第３表　調　査　表

（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　）

【安全管理対策】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （１／１５）

|  |  |
| --- | --- |
| ［Ａ　医療安全管理指針］ | 状　　　　　況 |
| １　医療に係る安全管理のための指針を策定しているか | (1) 指針（ 有 ・ 無 ）  ［無の場合 設置予定　　年　　月頃］  (2) 最新改訂（　　年　　月 ） |
| ２　当該指針に次の事項が盛り込まれているか  1 当該病院における安全管理に関する基本的な考え方  2 安全管理委員会その他の当該病院の組織に関する基本的事項  3 医療に係る安全管理のための従業者に対する研修に関する基本方針  4 当該病院における事故報告等の医療に係る安全管理の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針  5 医療事故発生時の対応に関する基本方針（医療安全管理委員会に報告すべき事例の範囲、報告手順を含む）  6 医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方  針（患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針を含む)  7 患者からの相談への対応に関する基本方針  8 その他医療安全のために必要な基本方針 | ・全て有  ・記載もれ事項（該当項目に○）  （ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ） |
| ［Ｂ　医療安全管理委員会］ | 状　　　　　況 |
| １　医療に係る安全管理委員会を設置しているか | （設置の有無）　有 ・ 無  ［無の場合 設置予定 　 年　　月頃］  委員会の名称： |
| ２　委員会は、各部門の安全管理のための責任者等で構成されているか | （構成員）  ・病院長 ・看護部長　・内科部長 ・薬剤部長  ・外科部長 ・事務部長 ・検査部長 ・感染症専門医  ・その他（ 　 ） |
| ３　当該委員会の管理及び運営に関する規程を定めているか | (1) 規程の有無（ 有 ・ 無 ）  (2) 決定事項の周知方法 |
| ４　委員会を月１回程度、定期的に開催しているか  また、重大な問題が発生した場合は適宜開催しているか。委員会の議事内容を記録しているか | （頻　度） 月 　 回（又は年　　 回）  昨年度開催回数　　　　　回 |
| ５　重大な問題その他医療安全管理員会において取扱扱うことが適当な問題が発生した場合に、速やかに原因究明のための調査及び分析をしているか |  |
| ６　５の分析の結果を活用した医療に係る安全確保を目的とした改善のための方策を企画立案及び実施し、従業者に周知するなど情報を共有しているか |  |
| ７　同様の事故等の発生状況の確認や、医療安全管理委員会の構成員が定期的に関係部署の巡回を行うなどをして調査を行い、必要に応じて医療安全の知見に基づいた見直しを行っているか |  |

（２／１５）

|  |  |
| --- | --- |
| ［Ｃ　医療安全管理体制］ | 状　　　　　況 |
| １　職員に対して病院全体に共通する安全管理に関する内  　　容の研修を年２回程度定期的に開催しているか | （全体研修）  ・開催回数 令和　　年度　　回  ・主な内容等  （部門・職種別研修）  ・※開催回数 令和　　年度（約）　回  ・※主な内容、対象職種等 |
| ２　医療に係る安全管理を行う者を配置しているか  特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研修病院に  あっては、医師、歯科医師、薬剤師又は看護師のうち  いずれかの資格を有している専任の者であるか（特定  機能病院は医療安全管理部門、医療安全管理委員会、  医薬品安全管理責任者及び医療機器安全管理責任者を  統括させているか）  ※臨床研修病院は兼任でも可 | （担当職員配置の有無）  ・有　→　専任職員職種：　・医師　　・歯科医師  ・看護師　・薬剤師  ・無 |
| ３　医療安全管理担当部門を設置しているか  （特定機能病院、臨床研究中核病院及び臨床研修病院  にあっては必置） | （医療安全管理部門の有無）  ・有　→　組織名称：  ・無 |
| ４　患者からの苦情、相談に応じられる体制を確保してい  るか（特定機能病院及び臨床研修病院は必置） | （患者相談窓口の有無）  　・有　→　組織名称：  　・無 |
| ［Ｄ　事故発生時の対応］ | 状　　　　　況 |
| １　事故防止マニュアル等の有無及び作成(予定)年月日 | (1) マニュアル等（ 有 ・ 無 ）  (2) 無の場合　作成予定　 　年　　　月頃  (3) 最新改訂（ 　 年　　月） |
| ２　院内で発生した事故について報告体制が定められ、  　　発生した事故の情報収集・分析することにより  医療安全の確保を目的とした改善が図られているか  ※報告書の様式があれば添付のこと | （体制の整備等） ※実施しているものに○  1 報告の様式が定められている  2 報告の手順が指針やマニュアルに明示されている  3 指針やマニュアルを各部署に配付している  4 情報を収集し、改善策を検討している  5 医療事故発生時の対応手順が明文化されている  6 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （※報告件数）  インシデント・アクシデント報告数  令和 　　年度 (約)　　　　件　(月平均　　　件) |
| ３　医療事故が発生した場合には、遅滞なく、遺族への  説明、原因を明らかにするための調査、医療事故調査・支援センターに報告する体制（結果を含む。）となっているか |  |
| ４　医療事故に係る再発防止策の周知及び遵守 | （院内で医療事故が発生した場合）  ※実施しているものに○  1 院内で医療事故が発生した場合、発生した全ての医療  　 事故について、速やかに発生の原因を分析し、再発防  　 止策を立案している  2 再発防止策が病院全体で共有されるよう従業員へ周知  　 している  3 再発防止策の実施状況を調査、評価し、必要に応じて  　 見直しを行っている |

