第３表　調査票　【令和６年度】

＜病院名：　　　　　　　　　　　　　　　＞

【Ⅰ　医療安全管理対策】

|  |  |
| --- | --- |
| [Ａ　医療安全管理指針] | 状　　　　　況 |
| １．医療の安全管理のための指針を整備しているか。 | ＜整備済みの場合＞  指針の名称：  最新改訂日：  ＜未策定の場合＞  　策定予定：有（　　年　　月頃）　・　無 |
| ２．当該指針に次の事項が定められているか。  ①当該病院における安全管理に関する基本的な考え方  ②医療安全管理委員会その他の組織に関する基本的事項  ③従業者に対する医療安全管理のための研修に関する基本方針  ④医療安全管理の確保を目的とした改善方策に関する基本指針  ⑤医療事故発生時の対応に関する基本指針（医療安全管理委員会に報告すべき事例の範囲、報告手順を含む。）  ⑥医療従事者と患者との間の情報共有に関する基本方針  （患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針を含む。）  ⑦患者からの相談への対応に関する基本指針  ⑧その他医療安全のために必要な基本指針（高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合には、関係学会から示される「高難度新規医療技術の導入を検討するに当たっての基本的な考え方」やガイドライン等を参考に実施することを含む。） | ・全て記載されている。  ・記載事項の確認  　（　①　・　②　・　③　・　④　・⑤　・　⑥　・  ⑦　・　⑧） |
| [Ｂ　医療安全管理委員会] | 状　　　　　況 |
| １．医療に係る安全管理のための委員会を設置しているか。 | ＜設置済みの場合＞  委員会名称：  ＜未設置の場合＞  設置予定：有（　　　年　　月頃）　・　無 |
| ２．当該委員会の管理・運営に関する規程を定めているか。 | ＜規程の有無＞  　有　・　無  ＜委員会での決定事項の周知方法＞ |
| ３．委員会を定期的に開催しているか。また、重大な問題が発生した場合は、適宜開催しているか。 | 開催頻度：月　　回（又は年　　回） |
| ４．重要な検討内容（患者への対応状況を含む。）について、管理者へ報告する体制となっているか。 | 管理者への報告体制（　有　・　無　）  （具体的な方法） |
| ５．重大な問題が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに従業者への周知を図っているか。 | 発生原因の分析及び改善策の立案と実施（　有　・　無　）  従業者への周知（　有　・　無　） |
| ６．委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行っているか。 | 改善策の実施確認及び見直しの実施（　有　・　無　） |
| ７．委員会は各部門の安全管理のための責任者等で構成されているか。 | ＜構成員＞  　・病院長　・看護部長　・内科部長　・外科部長  　・薬剤部長　・検査部長　・感染症専門医　・事務部長  　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| [Ｃ　医療安全管理体制] | 状　　　　　況 |
| １．医療安全管理部門を設置しているか。  ※特定機能病院：専従の医師、薬剤師及び看護師を配置した医療に係る安全管理を行う部門（医療安全管理部門）  ※臨床研究中核病院：専従の医師、薬剤師及び看護師を配置した医療に係る安全管理を行う部門（医療安全管理部門）  ※臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設：安全管理部門 | ＜設置済みの場合＞  　名称：  ＜未設置の場合＞  設置予定：有（　　　年　　月頃）　・　無 |
| ２．医療安全管理責任者を行う者を配置しているか。  　※特定機能病院：医師、歯科医師、薬剤師又は看護師のうちいずれかの資格を有している専任の者であるか。  ※特定機能病院：必置・専任  ※臨床研究中核病院：必置・専任  ※臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設：必置・兼任　　　可 | ＜配置済みの場合＞  　職種：  　氏名：  ＜未配置の場合＞  配置予定：有（　　　年　　月頃）　・　無 |
| ３．院内に患者相談窓口を常設し、患者からの安全管理に係る相談に応じられる体制を確保しているか（特定機能病院）。  院内に患者相談窓口を常設し、患者からの相談に応じられる体制を確保しているか（臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設）。 | ＜設置済みの場合＞  　名称：  ＜未設置の場合＞  設置予定：有（　　　年　　月頃）　・　無 |
| ４．医療に係る安全管理のための職員研修は病院全体に共通する安全管理に関する内容となっているか。また、定期的（年２回程度）に開催するほか、必要に応じて開催し、その内容を記録しているか。 | ＜全体研修＞  ・　　　年度開催回数・主な内容等  ・　　　年度開催回数・主な内容等  ＜部門・職種別研修＞  ・　　　年度開催回数・主な内容・対象職種等  ・　　　年度開催回数・主な内容・対象職種等 |
| ５．特定機能病院及び事故報告病院にあっては、報告必要事案が発生した場合、報告書を作成して登録分析期間内に提出機関に提出しているか。 | ・提出している  ・提出しきれていない  （状況等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ６．特定機能病院及び事故報告病院にあっては、報告書の記載事項に漏れがないか。  ①事故事案が発生した日時、場所、診療科名  ②事故事案に係る患者に関する情報（性別、年齢、病名、その他）  ③事故事案に係る医療関係者の情報（職種、その他）  ④事故事案の内容に関する情報  ⑤事故事案に関するその他の必要な情報 | ・全て記載されている  ・記載事項の確認  （　①　・　②　・　③　・　④　・　⑤　） |
| ７．医療事故が発生した医療機関において再発防止策が周知されるとともに、遵守されているか。 | ・周知方法 |
| ８．医療事故（予期しない死亡・死産）が発生した場合の対応（医療事故調査・支援センターへの報告等を行っているか。 | ＜報告事項（該当全てに○）＞・無  ①日時/場所/診療科  ②医療事故の状況  　・疾患名/臨床経過等  ・報告時点で把握している範囲  　・調査により変わることがあることが前提であり、その時点で不明な事項については不明と記載する。  ③連絡先  ④医療機関名/所在地/管理者の氏名  ⑤患者情報（性別/年齢等）  ⑥調査計画と今後の予定  ⑦その他管理者が必要と認めた情報 |
| [Ｄ　事故防止等に係る院内対策] | 状　　　　　況 |
| １．事故防止マニュアルを策定しているか。 | ＜策定済みの場合＞  マニュアルの名称：  最新改訂日：  ＜未策定の場合＞  　策定予定：有（　　　年　　月頃）　・　無 |
| ２．院内で発生した事故について、報告体制が定められ、発生した事故の情報収集・分析により医療安全の確保を目的とした改善が図られているか。  　※所定の報告書様式があれば添付してください。 | ＜体制整備（該当全てに○）＞　・無  ①報告の様式が定められている  ②報告手順が指針やマニュアルに明示されている  ③指針やマニュアルを各部署に配布している  ④情報を収集し改善策を検討している  ⑤医療事故発生時の対応手順が明文化されている  ⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ＜インシデント・アクシデント報告件数＞  　・　　年度：（約）　　　　件（月平均　　　件）  　・　　年度：（約）　　　　件（月平均　　　件）  ※参考資料のため報告件数については概数で構いません。  また、病院の実情により件数等を把握していない場合は記入不要です。 |
| [Ｅ　診療に関する諸記録の保管状況] | 状　　　　　況 |
| １．診療録 | ①診療録の形式  □書面  □電子カルテ（導入年度：　　　　　　）  ②保存年限・保管方法  ③廃棄方法 |
| ２．診療に関する諸記録  病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、入院患者及び外来患者の数を明らかにする帳簿、入院診療計画書 | ①保存年限・保管方法  ②廃棄方法 |
| ３．助産録 | ①保存年限・保管方法  ②廃棄方法 |

