病院自主点検表

**病院名：**

【点検項目】

１　　医療従事者

２　　医療法の手続

３　　職員管理

４　　個人情報管理

５　　記録の管理

６　　感染性廃棄物

７　　委託業務等

８　　施設・設備管理

９　　放射線管理

１０　医薬品安全管理

１１　医療安全管理

１２　医療機器安全管理

１３　院内感染対策

１４　検体検査

１５　入院関係

１６　透析・精神科の管理

１７　防火・防災体制

１８　新型コロナウイルス感染症対策

広島市

（令和３年５月更新）

医療法では、病院等の管理者は、良質かつ適切な医療を行うよう努め、医療の安全を確保するための措置を講ずることが規定されています。

この自主点検表を活用して、定期的に自主点検していただき、安全管理状況の確認、改善を行っていただきますようお願いいたします。

※　該当がない項目については、チェック欄を線で消すか、該当がない旨を記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **１　医療従事者** | 記入者 |  | 記入日 | 令和　　年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| 医療従事者数 |
| 項　　目 | 標準数(A) | 現　　　在　　　数 | 過不足(Ｂ-Ａ) |
| 常　勤 | 非常勤 | 常勤と換算後非常勤の計(B) |
| 実数 | 換算後 |
| 医師 |  |  |  |  |  |  |
| 歯科医師 |  |  |  |  |  |  |
| 薬剤師 |  |  |  |  |  |  |
| 看護師計 |  |  |  |  |  |  |
|  | 看護師 |  |  |  |  |  |  |
| 准看護師 |  |  |  |  |  |  |
| 助産師 |  |  |  |  |  |  |
| 歯科衛生士 |  |  |  |  |  |  |
| 看護補助者 |  |  |  |  |  |  |
| 管理栄養士※ |  |  |  |  |  |  |
| 栄養士 |  |  |  |  |  |  |
| 診療放射線技師 |  |  |  |  |  |  |
| 理学療法士 |  |  |  |  |  |  |
| 作業療法士 |  |  |  |  |  |  |
| 診療エックス線技師 | [ ]  有 　[ ]  無 | 臨床検査技師 | [ ]  有 　[ ]  無 |
| 衛生検査技師 | [ ]  有 　[ ]  無 | 臨床工学技士 | [ ]  有 　[ ]  無 |
| 視能訓練士 | [ ]  有 　[ ]  無 | 義肢装具士 | [ ]  有 　[ ]  無 |
| 言語聴覚士 | [ ]  有 　[ ]  無 | 精神保健福祉士 | [ ]  有 　[ ]  無 |
| 歯科技工士 | [ ]  有 　[ ]  無 | 臨床研修医 | [ ]  有 　[ ]  無 |
| 研修歯科医 | [ ]  有 　[ ]  無 | その他 | [ ]  有 　[ ]  無↓（資格　　　　　　　　　） |
| ※管理栄養士は、特定機能病院の場合に記載する。 |

（備考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 資格確認 | 採用時に、免許証原本を確認するとともに、医師等資格確認検索システム等を活用し資格確認を行っている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 臨床研修修了者については、修了登録証を確認している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |

※備考欄の数字は「医療法第２５条第１項の規定に基づく立入検査要綱」の検査基準の項目番号である。

**２　医療法の手続**

（備考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法手続 | 医療法上の手続（変更許可、医療機能情報の報告など）を適切に行っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-1 |
| 院内掲示を、入口、受付又は待合所付近の見やすい場所に掲示している●管理者の氏名　●医師又は歯科医師の氏名　●診療日及び診療時間●建物の内部案内 | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-5 |
| 広告は、届出事項と相違ないものであり、医療広告ガイドラインに違反していない | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 医療機能情報を病院内で書面等により閲覧できるようにしている | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-9 |

**３　職員管理**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職員管理 | 管理者は病院に常勤している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 資格者の雇用時には、免許証原本を確認している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 新規採用時に、健康診断を実施している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 新規採用時に、必要な職種については抗体検査、ワクチン接種を実施している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 定期的に健康診断を実施している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-8 |
| 放射線業務従事者の健康診断を実施している（年２回） | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 深夜業務従事者の健康診断を実施している（年２回） | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 医師の宿直体制が整っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-4 |

