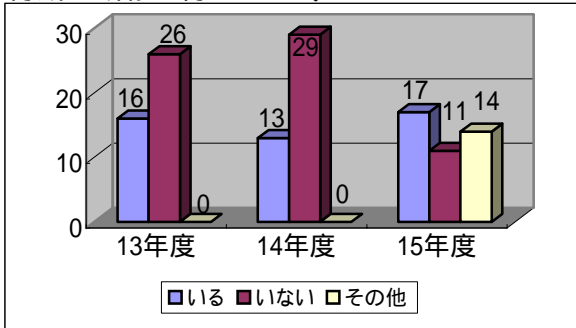
研修医や医学実習生の指導医を対象とした研修を行っている。



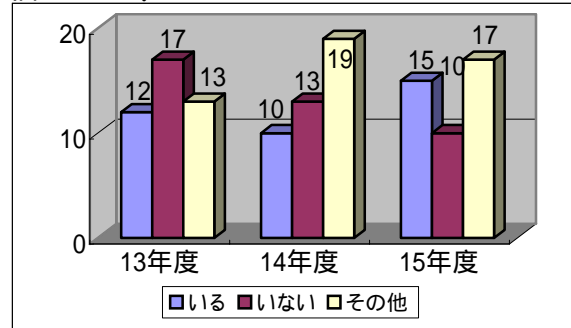
コ・メディカルの実習生の指導者を対象とした研修を行っている。



リスクマネージャーとしての安全管理専門家育成の研修を行っている。

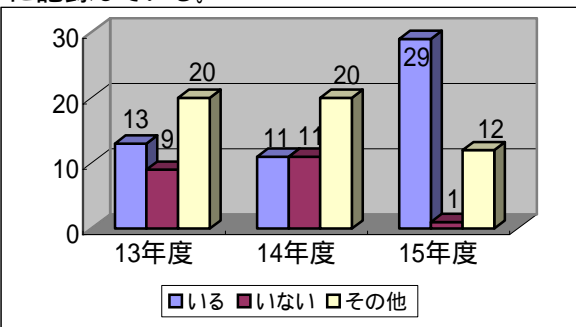


教育・研修の効果を目標達成の観点から評価している。

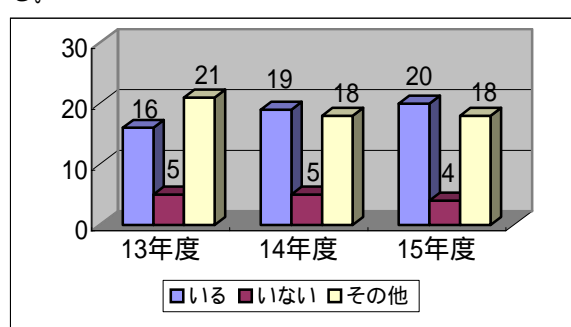


##### 2) 輸液の準備

輸液製剤を準備した者の名前を指示書などに記録している。

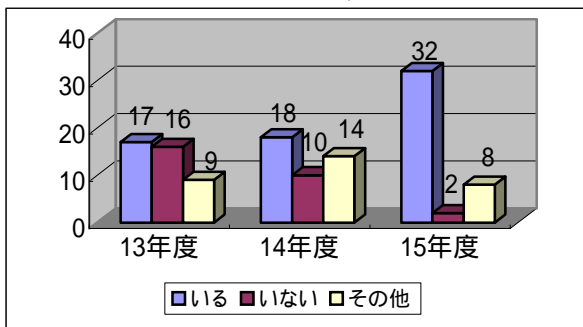


実施されるまで、空アンプルを保存している。

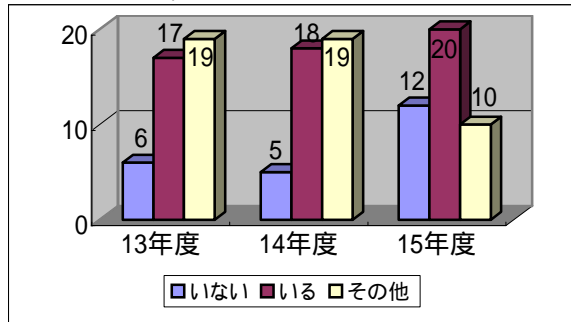


### 3) 医薬品の処方・管理

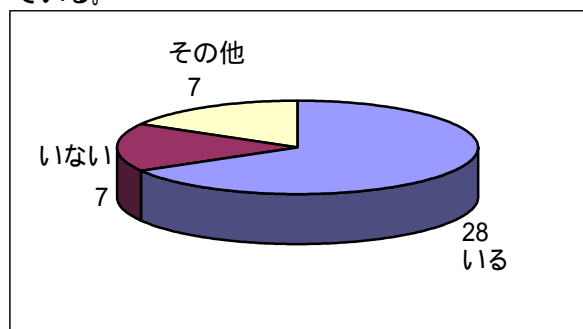
安全管理のため、夜間・休日の処方せん枚数の減少対策を講じている。



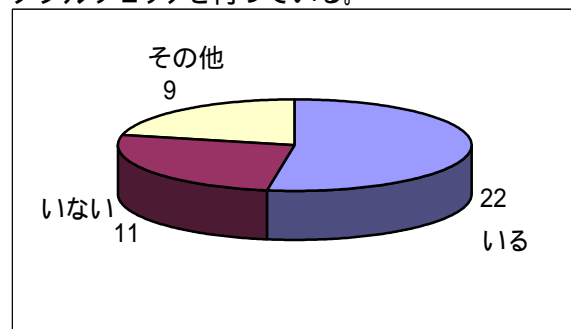
通常の処方オーダーが、夜間・休日に提出されていない。



医薬品の返戻を少なくするための方策を講じている。



返戻のあった医薬品を保管場所に戻す際、ダブルチェックを行っている。



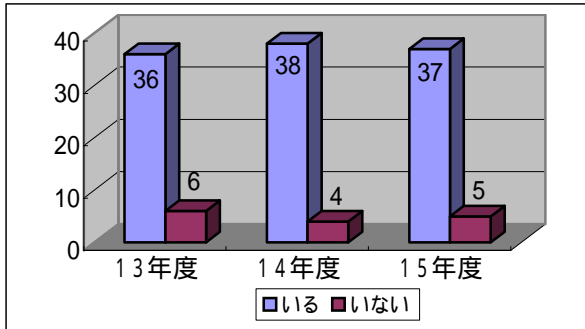
## 平成15年度自己チェック調査結果

### 1. 安全管理に関する総合的な体制整備

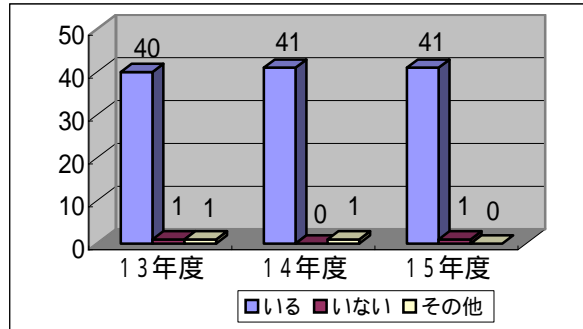
#### 1) 院内の組織体制の整備

事故防止委員会が組織されている。  
前年度同様、42大学全てで組織済み。

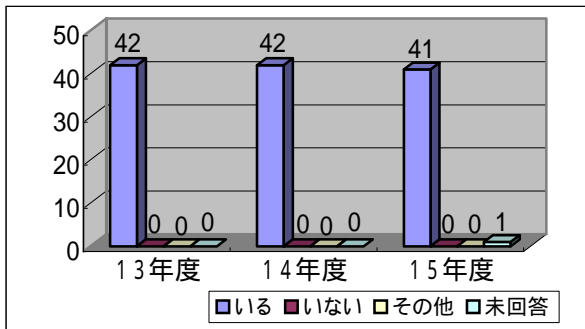
a 病院長が委員長になっている。



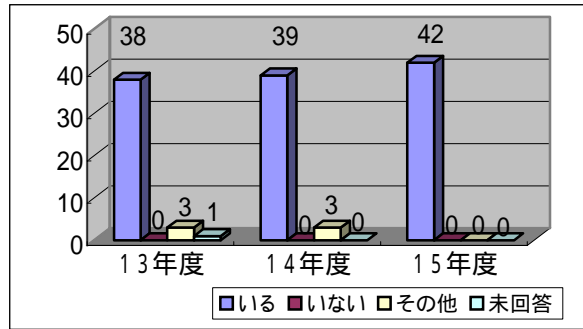
b 委員会は明確な決定権を有している。



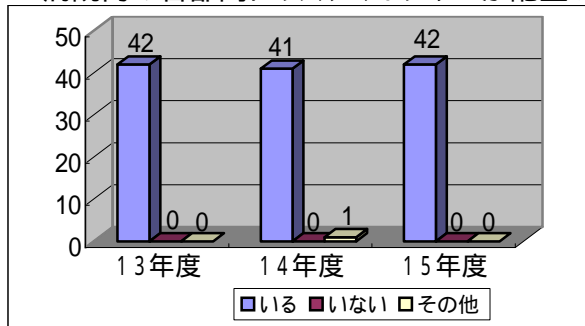
c 委員会は病院全体が統合された構成になっている。



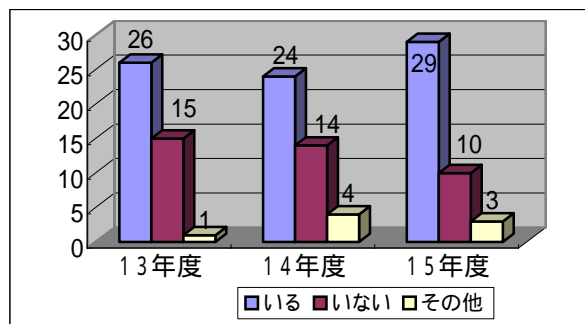
d 医療事故等が発生した場合、委員会以外の迅速性に富んだ対応が取られる形態になっている。



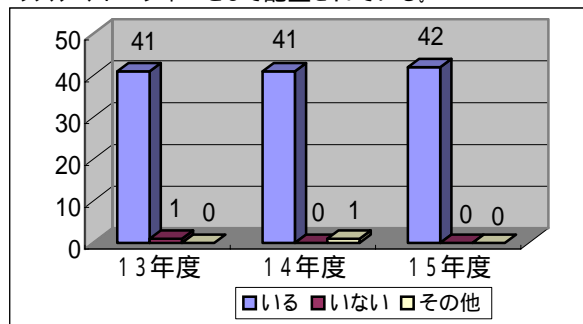
#### 病院内の各部門にリスクマネージャーが配置されている。



a リスクマネージャーの発令行為がなされている。

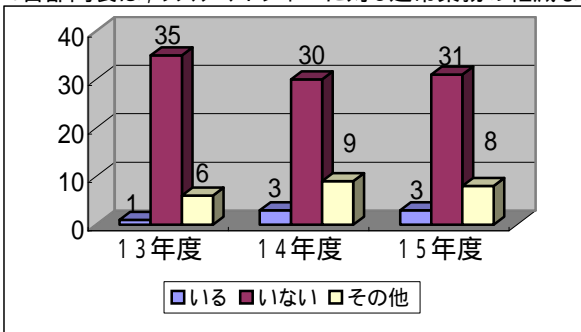


b 診療に直接係わる部門では、医師と看護師がそれぞれリスクマネージャーとして配置されている。



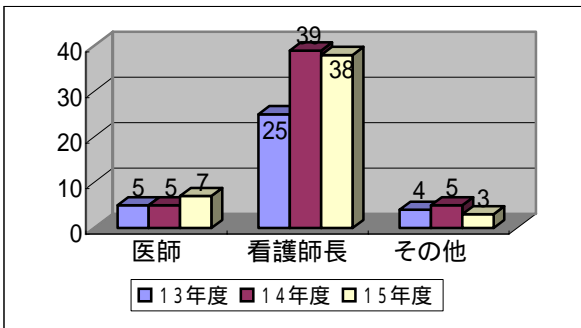


c 各部門長は、リスクマネジャーに対し通常業務の軽減など支援措置を講じている。

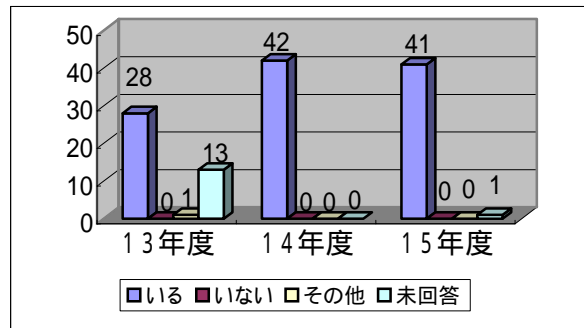


専任のリスクマネジャー（ゼネラルリスクマネジャー）を配置している。  
前年度同様、42大学全てで配置済み。

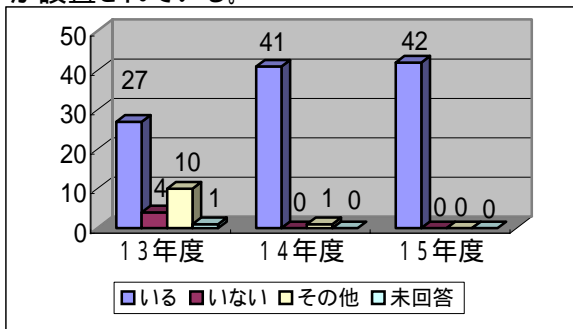
a ゼネラルリスクマネジャー担当職は？



b ゼネラルリスクマネジャーはその職種部門だけでなく、  
病院全体の事故防止・安全管理にあっている。

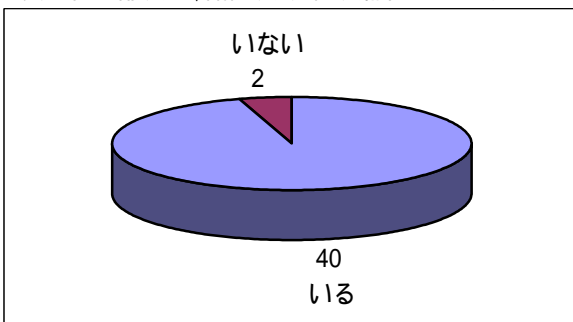


安全管理部（事故防止部、品質保証部等）  
が設置されている。

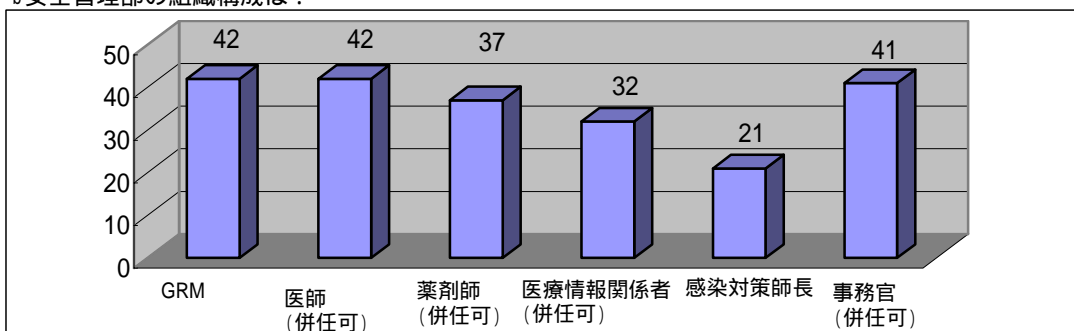


「いる」は、「a」～「g」へ

a 安全管理部長は、副院長・病院長補佐クラスを充てている。



b 安全管理部の組織構成は？



c 事故防止委員会の事務局機能を有している。

42 大学全てで組織済み。

d 事故・インシデント報告分析の中核的な役割を担っている。

42 大学全てで組織済み。

e リスクマネジャーへの分析結果の伝達や改善提案の窓口となっている。

42 大学全てで組織済み。

f リスクマネジャー会議を主催し、横の連絡を密にしている。

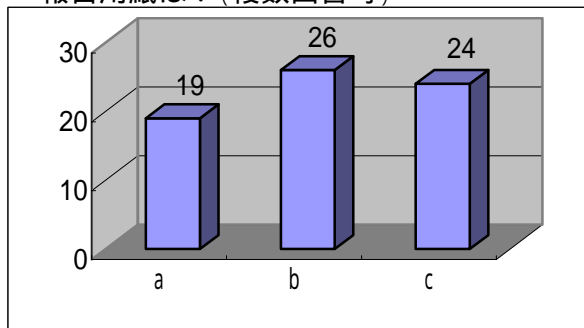
42 大学全てで組織済み。

g 安全管理に関する教育・研修事業の中核的な役割を果たしている。

42 大学全てで組織済み。

## 2) 事故やインシデントの報告制度と改善の実施

報告用紙は？ (複数回答可)

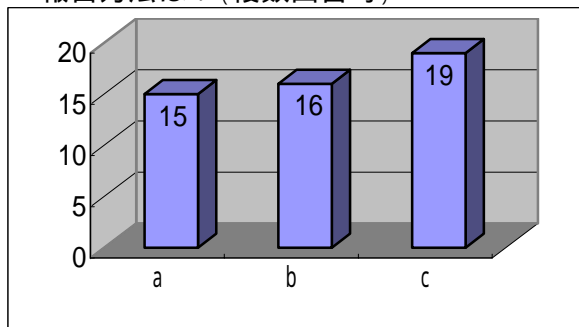


a 事故・インシデントを同一用紙としている

b 事故・インシデントは別用紙としている

c 電子媒体を使用している

報告方法は？ (複数回答可)

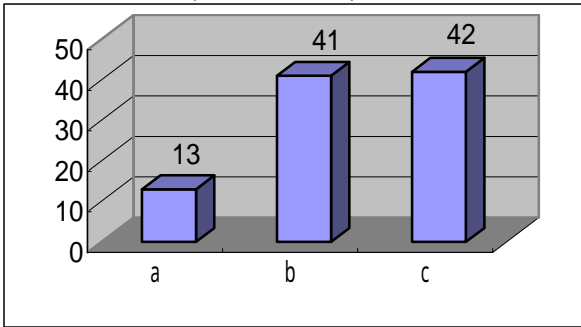


a 項目で事故・インシデントを区別する

b 報告すべき事項をあらかじめ各部署等で設定している

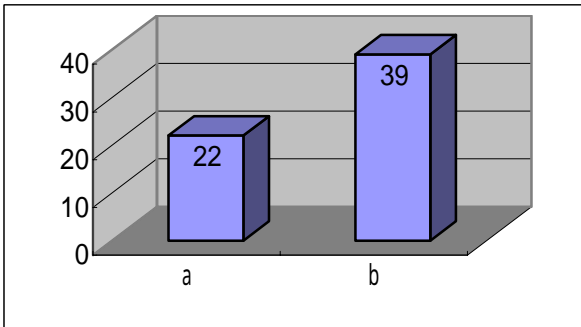
c 事故にインシデントの幸運事例の一部を含めている

報告者は？(複数回答可)



- a 当事者のみである
- b 最も事実を知っている者も含まれる
- c 事例によっては、職種別に複数からの報告もある

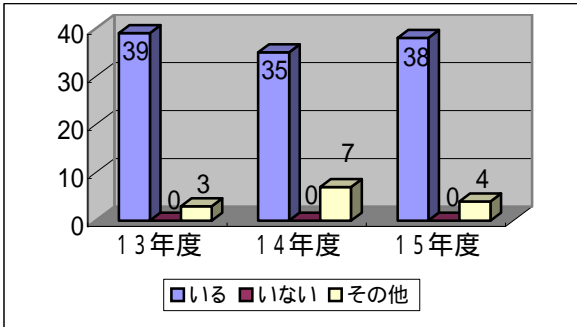
報告様式は？



- a 記述式である
- b 一部は選択式である

報告を推進するための環境の整備を行っているか？

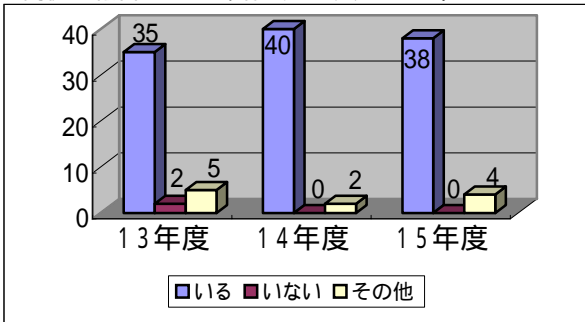
a 必要性や有用性、報告事例等の教育を繰り返し行っている。



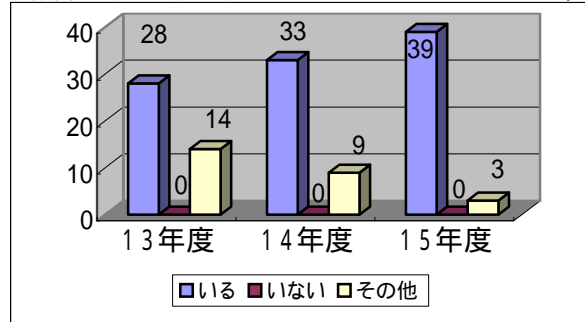
b 懲罰や人事管理に用いない配慮をしている。  
前年度同様、42大学病院全てで実施済み。

c 報告書の取扱いや保管は慎重に行っている。  
前年度同様、42大学病院全てで実施済み。

d 簡便に報告できるよう様式を工夫している。



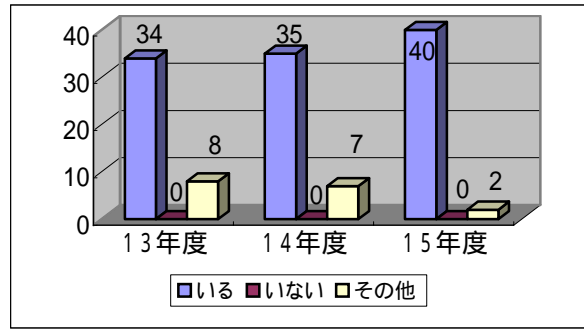
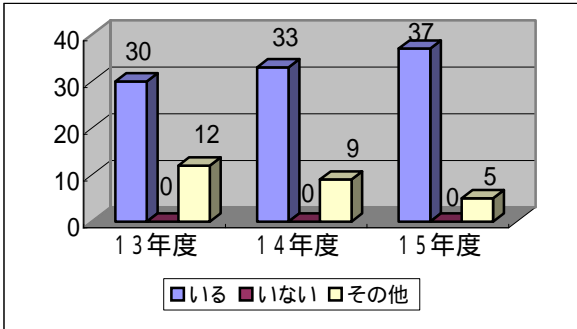
e 報告に対し適切な対応とフィードバックがなされている。



報告の分析、検討、アクションが適切に行われているか？

a 分析は、件数や分類などの統計処理だけに止まらず、一例一例丁寧に掘り下げられている。

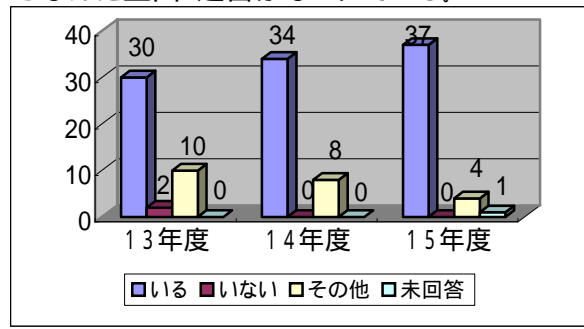
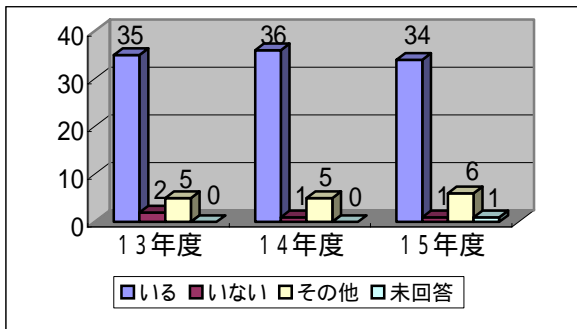
b 分析によって、直接的原因だけでなく根本的原因の究明もなされている。



3) 職員に対する教育・研修の充実

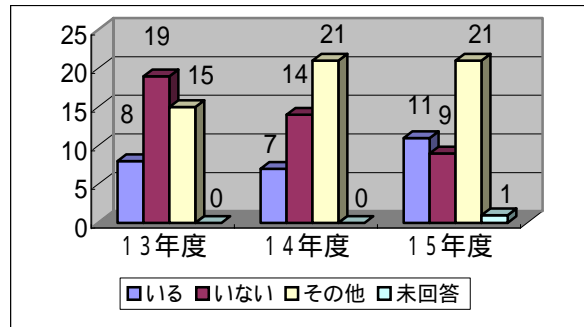
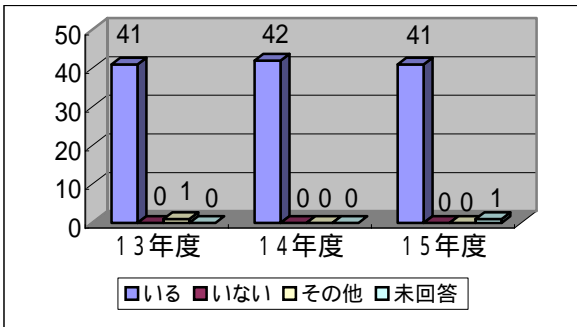
職員に対する教育・研修を制度化している。

職員に対する教育・研修は、単発的な講演会にとどまらず、対象や時期等をふまえ、場にちなんだ企画・運営がなされている。

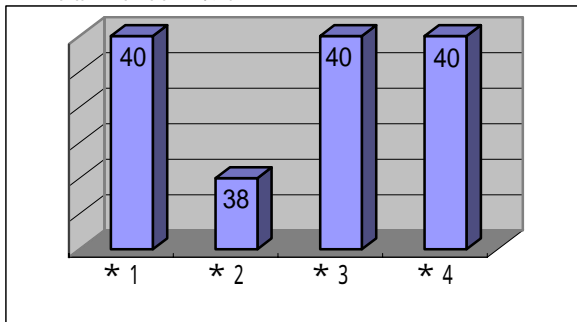


a 初任者に対する初期研修で安全管理教育が行われている。

a-1 中途採用者や異動の激しい医員等についても適切に実施されている。

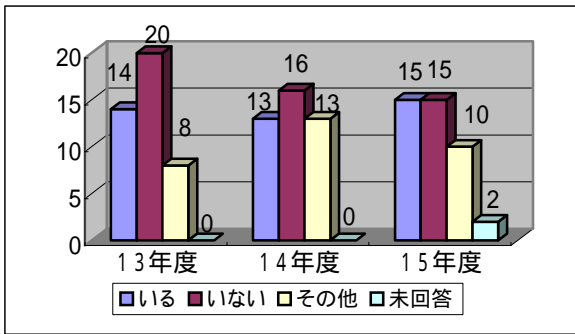


a-2 下記の内容が網羅されているか？

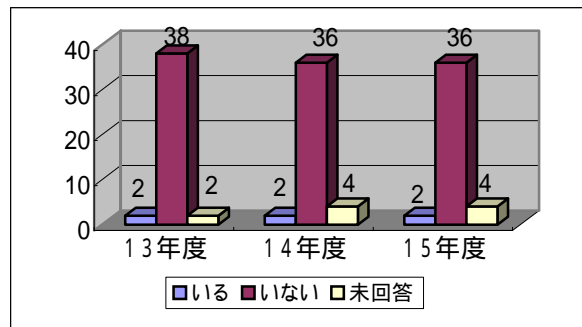


- \* 1 安全管理の基礎知識と組織上のしくみ
- \* 2 診療記録、医薬品・医療機器の管理、輸血事故防止に関する基礎
- \* 3 医療事故時の対応方法
- \* 4 事故やインシデントの報告

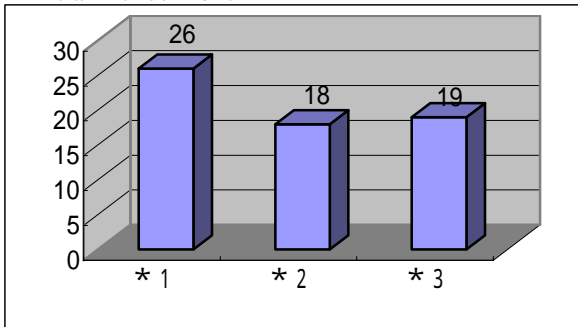
b 研修医や医学実習生の指導医を対象とした研修を行っている。



b-1 新任だけでなく、身分の変更の際も行っている。

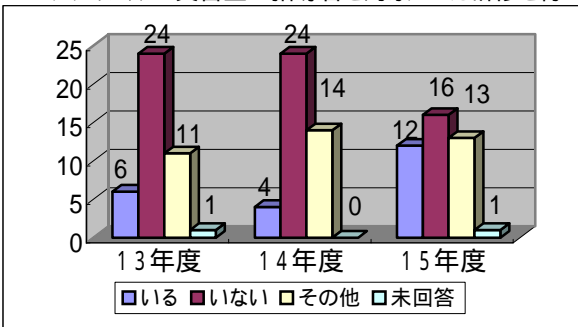


b-2 下記の内容が網羅されているか？

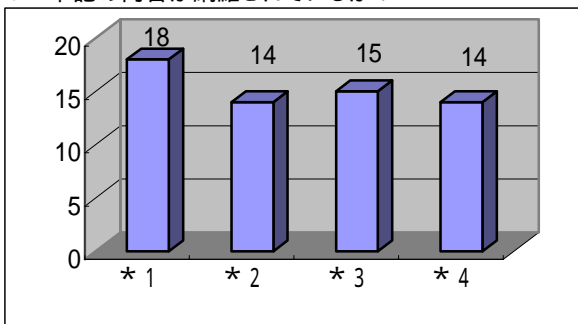


- \* 1 病院としての安全管理システムの確認
- \* 2 研修プログラム上の安全管理に関する事項の確認とその指導方法の実際
- \* 3 研修医が医療事故に係った場合の対応方法の確認

c コメディカルの実習生の指導者を対象とした研修を行っている。

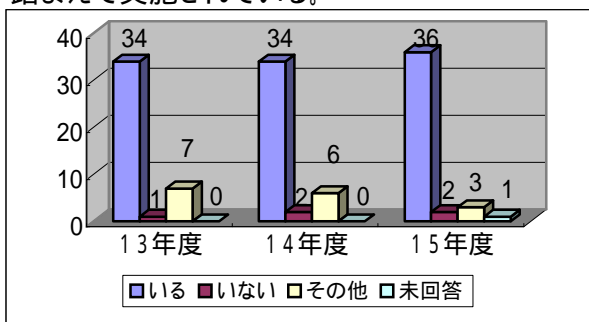


c-1 下記の内容が網羅されているか？

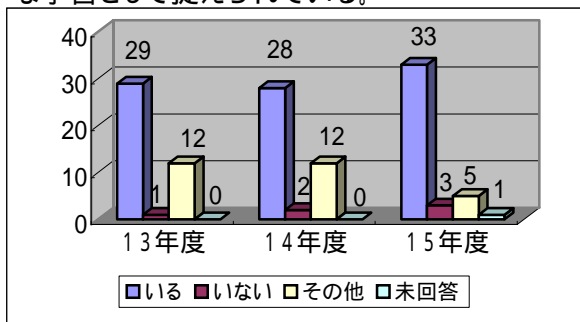


- \* 1 安全管理の基礎知識と組織上のしくみ
- \* 2 実習生が医療事故等に係った場合の対処方法や報告
- \* 3 事故予防の観点からの実習環境の改善
- \* 4 実習生の保護制度

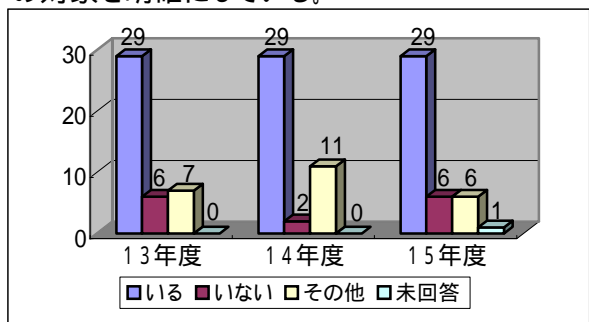
教育・研修は、人材育成という教育的観点を踏まえて実施されている。



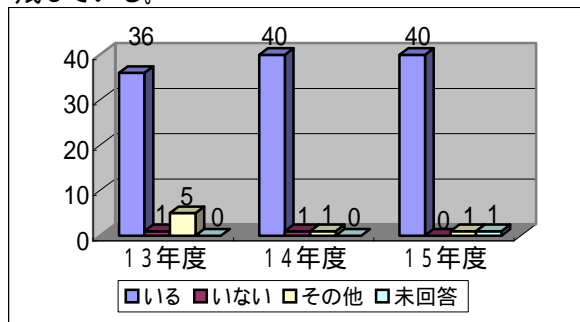
教育・研修は、従来の概念を払拭する新たな学習として捉えられている。



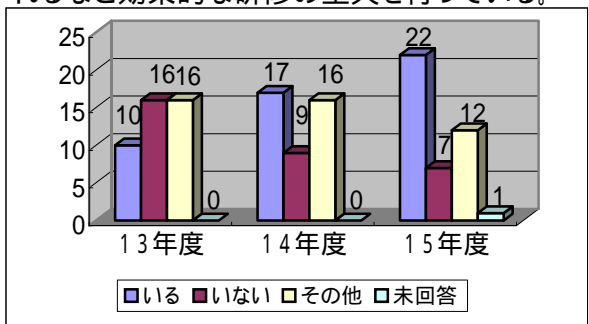
教育・研修は、自主参加のみでなく義務化の対象を明確にしている。



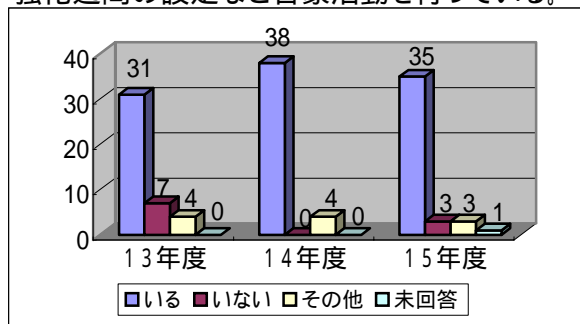
教育・研修の実施内容や参加状況を記録に残している。



医療分野以外の安全管理システムを取り入れるなど効果的な研修の工夫を行っている。



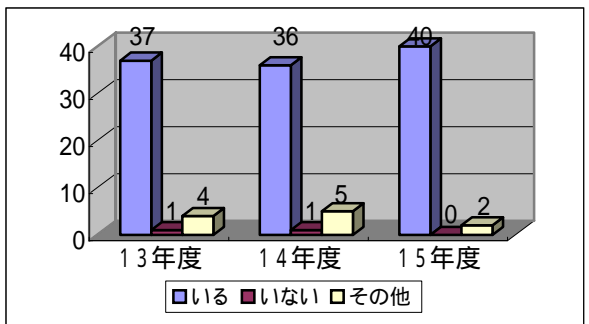
安全管理に関する標語やポスターの作製、強化週間の設定など啓蒙活動を行っている。



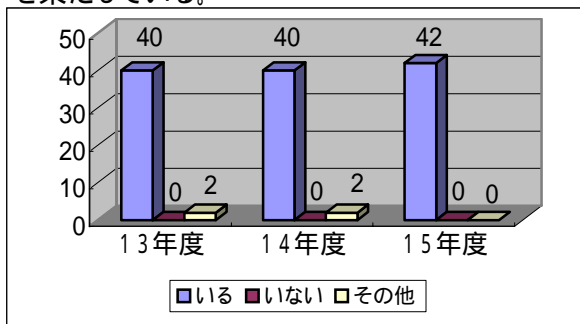
## 2. 医療そのものの改善を通じた安全性の向上

### 1) 患者の受持ち体制の再構築

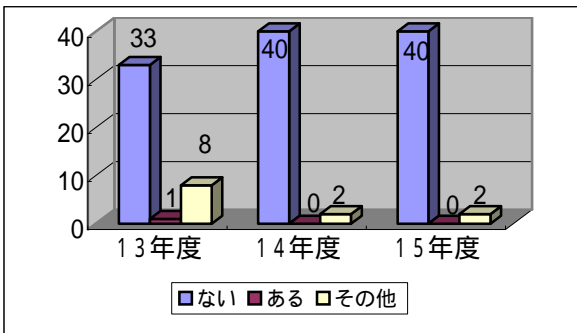
患者の日常的診療の中心は、助手・医員が担っている。



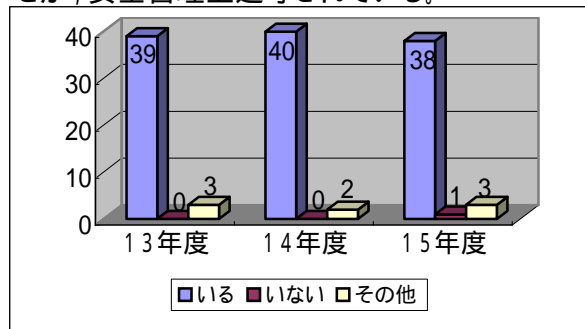
助手は、常勤の上席医師として、受持ちグループの他の構成員を適切にリードする役割を果たしている。



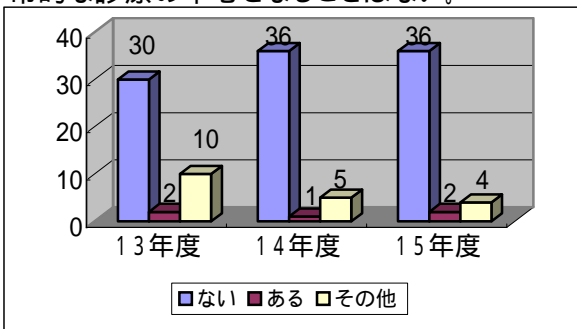
研修医が(基本的に)単独で診療に関する判断を下すことはない。



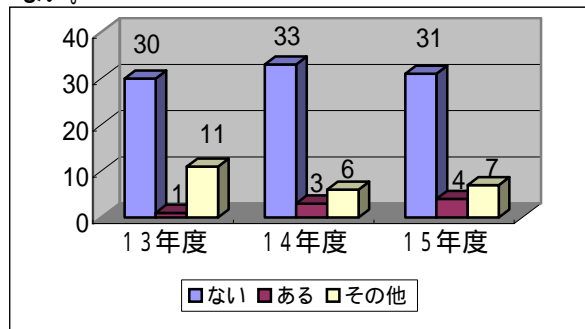
研修医は、指導医から直接実地に指導を受けて診療の経験を積み重ねる立場にあることが、安全管理上遵守されている。



助手や医員でなく、研修医が入院患者の日常的な診療の中心となることはない。



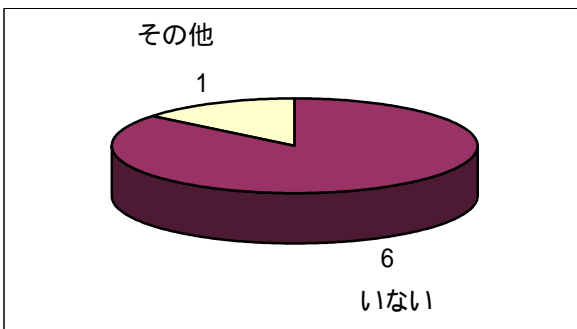
大学院生や研究生についても同様のことはない。



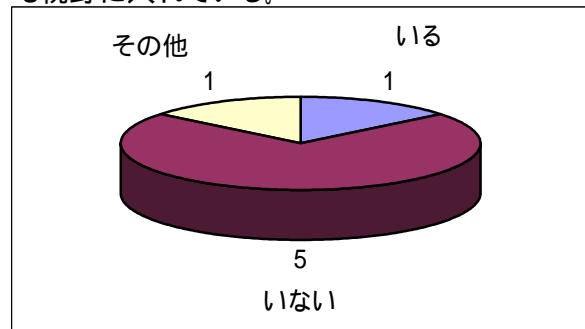
「ある」の場合は

「-1」、「-2」へ  
(一部「その他」の大学からも回答有り)

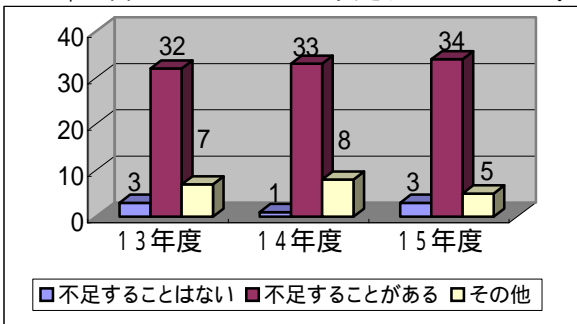
- 1速やかにその解消を図っている。



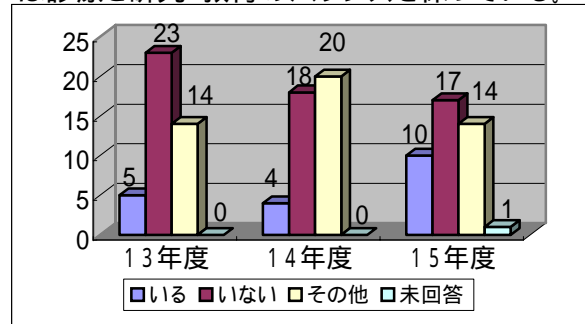
- 2抜本的解消のため病床数の見直しなども視野に入れている。



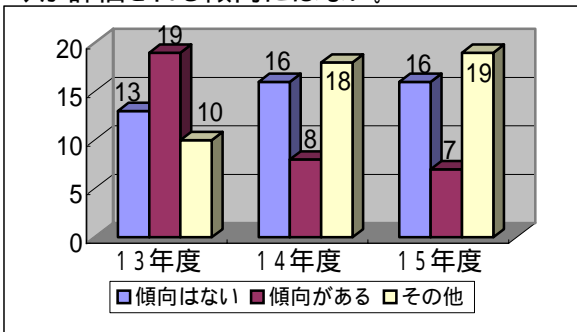
診療活動の急増や研究活動の活発化等のために、医師のマンパワーが不足することはない。



