

## II 資料

医発第 0327003 号  
令和 2 年 3 月 27 日

各 院 長 殿  
各 グ ル ー プ 担 当 理 事 殿

国立病院機構本部医療部長  
( 押 印 省 略 )

「独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針」の見直しについて

「独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針」（以下「指針」という。）につきましては、国立病院機構における医療安全管理体制の確立、医療安全管理のための具体的方策及び医療事故発生時の対応方法等について示しているところです。

今般、診療用放射線に係る安全管理体制について、医療法施行規則の一部を改正する省令（平成 31 年厚生労働省令第 21 号）が平成 31 年 3 月 11 日に公布され、診療用放射線に係る安全管理体制に関する規定については令和 2 年 4 月 1 日から施行されます。

この施行を踏まえ、本部におきましても指針に規定されている「中央医療安全管理委員会」を開催するとともに、指針の見直しについて検討を行ってきたところです。

つきましては、令和 2 年 4 月 1 日以降の医療安全管理体制については、別紙指針によることとなりますのでご了知いただくとともに、引き続き医療安全管理に努めていただくようお願いします。

また、各病院におかれましては、本通知に基づき、院内の医療安全管理規定の改正等必要な措置を講ずるようお願いします。

なお、この通知の発出に伴い「独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針」の見直しについて（平成 27 年 9 月 9 日医発第 0909001 号）は廃止します。

**独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針**

## 目 次

第 1	趣旨 .....	1
第 2	医療安全管理のための基本的考え方 .....	1
第 3	用語の定義 .....	1
第 4	医療安全管理体制の整備 .....	3
第 5	各病院における医療安全管理のための具体的方策の推進 .....	9
第 6	医療事故発生時の具体的な対応 .....	1 1
第 7	医療事故の評価と医療安全管理への反映 .....	1 4
第 8	中央医療安全管理委員会の開催 .....	1 5

(別添 1) 患者影響レベルの指標

(別添 2) 患者影響レベル毎の具体的事例

(別添 3) 医療安全管理規程(例)

(別添 4) 国立病院機構医療事故公表指針

# 独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針

## 第1 趣旨

本指針は、独立行政法人国立病院機構（以下「国立病院機構」という。）における医療安全管理体制の確立、医療安全管理のための具体的方策及び医療事故発生時の対応方法等について、指針を示すことにより、適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

## 第2 医療安全管理のための基本的考え方

医療安全は、医療の質に関わる重要な課題である。また、安全な医療の提供は医療の基本となるものであり、各病院及び職員個人が、医療安全の必要性・重要性を病院及び自分自身の課題と認識し、医療安全管理体制の確立を図り安全な医療の遂行を徹底することがもっとも重要である。このため、各病院は、本指針を活用して、病院毎に医療安全管理委員会及び医療安全管理室を設置して医療安全管理体制を確立するとともに、病院内の関係者の協議のもとに、独自の医療安全管理規程及び医療安全管理のためのマニュアル等（以下「マニュアル等」という。）を作成する。また、ヒヤリ・ハット事例及び医療事故の評価分析によりマニュアル等の定期的な見直し等を行い、医療安全管理の強化充実を図る必要がある。

さらに、各病院において行われている病院間における医療安全相互チェックなどを通じて、医療安全管理に係る有効な取り組みを国立病院機構の病院で共有することや、各病院で発生した医療事故等を一元的に収集し整理・分析した上でフィードバックするなど国立病院機構の病院ネットワークを活用した医療安全管理体制の確立を図っていくことも重要である。

## 第3 用語の定義

### 1 医療安全管理規程

国立病院機構の各病院における医療安全管理体制、医療安全管理のための職員研修、医療事故対応等の医療安全管理のための基本方針を文書化したもので、医療安全管理委員会で策定及び改定するものをいう。

### 2 マニュアル

国立病院機構の各病院において、本指針の第5から第7までに記載されている医療安全管理のための具体的方策、医療事故発生時の具体的対応及び医療事故の評価と医療安全管理への反映等をまとめたものをいう。マニュアルは、病院内の関係者の協議のもとに医療安全管理室で作成、点検及び見直しの提言等を行い、医療安全管理委員会で承認を受けるものとする。

### 3 医療事故

医療事故とは、医療に関わる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切

を包含し、医療従事者が被害者である場合や廊下で転倒した場合なども含む。

#### **4 医療事故調査制度の対象となる事案**

医療事故調査制度の対象となる事案は、医療法（昭和23年法律第205号）第6条の10に定める医療事故（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つて、院長が当該死亡又は死産を予期しなかったもの）に該当する事案をいう。

#### **5 医療過誤**

医療過誤は、医療事故の発生の原因に、医療機関・医療従事者の過失があるものをいう。

#### **6 ヒヤリ・ハット事例**

患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例をいう。

具体的には、ある医療行為が、①患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合、②患者には実施されたが、結果として患者に被害を及ぼすに至らなかった場合を指す。

#### **7 患者影響レベル**

発生した医療事故やヒヤリ・ハット事例が患者にどの程度の影響を与えたかを区分するもの。国立病院機構における統一的な患者影響レベルの指標は、別添1のとおりとし、その具体的事例を別添2に整理する。レベル0からレベル3aまでをヒヤリ・ハット事例、レベル3bからレベル5までを医療事故とする。また、各病院は、本指標に基づき、発生した医療事故等がどの患者影響レベルに該当するのかについて整理を行うこととする。

#### **8 医療安全管理者**

医療安全管理者は、院長の指名により選任され、医療安全推進担当者を指導し、連携・協同の上、特定の部門ではなく病院全般にかかる医療安全対策の立案・実行・評価を含め、医療安全管理のための組織横断的な活動を行う者をいう。

また、医療安全管理者は、独立行政法人国立病院機構組織規程（平成16年規程第3号）第72条の規定に基づく看護部に置く看護師長をもって充てるものとする。

#### **9 医療安全推進担当者**

医療安全推進担当者は、院長の指名により選任され、医療事故の原因、防止方法に関する検討提言や医療安全管理委員会等との連絡調整を行う者をいう。

## 1 0 医薬品安全管理責任者

医薬品安全管理責任者は、院長の指名により選任され、医薬品の安全使用を確保するための業務を行う責任者をいう。

## 1 1 医療機器安全管理責任者

医療機器安全管理責任者は、院長の指名により選任され、医療機器の安全使用を確保するための業務を行う責任者をいう。

## 1 2 医療放射線安全管理責任者

医療放射線安全管理責任者は、院長の指名により選任され、診療用放射線の安全利用を確保するための業務を行う責任者をいう。

## 1 3 高難度新規医療技術

当該病院で実施したことのない医療技術（軽微な術式の変更等を除く。）であって、その実施により患者の死亡その他の重大な影響が想定されるものをいう。高難度新規医療技術への該当性については、関係学会から示されている「高難度新規医療技術の導入に当たっての基本的な考え方」やガイドライン等を参考にすること。

## 1 4 未承認新規医薬品等

当該病院で使用したことのない医薬品又は高度管理医療機器であって、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」（昭和35年法律第145号）における承認又は認証を受けていないものをいう。ただし、「臨床研究法」（平成29年法律第16号）に規定する特定臨床研究に用いるものは除く。

## 第4 医療安全管理体制の整備

各病院においては、以下の事項を基本として、病院内における医療安全管理体制の確立に努める。

### 1 医療安全管理規程について

- (1) 各病院は、病院内関係者の協議に基づき医療安全管理委員会で「医療安全管理規程」を策定及び改定する。（参考例は別添3のとおり。）
- (2) 医療安全管理規程には、以下の事項を規定する。
  - ア 医療機関における医療安全管理に関する基本的考え方
  - イ 医療安全管理のための病院内体制の整備
  - ウ 医療安全管理委員会の設置及び所掌事務
  - エ ヒヤリ・ハット事例の報告体制
  - オ 医療事故報告体制
  - カ 医療事故発生時の対応
  - キ 医療安全管理のための職員研修に関する基本方針

- ク 患者等に対する医療安全管理規程の閲覧に関する基本方針
- ケ その他、医療安全管理に関する事項

(3) 医療安全管理規程の患者等に対する閲覧について

医療安全管理規程については、患者及び家族等に対し、その閲覧に供することを原則とし、待合室等に備え付けるなどして、各患者等が容易に閲覧できるように配慮する。

## 2 医療安全管理委員会の設置

- (1) 各病院は医療安全管理委員会を設置する。
- (2) 医療安全管理委員会は、副院長、診療部長又は医長、薬剤部長又は薬剤科長、看護部長、事務部長、医療安全管理者、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等をもって構成することを原則とする。
- (3) 医療安全管理委員会の委員長は、原則として副院長とする。
- (4) 医療安全管理委員会の副委員長は、原則として医療安全管理者及び診療部長とする。
- (5) 委員長に事故があるときは、副委員長がその職務を代行する。
- (6) 医療安全管理委員会の所掌事務は、以下のとおりとする。
  - ア 医療安全管理の検討及び研究に関すること
  - イ 医療事故の分析及び再発防止策の検討並びに医療安全管理委員会によって立案された防止対策及び改善策の実施状況の調査及び見直しに関すること
  - ウ 医療安全管理のために行う職員に対する指示に関すること
  - エ 医療安全管理のために行う院長等に対する提言に関すること
  - オ 医療安全管理のための啓発、教育、広報及び出版に関すること
  - カ 医療訴訟に関すること
  - キ その他医療安全管理に関すること
- (7) 医療安全管理委員会は、所掌事務に係る調査、審議等の任務を行う。
- (8) 医療安全管理委員会の検討結果については、定期的に院長に報告するとともに、医療安全推進担当者を通じて、各職場に周知する。
- (9) 医療安全管理委員会の開催は、概ね毎月1回とする。ただし、必要に応じ、臨時の医療安全管理委員会を開催できるものとする。
- (10) 医療安全管理委員会の記録その他の庶務は、原則として医療安全管理室が行う。
- (11) 重大な問題が発生した場合には、臨時の医療安全管理委員会において速やかに検討し、院長に報告する。

## 3 医療安全関連指針の策定

医療安全関連指針の策定については、以下のものを策定する。

(1) 院内感染対策のための指針の策定

各病院は、次に掲げる事項を内容とする「院内感染対策のための指針」を

策定する。なお、当該指針は、院内感染対策委員会の協議を経て策定及び変更するものとする。

ア 院内感染対策に関する基本的考え方

イ 院内感染対策のための委員会（以下「院内感染対策委員会」という。）、及びその他の院内感染対策に係る院内の組織に関する基本的事項

ウ 院内感染対策のために職員に対して行われる研修に関する基本方針

エ 感染症の発生状況の報告に関する基本方針

オ 院内感染発生時の対応に関する基本方針

カ 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

キ その他院内における院内感染対策の推進のために必要な基本方針

## (2) 診療用放射線の安全利用のための指針の策定

各病院は、次の各号に掲げる事項を内容とする「診療用放射線の安全利用のための指針」を策定する。指針の策定に当たっては「診療放射線の安全利用のための指針策定に関するガイドライン」（医政地発1003第5号）を参考にすること。なお、当該指針は、医療安全管理委員会の協議を経て策定及び変更するものとする。

ア 診療用放射線の安全管理に関する基本的考え方

イ 放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の利用に係る安全な管理のための研修に関する基本方針

ウ 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

エ 放射線の過剰被ばくその他の放射線診療に関する有害事例等の事例発生時の対応に関する基本方針

オ 医療従事者と放射線診療を受ける者との間の情報の共有に関する基本方針

カ その他留意事項等について

## 4 医療安全管理室の設置

(1) 医療安全管理委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に当該病院内の安全管理を担うため、病院内に医療安全管理室を設置する。

(2) 医療安全管理室は、医療安全管理者、医療安全推進担当者、医療安全管理者を補佐する者及びその他必要な職員で構成され、医療安全管理室長は原則として、副院長等の医療安全管理委員会における委員長とする。

(3) 医療安全管理室の所掌事務は以下のとおりとする。

ア 医療安全管理委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存並びにその他委員会の庶務に関すること

イ 医療安全に関する日常活動に関すること

① 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査（定期的な現場の巡回・点検、マニュアルの遵守状況の点検）

② マニュアルの作成及び点検並びに見直しの提言等

③ ヒヤリ・ハット体験報告（ヒヤリ・ハット事例を体験した医療従事者が、その

概要を記載した文書をいう。以下同じ。)の収集、保管、分析、分析結果などの現場へのフィードバックと集計結果の管理、具体的な改善策の提案・推進とその評価

- ④ 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知（他病院における事故事例の把握など）
  - ⑤ 医療安全に関する職員への啓発、広報（月間行事の実施など）
  - ⑥ 医療安全に関する教育研修の企画・運営（具体的な内容については、第5の5を参照）
  - ⑦ 公益財団法人医療機能評価機構への医療事故情報収集等事業の報告に関すること
  - ⑧ 医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に基づく報告の支援に関すること
  - ⑨ 医療安全管理に係る連絡調整
  - ウ 医療事故発生時の指示、指導等に関すること
  - ① 診療録や看護記録等の記載、医療事故に関する報告書の作成について、職場責任者に対する必要な指示、指導
  - ② 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況についての確認と必要な指導（患者及びその家族、警察等の行政機関並びに報道機関等への対応は、病院の院長、副院長のほか、それぞれの部門の管理責任者が主として行う。）
  - ③ 院長又は副院長の指示を受け、医療事故の原因分析等のための臨時医療安全管理委員会を招集
  - ④ 事故等の原因究明が適切に実施されていることの確認と必要な指導
  - ⑤ 医療事故に関する報告書の保管
  - エ その他、医療安全対策の推進に関すること
- (4) 医療安全管理室の中に作業部会を設置し、医療安全管理室の業務の一部を行うことができる。

## 5 医療安全管理者の配置

各病院は、医療安全管理の推進のため、医療安全管理室に医療安全管理者を置く。

- (1) 医療安全管理者は、医療安全に関する十分な知識を有する者とする（医療安全管理者の養成を目的とした研修で、通算して40時間以上の研修を終了した者）。
- (2) 医療安全管理者は、医療安全管理室長の指示を受け、各部門の医療安全推進担当者と連携・協同の上、医療安全管理室の業務を行う。
- (3) 医療安全管理者は医療安全管理室の業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。
  - ア 医療安全管理室の業務に関する企画立案及び評価に関すること
  - イ 病院における職員の安全管理に関する意識の向上及び指導に関すること
  - ウ 医療事故発生時の報告又は連絡を受け、直ちに医療事故の状況把握に努めること

## 6 医療安全推進担当者の配置

各病院は、各部門の医療安全管理の推進に資するため、医療安全推進担当者を置く。

- (1) 医療安全推進担当者は、各診療科及び各看護単位にそれぞれ1名を、また、薬剤部又は薬剤科、研究検査科、事務部等各部門にそれぞれ1名を置くものとし、各院長が指名する。
- (2) 医療安全推進担当者は、医療安全管理室の指示により以下の業務を行う。
  - ア 各職場における医療事故の原因及び防止方法並びに医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提言
  - イ 各職場における医療安全管理に関する意識の向上（各部門における事故防止確認のための業務開始時のミーティングの実施などの励行等）
  - ウ ヒヤリ・ハット事例の内容の分析及び報告書の作成
  - エ 医療安全管理委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の各職場への周知徹底、その他委員会及び医療安全管理室との連絡調整
  - オ 職員に対するヒヤリ・ハット体験報告の積極的な提出の励行
  - カ その他、医療安全管理に関する事項

## 7 医薬品安全管理責任者の配置

各病院は、医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策を実施させるため、医薬品安全管理責任者を置く。

- (1) 医薬品安全管理責任者は、医薬品に関する十分な知識を有する者とする。
- (2) 医薬品安全管理責任者は医薬品の安全使用に係る業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。
  - ア 医薬品の添付文書の情報のほか、医薬品製造販売業者、行政機関、学術誌等からの情報の収集・管理
  - イ 得られた情報で必要なものについての当該情報に係る医薬品を取り扱う職員への周知
  - ウ 医薬品の業務手順書に基づき業務が行われているかについての定期的な確認と記録
  - エ その他、医薬品の安全使用に関する事項

## 8 医療機器安全管理責任者の配置

各病院は、医療機器の保守点検、安全使用の確保等の推進に資するため、医療機器安全管理責任者を置く。

- (1) 医療機器安全管理責任者は、医療機器に関する十分な知識を有する者とする。
- (2) 医療機器安全管理責任者は、医療機器の安全使用に係る業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。

- ア 職員に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
- イ 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の実施
- ウ 医療機器の添付文書及び取扱い説明書の管理、並びに医療機器の不具合情報や安全情報等の一元的把握
- エ その他、医療機器の保守点検・安全使用に関する事項

## 9 医療放射線安全管理責任者の配置

各病院は、診療用放射線に係る安全管理の確保等の推進に資するため、医療放射線安全管理責任者を置く。

- (1) 医療放射線安全管理責任者は、診療用放射線の安全管理に関する十分な知識を有する者であって、原則として医師又は歯科医師とする。ただし、病院等における常勤の医師又は歯科医師が放射線診療における正当化を、常勤の診療放射線技師が放射線診療における最適化を担保し、当該医師又は歯科医師が当該診療放射線技師に対して適切な指示を行う体制を確保している場合に限り、当該病院等について診療放射線技師を責任者としても差し支えない。
- (2) 医療放射線安全管理責任者は、診療用放射線の安全利用に係る業務のうち、以下の業務について主要な役割を担う。
  - ア 診療用放射線の安全利用のための指針の策定
  - イ 放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の安全利用のための研修の実施
  - ウ 放射線診療を受ける者の当該放射線による被ばく線量の管理及び記録その他の診療用放射線の安全利用を目的とした改善のための方策の実施

## 10 高難度新規医療技術・未承認新規医薬品等への対応

各病院は、高難度新規医療技術又は未承認新規医薬品等を用いた医療を提供する場合は、以下の事項を遵守するよう努めること。

- (1) 高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合は、高難度新規医療技術の提供の適否等を決定する部門を設置すること。
- (2) 院長は、「高難度新規医療技術について厚生労働大臣が定める基準」（厚生労働省告示246号）及び「高難度新規医療技術について厚生労働大臣が定める基準について」（医政発0610第21号）を参考に、高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合に、職員が遵守すべき事項及び（1）に規定する部門が確認すべき事項等を定めた規程を作成すること。
- (3) 未承認新規医薬品等を用いた医療を提供する場合は、未承認新規医薬品等の使用条件を定め、使用の適否を決定する部門を設置すること。
- (4) 院長は、「未承認新規医薬品等を用いた医療について厚生労働大臣が定める基準」（厚生労働省告示246号）及び「未承認新規医薬品等を用いた医療について厚生労働大臣が定める基準について」（医政発0610第24号）を参考に、

未承認新規医薬品等を用いた医療を提供する場合に、職員が遵守すべき事項及び

(3) に規定する部門が確認すべき事項等を定めた規程を作成すること。

(5) 院長は、(1) 及び(3) に規定する部門に、各部門が確認すべき各規程の遵守状況を確認させること。

### 1.1 患者相談窓口の設置

(1) 患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保するために、病院内に患者相談窓口を常設する。

(2) 患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について、患者等に明示する。

(3) 患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規程を整備する。

(4) 相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮を行う。

(5) 苦情や相談で医療安全に関わるものについては、医療安全管理室に報告し、当該病院の安全対策の見直し等に活用する。

### 1.2 マニュアル等の作成について

各病院は、医療安全管理の推進に資するためマニュアル等を作成する。

(1) 各病院は、医療安全管理のための具体的方策、医療事故発生時の具体的対応及び医療事故の評価と医療安全管理への反映等をまとめたマニュアルを作成し、医療安全管理上の具体的方策を実施する。なお、病院において医療安全管理規程等をマニュアルに含めることも可能である。

(2) また、医薬品の採用・購入に関する事項や管理に関する事項、患者に対する与薬や服薬指導に関する事項等を内容とする「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書」や、医療機器の保守点検に関する情報収集や購入時期、使用状況、保守点検・修理の把握等を内容とする「医療機器の保守点検に関する計画」を策定し、当該手順等に基づく業務を実施する。

## 第5 各病院における医療安全管理のための具体的方策の推進

各病院における医療安全管理のための具体的方策は以下のとおりとする。

### 1 医療事故防止のための要点と対策の作成

安全な医療を行うために、人工呼吸器、輸血、注射等についての具体的な注意事項を定める医療事故防止の要点と対策について、各部門の医療安全推進担当者を中心に医療安全管理室で作成し、医療安全管理委員会で承認を得る。また、医療事故防止の要点と対策は、自病院又は他病院のヒヤリ・ハット事例の評価分析や医療事故報告、原因分析等に基づいて、随時見直しを図ると共に関係職員に周知徹底を図り、医療安全管理委員会で承認を得て改定を行うものとする。

## 2 ヒヤリ・ハット事例の報告及び評価分析

### (1) 報告

ア 院長は、医療安全管理に資するよう、ヒヤリ・ハット事例の報告を促進するための体制を整備する。

イ ヒヤリ・ハット事例については、当該事例を体験した医療従事者が、その概要をヒヤリ・ハット体験報告に記載し、翌日までに、医療安全推進担当者に報告する。

ウ 医療安全推進担当者は、ヒヤリ・ハット体験報告等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載して、医療安全管理室に提出する。

エ ヒヤリ・ハット体験報告を提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。

オ ヒヤリ・ハット体験報告は、医療安全管理室において、分析・検討が終了するまで保管する。

(2) ヒヤリ・ハット事例について効果的な分析を行い、医療安全管理に資することができるよう、必要に応じて、当該事例の原因、種類及び内容等をコード化し、評価分析を行う。

### (3) ヒヤリ・ハット事例集の作成

各病院においては、ヒヤリ・ハット事例を評価分析し、医療安全管理に資することができるよう、事例集を作成する。

なお、事例集については、ヒヤリ・ハット体験報告に基づき、定期的に事例の追加記載を行い、関係職員への周知を図る。

## 3 医療事故情報収集等事業に係る報告

### ① 医療事故情報収集・分析・提供事業

医療法施行規則第9条の20の2第1項第14号に示されている事故等事案に該当する事例については、公益財団法人日本医療機能評価機構に報告する。

### ② ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業への協力

公益財団法人日本医療機能評価機構において、医療機関から報告されたヒヤリ・ハット事例等を収集、分析し提供することにより医療安全対策に一層の推進を図るヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に対し、事例の報告を行う。

## 4 医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に関する報告

医薬品、医療機器又は再生医療等製品の使用による副作用、感染症又は不具合の発生（医療機器又は再生医療等製品の場合は、健康被害が発生するおそれのある不具合も含む。）について、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止する観点から報告の必要があると判断した情報（症例）は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構に報告する（医薬品、医療機器又は再生医療等製品との因果関係が必ずしも明確で

ない場合であっても報告の対象となりうる。 )。

## 5 医療安全管理のための職員研修

### (1) 医療安全管理のための研修の実施

各病院は、個々の職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上等を図るため、医療に係る安全管理の基本的考え方及び具体的方策について、職員に対し以下のとおり研修を行う。

- ア 医療機関全体に共通する安全管理に関する内容とする。
- イ 医療に関わる場所において業務に従事する者を対象とする。
- ウ 年2回程度定期的開催、それ以外にも必要に応じて開催する。
- エ 実施内容について記録を行う。

### (2) 院内感染対策のための研修の実施

各職員の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能やチームの一員としての意識の向上等を図るための研修を実施する。

- ア 院内感染対策に関する基本的考え方及び具体的方策に関する内容とする。
- イ 各病院の実情に則した内容で、職種横断的な参加のもと行う。
- ウ 年2回程度定期的開催、それ以外にも必要に応じて開催する。
- エ 実施内容について記録を行う。

### (3) 医薬品及び医療機器の安全使用のための研修の実施

他の医療安全に係る研修と併せて行う等の方法により、医薬品並びに医療機器の安全使用に関する研修を行う。

### (4) 診療用放射線の安全利用のための研修の実施

年1回以上開催し、研修の実施内容を記録すること。なお、他の医療安全に係る研修又は放射線の取扱いに係る研修と併せて実施しても差し支えない。

## 第6 医療事故発生時の具体的な対応

各病院の医療事故発生時における医療事故の報告体制、患者・家族への対応及び警察への届出の具体的な対応は、以下のとおりとする。

### 1 医療事故の報告

#### (1) 病院内における報告の手順と対応

ア 医療事故が発生した場合は、次のとおり直ちに上司に報告する。

- ① 医師（歯科医師） → 医長 → 診療部長 → 副院長
- ② 薬剤師 → 主任薬剤師 → 薬剤部長又は薬剤科長 → 副院長
- ③ 看護師 → 看護師長 → 看護部長 → 副院長
- ④ 医療技術職員（①～③に掲げる者を除く） → 技師長 → 副院長
- ⑤ 事務職員 → 係長 → 課長 → 事務部長 → 副院長

イ 副院長は報告を受けた事項について、医療安全管理委員会に報告するととも

に、事故の重大性等を勘案して、速やかに院長に対して報告する必要があると認めた事案（医療事故調査制度に該当する事案を含む。）は、その都度院長に報告し、それ以外の事案については適宜院長に報告する。

ウ 患者の生死に関わる医療事故等、特に緊急的な対応が必要な場合において、医師、薬剤師、看護師等は、それぞれ、医長、主任薬剤師、看護師長等に直ちに連絡が出来ない場合は、直接、診療部長又は副院長、薬剤部長又は薬剤科長、看護部長等に報告する。

## （２）病院内における報告の方法

報告は、文書により行う。ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、その後文書による報告を速やかに行う。なお、報告文書の記載は、事故発生 の直接の原因となった当事者が明確な場合には、当該本人、その他の者が事故を発見した場合には、発見者とその職場の長が行う。

## （３）国立病院機構本部及び所管のグループ担当理事部門（以下「グループ」という。）への報告

ア 各病院は、イに規定する医療事故が発生した場合、医療事故等状況報告書等を、ウ及びエの報告時期等のルールに基づき、国立病院機構本部及び所管のグループに報告する。

イ 報告を要する医療事故の範囲（第５の３による報告範囲と同一）

- ① 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例。
- ② 誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る。）。
- ③ ①及び②に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例。

ウ 報告時期等のルール（医療事故調査制度に該当する事案を除く）

- ① 医療安全管理委員会等での検証作業終了後の報告（概ね２週間以内に行う必須報告）

発生した医療事故に関し医療安全管理委員会等で原因分析、再発防止策検討等の検証作業を行った上で、その内容を踏まえた医療事故等状況報告書を作成し、国立病院機構本部及び所管のグループに医療安全情報システムを通じて報告する。

- ② 危機管理の観点からの報告（院長の判断による報告）

危機管理の観点から国立病院機構本部・グループと情報を共有していることが必要と判断される医療事故が発生した場合は、事故発生後速やかに、その段階で把握できている事故内容、患者状況等の客観的事実や、必要に応じ対外的対応方

針等を、所管のグループを通じて報告する。また、医療安全管理委員会等での検証作業終了後には、追加的に原因分析、再発防止策等の内容を含む医療事故報告を行う。

＊ 当該報告を行うか否かは、事故の内容等を踏まえ各病院長が判断する。

- ③ ①の報告を行った後、例えば拡大医療安全検討委員会が開催されるなど、追加的に検証作業等が行われた場合は、追加的報告を行う。

エ 報告時期等のルール（医療事故調査制度に該当する事案）

- ① 医療事故調査制度に該当する事案については、速やかに、その段階で把握できている事故内容、患者状況等の客観的事実や、必要に応じ対外的対応方針等を所管のグループを通じて国立病院機構本部に報告する。

- ② （４）①により、医療事故調査・支援センターに報告した際は、医療事故調査・支援センターに報告した内容を、所管のグループを通じて国立病院機構本部に報告する。

- ③ （４）②により、医療事故調査・支援センターに報告した際は、その内容について、所管のグループを通じて国立病院機構本部に報告するとともに、医療安全情報システムからの報告も行う。

（４）医療事故調査・支援センターへの報告

- ① 医療事故調査制度に該当すると判断した事案については、遅滞なく、医療法第6条の10第1項に定める事項を医療事故調査・支援センターに報告する。

- ② 医療事故調査が終了したときは、その結果を遅滞なく医療事故調査・支援センターに報告する。

（５）医療事故に関する報告書の保管

医療事故に関する報告書については、独立行政法人国立病院機構法人文書管理規程（平成23年規程第11号）第14条第1項に定める期間、医療安全管理室において保管する。

## 2 患者・家族への対応

- （１）患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、誠意をもって事故の説明等を行う。

- （２）患者及び家族に対する事故の説明等は、原則として、病院の幹部職員が対応することとし、その際、病状等の詳細な説明ができる担当医師が同席する。

なお、状況に応じ、医療安全管理者、部門の管理責任者等も同席して対応する。

- （３）1（４）①及び②の報告を行うに当たっては、あらかじめ、遺族に対し、それぞれ医療法第6条の10第2項又は同法第6条の11第5項に定める事項を説明する。なお、説明に当たっては、口頭又は書面若しくはその双方の適切な方法により、遺族が希望する方法で説明するよう努めるものとする。

### 3 事実経過の記録

- (1) 医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を、診療録、看護記録等に詳細に記載する。
- (2) 記録に当たっては、具体的に以下の事項に留意する。
  - ア 初期対応が終了次第、速やかに記載すること。
  - イ 事故の種類、患者の状況に応じ、出来る限り経時的に記載を行うこと。
  - ウ 事実を客観的かつ正確に記載すること（想像や憶測に基づく記載を行わない）。

### 4 警察への届出

医師法に基づき、死体又は妊娠四月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、二十四時間以内に所轄警察署に届出を行うものとする。

### 5 重大な医療事故が発生した場合の対外的公表

各病院は、重大な医療事故等が発生した場合には、別添4の「国立病院機構医療事故公表指針」に基づき対応する。

## 第7 医療事故の評価と医療安全対策への反映

### 1 院内での医療事故の評価検討

- (1) 各病院は、医療事故が発生した場合、医療安全管理委員会において、事故の原因分析など、以下の事項について評価検討を加え、その後の医療安全対策への反映を図るものとする。なお、医療事故調査制度に該当する事案については、2による。
  - ア 医療事故報告に基づく事例の原因分析
  - イ 発生した事故について、組織としての責任体制の検証
  - ウ これまでに講じてきた医療安全対策の効果
  - エ 同様の医療事故事例を含めた検討
  - オ 医療機器メーカーへの機器改善要求
  - カ その他、医療安全対策の推進に関する事項
- (2) 医療事故の効果的な分析を行い、事故の再発防止に資することができるよう、必要に応じて、根本的原因分析など、より詳細な評価分析を行う。
- (3) 医療事故情報収集等事業により公益財団法人日本医療機能評価機構から分析・発信された医療安全情報を活用し、医療安全対策への反映を図る。

### 2 院内事故調査委員会の開催

各病院は、医療事故調査制度に該当する事案が発生した場合は、院内事故調査委員会において、以下の所掌事務を行う。

なお、院内事故調査委員会には、必ず、医療事故調査等支援団体の専門家を参画させるものとする。

- ア 遺族等への説明及び医療事故調査・支援センターへの報告に関すること。

イ 医療法第6条の11に定める医療事故調査に関すること。

### 3 拡大医療安全検討委員会の開催

医療事故調査制度に該当しない事案であって、かつ、院内の医療安全管理委員会で、原因等について十分な結論づけができない場合等には、院長は、第三者的立場から検証を行うため、グループ担当者及び専門医又は看護師等の外部委員を参画させた拡大医療安全検討委員会を開催する。

外部委員は、中立・公平性を保つために、当該委員会の開催の際、現に国立病院機構に所属していない者であり、かつ、当該病院に所属したことがない者であることが望ましい。また、法律の専門家を外部委員とする場合は、国立病院機構と利害関係を有しない者であることとし、顧問弁護士等を出席させる場合はオブザーバーとすること。

### 4 国立病院機構における医療事故に関する報告書の作成

国立病院機構本部は、各病院から報告された医療事故等状況報告を集計・分析し、一定期間毎に国立病院機構における包括的な医療事故に関する報告書を作成、各病院にフィードバックするとともに、ホームページに掲載するなどによりこれを公表する。

## 第8 中央医療安全管理委員会の開催

- (1) 国立病院機構の病院ネットワークを活用し、機構内部での医療事故発生の全体状況等を踏まえながら、国立病院機構における医療安全管理対策の基本的方向性等についての審議を行うため、国立病院機構本部に中央医療安全管理委員会を設置する。
- (2) 中央医療安全管理委員会は、院長、看護部長、医療安全管理の実務担当者である副院長、医療安全管理者、薬剤師や事務部門担当者等の多職種で構成されるものとする。

# 《患者影響レベル指標》

(別添1)

影響レベル	内 容	障害の程度及び 〔継続性〕
レベル0	誤った行為が発生したが、患者には実施されなかった場合(仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予想された)	なし
レベル1	誤った行為を患者に実施したが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった場合	なし
レベル2	行った医療又は管理により、患者に影響を与えた、又は何らかの影響を与えた可能性がある場合	なし
レベル3a	行った医療又は管理により、本来必要でなかった簡単な治療や処置(消毒、湿布、鎮痛剤投与等の軽微なもの)が必要となった場合	軽度 〔一過性〕
レベル3b	行った医療又は管理により、本来必要でなかった治療や処置が必要となった場合	中・高度 〔一過性〕
レベル4	行った医療又は管理により、生活に影響する重大な永続的障害が発生した可能性がある場合	高度 〔永続的〕
レベル5	行った医療又は管理が死因となった場合	死亡

※影響レベル3aまでが「ヒヤリ・ハット事例(=インシデント事例)」、レベル3b以上が「医療事故」

患者影響レベルについて（事例毎整理）

※ 影響レベル3・aまでを「ヒヤリ・ハット事例」、レベル3・b以上を医療事故」とする。

〔別添2〕

影響レベル	内 容	医 療 行 為 に 係 る 事 例	管 理 上 の 問 題 に 係 る 事 例
レベル0	誤った行為が発生したが、患者には実施されなかった場合（仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予想された）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・誤った薬を手にしたが、患者に実施する前に気付き実施されなかった事例</li> <li>・手術・検査・処置・リハビリ・麻酔等時に患者や部位を取り違えそうになったが、実施前に気付き実施されなかった事例</li> </ul>	—
レベル1	誤った行為を患者に実施したが、結果として患者に被害を及ぼすに至らなかった場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬を過剰投与したが軽微な過剰で患者への影響が考えられない事例、あるいはそもそも患者への影響が考えられない種類の薬剤の過剰投与であった事例</li> <li>・人工呼吸器加湿器への多酢素洗浄剤の未希釈での使用（患者への影響がなかった事例）</li> <li>・インフルエンザワクチンの重複摂取</li> </ul>	—
レベル2	行った医療又は管理により、患者に影響を与えた、又は何らかの影響を与えた可能性がある場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・輸液ポンプの点検ミスによる誤動作を原因とする高カロリー輸液の急投与や薬の過剰投与により患者への影響があり、又は影響を与えた可能性がある事例</li> <li>・検査・処置・リハビリにおける患者や部位の取り違えにより患者への影響があり、又は影響を与えた可能性がある事例</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒・転落（出血はなく、検査でも顕著な所見はなく追加的処置等は必要なかった事例）</li> <li>・廊下の段差でつまづいたことによる転倒（顕著な所見等はなかった事例）</li> <li>・患者の問題行動（自殺企図、暴力、離院等）</li> <li>・留置針による患者あるいは訪問者の針刺し事故</li> </ul>
レベル3・a （軽度）	行った医療又は管理により、本来必要でなかった簡単な治療や処置（消毒、温布、鎮痛剤投与等軽微なもの）が必要となった場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介助中の患者の痛みの訴えに明かな骨折はなかったが熱感・腫脹があり患部を冷やす等の処置を行った事例</li> <li>・医療機器の誤操作等による軽度の損傷・熱傷</li> <li>・気管内吸引処置時の消毒薬の間違いによる患者の不快感</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒・転落による軽度の外傷や挫傷</li> <li>・介助中に発生した軽度の外傷等（配膳時トレーの顔面への接触等）</li> <li>・説明不足などにより、患者が危険区域に浸入し軽度の外傷や挫傷を負った事例</li> <li>・患者間の暴力による軽度の外傷</li> </ul>
レベル3・b （中・高度）	行った医療又は管理により、本来必要でなかった治療や処置が必要となった場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重心患者等の介助中に発生した骨折（原因が明確でないものを含む）</li> <li>・尿道バルーンカテーテル交換時、心臓カテーテル検査造影時、内視鏡使用時、胃ろうチューブ交換時の穿孔</li> <li>・胃ろうチューブの腹腔内留置による腹膜炎の発症</li> <li>・IVHカテーテルの誤挿入による気胸の発生</li> <li>・手術の際のガーゼ異残等異物遺残（除去により永続的な障害は生じなかった事例）</li> <li>・手術中における手術目的以外の臓器損傷</li> <li>・尿管鏡検査時の尿管損傷</li> <li>・点滴のテープ圧迫固定を原因とする皮膚組織壊死</li> <li>・薬剤に係る過剰投与、誤薬、調剤ミス等による副作用で重篤な事例</li> <li>・経管栄養チューブの気管への誤挿管による呼吸状態悪化</li> <li>・手術・麻酔等における、患者や部位の取り違え</li> <li>・人工関節のインプラットの左右間違い</li> <li>・異型輸血の実施</li> <li>・手術実施時に使用した骨蠟の脊柱管内浸入による脊髄障害</li> <li>・手術中の体位固定・圧迫による腓骨神経麻痺（足背のしびれ等）</li> <li>・入院中に発生した重度な（筋腹[Ⅲ度]、筋層[Ⅳ度]に届く）褥創</li> <li>・人工妊娠中絶失敗による妊娠継続</li> <li>・脳室ドレーンの自己抜去による緊急手術</li> <li>・胎盤娩出時の子宮内はんにによる大量出血</li> <li>・FOY、抗ガン剤の血管外漏出による皮膚壊死</li> <li>・精神科患者の食事中の窒息</li> <li>・その他、手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期された合併症による重篤な事例で、警鐘的意義を有すると認める事例</li> <li>・手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期されていなかった合併症で重篤な事例</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒・転落による骨折、急性硬膜下血腫の発生、呼吸状態悪化による一時的な人工呼吸器装着</li> <li>・プレールームでのマットによる窒息（一時的な人工呼吸器の装着）</li> <li>・熟練度の低い者が適切な指導なく行った医療行為を原因とした有害事象で重篤な事例</li> <li>・絶縁被覆の剥がれた止血摂子の使用による熱傷</li> <li>・食品由来のアレルギー予防のため禁止食品としてのオーダーが指示されていたが、誤配膳によりアナフィラキシーショックが発生した事例</li> <li>・精神科患者の病棟等からの飛び降りによる骨折</li> </ul>
レベル4	行った医療又は管理により、生活に影響する重大な永続的障害が発生した可能性がある場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カテーテル穿刺による仮性動脈瘤形成を原因とする下肢切断</li> <li>・手術の際の異物遺残により重大な永続的障害が発生した事例</li> <li>・手術中の神経損傷を原因とする回復の見込めない筋力の低下</li> <li>・人工呼吸器の装着ミス、チューブのゆるみ等による低酸素症脳障害や意識障害</li> <li>・左乳房切除術後の病理組織検査による良性腫瘍であることの判明</li> <li>・重要な徴候等の見落としを原因とする下肢ガス壊疽による下肢切断</li> <li>・骨盤内リンパ節郭清術中の左腎動脈損傷による左腎臓摘出</li> <li>・心臓ペースメーカーのリード感染から両側眼球摘出に至った事例</li> <li>・その他、手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期された合併症により、永続的障害が発生した可能性がある事例で、警鐘的意義を有すると認める事例</li> <li>・手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期されていなかった合併症により、永続的障害が発生した可能性がある事例</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒・転落により永続的な人工呼吸器の装着が必要となった事例</li> <li>・転倒・転落による骨折が原因で寝たきりとなった事例</li> <li>・酸素吸入中の患者がベッドからの転落したことによる意識喪失・人工呼吸器装着</li> <li>・バルーンカテーテル使用患者の転倒によるカテーテル閉塞を原因とする膀胱ろう造設</li> <li>・麻酔管理ミスによる低酸素脳症を原因とする意識障害</li> <li>・誤嚥、又はその疑いによる窒息を原因とした永続的な意識障害や植物状態</li> <li>・プレールームでのマットによる窒息を原因とする永続的な人工呼吸器装着</li> <li>・留置針による針刺し事故で肝炎等永続的な有害事象が発生した可能性がある事例</li> <li>・帝王切開による新生児重症仮死状態での出生により障害が残る可能性がある事例</li> <li>・熟練度の低い者が適切な指導なく行った医療行為を原因とした有害事象で永続的障害が発生した可能性がある事例</li> <li>・自殺企図により患者が病棟等から飛び降りたことでの重篤な障害（永続的な意識レベルの低下等）が発生した事例</li> </ul>
レベル5	行った医療又は管理が死因となった場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工呼吸器の装着ミス、チューブのゆるみ等による患者の死亡</li> <li>・体位交換時の気管内挿管カニューレ逸脱による死亡</li> <li>・抗ガン剤の過剰投与による副作用を原因とする死亡</li> <li>・ニフレック投与による腸閉塞発生など薬の副作用を原因とする死亡</li> <li>・手術中の異常出血による多臓器不全等による死亡</li> <li>・心臓カテーテル施行時の冠動脈破裂・心タンポナーデによる死亡</li> <li>・手術後の肺塞栓による死亡</li> <li>・リスクの低い妊産婦の死亡</li> <li>・その他、手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期された合併症による死亡で、警鐘的意義を有すると認める事例</li> <li>・手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期されていなかった合併症による死亡</li> <li>・手術後30日以内の死亡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒・転落による頭蓋骨骨折や呼吸状態の悪化等による死亡</li> <li>・入浴中の溺死</li> <li>・誤嚥、又はその疑いによる窒息を原因とする死亡</li> <li>・熟練度の低い者が適切な指導なく行った医療行為を原因とする死亡</li> <li>・入院中の自傷行為による死亡</li> <li>・患者の自殺</li> </ul>

