

平成29年度

医療安全・質向上のための相互チェック

報告書

平成30年6月

国立大学附属病院長会議常置委員会

はじめに

国立大学附属病院における「医療安全・質向上のための相互チェック」は、医療安全の重要性を踏まえて、「医療事故防止のための相互チェック」として平成 12 年度にはじめて導入され、以後、平成 17 年度まで毎年度、国立大学附属病院長会議常置委員会で作成された「医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて（提言）」の趣旨に基づき実施されました。

平成 18 年度には、常置委員会の組織が「小委員会校」制から「担当校」制に改編され、それまで東京大学医学部附属病院のご尽力で行われてきた相互チェックは、大阪大学医学部附属病院（医療安全管理体制担当校）、名古屋大学医学部附属病院（感染対策担当校）及び京都大学医学部附属病院（教育研修担当校：研修医の診療に伴う医療安全）の 3 大学で協力して実施することとなり、翌年、相互チェックの名称を、病院における医療の安全と質の向上を目標とする意味を込めて現在の名称に改めました。また、平成 21 年度より、感染対策に関する相互チェックの実施方法が変更されたことから、従来は一括して実施していた医療安全に関する相互チェックと感染対策に関する相互チェックとを個別に実施することになりました。さらに平成 24 年度以降は、医療安全に関する相互チェックを隔年で実施することとし、実施の翌年度を医療安全の充実を図るための改善期間としました。

調査項目については、複数の大学から専門家を集めた相互チェックワーキンググループを設置して国内外の知見を踏まえて検討、改訂を行い、特に我が国での安全対策を進めるべき分野を重点項目として設定してきました（平成 24 年度「手術の安全を確保するための手順」、平成 26 年度「内視鏡検査・治療及び造影剤検査・血管内治療に関する安全対策－リスク評価、情報共有、患者観察、急変対応－」）。

平成 29 年度は、「画像診断レポート等の確認に関する安全対策」を重点項目として、放射線部門、医療情報部門、医療安全部門の専門家で構成されるワーキンググループを設置し、項目作成および集計結果の評価を行いました。

この度、「平成 29 年度医療安全・質向上のための相互チェック」の集計結果を本報告書として取りまとめましたので、今後の各病院における医療安全の推進にご活用ください。

最後に、「平成 29 年度医療安全・質向上のための相互チェック」の実施にあたり、重点項目の検討及び評価に携わっていただいた同ワーキンググループの関係者の方々、また、各国立大学附属病院等で調査を担当されたの方々におかれましては、ご尽力いただきましたことを感謝申し上げます。

医療安全管理体制担当校

大阪大学医学部附属病院長

木 村 正

平成 29 年度 医療安全・質向上のための相互チェック報告書 目次

1. 平成 29 年度相互チェックの項目について	1
2. 訪問大学の組み合わせ	5
3. 各大学の訪問チームの構成職名等	7
4. 平成 29 年度相互チェック項目の構成	23
5. 重点項目の調査結果〔事前調査〕	27
(1) 事前調査結果のまとめ	29
1) 読影体制等	
2) 重要所見フラグ〔読影時の重要所見区分〕	
3) レポート既読処理	
4) レポート完成通知	
5) 未読レポートの抽出	
6) 未読レポートの開封督促	
7) 未読レポート開封督促への対応	
8) まとめ	
表 1 画像診断レポート等の確認に関する取り組み	
(2) 事前調査の集計結果	33
シート (1) - (あ) 読影体制	33
シート (1) - (い) 重要所見フラグ〔読影時の重要所見区分〕	40
シート (2) レポート既読処理	42
シート (3) レポート完成通知	45
シート (4) - (あ) 未読レポートの抽出	48
シート (4) - (い) 未読レポート開封督促	50
シート (4) - (う) 未読レポート開封督促への対応確認	52
6. 重点項目の調査結果〔訪問調査〕	53
(1) 訪問調査結果のまとめ	55
1) 依頼医から読影医への検査意図の正確な伝達	
2) 読影医から依頼医への重要所見の正確な伝達	
3) レポートの適切な未読／既読管理	
4) レポートを確認し、必要な対応をしたことの記録 (確認、対応漏れ防止のための取り組み)	
5) レポートを確認し、必要な対応をしたことの記録 (チーム内の申し送り)	

6)	画像診断レポート確認に関する患者参加の取り組み	
7)	レポートの確認漏れを防ぐための取り組みの効果や今後の課題	
	① これまでの経験、有効性を示すデータ、課題	
	② 今後取り組みたいこと	
	③ 実現の障壁	
(2)	訪問調査の集計結果	58
1)	依頼医から読影医への検査意図の正確な伝達	58
2)	読影医から依頼医への重要所見の正確な伝達	59
3)	レポートの適切な未読／既読管理	61
4)	レポートを確認し、必要な対応をしたことの記録 (確認、対応漏れ防止のための取り組み)	61
5)	レポートを確認し、必要な対応をしたことの記録 (チーム内の申し送り)	62
6)	画像診断レポート確認に関する患者参加の取り組み	65
7)	レポートの確認漏れを防ぐための取り組みの効果や今後の課題	68
7.	平成 29 年度 医療安全・質向上のための相互チェック (重点項目「画像診断レポート等の確認に関する安全対策」) の評価方法と基準の作成等に係るワーキンググループからの提言	71
(1)	検査依頼医及び依頼診療科の責務の明示	
(2)	読影体制の整備	
(3)	検査依頼意図の正確な伝達と円滑なコミュニケーションのための工夫	
(4)	レポートに記載された重要所見の視認性向上のための工夫	
(5)	至急対応が必要な重要所見への対応	
(6)	月単位のレポート確認の漏れが重大な影響を及ぼす可能性のある重要所見への対応	
(7)	重要所見への対応への記録	
(8)	医療チーム内の情報共有の促進	
(9)	患者参加の推進	
(10)	レポートの未読／既読管理	
(11)	未読レポートの抽出、管理	
	参考文献	

図 1 画像検査結果が適切に患者に説明され治療に反映されるための仕組みのポイント

<提言関係資料> 訪問大学が講評に取り上げた特徴的な取り組み (抜粋)

8. 自己チェック項目の結果（データ集計）	79
I 全体	
1. 医療安全管理体制	81
2. 診療体制	86
3. 患者の参加等を通じた安全性の向上	96
4. 診療情報管理と医療情報システム	99
5. 医療安全に関する教育・研修	140
6. 初期研修医に対する安全管理体制	156
II 病棟・外来	
1. 患者確認等	161
2. 医薬品	161
3. 医療機器	177
4. 輸血の管理・取扱い	179
5. 処置	182
6. 組織横断的ケア	185
III 中央診療部門	
1. 手術部門	191
2. 薬剤部	206
3. 医療機器管理部門	220
4. 輸血部	224
5. 臨床検査部門	226
6. 病理部門	229
7. 放射線検査・治療部門	231
〔資料〕	237
・平成29年度重点項目事前調査シート	239
・平成29年度重点項目訪問調査シート	255
・平成29年度自己チェックシート	263

1. 平成29年度相互チェックの項目について

(1) 相互チェックのワーキンググループの設置と重点項目選定・チェック項目の作成

平成29年度の相互チェック実施にあたっては、国立大学附属病院長会議常置委員会のもとに、「医療安全・質向上のための相互チェック実施に伴う重点項目の評価方法と基準の作成等に係るワーキンググループ」を設置し、重点項目のチェック項目、及び評価方法を作成した。同ワーキンググループの委員は4ページのとおりである。

(2) 重点項目の設定の背景

近年、画像検査件数が増加し、画像診断レポートの有効活用への期待が高まっている。一方で、画像診断レポートで指摘された所見への対応の遅れによるインシデントが全国的に報告され、注意が喚起されているところである。代表的なインシデントの類型としては、「レポート自体の確認忘れ」「重要所見の確認漏れ」「確認した所見への対応忘れ」がある。このようなインシデントの背景には、チーム医療や研修医教育の中で複数の情報伝達経路が生じること、また地域連携や頻繁な人事異動などのため、診療の引き継ぎが多く発生すること等の複雑な事情が存在していると考えられる。また、重症患者や救急患者の治療では、緊急性の高い病態への速やかな対応が優先され、後日報告される画像診断レポートに記載された、想定外の所見を十分に把握する機会を逃してしまうことがある。

これらの要因の一部については、アラートシステム等の導入で対策を講じることも可能であるが、電子カルテシステムが複雑化する中で、システムの改修を伴う新しい仕組みの構築は、技術的にも経済的にも容易ではない。また、アラートが多すぎるとユーザー側に警告疲労を引き起こし、却って注意が払われなくなることが従来から指摘されており、アラートの設定条件はよく吟味しなければならない。

そこで、今回の医療安全・質向上のための相互チェックでは、重点項目として「画像診断レポート等の確認に関する安全対策」を設定し、各国立大学病院の現状や課題を調査することとした。

(3) 重点項目の構成

重点項目のチェックは、「事前調査シート」によるセルフチェックと、訪問調査で構成した。訪問調査では「訪問調査シート」を用いた実地確認、医療安全部門、医療情報部門、放射線部門の担当者、臨床業務に従事する医師（2診療科）へのインタビュー及びディスカッションを実施した。

(4) 事前調査の内容

事前調査では、①基本事項として「画像診断レポートを作成する体制とレポートの既読処理の仕組み」に関する項目、②補助的な事項として「レポートの確認漏れを防ぐためのサポート体制に関する現状調査」に関する項目を設定し、計7領域に分けて確認した。

① 基本事項	読影体制
	重要所見フラグ
	レポート既読処理
② 補助的な 事項	レポート完成通知
	未読レポートの抽出
	未読レポートの開封督促
	未読レポート開封督促への対応確認

(5) 訪問調査の内容

依頼医による画像検査のオーダーから、依頼医・依頼診療科によるレポートの確認までのプロセスで想定される安全対策は1) 依頼医から読影医への検査意図の正確な伝達 2) 読影医による、依頼医が次にとるべき行動が分かりやすいレポートの作成 3) レポートの適切な既読/未読管理 4) レポートの確認と対応の記録 5) 医療チーム内の情報共有 6) 患者参加の推進等が挙げられる。

各病院には個別の背景があるため、訪問調査においては、単に対策の有無のみを聞き取るのではなく、具体的な内容や運用上の工夫(グッドプラクティス)、対策を実施する上での障壁についても実地で確認することとした。訪問時には、画像診断レポート依頼から活用までのフローを確認し、上記1) - 6) の状況、及び、7) 他大学と共有できる取り組み、それを成し遂げた背景、残されている課題等を、参加メンバー全員でディスカッションすることとした。

(6) 訪問調査のメンバー

訪問大学(他大学を訪問する側)及び、被訪問大学(他大学から訪問を受ける側)のチームメンバーは、次の要件により各大学で決定することとした。

A	病院全体の医療安全の業務に従事している医療者
B	画像診断レポートの作成にかかる業務を担当し、当該領域について知識や経験を有する、放射線診断に関わる部門の医師等
C	画像診断システムと電子カルテシステムの連携についての知識や経験を有する医療情報部門の医師等

両チームとも、A は必須とした。B・C については、被訪問大学は両者必須、訪問大学は、可能であれば両者が参加することが望ましいものの、どちらか1名でも可とした。

(7) 重点項目の分析・評価

重点項目の調査結果については、訪問大学から被訪問大学へ個別にフィードバックする以外に、前述の「相互チェックワーキンググループ」において分析・評価を行った。

(8) 自己チェックについて

重点項目以外の、自己チェック項目については、平成 26 年度と同様の項目で継続調査し、集計を行った。

**医療安全・質向上のための相互チェック実施に伴う重点項目の評価方法と基準の作成等に係るワーキンググループ
委員名簿**

(平成29年4月)

	氏名	職名	所属大学〔地区〕	病院名
医師・歯科医師				
1	滝沢 牧子	医療の質・安全管理部助教、副部長	群馬〔関東・甲信越〕	群馬大学医学部附属病院
2	中島 勸	医療安全対策センター長、救命救急センター准教授	東京〔関東・甲信越〕	東京大学医学部附属病院
3	宮本 智行	医療安全管理室 副室長、麻酔・生体管理学分野助教	東京医科歯科〔関東・甲信越〕	東京医科歯科大学歯学部附属病院
4	長島 久	医療安全管理室特命教授、副室長	富山〔近畿・中部〕	富山大学附属病院
5	福島 曜	医療の質・安全管理部 特任助教	名古屋〔近畿・中部〕	名古屋大学医学部附属病院
6	兼児 敏浩	副病院長(医療安全担当)、医療安全管理部長、教授	三重〔近畿・中部〕	三重大学医学部附属病院
7	後 信	医療安全管理部教授・部長	九州〔九州〕	九州大学病院
8	綾部 貴典	医療安全管理部副部長、准教授	宮崎〔九州〕	宮崎大学医学部附属病院
9	土岐 祐一郎	消化器外科学 教授	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
10	田中 壽	放射線部副部長、准教授	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
11	武田 理宏	医療情報部副部長、准教授	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
12	川本 弘一	消化器外科学 特任助教(常勤)	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
13	中島 和江	中央クオリティマネジメント部長、教授	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
14	北村 温美	中央クオリティマネジメント部副部長、助教	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
15	徳永 あゆみ	中央クオリティマネジメント部 特任助教(常勤)	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
看護師				
16	小島 リリ	看護師長	東京〔関東・甲信越〕	東京大学医学部附属病院
17	戸田 由美子	医療安全管理部 副部長	愛媛〔中国・四国〕	愛媛大学医学部附属病院
18	上間 あおい	中央クオリティマネジメント部副部長	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
19	新開 裕幸	中央クオリティマネジメント部副看護師長	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院
薬剤師				
20	増江 俊子	副薬剤部長、医療安全管理部副部長	金沢〔近畿・中部〕	金沢大学附属病院
21	川上 純一	薬剤部長、教授	浜松医科〔近畿・中部〕	浜松医科大学医学部附属病院
22	石塚 良子	副薬剤部長	京都〔近畿・中部〕	京都大学医学部附属病院
事務				
23	浅井 由孝	医療サービス課長	滋賀医科〔近畿・中部〕	滋賀医科大学
24	木村 勝弘	総務課長	岡山〔中国・四国〕	岡山大学病院
25	延原 寿男	事務部長	大阪〔近畿・中部〕	大阪大学医学部附属病院

(敬称略)

2. 訪問大学の組み合わせ

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 組み合わせ表

医療安全管理体制担当校(大阪大学)

訪問大学(訪問する大学)	被訪問大学(訪問される大学)
北海道大学	熊本大学
旭川医科大学	岐阜大学
弘前大学	愛媛大学
東北大学	高知大学
秋田大学	金沢大学
山形大学	京都大学
筑波大学	大分大学
群馬大学	鹿児島大学
千葉大学	大阪大学
東京大学	山口大学
東京医科歯科大学	九州大学
新潟大学	防衛医大
山梨大学	香川大学
信州大学	浜松医科大学
富山大学	信州大学
金沢大学	旭川医科大学
福井大学	北海道大学
岐阜大学	広島大学
浜松医科大学	宮崎大学
名古屋大学	東京大学
三重大学	富山大学
滋賀医科大学	名古屋大学
京都大学	岡山大学
神戸大学	東北大学
大阪大学	群馬大学
鳥取大学	鹿児島大学
島根大学	佐賀大学
岡山大学	琉球大学
広島大学	三重大学
山口大学	山梨大学
徳島大学	山形大学
香川大学	筑波大学
愛媛大学	長崎大学
高知大学	滋賀医科大学
九州大学	弘前大学
佐賀大学	鳥取大学
長崎大学	福井大学
熊本大学	新潟大学
大分大学	島根大学
宮崎大学	神戸大学
鹿児島大学	秋田大学
琉球大学	千葉大学
防衛医大	東京医科歯科大学
	徳島大学

3. 各大学の訪問チームの構成職名等

大学名 訪問人数	訪問者の職
北海道大学 9名	①医師，病院長補佐・医療安全管理部長・GRM，教授 ②歯科医師，医療安全管理部副部長・GRM，准教授 ③看護師，医療安全管理部・GRM，看護師長 ④薬剤師，医療安全管理部・GRM ⑤薬剤師，薬剤部長（医薬品安全管理責任者），教授 ⑥医師，手術部副部長（高難度新規医療技術管理部副部長），准教授 ⑦医師，放射線部，助教 ⑧事務，医療情報企画部事務職員 ⑨事務，医療支援課長
旭川医科大学 8名	〔職種〕医師4、薬剤師1、診療放射線技師1、看護師2 〔職名〕部長2、副部長5、部員1 〔職位〕教授2、特任教授1、講師2、助教1、看護師長2
弘前大学 7名	①医師・副病院長〔医療安全管理責任者〕・教授 ②医師・放射線部長・教授 ③医師・医療安全推進室長（GRM）・准教授 ④看護師・医療安全推進室副室長（GRM）・看護師長 ⑤薬剤師・医療安全推進室副室長（GRM）・薬剤主任 ⑥事務・医事課長 ⑦事務・医事課医療安全担当係長
東北大学 9名	①医師・副病院長・教授 ②医師・医療安全推進室長・准教授 ③薬剤師・副医療安全推進室長・副薬剤部長 ④看護師・副医療安全推進室長・看護師長 ⑤医師・医療安全推進室GRM・講師 ⑥医師・手術部長・教授 ⑦薬剤師・薬剤部長・教授 ⑧医師・放射線診断科副科長・准教授 ⑨事務職員・医療安全係長

<p>秋田大学 7名</p>	<p>①医師，副病院長・医療安全管理部長・教授 ②医師，医療安全管理部副部長・GRM・准教授 ③医師，中央放射線部副部長・准教授 ④医師，医療情報部副部長・助教 ⑤看護師，医療安全管理部 GRM・看護師長 ⑥薬剤師，薬剤部主任 ⑦事務，医事課医療サービス室・主査</p>
<p>山形大学 6名</p>	<p>①医療安全管理責任者，副病院長（医療安全担当），医療安全管理部長，医学教育学講座教授 ②医療安全管理部副部長，ゼネラルリスクマネージャー，特命教授 ③医療安全管理部副部長，ゼネラルリスクマネージャー，看護師長 ④医療安全管理部副部長，ゼネラルリスクマネージャー，薬剤師 ⑤放射線医学講座放射線診断学分野准教授，放射線部副部長 ⑥医事課係長（医療安全担当）</p>
<p>筑波大学 6名</p>	<p>①医師，副病院長（医療安全担当）、医療安全管理責任者、臨床医療管理部長，教授 ②薬剤師，薬剤部長，医薬品安全管理責任者，教授 ③事務，課長 ④看護師，SRM（シニアリスクマネージャー），看護師長 ⑤医師，放射線部副部長／准教授 ⑥事務，係員</p>

<p>群馬大学 13名</p>	<p>①病院長 ②医療の質・安全学講座・助教, 医療の質・安全管理部・副部長, GRM (医師), 医療安全管理者 ③医療の質・安全学講座・助教, GRM (医師), 医療安全管理者 ④医療の質・安全管理部・副部長, GRM (看護師長), 医療安全管理者 ⑤GRM (薬剤師), 医療安全管理者 ⑥薬剤部・部長, 医薬品安全管理責任者 ⑦先端医療開発センター・講師, 高難度新規医療技術担当部門に所属する外科系医師 ⑧画像診断部・副部長, 放射線診断に関わる部門 ⑨診療情報管理部・部長, 医療情報部門の医師 ⑩医事課・副課長, 事務部門 (病院監査担当) ⑪法務・コンプライアンス室・室長, 事務部門 (病院監査担当) ⑫医事課医療安全係・係長, 事務部門 ⑬監査室・専門職員, 事務部門 (病院監査担当)</p>
<p>千葉大学 8名</p>	<p>①医師, 部長, 教授, 医療安全管理者 ②看護師, GRM, 看護師長, 医療安全管理者 ③薬剤師, GRM, 薬剤主任, 医療安全管理者 ④教員, 副部長, 特任講師, 企画情報部 ⑤医師, 助教, 放射線部 ⑥医師, 講師, 高難度部門所属の外科系医師 ⑦事務員, 係長, 専門職員, 医療安全課 ⑧事務員, 係長, 専門職員, 医療安全課</p>
<p>東京大学 10名</p>	<p>①医師・医療安全対策センター長 (GRM) 救命救急センター・准教授 ②医師・医療安全対策センター (GRM) 医療評価・安全部・講師 ③看護師・医療安全対策センター (GRM) 看護部・看護師長 ④看護師・医療安全対策センター (GRM) 看護部・副看護師長 ⑤薬剤師・医療安全対策センター (GRM) 薬剤部・薬剤主任 ⑥医師・手術部長・教授 ⑦教員・企画情報運営部副部長・講師 ⑧医師・大腸・肛門外科・助教 ⑨医師・放射線部・助教 ⑩事務・総務課医療安全担当・係長</p>

<p>東京医科歯科大学 7名</p>	<p>①医療安全管理部長（GRM、周産・女性診療科医師、准教授） ②医療安全管理部（GRM、副看護部長） ③医療安全管理部（GRM、薬剤部長、医薬品安全管理責任者、薬剤師、特任教授） ④放射線診療部門（放射線部長、放射線診断科医師、教授） ⑤放射線診療部門（放射線診断科、助教） ⑥医療情報部（医療情報部長、医師、准教授） ⑦医療支援課（副課長）</p>
<p>新潟大学 7名</p>	<p>①医師・副病院長（医療安全担当）・医療安全管理部部長・教授・医療安全管理責任者（医療安全管理者を兼務）・GRM ②看護師・副看護部長・医療安全管理者・GRM ③看護師・看護師長・医療安全管理者・GRM ④薬剤師・薬剤部長補佐・医療安全管理者・医薬品安全管理責任者・GRM ⑤医師・医療安全管理部副部長・准教授・高難度新規医療技術担当部門所属外科系医師（代理） ⑥医師・准教授・放射線診断科医師・リスクマネージャー ⑦事務職員・医事課長</p>
<p>山梨大学 10名</p>	<p>①医師，消化器内科（科長）医療の質・安全管理部，医療安全管理責任者，副病院長（安全管理担当），医療の質・安全管理部長，内科学講座第一教室 教授 ②看護師，医療の質・安全管理部，ゼネラルリスクマネージャー，看護師長 ③看護師，医療の質・安全管理部，ゼネラルリスクマネージャー，副看護師長 ④薬剤師，医療の質・安全管理部，ゼネラルリスクマネージャー，薬剤師 ⑤薬剤師，薬剤部，医薬品安全管理責任者，未承認新規医薬品担当部門長，薬剤部長，薬剤師・特任教授 ⑥医師，消化器外科、乳腺・内分泌外科（科長），高難度新規医療技術担当部門長，外科学講座第一教室 教授 ⑦医師，放射線治療科、放射線診断科，放射線医学講座 准教授 ⑧診療放射線技師，放射線部，副診療放射線技師長 ⑨事務職員，医事課，医事課長 ⑩事務職員，医事課，医事課長補佐（安全管理担当）</p>

<p>信州大学 9名</p>	<p>①呼吸器・感染症・アレルギー内科，副病院長（危機管理担当）・教授，医療安全管理責任者，医療安全管理室長 ②医療安全管理室，医療安全管理者・助教 ③医療安全管理室，医療安全管理者，看護師長 ④医療安全管理室，医療安全管理者，副看護師長 ⑤医療安全管理室／薬剤部，薬剤部主任，医療安全管理者 ⑥放射線科，准教授 ⑦整形外科，准教授・医療安全管理室副室長 ⑧薬剤部，副部長・医薬品安全管理責任者 ⑨医事課，医事課医療安全係主査</p>
<p>富山大学 9名</p>	<p>①医療安全管理室長，副病院長 ②医療安全管理者，看護師長（専従） ③医薬品安全管理責任者，薬剤部長 ④医師GRM，講師（兼任） ⑤看護師GRM，副看護師長（専従） ⑥薬剤師GRM，薬剤主任（専従） ⑦高難度新規医療技術部門の外科医，第一外科教授 ⑧放射線診断に関わる部門の医師，放射線科教授 ⑨事務部門，医事課係長</p>
<p>金沢大学 10名</p>	<p>①医師，医療安全管理部長，教授，医療安全管理責任者 ②薬剤師，薬剤部長，教授，医薬品安全管理責任者 ③医師，放射線部，助教， ④教員，経営企画部副部長（情報管理担当），特任助教 ⑤看護師，医療安全管理部副部長，副看護師長 ⑥薬剤師，医療安全管理部副部長，副薬剤部長 ⑦医師，医療安全管理部，特任准教授 ⑧医師，医療安全管理部，特任助教 ⑨事務，病院部医事課，副課長 ⑩事務，病院部医事課医療安全係，係長</p>
<p>福井大学 6名</p>	<p>①医師，医療安全管理部長，教授 ②医師，放射線医学講座講師 ③薬剤師，薬剤部副部長，薬剤主任 ④看護師，ゼネラルリスクマネージャー，看護師長 ⑤放射線技師，放射線部放射線技師長 ⑥事務，医療サービス課医療安全管理係長</p>

<p>岐阜大学 9名</p>	<p>①医師，医療安全管理室室長（副病院長），教授 ②医師，医療安全管理室副室長，准教授 ③看護師，GRM，看護師長 ④医師，准教授 ⑤薬剤師，主任 ⑥事務，課長補佐 ⑦医師，手術部副部長，准教授 ⑧医師，放射線部副部長，講師 ⑨医師，医療情報部部長，教授</p>
<p>浜松医科大学 8名</p>	<p>〔職種〕医師、薬剤師、看護師、事務 〔職名〕副病院長（リスクマネジメント担当）、部長、GRM、看護師長、副部（師）長、課長 〔職位〕教授、講師（GRM）、助教（GRM）、看護師長（GRM）、副薬剤師部長（GRM）、副看護師長、医事課長</p>
<p>名古屋大学 9名</p>	<p>①医師，医療の質・安全管理部長，教授 ②医師，医療の質・安全管理部副部長，病院講師 ③看護師，医療の質・安全管理部 GQSM，看護部副部長 ④看護師，医療の質・安全管理部 GQSM，病院助教 ⑤薬剤師，医療の質・安全管理部 GQSM，病院助教 ⑥薬剤師，薬剤部副部長 ⑦医師，呼吸器外科長，教授 ⑧医師，メディカル IT センター研究員 ⑨事務職員，総務課専門員</p>
<p>三重大学 9名</p>	<p>①医師，医療安全管理責任者・副病院長・医療安全管理部長，教授 ②看護師，GRM，看護師長 ③薬剤師，GRM，薬剤師 ④看護師，前GRM，看護師長 ⑤薬剤師，医薬品安全管理責任者・薬剤部長，教授 ⑥医師，中央放射線部副部長，講師 ⑦放射線技師，中央放射線部副技師長，副診療放射線技師長 ⑧医師，医療情報管理部副部長，講師 ⑨事務，医事課長</p>

<p>滋賀医科大学 9名</p>	<p>①医師，医療安全管理部長，教授 ②医師，医療安全管理部副部長，准教授 ③看護師，医療安全管理部副部長，看護師長 ④薬剤師，医療安全管理部副部長，薬剤部室長 ⑤薬剤師，薬剤部副部長 ⑥医師，外科学講座（消化器外科）講師 ⑦医師，心臓血管外科助教 ⑧医師，放射線部副部長，講師 ⑨事務，医療サービス課長</p>
<p>京都大学 8名</p>	<p>①薬剤師，病院長補佐，高難度医療・未承認医薬品等管理室室長，責任者（未承認新規医薬品等担当），薬剤部長 ②医師，高難度医療・未承認医薬品等管理室副室長，責任者（高難度新規医療技術担当），消化管外科教授 ③医師，医療安全管理部部長（専従医師），医療安全管理者，高難度新規医療技術評価委員会委員長，未承認新規医薬品等評価委員会委員長 ④医師，放射線診断科講師，放射線部副部長 ⑤情報系教員，医療情報企画部講師，医療情報企画部副部長 ⑥薬剤師，医療安全管理部助教（専従薬剤師），医療安全管理者，ゼネラルリスクマネージャー，未承認新規医薬品等評価委員会副委員長 ⑦看護師，医療安全管理部（専従看護師），医療安全管理者，ゼネラルリスクマネージャー ⑧事務，医療サービス課掛長（中央診療掛），高難度医療・未承認医薬品等管理室（事務担当）</p>

<p>大阪大学 15名 (群馬大学訪問メンバー)</p>	<p>①医師，病院長 ②医師，医療情報部副部長 ③医師，放射線部副部長 ④医師，高難度新規医療技術審査部部長，消化器外科教授 ⑤薬剤師，薬剤部長，未承認新規医薬品診療審査部副部長 ⑥薬剤師，副薬剤部長 ⑦医師，中央クオリティマネジメント部部長 ⑧医師，中央クオリティマネジメント部副部長 ⑨看護師，中央クオリティマネジメント部副部長 ⑩医師，中央クオリティマネジメント部 ⑪医師，中央クオリティマネジメント部 ⑫薬剤師，中央クオリティマネジメント部 ⑬事務，総務課長 ⑭事務，医事課課長補佐 ⑮事務，医事課医療安全係主任</p>
<p>大阪大学 13名 (鹿児島大学訪問メンバー)</p>	<p>①医師，副病院長 ②医師，医療情報部副部長 ③医師，放射線部副部長 ④医師，手術部部長，高難度新規医療技術審査部副部長 ⑤薬剤師，薬剤部長，未承認新規医薬品等診療審査部副部長 ⑥薬剤師，副薬剤部長 ⑦医師，中央クオリティマネジメント部部長 ⑧医師，中央クオリティマネジメント部副部長 ⑨看護師，中央クオリティマネジメント部副部長 ⑩看護師，中央クオリティマネジメント部副部長 ⑪看護師，中央クオリティマネジメント部副看護師長 ⑫事務，総務課課長補佐 ⑬事務，医事課長</p>

<p>神戸大学 9名</p>	<p>①副病院長（リスクマネジメント担当），医療安全管理責任者，医療の質・安全管理部長，産科婦人科・教授 ②副病院長，医薬品安全管理責任者，薬剤部長，呼吸器内科・特命教授 ③医療の質・安全管理部副部長，リスクマネジャー呼吸器内科・准教授 ④医療の質・安全管理部，薬剤部主任 質・安全マネジャー，薬剤部長 ⑤医療の質・安全管理部，セーフティマネジャー，看護師長 ⑥患者サービス課，課長補佐（医療安全担当） ⑦放射線部副部長，放射線腫瘍科特命講師 ⑧放射線科，特定助教 ⑨医療情報部，特命技術員</p>
<p>鳥取大学 9名</p>	<p>①医師，副病院長（医療安全担当），医療安全管理部長，教授，医療安全管理責任者 ②医師，副病院長（経営改善担当），教授，高難度新規医療技術担当部門長 ③医師，医療安全管理部副部長，特命教授，医師GRM ④医師，医療情報部長，教授 ⑤医師，放射線部長，准教授 ⑥薬剤師，薬剤部長，教授，医薬品安全管理責任者，未承認新規医薬品・医療機器担当部門長 ⑦薬剤師，副薬剤部長，薬剤師GRM ⑧看護師，副看護部長，看護師GRM ⑨事務，医療サービス課長</p>
<p>島根大学 9名</p>	<p>①准教授，医療安全管理部副部長 ②教授，放射線部部長 ③教授，手術部部長 ④准教授，医療情報部副部長 ⑤診療放射線技師長，放射線部技師長 ⑥薬剤主任，医療安全管理部専従薬剤師 ⑦看護師長，医療安全管理部専従看護師 ⑧副看護師長，医療安全管理部専従看護師 ⑨係長，医療安全支援室係長</p>

<p style="text-align: center;">岡山大学 8名</p>	<p>①医師，医療安全管理責任者（副病院長・医療安全管理部長），教授</p> <p>②医師，高難度新規医療管理部長・副病院長，教授</p> <p>③薬剤師，医薬品安全管理責任者・薬剤部長，教授</p> <p>④薬剤師，医療安全管理者（GRM），薬剤主任</p> <p>⑤看護師，医療安全管理者（GRM），看護師長</p> <p>⑥医師，医療情報部長，教授</p> <p>⑦医師，児放射線科長 講師</p> <p>⑧事務，医事課長</p>
<p style="text-align: center;">広島大学 10名</p>	<p>①医師，医療安全管理部長，副病院長（医療安全管理担当），教授</p> <p>②医師，医療安全管理部副部長，講師，専任リスクマネジャー</p> <p>③医師，病院長補佐，高難度新規医療技術審査部長，教授</p> <p>④医師，診療准教授</p> <p>⑤看護師，主任看護師長，専任リスクマネジャー</p> <p>⑥看護師，副看護師長，専任リスクマネジャー</p> <p>⑦薬剤師，薬剤主任，専任リスクマネジャー</p> <p>⑧薬剤師，副薬剤部長</p> <p>⑨事務，グループリーダー</p> <p>⑩事務，主査</p>
<p style="text-align: center;">山口大学 9名</p>	<p>①副病院長，医療安全推進部長，高難度新規医療技術審査室室長，教授</p> <p>②医療安全推進部（GRM），高難度新規医療技術審査室室員，講師</p> <p>③医療安全推進部（GRM），看護師長</p> <p>④医療安全推進部（GRM），薬剤主任</p> <p>⑤医療安全推進部（GRM補佐），看護師長</p> <p>⑥医薬品安全管理責任者代理，薬剤部副部長，准教授</p> <p>⑦医事課長</p> <p>⑧放射線科副科長，講師</p> <p>⑨医療情報部部長，教授</p>

<p>徳島大学 7名</p>	<p>①医師，副病院長（医療安全管理担当），安全管理部長，教授，安全管理部，リハビリテーション部 ②歯科医師，安全管理部副部長，講師，安全管理部，口腔外科 ③医師，専任 GRM，特任准教授，安全管理部，消化器・移植外科 ④医師，副科長，講師，放射線診断科 ⑤薬剤師，専任 GRM，薬品安全対策室長，安全管理部，薬剤部 ⑥看護師，専従 GRM，看護師長，安全管理部，看護部 ⑦事務，医療安全管理係長，医事課</p>
<p>香川大学 10名</p>	<p>①副病院長・医療安全管理責任者，医療安全管理部長，血液・免疫・呼吸器内科学教授 ②医療安全管理部副部長，専任リスクマネジャー，総合内科教授 ③医療安全管理部副部長，専任リスクマネジャー，循環器内科講師 ④医療安全管理部副部長，専任リスクマネジャー，副看護部長 ⑤医療安全管理部副部長，専任リスクマネジャー，薬剤主任 ⑥医薬品安全管理責任者，薬剤部長，薬剤部教授 ⑦脳神経外科教授 ⑧放射線部副部長，放射線部講師 ⑨医療情報部，医療情報技士 ⑩事務部，医事課長</p>
<p>愛媛大学 8名</p>	<p>①医師，医療安全管理部長医療安全管理責任者，教授 ②看護師，医療安全管理部副部長・GRM ③医師，GRM，助教 ④医師，GRM，講師 ⑤薬剤師，GRM ⑥薬剤師，薬剤部長，医薬品安全管理責任者，准教授 ⑦医師，准教授 ⑧事務，課員</p>

<p>高知大学 9名</p>	<p>①医師，医療安全管理責任者，副病院長，医療安全管理部長，耳鼻咽喉科・頭頸部外科，教授 ②薬剤師，医薬品安全管理責任者の代理，製剤室長 ③医師，医療安全管理者，高難度新規医療技術部門(外科系医師)，医療安全管理部准教授 ④看護師，医療安全管理者，看護師長 ⑤薬剤師，医療安全管理者，薬剤専門員 ⑥医師，放射線診断に関わる部門の医師，放射線科講師，PETセンター長 ⑦教員，医療情報部門，医学情報センター准教授 ⑧事務，医事課長 ⑨事務，医事課医療安全係長</p>
<p>九州大学 6名</p>	<p>①医師，副病院長（医療安全管理責任者），麻酔科蘇生科教授 ②医師，医療安全管理部長，教授 ③看護師，医療安全管理部 GRM，看護師長 ④薬剤師，薬剤師 GRM，薬剤部副部長 ⑤医師，放射線科，助教 ⑥事務，医療管理課長</p>
<p>佐賀大学 7名</p>	<p>①医師，副病院長，医療安全管理責任者，医療安全管理室長，教授 ②医師，病院長特別補佐，医療情報部長，教授 ③医師，薬剤部長，医薬品安全管理責任者，教授 ④医師，手術部副部長，医療安全管理室副室長，高難度新規医療技術評価担当部門，准教授 ⑤看護師，医療安全管理室副室長，看護師長 ⑥薬剤師，医療安全管理室副室長，副薬剤部長 ⑦事務，医事課長</p>
<p>長崎大学 5名</p>	<p>①医師，安全管理部副部長，医療安全管理者 ②看護師長，安全管理部副部長（専従看護師長） ③薬剤師，安全管理部副部長（専従薬剤師） ④看護師，安全管理部，専従副看護師長 ⑤看護師，看護部，放射線科，看護師長</p>

<p>熊本大学 7名</p>	<p>①歯科医師，医療の質・安全管理部長，医療安全管理責任者 ②医師，副医療の質・安全管理部長，GRM，消化器外科 ③診療録等管理責任者，医療情報経営企画部長 ④医師，画像診断・治療科 ⑤看護師，医療の質・安全管理部，GRM，看護師長 ⑥薬剤師，医療の質・安全管理部，GRM，薬剤主任 ⑦事務，医事課長</p>
<p>大分大学 7名</p>	<p>①医師，副病院長（医療安全担当），教授 ②医師，部長（医療安全管理部），教授 ③医師，部門長（高難度新規医療技術管理部門），教授 ④薬剤師，部長（薬剤部），教授 ⑤医師，副科長（放射線科），准教授 ⑥看護師，副部長（医療安全管理部），看護師長 ⑦事務職員，係長（医事課医療安全係）</p>
<p>宮崎大学 7名</p>	<p>①医師，医療安全管理責任者（副病院長），医療安全管理部長，教授 ②医師，医療安全管理部副部長，GRM，准教授 ③薬剤師，医療安全管理部副部長，GRM，薬剤部副部長 ④看護師，医療安全管理部副部長，GRM，看護師長 ⑤医療情報部，准教授 ⑥医師，放射線科，助教 ⑦事務，医事課長</p>

<p>鹿児島大学 12名</p>	<p>①医師，医療環境安全部部長，心臓血管内科教授，医療安全管理責任者 ②歯科医師，医療環境安全部副部長，口腔外科教授，医療安全管理責任者の代理者 ③医師，医療環境安全部副部長，医療環境安全部安全管理部門長，医療環境安全部特例准教授，医療安全管理者（医師） ④看護師，医療環境安全部安全管理部門看護師長，医療安全管理者（看護師） ⑤看護師，医療環境安全部安全管理部門副看護師長，医療安全管理者（看護師） ⑥薬剤師，薬剤部長，教授，医薬品安全管理責任者 ⑦医師，心臓血管外科助教，高難度新規医療技術部門の外科系医師 ⑧医師，放射線科助教，放射線診断に関わる部門の医師 ⑨医師，医療情報部副部長，講師，医療情報部門の医師 ⑩事務職員，総務課課長代理 ⑪事務職員，総務課総務係長 ⑫事務職員，医務課医療安全管理係長</p>
<p>琉球大学 6名</p>	<p>①医師，副病院長(医療安全)，安全管理対策室長，第三内科教授 ②薬剤師，医薬品安全管理責任者，薬剤部長，教授 ③医師，放射線部医師，助教 ④医師，安全管理対策室副室長，GRM，特命准教授 ⑤看護師，安全管理対策室副室長，GRM，副看護部長 ⑥看護師，安全管理対策室副室長，GRM，看護師長</p>

<p>防衛医科大学校 7名</p>	<p>①医師，医療安全・感染対策部部长，教授，医療安全・感染対策部，上部消化管外科</p> <p>②医師，病院長補佐（医療安全担当），医療安全推進室室長，教授，放射線医学講座</p> <p>③医師，講師、専従（GRM），医療安全・感染対策部，上部消化器外科</p> <p>④看護師，医療安全推進室副室長，看護師長，専従（GRM），医療安全・感染対策部，看護部</p> <p>⑤看護師，副看護師長，専従（GRM），医療安全・感染対策部、看護部</p> <p>⑥薬剤師，薬剤部主任，専従（GRM），医療安全・感染対策部、薬剤部</p> <p>⑦事務，企画調整官（兼任），運営企画課</p>
-----------------------	--

※「特定機能病院間相互のピアレビュー」に係る訪問者を含む。

4. 平成29年度相互チェック項目の構成

〔重点項目〕

「画像診断レポート等の確認に関する安全対策」

I 事前調査

1. 読影体制（シート（1）－（あ））
 - 1) 画像診断レポート作成の有無
 - 2) 画像診断レポートの作成に従事している医師の人数
 - 3) 画像診断後、レポート返却までにかかる時間
 - 4) 画像診断レポート撮影件数・レポート作成件数
 - 5) 画像診断レポート確認徹底に関する病院のポリシー
2. 重要所見フラグ〔読影時の重要所見区分〕（シート（1）－（い））
 - 1) 至急連絡を要する重要所見への対応
 - 2) 月単位のレポート確認の遅れが重大な影響を及ぼす可能性のある「重要所見」への対応
3. レポート既読処理（シート（2））
 - 1) 電子カルテシステム
 - 2) 既読処理
 - 3) 電子カルテによる既読処理
 - 4) 紙による既読処理
 - 5) 課題
4. レポート完成通知（シート（3））
 - 1) 完成通知の実施
 - 2) 完成通知の方法
5. 未読レポートの抽出（シート（4）－（あ））
 - 1) 未読レポートの抽出
 - 2) 未読レポートの抽出方法
6. 未読レポートの開封督促（シート（4）－（い））
 - 1) 未読レポートの開封督促
 - 2) 未読レポートの開封督促方法

7. 未読レポート開封督促への対応確認（シート（4）－（5））

- 1) 未読レポートの開封督促への対応確認
- 2) 未読レポートの開封督促への対応確認の方法

II 訪問調査

1. 依頼医から読影医への検査意図の正確な伝達
2. 読影医から依頼医への重要所見の正確な伝達
3. レポートの適切な未読／既読管理
4. レポートを確認し、必要な対応をしたことの記録（確認、対応漏れ防止のための取り組み）
5. レポートを確認し、必要な対応をしたことの記録（チーム内の申し送り）
6. 画像診断レポートの確認に関する患者参加の取り組み
7. レポートの確認漏れを防ぐための取り組みの効果や今後の課題

〔自己チェック〕

I 全体

1. 医療安全管理体制
 - 1) 医療安全管理部門の体制
 - 2) インシデント報告体制と PDCA サイクルの実践
 - 3) 医療事故が発生した場合の対応
2. 診療体制
 - 1) 患者の受持ち体制
 - 2) 夜間の診療体制
 - 3) 院内救急体制
 - 4) チーム医療
 - 5) クリティカル・パス
 - 6) インフォームド・コンセント
 - 7) 臨床倫理
3. 患者の参加等を通じた安全性の向上
 - 1) 患者参加促進のための体制整備
 - 2) 医療安全のための患者参加の促進
 - 3) 診療情報の共有
 - 4) 患者相談
4. 診療情報管理と医療情報システム
 - 1) 診療記録の内容や形態等～紙・電子媒体共通項目
 - 2) 診療記録の電子化に関する状況

- 3) 禁忌・アレルギー情報等の記録・表示
 - 4) 指示～実施の記録
 - 5) 記録の一覧性
 - 6) 診療記録の管理・監査体制
 - 7) 診療記録に関する教育
 - 8) 個人情報保護・セキュリティ
 - 9) 医療情報システムの改善
 - 10) 診療情報の二次利用
5. 医療安全に関する教育・研修
 - 1) 新卒者
 - 2) 中途採用者
 - 3) リスクマネージャーへの教育
 - 4) 医療安全の教育・研修の実施に関する工夫
 - 5) その他
 6. 初期研修医に対する安全管理体制
 - 1) 初期研修医の指導体制
 - 2) 卒後臨床研修プログラム
 - 3) 初期研修医が単独で行い得る医療行為（特に処方、処置）に関する基準
 - 4) 初期研修医の勤務体制

II 病棟・外来

1. 患者確認等
2. 医薬品
 - 1) 病棟・外来等における医薬品の管理
 - 2) 病棟・外来等における医薬品の安全使用
 - 3) 薬剤に関する情報提供・服薬指導
 - 4) 持参薬の取り扱い
 - 5) がん化学療法（入院）
 - 6) がん化学療法（外来）
3. 医療機器
4. 輸血の管理・取扱い
 - 1) 輸血実施時の安全性確保
 - 2) 自己血採血、保管、輸血
 - 3) 造血幹細胞の保管
5. 処置
6. 組織横断的ケア

Ⅲ 中央診療部門

1. 手術部門
 - 1) 全身麻酔—①麻酔導入前（患者入室後）
 - 2) 全身麻酔—②皮膚切開前
 - 3) 全身麻酔—③手術室退室前
 - 4) 手術
 - 5) 薬品管理
 - 6) 医用ガス・電気・空調の管理
 - 7) 洗浄、滅菌
 - 8) ME 機器の取扱い
 - 9) 納入業者、外注業者への対応、指導体制
2. 薬剤部
 - 1) 医薬品に関する安全管理体制
 - 2) ハイリスク医薬品の管理
 - 3) 処方オーダーにおける自動チェック機構
 - 4) 処方箋監査
 - 5) 注射剤の調剤
 - 6) 病棟配置薬の薬品管理
 - 7) 内服薬の処方記載方法
3. 医療機器管理部門
4. 輸血部
 - 1) 輸血実施時の安全性確保
 - 2) 自己血採血、保管、輸血
 - 3) 造血幹細胞の保管
5. 臨床検査部門
 - 1) 検査実施時
 - 2) 検査室において
 - 3) その他
6. 病理部門
7. 放射線検査・治療部門
 - 1) 放射線業務における安全性確保
 - 2) 放射線機器等の管理
 - 3) 放射線被曝管理
 - 4) 放射線治療の安全管理
 - 5) 放射性医薬品等の管理

5. 重点項目の調査結果 〔事前調査〕

5. 重点項目の調査結果〔事前調査〕

(1) 事前調査結果のまとめ

1) 読影体制等

画像診断レポートの作成について、一般単純撮影は「依頼分のみ作成」としている施設が多かったが、9施設においては作成がなされていなかった。CT、MRI、核医学（PET-CT）は全例作成している施設が多く、それ以外の施設においても、依頼があったものは読影を実施していた。検査縦断的に見ると「一般単純撮影〔依頼分のみ〕－CT〔全例〕－MRI〔全例〕－核医学（PET-CT含む）〔全例〕」の体制で読影を実施している施設が20施設と最も多かった。画像診断レポートの作成に従事している医師の人数（1日あたり）は、5-10名が最も多く、次いで10-15名、15-20名であった。5名未満が2施設あった。いずれの検査についても、多くの施設が2日以内にレポートを返却していた。

また、病院のポリシーとして、画像診断レポートを確認し対応する責務が依頼医にあることを示している施設は22施設と半数程度に留まった。

2) 重要所見フラグ〔読影時の重要所見区分〕

読影時に「至急連絡を要する重要所見」が認められた場合には、全施設が電話で依頼医や主治医に対して連絡していた。また、連絡すべき対象とする所見は、読影医の判断により決定されている施設がほとんどであり、3施設のみ放射線科で規定していた。

連絡対象の具体例について記述回答は、1.急速に進行し状態の悪化が予測される症例、2.外科的治療、血管内治療などの緊急処置が必要な症例、3.感染予防対策を必要とする症例、4.偶発的に発見された悪性所見、5.治療方針に影響する所見、に集約された。

「月単位のレポート確認の遅れが重大な影響を及ぼす可能性のある重要所見」に対して、読影時にフラグ（当該レポート他のレポートと区別できる何らかの標識）を付けている施設は4施設であった。フラグ付与の対象例については、「偶発腫瘍を発見した場合」「転移、再発を疑う症例、脊椎CTで肺がんを疑う腫瘍が見つかった場合」「腹部大動脈瘤の経過観察で膀胱腫瘍が見つかった場合」「外傷など他の疾患で受診した際に偶然発見された悪性腫瘍、無症状だが急速に増大している動脈瘤や解離」等であった。また、読影所見を確定する際に、「通常」「要確認」「パニック」のいずれかを選択するシステムを導入している施設もあった。

なお、フラグ付与にあたって、放射線科（読影医）からは、読影結果の確認と対応の責任の所在が不明確になること、依頼医が所見を確認すればわかることに対して放射線科医の更なる手間と責任が増えること等について、懸念が表明されていた。

3) レポート既読処理

レポートを確認したこと（カルテ上で既読にしたこと）が記録される仕組みを有している施設は 23 施設（53%）であった。このうち、9 施設が「レポートを開いたら自動的に既読になる（受動的既読処理）」、13 施設が「何らかのアクション（例：内容を確認した者がコメントを記載してボタンを押す）を取ると既読になる（能動的既読処理）」仕組みを採用していた。能動的既読処理を採用している施設で既読処理ができる者は、依頼医が 9 施設、依頼医の所属診療科の医師が 3 施設（複数回答あり）であった。医師ユーザーであれば誰でも既読にできる施設では、運用上、既読ボタンの操作を依頼科医師に限定している例もあった。既読の管理単位は、レポート単位が 16 施設、ユーザー単位が 5 施設、その他 2 施設であった。

既読になるメカニズム（能動または受動）と、既読の管理単位（ユーザー単位、レポート単位、他）の組み合わせで見ると、既読処理を実施している 23 施設のうち、「能動的既読処理+レポート単位（11 施設）」、「受動的既読処理+レポート単位（5 施設）」が上位のパターンであった。

未読/既読管理に関する課題について、システムが整備できていないこと自体を課題としている施設があった。既に未読/既読管理を実施している場合においても、システム及び運用面での課題が多数指摘されていた。例えば、「既読にできるルートが複数あることから履歴管理が困難である」「件数が多いと十分確認しないまま既読にする可能性がある」「（レポート単位での既読管理の場合）本当に確認すべき医師が既読にしたか判別できない」「研修医がオーダーした検査の所見を上級医が確認したかわからない」「医師が異動した場合に対応できない」等の記載があった。

4) レポート完成通知

画像診断レポートが完成した際に完成通知を実施している施設は 25 施設（54%）であった。このうち、23 施設は全例を対象としていた。2 施設は一部を対象としており、施設 A は、「重要所見フラグありのレポート」及び「依頼医から指定されたレポート」、施設 B は、「読影を依頼したレポート」を対象としていた。

通知対象が全例あるいは一部の別に関わらず、特に重要所見の通知方法を区別している施設は 3 施設であった。いずれの大学の重要所見の通知も、レポート完成直後に読影医により実施されており、2 施設では通知対象者が電子カルテにログインした時点で通知を認識することができ、1 施設では当該患者のカルテを開くと認識できる仕組みとなっていた。

上記以外の完成通知についても、完成直後に電子カルテシステムで実施している施設がほとんどであった（重要所見を区別して通知する施設の重要所見以外の完成通知方法及び、重要所見の通知方法を区別していない施設の完成通知方法）。完成通知の対象者は、24 施設中 11 施設が依頼医であったが、「対象が限定されていない」「依頼診療

科に所属する医師」等の回答もあった。また、完成通知の対象者が通知を認識できるタイミングとしては、12 施設では電子カルテにログインした時点で、9 施設では当該患者のカルテを開いた時点で識別できる仕組みとなっていた。

レポート完成通知の実施状況をまとめると、通知を実施している場合には、「全例を対象」に「単一の方法（症例による完成通知方法の区別をしない）」で通知している施設がほとんどであることから、膨大な通知件数であることが推察された。

5) 未読レポートの抽出

未読のままになっている画像診断レポートを定期的に抽出している施設は 18 施設（42%）であった。このうち、1 施設は重症所見フラグがついているレポートのみを対象としていた。全例を抽出対象としていた 17 施設のうち、1 施設は「重要所見フラグあり」とそれ以外のレポートを区別して抽出し、16 施設は重要所見の有無等による抽出方法の区別をせずに実施していた。抽出頻度は「定期実施」が「不定期実施」より多く、抽出対象は「基準日時点で未読のレポート」が「一定期間未読のままのレポート」より多かった。対象期間は 1 日（翌日）から 3 か月程度であり、診療科と医療安全部門での基準を段階化している施設もあった。

抽出作業は、専用システムの構築もしくは、電子カルテシステムのデータベースの検索によるものが多く、標準機能としては実装されていないことが推察された。

6) 未読レポートの開封督促

抽出した未読レポートの開封督促を実施している施設は 11 施設（未読レポートの抽出を実施している 18 施設中のうち 61%、全体の 26%）であった。このうち 2 施設は、重症所見フラグがついているものを対象に実施しており、他の施設は全例を対象としていた。開封督促の担当部門は医療安全部門、医療情報部門、放射線部門、事務部門が多かったが、診療科の自律的な確認体制に委任している施設もあった。診療情報管理士をはじめとする医師以外の職種が担当し、定期的を実施している施設が多かった。督促方法は、診療科への紙媒体での通知や電話・メールでの通知が多かった。

7) 未読レポート開封督促への対応

未読レポートの開封督促を実施している 11 施設のうち、7 施設については通知先が実際に開封し、必要な対応をしたことの確認まで実施していた。また、この結果を診療記録管理委員会やリスクマネジメント委員会など、院内の委員会等に報告する体制が取られている施設もあった。

8) まとめ

事前調査では、基本事項として①画像診断レポートを作成する体制とレポートの既

読処理の仕組み（上記1）-3）に該当）、②レポートの確認漏れを防ぐためのサポート体制（上記4）-7）に相当）について各施設の現状を調査した。

回答状況から、全施設の「画像診断レポート等の確認に関する取り組み」を概観すると、表1の通りとなる。なお、各施設により取り組み実施のための環境や条件が異なるため、取り組み実施の有無のみで一律に評価することはできない。また、それぞれの取り組みには同時に課題となる側面も有り、臨床の他の要素との複雑な関係を鑑みた上で実施について検討されている。詳しくは、訪問調査結果（55 ページ）及び、提言（71 ページ）と併せて解釈されたい。

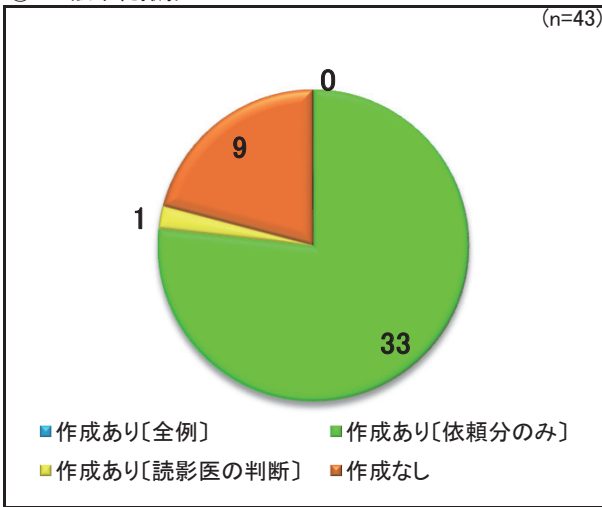
表1 画像診断レポート等の確認に関する取り組み

施設番号	重要フラグ	既読処理	完成通知	未読抽出	開封督促	開封確認
1		あり	あり	全例	全例	全例
2		あり	あり	全例	全例	全例
4		あり	あり	全例	全例	全例
3		あり	一部のみ	全例	全例	全例
5		あり		全例	全例	全例
6		あり	あり	全例	全例	
7		あり	あり	全例	全例	
8	あり	あり	あり	全例	全例	
9	あり		あり	全例	重要のみ	重要のみ
10	あり	あり	一部のみ	重要のみ	重要のみ	重要のみ
11		あり	あり	全例		
12		あり	あり	全例		
13		あり	あり	全例		
14		あり	あり	全例		
15		あり		全例		
16			あり	全例		
17		あり	あり			
18		あり	あり			
19	あり	あり	あり			
20		あり	あり			
21		あり	あり			
22		あり	あり			
23		あり				
24		あり				
25		あり				
26			あり			
27			あり			
28			あり			
29			あり			
30				全例		
31			あり	全例	全例	
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						

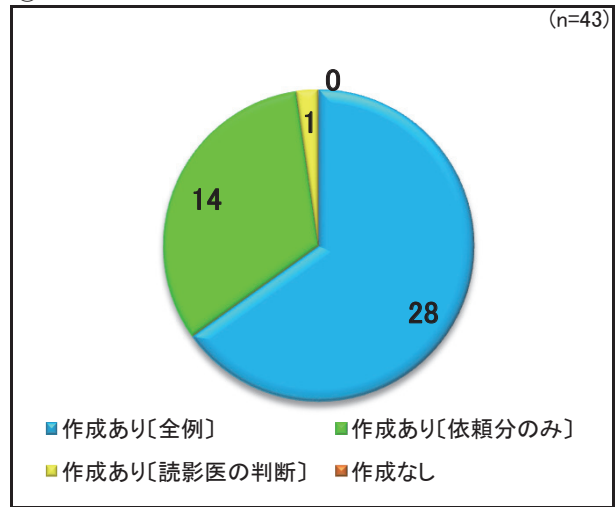
※施設番号は順不同

(2) 事前調査の集計結果
 シート(1)－(あ)読影体制
 1) 画像診断レポート作成の有無

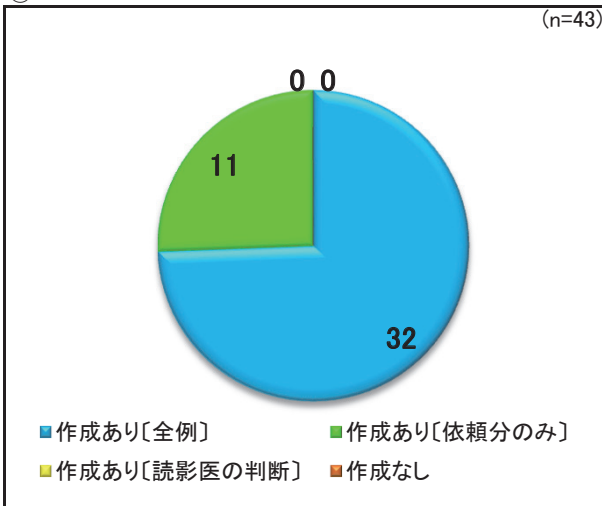
① 一般単純撮影



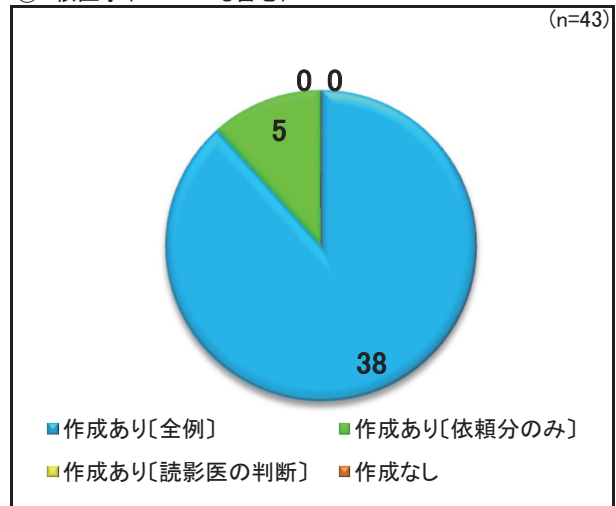
② CT



③ MRI



④ 核医学(PET-CTも含む)

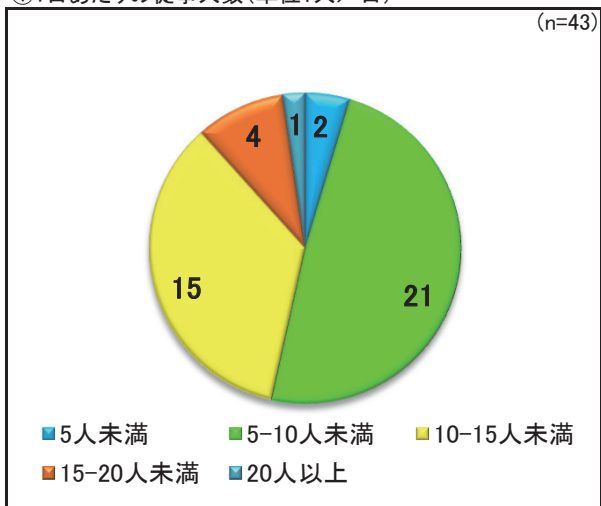


画像診断レポート作成体制のパターン

	一般単純撮影	CT	MRI	核医学(PET-CTも含む)	大学数
1	作成あり[依頼分のみ]	作成あり[全例]	作成あり[全例]	作成あり[全例]	20
2	作成なし	作成あり[全例]	作成あり[全例]	作成あり[全例]	5
3	作成あり[依頼分のみ]	作成あり[依頼分のみ]	作成あり[依頼分のみ]	作成あり[全例]	5
4	作成あり[依頼分のみ]	作成あり[依頼分のみ]	作成あり[全例]	作成あり[全例]	4
5	作成あり[依頼分のみ]	作成あり[依頼分のみ]	作成あり[依頼分のみ]	作成あり[依頼分のみ]	2
6	作成なし	作成あり[依頼分のみ]	作成あり[依頼分のみ]	作成あり[依頼分のみ]	2
7	作成あり[依頼分のみ]	作成あり[全例]	作成あり[全例]	作成あり[依頼分のみ]	1
8	作成あり[依頼分のみ]	作成あり[読影医の判断]	作成あり[全例]	作成あり[全例]	1
9	作成あり[読影医の判断]	作成あり[全例]	作成あり[全例]	作成あり[全例]	1
10	作成なし	作成あり[全例]	作成あり[依頼分のみ]	作成あり[全例]	1
11	作成なし	作成あり[依頼分のみ]	作成あり[依頼分のみ]	作成あり[全例]	1

2) 画像診断レポートの作成に従事している医師の人数

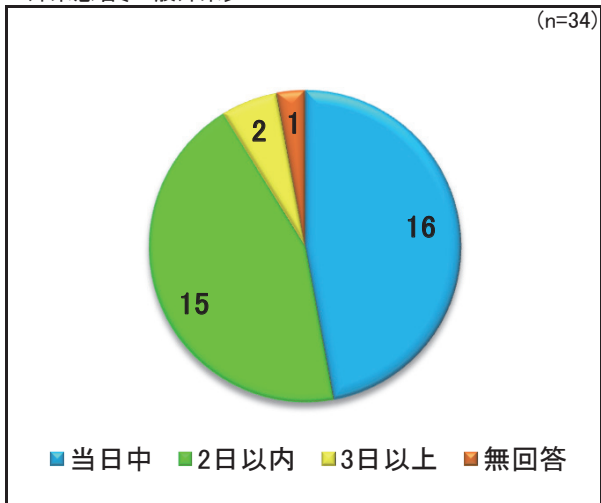
①1日あたりの従事人数(単位:人/日)



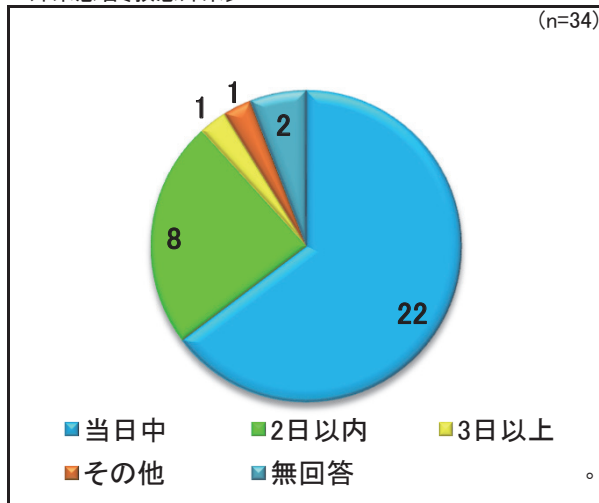
3) 画像撮影後、レポート返却までにかかる時間

①一般単純撮影

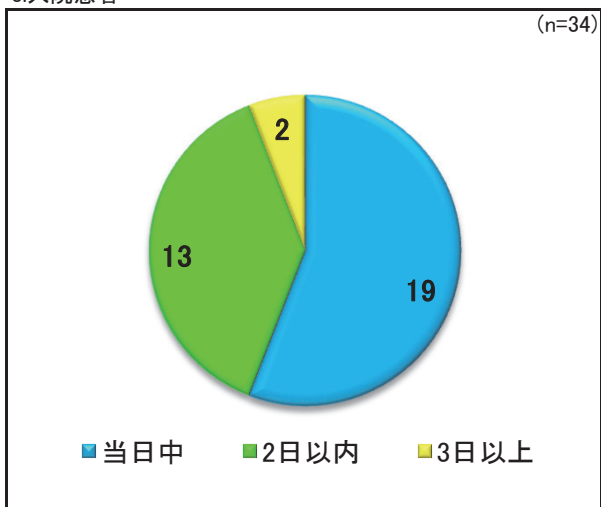
a. 外来患者[一般外来]



b. 外来患者[救急外来]



c. 入院患者

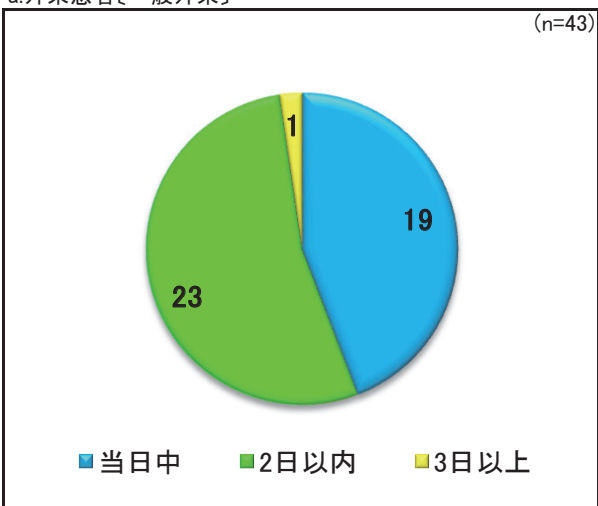


注記

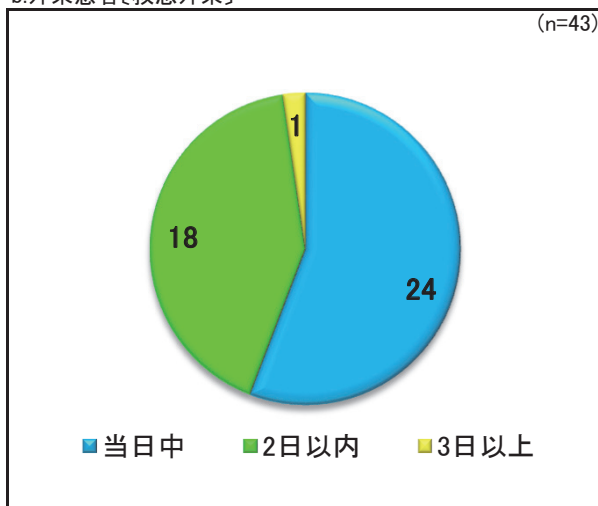
「b. 外来患者[救急外来]」の「その他」は「作成なし」。

②CT

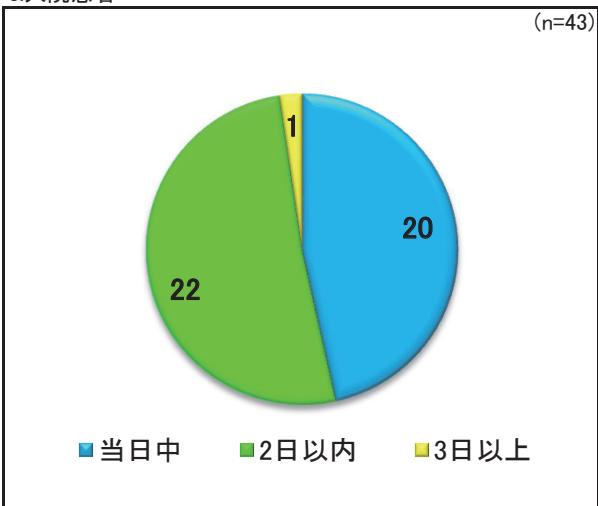
a. 外来患者〔一般外来〕



b. 外来患者〔救急外来〕

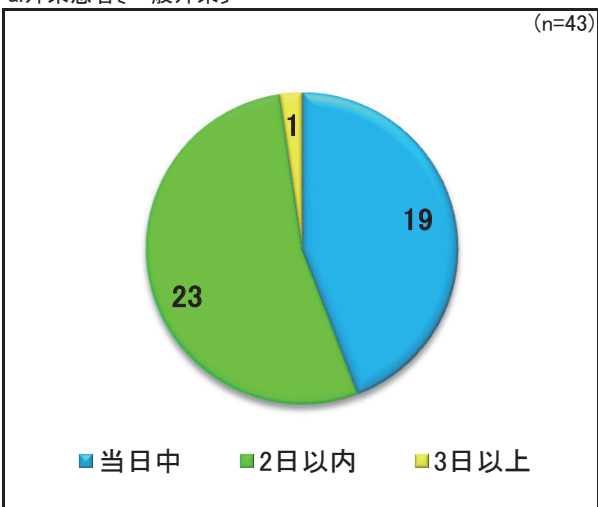


c. 入院患者

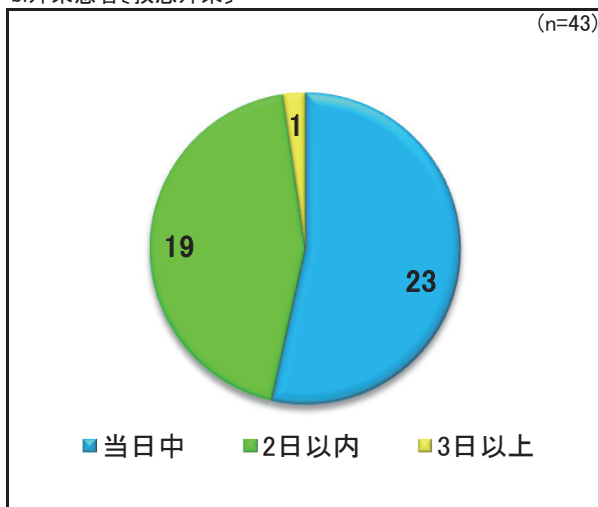


③MRI

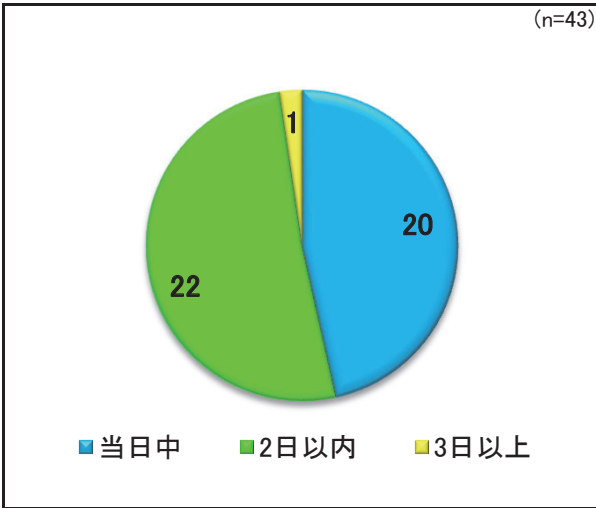
a. 外来患者〔一般外来〕



b. 外来患者〔救急外来〕

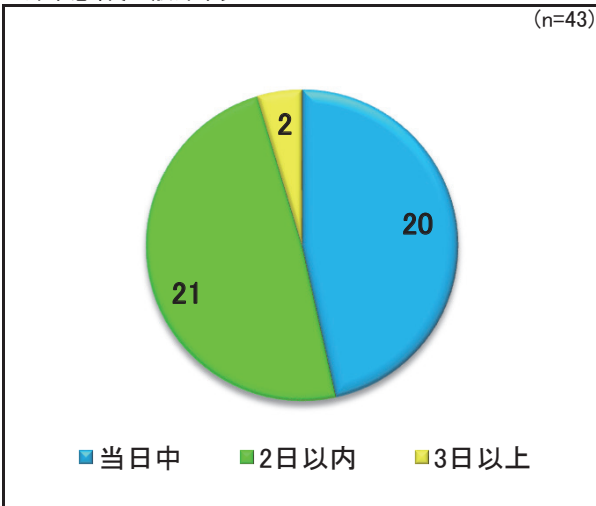


c.入院患者

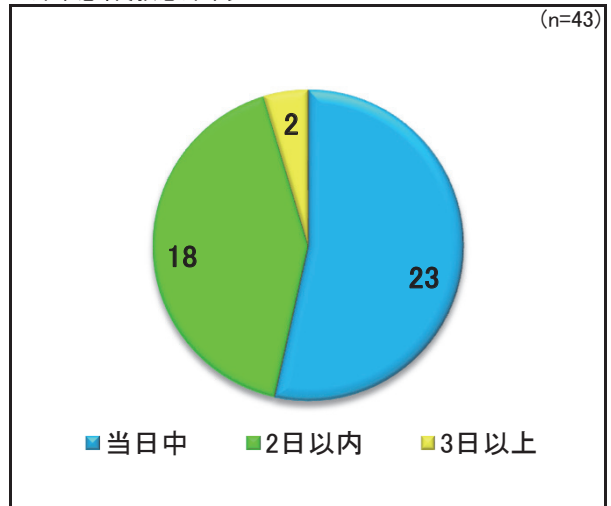


④核医学(PET-CTも含む)

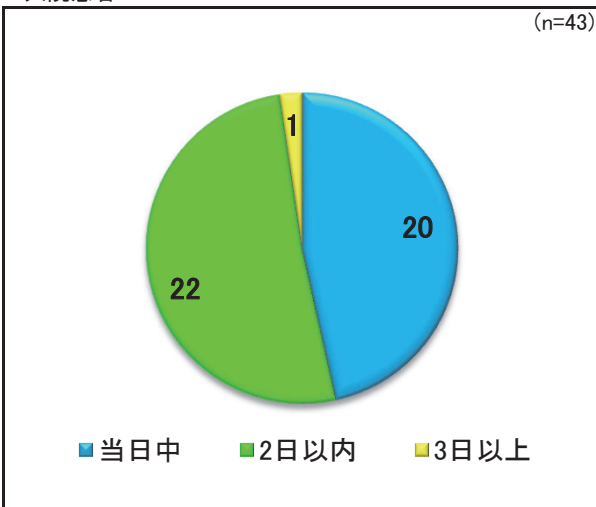
a.外来患者[一般外来]



b.外来患者[救急外来]



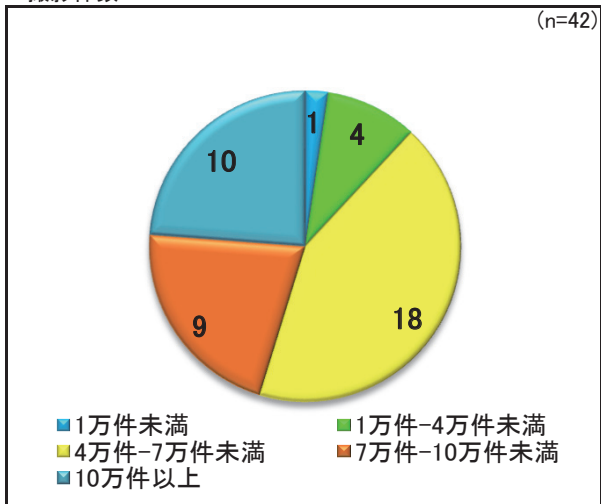
c.入院患者



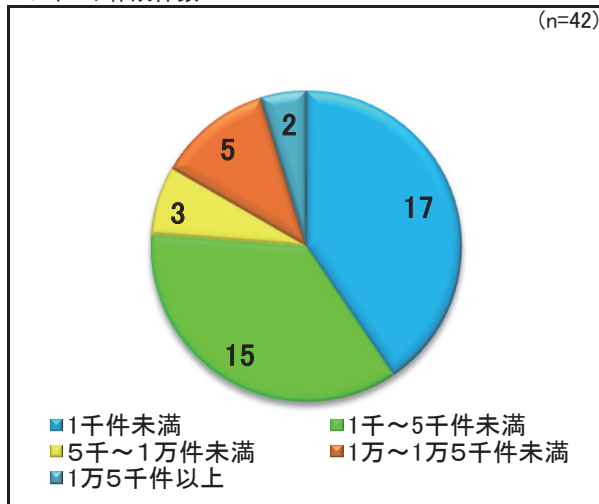
4) 画像診断レポート撮影件数・レポート作成件数〔2016年4月1日～2017年3月31日〕＝2016年度

①一般単純撮影記述回答

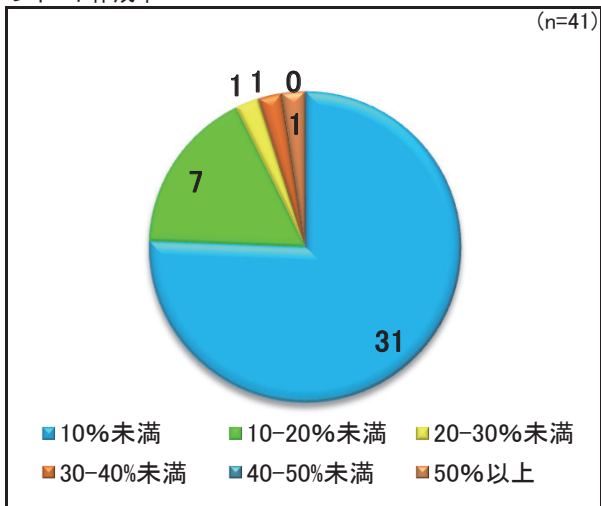
a.撮影件数



b.レポート作成件数



レポート作成率



注記

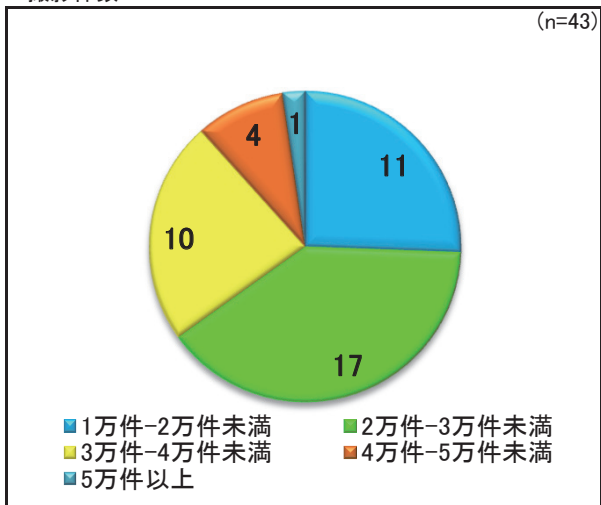
「b.レポート作成件数」の「1万5千件以上」の内訳:

・A大学……31373件

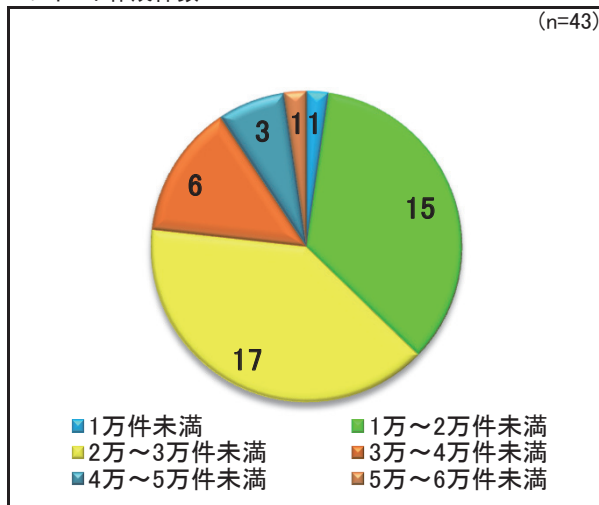
・B大学……22068件

②CT

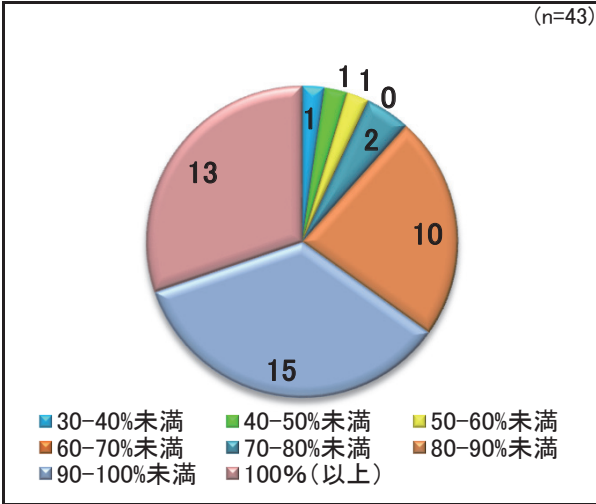
a.撮影件数



b.レポート作成件数

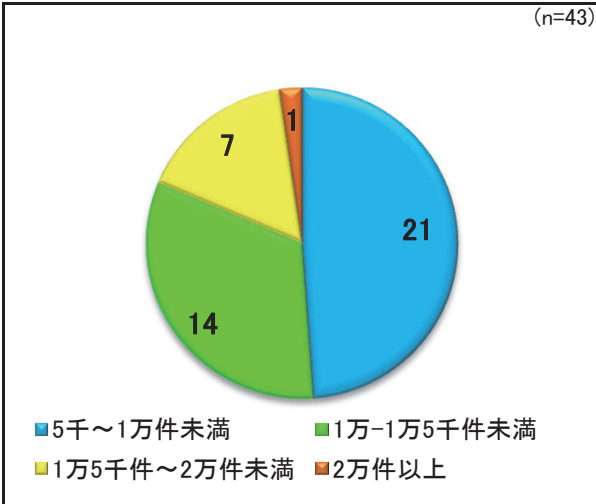


レポート作成率

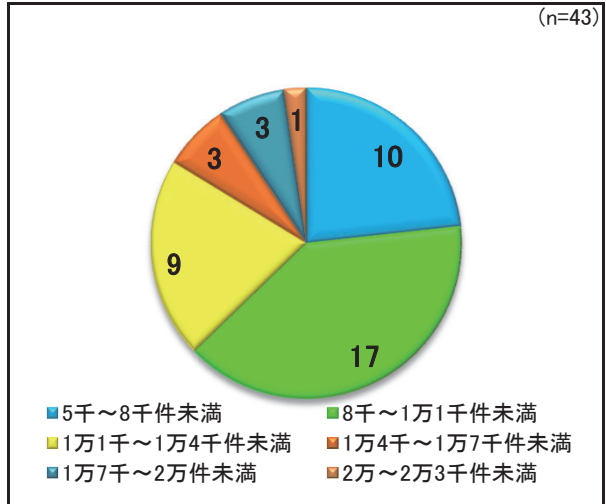


③MRI

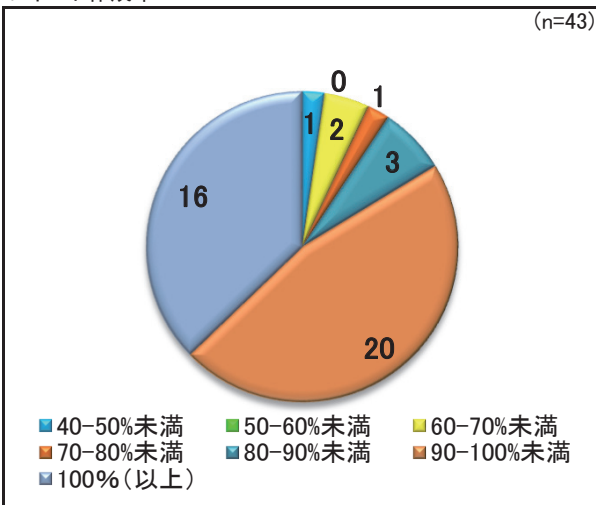
a.撮影件数



b.レポート作成件数

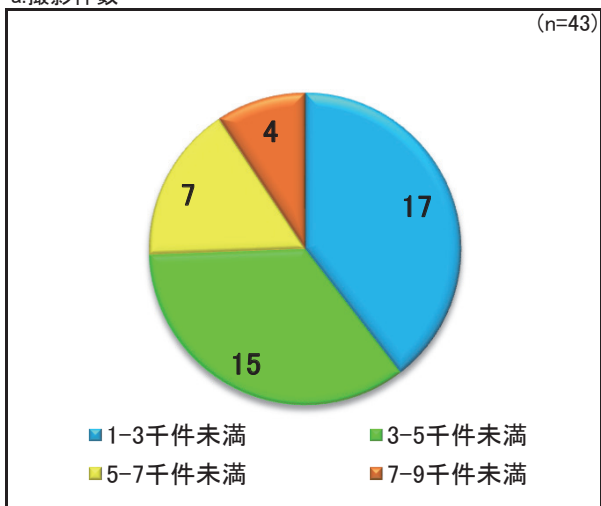


レポート作成率

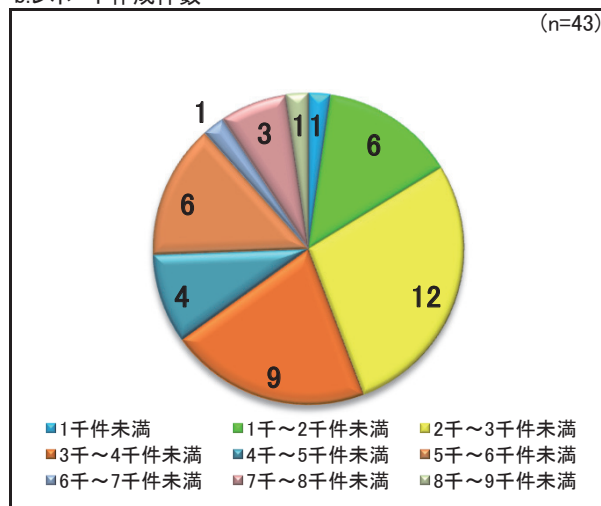


④核医学(PET-CTも含む)

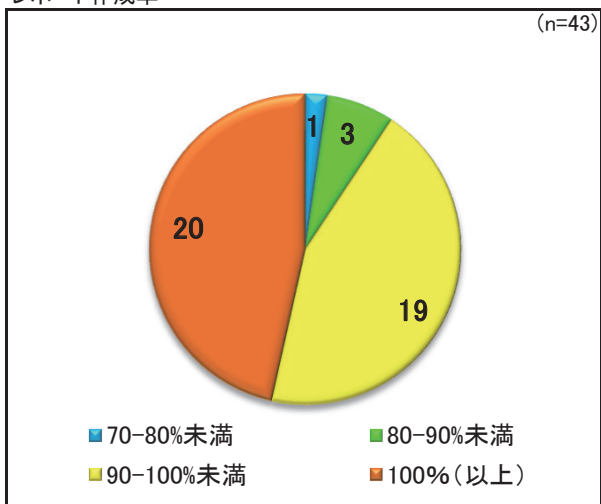
a.撮影件数



b.レポート作成件数

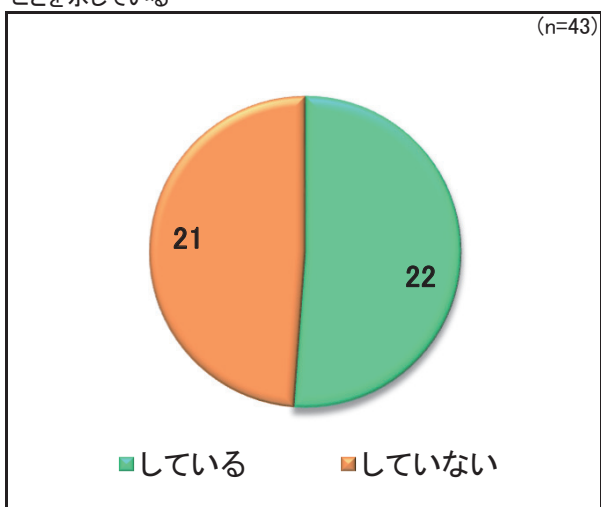


レポート作成率



5) 画像診断レポート確認徹底に関する病院のポリシー

①画像診断レポートを確認し、対応する責務が依頼医にあることを示している

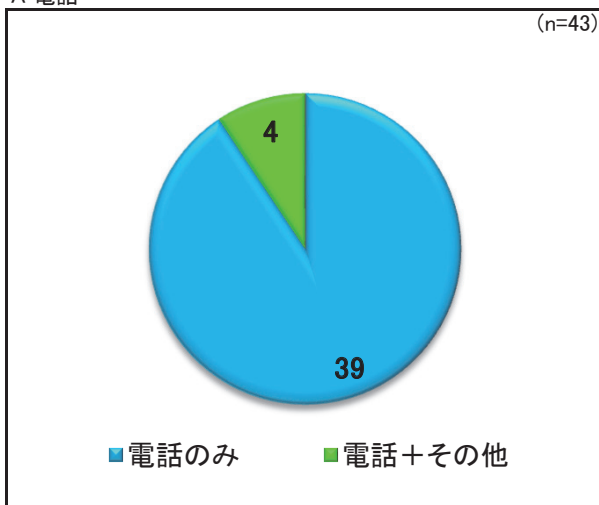


シート(1)－(い) 重要所見フラグ(読影時の重要所見区分)

1) 至急連絡を要する重要所見への対応

① 連絡方法(複数選択)

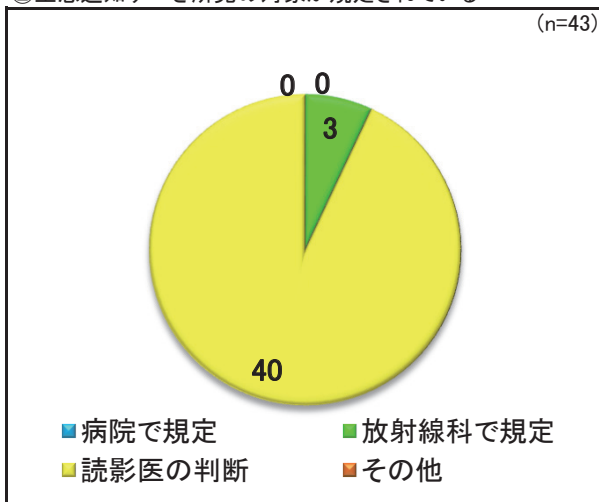
A 電話



「その他」の内容

- ・電子カルテ上のメール機能を利用し依頼医に情報発信する
- ・電子カルテに記載(主治医が不在の時)

② 至急通知すべき所見の対象が規定されている



「読影医の判断」に追記されていた内容

- ・放射線科内で対応方法を検討し、読影医への依頼文書を配布している。その文書内に想定される至急通知すべき所見の対象を記載している。

③ 対象の具体例

至急通知すべき対象の例

- 1.急速に進行し状態の悪化が予測される症例
- 2.外科的治療、血管内治療などの緊急処置が必要な症例
- 3.感染予防対策を必要とする症例
- 4.偶発的に発見された悪性所見
- 5.治療方針に影響する所見

具体的な疾患、病態、基準例

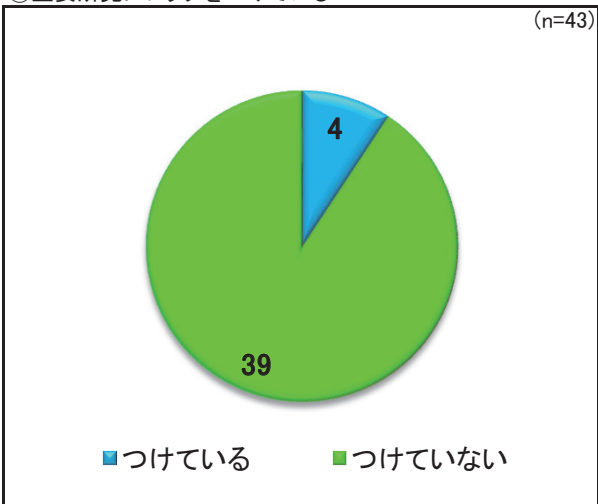
急性クモ膜下出血、脳梗塞(急性期)、硬膜下血腫、脳転移(脳ヘルニアを伴う)、大動脈解離、仮性動脈瘤、感染性大動脈炎疑い、切迫破裂、緊張性気胸、肺動脈血栓肺塞栓、腹腔内遊離ガス、消化管穿孔、活動性の出血、腹腔内出血、動脈急性閉塞症、下肢静脈血栓症、結核疑い、術後のカテーテル留置部位逸脱、次回外来日(外来患者)／1日程度以内(入院患者)に処置を要する所見

想定外の悪性所見の例

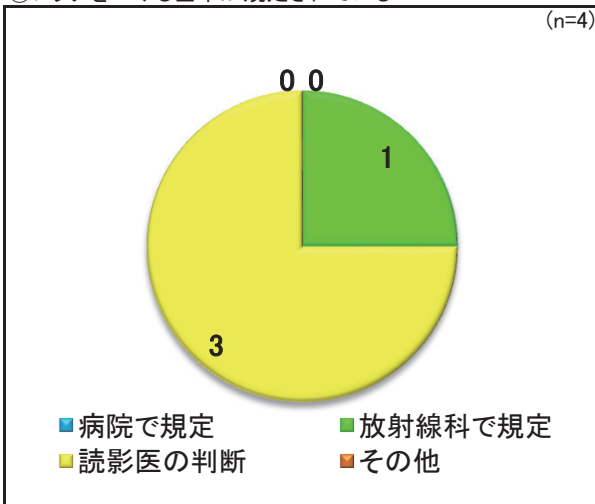
- ・腹部・骨盤CTで見られた肺底部の肺癌
- ・肝細胞癌治療後の経過観察中に見つかった肺癌
- ・大動脈瘤治療後の経過観察CTにて偶発的に認めた肺癌を疑う結節
- ・末梢神経障害が生じている症例の転移性骨腫瘍

2) 月単位のレポート確認の遅れが重大な影響を及ぼす可能性のある「重要所見」への対応

①重要所見にフラグをつけている



②フラグをつける基準が規定されている



③対象の具体例

- ・偶発腫瘍を発見した場合・転移、再発を疑う症例
- ・脊椎CTで肺がんを疑う腫瘍が見つかった場合、腹部大動脈瘤の経過観察で膀胱腫瘍が見つかった場合など。
- ・外傷など他の疾患で受診した際に偶然発見された悪性腫瘍、無症状だが急速に増大している動脈瘤や解離など。
- ・読影所見を確定する際に、「通常」「要確認」「パニック」のいずれかを選択する。「要確認」「パニック」を選択した場合は、患者掲示板に読影レポートを確認するように表示される。

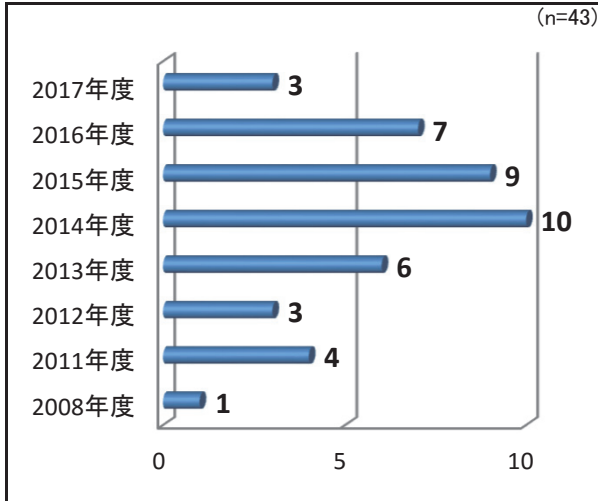
④フラグ付与の開始にあたり、放射線科(読影医)から表明された懸念事項があれば記載してください

- ・読影結果への責任の所在が不明(見逃し、過大評価など)
- ・フラグをつけなかった病変が後に悪性腫瘍と判明した時に責任を問われるのではないかと。所見を見ればわかることであるのに、更なる手間と責任が増えるのはやりきれない。
- ・検査オーダー医が不在で電子カルテシステムにログインしないケースでは確認しないことになる。
- ・フラグ付与の位置付けが難しい。日常的には、緊急で対応が必要な場合は電話連絡をしておき、フラグ付与する機会は限られる。

シート(2)レポート既読処理

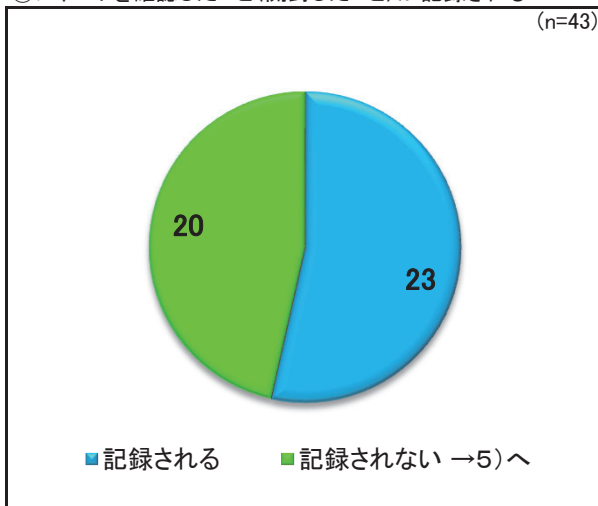
1) 電子カルテシステム

①最終更新年度



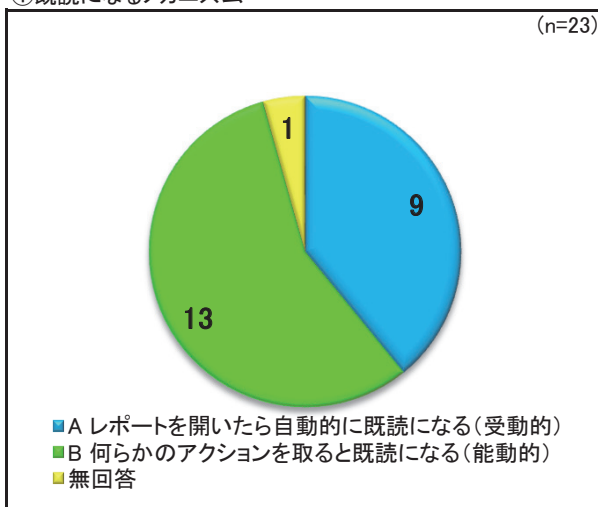
2) 既読処理

①レポートを確認したこと(開封したこと)が記録される

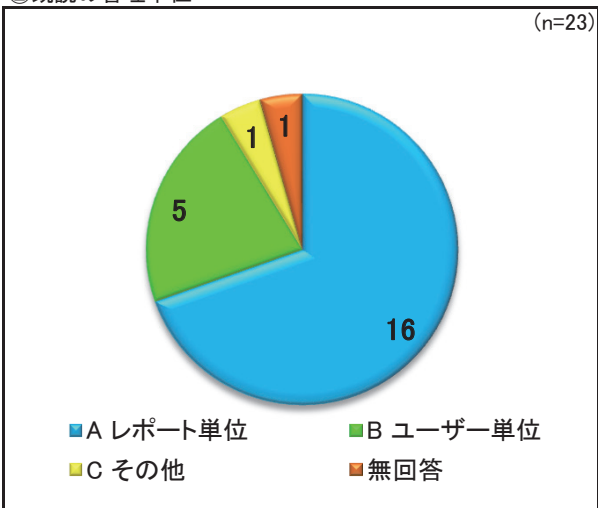


3) 電子カルテによる既読処理(紙カルテの場合は4)へ

①既読になるメカニズム



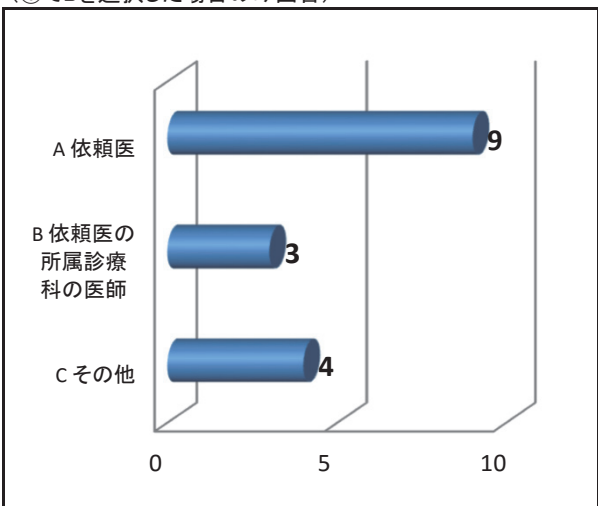
②既読の管理単位



[Cの内容]

・グループ単位 外来では依頼医とその同科の医師が閲覧可能で、同科の医師が閲覧しても依頼医は既読にならない。(同科の医師は既読になる)入院では、依頼医、主治医、担当医のグループ毎に前述の既読制御を行っている。

③アクションを取って既読にできる者(複数回答)
(①でBを選択した場合のみ回答)



[Cの内容]

・医師であれば既読にできる。(3)
・権限的にはどの診療科の医師であっても既読にできるが、依頼科の医師しか既読ボタンを押さない運用で対応している。(1)

4) 紙による既読処理

①既読処理の具体的な方法

該当施設なし

②アクションを取って既読にできる者

該当施設なし

既読処理の仕組み(まとめ)

既読になるメカニズム単位	既読の管理単位	レポート単位	ユーザー単位	グループ単位	無回答	合計
受動的既読処理 (レポートを開いたら自動的に既読となる)		5	3	1		9
能動的既読処理 (何らかのアクションを取ると既読となる)		11	1			12
無回答			1		1	2
合計		16	5	1	1	23

5) 課題

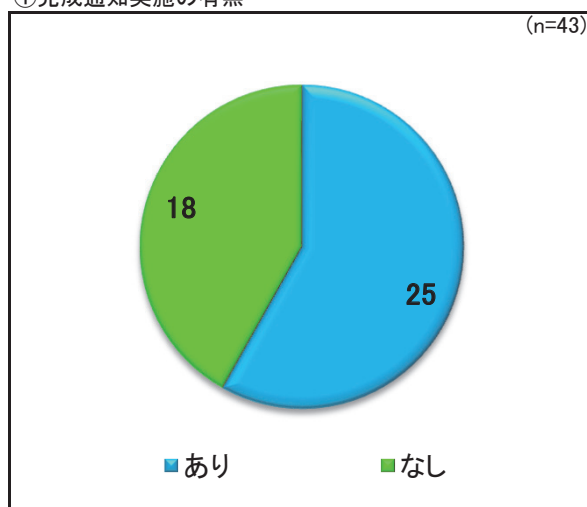
①未読/既読管理に関する課題があれば記載してください

- 1.既読/未読を管理できるシステムがなく、導入、構築したいが課題がある(3)
 - ・ 本当に必要な医師が確認したかを判別できるシステムでなければならない。
 - ・ RIS上の読影クライアントアプリケーションをHISにリンクさせれば現状のシステム構成でも未読/既読管理が可能であるが、HIS側は読影レポートをPDFベースで管理しており、実装できていない。
 - ・ 導入が容易ではない。
- 2.既読/未読を管理するシステムが既にあるが、システム上の課題がある
 - ・ 既読/未読がレポートシステムのみから把握でき、HISに反映されない。
 - ・ 既読/未読は、電子カルテの医師To Do画面からレポートを閲覧した場合のみ更新される。カルテ記事画面や画像ポータル画面から直接レポートを閲覧した場合は、既読更新されない。
 - ・ オーダー者が確認すると既読になるため、研修医オーダーの検査結果を上級医が確認しているか把握できない。
 - ・ 既読処理に複数の方法がある。
- 3.既読/未読管理に関する運用上の課題
 - ・ アクセスログでは、本当に所見を読んだか、記載内容の見落としがないかということまでは確認できない。(4)
 - ・ 件数が多いと十分確認しないまま既読にする可能性がある。
 - ・ 主治医でないユーザのみ既読であった場合の判断(既読レポートと取り扱うべきか、未読レポートとして取りあつかうべきか)が困難である。
 - ・ 修正した場合、依頼科による既読/未読の別がわからず、対応に迷う場合がある。
 - ・ システムで完全に防げるものではなく、電話などによるコミュニケーションが最も効果的である。
 - ・ 確認徹底を周知しているが、実際はレポートを見ていない医師が存在している。
- 4.医療チーム内の連携
 - ・ 外来患者などの長期フォローでは医師の異動があるので診療科医師の範囲で対応することを前提とする仕組みでなければならない。
- 5.管理対象の明確化
 - ・ 読影医が重要所見レポートとしてフラグを付けたもののみ確実に既読管理を行うようにしたい。
- 6.その他
 - ・ 大学病院の医師の仕事量が多く、医師により仕事量の偏りがある。仕事量が多い医師は患者に割り当てる時間が少なく、最低限の確認ですら忘れる状況が生じる可能性が十分にある。時間外労働を当たり前に行っても時間が足りない点に最大の問題がある。

シート(3)レポート完成通知

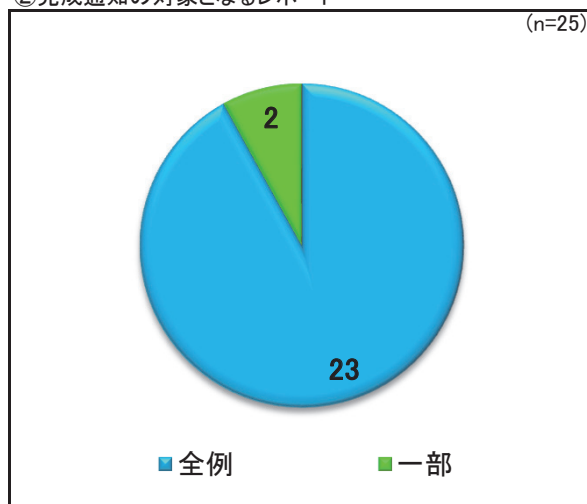
1) 完成通知の実施

① 完成通知実施の有無



「あり」を選択した場合は②へ進んでください
「なし」と回答した場合シート(4)に進んでください

② 完成通知の対象となるレポート



〔「一部」の対象レポート〕

- ・「重要所見フラグありレポート」及び「依頼医から指定されたレポート」
- ・読影依頼付きのオーダーを発行した場合のみ、レポートが通知される

2) 完成通知の方法

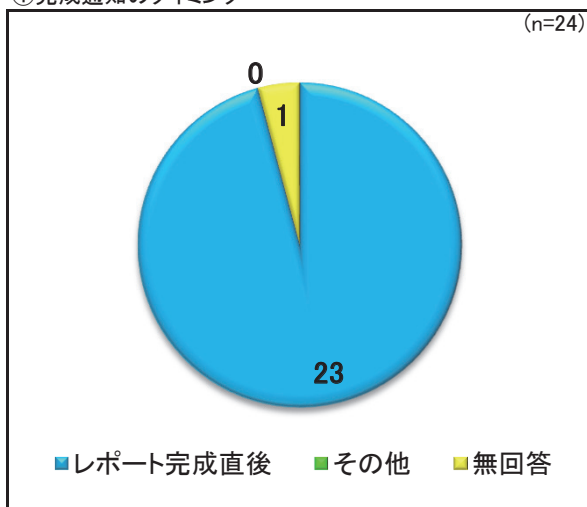
重要所見のみ通知、あるいは通知を全例行うのに加え重要所見は個別に通知を行う大学の「重要所見レポート」の完成通知方法

既読になるメカニズム単位	A大学	B大学	C大学
① 完成通知のタイミング	レポート完成直後	レポート完成直後	レポート完成直後
② 完成通知の対象者	既定値は依頼医だが、依頼医がオーダー時に通知先を別医師(外来主治医等)に変更することも可能	依頼医	患者掲示板に表示されるため、看護師も確認できる。依頼医宛てにもコメントが送られる。
③ 完成通知の担当者	読影医	読影医	読影医
④ 完成通知の通知手段	電子カルテシステムでの通知	電子カルテシステムでの通知	電子カルテシステムでの通知
⑤ 完成通知が来たことがわかる仕組み	電子カルテにログインするとわかる	当該患者のカルテを開くとわかる	電子カルテにログインするとわかる

