病院自主管理チェックリスト

病院

- I 人事関係
- Ⅱ 診療体制関係
- Ⅲ 個人情報取扱関係
- Ⅳ 管理関係
- V 給食関係
- VI 臨床検査関係
- Ⅲ 診療放射線関係
- Ⅲ 薬剤管理関係
- 区 医療機器管理関係

東京都保健医療局 医療政策部医療安全課

このチェックリストは、各病院において自主的な管理をしていただくことを目的として、「病院管理の手引」(令和7年3月東京都保健医療局医療政策部医療安全課発行)等に沿って作成しました。

質問項目ごとに「病院管理の手引」の対応ページを記載してありますので、このチェックリストに 沿って自己点検していくことにより、病院管理に必要な事項や改善すべき点がわかるようになっています。 なお、このチェックリストは「医療法第25条に基づく立入検査」の際にも使用し、検査日までに 改善した点等を確認させていただくとともに今後改善すべき点について一緒に考える資料としています。

〈チェックリストの見方と記載要領〉

【 I 】人事関係

項	П	標準数		琈	克	数	過△不足	充足率	備	考
块	П	际华奴	常	勤	非常勤	計	過口下足	%	VĦ	7
医師		5.032		1	実数 4 換算後 2.5	6.5	1.468	129.1		

「病院管理の手引」 I 医療従事者数 P3~P13を参考にしてください。

- (非常勤職員の常勤換算方法はP11~P12に記載してあります。)
- ※医療法施行規則改正により「**医師」のみ、**標準数、現在数ともに端数処理せずそのまま算定します。 表記上は小数点以下3桁又は4桁程度記入しください。

標準数の算出根拠に使用する患者数実績は、原則として「施設表(前年度3月31日現在)」に記入した数字を使ってください。

- ※立入検査当日は、必ず医療従事者名簿(当日提出書類)と、免許証写・タイムカード・給与台帳等により確認します。
 - 【Ⅱ】診療体制関係、【Ⅲ】個人情報の取扱い関係、【Ⅳ】管理関係、【Ⅴ】給食関係、
- 【Ⅵ】臨床検査関係、【Ⅶ】診療放射線関係、【Ⅷ】薬剤管理関係、【Ⅸ】医療機器管理関係
- ※ 口 はチェックボックスになっています。クリックすることでレ点の On/Off が可能です。

	院内掲示すべき事項が掲示されている。(刑事施設等は適用外)				
	日 管理者氏名 掲示 ロ ※原に従来する医師・振利医師氏名(微熱・非微熱問わずつリネ・/)				管理の 手引 P. 123
3	事項 一 砂擦に促争する医師・圏科医師氏石(吊動・非吊動向わりノルベーム)	いる	いない	非該当	P. 123 ★実地
	□ │ □ │ 診療日・診療時間 □ 建物の内部案内(図面、配置図)		╽╙		確認
	□ 入口・受付・待合所付近の見やすい場所への掲示				

上段:質問(検査)項目です。右の「いる」「いない」「非該当」のいずれかにロチェックしてください。

下段:質問(検査)項目に対する説明又はチェック事項(口がついているもの)及び聞きとり事項です。 口については該当するものに回チェックし、()内は具体的内容を記入してください。

「病院管理の手引」(令和7年3月東京都福祉保健局医療政策部医療安全課発行)の該当ページです。 記載の際の参考としてください。

また、「★実地確認」となっている項目は、立入検査の際に現場で確認させていただく項目です。

令和 年 月 日現在 病院名(管理者氏名 (【I】人事関係 記入者氏名: 記入者所属 医療従事者数 数 充足率 過△不足 項 Ħ 標準数 備考 勒 非常勤 計 0/6 医師 換算後 歯科医師 換算後 薬剤師 換質後 看護師計 換質後 看護師 換算後 准看護師 換算後 助産師 換算後 歯科衛生士 換算後 看護補助者 換算後 栄養士又は 換質後 管理栄養士 実 数 管理栄養士(再掲 換質後 実 数 診療放射線技師 換算後 宝 数 理学療法士 換算後 実 数 作業療法士 換算後 診療エックス線技能 有・無 有・無 有・無 臨床検査技師 衛生検査技師 有・無 臨床工学技士 視能訓練士 有・無 有・無 言語聴覚士 有・無 精神保健福祉士 有・無 義肢装具士 歯科技工士 有・無 臨床研修医 有・無 標準数の算定根拠に使う患者数実績は、原則として「施設表(前年度3月31日現在)」に記入した数字を使うこと。 雇入れ時の確認及び手続き 記入不要 職員の雇い入れ時は、関係書類の確認及び適切な手続きを行っている。 管理の手引 □ 免許証の原本確認 □労働契約の締結又は書面の交付等による労働条件の明示 いるいない P. 12~ 13, 123~ 1 (□有 人材派遣会社等からの医療従事者の派遣 (□有 □無) 医師、歯科医師、看護師等が行う医療関連業務の委託 3 就業規則、労働時間の把握等 記入不要 就業規則を作成し、労働基準監督署への届出を行っている。 年 月) □その他(条例・規則等) □ 就業規則(最終改訂 管理の手引 □ 労働基準監督署への届出 (□ 非該当) . 121~122 ・常時10人 1 いる いない 以上雇用している病院の場合 □ 始業・終業時刻、休憩時間、休日、休暇、賃金の決定、退職等に関する記 病院で定めた常勤職員の1週間の勤務時間数 (医師: 時間/週) 時間/週)(その他: 労働時間の把握、記録の作成を行っている。 □ 労働時間を適正に把握し、労働時間の記録を3年間保管している。 □ 医師不在の時間が生じていない。 2 いる いない □ 管理者は常勤である。 □ 毎月、勤務する医師が面接指導対象医師に該当するかの確認を行っている 就業上の措置を行っている。

有給休暇付与日数が10日以上の従業者に対して、1年以内に5日以上有給

いる いない

P. 122~123

3

休暇を取得させている。

4 医師の働き方改革									
	時間外・休日労働が月100時間以上となることが見込まれる医師(面接 指導対象医師)に対して、面接指導を実施している。								
	□ 時間外・休日労働時間が月100時間に達するまでの間に実施している。								
	□ 「長時間労働医師面接指導結果及び意見書」を作成し、5年間保存している。								
	~以下の項目が定まっている~	いる	いない	非該当	管理の手引 P.129~131				
	□ 面接指導の実施年月日 □ 面接指導対象医師の氏名	_	_	_					
	□ 面接指導を行った面接指導実施医師の氏名								
1	□ 面接指導対象医師の勤務の状況 □ 面接指導対象医師の睡眠の状況								
	□ 面接指導対象医師の疲労の蓄積の状況								
	□ その他面接指導対象医師の心身の状況								
	□ 面接指導実施医師の要件 ~以下の要件を満たしている~ □ 病院の管理者でない □ 医師の健康管理を行うのに必要な知識を修得させるための講習を	いる	いない	非該当	管理の手引 P.129~130				
	修了している								
	□ (管理者が指定した面接指導実施医師以外の面接指導実施医師により実施 している場合) □ 天地状境を表現する素素を無理者に提出している。	いる	いない	非該当	管理の手引 P.130				
	□ 面接指導を証明する書面を管理者に提出している 面接指導対象医師のうち、「長時間労働医師面接指導結果及び意見書」に								
	おいて「就業上の措置が必要」と判断された医師に対し、労働時間の短縮、 宿直の回数の減少その他の適切な措置を遅滞なく講じている。								
2	□ 面接指導実施医師意見に基づき、措置の要否や措置の内容について記載し、5	いる	いない	非該当	管理の手引 P.131				
	│								
	□ 就業上の措置を遅滞なく講じている								
	時間外・休日労働時間が月155時間を超えた医師に対し、労働時間短縮のために必要な措置を遅滞なく講じている。								
3	□ 労働時間短縮のために必要な措置の内容について記載し、5年間保存している	いる	いない	非該当	管理の手引 P.131				
	□ 労働時間短縮のために必要な措置を遅滞なく講じている								

1		960	労務管理対象機関の医師のうち、時間外・休日労働時間が年 時間超となることが見込まれる医師(以下特定対象医師)に対し、 もしくは代償休息を確保している。						
事前に予定された業務の開始時間から24時間が経過するまでに9時間			①宿日直勤務がない勤務日	いる	いない	非該当	管理の手引		
特							P.131~132		
本事前に予定された業務の開始時間から24時間が経過するまでに9時間									
事前に予定された業務の開始時間から24時間が経過するまでに9時間 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □			②9時間の継続した許可あり宿日直がある勤務日				**************************************		
事前に予定された業務の開始時間から46時間が経過するまでに18時間の継続した休息時間中にやむを得ない業務が発生した場合は、代償休息を確保している 18時間超の予定された業務に従事する場合 15時間を超えた予定勤務時間分について、次の業務の開始までに代償休息が付与されている 代償休息の時間とあわせて9時間の継続した休息時間が確保されている の課題 15時間を超えた予定動務時間分について、次の業務の開始までに代償休息を確保している の課題 15時間を超えた予定動務時間分について、次の業務の開始までに代償休息を確保している の課題 15時間の継続した休息時間中にやむを得ない業務が発生した場合は、代償休息を確保している の課題 15時間の継続した休息時間から24時間が経過するまでに9時間の継続した休息時間を確保している 15時間の継続した休息時間中にやむを得ない業務が発生した場合は、代償休息を確保している 15時間の継続した休息時間から24時間が経過するまでに9時間の継続した許可あり宿日直がある勤務日 事前に予定された業務の開始時間から24時間が経過するまでに9時間の継続した許可あり宿日直がある勤務日 15時間の継続した許可あり宿日直がある勤務日 15時間の継続した許可あり宿日直ではかるを得ない業務が発生した場 15は11・152 1531・153 1531・1531・153 1531・1531・1531 1531・1531・1531 1531		床 研		いる	I —	非該当			
計した			③許可なし宿日直がある勤務日						
18時間の継続した休息時間中にやむを得ない業務が発生した場合 は、代償休息を確保している ②15時間超の予定された業務に従事する場合 15時間を超えた予定勤務時間分について、次の業務の開始までに代		以		いる	いない	非該当	管理の手引 P.131~132		
4		の特							
15時間を超えた下を正動物時間がについて、次の業務の開始までに代償休息が付与されている 代償休息の時間とあわせて9時間の継続した休息時間が確保されている		対	④15時間超の予定された業務に従事する場合						
代償休息の時間とあわせて9時間の継続した休息時間が確保されている 9時間の継続した休息時間中にやむを得ない業務が発生した場合は、代償休息を確保している 1宿日直勤務がない勤務日	4	医							
□ 9時間の継続した休息時間中にやむを得ない業務が発生した場合は、代償休息を確保している □ 1宿日直勤務がない勤務日 □ 事前に予定された業務の開始時間から24時間が経過するまでに9時間の継続した休息時間を確保している □ 9時間の継続した休息時間中にやむを得ない業務が発生した場合は、代償休息を確保している □ 事前に予定された業務の開始時間から24時間が経過するまでに9時間の継続した許可あり宿日直がある勤務日 □ 事前に予定された業務の開始時間から24時間が経過するまでに9時間の継続した許可あり宿日直を確保している □ 9時間の継続した許可あり宿日直中にやむを得ない業務が発生した場 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	4		_	_		_	管理の手引 P.131~132		
□ 事前に予定された業務の開始時間から24時間が経過するまでに9時間の継続した休息時間を確保している □ 9時間の継続した休息時間中にやむを得ない業務が発生した場合は、代償休息を確保している ②9時間の継続した許可あり宿日直がある勤務日□ 事前に予定された業務の開始時間から24時間が経過するまでに9時間の継続した許可あり宿日直を確保している □ 9時間の継続した許可あり宿日直中にやむを得ない業務が発生した場□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □									
の継続した休息時間を確保している			9						
9時間の継続した休息時間中にやむを得ない業務が発生した場合は、代償休息を確保している				いる	いない	非該当	管理の手引		
定 ②9時間の継続した許可あり宿日直がある勤務日 □ 事前に予定された業務の開始時間から24時間が経過するまでに9時間の継続した許可あり宿日直を確保している □ 9時間の継続した許可あり宿日直中にやむを得ない業務が発生した場合 □ 事前に予定された業務の開始時間から48時間が経過するまでに24時間の連続した休息時間を確保している □ 24時間の継続した休息時間を確保している □ 24時間の継続した休息時間中にやむを得ない業務が発生した場合		特			_		P.101* - 102		
床		定	9 11 1 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11						
9時間の継続した許可あり宿日直中にやむを得ない業務が発生した場		床		いる	いない	非該当	管理の手引 P.131~132		
■ 事前に予定された業務の開始時間から48時間が経過するまでに24時間の連続した休息時間を確保している いる いない 非該当 管理の手引 いる いない 非該当 P.131~132 ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ ロ		修	A		l				
□ 間の連続した休息時間を確保している			③許可なし宿日直がある勤務日						
				いる	いない	非該当	管理の手引 P.131~132		

	【Ⅱ】 診療体制関係									
1	1 医療安全管理体制の整備 コスカスター									
	記入者所属: 記入者氏名: 記入者氏名: このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、		1		記入不要					
1	「医療に係る安全管理のための指針」に必要事項を記載している。 □ 当該病院における安全管理に関する基本的な考え方 □ 医療安全管理委員会その他の当該病院の組織に関する基本的事項 □ 従業者に対する医療に係る安全管理のための研修に関する基本方針 □ 当該病院における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針 □ 医療事故発生時の対応に関する基本方針 □ 医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針 □ (患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 □ (患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 □ (患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 □ (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考え方」やガイドライン等を参考に実施することを含む) □ ⇒導入している場合は【Ⅱ】診療体制関係「6高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供」も記載すること。 □ 本指針を従業者へ周知徹底を図っている。【下記周知方法を記載】 □ 全職員に配布 □ 全部署に配布 □ イントラネットシステム		いない	管理の手引 P. 14						
	□ 掲示 □ その他()									
	→ □ 医療安全管理委員会での変更(改訂)承認日(年 月 日)									
2	「医療安全管理委員会」を設置し、運営している □ 当該病院における安全管理に体制の確保及び推進のために設置している。 □ 委員会の管理・運営規程 □ 議事録の作成及び保存 □ 月に1回程度の開催 □ 患者の対応状況を含む重要な検討内容の管理者への報告 □ 各部門の安全管理のための責任者等で構成 □ 重大な問題が発生した際の臨時委員会の開催 ※委員会の構成員に医療安全管理責任者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者を含める。 □ 重大な問題その他委員会で取り扱うことが適当な問題発生時の速やかな原因究明調査・分析 □ 客観的な事実から構造的な原因を分析(個人の責任追及を行うものではないことに留意) □ 分析結果を活用した改善方策の立案及び実施並びに従業者への周知 □ 組織としての改善方策を情報共有 □ 背景要因及び根本原因を分析・検討 □ 改善方策の実施状況の調査及び必要に応じた当該方策の見直し □ 同様の事故等の発生状況確認 □ 委員会構成員の定期的巡回調査	ina □	いない	管理の手引 P.14						
	医療安全管理に関する研修を年2回程度定期的に実施している。									
3	□ 病院の全従業者を対象に実施 ※研修対象者数は非常勤を含めた病院の全従業者数とする。 研修目的 □ 従業者の医療安全意識、他の従業者と相互に連携して業務を行う意識		いない	管理の手引 P. 14~15						
	□ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・									
4	事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講じている。 (1) インシデント・アクシデントの報告制度を活用し、改善策を講じている。 □ 指針で定められた報告すべき事例の範囲・手順に従い事例の収集・分析 □ 全職種・全部門からの報告 (□ 医師からの報告)□ 医療安全管理委員会/部門への報告 □ 問題点の把握、組織的な改善策の企画立案□ 改善策の実施状況の評価及び情報共有 □ 背景要因・根本原因の分析□ 重大事故発生時の速やかな管理者への報告 □ 予期せぬ容態変化や合併症等の報告□ 1事例に対する複数の報告 □ 診療録や看護記録等に基づいた報告□ 日本医療機能評価機構から提供される「医療安全情報」を活用している。 □ 医療事故調査・支援センターから提供される「医療事故の再発防止に向けた提言」を活用している。 □ を療事故調査・支援センターから提供される「医療事故の再発防止に向けた提言」を活用している。 □ 報告件数(直近3か月) 月 月 月 インシデント(ヒヤリ・ハット)件件件件件件 件 クシデント 件 件 件 件 件	いる	いない	管理の手引 P. 15						
	□ 医療安全に係るマニュアルを整備し、職員へ周知を実施している。 □ 適宜内容の見直しを実施 □ 患者誤認防止策等、事故等の改善策を周知 画像診断報告書等の検査結果見落とし防止対策に係る組織的な伝達体制や確認体制を確立している。(画像診断報告書、病理診断報告書等を含む) □ 医師が重要所見を認知しやすくするための通知方法の工夫	いる	いない	管理の手引 P. 15						
	□ 報告書の未読・既読の管理 □ その後適切に対応されたかを組織的に確認できる仕組み	1	1							

[1 医療安全管理体制の整備]