※ 本表は、それぞれのカテゴリにおけるいくつかの例を示したものである。

## 医療安全管理規程（例）

### （目的）

第1条 この規程は、（病院名）において必要な事項を定め、適切な医療安全管理を推進し、安全な医療の提供に資することを目的とする。

### （医療安全管理のための基本的考え方）

第2条 医療安全は、医療の質に関わる重要な課題である。また、安全な医療の提供は医療の基本となるものであり、（病院名）及び職員個人が、医療安全の必要性・重要性を病院及び自分自身の課題と認識し、医療安全管理体制の確立を図り安全な医療の遂行を徹底することがもっとも重要である。このため、（病院名）は、独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針を活用して、医療安全管理委員会及び医療安全管理室を設置して医療安全管理体制を確立するとともに、院内の関係者の協議のもとに、独自の医療安全管理規程及び医療安全管理のためのマニュアル等（以下「マニュアル等」という。）を作成する。また、ヒヤリ・ハット事例及び医療事故の評価分析によりマニュアル等の定期的な見直し等を行い、医療安全管理の強化充実を図る。

### （医療安全管理規程の患者等に対する閲覧について）

第3条 医療安全管理規程については、患者及び家族等に対して、その閲覧に供することを原則とし、待合室等に備え付けるなどして、各患者等が容易に閲覧できるように配慮する。

### （医療安全管理委員会の設置）

- 第4条 第1条の目的を達成するため、当院に医療安全管理委員会を設置する。
- 2 医療安全管理委員会は、副院長、診療部長又は医長、薬剤部長又は薬剤科長、看護部長、事務部長、医療安全管理者、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等をもって構成する。
  - 3 医療安全管理委員会の委員長は、副院長とする。
  - 4 医療安全管理委員会の副委員長は、医療安全管理者及び診療部長とする。
  - 5 委員長に事故があるときは、副委員長がその職務を代行する。
  - 6 医療安全管理委員会の所掌事務は、次の各号のとおりとする。
    - 一 医療安全管理の検討及び研究に関すること。
    - 二 医療事故の分析及び再発防止策の検討並びに医療安全管理委員会によって立案された防止対策及び改善策の実施状況の調査及び見直しに関するこ

と。

- 三 医療安全管理のために行う職員に対する指示に関する事。
- 四 医療安全管理のために行う院長等に対する提言に関する事。
- 五 医療安全管理のための啓発、教育、広報及び出版に関する事。
- 六 医療訴訟に関する事。
- 七 その他医療安全管理に関する事。
- 7 医療安全管理委員会は、所掌事務に係る調査、審議等の任務を行う。
- 8 医療安全管理委員会の検討結果については、定期的に院長に報告するとともに、医療安全推進担当者を通じて、各職場に周知する。
- 9 医療安全管理委員会の開催は、概ね毎月1回とする。ただし、必要に応じ、臨時の医療安全管理委員会を開催できるものとする。
- 10 医療安全管理委員会の記録その他の庶務は、医療安全管理室が行う。
- 11 重大な問題が発生した場合には、臨時の医療安全管理委員会において速やかに検討し、院長に報告する。

### **(医療安全関連指針の策定)**

第5条 医療安全関連指針の策定については、以下のものを策定する。

#### (1) 院内感染対策のための指針の策定

次に掲げる事項を内容とする「院内感染対策のための指針」を策定する。なお、当該指針は、院内感染対策委員会の協議を経て策定及び変更するものとする。

- 一 院内感染対策に関する基本的考え方。
- 二 院内感染対策のための委員会（以下「院内感染対策委員会」という。）、及びその他の院内感染対策に係る院内の組織に関する基本事項。
- 三 院内感染対策のために職員に対して行われる研修に関する基本方針。
- 四 感染症の発生状況の報告に関する基本方針。
- 五 院内感染発生時の対応に関する基本方針。
- 六 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針。
- 七 その他院内における院内感染対策の推進のために必要な基本方針。

#### (2) 診療用放射線の安全利用のための指針の策定

次の各号に掲げる事項を内容とする「診療用放射線の安全利用のための指針」を策定する。指針の策定に当たっては「診療放射線の安全利用のための指針策定に関するガイドライン」（医政地発1003第5号）を参考にする。なお、当該指針は、医療安全管理委員会の協議を経て策定及び変更するものとする。

- 一 診療用放射線の安全管理に関する基本的考え方。
- 二 放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の利用に係る安全な管理のための研修に関する基本方針。

- 三 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。
- 四 放射線の過剰被ばくその他の放射線診療に関する有害事例等の事例発生時の対応に関する基本方針。
- 五 医療従事者と放射線診療を受ける者との間の情報の共有に関する基本方針。
- 六 その他留意事項等について。

### (医療安全管理室の設置)

第6条 医療安全管理委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に院内の安全管理を担うため、院内に医療安全管理室を設置する。

2 医療安全管理室は、医療安全管理者、医療安全推進担当者、医療安全管理者を補佐する者及びその他必要な職員で構成され、医療安全管理室長は、副院長とする。

3 医療安全管理室の所掌事務は次の各号のとおりとする。

一 医療安全管理委員会で用いられる資料及び議事録の作成又は保存並びにその他委員会の庶務に関すること。

二 次に掲げる医療安全に関する日常活動に関すること。

ア 医療安全に関する現場の情報収集及び実態調査（定期的な現場の巡回・点検、マニュアルの遵守状況の点検）

イ マニュアルの作成及び点検並びに見直しの提言等

ウ ヒヤリ・ハット体験報告（ヒヤリ・ハット事例を体験した医療従事者が、その概要を記載した文書をいう。以下同じ。）の収集、保管、分析、分析結果などの現場へのフィードバックと集計結果の管理、具体的な改善策の提案・推進とその評価

エ 医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知（他病院における事故事例の把握など）

オ 医療安全に関する職員への啓発、広報（月間行事の実施など）

カ 医療安全に関する教育研修の企画・運営（具体的な内容については、第19条で定める。）

キ 医療事故情報収集等事業等に関する報告

ク 医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に基づく報告の支援に関すること

ケ 医療安全管理に係る連絡調整

三 次に掲げる医療事故発生時の指示、指導等に関すること。

ア 診療録や看護記録等の記載、医療事故に関する報告書の作成等について、職場責任者に対する必要な指示、指導

イ 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況についての確認と必要な指導（患者及びその家族、警察等の行政機関並びに報道機関等への対応

- は、院長、副院長のほかそれぞれの部門の管理責任者が主として行う。)ウ 院長又は副院長の指示を受け、医療事故の原因分析等のための臨時医療安全管理委員会を招集
- エ 事故等の原因究明が適切に実施されていることの確認と必要な指導
- オ 医療事故に関する報告書の保管
- 四 その他医療安全対策の推進に関すること。
- 4 医療安全管理室の中に作業部会を設置し、医療安全管理室の業務の一部を行うことができる。

### **(医療安全管理者の配置)**

- 第7条 医療安全管理の推進のため、医療安全管理室に医療安全管理者を置く。
- 2 医療安全管理者は、医療安全に関する十分な知識を有する者とする。
- 3 医療安全管理者は、医療安全管理室長の指示を受け、各部門の医療安全推進担当者と連携・協同の上、医療安全管理室の業務を行う。
- 4 医療安全管理者は医療安全管理室の業務のうち、次の各号に掲げる業務について主要な役割を担う。
- 一 医療安全管理室の業務に係る企画立案及び評価に関すること。
- 二 病院における職員の安全管理に関する意識の向上及び指導に関すること。
- 三 医療事故発生の報告・連絡後における医療事故の状況把握に関すること。

### **(医療安全推進担当者の配置)**

- 第8条 各部門の医療安全管理の推進に資するため、医療安全推進担当者を置く。
- 2 医療安全推進担当者は、各診療科及び各看護単位にそれぞれ1名を、また、薬剤部又は薬剤科、研究検査科、事務部等各部門にそれぞれ1名を置くものとし、院長が指名する。
- 3 医療安全推進担当者は、医療安全管理室の指示により次の各号に掲げる業務を行う。
- 一 各職場における医療事故の原因及び防止方法並びに医療安全管理体制の改善方法についての検討及び提言
- 二 各職場における医療安全管理に関する意識の向上（各部門における事故防止確認のための業務開始時のミーティングの実施などの励行等）
- 三 ヒヤリ・ハット体験報告の内容の分析及び報告書の作成
- 四 医療安全管理委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の各職場への周知徹底、その他委員会及び医療安全管理室との連絡調整
- 五 職員に対するヒヤリ・ハット体験報告の積極的な提出の励行
- 六 その他医療安全管理に関する必要事項

### **(医薬品安全管理責任者の配置)**

第9条 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策を実施させるため、医薬品安全管理責任者を置く。

### **(医療機器安全管理責任者の配置)**

第10条 医療機器の保守点検、安全使用の確保等の推進に資するため、医療機器安全管理責任者を置く。

### **(医療放射線安全管理責任者の配置)**

第11条 診療用放射線に係る安全管理の確保等の推進に資するため、医療放射線安全管理責任者を置く。

### **(職員の責務)**

第12条 職員は、業務の遂行に当たっては、常日頃から患者への医療、看護等の実施、医療機器の取扱いなどに当たって安全な医療を行うよう細心の注意を払わなければならない。

### **(患者相談窓口の設置)**

第13条 患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保するために、院内に患者相談窓口を常設する。

2 患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について、患者等に明示する。

3 患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規程を整備する。

4 相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮を行う。

5 苦情や相談で医療安全に関わるものについては、医療安全管理室に報告し当該病院の安全対策の見直し等に活用する。

### **(ヒヤリ・ハット事例の報告及び評価分析)**

第14条 院長は、医療安全管理に資するよう、ヒヤリ・ハット事例の報告を促進するために、次の各号に掲げる体制を整備する。

一 ヒヤリ・ハット事例については、当該事例を体験した医療従事者が、その概要をヒヤリ・ハット体験報告に記載し、翌日までに、医療安全推進担当者に報告する。

二 医療安全推進担当者は、ヒヤリ・ハット体験報告等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載して、

医療安全管理室に提出する。

三 ヒヤリ・ハット体験報告を提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。

四 ヒヤリ・ハット体験報告は、医療安全管理室において、分析・検討が終了するまで保管する。

2 ヒヤリ・ハット事例について効果的な分析を行い、医療安全管理に資することができるよう、必要に応じて、当該事例の原因、種類及び内容等をコード化し、評価分析を行う。

3 ヒヤリ・ハット事例を評価分析し、医療安全管理を資することができるよう、事例集を作成する。

なお、事例集については、ヒヤリ・ハット体験報告に基づき、定期的に事例の追加記載を行い、関係職員への周知を図る。

## (医療事故の報告)

第15条 院内における報告は、次の各号のとおりとする。

一 医療事故が発生した場合は、次のとおり直ちに上司に報告する。

ア 医師（歯科医師） → 医長 → 診療部長 → 副院長

イ 薬剤師 → 主任薬剤師 → 薬剤部長又は薬剤科長 → 副院長

ウ 看護師 → 看護師長 → 看護部長 → 副院長

エ 医療技術職員（ア～ウに掲げる者を除く） → 技師長 → 副院長

オ 事務職員 → 係長 → 課長 → 事務部長 → 副院長

二 副院長は報告を受けた事項について、医療安全管理委員会に報告するとともに、事故の重大性等を勘案して、速やかに院長に対して報告する必要があると認めた事案（医療事故調査制度に該当する事案を含む。）は、その都度院長に報告し、それ以外の事案については適宜院長に報告する。

三 患者の生死に関わる医療事故等、特に緊急的な対応が必要な場合においては、医師、薬剤師、看護師等は、それぞれ、医長、主任薬剤師、看護師長等にただちに連絡が出来ない場合は、直接、診療部長又は副院長、薬剤部長又は薬剤科長、看護部長等に報告する。

四 報告は、文書により行う。

ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、その後文書による報告を速やかに行う。

なお、報告文書の記載は、事故発生の直接の原因となった当事者が明確な場合には、当該本人、その他の者が事故を発見した場合には、発見者とその職場の長が行う。

2 国立病院機構本部及び所管のグループ担当理事部門（以下「グループ」という。）への報告は、次の各号のとおりとする。

一 次号に規定する医療事故が発生した場合、医療事故等状況報告書等を、第

3号及び第4号の報告時期等のルールに基づき、国立病院機構本部及び所管のグループに報告する。

## 二 報告を要する医療事故の範囲

ア 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例。

イ 誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）。

ウ ア及びイに掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例。

## 三 報告時期等のルール（医療事故調査制度に該当する事案を除く）

ア 医療安全管理委員会等での検証作業終了後の報告（概ね2週間以内に行う必須報告）

発生した医療事故に関し、医療安全管理委員会等で原因分析、再発防止策検討等の検証作業を行った上で、その内容を踏まえた医療事故等状況報告書を作成し、国立病院機構本部及び所管のグループに医療安全情報システムを通じて報告する。

イ 危機管理の観点からの報告（院長の判断による報告）

危機管理の観点から国立病院機構本部・グループと情報を共有していることが必要と判断される医療事故が発生した場合は、事故発生後速やかに、その段階で把握できている事故内容、患者状況等の客観的事実や、必要に応じ対外的対応方針等を、所管のグループを通じて報告する。また、医療安全管理委員会等での検証作業終了後には、追加的に原因分析、再発防止策等の内容を含む医療事故報告を行う。

ウ アの報告を行った後、例えば拡大医療安全検討委員会が開催されるなど、追加的に検証作業等が行われた場合は、追加的報告を行う。

## 四 報告時期等のルール（医療事故調査制度に該当する事案）

ア 医療事故調査制度に該当する事案については、速やかに、その段階で把握できている事故内容、患者状況等の客観的事実や、必要に応じ対外的対応方針等を所管のグループを通じて国立病院機構本部に報告する。

イ 次項第1号により、医療事故調査・支援センターに報告した際は、医療事故調査・支援センターに報告した内容を、所管のグループを通じて国立病院機構本部に報告する。

ウ 次項第2号により、医療事故調査・支援センターに報告した際は、その

内容について、所管のグループを通じて国立病院機構本部に報告するとともに、医療安全情報システムからの報告も行う。

- 3 医療事故調査・支援センターへの報告は、次の各号のとおりとする。
  - 一 医療事故調査制度に該当すると判断した事案については、遅滞なく、医療法（昭和23年法律第205号）第6条の10第1項に定める事項を医療事故調査・支援センターに報告を行う。
  - 二 医療事故調査が終了したときは、その結果を遅滞なく医療事故調査・支援センターに報告する。

#### 4 医療事故に関する報告書の保管

医療事故に関する報告書については、独立行政法人国立病院機構法人文書管理規程（平成23年規程第11号）第14条第1項に定める期間、医療安全管理室において保管する。

### （発生した事例等の患者影響レベルによる整理）

第16条 発生したヒヤリ・ハット事例や医療事故が患者にどの程度の影響があったかを、別添1「患者影響レベルの指標」により整理する。

### （患者・家族への対応）

第17条 患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、誠意をもって事故の説明等を行う。

2 患者及び家族に対する事故の説明等は、幹部職員が対応することとし、その際、病状等の詳細な説明ができる担当医師が同席する。なお、状況に応じ、医療安全管理者、部門の管理責任者等も同席して対応する。

3 第15条第3項第1号及び第2号の報告を行うに当たっては、あらかじめ、遺族に対し、それぞれ医療法第6条の10第2項又は同法第6条の11第5項に定める事項を説明する。なお、説明に当たっては、口頭又は書面若しくはその双方の適切な方法により、遺族が希望する方法で説明するよう努めるものとする。

### （事実経過の記録）

第18条 医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を、診療録、看護記録等に詳細に記載する。

2 記録に当たっては、具体的に次の各号に掲げる事項に留意する。

- 一 初期対応が終了次第、速やかに記載すること。
- 二 事故の種類、患者の状況に応じ、出来る限り経時的に記載を行うこと
- 三 事実を客観的かつ正確に記載すること（想像や憶測に基づく記載を行わない）。

### **(医療安全管理のための職員研修)**

第19条 個々の職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上等を図るため医療に係る安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について、職員に対し次の各号のとおり研修を行う。

- 一 医療機関全体に共通する安全管理に関する内容とする。
- 二 医療に関わる場所において業務に従事するものとする。
- 三 年2回程度定期的開催、それ以外にも必要に応じて開催する。
- 四 実施内容について記録を行う。

2 職員の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能やチームの一員としての意識の向上等を図るため、次の各号のとおり研修を行う。

- 一 院内感染対策に関する基本的考え方及び具体的方策に関する内容とする。
- 二 病院の実情に則した内容とする。
- 三 年2回程度定期的開催すると共に必要に応じて開催する。
- 四 実施内容について記録を行う。

3 医薬品並びに医療機器の安全使用に関する研修を行う。なお、他の医療安全に係る研修と併せて実施しても差し支えない。

4 診療放射線の安全利用のための研修を年1回以上開催し、研修の実施内容を記録すること。なお、他の医療安全に係る研修又は放射線の取扱いに係る研修と併せて実施しても差し支えない。

### **(公益財団法人医療機能評価機構への医療事故事例の報告)**

第20条 医療事故のうち、医療法施行規則に示されている、医療に係る事故の範囲に該当する事例については、公益財団法人医療機能評価機構に報告する。

### **(ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業への協力)**

第21条 公益財団法人日本医療機能評価機構において、医療機関から報告されたヒヤリ・ハット事例等を収集、分析し提供することにより医療安全対策に一層の推進を図るヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に対し、事例の報告を行う。

### **(医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に関する報告)**

第22条 医薬品、医療機器又は再生医療等製品の使用による副作用、感染症又は不具合が発生（医療機器又は再生医療等製品の場合は、健康被害が発生するおそれのある不具合も含む。）について、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止する観点から報告の必要があると判断した情報（症例）は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構に報告する（医薬品、医療機器又は再生医療等製品と

の因果関係が必ずしも明確でない場合であっても報告の対象となりうる。 )。

#### **(警察への届出)**

第23条 医師法に基づき、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、二十四時間以内に所轄警察署に届出を行うものとする。

#### **(重大な医療事故が発生した場合の対外的公表)**

第24条 重大な医療事故等が発生した場合には、別添4の「国立病院機構医療事故公表指針」に基づき対応する。

#### **(院内事故調査委員会の開催)**

第25条 医療事故調査制度に該当する事案が発生した場合は、院内事故調査委員会において、以下の所掌事務を行う。

なお、院内事故調査委員会には、必ず、医療事故調査等支援団体の専門家を参画させるものとする。

- 一 遺族等への説明及び医療事故調査・支援センターへの報告に関すること。
- 二 医療法第6条の11に定める医療事故調査に関すること。

#### **(拡大医療安全検討委員会の開催)**

第26条 医療事故調査制度に該当しない事案であって、かつ、院内の医療安全管理委員会で、原因等について十分な結論づけができない場合等には、院長は、第三者的立場から検証を行うため、グループ担当者及び専門医又は看護師等の外部委員を参画させた拡大医療安全検討委員会を開催する。

外部委員は、中立・公平性を保つために、当該委員会の開催の際、現に国立病院機構に所属していない者であり、かつ、当該病院に所属したことの無い者であることが望ましい。また、法律の専門家を外部委員とする場合は、国立病院機構と利害関係を有しない者であることとし、顧問弁護士等を出席させる場合はオブザーバーとする。

#### 附 則

この規程は、令和●年●月●日より施行する。

## 国立病院機構医療事故公表指針

この指針は、国立病院機構が、医療事故が発生した事実とその対応策等を公表していくことにより、病院運営の透明性を高め社会の信頼性を獲得するとともに、他の医療機関における類似の医療事故発生防止対策にも資することを通じ、我が国全体の医療安全対策の推進に貢献していくことを目的として定めるものである。

### 1. 事故発生病院において個別に公表する場合

#### (1) 個別公表の範囲

- ア 明かな医療過誤であり、患者が死亡、若しくは重大な永続的障害が発生した場合とする。
- イ その他、個別公表が医療安全対策の観点から社会的意義が大きいと考えられるものについても公表を行う。

#### (2) 公表の時期

事故発生後、遅滞なく、院内の医療安全管理委員会等を開催し事故の事実関係の確認などを行った上で公表する。

#### (3) 公表内容

- ア 事故の概要
- イ 事故後の対応と経過
- ウ 事故の発生原因
- エ 今後の事故防止対策
- オ その他、必要と認める事項

#### (4) 公表の方法

原則として報道機関に対し公表する。

### 2. 国立病院機構全体で包括的に公表する場合

- (1) 「事故発生病院において個別に公表する場合」以外の事例については、国立病院機構本部において包括的に公表する。
- (2) 機構本部において一定期間毎に取りまとめた包括的な医療事故に関する報告書により公表を行う。
- (3) 公表の方法は、国立病院機構ホームページにおいて行う。

### 3. 個人情報への配慮

- (1) 公表に際しては、「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」(平成15年5月30日法律第59号)に基づき、患者側のプライバシーに十分配慮をし、その内容から患者が特定、識別されないよう個人情報を保護する。

(2) 医療従事者については、病院としての事例検証を行う中で、公表内容から直ちに関係職員が特定、識別されることのないよう配慮する。

#### **4. 個別的公表に際しての患者・家族等からの同意**

- (1) 患者本人はもちろん、原則として家族等からも同意を得る。
- (2) 患者が死亡した場合は、原則として遺族から同意を得る。
- (3) 患者が意識不明の場合や判断能力がない場合は、原則として家族等から同意を得る。また、患者の意識回復に併せて、速やかに本人への説明を行ない、本人の同意を得るよう努める。
- (4) 同意を得るに当たっては、公表することだけでなく、その内容についても、公表する内容を書面で示しながら十分説明を行う。
- (5) 同意の有無、説明の内容を記録し医療安全管理委員会の書類として保存する。
- (6) 公表するか否かの判断は、患者又は家族等の意向を最大限尊重して行う。

#### **5. 個別的公表の判断**

公表するか否かの判断等については、病院内の医療安全管理委員会の意見や患者・家族の意向等を踏まえ、病院長が決定する。また、必要に応じて国立病院機構本部、グループ担当理事部門（以下「グループ」という。）と協議する。

#### **6. 機構本部、グループへの連絡**

個別公表することを決定した場合は、公表資料等を添えて速やかに国立病院機構本部、グループに連絡を行う。

医 発 第 0711001号  
令 和 5 年 7 月 11日

各 院 長 殿  
各グループ担当理事 殿

独立行政法人国立病院機構  
本 部 医 療 部 長  
( 押 印 省 略 )

「国立病院機構内院内感染報告制度の設置について」の一部改正について

国立病院機構の第4期中期計画においては、安心・安全な医療を提供するため、病院間での医療安全相互評価の推進などにより、医療安全対策の一層の充実を図ることとしており、また、院内感染対策の標準化などにも取り組むこととしております。院内感染事例については、本部で一元的に情報収集・分析を行い機構全体で情報を共有し、再発防止に努めていく必要があることから、「国立病院機構内院内感染報告制度の設置について」（平成27年4月9日医発第0409001号）及び「国立病院機構内院内感染報告制度の設置について」の一部改正について」（平成30年12月6日医発第1206007号、平成31年3月19日医発第0319002号、令和2年3月25日医発第0325002号）に基づき運用しているところです。

今般、新型コロナウイルス感染症に関する報告基準の明確化等について「院内感染に関する専門委員会」の委員の意見を踏まえ、院内感染事例報告書作成要領及び院内感染報告書を改正いたしました。

今後は、下記の改正内容を踏まえ「院内感染報告書」を作成のうえ、本部及びグループに報告くださいますようお願いいたします。

## 記

### 主な改正の内容

- ・新型コロナウイルス感染症について、以下の場合に報告するよう報告基準を明確化
  - ①迅速検査、PCR検査又は抗原定量検査にて陽性を示し、院内感染を疑う疫学的リンクがある患者（医療従事者含む）が10名以上になった場合
  - ②当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が1名以上確認された場合
- ・季節性インフルエンザ及び感染性胃腸炎について、疫学的リンクがある患者が10名以上になった場合に報告する点を明確化
- ・院内感染報告書の様式について、プルダウンより選択する部分（起因となった菌等、病院名、推定される感染源）を増やし簡素化
- ・記載誤りが多く見受けられた罹患患者数について、罹患患者数、罹患職員数、合計 総罹患患者数の3項目に変更
- ・「15 院内に病原体が持ち込まれた原因」は「8 推定される感染源と感染経路」と内容が重複しているため削除
- ・「17 初期対応に追加した対策」についてチェックリストからの選択制に簡素化

以上

## 院内感染報告書

報告日	年 月 日											
1 報告対象の基準 <sup>a</sup>												
2 病院名 <sup>b</sup>	( )											
3 報告者(職名、氏名)	職名 ( )						氏名 ( )					
4 起因となった菌又はウイルス、感染症名 <sup>c</sup>	( )											
	その他を選択した場合には詳細を記載してください。また、「ESBL産生菌」や「カルバペネム耐性腸内細菌目細菌」の場合は菌種も記載してください。											
5 特定年月日 <sup>d</sup>	年 月 日											
6 発生状況	※院内由来の感染事例のみを報告する <sup>e</sup>											計
	病棟名	例: 東2病棟										0
	(病棟種別 <sup>f</sup> )	例: 一般(その他)										0
	罹患患者数	例: 6										0
	罹患職員数	例: 3										0
	合計 総罹患患者数	例: 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 院内感染対策の実施状況(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 個室管理 <input type="checkbox"/> コホート管理 <input type="checkbox"/> スタンダード・プリコーションの徹底 <input type="checkbox"/> 面会制限 <input type="checkbox"/> 新規入院の制限 <input type="checkbox"/> 転出入の制限 <input type="checkbox"/> 予防投与 <input type="checkbox"/> 研修会の実施 <input type="checkbox"/> 感染経路別予防策の徹底 <input type="checkbox"/> スタッフコホーティング <input type="checkbox"/> 患者・家族面会者の教育 <input type="checkbox"/> 患者の培養検査 <input type="checkbox"/> 環境の培養検査 <input type="checkbox"/> 職員の培養検査 <input type="checkbox"/> 専任の清掃スタッフの配置 <input type="checkbox"/> 抗菌薬の適正使用 <input type="checkbox"/> 加算連携施設/専門施設に相談 <input type="checkbox"/> 遺伝子検査等 <input type="checkbox"/> 保健所への報告 <input type="checkbox"/> その他 その他については、以下の欄に具体的な対策を記入してください。											
8 推定される感染源 <sup>g</sup>	( )											
	その他を選択した場合は右の欄に詳細を記載してください。											
9 推定される感染経路												
10 現在の状況/特記事項	報告時点での重症者	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					報告時点での死亡患者	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
11 個別患者に関する情報 <sup>h</sup> (職員が感染した場合、かを除く)	ア. 年齢層		イ. 性別		ウ. 入院年月日		エ. 特定年月日		オ. 原疾患名			
	カ. 検体採取年月日		キ. 感染の状況	<input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 感染	ク. 感染症の治療経過							

## 終息時(ICTの介入により、アウトブレイクが終息した場合に報告)

報告日	年 月 日											
12 報告者(職名、氏名)	職名 ( )						氏名 ( )					
13 最終発症(保菌)者の発生日と終息を確定した日	発生日 ( 年 月 日 )						終息を確定した日 ( 年 月 日 )					
14 発生状況の総括 <sup>i</sup>												計
	病棟名	例: 東2病棟										0
	(病棟種別 <sup>f</sup> )	例: 一般(その他)										0
	罹患患者数	例: 6										0
	罹患職員数	例: 3										0
	合計 総罹患患者数	例: 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 今回の事例に関連した死亡者の数	死亡者数 ( 人 )											
16 院内で感染が拡大した原因(推定を含む) <sup>j</sup>												
17 初期対応に追加した対策 <sup>k</sup> (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 個室管理 <input type="checkbox"/> コホート管理 <input type="checkbox"/> スタンダード・プリコーションの徹底 <input type="checkbox"/> 面会制限 <input type="checkbox"/> 新規入院の制限 <input type="checkbox"/> 転出入の制限 <input type="checkbox"/> 予防投与 <input type="checkbox"/> 研修会の実施 <input type="checkbox"/> 感染経路別予防策の徹底 <input type="checkbox"/> スタッフコホーティング <input type="checkbox"/> 患者・家族面会者の教育 <input type="checkbox"/> 患者の培養検査 <input type="checkbox"/> 環境の培養検査 <input type="checkbox"/> 職員の培養検査 <input type="checkbox"/> 専任の清掃スタッフの配置 <input type="checkbox"/> 抗菌薬の適正使用 <input type="checkbox"/> 加算連携施設/専門施設に相談 <input type="checkbox"/> 遺伝子検査等 <input type="checkbox"/> 保健所への報告 <input type="checkbox"/> その他 その他については、以下の欄に具体的な対策を記入してください。											
18 効果があったと考えられる対策 <sup>l</sup> (再発防止策を含む。)												
19 本事例に関する院内感染対策委員会の評価(今後の課題を含む)												
20 報道機関に対して公表した場合は、公表した年月日及び公表に至った理由	年 月 日											

※裏面の記載上の留意事項に基づいて報告して下さい。

## 【記載上の留意事項】

1. 院内感染報告事例は院内由来のもののみを報告する。
  2. 初回報告後に、同種の菌やウイルスによる感染が拡大した場合は、初回報告のファイルを更新し、報告の際は更新であることを明記する。
  3. 発生時は、「1」から「10」を記入のうえ報告すること。  
終息時は、「12」から「20」を記入のうえ報告すること。その際、「1」から「10」については、変更等する必要はない。
- a. 院内感染事例報告書作成要領の「1報告対象」の基準1、基準2、基準3のいずれかをプルダウンより選択する。
  - b. 病院名についてプルダウンより選択する。
  - c. 起因となった菌、ウイルス、感染症名についてプルダウンより選択する。  
多剤耐性菌(基質特異性拡張型βラクタマーゼ(ESBL)産生菌やカルバペネム耐性腸内細菌目細菌(CRE)など)の場合は菌種も記載する。
  - d. 初発患者の特定年月日を記載する。原因の菌又はウイルスが特定できない場合では初発患者が症状を呈した日を記載する。
  - e. 院内由来の感染事例とは、患者が入院後2暦日以降に採取した検体から原因微生物が検出される、あるいは発症した事例を指す。
  - f. 病棟種別は、「一般(その他)」、「一般(重心)」、「一般(筋ジス・神経筋難病等)」、「結核」、「精神」からプルダウンより選択する。
  - g. 推定される感染源について、「職員」、「新規入院患者」、「入院中患者」、「面会者」の中から、有症状・無症状の別とともにプルダウンより選択する。
  - h. 必要に応じ、ア～クの事項を報告する(患者名は匿名化すること)  

上記「11」の「必要に応じ」とは、多剤耐性菌の事例、またそれによるアウトブレイク(疑い含む)の事例、院内感染との因果関係が否定できない重症患者(死亡者含む)の事例又はその他情報共有の必要性が高いと病院長が判断した場合(複数の事例の場合は任意の様式を使用)
  - i. 初発患者から全ての累計患者数を記載する。
  - j. 「8」に記載した内容に追加がある場合に記載する。
  - k. 「7」に記載した対策以外に追加して実施した対策のみ記載する。
  - l. 実施した対策の中で効果があったと考える対策を記載する。

## 院内感染事例報告書作成要領

院内感染事例が生じた場合にあって国立病院機構本部に提出する院内感染報告書(別紙)は、以下の要領に沿って作成することとする。

### 1 報告対象

次の三つの基準のいずれかに当てはまる場合について報告する。

#### **基準1** アウトブレイク※を疑う事例<sup>注1</sup>

アウトブレイクを疑う事例として報告対象とする感染事例は、多剤耐性菌、季節性インフルエンザ、感染性胃腸炎(ノロウイルス等)とする。

※ アウトブレイクの定義

一定期間内に、同一病棟や同一医療機関といった一定の場所で発生した院内感染の集積が通常よりも高い状態のことであること(「医療機関における院内感染対策について」(平成26年12月19日付医政地発1219第1号より抜粋)。

注1) 上記、「基準1 アウトブレイクを疑う事例」として報告する基準は、次の場合をいう。

a 多剤耐性菌 (例:メチシリン耐性黄色ブドウ菌(MRSA)、ペニシリン耐性肺炎球菌(PRSP) 等※)

- ・ 1例目の発見から4週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による発症例が計3例以上特定された場合
- ・ 1例目の発見から4週間以内に、同一機関内で同一菌株と思われる発病例(抗菌薬感受性パターンが類似した症例等)が計3例以上特定された場合
- ・ 当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が1名以上確認された場合

※ ただし、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌(CRE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌(VRSA)、多剤耐性緑膿菌(MDRP)、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)及び多剤耐性アシネトバクター属の5種類の耐性菌については、院内感染事例が1例目に発見特定された場合、保菌または感染にかかわらず報告対象とする。この保菌か感染かの判断は、各種情報を総合的に判断して決定するものである。(院内由来ではなく持込みであることが検査結果により確認された事例は報告不要である。)

b 季節性インフルエンザ

- ・ 院内感染を疑うインフルエンザ様症状を呈した疫学的リンクがある患者(医療従事者含む)が、10名以上になった場合
- ・ 当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が1名以上確認さ

れた場合

c 感染性胃腸炎（ノロウイルス等）

- ・ 院内感染を疑う感染性胃腸炎症状を呈した疫学的リンクがある患者（医療従事者含む）が、10名以上になった場合
- ・ 当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が1名以上確認された場合

d 新型コロナウイルス感染症

- ・ 迅速検査、PCR検査又は抗原定量検査にて陽性を示し、院内感染を疑う疫学的リンクがある患者（医療従事者含む）が10名以上になった場合
- ・ 当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が1名以上確認された場合

**基準2** 次の院内感染症例が1例でも特定された場合（※院内由来のもののみ限定）

- ① 1類～5類感染症（5類は全数届出対象疾患のみ）
- ② 指定感染症
- ③ 流行性耳下腺炎

**基準3** 基準1及び基準2に当てはまらないが、保健所に報告した事例など、国立病院機構全体で情報共有することが望ましいと病院長が判断した場合

## 2 報告内容

1) 1の報告事案が発生した際は、次の項目について別紙により報告することとする。

(1) 報告対象の基準

(2) 病院名

(3) 報告者（職名、氏名）

(4) 起因となった菌又はウイルス

- ① 起因となった菌、ウイルス、感染症名についてプルダウンより選択する。
- ② 多剤耐性菌（基質特異性拡張型βラクタマーゼ（ESBL）産生菌やカルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）など）の場合は菌種も記載する。

(5) アウトブレイク（疑い含む）又は院内感染の1例目を特定した年月日※

同種の菌やウイルスによる感染が拡大した場合は、初回報告のファイルを更新し、報告の際は更新であることを明記する。

※ 初発患者の特定年月日を記載する。原因の菌又はウイルスが特定できない場合では初発患者が症状を呈した日を記載する。

(6) 発生状況（発生病棟、患者数）

- ① 院内由来（感染）の事例のみを報告する。
- ② 入院後2歴日以上経過した検体から検出された場合は院内感染とする。
- ③ 入院前の施設あるいは前回入院時に保菌が確認されている場合は、除外する。

(7) 院内感染対策の実施状況

(8) 推定される感染源

(9) 推定される感染経路

(10) 現在の状況/特記事項

① 発症日から報告日までの状況（感染状況が拡大傾向か終息傾向か、保健所へ報告した場合の指導事項等）について記載する。また、その他特筆すべき事項があれば記載する。

② 報告時点での重症患者の有無、死亡患者の有無について記載する。

(11) 個別患者に関する情報（職員が感染した場合ウ、カは除く）

ア. 年齢層      イ. 性別      ウ. 入院年月日      エ. 検体採取年月日

オ. 特定年月日      カ. 原疾患名      キ. 感染の状況（保菌・感染）

ク. 感染症の治療経過

注）ただし、(11)については、次の場合に報告する。

① 多剤耐性菌の事例、またはそれによるアウトブレイク（疑い含む）の事例

② 院内感染との因果関係が否定できない重症患者（死亡者含む）の事例

③ その他、情報共有の必要性が高いと病院長が判断した場合

2) 1)により報告した事案について、ICTの介入による対策が行われた結果、アウトブレイクが終息した場合は、次の項目について別紙により報告することとする。その際、1)により報告した内容については削除しない。

(12) 報告者（職名、氏名）

(13) 最終発症(保菌)者の発生日と終息を確定した日

(14) 発生状況の総括（発生病棟、患者数）

(15) 今回の事例に関した死亡の数

(16) 院内で感染が拡大した原因（推定含む）

(17) 初期対応に追加した対策（(7)に記載した対策以外で実施した対策）

(18) 対策を実施した中で効果があったと考えられる対策（再発防止策を含む。）

(19) 本事例に関する院内感染対策委員会の評価（今後の課題を含む）

(20) 報道機関に対して公表した場合は、公表した年月日及び公表に至った理由

### 3 報告時期

次の時期に報告する。

(1) 「基準1 アウトブレイクを疑う事例」の場合

① 報告対象となった時（アウトブレイク疑いの基準を満たした時）

② 国の通知に基づき、アウトブレイクに対する院内感染対策を実施した後、管轄する保健所に報告する時

③ アウトブレイクの終息（宣言）後

④ 3ヶ月以上院内感染の終息が見られない場合、「①」の報告から概ね3ヶ月毎に再度報告する

注) 報告の際には以下の点に留意する。

「①」については、その時点で明確となっている項目のみを記載後、できるだけ速やかに報告すること。

「②」については、機構本部医療部サービス・安全課（以下、「本部担当課」という。）及び所管のグループ担当理事部門（以下「グループ」という。）に保健所へ報告を行う旨を連絡のうえ、その時点で明確となっている項目のみを記載後、できるだけ速やかに報告すること。また、保健所に報告した際の参考資料があれば、合わせて提出すること。

「③」については、院内感染対策委員会等での検証作業終了後、概ね2週間以内に報告すること。

(2) 「次の院内感染例が1例でも特定された場合 ア 1類～5類感染症(5類は全数届出対象疾患のみ) イ 指定感染症 ウ 流行性耳下腺炎」の場合

① 報告対象となった時

② 院内感染事例への対応終了後

注) 報告の際には以下の点に留意する。

「①」については、その時点で明確となっている項目のみを記載後、できるだけ速やかに報告すること。

「②」については、院内感染対策委員会等での検証作業終了後、概ね2週間以内に報告すること。

※ アウトブレイクに対する院内感染対策を実施した後、管轄する保健所に報告するケースとは、以下の場合をいう(「医療機関における院内感染対策について(平成26年12月19日付医政地発1219第1号より抜粋)」)。

同一医療機関内で同一菌種の細菌又は共通する薬剤耐性遺伝子を含有するプラスミドを有すると考えられる細菌による感染症の発病症例(カルバペネム耐性腸内細菌目細菌(CRE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌(VRSA)、多剤耐性緑膿菌(MDRP)、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)及び多剤耐性アシネトバクター属の5種類の多剤耐性菌は保菌者を含む。)が多数に上る場合(目安として1事例につき10名以上となった場合)又は当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合。

また、このような場合に至らない時点においても、医療機関の判断の下、必要に応じて保健所に報告又は相談することが望ましい。

#### 4 報告方法

- (1) 3に定める報告時期に「院内感染報告書」様式によりメールにて本部担当課(アドレス: 700-serviceanzen@mail.hosp.go.jp)及びグループに報告する。
- (2) 年度を通して報告対象となる院内感染事例がなかった場合は、翌年度5月末までにその旨を報告する。
- (3) 病院における報告担当者は、原則ICN又は院内で感染対策を担当している看護師とし、他に適任者がいる場合には、病院長の判断で報告担当者として指名する。

以上

## 「院内感染事例報告書作成要領」新旧対照表

改正	現行
<p style="text-align: right;">(別添)</p> <p style="text-align: center;">院内感染事例報告書作成要領</p> <p>院内感染事例が生じた場合にあって国立病院機構本部に提出する院内感染報告書（別紙）は、以下の要領に沿って作成することとする。</p> <p>Ⅰ 報告対象</p> <p>次の三つの基準のいずれかに当てはまる場合について報告する。</p> <p>基準Ⅰ アウトブレイク※を疑う事例<sup>注1</sup></p> <p>アウトブレイクを疑う事例として報告対象とする感染事例は、多剤耐性菌、季節性インフルエンザ、感染性胃腸炎（ノロウイルス等）とする</p> <p>※ アウトブレイクの定義</p> <p>一定期間内に、同一病棟や同一医療機関といった一定の場所で発生した院内感染の集積が通常よりも高い状態のことであること（「医療機関における院内感染対策について」（平成26年12月19日付医政地発1219第1号より抜粋）。</p> <p>注1）上記、「基準Ⅰ アウトブレイクを疑う事例」として報告する基準は、次の場合をいう。</p> <p>a 多剤耐性菌（例:メチシリン耐性黄色ブドウ菌(MRSA)、ペニシリン耐性肺炎球菌(PRSP)等※）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1例目の発見から4週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による発症例が計3例以上特定された場合</li> <li>・ 1例目の発見から4週間以内に、同一機関内で同一菌株と思われる発病例（抗菌薬感受性パターンが類似した症例等）が計3例以上特定された場合</li> <li>・ 当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が1名以上確認された場合</li> </ul> <p>※ ただし、カルバペネム耐性腸内細菌<del>目</del>細菌（CRE）、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）、多剤耐性緑膿菌（MDRP）、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）及び多剤耐性アシネトバクター属の5種類の耐性菌については、院内感染事例が1例目に発見特定された場合、保菌または感染にかかわらず報告対象とする。この保菌か感染かの判断は、各種情報を総合的に判断して決定するものである。（院内由来ではなく持込みであることが検査結果により確認された事例は報告不要である。）</p> <p>b 季節性インフルエンザ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院内感染を疑うインフルエンザ様症状を呈した<b>疫学的リンクがある</b>患者</li> </ul>	<p style="text-align: right;">(別添)</p> <p style="text-align: center;">院内感染事例報告書作成要領</p> <p>院内感染事例が生じた場合にあって国立病院機構本部に提出する院内感染報告書（別紙）は、以下の要領に沿って作成することとする。</p> <p>Ⅰ 報告対象</p> <p>次の三つの基準のいずれかに当てはまる場合について報告する。</p> <p>基準Ⅰ アウトブレイク※を疑う事例<sup>注1</sup></p> <p>アウトブレイクを疑う事例として報告対象とする感染事例は、多剤耐性菌、季節性インフルエンザ、感染性胃腸炎（ノロウイルス等）とする</p> <p>※ アウトブレイクの定義</p> <p>一定期間内に、同一病棟や同一医療機関といった一定の場所で発生した院内感染の集積が通常よりも高い状態のことであること（「医療機関における院内感染対策について」（平成26年12月19日付医政地発1219第1号より抜粋）。</p> <p>注1）上記、「基準Ⅰ アウトブレイクを疑う事例」として報告する基準は、次の場合をいう。</p> <p>a 多剤耐性菌（例:メチシリン耐性黄色ブドウ菌(MRSA)、ペニシリン耐性肺炎球菌(PRSP)等※）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1例目の発見から4週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による発症例が計3例以上特定された場合</li> <li>・ 1例目の発見から4週間以内に、同一機関内で同一菌株と思われる発病例（抗菌薬感受性パターンが類似した症例等）が計3例以上特定された場合</li> <li>・ 当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が1名以上確認された場合</li> </ul> <p>※ ただし、カルバペネム耐性腸内細菌<del>目</del><b>科</b>細菌（CRE）、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）、多剤耐性緑膿菌（MDRP）、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）及び多剤耐性アシネトバクター属の5種類の耐性菌については、院内感染事例が1例目に発見特定された場合、保菌または感染にかかわらず報告対象とする。この保菌か感染かの判断は、各種情報を総合的に判断して決定するものである。（院内由来ではなく持込みであることが検査結果により確認された事例は報告不要である。）</p> <p>b 季節性インフルエンザ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院内感染を疑うインフルエンザ様症状を呈した患者（医療従事者含む）</li> </ul>