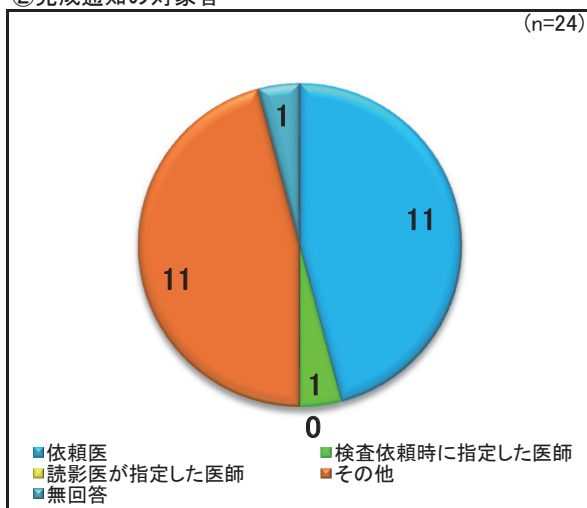
完成通知を全例行うのに加え重要所見は個別に通知を行う大学の重要所見以外の完成通知方法、完成通知を全例行うが重要所見の通知方法を区別していない大学の完成通知の方法

2) 完成通知の方法

① 完成通知のタイミング



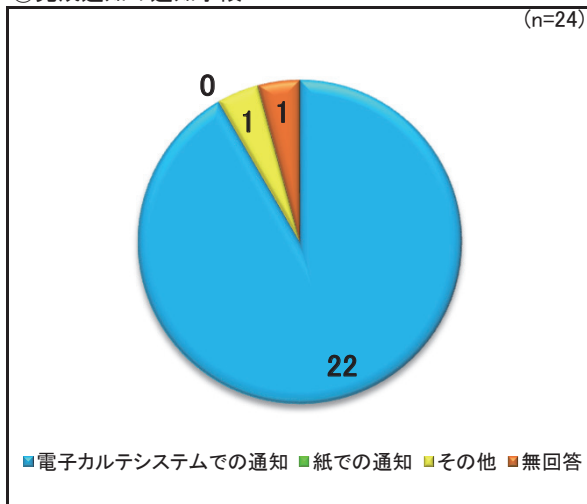
② 完成通知の対象者



〔「その他」の記述〕

- ・対象は限定されていない(4)
- ・依頼診療科に所属する医師(3)
- ・外来では依頼医、入院では依頼医に加え主治医、担当医に通知される
- ・当該患者のカルテに作成済みの記載がされるので、カルテを開けばわかるようになっている
- ・放射線部門のシステムで運用している
- ・その他

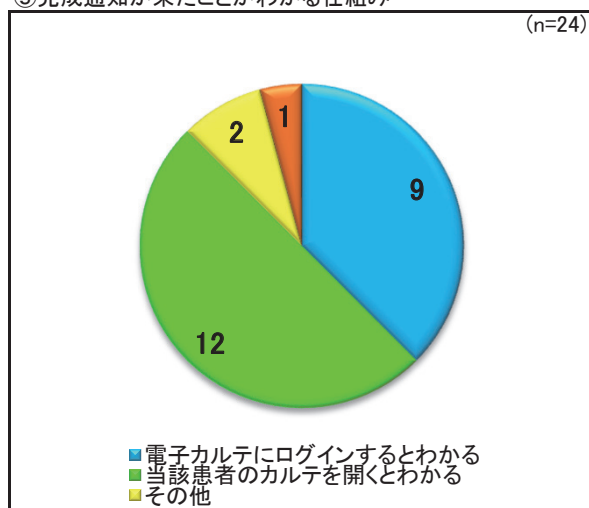
④ 完成通知の通知手段



〔「その他」の記述〕

- ・放射線部内でのシステムで運用している

⑤完成通知が来たことがわかる仕組み



〔「その他」の記述〕

- ・放射線部内でのシステムで運用している
- ・電子カルテ上の受付患者一覧画面や、レポート一覧画面、患者カルテの結果通知欄等を参照することで確認可能

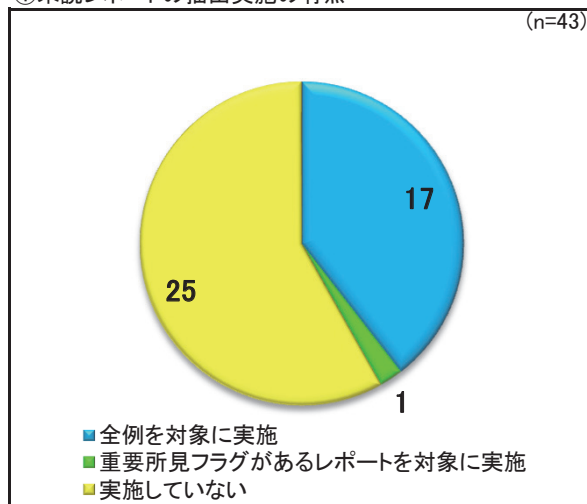
レポート完成通知のまとめ

	重要所見を含むレポート	それ以外のレポート	施設数
1	差別化して通知	通知希望有の場合のみ通知	1
2	差別化して通知	通知	2
3	所見で方法を差別化せず、全例通知		20
4	所見で方法を差別化せず、読影依頼分のみ通知		1
合計			24

シート(4) – (あ) 未読レポートの抽出

1) 未読レポートの抽出

① 未読レポートの抽出実施の有無



- ・「全例を対象に実施」または「重要所見フラグがあるレポートを対象に実施」を選択した場合は2)へ進んでください
- ・「実施していない」と回答した場合ここで終了です

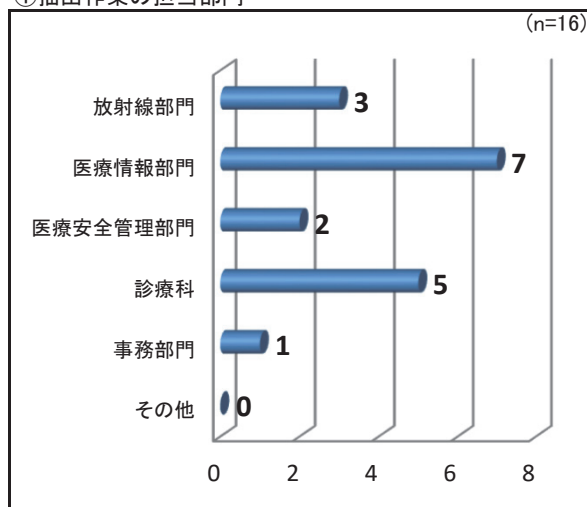
2) 未読レポート抽出の方法

重要所見のみ対象、及び全例対象だが重要所見とそれ以外の所見を区別している大学の「重要所見フラグあり」の未読レポートの抽出方法

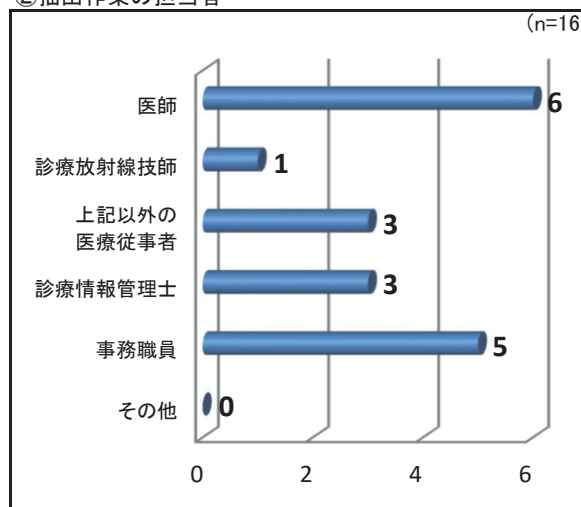
	A大学	B大学
①抽出作業の担当部門	放射線部門	医療情報部門、医療安全管理部門、診療科
②抽出作業の担当者	医師	医師、診療情報管理士
③抽出頻度	定期	一部の診療科は月1回の定期確認を実施、それ以外は不定期
④抽出対象の決め方	基準日時時点で未読の全レポート	基準日時時点で未読の全レポート
⑥抽出作業	手作業で抽出	電子カルテシステムのデータベースを検索して抽出

重要所見フラグをつけているが全例区別なく扱う大学、及び重要所見フラグをつけていない大学の未読レポートの抽出方法 (複数回答)

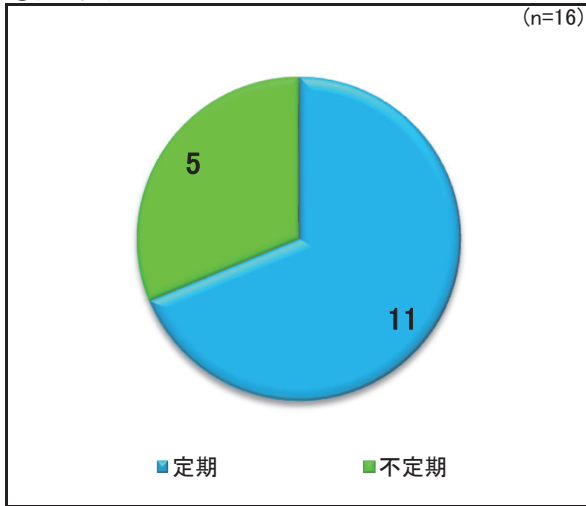
① 抽出作業の担当部門



② 抽出作業の担当者



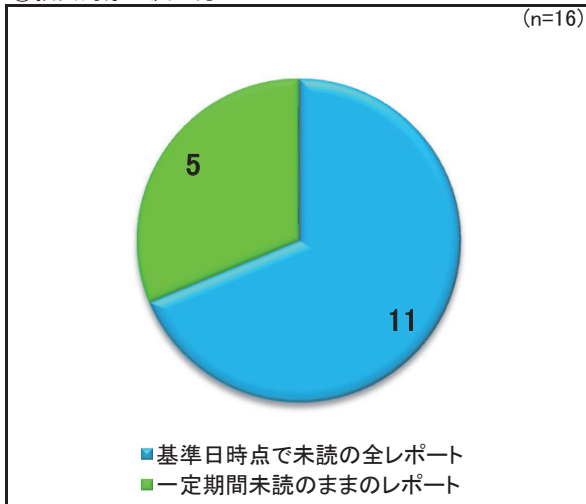
③抽出頻度



〔「頻度」の記述〕

- ・リアルタイム
- ・依頼があった時
- ・期間は定めていないが定期的に行うように通知している
- ・毎月1～2回(月末)
- ・月1回
- ・年1回
- ・週1回(月曜日)

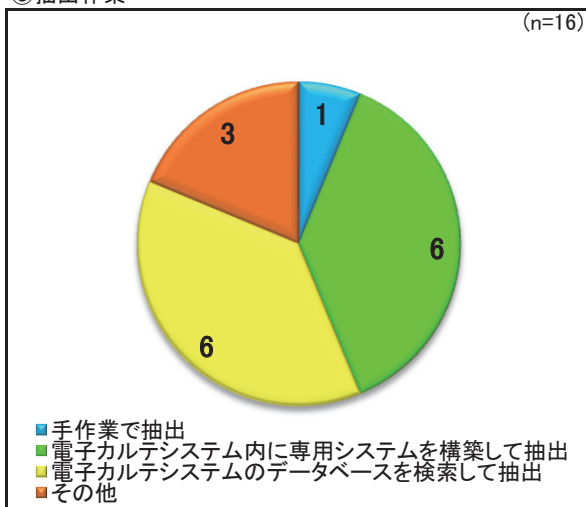
④抽出対象の決め方



〔抽出対象〕

- ・1日(翌日確認)
- ・1か月以上未読
- ・3か月
- ・6か月までの各時期と、6か月以降
- ・診療科においては30日。安全管理部においては60日。
- ・抽出月の月末に前月分までの未読を抽出する。
- ・依頼科が自由に抽出できる。

⑥抽出作業



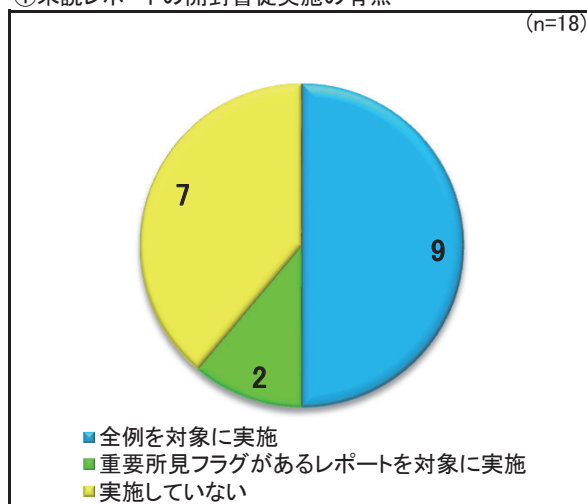
〔「その他」の記述〕

- ・レポートシステムから
- ・電子カルテのデータを電子カルテ外で自動的に抽出する。
- ・電子カルテシステムと連携した部門システムで検索抽出する仕組みを構築した。

シート(4) – (い) 未読レポート開封督促

1) 未読レポートの開封督促

① 未読レポートの開封督促実施の有無



- ・「全例を対象に実施」または「重要所見フラグがあるレポートを対象に実施」を選択した場合は2)へ進んでください
- ・「実施していない」と回答した場合はここで終了です

2) 未読レポート開封督促方法

重要所見のみ対象、あるいは全例を対象としているが重要所見に対しては別の扱いをする大学の重要所見レポート開封督促方法

	大学A	大学B
①開封督促作業の担当部門	放射線部門	医療情報部門、診療科
②開封督促作業の担当者	医師、事務職員	医師、診療情報管理士 ※電子カルテのToDo機能を用いて、重要所見未読の場合は、ToDoアイコンを黄色に点滅させて、督促する
③督促頻度	定期	定期 ※一部の診療科は月1回の定期確認を実施、それ以外は不定期、ToDo機能はリアルタイム
④開封督促の通知の送付先	医師個人	医師個人
⑤開封督促の通知方法	書面にて通知し返信をもらいチェック	電子カルテシステムで通知する
⑥開封督促通知が来たことがわかる仕組み	—	電子カルテにログインするとわかる

重要所見フラグをつけているが全例区別なく扱う大学、及び重要所見フラグをつけていない大学の未読レポートの開封督促方法

	大学A	大学B	大学C	大学D	大学E	大学F	大学G	大学H	大学I
①開封督促作業の担当部門	診療科	診療科	放射線部門	医療安全管理部門	医療安全管理部門	医療安全管理部門	医療情報部門、事務部門	医療情報部門	医療情報部門
②開封督促作業の担当者	その他	医師	事務職員	診療情報管理士	医師・診療放射線技師以外の医療従事者	医師・診療放射線技師以外の医療従事者	診療情報管理士	診療情報管理士	事務職員
③督促頻度	不定期	定期	定期	定期	定期	定期	定期	定期	定期
④開封督促の通知の送付先	その他	その他	その他	医師個人、リスクマネージャー	診療科長	診療科長	診療科長	その他	診療科長
⑤開封督促の通知方法	その他	その他	その他	電話、メール	その他	その他	その他	メール	その他
⑥開封督促通知が来たことがわかる仕組み	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	その他	無回答	無回答

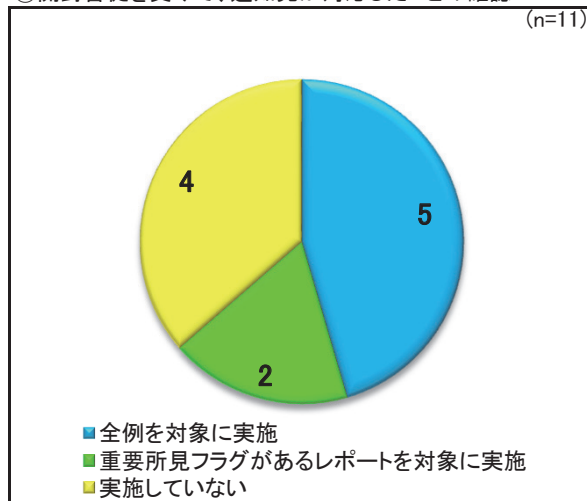
「⑤開封督促の通知方法」の「その他」の内容

- ・未読レポートの一覧を作成し、紙媒体で通知する。(4)
- ・各診療科の未読レポート確認担当医が、当該医師に直接通知する。
- ・診療科に任せている。

シート(4)－(う)未読レポート開封督促への対応確認

1)未読レポートの開封督促への対応確認

①開封督促を受けて、通知先が対応したことの確認



- ・「全例を対象に実施」または「重要所見フラグがあるレポートを対象に実施」を選択した場合は2)へ進んでください
- ・「実施していない」と回答した場合はここで終了です

2)開封督促への対応の確認方法

重要所見のみ対象、あるいは全例を対象としているが重要所見に対しては別の扱いをする大学の未読レポート開封督促への対応確認方法

	大学A	大学B
①開封督促への対応確認の作業担当部署	放射線部門	診療科
②開封督促への対応確認作業の担当者	事務職員(医師作業補助者がサポートしている)	医師
③確認の範囲	開封済みとなったことと、適切な対応をしたことを確認する	開封済みとなったことと、適切な対応をしたことを確認する
④「適切な対応」の具体的な確認方法	診療記録にて確認	診療記録にて確認
⑤確認結果の情報共有、報告先	督促作業を担当した部門・科以外には情報共有、報告しない	院内の委員会等
⑥「院内の委員会等」の内容	—	リスクマネジメント委員会

重要所見フラグをつけているが全例区別なく扱う大学、及び重要所見フラグをつけていない大学の未読レポート開封督促への対応確認方法

	大学A	大学B	大学C	大学D	大学E
①開封督促への対応確認の作業担当部署	診療科	医療安全管理部門、診療科	医療安全管理部門	医療安全管理部門、診療科、事務部門	医療情報部門
②開封督促への対応確認作業の担当者	各診療科の未読レポート確認担当医師	医師	医師・診療放射線技師以外の医療従事者	診療情報管理士	診療情報管理士
③確認の範囲	開封済みとなったことだけを確認する	開封済みとなったことと、適切な対応をしたことを確認する	開封済みとなったことだけを確認する	開封済みとなったことだけを確認する	開封済みとなったことだけを確認する
④「適切な対応」の具体的な確認方法	—	安全管理部の専任医師がすべて確認する。	—	—	—
⑤確認結果の情報共有、報告先	督促作業を担当した部門・科以外には情報共有、報告しない	院内の委員会等	督促作業を担当した部門・科以外には情報共有、報告しない	督促作業を担当した部門・科以外には情報共有、報告しない	院内の委員会等
⑥「院内の委員会等」の内容	—	各QSM会議、推進会、常任会	—	—	診療記録管理委員会

6. 重点項目の調査結果 〔訪問調査〕

6. 重点項目の調査結果〔訪問調査〕

(1) 訪問調査結果のまとめ

1) 依頼医から読影医への検査意図の正確な伝達

各施設で実際に検査依頼用紙を10件確認し、検査目的および読影に必要な患者の背景（既往歴、現病歴等）が明確に記載されているかを確認したところ、43施設中29施設が、全例とも十分に記載されていると判定された。記載が10件とも不十分と判定された施設はなかった。

検査意図の正確な伝達については、院内でオリエンテーションや教育の機会を設けている施設が多く、実際の依頼内容に不備がある場合には、放射線科（読影医）から依頼医に対してフィードバックを実施していると回答した施設もあった。電子カルテシステム上の工夫として、必須入力項目の設定、検査データや患者基本情報の自動表示や撮影部位を正確に伝えるためのシェーマ機能等の入力支援、重要項目についてはコピー＆ペーストの禁止等を実施している施設があった。

2) 読影医から依頼医への重要所見の正確な伝達

各施設で実際に記載された読影レポート3件確認し、偶発的に発見された重要所見について、とるべき行動が提案されているかを検討したところ、43施設中36施設において、全例とも十分に記載されていると判定された。全例で不十分とされた施設はなかった。

重要所見が他の所見に紛れてしまわないように、視認性を向上させる仕組みとして、重要度を反映した記載順序、文字サイズや色による強調、システムによる重要度の区分け表示、キー画像添付等の工夫がなされていた。

3) レポートの適切な未読／既読管理

レポートの「未読／既読」管理に関する課題として、患者個人のカルテを開かないと分からない、既読にした医療者が分からない（レポート単位の既読管理の場合、既読にすべき者が本当に既読にしたのか分からない）、依頼医本人しか既読にできない、既読にできるルートが複数ある（履歴が一致しない）等の事項が指摘された。また、未読／既読のリストが自動抽出できない、医師の異動情報を加味した既読／未読の判別が困難であること、未読を通知することは可能であるが、多すぎるとアラートとして機能しないこと等、未読／既読情報をもとに、安全対策を講じることにかかる運用上の課題に関する指摘もあった。

4) レポートを確認し、必要な対応をしたことの記録（確認、対応漏れ防止のための取り組み）

レポートの確認、対応漏れを防止するため、病院で掲げているポリシーや診療科での取り組みについて確認したところ、診療科としてカンファレンスやミーティングの機会を利用した教育、情報伝達のためのチェックシート作成、所見の診療録への記載指導等が行われていた。また、診療科独自に未読レポートを定期的に抽出、確認する等の体制をとっている施設もあった。なお、オーダーした検査のレポートを確認し対応することが依頼医の責務であることを教育・指導しているか（されているか）について、各施設で2診療科の医師に確認したところ、86名中78名がしている（されたことがある）と回答した。

5) レポートを確認し、必要な対応をしたことの記録（チーム内の申し送り）

画像診断結果に関する情報をチーム内およびチーム間で確実に申し送るための工夫としては、診療科のカンファレンスや勤務交代時のミーティングの機会を利用して複数人で画像やレポートを確認する、カルテ記載や申し送りフォームでの情報共有を徹底する等の実践がなされていた。重要所見や未実施の検査オーダー等の申し送りを確実にするように、教育・指導をしているか（されたことがあるか）について、各施設で2診療科の医師に確認したところ、86名中69名がしている（されたことがある）と回答したが、13名はしていない（されたことがない）と回答した。

救急患者の読影レポートに関する確認漏れがないようにチームとして確認する仕組みがあるか否かについては、35施設があると回答し、具体的な仕組みとしては、夜間・休日検査時は、必要時は専門診療科の当直医にコンサルトする体制、夜間でも放射線科医による読影を行う、夜間検査分は翌日勤務者がレポートを確認する、カンファレンスにおいて複数名で画像やレポートを確認する、上級医や責任者が定期的に確認する等が挙げられた。また、入院せずに帰宅した症例、院内で転棟した症例、他院へ転院した症例における対応漏れについて特に注意し対策を講じている施設もあった。

6) 画像診断レポート確認に関する患者参加の取り組み

画像診断レポートの確認に関して患者と協同するため、説明のための再診日を必ず設定して患者に伝える、院内掲示や声かけを通じて積極的に患者が検査結果を確認することを促す、という実践例の報告があった。画像診断レポートを患者に手渡すことについては、各施設において対応に関する方針が分かっていた。

7) レポート確認漏れを防ぐための取り組みの効果や今後の課題

①これまでの経験、有効性を示すデータ、課題

読影医から依頼医への情報伝達のためには電話連絡が最も確実であるとの意見が多

く、円滑な連絡のために有効な事項として、依頼票への連絡先記載や日常からのコミュニケーション構築等が挙げられた。

レポートの確認状況を、各診療科で自律的に管理するよう促す働きかけとして、診療科独自のレポート確認体制や取り組みについての情報を委員会で共有することや、各診療科でも未読レポートや重要所見を含むレポートの一覧を確認できるシステムの構築、診療科長への未読レポート一覧の通達等が有効であるとの回答があった。

システムによるサポートとして、完成通知や未読時のアラート表示があるが、確実な既読処理やアラート対応がなされてはじめて有効なものとなることを複数の施設が課題として挙げた。重要度を差別化して通知することも対策の一つであるが、基準作りが困難との意見もあった。

また本質的には、既読処理やアラート処理だけではなく、診療にあたる医師間でレポート内容が情報共有され適切に診療に反映されているかを確認することが重要であると多くの施設が指摘した。患者参加もそのために必要であるが、レポートを患者に渡す際には十分な説明や配慮が必要との意見があった。

②今後取り組みたいこと

各科窓口代表を決める等、読影医から診療科への確実な伝達体制を整えること、および、職員への教育（依頼医の責務についての周知、システム機能および運用に関する周知）は取り組みやすく、多くの施設が目標に挙げた。

また、重要所見が認識されやすいよう、フラグの設定やレポート記載方法の改善に取り組むとする施設が多かった。

情報システムの改良については、各施設のシステム更新タイミングに合わせるため、その時期は異なるが、多くの施設が未読/既読処理システム、未読レポートの自動抽出、アラート通知システムの構築を目標に掲げた。上記 7)①でも指摘されたように、読影レポートを受けて適切に対応したことを確認することが重要であるが、情報システムのみで解決することは困難である。本質的かつ現実的な対策としては、まず診療科単位で確認体制を整備することを挙げる施設も複数あった。長期的には病院として診療録モニタリングの運用方法の検討や情報共有システムの構築、AI 活用の検討を行うとする施設もあった。

患者参加推進のため、結果説明日の明示化や、主治医に結果を確認するよう患者に促す活動が挙げられた。

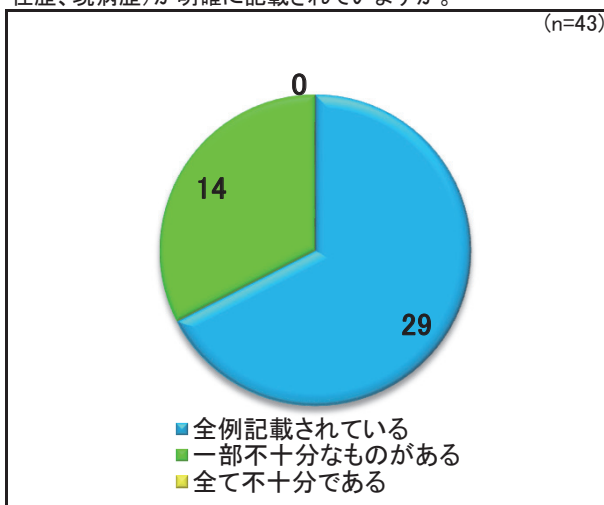
③実現の障壁

情報システム改修のための資金および時間がかかることが最多の課題であったが、正しい運用のための継続的な職員教育が重要であるという意見が複数あった。

(2) 訪問調査の集計結果

1) 依頼医から読影医への検査意図の正確な伝達

①検査用紙に、検査の目的や読影に必要な患者の背景(既往歴、現病歴)が明確に記載されていますか。



②検査意図が正確に伝達されるように、依頼医や読影医に対して、教育や周知を実施していますか。

1. 教育や通知

- ・リスクマネジャーを対象にオリエンテーションを実施している。
- ・新入職員、新入医師を対象にオリエンテーションで教育を実施している。
- ・学生実習や研修医指導の機会に教育している。
- ・新規採用者の電子カルテの操作説明時に職員へ指導している。
- ・定期的な勉強会と各科とのカンファレンスを通じて周知している。
- ・各診療科や現場で実践的に教育している。
- ・検査目的を明確に示すことが重要であることを指導している。
- ・検査依頼書への的確な入力について放射線部から通達を実施した。

2. 放射線科によるフィードバックの実施

- ・依頼内容が不十分な際は、修正を依頼している。
- ・放射線科医が依頼内容を事前にチェックし、記載内容が不十分、不明確な場合は依頼医に連絡、確認する。このプロセスも教育の一助となっている。
- ・依頼内容に不備がある場合には、レポートに記載し、依頼医に注意喚起をする。
- ・読影医が、診療科のカンファレンスに参加したときに、特殊検査等はコメントに記載してもらえるよう依頼している。
- ・検査意図が不明確な場合、読影医は電子カルテで診療経過を確認し判断している。電子カルテの確認で不十分な場合は、検査前、読影時に放射線科医師から依頼医へ検査意図を確認することがある。

③検査意図の正確な伝達、適切なレポート作成のために有用な、電子カルテシステム上の工夫がありますか。

1. 必須入力項目を定める

- ・検査において必要な情報を定めてオーダー時に必須項目としている。
【項目例】アレルギー歴、腎機能、主訴、臨床経過、所見、検査目的、読影希望事項、区分(通常・緊急)、注意点、臨床診断名、合併症、コメント、PHS番号
- ・必須項目を設定し、表記を赤にして伝達エラーを予防している。

2. 検査データの自動表示、入力の簡素化

- ・検査データ等が自動入力される仕組みがある。
【項目例】eGFR、腎機能を含めた血液検査(主要項目)の最新データ、患者の基本情報(体内金属等)、依頼医のPHS番号
- ・テンプレート、入力フォーマットがある。
- ・目的入力の項目に定型文がある。
- ・撮影部位を明確に伝えられるようにシェーマ機能がある。
- ・同時に複数の検査オーダーを同目的で実施する際には、検査目的の転写機能がある。また、前回入力した内容の転写も可能である。
- ・オーダー時に電子カルテ記載情報からの転記が可能な仕組みがある。

3. コピー&ペーストの禁止

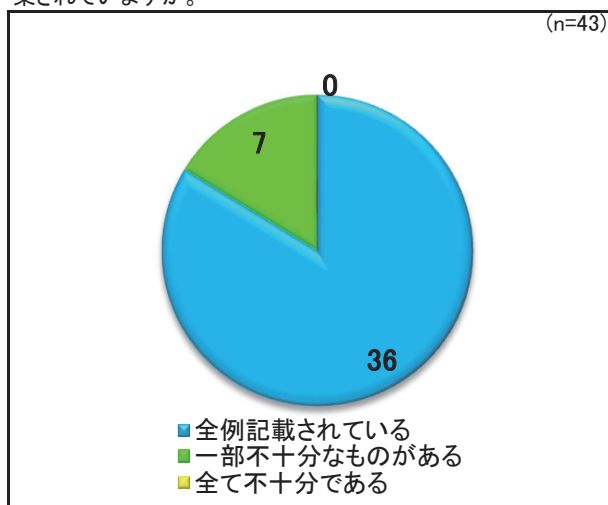
- ・入力事項を①病歴、②読影医に読んでもらいたい事項の2つに分け、後者はコピーできないようにしている。
- ・アレルギー歴や内服薬等の重要なチェック項目についてはコピーandペーストができないようになっており、最新の情報が確実に毎回チェックする。
- ・検査依頼用紙は手書きであり、PDFファイルで取り込む方式となっている。
- ・検査意図は手書きであり、電子カルテ上のシステムでスキャン画像が閲覧できるようになっている。

4. その他

- ・RIS上では3ヶ月以内の最新の血液検査情報が表示される。

2)読影医から依頼医への重要所見の正確な伝達

①偶発的に発見された重要所見について、とるべき行動が提案されていますか。



②重要所見が他の所見にまぎれてしまわないように、視認性向上のための報告書様式上の工夫がされていますか。

1. 記載場所、記載順

- ・依頼記載に沿った順で記載する。
- ・診断の冒頭に記載する。
- ・レポートの文頭に記載する。
- ・findings, impression の両方に記載する。
- ・重要度の高い単語から記載する。
- ・頸部から骨盤まで正規順序で記載するのではなく、異常所見領域から記載する。
- ・一連の疾患は一行に記載し、別疾患についての記載は改行を行うなどのメリハリをつける。
- ・確実に伝えるべきポイントは、レポートの最後の欄にまとめて記載する。
- ・レポート総括(診断・結論)の欄に重要所見(偶発症所見を含む)とそれに対して取るべき行動提案を記載する。

2. 文字サイズ、色、装飾

- ・文字の色、フォント、大きさ、太さの変更、アンダーラインの付与を行う。
- ・文字の大きさや変色はその部分のみが目立やすく、内容をすべて確認する作業を怠る要因となるため行わないことが共通認識となっている。

3. 文章の表現

- ・「疑いがあります。ご精査ください」と次の診療に引きつぐ表現で記載する。

4. システムによる区分け表示

- ・レポートの確定時に重要度を区分けして登録する仕組みある。
- ・重要度の区分けが電子カルテでの画像のレポート一覧では、画面上色分けして表示される。
- ・「パニック値」にチェックされると、医頼医が電子カルテを立ち上げた際に、通知される仕組みがある。
- ・読影レポートに至急と注意喚起のタグがあり、緊急を要する病変や偶然見つけた所見を依頼医に知らせる機能がある。

5. 画像の添付、画像へのリンク

- ・重要所見についてはキー画像を添付する。
- ・キー画像には矢印をつけるなどの強調を行う。
- ・キー画像の矢印は色を変えて強調することが可能である。
- ・重要所見に関する文字を強調文字にすると共に、強調文字部分から該当する画像を直接ハイパーリンクで表示するシステムを構築している。検査目的からは予期困難と考えられる所見については必ず文字強調と該当画像のハイパーリンクを作成し、依頼医にわかりやすいようにする。
- ・レポートの文章と画像とをリンクすることができ、その部分は赤太字になる。

6. その他

- ・重要所見については主治医に直接電話等で連絡する。
- ・重要箇所のフォントや文字色を変えるなどはRIS上では設定可能であるが、HISに転送した時点で設定が引き継がれない。RIS上で読影医が重要フラグを立てると、リスト上でそのフラグを確認することができる。この情報を利用し、患者のカルテ記載を確認し、フラグの内容が確認できない場合は直接主治医に連絡するスキームを構築し運用している。

3)レポートの適切な未読／既読管理

①レポートの「未読／既読」管理に関して、どのような問題点がありますか。具体的に教えてください。

1. 未読／既読を管理できる機能がない

2. 未読／既読の管理単位に関する課題

- ・患者個人のカルテを開かないと未読／既読の判別ができない。
- ・どの医療者が既読にしたのか判別がつかない。
- ・他科がオーダーした検査は、確認しても既読にできない。
- ・依頼医本人しか既読にできない。未読通知を送付できない。
- ・既読にできる人が複数名の場合、確認すべき人が確認したのかわからない。
- ・確認すべき人が複数名いるの場合、レポート単位の管理では対応できない。
- ・放射線科医側が、依頼医がレポートを読んだかわからない。

3. 未読／既読を管理するシステムにかかる課題

- ・システム上の仮題既読にできるルートが複数あり、レポートを確認しても既読にならないルートがある。
- ・部門システムでは未読／既読がわかるが、電子カルテではわからない。

4. 未読／既読管理に関する運用上の課題

- ・システム上、既読であっても本当に内容を読んでいるかどうかわからない。所見見落としの完全な対策にはならない。
- ・レポート確認後に次のアクションを選択、記載させるなど能動的な既読処理方法を検討する必要がある。
- ・未読／既読のリストが自動抽出できない。もしくは、可能であるが手間がかかり、実際にはチェックできていない。
- ・医師の異動があるため、臨床の実際を反映した「未読／既読」の判別が難しい。
- ・運用方法の具体的な検討ができていない。
- ・未読があることを電子カルテのToDo機能等で医師に通知することは可能であるが、多すぎる場合はアラートとして機能しない。

4)レポートを確認し、必要な対応をしたことの記録(確認、対応漏れ防止のための取り組み)

①レポートの確認、対応漏れを防止するため、病院で掲げているポリシー、診療科独自の取り組み、記録誘導や監査の方法があれば教えてください。

1. カンファレンスやミーティングで確認する

- ・カンファレンス(診療科、複数診療科、放射線科合同)で確認、情報交換を行う。
- ・ミーティングで確認し、必要があればレポートをプリントアウトし、担当医へ連絡する。

2. 情報伝達、情報確認ツールの作成

- ・リスクマネジャーを通じた情報伝達を行う。
- ・チェックシートを作成し、レポートの見落としや伝達漏れを防いでいる。

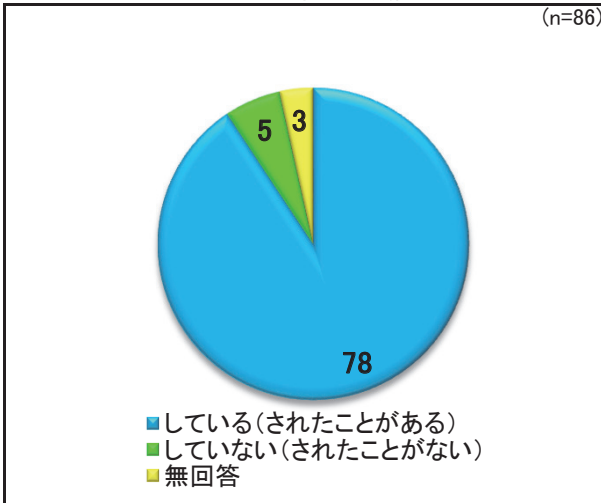
3. 診療録への記載や確認

- ・診療録にレポートをコピー&ペーストする。
- ・要確認の症例を電子カルテで放射線科医がフォローしている(一部のみ。個々の放射線科医に依存)。

4. 未読レポートの集中的な管理

- ・診療科及び病院全体として定期的に未読の一覧を作成し、監査を実施している
- ・病院として医事課が定期的に診療録監査を行い、会議で報告・周知している。

②オーダーした検査のレポートを確認し、対応することが依頼医の責務であることを教育・指導していますか(されたことがありますか)。(医師2名(別の診療科)に質問)



5) レポートを確認し、必要な対応をしたことの記録(チーム内の申し送り)

① 申し送りを確実にするために、医療チーム内での情報共有に関する工夫があれば教えてください。

1. 画像、レポートの確認体制

- ・画像は診療科全員で供覧し、その際にレポートをチェックする。レポート未完成の場合は放射線科に問い合わせる。
- ・CT画像は全て複数人で確認する。
- ・チームやスタッフ全員で診療にあたる。
- ・外来担当医を毎回変える。
- ・時間内に完成したレポートは当日のうちに確認する。
- ・平日、休日夜間帯を問わず依頼した医師がレポートを確認するようにしている。どうしてもレポートが出るまで在院していることが難しい場合は、当直医や日直医に引き継ぎを行っている。

2. カルテ記載

- ・レポートの指摘事項をプロブレムリストに追記する。
- ・読影レポートを確認した記録をカルテに記載する。
- ・問題のあったレポートについてはカルテにも記載する。

3. カンファレンスの実施

- ・カンファレンス(グループ、診療科、複数診療科)を実施している。
- ・勤務交代時にミーティングを行う。
- ・全科共通のカンファレンス記録テンプレートにカンファレンス内容を記載している。記録内容は診療科内で教育し、上級医が監査する体制がある。

4. 申し送りの体制

- ・申し送りのフォームあり、確実に申し送れるシステムとなっている。
- ・できるだけ情報を伝達する相手に直接会って伝えるようにしている。難しい場合は電子カルテの付箋を利用する。
- ・電子カルテの掲示板やメールを利用し、申し送りを実施する。
- ・当直交替時は、当直日誌を利用して情報共有する。

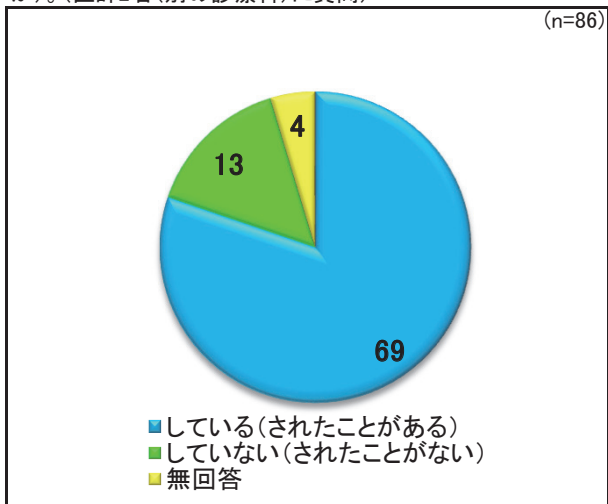
5. 教育指導

- ・研修医に対して、申し送りの徹底を指導している。
- ・診療科によっては教育・指導用のマニュアルを作成している。

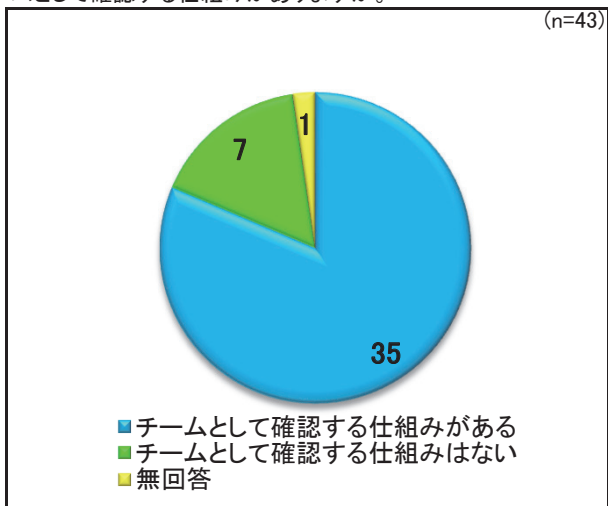
6. 未読レポートの抽出

- ・定期的にクラークがレポートの未読や外来予約がない患者をリストアップする。

②重要所見や未実施の検査オーダー等の申し送りを確実に
 するように、教育・指導していますか(されたことがあります
 か)。(医師2名(別の診療科)に質問)



③救急患者の読影レポートに対する確認漏れがないようチ
 ムとして確認する仕組みがありますか。



「仕組みがある」ときはその内容

1. 検査時点で所見を確認する

- ・検査時に主治医が検査に立ち会い、撮影と同時に放射線科医とディスカッションし異常所見について確認する。放射線科医はその直後にレポートを作成する。
- ・検査室で放射線科医と救急医と一緒に所見を確認していることが多い。その後、救急患者のレポート作成依頼をした時は、放射線科からコメント完成時に電話連絡がある。

2. 読影依頼、読影体制

- ・全例に読影を依頼する。
- ・夜勤帯や土日祝日は、放射線科当直医に電話にて読影依頼やコンサルトを行う。
- ・救急患者の場合、レポートが出る前に直接電話で確認を取っていることが多い。(救急外来での個人負担が大きく、漏れる可能性もあるため。)
- ・夜間に撮影したCT、MRIについては、必要時は脳神経外科、外科等の当直医に読影を依頼している。
- ・夜間を含め、CT、MRIの所見は、放射線科医の当直による読影を必ず実施し、口頭で所見を連絡している。(レポート作成は翌日の日中になることもあるが、救命救急センターの上級医が中心となって内容を確認している。)
- ・造影CTは放射線科に連絡し、平日は1時間以内に読影レポートができるようになっている。
- ・夜間・休日は仮レポートが電子カルテに記載され、翌日に正式レポートで報告される。

3. 放射線科医や専門科との直接的なコミュニケーションの実施

- ・緊急性の高いものは電話等で直接、放射線科医とディスカッションしながら対応を検討している。
- ・不明点や不確実な所見がある時は、放射線科医に電話で確認する。
- ・読影レポートが遅れている場合、各専門診療科と画像を確認している。放射線診断医は全例画像をチェックし、カルテと照合し救急医に連絡する場合がある。
- ・診療科だけでなく、放射線科医もカルテをチェックし救急医と所見が異なる際には速やかに電話等で連絡をとっている。

4. 所見及び、レポートの確認体制

- ・救急部の医師はレポートを直ちに参照する習慣が身についている。
- ・毎日のカンファレンス(朝・夕)において、画像とレポートの再確認を行う。
- ・毎日のカンファレンスに加え、週間、月間のカンファレンスで確認を行う。
- ・スタッフ全員が、全患者の所見を確認し、相互に情報共有している。
- ・依頼医師だけで確認するのではなく、複数名で確認を行う。
- ・経験の浅い医師が読影・確認をする場合、放射線科医と上級医の所見を合わせたものを渡し、漏れないよう対策をとっている。
- ・上級医や責任者が定期的にチェックする(臨床チーム責任者、リーダー医師、救急部長等)。
- ・夜間は正式な所見レポートが確認できないため、翌日の救急当直・当直医が前日分までの読影レポートを確認し、対応する仕組みとしている。
- ・週毎に担当医師を決め、それまでの読影レポートの未確認がないかを確認する仕組みをとっている。
- ・救命救急センターで日勤だけを担当する医師が、カルテを細かく確認するフォロー体制を敷いている。

5. 診療録への記載

- ・依頼した検査や今後必要な検査のサマリーをカルテに記載している。

6. システムの機能等を利用した定期的な確認漏れ防止

- ・To Do アラートシステムにより、未読レポートをチェックしている。
- ・「患者掲示板」「未読レポート一覧」というレポート通知機能を使用している。

7. 転倒、転院、退院(未入院)等の症例におけるレポート確認や情報共有

- ・仮レポートは救急科、正式レポートは各診療科が確認するようになっている。
- ・診療科へ転科となるタイミングで情報共有を行っている。
- ・ICUから病棟へ移る際は、口頭もしくはカルテで申し送りを行う。
- ・一次救急で来院した患者の帰宅後に完成したレポートに意図しない重要所見があった場合はコールバックする。
- ・救急患者滞在時間内は救急医をPHSコールする。翌日になる場合は翌日のモーニングカンファレンスでチェックする。結果がそれ以降になる場合チェックする仕組みは無い。
- ・放射線科医が週1回の全体カンファレンスにも参加し、入院患者および帰宅させた患者の画像をチェックしている。
- ・救急外来から帰宅させた患者(入院の必要がなかった患者)については、確認漏れが起きないように特段の注意を払っている。
- ・救急外来を受診した患者には帰宅前に、新たな所見が判明した場合には電話連絡する旨の説明を実施している。
- ・救急科では、フォローが必要な患者については紹介状を提供している。市内への紹介先には当大学病院勤務の救急医が勤務する曜日があり、継続して地域の病院との連携がとれるようにシステム化されている。市内以外に紹介状を記載する場合には、確認漏れを防ぐために最低2回のカンファレンスに症例提示するようにして、複数の救急医でのチェック体制がある。

8. その他

- ・勉強会で周知している。
- ・読影レポートを確認するように診療科医師全体に教育している。

6) 画像診断レポート確認に関する患者参加の取り組み

①海外では、レポートを確実に確認し、必要な対応を行うために、患者さんとも協同することが推奨されています。このことに関して、既に実践していることがあれば教えてください。

1. 説明方法の工夫

- ・画像診断レポートや記載し直したサマリーを患者に渡して説明する。
- ・患者と一緒に画像やレポートを確認し、説明する。(レポートは渡さない)。
- ・病診連携にレポートを開示している。

2. 説明機会の調整

- ・外来で読影結果が出るまで待ってもらい説明する。
- ・検査結果説明のための再診日を必ず予約し、患者に伝える。
- ・再診日がレポート作成後より後の時期となるようにする。
- ・次回受診日を早めに設定しておく。
- ・画像検査の日には検査のみで結果は説明せず、後日に検査結果説明の場を別に設ける。結果説明日に担当医が患者へ画像検査結果を説明し忘れることのないように、申し送り事項としてカルテに説明予定である旨を記載する。

3. 患者への働きかけ

- ・院内の掲示、声掛け等より、積極的に患者に検査結果を聞くことを促している。
- ・医師から説明がない場合は患者から聞いてもらえるように伝えている。

4. 説明の習慣化

- ・検査後に遅滞なく結果を説明することを習慣しているため、説明し忘れがあれば、患者の方から問い合わせがある。

7)レポートの確認漏れを防ぐための取り組みの効果や今後の課題

①これまでの取り組みの経験、有効性を示すデータや事例、情報システムの構築における限界や課題として共有できることがあれば教えてください。

〈これまでの経験、有効性を示すデータ〉

【読影医－依頼医間の確実な連絡体制】

- ・各診療科とはカンファレンスなどを通し、十分な信頼関係が築かれている。(2)
- ・連絡先を必ず依頼伝票に明記する。
- ・依頼医に直接電話連絡するのが最も有効(メールのみでは不十分)。
- ・依頼医への電話連絡、および、その旨をレポートおよびカルテへ記載。
- ・依頼医への電話連絡、および、電子カルテ上の緊急メール配信。
- ・スマートフォンを用いたアラート通知システムを開発中。

【重要度の層別化】

- ・レポートの重要度をレベル付けして登録する機能を運用している。(2)

【管理的督促の効果】

- ・各診療科および安全管理部の未読/既読モニタリングと、未読者への連絡の結果、未読レポートは著明に減少している。

【診療科での自律的未読管理の推奨】

- ・診療科内で未読管理を自律的に行ってもらうことを目的に、未読一覧を診療科長に通達することを病院長発信で開始したところ、未読割合は減少傾向にある。
- ・各診療科でも未読/既読レポートや重要レポートの一覧を確認できるシステムを構築。
- ・リスクマネジメント会議で、各診療科の未読管理に関する取り組みを紹介し、参考にってもらうよう働きかけている。

【多職種のサポート】

- ・準緊急の所見は医療クラークから通知する。
- ・医療クラークが診察記事内容をチェックし、レポート結果を把握した痕跡がない場合は主治医に連絡する。

〈課題〉

【読影】

- ・重要度、連絡基準を決めることが困難。(3)
- ・不十分な読影体制
- ・レポートの視認性向上(文字の色変え、拡大など)が困難。

【システムでの通知】

- ・複数のメッセージが表示されると無視されたり十分な確認がなされないまま作業的に閉じていくことになりやすい(アラート疲労)。
- ・システム間の連携不全
- ・レポートが完成すると患者カルテに自動転記されることによって、レポート自体を開かない事態が発生している。
- ・レポートへのリンクが複数あるため、既読処理やToDo処理が確実になされない。(4)

【確認の在り方】

- ・レポートの結果を診療にあたる医師間で共有し、適切に患者へ診療を提供しているかどうかまで踏み込んだ確認作業が必要だが、対応の確認は容易でない。(7)

【運用、教育】

- ・システムだけで解決できる問題ではなく、運用とのバランスが重要。(3)
- ・医療安全に関する研修会が必要。
- ・特に医師の異動時期に注意喚起が必要。

【放射線部へのフィードバック】

- ・読影医側でも未読/既読の確認ができるようにする。(3)

【患者参加】

- ・レポートを患者にそのまま渡すだけでなく、十分な説明や配慮が必要。(2)

②画像診断レポート等の確認に関する安全対策に関して、自施設で今後取り組みたいことを〔(ア)今後1年程度で実現可能なもの〕〔(イ)実現するには今後1年以上かかるが、取り組みたいこと〕に分けて、それぞれ2点まで挙げてください。

(ア)今後1年程度で実現可能なもの

【検査依頼】

- ・オーダー時の依頼コメントを充実させる。
- ・検査(読影依頼)が年々増加しているが、不要な検査(読影依頼)が行われていないかをチェックする必要がある。

【重要所見】

- ・放射線科内での重要所見の定義、連絡基準を作成する。(3)
- ・重要所見の確実な伝達体制(人的)(11):電話で直接連絡、各科窓口代表を決める、オーダー時に依頼医PHS番号を表記、印刷して配布
- ・重要所見の連絡(システム上)(5):レポート至急参照アラート、重要所見フラグ
- ・レポート記載の工夫(3):フォントや色の変更、重要項目がわかりやすい記載方法のマニュアル化

【全例完成通知】

- ・システム改修までの人的対策として全レポートを印刷し依頼医に送付、確認依頼する。
- ・システムでのレポート完成通知

【既読処理システム】

- ・未読/既読処理システム(11)
- ・能動的既読処理(2)

【未読レポートへの対応】(25)

- ・未読レポートの抽出・通知システムの構築、改良:未読レポートの抽出システム、未読レポートリストを依頼医(または/および)診療科に通知し確認を促す体制作り、未読レポートがあると電子カルテ上で自動的にアラート表示されるシステム構築、未読レポート件数を放射線部にフィードバック、各診療科で未読管理(未読分の検索・一覧表示・印刷)を行える環境の整備

【レポートに適切に対応したことの確認】

- ・レポートを受けて対応したことがわかるシステム(2)
- ・レポート確認の質(読み漏れの有無、治療方針への反映)を判断する方法の構築
- ・重要フラグへの対応は診療科毎にばらつきがあるため、病院として管理する。

【教育、システム機能の周知】(10)

- ・依頼医が読影結果を確認し、対応する責務があることの教育と周知徹底
- ・システム機能、運用方法の教育(医療安全講習、4月のオリエンテーション等)

【患者参加】

- ・次回予約票に、画像の説明をします、など患者がわかりやすい表記を追加する。
- ・患者に向けて、受けた検査の結果を積極的に主治医に確認するよう促す広報活動。
- ・「舞子ネット」(現在会員5%、患者が自身の検査情報を参照できるもの)の普及

(イ)実現するには今後1年以上かかるが、取り組みたいこと

【検査依頼】

- ・依頼画面の「臨床所見」「検査目的」等を充実化する。(2)

【読影】

- ・即時読影のためのマンパワー確保
- ・読影の質的監査
- ・重要度区分の導入、重要所見の差別化(8)
- ・レポートの視認性向上(4)

【全例完成通知】(1)

【既読処理システム】

- ・未読／既読処理システム(9)、読影側でも確認可能なシステムの構築
- ・既読にできる権限の在り方を再考する。
- ・既読レポートが直接カルテに転記されるシステムを検討する。

【未読レポートへの対応】

- ・(真の)未読レポートが抽出でき、電子カルテ上でアラート通知するシステム
- ・依頼医以外の医師や看護師にも把握できるアラート表示
- ・定期的に外来・入院患者の読影レポートを全例チェックするような機会を全診療科に設けるよう努力する(診療科独自のやり方、紙運用等も可)。
- ・ある一定期間未読状態が続いている場合には、医療安全部門から診療科や主治医に督促するシステムを導入する。
- ・医療クラークによるレポート確認、依頼医への通知
- ・「終診」状態での未読レポートを検出する。

【レポートに適切に対応したことの確認】

- ・重要所見への対応をカルテに記録するよう誘導する仕組みを開発する。
- ・経緯から検査、対応とカルテ記載が一連のフローとして確認できるシステムを構築する。
- ・適切な対応がなされたことの確認は診療録をモニタリングするしか方法がなく、専従でその業務を遂行できる人員(診療情報管理士など)を確保することについて検討する。
- ・「疑い」「腫瘍」「精査」などの単語テキストマイニングによる、レポート検索システムを構築する。

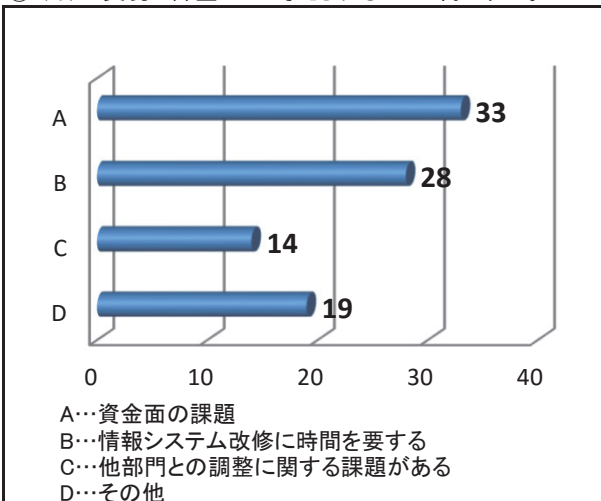
【情報の統合、共有】

- ・患者の受診日や受付到着情報等と各種情報(レポート情報を含む)が有機的に連携し、患者に伝える必要のある情報が一覧等で表示される仕組みを構築する。
- ・各医師、部門間で簡便かつ確実に情報共有できるシステム(院内メール、掲示板など)を構築する。

【患者参加】

- ・画像診断レポートの患者開示にむけた体制整備の検討
- ・画像検査の結果を主治医に確認するよう患者側に啓蒙する。

③ (イ)の実現の障壁として考えられることは何ですか。



「その他」の内容

- ・人員確保
- ・他職種によるレポート確認体制をとる場合、その教育方法が課題
- ・運用ルール作り
- ・システムを導入しても、正しい運用のための継続的な周知徹底が課題
- ・診療科毎に人的資源や時間的制約に差があるため、レポート確認システムの院内統一化は困難である可能性
- ・放射線科医側での重要度区分の基準の共有
- ・システムの評価が困難

7. 医療安全・質向上のための相互チェックの評価方法と基準の作成等に係るワーキンググループからの提言

7. 平成 29 年度 医療安全・質向上のための相互チェック（重点項目「画像診断レポート等の確認に関する安全対策」）の評価方法と基準の作成等に係るワーキンググループからの提言

国立大学附属病院等における画像診断レポート等の確認に関する安全対策については、医療安全部門、医療情報部門、放射線部門が連携して、自施設における臨床実践の枠組みを理解した上で、診療科や部署が相互に補完しあう仕組みを作る必要がある。また、病院長は、画像診断レポートの確認漏れ防止を、医師個人の努力目標ではなく組織全体の課題として捉え、必要な予算措置等を含め、支援すべきである。

画像診断件数が多い我が国では、そのほとんどの画像が適切に読影、確認、対応されていると考えられるが、人間が処理している現状では限界がある。画像診断レポートの確認、対応を主題とした今回の相互チェックの結果においては、より確実なセーフティネット構築の必要性が示唆され、病院全体、診療科、医師がそれぞれのレベルで果たすべき役割が明らかとなった。

以下の提言は、各施設での議論にあたり、注目すべき点を示すものである。特に、提言（1）を前提として、★印の提言（5）（6）（8）（10）（11）を核とする検討が期待される。

（1）【前提】検査依頼医及び依頼診療科の責務の明示（★）

検査依頼医及び依頼診療科には、依頼した全ての画像検査の診断レポートを確認し、患者説明及び必要な精査等の対応を行う責務があることを病院のポリシーとして明示する。本ポリシーを組織全体で共有することが、他のあらゆる安全対策の前提である。

（2）読影体制の整備

放射線科医のマンパワー不足等を背景として、一般単純撮影の読影実施率は大学によりばらつきがある。特に胸部単純撮影における肺がん疑いの結節など、専門家以外の医師による読影では、異常影に気づくことが困難な場合がある。依頼医が読影を希望する症例については放射線科医による読影が可能となるよう、体制整備を検討する。

（3）検査依頼意図の正確な伝達と円滑なコミュニケーションのための工夫

読影医に検査の依頼意図を正確に伝えるため、依頼医は依頼書に依頼意図を明瞭に記載するよう徹底する。検査意図が不明確な場合の問い合わせや重要所見を覚知した場合の連絡に備えて、依頼医と読影医の円滑なコミュニケーションを容易にする仕組みを設ける。例えば、検査依頼画面において依頼医と直接連絡が取れる連絡先（PHS 番号等）の入力を必須化するなどの方法がある。

(4) レポートに記載された重要所見の視認性向上のための工夫

至急の対応が必要な所見や、検査目的以外に偶発的に発見され、かつ放置すると重大な影響を及ぼす所見等は、画像診断レポートのはじめに取り上げるなど、目立つようにする工夫を各施設で検討する。また、重要所見にはキー画像をつける。なお、更なる精査や定期的なフォロー検査が必要であることが確実に伝わるように、依頼医が次取るべき行動を提案することが望ましい。

(5) 至急対応が必要な重要所見への対応 (★)

読影時に至急の対応が必要な所見が認められた場合には、電話など、確実な情報到達が担保できる手段により、速やかに依頼医へ連絡することを徹底する。また、依頼医が不在時に窓口となる担当者を診療科内で予め定める等、連絡が確実に取れる体制を整備する。

(6) 月単位のレポート確認の遅れが重大な影響を及ぼす可能性のある重要所見への対応 (★)

提言(1)のとおり、全ての画像診断レポートの確認は、依頼医・依頼科の責務である。しかし、現実として臨床現場の複雑さを背景にレポートを確認せず診断・治療が遅れた事例が発生していることから、病院全体で確認漏れを防ぐ仕組みの構築に取り組む必要がある。提言(5)の事項に加えて、「月単位のレポート確認の遅れが重大な影響を及ぼす可能性のある重要所見」が含まれた画像診断レポートの確認と対応が確実に行われる仕組みを、病院として整備する。例えば、読影医による重要所見フラグの付与や、レポート一覧の中で重要所見が含まれるレポートが一目で識別できるような表示がなされ、診療科単位で当該レポートを把握できる仕組み等、放射線部門を含めた関係部門でシステムや運用について検討することが望ましい。

(7) 重要所見への対応の記録

依頼医は画像診断レポートを必ず確認し、重要所見を認めた場合には、レポートを受けて必要な対応をしたことを診療録に記載するよう、教育を徹底する。また、対応を記録することの重要性について研修医や医師に継続的に教育を行う。なお、診療録への記載にあたっては、画像診断レポートの内容をそのままコピー&ペーストするのではなく、依頼医が確認し対応したことがわかるように自身の言葉で記載することが望ましい。

(8) 医療チーム内の情報共有の促進 (★)

患者情報の申し継ぎが発生するケース(主治医の異動、入院前(あるいは入院中)検査の結果確認、複数診療科でフォロー中の検査結果の共有、集中ケアユニットからの移動を含む転科・転棟等)において、レポートの確認、対応漏れが発生しないよう、申し送

り事項（レポートを未確認であること、追加検査を要することなど）を明確に電子カルテへ記録する等のルールを定める必要がある。救急診療においては、夜間でも他診療科に所見確認の協力を依頼することのできる仕組みや、翌日に優先的に放射線科医による読影が行われる仕組みがあることが望ましい。救急の外来受診のみで入院せずに帰宅した患者についてもカンファレンスの対象に含めるなど、所見の見落としがないように工夫をする。

（9）患者参加の推進

患者が治療に積極的に参加することを推奨し、医師から結果説明がない場合には遠慮なく尋ねるよう普段から促す。但し、説明実施の責任は医師側にあり、患者に責任を転嫁することがあってはならない。なお、患者へ画像診断レポートを渡すことにより、患者自身が経過のフォローに参画しやすくなる場合もあるが、所見の内容によっては患者に必要以上に不安を与える可能性もある。レポートの取り扱いについては、放射線部門等を交えて、病院としての検討が必要であり、患者へ渡す場合には、主治医が十分に記載内容の説明を行う配慮が求められる。

【病院情報システムを活用したサポート体制について】

上記（1）－（9）に加えて、レポート確認や必要な対応ができていない症例の有無を、病院情報システム等を利用し、システムティックに把握することができるような補助的な仕組みがあることが望ましい。病院情報システムの更新時期や機能の優先順位については、各施設固有の事情もあることから年単位の準備期間を要することが一般的であるが、検討を進める際には、次の（10）、（11）を参考にされたい。

（10）レポートの未読／既読管理（★）

読影レポートの確認や対応の進捗状況を依頼医自身や関係者が識別するためには、画像診断レポートが既読になったこと（開封したこと）を記録できる仕組みが必要である。また、未読レポートの一括抽出、開封督促等を行うことを想定した仕様の定義を推奨する。未読／既読管理に際しては、単に「依頼医による開封」のみを確認するのではなく、真に当該レポートを確認すべき対象者が確認したかを判別できるシステムであることが望ましい。特に、研修医がオーダーした検査のレポートを指導医がチェックしたかを確認できるような仕組みが必要である。

なお、既読者を正確に判別するためには「能動的な既読処理（レポートを開くだけでなく、何らかのアクションを取ると既読になる）」を採用することが望ましい。一方で、特にレポート開封操作と完成通知に対する処理操作を異なるルートで行う必要がある場合等では、既読処理の手間が増えることにより、レポートの内容を十分に確認しないまま既読にするケースも発生し得る。このような危険性も念頭に置き、通知対象も含

め、仕様、運用については診療科、医療情報部門を含めた関係部署で十分に検討することが必要である。また、運用開始後は、効果の検証が求められる。

(11) 未読レポートの抽出、管理 (★)

未読／既読管理の情報に基づき、未読状態（開封されていない）の画像診断レポートを、診療科単位で定期的に把握し、対応する「自律的なセーフティネット」を構築することが必要である。診療科として取り組むことにより、単なる既読確認に終始せず、患者背景や診療経過を熟知した上で適切な対応がとられたかをチームとして把握することができる。また、病院としても一定期間未読のままの診断レポートを抽出・把握し、診療科へ提示して報告を求める体系的な管理が求められる。病院としてフォローアップすることにより、未読確認システムが「最終的なセーフティネット」の役割を果たすことになる。以上の抽出、把握、対応の確認を、全レポートを対象に行うか、対応の遅れが重大な影響を及ぼす可能性のある重要所見に対してのみ行うかについては、リソースによる。各病院で関係者が十分に連携して検討する必要がある。

以上、本重点課題に対しては、完全無欠な電子カルテシステムによる対策を提示することは困難であり、また、各施設の臨床業務のフローや環境は異なるため、統一された推奨システムを提示することもできない。単に既読の履歴を追うのみで良しとするのではなく、事故防止のため有効に機能する体制を構築することが重要である。そのためには、診療科、放射線部門、医療情報部門、医療安全部門等の十分な連携のもと、各病院の臨床のプラクティスに適した有用な仕組みを構築し、さらに部署内・部署間の良好な人的ネットワークを築くコミュニケーションを推進すること、そして診療科単位の自律的な安全管理を促す文化を醸成することが必要であると考えられる。

参考文献

1. The Royal College of Radiologists. Standards for the communication of radiological reports and fail-safe alert notification. London: The royal College of Radiologists, 2016
2. National Patient Safety Agency. Safer Practice Notice 16: Early identification of failure to act on radiological imaging reports. London: National Patient Safety Agency, 2007.
3. National Patient Safety Agency. Patient briefing: Following-up x-ray and scan reports. London: National Patient Safety Agency, 2007.
4. 医療事故情報収集等事業 第26回報告書 p.131-140, 2011.
5. 医療事故情報収集等事業 第40回報告書 p.190-196, 2015.
6. 医療事故情報収集等事業 第51回報告書 p.131-140, 2017.
7. 医療ITと安全 米国医学研究所(IOM)著、飯田修平・長谷川友紀監訳、日本評論社 2014

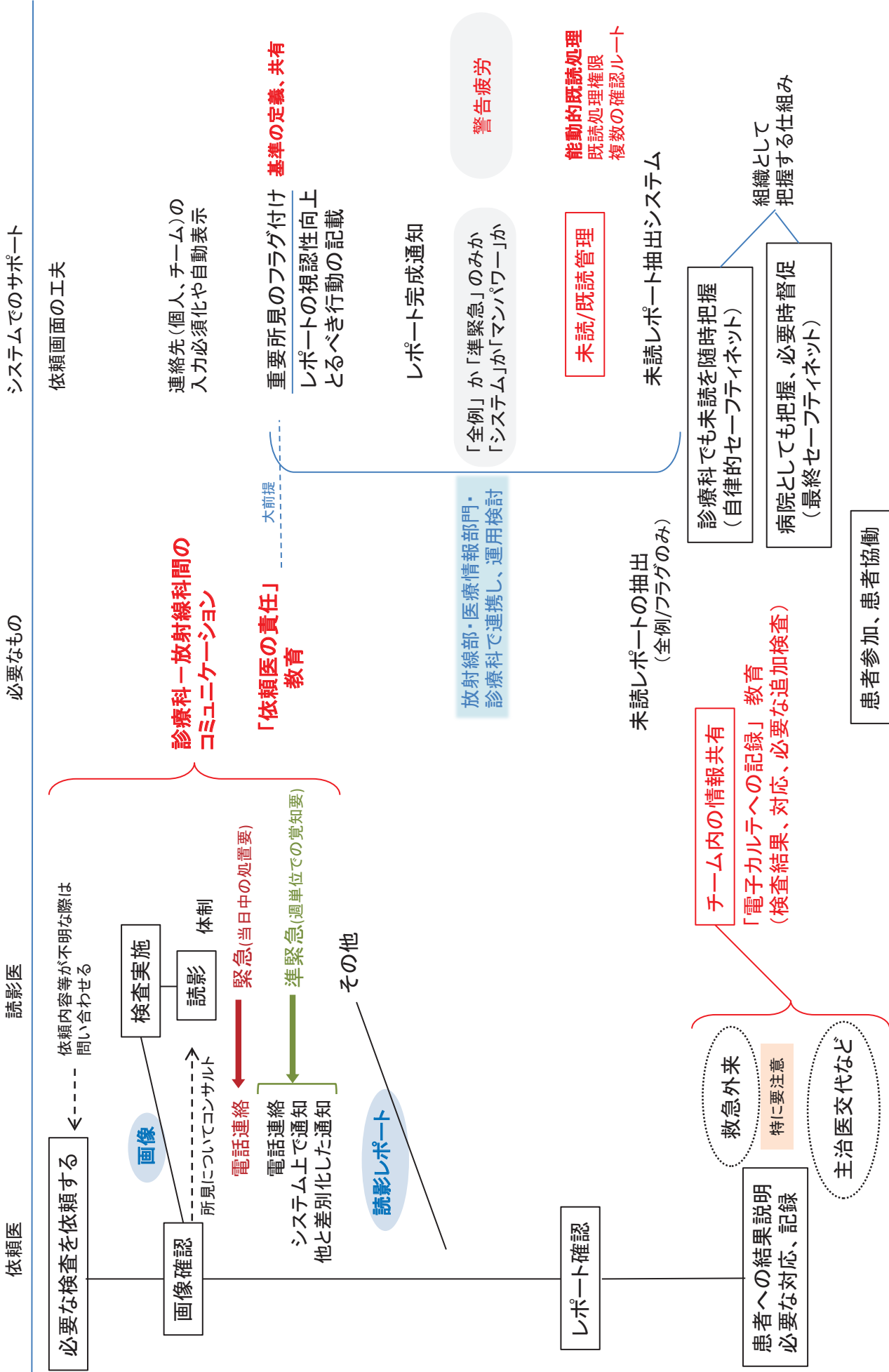


図1 画像検査結果が適切に患者に説明され治療に反映されるための仕組みのポイント

<提言関係資料> 訪問大学が講評に取り上げた特徴的な取り組み（抜粋）

各訪問大学が特に注目し、講評に取り上げた内容から一部を提言項目に沿って紹介する。

(1) 【前提】検査依頼医及び依頼診療科の責務の明示

- 各診療科に対し、検査オーダーを行った画像診断レポートについては担当医が確認を行うことが責務である旨の病院長名通知を发出している。
- 画像診断レポートの確認漏れに関して、院内の医師全員にアンケートをすることで、病院全体の実情を把握し、注意喚起を同時に行っている。

(2) 読影体制の整備

- ほぼ全例のレポート作成を当日中に完了する体制となっている。
- 早いものでは、検査終了後 30 分以内にレポート作成を完了している。検査当日に患者へ結果説明がしやすく、レポートの確認漏れ防止につながっている。
- 放射線科医師が当直しており、24 時間読影が可能な体制がある。
- 救急外来で撮影した画像結果については、翌日放射線科医による読影がなされ、治療方針に影響を及ぼす所見があれば直ちに依頼医への連絡がなされている。
- 自施設分とほぼ同数の他施設分の読影も担っている。少ない人員と限られた予算で工夫して対応している。

(3) 検査依頼意図の正確な伝達と円滑なコミュニケーションのための工夫

- 検査オーダー時に、患者情報、臨床経過、検査依頼目的等が検査依頼用紙に明確に記載されるように放射線科から各診療科にオリエンテーションしている。
- 放射線オーダー入力時、医療安全で重要な項目はコピー&ペーストをできない仕組みにしている。
- 検査依頼情報が不十分な場合や主治医が予期していない情報が画像から得られた場合に、検査担当医が依頼医師に電話で連絡することが徹底されている。また、必ず連絡する事が重要であることを、若い放射線科医師に教育している。
- 新入職員のみでなく、中途採用者を対象に毎月医療端末の使用方法的の講習を実施し、その際に検査オーダー時の注意点を周知している。

(4) レポートに記載された重要所見の視認性向上のための工夫

- 主治医の依頼内容に沿って重要な点は上に書く（検査内容と関係のないようでも重要な所見は上に書く）、サマリーを繰り返し書くという工夫をしている。
- 検査目的以外の所見（緊急を要さないが、精査等が必要な事象）は所見の最後に書き、太字等の強調で記載し、見落としをなくす努力をしている。

- 重要所見が目立つように文字のサイズや色を変え、下線を付けている。

(5) 至急対応が必要な重要所見への対応

- 至急対応を要する所見等をパニック値と定め、依頼医に対し電話連絡することや、電子カルテ上で通知する仕組みがある。
- 読影結果に重要所見があった場合、読影医から依頼医へ電話連絡を頻繁に行っている。また、読影医がカルテ記載を積極的に行っている。

(6) 月単位のレポート確認の遅れが重大な影響を及ぼす可能性のある重要所見への対応

- 読影医が「異常なし/不変/重要」と3項目のいずれかをチェックできる機能があり、電子カルテ上のレポート一覧の中で、色分けされて表示されるようになっている。
- 画像レポート確定時に「通常」「要確認」「パニック」の3種類のフラグを登録できるようになっている。
- レポートに注意喚起や至急のタグがあり、重要度を依頼医に知らせることができる。
- 異常所見を発見した際に、オーダーした医師にメールを送付できる電子カルテ上の仕組みがあり、使いこなしている。
- 読影医が重要であると判断した場合は、画像診断レポートに重要フラグをつけ、電子カルテシステムにおける担当医及び診療科のToDoリストに表示する仕組みがある。

(7) 重要所見への対応の記録

- 救急部門では、チームリーダーの医師が前日に撮影されたCT、MRI画像などの所見をチェックしている。さらに救急部長が1週間に一度チェックし、偶発的に発見された所見がある場合は、その後の対応まで確認している。
- 注意喚起が必要と判断されたレポート群については読影医が依頼医へ電話連絡し、その記録をレポート内へ残している。

(8) 医療チーム内の情報共有の促進

- カンファレンス等において、各診療科、あるいは診療グループ内での画像所見の共有を行っている。救急部門においては、朝夕のカンファレンスで前日、および当日の画像レポートの確認を行っている。
- 画像検査オーダー時に、画像診断レポート完成通知を送る対象を依頼医とは別に2名まで登録できるシステムを採用している。初期研修医が指導医を登録する、主治医交代時に引継ぎ医を登録する等、画像診断レポートの未読を防ぐ上で非常に有効な機能がある。

(9) 患者参加の推進

- 放射線科による読影所見が出るまでは患者に結果説明をしないことを徹底している。また、患者参加の取組みとして、可能な範囲で患者に読影所見を手渡している。

(10) レポートの未読／既読管理

- 電子カルテシステムに未読／既読管理のための機構がある。既読状況のモニター作業が各診療科と医療情報部によりシステムティックにかつ徹底的に行われ、運用状況の評価も定期的に行われている。システム導入後、既読率が確実に向上している。
- 読影レポートに対して、依頼医に何らかのコメント入力を伴うカウンターサインを義務付けており、能動的な既読処理システムを実現している。

(11) 未読レポートの抽出、管理

- CT検査の読影レポートの見逃し対策として、電子カルテ上に「レポート管理一覧」機能を設けている。診療科ごとに未読レポートの有無を確認できるシステムであり、各診療科の担当医を決めて、1か月分の未読者リストを作成し、対応している。
- 定期的に出力した未読リストを、①事務担当者より診療科長に渡す、②診療科長は各主治医に確認を促す、という病院の運用ルールを取り決めている。本システムの確立だけでなく、主治医が確認すべきものを確認する、主治医以外が未読を確認し促すという、チーム及び病院全体の取り組みであるという姿勢・風土がある。
- 重要な情報を含むピックアップされた診断レポートに対し、放射線部に配属された専任の医療クラークが電子カルテを監視し、依頼医が確実に診断レポートを読んだかどうかを把握するシステムを運用している。医療情報システムのみ頼らない柔軟な仕組みである。
- 医療情報部が手作業で未読リストを作成し、リストを診療科長あてに送付している。医療安全管理における診療科長のリーダーシップがある。
- 診療情報管理士が定期的にカウンターサイン漏れのレポート一覧を電子カルテから抽出し、各診療科に報告している。
- 読影レポートの未読に対して、医療安全管理部門から各病棟医長に対してリストを送付している。単に送付するだけでなく、病棟医長から確認サインを受け取っており、未読レポートに関する責任の所在がはっきりしている。

8. 自己チェック項目の結果 (データ集計)

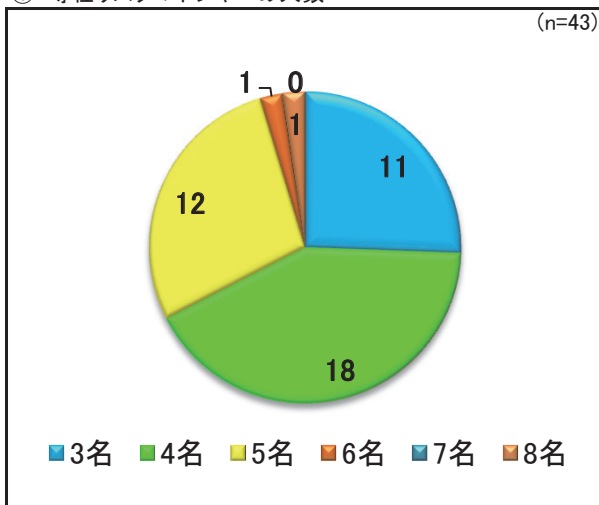
8. 自己チェック項目の結果(データ集計)

I 全体

1 医療安全管理体制

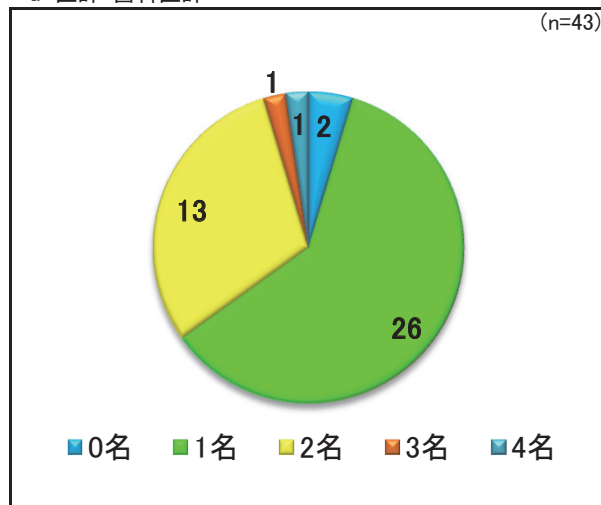
1) 医療安全管理部門の体制

① 専任リスクマネジャーの人数

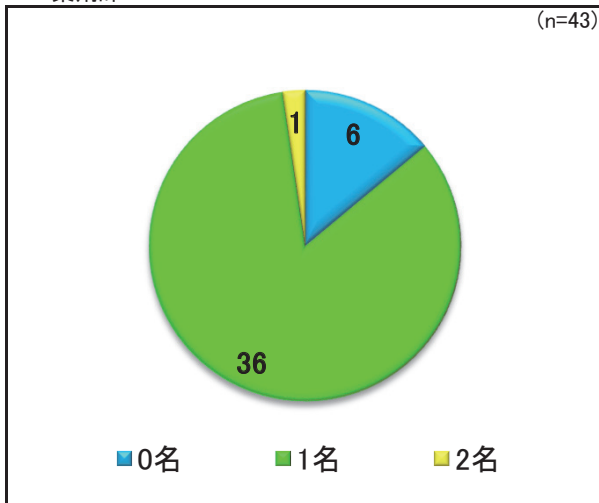


② 専任リスクマネジャーの内訳

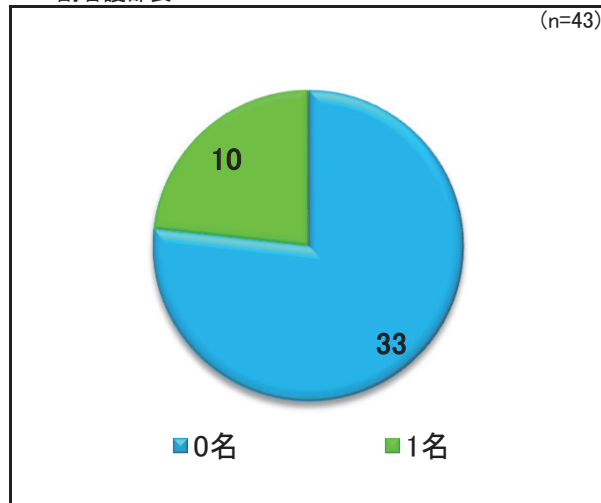
a 医師・歯科医師



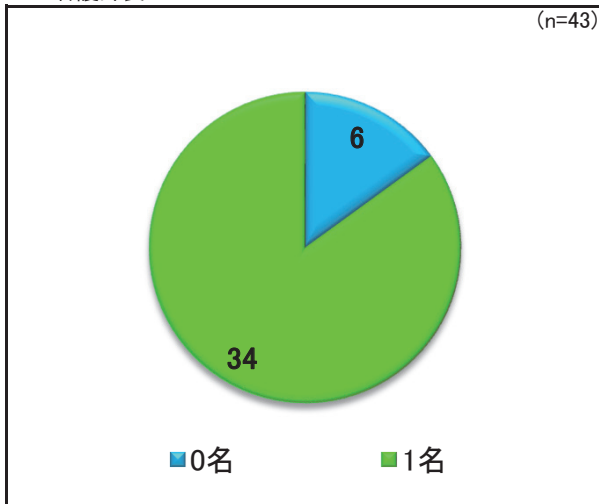
b 薬剤師



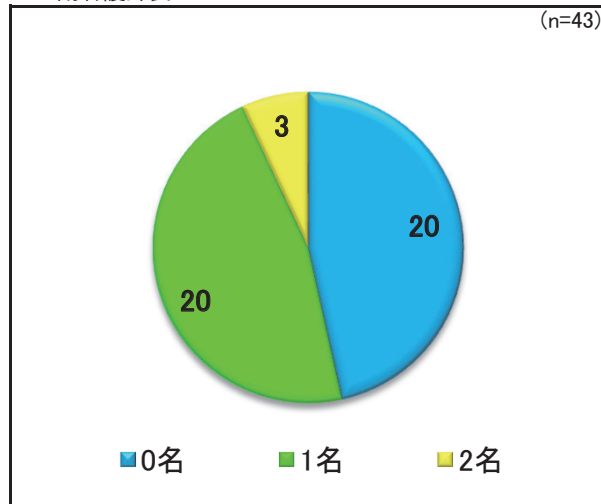
c 副看護部長



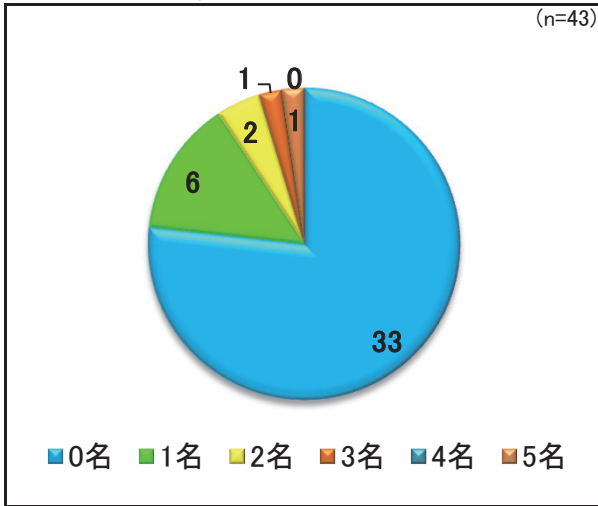
d 看護師長



e 副看護師長



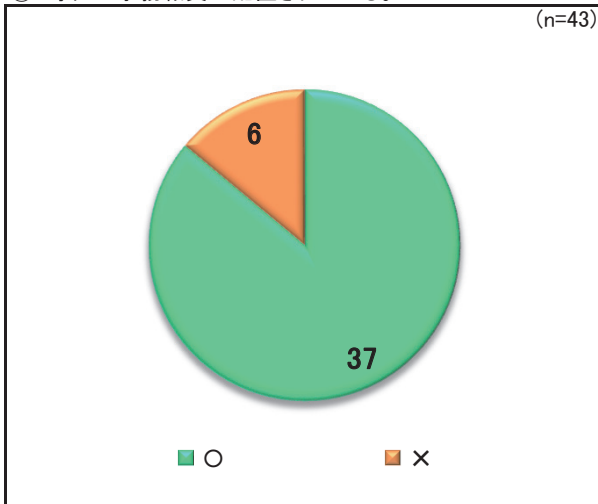
f その他(コメント欄に記入)



[コメント欄に記載されていた事項]

- ・医療安全管理責任者
- ・輪番制の医師、歯科医師
- ・看護師
- ・看護師(医療安全管理部門副部長)
- ・看護師(時短勤務)
- ・事務職員

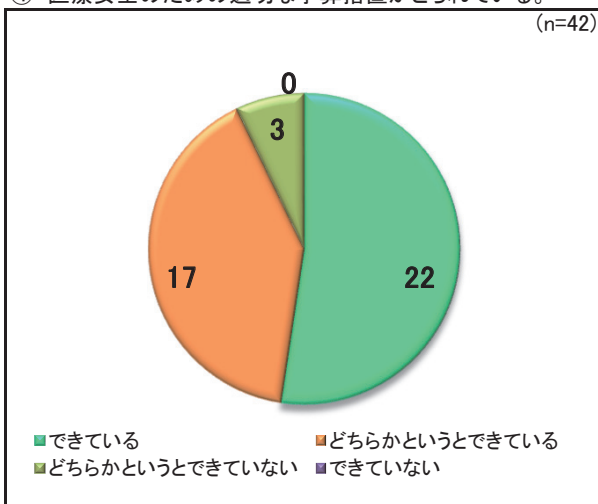
③ 専任の事務職員が配置されている。



[コメント欄に記載されていた事項]

- ・医事課等との兼任
- ・感染制御部等との兼任
- ・パートタイム職員、再雇用職員

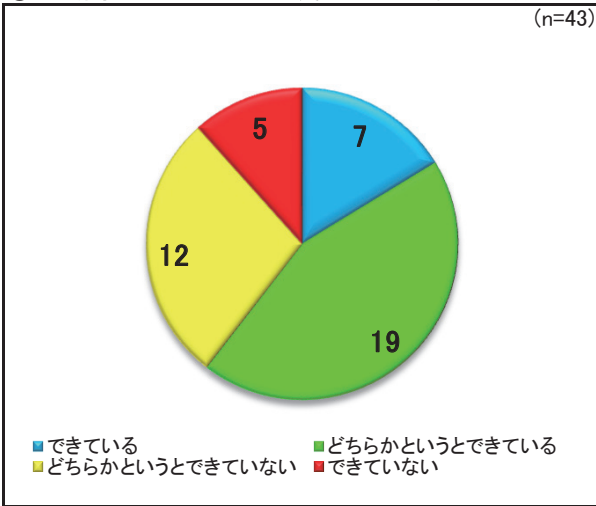
④ 医療安全のための適切な予算措置がとられている。



[コメント欄に記載されていた事項]

- ・必要な予算を都度要求する。
- ・旅費はあり。
- ・外部講師招聘、職員の研修参加費用はあり。

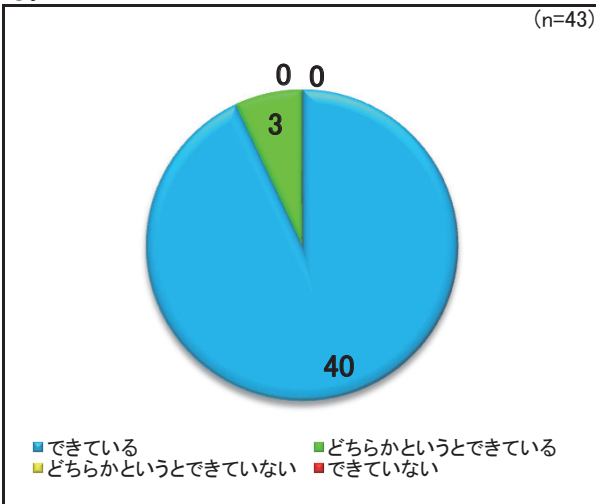
⑤ 次期専任リスクマネージャー養成のための体制がある。



〔コメント欄に記載されていた事項〕

- ・医師、薬剤師の専任リスクマネージャーの養成体制が十分に整っていない。
- ・リスクマネージャーアシスタントを配置し会議を実施している。
- ・看護師長については実施している。

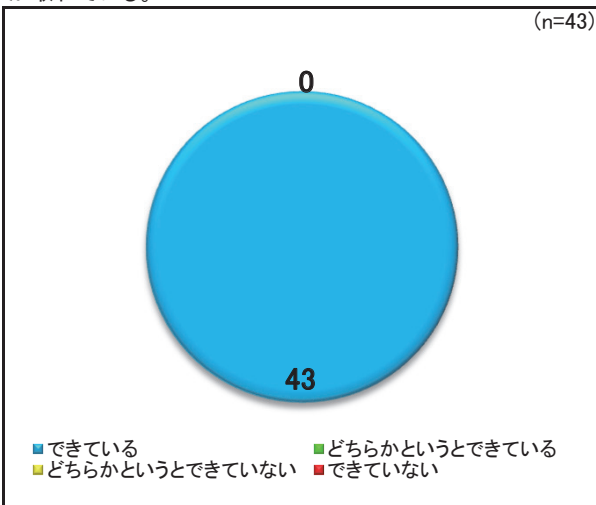
⑥ 感染対策部門と医療安全管理部門との連携が取れている。



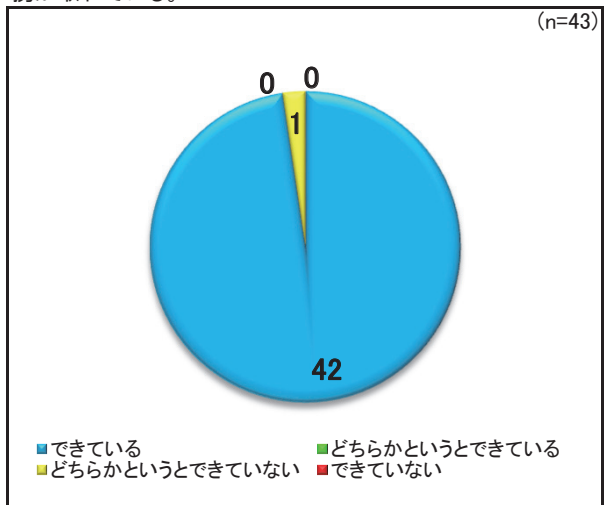
〔コメント欄に記載されていた事項〕

- ・部門の長が同じである。
- ・同じ部屋で執務をしている。
- ・互いにそれぞれの会議に委員を出している。
- ・両部門の会議を同時に開催している。
- ・合同研修会を実施している。

⑦ 医薬品安全管理責任者は医療安全管理の委員会と連携が取れている。

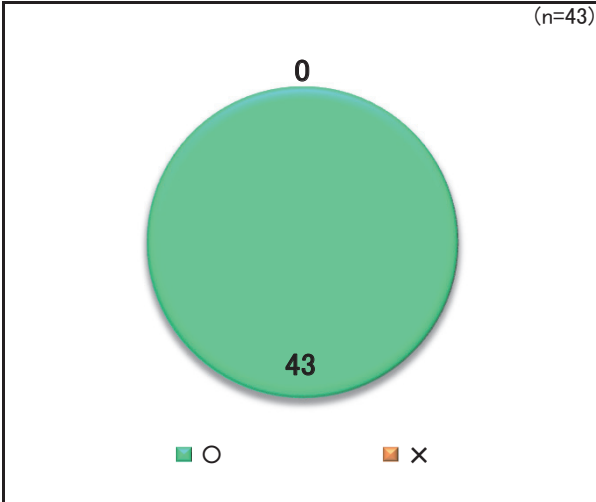


⑧ 医療機器安全管理責任者は医療安全管理の委員会と連携が取れている。

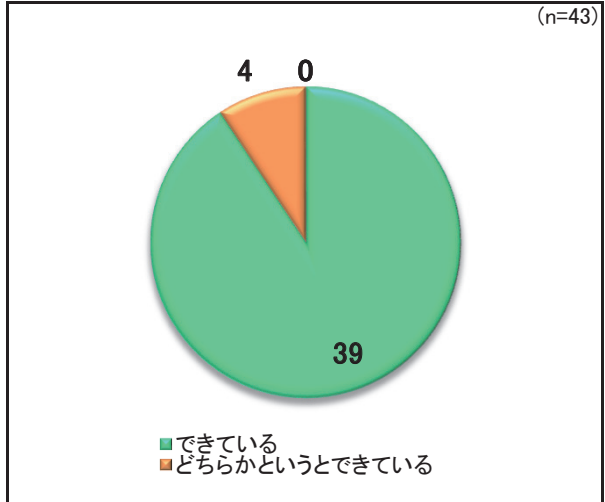


2) インシデント報告体制とPDCAサイクルの実践

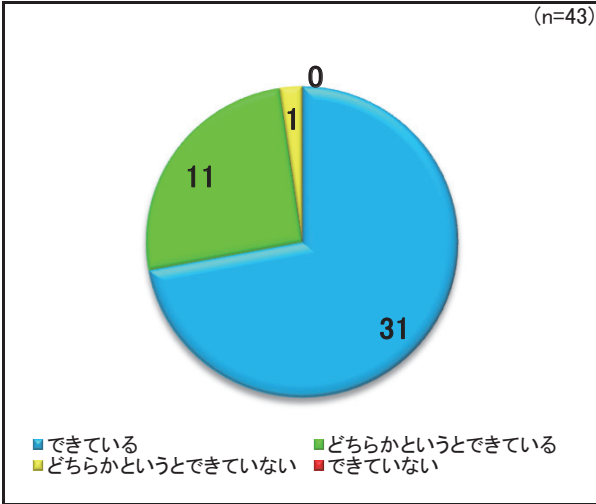
① インシデント報告システムがオンライン化されている。



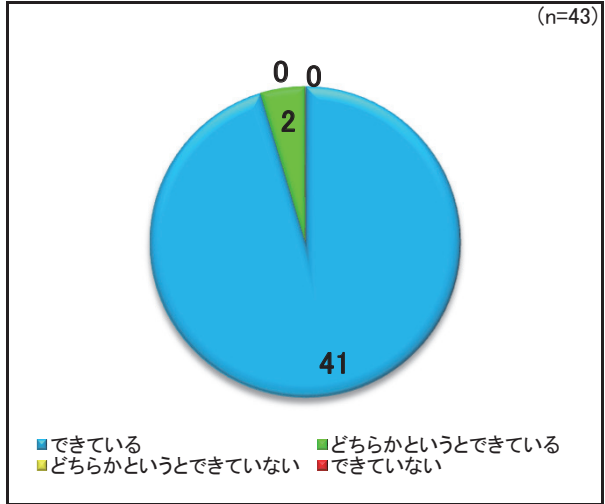
② 各部門のリスクマネージャーは、インシデント報告の内容を把握している。



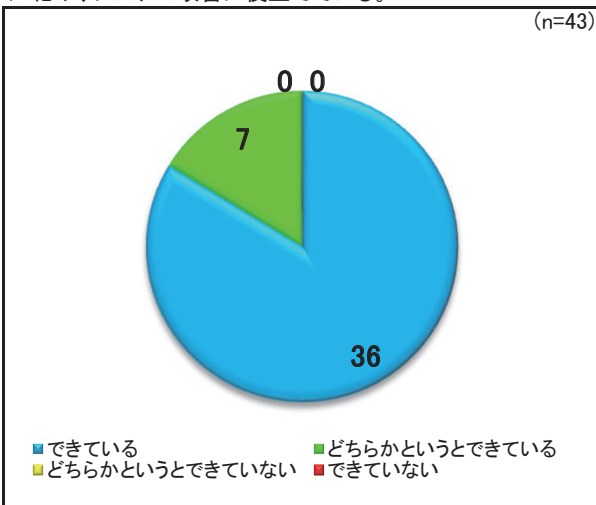
③ 各部門内でインシデント分析やフィードバックを行う体制がある。



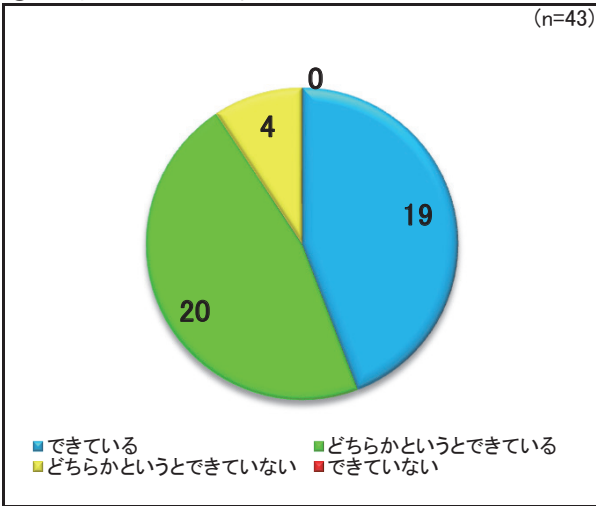
④ 病院全体で有害事象を検証するしくみがある。



⑤ インシデントを病院全体で分析・検討し、医療安全のルール化や、システム改善に役立っている。



⑥ 医療安全対策の効果を定量的に評価している。

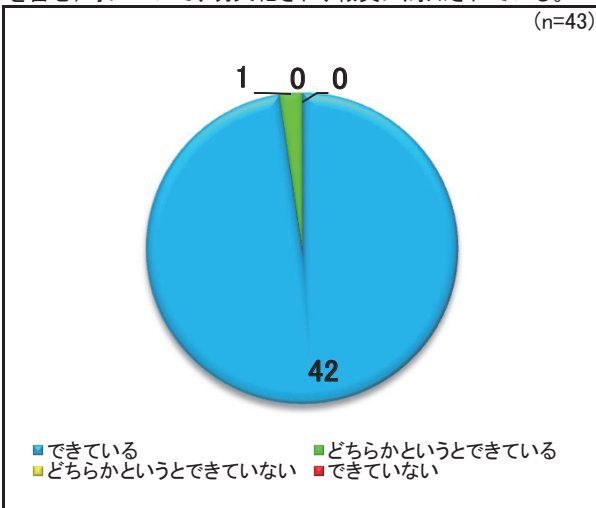


[コメント欄に記載されていた事項]

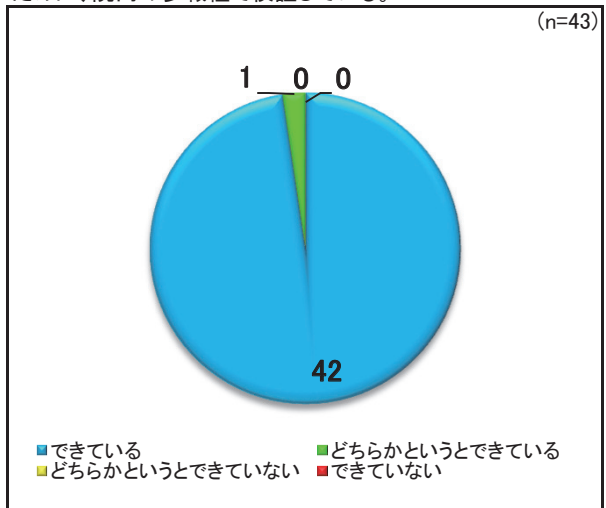
- ・転倒・転落、患者誤認、注射作成実施、採血の照合について実施している。
- ・部門へのラウンドによる評価は行っているが、効果の定量的評価は難しい。

3) 医療事故が発生した場合の対応

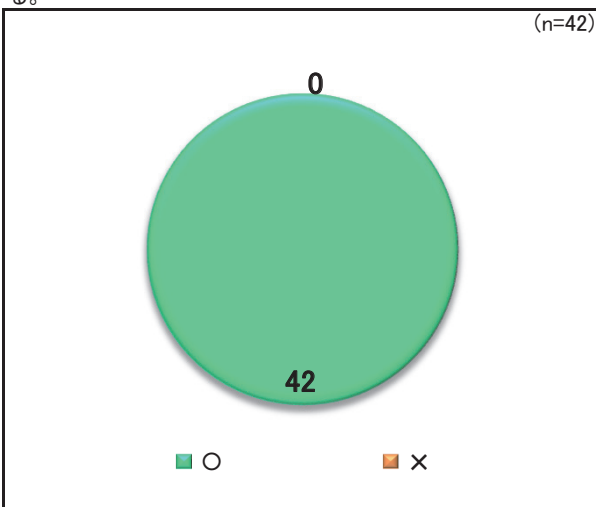
① 緊急又は重大事態が発生した場合の対応(緊急連絡網を含む)等について、明文化され、職員に周知されている。



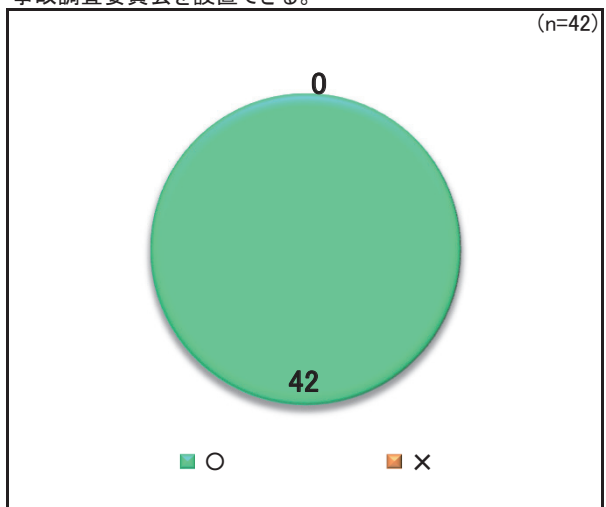
② 緊急又は重大事例について、改善や説明責任に資するために、院内の多職種で検証している。



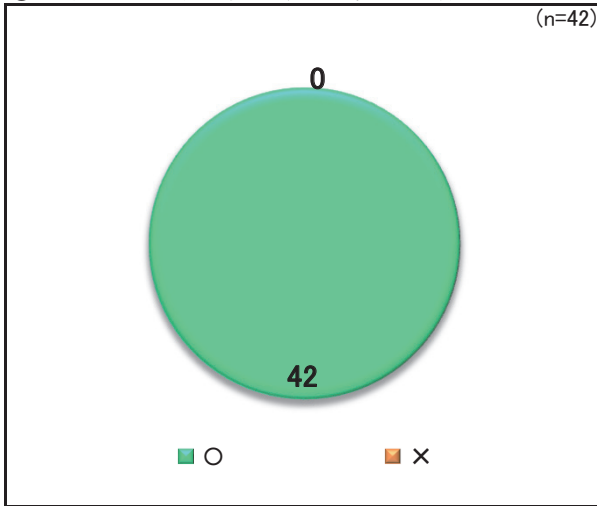
③ 原因究明のための事故調査委員会を設置する規程がある。



④ 必要に応じて、原因究明のための、外部委員が参加した事故調査委員会を設置できる。



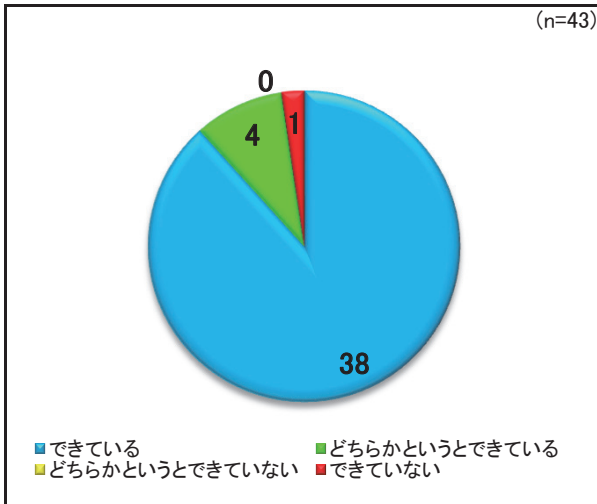
⑤ 必要に応じて、外部に公表する規程・手順がある。



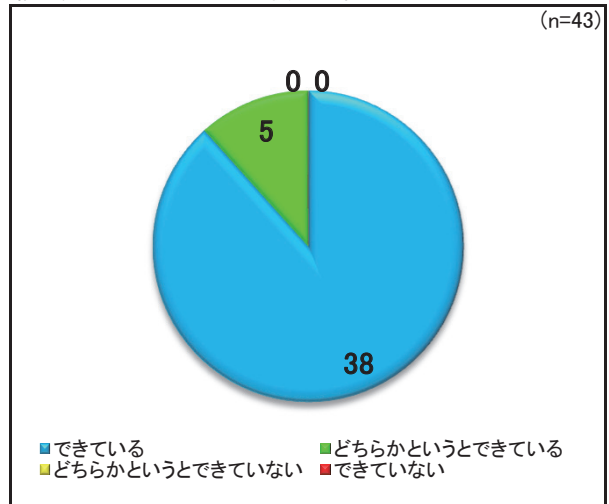
2 診療体制

1) 患者の受持ち体制

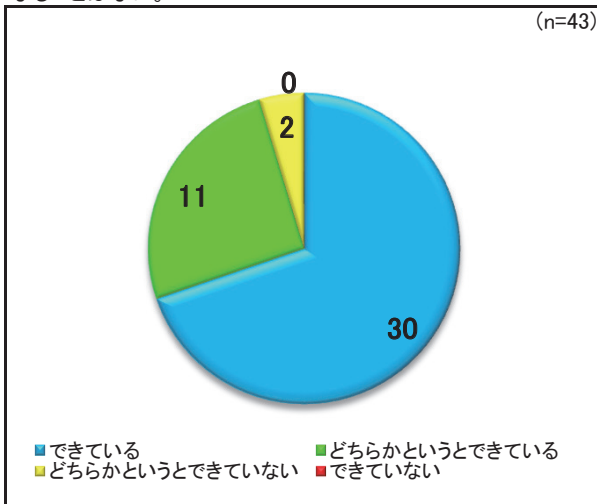
① 患者の日常的診療の中心は、研修医が主体となっていない。



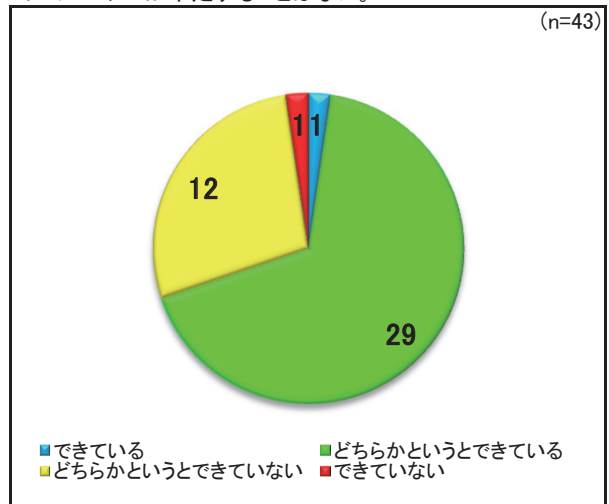
② 助教は、常勤の上席医師として、受持ちグループの他の構成員を適切にリードする役割を果たしている。



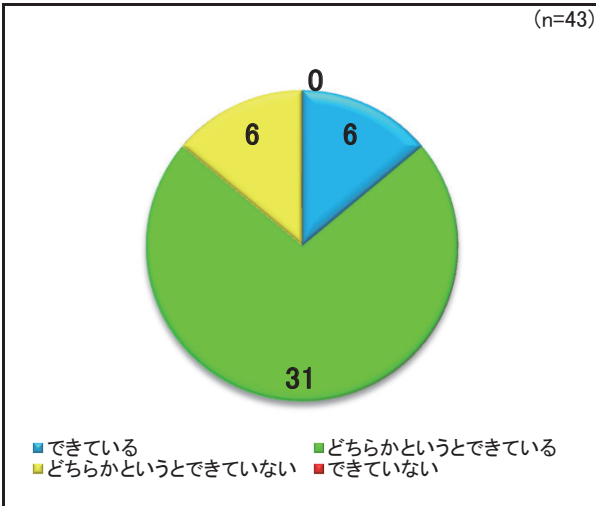
③ 大学院生や研究生が入院患者の日常的な診療の中心となることはない。



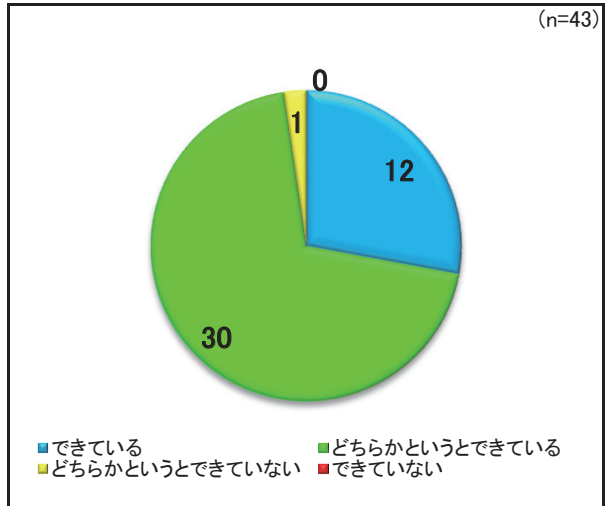
④ 診療活動の急増や研究活動の活発化等のために、医師のマンパワーが不足することはない。