【Ⅱ　院内感染防止対策】

|  |  |
| --- | --- |
| [Ａ　院内感染対策指針] | 状　　　　　況 |
| １．院内感染対策のための指針を策定しているか。 | ＜策定済みの場合＞  指針の名称：  最新改訂日：  ＜未策定の場合＞  　策定予定：有（　　　年　　月頃）　・　無 |
| ２．当該指針に次の事項が定められているか。  ①院内感染対策に関する基本的な考え方  ②院内感染対策の委員会、その他当該病院の組織に関する基本的事項  ③従事者に対する院内感染対策研修の基本指針  ④感染症の発生状況の報告に関する基本指針  ⑤院内感染発生時の対応に関する基本方針  ⑥患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本指針  ⑦その他、当該病院における院内感染対策推進のために必要な基本方針 | ・全て記載されている  ・記載事項の確認  （ ① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤ ・ ⑥ ・ ⑦ ） |
| [Ｂ　院内感染対策委員会] | 状　　　　　況 |
| １．院内感染に係る委員会を設置し、規程を定めて管理・運営しているか。 | ＜設置済みの場合＞  委員会名称：  　規程の有無：有　・　無  ＜未設置の場合＞  設置予定：有（　　　年　　月頃）　・　無 |
| ２．重要な検討  内容（院内感染発生時及び発生が疑われる際の患者への対応状況などを含む。）について、管理者へ報告する体制となっているか。 | 管理者への報告体制（　有　・　無　） |
| ３．院内感染が発生した場合、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに従業者への周知を図る体制となっているか。 | 発生原因の分析及び改善策の立案と実施（　有　・　無　）  従業者への周知（　有　・　無　） |
| ４．委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行っているか。 | 改善策の実施確認及び見直しの実施（　有　・　無　） |
| ５．委員会を定期的に開催しているか。 | 開催頻度：月　　回（または年　　回） |
| ６．委員会は各部門の責任者や感染症に関して相当の経験を有する医師等、職種横断的に構成されているか。 | ＜構成員＞  　・病院長　・看護部長　・内科部長　・外科部長  　・薬剤部長　・検査部長　・感染症専門医　・事務部長  　・ＩＣＤ　・ＩＣＮ　・その他（　　　　　　　　　　） |
| ７．「院内感染レポート」が週１回程度作成され、院内感染対策委員会において十分に活用されているか。 |  |
| ８．院内感染対策マニュアルを策定しているか。 | ＜策定済みの場合＞  マニュアルの名称：  最新改訂日：  ＜未策定の場合＞  　策定予定：有（　　　年　　月頃）　・　無 |
| ９．院内感染対策マニュアルに次の事項が定められているか。  ①院内感染対策の基本概念  ②病原微生物についての説明  ③疾患（感染症）についての説明  ④病原微生物が検出された場合の処置  ⑤スタンダード・プレコーション、感染経路別予防対策、  手洗いの方法、消毒薬などの使用法  ⑥治療法（抗菌薬の使い方） | ・全て記載されている  ・記載事項の確認  （ ① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤ ・ ⑥ ） |
| １０．様々な感染症について院内感染対策マニュアルが策定されているか。 | ＜策定済感染症＞  ・ＭＲＳＡ　・結核　・ＶＲＥ　・疥癬　・レジオネラ  ・セラチア　・ＨＢＶ　・ＨＣＶ　・ＨＩＶ  ・ノロウイルス・多剤耐性アシネトバクター  ・多剤耐性緑膿菌　・クリストリジオイデス・ディフィシル  ・インフルエンザ　・腸管出血性大腸菌　・ＶＲＳＡ  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １１．従業員に対する院内感染に関する研修会が、職種横断的な参加者の下、年２回程度定期的に開催され記録されているか。 | ・　　　年度開催回数・内容等  ・　　　年度開催回数・内容等 |
| １２．専任の院内感染対策を行う者を配置しているか。  ※特定機能病院の該当項目  医師、歯科医師、薬剤師又は看護師のうちいずれかの資格を有している者  　　※専任とは就業規則における通常の勤務時間の少なくとも半分以上の時間を院内感染対策業務に従事しているものとする。 | ＜配置済みの場合＞  　職種：  　氏名：  ＜未配置の場合＞  配置予定：有（　　　年　　月頃）　・　無 |
| [Ｃ　感染制御チーム] |  |
| １．病床が３００床以上の病院は、医師、看護師、検査技師、薬剤師から成る感染制御チームを設置しているか。 | 設置の有無（　有　・　無　）  [無の場合、設置予定　　年　　月頃]  （構成員）  ・医師　　・看護師　　・検査技師　　・薬剤師 |
| ２．病床が３００床以上の病院は、感染制御チームが定期的に病棟ラウンドを行っているか。  ３．病床が３００床未満の病院は、必要に応じて地域の専門家に相談できる体制を整備しているか。 | （頻　度）  ・週　　回（又は月　　回）  （ラウンド実施場所）  体制の有無（　有　・　無　）  [無の場合、整備の予定（　有　・　無　） |
| ４．緊急時に地域の医療機関同士が連携し、各医療機関のアウトブレイクに対して支援がなされるよう医療機関相互のネットワークを構築しているか、又はネットワークに参加しているか。 | 構築又は参加の有無（　有　・　無　）  [無の場合、構築又は参加の予定（　有　・　無　） |
| [Ｄ　院内感染防止対策] | 状　　　　　況 |
| 《手指衛生（手洗い・手指消毒等）》 |  |
| １．職員に適切な手指衛生を周知徹底しているか。 | ＜周知方法＞  ＜確認方法＞ |
| ２．血液、体液、分泌物、排泄物など感染のおそれがあるものに接触したら、必ず手洗いをしているか。 | 手洗いの実施（　有　・　無　） |
| ３．同一患者でも感染性のものに接触したら、処置の都度手洗いをしているか。 | 処置ごとの手洗いの実施（　有　・　無　） |
| ４．患者に手指衛生を励行させているか。 | ＜周知・励行方法＞ |
| ５．手洗い場にペーパータオルを置くなど、タオルの共用を避けるような工夫をしているか。 | ペーパータオルの設置（　有　・　無　） |
| ６．各病室に水道又は手指消毒液が設置されているか。  　※特別な事情がある場合又は他に対策を講じている場合を除く。 | 病室における水道又は手指消毒液の設置（　有　・　無　） |
| 《医療器材の滅菌、消毒》 |  |
| １．医療器材は、患者ごとに滅菌・消毒したものを使用しているか又はディスポーザル製品を使用しているか。 | 滅菌・消毒済器材の使用　（　有　・　無　）  ディスポーザル製品の導入（　有　・　無　） |
| ２．未使用又は滅菌・消毒済みの医療器材は、扉付きの保管棚等に衛生的に収納されているか（適切な表示はあるか）。 | 扉付きの保管棚等の有無　（　有　・　無　）  表示の有無（　有　・　無　） |
| ３．繰り返し使用する医療器材が清潔（滅菌・消毒済み）であることを確認してから使用しているか。  また、その確認体制ができているか。 | ＜確認方法＞  ・滅菌包装の外面の識別表示（　有　・　無　）  ＜確認体制＞  滅菌業務の実施（　有　・　無　）  ＜実施者＞  　・滅菌技士　・看護師　・外部委託  ・その他（　　　　　　　　　　）  ＜機器＞  　・AC　・EOG　・プラズマ滅菌  　・その他（　　　　　　　　　　） |
| ４．院内で滅菌機器による滅菌をしている場合、滅菌標準作業書及び滅菌業務作業日誌を備えているか。  また、器材などを薬品消毒している場合、消毒マニュアル等を備え、関係者に周知しているか。 | ＜滅菌標準作業書＞　　（　有　・　無　）  ＜滅菌業務作業日誌＞　（　有　・　無　）  ＜消毒マニュアル等＞　（　有　・　無　） |
| ５．使用済みの医療材料は、消毒、滅菌に先立ち、洗浄を十分行っているか。 | ＜洗浄マニュアル等＞　（　有　・　無　） |
| 《ディスポーザブル手袋の取り扱い》 |  |
| １．患者に使用する手袋は、患者ごとに交換しているか。 | 実施の有無（　有　・　無　） |
| ２．ドアノブ、電話、コンピュータなどの共有物に触れる場合、手袋をはずしているか。 | 実施の有無（　有　・　無　） |
| ３．使用後の手袋は、感染性廃棄物として使用後直ちに廃棄しているか。 | 実施の有無（　有　・　無　） |
| ４．手袋をはずした後は、必ず手洗い・手指消毒等を実施後、手を乾燥させているか。 | 実施の有無（　有　・　無　） |
| 《従業員の健康管理等》 |  |
| １．感染する危険性の高い業務に従事する職員に対して予防接種を行っているか。 | 実施の有無（　有　・　無　）  ＜実施の場合はその種類を記入＞ |
| ２．職員・患者間及び職員間における感染防止対策を行っているか。 | 実施の有無（　有　・　無　）  ＜実施の場合は主な対策方法を記入＞ |
| ３．針刺し事故防止のために原則として注射針のリキャップは行わないようにしているか。 | リキャップ防止の指導（　有　・　無　）  ＜有の場合は主な周知指導方法を記入＞ |
| ４．スタッフの手指に外傷や創がある場合、創部を覆うなどの注意を払い、自らへの感染を防止すると同時に感染を媒介しないよう注意しているか。 | 実施の有無（　有　・　無　） |