(医療従事者含む)が、10名以上になった場合

- ・当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が1名以上確認された場合
- c 感染性胃腸炎(ノロウイルス等)
  - ・院内感染を疑う感染性胃腸炎症状を呈した疫学的リンクがある患者(医療従事者含む)が、10名以上になった場合
  - ・当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が1名以上確認された場合

d 新型コロナウイルス感染症

- ・迅速検査、PCR検査又は抗原定量検査にて陽性を示し、院内感染を疑う疫学的リンクがある患者(医療従事者含む)が10名以上になった場合
- ・当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が1名以上確認された場合

基準2 次の院内感染症例が1例でも特定された場合(※院内由来のもののみ限定)

- ① 1類~5類感染症(5類は全数届出対象疾患のみ)
- ② 指定感染症
- ③ 流行性耳下腺炎

基準3 基準1及び基準2に当てはまらないが、保健所に報告した事例など、国立病院機構全体で情報共有することが望ましいと病院長が判断した場合

2 報告内容

1) 1の報告事案が発生した際は、次の項目について別紙により報告することとする。

- (1) 報告対象の基準
- (2) 病院名
- (3) 報告者(職名、氏名)
- (4) 起因となった菌又はウイルス

①起因となった菌、ウイルス、感染症名についてプルダウンより選択する。

②多剤耐性菌(基質特異性拡張型βラクタマーゼ(ESBL)産生菌やカルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)など)の場合は菌種も記載する。

(削除)

- (5) アウトブレイク(疑い含む)又は院内感染の1例目を特定した年月日※同種の菌やウイルスによる感染が拡大した場合は、初回報告のファイルを更新し、報告の際は更新であることを明記する。

※初発患者の特定年月日を記載する。原因の菌又はウイルスが特定できない場合では初発患者が症状を呈した日を記載する。

- (6) 発生状況(発生病棟、患者数)

① 院内由来(感染)の事例のみを報告する。

が、10名以上になった場合

- ・当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が1名以上確認された場合
- c 感染性胃腸炎(ノロウイルス等)
  - ・院内感染を疑う感染性胃腸炎症状を呈した患者(医療従事者含む)が、10名以上になった場合
  - ・当該院内感染事例との因果関係が否定できない死亡者が1名以上確認された場合

(追加)

基準2 次の院内感染症例が1例でも特定された場合(※院内由来のもののみ限定)

- ① 1類~5類感染症(5類は全数届出対象疾患のみ)
- ② 指定感染症
- ③ 流行性耳下腺炎

基準3 基準1及び基準2に当てはまらないが、保健所に報告した事例など、国立病院機構全体で情報共有することが望ましいと病院長が判断した場合

2 報告内容

1) 1の報告事案が発生した際は、次の項目について別紙により報告することとする。

- (1) 報告対象の基準
- (2) 病院名
- (3) 報告者(職名、氏名)
- (4) 起因となった菌又はウイルス

(追加)

① 多剤耐性菌(基質特異性拡張型βラクタマーゼ(ESBL)産生菌やカルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)など)の場合は菌種も記載する。なお、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)の場合において、カルバペネムゼ産生腸内細菌科細菌(CPE)の確認ができていればその旨も記載する。

② インフルエンザの場合はA型又はB型の別を明確に記載する。

- (5) アウトブレイク(疑い含む)又は院内感染の1例目を特定した年月日※同種の菌やウイルスによる感染が拡大した場合は、初回報告のファイルを更新し、報告の際は更新であることを明記する。

※初発患者の特定年月日を記載する。原因の菌又はウイルスが特定できない場合では初発患者が症状を呈した日を記載する。

- (6) 発生状況(発生病棟、患者数)

① 院内由来(感染)の事例のみを報告する。

- ② 入院後2 歴日以上経過した検体から検出された場合は院内感染とする。
- ③ 入院前の施設あるいは前回入院時に保菌が確認されている場合は、除外する。

(7) 院内感染対策の実施状況

(8) 推定される感染源

(9) 推定される感染経路

(10) 現在の状況/特記事項

- ① 発症日から報告日までの状況（感染状況が拡大傾向か終息傾向か、保健所へ報告した場合の指導事項等）について記載する。また、その他特筆すべき事項があれば記載する。
- ② 報告時点での重症患者の有無、死亡患者の有無について記載する。

(11) 個別患者に関する情報（職員が感染した場合ウ、カは除く）

ア. 年齢層 イ. 性別 ウ. 入院年月日 エ. 検体採取年月日  
オ. 特定年月日 カ. 原疾患名 キ. 感染の状況（保菌・感染）  
ク. 感染症の治療経過

注）ただし、(11)については、次の場合に報告する。

- ① 多剤耐性菌の事例、またはそれによるアウトブレイク（疑い含む）の事例
- ② 院内感染との因果関係が否定できない重症患者（死亡者含む）の事例
- ③ その他、情報共有の必要性が高いと病院長が判断した場合

2) 1)により報告した事案について、ICTの介入による対策が行われた結果、アウトブレイクが終息した場合は、次の項目について別紙により報告することとする。その際、1)により報告した内容については削除しない。

(12) 報告者（職名、氏名）

(13) 最終発症（保菌）者の発生日と終息を確定した日

(14) 発生状況の総括（発生病棟、患者数）

(15) 今回の事例に関する死亡の数

(削除)

(16) 院内で感染が拡大した原因（推定含む）

(17) 初期対応に追加した対策（(7)に記載した対策以外で実施した対策）

(18) 対策を実施した中で効果があったと考えられる対策（再発防止策を含む。）

(19) 本事例に関する院内感染対策委員会の評価（今後の課題を含む）

(20) 報道機関に対して公表した場合は、公表した年月日及び公表に至った理由

### 3 報告時期

次の時期に報告する。

(1) 「基準1 アウトブレイクを疑う事例」の場合

- ① 報告対象となった時（アウトブレイク疑いの基準を満たした時）
- ② 国の通知に基づき、アウトブレイクに対する院内感染対策を実施した後、管轄する保健所に報告する時
- ③ アウトブレイクの終息（宣言）後
- ④ 3ヶ月以上院内感染の終息が見られない場合、「①」の報告から概ね3ヶ月

- ② 入院後2 歴日以上経過した検体から検出された場合は院内感染とする。
- ③ 入院前の施設あるいは前回入院時に保菌が確認されている場合は、除外する。

(7) 院内感染対策の実施状況

(8) 推定される感染源と感染経路

(追加)

(9) 現在の状況/特記事項

- ① 発症日から報告日までの状況（感染状況が拡大傾向か終息傾向か、保健所へ報告した場合の指導事項等）について記載する。また、その他特筆すべき事項があれば記載する。
- ② 報告時点での重症患者の有無、死亡患者の有無について記載する。

(10) 個別患者に関する情報（職員が感染した場合ウ、カは除く）

ア. 年齢層 イ. 性別 ウ. 入院年月日 エ. 検体採取年月日  
オ. 特定年月日 カ. 原疾患名 キ. 感染の状況（保菌・感染）  
ク. 感染症の治療経過

注）ただし、(10)については、次の場合に報告する。

- ① 多剤耐性菌の事例、またはそれによるアウトブレイク（疑い含む）の事例
- ② 院内感染との因果関係が否定できない重症患者（死亡者含む）の事例
- ③ その他、情報共有の必要性が高いと病院長が判断した場合

2) 1)により報告した事案について、ICTの介入による対策が行われた結果、アウトブレイクが終息した場合は、次の項目について別紙により報告することとする。その際、1)により報告した内容については削除しない。

(11) 報告者（職名、氏名）

(12) 最終発症（保菌）者の発生日と終息を確定した日

(13) 発生状況の総括（発生病棟、患者数）

(14) 今回の事例に関する死亡の数

(15) 院内に病原体が持ち込まれた原因（推定を含む）

(16) 院内で感染が拡大した原因（推定含む）

(17) 初期対応に追加した対策（(7)に記載した対策以外で実施した対策）

(18) 対策を実施した中で効果があったと考えられる対策（再発防止策を含む。）

(19) 本事例に関する院内感染対策委員会の評価（今後の課題を含む）

(20) 報道機関に対して公表した場合は、公表した年月日及び公表に至った理由

### 3 報告時期

次の時期に報告する。

(1) 「基準1 アウトブレイクを疑う事例」の場合

- ① 報告対象となった時（アウトブレイク疑いの基準を満たした時）
- ② 国の通知に基づき、アウトブレイクに対する院内感染対策を実施した後、管轄する保健所に報告する時
- ③ アウトブレイクの終息（宣言）後
- ④ 3ヶ月以上院内感染の終息が見られない場合、「①」の報告から概ね3ヶ月

月毎に再度報告する

注) 報告の際には以下の点に留意する。

「①」については、その時点で明確となっている項目のみを記載後、できるだけ速やかに報告すること。

「②」については、機構本部医療部サービス・安全課（以下、「本部担当課」という。）及び所管のグループ担当理事部門（以下「グループ」という。）に保健所へ報告を行う旨を連絡のうえ、その時点で明確となっている項目のみを記載後、できるだけ速やかに報告すること。また、保健所に報告した際の参考資料があれば、合わせて提出すること。

「③」については、院内感染対策委員会等での検証作業終了後、概ね2週間以内に報告すること。

(2) 「次の院内感染例が1例でも特定された場合 ア 1類～5類感染症(5類は全数届出対象疾患のみ) イ 指定感染症 ウ 流行性耳下腺炎」の場合

① 報告対象となった時

② 院内感染事例への対応終了後

注) 報告の際には以下の点に留意する。

「①」については、その時点で明確となっている項目のみを記載後、できるだけ速やかに報告すること。

「②」については、院内感染対策委員会等での検証作業終了後、概ね2週間以内に報告すること。

※ アウトブレイクに対する院内感染対策を実施した後、管轄する保健所に報告するケースとは、以下の場合をいう(「医療機関における院内感染対策について(平成26年12月19日付医政地発1219第1号より抜粋)」)。

同一医療機関内で同一菌種の細菌又は共通する薬剤耐性遺伝子を含有するプラスミドを有すると考えられる細菌による感染症の発症事例(カルバペネム耐性腸内細菌目細菌(CRE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌(VRSA)、多剤耐性緑膿菌(MDRP)、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)及び多剤耐性アシネトバクター属の5種類の多剤耐性菌は保菌者を含む。)が多数に上る場合(目安として1事例につき10名以上となった場合)又は当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合。

また、このような場合に至らない時点においても、医療機関の判断の下、必要に応じて保健所に報告又は相談することが望ましい。

#### 4 報告方法

(1) 3に定める報告時期に「院内感染報告書」様式によりメールにて本部担当課(アドレス:700-serviceanzen@mail.hosp.go.jp)及びグループに報告する。

(2) 年度を通して報告対象となる院内感染事例がなかった場合は、翌年度5月末までにその旨を報告する。

(3) 病院における報告担当者は、原則ICN又は院内で感染対策を担当している看護師とし、他に適任者がいる場合には、病院長の判断で報告担当者として指名する。

月毎に再度報告する

注) 報告の際には以下の点に留意する。

「①」については、その時点で明確となっている項目のみを記載後、できるだけ速やかに報告すること。

「②」については、機構本部医療部サービス・安全課（以下、「本部担当課」という。）及び所管のグループ担当理事部門（以下「グループ」という。）に保健所へ報告を行う旨を連絡のうえ、その時点で明確となっている項目のみを記載後、できるだけ速やかに報告すること。また、保健所に報告した際の参考資料があれば、合わせて提出すること。

「③」については、院内感染対策委員会等での検証作業終了後、概ね2週間以内に報告すること。

(2) 「次の院内感染例が1例でも特定された場合 ア 1類～5類感染症(5類は全数届出対象疾患のみ) イ 指定感染症 ウ 流行性耳下腺炎」の場合

① 報告対象となった時

② 院内感染事例への対応終了後

注) 報告の際には以下の点に留意する。

「①」については、その時点で明確となっている項目のみを記載後、できるだけ速やかに報告すること。

「②」については、院内感染対策委員会等での検証作業終了後、概ね2週間以内に報告すること。

※ アウトブレイクに対する院内感染対策を実施した後、管轄する保健所に報告するケースとは、以下の場合をいう(「医療機関における院内感染対策について(平成26年12月19日付医政地発1219第1号より抜粋)」)。

同一医療機関内で同一菌種の細菌又は共通する薬剤耐性遺伝子を含有するプラスミドを有すると考えられる細菌による感染症の発症事例(カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌(VRSA)、多剤耐性緑膿菌(MDRP)、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)及び多剤耐性アシネトバクター属の5種類の多剤耐性菌は保菌者を含む。)が多数に上る場合(目安として1事例につき10名以上となった場合)又は当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合。

また、このような場合に至らない時点においても、医療機関の判断の下、必要に応じて保健所に報告又は相談することが望ましい。

#### 4 報告方法

(1) 3に定める報告時期に「院内感染報告書」様式によりメールにて本部担当課(アドレス:700-serviceanzen@mail.hosp.go.jp)及びグループに報告する。

(2) 年度を通して報告対象となる院内感染事例がなかった場合は、翌年度5月末までにその旨を報告する。

(3) 病院における報告担当者は、原則ICN又は院内で感染対策を担当している看護師とし、他に適任者がいる場合には、病院長の判断で報告担当者として指名する。

R0507 (別紙)

### 院内感染報告書

報告日		年 月 日		
1 報告対象の基礎*				
2 病院名*	( )			
3 報告者(職名、氏名)	職名 ( )	氏名 ( )		
4 起因となった菌又はウイルス、感染症名*	( )			
*その他を選択した場合は詳細を記載してください。また、「院内感染発生」や「カルテシステム附注欄内感染項目報告」の場合は重複も記載してください。				
5 特定年月日*	年 月 日			
6 発生状況	※院内由来の感染事例のみを報告する*			計
	病棟名 (病棟種別)	例: 東2病棟 西1棟(その他)		0
	罹患患者数	例: 6		0
	罹患職員数	例: 3		0
	合計 総罹患患者数	例: 9	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	0
7 院内感染対策の実施状況 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 個室管理 <input type="checkbox"/> コホート管理 <input type="checkbox"/> スタンダード・プリコーションの徹底 <input type="checkbox"/> 面会制限 <input type="checkbox"/> 新規入院の制限 <input type="checkbox"/> 転出入の制限 <input type="checkbox"/> 予防疫与 <input type="checkbox"/> 研修会の実施 <input type="checkbox"/> 感染経路予防策の徹底 <input type="checkbox"/> スタッフホーディング <input type="checkbox"/> 患者・家族関係者の教育 <input type="checkbox"/> 患者・家族関係者の教育 <input type="checkbox"/> 患者の培養検査 <input type="checkbox"/> 環境の培養検査 <input type="checkbox"/> 職員培養検査 <input type="checkbox"/> 職員の培養検査 <input type="checkbox"/> 専任の清掃スタッフの配置 <input type="checkbox"/> 抗菌薬の適正使用 <input type="checkbox"/> 加算連携施設/専門施設に相談 <input type="checkbox"/> 加算連携施設/専門施設に相談 <input type="checkbox"/> 遺伝子検査等 <input type="checkbox"/> 保健所への報告 <input type="checkbox"/> その他 その他については、以下の欄に具体的な対策を記入してください。			
8 推定される感染源*	( )			
*その他を選択した場合は右の欄に詳細を記載してください。				
9 推定される感染経路				
10 現在の状況/特記事項	報告時点での重症者	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	報告時点での死亡患者	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
11 個別患者に関する情報* (職員が感染した場合のみは除く)	ア. 年齢層	イ. 性別	ウ. 入院年月日	
	エ. 検体採取年月日	オ. 特定年月日	カ. 原疾患名	
	キ. 感染の状況	<input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 感染	ク. 感染症の治療経過	

### 終息時(ICTの介入により、アウトブレイクが終息した場合に報告)

報告日		年 月 日		
12 報告者(職名、氏名)	職名 ( )	氏名 ( )		
13 最終発症(保菌)者の発生日と終息を確定した日	発生日 ( 年 月 日 )	終息を確定した日 ( 年 月 日 )		
14 発生状況の総括	※院内由来の感染事例のみを報告する*			計
	病棟名 (病棟種別)	例: 東2病棟 西1棟(その他)		0
	罹患患者数	例: 6		0
	罹患職員数	例: 3		0
	合計 総罹患患者数	例: 9	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	0
15 今回の事例に関連した死亡者の数	死亡者数 ( 人 )			
16 院内で感染が拡大した原因(推定を含む)*				
17 初期対応に追加した対策* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 個室管理 <input type="checkbox"/> コホート管理 <input type="checkbox"/> スタンダード・プリコーションの徹底 <input type="checkbox"/> 面会制限 <input type="checkbox"/> 新規入院の制限 <input type="checkbox"/> 転出入の制限 <input type="checkbox"/> 予防疫与 <input type="checkbox"/> 研修会の実施 <input type="checkbox"/> 感染経路予防策の徹底 <input type="checkbox"/> スタッフホーディング <input type="checkbox"/> 患者・家族関係者の教育 <input type="checkbox"/> 患者・家族関係者の教育 <input type="checkbox"/> 患者の培養検査 <input type="checkbox"/> 環境の培養検査 <input type="checkbox"/> 職員の培養検査 <input type="checkbox"/> 職員の培養検査 <input type="checkbox"/> 専任の清掃スタッフの配置 <input type="checkbox"/> 抗菌薬の適正使用 <input type="checkbox"/> 加算連携施設/専門施設に相談 <input type="checkbox"/> 加算連携施設/専門施設に相談 <input type="checkbox"/> 遺伝子検査等 <input type="checkbox"/> 保健所への報告 <input type="checkbox"/> その他 その他については、以下の欄に具体的な対策を記入してください。			
18 効果があったと考えられる対策 (再発防止策を含む。)				
19 本事例に関する院内感染対策委員会の評価 (今後の課題を含む)				
20 報道機関に対して公表した場合は、公表した年月日及び公表に至った理由	年 月 日			

※裏面の記載上の留意事項に基づいて報告して下さい。

R020401 (別紙)

### 院内感染報告書

報告日		年 月 日		
1 報告対象の基礎*				
2 病院名	( )			
3 報告者(職名、氏名)	職名 ( )	氏名 ( )		
4 起因となった菌又はウイルス*	( )			
5 特定年月日*	年 月 日			
6 発生状況	※院内由来の感染事例のみを報告する*			計
	病棟名 (病棟種別)	例: 東2病棟 西1棟(その他)		0
	罹患患者数(職員含)	例: 5		0
	うち職員数(再掲)	例: 1		0
	<input type="checkbox"/> 個室管理 <input type="checkbox"/> コホート管理 <input type="checkbox"/> スタンダード・プリコーションの徹底 <input type="checkbox"/> 面会制限 <input type="checkbox"/> 新規入院の制限 <input type="checkbox"/> 転出入の制限 <input type="checkbox"/> 予防疫与 <input type="checkbox"/> 研修会の実施 <input type="checkbox"/> 感染経路予防策の徹底 <input type="checkbox"/> スタッフホーディング <input type="checkbox"/> 患者・家族関係者の教育 <input type="checkbox"/> 患者・家族関係者の教育 <input type="checkbox"/> 患者の培養検査 <input type="checkbox"/> 環境の培養検査 <input type="checkbox"/> 職員の培養検査 <input type="checkbox"/> 職員の培養検査 <input type="checkbox"/> 専任の清掃スタッフの配置 <input type="checkbox"/> 抗菌薬の適正使用 <input type="checkbox"/> 加算連携施設/専門施設に相談 <input type="checkbox"/> 加算連携施設/専門施設に相談 <input type="checkbox"/> 遺伝子検査等 <input type="checkbox"/> 保健所への報告 <input type="checkbox"/> その他 その他については、以下の欄に具体的な対策を記入して下さい。			
7 院内感染対策の実施状況 (複数回答可)				
8 推定される感染源と感染経路				
9 現在の状況/特記事項	報告時点での重症者	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	報告時点での死亡患者	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
10 個別患者に関する情報* (職員が感染した場合のみは除く)	ア. 年齢層	イ. 性別	ウ. 入院年月日	
	エ. 検体採取年月日	オ. 特定年月日	カ. 原疾患名	
	キ. 感染の状況	<input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 感染	ク. 感染症の治療経過	

### 終息時(ICTの介入により、アウトブレイクが終息した場合に報告)

報告日		年 月 日		
11 報告者(職名、氏名)	職名 ( )	氏名 ( )		
12 最終発症(保菌)者の発生日と終息を確定した日	発生日 ( 年 月 日 )	終息を確定した日 ( 年 月 日 )		
13 発生状況の総括*	※院内由来の感染事例のみを報告する*			計
	病棟名 (病棟種別)	例: 東2病棟 西1棟(その他)		0
	罹患患者数(職員含)	例: 5		0
	うち職員数(再掲)	例: 1		0
	<input type="checkbox"/> 個室管理 <input type="checkbox"/> コホート管理 <input type="checkbox"/> スタンダード・プリコーションの徹底 <input type="checkbox"/> 面会制限 <input type="checkbox"/> 新規入院の制限 <input type="checkbox"/> 転出入の制限 <input type="checkbox"/> 予防疫与 <input type="checkbox"/> 研修会の実施 <input type="checkbox"/> 感染経路予防策の徹底 <input type="checkbox"/> スタッフホーディング <input type="checkbox"/> 患者・家族関係者の教育 <input type="checkbox"/> 患者・家族関係者の教育 <input type="checkbox"/> 患者の培養検査 <input type="checkbox"/> 環境の培養検査 <input type="checkbox"/> 職員の培養検査 <input type="checkbox"/> 職員の培養検査 <input type="checkbox"/> 専任の清掃スタッフの配置 <input type="checkbox"/> 抗菌薬の適正使用 <input type="checkbox"/> 加算連携施設/専門施設に相談 <input type="checkbox"/> 加算連携施設/専門施設に相談 <input type="checkbox"/> 遺伝子検査等 <input type="checkbox"/> 保健所への報告 <input type="checkbox"/> その他 その他については、以下の欄に具体的な対策を記入して下さい。			
14 今回の事例に関連した死亡者の数	死亡者数 ( 人 )			
15 院内に病原体が持ち込まれた原因 (推定を含む)				
16 院内で感染が拡大した原因 (推定を含む)				
17 初期対応に追加した対策*				
18 効果があったと考えられる対策 (再発防止策を含む。)				
19 本事例に関する院内感染対策委員会の評価 (今後の課題を含む)				
20 報道機関に対して公表した場合は、公表した年月日及び公表に至った理由				

※裏面の記載上の留意事項に基づいて報告して下さい。

## 【記載上の留意事項】

1. 院内感染報告事例は院内由来のもののみを報告する。
  2. 初回報告後に、同種の菌やウイルスによる感染が拡大した場合は、初回報告のファイルを更新し、報告の際は更新であることを明記する。
  3. 発生時は、「1」から「10」を記入のうえ報告すること。  
終息時は、「12」から「20」を記入のうえ報告すること。その際、「1」から「10」については、変更等する必要はない。
- a. 院内感染事例報告書作成要領の「1 報告対象」の基準1、基準2、基準3のいずれかをプルダウンより選択する。
- b. 病院名についてプルダウンより選択する。
- c. 起因となった菌、ウイルス、感染症名についてプルダウンより選択する。  
多剤耐性菌（基質特異性拡張型βラクタマーゼ（ESBL）産生菌やカルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）など）の場合は菌種も記載する。
- d. 初発患者の特定年月日を記載する。原因の菌又はウイルスが特定できない場合では初発患者が症状を呈した日を記載する。
- e. 院内由来の感染事例とは、患者が入院後2暦日以降に採取した検体から原因微生物が検出される、あるいは発症した事例を指す。
- f. 病棟種別は、「一般（その他）」、「一般（重心）」、「一般（筋ジス・神経筋難病等）」、「結核」、「精神」からプルダウンより選択する。
- g. 推定される感染源について、「職員」、「新規入院患者」、「入院中患者」、「面会者」の中から、有症状・無症状の別とともにプルダウンより選択する。
- h. 必要に応じ、ア～クの事項を報告する（患者名は匿名化すること）  
上記「11」の「必要に応じ」とは、多剤耐性菌の事例、またそれによるアウトブレイク（疑い含む）の事例、院内感染との因果関係が否定できない重症患者（死亡者含む）の事例又はその他情報共有の必要性が高いと病院長が判断した場合（複数の事例の場合は任意の様式を使用）
- i. 初発患者から全ての累計患者数を記載する。
- j. 「8」に記載した内容に追加がある場合に記載する。
- k. 「7」に記載した対策以外に追加して実施した対策のみ記載する。
- l. 実施した対策の中で効果があったと考える対策を記載する。

## 【記載上の留意事項】

1. 院内感染報告事例は院内由来のもののみを報告する。
  2. 初回報告後に、同種の菌やウイルスによる感染が拡大した場合は、初回報告のファイルを更新し、報告の際は更新であることを明記する。
  3. 発生時は、「1」から「9」を記入のうえ報告すること。  
終息時は、「11」から「19」を記入のうえ報告すること。その際、「1」から「9」については、変更等する必要はない。
- a. 院内感染事例報告書作成要領の「1 報告対象」の基準1、基準2、基準3のいずれかをプルダウンより選択する。
- (追加)
- b. 多剤耐性菌（基質特異性拡張型βラクタマーゼ（ESBL）産生菌やカルバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE）など）の場合は菌種も記載する。  
なお、カムバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE）の場合において、カルバペネマーゼ産生腸内細菌科細菌（CPE）の確認ができていればその旨も記載する。  
インフルエンザの場合はA型又はB型の別を明確に記載する。
- c. 初発患者の特定年月日を記載する。原因の菌又はウイルスが特定できない場合では初発患者が症状を呈した日を記載する。
- d. 院内由来の感染事例とは、患者が入院後2暦日以降に採取した検体から原因微生物が検出される、あるいは発症した事例を指す。
- e. 病棟種別は、「一般（その他）」、「一般（重心）」、「一般（筋ジス・神経筋難病等）」、「結核」、「精神」から選択する。
- (追加)
- f. 必要に応じ、ア～クの事項を報告する（患者名は匿名化すること）  
上記「10」の「必要に応じ」とは、多剤耐性菌の事例、またそれによるアウトブレイク（疑い含む）の事例、院内感染との因果関係が否定できない重症患者（死亡者含む）の事例又はその他情報共有の必要性が高いと病院長が判断した場合（複数の事例の場合は任意の様式を使用）
- g. 初発患者から全ての累計患者数を記載する。
- (追加)
- h. 「7」に記載した対策以外に追加して実施した対策のみ記載する。
- i. 実施した対策の中で効果があったと考える対策を記載する。

医発第 0426002 号  
令和 5 年 4 月 26 日

国立病院機構

各 病 院 長 }  
各グループ担当理事 } 様

国立病院機構本部  
医 療 部 長  
( 押 印 省 略 )

### 令和 5 年度における病院間医療安全相互チェックの実施について

平素より医療安全対策にご尽力いただき感謝申し上げます。

令和 5 年度における病院間医療安全相互チェックの実施方法につきましては、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更や令和 4 年度病院間医療安全相互チェックに係るアンケート結果（以下「アンケート結果」という。）に基づき「第 20 回病院間相互チェック体制の整備に関する専門委員会」（令和 5 年 1 月 11 日開催）等においてご意見を伺った結果を踏まえ、令和 5 年度は「オンラインか対面かを病院が選択する方法」にて実施することといたしました。

実施要領につきましては、アンケート結果等を踏まえ所要の見直しを行い、別添の通り作成いたしましたので、関係職員へ周知するとともに、参加病院においては、当該実施要領に基づき、病院間医療安全相互チェックを実施していただき、チェック終了後は、改善報告書等の提出物を幹事病院でとりまとめの上、グループ担当理事部門（医療担当）へ提出期限までに提出いただきますようお願いいたします。

なお、病院間医療安全相互チェックの実施方法にかかる今後の課題等を把握するため、本部職員が参加させていただく場合があること、また、参加病院等に対して、令和 5 年 1 2 月にアンケートを実施する予定ですのでご了承のほどお願いいたします。

#### 【留意事項】

本通知は、国立病院機構が独自に実施する病院間医療安全相互チェックの取扱いであり、診療報酬上の「医療安全対策地域連携加算」に係る医療安全対策に関する評価の実施については、別途、診療報酬上の取扱いに従って対応する必要があります。

また、国立病院機構が独自に実施する病院間医療安全相互チェックの重点課題版への参加については、各病院の希望制としていますが、重大な医療事故につながる可能性が高く窒息予防や転倒・転落防止策など法人としても取組を強化している事項について実施していることから、2 年に 1 度は参加いただくよう実施要領を変更しましたので、病院機能評価の受審計画などを踏まえ計画的にご参加いただくようお願いいたします。

なお、病院間医療安全相互チェックの実施に当たっての事前準備等について、下記の通りご連絡いたしますので、ご対応くださいますようお願いいたします。

## 記

### ○セーフティネット分野対象病院（障害者関係病床中心病院、精神科病床中心病院）

令和5年度における病院間医療安全相互チェックの実施について、オンラインでの実施か対面での実施どちらを希望するかなどについて令和5年5月10日（水）までに別紙1に必要事項を記載のうえ、所属グループ担当理事部門の医療担当（医療情報係）に提出すること。

各グループ担当理事部門の医療担当は、管内分の別紙1を取りまとめ後、速やかに本部医療部サービス・安全課（700-serviceanzen@mail.hosp.go.jp）までメールにて提出すること。

また、セーフティネット分野版への参加に関する組合せグループについては、令和5年5月末を目途に通知する予定。

※ 令和4年度の医療安全相互チェック実施時にセーフティネット分野版で参加していた「複合（その他）」の病院については、セーフティネット分野対象病院以外の病院と合わせて意向調査（セーフティネット分野版と重点課題版のどちらへの参加を希望するか等）を実施。

### ○セーフティネット分野対象病院以外の病院及びセーフティネット分野の機能を有する「複合（その他）」病院

オンラインでの実施か対面での実施どちらを希望するかや、重点課題版への参加希望等について、令和5年5月10日（水）までに別紙2に必要事項を記載のうえ、所属グループの医療担当（医療情報係）に提出すること。

各グループの医療担当は、グループ管内分の別紙2を取りまとめ後、速やかに本部医療部サービス・安全課（700-serviceanzen@mail.hosp.go.jp）までメールにて提出すること。

また、重点課題版への参加に関する組合せグループについては、令和5年5月末を目途に通知する予定。

### 【添付資料】

- 1 病院間における医療安全相互チェック実施要領－セーフティネット分野版－
- 2 病院間における医療安全相互チェック実施要領－重点課題版－
- 3 別紙1 セーフティネット分野対象病院（オンラインか対面の希望等）
- 4 別紙2 セーフティネット分野対象病院以外の病院及びセーフティネット分野の機能を有する「複合（その他）」病院（重点課題版への参加希望等）

# 病院間における 医療安全相互チェック 実施要領

—セーフティネット分野版—

令和5年4月

独立行政法人国立病院機構

## 目 次

I	はじめに	2
II	目的及び期待される効果について	3
	1 目的	
	2 セーフティネット分野の医療安全相互チェックで期待される効果	
III	対象病院	3
IV	医療安全相互チェックシート	4
	1 チェックシートの種類	
	2 チェックシートの構成	
	3 チェックシートの使用方法	
V	運用方法	5
	1 実施期間	
	2 実施に係るスケジュール	
	3 対面による実施かオンラインによる実施かの選択	
	4 病院の組み合わせ等	
	5 病院グループの編成に関する留意点	
	6 病院等の役割	
	7 実施方法	
VI	結果の活用	11
VII	その他	12
	1 患者等の個人情報の取扱いについて	
	2 経費について	

### 【資料】

- 医療安全相互チェック実施のイメージ図
- 医療安全相互チェックシート（セーフティネット分野版）
  - （重症心身障害） Ver. 4
  - （神経筋難病） Ver. 4
  - （精神科医療） Ver. 4
- 医療安全相互チェックの実施フロー図
- 医療安全相互チェックの参加者編成表（別添1）
- 医療安全相互チェック進行予定表（別添2）
- オンライン院内視察（試行）における留意事項について（別添3）
- 病院間における「医療安全相互チェック」の概要〔様式1〕
- 病院間における「医療安全相互チェック」の提言報告書〔様式2〕
- 病院間における「医療安全相互チェック」の改善報告書〔様式3〕

## I はじめに

国立病院機構においては、医療安全管理体制の確立、医療安全管理のための具体的方策及び医療事故発生時の対応方法等について、「独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針」を定めており、これに基づき、適切な医療安全対策への取組みを実施している。

また、国立病院機構における医療安全対策の標準化を図ることを目的として、国立病院機構第2期中期計画において、「各病院の医療安全対策の現状について評価を実施し、医療安全対策の質の均一化を図り、もって医療安全対策の質の向上を図る」という方針を掲げ、病院間での医療安全相互チェックを実施する体制の構築を進め、平成25年度から本格的に実施した。

さらに、国立病院機構第3期中期計画でも、「病院間における医療安全体制の拡充等を通じて、医療安全対策の一層の充実を図る」という方針を掲げ、引き続き取組みを推進するとともに、二巡目においては同機能病院において医療安全相互チェックを実施し、平成30年度をもって二巡目が終了した。

その後、平成30年度診療報酬改定により、「医療安全対策地域連携加算」が新設され、施設基準の一つに、要件を満たしている地域の医療機関と連携し医療安全対策に関する評価を少なくとも年1回程度実施することが定められた。

そのため、当該加算の届出を行っている当機構病院においては、地域の医療機関または当機構の病院と連携し相互評価等を実施している。

このような状況をふまえ、今後の医療安全相互チェックの在り方については、平成30年度末に開催した病院間相互チェック体制の整備に関する専門委員会及び中央医療安全管理委員会（以下「中央医療安全管理委員会等」という。）での議論を経て、令和元年度においては、セーフティネット分野の医療安全に係る評価及び発生頻度が高く重症化のリスクの高い転倒・転落の防止策について実施状況の評価を行うこととし、それぞれ実施をしたところである。

令和2年度以降の医療安全相互チェックの実施については、令和元年度末の中央医療安全管理委員会等での議論等を踏まえ、セーフティネット分野の医療安全に係る評価についてはチェックシート等の必要な見直しを行い、また、発生頻度が高く重症化のリスクの高い転倒・転落の防止策等の個別課題については、重点課題として位置づけて実施する方針としたが、令和2年度においては、新型コロナウイルス感染者数の増加等の状況を鑑み、チェックシートのみを定め、各病院において自己評価を実施した。

令和3年度は、新型コロナウイルスの感染状況や令和2年度末の中央医療安全管理委員会等の議論等を踏まえ、診療報酬上の「医療安全対策地域連携加算」に係る医療安全対策に関する評価の実施とは別に、国立病院機構が独自に実施するテレビ会議システムを活用した「オンラインによるテーマを絞ったディスカッション」を実施した。

なお、各チェックシートを用いたディスカッションテーマの他、この機会を捉え、各病院の直近の課題等（新型コロナウイルス感染対策及び本部から通知等された医療事故に係る警鐘的事例等に係る各病院の取組み）をディスカッションで

きるようテーマに加え実施した。

令和4年度は、新型コロナウイルスの感染状況や令和2年度末の中央医療安全管理委員会等の議論等を踏まえ、実施要領に係る所要の見直しを行った上で、令和3年度と同様の方法により実施することとした。

また、原則、オンライン院内視察を実施することとした。ただし、実施する病院の通信環境等に問題がある場合には、事前に撮影した動画等で対応することとした。

令和5年度においては、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが5類に変更されることなども踏まえ、各病院が「オンラインか対面かを選択する方法」により実施することとした。

本実施要領に基づき医療安全相互チェックを実施することにより、さらなる国立病院機構の医療安全対策の標準化、質の向上につながることを目指すものである。

## Ⅱ 目的及び期待される効果について

### 1 目的

病院間における「医療安全相互チェック」は、国立病院機構の各病院における医療安全対策の現状について病院間で意見交換及び評価を実施し、医療安全対策の標準化を推進するとともに、医療安全の質の向上と均てん化を図ることを目的とする。

### 2 セーフティネット分野の医療安全相互チェックで期待される効果

- 1) 従前より実施してきた自院における医療安全対策についての課題が明確になり、他施設の良い取組みを吸収（情報共有）することで、セーフティネット分野における医療安全の向上を図るとともに、医療の質の向上につながる。
- 2) 国立病院機構が担っている大きな役割であるセーフティネット分野において、医療安全相互チェックに継続的に取組み、体系化した医療安全相互チェックシートを作成し、国立病院機構以外にも広く発信することで、地域の医療機関における医療安全の向上と均てん化につながる。
- 3) 相互チェック実施後も障害者虐待防止対策等の助言など、相互の病院での連携体制が期待される。

## Ⅲ 対象病院

国立病院機構におけるセーフティネット分野（重症心身障害、神経筋難病、精神科医療）の病院機能を有する90病院

※病院機能が「複合（その他）」の病院においては、セーフティネット分野版と重点課題版のどちらへの参加を希望するかについて意向調査を実施する予定のため、対象病院は変動する。

## IV 医療安全相互チェックシート

### 1 チェックシートの種類

- 1) セーフティネット分野版（重症心身障害）Ver. 4
- 2) セーフティネット分野版（神経筋難病）Ver. 4
- 3) セーフティネット分野版（精神科医療）Ver. 4

### 2 チェックシートの構成

重症心身障害	神経筋難病	精神科医療
1) 医療安全相互チェックシート (1) 医療安全管理体制の整備 (2) 医療安全管理のための具体的方策の推進 (3) 医療事故発生時の具体的な対応 (4) 医療事故の評価と医療安全対策への反映 (5) ケア・プロセスに着目した医療安全管理体制について (6) リスク管理について (7) 強度行動障害児（者）への対応 (8) 短期入所・通園事業 (9) 障害者虐待について 2) 規程及びマニュアル一覧表 3) 委員会設置一覧表 4) 研修会開催一覧表	1) 医療安全相互チェックシート (1) 医療安全管理体制の整備 (2) 医療安全管理のための具体的方策の推進 (3) 医療事故発生時の具体的な対応 (4) 医療事故の評価と医療安全対策への反映 (5) ケア・プロセスに着目した医療安全管理体制について (6) リスク管理について (7) 短期入所等 (8) 障害者虐待について 2) 規程及びマニュアル一覧表 3) 委員会設置一覧表 4) 研修会開催一覧表	1) 医療安全相互チェックシート (1) 医療安全管理体制の整備 (2) 医療安全管理のための具体的方策の推進 (3) 医療事故発生時の具体的な対応 (4) 医療事故の評価と医療安全対策への反映 (5) ケア・プロセスに着目した医療安全管理体制について (6) リスク管理について 2) 規程及びマニュアル一覧表 3) 委員会設置一覧表 4) 研修会開催一覧表

### 3 チェックシートの使用方法

#### 1) チェックシートの選択

医療安全相互チェックの実施にあたっては、各病院が担うセーフティネット分野の病院機能に応じたチェックシートを使用し、重症心身障害と神経筋難病・筋ジストロフィー等の2つの機能を有する病院においては、2種類のチェックシートを使用する。

なお、チェックシートには「\*」を表示した項目を設けており、その取扱いは以下の通り。

#### ・「\*」を表示した項目

セーフティネット分野版に参加するすべての病院において確認すべき項目。

（令和元年度に策定した医療安全チェックシート共通版の内容から追加になった項目やセーフティネット分野に特化した項目。）

#### ・それ以外の項目

自院が医療安全対策地域連携加算を取得しており、当該加算について連携する医療機関と医療安全にかかる相互評価（以下「施設基準上の相互評価」という。）を実施した際、既にチェック済の項目についてはチェック不要。ただし、施設基準上の相互評価を実施した際にチェックしていない項目については必ずチェックすること。

#### 2) 医療安全相互チェックシートの記入方法

チェックシートは、○、×、NA（Not Appreciable（非該当））によって自己評価・他者評価を記入する。自己評価の際、部門間で差のある評価項目は、医療安全管理室において部門現場の聞き取りなどを行い、チェック当日までに改善可能であれば○とし、改善が難しい又は一部でも不適切であれば×とする。×の事項についてはディスカッションにおいて他病院の取組内容を聞き取るなどの方法により、改善に向けて取り組むこと。NAについては、病院機能上該当する業務を実施していない場合、例えば、当該病院において、「手術」を実施していないような場合は、関連項目をNAとする。