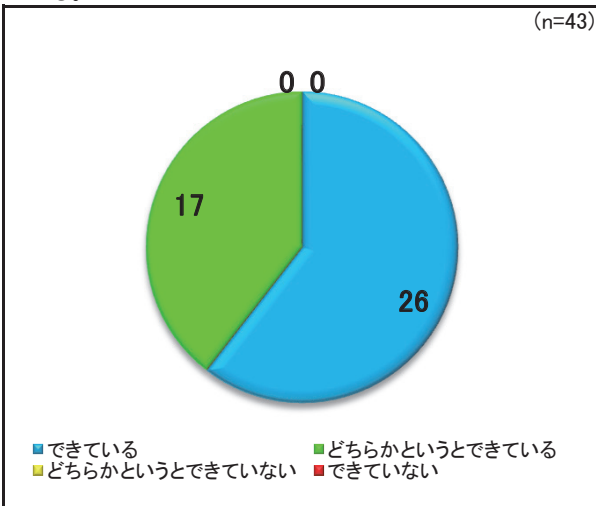
⑤ 病院全体として見た場合、教員の勤務状況は診療と研究・教育のバランスを保っている。



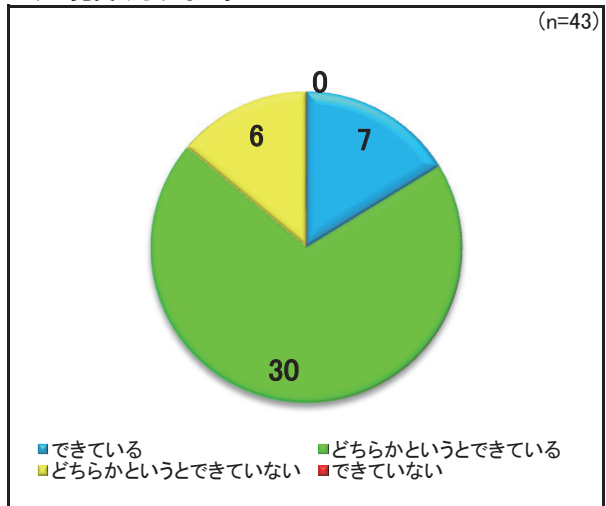
⑥ 教員の評価は、教育や診療より論文業績のみが評価される傾向にはない。



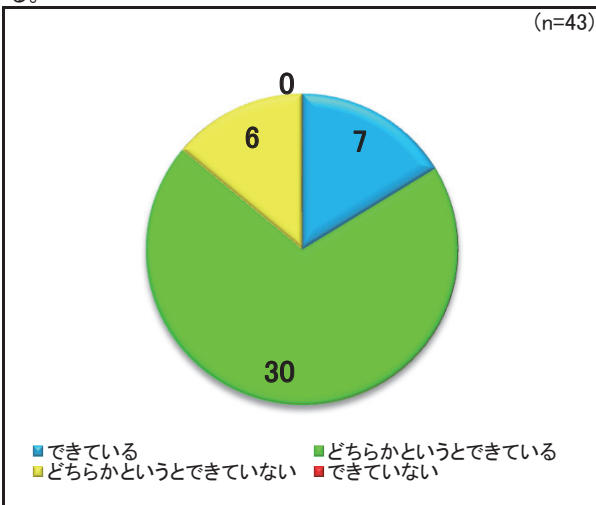
⑦ 診療科長は、所属する医師の勤務実態を的確に把握している。



⑧ 医師(研修医を除く)の度を越した過重労働(週80時間以上)は見受けられない。

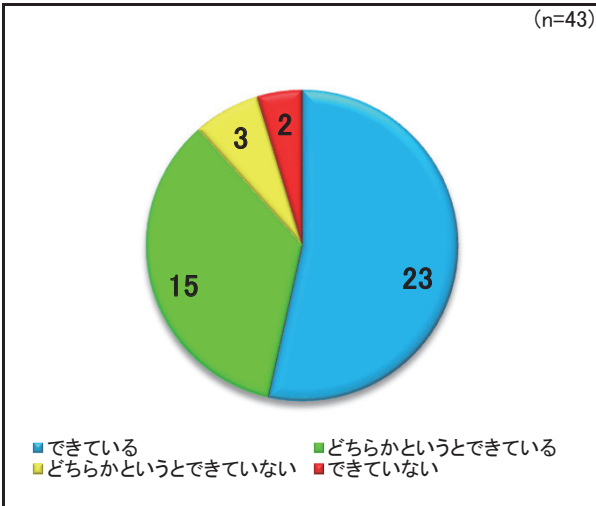


⑨ 医師(研修医を除く)のマンパワーの適正配分を行っている。

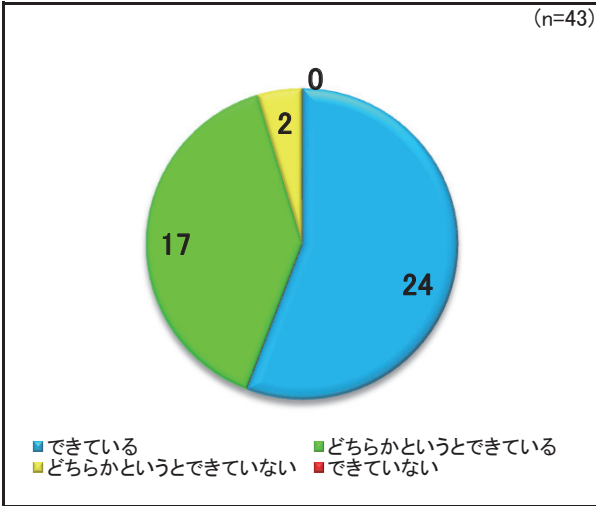


2) 夜間の診療体制

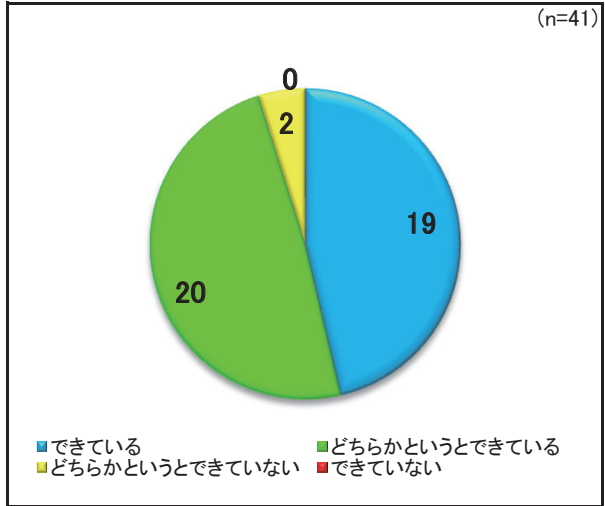
① 病棟の当直医の要件は、研修医や大学院生の医師ではないこととされている。



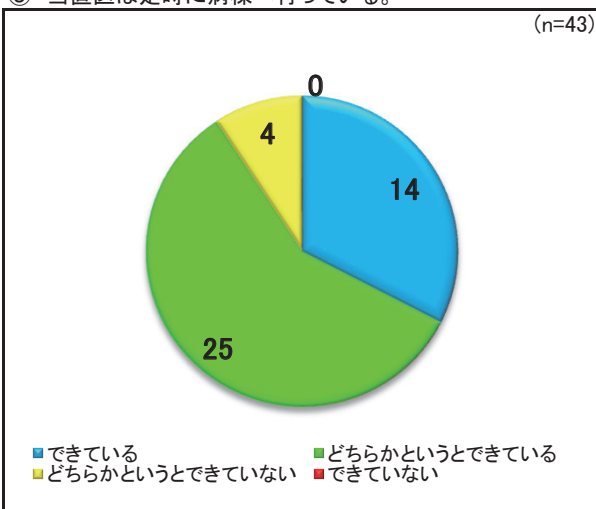
② 当直医への引き継ぎが、必ず行われている。(A.できている、B.どちらかというとできている の場合は次項へ)



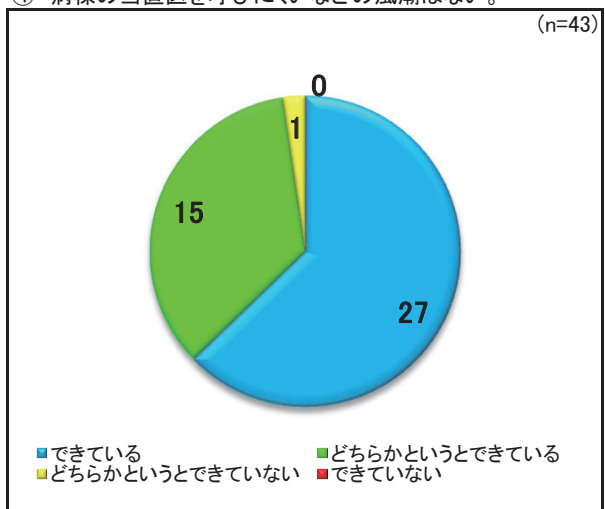
a 引継ぎは引継簿や当直日誌で必要事項を記入し、直接口頭でも行われている。



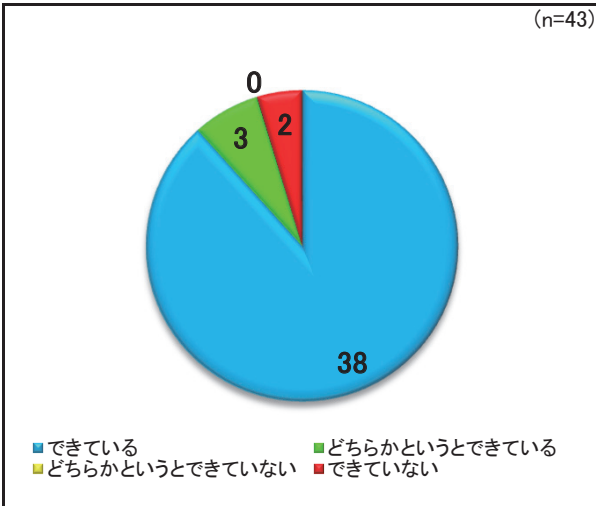
③ 当直医は定時に病棟へ行っている。



④ 病棟の当直医を呼びにくいなどの風潮はない。



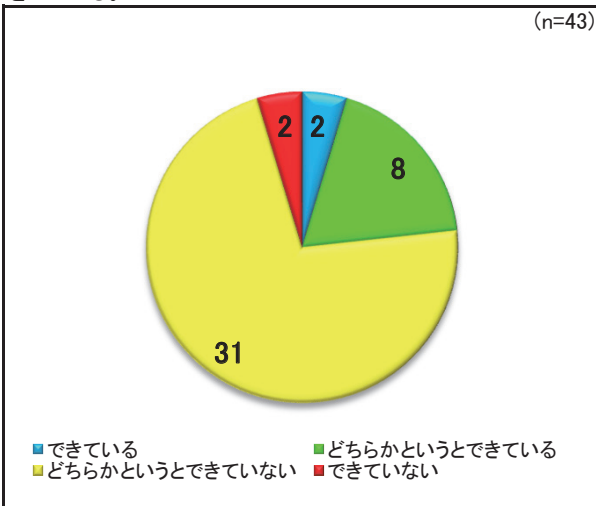
⑤ 夜間における複数の救急患者の診療にあたっては、夜間の看護管理のための当直看護師長に応援を求めることが出来る体制になっている。



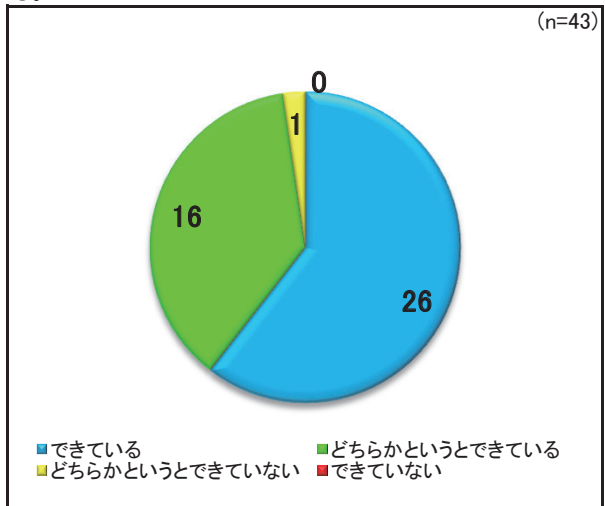
[コメント欄に記載されていた事項]

・看護師長は当直していない。

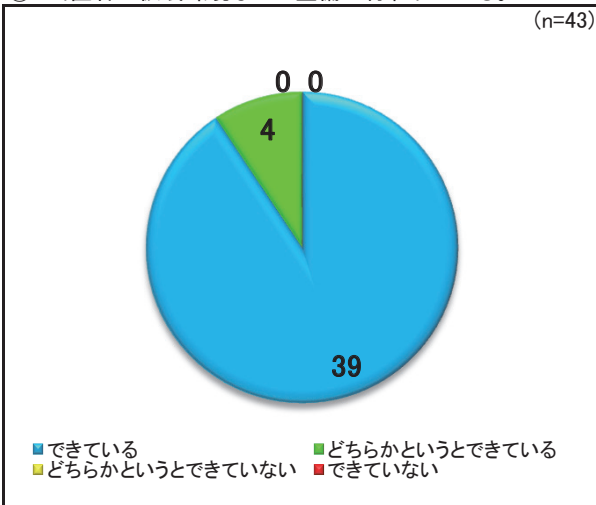
⑥ 当直者の当直明けの業務について負担軽減などの配慮をしている。



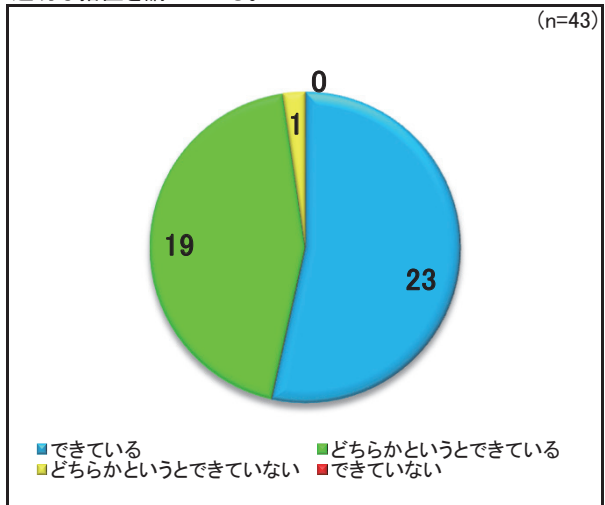
⑦ 当直回数は、適正な範囲内(週1回程度)で行われている。



⑧ 当直者の仮眠環境などの整備が行われている。

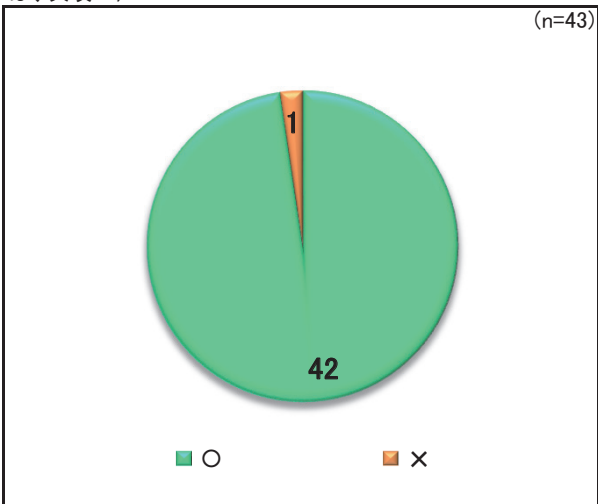


⑨ 診療科長は、所属する医師の夜間の勤務実態を把握し、適切な措置を講じている。

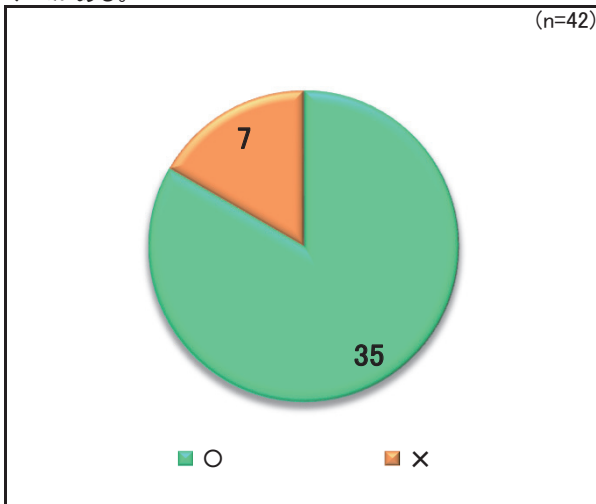


3) 院内救急体制

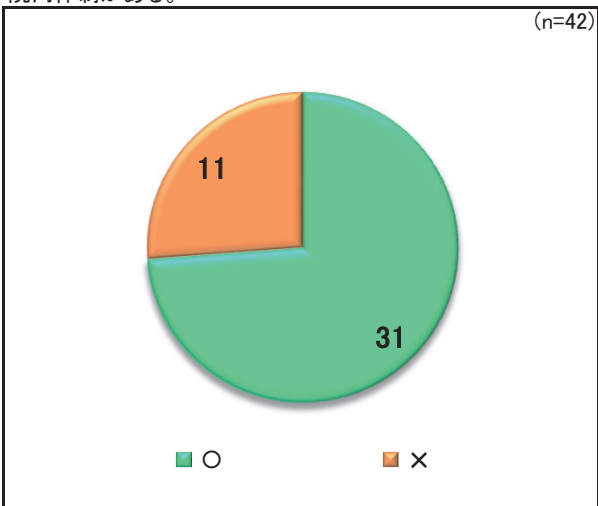
① 院内全体で共通の救急コール方法がある。(○の場合は、次項へ)



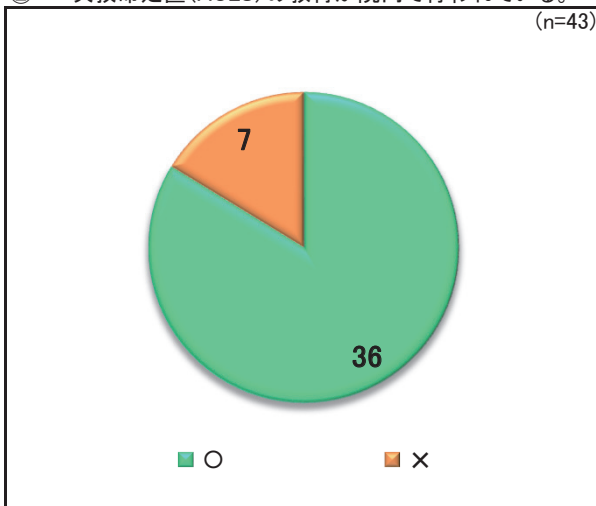
a 救急コール事例や心肺蘇生に関して、事例の報告システムがある。



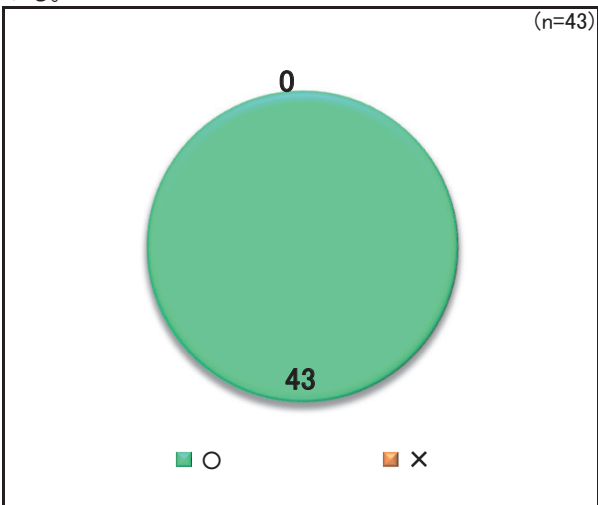
b 救急コールや心肺蘇生事例に関して、事例の検証を行う院内体制がある。



② 二次救命処置(ACLS)の教育が院内で行われている。

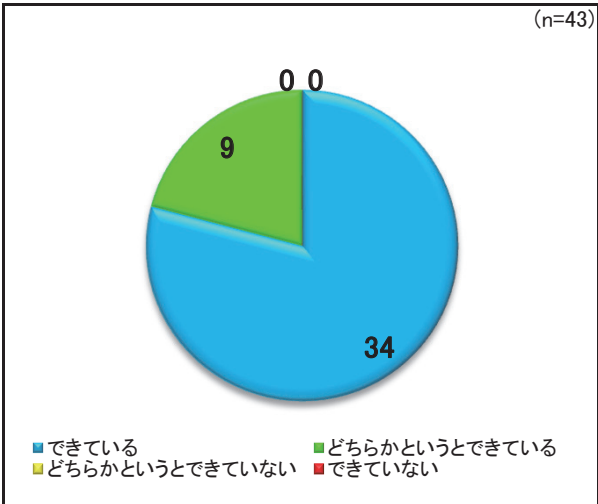


③ 救急カートが各部署に配置され、医薬品が標準化されている。



4) チーム医療

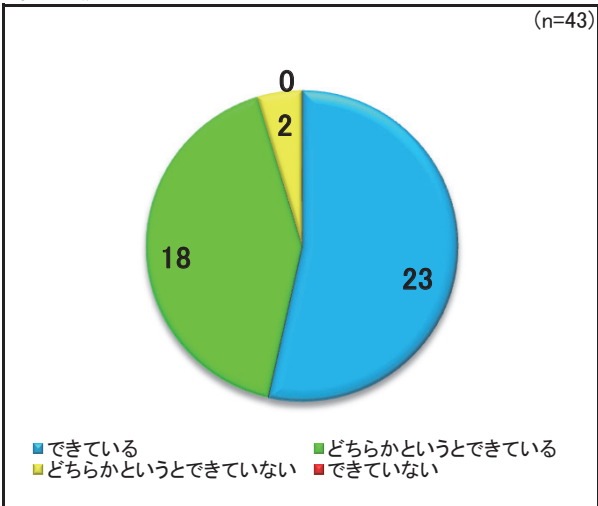
① 診療科を超えた診療体制を構築できる体制がある。



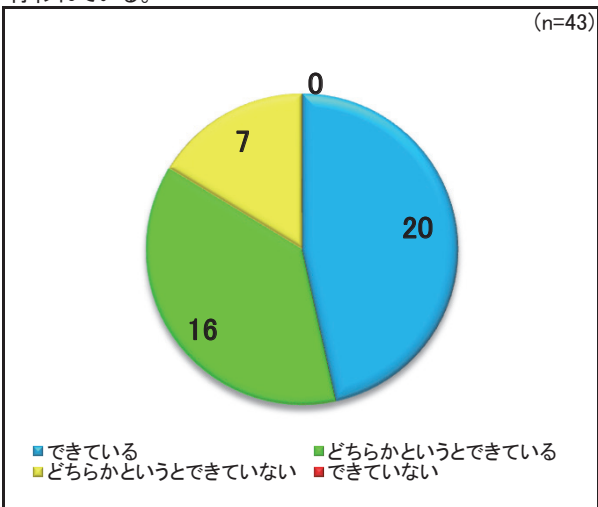
〔コメント欄に記載されていた事項〕

- ・HIV対策チーム
- ・緩和ケアチーム
- ・NST
- ・褥瘡対策チーム
- ・呼吸サポートチーム
- ・摂食嚥下サポートチーム
- ・口腔ケアチーム
- ・透析予防診療チーム
- ・ICT
- ・肺塞栓対応チーム

② 各部署で職種を超えたカンファレンスが行われ、診療記録に記載されている。



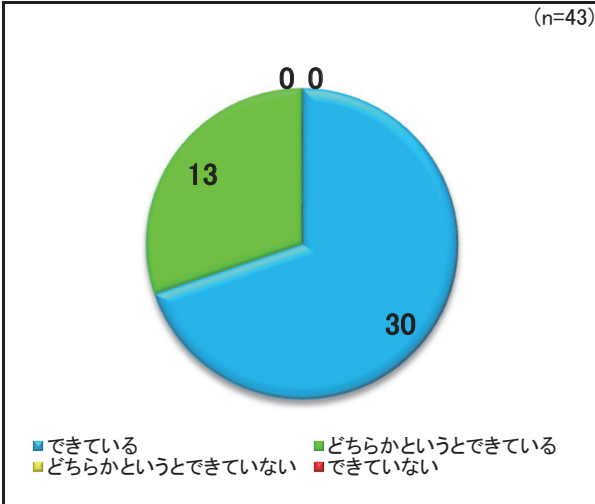
③ 病院全体で、死亡や合併症等に関するカンファレンスが行われている。



〔コメント欄に記載されていた事項〕

- ・臨床病理検討会
- ・がんボード
- ・各診療科でカンファレンスを実施している。
- ・複数診療科によるカンファレンスを実施している。
- ・診療科内・診療科合同・病院全体の委員会で検討し、死亡症例は全例、医療安全部門でも検証している。

④ 合同手術やハイリスク手術において、複数診療科や麻酔科を含めカンファレンスや連携協力体制がとれている。

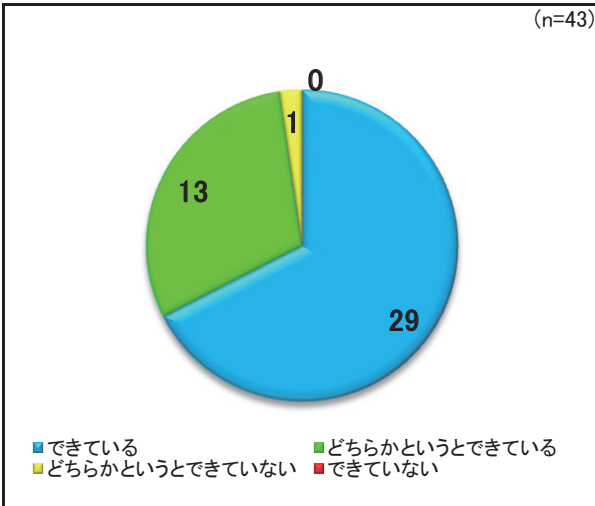


[コメント欄に記載されていた事項]

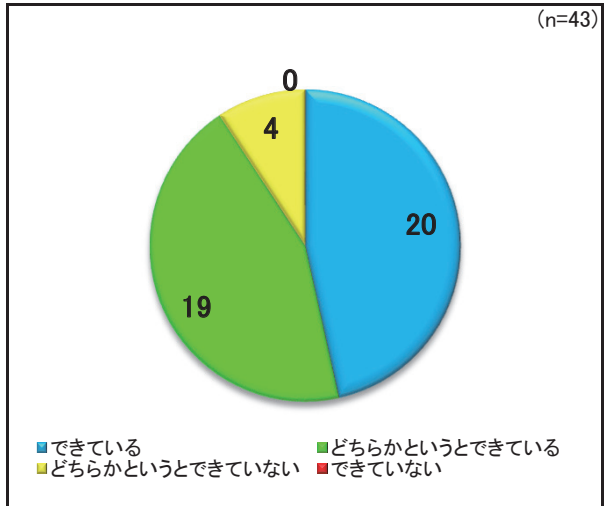
・周術期チームによる報共有や連携を実施している。

5)クリティカル・パス

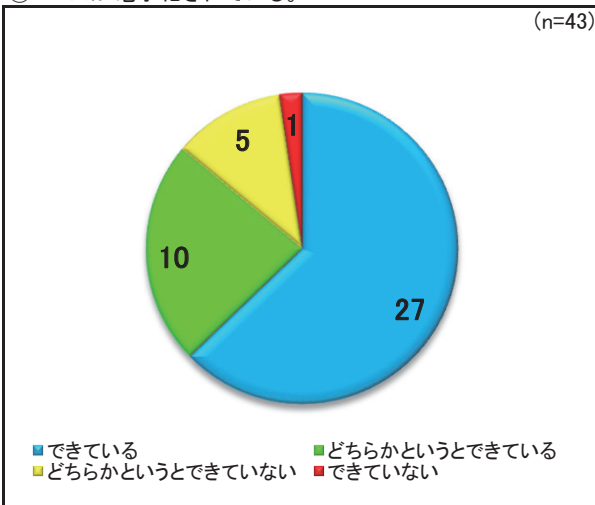
① 患者用パスを作成・使用している。



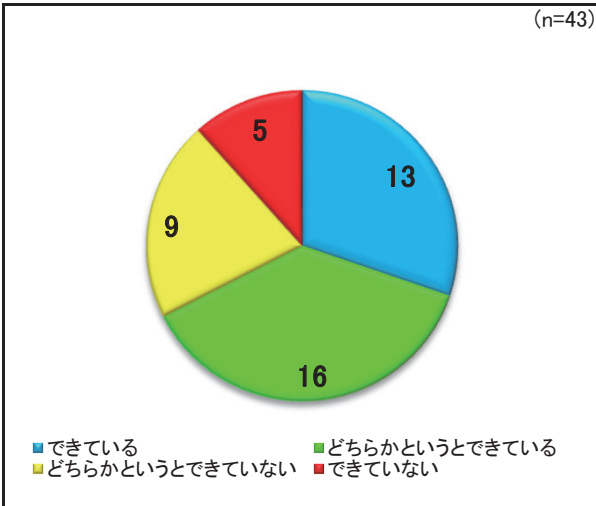
② 各診療科においてパスの評価・改良を行っている。



③ パスが電子化されている。



④ 治療・看護の継続性が保てるように地域連携のためのパスを作成・使用している。

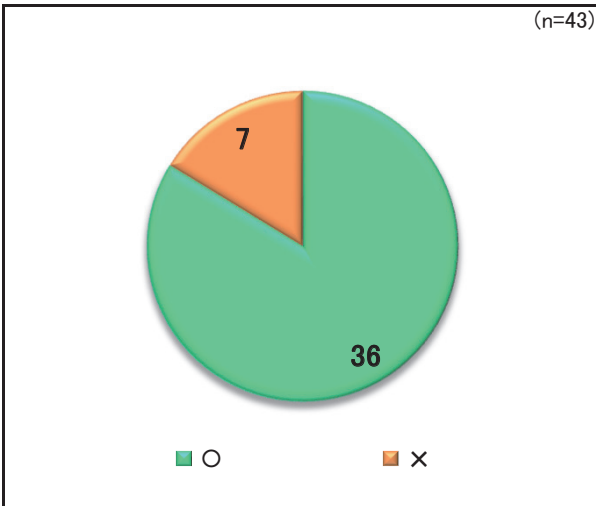


[コメント欄に記載されていた事項]

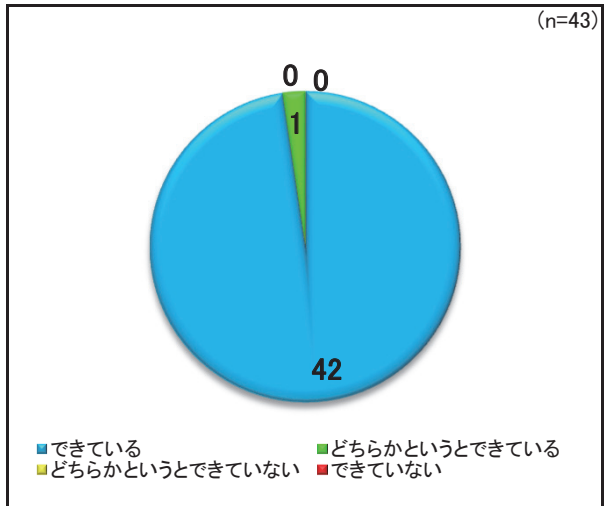
- ・大腿骨頸部骨折
- ・がんパス
- ・前立腺がん
- ・脳卒中パス

6) インフォームド・コンセント

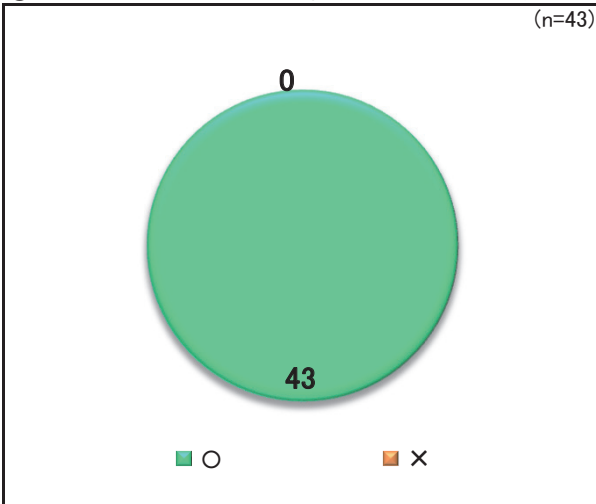
① インフォームド・コンセントに関して検討する委員会がある。



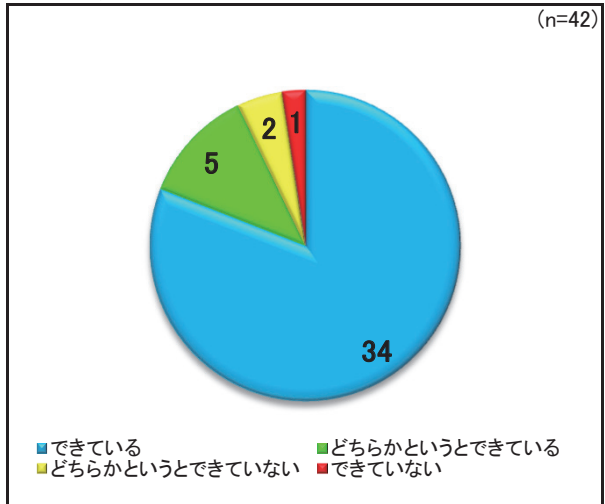
② 高度医療や新たな医療行為を行う場合、倫理委員会の承認や患者へのインフォームド・コンセントを十分に行っている。



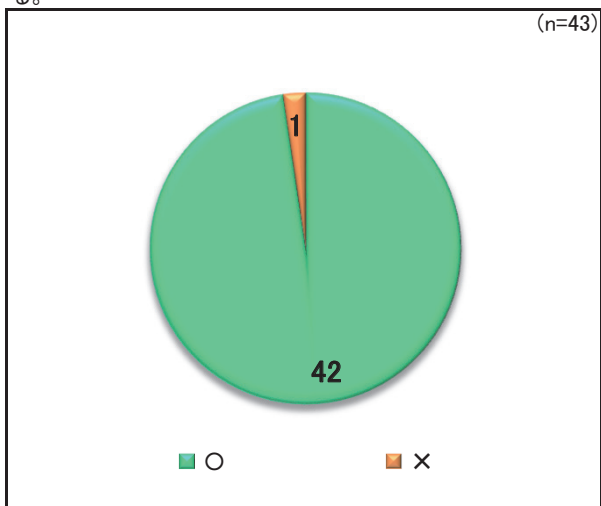
③ インフォームド・コンセントに関するガイドラインがある。



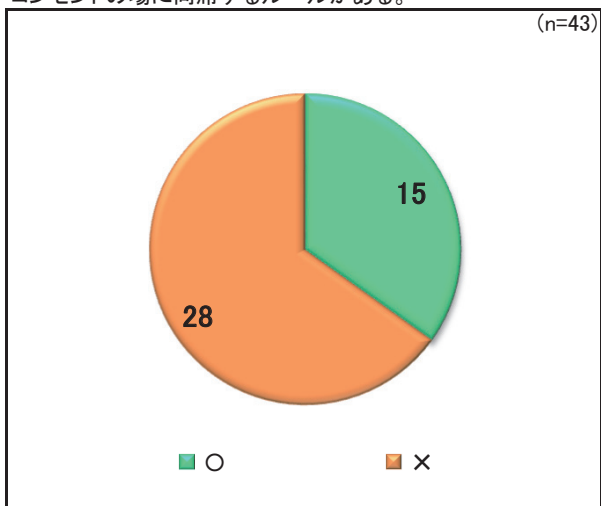
④ 病院として、同意を取るべき手術・麻酔・処置等が定められており、明文化されている。



⑤ 病院として、説明文書、同意書の書式が定められている。



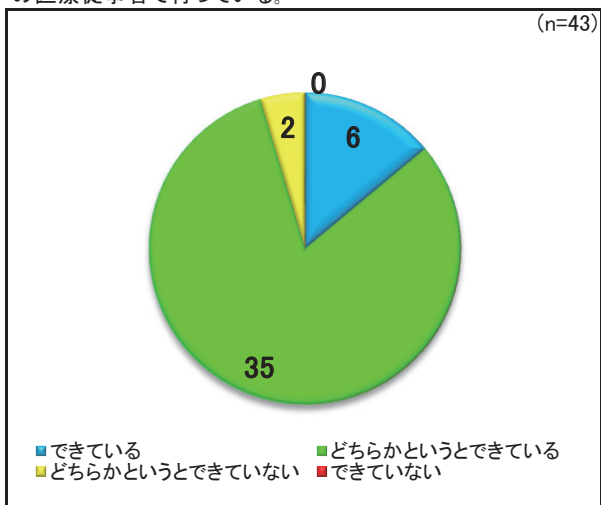
⑥ 複数の診療科で医療を行う場合、両者がインフォームド・コンセントの場に同席するルールがある。



〔コメント欄に記載されていた事項〕

- ・ルール、明文化したものはないが実施している。

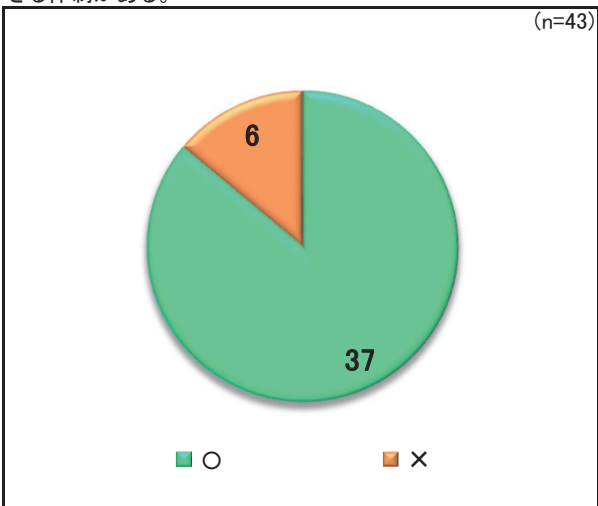
⑦ インフォームド・コンセントは看護師が同席するなど複数の医療従事者で行っている。



〔コメント欄に記載されていた事項〕

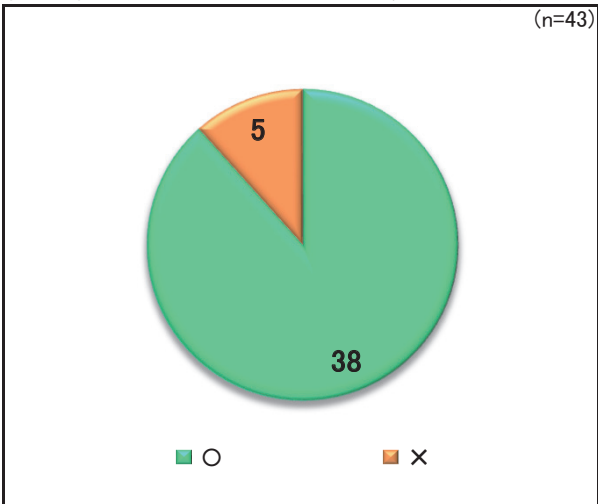
- ・可能な限り看護師は同席をするが、困難な場合でも説明後の確認を行ったことがわかるように、「確認者」の欄を設けている。
- ・インフォームド・コンセント患者アンケートを実施して確認している。

⑧ 必要に応じて、心理的なサポートができる職員が同席できる体制がある。

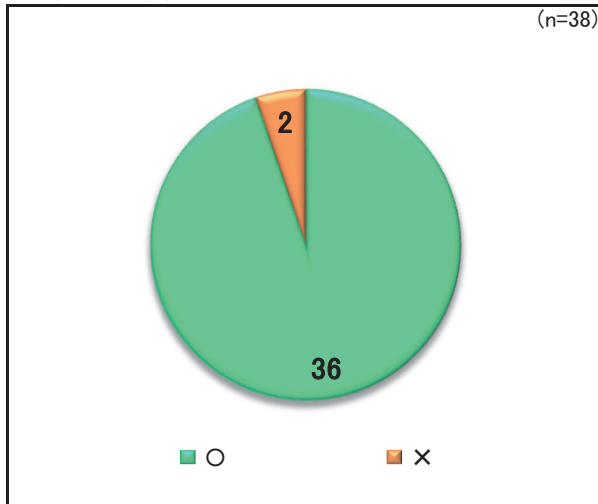


7) 臨床倫理

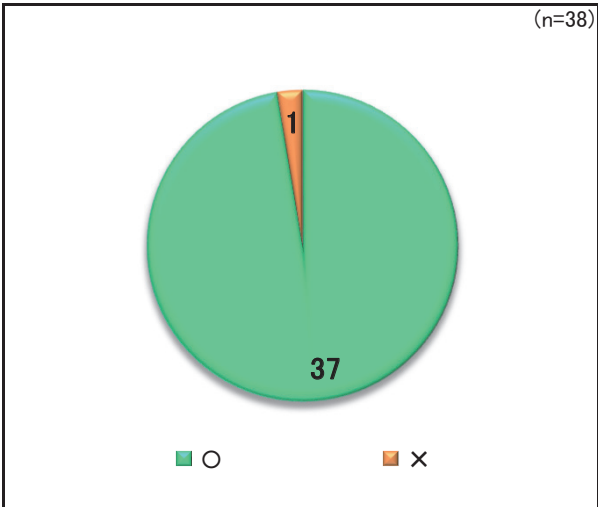
① 終末期医療や宗教上の輸血拒否等の臨床上の倫理的問題を検討するシステムがある。(○の場合は、次項へ)



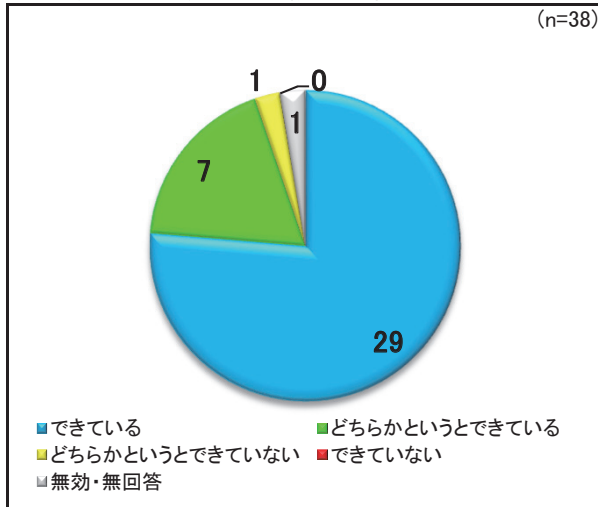
a 検討する委員会がある。



b マニュアルやガイドラインがある。



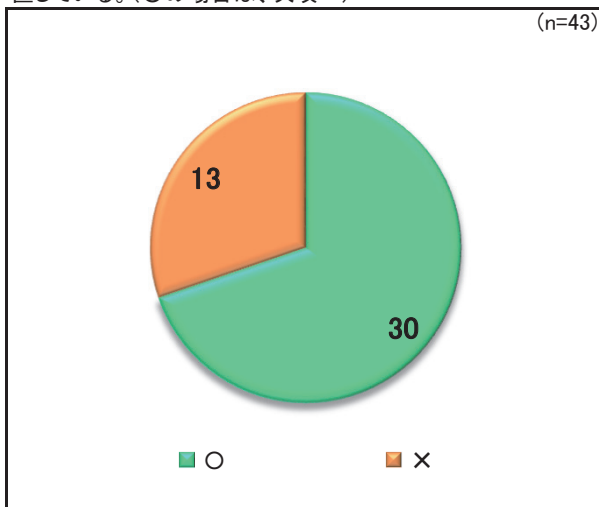
c 必要に応じて、迅速に相談できる体制がある。



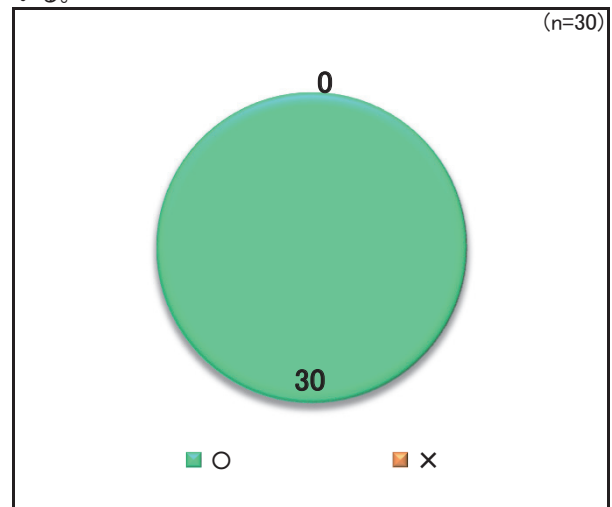
3 患者の参加等を通じた安全性の向上

1) 患者参加促進のための体制整備

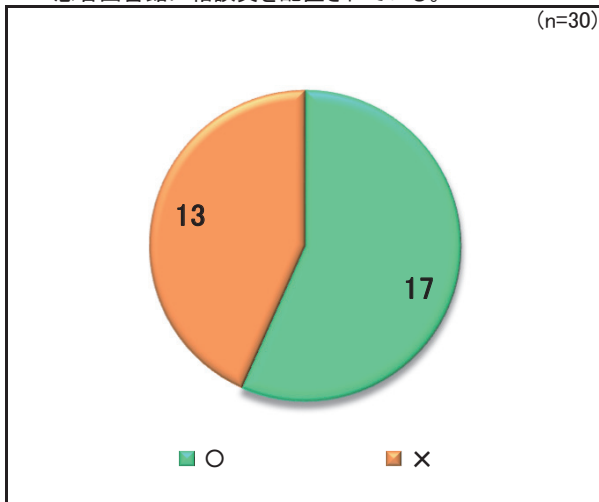
① 医療や疾病に関する情報入手のための患者図書館を設置している。(○の場合は、次項へ)



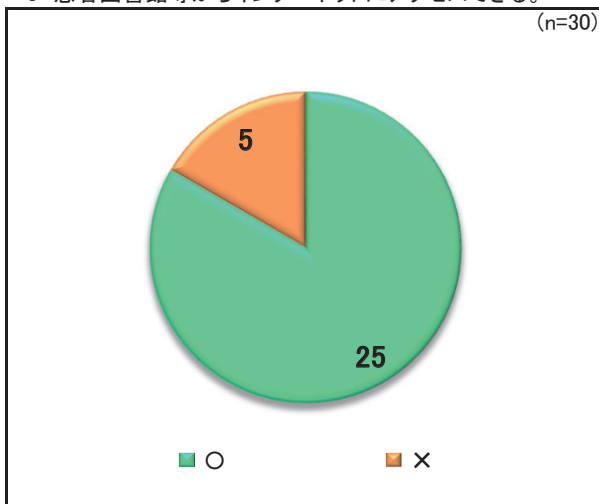
a 患者図書館に医療に関する書籍やパンフレットをおいている。



b 患者図書館に相談員を配置されている。



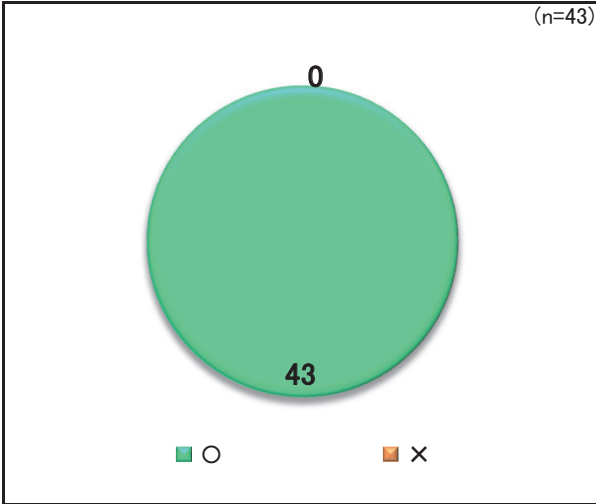
c 患者図書館等からインターネットにアクセスできる。



[コメント欄に記載されていた事項]

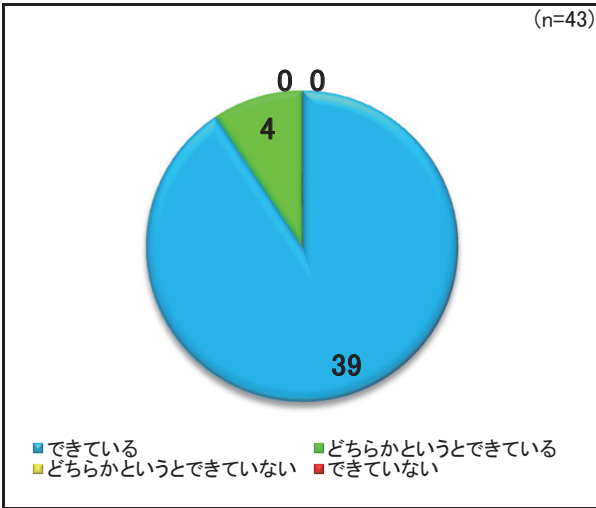
- ・リボズハウス(患者向け情報提供等施設)からできる。
- ・外来、デイルームに端末がある。
- ・図書室に限らず申請者は無料でwifiを使用できる。

② セカンドオピニオンについて相談する窓口がある。

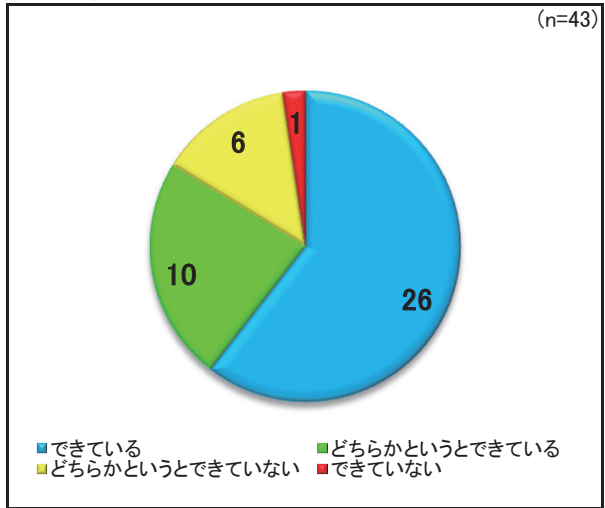


2) 医療安全のための患者参加の促進

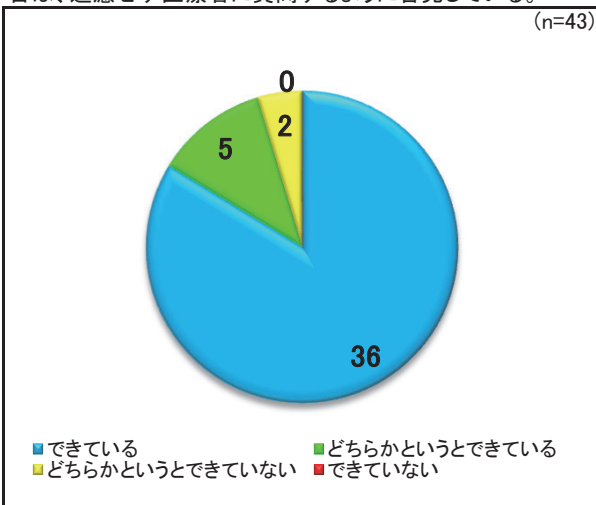
① 患者確認について、患者に協力を求めている。(入院のしおりなど、患者に対して明文化されている)



② 投与される薬剤について、患者自らがその内容を確認するように啓発している。

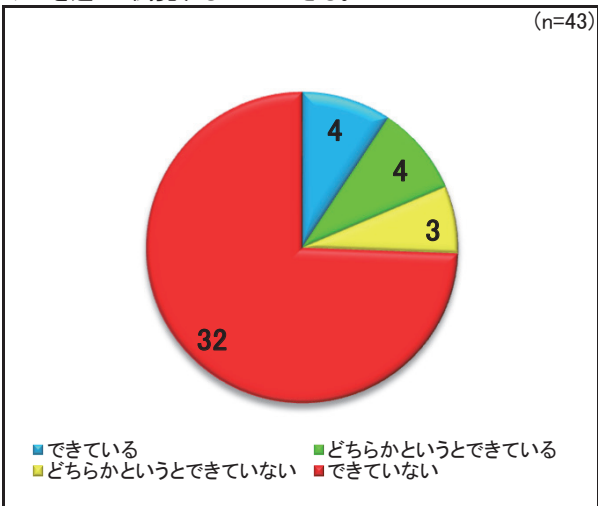


③ 患者に自分が受ける検査や治療について疑問がある場合は、遠慮せず医療者に質問するように啓発している。



3) 診療情報の共有

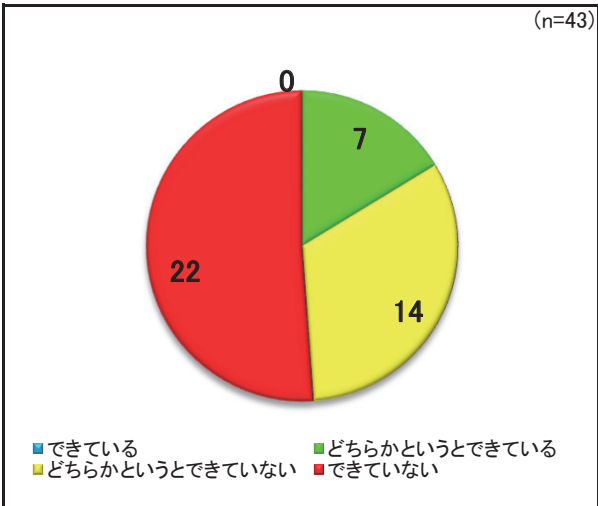
① 入院中に患者が自分の検査データなどを医療情報システムを通して閲覧することができる。



[コメント欄に記載されていた事項]

- ・「まいこネット」で閲覧可能
- ・「ITkarte」で閲覧機能
- ・医師同席で可能

② 患者自身の薬剤アレルギー情報を、「アレルギーカード」などの形で患者に渡している。

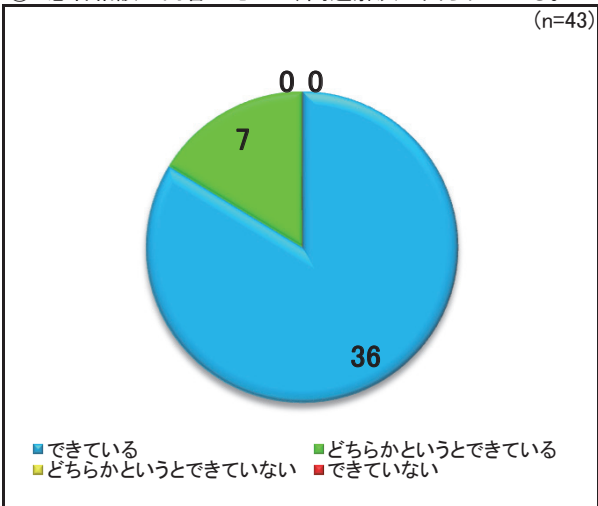


[コメント欄に記載されていた事項]

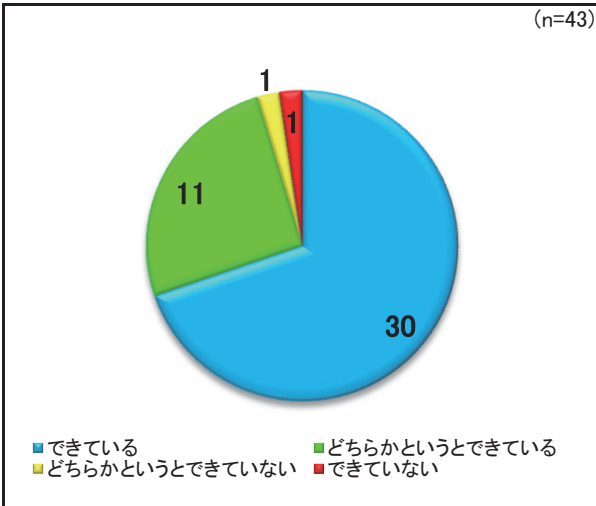
- ・造影剤のみ
- ・化学療法室、眼科のみ

4) 患者相談

① 患者相談の内容に応じて、問題解決が図られている。



② 患者相談の対応について、対応する職員への教育が行われている。



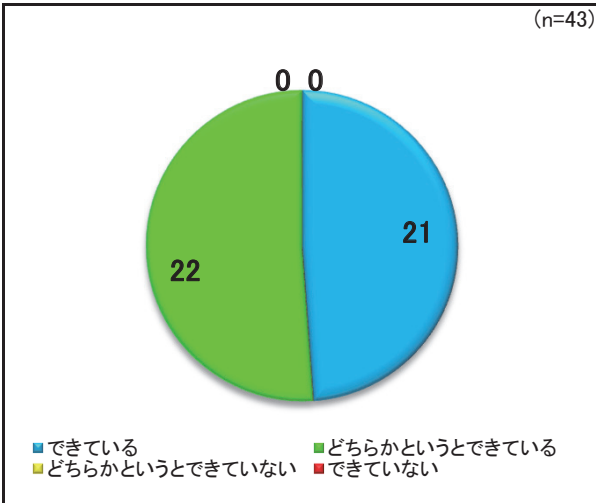
[コメント欄に記載されていた事項]

- ・接遇・コミュニケーション研修
- ・がん相談に関する研修
- ・コンフリクトマネジメント研修
- ・メディエーター研修
- ・大学病院等患者相談担当者研修

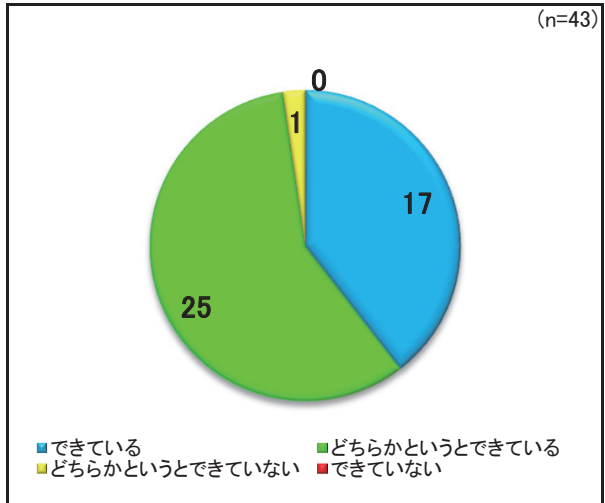
4 診療情報管理と医療情報システム

1) 診療記録の内容や形態等～紙・電子媒体共通項目

① 診療記録には、診療に係る記録が遅滞無く(当日中の診療に係る記録は当日中に)且つ正確に記載されている。

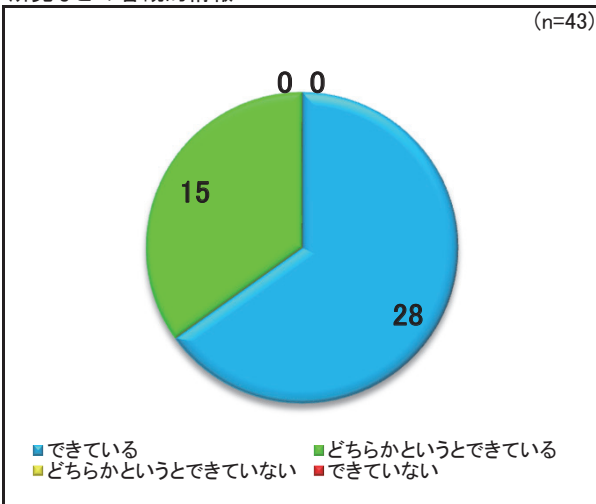


② 医師は毎日記載している。

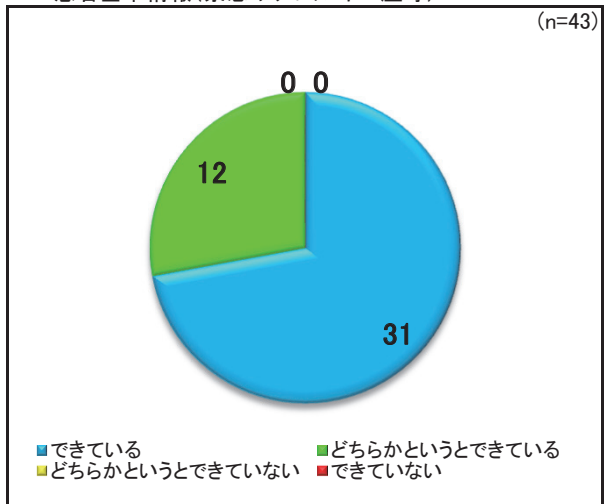


③ 診療記録には以下の情報がもれなく記載されている。

a 診断の根拠となる患者の主観的訴えと理学所見や検査所見などの客観的情報

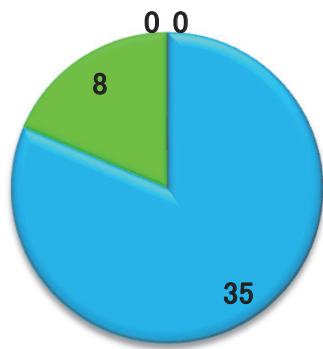


b 患者基本情報(禁忌やアレルギー歴等)



c 入院時の記録

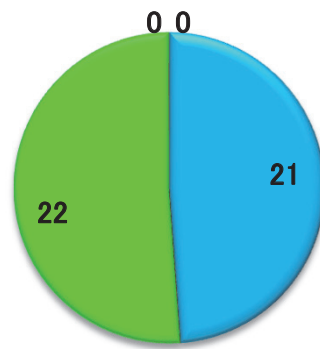
(n=43)



■できている ■どちらかというのできている
■どちらかというのできていない ■できていない

d 検査や治療の目的や実施する根拠

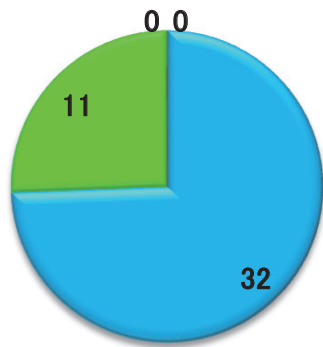
(n=43)



■できている ■どちらかというのできている
■どちらかというのできていない ■できていない

e 実施した検査や治療の内容

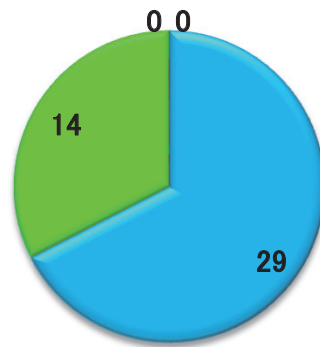
(n=43)



■できている ■どちらかというのできている
■どちらかというのできていない ■できていない

f 検査結果や臨床経過及びそれに基づくその後の治療方針

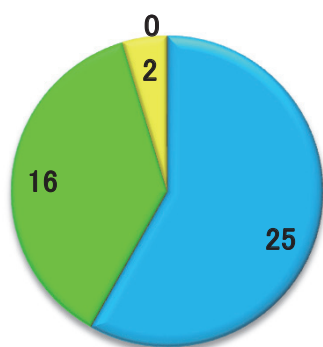
(n=43)



■できている ■どちらかというのできている
■どちらかというのできていない ■できていない

g 診療計画の評価、見直し

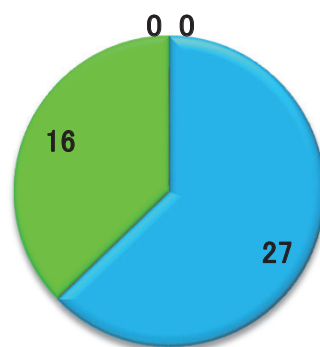
(n=43)



■できている ■どちらかというのできている
■どちらかというのできていない ■できていない

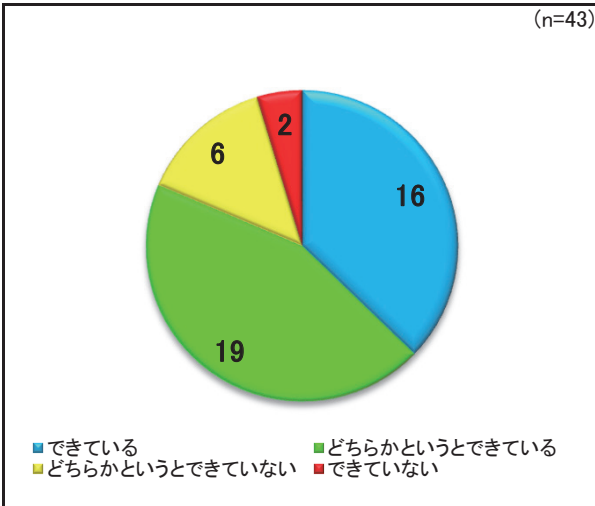
h 患者家族への説明及びインフォームド・コンセントに関する内容

(n=43)

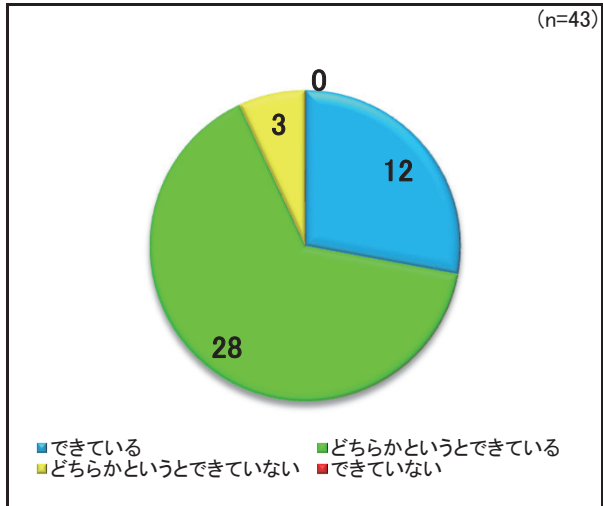


■できている ■どちらかというのできている
■どちらかというのできていない ■できていない

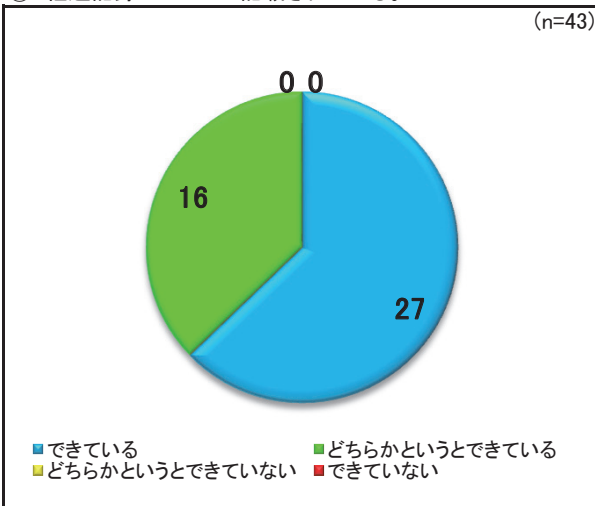
④ 主治医・担当医等の氏名と連絡先が、診療記録に明記されている。



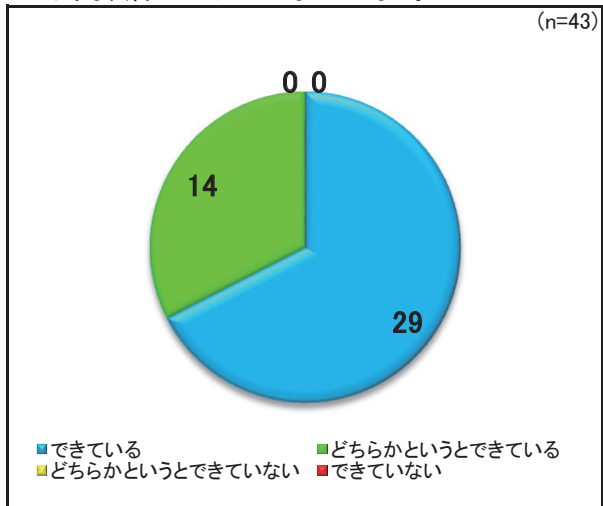
⑤ 記載方法としてPOMRが取り入れられている(問題点リストが活用され、問題点ごとの治療計画がたてられている)。



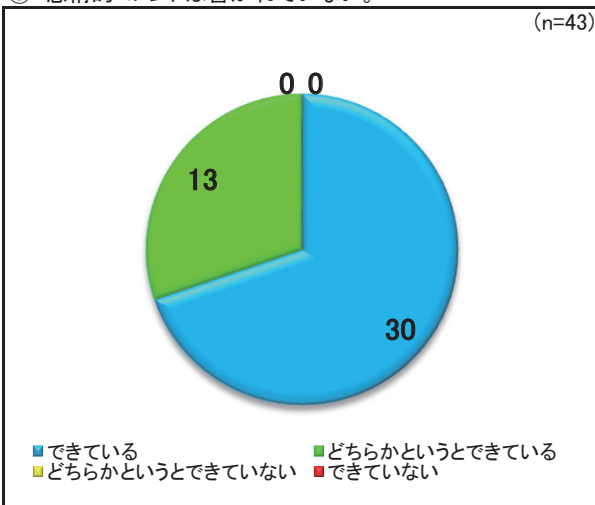
⑥ 経過記録はSOAPで記載されている。



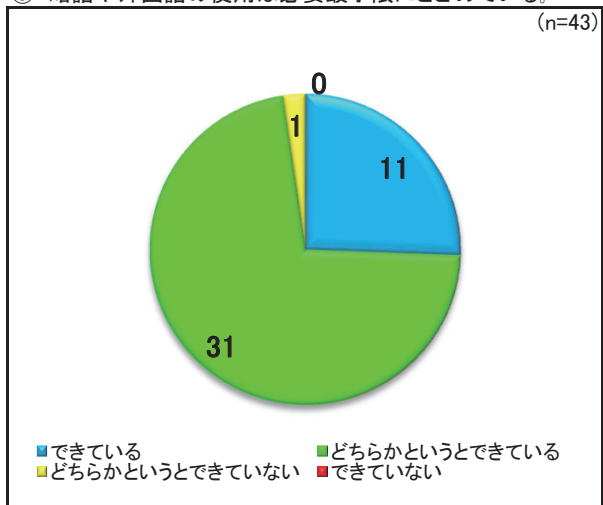
⑦ 診療記録は、医療従事者だけの目に触れることを前提としたような伝言ノートやメモになっていない。



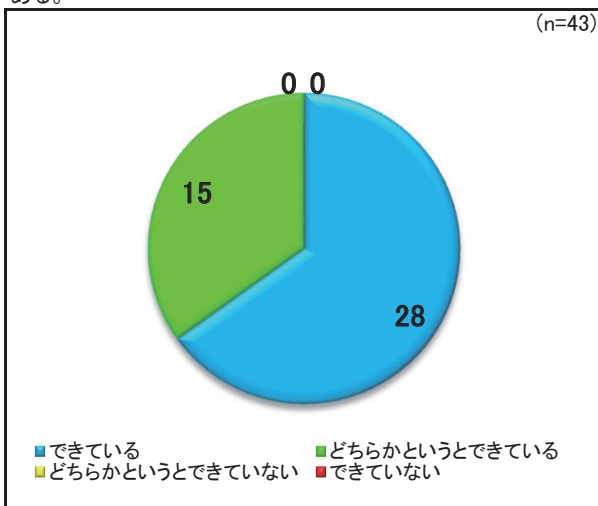
⑧ 感情的コメントは書かれていない。



⑨ 略語や外国語の使用は必要最小限にとどめている。



⑩ 退院時要約は入院中の経過が的確に把握できる内容である。



2) 診療記録の電子化に関する状況

① 別表4-2)-①にある項目について、電子媒体(電子カルテへ直接入力またはスキャン)もしくは、紙媒体での管理か、該当する欄に○を記載

(n=43)

(次頁)

別表：4-2)-① 診療記録の電子化に関する状況

項目	大学1			大学2			大学3			大学4		
	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体
	電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み	
1) 外来1号用紙(患者基本情報)	○			○			○			○		○
2) 外来経過記録(2号用紙)	○			○			○			○		○
3) 入院1号用紙(患者基本情報)	○			○			○			○		○
4) 入院病歴(主訴・既往歴・現症・身体所見)	○	○		○	○		○	○		○	○	○
5) 入院診療計画書	○	○		○	○		○	○		○	○	○
6) 入院経過記録(2号用紙)	○			○			○			○		○
7) オータダ記録(薬剤)	○			○	○		○	○		○	○	○
8) オータダ記録(処置)	○			○	○		○	○		○	○	○
9) オータダ記録(検査)	○			○			○			○		○
10) オータダ記録(手術)	○			○			○			○		○
11) オータダ記録(ケア)	○			○			○			○		○
12) 対診依頼用紙・他科受診(コンサルテーション)	○			○			○			○		○
13) 医師指示記録	○			○			○			○		○
14) クリティカルパス	○	○		○	○		○	○		○	○	○
15) 手術記録	○			○			○			○		○
16) 麻酔記録	○			○			○			○		○
17) 輸血実施記録	○			○			○			○		○
18) 看護記録	○			○			○			○		○
19) 熱型表(または体温板)(一般用)	○			○			○			○		○
20) 熱型表(または体温板)(重症記録用)	○		○	○			○			○		○
21) 検査結果(検体検査関連)	○	○		○	○		○	○		○	○	○
22) 検査結果(細菌・微生物検査)	○			○			○			○		○
23) 検査結果(生理機能検査)	○			○	○		○	○		○	○	○
24) 検査結果(病理・細胞診検査)	○			○			○			○		○
25) 内視鏡検査報告書	○			○			○			○		○
26) 放射線診断画像	○	○	フィルム	○			○		フィルム	○		フィルム○
27) 放射線画像診断報告書(レポート)	○			○			○			○		○
28) 薬剤管理指導記録	○	○		○	○		○	○		○	○	○
29) 栄養指導管理記録	○			○			○			○		○
30) リハビリテーション記録	○			○			○			○		○
31) 各種説明書(インフォームドコンセント用)	○	○		○	○		○	○		○	○	○
32) 同意書(インフォームドコンセント用)	○			○			○			○		○
33) 診療情報提供書(提出用)	○			○			○			○		○
34) 診断書(院内診断書)	○			○			○			○		○
35) 退院時療養計画書	○			○			○			○		○
36) 退院時要約(サマリ)	○			○			○			○		○
37) 剖検記録	○			○			○			○		○
38) 死亡診断書	○			○			○			○		○

別表：4-2)-① 診療記録の電子化に関する状況

項目	大学5			大学6			大学7			大学8		
	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体
	電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み	
1) 外来1号用紙(患者基本情報)	○			○			○			○		
2) 外来経過記録(2号用紙)	○			○		○				○		
3) 入院1号用紙(患者基本情報)	○			○			○			○		
4) 入院病歴(主訴・既往歴・現症・身体所見)	○			○			○			○		
5) 入院診療計画書	○		○(署名後のもの)	○			○			○		○
6) 入院経過記録(2号用紙)	○			○			○			○		○
7) オ一ダ記録(薬剤)	○			○			○			○		○
8) オ一ダ記録(処置)	○			○			○			○		○
9) オ一ダ記録(検査)	○			○			○			○		○
10) オ一ダ記録(手術)	○			○			○			○		○
11) オ一ダ記録(ケア)	○			○			○			○		○
12) 対診依頼用紙・他科受診(コンサルテーション)	○			○			○			○		○
13) 医師指示記録	○			○			○			○		○
14) クリテイカルパス	○			○			○			○		○
15) 手術記録	○			○			○			○		○
16) 麻酔記録	○			○			○			○		○
17) 輸血実施記録	○			○			○			○		○
18) 看護記録	○			○			○			○		○
19) 熱型表(または体温板)(一般用)	○			○			○			○		○
20) 熱型表(または体温板)(重症記録用)	○			○			○			○		○
21) 検査結果(検体検査関連)	○		○(一部の外注検査)	○			○			○		○
22) 検査結果(細菌・微生物検査)	○			○			○			○		○
23) 検査結果(生理機能検査)	○			○			○			○		○
24) 検査結果(病理・細胞診検査)	○			○			○			○		○
25) 内視鏡検査報告書	○			○			○			○		○
26) 放射線診断画像	○			○		フィルム	○			○		フィルム
27) 放射線画像診断報告書(レポート)	○			○			○			○		○
28) 薬剤管理指導記録	○			○			○			○		○
29) 栄養指導管理記録	○			○			○			○		○
30) リハビリテーション記録	○			○			○			○		○
31) 各種説明書(インフォームドコンセント用)	○		○(署名後のもの)	○			○			○		○
32) 同意書(インフォームドコンセント用)	○		○(署名後のもの)	○			○			○		○
33) 診療情報提供書(提出用)	○		○(署名後のもの)	○			○			○		○
34) 診断書(院内診断書)	○		○(署名後のもの)	○			○			○		○
35) 退院時療養計画書	○		○(署名後のもの)	○			○			○		○
36) 退院時要約(サマリ)	○			○			○			○		○
37) 剖検記録												
38) 死亡診断書												

別表：4-2)-① 診療記録の電子化に関する状況

項目	大学9			大学10			大学11			大学12		
	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体
	電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み	
1) 外来1号用紙(患者基本情報)	○		○	○		○	○		○		○	
2) 外来経過記録(2号用紙)	○			○			○	△		○		
3) 入院1号用紙(患者基本情報)	○			○			○			○		
4) 入院病歴(主訴・既往歴・現症・身体所見)	○			○			○			○		
5) 入院診療計画書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6) 入院経過記録(2号用紙)	○			○			○			○		
7) オータダ記録(薬剤)	○			○			○		△	○		○
8) オータダ記録(処置)	○			○			○		△	○		
9) オータダ記録(検査)	○			○			○		△	○		○
10) オータダ記録(手術)	○			○			○			○		
11) オータダ記録(ケア)	○			○			○			○		
12) 対診依頼用紙・他科受診(コンサルテーション)	○			○			○			○		
13) 医師指示記録	○		○	○			○			○		
14) クリテイカルパス	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○
15) 手術記録	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
16) 麻酔記録	○			○			○		△	○		
17) 輸血実施記録	○			○			○			○		
18) 看護記録	○			○			○			○		
19) 熱型表(または体温板)(一般用)	○			○			○		○			
20) 熱型表(または体温板)(重症記録用)	○		○	○			○			○		
21) 検査結果(検体検査関連)	○			○			○		△	○		
22) 検査結果(細菌・微生物検査)	○			○			○		△	○		
23) 検査結果(生理機能検査)	○			○			○		△	○		○
24) 検査結果(病理・細胞診検査)	○			○			○		△	○		
25) 内視鏡検査報告書	○			○			○			○		
26) 放射線診断画像	○		フィルム	○			○		フィルム	○		フィルム
27) 放射線画像診断報告書(レポート)	○			○			○			○		
28) 薬剤管理指導記録	○			○			○			○		
29) 栄養指導管理記録	○			○			○			○		
30) リハビリテーション記録	○			○			○		△	○		○
31) 各種説明書(インフォームドコンセント用)	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○
32) 同意書(インフォームドコンセント用)	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○	○	○
33) 診療情報提供書(提出用)	○			○			○			○		
34) 診断書(院内診断書)	○		○	○			○			○		○
35) 退院時療養計画書	○			○			○		△	○		○
36) 退院時要約(サマリ)	○			○			○		△	○		○
37) 剖検記録			○				○			○		○
38) 死亡診断書			○				○			○		○

別表：4-2)-① 診療記録の電子化に関する状況

項目	大学13			大学14			大学15			大学16		
	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体
	電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み	
1) 外来1号用紙(患者基本情報)	○	○		○			○		○		○	
2) 外来経過記録(2号用紙)	○	○		○			○		○		○	
3) 入院1号用紙(患者基本情報)	○	○		○			○		○		○	
4) 入院病歴(主訴・既往歴・現症・身体所見)	○	○		○			○		○		○	
5) 入院診療計画書	○	○		○			○		○		○	
6) 入院経過記録(2号用紙)	○	○		○			○		○		○	
7) オ一ダ記録(薬剤)	○	○		○			○		○		○	
8) オ一ダ記録(処置)	○	○		○			○		○		○	
9) オ一ダ記録(検査)	○	○		○			○		○		○	
10) オ一ダ記録(手術)	○	○		○			○		○		○	
11) オ一ダ記録(ケア)	○	○		○			○		○		○	
12) 対診依頼用紙・他科受診(コンサルテーション)	○	○		○			○		○		○	
13) 医師指示記録	○	○		○			○		○		○	
14) クリテイカルパス	○	○		○			○		○		○	
15) 手術記録	○	○		○			○		○		○	
16) 麻酔記録	○	○		○			○		○		○	
17) 輸血実施記録	○	○		○			○		○		○	
18) 看護記録	○	○		○			○		○		○	
19) 熱型表(または体温板)(一般用)	○	○		○			○		○		○	
20) 熱型表(または体温板)(重症記録用)	○	○		○			○		○		○	
21) 検査結果(検体検査関連)	○	○		○			○		○		○	
22) 検査結果(細菌・微生物検査)	○	○		○			○		○		○	
23) 検査結果(生理機能検査)	○	○		○			○		○		○	
24) 検査結果(病理・細胞診検査)	○	○		○			○		○		○	
25) 内視鏡検査報告書	○	○		○			○		○		○	
26) 放射線診断画像	○	○	フィルム	○			○		○		フィルム	
27) 放射線画像診断報告書(レポート)	○	○		○			○		○		○	
28) 薬剤管理指導記録	○	○		○			○		○		○	
29) 栄養指導管理記録	○	○		○			○		○		○	
30) リハビリテーション記録	○	○		○			○		○		○	
31) 各種説明書(インフォームドコンセント用)	○	○		○			○		○		○	
32) 同意書(インフォームドコンセント用)	○	○		○			○		○		○	
33) 診療情報提供書(提出用)	○	○		○			○		○		○	
34) 診断書(院内診断書)	○	○		○			○		○		○	
35) 退院時療養計画書	○	○		○			○		○		○	
36) 退院時要約(サマリ)	○	○		○			○		○		○	
37) 剖検記録	○	○		○			○		○		○	
38) 死亡診断書	○	○		○			○		○		○	

別表：4-2)-① 診療記録の電子化に関する状況

項目	大学17			大学18			大学19			大学20		
	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体
	電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み	
1) 外来1号用紙(患者基本情報)	○			○				○				
2) 外来経過記録(2号用紙)	○			○				○				
3) 入院1号用紙(患者基本情報)	○	○	○	○				○				
4) 入院病歴(主訴・既往歴・現症・身体所見)	○			○				○				
5) 入院診療計画書	○	○	○	○				○				○
6) 入院経過記録(2号用紙)	○			○				○				○
7) オータダ記録(薬剤)	○			○				○				○
8) オータダ記録(処置)	○			○				○				○
9) オータダ記録(検査)	○			○				○				○
10) オータダ記録(手術)	○			○				○				○
11) オータダ記録(ケア)	○			○				○				○
12) 対診依頼用紙・他科受診(コンサルテーション)	○			○				○				○
13) 医師指示記録	○			○				○				○
14) クリテイカルパス	○	○	○	○				○				○
15) 手術記録	○			○				○				○
16) 麻酔記録	○			○				○				○
17) 輸血実施記録	○			○				○				○
18) 看護記録	○			○				○				○
19) 熱型表(または体温板)(一般用)	○			○				○				○
20) 熱型表(または体温板)(重症記録用)	○			○				○				○
21) 検査結果(検体検査関連)	○			○				○				○
22) 検査結果(細菌・微生物検査)	○			○				○				○
23) 検査結果(生理機能検査)	○			○				○				○
24) 検査結果(病理・細胞診検査)	○			○				○				○
25) 内視鏡検査報告書	○			○				○				○
26) 放射線診断画像	○		フィルム	○				○				フィルム
27) 放射線画像診断報告書(レポート)	○			○				○				○
28) 薬剤管理指導記録	○			○				○				○
29) 栄養指導管理記録	○			○				○				○
30) リハビリテーション記録	○			○				○				○
31) 各種説明書(インフォームドコンセント用)	○	○	○	○				○				○
32) 同意書(インフォームドコンセント用)	○	○	○	○				○				○
33) 診療情報提供書(提出用)	○	○	○	○				○				○
34) 診断書(院内診断書)	○			○				○				○
35) 退院時療養計画書	○			○				○				○
36) 退院時要約(サマリ)	○			○				○				○
37) 剖検記録												○
38) 死亡診断書												○

別表：4-2)-① 診療記録の電子化に関する状況

項目	大学21			大学22			大学23			大学24		
	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体
	電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み	
1) 外来1号用紙(患者基本情報)	○			○			○			○		
2) 外来経過記録(2号用紙)	○			○			○			○		
3) 入院1号用紙(患者基本情報)	○			○			○			○		
4) 入院病歴(主訴・既往歴・現症・身体所見)	○			○			○			○		
5) 入院診療計画書	○			○			○			○		
6) 入院経過記録(2号用紙)	○			○			○			○		
7) オータダ記録(薬剤)	○			○			○			○		
8) オータダ記録(処置)	○			○			○			○		
9) オータダ記録(検査)	○			○			○			○		
10) オータダ記録(手術)	○			○			○			○		
11) オータダ記録(ケア)	○			○			○			○		
12) 対診依頼用紙・他科受診(コンサルテーション)	○			○			○			○		
13) 医師指示記録	○			○			○			○		
14) クリテイカルパス	○			○			○			○		
15) 手術記録	○			○			○			○		
16) 麻酔記録	○			○			○			○		
17) 輸血実施記録	○			○			○			○		
18) 看護記録	○			○			○			○		
19) 熱型表(または体温板)(一般用)	○			○			○			○		
20) 熱型表(または体温板)(重症記録用)	○			○(ICU)			○			○		
21) 検査結果(検体検査関連)	○			○			○			○		
22) 検査結果(細菌・微生物検査)	○			○			○			○		
23) 検査結果(生理機能検査)	○			○			○			○		
24) 検査結果(病理・細胞診検査)	○			○			○			○		
25) 内視鏡検査報告書	○			○			○			○		
26) 放射線診断画像	○		フィルム	○		フィルム×	○		フィルム	○		フィルム
27) 放射線画像診断報告書(レポート)	○			○			○			○		
28) 薬剤管理指導記録	○			○			○			○		
29) 栄養指導管理記録	○			○			○			○		
30) リハビリテーション記録	○			○			○			○		
31) 各種説明書(インフォームドコンセント用)	○			○			○			○		
32) 同意書(インフォームドコンセント用)	○			○			○			○		
33) 診療情報提供書(提出用)	○			○			○			○		
34) 診断書(院内診断書)	○			○			○			○		
35) 退院時療養計画書	○			○			○			○		
36) 退院時要約(サマリ)	○			○			○			○		
37) 剖検記録			○			○			○			○
38) 死亡診断書			○			○			○			○

別表：4-2)-① 診療記録の電子化に関する状況

項目	大学25				大学26				大学27				大学28			
	電子媒体		紙媒体		電子媒体		紙媒体		電子媒体		紙媒体		電子媒体		紙媒体	
	電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み	紙媒体	スキヤン 取込み	電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み	紙媒体	スキヤン 取込み	電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み	紙媒体	スキヤン 取込み	電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み	紙媒体	スキヤン 取込み
1) 外来1号用紙(患者基本情報)	○												○			
2) 外来経過記録(2号用紙)	○												○			
3) 入院1号用紙(患者基本情報)	○												○			
4) 入院病歴(主訴・既往歴・現症・身体所見)	○												○			
5) 入院診療計画書	○												○			
6) 入院経過記録(2号用紙)	○												○			
7) オータダ記録(薬剤)	○												○			
8) オータダ記録(処置)	○												○			
9) オータダ記録(検査)	○												○			
10) オータダ記録(手術)	○												○			
11) オータダ記録(ケア)	○												○			
12) 対診依頼用紙・他科受診(コンサルテーション)	○												○			
13) 医師指示記録	○												○			
14) クリテイカルパス	○												○			
15) 手術記録	○												○			
16) 麻酔記録	○												○			
17) 輸血実施記録	○												○			
18) 看護記録	○												○			
19) 熱型表(または体温板)(一般用)	○												○			
20) 熱型表(または体温板)(重症記録用)	○												○			
21) 検査結果(検体検査関連)	○												○			
22) 検査結果(細菌・微生物検査)	○												○			
23) 検査結果(生理機能検査)	○												○			
24) 検査結果(病理・細胞診検査)	○												○			
25) 内視鏡検査報告書	○												○			
26) 放射線診断画像	○												○			
27) 放射線画像診断報告書(レポート)	○												○			
28) 薬剤管理指導記録	○												○			
29) 栄養指導管理記録	○												○			
30) リハビリテーション記録	○												○			
31) 各種説明書(インフォームドコンセント用)	○												○			
32) 同意書(インフォームドコンセント用)	○												○			
33) 診療情報提供書(提出用)	○												○			
34) 診断書(院内診断書)	○												○			
35) 退院時療養計画書	○												○			
36) 退院時要約(サマリ)	○												○			
37) 剖検記録	○												○			
38) 死亡診断書	○												○			

別表：4-2)-① 診療記録の電子化に関する状況

項目	大学29			大学30			大学31			大学32		
	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体
	電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキヤン 取込み	
1) 外来1号用紙(患者基本情報)				○			○			○		
2) 外来経過記録(2号用紙)	○			○			○			○		
3) 入院1号用紙(患者基本情報)	○			○			○			○		
4) 入院病歴(主訴・既往歴・現症・身体所見)	○			○			○			○		
5) 入院診療計画書		○		○			○			○		
6) 入院経過記録(2号用紙)	○			○			○			○		
7) オータダ記録(薬剤)	○			○			○			○		
8) オータダ記録(処置)	○			○			○			○		
9) オータダ記録(検査)	○			○			○			○		
10) オータダ記録(手術)	○			○			○			○		
11) オータダ記録(ケア)	○			○			○			○		
12) 対診依頼用紙・他科受診(コンサルテーション)	○			○			○			○		
13) 医師指示記録	○			○			○			○		
14) クリティカルパス	○			○			○			○		
15) 手術記録	○			○			○			○		
16) 麻酔記録	○			○			○			○		
17) 輸血実施記録	○			○			○			○		
18) 看護記録	○			○			○			○		
19) 熱型表(または体温板)(一般用)	○			○			○			○		
20) 熱型表(または体温板)(重症記録用)	○			○			○			○		
21) 検査結果(検体検査関連)	○			○			○			○		
22) 検査結果(細菌・微生物検査)	○			○			○			○		
23) 検査結果(生理機能検査)	○			○			○			○		
24) 検査結果(病理・細胞診検査)	○			○			○			○		
25) 内視鏡検査報告書	○			○			○			○		
26) 放射線診断画像	○			○			○			○		
27) 放射線画像診断報告書(レポート)	○			○			○			○		
28) 薬剤管理指導記録	○			○			○			○		
29) 栄養指導管理記録	○			○			○			○		
30) リハビリテーション記録	○			○			○			○		
31) 各種説明書(インフォームドコンセント用)	○			○			○			○		
32) 同意書(インフォームドコンセント用)	○			○			○			○		
33) 診療情報提供書(提出用)	○			○			○			○		
34) 診断書(院内診断書)	○			○			○			○		
35) 退院時療養計画書	○			○			○			○		
36) 退院時要約(サマリ)	○			○			○			○		
37) 剖検記録	○			○			○			○		
38) 死亡診断書	○			○			○			○		

別表：4-2)-① 診療記録の電子化に関する状況

項目	大学33			大学34			大学35			大学36		
	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体	電子媒体		紙媒体
	電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み		電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み	
1) 外来1号用紙(患者基本情報)	○			○			○			○		
2) 外来経過記録(2号用紙)	○			○			○			○		
3) 入院1号用紙(患者基本情報)	○			○			○			○		
4) 入院病歴(主訴・既往歴・現症・身体所見)	○			○			○			○		
5) 入院診療計画書	○		○(患者署名後)	○			○			○		
6) 入院経過記録(2号用紙)	○			○			○			○		
7) オータダ記録(薬剤)	○			○			○			○		
8) オータダ記録(処置)	○			○			○			○		
9) オータダ記録(検査)	○			○			○			○		
10) オータダ記録(手術)	○			○			○			○		
11) オータダ記録(ケア)	○			○			○			○		
12) 対診依頼用紙・他科受診(コンサルテーション)	○			○			○			○		
13) 医師指示記録	○			○			○			○		
14) クリテイカルパス	○			○			○			○		
15) 手術記録	○			○			○			○		
16) 麻酔記録	○			○			○			○		
17) 輸血実施記録	○			○			○			○		
18) 看護記録	○			○			○			○		
19) 熱型表(または体温板)(一般用)	○			○			○			○		
20) 熱型表(または体温板)(重症記録用)	○			○			○			○		
21) 検査結果(検体検査関連)	○			○			○			○		
22) 検査結果(細菌・微生物検査)	○			○			○			○		
23) 検査結果(生理機能検査)	○			○			○			○		
24) 検査結果(病理・細胞診検査)	○			○			○			○		
25) 内視鏡検査報告書	○			○			○			○		
26) 放射線診断画像	○		フィルム	○			○			○		フィルム
27) 放射線画像診断報告書(レポート)	○			○			○			○		
28) 薬剤管理指導記録	○			○			○			○		
29) 栄養指導管理記録	○			○			○			○		
30) リハビリテーション記録	○			○			○			○		
31) 各種説明書(インフォームドコンセント用)	○		○(患者署名後)	○			○			○		
32) 同意書(インフォームドコンセント用)	○		○(患者署名後)	○			○			○		
33) 診療情報提供書(提出用)	○			○			○			○		
34) 診断書(院内診断書)	○			○			○			○		
35) 退院時療養計画書	○		○(患者署名後)	○			○			○		
36) 退院時要約(サマリ)	○			○			○			○		
37) 剖検記録			○(コピー)				○			○		
38) 死亡診断書			○(コピー)				○			○		

別表：4-2)-① 診療記録の電子化に関する状況

項目	大学37				大学38				大学39				大学40			
	電子媒体		紙媒体		電子媒体		紙媒体		電子媒体		紙媒体		電子媒体		紙媒体	
	電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み	電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み	電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み	電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み	電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み	電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み	電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み	電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み
1) 外来1号用紙(患者基本情報)	○				○					○				○		
2) 外来経過記録(2号用紙)	○				○					○				○		
3) 入院1号用紙(患者基本情報)	○				○					○				○		
4) 入院病歴(主訴・既往歴・現症・身体所見)	○				○					○				○		
5) 入院診療計画書	○	○(患者サイン後)			○	○(患者用)				○				○		
6) 入院経過記録(2号用紙)	○				○					○				○		
7) オ一ダ記録(薬剤)	○				○					○				○		
8) オ一ダ記録(処置)	○				○					○				○		
9) オ一ダ記録(検査)	○				○					○				○		
10) オ一ダ記録(手術)	○				○					○				○		
11) オ一ダ記録(ケア)	○				○					○				○		
12) 対診依頼用紙・他科受診(コンサルテーション)	○				○					○				○		
13) 医師指示記録	○				○					○				○		
14) クリテイカルパス	○				○					○				○		
15) 手術記録	○				○					○				○		
16) 麻酔記録	○				○					○				○		
17) 輸血実施記録	○				○					○				○		
18) 看護記録	○				○					○				○		
19) 熱型表(または体温板)(一般用)	○				○					○				○		
20) 熱型表(または体温板)(重症記録用)	○				○					○				○		
21) 検査結果(検体検査関連)	○				○					○	○(外注分)			○		
22) 検査結果(細菌・微生物検査)	○				○					○	○(外注分)			○		
23) 検査結果(生理機能検査)	○				○					○				○		
24) 検査結果(病理・細胞診検査)	○				○					○				○		
25) 内視鏡検査報告書	○				○					○				○		
26) 放射線診断画像	○				○					○				○		
27) 放射線画像診断報告書(レポート)	○				○					○				○		
28) 薬剤管理指導記録	○				○					○				○		
29) 栄養指導管理記録	○				○					○				○		
30) リハビリテーション記録	○				○					○				○		
31) 各種説明書(インフォームドコンセント用)	○				○					○				○		
32) 同意書(インフォームドコンセント用)	○	○(患者サイン後)			○	○(患者用)				○				○		
33) 診療情報提供書(提出用)	○				○	○(他院用)				○				○		
34) 診断書(院内診断書)	○				○					○				○		
35) 退院時療養計画書	○				○					○				○		
36) 退院時要約(サマリ)	○				○					○				○		
37) 剖検記録	○				○					○				○		
38) 死亡診断書	○				○	○(患者用)				○				○		

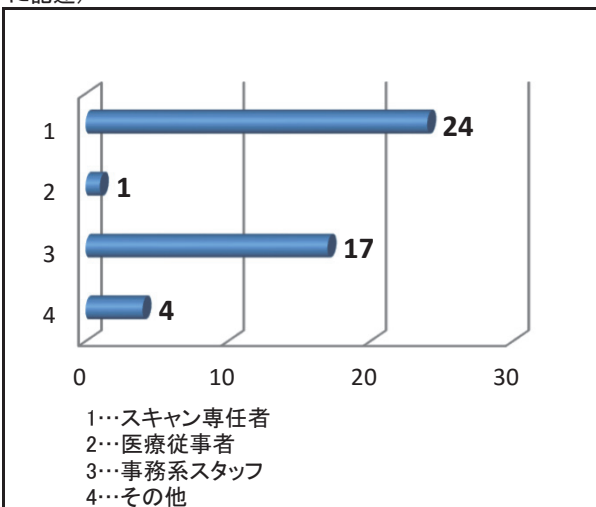
別表: 4-2)-① 診療記録の電子化に関する状況

項目	大学41		大学42		大学43	
	電子媒体		電子媒体		電子媒体	
	電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み	電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み	電子カルテへ 直接入力	スキャン 取込み
1) 外来1号用紙(患者基本情報)	○		○		○	
2) 外来経過記録(2号用紙)	○		○		○	
3) 入院1号用紙(患者基本情報)	○		○		○	
4) 入院病歴(主訴・既往歴・現症・身体所見)	○		○		○	
5) 入院診療計画書		○				
6) 入院経過記録(2号用紙)	○		○		○	
7) オータ記録(薬剤)	○		○		○	
8) オータ記録(処置)	○		○		○	
9) オータ記録(検査)	○		○		○	
10) オータ記録(手術)	○		○		○	
11) オータ記録(ケア)	○		○		○	
12) 対診依頼用紙・他科受診(コンサルテーション)	○		○		○	
13) 医師指示記録	○		○		○	
14) クリティカルパス	○		○		○	
15) 手術記録	○		○		○	
16) 麻酔記録	○		○		○	
17) 輸血実施記録	○		○		○	
18) 看護記録	○		○		○	
19) 熱型表(または体温板)(一般用)	○		○		○	
20) 熱型表(または体温板)(重症記録用)	○		○		○	
21) 検査結果(検体検査関連)	○		○		○	
22) 検査結果(細菌・微生物検査)	○		○		○	
23) 検査結果(生理機能検査)	○		○		○	
24) 検査結果(病理・細胞診検査)	○		○		○	
25) 内視鏡検査報告書	○		○		○	
26) 放射線診断画像	○		○		○	フィルム
27) 放射線画像診断報告書(レポート)	○		○		○	
28) 薬剤管理指導記録	○		○		○	別システムに入力
29) 栄養指導管理記録	○		○		○	
30) リハビリテーション記録	○		○		○	
31) 各種説明書(インフォームドコンセント用)	○		○		○	○
32) 同意書(インフォームドコンセント用)	○		○		○	○
33) 診療情報提供書(提出用)	○		○		○	
34) 診断書(院内診断書)	○		○		○	
35) 退院時療養計画書	○		○		○	
36) 退院時要約(サマリ)	○		○		○	
37) 剖検記録	○		○		○	
38) 死亡診断書	○		○		○	○

2) 診療記録の電子化に関する状況

② ①でスキャン取り込みを行っている場合

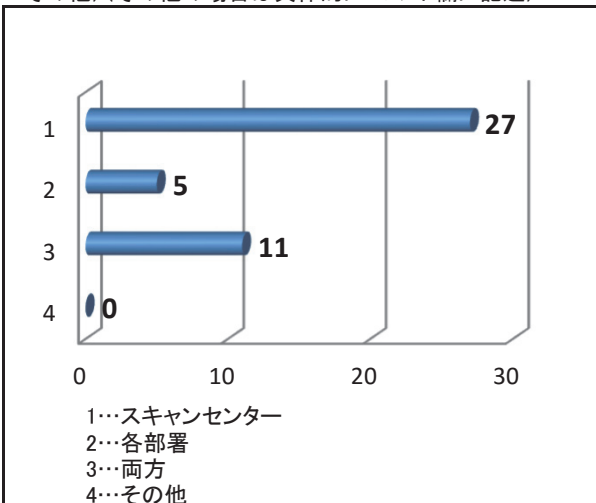
a 主な実施者は、(1.スキャン専任者 2.医療従事者 3.事務系スタッフ 4.その他)(その他の場合は具体的にコメント欄に記述)



[その他に記載されていた事項]

- ・一括スキャンは1、現場スキャンは2又は3
- ・中央病歴室職員
- ・委託業者

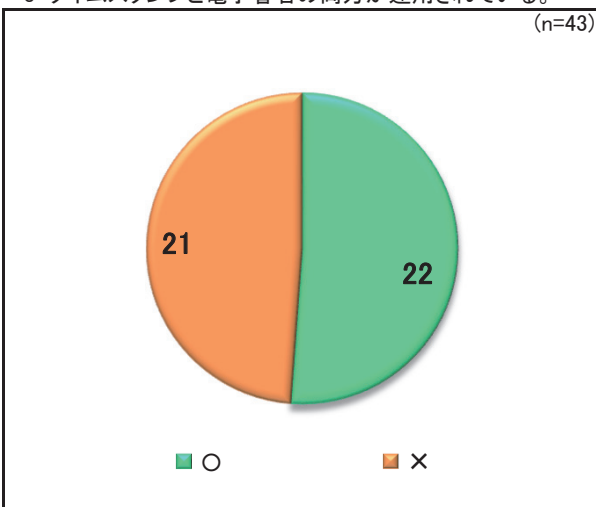
b 主な実施場所は、(1.スキャンセンター 2.各部署 3.両方 4.その他)(その他の場合は具体的にコメント欄に記述)



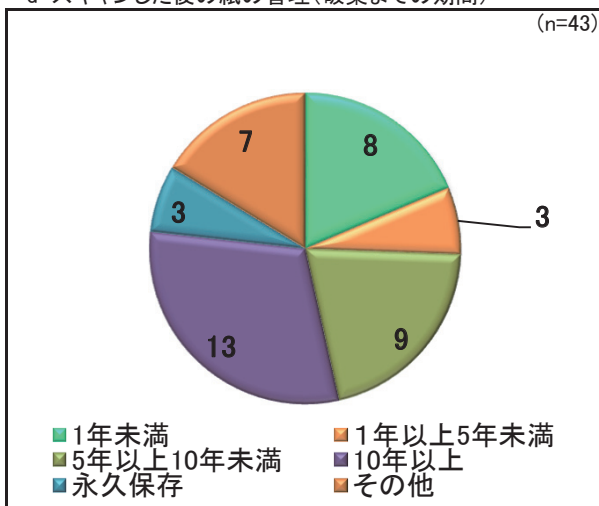
[その他に記載されていた事項]

- ・電子カルテ記録へのスキャンは部署でも可能である。
- ・中央病歴室に中央スキャンが併設されている。

c タイムスタンプと電子署名の両方が運用されている。



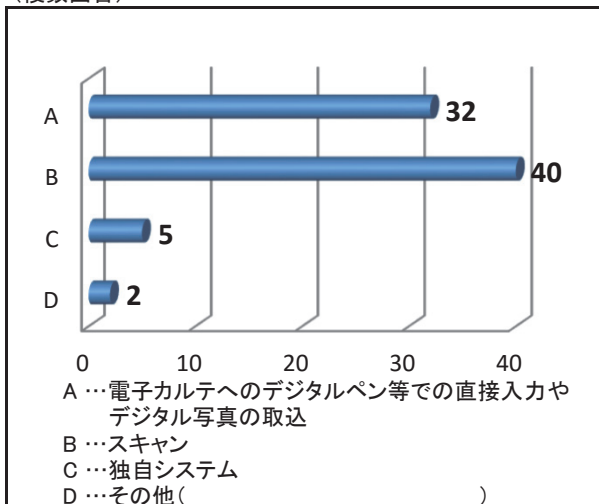
d スキャンした後の紙の管理(破棄までの期間)



[コメント欄に記載されていた事項]

- ・未定
- ・病院としては10年保存し、以後は各科で管理している。
- ・同意書破棄、その他1年、エコー画像3年

③ 各診療科における手書きの図や写真などの管理状況 (複数回答)

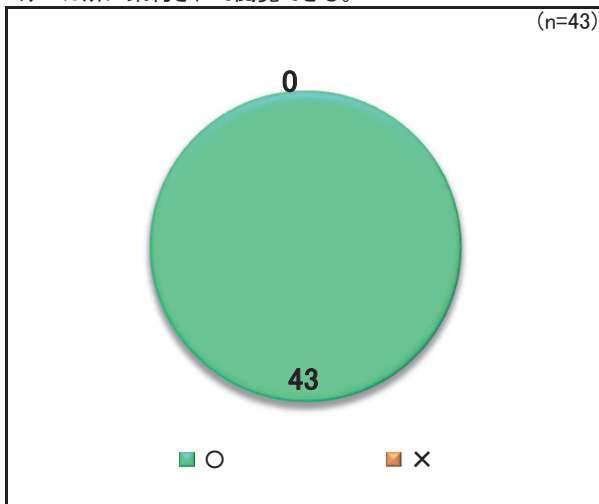


[その他に記載されていた事項]

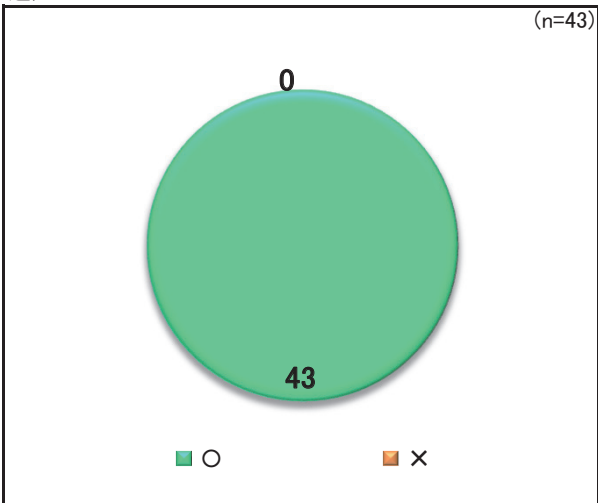
- ・紙カルテ保存
- ・独自システム claiio(自科画像レポート)
- ・スキャン後、補助カルテへ添付

3) 禁忌・アレルギー情報等の記録・表示

① 禁忌・アレルギー情報等が散逸的に記録されるのではなく、一カ所に集約されて閲覧できる。



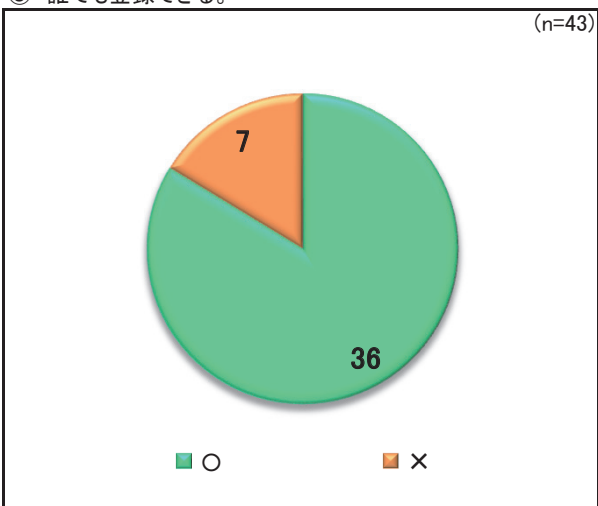
② 禁忌・アレルギー情報等がある場合に、閲覧者に気付かせる工夫がある。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)