【Ⅲ　医薬品安全管理体制】

|  |  |
| --- | --- |
| [Ａ　医薬品安全管理体制] | 状　　　　　況 |
| １．医薬品の使用に係る安全な管理のための責任者（医薬品安全管理責任者）のための責任者が配置されているか。  　※病院管理者との兼務は不可  ＜資格要件＞  医薬品に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、又は歯科衛生士（主として歯科医業を行う診療所に限る。）のいずれかの資格を有しているか。 | ＜配置済みの場合＞  職種：  氏名：  　院内での役職：  ＜未配置の場合＞  配置予定：有（　　　年　　月頃）　・　無 |
| ２．医薬品の情報、手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等について研修が実施されているか。  　※医療安全に係る研修と併せての実施も可 | ・　　　年度開催回数・主な内容  ・　　　年度開催回数・主な内容 |
| ３．医薬品の安全使用のための業務に関する手順書を策定し、手順書に基づき業務が実施されているか。  　　また、医薬品安全管理責任者による「医薬品業務手順書」に基づき業務の定期的な確認を実施しているか。 | ＜策定済みの場合＞  各部署への配置：（　有　・　無　）  ＜手順書に基づく業務の確認方法とその記録＞  　確認方法（具体的に）  確認記録：（　有　・　無　）  ＜未策定の場合＞  　策定予定：有（　　　年　　月頃）　・　無 |
| ４．医薬品の安全使用のための業務に関する手順書に次の事項が定められているか。  ①病院等で用いる医薬品の採用・購入に関する事項（未承認新規医薬品等を採用・購入するに当たっては、当該未承認新規医薬品等の使用の妥当性について、関係学会のガイドライン等の科学的知見を確認するとともに、関係学会のガイドライン等に記載がなく、科学的根拠が確立していない未承認新規医薬品等の使用に当たっては、その有効性・安全性の検証を十分に行うことを含む。）  ②医薬品の管理に関する事項  （例＝医薬品の保管場所、医薬品医療機器等法（昭和３５年法律第１４５号）などの法令で適切な管理が求められている医薬品（麻薬・向精神薬、覚せい剤原料、毒薬・劇薬、特定生物由来製品等）及び特に安全管理が必要な医薬品（要注意薬）の管理方法）の管理方法）  ③患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項  （例＝患者情報（薬剤の服用歴、入院時に持参してきた薬剤等）の収集、処方せんの記載方法、調剤方法、処方せんや調剤薬の鑑査方法）  （参考）  ※特に、入院患者に係る要注意薬（重複投与、相互作用、禁忌医薬品、病名禁忌、アレルギー歴、副作用歴等）について、疑義がある場合の薬剤師から処方医への問い合わせ、疑義解消後の調剤・投与の実施の徹底、照会や確認が円滑に行われるための職種間の連携体制の構築等に関する事項が盛り込まれているか。  ④患者に対する与薬や服薬指導に関する事項  ⑤医薬品の安全使用に係る情報の取扱い（収集、提供等）に関する事項  ⑥他施設（病院等、薬局等）との連携に関する事項  ・医薬品業務手順書は、作成後も必要に応じて見直しを行う必要があること。  ・当該手順書に基づく業務の実施については、医薬品安全管理責任者に対して、従業者の業務が医薬品業務手順書に基づき行われているか定期的に確認させ、確認内容を記録させること。なお、従業者による当該業務の実施の徹底のための措置とは、例えば、処方から投薬までの一連の業務手順について、職員間で相互に確認を行うことが考えられること。 | ・全て記載されている  ・記載事項の確認  （　①　・　②　・　③　・　④　・　⑤　・　⑥　）  ＜必要に応じた手順書の見直し＞  　・している（　　　年　　月）  　・していない |
| ５．医薬品の安全使用のために必要となる未承認等の医薬品の使用の情報その他の情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策がとられているか。 | ＜情報収集方法＞  ＜周知方法＞  ＜副作用等発生時の報告体制＞  　・整備済  ・未整備 |
| ６．毒物劇物の取扱いが適切に行われているか。 | ＜毒物劇物の取扱い＞  ・取扱いの有無：（　有　・　無　）  ・保管場所：  医薬品保管庫　・　検査部門保管庫  　　用度部門保管庫　・　その他（　　　　　　　　　）  ＜毒物劇物危害防止管理規定の整備＞  （　有　・　無　） |

【Ⅳ　医療機器安全管理体制】

|  |  |
| --- | --- |
| [Ａ　医療機器安全管理体制] | 状　　　　　況 |
| １．医療機器の安全使用のための責任者（医療機器安全管理責任者）が配置されているか。  　※病院管理者との兼務は不可  ＜資格要件＞  　　医療機器に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師、助産師（助産所に限る。）、看護師、歯科衛生士（主として歯科医業を行う診療所に限る。）診療放射線技師、臨床検査技師又は臨床工学技士のいずれかの資格を有していること。 | ＜配置済みの場合＞  　氏名：  　資格：  ＜未配置の場合＞  　配置予定：有（　　　年　　月頃）　・　無 |
| ２．医療機器の安全使用のための職員研修について  （１）研修が開催されているか。  ※医療安全に係る研修と併せて実施することも可  （２）実施内容を記録しているか。  　　※記録項目例：日時、場所、出席者、講師、研修項目、  研修機器、研修資料　等 | （１）研修の実施　（　有　・　無　）  ・　　年度開催内容  　・　　年度開催内容  （２）実施内容の記録（　有　・　無　） |
| ３．医療機器の保守点検について  （１）医療機器管理台帳が作成されているか。  （２）保守点検計画が策定されているか。  （３）保守点検（日常、定期）が実施されているか。  （４）点検結果が記録されているか。  （５）医療機器安全管理責任者が、院内全体の管理状況を把握しているか。  ※保守点検が必要な機器には次のものが含まれる。  ①人工心肺装置及び補助循環装置  ②人工呼吸器  ③血液浄化装置  ④除細動装置（ＡＥＤを除く）  ⑤閉鎖式保育器  ⑥X線CT装置（医用X線CT装置）  ⑦診療用高エネルギー放射線発生装置（直線加速器等）  ⑧診療用粒子線照射装置  ⑨診療用放射線照射装置（ガンマナイフ等）  ⑩磁気共鳴画像診断装置（MRI装置） | （１）台帳作成の有無（　有　・　無　）  （２）計画策定の有無（　有　・　無　）  （３）保守点検の実施（　有　・　無　）  （４）保守点検の記録（　有　・　無　）  （５）責任者による管理状況の把握（　有　・　無　）    把握のための具体的方法： |
| ４．医療機器の安全使用のために必要となる未承認等の医療機器の使用の情報その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策がとられているか。 | （１）機器の添付文書・取り扱い説明書等の管理  整備済　・　未整備  （２）機器の安全性情報・不具合情報の周知方法  （３）機器に関する情報の病院管理者への報告体制  整備済　・　未整備  （４）その他取り組んでいる事項 |