### V 運用方法

#### 1 実施期間

1年間に1病院グループあたり1つの病院のチェックを実施。各々の病院が1年間に担う役割は1つであり、3年間で3つの役割が一巡する。

#### 2 実施に係るスケジュール

5月～11月 1病院グループ（3病院）で実施計画を立案し、グループ担当理事部門へ報告の上、対象病院間で相互チェックを実施

（医療安全相互チェック実施後1月以内に提言報告書を提出）

（提言報告書提出日から3月以内に改善報告書を提出）

12月 アンケートの実施

#### 3 対面による実施かオンラインによる実施かの選択

各病院は医療安全相互チェックの実施方法について、対面による実施とオンラインによる実施のどちらを希望するかを（病院機能が「複合（その他）」の病院においては、セーフティネット分野版と重点課題版のどちらへの参加を希望するかについても）決定し、本部が別途実施する意向調査（以下、「意向調査」という。）に回答すること。

#### 4 病院の組み合わせ等

病院の組み合わせについては1病院グループ3病院を基本とし、本部が病

院機能（重症心身障害、神経筋難病・筋ジストロフィー、精神科医療）及び意向調査の結果を踏まえ、グループ担当理事部門と協議の上決定する。

なお、病院の組み合わせは以下の考え方に沿って実施する。

- ・ オンラインによる実施を希望する病院は、グループ担当理事部門を越えて全国の病院と組み合わせを実施する。
- ・ 対面での実施を希望する病院は、移動距離などを考慮し同一のグループ担当理事部門の病院と組み合わせを実施する。ただし、1病院グループ3病院の編成が出来ない場合は、グループ担当理事部門を越えて近隣のグループ担当理事部門の病院とも組合せを実施する。
- ・ いずれのケースにおいても、1病院グループを3病院にて編成出来ない場合には、グループ担当理事部門がチェックにおける役割の一部を担うものとする（この場合の病院グループにおける3回目の実施方法については、本部、グループ担当理事部門及び該当病院で別途調整する）。
- ・ 意向調査で希望した実施方法の病院が同一の病院機能におらず組み合わせが出来ない場合には、希望した実施方法とは異なる方法で実施する場合がある。

## 5 病院グループの編成に関する留意点

各病院の希望を踏まえて行う病院グループの編成についての留意点は以下の通り。

- ・ 意向調査については次年度以降も実施する方針であるが、セーフティネット分野版は3年間で役割が一巡するため、今年度決定した病院グループは3年間変更できず、同一の病院グループの他病院の意向によっては、希望した実施方法での実施とならない可能性があること。
- ・ 対面を希望する病院同士で病院グループが編成されていても、感染状況等により相互チェック当日はオンラインでの実施となる可能性があること。
- ・ 病院間の交通事情は、グループ担当理事部門とも協議し、一定程度配慮して病院グループの編成を行うが、必ずしも各病院の希望通りとはならない可能性があること。

## 6 病院等の役割

### 1) 幹事病院

今年度にオブザーバーの役割を担う病院は、チェックを円滑に実施するために、病院グループ毎に日程調整等を実施する役割を担う病院（以下「幹事病院」という。）となる。

幹事病院は決定した病院グループ内の全ての病院がチェックを終了するまで役割を担い、下記の①～③の業務を行う。

#### ① 病院グループ内の実施日程調整

チェックに参加する病院とチェック実施日程を調整し、参加病院の意向を受け、参加者編成表（別添 1）に係る記入依頼を行い、完成した参加者編成表を各病院へ事前に送付するとともに幹事病院所属のグループ担当理事部門（医療担当）へ情報提供する。

② 実施内容に係る調整

チェック実施当日の進行管理のため、チェックを実施する病院と調整の上、進行予定表（別添 2）を作成し、各病院へ事前に送付するとともに幹事病院所属のグループ担当理事部門（医療担当）へ情報提供する。

③ 報告書のとりまとめと提出

チェックの実施後に病院グループ内の「提言報告書」（様式 2）及び「改善報告書」（様式 3）が揃い次第、幹事病院所属のグループ担当理事部門（医療担当）へメールで提出する。なお、提出にあたっては Word で行い、PDF に変換等は行わないこと。

2) チェックを受ける病院

チェックを受ける病院は、自己評価およびチェックを実施する病院からの評価により、課題の抽出と改善を行う。

また、オンラインにて相互チェックを行う病院グループは、留意事項（別添 3）を踏まえオンライン院内視察を原則実施すること。電波状況等によりリアルタイムでの実施が困難な場合は、事前に撮影した動画や静止画を用いるなどの方法によること。

チェックを受ける際の参加者は、以下の①～④の主要メンバーの他、チェックを実施する病院と事前に調整のうえ、適切な関係者を追加すること。

- ① 医療安全管理室長
- ② チェック対象部門の責任者
- ③ 事務職（医事専門職等）
- ④ 医療安全管理者（医療安全管理係長）

3) チェックを実施する病院

チェックを実施する病院は、チェックを受ける病院の自己評価を受け、ディスカッションを実施する。

チェックを実施する際の参加者は、以下の①～④の主要メンバーの他、チェックを受ける病院と事前に調整のうえ、適切な関係者を追加すること。

- ① 医療安全管理室長
- ② チェック対象部門の責任者
- ③ 事務職（医事専門職等）
- ④ 医療安全管理者（医療安全管理係長）

4) オブザーバー病院

オブザーバー病院は、チェックを実施する病院及びチェックを受ける病院双方からの様々な意見を客観的な視点で観察すること。そのうえで、意見や評価が偏ると認められる場合や2施設間での意見交換が行き詰った場合には、中立的な立場で意見を述べること。また、チェック終了時には気づきや感想を述べること。また、幹事病院の役割を担うとともに、参加にあたっては、他の参加病院に準じて参加者を決定すること。

#### 5) グループ担当理事部門（医療担当）

グループ担当理事部門（医療担当）は、各病院がディスカッションテーマの決定や院内視察などの事前準備を行う際に指導・助言を行うこと。また、医療担当参事又は各職域専門職は、極力チェック当日に参加し、チェックの円滑な実施に向けて、指導・助言を行うこと。加えて、病院グループの編成において組み合わせ病院が足りないケースについては、1病院として参加し、その際にはオブザーバー病院の役割を担うこと。

幹事病院から提出のあった「参加編成表」「進行予定表」「提言報告書」及び「改善報告書」について、提出のあった都度、本部医療部・サービス・安全課へ提出するとともに、当該医療安全相互チェックのグループ内に他のグループ担当理事部門に所属する病院が含まれる場合は、当該病院が所属するグループ担当理事部門（医療担当）にも情報提供すること。

### 7 実施方法

#### 1) 1か月+2週間前まで

- ・ チェックを受ける病院は、チェックシートを用いて医療安全管理室及び各部門が関係職員と連携・協力のもとに自己評価を行う。  
※ 前回チェックを受けた際の提言報告に対する改善状況も併せて確認を行う。
- ・ チェックを受ける病院は、自己評価の内容について、医療安全管理室及び各部門の責任者が中心となり、院内巡視等を行い、点検を実施する。  
なお、評価内容は医療安全管理室で取り纏める。
- ・ チェックを受ける病院は、チェック内容で部門間に差がある場合は、医療安全管理室で部門現場の聞き取りなどを行い、理由を確認する。  
その後、医療安全管理室と各部門の責任者として課題検討及び対策を講じ、改善の必要があれば適宜対応する。

#### 2) 1か月前まで

- ・ チェックを受ける病院は、自己評価したチェックシート及び自院で課題として残った内容並びに前回受けた際の提言報告書及び改善報告書について、チェックを実施する病院及びオブザーバー病院へチェック実施予定日の概ね1か月前までに送付する。

- ・ チェックを実施する病院は、送付されたチェックシートの内容を確認し、当日のチェックを実施するメンバー間で事前に提出されたチェックシートの自己評価を確認する。
- ・ チェックを実施する病院は、ディスカッションを実施するにあたり、医療安全管理室長、チェック対象部門の責任者、事務職（医事専門職等）、医療安全管理者（医療安全管理係長）等で打ち合わせを行い、（ディスカッションテーマの決定方法）に記載する内容に沿ってディスカッションテーマ（案）を決定し、チェックを受ける病院とオブザーバー病院へ提示の上、当日のディスカッションテーマを病院間で決定すること。

なお、設定したテーマに基づくディスカッションに要する時間は、2時間程度とする。オンライン院内視察など、ディスカッション以外の時間はこれとは別に設定すること。

#### （ディスカッションテーマの決定方法）

##### ①テーマ1（**必須**）

チェックシート「×」の項目を中心に、チェックシートに基づくディスカッションテーマを**必ず1つ設定**すること。

##### ②テーマ2（**必須**）

「生体情報モニター、人工呼吸器アラーム対応」について以下のテーマ例を参考にディスカッションテーマを**必ず1つ設定**すること。

（テーマ例）

- ・ 必要なアラームが聞こえるようにするため、又は不必要なアラームが鳴らない体制を構築するために、各病院において取り組んでいる内容について
- ・ アラーム対応を行う責任者を明確化するために、各病院において取り組んでいる内容について
- ・ アラーム対応に関する職員教育に関して、各病院において取り組んでいる内容について
- ・ アラーム対応における多職種の積極的な関与の方法やアラーム設定の共有方法に関して、各病院において取り組んでいる内容について

##### ③テーマ3（**必須**）

「警鐘的事例等に係る院内の取り組み」についてディスカッションテーマを**必ず一つ設定**すること。

なお、「警鐘的事例等に係る院内の取組み」とは、概ね2年以内に本部から通知等された医療事故に係る警鐘的事例、注意喚起及び医療安全報告書へ掲載された好事例を受けて、チェックを受ける病院で実施した院内の取組み（（院内体制の見直し（関係マニュアルの見直しを含む）、講じた対策や研修など））をいう。

##### ④テーマ4（任意）

その他、病院において対応に苦慮していることや5類移行後の新型

コロナウイルス感染症への対応に関することなど、病院間で調整の上、任意でディスカッションテーマとして設定して構わない。

### 3) 3週間前まで

- ・ チェックを実施する病院は、当日のディスカッションを円滑に進めるために、チェックを受ける病院のマニュアル、規程及びディスカッションテーマに関する既存資料などの提供について、チェックを受ける病院に連絡し事前に情報を入手するよう努め、ディスカッションテーマにおける確認事項を準備しておくこと。
- ・ なお、資料の提供依頼にあたっては、既存資料を中心とし、患者カルテ等の個人情報を取り扱わないこと。  
また、幹事病院へ参加者を伝えること。
- ・ チェックを受ける病院は、チェックを実施する病院から、ディスカッションテーマに関する既存資料等の連絡を受けたら、必要に応じて、当該事項について整理し、ディスカッション時に説明する職員を予め決定する。  
なお、整理した事項については、事前に実施病院に回答するよう努める。

### 4) 1週間前まで

チェック当日における進行予定表に基づく段取りや利用する資料等について参加する病院の担当者間で認識のすり合わせを行うこと。  
また、オンラインにて相互チェックを実施する病院グループにおいては、事前にテレビ会議システムの接続確認を実施すること。その際は、全ての病院が接続したうえで、相互チェック当日の状況を想定し、動画等が円滑に表示されるかなどを確認しておくこと。

### 5) チェック当日

#### (1) チェックの実施

- ・ チェックを実施する病院は、進行予定表に沿って進行する。なお、出席者と病院概況の紹介は必要に応じ簡潔に行う。
- ・ チェックを実施する病院は、チェックを受ける病院より、ディスカッションテーマごとに現在の取組みや課題などの説明を聞いた上で、質疑を行う。  
※ ディスカッションは、複数のテーマを定めて、所要2時間程度、実施すること。
- ・ オブザーバー病院は、チェックを実施する病院及びチェックを受ける病院双方の視点でディスカッション等に参加し、助言等を行う。
- ・ ディスカッションの開始前など、前回チェックを受けた病院の改善事項（改善報告書において、改善途中のままであった事項については、

その後の改善状況等の内容を含む。)について、前回チェックを受けた病院から現時点における改善状況等の報告を求め、簡単なディスカッションの場を設けることが望ましい。

## (2) 総括

- ・ チェックを実施する病院は、当日の医療安全相互チェック（ディスカッションの概要等）について、様式1を用いて総括する。その際には、ディスカッション等を通じて病院間で共有した今後の課題やチェックを受けた病院で実施している取組みで優れている点がある場合は、それぞれ明確にすること。

## 6) 実施後の報告

- ・ チェックを実施する病院は、「提言報告書」の注意事項に沿って「提言報告書」を作成し、医療安全相互チェック実施後、1月以内にチェックを受ける病院及びオブザーバー病院にメールで送付する。  
※ 提言報告書の作成に当たっては、今回、医療安全相互チェックに参加していない者が見た場合であっても具体的な提言事項が分かるよう、作成すること。
- ・ チェックを受ける病院は、「改善報告書」の注意事項に沿って「改善報告書」を作成し、「提言報告書」が提出された日から3月以内にチェックを実施する病院及びオブザーバー病院にメールで送付する。  
※ 改善報告書の作成に当たっては、今回、医療安全相互チェックに参加しない者が見た場合であっても具体的な改善事項が分かるよう作成するとともに、必要に応じて改善内容が分かる参考資料を添付すること。

## VI 結果の活用

- 1 チェックを受けた病院はディスカッション及び「提言報告書」で明らかになった自院の課題について、医療安全管理委員会等へ報告するとともに問題点の分析と対応策の検討を行い、改善を図る。
- 2 医療安全相互チェックの病院グループ内で、チェック結果や改善状況等の情報の共有を行い、それぞれの病院の医療安全管理の向上に活用する。
- 3 グループ担当理事部門は提言報告書の内容、改善報告書の内容及び聴講した結果等を踏まえ、警鐘的事例として示されている事例の改善・予防策となりそうな事例などを中心に、他の病院にも共有すべき取組内容について、自グループ内病院の事例を1～2事例程度選定し、本部に登録すること。
- 4 本部は、各グループ担当理事部門が選定した事例について比較・検討し、病院の医療安全の向上に繋がるとと思われる事例の共有を図る。

そのため、各病院に対し、報告内容に係るより詳細な確認や必要な資料提供を依頼する場合がある。

## VII その他

### 1 患者等の個人情報の取扱いについて

医療安全相互チェック実施により知り得た患者等の個人情報については、秘密の保持等取扱いに十分留意すること。

また、収集した情報は、医療安全対策に係る目的以外には使用しないこと。

### 2 経費について

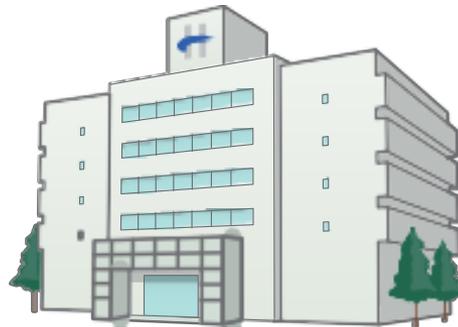
医療安全相互チェックに要する経費は病院負担とする。

# セーフティネット分野の医療安全相互チェックの実施イメージ

- セーフティネット分野の医療安全に係る評価は、重心、神経難病・筋ジス、精神の同機能3病院が、1年に1病院グループあたり1つの病院のチェックを実施。各々の病院が1年間に担う役割は①～③のいずれか1つであり、3年間で3つの役割が一巡する。

【オンラインによるディスカッションイメージ】

①チェックを受ける病院



②チェックを実施する病院



③オブザーバーの病院



セーフティ  
ネット分野  
対象病院

# 医療安全相互チェックシート

## セーフティネット分野版 (重症心身障害) Ver.4

〇〇医療センター〔自己評価〕

チェック実施病院 〇〇病院

オブザーバー病院 〇〇病院

令和 年 月 日

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(重症心身障害)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
<b>I 医療安全管理体制の整備</b>			
チェックの視点：患者が相談しやすいように、相談窓口や担当者などが明確にされていること、また、必要な経験や知識を有する職員が配置されていることなど、相談支援体制が確立していること、職員の医療安全管理に対する最新情報が提供されていることなど評価する。			
* 1	保護者会開催時や個別支援計画説明時等に医療安全管理規程が閲覧できることを説明・周知している。		
2	機構本部等から医療安全に関する通知や情報提供等があった場合、職員に周知している。		
3	患者相談窓口では、プライバシーに配慮された環境で、担当者が相談に対応する体制が整っている。		
* 4	患者及び患者の家族から入院生活等に関する苦情・意見を聞く仕組みがある。(保護者会開催・病棟内意見箱の設置)		
5	医療安全に関わる苦情や相談については、医療安全推進担当者が医療安全管理室に報告し、当該病院の安全対策の見直し等に活用している。		

<b>II 医療安全管理のための具体的方策の推進</b>			
チェックの視点：院内の医療安全に関する情報を収集・分析し、事故防止に向けた活動を行っていることを評価するとともに、院外の医療事故や安全強化に関する情報を収集し、自院の事故防止に活用していることなど評価する。			
<b>1 ヒヤリ・ハット事例の報告及び評価分析について</b>			
6	どの職種においても、ヒヤリ・ハット事例の報告が適切に行われている。		
7	医療安全推進担当者は、ヒヤリ・ハット事例の報告等を踏まえ、必要事項を記載した「ヒヤリ・ハット体験報告」を医療安全管理室に提出している。		
8	警鐘事例については医療安全管理委員会で検討し、医療安全管理室から職員に分析結果や対策をフィードバックしている。		
<b>2 医療事故情報収集等事業に係る報告について</b>			
9	必要に応じて、(財)医療機能評価機構が行う「医療事故情報収集・分析・提供事業」及び「ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業」に医療安全管理室が事例を報告している。		
<b>3 医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に関する報告について</b>			
10	医薬品又は医療機器の使用による副作用、感染症又は不具合が発生した場合、報告の必要があると判断した情報(症例)は、医薬品安全管理責任者又は医療機器安全管理責任者が(独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)に報告している。		

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(重症心身障害)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
<b>Ⅲ 医療事故発生時の具体的な対応</b>			
チェックの視点：医療事故が発生した際は適切に報告を行っており、対外的な公表に関しては、医療安全管理の指針に基づき適切に対応していること。また、患者・家族に対し適切に対応していることなどを評価する。			
<b>1 医療事故の報告について</b>			
11	医療事故報告書については、機構文書管理規程に該当する法人文書として、医療安全管理室において保管している。		
* 12	事故が発生した場合は、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」の第40条に基づき、行政機関に連絡している。		
<b>2 患者・家族への対応について</b>			
13	医療事故発生時の詳細な病状等の説明においては、担当医師の他、必要に応じて医療安全管理者等が立ち会っている。		
<b>3 事実経過の記録について</b>			
14	医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を、診療録、看護記録等に初期対応後速やかに詳細を記載している。なお、事故の種類、患者の状況に応じ、出来る限り経時的に記載を行うと共に想像や憶測に基づく記載は行わず、事実を客観的かつ正確に記載している。		
<b>4 警察への届出について</b>			
15	医師法に基づき、死体又は妊娠4月以上の死産児を検査して異状があると認めたときは、24時間以内に所轄警察署に届出を行っている。		
<b>5 重大な医療事故が発生した場合の対外的公表について</b>			
16	重大な医療事故等が発生した場合には、医療安全管理のための指針、別添4「国立病院機構医療事故公表指針」に基づき適切に対応している。		

<b>Ⅳ 医療事故の評価と医療安全対策への反映</b>			
チェックの視点：医療事故に対する院内検証が行われ、原因究明と再発防止に向けて組織的に取り組んでいることなど評価する。			
<b>1 院内での医療事故の評価検討について</b>			
17	医療機器が原因で発生したと考えられる場合、医療機器メーカーへの機器改善要求を行っている。		
18	医療安全管理委員会に諮る前に、関係職種が参加した作業部会において、根本的原因分析など詳細な評価分析を行っている。		
19	再発防止策の実施状況の把握及び評価を期日を決めて行っている。		
20	医療事故の原因分析等については、医療安全管理委員会で十分に検討した結果を医療事故報告書に記載している。		
21	死亡及び死産事例が発生した場合に、院長に遺漏なく速やかに報告される体制がある。		

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(重症心身障害)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
22	医療に起因した死亡事例全例について、医療安全管理委員会において医療事故調査制度への報告事例であるか検討している。		
<b>2 機構以外の有識者を交えた事故調査委員会について</b>			
23	医療事故調査制度に該当しない事案であって、かつ、院内の医療安全管理委員会で、原因等について十分な結論付けができない場合等、拡大医療安全検討委員会を開催している。		

V ケア・プロセスに着目した医療安全体制について			
Vのチェックの視点については、チェック項目が広範囲にわたるため、中項目にそれぞれ視点を記載。			
<b>1 指示・伝達</b>			
チェックの視点：医師の指示や結果等の情報が、迅速かつ正確に伝達されていることを評価する。			
24	確実な指示出し・指示受け・実施の仕組みが確立している。		
25	口頭指示、臨時指示などの手順を明文化している。		
26	検査結果において、患者や病態の確認、緊急処置、治療法の変更などを要するデータがあった場合には、速やかに主治医に伝えている。		
27	コミュニケーションエラー、不安全行動を防止するために、チームステップスのツール（例：SBAR、CUS等）を導入している。		
<b>2 患者誤認対策</b>			
チェックの視点：患者誤認対策としては、患者取り違い防止、治療部位の間違い防止、検体等の取り違い防止、手術前のタイムアウトなどの誤認防止策の導入と実施状況など評価。			
* 28	全ての患者に対して、複数の方法、組み合わせにより患者確認を実施している。		
29	指示内容の確認および照合は、指差呼称を実施している。		
<b>3 インフォームド・コンセント</b>			
チェックの視点：説明すべき内容がわかりやすく患者・家族に説明されていること、また、同意を得る際には患者・家族の意思が尊重されていることを評価する。			
30	説明と同意についての基本的な取り組み姿勢をマニュアル等に記載している。		
31	説明に際しては、例えば図や模型を使用する、専門用語はできるだけ使用しないなど、患者の状況に応じて適切で分かりやすい説明に努めている。		
* 32	治療や処置に対し、患者の協力が得られない場合にも、説明を行い治療への患者の関与を促している。		

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(重症心身障害)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
<b>4 手術における安全対策</b>			
チェックの視点：手術前のタイムアウト方式など誤認防止策の導入と実施状況、また関係職種が連携して、円滑、安全に手術・麻酔が実施されていることを評価する。			
33	タイムアウト等を設け患者確認や手術部位等の確認をしている。		
34	使用する機器、器材の術前確認と準備を確実にしている。		
35	患者ごとに手術体位による神経・循環障害の予防策が検討され、術後に症状の有無について観察、記録をしている。		
36	縫合針やガーゼや器具の数量点検と記録が適切に行われ、院内マニュアルに基づきレントゲンによる確認を実施している。		
37	麻酔科医による術前訪問、術後訪問を行い、記録している。		
38	手術室への入室時は原則としてリストバンド等の方法で患者確認を行っている。		
<b>5 医療機器</b>			
チェックの視点：医療機器が、必要な知識を有する職員によって安全に使用されていることを評価する。			
39	各勤務帯において看護師が、人工呼吸器の設定条件、電源の接続、回路の接続、患者の状態をチェック表を用いてチェックしている。		
40	人工呼吸器の説明書は場所を決めて保管している。		
41	人工呼吸器の使用方法は、全員が説明書の内容を理解している。		
42	人工呼吸器の設定条件は、医師が指示簿に記入している。		
43	人工呼吸器のアラーム音が鳴った場合、スタッフステーションで確認できる。		
* 44	人工呼吸器使用中は生体情報モニターを必ず併用している。		
* 45	人工呼吸器使用中は数値やアラームを担当看護師が把握できている。		
* 46	人工呼吸器の不具合発生時のために、病室には用手換気が行える準備がある（バックバルブマスクがある等）。		
* 47	人工呼吸器の不具合発生時のために、ME室にはセットアップした人工呼吸器を準備している。		
48	長期療養患者の使用する人工呼吸器については、原則として「長期療養患者が使用する人工呼吸器の基本7要件」により選定した機種を使用している。		
* 49	生体情報モニターは定期的に点検を実施している。		
50	人工呼吸器、透析機器等の医療機器が医療機器安全管理者によって適切に管理されている。		

## 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(重症心身障害)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
<b>6 気管切開</b>			
チェックの視点：気管切開を受けている患者の管理が適切に行われ、安全に生活援助が行われていることを評価する。			
*	51	呼吸障害、気管狭窄、気管軟化症等について、定期的に評価し、その結果を多職種で情報共有している。	
*	52	事故抜去予防のため、患者の頸部～胸部の変形に応じた気管カニューレの固定方法、観察の視点を明示している。	
*	53	入浴等の援助時に、気管カニューレの事故抜去が起きた場合に備え、主治医の待機や連絡方法等の体制を整えている。	
*	54	気管切開の患者一人ひとりに対して、事故抜去時の対応について、医療チームで事前に検討されている。	
<b>7 薬剤</b>			
チェックの視点：薬剤の取り違い防止など安全使用に向けた対策が、薬剤師を中心に各部署で実践されていること、患者の特性に応じて投薬・注射が確実・安全に実施されていることを評価する。			
(1) 注射			
55	注射薬の払出は患者別に分けて搬送されている。		
56	注射薬の準備は1患者につき1トレイで行っている。		
57	専用注射器を必要とする薬剤は、専用注射器の使用を徹底している。		
58	注射薬と外用薬を区別するためにカラーシリンジ等を利用している。		
59	注射準備の環境を整備している。(準備台の整理整頓、清潔保持、準備中の兼務の回避等)		
60	看護師の静脈注射に係る実施基準がある。		
61	静動脈の血管ラインと経管栄養ラインが区別され、誤接続防止のための専用チューブやシリンジや三方活栓等院内で統一された方法で実施している。		
62	輸液ポンプ、シリンジポンプの使用に関する手順書がある。		
63	副作用発生時、血管外漏出時の対処方法を院内マニュアルに記載している。		
(2) 与薬			
64	医師は、処方開始時及び処方変更時には、治療内容を患者または家族に説明し、必要に応じて記録している。		
65	薬剤確認(指示との照合含む)を手順化している。		

## 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(重症心身障害)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

	チェック項目	自己評価	相互チェック
66	薬剤投与時の確認事項 (患者確認、輸液バツクの損傷含む) をマニュアルに記載している。		
67	薬剤の受理から投与までの確認方法を明確化している。(与薬マニュアル等)		
68	同じ時間帯に与薬業務が集中したり、連続する場合には、紛失・量の誤認・誤薬を避けるように工夫している。		
69	患者が持参した薬剤の取扱について院内マニュアルに記載している。		
	(3)麻薬		
70	施錠できる保管庫に保管し、各勤務帯の始業時、勤務終了時に帳簿と現物の残量を複数人で確認を行っている。		
71	麻薬受領時は、その場で薬剤師 (麻薬取扱者) と声を出し、患者氏名・薬品名・指示量・数量を確認している。		
72	定数管理を行っている部門では、チェック表を作成し、金庫からの持ち出し時には「持出し本数」、「残本数」を記載し、持出し者の氏名も記載している。		
73	使用後の空アンプル、残薬は必ずスタッフルームに持ち帰り、麻薬保管庫に保管している。		
74	返納にあたっては、空アンプル・残薬・麻薬箋を照合し、返納理由と数の記載がされているか確認してから、担当看護師は薬剤師 (麻薬取扱者) に直接手渡し、返納している。		
	(4)毒薬・劇薬		
75	毒薬は他の薬剤と区別し、施錠できる保管庫に保管している。		
76	劇薬は他の薬剤と区分し、保管している。		
77	保管場所に毒薬 (黒地に白枠、白字で毒の文字) ・劇薬 (白地に赤枠、赤字で劇の文字) と明示している。		
78	病棟等で定数保管されている場合には、定期的に数量確認が行われている。		
	(5)向精神薬 (第1種、第2種、第3種を含む。)		
79	他の薬剤と区別し、原則として施錠できる保管庫で保管している。		
* 80	向精神薬の事故 (盗難・紛失等) についての対応をマニュアル等に記載している。		
* 81	処方中止・変更となった向精神薬の返納手順についてマニュアルに記載している。		
* 82	医師の指示に基づき適切に投与され、過剰な使用とならないよう定期的に評価を行っている。		
* 83	「重篤副作用疾患別マニュアル」等を踏まえ、副作用の早期発見と対応方法を周知している。		

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(重症心身障害)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
(6) 造影剤			
84	造影剤を使用する検査については、腎機能等をチェックしたうえでオーダーし、造影剤の必要性や副作用等のリスクについても十分説明し、同意をとり実施している。		
85	有害事故発生時には、造影剤副作用報告書により報告するシステムが確立している。		
(7) その他のハイリスク薬			
86	病院で使用するハイリスク薬は、「ハイリスク薬に関する業務ガイドライン (ver2.2)」(H28.6.4日本病院薬剤師会)に定義されている医薬品等の一覧をもとに整備している。		
87	ハイリスク薬の取扱い・使用に関する研修を実施している。		
88	高濃度カリウムアンプル製剤は、病棟や外来では保管せず、薬剤部(科)で保管している。		
(8) その他			
89	薬剤に関連するショック及びアナフィラキシー様症状の情報・禁忌薬情報が収集され、対応策を院内マニュアルに記載している。		
90	医薬品集や添付文書等処方薬の情報をすぐに調べることができる。		
91	品名や外観が似た薬剤について、取り違い防止のための工夫(表示の工夫、採用の変更等)を行っている。		
92	薬剤部との連絡方法が周知されている。(オーダー時間の制限、オーダー時間外での指示の変更方法、品名、数量等が不明な時などの疑義照会方法等)		
<b>8 輸血</b>			
チェックの視点：適正使用指針(ガイドライン)に基づいて、輸血等が安全に実施されていることを評価する。			
93	輸血(自己血輸血を含む)の準備、投与、保管管理の一連の実施に関するマニュアルを整備している。		
94	患者(又は家族)に、輸血療法の必要性やリスク等について十分説明し、文書による同意を得て、診療録に添付している。		
95	輸血用血液の受け渡し時、輸血準備時および輸血実施時に、交差適合試験票、輸血用血液バックおよび添付伝票とを照合しながら、「患者名、血液型、血液製造番号、有効期限、交差適合試験の結果」を確認している。		
96	ABO血液型判定は、同一患者からの異なる時点での2検体で二重チェックを行っている。		
97	夜間・休日における血液型やクロスマッチなどの検査体制を整備している。		
98	信仰上の理由により輸血を拒否する患者への対応を決めている。		
99	輸血実施と即時型副作用の観察を適切に行っている。		

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(重症心身障害)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
<b>9 摂食・嚥下、経管栄養</b>			
チェックの視点：摂食嚥下機能の評価が適切に行われ、誤嚥防止が行われているか、また経管栄養の場合、栄養チューブ等の誤挿入防止対策の実施状況を評価する。			
* 100	摂食・嚥下機能について、摂食嚥下チーム又は多職種で定めた期間を設けて繰り返し評価を行っている。		
* 101	摂食・嚥下機能の評価に基づき、必要に応じてリハビリスタッフの助言を得て、ポジショニング、食形態、介助方法等の計画の見直しを実施している。		
* 102	経管栄養開始前に栄養チューブや胃瘻カテーテルが消化管に入っていることを、複数の方法で確認している。		
* 103	経管栄養中・食事介助においては、患者に応じた適切な看護用品を用いて体位支持固定を実施している。		
* 104	食事時の窒息への対応について研修を行い職員全員に周知している。		
* 105	窒息・誤嚥のリスクのある患者の病室には、吸引器具を準備している。		
<b>10 深部静脈血栓</b>			
チェックの視点：肺血栓塞栓症・深部静脈血栓症の予防ガイドラインに沿った対策の導入と実施状況を評価する。			
106	深部静脈血栓症・肺塞栓症のリスク評価を行っている。		
107	リスク評価に基づいて血栓予防の計画を立案している。		
<b>11 感染防止</b>			
チェックの視点：院内の医療関連感染に関する情報を収集・分析し、感染防止に向けた活動を行っていること、医療関連感染制御に関するマニュアル・指針に基づいた、各部署における感染防止対策の実施状況、抗菌薬の適正使用を促進させるための仕組みと活動を評価する。			
(1) 院内感染			
108	主要な病原体別の感染対策を整備している。 例：多剤耐性菌感染症（MRSA・VRE・ESBL産生菌・MDRP等）、結核、ウイルス感染症（麻疹・水痘・播種性帯状疱疹・風疹・ムンプス・インフルエンザ、感染性胃腸炎等）		
109	薬剤耐性菌週報（微生物学的検査にかかる状況を記した「感染情報レポート」が週1回程度）が作成され、委員会等で院内の感染症患者の動向を分析している。		
110	何らかのサーベイランスを実施して、医療安全対策としての取り組みを行っている。（例：医療器具関連感染サーベイランス、多剤耐性菌サーベイランスなど）		
111	抗菌薬の適正使用に取り組んでいる。（例：薬剤適正委員会などの開催、抗菌薬適正使用支援チームの設置等）		
112	感染防止に向け、チームで活動している。（例：感染対策ラウンドチーム、抗菌薬適正使用支援チーム等）		
113	流行性感冒（インフルエンザ等）の流行期を事前に予測し、外部からの持ち込み等の対策を行っている。		

## 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(重症心身障害)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目	自己評価	相互チェック
114 流行性感冒(インフルエンザ等)の流行期の対策として、職員の体調管理を行っている。		
115 流行性感冒(インフルエンザ等)の流行期の対策として、患者・家族へ感染予防、啓発を行っている。		
* 116 職員が発症した場合、家庭内の発症者の有無や、その感染経路を確認している。		
* 117 院内のルールに基づき、職員の抗体価を把握し、必要に応じてワクチン接種を推奨している。		
* 118 院内感染発生が報告された場合、速やかに院内感染対策委員会が開催され、対策を講じている。		
* 119 院内感染発生が報告された場合、速やかに関連部署へ情報提供を実施している。		
* 120 院内感染発生が報告された場合、速やかにICTが介入している。		
121 院内感染発生時は、通達等に基づき保健所、本部へ報告(院内感染の概要、経過、死亡者等)している。		
122 院内感染終息時は、通達に基づき保健所、本部へ報告している。		
* 123 アウトブレイク時など、問題発生時における緊急対応の体制が整備されている。		
* 124 重症心身障害児(者)への予防接種基準(日本小児神経学会推薦基準)に基づいた対応をとっている。		
* 125 面会時、外泊・外出時、院外行事後等の感染症の持ち込み防止対策を行っている。		
* 126 感染症の発生について、保護者会に周知している。		
* 127 ポジショニングクッション等は個人使用にしている。		
(2) 針刺し		
128 針刺し事故防止対策(リキャップ禁止・安全機構付製品の導入・プラスチック針の導入など)を実施している。		
129 針刺し事故が起こった場合、職員のHBウイルスの抗体検査が実施され、ワクチンプログラムに沿った対応を行っている。		
(3) 医療用廃棄物		
130 医療廃棄物を適切に分別処理している。		
<b>12 転倒・転落</b>		
チェックの視点: 転倒・転落のリスク評価が行われ、結果に基づく防止対策が実践されていることを評価する。		
131 アセスメントシートを活用し、分析した結果に基づき看護計画を立案している。		
132 環境の変化、患者の病状やADLが変化した際には、再アセスメントと看護計画の見直しを行っている。		
133 病室、ベッドの種類、位置、柵など、使用前に安全性を点検している。(ベッドの高さ、柵の位置、車いすのブレーキ・エア、固定ベルト等)		

## 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(重症心身障害)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目	自己評価	相互チェック
* 134 患者専用の車いすの使用方法について、多職種で情報共有している。		
* 135 多職種で患者に応じた保護具（保護防止・骨折防止プロテクター・肘あて等）を検討し、装着している。		
136 ベッドサイドで不要となった点滴スタンド、車椅子、ポータブル便器などは速やかに片付け、ベッド周辺の医療器具、コード類は整理している。		
* 137 入浴の介助手順に転倒・転落防止の視点が入っている。		
* 138 病室、廊下等の水こぼれ等の有無を確認し対処している。		
139 転倒・転落が起こった場合には、初期対応マニュアルに沿って患者対応を行っている。		
<b>13 療養介助中の骨折</b>		
チェックの視点：療養・生活支援時の骨折発生に対する防止対策を評価する。		
(1)患者評価		
* 140 定期的に検査（骨密度・理学療法士による評価等）を行っている。		
* 141 入浴時や更衣動作介助時に外傷の有無を（目視等で）確認している。		
* 142 骨折予防の観点から、より安全な介助方法について関係職員・教員・ボランティア等に周知する機会がある。		
* 143 当該病棟において、骨折の既往がある患者が把握されている。		
* 144 易骨折性や変形が著しい患者等、介助が難しい患者に対してリハビリテーション部門が介入している。		
* 145 定期的に多職種によるカンファレンスを実施している。		
* 146 移乗をより安全に行うために、適切な器具を配置、使用している。		
* 147 寝具・体圧分散クッション・ベッド柵について、骨折予防の観点から適切なものを整備している。		
* 148 療育環境上、適切な車いす（座位保持椅子）を使用し、移動時には他の患者や壁との距離を考慮している。		
* 149 安全を考慮した室内構造（壁・床の段差・ドアの種類）になっている。		
* 150 病室（病棟）の床面において、荷物や備品、電気コード等は整理されている。		
(2)スキルアップ		
* 151 新規採用職員や転入職員に対して、骨折予防を含めた研修を実施している。		
* 152 定期的に骨折予防や移乗方法、更衣動作介助方法等に関する勉強会を実施し、技術の均一化を図っている。		
(3)その他		
* 153 ベッドや車いす、ストレッチャーへの移乗において、複数の職員で安全に実施することがルール化されている。		

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(重症心身障害)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
* 154	ポジショニングが一定時間内に行われ、関節可動域制限や変形の予防に努めている。		
<b>14 身体拘束等</b>			
チェックの視点：患者の安全確保のため、必要時に身体拘束その他の行動制限が適切に行われていることを評価する。			
155	安全確保のための身体拘束等（いわゆる高柵ベッド等を含む）に関する病院の方針や適応基準や手順がある。		
156	身体拘束等を行う場合には、事前に患者・家族の同意書を取っている。		
* 157	身体拘束等に伴う合併症について観察を行っている。		
* 158	身体拘束等の必要性の評価を毎日実施している。		
* 159	身体拘束等の最小化のための研修を定期的で開催している。		
<b>15 急変時の対応</b>			
チェックの視点：全職員を対象に心肺蘇生（CPR）の訓練が行われていること、また、院内緊急コードが設定され、適切に対応されていることを評価する。			
160	緊急コールの方法を全職員に周知している。		
161	全ての職員を対象にBLS研修を行っている。		
162	救急カートや蘇生用装置が整備され、いつでも使用できるようになっている。		
<b>16 個別部門</b>			
163	臨床検査部門では、有機溶媒、毒劇物など、危険性の高い薬品を適切に保管・管理している。		
164	臨床検査部門では、検査機器保守管理作業日誌を保管・管理している。		
165	臨床検査部門では、統計学的精度管理台帳（内部精度管理）を保管・管理している。		
166	放射線部門では、放射性同位元素等の取扱いについて教育・訓練を行っている。		
167	放射線部門では、金属類の持ち込みや体内金属（ペースメーカー等）の使用の有無について、オーダー時及び検査直前に医師又は診療放射線技師が確認している。		
168	臨床検査部門及び放射線部門では、検査結果（病理診断書、画像レポート等）の未読影防止策を講じている。		
<b>17 その他</b>			
(1) 窒息			
* 169	療養環境に潜む窒息の原因（寝具、寝衣、クッション、ベッド柵等）について職員に周知し、対策を講じている。		
(2) 安全な食事の提供について			
* 170	異食を防止する対策を講じている。		

## 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(重症心身障害)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目	自己評価	相互チェック
171 食物アレルギーに関する統一された情報共有・確認体制がある。		
172 入院患者から食中毒を疑われるような嘔吐、下痢症状が発症した場合、すぐに報告する体制(窓口)を決めている。		
173 調理後の食品は、調理終了後から、概ね2時間以内に喫食されている。		
174 異物混入(髪の毛やゴミ等)が起こった場合には、原因が調査され、予防対策を検討、実践している。		
175 誤配膳(患者配膳間違い、食物アレルギー等)が起こった場合には、原因が調査され、予防対策を検討、実践している。		
(3) 医療材料・衛生材料について		
176 医療材料・衛生材料について、安全に留意し適切に管理している。(有効期限、保管場所等)		
(4) その他		
177 医療用ガスボンベが適切に取り扱われている。		
* 178 医療ガスの設備に関する保守点検が適切になされているか。		

VI リスク管理について		
チェックの視点: 患者等の緊急時に直ちに対応できる体制や施設・設備が整っていることなど評価する。		
179 トイレに緊急呼び出しブザーを設置している。		
180 トイレの鍵は緊急時、外から開けられる。		
181 浴室に緊急呼び出しブザーを設置している。		
182 病室の窓は簡単に開けられないようになっている。		
* 183 災害時には、患者が安全に避難できるよう職員に避難経路・避難方法等が周知されている。		

VII 強度行動障害児(者)への対応		
チェックの視点: 強度行動障害・動く重症心身障害児(者)の特徴を踏まえた医療安全対策が実践されていることを評価する。		
* 184 てんかん発作等による外傷や骨折を防止する対策を講じている。		

VIII 短期入所・通園事業		
チェックの視点: 短期入所・通園事業での医療事故の特徴を踏まえた医療安全対策が実践されていることを評価する。		
* 185 短期入所等で、在宅で使用している人工呼吸器を持ち込まれる場合、臨床工学技士と連携し、使用方法や不具合時の対応を確認している。		

## 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(重症心身障害)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
*	186 短期入所者の感染症の既往歴、予防接種の状況を把握し、感染徴候の観察をしたうえで、入所後数日は個室での対応をしている。		
*	187 短期入所者で長期に気管カニューレや尿道カテーテルを使用している場合、痰培養・尿培養検査を実施して耐性菌の保菌状況を把握している。		
*	188 通園事業利用者の来院時に感染徴候の観察をし、異常のある時は院内マニュアルに沿って対応している。		

Ⅹ 障害者虐待について			
チェックの視点：障害者虐待の防止法に基づいた対策が適切に実施されていることを評価する。			
*	189 複数の職員での介助が必要なことを認識しているにも関わらず、単独で介助することは虐待とも捉えられることを職員に周知している。		
*	190 病院として虐待防止策を立案し、病棟ごとに実施状況の把握、評価をしている。		
*	191 虐待防止研修は管理者向けと一般職員向けの両方を実施している。		
*	192 人権に配慮したケア（プライバシーの保護、発達段階に応じた呼称、髪型の選択等）を多職種で検討している。		
*	193 虐待事案発生後のフォローアップのために、発生後半年以内に職員アンケートや第三者によるラウンド等を実施している。		