〔コメント欄に記載されていた事項〕

- ・カルテ起動時に自動表示される。
- ・カルテ画面にアラート、アイコンが表示される。
- ・カルテ画面の患者氏名の隣に表示される。
- ・病棟マップの患者氏名の隣に表示される。
- ・患者掲示板に表示される。
- ・アレルギー欄の背景色が変化する。
- ・アレルギー欄の入力変更後1か月は、患者情報確認機能の起動アイコンが点滅する。
- ・禁忌薬の処方時に注意喚起される、エラーとなる。
- ・放射線オーダー時の警告が表示される。

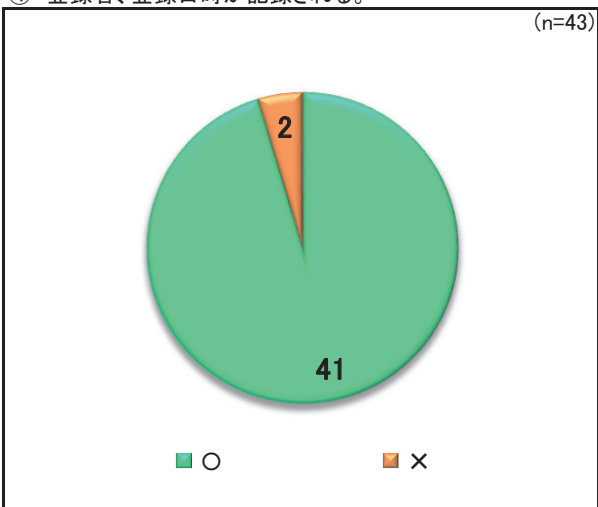
③ 誰でも登録できる。



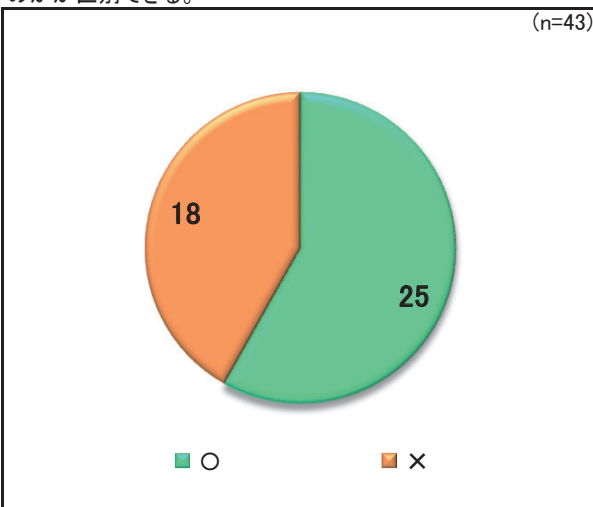
〔コメント欄に記載されていた事項〕

- ・記載が許可された医療職(医師、研修医、看護師、薬剤師、放射線技師)であれば、誰でも登録可能となっている。
- ・正確に情報が記載されるように、医薬品は医師・薬剤師、食事は管理栄養士のみ登録できるよう権限の制限を行っている。
- ・アクセス権限により、特定職種のみ登録可能となっている。

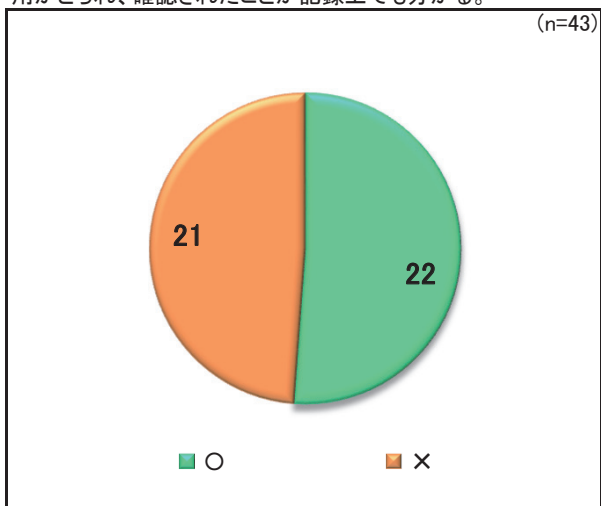
④ 登録者、登録日時が記録される。



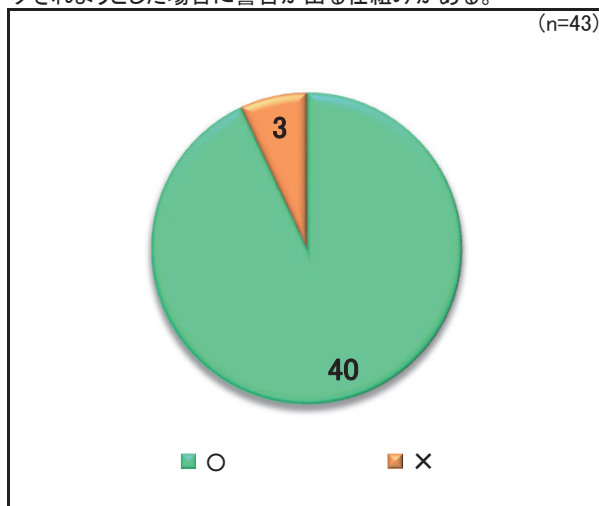
⑤ 注意事項がないのか、注意事項の確認がされていないのかを区別できる。



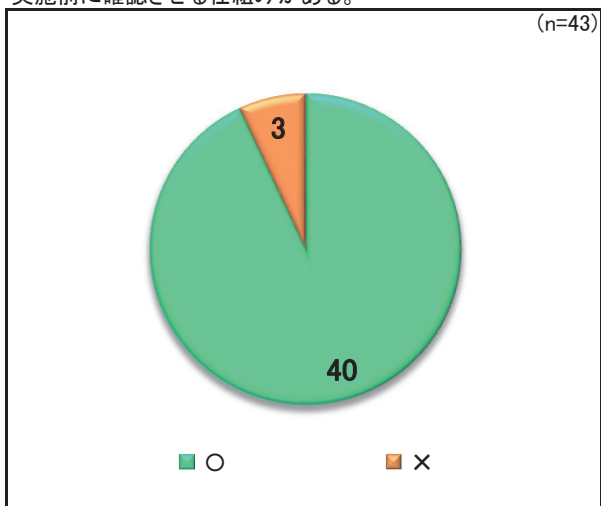
⑥ 入院毎に禁忌・アレルギー情報等を改めて確認する運用がとられ、確認されたことが記録上でも分かる。



⑦ 薬剤アレルギーが登録されている場合、該当薬剤がオーダーされようとした場合に警告が出る仕組みがある。



⑧ 造影剤が禁忌である場合に、造影検査のオーダー時及び実施前に確認させる仕組みがある。

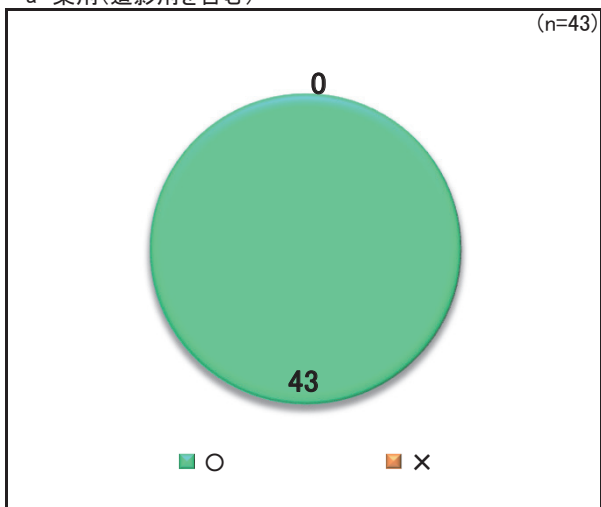


〔コメント欄に記載されていた事項〕

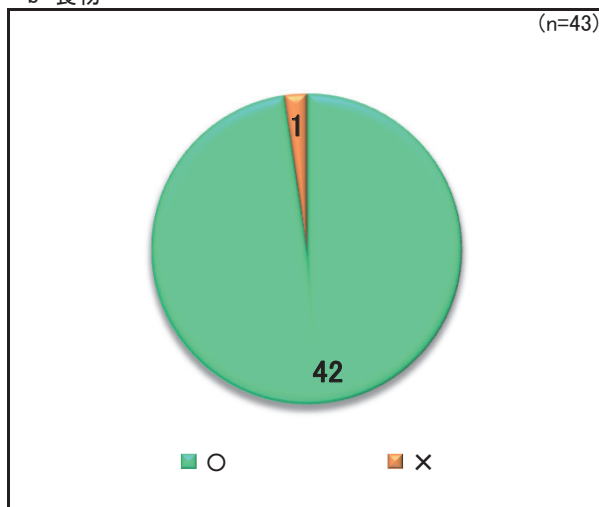
- ・診療システム：オーダー時の警告表示
- ・放射線部門システム：一覧画面での警告表示、及び、検査依頼書への表示
- ・自動でストップはかからないが、同一画面内に赤字で表示される。RIS(部門システム)にレベル3で入力をしておくと、当該患者への投与が止まる仕組みがある。
- ・禁忌情報を入力することにより、オーダー時警告が表示される。

⑨ 入力している禁忌・アレルギー情報等の内容

a 薬剤(造影剤を含む)

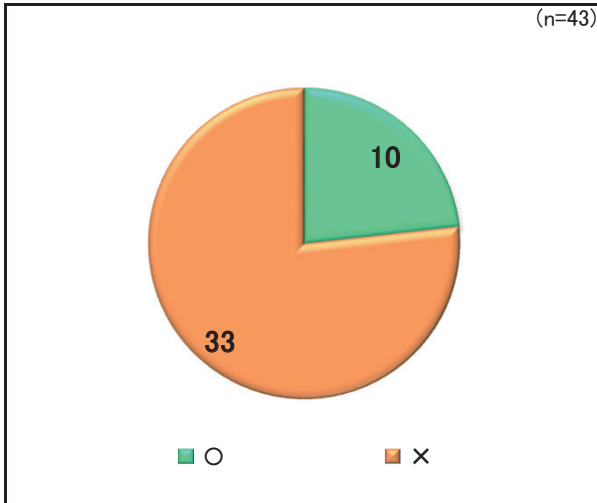


b 食物



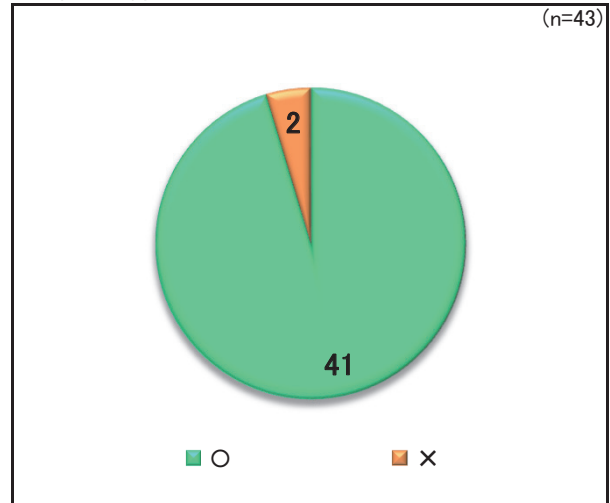
c 気道確保困難のリスク

(n=43)



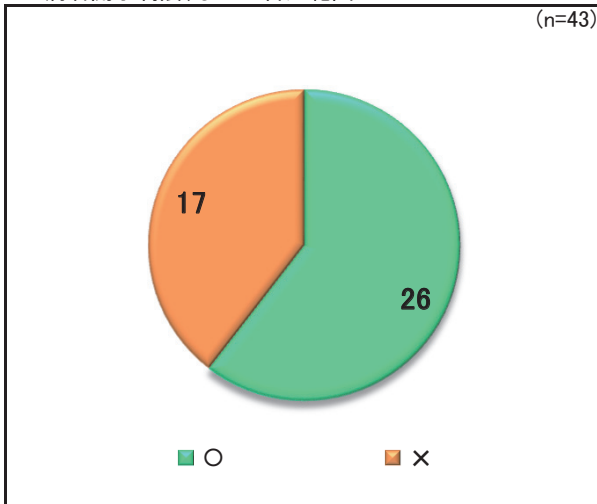
d 体内金属

(n=43)



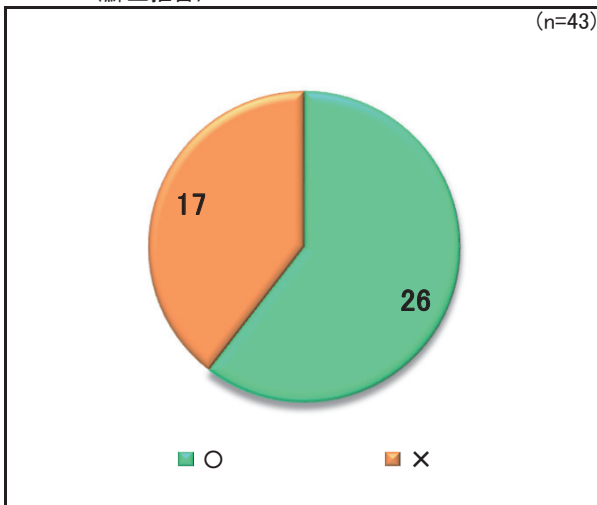
e 病名開示制限、または告知範囲

(n=43)



f DNR(蘇生拒否)

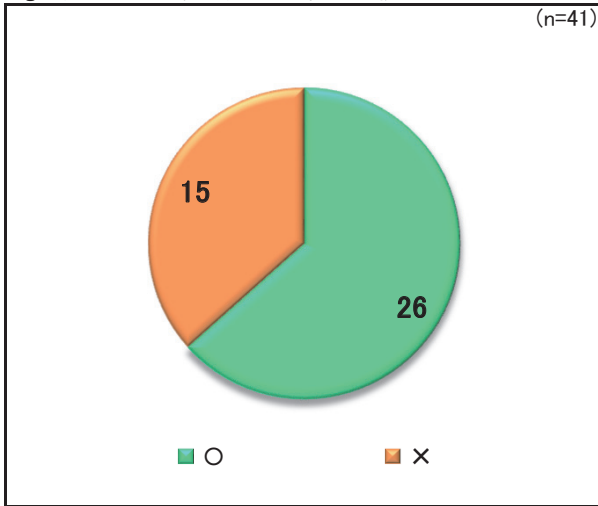
(n=43)



[コメント欄に記載されていた事項]

- ・各患者の掲示板に記載されている。
- ・個別の入力項目としては無いが、付箋機能を使用して明記するルールが定められている。
- ・尊厳死希望の記載欄を設けている。

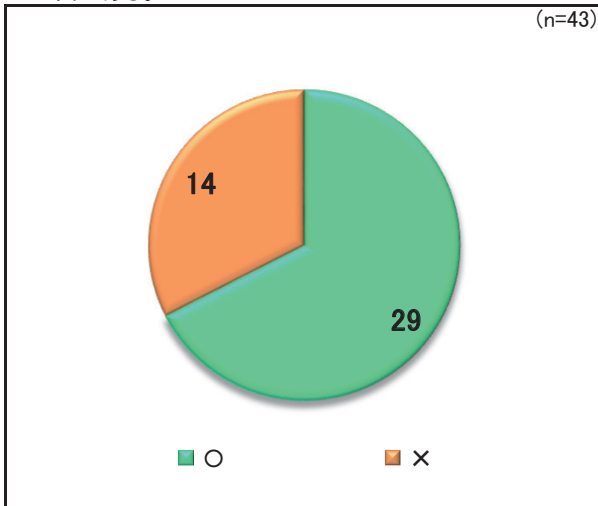
g その他(○の場合、コメント欄に記載)



[コメント欄に記載されていた事項]

- ・薬剤、食物以外のアレルギー情報
- ・感染症
- ・視覚、聴覚、障害情報
- ・面会制限
- ・ペースメーカー、人工補助心臓
- ・易骨折、易出血、転倒ハイリスク、認知機能低下、迷走神経反射、脾臓摘出、透析、てんかん発作、低血糖発作
- ・宗教、国籍
- ・臓器提供

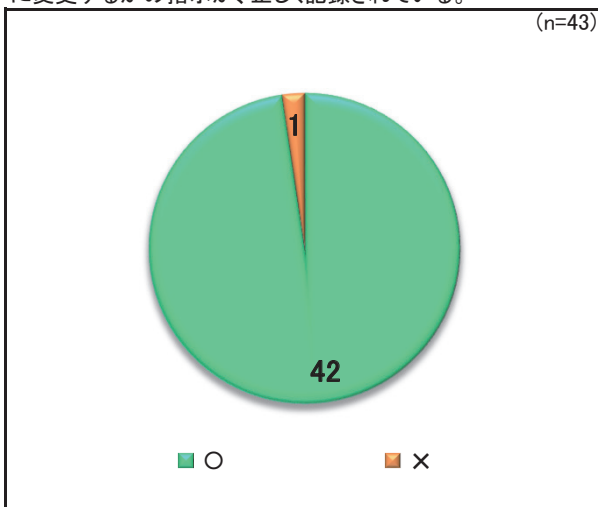
⑩ 重要な検査結果については、電子カルテ上で見落とさない工夫がある。



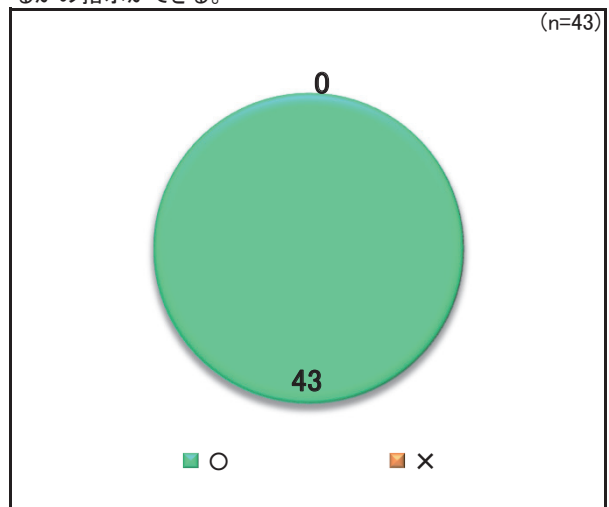
4) 指示～実施の記録

① 一般指示

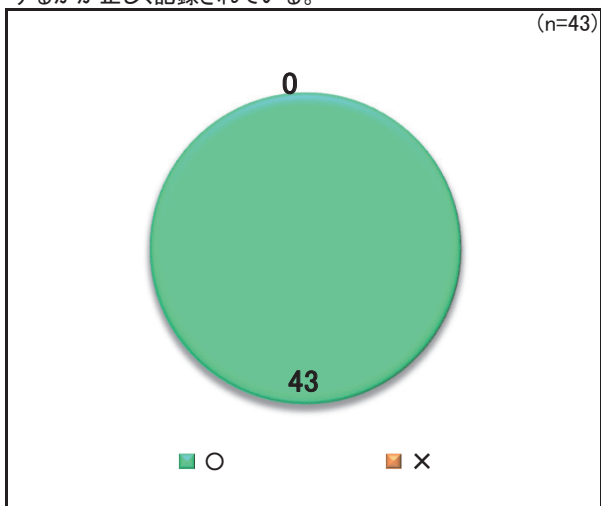
a 患者の安静度、移動方法等について、いつからどのように変更するか、の指示が、正しく記録されている。



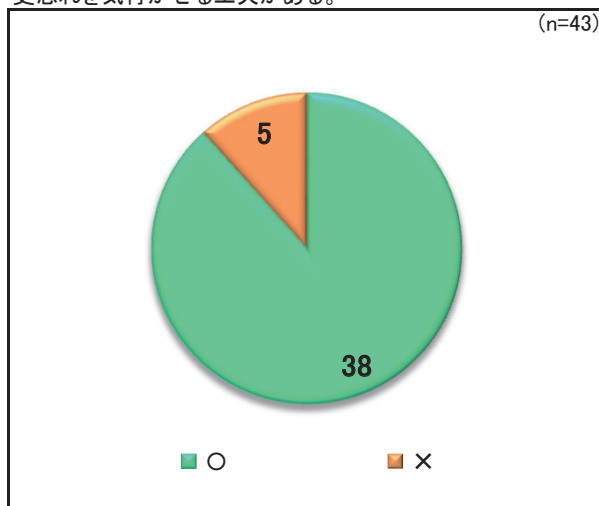
b バイタル等測定、ケア項目について、どの頻度で実施するか、の指示ができる。



c バイタル等測定、ケア項目について、いつから変更、中止するかが正しく記録されている。

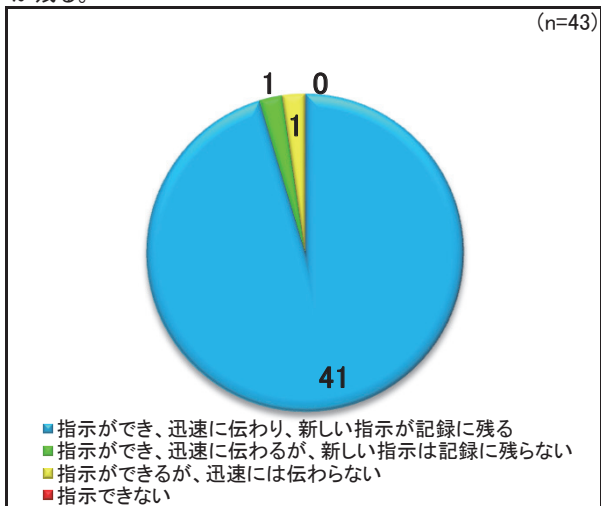


d 現時点のアクティブな指示内容がすぐに分かり、指示変更忘れを気付かせる工夫がある。

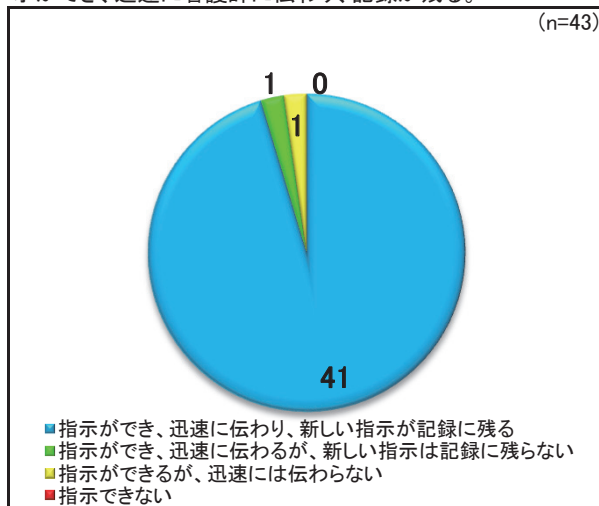


② 内外用薬の指示

a いつから(朝、昼、夕の区別を含む)、どの薬剤を開始するかということが、指示ができ、迅速に看護師に伝わり、記録が残る。

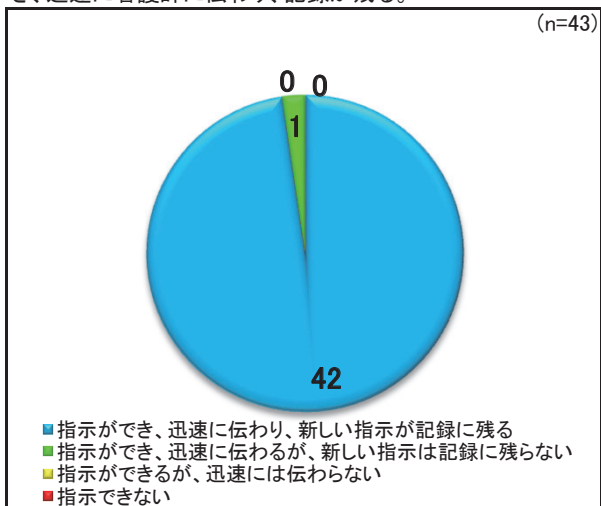


b いつ、どの薬剤を変更または中止するかということが、指示ができ、迅速に看護師に伝わり、記録が残る。

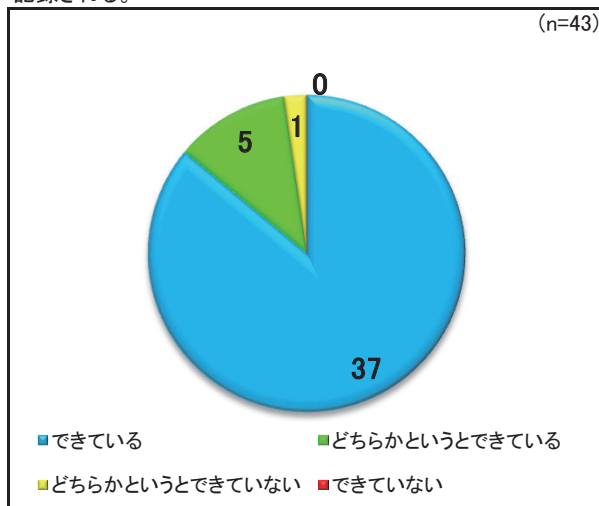


③ 注射指示

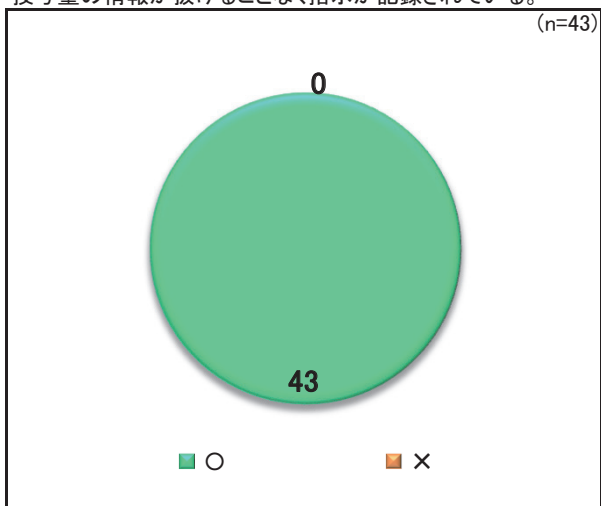
a いつから、どの薬剤を開始するかということが、指示ができ、迅速に看護師に伝わり、記録が残る。



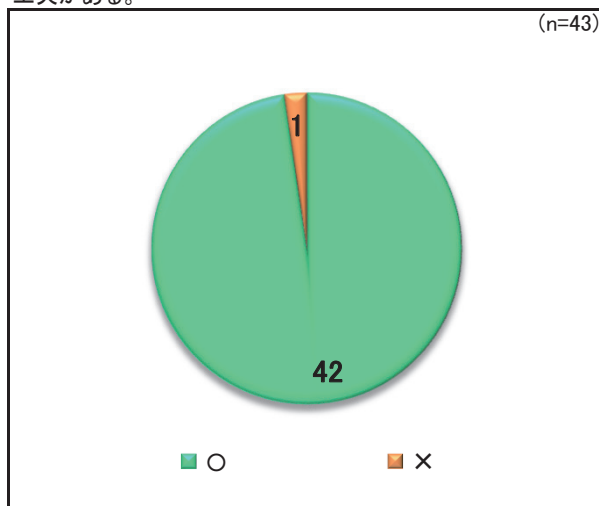
b シリンジポンプ等で持続的に投与する薬剤(昇圧剤や鎮静剤等)について、流速設定、流速の変更等を指示が正しく記録される。



c インスリンの投与について、製剤名と規格、条件を含む投与量の情報が抜けることなく指示が記録されている。

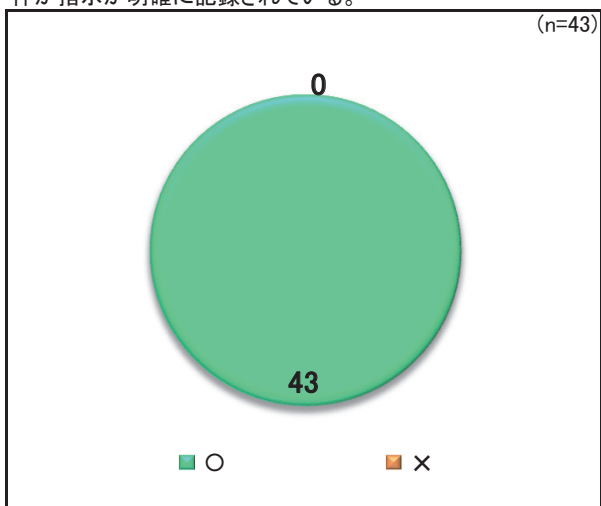


d インスリンの指示変更があった場合に、いつから変更があり、いつ終了したかが記録され、新しい指示を見逃さない工夫がある。

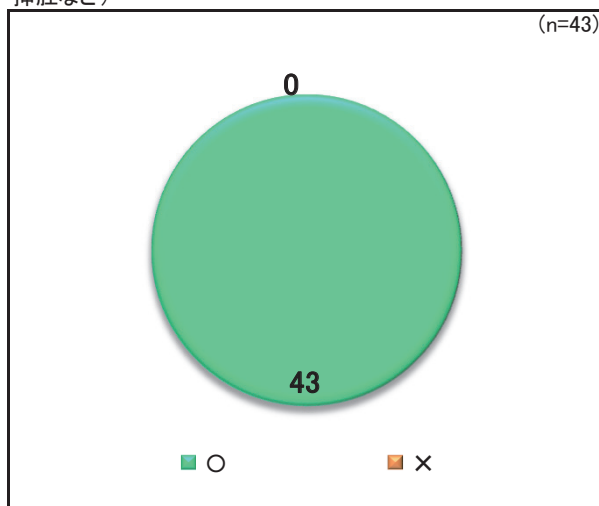


④ 必要時指示

a 必要時指示(熱発時、腹痛時等)について、必要となる条件が指示が明確に記録されている。

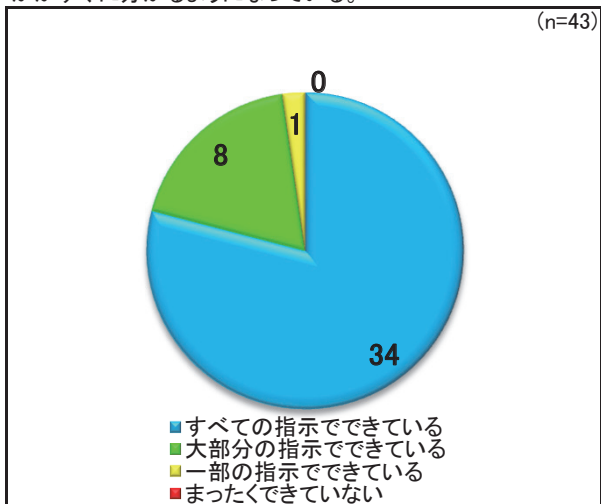


b 同一条件下で、どの指示が優先されるのが明確に記録できる仕組みがある。(例:熱発時に、氷枕、効果なければロキソプロフェン内服、3時間空けてジクロフェナク坐薬50mg挿肛など)

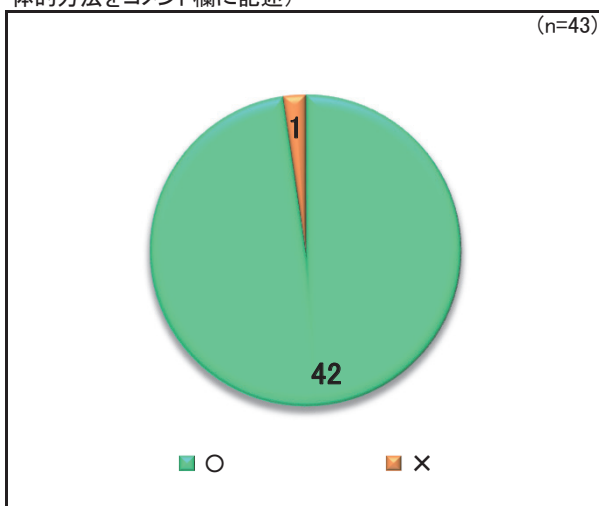


⑤ 指示受け

a 誰がいつ指示を出したのか、いつその指示を実施するのがすぐに分かるようになっている。



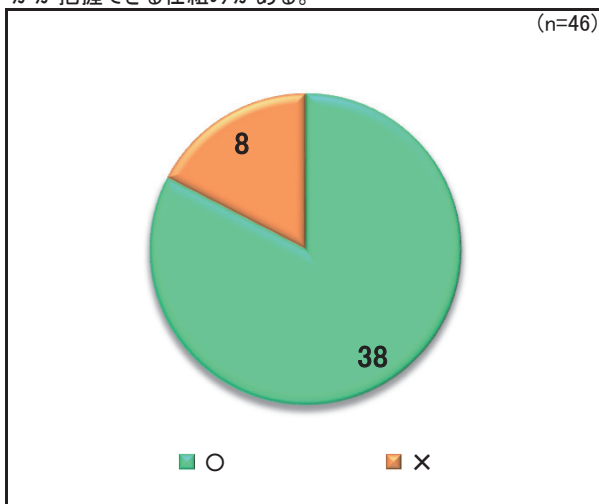
b 出された指示を見逃さない工夫がある。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)



[コメント欄に記載されていた事項]

- ・指示、指示変更があったことが電子カルテ上に表示される。緊急指示は電子カルテ上で識別できる。
- ・指示の緊急度やステイタスにより表示色が変わる。
- ・指示受けされていない指示がある場合はアイコンが表示される。
- ・ipod携帯による指示確認を行う。
- ・新しい指示があることが電子カルテ上で強調表示され、内容はToDo画面で確認できる仕組みがある。
- ・終了した指示を消去するようにしている。
- ・指示にマーカーを引く、ペア間で情報共有を行う。
- ・指示を指定の場所に置き、確認する。
- ・指示を出したことを必ず口頭で看護師に伝える。
- ・看護師リーダーが指示受けをする。
- ・端末指示と、口頭指示を併用する。
- ・口頭と指示の紙の両方で伝える。

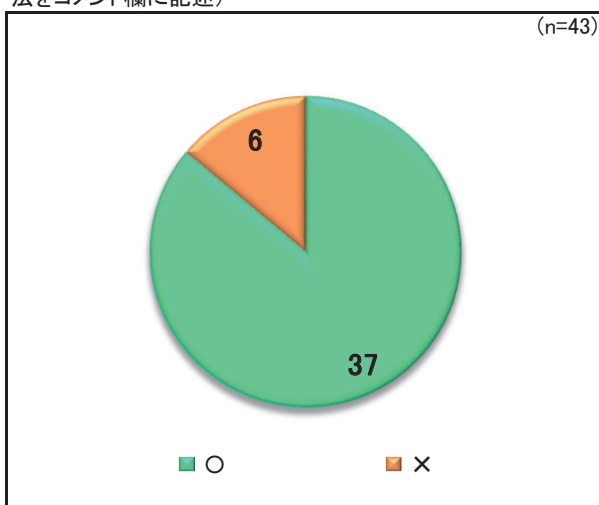
c 指示変更の場合、何について何から何に変更になったかが把握できる仕組みがある。



[コメント欄に記載されていた事項]

- ・変更後の指示は確認できるが、変更前の指示と比較するには手間がかかる。
- ・カレンダー機能で把握できる。
- ・注射内服オーダーは、指示受け一覧画面で変更前後の比較ができる。

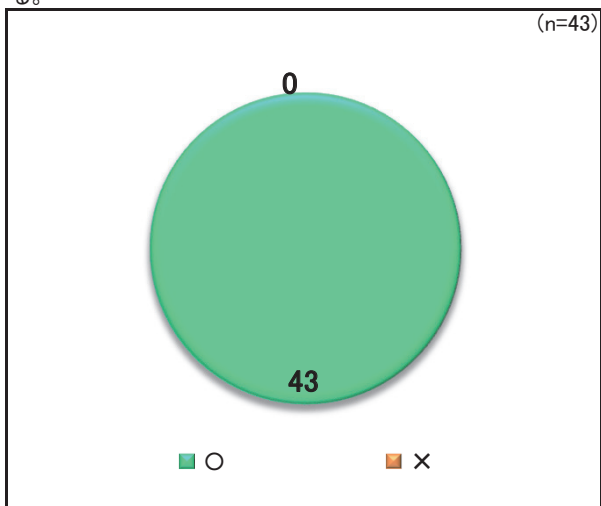
d 変更が繰り返された場合でも、現時点でアクティブな指示がすぐに分かる工夫がされている。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)



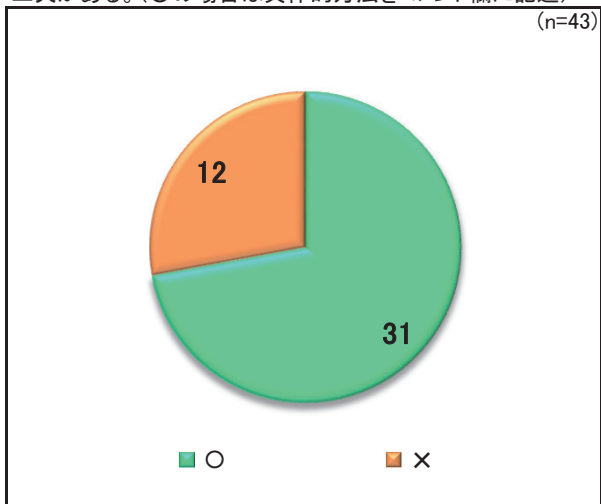
[コメント欄に記載されていた事項]

- ・指示にシグナルをつけることができる。
- ・常に最新情報が表示される。
- ・指示受け状況が背景色で分かる。
- ・現在有効の指示の情報のみを取得できる機能がある。
- ・古い指示上に、変更された旨の表示が出る。
- ・中止・変更指示には取り消し表示が出る。
- ・前の指示と比較できる。
- ・カレンダー機能で把握できる。
- ・変更のたびに指示箋が発行され、リーダー看護師に渡される。
- ・指示を変更したことを直接口頭で伝える。

e 誰が、いつ指示受けしたかが記録されるようになっている。



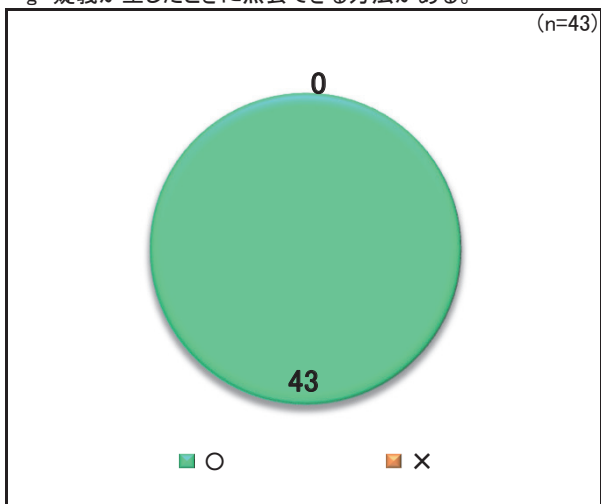
f 指示受けした指示について、実施忘れがないようにする工夫がある。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)



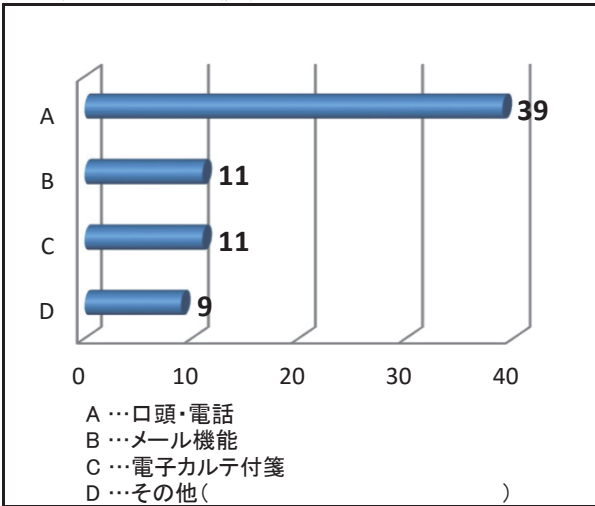
〔コメント欄に記載されていた事項〕

- ・指示にシグナルをつけることができる。
- ・実施できるようになった時に受ける。
- ・見実施、実施済みが異なる色で表示される。
- ・病棟マップに表示される。
- ・患者毎のタイムスケジュール上で未実施が判別できる。
- ・指示進捗は、指示受けと指示実施の二段階設定にしている。
- ・指示受け画面を紙出力し、メンバーに伝えている。

g 疑義が生じたときに照会できる方法がある。



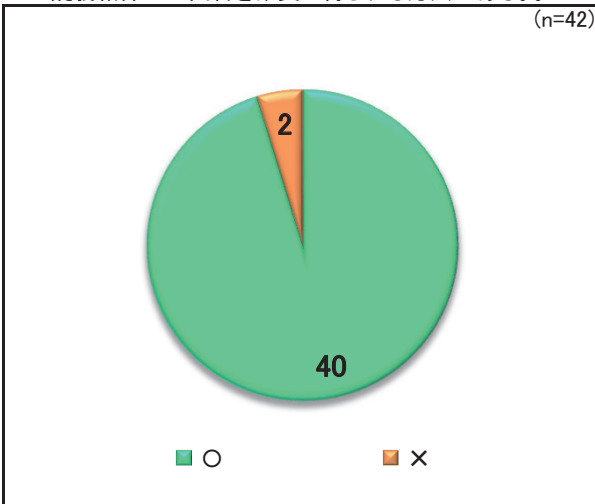
○の場合、その方法(複数回答)



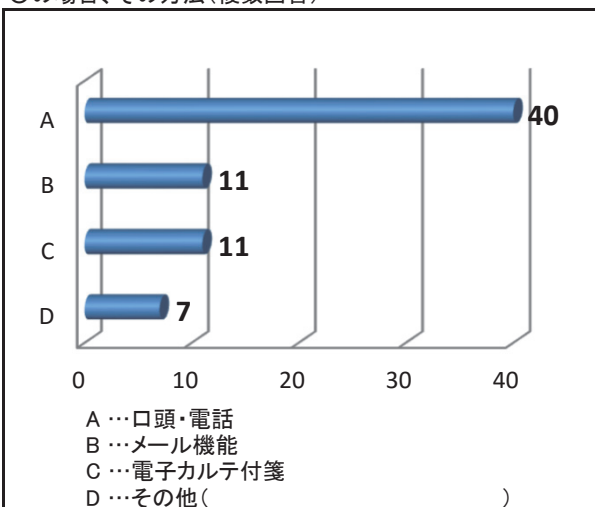
[その他に記載されていた事項]

- ・指示簿に入力
- ・診療支援システムの患者掲示板機能
- ・テンプレートへ記載
- ・電子カルテの疑義照会機能
- ・確認欄からメッセージを入力
- ・電子カルテメール
- ・ToDoリスト

h 疑義紹介への回答を確実に得られる方法がある。



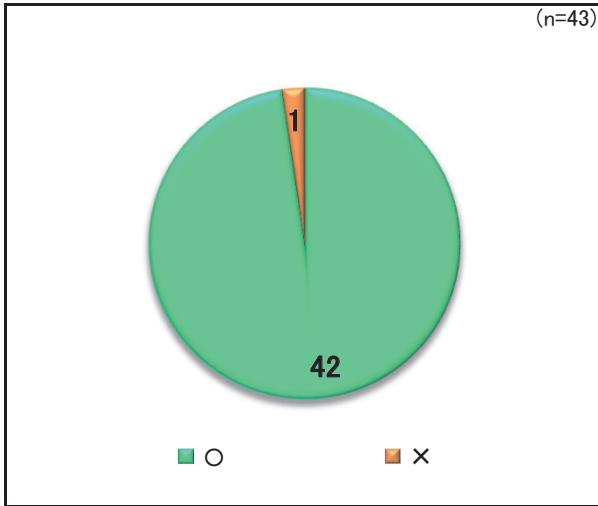
○の場合、その方法(複数回答)



[その他に記載されていた事項]

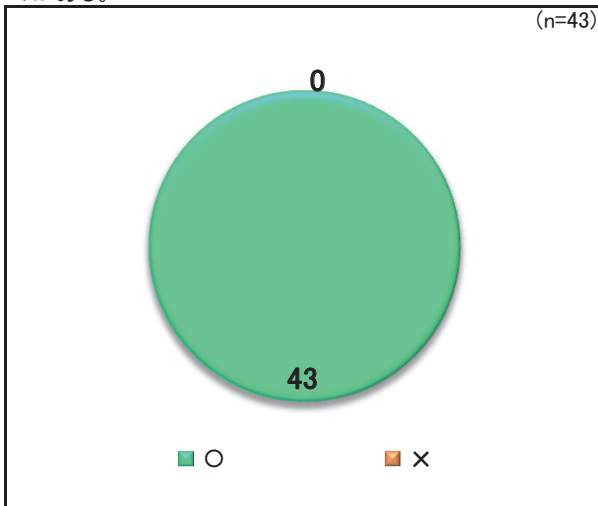
- ・指示簿に入力
- ・診療支援システム患者掲示板機能
- ・電子カルテの疑義照会機能
- ・電子カルテメール
- ・ToDoリスト

i 全ての指示についての履歴を確認できる。

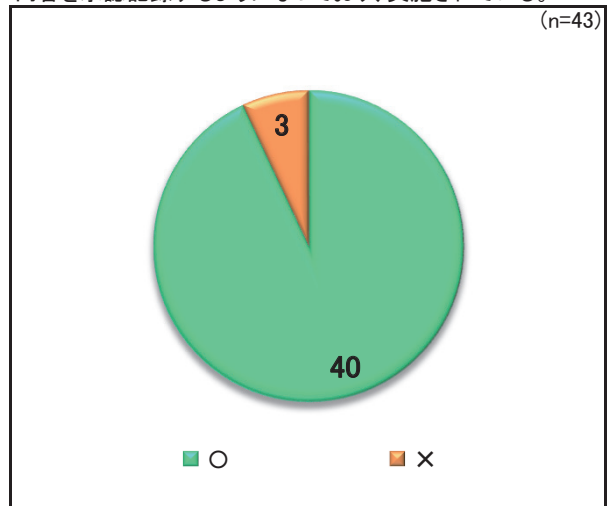


⑥ 口頭指示

a 医師の口頭指示を必要最小限とした病院としての取り決めがある。

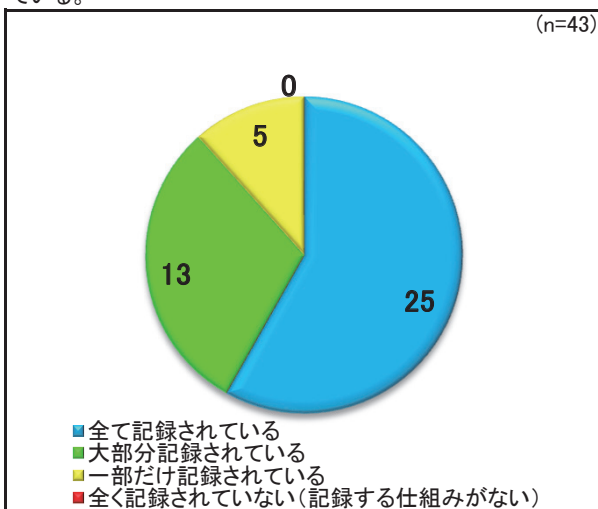


b 医師が口頭指示した内容は、後から医師が確認し、指示内容を承認記録するようになっており、実施されている。

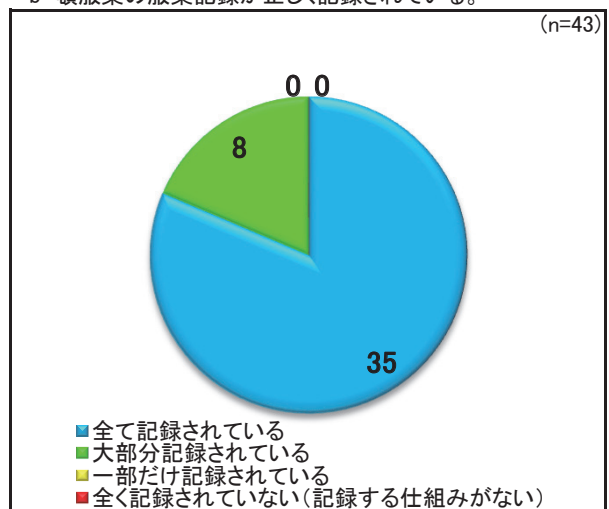


⑦ 内外用薬の実施記録

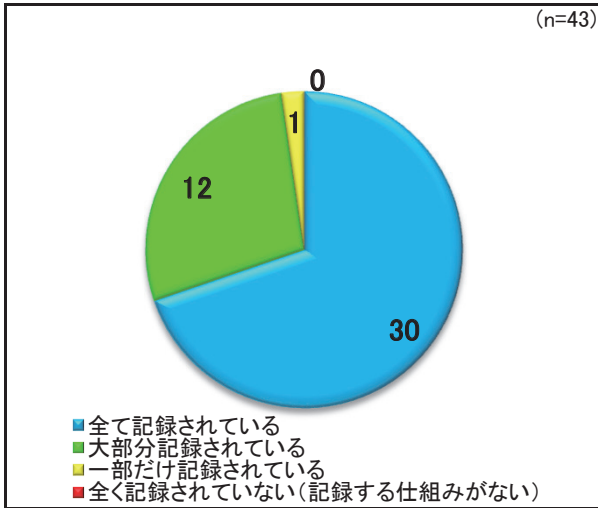
a 定期的服用している薬剤の服薬記録が正しく記録されている。



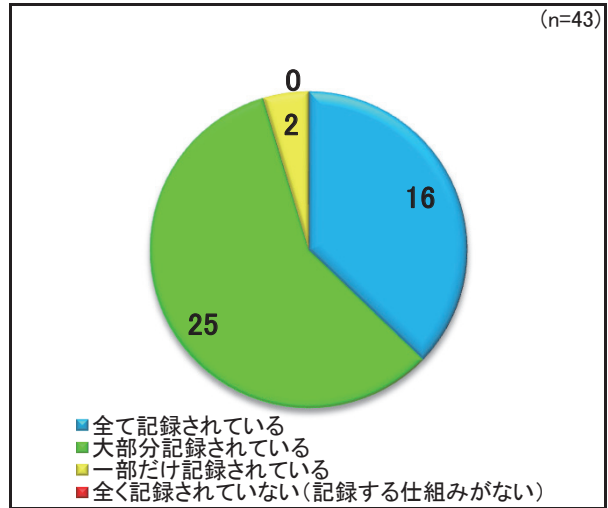
b 頓服薬の服薬記録が正しく記録されている。



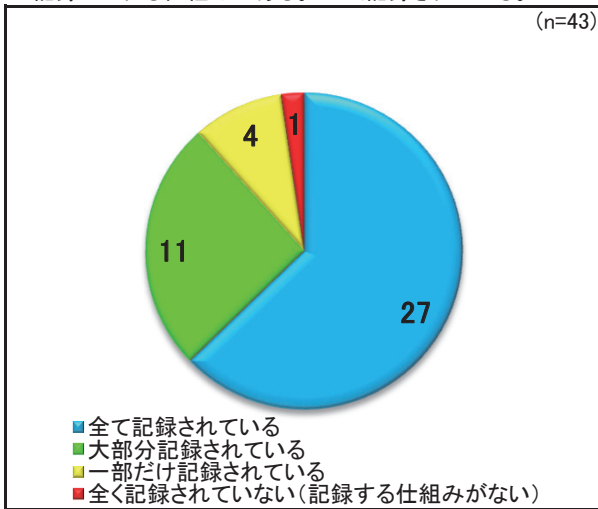
c 臨時に中止した薬剤が正しく記録されている。



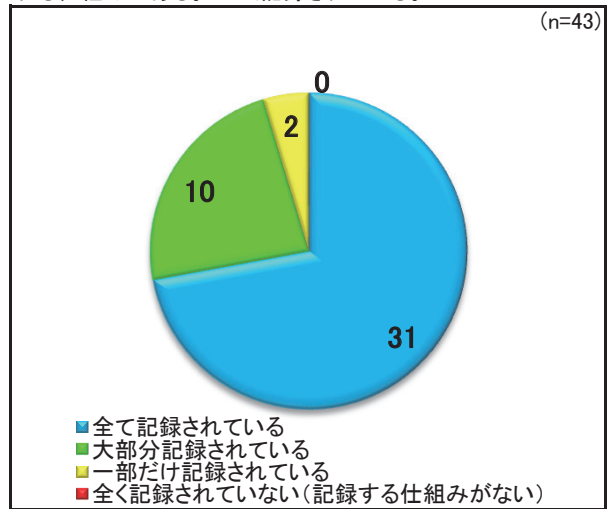
d 外用薬の使用が正しく記録されている。



e 隔日投与、2日おき投与などの処方の場合に、正しく服薬の記録がとれる仕組みがある。正しく記録されている。

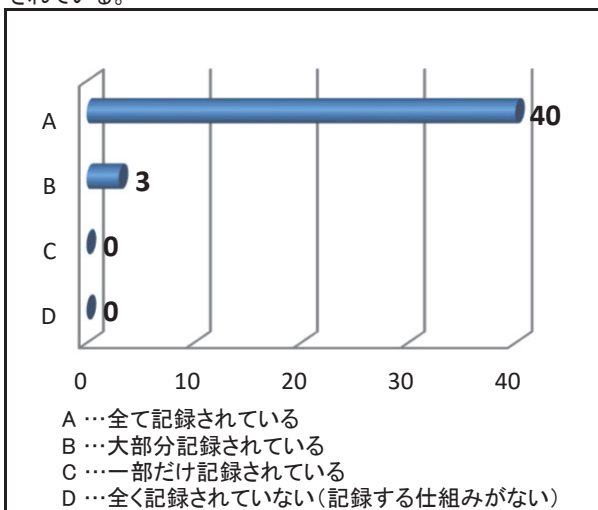


f 入院患者について、持参薬の服薬の記録が正しく記録される仕組みがある。正しく記録されている。

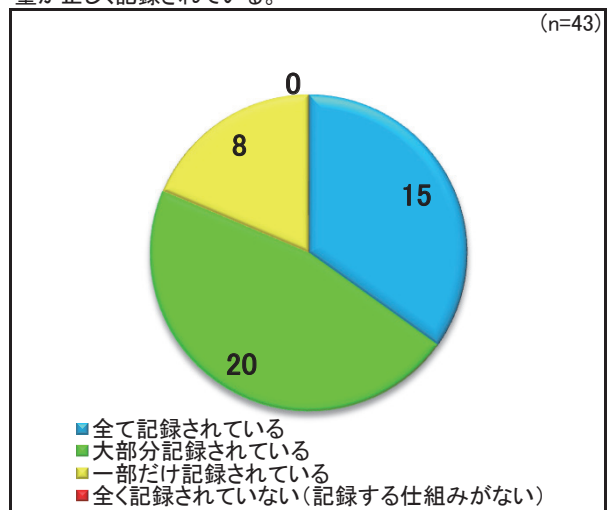


⑧ 注射の実施記録

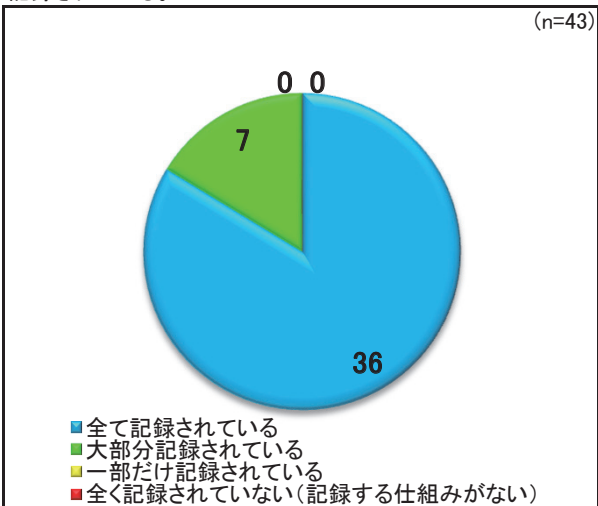
a 投与した注射について、開始日時、実施者が正しく記録されている。



b 注射を途中で中止した場合に、投与した量、あるいは残量が正しく記録されている。

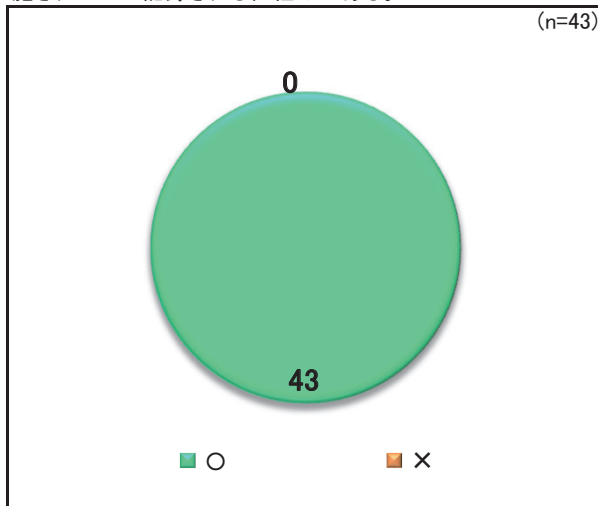


c シリンジポンプ等で持続的に投与する薬剤(昇圧剤や鎮静剤等)について、投与速度、投与速度の変更時刻が正しく記録されている。



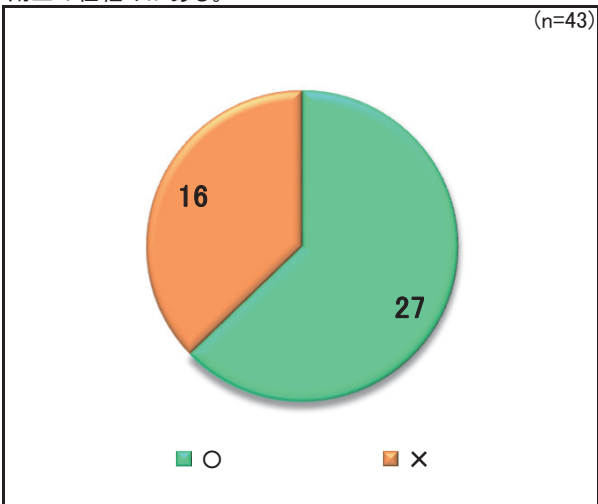
⑨ 看護実施記録

a ケアの実施、バイタル等の計測が、いつ、誰によって実施されたかが記録される仕組みがある。



⑩ 院外処方

a 院外処方箋で処方された薬剤が、当該薬局で後発品に変更された場合に、その通知を受け、診療記録に記録する運用上の仕組みがある。



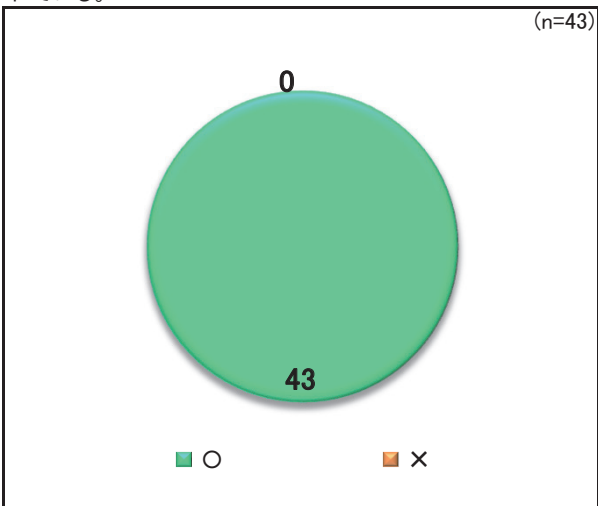
[コメント欄に記載されていた事項]

- ・薬局からの紙面の通知を各外来でスキャンし、電子カルテに取り込む。
- ・お薬手帳に記載してもらっている。
- ・患者に後発品を処方したことの説明用紙が渡され、次回受診時に医師に渡す仕組みにはなっているが、診療記録に確実に記載することはできていない。

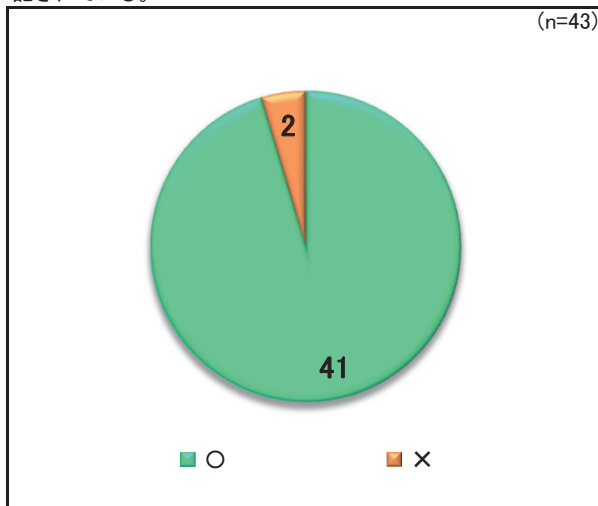
5) 記録の一覧性

① 熱計表(温度板)の記録

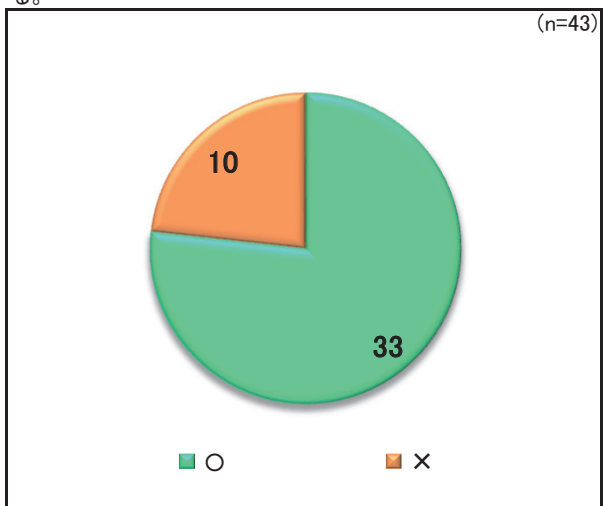
a 必要な測定項目が、適切なスケールでグラフに表示されている。



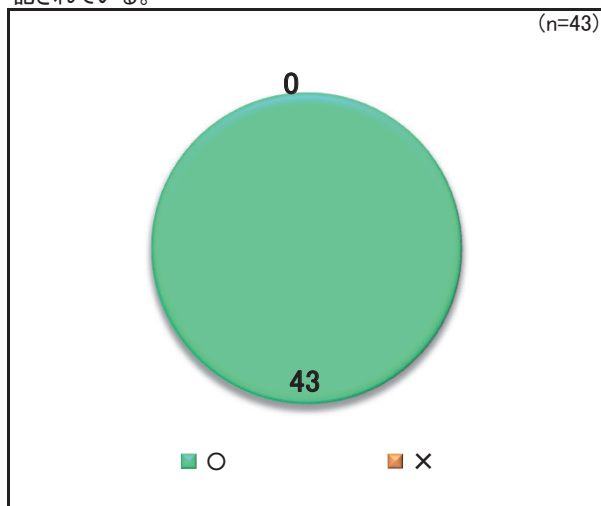
b 投与した注射の種類、量、投与速度が正しく時系列で表記されている。



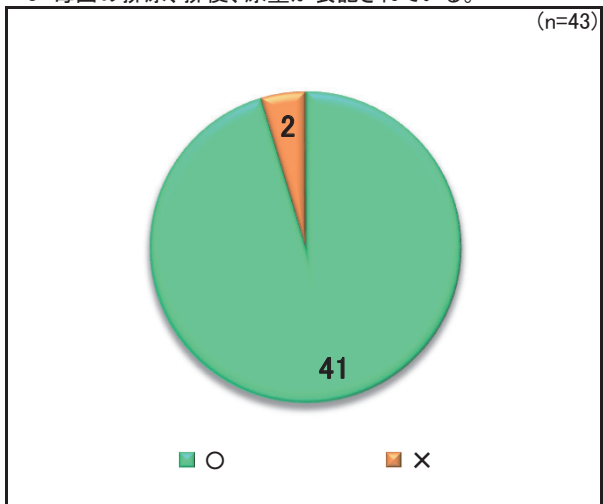
c 服用した薬剤の種類、量が正しく時系列で表記されている。



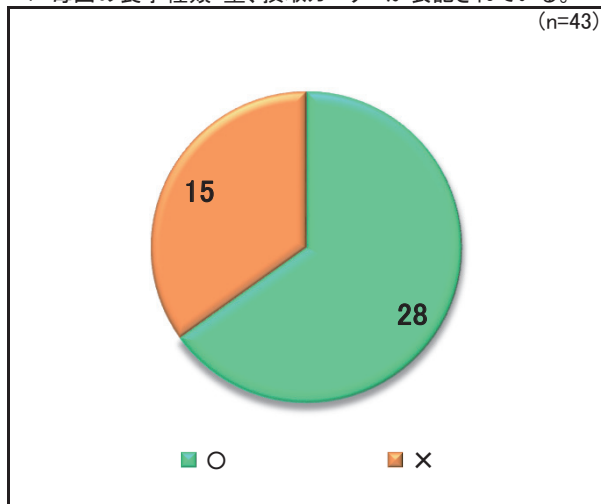
d 看護ケア項目の実施記録・計測結果が正しく時系列で表記されている。



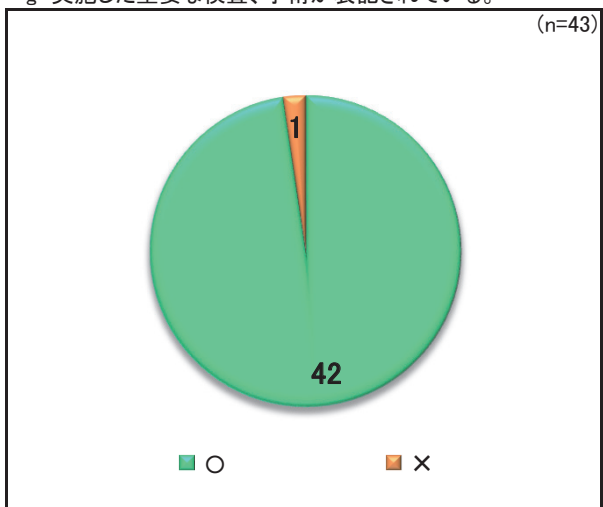
e 毎回の排尿、排便、尿量が表記されている。



f 毎回の食事種類・量、摂取カロリーが表記されている。

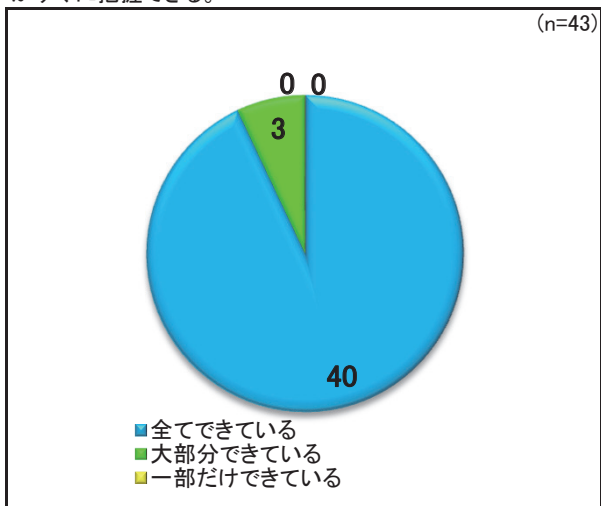


g 実施した重要な検査、手術が表記されている。

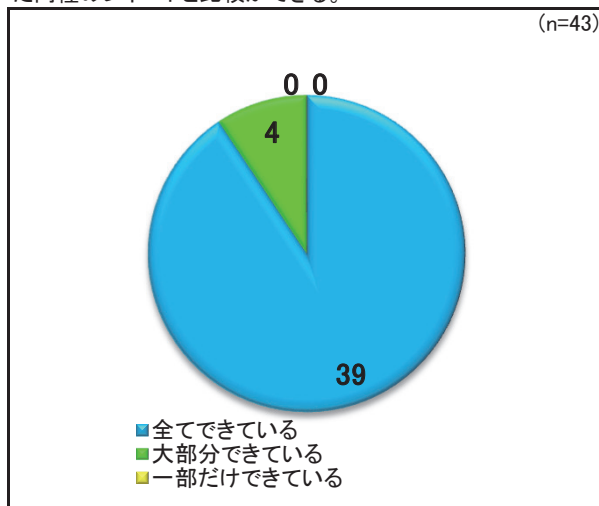


② 横断的時系列表示

a 患者に実施された検査(検体検査、画像検査、生理検査、病理検査)が一覧でき、それぞれがいつ実施されたのがすぐに把握できる。



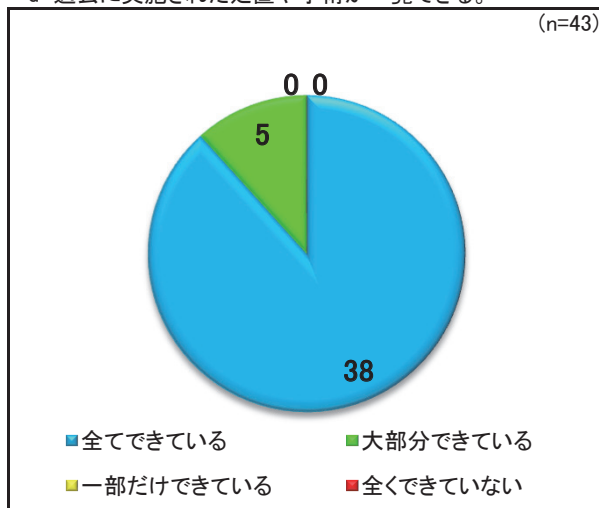
b 個々の検査レポートを簡単に閲覧でき、過去に作成された同種のレポートと比較ができる。



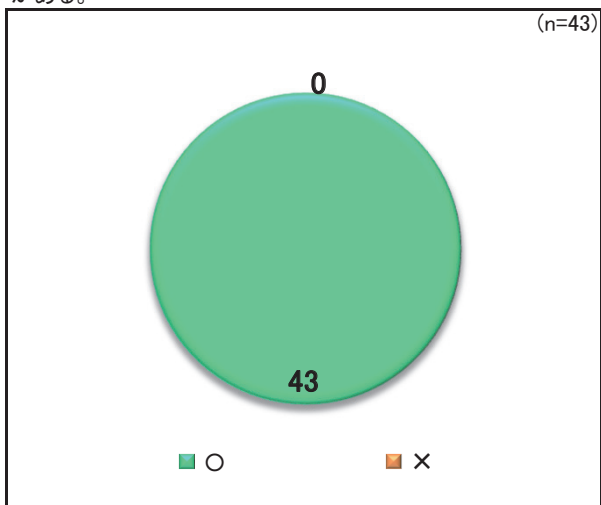
c 自院で処方された薬剤について、過去の任意の時点で処方された全ての薬剤種と一日量が分かる表示がある。



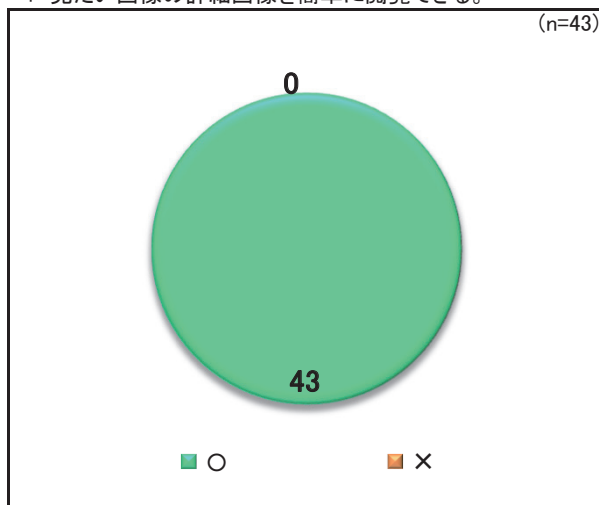
d 過去に実施された処置や手術が一覧できる。



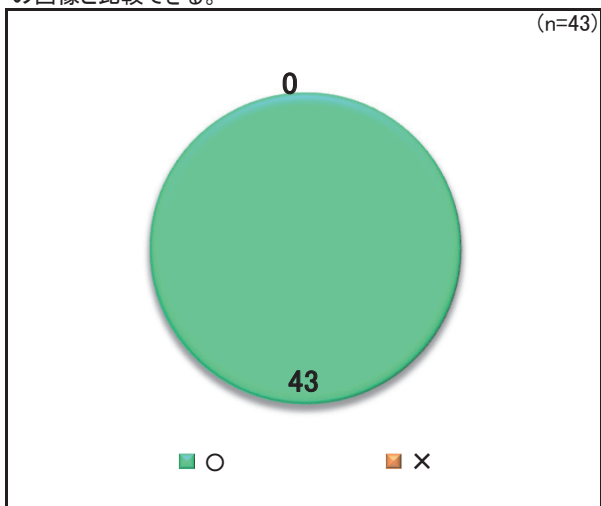
e 過去に患者が撮った過去の画像情報を一覧できる機能がある。



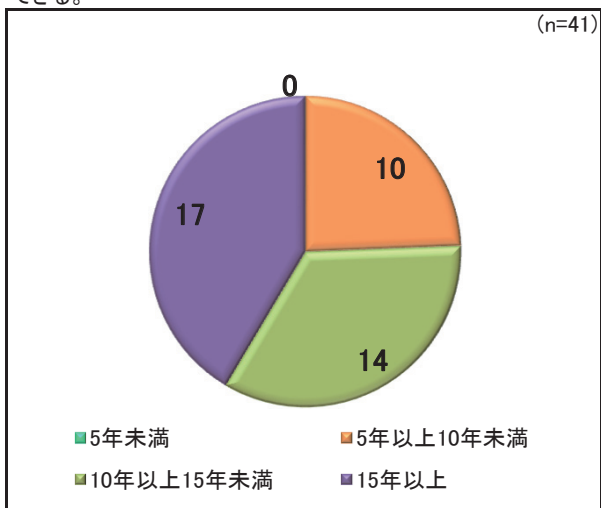
f 見たい画像の詳細画像を簡単に閲覧できる。



g 個々の画像を簡単に閲覧でき、過去に撮影された同種の画像と比較できる。



h 何年前までの過去画像をその場ですぐに参照することができる。

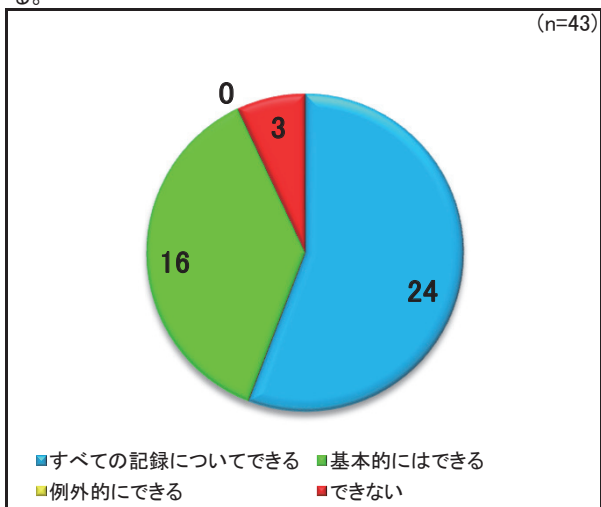


〔コメント欄に記載されていた事項〕

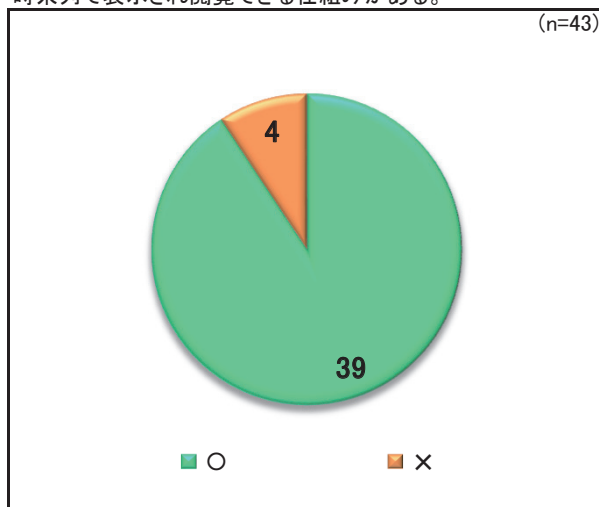
・フィルムレスになってから全ての画像の検索が可能

③ 経過記録

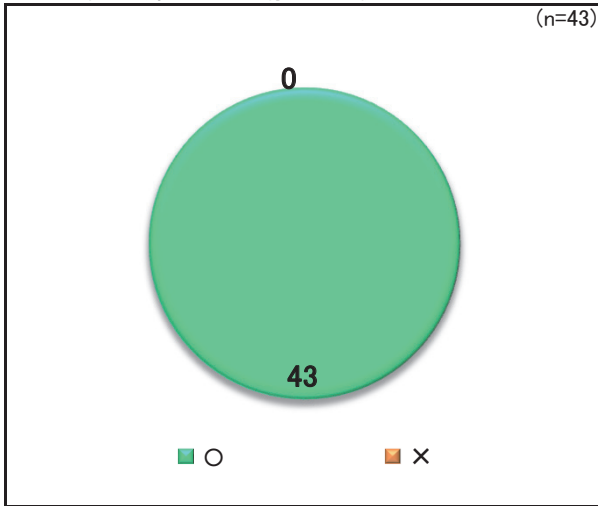
a 同一患者について、同時に複数の職員が閲覧・記録できる。



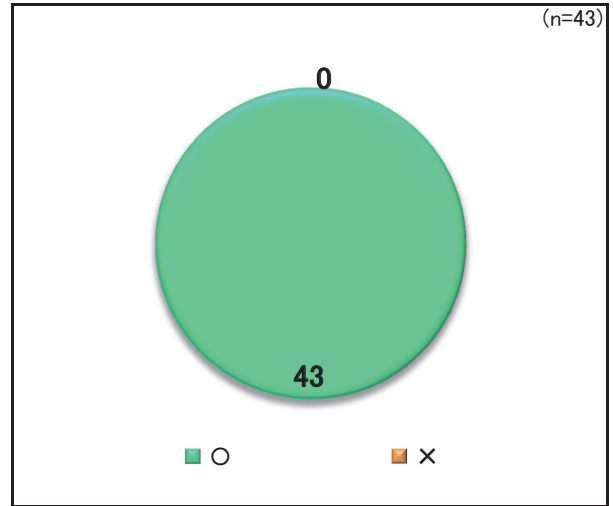
b 全ての記録(各科の経過記録、看護記録、リハビリ記録、褥瘡記録、薬剤管理指導記録など職種にかかわらず)が時系列で表示され閲覧できる仕組みがある。



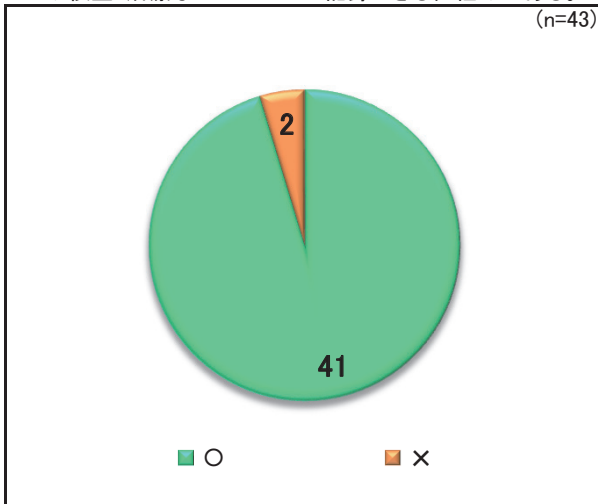
c 一部の記録に絞って閲覧できる機能がある。



d いつ(日時分のオーダーで)、誰が記録したのかの記録がされている。

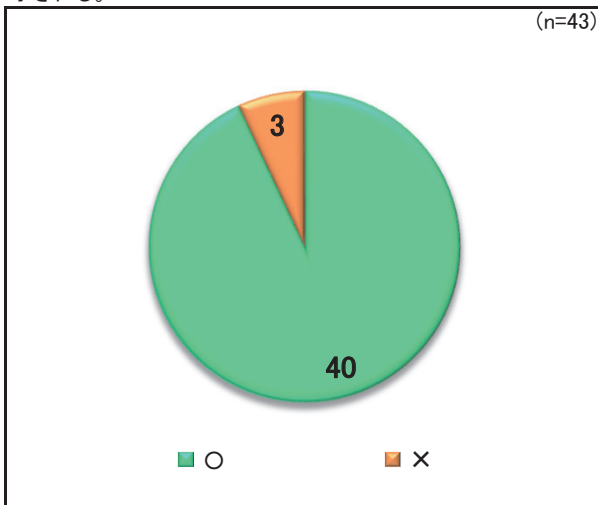


e 急変対応時等のように、事後に一連の実施記録を行うことが必要な場合に、いつ(日時分のオーダーで)の臨床的イベントや検査・治療なのかについて記録できる仕組みがある。

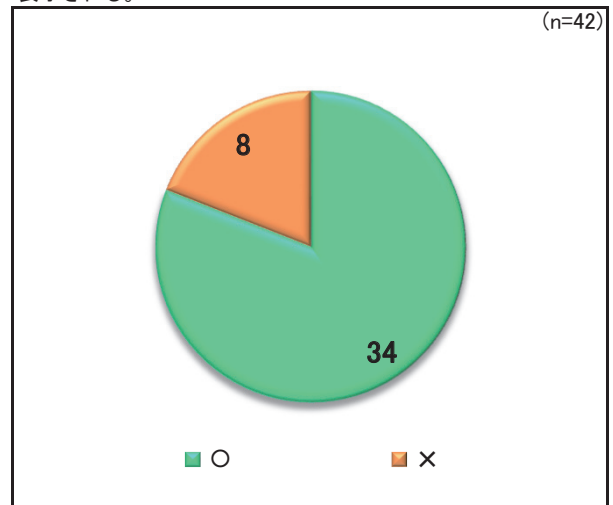


④ 臨床研修医の記録

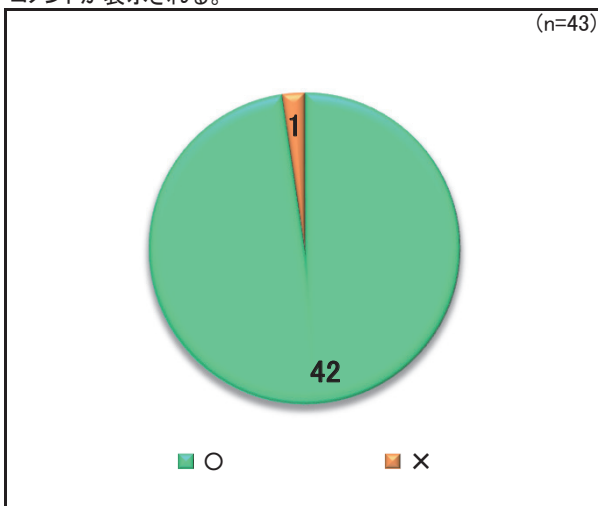
a 臨床研修医の経過記録が、一般医の記録と区別して表示される。



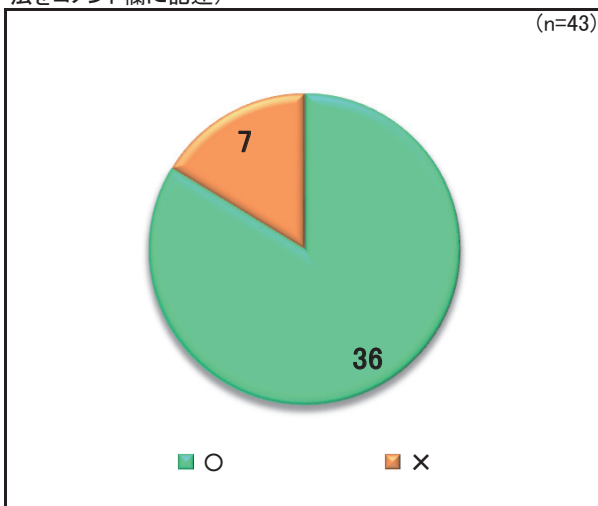
b 臨床研修医のオーダー登録が、一般医の記録と区別して表示される。



c 臨床研修医の経過記録に、指導医のカウンターサインやコメントが表示される。



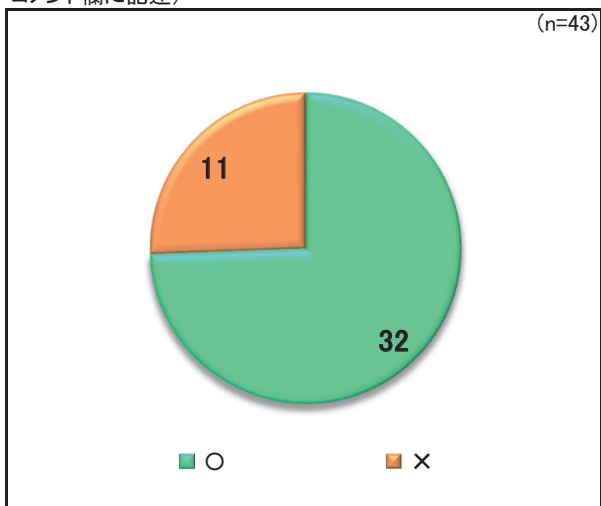
d 臨床研修医の経過記録に、指導医がカウンターサインを付け忘れないようにする工夫がある。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)



〔コメント欄に記載されていた事項〕

- ・指導医にメッセージが自動通知される。
- ・カウンターサインが必要な記載がなされた場合に、指導医の画面にアラートが表示される仕組みがある。
- ・ToDoアラートが表示される。
- ・未承認のカウンターサインを一覧表示する機能がある。
- ・利用者ポータル機能、患者掲示板機能にて未承認のアラートを表示している。
- ・未承認と承認済みが色で区別されている。
- ・1回/2週間、カウンターサインを付け忘れていた件数を診療科へ通知している。
- ・術前カンファレンス時にチェックしている。
- ・カルテ委員会から定期的に指摘している。
- ・責任指導医を決めている。

e 臨床研修医の指示に対するカウンターサインがない場合にチェックがかかるしくみがある。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)

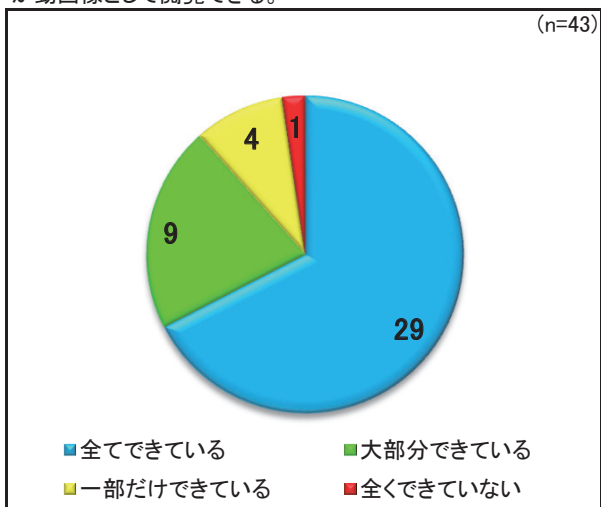


[コメント欄に記載されていた事項]

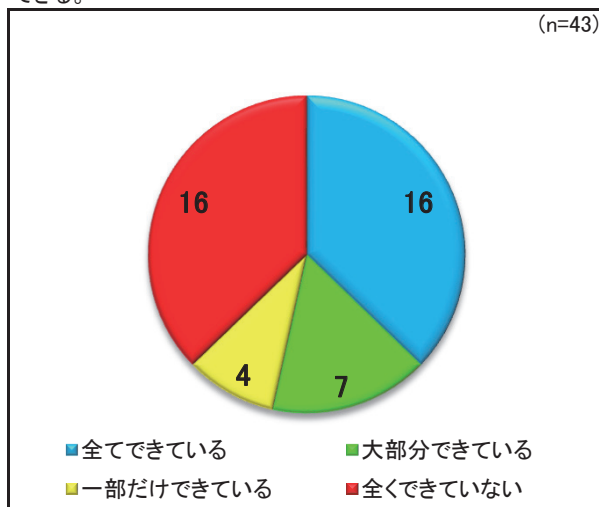
- ・登録時にカウンターサインが必須となっている。
- ・研修医のカルテ記載、オーダー時には指導医の指定が必須となっている。
- ・カウンターサインの有無により記録の表示色が変わる。
- ・指導医に通知され、ToDoが確認されるまで残る。
- ・未承認の記録がある場合、電子カルテ上に警告が出る。
- ・オーダーを受けた部門では承認の有無は判別できないが、電子カルテシステムの機能として未承認の一覧を表示することが可能である。
- ・未承認の一覧表が表示可能である。
- ・経過記録に「未」の表示が出る。
- ・カウンターサインを必要とする指示に対して指導医が設定されていない場合、オーダー発行時にエラーチェックがかかる仕組みがある。
- ・抗がん剤、麻薬、向精神薬は、カウンターサインがないと正式オーダーとして取り扱われない。
- ・医療情報部で対象データを抽出し、当該診療科へ報告する体制がある。
- ・診療情報管理センターにて量的監査を行い、診療科へ記載依頼を行っている。
- ・センターでカウンターサインの有無のモニタリングをしているが、カウンターサインによる承認は各診療科の指導医に求められている。

⑤ 画像の閲覧

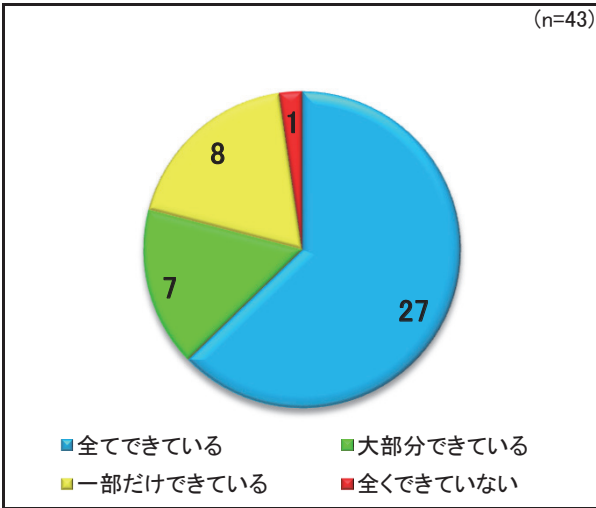
a 電子カルテ上で、心臓カテーテル検査、心臓超音波などが動画像として閲覧できる。



b 電子カルテ上で、内視鏡検査・治療が動画像として閲覧できる。



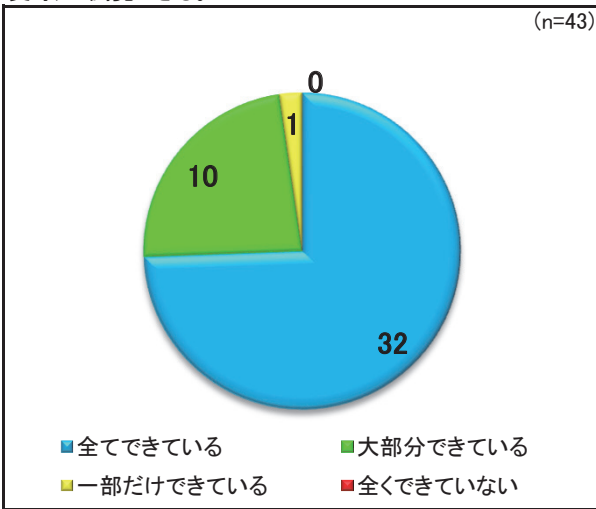
c 電子カルテ上で、CT画像について、3D画像で閲覧でき、主治医が見たい任意の断面を観察できる。



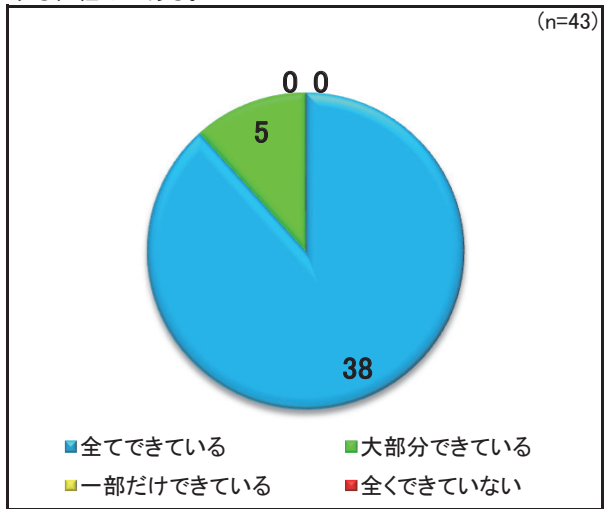
[コメント欄に記載されていた事項]

・病棟ではできないが放射線科ではできる。

d 電子カルテ上で、各科で撮影された写真(眼底、皮膚病変等)が閲覧できる。

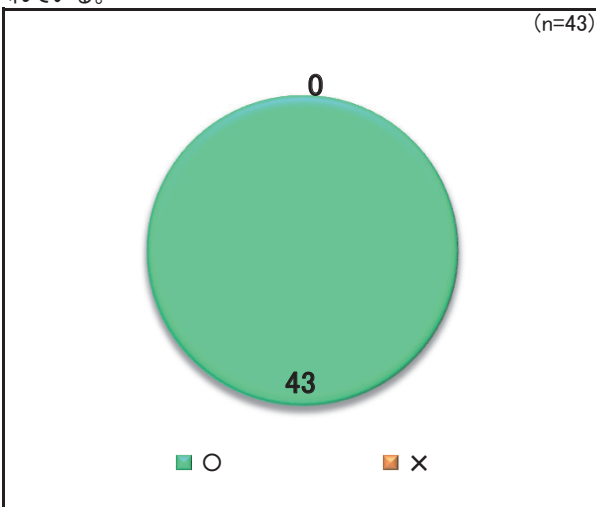


e 他の医療機関で撮影された持ち込み画像を院内で保存する仕組みがある。

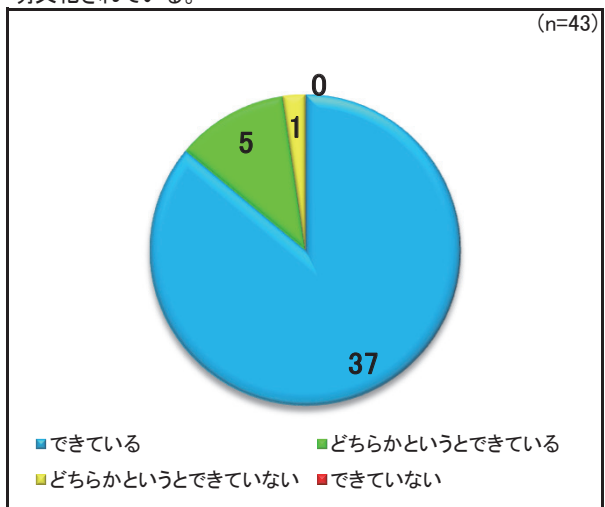


6) 診療記録の管理・監査体制

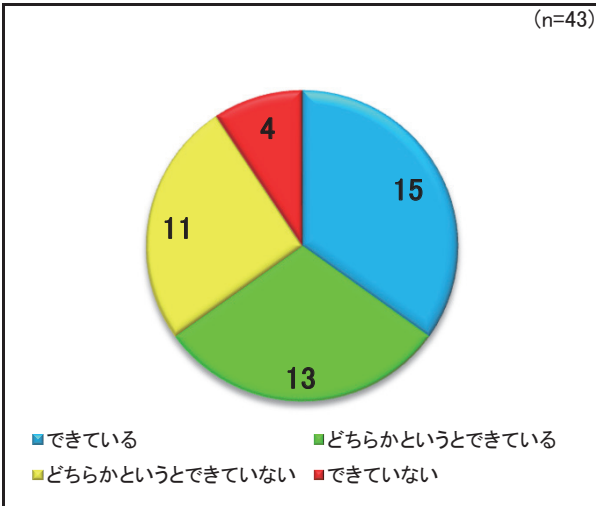
① 診療記録管理委員会又はそれに準ずる委員会が設置されている。



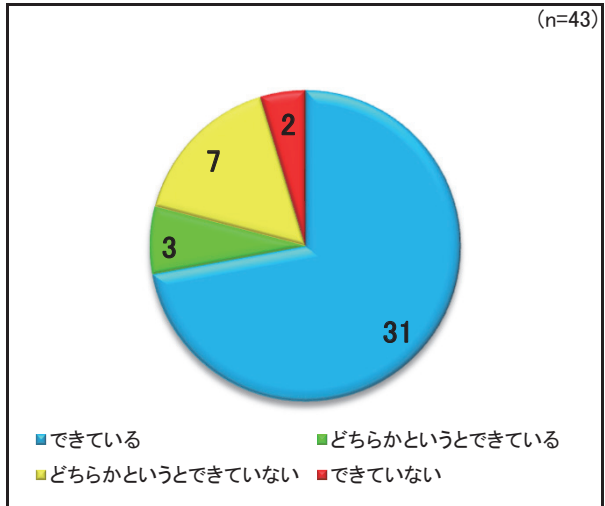
② 診療記録の管理や記載方法に関する規定やルール等が明文化されている。



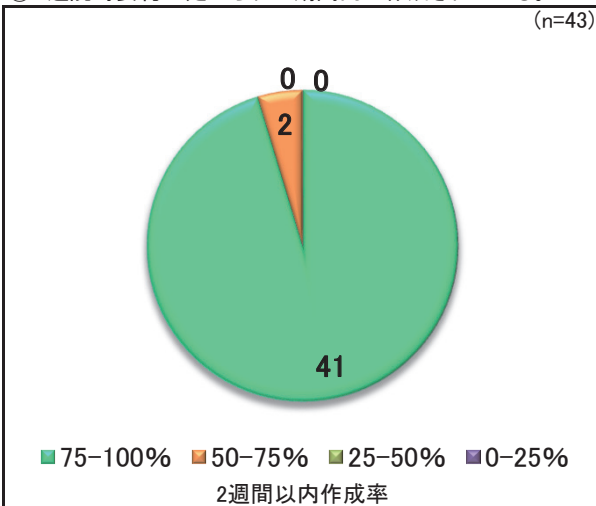
③ 診療記録の記載に関して 医長、チーフレジデントレベルでの一次監査が行われている。



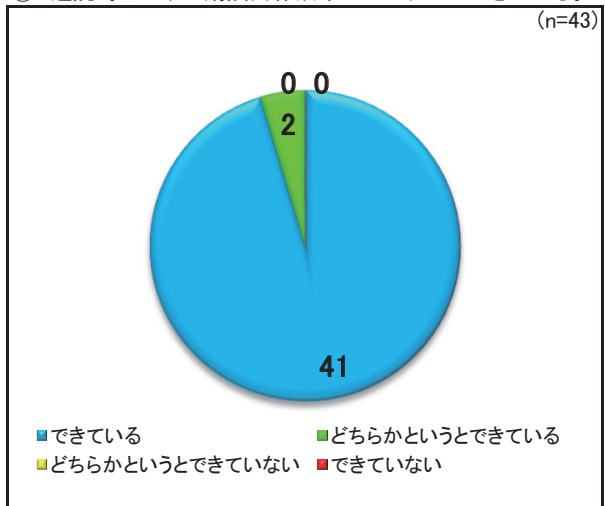
④ 診療情報管理士や診療記録委員により退院診療記録に対して二次監査が行われている。



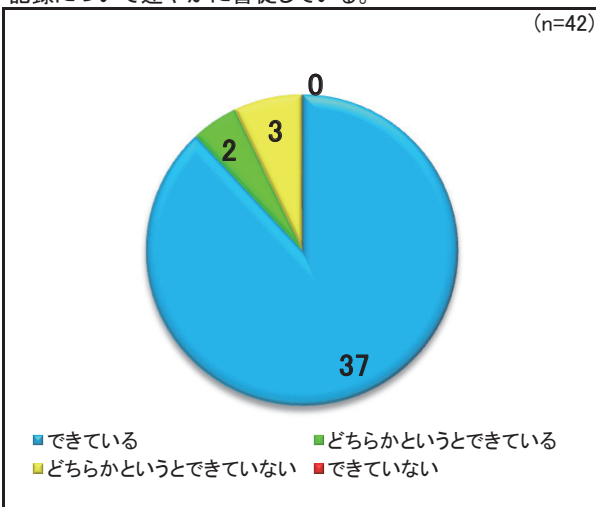
⑤ 退院時要約が定められた期間内に作成されている。



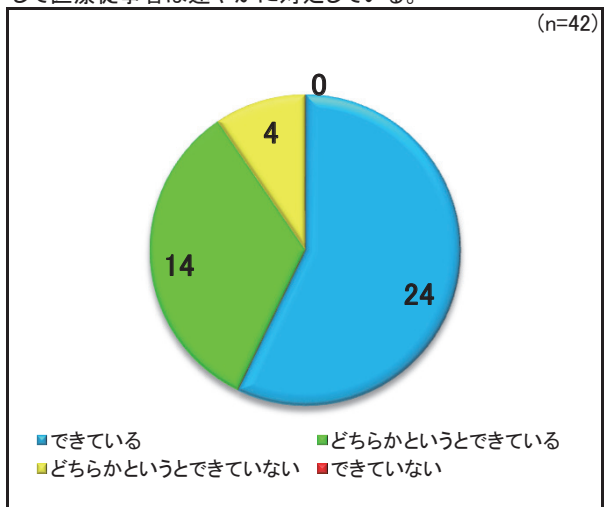
⑥ 退院時サマリの期限内作成率のモニターができています。



⑦ 診療記録管理部門は返却期限の過ぎた入院患者の診療記録について速やかに督促している。

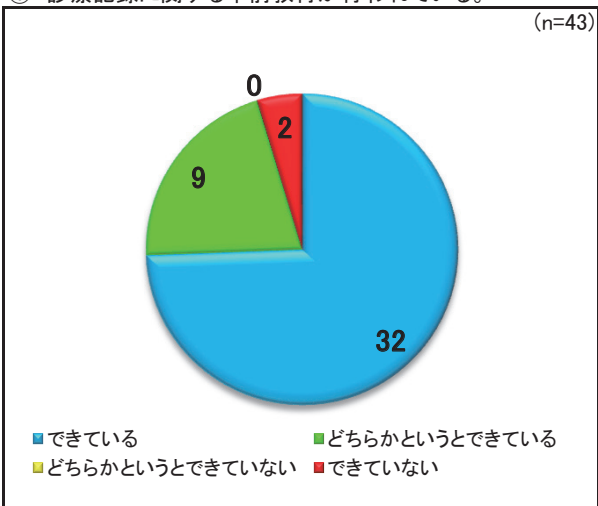


⑧ 診療記録管理部門から指摘された診療記録の不備に対して医療従事者は速やかに対処している。

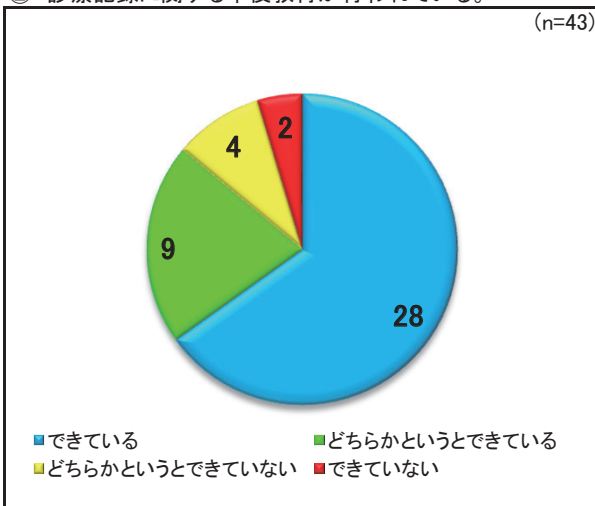


7) 診療記録に関する教育

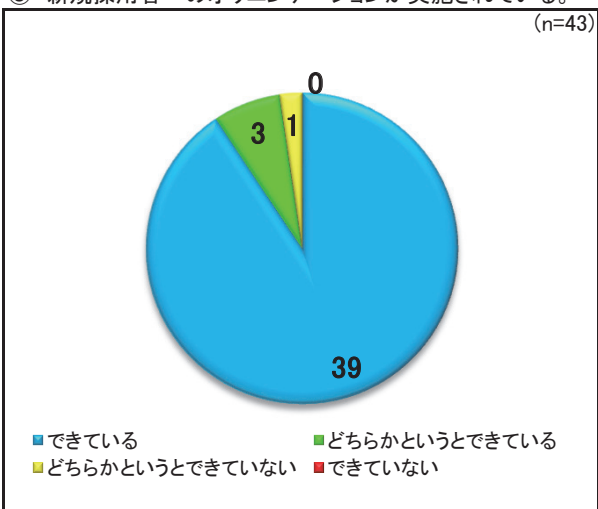
① 診療記録に関する卒前教育が行われている。(n=43)



② 診療記録に関する卒業後教育が行われている。(n=43)

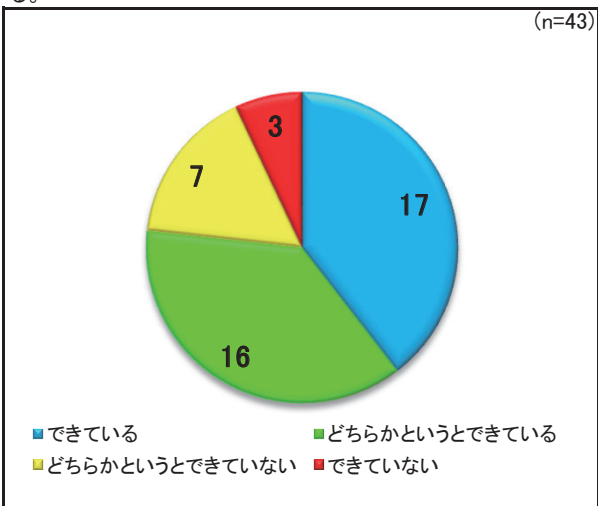


③ 新規採用者へのオリエンテーションが実施されている。(n=43)



8) 個人情報保護・セキュリティ

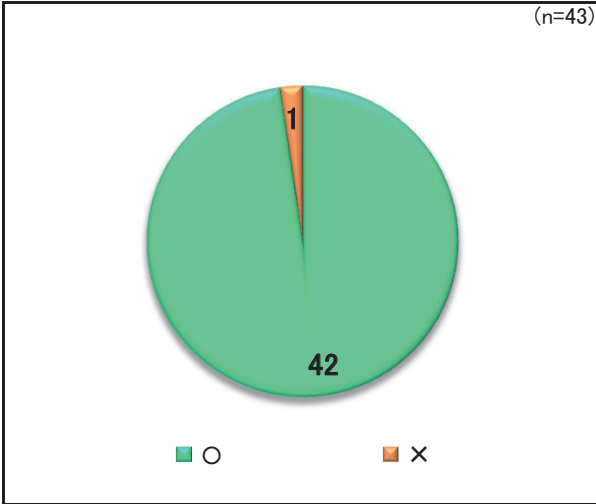
① 診療に関係のない患者情報の閲覧に関する制限がある。(n=43)



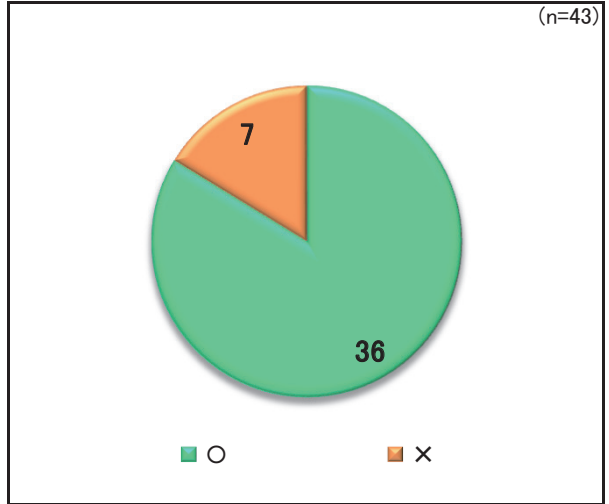
〔コメント欄に記載されていた事項〕

- ・制限はできないが、事後チェックは可能である。
- ・閲覧記録は残るが、閲覧制限はない。閲覧記録が残ることを毎回警告表示される。
- ・入院患者の場合、他の診療科の医師がカルテを開こうとすると、警告メッセージが表示される。職種に応じて閲覧制限をかけ、カルテを閲覧した場合はログに記録される。また、治験患者の場合、病院職員以外がデータを閲覧するため、専用のアプリがある。