**４　個人情報管理**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 個人情報管理 | 個人情報の取扱いに関する規程を策定している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 個人情報の漏洩等がないよう、物理的・技術的な安全対策を講じている●防犯カメラの設置　●記録媒体の持ち込み管理　●システムのアクセス管理等 | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 個人情報を含んだデータ及び機器を廃棄する場合は、復元不可能な形にしている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 従事者に対して、個人情報の取扱いに係る教育・研修を実施している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 従事者に対して、離職後も含めた守秘義務を課すなど、適切な取扱いを徹底している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 個人情報を取扱う業務を委託している場合、委託先に対して必要な監督をしている委託契約書に個人情報の適切な取扱いに関する事項を記載する、受託者が個人情報を適切に取り扱っていることを定期的に確認する等 | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 個人情報の開示手順を定めた規程を策定している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |

**５　記録の管理**

（備考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記録 | 診療録に以下の事項を記載し、5年間保存している●患者の住所・氏名・性別・年齢　●病名・主要症状●治療方法（処方および処置）　●診療年月日　●診療した医師の記名 | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-1 |
| 入院診療計画書を入院した日から７日以内に作成し、２年間保存している●患者氏名・性別・生年月日　●主治医氏名●入院の原因となった傷病名・主要な症状●入院中の検査、手術、投薬等の治療計画（看護・栄養管理を含む）●推定される入院期間●管理者が患者への適切な医療の提供のため必要と判断する事項 | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-3①ｹ |
| 助産録に以下の事項を記載し、5年間保存している●妊産婦住所・氏名・年齢・職業　●分娩回数・生死産別●妊産婦の既往疾患　●今回妊娠の経過、所見及び保健指導の要領●妊娠中、医師による健康診断受診の有無　●分娩の場所・年月日時分●分娩の経過・処置　●分娩異常の有無・経過・処置●児の数・性別・生死別　●児・胎児付属物の所見●産褥の経過・褥婦と新生児の保健指導の要領●産後の医師による健康診断の有無 | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-2 |
| 処方せんに以下の事項を記入し、２年間保存している●患者氏名・年齢　●薬名・分量・用法・用量　●発行年月日・使用期間●医療機関の名称・所在地　●発行医の記名押印又は署名 | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-3①ｳ |
| 特定生物由来製品使用記録簿を整備し、20年間保存している●患者氏名･住所（住所が検索できれば患者ＩＤでも可）●特定生物由来製品の名称　●製造番号又は製造記号（ロット番号）●使用年月日（製剤の投与日又は処方日） | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 以下の診療に関する諸記録が整備されており、２年間保存している●病院日誌　●入院・外来患者の数を明らかにする帳簿（病院日誌の兼用可）●各科診療日誌　●手術記録・麻酔記録　●看護記録　●検査所見記録　　●エックス線写真 | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-3 |

地域医療支援病院のみ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記録 | 以下の記録を整備し、２年間保存している●紹介状　●退院した患者の入院期間中の診療経過の要約 | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-3 |
| 以下の病院の管理及び運営に関する諸記録を整備し、2年間保存している●共同利用の実績　●救急医療の提供の実績●地域の医療従事者の資質向上を図るための研修の実施　●閲覧実績●紹介患者に対する医療提供の実績●他の病院・診療所に対する患者紹介の実績 | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-3 |

特定機能病院のみ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記録 | 以下の記録を整備し、２年間保存している●紹介状　●退院した患者の入院期間中の診療経過の要約 | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-3 |
| 以下の病院の管理及び運営に関する諸記録を整備し、2年間保存している●従業者数を明らかにする帳簿　●高度な医療の提供の実績●高度な医療技術の開発及び評価の実績　●高度な医療の研修の実績　●閲覧実績　●紹介患者に対する医療提供の実績●入院・外来患者、調剤の数を明らかにする帳簿 | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-3 |

臨床研究中核病院のみ

（備考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記録 | 以下の記録を整備し、２年間保存している●研究対象者への医薬品等の投与・診療により得られたデータなど | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-3 |
| 以下の病院の管理及び運営に関する諸記録が整備され、2年間保存している●従業者数を明らかにする帳簿●特定臨床研究の計画の立案・実施の実績●他病院等と協同で特定臨床研究をした場合、主導的役割を果たした実績●他病院等に対し、特定臨床研究の実施に関する相談等に応じた実績●特定臨床研究に関する研修の実績 | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-3 |