# I 規程及びマニュアル一覧表

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

	マニュアルの種類	自己評価	相互チェック
1	医療安全管理規程を作成している。		
2	院内感染対策のための指針を策定している。		
3	院内感染防止マニュアルを必要部署に整備している。		
4	輸血に関するマニュアルがある。（31.32を含めた項目があればよい。）		
5	注射に関するマニュアルがある。		
6	与薬に関するマニュアルがある。		
7	手術に関するマニュアルがある。		
8	窒息に関するマニュアルがある。		
9	酸素吸入に関するマニュアルがある。		
10	気管切開（気管カニューレ装着）に関するマニュアルがある。		
11	経管栄養に関するマニュアルがある。		
12	転倒・転落に関するマニュアルがある。		
13	入浴に関するマニュアルがある。		
14	盗難に関するマニュアルがある。		
15	無断離院に関するマニュアルがある。		
16	自殺に関するマニュアルがある。		
17	停電に関するマニュアルがある。		
18	チューブトラブルに関するマニュアルがある。		
19	人工呼吸器に関するマニュアルがある。		
20	食中毒発生時の対応マニュアルが作成され、職員に周知している。		
21	医薬品の安全使用のための業務に関するマニュアルがある。		
22	麻薬取扱マニュアルを必要部署に整備している。		
23	毒物劇物取扱マニュアルを必要部署に整備している。		
24	向精神薬の取扱マニュアルを必要部署に整備している。		
25	病棟管理薬剤の取扱マニュアルを必要部署に整備している。		

## I 規程及びマニュアル一覧表

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

	マニュアルの種類	自己評価	相互チェック
26	患者および検体の誤認防止など、安全な検査実施手順が遵守され、マニュアルを整備している。		
27	精度管理マニュアル及び標準作業書を整備している。		
28	針刺し・切創、血液・体液汚染等の対策をマニュアル等に明示している。		
29	検査中の患者の急変時の対応をマニュアル等に明示している。		
30	検査業務に関する手順・マニュアル等を整備し、安全対策等に活用している。		
31	「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」（厚生労働省医薬・生活衛生局）に基づいて各施設で文書化した輸血療法マニュアルを整備している。		
32	不適合輸血等の事故対策マニュアルを整備している。		
33	輸血検査実施マニュアル、関連検査の実施マニュアルを整備している。		
34	交差適合試験機器マニュアルを整備している。（機器点検を含む）		
35	深部静脈血栓症・肺塞栓症予防に関するマニュアルがある。		
36	放射性同位元素等による放射線障害を予防するための規程（放射線障害予防規程）および運用細則を整備している。		
37	物理療法器具等の操作マニュアル等、リハビリに関するマニュアルを整備している。		
* 38	感染症発生時対応マニュアルに重症心身障害児（者）病棟の特性を踏まえた内容が盛り込まれている。		
* 39	身体拘束に関する評価及びカンファレンスに関するマニュアルを整備している。		

## Ⅱ 委員会設置一覧表

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

	委員会の種類	自己評価	相互チェック
1	医療安全管理委員会を設置し、概ね毎月1回開催している。		
2	院内感染対策に関する委員会を設置し、概ね毎月1回開催している。		
3	重大な医療事故が発生し、院内の委員会で過失の有無、原因等について十分な結論づけができない場合等に拡大医療安全管理委員会を開催する体制を整備している。		
4	栄養管理委員会を定期的に開催し、食中毒予防についても議論している。		
5	放射性同位元素等に係る安全管理委員会を設置している。		
6	薬剤管理に関する委員会が設置し、概ね毎月1回開催している		
7	医療機器に関する委員会が設置し、概ね毎月1回開催している		
* 8	重症心身障害児（者）病床運営委員会、重症心身障害児（者）病棟連絡会を概ね毎月1回開催している。		
* 9	医療ガス安全管理委員会を設置し、年1回以上開催している。		

### Ⅲ 研修会開催一覧表

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

	項目	自己評価	相互チェック
1	院内全体に共通する院内感染対策のための研修会を定期的に（年2回以上）開催しており、対象となる職員の80%が参加している。		
2	開催された研修についての実施内容・職種別参加者数の記録が残されている。		
3	医療機器の使用にあたっては、臨床工学技士や機器メーカーによる、操作習熟のための研修を行っている。		
4	新しい医療機器の導入時には研修を行っている。		
5	医療安全管理のための職員研修を定期的に（年2回以上）実施しており、対象となる職員の80%が参加している。		
6	開催された研修についての実施内容・職種別参加者数の記録が残されている。		
7	新規採用時研修（全職種）に医療安全に係る内容を含めている。		
8	参加できなかった職員に対しては、何らかの方法で研修内容を伝達している。		
9	部署毎に医療安全に関する研修会や勉強会を開催している。		
10	院外で開催している医療安全に関する研修会等に積極的に参加している。		
* 11	虐待に関する研修会を年2回以上開催している。		
* 12	医療ガスに係る安全管理のための研修（他の医療安全に係る研修と併せて実施している場合も可。）を年1回以上開催している。		
* 13	身体拘束等の適正化についての研修を定期的に実施している。		
* 14	対象職員全員に対し、年1回以上「放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の安全利用のための研修」を実施している。		

# 医療安全相互チェックシート

## セーフティネット分野版 (神経筋難病) Ver.4

〇〇医療センター〔自己評価〕

チェック実施病院 〇〇病院

オブザーバー病院 〇〇病院

令和 年 月 日

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(神経筋難病)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
<b>I 医療安全管理体制の整備</b>			
チェックの視点：患者が相談しやすいように、相談窓口や担当者などが明確にされていること、また、必要な経験や知識を有する職員が配置されていることなど、相談支援体制が確立していること、職員の医療安全管理に対する最新情報が提供されていることなど評価する。			
* 1	患者会開催時や個別支援計画説明時等に医療安全管理規程が閲覧できることを説明・周知している。		
2	機構本部等から医療安全に関する通知や情報提供等があった場合、職員に周知している。		
3	患者相談窓口では、プライバシーに配慮された環境で、担当者が相談に対応する体制が整っている。		
* 4	患者及び患者の家族から入院生活等に関する苦情・意見を聞く仕組みがある。(患者会開催・病棟内意見箱の設置)		
5	医療安全に関わる苦情や相談については、医療安全推進担当者が医療安全管理室に報告し、当該病院の安全対策の見直し等に活用している。		
<b>II 医療安全管理のための具体的方策の推進</b>			
チェックの視点：院内の医療安全に関する情報を収集・分析し、事故防止に向けた活動を行っていることを評価するとともに、院外の医療事故や安全強化に関する情報を収集し、自院の事故防止に活用していることなど評価する。			
<b>1 ヒヤリ・ハット事例の報告及び評価分析について</b>			
6	どの職種においても、ヒヤリ・ハット事例の報告が適切に行われている。		
7	医療安全推進担当者は、ヒヤリ・ハット事例の報告等を踏まえ、必要事項を記載した「ヒヤリ・ハット体験報告」を医療安全管理室に提出している。		
8	警鐘事例については医療安全管理委員会で検討し、医療安全管理室から職員に分析結果や対策をフィードバックしている。		
<b>2 医療事故情報収集等事業に係る報告について</b>			
9	必要に応じて、(財)医療機能評価機構が行う「医療事故情報収集・分析・提供事業」及び「ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業」に医療安全管理室が事例を報告している。		
<b>3 医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に関する報告について</b>			
10	医薬品又は医療機器の使用による副作用、感染症又は不具合が発生した場合、報告の必要があると判断した情報(症例)は、医薬品安全管理責任者又は医療機器安全管理責任者が(独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)に報告している。		

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(神経筋難病)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
<b>Ⅲ 医療事故発生時の具体的な対応</b>			
チェックの視点：医療事故が発生した際は適切に報告を行っており、対外的な公表に関しては、医療安全管理の指針に基づき適切に対応していること。また、患者・家族に対し適切に対応していることなど評価する。			
<b>1 医療事故の報告について</b>			
11	医療事故報告書については、機構文書管理規程に該当する法人文書として、医療安全管理室において保管している。		
* 12	事故が発生した場合は、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」の第40条に基づき、行政機関に連絡している。		
<b>2 患者・家族への対応について</b>			
13	医療事故発生時の詳細な病状等の説明においては、担当医師の他、必要に応じて医療安全管理者等が立ち会っている。		
<b>3 事実経過の記録について</b>			
14	医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を、診療録、看護記録等に初期対応後速やかに詳細を記載している。なお、事故の種類、患者の状況に応じ、出来る限り経時的に記載を行うと共に想像や憶測に基づく記載は行わず、事実を客観的かつ正確に記載している。		
<b>4 警察への届出について</b>			
15	医師法に基づき、死体又は妊娠4月以上の死産児を検案して異状があると認めたときは、24時間以内に所轄警察署に届出を行っている。		
<b>5 重大な医療事故が発生した場合の対外的公表について</b>			
16	重大な医療事故等が発生した場合には、医療安全管理のための指針、別添4「国立病院機構医療事故公表指針」に基づき適切に対応している。		

<b>Ⅳ 医療事故の評価と医療安全対策への反映</b>			
チェックの視点：医療事故に対する院内検証が行われ、原因究明と再発防止に向けて組織的に取り組んでいることなど評価する。			
<b>1 院内での医療事故の評価検討について</b>			
17	医療機器が原因で発生したと考えられる場合、医療機器メーカーへの機器改善要求を行っている。		
18	医療安全管理委員会に諮る前に、関係職種が参加した作業部会において、根本的原因分析など詳細な評価分析を行っている。		
19	再発防止策の実施状況の把握及び評価を期日を決めて行っている。		
20	医療事故の原因分析等については、医療安全管理委員会で十分に検討した結果を医療事故報告書に記載している。		
21	死亡及び死産事例が発生した場合に、院長に遺漏なく速やかに報告される体制がある。		

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(神経筋難病)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
22	医療に起因した死亡事例全例について、医療安全管理委員会において医療事故調査制度への報告事例であるか検討している。		
<b>2 機構以外の有識者を交えた事故調査委員会について</b>			
23	医療事故調査制度に該当しない事案であって、かつ、院内の医療安全管理委員会で、原因等について十分な結論付けができない場合等、拡大医療安全検討委員会を開催している。		

V ケア・プロセスに着目した医療安全体制について			
Vのチェックの視点については、チェック項目が広範囲にわたるため、中項目にそれぞれ視点を記載。			
<b>1 指示・伝達</b>			
チェックの視点：医師の指示や結果等の情報が、迅速かつ正確に伝達されていることを評価する。			
24	確実な指示出し・指示受け・実施の仕組みが確立している。		
25	口頭指示、臨時指示などの手順を明文化している。		
26	検査結果において、患者や病態の確認、緊急処置、治療法の変更などを要するデータがあった場合には、速やかに主治医に伝えている。		
27	コミュニケーションエラー、不安全行動を防止するために、チームステップスのツール（例：SBAR、CUS等）を導入している。		
<b>2 患者誤認対策について</b>			
チェックの視点：患者誤認対策としては、患者取り違え防止、治療部位の間違い防止、検体等の取り違え防止、手術前のタイムアウトなどの誤認防止策の導入と実施状況など評価。			
* 28	全ての患者に対して、複数の方法、組み合わせにより患者確認を実施している。		
29	指示内容の確認および照合は、指差呼称を実施している。		
<b>3 インフォームド・コンセント</b>			
チェックの視点：説明すべき内容がわかりやすく患者に説明されていること、また、同意を得る際には患者の意思が尊重されていることを評価する。			
30	説明と同意についての基本的な取り組み姿勢をマニュアル等に記載している。		
31	説明に際しては、例えば図や模型を使用する、専門用語はできるだけ使用しないなど、患者の状況に応じて適切で分かりやすい説明に努めている。		
* 32	治療や処置に対し、患者の協力が得られない場合にも、説明を行い治療への患者の関与を促している。		
<b>4 手術における安全対策</b>			
チェックの視点：手術前のタイムアウト方式など誤認防止策の導入と実施状況、また関係職種が連携して、円滑、安全に手術・麻酔が実施されていることを評価する。			

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(神経筋難病)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
33	タイムアウト等を設け患者確認や手術部位等の確認をしている。		
34	使用する機器、器材の術前確認と準備を確実にやっている。		
35	患者ごとに手術体位による神経・循環障害の予防策が検討され、術後に症状の有無について観察、記録をしている。		
36	縫合針やガーゼや器具の数量点検と記録が適切に行われ、院内マニュアルに基づきレントゲンによる確認を実施している。		
37	麻酔科医による術前訪問、術後訪問を行い、記録している。		
38	手術室への入室時は原則としてリストバンド等の方法で患者確認を行っている。		
<b>5 医療機器</b>			
チェックの視点：医療機器が、必要な知識を有する職員によって安全に使用されていることを評価する。			
39	各勤務帯において看護師が、人工呼吸器の設定条件、電源の接続、回路の接続、患者の状態をチェック表を用いてチェックしている。		
40	人工呼吸器の説明書は場所を決めて保管している。		
41	人工呼吸器の使用方法は、全員が説明書の内容を理解している。		
42	人工呼吸器の設定条件は、医師が指示簿に記入している。		
43	人工呼吸器のアラーム音が鳴った場合、スタッフステーションで確認できる。		
* 44	人工呼吸器使用中は生体情報モニターを必ず併用している。		
* 45	人工呼吸器使用中は数値やアラームを担当看護師が把握できている。		
* 46	人工呼吸器の不具合発生時のために、病室には用手換気が行える準備がある（バックバルブマスクがある等）。		
* 47	人工呼吸器の不具合発生時のために、ME室にはセットアップした人工呼吸器を準備している。		
48	長期療養患者の使用する人工呼吸器については、原則として「長期療養患者が使用する人工呼吸器の基本7要件」により選定した機種を使用している。		
* 49	生体情報モニターは定期的に点検を実施している。		
50	人工呼吸器、透析機器等の医療機器が医療機器安全管理者によって適切に管理されている。		

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(神経筋難病)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
<b>6 気管切開</b>			
チェックの視点：気管切開を受けている患者の管理が適切に行われ、安全に生活援助が行われていることを評価する。			
* 51	呼吸障害、気管狭窄、気管軟化症等について、定期的に評価し、その結果を多職種で情報共有している。		
52	事故抜去予防のため、患者の頸部～胸部の変形に応じた気管カニューレの固定方法、観察の視点を明示している。		
* 53	入浴等の援助時に、気管カニューレの事故抜去が起きた場合に備え、主治医の待機や連絡方法等の体制を整えている。		
* 54	気管切開の患者一人ひとりに対して、事故抜去時の対応について、医療チームで事前に検討されている。		
<b>7 薬剤</b>			
チェックの視点：薬剤の取り違い防止など安全使用に向けた対策が、薬剤師を中心に各部署で実践されていること、患者の特性に応じて投薬・注射が確実・安全に実施されていることを評価する。			
(1) 注射			
55	注射薬の払出は患者別に分けて搬送されている。		
56	注射薬の準備は1患者につき1トレイで行っている。		
57	専用注射器を必要とする薬剤は、専用注射器の使用を徹底している。		
58	注射薬と外用薬を区別するためにカラーシリンジ等を利用している。		
59	注射準備の環境を整備している。(準備台の整理整頓、清潔保持、準備中の兼務の回避等)		
60	看護師の静脈注射に係る実施基準がある。		
61	静動脈の血管ラインと経管栄養ラインが区別され、誤接続防止のための専用チューブやシリンジや三方活栓等院内で統一された方法で実施している。		
62	輸液ポンプ、シリンジポンプの使用に関する手順書がある。		
63	副作用発生時、血管外漏出時の対処方法を院内マニュアルに記載している。		
(2) 与薬			
64	医師は、処方開始時及び処方変更時には、治療内容を患者または家族に説明し、必要に応じて記録している。		
65	薬剤確認(指示との照合含む)を手順化している。		
66	薬剤投与時の確認事項(患者確認、輸液バックの損傷含む)をマニュアルに記載している。		
67	薬剤の受取から投与までの確認方法を明確化している。(与薬マニュアル等)		

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(神経筋難病)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
68	同じ時間帯に与薬業務が集中したり、連続する場合には、紛失・量の誤認・誤薬を避けるように工夫している。		
69	患者が持参した薬剤の取扱について院内マニュアルに記載している。		
(3)麻薬			
70	施錠できる保管庫に保管し、各勤務帯の始業時、勤務終了時に帳簿と現物の残量を複数人で確認を行っている。		
71	麻薬受領時は、その場で薬剤師(麻薬取扱者)と声を出し、患者氏名・薬品名・指示量・数量を確認している。		
72	定数管理を行っている部門では、チェック表を作成し、金庫からの持ち出し時には「持出し本数」、「残本数」を記載し、持ち出し者の氏名も記載している。		
73	使用後の空アンプル、残薬は必ずスタッフルームに持ち帰り、麻薬保管庫に保管している。		
74	返納にあたっては、空アンプル・残薬・麻薬箋を照合し、返納理由と数の記載がされているか確認してから、担当看護師は薬剤師(麻薬取扱者)に直接手渡し、返納している。		
(4)毒薬・劇薬			
75	毒薬は他の薬剤と区別し、施錠できる保管庫に保管している。		
76	劇薬は他の薬剤と区分し、保管している。		
77	保管場所に毒薬(黒地に白枠、白字で毒の文字)・劇薬(白地に赤枠、赤字で劇の文字)と明示している。		
78	病棟等で定数保管されている場合には、定期的に数量確認が行われている。		
(5)向精神薬(第1種、第2種、第3種を含む。)			
79	他の薬剤と区別し、原則として施錠できる保管庫で保管している。		
80	向精神薬の事故(盗難・紛失等)についての対応をマニュアル等に記載している。		
* 81	処方中止・変更となった向精神薬の返納手順についてマニュアルに記載している。		
* 82	医師の指示に基づき適切に投与され、過剰な使用とならないよう定期的に評価を行っている。		
* 83	「重篤副作用疾患別マニュアル」等を踏まえ、副作用の早期発見と対応方法を周知している。		
(6)造影剤			
84	造影剤を使用する検査については、腎機能等をチェックしたうえでオーダーし、造影剤の必要性や副作用等のリスクについても十分説明し、同意をとり実施している。		
85	有害事故発生時には、造影剤副作用報告書により報告するシステムが確立している。		
(7)その他のハイリスク薬			
86	病院で使用するハイリスク薬は、「ハイリスク薬に関する業務ガイドライン(ver2.2)」(H28.6.4日本病院薬剤師会)に定義されている医薬品等の一覧をもとに整備している。		

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(神経筋難病)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
87	ハイリスク薬の取扱い・使用に関する研修を実施している。		
88	高濃度カリウムアンプル製剤は、病棟や外来では保管せず、薬剤部(科)で保管している。		
(8) その他			
89	薬剤に関連するショック及びアナフィラキシー様症状の情報・禁忌薬情報が収集され、対応策を院内マニュアルに記載している。		
90	医薬品集や添付文書等処方薬の情報をすぐに調べることができる。		
91	品名や外観が似た薬剤について、取り違い防止のための工夫(表示の工夫、採用の変更等)を行っている。		
92	薬剤部との連絡方法が周知されている。(オーダー時間の制限、オーダー時間外での指示の変更方法、品名、数量等が不明な時などの疑義照会方法等)		
<b>8 輸血</b>			
チェックの視点: 適正使用指針(ガイドライン)に基づいて、輸血等が安全に実施されていることを評価する。			
93	輸血(自己血輸血を含む)の準備、投与、保管管理の一連の実施に関するマニュアルを整備している。		
94	患者(又は家族)に、輸血療法の必要性やリスク等について十分説明し、文書による同意を得て、診療録に添付している。		
95	輸血用血液の受け渡し時、輸血準備時および輸血実施時に、交差適合試験票、輸血用血液バックおよび添付伝票とを照合しながら、「患者名、血液型、血液製造番号、有効期限、交差適合試験の結果」を確認している。		
96	ABO血液型判定は、同一患者からの異なる時点での2検体で二重チェックを行っている。		
97	夜間・休日における血液型やクロスマッチなどの検査体制を整備している。		
98	信仰上の理由により輸血を拒否する患者への対応を決めている。		
99	輸血実施と即時型副作用の観察を適切に行っている。		
<b>9 摂食・嚥下、経管栄養</b>			
チェックの視点: 摂食嚥下機能の評価が適切に行われ、誤嚥防止が行われているか、また経管栄養の場合、栄養チューブ等の誤挿入防止対策の実施状況の評価する。			
* 100	摂食・嚥下機能について、摂食嚥下チーム又は多職種で定めた期間を設けて繰り返し評価を行っている。		
* 101	摂食・嚥下機能の評価に基づき、必要に応じてリハビリスタッフの助言を得て、ポジショニング、食形態、介助方法等の計画の見直しを実施している。		
* 102	経管栄養開始前に栄養チューブや胃瘻カテーテルが消化管に入っていることを、複数の方法で確認している。		
* 103	経管栄養中・食事介助においては、患者に応じた適切な看護用品を用いて体位支持固定を実施している。		
* 104	食事時の窒息への対応について研修を行い職員全員に周知している		
* 105	窒息・誤嚥のリスクのある患者の病室には、吸引器具を準備している。		

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(神経筋難病)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
<b>10 深部静脈血栓</b>			
チェックの視点：肺血栓塞栓症・深部静脈血栓症の予防ガイドラインに沿った対策の導入と実施状況を評価する。			
106	深部静脈血栓症・肺塞栓症のリスク評価を行っている。		
107	リスク評価に基づいて血栓予防の計画を立案している。		
<b>11 感染防止</b>			
チェックの視点：院内の医療関連感染に関する情報を収集・分析し、感染防止に向けた活動を行っていること、医療関連感染制御に関するマニュアル・指針に基づいた、各部署における感染防止対策の実施状況、抗菌薬の適正使用を促進させるための仕組みと活動を評価する。			
(1) 院内感染			
108	主要な病原体別の感染対策を整備している。 例；多剤耐性菌感染症（MRSA・VRE・ESBL産生菌・MDRP等）、結核、ウイルス感染症（麻疹・水痘・播種性帯状疱疹・風疹・ムンプス・インフルエンザ、感染性胃腸炎等）		
109	薬剤耐性菌週報（微生物学的検査にかかる状況を記した「感染情報レポート」が週1回程度）が作成され、委員会等で院内の感染症患者の動向を分析している。		
110	何らかのサーベイランスを実施して、医療安全対策としての取り組みを行っている。（例；医療器具関連感染サーベイランス、多剤耐性菌サーベイランスなど）		
111	抗菌薬の適正使用に取り組んでいる。（例：薬剤適正委員会などの開催、抗菌薬適正使用支援チームの設置等）		
112	感染防止に向け、チームで活動している。（例：感染対策ラウンドチーム、抗菌薬適正使用支援チーム等）		
113	流行性感冒（インフルエンザ等）の流行期を事前に予測し、外部からの持ち込み等の対策を行っている。		
114	流行性感冒（インフルエンザ等）の流行期の対策として、職員の体調管理を行っている。		
115	流行性感冒（インフルエンザ等）の流行期の対策として、患者・家族へ感染予防、啓発を行っている。		
* 116	職員が発症した場合、家庭内の発症者の有無や、その感染経路を確認している。		
* 117	院内のルールに基づき、職員の抗体価を把握し、必要に応じてワクチン接種を推奨している。		
* 118	院内感染発生が報告された場合、速やかに院内感染対策委員会が開催され、対策を講じている。		
* 119	院内感染発生が報告された場合、速やかに関連部署へ情報提供を実施している。		
* 120	院内感染発生が報告された場合、速やかにICTが介入している。		
121	院内感染発生時は、通達等に基づき保健所、本部へ報告（院内感染の概要、経過、死亡者等）している。		
122	院内感染終息時は、通達に基づき保健所、本部へ報告している。		
* 123	アウトブレイク時など、問題発生時における緊急対応の体制が整備されている。		

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(神経筋難病)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
* 124	長期療養患者においては適切な予防接種の対策を実施している。		
* 125	面会時、外泊・外出時、院外行事後等の感染症の持ち込み防止対策を行っている。		
* 126	感染症の発生について、家族会に周知している。		
* 127	ポジショニングクッション等は個人使用にしている。		
(2) 針刺し			
128	針刺し事故防止対策 (リキャップ禁止・安全機構付製品の導入・プラスチック針の導入など) を実施している。		
129	針刺し事故が起こった場合、職員のHBウイルスの抗体検査が実施され、ワクチンプログラムに沿った対応を行っている。		
(3) 医療用廃棄物			
130	医療廃棄物を適切に分別処理している。		
<b>12 転倒・転落</b>			
チェックの視点：転倒・転落のリスク評価が行われ、結果に基づく防止対策が実践されていることを評価する。			
131	アセスメントシートを活用し、分析した結果に基づき看護計画を立案している。		
132	環境の変化、患者の病状やADLが変化した際には、再アセスメントと看護計画の見直しを行っている。		
133	病室、ベッドの種類、位置、柵など、使用前に安全性を点検している。(ベッドの高さ、柵の位置、車いすのブレーキ・エア、固定ベルト等)		
* 134	患者専用の車いすの使用方法について、多職種で情報共有している。		
* 135	多職種で患者に応じた保護具 (保護防止・骨折防止プロテクター・肘あて等) を検討し、装着している。		
136	ベッドサイドで不要となった点滴スタンド、車椅子、ポータブル便器などは速やかに片付け、ベッド周辺の医療器具、コード類は整理している。		
* 137	入浴の介助手順に転倒・転落防止の視点が入っている。		
* 138	病室、廊下等の水こぼれ等の有無を確認し対処している。		
139	転倒・転落が起こった場合には、初期対応マニュアルに沿って患者対応を行っている。		
<b>13 療養介助中の骨折</b>			
チェックの視点：療養・生活支援時の骨折発生に対する防止対策を評価する。			
(1) 患者評価			
* 140	定期的に検査 (骨密度・理学療法士による評価等) を行っている。		

## 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(神経筋難病)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

	チェック項目	自己評価	相互チェック
* 141	入浴時や更衣動作介助時に外傷の有無を (目視等で) 確認している。		
* 142	骨折予防の観点から、より安全な介助方法について関係職員・教員・ボランティア等に周知する機会がある。		
* 143	当該病棟において、骨折の既往がある患者が把握されている。		
* 144	易骨折性や変形が著しい患者等、介助が難しい患者に対してリハビリテーション部門が介入している。		
* 145	定期的に多職種によるカンファレンスを実施している。		
* 146	移乗をより安全に行うために、適切な器具を配置、使用している。		
* 147	寝具・体圧分散クッション・ベッド柵について、骨折予防の観点から適切なものを整備している。		
* 148	療育環境上、適切な車いす (座位保持椅子) を使用し、移動時には他の患者や壁との距離を考慮している。		
* 149	安全を考慮した室内構造 (壁・床の段差・ドアの種類) になっている。		
* 150	病室 (病棟) の床面において、荷物や備品、電気コード等は整理されている。		
(2) スキルアップ			
* 151	新規採用職員や転入職員に対して、骨折予防を含めた研修を実施している。		
* 152	定期的に骨折予防や移乗方法、更衣動作介助方法等に関する勉強会を実施し、技術の均一化を図っている。		
(3) その他			
* 153	ベッドや車いす、ストレッチャーへの移乗において、複数の職員で安全に実施することがルール化されている。		
* 154	ポジショニングが一定時間内に行われ、関節可動域制限や変形の予防に努めている。		
<b>14 身体抑制</b>			
チェックの視点：患者の安全確保のため、必要時に身体抑制や行動制限が適切に行われていることを評価する。			
155	安全確保のための身体拘束等 (いわゆる高柵ベッド等を含む) に関する病院の方針や適応基準や手順がある。		
156	身体拘束等を行う場合には、事前に患者・家族の同意書を取っている。		
* 157	身体拘束等に伴う合併症について観察を行っている。		

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(神経筋難病)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
* 158	身体拘束等の必要性の評価を毎日実施している。		
* 159	身体拘束等の最小化のための研修を定期的開催している。		
<b>15 急変時の対応</b>			
チェックの視点：院内緊急コードが設定され、適切に対応されていることを評価する。			
160	緊急コールの方法を全職員に周知している。		
161	全ての職員を対象にBLS研修を行っている。		
162	救急カートや蘇生用装置が整備され、いつでも使用できるようになっている。		
<b>16 個別部門</b>			
163	臨床検査部門では、有機溶媒、毒劇物など、危険性の高い薬品を適切に保管・管理している。		
164	臨床検査部門では、検査機器保守管理作業日誌を保管・管理している。		
165	臨床検査部門では、統計学的精度管理台帳（内部精度管理）を保管・管理している。		
166	放射線部門では、放射性同位元素等の取扱いについて教育・訓練を行っている。		
167	放射線部門では、金属類の持ち込みや体内金属（ペースメーカー等）の使用の有無について、オーダー時及び検査直前に医師又は診療放射線技師が確認している。		
168	臨床検査部門及び放射線部門では、検査結果（病理診断書、画像レポート等）の未読影防止策を講じている。		
<b>17 その他</b>			
(1) 窒息			
* 169	療養環境に潜む窒息の原因（寝具、寝衣、クッション、ベッド柵等）について周知し、対策を講じている。		
(2) 安全な食事の提供について			
* 170	異食を防止する対策を講じている。		
171	食物アレルギーに関する統一された情報共有・確認体制がある。		
172	入院患者から食中毒を疑われるような嘔吐、下痢症状が発症した場合、すぐに報告する体制（窓口）を決めている。		
173	調理後の食品は、調理終了後から、概ね2時間以内に喫食されている。		
174	異物混入（髪の毛やゴミ等）が起こった場合には、原因が調査され、予防対策を検討、実践している。		
175	誤配膳（患者配膳間違い、食物アレルギー等）が起こった場合には、原因が調査され、予防対策を検討、実践している。		
(3) 医療材料・衛生材料について			

## 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版(神経筋難病)

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目 (詳細は実施要領参照)

( )

チェック項目	自己評価	相互チェック
176 医療材料・衛生材料について、安全に留意し適切に管理している。(有効期限、保管場所等)		
(4)その他		
177 医療用ガスボンベが適切に取り扱われている。		
* 178 医療ガスの設備に関する保守点検が適切になされているか。		

VI リスク管理について		
チェックの視点：患者等の緊急時に直ちに対応できる体制や施設・設備が整っていることなど評価する。		
179 トイレに緊急呼び出しブザーを設置している。		
180 トイレの鍵は緊急時、外から開けられる。		
181 浴室に緊急呼び出しブザーを設置している。		
182 病室の窓は簡単に開けられないようになっている。		
* 183 災害時には、患者が安全に避難できるよう職員に避難経路・避難方法等が周知されている。		

VII 短期入所等		
チェックの視点：短期入所での医療事故の特徴をふまえた医療安全対策が実践されていることを評価する。		
* 184 短期入所等で、在宅で使用している人工呼吸器を持ち込まれる場合、臨床工学技士と連携し、使用方法や不具合時の対応を確認している。		
* 185 短期入所者の感染症の既往歴、予防接種の状況を把握し、感染徴候の観察をしたうえで、入所後数日は個室での対応をしている。		
* 186 短期入所者で長期に気管カニューレや尿道カテーテルを使用している場合、痰培養・尿培養検査を実施して耐性菌の保菌状況を把握している。		

VIII 障害者虐待について		
チェックの視点：障害者虐待の防止法に基づいた対策が適切に実施されていることを評価する。		
* 187 複数の職員での介助が必要なことを認識しているにも関わらず、単独で介助することは虐待とも捉えられることを職員に周知している。		
* 188 病院として虐待防止策を立案し、病棟ごとに実施状況の把握、評価をしている。		
* 189 虐待防止研修は管理者向けと一般職員向けの両方を実施している。		
* 190 人権に配慮したケア（プライバシーの保護、呼称、髪型の選択等）を多職種で検討している。		
* 191 虐待事案発生後のフォローアップのために、発生後半年以内に職員アンケートや第三者によるラウンド等を実施している。		

# I 規程及びマニュアル一覧表

	マニュアルの種類	自己評価	相互チェック
1	医療安全管理規程を作成している。		
2	院内感染対策のための指針を策定している。		
3	院内感染防止マニュアルを必要部署に整備している。		
4	輸血に関するマニュアルがある。(31.32を含めた項目があればよい。)		
5	注射に関するマニュアルがある。		
6	与薬に関するマニュアルがある。		
7	手術に関するマニュアルがある。		
8	窒息に関するマニュアルがある。		
9	酸素吸入に関するマニュアルがある。		
10	気管切開(気管カニューレ装着)に関するマニュアルがある。		
11	経管栄養に関するマニュアルがある。		
12	転倒・転落に関するマニュアルがある。		
13	入浴に関するマニュアルがある。		
14	盗難に関するマニュアルがある。		
15	無断離院に関するマニュアルがある。		
16	自殺に関するマニュアルがある。		
17	停電に関するマニュアルがある。		
18	チューブトラブルに関するマニュアルがある。		
19	人工呼吸器に関するマニュアルがある。		
20	食中毒発生時の対応マニュアルが作成され、職員に周知している。		
21	医薬品の安全使用のための業務に関するマニュアルがある。		
22	麻薬取扱マニュアルを必要部署に整備している。		

## I 規程及びマニュアル一覧表

	マニュアルの種類	自己評価	相互チェック
23	毒物劇物取扱マニュアルを必要部署に整備している。		
24	向精神薬の取扱マニュアルを必要部署に整備している。		
25	病棟管理薬剤の取扱マニュアルを必要部署に整備している。		
26	患者および検体の誤認防止など、安全な検査実施手順が遵守され、マニュアルを整備している。		
27	精度管理マニュアル及び標準作業書を整備している。		
28	針刺し・切創、血液・体液汚染等の対策をマニュアル等に明示している。		
29	検査中の患者の急変時の対応をマニュアル等に明示している。		
30	検査業務に関する手順・マニュアル等を整備し、安全対策等に活用している。		
31	「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」（厚生労働省医薬・生活衛生局）に基づいて各施設で文書化した輸血療法マニュアルを整備している。		
32	不適合輸血等の事故対策マニュアルを整備している。		
33	輸血検査実施マニュアル、関連検査の実施マニュアルを整備している。		
34	交差適合試験機器マニュアルを整備している。（機器点検を含む）		
35	深部静脈血栓症・肺塞栓症予防に関するマニュアルがある。		
36	放射性同位元素等による放射線障害を予防するための規程（放射線障害予防規程）および運用細則を整備している。		
37	物理療法器具等の操作マニュアル等、リハビリに関するマニュアルを整備している。		

## Ⅱ 委員会設置一覧表

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

	委員会の種類	自己評価	相互チェック
1	医療安全管理委員会を設置し、概ね毎月1回開催している。		
2	院内感染対策に関する委員会を設置し、概ね毎月1回開催している。		
3	重大な医療事故が発生し、院内の委員会で過失の有無、原因等について十分な結論づけができない場合等に拡大医療安全管理委員会を開催する体制を整備している。		
4	栄養管理委員会を定期的に開催し、食中毒予防についても議論している。		
5	放射性同位元素等に係る安全管理委員会を設置している。		
6	薬剤管理に関する委員会を設置し、概ね毎月1回開催している		
7	医療機器に関する委員会を設置し、概ね毎月1回開催している		
* 8	医療ガス安全管理委員会を設置し、年1回以上開催している。		

### Ⅲ 研修会開催一覧表

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

	項目	自己評価	相互チェック
1	院内全体に共通する院内感染対策のための研修会を定期的に（年2回以上）開催しており、対象となる職員の80%が参加している。		
2	開催された研修についての実施内容・職種別参加者数の記録が残されている。		
3	医療機器の使用にあたっては、臨床工学技士や機器メーカーによる、操作習熟のための研修を行っている。		
4	新しい医療機器の導入時には研修を行っている。		
5	医療安全管理のための職員研修を定期的に（年2回以上）実施しており、対象となる職員の80%が参加している。		
6	開催された研修についての実施内容・職種別参加者数の記録が残されている。		
7	新規採用時研修（全職種）に医療安全に係る内容を含めている。		
8	参加できなかった職員に対しては、何らかの方法で研修内容を伝達している。		
9	部署毎に医療安全に関する研修会や勉強会を開催している。		
10	院外で開催している医療安全に関する研修会等に積極的に参加している。		
* 11	虐待に関する研修会を年2回以上開催している。		
* 12	医療ガスに係る安全管理のための研修（他の医療安全に係る研修と併せて実施している場合も可。）を年1回以上開催している。		
* 13	身体拘束等の適正化についての研修を定期的に実施している。		
* 14	対象職員全員に対し、年1回以上「放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の安全利用のための研修」を実施している。		

# 医療安全相互チェックシート

## セーフティネット分野版 (精神科医療) Ver.4

### 〇〇医療センター〔自己評価〕

チェック実施病院 〇〇病院

オブザーバー病院 〇〇病院

令和 年 月 日

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版（精神科医療）

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
<b>I 医療安全管理体制の整備</b>			
チェックの視点：患者が相談しやすいように、相談窓口や担当者などが明確にされていること、また、必要な経験や知識を有する職員が配置されていることなど、相談支援体制が確立していること、職員の医療安全管理に対する最新情報が提供されていることなど評価する。			
* 1	患者会開催時や個別支援計画説明時等に医療安全管理規程が閲覧できることを説明・周知している。		
2	機構本部等から医療安全に関する通知や情報提供等があった場合、職員に周知している。		
3	患者相談窓口では、プライバシーに配慮された環境で、担当者が相談に対応する体制が整っている。		
* 4	患者及び患者の家族から入院生活等に関する苦情・意見を聞く仕組みがある。（患者会開催・病棟内意見箱の設置）		
5	医療安全に関わる苦情や相談については、医療安全推進担当者が医療安全管理室に報告し、当該病院の安全対策の見直し等に活用している。		

<b>II 医療安全管理のための具体的方策の推進</b>			
チェックの視点：院内の医療安全に関する情報を収集・分析し、事故防止に向けた活動を行っていることを評価。また、院外の医療事故や安全強化に関する情報を収集し、自院の事故防止に活用していることなど評価する。			
1 ヒヤリ・ハット事例の報告及び評価分析について			
6	どの職種においても、ヒヤリ・ハット体験の事例が適切に行われている。		
7	医療安全推進担当者は、ヒヤリ・ハット事例の報告等を踏まえ、必要事項を記載した「ヒヤリ・ハット体験報告」を医療安全管理室に提出している。		
8	警鐘事例については医療安全管理委員会で検討し、医療安全管理室から職員に分析結果や対策をフィードバックしている。		
2 医療事故情報収集等事業に係る報告について			
9	必要に応じて、（財）医療機能評価機構が行う「医療事故情報収集・分析・提供事業」及び「ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業」に医療安全管理室が事例を報告している。		
3 医薬品・医療機器等安全性情報報告制度に関する報告について			
10	医薬品又は医療機器の使用による副作用、感染症又は不具合が発生した場合、報告の必要があると判断した情報（症例）は、医薬品安全管理責任者又は医療機器安全管理責任者が（独）医薬品医療機器総合機構（PMDA）に報告している。		

<b>III 医療事故発生時の具体的な対応</b>			
チェックの視点：医療事故が発生した際は適切に報告を行っており、対外的な公表に関しては、医療安全管理の指針に基づき適切に対応していること。また、患者・家族に対し適切に対応していることなど評価する。			
1 医療事故の報告について			
11	医療事故報告書については、機構文書管理規程に該当する法人文書として、医療安全管理室において保管している。		

## 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版（精神科医療）

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

（ ）

	チェック項目	自己評価	相互チェック
<b>2 患者・家族への対応について</b>			
12	医療事故発生時の詳細な病状等の説明においては、担当医師の他、必要に応じて医療安全管理者等が立ち会っている。		
<b>3 事実経過の記録について</b>			
13	医師、看護師等は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を、診療録、看護記録等に初期対応後速やかに詳細を記載している。なお、事故の種類、患者の状況に応じ、出来る限り経時的に記載を行うと共に想像や憶測に基づく記載は行わず、事実を客観的かつ正確に記載している。		
<b>4 警察への届出について</b>			
14	医師法に基づき、死体又は妊娠4月以上の死産児を検案して異状があると認めたときは、24時間以内に所轄警察署に届出を行っている。		
<b>5 重大な医療事故が発生した場合の対外的公表について</b>			
15	重大な医療事故等が発生した場合には、医療安全管理のための指針、別添4「国立病院機構医療事故公表指針」に基づき適切に対応している。		

IV 医療事故の評価と医療安全対策への反映			
チェックの視点：医療事故に対する院内検証が行われ、原因究明と再発防止に向けて組織的に取り組んでいることなど評価する。			
<b>1 院内での医療事故の評価検討について</b>			
16	医療機器が原因で発生したと考えられる場合、医療機器メーカーへの機器改善要求を行っている。		
17	医療安全管理委員会に諮る前に、関係職種が参加した作業部会において、根本的原因分析など詳細な評価分析を行っている。		
18	再発防止策の実施状況の把握及び評価を期日を決めて行っている。		
19	医療事故の原因分析等については、医療安全管理委員会で十分に検討した結果を医療事故報告書に記載している。		
20	死亡及び死産事例が発生した場合に、院長に遺漏なく速やかに報告される体制がある。		
21	医療に起因した死亡事例全例について、医療安全管理委員会において医療事故調査制度への報告事例であるか検討している。		
<b>2 機構以外の有識者を交えた事故調査委員会について</b>			
22	医療事故調査制度に該当しない事案であって、かつ、院内の医療安全管理委員会で、原因等について十分な結論付けができない場合等、拡大医療安全検討委員会を開催している。		

V ケア・プロセスに着目した医療安全体制について			
Vのチェックの視点については、チェック項目が広範囲にわたるため、中項目にそれぞれ視点を記載。			
<b>1 指示・伝達</b>			
チェックの視点：医師の指示や結果等の情報が、迅速かつ正確に伝達されていることを評価する。			
23	確実な指示出し・指示受け・実施の仕組みが確立している。		