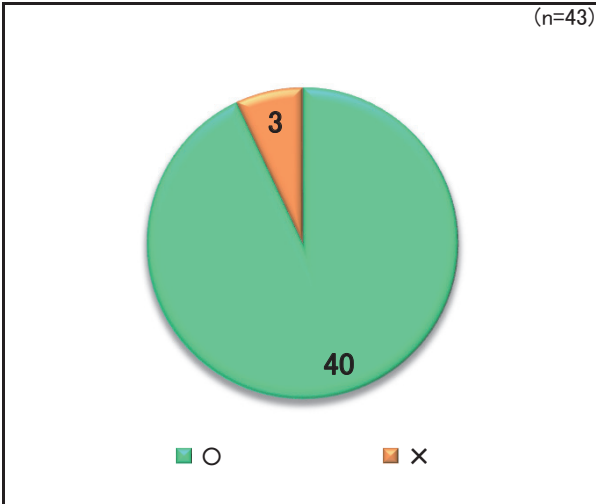
② 患者情報の院外への持ち出し禁止のルールがある。



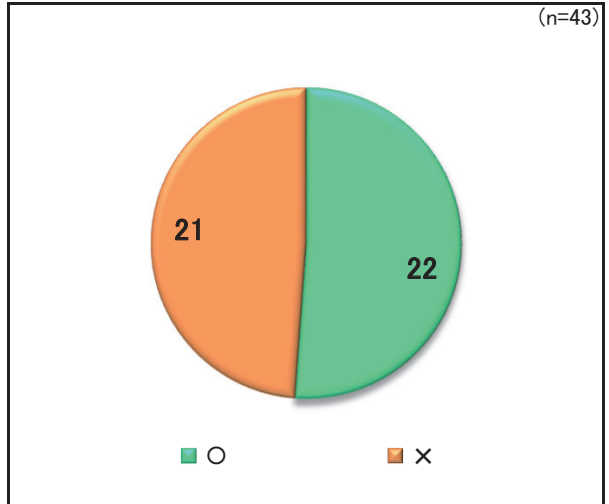
③ 診療記録や患者情報の紛失が無い(平成25年度)。



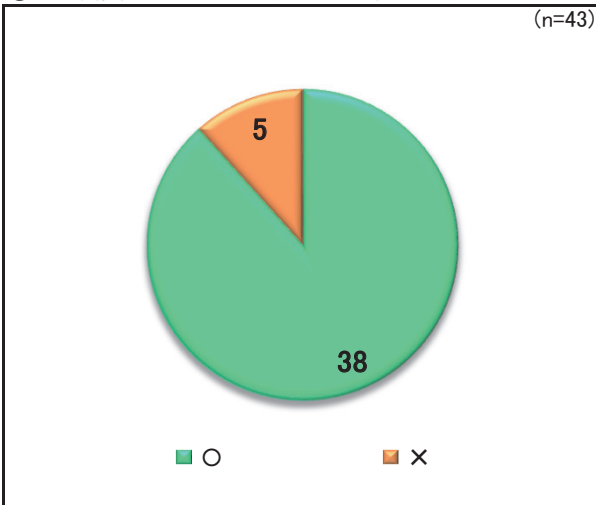
④ 入力責任者のIDやパスワードが、他の者に安易に使用されないシステムになっている。



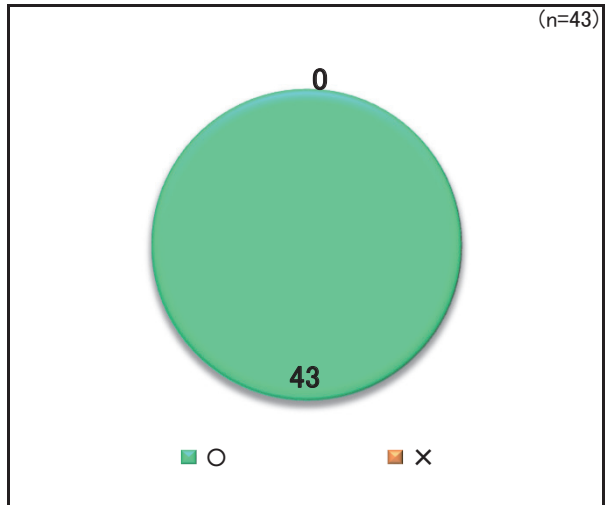
⑤ IDやパスワードの違反使用に対する罰則規程がある。



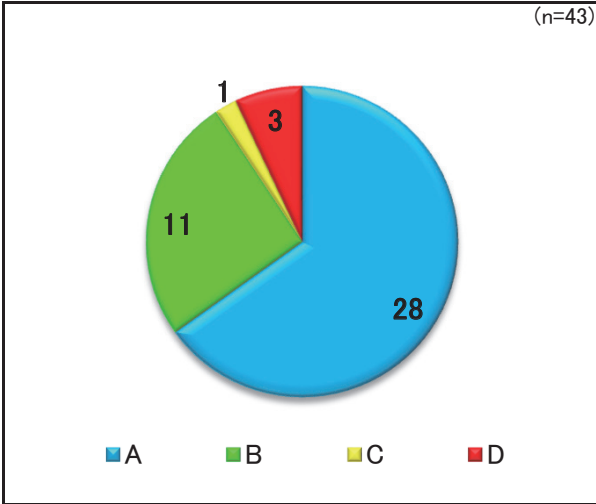
⑥ 医療情報システムに自動ログオフ機能がある。



⑦ 個人情報保護の観点から、漏洩防止やウイルス対策システムがある。

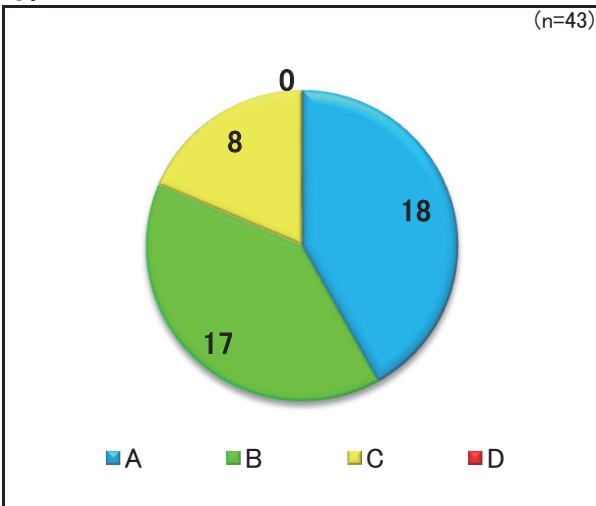


⑧ 診療記録情報へのアクセスが職種等により適切に制限されている。



- A …職種等毎にアクセスしてよい情報が細かく検討され設定されている
- B …職種等毎にアクセスしてよい情報が設定されている
- C …職種等毎にアクセスしてよい情報が大きめに決められ設定されている
- D …全ての職員がどの情報にもアクセスしてよいように設定されている

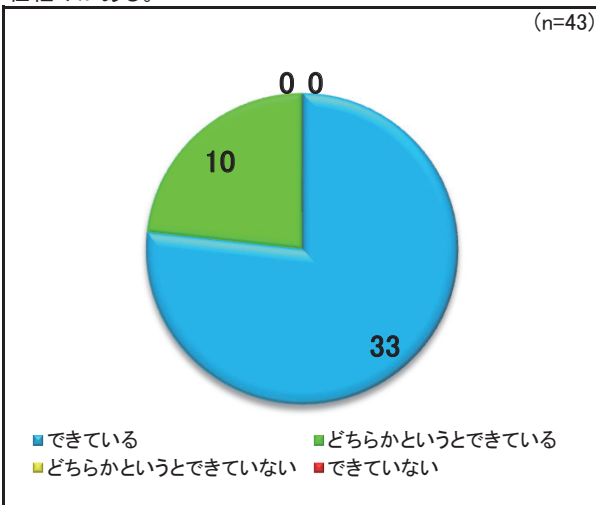
⑨ ユーザが診療録情報へアクセスした場合に、閲覧対象の患者、閲覧したユーザ、閲覧日時がログとして記録されている。



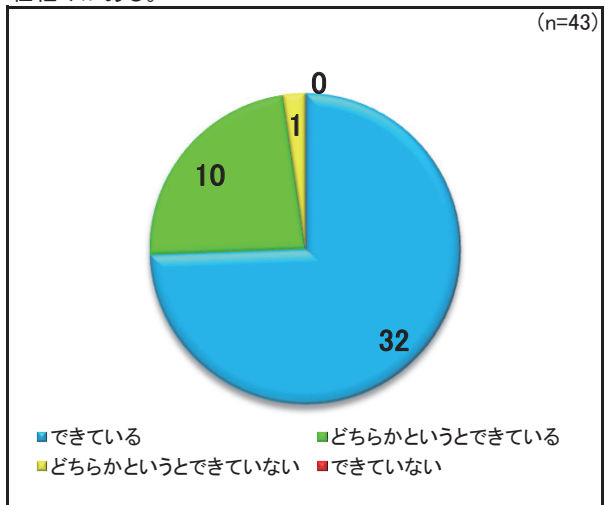
- A …ログは適切に管理され、不正アクセスについて常に監視している
- B …ログは適切に管理され、ログ情報が閲覧可能な状態で公開されている
- C …ログは適切に管理されているが、事件が起こるまでは原則確認されない
- D …ログは適切に管理されていない

9) 医療情報システムの改善

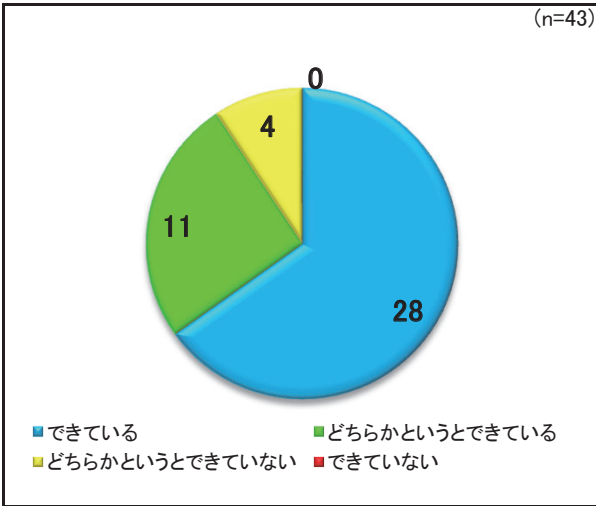
① 利用者が、システム管理部署に意見を随時伝えるための仕組みがある。



② 利用者の意見に基づき、改善方法を定期的に検討する仕組みがある。

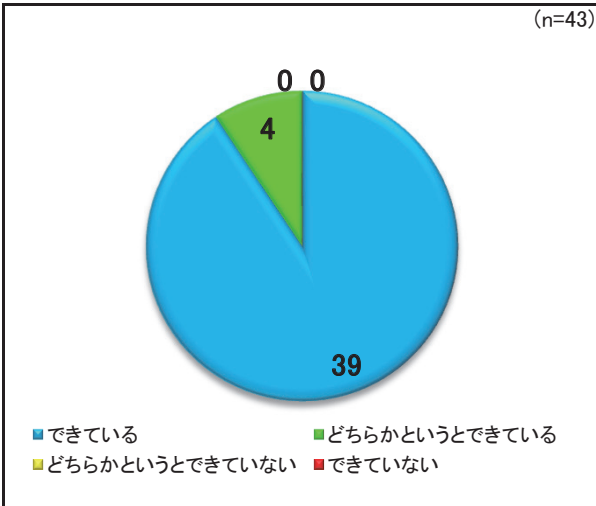


③ システム改善の進捗状況を、定期的に利用者に報告している。

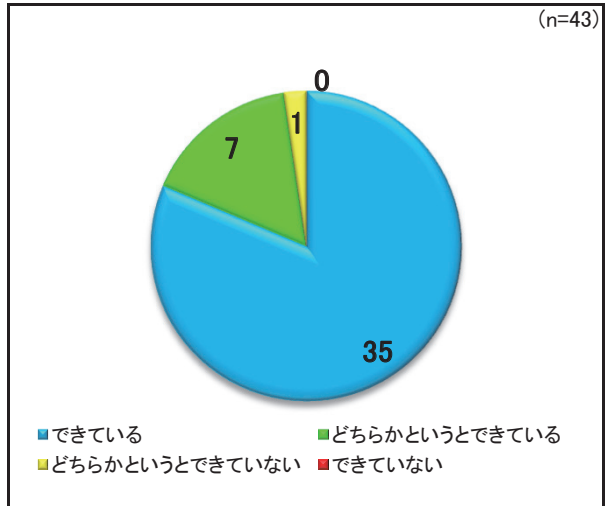


10) 診療情報の二次利用

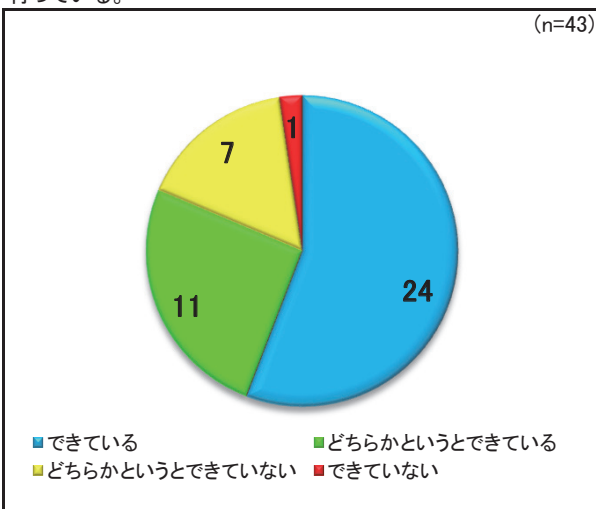
① 医療従事者への研究、教育、診療のための情報提供が可能である。



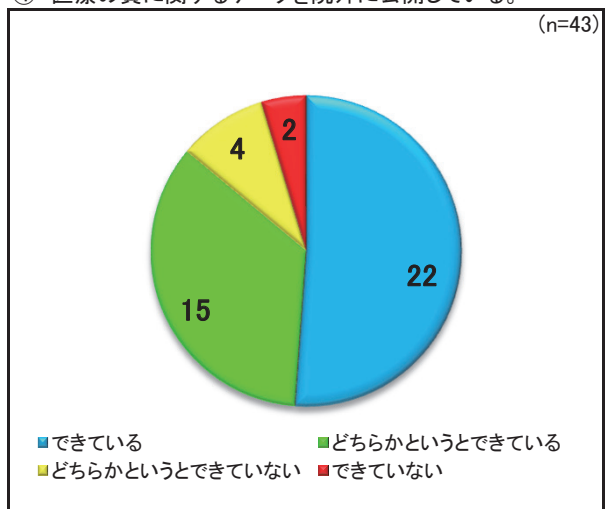
② 臨床評価指標や経営指標等のデータ抽出が可能である。



③ 医療の質の評価(クオリティ・インディケーター)の測定を行っている。



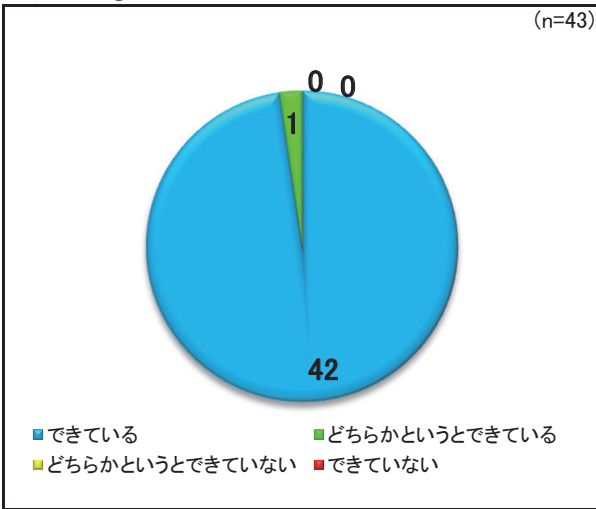
④ 医療の質に関するデータを院外に公開している。



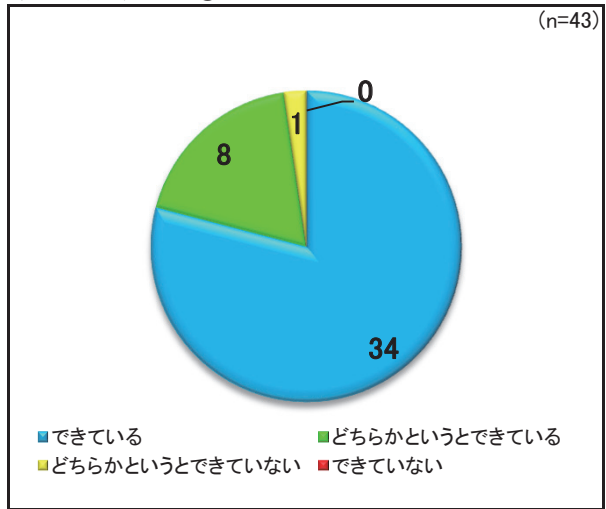
5 医療安全に関する教育・研修

1) 新卒者

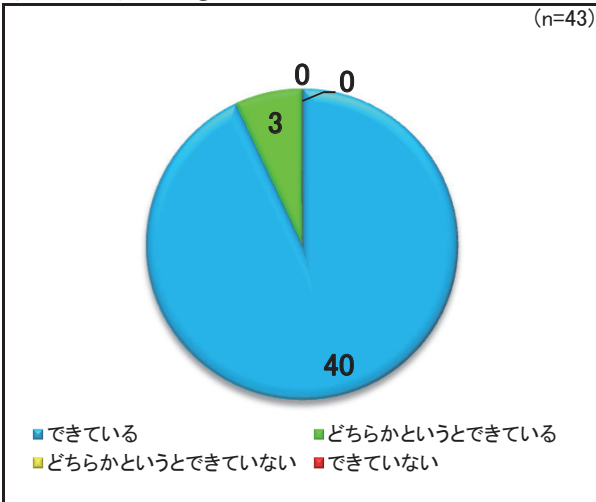
① オリエンテーションにおいて、医療安全の教育を行っている。(A.できている、B.どちらかというときている の場合は、別表5-1)-①に記入)



② 研修医に対して、医療機器の使用方法や処置等の実技演習がある。(A.できている、B.どちらかというときている の場合は、別表5-1)-②に記入)



③ 看護師に対して、医療機器の使用方法や処置等の実技演習がある。(A.できている、B.どちらかというときている の場合は、別表5-1)-③に記入)



別表：5-1-1)-① オリエンテーションにおける医療安全教育

大学	研修医						看護師						薬剤師						技師 (技士)						事務職員									
	院内の医療安全管理体制	院内報告制度	インシデント等の対応	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他(具体的に記述)	時間(分)	院内の医療安全管理体制	院内報告制度	インシデント等の対応	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他(具体的に記述)	時間(分)	院内の医療安全管理体制	院内報告制度	インシデント等の対応	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他(具体的に記述)	時間(分)	院内の医療安全管理体制	院内報告制度	インシデント等の対応	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他(具体的に記述)	時間(分)	院内の医療安全管理体制	院内報告制度	インシデント等の対応	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他(具体的に記述)
1	○	○	○	○	○	4月のオリエンテーション(120分) 8月多職種合同研修(210分)	330	○	○	○	○	○	4月のオリエンテーション(65分) 9月多職種合同研修(210分)	275	○	○	○	○	○	○	4月のオリエンテーション(65分) 9月多職種合同研修(212分)	275	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	4月のオリエンテーション(65分) 9月多職種合同研修(213分)	275
2	○	○	○	○	○	初任者研修、ポケットマニュアル、eラーニング、RM全体会議内容の周知	90	○	○	○	○	○	初任者研修、ポケットマニュアル、eラーニング、RM全体会議内容の周知	80	○	○	○	○	○	○	初任者研修、ポケットマニュアル、eラーニング、RM全体会議内容の周知	80	○	○	○	○	○	○	○	○	○	初任者研修、ポケットマニュアル、eラーニング、RM全体会議内容の周知	30 40	
3	○	○	○	○	○		90	○	○	○	○	○		90	○	○	○	○	○	○		90	○	○	○	○	○	○	○	○	○		90	
4	○	○	○	○	○		210	○	○	○	○	○		90	○	○	○	○	○	○		60	○	○	○	○	○	○	○	○	○		60	
5	○	○	○	○	○	KYT、RCGAの実践	3	○	○	○	○	○	KYT、RCGAの実践	3	○	○	○	○	○	○	KYT、RCGAの実践	3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	KYT、RCGAの実践	3
6	○	○	○	○	○		100	○	○	○	○	○		40	○	○	○	○	○	○		40	○	○	○	○	○	○	○	○	○		40	
7	○	○	○	○	○		90	○	○	○	○	○		60	○	○	○	○	○	○		60	○	○	○	○	○	○	○	○	○		60	
8	○	○	○	○	○		30	○	○	○	○	○		30	○	○	○	○	○	○		30	○	○	○	○	○	○	○	○	○		30	
9	○	○	○	○	○		60	○	○	○	○	○		60	○	○	○	○	○	○		60	○	○	○	○	○	○	○	○	○		60	
10	○	○	○	○	○		30	○	○	○	○	○		20	○	○	○	○	○	○		20	○	○	○	○	○	○	○	○	○		20	
11	○	○	○	○	○		60 90	○	○	○	○	○		60 90	○	○	○	○	○	○		60 90	○	○	○	○	○	○	○	○	○		60	
12	○	○	○	○	○	補償制度について、年度目標、標準等	60	○	○	○	○	○	補償制度について、年度目標、標準等	60	○	○	○	○	○	○	補償制度について、年度目標、標準等	60	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	補償制度について、年度目標、標準等	60
13	○	○	○	○	○	Team STEPPS (チームステップス) インシデントレポート入力方法	240	○	○	○	○	○		100	○	○	○	○	○	○		100	○	○	○	○	○	○	○	○	○	Team STEPPS (チームステップス) インシデントレポート入力方法	240	
14	○	○	○	○	○		60	○	○	○	○	○		60	○	○	○	○	○	○		60	○	○	○	○	○	○	○	○	○		60	
15	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○			

別表：5-1)-① オリエンテーションにおける医療安全教育

大学	研修医						看護師						薬剤師						技師（技士）						事務職員					
	院内の医療安全管理体制	院内報告制度等のイニシテント等	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他（具体的に記述）	時間（分）	院内の医療安全管理体制	院内報告制度等のイニシテント等	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他（具体的に記述）	時間（分）	院内の医療安全管理体制	院内報告制度等のイニシテント等	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他（具体的に記述）	時間（分）	院内の医療安全管理体制	院内報告制度等のイニシテント等	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他（具体的に記述）	時間（分）	院内の医療安全管理体制	院内報告制度等のイニシテント等	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他（具体的に記述）	時間（分）
16	○	○	○	○			○	○	○	○		○	○	○	○	○		○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	
17	○	○	○	○	医療安全管理（講義）	60	○	○	○	○	医療安全管理（講義）	60	○	○	○	○	医療安全管理（講義）	60	○	○	○	○	医療安全管理（講義）	60	○	○	○	○	医療安全管理（講義）	60
18	○	○	○	○			○	○	○	○		○	○	○	○	○		○	○	○	○	○		○	○	○	○	○		
19	○	○	○	○	4月5日 入職時に実施 医療安全の基礎としてポケットマニュアルの説明。	90	○	○	○	○	新人研修として3回に分けて実施 中途採用者には採用時に実施	360	○	○	○	○	4月の看護師新人研修を受講	180	○	○	○	○		○	○	○	○	○		
20	○	○	○	○	Team STEPPS研修	280	○	○	○	○	Team STEPPS研修	280	○	○	○	○	Team STEPPS研修	280	○	○	○	○	Team STEPPS研修	280	○	○	○	○	安全・感染対策研修	60
21	○	○	○	○	昨年度のインシデントの傾向 緊急コール体制		○	○	○	○	昨年度のインシデントの傾向 緊急コール体制		○	○	○	○	昨年度のインシデントの傾向 緊急コール体制		○	○	○	○	昨年度のインシデントの傾向 緊急コール体制		○	○	○	○		
22	○	○	○	○	職種に限らず新卒の職員を対象として、4月に集合研修を実施。 研修医に対し別に追加して、医師特有のインシデントについて集合教育を実施。	90 + 40	○	○	○	○	職種に限らず新卒の職員を対象として、4月に集合研修を実施。 看護師、助産師のみ別に追加して、看護特有のインシデントについて集合教育を実施。	90 + 80	○	○	○	○	職種に限らず新卒の職員を対象として、4月に集合研修を実施。	90	○	○	○	○	職種に限らず新卒の職員を対象として、4月に集合研修を実施。	90	○	○	○	○	職種に限らず新卒の職員を対象として、4月に集合研修を実施。	90
23	○	○	○	○		15	○	○	○	○		40	○	○	○	○		40	○	○	○	○		40	○	○	○	○		

別表：5-1)-① オリエンテーションにおける医療安全教育

	研修医						看護師						薬剤師						技師（技士）						事務職員					
	院内報告制度の 管理体制	院内報告制度の 安全	院内シシテント等の 対応	医療事故への 対応	医療従事者間の 情報伝達	その他 （具体的に記述）	時間（分）	院内報告制度の 管理体制	院内報告制度の 安全	院内シシテント等の 対応	医療事故への 対応	医療従事者間の 情報伝達	その他 （具体的に記述）	時間（分）	院内報告制度の 管理体制	院内報告制度の 安全	院内シシテント等の 対応	医療事故への 対応	医療従事者間の 情報伝達	その他 （具体的に記述）	時間（分）	院内報告制度の 管理体制	院内報告制度の 安全	院内シシテント等の 対応	医療事故への 対応	医療従事者間の 情報伝達	その他 （具体的に記述）	時間（分）		
大学						合同演習：基本的な患者確認の方法 ＜看護部にて＞ 講義：誤薬防止対策、患者誤認防止対策、転倒転落防止対策 演習：インシデント事例を基に適切な対応を答える 熱傷、転倒、経管栄養、採血、薬剤・食物禁忌、薬剤投与（インスリン、静脈注射、CVCカテーテルなど）	170																							
24						合同演習：基本的な患者確認の方法	50																							
25																														
26						4月からの採用者は新採用者オリエンテーションを受ける 中途採用者は電子カルテ操作訓練時に医療安全について説明する	60																							
27																														
28							20																							
29							30																							
30							30																							

別表：5-1)-① オリエンテーションにおける医療安全教育

	研修医						看護師						薬剤師						技師（技士）						事務職員											
	院内の医療安全管理体制	院内報告制度等	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他（具体的に記述）	時間（分）	院内の医療安全管理体制	院内報告制度等	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他（具体的に記述）	時間（分）	院内の医療安全管理体制	院内報告制度等	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他（具体的に記述）	時間（分）	院内の医療安全管理体制	院内報告制度等	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他（具体的に記述）	時間（分）	院内の医療安全管理体制	院内報告制度等	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他（具体的に記述）	時間（分）						
大学																																				
31	○	○	○	○	院内の安全管理に関する具体的なルールについて	90	○	○	○	院内の安全管理に関する具体的なルールについて	90	○	○	○	○	○	院内の安全管理に関する具体的なルールについて	90	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	院内の安全管理に関する具体的なルールについて	90					
32	○	○	○	○			○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
33	○	○	○	○	・医療安全管理体制について、院内感染の防止について、実習（清潔操作、採血、クロスマッチ等）	300	○	○	○	・医療安全の基本・患者の療養環境・転倒転落防止についての講義、グループワーク	630	○	○	○	○	○	・インフォームドコンセント、院内救急対応について、医療安全管理体制について、損害賠償責任保険について、医薬品の取り扱いについて	90	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・院内救急対応について、院内安全管理体制について、院内感染防止対策について、院内における暴言・暴力への対応について	120					
34	○	○	○	○		120	○	○	○		120	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
35	○	○	○	○		30	○	○	○		30	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○								
36	○	○	○	○	①患者の安全管理や規則 ②薬剤の規格と投与 麻薬取扱い ③施設設備安全 ④電子カルテ停止時の対応 ⑤接遇 ※採用時研修・看護部と共に3時間30分実施する。その他は、約1週間で分割	210 + α	○	○	○	①患者の安全管理や規則 ②薬剤の規格と投与 麻薬取扱い ③施設設備安全 ④電子カルテ停止時の対応 ⑤接遇 ※採用時研修・看護部と共に3時間30分	210	○	○	○	○	○	①患者の安全管理や規則 ②薬剤の規格と投与 麻薬取扱い ③施設設備安全 ④電子カルテ停止時の対応 ⑤接遇 ※採用時研修・看護部と共に3時間30分	210	○	○	○	○	○	○	○	○	○	①患者の安全管理や規則 ②薬剤の規格と投与 麻薬取扱い ③施設設備安全 ④電子カルテ停止時の対応 ⑤接遇 ※採用時研修・看護部と共に3時間30分	210	○	○	○	○	○	①患者の安全管理や規則 ②薬剤の規格と投与 麻薬取扱い ③施設設備安全 ④電子カルテ停止時の対応 ⑤接遇 ※採用時研修・看護部と共に3時間30分	15

別表：5-1)-① オリエンテーションにおける医療安全教育

	研修医						看護師						薬剤師						技師（技士）						事務職員					
	院内の医療安全 管理体制	院内報告制度の インシデント等の 対応	医療事故への 医療従事者間の 情報伝達	その他 （具体的に記述）	時間（分）	院内の医療安全 管理体制	院内報告制度の インシデント等の 対応	医療事故への 医療従事者間の 情報伝達	その他 （具体的に記述）	時間（分）	院内の医療安全 管理体制	院内報告制度の インシデント等の 対応	医療事故への 医療従事者間の 情報伝達	その他 （具体的に記述）	時間（分）	院内の医療安全 管理体制	院内報告制度の インシデント等の 対応	医療事故への 医療従事者間の 情報伝達	その他 （具体的に記述）	時間（分）	院内の医療安全 管理体制	院内報告制度の インシデント等の 対応	医療事故への 医療従事者間の 情報伝達	その他 （具体的に記述）	時間（分）					
大学	○	○	○		30	○	○	○		30	○	○	○		30	○	○	○		30	○	○	○		30					
37	○	○	○		30	○	○	○		30	○	○	○		30	○	○	○		30	○	○	○		30					
38	○	○	○		60	○	○	○		60	○	○	○		60	○	○	○		60	○	○	○		60					
39	○	○	○			○	○	○			○	○	○			○	○	○			○	○	○							
40	○	○	○		80	○	○	○		40	○	○	○		40	○	○	○		40	○	○	○		40					
41	○	○	○		60	○	○	○		60	○	○	○		60	○	○	○		60	○	○	○		60					
42	○	○	○		60	○	○	○		30	○	○	○		30	○	○	○		30	○	○	○		30					
43	○	○	○			○	○	○			○	○	○			○	○	○			○	○	○							

別表：5-1)-②、③ 研修医、看護師に対する医療機器の使用方法や処置等の実技演習

大学	別表：5-1)-② 研修医						別表：5-1)-③ 看護師												
	機器			処置			機器			処置									
	ポンプ	人工呼吸器	AED	BC	その他 最低限必要と 思われる内容	採血	BLS	ACLS	末梢静脈留置	その他 最低限必要と 思われる内容	ポンプ	人工呼吸器	AED	その他 最低限必要と 思われる内容	採血	BLS	ACLS	その他 最低限必要と 思われる内容	
1			○	○	その他 最低限必要と 思われる内容	○	○		○	その他 最低限必要と 思われる内容	○		○	○	○	○		○	酸素吸入、吸引、注射全般、 口腔ケア、導尿、膀胱留置カテーテル挿入、胃管挿入、末梢静脈留置針挿入、気管挿管の介助
2	○	○	○	○	気管挿管、ACLSは、希望者のみJMECCに参加している。	○	○		○		○		○		○	○		○	インスリン療法、注射実施・血管内留置針挿入
3	○	○	○	○		○	○		○		○		○		○	○			
4	○	○	○	○		○	○		○		○		○		○	○			
5	○	○	○	○		○	○		○		○		○		○	○			
6	○	○	○	○		○	○		○		○		○		○	○		○	
7	○	○	○	○		○	○		○		○		○		○	○			
8	○	○	○	○	外科基本手技(結縫合)	○	○		○		○		○		○	○			
9	○	○	○	○		○			○		○		○		○	○			血糖測定・吸引・導尿・膀胱留置カテーテル 筋肉注射・皮下注射
10	○														○	○			
11	○	○	○	○		○			○			○			○	○			
12	○	○	○	○		○	○		○			○			○	○			
13						○									○	○			
14		○	○	○		○	○		○		○		○		○	○			

別表：5-1)-②、③ 研修医、看護師に対する医療機器の使用方法や処置等の実技演習

大学	別表：5-1)-② 研修医										別表：5-1)-③ 看護師									
	機器					処置					機器					処置				
	ポンプ	人工呼吸器	AED	BC	その他 最低限必要と 思われる内容	採血	BLS	ACLS	末梢静脈留置	その他 最低限必要と 思われる内容	ポンプ	人工呼吸器	AED	その他 最低限必要と 思われる内容	採血	BLS	ACLS	その他 最低限必要と 思われる内容		
15	○	○	○	○		○	○	○	○		○	○	○		○	○				
16	○	○	○	○		○	○	○	○		○	○	○		○	○	○			
17	○	○	○	○	エコー	○	○	○	○		○	○	○		○	○	○	末梢静脈留置		
18		○					○	○	○		○				○	○		吸引口腔ケア・ミキシング・ブ ライミング		
19		○		○		○	○	○	○		○				○	○		インスリン注射、血糖測定		
20	○	○	○	○		○	○	○	○		○	○	○		○	○	○			
21	○	○	○			○	○	○	○	挿管 CVC挿入	○	○	○		○	○		輸液の準備(ミキシング) 尿管カテーテルの留置 末梢静脈の留置 移乗(ベッドから車いすへの 移乗)		
22	○	○	○	○		○	○	○	○		○	○	○		○	○				
23	○					○		○			○	○	○		○	○				
24			○			○	○				○	○	○		○	○	○			
25	○	○	○	○		○	○	○	○		○	○	○		○	○	○			
26	○	○	○		インスリン研修・酸素療法・J- VAC研修・生体モニタ						○	○	○	インスリン研修・酸素療法・J- VAC研修・生体モニタ	○	○	○			
27	○	○		○		○	○	○	○		○	○	○		○	○				
28	○			○		○	○	○	○		○	○	○		○	○				

別表：5-1)-②、③ 研修医、看護師に対する医療機器の使用方法や処置等の実技演習

大学	別表：5-1)-② 研修医										別表：5-1)-③ 看護師									
	機器					処置					機器					処置				
	ポンプ	人工呼吸器	AED	BC	その他 最低限必要と 思われる内容	採血	BCLS	末梢静脈留置	その他 最低限必要と 思われる内容	ポンプ	人工呼吸器	AED	その他 最低限必要と 思われる内容	採血	BCLS	ALS	その他 最低限必要と 思われる内容			
29	○	○	○	○		○	○	○		○	○	○		○	○	○				
30	○		○	○	全員参加ではないがセミナー時に人工呼吸器の授業、腹部エコー実習を実施	○	○	○	H29年オリエンテーション時に腰椎穿刺、導尿も指導、セミナー時に中心静脈穿刺について指導	○	○	○		○	○	○				
31	○	○	○	○		○	○	○		○	○	○	簡易血糖測定器	○	○	○	静脈注射含む注射、輸血			
32	○	○	○	○		○	○	○		○	○	○		○	○	○				
33	○	○	○	○		○	○	○		○	○	○		○	○	○	末梢点滴留置、血糖測定、ICU領域ではAライン採血			
34	○	○	○	○	生体情報モニタ等の使用機会が比較的多く予想される機器について、研修を実施	○	○	○		○	○	○		○	○	○	吸引、酸素吸入療法、創傷処置、膀胱内留置カテーテル			
35						○	○	○		○	○	○		○	○	○				
36	○	○	○	○		○	○	○		○	○	○		○	○	○				
37	○	○	○	○		○	○	○		○	○	○		○	○	○				
38	○	○	○	○		○	○	○		○	○	○		○	○	○				
39	○	○	○	○		○	○	○		○	○	○		○	○	○				
40	○	○	○	○		○	○	○		○	○	○		○	○	○				
41	○	○	○	○		○	○	○		○	○	○		○	○	○				
42	○	○	○	○		○	○	○		○	○	○		○	○	○				

別表：5-1)-②、③ 研修医、看護師に対する医療機器の使用方法や処置等の実技演習

別表：5-1)-② 研修医				別表：5-1)-③ 看護師										
機器				処置										
ポンプ	人工呼吸器	AED	DC	その他 最低限必要と 思われる内容	採血	BLS	ACLS	その他 最低限必要と 思われる内容						
大学				末梢静脈留置										
43								経腸栄養ポンプ、酸素ポンプの 取り扱い、血糖測定、 ネブライザー、心電図モニターの 取り扱い、心電図12誘導、SPO2 モニターの取り扱い、						注射

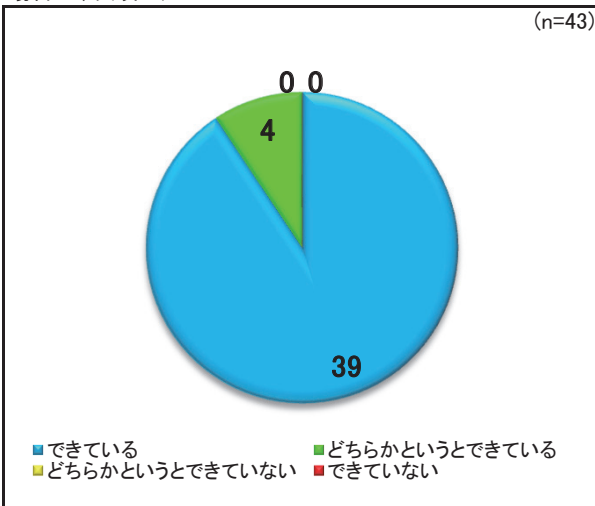
2) 中途採用者

① 入職時に医療安全に関する講義を行っている。

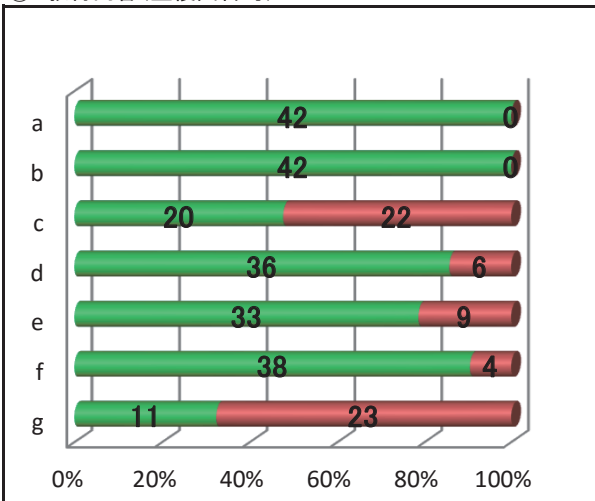


3) リスクマネジャーへの教育

① リスクマネジャー任命時に、医療安全に関する教育を行っている。(A.できている、B.どちらかというとできている の場合は、次項へ)



② 教育内容(重複回答可)

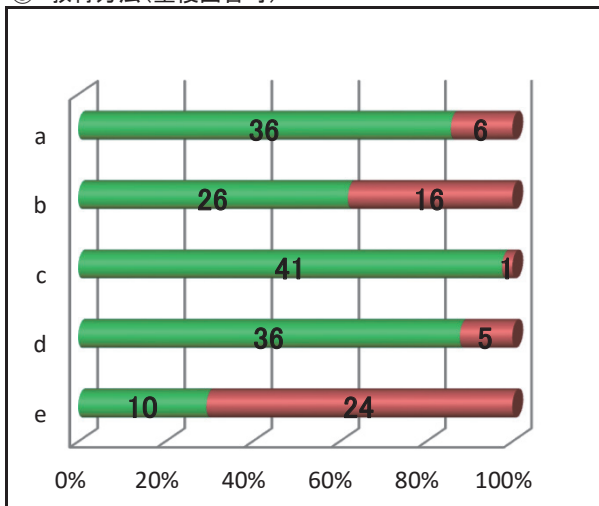


- a …リスクマネジャーの役割
- b …医療安全文化
- c …根本原因分析の方法
- d …システム指向の事故防止対策
- e …医療安全や医療事故に関する法律や規則
- f …医療従事者間の情報伝達
- g …その他(コメント欄に記入)

[その他に記載されていた事項]

- ・当院の安全の歴史
- ・年度当初に必要なシステム更新
- ・重要インシデント事例
- ・事故発生時の報告体制と初期対応
- ・リスクマネージャー報告書の記入方法
- ・Team STEPPS

③ 教育方法(重複回答可)



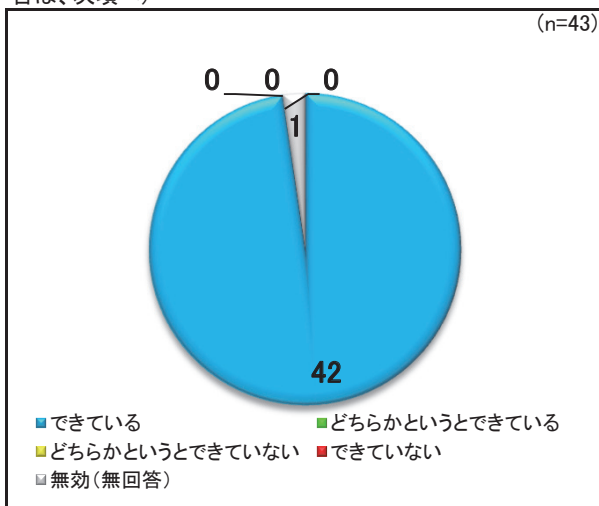
- a …医療安全担当者による集合教育
- b …医療安全担当者による個別教育
- c …リスクマネジャー会議を通じて
- d …電子メール、資料配布を通じて
- e …その他(コメント欄に記入)

[その他に記載されていた事項]

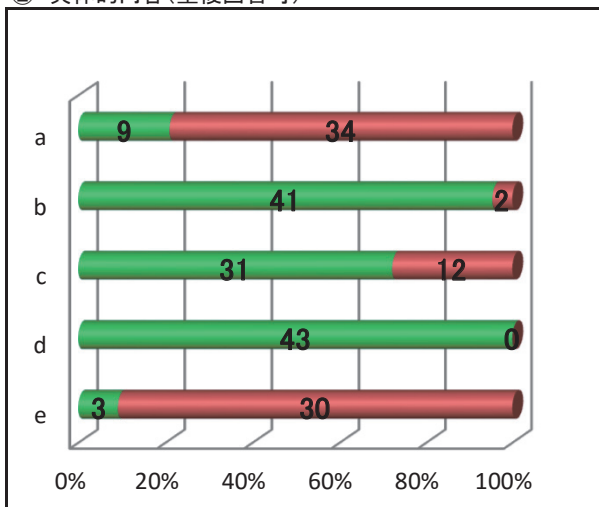
- ・前リスクマネジャーからの引き継ぎ
- ・医療安全ニュース等で周知
- ・e-ラーニング
- ・安全への取り組みを全部署で実施
- ・RCA研修などのファシリテーターを依頼
- ・安全管理部門のミーティングへの参加
- ・部門、部署毎に研修会を実施
- ・インシデント対応、重大インシデント発生時の対応
- ・インシデント分析部会への参加
- ・院外研修への派遣

4) 医療安全の教育・研修の実施に関する工夫

① 全ての職員がいつでも医療安全のマニュアルを見ることができる。(A.できている、B.どちらかというときれている の場合は、次項へ)



② 具体的内容(重複回答可)

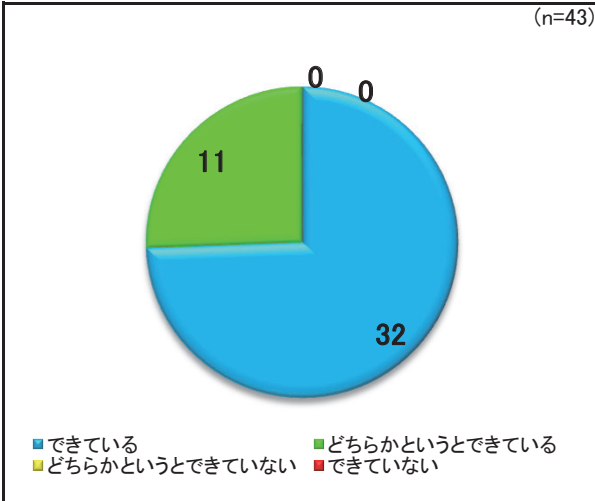


- a …全職員に医療安全管理のマニュアルを配布
- b …全職員に携帯用の医療安全管理のマニュアルを配布
- c …各部署に医療安全管理のマニュアルを配布
- d …Web上に医療安全のマニュアルがあり、いつでもアクセスできる。
- e …その他(コメント欄に記入)

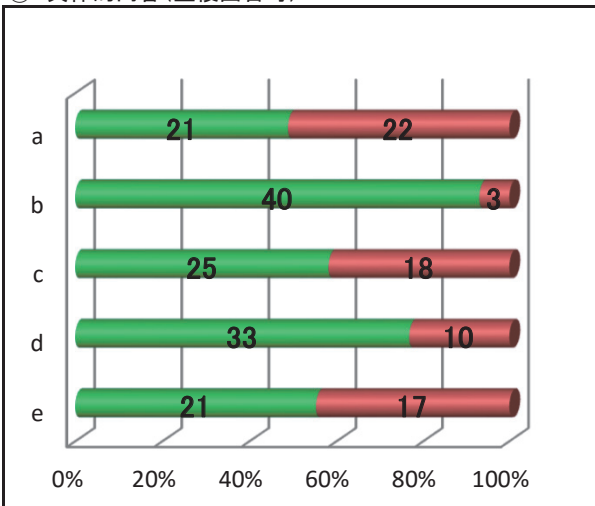
[その他に記載されていた事項]

- ・改訂実施時に全職員へメールで周知
- ・e-ラーニング

③ 医療安全管理に関する職員への啓発運動を行っている。
 (A.できている、B.どちらかというときている の場合は、次項へ)



④ 具体的内容(重複回答可)

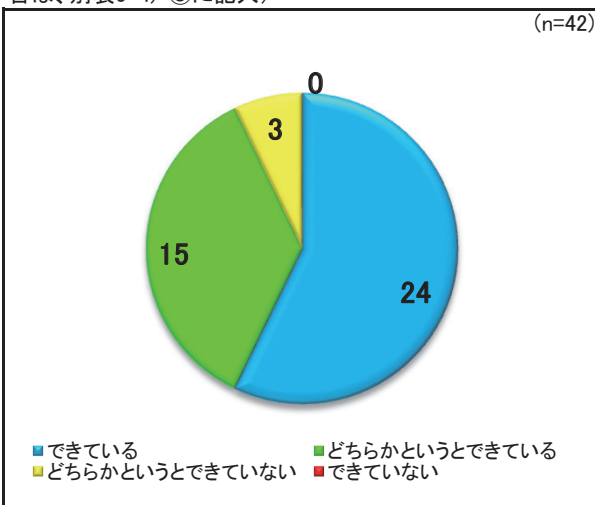


- a … 標語の作成
- b … ポスター作成
- c … 強化週間の設定
- d … アンケート
- e … その他(コメント欄に記入)

[その他に記載されていた事項]

- ・ニュースの発行
- ・セミナー、研修会の開催
- ・マスターセルフチェックテストの実施
- ・表彰の実施
- ・リスクマネジメントに関する研究課題の募集
- ・部署の安全の取り組みや改善事例の発表、情報共有の実施

⑤ 医療安全の教育・研修において教育効果を上げる工夫をしている。
 (A.できている、B.どちらかというときている の場合は、別表5-4)-⑤に記入)



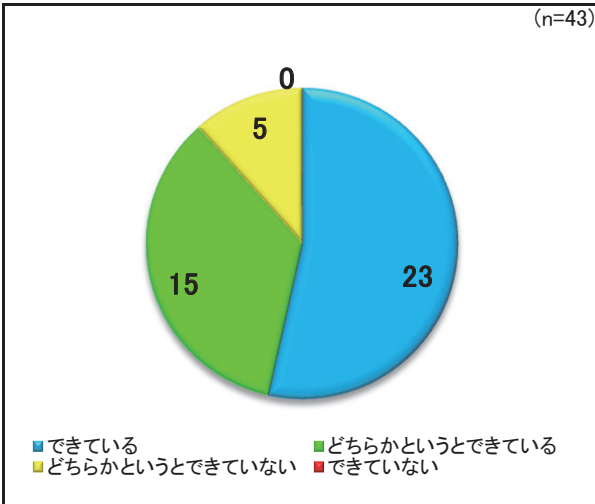
別表：5-4)-⑤ 医療安全の教育・研修において教育効果を上げる工夫

大学	宿泊研修	診療部門等への出張レクチャー	ロールプレイング	ポスター発表	eラーニング	左記以外の工夫
1		○	○	○	○	
2		○	○	○	○	GRMが部署へ出張演習をしている(KYT、RCA)
3		○				
4		○		○	○	トリビア編(マークシートによるテスト)
5		○				
6					○	PDCAサイクル事例発表会
7				○		
8		○		○	○	
9		○			○	グループワーク ベストプラクティス
10		○			○	Team STEPPS演習の実施
11		○			○	
12		○	○		○	・リスクマネジャー会議でのグループワーク ・院内公開事例検討会 ・部署の活動報告会
13					○	
14		○			○	・研修用DVDの貸与
15		○			○	実技演習を取り入れ、多職種の観点からの転倒予防セミナー
16	○	○	○	○	○	・個人ごとの教育・記録として報告。検査部管理主体、品質管理者、技術管理者が確認、評価している。 ・勤務として年2回研修参加が認められている。看護部は、その報告書があり、管理者が確認している。
17			○		○	理解を深めるために、研修受講後、研修内容のテスト、アンケート提出を義務付けている。 講義タイトルの一部は公募し、各部署が講師となる参加型の講習を実施している。
18		○			○	KYT シミュレーションを取り入れた講義
19					○	多職種が講師となり研修を行っている。
20			○		○	初期研修医に対し、医療安全コア会議への出席を促しており、事例検討の研修にあたりと考えている。
21					○	
22					○	
23		○	○	○	○	クリッカー(レスポンスシステム)を使用し、受講者参加型の講習を行っている。

別表：5-4)-⑤ 医療安全の教育・研修において教育効果を上げる工夫

大学	宿泊研修	診療部門等への出張レクチャー	ロールプレイング	ポスター発表	eラーニング	左記以外の工夫
24					○	・リスクマネジメントニュース(教訓事例の紹介、部門の取り組みの紹介、その他) ・リスクマネージャー会議において、各部門の取り組みの発表 ・専門家による実践的な講義
25					○	・未受講者に対しては、個別に補講を実施し、受講対象者全員を受講させている。
26					○	・DVD研修
27					○	
28					○	KYT, 急変時シミュレーション
29						
30		○				
31		○	○	○	○	
32		○	○		○	
33		○	○	○	○	・組織横断的な取り組みとして、チームSTEPPS研修を定期的に実施している。 ・医療安全管理研修会の開催時間の時間内研修を増やした。 ・医療安全に関する取り組みで効果を上げているものを、RM担当者会議で報告してもらっている。 ・転倒・転落に対する取り組みで効果を上げた部署を表彰し、副賞を授与している。
34					○	
35						
36					○	採用時の合同研修で、チーム医療のコミュニケーションと倫理的態度をチームステップスで教育している。
37					○	他職種でのKYT研修会開催
38		○			○	
39					○	・研修時にアンケートを実施し、意見を聴取している。また、理解度を確認するため小テストを実施している。 ・インシデント報告事例の中で特に注意喚起・全体周知を要する内容は、研修で防止策・対策を挙げて講義している。 ・院内ラウンド時に教育、研修の効果状況を確認している。その際に併せて個別に指導を行っている。
40		○			○	ラウンド時のOJT
41					○	
42		○			○	・シミュレーション ・チームステップス
43			○			

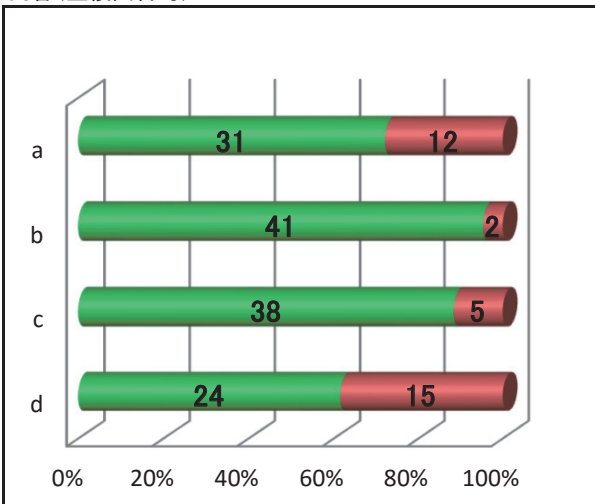
⑥ 教育・研修の効果の評価を行っている。(具体的内容はコメント欄に記入)



〔コメント欄に記載されていた事項〕

- ・テストやアンケートの実施
- ・インシデントレポートで評価
- ・急変時シミュレーション、危険予知トレーニングの実施
- ・医療安全文化度調査の実施
- ・専任リスクマネージャーによるラウンド時の聴き取り
- ・テストを実施し、学習効果をリスクマネージャー全体会議等で報告。部署内で再教育を依頼する。
- ・各部署のリスクマネージャーが医療安全に関する事項の確認を行い、結果を安全管理部門に報告する。

⑦ 医療安全の講習会等への出席者確保のための工夫の内容(重複回答可)

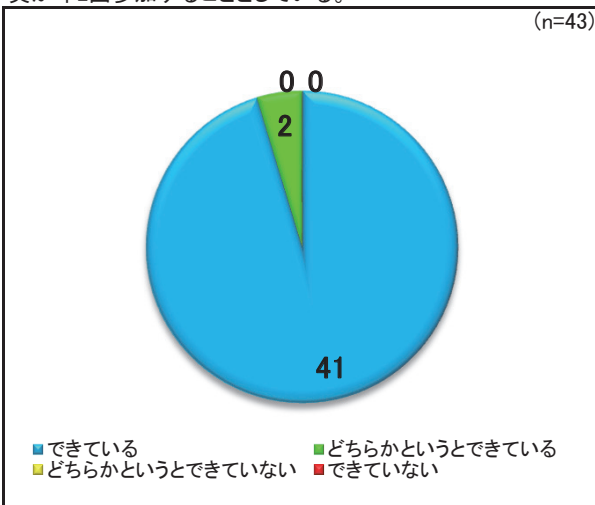


- a …複数の講義室へのライブ中継
- b …ビデオやDVD等を用いた講習
- c …同一内容の複数回講義
- d …その他(コメント欄に記入)

〔その他に記載されていた事項〕

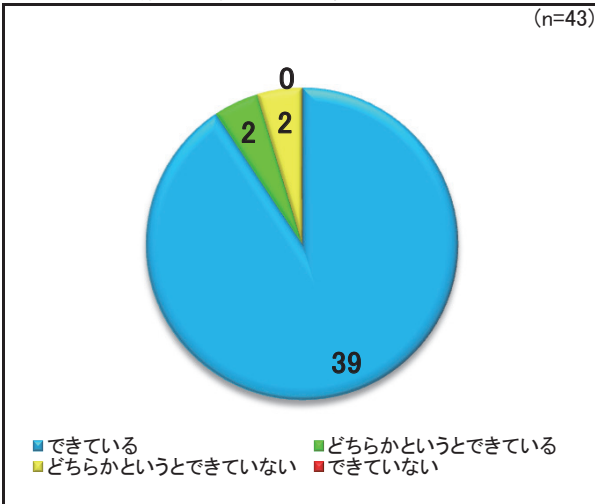
- ・全職員への講習会開催メールの送信
- ・開催日の工夫(医療安全と感染の講習会を同一日に実施)
- ・ポイントの付与
- ・診療科別の出前講義の実施
- ・所定の研修に参加した者へのシール配布
- ・欠席者への個別連絡ならびに所属長への連絡
- ・院内の会議への出席状況の報告

⑧ 医療法で規定されている医療安全の講習会等に、全職員が年2回参加することとしている。



5) その他

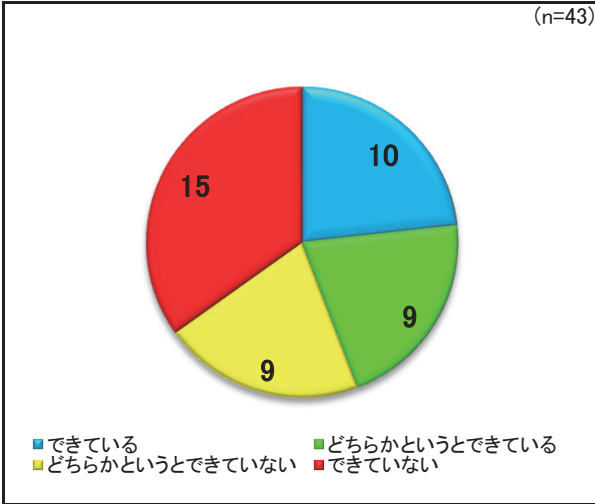
① 医療安全に対する教育・研修に事務部門からの支援体制がある。(具体的内容はコメント欄に記入)



〔コメント欄に記載されていた事項〕

- ・企画
- ・日程調整
- ・開催通知
- ・ポスター制作
- ・会場準備
- ・資料配布
- ・出席管理、受講者名簿の管理
- ・受講率集計
- ・ビデオ撮影、映像管理

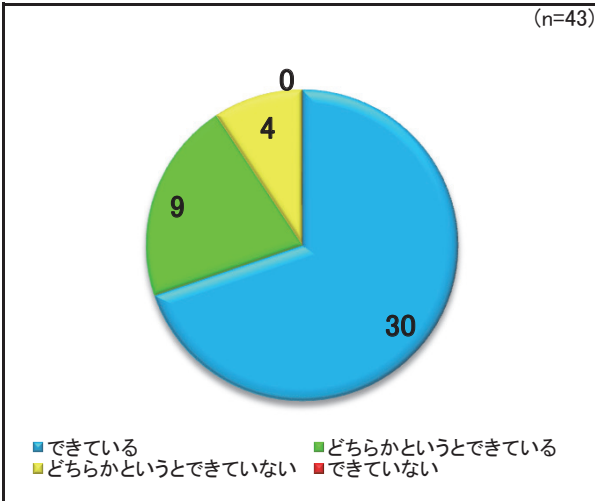
② 実習学生の指導教員(病院職員以外)に対する医療安全教育の機会を設けている。



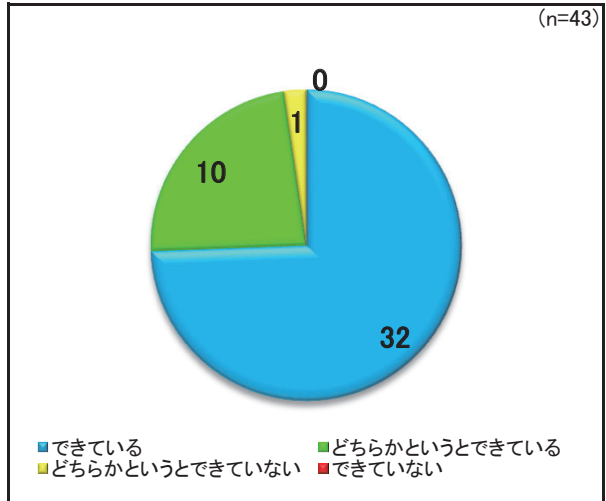
6 初期研修医に対する安全管理体制

1) 初期研修医の指導体制

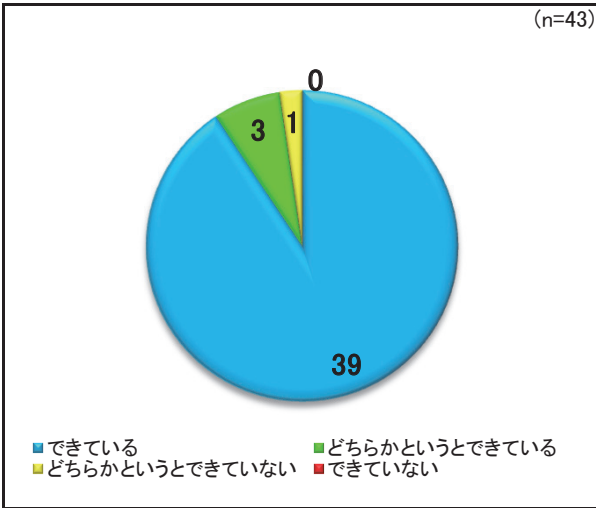
① 医療安全管理部門と卒後臨床研修センターの情報の共有が図られている。



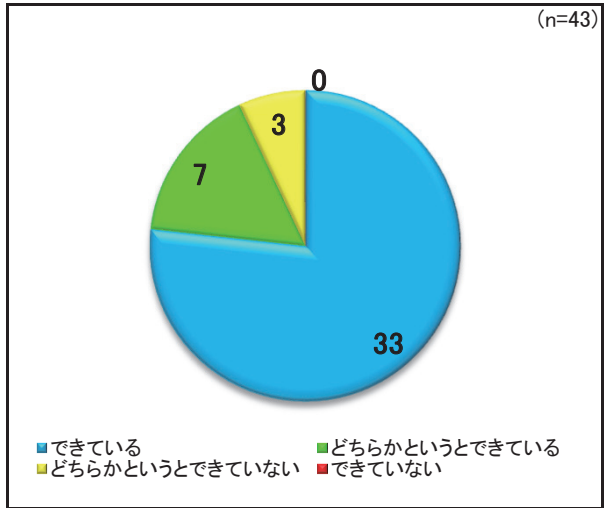
② 初期研修医全員に対して、診療に関する重要な情報が周知されるようなシステムが整備されている。



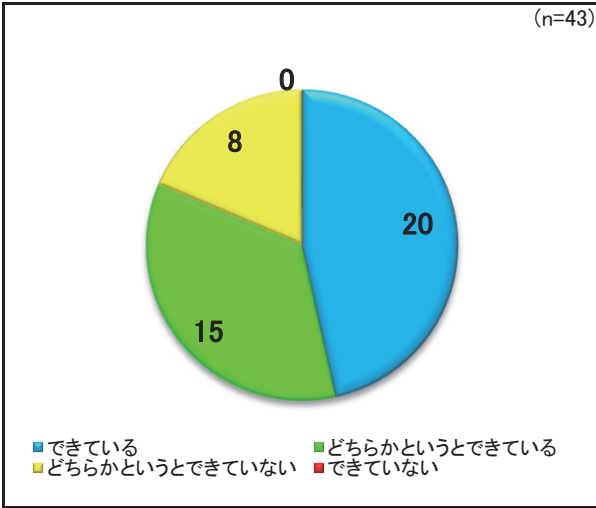
③ それぞれの初期研修医の到達目標の達成度について、卒後臨床研修のプログラム責任者が把握できるシステムがある。



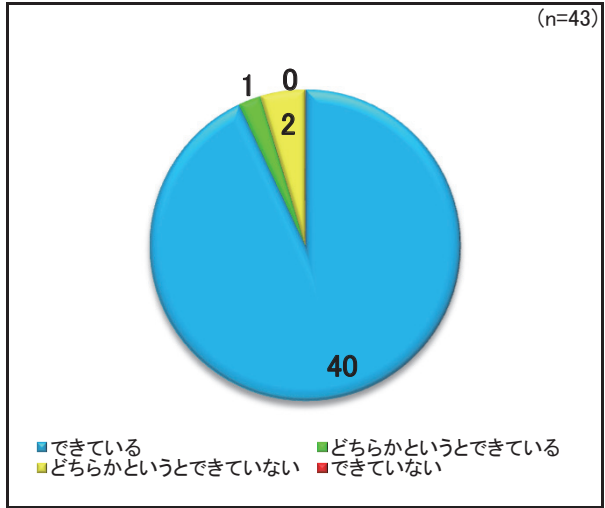
④ 施設における医療安全の研修を初期研修医が受講するよう上級医が促している。



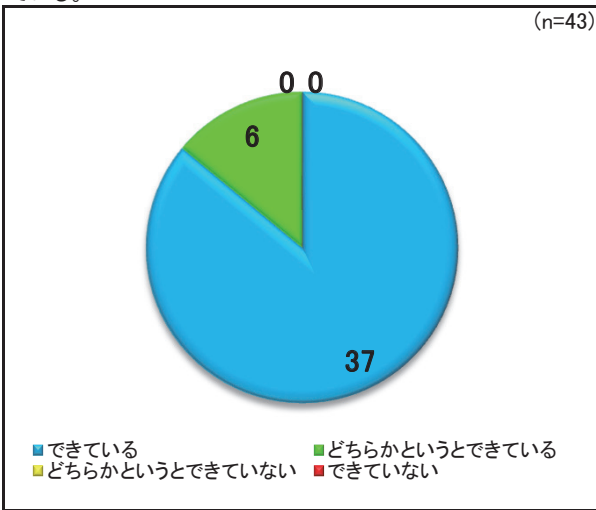
⑤ 施設における医療安全の研修を初期研修医が受講していることを指導医(卒後7年目以降の医師で、厚労省の定める“臨床研修に係る指導医講習会”を受講したもの)が把握している。



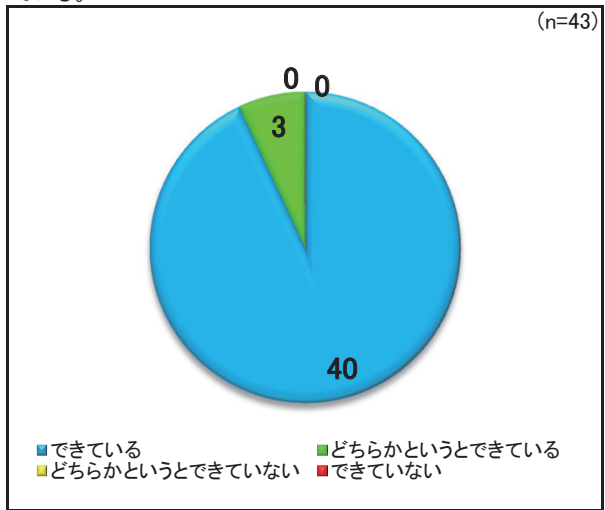
⑥ 救急研修において、初期研修医のみによる救急診療を避ける体制ができている。



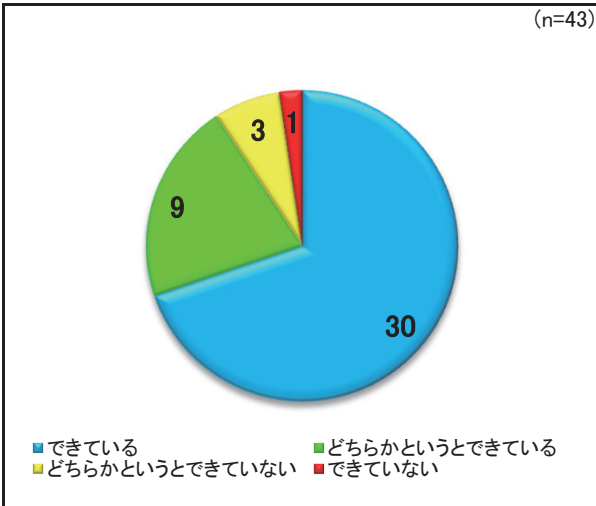
⑦ 初期研修医が上級医(すべての上級医師。指導医を含む)にいつでも診療に関する相談ができるような体制ができている。



⑧ 初期研修医もインシデントレポートを提出する体制ができている。

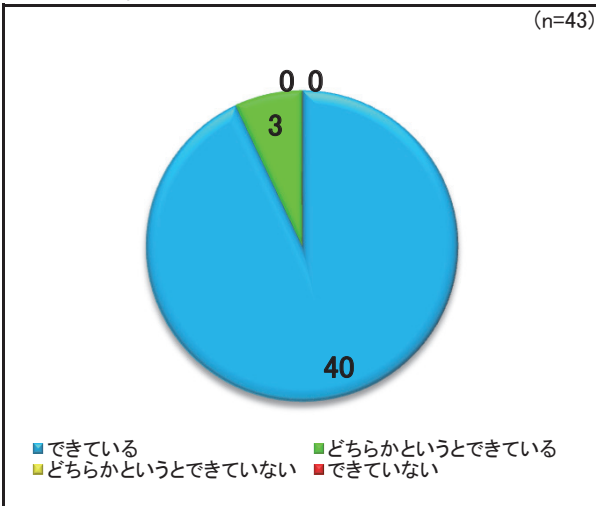


⑨ 初期研修医が医療事故に係わった場合の対応が定められている。

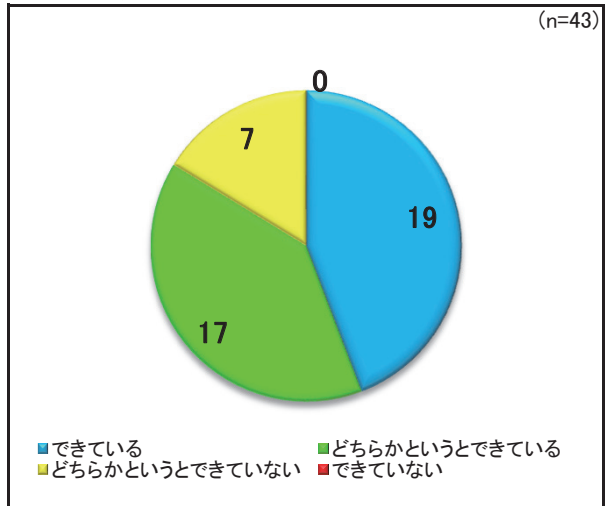


2) 卒後臨床研修プログラム

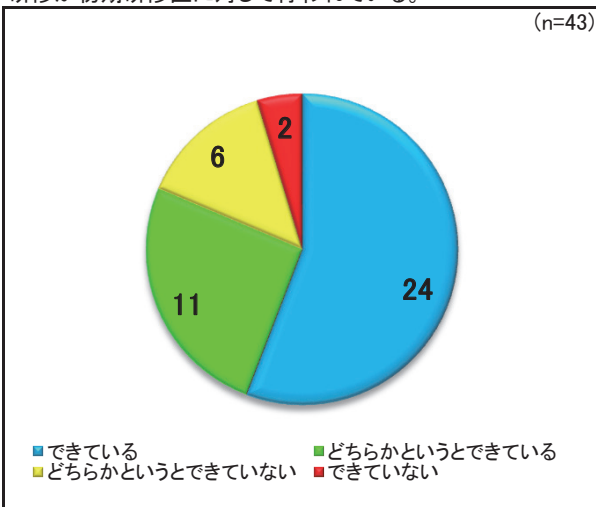
① 患者－医師関係、チーム医療、問題対応能力、医療安全など医療者として身につけるべき基本的な項目が初期研修の到達目標に盛り込まれている。



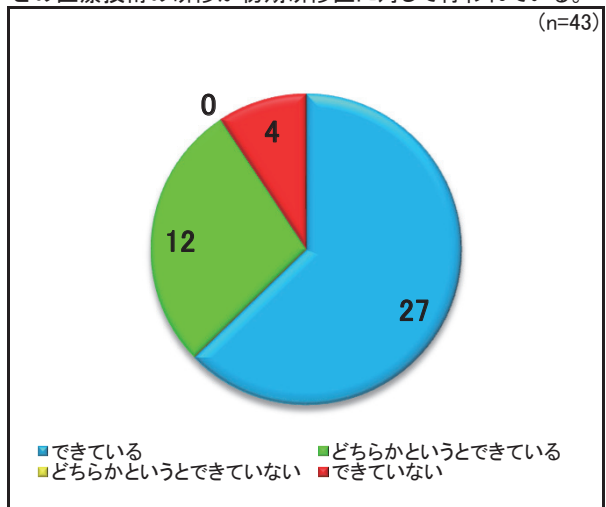
② 初期研修医は、医療安全に関する具体的な到達目標について複数の指導者(上級医師、看護師、コメディカルなど)から評価を受けている。



③ 症例の検討や分析実習など医療安全に関する具体的な研修が初期研修医に対して行われている。

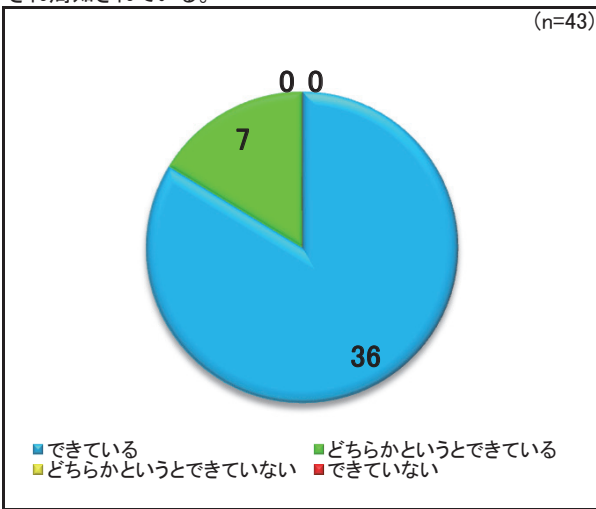


④ オリエンテーション以外の研修期間中に、採血や縫合などの医療技術の研修が初期研修医に対して行われている。

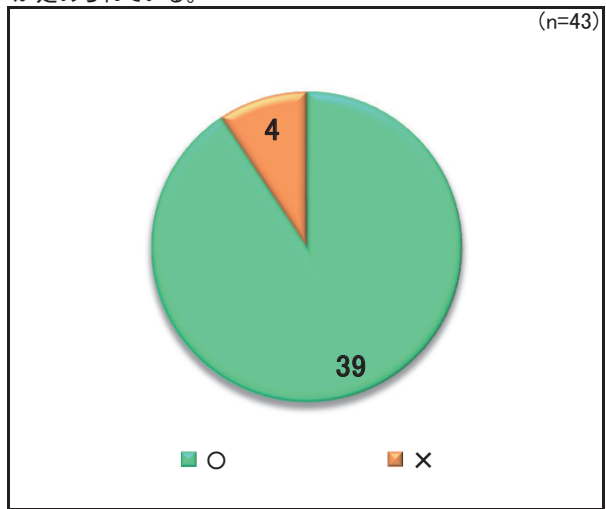


3) 初期研修医が単独で行い得る医療行為(特に処方、処置)に関する基準

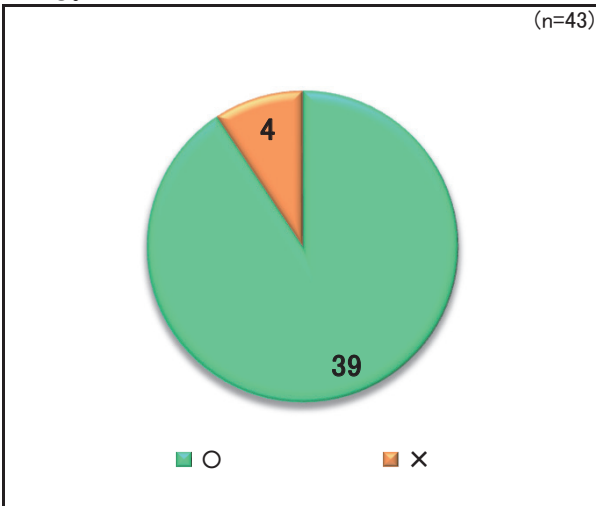
① 初期研修医が単独で行ってよい指示や処置、指導医と共に行うべき指示や処置について病院共通の基準が明文化され周知されている。



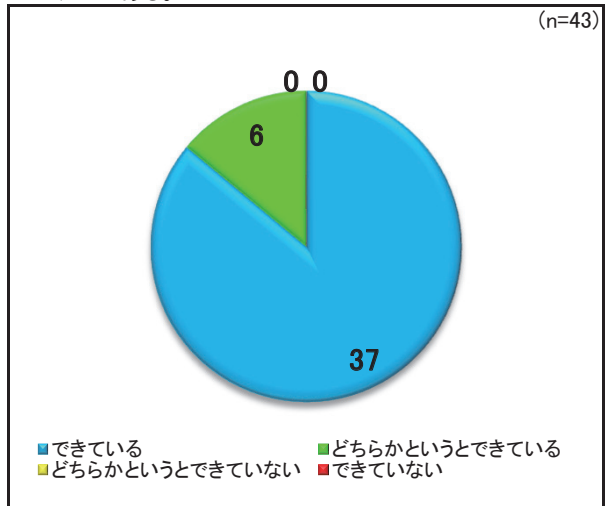
② 危険性の高い薬剤を初期研修医が処方する際のルールが定められている。



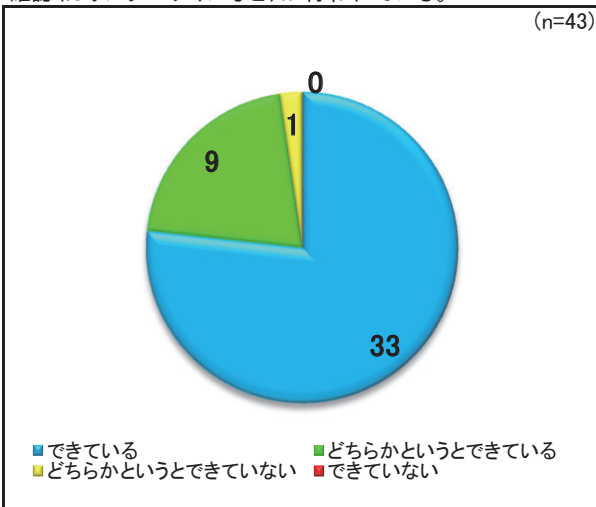
③ 初期研修医による輸血療法に関するルールが定められている。



④ 初期研修医の診療行為について、上級医がチェックするシステムがある。

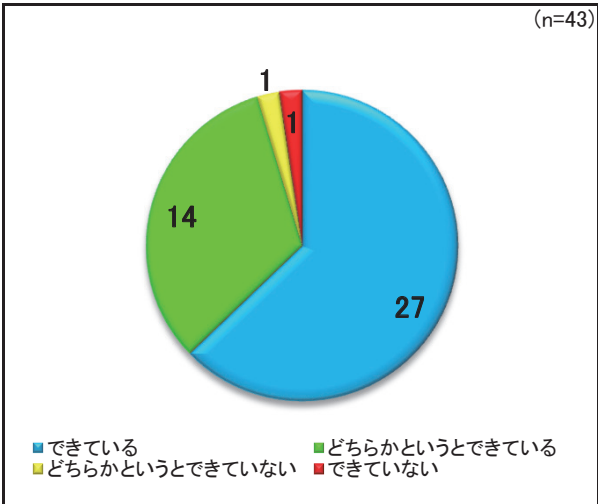


⑤ 上級医によって初期研修医の記載した診療記録の監査・確認(カウンターサインなど)が行われている。

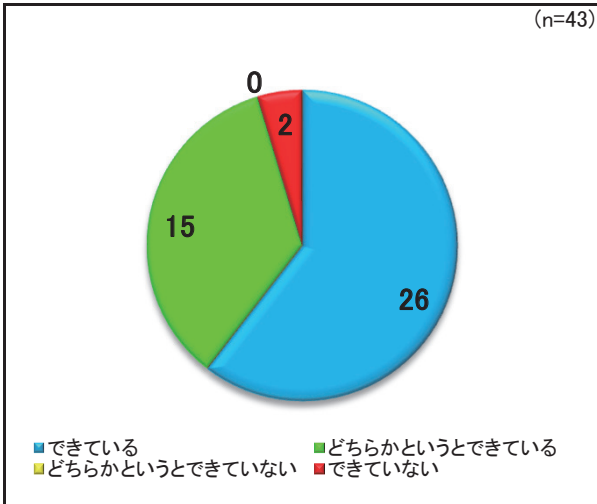


4) 初期研修医の勤務体制

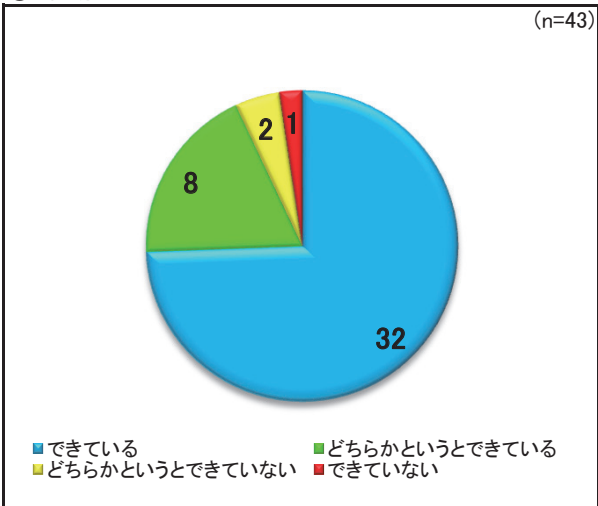
① 卒後臨床研修センターは、初期研修医の労働時間等の勤務状況を把握している。



② 卒後臨床研修センターは、初期研修医の過度な労働を避けるための調整を行っている。



③ 初期研修医のメンタルヘルスクアを行っている。

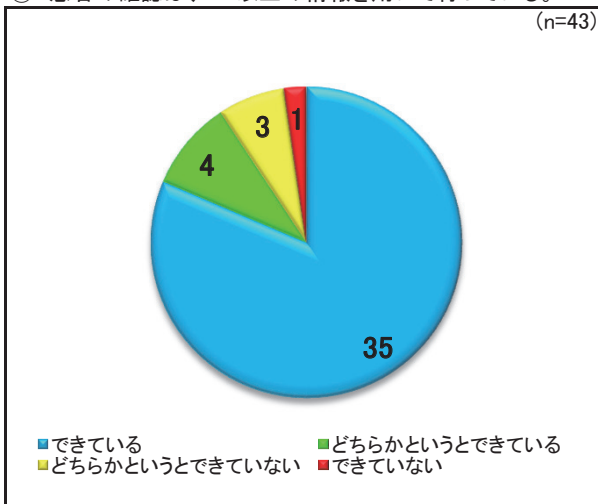


II 病棟・外来

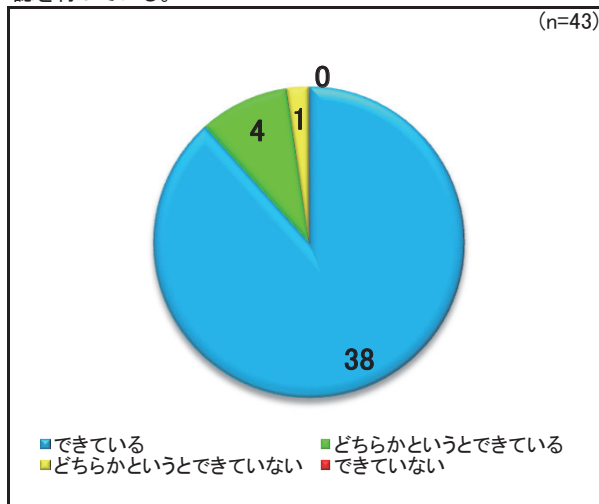
1 患者確認等

1) 医療安全管理部門の体制

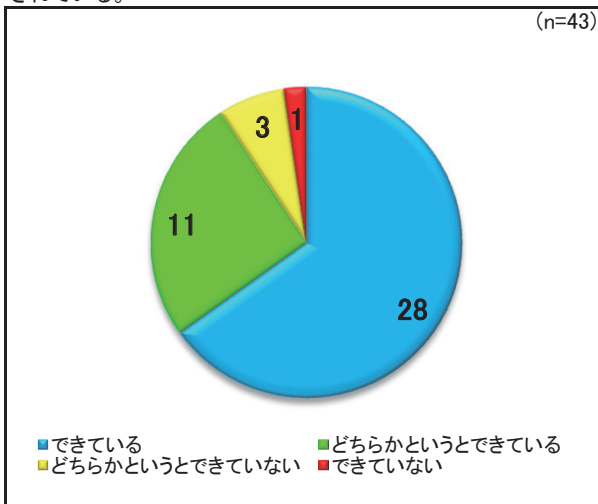
① 患者の確認は、2つ以上の情報を用いて行っている。



② ベッドサイドで患者氏名と実施すべき医療行為の照合確認を行っている。



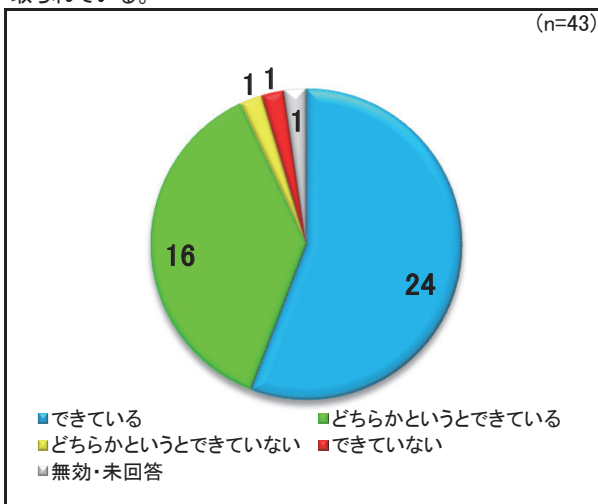
③ 部署で採取または保管する生体試料(卵子・精子・生検検体等)について、検体誤認防止の手順が明文化され、遵守されている。



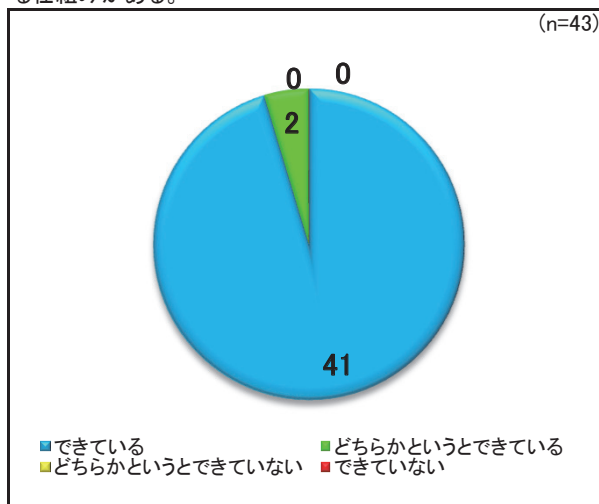
2 医薬品

1) 病棟・外来等における医薬品の管理

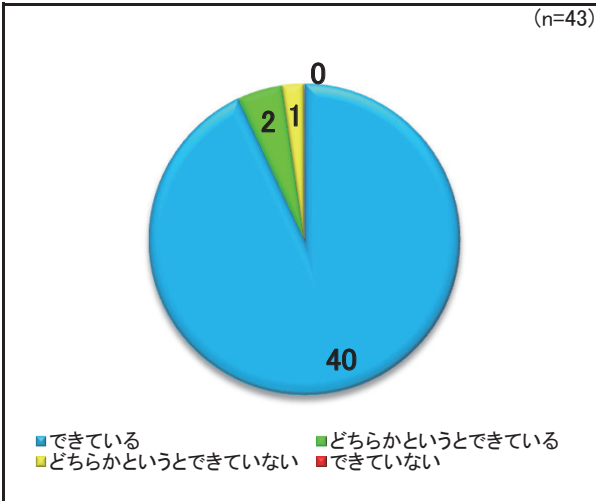
① 同一薬品における静脈注射用(筋肉注射禁忌)、筋肉注射用(静脈注射禁忌)の取り違えや、薬効の異なる類似名称薬剤の取り違えを防ぐために、保管場所を変える等の方法が取られている。



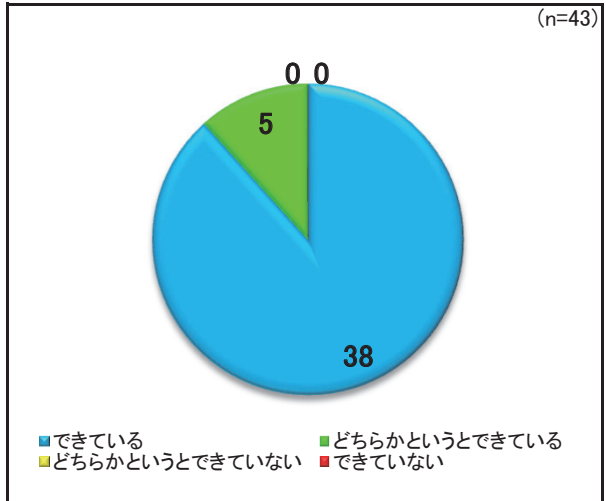
② 薬剤の保管温度、保存・使用期限を定期的にチェックする仕組みがある。



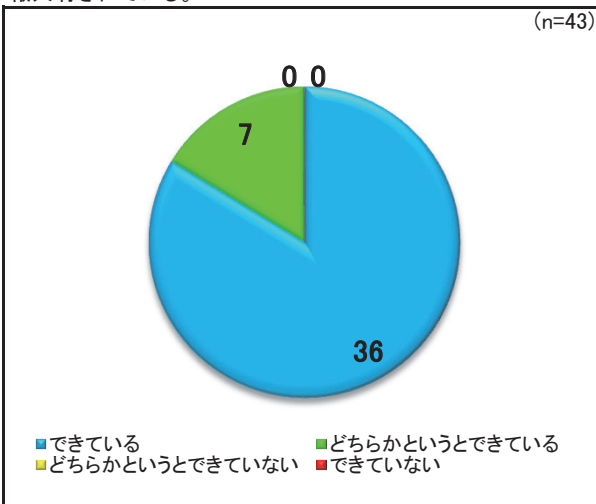
③ 規制医薬品（麻薬・劇薬・毒薬・向精神薬・生物製剤）の管理方法が明文化され、それが参照しやすくなっており、定期的に見直されている。



④ 規制医薬品（麻薬・劇薬・毒薬・向精神薬・生物製剤）の処方・管理が適切に行われているかを評価する体制（病棟巡視や関係者による監視体制）がある。

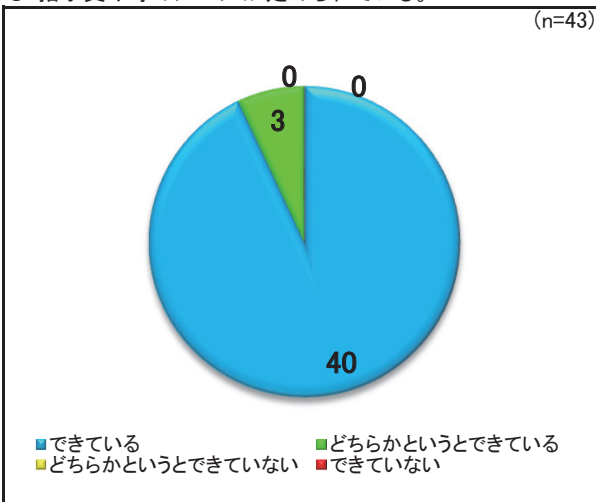


⑤ 病棟において、内服薬の管理方法（看護師管理・患者管理等）の判断基準があり、それを基に評価し、医療者間で情報共有されている。

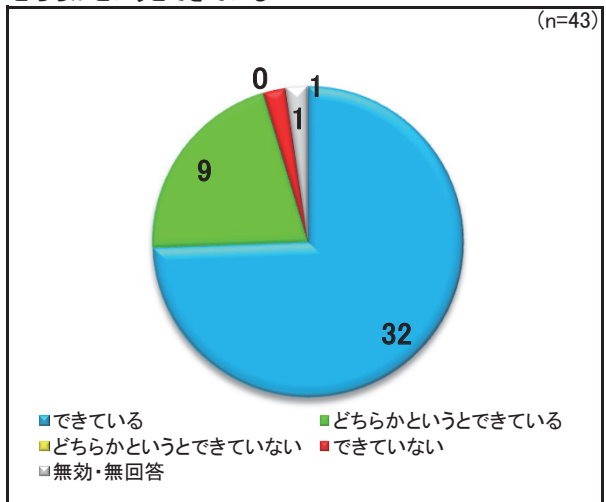


2)病棟・外来等における医薬品の安全使用

① 病棟において、処方開始、変更、中止の場合の指示出し・指示受け等のルールが定められている。

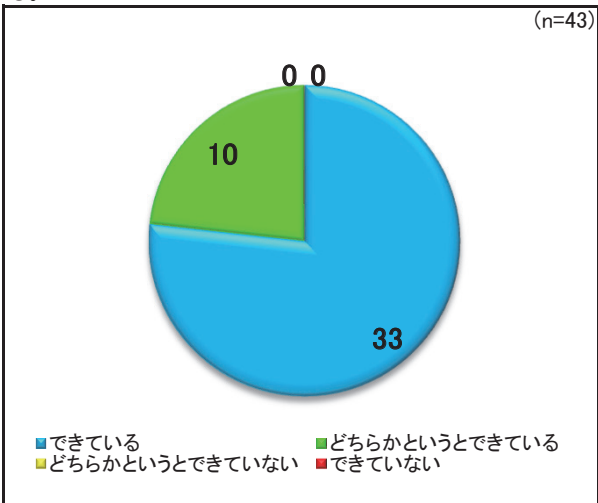


どちらかというとできている

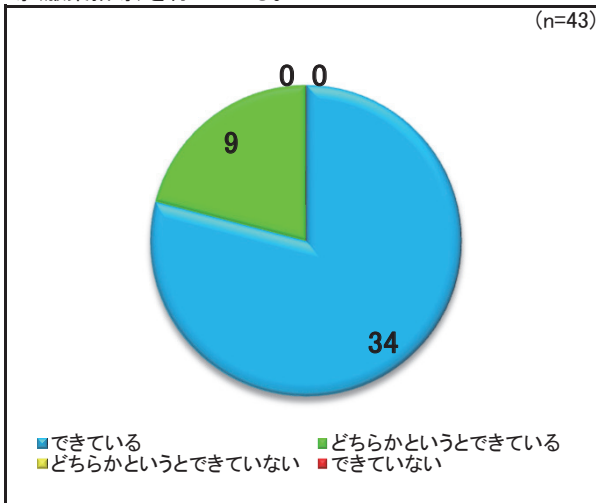


3) 薬剤に関する情報提供・服薬指導

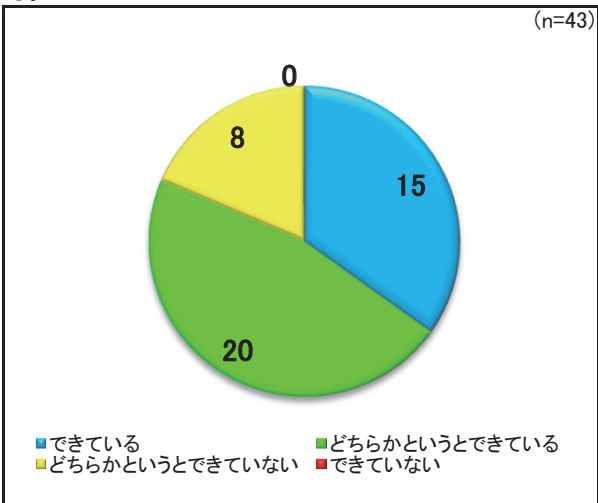
① 薬剤師が入院中に薬剤管理指導(服薬指導)を行っている。



② 薬剤師がハイリスク医薬品(抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、抗凝固剤等、処方や使用の方法を誤った場合に患者に重大な傷害をきたす危険性の高い医薬品)が投与されている入院患者に対して、薬剤管理指導(服薬指導)を行っている。

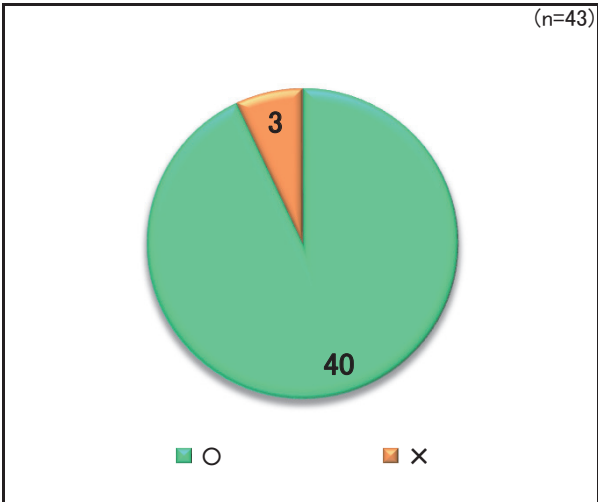


③ 薬剤師が退院時に薬剤管理指導(服薬指導)を行っている。

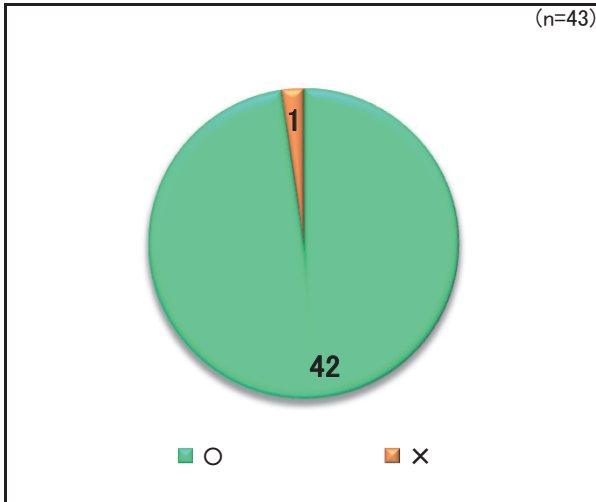


4) 持参薬の取り扱い

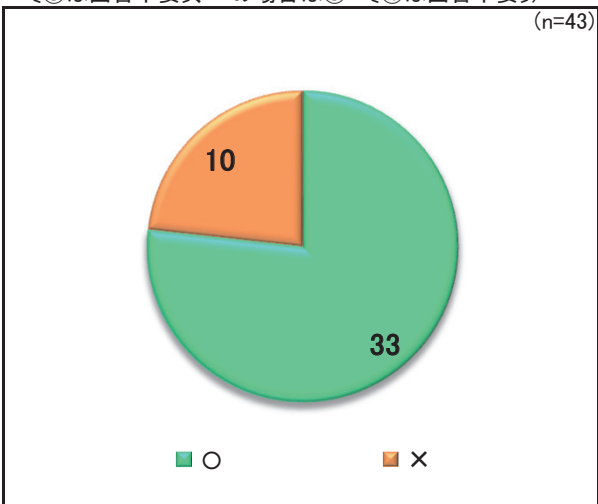
① 持参薬の使用に関する基本方針が明文化されている。



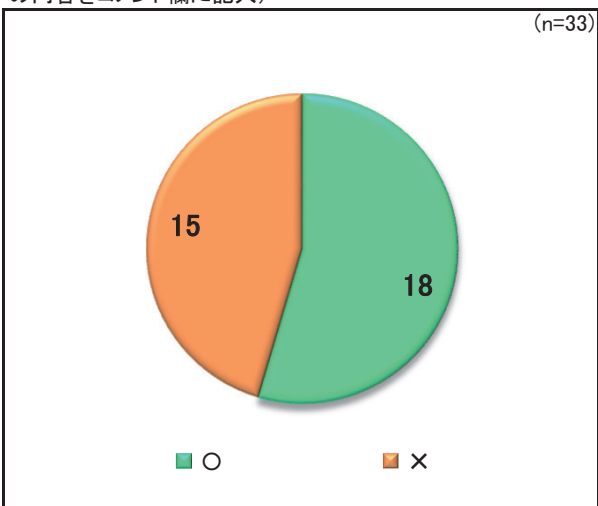
② 持参薬の確認手順が明文化されている。



③ 持参薬を使用して良いことになっている。(○の場合は④へ[⑤は回答不要]、×の場合は⑤へ[④は回答不要])



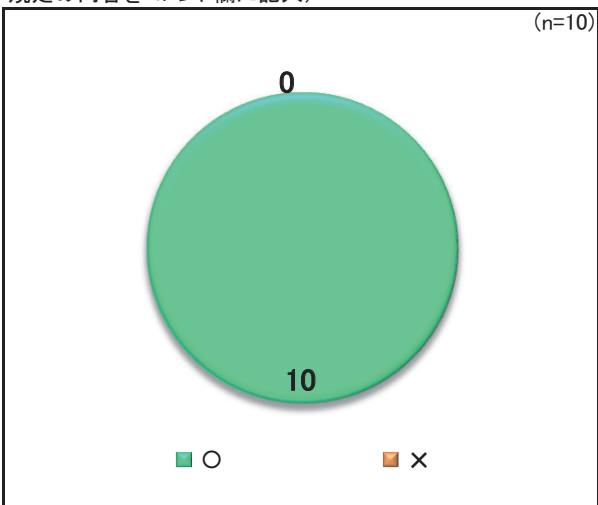
④ 持参薬を使用可の場合、持参薬を使用しないときの取り決め(例外規定)が明文化されている。(○の場合、例外規定の内容をコメント欄に記入)



[コメント欄に記載されていた事項]

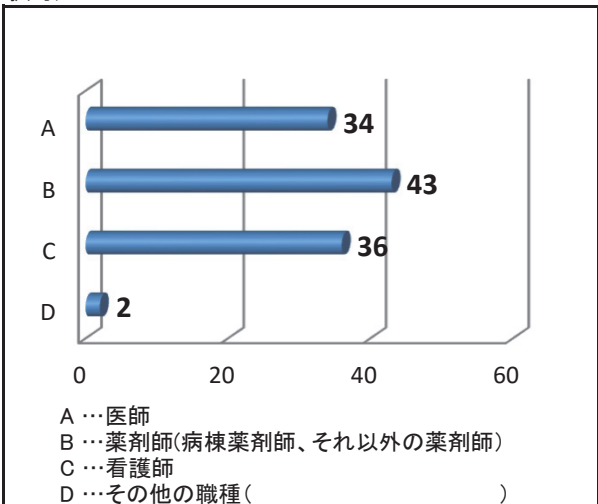
- ・入院契機病名に対する持参薬は使用しない

⑤ 持参薬を使用不可の場合、持参薬を使用してよいときの取り決め(例外規定)が明文化されている。(○の場合、例外規定の内容をコメント欄に記入)

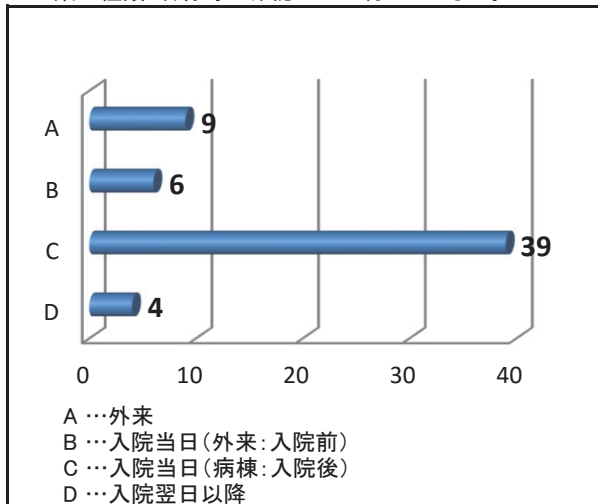


⑥ 他院で処方された持参薬の確認について

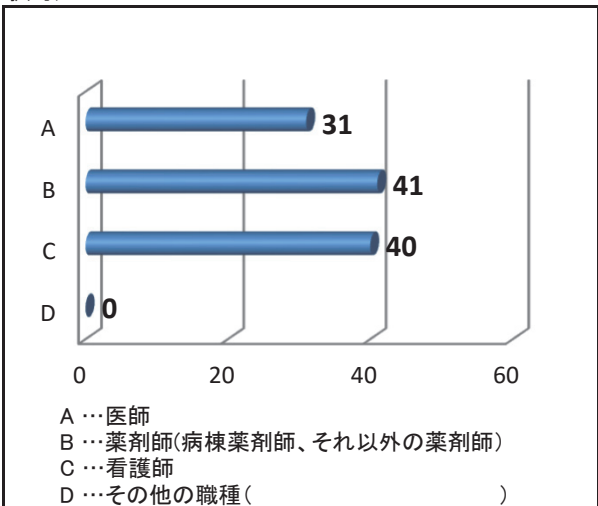
a 薬の種類・名称等の確認は誰が行っているか。(複数選択可)



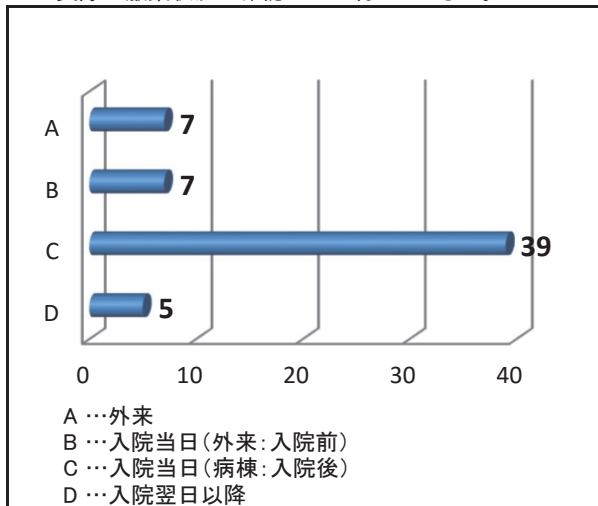
b 薬の種類・名称等の確認はいつ行っているか。



c 実際の服薬状況の確認は誰が行っているか。(複数選択可)

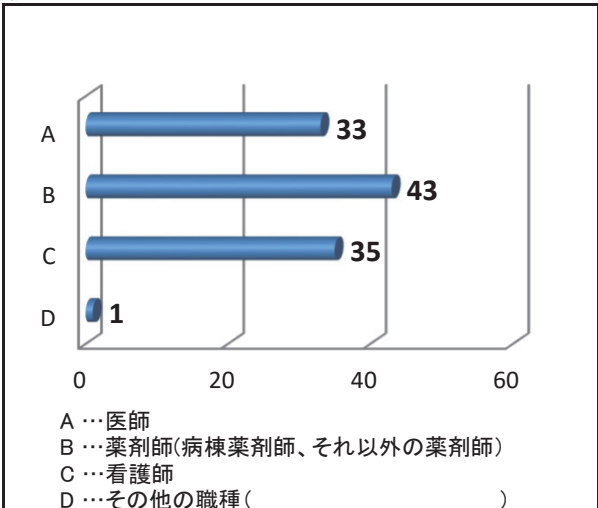


d 実際の服薬状況の確認はいつ行っているか。

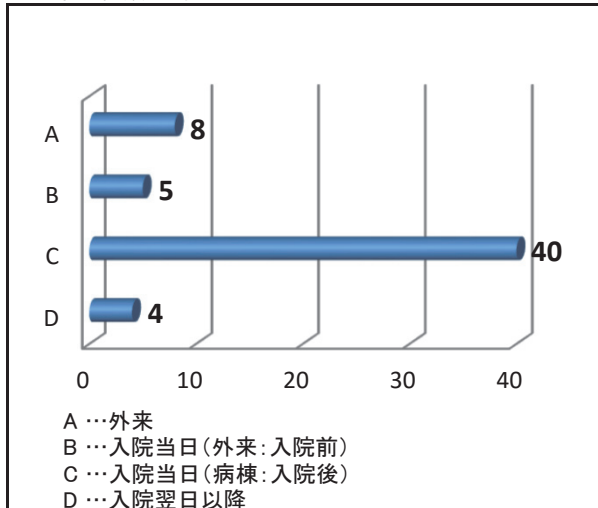


⑦ 自院で処方された持参薬の確認について

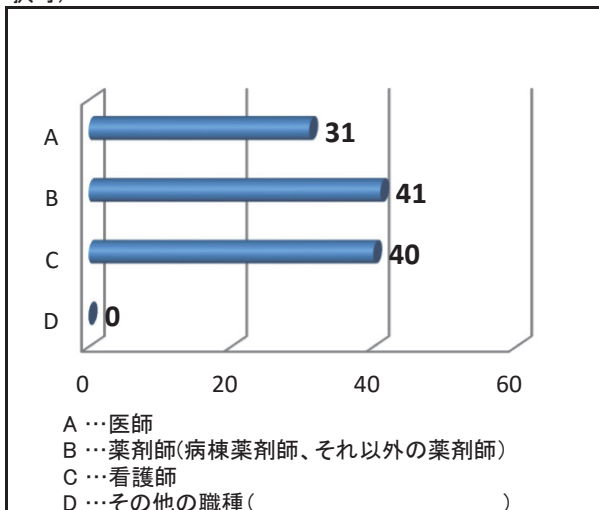
a 薬の種類・名称等の確認は誰が行っているか。(複数選択可)