	重大導	事故発生時の管理				
	(1)-1	1 重大事故発生時の体制を明確にしている。				
		□ 事故等発生時の院内外への報告・連絡体制 (夜間・休日を含む)			管理の手引	
	ĺ	□ (事故等)調査委員会の設置 □ 必要時外部委員の参加	いる	いない	P. 15	
	i	□ 事例に関する公表基準 □ 背景要因・根本原因の分析・検討				
	-	□ 患者・家族への対応・説明に関する方針				
		2 院内死亡及び死産の確実な把握のための体制の確保				
		幸院内における死亡及び死産事例が発生したことが秦院笙の無理者に潰瘍なく連めかに報生				
		□ する体制を整備している				
	(1)_3	3 医療事故調査制度について整備・理解し、運用している。				
		医療事				
	l	□				
		□ 医療事故調査・支援センターへ報告対象となる医療事故の定義について理解している。				
		「当該病院に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる				
		⇒ 死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして				
		厚生労働省令で定めるものをいう」(医療法第6条の10第1項)				
		□ 臨時医療安全管理委員会でセンターへ報告対象となる医療事故か否かの判断				
		□ 医療事故調査・支援センター報告に当たり、あらかじめ遺族に説明				
		□ 報告対象となる医療事故が発生した場合の遅滞ないセンターへの報告	1 . 7	いない		
		□ 速やかにその原因を明らかにするための必要な調査を実施				
		□ 医療事故調査・支援センターへの終了報告に当たり、あらかじめ遺族に説明				
		□ 医療事故調査が終了した場合の遅滞ないセンターへの報告				
	[□ 医療事故調査制度に関する正確な知識や理解を有している。				
		医療事故調査制度に係る研修(医療事故調査・支援センター及び支援団体が主催)へ業務に携わる				
	'	有のかなりり、例底の自理有句文語している。			管理の手引	
		※病院管理者の受講状況を下記に記載			P26~30	
5		受講研修名: 〔 〕 受講日: 〔 〕				
		研修開催機関名: □ 医療事故調査・支援センター				
	١.	□ 支援団体〔 〕				
	ا	□ 医療事故調査制度のポスター掲示やリーフレットの配置等、普及啓発を図っている				
		ポスター掲示場所: 〔 〕 〕				
		リーフレット配置場所:				
	(0)	手上も医療事物に治療しないで				
		重大な医療事故に適切に対応している。				
	I	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している				
		□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている				
	[□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 西書が判断するに当ちるでは当該事例に関わった医療従事者等からよる事情を聴取したる				
		□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したう				
		□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。	_	いない		
		□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。	いる □	いない		
		□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ 遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合)医療事故調査制度 □ に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明し	_			
		□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ 遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合)医療事故調査制度 □ に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。	_			
		□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ 遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合)医療事故調査制度 □ に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明し	_			
		□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ 遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合)医療事故調査制度 □ に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。	_			
		□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ 遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合)医療事故調査制度 □ に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無	_			
	(3) <u>3</u>	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ (遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合) 医療事故調査制度 □ に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 □ ある □ なし	_			
	(3) <u>3</u>	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ 遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合)医療事故調査制度に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 □ 前回の立入検査より後に起こった事例の有無 □ ある □ なし 登録分析機関(日本医療機能評価機構)へ必要な事故報告を行っている。 □ 特定機能病院及び事故等報告病院(※) □ 左記以外の病院(任意)	_			
	(3) <u>3</u>	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ (遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合) 医療事故調査制度 に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 □ 前回の立入検査より後に起こった事例の有無 □ 前回の立入検査より後に起こった事例の有無 □ ある □ なし 登録分析機関(日本医療機能評価機構)へ必要な事故報告を行っている。 □ 特定機能病院及び事故等報告病院(※) □ 左記以外の病院(任意)	_			
	(3) 圣	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ 遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合)医療事故調査制度 □ に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 □ 前回の立入検査より後に起こった事例の有無 □ 前回の立入検査より後に起こった事例の有無 □ ある □ なし ②録分析機関(日本医療機能評価機構)へ必要な事故報告を行っている。 □ 特定機能病院及び事故等報告病院(※) □ 左記以外の病院(任意) □ 特定機能病院、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構、国立研究開発法人国立がん研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立研究開発は、国工研究開			管理の手引	
	(3) 3	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ 遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合)医療事故調査制度に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 □ 前回の立入検査より後に起こった事例の有無 □ 前回の立入検査より後に起こった事例の有無 □ 市る □ なし ②録分析機関(日本医療機能評価機構)へ必要な事故報告を行っている。 □ 特定機能病院及び事故等報告病院(※) □ 左記以外の病院(任意) □ 特定機能病院、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構、国立研究開発法人国立がん研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター、国立研究開発法人国立日と素	いる	いない	維用のま 別	
	(3) 3	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ 遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合)医療事故調査制度に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 □ 前回の立入検査より後に起こった事例の有無 □ 前回の立入検査より後に起こった事例の有無 □ ある □ なし ②録分析機関(日本医療機能評価機構)へ必要な事故報告を行っている。 □ 特定機能病院及び事故等報告病院(※) □ 左記以外の病院(任意) □ 禁事で、「対し、「、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、			管理の手引	
	(3) 3	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ (遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合) 医療事故調査制度に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 □ 前回の立入検査より後に起こった事例の有無 □ 前回の立入検査より後に起こった事例の有無 ○ 首を機能評価機構)へ必要な事故報告を行っている。 □ 特定機能病院及び事故等報告病院(※) □ 左記以外の病院(任意) □ 大定機能病院及び事故等報告病院(※) □ 左記以外の病院(任意) □ 禁力を持定機能病院、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構、国立研究開発法人国立がん研究センター、国立研究開発法人国立研究開発法人国立研究開発法人国立研究開発法人国立研究開発法人国立可の関発法人国立研究開発法人国立の国際医療研究センター、国立研究開発法人国立成育医療研究センター及び国立研究開発法人国立長寿医療研究センターの開設する病院、学校教育法に基づく大学の附属施設である病院(病院分院を除く。) □ 病院管理者は、登録分析機関(日本医療機能評価機構)へ必要な事故報告を遅滞なく行っている。	いる	いない	管理の手引	
	(3) 3	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ 遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合)医療事故調査制度に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 □ (前回の立入検査より後に起こった事例の有無 □ (前回の立入検査より後に起こった事例の有無 □ (前回の立入検査より後に起こった事例の有無) □ ある □ なし ② 対析機関(日本医療機能評価機構)へ必要な事故報告を行っている。 □ 特定機能病院及び事故等報告病院(※) □ 左記以外の病院(任意) □ (※)該当する病院は報告義務 特定機能病院、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構、国立研究開発法人国立がん研究センター、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター、国立研究開発法人国立財際医療研究センター、国立研究開発法人国立成育医療研究センターの関設する病院、学校教育法に基づく大学の附属施設である病院(病院分院を除く。) □ 病院管理者は、登録分析機関(日本医療機能評価機構)へ必要な事故報告を遅滞なく行っている。発生から提出までに要した日数 平均 □ 日 (直近1年度)	いる	いない	管理の手引	
	(3) 3	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ (遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合) 医療事故調査制度 □ に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 □ (前回の立入検査より後に起こった事例の有無) □ ある □ なし ② 登録分析機関(日本医療機能評価機構)へ必要な事故報告を行っている。 □ 特定機能病院及び事故等報告病院(※) □ 左記以外の病院(任意) □ (※) 該当する病院は報告義務特定機能病院、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構、国立研究開発法人国立が心研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター、国立研究開発法人国立研究開発法人国立研究開発法人国立民寿医療研究センターの開設する病院、学校教育法に基づく大学の附属施設である病院(病院分院を除く。) □ 病院管理者は、登録分析機関(日本医療機能評価機構)へ必要な事故報告を遅滞なく行っている。発生から提出までに要した日数 平均 □ (直近1年度) 最短 □ 日 (直近1年度)	いる	いない	管理の手引	
	(3) 登	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ (遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合) 医療事故調査制度 に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 □ (前回の立入検査より後に起こった事例の有無 □ (前回の立入検査より後に起こった事例の有無 ○ (前回の立入検査より後に起こった事例の有無) □ ある □ なし ② 登録分析機関(日本医療機能評価機構) へ必要な事故報告を行っている。 □ 特定機能病院及び事故等報告病院(※) □ 左記以外の病院(任意) □ (※) 該当する病院は報告義務特定機能病院、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構、国立研究開発法人国立が心研究センター、国立研究開発法人国立研究開発法人国立研究開発法人国立研究開発法人国立研究開発法人国立研究開発法人国立の大学を除る。) □ 病院管理者は、登録分析機関(日本医療機能評価機構) へ必要な事故報告を遅滞なく行っている。発生から提出までに要した日数 平均 □ (直近1年度) 日 最長 □ 日 (直近1年度)	いる	いない	管理の手引	
	(3) (3) (3) (3) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 (前回の立入検査より後に起こった事例の有無 (前回の立入検査より後に起こった事例の有無 (前回の立入検査より後に起こった事例の有無 (前回の立入検査より後に起こった事例の有無) □ ある □ なし ② 登録分析機関(日本医療機能評価機構) へ必要な事故報告を行っている。 □ 特定機能病院及び事故等報告病院(※) □ 左記以外の病院(任意) □ (※)該当する病院は報告義務 特定機能病院、固立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構、国立研究開発法人国立がん研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター、国立研究開発法人国立成育医療研究センター及び国立研究開発法人国立長寿医療研究センターの開設する病院、学校教育法に基づく大学の附属施設である病院(病院分院を除く。) □ 病院管理者は、登録分析機関(日本医療機能評価機構)へ必要な事故報告を遅滞なく行っている。発生から提出までに要した日数 平均 □ (直近1年度) 日 最長 □ 日 最長 □ 日 分娩の安全な提供体制の構築 者所属: 記入者氏名:	いる	いない	管理の手引	
	(3) 3 4 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ (遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合) 医療事故調査制度 □ に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 (前回の立入検査より後に起こった事例の有無 (市田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田	いる	いない	管理の手引	
	(3) 3 4 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したう えで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ (遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合) 医療事故調査制度 □ に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 □ (前回の立入検査より後に起こった事例の有無) □ ある □ なし ② 登録分析機関 (日本医療機能評価機構) へ必要な事故報告を行っている。 □ 特定機能病院及び事故等報告病院(※) □ 左記以外の病院(任意) □ (※) 該当する病院は報告義務 特定機能病院、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構、国立研究開発法人国立がの研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立前障医療研究センター、国立研究開発法人国立商情で表示をセンター、国立研究開発法人国立衛育のをレター、国立研究開発法人国立長寿医療研究センターの開設する病院、学校教育法に基づく大学の附属施設である病院(病院分院を除く。) □ 病院管理者は、登録分析機関(日本医療機能評価機構)へ必要な事故報告を遅滞なく行っている。 発生から提出までに要した日数 平均 □ (直近1年度) 日 最長 □ 日 分娩の安全な提供体制の構築 者所属: 記入者氏名: 無痛分娩を実施している(実施できる体制である)。 ■該当する場合は	□ いる □	いない	管理の手引 P. 30	
6	(3) 智 無痛分音	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したう えで組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 □ (前回の立入検査より後に起こった事例の有無 □ (本記以外の病院 (任意) □ (※) 該当する病院は報告義務 □ (特定機能病院、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構、国立研究開発法人国立がん研究センター、国立研究開発法人国立研究開発法人国立研究関係を法人国立研究関係を法人国立の研究をセンターの開設する病院 (病院分院を除く。) □ 病院管理者は、登録分析機関(日本医療機能評価機構)へ必要な事故報告を遅滞なく行っている。発生から提出までに要した日数 □ 中 (直近1年度) □ 日 (直近1年度) □ 日 最長 □ 日 □ 日 最長 □ 日 □ 日 最長 □ 日 □ 分娩の安全な提供体制の構築 者所属: 記入者氏名: 無痛分娩を実施している(実施できる体制である)。 ■該当する場合は 別紙(「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」に基づく自主点検表)を記入		いない	管理の手引 P.30 非該当 管理の手引 P.26	
6	(3) (3) (4) (3) (4) (4) (4) (4) (5) (6) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえて組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 □ の立入検査より後に起こった事例の有無 □ ある □ なし ○ 登録分析機関 (日本医療機能評価機構) へ必要な事故報告を行っている。 □ 特定機能病院及び事故等報告病院(※) □ 左記以外の病院(任意) □ (※) 該当する病院は報告義務 「特定機能病院、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構、国立研究開発法人国立がの研究センター、国立研究開発法人国立日衛療器研究センター、国立研究開発法人国立成育医療研究センターの開設する病院、学校教育法に基づく大学の附属施設である病院(病院分院を除く。) □ 病院管理者は、登録分析機関(日本医療機能評価機構)へ必要な事故報告を遅滞なく行っている。 発生から提出までに要した日数 平均 日 (直近1年度)日 最長 日 最長 日 日 日 日	□ いる □	いない	管理の手引 P. 30	
6	(3) 3 4 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえて組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ (遺族等から医療事故が発生したのではないかという申出があった場合) 医療事故調査制度に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 □ (前回の立入検査より後に起こった事例の有無) □ ある □ なし ② 数分析機関 (日本医療機能評価機構) へ必要な事故報告を行っている。 □ 特定機能病院、図び事故等報告病院(※) □ 左記以外の病院(任意) □ (※) 該当する病院は報告義務 「特定機能病院、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構、国立研究開発法人国立研究制度、表述の研究センター及び国立研究開発法人国立研究開発法人国立研究用発法人国立研究用発法人国立研究用系法人国立研究制度、表述の研究センター及び国立研究用発法人国立研究用発法人国立研究用発法人国立研究用系法人国立研究用系法人国立研究用系法人国立研究用系法人国立研究用系法人国立研究用系法人国立研究用系法人国立研究用系法人国立研究用系法、国立研究用系法、国立研究用系法、国立研究用系法、国立研究用系法、国立研究用系法、国立研究用系法、国立研究用系法、国立研究用系法、国立研究用系法、国立研究用系法、国立研究用系法、国际研究、国际研究、国际研究、国际研究、国际研究、国际研究、国际研究、国际研究		いない	管理の手引 P.30 非該当 管理の手引 P.26	
6	(3) 3	□ 重大な問題が発生した場合は臨時医療安全管理委員会を開催している □ 速やかに原因究明の調査及び分析を行っている □ 医療事故調査制度に該当するかの判断を事例ごとに管理者が適切に行っている □ 管理者が判断するに当たっては当該事例に関わった医療従事者等から十分事情を聴取したうえて組織として判断している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ 医療事故調査制度への報告対象事例が発生した場合、適切に報告している。 □ に基づく事故に該当しないと判断した場合、遺族等に対してその理由をわかりやすく説明している。 □ 医療事故調査制度に該当する事例の有無 □ の立入検査より後に起こった事例の有無 □ ある □ なし ○ 登録分析機関 (日本医療機能評価機構) へ必要な事故報告を行っている。 □ 特定機能病院及び事故等報告病院(※) □ 左記以外の病院(任意) □ (※) 該当する病院は報告義務 「特定機能病院、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構、国立研究開発法人国立がの研究センター、国立研究開発法人国立日衛療器研究センター、国立研究開発法人国立成育医療研究センターの開設する病院、学校教育法に基づく大学の附属施設である病院(病院分院を除く。) □ 病院管理者は、登録分析機関(日本医療機能評価機構)へ必要な事故報告を遅滞なく行っている。 発生から提出までに要した日数 平均 日 (直近1年度)日 最長 日 最長 日 日 日 日		いない	管理の手引 P.30 非該当 管理の手引 P.26	

[1 医療安全管理体制の整備]

	医療安全管理責任者/安全管理者を配置している。	I				記入不要
	病院種別 □ 特定機能病院 □ 臨床研究中核病院	l				шугт
	医療安全管理責任者の職種〔 〕 氏名〔 〕					
	□ 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				然理の て31	
	医療機器安全管理責任者を統括している				管理の手引 P. 16	
	□ 医療安全、医薬品安全及び医療機器安全について、必要な知識を有する					
_	□ 副院長(同等のものを含む)のうち管理者が指名するもの					
7	□ 常勤職員であり、医師又は歯科医師の資格を有する					
	病院種別 (□ 臨床研修病院、歯科医師臨床研修施設 : 安全管理者)					
	安全管理者の職種〔 〕 氏名〔 〕	1				
	□ 医師、歯科医師、薬剤師又は看護師のいずれかの資格を有する			-15-24-44	管理の手引	
	(歯科医師臨床研修施設の場合は、歯科衛生士の資格でも可)	いる	いない	非該当	P. 25	
	□ 医療安全に関する必要な知識を有する					
	□ 安全管理部門所属 □ 安全管理委員会の構成員					
	(医療)安全管理部門を設置している。					
	病院種別 (□ 特定機能病院 : 医療安全管理部門)	1				
	(□ 臨床研究中核病院 : 医療安全管理部門)					
	【部門】〔名称: □ 組織に係る院内規程	1				
	□ 専従の医師、薬剤師及び看護師を配置した医療安全管理部門の設置					
	□ 専従者は常勤であり、8割以上を当該業務に従事					
	□ 構成員の医療安全管理委員会への出席					
	□ 歯科診療事案発生時の歯科医師が適切に関与できる体制	いる	いない	非該当	管理の手引 P.16	
	【業務】				r. 10	
	□ 医療安全管理委員会に係る事務(資料及び議事録その他庶務に関すること)					
	□ 医療事故等が発生した場合の診療録等の確認、患者・家族への説明、発生原因の究明の実施、その w 対点性にの変調 は 複調 は 思いまざく 従業者 この た 道					
8	他対応状況の確認と確認結果に基づく従業者への指導 □ 医療中央管理に係る連絡調整					
	│ □ 医療安全管理に係る連絡調整 │ □ 医療安全の確保のための対策推進					
	│ □ 医療女主の確保のための対象推進 │ □ 医療安全の確保に資する診療状況の把握・従業者の医療安全に関する意識の向上の状況確認					
	□ 区域女主の確保に負する砂塊状態の記述・従来者の区域女主に関する思慮の同工の状態確認 (平時からのモニタリング)					
	□ (T 時が 900 ピーグ) ファット 病院種別					
	部門〔名称: 組織に係る院内規程					
	【業務】					
	□ 安全管理委員会の庶務に関すること □ 診療録等の確認及び必要な指導	いる	いない	非該当	管理の手引 P. 25	
	□ 患者·家族への説明等事故発生時の対応の確認及び必要な指導				1.20	
	□ 事故等の原因究明が適切に実施されていることを確認及び必要な指導					
	□ 医療安全に係る連絡調整 □ 医療安全対策の推進					
	患者等からの相談に対応する窓口を設置している。					
1	病院種別 (□ 特定機能病院)					
	(□ 臨床研究中核病院					
	(□ 臨床研修病院、歯科医師臨床研修施設)					
	□ (特定機能病院)					
	患者からの安全管理に係る相談に適切に応じる体制の確保					
	□ (臨床研究中核病院)					
9	特定臨床研究に関し研究の対象者又はその家族からの相談に適切に応じる体制の確保	いる	いない	非該当	管理の手引 P. 21. 24.	
	□ (臨床研修病院、歯科医師臨床研修施設)				25	
	患者からの相談に適切に応じる体制の確保					
	□ 患者相談窓口の名称〔 〕 〕 〕 〕					
	□ 患者明示 (□ 窓口の趣旨 □ 設置場所 □ 対応時間 □ 担当者及び責任者)					
	→ 明示している場所: []]]]]]					
	□ 院内規程 (□ 対応職員 □ 相談後の取扱 □ 守秘義務 □ 管理者への報告)					
	□ 患者や家族等が相談を行うことにより不利益を受けないよう、適切な配慮がなされている。					

[※] 特定機能病院については、別紙「特定機能病院における安全管理等の体制」も確認してください。

特定機能病院における安全管理等の体制								
		\者所属:	記入者氏名:				記入不要	
	(1)	医療を受ける者に対する説明に関する責任者の						
			に関する責任者の配置					
		責任者氏名]			# TH O T T		
		医療の担い手が説明する際の同席者、標準的説明内	容、説明実施に必要な方法に	いる	いない	管理の手引 P. 16		
		関する規程作成						
		適切な説明に関する責任者の規程遵守状況の定期的						
		適切でない事例に対する指導及び当該事例の院内通	祖知・研修実施					
		診療録等の管理に関する責任者の選任状況						
				1.7	1,4	管理の手引		
		責任者氏名 〔	J	いる	いない	P. 16		
		責任者による診療録等の記載内容の定期的な確認	.tn . 环核中长	Ш	Ш			
	(3)	十分でない事例に対する指導及び当該事例の院内通 入院患者が死亡した場合等の医療安全管理部門						
		入院忠有が死亡した場合寺の医療女主官理部門 下記について、速やかに医療安全管理部門に報告し						
		おおいて、迷るがに医療女主管理部門に報告し、報告対象事例は医療等に起因するか否か、事例を予						
		a 入院患者が死亡した場合、死亡事実及び死亡前						
		a以外で、通常の経過では必要がない処置又は		いる	いない	管理の手引 P. 20-21		
		b 定める水準以上の事象が発生した場合、事象発		_		F. 20-21		
		a、bの場合、医療安全管理委員会に以下の業務を	·行わせている					
		□ 報告実施状況の確認及び確認結果の管理者への						
		□ 実施状況が不十分な場合、適切な報告のための						
	(4)	他の特定機能病院の管理者と連携した相互立入						
		年1回以上、他の特定機能病院に医療安全管理責任						
	_	立ち入らせ、医療安全管理改善のための技術的助言						
		直近1回の実施歴 〔 年 月	日 病院 〕					
		年1回以上、他の特定機能病院による従業者の立入	、りを受け入れ、技術的助言を					
特		受けている						
定		直近1回の実施歴 〔 年 月	日 病院 〕	いる	いない	管理の手引		
機		技術的助言には以下の事項が含まれている。				P. 21		
能		□ インシデントやアクシデントの報告・分析・改	收善策の立案、実施等の状況					
病 院		□ 医療安全管理委員会の業務の状況						
の		□ 医薬品等の安全使用体制の状況(医薬品安全管						
4		□ 高難度新規医療技術又は未承認新規医薬品等を	を用いた医療の提供の適否等を決定					
の =±		する部門の運用状況						
該当	/ E>	□ 監査委員会の業務の結果及び監査委員会からの	ル指摘への対応状況					
当 項	(5) !	特定機能病院における職員研修の実施						
目		医療法施行規則第9条の20の2第1項第12号に規定	でする職員研修を実施している					
		下記の事項を含んでいる	##11 □ T-18#10 □ ~ ~ ~ + 18 #15 ~ ~ -					
		□ 医療法施行規則第9条20の2第1項第1号から第 第2号及び第4号に掲げる事項	男 II 号及 () 第 I3 号 () 2 亚 () に第 15条 () 4 日					
		医療法第19条の2第2号に規定する監査委員会						
		□ 医療法第19条の2第2号に規定する監査委員会 (2)の意見の表明があった場合における当該意	ga つら原体肥口が別あり木の4男と方一 意見に関する事項	いる	いない	管理の手引 P. 21-22		
		_ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業	業者が連携及び協働して医療を提供するた	Ш	Ш			
		□ めに必要な知識及び技能であって、高度の医療						
		項 インシデント・アクシデント報告の流れ,医療安全						
		インシテント・アクシテント報告の流れ, 医療女宝 り上げている。	にほる共体的争例の以音束寺について取					
		研修実施後にe-learning等を活用して、研修実施後	・ との学習効果の測定を実施している					
		各責任者及び管理者のための研修の受講						
		管理者、医療安全管理責任者、医薬品安全管理責任	者及び医療機器安全管理					
		責任者に、医療安全管理に係る研修を定期的に受講	させている					
		直近の受講状況時期(年月日)	研修名	いる	いない	管理の手引		
		病院管理者		ເນ _ອ	いない	P. 22		
		医療安全管理責任者		_				
		医薬品安全管理責任者						
	/=:	医療機器安全管理責任者						
		事故の発生防止に係る第三者評価						
		評価実施年月日: 年 月 日		いる	いない	管理の手引 P. 22		
]	実施機関名: □ 一般病院3 □ JCI				1.22		
	(0)	第三者評価の結果と改善のための講ずべき内容につ 等理者が有する権限に係る世署	い、にホームペーンでの公表					
		管理者が有する権限に係る措置 ・ 等理者が有する権限(等理及び運営に必要な人事及	パ子質劫行権阻)の明確ル					
		管理者が有する権限(管理及び運営に必要な人事及 管理者をサポートする体制の充実・強化	、い / 昇秋1] 惟限/ の明唯化	いる	いない	管理の手引		
		官理者をサポートする体制の元夫・強化 病院の内部規程における副院長等の役割の明確化				P. 22~23		
		病院マネジメントを担う人員の育成						
							I I	

						_
	(9)	監査委員会の設置状況				
		監査委員会の設置 □ 開設者が設置している。	1			
		□ 3人以上の委員とし委員長及び委員の半数を超える数に利害関係がない				
		「利害関係がない」とは以下の条件をみたしている。				
		□ 過去10年以内に当該病院と雇用関係にない				
		□ 過去3年度の期間で年間50万円を超える額の寄付等を病院から受けていない				
		利害関係がない委員には、以下の者が含まれている				
		□ a 医療機関の医療安全業務従事経験者又は医療安全研究従事経験者又は				
		法律学専門知識に基づき教育・研究・業務実施者、その他学識経験者			管理の手引	
		□ b 医療を受ける者の立場から意見が述べられる者 (a以外)	いる	いない	P. 23	
		□ 年2回以上開催し、議事録を作成・保存している				
		─ 委員名簿及び委員の選定理由について、記載した書類を厚生労働大臣に提出及び公表を				
		している。				
		監査委員会の業務				
		□ (a)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について、				
		管理者等から報告を求め、必要に応じて自ら確認を実施している				
		□ (b)必要に応じた、開設者又は管理者に医療安全管理是正措置の意見表明				
		□ (a)、(b)の業務の結果につきホームページでの公表				
	(10)	管理者の業務が法令に適合することを確保するための体制				1
			1		45 TH = 7	
	_	内部規程の整備	いる	いない	管理の手引 P. 23	
	片	体制の構築のみならず、法令の順守状況を踏まえた取組の有効性の検証や見直し				
	(11)	開設者等による病院業務の監督に係る体制の整備				1
			-			
特		会議体の名称()				
定		□ 大学の理事会等と別に設置 □ 大学の理事会等とは別に設置していない	いる	いない	管理の手引 P. 23~24	
機		病院の管理運営の状況を点検する会議体を設置する場合、会議体の委員の半数を超える者は				
能		利害関係のない委員から選任している				
病	l_	※利害関係のない者とは監査委員会の規程に準じる				
院の	(10)	AMI DELEGICE CO				1
のみ	(12)	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				
の		受け付けるための窓口の状況				
該		窓口の設置窓口名称(
当		□ 開設者が設置している 設置部署 ()			管理の手引	
項		当該窓口に提供する情報の範囲、情報提供者を識別できないようにするための方策その他窓	いる	いない	P. 24	
自		口の設置に関し必要な事項を定めている				
		当該窓口及びその使用方法について従業者に周知している				
		情報提供者が単に情報提供したことを理由に不利益な取り扱いを受けることのないよう留意				
		し、適切な運用を行っている				1
	(13)	管理者の選任に係る項目	ļ			
		管理者に求める資質及び能力に関する基準の作成				
		□ 医療の安全の確保のために必要な資質及び能力				
		□ 医療安全管理業務の経験や患者安全を第一に考える姿勢及び指導力を含む				
		□ 組織管理能力等の当該病院を管理運営する上で必要な資質及び能力				
		□ 当該病院内外での組織管理経験を含む				
		上記基準の公表				
		管理者の選任に係る合議体の設置			管理の手引	
		□ 理事会等で委員を選定し、委員名簿及び委員の選定理由を公表	いる	いない	P. 15~16	
		□ 委員は5人以上とし、そのうち複数の者は当該病院と特別な関係があるもの以外				
		から選任				
		□ 管理者の選考結果、選考過程、選考理由及び委員の経歴を遅滞なく公表				
		「特別の関係がある」者は下記の条件をみたす				
1		□ 過去10年以内に開設者と雇用関係にある				
	1	□ 過去3年間一定額(50万円を基本)を超える寄付金・契約金等を開設者から受領				1
	1	□ 過去3年間―定額(30万円を基本)を超える寄刊金・実利金等を開設者がら支順 □ 過去3年間―定額(50万円を基本)を超える寄付を開設者に実施				1
				!		1
1	(1.1)					
		病院の管理・運営に関わる合議体の設置 ・ 病院の運営方針、 中期計画、 予算及び決算等の重要専項を行う企業体の記案	-			
1	(14)	病院の運営方針、中期計画、予算及び決算等の重要事項を行う合議体の設置				
		病院の運営方針、中期計画、予算及び決算等の重要事項を行う合議体の設置 合議体の名称 ()	,	,,4	管理の手引	
		病院の運営方針、中期計画、予算及び決算等の重要事項を行う合議体の設置 合議体の名称 (当該管理者並びに当該病院に勤務する医師、歯科医師、薬剤師及び看護師その他の者による	 いる □	いない	管理の手引 P. 22	
		病院の運営方針、中期計画、予算及び決算等の重要事項を行う合議体の設置 合議体の名称 () 当該管理者並びに当該病院に勤務する医師、歯科医師、薬剤師及び看護師その他の者による 構成(多職種で構成されるという趣旨)	いる □	いない		
		病院の運営方針、中期計画、予算及び決算等の重要事項を行う合議体の設置 合議体の名称 (当該管理者並びに当該病院に勤務する医師、歯科医師、薬剤師及び看護師その他の者による				

