

平成16年度

医療事故防止のための相互チェック

報 告 書

平成17年6月

国立大学附属病院長会議常置委員会

## 目 次

I. はじめに	1
II. 平成16年度相互チェックの実施方法	2
III. 平成16年度相互チェック項目	3
IV. 平成16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. 研修医に対する安全管理体制について	6
2. 診療記録の管理及び内容	11
3. インフォームド・コンセント	14
4. 放射線部における安全管理体制	14
○自己チェック項目について	
・安全管理に関する総合的な体制整備	17
・医療そのものの改善を通じた安全性の向上	17
・医薬品・医療材料・医療機器の管理, 取扱い	18
・医療情報の積極的活用	18
・相互チェック改善状況	18
○おわりに	19
V. 参考となる報告例	
1. 研修医に対する安全管理体制について	20
2. 診療記録の管理及び内容	20
3. インフォームド・コンセント	21
4. 放射線部における安全管理体制	21
5. その他	22
資 料	
相互チェック調査結果（データ集計）	
1. 研修医に対する安全管理体制について	23
2. 診療記録の管理及び内容	30
3. インフォームド・コンセント	39
4. 放射線部における安全管理体制	40

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	46
2. 医療そのものの改善を通じた安全性の向上	56
3. 患者の参加等を通じた安全性の向上	60
（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	97
8. 医療情報の積極的活用	100
9. 医療事故が発生した場合の対応	104
10. 相互チェック改善状況	105
平成16年度相互チェック実施状況	106
相互チェックシート（平成16年度版）	107
自己チェックシート（平成16年度版）	151
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）	172

## I. はじめに

「医療事故防止のための相互チェック」は国立大学附属病院間で平成 12 年度から継続して実施されており、翌 13 年度からは平成 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行われている。

この間、国立大学附属病院を取り巻く環境は大きく変化した。平成 16 年 4 月に法人化という大きな改革が成し遂げられ、国立大学附属病院の在り方だけでなく、そこで働く医療従事者等も従来の国家公務員制度の枠組みから外れ、労働基準法が適用されることとなり、雇用制度も大きく変わることとなった。この他、卒後臨床研修の必修化、平成 16 年 10 月からの厚生労働省令に基づく医療事故情報収集等事業の実施や本年 4 月から個人情報保護法が施行された。

このような状況の中、医療安全管理体制問題小委員会としても平成 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点）」、本年 3 月には「国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針」を策定した。

この相互チェックにおいても、従来取り上げられていなかった「放射線部における安全管理体制」を加え、より充実した調査を行うようにした。各国立大学病院で調査にあたった方々にはご苦勞をおかけしたが、全ての調査が終了し、今般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附属病院の医療事故防止のための安全管理体制の確立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



## II. 平成 16 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 16 年度で 5 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附属病院間で相互に乗り入れて調査・提言を行うものがあり、平成 14 年度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、各国立大学附属病院で多額の旅費を負担しなければならないことや、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くることが問題点として挙げられた。このため平成 15 年度から他のブロックの大学を訪問することとし、チェック項目を相互チェックと自己チェックに区分し、更に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。

平成 16 年度の相互チェック項目では、平成 16 年 2 月にとりまとめられた「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点）」の実施状況を確認することとし、また、事前に行った各国立大学附属病院へのアンケート結果を考慮し、次の 4 項目とした。

- ① 研修医に対する安全管理体制について
- ② 診療記録の管理及び内容
- ③ インフォームド・コンセント
- ④ 放射線部における安全管理体制

上記以外のチェック項目については、各国立大学附属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。

上記のような実施方法により、平成 16 年 9 月 30 日から 11 月 26 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。

なお、本報告書は平成 16 年度における現状を分析したものであり、各国立大学附属病院においては、既に改善に向けての取り組みが進められているものと思われる。

### III. 平成 16 年度チェック項目

#### ○ 相互チェック項目

1. 研修医に対する安全管理体制について
  - 1) 研修医の指導体制について
  - 2) 卒後臨床研修プログラムについて
  - 3) 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
  - 4) 医師の指示，カルテの記入方法について
  - 5) 研修医の勤務体制について
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. インフォームド・コンセント
4. 放射線部における安全管理体制
  - 1) 入室の際
  - 2) 放射線検査の際
  - 3) 放射線検査終了後
  - 4) 機器等の管理
  - 5) 放射線治療について

#### ○ 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) ー相互チェック項目のため欠番ー
  - 3) ー相互チェック項目のため欠番ー
  - 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) ー相互チェック項目のため欠番ー
- 4. ー相互チェック項目のため欠番ー
- 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. 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
- 10. 相互チェック改善状況
  - 1) 平成 14 年度相互チェック改善状況
  - 2) 平成 15 年度相互チェック改善状況

## IV. 平成 16 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. 研修医に対する安全管理体制について

平成 16 年度からの卒後臨床研修の必修化に先立ち、医療安全管理体制問題小委員会では平成 15 年 10 月に各国立大学附属病院に対して「研修医に対する安全管理体制についてのアンケート調査」を実施した。このアンケート調査に基づき平成 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点）」を提言として策定し、国立大学附属病院における研修医の安全管理体制の整備及び教育研修体制の充実を図ることとした。

本チェック項目は、その提言の実施状況を把握することを目的としている。なお、巻末に資料として提言の全文を掲載しているので、参照されたい。

#### 1) 研修医の指導体制について

国立大学附属病院においては、既に医療安全管理のための組織が構築されている。一方で、研修医の教育・指導体制に関する検討を行うための委員会や、研修医の管理や評価、協力病院との連絡調整等を行う卒後臨床研修センター等の組織が整備されてきている。

研修医による医療事故の防止を図るためには、これらの組織が連携し、研修医に対する医療安全管理の教育・研修・指導体制を確立していくことが必要であり、その状況について調査した。「研修医が臨床に出る前に、医療安全管理に関する教育を行っている。（問②）」では全ての大学で実施されているが、「安全管理対策室と卒後臨床研修センターの連携が良く図られている。（問①）」を見ると 5 大学は「その他」とされている。これらの大学では、上部組織の連携はされているものの、「センターの構成員は一部の部署の医師で構成されており、各診療科レベルで常時研修医の安全指導・関わるメンバーがいない」との指摘や、医療安全に関する研修の実施に際して連携の不備を指摘されている。

研修に関して、「研修医が臨床に出る前に、必要な医療技術の研修の機会がある。（問③）」では、この 4 年間特段の変化が見られない。「ない」あるいは「その他」とされた 10 大学では、診療科毎に実施しているが病院全体としての研修が行われていないところもある。また、「卒後臨床研修センターで注射・診察手技等基本的な手技等についても実施し、静脈ライン確保等の練習器具を購入し、臨床に出る前の技術研修ができるようにしてほしいという希望が診療科からある」という報告もされている。ローテートにより診療科が変わることからも、研修医が臨床に出る前に輸液ポンプ・シリンジポンプの講習や基本的な診療手

技の研修を実施できるよう整備していただきたい。

指導医の要件については、厚生労働省の指定基準で次のように規定されている。

- |   |
|---|
| <p>① 指導医は、原則として、おおむね 7 年（臨床研修期間を含む。）の臨床経験（注 1）を有し、プライマリ・ケアを中心とした指導を行い得る十分な能力を有し、勤務体制上指導時間を十分にとれる者とする。</p> <p>② 指導医は、プライマリ・ケアの指導方法に関する講習会を受講していることが望ましいこと。</p> |
|---|

注 1：平成 19 年 3 月 31 日までは指導医の臨床経験は 5 年以上とされている。

各国立大学附属病院においても、上記の基準に基づきながら、指導医の要件や指導体制を明確に定める必要があるが、「指導医の要件を具体的に定めている。

（問⑤）」で「いる」とされた大学は 29 大学である。残りの大学では厚生労働省の基準に従っているとしているところが多いが、「各診療科内で定めている」大学や、「現在専任の指導医を配置できていない」とされた大学も見受けられる。リスクマネジメント研修や倫理研修の受講を要件としている大学もまだ少ないのが現状である。何よりも患者側の視点に立った安全性の高い医療が優先されなければならないことは当然であり、研修・教育に当たっても、このことに十分留意して行わなければならない。今後、指導医の要件については更に検討していただきたい。

また、「大学院生や研究生を指導医としていない。（問⑤・c）」では 4 大学が指導医としていっているとおり、3 大学が「その他」である。これらの大学は「診療科によっては教員の人数が少なく、教員のみで指導医を担当することは困難であり、現在、大学院生も含め指導医の役割を担っている状況がある」との指摘に見られるように人員不足を理由に挙げているところが多い。中には非常勤医師として採用している大学や、「専門領域の指導医認定を受けている者や、他の指導医や病棟医長が指導能力を認めた場合は、研修医の指導医としている診療科がある」としている大学もある。確かに大学院生は臨床経験が豊富である場合もあるが、診療の責任はあくまでも常勤医とすべきであり、本来研修医の指導に対して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しなければならない。

指導医に対する研修を実施した大学は大幅に増えているが（問⑥）が、「年度途中に採用された医師（特に指導医）に対して、院内の安全管理体制、病棟業務のルールなどの採用時教育を義務付けている。（問⑦）」を見ると、実施状況は低いように伺える。しかし、「いない」、「その他」の大学でも病院全体として実施さ

れていなくても、各診療科毎に実施している大学やリスクマネージャーが個別に実施している大学が殆どであり、採用時教育が徹底されていると思われる。

指導医の業務分担について、前述の厚生労働省の指定基準においても「勤務体制上指導時間を十分にとれる者とする」とされており、研修医の指導に必要な時間を十分確保できるような体制をとる必要がある。しかし、「研修医の指導に必要な時間を十分に確保できるよう、指導医の業務分担を配慮している。(問⑧)」では「いる」との回答は12大学だけである。それ以外の大学の殆どは人員不足を要因に挙げており、中には「**医師数を大幅に増員する必要があるが、地域医療等との兼ね合いもあり、非常に難しい**」との意見や「**日常業務と並行して指導すべきだが緊急手術など日常の臨床業務が多いため、必要十分な時間は確保は困難**」という意見もある。人員の問題は困難ではあるが、例えばチーム制を広く導入し、相互に補足し合いながら診療業務や研修医の指導にあたる等の方策を検討する必要がある。

現在の研修体制は、研修医がローテートにより診療科を異動していくことになるが、研修医の指導体制を病院全体として確立するためには、医療用語の統一や診療手順の標準化が必要になってくる。このことについて、「指導を行う医師の呼称や医療用語を病院全体で統一している。(問⑩)」、「診療上の手順を病院全体で標準化している。(問⑪)」を見ると実施されている大学はまだ少ない状況である。医療安全管理上だけでなく、臨床研修の円滑な実施のためにもこれらの問題について、十分取り組んでいただきたい。

研修医の指導体制として、主治医や指導医がいない場合でも、研修医が恒常的に診療や病棟業務に関する相談ができるような体制をとる必要があるが、「研修医が恒常的に診療や病棟業務に関する相談ができるように指導担当医師を各病棟で定めている。(問⑫)」では38大学で定められている。「その他」の大学でも「**恒常的に指導担当医師は決めていないが、連絡・相談が出来る体制をとっている**」としているところがあり、概ね連絡体制を維持する体制は確立されている。

## 2) 卒後臨床研修プログラムについて

卒後臨床研修プログラムの策定に当たっては、各大学とも十分な取り組みがされていることが伺える。内容についても、胃チューブ挿入の仕方や人工呼吸器の使用方法等、実践的かつ基本的な知識や技術、面接・接遇、インフォームド・コンセントの取得方法が盛り込まれている。ただ、「**薬剤の希釈計算等の基礎知識について、研修医に確認している。(問⑤)**」では実施している大学は若干少なくなっている。薬剤濃度の計算違いにより投与量を間違えることも起こり得るので、そのような基礎知識の確認も十分していただきたい。

### 3) 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

「研修医が単独で行ってよい指示や処置，指導医と共に行うべき処置について基準がある。（問①）」では，「ある」とされた大学が前年度の 9 大学から 40 大学と飛躍的に延びている。平成 15 年 10 月に実施したアンケート調査でも，「ある」大学は 14 大学であり，その時点では「研修医は指導医の監督のもとで指示や処置を行うべきであり，各診療科の基準を特に設けていない」等の意見が出された。このような状況に対し，指導医によって指導内容や処置のルールが変わることは，安全管理上だけでなく病院全体として確立された研修を行う上で支障が出ることから，研修医の行い得る医療行為に関して，①研修医が単独で行ってよいものと，②研修医が単独では行っていないものに区別し，基準を明文化することを提言した。今回の相互チェックの結果では，その提言を基に各大学で基準の整備を行ってきたことが伺える結果となっている。

「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。（問③）」では 37 大学が「ある」とされ，「その他」の 4 大学も明文化されたルールはないが各指導医がチェックしており，体制が整備されてきている。しかし，研修医が行った処方や処方変更について，指導医のチェックが十分に確認できている大学は少ないように見える（問④，問⑤）。しかし「その他」の大学を見ると，指導医のチェックはルール化しているが確認するサインがないという状況であり，チェックはされているようである。今後は，処方オーダーの誤りによるインシデントを防止するためにも，確認方法を検討していただきたい。大学によっては「基本的には研修医が行った全ての処方箋，注射箋に対して指導医のサインが必要であり管理が行われている。ただし，研修医が指導医を探す必要があり時間的な無駄がある。指導医を増やすなどの対応が必要である」と問題点を指摘されたところや，「研修医独断での治療の変更は全て禁止。処方変更等はすべて指導医の指示による」という運用をしている大学もあった。

危険性の高い薬剤について，研修医が処方する場合に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付けている（問⑥），明文化されている（問⑦）大学も，「いる」とされた大学はそれぞれ 33 大学（前年比：+13），31 大学（前年比：+10）と大幅に延びている。

また，抗がん剤の注射等（問⑧）や輸血（問⑩）について，必ず指導医が立ち会っている大学もそれぞれ 32 大学（前年比：+14），33 大学（前年比：+10）と大幅に改善されてきている。なお，「その他」の大学で「立ち会いのもとでの実施を原則としているが，それぞれの薬剤について，指導医による 3 回以上の立ち会いで安全に実施されていると判断した場合は，指導医の責任において，必ずしも立ち会う必要はないとしている」というように，初回から数回は立ち会うとしている大学もあったが，抗がん剤の投与量を間違えた場合等は，患者に与える影



響も大きくなるので、確実な安全対策をとるようにする必要がある。

本項目のチェック事項では、研修医の医療行為について、医療現場での指導体制については、改善が図られていることが伺えた。しかし、一方で指導医のチェックの確認について、電子カルテのためサイン確認ができないという問題も幾つかの大学で挙げられている。新たなシステムの導入に当たっては、医療安全対策にも十分留意の上、進めていただきたい。

#### 4) 医師の指示、カルテの記入方法について

不明確な指示は薬剤の投与量間違い等を起こすことにもなり、また、診療記録の記載が不十分な場合は、診断の根拠となる情報や臨床経過、結果等を正確に伝えることができない。研修医の指導に当たっても、病院全体としての指示の出し方や診療記録の記入方法のルール化を図り、指導することが必要である。「指示情報を正確に伝えるため指示の出し方をルール化している。(問①)」では「いる」大学が 36 大学であり、「その他」の 6 大学についても「**全ての診療科あるいは病棟間における指示の出し方については現在、統一化を図ろうとしている**」ところであり、ルール化へ向けて検討がされていると考えられる。研修医はローテーションにより診療科を異動するため、指示の出し方について統一していくことが重要である。

診療記録の記入方法について、「指導医は研修医に対して、カルテの記載方法の指導を十分行っている。(問⑥)」(「いる」: 36 大学, 「その他」5 大学) や「研修医の記載したカルテは必ず指導医が確認し、必要に応じ訂正している。(問⑧)」(「いる」: 34 大学, 「その他」: 7 大学) を見ると概ね適切な指導が行われていると考えられる。臨床研修病院入院診療加算の施設基準においてもその要件として「研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認する体制がとられていること」とされており、「研修医の診療録の記載に係る指導及び確認は、速やかに行うこととし、診療録には指導の内容がわかるように指導医自らが記載を行い、署名すること。(平成 16 年 2 月 27 日付保医発第 0227001 号)」が求められている。カルテの記載方法のルール化や研修を充実する等により、確実な指導ができる体制としていただきたい。なお、「**指導されていると思われるものが多いが、欄外に追記したり適切でないものが目に付いた。カルテの改ざんにならないような注意が必要である**」との指摘もあり、指導医が訂正する場合には適切な方法で行う必要がある。

#### 5) 研修医の勤務体制について

平成 15 年 10 月のアンケート調査では、指導医及び研修医の人員不足による過重な勤務体制が意見として多く寄せられた。今回のチェックでは、「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。（問①）」、「研修医の過度な労働を避けるための調整を行っている。（問②）」とともに改善の傾向が見られる。研修医にアンケートを行い勤務状況を把握している大学や、「当直の回数の調整を行っている。また、指導医の各診療科責任者と定期的に話し合いを持ち、間接的に把握する努力をしている」、「研修医代表が臨床研修センター会議に出席し、月に1～2日、研修医全体の諸問題を討議している」等の取り組みにより労働条件の改善に努めている大学もあった。

## 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②）」で「いる」とされた大学は30大学であり、過去3年間で最も低かった昨年よりも多少増加している。説明書や同意書は診療記録とは別様式を作成し、診療記録に綴じこむとしている大学が多いと思われるが、「説明書をカルテに綴じ込むことになっているが、徹底されておらず、説明内容がわからないカルテが見受けられた。また、綴じ込む場所が違っているため、どの説明に対する同意書なのか判明しないものもある。インフォームド・コンセントの記載も十分とは言えないので改善を検討願いたい」という指摘が見られるので、適切な運用をお願いしたい。また、「患者・家族への説明内容は詳しく書かれているが、それに対する患者・家族の反応、理解を含めた内容が不足している場合がある」、「インフォームド・コンセントを行った時間や担当者、説明に対する意見や質問とそれに対する回答の記録など不十分な点も見られる。また、リスクに対する割合（％）が書かれていないこともある」という指摘が見られるので、記載内容についても徹底するよう指導願いたい。

「開示に耐える診療記録であるか？（問③）」でも、記載の方法について、昨年同様にいくつかの問題が見られる。「読める字で書いてある。（問③c）」ではサインがわかりにくいという指摘が幾つかの大学で出されている。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、診療記録の開示を求められた時には、十分に説明を行うようにしなければならない。平成15年9月に厚生労働省が定めた「診療情報の提供等に関する指針」では、このことについて次のように規定されている。

診療記録の開示の際、患者等が補足的な説明を求めたときは、医療従事者等は、できる限り速やかにこれに応じなければならない。この場合にあつては、担当の医師等が説明を行うことが望ましい。

また、略語の使用については、効率的に記載するために、ある程度の略語の記載はやむを得ないと考えられる。しかし、「**特定の診療領域でしか使用されない略語が使われている場合もあり、大きな問題と考えられる**」との指摘があり、院内の他科の医療従事者が理解できないような略語の使用は控えるべきである。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ていただきたい。

「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③g)」及び「鉛筆で記載されているものはない。(問③h)」では昨年よりも評価が下がっており、このようなことが無いよう徹底しなければならない。修正について「塗りつぶし」が見られるとの指摘もされている。修正に当たっては適切な方法で行い、診療記録の信頼性を損なわないようにしなければならない。前述の「診療情報の提供等に関する指針」では、修正について次のように明記されている。

診療記録の訂正は、訂正した者、内容、日時等が分かるように行わなければならない。

また、鉛筆での記載は、例えば指示等の変更があつた場合、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。

## 2) 診療記録の形態

診療記録の形態については、全体として大きな変化は見られないが、この項目で挙げられた指摘では、電子カルテに関わるコメントが出されている。電子カルテ導入への過渡期であるとか、試行中、今後の導入により改善を図るといったものが多い。「電子カルテを導入している。(問⑱)」では導入している大学は12大学となっている。昨年のチェック項目「電子カルテの導入が検討されている。」では38大学が検討しており、今後電子カルテの導入によって診療記録の形態が整備されることを期待したい。「**電子カルテの運用に当たっては参照記録の参照機能、保険別参照機能、経過記録のみ参照機能、ベッドサイドのリストバンドチェックの実施入力等、必要な機能を新規開発させた**」大学もあるが、一方で「**一部導入。部署によって差がある。電子カルテと紙カルテの両方が混在するのはカルテの見落としの危険性がある**」指摘もあり、導入の際の運用に

当たっても十分留意していただきたい。

なお、「診療記録と看護記録は一体化されている。(問⑧)」では一体化している大学は 19 大学に止まっている。電子カルテの導入に当たり、先行して看護記録が電子化されている大学もあるが、そのような場合、診療記録と看護記録に食違いが生じないように、整合性を図る必要がある。

### 3) 診療記録管理委員会

診療記録管理規定について、34 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 18 大学であり、半数にも満たない。特に中途採用者に対しての周知が不十分であることが考えられるが、診療記録の貸し出し等の管理を徹底するためにも十分に周知していただきたい。

### 4) 診療録の管理

診療記録の保存年限について、永久保存となっている大学は 20 大学となっている。10 年から 20 年としている大学が多いようであるが、法定保存年限である 5 年としているとの報告も幾つか見られる。やはり収納スペースの確保が困難であるとの問題が出されているが、「古い入院診療録は順次電子化している」大学もあった。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、診療記録は実施した医療やその適切性を証明するものであるもので、検討願いたい。

診療記録の監査について、一次監査の実施は毎年増加傾向にあり、平成 16 年度は 35 大学で実施されている。しかし、診療情報管理士等による退院診療記録の二次監査を実施している大学はまだ少ない。ここでも人員不足が問題点として挙げられている。法人化に伴い従来の国家公務員の採用から、独自に職員を採用することも可能となっているので、診療情報管理士等の専門性を有する職員の採用についても大学内で調整し進めることも検討していただきたい。

### 5) 診療記録の運用

医療行為の ICD9CM 等による管理や SNOMESD 等による病理の分類は、昨年との状況と変わっていないが、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整備されていると考えられる。

### 6) 記録に関する教育

診療記録に関する卒前教育や卒後教育の体制も各大学病院で整備されてきて

いる。新規採用者へのオリエンテーションでは、僅かながら中途採用者への研修が課題として挙げられているものの、概ね体制が整えられている。

### 3. インフォームド・コンセント

医療訴訟においては、医療行為の過誤だけでなく、患者に対しての説明義務が問題とされることが多くなっている。近年、患者の自己決定権が重視されており、適切なインフォームド・コンセントを行うことは、医療に患者が主体的に関与するために極めて重要である。病状・病名はもちろんのこと、実施される医療の内容やそれに伴うリスク、代替可能な医療行為等が十分説明されなければならない。

インフォームド・コンセントの書式を定めている大学は26大学であるが、「患者の意思決定に必要な情報をきちんと提供しているか？（問②）」を見るとほぼ確実な情報提供がされている。しかし、「インフォームド・コンセントの際、直感的でなく客観的な数字等を用いている。（問③）」では「いる」とされた大学は32大学となっており、昨年の40大学を下回っている。「説明する内容について、医療側と患者側で食い違いが生じないように、できるだけ曖昧な表現ではなく具体的に説明することが必要である」という指摘があるが、何を説明するかだけでなく、どのように説明するかも重要な事項である。

インフォームド・コンセントを行う際、他グループや他診療科の同席については、全てにおいて確実に同席することは難しいものの、多くの大学から同席するように努めているとの報告が出されている。時間調整が難しい場合でも、それぞれのグループ・診療科が必ず患者に接するようにすることや、例えば医師の説明の後、看護師から患者に理解できたかを訪ねる等のフォローを行い、患者の理解度を高めることも検討していただきたい。

### 4. 放射線部における安全管理体制

これまでの相互チェックでは、放射線部に関するチェック項目を設定していなかった。しかし、放射線過剰照射等の報道が一時相次ぎ、医療被曝に対する安全管理への関心が高まってきた。本項目では、放射線部での様々な場面での完全管理体制のチェックを行うこととした。その結果からは全体として各大学での実施状況が良いことが伺える。

#### 1) 入室の際

入室の際の患者確認については、各大学でより確実な確認方法が採られており、「放射線治療では患者の顔写真を撮影し患者確認に利用している」大学もある。しかし、MR検査の際の装飾品や体内金属の確認については実施されてい

ない大学があり、確実に実施する必要がある。

## 2) 放射線検査の際

この項目も各大学での実施状況が良いが、血管造影検査に関しての被曝線量の確認やマニュアルの整備について、まだ改善の余地がある。被曝線量を確認していない大学では、機器が古いため測定不可能というものや線量計が付いていないというハード面での問題が挙げられているが、「新しい装置は被曝線量のデータが取れるため、撮影データとともに主治医に渡している。また、3Gyを超えた患者へは、主治医からその後のケアをお願いしている。古い装置は被曝線量のデータが取れないので、トータルの透視時間、撮影時間を主治医へ報告している。透視時間、撮影時間から推定される被曝線量が3Gyを超えた患者へは、同じくその後のケアをお願いしている」という大学もあるので、現状での対応策を検討していただきたい。

## 3) 放射線検査終了後

「撮影後の画像は実施者が確認している。(問①)」では31大学が「いる」とされており、「その他」の状況を見ると、ダブルチェックを行っている大学や画像を確認する担当技師を配置している大学もあり、チェック体制が整備されていると考えられる。

しかし、「毎回の検査終了後、検査台の清掃、手洗い等感染予防対策が確実に実施されている。(問②)」では「いる」とされた大学は20大学と半数を下回っている。手洗いについては良く実施されているものの、検査台の清掃は血管造影検査室等の患者への侵襲的検査を行う部署は実施しているが、他は時間的に難しいとの報告もある。ただし、毎回ではないものの、感染症の患者の場合等必要に応じ清掃やディスポーシツの使用が行われており、少なくとも感染防止等の対策は確実に実施されている。

## 4) 機器等の管理

機器等の管理について、「定期的（月ごと、半年ごと、1年ごと等）に行う機器点検を確実にしている。(問④)」では25大学が「いる」とされている。それ以外の大学は、予算上の問題で難しいとする大学が多い。機器の調整不良からアーチファクトが生じ誤診の原因となることや、放射線治療装置の整備不良から線量が過小・過大評価されることも考えられるので、定期的な品質管理をお願いしたい。

## 5) 放射線治療について

放射線治療の際の安全管理体制についても非常に良く整備されているが、「放射線治療の依頼書・説明・同意書を確認している。(問①)」では「いる」大学は33大学となっている。それ以外の大学では「各診療科担当医師からの依頼書により、患者は放射線科を受診する。この時、放射線治療について放射線科担当医師は説明し、カルテに記載して」おり、同意書を作成していないとする大学もあった。また、説明書は整備されているものの「同意書に本人のサインがない」と指摘された大学もある。放射線治療に先立って同意の有無を確認すべきであり、徹底していただきたい。

また、「放射線照射の際に照射部位・線量のダブルチェックを行っている。(問⑤)」では5大学が「いない」とされている。人員の問題でダブルチェックができないとのことであるが、人によるダブルチェックはできなくても照合装置とのダブルチェックにより実施されていた。

## ○自己チェック項目について

自己チェック項目の集計結果についても、以前に相互チェックで調査した結果も含めて比較したグラフを資料として掲載している。自己チェックの結果を見ると多くの項目で改善が進み、安全管理体制が整備されていることが伺える一方で、僅かながら依然として改善が進まない項目もある。

ここでは、更に改善に向けての取り組みが必要と考えられる項目について、取り上げてみたい。

### ・安全管理に関する総合的な体制整備

院内の組織体制の整備について、「各部門長は、リスクマネー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 1-1-②c）」では、改善の状況が見られない。各診療科・部門のリスクマネージャーは、当該診療科・部の医療従事者への医療安全管理に関する情報を伝達するだけでなく、現場での検証や情報収集にも携わるため業務の軽減について検討していただきたい。

インシデント等の報告について、以前から指摘されていることであるが、医師からのレポートが少ないことが挙げられている（問 1-2-⑦）。報告に電子媒体を使用している大学は 29 大学となっているが、研修による啓発と共にレポートシステムの電子化等により簡便な報告体制をとるなどして、医師からの報告数の適正化に努めていただきたい。

職員に対する教育・研修については、中途採用者や異動の激しい医員等への安全管理教育の充実の必要が挙げられる（問 1-3-② a-1）。実施している大学は 18 大学と昨年度より 7 大学増加しているものの、まだ十分とは言いがたい。病院としての研修の回数を増やすことや、例えば各診療科・部での統一された研修を医療安全対策室が企画する等により、異動者に院内のシステムを周知することが必要である。

### ・医療そのものの改善を通じた安全性の向上

患者の受持ち体制については、人員不足の問題等が引き続き見られる。「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。

（問 2-1-⑦）」では 33 大学が不足しているとしており、この数はこの 4 年間殆ど変動していない。また、「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 2-1-⑧）」でも 22 大学が保たれていないとしており、「医師（研修医を除く）の度を超した過重労働が見受けられない。（問 2-1-⑪）」でも見受けられないとした大学は 5 大学に過ぎない。

夜間の診療体制についても人員不足によると考えられる問題が挙げられる。当直回数は適正な範囲内で行なわれるようになってきているが、「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。(問 2-4-⑦)」、「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。(問 2-4-⑧)」、「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。(問 2-4-⑨)」を見ると、それらを実施している大学は少ない。一方で「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。(問 2-4-⑥)」では 26 大学が低下することがあるとしており憂慮される。

なお、当直医への引継ぎについて、行っている大学は 26 大学とこの 4 年間で最も低くなっている (問 2-4-②)。引き継ぎ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。

#### ・医薬品・医療材料・医療機器の管理・取扱い

院外処方せんについて、薬剤師の処方監査 (問 5-3-④a) や患者への医薬品情報の提供 (問 5-3-④b) についての実施はまだ少ない。院外薬局による処方量間違い等が起ることも考えられるので、院外薬局との連携についても進めていただきたい。

#### ・医療情報の積極的活用

医療情報については、本年 4 月の「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」(平成 15 年 5 月 30 日法律第 59 号) の施行により、情報の漏洩等を防ぐための管理体制整備が求められている。「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。(問 8-2-①)」で 32 大学が「いる」としているものの、医療情報の確実な安全管理体制が必要であり、改善が進んでいることを期待したい。本調査は法施行前のものであり、その時点ではまだ十分な取り組みが行われていないと考えられるが、不正使用を防ぐシステムの構築だけでなく、各医療従事者においてのパスワード管理の教育を徹底していただきたい。

#### ・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。

## 〇おわりに

本相互チェックは平成 13 年度から全国統一のチェック項目で実施してきており、これまでの 4 年間の改善状況について検証してきた。平成 13 年度の相互チェックにおいては、まず医師のマンパワー不足について指摘したが、このような人員やシステム変更等予算に関連することは直ちには改善が難しいと考えられた。一方で診療記録の記載や指示の出し方等、研修等により啓発を図り、個々人の認識を高めることで改善が進んでいくと思われた項目もあった。しかし、結果としてはこのような項目も、人員・予算に関連するものと同様に改善が中々進まないというのが現状であった。

このことは、医師の異動が多く十分な研修が行いにくいということも要因として挙げられるであろうが、マンパワー等の改善よりも個人の意識変革による改善が難しいということなのかもしれない。例えば労働災害を防止するための労働衛生管理では、対象は「労働者自身」であり、自らの安全を確保するために必要な労働衛生教育が行われる。しかし、医療安全管理の対象は「患者」であり、他者の安全を如何にして確保するかが命題となる。ここに医療安全管理の難しさがあるのではないだろうか。

個人の意識を変え、医療安全に対する認識を高めていくためには、繰り返し研修を行い啓発を図っていくことが必要だが、企画に当たって目的を明確にし、医療現場のニーズや意見を踏まえた内容とすることや、実施方法を検討し多くの参加者が得られるようにすることが重要である。

また、労働安全管理ではまず事業者自身が衛生管理の重要性を理解し、その責任において事業場の衛生管理体制を確立することが必要とされており、「衛生管理はトップに始まる」と言われている。同様に医療安全管理でも病院長のみならず、診療科長等の管理者がその重要性を十分認識することが必要であることは言うまでもない。各部門の責任者に対しても十分啓発を図っていく必要がある。

## V. 参考となる報告例

### 1. 研修医に対する安全管理体制について

- 研修医の単独で行い得る医療行為に関する基準が診療科領域毎に解りやすく定められており、研修医の臨床研修に安全・有効である。
- 研修医の態度の評価が指導医だけでなく、看護師や担当患者からなされるという先進的な評価が試みられている。
- 安全管理の自己学習ツールとして on-line で出来る安全管理に関する試験問題のプールが用意されている。
- 指導医に対する FD を一泊二日体制で行っている。
- 診療科での処置の違い（ベッドサイドテクニック）について、月 1 回開催する研修会でスタンダードな方法を指導している。
- カルテ、処方せんにおいて指導医のチェックを徹底する為にチェック欄が設けられていることは評価できる。
- 研修医の代表が院内の研修委員会に出席し、発言するシステムがある。
- 毎週 30 分間、研修医向けの「研修医教育講座」が開かれている。院内講師が主体で内容もかなり充実したものである。
- 研修医の白衣の形を一般医師と変えていることで、医師・看護師を含む病棟職員が一目で研修医を認識・識別できる。
- 研修医に対するオリエンテーションプログラムの中に採血、中心静脈と薬剤投与、輸血過誤、接遇（コミュニケーション）等、医療安全に関する項目が多く時間を取って盛り込まれている。
- 卒後研修センターに指導医の常駐があり、いつでも相談できる体制になっている。
- 診療科単位の指導医以外に、各研修医にチューターを配備し、研修医の状況を的確に判断できるシステムになっている。
- 警鐘事例の M&M カンファレンスが行われており、関係者で討議し、事故に至るプロセス分析をし、如何にして未然防止ができたかを検討していることは再発防止につながる。平成 16 年度から研修医に参加を求めていることは、研修医の安全教育となり、研修医のレベルアップになる良い取り組みである。
- 研修医と新人看護師がペアを組み、他病棟を回って安全管理についての相互チェックを実施している。
- 重要と思われるインシデントについて、研修医に検討させる研修制度がある。

### 2. 診療記録の管理及び内容

- 診療記録の書式の共通化や医師・看護師記録の一元化が達成されており、診療録統一化へ向けての努力が認められた。さらに診療記録管理委員会が各診療科へ出向い

て調査・指導を行っていたことは、診療録の質向上に大いに寄与する活動であると評価される。

- 電子カルテの使用により当直業務中の患者の急変に対応して迅速な病状把握が可能となるサマリ画面やウィークリー画面，また臨床研修医でも患者管理上の最も基本となる重要ポイントだけは欠かすことなくチェック可能なフォローアップ入力画面等工夫が見られた。
- 注射処方せんには監査サイン欄が設けられ，サインがないと指示を受付けないシステムとなっており，研修医の処方に必ずチェックが入ることになる。

### 3. インフォームド・コンセント

- 医療事故防止対策マニュアルに載っている「特殊な状況での手術の説明・承諾」の項目では，独居老人・視力障害者・聴力障害者・精神疾患患者・子供の場合など個々にインフォームド・コンセントのやり方が示され，患者・医療従事者双方に親切な配慮がなされている。
- 各科のIC施行時には教育的配慮から研修医の同席を原則としており，研修医のレポート提出もされており教育的配慮がなされている。
- 書式が統一され，必要事項が網羅されており内容がとても充実していた。また，チェックシートにより説明項目毎に患者側の理解度を確認し，理解できていない項目についてはさらに説明を繰り返すなど積極的に対応されていることは大変評価される。
- 説明書に患者からの質問や回答を記入し，後日の参照としている。

### 4. 放射線部における安全管理体制

- CTに2名，MRに1名看護師が配置されていた。これによるメリットは，患者確認，造影剤の副作用高リスク患者（アレルギー・喘息）のチェック，造影剤接続に関しての技師，看護師，医師によるダブルチェックが確実に実施され，副作用出現の際の迅速な対応が可能となる。
- MR検査室において，放射線部以外の医療スタッフが検査室に入室する場合は，放射線部スタッフによる磁性体チェックを受け，操作室側出入扉が開扉されたあと入室するというMR検査室入室基準を作成し実行されていた。
- 患者に渡されている治療計画と実施を記載した用紙は，患者と治療経過の情報共有ができる。
- 血管造影等侵襲性の高い検査を実施するとき主治医の説明に加え，放射線科医が再度説明して最終的にインフォームド・コンセントが行われていた。
- 放射線治療棟では，患者情報に撮影に同意を得た患者の顔写真が組み込まれており，患者誤認防止対策として有用であると思われる。

- 造影剤副作用発生時等の救急対応訓練が定期的に実施されている。
- 放射線病棟撮影において、撮影部位の誤り、患者取り違えを防止するため、担当医が同席している。

## 5. その他

- 看護サービス委員が「体験入院」を実施していた。患者の目線に立った問題提起から解決に繋げ、医療安全にも寄与する試みである。
- 病棟薬剤師が服薬指導のオーダーがなくても入院予定表を見て、入院された患者の持ち込み薬を入院後すぐにチェックして一覧表に記入されていた。
- 内服薬のオーダーが入力されると、カルテと指示簿用にシールが印字されていた。転記ミスを防ぐのに有効であった。
- I V Hについては、交換時間を院内で統一することで、薬剤部内のクリーンベンチで全てのミキシング（約 1800 件／月）を実施し管理している。
- 患者確認に関して、病室の入口に患者名が無いことにより原則であるベッドサイドでの確認が十分に出来ている様子が伺われた。外来・病棟・手術室においては、氏名のみならず、生年月日を患者から確認していることは良いと思われる。
- ベッドサイド端末（タッチパネル）が患者教育にも活用されている。患者メニューがあり、検査結果やスケジュール閲覧することで、自分の健康管理に役立てている。

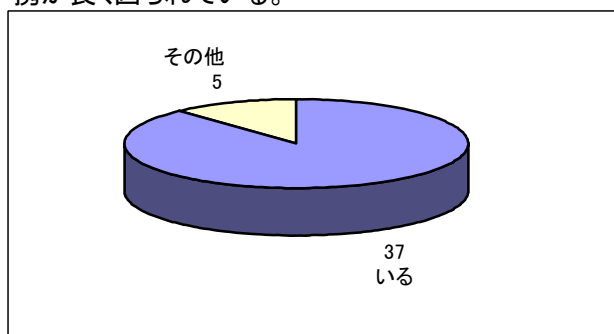
# 資 料

## 16年度相互チェック

### 1 研修医に対する安全管理体制について

#### 1) 研修医の指導体制について

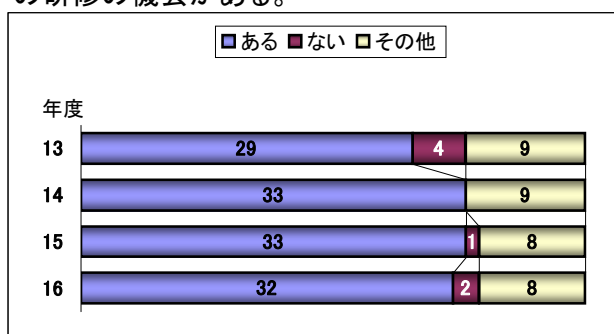
① 安全管理対策室と卒後臨床研修センターの連携が良く図られている。



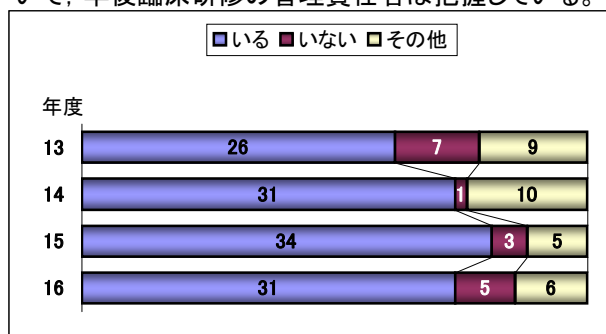
② 研修医が臨床に出る前に、医療安全管理に関する教育を行っている。

42大学全てで実施済み。

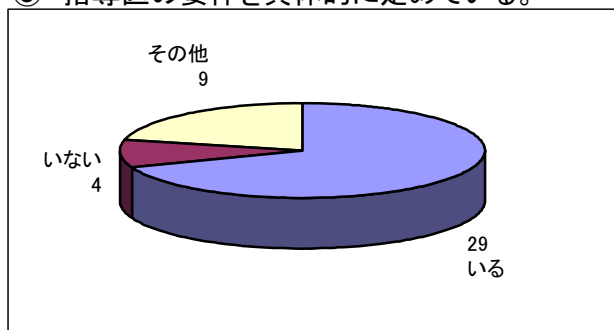
③ 研修医が臨床に出る前に、必要な医療技術の研修の機会がある。



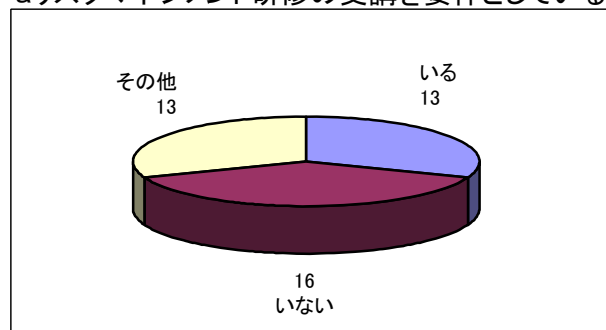
④ それぞれの研修医の知識、技術の習得程度について、卒後臨床研修の管理責任者は把握している。



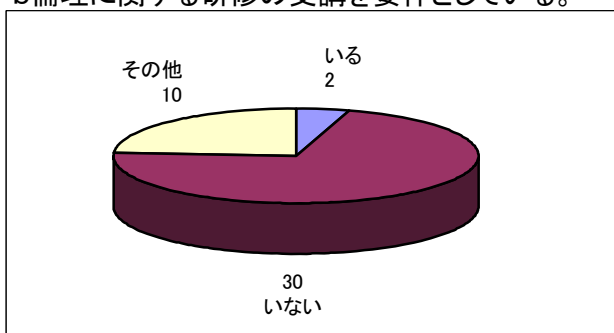
⑤ 指導医の要件を具体的に定めている。



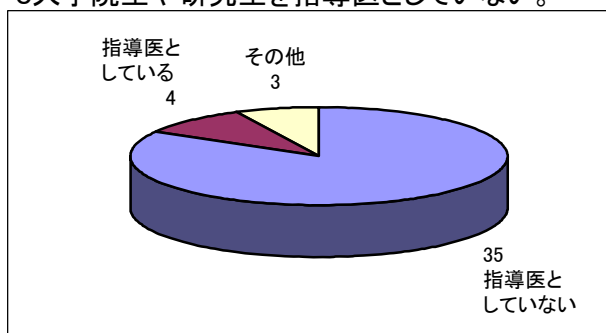
a) リスクマネジメント研修の受講を要件としている。



b) 倫理に関する研修の受講を要件としている。

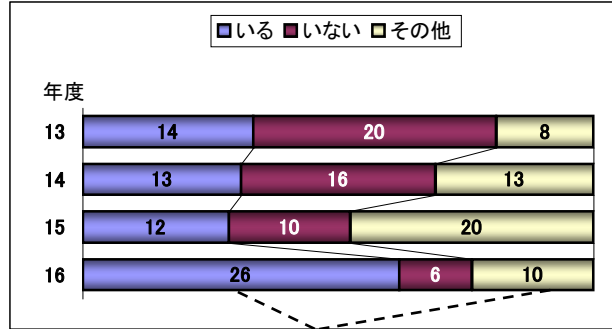


c) 大学院生や研究生を指導医としていない。



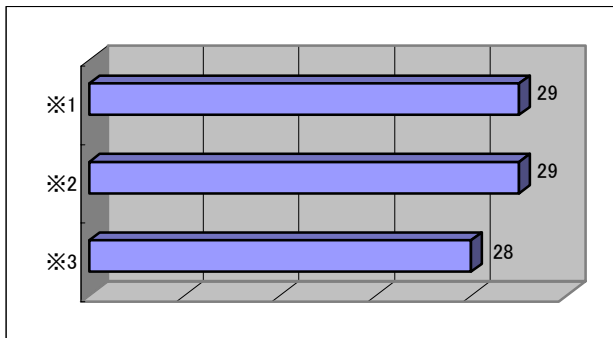
## 16年度相互チェック

### ⑥ 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。



「いる」(一部「その他」含む)の場合は、

a下記の内容が網羅されているか？

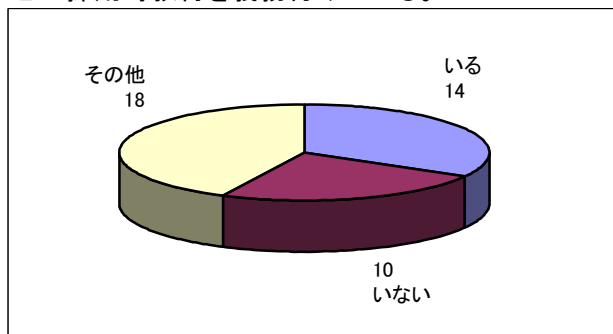


※1 病院としての安全管理システムの確認

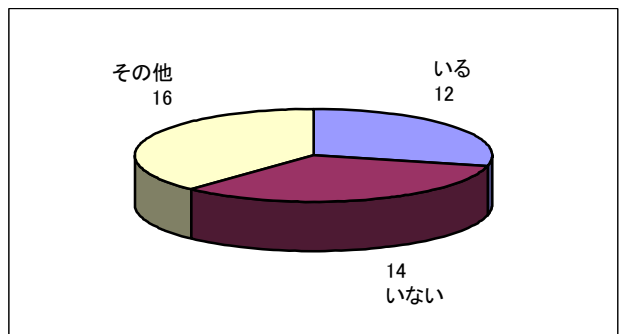
※2 研修プログラム上の安全管理に関する事項の確認とその指導方法

※3 研修医が医療事故に係わった場合の対応方法

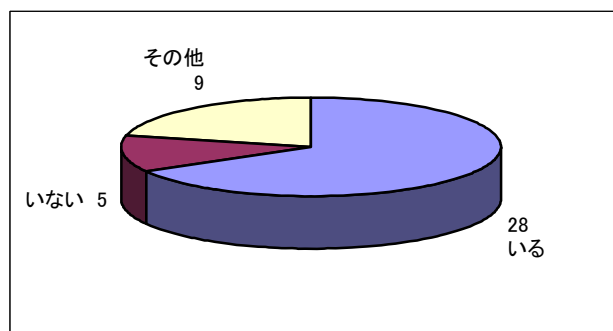
### ⑦ 年度途中に採用された医師(特に指導医)に対して、院内の安全管理体制、病棟業務のルールなどの採用時教育を義務付けている。



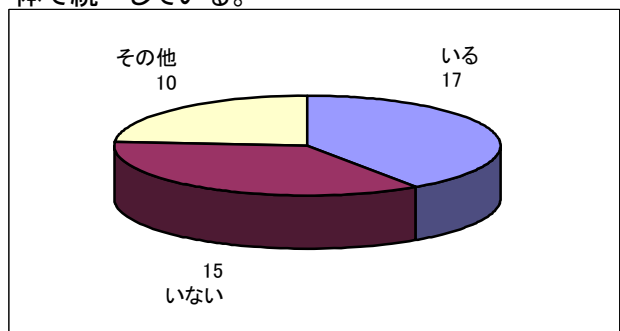
### ⑧ 研修医の指導に必要な時間を十分に確保できるよう、指導医の業務分担を配慮している。



### ⑨ 指導医に対する評価を行っている。



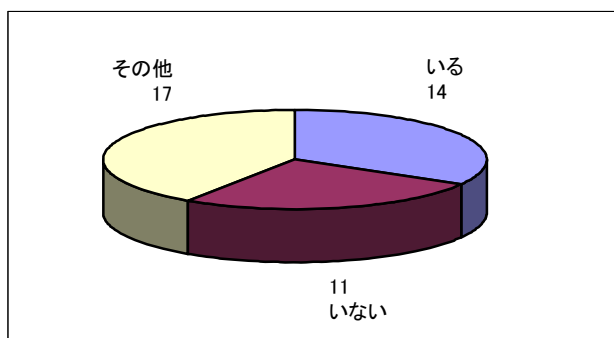
### ⑩ 指導を行う医師の呼称や医療用語を病院全体で統一している。



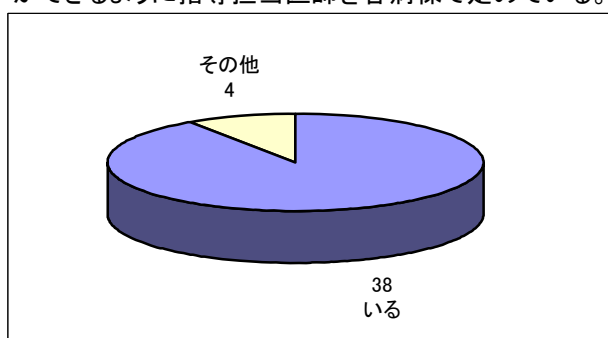


## 16年度相互チェック

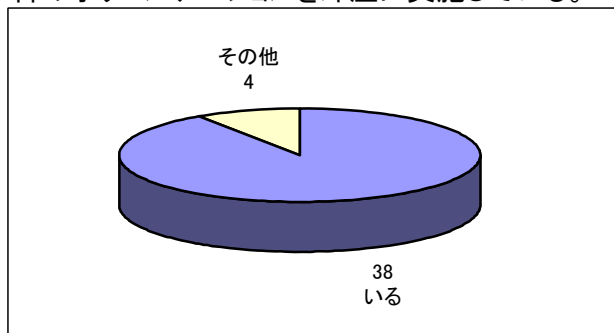
⑪ 診療上の手順を病院全体で標準化している。



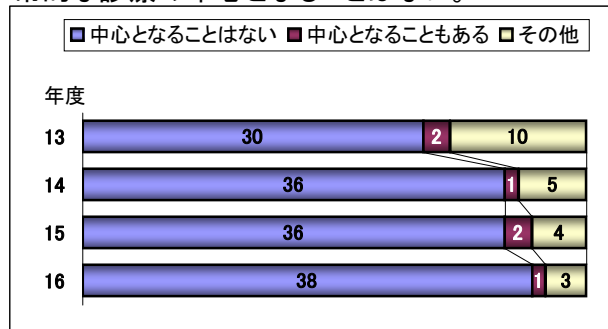
⑫ 研修医が恒常的に診療や病棟業務に関する相談ができるように指導担当医師を各病棟で定めている。



⑬ 研修医が診療科を異動した場合、当該診療科のオリエンテーションを即座に実施している。

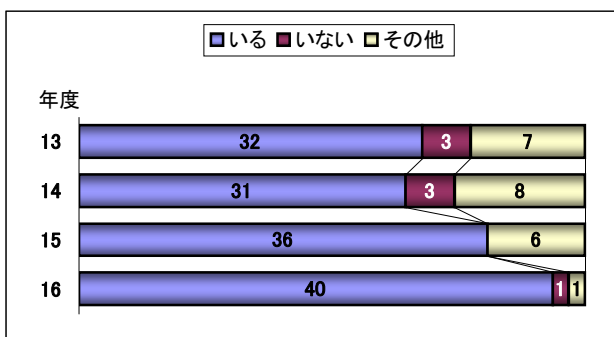


⑭ 助手や医員でなく、研修医が入院患者の日常的な診療の中心となることはない。

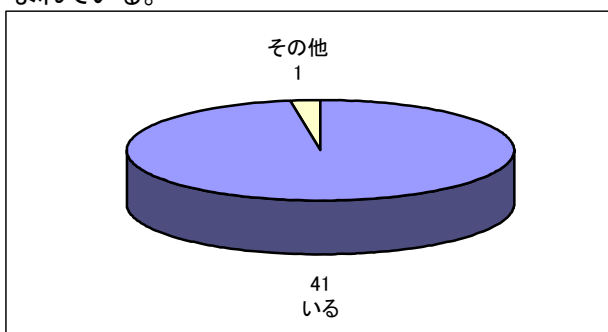


2) 卒後臨床研修プログラムについて

① 卒後研修マニュアルを作成している。

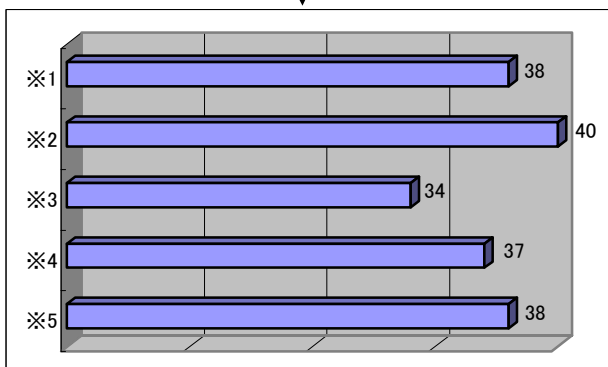
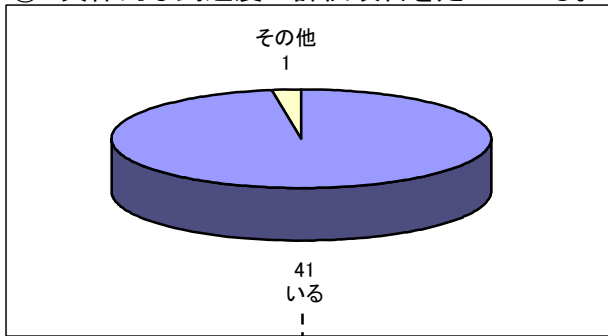


② プログラムには病院全体の共通部分が盛り込まれている。



## 16年度相互チェック

### ③ 具体的な到達度の評価項目を定めている。



※1 胃チューブ挿入の仕方や人工呼吸器の使用法等, 実践的かつ基本的な知識や技術

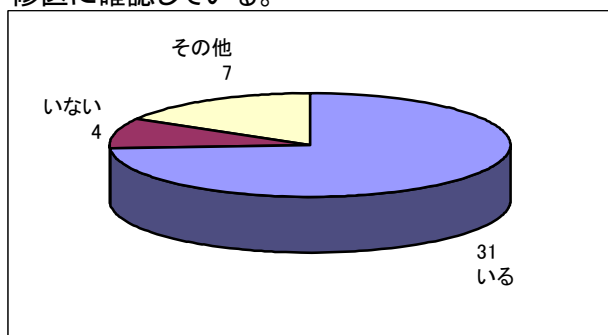
※2 医療安全管理について

※3 包括医療等の保険医療制度

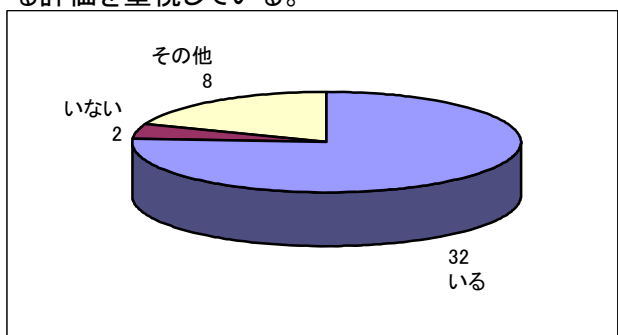
※4 面接・接遇の研修

※5 インフォームド・コンセントの取得方法

### ⑤ 薬剤の希釈計算等の基礎知識について, 研修医に確認している。



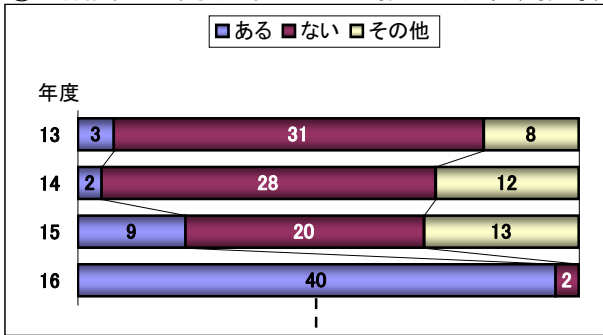
### ⑥ 研修医の評価においては, 医療安全に関する評価を重視している。



## 16年度相互チェック

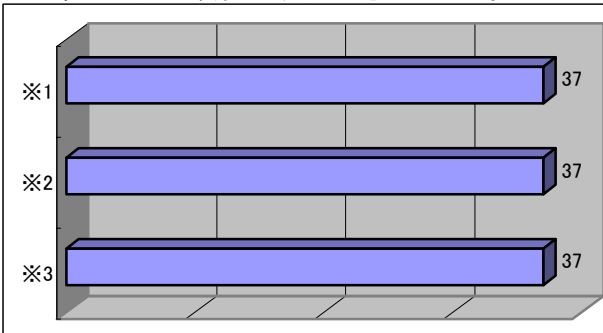
### 3) 研修医が単独で行い得る医療行為(特に処方, 処置)に関する基準について

#### ① 研修医が単独で行ってよい指示や処置, 指導医と共に行うべき処置について基準がある。



「ある」は 事項へ

a基準には次の項目が明文化されている。

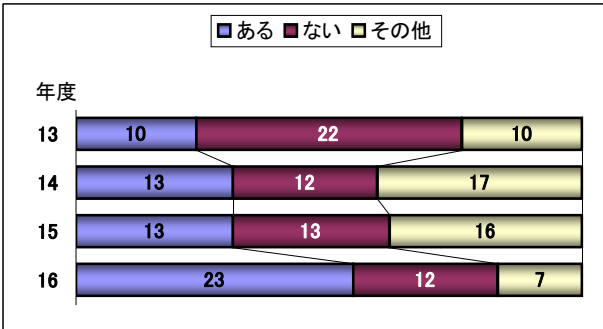


※1 研修医が単独で行ってよい医療行為

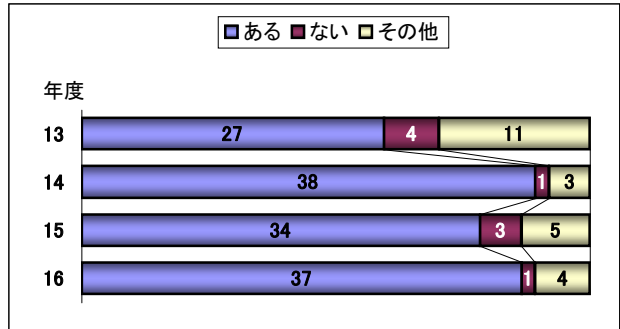
※2 薬剤の処方等, 事前に指導医の確認を得て行う医療行為

※3 指導医の立会いの下に行う医療行為

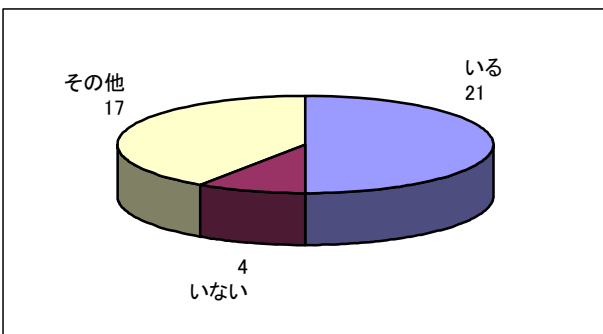
#### ② 研修医が単独で指示や処置を行ってよい研修医の知識レベルに対する基準がある。



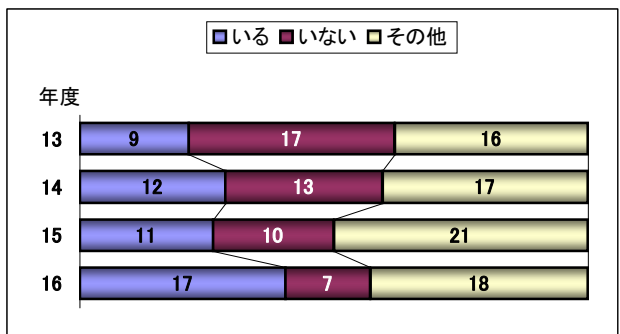
#### ③ 研修医の行う医療行為に対して, 指導医がチェックするルールがある。



