

医療安全相互チェックシート

受審病院 : (阿蘇立野病院)
 チェック病院 : (阿蘇医療センター)

評価基準	A:適切に行われている、あるいは十分である B:適切に行われているが改善が必要、あるいは十分でない C:不適切である、あるいは行われていない X:判定不能(当該医療機関では実施の必要性がない項目、確認が行えない項目等)
------	--

令和 7年 3月 26日 確定

受診予定日 (令和 7年 3月 31日)

チェック項目		自己評価	コメント
I 医療安全管理体制の整備			
チェックの視点:患者が相談しやすいように、相談窓口や担当者などが明確にされている事。また、必要な経験や知識を有する職員が配置されている事など、相談支援体制が確立していること。職員の医療安全管理に対する最新情報が提供されていることなどを評価する。			
1	医療安全管理規定について、患者及び家族等に対して閲覧できるよう工夫されている。	A	院内掲示・HP記載
2	医療安全に関する通知や情報提供などがあった場合、職員に周知している。	A	安全管理委員会・業務改善協議会・運営協議会及び各局協議会を通し伝達、また急を要する場合は、職員グループLINEにより伝達する。
3	患者相談窓口を設置し、医療安全に関する相談もできることが、患者及び家族に周知され、プライバシーに配慮された環境で担当者が相談に対応する体制が整っている。	A	当院相談窓口にて、看護師及びMSWが対応、内容により医療安全管理者も対応する。
4	苦情や相談で医療安全にかかわるものについては、医療安全管理室(対策室)に報告し、当該病院の安全対策の見直しなどに活用している。	A	医療安全管理者へ報告後、医療安全管理委員会にて報告し対応を検討する。
II 医療安全管理のための具体的方策の推進			
チェックの視点:院内の医療安全に関する情報を収集・分析し、事故防止に向けた活動を行っていることを評価。また、院外の医療事故や安全強化に関する情報を収集し、自院の事故防止に活用していることなどを評価する。			
1 ヒヤリハット事例の報告及び評価分析について			
5	どの職種においても、ヒヤリ・ハット体験の報告が適切に行われている。	B	職種により報告件数に差がある。医師からの報告がないのが課題。
6	医療安全推進担当者は、ヒヤリ・ハット体験報告などから、当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載して、医療安全管理室(対策室)に提出している。	A	報告書を用いて、各部署での検討・対策立案後、医療安全管理委員会にて報告・提出している。
7	警鐘事例については組織された分析チームなどで検討され、職員に分析結果や対策がフィードバックされている。	A	医療安全管理委員会にて事例を抽出し、必要時RCA検討会にて対策立案、結果を各部署へフィードバックしている。
2 医療事故情報収集事業などに係る報告について			
8	(財)医療機能評価機構が行う「医療事故情報収集・分析・提供事業」及び「ヒヤリハット事例収集・分析・提供事業」に報告している。	C	報告体制ができていない ・ヒヤリハット報告書の見直し ・報告システム検討中
3 医薬品・医療機器等安全性情報報制度に関する報告について			
9	医薬品又は医療機器の使用による副作用、感染症又は不具合が発生した場合、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止する観点から報告の必要があると判断した情報(症例)は、(独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)に報告している。	A	現在の所報告事例は無いが、必要に応じて「医薬品」「医療機器」いずれもPMDAへの情報提供体制はできている。
III 医療事故発生時の具体的な対応			
チェックの視点:医療事故が発生した際は適切に報告を行っており、対外的な公表に関しては、医療安全管理の指針に基づき適切に対応していること。また、患者・家族に対し適切に対応していることなどを評価する。			
1 医療事故の報告について			
10	報告を要する事例は、委員会などで検証作業を行ったうえで報告されている。	A	事故報告は委員会内で検証し、報告の必要性がある場合にはマニュアルにて報告体制は整備されている。
11	事故発生後速やかに報告できる体制が整備されて、報告した事例がある。	A	報告事例は無い
12	医療事故報告書については、医療安全管理室において保管している。	A	
2 患者・家族への対応について			
13	医療事故発生時の詳細な病状等の説明においては、当事者の医師の他、必要に応じて部門の責任者や医療安全管理者が立ち会っている。	A	
14	患者の回復に向け、当該診療科と関連診療科でチームを組み最善の治療を提供している。	A	
3 事実経過の記録について			
15	医師・看護師等は患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容などを、診療録、看護記録等に初期対応後速やかに詳細を記録している。	A	
16	事故の種類、患者の状況に応じ、できる限り経時的に記載を行っている。	A	
17	想像や憶測に基づく記載は行わず、事実を客観的に正確に記載している。	A	
4 警察への届け出について			
18	医師法に基づき、死体又は妊娠4月以上の死産を検案して異状があると認めた時は、24時間以内に管轄警察署に届け出を行っている。	A	
チェック項目		自己評価	コメント
5 重大な医療事故が発生した場合の対外的公表について			
19	重大な医療事故などが発生し場合には、医療安全管理のための指針に基づき適切に対応している。	A	直近での重大な医療事故事例はないが、体制は確保できている。