**６　感染性廃棄物**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出 | 特別管理産業廃棄物管理責任者を設置している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 委託 | 感染性廃棄物の処分を委託する場合は、契約書を作成し、適切な業者を選定して委託している | [ ]  いる　[ ]  いない | 4-9 |
| 産業廃棄物管理票（マニフェスト）を確認し、５年以上保管している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 保管・処理 | 採血・注射時は、鋭利な器材が貫通しない容器を手元に置いている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 感染性廃棄物の保管場所には、関係者以外立ち入りできないようにしている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 感染性廃棄物は他の廃棄物と区別して適正に保管している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |

|  |
| --- |
| **７　委託業務等（※委託業務がある場合のみ、以下の項目の自主点検をしてください。）** |
| 業務委託 | 検体検査業務を委託する場合は、契約書を作成し、規則で定める基準に適合する業者に委託している | [ ]  いる　[ ]  いない | 4-1 |
| 医療機器等の滅菌消毒業務を委託する場合は、契約書を作成し、規則で定める基準に適合する業者に委託している | [ ]  いる　[ ]  いない | 4-2 |
| 患者等の食事の提供業務を委託する場合は、契約書を作成し、規則で定める基準に適合する業者に委託している | [ ]  いる　[ ]  いない | 4-3 |
| 患者等の搬送業務を委託する場合は、契約書を作成し、規則で定める基準に適合する業者に委託している | [ ]  いる　[ ]  いない | 4-4 |
| 特定保守管理医療機器の保守点検を委託する場合は、契約書を作成し、規則で定める基準に適合する業者に委託している | [ ]  いる　[ ]  いない | 4-5 |
| 医療ガス供給設備の保守点検業務を委託する場合は、契約書を作成し、規則で定める基準に適合する業者に委託している | [ ]  いる　[ ]  いない | 4-6 |
| 患者等の寝具類の洗濯業務を委託する場合は、契約書を作成し、規則で定める基準に適合する業者に委託している | [ ]  いる　[ ]  いない | 4-7 |
| 施設の清掃業務を委託する場合は、契約書を作成し、規則で定める基準に適合する業者に委託している | [ ]  いる　[ ]  いない | 4-8 |

**８　施設・設備管理**

（備考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保守管理 | 医療ガス設備について、定期的に点検を行っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 4-6 |
| 自家用電気工作物（自家発電装置等）について、定期的に点検を行っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 5-5 |
| 昇降機について、定期的に点検を行っている（年１回） | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| LPガス設備について、定期的に点検を行っている（4年に１回以上、地下室は年１回以上） | [ ]  いる　[ ]  いない | 5-5 |
| 保育器について、定期的に点検を行っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 5-5 |
| 酸素テントについて、定期的に点検を行っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 5-5 |
| 高圧酸素室について、定期的に点検を行っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 5-5 |
| 衛生管理 | 受水槽等について水質検査等衛生上の措置を行っている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 循環式浴槽の管理を適正に実施している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-6-2 |
| ねずみ及び昆虫等の調査及び防除を定期的に行っている（半年に１回） | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-6-2 |
| ガス滅菌を使用する場所においては、エチレンオキシドの作業環境測定を実施している（半年に1回） | [ ]  いる　[ ]  いない |  |

**９　放射線管理**

（備考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出 | 届出のある診療用放射線機器に相違はない | [ ] 相違ない　[ ] 相違ある | 2-1-5 |
| 安全管理体制の確保 | 被ばくする線量が所定の実効線量限度及び等価線量限度を超えないような措置が講じられている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-7 |
| 放射線により、治療を受けている患者以外の入院患者が所定の実効線量限度を超えないような措置が講じられている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-8 |
| 放射線事故発生時の通報連絡網を整備している | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-17 |
| 医療放射線安全管理責任者を配置している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-12-1 |
| 診療用放射線の安全利用のための指針を作成している●診療用放射線の安全利用に関する基本的考え方●放射線診療従事者に対する研修に関する基本方針●診療用放射線の安全利用を目的とした改善の方策に関する基本方針●放射線診療に関する事故発生時の対応に関する基本方針●医療従事者と患者間の情報共有に関する基本方針 | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-12-2 |
| 放射線診療に従事する職員に対し、年に１回以上、診療用放射線の安全利用のための研修を実施している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-12-3 |
| 管理・記録対象医療機器等を用いた診療の際は、被ばく線量の管理（評価及び最適化）を行い、その実施を記録している。 | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-12-4 |
| 管理・記録対象医療機器等を用いた診療の際は、当該診療を受ける者の被ばく線量を記録している。 | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-12-4 |
| 医療放射線安全管理責任者は、行政機関、学術誌等から診療用放射線に関する情報を広く収集するとともに、従事者に周知徹底を行っている。 | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-12-4 |
| 移動型エックス線装置等の管理 | 鍵のかかる場所に保管するか、鍵をかけて移動できないようにしている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-18 |
| エックス線診察室等の決められた部屋のみで使用している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 手術室で使用する場合、一時的に管理区域を設定し、その記録を残している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 記録 | 診療放射線技師が照射する場合、照射録を作成している●患者氏名・性別・年齢（又は生年月日）　●照射の年月日●照射方法（具体的かつ詳細に記載）●指示医師又は歯科医師の氏名・指示内容、署名 | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| エックス線診療室等について、放射線量を１か月に１回以上測定し、その記録を５年間保存している（遮へい壁が一定で、装置が固定されている場合は６か月に１回以上） | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-4-3① |
| 診療用高エネルギー放射線発生装置、診療用放射線照射装置の放射線量を６か月に１回以上線量計で測定し、その記録を５年間保存している | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-4-4 |
| 次の室の１週間あたりの装置使用時間を記録し、2年間保存している●治療用エックス線装置を使用しないエックス線診療室　（画壁外側の実効線量率が40μSv/ｈ以下の場合は除く。）●治療用エックス線装置を使用するエックス線診療室、診療用高エネルギー放射線発生装置使用室、診療用放射線照射装置使用室（画壁外側の実効線量率が20μSv/ｈ以下の場合は除く。）●診療用放射線照射器具使用室　（画壁外側の実効線量率が60μSv/ｈ以下の場合は除く。） | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-4-1 |