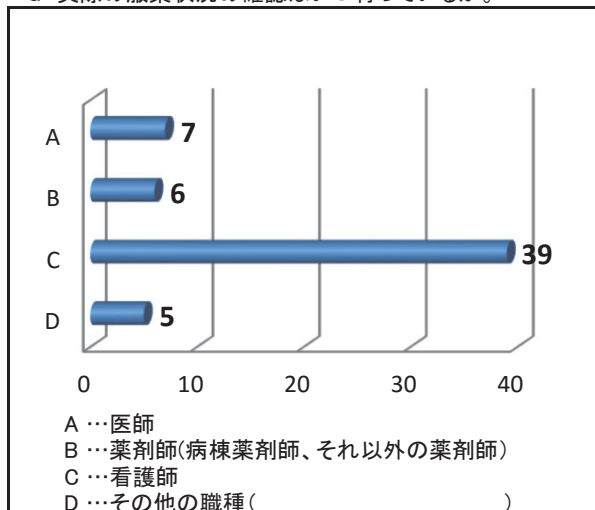
b 薬の種類・名称等の確認はいつ行っているか。



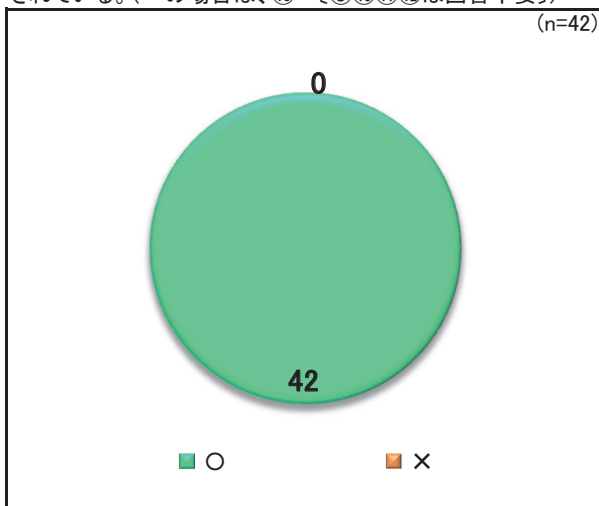
c 実際の服薬状況の確認は誰が行っているか。(複数選択可)



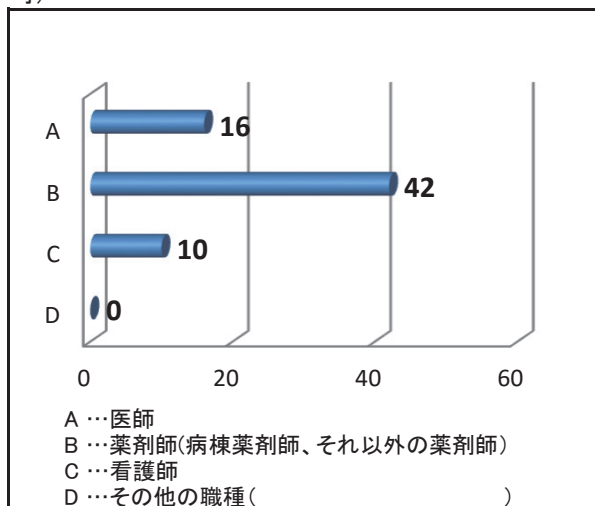
d 実際の服薬状況の確認はいつ行っているか。



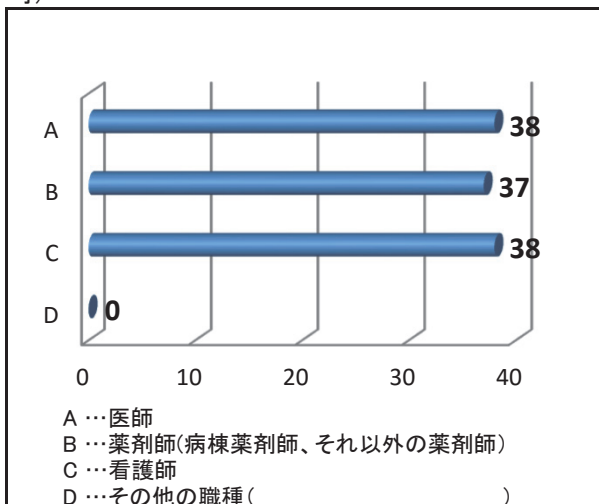
⑧ 持参薬の内容および服薬状況が一覧できるリストが作成されている。(×の場合は、⑬～〔⑨⑩⑪⑫は回答不要〕)



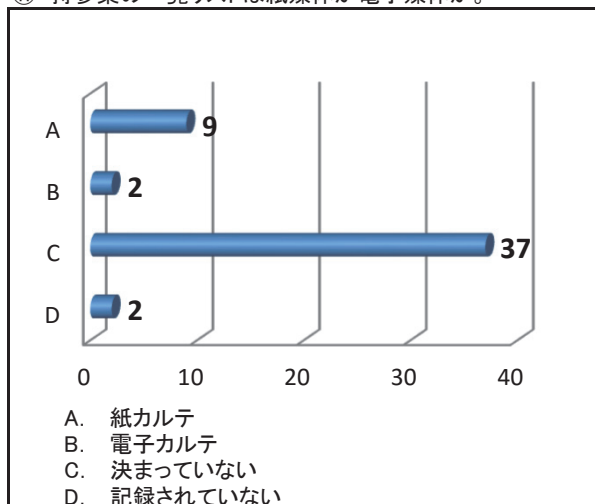
⑨ 持参薬の一覧リストは誰が作成しているか。(複数選択可)



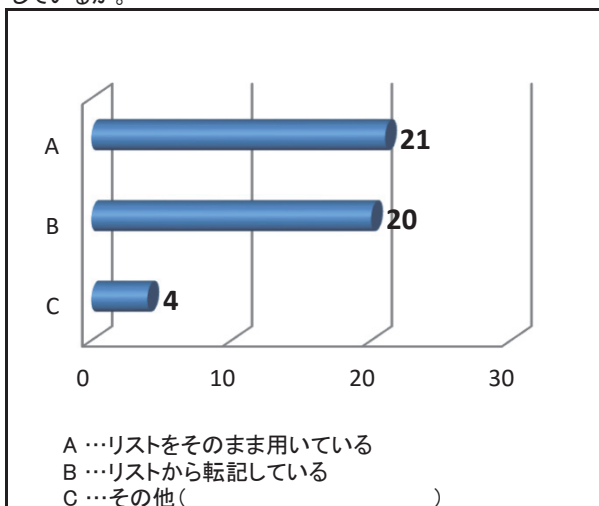
⑩ 持参薬の一覧リストは誰が確認しているか。(複数選択可)



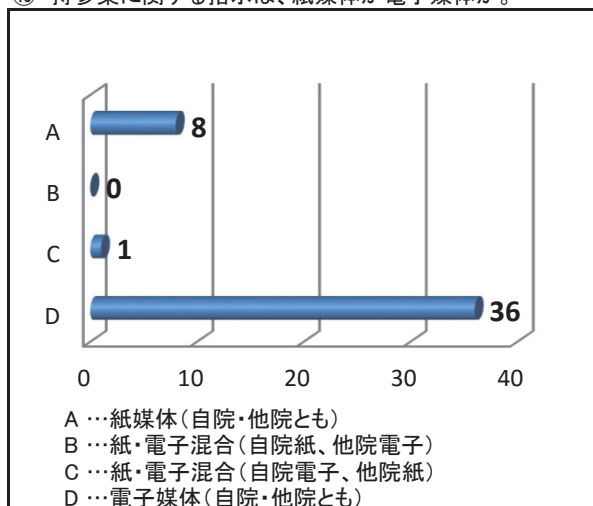
⑪ 持参薬の一覧リストは紙媒体か電子媒体か。



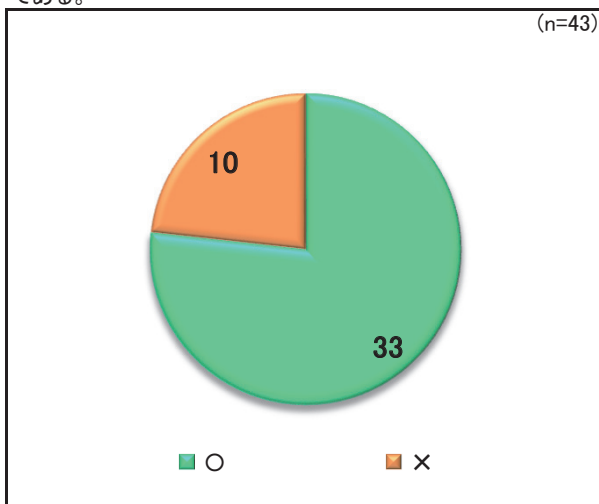
⑫ 指示を出す時には、リストをそのまま用いているか、転記しているか。



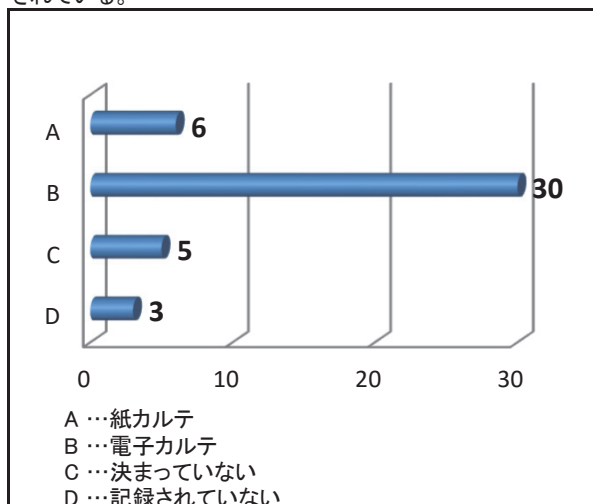
⑬ 持参薬に関する指示は、紙媒体か電子媒体か。



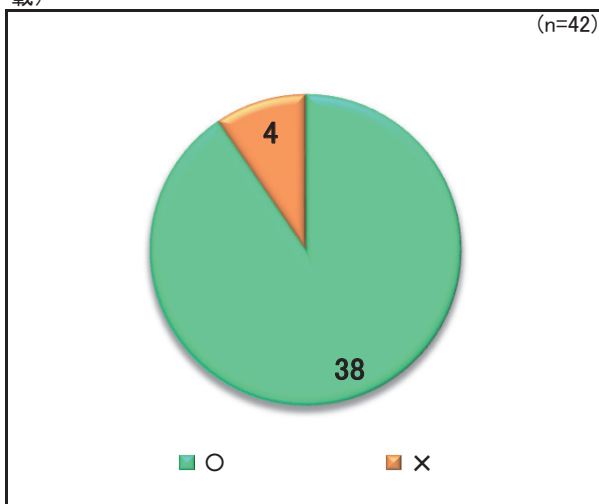
⑭ 持参薬について、相互作用のチェックがシステム上可能である。



⑮ 持参薬を使用した場合の実施記録(投与した記録)がなされている。



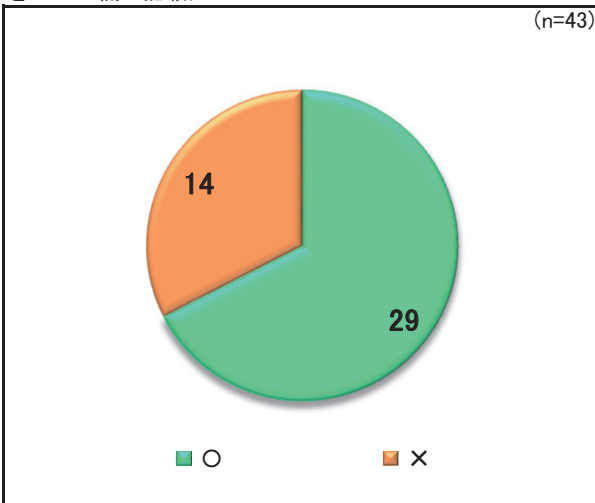
⑯ 入院中、持参薬から院内処方に変更する場合、薬剤師が関与している。(○の場合は具体的な内容をコメント欄に記載)



[コメント欄に記載されていた事項]

- ・薬剤師が代替薬の提案、院内採用薬の紹介を行う。
- ・薬剤師が患者への説明を行う。
- ・薬剤師が作成した持参薬鑑定書、報告書をもとに医師が継続の有無を判断する。
- ・薬剤師がチェックしている。
- ・薬剤師が処方内容の仮登録することがある。
- ・持参薬が無くなる前日までは主治医へ処方依頼、院内採用薬への変更の必要性を伝える。また、処方エラーの発生しやすい規格についても情報提供を行う。

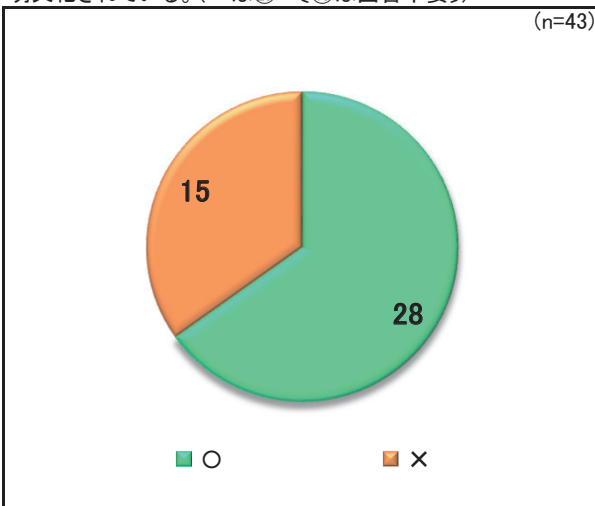
⑰ 入院中、持参薬から院内処方に変更された場合、そのことがわかりやすい仕組みがある。(○の場合は具体的な内容をコメント欄に記載)



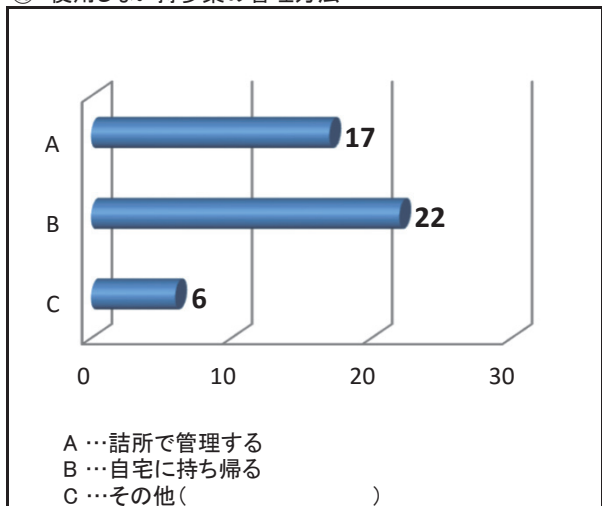
〔コメント欄に記載されていた事項〕

- ・指示簿に記載する。
- ・電子カルテに記載する。
- ・持参薬チェックメモを病棟投薬簿またはカルテに保管する。
- ・持参薬と院内処方では処方システムが異なる。
- ・医師が薬剤入力の際に持参薬がなくなった旨を入力する。
- ・処方薬歴で両方が表示される。
- ・投薬カレンダーに表示される。
- ・処方歴が残る。
- ・指示簿上、持参薬と院内処方薬の背景色が違う。
- ・持参薬は電子カルテの与薬指示簿上で「持」と表示される。
- ・投薬管理表を作成し、変更等について管理している。

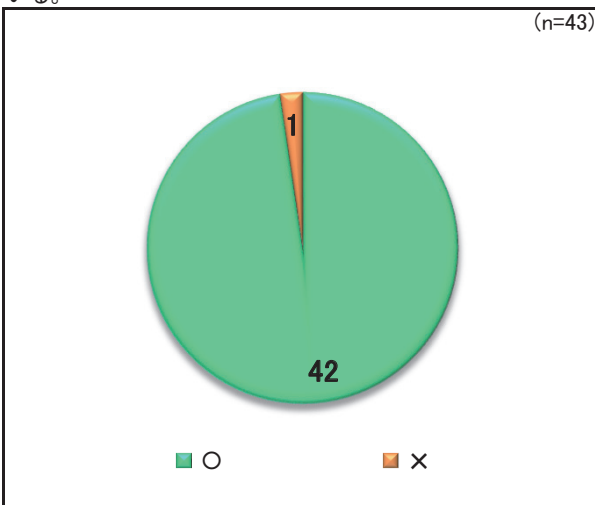
⑱ 持参薬を使用しない場合、持参薬の保管・管理について明文化されている。(×は⑳へ〔⑲は回答不要〕)



⑲ 使用しない持参薬の管理方法

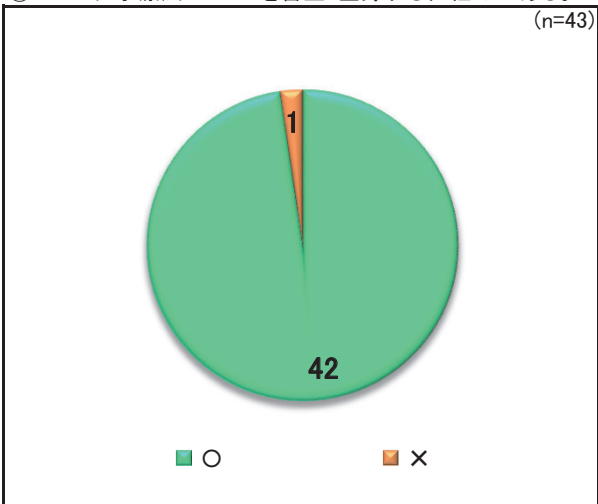


⑳ 退院時の服薬指導において、持参薬を含めた指導をしている。

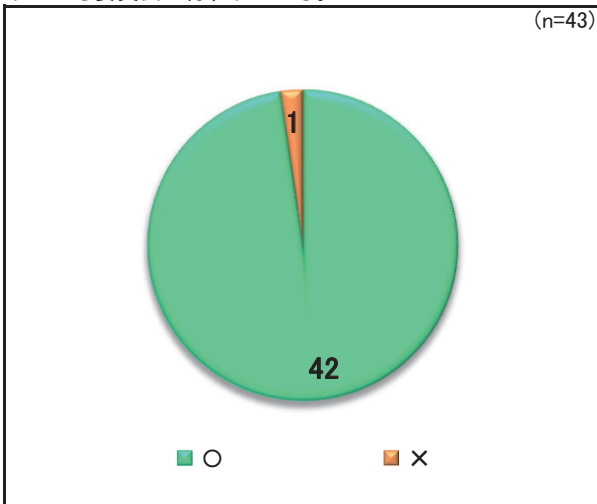


5) がん化学療法(入院)

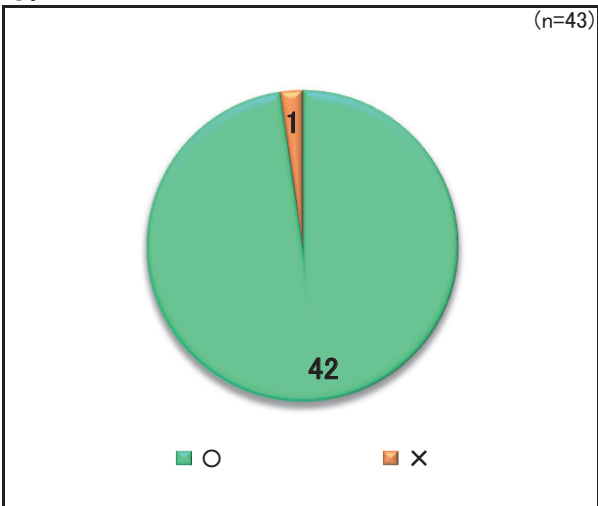
① がん化学療法レジメンを審査・登録する仕組みがある。



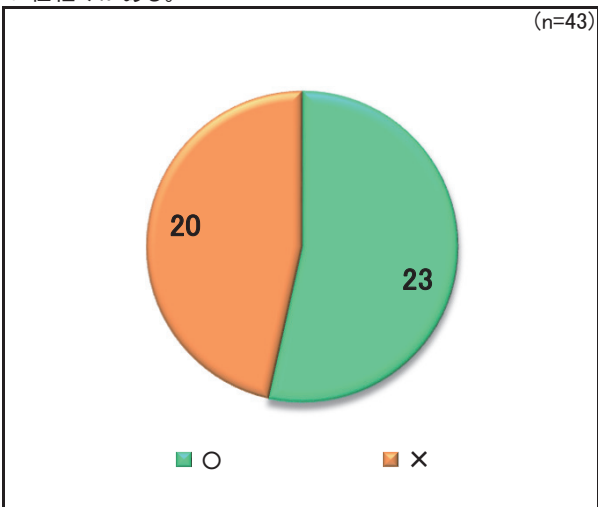
② レジメンの審査・登録は、複数の職種と診療科で構成されている委員会で行われている。



③ がん化学療法レジメンに基づいた患者別投与計画書あるいは投与計画書について、薬剤部で監査する仕組みがある。



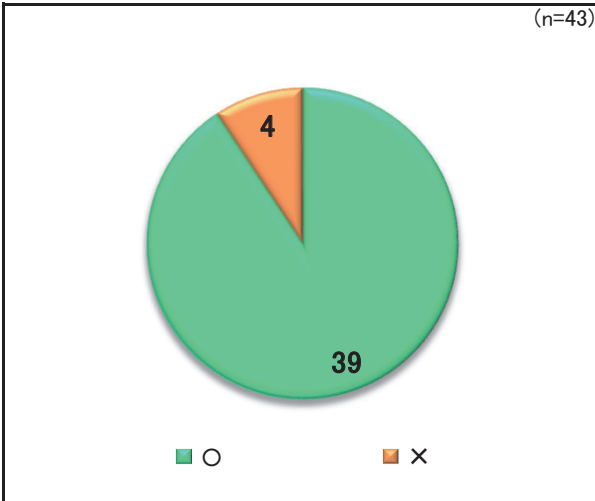
④ レジメン登録されていない薬剤は、処方オーダーができない仕組みがある。



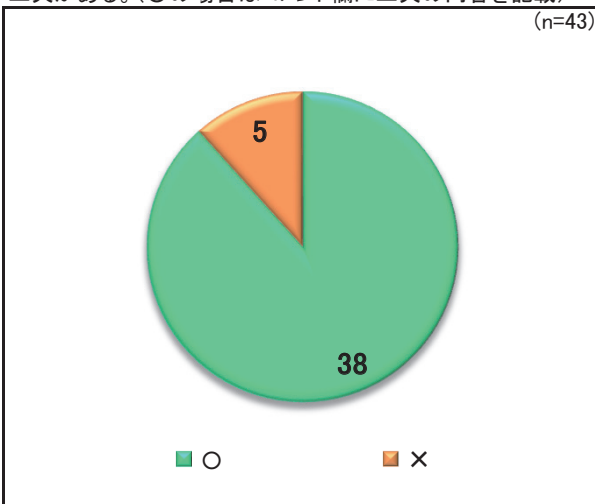
[[コメント欄に記載されていた事項]

- ・オーダーはできるが、薬剤師が確認する。
- ・オーダーリングシステムとしてはオーダーできるが、内容は、事前に提出されたレジメンを基に薬剤部にてチェックされる。
- ・すべて薬剤師がチェックしている。
- ・例えば、TACEで使用するファルモルピシンなどはレジメン登録なしでオーダー可能としている。

⑤ 抗がん剤のレジメンを事前に登録しておき、ここから体表面積等の患者のパラメーターを入力することにより、投与量が計算される仕組みがある。



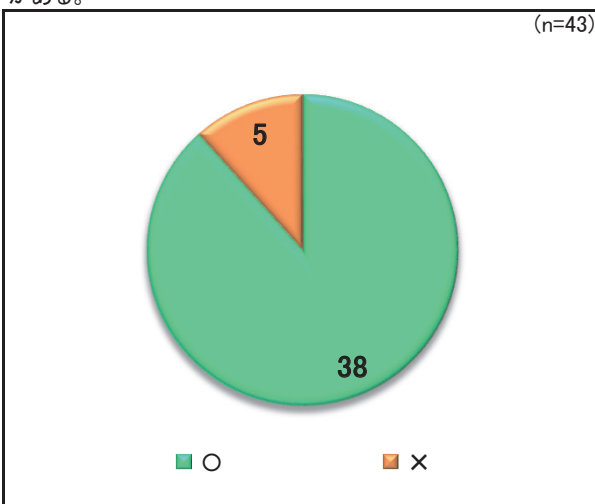
⑥ 患者のレジメン情報を医師、看護師、薬剤師で共有する工夫がある。(○の場合はコメント欄に工夫の内容を記載)



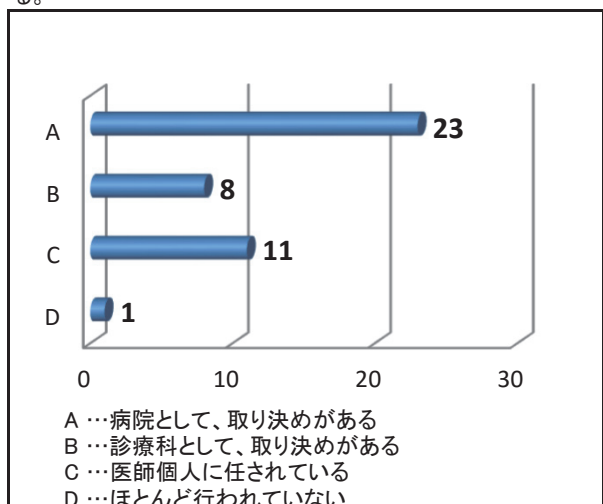
〔コメント欄に記載されていた事項〕

- ・電子カルテシステムで共有している。
- ・レジメンオーダーシステムで共有している。
- ・治療計画書の確認を行っている。
- ・医師が使用するレジメンを連絡する。
- ・カンファレンスで情報共有している。
- ・薬剤師とのカンファレンスを実施している。
- ・投与前に担当者がレジメンチェックを実施し、医師、看護師が確認している。
- ・診療録へ記載している。
- ・注意事項を備考欄に記載している。
- ・薬剤師がレジメンのスケジュールを作成している。

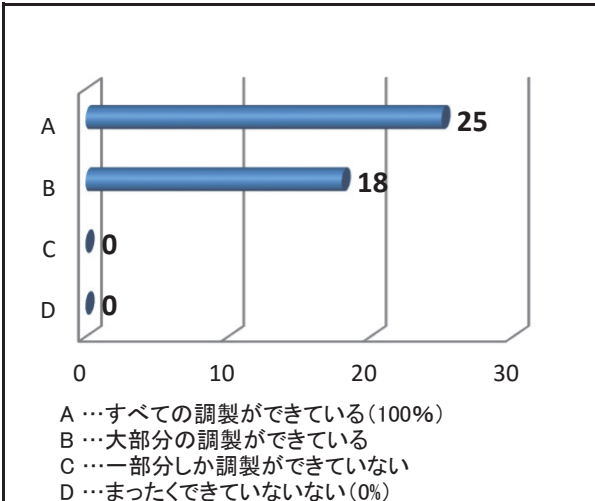
⑦ 副作用等の出現により、主治医がレジメン内容の変更や中止を指示した時、看護師、薬剤師に迅速に伝わる仕組みがある。



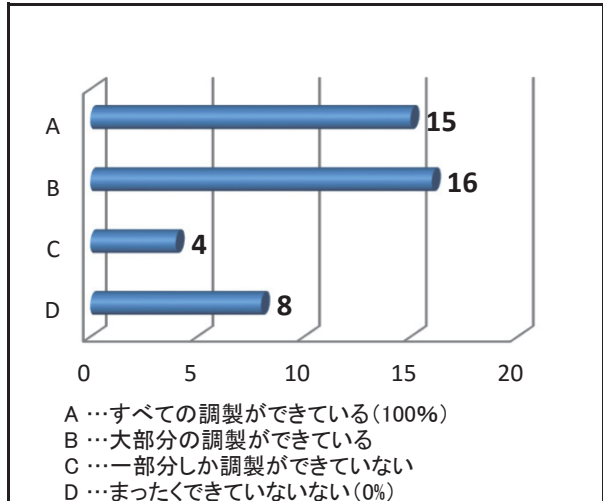
⑧ 内服薬によるがん化学療法において、同意書を得ている。



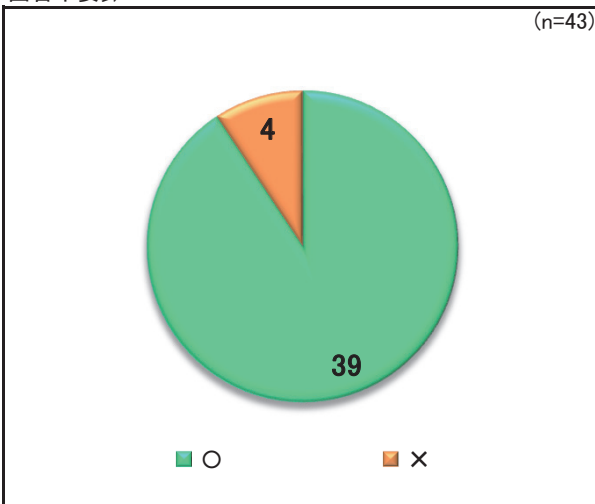
⑨ 入院患者のがん化学療法における、薬剤師の抗がん剤注射剤の混合調製(平日)。



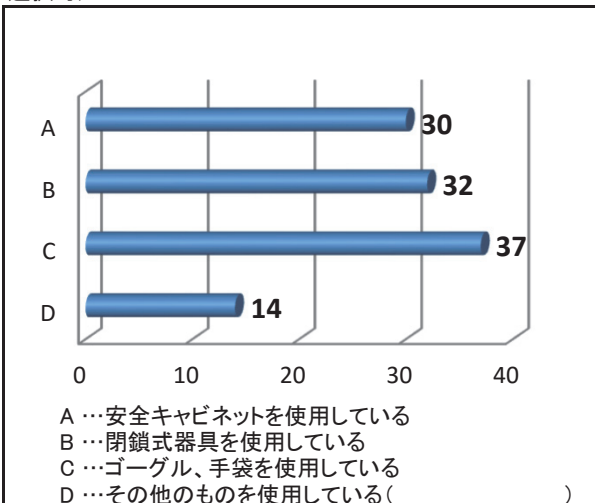
⑩ 入院患者のがん化学療法における、薬剤師の抗がん剤注射剤の混合調製(休祝日)。



⑪ 病棟において、抗がん剤注射剤の混合調整を実施する場合、曝露被害防止対策が行われている。(×は⑬へ〔⑫は回答不要〕)



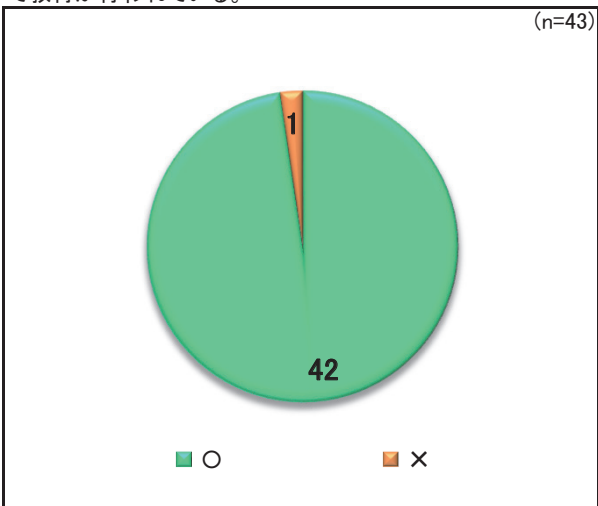
⑫ どのような曝露被害防止対策を実施しているか。(複数選択可)



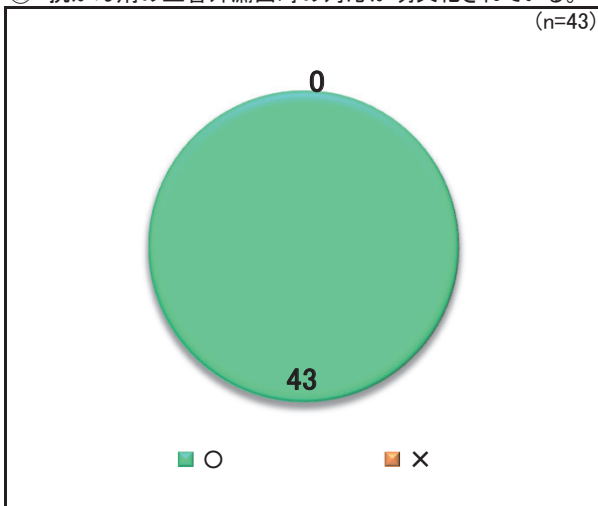
〔その他に記載されていた事項〕

- ・ガウン、マスク、エプロン、マスク、キャップ、ドレープ、シートの使用

⑬ 医療従事者の抗がん剤による曝露被害防止対策について教育が行われている。

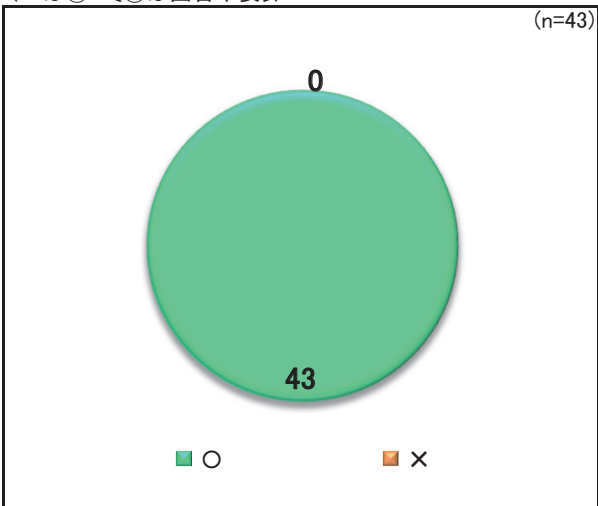


⑭ 抗がん剤の血管外漏出時の対応が明文化されている。

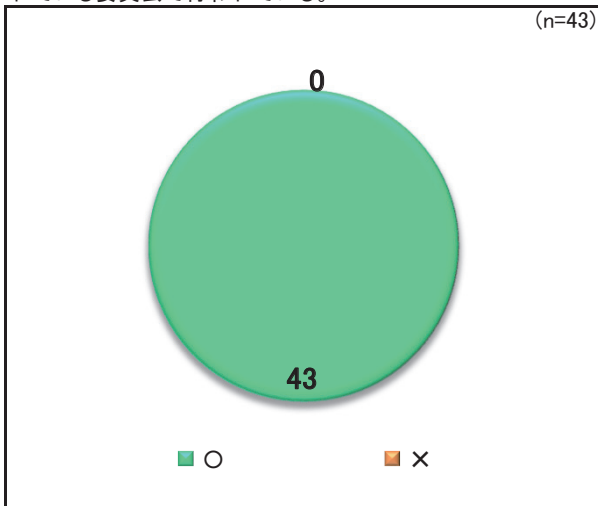


6) がん化学療法(外来)

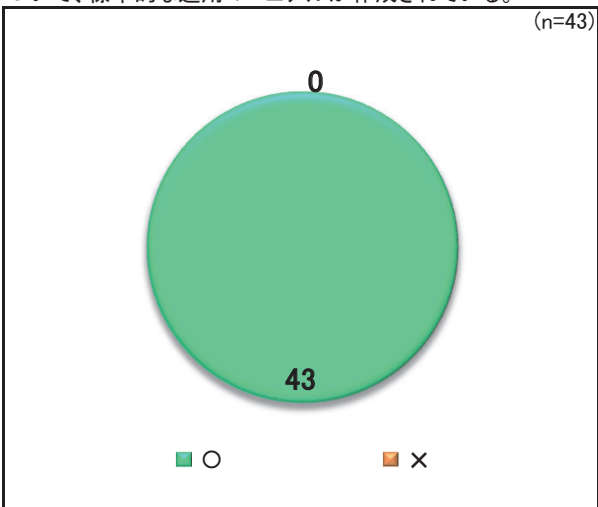
① がん化学療法レジメンを審査・登録する仕組みがある。
(×は③へ[②は回答不要])



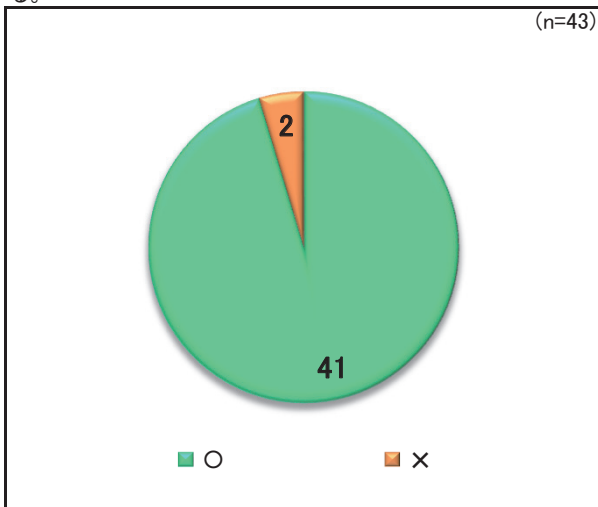
② レジメンの審査・登録は、複数の職種と診療科で構成されている委員会で行われている。



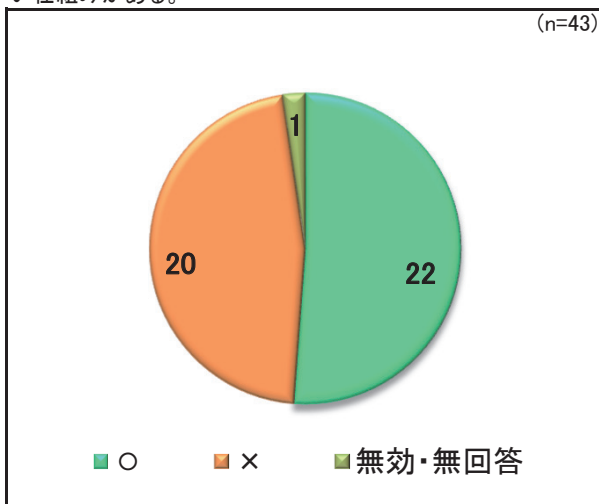
③ がん化学療法の指示入力から実施までの業務の流れについて、標準的な運用マニュアルが作成されている。



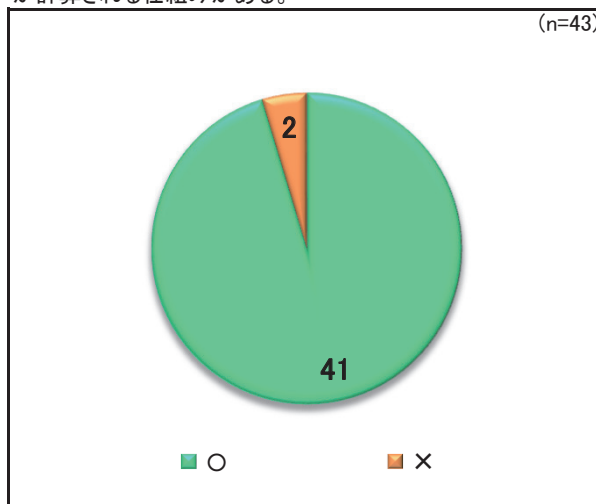
④ がん化学療法レジメンに基づいた患者別投与計画書あるいは投与計画書について、薬剤部で監査する仕組みがある。



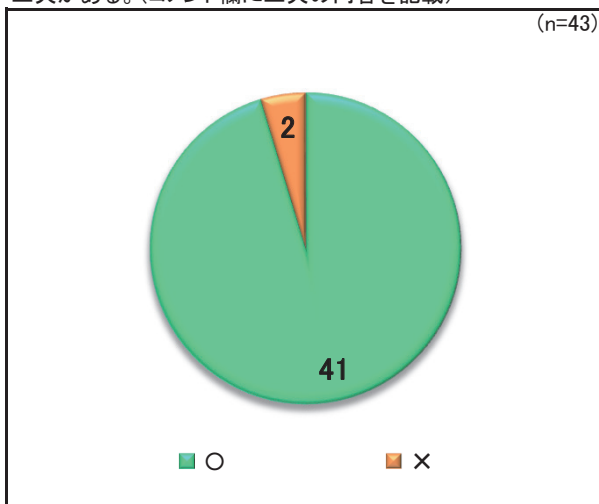
⑤ レジメン登録されていない薬剤は、処方オーダーができない仕組みがある。



⑥ 抗がん剤のレジメンを事前に登録しておき、ここから体表面積等の患者のパラメーターを入力することにより、投与量が計算される仕組みがある。



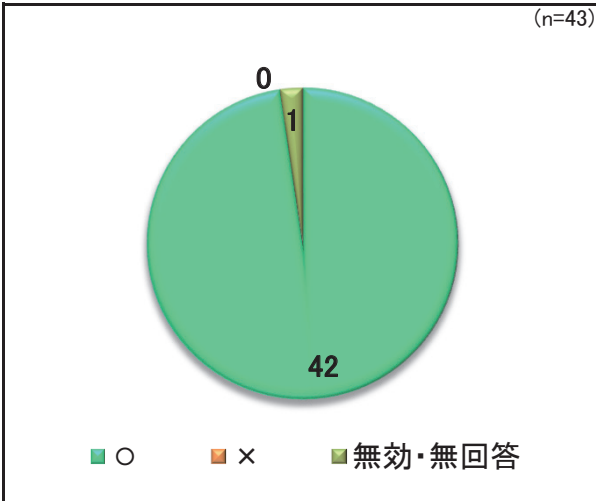
⑦ 患者のレジメン情報を医師、看護師、薬剤師で共有する工夫がある。(コメント欄に工夫の内容を記載)



[コメント欄に記載されていた事項]

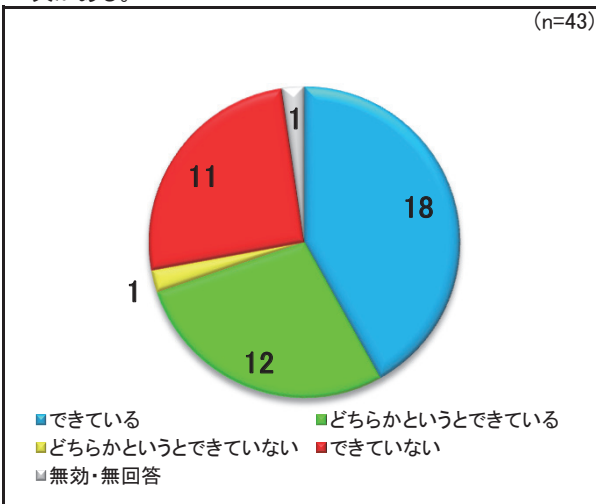
- ・電子カルテシステムで共有している。
- ・レジメンオーダーシステムで共有している。
- ・診療録へ記載している。
- ・複写式の治療計画書を使用している。
- ・カンファレンス、ミーティングで共有している。
- ・レジメン開始・変更時に、登録票を提出する。その事前情報をもとに医師・看護師・薬剤師で情報共有する。
- ・患者毎にレジメンや担当医等の情報を記載したシートを記入して共有している。化学療法委員会の他、毎日カンファレンスを実施して注意事項などを確認している。
- ・化学療法部で患者データベースを用意しており、医師、看護師、薬剤師がそれぞれの分野の必要な内容を入力し、カンファレンス等で共有する。
- ・医師からレジメンを印刷したものが外来化学療法室へ提出され、それを看護師が確認しながら実施している。
- ・注射指示内容、医師の診療記載、オーダー歴、レジメン毎の属性情報などで確認が可能である。また、薬剤師は上記に加え、処方箋も医師と共有できる。

⑧ 当日予定した投与内容が変更になった場合には、すぐに伝わる仕組みがある。



〔コメント欄に記載されていた事項〕

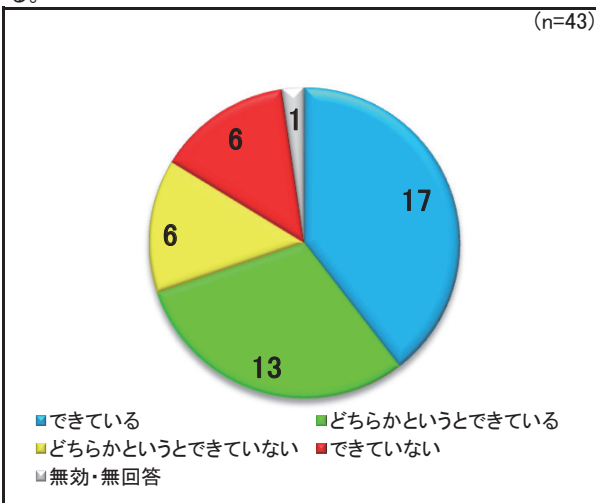
⑨ 外来化学療法における抗がん剤投与に関する指示は、主治医が検査結果を閲覧してからでなければ出せないような工夫がある。



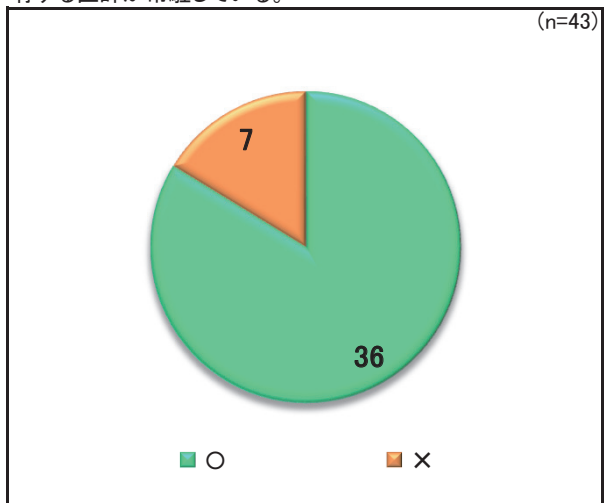
〔コメント欄に記載されていた事項〕

- ・指示は出すことができるが、薬剤師・看護師が検査結果を確認し、疑問がある場合は疑義照会をしている。
- ・オーダーリングシステムの仕組みにはなっていないが、運用ルールとして、診察(検査データの確認)後に、確認指示をすることになっている。
- ・当日の主治医の診察記事を確認してから投与を行っている。
- ・電子カルテ上のシステムはないが、主治医と化学療法部医師のダブルで検査結果のチェックを行い、投与を決定している。

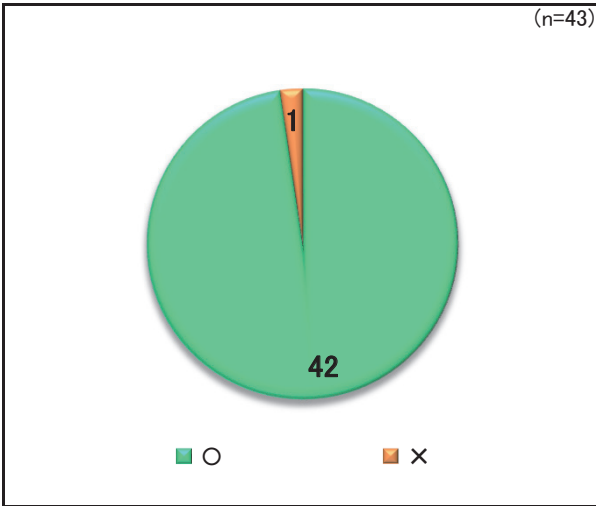
⑩ 外来患者のがん化学療法において、薬剤師が患者に直接薬剤の説明や副作用発現防止のための観察等を行っている。



⑪ 外来化学療法室にがん化学療法に十分に知識・経験を有する医師が常駐している。

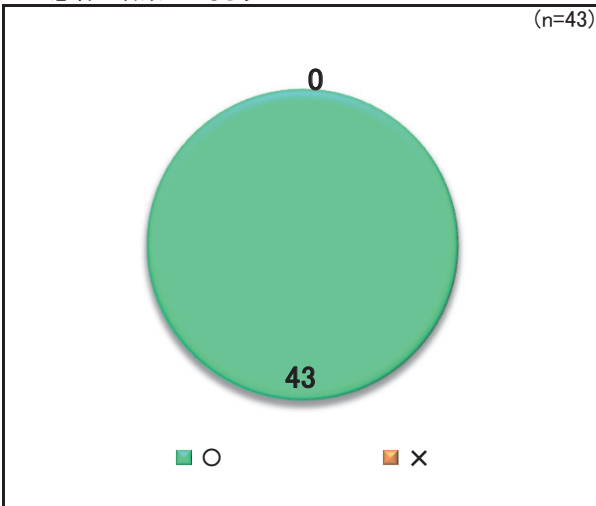


⑫ 外来化学療法室にがん看護専門看護師等が配属されている。

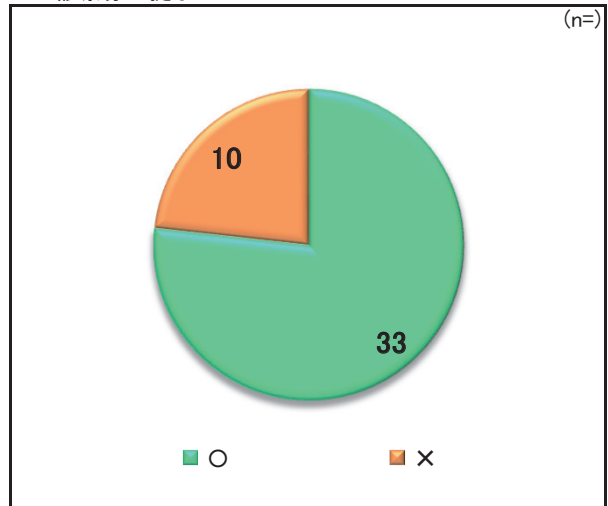


⑬ 化学療法室での患者確認の方法はどのように実施しているか。

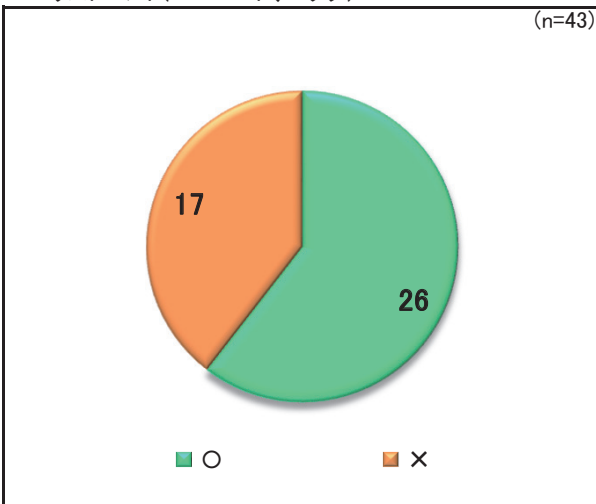
a 患者に名乗ってもらう



b 診察券の提示



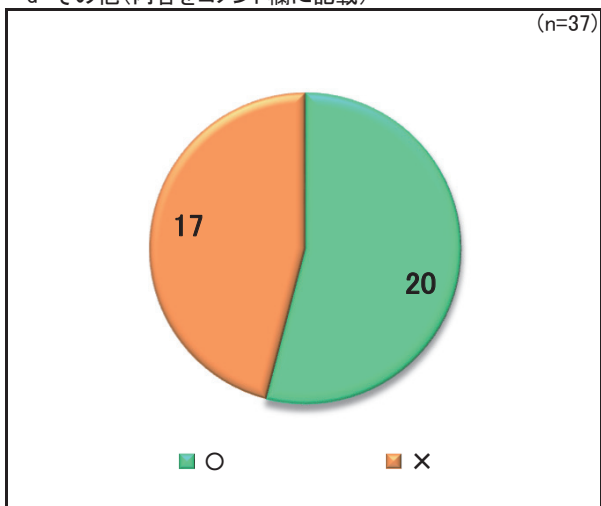
c リストバンド(バーコード、ICタグ)



[コメント欄に記載されていた事項]

- ・診察券、受診表、患者基本カードのバーコードで認証を実施する。

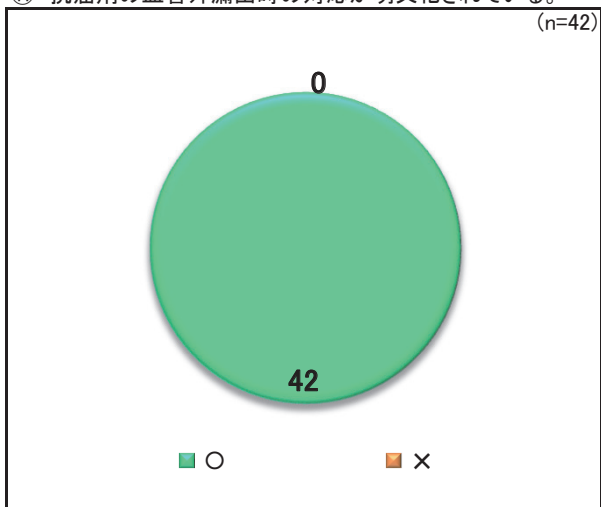
d その他(内容をコメント欄に記載)



[コメント欄に記載されていた事項]

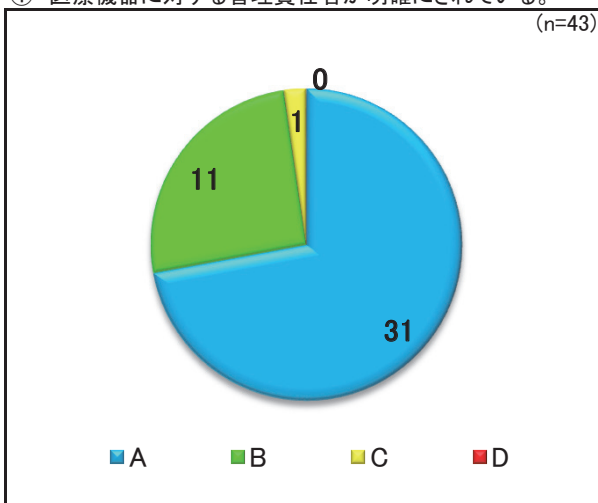
- ・外来基本カード、受診票のバーコードで認証を実施する。
- ・診察券と指示書のバーコードをIMIS-8モバイルで認証する。
- ・PDA認証、予約票、会計票、患者カードによる確認をする。
- ・投与薬剤のラベルに記載された患者名を患者本人に確認してもらっている。
- ・点滴開始時は患者と薬剤確認をし、患者が注射指示箋にサインをする。
- ・外来基本カードの氏名との照合、家人とともに確認している。
- ・点滴ボトルに貼付された内容を患者本人と一緒に確認する。(投与する注射剤の種類・患者名)
- ・生年月日を確認する。
- ・外来患者は受診案内票を用いて照合を行う。
- ・照合端末、自己管理ノート(患者持参)の名前を確認する。
- ・点滴ラベルを患者と確認し、オーダー内容をIPodで照合する。
- ・患者自身に氏名・生年月日を記載してもらい名札として使用している。
- ・プライミング時は看護師間でダブルチェックする。

⑭ 抗癌剤の血管外漏出時の対応が明文化されている。



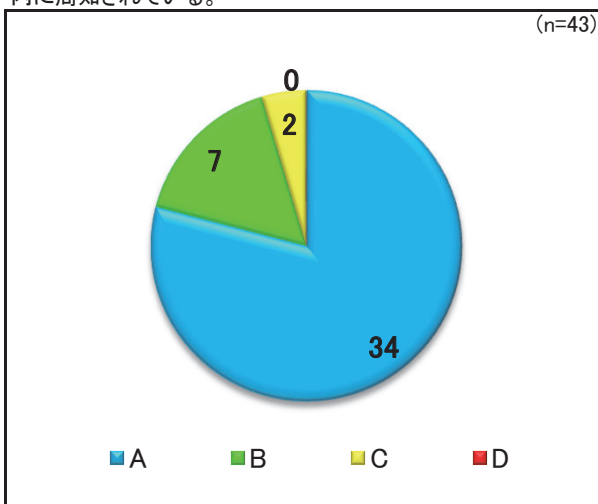
3 医療機器

① 医療機器に対する管理責任者が明確にされている。



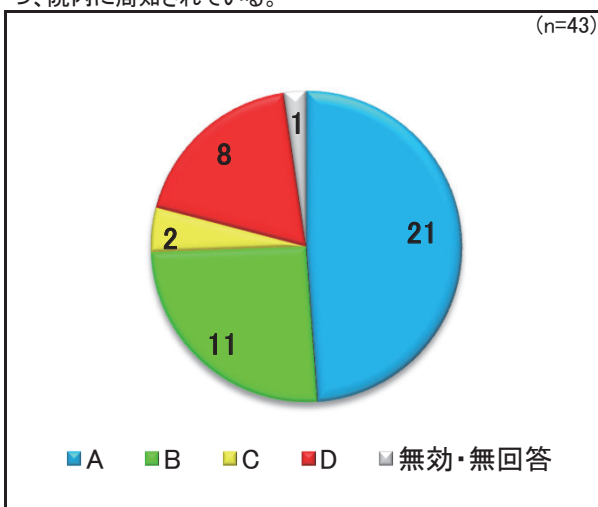
- A …管理責任者が明確になっており、各部署の機器がリスト等で把握されている
- B …管理責任者が明確になっており、主要な機器についてはリスト等で把握されている
- C …管理責任者は明確になっているが、機器はあまり把握されていない
- D …管理責任者が決まっておらず、機器の把握もされていない

② 人工呼吸器の安全使用マニュアルが作成され、且つ、院内に周知されている。



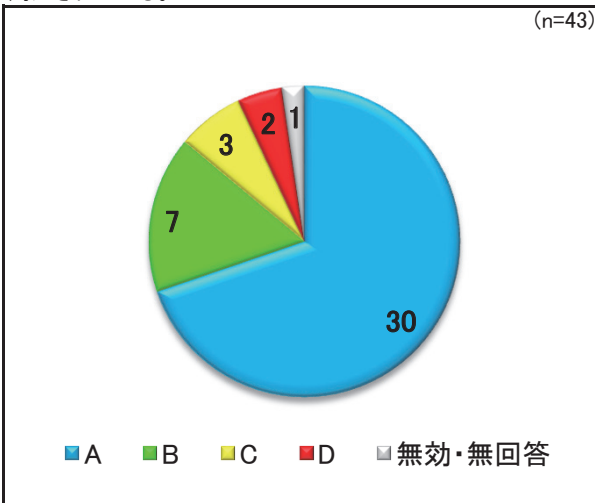
- A …安全使用マニュアルが作成されており、保管場所が明確にされ、スタッフも周知し活用している
- B …安全使用マニュアルが作成されており、スタッフは周知しているが活用されていない
- C …安全使用マニュアルは作成されているが、スタッフに周知されていない
- D …安全使用マニュアルが作成されていない

③ 生体監視モニターの安全使用マニュアルが作成され、且つ、院内に周知されている。



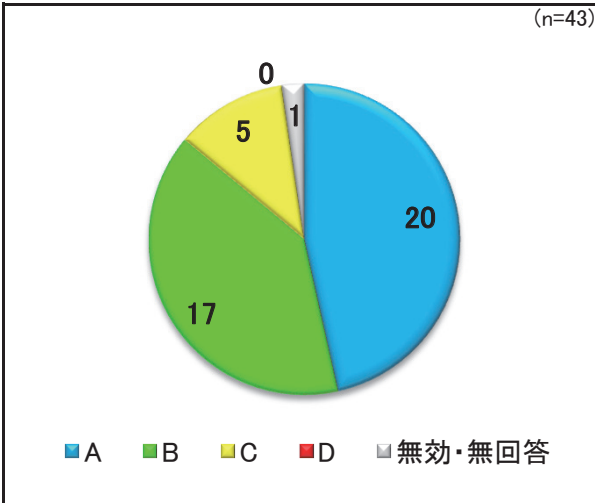
- A …安全使用マニュアルが作成されており、保管場所が明確にされ、スタッフも周知し活用している
- B …安全使用マニュアルが作成されており、スタッフは周知しているが活用されていない
- C …安全使用マニュアルは作成されているが、スタッフに周知されていない
- C …安全使用マニュアルが作成されていない

④ 人工呼吸器および生体監視モニター以外の中央管理する医療機器の安全使用マニュアルが作成され、且つ、院内に周知されている。



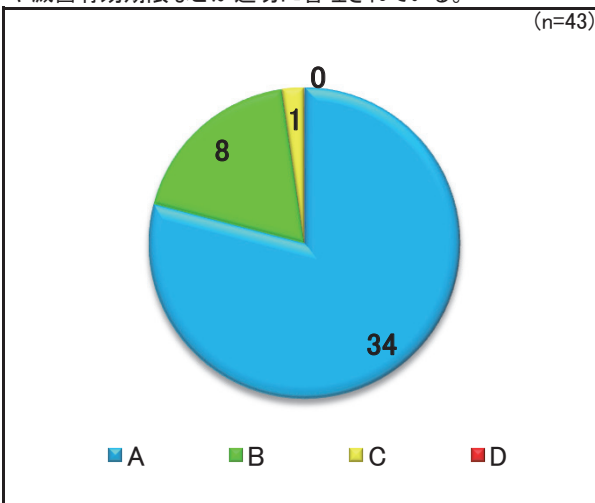
- A…安全使用マニュアルが作成されており、保管場所が明確にされ、スタッフも周知し活用している
- B…安全使用マニュアルが作成されており、スタッフは周知しているが活用されていない
- C…安全使用マニュアルは作成されているが、スタッフに周知されていない
- D…安全使用マニュアルが作成されていない

⑤ 内視鏡全般の適正使用と感染対策の内容を含む安全使用マニュアルが作成され、適切に管理されている。



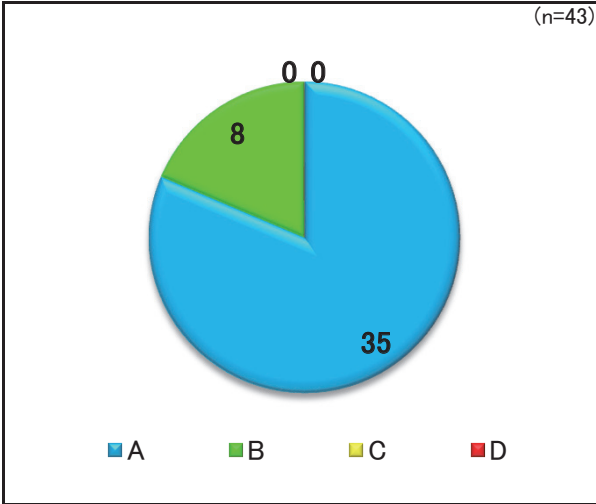
- A…院内統一マニュアルが作成され、内視鏡全般の管理が適切に行われている
- B…部署独自のマニュアルが作成され、部署独自の処理方法で適切に管理されている
- C…マニュアルは作成されておらず、部署独自の処理方法で管理されている
- D…適切な管理が行われず、マニュアルも作成されていない

⑥ 医療機器に必要な消耗品の保管は適切に行われ、使用や滅菌有効期限などが適切に管理されている。



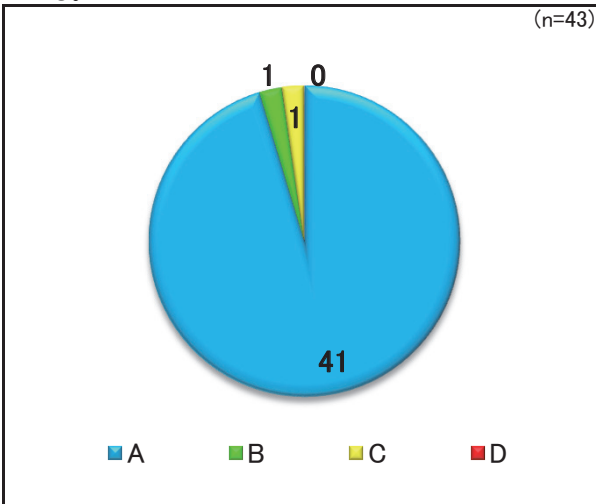
- A…医療機器に必要なすべての消耗品について、保管方法及び有効期限が適切に管理されている
- B…医療機器に必要な一部の消耗品についてのみ、保管方法及び有効期限が適切に管理されている
- C…医療機器に必要な消耗品について、保管方法、もしくは有効期限の管理が不十分である
- D…医療機器に必要な消耗品の有効期限などについては、管理されていない

⑦ 充電が必要な医療機器は充電して保管されている。



- A …全てが充電され機器別に分類され、清拭・整理整頓されている
- B …電源コンセントの数量が十分でないため全てが充電されていないが、重要機器から優先に充電されている
- C …電源コンセントの数量だけ充電されている
- D …充電されず放置されている

⑧ 人工呼吸器が適切に稼働しているか、使用中点検を行っている。

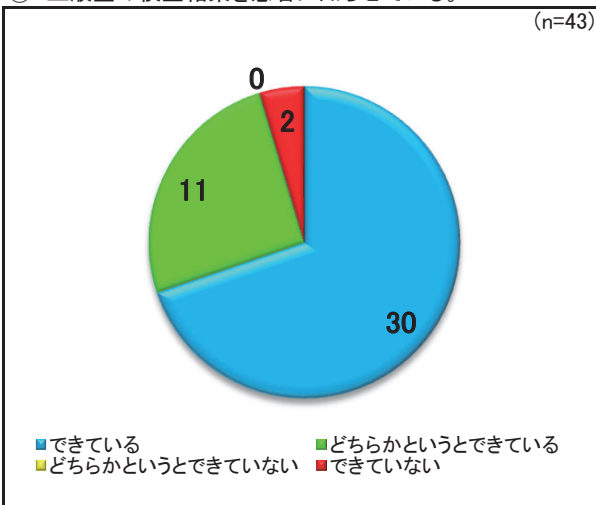


- A …毎日、呼吸器の稼働状況と使用中点検が行われ、点検マニュアルがあり点検記録がある
- B …不定期であるが、呼吸器の稼働状況と使用中点検が行われ、点検マニュアルがあり点検記録がある
- C …呼吸器の稼働状況と使用中点検が不定期に行われているが、点検マニュアルも点検記録もない
- D …トラブルの発生した時だけ、トラブル回避と稼働状況の把握と使用中点検が行われる

4 輸血の管理・取扱い

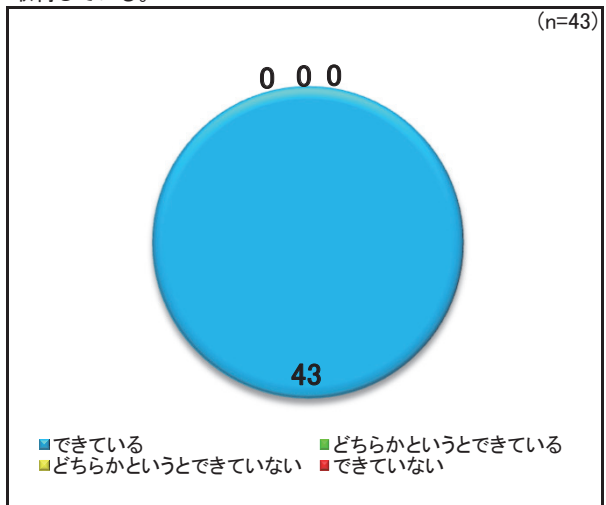
1) 輸血実施時の安全性確保

① 血液型の検査結果を患者に知らせている。



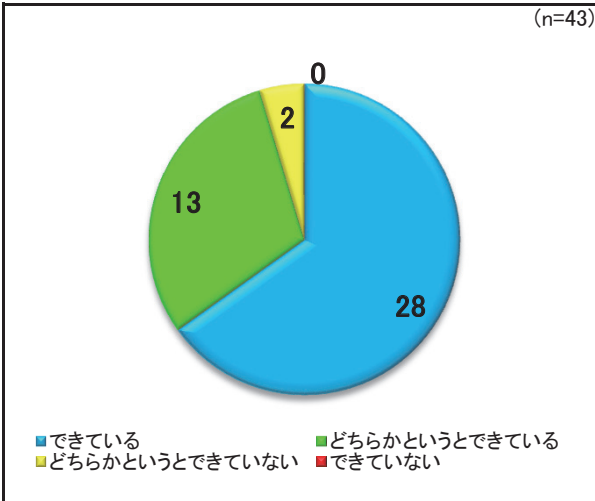
- できている
- どちらかというのできている
- どちらかというのできていない
- できていない

② 輸血の安全性、リスク等について患者に説明し同意書を取得している。

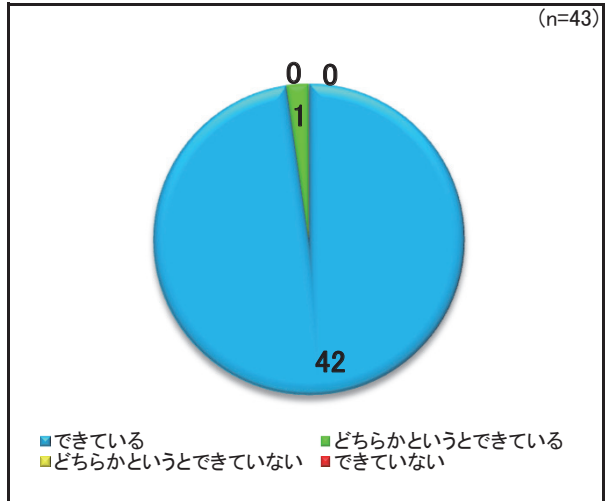


- できている
- どちらかというのできている
- どちらかというのできていない
- できていない

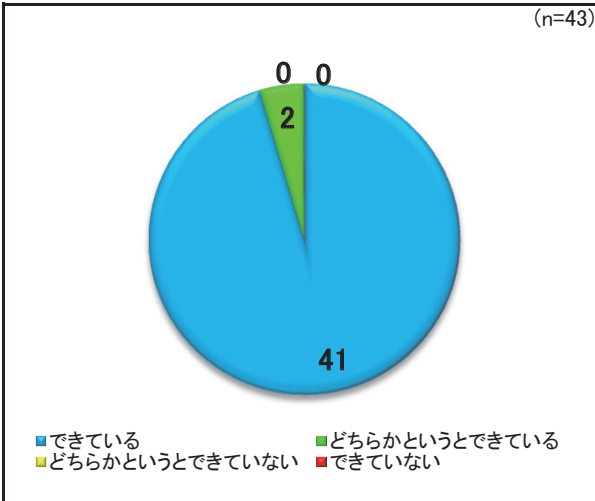
③ 輸血が適正に行われたことを示すため、輸血の必要性と効果が診療記録に記載されている。



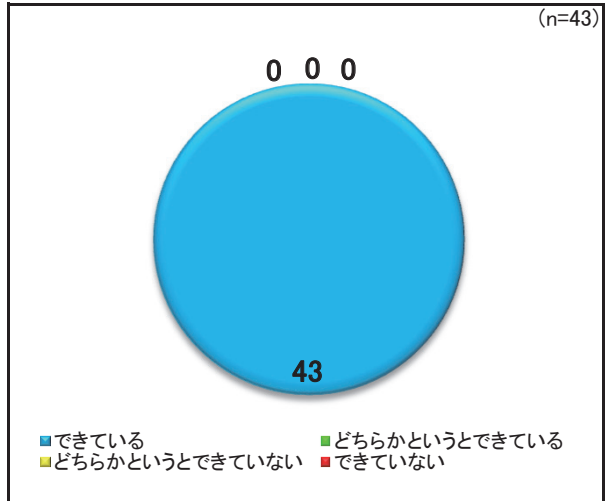
④ 各診療科への輸血用血液の払い出しは、当日使用分のみで、予備的な払い出しは行っていない。



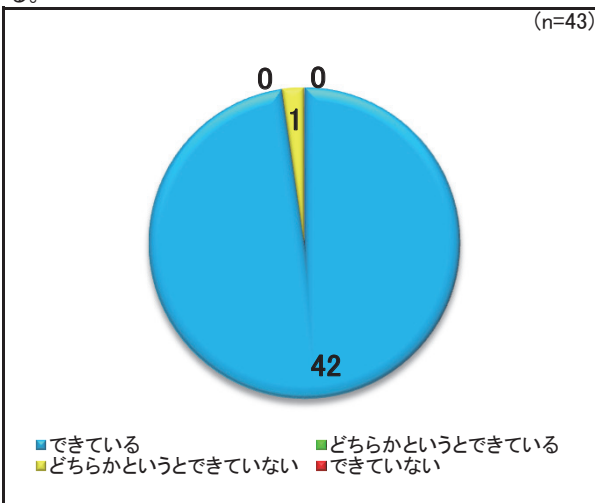
⑤ やむをえず輸血部以外で輸血用血液を保管する場合は、自動温度記録計と警報機が装備された保冷庫が使用され、正しい条件下で管理されている。



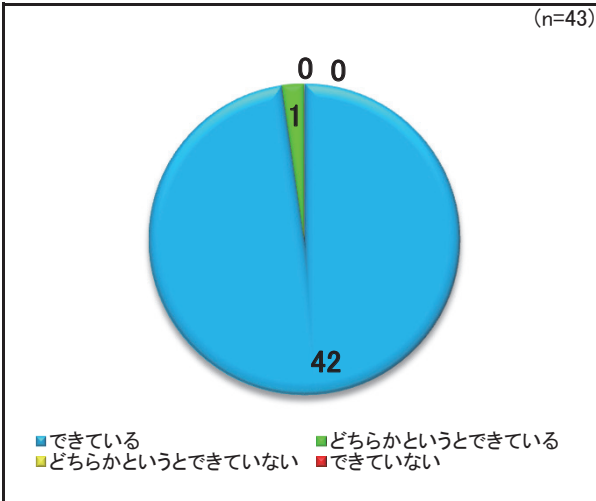
⑥ 輸血療法の安全性を確保するための輸血手順書が整備され、手順書に従って輸血が行われている。



⑦ 輸血の実施前に、血液製剤の外観チェックを行っている。



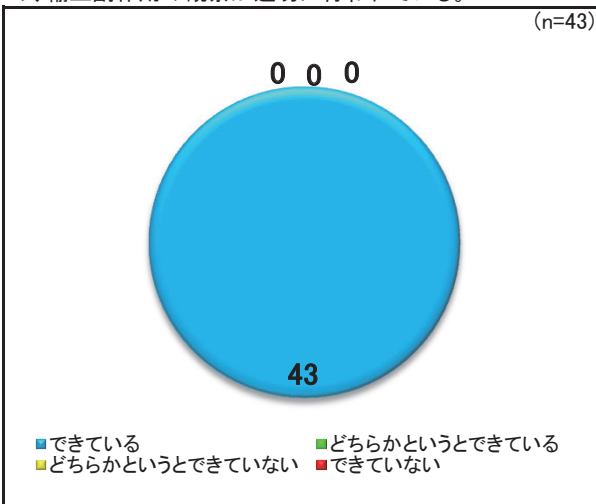
⑧ ベッドサイドで患者名と血液型、血液製剤の有効期限、照射の有無を確認する方策がとられている。



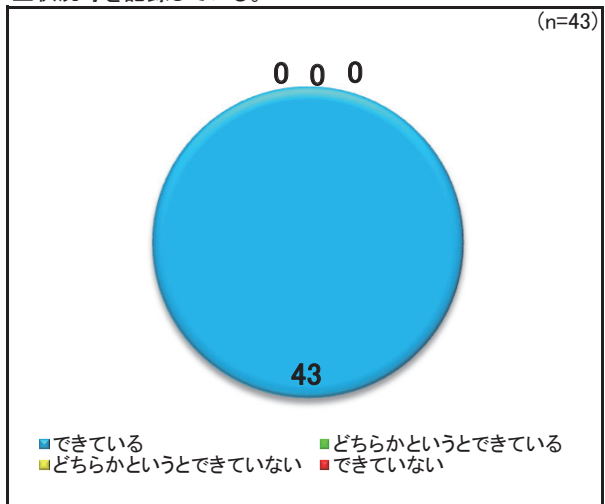
〔コメント欄に記載されていた事項〕

・輸血前の確認として有効期限、照射の有無はベッドサイドでは無くスタッフステーションにて実施している。

⑨ 輸血開始後5分間の観察、開始15分後のチェックを含め、輸血副作用の観察が適切に行われている。

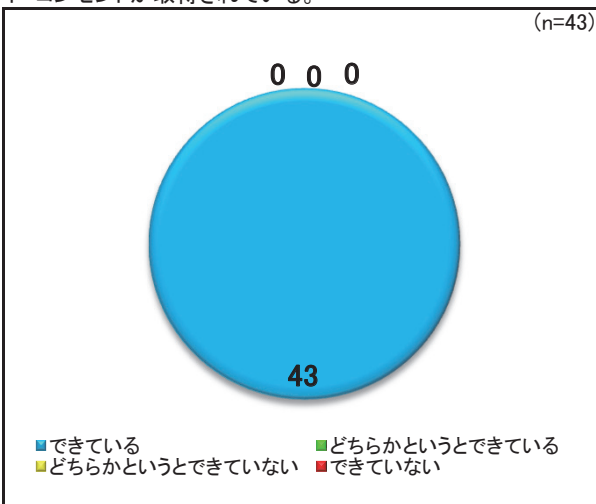


⑩ 輸血終了後、患者名、血液型及びバッグ本体の血液製造番号を確認したうえで、診療記録に輸血経過、副作用の発生状況等を記録している。

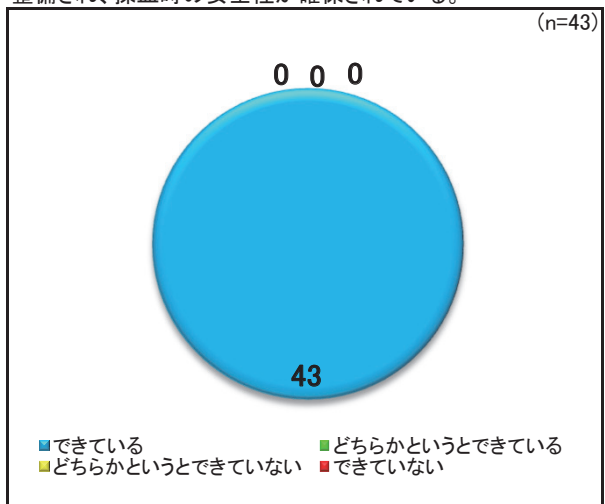


2) 自己血採血、保管、輸血

① 自己血輸血の意義、採血、保管に要する期間、採血前の必要な検査、自己血輸血時の問題等に関するインフォームド・コンセントが取得されている。

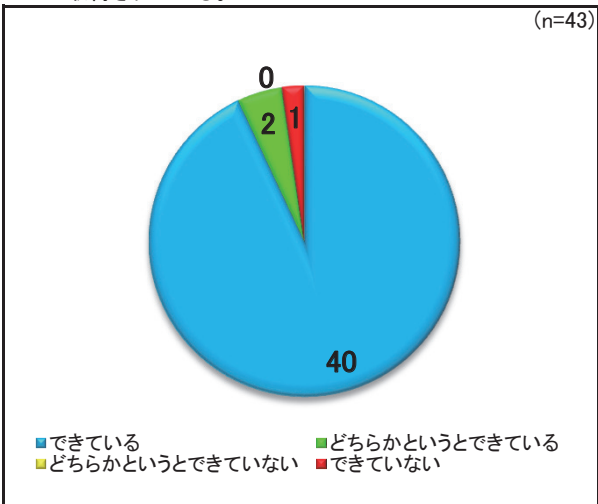


② 自己血適応の基準を含め、採血等に関するマニュアルが整備され、採血時の安全性が確保されている。



3) 造血幹細胞の保管

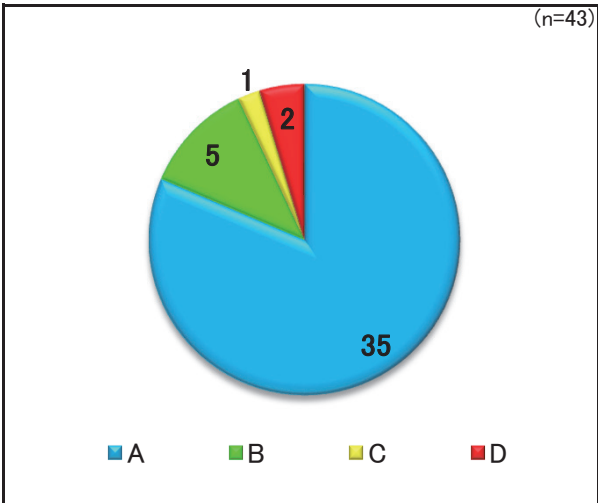
① 造血幹細胞の採取、保管に関するインフォームド・コンセントが取得されている。



[コメント欄に記載されていた事項]

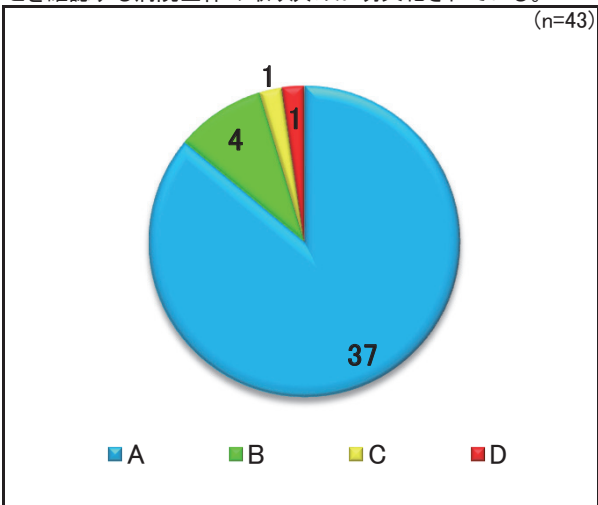
5 処置

① 中心静脈カテーテルの挿入・管理に関する病院全体の取り決めが明文化されている。



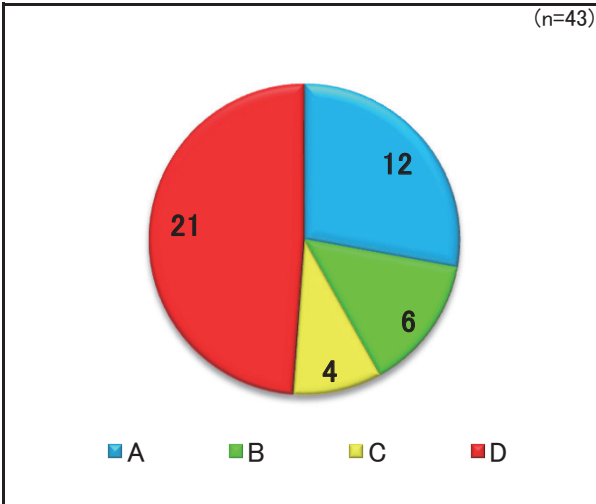
- A …取り決めに沿って実施できている
- B …取り決めがあり、周知は行われている
- C …取り決めはあるが、周知が不十分である
- D …取り決めが明文化されていない

② 経鼻胃管、十二指腸チューブが適切に留置されていることを確認する病院全体の取り決めが明文化されている。



- A …取り決めに沿って実施できている
- B …取り決めがあり、周知は行われている
- C …取り決めはあるが、周知が不十分である
- D …取り決めが明文化されていない

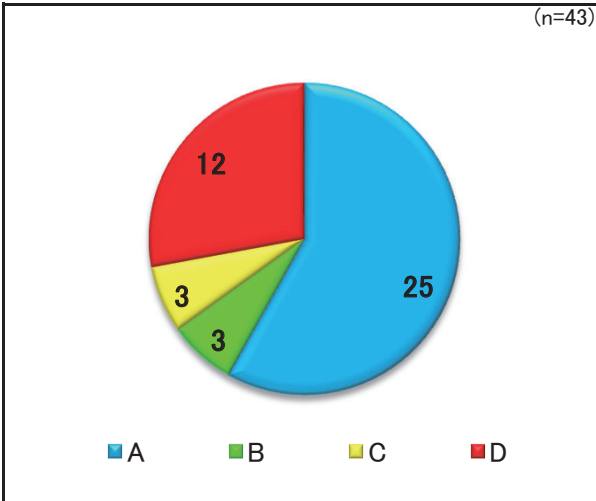
③ 鎮静剤を使用する際のリスク評価、患者観察、および緊急時対応に関する病院全体の取り決めが明文化されている。



- A …取り決めに沿って実施できている
- B …取り決めがあり、周知は行われている
- C …取り決めはあるが、周知が不十分である
- D …取り決めが明文化されていない

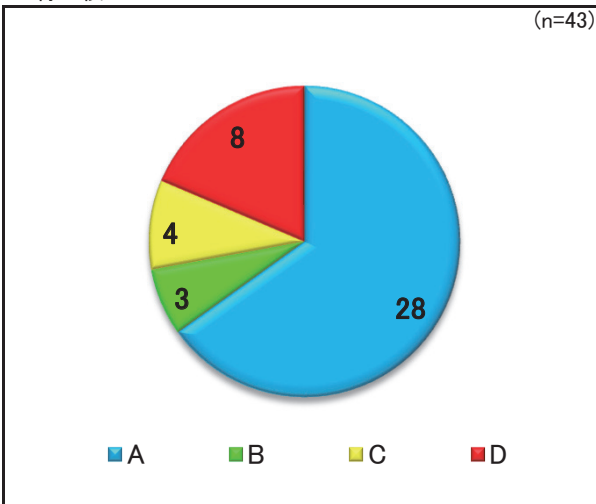
④ リスクが高いと考えられる医療行為の実施における患者観察やモニターに関する病院全体の取り決めが明文化されている。

1 肝生検



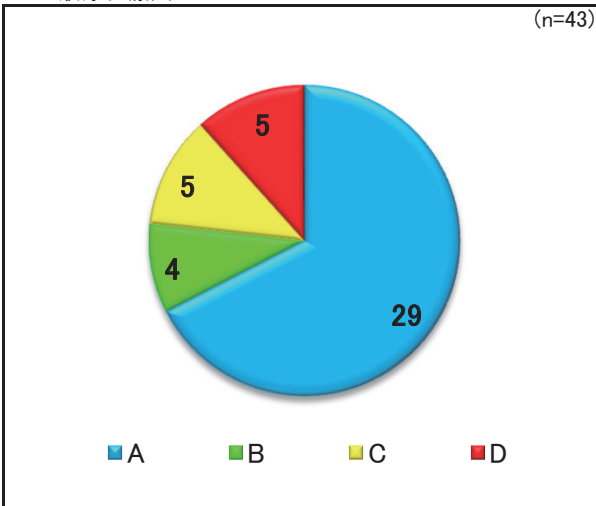
- A …取り決めに沿って実施できている
- B …取り決めがあり、周知は行われている
- C …取り決めはあるが、周知が不十分である
- D …取り決めが明文化されていない

2 腎生検



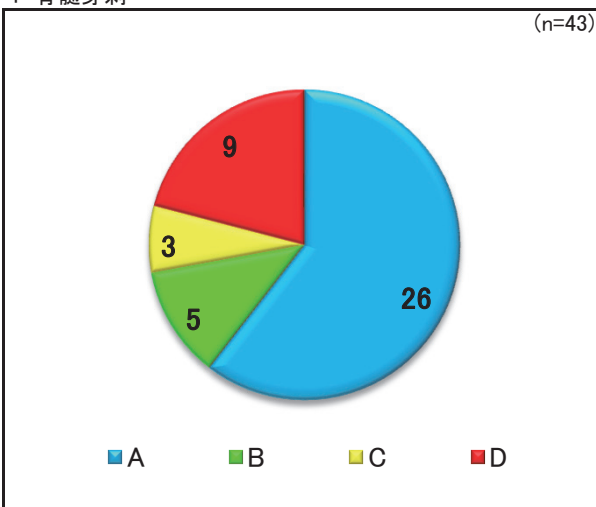
- A …取り決めに沿って実施できている
- B …取り決めがあり、周知は行われている
- C …取り決めはあるが、周知が不十分である
- D …取り決めが明文化されていない

3 血液浄化療法



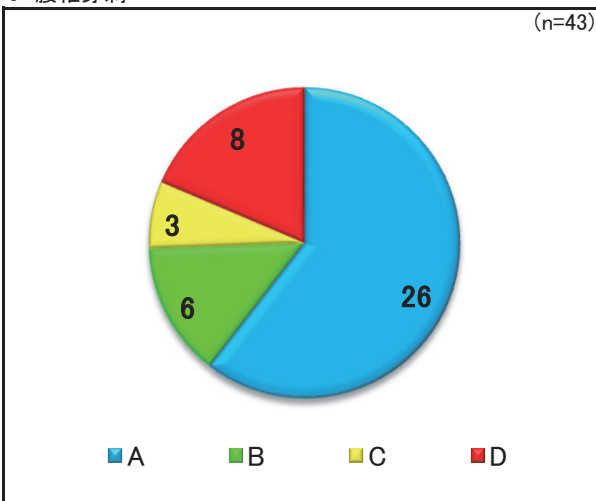
- A … 取り決めに沿って実施できている
- B … 取り決めがあり、周知は行われている
- C … 取り決めはあるが、周知が不十分である
- D … 取り決めが明文化されていない

4 骨髄穿刺



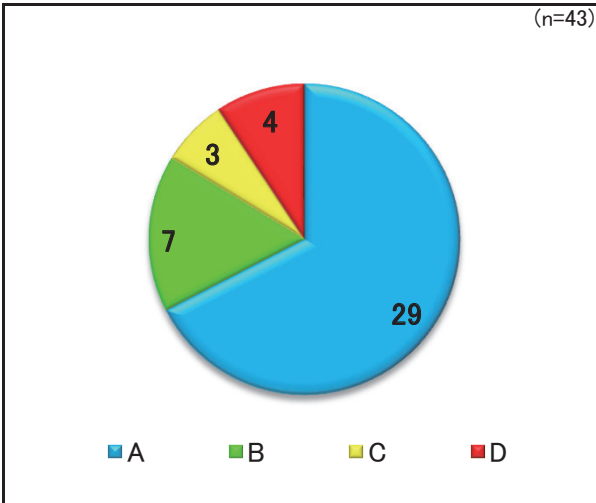
- A … 取り決めに沿って実施できている
- B … 取り決めがあり、周知は行われている
- C … 取り決めはあるが、周知が不十分である
- D … 取り決めが明文化されていない

5 腰椎穿刺



- A … 取り決めに沿って実施できている
- B … 取り決めがあり、周知は行われている
- C … 取り決めはあるが、周知が不十分である
- D … 取り決めが明文化されていない

6 内視鏡



- A … 取り決めに沿って実施できている
- B … 取り決めがあり、周知は行われている
- C … 取り決めはあるが、周知が不十分である
- D … 取り決めが明文化されていない

7 その他、病院全体の取り決めを作成している医療行為

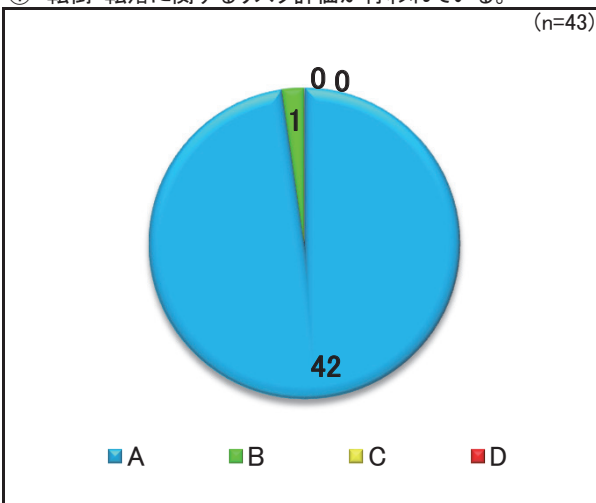
〔具体的に記述〕

- ・気管挿管、抜管
- ・気管切開、管理
- ・トラヘルパー挿入
- ・胸腔穿刺
- ・腹腔穿刺
- ・羊水穿刺
- ・動脈穿刺
- ・動脈ライン確保
- ・血液ガス
- ・血液製剤投与
- ・中心静脈ポートの留置・管理
- ・化学療法

- ・IVR
- ・内視鏡手術
- ・頭頸部手術の術後管理
- ・幼児術後管理
- ・髄腔内投与、脊髄造影
- ・骨髄生検
- ・膀胱留置カテーテル挿入
- ・浣腸

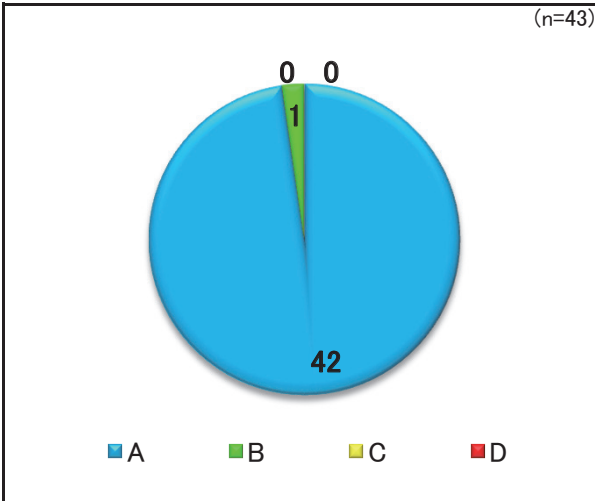
6 組織横断的ケア

① 転倒・転落に関するリスク評価が行われている。



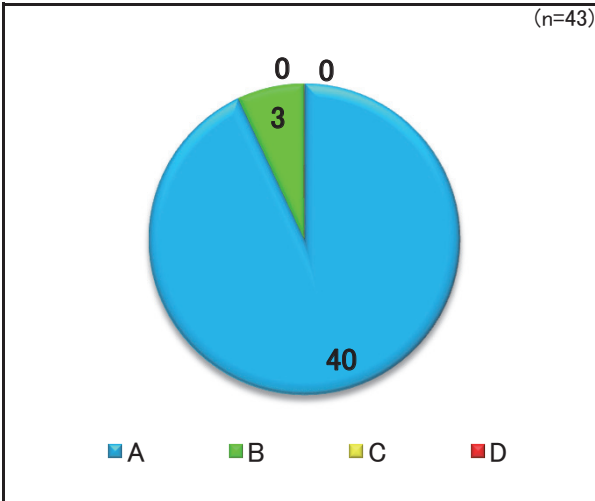
- A … 必要な患者すべてで行われている
- B … ほとんどの患者で行われている
- C … あまり行われていない
- D … まったく行われていない

② (①がA、B、Cの場合)転倒・転落について、①のリスク評価に基づいた予防策が行われている。



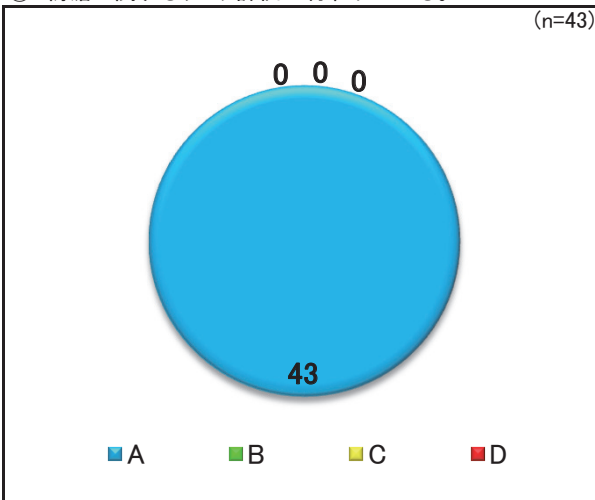
- A …必要な患者すべてで行われている
- B …ほとんどの患者で行われている
- C …あまり行われていない
- D …まったく行われていない

③ 転倒・転落について、定期的に予防策の評価あるいは見直しが行われている。



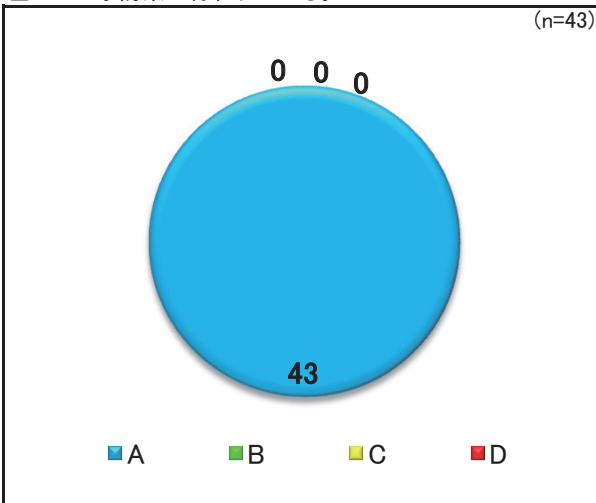
- A …必要な患者すべてで行われている
- B …ほとんどの患者で行われている
- C …あまり行われていない
- D …まったく行われていない

④ 褥瘡に関するリスク評価が行われている。



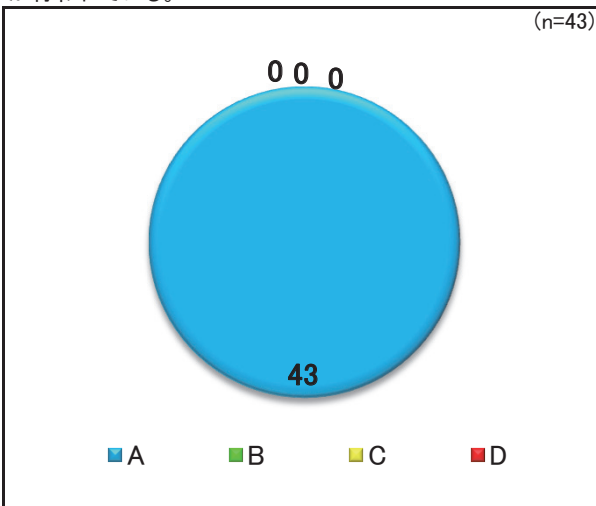
- A …必要な患者すべてで行われている
- B …ほとんどの患者で行われている
- C …あまり行われていない
- D …まったく行われていない

⑤ (④がA、B、Cの場合)褥瘡について、④のリスク評価に基づいた予防策が行われている。



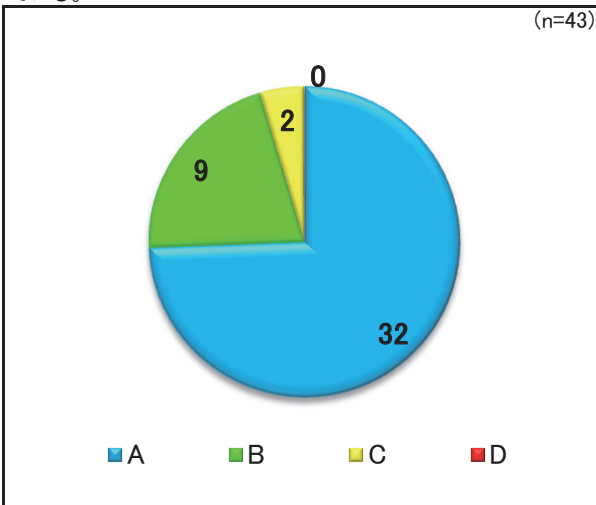
- A …必要な患者すべてで行われている
- B …ほとんどの患者で行われている
- C …あまり行われていない
- D …まったく行われていない

⑥ 褥瘡について、定期的に予防策の評価あるいは見直しが行われている。



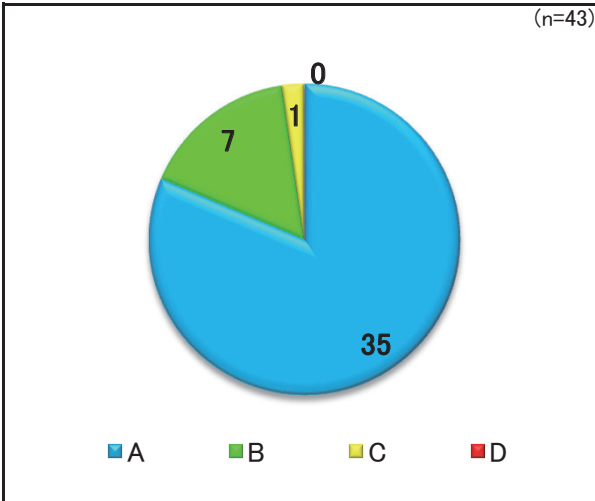
- A …必要な患者すべてで行われている
- B …ほとんどの患者で行われている
- C …あまり行われていない
- D …まったく行われていない

⑦ 深部静脈血栓症・肺塞栓症に関するリスク評価が行われている。



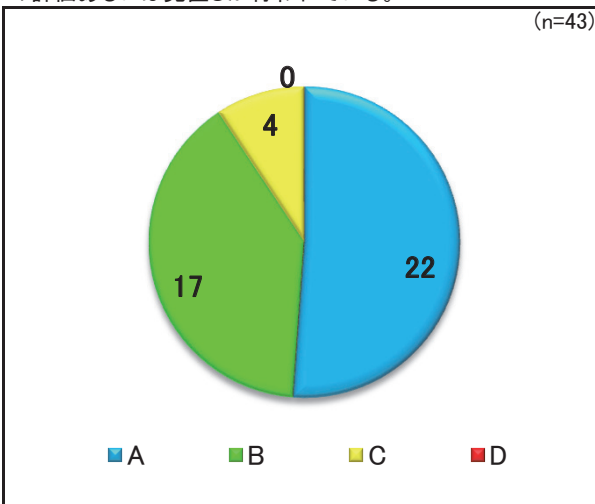
- A …必要な患者すべてで行われている
- B …ほとんどの患者で行われている
- C …あまり行われていない
- D …まったく行われていない

⑧ (⑦がA、B、Cの場合)深部静脈血栓症・肺塞栓症について、⑦のリスク評価に基づいた予防策が行われている。



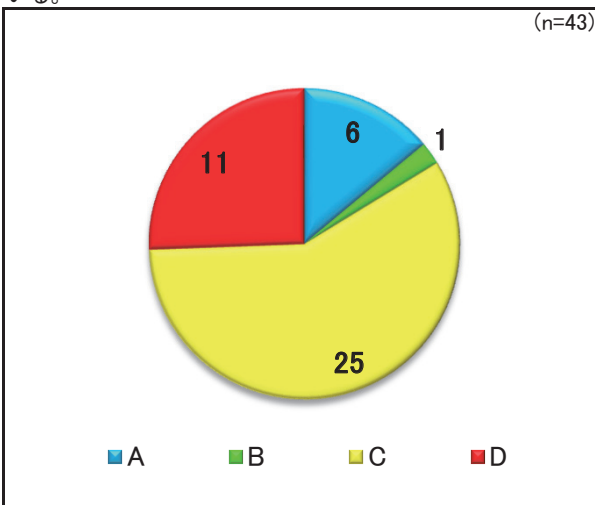
- A … 必要な患者すべてで行われている
- B … ほとんどの患者で行われている
- C … あまり行われていない
- D … まったく行われていない

⑨ 深部静脈血栓症・肺塞栓症について、定期的に予防策の評価あるいは見直しが行われている。



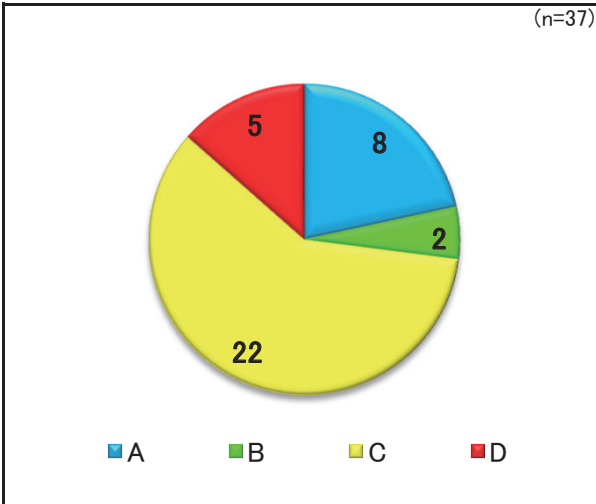
- A … 必要な患者すべてで行われている
- B … ほとんどの患者で行われている
- C … あまり行われていない
- D … まったく行われていない

⑩ 一般病棟において、自殺に関するリスク評価が行われている。



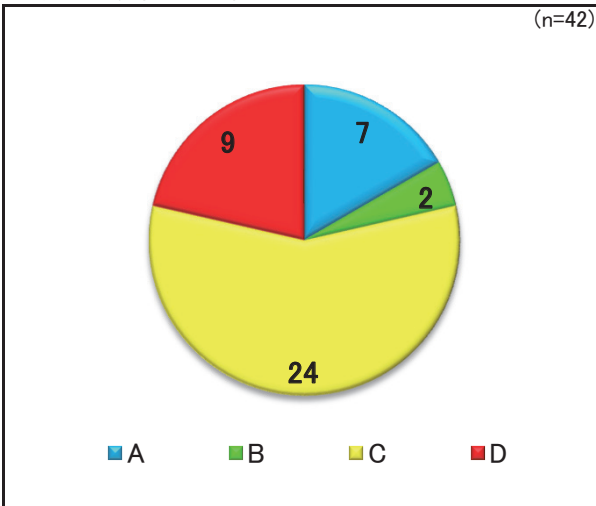
- A … 必要な患者すべてで行われている
- B … ほとんどの患者で行われている
- C … あまり行われていない
- D … まったく行われていない

⑪ (⑩がA、B、Cの場合)一般病棟において、自殺について、⑩のリスク評価に基づいた予防策が行われている。



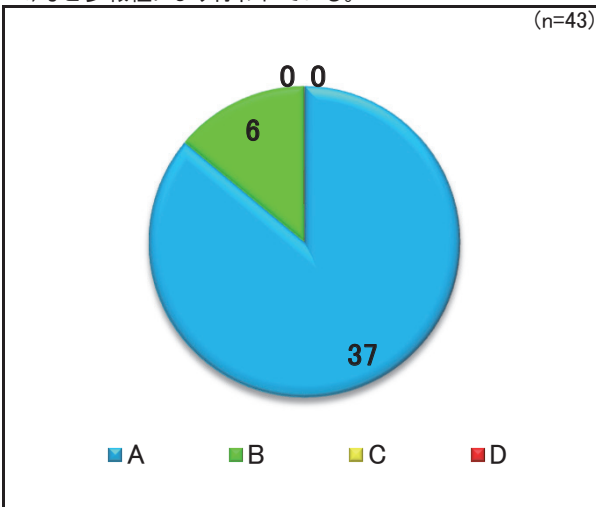
- A …必要な患者すべてで行われている
- B …ほとんどの患者で行われている
- C …あまり行われていない
- D …まったく行われていない

⑫ 一般病棟において、自殺について、定期的に予防策の評価あるいは見直しが行われている。



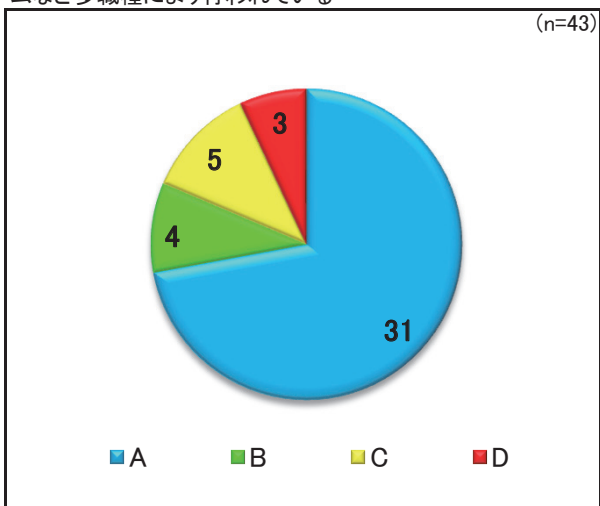
- A …必要な患者すべてで行われている
- B …ほとんどの患者で行われている
- C …あまり行われていない
- D …まったく行われていない