Ⅳ 医療事故の評価と医療安全対策への反映		
医療事故の評価と医療安全対策への反映 チェックの視点:医療事故に対する院内検証が行われ、原因究明と再発防止に向けて組織的に取り組んでいることなどを評価する		
1 院内での医療事故の評価検討について		
20	医療事故発生時、適時適切に医療安全管理委員会のメンバー等により医療事故の検証を行い、原因分析をしている。	A
21	これまでに講じてきた医療安全対策の効果や同様の医療事故事例を含め、評価し検討を加えている。	A
22	医療機器が原因であった場合、医療機器メーカーへの機器改善要求を行う検討をしている。	A
23	医療事故の効果的な分析を行い、事故の再発防止に資することができるよう、必要に応じて根本的原因分析など、より詳細な評価分析を行っている。	A
24	医療事故の原因分析などについては、委員会です十分に検討した結果を医療事故報告書に記載している。	A
2 院外の有識者を交えた事故調査委員会について		
25	医療事故調査制度に該当しない事案であって、かつ院内の医療安全管理委員会で、原因などについて十分な結論付けができない場合など拡大医療安全検討委員会を開催する体制ができている。	B
Ⅴ ケア・プロセスに着目した医療安全体制について		
Ⅴのチェックの視点については、チェック項目が広範囲にわたるため、中項目にそれぞれに視点を記載。		
1 指示・伝達		
チェックの視点:医師の指示や結果などの情報が迅速かつ正確に伝達されていることを評価する。		
26	確実な指示出し・指示受け・実施の仕組みが確立している。	A
27	口頭指示、臨時指示等の手順が明文化されている。	A
28	検査結果において、患者や病態の確認、緊急処置、治療法の変更などを要するデータがあった場合には、速やかに主治医に伝えるシステムが確立されている。	A
2 患者誤認対策について		
チェックの視点:患者誤認対策としては、患者取り違え防止、治療部位の間違い防止、検体等の取り違え防止、手術前のタイムアウト等の誤認防止策の導入と実施状況など評価。		
29	各部門では、それぞれに患者誤認を防ぐための具体的方法が示され、実施されている。	A
30	氏名確認の為、患者にも名前を名乗っていただき患者参加型の対応がとられている。	A
31	名乗れない患者を含む患者の認証についてはIDバンドやバーコードシステムを使用する等工夫されている。	A
32	指示内容の確認及び照合は、指差し呼称を実施している。	A
3 インフォームド・コンセント		
チェックの視点:説明すべき内容が分かりやすく患者に説明されている事、また、同意を得る際には、患者の意思が尊重されていることを評価する。		
33	説明と同意についての基本的な取り組み姿勢が明文化されている。	A
34	説明に際しては、例えば図や模型を使用する、専門用語はできるだけ使用しないことなど、患者の状況に応じて適切で分かりやすい説明に向けた工夫がなされている。	A
35	説明者、同席者、説明内容、署名による同意及び患者の理解度等の情報が確実に診療録に記載されている。	A
4 手術における安全対策		
チェックの視点:手術前のタイムアウト方式など誤認防止策の導入と実施状況、また関係職種が連携して円滑、安全に手術・麻酔が実施されていることを評価する		
36	タイムアウト等患者確認や手術部位確認の工夫がされている。	X
37	手術に使用する機器、器材の術前確認と準備を確実にしている。	X
38	患者とカルテは常に一緒に移送し、手術室への搬入は原則として名札付の入院ベッドで行う。	X
39	手術体位による神経・循環障害を防止する工夫がされ、術後に症状の有無が観察記録されている。	X
40	手術に伴う針やガーゼや器具の遺残防止対策として、数量の点検と記録が行われ、基準を設けレントゲンによる確認が実施されている。	X
41	麻酔医により術前訪問、術後訪問が行われ記録されている。	X
チェック項目		自己評価
5 医療機器		コメント
チェックの視点:医療機器が、必要な知識を有する職員によって安全に使用されていることを評価する。		
42	人工呼吸器の設定条件、電源の接続、回路の接続、患者の状態をチェック表を用いてチェックしている。	A
43	人工呼吸器の説明書は一定場所を決め保管しており、機器の使用法は全員が必ず説明書を読んでいる。	A
44	人工呼吸器の設定条件は、医師が指示簿に記入している。	A