※印については、参考に状況等を聴取するものであるため、その数値等については概数でもかまわない。

また、病院の実情等により件数等把握していない場合、記入は不要である。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（３／１５）

|  |  |
| --- | --- |
| ５　特定機能病院及び事故報告病院にあっては、必要報告事案が発生した場合、報告書を作成して登録分析機関に提出しているか | ・対応している  ・対応しきれていない  （状況等：　　　　　　　　　 　　　　　　　　　） |
| ６　特定機能病院及び事故報告病院にあっては、報告書の  記載事項に漏れがないか  1 事故事案が発生した日時、場所及び診療科名  2 性別、年齢、病名その他の事故等事案に係る患者に関  する情報  3 職種その他の事故等事案に係る医療関係者に関する情報  4 事故事案の内容に関する情報  5 その他事故等事案に関し、必要な情報 | ・全て有  ・記載もれ事項（該当項目に○）  （ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） |
| ［Ｅ　医薬品の安全管理体制］ | 状　　　　　況 |
| １　医薬品の安全使用のための責任者が配置されているか  ※病院管理者との兼務は不可  　　＜資格要件＞  　　医薬品に関する十分な知識を有する常勤職員であり、  医師、歯科医師、薬剤師、看護師、診療放射線技師、  臨床検査技師又は臨床工学技士のいずれかの資格を有していること | （医薬品安全管理責任者配置の有無）  ・有　→　氏名：  資格：    　・無 |
| ２　医薬品の情報、手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等について研修が実施されているか  ※医療安全に係る研修を併せて実施可  ※研修内容には以下の事項が含まれるよう配慮されたい  1 医薬品の有効性・安全性に関する情報、使用方法に関  　する事項  2 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書に関す  　る事項  3 医薬品による副作用等が発生した場合の対応（施設内  　での報告、行政機関へ報告等）に関する事項 | （頻　　度）　研修会開催　　年　　　回  （研修内容） |
| ３　医薬品の安全使用のための業務に関する手順書を作成  し、手順書に基づき業務が実施されているか | (1) 手順書の有無（ 有 ・ 無 ）  (2) 手順書の各部署への配置（ 有 ・ 無 ） |
| ４　医薬品の安全使用のための業務に関する手順書に次の  　　事項が盛り込まれているか  1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項  2 医薬品の管理に関する事項  ※管理場所、法令等による管理方法等  3 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項  ※処方せん記載方法、調剤方法等  4 患者に対する与薬や服薬指導に関する事項  5 医薬品の安全使用に係る情報の取り扱いに関する事項  6 他施設（病院、薬局等）との連携に関する事項 | ・全て有  ・記載もれ事項（該当項目に○）  （ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ）  ※「医薬品の安全使用のための業務手順書」  作成マニュアル（平成30年改訂版）  を踏まえた内容となっていること |
| ５　医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集・  その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための  方策がとられているか | (1) 医薬品の安全使用に関する情報収集及び周知の方法  (2) 副作用などが発生した場合の報告体制  （ 整備済 ・ 未整備 ） |
| ６　毒物劇物の取扱いは適切に行われているか。 | (1) 取扱いの有無（有 ・ 無）  (2) 保管場所：　・薬剤部門保管庫　・検査部門保管庫  ・用度部門保管庫  ・その他（　　　　　　　　　　　） |

（４／１５）

|  |  |
| --- | --- |
| ［Ｆ　医療機器の安全管理体制］ | 状　　　　　況 |
| １　医療機器の安全使用のための責任者が配置されている  　　か  　※病院管理者との兼務は不可  　＜資格要件＞  　　医療機器に関する十分な経験及び知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師又は臨床工学技士のいずれかの資格を有していること。なお、医療機器の適切な保守を含めた包括的な管理に係る実務を行うことができる者 | （医療機器安全管理責任者配置の有無）  ・有　→　氏名：  資格：    ・無 |
| ２　従業者に対する医療機器の安全使用のための研修が実  　　施されているか  また、実施内容を記録しているか  (1) 過去に使用実績の無い医療機器を導入する際に実施  (2) 特に技術の習熟が必要と考えられる次の医療機器に  　　ついて、各医療機器の設置状況や使用頻度等を考慮  した上で、定期的に実施  （年１回程度実施することが望ましい）  　1 人工心肺装置及び補助循環装置  　2 人工呼吸器  　3 血液浄化装置  　4 除細動装置（AEDを除く）  　5 閉鎖式保育器  　6 診療用高エネルギー放射線発生装置(直線加速器等)  　7 診療用粒子線照射装置  　8 診療用放射線照射装置（ガンマナイフ等）  　※特定機能病院は(2)を年2回程度定期的に実施  ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可  ※(1)、(2)以外の医療機器についても必要に応じ研修を  実施すること | (1) 過去に使用実績の無い医療機器の導入の有無  （ 有 ・ 無 ）  (2) 左記の医療機器のうち、病院で所持しているもの  　　（該当番号に○）  　　（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ）  (3) 研修会開催の有無（ 有 ・ 無 ）  状況等：  (4) 実施内容記録の有無（ 有 ・ 無 ）  ※実施及び受講日時、出席者、研修項目、研修機器、  　　研修場所等  ※実施内容（以下の事項が含まれるよう配慮されたい）  1 有効性・安全性について  2 使用方法について  3 保守点検について  4 不具合発生時の対応について  5 法令上遵守すべき事項について |
| ３　医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検が  実施されているか  ※保守点検が必要な機器として次の機器を含むこと  1 人工心肺装置及び補助循環装置  　2 人工呼吸器  　3 血液浄化装置  　4 除細動装置（AEDを除く）  　5 閉鎖式保育器  6 ＣＴエックス線装置（医用Ｘ線ＣＴ装置）  　7 診療用高エネルギー放射線発生装置(直線加速器等)  8 診療用粒子線照射装置  9 診療用放射線照射装置（ガンマナイフ等）  10 磁気共鳴画像診断装置（ＭＲＩ装置） | (1) 保守点検計画策定の有無（ 有 ・ 無 ）  ※医療機器名、製造販売業者、型式、保守点検をする予定の時期、間隔、条件等を記載すること  (2) 保守点検実施の有無（ 有 ・ 無 ）  (3) 保守点検実施の記録（ 有 ・ 無 ）  ※記録内容（以下の事項が含まれるよう配慮されたい）  1 医療機器名  2 製造販売業者名  3 型式、型番、購入年  4 点検年月日、保守点検の概要、点検(業)者名  5 修理年月日、修理の概要、修理(業)者名 |
| ４　医療機器の安全使用のために必要となる未承認等の  医療機器の使用の情報の収集・その他の医療機器の  安全使用を目的とした改善のための方策がとられて  いるか | (1) 機器の添付文書・取扱説明書等の管理  　 （ 整備済 ・ 未整備 ）  (2) 機器の安全性情報、不具合情報の周知方法  (3) 機器に関する情報の病院管理者への報告体制  　 （ 整備済 ・ 未整備 ）  (4) その他取り組んでいる事項 |