エックス線診療室等

（備考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 共通事項 | 管理区域である旨の標識を付し、みだりに立ち入らないような措置を取っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-1-16-1-2 |
| 敷地の境界等における防護について適切な措置を取っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-2 |
| 患者・取扱者の放射線障害防止に必要な事項を掲示している | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-3 |
| 使用室である旨を示す標識をしている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-4-1 |
| 装置に所定の障害防止の方法を講じている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-12 |
| エックス線診療室 | 使用中である旨を表示できるようにしている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-5-1 |
| 診療用装置使用室 | 出入口は１か所としている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-4-2 |
| 放射線の発生・照射が自動的に表示される装置を設けている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-5-2 |
| 診療用放射線照射器具使用室 | 出入口は１か所としている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-4-2 |
| 紛失防止について適切な措置を取っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-11-1 |

**※放射性同位元素（RI）の取扱いがある場合のみ、以下の項目の自主点検をしてください。）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記録 | 診療用放射線照射装置・器具、診療用RI・PET診療用RIについて以下の事項を記載し、5年間保存している●入手・使用・廃棄年月日　●放射線照射装置・器具の型式及び個数●種類及び数量（ベクレル単位）●使用者又は廃棄者の氏名並びに廃棄方法及び場所 | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-4-2 |
| RIを誤って吸入・経口摂取した場合又は吸入・経口摂取するおそれのある場所に立ち入る場合に、内部被ばく線量の測定を行っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-7-3② |
| 診療用照射装置・器具使用室、診療用・PET診療用ＲＩ使用室、貯蔵施設、放射線治療病室において、1ヵ月に1回以上汚染状況を測定し、記録を5年間保存している（遮へい壁が一定で、機器が固定されている場合を除く） | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-4-3 |
| 安全管理 | 診療用放射線技師をPET診療に関する安全管理に従事させている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-19-1① |
| 放射線の防護を含めた安全管理の体制を目的とした委員会等を設けている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-19-1② |
| PET診療用RIを使用できる医師、歯科医師を配置している●常勤職員　●PET診療に関する安全管理の責任者　●核医学診断の経験が３年以上●PET診療全般に関する研修を修了している | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-19-2 |
| 作業時は作業衣を着用し、作業衣を着用したままみだりに室外に出ないようにしている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-6-1 |
| 放射線治療 | 診療用放射線照射装置又は器具を持続的に体内に挿入している患者、（PET）診療用RIにより治療を受けている患者を、放射線治療病室以外に入院させていない（防護措置を講じればこの限りでない） | [ ]  いない　[ ]  いる | 2-2-5 |
| 上記以外の患者を放射線治療病室に入院させていない | [ ]  いない　[ ]  いる | 2-2-6 |
| 治療を受けている患者に適当な標示を付している | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-9 |