## 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版（精神科医療）

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

（ ）

チェック項目	自己評価	相互チェック
24 口頭指示、臨時指示などの手順を明文化している。		
25 検査結果において、患者や病態の確認、緊急処置、治療法の変更などを要するデータがあった場合には、速やかに主治医に伝えている。		
26 コミュニケーションエラー、不安全行動を防止するために、チームステップスのツール（例：SBAR、CUS等）を導入している。		
<b>2 患者誤認対策について</b>		
チェックの視点：患者誤認対策としては、患者取り違い防止、治療部位の間違い防止、検体等の取り違い防止、手術前のタイムアウトなどの誤認防止策の導入と実施状況など評価。		
* 27 全ての患者に対して、複数の方法、組み合わせにより患者確認を実施している。		
28 指示内容の確認および照合は、指差呼称を実施している。		
<b>3 インフォームド・コンセント</b>		
チェックの視点：説明すべき内容がわかりやすく患者に説明されていること、また、同意を得る際には患者の意思が尊重されていることを評価する。		
29 説明と同意についての基本的な取り組み姿勢をマニュアル等に記載している。		
30 説明に際しては、例えば図や模型を使用する、専門用語はできるだけ使用しないなど、患者の状況に応じて適切で分かりやすい説明に努めている。		
* 31 治療や処置に対し、患者の協力が得られない場合にも、説明を行い治療への患者の関与を促している。		
<b>4 処置・手術における安全対策</b>		
チェックの視点：手術前のタイムアウト方式など誤認防止策の導入と実施状況、また関係職種が連携して、円滑、安全に手術・麻酔が実施されていることを評価する。		
32 タイムアウト等を設け患者確認や手術部位等の確認をしている。		
33 使用する機器、器材の術前確認と準備を確実にやっている。		
34 患者ごとに手術体位による神経・循環障害の予防策が検討され、術後に症状の有無について観察、記録をしている。		
35 縫合針やガーゼや器具の数量点検と記録が適切に行われ、院内マニュアルに基づきレントゲンによる確認を実施している。		
36 麻酔科医による術前訪問、術後訪問を行い、記録している。		
37 手術室への入室時は原則としてリストバンド等の方法で患者確認を行っている。		
<b>5 医療機器</b>		
チェックの視点：医療機器が、必要な知識を有する職員によって安全に使用されていることを評価する。		
* 38 生体情報モニターは定期的に点検を実施している。		

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版（精神科医療）

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

（ ）

チェック項目	自己評価	相互チェック
<b>6 薬剤</b>		
チェックの視点：薬剤の取り扱い防止など安全使用に向けた対策が、薬剤師を中心に各部署で実践されていること、患者の特性に応じて投薬・注射が確実・安全に実施されていることを評価する。		
(1) 注射		
39 注射薬の払出は患者別に分けて搬送されている。		
40 注射薬の準備は1患者につき1トレイで行っている。		
41 専用注射器を必要とする薬剤は、専用注射器の使用を徹底している。		
42 注射薬と外用薬を区別するためにカラーシリンジ等を利用している。		
43 注射準備の環境を整備している。（準備台の整理整頓、清潔保持、準備中の兼務の回避等）		
44 看護師の静脈注射に係る実施基準がある。		
45 静動脈の血管ラインと経管栄養ラインが区別され、誤接続防止のための専用チューブやシリンジや三方活栓等院内で統一された方法で実施している。		
46 輸液ポンプ、シリンジポンプの使用に関する手順書がある。		
47 副作用発生時、血管外漏出時の対処方法を院内マニュアルに記載している。		
(2) 与薬		
48 医師は、処方開始時及び処方変更時には、治療内容を患者または家族に説明し、必要に応じて記録している。		
49 薬剤確認（指示との照合含む）を手順化している。		
50 薬剤投与時の確認事項（患者確認、輸液バックの損傷含む）をマニュアルに記載している。		
51 薬剤の受取から投与までの確認方法を明確化している。（与薬マニュアル等）		
52 同じ時間帯に与薬業務が集中したり、連続する場合には、紛失・量の誤認・誤薬を避けるように工夫している。		
53 患者が持参した薬剤の取扱について院内マニュアルに記載している。		
(3) 麻薬		
54 施錠できる保管庫に保管し、各勤務帯の始業時、勤務終了時に帳簿と現物の残量を複数人で確認を行っている。		
55 麻薬受領時は、その場で薬剤師（麻薬取扱者）と声を出し、患者氏名・薬品名・指示量・数量を確認している。		
56 定数管理を行っている部門では、チェック表を作成し、金庫からの持ち出し時には「持出し本数」、「残本数」を記載し、持ち出し者の氏名も記載している。		
57 使用後の空アンプル、残薬は必ずスタッフルームに持ち帰り、麻薬保管庫に保管している。		
58 返納にあたっては、空アンプル・残薬・麻薬箋を照合し、返納理由と数の記載がされているか確認してから、担当看護師は薬剤師（麻薬取扱者）に直接手渡し、返納している。		

## 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版（精神科医療）

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

（ ）

	チェック項目	自己評価	相互チェック
	(4) 毒薬・劇薬		
59	毒薬は他の薬剤と区別し、施錠できる保管庫に保管している。		
60	劇薬は他の薬剤と区分し、保管している。		
61	保管場所に毒薬（黒地に白枠、白字で毒の文字）・劇薬（白地に赤枠、赤字で劇の文字）と明示している。		
62	病棟等で定数保管されている場合には、定期的に数量確認が行われている。		
	(5) 向精神薬（第1種、第2種、第3種を含む。）		
63	他の薬剤と区別し、原則として施錠できる保管庫で保管している。		
64	向精神薬の事故（盗難・紛失等）についての対応をマニュアル等に記載している。		
* 65	処方中止・変更となった向精神薬の返納手順についてマニュアルに記載している。		
* 66	精神症状に対する屯用薬は、医師の指示に基づき適切に投与され、過剰な使用とならないよう定期的に評価を行っている。		
* 67	「重篤副作用疾患別マニュアル」等を踏まえ、副作用の早期発見と対応方法を周知している。		
	(6) 造影剤		
68	造影剤を使用する検査については、腎機能等をチェックしたうえでオーダーし、造影剤の必要性や副作用等のリスクについても十分説明し、同意をとり実施している。		
69	有害事故発生時には、造影剤副作用報告書により報告するシステムが確立している。		
	(7) その他のハイリスク薬		
70	病院で使用するハイリスク薬は、「ハイリスク薬に関する業務ガイドライン（ver2.2）」（H28.6.4日本病院薬剤師会）に定義されている医薬品等の一覧をもとに整備している。		
71	ハイリスク薬の取扱い・使用に関する研修を実施している。		
72	高濃度カリウムアンプル製剤は、病棟や外来では保管せず、薬剤部（科）で保管している。		
	(8) その他		
73	薬剤に関連するショック及びアナフィラキシー様症状の情報・禁忌薬情報が収集され、対応策を院内マニュアルに記載している。		
74	医薬品集や添付文書等処方薬の情報をすぐに調べることができる。		
75	品名や外観が似た薬剤について、取り違い防止のための工夫（表示の工夫、採用の変更等）を行っている。		
76	薬剤部との連絡方法が周知されている。（オーダー時間の制限、オーダー時間外での指示の変更方法、品名、数量等が不明な時などの疑義照会方法等）		

# 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版（精神科医療）

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

( )

チェック項目		自己評価	相互チェック
<b>7 輸血</b>			
チェックの視点：適正使用指針（ガイドライン）に基づいて、輸血等が安全に実施されていることを評価する。			
77	輸血（自己血輸血を含む）の準備、投与、保管管理の一連の実施に関するマニュアルを整備している。		
78	患者（又は家族）に、輸血療法の必要性やリスク等について十分説明し、文書による同意を得て、診療録に添付している。		
79	輸血用血液の受け渡し時、輸血準備時および輸血実施時に、交差適合試験票、輸血用血液バックおよび添付伝票とを照合しながら、「患者名、血液型、血液製造番号、有効期限、交差適合試験の結果」を確認している。		
80	ABO血液型判定は、同一患者からの異なる時点での2検体で二重チェックを行っている。		
81	夜間・休日における血液型やクロスマッチなどの検査体制を整備している。		
82	信仰上の理由により輸血を拒否する患者への対応を決めている。		
83	輸血実施と即時型副作用の観察を適切に行っている。		
<b>8 摂食・嚥下、経管栄養</b>			
チェックの視点：摂食嚥下機能の評価が適切に行われ、誤嚥防止が行われているか、また経管栄養の場合、栄養チューブ等の誤挿入防止対策の実施状況の評価する。			
* 84	向精神薬の副作用等による摂食・嚥下機能の評価を行っている。		
* 85	摂食・嚥下機能の評価に基づき、必要に応じてリハビリスタッフの助言を得て、ポジショニング、食形態、介助方法等の計画の見直しを実施している。		
86	経管栄養開始前に栄養チューブや胃瘻カテーテルが消化管に入っていることを、複数の方法で確認している。		
87	経管栄養中・食事介助においては、患者に応じた適切な看護用品を用いて体位支持固定を実施している。		
* 88	食事時の窒息への対応について研修を行い、職員へ周知している。		
* 89	食事の摂取に関し、かきこみや丸のみ等の、窒息リスクの高い患者のいることを踏まえ、ポータブル吸引機の設置など、直ちに吸引ができるよう準備している。		
<b>9 深部静脈血栓</b>			
チェックの視点：肺血栓塞栓症・深部静脈血栓症の予防ガイドラインに沿った対策の導入と実施状況の評価する。			
90	深部静脈血栓症・肺塞栓症のリスク評価を行っている。		
91	リスク評価に基づいて血栓予防の計画を立案している。		
<b>10 感染防止</b>			
チェックの視点：院内の医療関連感染に関する情報を収集・分析し、感染防止に向けた活動を行っていること、医療関連感染制御に関するマニュアル・指針に基づいた、各部署における感染防止対策の実施状況、抗菌薬の適正使用を促進させるための仕組みと活動を評価する。			
(1) 院内感染			
92	主要な病原体別の感染対策を整備している。 例：多剤耐性菌感染症（MRSA・VRE・ESBL産生菌・MDRP等）、結核、ウイルス感染症（麻疹・水痘・播種性帯状疱疹・風疹・ムンプス・インフルエンザ、感染性胃腸炎等）		
93	薬剤耐性菌週報（微生物学的検査にかかる状況を記した「感染情報レポート」が週1回程度）が作成され、委員会等で院内の感染症患者の動向を分析している。		

## 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版（精神科医療）

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

（ ）

	チェック項目	自己評価	相互チェック
94	何らかのサーベイランスを実施して、医療安全対策としての取り組みを行っている。（例；医療器具関連感染サーベイランス、多剤耐性菌サーベイランスなど）		
95	抗菌薬の適正使用に取り組んでいる。（例：薬剤適正委員会などの開催、抗菌薬適正使用支援チームの設置等）		
96	感染防止に向け、チームで活動している。（例：感染対策ラウンドチーム、抗菌薬適正使用支援チーム等）		
97	流行性感冒（インフルエンザ等）の流行期を事前に予測し、外部からの持ち込み等の対策を行っている。		
98	流行性感冒（インフルエンザ等）の流行期の対策として、職員の体調管理を行っている。		
99	流行性感冒（インフルエンザ等）の流行期の対策として、患者・家族へ感染予防、啓発を行っている。		
* 100	職員が発症した場合、家庭内の発症者の有無や、その感染経路を確認している。		
* 101	院内のルールに基づき、職員の抗体価を把握し、必要に応じてワクチン接種を推奨している。		
* 102	院内感染発生が報告された場合、速やかに院内感染対策委員会が開催され、対策を講じている。		
* 103	院内感染発生が報告された場合、速やかに関連部署へ情報提供を実施している。		
* 104	院内感染発生が報告された場合、速やかにICTが介入している。		
105	院内感染発生時は、通達等に基づき保健所、本部へ報告（院内感染の概要、経過、死亡者等）している。		
106	院内感染終息時は、通達に基づき保健所、本部へ報告している。		
* 107	アウトブレイク時など、問題発生時における緊急対応の体制が整備されている。		
* 108	長期療養患者においては適切な予防接種の対策を実施している。		
* 109	面会時、外泊・外出時、院外行事後等の感染症の持ち込み防止対策を行っている。		
110	感染症の発生について、家族会に周知している。		
	(2) 針刺し		
111	針刺し事故防止対策（リキャップ禁止・安全機構付製品の導入・プラスチック針の導入など）を実施している。		
112	針刺し事故が起こった場合、職員のHBウイルスの抗体検査が実施され、ワクチンプログラムに沿った対応を行っている。		
	(3) 医療用廃棄物		
113	医療廃棄物を適切に分別処理している。		
<b>11 転倒・転落</b>			
チェックの視点：転倒・転落のリスク評価が行われ、結果に基づく防止対策が実践されていることを評価する。			
114	アセスメントシートを活用し、分析した結果に基づき看護計画を立案している。		
115	環境の変化、患者の病状やADLが変化した際には、再アセスメントと看護計画の見直しを行っている。		

## 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版（精神科医療）

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

（ ）

	チェック項目	自己評価	相互チェック
116	病室、ベッドの種類、位置、柵など、使用前に安全性を点検している。（ベッドの高さ、柵の位置、車いすのブレーキ・エア、固定ベルト等）		
117	ベッドサイドで不要となった点滴スタンド、車椅子、ポータブル便器などは速やかに片付け、ベッド周辺の医療器具、コード類は整理している。		
* 118	入浴の介助手順に転倒・転落防止の視点が入っている。		
* 119	病室、廊下等の水こぼれ等の有無を確認し対処している。		
120	転倒・転落が起こった場合には、初期対応マニュアルに沿って患者対応を行っている。		
* 121	定期的に多職種によるカンファレンスを実施している。		
<b>12 行動制限</b>			
チェックの視点：患者の安全確保のため、必要時に行動制限が適切に行われていることを評価する。			
* 122	行動の制限を行う場合は、精神保健福祉法およびその関係法規の定める方法と手続きに則り、適切に実施されている。		
* 123	「隔離」中において、最低1日1回の医師の診察を実施している。		
* 124	「身体拘束」中は、医師による頻回な観察が実施されている。		
* 125	「身体拘束」における合併症や事故の予防について、観察・介入方法が看護手順に記載され、実施している。		
* 126	「隔離」「身体拘束」中の患者の状態等を適切に記録している。		
<b>13 問題行動</b>			
チェックの視点：突発的な患者の行動、自傷や他害に対するリスクに対する対策が実施されていることを評価する。			
* 127	無断離院防止のマニュアルに基づいた所在確認を確実にしている。		
* 128	離院を想定した訓練を行っている。		
* 129	患者の精神症状や、患者を取り巻く環境の変化に応じ、問題行動や自殺のリスクについてアセスメントされ、問題行動・自殺の予防についての計画を立案している。		
* 130	問題行動や自殺のリスクをふまえた療養環境の整備（原因となりうる物品を置かない等）を行っている。		
* 131	患者間トラブルを予防するため、病室の調整等、ストレス緩和や環境調整をしている。		
* 132	包括的暴力防止プログラムに基づいた職員教育を実施している。		
* 133	暴力傾向のある患者の暴力のきっかけとなる行動の把握を行い、リスクの高い患者には複数で対応している。		
* 134	暴力が発生した場合の報告・対応方法が明文化され、適切に実施している。		
* 135	病棟へ持込可能な私物について基準があり、患者・家族及び職員に周知されている。		

## 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版（精神科医療）

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

（ ）

チェック項目	自己評価	相互チェック
<b>14 障害者虐待について</b>		
チェックの視点：障害者虐待の防止法に基づいた対策が適切に実施されていることを評価する。		
* 136	虐待防止委員会で、病院として虐待防止策を立案し、病棟ごとに実施状況の把握、評価をしている。	
* 137	虐待防止研修は管理者向けと一般職員向けの両方を実施している。	
* 138	人権に配慮したケア（プライバシーの保護、発達段階に応じた呼称、髪型の選択等）を多職種で検討している。	
* 139	虐待事案発生後のフォローアップのために、発生後半年以内に職員アンケートや第三者によるラウンド等を実施している。	
<b>15 急変時の対応</b>		
チェックの視点：全職員を対象に心肺蘇生（CPR）の訓練が行われていること、また、院内緊急コードが設定され、適切に対応されていることを評価する。		
140	緊急コールの方法を全職員に周知している。	
141	全ての職員を対象にBLS研修を行っている。	
142	救急カートや蘇生用装置が整備され、いつでも使用できるようになっている。	
<b>16 個別部門</b>		
143	臨床検査部門では、有機溶媒、毒劇物など、危険性の高い薬品を適切に保管・管理している。	
144	臨床検査部門では、検査機器保守管理作業日誌を保管・管理している。	
145	臨床検査部門では、統計学的精度管理台帳（内部精度管理）を保管・管理している。	
146	放射線部門では、放射性同位元素等の取扱いについて教育・訓練を行っている。	
147	放射線部門では、金属類の持ち込みや体内金属（ペースメーカー等）の使用の有無について、オーダー時及び検査直前に医師又は診療放射線技師が確認している。	
148	臨床検査部門及び放射線部門では、検査結果（病理診断書、画像レポート等）の未読影防止策を講じている。	
<b>17 その他</b>		
(1) 窒息		
* 149	療養環境に潜む窒息の原因（寝具、寝衣、クッション、ベッド柵等）について関係職員に周知し、対策を講じている。	
(2) 安全な食事の提供について		
* 150	異食を防止する対策を講じている。	
151	食物アレルギーに関する統一された情報共有・確認体制がある。	
152	入院患者から食中毒を疑われるような嘔吐、下痢症状が発症した場合、すぐに報告する体制（窓口）を決めている。	
153	調理後の食品は、調理終了後から、概ね2時間以内に喫食されている。	

## 医療安全相互チェックシート セーフティネット分野版（精神科医療）

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

（ ）

チェック項目	自己評価	相互チェック
154 異物混入（髪の毛やゴミ等）が起こった場合には、原因が調査され、予防対策を検討、実践している。		
155 誤配膳（患者配膳間違い、食物アレルギー等）が起こった場合には、原因が調査され、予防対策を検討、実践している。		
(3) 医療材料・衛生材料について		
156 医療材料・衛生材料について、安全に留意し適切に管理している。（有効期限、保管場所等）		
(4) その他		
157 医療用ガスボンベが適切に取り扱われている。		

VI リスク管理について		
チェックの視点：患者等の緊急時に直ちに対応できる体制や施設設備が整っていることなど評価する。		
158 トイレに緊急呼び出しブザーを設置している。		
159 トイレの鍵は緊急時、外から開けられる。		
160 浴室に緊急呼び出しブザーを設置している。		
161 病室の窓は簡単に開けられないようになっている。		
* 162 災害等発生時に閉鎖病棟の施錠を解除するシステムがある。		

# I 規程及びマニュアル一覧表

	マニュアルの種類	自己評価	相互チェック
1	医療安全管理規程を作成している。		
2	院内感染対策のための指針を策定している。		
3	院内感染防止マニュアルを必要部署に整備している。		
4	輸血に関するマニュアルがある。(31.32を含めた項目があればよい。)		
5	注射に関するマニュアルがある。		
6	与薬に関するマニュアルがある。		
7	手術に関するマニュアルがある。		
8	窒息に関するマニュアルがある。		
9	酸素吸入に関するマニュアルがある。		
10	気管切開(気管カニューレ装着)に関するマニュアルがある。		
11	経管栄養に関するマニュアルがある。		
12	転倒・転落に関するマニュアルがある。		
13	入浴に関するマニュアルがある。		
14	盗難に関するマニュアルがある。		
15	無断離院に関するマニュアルがある。		
16	自殺に関するマニュアルがある。		
17	停電に関するマニュアルがある。		
18	チューブトラブルに関するマニュアルがある。		
19	人工呼吸器に関するマニュアルがある。		
20	食中毒発生時の対応マニュアルが作成され、職員に周知している。		
21	医薬品の安全使用のための業務に関するマニュアルがある。		
22	麻薬取扱マニュアルを必要部署に整備している。		
23	毒物劇物取扱マニュアルを必要部署に整備している。		
24	向精神薬の取扱マニュアルを必要部署に整備している。		
25	病棟管理薬剤の取扱マニュアルを必要部署に整備している。		
26	患者および検体の誤認防止など、安全な検査実施手順が遵守され、マニュアルを整備している。		
27	精度管理マニュアル及び標準作業書を整備している。		
28	針刺し・切創、血液・体液汚染等の対策をマニュアル等に明示している。		
29	検査中の患者の急変時の対応をマニュアル等に明示している。		

## I 規程及びマニュアル一覧表

	マニュアルの種類	自己評価	相互チェック
30	検査業務に関する手順・マニュアル等を整備し、安全対策等に活用している。		
31	「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」（厚生労働省医薬・生活衛生局）に基づいて各施設で文書化した輸血療法マニュアルを整備している。		
32	不適合輸血等の事故対策マニュアルを整備している。		
33	輸血検査実施マニュアル、関連検査の実施マニュアルを整備している。		
34	交差適合試験機器マニュアルを整備している。（機器点検を含む）		
35	深部静脈血栓症・肺塞栓症予防に関するマニュアルがある。		
36	放射性同位元素等による放射線障害を予防するための規程（放射線障害予防規程）および運用細則を整備している。		
37	物理療法器具等の操作マニュアル等、リハビリに関するマニュアルを整備している。		

## Ⅱ 委員会設置一覧表

	委員会の種類	自己評価	相互チェック
1	医療安全管理委員会を設置し、概ね毎月1回開催している。		
2	院内感染対策に関する委員会を設置し、概ね毎月1回開催している。		
3	重大な医療事故が発生し、院内の委員会で過失の有無、原因等について十分な結論づけができない場合等に拡大医療安全管理委員会を開催する体制を整備している。		
4	栄養管理委員会を定期的に行き開催し、食中毒予防についても議論している。		
5	放射性同位元素等に係る安全管理委員会を設置している。		
6	薬剤管理に関する委員会が設置し、概ね毎月1回開催している		
7	医療機器に関する委員会が設置し、概ね毎月1回開催している		

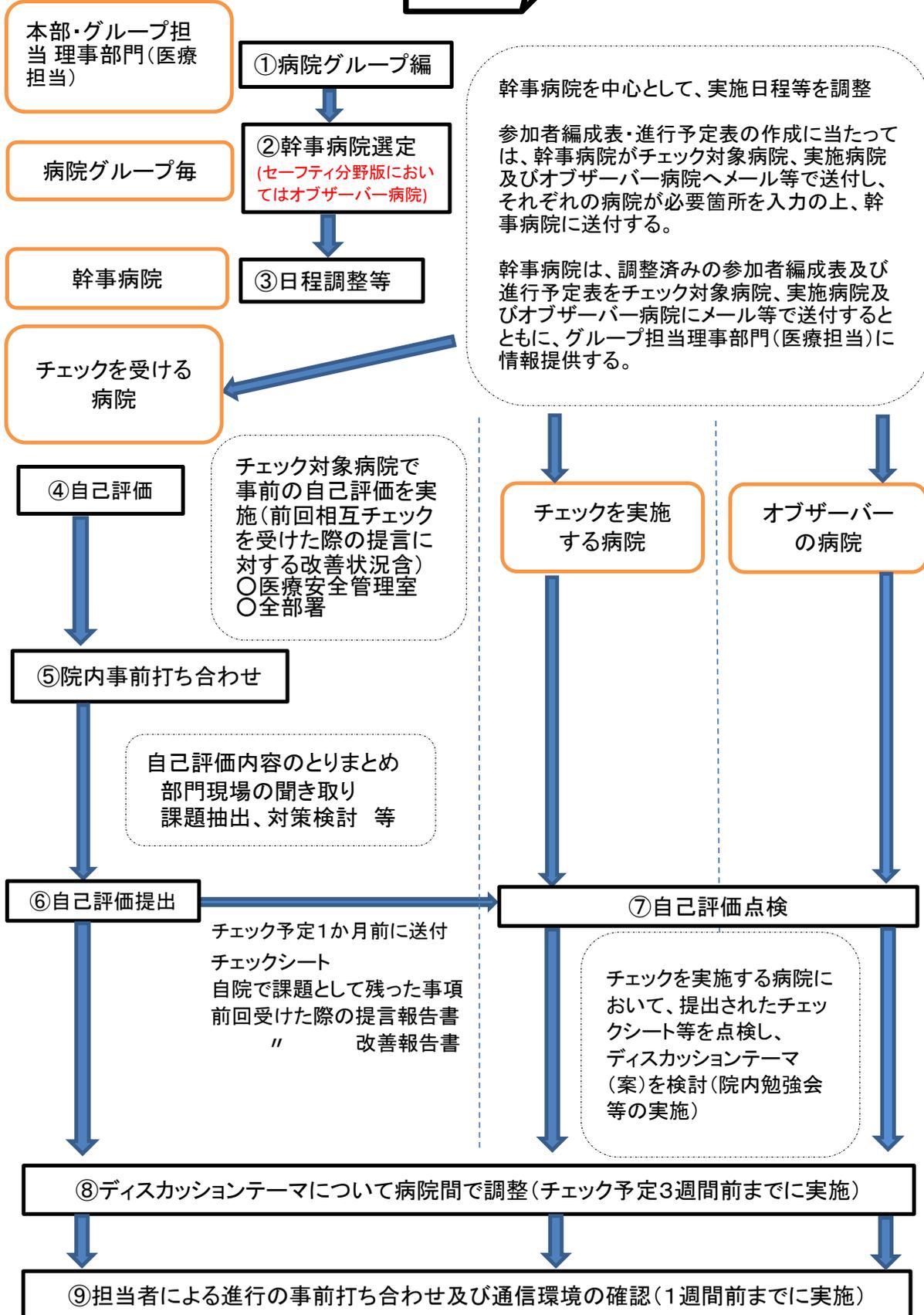
### Ⅲ 研修会開催一覧表

\* セーフティネット分野版に参加する全ての病院においてチェックする項目（詳細は実施要領参照）

	項目	自己評価	相互チェック
1	院内全体に共通する院内感染対策のための研修会を定期的に（年2回以上）開催しており、対象となる職員の80%が参加している。		
2	開催された研修についての実施内容・職種別参加者数の記録が残されている。		
3	医療機器の使用にあたっては、臨床工学技士や機器メーカーによる、操作習熟のための研修を行っている。		
4	新しい医療機器の導入時には研修を行っている。		
5	医療安全管理のための職員研修を定期的に（年2回以上）実施しており、対象となる職員の80%が参加している。		
6	開催された研修についての実施内容・職種別参加者数の記録が残されている。		
7	新規採用時研修（全職種）に医療安全に係る内容を含めている。		
8	参加できなかった職員に対しては、何らかの方法で研修内容を伝達している。		
9	部署毎に医療安全に関する研修会や勉強会を開催している。		
10	院外で開催している医療安全に関する研修会等に積極的に参加している。		
* 11	虐待に関する研修会を年2回以上開催している。		
* 12	包括的暴力防止プログラムに基づいた職員教育を実施している。		
* 13	対象職員全員に対し、年1回以上「放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の安全利用のための研修」を実施している。		

# 医療安全相互チェックの実施フロー

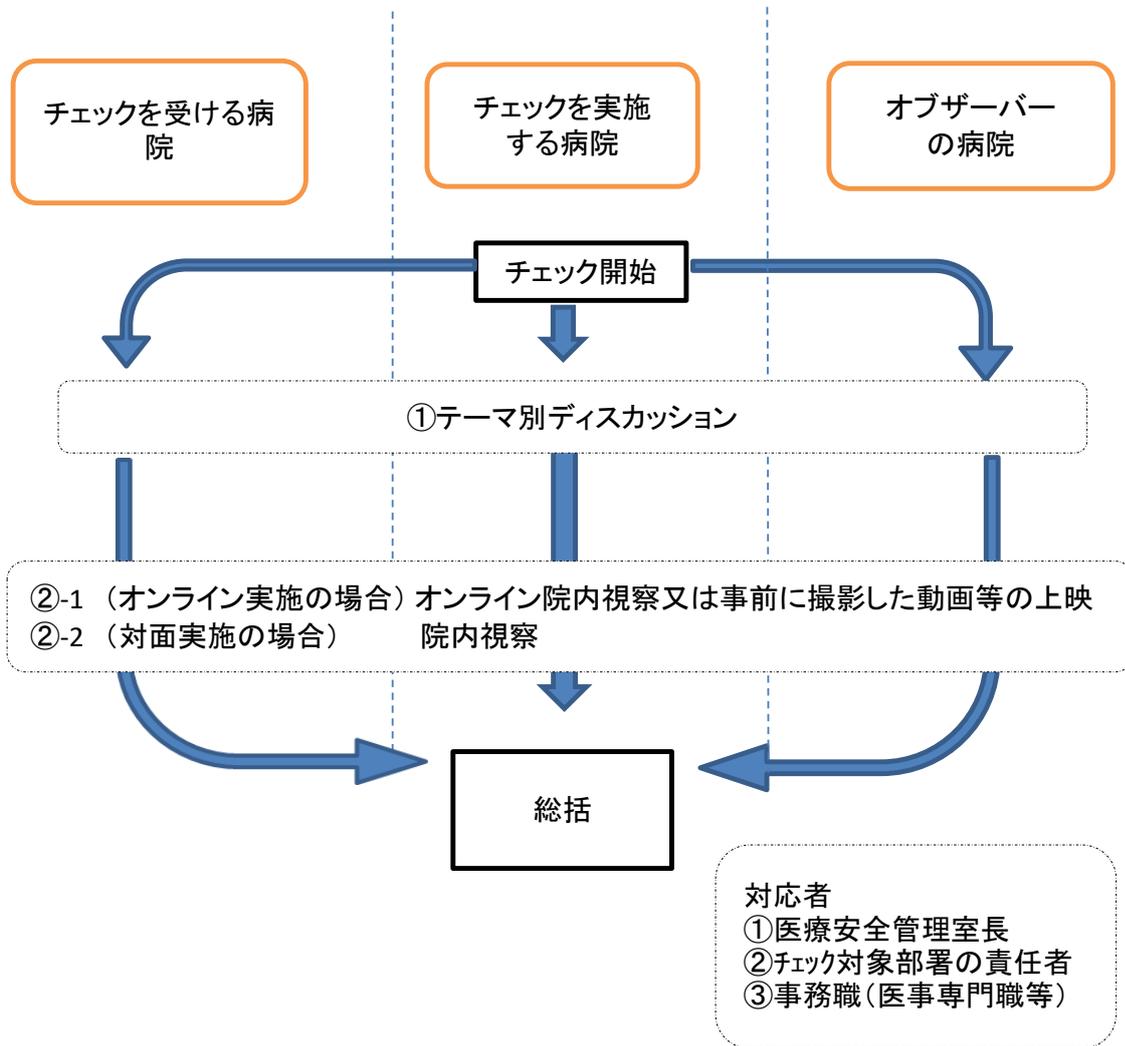
## I 準備



# 医療安全相互チェックの実施フロー

## Ⅱ 実施

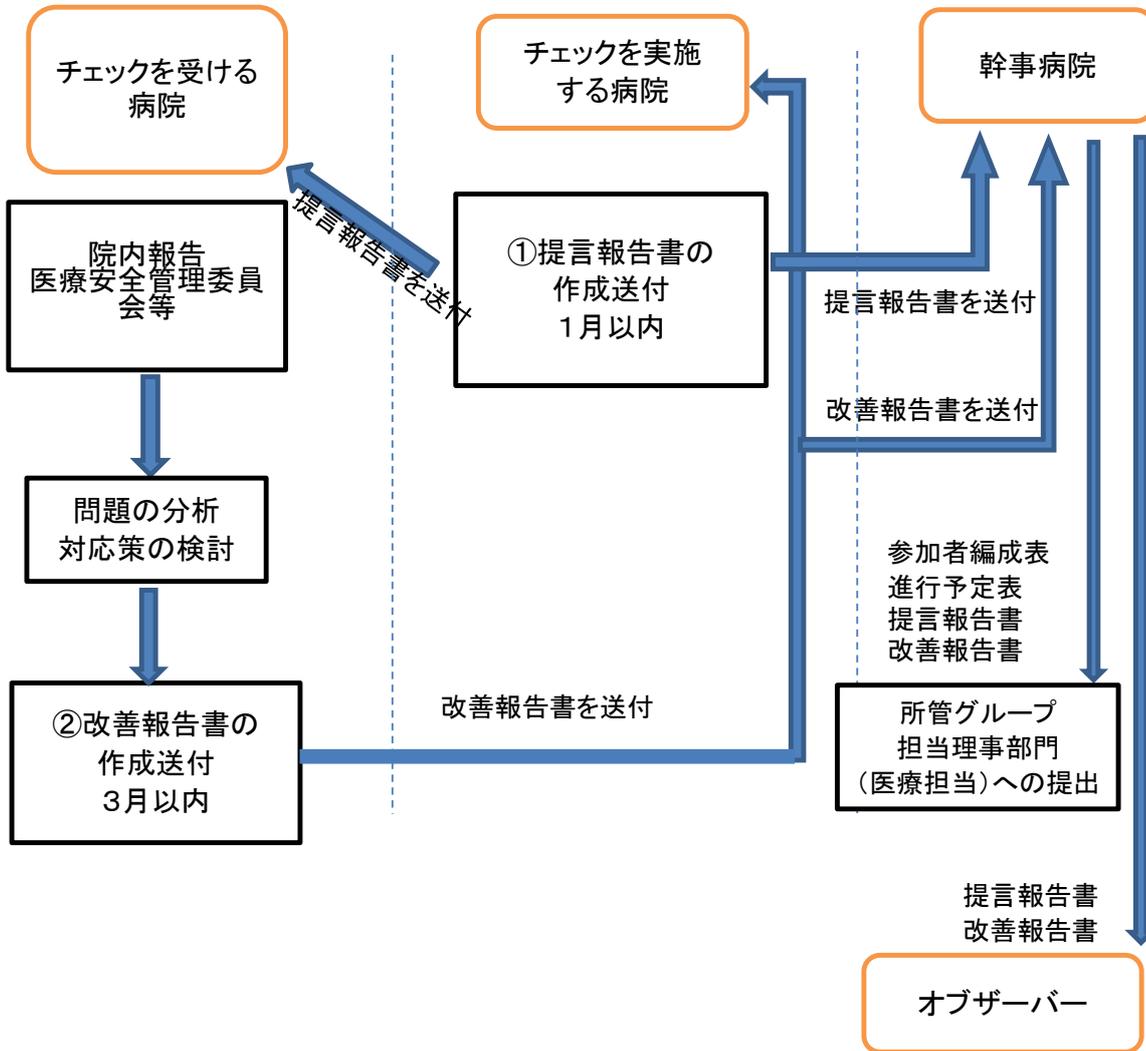
### 当日の流れ



※①テーマ別ディスカッションより前に②の院内視察を実施しても構わない。

# 医療安全相互チェックの実施の実施フロー

## Ⅲ 報告



●●病院における「医療安全相互チェック」の参加者編成表（例）

令和 年〇月〇日（〇）

区分		
本日の進め方	13:00~13:10	〇〇からの説明
①ディスカッション	13:10~15:10 <適宜、休憩>	【必須テーマ（チェックシートに基づくテーマ）】 ~に関すること（30~40分）
		【必須テーマ（ <b>生体情報モニター、人工呼吸器アラーム対応</b> ）】 ~に関すること（30~40分）
		【必須テーマ（警鐘的事例等）】~について（30~40分）
		【任意テーマ】~について（30分） ※実施するかどうかは任意。
【②-1対面実施の場合】 院内視察 （●●病院）  【②-2オンライン実施の場合】 オンライン院内視察（● ●病院） 又は （●●病院の動画の上映 等）	15:10~16:00 <適宜、休憩>	●●病棟（ナースステーション）
		<院内視察先の対応者> 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●● 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●●
		薬剤部
		<院内視察先の対応者> 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●● 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●●
16:00~16:15		とりまとめ事前打合せ（チェック対象病院を除く）
16:15~16:30		総括

○参加者一覧

チェック実施病院（〇〇センター）	【職名】〇〇〇〇〇 【氏名】〇〇 〇〇 【職名】〇〇〇〇〇 【氏名】〇〇 〇〇 【職名】〇〇〇〇〇 【氏名】〇〇 〇〇 <一部参加者> 【必須テーマ（ <b>生体情報モニター、人工呼吸器アラーム対応</b> ）】 ~に関すること 【職名】〇〇〇〇〇 【氏名】〇〇 〇〇 【職名】〇〇〇〇〇 【氏名】〇〇 〇〇
チェック対象病院（●●病院）	【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●●（対応責任者） 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●● 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●● <一部参加者> 【必須テーマ（チェックシート）】~に関すること 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●● 【必須テーマ（警鐘的事例等）】~に関すること 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●● 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●●
オブザーバー病院（■●●病院）	【職名】■●●●●■ 【氏名】■● ■● 【職名】■●●●●■ 【氏名】■● ■● 【職名】■●●●●■ 【氏名】■● ■● <一部参加者> 【必須テーマ（チェックシート）】~に関すること 【職名】■●●●●■ 【氏名】■● ■● 【必須テーマ（ <b>生体情報モニター、人工呼吸器アラーム対応</b> ）】 ~に関すること 【職名】■●●●●■ 【氏名】■● ■● 【職名】■●●●●■ 【氏名】■● ■●

- ※ 必須テーマのディスカッションの実施時間は合わせて2時間程度とすること。
- ※ 参加メンバーについては、可能な限り、ディスカッションテーマを踏まえた必要な職種が参加することが望ましい。
- ※ ②オンライン院内視察等に、必要な時間を確保すること。なお、①ディスカッションより前にそれらを実施しても構わない。
- ※ 前回の医療安全相互チェックの改善事項に係るディスカッションの場を設ける場合には、必要な時間を確保すること。

## ●●病院における「医療安全相互チェック」進行予定表（例）

日 時 令和 年○月×日（△） 13:00～16:30  
 場 所 ●●病院 又は ●●病院（TV会議システム）  
 出席者 ○○センター、●●病院、■●病院

## 医療安全相互チェックの実施

時間	内容	備考
本日の進め方について13:00～13:10	<ul style="list-style-type: none"> <li>出席者の紹介</li> <li>本日の進め方について（チェック実施病院）</li> <li>その他注意事項など（チェック対象病院）</li> <li>病院の概況説明など（チェック対象病院）</li> </ul>	※1 病院の概況説明（事前に資料を共有しておくこと。） ※2 病院の自己評価及び医療安全に対する取組みを簡潔に説明。
ディスカッション 13:10～15:10	テーマ別ディスカッションを実施 【必須テーマ（チェックシートに基づくテーマ）】 ～に関すること（30～40分） 【必須テーマ（生体情報モニター、人工呼吸器アラーム対応）】 ～に関すること（30～40分） 【必須テーマ（警鐘の事例等）】～について（30～40分） 【任意テーマ】～について（30分） ※実施するかどうかは任意	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">概ね2時間</div>
〔休憩〕		
院内視察① (対面又はオンライン) 15:10～15:30	・××病棟（ナースステーション）の視察	
院内視察② (対面又はオンライン) 15:40～16:00	・薬剤部の視察	
16:00～16:15	とりまとめ打ち合わせ	【オンライン実施の場合】 ●●病院（チェック対象病院）は会議システムを接続したまま別室に一時退席（打ち合わせが終了次第、○○病院（チェック実施病院）から●●病院（チェック対象病院）へ連絡の上、再開）
16:15～16:30	総括	

- ※ 司会進行はチェック実施病院が行う。  
 ※ チェック対象病院は、院内視察時の注意事項等について説明を行う。  
 ※ テーマ別ディスカッションは、必須テーマは概ね2時間実施すること。  
 ※ 院内視察等に必要な時間を確保すること。  
 なお、ディスカッションより前に院内視察等を実施しても構わない。  
 ※ 院内視察を実施する場合は、視察先への移動等、準備時間も考慮して予定を組むこと。  
 ※ 昨年以前の医療安全相互チェックの改善事項に係るディスカッションの場を設ける場合には、必要な時間を確保すること。

## オンライン院内視察における留意事項について

オンライン院内視察（以下「オンライン院内視察」という。）は、チェックを受ける病院において、オンライン院内視察時にカメラ機能付きスマートフォン又はタブレット（以下「スマートフォン等」という。）を用いて、国立病院機構が契約しているテレビ会議システム（以下「テレビ会議システム」という。）へ接続の上、実施することとする。オンラインでの相互チェックを実施する病院は原則下記手続きを行うこと。

### ○チェックを受ける病院がオンライン院内視察の実施前にすべきこと

#### 1 スマートフォン等の確保について

オンライン院内視察の実施に当たり、必要な期間、スマートフォン等を借り上げるものとし、借り上げに係る経費は当該病院の負担とする。

事前にオンライン院内視察の実施場所（病棟等）の電波状況を確認しておき、繋がりやすいキャリアのスマートフォン等を準備すること。

また、Cisco Webex Meetings アプリをスマートフォン等にインストールしておくこと。

スマートフォン等で院内を撮影する際、マイク部分が撮影者の口元から遠く、音声拾えないケースが想定されるため、ワイヤレスマイクを使用することが望ましい。

なお、既に病院においてスマートフォン等を保有している場合や患者用 Wi-Fi があり、実施場所の全部において問題なく通信できる環境が整っているのであれば、それらを利用して構わない。

#### 2 独立行政法人国立病院機構情報セキュリティ対策規程第 48 号（以下「情報セキュリティ対策規程」という。）等に基づく手続きについて

##### ・ 例外措置の申請について

原則として情報系 HOSPnet 以外の回線は、インターネットに接続することができない。オンライン院内視察では、スマートフォン等から直接インターネットを介してテレビ会議システムに接続するため、情報セキュリティ対策規程第 25 条及び例外措置手順書（第 2 版）（以下「例外措置手順書」という。）5.4 節の規定に基づく例外措置の申請を行う必要がある。

なお、例外措置の許可申請に当たっては、**記載例**を参考にして、各病院の情報セキュリティ統括責任者（病院長）又は情報セキュリティ責任者（事務部長）より、統括情報セキュリティ責任者（本部情報システム統括部長）へオンライン院内視察の実施日の 2 週間前までに「例外措置申請書（様式 1）」を提出し、必ず、オンライン院内視察の実施前日までに許可を得ること。

- ・機密性2情報の取り扱い許可申請について（必要な病院に限る）  
スマートフォン等の使用場所が情報資産管理手順書（第2版）6章の規定に基づくクラス2以上の要管理対策区域に該当しない場合にあつては、当該区域の課室情報セキュリティ責任者へ、「機密性2情報取扱許可申請書（様式2）」を提出し、必ず、オンライン院内視察の実施前日までに許可を得ること。