　 　（５／１５）

|  |  |
| --- | --- |
| ［Ｇ　診療用放射線の安全管理体制］ | 状　　　　　況 |
| １　診療用放射線の利用に係る安全利用のための責任者が  配置されているか  　＜資格要件＞  　　診療用放射線の安全管理に関する十分な知識を有する  常勤職員であって、原則として医師又は歯科医師のい  ずれかの資格を有していること。  ただし、常勤の医師又は歯科医師が、放射線診療にお  ける正当化を、常勤の診療放射線技師が放射線診療に  おける最適化を担保し、当該医師又は歯科医師が当該  診療放射線技師に対して適切な指示を行う体制を確保  している場合、診療放射線技師を責任者としても差し  支えない | （医療放射線安全管理責任者配置の有無）  ・有　→　氏名：  資格：  　※医療放射線安全管理責任者が放射線技師の場合、  放射線診療の正当化を担保する  常勤医師又は歯科医師  　　　　氏名：  　　　　　　資格：（　医師　・　歯科医師　）  ・無 |
| ２　診療用放射線の安全利用のための指針を策定している  　　か | (1) 指針（ 有 ・ 無 ）  ［無の場合 設置予定　　年　　月頃］  (2) 最新改訂（　　年　　月 ） |
| ３　当該指針に次の事項が盛り込まれているか  1 診療用放射線の安全利用に関する基本的考え方  　2 放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の安全  利用のための研修に関する基本的方針  　3 診療用放射線の安全利用を目的とした改善のための方  策に関する基本方針  　4 放射線の過剰被ばくその他の放射線診療に関する事例  発生時の対応に関する基本方針  　5 医療従事者と患者間の情報共有に関する基本方針（患  者等に関する当該方針の閲覧に関する事項を含む。） | ・全て有  ・記載もれ事項（該当項目に○）  （ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） |
| ４　診療放射線に従事する者に対する診療用放射線の安全  利用のための研修が1年度あたり1回以上実施されて  いるか  また、研修の実施内容を記録しているか  ※医療安全に係る研修又は放射線の取扱いに係る研修と  併せて実施可（外部研修等を受講させることも含む）  ※研修内容には以下の事項が含まれるよう配慮されたい  1 患者の医療被ばくの基本的な考え方に関する事項  2 放射線診療の正当化に関する事項  3 患者の医療被ばくの防護の最適化に関する事項  4 放射線の過剰被ばくその他の放射線診療に関する事例  発生時対応等に関する事項  　5 患者への情報提供に関する事項 | （頻　度）　研修会開催　　1年度当たり　　　回  　直近の実施年月日（又は実施予定）：  令和　　　年　　　月　　　日  （　　　年　　　月頃） |
| ５　放射線診療を受ける者の当該放射線による被ばく線量  の管理及び記録その他の安全利用を目的とした改善の  ための方策がとられているか  ※管理・記録対象医療機器等  ・移動型デジタル／  アナログ式循環器用Ｘ線透視診断装置  ・据付型デジタル／  アナログ式循環器用Ｘ線透視診断装置  ・Ｘ線CT組合せ型循環器Ｘ線診断装置  ・全身用Ｘ線CT診断装置  ・Ｘ線CT組合せ型ポジトロンCT装置  ・Ｘ線CT組合せ型SPECT装置  ・陽電子断層撮影診療用放射性同位元素  ・診療用放射性同位元素 | (1) 管理・記録対象医療機器等に対する線量管理及び  線量記録  (2) その他の放射線診療機器等に対する線量管理及び  線量記録  (3) 診療用放射線に関する情報等の収集と報告 |