【Ⅴ　診療用放射線の安全管理体制】

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

【Ⅵ　ドクターヘリ運行管理体制】

|  |  |
| --- | --- |
| [Ａ　ドクターヘリ運行要領] | 状　　　　　況 |
| １．ドクターヘリの当該運行に係る要領が策定されているか。 | ＜策定済みの場合＞  指針の名称：  最新改訂日：  ＜未策定の場合＞  　策定予定：有（　　　年　　月頃）　・　無 |
| ２．当該要領（運行要領）に次の事項が定められているか。  ①当該運行により出動する場合におけるルールに関する  事項  ②依頼又は通報の主体との連携に関する事項  ③離着陸場所が満たすべき要件に関する事項  ④離着陸場所において安全確保の取り組みに関する事項  ⑤個々の状況を考慮した安全確保のために必要な事項  ⑥乗務員及び運行関係者に安全確保の教育に関する事項  ⑦安全確認とその判断に関する事項  ⑧その他着陸における安全確保に必要な事項 | ・全て記載されている  ・記載事項の確認  （ ① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤ ・ ⑥ ・ ⑦ ・ ⑧ ） |
| ３．当該運行に当たり、運行要領に定められた事項が遵守されているか。  　　また、運行調整委員会に報告し安全性の検証を受けているか。 | ＜運行委員会の設置＞  　設置している　　・　　設置していない |

【Ⅶ　高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等を用いた医療の提供にかかる必要な措置】

|  |  |
| --- | --- |
| [Ａ　措置の状況] | 状　　　　　況 |
| １．高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等を用いた医療の提供にかかる必要な措置  （１）高難度新規医療技術を用いた医療を提供するに当たっての必要な措置がとられているか。  ①高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合に、提供の適否等を決定する部門の設置  ②高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合に、従業者が遵守すべき事項及び①に規定する部門が確認すべき事項等を定めた規程を作成しているか。  ③①に規定する部門は②に規定する規程に定められた事項の遵守状況を確認しているか。  （２）未承認新規医薬品等を用いた医療を提供するに当たっての必要な措置がとられているか。  ①未承認新規医薬品等を用いた医療を提供する場合に、当該未承認新規医薬品等の使用条件を定め、使用の適否等を決定する部門の設置  ②未承認新規医薬品等を用いた医療を提供する場合に、従業者が遵守すべき事項及び①に規定する部門が確認すべき事項等を定めた規程を作成しているか。  ③①に規定する部門は②に規定する規程に定められた事項の遵守状況を確認しているか。  ※特定機能病院以外の病院に係る該当項目 | （１）  ①部門設置　（　有　・　無　）  ②規程の作成（　有　・　無　）  ③遵守状況の確認（　有　・　無　）  （２）  ①部門設置　（　有　・　無　）  ②規程の作成（　有　・　無　）  ③遵守状況の確認（　有　・　無　） |

【※　特定機能病院における安全管理等の体制（特定機能病院の該当項目）】

|  |  |
| --- | --- |
| [Ａ　安全管理等の体制] | 状　　　　　況 |
| １．医療を受ける者に対する説明に関する責任者の配置状況  説明を行う際の同席者、標準的な説明内容その他説明の実施に必要な方法に関する規程を作成することにより、説明を行い、適切に医療を受ける者の理解を得るように務めているか | ○責任者の配置（　有　・　無　）  ○規程の作成　（　有　・　無　）  ○説明同意書等（　有　・　無　） |
| ２．診療録等の管理に関する責任者の選任状況  診療録その他の診療に関する記録等の管理に関する責任者を定め、当該責任者に診療録等の記載内容を確認させるなどにより、診療録等の適切な管理を行っているか。 | ○責任者の配置（　有　・　無　）  ○確認の実施　（　有　・　無　） |
| ３．高難度新規医療技術を用いた医療の提供にかかる必要な措置  （１）高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合に、提供の適否等を決定する部門の設置  （２）高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合に、従業者が遵守すべき事項及び（１）に規定する部門が確認すべき事項等を定めた規程を作成しているか。  （３）（１）に規定する部門は（２）に規定する規程に定められた事項の遵守状況を確認しているか。 | （１）部門設置　（　有　・　無　）  （２）規程の作成（　有　・　無　）  （３）遵守状況の確認（　有　・　無　） |
| ４．未承認新規医薬品等を用いた医療の提供にかかる必要な措置  （１）未承認新規医薬品等を用いた医療を提供する場合に、当該未承認新規医薬品等の使用条件を定め、使用の適否等を決定する部門の設置  （２）未承認新規医薬品等を用いた医療を提供する場合に、従業者が遵守すべき事項及び（１）に規定する部門が確認すべき事項等を定めた規程を作成しているか。  （３）（１）に規定する部門は（１）に規定する規程に定められた事項の遵守状況を確認しているか。 | （１）部門設置　（　有　・　無　）  （２）規程の作成（　有　・　無　）  （３）遵守状況の確認（　有　・　無　） |
| ５．監査委員会の設置状況  （１）委員名簿及び委員の選定理由について、これらの事項を記載した書類を厚生労働大臣に提出し、公表を行うことを病院開設者に求めているか。  （２）委員の数及び選定条件は適切であるか。  （３）年に２回以上開催しているか。  （４）次に掲げる業務を行っているか。  ①医療安全管理責任者、医療安全管理部門、医療安全管理委員会、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者等の業務の状況について管理者等から報告を求め、又は必要に応じて自ら確認を実施しているか。  ②必要に応じ、当該病院の開設者又は管理者に対し、医療に係る安全管理についての是正措置を講ずるよう意見を表明しているか。  ③①及び②に掲げる業務について、その結果を公表しているか。 | （１）委員会の設置（　有　・　無　）  　書類の提出及び公表（　有　・　無　）  （２）委員の数（　　　名　）  　　　うち、委員長及び委員の半数を超える数が病院と利害関係のない者の数（　　　　名）  （３）　　　年度開催回数（　　　　回）  （４）  ①確認の実施（　有　・　無　）  ②意見の表明（　有　・　無　）  ③結果の公表（　有　・　無　） |
| ６．入院患者が死亡した場合等の医療安全管理部門への報告状況  （１）次に掲げる場合に、従業者に速やかに医療安全管理部門に報告させているか。  ①入院患者が死亡した場合当該死亡の事実及び死亡前の状況  ②①に掲げる場合以外の場合であって、通常の経過では必要がない処置又は治療が必要になったものとして管理者が定める水準以上の事象が発生したとき当該事象の発生の事実及び発生前の状況  （２）（１）に掲げる場合において、医療安全管理委員会は次に掲げる業務を行っているか。  ①報告の実施の状況の確認及び確認結果の管理者への報　　　告  ②実施の状況が不十分な場合における適切な報告のための従業者への研修及び指導 | （１）管理部門への報告（　有　・　無　）    （２）  ①報告の実施状況の確認及び管理者への報告  （　有　・　無　）  ②従業者への研修及び指導（　有　・　無　） |
| ７．他の特定機能病院の管理者と連携した相互立入り及び技術的助言の実施状況  （１）年に１回以上他の特定機能病院に従業者を立ち入らせ、必要に応じ、医療に係る安全管理の改善のための技術的助言を行わせているか。  （２）年に１回以上他の特定機能病院の管理者が行う（１）の従業者の立入りを受け入れ、技術的助言を受けているか。 | ○相互立ち入りの実施及び助言の実施（　有　・　無　） |
| ８．医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等の情報提供を受け付けるための窓口の状況 | ○患者からの安全管理に係る相談に適切に応じる窓口の  設置（　有　・　無　） |
| ９．管理者のための研修の実施状況 | ○研修の実施（　有　・　無　） |