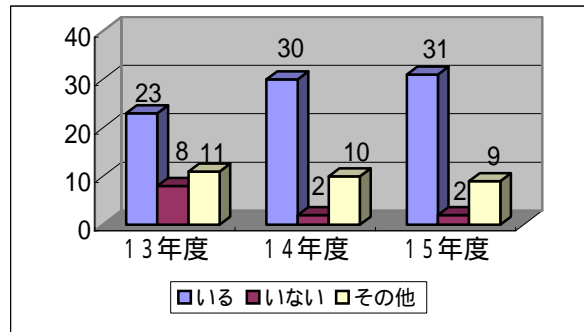
病院全体として見た場合、教官の勤務状況は診療と研究・教育のバランスを保っている。



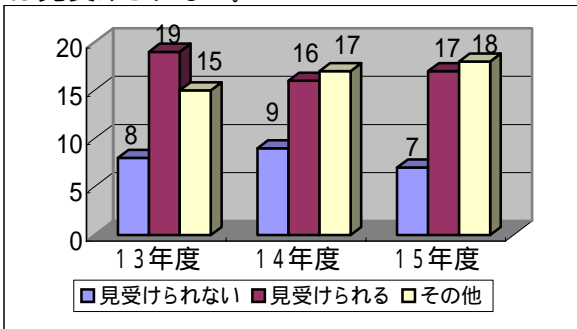
教官の評価は、教育や診療より論文業績のみが評価される傾向にはない。



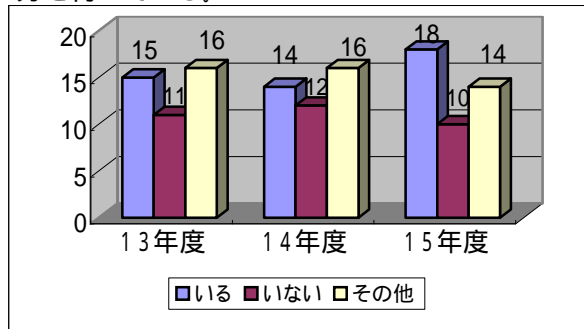
医師の勤務実態を的確に把握している。



医師(研修医を除く)の度を越した過重労働は見受けられない。

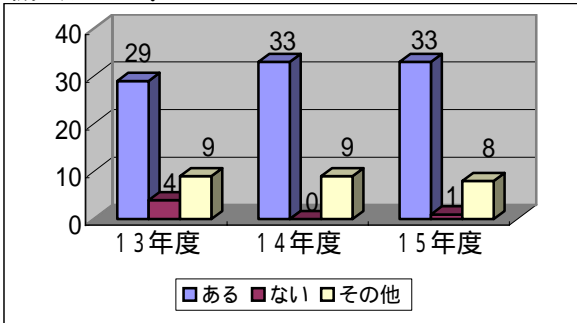


医師(研修医を除く)のマンパワーの適正配分を行っている。

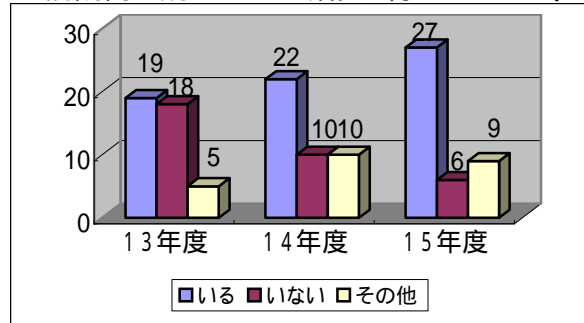


## 2) 研修医の指導体制の充実

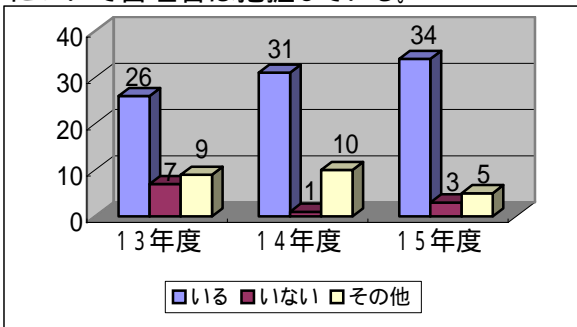
臨床に出る前に、必要な医療技術の研修の機会がある。



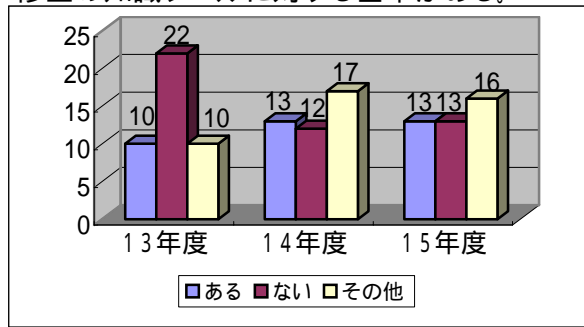
カルテの記入方法、指示の出し方についての病院内で統一された研修が行われている。



それぞれの研修医の知識、技術の習得程度について管理者は把握している。

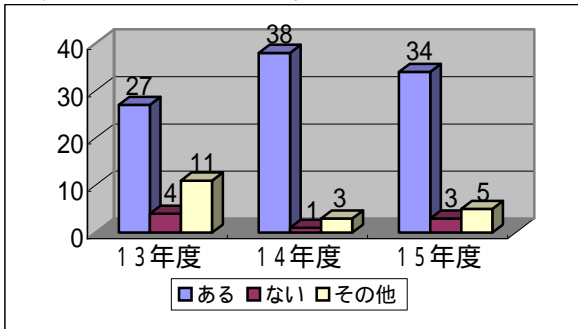


研修医が単独で指示や処置を行ってよい研修医の知識レベルに対する基準がある。

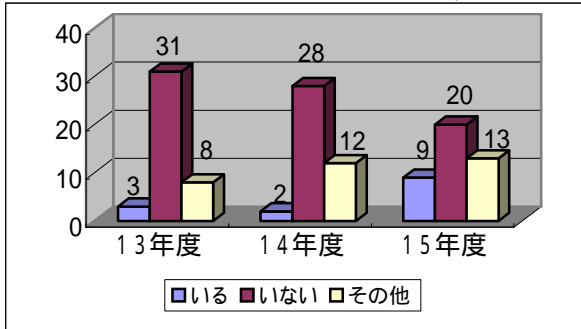




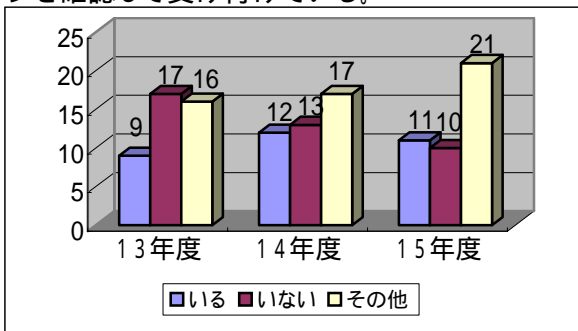
研修医の行う医療行為に対して、指導医がチェックするルールがある。



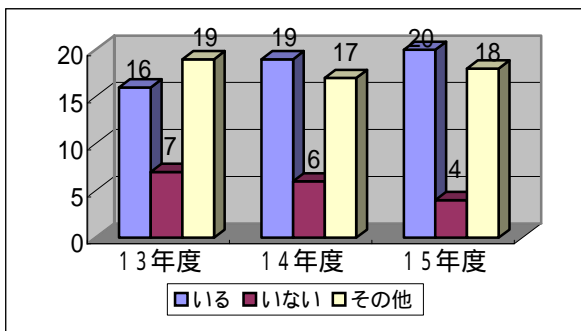
指導医と共に行うべき処置、研修医のみで行ってよい処置が明文化されている。



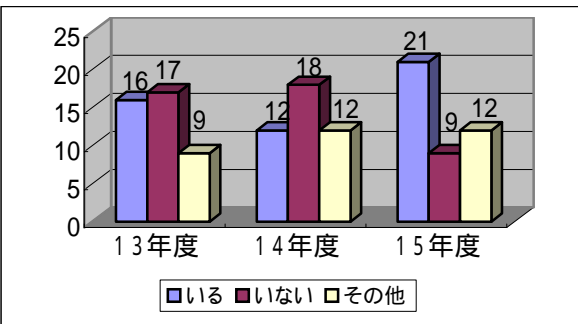
研修医が処方変更や新たな処方を行う場合、必ず指導医がチェックを行い指導医のサインを確認して受け付けている。



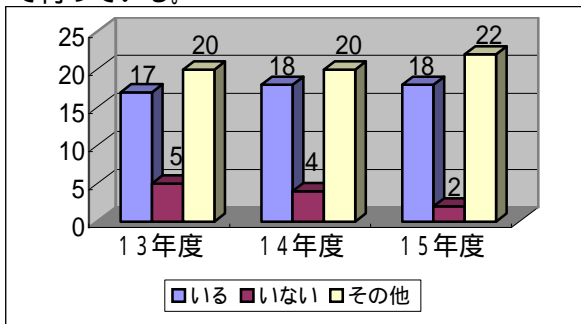
危険性の高い薬剤を研修医が処方する場合も同様の対応をしている。



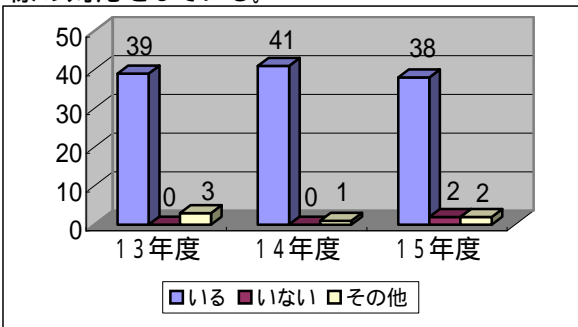
危険性の高い薬剤が明文化されている。



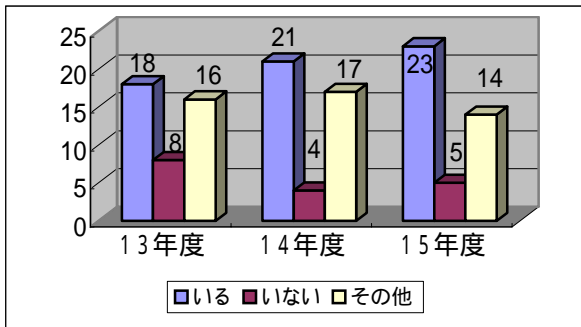
抗癌剤の注射等は、必ず指導医が立ち会って行っている。



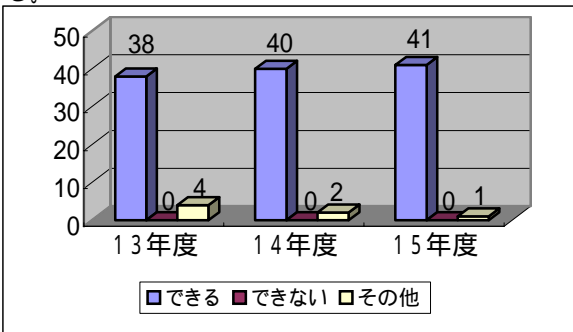
危険性の高い侵襲的な処置についても同様の対応をしている。



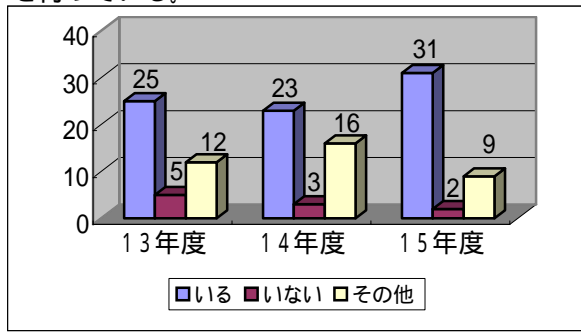
輸血についても同様の対応をしている。



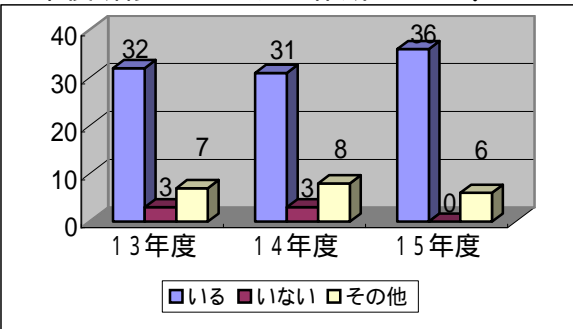
必要時、研修医がすぐに指導医に相談できる。



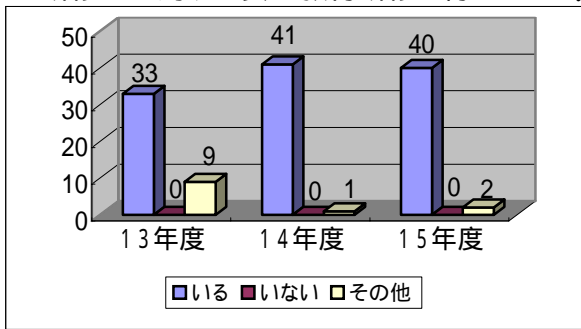
研修医の習得知識、技術に対する能力評価を行っている。



卒後研修マニュアルを作成している。

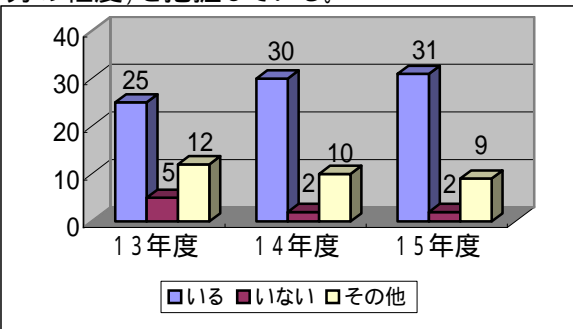


研修医に対する安全教育研修を行っている。

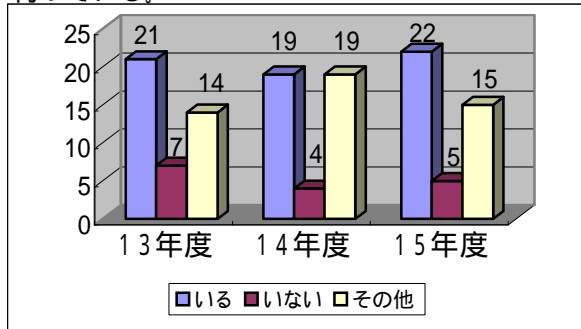


### 3) 研修医の実質勤務時間調査と健康維持体制

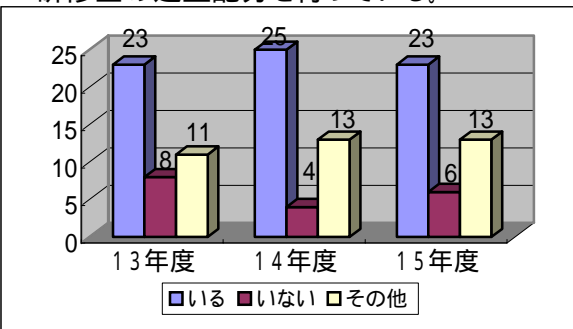
管理者は研修医の勤務状況(労働時間、疲労の程度)を把握している。



研修医の過度な労働を避けるための調整を行っている。

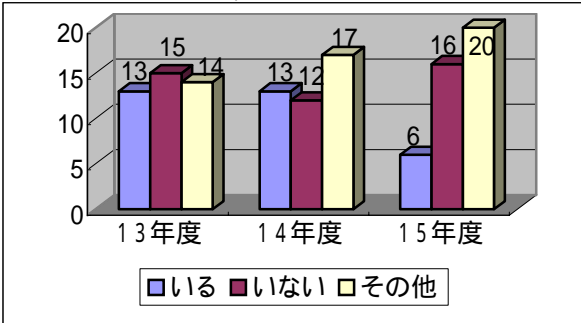


研修医の適正配分を行っている。

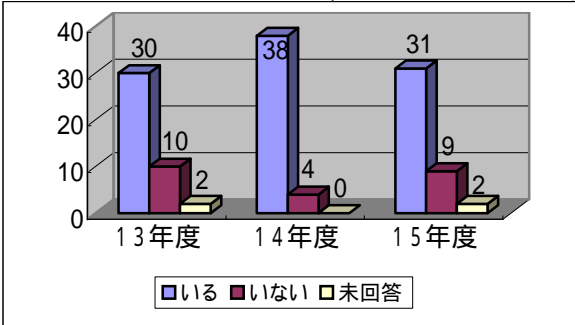


#### 4) 夜間の診療体制について

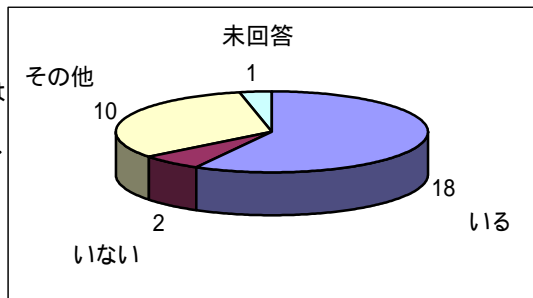
当直医の要件は、入院患者の受持ち医であることとされている。



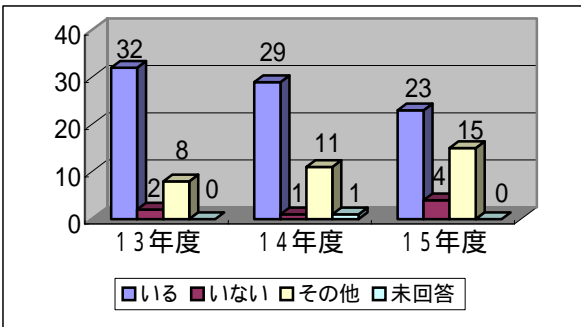
当直医への引き継ぎが、必ず行われている。



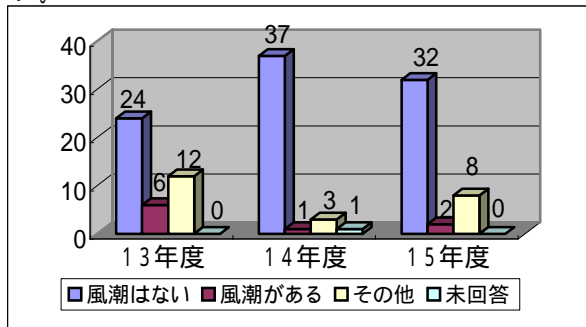
a 引き継ぎは必要事項を記入し、直接口頭で行われている。



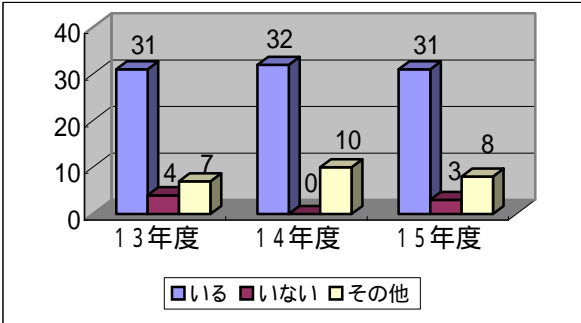
当直医は定時に病棟へ行っている。



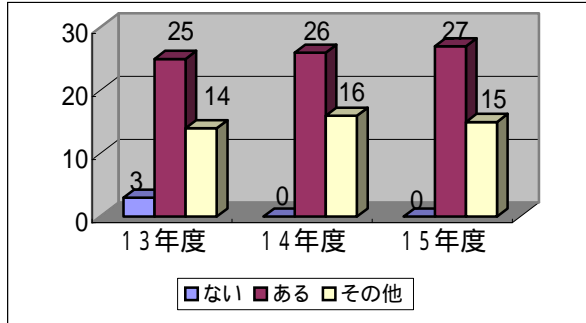
病棟へ当直医を呼びにくいなどの風潮はない。



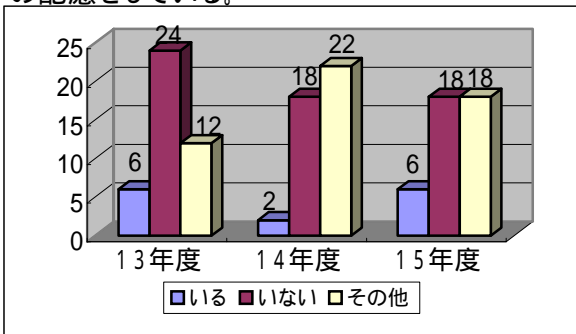
夜間における複数の救急患者の診療に対応するために、夜勤師長が活用されている。



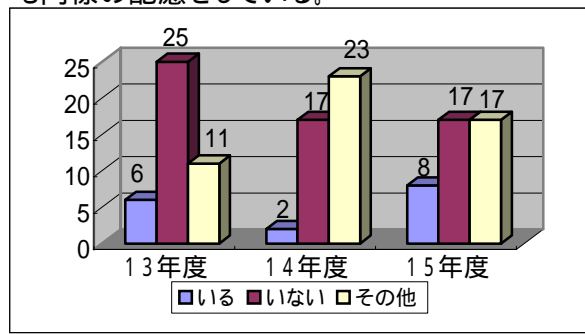
当直による睡眠不足などにより、翌日の注意力が低下することはない。



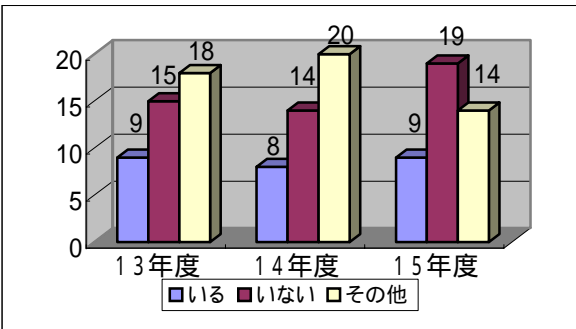
当直明けには長時間の手術は行わないなどの配慮をしている。



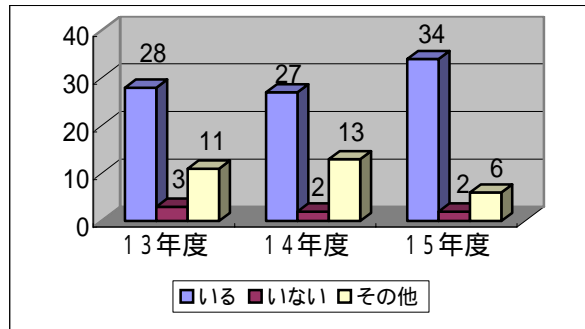
心カテや血管造影などの危険性の高い処置も同様の配慮をしている。



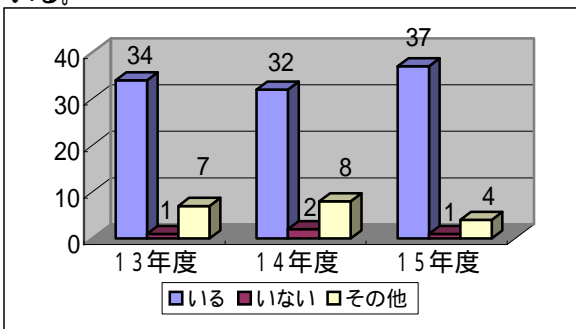
当直者が十分な睡眠を取れなかった場合、業務に支障のない範囲で負担の軽減を図っている。



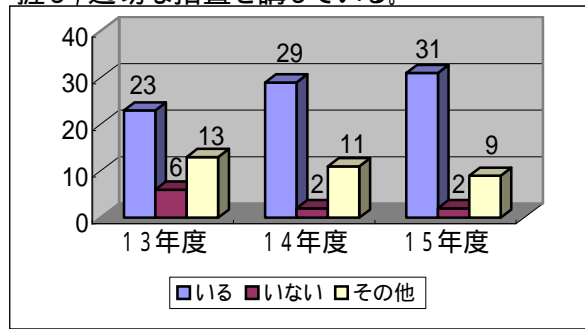
当直回数は、適正な範囲内で行われている。



当直者の仮眠環境などの整備が行われている。



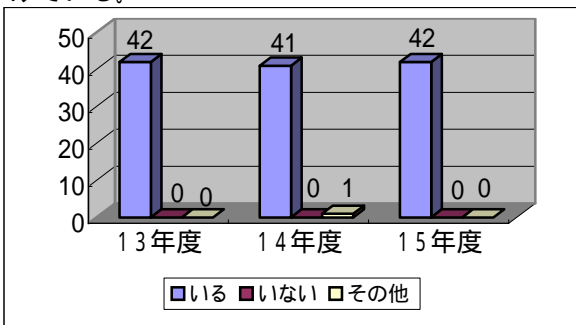
診療科長は、所属する医師の勤務実態を把握し、適切な措置を講じている。



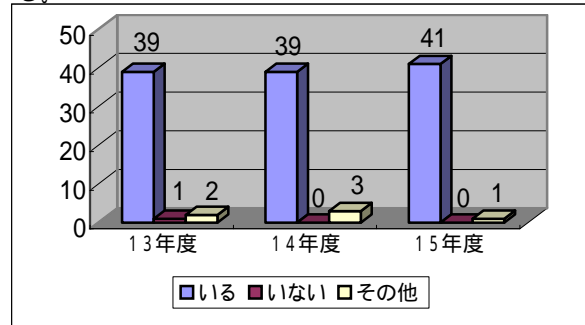
### 3 患者の参加等を通じた安全性の向上

#### 1) 新しい患者・医療従事者関係の構築

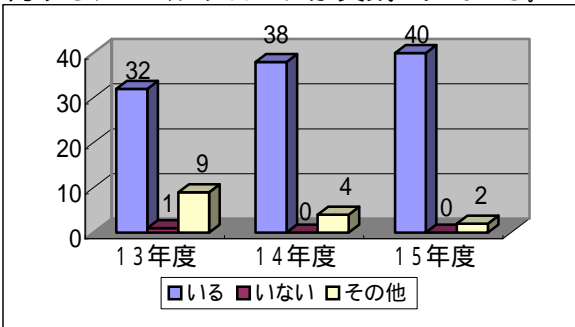
患者への説明の際、専門用語だけでなく日常会話を交えるなど意志の疎通の向上を心がけている。



病院や医療従事者の視点ではなく、何が患者の利益になるのかという視点で会話している。

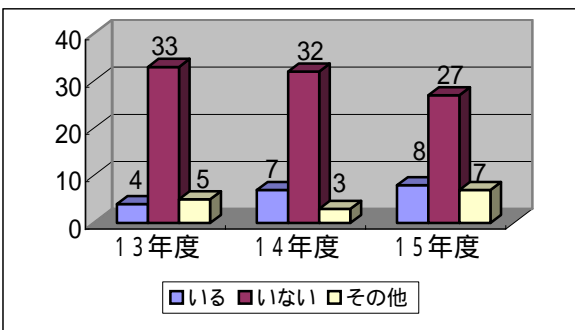


生死にかかわる事態や医療事故が発生した時の説明等については、病院内の多職種が協力するチームアプローチが実践されている。

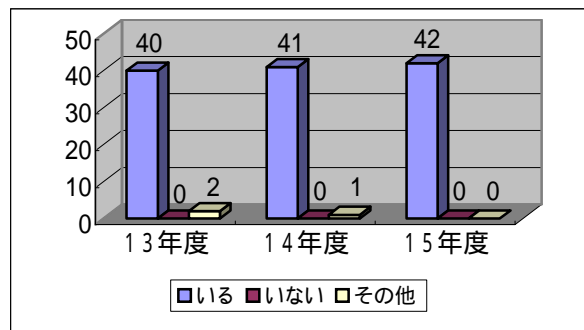


患者が主体性を持って医療に参加できるための支援を行っているか？

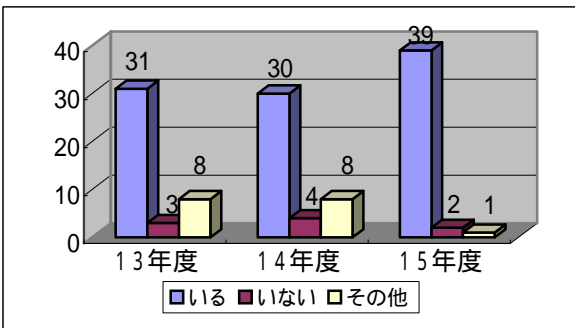
a 医療 疾病に関する情報入手のための患者図書館を設置している。



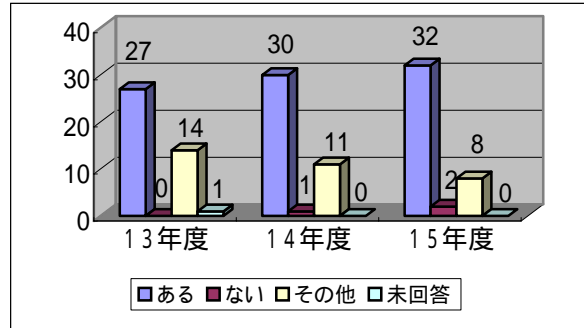
b 「ご意見箱」などを設置している。



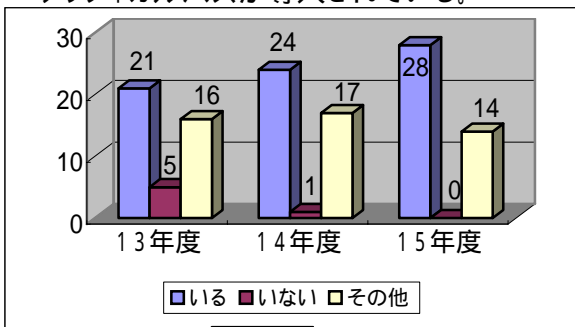
c この意見は、掲示板などで患者にフィードバックされている。



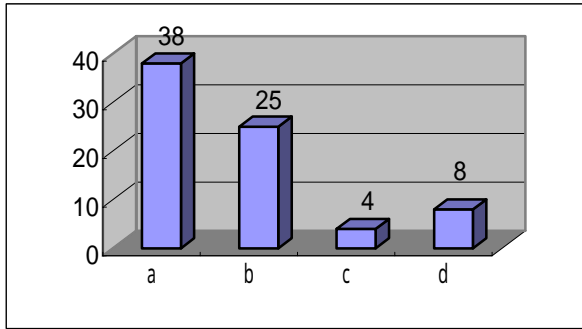
d 医師だけでなく各医療従事者が、役割や患者との関わりを提供できるような環境がある。



## 2) クリティカルパスの導入と情報の共有 クリティカルパスが導入されている。

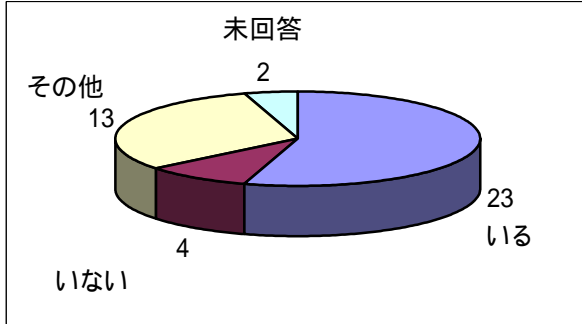


「いる」、「その他」は次項へ



- a クリティカルパスは医師と看護師共用のものである。
- b 医師・看護師以外の医療従事者の業務も含まれている。
- c 医師用のみである。
- d 看護師用のみである。

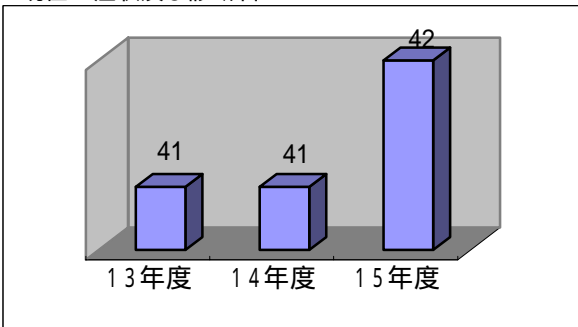
e クリティカルパスの開発・利用だけでなく、改良や在院日数の変化などの評価をしている。



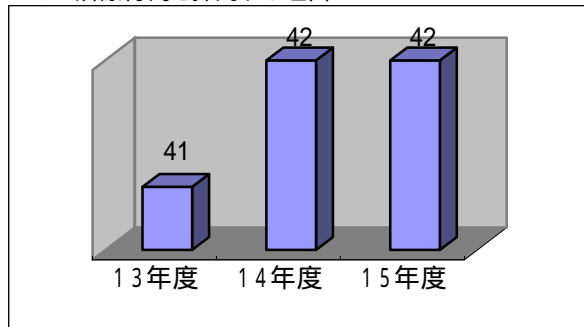
### 3) インフォームド・コンセント

患者の意志決定に必要な情報をきちんと提供しているか？

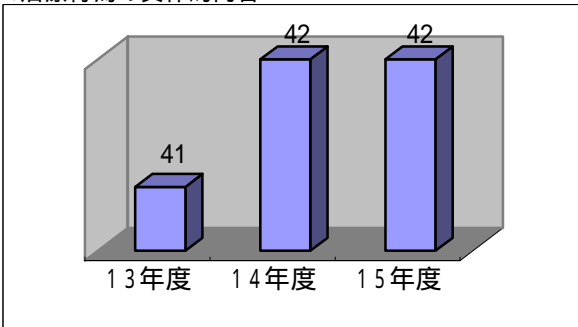
a 現在の症状及び診断名



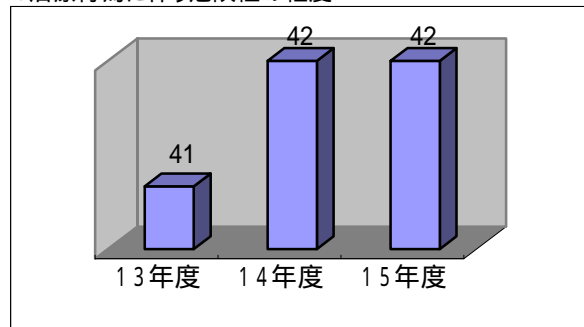
b その治療行為を採用する理由



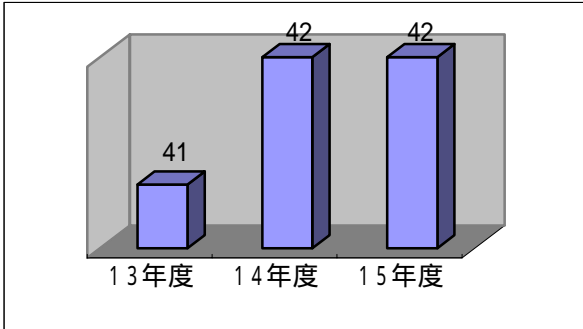
c 治療行為の具体的内容



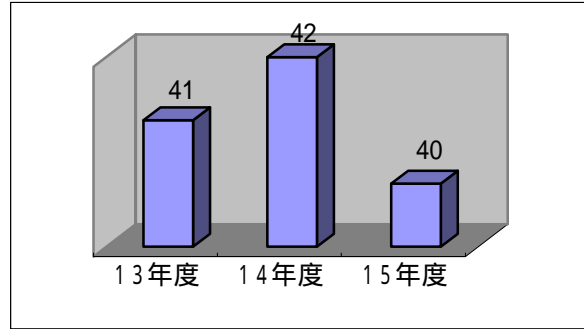
d 治療行為に伴う危険性の程度



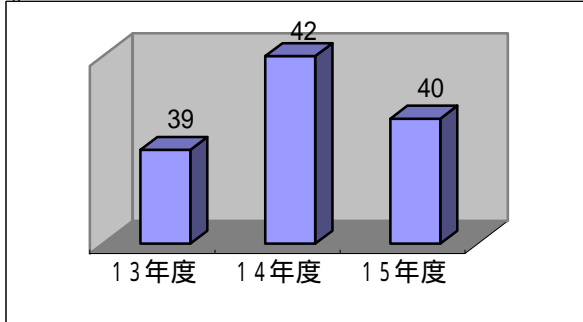
e 治療を行った場合の予後や改善の見込み、程度



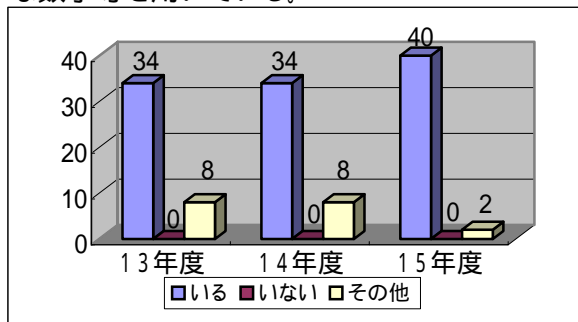
f その治療を受けなかった場合の予後



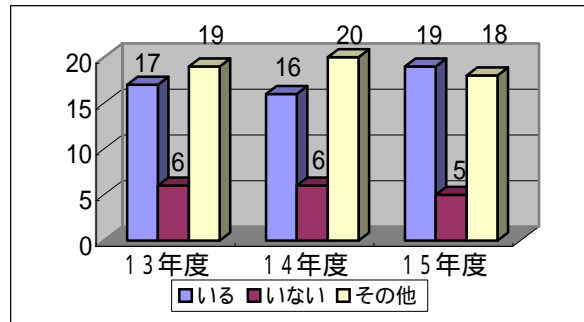
g 代替的治療法がある場合には、その内容および利害得失



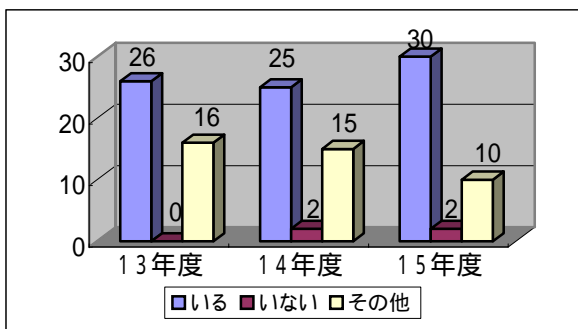
情報提供の際、直感的な表現でなく客観的な数字等を用いている。



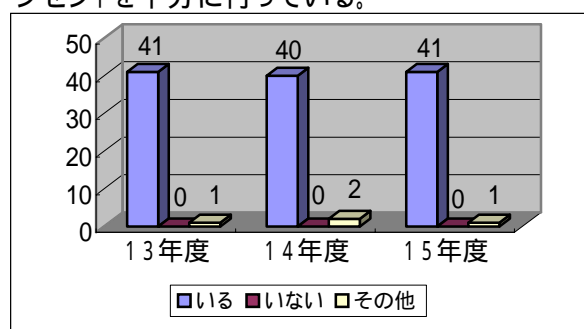
受持グループと執刀医・検査医グループが異なる場合、情報提供の場に同席するルールがある。



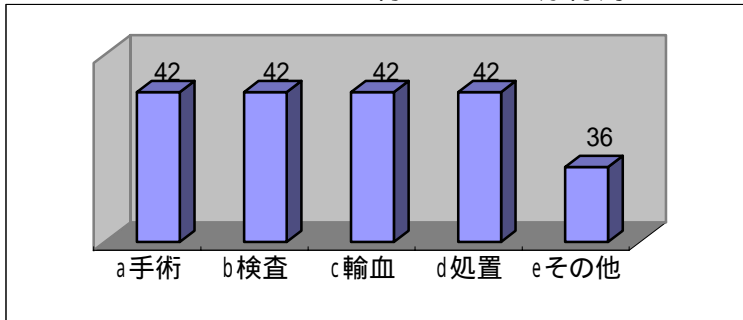
複数の診療科で医療を行う場合、同様の工夫を行っている。



高度医療や新たな医療行為を行う場合、倫理委員会の承認や患者へのインフォームド・コンセントを十分に行っている。



インフォームド・コンセントを行っている医療行為は？



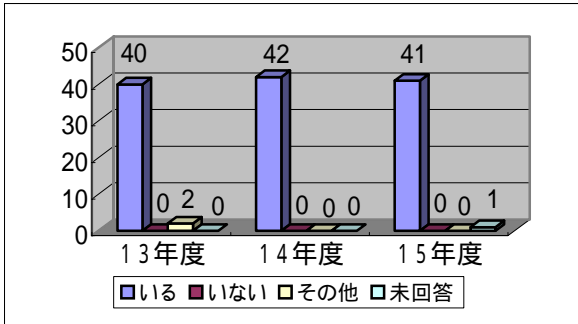


## 5. 医薬品・医療材料・医療機器の管理・取扱い

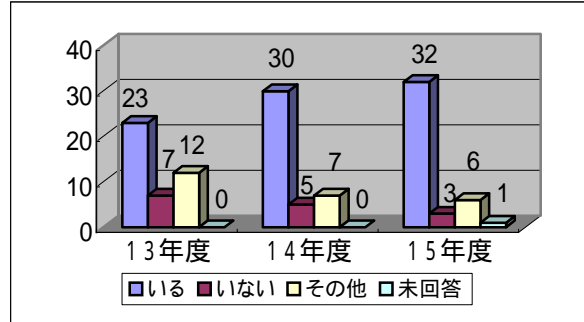
### 1) 輸液について

#### 薬品の管理

a 薬剤は用途別に保管されている。(消毒剤と注射薬剤等)