　 　（６／１５）

|  |  |
| --- | --- |
| ［Ｈ　医療ガス設備の安全管理体制］ | 状　　　　　況 |
| １　医療ガスに係る安全管理のための委員会を設置してい  るか  　※委員会の委員には、原則として、医師又は歯科医師、  薬剤師、看護師、臨床工学技士及び医療ガスに関する  構造設備の管理業務に従事する職員を含めること  　　また、麻酔、集中治療等を担当する麻酔科医が常時勤  務している病院にあっては、原則として当該麻酔科医  を委員に含めること（実施責任者も含めること）  　※委員会には、医療ガスの安全管理に係る業務の監督及  び総括を行う責任者（医療ガス安全管理委員長）を置  くこと  ※委員会には、医療ガス設備の保守点検業務等を行う責  任者（実施責任者）を置くこと  　※実施責任者は病院の職員のうちから選任すること  　※委員会の構成員を明らかにした名簿を備えておくこと | 設置の有無（ 有 ・ 無 ）  ［無の場合 設置予定 　 年　　月頃］  委員会の名称:  (医療ガス安全管理委員長）  ※病院における医療安全管理についての知識を有し、  かつ、医療ガスに関する知識と技術を有する者  　氏名：　　　　　　　　　職名：  (実施責任者)  ※医療ガス設備の正しい施工・取扱い方法及び  高圧ガスに関する専門的知識と技術を有する者  　氏名：　　　　　　　　　職種： |
| ２　委員会を年１回定期的に開催しているか  また、必要に応じて適宜開催しているか  委員会の議事内容を記録しているか | （頻　度）　　年　　　回  　直近の実施年月日：令和　　　年　　　月　　　日 |
| ３　委員会は、医療ガス設備について、実施責任者に保守  点検業務を行わせているか  また、委員長は、実施責任者による業務を指導及び監  督しているか  　※医療ガス設備の保守点検業務の実施に当たっては、  令和2年8月17日付け医政発0817第6号厚生労働省  医政局長通知「医療ガスの安全管理について」を参照  すること  　※始業点検は、医療機器を配管端末機に接続する前及び  接続した際に実施すること  　※日常点検は、警報表示板、供給設備のそれぞれに対し  １日１回以上実施すること  また実施記録を2年間保存すること  　※実施責任者不在日に、日常点検を実施責任者以外の者  に行わせている場合、委員長の他、実施責任者が業務  を指導及び監督すること（委員長及び実施責任者が実  施状況を確認していることが分かる様式とすること）  　※定期点検は、配管端末機、区域別遮断弁、及び供給設  備のそれぞれに対し、  　1 3か月点検は、必要な点検項目について3か月ごとに  実施すること  　2 6か月点検は、必要な点検項目について6か月ごとに  　　実施すること  　3 1年点検は、必要な点検項目について1年ごとに実施  　　すること  　　また実施記録を2年間保存すること  　※上記1～3は検査項目が異なるが、併せて実施する  ことは差し支えない（その場合、それぞれの点検項目  について実施したことが分かる様式とすること）  ※平成29年9月6日付け医政発0906第3号厚生労働省  医政局長通知において、点検間隔が短縮されている項目がある（６か月に1度以上⇒３か月に１度以上等） | ※点検の間隔、点検項目を確認  （始業点検：医療機器の配管端末機接続前、接続時）  　実施の有無（ 有・無 ）  （日常点検：1日1回以上）  　実施の有無（ 有・無 ）  　実施記録の保存（ 有・無 ）  　※実施責任者を複数置いている場合、主たる実施責任者  　　を定め、委員長の他、主たる実施責任者が業務を指導  及び監督すること（委員長及び主たる実施責任者が実  施状況を確認していることが分かる様式とすること）  （定期点検：それぞれ必要な点検間隔以上）  　※３か月点検は３か月に1度以上実施する必要がある。  　実施の有無  　1　【3か月点検】（ 有 ・ 無 ）  直近1年の実施時期：  　①　令和　　　年　　　月　　　日  　②　令和　　　年　　　月　　　日  　③　令和　　　年　　　月　　　日  　④　令和　　　年　　　月　　　日  2　【6か月点検】（ 有 ・ 無 ）  直近1年の実施時期：  　①　令和　　　年　　　月　　　日  　②　令和　　　年　　　月　　　日  　3　【１年点検】（ 有 ・ 無 ）  　①　令和　　　年　　　月　　　日  　実施記録の保存（ 有 ・ 無 ） |
| ４　医療ガスに係る安全管理のための職員研修を年1回程  度定期的に（また必要に応じて）開催しているか。  　　また、研修の実施内容を記録しているか。  ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可 | （頻　度）　研修会開催　　年　　　回  　直近の実施年月日：令和　　　年　　　月　　　日 |

【院内感染防止対策】 （７／１５）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ［Ａ　院内感染対策指針］ | 状　　　　　況 | |
| １　院内感染対策のための指針を策定しているか | 設置の有無（ 有 ・ 無 ）  ［無の場合 設置予定 　 年　　月頃］ | |
| ２　当該指針に次の事項が盛り込まれているか  1 院内感染対策に関する基本的な考え方  　2 院内感染対策のための委員会その他の当該病院の組織  に関する基本的事項  　3 院内感染のための従業者に対する研修に関する基本方針  　4 感染症の発生状況の報告に関する基本方針  　5 院内感染発生時の対応に関する基本方針  　6 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針  　7その他の当該病院における院内感染対策の推進のため  に必要な基本方針 | ・全て有  ・記載もれ事項（該当項目に○）  （ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ） | |
| ［Ｂ　院内感染対策委員会］ | 状　　　　　況 | |
| １　委員会を設置しているか | 設置の有無（ 有 ・ 無 ）  ［無の場合 設置予定 　 年　　月頃］  （委員会の名称：　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ２　当該委員会の管理及び運営に関する規程を定めている  か | 設置の有無（ 有 ・ 無 ）  ［無の場合 設置予定 　 年　　月頃］ | |
| ３　委員会は、病院長、看護部長、薬剤部門の責任者、検  査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関  し相当の経験を有する医師等、職種横断的に構成され  ているか | （構成員）  ・病院長 ・看護部長　・内科部長 ・薬剤部長  ・外科部長 ・事務部長 ・検査部長 ・感染症専門医  ・その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ４　委員会を月１回程度、定期的に開催しているか | （頻　度） ・月 　回（又は年　　回） | |
| ５　重要な検討内容について、院内感染発生時及び発生が  疑われる際の患者への対応状況を含め、管理者へ報告  する体制となっているか |  | |
| ６　院内感染が発生した場合は、速やかに発生の原因を分  析し、改善策の立案及び実施並びに従業者への周知を  図る体制となっているか |  | |
| ７　委員会で立案された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か |  | |
| ８　「感染情報レポ－ト」が週１回程度作成されており、  院内感染対策委員会において十分活用されているか |  | |
| ９　感染対策マニュアルを作成しているか | 作成の有無（ 有 ・ 無 ）  ［無の場合 作成予定 年 月頃］ | |
| １０感染対策マニュアルには基本的事項（※１)が盛り込まれているか | ・全て有  ・記載もれ事項（該当項目に○）  （ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ） | |
| １１感染対策マニュアルは（ＭＲＳＡに限らず)様々な感染症について作成されているか | | （作成済感染症） |
| ・ＭＲＳＡ　・結核　・ＶＲＥ　・疥癬　・麻しん　・レジオネラ　・セラチア　・ＨＢＶ　・ＨＣＶ　・ＨＩＶ  ・感染性胃腸炎（ノロウイルス）　・インフルエンザ　・新型コロナウイルス感染症（ＣＯＶＩＤ－１９）  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| １２職員に対して、感染対策に関する研修が、職種横断的  な参加の下、年２回程度定期的に行われているか | （頻　　度）　研修会開催　年　　回  （研修内容） | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（８／１５）