#### ④ 研修医が行った処方等に対する指導医のチェックを十分に確認できている。

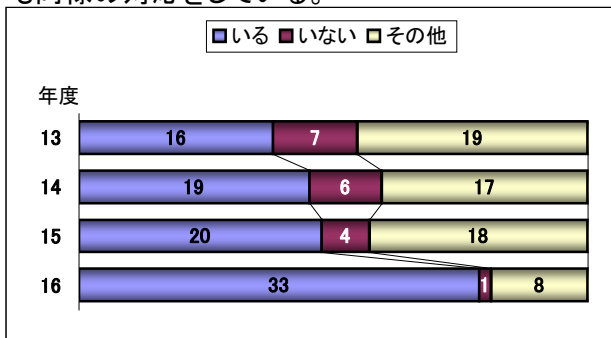


#### ⑤ 研修医が処方変更や新たな処方を行う場合, 必ず指導医がチェックを行い指導医のサインを確認して受付けている。

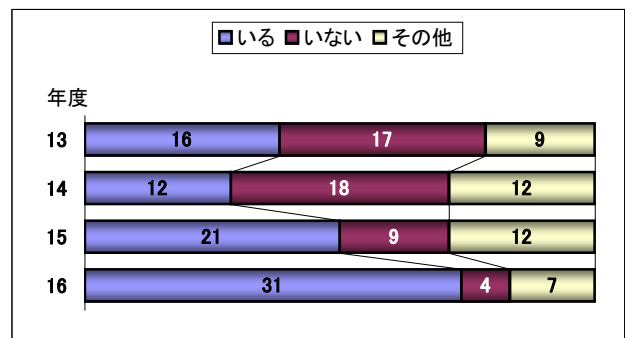


## 16年度相互チェック

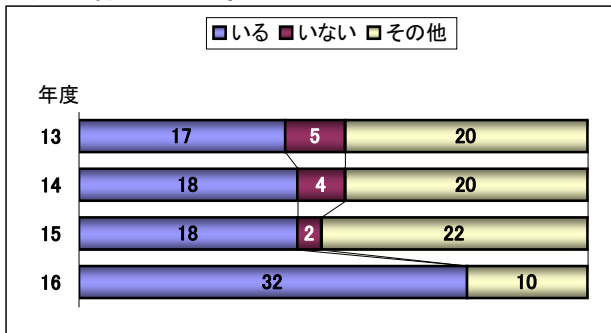
⑥ 危険性の高い薬剤を研修医が処方する場合も同様の対応をしている。



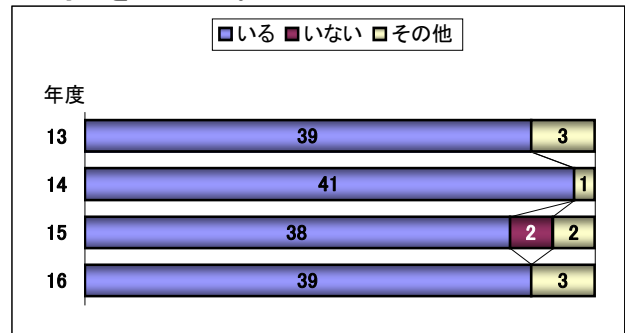
⑦ 危険性の高い薬剤が明文化されている。



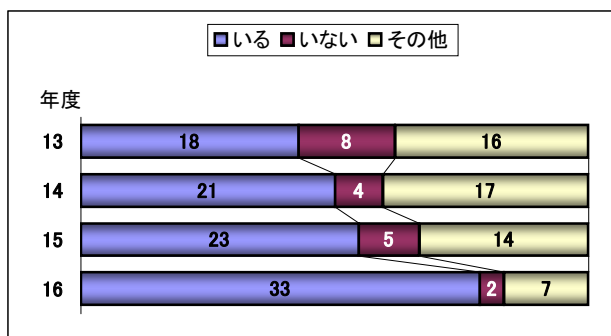
⑧ 抗がん剤の注射等は、必ず指導医が立ち会って行っている。



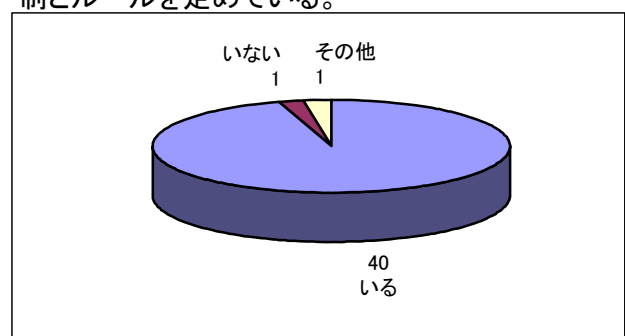
⑨ 危険性の高い侵襲的な処置についても同様の対応をしている。



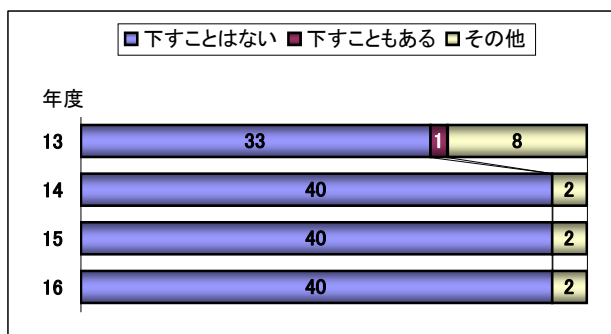
⑩ 輸血についても同様の対応をしている。



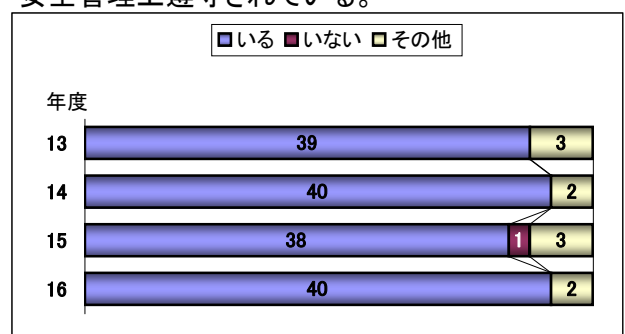
⑪ 研修医が麻酔業務に従事する場合の指導体制とルールを定めている。



⑫ 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。

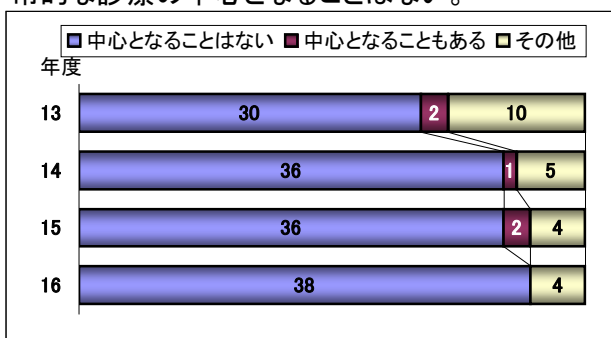


⑬ 研修医は、指導医から直接実地に指導を受けて診療の経験を積み重ねる立場にあることが、安全管理上遵守されている。



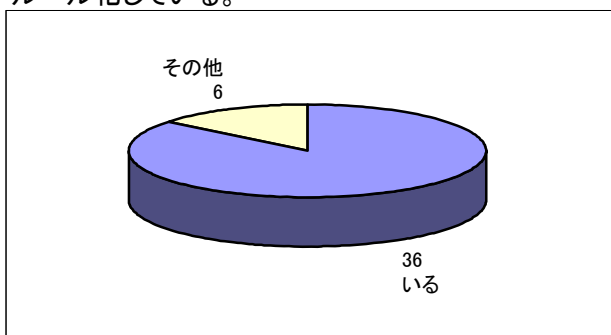
## 16年度相互チェック

⑭ 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。

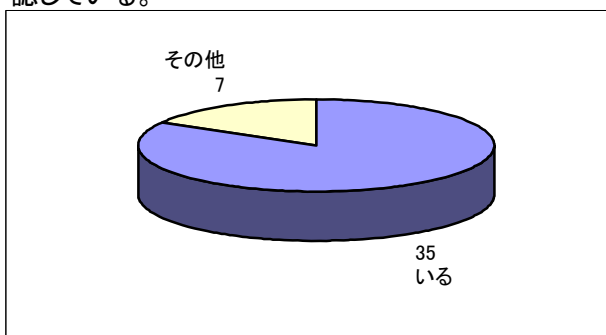


4) 医師の指示、カルテの記入方法について

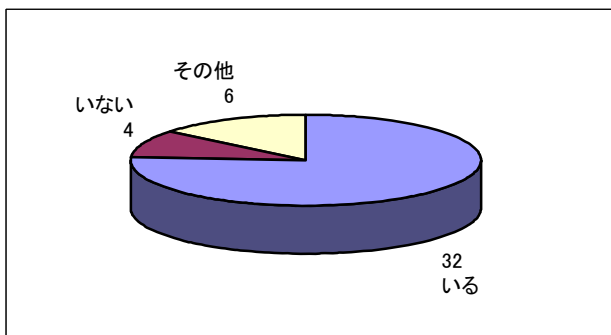
① 指示情報を正確に伝えるため指示の出し方をルール化している。



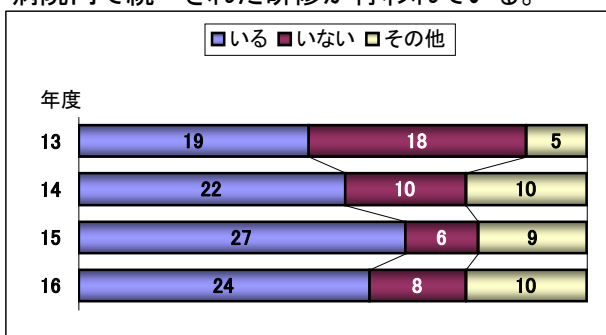
② 指導医は研修医の処方オーダーが適切かを確認している。



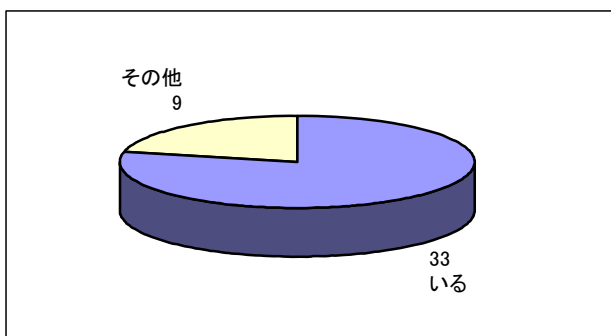
③ カルテの記載方法をルール化している。



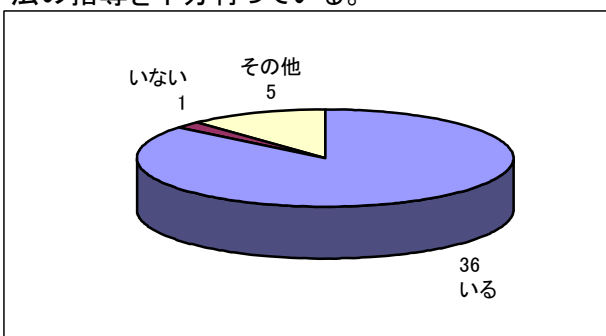
④ カルテの記入方法、指示の出し方についての病院内で統一された研修が行われている。



⑤ 指示書等の様式や運用が院内で統一されている。

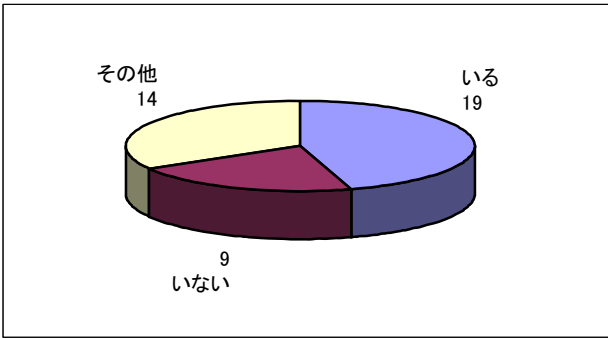


⑥ 指導医は研修医に対して、カルテの記載方法の指導を十分行っている。

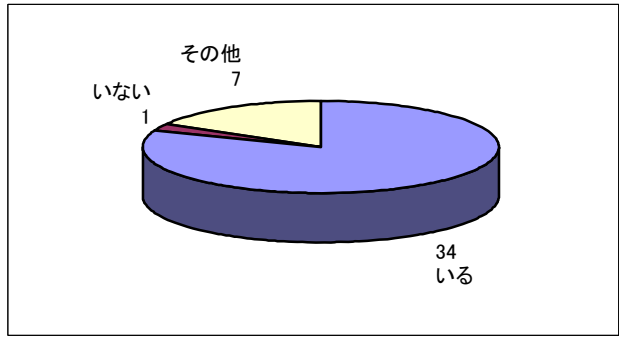


## 16年度相互チェック

⑦ カルテは研修医だけでなく、指導医も毎日記載している。

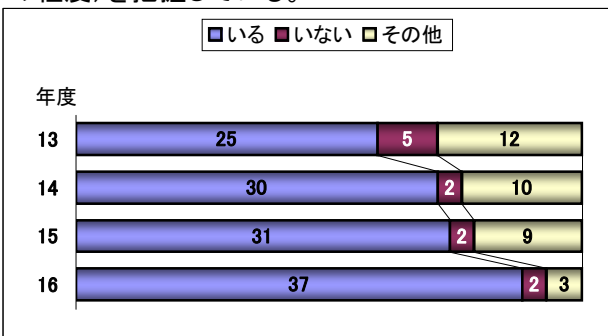


⑧ 研修医の記載したカルテは必ず指導医が確認し、必要に応じ訂正している。

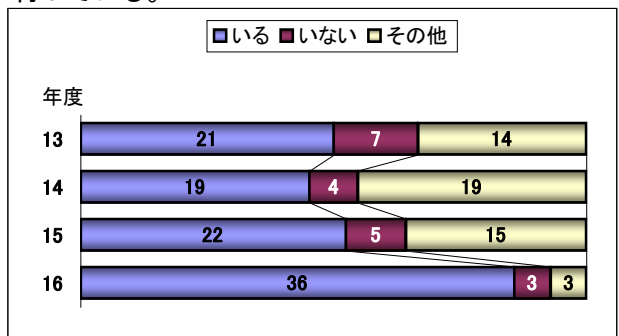


### 5) 研修医の勤務体制について

① 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。



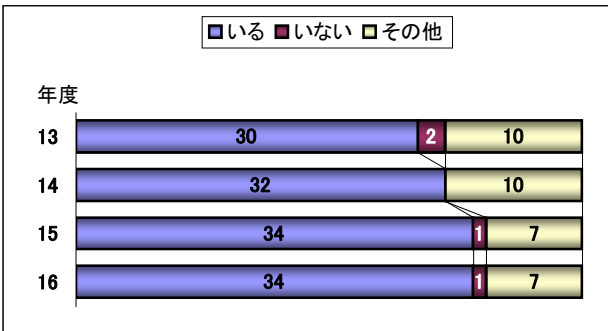
② 研修医の過度な労働を避けるための調整を行っている。



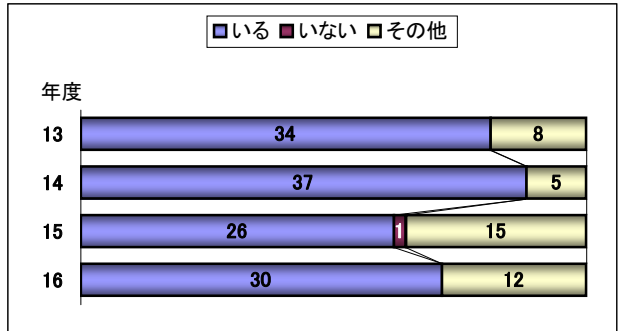
### 2 診療記録の管理及び内容

#### 1) 診療記録の記載等

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。

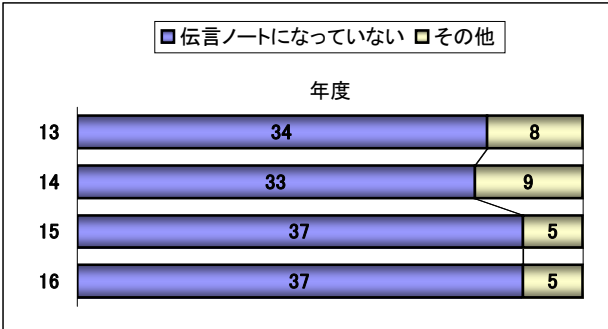


② インフォームドコンセントの記載が詳しく書かれている。

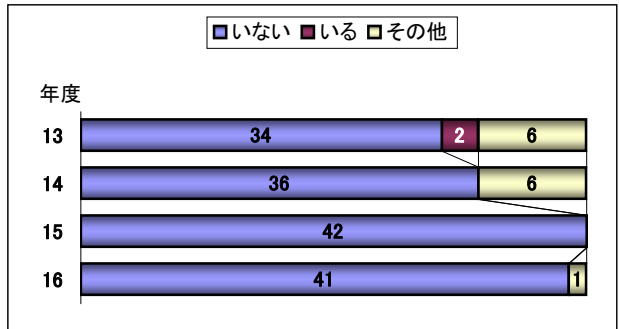


③ 開示に耐える診療記録であるか？

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。

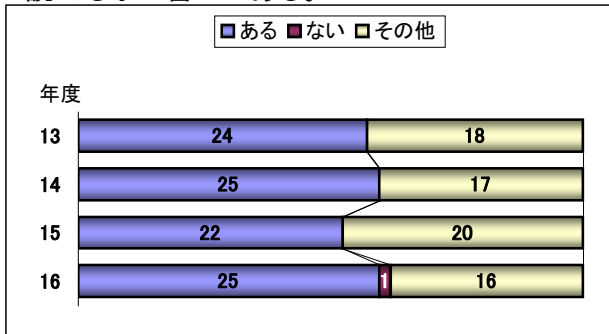


b感情的コメントは書かれていない。

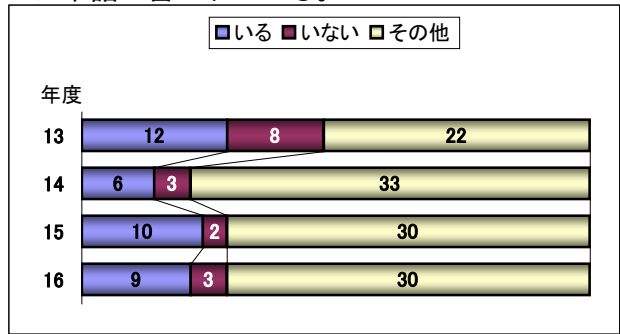


## 16年度相互チェック

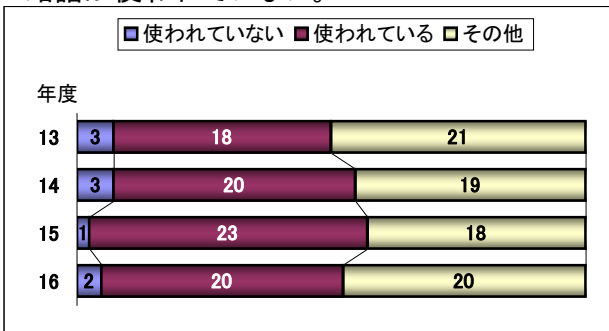
c読める字で書いてある。



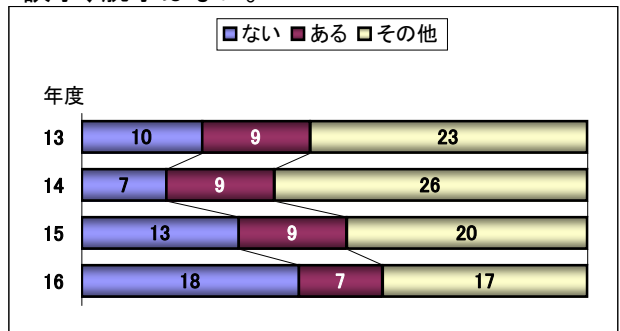
d日本語で書かれている。



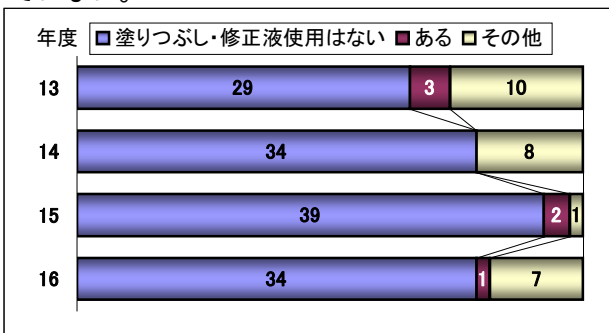
e略語が使われていない。



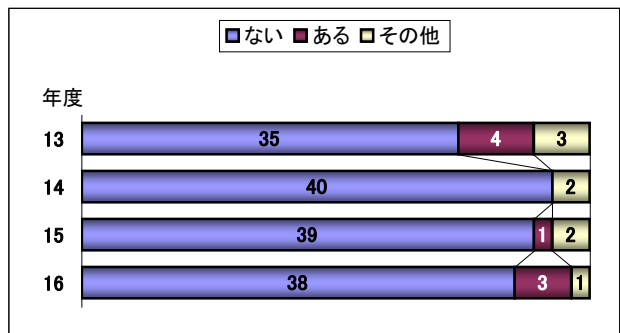
f誤字、脱字はない。



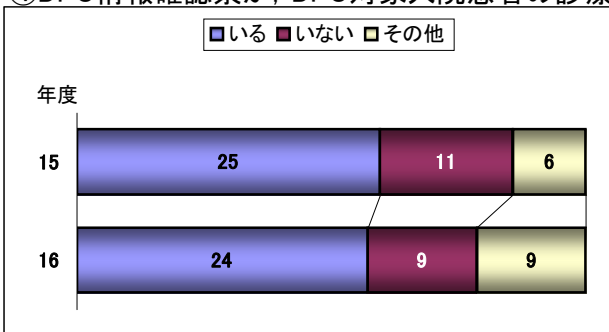
g改竄とみなされる塗りつぶしや修正液を使用していない。



h鉛筆で記載されているものはない。



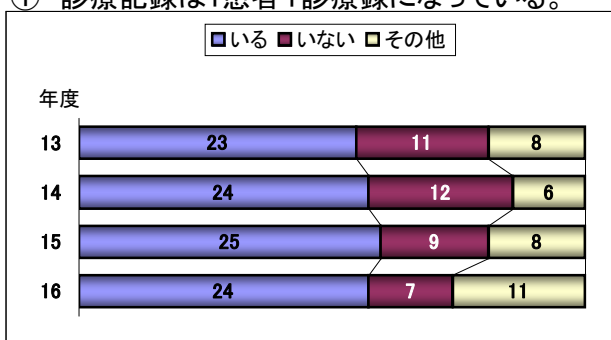
④DPC情報確認票が、DPC対象入院患者の診療記録にファイルされている。



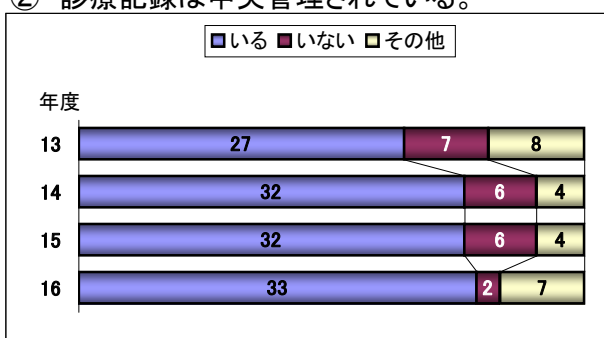
## 16年度相互チェック

### 2) 診療記録の形態

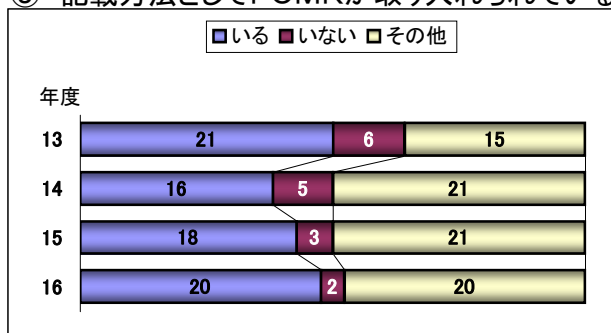
#### ① 診療記録は1患者1診療録になっている。



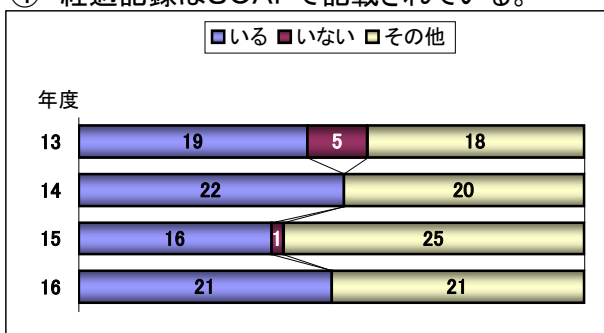
#### ② 診療記録は中央管理されている。



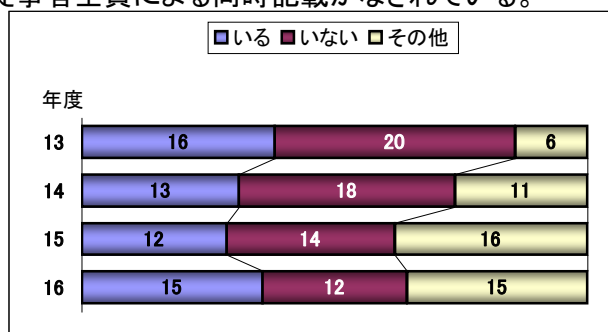
#### ③ 記載方法としてPOMRが取り入れられている。



#### ④ 経過記録はSOAPで記載されている。

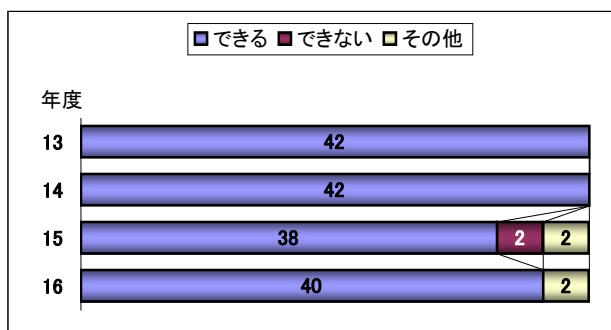


#### ⑤ 指導医も含めた医療従事者全員による同時記載がなされている。

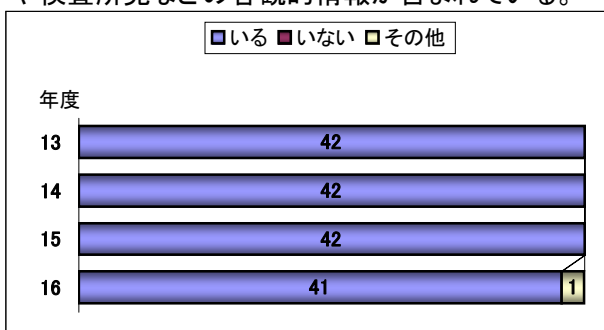


#### ⑥ 診療記録には以下の情報が含まれているか？

##### a患者を同定できる。



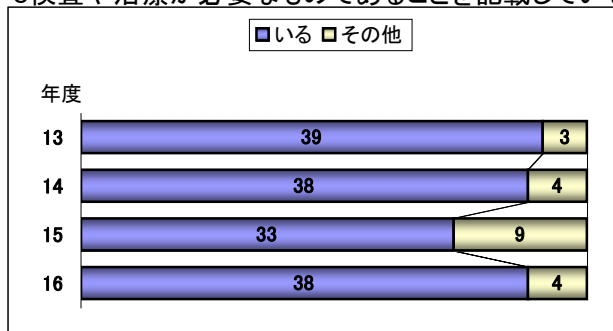
##### b診断の根拠となる患者の主観的訴えと理学所見や検査所見などの客観的情報が含まれている。



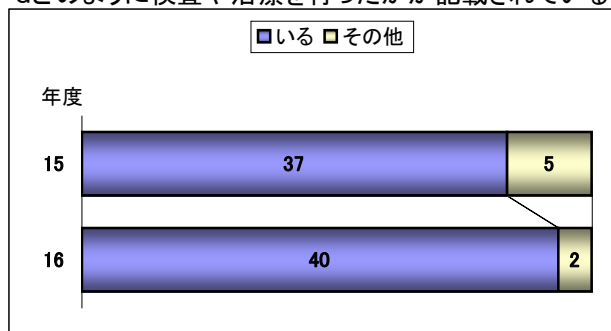


## 16年度相互チェック

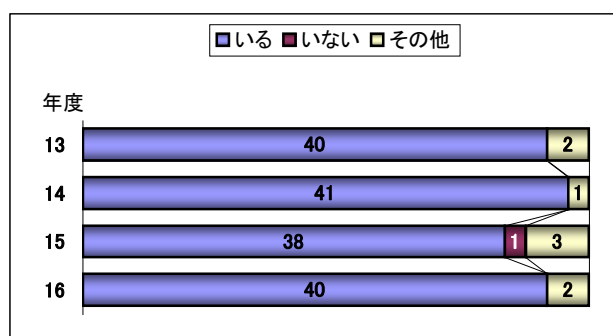
c検査や治療が必要なものであることを記載している。



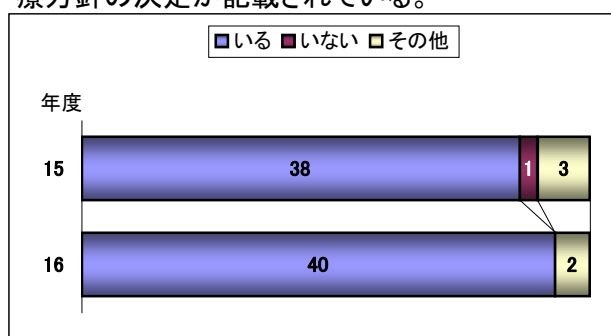
dどのように検査や治療を行ったかが記載されている。



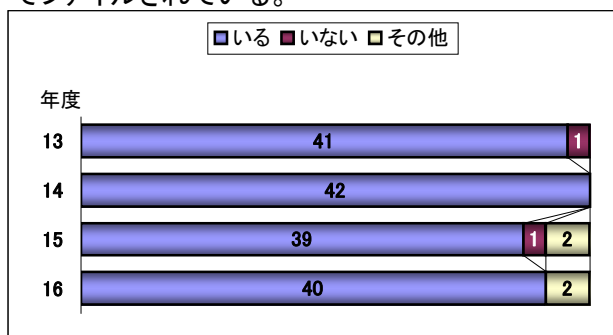
e臨床経過や結果がわかるように記載されている。



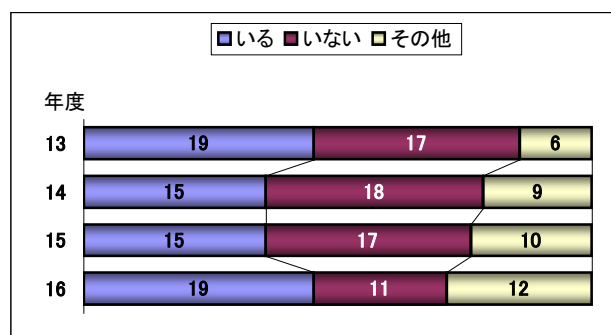
f検査結果や治療経過の分析と、それに基づく治療方針の決定が記載されている。



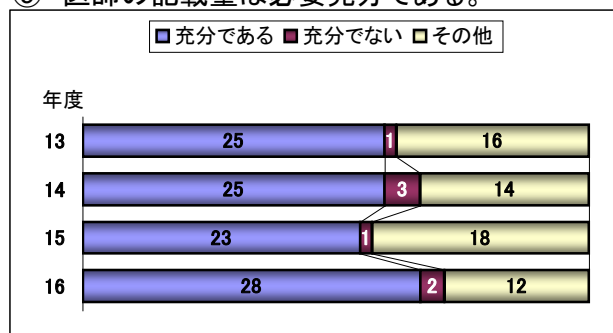
⑦ 診療記録には手術記録等の必要な書類が全てファイルされている。



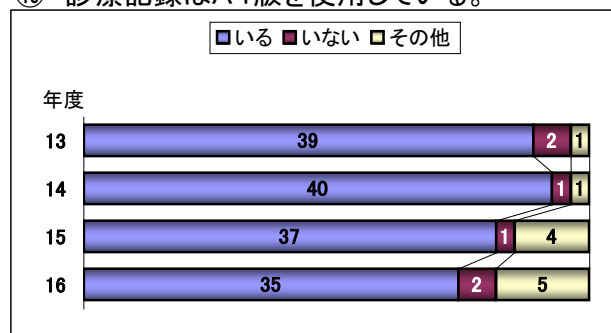
⑧ 診療録と看護記録は一体化されている。



⑨ 医師の記載量は必要充分である。

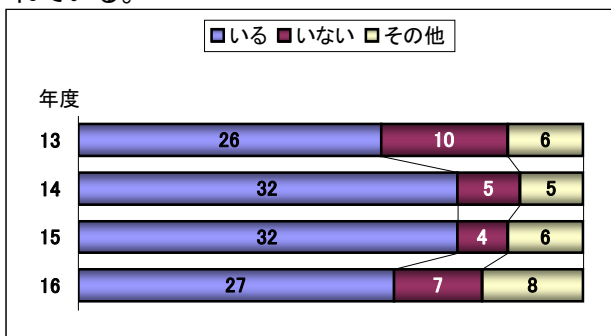


⑩ 診療記録はA4版を使用している。

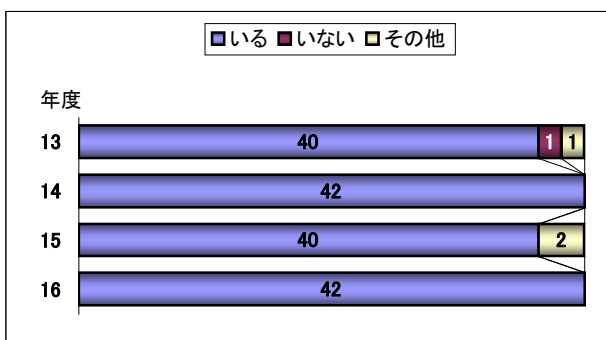


## 16年度相互チェック

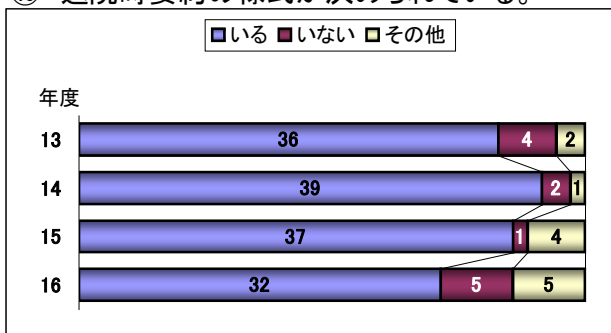
⑪ 診療記録は全科統一(共通)の用紙が決められている。



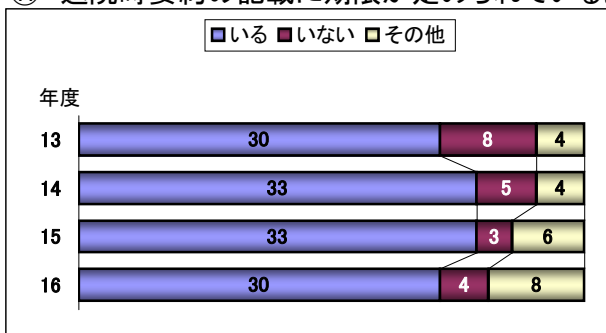
⑫ 退院時要約の記載が義務づけられている。



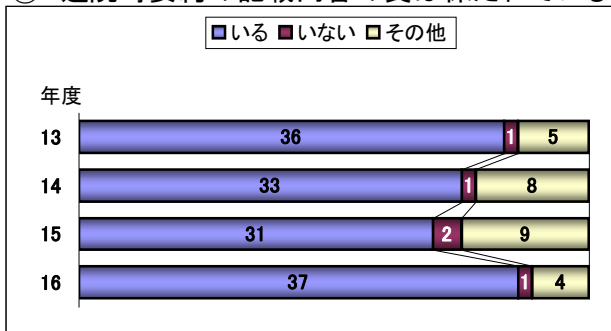
⑬ 退院時要約の様式が決められている。



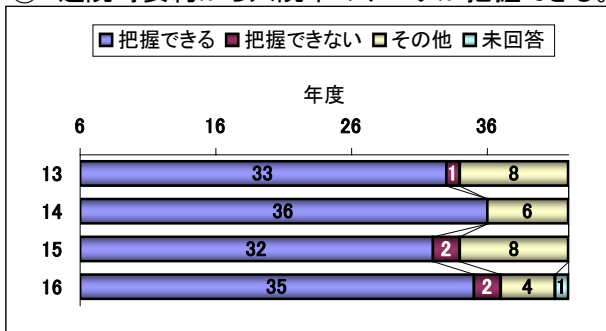
⑭ 退院時要約の記載に期限が定められている。



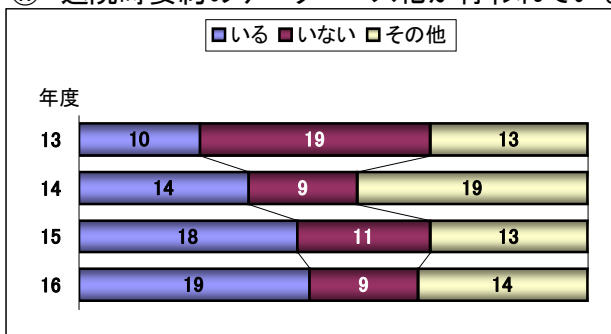
⑮ 退院時要約の記載内容の質は保たれている。



⑯ 退院時要約から入院中のデータが把握できる。

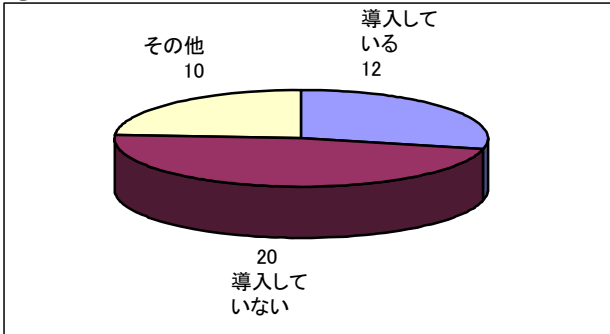


⑰ 退院時要約のデータベース化が行われている。

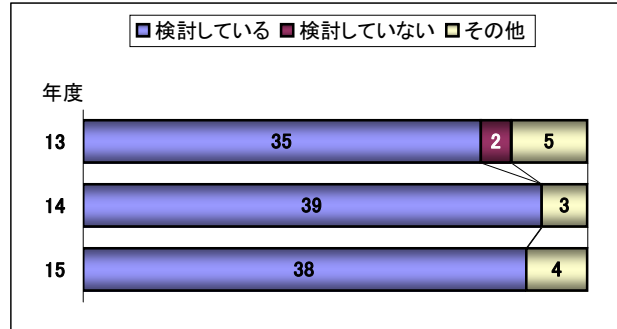


## 16年度相互チェック

### ⑮ 電子カルテを導入している。(16年度)

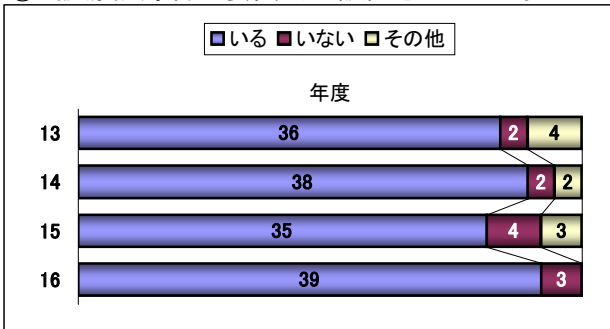


(参考) 電子カルテの導入が検討されている。(13～15年度)

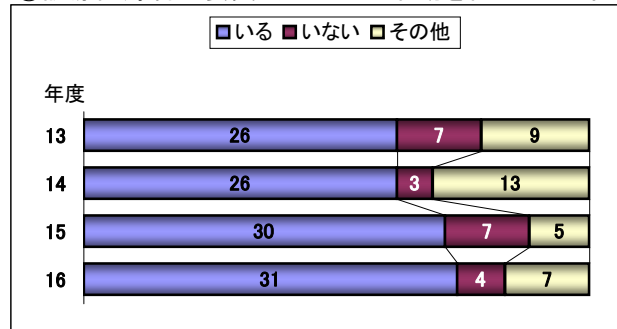


### 3) 診療記録管理委員会

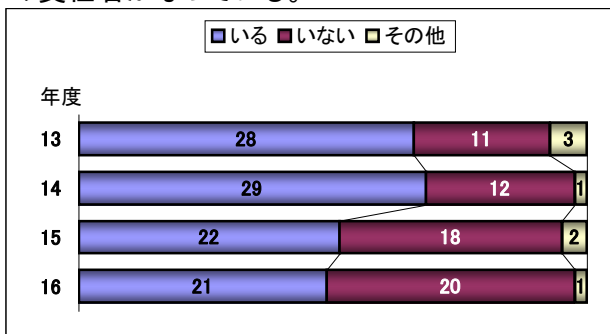
#### ① 診療記録管理委員会が設置されている。



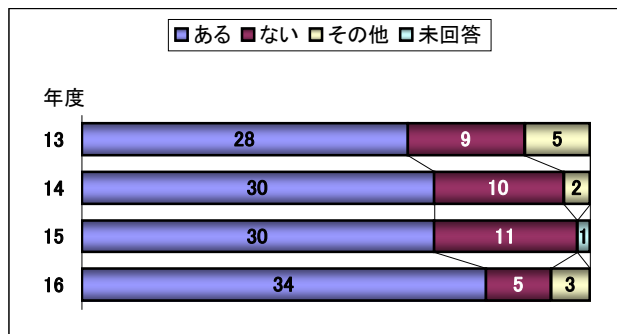
#### ② 診療記録管理委員会は適正な活動を行っている。



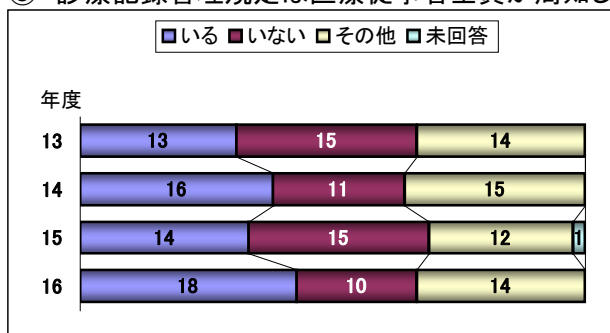
#### ③ 診療記録管理委員会の委員長は医療情報の責任者になっている。



#### ④ 診療記録管理規程がある。



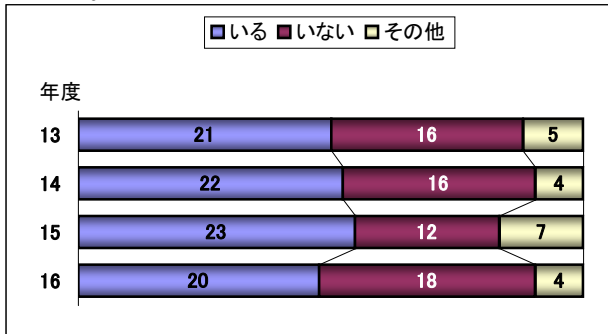
#### ⑤ 診療記録管理規定は医療従事者全員が周知している。



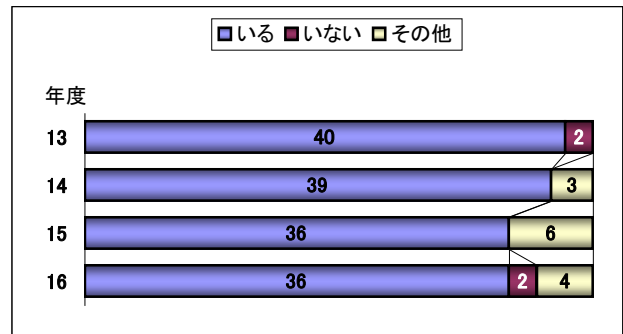
## 16年度相互チェック

### 4) 診療録の管理

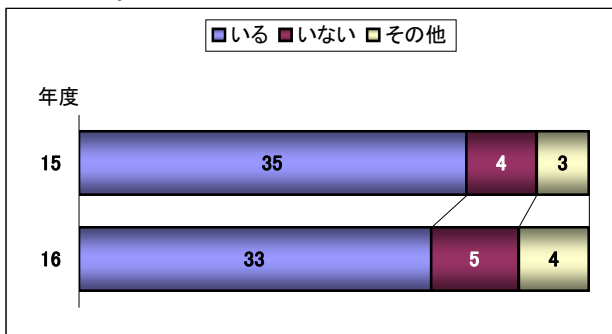
① 保存年限は何らかの方法により永久保存となっている。



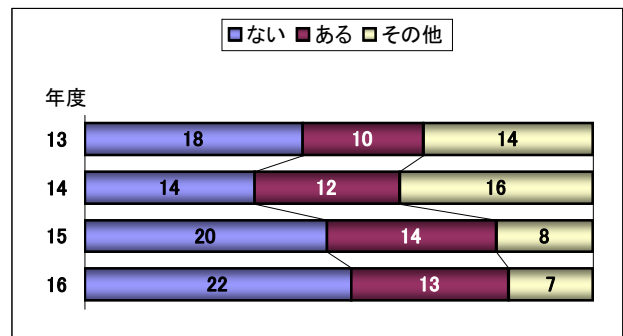
② 借用、閲覧のサービスが迅速に行われている。



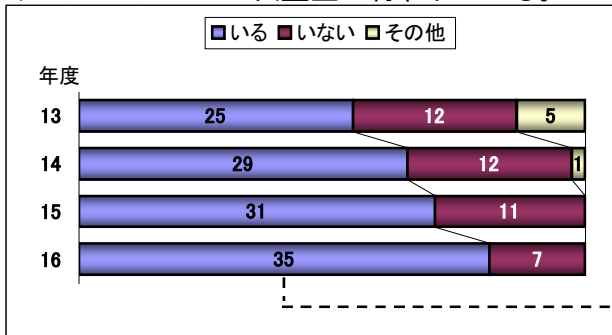
③ 退院後、未提出の診療記録は速やかに督促している。



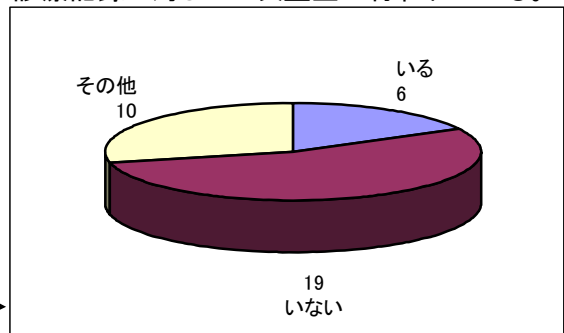
④ 診療記録の紛失がない。



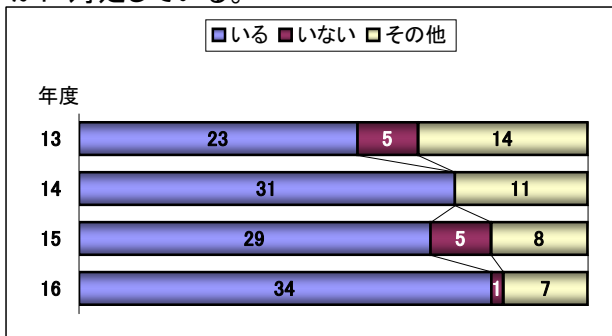
⑤ 診療記録の記載に関して 医長、チーフレジデントレベルでの一次監査が行われている。



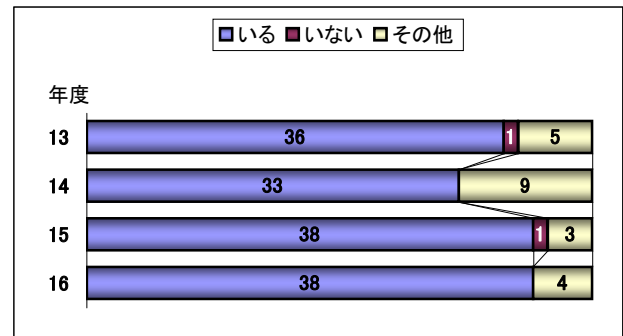
a診療情報管理士や診療記録委員により退院診療記録に対して二次監査が行われている。



⑥ 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。

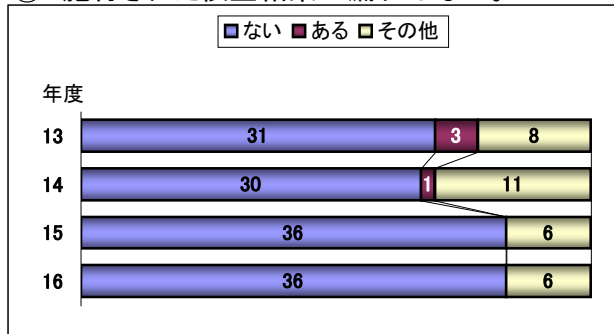


⑦ 施行された検査結果は整理されている。



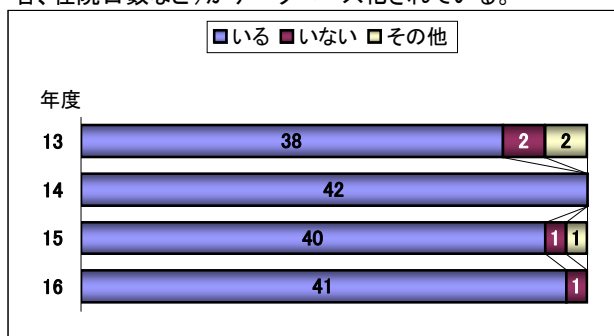
## 16年度相互チェック

### ⑧ 施行された検査結果の漏れはない。

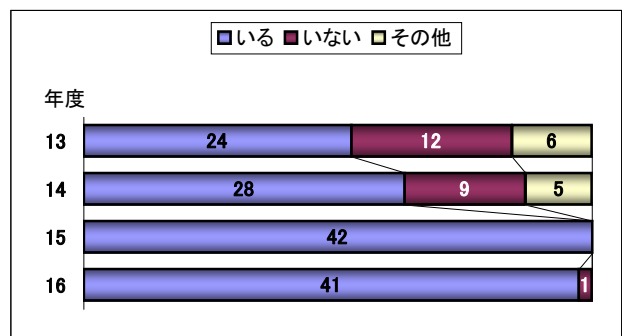


### 5) 診療記録の運用

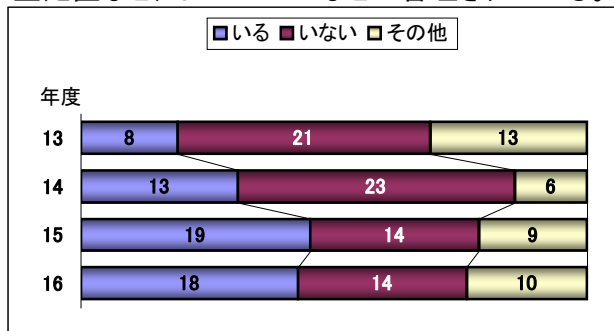
① 患者基本情報(氏名、年齢、性別、住所、職業、保険、診療科、初診年月日、最終受診歴、入退院年月日、主治医名、在院日数など)がデータベース化されている。



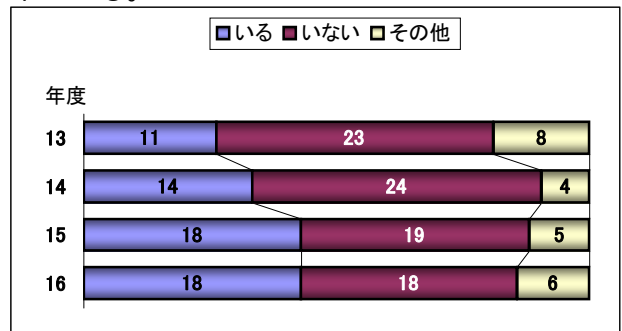
② 疾病名はICD10などで管理されている。



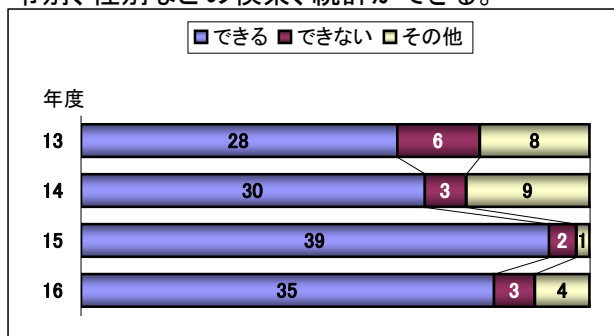
③ 医療行為(手術、化学療法、放射線療法、検査処置など)はICD9CMなどで管理されている。



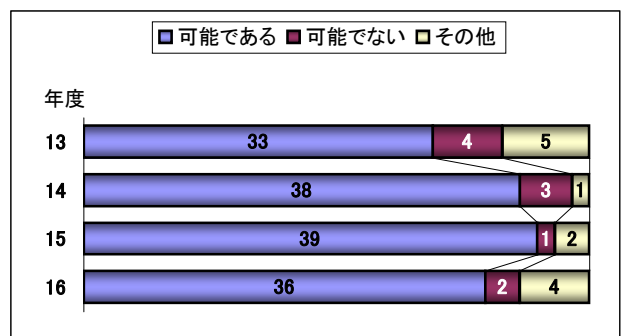
④ 病理はSNOMESDなどによる分類が行われている。



⑤ 上記データの索引、月・年度別、地域別、年齢別、性別などの検索、統計ができる。

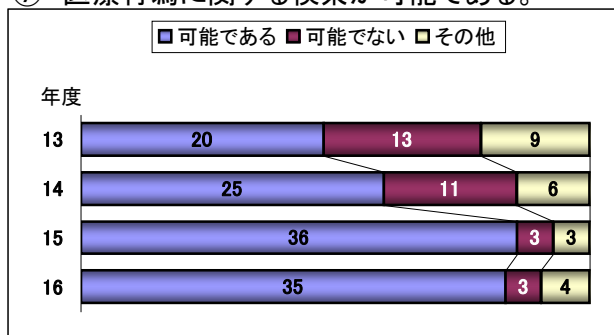


⑥ 疾病に関する検索が可能である。

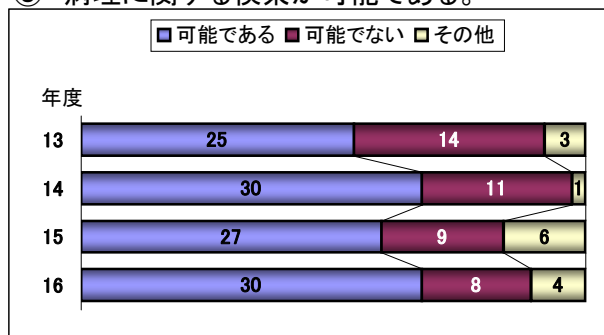


## 16年度相互チェック

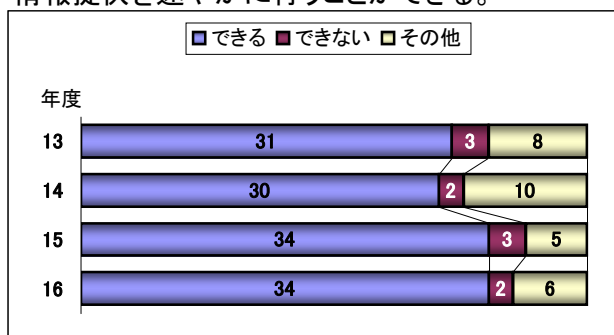
### ⑦ 医療行為に関する検索が可能である。



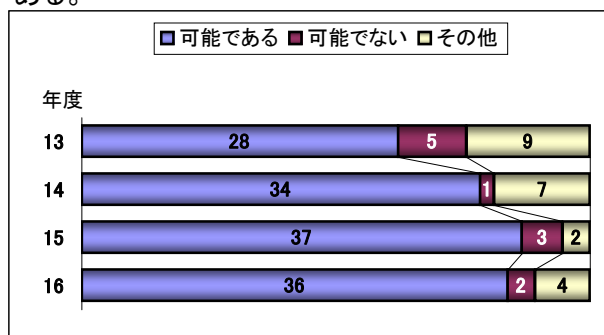
### ⑧ 病理に関する検索が可能である。



### ⑨ 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。

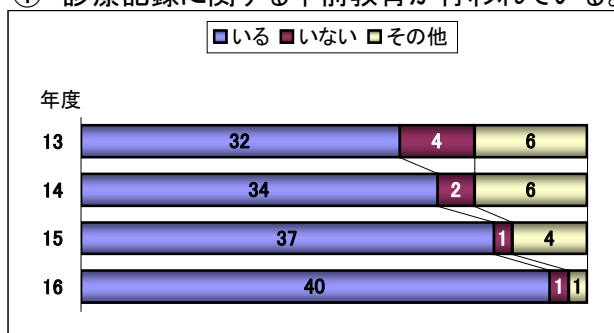


### ⑩ 病院の管理運営に役立つ情報提供が可能である。

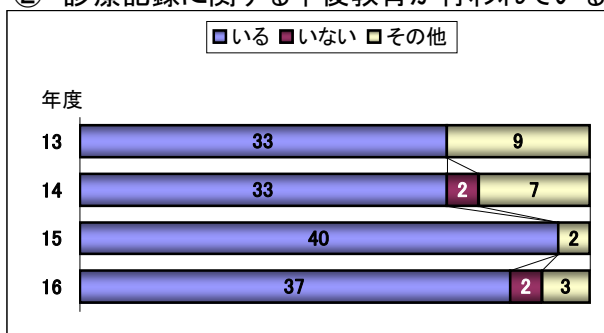


## 6) 記録に関する教育

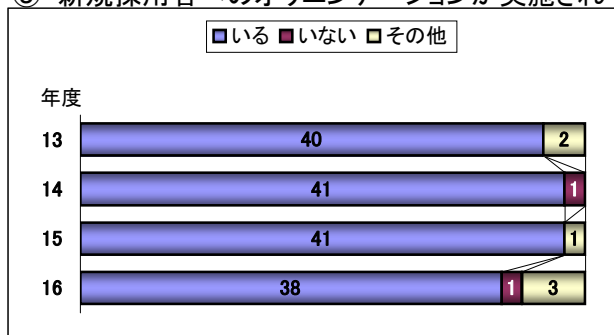
### ① 診療記録に関する卒前教育が行われている。



### ② 診療記録に関する卒後教育が行われている。



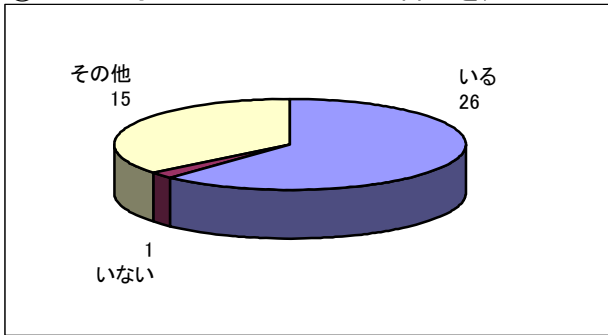
### ③ 新規採用者へのオリエンテーションが実施されている。



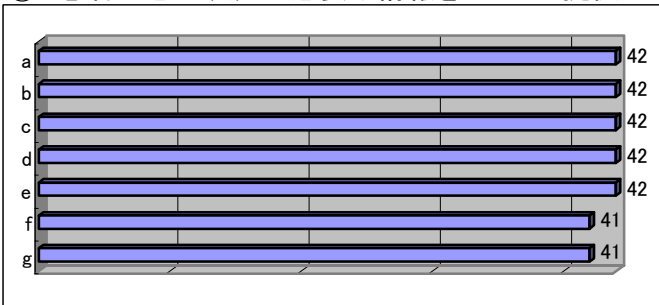
## 16年度相互チェック

### 3 インフォームド・コンセント

#### ① インフォームド・コンセントの書式を定めている。

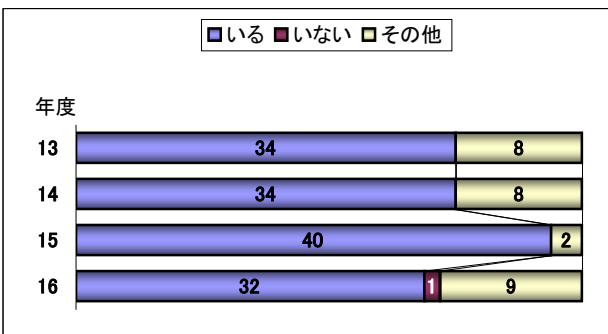


#### ② 患者の意志決定に必要な情報をきちんと提供しているか？

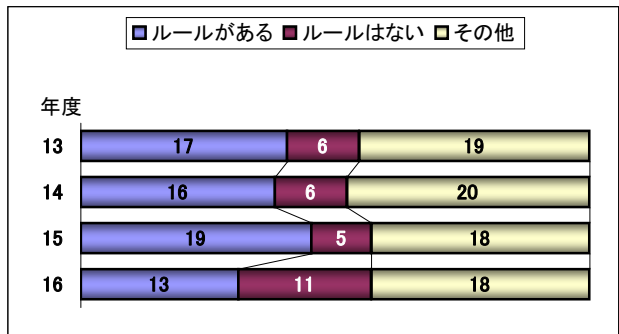


- a 現在の症状及び診断名
- b その治療行為を採用する理由
- c 治療行為の具体的内容
- d 治療行為に伴う危険性の程度
- e 治療を行った場合の予後や改善の見込み、程度
- f その治療を受けなかった場合の予後
- g 代替的治療法がある場合には、その内容および利害得失

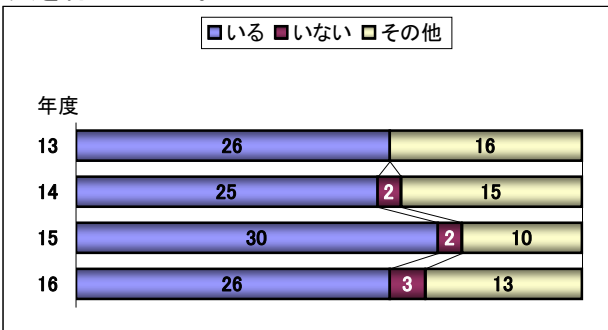
#### ③ インフォームド・コンセントの際、直感的な表現でなく客観的な数字等を用いている。



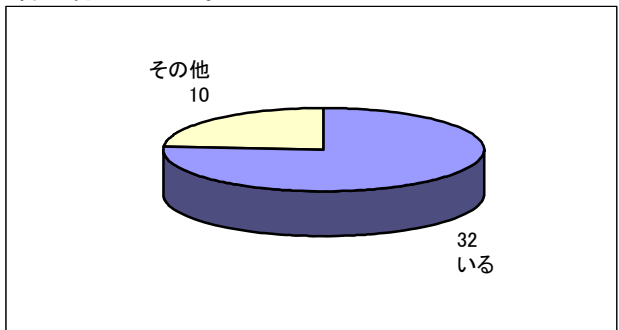
#### ④ 受持グループと執刀医・検査医グループが異なる場合、両者がインフォームド・コンセントの場に同席するルールがある。



#### ⑤ 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。

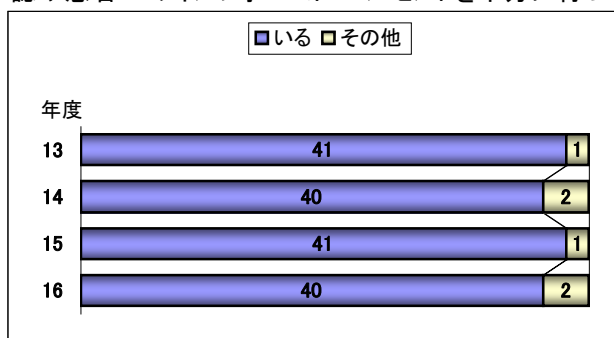


#### ⑥ インフォームド・コンセントは複数の医療従事者で行っている。

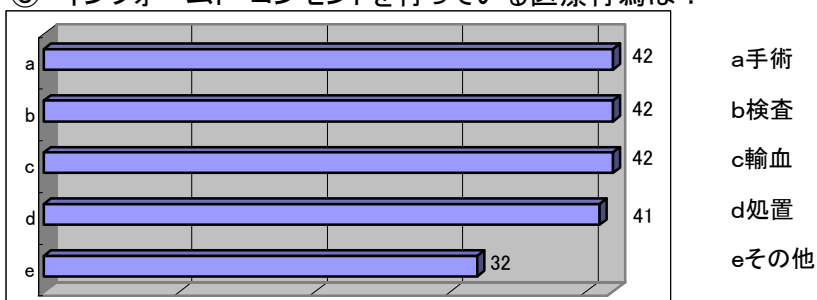


## 16年度相互チェック

⑦ 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。



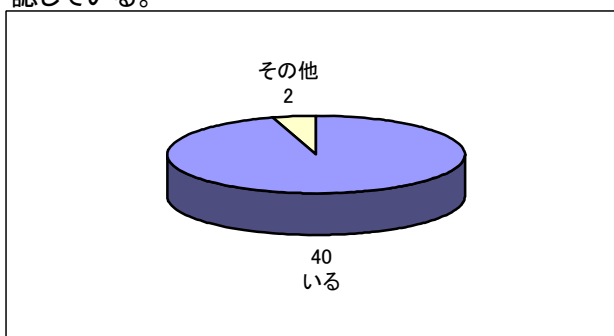
⑧ インフォームド・コンセントを行っている医療行為は？



### 4 放射線部における安全管理体制

#### 1) 入室の際

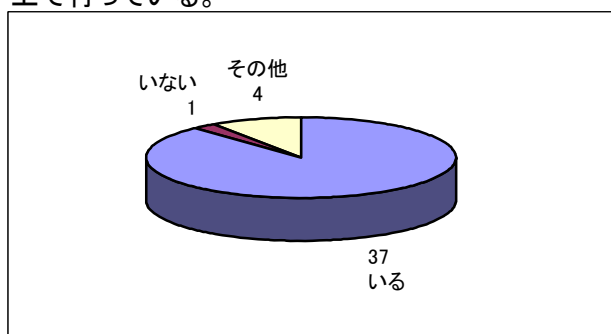
① 患者をフルネームで呼び入れ、撮影時、再度確認している。



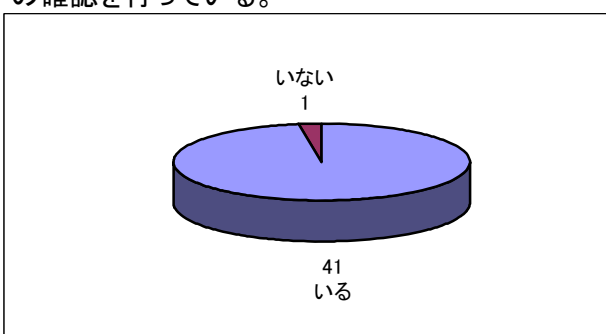
② 患者本人の確認ができない場合は、医師、看護師等付添者に確認している。

42大学全てで実施済み

③ 患者確認はID、氏名、生年月日等の2項目以上で行っている。



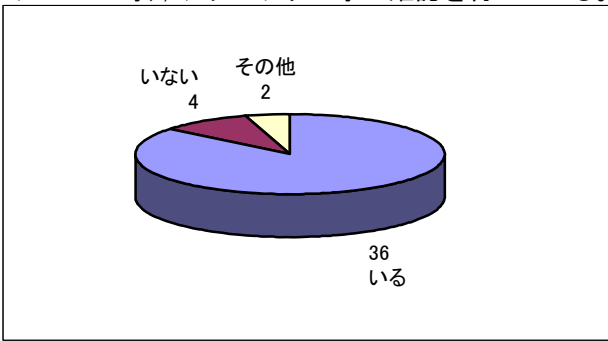
④ MR検査の場合、患者の装飾品や体内金属の確認を行っている。





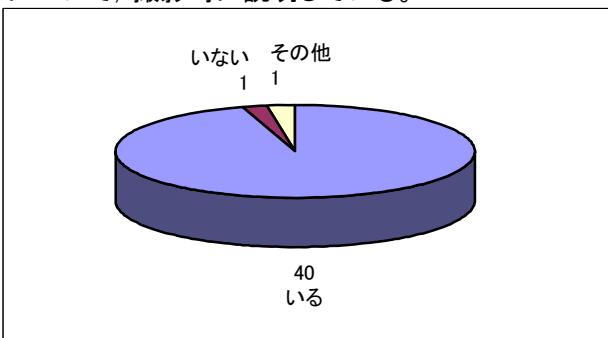
## 16年度相互チェック

⑤ MR検査室に入室する医療スタッフの持ち物(ハサミ・ペン等)、アクセサリ等の確認を行っている。

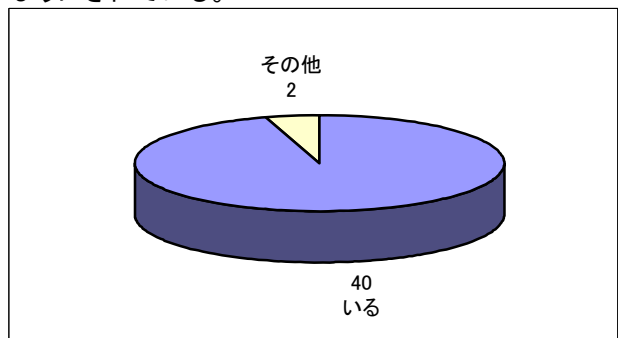


2)放射線検査の際

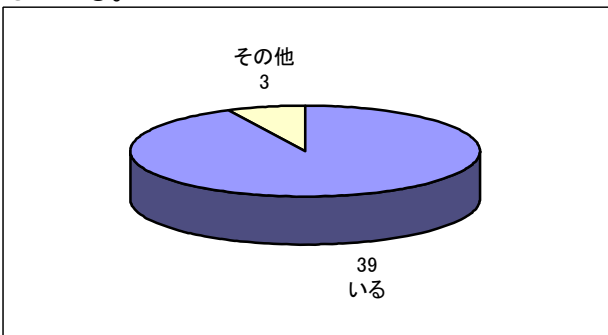
① 撮影部位, 方向, 撮影回数, 装飾品の有無等について, 撮影時に説明している。