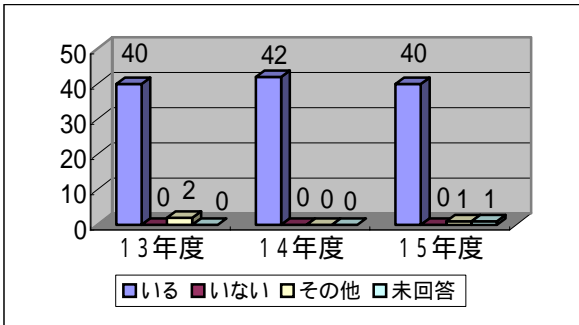


b 輸液とともに用いる薬剤に関し、同一薬品における静脈注射用(筋肉注射禁忌)、筋肉注射用(静脈注射禁忌)の区分について、保管場所を変えるなどの方法が取られている。

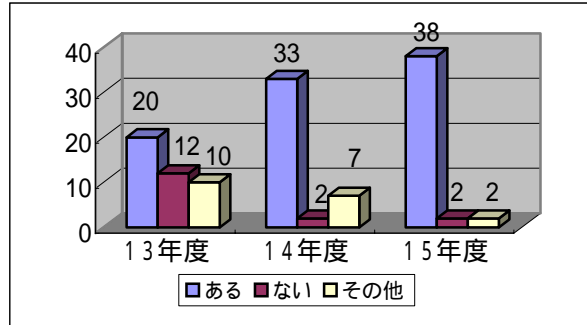


#### 指示を出す際

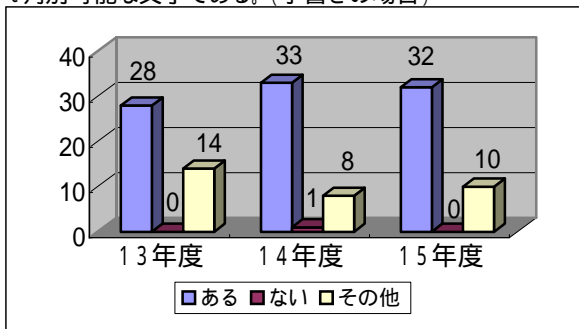
a 書面での指示を原則としている。



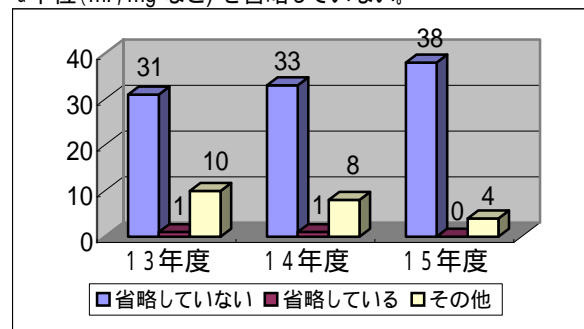
b 緊急止むを得ない場合の口頭指示に際してのマニュアルがある。



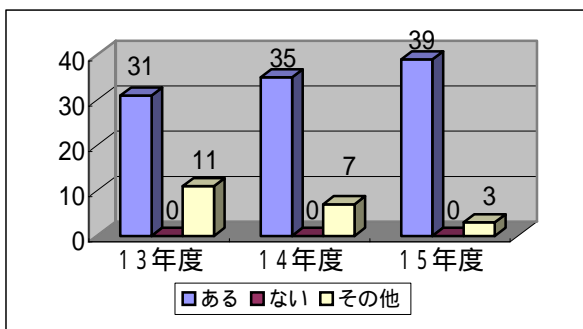
c 判別可能な文字である。(手書きの場合)



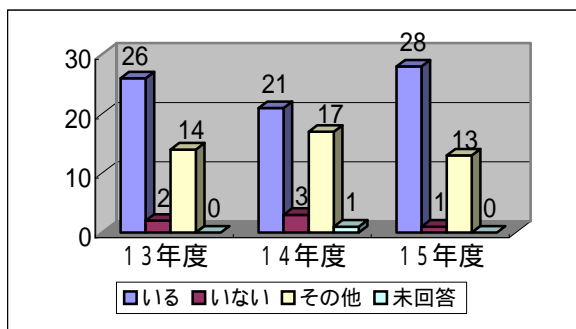
d 単位(ml, mg など)を省略していない。



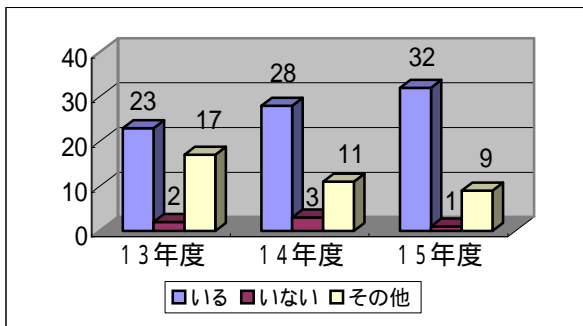
e 使用量, 使用時刻, 投与速度の記載がある。



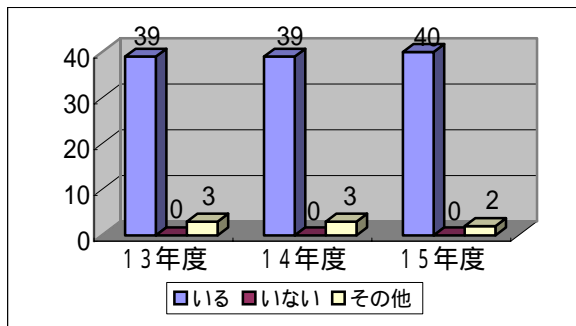
f 投与ルート, 投与方法(輸液ポンプ? 自然滴下? など)の指示が記載されている。



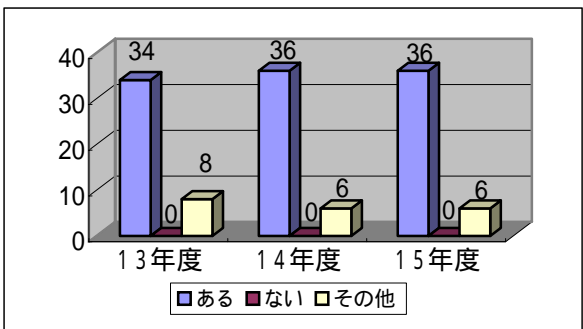
g 配合禁忌, 混注不可能なものに対するチェックがされている。



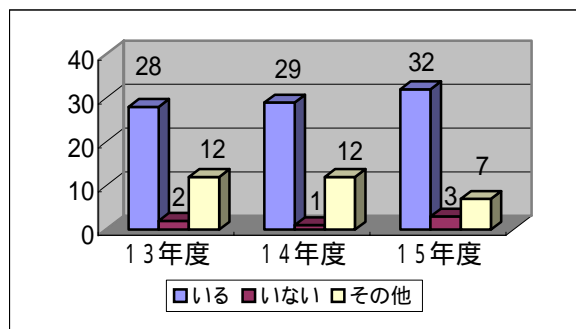
h すべての指示書に患者の姓名が記されている。



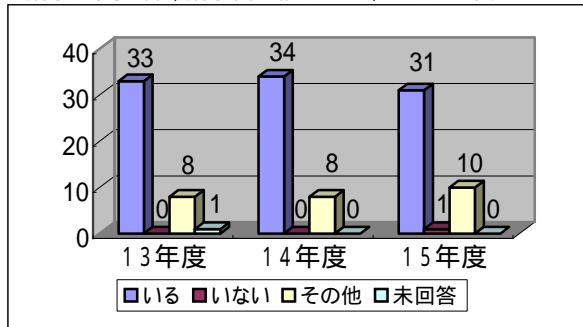
i すべての指示書に指示者のサインがある。



j 指示変更の際, より注意を促すための工夫(下線を引く, 注意書きを添えるなど)がされている。

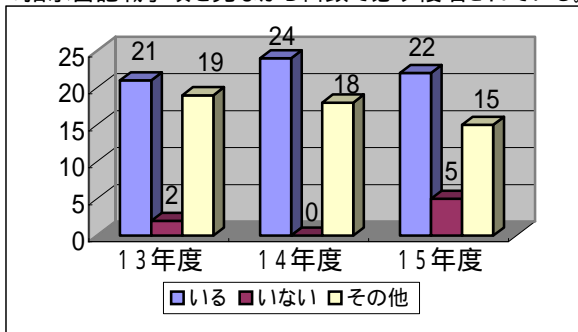


k 指示変更の際, 指示書に記入して, 口頭でも伝えている。

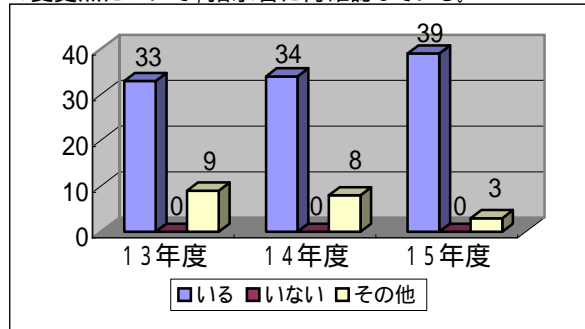


### 指示を受ける際

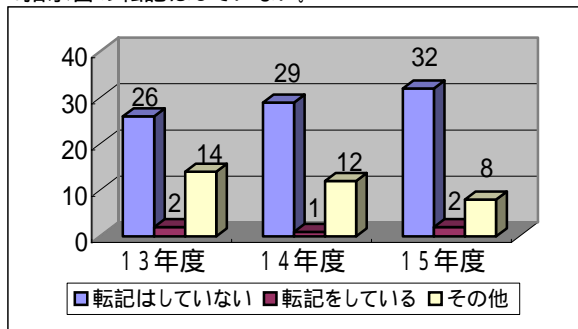
a 指示書記載事項を見ながら口頭で必ず復唱されている。



b 変更点について、指示者に再確認している。



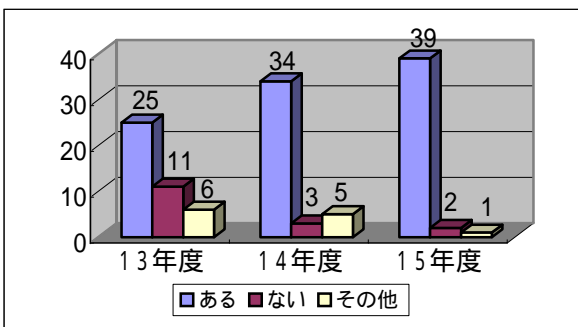
c 指示書の転記はしていない。



d 疑問が生じた場合、指示者への再確認が行われている。

昨年同様、42大学全てで実施している。

e 緊急止むを得ない場合の口頭指示に際してのマニュアルがある。

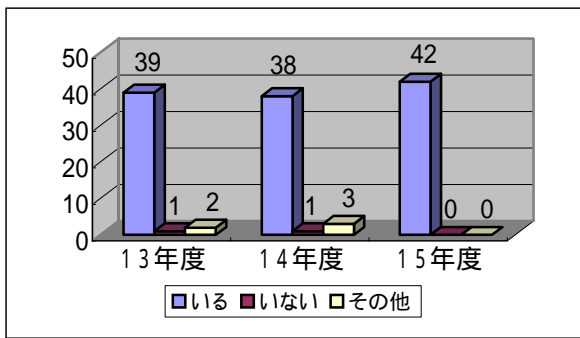


### 準備をする際

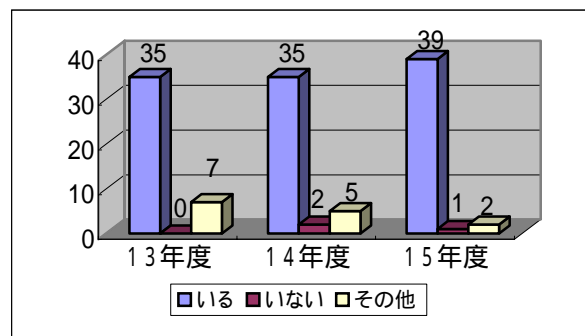
a 指示書と実物を見比べながら準備している。

昨年同様、42大学全てで実施している。

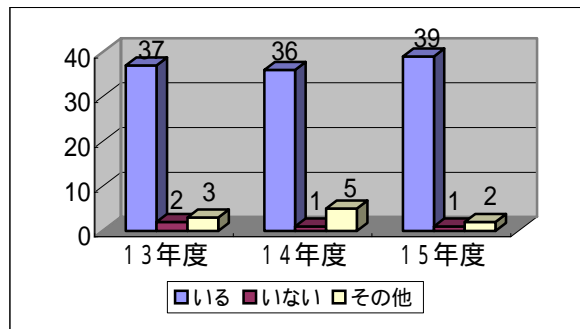
b 名前や外観の似た薬剤の保管場所に注意を払っている。



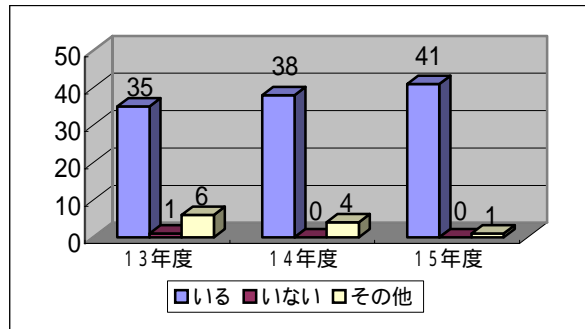
c 内容, 投与される患者名がボトル, 注射筒などに直接書かれている。若しくは出カラベルが貼付されている。



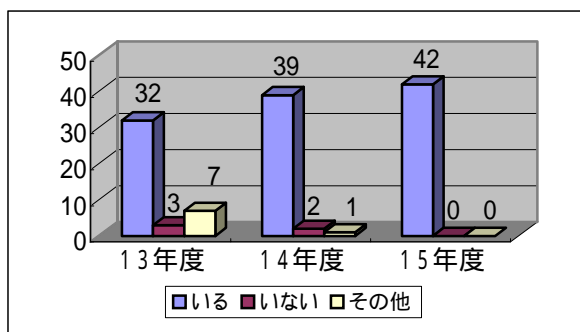
d カラーシリンジ, カラー点滴セットなどの着色医療材料が導入されている。



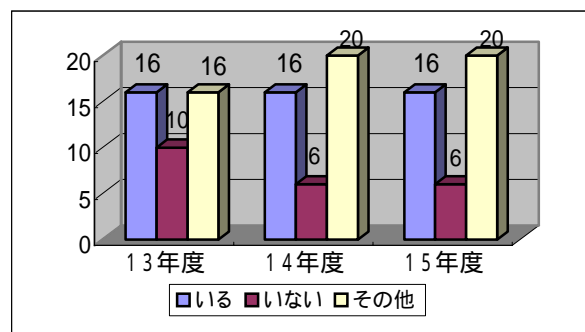
e 色による与薬経路は, できるだけ単純化されている。



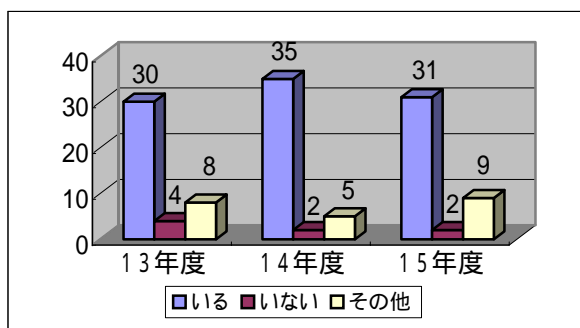
f 接続部の異なった三方活栓等を採用し, 与薬経路の取り違えを防いでいる。



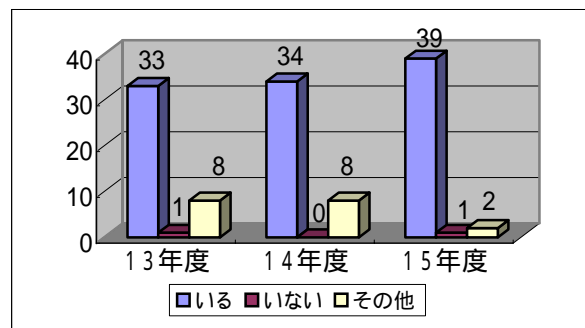
g 輸液セットは, 一体型になっている。



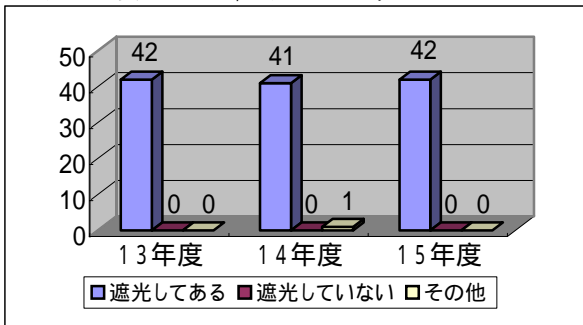
h 経口薬の薬杯は, 色, 形状を専用のものとしている。



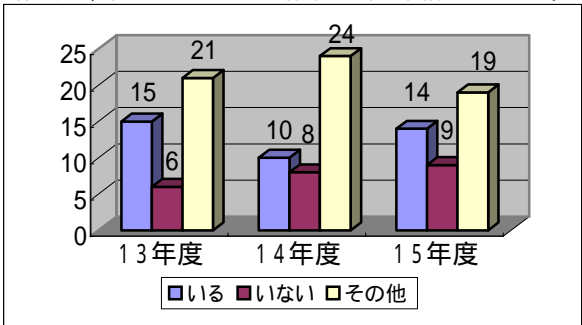
i 準備された後の薬剤は, 患者ごと, 投与方法ごとに区別して保管されている。



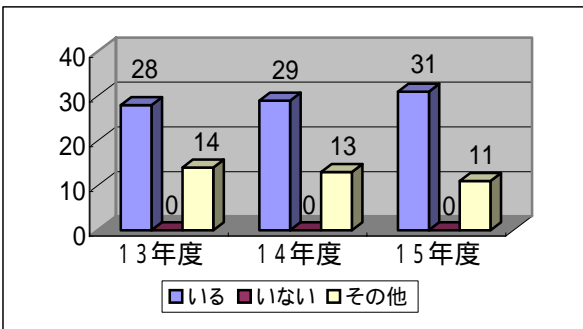
k 遮光が必要なものは、遮光してある。



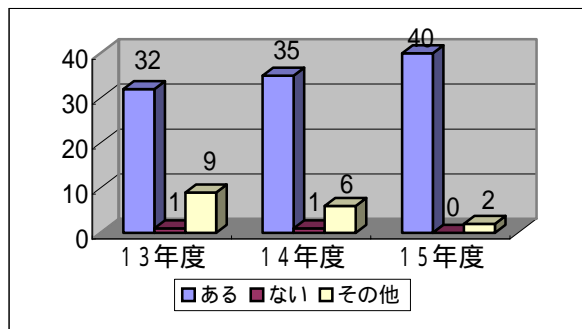
l 作成は、十分なスペースと清潔区域で準備されている。



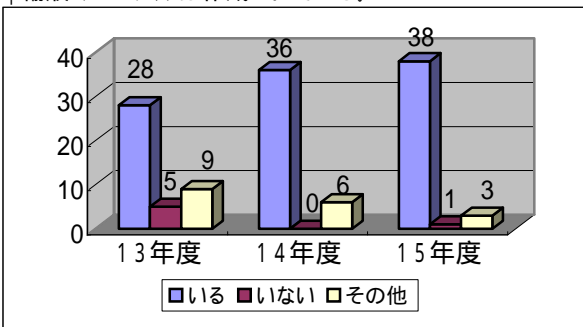
m 準備する者は、薬剤について十分な知識を持って作成している。



n 準備したものについて、ダブルチェックするシステムがある。

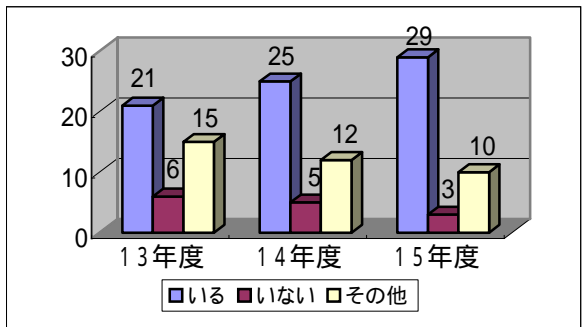


p 輸液マニュアルは作成されている。

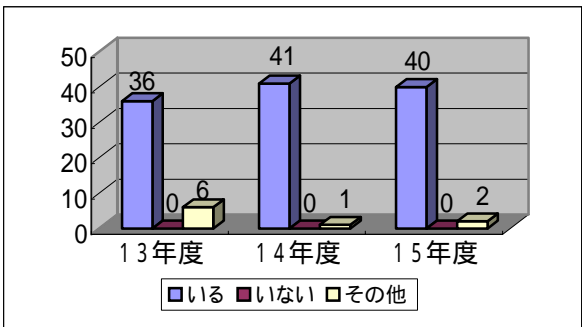


輸液を開始する際

a 薬剤名、患者名、投与方法、投与ルートの確認はベットサイドで指示書と照合して行っている。

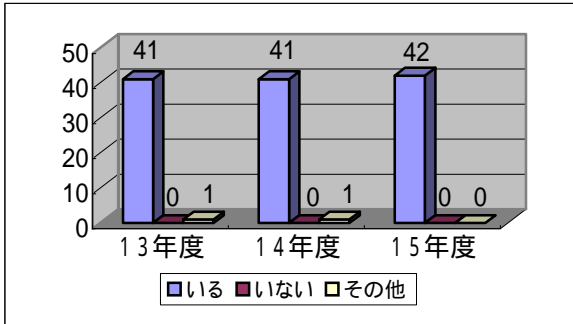


b ベットサイドでの患者確認の工夫がされている。

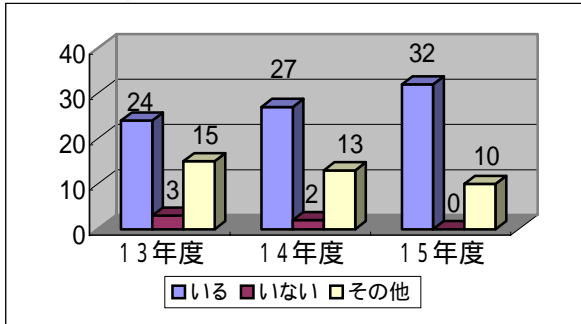


c 経腸栄養，経鼻胃管などと経静脈ラインの接続部の区別が明確である。  
 昨年同様，42大学全ての大学で実施済み。

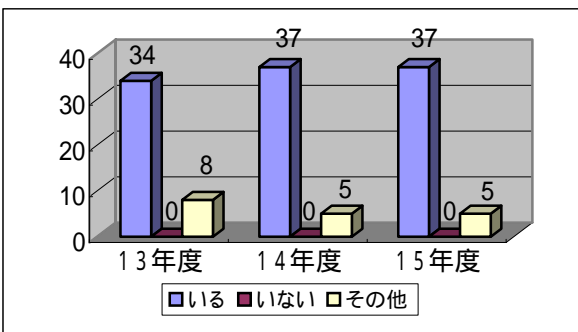
d ラインの接続が確実かどうか確認している。



e 施行者名，施行した時刻を指示書などに記録している。



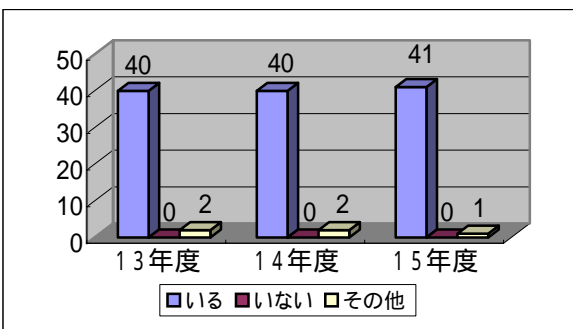
f 輸液ポンプを使用する場合の流量設定は，指示書と照合して行っている。



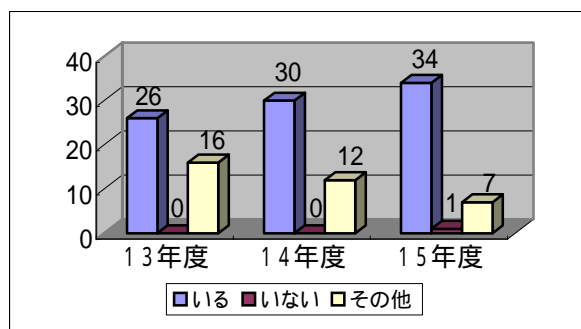
### 輸液施行中

a 輸液施行中に，少なくとも一回は投与方法，速度の再確認が行われている。  
 昨年度同様，42大学全てで実施している。

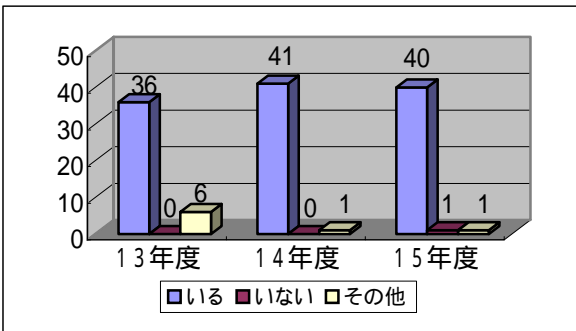
b ラインの整理がされている。



c 一本のルートに複数の薬剤が三方活栓などを通して注入されている場合，それぞれのルートに薬剤名を明記している。

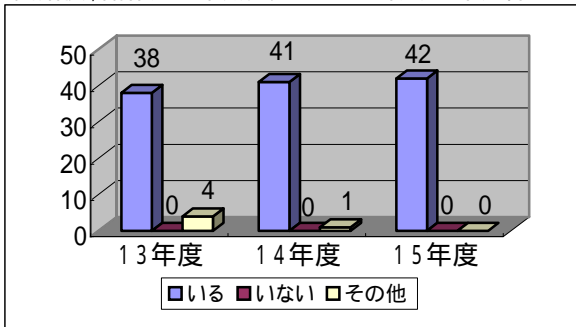


d 指示通りに指示量が輸液されていることについての確認は指示書と照合して行っている。



e 患者が安心して輸液を受けられるよう環境を整えている。  
昨年度同様、42大学全てで整備している。

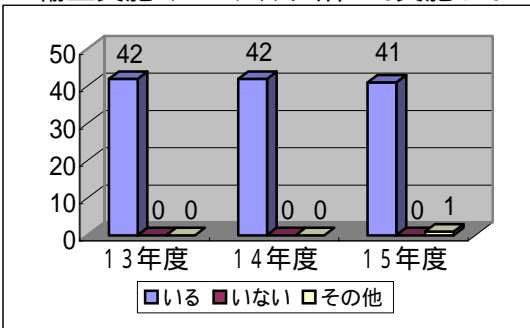
f 開始後、副作用の早期発見のための観察を十分行っている。



## 2) 輸血について

輸血実施マニュアルがある。  
昨年度同様、42大学全てで整備している。

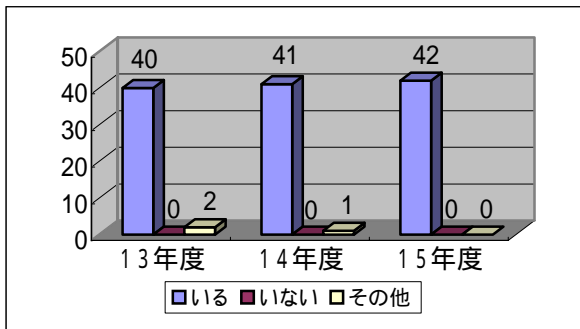
輸血実施マニュアルに沿って実施している。



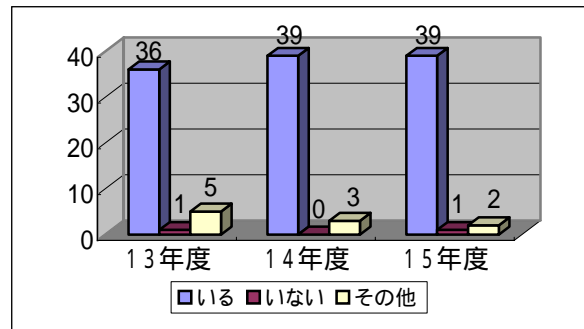
a 輸血用血液の外観検査を実施している。  
昨年度同様、42大学全てで実施している。

b 一回一患者の準備や施行をしている。  
昨年度同様、42大学全てで実施している。

c 輸血前の確認事項(患者名, 患者ID番号, 患者血液型, 製剤血液型, 製剤番号など)を輸血実施医と医師又は看護師の複数の人間で確認している。

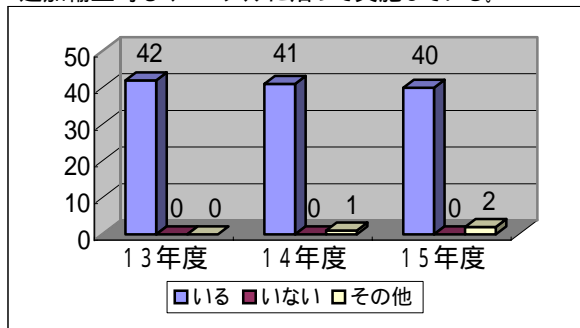


d ベットサイドで患者名と血液型の確認をする方策がとられている。



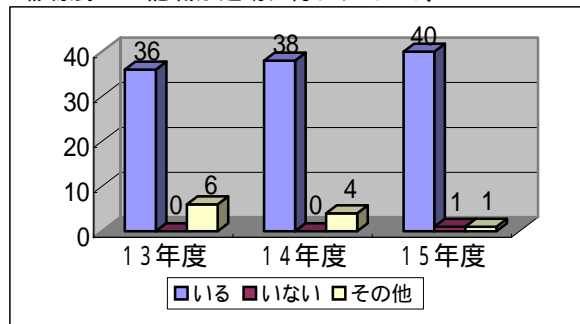
e 輸血実施と即時型副作用の観察が適切に行われている。昨年度同様, 42大学全てで実施している。

f 追加輸血時もマニュアルに沿って実施している。

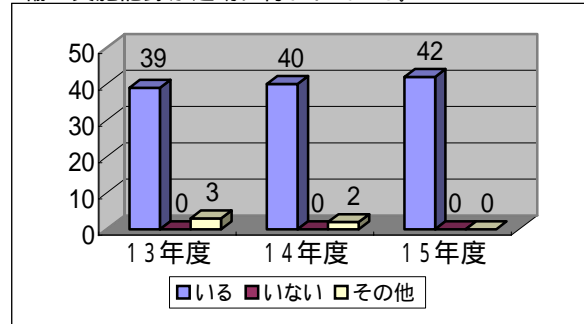


g 輸血終了時の観察が適切に行われている。昨年度同様, 42大学全てで実施している。

h 診療録への記載が適切に行われている。

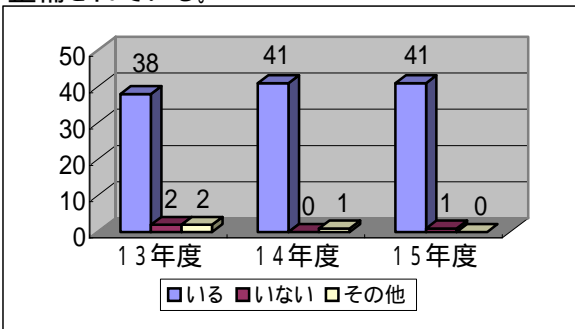


i 輸血実施記録が適切に行われている。

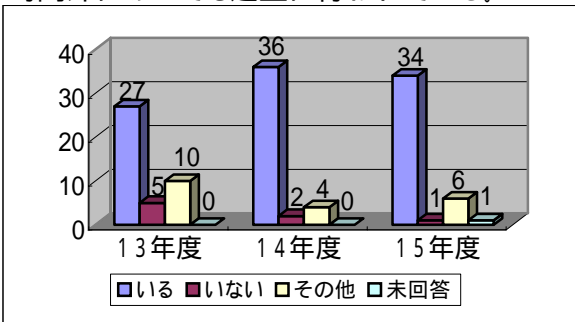




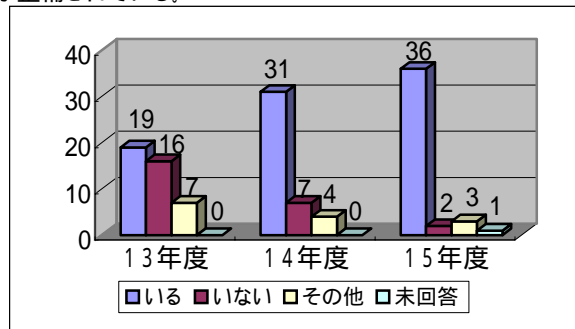
輸血に関する事故に対するマニュアルが整備されている。



輸血に関する検査と血液製剤の供給業務が時間外においても適正に行われている。



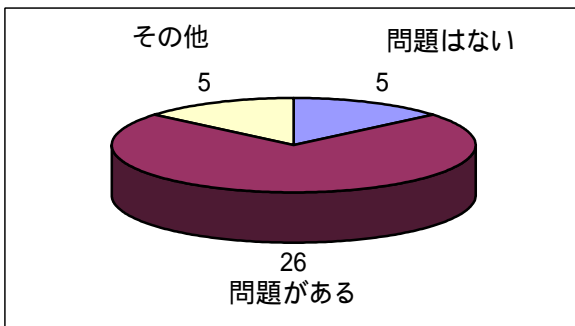
a 検査技師による24時間体制が整備されている。



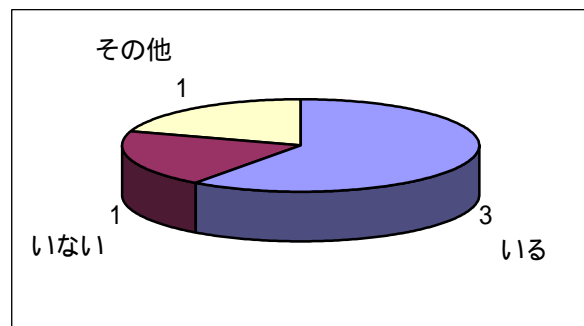
「いる」の場合

「いない」、「その他」の場合

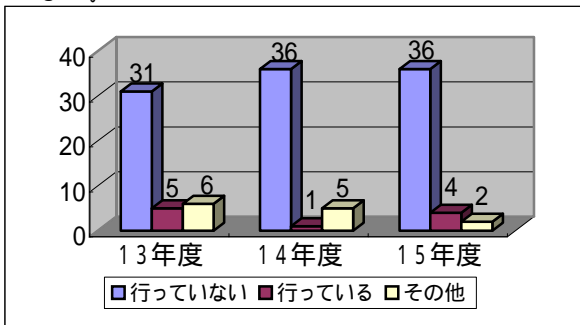
a-1 技師による24時間体制では連続32時間勤務の長時間勤務の問題はない。



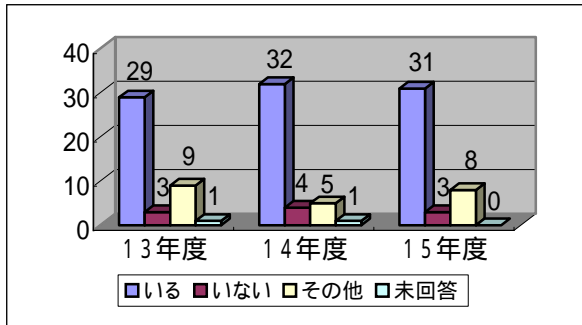
b 検査技師による24時間体制が取れていない施設では、時間外に検査を実施する医師に対する輸血検査 (ABO, Rho(D)血液型, 交差適合試験) の研修を行っている。



各診療科への輸血用血液の払い出しは、当日使用分のみで、予備的な払い出しは行っていない。

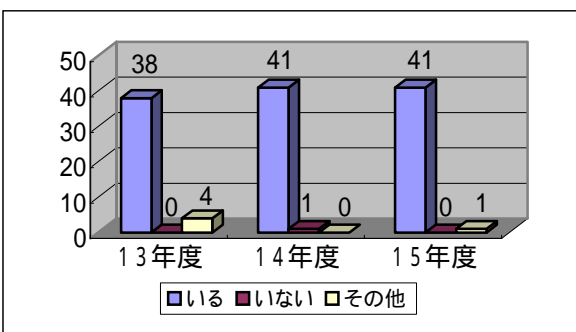


a輸血部以外で輸血用血液を保管する場合は、自動温度記録計と警報機が装備された保冷库が使用され、正しい条件下で管理されている。

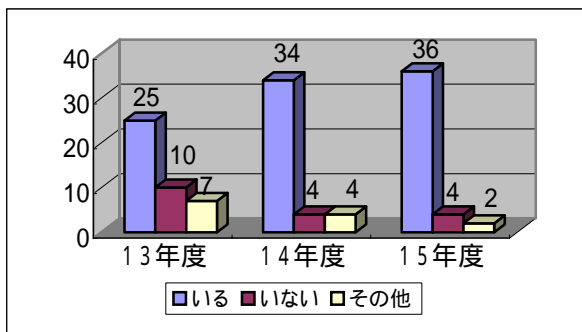


検査過誤を防止するための工夫または自動検査機器が導入されているか？

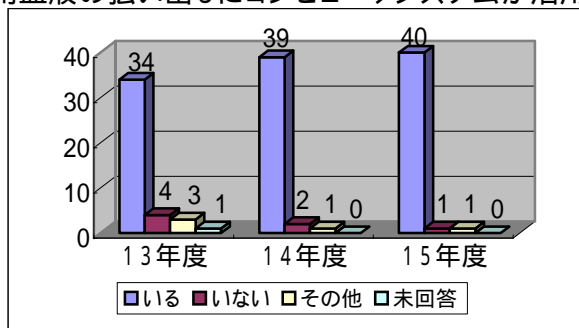
a検査過誤を防止するために、検査のダブルチェックを行っている。



b自動機器を導入して検査の人的過誤防止の工夫がされている。

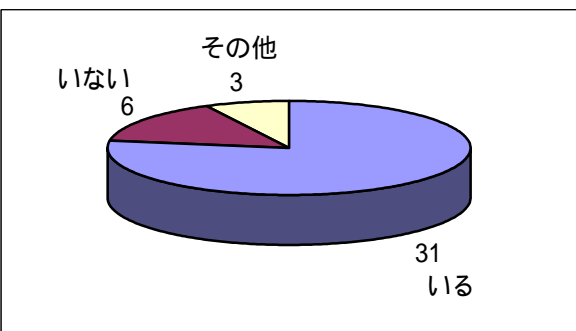


輸血検査および輸血用血液の払い出しにコンピュータシステムが活用されている。

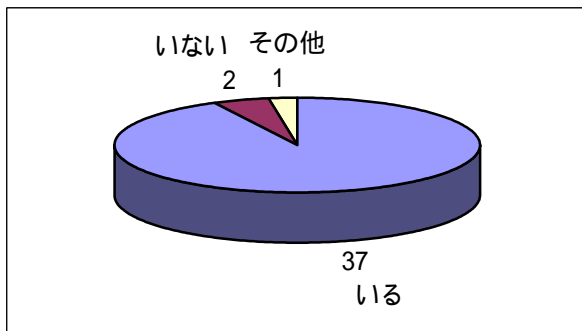


「いる」は 「a」～「e」へ

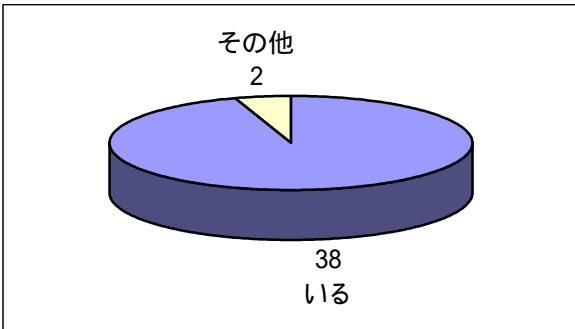
a輸血用血液のオーダリングシステムが導入され、依頼に必要な情報がチェックされている。



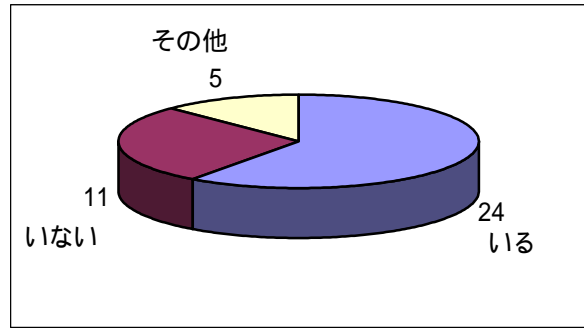
b輸血用血液には、製剤ごとにコンピュータシステムで印字された適合票が添付されている。



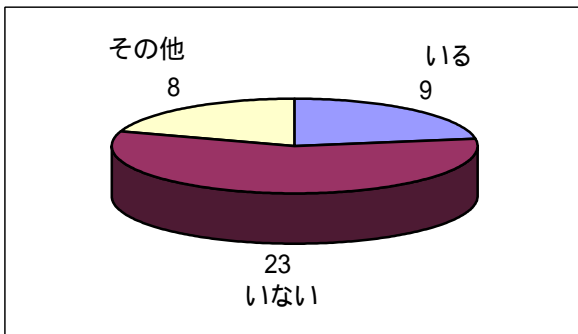
c 輸血検査結果の誤入力を防止するための工夫がされている。(例えば結果入力のダブルチェックや結果のオンライン入力)



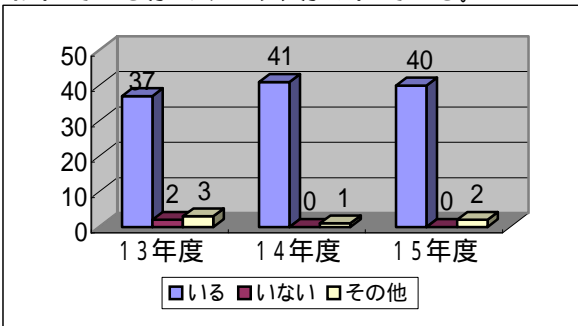
d 患者を確認できるよう患者リストバンド(コンピュータシステムで印字が望ましい)が装着されている。