⑬ 栄養管理(評価、計画、実施)は、NST(栄養サポートチーム)など多職種により行われている。



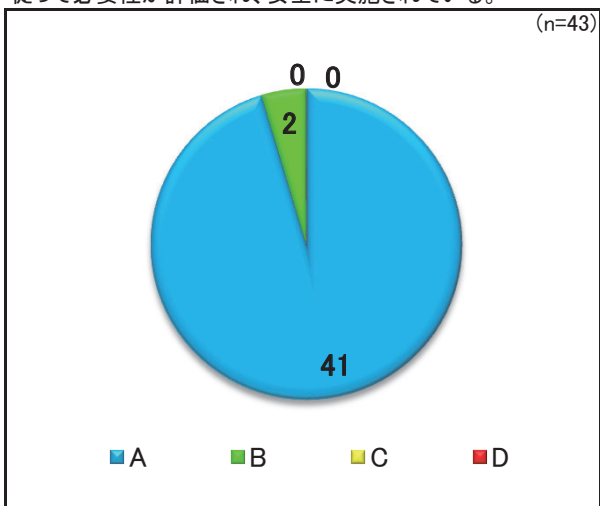
- A …必要な患者すべてで行われている
- B …ほとんどの患者で行われている
- C …あまり行われていない
- D …まったく行われていない

⑭ 人工呼吸器管理に関する取り組みは、呼吸サポートチームなど多職種により行われている



- A …必要な患者すべてで行われている
- B …ほとんどの患者で行われている
- C …あまり行われていない
- D …まったく行われていない

⑮ 身体抑制は、一般病棟と精神科病棟とで異なる手順書に従って必要性が評価され、安全に実施されている。



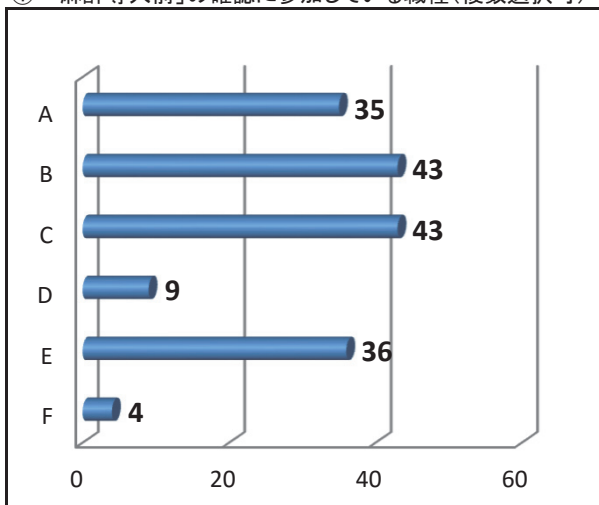
- A …必要な患者すべてで行われている
- B …ほとんどの患者で行われている
- C …あまり行われていない
- D …まったく行われていない

Ⅲ 中央診療部門

1 手術部門

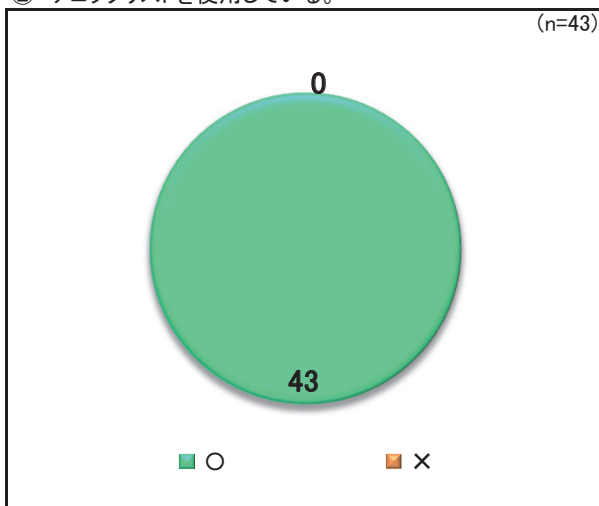
1) 全身麻酔 — ① 麻酔導入前(患者入室後)

① 「麻酔導入前」の確認に参加している職種(複数選択可)

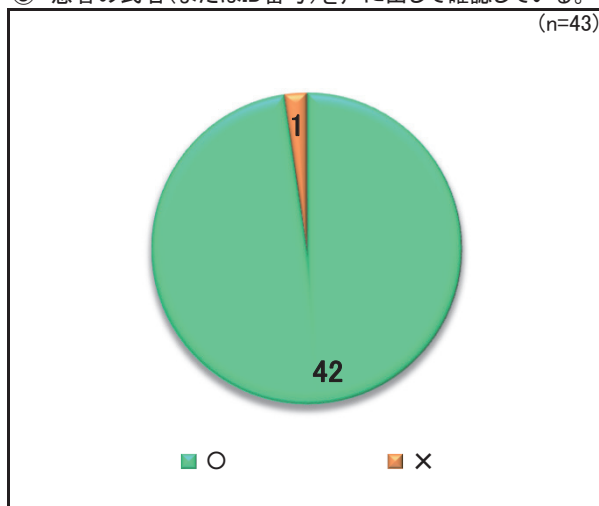


- A …外科医
- B …看護師
- C …麻酔科医
- D …臨床工学技士
- E …患者
- F …その他()

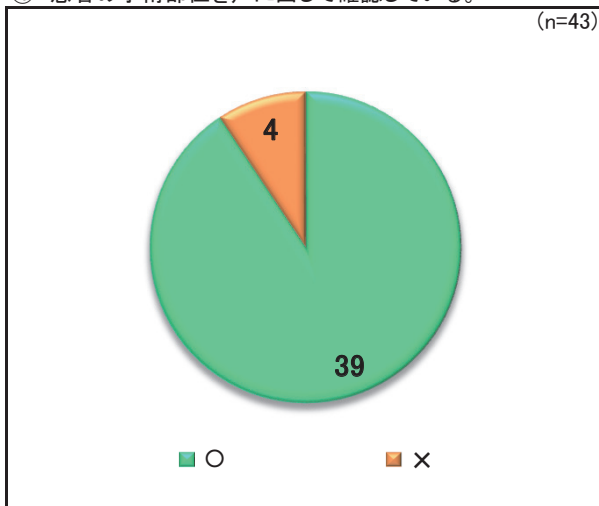
② チェックリストを使用している。



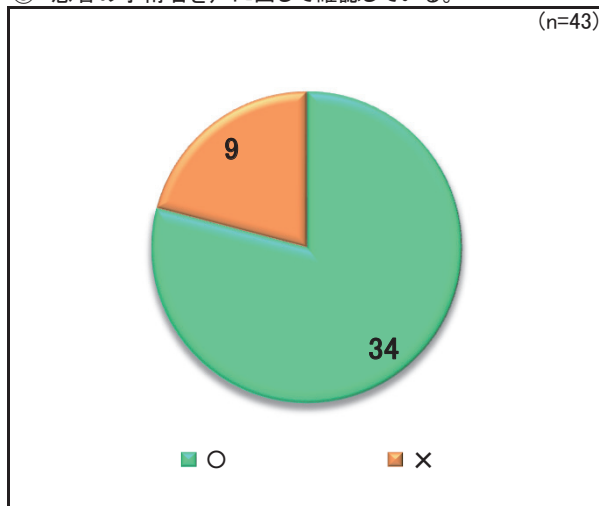
③ 患者の氏名(またはID番号)を声に出して確認している。



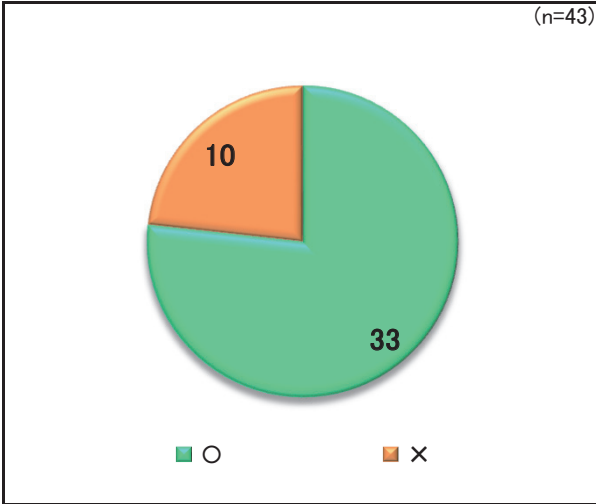
④ 患者の手術部位を声に出して確認している。



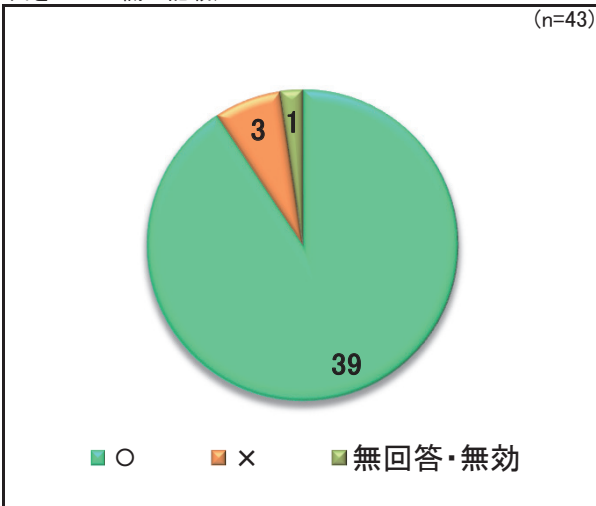
⑤ 患者の手術名を声に出して確認している。



⑥ 患者の同意を得ていることを声に出して確認している。



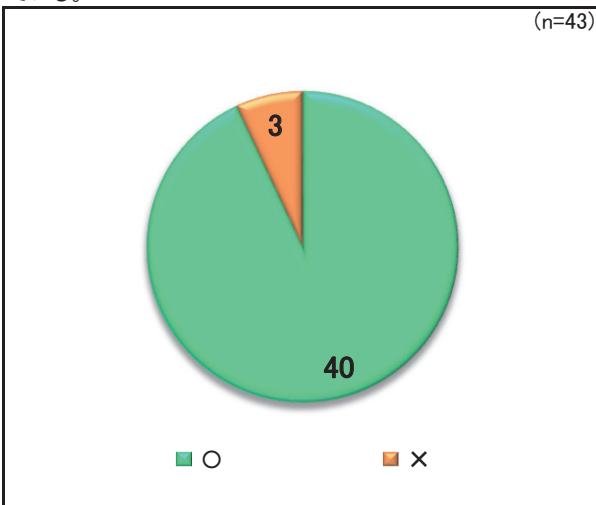
⑦ 手術部位はマーキングを行っている。(×の場合は理由をコメント欄へ記載)



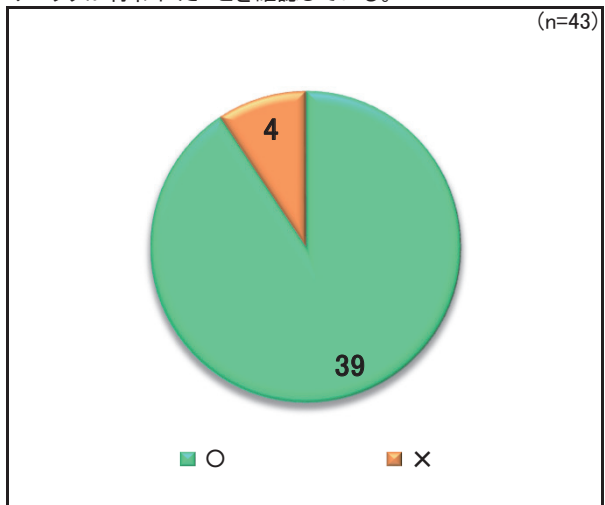
[コメント欄に記載されていた事項]

- ・左右がある臓器は行っている。印の付け方は統一されていない(頭・腹・口腔は行っていない)。
- ・整形、眼科、歯科以外は行っていない。
- ・診療科により異なる。

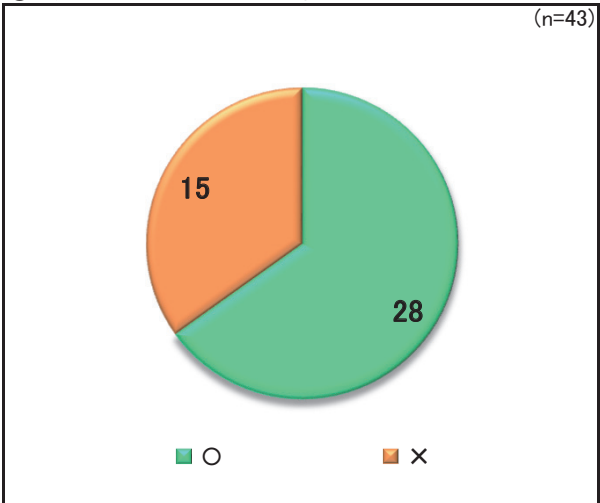
⑧ 気道管理器材についてチェックが行われたことを確認している。



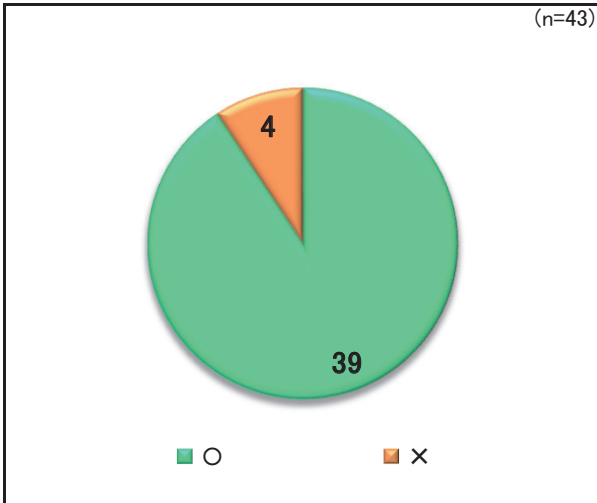
⑨ 呼吸システム(酸素および吸入麻酔薬も含む)についてチェックが行われたことを確認している。



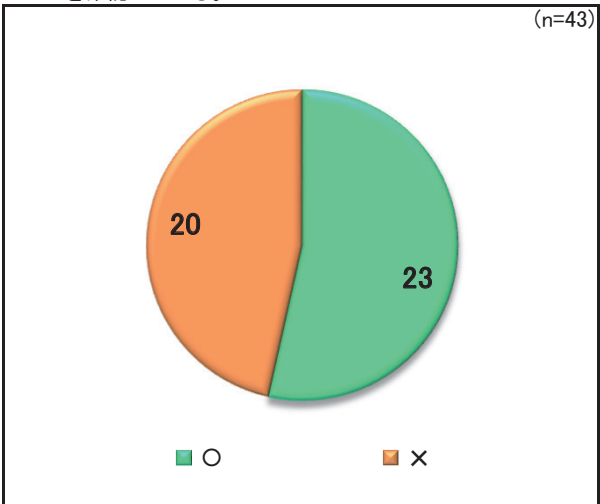
⑨ 吸引についてチェックが行われたことを確認している。



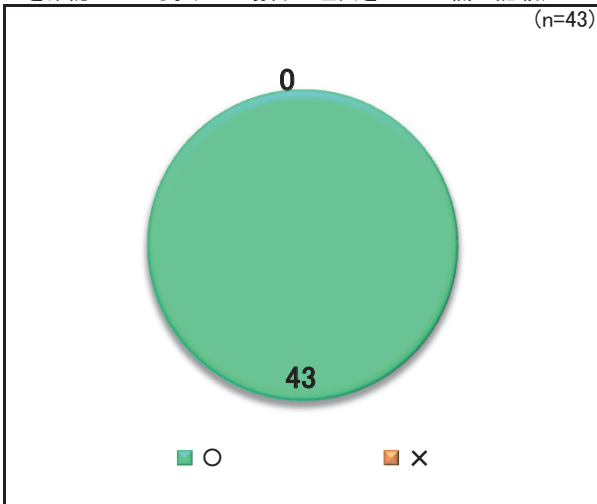
⑩ 使用予定薬剤と器材についてチェックが行われたことを確認している。



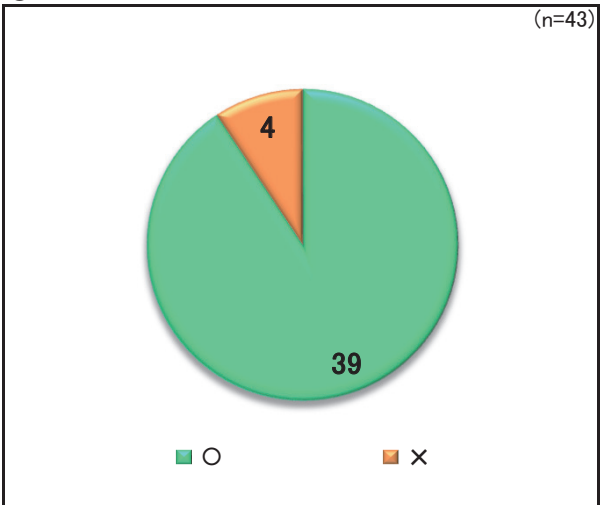
⑪ 緊急時薬剤、器具、応援体制についてチェックが行われたことを確認している。



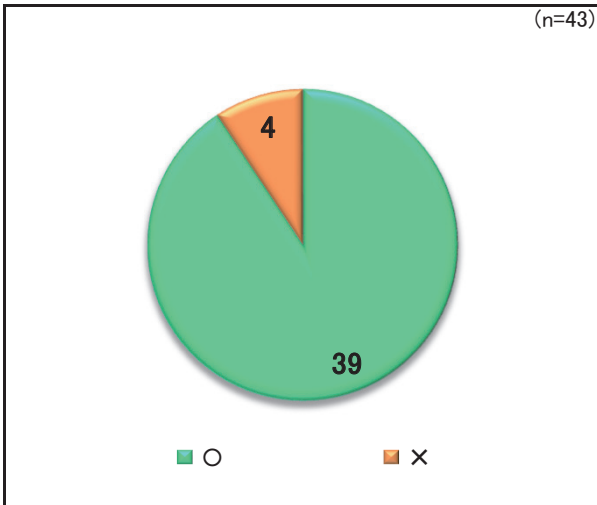
⑫ パルスオキシメーターは患者に装着され、作動していることを確認している。(×の場合は理由をコメント欄に記載)



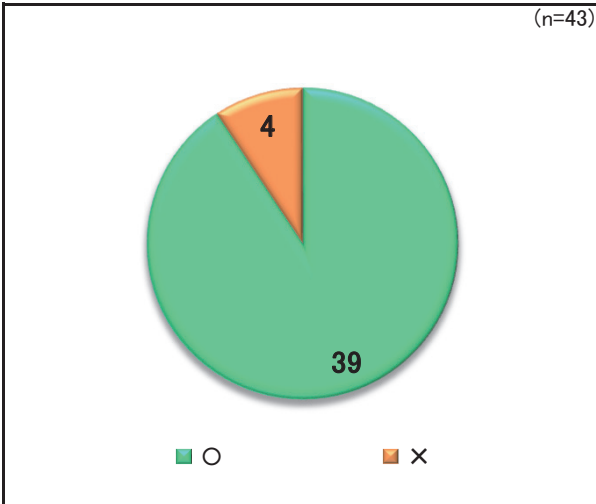
⑬ アレルギーの有無を麻酔科医に確認している。



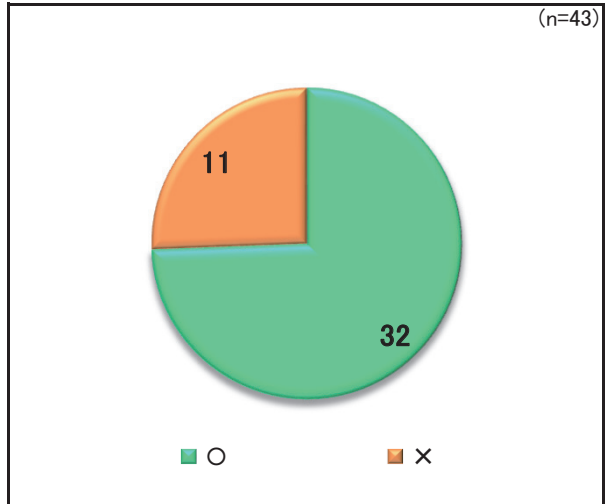
⑭ 気道確保困難のリスク評価を行ったかどうかを声に出して確認している。



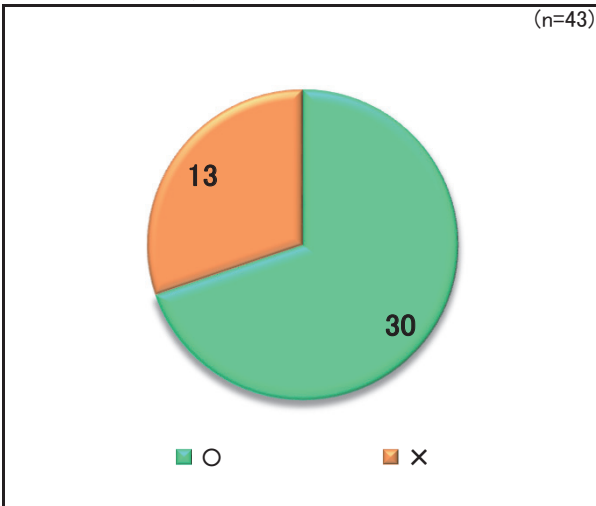
⑮ 気道確保困難のハイリスク症例の場合、気道確保困難に対応できる準備をしているかどうかを声に出して確認している。



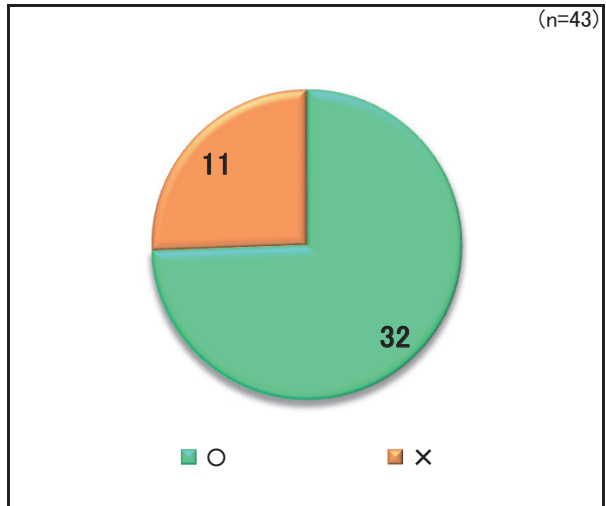
⑯ 症候性の胃食道逆流やフルストマック等、誤嚥のリスク評価を行ったかどうかを声に出して確認している。



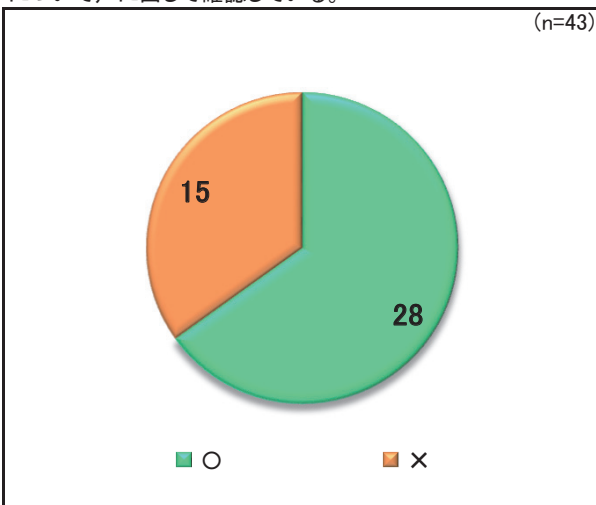
⑰ 誤嚥のハイリスク症例の場合、誤嚥に対応できる準備をしているかどうかを声に出して確認している。



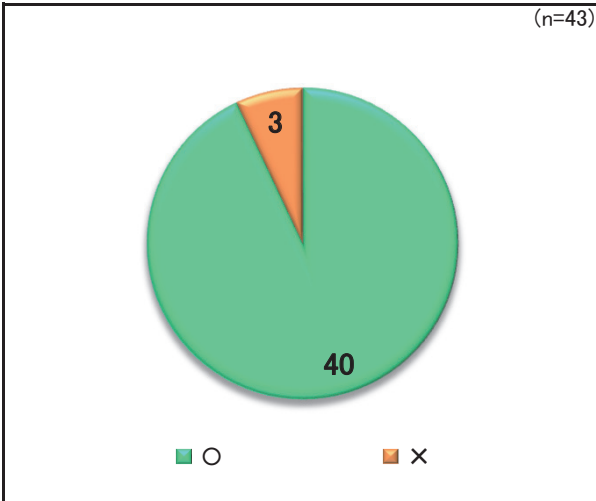
⑱ 500mL(小児では7mL/kg)以上の出血リスクの有無を声に出して確認している。



⑲ 出血のハイリスクの場合、複数の静脈路の確保の有無について声に出して確認している。



⑩ 施設のチェックリストがある場合、チェックリストの項目の確認が全て終了してから麻酔導入している。(チェックリストがない場合は回答不要)



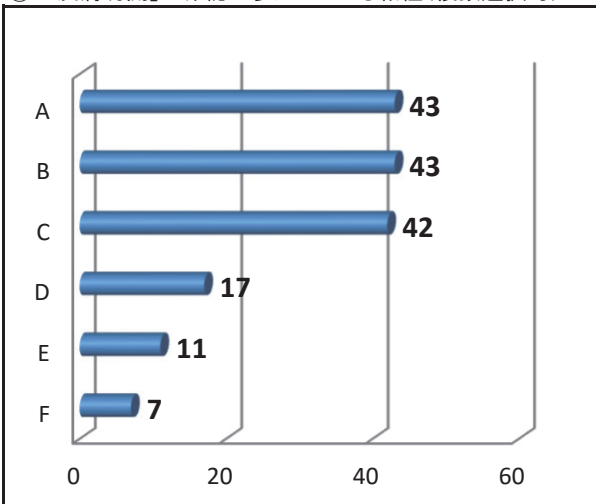
⑪ 施設のチェックリストがない場合、終了確認の方法。(コメント欄に記載)

〔コメント欄に記載されていた事項〕

(なし)

2) 全身麻酔 — ② 皮膚切開前

① 「皮膚切開」の確認に参加している職種(複数選択可)

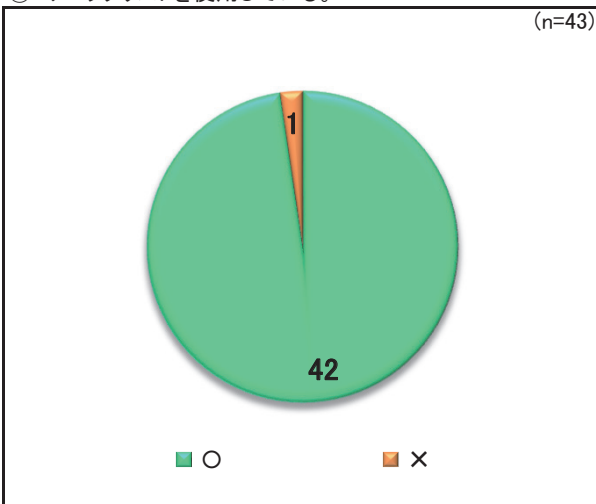


- A …外科医
- B …看護師
- C …麻酔科医
- D …臨床工学技士
- E …患者
- F …その他()

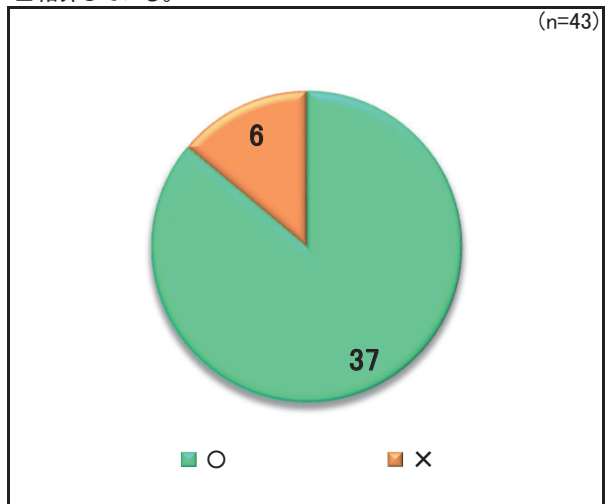
〔コメント欄に記載されていた事項〕

F. その他(内科医)

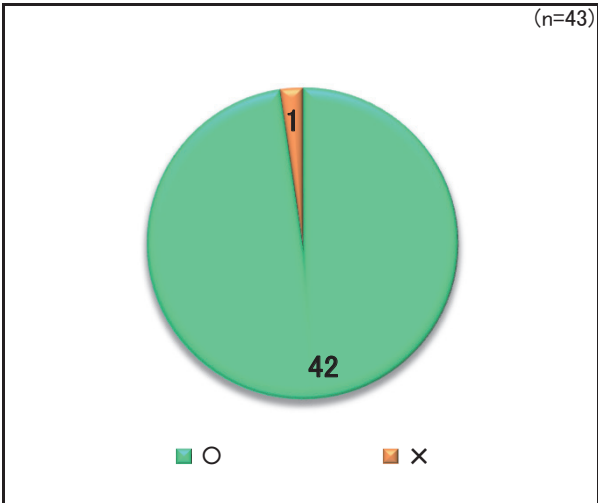
② チェックリストを使用している。



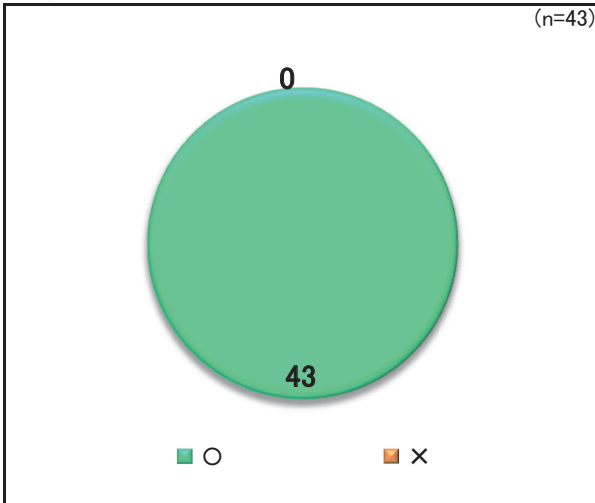
③ 手術チームメンバー全員が氏名と手術における役割を自己紹介している。



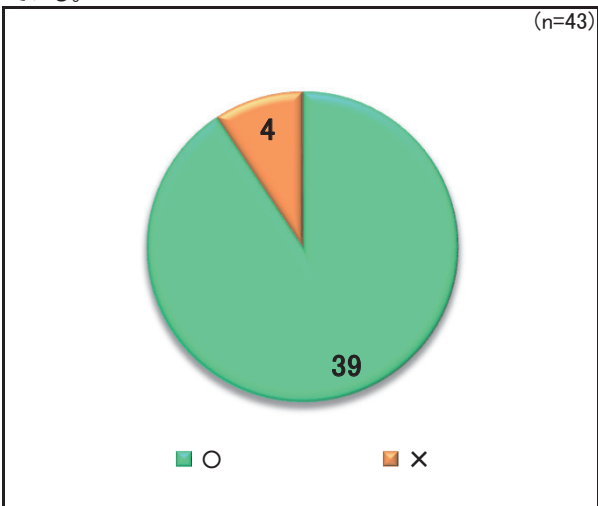
④ 患者の氏名、手術法と皮膚切開の場所(手術部位)を声に出して確認している。



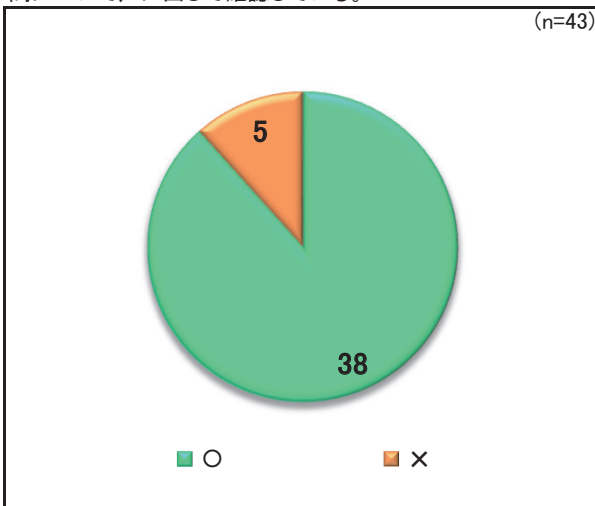
⑤ 抗菌剤の予防投与が皮膚切開の60分以内に行われたことを声に出して確認している。



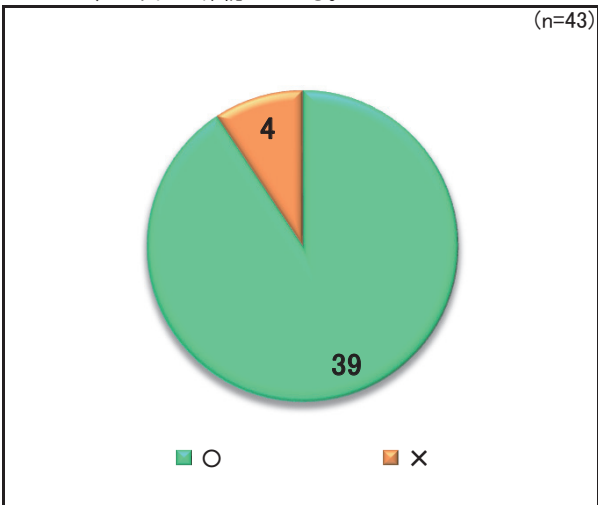
⑥ 術者(または外科医のいずれか)が、出血や損傷、重篤な事態が起こり得る手術中の段階について声に出して確認している。



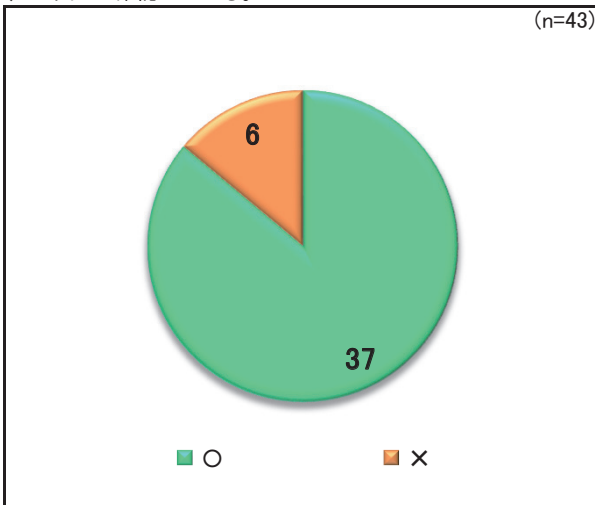
⑦ 術者(または外科医のいずれか)が、予想される手術時間について声に出して確認している。



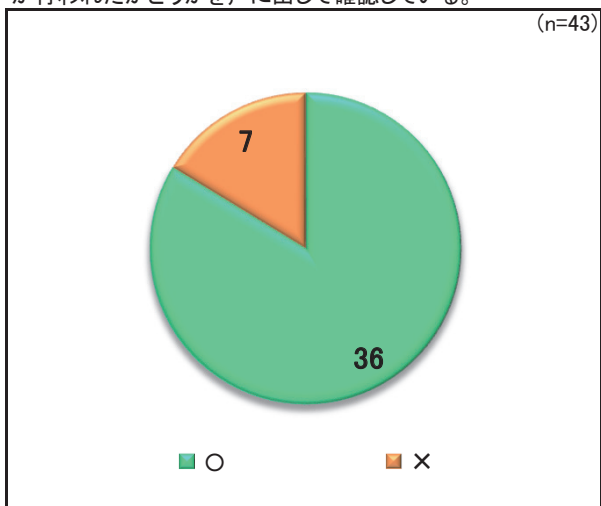
⑧ 術者(または外科医のいずれか)が、予想される出血量について声に出して確認している。



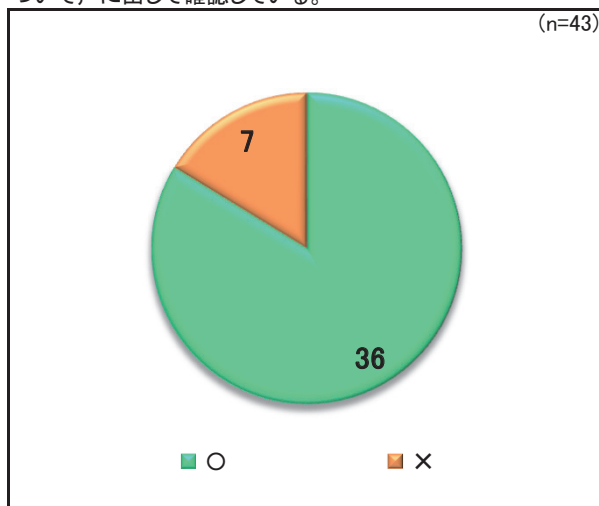
⑨ 麻酔科医が、出血、血行動態の変動、患者固有の合併症等の問題点、及びそれに対応する計画があるかどうかを声に出して確認している。



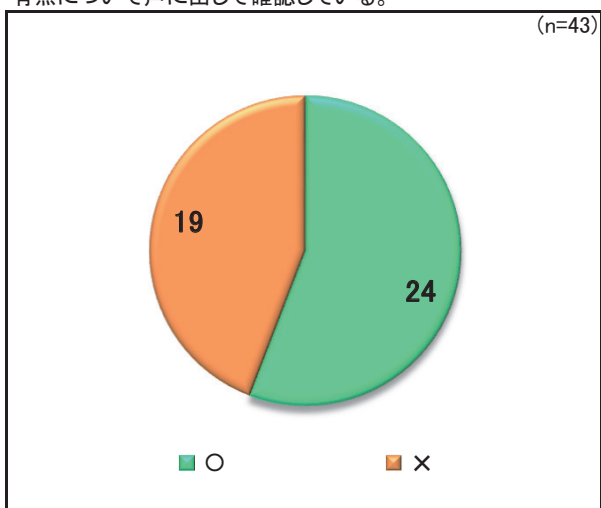
⑩ 看護師は、手術器械・材料が滅菌済みであることの確認が行われたかどうかを声に出して確認している。



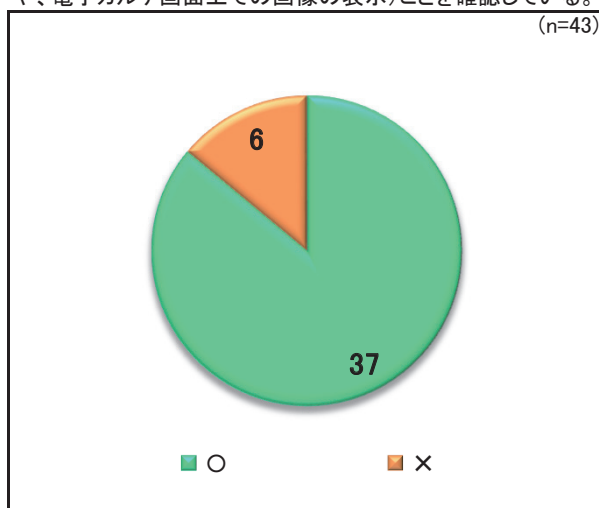
⑪ 看護師は、手術器械・材料に関する懸念事項の有無について声に出して確認している。



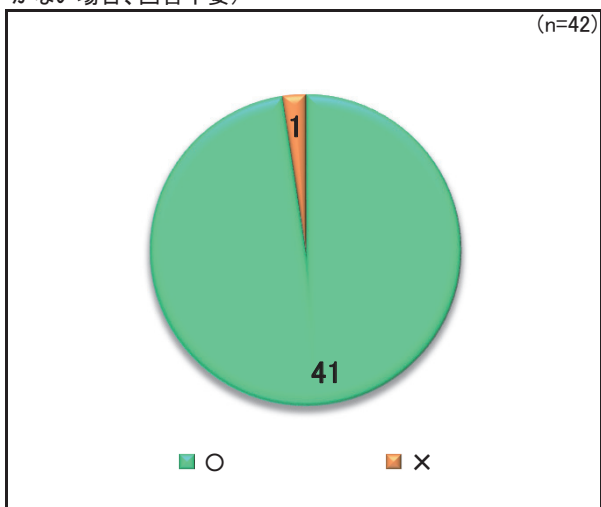
⑫ 臨床工学技士は、手術器械・材料に関する懸念事項の有無について声に出して確認している。



⑬ 手術に必要な画像が示されている(X線フィルムの掲示や、電子カルテ画面上での画像の表示)ことを確認している。



⑭ 施設のチェックリストがある場合、チェックリストの項目の確認が全て終了してから手術を開始している。(チェックリストがない場合、回答不要)

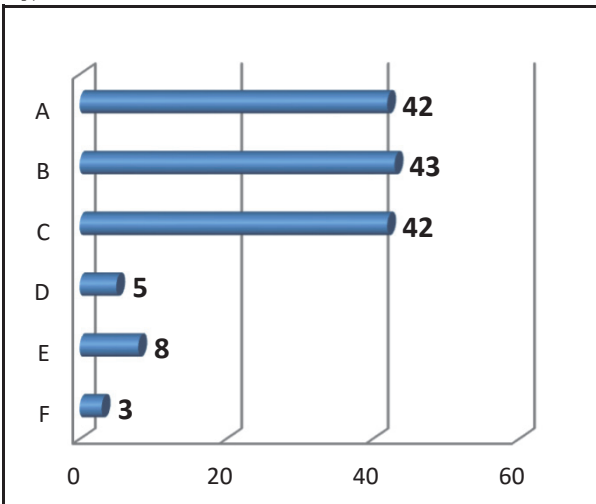


⑮ 施設のチェックリストがない場合、確認終了の方法。(コメント欄に記載)
[コメント欄に記載されていた事項]

- ・各職種が宣言後、執刀医が確認終了を宣言する。

3) 全身麻酔 — ③ 手術室退室前

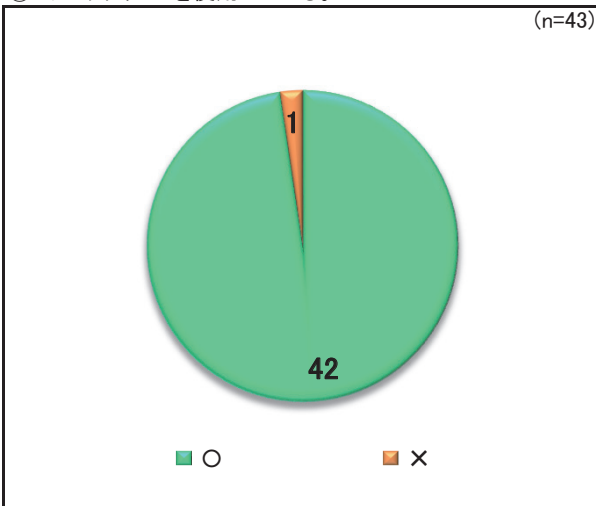
① 「手術室退室前」の確認に参加している職種(複数選択可)



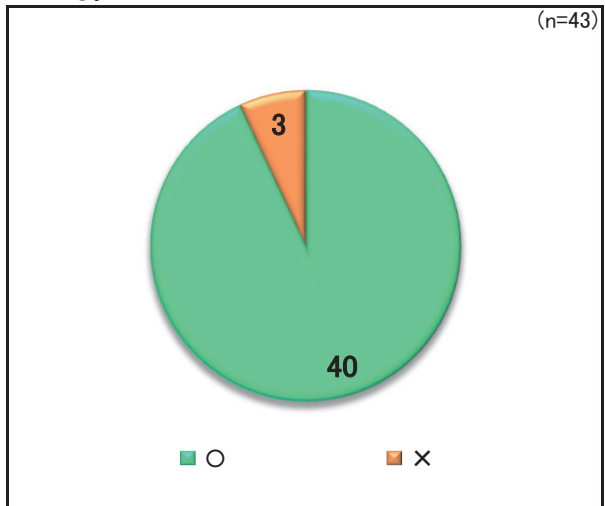
- A …外科医
- B …看護師
- C …麻酔科医
- D …臨床工学技士
- E …患者
- F …その他()

[コメント欄に記載されていた事項]
・その他 (内科医)

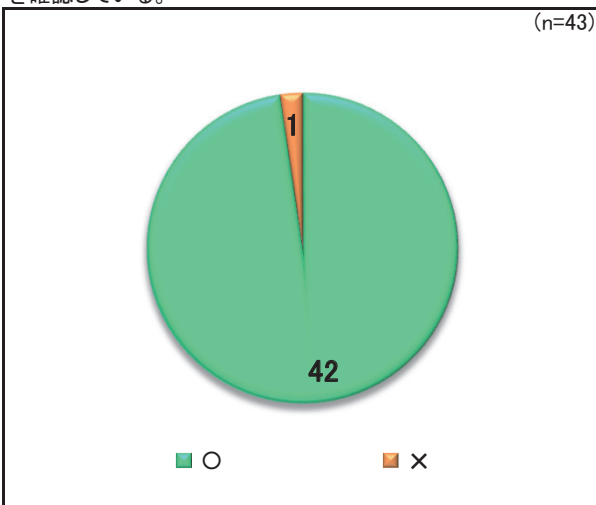
② チェックリストを使用している。



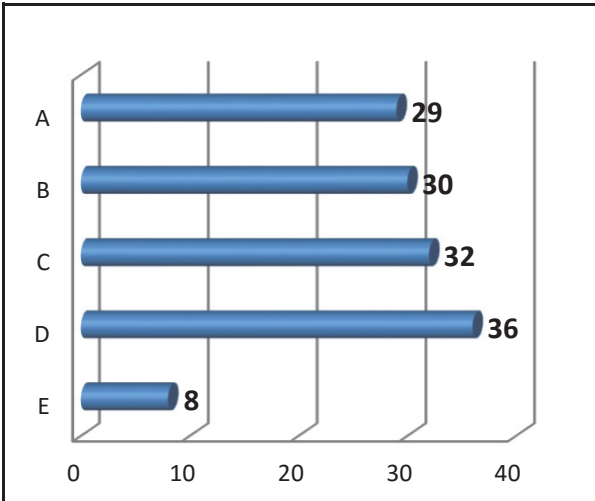
③ 看護師は、外科医に対して、行われた術式を口頭で確認している。



④ 看護師は、手術器械、ガーゼ、針カウントが一致したことを確認している。



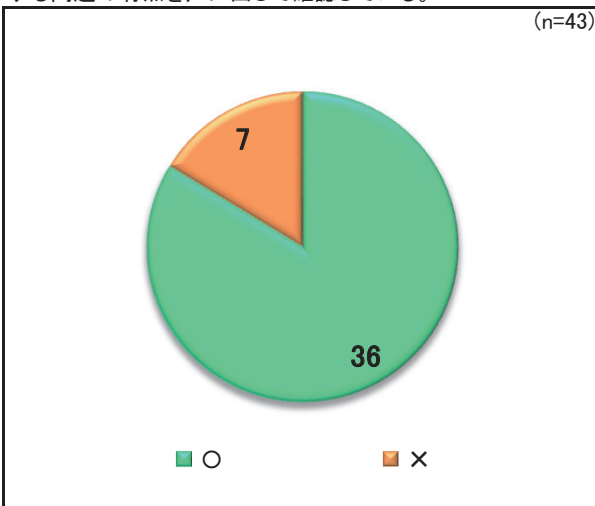
⑤ 手術室外に持ち出す標本について、標本容器に記載されている患者氏名や標本の種類(臓器・部位・個数等)を読み上げて確認している。(複数選択可)



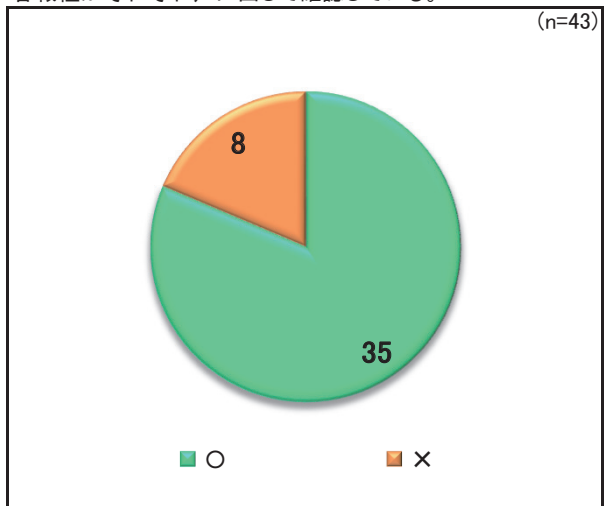
- A …患者氏名
- B …標本の種類(臓器)
- C …標本の種類(部位)
- D …標本の種類(個数)
- E …その他()

[その他に記載されていた事項]
・保存液名

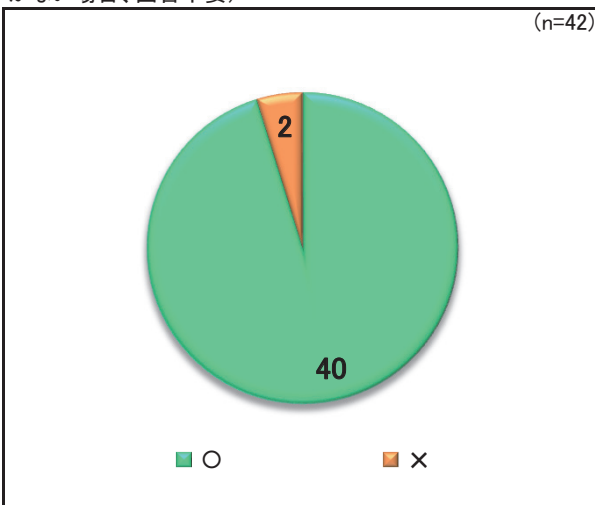
⑥ 当該手術で発生(もしくは発覚)した手術器械・材料に関する問題の有無を声に出して確認している。



⑦ 術後の回復や管理における主たる懸念事項について、各職種がそれぞれ声に出して確認している。



⑧ 施設のチェックリストがある場合、チェックリストの項目の確認が全て終了してから手術を開始している。(チェックリストがない場合、回答不要)



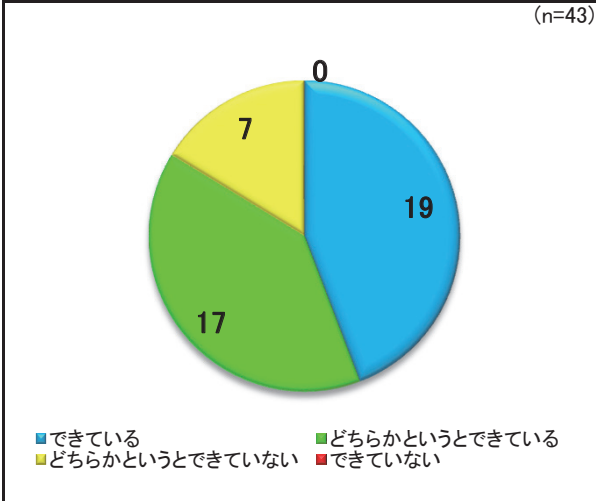
⑨ 施設のチェックリストがない場合、確認終了の方法。(コメント欄に記載)

[コメント欄に記載されていた事項]

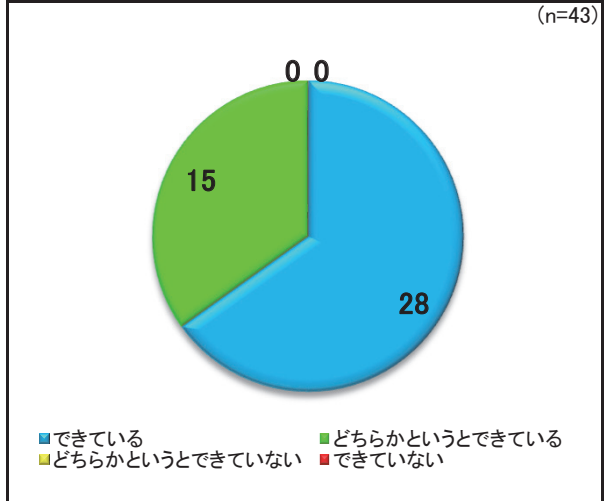
(なし)

4) 手術

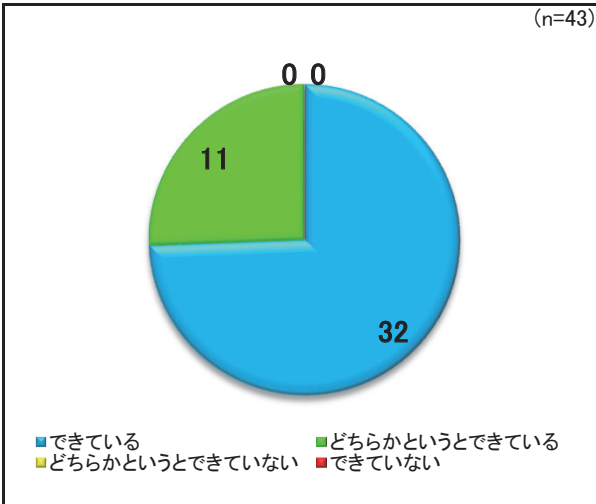
① 針を返却する時は必ず器械だし看護師に声をかけている。



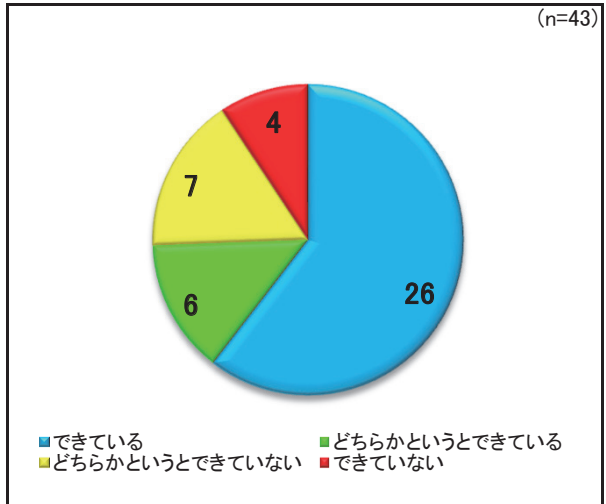
② 針は必ず持針器または鉗子につけて返却している。



③ 点滴ルート、カテーテル、ドレーンルートの誤脱や接続はずれがないことを確認している。

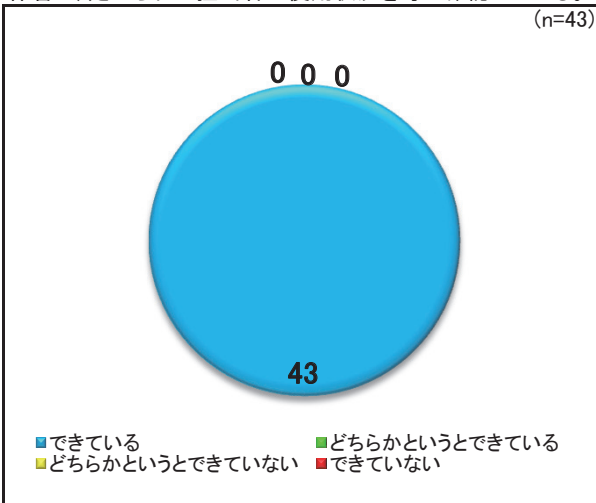


④ 手術室への移送は麻酔医又は主治医と共に行っている。

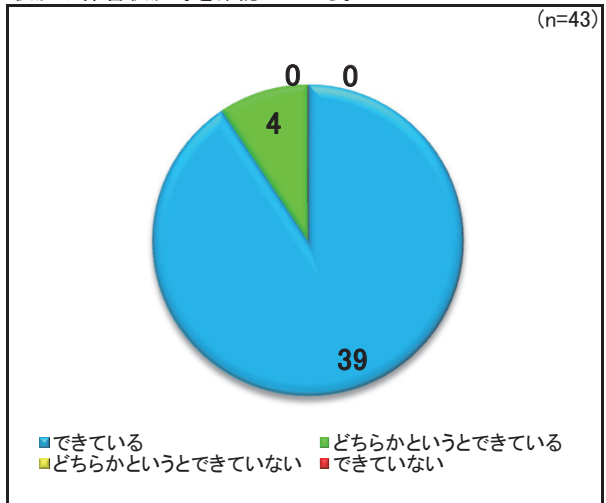


5) 薬品管理

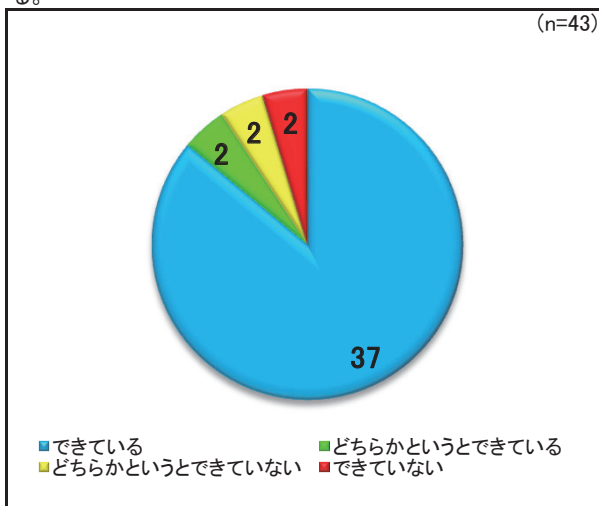
① 手術に使用する麻薬、毒薬、向精神薬については、施設保管し、定められた担当者が使用状況を毎日確認している。



② 手術部に保管されている薬剤は、薬剤師が、毎日、在庫状況や保管状況等を確認している。

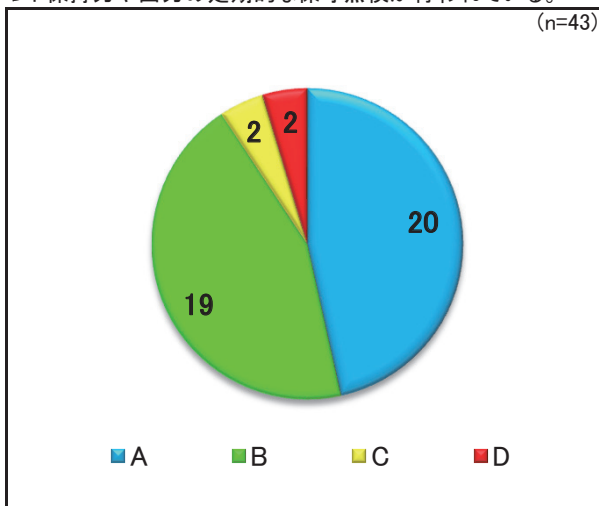


③ 血漿分画製剤使用時に「血液製剤管理簿」へ記録している。



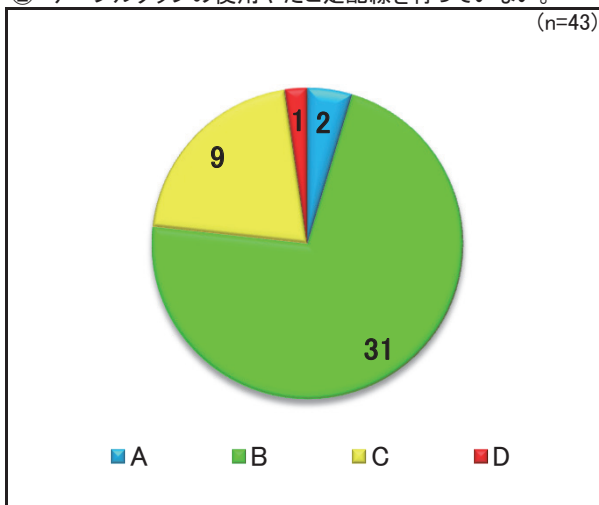
6) 医用ガス・電気・空調の管理

① 配電盤やアイソレーションモニタ等の日常点検や、コンセント保持力や出力の定期的な保守点検が行われている。



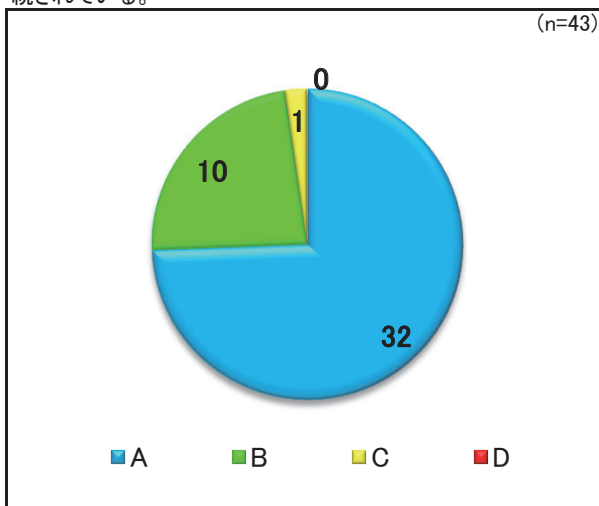
- A …電気設備の日常点検が行われ、定期的な保守点検が行われ記録がある
- B …定期的な保守点検は行っているが、日常点検は不定期である
- C …日常点検や保守点検は行っているが不定期である
- D …日常点検も保守点検も行われていない

② テーブルタップの使用やたこ足配線を行っていない。



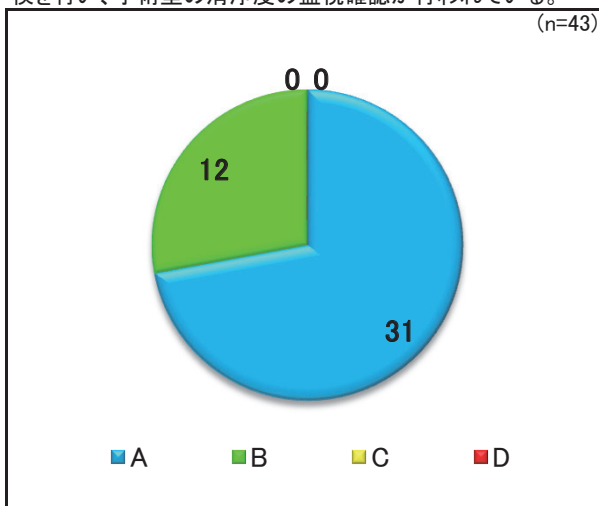
- A …医用コンセントの数を十分に確保ができており、テーブルタップの使用やたこ足配線を行っていない
- B…テーブルタップの使用は最小限にし、たこ足配線は行われていない
- C …テーブルタップの使用やたこ足配線を行っているが、テーブルタップの容量や各医療機器の消費電力が明確にされている
- D …十分なコンセントが確保できないため、テーブルタップの使用やたこ足配線を行っている

③ 医療機器の重要度により適切に医用電源コンセントへ接続されている。



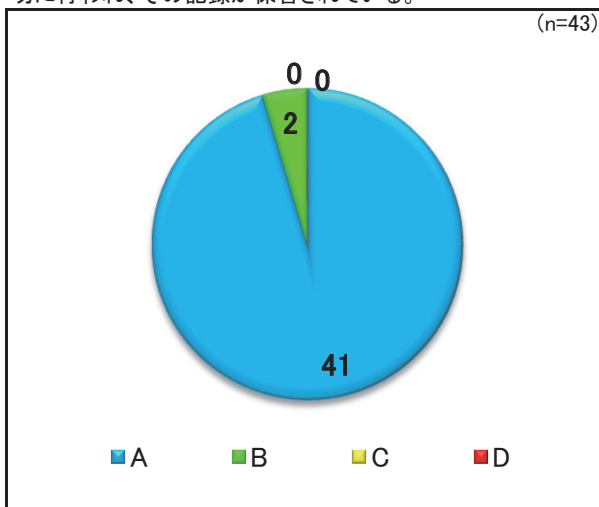
- A …適切に医用電源コンセントに接続され、接続状況を監視している
- B …ほぼ適切に医用電源コンセントに接続され、接続状況を監視している
- C …接続方法は周知されているが、接続方法が守られていない
- D …不適切に医用電源コンセントに接続され、接続状況の監視もされていない

④ 空調設備について正常状態を維持するため定期的な点検を行い、手術室の清浄度の監視確認が行われている。



- A …空調設備の定期的な点検が行われ、日常的に手術室の清浄度の監視が行なわれている
- B …空調設備の定期的な点検が行われているが、日常的な手術室の清浄度の監視が行なわれていない
- C …不定期だが空調設備の点検が行なわれ、日常的な手術室の清浄度の監視が行なわれていない
- D …空調設備の点検がほとんど行われず、手術室の清浄度の監視も行なわれていない

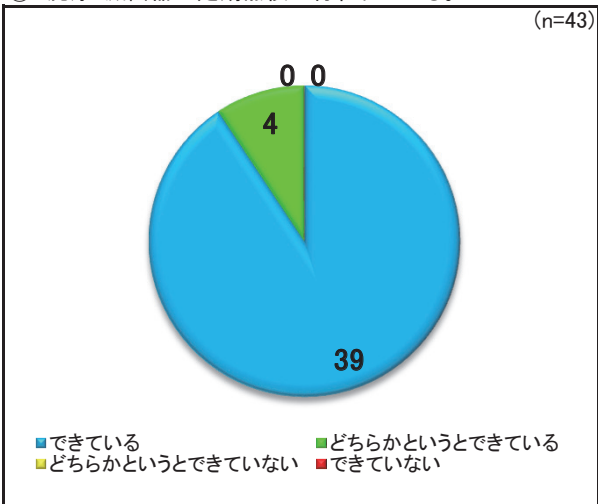
⑤ 医用ガス・電気・空調等の設備関連のメンテナンスが適切に行われ、その記録が保管されている。



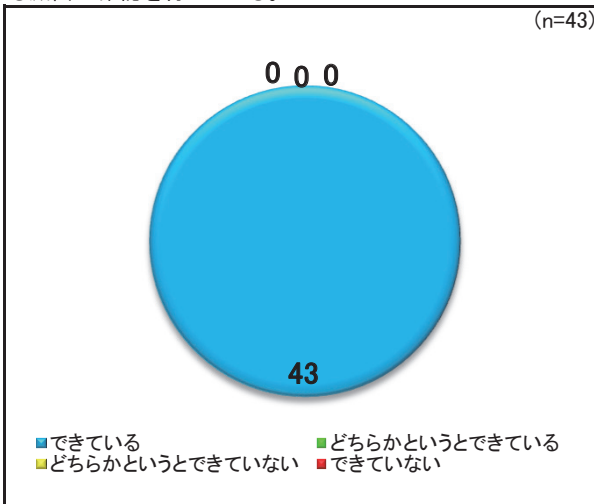
- A …定期的なメンテナンスが適切に行われ、その記録が保管されている
- B …不定期にメンテナンスが適切に行われ、その記録が保管されている
- C …メンテナンスが行われているが、その記録は保管されていない
- D …メンテナンスが行われていない

7) 洗浄、滅菌

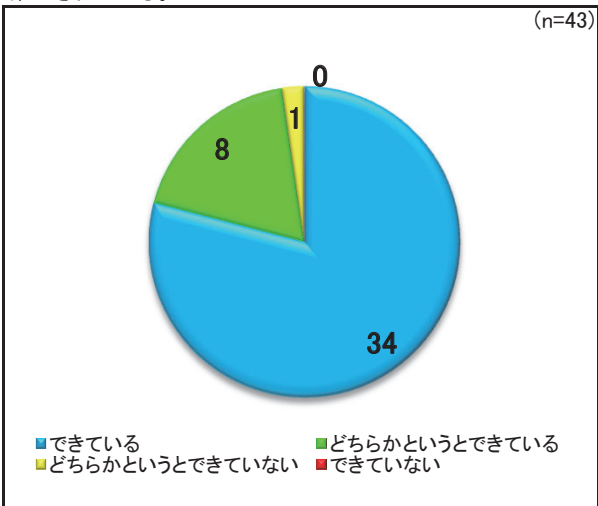
① 洗浄・滅菌器の定期点検は行われている。



② 少なくとも週1回の定期的な生物学的インジケーターによる滅菌の確認を行っている。

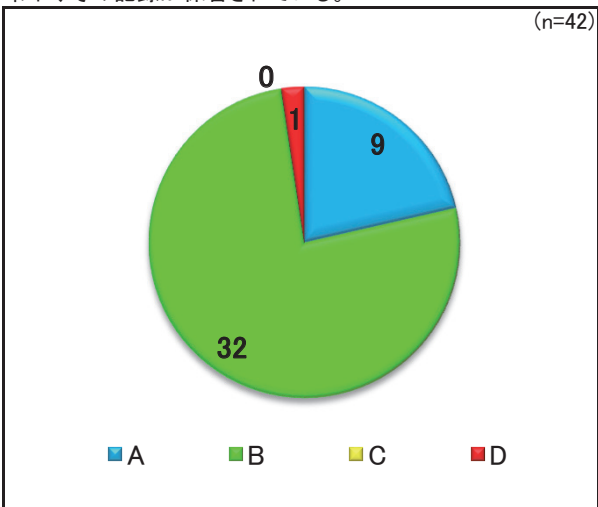


③ 滅菌不良が手術室で発見された場合にリコール方法が確立されている。



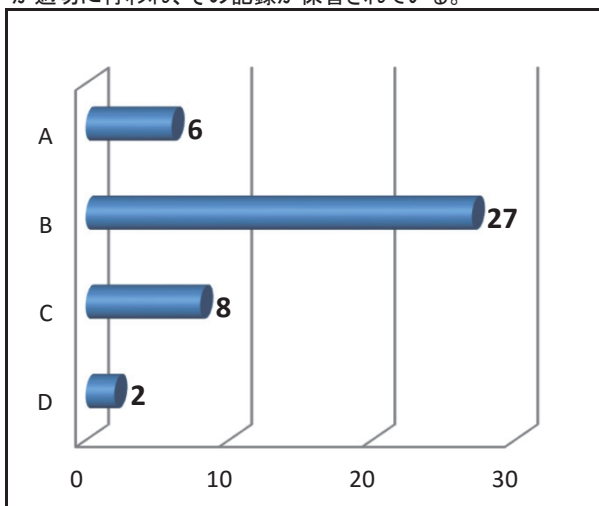
8) ME機器の取扱い

① 手術・治療機器や手術支援機器の定期点検が適切に行われ、その記録が保管されている。



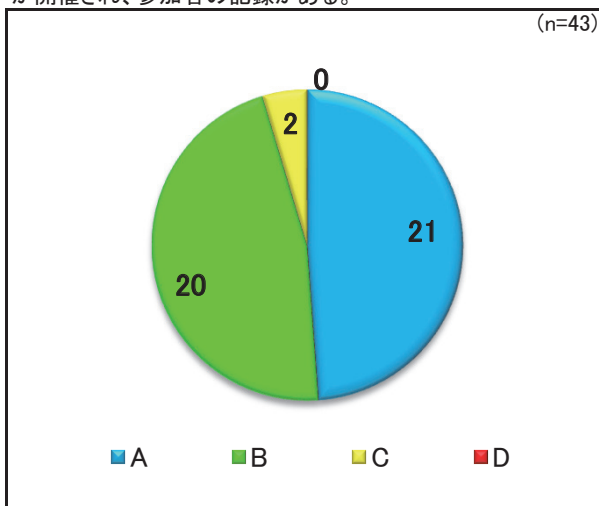
- A … 全ての手術・治療機器や手術支援機器の定期点検が適切に行われ、その記録が保管されている
- B … 全てではない手術・治療機器や手術支援機器で定期点検が行われ、その記録が保管されている
- C … 手術・治療機器や手術支援機器の定期点検は行われているが、その記録が保管されていない
- D … 定期点検は行われていない

② 手術・治療機器や手術支援機器の始業点検と終業点検が適切に行われ、その記録が保管されている。



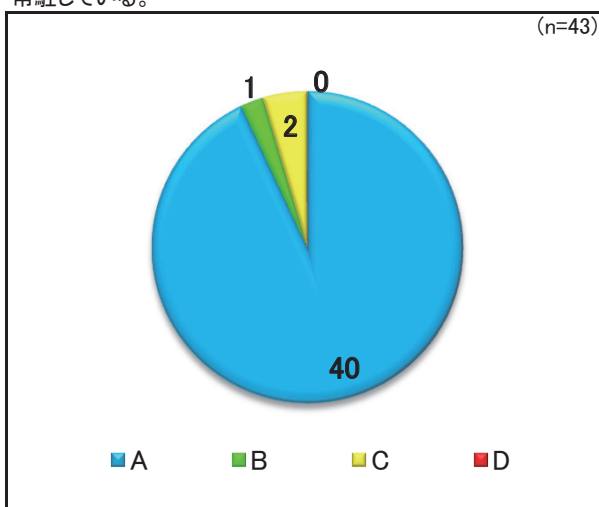
- A … 全ての手術・治療機器や手術支援機器の始業点検と終業点検が適切に行われ、その記録が保管されている
- B … 全てではない手術・治療機器や手術支援機器の始業点検もしくは終業点検が適切に行われ、その記録が保管されている
- C … 手術・治療機器や手術支援機器の始業点検もしくは終業点検は行われているが、その記録がない
- D … 始業点検もしくは終業点検は行っておらず、準備だけをしている

③ 新規購入機器の購入時、スタッフのため安全使用講習会が開催され、参加者の記録がある。



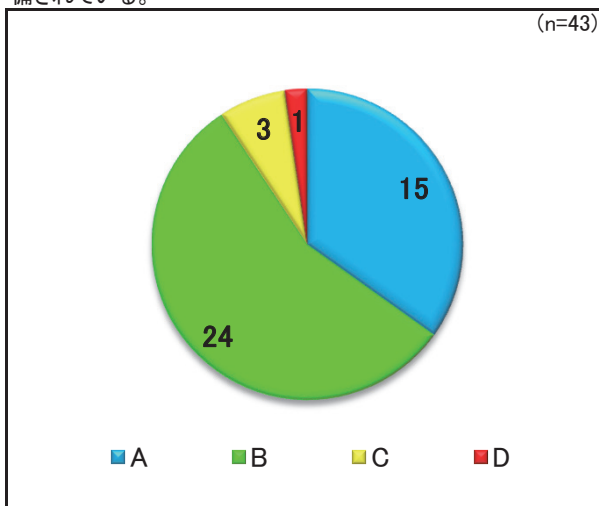
- A … 全ての機器について、使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれ、参加者の記録がある
- B … 全てではない機器について、使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれ、参加者の記録がある
- C … 使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれているが、参加者の記録はない
- D … 使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれていない

④ 医療機器の安全管理のため、手術部に臨床工学技士が常駐している。



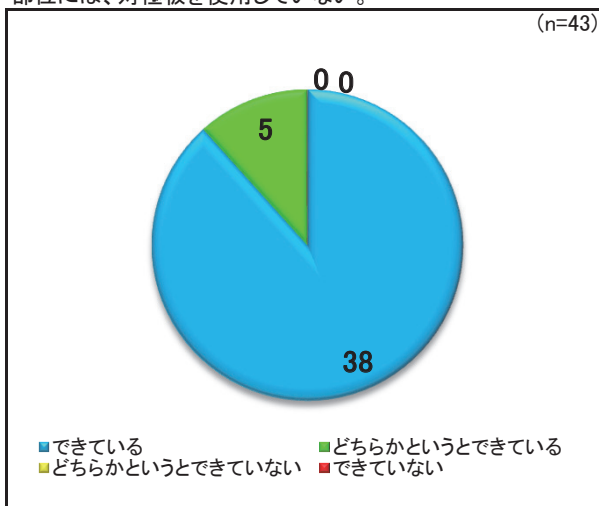
- A … 臨床工学技士が常駐している
- B … 臨床工学技士は常駐しているが、人工心肺業務と兼任している
- C … 臨床工学技士が定期的に手術部へ派遣されている
- D … 臨床工学技士は手術部からのオンコールのみに対応している

⑤ 各医療機器の取扱説明書や、マニュアル書の添付が整備されている。

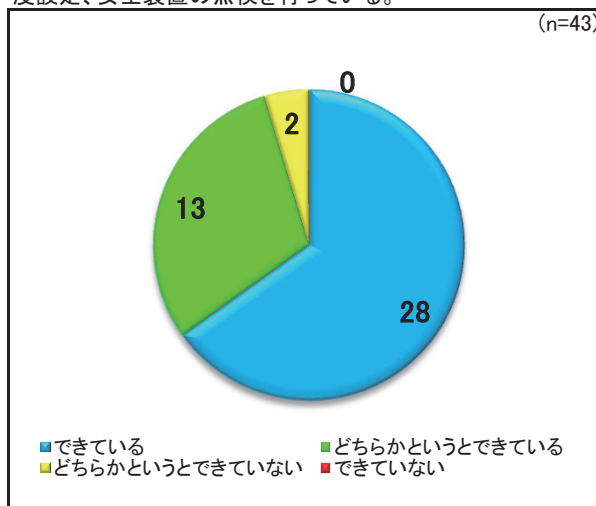


- A …全ての医療機器の取扱説明書やマニュアル書の添付が整備されスタッフが活用している
- B …全てではないが医療機器の取扱説明書やマニュアル書の添付が整備され、スタッフ全員が活用している
- C …医療機器の取扱説明書やマニュアル書の添付は整備されているが、活用されていない
- D …医療機器の取扱説明書や、マニュアル書の添付が整備されていない

⑥ 液体が貯留しやすい部位や圧迫等により血流が悪くなる部位には、対極板を使用していない。

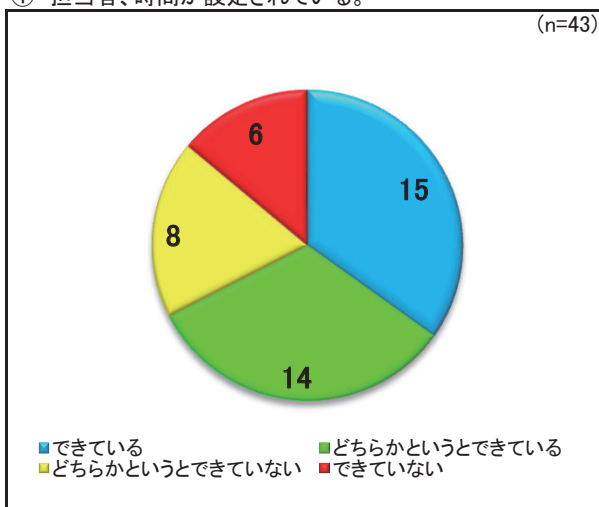


⑦ 体温維持装置による熱傷や凍傷の防止対策、安全な温度設定、安全装置の点検を行っている。

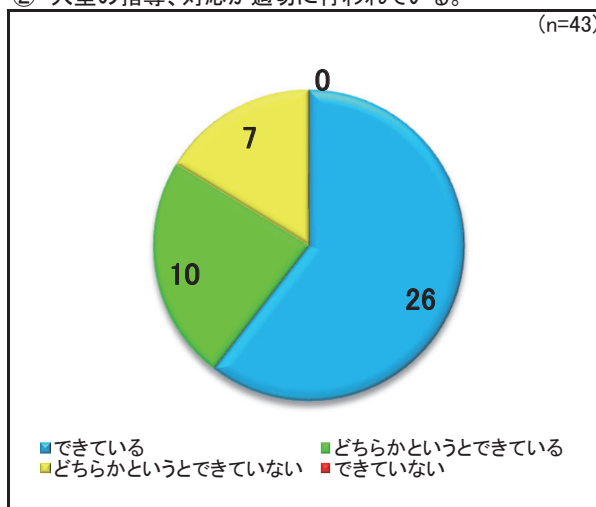


9) 納入業者、外注業者への対応、指導体制

① 担当者、時間が設定されている。



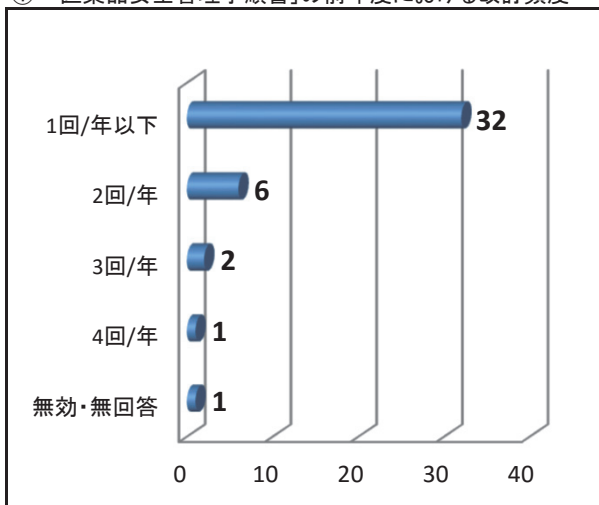
② 入室の指導、対応が適切に行われている。



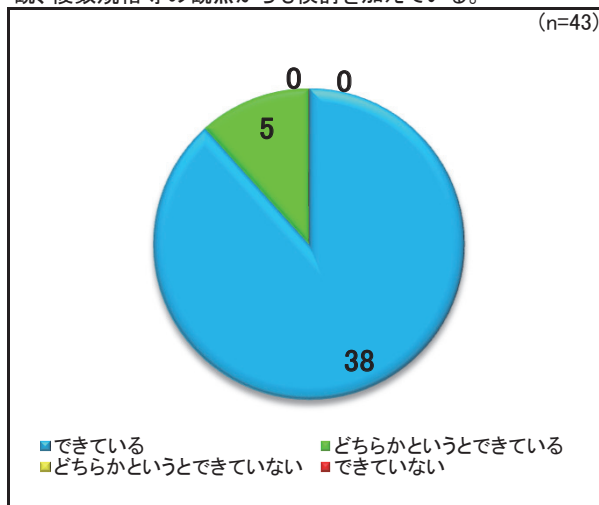
2 薬剤部

1) 医薬品に関する安全管理体制

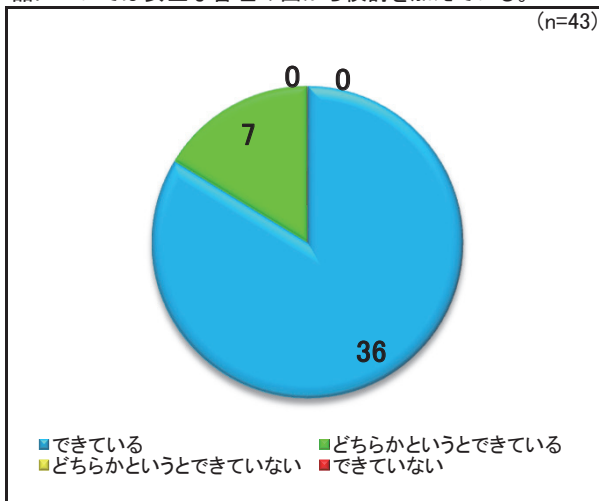
① 「医薬品安全管理手順書」の前年度における改訂頻度



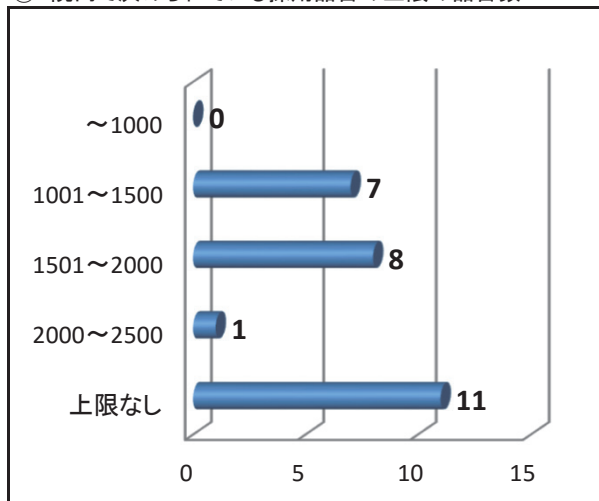
② 採用医薬品を委員会で検討する際に、薬剤の名称、外觀、複数規格等の観点からも検討を加えている。



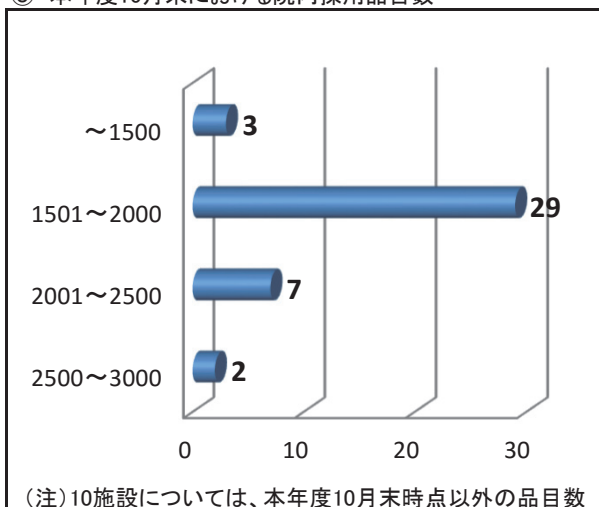
③ 採用医薬品を委員会で検討する際に、ジェネリック医薬品については安全な管理の面から検討を加えている。



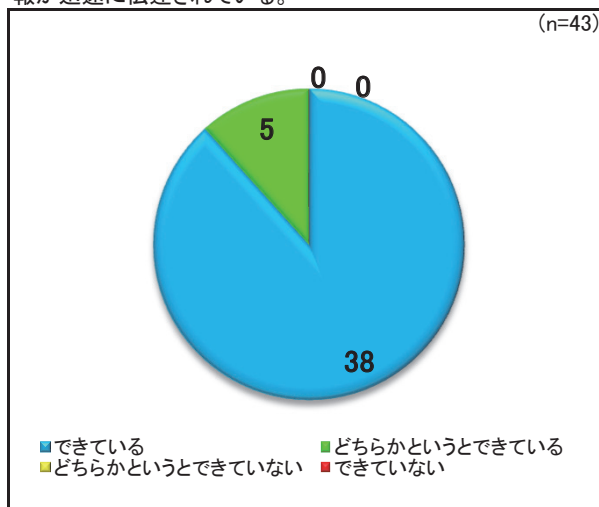
④ 院内で決められている採用品目の上限の品目数



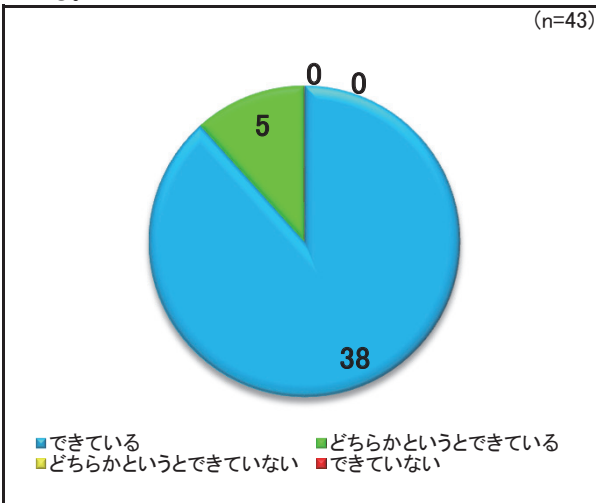
⑤ 本年度10月末における院内採用品目数



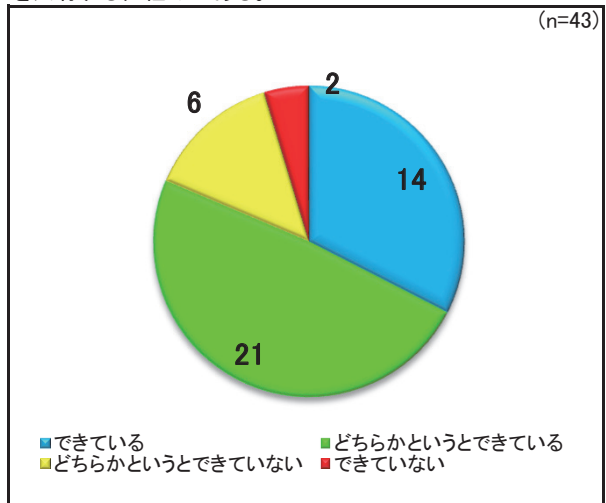
⑥ 医療安全の観点から医薬品の採用、変更、中止等の情報が迅速に伝達されている。



⑦ 投薬プロセス(処方、処方監査、調剤、薬剤交付、搬送、配薬、与薬)に関するルールが明文化され、適切に運用されている。

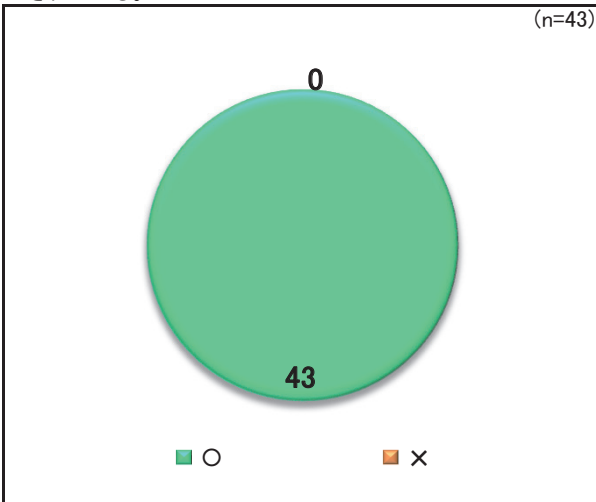


⑧ 外来患者や退院患者のお薬手帳への記載、退院患者指導記録簿作成など、他の医療機関(薬局含む)と患者の情報を共有する仕組みがある。

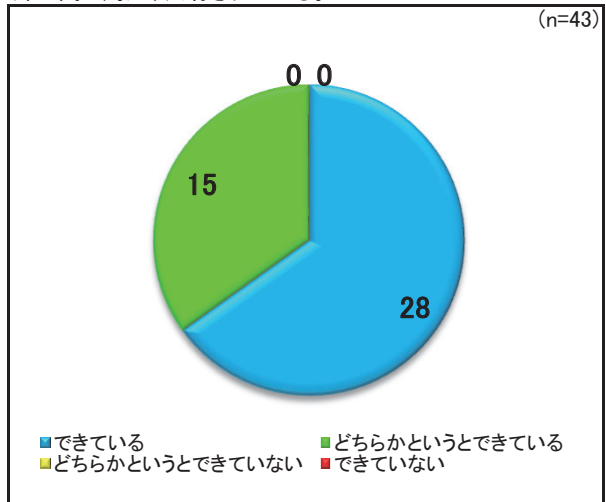


2) ハイリスク医薬品の管理

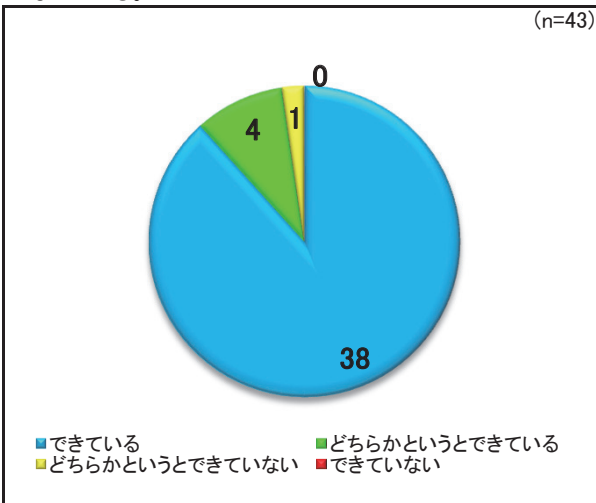
① ハイリスク医薬品(処方や使用の方法を誤った場合に患者に重大な傷害をきたす危険性が高い医薬品)がリストアップされている。



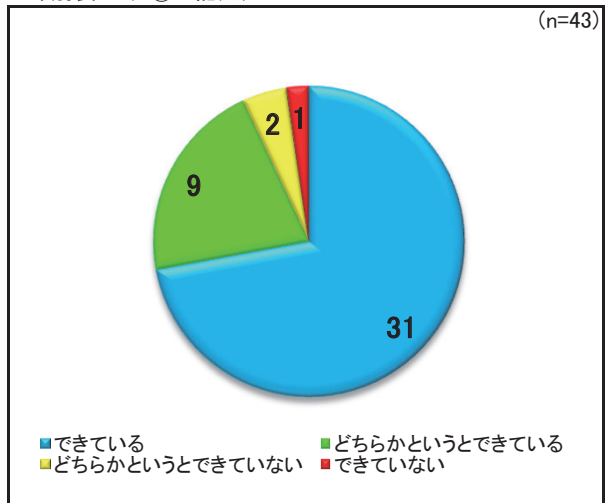
② ハイリスク医薬品は医師(研修医を含む)、看護師、薬剤師の間で周知、共有されている。



③ ハイリスク医薬品リストが必要時に容易に参照できるようになっている。



④ ハイリスク医薬品のうち、一般病棟における在庫を制限あるいは禁止する医薬品(高濃度カリウム注)が定められている。(A.できている、B.どちらかというとできている の場合は、別表2-2)-④に記入)



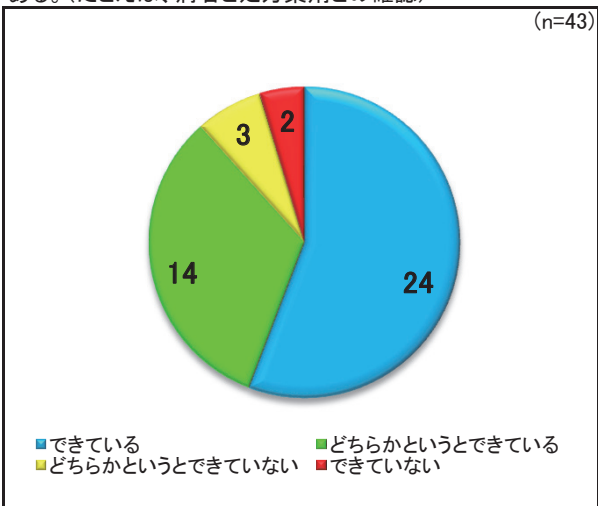
大学番号	大学1	大学11	大学31	大学26	大学12	大学41	大学2	大学39	大学4	大学20	大学30	大学8	大学18	大学22	大学29	大学5	大学10	大学13	大学16
品目数	130品目	122品目	94品目	64品目	未記入	396品目	10品目	未記入	6品目	未記入	未記入	未記入	4品目	4品目	未記入	未記入	2+α品目	3品目	未記入
1	K.C.L.点滴液 15%(15W/V%, 2モル液)	KCL注 20mEqキット「テルモ」	スキサトニウム注100「AS」	アービタックス注射液 100mg	抗悪性腫瘍剤	抗がん剤(処方薬・注射薬含む)121品目	ニトロ持続静注液 30mg 10ml	抗がん剤(107品目)	高濃度カリウム注(集中治療部、CCU、高度救命救急センター、手術部を除く)	アスパラギン酸カリウム注10mEqキット「テルモ」	全ての抗悪性腫瘍剤	KCL注 20mEqキット	K.C.L.点滴液 15%	KCL注	高濃度カリウム注	インスリン製剤	アスパラカリウム注 10mEq	アスパラギン酸カリウム注 10mEq(10mL/キット)	KCL補正液キット 20mEq 50mL
2	アービタックス注射液 100mg	イソレット 30R注	エストラックス静注 50mg/5.0mL	アイソリン点滴静注用 100mg	糖尿病薬(オイグルコン、グリミクロン、マリール、スターン、メルピン、アクトス、グルコバイ、ペイスンODなど)	免疫抑制剤(//)61品目	K.C.L.点滴液 3g 20ml	エストラックス注 50mg	高濃度アスパラギン酸カリウム注	KCL注 20mEqキット「テルモ」	ホトックス	K.C.L.点滴液 15%	アスパラカリウム注 10mEq	ベクローウム	抗がん剤	抗癌剤	KCL注 10mEqキット「テルモ」	KCL注キット 20mEq(20mL/キット)	麻薬
3	アクブラ静注用 100mg	インスリン グラキリン BS注ミリオヘン「リリー」	KCL補正液 1mEq/mL	アクブラ静注用 10mg、50mg	ジキタリス製剤	抗不整脈剤(//)35品目	アスパラギン酸カリウム注 10mEq 10mlキット	スキサトニウム注 100mg	麻酔用筋弛緩薬	大塚食塩注 10%	筋弛緩薬	筋弛緩薬(エストラックス、ベクローウム)	1%ディプリハン「キット」	エストラックス注	麻薬	高濃度カリウム注	全ての抗がん剤	10%塩化ナトリウム注 (20mL/A)	筋弛緩薬
4	アクブラ静注用 10mg	トルリシテイ皮下注 0.75mgアテオス	アスパラカリウム注 10mEq	アクラシン注射液 20mg	ワーファリン	抗てんかん剤(//)35品目	塩化Ca補正液 20mEq 20mL	マスキュレート注 10mg	高濃度塩化ナトリウム注	エストラックス静注 50mg/5.0mL	高濃度カリウム製剤	向精神病薬	フレセテックス静注液 200mg	スキサトニウム	毒薬				
5	アクラシン注射液 20mg	トレンバ注 フレックスタッチ	アルチハ静注用 2mg	アドリアン注用 10、50		血液凝固阻止剤(処方薬)20品目	10%塩化ナトリウム注射液 20mL	マスキュレート注 4mg	毒薬	レキシジン注 200mg	全ての向精神薬	麻薬							
6	アバステン点滴静注 100mg/4mL	ノボラビッド 30ミックス注 フレックスベシ	アルチハ静注用 5mg	アバステン点滴静注用 100mg、400mg		ジキタリス製剤(処方薬・注射薬含む)2品目	レキシジン注射液 200mg	KCL注	抗がん薬	ベクローウム静注用 10mg[F]	全ての麻薬								
7	アバステン点滴静注 400mg/16mL	ビクターサ皮下注 18mg	ファンタニル注射液 0.1mg	アブラキサン点滴静注用 100mg	タキソール(抗癌剤)	テオフィリン製剤(//)4品目	ホトックス注射液 50単位	アスパラカリウム注											
8	アブラキサン点滴静注用 100mg	ヒューマログミックス25注 ミリオヘン	モルヒネ塩酸塩注射液 10mg	アムタ注射液 100mg、500mg	ルハスグ(カルシウム拮抗剤)・ルハテックス(ホルモン性抗癌剤)	カリウム製剤(注射薬)2品目、病棟配置なし	ホトックス注射液 100単位												
9	アムタ注射液 100mg	ヒューマログミックス50注 ミリオヘン	モルヒネ塩酸塩注射液 50mg	アルケラン静注用 50mg	アンゴロキ抗不整脈剤・アルケラン(抗癌剤)・アルキル化剤	経口糖尿病薬(処方薬)21品目	エストラックス静注液 50mg 5ml												
10	アムタ注射液 500mg	ヒューマログ注 ミリオヘン	塩酸モルヒネ注射液 200mg	イダマイシン静注用 5mg	サンデイムン(免疫抑制剤)・サントスタチン(成長ホルモン分泌抑制因子)	インスリン製剤(注射薬)26品目	ダルテパリンNa静注用 5000単位 5ml												
11	アルケラン静注用 50mg	ライゾテグ配合注 フレックスタッチ	オキファスト注 10mg	イムシト勝注用 81mg	テオドール(気管支拡張剤)・テラトル(抗てんかん剤)	抗HIV薬(処方薬)9品目													
12	イダマイシン注 5mg	ランタスXR注 ソロスター	ケタラール筋注用 500mg	イムネース注 35	ブレドニン(ステロイド剤)	精神神経用剤(処方薬・注射薬含む)60品目													
13	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 100mg「NK」	リキミア皮下注 300μg	ケタラール静注用 200mg	エクザール注射液 10mg	ジスロマック(抗生物質)・シルテック(抗アレルギー剤)														
14	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 40mg「NK」	レハミル注 フレックスベシ	オキシトニン徐放錠 5mg「第一三共」	エルプラット点滴静注液 50mg、100mg、200mg	シルテック(抗アレルギー剤)・リルテック(筋委縮性側索硬化症治療剤)														
15	エクザール 10mg	アーセラ点滴静注液 1000mg	オキシトニン徐放錠 20mg「第一三共」	オンコピン注射液 1mg	サイトテック(消化性潰瘍剤)・サルベックス(高度肥満治療剤)														
16	イトホント点滴静注 100mg「サント」	アーセラ点滴静注液 100mg	オキシトニン徐放錠 40mg「第一三共」	カルセド注 20mg	小児におけるアミノフィリン(ネオフィリン)														
17	エヒルピシン塩酸塩注射液 10mg「NK」	アービタックス注射液 100mg	オキノーム散 2.5mg	カルホアラシン点滴静注液 50mg、150mg、450mg															
18	エヒルピシン塩酸塩注射液 50mg「NK」	アクテムラ点滴静注用 200mg	オキノーム散 5mg	キロサイドN注 1g															

大学番号	大学21	大学23	大学27	大学34	大学36	大学3	大学14	大学19	大学28	大学32	大学35	大学37	大学40	大学6	大学9	大学15	大学24	大学25	大学33	
品目数	3品目	12品目	3品目	3品目	3品目	未記入	2品目	2品目	2品目	2品目	2品目	未記入	2品目	未記入	未記入	未記入	1品目	未記入	未記入	
1	KCL注 20mEqキ ット	筋弛緩薬 3品目	カリウム製 剤(KCL注 mEqキ ット)	KCL注 20mEqキ ット(20mL)	塩化カリ ウム	高濃度カリ ウム製剤	KCL注 20mEqキ ット「テル モ」	KCL注 20mEq	KCL注 10mEqキ ット	KCL注 10mEqキ ット「テル モ」 (10mL)	KCL補正 液 1mEq/mL	アスパラカ リウム注 10mEq/A (10mL)	アスパラカ リウム注 10mEq 10mL	アスパラカ リウム注 10mEq	アスパラカ リウム注	KCL	KCL補正 液 1mEq/mL	高濃度カリ ウム注射 製剤	KCL注 20mEqキ ット	
2	アスパラキ ン酸カリウ ム注10mEq キット	第一種・ 二種向精 神薬 7品 目	抗がん剤	アスパラキ ン酸カリウ ム注10mEq キット (10mL)	アスパラキ ン酸カリウ ム	抗がん剤	KCL補正 液 1mEq/mL	アスパラカ リウム注 10mEq	リン酸2カリ ウム注 20mEqキ ット	ヘクローニ ウム静注用 10mg「F」	アスパラカ リウム注 10mEq	KCL注 20mEqキ ット「テル モ」 (20mL)	KCL注 20mEq キット「テル モ」20mL							
3	ヒューマリ ンR注100 単位/mL 10mLバイ アル	高濃度カリ ウム製剤 2 品目	筋弛緩剤	アスパラカ リウム注 10mEq(10 mL)	プロホフォ ール															
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				

品目数	大学1 130品目	大学11 122品目	大学31 94品目	大学15 未記入	品目数	大学1 130品目	大学11 122品目	大学31 94品目	大学15 未記入	品目数	大学1 130品目	大学11 122品目	大学31 94品目	大学15 未記入
19	エボルトラ点滴静注 20mg	アケテムラ点滴静注 80mg	オキノーム散 10mg	キロサイト注 20mg	38	キロサイト注 100mg	エムブリシティ点滴静注 300mg	アルケラン錠 2mg	5-FU注250協和、1000mg	57	セウアリインイシウム(111In)静注用セット	コナックス皮下注用 120mg(専用溶解液添付製品)	エルプラット点滴静注液 100mg	注射用サイマリン50mg
20	エムブリシティ点滴静注 300mg	アケテムラ皮下注162mgオートインジェクター	オキノーム散 20mg	コスメケン静注用0.5mg	39	キロサイト注 20mg 1mL	エムブリシティ点滴静注 400mg	ウフレチド錠 5mg	ファルモルビン注射用 10mg、50mg	58	セロイク注射用40	コナックス皮下注用 80mg(専用溶解液添付製品)	カルホプラチン点滴静注液150mg「NK」	注射用フィルテン3mg
21	エムブリシティ点滴静注 400mg	アクブラ静注用10mg	MSコンチン錠 10mg	シエムザール注射用 200mg、1g	40	キリアデル脳内留置用剤	オキサリプラチン点滴静注液100mg「NK」	サルトカプセル 25	フェノロデックス筋注250mg	59	ダウマイシン 20mg	コホリン静注用7.5mg	カルホプラチン点滴静注液450mg「NK」	動注用アイエーコール 100mg
22	エルプラット注射静注液 100mg/20mL	アクブラ静注用50mg	MSコンチン錠 30mg	シスプラチン点滴静注 10mg、25mg、50mg	41	ゲムシタビン点滴静注液1g/25mL「サント」	オキサリプラチン点滴静注液50mg「NK」	サルトカプセル 50	フェロン注射用300万	60	ダカルバジン注協和 100mg	サイモグロプリン点滴静注用25mg	カルホプラチン点滴静注液50mg「NK」	アスパラキシン酸カリウム注 10mEqキット
23	エルプラット注射静注液 50mg/10mL	アクラシン注射用20mg	オプノ内服液5mg	ダウマイシン静注用 20mg	42	ゲムシタビン点滴静注液 200mg/5mL「サント」	オプジーホ点滴静注 100mg	サルトカプセル 100	フルダラ静注用50mg	61	テモダール点滴静注用 100mg	サイラムザ点滴静注液 100mg	ジェフタナ点滴静注液 60mg	KCL注 20mEqキット
24	オキサリプラチン点滴静注 100mg「トロー」	アトセトリス点滴静注用 50mg	モルヒネ塩酸塩錠10mg	ダカルバジン注用100	43	コスメケン 0.5mg	オプジーホ点滴静注 20mg	テモダールカプセル20mg	ブレオ注射用15mg	62	テラルビシン[注射用] 10mg	サイラムザ点滴静注液 500mg	シスプラチン点滴静注液 10mg「ファイザー」	エスラックス静注 50mg/5.0mL
25	オプジーホ点滴静注 100mg	アバステン点滴静注用 100mg/4mL	モルヒネ塩酸塩水和物	タキソール注射液30mg、100mg	44	コナックス皮下注用 120mg	オノコビン注射用1mg	テモダールカプセル100mg	ベクティベックス点滴静注	63	トリーセル点滴静注液 25mg	サノサー点滴静注用1g	シスプラチン点滴静注液 25mg「ファイザー」	スキサトニウム注40「AS」
26	オプジーホ点滴静注 20mg	アバステン点滴静注用 400mg/16mL	コテイニン酸塩水和物	トリーセル点滴静注液 25mg	45	コナックス皮下注用 80mg	カイロリス点滴静注用 10mg	ハリキサ錠 450mg	ヘルケイト注射用3mg	64	トリセノックス注 10mg	ジェフタナ点滴静注液 60mg	シスプラチン点滴静注液 50mg「ファイザー」	マスキュラックス静注用 10mg
27	オノコビン注射用1mg	アブラキサン点滴静注用 100mg	コカイン塩酸塩	ドキシル注 20mg	46	サイラムザ点滴静注液 100mg/100mL	カイロリス点滴静注用 40mg	ホマリスト2mg	マイトマイシン注用2mg	65	トリアキシン点滴静注用 100mg	セツプリン点滴静注液 100mg	タキソール注射液 100mg	
28	カイロリス点滴静注用 10mg	アリムタ注射用100mg	アヘンチンキ	トホテン点滴静注 40mg、100mg	47	サイラムザ点滴静注液 50mg/50mL	カドサイラ点滴静注用 100mg	ホマリスト3mg	ミラドラ動注用70mg	66	ドキシルビシン塩酸塩注射用10mg「サント」/5mL	ダウマイシン静注用 20mg	タキソール注射液30mg	
29	カイロリス点滴静注用 40mg	アリムタ注射用500mg	アンパック坐剤10mg	トリアキシン点滴静注用 100mg	48	サノサー点滴静注用1g	カドサイラ点滴静注用 160mg	ホマリスト4mg	メトレキセート 5mg、50mg、200mg、1000mg	67	ドキシルビシン塩酸塩注射用50mg「サント」/25mL	ダカルバジン注用100	デノシン点滴静注用 500mg	
30	カドサイオラ点滴静注用 100mg	アルケラン静注用50mg	フェントステープ 1mg	ニトラン注射用25mg	49	サルトラップ点滴静注 100mg	カルホプラチン点滴静注液150mg「NK」	レプラミドカプセル5mg	ラステット注 100mg	68	ドキシル注 20mg	タキソール注射液100mg	ドセタキセル点滴静注 20mg/1mL「ニトロ」	
31	カドサイオラ点滴静注用 160mg	イタマイシン静注用5mg	フェントステープ 2mg	ノアントロン注 10mg	50	サルトラップ点滴静注 200mg	カルホプラチン点滴静注液50mg「NK」	アクブラ静注用100mg	リツキサン注 10mg	69	ドセタキセル点滴静注 20mg/1mL「トロー」	タキソール注射液30mg	ドセタキセル点滴静注 80mg/4mL「ニトロ」	
32	カルセド注射用20mg	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 100mg「タイホウ」	フェントステープ 4mg	ハーセプチン注射用60、150	51	シスプラチン注「マルコ」 10mg20mL	キロサイト注 1g	アクブラ静注用10mg	ロイスタチン注 8mg	70	ドセタキセル点滴静注 80mg/4mL「トロー」	テモダール点滴静注用 100mg	ドセタキセル点滴静注液 20mg/2mL「ホスヒーラ」	
33	カルホプラチン点滴静注液450mg「サワイ」	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 40mg「タイホウ」	イーフェンハッカル錠50μg	ハイカムチン注射用1.1mg	52	シスプラチン注「マルコ」 25mg50mL	キロサイト注 100mg	アクブラ静注用50mg	ロイナーセ注用5000	71	ニトラン注射用50mg	テラルビシン注射用10mg	ドセタキセル点滴静注液 80mg/8mL「ホスヒーラ」	
34	カルホプラチン点滴静注液150mg「サワイ」	エクザール注射用10mg	イーフェンハッカル錠200μg	ハラウエン静注1mg	53	シスプラチン注「マルコ」 50mg100mL	キロサイト注 20mg	アブラキサン点滴静注用 100mg	ロゼウス静注液10mg、40mg	72	ノアントロン注 20mg 10mL	テラルビシン注射用20mg	トリセノックス注 10mg	
35	カルホプラチン点滴静注液50mg「サワイ」	エトホシド点滴静注液 100mg「サント」	アブストラル舌下錠100μg	ピシバニール注射用1KE、5KE	54	シタラピン点滴静注液 1g「テハ」	ゲムシタビン点滴静注用1g「NK」	アムビゾーム点滴静注用50mg	ワンタキソール点滴静注 20mg、80mg	73	ハーセプチン注射用150 150mg	ドキシル注 20mg	ナーフロック筋注2500単位	
36	キイトルーダ点滴静注 100mg	エビルビシン塩酸塩注射液 10mg/5mL「NK」	アブストラル舌下錠200μg	ピターサ注射用100mg	55	シタラピン点滴静注液 400mg「テハ」	ゲムシタビン点滴静注用200mg「NK」	アルケラン静注用50mg	注射用イホマイト1g	74	ハーセプチン注射用60	ドキシルビシン塩酸塩注射用50mg「NK」	ニトロP持続静注液 30mg	
37	キイトルーダ点滴静注 20mg	エビルビシン塩酸塩注射液 50mg/25mL「NK」	アミオダロン塩酸塩速崩錠100mg	ピロルビン注射用10mg	56	セウアリインイトリウム(90Y)静注用セット	コスメケン静注用0.5mg	イタマイシン静注用5mg	注射用イントキサン 100mg、500mg	75	ハイカムチン注射用 1.1mg	ドセタキセル点滴静注液 20mg/1mL「NK」	ノアントロン注 20mg	