（備考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RI使用室 | 出入口は１か所としている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-4-2 |
| 作業衣を着用し、着用したまま外に出ないようにしている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-6-1 |
| RIで汚染されたものの室外への持ち出しを禁止している | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-6-2 |
| RIの使用廃止後の措置について適切な措置を取っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-11-2 |
| 出入口付近に放射線測定器・汚染除去器を設置している | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-14-1 |
| 準備室には洗浄設備を設け、フード、グローブボックス等を排気設備に連結している | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-14-2 |
| 貯蔵・運搬 | RI装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通ずる部分（扉、ふた等）に、閉鎖のための設備又は器具（鍵等）を設けている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-13-1 |
| 貯蔵施設には、遮へい等可能である貯蔵容器を備えている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-15-1 |
| 貯蔵容器は、空気を汚染するおそれのある元素を入れる場合は気密な構造とし、液体状の元素を入れる場合はこぼれにくい構造で、液体が浸透しにくい材質である | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-15-2 |
| 貯蔵容器である旨を示す標識を付している | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-15-3 |
| RIにより汚染されたものをみだりに室外・施設外に持ち出さないようにしている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-6-2 |
| 廃棄 | 液体状の放射性汚染物を排水、浄化する場合には、適切な排水設備を設けている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-10 |
| 排液処理槽の上部開口部は、ふたのできる構造とするか、さく等を設け、人がみだりに立ち入らないようにしている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-13-2 |
| 排液流出の調整装置が設けられている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-16-1 |
| 気体状の放射性汚染物を排気、又は浄化する場合には、適切な排気設備を設けている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-10 |
| 排気設備に故障が生じた場合、RIによって汚染された空気の広がりを急速に防止できる装置を設けている | [ ]  いる　[ ]  いない | 6-16-2 |
| 排気口・排水口、排水・排気監視設備のある場所において、排水・排気の都度RIによる汚染状況の測定を行い、記録を5年間保存している | [ ]  いる　[ ]  いない | 3-4-3② |
| 施設の清掃業務を委託する場合は、契約書を作成し、規則で定める基準に適合する業者に委託している | [ ]  いる　[ ]  いない | 4-10 |

**１０　医薬品安全管理**

（備考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 安全管理体制の確保 | 医薬品安全管理責任者を配置している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-13-1 |
| 業務が医薬品業務手順書に基づいて実施されていることを定期的に確認している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-13-3,4 |
| 医薬品の安全使用のための研修を実施している●医薬品の有効性・安全性に関する情報　●管理・使用方法●医薬品業務手順書　●副作用が発生した場合の対応　●事故防止対策 | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-13-2 |
| 医薬品業務手順書を作成し、必要に応じて見直しをしている●医薬品の採用・購入に関する事項　●医薬品の管理に関する事項●患者に対する医薬品の投薬指示から調剤・与薬や服薬指導に関する事項　●医薬品の安全使用に係る情報の取扱い（収集、提供等）に関する事項　●他施設（病院、薬局等）との連携に関する事項 | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-13-3 |
| 医薬品の管理 | 消毒剤に開封日を記載し、適正に管理している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 配置薬の定数・期限・温度等を適正に管理している | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 医薬品開封後の期限管理を適切に行っている | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 劇薬は他のものと区別して保管し、容器等に表示をしている | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-5-1,2 |
| 毒薬は鍵のかかる専用の保管庫に保管し、容器等に表示をしている | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 向精神薬は鍵のかかる設備内に保管している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-5-3 |
| 麻薬は固定された鍵のかかる専用の保管庫に保管している | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 要注意薬については事故防止対策をしている●注意喚起表示　●取り間違い防止の措置　●配置場所の区別 | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 病院の採用医薬品リストを作成し、適宜改訂している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-13-3 |
| 医薬品安全管理責任者は、未承認の医薬品の情報収集、その他の医薬品の安全使用の改善のための方策を実施している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-13-5 |

**１１　医療安全管理**

（備考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療安全管理体制の確保 | 医療安全管理指針に必要事項を記載している●安全管理に関する基本的考え方　●委員会・その他の組織●従業者に対する研修　　●医療事故発生時の対応●事故報告等の改善方策　●患者との情報の共有●患者からの相談対応　　●医療安全の推進のために必要な基本方針 | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-10-1 |
| 医療安全管理委員会を設置し、業務を実施している●委員会の管理運営規定　●月に１回程度の定期開催●各部門の責任者等で構成　●重要な検討項目の管理者への報告　●問題発生時の原因究明●改善方策の立案・実施・周知　●改善策実施状況の調査・見直し | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-10-2 |
| 従事者に対して安全管理のための研修を年２回程度実施し、内容の記録を残している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-10-3 |
| 医療事故の対応 | インシデント・アクシデントの報告制度を活用し、再発防止策を院内に周知している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-10-4,5,10 |
| 管理者が院内で発生した医療事故（予期しない死亡・死産）を確実に把握するための体制を確保している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-10-9 |
| 医療事故発生時・事故調査終了時に、遅滞なく医療事故調査・支援センターに報告するとともに、予め遺族に説明している | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 安全管理部門（特定機能病院、臨床研修病院のみ） | 安全管理部門を設置し、医療安全管理委員会での決定方針に基づき業務を行っている●委員会資料、議事録の作成保管等●事故時の診療録等への記載・患者等への対応・原因究明の確認●医療安全に係る連絡調整　●その他の対策の推進 | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-10-7 |
| （特定機能病院のみ）医療安全管理責任者を設置し、医療安全管理部門、医療安全管理委員会、医薬品安全・医療機器安全管理責任者を統括している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-10-6 |
| （臨床研修病院のみ）安全管理者を設置し、安全管理部門・医療安全管理委員会の構成員に選任している | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 患者相談窓口を常設し、設置場所、担当者及び対応時間等について、患者等に明示している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-10-8 |
| 患者相談窓口の活動に関し、対応職員、相談後の取扱い、秘密保護、管理者への報告等に関する規約を整備している | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮をしている | [ ]  いる　[ ]  いない |