|  |  |
| --- | --- |
| ［Ｃ　感染制御チーム］ | 状　　　　　 況 |
| １　**病床が300床以上の病院**は、  医師、看護師、検査技師、薬剤師から成る  感染制御チームを設置しているか | 設置の有無（ 有 ・ 無 ）  ［無の場合 設置予定 　 年　　月頃］  （構成員）  ・医師 ・看護師　・検査技師 ・薬剤師 |
| ２　**病床が300床以上の病院**は、  感染制御チームが定期的に病棟ラウンドを  行っているか | （頻　度）  ・週 　回（又は月　　回）  （ラウンド実施箇所） |
| ３　**病床が300床未満の病院**は、  必要に応じて地域の専門家等に相談できる体制を  整備しているか | （状　況） |
| ４**（全病院）**  緊急時に地域の医療機関同士が連携し、各医療機関の  アウトブレイクに対して支援がなされるよう医療機関  相互のネットワークを構築しているか。 | （状　況） |
| ［Ｄ　院内感染防止対策］ | 状　　　　　況 |
| 《手洗・手指消毒》  １　処置の前後で手洗をしているか  （一処置一手洗の励行） |  |
| ２　適切な手洗い法を職員に周知徹底しているか。  また、実際に手洗いを観察しあって、適切な手洗い  ができているか確認しているか |  |
| ３　血液･体液･分泌物･排泄物など汚染のおそれがある  ものに接触したら、必ず手洗いをしているか。 |  |
| ４　同一患者でも、感染性のものに接触したら処置の度に  手洗いをしているか |  |
| ５　患者に手洗いを励行しているか | （方　法） |
| ６　タオルの共用を避けるような工夫をしているか  （ペーパータオルの使用等） |  |
| ７　各病室に水道又は手指消毒器  （速乾式手洗い液等の消毒液）が設置されているか  （※２） |  |

（９／１５）

|  |  |
| --- | --- |
| 《医療器具の滅菌・消毒》  １　医療器具は、患者毎に、滅菌・消毒したもの又は使い  捨て製品を使用しているか |  |
| ２　未使用又は滅菌・消毒済みの医療器具は、扉付きの保管棚等に収納されているか |  |
| ３　繰り返し使用する医療器具は、清潔である（滅菌・消  毒済み）ことを確認して使用しているか  また、それを確認できるシステムをとっているか | （確認システムの内容） |
| 《ディスポ手袋の取扱い》  １　患者に使用する手袋は、患者ごとに交換しているか |  |
| ２　ドアノブ、電話、コンピュ－タなどの共有物に触れる 　場合は、手袋をはずしているか |  |
| ３　使用後の手袋は、感染性廃棄物として使用後直ちに廃  棄しているか |  |
| ４　手袋をはずしたあとは、必ず手を洗い、手を乾燥させ 　ているか |  |
| 《従業員の健康管理等》  １　感染する危険性の高い業務に従事する職員に対する  　　予防接種等を実施しているか | ・予防接種　　実施有無（ 有 ・ 無 ）  　有：種類（インフルエンザ、麻しん、風しん、Ｂ型肝炎､  その他（　　　　　　　　　　　　　 　））  ・抗体価検査　実施有無（ 有 ・ 無 ）  　有：種類（麻しん、風しん、ＨＢｓ抗原、  その他（　　　　　　　　　　　　 　　）） |
| ２　麻しん、風しんに関しては、１以外の職員等  （実習生等を含む）についても、予防接種歴または  抗体検査歴を確認しているか | （確認状況） |
| ３　職員・患者間及び職員間における感染防止対策を行っ  ているか | （方　法） |
| ４　針刺し事故防止のために原則として注射針のリキャッ  プは行わないようにしているか |  |
| ５　スタッフは手指に外傷や創がある場合は、創部を覆う  など注意を払い、自らへの感染を防止すると同時に感  染を媒介しないよう注意しているか |  |