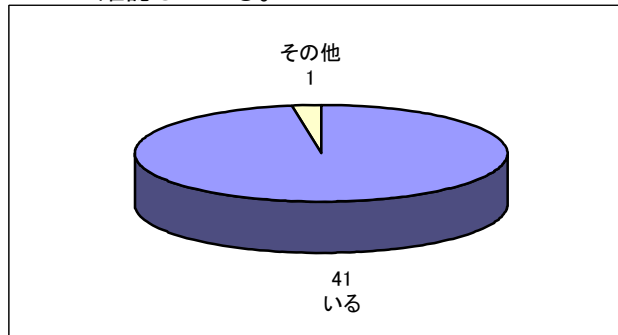
② 撮影時の注意説明は, 患者が十分理解できるようにされている。



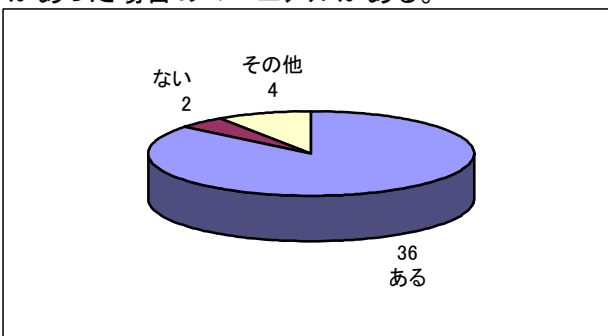
③ 血管造影検査の依頼書・説明・同意書を確認している。



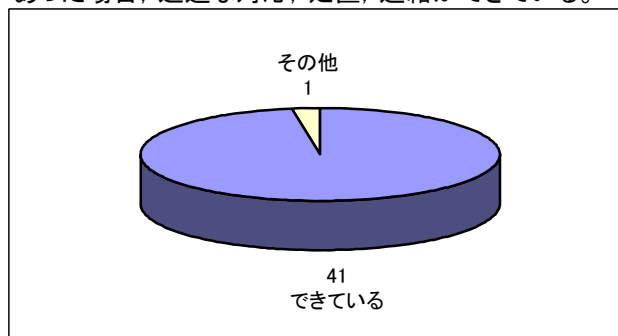
④ 造影剤の種類, 量, 注入速度, アレルギーについて確認している。



⑤ 造影剤使用の検査中もしくは検査後副作用があった場合のマニュアルがある。



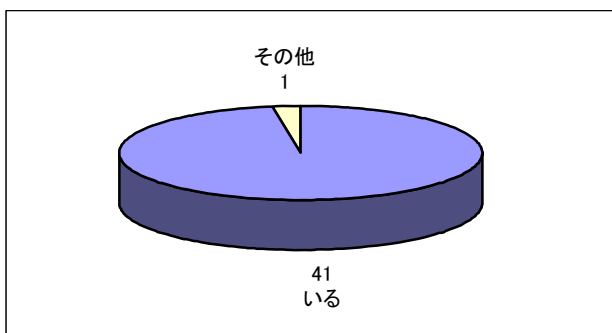
⑥ 造影剤使用の検査中もしくは検査後副作用があった場合, 迅速な対応, 処置, 連絡ができています。



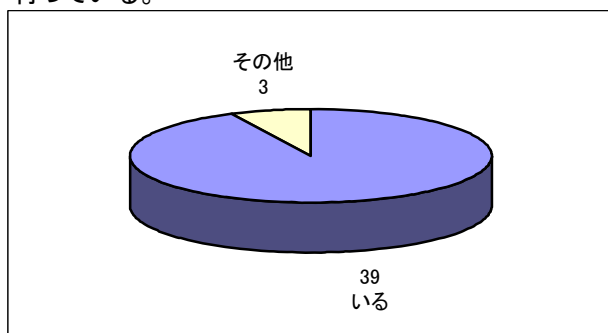
## 16年度相互チェック

### ⑦ 造影剤接続確認をどのように行っているか？

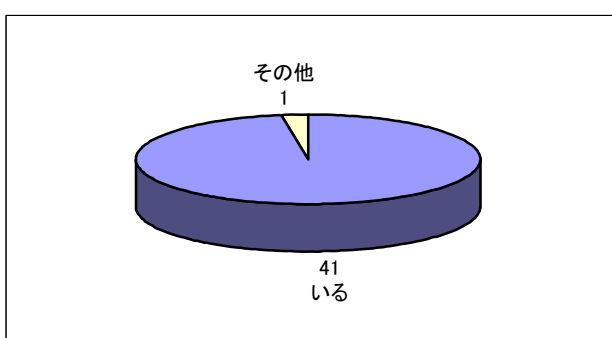
a造影剤のエア抜き確認を行っている。



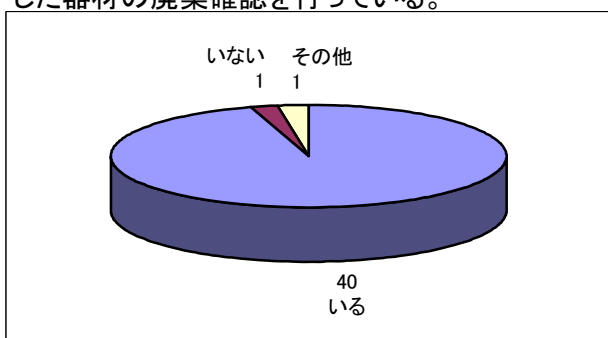
b担当者が途中で中断することなく、一連の作業を行っている。



cラインの接続確認を行っている。



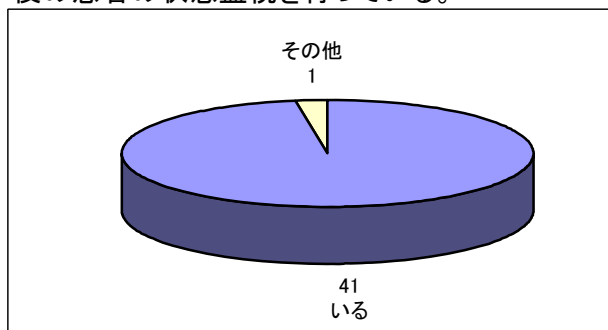
dディスポーザブル器材の場合、前の患者に使用した器材の廃棄確認を行っている。



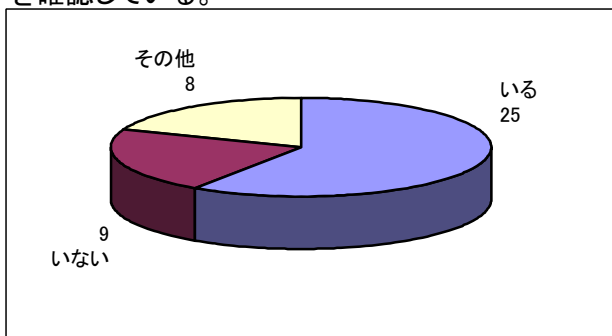
### ⑧ 点滴ルートなどの寝台巻き込みや装置への接触等確認を行っている。

42大学全てで実施済み

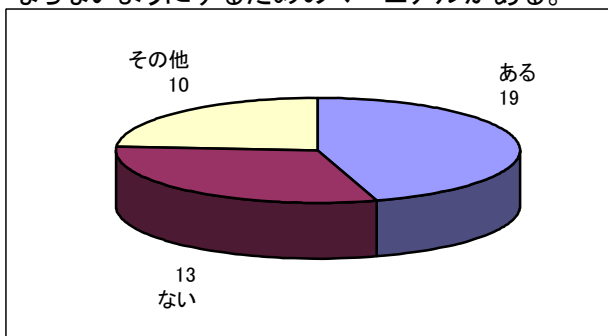
### ⑨ 輸液、ドレーン関係等を含め、検査中・検査後の患者の状態監視を行っている。



### ⑩ 血管造影検査を繰り返し行う場合、被曝線量を確認している。

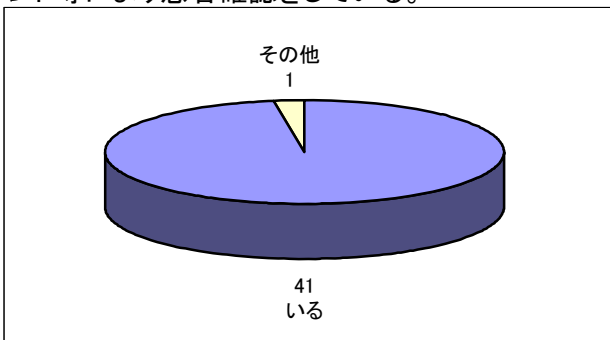


### ⑪ 血管造影検査で照射する放射線量が過剰にならないようにするためのマニュアルがある。



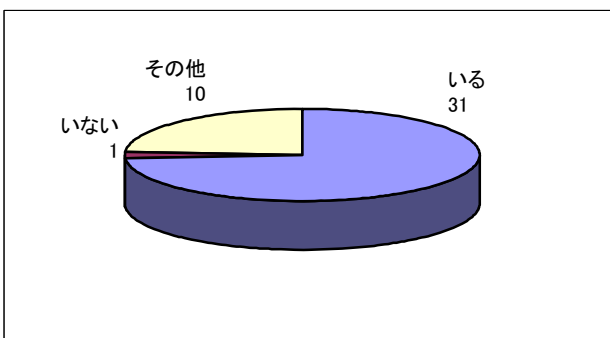
## 16年度相互チェック

⑫ 病棟撮影の際、ベッドサイドの名札やリストバンド等により患者確認をしている。

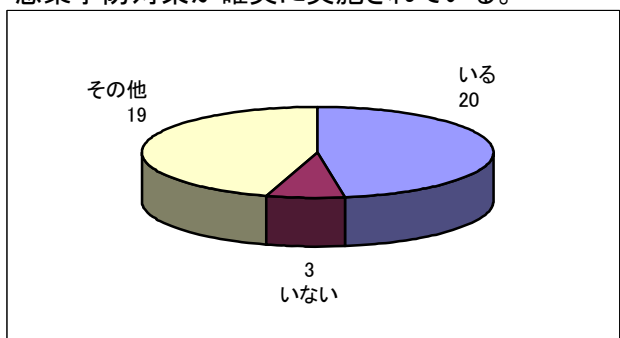


### 3)放射線検査終了後

①撮影後の画像は実施者が確認している。

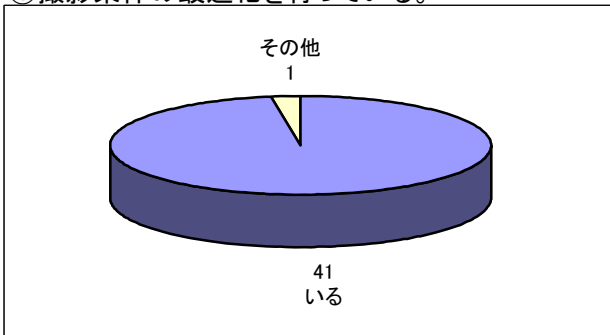


②毎回の検査終了後、検査台の清掃、手洗い等感染予防対策が確実に実施されている。

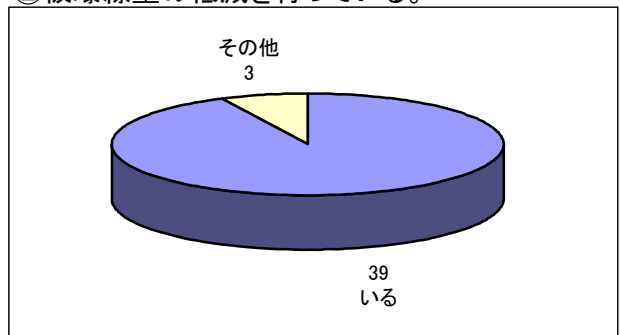


### 4)機器等の管理

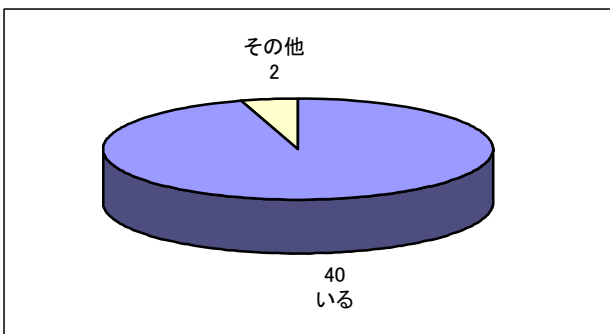
①撮影条件の最適化を行っている。



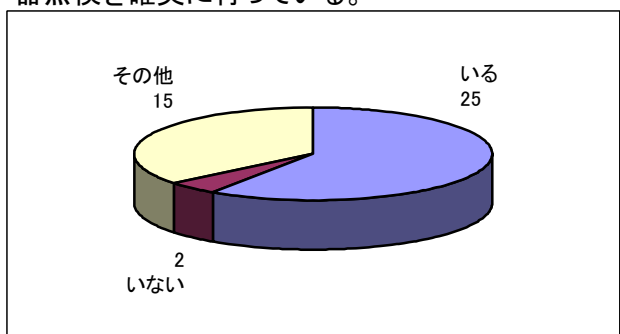
②被曝線量の低減を行っている。



③機器の点検を毎日行っている。



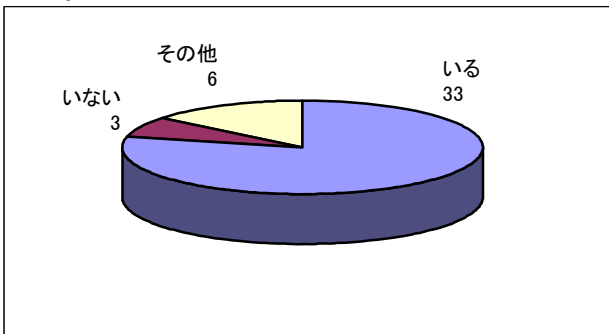
④定期的(月ごと、半年ごと、1年ごと等)に行う機器点検を確実にしている。



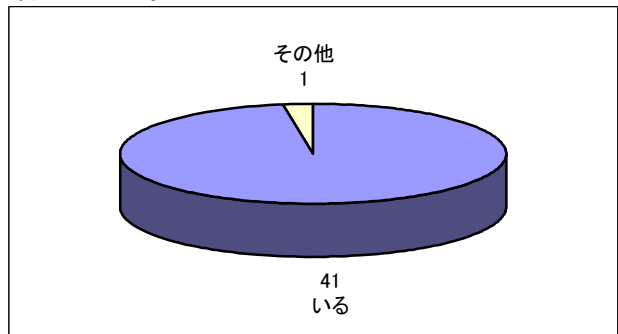
## 16年度相互チェック

### 5)放射線治療について

①放射線治療の依頼書・説明・同意書を確認している。



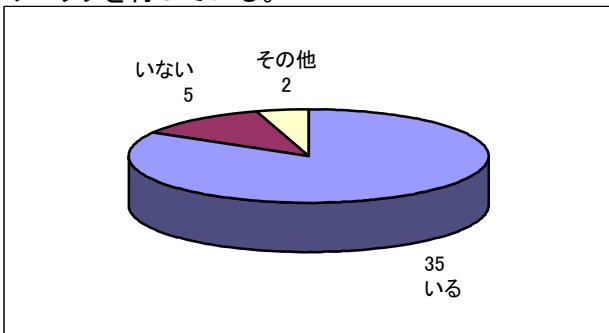
②治療計画データと照射処方の照合チェックを行っている。



③担当医師に治療部位、線量の確認を行っている。  
42大学全てで実施済み

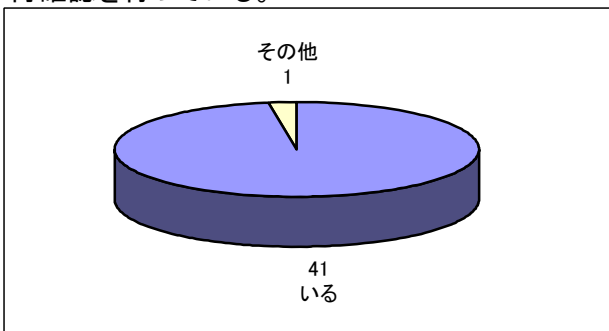
④患者に放射線治療の流れを説明している。  
42大学全てで実施済み

⑤放射線照射の際に照射部位・線量のダブルチェックを行っている。



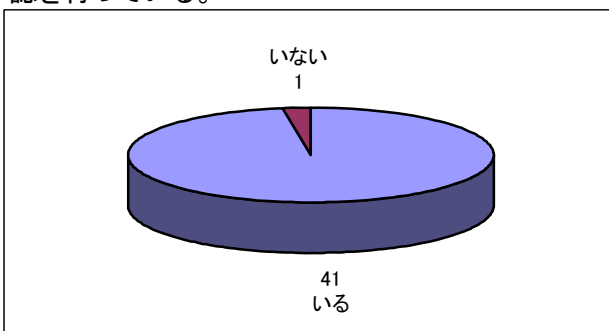
⑥位置決め写真との照合は、担当医師と確認を行っている。  
42大学全てで実施済み

⑦照射前に照射録・コンソールと照合モニターの再確認を行っている。



⑧照射中は監視モニターで監視している。  
42大学全てで実施済み

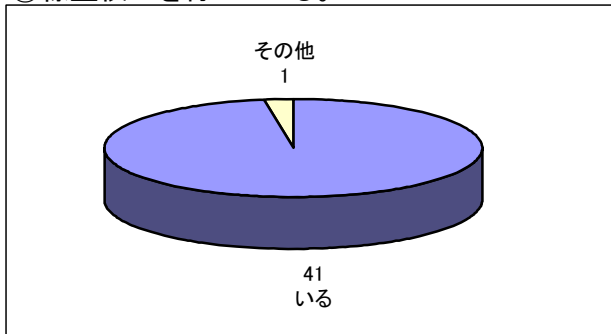
⑨照射終了後、モニター線量・照射録記載の確認を行っている。



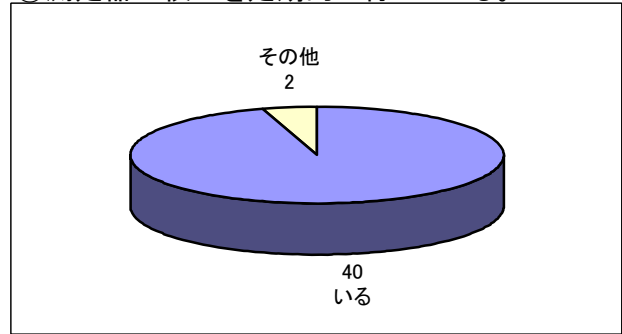
⑩照射録はわかりやすく作成されている。  
42大学全てで実施済み

## 16年度相互チェック

⑪線量校正を行っている。



⑫測定器の校正を定期的に行っている。



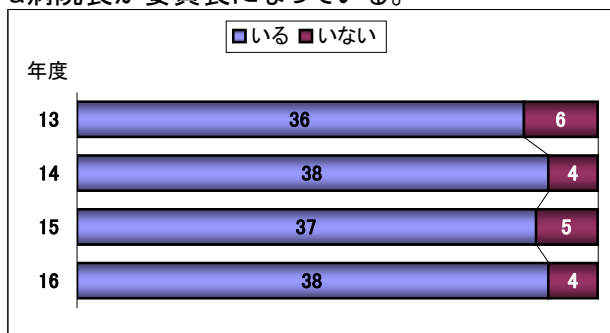
## 16年度自己チェック

### 1 安全管理に関する総合的な体制整備

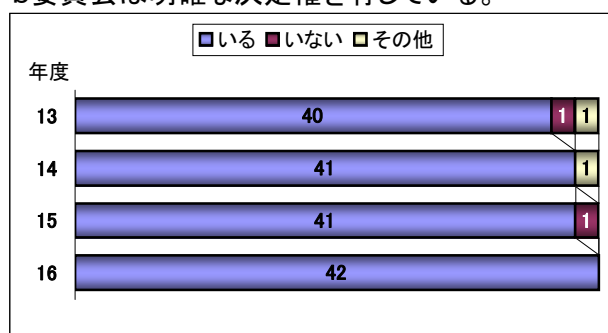
#### 1) 院内の組織体制の整備

- ① 事故防止委員会が組織されている。  
13年度から、42大学全てで組織済み。

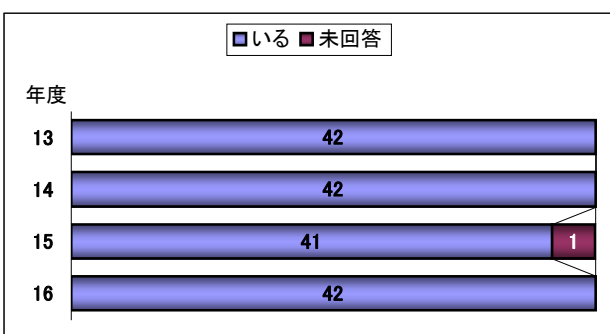
##### a 病院長が委員長になっている。



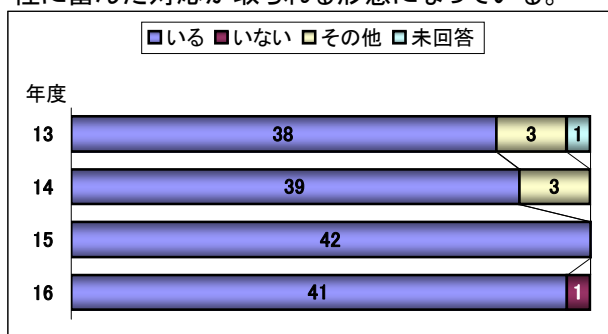
##### b 委員会は明確な決定権を有している。



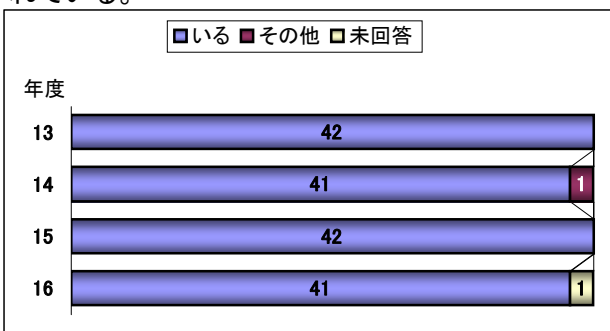
##### c 委員会は病院全体が統合された構成になっている。



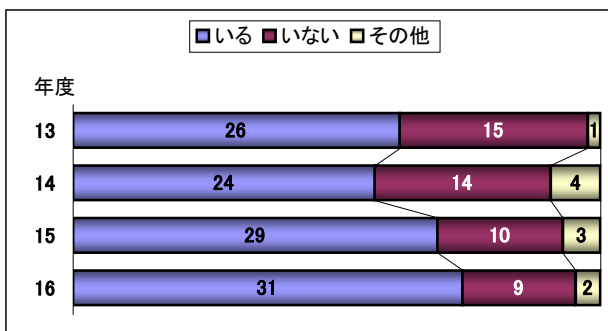
##### d 医療事故等が発生した場合、委員会以外の迅速性に富んだ対応が取られる形態になっている。



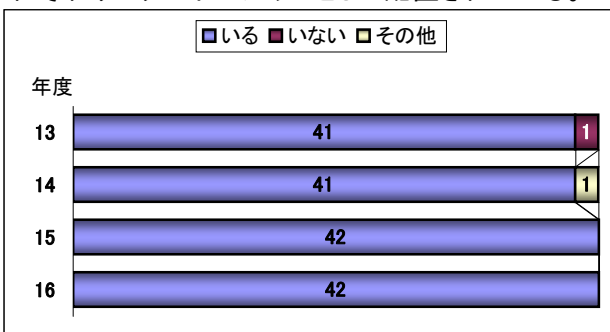
#### ② 病院内の各部門にリスクマネジャーが配置されている。



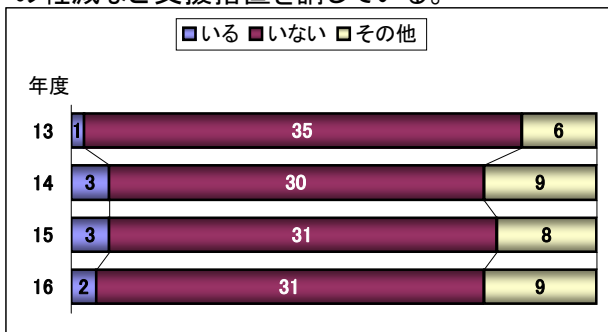
##### a リスクマネジャーの発令行為がなされている。



##### 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。

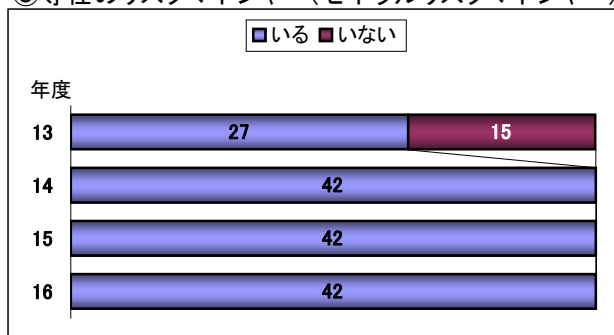


##### c 各部門長は、リスクマネージャーに対し通常業務の軽減など支援措置を講じている。

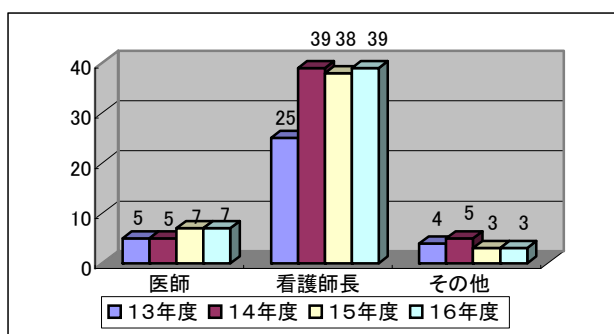


## 16年度自己チェック

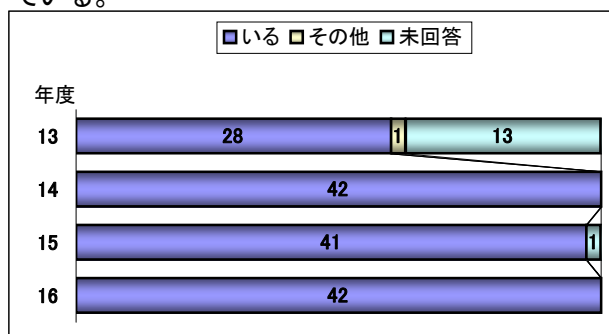
③専任のリスクマネジャー（ゼネラルリスクマネジャー）を配置している。



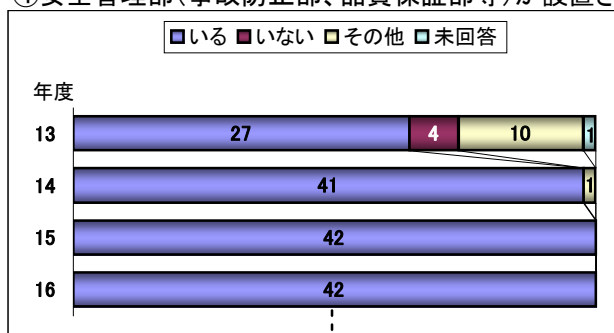
aゼネラルリスクマネジャー担当職は？



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・安全管理にあたっている。

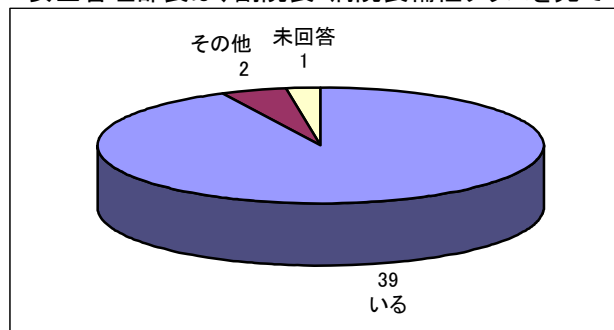


④安全管理部（事故防止部、品質保証部等）が設置されている。



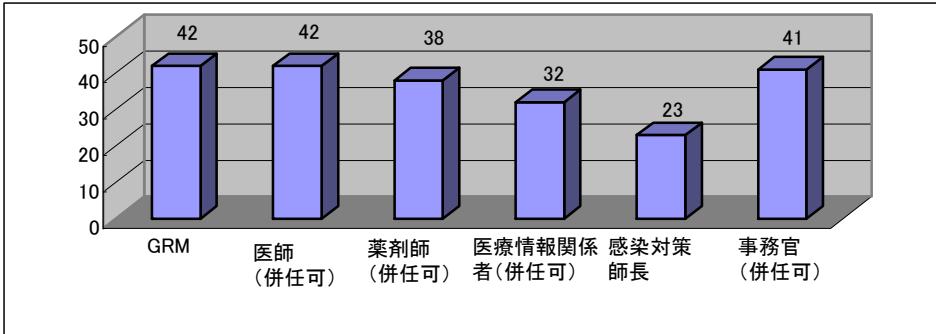
16年度「いる」は、「a」～「g」へ

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。

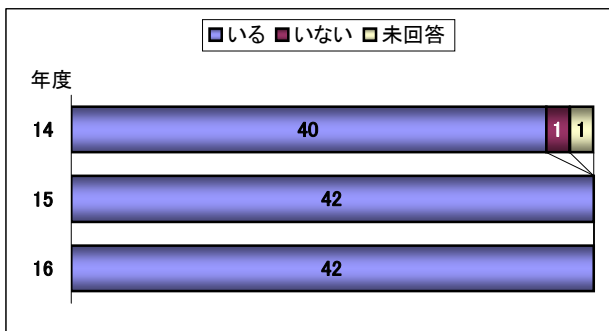


## 16年度自己チェック

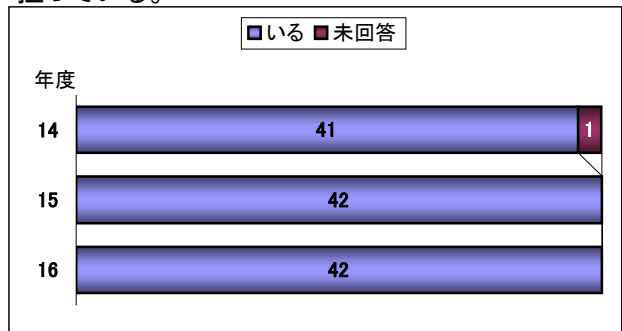
### b安全管理部の組織構成は？



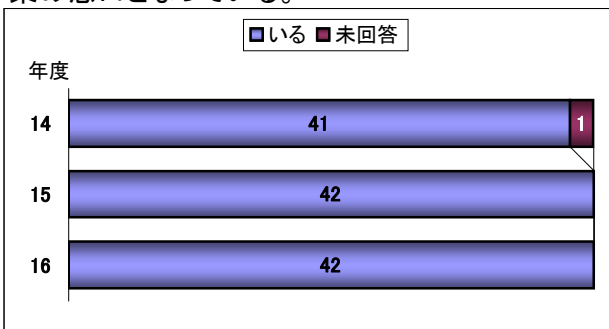
### c事故防止委員会の事務局機能を有している。



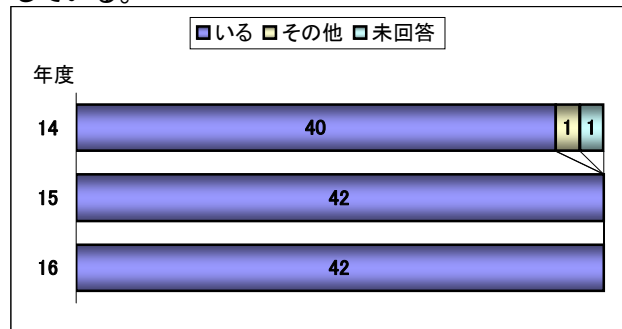
### d事故・インシデント報告分析の中核的な役割を担っている。



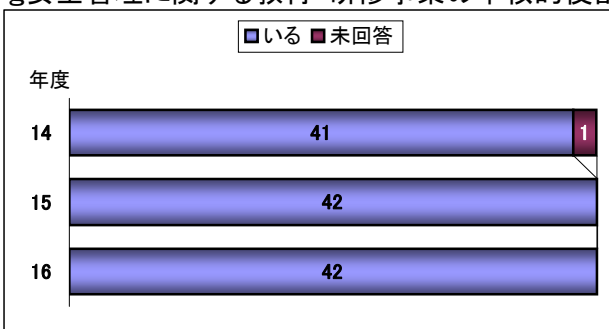
### eリスクマネジャーへの分析結果の伝達や改善提案の窓口となっている。



### 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。



### 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。

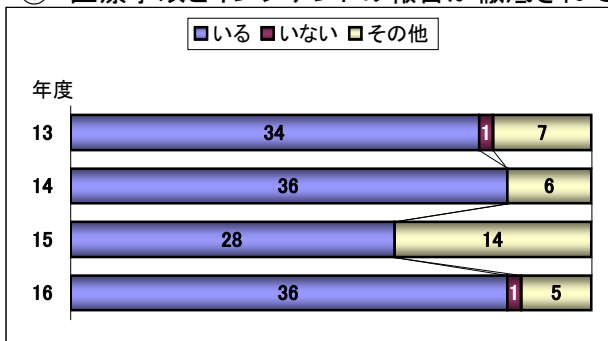




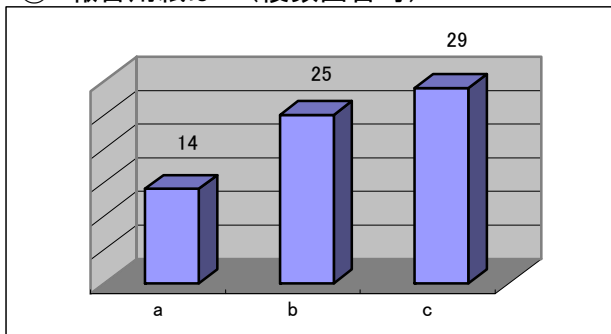
## 16年度自己チェック

### 2) 事故やインシデントの報告制度と改善の実施

#### ① 医療事故とインシデントの報告が徹底されている。



#### ② 報告用紙は？(複数回答可)

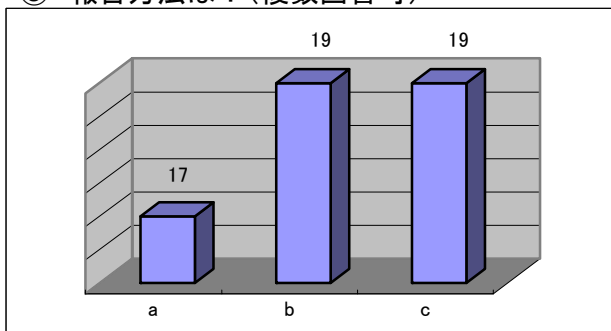


a 事故・インシデントを同一用紙としている

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

#### ③ 報告方法は？(複数回答可)

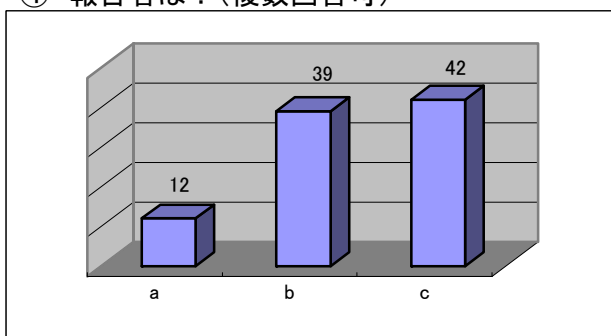


a 項目で事故・インシデントを区別する

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

#### ④ 報告者は？(複数回答可)



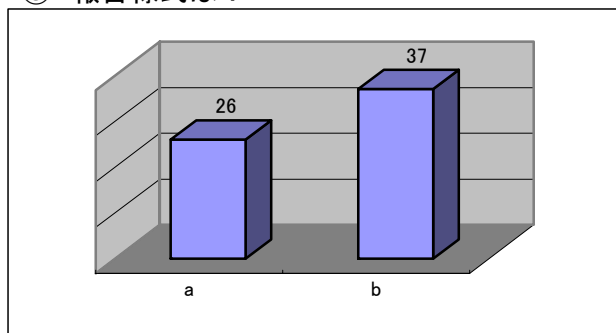
a 当事者のみである

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

## 16年度自己チェック

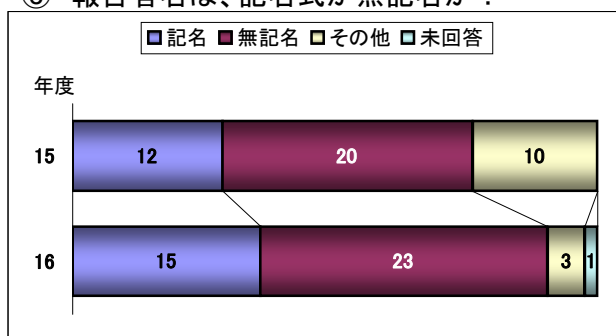
### ⑤ 報告様式は？



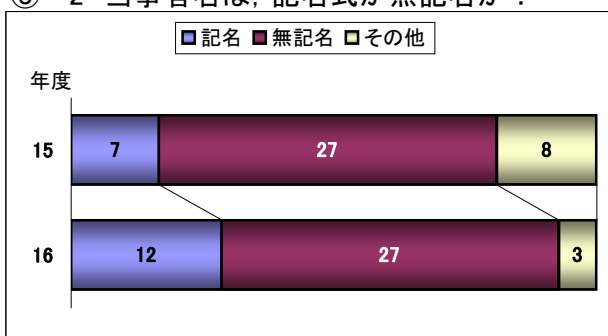
a記述式である

b一部は選択式である

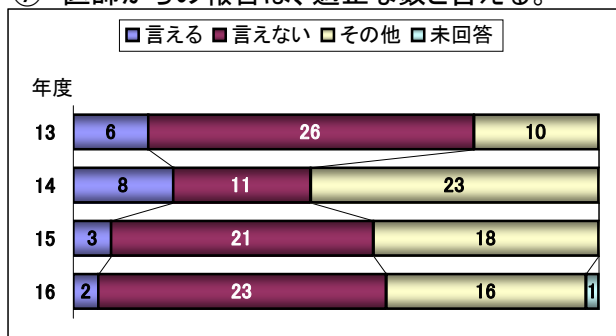
### ⑥ 報告者名は、記名式か無記名か？



### ⑥ー2 当事者名は、記名式か無記名か？



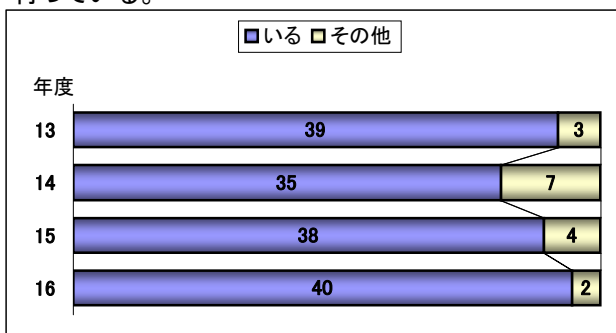
### ⑦ 医師からの報告は、適正な数と言える。



### ⑧ 報告を推進するための環境の整備を行っているか？

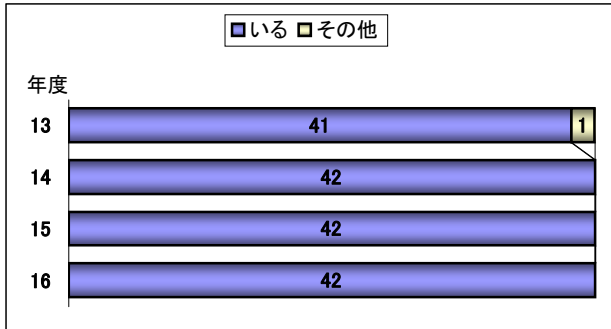
a必要性や有用性、報告事例等の教育を繰り返し行っている。

b懲罰や人事管理に用いない配慮をしている。  
13年度から、42大学全てで配慮済み。

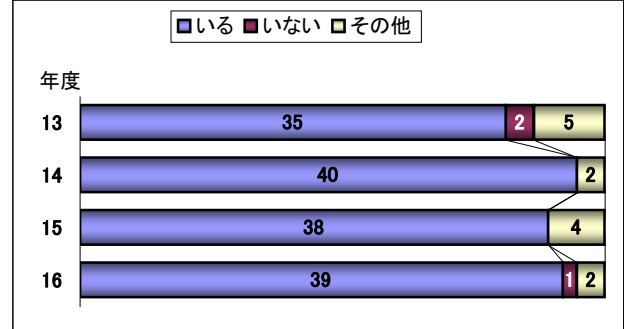


## 16年度自己チェック

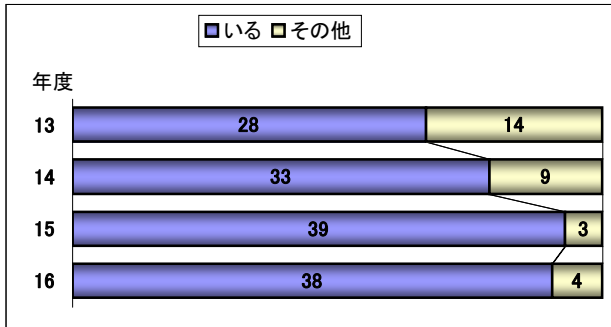
c報告書の取扱いや保管は慎重に行っている。



d簡便に報告できるよう様式を工夫している。

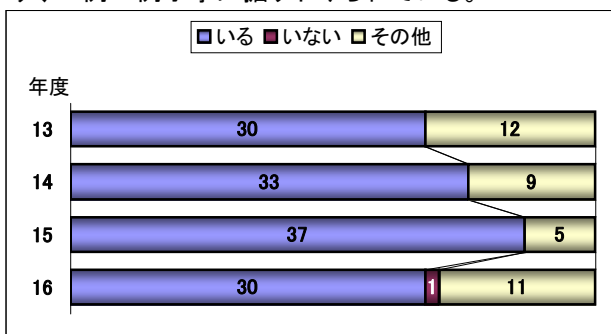


e報告に対し適切な対応とフィードバックがなされている。

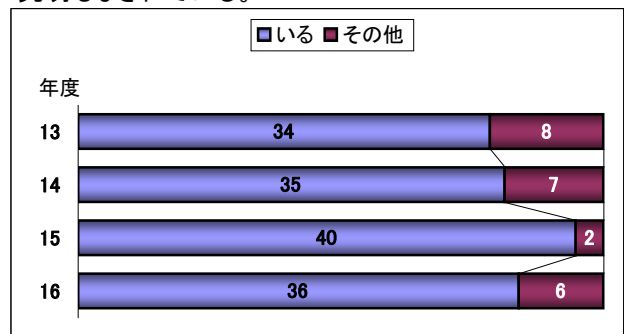


⑨報告の分析、検討、アクションが適切に行われているか？

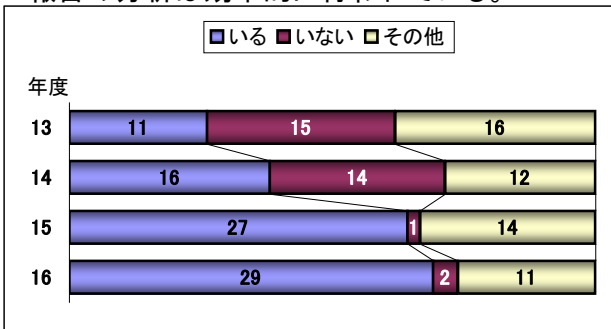
a分析は、件数や分類などの統計処理だけに止まらず、一例一例丁寧に掘り下げられている。



b分析によって、直接的な原因だけでなく根本的な原因の究明もなされている。



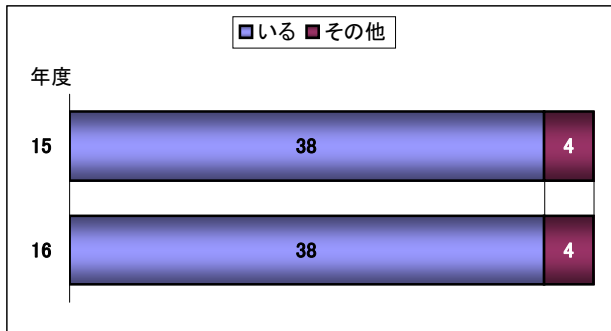
c報告の分析は効率的に行われている。



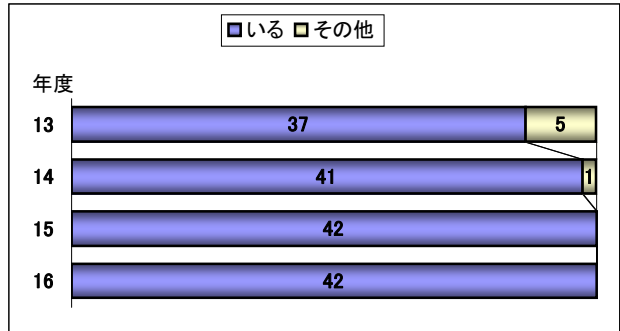
## 16年度自己チェック

### ⑩ 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？

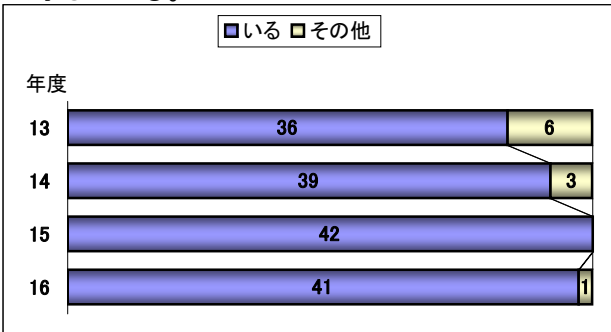
a 報告者や当事者からのヒアリングを実施している。



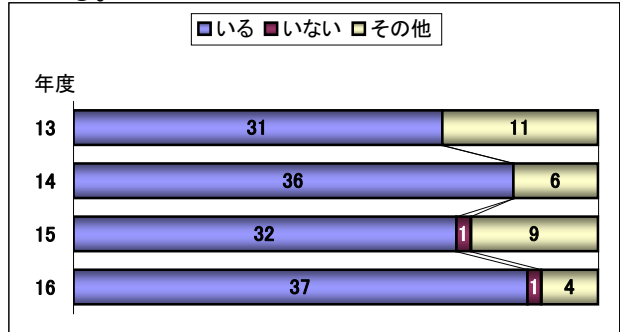
b 事故等の起こった事実だけでなく、原因や解決法さらに守るべきルールを提示している。(例えば指差呼称の推奨など)



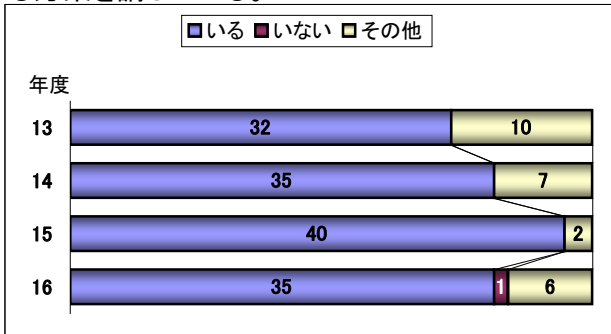
c 守るべきルールを周知する際は、その根拠を併せて示している。



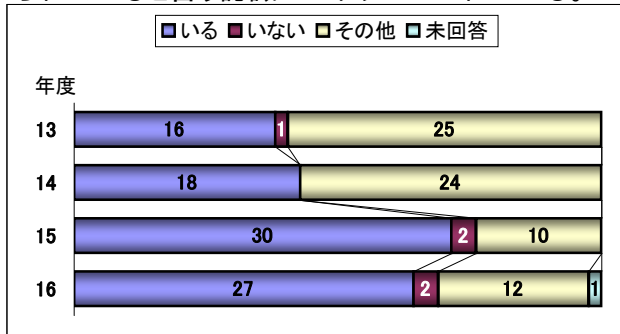
d 改善されたシステム等について迅速に周知できている。



e これらの情報提供をスタッフ全員に行き渡らせる方を講じている。

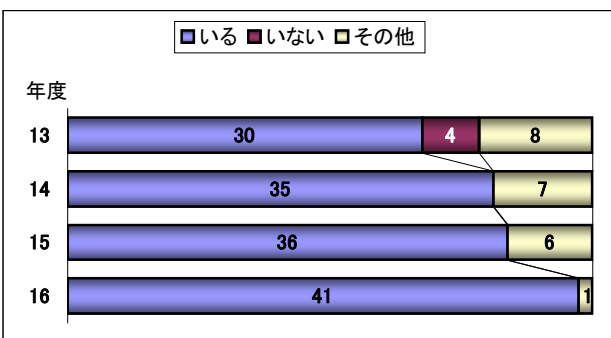


f フィードバックを通じて、事故報告が有効に用いられているという認識がスタッフに生れている。

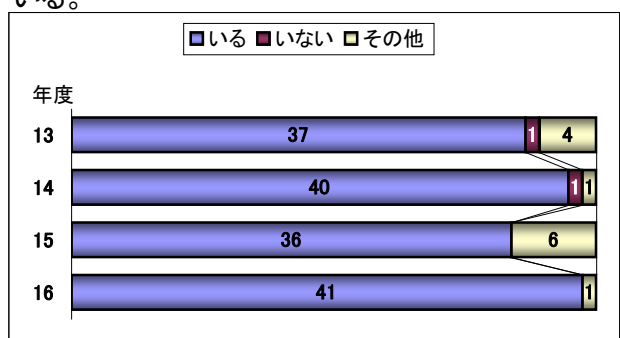


### ⑪ 改善情報等が確実に実行されているかのチェックを行っているか？

a チェックは、実際の現場に出向いて行っている。

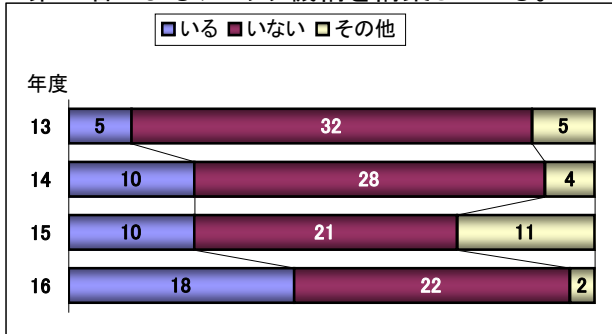


b チェックは、主としてリスクマネージャーが行っている。

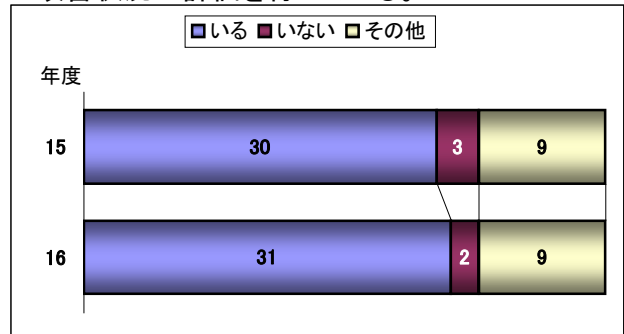


## 16年度自己チェック

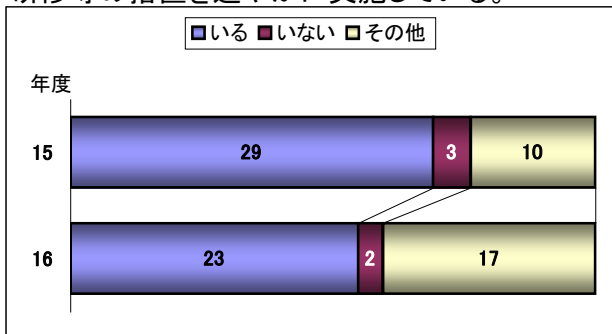
c 第三者によるチェック機構を構築している。



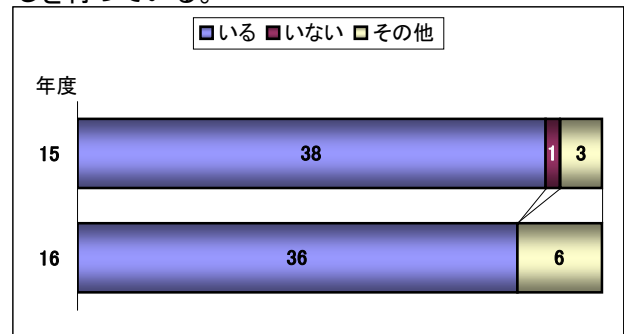
d 改善状況の評価を行っている。



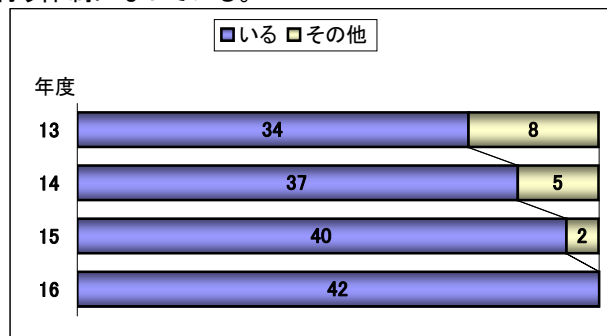
e 評価の結果、改善が進んでいない場合、職員の研修等の措置を速やかに実施している。



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。

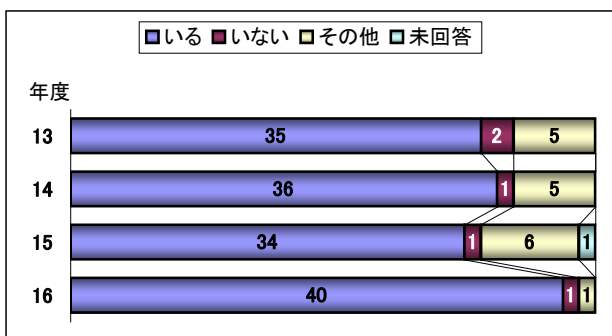


⑫ 病院レベルでの介入が困難な、職種や診療科固有の知識や技術の習得、個々の教育・トレーニングは、それぞれの現場が責任を持って行う体制になっている。

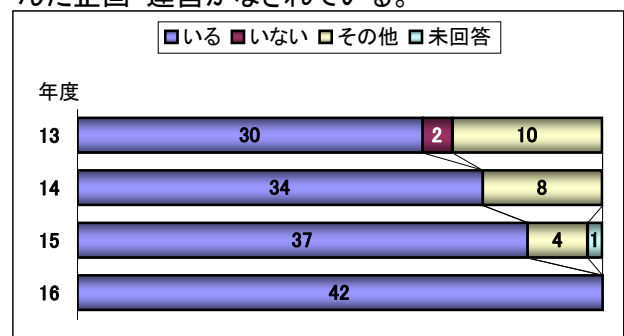


### 3) 職員に対する教育・研修の充実

① 職員に対する教育・研修を制度化している。

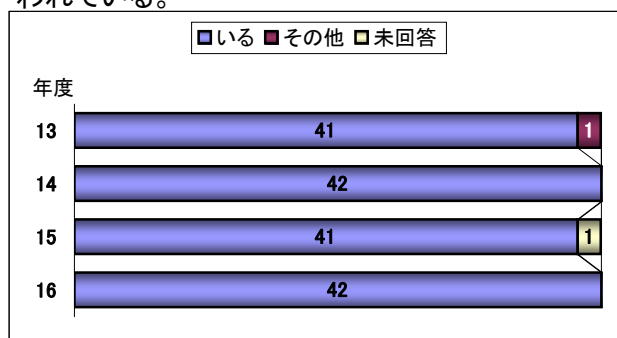


② 職員に対する教育・研修は、単発的な講演会にとどまらず、対象や時期等をふまえ、場にちなんだ企画・運営がなされている。

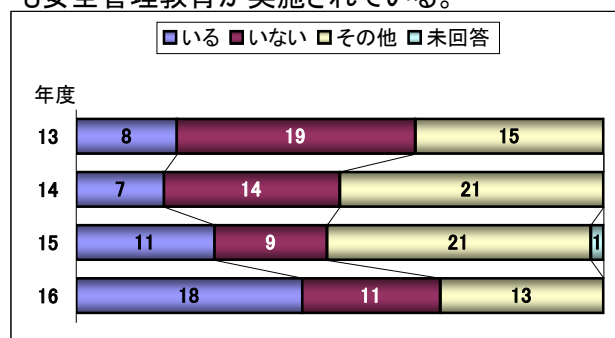


## 16年度自己チェック

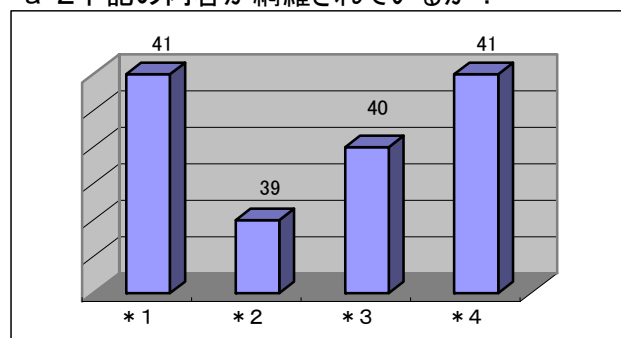
a 初任者に対する初期研修で安全管理教育が行われている。



a-1 中途採用者や異動の激しい医員等についても安全管理教育が実施されている。

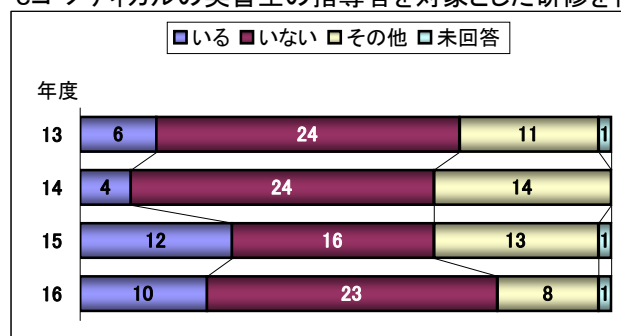


a-2 下記の内容が網羅されているか？

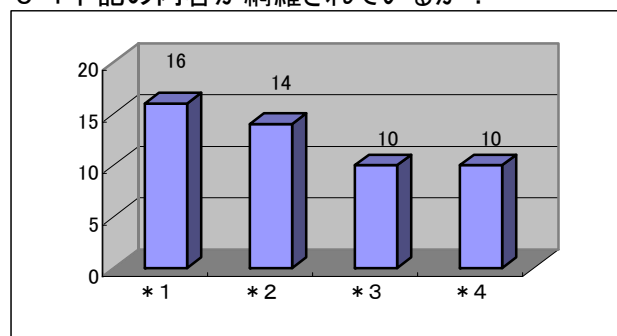


- \* 1 安全管理の基礎知識と組織上のしくみ
- \* 2 診療記録、医薬品・医療機器の管理、輸血事故防止に関する基礎
- \* 3 医療事故時の対応方法
- \* 4 事故やインシデントの報告

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。



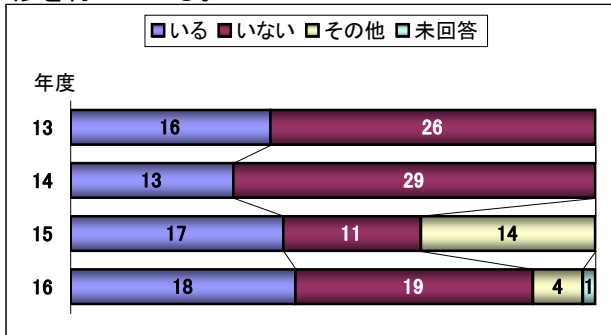
c-1 下記の内容が網羅されているか？



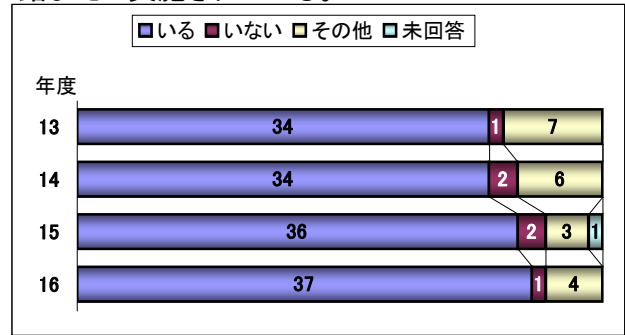
- \* 1 安全管理の基礎知識と組織上のしくみ
- \* 2 実習生が医療事故等に係わった場合の対処方法や報告
- \* 3 事故予防の観点からの実習環境の改善
- \* 4 実習生の保護制度