【Ⅷ　労務管理】

|  |  |
| --- | --- |
| [Ａ　就業規則] | 状　　　　　況 |
| １．就業規則の作成状況  （１）就業規則が作成されているか。  （２）作成（改訂を含む）した就業規則を労働基準監督署に届け出ているか。 | （１）作成済み　・　未作成  （２）届出済み　・　未届  最終改訂日： |
| ２．常勤職員の勤務時間  （１）医師について  　　①一週間の勤務時間数  （２）看護師について  　　①一週間の勤務時間数  　　②勤務体制（交代制）と勤務時間  （３）その他の職員  　　①一週間の勤務時間数 | （１）①週　　　時間  （２）①週　　　時間  ②２交代制　・　３交代制  　　　　日　勤　　　　　　：　　　～　　　：  　　　　準夜勤・夜勤　　　：　　　～　　　：  　　　　深夜勤　　　　　　：　　　～　　　：  （３）①週　　　時間 |
| [Ｂ　労働契約] |  |
| １．労働契約の締結状況・締結方法  （１）常勤医師  （２）非常勤医師  （３）その他の常勤職員  （４）その他の非常勤職員  ＜締結方法＞  ①採用辞令の交付　　　②労働契約書の締結  ③雇用通知又は労働条件通知書の交付  ④その他（具体的に） | ※該当全てに○  （１）締結済　・　未締結  締結方法：①・②・③・④（　　　　　　　　　　）  （２）締結済　・　未締結  締結方法：①・②・③・④（　　　　　　　　　　）  （３）締結済　・　未締結  締結方法：①・②・③・④（　　　　　　　　　　）  （４）締結済　・　未締結  締結方法：①・②・③・④（　　　　　　　　　　） |
| [Ｃ　勤務状況確認] |  |
| １．勤務状況の確認方法  （１）常勤医師  （２）非常勤医師  （３）看護師  （４）その他の職員 | ※該当全てに○  （１）出勤簿・タイムカード・その他（　　　　　　　　）  （２）出勤簿・タイムカード・その他（　　　　　　　　）  （３）出勤簿・タイムカード・その他（　　　　　　　　）  （４）出勤簿・タイムカード・その他（　　　　　　　　） |
| [Ｄ　職員健康管理] |  |
| １．定期健康診断  常勤職員に対する健康診断の実施状況  　　＜実施頻度＞１年以内ごとに１回  （労働安全衛生規則第44条） | ・実施している  （実施時期：毎年　　月・不定期）  ・実施していない |
| ２．特定業務従事者健康診断  特定業務従事者（夜勤者・放射線業務従事者等）に対する健康診断の実施状況  ＜実施頻度＞６か月以内ごとに１回  （労働安全衛生規則第45条） | ・実施している  （実施時期：毎年　　・　　月・不定期）  ・実施していない |
| ３．ストレスチェックの実施  (常勤者50名未満の病院は努力義務)  常時使用する労働者に対し、１年以内ごとに１回、定期にストレスチェックを実施しているか。(労働安全衛生法第66条の10、労働安全衛生規則第52条の9) | ・実施している  （実施時期：毎年　　・　　月・不定期）  ・実施していない |
| [Ｅ　労働環境] |  |
| １．作業環境測定  検査室等でホルムアルデヒド（ホルマリン）を取扱っている場合、６か月以内ごとに１回の作業環境測定を実施しているか。（特定化学物質障害予防規則第36条） | ・実施している  （前回実施日：　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・実施していない |
| ２．受動喫煙防止対策  　受動喫煙防止に向けた対策 | ・全面禁煙（施設内・敷地内禁煙）  　・施設内禁煙  　・施設内分煙（喫煙所を設けている。）  　・特になし  　・その他（以下に具体的な内容を記載してください。） |
| [Ｆ　医師の働き方改革] |  |
| １．長時間労働となる医師に対する面接指導の実施及び休息時間の確保等の状況  （１）時間外・休日労働が月１００時間以上となる見込みの医師（面接指導対象医師）に対して、面接指導を実施しているか。  （２）面接指導対象医師に対する面接指導実施後、必要に応じて、労働時間の短縮、宿直の回数の減少その他の適切な措置（就業上の措置）を講じているか。  （３）時間外・休日労働が月１５５時間超となった医師について、労働時間の短縮のために必要な措置を講じているか。  （４）特定労務管理対象機関（※）に勤務する医師のうち時間外・休日労働時間が年９６０時間超となることが見込まれる医師に対し、勤務間インターバル及び代替休息を確保すること。  　※特定労務管理対象機関：病院又は診療所のうち、当該病院又は診療所に従事する医師にやむを得ず長時間従事させる必要がある場合において、都道府県知事が指定した以下の医療機関の総称。  　・特定地域医療提供機関  　・連携型特定地域医療提供機関  　・技能向上集中研修機関  　・特定高度技能研修機関 | （１）面接指導対象医師（　有　・　無　）  ＜「有」の場合＞  　　　面接指導の実施（　有　・　無　）  （２）措置の要否・内容に関する記録（　有　・　無　）  （３）措置の内容についての記録（　有　・　無　）  （４）特定労務管理対象機関の指定（　有　・　無　）  　　＜「有」の場合＞  　　　時間外・休日労働時間が年９６０時間超と見込まれる医師（　有　・　無　）  　　　＜「有」の場合＞  　　　勤務間インターバル及び代償休息の確保  　　　　　　　　　　　　（　有　・　無　） |

【Ⅸ　感染性廃棄物等処理状況】

|  |  |
| --- | --- |
| [Ａ　特別管理産業廃棄物の管理] | 状　　　　　況 |
| １．特別管理産業廃棄物管理責任者を定めて廃棄物の処理業務を行っているか。  　　また、特別管理産業廃棄物管理責任者を県環境森林事務所（又は前橋市役所廃棄物対策課）に届け出ているか。  ＜資格要件（感染性廃棄物のみの取り扱い）＞  医師、歯科医師、獣医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、臨床検査技師、衛生検査技師、歯科衛生士又は廃棄物処理実務経験者若しくは講習会修了者   * 感染性廃棄物以外の特別管理産業廃棄物も取り扱う場合、理学、薬学、工学、農学の課程において衛生工学、化学工学に関する科目を修め、廃棄物処理の実務経験を有している者、若しくは講習会修了者 | ＜特別管理産業廃棄物管理責任者＞  　氏名：  　資格：    ＜県環境森林事務所又は前橋市役所廃棄物対策課への届出状況＞  　・届出済  　・未届 |
| [Ｂ　感染性廃棄物の処理に関する帳簿の作成・保存] | 状　　　　　況 |
| １．感染性廃棄物処理帳簿を作成し、５年間保存しているか。  ＜必要記載事項（収集・運搬ともに）＞  ①委託年月日　②委託量　③受託者の氏名又は名称  ④受託者の住所　⑤受託者の許可番号 | ＜作成状況＞  　作成済み　・　未作成  ＜必要記載事項＞  　・全部あり  　・未記載（ ①・②・③・④・⑤ ） |
| [Ｃ　感染性廃棄物の収集・運搬・保管状況] | 状　　　　　況 |
| １．感染性廃棄物専用の保管場所を有しているか。  　　また、保管場所の見やすい場所に特別管理産業廃棄物の保管場所である旨の掲示板が設置され、関係者以外立ち入れないよう配慮されているか。 | ＜専用保管場所＞  有　・　無  ＜掲示板＞  　設置済み　・　未設置  ＜管理体制＞ |
| ２．感染性廃棄物収集容器（ゴミ箱）にバイオハザードマークが表示されているか。 | ＜バイオハザードマークの表示＞  　表示済　・　未表示 |
| ３．使用済み注射針等は感染性廃棄物として耐貫通性のある堅牢な容器で、感染性廃棄物として処理しているか。 | 耐貫通性容器の使用　（　有　・　無　） |
| [Ｄ　感染性廃棄物の処理委託契約] | 状　　　　　況 |
| １．収集運搬業務と処分業務で別々に契約を締結しているか。 | 収集運搬業務委託契約書（　有　・　無　）  処分業務委託契約書　　（　有　・　無　） |
| ２．感染性廃棄物の収集運搬・処理受託業者  ※複数の業者に委託している場合は、２件まで委託先を記入してください。 | 収集運搬① |
| 収集運搬② |
| 処分① |
| 処分② |
| ３．契約書に受託業者の許可証の写しを添付しているか。  　　また、許可証の有効期限は適切であるか。 | 収集運搬業許可証（　有　・　無　）  （有効期限：　　　年　　月　　日まで）  処分業許可証（　有　・　無　）  （有効期限：　　　年　　月　　日まで） |
| ４．契約書に個人情報の取り扱いに関する定め（条項）がされているか又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等が取り交わされているか。 | 個人情報の取り扱いに関する定め（条項）又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等（　有　・　無　） |
| ５．特別管理産業廃棄物管理票（マニフェスト）について  （１）マニフェストの形式は書面か電子か。  （２）交付したマニフェストを５年間保管しているか。  （３）受託業者からマニフェストが返送された日を確認し、記入しているか。 | （１）マニフェスト（　書面　・　電子）  （２）５年間保管（　有　・　無　）  （３）返送日の確認・記入（　有　・　無　） |
| [Ｅ　その他] | 状　　　　　況 |
| １．レントゲン現像液やキシレン、ホルマリンなどの廃液を処分する場合、業者委託しているか。 | 委託状況（　有　・　無　）  委託業者名 |
| ２．医療用放射性汚染物の廃棄業務 | 委託状況（　有　・　無　）  委託業者名 |