情報セキュリティ対策規程関係問合せ先、例外措置申請書の送付先  
本部情報システム統括部 ITセキュリティ推進課 矢野、野小生  
Tel : 03-5712-5130 Mail : [700-ITSecuritySuisin@mail.hosp.go.jp](mailto:700-ITSecuritySuisin@mail.hosp.go.jp)  
送付先 : 〒152-8621 東京都目黒区東が丘2丁目5番21号

### 3 オンライン院内視察場所の病院関係者への周知について

医療安全相互チェックにおいて、オンラインによる院内視察を実施する旨、オンライン院内視察先などの病院関係者へ事前に周知するとともに、必要に応じて、患者・家族の関係者に事前に説明することなどにより、理解を得ておくこと。

#### ○チェックを受ける病院がオンライン院内視察時に留意すること

- 1 スマートフォン等のテレビ会議システムへの接続は、オンライン院内視察時のみに限定すること。
- 2 情報系 HOSPnet 回線に接続している院内の端末を Cisco Webex Meetings の主催者とし、撮影用のスマートフォン等は招待者としてアクセスすること（情報系端末に接続していないスマートフォン等を Cisco Webex Meetings の主催者にすると、無料版の時間制限が掛かる）。
- 3 スマートフォン等の撮影担当者は、患者・家族など病院関係者以外の画像、または、書面等の個人情報に留意した上でオンライン院内視察を実施すること。  
そのため、オンライン院内視察先に患者が在室している病室そのものを対象とすることは望ましくない。
- 4 スマートフォン等にはデータを一切保存しないこと。
- 5 オンライン院内視察時には、視察場所において医療安全相互チェックのオンライン院内視察を実施していることが分かるよう、視察場所へ実施している旨の案内を掲示するなど、配慮すること。

#### ○チェックを受ける病院がオンライン院内視察後に実施すること

- ・例外措置の終了報告について  
本件については、例外措置手順書 9.1 節の規定に基づき、報告を要しないこととするので、「例外措置終了報告書（様式2）」の提出は不要である。

様式 1

年 月 日

新規  変更  継続

例外措置申請書

本部情報システム統括部長 様  
(許可権限者)

申請者 (所属) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

独立行政法人国立病院機構情報セキュリティ対策規程 (平成 28 年規程第 48 号) 第 25 条及び例外措置手順書 5.4 節の規定に基づき、下記のとおり規定の例外措置の適用について許可申請します。

記

1. 例外措置を適用する情報セキュリティ対策規程及び各種手順書・ガイドラインの適用箇所 (規程の条項、手順書・ガイドラインの項目等)
  - ・ 情報システムセキュリティガイドライン (病院におけるネットワーク及び外部接続に関する技術編) 5.2.1 (1) インターネットに接続するネットワークは、情報系 HOSPnet に原則集約すること。
  - ・ 同ガイドライン 5.4(1) 5.3 節で対象とした通信回線以外の院内 LAN を利用する場合の技術的遵守事項は、本ガイドラインの 4 章に原則準じる。
2. 申請理由：オンライン院内視察時に情報系 HOSPnet 環境がない場所でスマートフォン等を用いてテレビ会議システムを利用するため。
3. 例外措置の適用を申請する措置内容とその理由 (講ずる代替手段とその妥当性)機構として契約している Webex によるテレビ会議のみに使用し、端末側に一切のデータを保存しない。

4. 例外措置を申請する期間 (最長 1 年)

年 月 日 ~ 年 月 日

【許可権者記入欄】

許可  不許可 許可日 年 月 日 (許可番号: )

許可権限者 (職名) 情報システム統括部長

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

その他特記事項 (許可・不許可理由、代替手段等) :



[様式 2]  
令和 年 月 日

〇〇医療センター院長 様

●●病院  
■ ■病院 (オブザーバー)

病院間における「医療安全相互チェック」の提言報告書

1 実施日時	令和 年 月 日 ( ) : ~ :
2 対象病院	〇〇医療センター
3 実施病院 等	●●病院 オブザーバー: ■ ■病院
4 改善報告書提出期限日	令和 年 月 日
5 提言事項	(1) 優れている事項 【テーマ (●●●●)】 ~ に関すること  【テーマ (●●●●)】 ~ に関すること  (2) 改善を必要とする事項 【テーマ (●●●●)】 ~ に関すること  【テーマ (●●●●)】 ~ に関すること  (3) 添付資料 ➤ 〇〇医療センター相互チェック進行予定表及び編成表 ➤ 出席者名簿

※当該報告書の作成に当たっては、今回、医療安全相互チェックに参加していない者が見た場合であっても具体的な提言事項が分かるよう作成すること。

※改善報告書提出期限日には、提言報告日の3月後の日付を記載すること。

※当該報告書は、「医療安全相互チェック」終了後、1月以内にチェック対象病院及び幹事病院に送付する。

●●病院 様  
■ ■病院（オブザーバー）様

病院間における「医療安全相互チェック」の改善報告書

1 実施日時	令和 年 月 日（ ）：～：
2 対象病院	〇〇医療センター
3 実施病院 等	●●病院 オブザーバー：■ ■病院
4 提言報告日	令和 年 月 日
5 改善報告書提出期限日	令和 年 月 日
6 改善事項	<p>(1) 直ちに改善した事項 【テーマ（●●●）】～に関する事  【テーマ（●●●）】～に関する事</p> <p>(2) 改善に時間を要する事項 【テーマ（●●●）】～に関する事</p> <p>(3) 改善するには新たに経費が発生する事項 【テーマ（●●●）】～に関する事</p> <p>(4) 添付資料 必要に応じて、上記（1）～（3）に関する参考資料を添付すること。</p>

※改善報告期限日には、提言報告書に記載の日付を記載すること。

※当該報告書の作成に当たっては、今回、医療安全相互チェックに参加していない者が見た場合であっても具体的な改善事項が分かるよう作成すること。必要に応じて改善内容が分かる参考資料を添付すること。

※当該報告書は、提言報告受領後、3月以内にチェック実施病院及び幹事病院に送付する。

病院間における  
医療安全相互チェック  
実施要領

—重点課題版—

令和5年4月

独立行政法人国立病院機構

## 目 次

I	はじめに	1
II	目的及び期待される効果について	2
	1 目的	
	2 期待される効果	
III	対象病院	2
IV	重点課題のチェックシート	2
	1 重点課題の種類	
	2 チェックシートの種類	
	3 チェックシートの使用方法	
V	運用方法	3
	1 実施期間	
	2 実施に係るスケジュール	
	3 病院の組み合わせ等	
	4 病院等の役割	
	5 実施方法	
VI	結果の活用	9
VII	その他	10
	1 患者等の個人情報の取扱いについて	
	2 経費について	

### 【資料】

- 医療安全チェックの実施イメージ図とチェックシート
  - 転倒・転落防止策
  - 食事中の窒息予防
  - 急性肺血栓塞症予防
  - ハイリスク薬の取扱い（持参薬の取扱いを含む）
- 医療安全相互チェックの実施フロー図
- 医療安全相互チェックの参加者編成表（別添1）
- 医療安全相互チェック進行予定表（別添2）
- オンライン院内視察（試行）における留意事項について（別添3）
- 病院間における「医療安全相互チェック」の概要〔様式1〕
- 病院間における「医療安全相互チェック」の提言報告書〔様式2〕
- 病院間における「医療安全相互チェック」の改善報告書〔様式3〕

## I はじめに

国立病院機構においては、医療安全管理体制の確立、医療安全管理のための具体的方策及び医療事故発生時の対応方法等について、「独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針」を定めており、これに基づき、適切な医療安全対策への取組みを実施している。

また、国立病院機構における医療安全対策の標準化を図ることを目的として、国立病院機構第2期中期計画において、「各病院の医療安全対策の現状について評価を実施し、医療安全対策の質の均一化を図り、もって医療安全対策の質の向上を図る」という方針を掲げ、病院間での医療安全相互チェックを実施する体制の構築を進め、平成25年度から本格的に実施した。

さらに、国立病院機構第3期中期計画でも、「病院間における医療安全体制の拡充等を通じて、医療安全対策の一層の充実を図る」という方針を掲げ、引き続き取組みを推進するとともに、二巡目においては同機能病院において医療安全相互チェックを実施し、平成30年度をもって二巡目が終了した。

その後、平成30年度診療報酬改定により、「医療安全対策地域連携加算」が新設され、施設基準の一つに、要件を満たしている地域の医療機関と連携し医療安全対策に関する評価を少なくとも年1回程度実施することが定められた。

そのため、当該加算の届出を行っている当機構病院においては、地域の医療機関または当機構の病院と連携をして相互評価等を実施している。

このような状況をふまえ、今後の医療安全相互チェックの在り方については、平成30年度末に開催した病院間相互チェック体制の整備に関する専門委員会及び中央医療安全管理委員会（以下「中央医療安全管理委員会等」という。）での議論を経て、令和元年度においては、セーフティネット分野の医療安全に係る評価及び発生頻度が高く重症化のリスクの高い転倒・転落の防止策について実施状況の評価を行うこととし、それぞれ実施をしたところである。

令和2年度以降の医療安全相互チェックの実施については、令和元年度末の中央医療安全管理委員会等での議論等を踏まえ、セーフティネット分野の医療安全に係る評価についてはチェックシート等の必要な見直しを行い、また、発生頻度が高く重症化のリスクの高い転倒・転落の防止策等の個別課題については、重点課題として位置づけて実施する方針としたが、令和2年度においては、新型コロナウイルス感染者数の増加等の状況を鑑み、チェックシートのみを定め、各病院において自己評価を実施した。

令和3年度は、新型コロナウイルスの感染状況や令和2年度末の中央医療安全管理委員会等の議論等を踏まえ、診療報酬上の「医療安全対策地域連携加算」に係る医療安全対策に関する評価の実施とは別に、国立病院機構が独自に実施するテレビ会議システムを活用した「オンラインによるテーマを絞ったディスカッション」を実施した。

なお、各チェックシートを用いたディスカッションテーマの他、この機会を捉え、各病院の直近の課題等（新型コロナウイルス感染対策及び本部から通知等された医療事故に係る警鐘的事例等に係る各病院の取組み）をディスカッションでき

るようテーマに加え実施した。

令和4年度は、新型コロナウイルスの感染状況や令和2年度末の中央医療安全管理委員会等の議論等を踏まえ、実施要領に係る所要の見直しを行った上で、令和3年度と同様の方法により実施することとした。

また、原則、オンライン院内視察を実施することとした。ただし、実施する病院の通信環境等に問題がある場合には、事前に撮影した動画等で対応することとした。

令和5年度においては、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが5類に変更されることなども踏まえ、各病院が「オンラインか対面かを選択する方法」により実施することとした。

本実施要領に基づき医療安全相互チェックを実施することにより、さらなる国立病院機構の医療安全対策の標準化、質の向上につながることを目指すものである。

## II 目的及び期待される効果について

### 1 目的

病院間における「医療安全相互チェック」は、国立病院機構の各病院における医療安全対策の現状について病院間で意見交換及び評価を実施し、医療安全対策の標準化を推進するとともに、医療安全の質の向上と均てん化を図ることを目的とする。

### 2 期待される効果

- 1) 選択した重点課題の実施状況を評価することにより、一連の防止策のどの段階に課題があるのか明確となり、改善に向けた取組みが期待できる。
- 2) 実施後の報告の中から、効果的な防止策の取組みを機構内病院に水平展開することで、医療安全の質の向上につながる。

## III 対象病院

国立病院機構におけるセーフティネット分野の病院機能を有する病院以外の病院で参加を希望する病院。

参加は希望制とするが、特に重大事故が多く、窒息予防や転倒・転落防止策など法人としても取組を強化している事案を含んでいるため、2年に1度の参加は必須とする。

※ 医療安全相互チェックへの参加は、病院評価における医療安全相互チェックの加点項目として評価。

※ 病院機能が「複合（その他）」の病院においては、セーフティネット分野版と重点課題版のどちらへの参加を希望するかについて意向調査を実施する予定のため、対象病院は変動する。

## IV 重点課題のチェックシート

### 1 重点課題の種類

- 1) 転倒・転落防止策
- 2) 食事中の窒息予防
- 3) 急性肺血栓塞症予防
- 4) ハイリスク薬の取扱い（持参薬の取扱いを含む）

## 2 チェックシートの種類

体制等の整備と具体的な実施状況を評価するため、選択した重点課題について、それぞれ「体制等のチェックシート」「防止策のチェックシート」の2種類のチェックシートを使用する。

### 1) 体制等のチェックシート

選択した重点課題に対する医療安全部門と個別部門の事故防止体制を評価する。

### 2) 防止策のチェックシート

入院前から退院までの経過において、選択した重点課題の具体的な事故防止策がマニュアル等に基づき実施されているか評価する。

## 3 チェックシートの使用方法

### 1) 体制等のチェックシート

自己評価・他者評価で用い、評価結果を○、×で記入する。

自己評価の際、部署間で差のある評価項目は、医療安全管理室において部門現場の聞き取りなどを行い、チェック当日までに改善可能であれば○とし、改善が難しい又は一部でも不適切であれば×とする。×の事項についてはディスカッションにおいて他病院の取組内容を聞き取るなどの方法により、改善に向けて取り組むこと。

### 2) 防止策のチェックシート

自己評価・他者評価ともに、患者1名につき1枚のチェックシートを用い、マニュアルや手順書などに基づいた防止策が実施できているか、職員からの聞き取りや記録で確認し、○、×を記入する。

## V 運用方法

### 1 実施期間

1年間に1病院グループあたり3つの病院のチェックを実施するため、各々の病院が1年間に担う役割は3つとなる。

### 2 実施に係るスケジュール

5月～11月 1病院グループ（3病院）で実施計画を立案し、グループ担当理事部門へ報告の上、対象病院間で相互チェックを実施（医療安全相互チェック実施後1月以内に提言報告書を提出）  
（提言報告書提出日から3月以内に改善報告書を提出）

12月 アンケートの実施

### 3 対面による実施かオンラインによる実施かの選択

各病院は医療安全相互チェックの実施方法について、対面による実施とオンラインによる実施のどちらを希望するかを（病院機能が「複合（その他）」の病院においては、セーフティネット分野版と重点課題版のどちらへの参加を希望するかについても）決定し、本部が別途実施する意向調査（以下、「意向調査」という。）に回答すること。

### 4 病院の組み合わせ等

病院の組み合わせについては、参加を希望する病院を募り、1病院グループ3病院を基本とした上で、本部が病院の機能等及び意向調査の結果を踏まえ、グループ担当理事部門と協議の上決定する。

なお、病院の組み合わせは以下の考え方に沿って実施する。

- ・ オンラインによる実施を希望する病院は、グループ担当理事部門を越えて全国の病院と組み合わせを実施する。
- ・ 対面での実施を希望する病院は、移動距離などを考慮し同一のグループ担当理事部門の病院と組み合わせを実施する。ただし、1病院グループ3病院の編成が出来ない場合は、グループ担当理事部門を越えて近隣のグループ担当理事部門の病院とも組合せを実施する。
- ・ いずれのケースにおいても、1病院グループを3病院にて編成出来ない場合には、グループ担当理事部門が医療安全相互チェックにおける役割の一部を担うものとする。
- ・ 意向調査で希望した実施方法の病院が同一の病院機能におらず組み合わせが出来ない場合には、希望した実施方法とは異なる方法で実施する場合がある。

### 5 病院グループの編成に関する留意点

各病院の希望を踏まえて行う病院グループの編成についての留意点は以下の通り。

- ・ 対面を希望する病院同士で病院グループが編成されていても、感染状況等によりオンラインでの実施となる可能性があること。
- ・ 病院間の交通事情は、グループ担当理事部門とも協議し、一定程度配慮して病院グループの編成を行うが、必ずしも各病院の希望通りとはならない可能性があること。

### 6 病院等の役割

#### 1) 幹事病院

チェックを円滑に実施するために、1病院グループ毎に日程調整等を実施する役割を担う病院（以下「幹事病院」という。）を決定する。

幹事病院は決定した病院グループ内の全ての病院がチェックを終了する

まで役割を担い、下記の①～③の業務を行う。

①病院グループ内の実施日程調整

チェックに参加する病院とチェック実施日程を調整し、参加病院の意向を受け、参加者編成表（別添 1）に係る記入依頼を行い、完成した参加者編成表を各病院へ事前に送付するとともに幹事病院所属のグループ担当理事部門（医療担当）へ情報提供する。

②実施内容に係る調整

チェック実施当日の進行管理のため、チェックを実施する病院と調整の上、進行予定表（別添 2）を作成し、各病院へ事前に送付するとともに幹事病院所属のグループ担当理事部門（医療担当）へ情報提供する。

③報告書のとりまとめと提出

チェックの実施後に病院グループ内の「提言報告書（様式 2）」及び「改善報告書（様式 3）」が揃い次第、幹事病院所属のグループ担当理事部門（医療担当）へメールで提出する。なお、提出にあたってはWordで行い、PDFに変換等は行わないこと。

2) チェックを受ける病院

チェックを受ける病院は、自己評価およびチェックを実施する病院からの評価により、課題の抽出と改善を行う。

また、オンラインにて相互チェックを行う病院グループは、留意事項（別添 3）を踏まえオンライン院内視察を**原則実施**すること。電波状況等によりリアルタイムでの実施が困難な場合は、事前に撮影した動画や静止画を用いるなどの方法によること。

チェックを受ける際の参加者は、以下の①～④の主要メンバーの他、チェックを実施する病院と事前に調整のうえ、適切な関係者を追加すること。

- ① 医療安全管理室長
- ② チェック対象部門の責任者
- ③ 事務職（医事専門職等）
- ④ 医療安全管理者（医療安全管理係長）

3) チェックを実施する病院

チェックを実施する病院は、チェックを受ける病院の自己評価を受け、ディスカッションを実施する。

チェックを実施する際の参加者は、以下の①～④の主要メンバーの他、チェックを受ける病院と事前に調整のうえ、適切な関係者を追加すること。

- ① 医療安全管理室長
- ② チェック対象部門の責任者

- ③ 事務職（医事専門職等）
- ④ 医療安全管理者（医療安全管理係長）

#### 4) オブザーバー病院

オブザーバー病院は、チェックを実施する病院及びチェックを受ける病院双方からの様々な意見を客観的な視点で観察すること。そのうえで、意見や評価が偏ると認められる場合や2施設間での意見交換が行き詰った場合には、中立的な立場で意見を述べること。また、チェック終了時には気づきや感想を述べること。参加にあたっては、他の参加病院に準じて参加者を決定すること。

#### 5) グループ担当理事部門（医療担当）

グループ担当理事部門（医療担当）は、各病院がディスカッションテーマの決定や院内視察などの事前準備を行う際に指導・助言を行うこと。また、医療担当参事又は各職域専門職は、極力チェック当日に参加し、チェックの円滑な実施に向けて、指導・助言を行うこと。加えて、病院グループの編成において組み合わせ病院が足りないケースについては、1病院として参加し、その際にはオブザーバー病院の役割を担うこと。

幹事病院から提出のあった「参加編成表」「進行予定表」「提言報告書」及び「改善報告書」について、提出のあった都度、本部医療部サービス・安全課へ提出するとともに、当該医療安全相互チェックのグループ内に他のグループ担当理事部門に所属する病院が含まれる場合は、当該病院が所属するグループ担当理事部門（医療担当）にも情報提供すること。

## 7 実施方法

### 1) 1か月+2週間前まで

- ・ チェックを受ける病院の各部署では、「体制等のチェックシート」を用いて、各部署の体制や療養環境の自己評価を実施する。また、「防止策のチェックシート」を用いて、手術等によってADLが変化した患者、選択した重点課題があった患者を対象に、関連職種（医師、看護師、理学療法士、薬剤師等）で自己評価を実施する。
- ・ チェックを受ける病院は、医療安全管理者（医療安全管理係長）が各部署の自己評価の結果を把握し、課題の検討及び対策を講じ、適宜対応する。  
なお、自己評価のチェックシートは医療安全管理室で取り纏める。
- ・ チェックを受ける病院の医療安全管理者（医療安全管理係長）は、過去1年間の選択した重点課題の事故の中で、患者影響レベルが最も高い事案を「防止策のチェックシート」を用いて評価する。

### 2) 1か月前まで

- ・ チェックを受ける病院は、自己評価したチェックシート及び自院で課題として残った内容並びに選択した重点課題に関するマニュアルや手順書などを、チェックを実施する病院及びオブザーバー病院へチェック実施予定日の概ね1か月前までに送付する。
- ・ チェックを実施する病院は、各部署の自己評価結果の確認をするとともに、過去の選択した重点課題の評価結果がマニュアル等に反映されているかを確認する。
- ・ チェックを実施する病院は、ディスカッションを実施するにあたり、医療安全管理室長、チェック対象部門の責任者、事務職（医事専門職等）、医療安全管理者（医療安全管理係長）等で打ち合わせを行い、（ディスカッションテーマの決定方法）に記載する内容に沿ってディスカッションテーマ（案）を決定し、チェックを受ける病院とオブザーバー病院へ提示の上、当日のディスカッションテーマを病院間で決定すること。

なお、設定したテーマに基づくディスカッションに要する時間は、2時間程度とする。院内視察など、ディスカッション以外の時間はこれとは別に設定すること。

#### （ディスカッションテーマの決定方法）

##### ①テーマ1（**必須**）

チェックシート「×」の項目を中心に、チェックシートに基づくディスカッションテーマを**必ず1つ設定**すること。

##### ②テーマ2（**必須**）

「生体情報モニター、人工呼吸器アラーム対応」について以下のテーマ例を参考にディスカッションテーマを**必ず1つ設定**すること。

（テーマ例）

- ・ 必要なアラームが聞こえるようにするため、又は不必要なアラームが鳴らない体制を構築するために、各病院において取り組んでいる内容について
- ・ アラーム対応を行う責任者を明確化するために、各病院において取り組んでいる内容について
- ・ アラーム対応に関する職員教育に関して、各病院において取り組んでいる内容について
- ・ アラーム対応における多職種の積極的な関与の方法やアラーム設定の共有方法に関して、各病院において取り組んでいる内容について

##### ③テーマ3（**必須**）

「警鐘的事例等に係る院内の取り組み」についてディスカッションテーマを**必ず1つ設定**すること。

なお、「警鐘的事例等に係る院内の取り組み」とは、概ね2年以内に本部から通知等された医療事故に係る警鐘的事例、注意喚起及び医療安全報告書へ掲載された好事例を受けて、チェックを受ける病院で実施

した院内の取組み（（院内体制の見直し（関係マニュアルの見直しを含む）、講じた対策や研修など））をいう。

④テーマ4（任意）

その他、病院において対応に苦慮していることや5類移行後の新型コロナウイルス感染症への対応に関する事など、病院間で調整の上、任意でディスカッションテーマとして設定して構わない。

3) 3週間前まで

- ・ チェックを実施する病院は、当日のディスカッションを円滑に進めるために、チェックを受ける病院のマニュアル、規程及びディスカッションテーマに関する既存資料などの提供について、チェックを受ける病院に連絡し事前に情報を入手するよう努め、ディスカッションテーマにおける確認事項を準備しておくこと。
- ・ なお、資料の提供依頼にあたっては、既存資料を中心とし、患者カルテ等の個人情報取り扱い扱わないこと。  
また、幹事病院へ参加者を伝えること。
- ・ チェックを受ける病院は、チェックを実施する病院から、ディスカッションテーマに関する既存資料等の連絡を受けたら、必要に応じて、当該事項について整理し、ディスカッション時に説明する職員を予め決定する。  
なお、整理した事項については、事前に実施病院に回答するよう努める。

4) 1週間前まで

チェック当日における進行予定表に基づく段取りや利用する資料等について参加する病院の担当者間で認識のすり合わせを行うこと。  
また、オンラインにて相互チェックを実施する病院グループにおいては、事前にテレビ会議システムの接続確認を担当者間で実施すること。その際は、全ての病院が接続したうえで、相互チェック当日の状況を想定し、動画等が円滑に表示されるかなどを確認しておくこと。

5) チェック当日

(1) チェックの実施

- ・ チェックを実施する病院は、進行予定表に沿って進行する。なお、出席者と病院概況の紹介は必要に応じ簡潔に行う。
- ・ チェックを実施する病院は、チェックを受ける病院より、ディスカッションテーマごとに現在の取組みや課題などの説明を聞いた上で、質疑を行う。  
※ ディスカッションは、複数のテーマを定めて、所要2時間程度、実施すること。

- ・ オブザーバー病院は、チェックを実施する病院及びチェックを受ける病院双方の視点でディスカッション等に参加し、助言等を行う。

## (2) 総括

- ・ チェックを実施する病院は、当日の医療安全相互チェック（ディスカッションの概要等）について、様式1を用いて総括する。その際には、ディスカッション等を通じて病院間で共有した今後の課題やチェックを受けた病院で実施している取組みで優れている点がある場合は、それぞれ明確にすること。

## 6) 実施後の報告

- ・ チェックを実施する病院は、「提言報告書」の注意事項に沿って「提言報告書」を作成し、医療安全相互チェック実施後、1月以内にチェックを受ける病院及びオブザーバー病院にメールで送付する。  
※ 提言報告書の作成に当たっては、今回、医療安全相互チェックに参加していない者が見た場合であっても具体的な提言事項が分かるよう、作成すること。
- ・ チェックを受ける病院は、「改善報告書」の注意事項に沿って「改善報告書」を作成し、「提言報告書」が提出された日から3月以内にチェックを実施する病院及びオブザーバー病院にメールで送付する。  
※ 改善報告書の作成に当たっては、今回、医療安全相互チェックに参加しない者が見た場合であっても具体的な改善事項が分かるよう作成するとともに、必要に応じて改善内容が分かる参考資料を添付すること。

## VI 結果の活用

- 1 チェックを受けた病院は、ディスカッション及び「提言報告書」で明らかになった自院の課題について、医療安全管理委員会等へ報告するとともに、問題点の分析と対応策の検討を行い、改善を図る。
- 2 医療安全相互チェックの病院グループ内で、チェック結果や改善状況等の情報の共有を行い、それぞれの病院の医療安全管理の向上に活用する。
- 3 グループ担当理事部門は提言報告書の内容、改善報告書の内容及び聴講した結果等を踏まえ、警鐘的事例として示されている事例の改善・予防策となりそうな事例などを中心に、他の病院にも共有すべき取組内容について、自グループ内病院の事例を1～2事例程度選定し、本部に登録すること。
- 4 本部は、各グループ担当理事部門が選定した事例について比較・検討し、病院の医療安全の向上に繋がるとと思われる事例の共有を図る。

そのため、各病院に対し、報告内容に係るより詳細な確認や必要な資料提供を依頼する場合がある。

## VII その他

### 1 患者等の個人情報の取扱いについて

医療安全相互チェック実施により知り得た患者等の個人情報については、秘密の保持等取扱いに十分留意すること。

また、収集した情報は、医療安全対策に係る目的以外には使用しないこと。

### 2 経費について

医療安全相互チェックに要する経費は病院負担とする。

# 「転倒・転落防止策の実施状況の評価」実施イメージ

- ①体制の評価 → 医療安全部門の役割、個別部門の役割を評価
- ②転倒転落防止対策の評価 →
- ・チェックを受ける病院が、過去1年間の転倒・転落事故の中で、患者影響レベルが最も高い事案の評価及び入院中の患者の転倒・転落防止策の実施状況を自己評価
  - ・チェックを実施する病院が、転倒・転落防止対策を確認
- ※マニュアル、手順書、聞き取り、記録等で確認

【オンラインによるディスカッションイメージ】



＜チェック実施病院の確認内容＞

## ＜入院前のリスク評価＞

- ・リスク評価、防止策
- ・入院前の介入状況
- ・病棟への引継ぎ事項

入院支援センター

## ＜入院後の転倒・転落のリスク評価＞

- ・病棟のリスク評価と防止策
- ・転倒・転落計画の実施
- ・病棟内での情報共有

入院

## ＜転倒転落防止のための身体抑制に必要な手続き＞

- ・説明内容やカンファレンスの実施状況
- ・患者・家族への説明
- ・身体抑制中の観察の実施状況

手術等

## ＜転倒・転落発生時の対応の評価＞

- ・初期対応マニュアルに基づいた対応
- ・再アセスメントの実施
- ・患者・家族への説明

## ＜手術やADL拡大の転倒・転落のリスク評価＞

- ・必要時の計画の見直し
- ・多職種によるカンファレンス

リハビリテーション

転倒

退院  
(予定)



# 医療安全相互チェックシート 重点課題版

## 転倒・転落防止策

〇〇医療センター〔自己評価〕

チェック実施病院      〇〇医療センター  
オブザーバー病院      〇〇医療センター

令和    年    月    日

体制等のチェックシート：転倒・転落防止策

( 病棟 )

チェック項目		自己評価	相互チェック
<b>I 医療安全管理部門の役割</b>			
チェックの視点：転倒・転落防止対策における医療安全部門の役割が実施されていることを評価する。			
1	転倒・転落事故報告から、自病院の傾向を分析し、職員へフィードバックするとともに職員教育の企画に活用している。		
2	多職種による対策チームにより、転倒・転落防止対策の評価、改善等の取り組みを行っている。		
3	事故分析に基づいた転倒・転落防止マニュアルの改訂を行い、改訂内容について職員へ周知している。		
4	転倒・転落防止マニュアルの改訂後には、マニュアルの遵守状況について評価をしている。		
5	転倒転落防止対策において個別部門の実施状況を把握し、改善に向けた支援を実施している。		
<b>II 個別部門の役割</b>			
チェックの視点：個別部門における転倒・転落防止対策が実施されているか評価する。			
<b>1. 部門における転倒・転落防止対策の徹底</b>			
6	転倒・転落に関するマニュアルが整備され、いつでも活用できる場所に設置している。		
7	転倒転落リスクの高い患者について、患者にかかわる多職種が共有できるよう工夫している。		
8	どの職種においても、ヒヤリ・ハット体験の報告を適切に行っている。		
9	転倒・転落防止マニュアルに基づき、職員にオリエンテーションを実施している。		
10	転倒・転落の防止対策にかかる院内の取り組みについて、患者・家族が理解し、その取り組みへの協力が得られるよう、入院時オリエンテーションにおける説明方法や配布資料についての工夫を行っている。		
11	患者の状態に応じた病室・ベッドの配置を選択している。		
12	転倒・転落防止センサーを用いる場合は、適切に使用している。		
13	患者の行動を制限するばかりでなく、ADL機能の維持・拡大につとめ、転倒・転落防止に繋がる看護計画を立案している。		
<b>2. 環境の点検と整備</b>			
14	病室、ベッドの種類、位置、柵など、使用前に安全の有無を点検している。(ベッドの高さ、柵の位置、車いすのブレーキ・エア、固定ベルト等)		
15	ベッドサイドに不要となった点滴スタンド、車椅子、ポータブル便器などは速やかに片付け、ベッド周辺の医療器具、コード類は整理している。		
16	オーバートップテーブルや床頭台など移動するものはロック式を使用している。		
17	照明は適度な明るさが保てるよう工夫している。		
18	ポータブル便器を使用している場合は、必要に応じて手すりを準備している。		
19	病室、廊下等の水こぼれ等の有無を確認し対処している。		
20	清掃後に水濡れを確認し、清掃業者への指導を行っている。		
21	廊下や浴室に歩行の妨げとなるものを置かないようにしている。		
22	廊下の手すりの高さが適切で、途切れる部分は最小である。		
23	段差や障害物がある場合にはマーキングや注意喚起のためのステッカー等を整備している。		
24	トイレや浴室の呼び出しブザーの点検を実施している。		

## 防止策のチェックシート: 転倒・転落防止策

評価対象 : ( )過去の転倒・転落事例 ( ) ( 病棟)入院中の患者

※ 評価においては、マニュアル、転倒・転落アセスメントシート等の記録、職員からの聞き取り等を活用する。

評価内容		自己評価	相互チェック
<b>【入院決定～入院まで】</b>			
<b>&lt;評価のポイント1&gt;</b>			
入院前の転倒・転落のリスク評価・防止策の実施(指導)を評価する。			
1	<具体的な評価内容> 入退院支援センター又は外来でリスク評価を行い防止策を立案している。		
2	転倒・転落事故防止計画表に基づき、患者・家族へ説明し、記録している。		
3	リスクの高い患者の情報を多職種と共有し、入院前から介入している。		
4	転倒・転落のリスク評価と入院前から介入している防止策について、病棟へ伝達している。		
<b>【入院後】</b>			
<b>&lt;評価のポイント2&gt;</b>			
入院後の転倒・転落のリスク評価と防止策の実施を評価する。			
5	<具体的な評価内容> 入院時病棟で行ったリスク評価を行い、防止策を立案している。		
6	転倒・転落防止対策(看護計画)の実施状況を確認する。		
7	転倒・転落防止対策(看護計画)に基づき、患者・家族へ説明している。		
8	転倒・転落防止対策(看護計画)の評価や修正が行われている。		
9	病棟内の高リスク患者の情報共有をしている。		
10	医師・薬剤師・理学療法士・栄養士と情報交換している。 (関連職種)		
11	多職種カンファレンスを実施し、記録している。		
12	転棟・転室等の環境の変化や、手術後・ADL拡大時等状態の変化時にリスクの再評価を行い、転倒・転落防止対策(看護計画)の見直しを行っている。		
13	理学療法士からのリハビリテーションの情報提供に応じ、看護計画の見直しを行っている。		
14	看護計画の変更については、患者・家族に説明している。		
<b>&lt;評価のポイント3&gt;</b>			
転倒・転落防止のための身体抑制に必要な手続きの実施を評価する。			
15	<具体的な評価内容> 医療安全上必要な身体抑制であることをチームで検討している。(身体拘束《抑制》フローチャート参照)		
16	身体抑制について、患者・家族に説明し同意を得ている。		
17	身体抑制の必要性について、日々評価している。		
18	身体抑制に伴う二次障害について観察を行い、記録している。		
<b>&lt;評価のポイント4&gt;</b>			
転棟・転落発生時の初期対応マニュアルに基づいた対応を評価する。			
19	<具体的な評価内容> 転倒・転落が起こった場合、初期対応マニュアルに基づいて検査等を行っている。		
20	転倒・転落発生後は、経時記録に変更し、予測しうる症状を含め、観察事項を記録している。		
21	転倒・転落発生後は、再アセスメントを行い転倒・転落防止対策(看護計画)の修正を行っている。		
22	転倒・転落発生後は、起こった状況やその後の対策について、患者・家族に適切に説明している。		
<b>&lt;評価のポイント5&gt;</b>			
転倒・転落発生後、カンファレンスを開き、事故分析に基づくマニュアルの改訂を評価する。			
23	<具体的な評価内容> 転倒・転落発生後に関係職種で事故分析を行っている。		
24	事故分析に基づきマニュアルの改訂を行っている。		

# 「食事中の窒息防止策の実施状況の評価」実施イメージ

- ①体制の評価 → 医療安全部門の役割、個別部門の役割を評価
- ②食事中の窒息防止策の評価 →
- チェックを受ける病院が、「過去3年間に発生した食事中の窒息事故」のうち患者影響レベルが最も高い事案、または「入院中の摂食嚥下訓練実施患者」、「高齢等で嚥下障害を疑う入院患者」から事例を選定し、入院中の患者の食事中の窒息防止策の実施状況を自己評価
  - チェックを実施する病院が、食事中の窒息防止対策を確認
- ※マニュアル、手順書、聞き取り、記録等で確認

【オンラインによるディスカッションイメージ】

＜チェック実施病院の確認内容＞

＜入院前の嚥下障害の評価・防止策の実施（指導）を評価＞

- リスク評価、防止策
- 入院前の指導・介入状況
- 病棟への引継ぎ事項



入院支援センター



入院

＜入院後の嚥下障害評価、ケアの立案、実施状況を評価＞

- 病棟でのリスク評価と防止策
- 食事形態や食事摂取に関する介入計画の実施
- 病棟内での情報共有

＜食事中の窒息防止のための環境整備や必要な手続きを評価＞

- 説明内容やカンファレンスの実施状況
- 患者・家族への説明
- 食事中の観察の実施状況、環境調整

嚥下訓練等



＜嚥下訓練を行う際の窒息の防止の実施状況を評価＞

- リハビリについての患者・家族への説明
- 計画に沿った実施、必要時の計画の見直し
- 多職種によるカンファレンス、嚥下評価
- 日々のモニタリング、記録の記載状況

食事摂取時の観察



窒息事故  
または  
危険回避



退院  
(予定)

# 医療安全相互チェックシート 重点課題版

## 食事中の窒息予防

〇〇医療センター〔自己評価〕

チェック実施病院      〇〇医療センター  
オブザーバー病院      〇〇医療センター

令和    年    月    日

## 体制等のチェックシート：食事中の窒息予防

( 病棟 )

チェック項目	自己評価	相互チェック
<b>I 医療安全管理部門の役割</b>		
チェックの視点: 食事中の窒息予防対策における医療安全部門の役割が実施されていることを評価する。		
1	事故分析に基づいたマニュアル・手順の改訂を行い、改訂内容について職員へ周知している。	
2	マニュアル・手順の改訂後には、遵守状況について評価をしている。	
3	摂食嚥下をサポートできる多職種チームやNSTがあり、嚥下機能の維持・向上に向けた活動を行っている。	
4	個別部門の対策の実施状況を把握し、改善に向けた支援を実施している。	
5	患者の嚥下状態に応じた食種を選択できるようになっている。(基準がある)	
6	嚥下障害のある患者に使用する補助食品(とろみ剤など)が効果的に使用されている。(基準がある)	
7	事故報告から、自病院の傾向を分析し、職員へフィードバックするとともに職員教育の企画に活用している。	
8	摂食嚥下に関するフィジカルアセスメントや摂食嚥下訓練の方法等が研修内容に組み込まれている。	
9	吸引は理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が実施することができる行為として取り扱われ、そのための体制や教育が整備されている。※厚生労働省医政発0430 第1号(2010)	
10	窒息が起こった場合に救急コールができる体制が整っている。	
11	窒息が起こった場合に対処できるよう教育体制が整っている。	
<b>II 個別部門の役割</b>		
チェックの視点: 個別部門における食事での窒息予防対策が実施されているか評価する。		
12	食事での注意点や摂食嚥下訓練に関するマニュアル、急変時対応についてのマニュアル等が整備され、いつでも活用できる場所に設置している。	
13	リスクの高い患者について、患者にかかわる関係職種が情報共有できるよう工夫している。	
14	どの職種においても、ヒヤリ・ハット体験の報告を適切に行っている。	
15	各所の吸引器の点検や物品補充などの整備が定期的に行われている。	

## 防止策のチェックシート: 食事中の窒息予防

評価対象 : ( )過去の食事中の窒息事例 ( )入院中の摂食嚥下訓練実施患者  
( )高齢等で嚥下障害を疑う入院患者

※ 上記評価対象のうち、病棟から1名選び、チェックを行う。

※ 評価においては、マニュアル、手順書、記録、職員からの聞き取り等を活用する。

( ) 病棟 )

評価内容	自己評価	相互チェック
<b>【入院決定～入院まで】</b>		
<評価のポイント1> 入院前の嚥下障害の評価・防止策の実施(指導)を評価する。		
1 入退院支援センター又は外来で嚥下障害について患者および家族等から情報を収集し評価をしている。		
2 患者・家族が理解し協力を得られるよう、オリエンテーションで食事制限についての説明・工夫がされている。		
3 入院時の食事オーダーがなされる場合、嚥下障害を考慮した食種がオーダーされている。		
4 嚥下障害についての情報を病棟へ伝達している。		
<b>【入院後】</b>		
<評価のポイント2> 入院後の嚥下障害の評価の実施を評価する。		
5 入退院支援センター又は外来から嚥下障害の情報が伝達されている。		
6 嚥下機能の評価を行うための評価ツールがあり、それを基にフローが定められている。		
7 フローに則り必要時には医師・看護師・リハビリ職・栄養士などの関連職種へ情報提供と依頼を行っている。		
8 フローに則り必要時には嚥下状態を評価するために各種検査を行っている。		
<評価のポイント3> フローにより摂食嚥下訓練を行わない場合の窒息の防止に配慮したケアが実施されているかを評価する。		
9 評価ツールに基づいた看護計画が立案されている。		
10 看護計画や手順にそって、食事に関するケアを行い、適切な記録ができています。		
11 嚥下状態に応じた食種が選択され、必要に応じて補助食品なども利用して嚥下機能の維持に努めている。		
<評価のポイント4> フローにより摂食嚥下訓練を行う場合の窒息の防止のためのケアの実施を評価する。		
12 各種検査等を使用した嚥下評価に基づき、多職種による摂食嚥下訓練の計画が立案されている。		
13 所定のリハビリ計画書について、患者・家族に説明し、内容についての同意が得られている。		
14 摂食嚥下訓練が計画に沿って適切に実施され、記録されている。		
15 日々の訓練前にフィジカルアセスメントを行ってから訓練を開始している。		
16 摂食嚥下訓練を行うための必要物品が整っている。		
17 嚥下状態の変化・異常について観察がされ、適切に報告・記録を行っている。		
18 定期的に関係職種からなるカンファレンスを実施し、摂食嚥下訓練の評価や修正、記録が行われている。		
<評価のポイント5> 嚥下障害による窒息の防止のための環境の整備を評価する。		
19 食事時の異常を早期に発見できるよう、食事時には複数人を配置するなど病棟の勤務体制が整っている。		
20 食事中は常にモニタリングできるようになっている。		
21 嚥下障害があることを表示したり、情報共有の方法が工夫されている。		
22 食事後は口腔内や義歯のケア、環境調整を行い、誤嚥防止に努めている。		
23 食事中の窒息が起こった場合、すぐに吸引ができるように吸引器が設置されている。		
24 救急カートには硬く口径の大きい吸引嘴または吸引チューブが設置され整備されている。		
<評価のポイント6> 窒息事故発生後、事故分析を行い改善策を立案していることを評価する。		
25 事故発生後に関係職種でカンファレンスを開いて事故分析を行っている。		
26 事故分析に基づき、改善策が立案されている。		
27 改善策の中でマニュアルに還元すべき項目については医療安全管理室へ提言している。		