## 16年度自己チェック

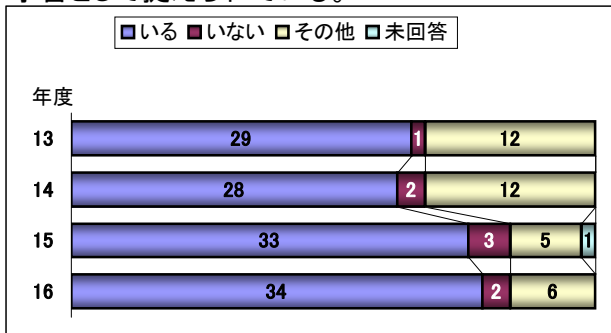
② リスクマネージャーとしての安全管理専門家育成の研修を行っている。



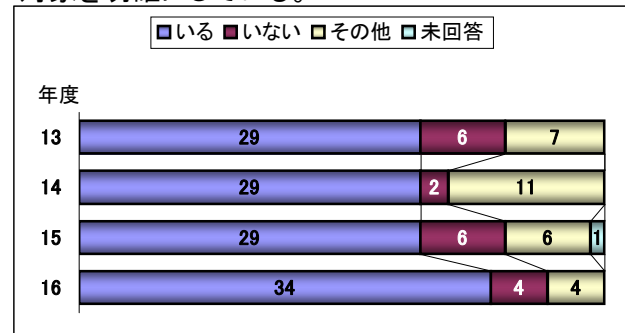
③ 教育・研修は、人材育成という教育的観点から踏まえて実施されている。



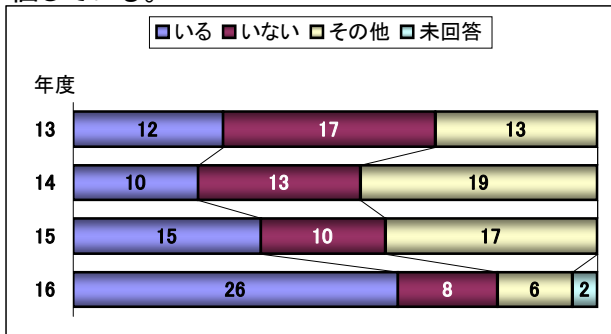
④ 教育・研修は、従来の概念を払拭する新たな学習として捉えられている。



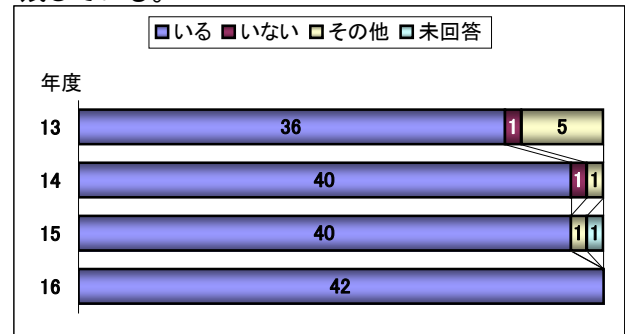
⑤ 教育・研修は、自主参加のみでなく義務化の対象を明確にしている。



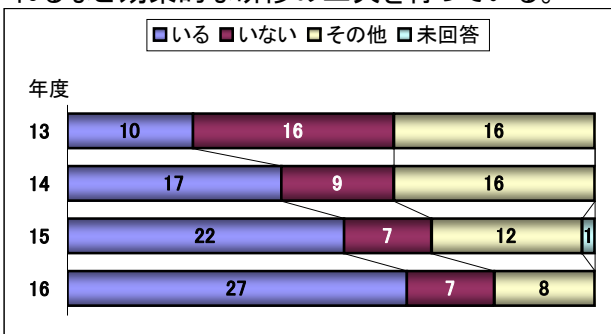
⑥ 教育・研修の効果を目標達成の観点から評価している。



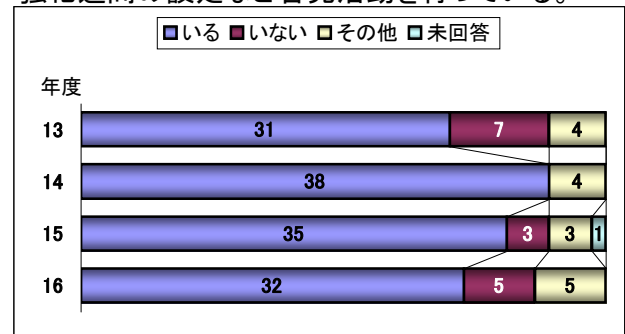
⑦ 教育・研修の実施内容や参加状況を記録に残している。



⑧ 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。



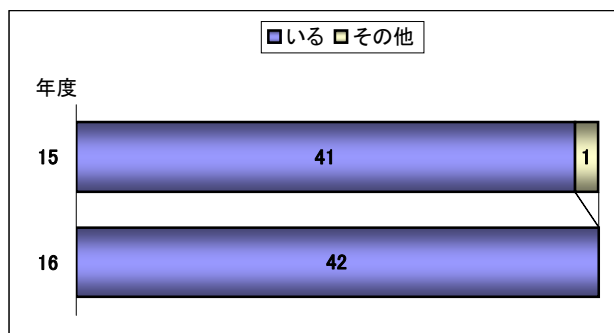
⑨ 安全管理に関する標語やポスターの作製、強化週間の設定など啓発活動を行っている。



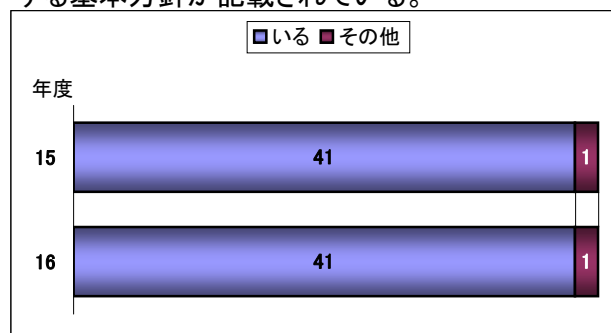
## 16年度自己チェック

### 4) 安全管理指針(医療法施行規則第11条第1号)について

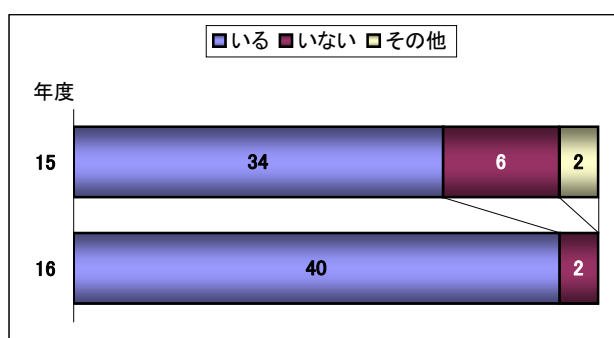
① 安全管理指針を整備している。



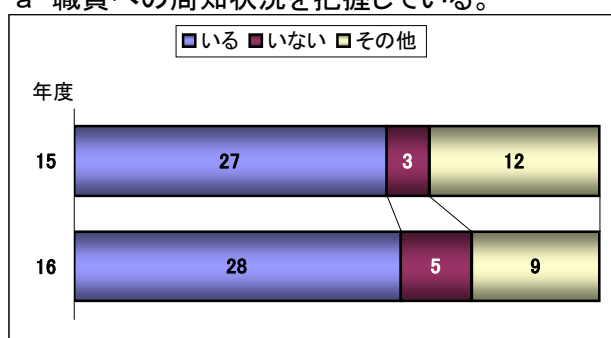
② 安全管理指針に医療事故発生時の対応に関する基本方針が記載されている。



③ 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。



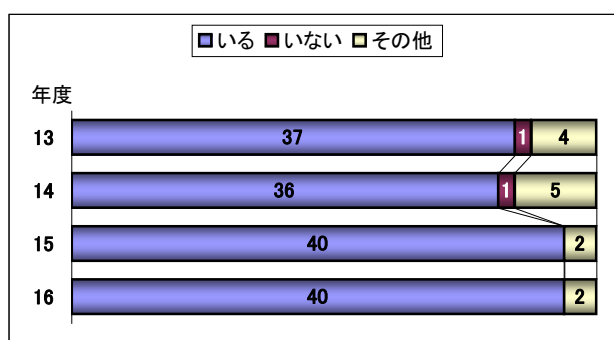
④ 安全管理指針の考え方, 組織規約, 報告制度, マニュアル, 事故発生時の対応等について  
a 職員への周知状況を把握している。



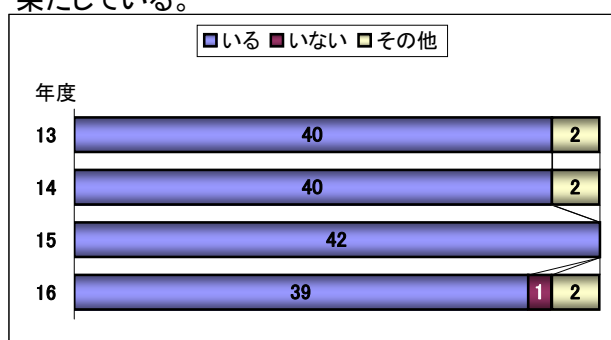
### 2 医療そのものの改善を通じた安全性の向上

#### 1) 患者の受持ち体制の再構築

① 患者の日常的診療の中心は、助手・医員が担っている。



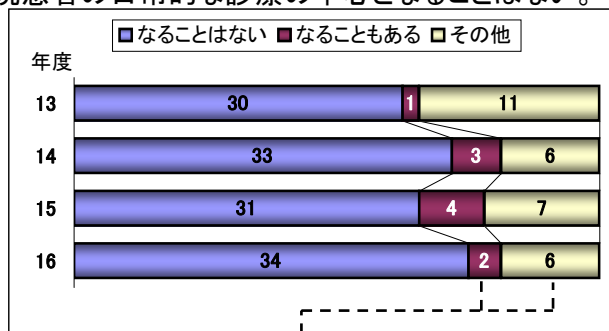
② 助手は、常勤の上席医師として、受持ちグループの他の構成員を適切にリードする役割を果たしている。





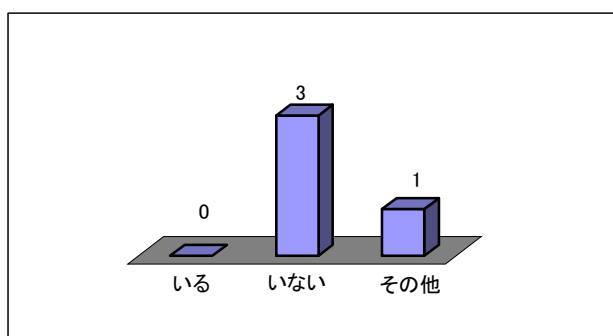
## 16年度自己チェック

### ⑥ 大学院生や研究生が入院患者の日常的な診療の中心となることはない。

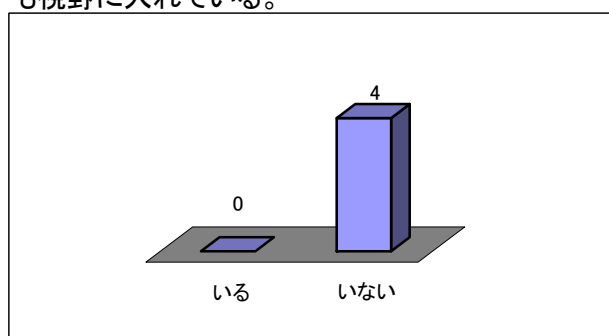


「なることもある」(一部「その他」からも回答含む)の場合は、「⑥-1」・「⑥-2」へ

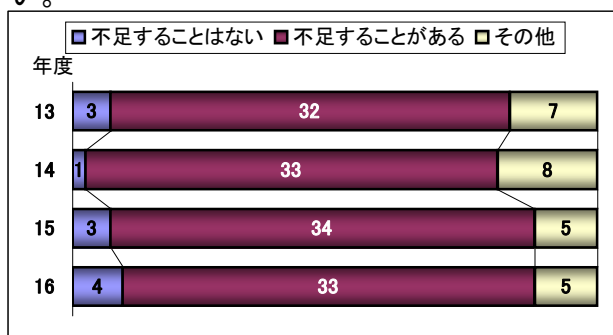
#### ⑥-1 速やかにその解消を図っている。



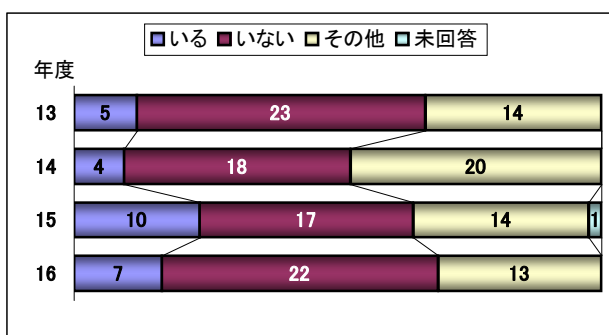
#### ⑥-2 抜本的解消のため病床数の見直しなども視野に入れている。



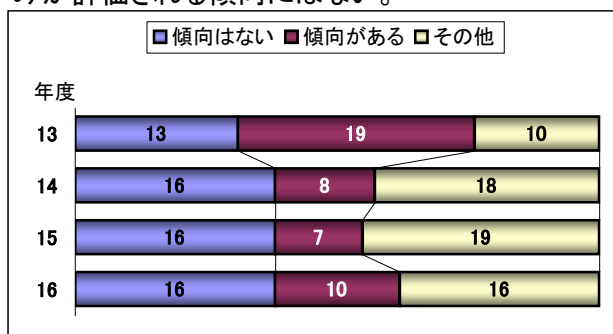
### ⑦ 診療活動の急増や研究活動の活発化等のために、医師のマンパワーが不足することはない。



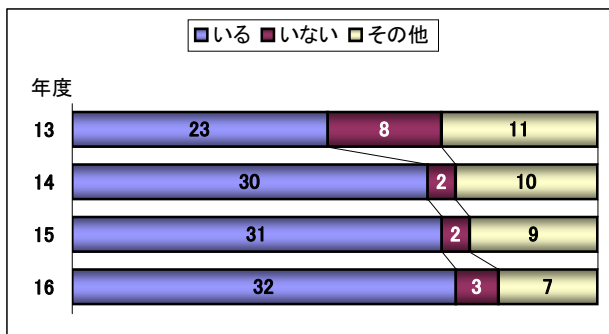
### ⑧ 病院全体として見た場合、教官の勤務状況は診療と研究・教育のバランスを保っている。



### ⑨ 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。

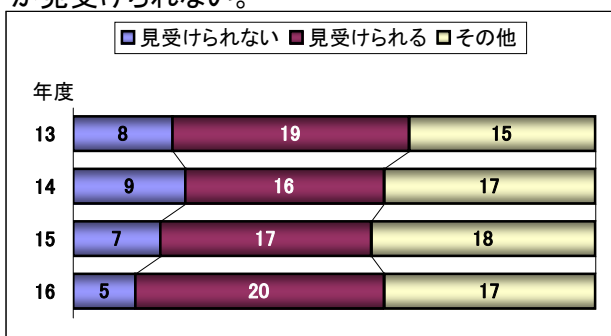


### ⑩ 医師の勤務実態を的確に把握している。

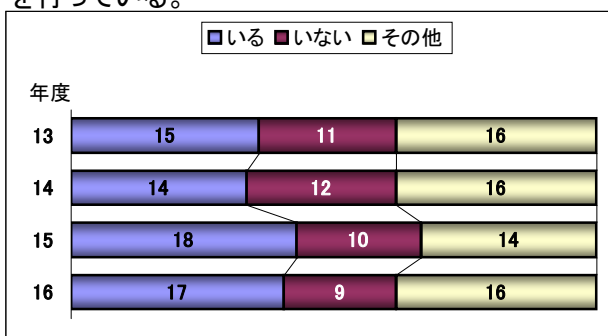


## 16年度自己チェック

⑪ 医師(研修医を除く)の度を越した過重労働が見受けられない。

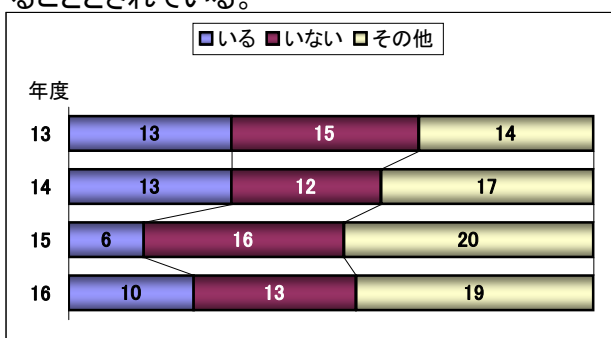


⑫ 医師(研修医を除く)のマンパワーの適正配分を行っている。

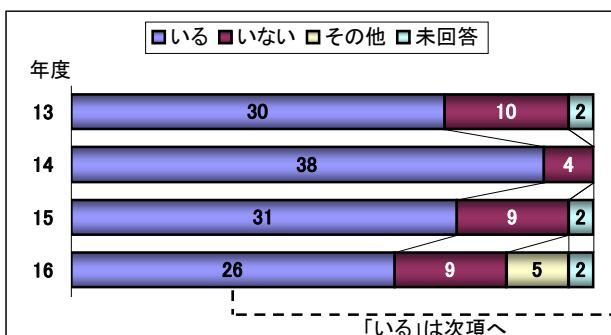


4) 夜間の診療体制について

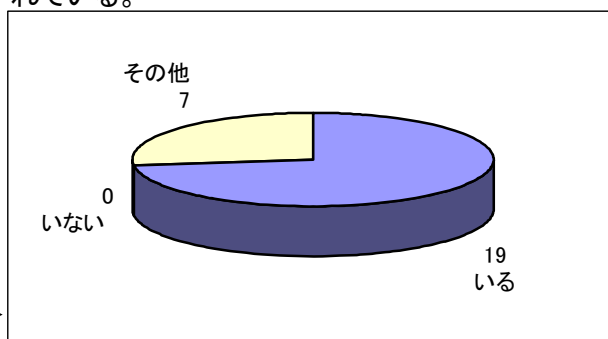
① 当直医の要件は、入院患者の受持ち医であることとされている。



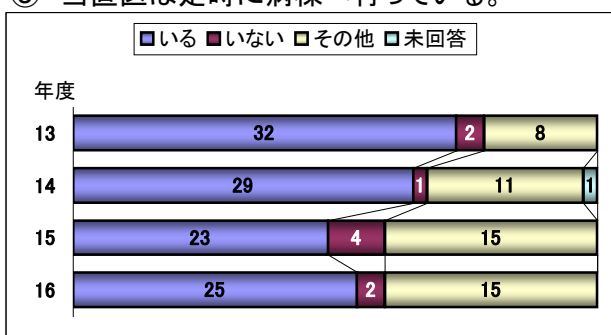
② 当直医への引き継ぎが、必ず行われている。



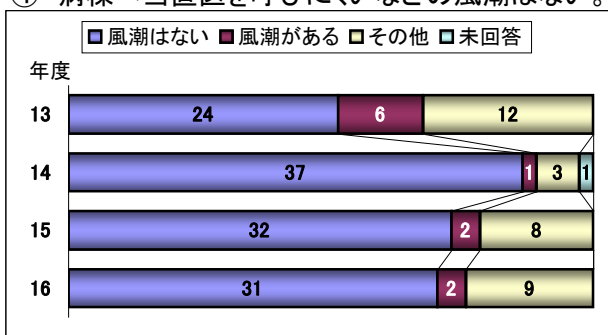
a 引き継ぎは必要事項を記入し、直接口頭で行われている。



③ 当直医は定時に病棟へ行っている。

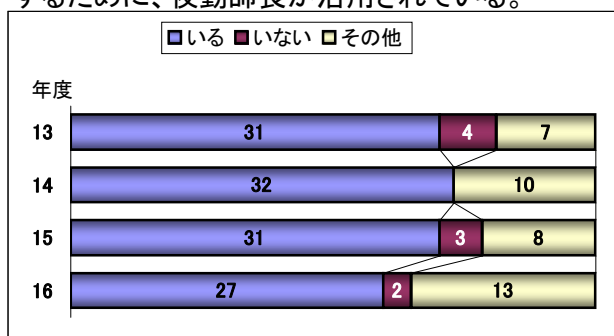


④ 病棟へ当直医を呼びにくいなどの風潮はない。

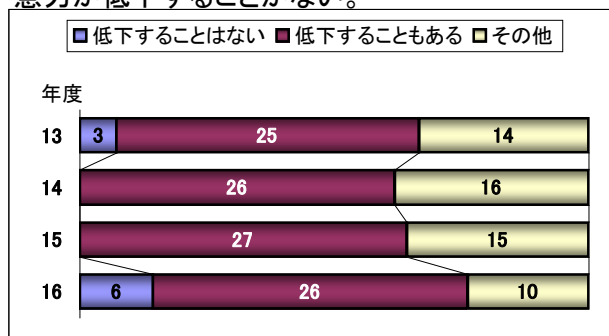


## 16年度自己チェック

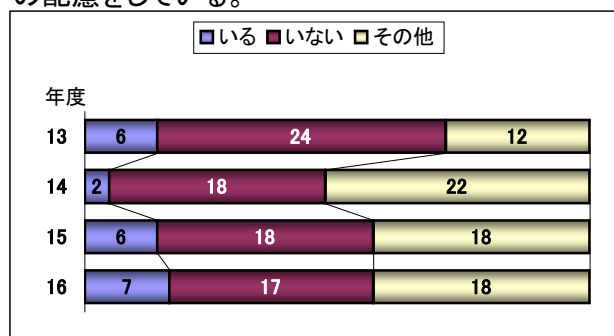
⑤ 夜間における複数の救急患者の診療に対応するために、夜勤師長が活用されている。



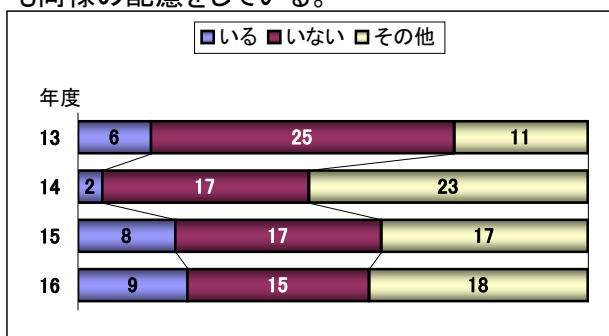
⑥ 当直による睡眠不足などにより、翌日の注意力が低下することがない。



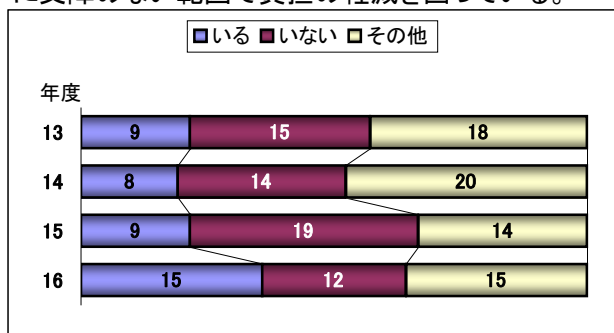
⑦ 当直明けには長時間の手術は行わないなどの配慮をしている。



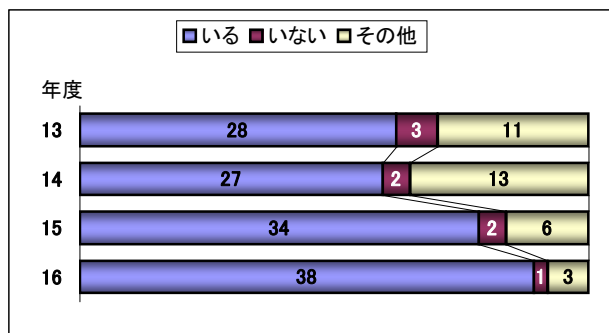
⑧ 心カテや血管造影などの危険性の高い処置も同様の配慮をしている。



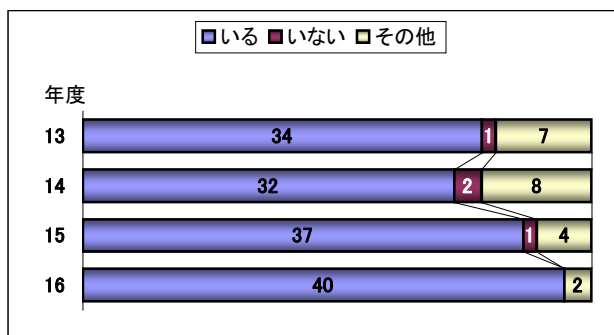
⑨ 当直者が十分な睡眠を取らなかった場合、業務に支障のない範囲で負担の軽減を図っている。



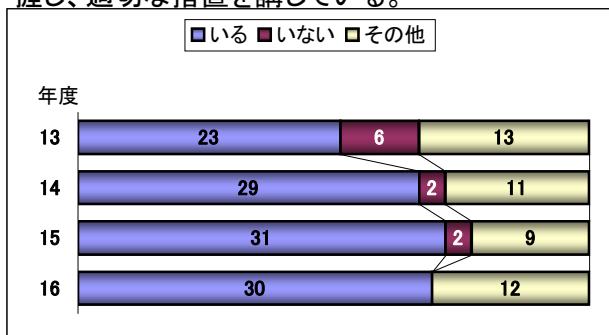
⑩ 当直回数は、適正な範囲内で行われている。



⑪ 当直者の仮眠環境などの整備が行われている。



⑫ 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。

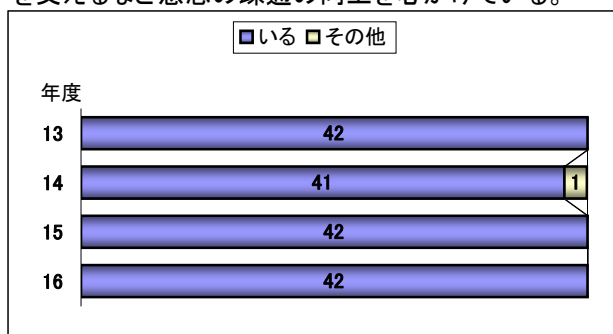


## 16年度自己チェック

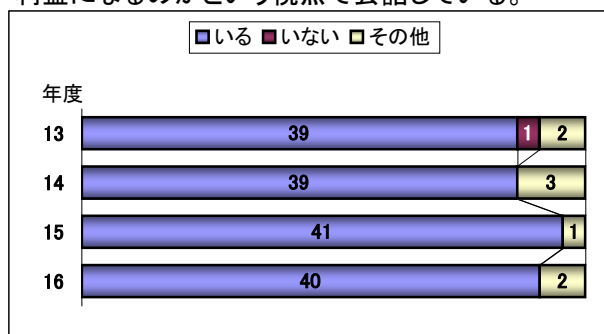
### 3 患者の参加等を通じた安全性の向上

#### 1)新しい患者・医療従事者関係の構築

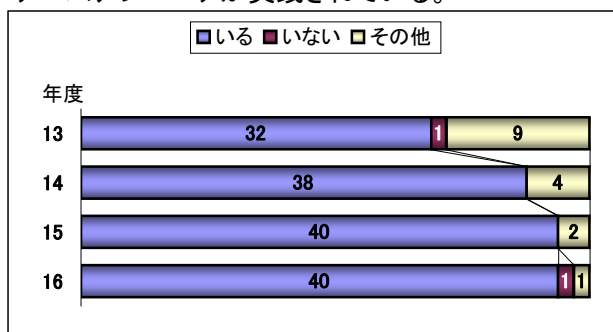
①患者への説明の際、専門用語だけでなく日常会話を交えるなど意志の疎通の向上を心がけている。



②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。

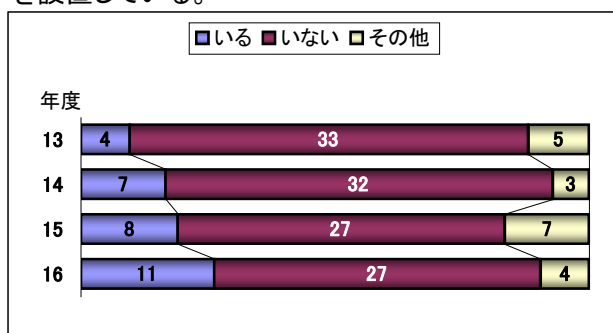


③生死にかかわる事態や医療事故が発生した時の説明等については、病院内の多職種が協力するチームアプローチが実践されている。

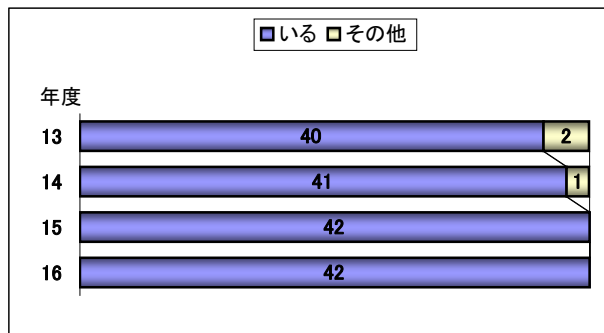


④ 患者が主体性を持って医療に参加できるための支援を行っているか？

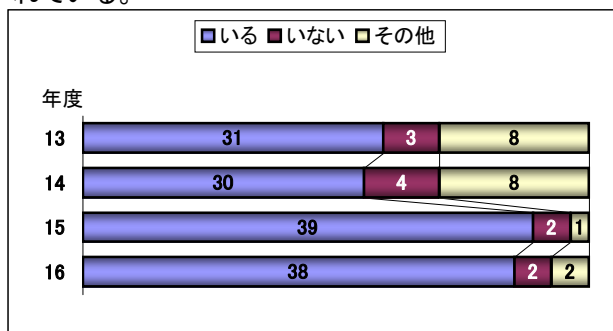
a医療 疾病に関する情報入手のための患者図書館を設置している。



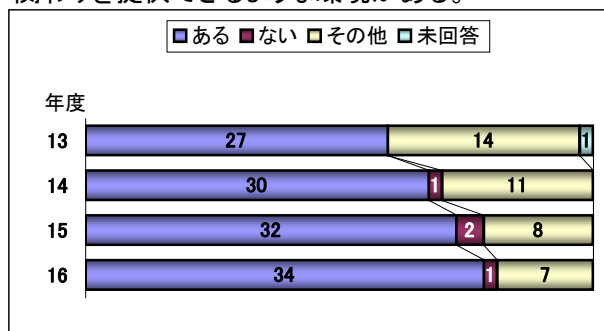
b「ご意見箱」などを設置している。



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。



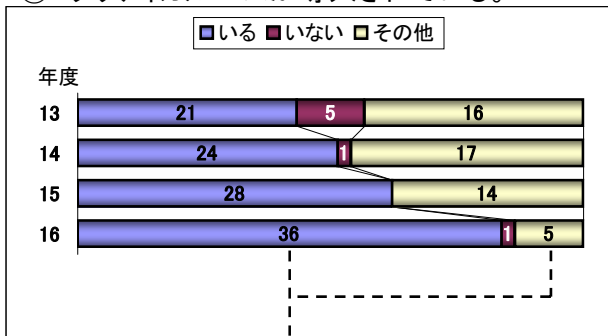
d医師だけでなく各医療従事者が、役割や患者との関わりを提供できるような環境がある。



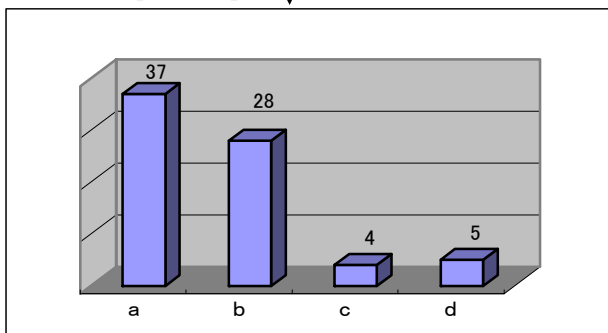
## 16年度自己チェック

### 2)クリティカルパスの導入と情報の共有

#### ① クリティカルパスが導入されている。

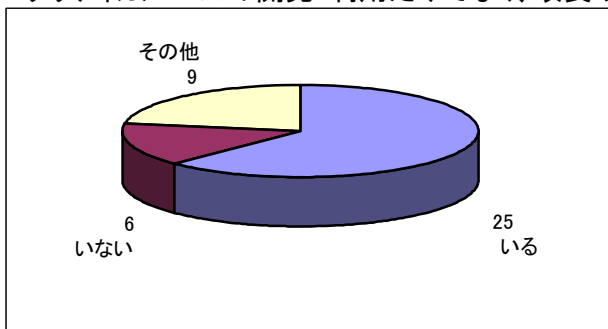


「いる」「その他」は ↓ 次項へ



- 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。



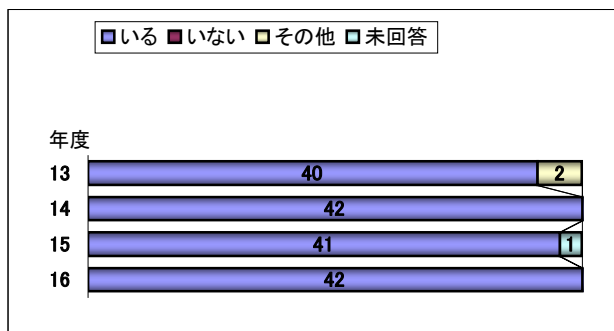
## 16年度自己チェック

### 5 医薬品・医療材料・医療機器の管理・取扱い

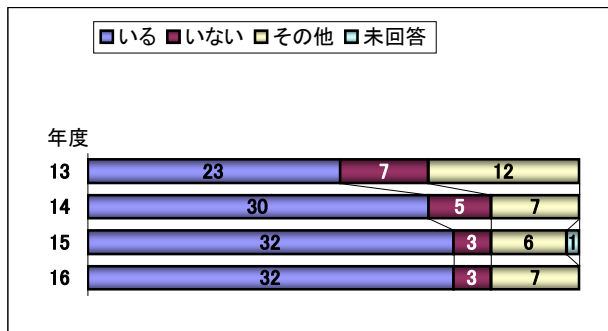
#### 1) 輸液について

##### ① 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)

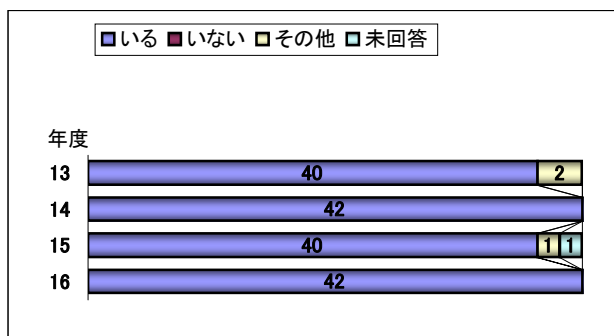


b輸液とともに用いる薬剤に関し、同一薬品における静脈注射用(筋肉注射禁忌)、筋肉注射用(静脈注射禁忌)の区分について、保管場所を変えるなどの方法が取られている。

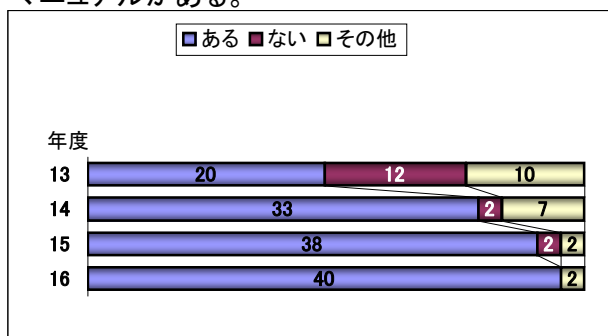


##### ② 指示を出す際

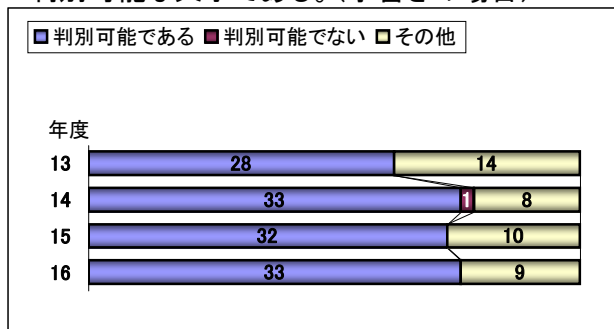
a書面での指示を原則としている。



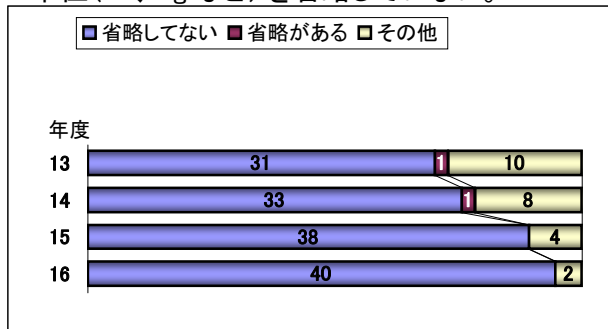
b緊急止むを得ない場合の口頭指示に際してのマニュアルがある。



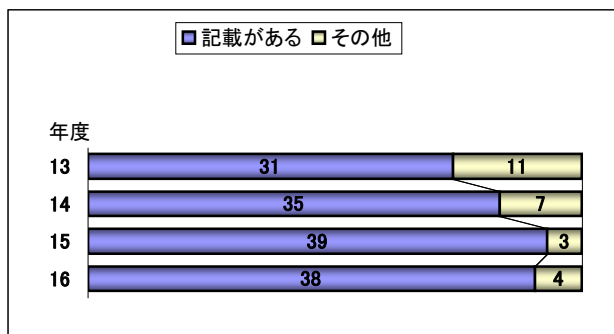
c判別可能な文字である。(手書きの場合)



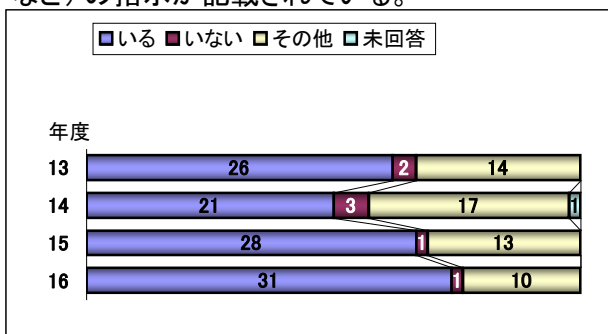
d単位(ml, mg など)を省略していない。



e使用量、使用時刻、投与速度の記載がある。

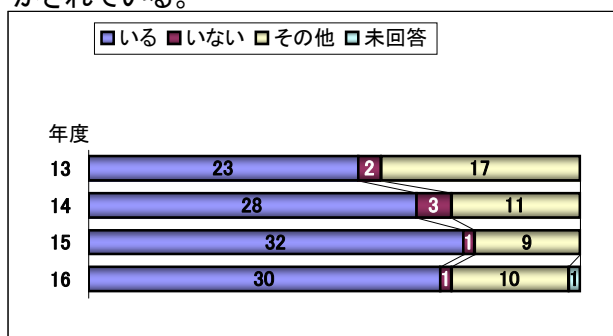


f投与ルート、投与方法(輸液ポンプ? 自然滴下? など)の指示が記載されている。

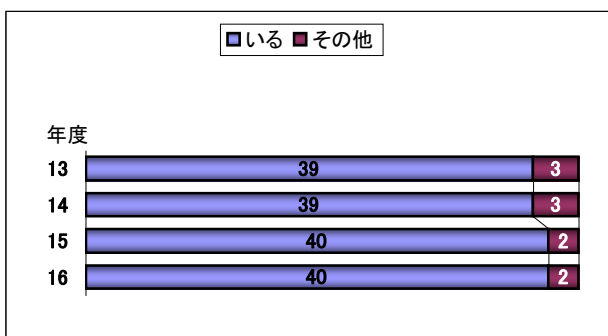


## 16年度自己チェック

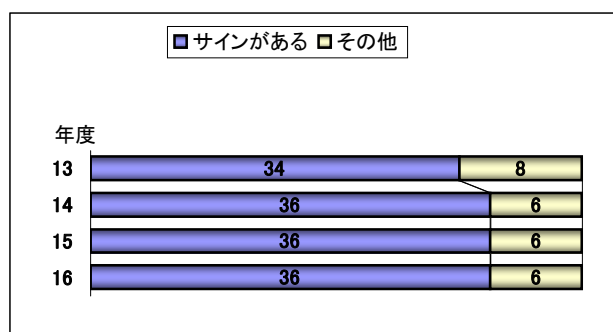
g 配合禁忌、混注不可能なものに対するチェックがされている。



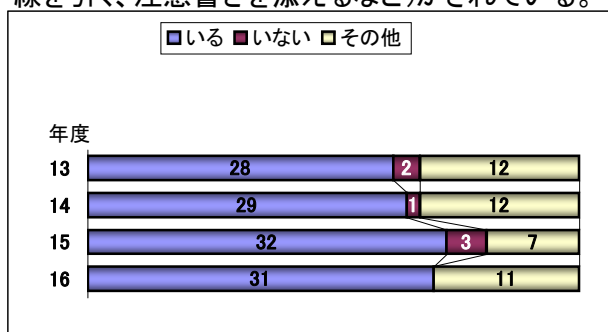
h すべての指示書に患者の姓名が記されている。



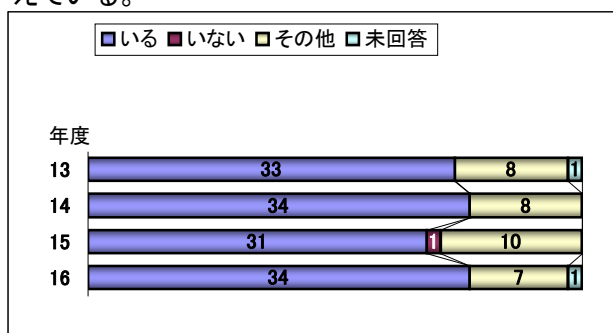
i すべての指示書に指示者のサインがある。



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。

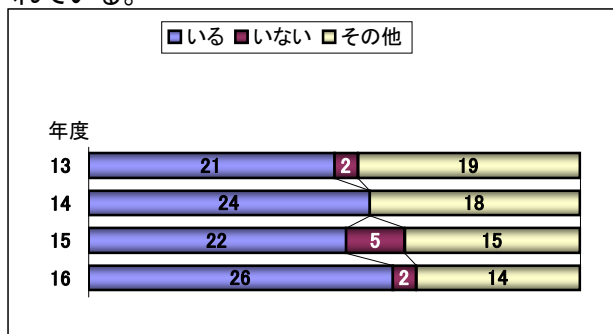


k 指示変更の際、指示書に記入して、口頭でも伝えている。

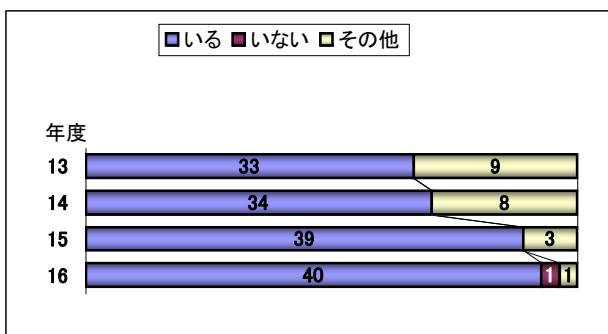


### ③ 指示を受ける際

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。

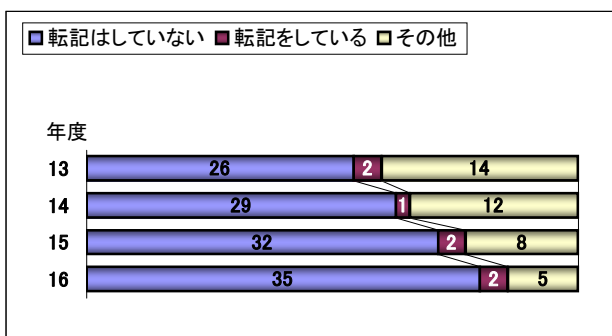


b 変更点について、指示者に再確認している。

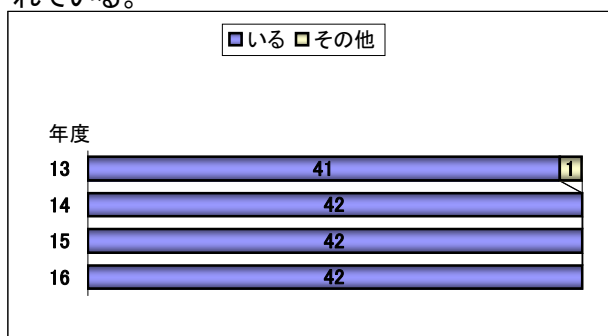


## 16年度自己チェック

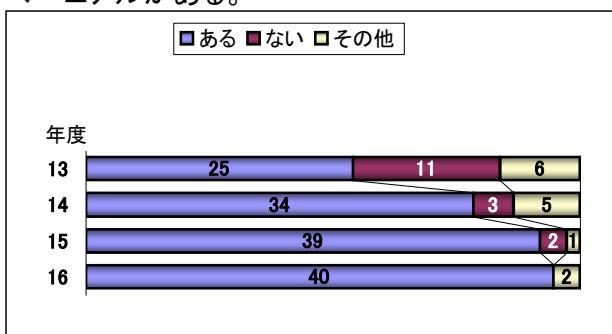
c指示書の転記はしていない。



d疑問が生じた場合、指示者への再確認が行われている。

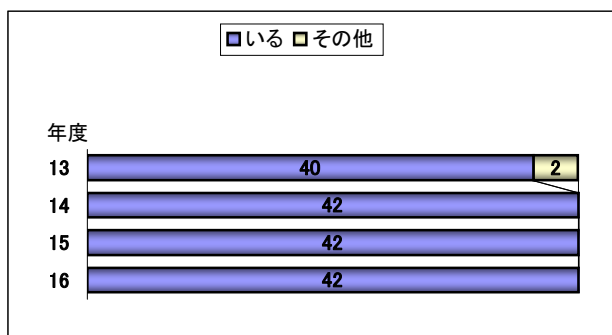


e緊急止むを得ない場合の口頭指示に際してのマニュアルがある。

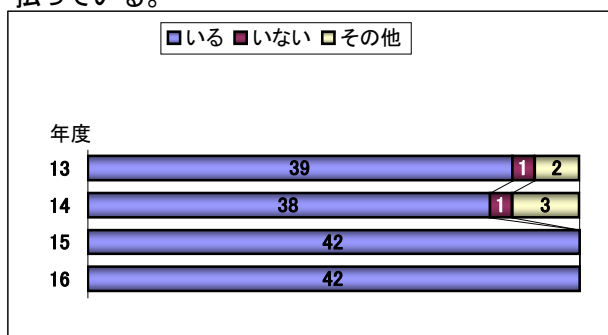


### ④ 準備をする際

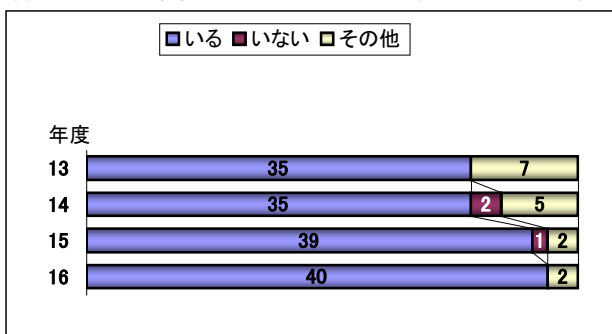
a指示書と実物を見比べながら準備している。



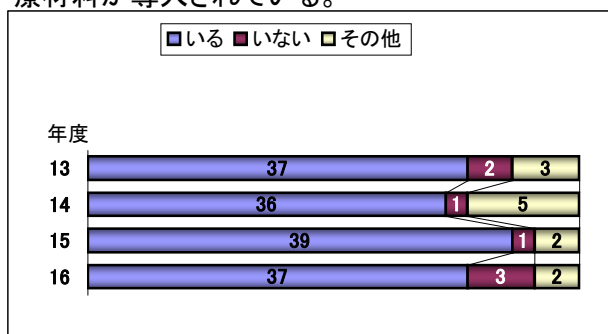
b名前や外観の似た薬剤の保管場所に注意を払っている。



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。



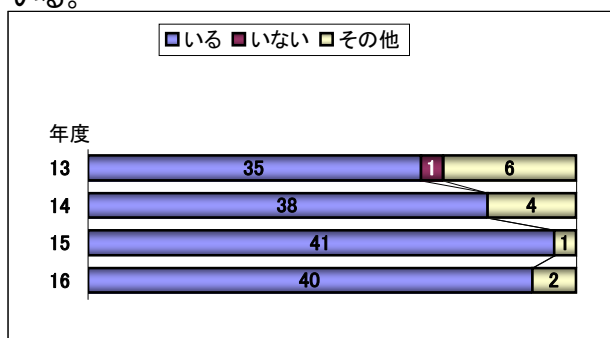
dカラーシリンジ、カラー点滴セットなどの着色医療材料が導入されている。



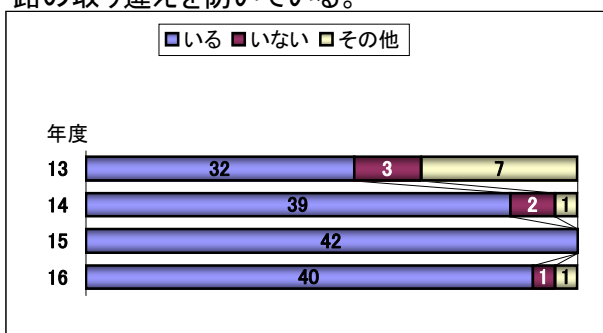


## 16年度自己チェック

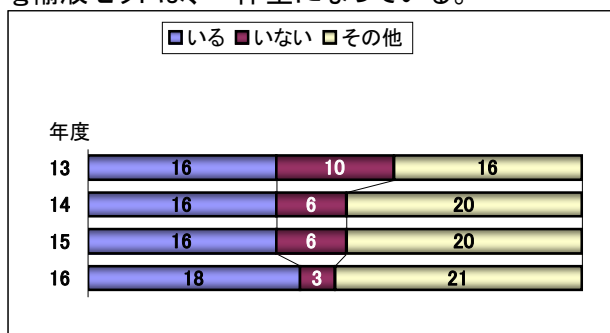
e色による与薬経路は、できるだけ単純化されている。



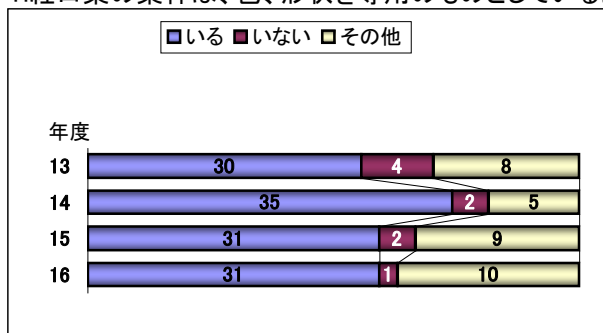
f接続部の異なった三方活栓等を採用し、与薬経路の取り違えを防いでいる。



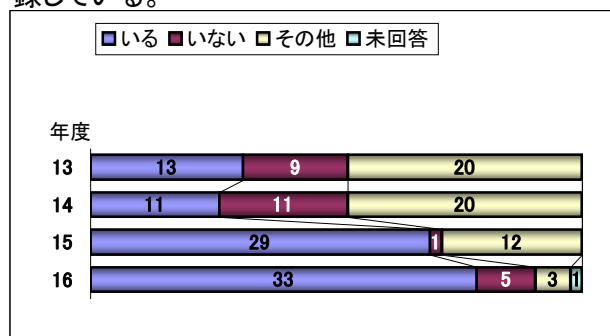
g輸液セットは、一体型になっている。



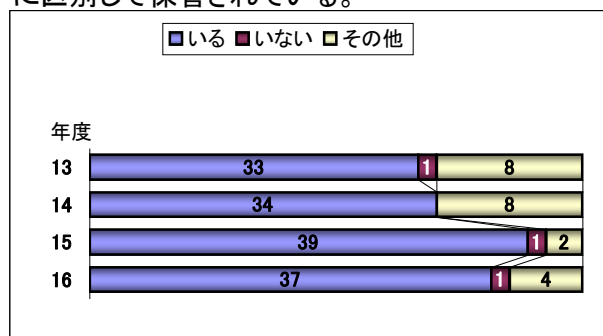
h経口薬の薬杯は、色、形状を専用のものとしている。



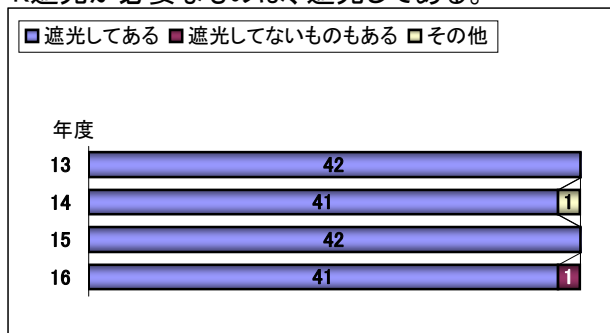
i輸液製剤を準備した者の名前を指示書などに記録している。



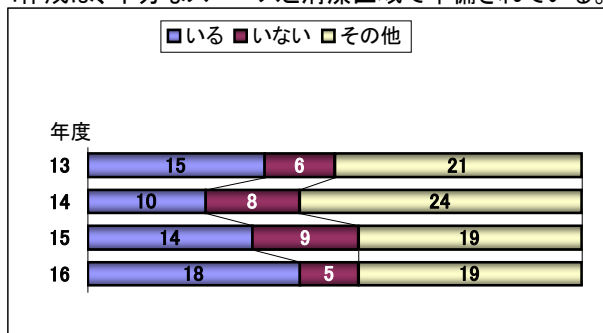
j準備された後の薬剤は、患者ごと、投与方法ごとに区別して保管されている。



k遮光が必要なものは、遮光してある。

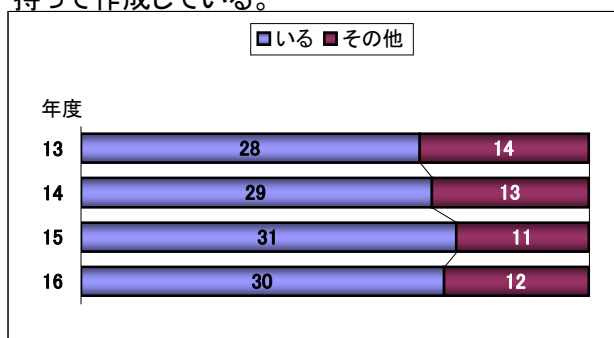


l作成は、十分なスペースと清潔区域で準備されている。

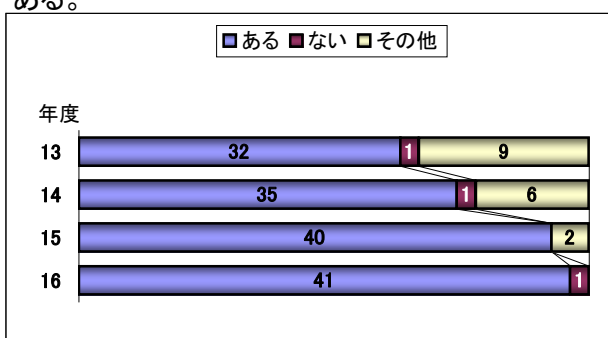


## 16年度自己チェック

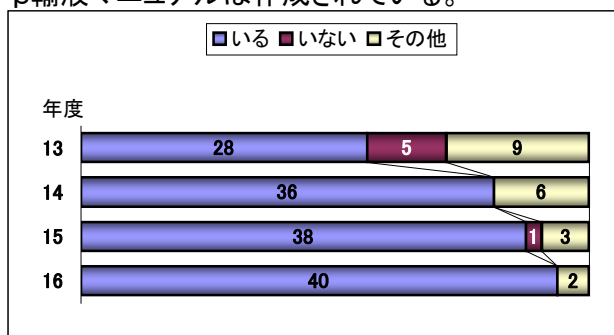
m準備する者は、薬剤について十分な知識を持って作成している。



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。

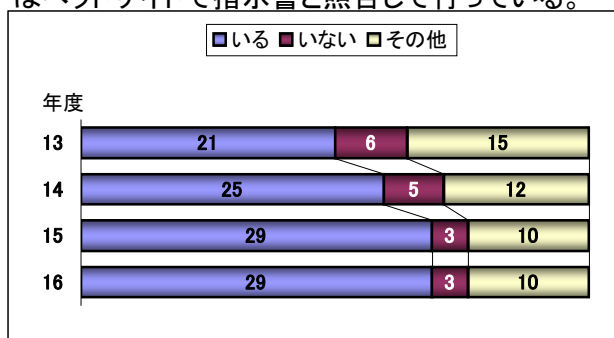


p輸液マニュアルは作成されている。

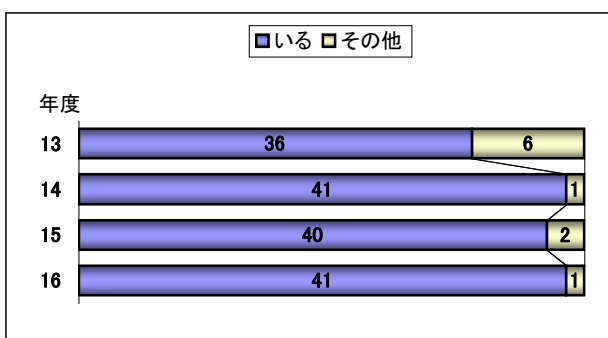


⑤ 輸液を開始する際

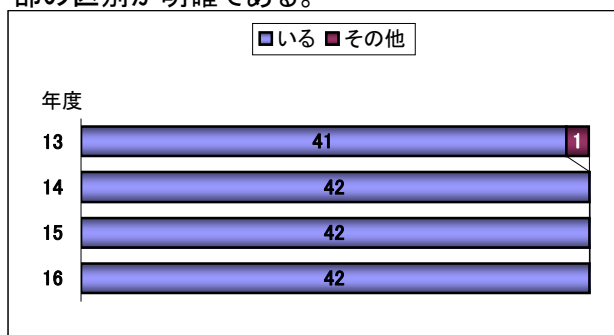
a薬剤名、患者名、投与方法、投与ルートの確認はベットサイドで指示書と照合して行っている。