45	人工呼吸器のアラームが鳴った場合、スタッフステーションで確認できる体制になっている。	A	人工呼吸器本体からのアラームが十分聞こえる病室を選択することにより、対応できている。
46	停電に備えた対策を立てている	A	自家発電用のコンセントを使用する。
47	長期療養患者の使用する人工呼吸器については、医療安全の確保及びQOLの維持・向上の観点から、原則として「長期療養患者が使用する人工呼吸器の基本7要件」により選定した機種を使用している。	X	人工呼吸器を長期利用する患者対応は行っていない
48	人工呼吸器の不具合情報については、医療安全管理室へも適切に報告されている。	A	点検情報、不具合情報の報告体制は出来ている。
49	その他の医療機器(透析、体外循環)が適切に管理されている。	A	マニュアルに沿って管理中
6 薬剤			
チェックの視点: 薬剤の取り扱い防止等安全使用に向けた対策が、薬剤師を中心に各部署で実践されていること、患者の特性に応じて投薬・注射が確実・安全に実施されていることを評価する。			
	(1) 注射		
50	注射薬の払い出しは患者別に分けて搬送される。	A	薬剤課より払い出しが行われている。
51	注射薬の準備は1患者1トレイで行っている。	A	行っている。
52	注射薬と外用薬を区別するためにカラーシリンジ等を利用している。	X	
53	注射準備の環境を整備している。(準備台の整理整頓、清潔保持、準備中の兼務の回等)	A	
54	看護師の静脈注射に係る実施基準がある。	A	マニュアルあり
55	静脈の血管ラインと経管栄養ラインが区別され、誤薬防止のための専用チューブやシリンジや三方活栓等院内で統一された方法で実施している。	A	カラーシリンジの利用や、相互接続防止コネクタを使用している。
56	輸液ポンプ、シリンジポンプの使用に関する手順書がある。	A	マニュアルあり
57	医師は、処方開始時及び処方変更時には、治療内容を患者又は家族に説明し、必要に応じて記録する。	A	記録をするルールになっており、質的監査による確認を実施しているが、概ね記載されている。
58	薬剤確認(指示と照合含む)が手順化されている。	A	
59	薬剤投与時の確認事項(患者確認含む)が手順化されている。	A	
60	薬剤の受理から投与までの確認方法が明確化(与薬マニュアル等)されている。	A	マニュアルあり
61	自己管理能力がある患者と自己管理能力のない患者への対応が手順化されている	A	認知度や退院後の管理方法に応じて、毎食配薬、1日配薬、カレンダー管理、自己管理で対応している。手順書はないが、カンファレンスを行い配薬方法について、検討している
62	同じ時間帯で麻薬と睡眠薬などを連続して投与業務を行う場合には、紛失・量の誤認・誤薬を避けるよう工夫している。	A	麻薬投与の場合は、必ず看護師2人で薬と処方箋をみて、声だし確認している。麻薬と睡眠薬の時間が重ならないように調整している