【Ⅱ】 診療体制関係								
2	院内感染予防対策の体制整備							
	記入者所属: 記入者氏名:				記入不要			
	「院内感染対策のための指針」に必要事項が記載されている。							
	□ 基本的な考え方 □ 委員会・組織に関する基本的事項							
	□ 従事者研修に関する基本方針 □ 院内感染発生時の対応に関する基本方針							
	□ 感染症発生状況の報告に関する基本方針 □ 指針の閲覧に関する基本方針							
1	□ その他院内感染対策の推進に必要な基本方針	l) A	いない	管理の手引				
'	周知方法			P. 31				
	□ 全職員に配布 □ 全部署に配布 □ イントラネットシステム	_						
	□ 掲示 □ その他()							
	策定・改訂							
	□ 院内感染対策委員会の議を経ている。最終改訂(年 月)							
	院内感染対策委員会が適切に開催・運営されている。							
	□ 委員会の管理・運営規程 □ 議事録							
	□ 月に1回程度の定期開催 □ 重大事案発生時の臨時開催							
	□ 各部門を代表する職員により職種横断的に構成							
	□ 診療部門 □ 看護部門 □ 薬剤部門 □ 事務部門							
	□ 臨床検査部門 □ 給食部門 □ 洗浄・滅菌消毒部門							
2	放射線部門・リハビリ部門等	いる	いない	管理の手引				
-				P. 31				
	□ 恒常的に欠席している委員がいない。							
	□ 重要な検討内容の管理者への報告							
	□ 各部署からの報告・現場への還元							
	│ □ 感染発生原因の分析·対策立案·周知							
	決定事項の周知方法()							
	□ 改善策実施状況の調査・見直し	┷						
	院内感染対策に関する研修を全従業者を対象に年2回程度実施している。							
	□ 全従業者を対象に実施(非常勤など含む) (全従業者数 名)							
	□ 全職員を対象に実施した直近2回の研修実施日および内容							
3	テーマ 対象者数 受講者数 受講率			管理の手引				
		4	いない	P. 31				
	年 月 名 名 9	텔 🗆						
	┃ □ 研修計画 □ 実施記録(開催日時・出席者・研修項目) □ 研修評価 □ ・							
	□ 研修内容の未受講者への周知確認方法()							
	□ 委託業者への実施・・周知方法(
	院内感染・病原体の発生状況を定期的に把握している。	-						
	┃ □ 院内感染発生動向・病原体検出状況を把握し、迅速に情報提供を行っている。							
١,	□頻度 (□週1回□ その他())	1,,,,		管理の手引				
4	│ □ 情報の管理部署を定め一元的に管理している。 │ ○ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆	Na	いない	P. 31				
	(部署:)							
	□ 院内部門間の感染症情報の共有体制							
<u></u>	┃ □ 情報を分析・評価し、迅速に対応策を講じている。							

[2 院内感染予防対策の体制整備]

	C					⇒1万亩
						記入不要
	□ 総合的なマニュアル □ 部門マニュアル)					
	□ 定期的な改訂 (最終改訂 年 月)					
	□ 各種手順書等への反映					
	□ 院内の周知方法 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □					
	□ 全職員に配布□ イントラネットシステム					
	□ その他()					
	標準予防策					
	□ 手洗い方法 □ 擦式消毒薬使用方法 □ 個人防護具					
	し □ 咳エチケット) 〕					
	□ 感染経路別予防策					
5	□ 接触感染予防策 □ 飛沫感染予防策 □ 空気感染予防策					
"	□ 職業感染防止対策					
	□ 針刺し事故発生時の対応 (□ B型肝炎 □ C型肝炎 □ HIV)					
	□ 疾患別感染症対策 ※作成している項目はカッコ内に記載	1.7	12+212		管理の手引	
		1	いない	,	P. 31~32	
	□ 院内感染の発生を疑ったときの院内外の報告・連絡体制(夜間・休日を含む)					
	□ 抗菌薬適正使用基準					
	□ リネン処理 □ 消毒薬剤の種類と使用方法					
	□ 患者環境の清潔管理法 □ 感染性廃棄物分別					
	□ 医療従事者の感染対策 (職員のウイルス抗体検査・ワクチン接種についての院内規定を含む)					
	□ アウトブレイク時の対策					
	□ アウトブレイクの院内定義					
	□ 初期対応(伝播拡大の予防等の拡大)					
	□ 疫学調査と対応					
	□ 行政(保健所等)への報告					
	□ 患者・家族・職員への情報提供					
	感染制御チームを設置している。					
	名称[ļ
	- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
	□ その他()					
	□ 組織に係る院内規定					
	□院内の定期的巡回	いる	いない		管理の手引 P. 32	
	巡回頻度 □ 週1回 □ 月1回 □ その他()				F. 32	
	□ 感染症患者の発生状況把握 □ 予防策の実施状況の評価					
	□ その他(
	・					
6	□ その他の活動 (
	地域との連携状況					
	□ 感染対策に係る診療報酬上の加算を取得している。					
	加算内容:					
	□ 感染対策について連携している病院	いる	いない		管理の手引 P. 32~33	
					7.02 00	
	│					
	- □ 地域の専門家に相談できる体制の整備 (相談先:)					
	「院内感染対策者」を配置している。					
						1
	病院種別 (□ 特定機能病院 □ 特定機能病院以外の病院)					
7		いる		非該当	管理の手引 P. 33	
7	病院種別 (□ 特定機能病院 □ 特定機能病院以外の病院)	いる □	いない	非該当		

	【Ⅱ】 診療体制関係								
3		≧管理体制の整備							
	記入者所属:	三三十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十	_	<u> </u>		記入不要			
1	□□ 業	() □ 医師 □ 歯科医師 □ 薬剤師 □ 看護師) □ 理委員会との連携 □ 配置に係る規定 □ との兼務はしていない □ 常勤職員である 品の安全使用のための業務に関する手順書の作成 者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施 手順書に基づく業務の実施(徹底のための措置を含む) 品の安全使用のために必要な情報等の収集(未承認・適応外・禁忌での使用の情報を含む) 品の安全使用を目的とした改善の方策の実施 □ のみ下記対象 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	いる 	いない	管理の手引 P. 33				
		項目の措置を適切に実施するための担当者の定め る医薬品の安全使用のための研修を実施している。							
2	内容 □ □ □ E 業 副 医 す の 日 及 び 同 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	品の有効性・安全性に関する情報、管理・使用方法に関する事項 手順書に関する事項 用等が発生した場合の対応に関する事項 安全、医薬品に関する事故防止対策、特に安全管理が必要な医薬品(要注意薬)等に関		いない	管理の手引 P. 33~34				
3	● □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	RT・順為/に関する事項 下薬品に関する検討	いる □	いない	管理の手引 P. 34				

		[3 医薬品の安全管理体制の整備〕(前ページの続き)					
ſ		□ 医薬品情報の収集・管理					
		□ 医薬品情報の収集・管理 □ 医薬品情報の提供					
		□ 各部門、各職種等からの問い合わせに対する体制整備					
		□ 未承認医薬品、適応外使用、禁忌患者群への医薬品使用に関する情報の収集・管理及び手順の整備					
		□ 他施設(医療機関、薬局等)との連携に関する事項					
		□ 情報の提供 □ 他施設からの問い合わせに対する体制整備					
		□ 情報の提供 □ 悒息級がらの間が日わらに対する体制を備					
		□ 在宅患者への医薬品使用 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □					
		□ 適正使用のための剤形、用法、調剤方法の選択 □ 患者居宅における使用と管理		いない			
		□ 在宅患者又は介護者への服薬指導 □ 患者容体急変時の対応体制					
		□ 重大な有害事象の予防・対応 (○薬剤特性の把握、○患者のモニタリング、○ハイリスク薬使用上の安全管理、 ○アナフィラキシーショック等重篤な副作用発生の防止、○緊急時体制の確立 等)					
		□ 事故発生時の対応 (○医薬品に関連する医療安全の体制整備、○事故発生時の対応、○事故後の対応、○報告書の記載、 提出、○院内での事故再発防止に向けた協議、○院内への再発防止、対策の情報伝達 等)					
		□ 教育・研修 (医薬品に関与する全ての職員に対する教育・研修の実施)					
		(○医薬品等のマスタ管理、〇情報システムの管理、〇患者情報の収集、記録、 □ 医薬品関連の情報システムの利用 ○処方・注射オーダの入力、〇情報システムを利用した警告やアラート、					
		こ					
	ŀ						
		手順書最終改訂(年 月 日) 					
		□ 医療安全管理委員会において協議したうえで作成又は変更を実施している。	いる	いない			
ļ		医療安全管理委員会承認日(年 月 日)]				
		医薬品安全管理責任者による業務の定期的な確認が行われている。					
	4	□ 業務が手順書に基づき行われていることを定期的に確認し、記録を作成している。	1 . Z	いない		管理の手引	
	4	直近の確認日(年 月 日)				P. 34	
		□ 処方から患者への与薬の段階までの業務について確認している					
ľ		医薬品の安全使用に必要となる情報の収集及び安全使用を目的とした改善方策を					
		実施している。					
	l	□ 医薬品の安全使用のための情報を収集している					
		収集先 □ 注意事項等情報等(添付文書) □ 製造販売業者					
		□ 学術誌 □ その他()					
		□ 得られた情報のうち必要なものは、当該情報に係る医薬品を取扱う従業者に迅速かつ確実に周知					
		している。					
		□ 院内で発生した副作用情報の収集・管理方法を定めている。					
		□ 製造販売業者等が行う医薬品の適正使用のために必要な情報の収集に協力している。					
		□ 保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときは、厚生労働大臣					
		(PMDA)に報告している。					
		□ 院内における未承認医薬品の使用、適応外使用、禁忌での処方状況等の情報を収集し、取扱う従					
		【未承認医薬品の使用、適応外使用、禁忌での使用がある場合】					
		□ 未承認新規医薬品等の採用・購入時の使用の妥当性確認					
		□ 関係学会のガイドライン等の科学的知見の確認					
		(科学的根拠が確立していない場合、有効性・安全性の十分な検証)					
	5	⇒未承認医薬品の使用がある場合は、【Ⅱ】診療体制関係「6高難度新規医療技術及び未承認新	いる	いない		管理の手引 P. 34~35	
		規医薬品等を用いた医療の提供」も記載すること。					
		□ ●特定機能病院のみ下記対象					
		(医療法施行規則第9条の20の2第1項第3号に規定する事項)					
		□ 医薬品安全管理責任者から指名された薬剤師等による、院内の医薬品の使用状況の定期的な					
		(月1回程度)確認、その結果を踏まえた医薬品安全管理情報の整理、必要に応じた医薬品					
I		安全管理責任者への報告					
		□ 医薬品安全管理責任者による院内全体への医薬品の適正使用のための注意喚起情報の周知、					
		指名された薬剤師等による周知状況の確認					
		□ 医薬品安全管理責任者による、医薬品情報の周知状況の確認の方法の定め、必要に応じた手					
		□ 順の見直し					
		□ 医薬品安全管理責任者から指名された薬剤師等による以下の業務					
I							
		□ 医師の処方した楽剤の使用が、木承認の医薬品の使用者しくは週心外又は禁忌等の使 用方法に該当するか否かの把握					
I		未承認の医薬品の使用若しくは適応外又は禁忌等の使用方法に該当する場合には、薬 「学的知見に基づき、必要に応じて処方した医師等に対する処方の必要性や論文等の根					
		□ 押い知見に基づさ、必要に応じて処力した医師等に対する処力の必要性や論文等の根 □ 拠に基づくリスク検討の有無、処方の妥当性等の確認					
I		たこと・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・					
I		上記2項の結果を踏まえた、必要に応じて処方した医師等に対する処方の変更等の提 案、及びその結果の医薬品安全管理責任者への報告					
ŀ							
I		麻薬等の管理体制	r	1	1		
I		【麻薬】					
I		□ 麻薬処方箋に必要な事項を記載している。					
I		(□ 麻薬施用者の記名押印又は署名 □ 麻薬施用者免許番号)					
		□ 麻薬管理者は、麻薬施用者の免許取得状況を確認・把握している。	L) Z	いない	非武业		
		麻薬管理者名 (非該当		
	6		_	-	_	毎頭のごコ	
	U					管理の手引 P. 138. 143~	
		□ 事故届、廃棄届、調剤済廃棄届を適切に届けている。				144	
I		□ 譲渡証を2年間保管している。	<u> </u>				
I		【覚醒剤原料】					
I		□ 覚醒剤原料の帳簿を作成し、適正に管理しているか。					
I		□ 事故届、廃棄届を適切に届けている。		いない			
I		□ 譲渡証を2年間保管している。	l				
ı		山 成灰皿でと十月小日している。		i	I		1

	Ⅱ】診	療体制関係								
4	医療機器の多	安全管理体制の整備	 備							
	記入者所属:		記入	【者氏名:						記入不要
	「医療機器安	全管理責任者」を配	記置している。							
	□ 責任者名	()		_					
	職種	│ □ 医師 □ 歯科		看護師						
		し□ 診療放射線技師		臨床工学技士 -	J					
		管理委員会との連携 **よの業務はしていた	□ 配置に係る規定 い □ 常勤職員である	_						
		者との兼務はしていな 管理する全ての医療機		0						
			(研 のた)姪 する機械器具等、身体の構造・ホ	継能に影響を及ぼす	機械器具等					
		ものを含む			100 100 HH 200 VI				管理の手引	
1		療材料、放射線関係機器	F			いる	いない		P. 35	
	· 医:	学管理を行っている患者	・ 背の自宅その他病院等以外の場	所で使用される医療	療機器					
	- 病	烷等に対して貸し出され	ιた(レンタル・リース)医療:	機器						
	業務 □	従事者に対する医療	機器の安全使用のための研修	§の実施						
		医療機器の保守点検の	の計画の策定及び適切な実施	Ē						
		(徹底のための措置:	を含む)							
			のために必要な情報等の収集							
			未届、適応外、禁忌・禁止で							
			を目的とした改善方策の実施 <u>終ま</u> 専作している	<u> </u>						
		療機器の導入時の研				-				
		有効性・安全性に関する事項 使用方法に関する事項								
		保守点検に関する事								
			ス 場合の対応(施設内での報告	- 行政機関への	報告等)に					
		関する事項			+K 🗆 😽 / 1 C					
		使用に関して特に法を	令上遵守すべき事項				いない	非該当		
	直近2回の		テーマ	対象部署・職種	受講者数					
	研修実施日	年 月			名					
	及び内容	年 月			名					
		いて当該医療機器の使用	用に携わる医療従事者等の従	業者を対象にして	いる。					
	│ □ 記録 │ □ 日時	□ 受講者氏名 □	研修項目 一 機器の名称	□ 実施場所等	1					
			習熟が必要と考えられる				 			
	定期的に行っ				0 9/19 C					
	病院種別(□ 特定機能病院	□ 特定機能	病院以外の病院)						
	対象医療機器								**************************************	
2		心肺装置及び補助循環	_	人工呼吸器					管理の手引 P. 35~36	
			除細動装置(AEDを除く) □							
	_		装置(直線加速器等) □	粒子線照射装直						
	□ 以別 □ その	線照射装置(ガンマナ	1 ノ寺/)		いる	いない	非該当		
		心 の実施(年2回程度)		,						
	直近2回の		テーマ	対象部署・職種	受講者数	1 –		_		
	研修実施日	年 月	•		名	1				
	及び内容	年 月			名	-				
						1				
		□ 受講者氏名 □	研修項目	□ 実施場所等)					
			記(1)(2)以外) の研修を				1			
	直近2回の		テーマ	対象部署・職種	受講者数					
	研修実施日	年 月			名		, , 4	4F=+ ···		
	及び内容	年 月			名		いない			
	□ 記録									
	(□ 日時	□ 受講者氏名 □	研修項目 一 機器の名称	□ 実施場所等)					

[4 医療機器の安全管理体制の整備]

	●特に保守点検が必要な医療機器						記入不要
		点検計画	実施記録 外部委託				
	□ 人工心肺装置及び補助循環装置		□□有□無				
	□ 人工呼吸器		□□有□無				
	□ 血液浄化装置		□□有□無				
	□ 除細動装置		□□有□無				
	□閉鎖式保育器						
	□医用X線CT装置						
	□ 直線加速器(リニアック)等						
	□ 診療用粒子線照射装置						
	□ 放射線照射装置(ガンマナイフ等)						
	□ MR I 装置						
	●その他保守点検が必要な医療機器						
	□ 輸液ポンプ		□□有□無				
	□ シリンジポンプ		□□有□無				
	□ 麻酔器(※人工呼吸器内蔵のもの)						
	□ 放射線関連機器(上記以外の一般撮影装置						
	医療機器の保守点検計画を策定してい						
	□ 保守点検計画の記載事項 □ 機器名					ATT	
3			引隔、条件等	いる	いない	管理の手引 P. 36~37	
	□ 保守点検計画は、注意事項等情報等((添付文書)	・取扱説明書等に記載されている方				
	法・頻度に従っている。		_				
	□ 保守点検計画は、保守点検が必要な医		羅している。				
	医療機器の保守点検を適切に実施して	いる。					
	□ 保守点検の実施状況を記録している。						
	保守点検記録記載事項						
	□ 医療機器名 □ 製造則	反売業名	□ 型式・型番・購入年				
	□ 保守点検の記録(年月日、	保守点検の	概要及び保守点検者名)				
	□ 修理の記録(年月日、修理	の概要及び	修理者名)				
	□ 上記以外の事項でも、医療機器の保守	点検を実施	する過程で得られた情報はできる限り				
	一 記録及び保存し、以後の医療機器の進			いる	いない		
	□ 保守点検計画に基づき、注意事項等情	報等 (添付	文書)・取扱説明書等に記載の方法・				
	頻度に従い行っている。						
	□ 医療機器安全管理責任者が、保守点検	状況等を把	握・評価している。				
	□ 医療機器安全管理責任者が、保守点検	計画の見直	しを行っている。				
		の保守点検	の実施状況等の記録を保存し、管理状				
	└ 況を把握している。						
	□ 保守点検記録は、適切な保存期間を定	め、適切に	保存している。				
	医療機器安全管理責任者が、医療機器	の特性を踏ま	まえつつ、保守点検の実施状況、使用状				
	□ 況、修理状況等を評価し、医療安全の観						
	に十分配慮した医療機器の採用に関する						
	医療機器の安全使用のために必要とな	る情報の収	双集及び医療機器の安全使用を目的				
	とした改善方策を実施している。		四ナ ク マルフ				
	□ 注意事項等情報(添付文書) · 取扱説						
	□ 医療機器の不具合情報や安全性情報等		業者等から一元的に収集し、院内の当				
	該医療機器に携わる者に周知している						
	□ 製造販売業者 □ 行政・PMDA	\	PMDAメディナビの活用				
	□ その他						
	□ 院内で管理している医療機器の不具合や	や健康被害等	等に関する、内外の情報を収集し、病院管				
	理者に報告している。						
	□ 院内で発生した不具合の報告ル・		_				
	□ いる。	使用のため	に必要な情報の収集に対して協力して				
4	不具合等の発生を知った場合に、保健	衛生上の危	害の発生又は拡大を防止するため必要	いる	いない	管理の手引 P. 37~38	
	□ があると認めるときは、厚生労働大臣	(PMDA) I	こ対して報告している。			1.07 00	
	□ 製造販売業者が注意事項等情報(添付						
		には、病院	管理者及び製造販売業者に報告し、適				
	切な対処等の情報を求めている。	佐体州の	佐田 海内は佐田 林ヨ サンマッケ				
	□ 院内における未承認・未認証・未届の 用状況等の情報を収集し、取扱う従業						
	一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一						
1	→【不承誌・不認証・不届の医療機器の例》 □ 未承認・未認証の高度管理医療						
1	□ 木承総・木総証の高度官理医療性 □ 関係学会のガイドライン等						
	□ 関係学会のカイトライン等 (科学的根拠が確立していない [‡]						
			生・女宝性の十分な検証/ 療体制関係「6高難度新規医療技術及				
							1

		Ⅱ】 診療体制関係					
5		診療用放射線に係る安全管理体制					
		記入者所属: 記入者氏名:		ı	ı -		記入不要
		 診療用放射線装置等の保有状況 □ 一般撮影 □ CT □ 結石破砕 □ マンモグラフィ □ 血管撮影 □ デンタル・パントモ □ ポータブル □ X線TV □ X線血液照射 □ 外科用イメージ □ 骨密度(骨塩定量) □ 核医学 □ その他() 「医療放射線安全管理責任者」を配置している。 	いる	いない	非該当		
	1	□ 職種 □ 放射線科医師 □ その他の科の医師 □ 歯科医師 □ 診療放射線科技師 □ 責任者名 () □ 常勤である。	いる	いない	非該当	管理の手引 P.38~39	
		□ 医療安全管理委員会との連携 □ 配置に係る規定			1	P. 38~39	
		□ (責任者が放射線技師の場合)常勤の医師又は歯科医師が放射線診療における正当 化・最適化を担保し、技師に対して適切な指示を行う体制を確保している。					
	2	「診療用放射線の安全利用のための指針」に必要事項が記載されている。 □ 診療用放射線の安全利用に関する基本的考え方 □ 放射線診療に従事する者に対する安全利用のための研修に関する基本的方針 □ 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 □ 放射線過剰被ばくその他事例発生時の対応に関する基本方針 □ 医療従事者と患者間の情報共有に関する基本方針 (患者等に対する当該指針の閲覧に関する事項を含む) □ 必要に応じた指針の見直し・改訂 (最終改訂日 年 月)	ເກる □	いない	非該当	管理の手引 P.39	
		診療用放射線の安全利用のための研修を対象者に年1回以上行っている。 対象者に実施 年1回以上実施					
		職種 医師/(うち放射線科) 放射線技師 薬剤師 看護師 その他 合計 対象者数 /() 0 ※対象者は以下を含んでいる。 医療放射線安全管理責任者 放射線検査を依頼する医師及び歯科医師 IVRやエックス線透視・撮影等を行う医師及び歯科医師 放射線科医師 放射線科医師 診療放射線技師 放射性医薬品等を取り扱う薬剤師 放射線診療を受ける者への説明等を実施する看護師等				毎 押の手引	
	3	□ 患者の医療被ばくの基本的な考え方に関する事項 □ 放射線診療の正当化に関する事項 □ 正当化に関する事項 □ 正当化に関する事項は医師又は歯科医師が講師・説明役を担当 ・ 患者の医療被ばくの防護の最適化に関する事項 □ 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 □ 患者への情報提供に関する事項			非該当	管理の手引 P.39	
		直近の 研修実施日 及び内容					
		放射線による被ばく線量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方策 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	いる	いない	非該当	管理の手引 P. 40	
		□ 行政・PMDA □ 学術誌・学会等 □ その他() 放射線による被ばく線量管理及び記録					
	4	放射線による被はく緑重官理及び記録 □ 管理・記録対象医療機器がある ⇒ [□ CT □ IVR □ 核医学] ※管理・記録対象医療機器がある場合は、下記の項目が対象となる。 □ ①被ばく線量記録を実施している。 記録方法 □ PACS □ HIS・RIS □ 照射録 □ 管理システム 線量記録の実施においては実施状況が外形的に明らかになるよう、出力形式や出力線量等を記録している。 □ ②被ばく線量管理を実施している。 □ 関係学会等の策定したガイドライン等を参考に、被ばく線量の評価及び最適化を実施している。(診断参考レベル〈DRLs〉との比較) □ 被ばく線量管理を年1回以上実施している。 □ 医療被ばくの線量管理の方法は必要に応じて見直している。 線量表示機能を有さない装置の場合、線量の計算等の代替手段を用いた診断参考レベルとの比較を実施している。 線量管理の実施においては、実施状況が外形的に明らかになるよう、日付、方	ns □	いない	非該当	管理の手引 P.39~40	