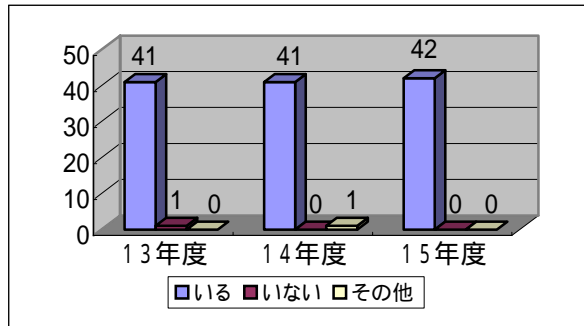
e 輸血時の最終確認として携帯端末システムが利用されている。



輸血部又は輸血療法委員会が設置され、適正な輸血や検査(タイプアンドスクリーン)が行われているかのチェックがされている。



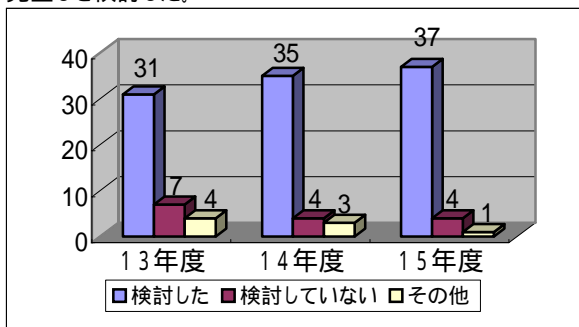
輸血検査の手順書が整備されている。



### 3) 薬品について

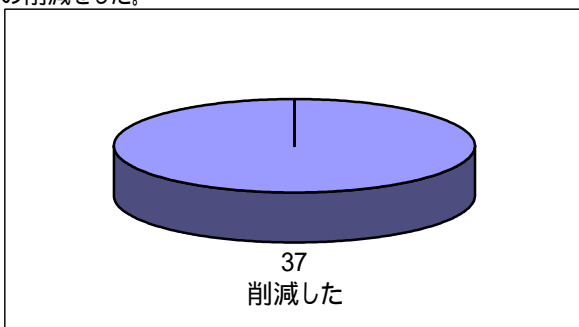
#### 採用医薬品目数について

a 安全管理のため採用品目数の見直しを検討した。

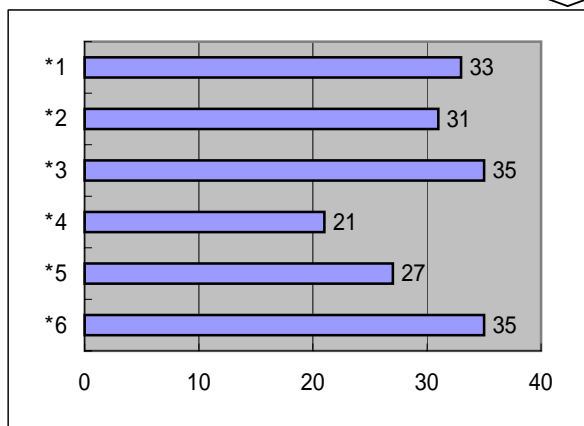


「検討した」は、次項へ

a-1 見直しの結果、採用品目数の削減をした。

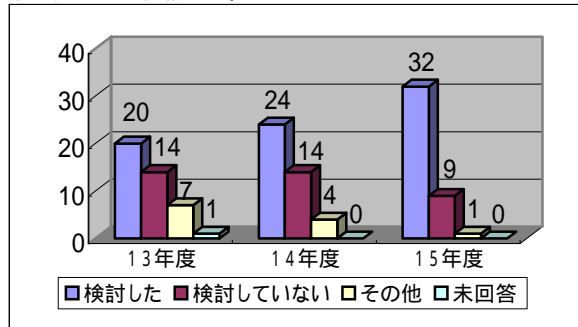


「削減した」は、次項へ



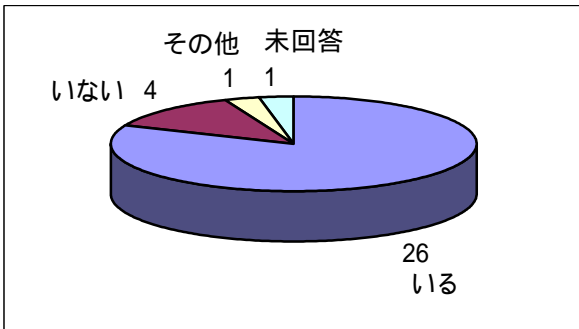
- \* 1 複数規格(含量)のある医薬品を削減した。
- \* 2 複数剤形のある医薬品を削減した。
- \* 3 同種同効薬を見直し、削減した。
- \* 4 外観類似医薬品を見直し、削減した。
- \* 5 名称類似医薬品を見直し、削減した。
- \* 6 使用頻度の少ない医薬品を削減した。

b安全管理のため新規採用基準の見直しを検討した。

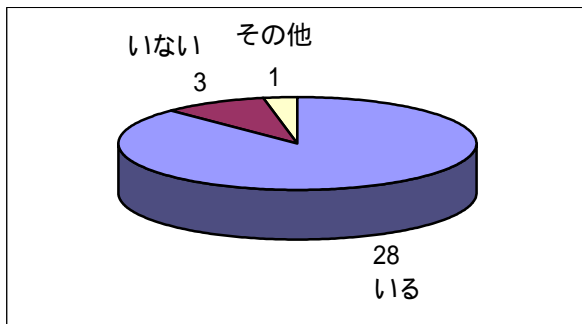


「検討した」は、「b 1」、「b 2」へ

b-1 既採用薬との外観の類似性を採用検討項目に加えている。

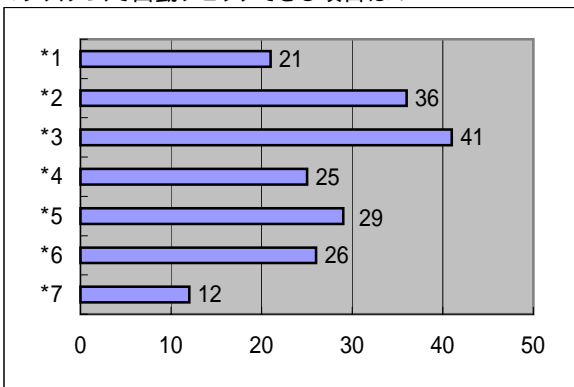


b-2 既採用薬との名称の類似性を採用検討項目に加えている。



### 処方オーダリングシステムの整備について

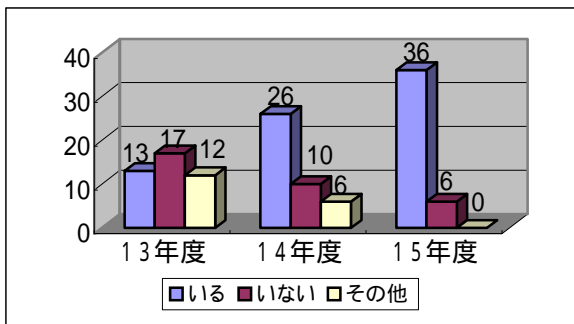
aシステムで自動チェックできる項目は？



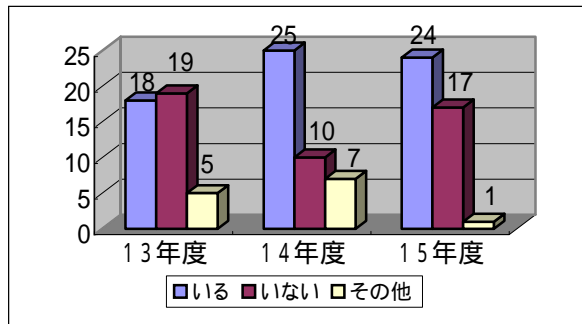
- \* 1 禁忌
- \* 2 投与量
- \* 3 投与日数
- \* 4 投与期間
- \* 5 重複薬 (成分)
- \* 6 相互作用
- \* 7 配合変化

b入力ミス防止のためのシステム上の工夫について

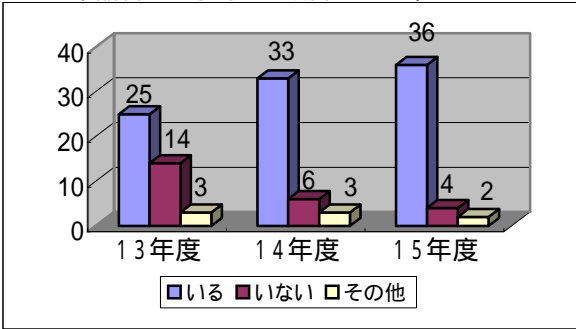
\* 1 薬名は3文字以上の入力を義務化している。



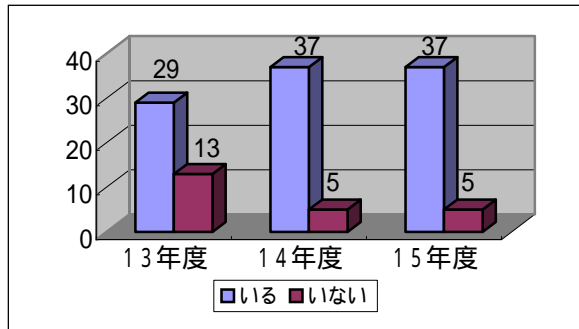
\* 2 「本剤は抗がん剤です」などの警告画面を設定している。



\* 3 医薬品名の表示方法を改善している。

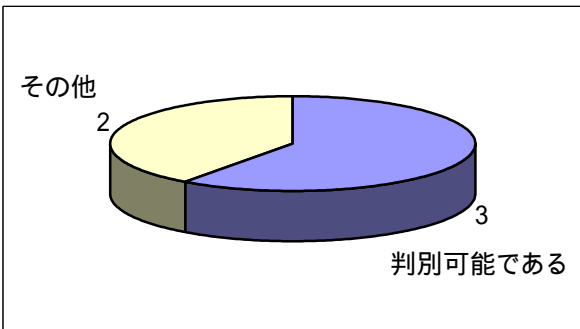


c 夜間・休日も含め、全て処方オーダリングシステム(内用・外用薬など)を利用している。

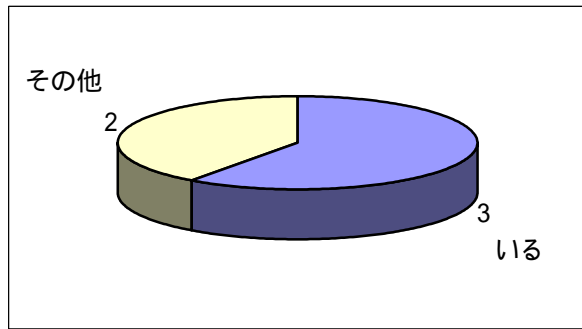


「ない」は、「\*1」~「\*4」へ

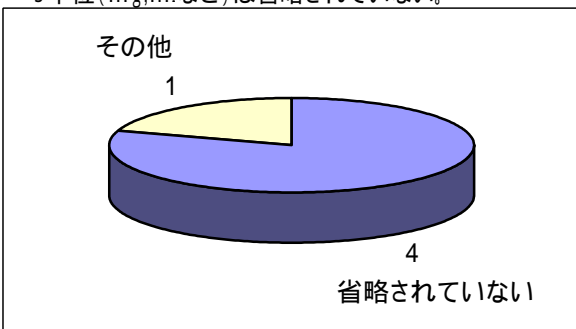
\* 1 判別可能な文字である。



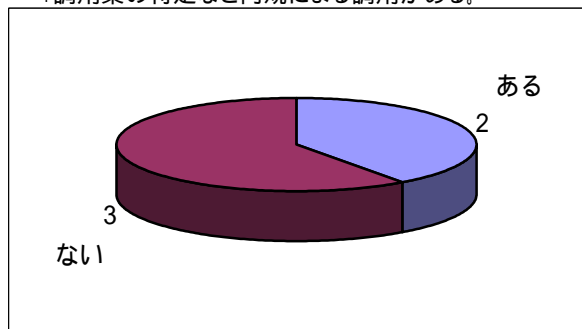
\* 2 薬名は商標+剤形+規格含量の三要素が記載されている。



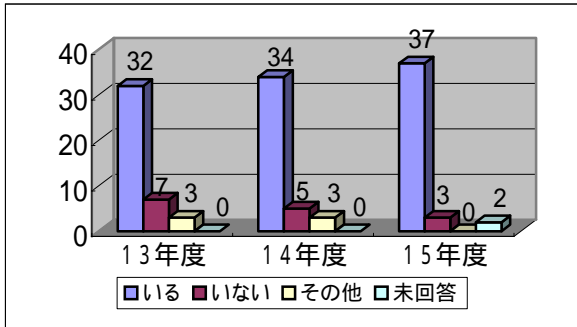
\* 3 単位(mg,mIなど)は省略されていない。



\* 4 調剤薬の特定など内規による調剤がある。

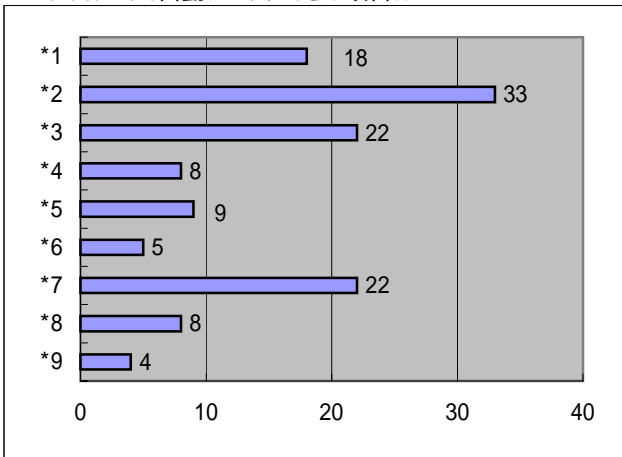


d注射薬オーダーリングシステムが導入されている。



「いる」は、「d 1」へ  
「いない」は、「d 2」へ

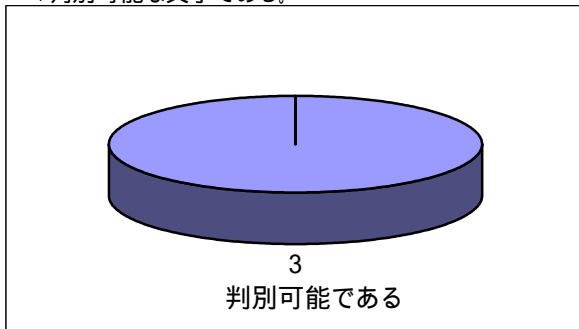
d-1システムで自動チェックできる項目は？



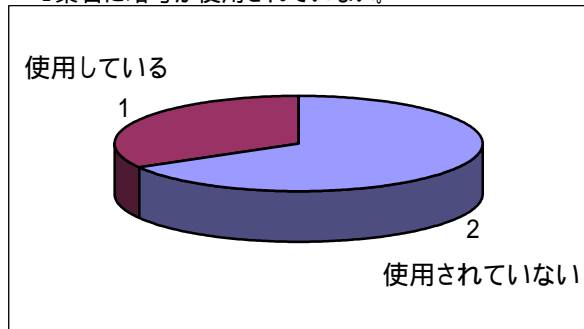
- \* 1 禁忌
- \* 2 投与量
- \* 3 投与方法
- \* 4 投与速度
- \* 5 投与期間
- \* 6 投与間隔
- \* 7 相互作用
- \* 8 配合変化
- \* 9 抗がん剤のプロトコール

d-2システムが導入されていない場合

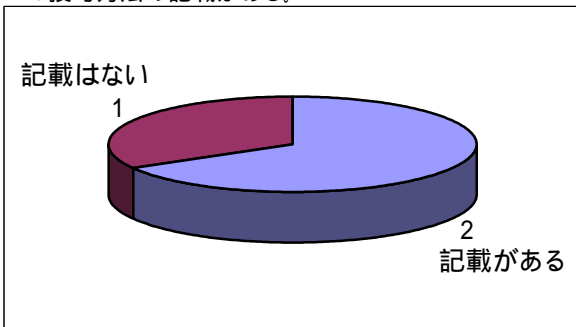
\* 1 判別可能な文字である。



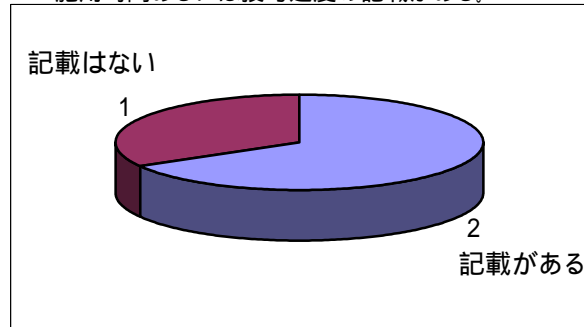
\* 2 薬名に略号が使用されていない。



\* 3 投与方法の記載がある。

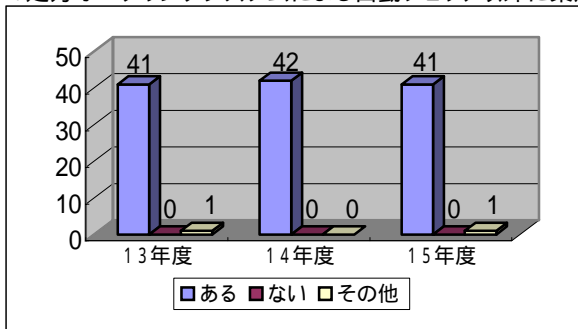


\* 4 施用時間あるいは投与速度の記載がある。

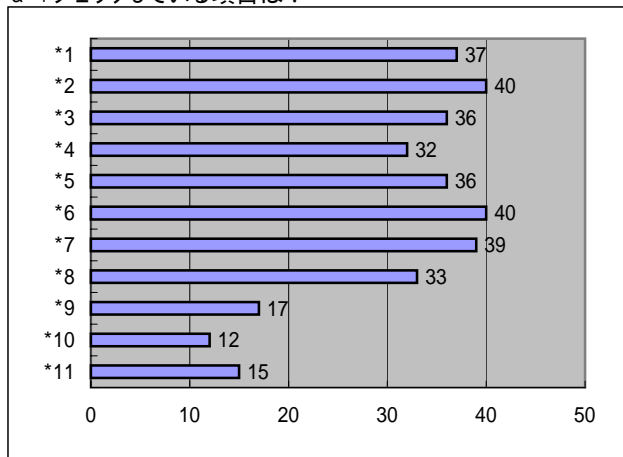


## 処方鑑査の徹底について

a 処方オーダーリングシステムによる自動チェック以外に薬剤師が処方鑑査している項目がある。

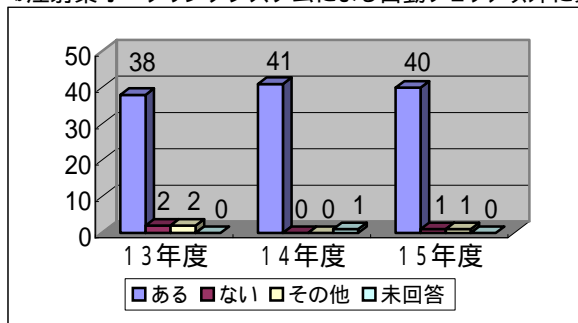


a-1 チェックしている項目は？

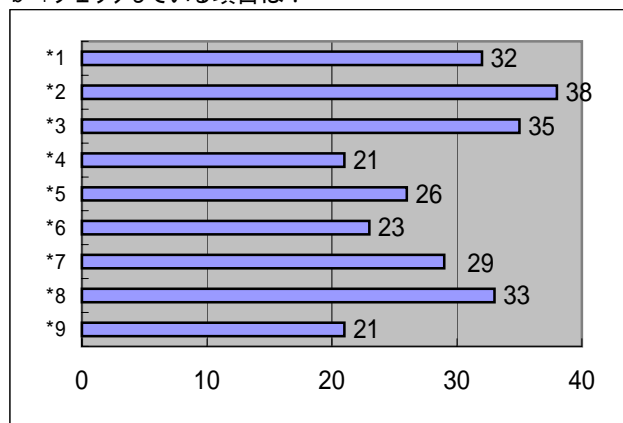


- \* 1 禁忌
- \* 2 投与量
- \* 3 投与日数
- \* 4 投与期間
- \* 5 重複薬(成分)
- \* 6 相互作用
- \* 7 配合変化
- \* 8 前回処方歴
- \* 9 病名
- \* 10 臨床検査値
- \* 11 TDM値

b 注射薬オーダーリングシステムによる自動チェック以外に薬剤師が処方鑑査している項目がある。



b-1 チェックしている項目は？

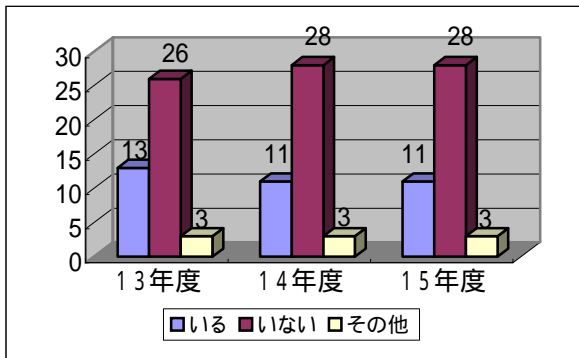


- \* 1 禁忌
- \* 2 投与量
- \* 3 投与方法
- \* 4 投与速度
- \* 5 投与期間
- \* 6 投与間隔
- \* 7 相互作用
- \* 8 配合変化
- \* 9 抗がん剤のプロトコール

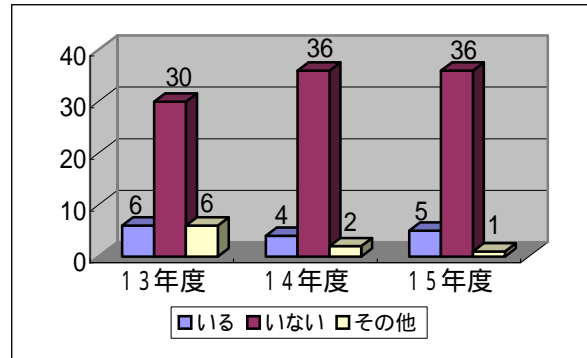


## 院外処方せんについて

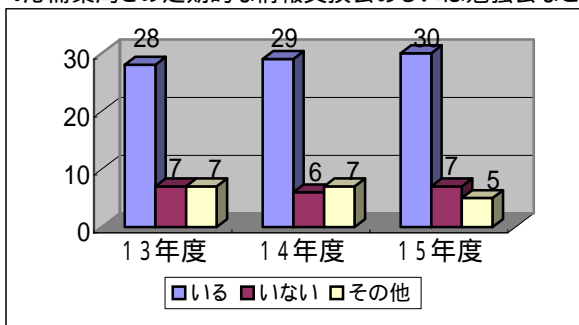
a 病院側の薬剤師の処方鑑査が実施されている。



b 院外処方せんを発行された患者へ医薬品情報を提供している。

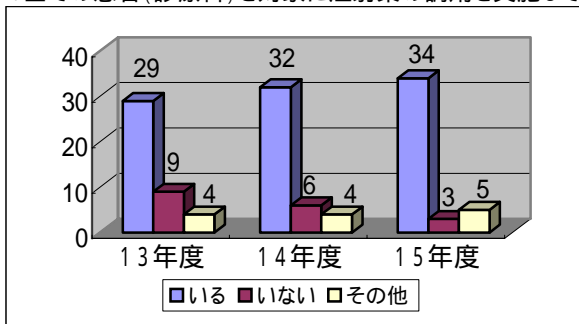


c 応需薬局との定期的な情報交換会あるいは勉強会などの開催の働きかけを行っている。

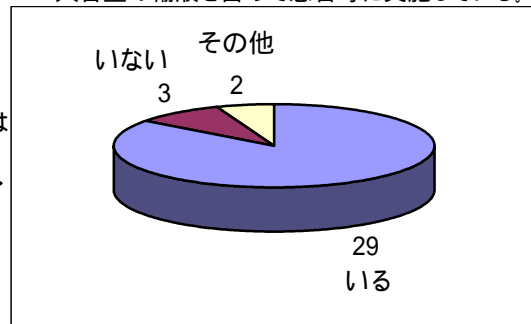


## 入院注射薬の調剤について

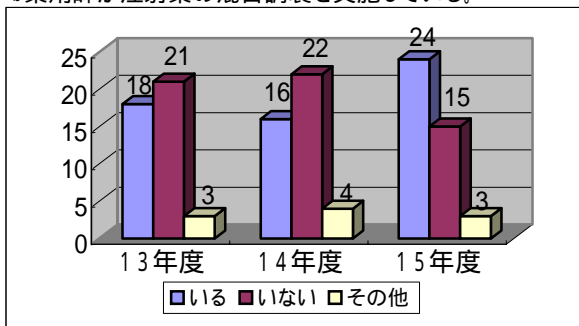
a 全ての患者(診療科)を対象に注射薬の調剤を実施している。



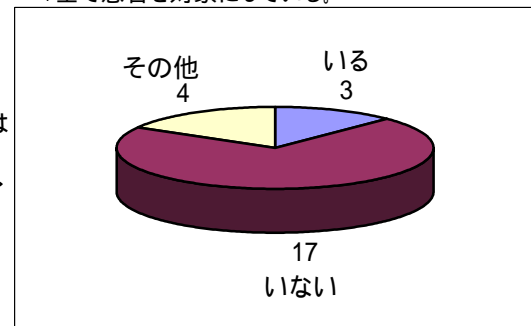
\* 1 大容量の輸液を含めて患者毎に実施している。



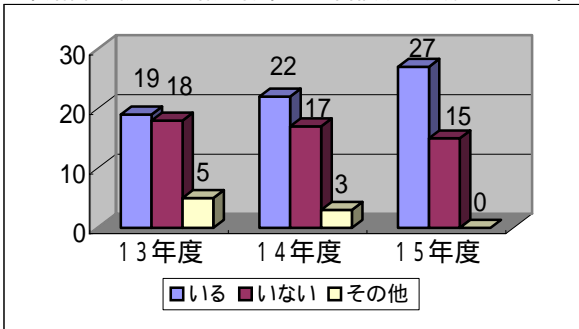
b 薬剤師が注射薬の混合調製を実施している。



\* 1 全て患者を対象にしている。

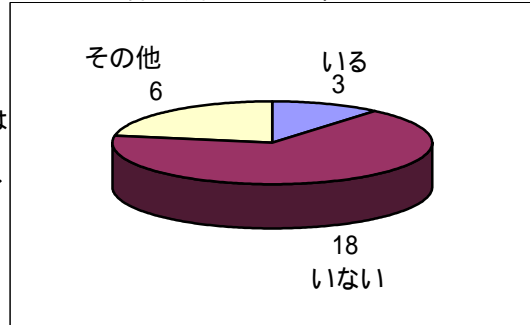


c 薬剤師が抗がん剤注射薬の混合調製を実施している。

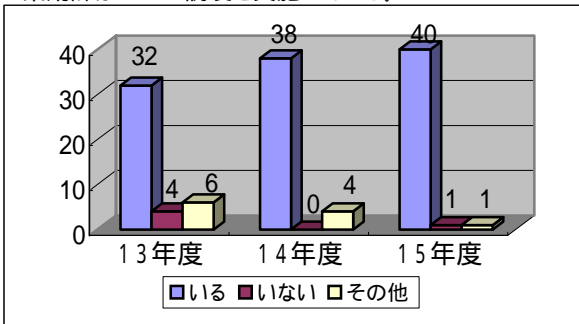


「いる」は  
次項へ

\* 1 全て患者を対象にしている。

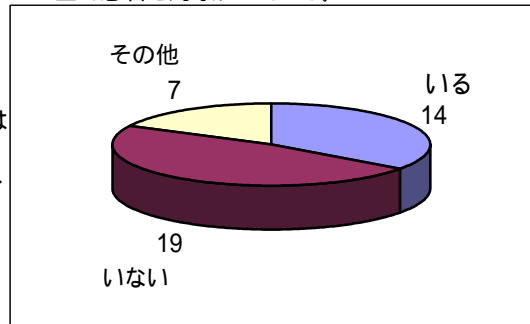


d 薬剤師がVHの調製を実施している。



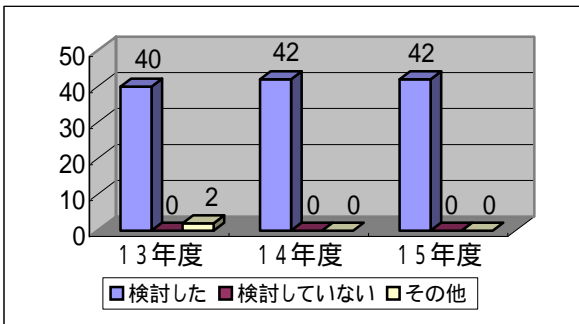
「いる」は  
次項へ

\* 1 全て患者を対象にしている。



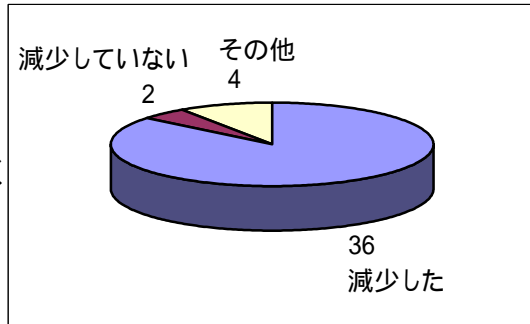
### 病棟在庫医薬品の管理体制について

a 病棟の在庫医薬品目数・量の見直しを検討した。

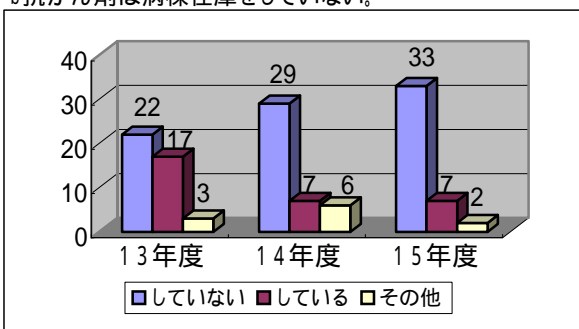


「検討した」  
は、事項へ

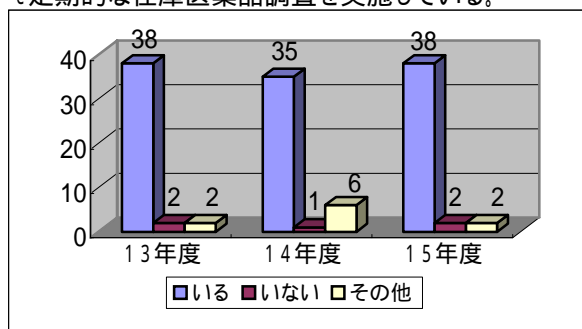
\* 1 見直しの結果、病棟の在庫医薬品目数・量が減少した。



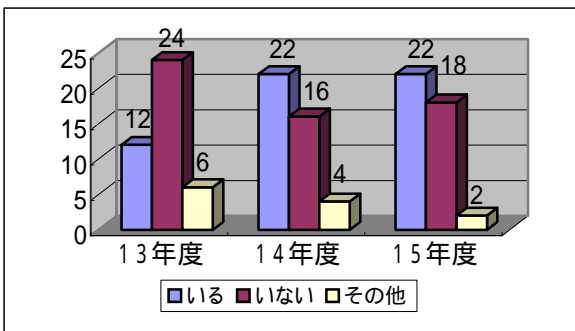
b 抗がん剤は病棟在庫をしていない。



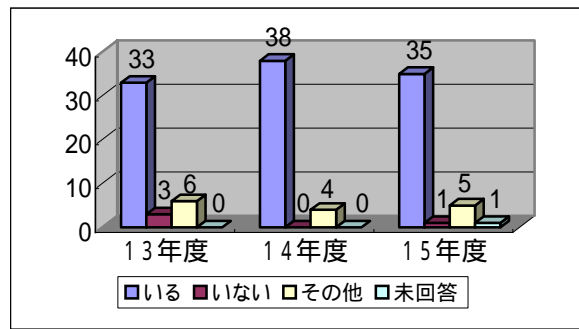
c 定期的な在庫医薬品調査を実施している。



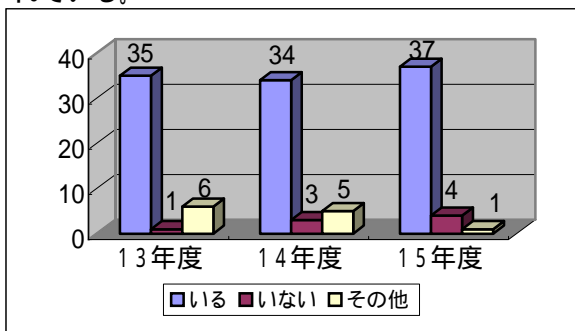
d手術部への医薬品の供給はカート交換方式で実施している。



e医薬品の保管は、取り違いなどの防止対策がとられている。

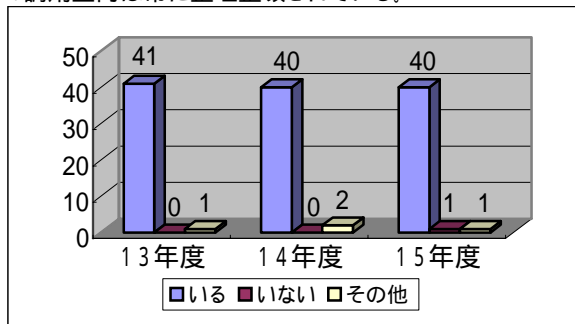


医療事故防止の観点から、処方せんの書き方について医師、医学生に教育・指導が行われている。

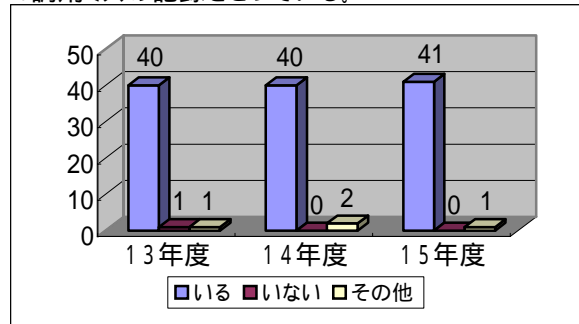


薬剤部内の医療事故防止について

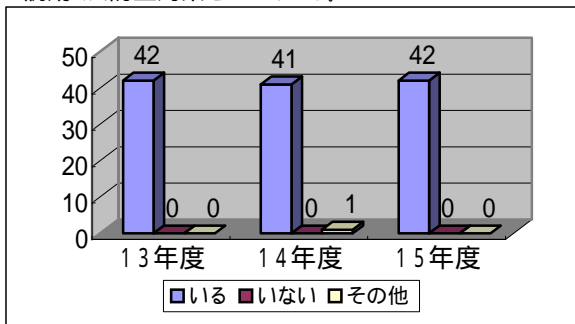
a調剤室内は常に整理整頓されている。



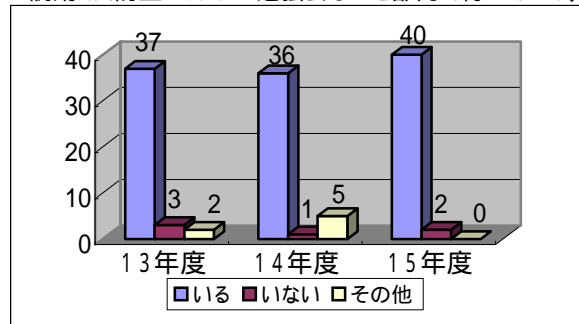
b調剤ミスの記録をとっている。



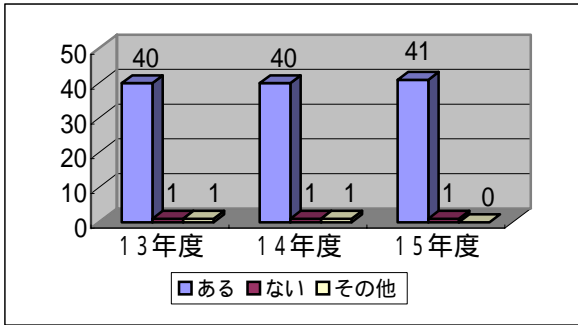
c調剤ミス防止対策をとっている。



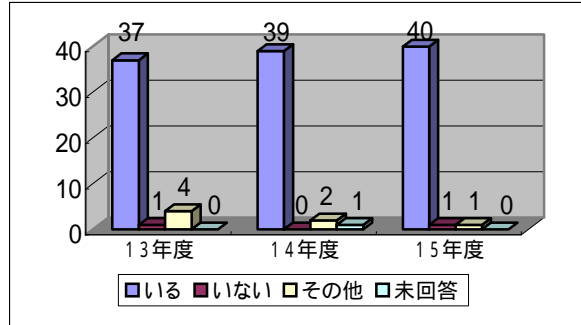
d調剤ミス防止のための勉強会などを部内で行っている。



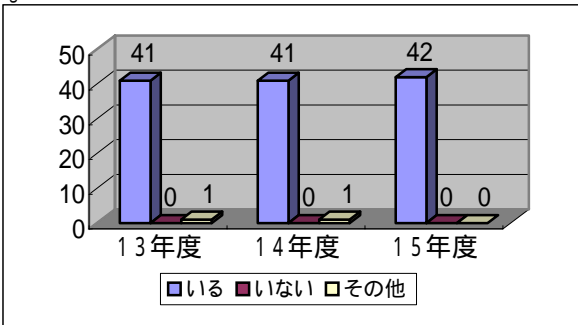
e 調剤ミス防止マニュアルがある。



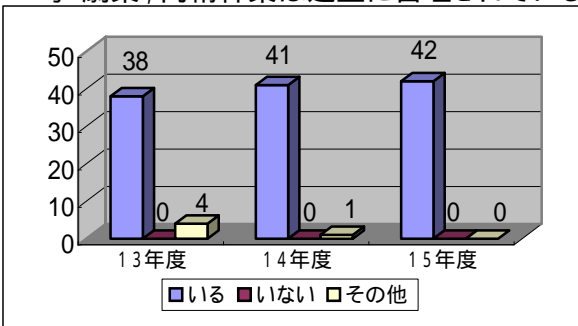
i 調剤ミス防止マニュアルは周知されている。



g 緊急時の連絡体制が整備されている。

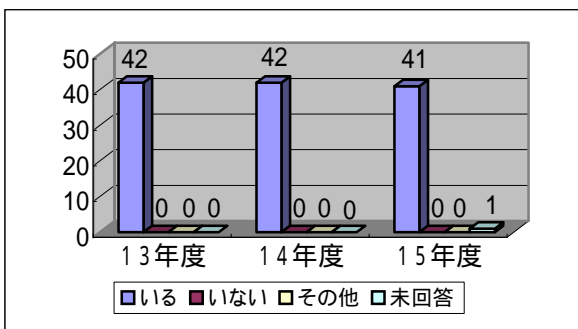


毒・劇薬、向精神薬は適正に管理されている。

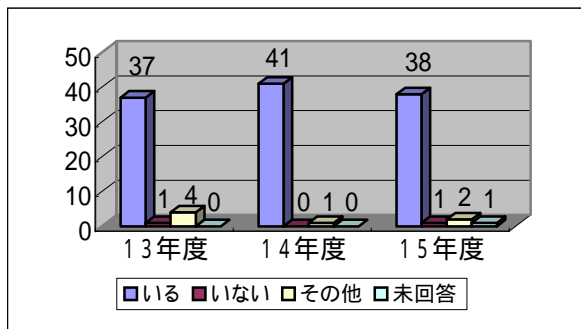


### 与薬の際

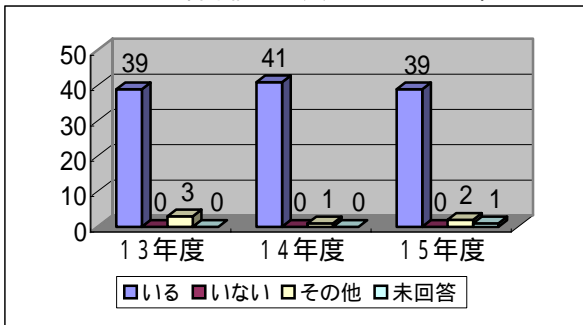
a 薬剤名、患者名、投与方法の再確認をしている。



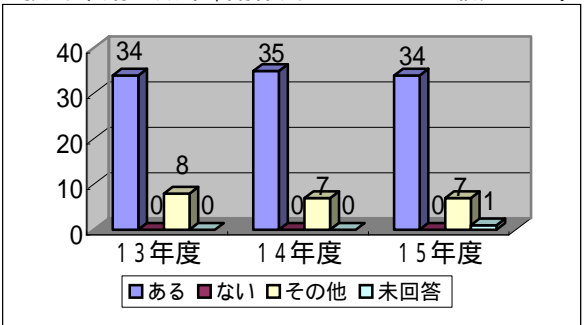
b 注射剤と似た外観を持っている経口剤、外用剤について、誤投与を避けるための配慮がされている。