※１　感染対策マニュアルに盛り込むべき基本的事項

　 1 院内感染の概念の基本

　 2 病原微生物についての説明

　 3 疾患（感染症）についての説明

　 4 病原微生物が検出された場合の処置

　 5 スタンダード・プレコーション、感染経路別予防対策、手洗いの方法、消毒薬などの使用法

　 6 治療法（抗菌薬の使い方）

※２　特別な事情がある場合又は他に対策を講じている場合を除く

【感染性廃棄物処理状況】 　　　 　（１０／１５）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ［Ａ　特別管理産業廃棄物の管理］ | 状　　　　　況 | |
| １　特別管理産業廃棄物管理責任者を定めて廃棄物の処理業務を行っているか  ○資格要件（感染性廃棄物のみの取扱い）  医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師、助産師、  看護師、臨床検査技師、衛生検査技師、歯科衛生士  または廃棄物処理実務経験者もしくは講習会修了者  　※感染性廃棄物以外の特別管理産業廃棄物も取り扱う  場合は、理学、薬学、工学、農学の課程において、  衛生工学、化学工学に関する科目を修め、廃棄物処理  の実務経験を有している者、もしくは講習会修了者 | （特別管理産業廃棄物管理責任者）  　氏名：  資格：  （特別管理産業廃棄物管理責任者設置報告書の提出）  ・提出済  　・令和　　年　　月頃提出予定 | |
| ［Ｂ　感染性廃棄物の収集・運搬及び保管］ | 状　　　　　況 | |
| １　感染性廃棄物を適正に収集・運搬及び保管しているか | 感染性廃棄物専用の保管場所の有無　（ 有 ・ 無 ） | |
| ２　感染性廃棄物を収納した容器に感染性廃棄物である旨  及び取扱い時の注意事項を表示しているか | 1 容器に感染性廃棄物を認識できるマーク  （バイオハザードマーク等）の付与及び  取扱い時の注意事項の表示（ 有 ・ 無 ）  2 容器周辺に分別方法の掲示（ 有 ・ 無 ） | |
| ３　容器に入った感染性廃棄物を他の容器へ移し替えていないか | 使用済み注射針の対応： | |
| ４　保管場所は、関係者以外が立ち入れないよう配慮されているか | 保管場所の見やすい箇所への掲示板の設置（ 有 ・ 無 ） | |
| ［Ｃ　感染性廃棄物の処理委託］ | 状　　　　　況 | |
| １　委託契約を適切に締結しているか | 契約書への受託業者の許可証写しの添付（ 有 ・ 無 ） | |
| ２　委託契約書に決められた事項が記載され契約内容は適切か  ＜必要記載事項＞  1 委託する産業廃棄物の種類及び数量  2 運搬契約の場合は､運搬の最終目的地  3 処分契約の場合は､処分場所の所在地､処分方法､施設処理能力  4 処分契約の場合は､最終処分場所の所在地､処分方法､施設能力  5 委託契約の有効期間  6 委託者が受託者に支払う料金  7 受託者が収集運搬業又は処分業の許可を受けた事業の範囲  8 委託者の有する委託した廃棄物の適正処理に必要な情報  イ)当該廃棄物の性状及び荷姿に関する事項  ロ)通常の保管状況下での腐敗、揮発等性状の変化に関する事項  ハ)他の廃棄物との混合物等により生ずる支障に関する事項  ニ)その他当該廃棄物を取り扱う際に注意すべき事項  9 受託業務終了時の受託者への報告に関する事項  10委託契約解除時の処理されない廃棄物の取扱いに関する事項 | | （必要記載事項）  　　・全部有  ・記載漏れ（該当項目に○）  （ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・  　　　　　6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10 ） |
| ３　特別管理産業廃棄物管理票(マニフェスト)を交付し、５年間保管しているか | マニフェストの有無（ 有 ・ 無 ） | |
| ４　受託者から特別管理産業廃棄物管理票(マニフェスト)の返送された日を確認し、記入しているか | 返送日の確認（ 有 ・ 無 ） | |

【個人情報の保護・患者相談等の取組状況】 　 （１１／１５）

|  |  |
| --- | --- |
| ［Ａ　個人情報の保護］ | 状　　　　　況 |
| １　個人情報保護に関する規程を整備し、職員・患者等に周知しているか | 規程の有無（ 有 ・ 無 ）  ［無の場合 設置予定 　 年　　月頃］  規程の周知方法 |
| ２　個人情報の保護に関し、十分な知識を有する責任者を定めているか | （責任者）  　役職：　　　　　　氏名： |
| ３　個人情報保護の推進を図るための部署または委員会等を設置運営しているか | 部署・委員会設置の有無（ 有 ・ 無 ）  委員会設置の場合  委員会名称：  開催頻度：　　　 年 　 回（又は月　　 回） |
| ４　個人情報の取得に際しての利用目的の特定及び公表を行っているか | （利用目的の特定・公表方法）※実施しているものに○  1 院内掲示  2 ホームページへの掲載  3 その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　） |
| ５　個人情報の取り扱いに関する職員への取り組み | （取組状況）※実施しているものに○  1 個人情報の取り扱いに関する教育研修の実施  2 離職後も含めた守秘義務の明示（誓約書･雇用契約書等）  3 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ６　個人情報の取り扱いに関する安全管理措置 | （物理的措置）※実施しているものに○  1 個人情報を取り扱う電子機器・装置の固定  2 診療録等保管場所の施錠・入室管理  3 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （技術的措置）※実施しているものに○  1 アクセス管理  （IDやパスワードによる認証等）  2 アクセス記録の保存  3 不正ソフトウェア対策  （ウィルス対策ソフト等の導入）  4 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ［Ｂ　個人情報の開示手続き］ | 状　　　　　況 |
| １　診療録等（カルテ、検査記録・看護記録等）の  開示状況 | ※実施しているものに○  （開示方法）  1 コピーを渡す  2 閲覧させる。  3 説明するのみ  （請求に応じる相手<代理人を含む>）  1 患者本人のみ  2 患者本人及び同居家族のみ  3 患者本人及びその親族  4 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （全部・一部非開示の場合の説明）  1 口頭による理由の説明  2 文書による理由の説明  3 苦情対応を行う体制に係る説明も同時に実施  （※開示状況等）  　令和　　年度開示等請求数　　　　件  うち　開示　　件　非開示　　件　部分開示　　件 |