[Π]		診療体制関係					
6	高難	惟度	新規医療技術及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供					
			新規医療技術を用いた医療の提供 <u></u>					
	記入		所属: 記入者氏名:	•	1			記入不要
			接度新規医療技術を用いた医療を提供するにあたり、体制を整備している。					
	(特定機能病院 □ 特定機能病院以外の病院)	いる	いない	非該当		
			新規医療技術への該当性については、「高難度新規医療技術の導入にあたっての基本 方」(日本医学会)(https://jams.med.or.jp/news/043.html)参照					
			適否等を決定する担当部門の設置 部門 []					
		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	□ 経験・知識がある医師又は歯科医師を担当部門責任者として配置					
			□ 手術部門所属従業員を含めた構成					
			高難度新規医療技術評価委員会の設置					
			□ 関連のある診療科に所属する医師又は歯科医師、異なる診療科に所属する医師又は歯科医					
			師、医療安全管理部門に所属する医師又は歯科医師を含めた3名以上の医師又は歯科医師 を含めて構成					
			□ 提供の申出が行われた診療科の医師又は歯科医師は、当該申出の審査からは外れ、他の3					
			名以上の医師又は歯科医師により委員会を構成					
1	Ιп	従 当	者遵守事項・担当部門が確認すべき事項等を定めた規程の作成					
			診療科の長から担当部門への申出(術前カンファレンス等における検討後)				管理の手引 P. 17~19.40	
			担当部門の長による高難度新規医療技術の提供申し出内容の確認				,	
			担当部門の長から委員会に意見要求(提供の適否、実施を認める場合の条件等)	いる	いない			
			担当部門の長による委員会の意見を踏まえた提供適否等の決定と診療科への結果通知					
	Ιп	従 当	者の遵守状況の確認					
			お療科の長による全症例の定期的な報告、患者が死亡した場合その他担当部門が必					
			要とする場合の報告					
			担当部門の長による従業者の規定遵守状況の確認					
			□ 規程に基づく、手術記録、診療録等の記載内容の定期的な確認					
			□ 適正な手続きに基づく提供かどうか従業者遵守状況の確認					
			□ 患者が死亡した場合、その他必要な場合の従業者遵守状況の確認					
		Ш	担当部門の長から病院管理者への提供適否等決定・従業者遵守状況確認結果の報告					
			委員会での審査資料及び議事概要並びに従業員の遵守状況の確認記録の保存(審査 の日又は確認の日から5年間)					
			新規医薬品等を用いた医療の提供 <u> </u>					
	_		所属: 記入者氏名: 記入者氏名: おおおり はりまればしている			I		
		木月	・認新規医薬品等を用いた医療を提供するにあたり、体制を整備している。 特定機能病院 □ 特定機能病院以外の病院)	いる	いない	非該当		
			特定機能物所					
		ΙXΛ	□ 医薬品安全管理責任者又は医療機器安全管理責任者を責任者として配置					
			□ 複数診療科医師又は歯科医師を含めた構成					
			未承認新規医薬品等評価委員会の設置					
			□ 関連のある診療科に所属する医師又は歯科医師、異なる診療科に所属する医師又は歯科医					
			師、医療安全管理部門に所属する医師又は歯科医師を含めた3名以上の医師又は歯科医師、医療安全管理部門に配置された薬剤師を含めて構成					
			□ 使用の申出が行われた診療科の医師又は歯科医師は、当該申出の審査からは外れ、他の3					
			- 名以上の医師又は歯科医師により委員会を構成					
		従業	者遵守事項・担当部門が確認すべき事項等を定めた規程の作成					
2			診療科の長から担当部門への申出(当該未承認新規医薬品等の使用条件を規定後)					
			担当部門の長による未承認新規医薬品の使用申し出内容の確認				管理の手引 P. 19~20.40	
			担当部門の長から委員会に意見要求(使用の適否、使用条件等)	いる	いない			
			担当部門の長による委員会の意見を踏まえた使用適否・使用条件等の決定と診療科					
			への結果通知					
		従業	き者の遵守状況の確認					
			担当部門の長による従業者の規定遵守状況の確認					
			□ 規程に基づく、診療録等の記載内容の定期的な確認					
			□ 適正な手続きに基づく使用かどうかの従業者遵守状況の確認					
			□ 患者が死亡した場合、その他必要な場合の従業者遵守状況の確認 担当部門の長から病院管理者への使用適否・使用条件等決定・従業者員遵守状況確					
		Ш	認結果の報告					
			委員会での審査資料及び議事概要並びに従業員の遵守状況の確認記録の保存(審査					
		_	の日又は確認の日から5年間)					

	Ⅱ】 診療体制関係					
7	看護体制(別紙も記載すること。)					
	記入者所属: 記入者氏名:					記入不要
	病棟(病室)を適正に管理・運営している。					
1	□ 病棟(看護単位)定床数遵守 □ 病室定床数遵守		いない		管理の手引 P. 42	
	□ 病室として許可を受けた部屋に患者を収容している。					
	看護業務の遂行に支障をきたさず、労務管理上無理のない勤務体制を確保してい					
2	<u> ర</u> ం	いる	いない		管理の手引 P. 42. 43	
-	□ 1か月の夜勤回数 (平均 回/月 最高 回/月)				P. 42. 43	
	□ 夜勤明けの休暇確保 □ 休憩時間 (日中 分 ・ 夜間 分)					
	夜間救急体制が整備されている。					
	│					
3	夜間救急患者受入数 平均 人/日 ※直近前月ベースで記入	いる	いない	非該当		
"	夜間救急体制総人数 平均 人/日					
	(救急診療部門が単独である場合は当該部門のみの人数)					
	□ 患者来院時の初期対応手順の規定					
	□ 緊急時の応援体制(他科連携・オンコール等)が定められている。					
	看護研修等を計画的に実施している。					
4	研修年間計画 (□ 院内 □ 院外)	いる	いない		管理の手引 P. 45	
	□ 出席・欠席者の記録 □ 研修実施記録保管					

[I]	診療体制関係					
8	病核	東等管理					
	記入	【者所属: 記入者氏	〔 名:				記入不要
	構造	設備は、安全性等に配慮している。					
		ナースコールを患者ごとに設置している <pre>□ 床の段差・</pre>	への対策				
1		夜間の照明設備がある □ 手すり使用に支障がない		I.J.A.	いない		
'		ベッドの安全対策がとられている(高さ調節、ギャッチアップ、	ベッド柵)				
		浴室の安全対策がとられている(段差対策、手すりの設置など)					
		窓やベランダからの転落防止対策を講じている					
		療機器及び看護用具が適切に管理されている。					
		医療機器・看護用具は添付文書に則った使用している。					
		診療材料や滅菌物の使用期限管理を行っている。					
		医療機器・看護用品の洗浄・消毒・乾燥は決められた手順で行っ	っている。				
2		滅菌物や診療材料、衛生材料は衛生的に保管管理している。		いる	いない		
		手指衛生を適切に実施できる設備・備品を整備している。			Ů		
		必要な場所に個人防護具を設置している。					
		医薬品を適切に管理している。					
	_	患者の処置ケアにあたっては、必要な個人防護具を適切に着用	している。				
	院内	の清潔保持					
		病棟内設備・リネンの衛生管理を適切に行っている。					
	(1)				いない	管理の手引 P. 46	
		□ (洗浄場所、注射準備台、作業台、リネン庫等)					
		院内清掃が定期的に行われている。					
		内容	実施時期				
		│	□ 毎日				
		T 7 7 7 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	□ に1回				
		□ 使用中の医療用具(輸液ポンプ、心電図モニター、	□ 毎日				
	(2)	点滴架台等)の清拭	□ に1回	いる	いない	管理の手引	
	_/		□毎日			P. 46	
3		□ 病室の床清掃					
			□毎日				
		│ □ │水周り (手洗い場、流し台、汚物処理室、トイレ、浴室 │ など)の清掃					
		1 1177	□ に1回				
		□ 埃の堆積、著しい汚れの付着がない		_			
		医療廃棄物が適切に管理されている。					
		□ 廃棄物分別マニュアル (院内規定)を作成し、周知している	5 .				
		□ 感染性廃棄物容器の使用					
	(3)	□ 液状(赤) □ 固形状(橙) □ 鋭利物(注		いる	いない	管理の手引 P. 46	
	`	□ 廃棄物が飛散・流出しない容器に入れて廃棄物容器まで移				P. 40	
		□ 採血・注射時は手が届く場所に鋭利器材用の耐貫通性容器	を置いている。				
		□ 感染性廃棄物容器は八分目程度で交換している。					
		□ 医療廃棄物の移しかえを行っていない。					

	п]	診療体制関係					
9	看護	隻に関する業務基準、手順等の整備・活用					
	記入	、者所属: 記入者氏名:					記入不要
1		範囲を明確にし、遵守している。各職種の業務範囲・基準を明確にし、遵守している。助産師 □ 看護師 □ 准看護師 □ 看護補助者 (療養生活上の世話をする 職員を含む)	いる	いない		管理の手引 P. 44~45	
	(1)	看護手順書等を作成し、適切に業務を運用している。 □ 手順書は医療安全(事故、患者誤認、院内感染予防)を含む内容としている □ 内容を周知し、活用している。 □ 定期的に内容を見直している。最終改訂(年 月) 以下の診療の補助行為について看護師が実施している場合には手順を定めている □ 注射・採血・ライン確保 □ 静脈注射 □ 皮下注射 □ 筋肉注射(ワクチン接種も含む) □ 動脈からの採血 □ 動脈ラインの抜去および止血 □ カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為 □ 尿道カテーテル留置 □ 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの抜去 □ 皮下埋め込み式CVポートの穿刺 □ 胃管・EDチューブの挿入及び抜去 □ 手術部位(創部)の消毒 □ 鶏眼処置 □ 創傷処置 □ ドレッシング抜去 □ 抜糸 □ 軟膏処置	na □	いない			
2	(2)	□ 光線療法の開始・中止 事前に取り決めたプロトコールに基づく薬剤の投与、採血・検査の実施の手順を定めている。 □ 次の項目について手順書を定めている。 □ 薬剤の投与・投与量の調整 □ 採血・検査の実施 □ 手順書には次の項目が記載されている。 □ 対応可能な病態変化の範囲 □ 実施する薬剤の投与、採血・検査の内容及びその判断の基準 □ 対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等	いる □	いない	非該当	管理の手引 P. 44~45	
	(3)	静脈注射の実施基準、実施手順を定め、遵守している。	いる	いない			
	(4)	救急外来における医師到着前の看護師による採血・検査について手順を定めている。	いる	いない	非該当		
	(5)	血管造影・画像下治療(IVR) の介助について実施手順を定めている。 □ 看護師による血管造影・画像下治療の介助について実施基準を定めている。 (□ 造影剤の投与 □ 治療終了後の圧迫止血)	いる	いない	非該当		
3		師による特定行為を適切に運営している。 次の項目が記載された特定行為の手順書を定めている。 □ 患者の病状の範囲 □ 診療の補助の内容 □ 対象となる患者 □ 特定行為を行うときに確認すべき事項 □ 医療の安全を確保するための連絡が必要な場合の連絡体制 □ 特定行為を行った後の報告の方法 特定行為を実施する看護師の研修修了証を確認している。 特定行為を実施する前に知識及び技能に関して事前の確認を行っている。 特定行為研修の修了者であることが、患者、家族、医療関係者等に 分かるよう配慮している。	いる	いない	非該当	管理の手引 P. 45	

〇 病棟の看護体制等について 勤務時間(※時間を記載)

「二交替」の場合

①日勤 : ~ : ②夜勤 : ~ :

「三交替、変則二交替」等の場合

① : **~** : ② : **~** : ③ : **~** :

・検査前日(月日)の病棟の状況

<u>· 楨</u>	<u> </u>	(月	日)の非	病棟の状況				
	i棟名 ^{護単位毎)}	病床種別	定床数	患者数 (24時現在)	日勤勤務者数 (正看·准看+助手)	夜勤勤務者数 (正看·准看+助手)	勤務体制 (ニ交替・三交替等)	備考
					+	+		
					+	+		
					+	+		
					+	+		
					+	+		
					+	+		
					+	+		
					+	+		
					+	+		
					+	+		
					+	+		
					+	+		
					+	+		
					+	+		
					+	+		
					+	+		
					+	+		
	_	般病床	床	人	収容率	%		
	療	養病床	床	人	収容率	%		
小計	精	神病床	床	人	収容率	%		
	結	核病床	床	人	収容率	%		
	感染	於症病床	床	人	収容率	%		
	合	計	床	人	収容率	%		

- ※ 病棟日誌から転記してください。
- ※ 書ききれない場合は、別紙を使用するか看護管理日誌等、全病棟が一覧になったものの写しを添付してください。
- ※ 検査前日が休日等の場合は直前の平日の状況を記載してください。

	Ⅱ】 診療体制関係				
1 () 身体的拘束最小化				
	記入者所属: 記入者氏名:				記入不要
	身体的拘束最小化の指針を作成している。 □ 指針には切迫性・非代替性・一時性の要件が明記されている。 □ 身体的拘束を行った記録には、身体的拘束に至った患者の様子・実施時間・実施し				
(1)	□ 身体的拘束を行うに記録には、身体的拘束に至うに患者の様子・美地時間・美地した際の心身の状況・身体的拘束を行った止むを得ない理由が記載されている。 □ 身体的拘束を実施する場合の拘束用具を取り決めている。	いる	いない	非該当	
	□ 身体的拘束最小化チームを設置している。 □ 身体的拘束最小化チームは専任の医師及び専任の看護職員で構成されている。 □ 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に実施している。				
1 -	I 意思決定支援				
	記入者所属:記入者氏名:				記入不要
(1)	意思決定支援の指針を作成している。(該当の病棟または病床を有する場合) □ 意思決定支援の指針を作成している。 □ 指針に必要な項目を定めている。 □ 人生の最終段階における医療・ケアの在り方 □ 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続 □ 本人の意思の確認ができる場合 □ 本人の意思の確認ができない場合 □ 複数の専門家からなる話し合いの場の設置	いる	いない	非該当	

	I】 診療体制関係					
1 2	分野別安全管理体制(該当がある場合)					
	記入者所属: 記入者氏名:					記入不要
	枚急外来の診療体制が整備されている。					
1	□ 救急用医薬品・医療機器・診療材料の整備(使用可能な状態での管理)	いる	いない	非該当		
'	□ 清潔区域と不潔区域の区別					
	□ 感染性廃棄物容器の設置					
	新生児の管理が適切に行われている。					
	□ 新生児に対して必要な管理・及び看護体制がとられている。					
2	□ 外部からの入室に対する措置 ()	いる	いない	非該当	管理の手引 P. 43	
	□ 児の識別方法 ()					
	□ 火災等緊急時における避難方法 (
	オンライン診療に関する事項					
	記入者所属: 記入者氏名:					
	□ オンライン診療を実施している。					
	□ オンライン診療の適切な実施に関する指針に準じて実施している。					
١.	□ 診療計画の作成					
3	□ 診療計画の保存(オンライン診療による診療完結後2年間)				管理の手引	
	□ 初診については「かかりつけの医師」又は指針の要件を満たした上で実施してい	いる	いない	非該当	P. 54	
				Ш		
	□ オンライン診療のみで診療を完結していない					
	□ チャット機能のみを用いた診療行為をしていない					
	□ 実施する医師は厚生労働省が定める研修を受講している	<u> </u>	<u> </u>			

〔12 分野別安全管理体制〕

	輸血	療法等の安全対策・適正使用					
	記入	者所属: 記入者氏名:					
	(1)	 患者、家族へのインフォームドコンセントを十分に行っている。 □ 血液製剤(輸血用製剤、血漿分画製剤)使用の同意書 □ 血液製剤使用の必要性、危険性(副作用、合併症等)についての文書による説明 ●必要な項目 □ 輸血療法の必要性 □ 使用する血液製剤の種類と使用量□ 輸血に伴うリスク □ 自己血輸血の選択肢 □ 医薬品副作用被害救済制度・生物由来製品感染等被害救済制度と給付の条件□ 感染症検査と検体保管 □ 投与記録の保管と遡及調査時の使用 		いない	非該当		
		□ その他、輸血療法の注意点 輸血療法等の管理体制を整備している。					
4	(2)	□ 輸血療法委員会の設置 □ 委員会要綱 □ 委員会議事録 開催頻度 (□ 毎月 □ か月に1回)) □ 定期的な開催 輸血業務全般について実務上の監督及び責任を持つ医師(輸血責任医師)が任命されている 輸血責任医師名() 担当科() 〕 議事内容 輸血療法の必要性、血液製剤(血漿分画製剤を含む)の選択、輸血用血液の検査項目・検査術式の選択と精度管理、輸血実施時の手続き、血液の使用状況調査、症例検討を含む適正使用の推進の方法、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策、輸血関連情報の伝達方法、院内採血の基準や自己血輸血の実施方法	ns □	いない	非該当	管理の手引 P. 40~41	
		輸血実施手順書を整備している。					
	(3)	□ 輸血用血液製剤の保管管理 ※自己血輸血(貯血式、回収式、希釈式)含む □ 検査手順、血液製剤の出庫手順 □ 輸血指示・血液バッグ・患者の確認、照合方法 □ 輸血患者の観察(開始後5分間、15分後、終了時) □ 不適合輸血、副作用発生時の処置 □ 緊急時の輸血 □ 定期的な見直し 最終改訂 (年 月)	いる	いない	非該当		
	(4)	血液製剤の保管管理を適切に実施している。	1,2	124512	北 = 太 业		
	(+)	□ 輸血用血液専用保冷庫(自記温度記録計·警報装置)で保管 □ 血液専用保冷庫がない場合の管理方法(いない	手談 国		
	(5)	夜間・休日の血液型やクロスマッチなどの検査体制を整備している。 実施者: 医師 検査技師 その他() 検査技師の活用 当直体制 呼び出し その他()	いる	いない	非該当		
	(6)	定められた事項を記録し、20年間保管している。 記録内容 (製品名、製造番号又は製造記号、使用年月日、患者氏名、患者住所) 診療録とは別に、当該血液製剤に関する記録を作成している。 輸血用血液製剤だけでなく血漿分画製剤についても記録している。	いる	いない	非該当		

【Ⅱ】 診療体制関係								
1 3	13 帳票・諸記録の運用・管理							
	記入者所属: 記入者氏名:	_	ı			記入不要		
1	診療録 □ 住所 □ 氏名 □ 年齢 ☑ 性別 □ 病名及び主要症状 □ 処方及び処置の記載 □ 診療年月日		いない		管理の手引 P. 47			
	□ 診療ごとに記述した医師の署名 □ 保存(治療完結後 5 年)							
	入院診療計画書 □ 患者の氏名 □ 主治医以外の担当者 □ 病名 □ 症状							
2	□ 治療計画 □ 検査内容及び日程 □ 手術内容及び日程	いる	いない		管理の手引 P. 48			
	□ 推定される入院期間 □ 特別な栄養管理の必要性 □ 主治医氏名				1.10			
	□ 入院日から7日以内に患者又は家族に交付している							
	退院療養計画書							
3	□ 患者の氏名 □ 主治医以外の担当者 □ 予想される退院日 □ 退院後の治療計画 □ 退院後の療養上の留意点	いる	いない		管理の手引 P. 48			
	□							
	助産録							
	□ 妊産婦の住所 □ 氏名 □ 年齢 □ 職業 □ 分娩回数·生死産別							
	□ 妊産婦の既往疾患の有無・経過 □ 今回妊娠の経過・所見・保健指導の要領							
	□ 妊娠中医師による健康診断受診の有無 (□ 結核検査 □ 性病検査)							
4	□ 分娩場所·年月日時分 □ 分娩の経過·処置	いる	いない	非該当	管理の手引 P. 48~49			
'	□ 分娩異常の有無・経過・処置				P. 40~49			
	□ 児の数・性別・生死別 □ 児・胎児付属物の所見							
	□ 産じょくの経過・じょく婦、新生児の保健指導の要領							
	│ □ 産後の医師による健康診断の有無 □ 保存(5年) │ □ 分娩の進行管理は医師又は助産師が行っている							
	分娩の進行管理は医師文は助産師が行うといる 手術記録・麻酔記録							
	□ 手術室の管理及び各科の利用状況(手術室台帳)							
	□ 氏名 □ 年齢 □ 性別 □ 患者の病名							
5	□ 5 10 10 11 11 11 11 11	いる	いない	非該当	管理の手引 P. 50			
	□				F. 50			
	□ 器具・ガーゼ類の手術前後の確認							
	手術同意書							
	□ 手術説明書 ・手術概要 ・執刀者及び助手の氏名 ・危険性							
6	・実施しない場合の危険性及び合併症の有無・その他		いない	_	管理の手引 P. 50~51			
	□ 医師名 □ 患者氏名 □ 同意者署名·日付							
	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□							
_	看護記録	_			管理の手引			
7	□ 看護計画 □ 個人別看護記録 □ 体温表	いる	いない		P. 51			
	│ □ 記述した看護師の署名 │ │ 病棟日誌	-						
	1/1/17 日 m							
8	□ □ 定体数 □ 一 八加忠自数	いる	いない		管理の手引			
ľ	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □				P. 49			
	□ 「							
_	外出・外泊許可申請書		いない		管理の手引			
9	□ 主治医の許可 □ 出・帰院時間の確認 ☑ 出・帰院確認者の署名				P. 49~50			
	指示・処置簿の管理							
	□ 指示者名 □ 指示受者名 □ 実施者名				### o T 31			
10	□ 指示ごとに記名 □ 他の帳票等へ転記しないようにしている	I	いない		管理の手引 P. 50			
	□ 医師は、与薬に関する指示を行う場合、用量、用法、投与時間等、具体的な指示を 記載している。							
	記載している。							
11	医療関係職種や医師事務作業補助者による代行入力 「医師が最終的に確認し署名(又は電子署名)している	112	いない	非钛业	管理の手引			
''	□			非該自	P. 47			
	<u> 」 必要な知識を備える体制(既内</u> 研修等) 諸記録等を適切に保存している。							
	□ 紙で保存 □ 電子媒体で保存 (□ 原則全て □ 一部)	1						
	□							
	□ 真正性(故意または過失による虚偽入力、書き換え、消去及び混同を防止すること。				管理の手引			
12	│	いる	いない		官理の子51 P. 52~54			
	た、情報の内容を必要に応じて直ちに書面に表示できること。)							
	□ 保存性(法令に定める期間内、復元可能な状態で保存すること。)							