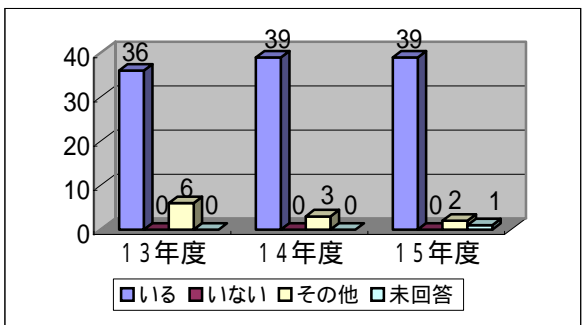
c ベットサイドで患者確認の工夫がなされている。



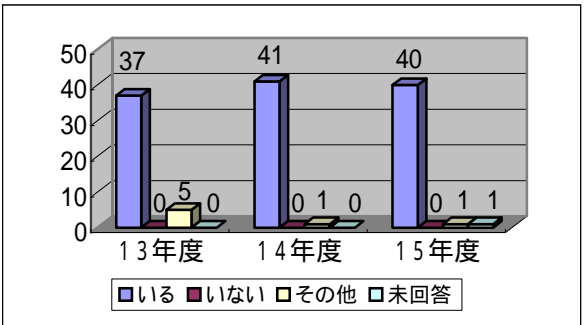
d 投与薬剤の効果、副作用についての知識がある。



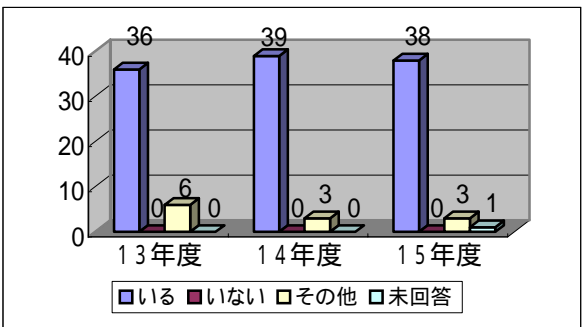
e その薬剤がその患者に投与される理由を把握している。



f 個々の薬剤の取り扱い上の注意、保存方法についての情報を得ている。

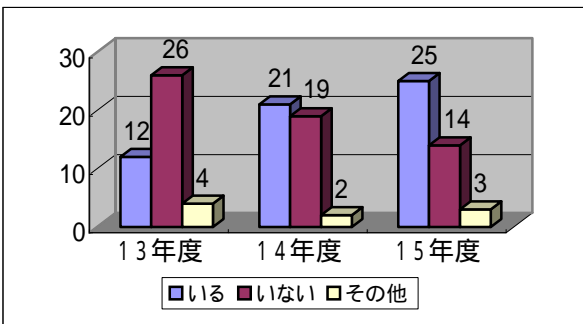


g 患者に使用する薬剤の作用、副作用について説明がされている。

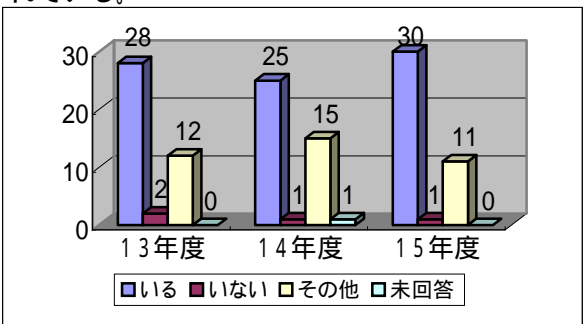


#### 4) 医療機器の管理・運用

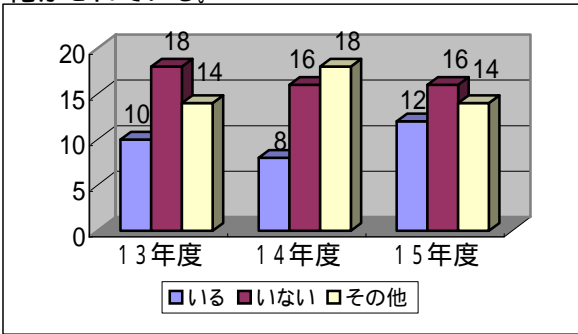
MEセンターが設置されている。



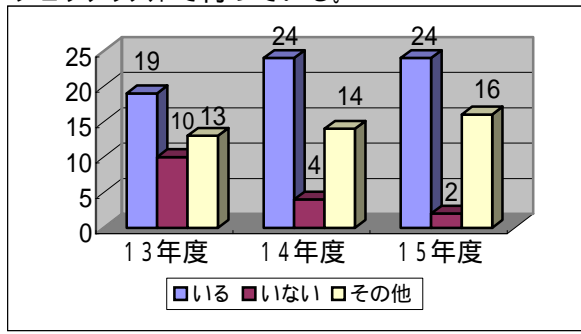
安全性を優先した機器の更新・修理が行われている。



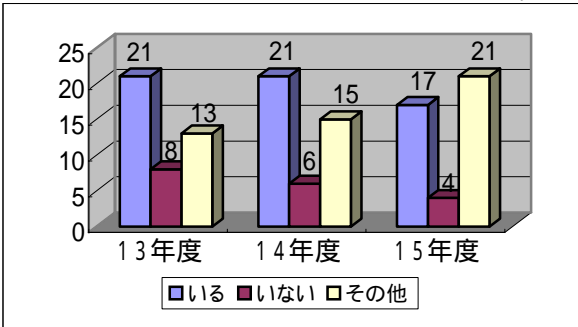
同一目的で使用される機器は、機種の一  
 化がされている。



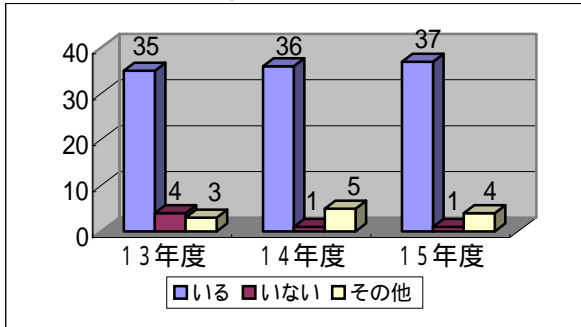
医療機器の使用前後に最低限の点検を  
 チェックリストで行っている。



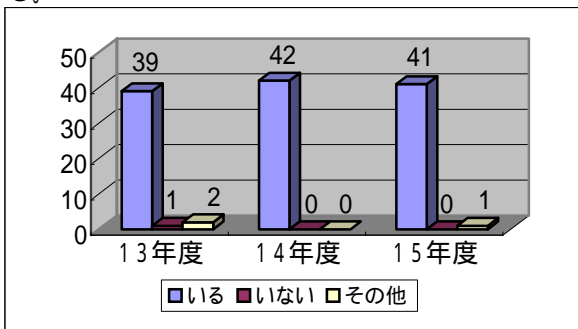
作業手順の確認のためのチェックリストの使  
 用や経験者のダブルチェックを行っている。



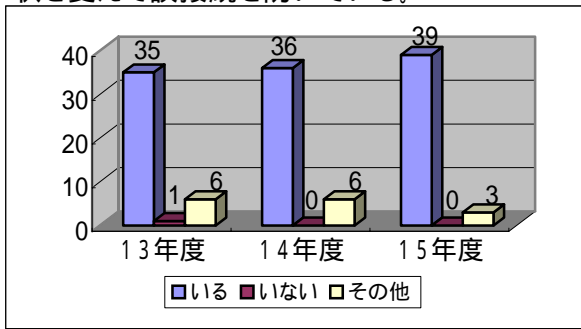
故障の場合、事後の原因究明や同型機の  
 点検を行っている。



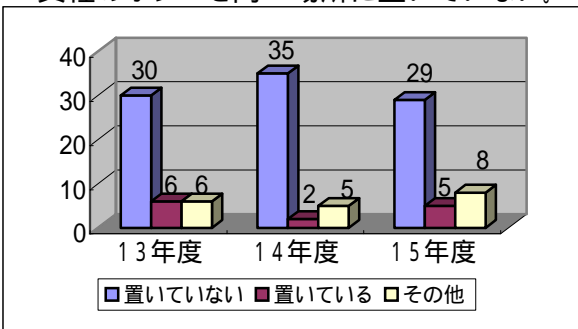
医療用ガス(電源)等の定期点検を行って  
 いる。



ポンペでガス供給を行う場合、接続部の形  
 状を変えて誤接続を防いでいる。



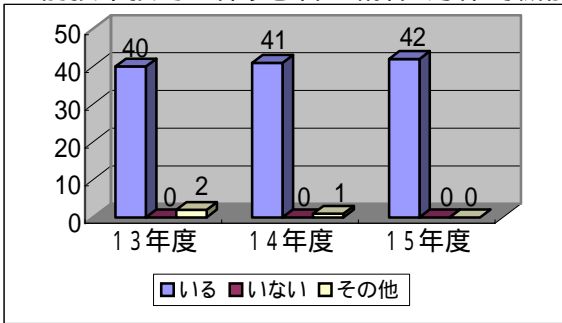
異種のポンペを同一場所に置いていない。



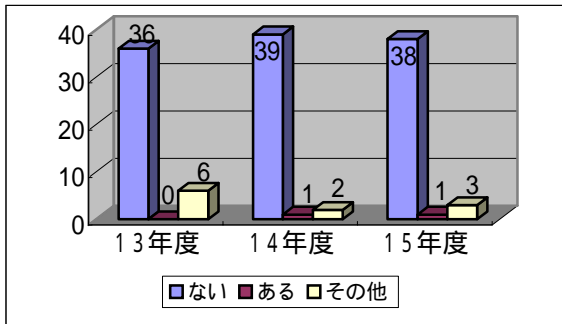
## 6. 手術・手術室における基本的安全管理体制

### 1) 患者移送に伴う事故防止

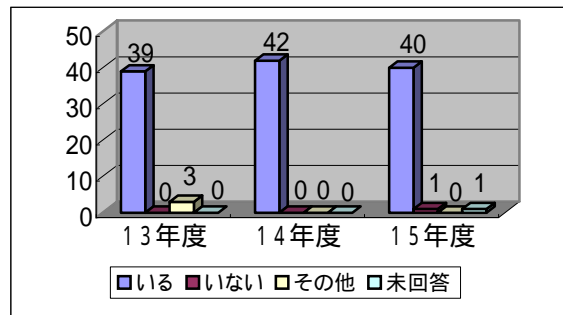
前投薬投与に伴う患者の精神・身体的機能低下を考慮した移送介助、搬送が行われている。



点滴ルート、カテーテル、ドレナージルートの誤脱や接続はずれがない。

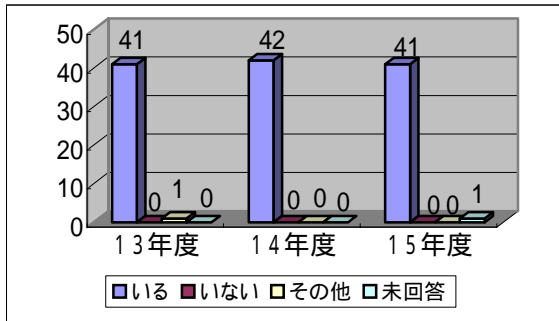


覚醒不十分な患者搬出の安全確保が十分にとられている。

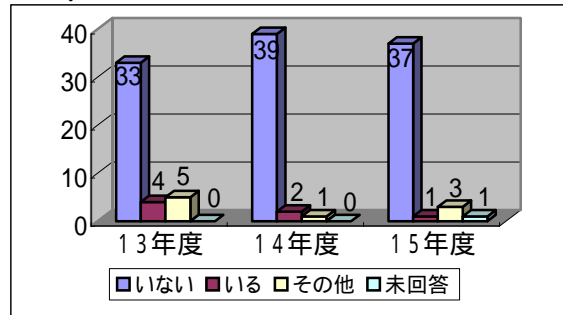


#### [A 看護師]

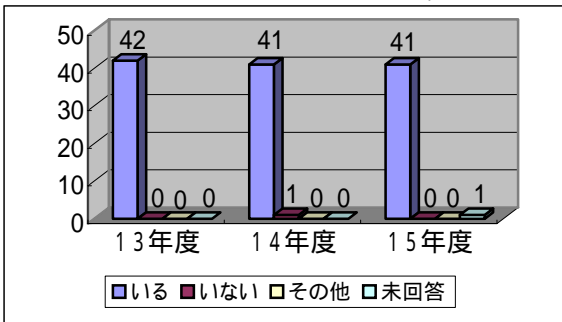
搬入は一人ずつ行っている。



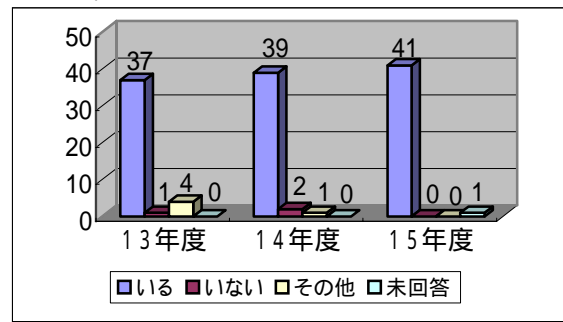
1患者1カルテ、患者とカルテを分離していない。



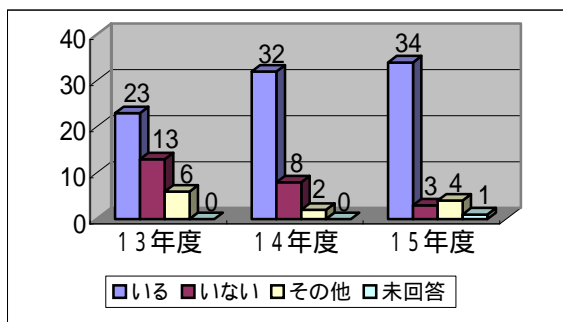
患者さんに、「お名前を教えてください」、或いはフルネームで呼びかけている。



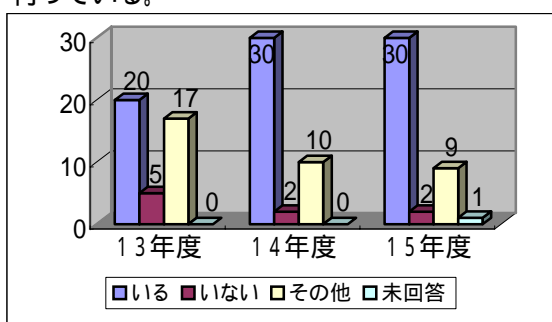
認識票(リストバンド)の患者氏名を確認している。



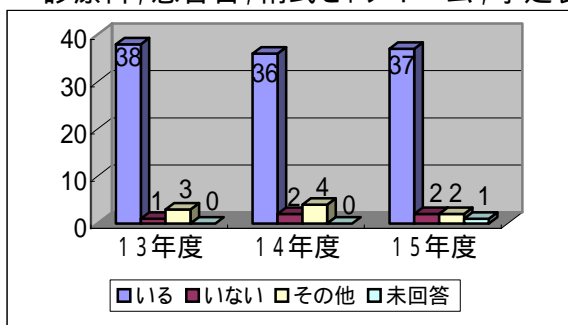
患者確認のサインをしている。



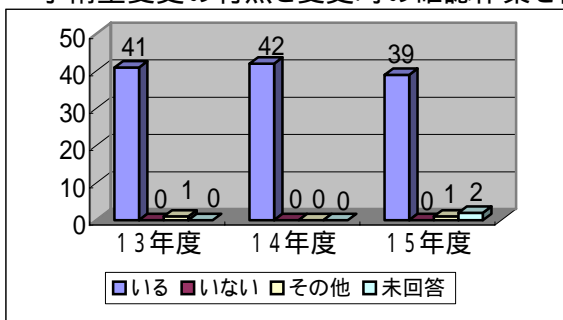
手術室への移送は麻酔医か主治医と共に行っている。



診療科、患者名、術式をドアネーム、予定表と照合、確認して患者を手術室へ搬入している。

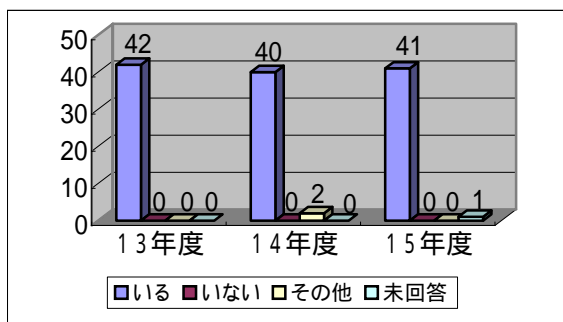


手術室変更の有無と変更時の確認作業を行っている。

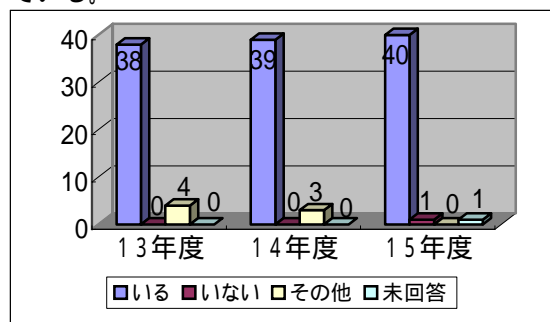


[B 麻酔医]

手術前に患者を訪問している。

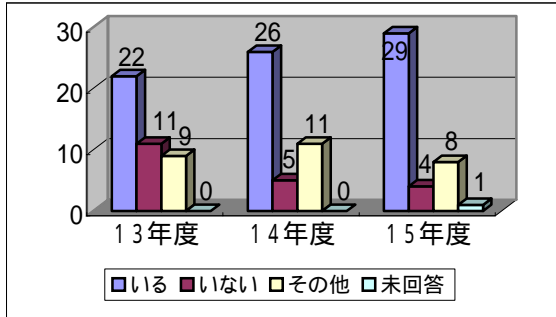


認識票(リストバンド)の患者氏名を確認している。

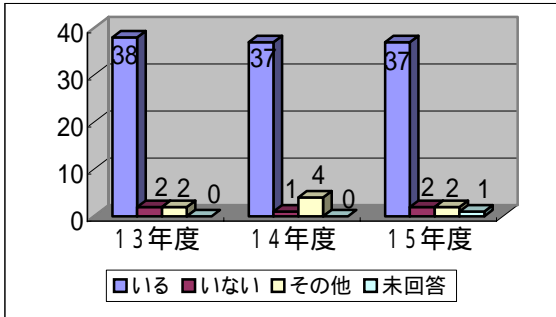




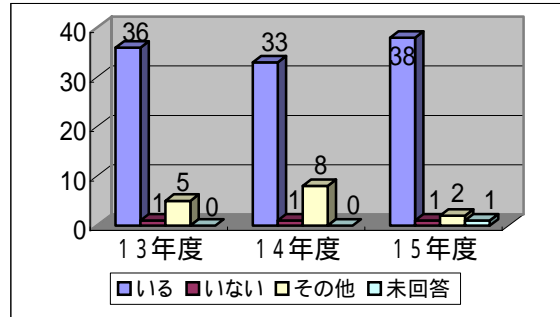
申し送りに立ち会い，患者の氏名，特徴を確認，看護師と共に患者を手術室へ移送している。



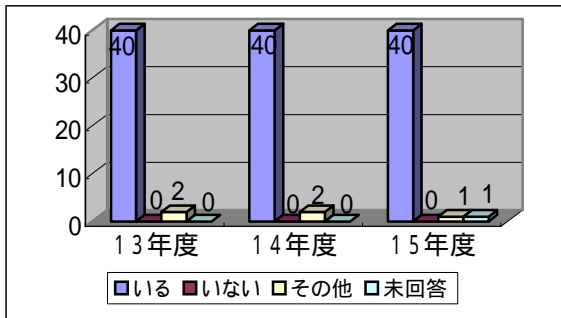
診療科，患者名，術式をドアネーム，予定表と照合，確認している。



麻酔導入の前に術者・受持医が同席していることを確認している。

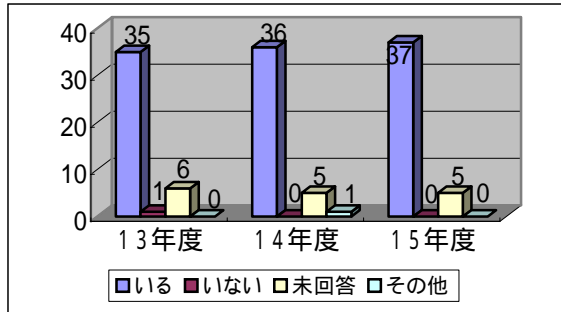


フルネームでの患者確認，呼び掛けを行ってから麻酔導入している。

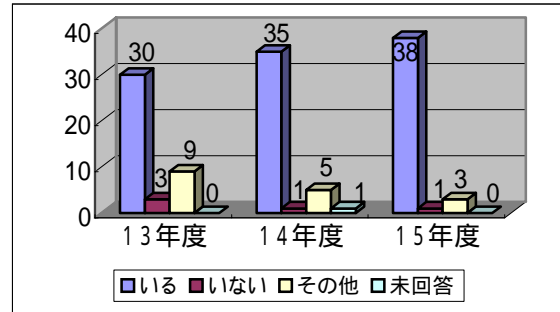


[C 術者・受持医]

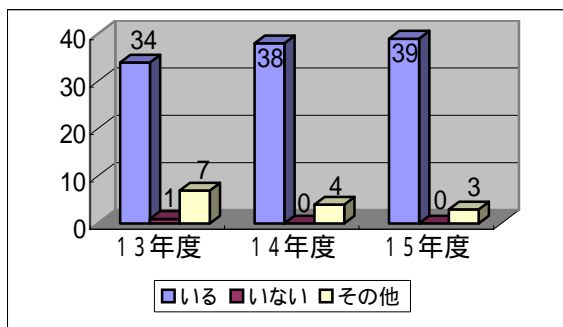
麻酔導入前に手術室へ入室し，患者の確認を行っている。



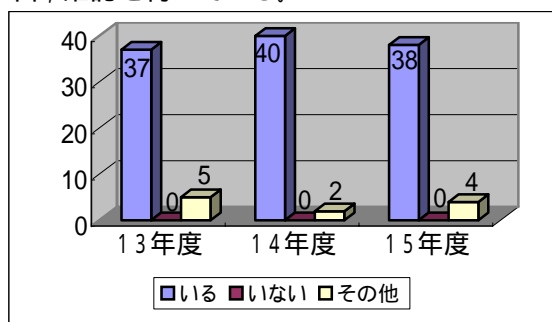
認識票(リストバンド)の患者氏名を確認している。



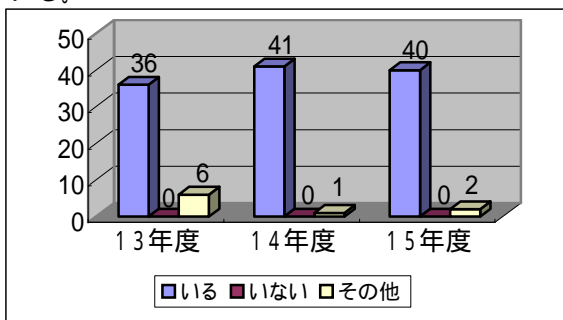
患者さんへの呼び掛けを行っている。



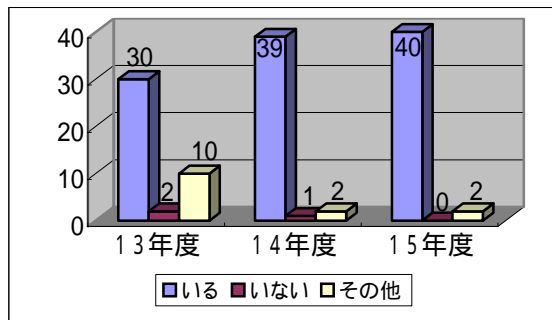
カルテやX線写真の氏名と患者氏名の、照合、確認を行っている。



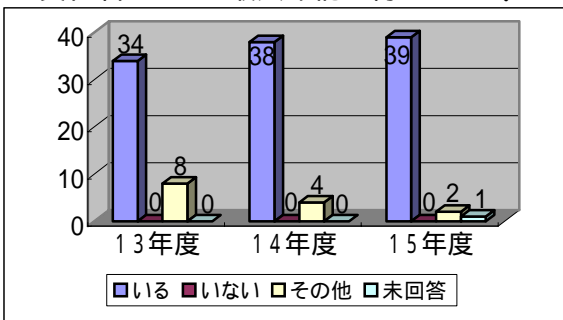
体位を取る前に術式と手術部位を確認している。



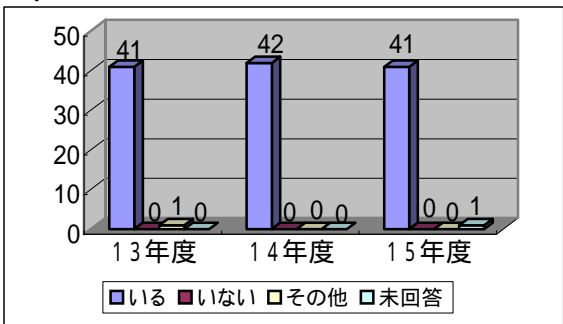
名前の確認はフルネームで行っている。



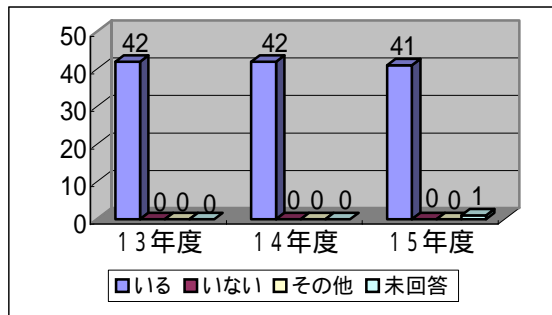
責任者としての最終確認を行っている。



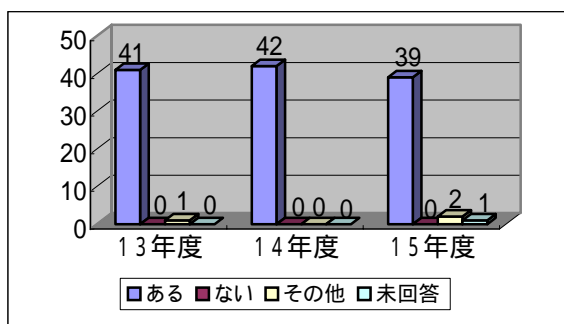
2) 体位、圧迫による神経・皮膚障害防止  
圧迫部位削減を工夫した体位を考慮している。



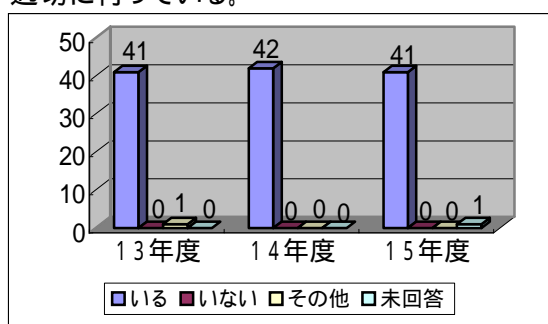
圧迫マットやスポンジなどを利用している。



術中、術後の観察は十分である。



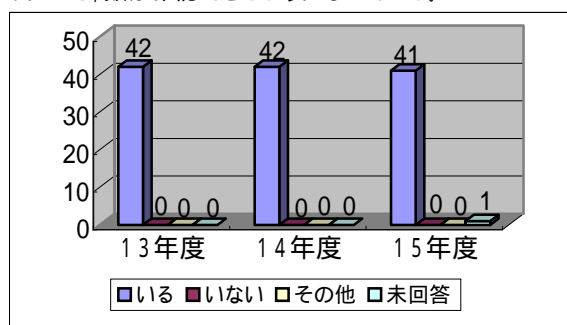
病棟看護師へ障害状況と対応の申し送り  
適切に行っている。



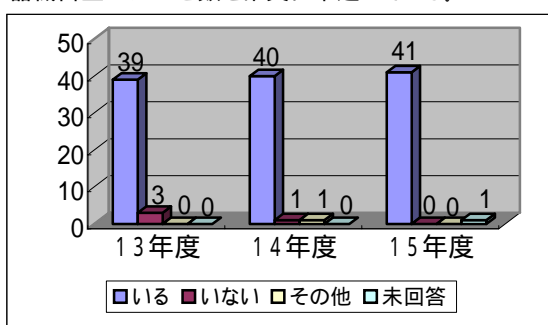
### 3) 異物(ガーゼ・器具)遺残防止

#### ガーゼ

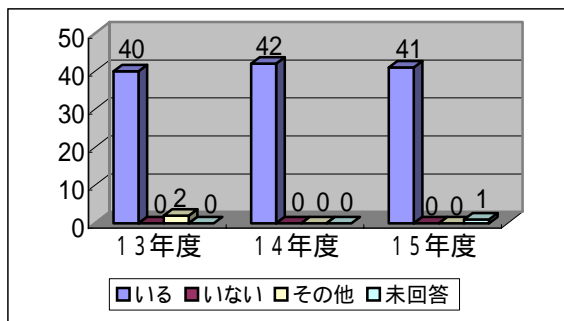
a ガーゼやスポンジ類は、10枚1組あるいは10本1組セットにして、数が確認できるようになっている。



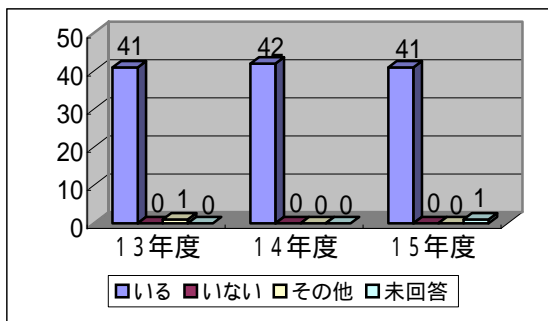
b 看護師が交代する場合、術野で使用中のガーゼ数と器械台上のガーゼ数を確実に申し送っている。



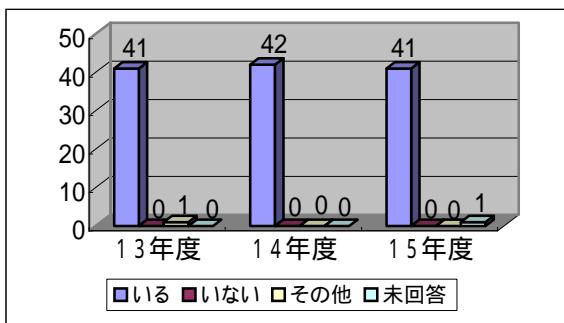
c 術野にはX線ガーゼを使用し、手術終了時にはマニュアルを遵守したカウントを行っている。



d カウントが一致しない場合に直ちに行方を追及し、最終的にX線撮影を行っている。

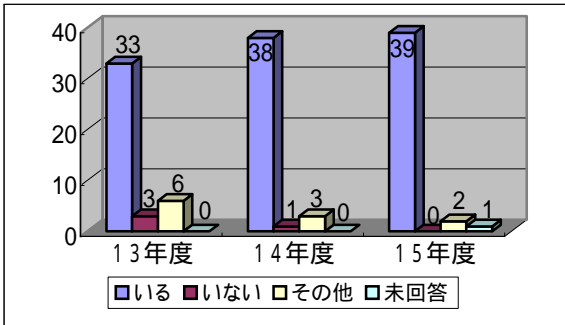


e カウントが一致し患者が搬出されるまで、ガーゼ類を室外に持たさないようにしている。

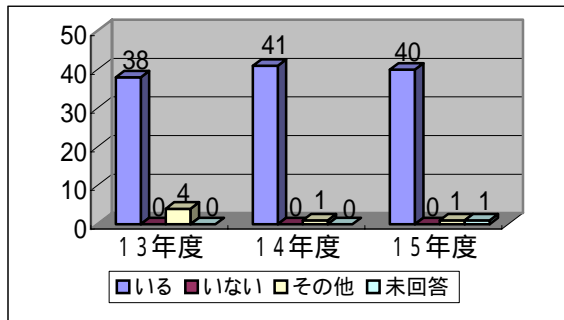


## 器具

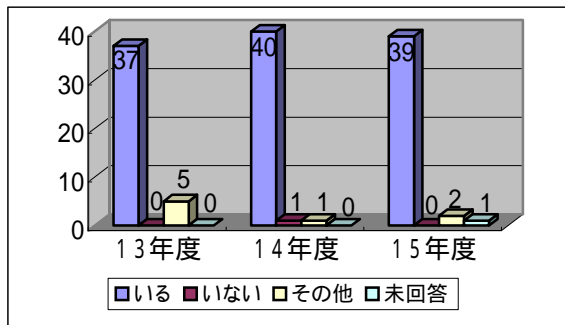
a 器械セット内にセット内容表を入れ、それに沿って器械を準備している。



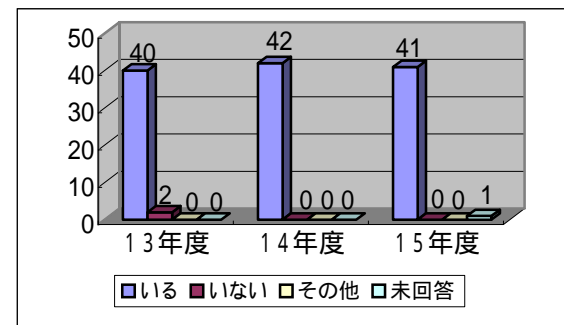
b セットアップ時に数があるかを確認している。



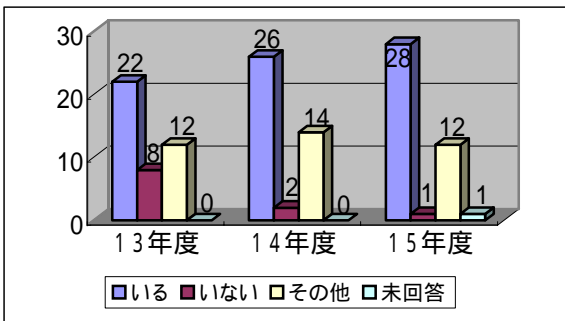
c 手術終了時に器械の数をカウントし、一致しない場合には行方を確認し、最終的にはX線撮影を行っている。