【Ⅹ　業務委託状況】

以下の業務内容について、委託の有無、委託している場合はその委託先を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 業　務　内　容 | 委　　託　　先 |
| １．検体検査業務    （１）業務委託契約書を取り交わしているか。  　（２）受託者の能力を確認する書類を入手し、保管しているか、書類の有効期限等は適切であるか。  ①登録衛生検査所の登録証の写し  ②医療関連サービスマーク認定証  ③標準作業書、業務案内書  ④その他  （３）契約書に個人情報の取り扱いに関する定め（条項）がされているか又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等が取り交わされているか。 | 委託の有無（　有　・　無　）　　受託場所（　院内　・　院外　）  　有の場合：業者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （１）業務委託契約書（　有　・　無　）  （２）能力確認書類（　①　・　②　・　③　・　④　）  　　　②の場合は（有効期限：　　　年　　月　　日まで）  ④の場合は具体的に記載（　　　　　　　　　　　　）  （３）個人情報の取り扱いに関する定め（条項）又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等（　有　・　無　） |
| ２．医療機器等の滅菌消毒業務  （１）業務委託契約書を取り交わしているか。  　（２）受託者の能力を確認する書類を入手し、保管しているか、書類の有効期限等は適切であるか。  ①クリーニング所開設届の写し  ②医療関連サービスマーク認定証  ③標準作業書、業務案内書  ④その他  （３）契約書に個人情報の取り扱いに関する定め（条項）がされているか又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等が取り交わされているか。 | 委託の有無（　有　・　無　）　　受託場所（　院内　・　院外　）  　有の場合：業者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （１）業務委託契約書（　有　・　無　）  （２）能力確認書類（　①　・　②　・　③　・　④　）  　　　②の場合は（有効期限：　　　年　　月　　日まで）  ④の場合は具体的に記載（　　　　　　　　　　　　）  （３）個人情報の取り扱いに関する定め（条項）又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等（　有　・　無　） |
| ３．患者給食業務  （１）業務委託契約書を取り交わしているか。  　（２）受託者の能力を確認する書類を入手し、保管しているか、書類の有効期限等は適切であるか。  ①医療関連サービスマーク認定証  ②その他  （３）契約書に個人情報の取り扱いに関する定め（条項）がされているか又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等が取り交わされているか。 | 委託の有無（　有　・　無　）  　有の場合：業者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （１）業務委託契約書（　有　・　無　）  （２）能力確認書類（　①　・　②　）  　　　①の場合は（有効期限：　　　年　　月　　日まで）  ②の場合は具体的に記載（　　　　　　　　　　　　）  （３）個人情報の取り扱いに関する定め（条項）又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等（　有　・　無　） |
| ４．患者搬送業務  （１）業務委託契約書を取り交わしているか。  　（２）受託者の能力を確認する書類を入手し、保管しているか、書類の有効期限等は適切であるか。  ①医療関連サービスマーク認定証  ②標準作業書、業務案内書  ③その他  （３）契約書に個人情報の取り扱いに関する定め（条項）がされているか又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等が取り交わされているか。 | 委託の有無（　有　・　無　）  　有の場合：業者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （１）業務委託契約書（　有　・　無　）  （２）能力確認書類（　①　・　②　・　③　）  　　　①の場合は（有効期限：　　　年　　月　　日まで）  ③の場合は具体的に記載（　　　　　　　　　　　　）  （３）個人情報の取り扱いに関する定め（条項）又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等（　有　・　無　） |
| ５．医療機器の保守点検業務  　※複数の機器を委託している場合は、５件まで機器名と委託先を記入してください。  （１）業務委託契約書を取り交わしているか。  　（２）受託者の能力を確認する書類を入手し、保管しているか、書類の有効期限等は適切であるか。  ①医療機器修理業許可証の写し  ②医療関連サービスマーク認定証  ③標準作業書、業務案内書  ④その他  （３）契約書に個人情報の取り扱いに関する定め（条項）がされているか又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等が取り交わされているか。 | 委託の有無（　有　・　無　） |
| ＜機器１＞ |
| ＜委託先１＞ |
| （１）業務委託契約書（　有　・　無　） |
| （２）能力確認書類（　①　・　②　・　③　・　④　）  　　　①②の場合は（有効期限：　　　年　　月　　日まで）  ④の場合は具体的に記載（　　　　　　　　　　　　） |
| （３）個人情報の取り扱いに関する定め（条項）又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等（　有　・　無　） |
| ＜機器２＞ |
| ＜委託先２＞ |
| （１）業務委託契約書（　有　・　無　） |
| （２）能力確認書類（　①　・　②　・　③　・　④　）  　　　①②の場合は（有効期限：　　　年　　月　　日まで）  ④の場合は具体的に記載（　　　　　　　　　　　　） |
| （３）個人情報の取り扱いに関する定め（条項）又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等（　有　・　無　） |
| ＜機器３＞ |
| ＜委託先３＞ |
| （１）業務委託契約書（　有　・　無　） |
| （２）能力確認書類（　①　・　②　・　③　・　④　）  　　　①②の場合は（有効期限：　　　年　　月　　日まで）  ④の場合は具体的に記載（　　　　　　　　　　　　） |
| （３）個人情報の取り扱いに関する定め（条項）又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等（　有　・　無　） |
| ＜機器４＞ |
| ＜委託先４＞ |
| （１）業務委託契約書（　有　・　無　） |
| （２）能力確認書類（　①　・　②　・　③　・　④　）  　　　①②の場合は（有効期限：　　　年　　月　　日まで）  ④の場合は具体的に記載（　　　　　　　　　　　　） |
| （３）個人情報の取り扱いに関する定め（条項）又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等（　有　・　無　） |
| ＜機器５＞ |
| ＜委託先５＞ |
| （１）業務委託契約書（　有　・　無　） |
| （２）能力確認書類（　①　・　②　・　③　・　④　）  　　　①②の場合は（有効期限：　　　年　　月　　日まで）  ④の場合は具体的に記載（　　　　　　　　　　　　） |
| （３）個人情報の取り扱いに関する定め（条項）又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等（　有　・　無　） |
| ６．寝具類の洗濯業務  （１）業務委託契約書を取り交わしているか。  　（２）受託者の能力を確認する書類を入手し、保管しているか、書類の有効期限等は適切であるか。  ①クリーニング所開設届の写し  ②医療関連サービスマーク認定証  ③標準作業書、業務案内書  ④その他  （３）契約書に個人情報の取り扱いに関する定め（条項）がされているか又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等が取り交わされているか。 | 委託の有無（　有　・　無　）　　受託場所（　院内　・　院外　）  　有の場合：業者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （１）業務委託契約書（　有　・　無　）  （２）能力確認書類（　①　・　②　・　③　・　④　）  　　　②の場合は（有効期限：　　　年　　月　　日まで）  ④その他の場合は具体的に記載（　　　　　　　　　　　　）  （３）個人情報の取り扱いに関する定め（条項）又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等（　有　・　無　） |
| ７．施設の清掃業務  （１）業務委託契約書を取り交わしているか。  　（２）受託者の能力を確認する書類を入手し、保管しているか、書類の有効期限等は適切であるか。  ①医療関連サービスマーク認定証  ②標準作業書、業務案内書  ③その他  （３）契約書に個人情報の取り扱いに関する定め（条項）がされているか又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等が取り交わされているか。 | 委託の有無（　有　・　無　）  　有の場合：業者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （１）業務委託契約書（　有　・　無　）  （２）能力確認書類（　①　・　②　・　③　）  　　　①の場合は（有効期限：　　　年　　月　　日まで）  ③その他の場合は具体的に記載（　　　　　　　　　　　　）  （３）個人情報の取り扱いに関する定め（条項）又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等（　有　・　無　） |
| ８．医療ガス供給設備の保守点検業務  （１）業務委託契約書を取り交わしているか。  　（２）受託者の能力を確認する書類を入手し、保管しているか、書類の有効期限等は適切であるか。  ①医療関連サービスマーク認定証  ②標準作業書、業務案内書  ③その他  （３）契約書に個人情報の取り扱いに関する定め（条項）がされているか又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等が取り交わされているか。  （４）設備の保守管理等を実施しているか。  （５）医療ガス安全管理委員会の設置・運営状況は適切か。  （６）医療ガスの安全点検に係わる業務の監督責任者及び実施責任者を明らかにした名簿を備えているか。 | 委託の有無（　有　・　無　）  　有の場合：業者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （１）業務委託契約書（　有　・　無　）  （２）能力確認書類（　①　・　②　・　③　）  　　　①の場合は（有効期限：　　　年　　月　　日まで）  ③その他の場合は具体的に記載（　　　　　　　　　　　　）  （３）個人情報の取り扱いに関する定め（条項）又は個人情報保護に関する確認書若しくは覚書等（　有　・　無　）  （４）年次点検等の実施  　　　①日常点検　（　有　・　無　）  　　　②３か月点検（　有　・　無　）  　　　③６か月点検（　有　・　無　）  　　　④年次点検　（　有　・　無　）  （５）設置・運営状況の確認  ①委員会の設置　　　（　有　・　無　）  　　　②委員会要綱　　　　（　有　・　無　）  ③開催頻度　　　　　（　年　　　回　）  ④議事録の作成・保管（：年　　　回　）  （６）監督責任者（職名：　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　）  実施責任者（職名：　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　） |