	【Ⅱ】 診療体制関係							
	14 医療関係職種の業務範囲							
		放射線技師の業務範囲 .者所属: 記入者氏名: 記入者氏名:					記入不要	
		3月77周 : 記八日八日 : 記八日 : 記八日 : 記 : 記 : 記 : 記 : 記 : 記 : 記 : 記 : 記 :			1			
	(1)	□ 医師との役割分担及び業務範囲を明確にしている。			非該当			
		下記業務について実施している。						
		[タスク・シフト/シェアが可能な業務]						
		□ 撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力等						
		□ 画像誘導放射線治療(IGRT)における画像の一次照合等						
		□ 放射線造影検査時の造影剤の投与、投与後の抜針・止血等						
	(2)	□ 血管造影・画像化治療 (IVR)における補助行為	いる	いない	非該当			
		□ 病院又は診療所以外の場所での医師が診察した患者に対するエックス線の照射						
		□ 放射線検査等に関する説明・同意書の受領						
		□ 放射線管理区域内での患者誘導						
		□ 医療放射線安全管理責任者						
		□ 手順書を作成し、定期的に内容を見直している。 最終改訂 年 月)						
		令和3年10月1日に追加された業務について実施している。				管理の手引 P. 154~155		
1		□ 造影剤を使用した検査や核医学検査のために、静脈路を確保する行為、核医学検査のために用いた放射性医薬品の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為						
		□ 核医学検査のために静脈路に放射性医薬品を投与するための装置を接続する行為、当該 放射性医薬品を投与するために当該装置を操作する行為						
		□ 動脈路に造影剤注入装置を接続する行為(動脈路確保のためのものを除く。)、造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為			非該当			
		□ 下部消化管検査のために肛門に挿入したカテーテルから造影剤及び空気を吸引する行為						
	(3)	□ 上部消化管検査のために鼻腔に挿入されたカテーテルから造影剤を注入する行為、当該 造影剤の注入が終了した後に当該カテーテルを抜去する行為						
		□ 定期的に内容を見直している。 最終改訂 (年月)						
		令和3年10月1日に追加された業務について、安全の確保を十分に図っている。						
		□ 実施する診療放射線技師の厚生労働大臣の指定する研修の修了証を確認している。						
		全診療放射線技師数 名 うち指定研修修了者数 名			-11- =4-11			
		□ 厚生労働大臣の指定する研修の全課程修了者が追加業務を実施している。 □ 能力や経験を踏まえ、必要な教育を行うとともに、医師による適切な指導監督体制の下	いる	いない	非該当			
		□ で実施している。 □ 実施する業務は、医師又は歯科医師の具体的な指示を受けて行っている。						

臨床検査技師の業務範囲 記入者所属:				
臨床検査技師の業務範囲について明確にしている。				
(1)	いる	いない	非該当	
下記業務について実施している。				
「タスク・シフト/シェアが可能な業務〕 □ 心臓・血管カテーテル検査、治療における直接侵襲を伴わない検査装置の操作				
□ 負荷心電図検査等における生体情報モニターの血圧や酸素飽和度などの確認				
□ 持続陽圧呼吸療法導入の際の陽圧の適正域の測定				
□ 生理学的検査を実施する際の口腔内からの喀痰等の吸引				
□ 検査に係る薬剤を準備して、患者に服用してもらう行為				
□ 病棟・外来における採血業務				
(2) 血液製剤の洗浄・分割、血液細胞(幹細胞等)・胚細胞に関する操作	いる	いない	非該当	
□ 輸血に関する定型的な事項や補足的な説明と同意書の受領				
□ 救急救命処置の場における補助行為の実施				
□ 細胞診や超音波検査の検査所見の記載				
□ 生検材料標本、特殊染色体標本、免疫染色標本等の所見の報告書の作成				
□ 病理診断における手術検体等の切り出し				
□ 画像解析システムの操作等				
│ □ 病理解剖 □ │ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □				
□ 定期的に内容を見直している。 最終改訂(年月)				
令和3年10月1日に追加された業務について実施している。	- TIII 📤			
□ 採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に接続されたチューブにヘパリン加生 塩水を充填する行為	上埋艮			
採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に点滴装置を接続する行為(電解質輸口 点滴を実施するためのものに限る。)	液の			管理の手引 P. 146~147
□ 直腸肛門機能検査 (バルーン及びトランスデューサーの挿入 (バルーンへの空気のを含む。) 並びに抜去を含む。))注入			
□ 持続皮下グルコース検査(当該検査を行うために機器の装着及び取り外しを含む。)			
□ 運動誘発電位検査(当該検査に係る電極(針電極含む。)の装着及び取り外しを含む。)				
□ 体性感覚誘発電位検査(当該検査に係る電極(針電極含む。)の装着及び取り外しむ。)				
□ 医療用吸引機を用いて、鼻腔、口腔又は気管カニューレから喀痰を採取する行為		いない	非該当	
□ 内視鏡用生検鉗子を用いて消化管の病変部位の組織の一部を採取する行為				
採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に血液成分採血装置を接続する行為、 (3) 血液成分採血装置を操作する行為並びに当該血液成分採血装置の操作が終了した後 針及び止血を行う行為				
超音波検査のために静脈路に造影剤注入装置を接続する行為、造影剤を投与するた 当該造影剤注入装置を操作する行為並びに当該造影剤の投与が終了した後に抜針及 血を行う行為(静脈路に造影剤注入装置を接続するために静脈路を確保する行為に ても、「静脈路に造影剤注入装置を接続する行為」に含まれる。)	び止			
□ 定期的に内容を見直している。 最終改訂(年 月)				
令和3年10月1日に追加された業務について、安全の確保を十分に図っている。				
□ 実施する臨床検査技師の厚生労働大臣の指定する研修の修了証を確認している。				
全臨床検査技師数 名 うち指定研修修了者数 名				
□ 厚生労働大臣の指定する研修の全課程修了者が追加業務を実施している。	lπ	いる いない 非該	非該当	
□ 能力や経験を踏まえ、必要な教育を行うとともに、医師による適切な指導監督体制 で実施している。	の下 □			
□ 実施する業務は、医師又は歯科医師の具体的な指示を受けて行っている。				

	臨床	工学技士の業務範囲					記入不要			
	記入	入者所属: 記入者氏名:								
	(1)	臨床工学技士の業務範囲について明確にしている。	いる	いない	非該当					
	(1)	□ 医師との役割分担及び業務範囲を明確にしている。								
		下記業務について実施している。								
	(2)	「タスク・シフト/シェアが可能な業務」 ○臓・血管カテーテル検査、治療時に使用する生命維持管理装置の操作 人工呼吸器の設定変更 人工呼吸器装着中の患者に対する動脈留置カテーテルからの採血 人工呼吸器装着中の患者に対する喀痰等の吸引 人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更 血液浄化装置を操作して行う血液、補液及び薬剤の投与量の設定及び変更 血液浄化装置のバスキュラーアクセスへの接続を安全かつ適切に実施する上で必要となる超音波診断装置によるバスキュラーアクセスの血管径や流量等の確保 全身麻酔装置の操作 麻酔中にモニターに表示されるバイタルサインの確認、麻酔記録の記入 全身麻酔装置の使用前準備、気管挿管や術中麻酔に使用する薬剤の準備 手術室や病棟等において術者に機材や医療器材を手渡す行為 生命維持管理装置を装着中の患者の移送	いる	いない	非該当					
		□ 定期的に内容を見直している。 最終改訂 (年月)								
3		令和3年10月1日に追加された業務について実施している。				管理の手引				
		□ 手術室又は集中治療室で生命維持管理装置を用いて行う治療における静脈路への輸液ポンプ又はシリンジポンプの接続				P. 180~181				
		□ 手術室又は集中治療室で生命維持管理装置を用いて行う治療における静脈路への薬剤を 投与するための輸液ポンプ又はシリンジポンプの操作								
		□ 手術室又は集中治療室で生命維持管理装置を用いて行う治療における静脈路への薬剤を 投与が終了した後の抜針及び止血								
		□ 血液浄化装置の穿刺針その他の先端部の表在化された動脈若しくは表在静脈への接続、 表在化された動脈若しくは表在静脈からの除去	-	いない	非該当					
		□ 生命維持管理装置を用いて行う心臓又は血管に係るカテーテル治療における身体に電気 的刺激を付加するための装置の操作								
	(3)	手術室で生命維持管理装置を用いて行う鏡視下手術における体内に挿入されている内視 □ 鏡ビデオカメラの保持、手術野に対する視野を確保するための当該内視鏡ビデオカメラ の操作								
		□ 定期的に内容を見直している。 最終改訂 (年月)								
		令和3年10月1日に追加された業務について、安全の確保を十分に図っている。								
		□ 実施する臨床工学技士の厚生労働大臣の指定する研修の修了証を確認している。								
		全臨床工学技師数名うち指定研修修了者数名	いる	いない	非該当					
		□ 厚生労働大臣の指定する研修の全課程修了者が追加業務を実施している。								
		□ 能力や経験を踏まえ、必要な教育を行うとともに、医師による適切な指導監督体制の下で実施している。								
		□ 実施する業務は、医師の具体的な指示を受けて行っている。								

	I	診療体制関係							
1 4	1 [医療関係職種の業務範囲							
	救急救命士								
	記力	【者所属: 記入者氏名:	_				記入不要		
		救急救命士の業務範囲について明確にしている。							
		□ 救急救命処置の実施に関する委員会を設置している							
		□ 委員会規程を定めている							
		委員会は以下のメンバーで構成されている							
		□ 救急救命処置を指示する医師 □ 医療安全管理委員会の委員							
		□ その他救急救命士に関する委員会の目的を達するために必要な委員							
)							
		□ 委員会の実施							
		議事録							
		i会で以下の規程を定めている		4					
	(1)	□ 救急救命処置に関する規程	いる	いない	非該当				
		実施する救急救命処置の範囲	\Box	I_{\Box}					
4		□ 勤務する救急救命士の要因の確認							
4		□ 範囲を超えた救急救命処置の実施が指示された場合の対応				管理の手引			
		□ 救急救命処置を指示する医師				P. 181~182			
		□ 規程及び当該救急救命処置を実施する救急救命士について周知している							
		□院内研修の運用に関する規程							
		□ 「□ チーム医療 □ 医療安全 □ 院内感染)を含む							
		│ □ 救急救命処置の実施状況に関する検証方法等に関する規程							
		(□検証方法 □検証回数 □検証実施者)等 □ 医療機関内で実施する救命処置以外の業務							
		□							
		こ 工品に うい C 見直しを行っている							
	(2)		いる	いない	非該当				
		□ 実施記録 (□受講者名 □受講日時 □で講項目) □ 保存(雇用する間)		Ш					
	(3)	救急救命処置の実施状況に関する記録を管理している	いる	いない	非該当				
1		□ 救急救命処置の実施状況に関する記録 □ 保存(5年)							
1	(4)	救急救命処置の実施に関する検証を実施している	いる	いない	非該当				
	(4)	□ 救急救命処置の実施後 □ 員会における検証 □ 検証の実施記録							

[I]	診療体制関係					
1 4	1 医	歴療関係職種に関する業務範囲					
	補助		市、そ	一の他	. (医	師事務	記入不要
	記入	· 者所属: 記入者氏名:		_			
		コメディカルの業務範囲について明確にしている。					
_		□ 歯科衛生士、歯科技工士					
		□ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	いる	いない	非該当		
5		│	L_{\Box}				
	(1)	□ 装具技師				管理の手引 P. 179~181	
		□ その他(医師事務補助等)【 】	-			-	
		タスク・シフト/シェアを進めるための教育・研修等を実施している。	-				
		□ 新たに担当する業務に必要な知識・技能の習得するための教育・研修を実施している。		いない			
	薬剤	師	•		•		1
	記入	.者所属: 記入者氏名:					記入不要
		薬剤師の業務範囲について明確にしている。					
		□ 医師との役割分担及び業務範囲を具体的に業務手順書等に定めている。					
		〔タスク・シフト/シェアが可能な業務〕 					
		□ 周術期における薬学的管理等					
		│ □ 病棟等における薬学的管理等 │ □ □ プロトコールの作成(プロトコールに基づく業務を実施する場合)					
		□ 代行入力後の医師の確認・署名(代行入力を行う場合)					
		□ 1011人力後の医師の確認・者石(1011人力を11) 7場百/ □ 事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等					
		□ プロトコールの作成					
		□ 代行入力後の医師の確認・署名(代行入力を行う場合)					
6	(1)	□ 薬物療法等に関する説明等	いる	いない	非該当		
		□ 医師への処方提案等の処方支援				管理の手引 P. 137. 141~	
		□ 糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導				143	
		□ 手順書等の内容を院内に周知して、活用している。					
		□ 定期的に内容を見直している。 最終改訂 (年月)					
		·					
		「プロトコール」:事前に予測可能な範囲で対応の手順をまとめたもの。					
		│□┆ □┆ □┆ □┆ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □					
		「代行入力」:医師が確認・署名等を行うことを前提に、医師以外の者が					
		これでは、					
		カフカ・シフトノシェアを進めるための数本・耳岐笠を中佐している					
	(2)	タスク・シフト/シェアを進めるための教育・研修等を実施している。 □ 新たに担当する業務に必要な知識・技能の習得するための教育・研修を実施している。	1.1.2	いない	非裁判		
	(2)	□ 柳バニーコニコッツ木切ール女のM呱 ̄ス肥V目付りつにWW我目‐柳修と大肥している。] →F M =		
Ь——							

	その他職種に関わらずタスク・シフト/シェアを進めることが可能な業務							
	記入	、者所属: 記入者氏名:					記入不要	
		業務範囲について明確にしている。						
		□ 医師との役割分担及び業務範囲を明確にしている。						
7	(1)		ıva □	いない	非該当			
	(2)	タスク・シフト/シェアを進めるための教育・研修等を実施している。 □ 実施する業務の知識・技能の習得するための教育・研修を実施している。	いる □	いない	非該当			

	Ⅲ】 個人情報の取扱い関係						
1	1 利用目的の特定・公表・不適正な利用の禁止						
	記入者所属: 記入者氏名:						
	個人情報の利用目的を特定し、公表している。			管理の手引			
1	□ 院内掲示 □ ホームページ □ その他()		いない	P. 56			
	□ 初診時・入院時に説明をしている。			★実地確認			
	利用目的には、以下の項目が含まれている。						
	□ 患者等に提供する医療サービス □ 医療保険事務			管理の手引			
2	□ 他の医療機関・介護事業者等との連携 □ 検体検査等の業務委託	1 _	いない	P. 56			
	□ 家族等への病状説明 □ 学生実習 □ 病院内における症例研究等			★実地確認			
	□ 医師賠償責任保険に関する保険会社等への相談・届出 □ 外部監査等						
	利用目的に関する同意について、院内掲示又は説明を行っている。						
	□ 利用目的の中で同意しがたいものがある場合、あらかじめ本人の明確な同意を得るよう			管理の手引			
3	病院に求めることができること。	_	いない	P. 63 ★実地確認			
	┃ □ その意思表示がない場合、同意があったものとして取り扱うこと。			★夫地傩祕			
	□ 上記の申し出の内容はいつでも変更可能であること。						
	 利用目的を変更する場合、その内容について院内掲示、本人通知を行っている。						
				管理の手引			
4	過去の変更·追加事例 □ 有 □ 無		いない	管理の子51 P. 57			
	有の場合 → □ 院内掲示又は本人通知を行った	╽╙					
	無の場合 → □ 利用目的の変更通知様式の整備	_					
	 不適正な利用の禁止						
5	1、過止なが用い赤止	L) Z	いない	管理の手引			
ľ	違法又は不当な行為を助長し、又は誘発するおそれがある方法により			P. 57			
	個人情報を利用していない。						
	· P A 密 明 性 手 学 						
2	安全管理措置、従業者の監督				記入不要		
2	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患				記入不要		
2	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。				記入不要		
2	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備				記入不要		
2	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備 ~以下の項目が定まっている~				記入不要		
2	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備 ~以下の項目が定まっている~ □ 利用目的の特定及び制限(個人情報を取り扱うに当たってのこと)				記入不要		
2	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備 ~以下の項目が定まっている~ □ 利用目的の特定及び制限(個人情報を取り扱うに当たってのこと) □ 利用目的の通知・公表(個人情報を取得するに当たってのこと)				記入不要		
2	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備 ~以下の項目が定まっている~ □ 利用目的の特定及び制限(個人情報を取り扱うに当たってのこと) □ 利用目的の通知・公表(個人情報を取得するに当たってのこと) □ 適正な取得 □ データ内容の正確性の確保 □ 管理・監督者				記入不要		
2	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備	_			記入不要		
1	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備		いない	管理の手引 P. 60	記入不要		
1	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備	いる	いない		記入不要		
1	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備				記入不要		
1	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備				記入不要		
1	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備				記入不要		
1	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備				記入不要		
1	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備				記入不要		
1	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備				記入不要		
1	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備				記入不要		
1	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備				記入不要		
1	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備 ~以下の項目が定まっている~ □ 利用目的の特定及び制限(個人情報を取り扱うに当たってのこと) □ 利用目的の通知・公表(個人情報を取得するに当たってのこと) □ 適正な取得 □ データ内容の正確性の確保 □ 管理・監督者 □ 委員会の設置 □ 個人情報漏えい等の場合の対応 □ 教育研修 □ 物理的安全管理措置 □ 技術的安全管理措置 □ 個人情報の廃棄 □ 委託先の監督 □ 個人データの第三者提供 □ 苦情対応 □ 保有個人データの開示手順を定めた規程の整備 ~以下の項目が定まっている~ □ 個人データの利用停止等 □ 開示手数料 □ システム管理規定の整備 ~以下の項目が定まっている~ □ 情報及び情報機器の院外持ち出し				記入不要		
1	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備				記入不要		
1	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備 ~以下の項目が定まっている~ □ 利用目的の通知・公表(個人情報を取り扱うに当たってのこと) □ 利用目的の通知・公表(個人情報を取得するに当たってのこと) □ 適正な取得 □ データ内容の正確性の確保 □ 管理・監督者 □ 委員会の設置 □ 個人情報漏えい等の場合の対応 □ 教育研修 □ 物理的安全管理措置 □ 技術的安全管理措置 □ 個人情報の廃棄 □ 委託先の監督 □ 個人データの第三者提供 □ 苦情対応 □ 保有個人データの開示手順を定めた規程の整備 ~以下の項目が定まっている~ □ 個人データの利用停止等 □ 開示手数料 □ システム管理規定の整備 ~以下の項目が定まっている~ □ 情報及び情報機器の院外持ち出し 周知方法 □ 院内掲示 □ ホームページ □ その他(個人情報保護に関し十分な知識を有する管理・監督者等を定めたり、個人情報保護の推進を図るための委員会等を設置している。	-		P. 60	記入不要		
1 2	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備 ~以下の項目が定まっている~ □ 利用目的の特定及び制限(個人情報を取り扱うに当たってのこと) □ 利用目的の通知・公表(個人情報を取得するに当たってのこと) □ 適正な取得 □ データ内容の正確性の確保 □ 管理・監督者 □ 委員会の設置 □ 個人情報漏えい等の場合の対応 □ 教育研修 □ 物理的安全管理措置 □ 技術的安全管理措置 □ 個人情報の廃棄 □ 委託先の監督 □ 個人データの第三者提供 □ 苦情対応 □ 保有個人データの開示手順を定めた規程の整備 ~以下の項目が定まっている~ □ 個人データの利用停止等 □ 開示手数料 □ システム管理規定の整備 ~以下の項目が定まっている~ □ 情報及び情報機器の院外持ち出し 周知方法 □ 院内掲示 □ ホームページ □ その他(面人情報保護に関し十分な知識を有する管理・監督者等を定めたり、個人情報保護の推進を図るための委員会等を設置している。 □ 個人情報保護に関し十分な知識を有する管理・監督者が定まっている	. I	いない		記入不要		
1	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □ 個人情報保護に関する規程の整備 ~以下の項目が定まっている~ □ 利用目的の特定及び制限(個人情報を取り扱うに当たってのこと) □ 適正な取得 □ データ内容の正確性の確保 □ 管理・監督者 □ 委員会の設置 □ 個人情報記い等の場合の対応 □ 教育研修 □ 物理的安全管理措置 □ 技術的安全管理措置 □ 個人情報の廃棄 □ 委託先の監督 □ 個人データの第三者提供 □ 苦情対応 □ 保有個人データの開示手順を定めた規程の整備 ~以下の項目が定まっている~ □ 個人データの開示 □ 保有個人データの訂正等 □ 個人データの利用停止等 □ 開示手数料 □ システム管理規定の整備 ~以下の項目が定まっている~ □ 情報及び情報機器の院外持ち出し □ 開知方法 □ 院内掲示 □ ホームページ □ その他 () 個人情報保護に関し十分な知識を有する管理・監督者が定まっている	-		管理の手引	記入不要		
1	個人情報保護に関する規程や保有個人データの開示手順を定めた規程を整備し、患者等に周知している。 □個人情報保護に関する規程の整備 ~以下の項目が定まっている~ □利用目的の特定及び制限(個人情報を取り扱うに当たってのこと) □適正な取得 □ データ内容の正確性の確保 □ 管理・監督者 □委員会の設置 □個人情報漏えい等の場合の対応 □教育研修 □物理的安全管理措置 □技術的安全管理措置 □個人情報の廃棄 □委託先の監督 □個人データの第三者提供 □苦情対応 □保有個人データの開示手順を定めた規程の整備 ~以下の項目が定まっている~ □個人データの開示 □保有個人データの訂正等 □個人データの利用停止等 □開示手数料 □システム管理規定の整備 ~以下の項目が定まっている~ □情報及び情報機器の院外持ち出し 周知方法 □院内掲示 □ホームページ □その他(固人情報保護に関し十分な知識を有する管理・監督者等を定めたり、個人情報保護の推進を図るための委員会等を設置している。 □個人情報保護に関し十分な知識を有する管理・監督者が定まっている □職: 氏名: □個人情報保護の推進を図るための委員会を設置している	. I	いない	管理の手引	記入不要		

3	個人データ漏えい等の問題が発生した場合に、二次被害防止、類似事案発生回避等の観点から必要な措置を講じている。 □ 報告連絡体制 □ 責任者・委員会等への報告 □ 患者への連絡 □ 個人情報保護委員会への報告 □ 東京都医療安全課への報告 「	us □	いない		管理の手引 P.60~62	
ſ	2 安全管理措置、従業者の監督〕					
4	従業者に対し、離職後も含めた守秘義務に関する責任を課している。 □ 誓約書 □ 就業規則 □ 雇用契約 □ その他() □ 実習生・ボランティア等にも課している	いる	いない		管理の手引 P. 60	記入不要
5	個人情報の取扱いに関する教育研修を実施している。 □ 定期的な研修(□ 全職員対象□ 受講者の把握□ 欠席者への対応) □ 「直近の開催年月日〕 年 月 日	いる	いない		管理の手引 P. 60	
6	 物理的安全対策 (施設・設備等) を講じている。 □ 個人データの盗難・紛失等を防止するため、以下のような物理的安全措置を行っている。 ~以下の項目が定まっている~ □ 入退館(室)管理の実施 □ 盗難等に対する予防対策の実施 (防犯カメラ設置、記録機器持込み管理等) □ 機器、装置等の固定等物理的保護 	いる	いない		管理の手引 P. 60	
7	技術的安全対策 (情報システム) を講じている。 □ 個人データの盗難・紛失等を防止するため、個人データを取り扱う情報システムについて、以下のような技術的安全措置を行っている。 ~以下の項目が定まっている~ □ アクセス管理の実施 (IDやパスワードによる認証等) □ アクセス記録の保存 □ 不正アクセス対策 (ファイアウォールの導入等) □ 不正ソフトウェア対策 (ウイルス対策ソフトの導入等) 個人データを廃棄する際は、適切な方法で廃棄している。 □ 紙媒体記録 → 焼却や溶解等で復元不可能な形にしている □ 情報機器 → 記憶装置内の個人データを復元不可能な形にしている		いない		管理の手引 P.60~61 管理の手引 P.61	
3	委託先の監督					記入不要
委託	法に対し必要かつ適切な監督を行っている。 個人情報を適切に取り扱っている事業者の選定 委託契約書への個人情報の適切な取扱いに関する内容の明示 □ 委託終了後の個人データの取扱い □ 再委託先事業者の個人情報の適切な取扱いを確認できるような契約上の配慮 受託者が個人情報を適切に取り扱っていることの定期的な確認 (再委託先への監督を含む) 再委託先が安全管理措置を講じていることの確認	iva	いない	非該当	管理の手引 P. 59	иол Г. Д.