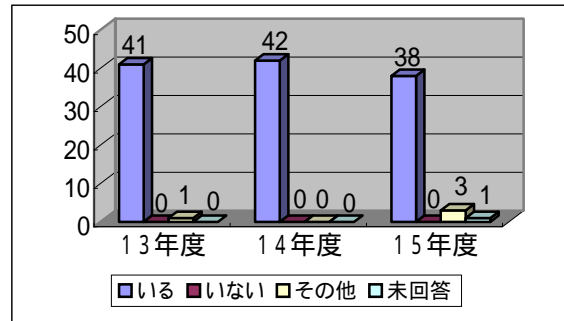
d 落下した器械はカウント終了まで室外に持出さないようにしている。



e ツッペル、ディスポ・ブルドッグ、綿球についてもカウントしている。

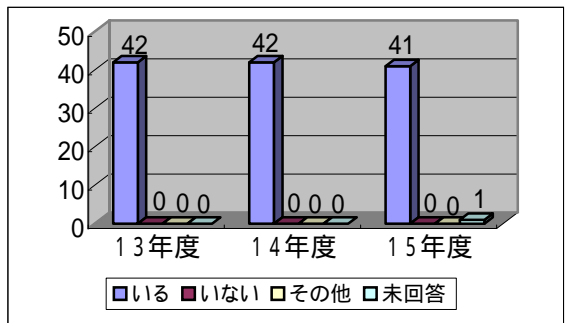


f 手術前に器械のネジが緩んでいないことを確認している。

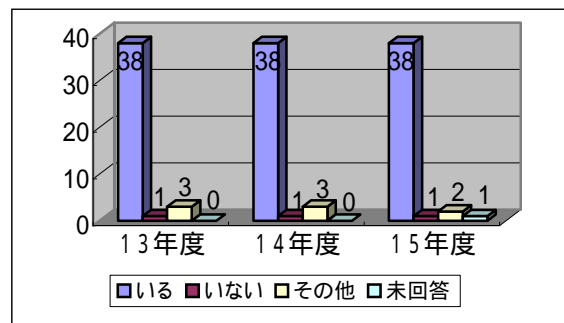


## 針

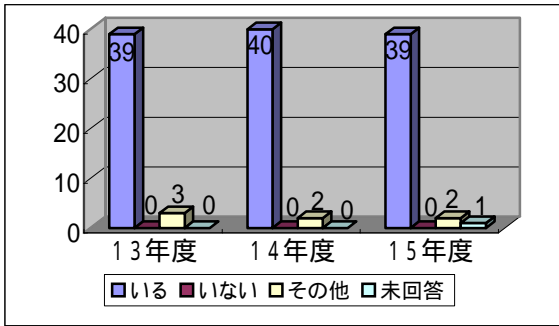
a 持針器が戻る度に使用した針が術野から戻ったことを確認している。



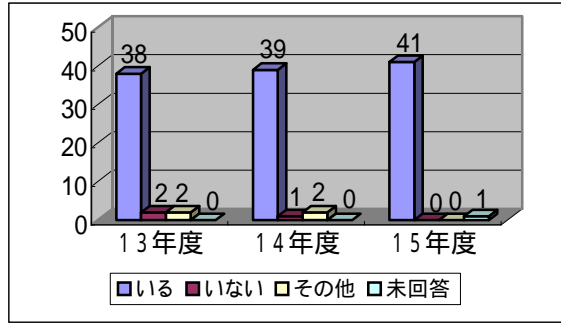
b 器械台に出た針の数をカウントしている。



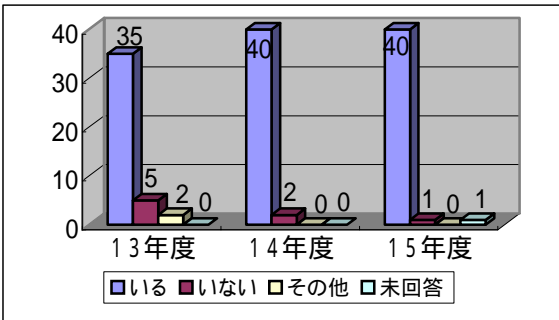
c使用済みの縫合針は針カウンターや専用容器で保管している。



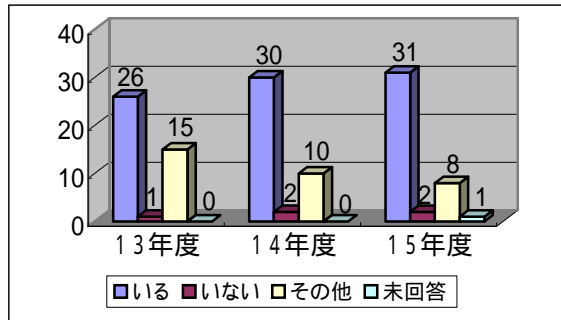
d手術終了前に器械台に出した針が全て回収されているか確認している。



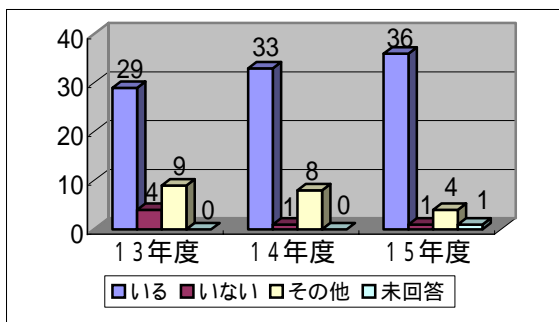
e不潔野に落ちた針は捨てないで最終カウントまで保管している。



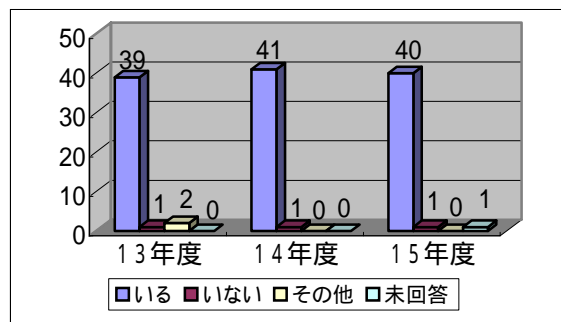
f針を返却する時は必ず直接看護師に声をかけている。



g針は必ず持針器または鉗子につけて返却している。



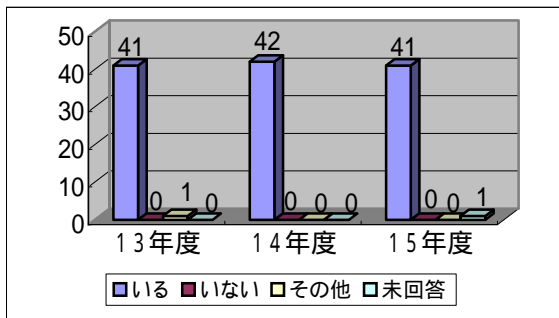
h看護師が交代する場合、術野で使用中の針の種類と数を申送っている。



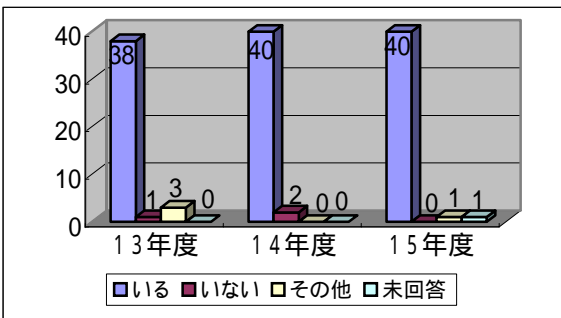
#### 4)薬品管理

##### 保管・管理

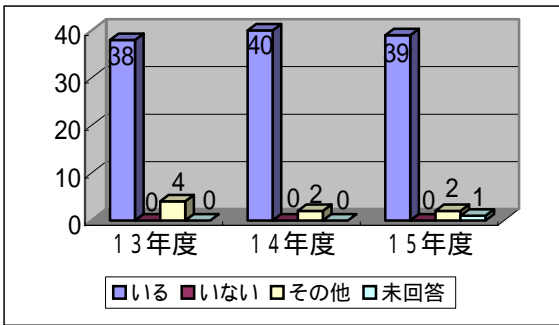
a麻薬・向精神薬の管理は「麻薬及び向精神薬取締り法」を遵守している。



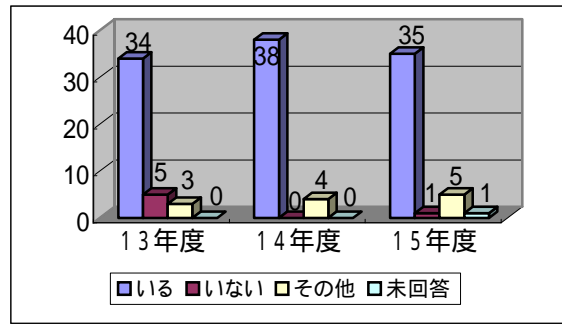
b毒薬・劇薬の表示、薬品庫の施錠がされている。



c 使用量と在庫量の定期的点検, 記録がされている。

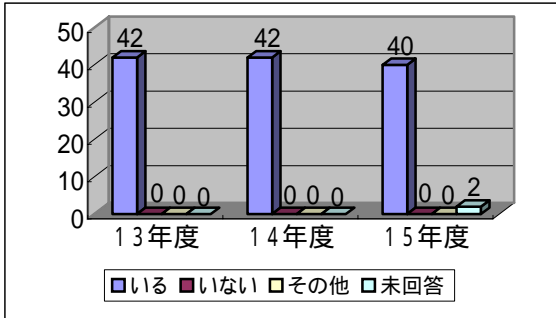


d 血漿分画製剤使用時に「血液製剤管理簿」へ記録している。

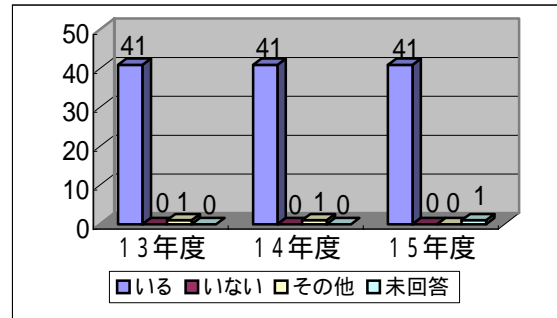


### 誤注射防止対策

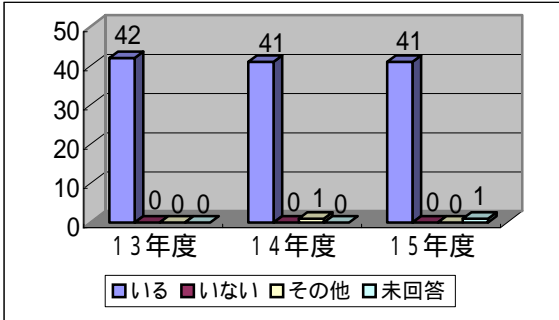
a 薬品の確認を行っている。



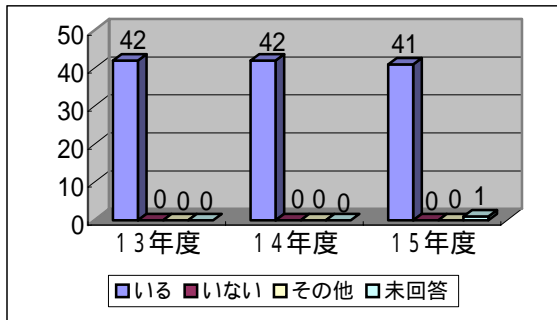
b シリンジへの表示と確認がなされている。



c ルートの確認を行っている。



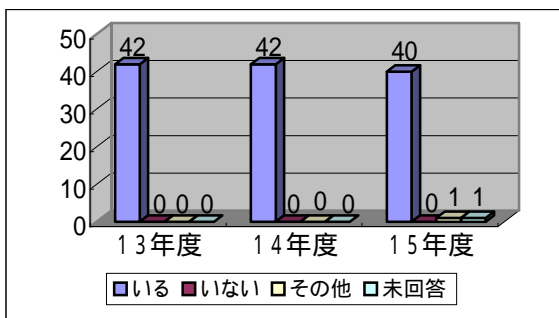
d 注射, 点滴速度の確認を行っている。



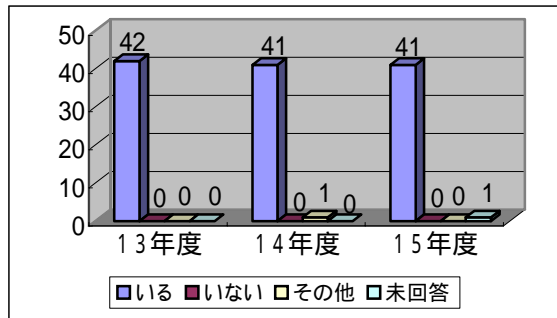
## 5) 医用ガス・電気・空調の管理

### 医用ガス

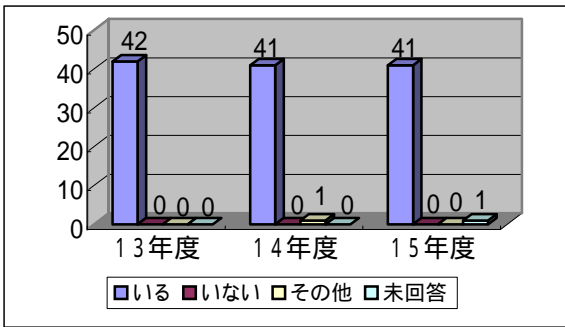
a 改修工事や配管工事後の医用ガス分析, 点検が行われている。



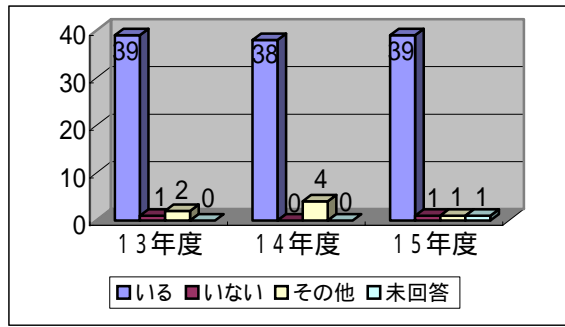
b 供給圧モニターの確認, 点検が行われている。



c インレット、アウトレットの緩み、接続状況の確認が行われている。

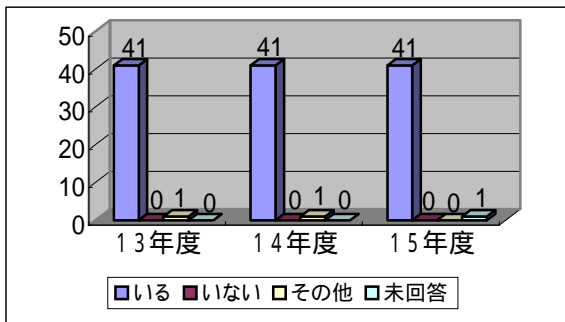


d バックアップ体制の構築がされている。

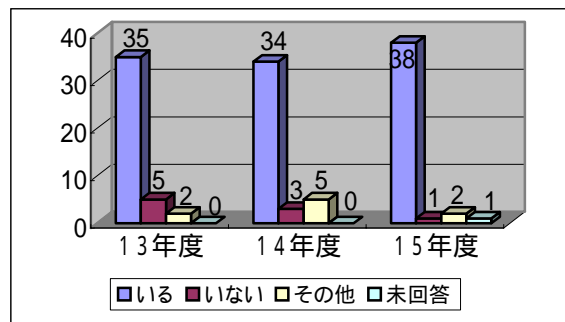


## 電気

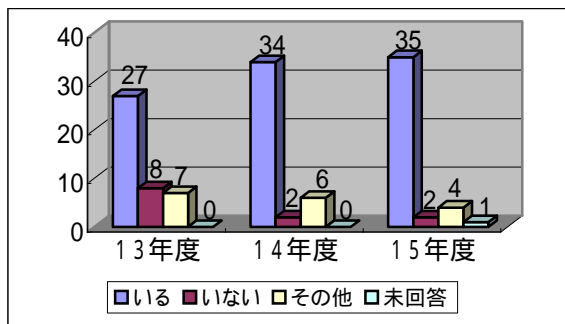
a 配電盤、単独コンセントと共有コンセント、ブレーカー等の管理ができています。



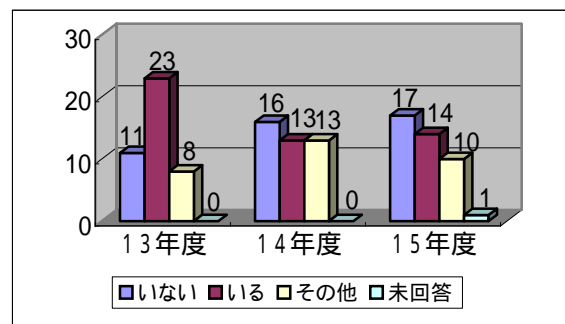
b 漏れ電流警報装置、接地型電源と非接地型電源の区別、コンセントの色分けが行われている。



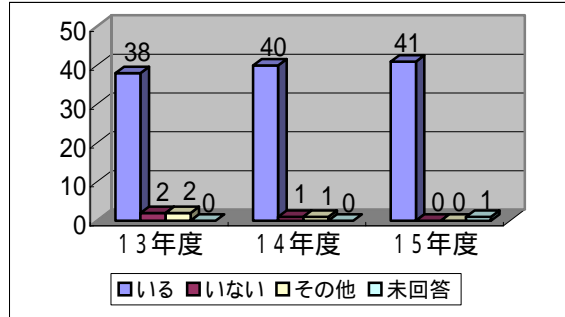
c 医用電気安全通則の遵守と表示、(BFマーク、CFマーク)がなされている。



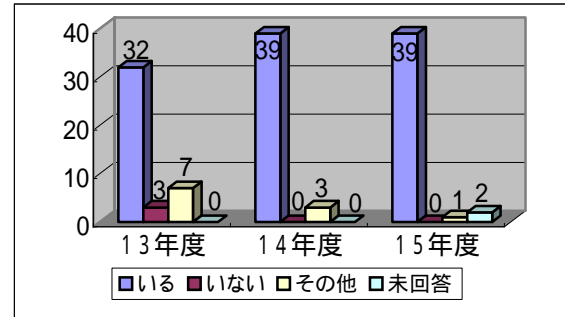
d テーブルタップ、たこ足配線を行っていない。



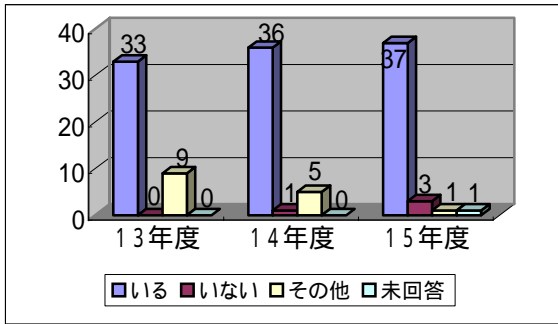
e 3Pコンセントと2Pコンセントは適性に使用されている。



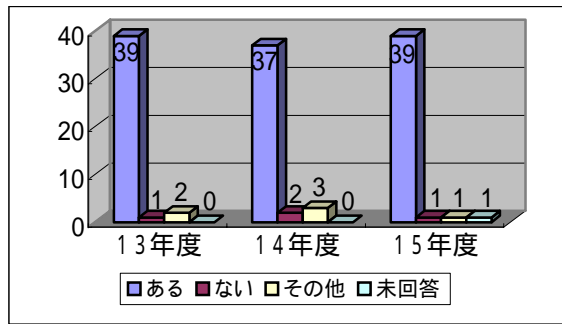
f マクロショックとマイクロショックの防止対策を行っている。



g 電磁波障害によって、輸液ポンプや輸血ポンプの誤作動がおこらないよう整備されている。

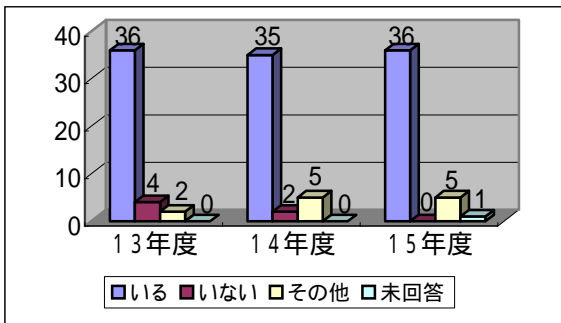


h バックアップ体制、充電器やバッテリーの点検は適切である。

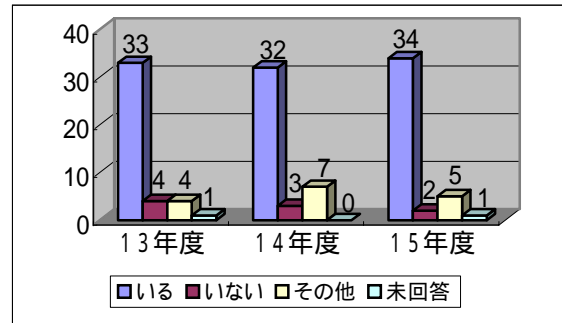


### 空調

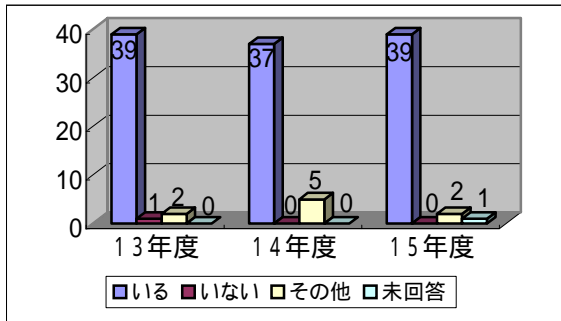
a 清浄度(クラス100,クラス10000)の確認,定期点検が行われている。



b 噴出し圧モニター作動状況の点検,確認が行われている。



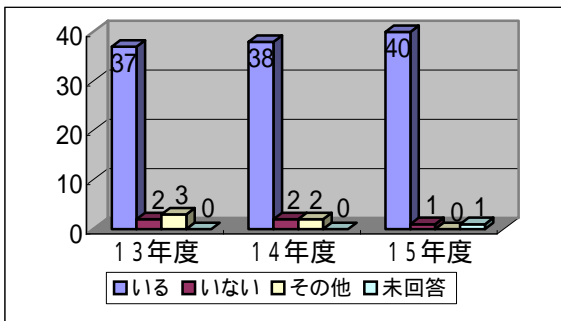
c 排気口,フィルター点検が行われている。



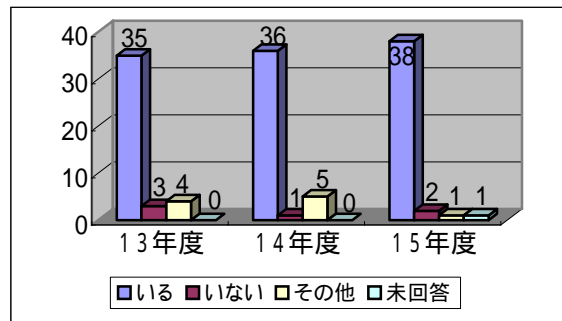
## 6) 洗浄, 滅菌

### 洗浄・滅菌器

a 作業場の安全確保がなされている。



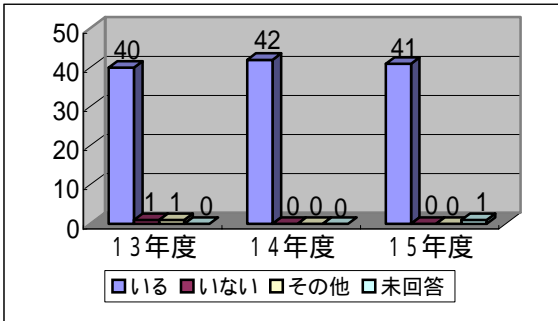
b 定期点検が行われている。



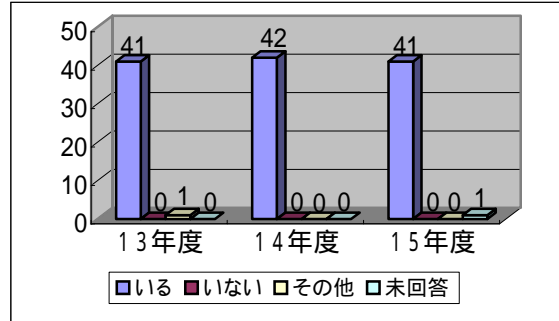


## 滅菌の確認

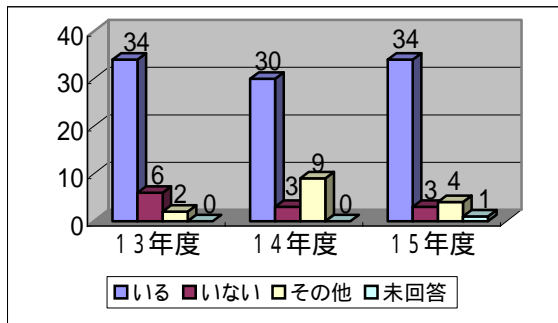
a滅菌器について、工程ごとの物理的インジケータ確認を行っている。



b滅菌終了、保管、手術野展開時の複数回での化学的インジケータ確認を行っている。

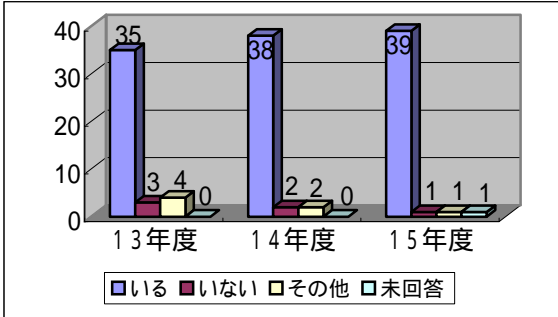


c少なくとも週1回の定期的な生物学的インジケータによる確認を行っている。

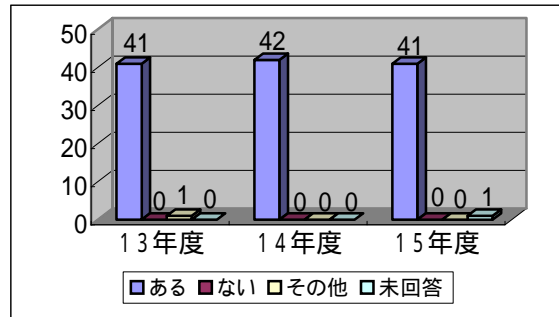


## 既滅菌器材の管理

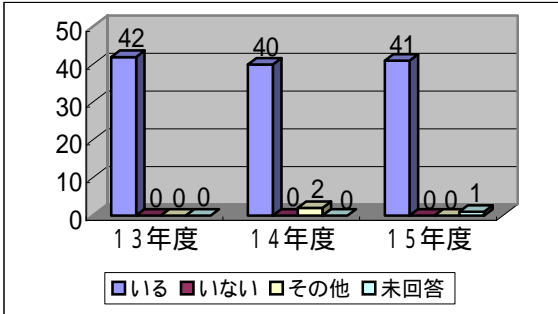
a保管庫、保管棚は適正に配置されている。



b包装材料は適正である。

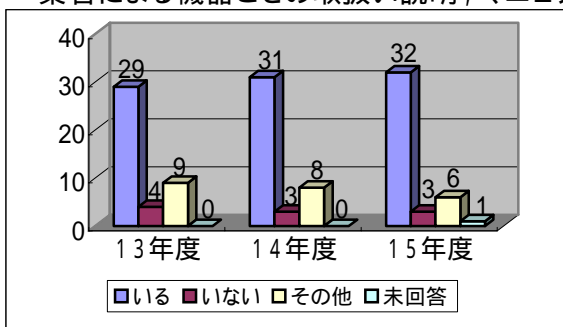


c安全保存期間(滅菌有効期限)の点検を行っている。

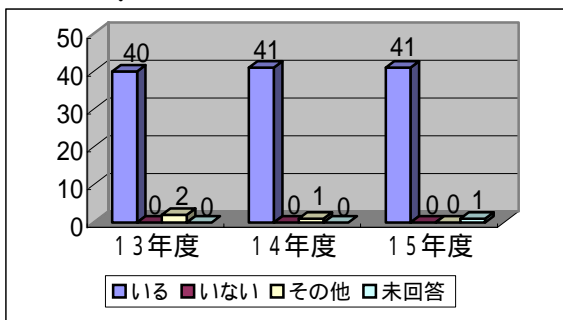


## 7) ME機器の取扱い

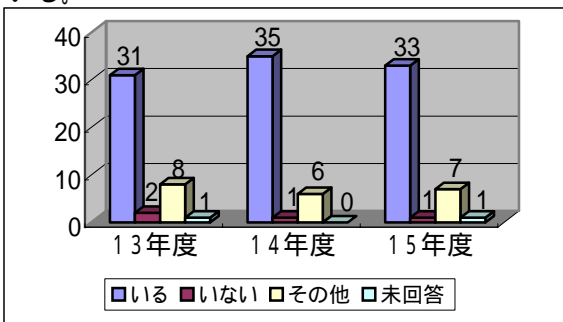
業者による機器ごとの取扱い説明, マニュアル書の添付等が整備されている。



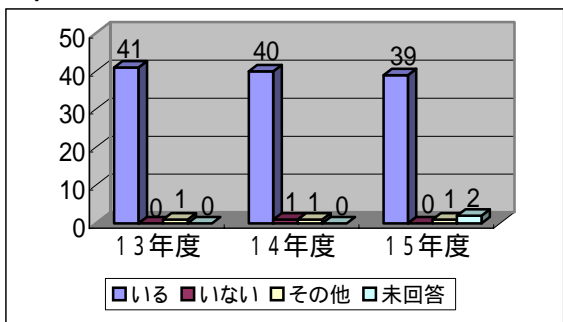
熱傷防止のための安全な対極板装着, 患者の体が手術台の金属に直接触れない体位がとられている。



周囲をテープで目張りして, 対極板と皮膚の間に血液や消毒液, 洗浄液が入らないようにしている。

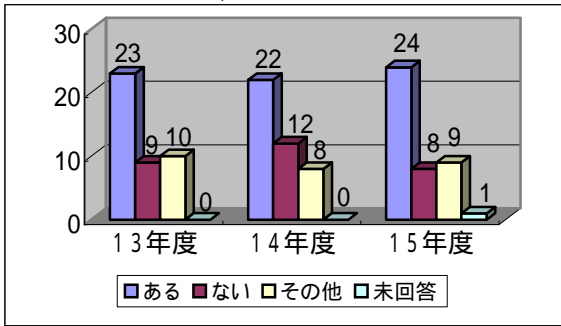


体温維持装置による熱傷や凍傷の防止対策, 安全な温度設定, 安全装置の点検を行っている。

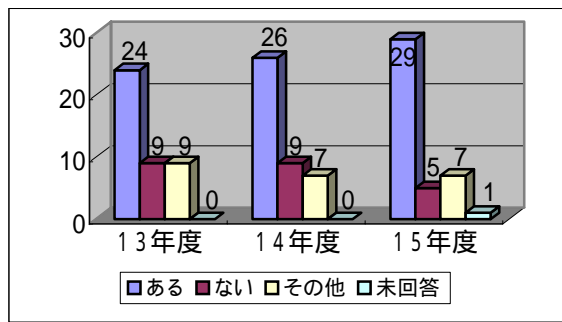


### 8) 学生, 研修医の教育, 実習

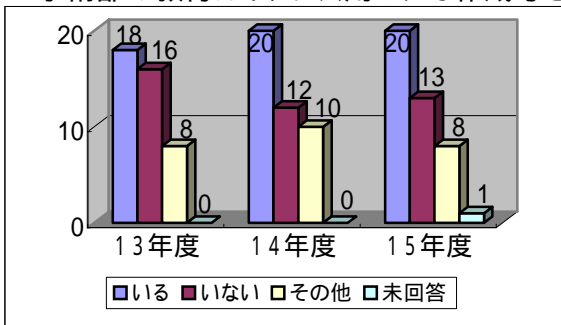
手術部の講義, 実習時間割りは適切である。



担当教官が適正に割り付けてある。

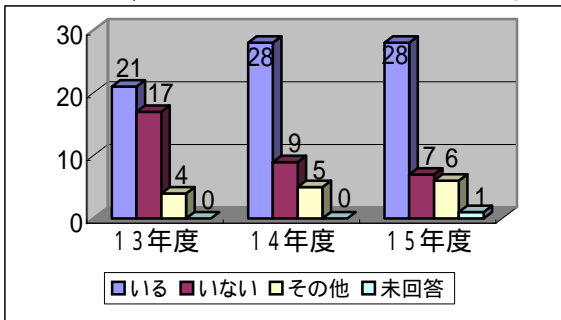


手術部の教育ガイダンス用ビデオ作成等を行っている。

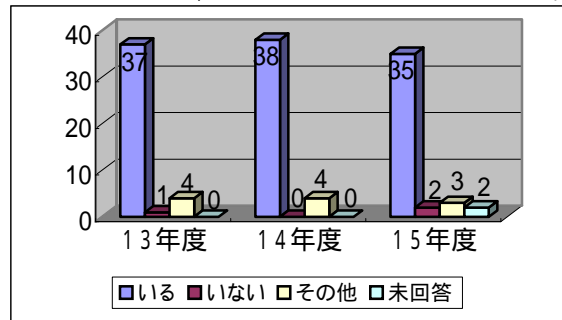


### 9) 納入業者, 外注業者への対応, 指導体制

担当者, 時間の設定が定められている。



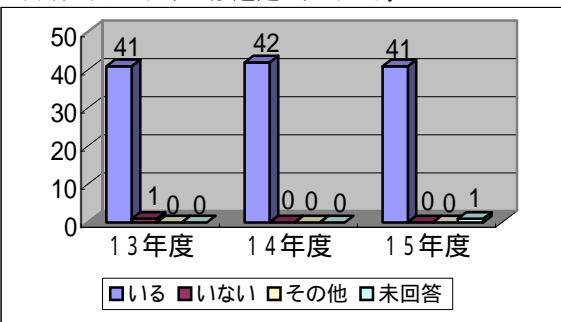
入室の指導, 対応は適切に行われている。



### 10) 事故防止管理体制

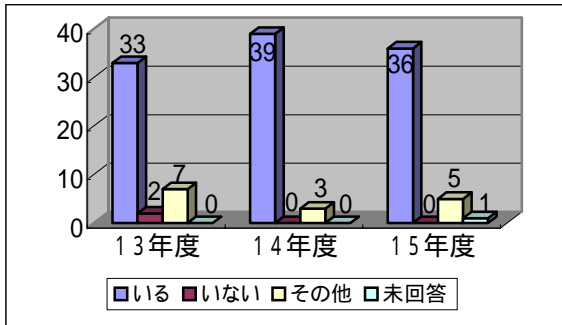
管理体制

a) リスクマネージャーが選定されている。

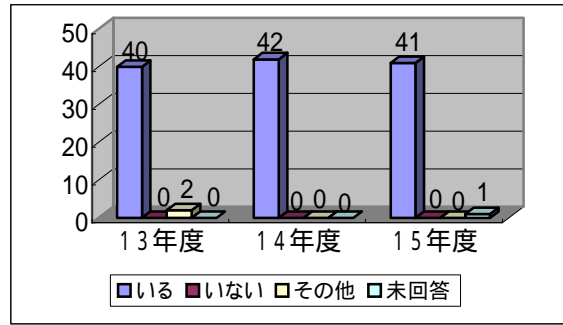


## 報告システム

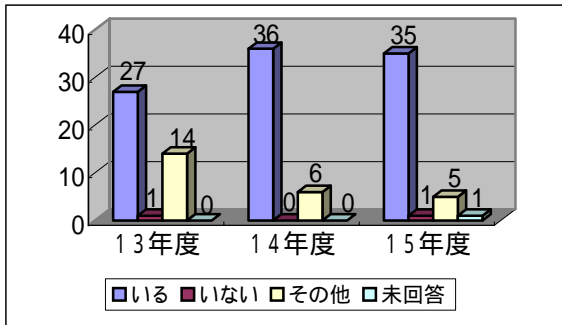
aインシデントレポート, アクシデントレポートが必ず提出されている。



b報告経路は明確にされている。

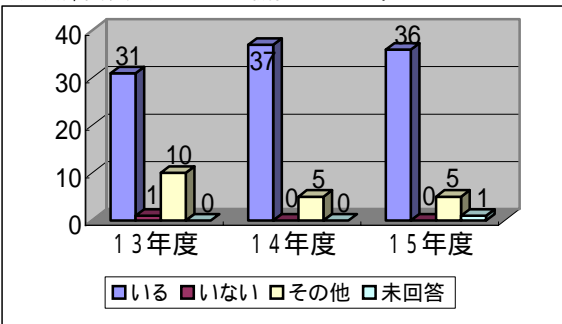


cフィードバックは十分になされている。

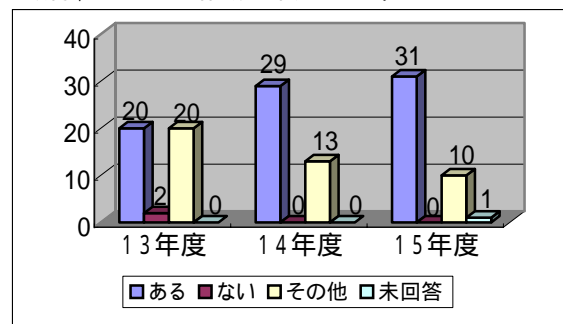


## 分析, 対策

a組織, 委員会が適正に機能している。



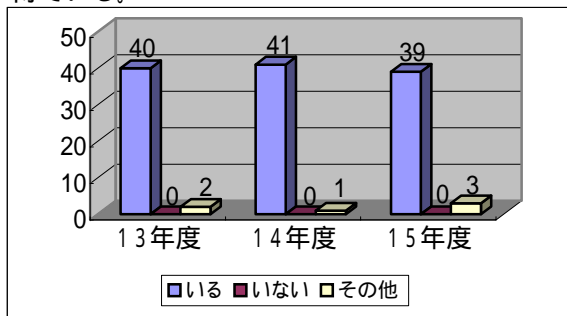
b教育, マニュアル作成は十分である。



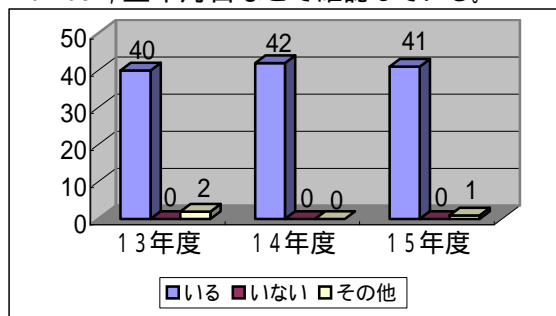
## 7. 検査について

### 1) 検査オーダーの際

患者にその検査の必要性を説明し、同意を得ている。

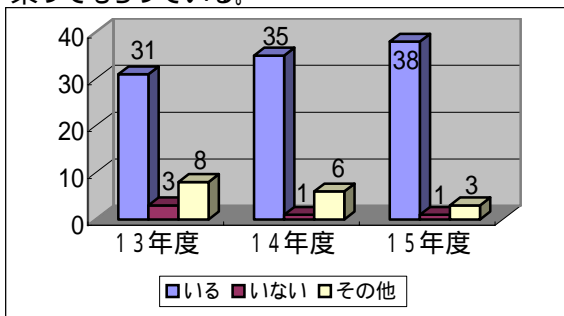


当該患者であることを、フルネーム、ID Number、生年月日などで確認している。

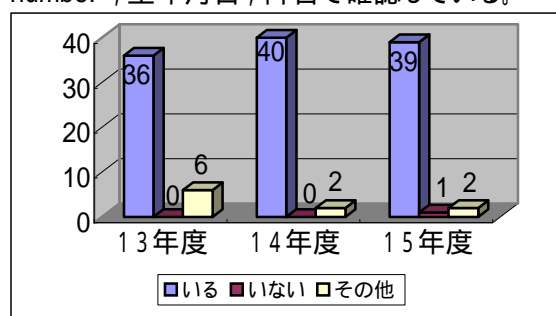


### 2) 検査実施の際

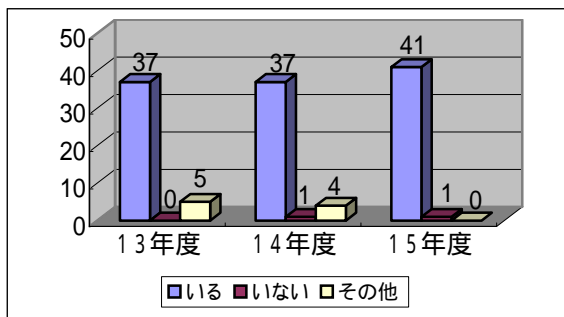
検査実施前に、患者本人にフルネームを名乗ってもらっている。



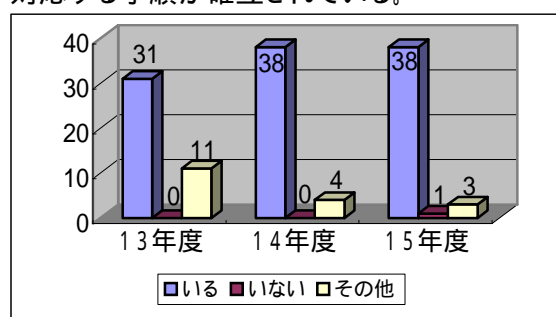
当該患者であることを、フルネーム、ID number、生年月日、科名で確認している。



検査の内容を再度簡単に説明している。

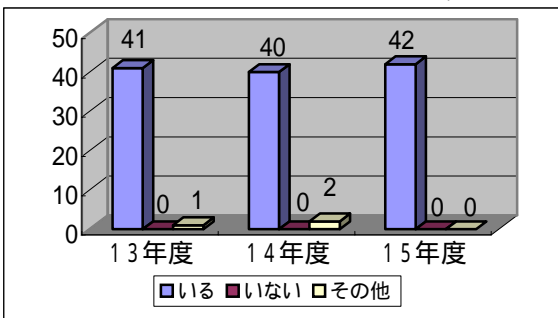


採血時や生理検査中の患者の状態変化に対応する手順が確立されている。

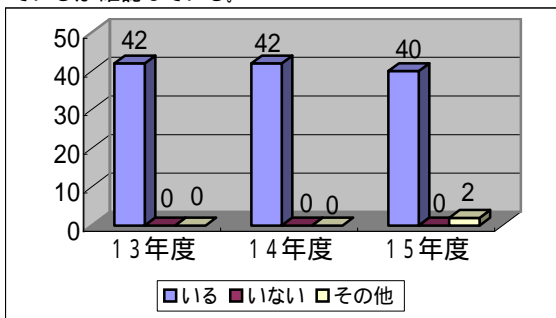


### 検体採取時

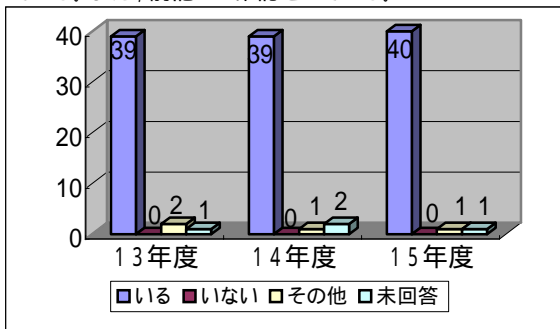
a コンピュータオーダーの場合：正しい容器に当該患者のラベルが正しい位置に添付されていることを確認している。



b また、オーダー画面と採血(採取)管の種類・数が一致しているか確認している。



c伝票の場合:伝票内容の入力が正しいかを確認している。また,前記bの確認をしている。

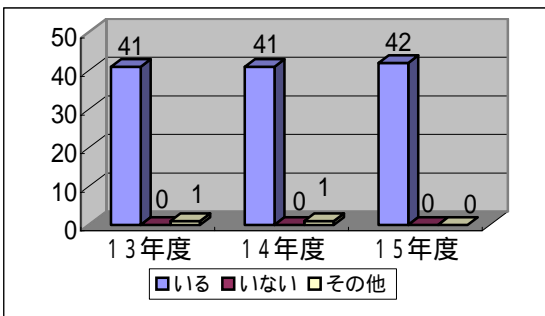


採取した検体容器に検体が過不足なく入っているかを確認している。

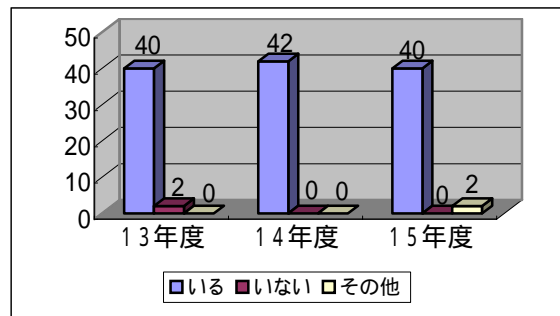
前年度同様,42大学全てで確認している。

採取した検体の取扱いは適切であるか?