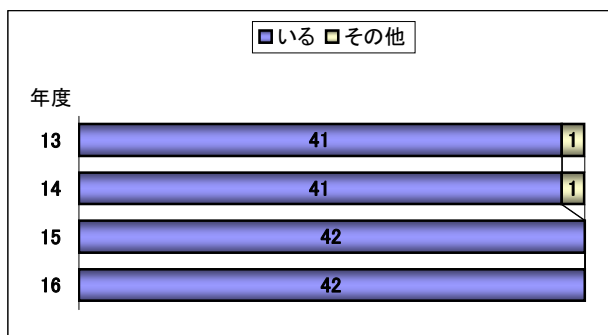
bベットサイドでの患者確認の工夫がされている。



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。

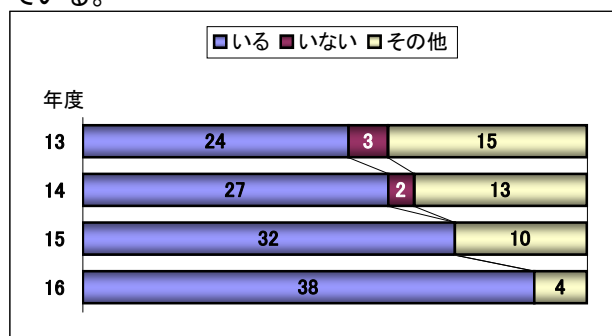


dラインの接続が確かかどうか確認している。

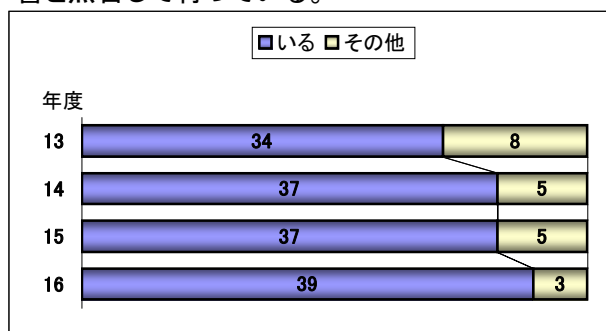


## 16年度自己チェック

e 施行者名、施行した時刻を指示書などに記録している。

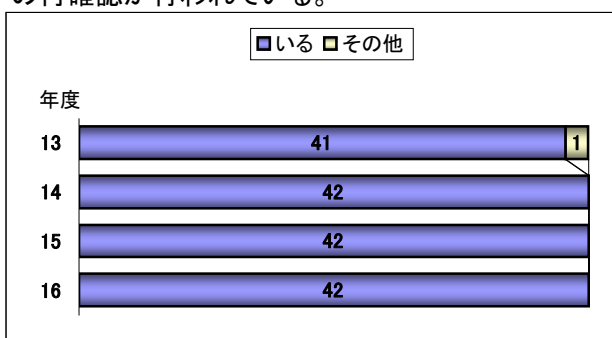


f 輸液ポンプを使用する場合の流量設定は、指示書と照合して行っている。

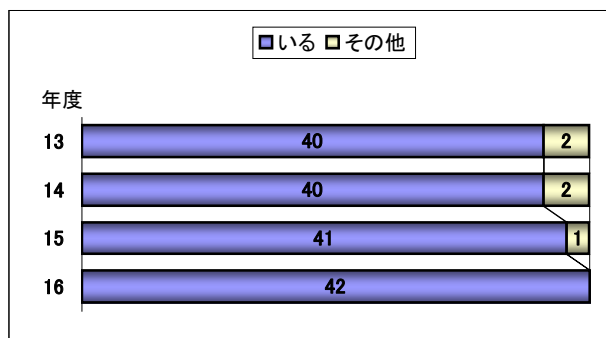


### ⑥ 輸液施行中

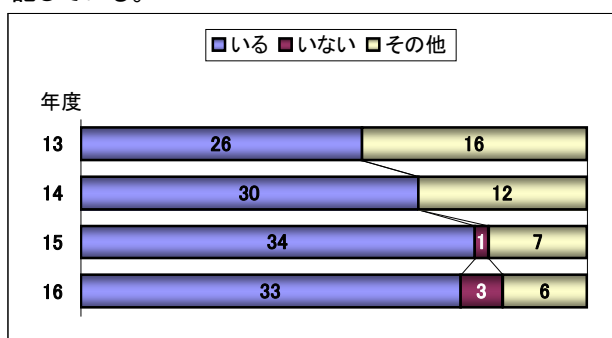
a 輸液施行中に、少なくとも一回は投与方法、速度の再確認が行われている。



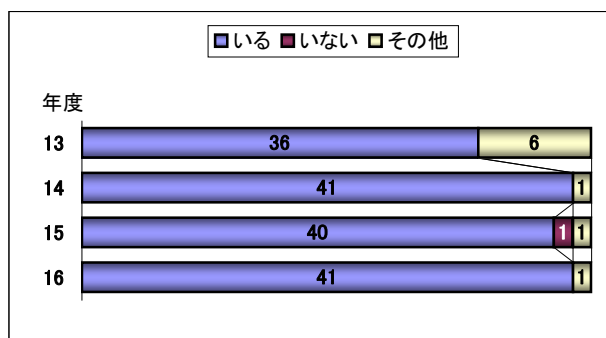
b ラインの整理がされている。



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。

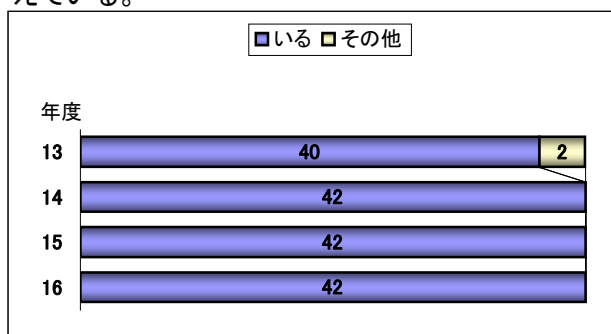


d 指示通りに指示量が輸液されていることについての確認は指示書と照合して行っている。

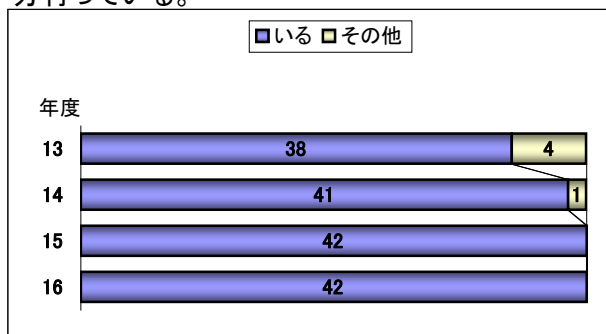


## 16年度自己チェック

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。

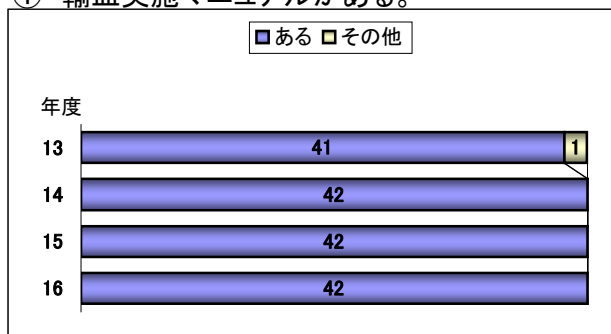


f 開始後、副作用の早期発見のための観察を十分行っている。

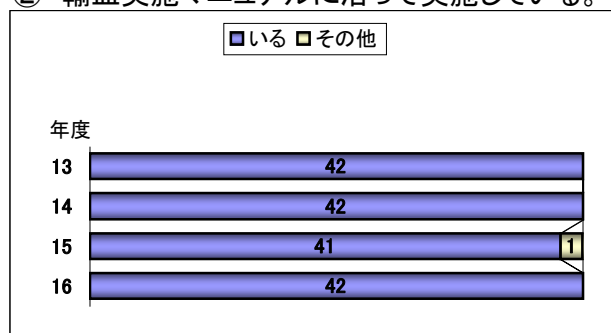


### 2) 輸血について

#### ① 輸血実施マニュアルがある。

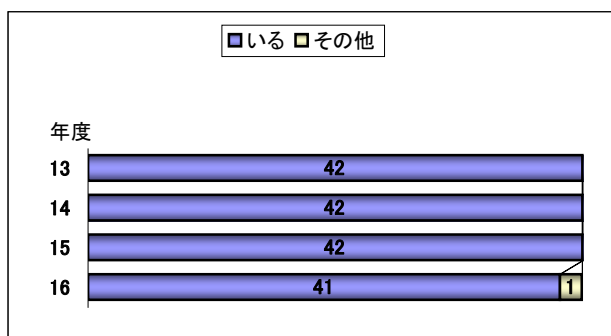


#### ② 輸血実施マニュアルに沿って実施している。

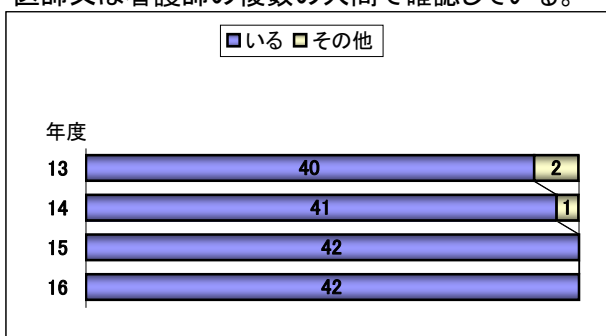


a 輸血用血液の外観検査を実施している。  
13年度から、42大学全てで実施済み。

b 一回一患者の準備や施行をしている。

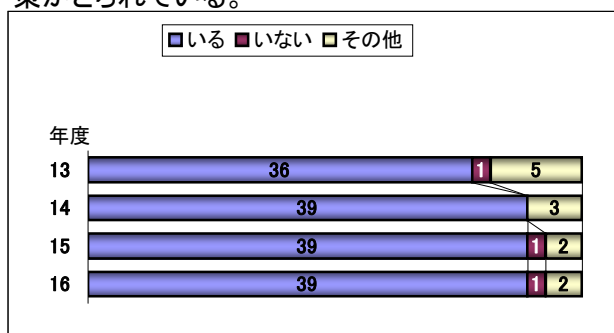


c 輸血前の確認事項(患者名, 患者ID番号, 患者血液型, 製剤血液型, 製剤番号など)を輸血実施医と医師又は看護師の複数の人間で確認している。

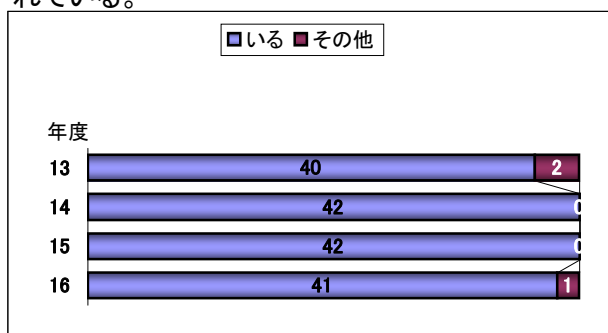


## 16年度自己チェック

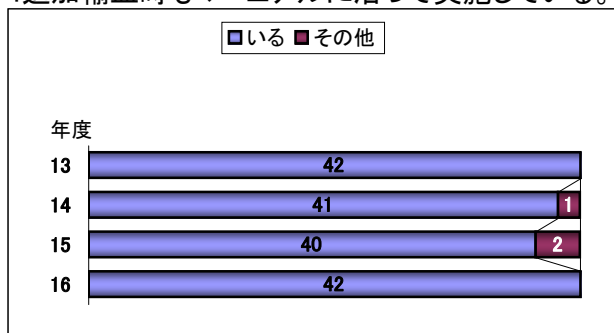
dベットサイドで患者名と血液型の確認をする方策がとられている。



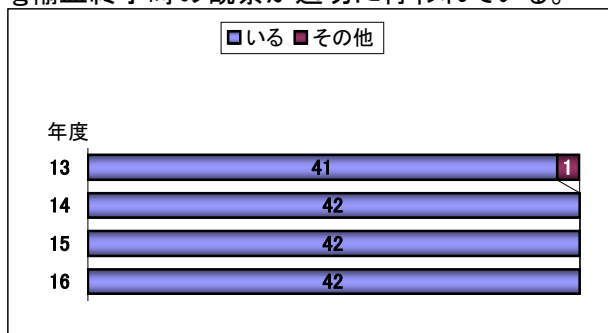
e輸血実施と即時型副作用の観察が適切に行われている。



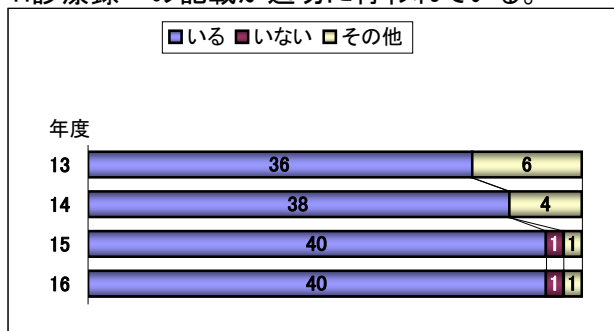
f追加輸血時もマニュアルに沿って実施している。



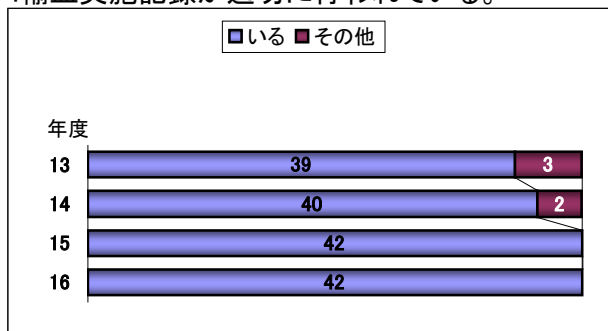
g輸血終了時の観察が適切に行われている。



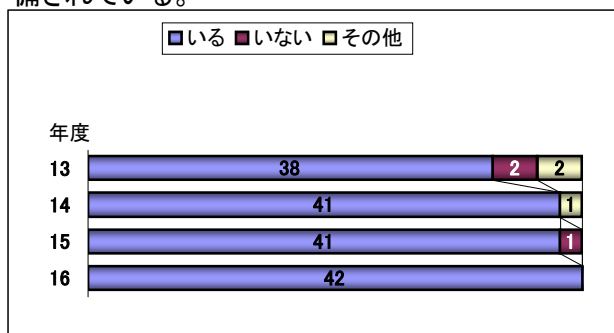
h診療録への記載が適切に行われている。



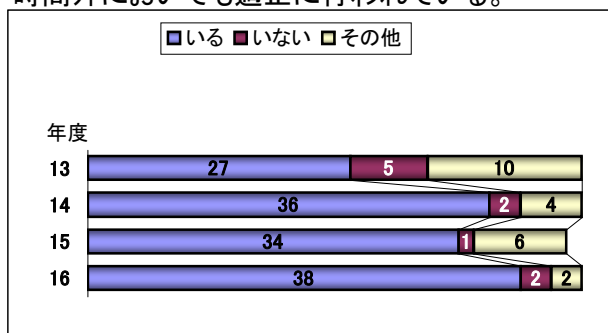
i輸血実施記録が適切に行われている。



③ 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。

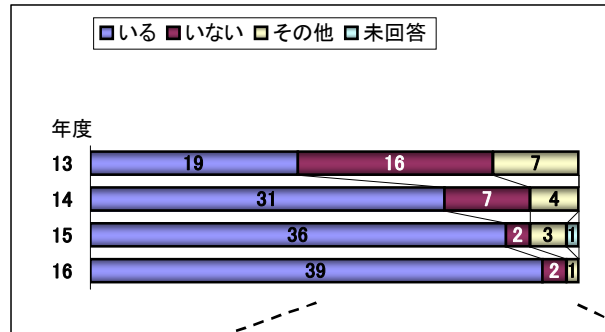


④ 輸血に関する検査と血液製剤の供給業務が時間外においても適正に行われている。



## 16年度自己チェック

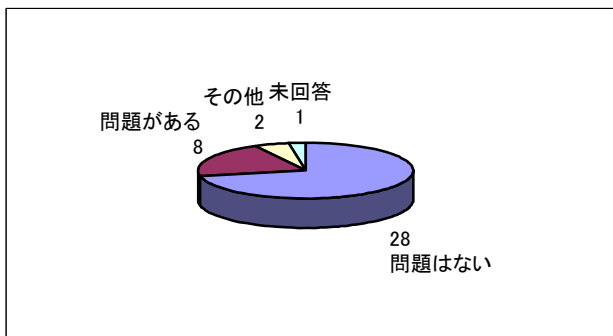
a検査技師による24時間体制が整備されている。



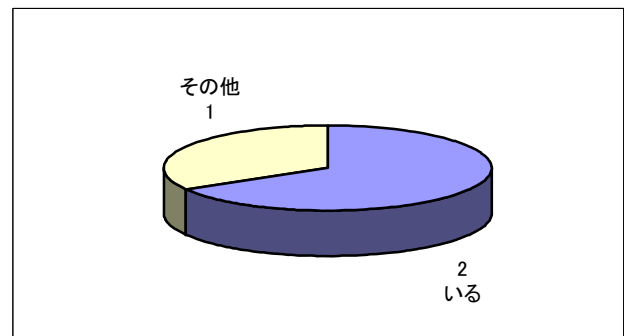
「いる」の場合

「いない」、「その他」の場合

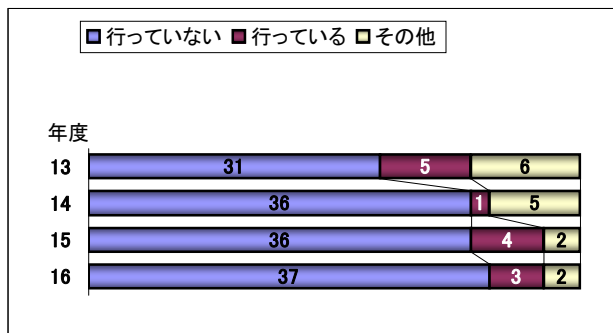
a-1 技師による24時間体制では連続32時間勤務の長時間勤務の問題はない。



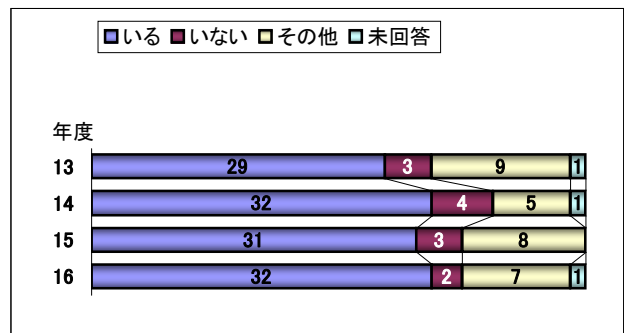
b検査技師による24時間体制が取れていない施設では、時間外に検査を実施する医師に対する輸血検査（ABO、Rho(D)血液型、交差適合試験）の研修を行っている。



⑤ 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。

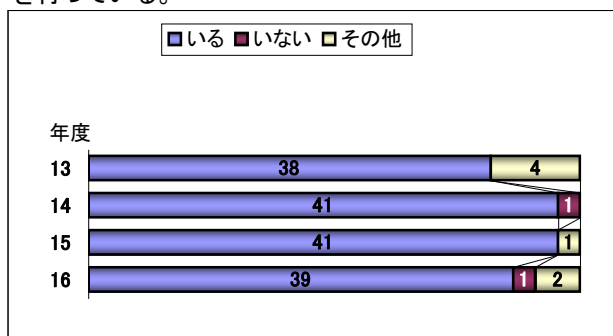


a輸血部以外で輸血用血液を保管する場合は、自動温度記録計と警報機が装備された保冷库が使用され、正しい条件下で管理されている。

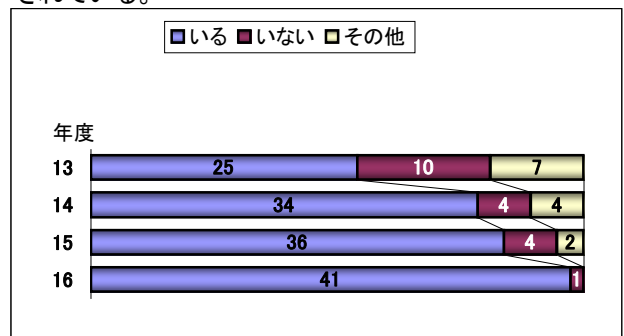


⑥ 検査過誤を防止するための工夫または自動検査機器が導入されているか？

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。

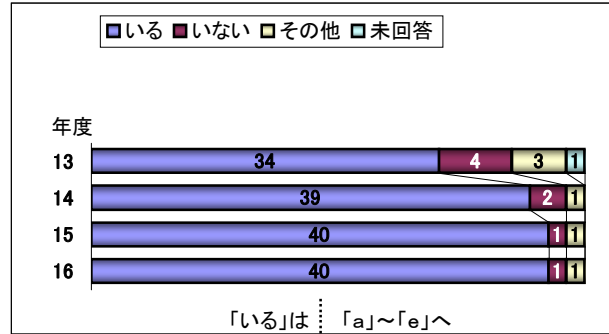


b自動機器を導入して検査の人的過誤防止の工夫がされている。

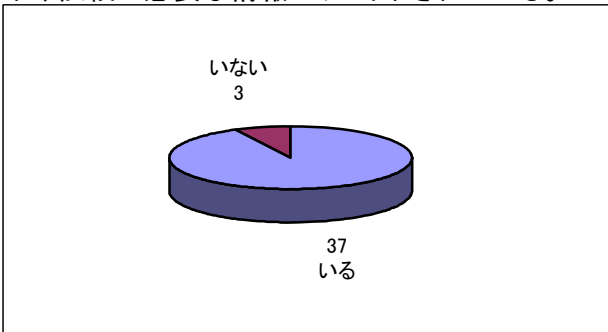


## 16年度自己チェック

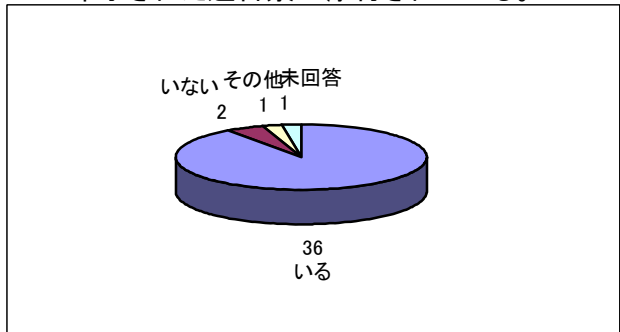
⑦ 輸血検査および輸血用血液の払い出しにコンピュータシステムが活用されている。



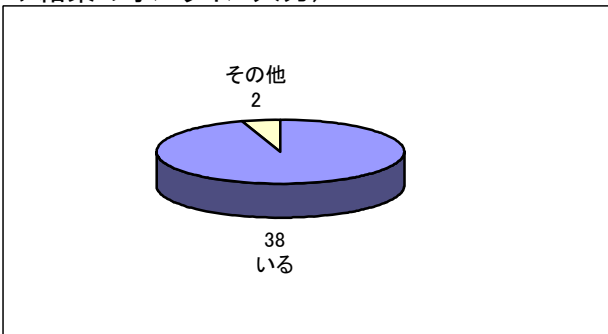
a輸血用血液のオーダーリングシステムが導入され、依頼に必要な情報がチェックされている。



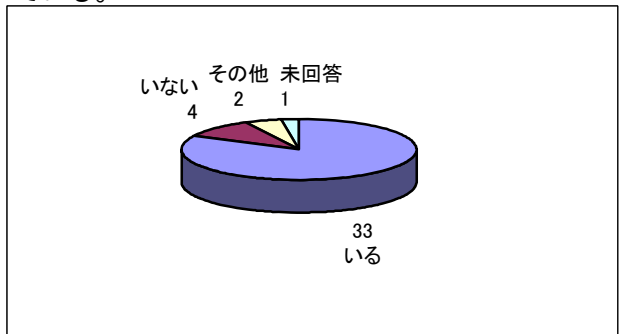
b輸血用血液には、製剤ごとにコンピュータシステムで印字された適合票が添付されている。



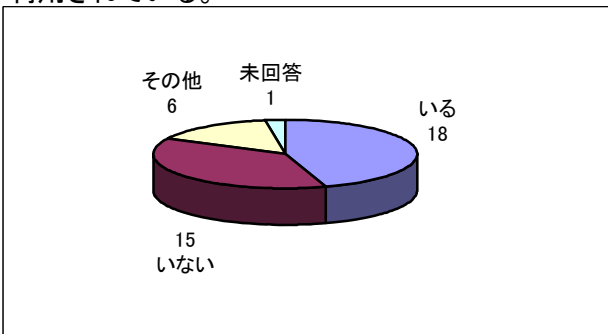
c輸血検査結果の誤入力を防止するための工夫がされている。(例えば結果入力のダブルチェックや結果のオンライン入力)



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。

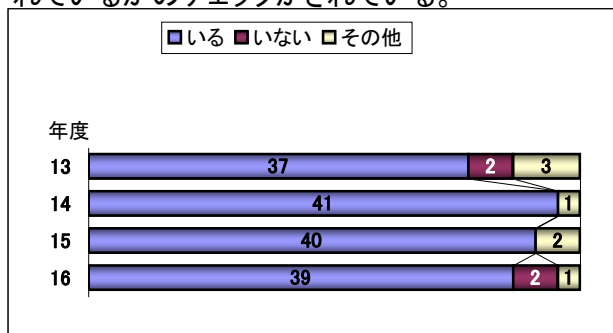


e輸血時の最終確認として携帯端末システムが利用されている。

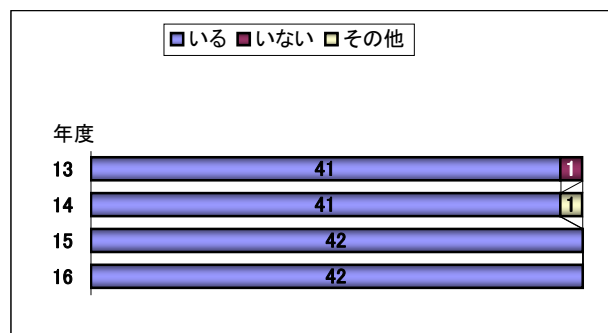


## 16年度自己チェック

⑧ 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。



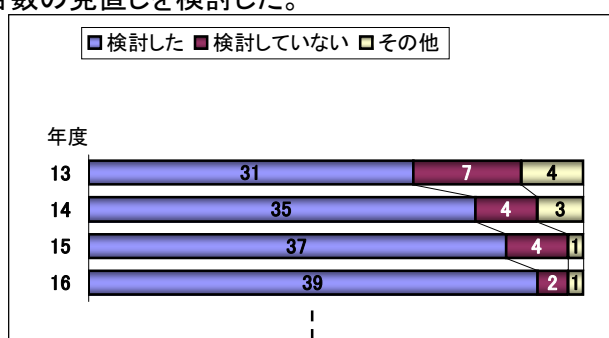
⑨ 輸血検査の手順書が整備されている。



### 3) 薬品について

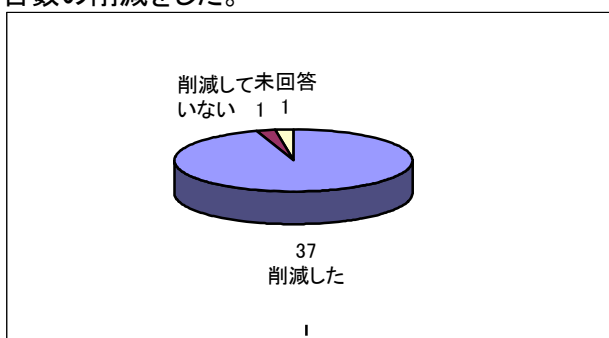
#### ① 採用医薬品目数について

a安全管理のため採用品目数の見直しを検討した。

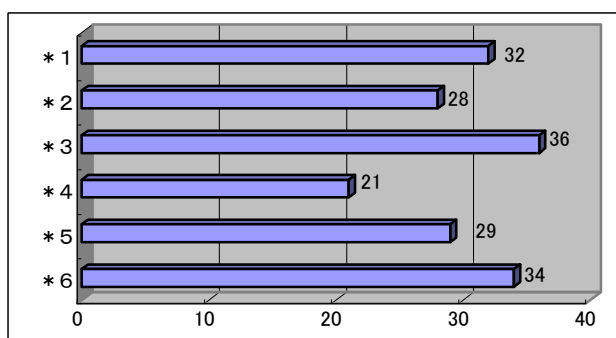


「検討した」は 次項へ

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

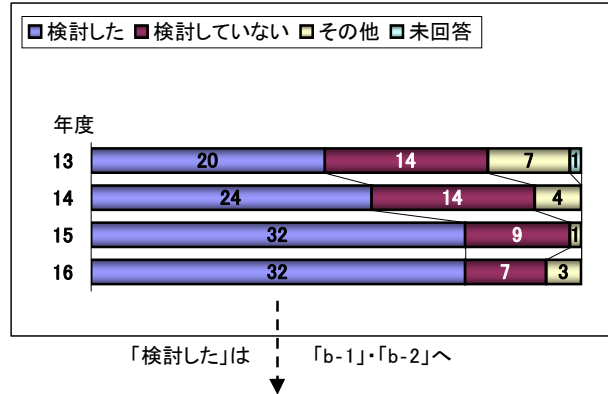


- \*1 複数規格(含量)のある医薬品を削減した。
- \*2 複数剤形のある医薬品を削減した。
- \*3 同種同効薬を見直し、削減した。
- \*4 外観類似医薬品を見直し、削減した。
- \*5 名称類似医薬品を見直し、削減した。
- \*6 使用頻度の少ない医薬品を削減した。

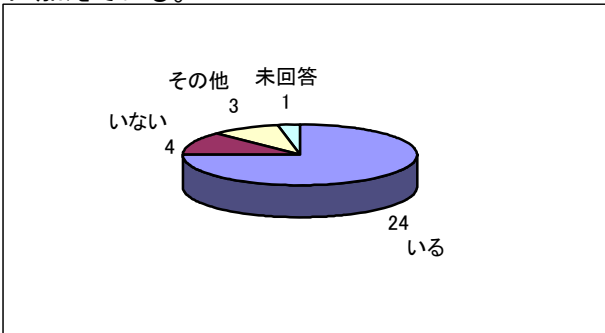


## 16年度自己チェック

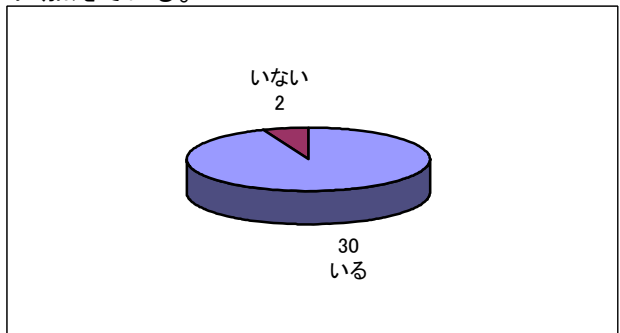
b安全管理のため新規採用基準の見直しを検討した。



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。

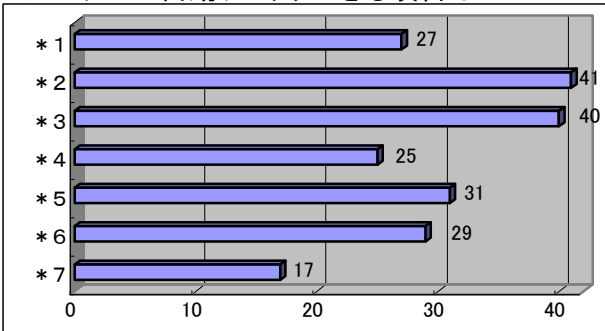


b-2既採用薬との名称の類似性を採用検討項目に加えている。



### ② 処方オーダリングシステムの整備について

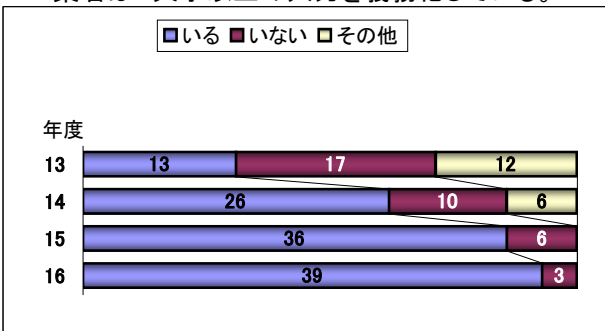
aシステムで自動チェックできる項目は？



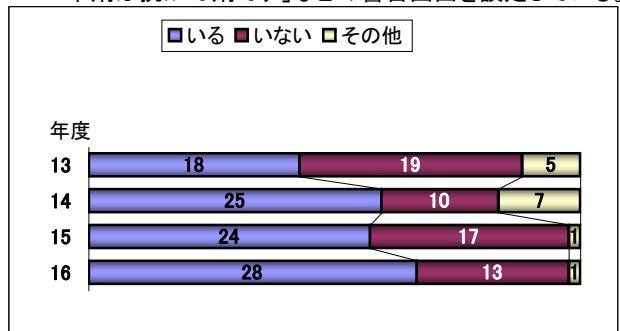
- \*1 禁忌
- \*2 投与量
- \*3 投与日数
- \*4 投与期間
- \*5 重複薬(成分)
- \*6 相互作用
- \*7 配合変化

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。

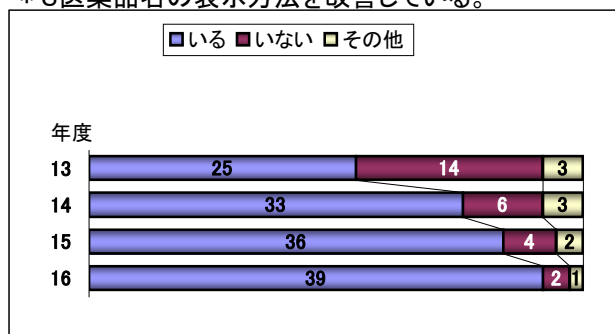


\*2「本剤は抗がん剤です」などの警告画面を設定している。

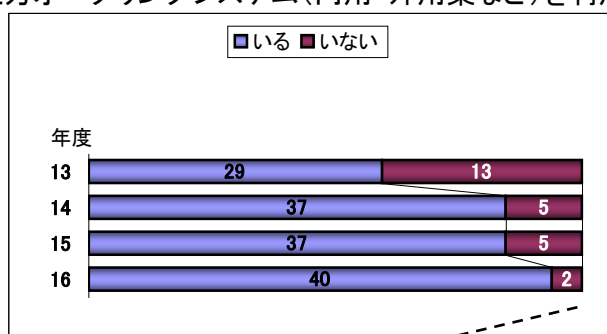


## 16年度自己チェック

\* 3 医薬品名の表示方法を改善している。

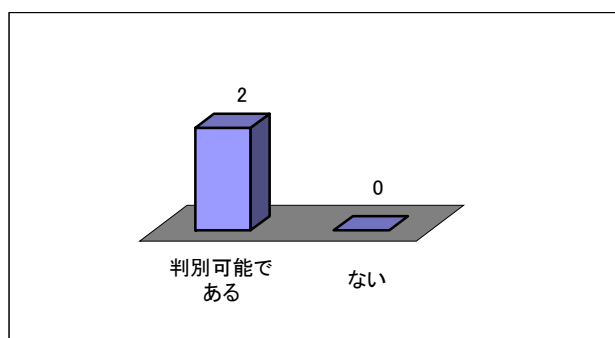


c 夜間・休日も含め、全て処方オーダーリングシステム(内用・外用薬など)を利用している。

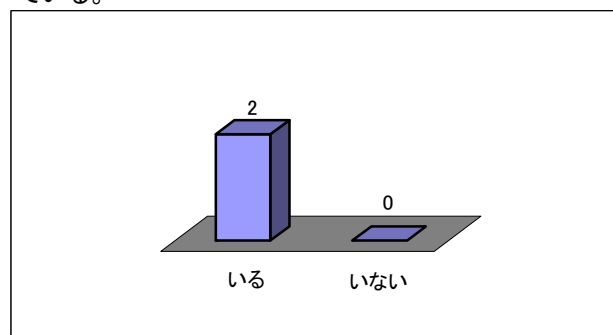


「いない」は、「\*1」~「\*4」へ

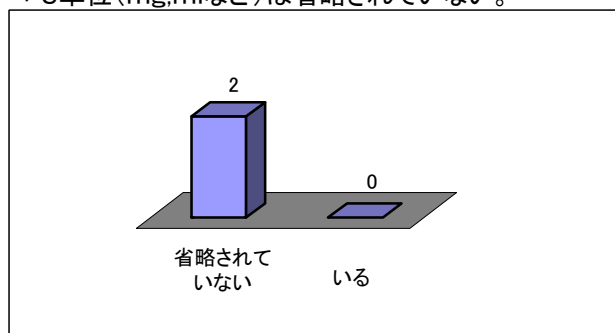
\* 1 判別可能な文字である。



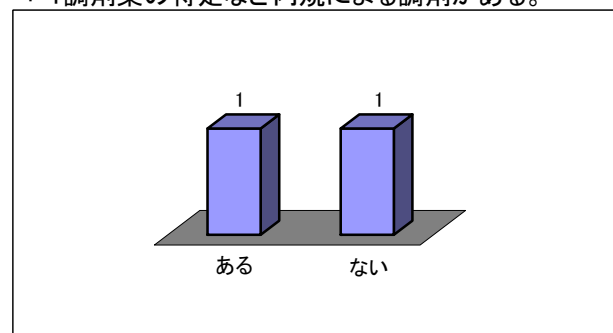
\* 2 薬名は商標+剤形+規格含量の三要素が記載されている。



\* 3 単位(mg,mlなど)は省略されていない。

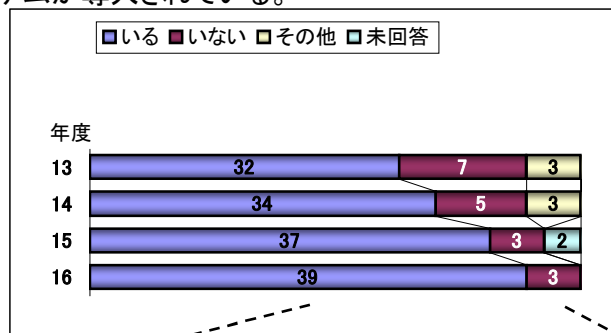


\* 4 調剤薬の特定など内規による調剤がある。



## 16年度自己チェック

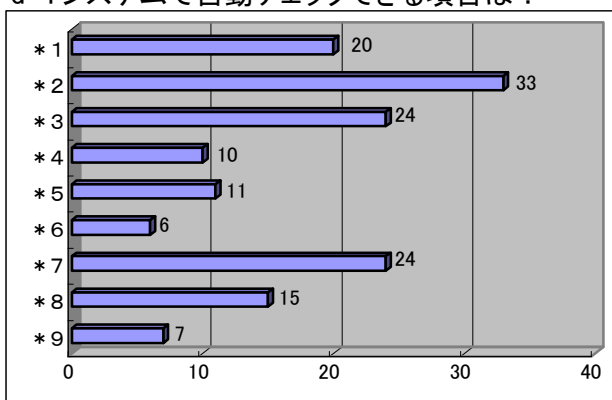
d注射薬オーダリングシステムが導入されている。



「いる」は、「d-1」へ

「いない」は、「d-2」へ

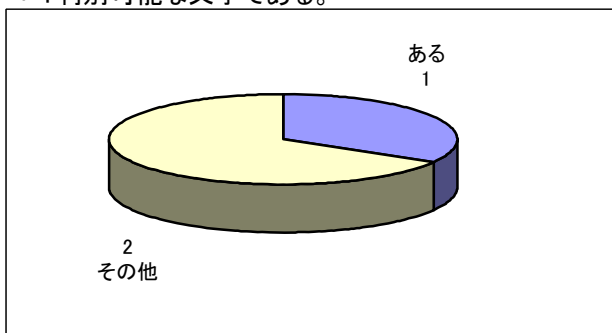
d-1システムで自動チェックできる項目は？



- \*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

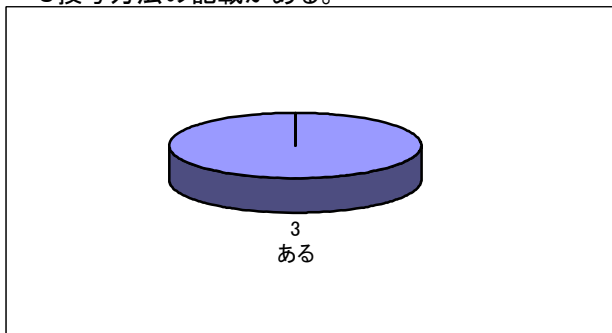
\*1 判別可能な文字である。



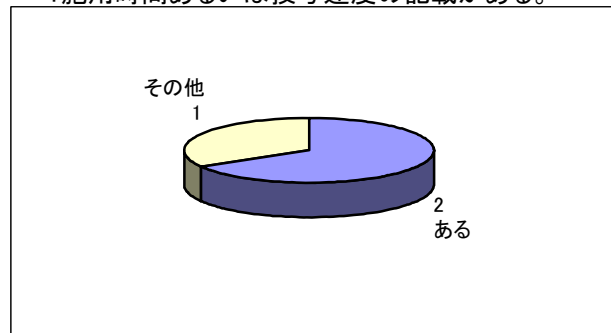
\*2 薬名に略号が使用されていない。



\*3 投与方法の記載がある。



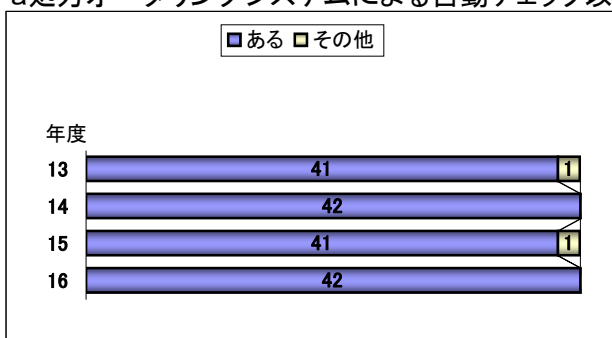
\*4 施用時間あるいは投与速度の記載がある。



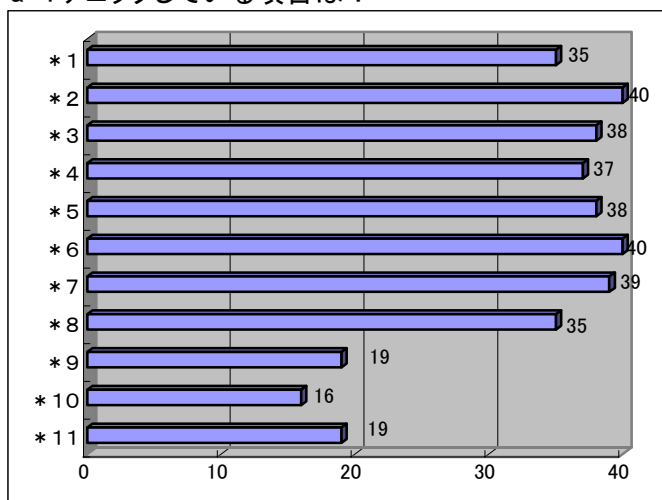
## 16年度自己チェック

### ③ 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。

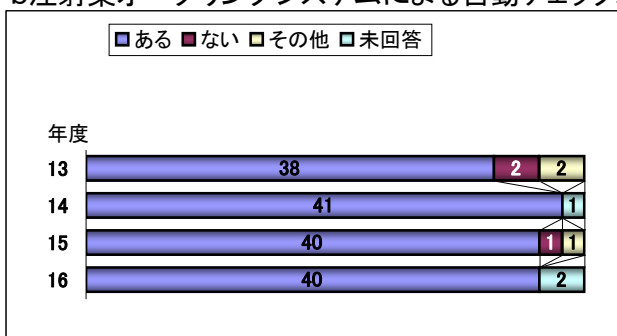


a-1チェックしている項目は？

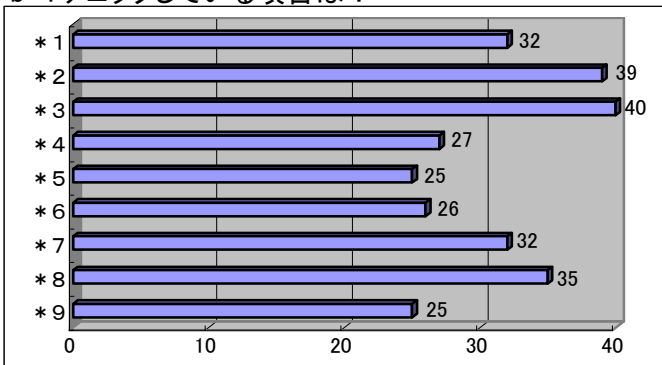


- \* 1 禁忌
- \* 2 投与量
- \* 3 投与日数
- \* 4 投与期間
- \* 5 重複薬(成分)
- \* 6 相互作用
- \* 7 配合変化
- \* 8 前回処方歴
- \* 9 病名
- \* 10 臨床検査値
- \* 11 TDM値

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？

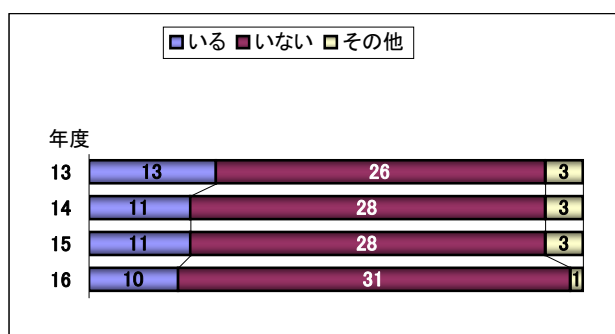


- \* 1 禁忌
- \* 2 投与量
- \* 3 投与方法
- \* 4 投与速度
- \* 5 投与期間
- \* 6 投与間隔
- \* 7 相互作用
- \* 8 配合変化
- \* 9 抗がん剤のプロトコール

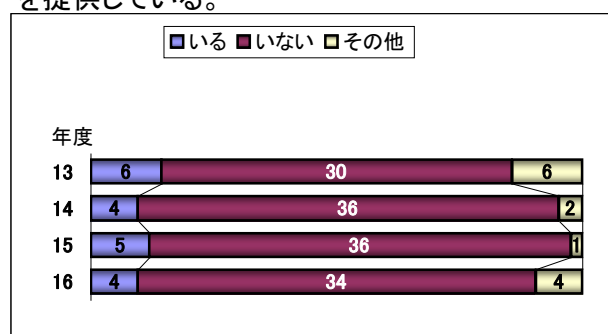
## 16年度自己チェック

### ④ 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。

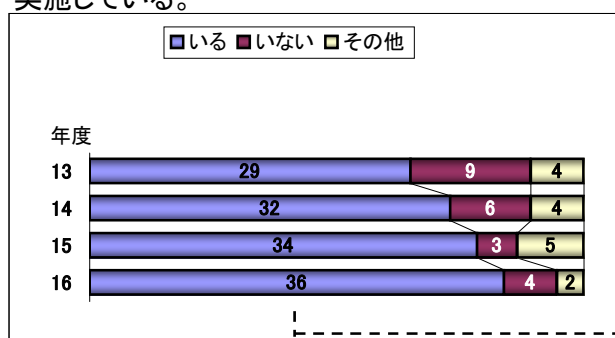


c応需薬局との定期的な情報交換会あるいは勉強会などの開催の働きかけを行っている。

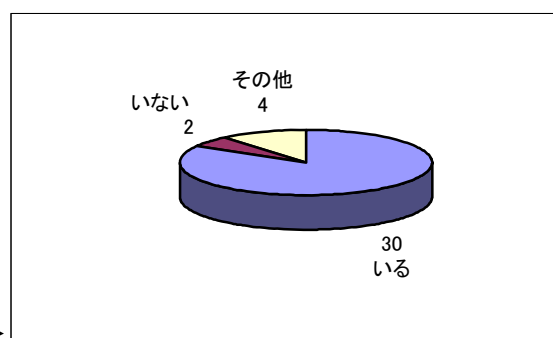


### ⑤ 入院注射薬の調剤について

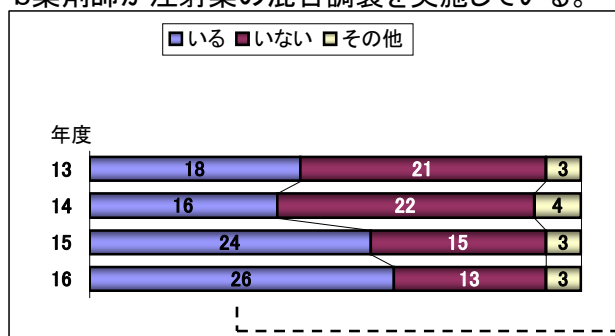
a全ての患者(診療科)を対象に注射薬の調剤を実施している。



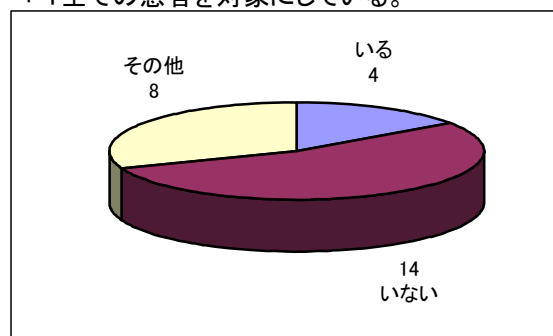
\* 1大容量の輸液を含めて患者毎に実施している



b薬剤師が注射薬の混合調製を実施している。



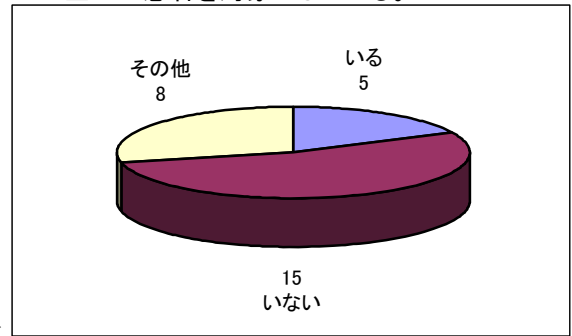
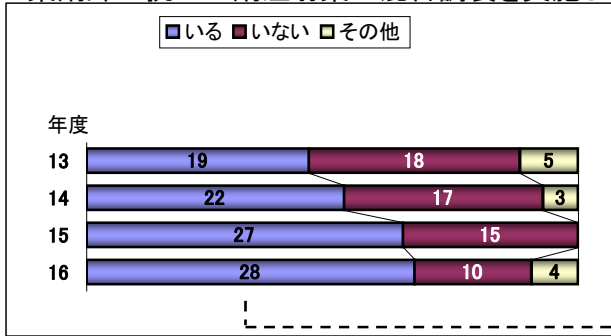
\* 1全ての患者を対象にしている。



## 16年度自己チェック

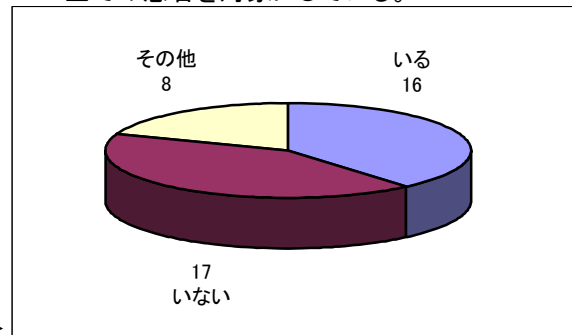
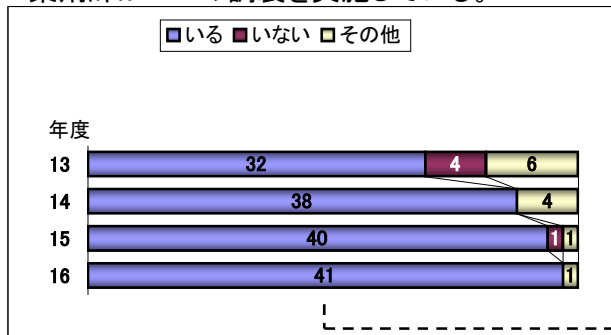
c薬剤師が抗がん剤注射薬の混合調製を実施している。

\* 1全ての患者を対象にしている。



d薬剤師がIVHの調製を実施している。

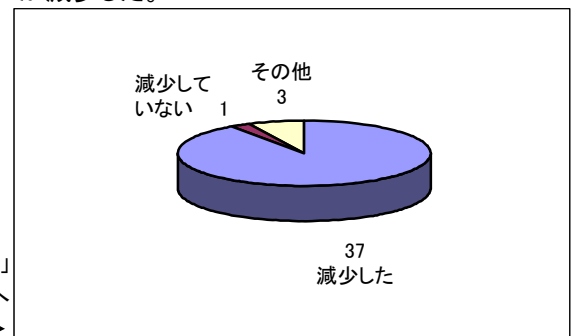
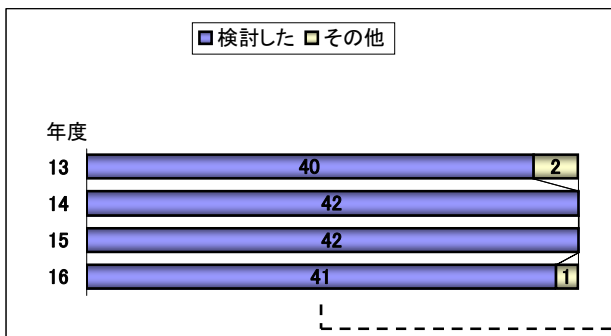
\* 1全ての患者を対象にしている。



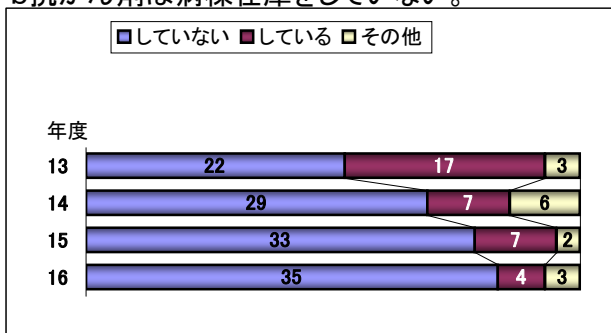
⑥ 病棟在庫医薬品の管理体制について

a病棟の在庫医薬品目数・量の見直しを検討した。

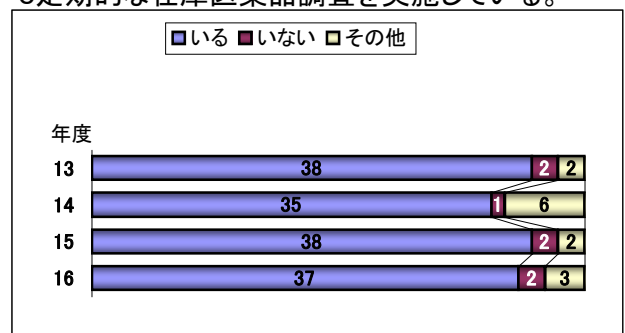
\* 1見直しの結果、病棟の在庫医薬品目数・量が減少した。



b抗がん剤は病棟在庫をしていない。

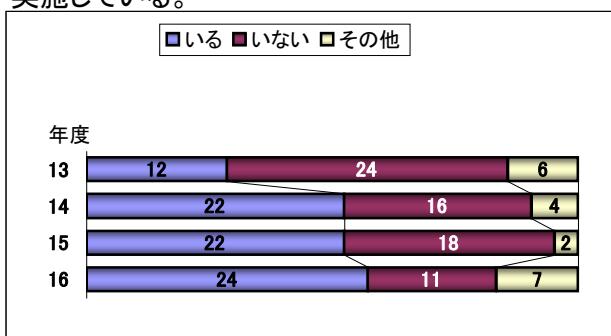


c定期的な在庫医薬品調査を実施している。

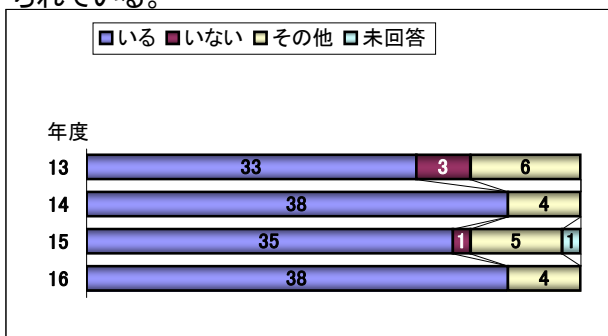


## 16年度自己チェック

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。

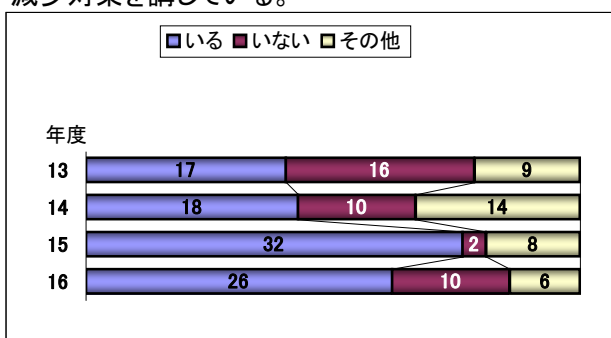


e医薬品の保管は、取り違いなどの防止対策がとられている。

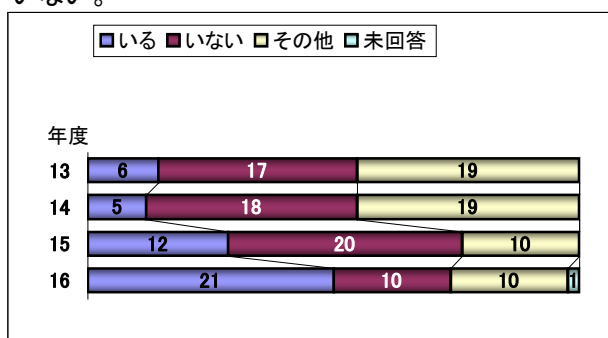


⑦ 夜間・休日の処方せん発行について

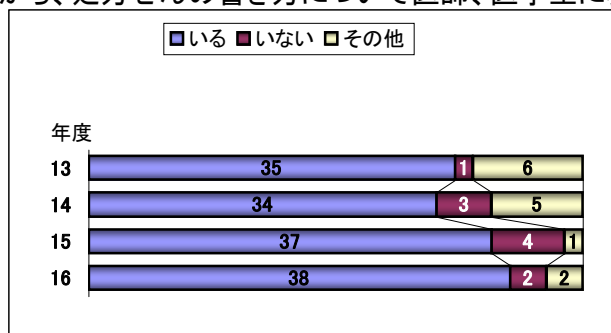
a安全管理のため、夜間・休日の処方せん枚数の減少対策を講じている。



b通常の処方オーダーが、夜間・休日に提出されていない。

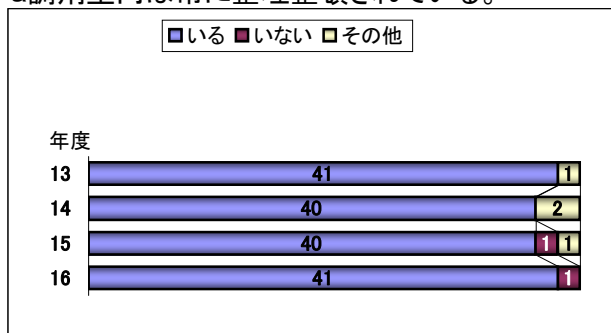


⑧ 医療事故防止の観点から、処方せんの書き方について医師、医学生に教育・指導が行われている。

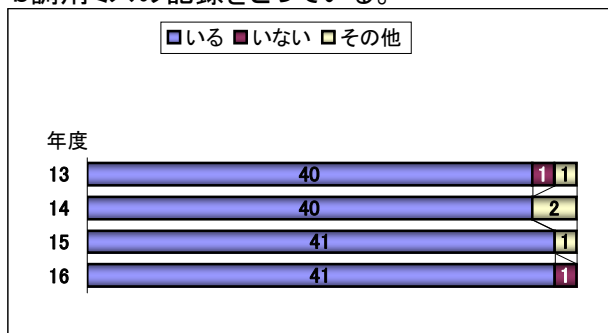


⑨ 薬剤部内の医療事故防止について

a調剤室内は常に整理整頓されている。

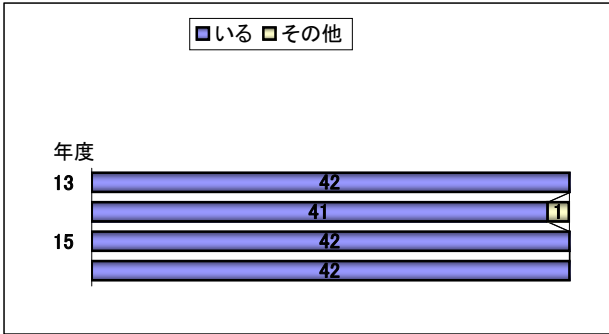


b調剤ミスの記録をとっている。

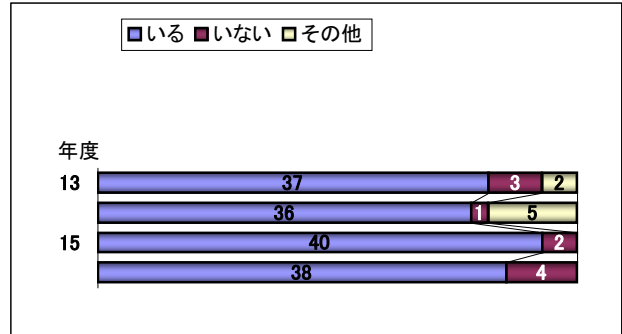


## 16年度自己チェック

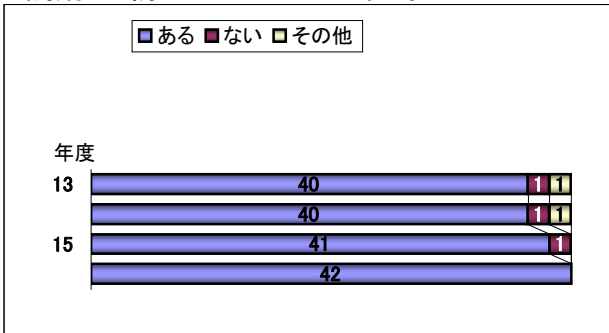
c調剤ミス防止対策をとっている。



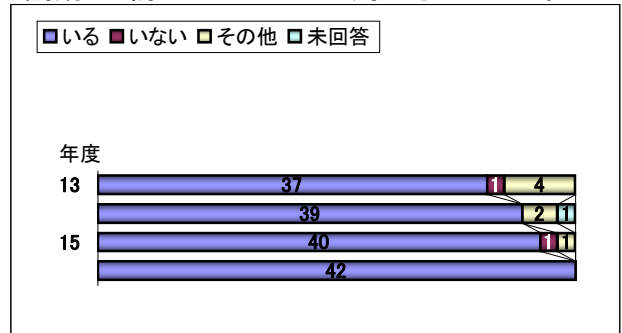
d調剤ミス防止のための勉強会などを部内で行っている。



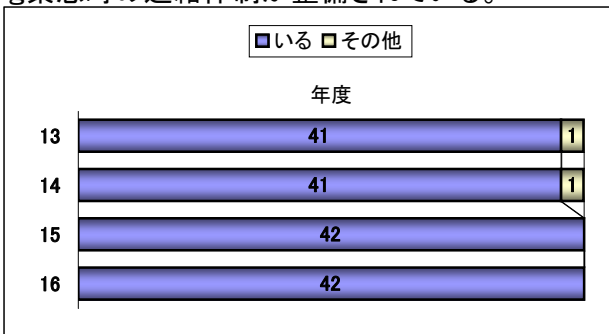
e調剤ミス防止マニュアルがある。



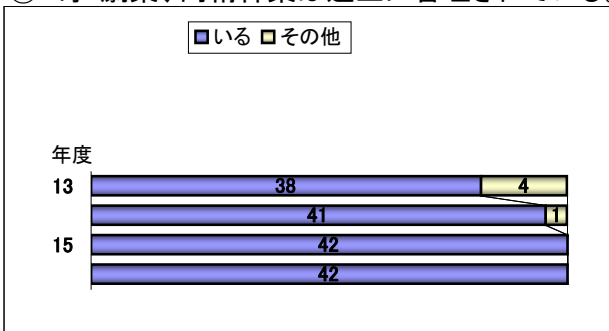
f調剤ミス防止マニュアルは周知されている。



g緊急時の連絡体制が整備されている。



⑩ 毒・劇薬、向精神薬は適正に管理されている。

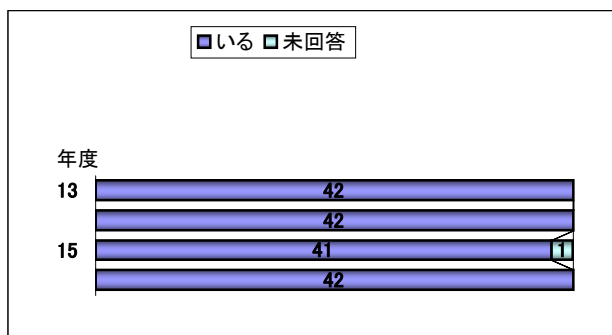




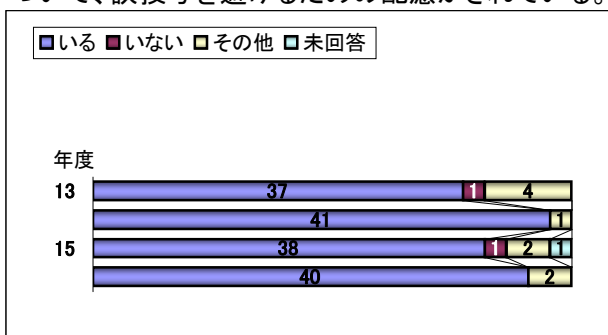
## 16年度自己チェック

### ⑪ 与薬の際

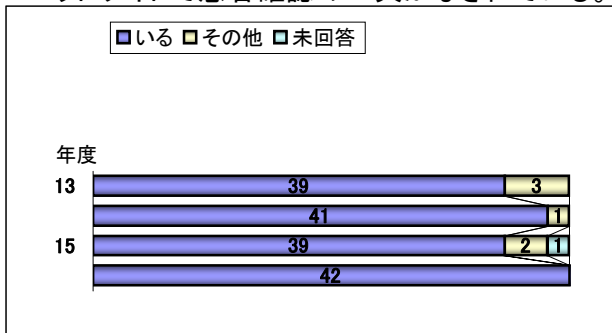
a薬剤名、患者名、投与方法の再確認をしている。



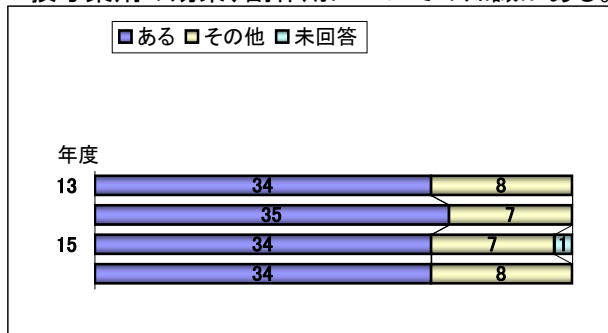
b注射剤と似た外観を持っている経口剤、外用剤について、誤投与を避けるための配慮がされている。