4	個人データの取扱い				記入不要
	個人データを第三者に提供する場合、あらかじめ本人の同意を得ている。			管理の手引	
1	L □ 患者からの同意の取得を文書により行っている。	いる	いない	P. 62~65	
	□ 提供に係る記録を作成し、保存している。		╽╵╴╽		
	保有個人データに関する事項の公表等を行っている。				
	□ 個人情報取扱事業者名及び住所 □ 個人情報の利用目的				
	□ 利用目的の通知の手続 □ 開示の手続	l . <u>-</u>	l l	管理の手引 P. 66	
2	┃ □ 訂正等・利用停止等の手続 □ 安全管理のために講じた措置	いる	いない	★実地確認	
	 □ 開示に係る手数料の額 □ 苦情の申出先		╽╵╴╽		
	公表方法 □ 院内掲示 □ ホームページ □ 求めに応じて遅滞なく回答	İ			
	保有個人データの開示等の求めに応じる手続きを定めている。				
	□ 書面での請求(様式) □ 請求理由の記載を要求していない				
	┃ □ 本人又はその代理人の確認方法 □ 主治医の確認				
	┃ □ 委員会等での検討 □ 書面での回答				
	□ 遅滞なく開示している				
3	┃ ┃ (求めがあってから開示するまでに要する日数: 日程度)	いる	いない	管理の手引 P. 66, 68~69	
	□ 開示手数料は実費を勘案した合理的な金額としている			1.55,55	
	手数料:[円]				
	1				
	┣━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━━	·			
	非公開又は一部非開示の決定をした場合の手続きを定めている。				
١,	□ 委員会等での検討 □ 書面での通知(様式)	1 _	l . I	管理の手引	
4		いる	いない	P. 66	
	非開示・一部非開示件数 今年度 件 / 昨年度 件	_	╽╵╴╽		
,					
(4 個人データの取扱い〕				
	 個人データの内容の訂正、追加又は削除を求められた場合の手続きを定めている。				記入不要
	│ □ 書面での請求(様式) □ 本人又はその代理人の確認方法			**************************************	
5	│ □ 主治医の確認 □ 委員会等での検討		いない	管理の手引 P. 67	
	□ 書面での通知(様式) □ 訂正等を行わない場合の理由の説明		🗆		
	訂正等の請求件数 今年度 件 / 昨年度 件				
	訂正等を行わなかった件数 今年度 件 / 昨年度 件				
	個人データの利用停止又は消去及び第三者への提供停止を求められた場合の手続き を定めている。				
	□ 書面での請求(様式) □ 本人又はその代理人の確認方法	1			
6	□ 主治医の確認 □ 委員会での検討	いる	いない	管理の手引 P. 67~68	
	□ 書面での通知(様式) □ 利用停止等を行わない場合の理由の説明			1.07 00	
	利用停止等の請求件数 今年度 件 / 昨年度 件				
	利用停止等を行わなかった件数 今年度 件 / 昨年度 件				
5	個人情報に関する相談・苦情対応				記入不要
	情報の取扱いに関する苦情対応を行う窓口機能を整備している。				
対	応窓口	1			
部	署名	いる	いない	管理の手引 P.69	
ス	タッフ構成(職種等) ()))))			1.00	
	□ 苦情対応手順を定めている				
					L

ľ	Ⅳ】 管理関係					
1	防火・防災体制					
	記入者所属: 記入者氏名:					記入不要
1	防火管理者及び防災管理者を定め消防署へ届出を行っている。 「防火管理者」 職 () 氏名 () 選任 □ 変更) 「直近の届出〕 年 月 (□ 選任 □ 変更) 「防災管理者〕職 () 氏名 () □ 非該当 「直近の届出〕 年 月 (□ 選任 □ 変更)	เง ธ	いない		管理の手引 P. 70, 74	
2	消防計画を作成(変更) し消防署へ届出を行っている。 「直近の届出] 年 月 (□ 作成 □ 変更) 帰宅困難者に関する事項 [□ 有 □ 無]	いる	いない		管理の手引 P. 71	
3	 避難訓練及び消火訓練(各々年2回以上)を実施している。 [直近1年間の訓練実施状況] 	เงล 🗆	いない		管理の手引 P. 72~73	
4	消防用設備等の法定点検及び報告を行っている。 [直近1年間の点検実施状況] 総合点検 (1年に1回) 年月 (1時で1回) 実施記録保管(点検報告書) 機器点検 (6月に1回) 年月 (1時間) 実施記録保管(点検報告書) 非常用電源の点検 (月に1回) 年月 (1時間) 無 (1時間) 非常用電源の点検 (日本) 1時間 無 (1時間) 不良箇所の改修 (1時間) 済 (1時間) 未改修 (1時間)	- เกล	いない		管理の手引 P. 73~74	
5	消防署の立入検査の指摘事項について改善を行っている。 「直近の立入検査」 年 月 日 主な指摘事項 () □ 立入検査の結果通知書保管 □ 改善状況報告書提出・保管	いる	いない			
6	BCPや災害時の患者搬送計画の作成をしている。 □ BCPの作成 □ 患者搬送計画の作成	いる	いない		管理の手引 P. 76	
7	水防法等に基づき、避難確保計画の作成等を行っている。 対象医療施設(区市町村地域防災計画に定められた洪水等の浸水想定区域内 又は土砂災害警戒区域内の要配慮者利用施設) 避難確保計画の作成 (□ 区市町村長への報告) 避難確保計画に基づく訓練の実施 (□ 区市町村長への報告)	いる □	いない	非該当	管理の手引 P. 76~77	
2	施設・設備管理及び衛生管理					
	- 記録・設備管理及び開生管理 記入者所属: 記入者氏名: 記入者氏名:					記入不要
1	医療ガス安全管理委員会を設置し、定期的(年1回以上)に開催している。また、医療ガスの安全管理に関する研修を定期的(年1回以上)実施している。 「医療ガス安全管理委員会] □開催頻度(年回)□議事録 □常勤の麻酔科医の委員[□有□無□該当者なし〕 「直近の開催年月日]年月日 「医療ガスの安全管理に関する研修] □開催頻度(年回)□実施記録 「直近の開催年月日]年月日 医療ガス設備の保守点検を実施している。 □日常点検(□点検記録)□非該当 □定期点検(年回)□非該当 「直近の実施年月日]年月日 業者名()	いる □	いない		管理の手引 P.81~85	記入不要
2	自家用電気工作物の保守管理を実施している。 □ 保安規程 □ 年次点検 [直近の実施年月日] 年 月 日 □ 月次点検 (年 回) 業者名 () □ 非常用自家発電機の点検 業者名 () □ 非常用自家発電機の負荷試験 [直近の実施年月日] 年 月 日 □ 非常用自家発電機の設置なし		いない	非該当	管理の手引 P. 80	

[2 施設・設備管理及び衛生管理]

	昇降機の定期点検(年1回)を実施している。					記入不要
3	昇降機の設置基数 (基)	112	いない		管理の手引	
3	□ 定期点検(年 回) 業者名()				P. 78	
	□ 特定行政庁への点検結果報告					
	冷却塔使用におけるレジオネラ症発生防止対策を実施している。					
	□ 清掃·完全換水(年 1 回以上)					
	「直近の実施年月日」 年 月 日					
	業者名()					
4	□ 水質検査結果(レジオネラ属菌)(年1回以上)	いる	いない	非該当	管理の手引 P.85~87	
	「直近の実施年月日〕 年 月 日 業者名 ()					
	^{未有有} (
	□ 清掃・消毒等対策済(基準値未満)					
	□ 使用期間中の毎月点検					
	給水設備の維持管理					
	専用水道について水質検査等衛生上の措置を行っている。				管理の手引	
	□ 水道事務月報の提出(保健所)				P. 87~88	
	□ 定期的水槽清掃		いない	非該当	居住人口101	
	〔直近の実施年月日〕 年 月 日				人以上又は 一日最大給	
	業者名(水量20㎡超	
	簡易専用水道について水質検査等衛生上の措置を行っている。					
	□ 登録検査機関の検査(年1回以上)				管理の手引	
	日 [直近の実施年月日] 年 月 日				P. 87~88	
5	業者名()		いない	非該当		
5	□ 定期的水槽清掃(年1回以上) □ 〔直近の実施年月日〕 年 月 日				有効容量 10㎡超	
	【					
	小規模貯水槽水道・小規模給水施設について水質検査等衛生上の措置を行って					
	いる。				管理の手引 P.87~88	
	□ 水質検査 (年1回以上) ※ 特定飲用井戸等の設置者に限る。					
	[直近の実施年月日] 年 月 日	1.7	いない			
	業者名(手談 三	専用水道·簡 易専用水道	
	□ 定期的水槽清掃(年1回以上)				以外	
	〔直近の実施年月日〕 年 月 日					
	業者名()					
	ねずみ及び昆虫等の調査及び防除を定期的(半年に1回)に実施している。					
6	□ ねずみ(生息調査 年 回 実施 • 駆除 年 回 実施) 業者名()	1.7	1.+.1.		管理の手引	
0	未有名 (いない		P. 91	
	□□ 比 虫(生总调宜 中 回 吴旭					
	施設内での受動喫煙防止対策を進めている。	いる	いない		管理の手引	
7	□ 敷地内全面禁煙 □ 特定屋外喫煙場所の設置 (場所:)				P. 91~92 ★実地確認	
	アスベスト (石綿)対策を実施している。					
	□ 平成8年度以前に竣工した建築物等を有している。					
	□ 吹付けアスベスト (石綿)等の使用実態調査の実施					
	〔実施方法〕 □ 設計図書等による確認 □ 分析調査					
	〔実施年月日〕 年 月 日			非該当	管理の手引 P. 79	
	[実施結果] 吹付けアスベストの使用の有無 [□ 有 □ 無]					
	□除去等の措置の状況					
8	(□ 除去 □ 囲い込み・封じ込め □ 未実施 □ 暴露の恐れなし)					
	□ 平成18年8月31日以前に新築の工事に着手した建築物等を有している。					
	□ アスベスト(石綿)含有保温材等(※)の使用実態調査の実施 ※調本対象建せ、保温せ、耐火被悪せ、煙突用断熱せ					
	※調査対象建材:保温材、耐火被覆材、煙突用断熱材 「実施方法」 □ 設計図書等による確認 □ 分析調査					
	「実施力法」 □ 設計凶書寺による唯総 □ 分析調宜 「実施年月日] 年 月 日			非該当	管理の手引 P. 79	
	【					
	□ 除去等の措置の状況					
	(□ 除去 □ 囲い込み・封じ込め □ 未実施 □ 暴露の恐れなし)					

3	感染性廃棄物等 例	<u> </u>							
	記入者所属:		記入者氏名:						記入不要
	特別管理産業廃棄	物管理責任者を設置し届	出を行っている。						
1	〔管理責任者〕 職	() 氏名	()	いる	いない		管理の手引 P. 96	
	□ 都環境局への届	出			Ш				
	感染性廃棄物の保存	管場所は、立入を制限し	適切な管理を行っている。						
	□ 縦及び横それぞ	れ六十センチメートル以上	の掲示						
	□ 特別	管理産業廃棄物の保管場所	である旨					管理の手引	
2	□ 保管	する特別管理産業廃棄物の	種類		いる	いない		P. 98~99	
	□ 保管	場所の管理者の氏名又は名	称及び連絡先					★実地確認	
	□ 他の廃棄物と区	☑別して保管 □ 関係	者以外の立入制限(施錠等)						
	□ 回収容器のバイ	オハザードマーク等(感染	性廃棄物である旨)の表示						
	感染性廃棄物を委託	託処理する場合、契約を	適正に締結している。						
	収集運搬業者名		□ 収集運搬業許可書の添付						
3	以未建版未有石		□ 最終運搬場所に関する記	載		いない		管理の手引 P. 99	
	 中間処理業者名		□ 処分業許可書の添付		Ш				
	中间处理未有有		□ 最終処分に関する記載						
	産業廃棄物管理票	(マニフェスト伝票)に	より適正処理を確認している	る。					
	□ 最終処分まで適	i正に処理されたことの確認	<u> </u>		L) Z	いない			
	□ A票からE票ま	での整理保管 🗌 マニ	フェスト伝票の保管(5年間)						
4	□ 電子マニフェス	٠.						管理の手引	
"	X線写真現像	液・定着液(廃酸・廃アル	カリ)を委託処理している場合	合。				P. 99~101	
	□ 最終処分す	まで適正に処理されたこと <i>0</i>	の確認		いる	いない	非該地		
	□ A票からE	E票までの整理保管 □	マニフェスト伝票の保管(5年	丰間)			7 - 100 - 1		
	□ 電子マニュ	フェスト (🗌 委託	情報の登録)						
	胞衣及び産汚物の	処理委託契約時に許可書	の確認をしている。						
5	□ 委託契約書	業者名()	いる	いない	_	管理の手引 P. 101	
	□ 許可書の添付((東京都胞衣及び産汚物取締	i条例)		Ш	Ш	Ш		

4									
		、者所属: 記入者氏名:					記入不要		
	検体	検査業務は、基準に適合する業者に委託している。							
	院	委託先 ()							
	外	□ 委託契約書の作成							
	検査	□ 適切な業者であることの確認							
	_ 	□ 個人情報の取扱い							
١.		委託先 ()				管理の手引			
1		□ 委託契約書の作成	いる	いない		P. 102~104			
	院	□ 適切な業者であることの確認							
	内	□ 3年以上実務経験ある受託責任者の資格確認							
	検査	□ 受託責任者の配置確認							
		□ 従事者の配置確認							
		□ 検査業務6年以上かつ精度管理3年以上実務経験ある精度管理責任者の資格確認 □ 個人情報の取扱い							
-	压击								
	医獠	機器等の滅菌消毒業務は、基準に適合する業者に委託している。	-						
		委託先							
	院	□ 委託契約書の作成							
	外滅	□ 適切な業者であることの確認							
	菌	□ 3年以上実務経験ある受託責任者の資格確認							
2		□ 知識及び3年以上実務経験ある受託指導・助言者の資格確認	1.7	いない	-H-=+ 1V	管理の手引			
4		□ 個人情報の取扱い 委託先	1 1		手談ヨ	P. 102~107			
		委託先 (│ □ 委託契約書の作成	_		_				
	院	│ □ 安託契利書のTF成 │ □ 適切な業者であることの確認							
	内滅	│ □ 回りな来有であることの確認 │ □ 知識及び3年以上実務経験ある受託責任者の資格確認							
	菌	□ 受託責任者の配置確認							
		□ 個人情報の取扱い							
	串者	い							
		委託先 ()							
		/ g にん / / / / / / / / / / / / / / / / / /							
		● 委託内容							
		□ 食事の運搬 □ 食器の洗浄							
	院	□ 適切な業者であることの確認							
	外冊	□ 知識及び経験ある受託責任者の資格確認							
	調理	□ 受託責任者の配置確認							
		□ 3年以上実務経験ある受託指導·助言者の資格確認							
		□ 栄養士又は管理栄養士の配置確認 (調理業務を委託する場合)							
		□ 従事者の配置確認(調理業務を委託する場合)				管理の手引			
3		□ 個人情報の取扱い	いる	いない	非該当	P. 102~ 103、107~			
		委託先 (111			
		□ 委託契約書の作成							
		委託内容							
		□ 配膳 □ 下膳 □ 食器の洗浄 □							
	院	□ 適切な業者であることの確認							
	内調	□ 知識及び経験ある受託責任者の資格確認							
	理	□ 受託責任者の配置確認							
		□ 3年以上実務経験ある受託指導・助言者の資格確認							
		□ 栄養士又は管理栄養士の配置確認 (調理業務を委託する場合)							
		□ 従事者の配置確認(調理業務を委託する場合)							
		□ 個人情報の取扱い							
		等の搬送業務は、基準に適合する業者に委託している。							
		E 先 (
		委託契約書の作成	いる いない □ □			管理の手引 P. 102~			
4		適切な業者であることの確認			非該当	P. 102~ 103, 111~ 112			
		知識及び経験ある受託責任者の資格確認		l	l	112			
		搬送用自動車及び積載資器材の確認							
I		個人情報の取扱い	1	I	I				

〔4 業務委託〕

	医療機器の保 '	守点検業務は、基準に適合する業者に委託している。					記入不要
5	患者宅の 医療機器 (在宅酸素装置等)	委託先 () □ 委託契約書の作成 □ 適切な業者であることの確認 □ 知識及び3年以上実務経験ある受託責任者の資格確認 □ 個人情報の取扱	ー いる	いない	非該当	管理の手引 P. 102~ 103. 112~	
	院内の 医療機器 ^(代表的なもの1社)	委託先 (□ 委託契約書の作成 □ 適切な業者であることの確認 □ 知識及び3年以上実務経験ある受託責任者の資格確認 □ 受託責任者の配置確認 □ 個人情報の取扱い				114	
		設備の保守点検は、基準に適合する業者に委託している。 、					
6	□ 知識及び3 □ 受託責任者 □ 個人情報の	音であることの確認 年以上実務経験ある受託責任者の資格確認 音の配置確認 D取扱い	いる	いない	非該当	管理の手引 P. 102~ 103, 114~ 115	
		質の洗濯業務は、基準に適合する業者に委託している。					
7	□ 個人情報の	であることの確認 D取扱い	いる	いない	非該当	管理の手引 P. 102~ 103, 115~ 116	
		務は、基準に適合する業者に委託している。					
8	□ 知識及び3 □ 受託責任者 □ 従事者の酉 □ 個人情報の	音であることの確認 年以上実務経験ある受託責任者の資格確認 音の配置確認 記置確認	いる	いない	非該当	管理の手引 P. 102~ 103, 116~ 118	

5	職員の健康管理体制								
	記入者所属:			記入者氏					記入不要
	常時使用する労働者に気	官期健康診断(一般健診)を	1年以内に	1回実施している。				
	〔直近実施状況〕 実施	年月	年 月						
	対 象 者	全体	受診者数	未受診	受診率				
	医師·歯科医師	人	人	人	%				
	看護師(含准看)	人	人	人	%				
	その他	人	人	人	%			管理の手引 P. 118~	
	□ 本人への結果通知	□ 個人	票の作成 🗌	個人票の5:	年保存			119, 121	
1	□ 労働基準監督署への報	w 告 (□	非該当)				いない	常時50人以	
	周知方法 (□ 個別	通知 🗌 各部	署へ通知 □	その他())			上雇用している病院の	
	□ 既往歴及び業務	歴の調査	□ 自覚症状及	なび他覚症状	の有無			場合労基署 への報告要	
	実□身長□□	体重 □	腹囲 🗆	視力					
	│ 施 │ □ 聴力 (1.000Hz)	及び4.000Hz)							
	項 □ 胸部エックス線	検査 🗆	喀痰検査	□ 血圧の)測定				
	目□釘血検査	□ 肝機能検査	₹ □ 血中原	指質検査					
	□ 血糖検査	□ 尿検査	□ 心電図検査	Ē					
	深夜業を含む業務等に常時	i従事する労働者	に健康診断を6月	月以内に1回	実施している。				
	〔直近実施状況〕								
	実施年月	全体	受診者数	未受診	受診率				
	① 年 月	人	人	人	%				
	② 年 月	人	人	人	%				
	□ 本人への結果通知	□ 個人	票の作成	個人票の5	年保存				
2	□ 労働基準監督署への報	報告 □	対象者の把握(リスト)		1.7	いない	管理の手引	
2	周知方法 (□ 個別	通知 🗌 各部	署へ通知 🗆	その他())			P. 119~121	
	□ 既往歴及び業務	歴の調査	□ 自覚症状及	なび他覚症状	の有無]			
	実□身長□□	体重 🗆	腹囲 🗆	視力					
	施 □ 聴力								
	項 □ 胸部エックス線	検査 🗆	喀痰検査	□ 血圧の)測定				
	目	□ 肝機能検査	₹ □ 血中原	指質検査					
	□ 血糖検査	□ 尿検査	□ 心電図検査	Ē					
	職員雇用時の健康診断る	生実施している	0						
	□ 本人への結果通知	□ 個人	票の作成 🗌	個人票の5:	年保存				
	周知方法 (□ 個別	通知 🗌 各部	署へ通知 🗆	その他())				
	既往歴及び業務	歴の調査	自覚症状及	なび他覚症状	の有無				
3	実り身長	体重 □	腹囲 🗆	視力		112	いない	管理の手引	
١	│ 施 │ □ 聴力 (1.000Hz)	及び4. 000Hz)				0.2	0.74.0.	P. 120~121	
	□ 項 □ 胸部エックス線	検査 🗆	血圧の測定						
	目 口 貧血検査	□ 肝機能検査	₹ □ 血中原	指質検査					
	□ 血糖検査	□ 尿検査	□ 心電図検査	Ē					
	実施時期 □ 入職	前 又は 入職征	後1か月以内に実	態している	0				
4	職業感染対策として抗体	▲検査・ワクチ	ン接種を実施し	している。			いない	管理の手引	
4	□ HBs抗原·HBs抗体検査	査 □ HBワ	クチン接種 🗌	インフルエン	ザワクチン接種			P. 121	
	心理的な負担の程度を把握	するための検査	を1年に1回実施	施している。					
	〔直近実施状況〕								
5	実施年月	全体	受診者数	未受診		いる	いない	管理の手引 P. 120~121	
	年 月	人	人	人	%				
	□ 労働基準監督署への			1	<u> </u>	1			