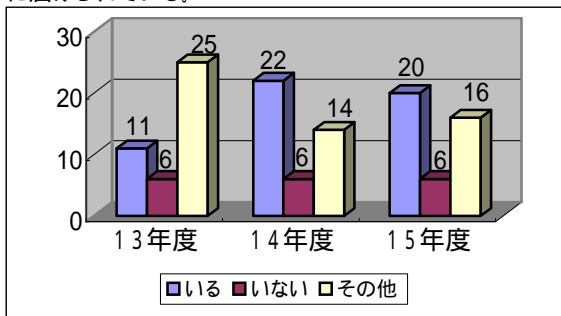
a抗凝固剤,解糖阻止剤,凝固促進剤などが添加されている採血管に採血した場合は,よく攪拌している。



b放置してはいけない検体(血液ガスやアンモニア測定など)の場合ただちに届けられている。

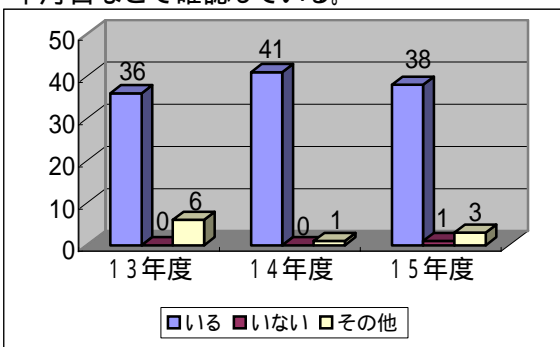


c比較的安定な生化学や血算などの検体は,30分以内に届けられている。

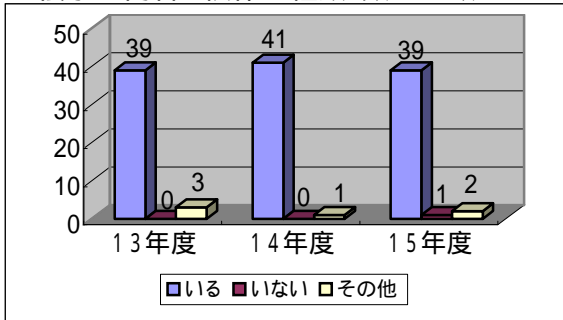


### 3)検査室において

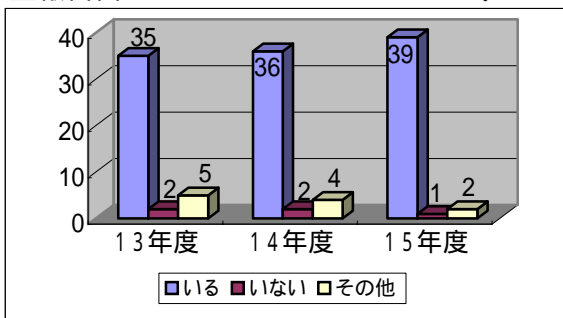
伝票で患者検体が届けられた場合,当該患者の検体であることを,フルネーム,ID number,生年月日などで確認している。



伝票の内容と検体の種類・数が一致しているかを確認している。

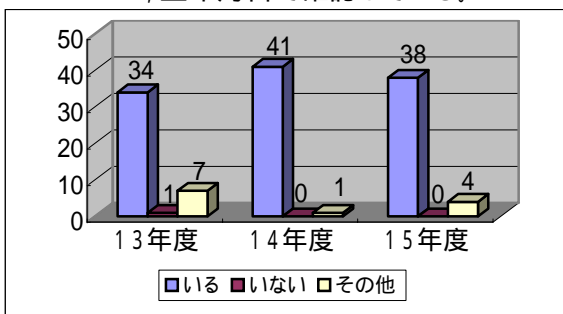


病理検査では、検体受付(オーダ側と病理部), 切り出し時のプロトコールと検体確認, 病理検査報告書のダブルチェックがされている。



#### 4) 検査結果の判読の際

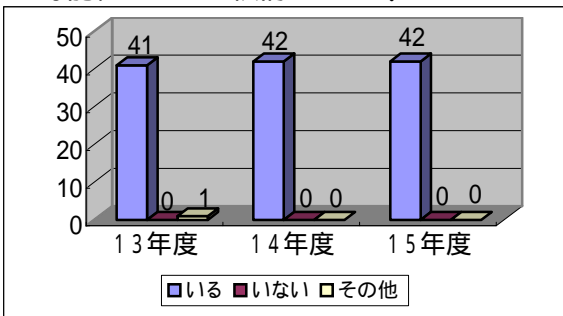
当該患者の結果であることを、フルネーム、ID number、生年月日で確認している。



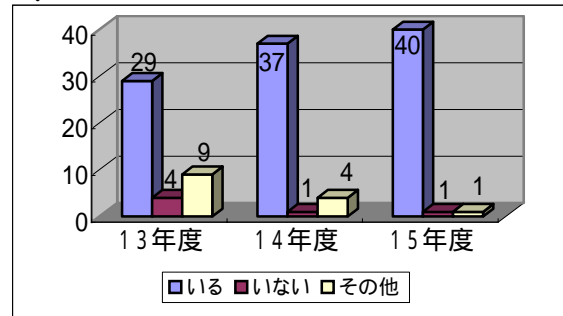
過去の結果と比較し、今回の結果の妥当性について検討している。

前年度同様、42大学全てで検討している。

疑問が生じた場合、他の患者との取り違えの可能性について検討している。

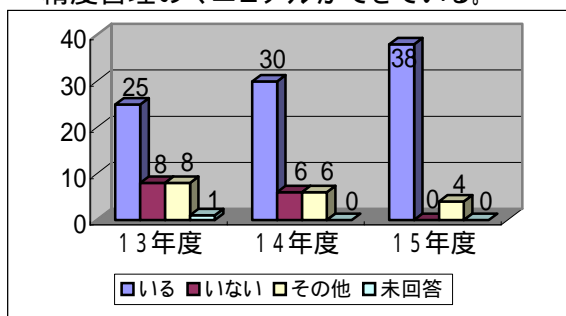


パニック値が出た時の手順が確立されている。

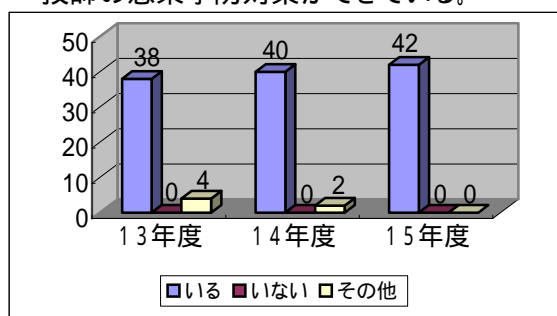


## 5) 全体の管理面

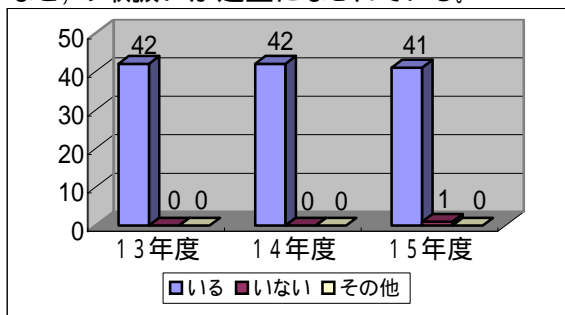
精度管理のマニュアルができています。



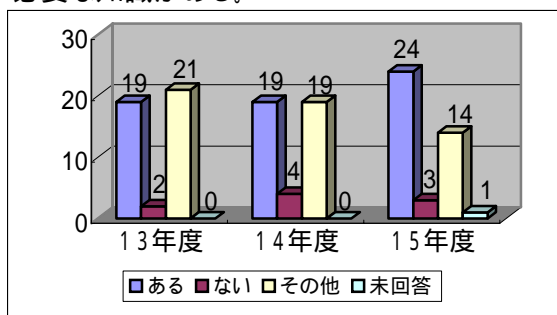
技師の感染予防対策ができています。



医療汚染物や危険物質(薬品やガスボンベなど)の取扱いが適正になされています。



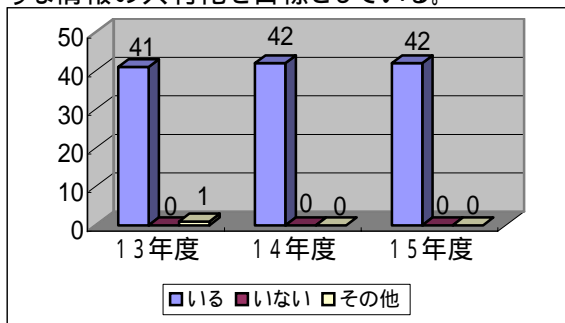
メッセージには、検体の取扱いについて必要な知識がある。



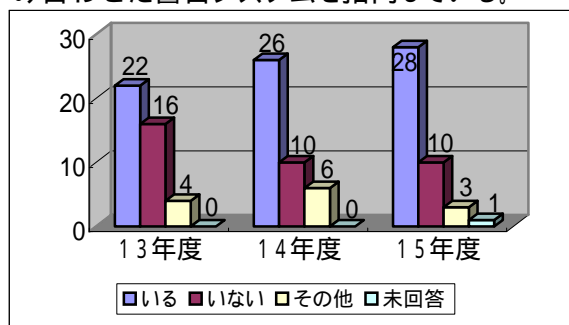
## 8. 医療情報の積極的活用

### 1) 事故防止のための情報システムの基本的なあり方

情報システムの構築にあたっては、業務の効率化だけでなく情報が他部門でも参照できるような情報の共有化を目標としている。

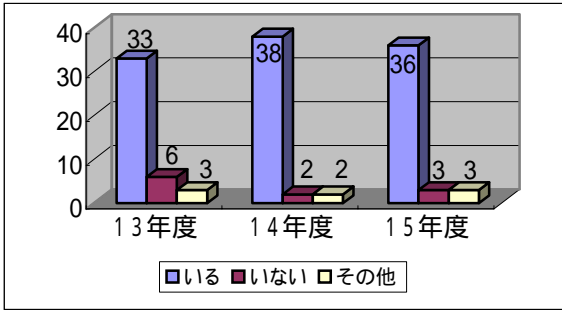


警告等についても単に定型的なチェック用マスターとの照合だけでなく、患者の医学的状態と組み合わせた警告システムを指向している。

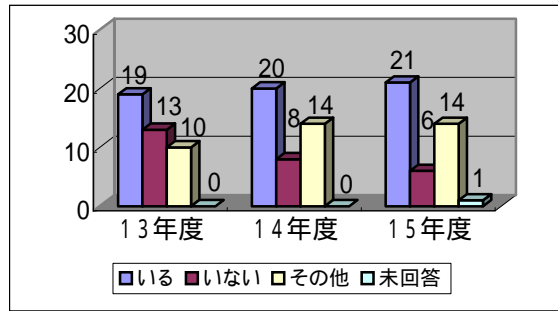




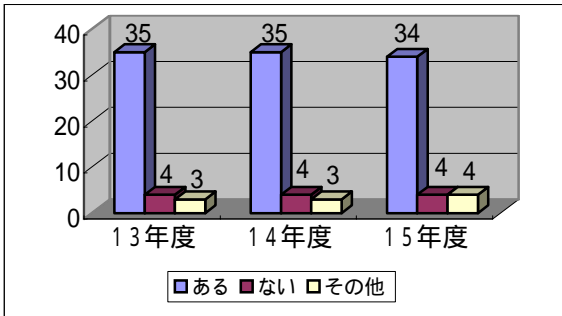
指示情報と実施前情報のチェック機能の構築を考えている。



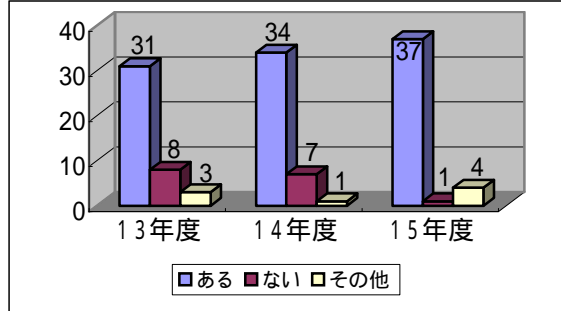
実施情報の入力が行われている。



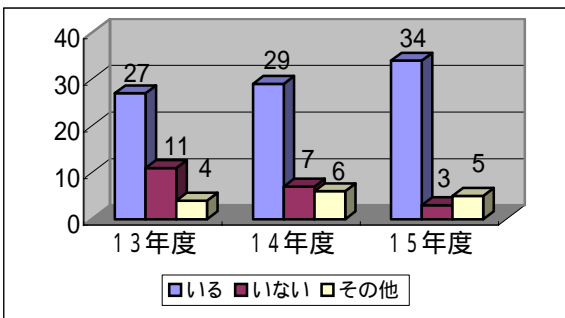
時間外でも患者IDの即時発行が可能である。



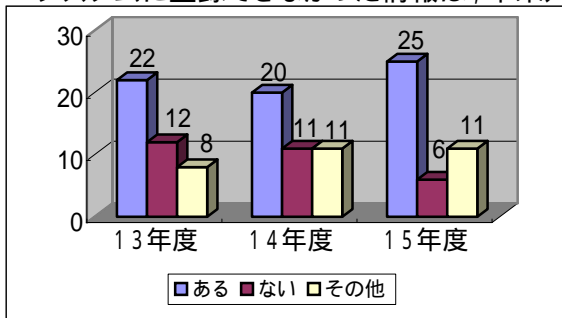
時間外でも患者基本情報の登録が可能である。



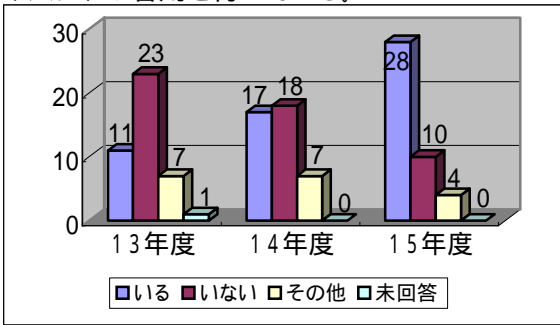
情報システムは24時間稼働している。



システムに登録できなかった情報は、本来入力すべき者が責任をもって入力するルールがある。

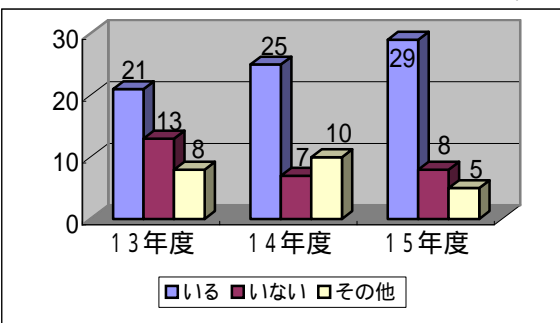


入院患者の識別として、情報を印字したリストバンドの着用を行っている。

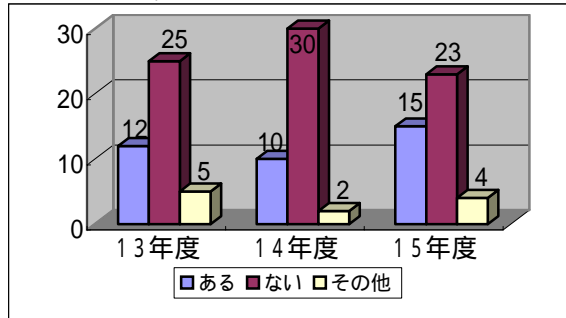


## 2) 情報入力責任の明確化とシステム管理情報の重要性

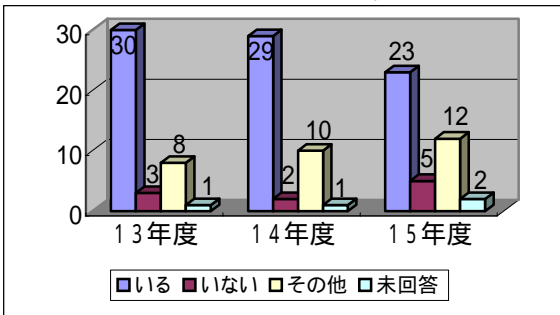
入力責任者のIDやパスワードが、他の者に安易に使用されないシステムになっている。



IDやパスワードの違反使用に対する罰則規程がある。

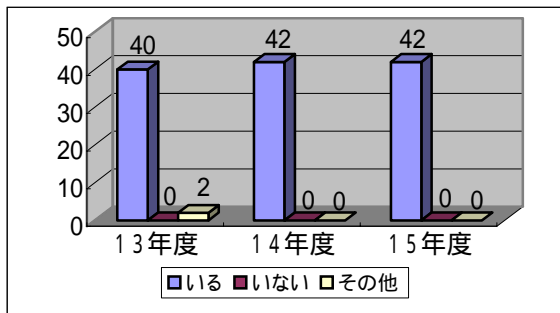


情報管理システムと病院情報システムの情報連携が円滑に行われている。



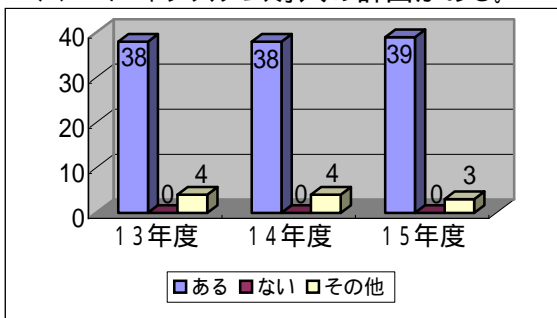
## 3) 情報システムのコミュニケーション機能

1オーダが関連する各業務や各部門へ速やかに伝播されるシステムの構築を理念としている。



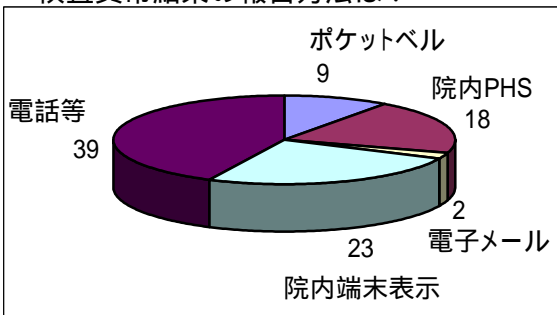
#### 4) バーコードシステム

バーコードシステム導入の計画がある。



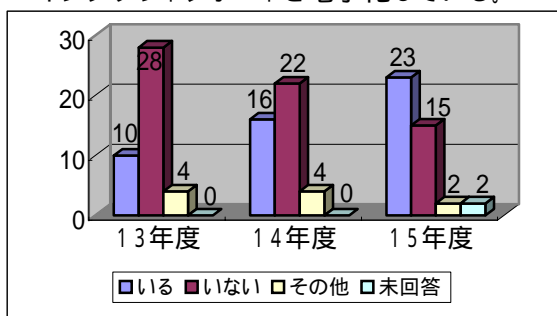
#### 5) 検査異常結果の見逃し防止

検査異常結果の報告方法は？



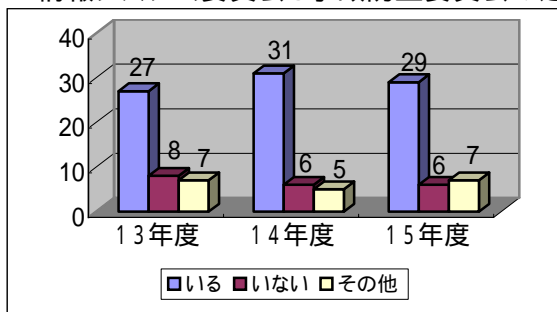
#### 6) インシデントレポート

インシデントレポートを電子化している。

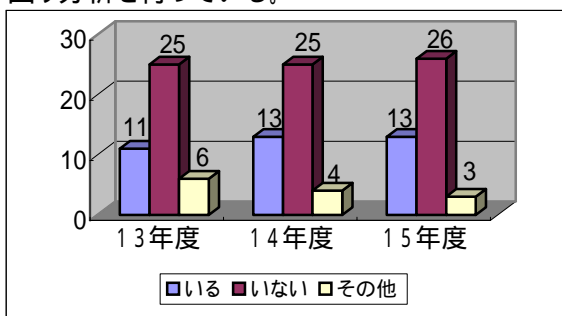


#### 7) 病院内における推進体制の構築

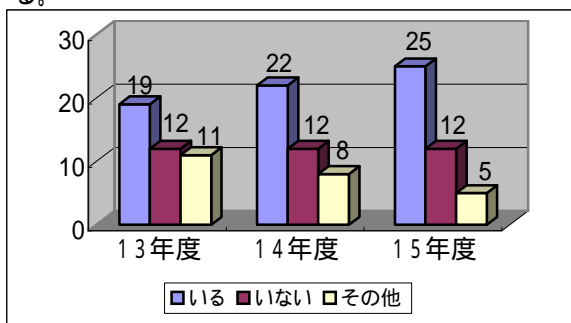
情報システム委員会と事故防止委員会の連携が図られている。



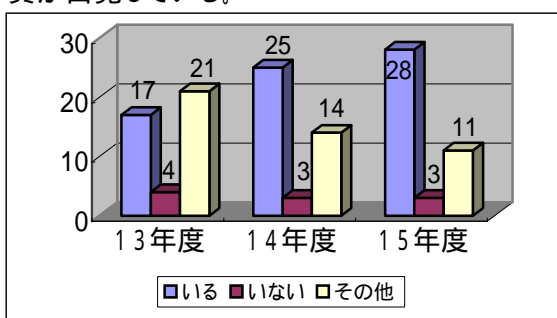
医療情報部は、情報システム委員会の検討に基づき、事故等のデータ収集やデータベース化を図り分析を行っている。



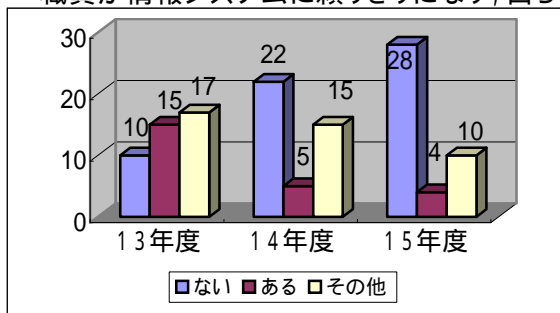
情報システムに関する事故防止マニュアルの整備や事故防止のための研修・教育を行っている。



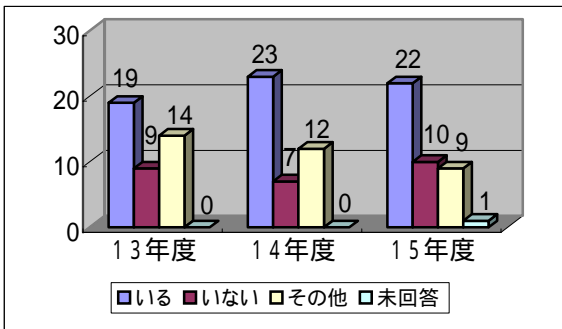
入力データの実施確認等に伴い入力操作が増えることになるが、事故防止のプロセスとして職員が自覚している。



職員が情報システムに頼りきりになり、自らの注意が損なわれることがない。

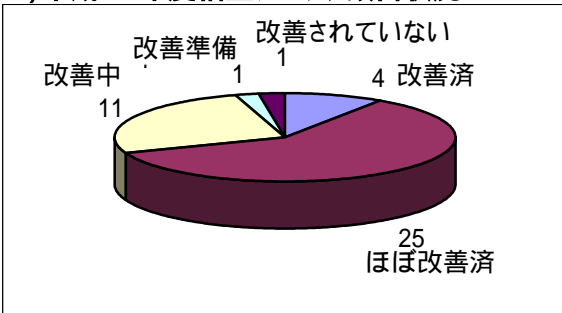


情報システムの教育は、システムを正しく使うことによって安全性を向上させる意味で、極めて重要であることから、病院だけではなく各部門単位の教育も適切に行われている。

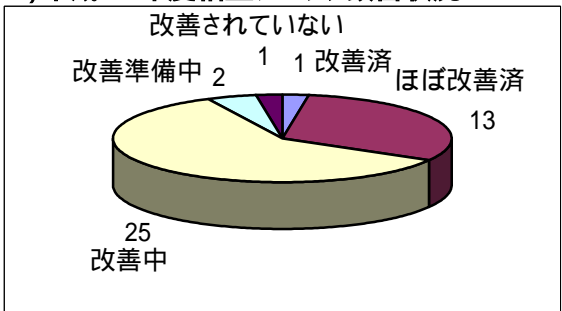


## 9. 相互チェック改善状況

### 1) 平成13年度相互チェック改善状況



### 2) 平成14年度相互チェック改善状況



平成15年度相互チェック実施状況

大学名	実施日	チェック大学	
北海道大学	15.11.6	山口大学	広島大学
旭川医科大学	15.11.18	愛媛大学	
弘前大学	15.11.4	鳥取大学	徳島大学
東北大学	15.11.10	大阪大学	岡山大学
秋田大学	15.11.17	高知大学	
山形大学	15.12.4~12.5	島根大学	香川大学
筑波大学	15.12.4	大分大学	
群馬大学	15.11.18	宮崎大学	
千葉大学	15.11.18	佐賀大学	
東京大学	15.11.11	熊本大学	
東京医科歯科大学	15.11.10	九州大学	
新潟大学	15.11.10	鹿児島大学	
山梨大学	15.12.19	琉球大学	
信州大学	15.11.17	長崎大学	
富山医科薬科大学	15.11.13	北海道大学	
金沢大学	15.10.15	北海道大学	
福井大学	15.10.24	山形大学	
岐阜大学	15.11.18	弘前大学	
浜松医科大学	15.12.5	旭川医科大学	
名古屋大学	15.11.13	秋田大学	
三重大学	15.11.12	秋田大学	
滋賀医科大学	15.10.21	東北大学	
京都大学	15.11.19	弘前大学	
神戸大学	15.10.22	東北大学	
大阪大学	15.11.19	新潟大学	
鳥取大学	15.12.10	東京医科歯科大学	
島根大学	15.12.11	東京医科歯科大学	
岡山大学	15.12.3	群馬大学	
広島大学	15.12.4	信州大学	
山口大学	15.12.2	筑波大学	
徳島大学	15.12.2	東京大学	
香川大学	15.12.3	東京大学	
愛媛大学	15.11.14	山梨大学	
高知大学	15.11.6	千葉大学	
九州大学	15.11.25	名古屋大学	神戸大学
佐賀大学	15.11.14	福井大学	
長崎大学	15.11.11	富山医科薬科大学	
熊本大学	15.11.6	岐阜大学	
大分大学	15.12.2	浜松医科大学	
宮崎大学	15.11.13	京都大学	
鹿児島大学	15.11.19	三重大学	
琉球大学	15.12.4	金沢大学	滋賀医科大学











f フィードバックを通じて、事故報告が有効に用いられているという認識がスタッフに生れている。

いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

改善情報等が確実に実行されているかのチェックを行っているか？

a チェックは、実際の現場に出向いて行っている。 いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

b チェックは、主としてリスクマネージャーが行っている。

いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

c 第三者によるチェック機構を構築している。 いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

d 改善状況の評価を行っている。

いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

e 評価の結果、改善が進んでいない場合、職員の研修等の措置を速やかに実施している。

いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

f 改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行っている。

いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

病院レベルでの介入が困難な、職種や診療科固有の知識や技術の習得、個々の教育・トレーニングは、それぞれの現場が責任を持って行う体制になっている。

いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]



「いる」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

c 読める字で書いてある。

ある          ない

その他      【                                  】

「ない」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

d 日本語で書かれている。

いる          いない

その他      【                                  】

「いない」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

e 略語が使われていない。

いない          いる

その他      【                                  】

「いる」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

f 誤字、脱字はない。

ない          ある

その他      【                                  】

「ある」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

g 改竄とみなされる塗りつぶしや修正液は使用していない。

いない いる

その他 【 】

「いる」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

h 鉛筆で記載されているものはない。

ない ある

その他 【 】

「ある」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

D P C 情報確認票が、D P C 対象入院患者の診療記録にファイルされている。

いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

## 2) 診療記録の形態

診療記録は1患者1診療録になっている。

いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

[ ]







e 臨床経過や結果がわかるように記載されている。 いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合，その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

f 検査結果や治療経過の分析と，それに基づく治療方針の決定が記載されている。

いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合，その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

診療記録には手術記録等の必要な書類が全てファイルされている。

いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合，その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

診療録と看護記録は一体化されている。

いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合，その理由や問題点等を記入してください。

[ ]



























調査委員会の報告書は，診療記録や看護記録等に裏付けられている。

いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合，その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

### 3) 行政機関への報告

行政機関への報告は速やかに行われている。

いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合，その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

夜間・休日の行政機関への報告ルートが整備されている。

いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合，その理由や問題点等を記入してください。

[ ]

行政機関への報告の窓口は一本化されている。

いる いない

その他 【 】

「いない」及び「その他」の場合，その理由や問題点等を記入してください。

[ ]









5 参考となるような安全管理対策の先進事例について



6 その他,改善した方が良かった事項について

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長校使用欄
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
1	1 安全管理に関する総合的な体制整備				
1 1)	1) 院内の組織体制の整備				
1 1)	事故防止委員会が組織されている。				FALSE
1 1) -a	a 病院長が委員長になっている。				FALSE
1 1) -b	b 委員会は明確な決定権を有している。				FALSE
1 1) -c	c 委員会は病院全体が統合された構成になっている。				FALSE
1 1) -d	d 医療事故等が発生した場合、委員会以外の迅速性に富んだ対応が取られる形態になっている。				FALSE
1 1)	病院内の各部門にリスクマネジャーが配置されている。				FALSE
1 1) -a	a リスクマネジャーの発令行為がなされている。				FALSE
1 1) -b	b 診療に直接係わる部門では、医師と看護師がそれぞれリスクマネジャーとして配置されている。				FALSE
1 1) -c	c 各部門長は、リスクマネジャーに対し通常業務の軽減など支援措置を講じている。				FALSE
1 1)	専任のリスクマネジャー(ゼネラルリスクマネジャー)を配置している。				FALSE
1 1) -a	a ゼネラルリスクマネジャー担当職は？				
1 1) -a-1	a-1 医師				FALSE
1 1) -a-2	a-2 看護師長				FALSE
1 1) -a-3	a-3 その他				FALSE
1 1) -b	b ゼネラルリスクマネジャーはその職種部門だけでなく、病院全体の事故防止・安全管理にあたっている。				FALSE
1 1)	安全管理部(事故防止部、品質保証部等)が設置されている。(「いる」は次項へ)				FALSE
1 1) -a	a 安全管理部長は、副院長・病院長補佐クラスを充てている。				FALSE
1 1) -b	b 安全管理部の組織構成は？				
1 1) -b-1	b-1 ゼネラルリスクマネジャー				FALSE
1 1) -b-2	b-2 医師(併任可)				FALSE
1 1) -b-3	b-3 薬剤師(併任可)				FALSE
1 1) -b-4	b-4 医療情報関係者(併任可)				FALSE
1 1) -b-5	b-5 感染対策師長				FALSE
1 1) -b-6	b-6 事務官(併任可)				FALSE
1 1) -c	c 事故防止委員会の事務局機能を有している。				FALSE
1 1) -d	d 事故・インシデント報告分析の中核的な役割を担っている。				FALSE
1 1) -e	e リスクマネジャーへの分析結果の伝達や改善提案の窓口となっている。				FALSE
1 1) -f	f リスクマネジャー会議を主催し、横の連絡を密にしている。				FALSE
1 1) -g	g 安全管理に関する教育・研修事業の中核的役割を果たしている。				FALSE
1 2)	2) 事故やインシデントの報告制度と改善の実施				
1 2)	医療事故とインシデントの報告が徹底されている。				FALSE
1 2)	報告用紙は？(複数回答可)				
1 2) -a	a 事故・インシデントを同一用紙としている				FALSE
1 2) -b	b 事故・インシデントは別用紙としている				FALSE

### 記入要領

1. 集計欄は該当する箇所に「1」を入力してください。
2. 回答は設問によって答え方が変わるので注意してください。(欄外の表示を参照のこと)
3. 設問によっては(「いる」の場合、次項へ)等とされているものがありますが、該当しないにもかかわらず、次項へ入力されているケースがあるので、注意してください。
4. 「委員長校使用欄」には入力しないでください。
5.           の項目は、相互チェック項目なので、記入を要しません。

いる (ア)	いない (イ)	検討中 (ウ)
-----------	------------	------------

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長校 使用欄
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
1 2) -c	c 電子媒体を使用している				FALSE
1 2)	報告方法は？(複数回答可)				
1 2) -a	a 項目で事故・インシデントを区別する				FALSE
1 2) -b	b 報告すべき事項をあらかじめ各部署等で設定している				FALSE
1 2) -c	c 事故にインシデントの幸運事例の一部を含めている				FALSE
1 2)	報告者は？(複数回答可)				
1 2) -a	a 当事者のみである				FALSE
1 2) -b	b 最も事実を知っている者も含まれる				FALSE
1 2) -c	c 事例によっては、職種別に複数からの報告もある				FALSE
1 2)	報告様式は？				
1 2) -a	a 記述式である				FALSE
1 2) -b	b 一部は選択式である				FALSE
1 2)	報告は、記名式か無記名か？				FALSE
1 2)	医師からの報告は、適正な数と言える。				FALSE
1 2)	報告を推進するための環境の整備を行っているか？				
1 2) -a	a 必要性や有用性、報告事例等の教育を繰り返し行っている。				FALSE
1 2) -b	b 懲罰や人事管理に用いない配慮をしている。				FALSE
1 2) -c	c 報告書の取扱いや保管は慎重に行っている。				FALSE
1 2) -d	d 簡便に報告できるよう様式を工夫している。				FALSE
1 2) -e	e 報告に対し適切な対応とフィードバックがなされている。				FALSE
1 2)	報告の分析、検討、アクションが適切に行われているか？				
1 2) -a	a 分析は、件数や分類などの統計処理だけに止まらず、一例一例丁寧に掘り下げられている。				FALSE
1 2) -b	b 分析によって、直接的原因だけでなく根本的原因の究明もなされている。				FALSE
1 2) -c	c 報告の分析は効率的に行われている。				FALSE
1 2)	現場へのフィードバックの方法は？				
1 2) -a	a 事故等の起こった事実だけでなく、原因や解決法さら に守るべきルールを提示している。(例えば指差呼称の推 奨など)				FALSE
1 2) -b	b 守るべきルールを周知する際は、その根拠を併せて示 している。				FALSE
1 2) -c	c 改善されたシステム等について迅速に周知できている。 。				FALSE
1 2) -d	d これらの情報提供をスタッフ全員に行き渡らせる方策 を講じている。				FALSE
1 2) -e	e フィードバックを通じて、事故報告が有効に用いられて いると言う認識がスタッフに生れている。				FALSE
1 2)	改善情報等が確実に実行されているかのチェックを 行っているか？				
1 2) -a	a チェックは、実際の現場に出向いて行っている。				FALSE
1 2) -b	b チェックは、主としてリスクマネージャーが行っている。				FALSE
1 2) -c	c 第三者によるチェック機構を構築している。				FALSE
1 2)	病院レベルでの介入が困難な、職種や診療科固有の 知識や技術の習得、個々の教育・トレーニングは、それ ぞれの現場が責任を持って行う体制になっている。				FALSE

記名 (ア)	無記名 (イ)	
言える (ア)	言えない (イ)	その他 (ウ)

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長校 使用欄
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
1 3)	3)職員に対する教育・研修の充実				
1 3)	職員に対する教育・研修を制度化している。				FALSE
1 3)	職員に対する教育・研修は、単発的な講演会にとどまらず、対象や時期等をふまえ、場にちなんだ企画・運営がなされている。				FALSE
1 3) -a	a 初任者に対する初期研修で安全管理教育が行われている。				FALSE
1 3) -a-1	a-1 中途採用者や異動の激しい医師等についても適切に実施されている。				FALSE
1 3) -a-2	a-2 下記の内容が網羅されているか？				
1 3) -a-2-*1	*1 安全管理の基礎知識と組織上のしくみ				FALSE
1 3) -a-2-*2	*2 診療記録、医薬品・医療機器の管理、輸血事故防止に関する基礎				FALSE
1 3) -a-2-*3	*3 医療事故時の対応方法				FALSE
1 3) -a-2-*4	*4 事故やインシデントの報告				FALSE
1 3) -b	b 研修医や医学実習生の指導医を対象とした研修を行っている。				FALSE
1 3) -b-1	b-1 新任だけでなく、身分の変更の際も行っている。				FALSE
1 3) -b-2	b-2 下記の内容が網羅されているか？				
1 3) -b-2-*1	*1 病院としての安全管理システムの確認				FALSE
1 3) -b-2-*2	*2 研修プログラム上の安全管理に関する事項の確認とその指導方法の実際				FALSE
1 3) -b-2-*3	*3 研修医が医療事故に係った場合の対応方法の確認				FALSE
1 3) -c	c コメディカルの実習生の指導者を対象とした研修を行っている。				FALSE
1 3) -c-1	c-1 下記の内容が網羅されているか？				
1 3) -c-1-*1	*1 安全管理の基礎知識と組織上のしくみ				FALSE
1 3) -c-1-*2	*2 実習生が医療事故等に係った場合の対処方法や報告				FALSE
1 3) -c-1-*3	*3 事故予防の観点からの実習環境の改善				FALSE
1 3) -c-1-*4	*4 実習生の保護制度				FALSE
1 3) -d	d リスクマネージャーとしての安全管理専門家育成の研修を行っている。				FALSE
1 3)	教育・研修は、人材育成という教育的観点を踏まえて実施されている。				FALSE
1 3)	教育・研修は、従来の概念を払拭する新たな学習として捉えられている。				FALSE
1 3)	教育・研修は、自主参加のみでなく義務化の対象を明確にしている。				FALSE
1 3)	教育・研修の効果を目標達成の観点から評価している。				FALSE
1 3)	教育・研修の実施内容や参加状況を記録に残している。				FALSE
1 3)	医療分野以外の安全管理システムを取り入れるなど効果的な研修の工夫を行っている。				FALSE
1 3)	安全管理に関する標語やポスターの作製、強化週間の設定など啓発活動を行っている。				FALSE
2	2 医療そのものの改善を通じた安全性の向上				
2 1)	1)患者の受持ち体制の再構築				
2 1)	患者の日常的診療の中心は、助手・医員が担っている。				FALSE
2 1)	助手は、常勤の上席医師として、受持ちグループの他の構成員を適切にリードする役割を果たしている。				FALSE
2 1)	研修医が(基本的に)単独で診療に関する判断を下すことはない。				FALSE

ない (ア)	ある (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長校 使用欄			
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)				
2 1)	研修医は、指導医から直接実地に指導を受けて診療の経験を積み重ねる立場にあることが、安全管理上遵守されている。				FALSE			
2 1)	助手や医員でなく、研修医が入院患者の日常的な診療の中心となることはない。				FALSE	ない (ア)	ある (イ)	その他 (ウ)
2 1)	大学院生や研究生についても同様のことはない。				FALSE	ない (ア)	ある (イ)	その他 (ウ)
2 1) -1	- 1 がNoの場合、速やかにその解消を図っている。				FALSE			
2 1) -2	- 2 抜本的解消のため病床数の見直しなども視野に入れている。				FALSE			
2 1)	診療活動の急増や研究活動の活発化等のために、医師のマンパワーが不足することはない。				FALSE	ない (ア)	ある (イ)	その他 (ウ)
2 1)	病院全体として見た場合、教官の勤務状況は診療と研究・教育のバランスを保っている。				FALSE			
2 1)	教官の評価は、教育や診療より論文業績のみが評価される傾向にはない。				FALSE	ない (ア)	ある (イ)	その他 (ウ)
2 1)	医師の勤務実態を的確に把握している。				FALSE			
2 1)	医師(研修医を除く)の度を越した過重労働は見受けられない。				FALSE	ない (ア)	ある (イ)	その他 (ウ)
2 1)	医師(研修医を除く)のマンパワーの適正配分を行っている。				FALSE			
2 2)	2) 研修医の指導体制の充実							
2 2)	臨床に出る前に、必要な医療技術の研修の機会がある。				FALSE	ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
2 2)	カルテの記入方法、指示の出し方についての病院内で統一された研修が行われている。				FALSE			
2 2)	それぞれの研修医の知識、技術の習得程度について管理者は把握している。				FALSE			
2 2)	研修医が単独で指示や処置を行ってよい研修医の知識レベルに対する基準がある。				FALSE	ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
2 2)	研修医の行う医療行為に対して、指導医がチェックするルールがある。				FALSE	ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
2 2)	指導医と共に行うべき処置、研修医のみで行ってよい処置が明文化されている。				FALSE			
2 2)	研修医が処方変更や新たな処方を行う場合、必ず指導医がチェックを行い指導医のサインを確認して受け付けている。				FALSE			
2 2)	危険性の高い薬剤を研修医が処方する場合も同様の対応をしている。				FALSE			
2 2)	危険性の高い薬剤が明文化されている。				FALSE			
2 2)	抗癌剤の注射等は、必ず指導医が立ち会って行っている。				FALSE			
2 2)	危険性の高い侵襲的な処置についても同様の対応をしている。				FALSE			
2 2)	輸血についても同様の対応をしている。				FALSE			
2 2)	必要時、研修医がすぐに指導医に相談できる。				FALSE	できる (ア)	できない (イ)	その他 (ウ)
2 2)	研修医の習得知識、技術に対する能力評価を行っている。				FALSE			
2 2)	卒後研修マニュアルを作成している。				FALSE			
2 2)	研修医に対する安全教育研修を行っている。				FALSE			
2 3)	3) 研修医の実質勤務時間調査と健康維持体制							
2 3)	管理者は研修医の勤務状況(労働時間、疲労の程度)を把握している。				FALSE			
2 3)	研修医の過度な労働を避けるための調整を行っている。				FALSE			
2 3)	研修医の適正配分を行っている。				FALSE			
2 4)	4) 夜間の診療体制について							
2 4)	当直医の要件は、入院患者の受持ち医であることとされている。				FALSE			
2 4)	当直医への引き継ぎが、必ず行われている。(「いる」のみ次項へ)				FALSE			



## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長校 使用欄	
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)		
2 4)	-a	a 引継ぎは必要事項を記入し、直接口頭で行われている。				FALSE
2 4)		当直医は定時に病棟へ行っている。				FALSE
2 4)		病棟へ当直医を呼びにくいなどの風潮はない。				FALSE
2 4)		夜間における複数の救急患者の診療に対応するために、夜勤師長が活用されている。				FALSE
2 4)		当直による睡眠不足などにより、翌日の注意力が低下することがない。				FALSE
2 4)		当直明けには長時間の手術は行わないなどの配慮をしている。				FALSE
2 4)		心カテや血管造影などの危険性の高い処置も同様の配慮をしている。				FALSE
2 4)		当直者が十分な睡眠を取れなかった場合、業務に支障のない範囲で負担の軽減を図っている。				FALSE
2 4)		当直回数は、適正な範囲内で行われている。				FALSE
2 4)		当直者の仮眠環境などの整備が行われている。				FALSE
2 4)		診療科長は、所属する医師の勤務実態を把握し、適切な措置を講じている。				FALSE
3		3 患者の参加等を通じた安全性の向上				
3 1)		1)新しい患者・医療従事者関係の構築				
3 1)		患者への説明の際、専門用語だけでなく日常会話を交えるなど意志の疎通の向上を心がけている。				FALSE
3 1)		病院や医療従事者の視点ではなく、何が患者の利益になるのかという視点で会話している。				FALSE
3 1)		生死にかかわる事態や医療事故が発生した時の説明等については、病院内の多職種が協力するチームアプローチが実践されている。				FALSE
3 1)		患者が主体性を持って医療に参加できるための支援を行っているか？				
3 1)	-a	a 医療 疾病に関する情報入手のための患者図書館を設置している。				FALSE
3 1)	-b	b 「ご意見箱」などを設置している。				FALSE
3 1)	-c	c この意見は、掲示板などで患者にフィードバックされている。				FALSE
3 1)	-d	d 医師だけでなく各医療従事者が、役割や患者との関わりを提供できるような環境がある。				FALSE
3 1)		「ご意見箱」や患者サーベイアンケートなどで、安全管理に係わる意見等があれば具体例を記入。				
3 2)		2)クリティカルパスの導入と情報の共有				
3 2)		クリティカルパスが導入されている。(「いない」以外は次項へ)				FALSE
3 2)	-a	a クリティカルパスは医師と看護師共用のものである。				FALSE
3 2)	-b	b 医師・看護師以外の医療従事者の業務も含まれている。				FALSE
3 2)	-c	c 医師用のみである。				FALSE
3 2)	-d	d 看護師用のみである。				FALSE
3 2)	-e	e クリティカルパスの開発・利用だけでなく、改良や在院日数の変化などの評価をしている。				FALSE
3 3)		3)インフォームド・コンセント				
3 3)		患者の意志決定に必要な情報をきちんと提供しているか？				
3 3)	-a	a 現在の症状及び診断名				FALSE
3 3)	-b	b その治療行為を採用する理由				FALSE
3 3)	-c	c 治療行為の具体的内容				FALSE
3 3)	-d	d 治療行為に伴う危険性の程度				FALSE

ない (ア)	ある (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

ない (ア)	ある (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長校 使用欄
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
3 3)	-e	e 治療を行った場合の予後や改善の見込み、程度			FALSE
3 3)	-f	f その治療を受けなかった場合の予後			FALSE
3 3)	-g	g 代替的治療法がある場合には、その内容および利害得失			FALSE
3 3)		情報提供の際、直感的な表現でなく客観的な数字等を用いている。			FALSE
3 3)		受持グループと執刀医・検査医グループが異なる場合、情報提供の場に同席するルールがある。			FALSE
3 3)		複数の診療科で医療を行う場合、同様の工夫を行っている。			FALSE
3 3)		高度医療や新たな医療行為を行う場合、倫理委員会の承認や患者へのインフォームド・コンセントを十分に行っている。			FALSE
3 3)		インフォームド・コンセントを行っている医療行為は？			
3 3)	-a	a 手術			FALSE
3 3)	-b	b 検査			FALSE
3 3)	-c	c 輸血			FALSE
3 3)	-d	d 処置			FALSE
3 3)	-e	e その他			FALSE
4		4 診療記録の記載方法及び管理体制の抜本的改善について			FALSE
4 1)		1) 診療記録の記載等			
4 1)		診療記録には、診療に係わる記録が遅滞無くかつ正確に記載されている。			FALSE
4 1)		インフォームドコンセントの記載が詳しく書かれている。			FALSE
4 1)		開示に耐える診療記録であるか？			
4 1)	-a	a 医療従事者だけの伝言ノートになっていない。			FALSE
4 1)	-b	b 感情的コメントは書かれていない。			FALSE
4 1)	-c	c 読める字で書いてある。			FALSE
4 1)	-d	d 日本語で書かれている。			FALSE
4 1)	-e	e 略語が使われていない。			FALSE
4 1)	-f	f 誤字、脱字はない。			FALSE
4 1)	-g	g 改竄とみなされる塗りつぶしや修正液は使用していない。			FALSE
4 1)	-h	h 鉛筆で記載されているものはない。			FALSE
4 2)		2) 診療記録の形態			
4 2)		診療記録は1患者1診療録になっている。			FALSE
4 2)		診療記録は中央管理されている。			FALSE
4 2)		記載方法としてPOMRが取り入れられている。			FALSE
4 2)		経過記録はSOAPで記載されている。			FALSE
4 2)		医療従事者全員による同時記載がなされている。			FALSE
4 2)		診療記録には以下の情報が含まれているか？			
4 2)	-a	a 患者を同定できる。			FALSE
4 2)	-b	b 診断の根拠となる情報が含まれている。			FALSE