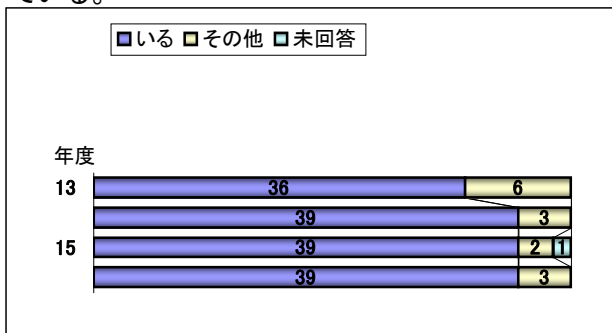
cベットのサイドで患者確認の工夫がなされている。



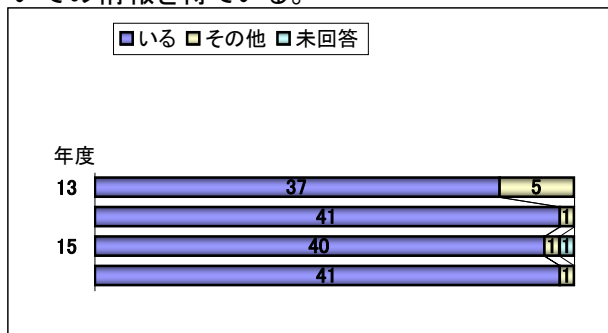
d投与薬剤の効果、副作用についての知識がある。



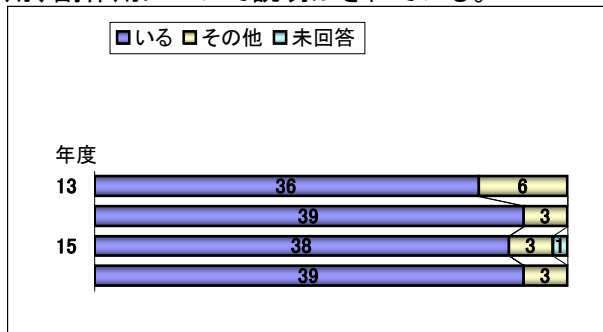
eその薬剤がその患者に投与される理由を把握している。



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。

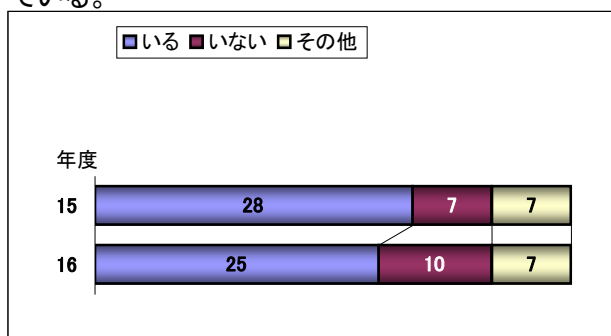


g患者に使用する薬剤の作用、副作用について説明がされている。

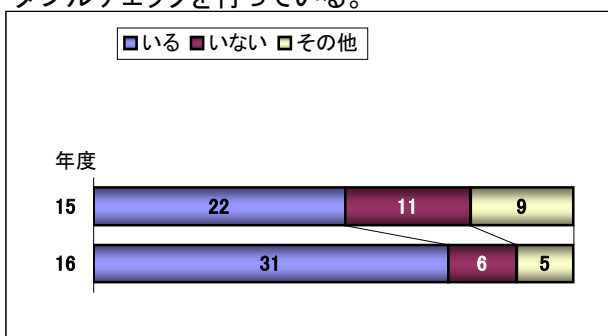


## 16年度自己チェック

⑫ 医薬品の返戻を少なくするための方策を講じている。

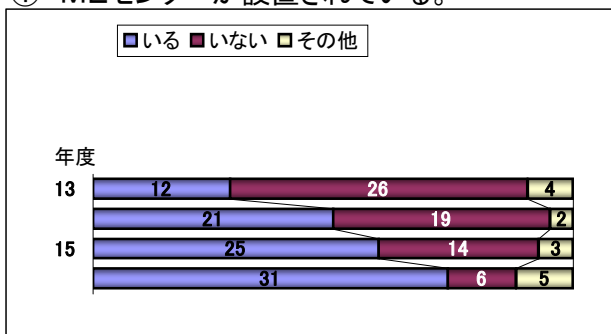


⑬ 返戻のあった医薬品を保管場所に戻す際、ダブルチェックを行っている。

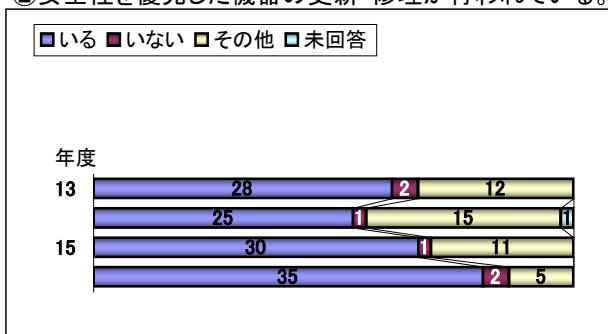


### 4) 医療機器の管理・運用

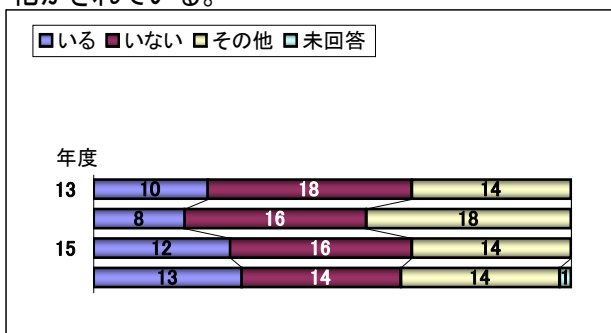
① MEセンターが設置されている。



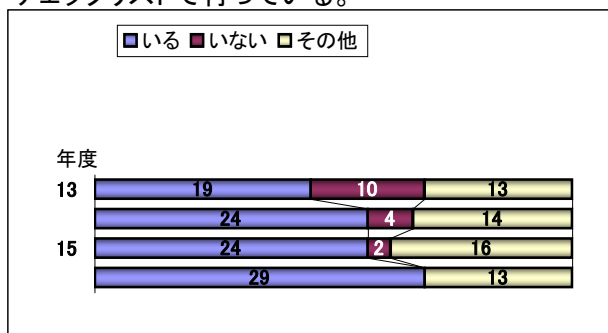
② 安全性を優先した機器の更新・修理が行われている。



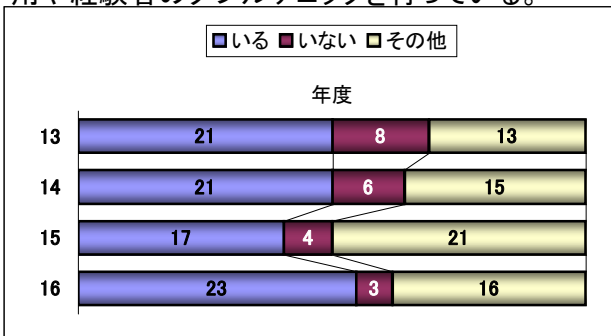
③ 同一目的で使用する機器は、機種の一貫化がされている。



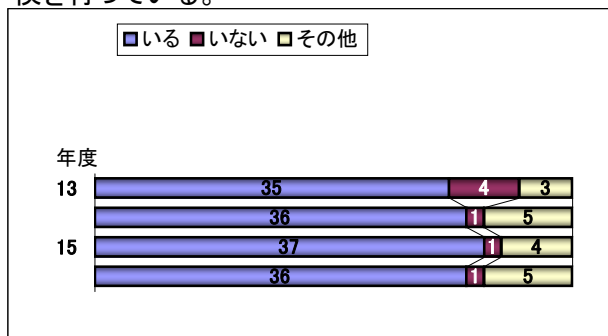
④ 医療機器の使用前後に最低限の点検をチェックリストで行っている。



⑤ 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。

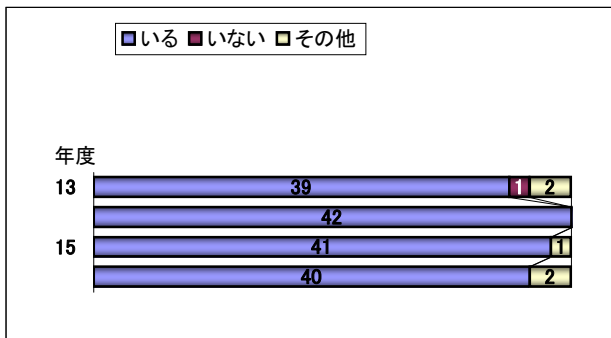


⑥ 故障の場合、事後の原因究明や同型機の点検を行っている。

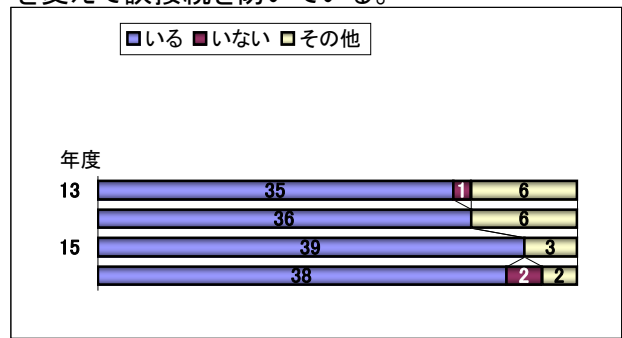


## 16年度自己チェック

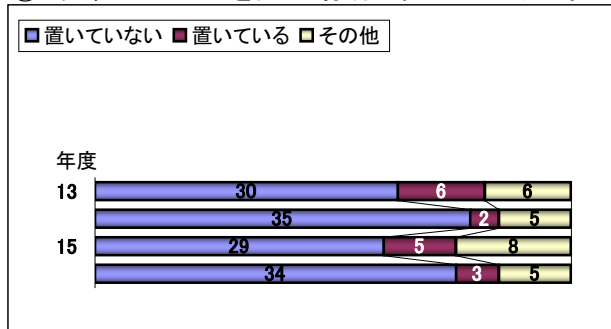
⑦ 医療用ガス(電源)等の定期点検を行っている。



⑧ ポ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。



⑨ 異種のポンベを同一場所に置いていない。

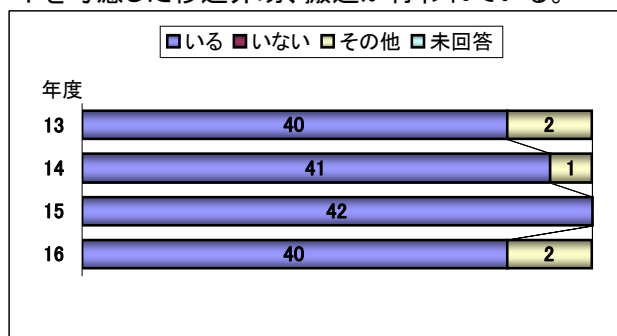


## 16年度自己チェック

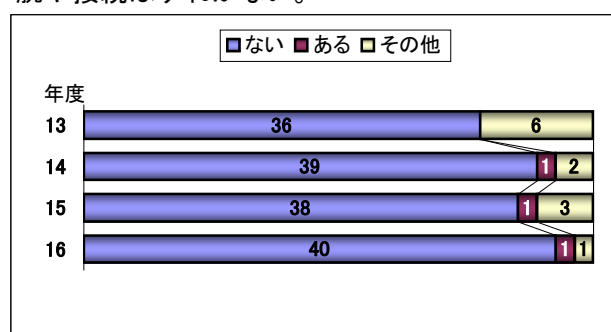
### 6 手術・手術室における基本的安全管理体制

#### 1) 患者移送に伴う事故防止

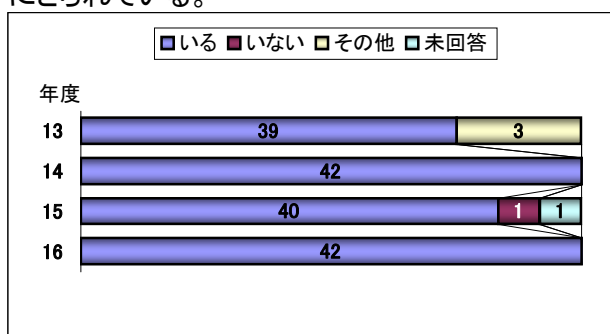
① 前投薬投与に伴う患者の精神・身体的機能低下を考慮した移送介助、搬送が行われている。



② 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。

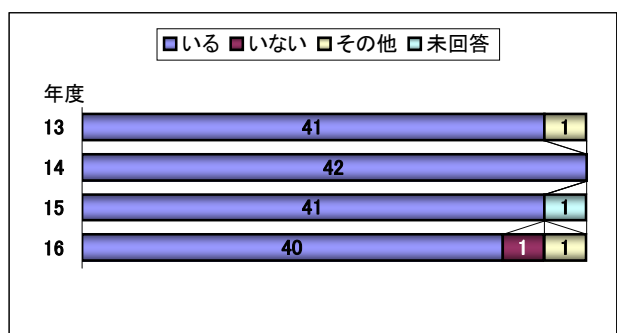


③ 覚醒不十分な患者搬出の安全確保が十分にとられている。

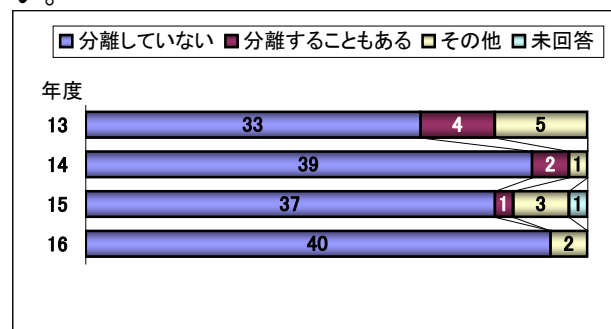


#### [A看護師]

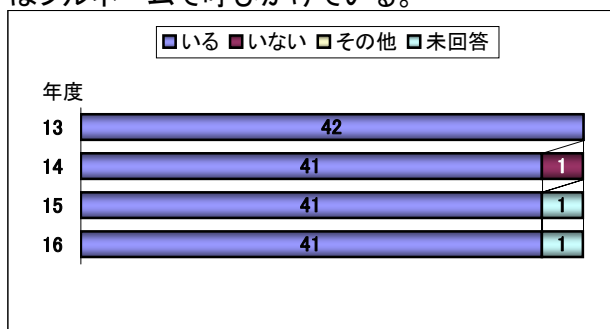
① 搬入は一人ずつ行っている。



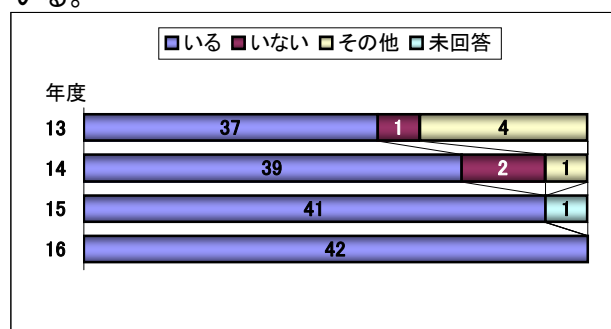
② 1患者1カルテ、患者とカルテを分離していない。



③ 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。

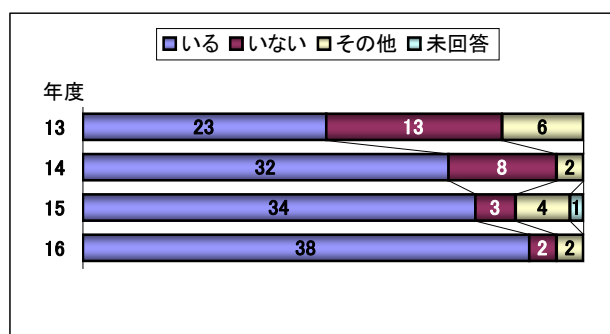


④ 認識票(リストバンド)の患者氏名を確認している。

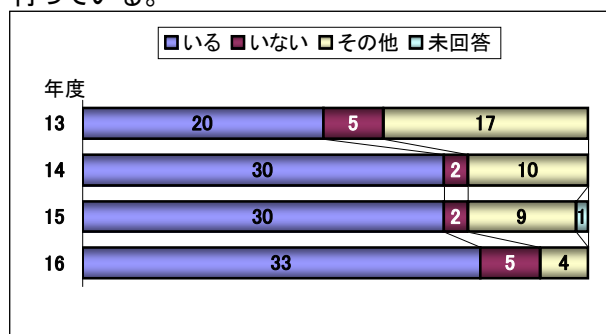


## 16年度自己チェック

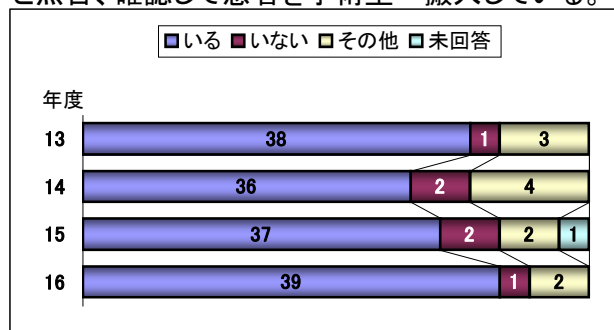
### ⑤ 患者確認のサインをしている。



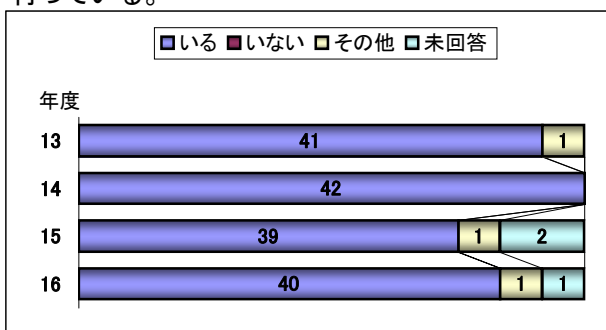
### ⑥ 手術室への移送は麻酔医か主治医と共に 行っている。



### ⑦ 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。

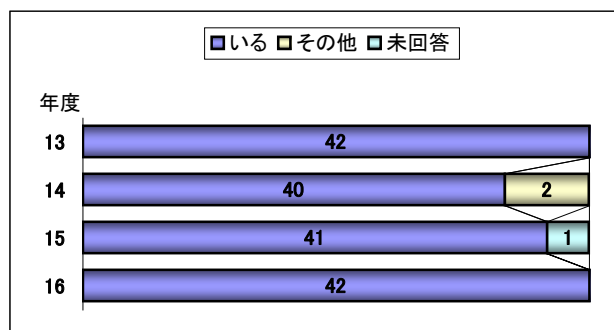


### ⑧ 手術室変更の有無と変更時の確認作業を 行っている。

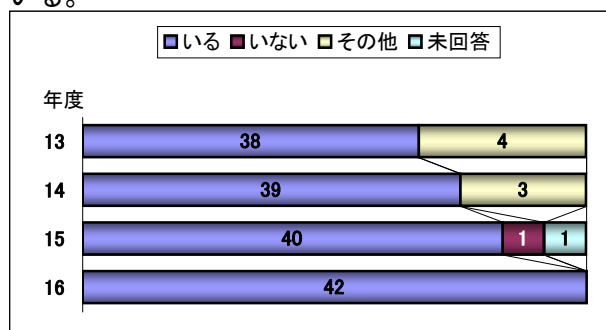


### [B麻酔医]

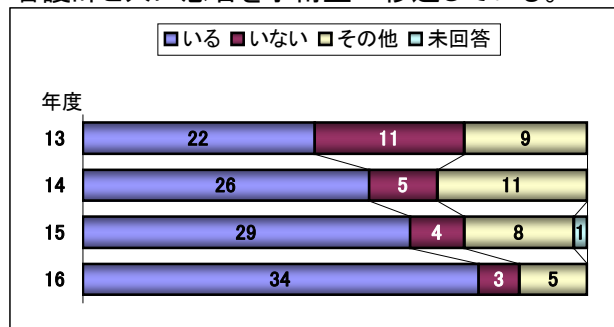
#### ① 手術前に患者を訪問している。



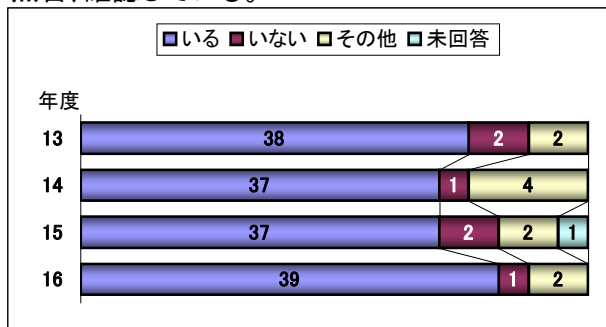
#### ② 認識票(リストバンド)の患者氏名を確認して いる。



#### ③ 申送りに立会い、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。

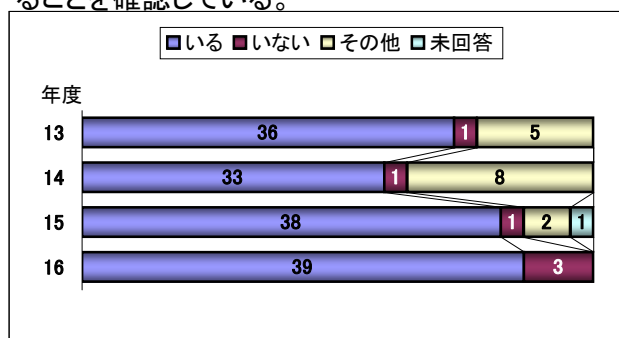


#### ④ 診療科、患者名、術式をドアネーム、予定表と 照合、確認している。

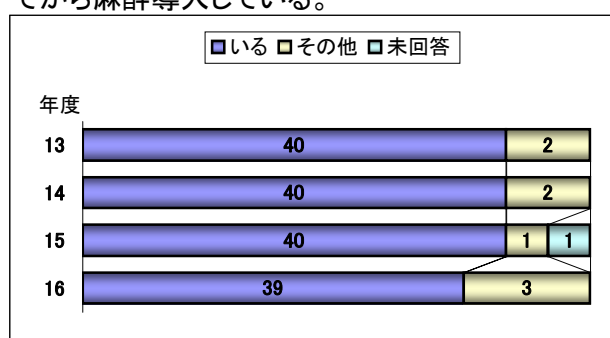


## 16年度自己チェック

⑤ 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。

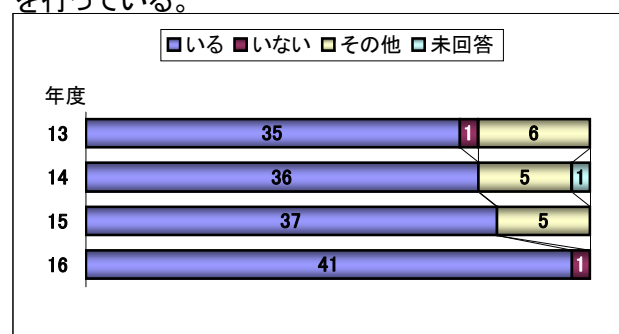


⑥ フルネームでの患者確認、呼び掛けを行ってから麻酔導入している。

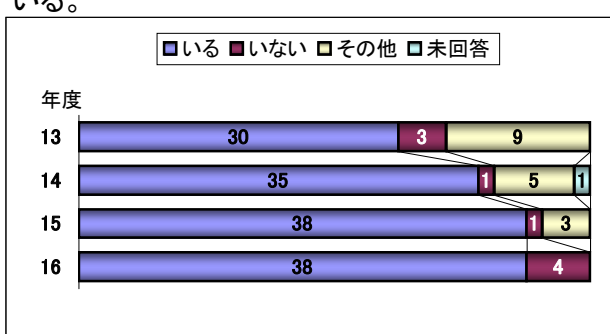


[C術者・受持医]

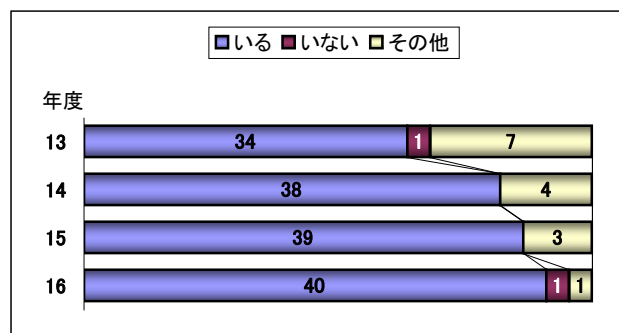
① 麻酔導入前に手術室へ入室し、患者の確認を行っている。



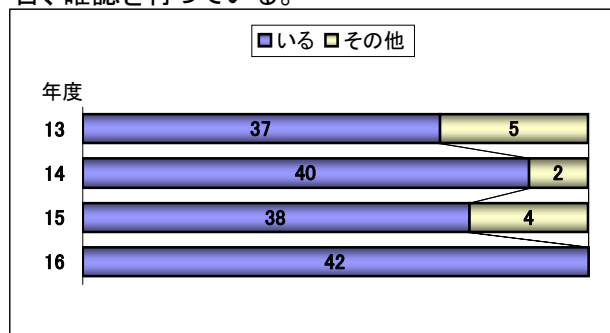
② 認識票(リストバンド)の患者氏名を確認している。



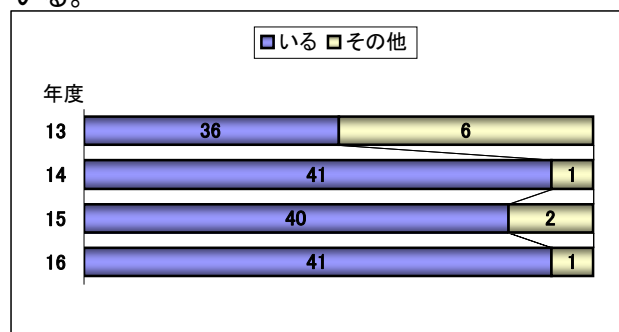
③ 患者さんへの呼び掛けを行っている。



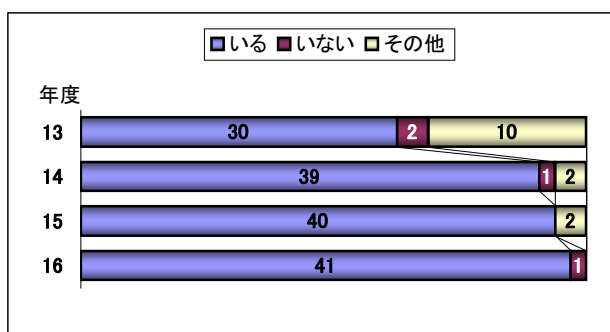
④ カルテやX線写真の氏名と患者氏名の、照合、確認を行っている。



⑤ 体位を取る前に術式と手術部位を確認している。

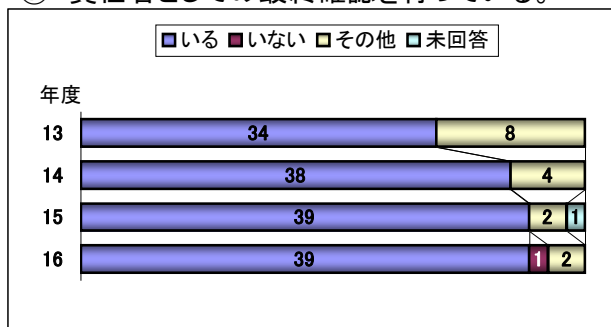


⑥ 名前の確認はフルネームで行っている。



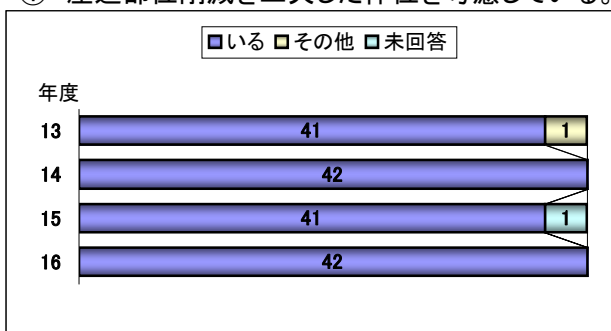
## 16年度自己チェック

### ⑦ 責任者としての最終確認を行っている。

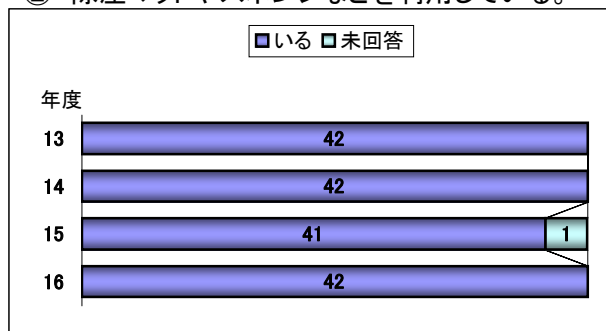


### 2) 体位、圧迫による神経・皮膚障害防止

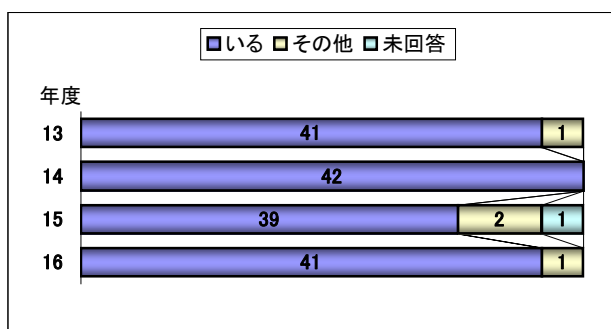
#### ① 圧迫部位削減を工夫した体位を考慮している。



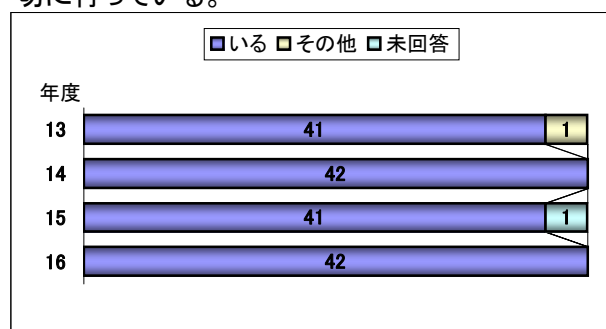
#### ② 除圧マットやスポンジなどを利用している。



#### ③ 術中、術後の観察は十分である。



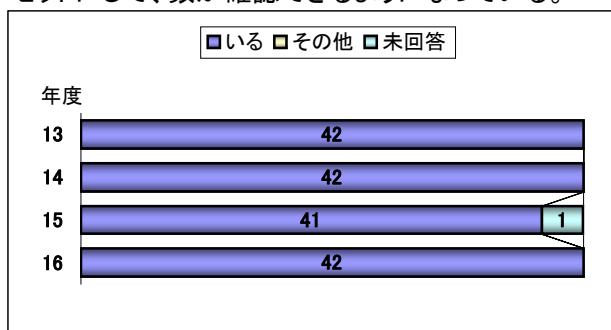
#### ④ 病棟看護師へ障害状況と対応の申送りを適切に行っている。



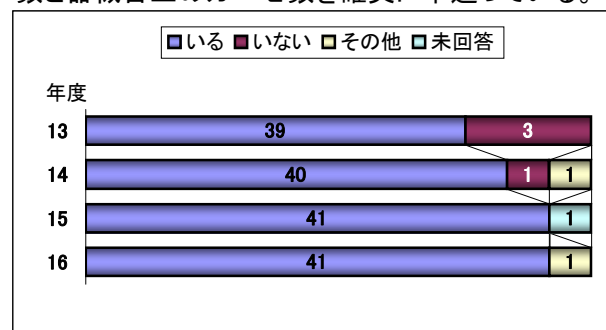
### 3) 異物(ガーゼ・器具)遺残防止

#### ① 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。

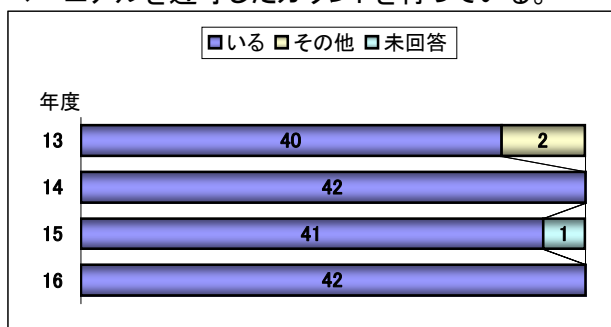


b看護師が交代する場合、術野で使用中のガーゼ数と器械台上のガーゼ数を確実に申送っている。

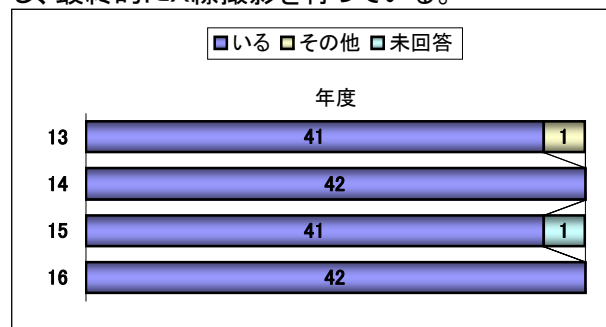


## 16年度自己チェック

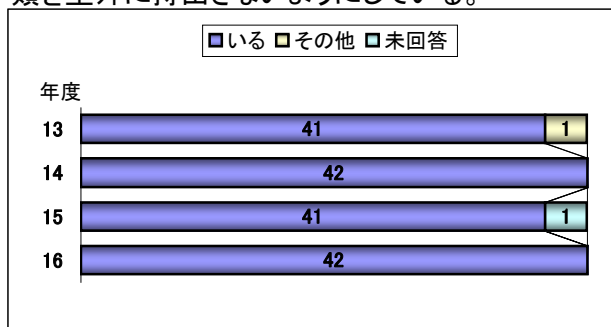
c術野にはX線ガーゼを使用し、手術終了時にはマニュアルを遵守したカウントを行っている。



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。

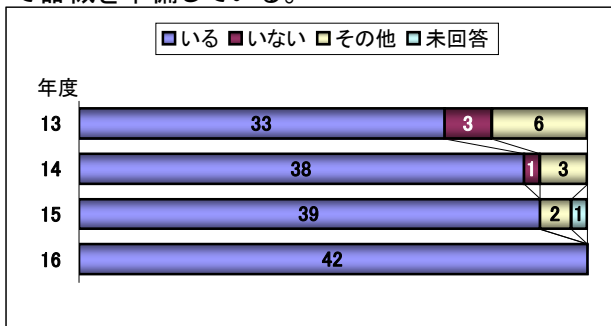


eカウントが一致し患者が搬出されるまで、ガーゼ類を室外に持出さないようにしている。

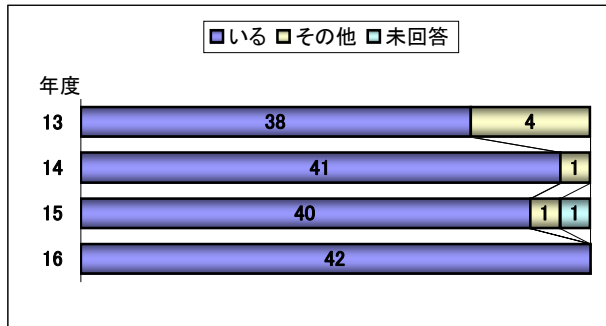


### ②器具

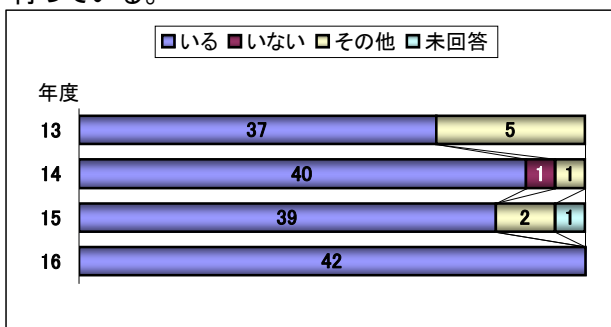
a器械セット内にセット内容表を入れ、それに沿って器械を準備している。



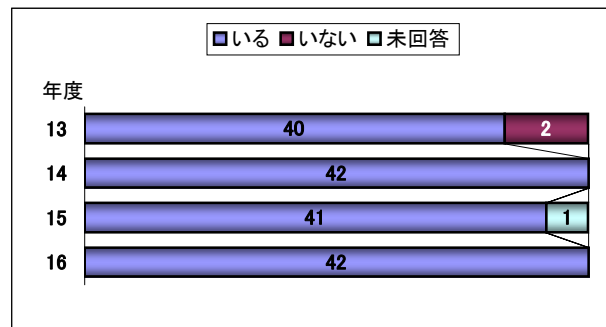
bセットアップ時に数があるかを確認している。



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。



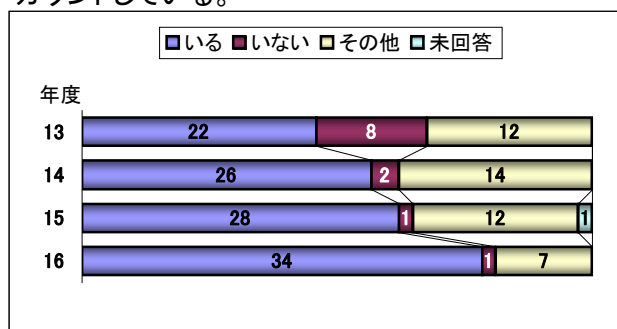
d落下した器械はカウント終了まで室外に持出さないようにしている。



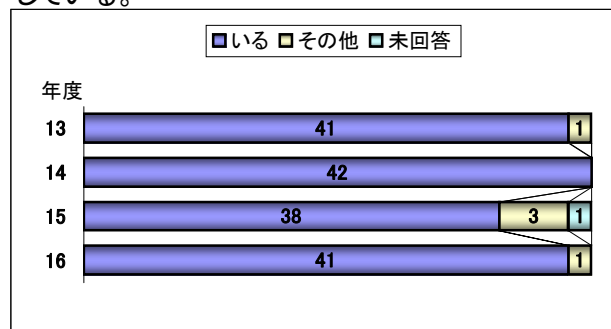


## 16年度自己チェック

e ツツペル、ディスポ・ブルドッグ、綿球についてもカウントしている。

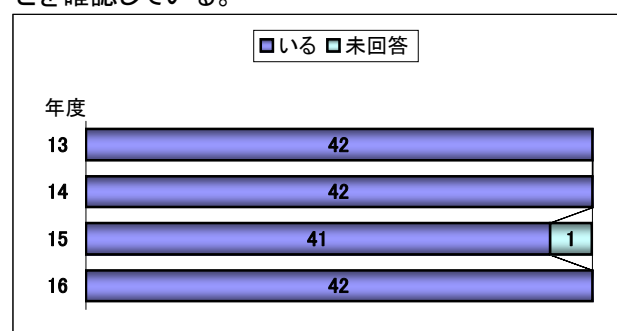


f 手術前に器械のネジが緩んでいないことを確認している。

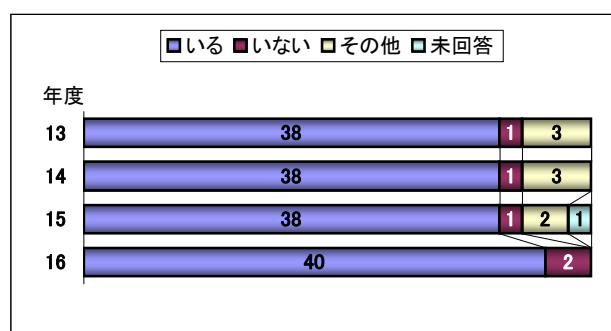


### ③針

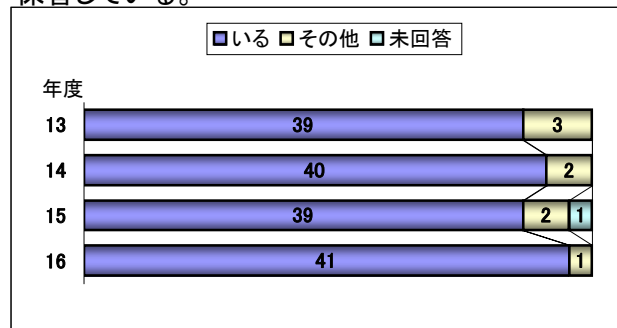
a 持針器が戻る度に使用した針が術野から戻ったことを確認している。



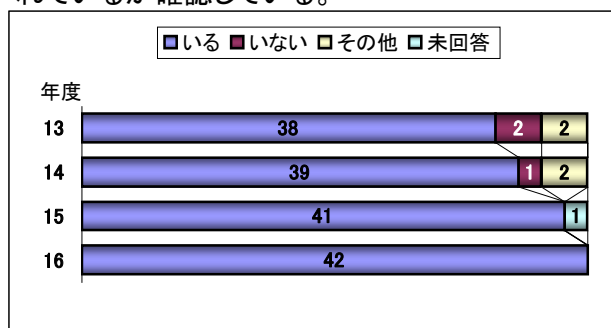
b 器械台に出た針の数をカウントしている。



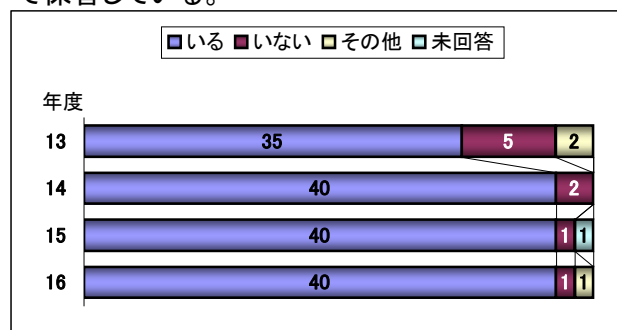
c 使用済み縫合針は針カウンターや専用容器で保管している。



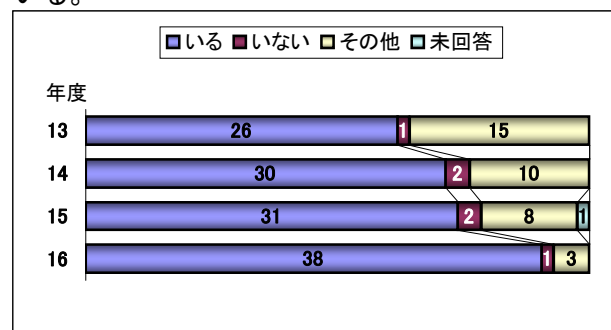
d 手術終了前に器械台に出した針が全て回収されているか確認している。



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。

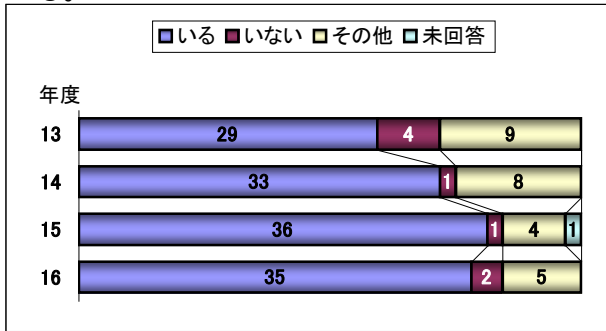


f 針を返却する時は必ず直接看護師に声をかけている。

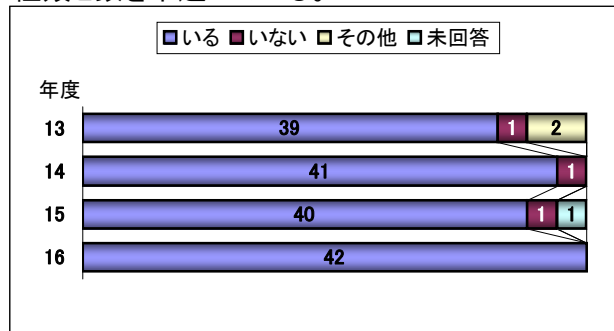


## 16年度自己チェック

g 針は必ず持針器または鉗子につけて返却している。



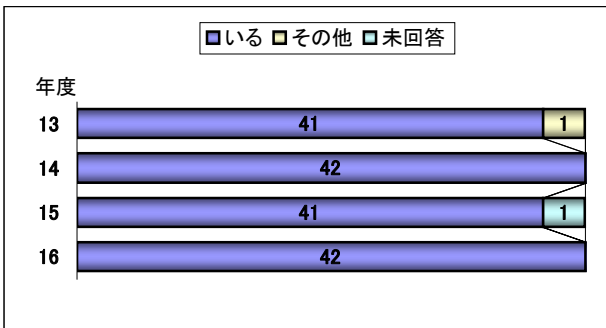
h 看護師が交代する場合、術野で使用中の針の種類と数を申送っている。



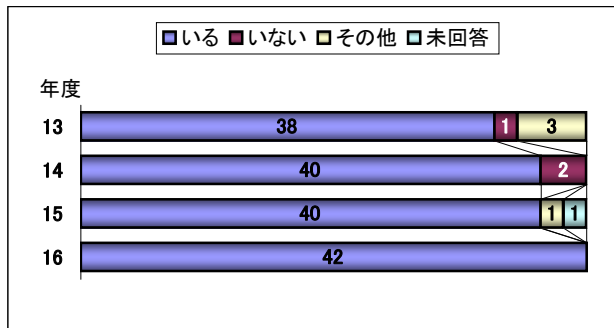
### 4) 薬品管理

#### ① 保管・管理

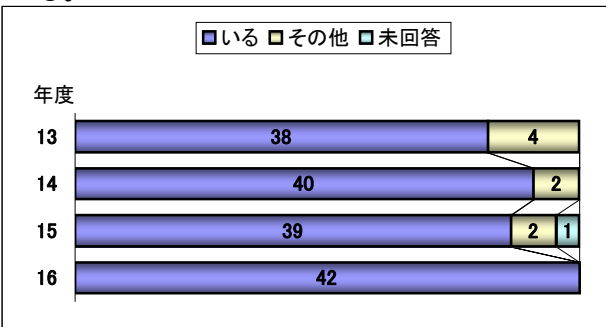
a 麻薬・向精神薬の管理は「麻薬及び向精神薬取締り法」を遵守している。



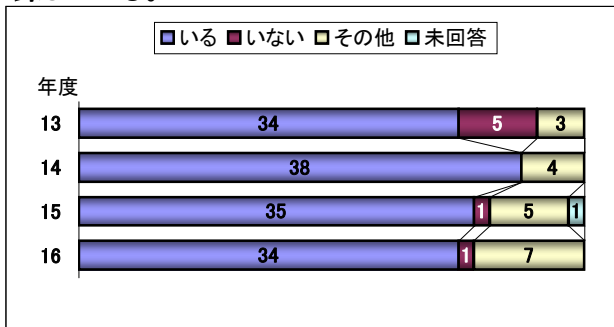
b 毒薬・劇薬の表示、薬品庫の施錠がされている。



c 使用量と在庫量の定期的点検、記録がされている。

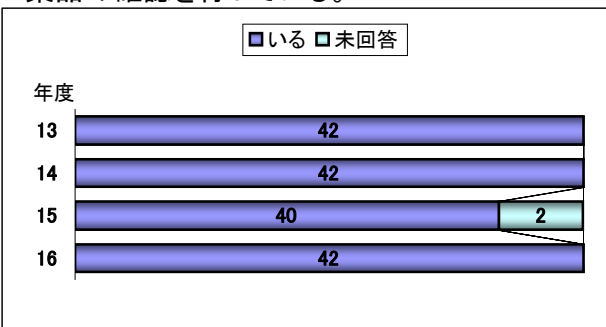


d 血漿分画製剤使用時に「血液製剤管理簿」へ記録している。

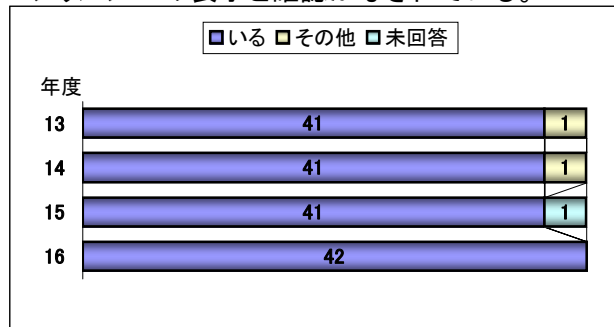


#### ② 誤注射防止対策

a 薬品の確認を行っている。

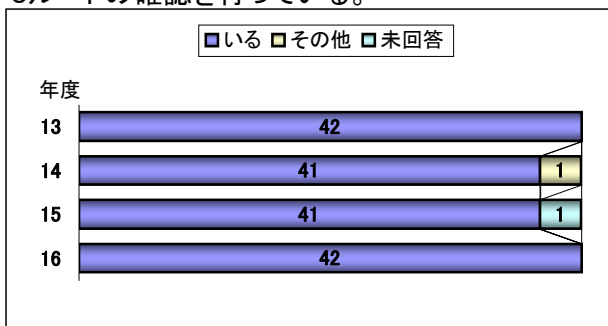


b シリンジへの表示と確認がなされている。

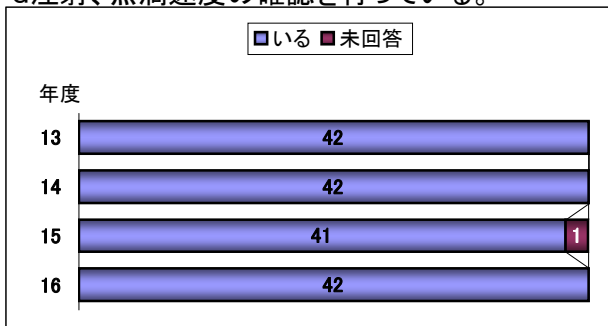


## 16年度自己チェック

c ルートの確認を行っている。



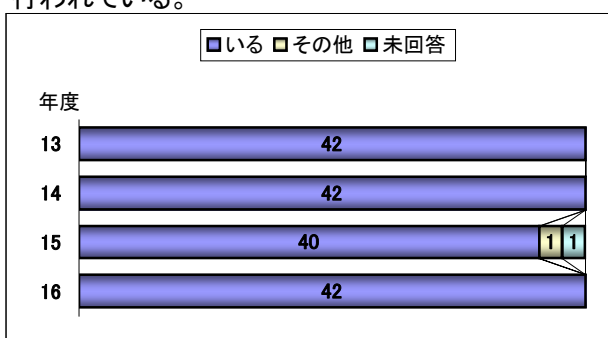
d 注射、点滴速度の確認を行っている。



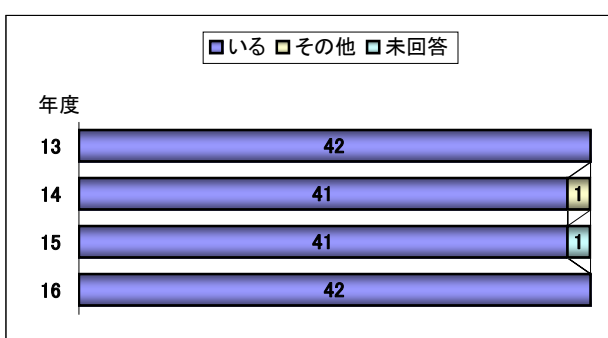
### 5) 医用ガス・電気・空調の管理

#### ① 医用ガス

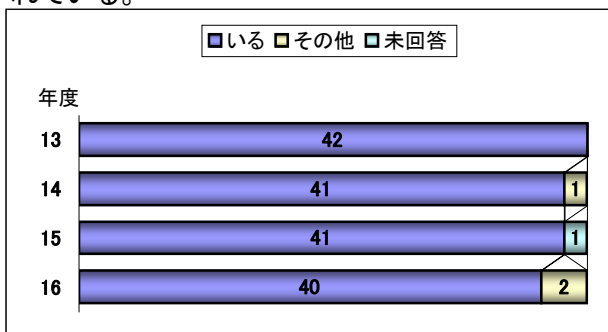
a 改修工事や配管工事後の医用ガス分析、点検が行われている。



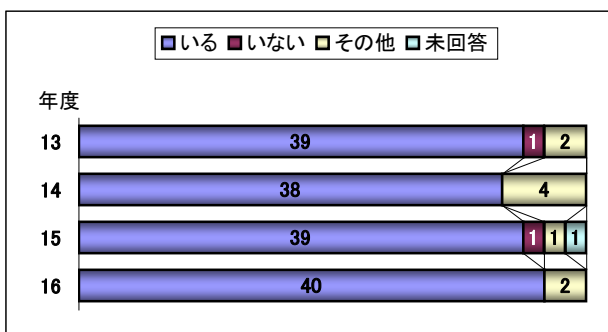
b 供給圧モニターの確認、点検が行われている。



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。

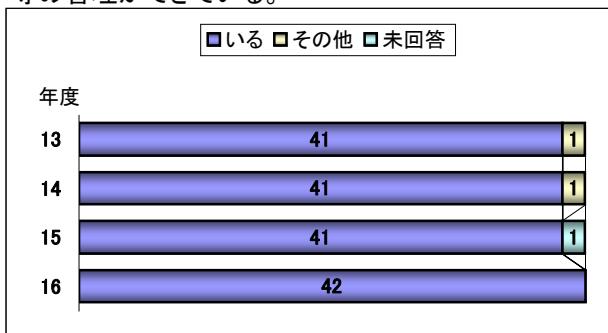


d バックアップ体制の構築がされている。

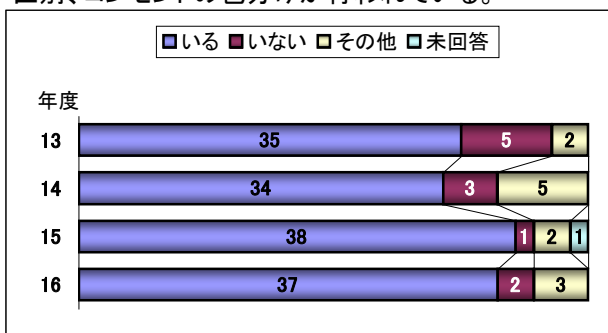


#### ② 電気

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。

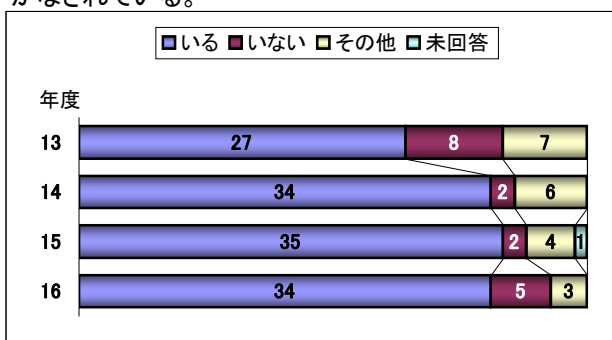


b 漏れ電流警報装置、接地型電源と非接地型電源の区別、コンセントの色分けが行われている。

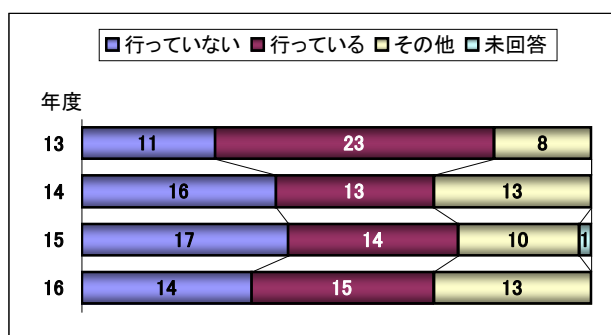


## 16年度自己チェック

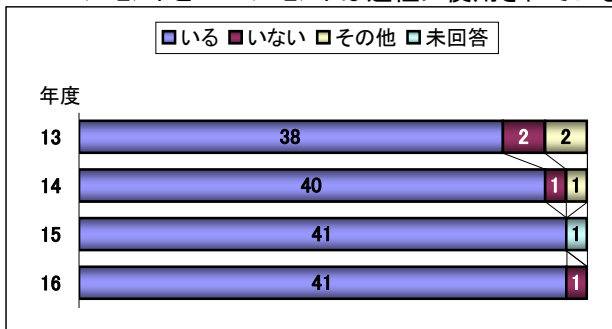
c 医用電気安全通則の遵守と表示、(BFマーク、CFマーク)がなされている。



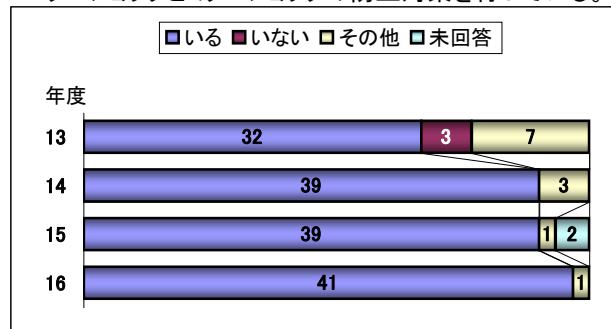
d テーブルタップ、たこ足配線を行っていない。



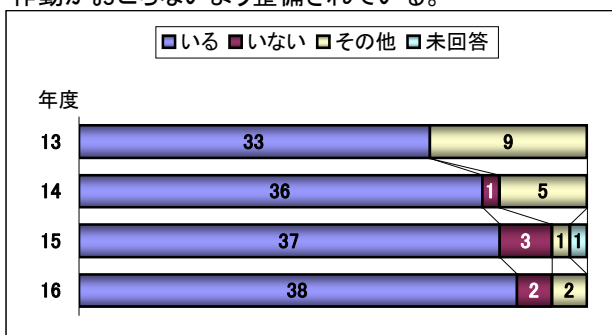
e 3Pコンセントと2Pコンセントは適性に使用されている。



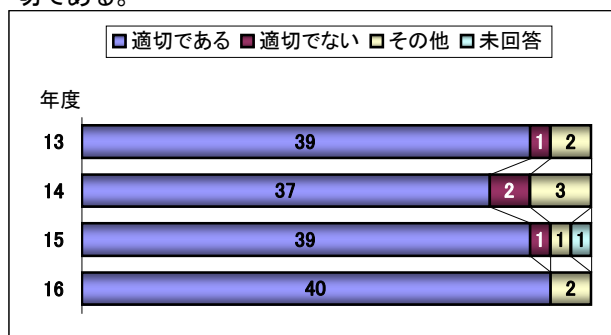
f マクロショックとミクロショックの防止対策を行っている。



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。

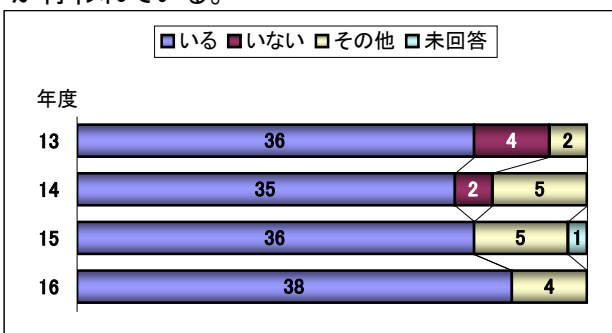


h バックアップ体制、充電器やバッテリーの点検は適切である。

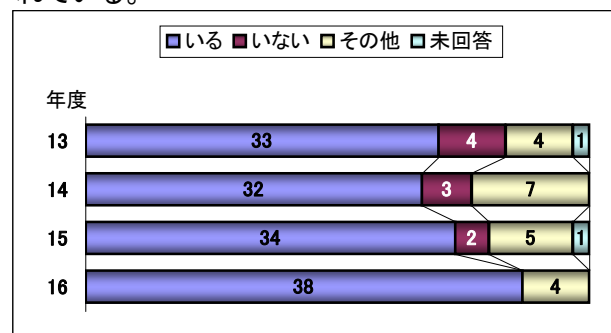


### ③ 空調

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。

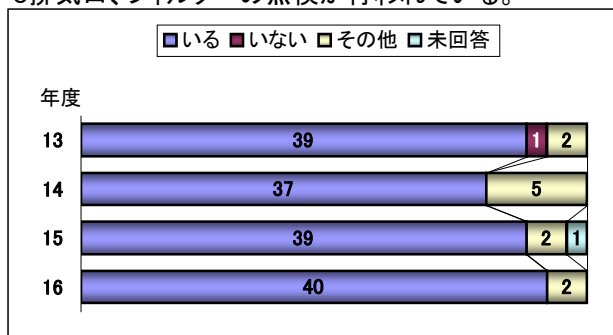


b 噴出し圧モニター作動状況の点検、確認が行われている。



## 16年度自己チェック

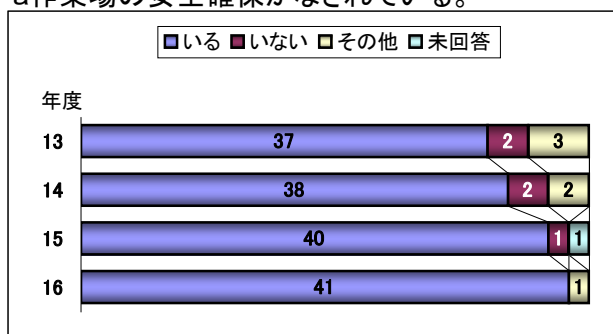
c排気口、フィルターの点検が行われている。



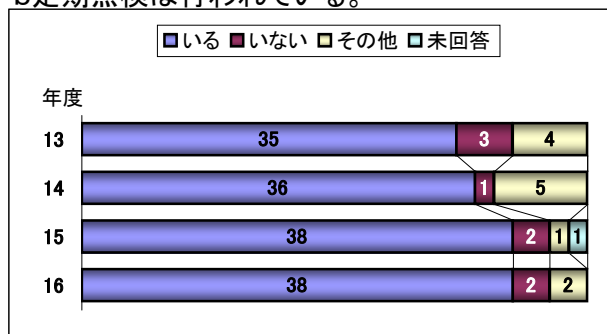
6) 洗浄、滅菌

① 洗浄・滅菌器

a作業場の安全確保がなされている。

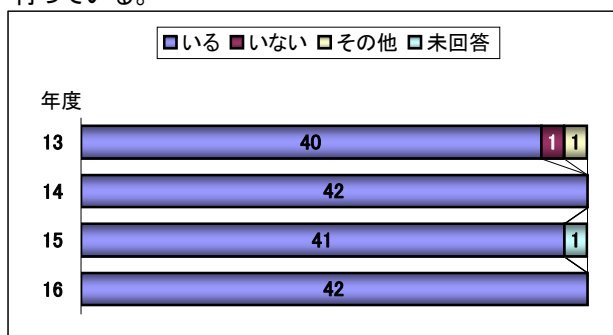


b定期点検は行われている。

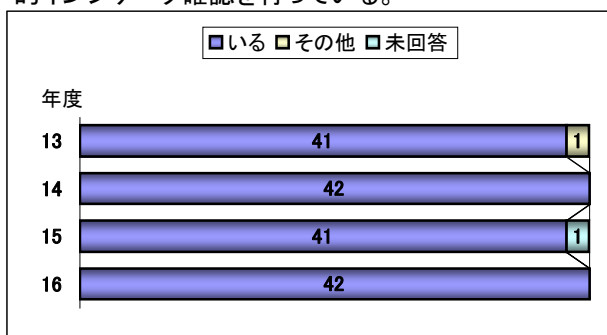


② 滅菌の確認

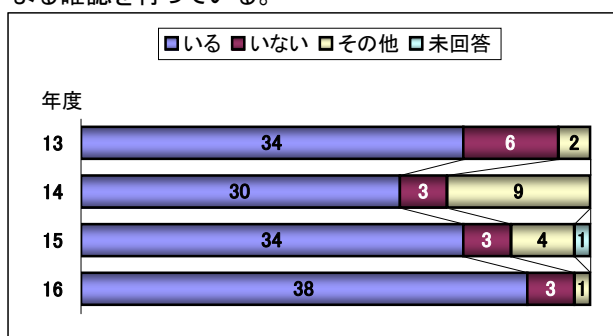
a滅菌器について、工程ごとの物理的インジケータ確認を行っている。



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。



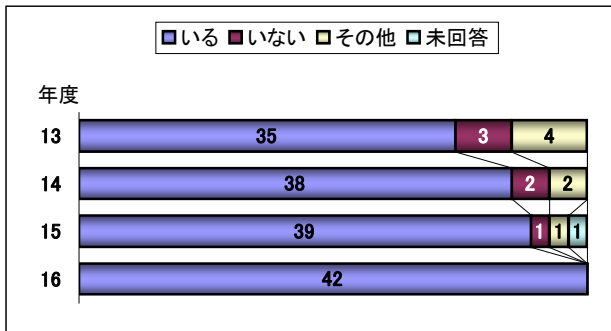
c少なくとも週1回の定期的な生物学的インジケータによる確認を行っている。



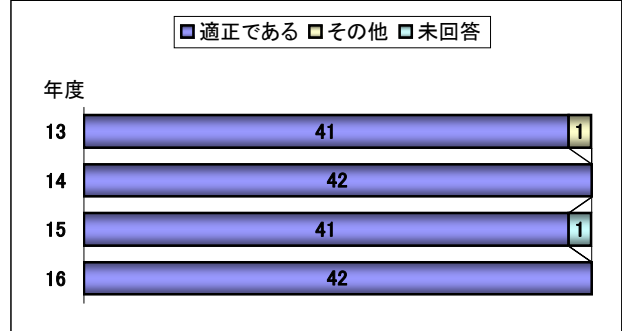
## 16年度自己チェック

### ③ 既滅菌器材の管理

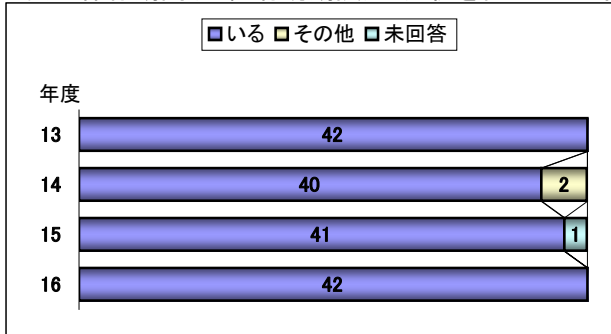
a保管庫、保管棚は適性に配置されている。



b包装材料は適正である。

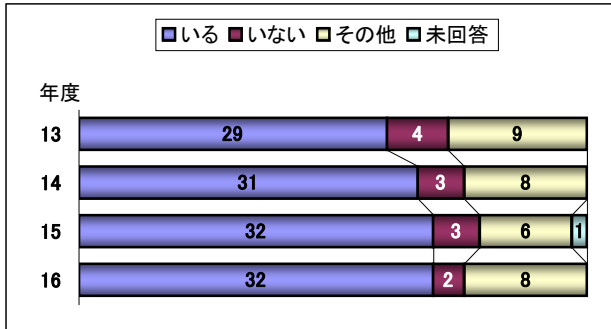


c安全保存期間(滅菌有効期限)の点検を行っている。

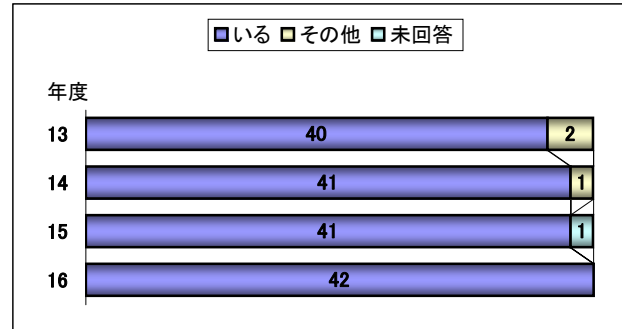


### 7) ME機器の取扱い

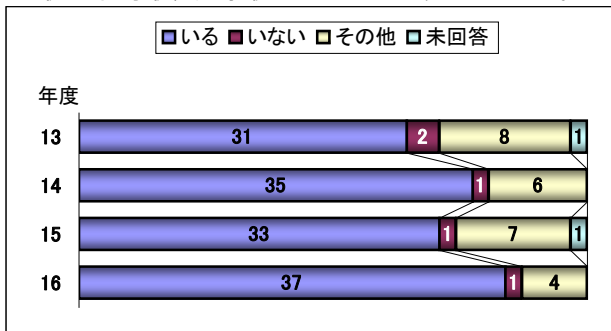
① 業者による機器ごとの取扱い説明、マニュアル書の添付等が整備されている。



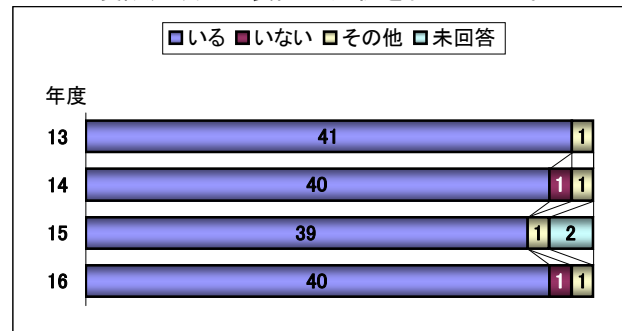
② 熱傷防止のための安全な対極板装着、患者の体が手術台の金属に直接触れない体位がとられている。