6	病院管理・施設使用・院内掲示等					
	記入者所属: 記入者氏名:					記入不要
Ι.	病院日誌を作成し、管理者による確認を行っている。				管理の手引	
1	□ 記載事項(□ 入院·外来患者数 □ 当直記録 □ 救急患者記録)	いる	いない		P. 49~50	
	□ 管理者等確認 □ 記録保管(2年間)					
	医療法上の手続きを適正に行っている。					
	開設届及び届出事項の変更					
	前回検査からの変更 □ 有 □ 無					
	(具体的内容:					
	開設許可事項の変更					
	前回検査からの変更 □ 有 □ 無					
١	(具体的内容:				管理の手引	
2	□ 地域医療支援病院の承認 □ 一般病床 療養病床 精神病床 結核病床 感染症病床 計 計		いない		P. 188、219 ~221	
	使用許可病床数 使用許可病床数	_	_			
	稼動病床数					
	非稼働病床の内訳	1				
	階 病棟 病室 病床数 理 由					
	院内掲示すべき事項が掲示されている。(刑事施設等は適用外)					
	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□				管理の手引	
3	掲示 □ 診療に従事する医師・歯科医師氏名(常勤・非常勤問わずフルネーム) 事項	l	いない		P. 123	
	□ 診療日・診療時間 □ 建物の内部案内(図面、配置図)				★実地確認	
	□ 入口・受付・待合所付近の見やすい場所への掲示					
	医療広告を出している場合、適法な表示になっている。					
١,	┃ □ 医療広告を掲載している。	1.7	1.4.1.	러 무를수 기 사	管理の手引 P. 189~212	
4	□ 建物外壁 □ ホームページ □ 公共交通機関 □ その他(いない	非談当	★実地確認	
		_	_			
	障害者差別解消法等に基づき、適切な対応を行っている。					
	にませる。 					
	つ合理的な配慮をしている。					
	┃ □ バリアフリーの整備など、施設の構造の改善及び設備の整備を行っている。					
5		いる	いない		管理の手引 P. 125	
	│ □ 障害者差別解消法医療関係事業者向けガイドラインを遵守している。障害者及びその家 │ □ 族その他の関係者からの相談等に応じる窓口を設置している。					
	M CONGO MAN TO SOME OF THE CONTROL O					
	│ 上記法及びガイドラインの内容について、院内で周知するとともに、研修等を行い、職 □ 員に対する政務を行っている					
	貝に対する台元でリンでいる。					
	障害者、児童、高齢者に対する虐待を防止するため必要な措置を講じている。 □ 時まれ、児童祭に対する虐待の思想の思想を思いる。	-				
	│					
	□ 障害者虐待を受けたと思われる障害者を発見した場合、区市町村又は都道府県に通報で きる体制が整備されている。					
	│ 事例の有無 □ 有 □ 無 担当部署 [〕 │ □ 職員その他の関係者に対して障害及び障害者に関する理解を深めるための研修及び普及					
	□ 職員での他の関係者に対して障害及び障害者に関する理解を深めるための助修及び自及 ■ 啓発を行っている。				**************************************	
6	□ 障害者に対する虐待に関する相談体制が整備されている。	いる	いない		管理の手引 P. 125~126	
	┃	-				
	│ □ 障害者に対する虐待に対処するための措置・虐待を防止するための措置を講じている。 │ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □					
	□ 児童虐待を受けたと思われる児童を発見した場合、区市町村又は児童相談所に通告でき					
	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□					
	担当部署 〔					
	□ 高齢者に対する虐待事例の有無 □ 有 □ 無					
	職場内のハラスメントに対して、適切な対応を行っている。					
	□ パワーハラスメントに対する防止措置を講じている。					
	□ セクシャルハラスメントに対する防止措置を講じている。				Att TIME -	
7	□ 妊娠・出産・育児休業・介護休業等を理由とする不利益な取扱いを行っていない。	_	いない		管理の手引 P.126~127	
	│ □ 妊娠・出産・育児休業・介護休業等に関するハラスメントに対する防止措置を講じている。					
	ΨÜ					

8	カスタマー・ハラスメントに対して、適切な対応を行っている。 □ カスタマー・ハラスメントの防止に主体的かつ積極的に取り組むとともに、都が実施するカスタマー・ハラスメント防止施策に協力している。 □ 就業者がカスタマー・ハラスメントを受けた場合には、速やかに就業者の安全を確保するとともに、当該行為を行った顧客等に対し、その中止の申入れその他の必要かつ適切な措置を講じている。 □ 就業者が顧客等としてカスタマー・ハラスメントを行わないように、必要な措置を講じている。 □ 指針に基づき、必要な体制の整備、カスタマー・ハラスメントを受けた就業者への配慮、カスタマー・ハラスメント防止のための手引の作成その他の措置を講じている。	いる	いない		
9	サイバーセキュリティ対策を実施している。 □ 情報システムの安全管理措置に関する規定の整備 ~以下の項目が定まっている~ □ 情報及び情報機器の院外持ち出し □ 外部委託、外部サービスの利用(クラウド型の医療情報システム) (□ 運用管理を全て外部に委託 □ 運用管理一部を外部へ委託(システム自院開発等)) □ 情報システムの安全管理措置体制 □ サイバーセキュリティ対策チェックリストの実施 □ データのバックアップの実施 □ システムに重大な障害が発生したことを想定した事業継続計画(復旧手順等)の策定 □ 強固なパスワードの設定 □ 13析以上 □ 英数字、大文字・小文字、記号が混在 □ ランダムな文字列 □ パスワードの使いまわしをしていない。 □ IoT 機器を含む情報資産の通信制御の確認 □ 脆弱性情報の確認及びファームウェア等の更新 □ 報告連絡体制(連絡体制図の整備) □ 医療情報システム保守会社への報告 □ サイバーセキュリティを確保するために必要な措置を講じている。 □ 医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの遵守	いる □	いない	管理の手引 P. 127~128	

【V】 給食関係										
1	給食業務の運営									
	記入者所属: 記入者氏名:									
	確認事項 : 調理業務委託 (□ 有 □ 無) 入院時食事療養費の届出		有		無	記入不要				
1	栄養管理委員会(給食委員会)を設置し定期的に開催している。	いる	いない		管理の手引 P. 133					
	開催頻度 (□ 未設置 □ 毎月 □ その他) □ 議事録				F. 133					
	配膳前の検食を行い、検食簿を記載している。	ļ			管理の手引					
2	│ 実施者 (□ 医師 □ 栄養士) □ 検食時刻の記載 □ 所見等の記載 □ ホール・ボール・ボール・ボール・ボール・ボール・ボール・ボール・ボール・ボール・ボ	いる	いない		P. 134					
	配膳時間 朝 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・									
	調理従事者等の細菌検査を月1回以上実施し、陽性者に対する適切な処置を行っている。									
	□ 月1回以上の細菌検査(検査項目:)									
3	□ 月 回以上の神風快重(快重場日: □ 必要に応じた(10月から3月)ノロウイルスの検査	いる	いない		管理の手引 P. 133					
	□ 必要に応じた(10月から3月)/ ロウイル人の検査 □ 陽性者に対する処置 :□ 休職 □ 配置替え □ その他 ()									
	□□ 陽は有に対する処理・□□ 体職・□ 配置官だ □□ その他(
	こ 産い人がは時で配置技术の際の帰国技量 調理従事者等の衛生管理点検を毎日実施している。									
4	点検項目 □ 下痢 □ 発熱 □ 手指等の化膿創 □ 爪の長さ	いる	いない		管理の手引					
'	□ 点検結果の確認				P. 133					
	食事せんに基づく食事提供を行っている。									
	□ 給食は、医師の発行する食事せん等に基づいている。				error o er al					
5	□ 院内約束食事せんを作成している場合、定期的に内容を見直しをしている。	_	いない		管理の手引 P. 134					
	最終改訂 年 月)	Ш								
	献立表を適切に作成している。									
6	□ 事前の管理者決裁	いる	いない		管理の手引 P. 134					
	□ 院内約束食事せんとの整合性				1.101					
	- 四四米なのチャナケナ、マルフ地人、チャッカン・ウェーケート・カー・ファートナル・ファンフ									
	調理業務の委託を行なっている場合、委託業務が適正に行われていることを確認している。									
	□ 委託業務実施状況の定期的な確認									
	□ 受託業者の栄養士の配置									
	□ 病院が実施すべき業務を、委託業者に行わせていない									
	(献立の確認、検食の実施、食材使用状況の確認、健診実施状況の確認等)				管理の手引					
7	院外調理等の実施 (口 有 口 無)	いる	いない	非該当	P. 102~ 103、107~					
					111、136					
	┃ ┗━▶□ 院外調理等の内容 (□ 食材の調達 □ 調理 □ 盛付け									
	□ 食事の運搬 □ 食器の洗浄)									
	□ 喫食直前の病院内における再加熱の実施									
	□ 運搬時における衛生管理									
	(運搬の所要時間: 時間 分) (運搬時の温度: ℃)									
	食中毒発生時等に厨房が使用できなくなった場合の食事提供方法についてあらかじめ定めてい									
	<u> </u>									
8	□ 病院が作成したマニュアルの整備	いる	いない							
	│ □ 方法									
		112	いない	리는 글 차 의사						
9	管轄保健所に集団給食施設の営業届出を行っている。	[]		非該当	管理の手引 P. 110					
	〔直近の届出〕 年 月 日]						

【V】給食

2	給食施設・設備等の管理(現場確認事項)				記入不要
1	原材料を適切に保存している。	いる	いない	管理の手引 P. 136	
2	検食(保存食)は、原材料及び調理済み食品ごとに適切に保存している。 □ 原材料 □ 調理済食品 □ 50グラム程度ずつ清潔な容器(ビニール袋等)に密封保管 □ -20℃以下で2週間以上保管	いる	いない	管理の手引 P. 136	
3	給食施設は清潔を保持し、食中毒防止のための適切な管理を行っている。		いない	管理の手引 P. 135, 136	

【VI】臨床検査関係											
1	1 生理学的検査関係										
	記入者所属: 記入者氏名:	<u> </u>	T			記入不要					
1	検査依頼伝票等を適切に運用・保存し、医師の指示の下実施している。 □ 心電図 □ 心音図 □ 脳波 □ 筋電図 □ 運動誘発電位 □ 体性感覚誘発電位 □ 基礎代謝 □ 呼吸機能 □ 脈波 実施検査 □ 熱画像 □ 眼振電図 □ 重心動揺計 □ 持続皮下グルコース □ 超音波 □ 磁気共鳴画像 □ 眼底写真 □ 毛細血管抵抗 □ 経皮的血液ガス分圧 □ 聴力 □ 味覚 □ 直腸肛門機能検査 □ 署名 □ 依頼医師名 □ 実施者名 〕 □ 診療録との一致 □ 保存(2年、保険医療機関3年) □ 電磁的に管理運用している	. いる	いない	非該当	管理の手引 P. 146, 147						
	実施者 □ 看護師 □ 臨床検査技師 □ その他 ()										
2	臨床検査技師による追加業務(検体採取・生理学的検査)を適切に実施している。 (平成27年4月施行) □ 厚生労働大臣の指定する研修の受講 (指定研修修了者数: 名) (当該教育を受けていない臨床検査技師が政令で定める追加業務を行う場合) □ 実施する臨床検査技師の厚生労働大臣の指定する研修の修了証を確認している。 □ 上記指定研修修了者が追加業務を院内で実施している。	いる	いない	非該当							
2	検査精度管理関係(病院等において検体検査を行う場合の精度の確保に係る基準	準)									
	記入者所属: 記入者氏名: 記入者氏名:	1	ı			記入不要					
1	 □ 医療機関において検体検査を実施している。(※検査部門に限らず、病棟等での検査も含む) ※迅速検査キット(インフルエンザ等)を用いた検査等の簡易な検体検査を実施する場合も本項目は含まれる。 ➡下記以降の項目を記入。 □ 委託業者が医療機関において検体検査を実施している。(ブランチラボ) ➡該当する場合は別紙(検体検査の受託者における検査の精度の確保に係る基準)も加えて記入。 	wa □	いない								
	構造設備・管理組織関係について整備している。										
	□ 血液学的検査 □ 生化学的検査 □ 尿・糞便等一般検査 実施検査 □ 免疫学的検査 □ 細菌学的検査 □ 病理学的検査 □ 遺伝子関連・染色体検査(次頁に詳細を記載) □ 検体検査の分類については、現状の科学的な検査分類と一致させている。	เกล D	いない								
2	□ 院内で病原体を取り扱う。 取り扱う □ 一種病原体等 □ 二種病原体等 □ 三種病原体等 病原体 □ 四種病原体等 □ その他の病原体() □ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(感染症法) に基づき、適切に管理されている。 □ 病原体等安全管理規程を整備している(規程を参照し検査を実施している)。	いる □	いない								
検体	· - 検査 (微生物学的検査、免疫学的検査、血液学的検査、病理学的検査、生化学的検査、尿・糞便等一般検査)										
(1)	検体検査の精度の確保に係る責任者の配置 □ 検体検査の精度管理に係る責任者を配置している。 職種 (□ 医師 □ 歯科医師 □ 臨床検査技師) 責任者名 (□ 検査業務の年数 (参考:6年以上): 年 □ 精度管理の経験年数 (参考:3年以上): 年	いる □	いない		管理の手引 P. 147~152						
	標準作業書、作業日誌及び台帳関係を整備している。										
(2)	□ 標準作業書を整備している。 □ 検査機器保守管理標準作業書 □ 測定標準作業書 (検査項目ごとに定義、臨床的意義、測定方法・原理、検査手順、基準範囲・判定基準等) □ 作業日誌を整備している。 □ 検査機器保守管理作業日誌 □ 点検日時及び点検実施者名 □ 各検査機器における保守管理上確認すべき内容 □ 上記確認すべき事項について特に付記すべき内容 □ 上記確認すべき事項について特に付記すべき内容 □ 業者による定期保守点検を受けた際の作業内容、点検実施業者名等 □ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫)	wa □	いない								
	□ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等)										
	□ 外部精度管理台帳(受検日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理・運用している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策	いる	いない								

	精度管理・研修を行っている。					記入不要
	病院管理者の下に検体検査の精度の確保に係る責任者を中心とした精度管理のための体	1				
	一で金سしている。					
	│ □ 内部精度管理を実施している。 │ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	肾	占い			
	│ □ 日々の検査・測定作業の開始にあたり、機器及び試薬に必要な較正を実施 │ 定期的な管理試料等の同一検体を繰り返し検査した時の結果のばらつき度合いを記録及					
(0)	□ び確認					
(3)	□ 臨床検査室外で稼働しているPOCT機器を把握して内部精度管理を実施している。					
	│ □ 外部精度管理を受検している。	いる	いない			
	外部精度管理調査実施主体名()					
	□ 検査業務の従事者に必要な研修を実施している。 (外部研修含む)	いる	いない			
	□ 各標準作業の記載事項について □ 患者の秘密の保持について					
	□ ISO15189 等の第三者認定を取得している。 認定機関名〔 〕	いる	いない			
遺伝	子関連・染色体検査についての体制を整備している。					
	□ 遺伝子関連・染色体検査を実施している。					
	※下記検査を院内で実施していない場合は非該当。	いる	いない	非該当		
	実施検査					
	遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者の配置					
	□ 遺伝子関連・染色体検査の精度管理に係る責任者を配置している。					
	職種 □ 医師 □ 歯科医師 □ 臨床検査技師					
	□ その他(いる	いない	非該当		
	責任者氏名 () (会表・2年以上) を					
	□ 検査業務の年数 (参考:3年以上): 年 □ 精度管理の経験年数 (参考:3年以上): 年					
	□ 付援管理の経験中数 (参考:3 中以工) : 中 □ 分子生物学関連の履修科目 ()					
	標準作業書、作業日誌及び台帳関係を整備している。					
	□ 標準作業書を整備している。	1				
	│				管理の手引 P. 147~152	
	□ 測定標準作業書					
	(検査項目ごとに定義、臨床的意義、測定方法・原理、検査手順、基準範囲・判定基準等)					
	□ 作業日誌を整備している。					
	│					
	│ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	いる	いない	非該当		
3	│ □ 各検査機器における保守管理上確認すべき内容 □ 上記確認すべき事項について特に付記すべき内容					
~						
	Ⅰ □ □ ★有による定期保守息棟を受けた除の作業内谷、息棟美施業有名寺					
	□ 業者による定期保守点検を受けた際の作業内容、点検実施業者名等 □ 測定作業日誌					
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。					
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫)					
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等)					
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名)					
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等)	いる	いない	非該当		
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策	いる	いない	非該当		
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行っている。					
	□					
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行っている。					
	□ 満定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行っている。 □ 病院管理者の下に遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を中心とした精度管理のための体制を整備している。					
	□					
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行っている。 □ 病院管理者の下に遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を中心とした精度管理のための体制を整備している。 □ 内部精度管理を実施している。 □ 外部精度管理調査を受検している。					
	□	いる	いない	非該当		
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行つている。 □ 内部精度管理者と関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を中心とした精度管理のための体制を整備している。 □ 内部精度管理を実施している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検を表視している。 □ 外部精度管理調査を受検を表視している。 □ 外部研修含む)	いる	いない	非該当		
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行っている。 □ 病院管理者の下に遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を中心とした精度管理のための体制を整備している。 □ 内部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査の体制が整っていない検査について、自施設以外の病院等のほか、衛生検査所や大学等の研究機関と連携してそれぞれ保管・保有する検体を用いて相互に検査結果を比較して、検査・測定方法の該当性を確認する等、精度の確保に努めている。 □ 依律業務の従事者に必要な研修を実施している。(外部研修含む) □ 各標準作業の記載事項について □ 患者の秘密の保持について	いる	いない	非該当		
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行つている。 □ 内部精度管理者と関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を中心とした精度管理のための体制を整備している。 □ 内部精度管理を実施している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検を表視している。 □ 外部精度管理調査を受検を表視している。 □ 外部研修含む)	いる	いない	非該当		
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行っている。 □ 病院管理者の下に遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を中心とした精度管理のための体制を整備している。 □ 内部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 小部設以外の病院等のほか、衛生検査所や大学等の研究機関と連携してそれぞれ保管・保有する検体を用いて相互に検査結果を比較して、検査・測定方法の該当性を確認する等、精度の確保に努めている。 □ を標準作業の記載事項について □ 患者の秘密の保持について □ ISO15189 等の第三者認定を取得している。 認定機関名 [いる	いない	非該当		
3	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行っている。 п病院管理者の下に遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を中心とした精度管理のための体制を整備している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査の体制が整っていない検査について、自施設以外の病院等のほか、衛生検査所や大学等の研究機関と連携してそれぞれ保管・保有する検体を用いて相互に検査結果を比較して、検査・測定方法の該当性を確認する等、精度の確保に努めている。 □ 検査業務の従事者に必要な研修を実施している。(外部研修含む) □ 各標準作業の記載事項について □ 患者の秘密の保持について □ ISO15189 等の第三者認定を取得している。 認定機関名 [いる	いない	非該当		ラン 不亜
3	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行っている。 □ 病院管理者の下に遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を中心とした精度管理のための体制を整備している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部・構度の確保に努めている。 □ 体査業務の従事者に必要な研修を実施している。(外部研修含む) □ 各標準作業の記載事項について □ 患者の秘密の保持について □ ISO15189 等の第三者認定を取得している。 認定機関名 [] 検査設備・機器管理関係 記入者所属: 記入者氏名:	いる	いない	非該当		記入不要
3	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行っている。 п病院管理者の下に遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を中心とした精度管理のための体制を整備している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査の体制が整っていない検査について、自施設以外の病院等のほか、衛生検査所や大学等の研究機関と連携してそれぞれ保管・保有する検体を用いて相互に検査結果を比較して、検査・測定方法の該当性を確認する等、精度の確保に努めている。 □ 検査業務の従事者に必要な研修を実施している。(外部研修含む) □ 各標準作業の記載事項について □ 患者の秘密の保持について □ ISO15189 等の第三者認定を取得している。 認定機関名 [いる	いない	非該当		記入不要
3	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行っている。 □ 内部精度管理を実施している。 □ 内部精度管理を実施している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査の体制が整っていない検査について、自施設以外の病院等のほか、衛 □ 生検査所や大学等の研究機関と連携してそれぞれ保管・保有する検体を用いて相互に検 査結果を比較して、検査・測定方法の該当性を確認する等、精度の確保に努めている。 検査業務の従事者に必要な研修を実施している。 (外部研修含む) □ 各標準作業の記載事項について □ 患者の秘密の保持について □ ISO15189 等の第三者認定を取得している。認定機関名 [] 検査を備・機器管理関係 記入者所属: 記入者氏名: 検査を行う場所の設備・環境を整備し、適正に管理している。 □ 血液、尿、喀痰、糞便などについて、通常行われる臨床検査に必要な設備が設けられている。	いる	いない	非該当		記入不要
3	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(分部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行っている。 □ 内部精度管理者の下に遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を中心とした精度管理のための体制を整備している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を対している。 □ 外部精度管理調査を対している。 □ 体検査・アンマンの検査について、自施設以外の病院等のほか、衛 □ 生検査所や大学等の研究機関と連携してそれぞれ保管・保有する検体を用いて相互に検査結果を比較して、検査・測定方法の該当性を確認する等、精度の確保に努めている。	いる	いない	非該当		記入不要
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行っている。 □ 内部精度管理を実施している。 □ 内部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査をの体制が整っていない検査について、自施設以外の病院等のほか、衛 □ 生検査所や大学等の研究機関と連携してそれぞれ保管・保有する検体を用いて相互に検査結果を比較して、検査・測定方法の該当性を確認する等、精度の確保に努めている。 検査業務の従事者に必要な研修を実施している。 (外部研修含む) □ 各標準作業の記載事項について □ 患者の秘密の保持について □ ISO15189 等の第三者認定を取得している。 認定機関名 [] 検査設備・機器管理関係 記入者氏名: 検査を行う場所の設備・環境を整備し、適正に管理している。 □ 血液、尿、喀痰、糞便などについて、通常行われる臨床検査に必要な設備が設けられている。 機構換等設備については病理細額検査室の空気が刷道を通じて病院の他の部分へ流入し	ina ina	いない	非該当	管理の手引 P. 147~	記入不要
3	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(分部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行っている。 □ 内部精度管理者の下に遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を中心とした精度管理のための体制を整備している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を対している。 □ 外部精度管理調査を対している。 □ 体検査・アンマンの検査について、自施設以外の病院等のほか、衛 □ 生検査所や大学等の研究機関と連携してそれぞれ保管・保有する検体を用いて相互に検査結果を比較して、検査・測定方法の該当性を確認する等、精度の確保に努めている。	ina ina	いない	非該当	D 147	記入不要
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理調査実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行つている。 □ 病院管理者の下に遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を中心とした精度管理のための体制を整備している。 □ 内部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査の体制が整っていない検査について、自施設以外の病院等のほか、衛 生検査所や大学等の研究機関と連携してそれぞれ保管・保有する検体を用いて相互に検査結果を比較して、検査・測定方法の該当性を確認する等、精度の確保に努めている。 検査業務の従事者に必要な研修を実施している。(外部研修含む)□ 各標準作業の記載事項について □ 患者の秘密の保持について □ ISO15189 等の第三者認定を取得している。認定機関名 [] 検査設備・機器管理関係 記入者所属: 検査を行う場所の設備・環境を整備し、適正に管理している。 □ 血液、尿、喀痰、糞便などについて、通常行われる臨床検査に必要な設備が設けられている。 □ 火気を使用する場所には防火上必要な設備が設けられている。 □ 水気を使用する場所には防火上必要な設備が設けられている。 □ 水気を使用する場所には防火上必要な設備が設けられている。 □ 水気を使用する場所には防火上必要な設備が設けられている。 □ 水気を使用する場所には防火上必要な設備が設けられている。 □ 水気を使用する場所には防火上必要な設備が設けられている。 □ 水気を使用する場所には防火上必要な設備が設けられている。 □ 水気を減にている。 □ 取り扱う病原体に適したバイオセーフティーレベルの設備を保有している。 □ 取り扱う病原体に適したバイオセーフティーレベルの設備を保有している。	ina ina	いない	□	P. 147~ 152、187	記入不要
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬管理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(突験日及び外部精度管理調查実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行っている。 □ 病院管理者の下に遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を中心とした精度管理のための体制を整備している。 □ 内部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を関係を実施している。(外部研修含む) □ 各標準作業の記載事項について □ 患者の秘密の保持について □ ISO15189 等の第三者認定を取得している。認定機関名 [] 検査設備・機器管理関係 記入者所属:	ina ina	いない	□	P. 147~ 152、187	記入不要
	□ 測定作業日誌 □ 検査項目ごとの実施件数 □ 検査エラー又は検査不具合の発生件数 □ 台帳を整備している。 □ 試薬の質理台帳(試薬の有効期限、試薬の在庫) □ 統計学的精度管理台帳(内部精度管理の実施日及び検査項目、実施者名、結果・考察等) □ 外部精度管理台帳(受験日及び外部精度管理則查実施主体名) □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。 □ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。 □ セキュリティ対策 精度管理・研修を行つている。 □ 内部精度管理を実施している。 □ 内部精度管理を実施している。 □ 内部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査を受検している。 □ 外部精度管理調査の体制が整っていない検査について、自施設以外の病院等のほか、衛 □ 生検査所や大学等の研究機関と連携してそれぞれ保管・保有する検体を用いて相互に検査結果を比較して、検査・測定方法の該当性を確認する等、精度の確保に努めている。 検査業務の従事者に必要な研修を実施している。(外部研修含む)□ 各標準作業の記載事項について □ 患者の秘密の保持について □ ISO15189 等の第三者認定を取得している。認定機関名 [] 検査設備・機器管理関係 記入者所属: 検査を行う場所の設備・環境を整備し、適正に管理している。 □ 小表 尿、喀痰、糞便などについて、通常行われる臨床検査に必要な設備が設けられている。 □ 小表を使用する場所には防火上必要な設備が設けられている。 □ 機械検気設備については病理細菌検査室の空気が風道を通じて病院の他の部分へ流入しないようにしている。 □ 環保持及び感染を防止するための方策を講じている。 □ 即扱う病原体に適したバイオセーフティーレベルの設備を保有している。 □ 取り扱う病原体に適したバイオセーフティーレベルの設備を保有している。	ina ina	いない	□	P. 147~ 152、187	記入不要