(3) 麻薬			
63	施錠できる堅固な保管庫に保管し、各勤務帯毎に始業時、勤務終了時に帳簿と現物の残量を複数人でダブルチェックを行う。	A	金庫で保管し、勤務交替時に次の勤務者とダブルチェックしている。
64	麻薬受領の際は、その場で薬剤師(麻薬取扱者)と声を出し、患者名・薬品名・指示量・数量を確認している。	A	病棟で薬剤師と看護師が声出し確認を行っている。
65	定数管理を行っている部門では、チェック表を作成し、金庫からの持ち出し時には「持出し本数」、「残本数」を記載し、持出し者の氏名も記載する。	A	薬剤部門のみで台帳管理となっている
66	使用後の空アンプル、残薬は必ずスタッフルームに持ち帰り、麻薬保管庫に保管する。	A	アンプルは現在採用なし。残薬発生した場合は、返却を徹底している。
67	返納にあたっては、空アンプル・残薬・麻薬箋を照合し、返納理由と数の記載がされているか確認してから、担当看護師は薬剤師(麻薬取扱者)に直接手渡し返納する。	A	麻薬施用表の欄を用いて、返納表を作成している。
(4) 毒薬・劇薬			
68	毒薬は他の薬剤と区別し、施錠できる保管庫に保管してある。	A	
69	毒薬は他の薬剤と区別し、保管してある。	A	
70	保管場所に毒薬(黒地に白枠、白字で毒の文字)・劇薬(白地に赤枠、赤字で劇の文字)と明示してある。	A	
71	病棟等で定数保管されている場合には、定期的に数量確認が行われている。	X	毒薬の定数配置無し
(5) 向精神薬			
72	他の薬剤と区別し、原則として施錠できる設備内で保管してある。	A	
73	向精神薬の事故(盗難・紛失等)についての対策が記載されている。	A	毎週の棚卸にて、理論在庫との差異確認
(6) 抗がん剤			
74	抗がん剤のミキシングは、適切な体制及び環境下で行われている。	X	使用歴なし
75	抗がん剤の投与については、院内でレジメン(種類、用法、用量等を体系的に定めた治療計画書)が検討され、安全に投与される院内システムが構築されている。	X	
チェック項目		自己評価	コメント
(7) 造影剤			
76	ヨード系造影剤を使用する検査については、腎機能等チェックしたうえでオーダーし、造影剤の必要性や副作用等のリスクについても十分説明し、同意をとり実施している。	A	医師は電子カルテ上で腎機能をチェック後に検査オーダーし、同意書・説明書を提示し署名をいただいている。
77	造影剤の副作用発生時、血管外漏出時の対処方法が明文化されている。	A	マニュアルあり
78	造影剤副作用報告により報告するシステムが確立している。	A	副作用に対する情報共有、報告体制はある。
(8) その他			
79	ハイリスク薬剤の取扱いについてマニュアルが整備されている。	A	定期的な改定もマニュアル化している
80	薬剤に関連するショック及びアナフィラキシー様症状の情報・禁忌薬情報が収集され、対応策が手順化されている。	A	