（１２／１５）

|  |  |
| --- | --- |
| ［Ｃ　患者相談窓口等］ | 状　　　　　況 |
| １　患者や家族からの相談・苦情に応ずる専用窓口の  設置状況 | （設置状況）  １　専用部署がある  ２　専用部署はないが、担当者はいる  ３　その他（ 　 ）  ４　設置(担当者含)なし  　　設置無の場合　設置予定　平成　　年　　月頃    （担当者）  　(職) 　(氏　名)  　(職) 　(氏　名)  (職) 　(氏　名)  （規約の整備状況）  １　整備している　　　　２　整備していない  （※件数等）  　令和　　年度相談等対応件数　(約)　　　　　件 |

※印については、参考に状況等を聴取するものであるため、その数値等については概数でもかまわない。

また、病院の実情等により件数等把握していない場合は記入は不要である。

【電子カルテの利用】

|  |  |
| --- | --- |
| １　電子カルテの利用状況 | (（利用状況）  １　利用している　　　　２　利用していない |

【診療録管理規程】

|  |  |
| --- | --- |
| １　診療録管理規程の整備状況 | （整備状況）  １　整備している　　　　２　整備していない |
| ２　診療録管理規程の運用状況  1　診療録管理規程に沿った管理、保存  2　外来、病棟等、保管場所毎に取扱責任者を設定  3　適切な方法により診療録を廃棄  （シュレッダー、専門廃棄業者への委託等） | （運用状況）  1　管理、保存（　されている　　されていない　）  2　取扱責任者が保管場所毎に（　いる　　いない　）  3　廃棄方法： |

【病床利用率】

|  |  |
| --- | --- |
| １　病院の病床利用率 | 前年度　 　　　％  今年度 　％ |
| ２　病床利用率が低い場合  　＜参考：病床利用率＞  令和元年～令和３年『病院報告』から抜粋  　　　　 　(令和元年) (令和２年) (令和３年)  ・全病床　　 　８０.５％　 ７７.０％　 ７６.１％  ・精神病床　 　８５.９％　 ８４.８％　 ８３.６％  ・感染症病床※　 ３.８％ １１４.７％ ３４３.８％  ・結核病床　 　３３.２％　 ３１.５％　 ２８.９％  ・療養病床　 　８７.３％　 ８５.７％　 ８５.８％  ・一般病床　 　７６.５％　 ７１.３％　 ６９.８％  ・介護療養病床 ９０.７％　 ８８.１％　 ８５.９％ | １　理　由  ２　今後の展望及び計画 |

※感染症病床の在院患者数には、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含むことから、病床利用率は100％を上回る

ことがあります。

【防火・防災体制】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　（１３／１５）

|  |  |
| --- | --- |
| ［Ａ　火災予防対策］ | 状　　　　　況 |
| １　職員に対して火気の取扱その他火災防止に関する指導監督に努め、職員の過失により火災が発生することのないよう職員の職務規律の徹底を期しているか | 方法等： |
| ２　建築基準法・消防法及び医療法に規定する防火関係規定を遵守しているか | ・遵守している　　　　・遵守しきれていない |
| ［Ｂ　火気取扱の注意］ | 状　　　　　況 |
| １　職員に対して日常的に注意喚起しているか | 方法等： |
| ２　病院敷地内での喫煙を禁止し､喫煙を認める場合には､受動喫煙を防止するために必要な措置がとられた屋外の喫煙場所（特定屋外喫煙場所）を設定しているか | ・設定している　　　　・設定していない  　　　　　　　　　　　　（□/敷地内全面禁煙） |
| ３　廊下・階段等に可燃物を放置していないか | ・放置していない　　　・放置がみられる |
| ４　危険物の保安及び引火性医薬品の安全管理体制が確立しているか | ・確立している　　　　・確立していない |
| ５　医療機器等の電気プラグの点検管理を行い、  トラッキング現象の防止対策を実施しているか | ・実施している　　　　・実施していない |
| ［Ｃ　防火管理者及び火元責任者］ | 状　　　　　況 |
| １　管理的又は監督的地位にある者を選任しているか | 防火管理者：　　　　　　役職： |
| ２　防火管理者が不在の時のために代理は決められているか | 代理者氏名：　　　　　　役職： |
| ３　各部門の火元責任者は決められているか | ・決めている　　　　　・決めていない |
| ［Ｄ　消防計画］ | 状　　　　　況 |
| １　消防計画は定められているか | ・定めている　　　　　・定めていない |
| ２　火災が発生した場合の通報連絡・初期消火に関する体制及び対応方法は適切に定められているか | ・定めている　　　　　・定めていない |
| ３　患者の避難・誘導、搬送（特に自力で避難が困難な患者）に関することは適切に定められているか | ・定めている　　　　　・定めていない |
| ４　夜間の避難・誘導、搬送に関することは適切に定められているか | ・定めている　　　　　・定めていない |
| ［Ｅ　防火訓練及び避難訓練の実施］ | 状　　　　　況 |
| １　年間２回以上消火・避難訓練を実施しているか  　　うち１回は、夜間又は夜間想定で実施しているか | ・２回以上実施　　・１回実施　　・実施していない  （上記のうち夜間又は夜間想定で）  ・１回以上実施している　　　・実施していない |
| ２　訓練では、消防機関への早期通報・屋内消火栓等の消防設備の使用方法について職員に体得させているか | 状況等： |
| ［Ｆ　消防機関等との連絡］ | 状　　　　　況 |
| １　消防機関との定期的な連絡体制が確保されているか | ・確保されている　　　・確保されていない |
| ２　地域の他の医療機関との間で緊急時連係体制が確保されているか | ・確保されている　　　・確保されていない |
| ３　地域住民の協力が得られるよう日常的に関係を密にしているか | 状況等： |
| ４　非常時における職員宿舎等の応援体制は確立しているか | ・確立している　　　　・確立していない |