【Ⅺ　防火・防災体制】

|  |  |
| --- | --- |
| [Ａ　防火管理者・火元責任者] | 状　　　　　況 |
| １．管理的または監督的な職位にある者を防火管理者に選任し所轄の消防署に届け出ているか。  （※収容人員が30人以上の施設） | 防火管理者：  役職：  届出（　有　・　無　） |
| ２．防火管理者不在時の代理者が決められているか。 | 代理者：  役職： |
| ３．各部門の火元責任者は決められているか。 | 各部門における火元責任者の設置（　有　・　無　） |
| [Ｂ　消防計画] | 状　　　　　況 |
| １．消防法令に即して消防計画が定められ所轄の消防署に届出ているか。  （※収容人員が30人以上の施設） | 消防計画の策定（　有　・　無　）  　有の場合は（最新改訂日：　　　　年　　月　　日）  届出（　有　・　無　） |
| ２．火災が発生した場合の通報連絡・初期消火に関する体制及び対応方法は適切に定められているか。 | ・定めている  ・定めていない |
| ３．患者の避難・誘導、搬送（特に自力での避難が困難な患者）に関することが適切に定められているか。 | ・定めている  ・定めていない |
| ４．夜間の避難・誘導、搬送に関することが定められている  　か。 | ・定めている  ・定めていない |
| [Ｃ　火災予防対策] | 状　　　　　況 |
| １．職員に対して火災予防の指導監督に努め、職員の過失により火災が発生することのないよう徹底しているか。 | ・徹底している  ・徹底できていない  （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２．建築基準法、消防法及び医療法に規定する防火関係規定を遵守しているか。 | ・遵守している  ・遵守できていない  （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| [Ｄ　防火訓練・避難訓練の実施] | 状　　　　　況 |
| １．年２回以上防火・避難訓練を実施しているか、うち１回は夜間・休日想定で実施しているか。  （※収容人員が30人以上の施設） | ・実施している　　前回実施日：  　　　　　　　　　前々回実施日：  ・実施していない |
| ２．訓練では、消防署への早期通報や屋内消火栓等の消防設備の使用方法について職員に習得させているか。 | ・習得できている  ・習得できていない  （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| [Ｅ　防火設備] | 状　　　　　況 |
| １．消防法・建築基準法で定められた設備が設けられている  　か。 | ・設けている  ・不備がある（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２．避難誘導や搬送のために放送設備、懐中電灯、防炎マスク、担架、車椅子等が備えられているか。 | ・設けている  ・不備がある（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３．防火対象物及び防火設備は常時点検し報告されている  　か。 | ・点検している  ・点検していない |
| [Ｆ　夜間・休日の体制] | 状　　　　　況 |
| １．夜間防火管理責任者が配置されているか。 | 夜間責任者：  役職 |
| ２．夜間や休日に定期的に院内の巡視が行われているか。 | ・実施している  ・実施していない |
| [Ｇ　避難確保計画(水防法)] | 状　　　　　況 |
| １．前橋市洪水ハザードマップにおいて、洪水浸水想定区域内か。 | ・洪水浸水想定区域内である。  ・洪水浸水想定区域内ではない。 |
| ２．避難確保計画が作成されているか。 | 避難確保計画の策定（　有　・　無　）  　有の場合は（最新改訂日：　　　　年　　月　　日）  ＜未策定の場合＞  　策定予定：有（　　　年　　月頃）　・　無 |
| ３．計画に基づき避難訓練を実施しているか。 | ・実施している　　前回実施日：  　　　　　　　　　前々回実施日：  ・実施していない |
| [Ｈ　その他] | 状　　　　　況 |
| １．閉鎖病棟又は保護室に収容している患者や認知症患者等の喫煙については、指定の場所で職員の管理下で行うこととし、マッチやライター等の発火器具を患者が所持することのないような措置がとられているか。 |  |
| ２．閉鎖病棟又は保護室については、当該病棟（室）の鍵の管理者が常時至近の場所に居て、非常時には容易に開錠できるようになっているか。 |  |

【Ⅻ　施設・設備管理状況】

|  |  |
| --- | --- |
| [Ａ　給水施設] | 状　　　　　況 |
| １．専用水道を設置しているか。 | 専用水道の設置（　有　・　無　） |
| ２．簡易専用水道（受水槽、高架水槽）を設置しているか。  　　設置している場合は水槽有効容量、直近の清掃記録と検査記録を記載 | 簡易専用水道の設置（　有　・　無　）  ＜設置している場合＞  有効容量：　　　　　㎥  清掃日：  清掃業者名：  水道法第34条の2の検査日：  検査者名：  検査結果： |
| [Ｂ　排水施設] | 状　　　　　況 |
| １．排水の方法 | ・公共下水道に接続している  ・浄化槽を設置している |
| ２．浄化槽を設置している場合は直近の保守点検、清掃、浄化槽法第11条検査の記録を記載 | 保守点検日：  点検業者名：  清掃日：  清掃業者名：  浄化槽法第11条の検査日：  検査者名：  検査結果： |
| [Ｃ　自家用電気工作物] | 状　　　　　況 |
| １．自家用電気工作物の保守管理 | 定期点検：年　　　回  （年次点検　　　回／月次点検　　　回）  点検業者名： |
| [Ｄ　エレベーター] | 状　　　　　況 |
| １．エレベーターの保守管理 | エレベーター台数：　　　台  定期点検：年　　　回  （年次点検　　　回／月次点検　　　回）  点検業者名： |
| [Ｅ　空調設備] | 状　　　　　況 |
| １．空調用の冷却塔（クーリングタワー）を設置しているか。 | 空調用の冷却塔の設置（　有　・　無　） |
| ２．冷却塔（クーリングタワー）を設置している場合、清掃、水交換、水質検査を実施しているか。 | ＜清掃・水交換の状況＞  ＜水質検査（レジオネラ属菌）の状況＞ |