81	患者が持参した薬剤の取扱いについて手順化されている。	A	
82	高濃度カリウムアンプル製剤は、病棟や外来では保管しない。 (例外的にICU等で保管する場合には、厳重な管理体制が確立されている)	A	薬局にて管理
83	医薬品集や添付文書等すぐに調べることでできる体制となっている。	A	電子カルテにて医薬品情報確認可能。 院内共有フォルダにて採用医薬品集を格納
84	薬剤部との連絡方法が記載されている。(オーダー時間の制限、オーダー時間外での指示の変更方法、品名、数量等が不明な時などの疑義照会方法等)	A	
85	品名や外観が似た薬剤について、取り違え防止のための工夫(表示の工夫、採用の変更等)を行っている。	A	該当薬剤の棚に、表示。 採用の際には、薬事審議会にて共有。
7 輸血			
チェックの視点:適正使用指針(ガイドライン)に基づいて、輸血等が安全に実施されていることを評価する。			
86	輸血(自己血輸血を含む)の準備、投与、保管管理の一連の実施に関するマニュアルが整備されている。	A	
87	患者(又は家族)に輸血療法に必要性やリスク等について十分説明し、理解を得ている。文書による同意を得て、診療録に添付している。	A	輸血療法説明書・同意書を提示しサインを頂き、電子カルテにスキャン後、サブカルテに綴じている。
88	輸血用血液の受け渡し時、輸血準備時及び輸血実施時に、交差適合試験、輸血用血液バック及び添付伝票とを照合しながら、「患者名、血液型、血液製造番号、有効期限、交差適合試験の結果」を確認している。	A	輸血伝票と輸血用血液バックを用いて全て確認している。
89	ABO血液型判定は、同一患者からの異なる時点での2検体で二重チェックを行っている。	A	
90	夜間・休日の血液型やクロスマッチなどの検査体制が整備されている	A	マニュアルに記載
91	信仰上の理由により輸血を拒否する患者対応が決められている。	X	対応は決まっていないが、同意が得られない場合は輸血できない。
92	輸血実施と即時型副作用の観察が適切に行われている。	A	輸血バスに沿って実施している。
93	輸血後感染症対策への配慮が行われている。	X	ガイドラインに基づいて輸血後の採血は廃止している。
8 個別部門			
94	臨床検査部門では、有機溶媒、毒劇物など危険性の高い薬品が適切に保管・管理されている。	A	
95	放射線部門では、放射性同位元素等の取扱いについて教育・訓練が行われている。	X	放射線同位元素は取り扱っていない。
96	リハビリを行うにあたり、患者の身体状況等について、事前に医師や看護師等との情報共有、意見交換が行われている。	A	事前に医師と看護師に確認し情報共有している。
9 経管栄養			
チェックの視点:チューブの誤挿入防止対策の導入と実施状況の評価する。			
97	経管栄養開始前にチューブが消化管に入っていることを複数の方法で慎重に確認している。	A	エアー音確認と胃液確認を実施 必要に応じてX線撮影も実施している。
10 深部静脈血栓			
チェックの視点:肺血栓塞栓症・深部静脈血栓症の予防ガイドラインに沿って対策の導入と実施状況の評価する。			
98	深部静脈血栓症・肺塞栓症のリスク評価が行われている。	X	行われていない
99	リスク評価に基づいて計画が立てられている。	X	立てられていない
100	実施された事を記録している。	X	記録されていない
11 身体抑制			
チェックの視点:患者の安全確保のため、必要時に身体抑制や行動制限が適切に行われていることを評価する。			
101	安全確保のための身体抑制に関する病院の方針や適応基準や手順がある。	A	マニュアルあり
102	抑制に関する患者・家族の同意をとっている。	A	身体拘束に関する説明書にサイン頂いている。
103	適切な身体抑制等のリスク評価が行われている。	A	毎日の記録
104	リスク評価に基づいて計画が立てられている。	A	
105	実施されたことを記録している。	A	毎日の記録
12 転倒・転落			
チェックの視点:転倒・転落のリスク評価が行われ、結果に基づく防止策が実践されていることを評価する。			
106	アセスメントシートを活用している。	A	
107	アセスメントシートに基づく計画が立てられている。	A	
108	実施されたことを記録している。	A	
109	病室、ベッドの種類、位置、柵など、使用前に安全の有無を点検している。(ベッドの高さ、柵の位置、車いすのブレーキ・エア、固定ベルト等)	A	定期点検を実施している。
110	点滴スタンド、車いす、ポータブル便器などは所定の場所に置き、ベッド周辺の医療器具、コード類が整理されている。	A	保管、整理ルールは定められており、5Sラウンドにて確認している。
111	病室、廊下等に配膳の際の水こぼれや雨天時の水たれなどの有無を確認し対処している。	A	