（１４／１５）

|  |  |
| --- | --- |
| ［Ｇ　防火設備］ | 状　　　　　況 |
| １　消防法･建築基準法で定められた設備が設けられて  いるか | ・設けられている  　・不備がある（内容等：　　　　　　　　　　　　　） |
| ２　避難・誘導、搬送のため携帯用マイク・懐中電灯・  防炎マスク・担架・車椅子等が備えられているか | ・備えられている  ・不備がある（内容等：　　　　　　　　　　　　　） |
| ３　火気を使用する場合には、防火上必要な設備が設け  　　られているか | ・設けられている  ・不備がある（内容等：　　　　　　　　　　　　　） |
| ４　防火設備は非常時に使用できるよう常時点検されて  いるか | ・点検している  ・点検していない |
| ［Ｈ　避難・誘導搬送体制］ | 状　　　　　況 |
| １　入院患者の実態把握に努め、患者の容態等により  「担送」･「護送」･「その他」等に区分し、  避難･誘導、搬送の体制を確立しているか | ・確立している　　　　・確立していない |
| ２　重症患者・老人・乳幼児等自力では避難することが  困難な患者は、低い階に収容されているか | ・対応している　　　　・対応していない |
| ３　重傷患者・老人・乳幼児等自力では避難することが  困難な患者を高い階に収容する場合には、職員がど  のような避難経路や方法により患者を避難救出する  か定められているか | ・定めている　　　　　・定めていない |
| ４　重症患者・老人・乳幼児等自力で避難することが  困難な患者は、ナースステーションに隣接した場所や避難・誘導、搬送の容易な場所に収容されているか | ・対応している　　　　・対応していない |
| ５　避難器具の設置場所と使用方法が患者及び職員に対し  て周知されているか | ・周知している　　　　・周知しきれていない |
| ６　火災時の負傷者等の応急手当のできる体制が確立されているか | ・確立している　　　　・確立していない |
| ［Ｉ　休日・夜間の体制］ | 状　　　　　況 |
| １　夜間防火管理責任者が配置されているか | 夜間責任者：  　役職： |
| ２　防火管理者との事務引継ぎがされているか | ・している　　　　　　・不十分 |
| ３　夜間に患者等の不在になる外来部門等も含めて定期的に夜間巡視が行われているか | ・実施している　　　　・実施していない |
| ４　夜間使用しない室が施錠されているか | ・している　　　　　　・していない |
| ［Ｊ　水害または土砂災害対策に係る避難計画及び避難訓練］ | 状　　　　　況 |
| １　病院が、浸水想定区域内又は土砂災害警戒区域内に立地しているか、また立地している場合、要配慮者利用施設として市町村地域防災計画に掲載されているか確認しているか。  　（立地あるいは掲載されている場合、以下も確認する） | ・確認している　　　　・確認していない  　（確認している場合）  　　・立地している（ 水 ・ 土砂 ）　・していない  　　・掲載されている　　　　　　　　・されていない |
| ２　浸水想定区域内又は土砂災害警戒区域内に立地している場合、従業員に周知しているか。 | ・周知している　　　　・周知していない  　（周知の方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３　要配慮者利用施設として市町村地域防災計画に掲載されている場合、避難確保計画を策定しているか。 | ・策定している　　　　・策定していない  （策定時及び変更時に市町村長に報告する必要がある） |
| ４　避難確保計画に基づき、水害又は土砂災害を想定した避難訓練を年１回以上実施しているか。 | ・実施している　　　　・実施していない |
| ５　浸水想定区域内の場合、自衛水防組織を設置するよう努めているか。 | ・設置している　　　　・設置していない  （設置時及び変更時に市町村長に報告する必要がある） |

（１５／１５）

|  |  |
| --- | --- |
| ［Ｋ　その他］ | 状　　　　　況 |
| １　精神病院の閉鎖病棟又は閉鎖的環境の部屋（保護室  を含む）に収容している患者や認知症高齢者等の  患者の喫煙については、指定の場所において病院  職員の管理の下に行うこととし、マッチ・ライタ－等  の発火器具を患者が所持することのないよう適切な  措置がとられているか | ・対応している　　　　・対応していない |
| ２　閉鎖病棟又は閉鎖的環境の部屋（保護室を含む）に  ついては、鍵の管理者が常時至近の場所にいて、  非常時には容易に解錠できるようになっているか | ・対応している　　　　・対応していない |
| ３　患者や付添人に対して、パンフレット等により火災  の対応策を周知しているか | ・周知している　　　　・周知しきれていない |

【事業継続計画（ＢＣＰ）】

|  |  |
| --- | --- |
| １　事業継続計画の策定状況  1 自然災害に対する事業継続計画を策定しているか  2 感染症に対する事業継続計画を策定しているか  3 サイバー攻撃に対する事業継続計画を策定しているか  　※サイバー攻撃に対する事業継続計画については、  「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」  及び  「医療機関における医療機器のサイバーセキュリティ  確保のための 手引書について」  を参照のこと。 | 1 自然災害：有の場合  ・計画名：  ・新規作成年月：　　　年　　　月  ・最新改正年月：　　　年　　　月    無の場合  ・策定中：（策定予定年月　　　　　　　　　　）  ・策定検討中  ・今後策定を検討  ・事務方では検討中  ・検討していない  2 感染症：有の場合  ・計画名：  ・新規作成年月：　　　年　　　月  ・最新改正年月：　　　年　　　月    無の場合  ・策定中：（策定予定年月　　　　　　　　　　）  ・策定検討中  ・今後策定を検討  ・事務方では検討中  ・検討していない  3 サイバー攻撃：有の場合  ・計画名：  ・新規作成年月：　　　年　　　月  ・最新改正年月：　　　年　　　月    無の場合  ・策定中：（策定予定年月　　　　　　　　　　）  ・策定検討中  ・今後策定を検討  ・事務方では検討中  ・検討していない |