【ⅩⅢ　個人情報の保護・患者相談等の取組状況】

|  |  |
| --- | --- |
| [Ａ　個人情報の保護] | 状　　　　　況 |
| １．個人情報保護に関する規程を整備し、職員や患者等に周知しているか。 | ＜規程＞  整備済み　・　未整備  規程の名称：  ＜周知方法＞ |
| ２．個人情報の保護に関し、十分な知識を有する責任者を定めているか。 | 責任者：  役職： |
| ３．個人情報保護の推進を図るための委員会等を設置し運営しているか。  ※医療安全等に係る委員会と併せることも可 | 委員会名称：  開催頻度：年　　　回（又は月　　　回） |
| ４．個人情報の取得に際して、利用目的の特定及び公表を行っているか。 | ＜公表方法（該当全てに○）＞  ・院内掲示  ・ホームページへの掲載  ・その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５．個人情報の取り扱いに関する職員への取り組み | ＜取り組み状況（該当全てに○）＞  ・個人情報の取り扱いに関する研修の実施  ・離職後も含めた守秘義務の明示（誓約書・雇用契約書等）  ・その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ６．個人情報の取り扱いに関する安全管理措置 | ＜取り組み状況（該当全てに○）＞  ・診療録等保管場所の施錠・入室管理  ・データベースへのアクセス管理  （ＩＤやパスワードの管理、アクセス記録の保管）  ・不正ソフトウェア対策（ウイルス対策ソフトの導入） |
| ７．個人情報の院外への持ち出し状況 | ＜持ち出し状況（該当全てに○）＞  ・持ち出しを禁止している  ・情報管理責任者の許可を得て持ち出している  持ち出しまでの手続き方法：  持ち出し媒体：  ・自由に持ち出せる  ・その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| [Ｂ　個人情報の開示] | 状　　　　　況 |
| １．診療録等（カルテ、検査記録、看護記録等）の開示状況  （１）請求できる人（代理人を含む。）  （２）請求方法  （３）請求先（対応窓口）  （４）開示方法  （５）非開示（全部又は一部）の場合の理由説明  （６）開示に係る手数料（コピー代等）  （７）開示状況（概数で構いません。） | ※該当全てに○  （１）患者本人のみ　・　患者本人及び同居家族  　　　患者本人及び親族  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （２）書面　・　口頭  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （３）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  （４）コピーや要約書の配布　・　閲覧　・　説明のみ  （５）口頭　・　書面  （６）無料  　　　有料（金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （７）　　　年度：　　　　　件  内訳：開示　　件、一部開示　　件、非開示　　件  　　年度：　　　　　件  内訳：開示　　件、一部開示　　件、非開示　　件 |
| [Ｃ　患者相談窓口] |  |
| １．患者や家族からの相談・苦情に応じる専用窓口について  （１）設置状況  （２）担当者  （３）対応規定の整備  （４）相談件数（概数で構いません。） | ※該当すべてに○  （１）・専用部署がある  部署名：  ・専用部署はないが担当者がいる  ・その他  （２）職：　　　　　氏名：  職：　　　　　氏名：  （３）整備済み・未整備  （４）　　年度：　　　　　件  　　　　　年度：　　　　　件 |

【ⅩⅣ　病床利用率】

|  |  |
| --- | --- |
| １．病院の病床利用率  ＜医療法施行規則第30条の30に規定する病床利用率＞  一般病床：８０％  療養病床：９３％  精神病床：９５％  結核病床：８９％ | 年度　　　　　　％  　　年度　　　　　　％ |
| ２．病床利用率が低い場合の対応策等  ※１：本欄については、病床利用率が医療法施行細則第30条の30に規定する病床利用率を下回っている病院のみ記載してください。  ※２：利用率が下回っている理由が、人間ドック及びＩＣＵ等の病床を有していることによるものである場合には、右の（２）及び（３）は記入不要です。 | （１）理由  （２）現在講じている対応策等  （３）今後の展望及び計画 |

【ⅩⅤ　検体検査】

|  |  |
| --- | --- |
| １．検体検査業務  （１）業務委託している検体検査とは別に、院内で検体検査を実施しているか。  　　※血清分離のみを行っている場合も有になります。  （２）病院が検体検査業務を他の医療機関等から受託しているか。  （３）業務の適正な実施に必要な基準  ※②遺伝子関連・染色体検査を行う場合に記入  （４）精度管理のための体制の整備等  （５）受託業務を適正に行う能力のある者の基準  ※③遺伝子関連・染色体検査を行う場合に記入 | （１）検体検査実施の有無（　有　・　無　）  　　　※有の場合は、別紙「臨床検査技師等に関する法律第二条の厚生労働省令に規定する業務とその検査項目の例」に実施している検査項目に〇を付けてください。  　　　※無の場合は終了になります。  （２）受託の有無　　（　有　・　無　）  　　　※無の場合は、（３）へ  　　　　有の場合は、（５）へ  （３）業務の適正な実施に必要な基準  ①検体検査の精度の確保に係る責任者  　　　医師又は臨床検査技師  　　（資格：　　　　　　　氏名：　　　　　　　　）  　②遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者  　医師、臨床検査技師又は相当の知識及び経験を有するもの  　　（資格：　　　　　　　氏名：　　　　　　　　）  （４）精度管理のための体制の整備等  ①内部精度管理の実施状況  　年　　回実施  ②外部精度管理の実施状況  　年　　回実施  （５）受託業務を適正に行う能力のある者の基準  　　①受託する業務の責任者  　　　医師又は検査業務に関し相当の経験を有する臨床検査技師  　　（資格：　　　　　　　氏名：　　　　　　　　）  　　※臨床検査技師の場合は指導監督医を選任している事  　　（指導監督医の氏名：　　　　　　　　　　　）  　②専ら精度管理を職務とする者  　　　医師又は臨床検査技師  　　（資格：　　　　　　　氏名：　　　　　　　　）  　③遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者  　医師若しくは臨床検査技師又は遺伝子関連・染色体検査の業務に関し相当の知識経験を有する者  　　（資格：　　　　　　　氏名：　　　　　　　　）  　　④従事者に対して適切な研修を実施しているか。  　　　年　　回実施 |

【ⅩⅥ　その他】

|  |  |
| --- | --- |
| １．劇物・毒物、血液、血液製剤等の管理部署  （１）劇物・毒物  　　※①薬剤部、検査部など  （２）血液  　　※①薬剤部、検査部など  　　　②3F検査室、手術室など  （３）血液製剤  　　※①薬剤部、検査部など  　　　②3F検査室、手術室、薬品保管庫など | （１）劇物・毒物  ①管理部署（払出部署）  　部署名：（　　　　　　　　　　　　　　）  （２）血液  ①管理部署（払出部署）  　部署名：（　　　　　　　　　　　　　　）  ②主な保管場所  　・  　・  　・  （３）血液製剤  ①管理部署（払出部署）  　部署名：（　　　　　　　　　　　　　　）  ②主な保管場所  　・  　・  　・ |

【ⅩⅥ　サイバーセキュリティの確保】

|  |  |
| --- | --- |
| １． サイバーセキュリティ確保のための必要な措置  （１）「『医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト』及び『医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～医療機関・事業者向けについて』について」(令和５年６月９日医政参発0609第1号)で示す「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」に必要な事項が記入されているか。  （２）インシデント発生時の連絡体制図が作成されているか。 | （１）実施の有無　　（　有　・　無　）  　実施日（　　　　　　　　　　　　）  ①管理部署  　部署名：（　　　　　　　　　　　　　　）  （２）インシデント発生時の連絡体制図の有無  　　（　有　・　無　） |