チェック項目		自己評価	コメント
13 感染防止			
チェックの視点:院内の医療関連感染に関する情報を収集・分析し、感染防止に向けた活動を行っていること、医療関連感染制御に関するマニュアル・指針に基づいた、各部署における感染防止対策の実施状況、抗菌薬の適正使用を促進させるための仕組みと活動を評価する。			
	(1) 院内感染		
112	主要な病原体別の感染対策が整備されている。 例:多剤耐性菌感染症(MRSA・VRE・ESBL産生菌・MDRPなど)、結核、ウイルス感染症(麻疹・水痘・播種性带状疱疹・風疹・ムンプス・インフルエンザ・感染性腸炎)	A	

113	薬剤耐性菌週報(微生物学的検査にかかる状況を記した「感染情報レポート」が週1回程度)が作成され、委員会等で院内の感染症患者の動向を分析している。	A	
114	サーベイランスを実施している。 例:医療器具関連感染サーベイランス(人工呼吸器関連感染、中心静脈カテーテル関連感染、尿道留置カテーテル関連感染)、多剤耐性菌サーベイランス、手術部位感染(SSI)サーベイランスなど	A	JANIS(2019年1月～)参加
115	抗生薬抗菌薬の適正使用に取り組んでいる。	A	
116	受傷時の報告体制・対応がマニュアル化されている。	A	
117	針刺し事故防止対策(リキャップ禁止・安全機構付製品の導入・プラスチック針の導入など)がとられている。	A	
	(2) 針刺し		
118	針刺し事故がおこった場合、職員のHBウィルスの抗体検査がされ、ワクチンプログラムが行われている。	A	
	(3)医療用廃棄物(3)医療用廃棄物		
119	医療用廃棄物が適切に分別処理されている。	A	
	14 急変時の対応		
チェックの視点:窒息予防のための患者状態に応じた栄養管理が実施されていること、全職員を対象に心肺蘇生(CPR)の訓練が行われていること、また、院内急変コードが設定され、適切に対応されていることを評価する。			
	(1)窒息		
120	嚥下能力を評価する体制がある	A	
121	誤嚥のリスクが高い場合、別の栄養法を検討する体制がとられている。	A	STとのカンファレンス等により検討
	(緊急コール)		
122	緊急コールの方法が全職員に周知されている。	A	
123	緊急コールの対応がマニュアル等で整備されている。	A	マニュアルあり
124	全ての職員を対象にBLS研修を行っている。	A	消防隊に協力を依頼し実施している。
125	非常用カートや蘇生用装置が整備され、いつでも使用できるようになっている。	A	
	15 その他		
	(1) 個人情報保護について		
126	患者の個人情報の守秘について、情報管理体制が整っている。	A	個人情報保護マニュアルに従い対応 就業規則内にも記載している。
	(2) 食中毒発生時の体制について		
127	食中毒発生により厨房使用禁止となった場合でも、患者食提供体制が構築されている。		
128	入院患者から食中毒を疑われるような嘔吐、下痢症状が発症した場合、すぐに報告する体制(窓口)が決められている。	A	マニュアルあり
129	栄養関係職員(給食委職員含む)は毎月検便が実施され、食中毒菌が検出された場合には職員の就業対応が取り決められている。	A	委託業者のマニュアルあり
130	調理後の食品は、調理終了後からなるべく2時間以内に喫食されるよう努力している。	A	
131	異物混入(髪の毛やゴミ等)がおこった場合には、原因が調査され予防対策が検討、実践されている。	A	
132	誤配膳(患者配膳間違い、食物アレルギー等)がおこった場合には、原因が調査され予防対策が検討、実践されている。	A	
チェックの視点:患者等の緊急時に直ちに対応できる体制や施設設備が整っていることなど評価する。			
133	トイレに緊急呼び出しブザーが設置されている。	A	
134	トイレの鍵は緊急時外から開けられる	A	
135	浴室に緊急呼び出しブザーが設置されている。	A	
136	病室の窓は簡単に開けられないように工夫されている。	A	窓ロックにより開く範囲が固定されている。

I 委員会設置一覧			
	委員会の種類	自己評価	相互チェック
1	医療安全管理委員会が設置されており、概ね毎月1回開催されている。	A	毎月第2金曜日に実施
2	院内感染対策に関する委員会が設置されており、概ね毎月1回開催されている。	A	毎月第3木曜日に実施
3	重大な医療事故が発生し、院内の委員会でも過失の有無、原因などについて十分な結論づけができない場合等に拡大医療安全管理委員会が開催される体制が整備されている。	A	必要に応じ、外部委員参加の検討会開催体制はあるが、実績なし
4	栄養管理委員会が定期的に開催され、食中毒予防についても議論されている。	A	
5	放射線同位元素等に係る安全管理体制を設置している。	X	放射線同位元素は取り扱っていない
6	薬剤管理に関する委員会が設置されており、概ね毎月1回開催されている	A	医療安全管理委員会内で開催
7	医療機器に関する委員会が設置されており、概ね毎月1回開催されてる	A	医療安全管理委員会内で開催
II 研修会開催一覧表			
	項 目	自己評価	コメント
1	院内全体に共通する院内感染対策のための研修会を定期的に(年2回以上)開催しており、対象となる職員の 80%が参加している	A	年2回の開催、
2	開催された研修についての実施内容・職種別参加者の記録が残されている。	A	
3	医療機器の使用にあたっては、臨床工学技士や機器メーカーによる操作習熟のための研修を行っている。	A	NHF・輸液ポンプ・シリンジポンプ等の説明を実施
4	新しい医療機器の導入時は研修を行っている。	A	
5	医療安全管理の為に職員研修を定期的に(年2回以上)実施しており、対象となる職員の80%が参加している。	A	
6	開催された研修についての実施内容・職種別参加者の記録が残されている。	A	