（備考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 高度医療の安全確保 | 高難度新規医療技術の提供に当たり必要な措置を行っている●提供の適否を決定する部門の設置　●遵守すべき規程の作成 | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-16,2-17-3,4 |
| 未承認新規医薬品等を用いた医療の提供に当たっての必要な措置を行っている●使用の適否を決定する部門の設置　●遵守すべき規程の作成 | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 安全管理体制の確保（特定機能病院のみ） | 患者に対する説明に関する責任者を配置している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-17-1 |
| 診療録等の管理に関する責任者を配置している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-17-2 |
| 監査委員会を年に２回以上開催し、必要な業務を行っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-17-5 |
| 入院患者が死亡した場合等は、速やかに医療安全管理部門に報告している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-17-6 |
| 他の特定機能病院と年１回以上相互に立入する等、連携し技術的助言を行っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-17-7 |
| 医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等の情報提供を受け付けるための窓口を設置している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-17-8 |
| 管理者、医療安全・医薬品安全・医療機器安全管理責任者は定期的に研修を受けている | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-17-9 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１２　医療機器安全管理** |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全管理体制の確保 | 医療機器安全管理責任者を配置している●医師（管理者を除く）、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であること●医療機器に関する十分な知識を有する常勤職員であること | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-14-1 |
| 職員に対し、必要に応じて医療機器安全使用に関する研修を実施し、内容の記録を残している●有効性・安全性　●使用方法　●保守点検　●不具合発生時の対応●機器の使用に関して特に法令上遵守すべき事項 | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-14-2 |
| 保守管理 | 保守管理計画を策定している●医療機器名　●製造販売業者名　●型式●日常・定期点検をする予定の時期、間隔、条件等 | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-14-3 |
| 保守点検を外部委託する際に、実施状況を把握している | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 保守点検の実施状況、機器の使用状況及び修理状況を評価し、保守点検計画の見直しを行っている | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 情報管理 | 添付文書、取扱説明書等を保管管理している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-14-4 |
| 不具合情報、安全性情報を製造販売業者等から一元的に収集し、院内に周知している | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 院内で発生した不具合情報は、病院管理者へ報告している | [ ]  いる　[ ]  いない |

**１３　院内感染対策**

（備考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 院内感染対策体制の確保 | 院内感染対策指針に必要事項を記載している●院内感染対策に関する基本的考え方　●委員会・その他の組織●従業者に対する研修　　　　　　　　●感染症の発生状況の報告●院内感染発生時の対応　　　　　　　●当該指針の閲覧●その他院内感染対策の推進のために必要な基本方針 | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-11-1 |
| 院内感染対策委員会を設置し、業務を実施している●委員会の管理運営規定　　　　　　●月に１回程度の定期開催　●重大事案発生時の臨時開催　　　　●職種横断的な構成　●重要な検討項目の管理者への報告　●感染発生原因の分析●改善策の立案・周知　　　　　　　●改善策実施状況の調査・見直し | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-11-2 |
| 従事者に対して院内感染対策に関する研修を年２回程度実施し、内容の記録を残している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-11-3 |
| 院内感染対策マニュアルを作成し、院内に周知している●標準予防策　　　　　　　　●感染経路別予防策●院内の環境整備・衛生管理　●器材の洗浄・消毒・滅菌●感染性廃棄物の取扱い　　　●院内感染発生・疑い時の報告体制　など | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-11-4 |
| 感染制御チームを設置し、院内を定期的に巡回している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 院内感染対策者を配置している（特定機能病院のみ） | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-11-5 |
| その他の院内感染対策の確保 | 院内における感染症の発生動向を把握し、情報共有している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-11-4 |
| アウトブレイクを疑う場合、速やかに保健所等に報告している | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 感染症に罹患した従事者は、回復するまで就業を控えている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 従事者に対し、手指衛生・個人防護具の使用等を指導している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 高頻度手指接触面は、定期的にアルコール等で消毒している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 衛生管理・消毒等 | 輸液剤等の準備は清潔区域で衛生的に行っている  | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 経管栄養の投与ボトルやチューブは単回使用とし、複数回使用する場合は適正に管理している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 流し台は手洗い用と汚染物用を区別している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 診療材料や消毒薬等は期限管理し、衛生的に保管している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 院内清掃・消毒を適切に行っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-6-1 |
| 消毒・滅菌の必要な器具は、現場での一次洗浄は行わず、中央部門で一括して洗浄している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 使用後の汚染器材は個人防護具を着用して取扱い、滅菌済みの物品の搬出等と経路が交差しない動線としている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 器材の洗浄・滅菌用機器の日常・定期点検を適切に行っている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| インジケータにより滅菌効果をモニタリング管理している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 内視鏡の吸引チャンネルは酵素系洗浄剤で洗浄している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 内視鏡の消毒は、高水準消毒薬を適切に使用している●症例ごとの消毒　●個人防護具の着用と室内換気●密閉容器の使用　●テストペーパーによる始業時の濃度確認 | [ ]  いる　[ ]  いない |  |