③ 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。



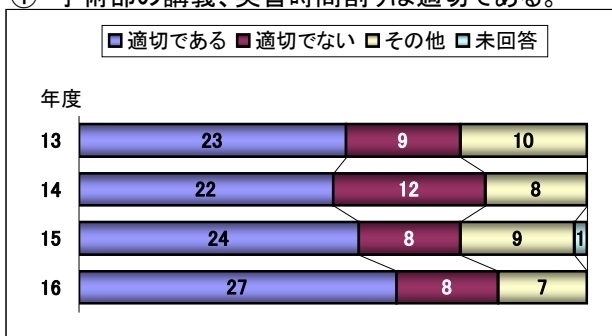
④ 体温維持装置による熱傷や凍傷の防止対策、安全な温度設定、安全装置の点検を行っている。



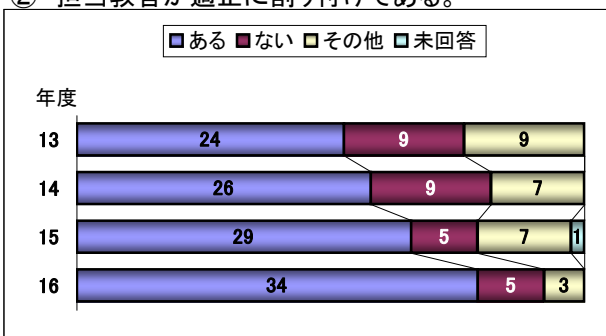
## 16年度自己チェック

### 8) 学生、研修医の教育, 実習

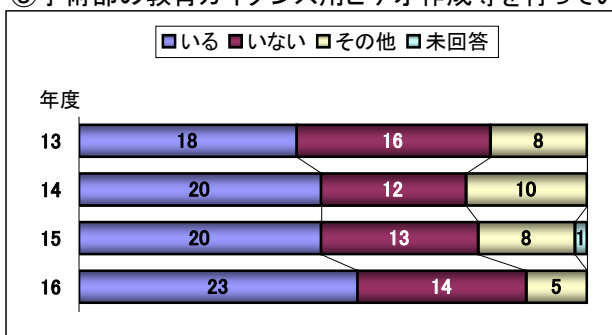
#### ① 手術部の講義、実習時間割りは適切である。



#### ② 担当教官が適正に割り付けてある。

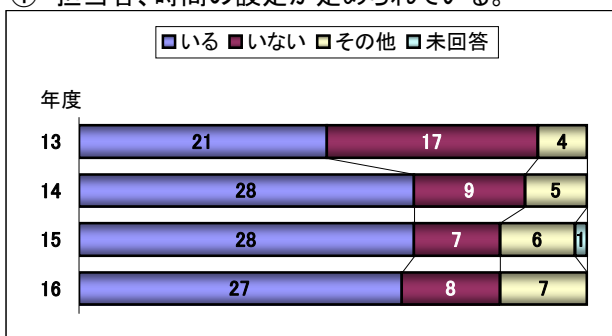


#### ③ 手術部の教育ガイダンス用ビデオ作成等を行っている。

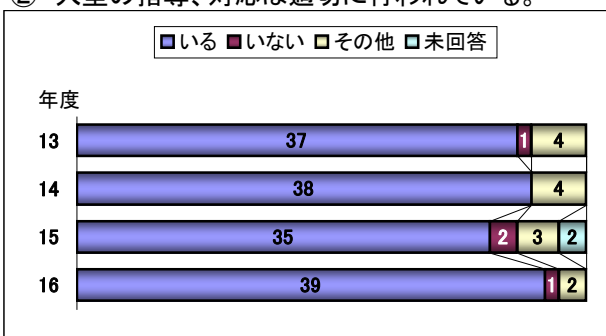


### 9) 納入業者、外注業者への対応、指導体制

#### ① 担当者、時間の設定が定められている。



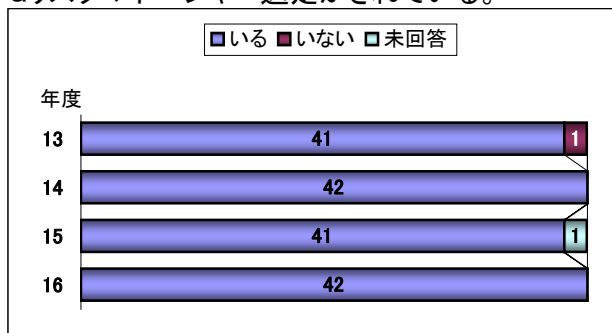
#### ② 入室の指導、対応は適切に行われている。



### 10) 事故防止管理体制

#### ① 管理体制

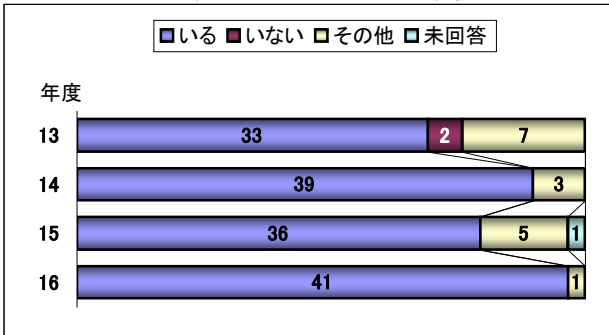
##### a) リスクマネージャー選定がされている。



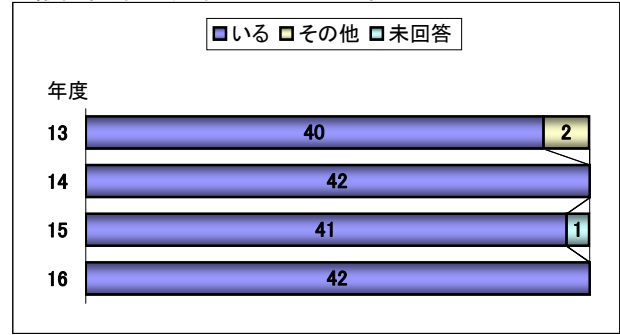
## 16年度自己チェック

### ②報告システム

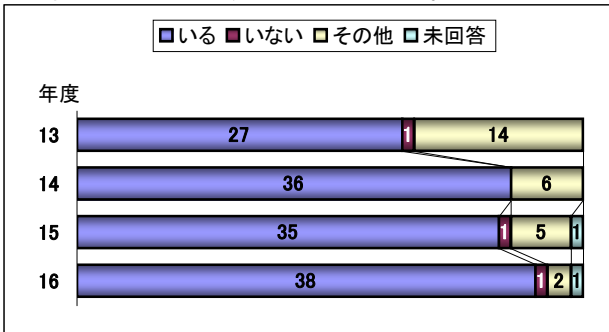
aインシデントレポート、アクシデントレポートが必ず提出されている。



b報告経路は明確にされている。

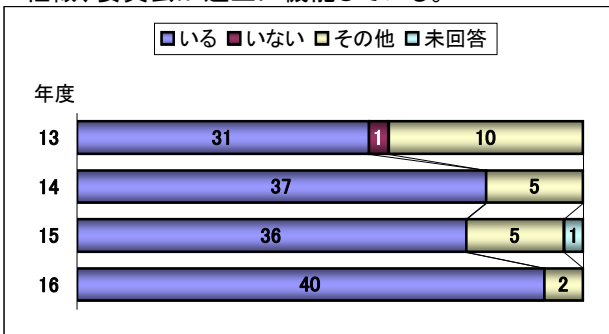


cフィードバックは十分になされている。

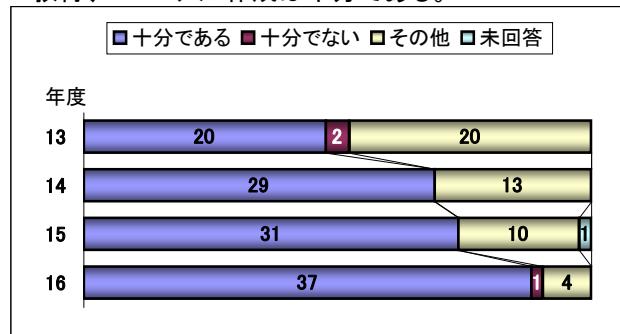


### ③分析、対策

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。



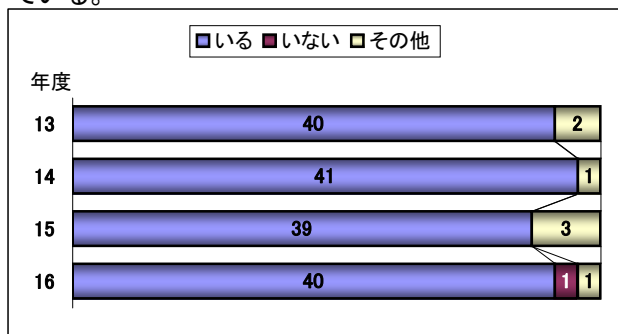


## 16年度自己チェック

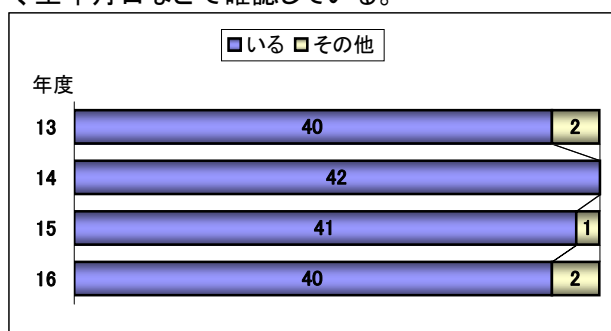
### 7 検査について

#### 1) 検査オーダーの際

① 患者にその検査の必要性を説明し、同意を得ている。

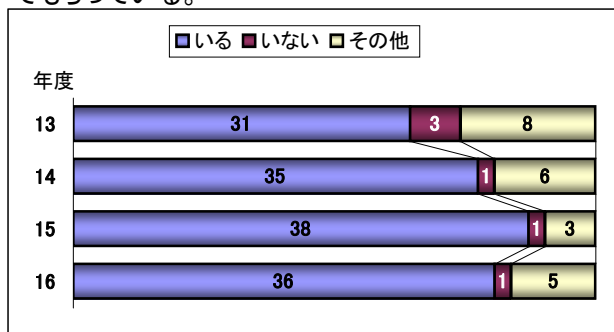


② 当該患者であることを、フルネーム、ID number、生年月日などで確認している。



#### 2) 検査実施の際

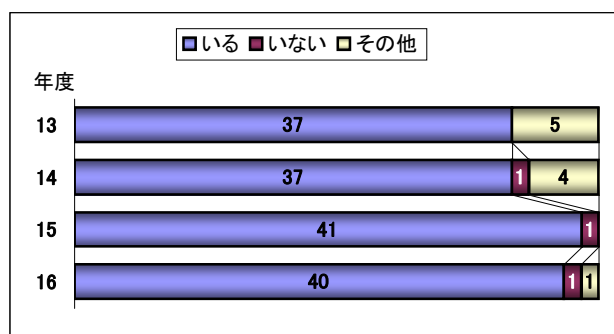
① 検査実施前に、患者本人にフルネームを名乗ってもらっている。



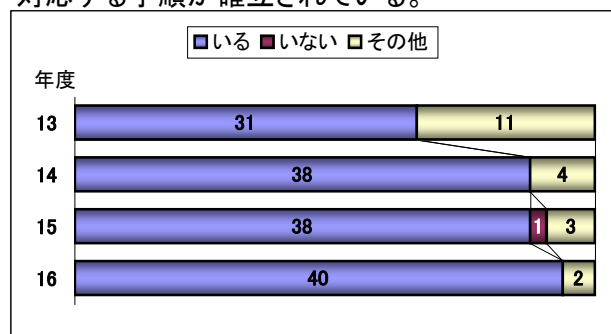
② 当該患者であることを、フルネーム、ID number、生年月日、科名で確認している。



③ 検査の内容を再度簡単に説明している。

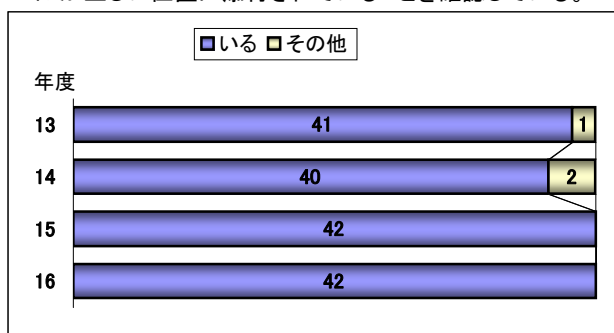


④ 採血時や生理検査中の患者の状態変化に対応する手順が確立されている。

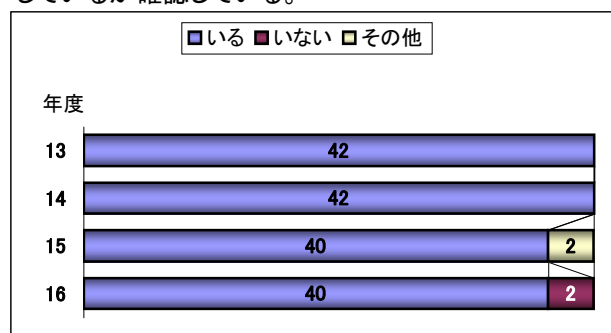


#### ⑤ 検体採取時

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。

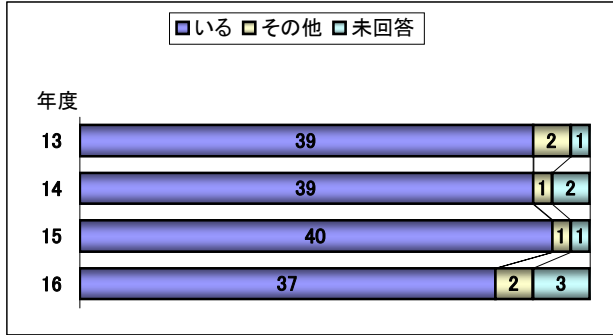


bまた、オーダー画面と採血(採取)管の種類・数が一致しているか確認している。



## 16年度自己チェック

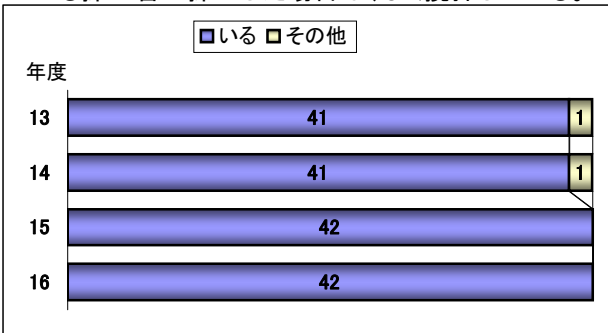
c伝票の場合：伝票内容の入力が正しいかを確認している。また、前記bの確認をしている。



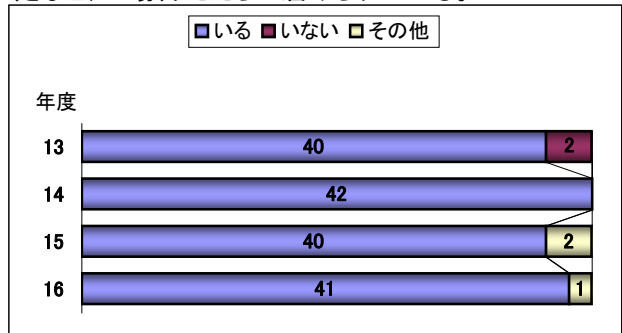
⑥ 採取した検体容器に検体が過不足なく入っているかを確認している。  
13年度から、42大学全てで実施済み。

⑦ 採取した検体の取扱いは適切であるか？

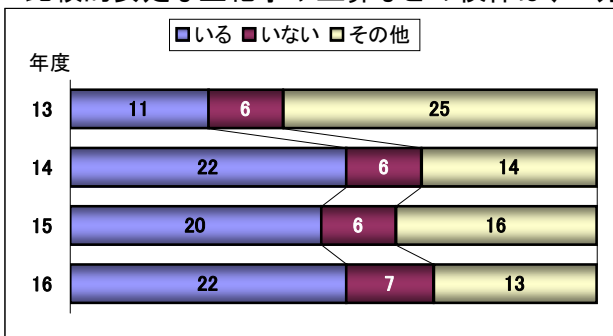
a抗凝固剤、解糖阻止剤、凝固促進剤などが添加されている採血管に採血した場合は、よく攪拌している。



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。

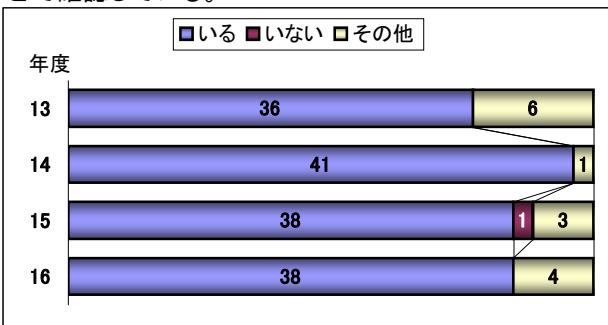


c比較的安定な生化学や血算などの検体は、30分以内に届けられている。

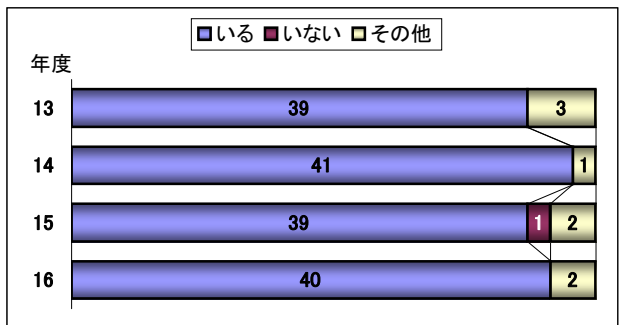


### 3) 検査室において

①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。

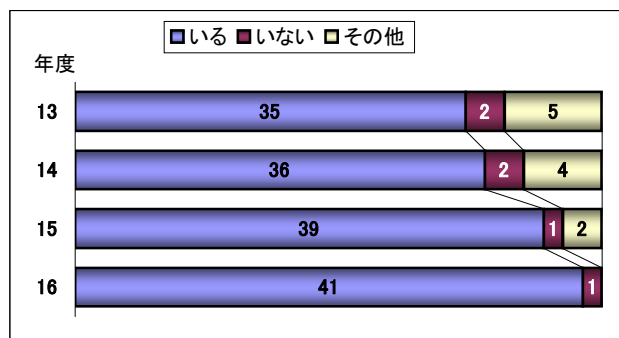


②伝票の内容と検体の種類・数が一致しているかを確認している。



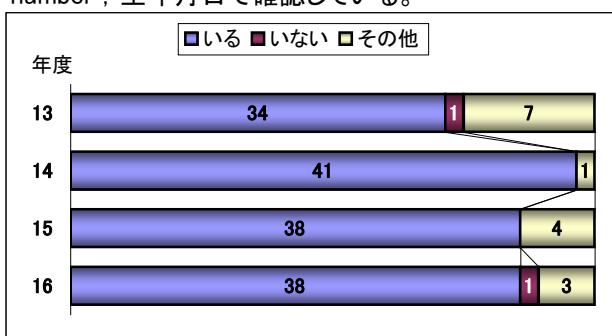
## 16年度自己チェック

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。



### 4) 検査結果の判読の際

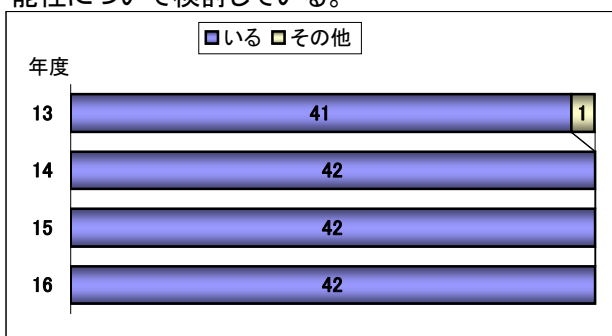
① 当該患者の結果であることを、フルネーム、ID number、生年月日で確認している。



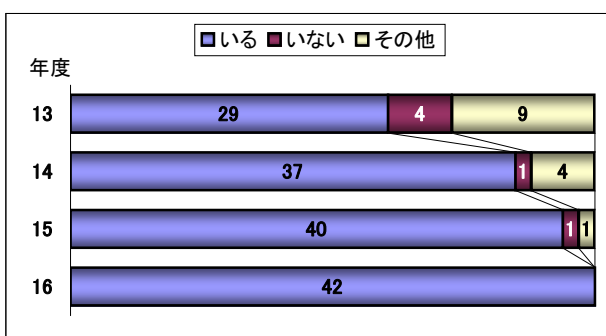
② 過去の結果と比較し、今回の結果の妥当性について検討している。

13年度から、42大学全てで実施済み。

③ 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。

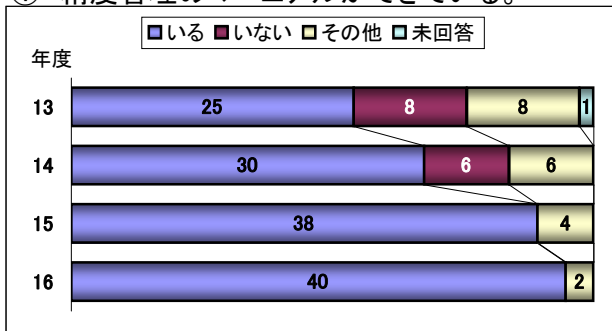


④ パニック値が出た時の手順が確立されている。

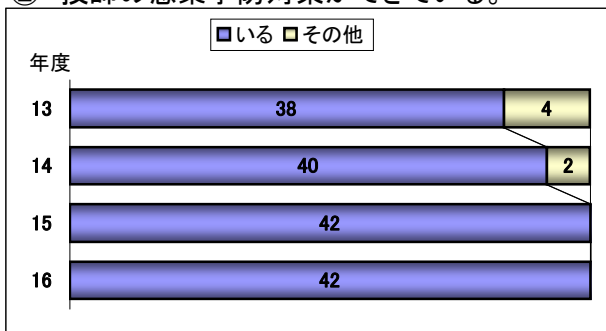


### 5) 全体の管理面

① 精度管理のマニュアルができています。

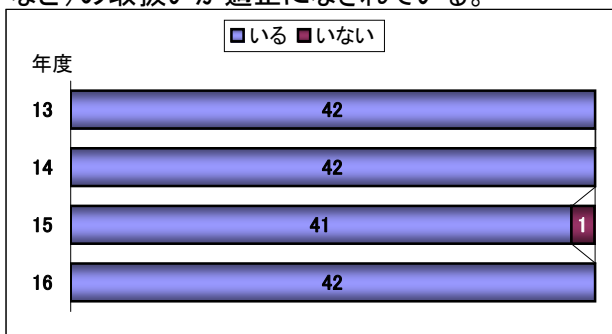


② 技師の感染予防対策ができています。

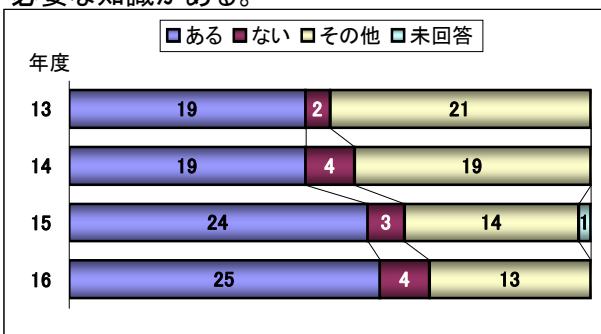


## 16年度自己チェック

③ 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る。



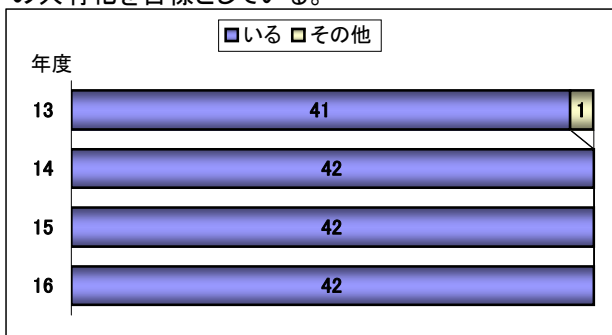
④ メッセンジャーには、検体の取扱いについて必要な知識がある。



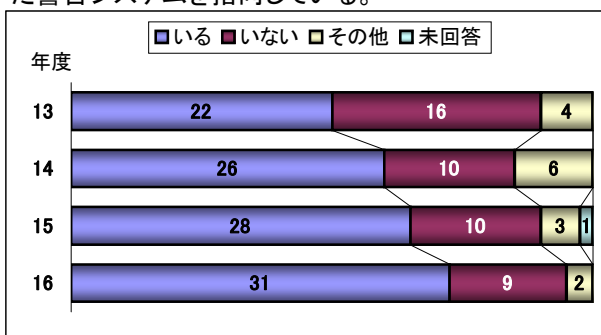
### 8 医療情報の積極的活用

#### 1) 事故防止のための情報システムの基本的なあり方

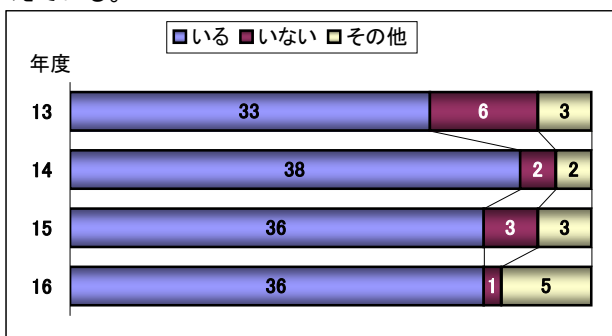
① 情報システムの構築にあたっては、業務の効率化だけでなく情報が他部門でも参照できるような情報の共有化を目標としている。



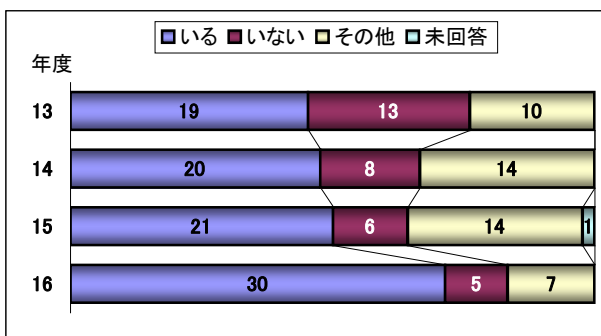
② 警告等についても単に定型的なチェック用マスターとの照合だけでなく、患者の医学的状態と組み合わせた警告システムを指向している。



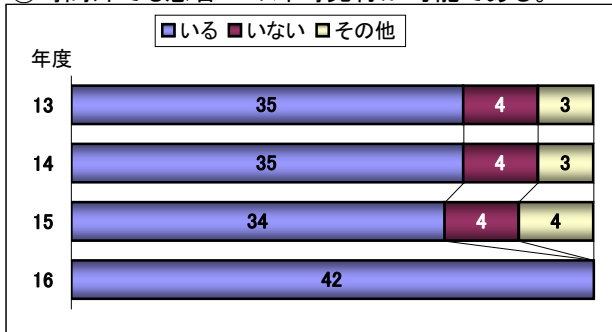
③ 指示情報と実施前情報のチェック機能の構築を考えている。



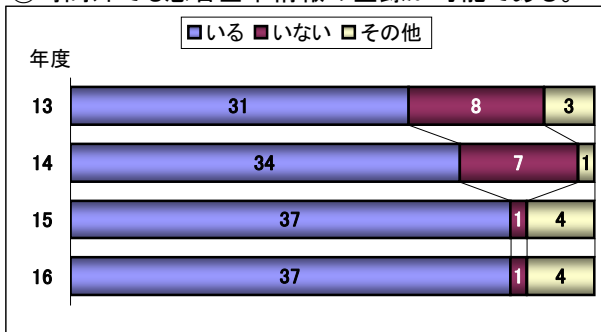
④ 実施情報の入力が行われている。



⑤ 時間外でも患者IDの即時発行が可能である。

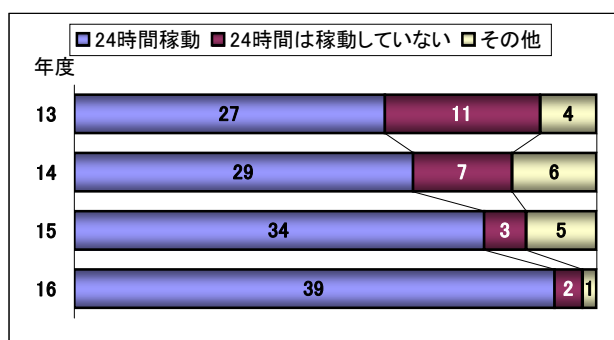


⑥ 時間外でも患者基本情報の登録が可能である。

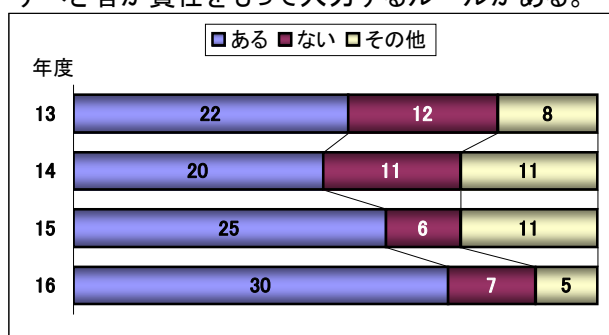


## 16年度自己チェック

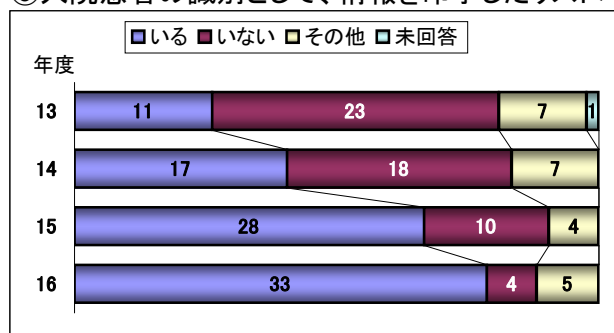
⑦情報システムは24時間稼働である。



⑧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。

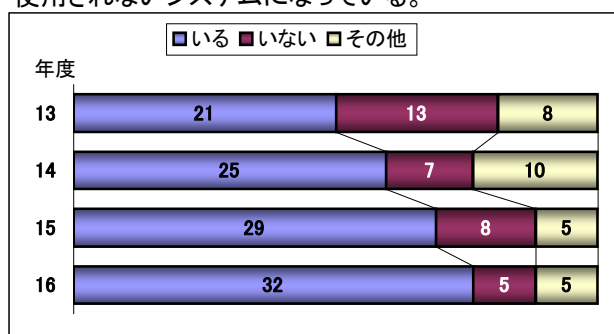


⑨入院患者の識別として、情報を印字したリストバンドの着用を行っている。

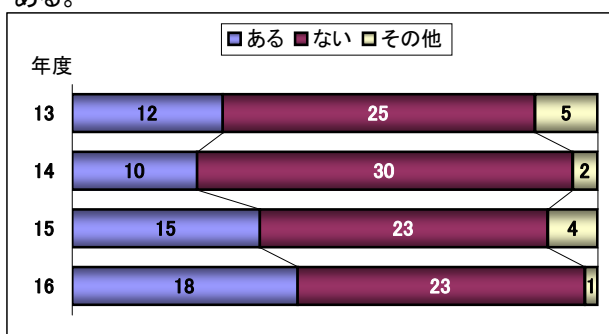


### 2) 情報入力責任の明確化とシステム管理情報の重要性

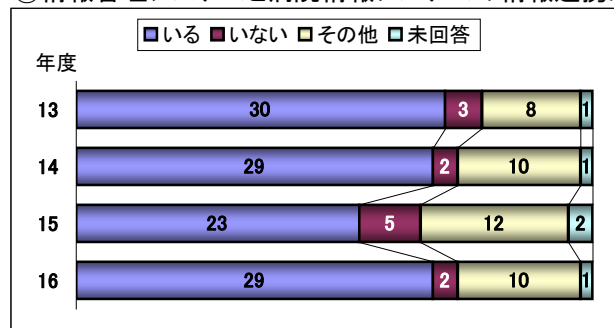
①入力責任者のIDやパスワードが、他の者に安易に使用されないシステムになっている。



②IDやパスワードの違反使用に対しての罰則規程がある。



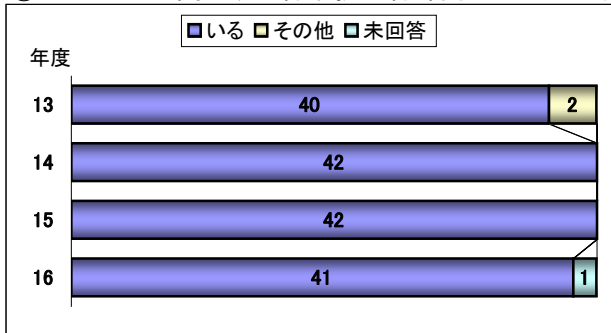
③情報管理システムと病院情報システムの情報連携が円滑に行われている。



## 16年度自己チェック

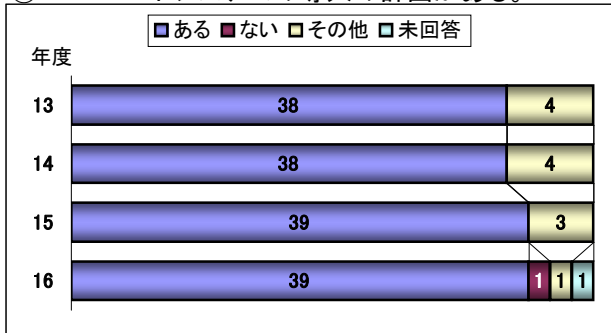
### 3) 情報システムのコミュニケーション機能

① 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。



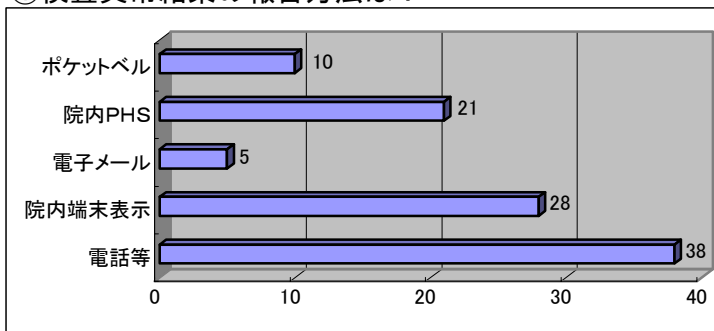
### 4) バーコードシステム

① バーコードシステムの導入の計画がある。



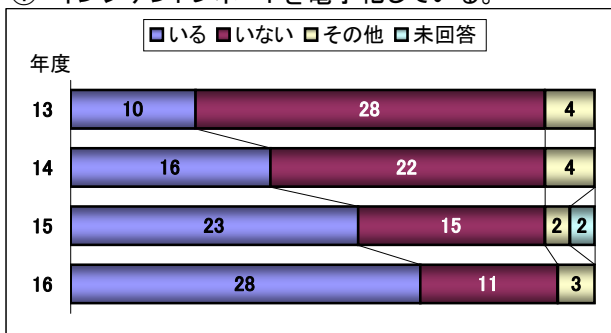
### 5) 検査異常結果の見逃し防止

① 検査異常結果の報告方法は？



### 6) インシデントレポート

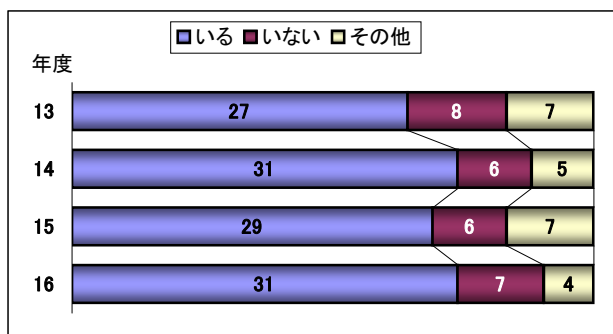
① インシデントレポートを電子化している。



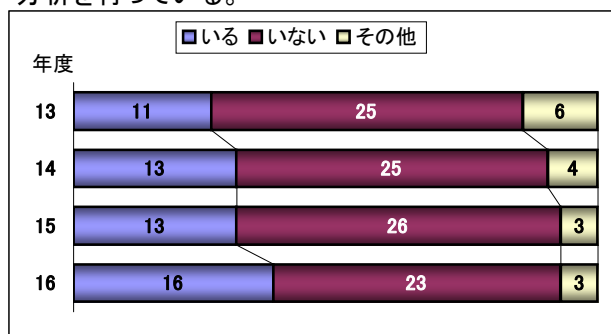
## 16年度自己チェック

### 7) 病院内における推進体制の構築

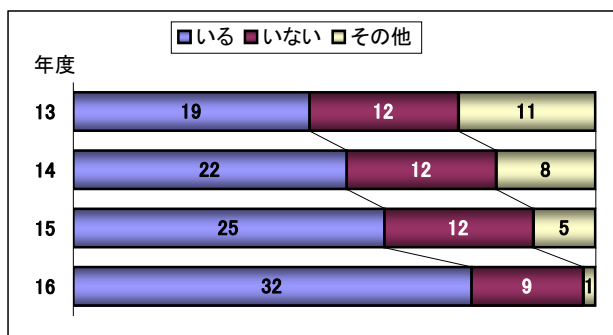
① 情報システム委員会と事故防止委員会の連携が図られている。



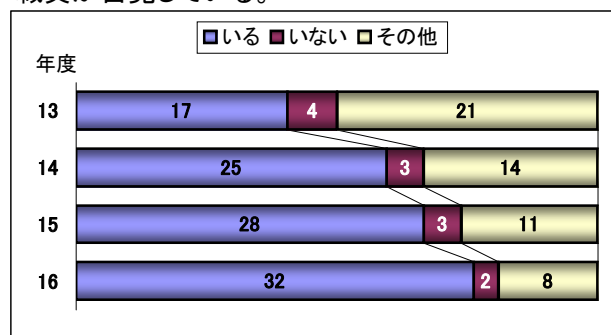
② 医療情報部は、情報システム委員会の検討に基づき、事故等のデータ収集やデータベース化を図り分析を行っている。



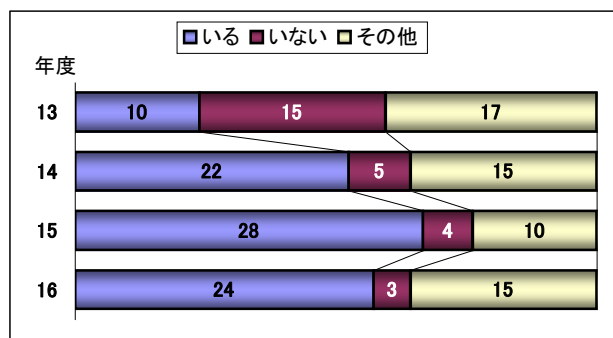
③ 情報システムに関する事故防止マニュアルの整備や事故防止のための研修・教育を行っている。



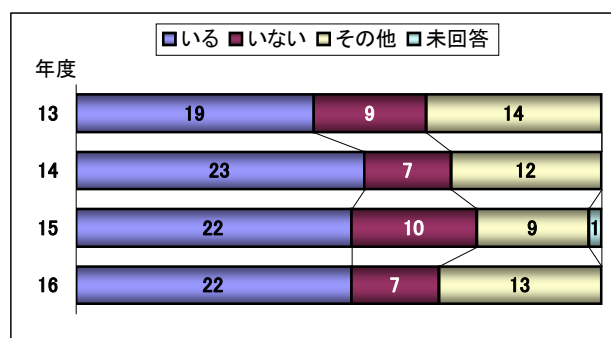
④ 入力データの実施確認等に伴い入力操作が増えることになるが、事故防止のためのプロセスとして職員が自覚している。



⑤ 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。



⑥ 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。

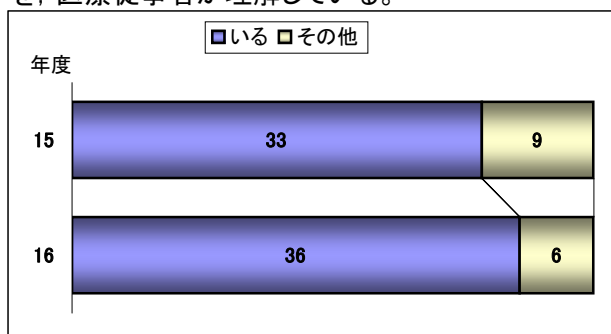


## 16年度自己チェック

### 9 医療事故が発生した場合の対応

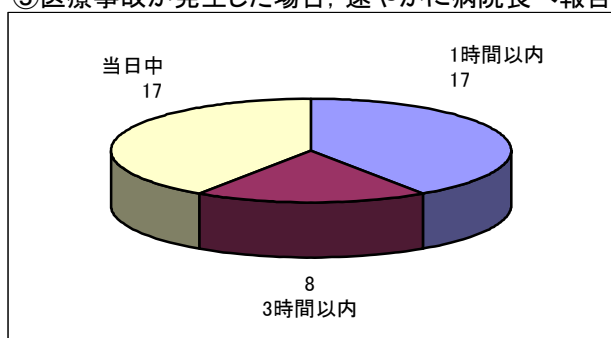
#### 1) 院内の報告体制

①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。



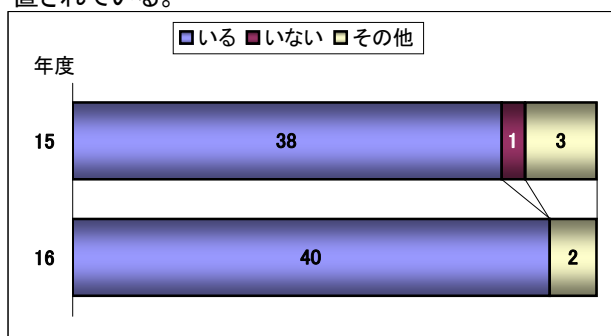
②病院長への報告ルートが確定されている。  
15年度から、42大学全てで実施済み。

③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。

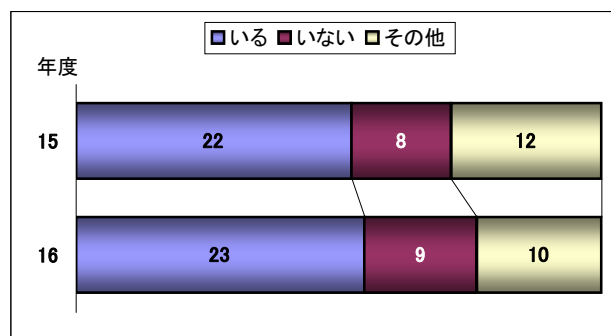


#### 2) 事故調査委員会

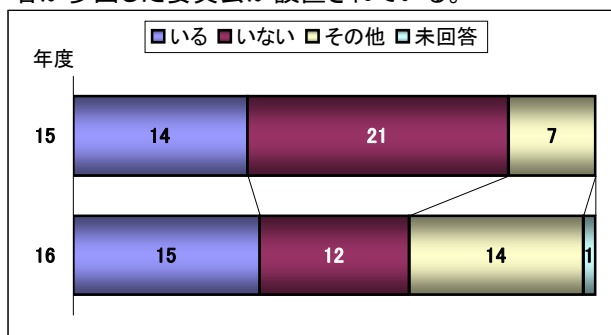
①医療事故発生後、速やかに事故調査委員会が設置されている。



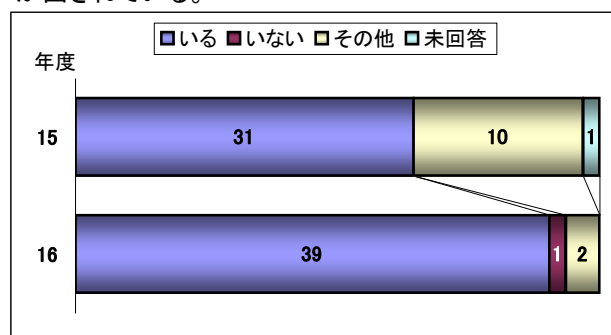
②事故調査委員会には外部委員が参画している。



③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。



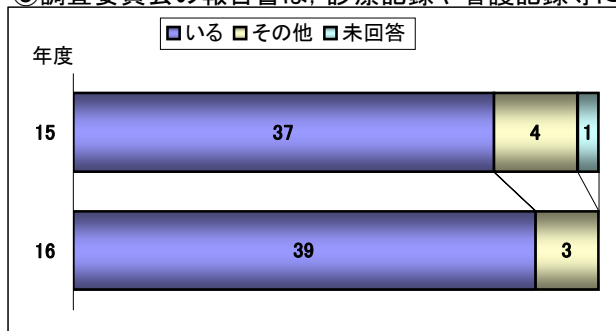
④事故調査委員会での検討は速やかに行われ、結論が出されている。





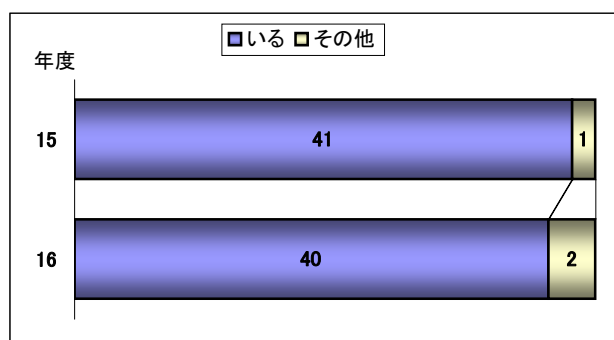
## 16年度自己チェック

⑤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。

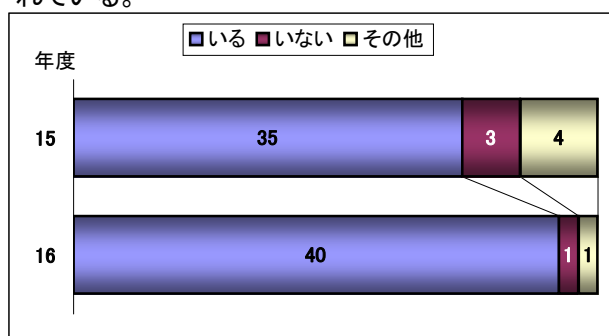


3) 行政機関への報告

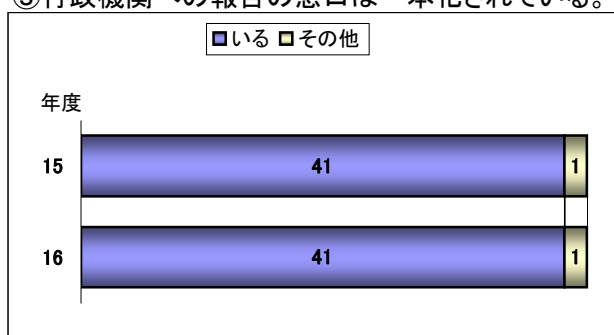
①行政機関への報告は速やかに行われている。



②夜間・休日の行政機関への報告ルートが整備されている。

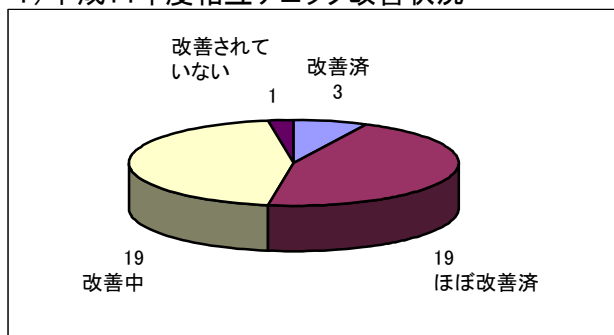


③行政機関への報告の窓口は一本化されている。

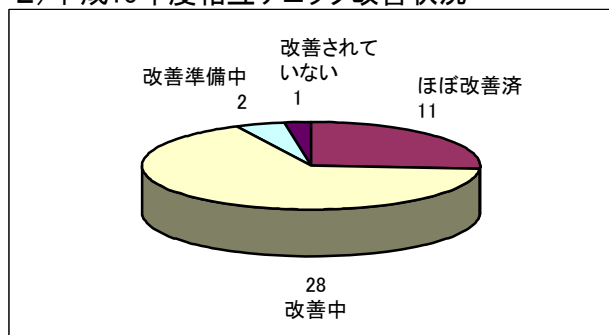


10 相互チェック改善状況

1) 平成14年度相互チェック改善状況



2) 平成15年度相互チェック改善状況



平成16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	16. 10. 8	千葉大学	東京大学
旭川医科大学	16. 11. 1	新潟大学	
弘前大学	16. 11. 26	東京医科歯科大学	
東北大学	16. 10. 6	山梨大学	群馬大学
秋田大学	16. 10. 19	信州大学	
山形大学	16. 11. 19	筑波大学	
筑波大学	16. 11. 10	東北大学	
群馬大学	16. 10. 27	秋田大学	
千葉大学	16. 11. 9	旭川医科大学	
東京大学	16. 9. 30	北海道大学	
東京医科歯科大学	16. 11. 8	旭川医科大学	
新潟大学	16. 10. 25	弘前大学	
山梨大学	16. 10. 29	山形大学	
信州大学	16. 11. 22	山形大学	
富山医科薬科大学	16. 10. 21	佐賀大学	
金沢大学	16. 11. 16	鹿児島大学	
福井大学	16. 11. 17	鹿児島大学	
岐阜大学	16. 10. 13	大分大学	
浜松医科大学	16. 10. 26	九州大学	
名古屋大学	16. 11. 2	宮崎大学	
三重大学	16. 11. 11	琉球大学	
滋賀医科大学	16. 11. 16	長崎大学	
京都大学	16. 11. 17	長崎大学	
神戸大学	16. 10. 28	熊本大学	
大阪大学	16. 10. 27	熊本大学	
鳥取大学	16. 11. 22	三重大学	
島根大学	16. 10. 22	滋賀医科大学	
岡山大学	16. 11. 22	名古屋大学	
広島大学	16. 11. 19	金沢大学	京都大学
山口大学	16. 10. 29	大阪大学	
徳島大学	16. 11. 10	神戸大学	
香川大学	16. 11. 8	岐阜大学	富山医科薬科大学
愛媛大学	16. 10. 18	福井大学	
高知大学	16. 11. 19	浜松医科大学	
九州大学	16. 10. 14	岡山大学	
佐賀大学	16. 10. 19	島根大学	
長崎大学	16. 11. 22	広島大学	
熊本大学	16. 11. 2	山口大学	
大分大学	16. 10. 6	香川大学	
宮崎大学	16. 11. 9	鳥取大学	
鹿児島大学	16. 10. 8	徳島大学	
琉球大学	16. 11. 15～16. 11. 16	愛媛大学	高知大学

# Check Sheet for Peer Review

(平成16年度版)

チェック大学病院名		チェック日	平成16年 月 日 ( )
チェック箇所	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		
記入者名	( 大学医学部附属病院)		

## 【記入要領】

\*その他□については、いる／いないの判断が困難な場合のみ使用のこと。また、【 】に具体の事例を記入すること。

## 1 研修医に対する安全管理体制について

### 1) 研修医の指導体制について

① 安全管理対策室と卒後臨床研修センターの連携が良く図られている。

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。

② 研修医が臨床に出る前に、医療安全管理に関する教育を行っている。

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。

③ 研修医が臨床に出る前に、必要な医療技術の研修の機会がある。

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。

④ それぞれの研修医の知識、技術の習得程度について、卒後臨床研修の管理責任者は把握している。

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。

⑤ 指導医の要件を具体的に定めている。

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。

a リスクマネジメント研修の受講を要件としている。      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。

[ ]

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。

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

c 大学院生や研究生を指導医としていない。

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。

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

⑥ 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。

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。

\_\_\_\_\_

a 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 ☐

※3 研修医が医療事故に係わった場合の対応方法 ☐

⑦ 年度途中に採用された医師（特に指導医）に対して、院内の安全管理体制、病棟業務のルールなどの採用時教育を義務付けている。

いる ☐      いない ☐

いる☐      いない☐

その他□ 【                                  】

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

- その他□ 【 】

[illegible]

- その他□ 【                      】

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

- その他□ 【 】

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

- その他□ 【                      】

- その他□ 【 】

- その他□ 【                      】

- その他□ 【    】

## 2) 卒後臨床研修プログラムについて

- ① 卒後研修マニュアルを作成している。

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。

- ② プログラムには病院全体の共通部分が盛り込まれている。

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 具体的な到達度の評価項目を定めている。

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。

- ④ 下記の内容が含まれている。

- ※1 胃チューブ挿入の仕方や人工呼吸器の使用法等，実践的かつ基本的な知識や技術 ☐

- ※2 医療安全管理について □

- ※3 包括医療等の保険医療制度 ☐

- ※4 面接・接遇の研修 ☐

- ※5 インフォームド・コンセントの取得方法 □



⑤ 薬剤の希釈計算等の基礎知識について、研修医に確認している。

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。

⑥ 研修医の評価においては、医療安全に関する評価を重視している。

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。

3) 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

① 研修医が単独で行ってよい指示や処置、指導医と共に行うべき処置について基準がある。

「あるのみ事項へ」

ある ☐          ない ☐

「ない」の場合、その理由や問題点等を記入してください。

a 基準には次の項目が明文化されている。

- ※1 研修医が単独で行ってよい医療行為 ☐
- ※2 薬剤の処方等，事前に指導医の確認を得て行う医療行為 ☐
- ※3 指導医の立会いの下に行う医療行為 ☐

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。

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。

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

③ 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。

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。

④ 研修医が行った処方等に対する指導医のチェックを十分に確認できている。

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 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付けている。

いる ☐      いない ☐

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。

⑥ 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。

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。

⑦危険性の高い薬剤が明文化されている。

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。

⑧ 抗がん剤の注射等は、必ず指導医が立ち会って行っている。

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。

⑨ 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。

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。

⑩ 輸血についても同様の対応をしている。

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。

⑪ 研修医が麻酔業務に従事する場合の指導体制とルールを定めている。

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。

⑫ 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。

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。

⑬ 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。 いる□ いない□

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。

⑭ 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。

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。

4) 医師の指示、カルテの記入方法について

① 指示情報を正確に伝えるため指示の出し方をルール化している。

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。

② 指導医は研修医の処方オーダーが適切かを確認している。

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。

③ カルテの記載方法をルール化している。

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。

④ 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。

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。

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

⑤ 指示書等の様式や運用が院内で統一されている。      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。

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

⑥ 指導医は研修医に対して、カルテの記載方法の指導を十分行っている。

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。

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

⑦ カルテは研修医だけでなく、指導医も毎日記載している。

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。

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$







「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。

--

④ 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

① 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。

--

② 診療記録は中央管理されている。

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。

③ 記載方法としてPOMR (Problem Oriented Medical Record)が取り入れられている。

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。

④ 経過記録はSOAP (Subjective data, Objective data, Assessment, planning)で記載されている。

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。

⑤ 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。

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。

⑥ 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。

できる ☐ できない ☐

その他 ☐ 【  】

「できない」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 診断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。

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 検査や治療が必要なものであることを記載している。

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 どのように検査や治療を行ったかが記載されている。

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。

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。

⑦ 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。

⑧ 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。

⑨ 医師の記載量は必要充分である。

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。

⑩ 診療記録はA 4 版を使用している。

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。

⑪ 診療記録は全科統一（共通）の用紙が決められている。

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。

⑫ 退院時要約の記載が義務づけられている。

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。

⑬ 退院時要約の様式が決められている。 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。

⑭ 退院時要約の記載に期限が定められている。 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。

⑮ 退院時要約の記載内容の質は保たれている。 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。

⑯ 退院時要約から入院中のデータが把握できる。 できる ☐ できない ☐

その他 ☐ 【 ☐ 】

「できない」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。

⑰ 退院時要約のデータベース化が行われている。 いる ☐ いない ☐

その他 ☐ 【 ☐ 】

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

- いる ☐      いない ☐

その他□ 【                      】

[illegible]

### 3) 診療記録管理委員会

- いる ☐      いない ☐

その他□ 【 】

\_\_\_\_\_

- いる ☐      いない ☐

その他□ 【    】

[illegible]

- いる ☐      いない ☐

その他□ 【                      】



$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

- ある ☐          ない ☐

その他□ 【 】

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

- いる ☐      いない ☐

その他□ 【 】

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

#### 4) 診療録の管理

- ① 保存年限は何らかの方法により永久保存となっている。

いる ☐      いない ☐

その他□ 【 】

[ ]

- いる ☐      いない ☐

その他□ 【    】

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

その他□ 【    】

[illegible]

その他□ 【 】

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

いる ☐      いない ☐

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

その他□ 【    】

[illegible]

その他□ 【 】

[illegible]

その他□ 【 】

[illegible]

その他□ 【                      】

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

## 5) 診療記録の運用

- ① 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。

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 疾病名は I C D 1 0 など管理されている。 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。

- ③ 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。

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。

- ④ 病理はSNOME SDなどによる分類が行われている。

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。

⑤ 上記データの索引、月・年度別、地域別、年令別、性別などの検索、統計ができる。

できる ☐ できない ☐

その他 ☐ 【 ☐ 】

「できない」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。

⑥ 疾病に関する検索が可能である。

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。

⑦ 医療行為に関する検索が可能である。

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。

⑧ 病理に関する検索が可能である。

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。

- ⑨ 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。

できる ☐ できない ☐

その他 ☐ 【 ☐ 】

「できない」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。

- ⑩ 病院の管理運営に役立つ情報提供が可能である。      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。

## 6) 記録に関する教育

- ① 診療記録に関する卒前教育が行われている。      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。

- ② 診療記録に関する卒後教育が行われている。      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。

③ 新規採用者へのオリエンテーションが実施されている。

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。

[illegible]

### 3 インフォームド・コンセント

- ① インフォームド・コンセントの書式を定めている。

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。

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \end{array} \right]$$

- ② 患者の意思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、その内容及び利害得失 ☐

- ③ インフォームド・コンセントの際、直感的な表現でなく客観的な数字等を用いている。

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。

[ ]

- ④ 受持グループと執刀医・検査医グループが異なる場合、両者がインフォームド・コンセントの場に同席するルールがある。

ある ☐      ない ☐

その他□ 【                      】



- その他□ 【 】

- その他□ 【    】

- その他□ 【                      】

⑧ インフォームド・コンセントを行っている医療行為は？

- |       |                          |
|-------|--------------------------|
| a 手術  | <input type="checkbox"/> |
| b 検査  | <input type="checkbox"/> |
| c 輸血  | <input type="checkbox"/> |
| d 処置  | <input type="checkbox"/> |
| e その他 | <input type="checkbox"/> |



$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

- その他□ 【

その他 ☐ 【 ☐ 】

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

- その他□ 【                      】

[illegible]



⑦ 造影剤接続確認をどのように行っているか？

a 造影剤のエア抜き確認を行っている。

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。

[

]

b 担当者が途中で中断することなく、一連の作業を行っている。

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。

[

]

c ラインの接続確認を行っている。

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。

[

]

d ディスポーザブル器材の場合、前の患者に使用した器材の廃棄確認を行っている。

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。

[

]

⑧ 点滴ルートなどの寝台巻き込みや装置への接触等確認を行っている。

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。

⑨ 輸液，ドレーン関係等を含め，検査中・検査後の患者の状態監視を行っている。

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。

⑩ 血管造影検査を繰り返し行う場合、被曝線量を確認している。

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。

⑪ 血管造影検査で照射する放射線量が過剰にならないようするためのマニュアルがある。

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。

⑫ 病棟撮影の際、ベッドサイドの名札やリストバンド等により患者確認をしている。

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。

3) 放射線検査終了後

① 撮影後の画像は実施者が確認している。

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。

② 毎回の検査終了後、検査台の清掃、手洗い等感染予防対策が確実に実施されている。

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。

#### 4) 機器等の管理

① 撮影条件の最適化を行っている。

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。



② 被曝線量の低減を行っている。

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。

③ 機器の点検を毎日行っている。

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。

④ 定期的（月ごと、半年ごと、1年ごと等）に行う機器点検を確実にしている。

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。

## 5) 放射線治療について

① 放射線治療の依頼書・説明・同意書を確認している。

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。

② 治療計画データと照射処方との照合チェックを行っている。

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。

③ 担当医師に治療部位、線量の確認を行っている。

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。

④ 患者に放射線治療の流れを説明している。

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。

⑤ 放射線照射の際に照射部位・線量のダブルチェックを行っている。

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。

⑥ 位置決め写真との照合は、担当医師と確認を行っている。

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。

⑦ 照射前に照射録・コンソールと照合モニターの再確認を行っている。

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。

⑧ 照射中は監視モニターで監視している。

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。

⑨ 照射終了後、モニター線量・照射録記載の確認を行っている。

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。

⑩ 照射録はわかりやすく作成されている。

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。

--

⑪ 線量校正を行っている。

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。

--

⑫ 測定器の校正を定期的に行っている。

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。

--

## 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と感じた事項について

# 平成16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) ①	① 事故防止委員会が組織されている。				FALSE
1 1) ①-a	a 病院長が委員長になっている。				FALSE
1 1) ①-b	b 委員会は明確な決定権を有している。				FALSE
1 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) 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) ②	② 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) ②-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) ②-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) ②-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) ③	③ 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) ③-a	a ゼネラルリスクマネジャー担当職は？				
1 1) ③-a-1	a-1 医師				FALSE
1 1) ③-a-2	a-2 看護師長				FALSE
1 1) ③-a-3	a-3 その他				FALSE
1 1) ③-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) ④	④ 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) ④-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) ④-b	b 安全管理部の組織構成は？				
1 1) ④-b-1	b-1 ゼネラルリスクマネジャー				FALSE
1 1) ④-b-2	b-2 医師（併任可）				FALSE
1 1) ④-b-3	b-3 薬剤師（併任可）				FALSE
1 1) ④-b-4	b-4 医療情報関係者（併任可）				FALSE
1 1) ④-b-5	b-5 感染対策師長				FALSE
1 1) ④-b-6	b-6 事務官（併任可）				FALSE
1 1) ④-c	c 事故防止委員会の事務局機能を有している。				FALSE
1 1) ④-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) ④-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) ④-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) ④-g	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。				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) ①	① 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) ②	② 報告用紙は？（複数回答可）				
1 2) ②-a	a 事故・インシデントを同一用紙としている				FALSE