	4. 別紙 検査精度管理関係 (検体検査の受託者における検査の精度の確保に係る基準)					
	記入者所属: 記入者氏名:					記入不要
	構造設備関係・管理組織関係について整備している。 種別	いる	いない	非該当		
	□ 検体検査の分類については、現状の科学的な検査分類と一致させている。	いる	いない	非該当		
	□ 院内で病原体を取り扱う。 □ 一種病原体等 □ 二種病原体等 □ 三種病原体等 □ 四種病原体等 □ その他の病原体 () □ 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(感染症法) に基づき、適切に管理されている。 □ 病原体等安全管理規程を整備している。(規程を参照し検査を実施している。)	เง ธ	いない	非該当		
1	□ 検体検査の精度管理に係る責任者を配置している。 職種 (□ 医師 □ 歯科医師 □ 臨床検査技師) 責任者名 () □ 検査業務の年数 (6年以上) : 年 □ 精度管理の経験年数 (3年以上) : 年	ıva □	いない		管理の手引 P. 150~151	
	□ 遺伝子・染色体関連検体検査を実施している。 □ 遺伝子・染色体関連検体検査の精度管理に係る責任者を配置している。 職種 □ 医師 □ 歯科医師 □ 臨床検査技師 □ その他() 責任者氏名 () □ 検査業務の年数 (参考:3年以上): 年 □ 精度管理の経験年数 (参考:3年以上): 年 □ 分子生物学関連の履修科目 ()	na	いない	非該当		
	検査用機械器具について整備している。	เงล 	いない	非該当		
2	□ 免疫学的検査 □ 恒温槽 □ 免疫血清学検査 □ 自動免疫測定装置またはマイクロプレート用ウォッシャーとマイクロプレート用リーダー	เง ล	いない	非該当	管理の手引 P. 151	
	□ 血液学的検査 □ 自動血球計数器 □ 加球算定・血液細胞 □ 自動血球計数器 □ 顕微鏡 □ 血液凝固検査装置 □ 細胞性免疫検査 □ フローサイトメーター	เง ธ	いない	非該当		

		病理学的検査		T				記入不要
	I^{\sqcup}		日五仙。	1				記八个安
		□ 病理組織検査	□ 顕微鏡					
		□ 免疫組織化学検査	□ ミクロトーム					
			□ パラフィン溶融器	いる	いない	非該当		
			□ パラフィン進展器			71 112 -		
			□ 染色に使用する器具又は装置					
		□ 細胞検査	□ 顕微鏡					
		□ 分子病理学的検査	□ 蛍光顕微鏡					
	\vdash] 生化学的検査						
	-	□ 生化学検査	□ 天びん					
				いる	いない	非該当	管理の手引	
2		│ □ 免疫化学検査	□ 純水製造機				P. 151	
			□ 自動分析装置又は分光光度計					
		〕尿・糞便等一般検査		いる	いない	非該当		
		□ 尿・糞便等検査	□ 顕微鏡 □ 寄生虫学的検査					
		〕遺伝子関連・染色体検査						
		□ 病原体核酸検査	□ 核酸増幅装置					
		□ 体細胞遺伝子検査	□ 核酸増幅産物検出装置					
			□ 高速冷却遠心器	いる	いない	非該当		
		□ 生殖細胞系列遺伝子検査	□ CO ₂ インキュベーター					
			□ クリーンベンチ		Ш			
			□ 写真撮影装置又は画像解析装置					
	业主	在答理/捶淮佐娄聿 佐娄口註7	□ ラ呉城宗表世又は画隊胜何表世 及び台帳の整備を含む)を行っている。					記入不要
			という恨の金属を含む/を打っている。					記入个安
] 標準作業書を整備している。						
		□ 検体受領標準作業書						
		□ 医療機関において検体	を受領するときの確認に関する事項					
		□ 受領書の発行に感ずる	事項					
		□ 検体受領作業日誌の記	2 入要領					
		□ 作成及び改定年月日						
		□ 検体搬送標準作業書						
		□ 一般的な搬送条件及び	注意事項					
			-に特に配慮を要する検査項目及び当該配慮すべき事項					
			けられている。 お送ボックスの取扱いに関する事項					
			の過程において一時的に検体を保管するときの注意事項					
		□ 検体搬送作業日誌の記	2人 安 禎					
		□ 作成及び改定年月日						
		□ 検体受付及び仕分標準作業	-					
		□ 検体を受け付け、及び	「仕分けるときの確認に関する事項					
		□ 検体受付及び仕分作業	日誌の記入要領					
		□ 作成及び改定年月日						
		□ 血清分離標準作業書						
		□ 血清分離作業前の検査	用機械器具の点検方法					
		□ 血清分離室の温度条件	<u> </u>					
		□ 遠心器の回転数並びに	- 遠心分離を行う時間及び温度条件				**************************************	
3			配慮を要する検査項目及び当該配慮すべき事項			非該当	管理の手引 P. 151	
		□ 血清分離作業日誌の記						
		□ 塩/ガルー・米 日 能 り 能 □ 作成及び改定年月日	スクス (R					
			⇒					
		□ 検査機器保守管理標準作業						
		□ 常時行うべき保守点検						
		□ 定期的な保守点検に関						
			た場合の対応(検体の取扱いを含む。)に関する事項					
		□ 検査機器保守管理作業	日誌の記入要領					
		□ 作成及び改定年月日						
		□ 測定標準作業書						
		□ 受託業務を行う場所の	温度及び湿度条件					
		□ 受託業務を行う場所に	おいて検体を受領するときの取扱いに関する事項					
		□ 測定の実施方法		1				
		□ 管理試料及び標準物質	の取扱方法					
		□ 検査用機械器具の操作		1				
		□ 検査の機械研究の採用		1				
) 于 久	1				
		□ 基準値及び判定基準	TACTION - L 7 Act or 그 쓰 Act or country + 2 Act or country	1				
			「像認識による検査の正常像及び判定基準を含む。)	1				
)取扱方法(再検査の実施基準を含む。) 	1				
	1	□ 精度管理の方法及び評		1				
		□ 測定作業日誌の記入要	領	1				
1	1	□ 优出及对北京在日日		1	1	, I		1

	□ 外部委託標準作業書					記入不要
	□ 医療情報の送付方法					
	□ 検体の送付方法					
	□ 検査の外部委託を行う場合の精度管理及び結果評価の方法					
	□ 委託検査管理台帳の記入要領					
	□ 作成及び改定年月日					
	□ 精度管理標準作業書					
	□ 精度管理に用いる試料及び物質の入手方法、取扱方法及び評価方法					
	□ 精度管理の方法及び評価基準					
	□ 外部精度管理調査の参加計画					
	□ 外部精度管理調査の評価基準					
	□ 統計学的精度管理台帳の記入要領					
	□ 外部精度管理台帳の記入要領					
	□ 作成及び改定年月日					
	□ 検体処理標準作業書					
	□ 検体ごとの保管期間及び条件					
	□ 検体ごとの返却及び廃棄の基準					
	□ 検体保管・返却・廃棄処理台帳の記入要領					
	□ 作成及び改定年月日					
	□ 「F/X/X O は X 2 4 7 1	いる	いない	非該当	管理の手引 P. 151	
	□ 情報の記録媒体及び交換方法に関する事項					
	□ 情報の規格及び内容確認の方法に関する事項					
	□ 情報の追加及び修正の方法に関する事項					
	□ 検査依頼情報・検査結果情報台帳の記入要領					
	□ 検査結果報告台帳の記入要領 □ 検査結果報告台帳の記入要領					
	□ 快量桁未報占占限の記入安限 □ 作成及び改定年月日					
	□ 苦情処理標準作業書					
	□ 古情処理保存1F来音 □ 苦情処理の体制(指導監督医の役割を含む。)					
	□ 古情処理の体制(指導監督医の役割を含む。) □ 古情処理の手順					
3	□ 古情処理の子順 □ 委託元及び行政への報告に関する事項					
"	□ 安能ル及の11以外の報告に関する事項 □ 苦情処理台帳の記入要領					
	□ 古情処理日帳の記入安領 □ 作成及び改定年月日					
	□ 1F/0/及び00/2年月日 □ 教育研修・技能評価標準作業書					
	□ 投音が厚さな能計画標準は来音 □ 検査分類ごとの研修計画に関する事項					
	□ 検査が規ことの研修計画に関する事項 □ 技能評価の手順					
	□ 技能評価の子順 □ 技能評価基準及び資格基準に関する事項					
	□ 教育研修・技能評価記録台帳の記入要領 □ 佐成みが改会年日					
	□ 作成及び改定年月	-				
	│ □ 作業日誌を整備している。 │ □ 検体受領作業日誌					
	│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │					
	□ 快停旅送17年末日誌 □ 検体受付及び仕分作業日誌	112	いない	非标业	管理の手引	
	□ 使体受的及び11分1f未可認 □ 血清分離作業日誌				P.151	
	│	_		l		
	□ 測定作業日誌 □ 台帳を整備している。	+				
	□ 委託検査管理台帳 □ 試薬管理台帳					
	□ 試業管理 n 版 □ 温度・設備管理台帳					
	□ 統計学的精度管理台帳 □ N 知 特度管理台帳	11.7	1.+	コトラナ ソノ	管理の手引 P. 151	
	□ 外部精度管理台帳 □ 炒炒炒用等 15-11 内容 20 HI 15-11	いる	いない	▮非該当 ┃ □	P. 151	
	□ 検体保管・返却・廃棄処理台帳					
	□ 検査依頼情報・検査結果情報台帳					
	□ 検査結果報告台帳					
	□ 苦情処理台帳					
	□ 教育研修・技能評価記録台帳	+				
	┃ □ 標準作業書、作業日誌及び台帳を電磁的に管理している。	1,7	1,,+,1.	리는 플수 시/	管理の手引	
	□ 電磁的作成及び保存に係る医療情報システムの運用管理規程を整備している。	Na	いない	非該当	P.152	
1	┃ セキュリティ対策					1 1

[Ⅷ】 診療放射線関係					
	記入者所属: 記入者氏名:					記入不要
	(1)放射線業務は、有資格者が実施している。					
	夜間・休日の実施者	112	いない	非該地	管理の手引	
١.,	□ 夜勤・当直放射線技師 □ 放射線技師呼び出し □ 夜勤・当直医師				P. 154	
1	□ その他 ()					
	(2)診療放射線技師は、法令に限定列挙された業務範囲を遵守している。	1.7	1.+~1.	-1►를수 1/L	管理の手引	
	□ 逸脱した医療行為等を行っておらず、法令に従った業務を行っている。		いない	手談目	P. 154~155	
	放射線業務従事者に対して法令に基づく電離放射線健康診断を実施している。					
	□ 放射線業務に常時従事する労働者で管理区域に立ち入るものに対して実施している。					
	□ 雇入れ時・配置替え時に電離放射線健康診断を行っている。					
	□ 6か月以内ごとに1回、定期に、電離放射線健康診断を行っている。					
	直近2回の実施年月日 職種内訳 対象者 受診者数 受診率					
2	医師・歯科医師 人 人 %	いる	いない	非該当	管理の手引 P. 162~163	
	① 年 月 診療放射線技師 人 人 %				P. 102~103	
	その他 人 人 %					
	医師・歯科医師 人 人 %					
	② 年 月 診療放射線技師 人 人 %					
	その他 人 人 %					
	電離放射線健康診断項目について実施し、個人票を作成している。	ł				
	┃					
	実					
	施 □ 赤血球数・血色素量又は → 実効線量の基準を超える場合実施 項 □ ヘマトクリット値					
	ス					
	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □				Marin e er 71	
3					管理の手引 P. 162~163	
	※ 実効線量の基準=前年1年間に受けた実効線量が5mSvを超えず、かつ、 その年1年に受ける実効線量が5mSvを超える恐れのない場合					
	□ 省略の実施 (□ 有 □ 無) □ 省略方法()					
	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □					
	(白内障に関する眼の検査は線源の種類によっては省略可)					
	□ 個人票の作成 □ 個人票の30年保存 □ 本人への結果通知					
	□ 労働基準監督署へ遅滞なく報告					
	従事者の被ばく線量が限度を超えないように管理している。					
	□ 被ばく線量測定報告書 □ 不均等被ばくの測定 (対象者:)					
	□ 本人への結果通知 □ 30年保存			非該当		
	□ 被ばく実効線量限度 (50mSv/年 100mSv/5年 女性の場合5mSv/3月)					
4	□ 眼の水晶体の等価線量限度 (50mSv/年 100mSv/5年)				管理の手引 P. 159~160	
	前年度実効線量の多かった従事者 (上位3名を記載してください)				P. 159~160	
			く測定			
		有		無		
		有		無		
<u> </u>		有	\Box	無		
_	エックス線撮影時の従事者、患者の被ばく軽減措置をとっている。	I	I		管理の手引	
5	┃	いる	いない	非該当	管理の手引 P. 161~162	
	┃ □ 防護具の活用 (□ プロテクタ □ 防護メガネ □ 衝立 □ その他)	ш				
	エックス線照射録を正しく記載している。				管理の手引	
6	[記載事項] □ 患者氏名 □ 性別 □ 年齢 □ 照射年月日 □ 照射方法 □ 世別 □ 年齢 □ 照射年月日 □ 照射方法 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		いない	非談当	P. 158	
-	□ 指示医師名及び内容 □ 医師の署名 □ 照射技師名 □ エックス線漏えい線量測定は6か月を超えない期間ごとに行っている。	H	┞			
	□ 漏えい線量測定者(□ 職員□ 測定業者)□ 漏えい線量測定報告書	ł				
	□ 痛えい線重測定名 (□ 戦員 □ 測定来名) □ 痛えい線重測定報音音 □ 5年間保存					
7		いる	Liters	非該业	管理の手引 P. 160	
'	直近の実施日 ① 年 月 日 ② 年 月 日			手談ヨ	P. 160	
		I	l			
	│ □ 測定レブジを確認している □ 測定器の校正日の記載がある │ □ 測定点→ □ 6面測定している □ 1面あたり複数個所を測定している					
	□□ 測定点→ □□ □□測定している □□□面にり複数値所を測定している □□□のにり複数値所を測定している □□□のにり複数値所を測定している。					
	エックス	1				
	エックス 体官万法	1				
8		いろ	いる いない 非	非該坐	管理の手引	
"	保管方注 (□ 紙 □ 雲子雄休) 保管場所 ()			ントログコ	P. 158	
	照射録					
	□ セキュリティ対策(電子媒体で作成及び保存する場合)	1				

【VII】診療放射線

	MRI施行患者に対し禁忌事項の説明、事前チェックを十分に行っている。					記入不要
9	□ 検査申込伝票等でのチェック □ 患者説明用パンフレット	いる		非該当	管理の手引 P. 164 ★実地確認	
	□ 金属類の持込み防止策を講じている。 □ 金属探知機を整備している				人人心脏的	
	移動型透視用エックス線装置(外科用イメージ装置)、移動型CT装置を適正に管					
	理している。				管理の手引	
10	□ 使用場所 ()	いる	いない	非該当	P. 161~162 ★実地確認	
	□ 一時的管理区域設定に係る管理区域標識 □ 管理区域設定に係る記録				A SACIEBO	
	保管場所() キースイッチの管理方法 ()					
	エックス線室に係る必要な表示等を行っている。					
[□ 管理区域標識(患者出入口·操作室等) □ 使用中等の表示					
11	□ 患者向け注意事項(撮影室前廊下等) □ 従事者向け注意事項(操作室等)	1.7	1.4.1.	-11-=+ \//	管理の手引 P. 156~157	
''	□ 複数装置設置時の切り替え機構	L's		非談当	P. 156~157 ★実地確認	
	□ 放射線装置を適切に点検(日常点検・定期点検)を実施し、記録している。					
	(→Ⅱ診療体制関係「4医療機器の安全管理体制の整備」と連動)					
10	ポータブル装置を適正に管理している。				管理の手引	
12	保管場所 (キースイッチの管理方法 ()	いる	いない	非該当	P. 161~162 ★実地確認	
	MRI室に必要な表示等を行っている。				MT O T S	
13	□ 注意事項の掲示 □ 「強磁場発生中」の表示	いる	いない	非該当		
	┃ □ 立入制限標識 □ 使用中ランプ				★実地確認	

	【哑】 薬剤管理関係						
	記入者所属: 記入者氏名:						
	●業務内容 (医薬品の直接の容器・被包を開封しない場合はチェック不要)						
	□ 一包化 □ 散剤調製 □ 内服液剤調製 □ 軟膏等調製	いる	いない				
	□ 注射薬混合 □ 院内製剤 □ 抗悪性腫瘍薬等の調製						
	調剤所の採光及び換気が十分で、かつ、清潔が保たれている。						
	□ 調剤環境の整備状況を記録し、定期的に評価している。						
	□ 温度 □ 湿度 □ その他(浮遊粉塵、換気性能、水質等)						
	□ 引火のおそれのある薬品等を取扱う場合には、防火上必要な設備が設けられている。						
	冷暗所が設けられている。						
	冷暗所の種類 □ 冷蔵・冷凍室 □ 冷所保管庫 □ 遮光保存						
	調剤に必要な器具を備えている。	いる	いない				
	□ はかり〔必須〕 □ 分包機(散剤・錠剤等) □ 調剤支援システム						
	□ クリーンベンチ又はクリーンルーム □ 安全キャビネット	ш					
	□ 器具類(液量器、乳棒乳鉢、軟膏板等)						
	□ その他()						
	□ 上記の調剤用設備・機器等の保守・点検を実施し、記録している。				管理の手引		
	□ 使用時の確認(計量器のゼロ点調整・水平確認、稼働確認等)				P. 33~35、 137~143、		
	医薬品を適切に管理している。				187~188 ★実地確認		
	□ 温度管理 □ 室温 □ 冷所 □ その他()						
1	□ 遮光保存 □ 凍結防止(インスリン製剤等)						
	□ 使用期限の管理 方法 ()						
	□ 開封後の使用期限の管理を行っている。						
	□ 取違い防止対策(外観類似・名称類似・複数規格のある医薬品・その他)						
	具体的方法()	L)	いない				
	□ コンタミネーション(異物及び他剤混入)防止対策(棚戻し時、分包機充填時、散剤分包機 等)						
	^{・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・}						
	·						
	具体的方法(
	□ 調剤及び薬剤の品質に影響を与える作業は必ず処方医又は薬剤師が行っている。						
	法令等を遵守した保管方法及び在庫管理を行っている。						
	□ 毒薬は他のものと区別し、使用しないときは、鍵をかけて保管している。						
	□ 毒薬は定期的に在庫数量を確認する等、盗難防止措置を講じている。						
	□ 劇薬は他のものと区別して保管している。				管理の手引		
	□ 調剤室に職員が不在の際は施錠している。	_	いない		P. 144 ★実地確認		
	鍵の管理責任者(Ш	Ш		// St. British		
	□ 薬剤師不在時の入退室状況及び医薬品の出庫・供給先を記録している。						
	□ 特定生物由来製品の使用記録(使用対象者の氏名、住所、製品名称及び製造番号等、使用						
	年月日)を作成し、20年間保管している。						
	麻薬を適切に管理している。				管理の手引		
2	□ 診療施設内の麻薬専用の金庫に、鍵をかけて保管している。	いる	いない	非該当	P. 143 ★実地確認		
	保管場所 □ 調剤所 □ 病棟 □ 手術室 □ その他 ()						
	向精神薬を適切に管理している。 □ 診療施設内で鍵のかけた設備内で管理している。						
	□ 診療施設内で鍵のかけた設備内で管理している。 保管場所 □ 調剤所 □ 病棟 □ 倉庫 □ その他()				管理の手引		
3	保管场所 □ 調剤所 □ 病保 □ 眉犀 □ ての他 ()	いる	いない	非該当	官埋の手51 P. 143 ★実地確認		
					A SAUGHERO		
	□ 定期的に任庫奴重を確認し、盗無初大防止指直を講している。 □ 第一種及び第二種向精神薬の譲受記録を2年間保管している。						
	覚醒剤原料を適切に管理している。	いる	いない	非該当	管理の手引		
4	□ 覚醒剤原料は鍵をかけて保管している				P. 143~144 ★実地確認		
	医薬用外毒物劇物を適正に管理している。						
	記入者所属: 記入者氏名:						
	取扱いのある物 □ ホルマリン □ メタノール □ アジ化ナトリウム □ γ BHC						
	□ KOH(ズーム) □ その他(
	保管場所())						
	□ その他の物を貯蔵、陳列等する場所と明確に区分された毒物劇物専用のものとし、鍵のか						
E	かる堅固な保管庫で保管している。	117	1.4	db =+ \''	管理の手引 B 144145		
5	□ 保管場所に毒物は「医薬用外毒物」、劇物は「医薬用外劇物」の表示をしている。			非該当	P. 144~145 ★実地確認		
	□ 小分けした際は、小分け容器に、劇物は白地に赤字で「医薬用外劇物」、						
	毒物は赤地に白字で「医薬用外毒物」の表示をしている。						
	□ 毒物劇物管理責任者を設置している。 管理責任者:[〕						
	□ 危害防止管理規程を作成している。						
	□ 管理簿を作成し、在庫量・使用量を把握している。						
	□ 保管庫の転倒防止、保管庫内の薬品類の転倒落下防止措置を講じている。						

	区】 医療機器管理関係			
	記入者所属: 記入者氏名:			記入不要
1	記入者所属: 記入者氏名: 医療機器を適正に管理している。	いない	管理の手引 P.35~38 ★実地確認	記入不要
	□ 使用期限切れの医療機器を使用しないよう管理をしている。 □ 注意事項等情報(添付文書)等を遵守して使用済みの医療機器を適切に取り扱っている。 □ 単回使用医療機器 □ 再使用可能医療機器 □ 再製造単回使用医療機器			