**１４　検体検査**

（備考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検体検査 | 病院内で検体検査を実施している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |

**検体検査を実施している場合は、以下の項目についても自主点検をしてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 精度管理体制 | 検体検査の精度の確保に係る責任者を配置している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-18-1 |
| 遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を配置している●医師、歯科医師、臨床検査技師であること又は相当の知識及び経験を有している（３年以上の実務経験がある）者であること | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-18-2 |
| 従事者に対し、検査業務についての研修を実施している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-18-6,7 |
| 内部精度管理を実施している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-18-6,7 |
| 外部精度管理調査を受検している | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 作業書の作成 | 検査機器保守管理標準作業書を作成している（※医療機器の添付文書、取扱説明書等をこの標準作業書としてよい） | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-18-3 |
| 測定標準作業書を作成している | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 作業日誌 | 検査機器保守管理作業日誌を作成している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-18-4 |
| 測定作業日誌を作成している | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 台帳 | 試薬管理台帳を作成している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-18-5 |
| 統計学的精度管理台帳を作成している（内部精度管理） | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 外部精度管理台帳を作成している（調査機関報告書で代替可） | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 他の病院又は診療所からの受託 | 検体検査業務を他の病院又は診療所から受託している場合は、必要な基準を満たしている●責任者等の配置　●検査用機械器具を有している●標準作業書・作業日誌・台帳の整備 | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-18 |
| 検査室 | 検査室の空気が他の施設へ流入しないようにしている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 湿性生体物質（血液、体液、排泄物等）に触れるときは、手袋を着用している | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 検体の取り間違い防止対策を講じている | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 試薬や検体等の適切な温度管理を実施している | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 毒劇物を適正に管理している | [ ]  いる　[ ]  いない |

**１５　入院関係**

（備考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病棟管理 | 病棟・病室を適正に管理している●病棟・病室定床数遵守　●病室として許可を受けた部屋に患者を収容 | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-2-1,2,3 |
| 廊下等に障害物を放置せず、安全性に配慮している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 新生児を適切に管理している●看護要員の配置　●児の識別措置　 | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-3-1,2 |
| 感染症病棟を適切に管理している●他の病棟及び外部との人の交差をなくすこと●病室からの空気の他の部分への流入防止　●消毒設備の設置 | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-2-4 |
| 衛生管理 | 汚物処理室での作業は防護具を着用している | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-6-2 |
| リネン庫には清潔リネンのみを置いている | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 感染性リネンは専用の蓋付き容器や袋に密封して保管・搬送している | [ ]  いる　[ ]  いない |
| 浴室は使用後に清掃・乾燥を実施し、清潔に保っている | [ ]  いる　[ ]  いない |

給食

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 原材料の管理 | 納入時には調理従事者等が点検を行い、食材の分類ごとに保管している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 原材料について記録を１年間保管している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 原材料の温度管理について記録を残している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 給食施設の管理 | 給食施設は清潔を保持し、適切な管理を行っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-7 |
| 使用水の始業前及び調理作業終了後の検査記録を残している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 食中毒発生時等に厨房が使用できなくなった場合の食事提供方法について定めている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 調理従事者等の管理 | 流水・石けんで手指の洗浄及び消毒を行っている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 月に１回以上、次の項目を含めた検便を受けている●腸管出血性大腸菌　●10月～3月は流行状況等の必要に応じてノロウイルス | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 健康チェックを毎日実施している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| トイレ使用時は衣類の着脱を行っている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |

**１６　透析・精神科の管理**

（備考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 透析 | 透析機器安全管理委員会を設置している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 専任の透析液安全管理者（医師又は臨床工学技士）を配置している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 月１回以上透析液の水質管理を実施している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 透析操作に関するマニュアルを整備している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 感染対策が適切に行われている●透析操作前後の手洗い等　●定期的な施設の清拭消毒　 | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 精神科 | 常に患者に接しやすく見通しのよい体制が整っている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 保護室内のトイレを清潔に保っている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **１７　防火・防災体制** |  |  |
| 防火・避難体制の確保等 | 防火管理者及び夜間防火管理責任者を設置している | [ ]  いる　[ ]  いない | 5-1-2 |
| 消防計画を作成し、消防署へ届出を行っている | [ ]  いる　[ ]  いない | 5-1-1 |
| 消火訓練・避難訓練をそれぞれ年2回以上実施している●１回は夜間・休日を想定することが望ましい  | [ ]  いる　[ ]  いない | 5-2 |
| 避難確保計画の作成・報告を行い、避難訓練を実施している●対象は洪水浸水想定区域内、土砂災害警戒区域内及び津波災害警戒区域内にある施設 | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 職員緊急連絡表を作成し、各部署に配布している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 火気を使用する場所（検査室、調剤所、歯科技工室等）には防火上必要な設備を設けている | [ ]  いる　[ ]  いない | 2-5-45-3 |
| 消防用設備等の点検・報告を実施している●総合点検年1回実施・報告　●機器点検6か月に1回実施 | [ ]  いる　[ ]  いない | 5-4 |

**１８　新型コロナウイルス感染症対策**

（備考）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **診察関係** | 従事者はサージカルマスクを着用し、アルコール等による手指消毒をこまめに行っている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 使用した器材や患者の高頻度接触部位、トイレ等は、定期的に消毒剤を用いて清拭消毒している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 定期的に施設内の換気を行っている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 上気道の検体採取（鼻咽頭拭い液等）を行う場合は、眼・鼻・口を覆う個人防護具・手袋・ガウン・キャップを着用している（着脱時に眼・鼻・口に触れないように注意している） | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 外来患者等の検温を実施している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 院内ではマスクを着用するよう注意喚起している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 発熱や呼吸器症状を訴える患者は、専用の部屋等で対応するなど、他の患者と接触しないようにしている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 待合のイスの間隔をあけている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| **職場関係** | 出勤前等の体温測定などにより、従事者の体調に問題がないことを確認している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 休憩室や詰所はこまめに窓やドアを開けて換気している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 従事者が集まる機会を減らす、休憩時間をずらすなど、３密を避ける対策をしている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| マスクなしでの会話や飲食を避けている | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 共用のパソコンのキーボードやタブレット端末等はこまめに消毒している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 更衣室やエレベーターを定期的に消毒している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 感染対策委員会を適宜開催し、従事者に内容を周知している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| **日常生活関係** | 日ごろから体調管理を行い、発熱や呼吸器症状がある場合は職場に行かず、電話等で職場の管理者に相談している | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 日常生活においても３密を避けるよう、指示している　・スーパーなどへの買い物は混雑しない時間帯に行く　・飲食店では他の人との距離を十分に確保する　・エレベーターが混雑している時は、１本遅らせる　など | [ ]  いる　[ ]  いない |  |

**患者・職員の新型コロナウイルス感染症陽性が判明した場合等の対応**

**（陽性判明した場合に実施することとしている対応について回答してください。）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **患者の陽性が判明した場合等の対応** | 陽性患者は個室に収容し、部屋の換気をこまめに行う | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 患者にはマスクを着用させ、患者の移動は必要な目的に限定する | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 患者が触れた部位や器材の消毒を徹底する | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 患者が使用した食器、リネン類を適切に消毒する | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| タブレット端末を活用するなどして、陽性患者と接触する機会を最⼩限にする | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 環境消毒を行うスタッフはマスク、ゴーグル、フェイスシールド、ガウン、手袋などの必要な個⼈防護具を着用する | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 患者を隔離する場合は、ゾーニングについて規定し、院内に周知する | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| **職員の陽性が判明した場合等の対応** | 陽性となった職員が立ち入った場所を特定し、その場所の消毒を徹底する（詰所等に限らず、更衣室や食堂、休憩室についても利用状況を把握すること） | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 濃厚接触者を特定し、健康状態を確認する | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 必要に応じてPCR検査を行い、感染の広がりを確認する | [ ]  いる　[ ]  いない |  |
| 感染対策委員会を開催し、今後の対応を決定するとともに、全職員に周知する | [ ]  いる　[ ]  いない |  |

**今後の改善事項**

|  |
| --- |
|  |