## 記入要領

- 集計欄は該当する箇所に「1」を入力してください。
- 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）
- 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。
- 「委員長校使用欄」には入力しないでください。
- 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16年度自己チェックシート

地区名		※集計欄			委員長校 使用欄
大学病院名		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
1 2) ②-b	b 事故・インシデントは別用紙としている				FALSE
1 2) ②-c	c 電子媒体を使用している				FALSE
1 2) ③	③ 報告方法は？(複数回答可)				
1 2) ③-a	a 項目で事故・インシデントを区別する				FALSE
1 2) ③-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) ③-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) ④	④ 報告者は？(複数回答可)				
1 2) ④-a	a 当事者のみである				FALSE
1 2) ④-b	b 最も事実を知っている者も含まれる				FALSE
1 2) ④-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) ⑤	⑤ 報告様式は？				
1 2) ⑤-a	a 記述式である				FALSE
1 2) ⑤-b	b 一部は選択式である				FALSE
1 2) ⑥	⑥ 報告者名は、記名式か無記名か？				FALSE
1 2) ⑥-2	⑥-2 当事者名は、記名式か無記名か？				FALSE
1 2) ⑦	⑦ 医師からの報告は、適正な数と言える。				FALSE
1 2) ⑧	⑧ 報告を推進するための環境の整備を行っているか？				
1 2) ⑧-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) ⑧-b	b 懲罰や人事管理に用いない配慮をしている。				FALSE
1 2) ⑧-c	c 報告書の取扱いや保管は慎重に行っている。				FALSE
1 2) ⑧-d	d 簡便に報告できるよう様式を工夫している。				FALSE
1 2) ⑧-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) ⑨	⑨ 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) ⑨-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) ⑨-b	b 分析によって、直接的な原因だけでなく根本的な原因の究明もなされている。				FALSE
1 2) ⑨-c	c 報告の分析は効率的に行われている。				FALSE
1 2) ⑩	⑩ 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？				
1 2) ⑩-a	a 報告者や当事者からのヒアリングを実施している。				FALSE
1 2) ⑩-b	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。(例えば指差呼称の推奨など)				FALSE
1 2) ⑩-c	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。				FALSE
1 2) ⑩-d	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。				FALSE
1 2) ⑩-e	e これらの情報提供をスタッフ全員に行き渡らせる方を講じている。				FALSE
1 2) ⑩-f	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言う認識がスタッフに生れている。				FALSE
1 2) ⑪	⑪ 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) ⑪-a	a チェックは、実際の現場に出向いて行っている。				FALSE

※ 記名 (ア) 無記名 (イ)

※ 記名 (ア) 無記名 (イ)

※ 言える (ア) 言えない (イ) その他 (ウ)



平成16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) ⑪-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) ⑪-c	c 第三者によるチェック機構を構築している。				FALSE
1 2) ⑪-d	d 改善状況の評価を行っている。				FALSE
1 2) ⑪-e	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。				FALSE
1 2) ⑪-f	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。				FALSE
1 2) ⑫	⑫ 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
1 3)	3) 職員に対する教育・研修の充実				
1 3) ①	① 職員に対する教育・研修を制度化している。				FALSE
1 3) ②	② 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) ②-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) ②-a-1	a-1 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。				FALSE
1 3) ②-a-2	a-2 下記の内容が網羅されているか？				
1 3) ②-a-2-*1	*1 安全管理の基礎知識と組織上のしくみ				FALSE
1 3) ②-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) ②-a-2-*3	*3 医療事故時の対応方法				FALSE
1 3) ②-a-2-*4	*4 事故やインシデントの報告				FALSE
1 3) ②-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) ②-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) ②-b-2	b-2 下記の内容が網羅されているか？				
1 3) ②-b-2-*1	*1 病院としての安全管理システムの確認				FALSE
1 3) ②-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践				FALSE
1 3) ②-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) ②-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) ②-c-1	c-1 下記の内容が網羅されているか？				
1 3) ②-c-1-*1	*1 安全管理の基礎知識と組織上のしくみ				FALSE
1 3) ②-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) ②-c-1-*3	*3 事故予防の観点からの実習環境の改善				FALSE
1 3) ②-c-1-*4	*4 実習生の保護制度				FALSE
1 3) ②-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) ③	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) ④	④ 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) ⑤	⑤ 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) ⑥	⑥ 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) ⑦	⑦ 教育・研修の実施内容や参加状況を記録に残している。				FALSE



# 平成16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 使用欄
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
1 3) ⑧	⑧ 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) ⑨	⑨ 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
1 4)	4)安全管理指針(医療法施行規則第11条第1号)について				
1 4) ①	① 安全管理指針を整備している。				FALSE
1 4) ②	② 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。				FALSE
1 4) ③	③ 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。				FALSE
1 4) ④	④ 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				
1 4) ④-a	a 職員への周知状況を把握している				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) ①	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) ②	② 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) ③	③ 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
2 1) ④	④ 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) ⑤	⑤ 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
2 1) ⑥	⑥ 大学院生や研究生についても同様のことはない。				FALSE
2 1) ⑥-1	⑥-1 ⑤⑥がNoの場合、速やかにその解消を図っている。				FALSE
2 1) ⑥-2	⑥-2 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) ⑦	⑦ 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
2 1) ⑧	⑧ 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) ⑨	⑨ 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
2 1) ⑩	⑩ 医師の勤務実態を的確に把握している。				FALSE
2 1) ⑪	⑪ 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
2 1) ⑫	⑫ 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) ①	① 臨床に出る前に、必要な医療技術の研修の機会がある。				FALSE
2 2) 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) ③	③ 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) ④	④ 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
2 2) ⑤	⑤ 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
2 2) ⑥	⑥ 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) ⑦	⑦ 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) ⑧	⑧ 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) ⑨	⑨ 危険性の高い薬剤が明文化されている。				FALSE
2 2) ⑩	⑩ 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

※ ない (ア) ある (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)

※ ない (ア) ある (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)

※ 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16年度自己チェックシート

地区名		※集計欄			委員長校 使用欄
大学病院名		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
2 2) ⑪	⑪ 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) ⑫	⑫ 輸血についても同様の対応をしている。				FALSE
2 2) ⑬	⑬ 必要時、研修医がすぐに指導医に相談できる。				FALSE
2 2) ⑭	⑭ 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) ⑮	⑮ 卒後研修マニュアルを作成している。				FALSE
2 2) ⑯	⑯ 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) ①	① 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) ②	② 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) ③	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) ①	① 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) ②	② 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
2 4) ②-a	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。				FALSE
2 4) ③	③ 当直医は定時に病棟へ行っている。				FALSE
2 4) ④	④ 病棟へ当直医を呼びにくいなどの風潮はない。				FALSE
2 4) ⑤	⑤ 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) ⑥	⑥ 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) ⑦	⑦ 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) ⑧	⑧ 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) ⑨	⑨ 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) ⑩	⑩ 当直回数は、適正な範囲内で行われている。				FALSE
2 4) ⑪	⑪ 当直者の仮眠環境などの整備が行われている。				FALSE
2 4) ⑫	⑫ 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) ①	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) ②	② 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) ③	③ 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) ④	④ 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) ④-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) ④-b	b 「ご意見箱」などを設置している。				FALSE
3 1) ④-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) ④-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) ⑤	⑤ 「ご意見箱」や患者サービスアンケートなどで、安全管理に係わる意見等があれば具体例を記入。				

※ できる (ア) できない (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)

※ ある (ア) ない (イ) その他 (ウ)



# 平成16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 使用 欄
		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
3 2)	2)クリティカルパスの導入と情報の共有				
3 2) ①	① 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) ①-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) ①-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) ①-c	c 医師用のみである。				FALSE
3 2) ①-d	d 看護師用のみである。				FALSE
3 2) ①-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) ①	① 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) ①-a	a 現在の症状及び診断名				FALSE
3 3) ①-b	b その治療行為を採用する理由				FALSE
3 3) ①-c	c 治療行為の具体的内容				FALSE
3 3) ①-d	d 治療行為に伴う危険性の程度				FALSE
3 3) ①-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) ①-f	f その治療を受けなかった場合の予後				FALSE
3 3) ①-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) ②	② 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) 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) ④	④ 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) ⑤	⑤ 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) ⑥	⑥ 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) ⑥-a	a 手術				FALSE
3 3) ⑥-b	b 検査				FALSE
3 3) ⑥-c	c 輸血				FALSE
3 3) ⑥-d	d 処置				FALSE
3 3) ⑥-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) ①	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) ②	② 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) ③	③ 開示に耐える診療記録であるか？				
4 1) ③-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) ③-b	b 感情的コメントは書かれていない。				FALSE
4 1) ③-c	c 読める字で書いてある。				FALSE
4 1) ③-d	d 日本語で書かれている。				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)



# 平成16年度自己チェックシート

地区名		※集計欄			委員長校 使用欄
大学病院名		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
4-1) ③-e	e 略語が使われていない。				FALSE
4-1) ③-f	f 誤字、脱字はない。				FALSE
4-1) ③-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) ③-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) ①	① 診療記録は1患者1診療録になっている。				FALSE
4-2) ②	② 診療記録は中央管理されている。				FALSE
4-2) ③	③ 記載方法としてPOMRが取り入れられている。				FALSE
4-2) ④	④ 経過記録はSOAPで記載されている。				FALSE
4-2) ⑤	⑤ 医療従事者全員による同時記載がなされている。				FALSE
4-2) ⑥	⑥ 診療記録には以下の情報が含まれているか？				
4-2) ⑥-a	a 患者を同定できる。				FALSE
4-2) ⑥-b	b 診断の根拠となる情報が含まれている。				FALSE
4-2) ⑥-c	c 治療が正当なものであることが証明できる。				FALSE
4-2) ⑥-d	d 臨床経過や結果がわかる。				FALSE
4-2) ⑥-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) ⑦	⑦ 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) ⑧	⑧ 診療録と看護記録は一体化されている。				FALSE
4-2) ⑨	⑨ 医師の記載量は必要充分である。				FALSE
4-2) ⑩	⑩ 診療記録はA4版を使用している。				FALSE
4-2) ⑪	⑪ 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) ⑫	⑫ 退院時要約の記載が義務づけられている。				FALSE
4-2) ⑬	⑬ 退院時要約の様式が決められている。				FALSE
4-2) ⑭	⑭ 退院時要約の記載に期限が定められている。				FALSE
4-2) ⑮	⑮ 退院時要約の記載内容の質は保たれている。				FALSE
4-2) ⑯	⑯ 退院時要約から入院中のデータが把握できる。				FALSE
4-2) ⑰	⑰ 退院時要約のデータベース化が行われている。				FALSE
4-2) ⑱	⑱ 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) ①	① 診療記録管理委員会が設置されている。				FALSE
4-3) ②	② 診療記録管理委員会は適正な活動を行っている。				FALSE
4-3) ③	③ 診療記録管理委員会の委員長は医療情報の責任者になっている。				FALSE
4-3) ④	④ 診療記録管理規程がある。				FALSE
4-3) ⑤	⑤ 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				

※	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)
---	------------	-------------	------------

※	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)
---	-----------	-----------	------------



# 平成16年度自己チェックシート

地区名		※集計欄			委員長校 使用欄
大学病院名		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
4.4) ①	① 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) ②	② 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) ③	③ 診療記録の紛失がない。				FALSE
4.4) 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) 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) ⑤	⑤ 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) ⑥	⑥ 施行された検査結果は整理されている。				FALSE
4.4) ⑦	⑦ 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) ①	① 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) ②	② 疾病名はICD10などで管理されている。				FALSE
4.5) ③	③ 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) ④	④ 病理はSNOMEDSなどによる分類が行われている。				FALSE
4.5) ⑤	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) ⑥	⑥ 疾病に関する検索が可能である。				FALSE
4.5) ⑦	⑦ 医療行為に関する検索が可能である。				FALSE
4.5) ⑧	⑧ 病理に関する検索が可能である。				FALSE
4.5) ⑨	⑨ 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) ⑩	⑩ 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) ①	① 診療記録に関する卒前教育が行われている。				FALSE
4.6) ②	② 診療記録に関する卒後教育が行われている。				FALSE
4.6) ③	③ 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) ①	① 薬品の管理				
5.1) 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) 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) ②	② 指示を出す際				
5.1) ②-a	a 書面での指示を原則としている。				FALSE
5.1) ②-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) ②-c	c 判別可能な文字である。(手書きの場合)				FALSE
5.1) ②-d	d 単位(ml、mg など)を省略していない。				FALSE
5.1) ②-e	e 使用量、使用時刻、投与速度の記載がある。				FALSE

※ ない (ア) ある (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)  
 ※ 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)



# 平成16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) ②-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) ②-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) ②-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) ②-I	i すべての指示書に指示者のサインがある。				FALSE
5 1) ②-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) ②-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) ③	③ 指示を受ける際				
5 1) ③-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) ③-b	b 変更点について、指示者に再確認している。				FALSE
5 1) ③-c	c 指示書の転記はしていない。				FALSE
5 1) ③-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) ③-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) ④	④ 準備をする際				
5 1) ④-a	a 指示書と実物を見比べながら準備している。				FALSE
5 1) ④-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) ④-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。若しくは出カラベルが貼付されている。				FALSE
5 1) ④-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) ④-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) ④-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) ④-g	g 輸液セットは、一体型になっている。				FALSE
5 1) ④-h	h 経口薬の薬杯は、色、形状を専用のものとしている。				FALSE
5 1) ④-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) ④-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) ④-k	k 遮光が必要なものは、遮光してある。				FALSE
5 1) ④-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) ④-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) ④-n	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。				FALSE
5 1) ④-o	p 輸液マニュアルは作成されている。				FALSE
5 1) ⑤	⑤ 輸液を開始する際				
5 1) ⑤-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) ⑤-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) ⑤-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) ⑤-d	d ラインの接続が確かかどうか確認している。				FALSE
5 1) ⑤-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) ⑤-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

※ 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)

※ ある (ア) ない (イ) その他 (ウ)

※ ある (ア) ない (イ) その他 (ウ)



# 平成16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) ⑥	⑥ 輸液施行中				
5 1) ⑥-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) ⑥-b	b ラインの整理がされている。				FALSE
5 1) ⑥-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) ⑥-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) ⑥-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) ⑥-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) ①	① 輸血実施マニュアルがある。				FALSE
5 2) ②	② 輸血実施マニュアルに沿って実施している。				FALSE
5 2) ②-a	a 輸血用血液の外観検査を実施している。				FALSE
5 2) ②-b	b 一回一患者の準備や施行をしている。				FALSE
5 2) 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
5 2) 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) 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) 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) ②-g	g 輸血終了時の観察が適切に行われている。				FALSE
5 2) ②-h	h 診療録への記載が適切に行われている。				FALSE
5 2) ②-i	i 輸血実施記録が適切に行われている。				FALSE
5 2) ③	③ 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) ④	④ 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) ④-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) ④-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) ④-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、Rh(D)血液型、交差適合試験)の研修を行っている。				FALSE
5 2) ⑤	⑤ 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) ⑤-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) ⑥	⑥ 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) ⑥-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) ⑥-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) ⑦	⑦ 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) ⑦-a	a 輸血用血液のオーダー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) ⑦-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) ⑦-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。(例えば結果入力のダブルチェックや結果のオンライン入力)				FALSE

※ ある (ア) ない (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16年度自己チェックシート

地区名		※集計欄			委員長校 使用欄
大学病院名		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
5 2) ⑦-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) ⑦-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) ⑧	⑧ 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) ⑨	⑨ 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) ①	① 採用医薬品目数について				
5 3) ①-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) ①-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) ①-a-1-*1	*1 複数規格(含量)のある医薬品を削減した。				FALSE
5 3) ①-a-1-*2	*2 複数剤形のある医薬品を削減した。				FALSE
5 3) ①-a-1-*3	*3 同種同効薬を見直し、削減した。				FALSE
5 3) ①-a-1-*4	*4 外観類似医薬品を見直し、削減した。				FALSE
5 3) ①-a-1-*5	*5 名称類似医薬品を見直し、削減した。				FALSE
5 3) ①-a-1-*6	*6 使用頻度の少ない医薬品を削減した。				FALSE
5 3) ①-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) ①-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) ①-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) ②	② 処方オーダーリングシステムの整備について				
5 3) ②-a	a システムで自動チェックできる項目は?				
5 3) ②-a-*1	*1 禁忌				FALSE
5 3) ②-a-*2	*2 投与量				FALSE
5 3) ②-a-*3	*3 投与日数				FALSE
5 3) ②-a-*4	*4 投与期間				FALSE
5 3) ②-a-*5	*5 重複薬(成分)				FALSE
5 3) ②-a-*6	*6 相互作用				FALSE
5 3) ②-a-*7	*7 配合変化				FALSE
5 3) ②-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) ②-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) ②-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) ②-b-*3	*3 医薬品名の表示方法を改善している。				FALSE
5 3) ②-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) ②-c-*1	*1 判別可能な文字である。				FALSE
5 3) ②-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) ②-c-*3	*3 単位(mg,mlなど)は省略されていない。				FALSE
5 3) ②-c-*4	*4 調剤薬の特定など内規による調剤がある。				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)
※	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)

※	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16年度自己チェックシート

地区名		※集計欄			委員長 使用欄
大学病院名		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
5 3) ②-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) ②-d-1	d-1 システムで自動チェックできる項目は？				
5 3) ②-d-1-*1	*1 禁忌				FALSE
5 3) ②-d-1-*2	*2 投与量				FALSE
5 3) ②-d-1-*3	*3 投与方法				FALSE
5 3) ②-d-1-*4	*4 投与速度				FALSE
5 3) ②-d-1-*5	*5 投与期間				FALSE
5 3) ②-d-1-*6	*6 投与間隔				FALSE
5 3) ②-d-1-*7	*7 相互作用				FALSE
5 3) ②-d-1-*8	*8 配合変化				FALSE
5 3) ②-d-1-*9	*9 抗がん剤のプロトコール				FALSE
5 3) ②-d-2	d-2 システムが導入されていない場合				
5 3) ②-d-2-*1	*1 判別可能な文字である。				FALSE
5 3) ②-d-2-*2	*2 薬名に略号が使用されていない。				FALSE
5 3) ②-d-2-*3	*3 投与方法の記載がある。				FALSE
5 3) ②-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) ③	③ 処方鑑査の徹底について				
5 3) 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) ③-a-1	a-1 チェックしている項目は？				
5 3) ③-a-1-*1	*1 禁忌				FALSE
5 3) ③-a-1-*2	*2 投与量				FALSE
5 3) ③-a-1-*3	*3 投与日数				FALSE
5 3) ③-a-1-*4	*4 投与期間				FALSE
5 3) ③-a-1-*5	*5 重複薬(成分)				FALSE
5 3) ③-a-1-*6	*6 相互作用				FALSE
5 3) ③-a-1-*7	*7 配合変化				FALSE
5 3) ③-a-1-*8	*8 前回処方歴				FALSE
5 3) ③-a-1-*9	*9 病名				FALSE
5 3) ③-a-1-*10	*10 臨床検査値				FALSE
5 3) ③-a-1-*11	*11 TDM値				FALSE
5 3) 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) ③-b-1	b-1 チェックしている項目は？				
5 3) ③-b-1-*1	*1 禁忌				FALSE
5 3) ③-b-1-*2	*2 投与量				FALSE
5 3) ③-b-1-*3	*3 投与方法				FALSE

※	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)

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

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



# 平成16年度自己チェックシート

地区名		※集計欄			委員長 使用欄
大学病院名		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
5 3) ③-b-1-4	* 4 投与速度				FALSE
5 3) ③-b-1-5	* 5 投与期間				FALSE
5 3) ③-b-1-6	* 6 投与間隔				FALSE
5 3) ③-b-1-7	* 7 相互作用				FALSE
5 3) ③-b-1-8	* 8 配合変化				FALSE
5 3) ③-b-1-9	* 9 抗がん剤のプロトコール				FALSE
5 3) ④	④ 院外処方せんについて				
5 3) ④-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) ④-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) ④-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) ⑤	⑤ 入院注射薬の調剤について				
5 3) ⑤-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) ⑤-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) ⑤-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
5 3) ⑤-b-1	* 1 全て患者を対象にしている。				FALSE
5 3) ⑤-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) ⑤-c-1	* 1 全て患者を対象にしている。				FALSE
5 3) ⑤-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) ⑤-d-1	* 1 全て患者を対象にしている。				FALSE
5 3) ⑥	⑥ 病棟在庫医薬品の管理体制について				
5 3) ⑥-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) ⑥-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) ⑥-b	b 抗がん剤は病棟在庫をしていない。				FALSE
5 3) ⑥-c	c 定期的な在庫医薬品調査を実施している。				FALSE
5 3) ⑥-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) ⑥-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) ⑦	⑦ 夜間・休日の処方せん発行について				
5 3) ⑦-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) ⑦-b	b 通常の処方オーダーが、夜間・休日に提出されていない。				FALSE
5 3) ⑧	⑧ 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) ⑨	⑨ 薬剤部内の医療事故防止について				
5 3) ⑨-a	a 調剤室内は常に整理整頓されている。				FALSE
5 3) ⑨-b	b 調剤ミスの記録をとっている。				FALSE
5 3) ⑨-c	c 調剤ミス防止対策をとっている。				FALSE
5 3) ⑨-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

※	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)
---	-----------	-----------	------------



# 平成16年度自己チェックシート

地区名		※集計欄			委員長校 使用欄
大学病院名		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
5 3) ㉑-e	e 調剤ミス防止マニュアルがある。				FALSE
5 3) ㉑-f	f 調剤ミス防止マニュアルは周知されている。				FALSE
5 3) ㉑-g	g 緊急時の連絡体制が整備されている。				FALSE
5 3) ㉒	㉒ 毒・劇薬、向精神薬は適正に管理されている。				FALSE
5 3) ㉓	㉓ 与薬の際				
5 3) ㉓-a	a 薬剤名、患者名、投与方法の再確認をしている。				FALSE
5 3) ㉓-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) ㉓-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) ㉓-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) ㉓-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) ㉓-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) ㉓-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 3) ㉔	㉔ 医薬品の返戻を少なくするための方策を講じている。				FALSE
5 3) ㉕	㉕ 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。				FALSE
5 4)	4) 医療機器の管理・運用				
5 4) ①	① MEセンターが設置されている。				FALSE
5 4) ②	② 安全性を優先した機器の更新・修理が行われている。				FALSE
5 4) ③	③ 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) ④	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) ⑤	⑤ 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) ⑥	⑥ 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) ⑦	⑦ 医療用ガス(電源)等の定期点検を行っている。				FALSE
5 4) ⑧	⑧ 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) ⑨	⑨ 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) ①	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助、搬送が行われている。				FALSE
6 1) ②	② 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。				FALSE
6 1) ③	③ 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-①	① 搬入は一人ずつ行っている。				FALSE
6 1) A-②	② 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-③	③ 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-④	④ 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-⑤	⑤ 患者確認のサインをしている。				FALSE

※ ある (ア) ない (イ) その他 (ウ)

※ ある (ア) ない (イ) その他 (ウ)

※ 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16年度自己チェックシート

地区名		※集計欄			委員長校 使用欄
大学病院名		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
6 1) A-⑥	⑥ 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-⑦	⑦ 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-⑧	⑧ 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-①	① 手術前に患者を訪問している。				FALSE
6 1) B-②	② 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-③	③ 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-④	④ 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-⑤	⑤ 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-⑥	⑥ 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-①	① 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-②	② 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-③	③ 患者さんへの呼び掛けを行っている。				FALSE
6 1) C-④	④ 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-⑤	⑤ 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-⑥	⑥ 名前の確認はフルネームで行っている。				FALSE
6 1) C-⑦	⑦ 責任者としての最終確認を行っている。				FALSE
6 2)	2)体位、圧迫による神経・皮膚障害防止				
6 2) ①	① 圧迫部位削減を工夫した体位を考慮している。				FALSE
6 2) ②	② 除圧マットやスポンジなどの利用している。				FALSE
6 2) ③	③ 術中、術後の観察は十分である。				FALSE
6 2) ④	④ 病棟看護師へ障害状況と対応の申し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) ①	①ガーゼ				
6 3) ①-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) ①-b	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送っている。				FALSE
6 3) ①-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) ①-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) ①-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) ②	②器具				
6 3) ②-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) ②-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) ②-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) ②-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

※ ある(ア) ない(イ) その他(ウ)

# 平成16年度自己チェックシート

地区名		※集計欄			委員長校 使用欄
大学病院名		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
6 3) ②-e	e ツッヘル、ディスプレイ・ブロード・綿球についてもカウントしている。				FALSE
6 3) ②-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) ③	③針				
6 3) 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) ③-b	b 器械台に出た針の数をカウントしている。				FALSE
6 3) 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) 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) 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) 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) 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) ③-h	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。				FALSE
6 4)	4)薬品管理				
6 4) ①	①保管・管理				
6 4) ①-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) ①-b	b 毒薬・劇薬の表示、薬品庫の施錠がされている。				FALSE
6 4) ①-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) ①-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) ②	②誤注射防止対策				
6 4) ②-a	a 薬品の確認を行っている。				FALSE
6 4) ②-b	b シリンジへの表示と確認がなされている。				FALSE
6 4) ②-c	c ルートの確認を行っている。				FALSE
6 4) ②-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) ①	①医用ガス				
6 5) ①-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) ①-b	b 供給圧モニターの確認、点検が行われている。				FALSE
6 5) ①-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) ①-d	d バックアップ体制の構築がされている。				FALSE
6 5) ②	②電気				
6 5) ②-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) ②-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) ②-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) ②-d	d テーブルタップ、たこ足配線を行っていない。				FALSE
6 5) ②-e	e 3Pコンセントと2Pコンセントは適性で使用されている。				FALSE
6 5) ②-f	f マクロショックとミクロショックの防止対策を行っている。				FALSE

※ いない (ア) いる (イ) その他 (ウ)



# 平成16年度自己チェックシート

地区名		※集計欄			委員長校 使用欄
大学病院名		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
6 5) ②-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) ②-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) ③	③空調				
6 5) ③-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) ③-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) ③-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) ①	①洗浄・滅菌器				
6 6) ①-a	a 作業場の安全確保がなされている。				FALSE
6 6) ①-b	b 定期点検は行われている。				FALSE
6 6) ②	②滅菌の確認				
6 6) ②-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) ②-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) ②-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) ③	③ 既滅菌器材の管理				
6 6) ③-a	a 保管庫、保管棚は適性に配置されている。				FALSE
6 6) ③-b	b 包装材料は適正である。				FALSE
6 6) ③-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) ①	① 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
6 7) ②	② 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) ③	③ 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) ④	④ 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) ①	① 手術部の講義、実習時間割りは適切である。				FALSE
6 8) ②	② 担当教官が適正に割り付けてある。				FALSE
6 8) ③	③ 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) ①	① 担当者、時間の設定が定められている。				FALSE
6 9) ②	② 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 ①	①管理体制				
6 10 ①-a	a リスクマネージャー選定がされている。				FALSE
6 10 ②	②報告システム				
6 10 ②-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

※ 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16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 1C②-b	b 報告経路は明確にされている。				FALSE
6 1C②-c	c フィードバックは十分になされている。				FALSE
6 1C③	③分析、対策				
6 1C③-a	a 組織、委員会が適正に機能している。				FALSE
6 1C③-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)①	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)②	② 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)①	① 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)②	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)③	③ 検査の内容を再度簡単に説明している。				FALSE
7 2)④	④ 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)⑤	⑤ 検体採取時				
7 2)⑤-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)⑤-b	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。				FALSE
7 2)⑤-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)⑥	⑥ 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)⑦	⑦ 採取した検体の取扱いは適切であるか？				
7 2)⑦-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)⑦-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)⑦-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)①	① 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)②	② 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)③	③ 病理検査では、検体受付(オーダー側と病理部)、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)①	① 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)②	② 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)③	③ 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)④	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)①	① 精度管理のマニュアルができています。				FALSE



平成16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 5) ②	② 技師の感染予防対策ができています。				FALSE
7 5) ③	③ 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る。				FALSE
7 5) ④	④ メッセンジャーには、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) ①	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は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) ②	② 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、患者の医学的状态と組み合わせた警告システムを指向している。				FALSE
8 1) ③	③ 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) ④	④ 実施情報の入力が行われている。				FALSE
8 1) ⑤	⑤ 時間外でも患者IDの即時発行が可能である。				FALSE
8 1) ⑥	⑥ 時間外でも患者基本情報の登録が可能である。				FALSE
8 1) ⑦	⑦ 情報システムは24時間稼働している。				FALSE
8 1) ⑧	⑧ 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) ⑨	⑨ 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) ①	① 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) ②	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) ③	③ 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	① 1オーダー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
8 4)	4) バーコードシステム				
8 4) ①	① 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) ①	① 検査異常結果の報告方法は？				
8 5) ①-a	a ポケットベル				FALSE
8 5) ①-b	b 院内PHS				FALSE
8 5) ①-c	c 電子メール				FALSE
8 5) ①-d	d 院内端末表示				FALSE
8 5) ①-e	e 電話等				FALSE
8 6)	6) インシデントレポート				
8 6) ①	① 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) ①	① 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) ②	② 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

※ 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)

※ ある (ア) ない (イ) その他 (ウ)



# 平成16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 7) ③	③ 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) ④	④ 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) ⑤	⑤ 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) ⑥	⑥ 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。				FALSE
9	9 医療事故が発生した場合の対応				
9 1)	1) 院内の報告体制				
9 1) ①	① 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。				FALSE
9 1) ②	② 病院長への報告ルートが確定されている。				FALSE
9 1) ③	③ 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。				
9 1) ③-a	a 1時間以内に報告されている。				FALSE
9 1) ③-b	b 3時間以内に報告されている。				FALSE
9 1) ③-c	c 当日中に報告されている。				FALSE
9 1) ③-d	d 翌日以降となっている。				FALSE
9 2)	2) 事故調査委員会				
9 2) ①	① 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。				FALSE
9 2) ②	② 事故調査委員会委員会には外部委員が参画している。				FALSE
9 2) ③	③ 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。				FALSE
9 2) ④	④ 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。				FALSE
9 2) ⑤	⑤ 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。				FALSE
9 3)	3) 行政機関への報告				
9 3) ①	① 行政機関への報告は速やかに行われている。				FALSE
9 3) ②	② 夜間・休日の行政機関への報告ルートが整備されている。				FALSE
9 3) ③	③ 行政機関への報告の窓口は一本化されている。				FALSE
10	10 相互チェック改善状況				
10 1)	1) 平成14年度相互チェック改善状況				
10 1) ①	① 平成14年度の指導・指摘事項は、改善済である。				FALSE
10 1) ②	② 平成14年度の指導・指摘事項は、ほぼ改善済である。				FALSE
10 1) ③	③ 平成14年度の指導・指摘事項は、改善中である。				FALSE
10 1) ④	④ 平成14年度の指導・指摘事項は、改善準備中である。				FALSE
10 1) ⑤	⑤ 平成14年度の指導・指摘事項は、改善されていない。				FALSE
10 2)	2) 平成15年度相互チェック改善状況				
10 2) ①	① 平成15年度の指導・指摘事項は、改善済である。				FALSE
10 2) ②	② 平成15年度の指導・指摘事項は、ほぼ改善済である。				FALSE
10 2) ③	③ 平成15年度の指導・指摘事項は、改善中である。				FALSE

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

# 平成16年度自己チェックシート

地区名		※集計欄			委員長 校使用 欄
大学病院名		いる (ア)	いない (イ)	その他 (ウ)	
10 2) ④	④ 平成15年度の指導・指摘事項は、改善準備中である。				FALSE
10 2) ⑤	⑤ 平成15年度の指導・指摘事項は、改善されていない。				FALSE

**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)**

**平成 1 6 年 2 月**

**国立大学医学部附属病院長会議**

**常置委員会**

## 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)

平成 16 年度から卒後臨床研修必修化が実施されるのを踏まえ、各国立大学病院では指導体制の整備等が進められている一方、最近研修医が関連した医療事故の発生も報道されており、研修医に対する安全管理教育の強化が求められている。

このような状況において、国立大学医学部附属病院長会議常置委員会（以下、「常置委員会」という。）に設けられた医療安全管理体制問題小委員会（以下、「小委員会」という。）では、平成 15 年 10 月に各国立大学病院に対して、「研修医に対する安全管理体制についてのアンケート調査」を実施した。このアンケート調査結果（資料 1）を基に、国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会で研修医に対する安全管理体制の問題点と改善策が検討され、平成 15 年 12 月 5 日開催の小委員会及び常置委員会に「卒後臨床における医療安全管理に関する報告」（資料 2）が提出された。本報告書を基に小委員会で検討を行い、「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）」としてとりまとめたものが本提言である。

提言は、アンケート調査結果や各国立大学病院から出された課題を①研修医の指導体制について、②卒後臨床研修プログラムについて、③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、④医師の指示、カルテの記入方法について、の 4 項目にとりまとめて問題点及び改善方策を示している。

各国立大学病院におかれては、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。

### 1. 研修医の指導体制について

#### (1) 問題点

- ・ 診療科によって略称や医師の呼称が異なる場合があり、研修医がローテイトにより診療科が変わった際など間違いが生じやすい状況が見られる。
- ・ 研修医が日々の診療において治療方法などの細かい相談ができる体制が十分ではない状況が見られる。
- ・ 研修医に対する責任ある指導体制が確立されていないことが見受けられる。
- ・ 年度の途中に採用された指導医が当該大学病院の指導体制や指導内容・研修プログラムなどを熟知していないことが見受けられる。

#### (2) 改善方策

各国立大学病院においては、卒後臨床研修必修化に対応するための組織の整備が進められ、研修医の教育・指導体制に関する検討を行うための委員会や、研修医の管理や評価、協力病院との連絡調整等を行う卒後臨床研修センター等が設置されている。

研修医による医療事故の防止を進めるためには、研修医に対する医療安全管理の教育・研修・指導の体制充実の確立を図る必要があるが、既に各国立大学病院に設置されている医療安全対策室と卒後臨床研修センターが密接な連携を図りながら研修医指導体制に関する病院ポリシーの策定や研修医に対する情報受発信機能を担うことが必要である。特に、研修医が臨床研修を行うにあたっては、医療安全管理に関する教育を事前に行うことが必要である。

例えば、研修医が単独で行ってよい処置の内容や、研修医が薬剤の処方を行う際に指導医による確認が必要となることなどを徹底させることは、医療の安全性の向上のみならず、研修医に対する臨床指導にとっても重要なことである。

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。

診療科によって指導を行う医師の呼称や医療用語について、各診療科固有の呼び方があると思われるが、研修医の指導体制を病院全体として確立させるためには、統一された表現を用いることが必要である。

また、診療科や病棟における診療上の手順が異なっている場合もある。このことは、医療安全管理上の問題だけでなく、慣れるまでに時間がかかり、ローテイトの障害になるなど教育研修体制上の問題にもなるので、病院内での診療上の手順の標準化にも取り組む必要がある。

研修医への指導は、カンファレンスへの参加や患者への治療における日々の指導等様々である。指導医が常に研修医と共に診療にあたることは現状では困難と思われるので、患者の主治医や研修医の担当指導医がいなくても、研修医が恒常的に診療や病棟業務に関する相談ができるように指導担当医師を各病棟で定め、常に連絡可能な状態を維持する体制が必

要である。

なお、看護師や医療技術職員を含めたコミュニケーションの向上やチーム医療の強化にも配慮すべきである。

## 2. 卒後臨床研修プログラムについて

### (1) 問題点

- ・ 研修医に対するオリエンテーション等は講義が中心で、基本的な知識や技術に関する教育が含まれていない場合が多い。
- ・ 卒後臨床研修マニュアルには、病院全体の共通部分（医療安全管理等）がなく、診療科単位のことをファイルしているにすぎないものが多い。
- ・ 到達度の評価の実施が診療科単位に行われており、病院としての方針が打ち出されていない。

### (2) 改善方策

卒後臨床研修プログラムの策定にあたっては、全体観を持って作成し、病院全体の共通部分や、具体的な到達度の評価項目を盛り込むことが必要である。

また、病態・診断・治療等に関する医学教育だけでなく、実践的かつ基本的な知識や技術（胃チューブ挿入の仕方や人工呼吸器の使用方法等）に関する臨床研修を行うことが不可欠である。特に医療安全管理、包括医療等の保険医療制度等についての実践研修も取り入れるべきである。この他、患者とのコミュニケーション不足からトラブルが発生することもあり、面接・接遇の研修やインフォームド・コンセントの取得方法も重要な研修項目とすべきである。

なお、研修医の評価においては、医療安全に関する評価も重視するべきである。

## 3. 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

### (1) 問題点

- ・ 研修医が単独で行い得る処方、処置などの医療行為に関しては、診療科単位の基準は作成されているが、病院全体としての基準が設けられていない。
- ・ 研修医が単独で行ってよい行為、指導医によるチェックや指導が必要な行為に関する基準が明文化されていない。
- ・ 本来、指導医のチェックが必要であるにもかかわらず、チェックがなくても実施できる実態がある。

## (2) 改善方策

研修医が単独で行ってよい指示や処置の基準，指導医と共に行うべき処置について，個々の研修医で知識・技術に差があるため一律に明文化することは困難とする意見も聞かれる。また，研修医は指導医の監督の下で指示や処置を行うべきであり，各診療科の基準を特に設けていないとするところもある。しかし，このような状況では，指導医によって，指導内容や処置のルールが変わることになり，安全管理上だけでなく，病院全体として確立された研修を行う上でも支障が出てくると考えられる。

研修医の行い得る医療行為に関しては，①研修医が単独で行ってよいものと，②研修医が単独では行っていけないもの（ア.薬剤の処方等，事前に指導医の確認を得て行うもの，イ.指導医の立ち会いの下に行うもの）に区別し，基準を明文化（資料 3）するとともに，その徹底した運用が必要である。

また，研修医が行った処方等に対する指導医のチェックについても，十分に確認ができるような体制整備が必要である。特に危険性の高い薬剤を研修医が処方する際の確認のルールを明確にしなければならない。必要に応じ，指導医のチェックが確認できない場合には，処方を行わない等の対策を講じることも考えられる。

## 4. 医師の指示，カルテの記入方法について

### (1) 問題点

- ・ 指示の出し方，カルテの記入方法は診療科によって異なっていることが見受けられ，病院全体として指示の出し方，カルテの記入方法の統一や必要な研修が行われていないところが見受けられる。

### (2) 改善方策

輸液の単位が明確でないため投与量を間違え，医療事故になった報告もあり，指示情報を正確に伝えるための方法や診療関連記録の記載方法のルール化を図り，診断の根拠となる情報や臨床経緯，結果等について十分な記載が行われるようにしなければならない。さらに帳票類の様式及び運用について院内での統一が必要である。

これらのことは研修医に対する教育だけでなく，指導医を含めた病院全体の問題として捉えられるべきである。「平成 14 年度医療事故防止のための相互チェック報告書」でも，診療記録の記載方法については十分な改善が見られず，教育・研修の強化が早急に望まれる。

また，指導医は診療記録の記載方法についても，研修医に対して指導する立場にあることを改めて認識する必要がある。



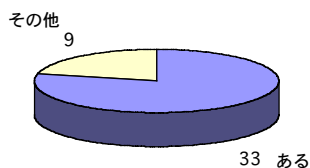
最後に、今回のアンケート調査で多くの大学から寄せられた意見として、指導医及び研修医のマンパワー不足による過重な勤務体制があげられている。ヒューマンエラーを防ぐためには、このような労働条件の改善や、診療体制の改革にも取り組んでいく必要がある。

## **5. おわりに**

国立大学病院には患者の安全確保、医療事故の防止、医療の質の向上を目指し、患者が満足できる医療を提供することが求められており、研修医の指導体制も含め、医療安全管理体制の確立に向け、地道な努力を続けていかなければならない。

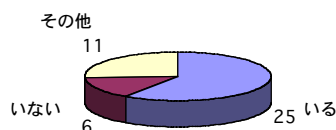
## 1) 研修医の指導体制の充実

1) ①臨床に出る前に、必要な医療技術の研修の機会がある。



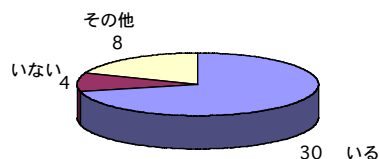
- ・診療科単位で実施、病院としては実施していない。
- ・診療科毎に要求される最低限の医療技術レベルが異なると考えられ、各診療科の判断による研修としている。
- ・診断学実習及び（研修医）採用者ガイダンスで、問診や視触診、蘇生法、コンピュータ入力等卒前・卒後を通じた研修を行っているが不十分である。
- ・現行ではオリエンテーションを施行しているが、講義が中心で医療技術については実技は伴っていない。

1) 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。



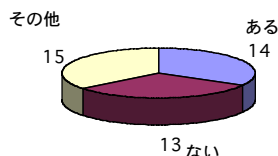
- ・記入方法、指示の出し方が診療科によって異なるため、最大公約数的なことしか指導できない。
- ・指導する側が指導を受けた経験がなく、病院側にも改革に対するポリシーを示していない。指導は指導医に委ねられており、診療科の特殊性もあいまって、統一されていない。
- ・カルテの記入方法については安全管理指針に記載はされているが、大まかな記載だけで、統一された目標が不明瞭である。指示の出し方は各病棟で若干の違いがある。

1) ③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。



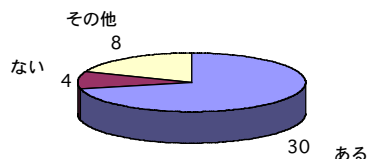
- ・研修医の管理が医局・診療科単位に行われており困難。
- ・研修（セミナー・研究会など）の到達度は現場の各々の指導者に任せられている。各自で到達度を直接管理者が見て試すことは体制として不可能。
- ・極端に問題のあるケースなどについては適宜把握されているが、各研修医レベルにおいて評価するための一定の基準やチェックリストは必ずしも設けられていない。
- ・研修期間中に習熟すべき知識、技術のリストを渡し、自己評価を行いつつ、直接の指導医は研修医の習熟度を把握している。しかし、指導医が習熟度を把握するには研修期間が短すぎるとの意見も多い。

1) ④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。



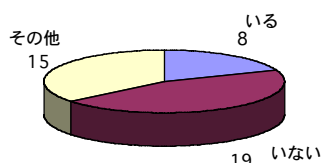
- ・診療科単位ではあるが、病院としてはない。
- ・研修医は指導医の監督のもとで指示や処置を行うべきであり、各診療科の基準を特に設けていない。
- ・到達目標は指導医に任されている。知識レベルで区別するのではなく、研修期間に応じて行ってよい処置等を決めている。
- ・ほとんどの医療行為（採血を除く）が指導医と共に行われているため、基準はない。
- ・指導医が判断して実施している。
- ・研修医ごとの経時的なレベル評価は行っていない。また、レベルごとの基準はない。

1) ⑤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。



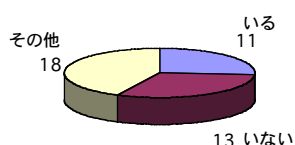
- ・診療科、指導医の熱意によってルールが守られたり、あまり守られていないのが現状であり周知を図っている。
- ・各診療科により対応が異なるため、ルールを設けていない診療科がある。
- ・診察、点滴以外の医療行為は研修医は行わないので、指導医がチェックするルールは不要であるとの意見がある。

1) ⑥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。



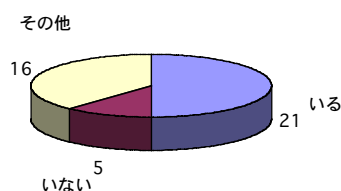
- ・常識と慣例に従って行われており，明文化はほとんどされていない。
- ・処置には常に上級医が付き添っている。特に外科領域では，研修医の能力によって研修医のみで行ってよいと判断する基準が異なるので，明文化は困難ではないだろうか。
- ・個々の研修医で知識・技術には大きな開きがあり，マンツーマンで指導する場合はおのずと基準もかわってくるので一律に明文化することは困難である。指導医の判断で出来る処置の可否を決定しており，侵襲的な処置の場合は，必ず指導医と共に行うようにしている。
- ・処置ごとに指導医がチェックし，次回から自己判断が可能かどうかを判断している。

1) ⑦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付けている。



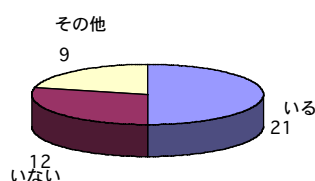
- ・チェックはするが，必ずしもサインは徹底されていない。
- ・実際の臨床の処方現場で，完全にマンツーマンで，つきっきりになるのは困難で科によって対応が異なる。
- ・オーダー入力であるためサインは不可能である。
- ・研修医が医師の責任として行ってよい。全部のカウンターサインは実務上不可能。
- ・処方箋上，指導医のサインの必要性の有無を確認することは困難である。

1) ⑧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。



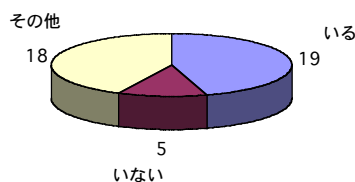
- ・抗癌剤等の薬剤を処方する場合は，指導医が必ず確認しているがサインはしていない。
- ・常時指導医が付き添って処方しているのでサインは行っていない。
- ・プロトコルを示して教えてはいるが，その後は，全て確認しているとは言い難い。また，指導医のサイン無しでは無効という取り決めはしていない。
- ・対応をしていない診療科は，変更のたびにサインをすることが不可能とか，危険薬剤を用いることがないなどの理由である。

1) ⑨危険性の高い薬剤が明文化されている。



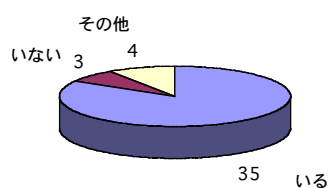
- ・体制がまだ整備されていない。しかし，コンピュータ入力に際してWARNINGが表示される。
- ・研修医は薬剤の処方全てを指導医の監督のもとで行うよう指導しているが，各診療科では基準を明文化していない。
- ・研修医が処方を行う場合，指導医がチェックを行うため明文化していない。
- ・項目は記載されているが，新しい薬剤の導入が頻繁であり，具体的薬剤名は記載されていない。

1) ⑩抗癌剤の注射等は，必ず指導医が立ち会って行っている。



- ・診療科により事情が異なるが，指導医が立ち会えない場合でも，初期研修を終了した医師（3年目以上）が立ち会っている。
- ・研修医がミキシングを実施する際には，指導医とダブルチェックすることが決められているが，注射について必ずしも立ち会っていない。
- ・プロトコルに沿って，初回投与時には指導医が立ち会っているが，2回目以降は立ち会っていないところがある。
- ・最初の期間（3ヶ月）は指導医が毎回立ち会っているが，以降についてはマニュアルにより単独で行っている。

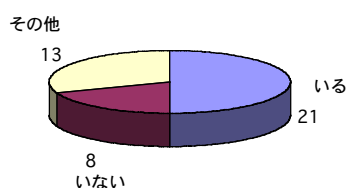
1) ⑪危険性の高い侵襲的な処置についても同様の対応をしている。



・科において対応が異なる。完全に指導医が付添うのはマンパワー的にも時間的にも困難。

・処置はほぼ立ち会っているが、回数を重ねると1年目の研修医と2年目の研修医の組み合わせで任せることもある。

1) ⑫輸血についても同様の対応をしている。



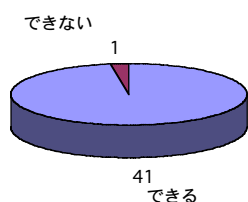
・少なくとも初回については指導医が立ち会っていると思われるが、ある程度慣れてくれば研修医のレベルで行うこともあり得る。

・ダブルチェックと慎重な対応をしている。輸血開始時、ベッドサイドでマニュアル通り5分経過するまで患者の状態観察を行っている部署は少ない。輸血追加時は、看護師のみで行っている部署もある。

・取扱マニュアルには複数人での確認が明文化されているが、指導医立会いの下には行われていない。

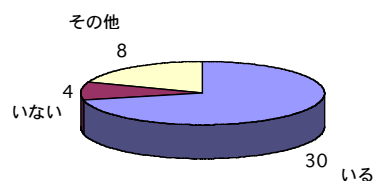
・輸血は実施しない、逆に輸血の多い診療科では全ての輸血に立ち会う時間がないなどの理由で立ち会わない診療科の方が多い。

1) ⑬必要時、研修医がすぐに指導医に相談できる。



・チームを組む主治医は各患者ごとに異なっているので、直ちに連絡がつかない場合もある。

1) ⑭研修医の習得知識、技術に対する能力評価を行っている。

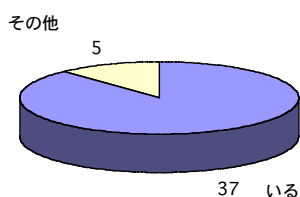


・病院全体としての客観的な評価基準が確立されておらず、各診療科で対応している。客観性に欠ける面は否めない。

・各々の知識・技術について一定の基準も設けられていない。まずはその評価方法が信頼性・一般性において満足の行くレベルで確立されていることが重要であると思われる。

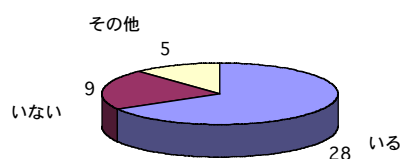
・危険性の高い侵襲的処置は、何度か実施させて立ち会って指導し、技術習得度を見極めていく。また、「自己評価、指導医評価」は、研修医評価表を使用して能力評価している。

1) ⑮卒後研修マニュアルを作成している。



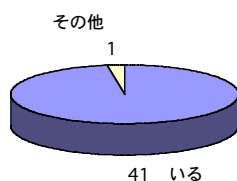
・研修プログラムに合わせて、研修がスムーズに実施できる内容のマニュアルの作成を検討中。

1) ⑩卒後研修マニュアルには、医療安全に関することが記載されている。



・卒後研修マニュアルには記載されていないが、臨床の場で指導している。病院としての「医療事故防止対策マニュアル」に総論・各論として明記されている。  
・記載されていても少ない。また、リスクマネジメント・マニュアルにあるからということで卒後研修マニュアルには記載されていないところがある。

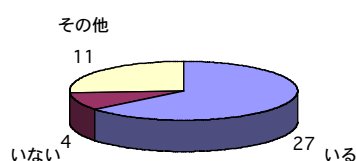
1) ⑪研修医に対する安全教育研修を行っている。



・研修開始時に行うオリエンテーション研修において、医師としての倫理、法制等の講習とともに行われている。また、研修をより効率的に進めるために、適宜、講習・討議の場が設けられている。

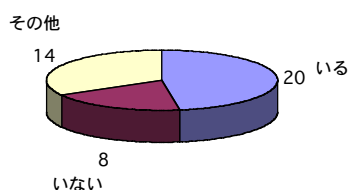
## 2) 研修医の実質勤務時間調査と健康維持体制

2) ①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。



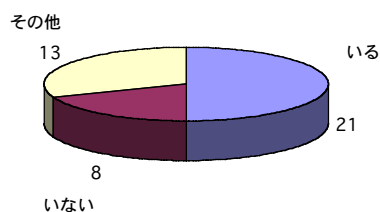
・現時点で研修医は各科に属しており、一括管理が困難。  
・勤務時間については把握しているが、疲労の程度についての把握は困難である。  
・労働と自己学習との区別が難しく、また疲労の様子はうかがえても正確に把握するのは困難と思われます。

2) ②研修医の過度な労働を避けるための調整を行っている。



・行っているが徹底されていない。研修医は、早朝から深夜まで働いて当然という指導医がまだ少ない。  
・人員が少なく調整できない。  
・ある程度の調整は可能である。しかし、病棟業務は研修医を含む医師全員の時間外ボランティア労働の上に成り立っており、暗黙の了解となっている。また、それなしには病棟が回らない仕組みになっている。

2) ③研修医の適正配分を行っている。



・研修プログラムによるため、適正配分は実施できない。  
・研修医のほとんどがストレート研修であり、適正配分は難しい。必須化後は、適正配分となる予定である。  
・いるだけの定員は適正配分しているが、絶対数は不足している。

平成15年12月 4日

国立大学医学部附属病院長会議常置委員会  
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 殿

国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会会長  
大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部部长  
武田 裕

### 研修医に対する安全管理体制の検討について（回答）

平成15年11月10日付けで依頼のありました標記のことについて、貴委員会が各国立大学病院に対してアンケート調査を実施され、取りまとめられた資料を基に、国立大学医学部附属病院医療安全管理協議会において検討し、別紙のとおり取りまとめたのでご報告いたします。

## 研修医の指導体制に関する問題点

平成 15 年 11 月

### 1. 研修医の指導体制

- ・ 指導的立場の医師の呼称が、診療科によって様々である。
- ・ 日々の診療の細かい相談ができる体制がない。
- ・ 本来、責任を負えない立場の大学院生や研究生等が指導医となっている。
- ・ 中途採用の指導医は、研修医の指導体制や内容を熟知していない。

### 2. 卒後臨床研修プログラム

- ・ オリエンテーション等は講義が中心で、基本的な知識や技術に関する教育が含まれていない。
- ・ 卒後臨床研修マニュアルは、病院全体の共通部分（医療安全管理など）がなく、診療科単位のものをファイルしているにすぎない。
- ・ 到達度の評価の実施が診療科単位に行われており、病院としての方針が打ち出されていない。

### 3. 研修医単独で行いうる医療行為（特に、処方、処置）に関する基準

- ・ 診療科単位の基準は作成されているが、病院全体としての基準がない。
- ・ 研修医が単独で行ってよい行為、指導医によるチェックや指導が不可欠な行為に関する基準が、明文化されていない。
- ・ 本来、指導医のチェックが必要であるにもかかわらず、チェックがなくても実施できる実態がある。

### 4. 医師の指示、カルテの記入方法

- ・ 指示の出し方、カルテの記入方法は診療科によって異なり、病院全体として統一されていない。

#### 参考資料

- ・ 平成 15 年度国立大学病院相互チェック「研修医に対する安全管理体制についてのアンケート調査票」。
- ・ 国立大学医学部附属病院長会議常置委員会. 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）. 平成 13 年 6 月.
- ・ 国立大学医学部附属病院長会議常置委員会. 平成 14 年度医療事故防止のための相互チェック報告書. 平成 15 年 7 月.

## 卒後臨床研修における医療安全管理に関する報告

平成 15 年 11 月

1. 研修医の指導体制を病院全体として確立すること。とくに指導を行う医師の呼称は、病院全体で統一された表現を用いるべきである。
2. 臨床研修を担当する委員会は、研修医の教育・指導に関する病院全体の意思決定機関として機能し、卒後臨床研修センターは、事務的業務にとどまらず、研修医指導体制に関する病院ポリシーの策定や研修医に対する情報受発信機能を担うべきである。
3. 患者の主治医や研修医の担当指導医がいない場合でも、研修医が、恒常的に診療や病棟業務に関する相談ができるように、担当医師を各病棟等で定め、常に連絡可能な状態を維持することが必要である。
4. 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、中途採用医師（とくに指導医）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。
5. 卒後臨床研修マニュアルは全体観を持って作成し、病院全体の共通部分や、具体的な到達度の評価項目を盛り込む必要がある。
6. 研修医に対して、病態・診断・治療に関する教育だけでなく、実践的かつ基本的な知識や技術（人工呼吸器の使用方法等）に関する臨床研修を行うことが不可欠である。特に医療安全管理、保険医療制度（包括医療等）などの実践研修を特段に配慮すべきである。
7. 研修医の行う医療行為（特に、危険性の高い薬剤、輸血、侵襲的手技）については、研修医が一人で行ってよいもの、指導医の確認を要するもの、指導医の立会いのもとに行うものに区別し、基準を明文化するとともに、その徹底した運用が必要である。また、熟練度に関する評価（到達度）も必要である。
8. 医師の指示の伝達方法、診療関連記録の記載方法のルール化、帳票類の様式及び運用の院内統一化が必要である。
9. 研修医、指導医、診療担当医師及びコ・メディカルスタッフ間での互いのコミュニケ



ーションの向上、チーム医療の強化について具体的な方法を示し実践すべきである。

10．研修医の評価において、医療安全管理関連項目を重視すべきである。

### 研修医が単独で行なってよい処置・処方の基準

大学医学部附属病院における診療行為のうち、研修医が、指導医の同席なしに単独で行なってよい処置と処方内容の基準を示す。実際の運用に当たっては、個々の研修医の技量はもとより、各診療科・診療部門における実状を踏まえて検討する必要がある。各々の手技については、例え研修医が単独で行ってよいと一般的に考えられるものであっても、施行が困難な場合は無理をせずに上級医・指導医に任せる必要がある。なお、ここに示す基準は通常の診療における基準であって、緊急時はこの限りではない。

#### ．診察

研修医が単独で行なってよいこと

- A．全身の視診、打診、触診
- B．簡単な器具（聴診器、打腱器、血圧計などを用いる全身の診察）
- C．直腸診
- D．耳鏡、鼻鏡、検眼鏡による診察

診察に際しては、組織を損傷しないように十分に注意する必要がある

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A．内診

#### ．検査

##### 1．生理学的検査

研修医が単独で行なってよいこと

- A．心電図
- B．聴力、平衡、味覚、嗅覚、知覚
- C．視野、視力
- D．眼球に直接触れる検査

眼球を損傷しないように注意する必要がある

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A．脳波
- B．呼吸機能（肺活量など）
- C．筋電図、神経伝導速度

##### 2．内視鏡検査など

研修医が単独で行なってよいこと

- A．喉頭鏡

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A．直腸鏡
- B．肛門鏡
- C．食道鏡
- D．胃内視鏡
- E．大腸内視鏡
- F．気管支鏡
- G．膀胱鏡

### 3．画像検査

研修医が単独で行なってよいこと

- A．超音波

内容によっては誤診に繋がる恐れがあるため、検査結果の解釈・判断は指導医と協議する必要がある

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A．単純X線撮影
- B．CT
- C．MRI
- D．血管造影
- E．核医学検査
- F．消化管造影
- G．気管支造影
- H．脊髄造影

### 4．血管穿刺と採血

研修医が単独で行なってよいこと

- A．末梢静脈穿刺と静脈ライン留置

血管穿刺の際に神経を損傷した事例もあるので、確実に血管を穿刺する必要がある  
困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

- B．動脈穿刺

肘窩部では上腕動脈は正中神経に伴走しており、神経損傷には十分に注意する  
動脈ラインの留置は、研修医単独で行なってはならない  
困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A．中心静脈穿刺（鎖骨下、内頸、大腿）
- B．動脈ライン留置

C．小児の採血

とくに指導医の許可を得た場合はこの限りではない

年長の小児はこの限りではない

D．小児の動脈穿刺

年長の小児はこの限りではない

5．穿刺

研修医が単独で行なってよいこと

A．皮下の嚢胞

B．皮下の膿瘍

C．関節

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．深部の嚢胞

B．深部の膿瘍

C．胸腔

D．腹腔

E．膀胱

F．腰部硬膜外穿刺

G．腰部くも膜下穿刺

H．針生検

6．産婦人科

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．膣内容採取

B．コルポスコピー

C．子宮内操作

7．その他

研修医が単独で行なってよいこと

A．アレルギー検査（貼付）

B．長谷川式痴呆テスト

C．MMSE

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．発達テストの解釈

B．知能テストの解釈

C．心理テストの解釈

## ．治療

### 1．処置

研修医が単独で行なってよいこと

- A．皮膚消毒、包帯交換
- B．創傷処置
- C．外用薬貼付・塗布
- D．気道内吸引、ネブライザー
- E．導尿

前立腺肥大などのためにカテーテルの挿入が困難なときは無理をせずに指導医に任せる  
新生児や未熟児では、研修医が単独で行なってはならない

#### F．浣腸

新生児や未熟児では、研修医が単独で行なってはならない  
潰瘍性大腸炎や老人、その他、困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

#### G．胃管挿入（経管栄養目的以外のもの）

反射が低下している患者や意識のない患者では、胃管の位置をX線などで確認する  
新生児や未熟児では、研修医が単独で行なってはならない  
困難な場合は無理をせずに指導医に任せる

#### H．気管カニューレ交換

研修医が単独で行なってよいのはとくに習熟している場合である  
技量にわずかでも不安がある場合は、上級医師の同席が必要である

研修医が単独で行なってはいけないこと

- A．ギブス巻き
- B．ギブスカット
- C．胃管挿入（経管栄養目的のもの）

反射が低下している患者や意識のない患者では、胃管の位置をX線などで確認する

### 2．注射

研修医が単独で行なってよいこと

- A．皮内
- B．皮下
- C．筋肉
- D．末梢静脈
- E．輸血

輸血によりアレルギー歴が疑われる場合には無理をせずに指導医に任せる

F．関節内

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．中心静脈（穿刺を伴う場合）

B．動脈（穿刺を伴う場合）

目的が採血ではなく、薬剤注入の場合は、研修医が単独で動脈穿刺をしてはならない。

3．麻酔

研修医が単独で行なってよいこと

A．局所浸潤麻酔

局所麻酔薬のアレルギーの既往を問診し、説明・同意書を作成する

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．脊髄麻酔

B．硬膜外麻酔（穿刺を伴う場合）

4．外科的処置

研修医が単独で行なってよいこと

A．抜糸

B．ドレーン抜去

時期、方法については指導医と協議する

C．皮下の止血

D．皮下の膿瘍切開・排膿

E．皮膚の縫合

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．深部の止血

応急処置を行なうのは差し支えない

B．深部の膿瘍切開・排膿

C．深部の縫合

5．処方

研修医が単独で行なってよいこと

A．一般の内服薬

処方箋の作成の前に、処方内容を指導医と協議する

B．注射処方（一般）

処方箋の作成の前に、処方内容を指導医と協議する

C．理学療法

処方箋の作成の前に、処方内容を指導医と協議する

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．内服薬（抗精神薬）

B．内服薬（麻薬）

法律により、麻薬施用者免許を受けている医師以外は麻薬を処方してはいけない

C．内服薬（抗悪性腫瘍剤）

D．注射薬（抗精神薬）

E．注射薬（麻薬）

法律により、麻薬施用者免許を受けている医師以外は麻薬を処方してはいけない

F．注射薬（抗悪性腫瘍剤）

．その他

研修医が単独で行なってよいこと

A．インスリン自己注射指導

インスリンの種類、投与量、投与時刻はあらかじめ指導医のチェックを受ける。

B．血糖値自己測定指導

C．診断書・証明書作成

診断書・証明書の内容は指導医のチェックを受ける

研修医が単独で行なってはいけないこと

A．病状説明

正式な場での病状説明は研修医単独で行なってはならないが、ベッドサイドでの病状に対する簡単な質問に答えるのは研修医が単独で行なって差し支えない

B．病理解剖

C．病理診断報告