7	新規採用研修(全職種)に医療安全にかかわる内容が含まれている。	A	
8	参加できなかった職員に対しては、何らかの方法で研修内容を伝達している。	A	後日動画で研修内容を確認
9	部署毎に医療安全に関する研修会や勉強会を開催している。	B	e-ラーニングなども活用し勉強の機会は作っている。勉強会の開催頻度については、バラツキがある
10	院外で開催している医療安全に関する研修会などに積極的に参加している。	A	

Ⅲ 規定及びマニュアル一覧表

	マニュアルの種類	自己評価	コメント
1	医療安全管理規定が作成されている。	A	
2	院内感染対策のための指針が策定されている。	A	
3	院内感染防止マニュアルが必要部署に整備されている。	A	
4	輸血に関するマニュアルがある(31、32を含めた項目があればよい)	A	
5	注射に関するマニュアルがある。	A	
6	与薬に関するマニュアルがある。	A	
7	手術に関するマニュアルがある。	X	
8	窒息に関するマニュアルがある。	A	
9	酸素吸入に関するマニュアルがある。	A	
10	気管切開(気管カニューレ装着)に関するマニュアルがある。	A	
11	経管栄養に関するマニュアルがある。	A	
12	転倒・転落に関するマニュアルがある。	A	
13	入浴に関するマニュアルがある。	A	
14	盗難に関するマニュアルがある。	A	
15	無断離院に関するマニュアルがある。	A	
16	自殺に関するマニュアルがある。	A	
17	停電に関するマニュアルがある。	A	
18	チューブトラブルに関するマニュアルがある。	A	
19	人工呼吸器に関するマニュアルがある。	A	
20	食中毒発生時の対応マニュアルが作成され、職員に周知されている。	A	
21	医薬品の安全使用のための業務に関するマニュアルがある。	A	
22	麻薬取扱いマニュアルが必要部署に整備されている。	A	
23	毒物劇物取扱いマニュアルが必要部署に整備されている。	A	
24	向精神薬の取扱いマニュアルが必要部署に整備されている	A	
25	病棟管理薬剤の取扱いマニュアルが必要部署に整備されている。	B	マニュアル化はしていない。救急カート内の薬剤は、使用後と毎月1日にチェック。その他の薬剤は毎日定数確認している
26	患者及び検体の誤認防止など、安全な検査実施手順が遵守され、マニュアルが整備されている。	A	検体検査マニュアル及び誤認防止マニュアルに応じて対応できている。
27	精度管理マニュアルが整備されている。	A	
28	針刺し・切創・血液・体液汚染等の対策がマニュアル等に明示されている。	A	
29	検査中の患者の急変時の対応がマニュアル等に明示されている。	A	
30	検査業務に関する手順・マニュアル等を整備し、安全対策などに活用している	A	
31	「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」(厚生労働省医薬食品局血液対策課)に基づいて各施設で文書化された輸血療法マニュアルが整備されている。	A	
32	不適合輸血等の事故対策マニュアルが整備されている。(4のマニュアルに含めて書いてはどうか)	A	
33	輸血検査実施マニュアル、関連検査の実施マニュアルが整備されている	A	
34	交差適合試験機器マニュアルを整備している(機器点検を含む)	X	用手法
35	深部静脈血栓症、肺塞栓症予防に関するマニュアルがある	X	NA項目の為、作成なし
36	放射性同位元素等による放射線障害を予防するための規定(放射線障害予防規程)及び運用細則を整備している。	X	
37	物理療法器具等の操作マニュアル等、リハビリに関するマニュアルが整備されている。	A	マニュアルあり