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

いない (ア)	いる (イ)	その他 (ウ)
いない (ア)	いる (イ)	その他 (ウ)
ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)

いない (ア)	いる (イ)	その他 (ウ)
ない (ア)	ある (イ)	その他 (ウ)
いない (ア)	いる (イ)	その他 (ウ)
ない (ア)	ある (イ)	その他 (ウ)

できる (ア)	できない (イ)	その他 (ウ)
------------	-------------	------------

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長校 使用欄
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
4 2)	-c	c 治療が正当なものであることが証明できる。			FALSE
4 2)	-d	d 臨床経過や結果がわかる。			FALSE
4 2)	-e	e その記載内容をもとにして治療の継続を可能にしている。			FALSE
4 2)		診療記録には手術記録等の必要な書類が全てファイルされている。			FALSE
4 2)		診療録と看護記録は一体化されている。			FALSE
4 2)		医師の記載量は必要充分である。			FALSE
4 2)		診療記録はA4版を使用している。			FALSE
4 2)		診療記録は全科統一(共通)の用紙が決められている。			FALSE
4 2)		退院時要約の記載が義務づけられている。			FALSE
4 2)		退院時要約の様式が決められている。			FALSE
4 2)		退院時要約の記載に期限が定められている。			FALSE
4 2)		退院時要約の記載内容の質は保たれている。			FALSE
4 2)		退院時要約から入院中のデータが把握できる。			FALSE
4 2)		退院時要約のデータベース化が行われている。			FALSE
4 2)		電子カルテの導入が検討されている。			FALSE
4 3)		3)診療記録管理委員会			
4 3)		診療記録管理委員会が設置されている。			FALSE
4 3)		診療記録管理委員会は適正な活動を行っている。			FALSE
4 3)		診療記録管理委員会の委員長は医療情報の責任者となっている。			FALSE
4 3)		診療記録管理規程がある。			FALSE
4 3)		診療記録管理規定は医療従事者全員が周知している。			FALSE
4 4)		4)診療録の管理			
4 4)		保存年限は何らかの方法により永久保存となっている。			FALSE
4 4)		借用、閲覧のサービスと現物の整合性が取れている。			FALSE
4 4)		診療記録の紛失がない。			FALSE
4 4)		診療記録の記載に関して 医局長、チーフレジデントレベルでの一次監査が行われている。(「いる」のみ次項へ)			FALSE
4 4)	-a	a 診療情報管理士や診療記録委員により退院診療記録に対して二次監査が行われている。			FALSE
4 4)		診療記録の不備に対して医療従事者は速やかに対処している。			FALSE
4 4)		施行された検査結果は整理されている。			FALSE
4 4)		施行された検査結果の漏れはない。			FALSE
4 5)		5)診療記録の運用			
4 5)		患者基本情報(氏名、年齢、性別、住所、職業、保険、診療科、初診年月日、最終受診歴、入退院年月日、主治医名、在院日数など)がデータベース化されている。			FALSE
4 5)		疾病名はICD10などで管理されている。			FALSE
4 5)		医療行為(手術、化学療法、放射線療法、検査処置など)はICD9CMなどで管理されている。			FALSE
4 5)		病理はSNOMESDなどによる分類が行われている。			FALSE

できる (ア)	できない (イ)	その他 (ウ)
わかる (ア)	わからない (イ)	その他 (ウ)

できる (ア)	できない (イ)	その他 (ウ)
------------	-------------	------------

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

ない (ア)	ある (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

ない (ア)	ある (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長校 使用欄
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
4 5)	上記データの索引、検索、月・年度別、地域別、年齢別、性別などの検索、統計ができる。				FALSE
4 5)	疾病に関する検索が可能である。				FALSE
4 5)	医療行為に関する検索が可能である。				FALSE
4 5)	病理に関する検索が可能である。				FALSE
4 5)	医療従事者への研究、教育、診療のための情報提供を速やかに行うことができる。				FALSE
4 5)	病院の管理運営に役立つ情報提供が可能である。				FALSE
4 6)	6)記録に関する教育				
4 6)	診療記録に関する卒前教育が行われている。				FALSE
4 6)	診療記録に関する卒後教育が行われている。				FALSE
4 6)	新規採用者へのオリエンテーションが実施されている。				FALSE
5	5 医薬品・医療材料・医療機器の管理・取扱い				
5 1)	1)輸液について				
5 1)	薬品の管理				
5 1) -a	a 薬剤は用途別に保管されている。(消毒剤と注射薬剤等)				FALSE
5 1) -b	b 輸液とともに用いる薬剤に関し、同一薬品における静脈注射用(筋肉注射禁忌)、筋肉注射用(静脈注射禁忌)の区分について、保管場所を変えるなどの方法が取られている。				FALSE
5 1)	指示を出す際				
5 1) -a	a 書面での指示を原則としている。				FALSE
5 1) -b	b 緊急止むを得ない場合の口頭指示に際してのマニュアルがある。				FALSE
5 1) -c	c 判別可能な文字である。(手書きの場合)				FALSE
5 1) -d	d 単位(ml, mg など)を省略していない。				FALSE
5 1) -e	e 使用量、使用時刻、投与速度の記載がある。				FALSE
5 1) -f	f 投与ルート、投与方法(輸液ポンプ? 自然滴下? など)の指示が記載されている。				FALSE
5 1) -g	g 配合禁忌、混注不可能なものに対するチェックがされている。				FALSE
5 1) -h	h すべての指示書に患者の姓名が記されている。				FALSE
5 1) -i	i すべての指示書に指示者のサインがある。				FALSE
5 1) -j	j 指示変更の際、より注意を促すための工夫(下線を引く、注意書きを添えるなど)がされている。				FALSE
5 1) -k	k 指示変更の際、指示書に記入して、口頭でも伝えている。				FALSE
5 1)	指示を受ける際				
5 1) -a	a 指示書記載事項を見ながら口頭で必ず復唱されている。				FALSE
5 1) -b	b 変更点について、指示者に再確認している。				FALSE
5 1) -c	c 指示書の転記はしていない。				FALSE
5 1) -d	d 疑問が生じた場合、指示者への再確認が行われている。				FALSE
5 1) -e	e 緊急止むを得ない場合の口頭指示に際してのマニュアルがある。				FALSE
5 1)	準備をする際				
5 1) -a	a 指示書と実物を見比べながら準備している。				FALSE

できる (ア)	できない (イ)	その他 (ウ)
ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
できる (ア)	できない (イ)	その他 (ウ)
ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
いない (ア)	いる (イ)	その他 (ウ)
ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

いない (ア)	いる (イ)	その他 (ウ)
------------	-----------	------------

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長校 使用欄
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
5 1) -b	b 名前や外観の似た薬剤の保管場所に注意を払っている。				FALSE
5 1) -c	c 内容、投与される患者名がボトル、注射筒などに直接書かれている。若しくは出力ラベルが貼付されている。				FALSE
5 1) -d	d カラーシリンジ、カラー点滴セットなどの着色医療材料が導入されている。				FALSE
5 1) -e	e 色による与薬経路は、できるだけ単純化されている。				FALSE
5 1) -f	f 接続部の異なった三方活栓等を採用し、与薬経路の取り違えを防いでいる。				FALSE
5 1) -g	g 輸液セットは、一体型になっている。				FALSE
5 1) -h	h 経口薬の薬杯は、色、形状を専用のものでしている。				FALSE
5 1) -i	i 輸液製剤を準備した者の名前を指示書などに記録している。				FALSE
5 1) -j	j 準備された後の薬剤は、患者ごと、投与方法ごとに区別して保管されている。				FALSE
5 1) -k	k 遮光が必要なものは、遮光してある。				FALSE
5 1) -l	l 作成は、十分なスペースと清潔区域で準備されている。				FALSE
5 1) -m	m 準備する者は、薬剤について十分な知識を持って作成している。				FALSE
5 1) -n	n 実施されるまで、空アンプルを保存している。				FALSE
5 1) -o	o 準備したものについて、ダブルチェックするシステムがある。				FALSE
5 1) -p	p 輸液マニュアルは作成されている。				FALSE
5 1)	輸液を開始する際				
5 1) -a	a 薬剤名、患者名、投与方法、投与ルートの確認はベッドサイドで指示書と照合して行っている。				FALSE
5 1) -b	b ベッドサイドでの患者確認の工夫がされている。				FALSE
5 1) -c	c 経腸栄養、経鼻胃管などと経静脈ラインの接続部の区別が明確である。				FALSE
5 1) -d	d ラインの接続が確実かどうか確認している。				FALSE
5 1) -e	e 施行者名、施行した時刻を指示書などに記録している。				FALSE
5 1) -f	f 輸液ポンプを使用する場合の流量設定は、指示書と照合して行っている。				FALSE
5 1)	輸液施行中				
5 1) -a	a 輸液施行中に、少なくとも一回は投与方法、速度の再確認が行われている。				FALSE
5 1) -b	b ラインの整理がされている。				FALSE
5 1) -c	c 一本のルートに複数の薬剤が三方活栓などを通して注入されている場合、それぞれのルートに薬剤名を明記している。				FALSE
5 1) -d	d 指示通りに指示量が輸液されていることについての確認は指示書と照合して行っている。				FALSE
5 1) -e	e 患者が安心して輸液を受けられるよう環境を整えている。				FALSE
5 1) -f	f 開始後、副作用の早期発見のための観察を十分行っている。				FALSE
5 2)	2) 輸血について				
5 2)	輸血実施マニュアルがある。				FALSE
5 2)	輸血実施マニュアルに沿って実施している。				FALSE
5 2) -a	a 輸血用血液の外観検査を実施している。				FALSE
5 2) -b	b 一回一患者の準備や施行をしている。				FALSE
5 2) -c	c 輸血前の確認事項(患者名、患者ID番号、患者血液型、製剤血液型、製剤番号など)を輸血実施医と医師又は看護師の複数の人間で確認している。				FALSE

ある (ア)    ない (イ)    その他 (ウ)

ある (ア)    ない (イ)    その他 (ウ)

ある (ア)    ない (イ)    その他 (ウ)

ある (ア)    ない (イ)    その他 (ウ)

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名		集計欄			委員長校 使用欄
			いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
5 2)	-d	d ベッドサイドで患者名と血液型の確認をする方策がとられている。				FALSE
5 2)	-e	e 輸血実施と即時型副作用の観察が適切に行われている。				FALSE
5 2)	-f	f 追加輸血時もマニュアルに沿って実施している。				FALSE
5 2)	-g	g 輸血終了時の観察が適切に行われている。				FALSE
5 2)	-h	h 診療録への記載が適切に行われている。				FALSE
5 2)	-i	i 輸血実施記録が適切に行われている。				FALSE
5 2)		輸血に関する事故に対してのマニュアルが整備されている。				FALSE
5 2)		輸血に関する検査と血液製剤の供給業務が時間外においても適正に行われている。				FALSE
5 2)	-a	a 検査技師による24時間体制が整備されている。(「いる」は次項へ)				FALSE
5 2)	-a-1	a-1 技師による24時間体制では連続32時間勤務の長時間勤務の問題はない。				FALSE
5 2)	-b	b 検査技師による24時間体制が取れていない施設では、時間外に検査を実施する医師に対する輸血検査(ABO、Rho(D)血液型、交差適合試験)の研修を行っている。				FALSE
5 2)		各診療科への輸血用血液の払い出しは、当日使用分のみで、予備的な払い出しは行っていない。				FALSE
5 2)	-a	a 輸血部以外で輸血用血液を保管する場合は、自動温度記録計と警報機が装備された保冷庫が使用され、正しい条件下で管理されている。				FALSE
5 2)		検査過誤を防止するための工夫または自動検査機器が導入されているか？				
5 2)	-a	a 検査過誤を防止するために、検査のダブルチェックを行っている。				FALSE
5 2)	-b	b 自動機器を導入して検査の人的過誤防止の工夫がされている。				FALSE
5 2)		輸血検査および輸血用血液の払い出しにコンピュータシステムが活用されている。(「いる」のみ次項へ)				FALSE
5 2)	-a	a 輸血用血液のオーダリングシステムが導入され、依頼に必要な情報がチェックされている。				FALSE
5 2)	-b	b 輸血用血液には、製剤ごとにコンピュータシステムで印字された適合票が添付されている。				FALSE
5 2)	-c	c 輸血検査結果の誤入力を防止するための工夫がされている。(例えば結果入力ダブルチェックや結果のオンライン入力)				FALSE
5 2)	-d	d 患者を確認できるよう患者リストバンド(コンピュータシステムで印字が望ましい)が装着されている。				FALSE
5 2)	-e	e 輸血時の最終確認として携帯端末システムが利用されている。				FALSE
5 2)		輸血部又は輸血療法委員会が設置され、適正な輸血や検査(タイプアンドスクリーン)が行われているかのチェックがされている。				FALSE
5 2)		輸血検査の手順書が整備されている。				FALSE
5 3)		3) 薬品について				
5 3)		採用医薬品目数について				
5 3)	-a	a 安全管理のため採用品目数の見直しを検討した。(「した」の場合、次項へ)				FALSE
5 3)	-a-1	a-1 見直しの結果、採用品目数の削減をした。(「した」の場合、次項へ)				FALSE
5 3)	-a-1-*1	*1 複数規格(含量)のある医薬品を削減した。				FALSE
5 3)	-a-1-*2	*2 複数剤形のある医薬品を削減した。				FALSE
5 3)	-a-1-*3	*3 同種同効薬を見直し、削減した。				FALSE
5 3)	-a-1-*4	*4 外観類似医薬品を見直し、削減した。				FALSE
5 3)	-a-1-*5	*5 名称類似医薬品を見直し、削減した。				FALSE
5 3)	-a-1-*6	*6 使用頻度の少ない医薬品を削減した。				FALSE

ない (ア)	ある (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

いない (ア)	いる (イ)	その他 (ウ)
------------	-----------	------------

した (ア)	していない (イ)	その他 (ウ)
した (ア)	していない (イ)	その他 (ウ)
した (ア)	していない (イ)	その他 (ウ)
した (ア)	していない (イ)	その他 (ウ)
した (ア)	していない (イ)	その他 (ウ)
した (ア)	していない (イ)	その他 (ウ)
した (ア)	していない (イ)	その他 (ウ)
した (ア)	していない (イ)	その他 (ウ)
した (ア)	していない (イ)	その他 (ウ)
した (ア)	していない (イ)	その他 (ウ)

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名		集計欄			委員長校 使用欄
			いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
5 3)	-b	b 安全管理のため新規採用基準の見直しを検討した。 (「した」の場合、次項へ)				FALSE
5 3)	-b-1	b-1 既採用薬との外観の類似性を採用検討項目に加えている。				FALSE
5 3)	-b-2	b-2 既採用薬との名称の類似性を採用検討項目に加えている。				FALSE
5 3)		処方オーダーリングシステムの整備について				
5 3)	-a	a システムで自動チェックできる項目は？				
5 3)	-a-*1	*1 禁忌				FALSE
5 3)	-a-*2	*2 投与量				FALSE
5 3)	-a-*3	*3 投与日数				FALSE
5 3)	-a-*4	*4 投与期間				FALSE
5 3)	-a-*5	*5 重複薬(成分)				FALSE
5 3)	-a-*6	*6 相互作用				FALSE
5 3)	-a-*7	*7 配合変化				FALSE
5 3)	-b	b 入力ミス防止のためのシステム上の工夫について				
5 3)	-b-*1	*1 薬名は3文字以上の入力を義務化している。				FALSE
5 3)	-b-*2	*2 「本剤は抗がん剤です」などの警告画面を設定している。				FALSE
5 3)	-b-*3	*3 医薬品名の表示方法を改善している。				FALSE
5 3)	-c	c 夜間・休日も含め、全て処方オーダーリングシステム(内用・外用薬など)を利用している。(「いない」の場合、次項へ)				FALSE
5 3)	-c-*1	*1 判別可能な文字である。				FALSE
5 3)	-c-*2	*2 薬名は商標+剤形+規格含量の三要素が記載されている。				FALSE
5 3)	-c-*3	*3 単位(mg,miなど)は省略されていない。				FALSE
5 3)	-c-*4	*4 調剤薬の特定など内規による調剤がある。				FALSE
5 3)	-d	d 注射薬オーダーリングシステムが導入されている。(「いる」の場合d-1へ、「いない」の場合d-2へ)				FALSE
5 3)	-d-1	d-1 システムで自動チェックできる項目は？				
5 3)	-d-1-*1	*1 禁忌				FALSE
5 3)	-d-1-*2	*2 投与量				FALSE
5 3)	-d-1-*3	*3 投与方法				FALSE
5 3)	-d-1-*4	*4 投与速度				FALSE
5 3)	-d-1-*5	*5 投与期間				FALSE
5 3)	-d-1-*6	*6 投与間隔				FALSE
5 3)	-d-1-*7	*7 相互作用				FALSE
5 3)	-d-1-*8	*8 配合変化				FALSE
5 3)	-d-1-*9	*9 抗がん剤のプロトコール				FALSE
5 3)	-d-2	d-2 システムが導入されていない場合				
5 3)	-d-2-*1	*1 判別可能な文字である。				FALSE
5 3)	-d-2-*2	*2 薬名に略号が使用されていない。				FALSE

した (ア)	していない (イ)	その他 (ウ)
-----------	--------------	------------

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

いない (ア)	いる (イ)	その他 (ウ)
ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
いない (ア)	いる (イ)	その他 (ウ)

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長校 使用欄
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
5 3)	-d-2-*3	* 3 投与方法の記載がある。			FALSE
5 3)	-d-2-*4	* 4 施用時間あるいは投与速度の記載がある。			FALSE
5 3)		処方鑑査の徹底について			
5 3)	-a	a 処方オーダーリングシステムによる自動チェック以外に薬剤師が処方鑑査している項目がある。(「ある」の場合、次項へ)			FALSE
5 3)	-a-1	a-1 チェックしている項目は？			
5 3)	-a-1-*1	* 1 禁忌			FALSE
5 3)	-a-1-*2	* 2 投与量			FALSE
5 3)	-a-1-*3	* 3 投与日数			FALSE
5 3)	-a-1-*4	* 4 投与期間			FALSE
5 3)	-a-1-*5	* 5 重複薬(成分)			FALSE
5 3)	-a-1-*6	* 6 相互作用			FALSE
5 3)	-a-1-*7	* 7 配合変化			FALSE
5 3)	-a-1-*8	* 8 前回処方歴			FALSE
5 3)	-a-1-*9	* 9 病名			FALSE
5 3)	-a-1-*10	* 10 臨床検査値			FALSE
5 3)	-a-1-*11	* 11 TDM値			FALSE
5 3)	-b	b 注射薬オーダーリングシステムによる自動チェック以外に薬剤師が処方鑑査している項目がある。(「ある」の場合、次項へ)			FALSE
5 3)	-b-1	b-1 チェックしている項目は？			
5 3)	-b-1-*1	* 1 禁忌			FALSE
5 3)	-b-1-*2	* 2 投与量			FALSE
5 3)	-b-1-*3	* 3 投与方法			FALSE
5 3)	-b-1-*4	* 4 投与速度			FALSE
5 3)	-b-1-*5	* 5 投与期間			FALSE
5 3)	-b-1-*6	* 6 投与間隔			FALSE
5 3)	-b-1-*7	* 7 相互作用			FALSE
5 3)	-b-1-*8	* 8 配合変化			FALSE
5 3)	-b-1-*9	* 9 抗がん剤のプロトコール			FALSE
5 3)		院外処方せんについて			
5 3)	-a	a 病院側の薬剤師の処方鑑査が実施されている。			FALSE
5 3)	-b	b 院外処方せんを発行された患者へ医薬品情報を提供している。			FALSE
5 3)	-c	c 応需薬局との定期的な情報交換会あるいは勉強会などの開催の働きかけを行っている。			FALSE
5 3)		入院注射薬の調剤について			
5 3)	-a	a 全ての患者(診療科)を対象に注射薬の調剤を実施している。(「いる」は次項へ)			FALSE
5 3)	-a-*1	* 1 大容量の輸液を含めて患者毎に実施している。			FALSE
5 3)	-b	b 薬剤師が注射薬の混合調製を実施している。(「いる」は次項へ)			FALSE

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------



## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長校 使用欄
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
5 3)	-b-*1	*1 全て患者を対象にしている。			FALSE
5 3)	-c	c 薬剤師が抗がん剤注射薬の混合調製を実施している。(「いる」は次項へ)			FALSE
5 3)	-c-*1	*1 全て患者を対象にしている。			FALSE
5 3)	-d	d 薬剤師がIVHの調製を実施している。(「いる」は次項へ)			FALSE
5 3)	-d-*1	*1 全て患者を対象にしている。			FALSE
5 3)		病棟在庫医薬品の管理体制について			
5 3)	-a	a 病棟の在庫医薬品目数・量の見直しを検討した。(「した」は次項へ)			FALSE
5 3)	-a-*1	*1 見直しの結果、病棟の在庫医薬品目数・量が減少した。			FALSE
5 3)	-b	b 抗がん剤は病棟在庫をしていない。			FALSE
5 3)	-c	c 定期的な在庫医薬品調査を実施している。			FALSE
5 3)	-d	d 手術部への医薬品の供給はカート交換方式で実施している。			FALSE
5 3)	-e	e 医薬品の保管は、取り違いなどの防止対策がとられている。			FALSE
5 3)		夜間・休日の処方せん発行について			
5 3)	-a	a 安全管理のため、夜間・休日の処方せん枚数の減少対策を講じている。			FALSE
5 3)	-b	b 夜間・休日に提出された処方内容は、病態の急変などによるものである。			FALSE
5 3)		医療事故防止の観点から、処方せんの書き方について医師、医学生に教育・指導が行われている。			FALSE
5 3)		薬剤部内の医療事故防止について			
5 3)	-a	a 調剤室内は常に整理整頓されている。			FALSE
5 3)	-b	b 調剤ミスの記録をとっている。			FALSE
5 3)	-c	c 調剤ミス防止対策をとっている。			FALSE
5 3)	-d	d 調剤ミス防止のための勉強会などを部内で行っている。			FALSE
5 3)	-e	e 調剤ミス防止マニュアルがある。			FALSE
5 3)	-f	f 調剤ミス防止マニュアルは周知されている。			FALSE
5 3)	-g	g 緊急時の連絡体制が整備されている。			FALSE
5 3)		毒・劇薬、向精神薬は適正に管理されている。			FALSE
5 3)		与薬の際			
5 3)	-a	a 薬剤名、患者名、投与方法の再確認をしている。			FALSE
5 3)	-b	b 注射剤と似た外観を持っている経口剤、外用剤について、誤投与を避けるための配慮がされている。			FALSE
5 3)	-c	c ベッドサイドで患者確認の工夫がなされている。			FALSE
5 3)	-d	d 投与薬剤の効果、副作用についての知識がある。			FALSE
5 3)	-e	e その薬剤がその患者に投与される理由を把握している。			FALSE
5 3)	-f	f 個々の薬剤の取り扱い上の注意、保存方法についての情報を得ている。			FALSE
5 3)	-g	g 患者に使用する薬剤の作用、副作用について説明がされている。			FALSE
5 4)		4) 医療機器の管理・運用			
5 4)		MEセンターが設置されている。			FALSE
5 4)		安全性を優先した機器の更新・修理が行われている。			FALSE

した (ア)	していない (イ)	その他 (ウ)
した (ア)	していない (イ)	その他 (ウ)
いない (ア)	いる (イ)	その他 (ウ)

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長校 使用欄
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
5 4)	同一目的で使用される機器は、機種種の統一化がされている。				FALSE
5 4)	医療機器の使用前後に最低限の点検をチェックリストで行っている。				FALSE
5 4)	作業手順の確認のためのチェックリストの使用や経験者のダブルチェックを行っている。				FALSE
5 4)	故障の場合、事後の原因究明や同型機の点検を行っている。				FALSE
5 4)	医療用ガス(電源)等の定期点検を行っている。				FALSE
5 4)	ボンベでガス供給を行う場合、接続部の形状を変えて誤接続を防いでいる。				FALSE
5 4)	異種のボンベを同一場所に置いていない。				FALSE
6	6 手術・手術室における基本的安全管理体制				
6 1)	1)患者移送に伴う事故防止				
6 1)	前投薬投与に伴う患者の精神・身体的機能低下を考慮した移送介助、搬送が行われている。				FALSE
6 1)	点滴ルート、カテーテル、ドレーンジルートの誤脱や接続はずれがない。				FALSE
6 1)	覚醒不十分な患者搬出の安全確保が十分にとられている。				FALSE
6 1) A	[A看護師]				
6 1) A-	搬入は一人ずつ行っている。				FALSE
6 1) A-	1患者1カルテ、患者とカルテを分離していない。				FALSE
6 1) A-	患者さんに、「お名前を教えてください」、或いはフルネームで呼びかけている。				FALSE
6 1) A-	認識票(リストバンド)の患者氏名を確認している。				FALSE
6 1) A-	患者確認のサインをしている。				FALSE
6 1) A-	手術室への移送は麻酔医が主治医と共に行っている。				FALSE
6 1) A-	診療科、患者名、術式をドアネーム、予定表と照合、確認して患者を手術室へ搬入している。				FALSE
6 1) A-	手術室変更の有無と変更時の確認作業を行っている。				FALSE
6 1) B	[B麻酔医]				
6 1) B-	手術前に患者を訪問している。				FALSE
6 1) B-	認識票(リストバンド)の患者氏名を確認している。				FALSE
6 1) B-	申し送り立会い、患者の氏名、特徴を確認、看護師と共に患者を手術室へ移送している。				FALSE
6 1) B-	診療科、患者名、術式をドアネーム、予定表と照合、確認している。				FALSE
6 1) B-	麻酔導入の前に術者・受持医が同席していることを確認している。				FALSE
6 1) B-	フルネームでの患者確認、呼び掛けを行ってから麻酔導入している。				FALSE
6 1) C	[C術者・受持医]				
6 1) C-	麻酔導入前に手術室へ入室し、患者の確認を行っている。				FALSE
6 1) C-	認識票(リストバンド)の患者氏名を確認している。				FALSE
6 1) C-	患者さんへの呼び掛けを行っている。				FALSE
6 1) C-	カルテやX線写真の氏名と患者氏名の、照合、確認を行っている。				FALSE
6 1) C-	体位を取る前に術式と手術部位を確認している。				FALSE
6 1) C-	名前の確認はフルネームで行っている。				FALSE
6 1) C-	責任者としての最終確認を行っている。				FALSE

いない (ア)	いる (イ)	その他 (ウ)
------------	-----------	------------

ない (ア)	ある (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

いない (ア)	いる (イ)	その他 (ウ)
------------	-----------	------------

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長校 使用欄
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
6 2)	2) 体位、圧迫による神経・皮膚障害防止				
6 2)	圧迫部位削減を工夫した体位を考慮している。				FALSE
6 2)	除圧マットやスポンジなどの利用している。				FALSE
6 2)	術中、術後の観察は十分である。				FALSE
6 2)	病棟看護師へ障害状況と対応の申送りを適切に行っている。				FALSE
6 3)	3) 異物(ガーゼ・器具) 遺残防止				
6 3)	ガーゼ				
6 3) -a	a ガーゼやスポンジ類は、10枚1組あるいは10本1組セットにして、数が確認できるようになっている。				FALSE
6 3) -b	b 看護師が交代する場合、術野で使用中的のガーゼ数と器械台上のガーゼ数を確実に申送っている。				FALSE
6 3) -c	c 術野にはX線ガーゼを使用し、手術終了時にはマニュアルを遵守したカウントを行っている。				FALSE
6 3) -d	d カウントが一致しない場合に直ちに行方を追及し、最終的にX線撮影を行っている。				FALSE
6 3) -e	e カウントが一致し患者が搬出されるまで、ガーゼ類を室外に持たさないようにしている。				FALSE
6 3)	器具				
6 3) -a	a 器械セット内にセット内容表を入れ、それに沿って器械を準備している。				FALSE
6 3) -b	b セットアップ時に数があるかを確認している。				FALSE
6 3) -c	c 手術終了時に器械の数をカウントし、一致しない場合には行方を確認し、最終的にはX線撮影を行っている。				FALSE
6 3) -d	d 落下した器械はカウント終了まで室外に持たさないようにしている。				FALSE
6 3) -e	e ツッパル、ディスク・ブルドッグ、綿球についてもカウントしている。				FALSE
6 3) -f	f 手術前に器械のネジが緩んでいないことを確認している。				FALSE
6 3)	針				
6 3) -a	a 持針器が戻る度に使用した針が術野から戻ったことを確認している。				FALSE
6 3) -b	b 器械台に出た針の数をカウントしている。				FALSE
6 3) -c	c 使用済み縫合針は針カウンターや専用容器で保管している。				FALSE
6 3) -d	d 手術終了前に器械台に出した針が全て回収されているか確認している。				FALSE
6 3) -e	e 不潔野に落ちた針は捨てないで最終カウントまで保管している。				FALSE
6 3) -f	f 針を返却する時は必ず直接看護師に声をかけている。				FALSE
6 3) -g	g 針は必ず持針器または鉗子につけて返却している。				FALSE
6 3) -h	h 看護師が交代する場合、術野で使用中的の針の種類と数を申送っている。				FALSE
6 4)	4) 薬品管理				
6 4)	保管・管理				
6 4) -a	a 麻薬・向精神薬の管理は「麻薬及び向精神薬取締り法」を遵守している。				FALSE
6 4) -b	b 毒薬・劇薬の表示、薬品庫の施錠がされている。				FALSE
6 4) -c	c 使用量と在庫量の定期的点検、記録がされている。				FALSE
6 4) -d	d 血漿分画製剤使用時に「血液製剤管理簿」へ記録している。				FALSE
6 4)	誤注射防止対策				
6 4) -a	a 薬品の確認を行っている。				FALSE

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長校 使用欄	
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)		
6 4)	-b	b シリンジへの表示と確認がなされている。				FALSE
6 4)	-c	c ルートの確認を行っている。				FALSE
6 4)	-d	d 注射、点滴速度の確認を行っている。				FALSE
6 5)		5) 医用ガス・電気・空調の管理				
6 5)		医用ガス				
6 5)	-a	a 改修工事や配管工事後の医用ガス分析、点検が行われている。				FALSE
6 5)	-b	b 供給圧モニターの確認、点検が行われている。				FALSE
6 5)	-c	c インレット、アウトレットの緩み、接続状況の確認が行われている。				FALSE
6 5)	-d	d バックアップ体制の構築がされている。				FALSE
6 5)		電気				
6 5)	-a	a 配電盤、単独コンセントと共有コンセント、ブレーカー等の管理ができています。				FALSE
6 5)	-b	b 漏れ電流警報装置、接地型電源と非接地型電源の区別、コンセントの色分けが行われている。				FALSE
6 5)	-c	c 医用電気安全通則の遵守と表示、(BFマーク、CFマーク)がなされている。				FALSE
6 5)	-d	d テーブルタップ、たこ足配線を行っていない。				FALSE
6 5)	-e	e 3Pコンセントと2Pコンセントは適性に使用されている。				FALSE
6 5)	-f	f マクロショックとマイクロショックの防止対策を行っている。				FALSE
6 5)	-g	g 電磁波障害によって、輸液ポンプや輸血ポンプの誤作動がおこらないよう整備されている。				FALSE
6 5)	-h	h バックアップ体制、充電器やバッテリーの点検は適切である。				FALSE
6 5)		空調				
6 5)	-a	a 清浄度(クラス100、クラス10000)の確認、定期点検が行われている。				FALSE
6 5)	-b	b 噴出し圧モニター作動状況の点検、確認が行われている。				FALSE
6 5)	-c	c 排気口、フィルターの点検が行われている。				FALSE
6 6)		6) 洗浄、滅菌				
6 6)		洗浄・滅菌器				
6 6)	-a	a 作業場の安全確保がなされている。				FALSE
6 6)	-b	b 定期点検は行われている。				FALSE
6 6)		滅菌の確認				
6 6)	-a	a 滅菌器について、工程ごとの物理的インジケータ確認を行っている。				FALSE
6 6)	-b	b 滅菌終了、保管、手術野展開時の複数回での化学的インジケータ確認を行っている。				FALSE
6 6)	-c	c 少なくとも週1回の定期的な生物学的インジケータによる確認を行っている。				FALSE
6 6)		既滅菌器材の管理				
6 6)	-a	a 保管庫、保管棚は適性に配置されている。				FALSE
6 6)	-b	b 包装材料は適正である。				FALSE
6 6)	-c	c 安全保存期間(滅菌有効期限)の点検を行っている。				FALSE
6 7)		7) ME機器の取扱い				
6 7)		業者による機器ごとの取扱い説明、マニュアル書の添付等が整備されている。				FALSE

いない (ア)	いる (イ)	その他 (ウ)
------------	-----------	------------

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長 校 使用 欄
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
6 7)	熱傷防止のための安全な対極板装着、患者の体が手術台の金属に直接触れない体位がとられている。				FALSE
6 7)	周囲をテープで目張りして、対極板と皮膚の間に血液や消毒液、洗浄液が入らないようにしている。				FALSE
6 7)	体温維持装置による熱傷や凍傷の防止対策、安全な温度設定、安全装置の点検を行っている。				FALSE
6 8)	8) 学生、研修医の教育、実習				
6 8)	手術部の講義、実習時間割りは適切である。				FALSE
6 8)	担当教官が適正に割り付けてある。				FALSE
6 8)	手術部の教育ガイダンス用ビデオ作成等を行っている。				FALSE
6 9)	9) 納入業者、外注業者への対応、指導体制				
6 9)	担当者、時間の設定が定められている。				FALSE
6 9)	入室の指導、対応は適切に行われている。				FALSE
6 10)	10) 事故防止管理体制				
6 10	管理体制				
6 10 -a	a リスクマネージャー選定がされている。				FALSE
6 10	報告システム				
6 10 -a	a インシデントレポート、アクシデントレポートが必ず提出されている。				FALSE
6 10 -b	b 報告経路は明確にされている。				FALSE
6 10 -c	c フィードバックは十分になされている。				FALSE
6 10	分析、対策				
6 10 -a	a 組織、委員会が適正に機能している。				FALSE
6 10 -b	b 教育、マニュアル作成は十分である。				FALSE
7	7 検査について				
7 1)	1) 検査オーダーの際				
7 1)	患者にその検査の必要性を説明し、同意を得ている。				FALSE
7 1)	当該患者であることを、フルネーム、ID number、生年月日などで確認している。				FALSE
7 2)	2) 検査実施の際				
7 2)	検査実施前に、患者本人にフルネームを名乗ってもらっている。				FALSE
7 2)	当該患者であることを、フルネーム、ID number、生年月日、科名で確認している。				FALSE
7 2)	検査の内容を再度簡単に説明している。				FALSE
7 2)	採血時や生理検査中の患者の状態変化に対応する手順が確立されている。				FALSE
7 2)	検体採取時				
7 2) -a	a コンピュータオーダーの場合:正しい容器に当該患者のラベルが正しい位置に添付されていることを確認している。				FALSE
7 2) -b	b また、オーダ画面と採血(採取)管の種類・数が一致しているか確認している。				FALSE
7 2) -c	c 伝票の場合:伝票内容の入力が正しいかを確認している。また、前記bの確認をしている。				FALSE
7 2)	採取した検体容器に検体が過不足なく入っているかを確認している。				FALSE
7 2)	採取した検体の取扱いは適切であるか?				

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長校 使用欄	
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)		
7 2)	-a	a 抗凝固剤、解糖阻止剤、凝固促進剤などが添加されている採血管に採血した場合は、よく攪拌している。				FALSE
7 2)	-b	b 放置してはいけない検体(血液ガスやアンモニア測定など)の場合ただちに届けられている。				FALSE
7 2)	-c	c 比較的安定な生化学や血算などの検体は、30分以内に届けられている。				FALSE
7 3)		3) 検査室において				
7 3)		伝票で患者検体が届けられた場合、当該患者の検体であることを、フルネーム、ID number、生年月日などで確認している。				FALSE
7 3)		伝票の内容と検体の種類・数が一致しているかを確認している。				FALSE
7 3)		病理検査では、検体受付(オーダ側と病理部)、切り出し時のプロトコールと検体確認、病理検査報告書のダブルチェックがされている。				FALSE
7 4)		4) 検査結果の判読の際				
7 4)		当該患者の結果であることを、フルネーム、ID number、生年月日で確認している。				FALSE
7 4)		過去の結果と比較し、今回の結果の妥当性について検討している。				FALSE
7 4)		疑問が生じた場合、他の患者との取り違えの可能性について検討している。				FALSE
7 4)		パニック値が出た時の手順が確立されている。				FALSE
7 5)		5) 全体の管理面				
7 5)		精度管理のマニュアルができています。				FALSE
7 5)		技師の感染予防対策ができています。				FALSE
7 5)		医療汚染物や危険物質(薬品やガスボンベなど)の取扱いが適正になされています。				FALSE
7 5)		メッセージャーには、検体の取扱いについて必要な知識がある。				FALSE
8		8 医療情報の積極的活用				
8 1)		1) 事故防止のための情報システムの基本的なあり方				
8 1)		情報システムの構築にあたっては、業務の効率化だけでなく情報が他部門でも参照できるような情報の共有化を目標としている。				FALSE
8 1)		警告等についても単に定型的なチェック用マスターとの照合だけでなく、患者の医学的状態と組み合わせた警告システムを指向している。				FALSE
8 1)		指示情報と実施前情報のチェック機能の構築を考えている。				FALSE
8 1)		実施情報の入力が行われている。				FALSE
8 1)		時間外でも患者IDの即時発行が可能である。				FALSE
8 1)		時間外でも患者基本情報の登録が可能である。				FALSE
8 1)		情報システムは24時間稼働している。				FALSE
8 1)		システムに登録できなかった情報は、本来入力すべき者が責任をもって入力するルールがある。				FALSE
8 1)		入院患者の識別として、情報を印字したリストバンドの着用を行っている。				FALSE
8 2)		2) 情報入力責任の明確化とシステム管理情報の重要性				
8 2)		入力責任者のIDやパスワードが、他の者に安易に使用されないシステムになっている。				FALSE
8 2)		IDやパスワードの違反使用に対する罰則規程がある。				FALSE
8 2)		情報管理システムと病院情報システムの情報連携が円滑に行われている。				FALSE
8 3)		3) 情報システムのコミュニケーション機能				
8 3)		1 オーダが関連する各業務や各部門へ速やかに伝播されるシステムの構築を理念としている。				FALSE

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

## 平成15年度自己チェックシート

地区名	大学病院名	集計欄			委員長校 使用欄
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
8 4)	4)バーコードシステム				
8 4)	バーコードシステムの導入の計画がある。				FALSE
8 5)	5)検査異常結果の見逃し防止				
8 5)	検査異常結果の報告方法は？				
8 5) -a	a ポケットベル				FALSE
8 5) -b	b 院内PHS				FALSE
8 5) -c	c 電子メール				FALSE
8 5) -d	d 院内端末表示				FALSE
8 5) -e	e 電話等				FALSE
8 6)	6)インシデントレポート				
8 6)	インシデントレポートを電子化している。				FALSE
8 7)	7)病院内における推進体制の構築				
8 7)	情報システム委員会と事故防止委員会の連携が図られている。				FALSE
8 7)	医療情報部は、情報システム委員会の検討に基づき、事故等のデータ収集やデータベース化を図り分析を行っている。				FALSE
8 7)	情報システムに関する事故防止マニュアルの整備や事故防止のための研修・教育を行っている。				FALSE
8 7)	入力データの実施確認等に伴い入力操作が増えることになるが、事故防止のためのプロセスとして職員が自覚している。				FALSE
8 7)	職員が情報システムに頼りきりになり、自らの注意が損なわれることがない。				FALSE
8 7)	情報システムの教育は、システムを正しく使うことによって安全性を向上させる意味で、極めて重要であることから、病院だけでなく各部門単位の教育も適切に行われている。				FALSE
9	9 相互チェック改善状況				
9 1)	1)平成13年度相互チェック改善状況				
9 1)	平成13年度の指導・指摘事項は、改善済である。				FALSE
9 1)	平成13年度の指導・指摘事項は、ほぼ改善済である。				FALSE
9 1)	平成13年度の指導・指摘事項は、改善中である。				FALSE
9 1)	平成13年度の指導・指摘事項は、改善準備中である。				FALSE
9 1)	平成13年度の指導・指摘事項は、改善されていない。				FALSE
9 2)	2)平成14年度相互チェック改善状況				
9 2)	平成14年度の指導・指摘事項は、改善済である。				FALSE
9 2)	平成14年度の指導・指摘事項は、ほぼ改善済である。				FALSE
9 2)	平成14年度の指導・指摘事項は、改善中である。				FALSE
9 2)	平成14年度の指導・指摘事項は、改善準備中である。				FALSE
9 2)	平成14年度の指導・指摘事項は、改善されていない。				FALSE

ある (ア)	ない (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------

ない (ア)	ある (イ)	その他 (ウ)
-----------	-----------	------------