# 「急性肺血栓塞栓症発症防止策の実施状況の評価」実施イメージ

①体制の評価 → 医療安全部門の役割、個別部門の役割を評価

②急性肺血栓塞栓症発症の予防、防止対策の評価 →

・チェックを受ける病院が、「高侵襲的治療、処置実施患者」、「急性肺血栓塞栓症発症患者」、「長期臥床後の離床患者」、「歩行訓練等のリハビリ実施患者」、「身体抑制患者（精神科）」のいずれかの患者を選定し、入院中の患者の急性肺血栓塞栓症の発症防止策の実施状況を自己評価

・チェックを実施する病院が、急性肺血栓塞栓症の発症防止対策を確認

※マニュアル、手順書、聞き取り、記録等で確認

【オンラインによるディスカッションイメージ】



＜チェック実施病院の確認内容＞

＜入院前のリスク評価・防止策の実施（指導）を評価＞

- ・リスク評価と防止策、その記録
- ・リスクについての患者、家族への説明
- ・病棟への引継ぎ事項

治療計画  
立案時  
(外来等)

治療開始  
前

＜入院後の急性肺血栓塞栓症のリスクの防止計画等を評価＞

- ・カンファレンスによる、リスク評価と防止策立案
- ・急性肺血栓塞栓症発症のための適切な予防機具等の選択
- ・病棟内での情報共有
- ・患者・家族への説明

高侵襲  
治療・  
処置

離床  
歩行訓練

＜急性肺血栓塞栓症発症時の対応の評価＞

- ・初期対応マニュアルに基づいた対応
- ・再アセスメントの実施
- ・患者・家族への説明
- ・事例の分析、防止策の提示

＜治療後のリスク回避に関する評価＞

- ・多職種による情報共有
- ・離床に向けたケアの実施状況
- ・急性肺血栓塞栓症発症の予防策実施の評価
- ・計画の見直し
- ・記録の記載状況

発症  
または  
発症回避

退院  
(予定)



# 医療安全相互チェックシート 重点課題版

## 急性肺血栓塞栓症予防

〇〇医療センター〔自己評価〕

チェック実施病院      〇〇医療センター

オブザーバー病院      〇〇医療センター

令和    年    月    日

## 体制等のチェックシート：急性肺血栓塞栓症予防

( 病棟 )

	チェック項目	自己評価	相互チェック
<b>I 医療安全管理部門の役割</b>			
	チェックの視点：急性肺血栓塞栓症防止対策における組織内の医療安全管理体制、専門チームの役割を評価する。		
1	静脈血栓塞栓症の防止や発症時の対応について、専門の診療科もしくは、専門チーム等へ相談できる体制がある。		
2	医療安全部門や他職種により、継続的に静脈血栓塞栓症の防止対策の評価、改善等の取り組みを行っている。		
3	急性肺血栓塞栓症の事故報告から、事例を分析し、予防のための方策を職員へフィードバックするとともに職員教育の企画に活用している。		
4	事例の分析やガイドラインに基づきマニュアルの改訂を行い、改訂内容について職員へ周知している。		
5	マニュアルには、身体拘束実施時における静脈血栓塞栓症予防についての記載がされている。		
6	治療、検査・処置によって静脈血栓塞栓症発症のリスクがある患者に対しての説明用紙には、緊急時の対処について理解が得られるような内容となっている。		
7	侵襲的治療、処置後の安静解除時や長期臥床患者等の起立時における介入方法や観察項目についての基準が設けられている。		
8	患者の状態や治療、処置に応じ、静脈血栓塞栓症予防のための医療機器や器具の選択ができる基準がある。		
9	静脈血栓塞栓症予防の医療機器や器具の使用について、使用禁忌のケースなど「適応外基準」をマニュアルに明記している。		
10	急性肺血栓塞栓症発症を疑う場合の対応について、フローなどの基準を設け周知している。		
11	防止対策について個別部門の実施状況を把握し評価している。		
<b>II 個別部門の役割</b>			
	チェックの視点：個別部門における急性肺血栓塞栓症予防、早期発見に向けた対策が実施されているか評価する。		
12	急性肺血栓塞栓症予防に関してマニュアルが整備され、いつでも活用できる場所に設置している。		
13	患者個々にリスクファクターを評価し、リスクレベルを決定する仕組みが整っている。		
14	マニュアルに基づき、急性肺血栓塞栓症の緊急時の対応を含めた職員の教育を実施している。		
15	急性肺血栓塞栓症のリスクが高い患者について、当該患者の治療に関係する職員が情報共有ができる体制である。		
16	治療、検査・処置によって静脈血栓塞栓症発症のリスクがある患者に対して、患者・家族が予防策について理解しやすい説明用紙がある。		
17	医療機器や器具の使用は医療機器関連圧迫創傷(MDRPU)予防についての教育が行われている。		
18	侵襲的治療処置を実施した患者のクリニカルパスがある場合は、状態に応じて早期離床や床上での四肢運動等、静脈血栓塞栓症予防に向けた介入が計画的に行われるようになっている。		

## 防止策のチェックシート:急性肺血栓塞栓症予防

評価対象 : 高侵襲的治療、処置実施患者、急性肺血栓塞栓症発症患者、長期臥床後の離床、歩行訓練等のリハビリ実施患者  
身体抑制患者(精神科)のいずれか (5名)

( 病棟 )

※ 評価においては、マニュアル、術後離床計画、診療記録、職員からの聞き取り等を活用する。

評価内容	自己評価	相互チェック
<b>【治療計画立案時】</b>		
<評価のポイント1> 治療前の静脈血栓塞栓症のリスク評価・防止策の実施(指導)を評価する。		
1 治療方針立案時に静脈血栓塞栓症のリスク評価が行われ、その内容が記載されている。		
2 患者への説明用紙に静脈血栓塞栓症のリスクが記載されている。		
3 リスク評価の結果を踏まえた必要な追加検査の実施がされ、より詳しく評価が行われている。		
4 リスクの高い患者の情報を医療チームと共有している。		
5 治療に伴う急性肺血栓塞栓症の防止対策を立案している。		
6 立案した防止策について、患者・家族に協力を得られるよう説明している。		
7 治療、検査・処置によって静脈血栓塞栓症発症のリスクのある患者に対して、患者・家族が予防策について理解し協力を得られるよう説明用紙に工夫している。		
8 急性肺血栓塞栓症予防のために医療機器や器具を使用する際は、患者の治療に伴うリスク評価の結果や使用禁忌等の適応基準を踏まえたうえで適切に選択がされている。		
9 予防のために医療機器や器具を使用する際に患者へ使用時の諸注意、取り扱いについて説明している。		
10 高リスク患者の場合は、カンファレンスで防止策について検討がされている。		
<b>【治療～治療後】</b>		
<評価のポイント2> 静脈血栓塞栓症の防止策の実施を評価する。		
11 高リスク患者の情報について、事前に手術室または検査室と情報共有をしている。		
12 治療開始に伴い、予防に必要な医療機器や器具を適切に使用し、実施の記録がされている。		
13 医療機器や器具使用している部位の皮膚の観察が看護計画に則り適切に行われ記録がされている。		
14 高侵襲治療後や長期臥床患者は、状態に応じて床上での四肢運動等、看護計画に沿って早期離床に向けた介入を行っている。		
15 高侵襲治療後や長期臥床患者の初回離床時には、急性肺血栓塞栓症発症の危険を視野に入れた援助を行っている。		
16 患者の離床、歩行訓練開始時に循環動態の変化等による身体への影響について患者・家族に説明している。		
<評価のポイント3> 身体抑制に伴う静脈血栓塞栓症の防止策実施を評価する。		
17 医療安全上必要な身体抑制であることをチームで検討し、抑制に伴う合併症について情報共有している。		
18 身体抑制に伴う二次障害(静脈血栓塞栓症)について、看護計画を立案し、観察を行い日々記録している。		
<評価のポイント4> 急性肺血栓塞栓症発症時の初期対応マニュアルに基づいた対応を評価する。		
19 急性肺血栓塞栓症を疑う症状が出現した場合、初期対応マニュアルに基づいた緊急連絡を行っている。		
20 急性肺血栓塞栓症を疑う症状が出現した場合、初期対応マニュアルに基づいて検査、処置等を行っている。		
21 急性肺血栓塞栓症を疑う症状が出現した場合、経時記録に変更し、予測しうる症状を含め、観察事項を記録している。		
<評価のポイント5> 急性肺血栓塞栓症発症後にカンファレンスを開き、分析に基づくマニュアル改訂に向けた取り組みを評価する。		
22 急性肺血栓塞栓症により重篤な症状をきたした場合、関係職種でカンファレンスを行い事例を分析を行っている。		
23 事例を分析から得られた防止策が、マニュアルに反映されるよう、医療安全管理部門に改訂に向けた提案を行っている。		

# 「ハイリスク薬の安全な取扱いに対する実施状況の評価」実施イメージ

- ①体制の評価 → 医療安全部門の役割、個別部門の役割を評価
- ②ハイリスク薬の安全な取扱いへの対策、実施状況の評価 →
  - ・チェックを受ける病院が、「過去入院していたハイリスク薬投与患者」、「入院中のハイリスク薬投与患者」の患者を選定し、入院中における患者へのハイリスク薬投与において、安全な取り扱いに対する実施状況を自己評価
  - ・チェックを実施する病院が、ハイリスク薬の投与に係る取り扱いを確認※マニュアル、手順書、聞き取り、記録等で確認

## ＜チェック実施病院の確認内容＞

### ＜入院前のハイリスク薬の確認、情報共有等の評価＞

- ・入院前の内服薬の確認等の介入状況
- ・ハイリスク薬に関する病棟への情報提供

【オンラインによるディスカッションイメージ】



入院支援センター



入院

### ＜入院後のハイリスク薬の安全な与薬に向けた体制を評価＞

- ・持参薬の場合の薬剤鑑別
- ・処方から投与までのリスク回避に向けた他職種介入状況
- ・カンファレンスの実施
- ・病棟内での情報共有
- ・患者、家族への説明

ハイリスク薬による治療開始または継続



### ＜リスク回避に関する評価＞

- ・マニュアルに基づいた安全な与薬の実施
- ・治療中の患者の状態観察、アセスメント
- ・内服状況等についての他職種との情報共有
- ・患者・家族への説明、指導



治療継続



### ＜ハイリスク薬によるインシデント、ヒヤリハット後の対応の評価＞

- ・初期対応マニュアルに基づいた対応
- ・再アセスメントの実施
- ・患者・家族への説明

ハイリスク薬のインシデント発生または回避

退院(予定)

# 医療安全相互チェックシート 重点課題版

## ハイリスク薬の取扱い (持参薬の取扱いを含む)

### 〇〇医療センター〔自己評価〕

チェック実施病院      〇〇医療センター  
オブザーバー病院      〇〇医療センター

令和    年    月    日

体制等のチェックシート：ハイリスク薬の取り扱い（持参薬の取扱いを含む）

（病棟）

チェック項目		自己評価	相互チェック
<b>I 医療安全管理部門及び薬剤部門の役割</b>			
チェックの視点：ハイリスク薬の取扱いにおける医療安全部門の役割が実施されていることを評価する。			
1	持参薬の取扱いに関するマニュアル(業務手順書)について、定期的な見直し・改定が行われ関係する職種への周知が行われている。		
2	ハイリスク薬一覧が整備され、定期的な見直し・改定が行われ、関係する職種への周知が行われている。		
3	関係する職員の知識の向上を目的として、ハイリスク薬を中心とした医薬品の安全な使用・管理に資する講習会を定期的に行っている。		
4	抗悪性腫瘍剤をはじめとするハイリスク薬の処方の際には、ハイリスク薬の認識が確実にできるよう、電子カルテやオーダーリングシステムの見直し・工夫がされている。		
5	電子カルテ、オーダーリング未導入の病院においては、ハイリスク薬一覧を設置し、各部門におけるハイリスク薬(特殊治療・特殊用法)の表示、注意喚起のポスターの掲示等一覧により、ハイリスク薬に対する注意喚起を定期的に行っている。		
6	ハイリスク薬に関するインシデント、ヒヤリハット報告について収集・分析を行っている。		
7	インシデント、ヒヤリハット報告の分析に基づきマニュアルの改訂を行っている。		
8	他の施設での事故事例や公表された警鐘事例について、自院の体制見直しに活用している。		
<b>II 個別部門の役割</b>			
チェックの視点：個別部門におけるハイリスク薬(持参薬を含む)の取扱いが適切に取り扱われ、安全な投与ができる対策が実施されていることを評価する			
9	ハイリスク薬一覧が整備され、いつでも活用できる場所に設置している。		
10	臨床研修指導医は、臨床研修医が処方を行う場合、特にハイリスク薬については、用法等の指導と処方内容の確認を行うことがルール化されている。		
11	夜間・休日、救急等で入院した場合の持参薬の取扱いは手順化されるとともに、なるべく早期に薬剤師による持参薬の鑑別を行えるよう体制を整備している。		
12	薬剤部門システムにおいて、ハイリスク薬処方時の警告音や、持参薬鑑別報告書の薬剤名の部分に、ハイリスク薬・休止期間の表示欄を設けるなどの工夫をしている。		
13	看護師が、処方薬がハイリスク薬に該当するかどうか確認できるツールが整備されている。		
14	病棟担当薬剤師の役割・業務(病棟薬剤業務・薬剤管理指導業務)を手順書等の作成により明確化し、診療部・看護部と情報を共有している。		
15	持参薬(ハイリスク薬を含む)の取扱いについて、病棟担当薬剤師の役割・業務(病棟薬剤業務・薬剤管理指導業務)を手順書等により把握し、適切な業務分担および連携体制をとっている。		
16	持参薬の取扱いに関するマニュアル(業務手順書)、ハイリスク薬一覧にもとづき、各部署において職員オリエンテーションを実施している。		

## 防止策のチェックシート:ハイリスク薬の取り扱い(持参薬の取扱いを含む)

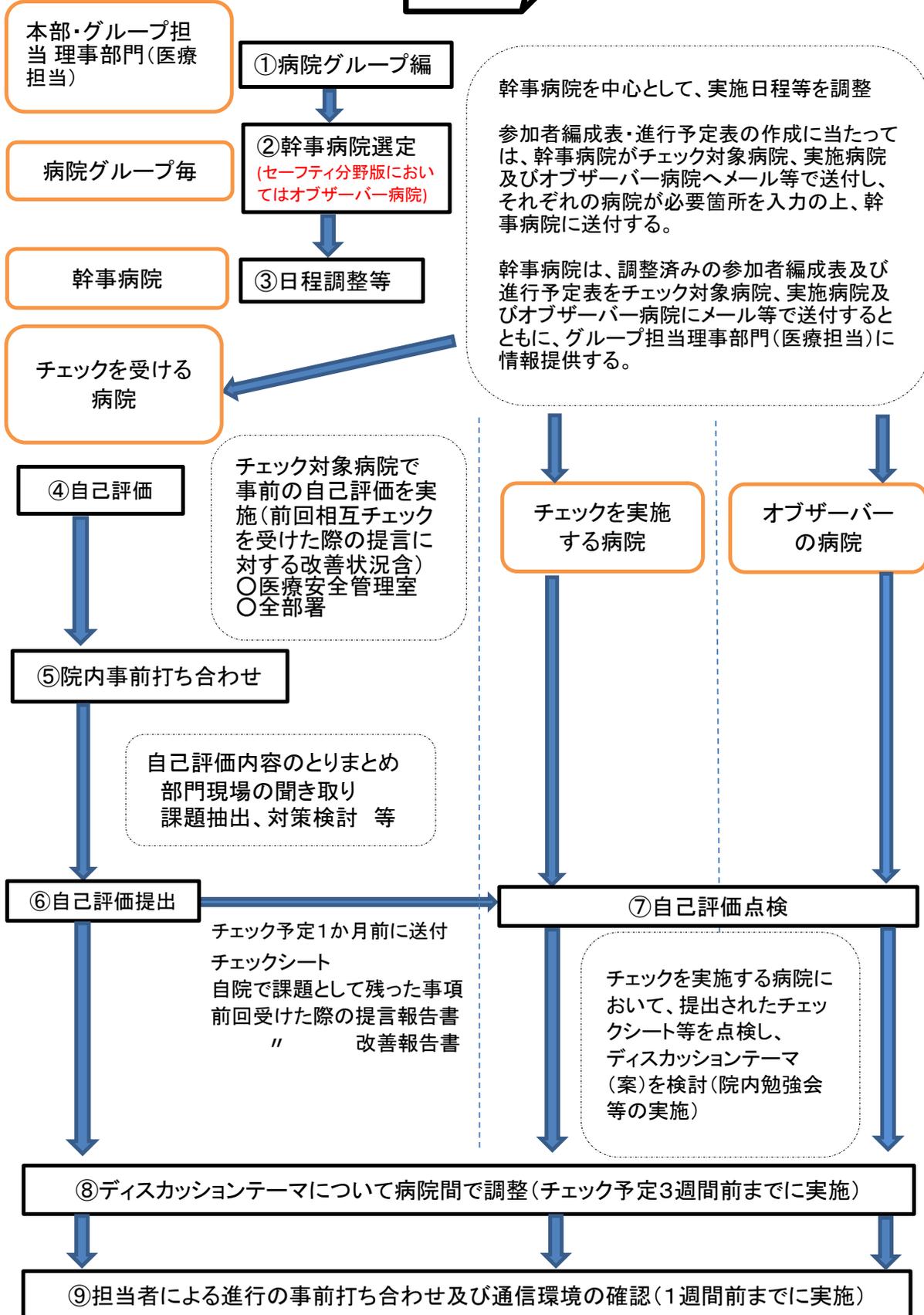
評価対象 : ( )過去のハイリスク薬投与患者 ( )入院中のハイリスク薬投与患者

※ 評価においては、ハイリスク薬一覧、持参薬の取扱いに関するマニュアル(業務手順書)、薬剤鑑別マニュアル、診療録等の記録、職員からの聞き取り等を活用する。 ( ) ( ) 病棟 )

評価内容	自己評価	相互チェック
<b>【入院決定～入院まで】</b>		
＜評価のポイント1＞ ハイリスク薬の確認および、情報共有の実施状況について評価する。		
1 入退院支援センターまたは外来で、入院までに患者の持参薬の内容の確認を実施している。		
2 持参薬、お薬手帳等の持参について、患者・家族に説明を行って協力を得ている。		
3 持参薬にハイリスク薬が含まれる患者の情報を鑑別書またはカルテに表示している。		
4 持参薬にハイリスク薬が含まれる患者の情報を病棟へ伝達している。		
<b>【入院後】</b>		
＜評価のポイント2＞ 入院後のハイリスク薬(持参薬を含む)の処方から投与まで安全に実施できているか評価する。		
5 主治医および担当医は診療情報提供書に記載されている現病歴や服用薬剤を確認している。		
6 主治医又は病棟担当薬剤師は、抗悪性腫瘍剤をはじめとするハイリスク薬について、初回投与時には患者・家族に説明、または説明し同意を得ている。		
7 主治医は入院診療科以外の疾患に対する治療を継続する場合、当該診療科へコンサルト等を行い、十分な情報共有を行っている。		
8 診療科における医師の症例検討会(カンファレンス)等において、専門分野以外の患者の病歴や服用薬剤を確認している。		
9 薬剤師は、ハイリスク薬に対し、医師への疑義照会や副作用回避・有効性確保のための処方提案など、積極的に介入を行っている。		
10 薬剤師は、持参薬について特殊治療・特殊用法の確認をするとともに、持参薬鑑別マニュアル等に基づき鑑別を行い、疑義がある場合は主治医と協議している。		
11 薬剤師は、患者に説明を行う際には、患者の理解を深めるために必要に応じて説明文書等を利用している。		
12 ハイリスク薬の処方時は、用法・使用上の注意点について、医師・薬剤師・看護師で情報を共有している。		
13 薬剤師は、薬剤指導の内容を正確に記録し、問題がある場合には医師・看護師と情報を共有している。		
14 看護師は、ハイリスク薬について、患者および家族から自宅での服用状況を確認し、具体的な服用方法および副作用の観察項目を含めた看護計画の立案を行っている。		
15 看護師は、処方薬がハイリスク薬に該当するかどうか確認し、用法等を理解した上で与薬するとともに、それらの情報を看護チームで共有している。		
16 ハイリスク薬の取扱い及び投与は、院内マニュアルに沿って実施している。		
17 看護師は看護計画に沿って副作用や合併症の観察を行っている。		
18 看護師は副作用や合併症の観察結果を記録し、医師や薬剤師と情報を共有している。		
19 看護師は担当薬剤師と連携し、服薬指導時の患者の服薬に関する理解度等を確認し、看護計画の見直しを行っている。		
20 薬剤師、看護師は退院後の薬剤の管理について、患者・家族、在宅支援者に指導を実施している。		
21 ハイリスク薬に関するインシデント、ヒヤリハット報告について、分析・報告を実施している。		
22 ハイリスク薬の取り扱いに関するマニュアルの改訂後には、部署の職員の周知や手順の確認を行っている。		

# 医療安全相互チェックの実施フロー

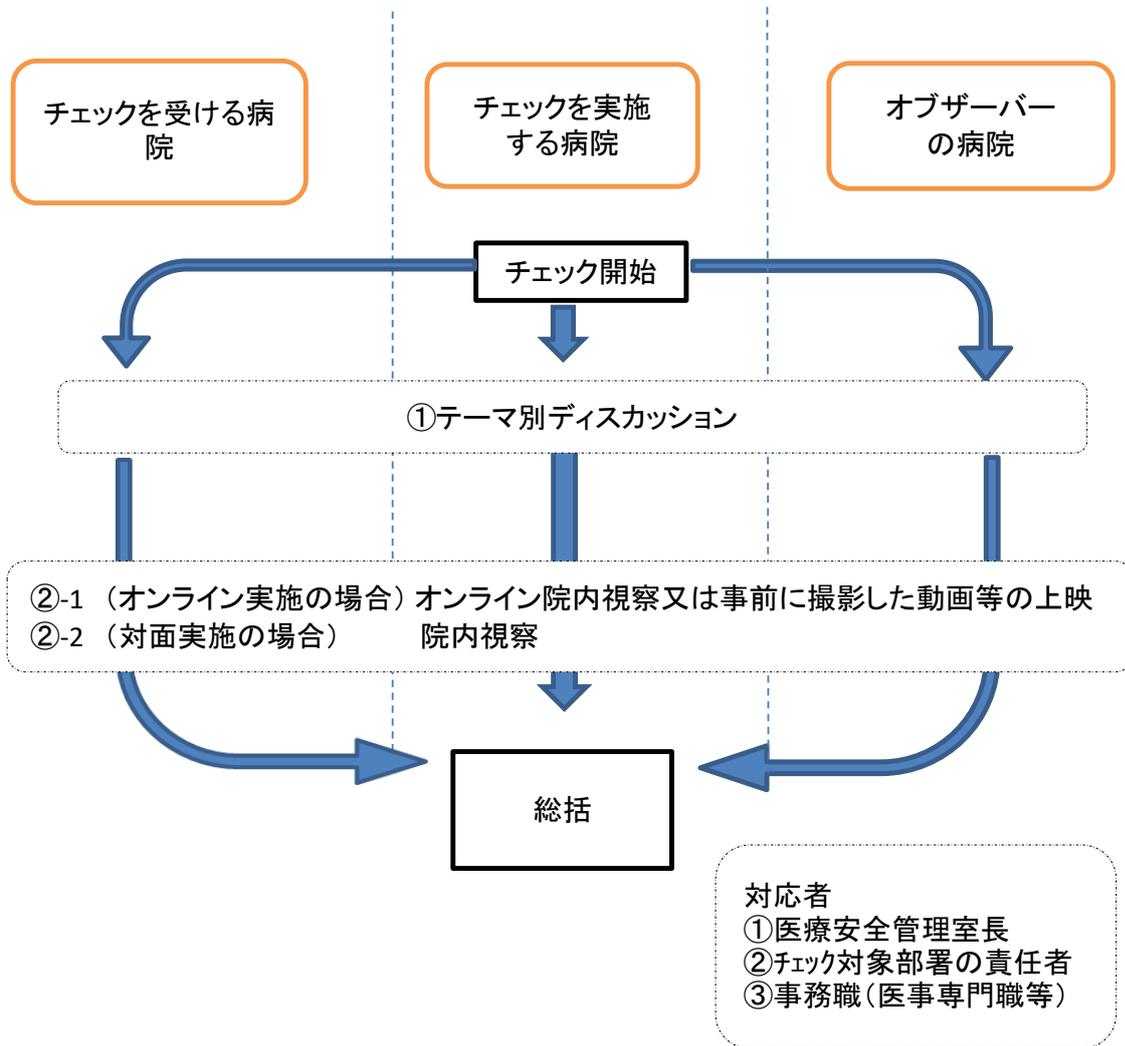
## I 準備



# 医療安全相互チェックの実施フロー

## Ⅱ 実施

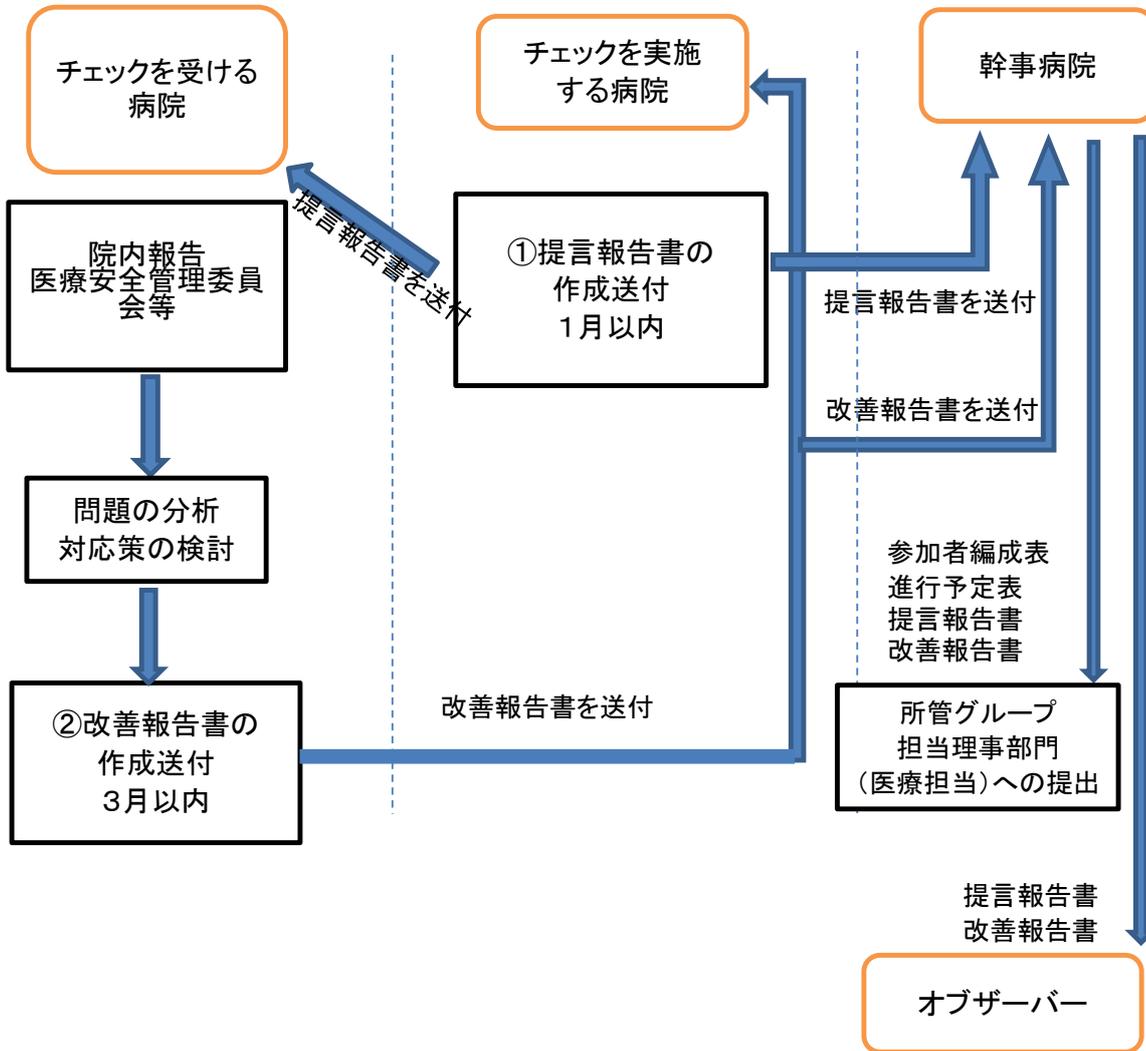
### 当日の流れ



※①テーマ別ディスカッションより前に②の院内視察を実施しても構わない。

# 医療安全相互チェックの実施の実施フロー

## Ⅲ 報告



●●病院における「医療安全相互チェック」の参加者編成表（例）

令和 年〇月〇日（〇）

区分		
本日の進め方	13:00~13:10	〇〇からの説明
①ディスカッション	13:10~15:10 <適宜、休憩>	【必須テーマ（チェックシートに基づくテーマ）】 ~に関すること（30~40分）
		【必須テーマ（ <b>生体情報モニター、人工呼吸器アラーム対応</b> ）】 ~に関すること（30~40分）
		【必須テーマ（警鐘的事例等）】~について（30~40分）
		【任意テーマ】~について（30分） ※実施するかどうかは任意。
【②-1対面実施の場合】 院内視察 （●●病院）  【②-2オンライン実施の場合】 オンライン院内視察（● ●病院） 又は （●●病院の動画の上映 等）	15:10~16:00 <適宜、休憩>	●●病棟（ナースステーション）
		<院内視察先の対応者> 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●● 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●●
		薬剤部
		<院内視察先の対応者> 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●● 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●●
16:00~16:15		とりまとめ事前打合せ（チェック対象病院を除く）
16:15~16:30		総括

○参加者一覧

チェック実施病院（〇〇センター）	【職名】〇〇〇〇〇 【氏名】〇〇 〇〇 【職名】〇〇〇〇〇 【氏名】〇〇 〇〇 【職名】〇〇〇〇〇 【氏名】〇〇 〇〇 <一部参加者> 【必須テーマ（ <b>生体情報モニター、人工呼吸器アラーム対応</b> ）】 ~に関すること 【職名】〇〇〇〇〇 【氏名】〇〇 〇〇 【職名】〇〇〇〇〇 【氏名】〇〇 〇〇
チェック対象病院（●●病院）	【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●●（対応責任者） 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●● 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●● <一部参加者> 【必須テーマ（チェックシート）】~に関すること 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●● 【必須テーマ（警鐘的事例等）】~に関すること 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●● 【職名】●●●●●● 【氏名】●● ●●
オブザーバー病院（■●●病院）	【職名】■●●●●■ 【氏名】■● ■● 【職名】■●●●●■ 【氏名】■● ■● 【職名】■●●●●■ 【氏名】■● ■● <一部参加者> 【必須テーマ（チェックシート）】~に関すること 【職名】■●●●●■ 【氏名】■● ■● 【必須テーマ（ <b>生体情報モニター、人工呼吸器アラーム対応</b> ）】 ~に関すること 【職名】■●●●●■ 【氏名】■● ■● 【職名】■●●●●■ 【氏名】■● ■●

- ※ 必須テーマのディスカッションの実施時間は合わせて2時間程度とすること。
- ※ 参加メンバーについては、可能な限り、ディスカッションテーマを踏まえた必要な職種が参加することが望ましい。
- ※ ②オンライン院内視察等に、必要な時間を確保すること。なお、①ディスカッションより前にそれらを実施しても構わない。
- ※ 前回の医療安全相互チェックの改善事項に係るディスカッションの場を設ける場合には、必要な時間を確保すること。

## ●●病院における「医療安全相互チェック」進行予定表（例）

日 時 令和 年○月×日（△） 13:00～16:30  
 場 所 ●●病院 又は ●●病院（TV会議システム）  
 出席者 ○○センター、●●病院、■●病院

## 医療安全相互チェックの実施

時間	内容	備考
本日の進め方について13:00～13:10	<ul style="list-style-type: none"> <li>出席者の紹介</li> <li>本日の進め方について（チェック実施病院）</li> <li>その他注意事項など（チェック対象病院）</li> <li>病院の概況説明など（チェック対象病院）</li> </ul>	※1 病院の概況説明（事前に資料を共有しておくこと。） ※2 病院の自己評価及び医療安全に対する取組みを簡潔に説明。
ディスカッション 13:10～15:10	テーマ別ディスカッションを実施 【必須テーマ（チェックシートに基づくテーマ）】～に関すること（30～40分） 【必須テーマ（生体情報モニター、人工呼吸器アラーム対応）】～に関すること（30～40分） 【必須テーマ（警鐘の事例等）】～について（30～40分） 【任意テーマ】～について（30分） ※実施するかどうかは任意	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">概ね2時間</div>
〔休憩〕		
院内視察① (対面又はオンライン) 15:10～15:30	・××病棟（ナースステーション）の視察	
院内視察② (対面又はオンライン) 15:40～16:00	・薬剤部の視察	
16:00～16:15	とりまとめ打ち合わせ	【オンライン実施の場合】 ●●病院（チェック対象病院）は会議システムを接続したまま別室に一時退席（打ち合わせが終了次第、○○病院（チェック実施病院）から●●病院（チェック対象病院）へ連絡の上、再開）
16:15～16:30	総括	

- ※ 司会進行はチェック実施病院が行う。  
 ※ チェック対象病院は、院内視察時の注意事項等について説明を行う。  
 ※ テーマ別ディスカッションは、必須テーマは概ね2時間実施すること。  
 ※ 院内視察等に必要な時間を確保すること。  
 なお、ディスカッションより前に院内視察等を実施しても構わない。  
 ※ 院内視察を実施する場合は、視察先への移動等、準備時間も考慮して予定を組むこと。  
 ※ 昨年以前の医療安全相互チェックの改善事項に係るディスカッションの場を設ける場合には、必要な時間を確保すること。

## オンライン院内視察における留意事項について

オンライン院内視察（以下「オンライン院内視察」という。）は、チェックを受ける病院において、オンライン院内視察時にカメラ機能付きスマートフォン又はタブレット（以下「スマートフォン等」という。）を用いて、国立病院機構が契約しているテレビ会議システム（以下「テレビ会議システム」という。）へ接続の上、実施することとする。オンラインでの相互チェックを実施する病院は原則下記手続きを行うこと。

### ○チェックを受ける病院がオンライン院内視察の実施前にすべきこと

#### 1 スマートフォン等の確保について

オンライン院内視察の実施に当たり、必要な期間、スマートフォン等を借り上げるものとし、借り上げに係る経費は当該病院の負担とする。

事前にオンライン院内視察の実施場所（病棟等）の電波状況を確認しておき、繋がりやすいキャリアのスマートフォン等を準備すること。

また、Cisco Webex Meetings アプリをスマートフォン等にインストールしておくこと。

スマートフォン等で院内を撮影する際、マイク部分が撮影者の口元から遠く、音声拾えないケースが想定されるため、ワイヤレスマイクを使用することが望ましい。

なお、既に病院においてスマートフォン等を保有している場合や患者用 Wi-Fi があり、実施場所の全部において問題なく通信できる環境が整っているのであれば、それらを利用して構わない。

#### 2 独立行政法人国立病院機構情報セキュリティ対策規程第 48 号（以下「情報セキュリティ対策規程」という。）等に基づく手続きについて

##### ・例外措置の申請について

原則として情報系 HOSPnet 以外の回線は、インターネットに接続することができない。オンライン院内視察では、スマートフォン等から直接インターネットを介してテレビ会議システムに接続するため、情報セキュリティ対策規程第 25 条及び例外措置手順書（第 2 版）（以下「例外措置手順書」という。）5.4 節の規定に基づく例外措置の申請を行う必要がある。

なお、例外措置の許可申請に当たっては、**記載例**を参考にして、各病院の情報セキュリティ統括責任者（病院長）又は情報セキュリティ責任者（事務部長）より、統括情報セキュリティ責任者（本部情報システム統括部長）へオンライン院内視察の実施日の 2 週間前までに「例外措置申請書（様式 1）」を提出し、必ず、オンライン院内視察の実施前日までに許可を得ること。

- ・機密性2情報の取り扱い許可申請について（必要な病院に限る）  
スマートフォン等の使用場所が情報資産管理手順書（第2版）6章の規定に基づくクラス2以上の要管理対策区域に該当しない場合にあつては、当該区域の課室情報セキュリティ責任者へ、「機密性2情報取扱許可申請書（様式2）」を提出し、必ず、オンライン院内視察の実施前日までに許可を得ること。

情報セキュリティ対策規程関係問合せ先、例外措置申請書の送付先  
本部情報システム統括部 ITセキュリティ推進課 矢野、野小生  
Tel : 03-5712-5130 Mail : [700-ITSecuritySuisin@mail.hosp.go.jp](mailto:700-ITSecuritySuisin@mail.hosp.go.jp)  
送付先 : 〒152-8621 東京都目黒区東が丘2丁目5番21号

### 3 オンライン院内視察場所の病院関係者への周知について

医療安全相互チェックにおいて、オンラインによる院内視察を実施する旨、オンライン院内視察先などの病院関係者へ事前に周知するとともに、必要に応じて、患者・家族の関係者に事前に説明することなどにより、理解を得ておくこと。

#### ○チェックを受ける病院がオンライン院内視察時に留意すること

- 1 スマートフォン等のテレビ会議システムへの接続は、オンライン院内視察時のみに限定すること。
- 2 情報系 HOSPnet 回線に接続している院内の端末を Cisco Webex Meetings の主催者とし、撮影用のスマートフォン等は招待者としてアクセスすること（情報系端末に接続していないスマートフォン等を Cisco Webex Meetings の主催者にすると、無料版の時間制限が掛かる）。
- 3 スマートフォン等の撮影担当者は、患者・家族など病院関係者以外の画像、または、書面等の個人情報に留意した上でオンライン院内視察を実施すること。  
そのため、オンライン院内視察先に患者が在室している病室そのものを対象とすることは望ましくない。
- 4 スマートフォン等にはデータを一切保存しないこと。
- 5 オンライン院内視察時には、視察場所において医療安全相互チェックのオンライン院内視察を実施していることが分かるよう、視察場所へ実施している旨の案内を掲示するなど、配慮すること。

#### ○チェックを受ける病院がオンライン院内視察後に実施すること

- ・例外措置の終了報告について  
本件については、例外措置手順書 9.1 節の規定に基づき、報告を要しないこととするので、「例外措置終了報告書（様式2）」の提出は不要である。

様式 1

年 月 日

新規  変更  継続

例外措置申請書

本部情報システム統括部長 様  
(許可権限者)

申請者 (所属) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

独立行政法人国立病院機構情報セキュリティ対策規程 (平成 28 年規程第 48 号) 第 25 条及び例外措置手順書 5.4 節の規定に基づき、下記のとおり規定の例外措置の適用について許可申請します。

記

1. 例外措置を適用する情報セキュリティ対策規程及び各種手順書・ガイドラインの適用箇所 (規程の条項、手順書・ガイドラインの項目等)
  - ・ 情報システムセキュリティガイドライン (病院におけるネットワーク及び外部接続に関する技術編) 5.2.1 (1) インターネットに接続するネットワークは、情報系 HOSPnet に原則集約すること。
  - ・ 同ガイドライン 5.4(1) 5.3 節で対象とした通信回線以外の院内 LAN を利用する場合の技術的遵守事項は、本ガイドラインの 4 章に原則準じる。
2. 申請理由：オンライン院内視察時に情報系 HOSPnet 環境がない場所でスマートフォン等を用いてテレビ会議システムを利用するため。
3. 例外措置の適用を申請する措置内容とその理由 (講ずる代替手段とその妥当性)機構として契約している Webex によるテレビ会議のみに使用し、端末側に一切のデータを保存しない。

4. 例外措置を申請する期間 (最長 1 年)

年 月 日 ~ 年 月 日

【許可権者記入欄】

許可  不許可 許可日 年 月 日 (許可番号: )

許可権限者 (職名) 情報システム統括部長

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

その他特記事項 (許可・不許可理由、代替手段等) :



[様式 2]  
令和 年 月 日

〇〇医療センター院長 様

●●病院  
■ ■病院 (オブザーバー)

病院間における「医療安全相互チェック」の提言報告書

1 実施日時	令和 年 月 日 ( ) : ~ :
2 対象病院	〇〇医療センター
3 実施病院 等	●●病院 オブザーバー: ■ ■病院
4 改善報告書提出期限日	令和 年 月 日
5 提言事項	(1) 優れている事項 【テーマ (●●●●)】 ~ に関すること  【テーマ (●●●●)】 ~ に関すること  (2) 改善を必要とする事項 【テーマ (●●●●)】 ~ に関すること  【テーマ (●●●●)】 ~ に関すること  (3) 添付資料 ➤ 〇〇医療センター相互チェック進行予定表及び編成表 ➤ 出席者名簿

※当該報告書の作成に当たっては、今回、医療安全相互チェックに参加していない者が見た場合であっても具体的な提言事項が分かるよう作成すること。

※改善報告書提出期限日には、提言報告日の3月後の日付を記載すること。

※当該報告書は、「医療安全相互チェック」終了後、1月以内にチェック対象病院及び幹事病院に送付する。

●●病院 様  
■ ■病院（オブザーバー）様

病院間における「医療安全相互チェック」の改善報告書

1 実施日時	令和 年 月 日（ ）：～：
2 対象病院	〇〇医療センター
3 実施病院 等	●●病院 オブザーバー：■ ■病院
4 提言報告日	令和 年 月 日
5 改善報告書提出期限日	令和 年 月 日
6 改善事項	(1) 直ちに改善した事項 【テーマ（●●●）】～に関する事  【テーマ（●●●）】～に関する事  (2) 改善に時間を要する事項 【テーマ（●●●）】～に関する事  (3) 改善するには新たに経費が発生する事項 【テーマ（●●●）】～に関する事  (4) 添付資料 必要に応じて、上記（1）～（3）に関する参考資料を添付すること。

※改善報告期限日には、提言報告書に記載の日付を記載すること。

※当該報告書の作成に当たっては、今回、医療安全相互チェックに参加していない者が見た場合であっても具体的な改善事項が分かるよう作成すること。必要に応じて改善内容が分かる参考資料を添付すること。

※当該報告書は、提言報告受領後、3月以内にチェック実施病院及び幹事病院に送付する。