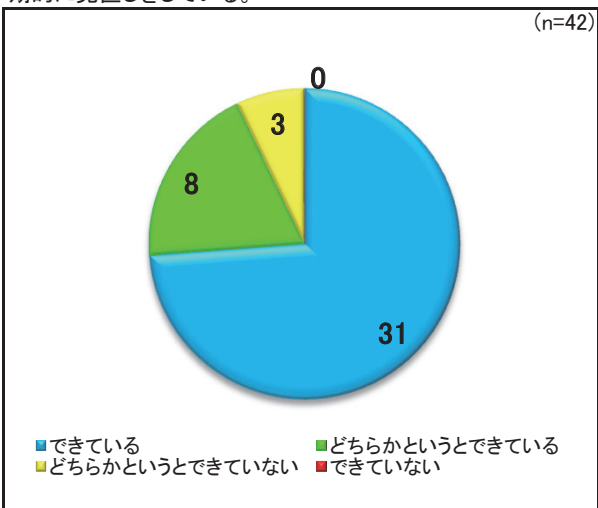
品目数	大学1 130品目	大学11 122品目	大学31 94品目	品目数	大学1 130品目	大学11 122品目	品目数	大学1 130品目	大学11 122品目
76	ハラウエン静注1mg	トセタキセル点滴静注液 80mg/4mL「NK」	ハクリタキセル注 100mg/16.7ml「NK」	95	マイローグ注射用5mg	ブスルフェクス点滴静注用60mg	114	注射用フィルデシン1mg	ロイナーゼ注射用5000
77	ハーシエタ点滴静注 420mg/14mL	トリアキシン点滴静注用 100mg	ハクリタキセル注 30mg/5ml「NK」	96	ミプラ動注用70mg/V	フルオロラシル注1000mg「トロー」	115	注射用フィルデシン3mg	注射用イホマイト1g
78	ハクリタキセル注射液 30mg「サワイ」	トリアキシン点滴静注用 25mg	ハラウエン静注1mg	97	メトレキセート注射液 200mg 8mL	フルオロラシル注250mg「トロー」	116	注射用メトレキセート 50mg	注射用エントキサン100mg
79	ハクリタキセル注射液 100mg「サワイ」	ナヘルピン注 10	ヘルケイト注射用3mg	98	メトレキセート点滴静注液1000mg	フルダラ静注用50mg	117	動注用アイエーコール 100mg	注射用エントキサン500mg
80	ハミドロン酸Na点滴静注用15mg「サワイ」	ナヘルピン注 40	ホトックスピスタ注用50単位	99	ヤーホイ点滴静注液 50mg/10mL	フルテカシン筋注25mg	118	ベクロニウム静注用10mg「F」	注射用サイメリン50mg
81	ピンバニール 5KE	ニドラン注射用25mg	ホトックス注用100単位	100	ランマーク皮下注120mg	ブレオ注射用15mg	119	レラキシン注用200mg	注射用フィルデシン3mg
82	ビターザ注射用100mg	ノアントロン注 10mg	ホトックス注用50単位	101	リツキサン注 10mg/mL 100mg 10mL	ベクティビックス点滴静注 100mg	120	ロクロニウム臭化物静注液 50mg/5.0mL	注射用メトレキセート 50mg
83	フェソロテックス筋注	ハーシエタ点滴静注 420mg/14mL	マイローグ点滴静注用 5mg	102	リツキサン注 10mg/mL 500mg 50mL	ベクティビックス点滴静注 400mg	121	アルチハ静注用2mg	注射用メトレキセート5mg
84	フルオロラシル注1000mg「トロー」	ハーセプチン注射用150	エンテリス点滴静注用 0.25mg	103	レボホリナート点滴静注用100「オーハラ」	ヘルケイト注射用3mg	122	オキファスト注 10mg	動注用アイエーコール 100mg
85	フルオロラシル注250mg「トロー」	ハーセプチン注射用60	エンテリス点滴静注用 1mg	104	レボホリナート点滴静注用25「オーハラ」	ホテリジオ点滴静注 20mg	123	オキファスト注 50mg	
86	フルダラ 50mg	ハイカムチン注射用1.1mg	ランダ注 10mg/20mL	105	ロイスタチン注 8mg 8mL	マイローグ点滴静注用 5mg	124	フェンタニル注射液0.1mg「ヤンセン」	
87	ブスルフェクス点滴静注用60mg	ハクリタキセル注 100mg/16.7mL「NK」	ランダ注 25mg/50mL	106	ロイナーゼ注 5000単位	マブキャンパス点滴静注 30mg	125	フェンタニル注射液0.5mg「ヤンセン」	
88	ブレオ 15mg	ハクリタキセル注 30mg/5mL「NK」	ランダ注 50mg/100mL	107	ロゼウス静注液 10mg/1mL	メトレキセート点滴静注液1000mg	126	ベチジン塩酸塩注射液 35mg「タケダ」	
89	ブレオ 5mg	ハラウエン静注1mg	ロゼウス静注液10mg	108	ロゼウス静注液 40mg/4mL	メトレキセート点滴静注液200mg	127	モルヒネ塩酸塩注射液 10mg「タケダ」	
90	ベクティビックス点滴静注 100mg/5mL/V	ハラプラチン注射液150mg	ロゼウス静注液40mg	109	注射用イホマイト1g	ヤーホイ点滴静注液 50mg	128	モルヒネ塩酸塩注射液 50mg「タケダ」	
91	ベクティビックス点滴静注用400mg	ハラプラチン注射液50mg	ワンタキソテール点滴静注 20mg/1mL	110	注射用エントキサン100mg	ユニタルク胸膜腔内注入用懸濁剤4g	129	モルヒネ塩酸塩注射液 200mg「タケダ」	
92	ヘルケイト注射用3mg	ピンバニール注射用5KE	ワンタキソテール点滴静注 80mg/4mL	111	注射用エントキサン500mg	リツキサン注 10mg/mL/100mg10mL1瓶	130	50%ブドウ糖液 500mL	
93	ホテリジオ点滴静注 20mg	ビターザ注射用100mg	点滴静注用ホスカル注 24mg/mL	112	注射用サイメリン100mg	リツキサン注 10mg/mL/500mg50mL1瓶			
94	マイトマイシン協和S 2mg	フェソロテックス筋注250mg	動注用アイエーコール 100mg	113	注射用サイメリン50mg	ロイナーゼ注射用10000			

⑤ ハイリスク薬品の処方を薬剤師がチェックする仕組みがある。(たとえば、病名と処方薬剤との確認)

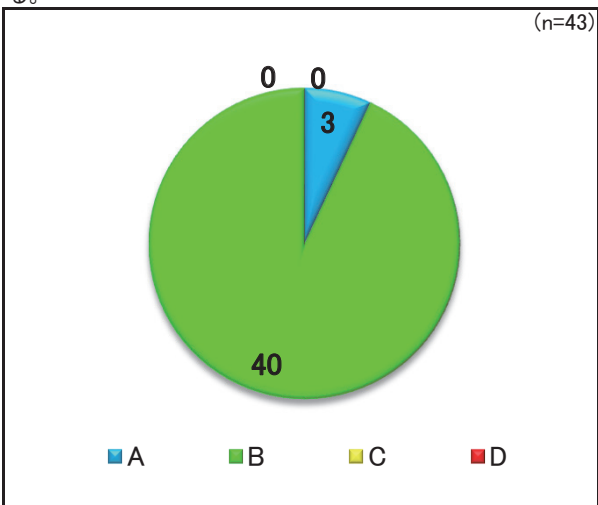


3) 処方オーダーにおける自動チェック機構

① チェック機能が十分に発揮できるように、薬品マスタを定期的に見直しをしている。

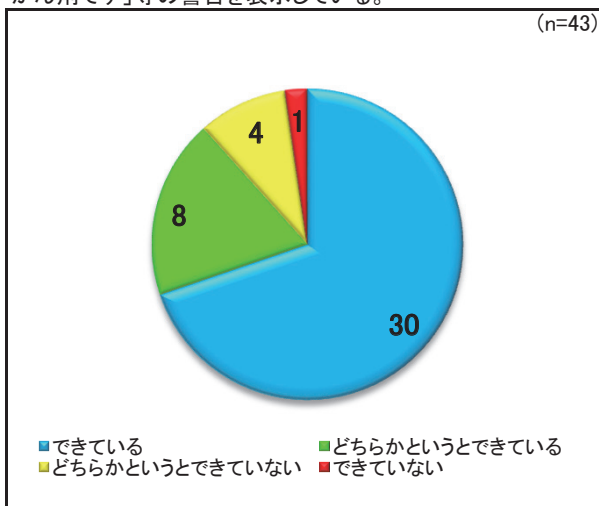


② 処方の薬剤名直接入力の際の必須文字数を設定している。

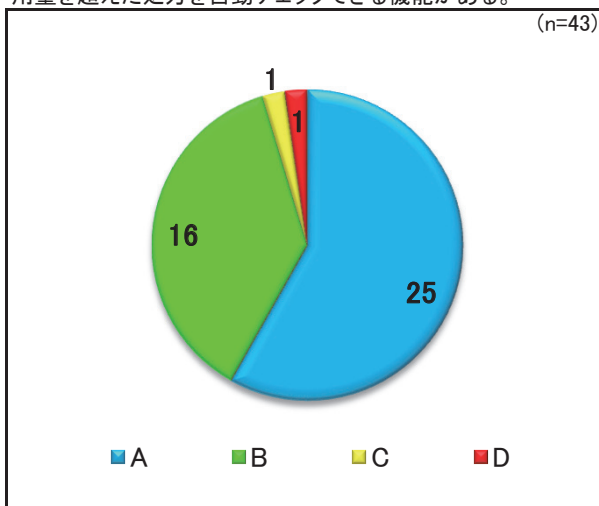


- A …4文字以上
- B …3文字以上
- C …2文字以上
- D …1文字入力ただけで、薬剤のリストが表示される

③ 類似名称薬がある場合には、必要に応じて、「本剤は抗がん剤です」等の警告を表示している。



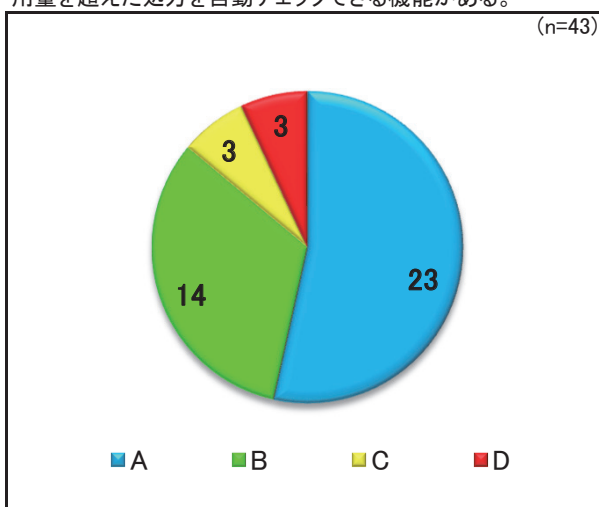
④ 院内で採用されている全ての内服薬について、通常の使用量を超えた処方自動チェックできる機能がある。



- A …院内で採用されている全ての内服薬について、通常の使用量を超えた処方自動チェックできる機能がある
- B …院内で採用されている全てではない内服薬について、通常の使用量を超えた処方自動チェックできる機能がある
- C …特定の内服薬について、通常の使用量を超えた処方自動チェックできる機能がある
(具体的薬剤の記述:)
- D …自動チェック機能がない

[D の記述]
・最大用量を超えた場合はベンダー側でアラート

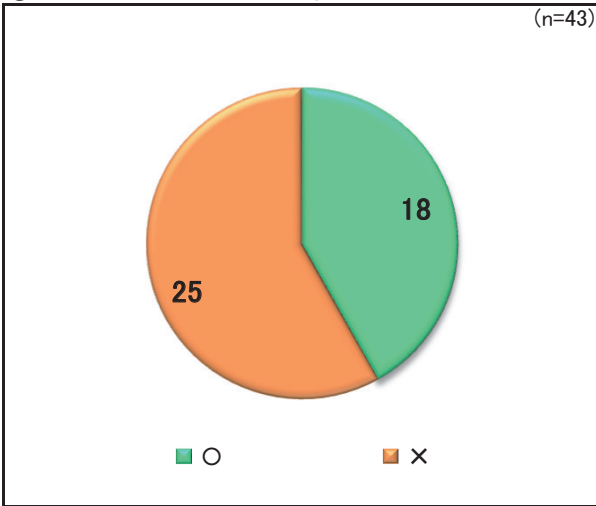
⑤ 院内で採用されている全ての注射薬について、通常の使用量を超えた処方自動チェックできる機能がある。



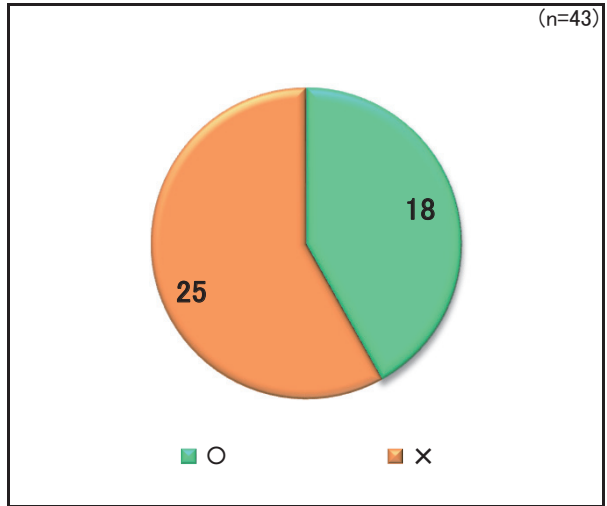
- A …院内で採用されている全ての注射薬について、通常の使用量を超えた処方自動チェックできる機能がある
- B …院内で採用されている全てではない注射薬について、通常の使用量を超えた処方自動チェックできる機能がある
- C …特定の注射薬について、通常の使用量を超えた処方自動チェックできる機能がある
(具体的薬剤の記述:)
- D …自動チェック機能がない

[C の記述]
・抗がん剤
[D の記述]

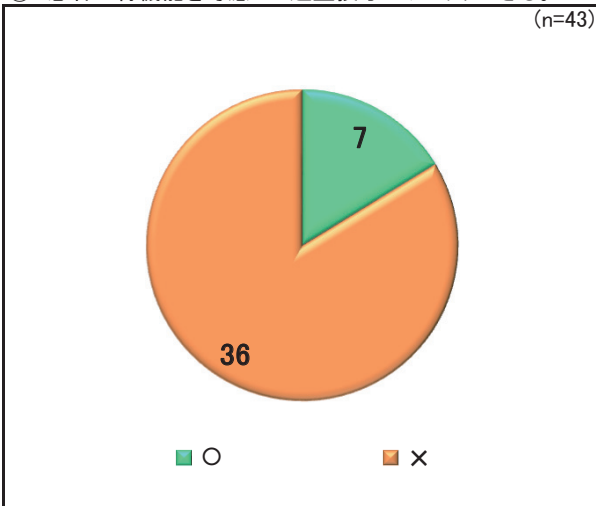
⑥ 患者の年齢を考慮した過量投与がチェックできる。



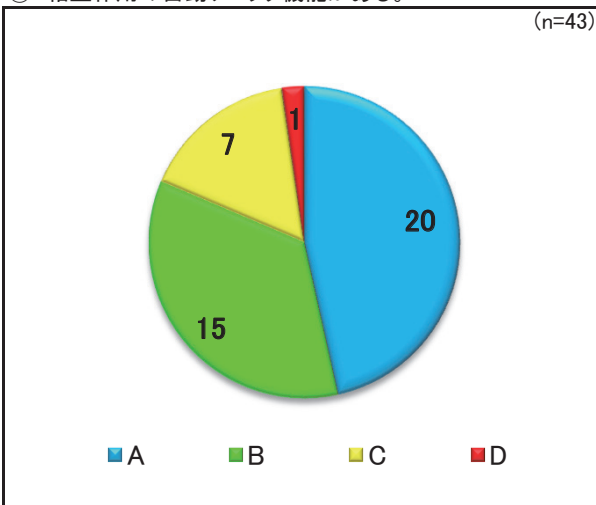
⑦ 患者の年齢、体重、身長を考慮した過量投与がチェックできる。



⑧ 患者の腎機能を考慮した過量投与がチェックできる。



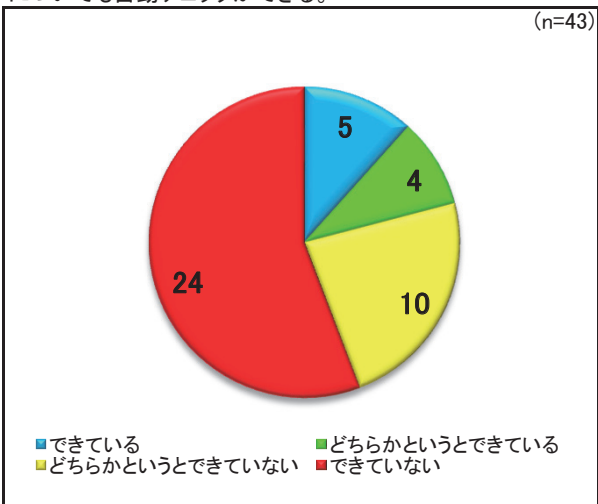
⑨ 相互作用の自動チェック機能がある。



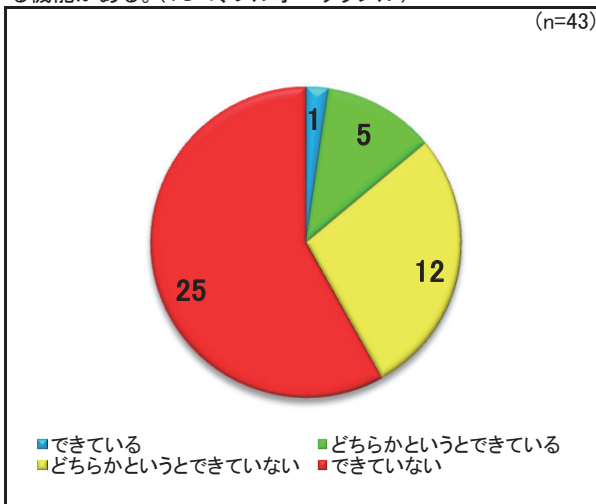
- A …薬剤として認可されている全ての薬剤について、相互作用の自動チェック機能がある
- B …院内で採用されている全ての薬剤について、相互作用の自動チェック機能がある
- C …特定の薬剤について、相互作用の自動チェック機能がある。
(具体的薬剤の記述:)
- D …自動チェック機能がない

[Cの記述]
・併用禁忌薬剤

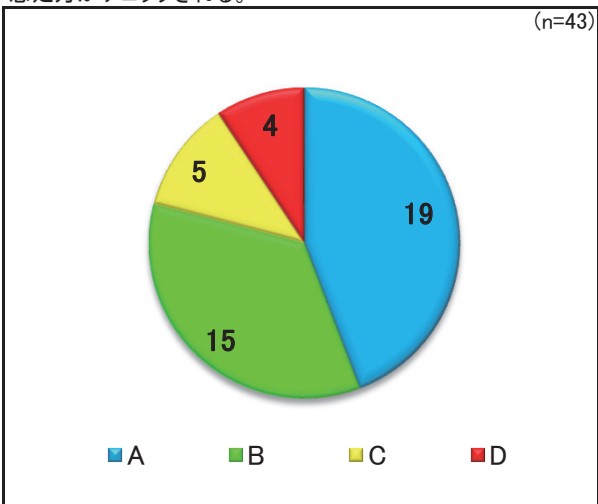
⑩ リウマトレックス等の変則的な投与スケジュールの薬剤についても自動チェックができる。



⑪ 実際の服用期間を登録でき、休薬期間を自動チェックする機能がある。(TS-1、フルオロウラシル)



⑫ 患者毎に禁忌薬剤を登録しておくことにより自動的に禁忌処方がチェックされる。

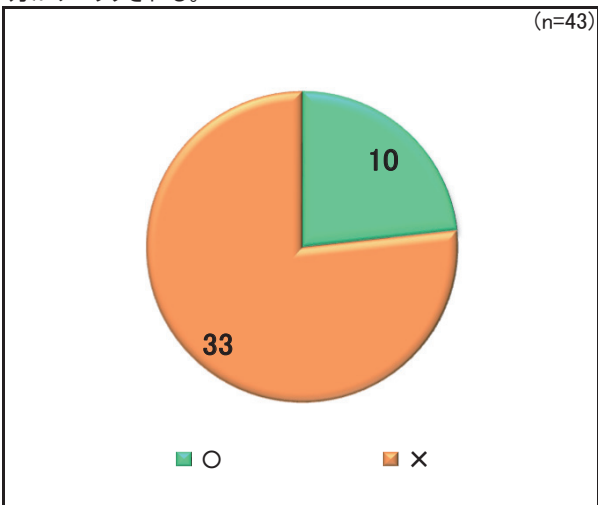


- A …ジェネリックを含むすべての禁忌薬をチェックできる
- B …院内採用薬を対象に禁忌薬をチェックできる
- C …禁忌薬ありのアラーム、あるいは閲覧できる程度である
- D …登録していない(できない)ので、チェックしていない

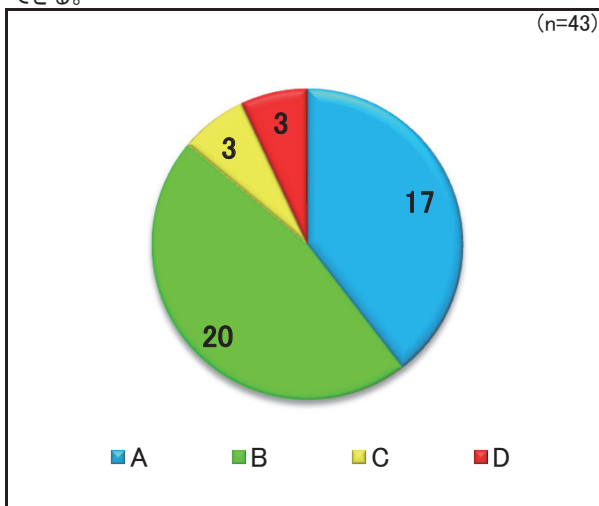
[Aの記述]

・内服、外用、注射の剤型を超えてチェックはかからない。

⑬ 患者の病名や状態を参照することにより自動的に禁忌処方がチェックされる。

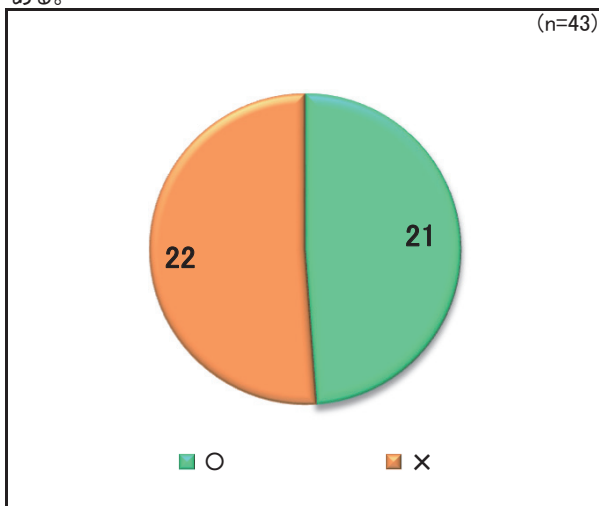


⑭ 薬歴を元に、当院採用薬のみの重複薬の自動チェックができる。

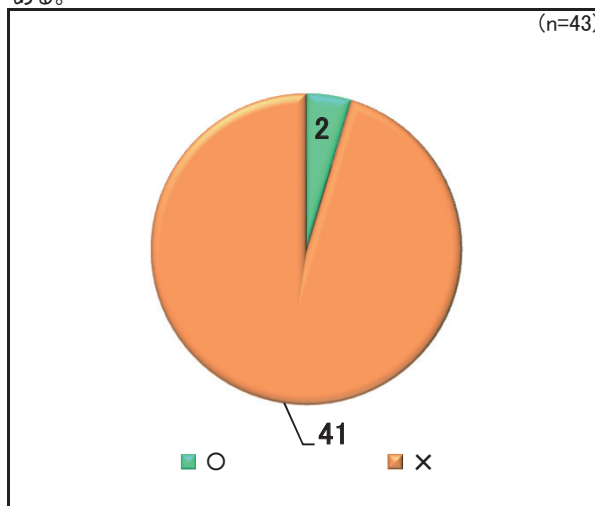


- A …ジェネリックを含むすべての重複薬をチェックできる
- B …院内採用薬を対象に重複薬をチェックできる
- C …同一処方箋ないでの重複薬をチェックできる
- D …自動的ではないが、重複薬をチェックできる

⑮ 注射薬の投与経路を入力する際、警告を発する機能がある。

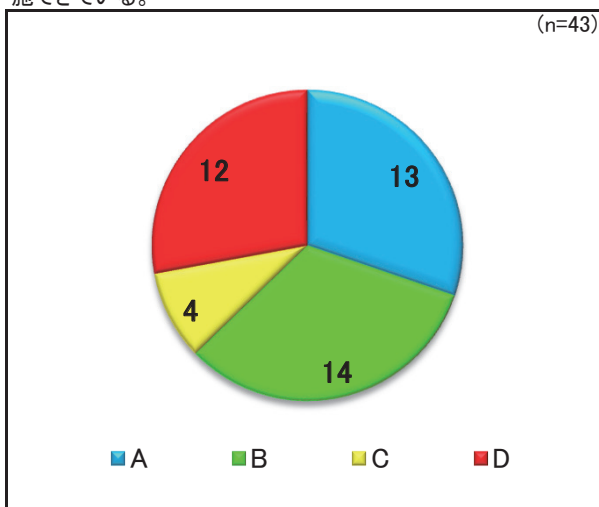


⑯ 注射薬の投与速度を入力する際、警告を発する機能がある。



4) 処方箋監査

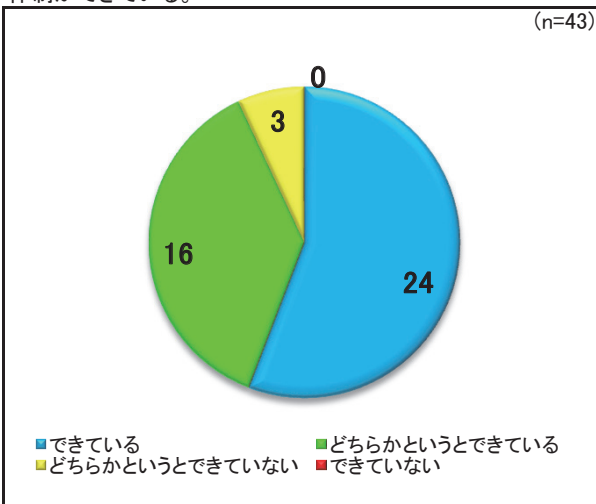
① 薬剤アレルギー情報を把握した上での処方箋監査が実施できている。



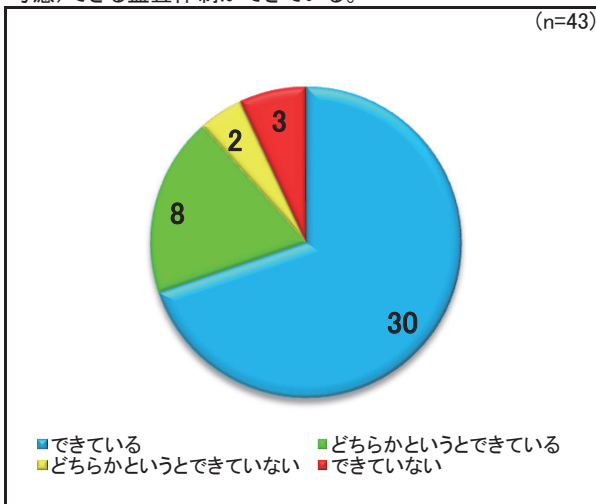
- A …全ての処方箋に対してチェックできている
- B …ほとんどの処方箋に対してチェックできている
- C …一部の処方箋に対してのみチェックできている
- D …処方箋単位では薬剤アレルギー情報をチェックできていない

[コメント欄に記載されていた事項]

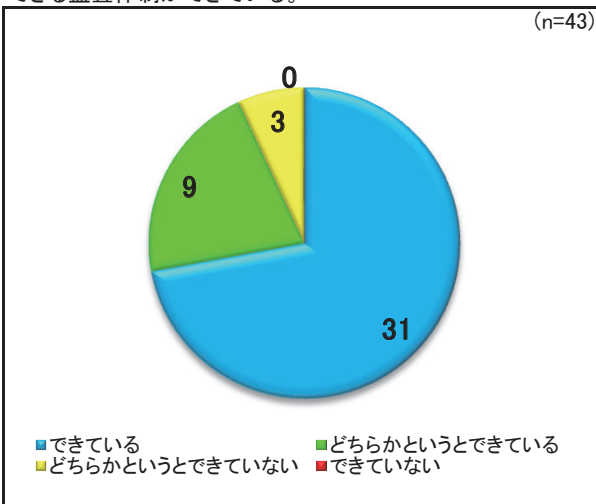
② 高濃度カリウム注などの無希釈投与を回避ができる監査体制ができている。



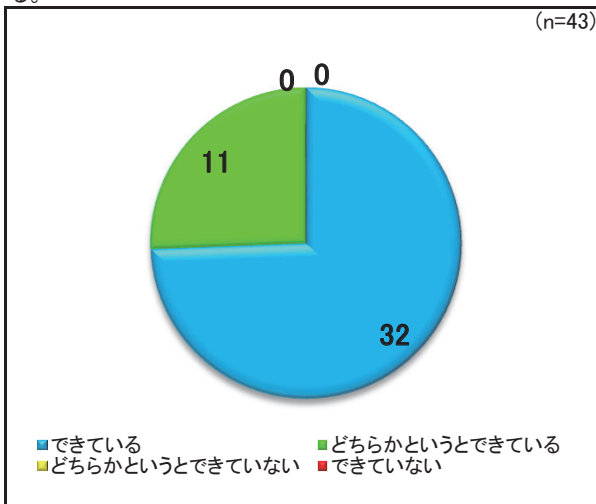
③ TS-1とフルオロウラシルの併用を回避(7日間の休業を考慮)できる監査体制ができている。



④ リウマトレックスの過量投与を回避や投与間隔の確認ができる監査体制ができている。

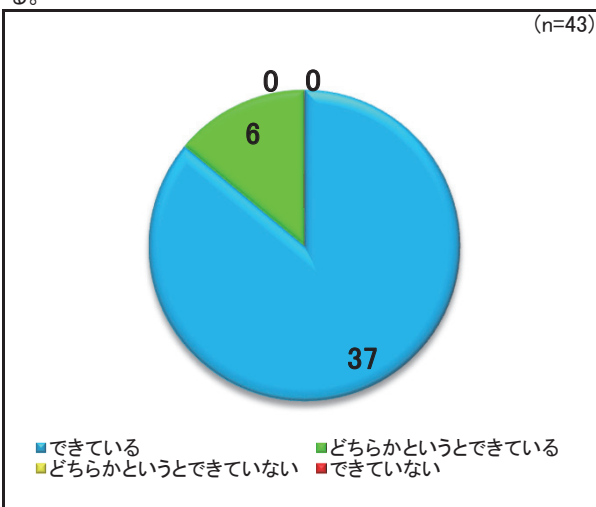


⑤ 抗がん剤の過量投与を回避できる監査体制ができている。

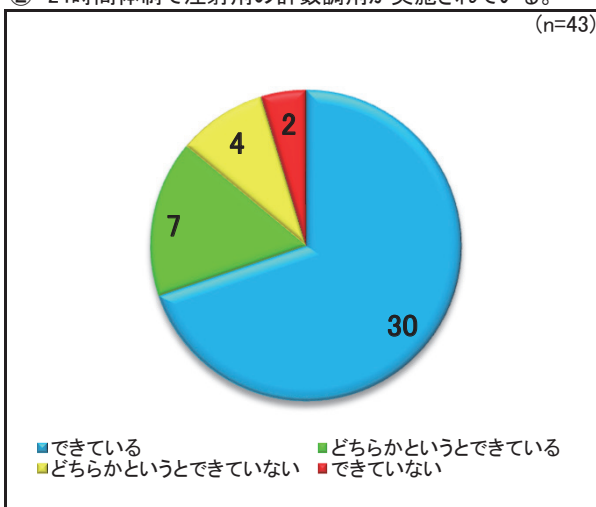


5) 注射剤の調剤

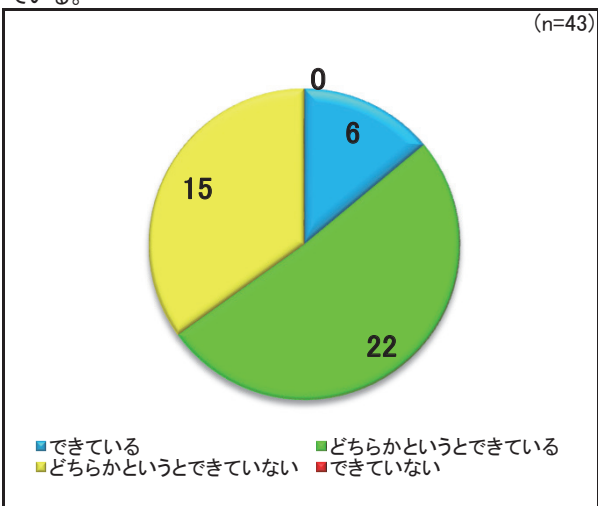
① 一般病棟において、入院中の患者を対象に注射剤の計数調剤(処方箋に基づく患者単位の取りそろえ)を実施している。



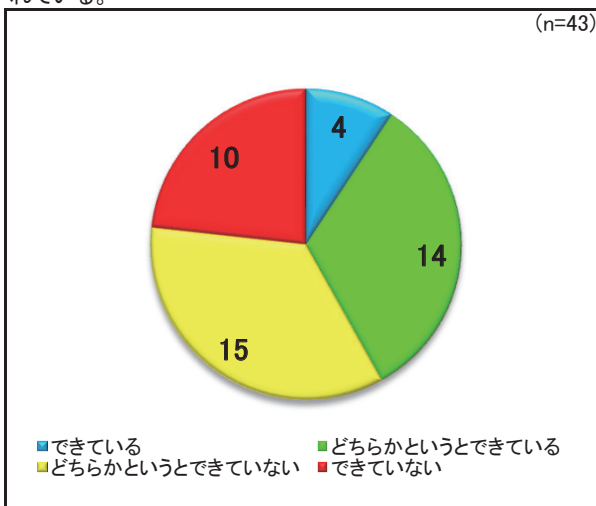
② 24時間体制で注射剤の計数調剤が実施されている。



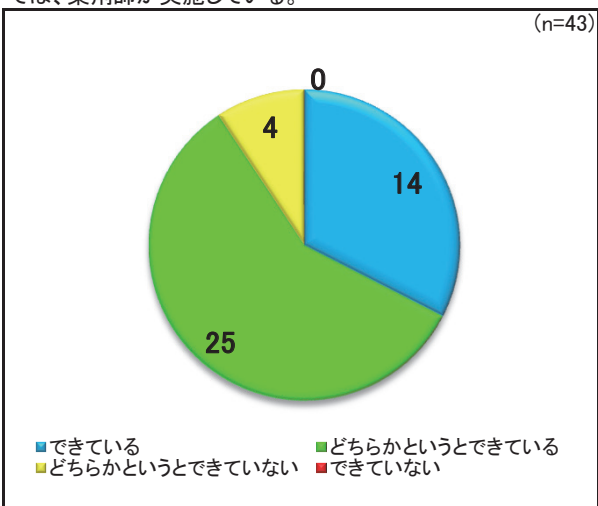
③ 薬剤師による注射剤の計量調剤(混合調製)が実施されている。



④ 土・日・祝祭日も薬剤師による注射剤の混合調製が行われている。

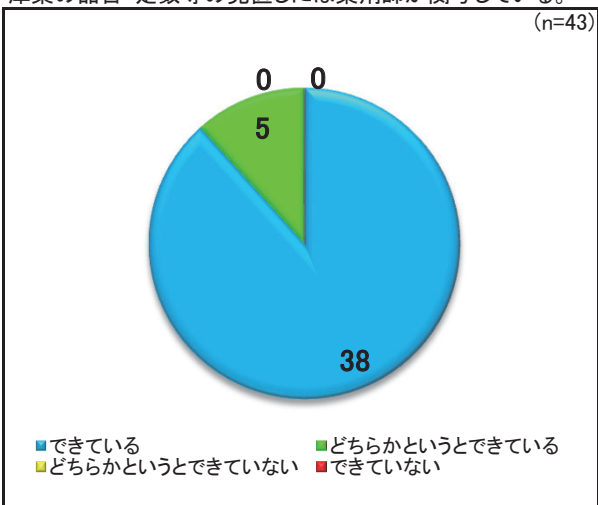


⑤ キット製剤単独使用以外の高カロリー輸液の調製については、薬剤師が実施している。

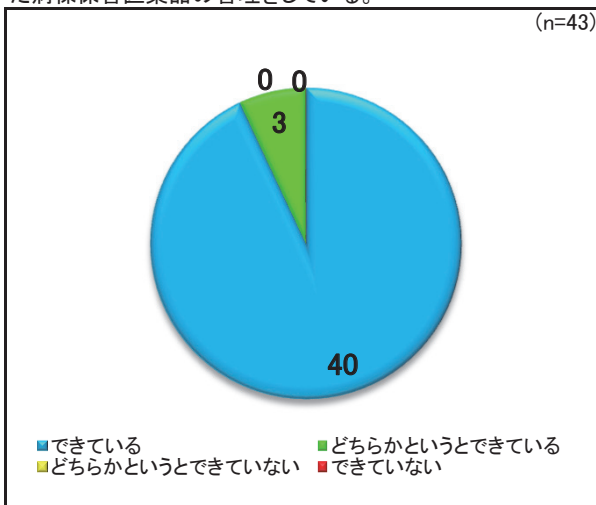


6) 病棟配置薬の薬品管理

① 薬剤の病棟在庫は薬剤部で把握されており、病棟の在庫薬の品目・定数等の見直しには薬剤師が関与している。

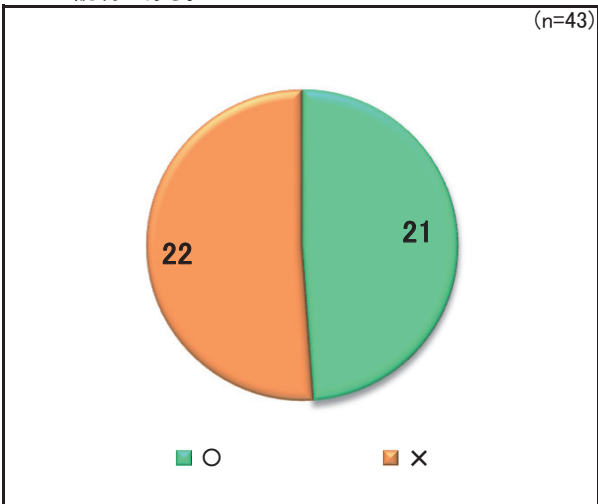


② 担当薬剤師が定期的に病棟を巡視し、使用期限も含めた病棟保管医薬品の管理をしている。

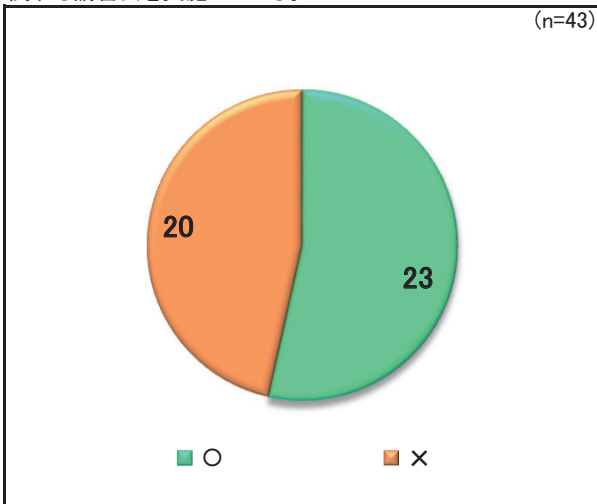


7) 内服薬の処方記載方法

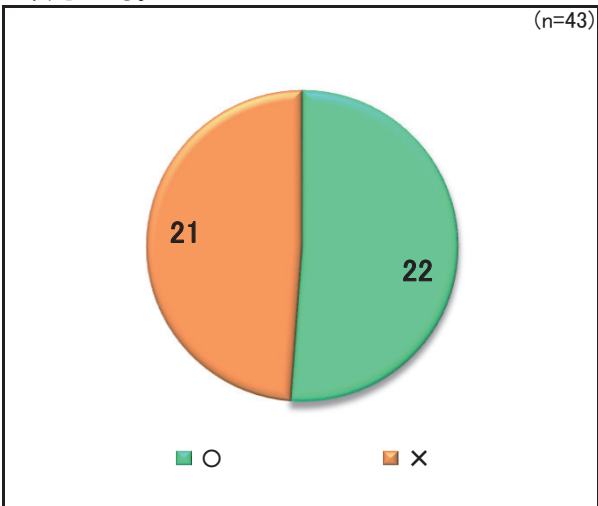
① 医師研修指導ガイドライン等に1回内服量での処方についての説明がある。



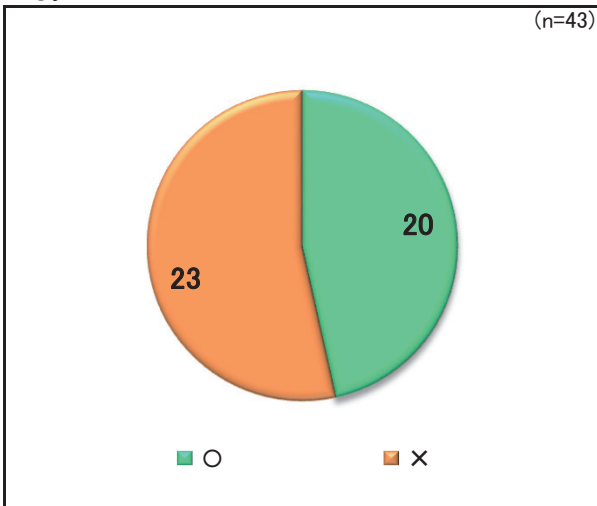
② 1回内服量処方を含めて、標準的な処方箋の記載方法に関する講習会を実施している。



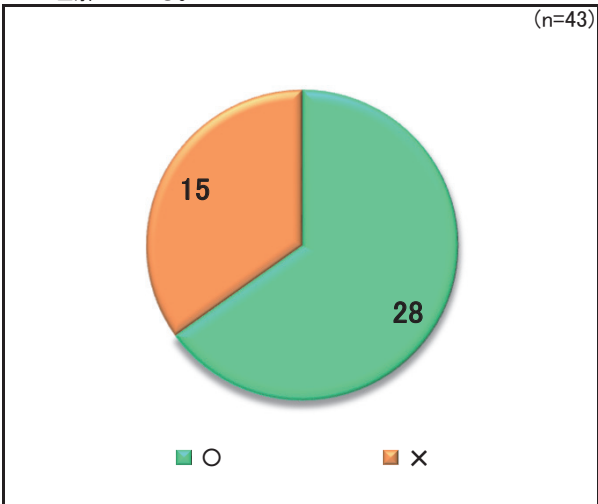
③ 散剤や液剤に賦形を行った場合に、その情報を他職種に伝えている。



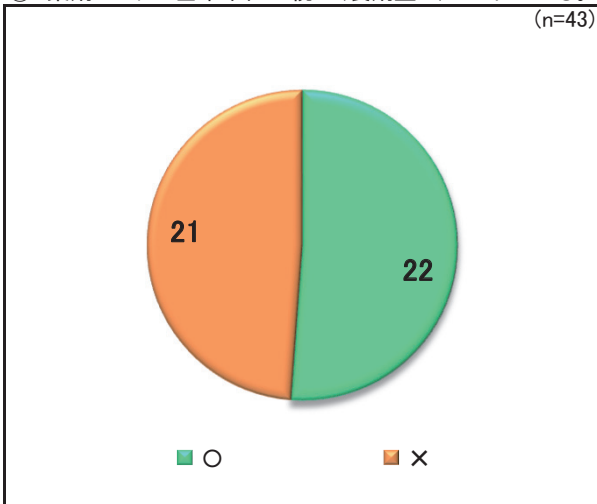
④ オーダ画面および処方箋等に1日量と1回量の併記をしている。



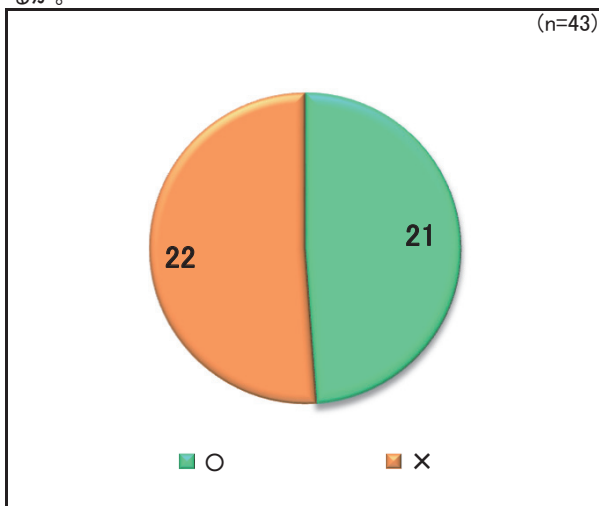
⑤ 薬剤師が標準用法マスタと自施設のマスタとの相違について理解している。



⑥ 薬剤マスタの基準単位は統一(製剤量で)がとれている。

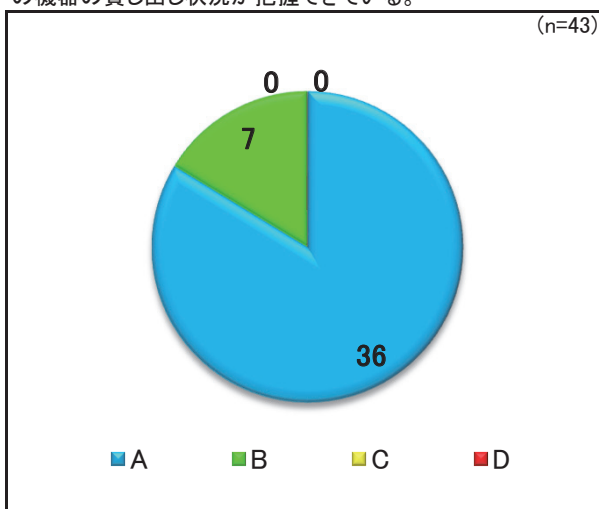


⑦ 病院として、具体的なシステム対応の予定は決まっているか。



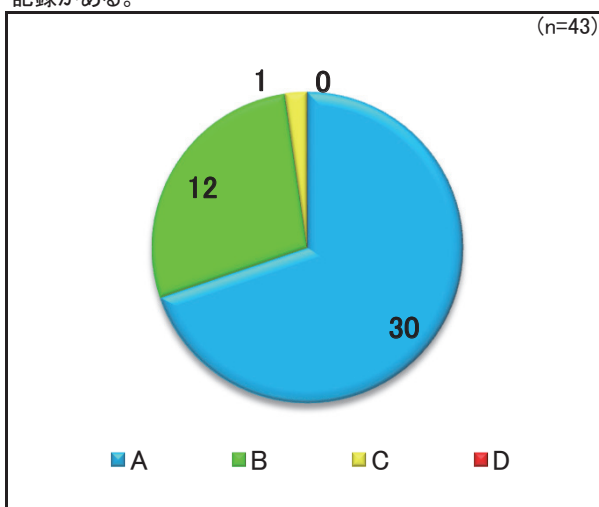
3 医療機器管理部門

① 中央管理部門で管理する医療機器が明確にされ、これらの機器の貸し出し状況が把握できている。



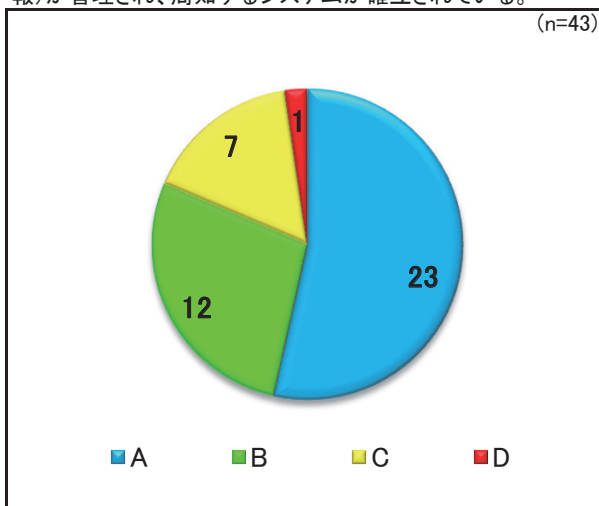
- A …中央管理部門で管理する全ての医療機器が明確にされ、これらの機器の貸し出し状況が把握できている
- B …中央管理部門で管理するほとんどの医療機器が明確にされ、これらの機器の貸し出し状況が把握できている
- C …中央管理部門で管理するほとんどの医療機器が明確にされているが、これらの機器の貸し出し状況が把握できていない
- D …中央管理部門で管理する医療機器が明確にされておらず、機器の貸し出し状況が把握できていない

② 中央管理部門で管理する医療機器について、安全性を考慮した機器の更新・定期的な点検・修理・廃棄が行われ、記録がある。



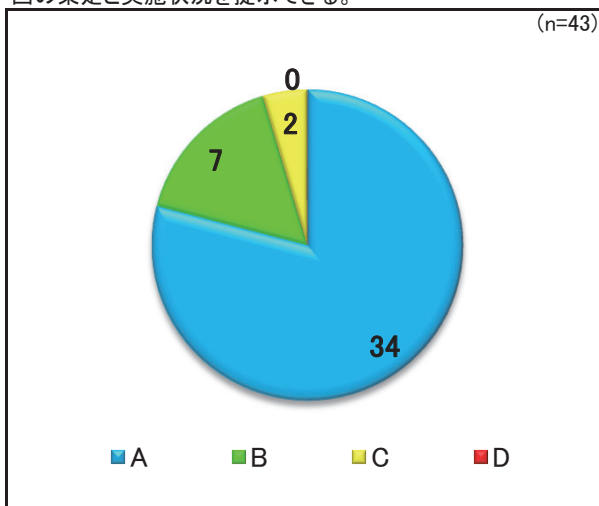
- A …中央管理部門で管理する全ての医療機器について、機器の更新・点検・修理・廃棄が行われ、記録がある
- B …中央管理部門で管理するほとんどの医療機器について、機器の更新・点検・修理・廃棄が行われ、記録がある
- C …中央管理部門で管理するほとんどの医療機器について、機器の更新・点検・修理・廃棄が行われているが、記録が無い
- D …中央管理部門で管理する医療機器について、機器の更新・点検・修理・廃棄が行われていない

③ 医療機器に関する情報(添付文書・取扱説明書・安全情報)が管理され、周知するシステムが確立されている。



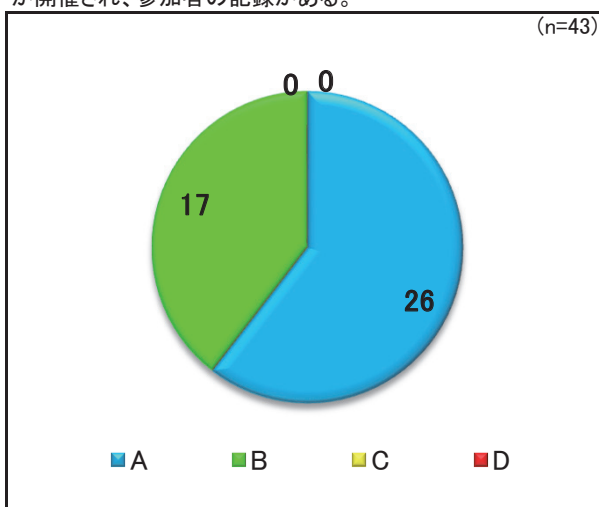
- A …中央で管理する医療機器すべての添付文書や取扱説明書が揃っており、誰でも必要な時に参照できるシステムがあり、周知されている
- B …中央で管理する医療機器すべての添付文書や取扱説明書が揃っており、誰でも必要な時に参照できるシステムはあるが、周知されていない
- C …中央で管理する医療機器の添付文書や取扱説明書が揃っておらず、誰でも必要な時に参照できるシステムはあるが、周知されていない
- D …中央で管理する医療機器すべての添付文書や取扱説明書が揃っておらず、システムが確立されていない

④ 特定機能病院必須管理機器 8品目に対し、保守点検計画の策定と実施状況を提示できる。



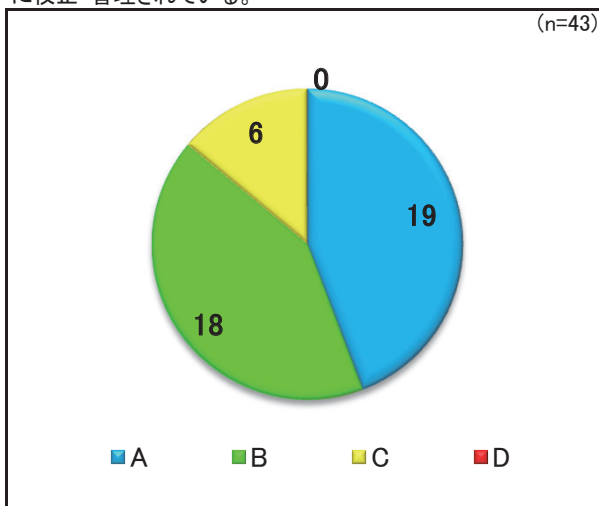
- A …当該年度の点検計画が策定され、計画通り実施された記録が残っている
- B …当該年度の点検計画は策定されているが、実施は計画通りではないが実施され記録が残っている
- C …点検計画の策定はされているが、未実施の機器がある
- D …点検計画の策定ができておらず、ほとんど実施もされていない

⑤ 新規購入機器の購入時、スタッフのため安全使用講習会が開催され、参加者の記録がある。



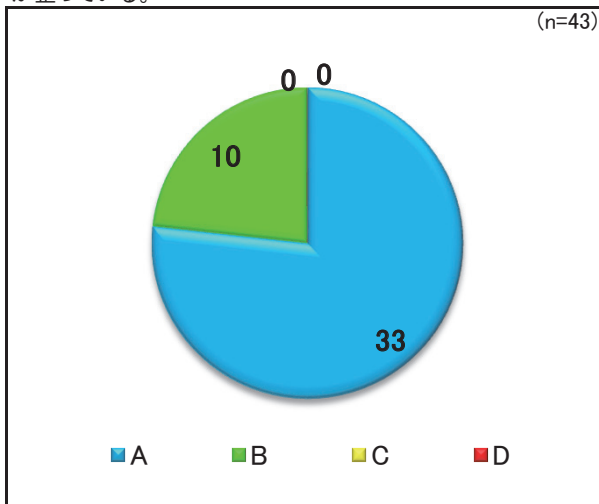
- A …全ての機器について、使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれ、参加者の記録がある
- B …全てではない機器について、使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれ、参加者の記録がある
- C …使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれているが、参加者の記録はない
- D …使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれていない

⑥ 医療機器の点検に必要な器具が備わり、計測器が適正に校正・管理されている。



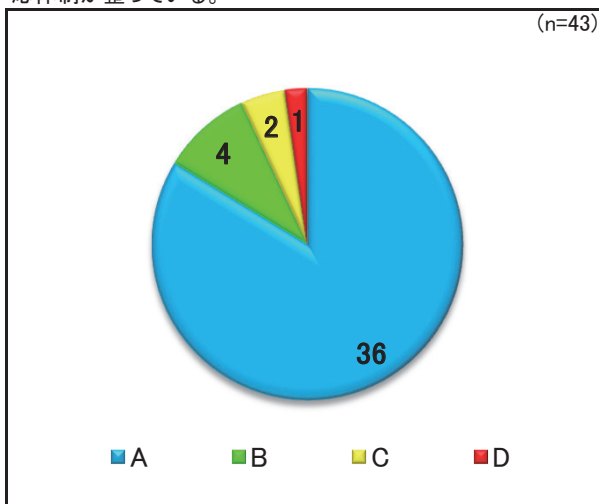
- A …中央管理する機器の点検に必要な器具が揃い、計測器は定期的に校正を行っている
- B …中央管理する機器の点検に必要な器具が揃い、計測器は不定期であるが校正を行っている
- C …中央管理する機器の点検に必要な器具は揃っているが、計測器の校正は行われていない
- D …中央管理する機器の点検に必要な器具が揃っておらず計測器も揃っていない

⑦ 機器の不具合の発生時における報告と情報周知の体制が整っている。



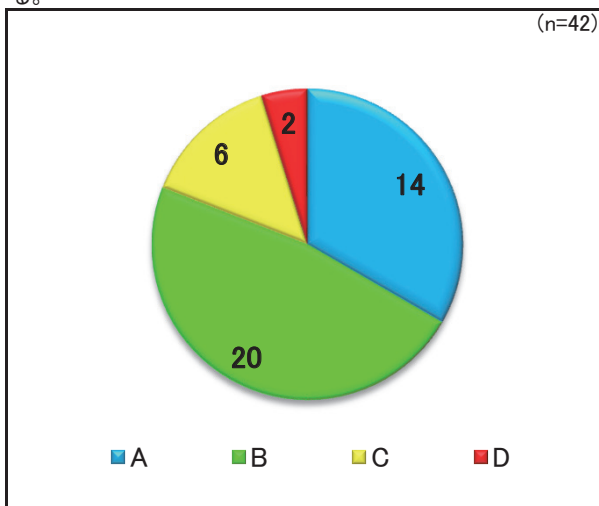
- A …不具合が発生すると早急に医療機器安全管理責任者に報告がなされ、迅速に情報を周知する体制が整っている
- B …不具合が発生すると医療機器安全管理責任者に報告がなされるが、迅速でないが情報を周知する体制が整っている
- C …不具合が発生すると医療機器管理責任者に報告はなされるが、情報を周知する体制は整っていない
- D …不具合が発生しても医療機器管理責任者に報告される体制や相談体制もなく、周知方法も確立されていない

⑧ 夜間/休日の機器のトラブルに対し、臨床工学技士の対応体制が整っている。



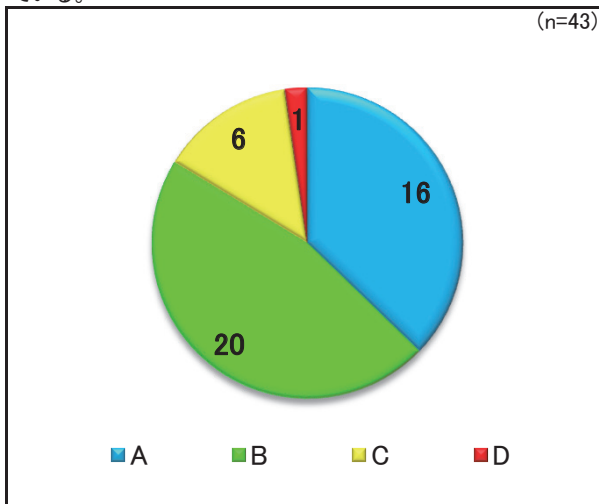
- A …夜間/休日のトラブルに対し、臨床工学技士のオンコール体制が整っている
- B …夜間/休日のトラブルに対し、オンコール体制はないが臨床工学技士に電話で対処方法を聞くことができる
- C …夜間/休日のトラブルに対し、予備機器の設置など、臨床工学技士のオンコール体制以外の対処方法を整えている
- D …夜間/休日のトラブルに対しての臨床工学技士のオンコール体制や、相談体制もなく、予備機器も設置されていない

⑨ 機器購入時の評価を行い、且つ、受入れ試験を行っている。



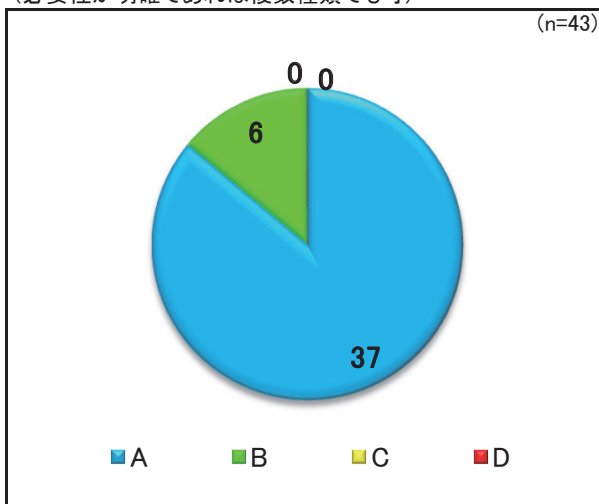
- A …購入する全ての医療機器に対する評価がされ、且つ、受け入れ試験を行い納入の可否を決めている
- B …購入するほとんどの医療機器に対する評価がされ、且つ、受け入れ試験が行われている
- C …購入する医療機器に対する評価がされず、依頼があった機器のみ受け入れ試験を行っている
- D …購入に対する評価がされておらず、受け入れ試験も行われていない

⑩ 医療機器の立会いに関する実情を把握し、基準を遵守している。



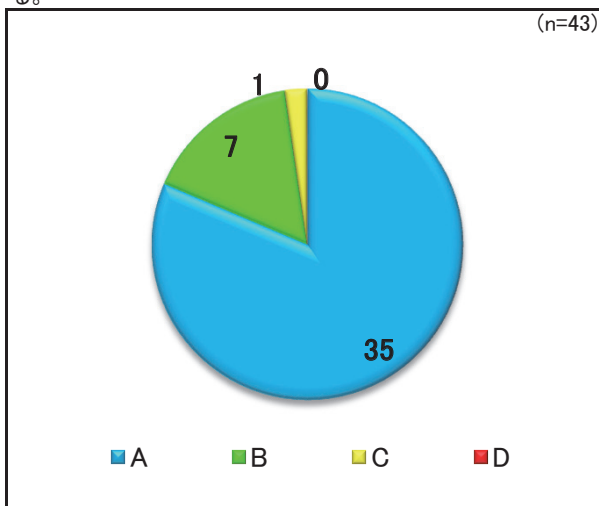
- A …医療機器の立会いに関する実情が把握され、立会い基準を遵守している
- B …医療機器の立会いに関する実情が把握され、立会いできない場合は有償契約などにより遵守している
- C …現状で立会いは行われているが、基準に沿っていく計画がある
- D …どこで立会いが行われているかまで把握できず、実際に業者による立会いがまだ行われている

⑪ 輸液ポンプ、シリンジポンプの種類が統一されている。(必要性が明確であれば複数種類でも可)



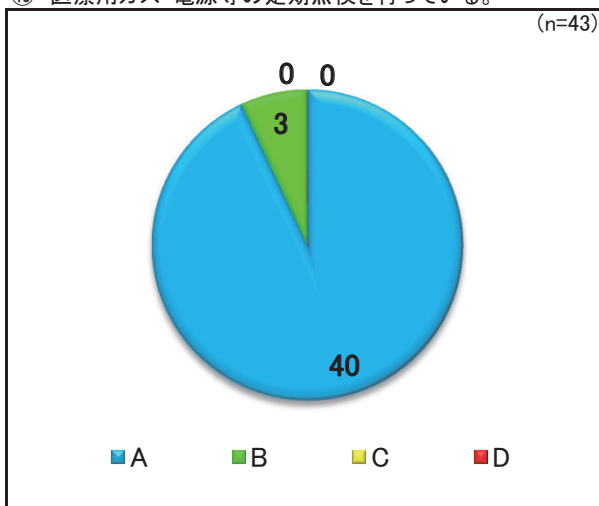
- A …機種が統一され、使用法の違いなどが明確に使用者に分かるようにしている
- B …機種が統一されていないが、使用法の違いなどが明確に使用者に分かるようにしている
- C …機種が統一されておらず、且つ、使用法の違いなどが明確に使用者に分かるようにされていない
- D …管理体制が整っていないため、納入部署により機種が違う

⑫ AEDが点検され、且つ、使用方法が院内に周知されている。



- A …点検計画にもとづいて点検が実施されており、全職員対象の講習会が定期的に行われている
- B …点検計画にもとづいて点検が実施されているが、講習会が実施されていない
- C …点検が行われていないが、講習会は定期的に行われている
- D …点検がされておらず、講習会も行われていない

⑬ 医療用ガス・電源等の定期点検を行っている。

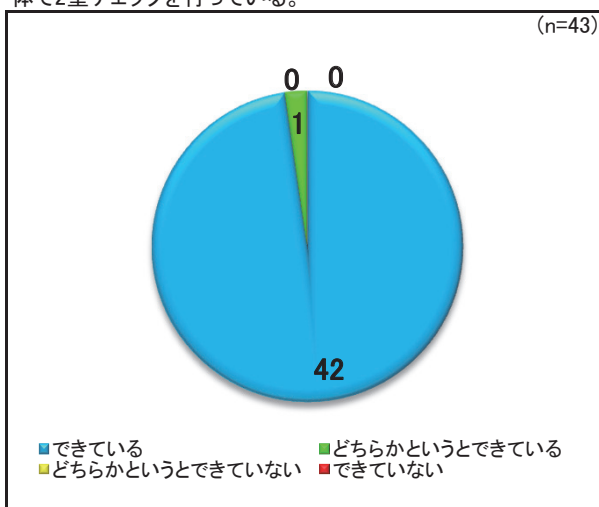


- A …医療ガス・電源の定期点検が行われている
- B …医療ガス・電源の点検は不定期だが行われている
- C …トラブルが発生した時のみ点検を行っている
- D …定期点検が行われていない

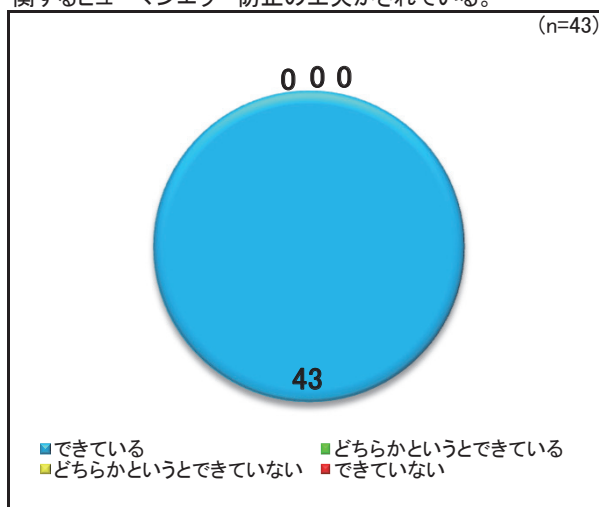
4 輸血部

1) 輸血実施時の安全性確保

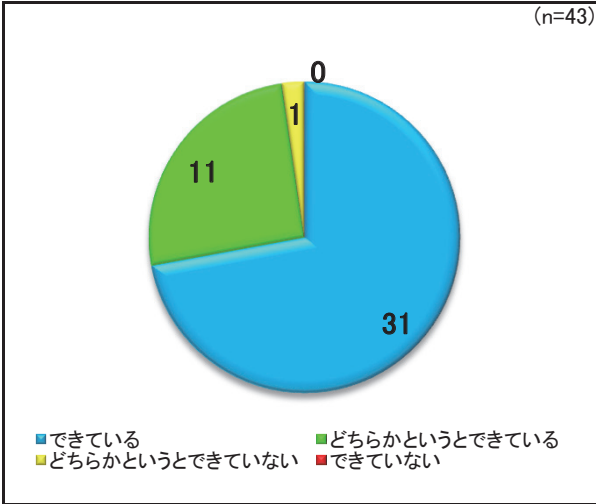
① ABO血液型判定は、同一患者からの異なる時点での2検体で2重チェックを行っている。



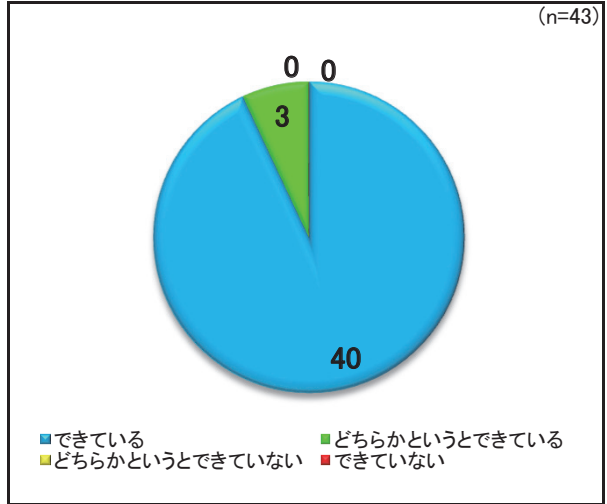
② 自動機器の導入により、検査における血液型判定等に関するヒューマンエラー防止の工夫がされている。



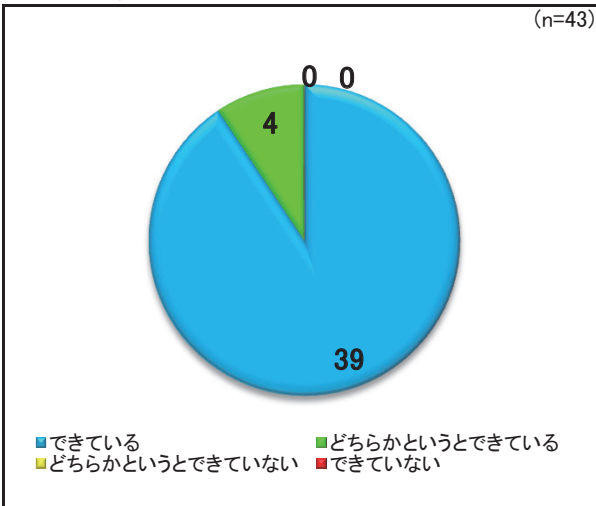
③ 血液製剤の適正使用のモニターが行われている。



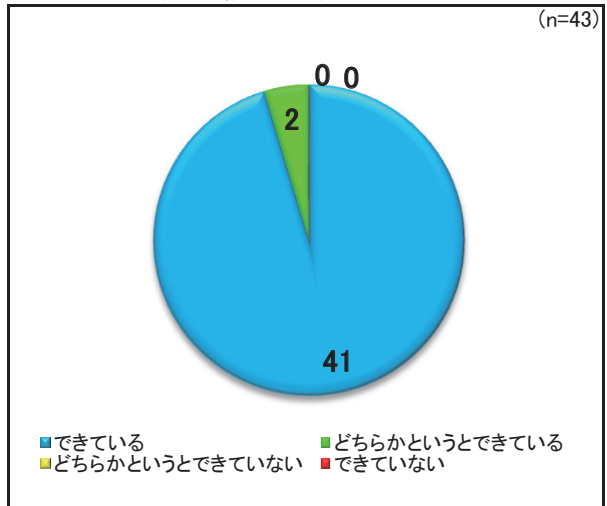
④ 各診療科への輸血用血液の払い出しは、当日使用分のみで、予備的な払い出しは行っていない。



⑤ やむをえず輸血部以外で輸血用血液を保管する場合は、自動温度記録計と警報機が装備された保冷庫が使用され、正しい条件下で管理されている。

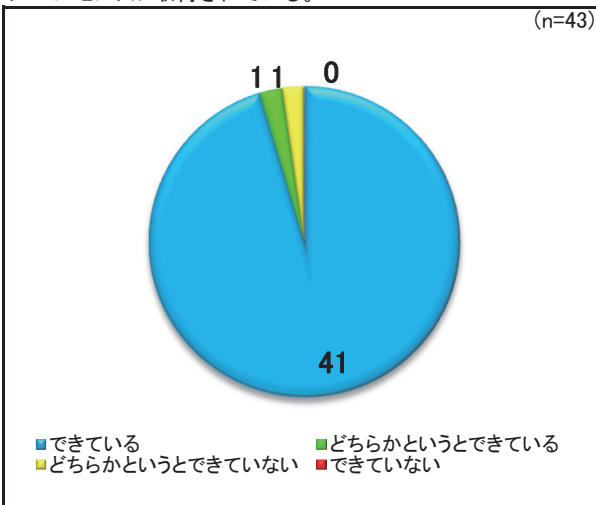


⑥ 輸血療法の安全性を確保するための輸血手順書が整備され、手順書に従って輸血が行われている。

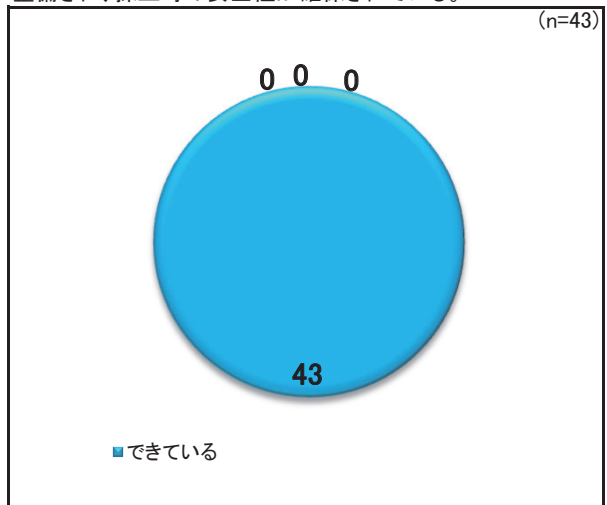


2) 自己血採血、保管、輸血

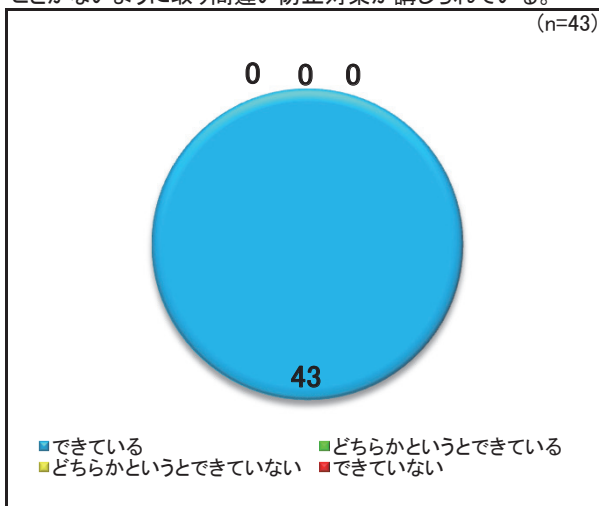
① 自己血輸血の意義、採血、保管に要する期間、採血前の必要な検査、自己血輸血時の問題等に関するインフォームド・コンセントが取得されている。



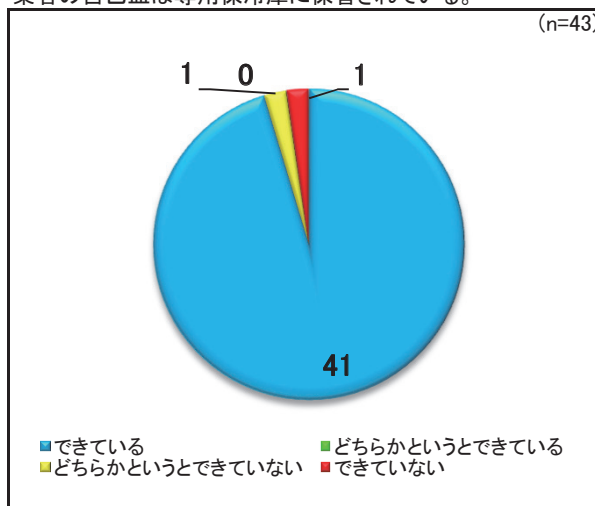
② 自己血適応の基準を含め、採血等に関するマニュアルが整備され、採血時の安全性が確保されている。



③ 自己血の受払いに関して、他の患者に出庫、輸血される
ことがないように取り間違い防止対策が講じられている。

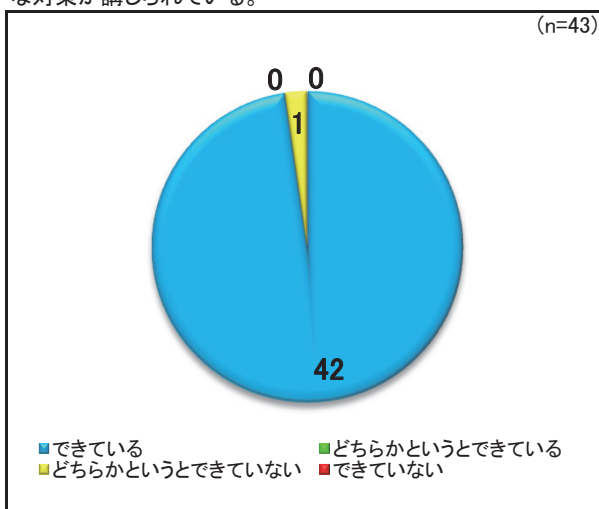


④ 自己血の保管は血液製剤同様に管理され、ウイルス感
染者の自己血は専用保冷庫に保管されている。

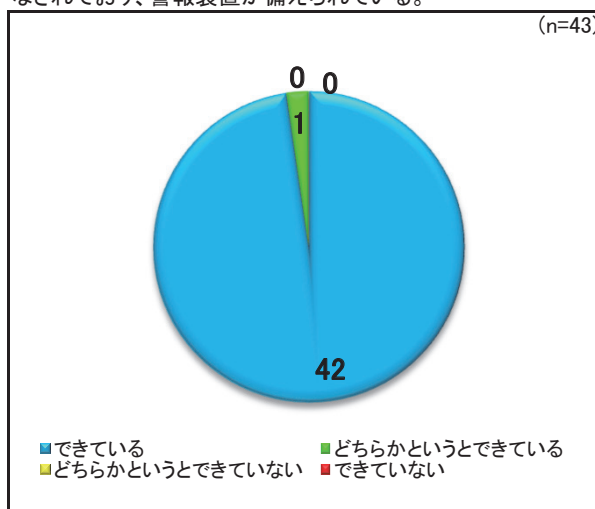


3) 造血幹細胞の保管

① 造血幹細胞の受払いに関して、取り違えがおきないよう
な対策が講じられている。



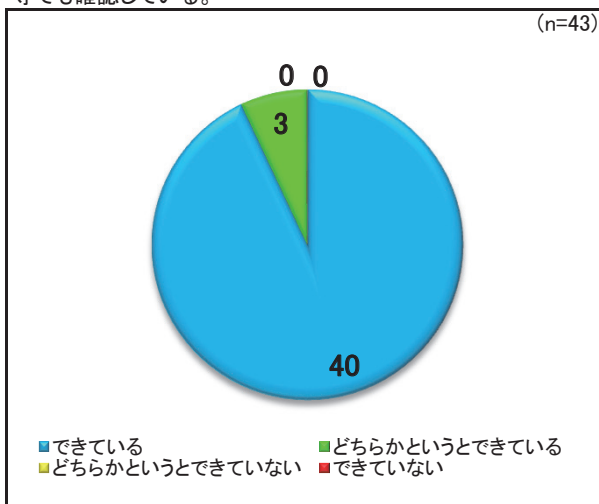
② 造血幹細胞を保管している保冷庫は温度管理がきちんと
なされており、警報装置が備えられている。



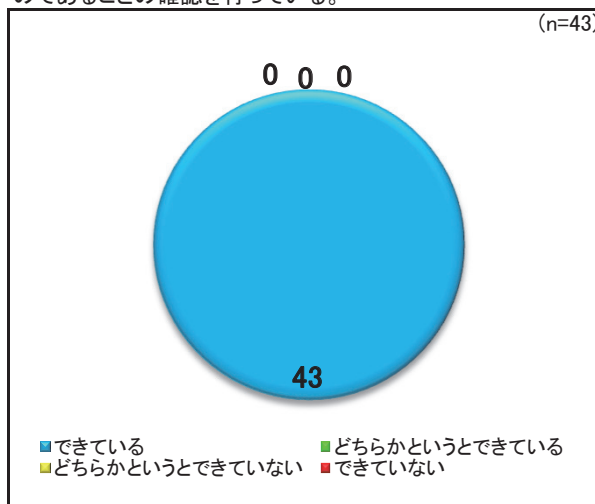
5 臨床検査部門

1) 検査実施時

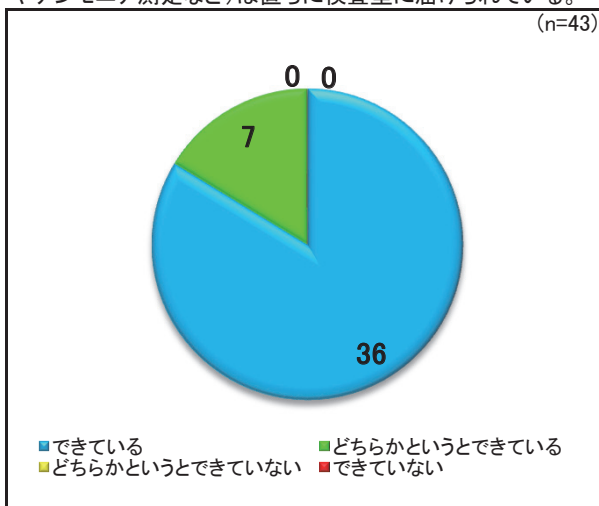
① 外来における検体及び生理学的検査では当該患者であ
ることを、フルネームで名乗ってもらい、且つ、IDや生年月日
等でも確認している。



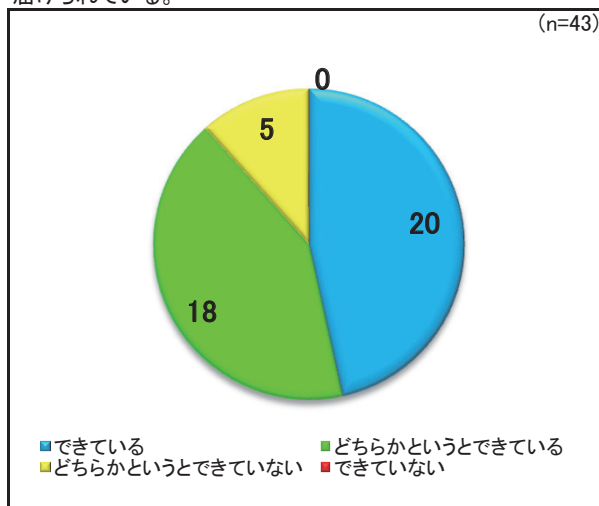
② 検査実施時には、採血管や検査内容等が当該患者のも
のであることの確認を行っている。



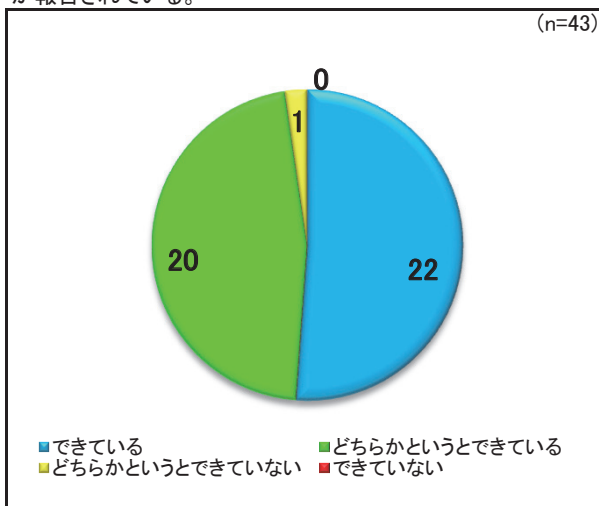
③ 採取した検体のうち、放置してはいけない検体(血液ガスやアンモニア測定など)は直ちに検査室に届けられている。



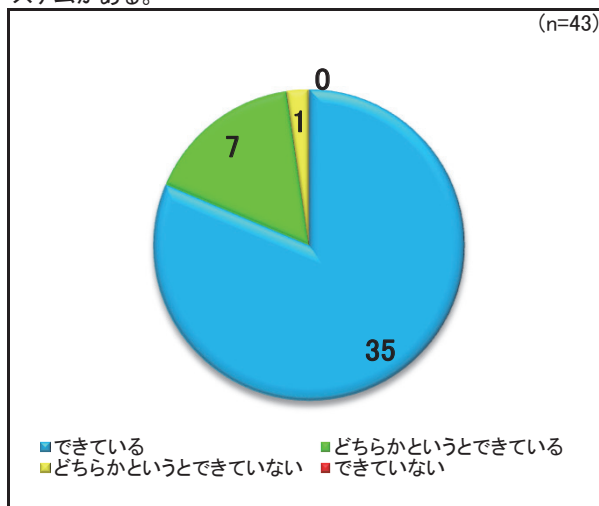
④ 比較的安定な生化学や血算などの検体は、30分以内に届けられている。



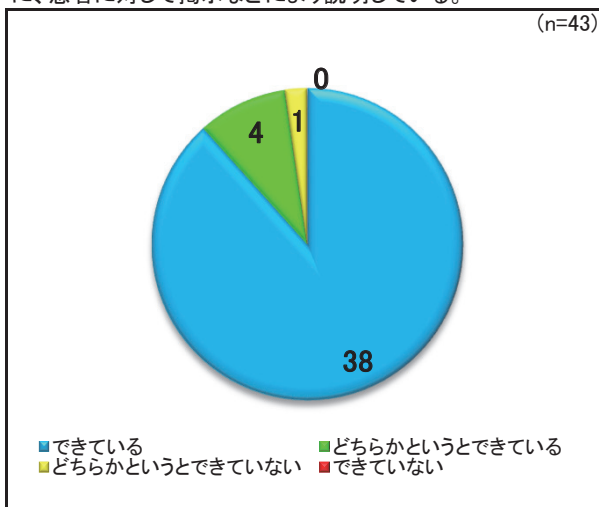
⑤ 緊急検査(末梢血、生化学、止血等)は30分以内に結果が報告されている。



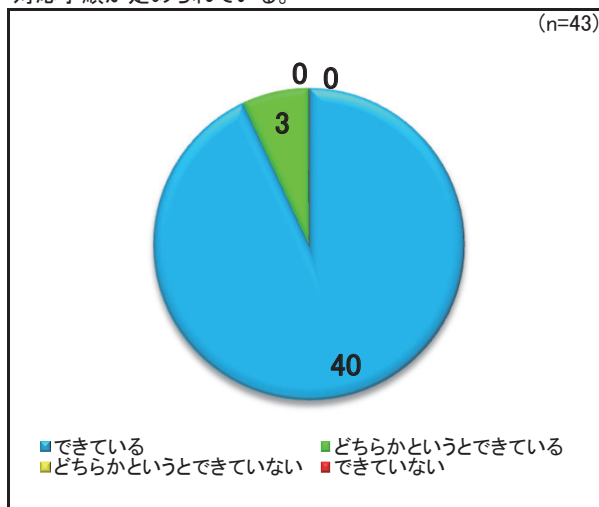
⑥ 患者のアレルギー情報や病歴等が容易に参照できるシステムがある。



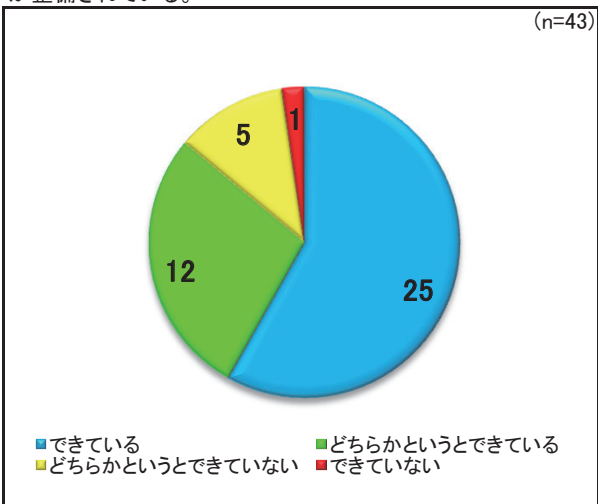
⑦ 採血時の腕の痛み、しびれ、神経損傷等が起こった時に、患者に対して掲示などにより説明している。



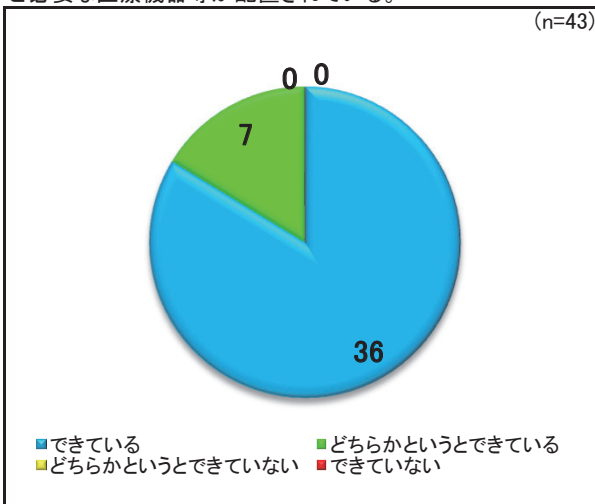
⑧ 採血時の腕の痛み、しびれ、神経損傷等が起こった時の対応手順が定められている。



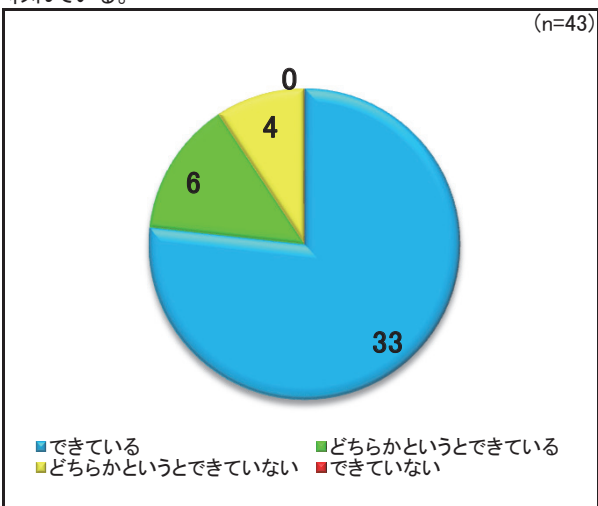
⑨ 検査後に患者観察が行われる場所、人(看護師の配置)が整備されている。



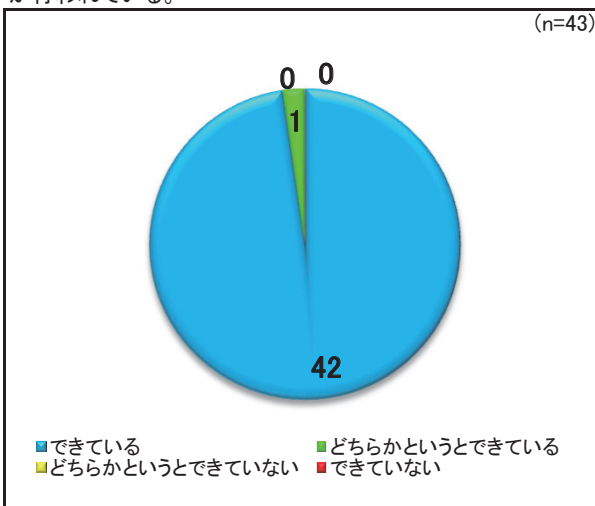
⑩ 患者の容態急変に備え、各部署に救急カートや、AEDなど必要な医療機器等が配置されている。



⑪ 患者の容態急変に備え、心肺蘇生等の必要な教育が行われている。

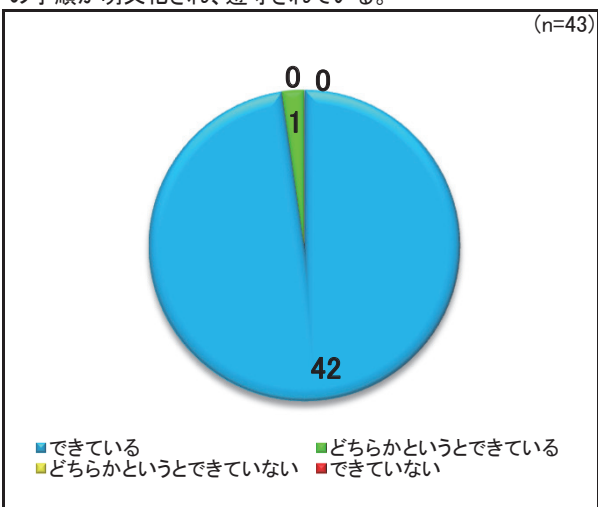


⑫ 検査で用いられる試薬や毒物劇物・重金属・有機溶媒など危険物の高い物質に関して、適正に施錠保管し、台帳管理が行われている。

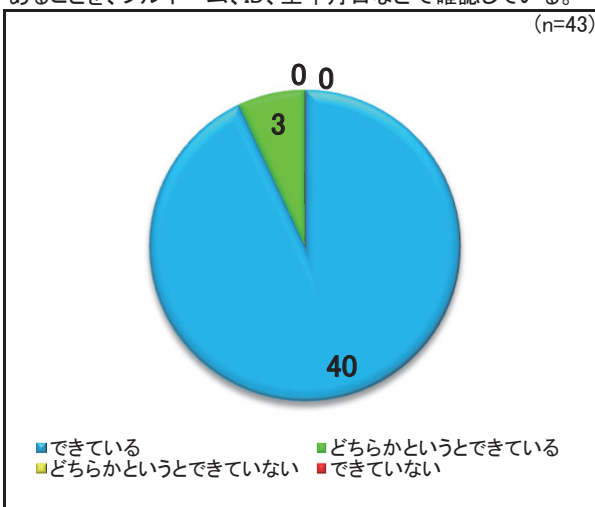


2) 検査室において

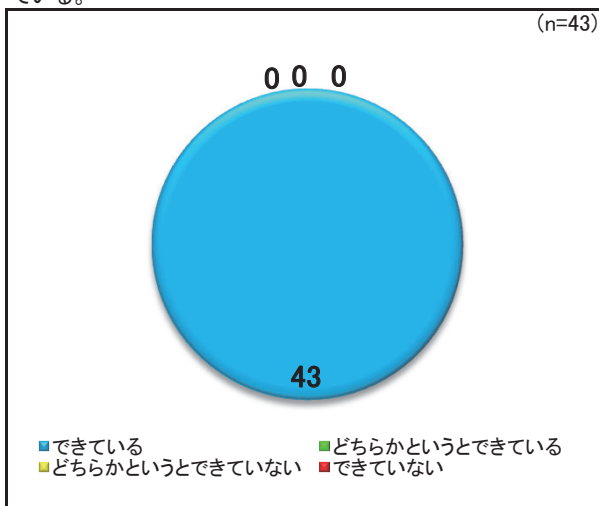
① 検体の確認はバーコードやシールなどを用いた誤認防止の手順が明文化され、遵守されている。



② 伝票で患者検体が届けられた場合、当該患者の検体であることを、フルネーム、ID、生年月日などで確認している。

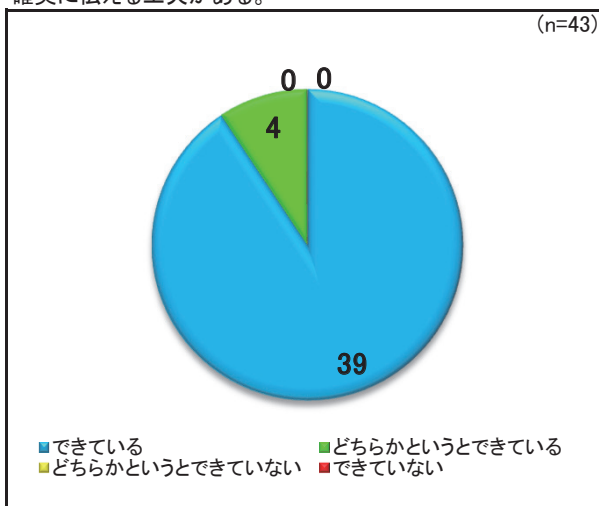


③ 伝票の内容と検体の種類・数が一致しているかを確認している。

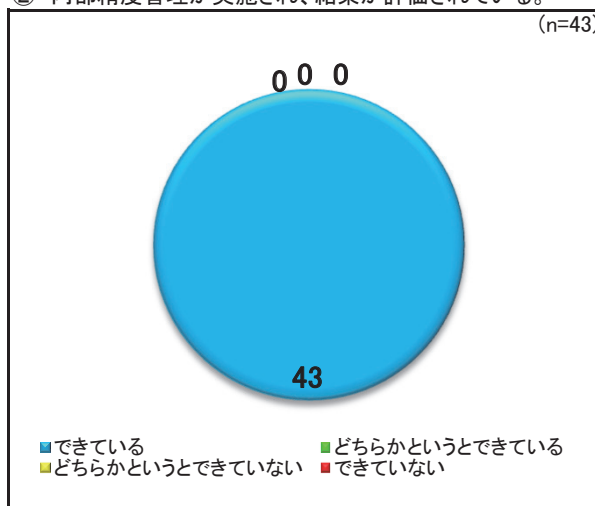


3) その他

① 検査結果において、疑義照会(患者や病態の確認)、緊急処置や治療法の変更等を要するデータ(検体検査での異常高値や低値、血液培養陽性、指定菌<MRSA・好酸菌塗抹陽性>等の感染症検査結果等)があった場合、主治医等に確実に伝える工夫がある。

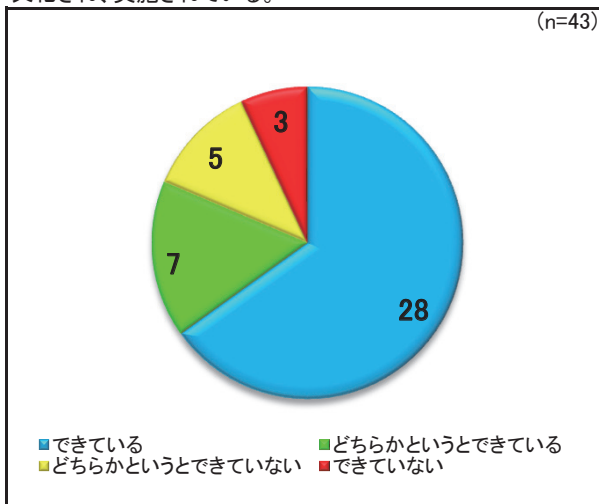


② 内部精度管理が実施され、結果が評価されている。

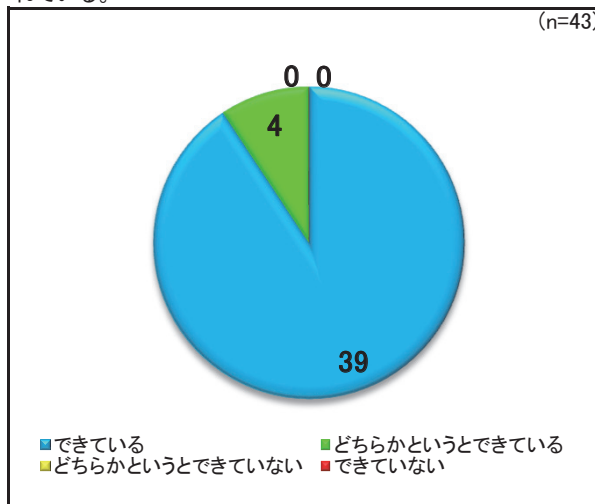


6 病理部門

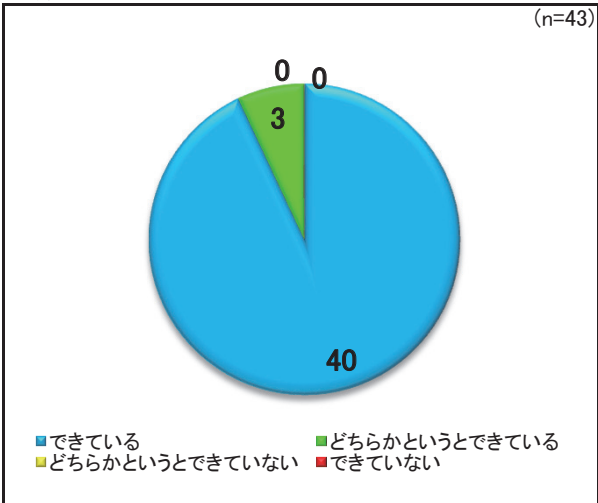
① 検体採取から提出までの間の検体の誤認防止手順が明文化され、実施されている。



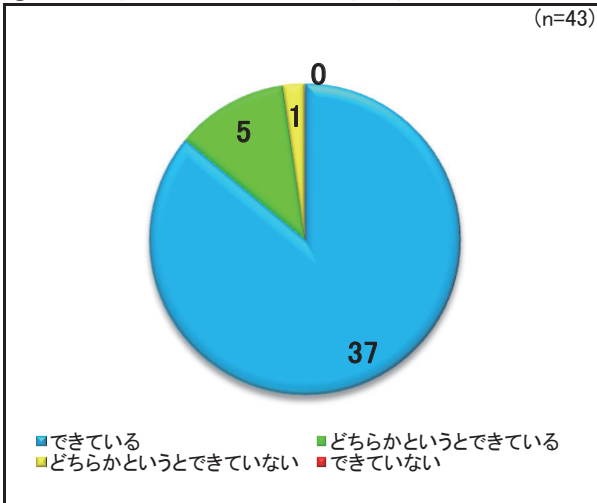
② 病理検体受付時の誤認防止手順が明文化され、実施されている。



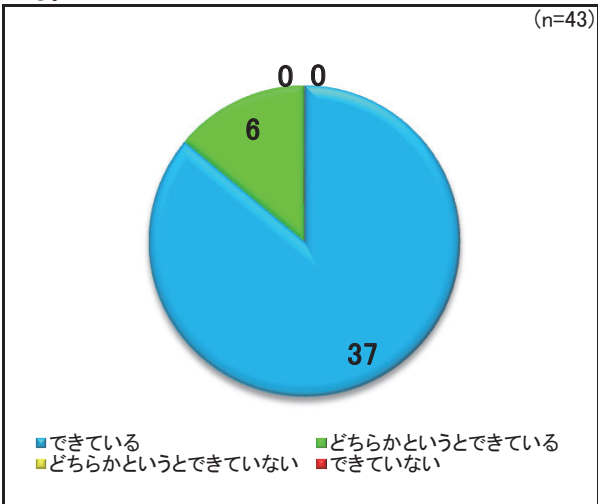
③ 検体処理の各段階における誤認防止の手順が明文化され、実施されている。



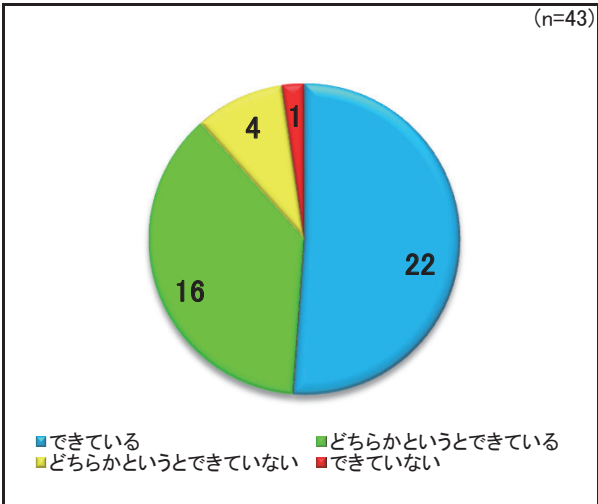
④ 診断内容はダブルチェックが行われ報告されている。



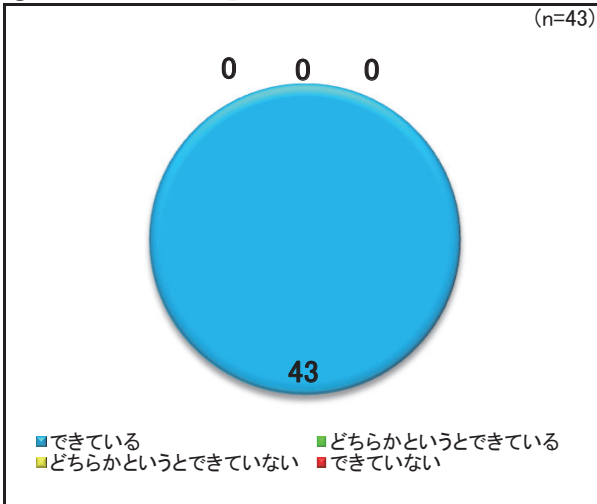
⑤ 疑問のある症例は部内および診療科と協議が行われている。



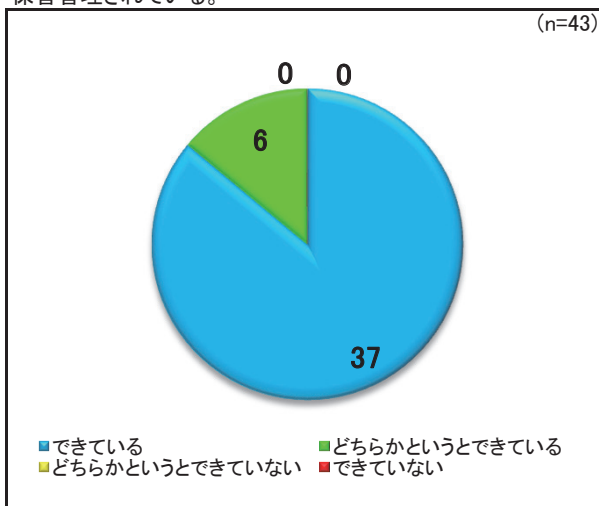
⑥ 検査結果において、緊急処置や治療法の変更等を要するデータ(細胞診や病理検査ではじめての悪性所見が出た場合等)があった場合、主治医等に確実に伝える工夫がある。



⑦ 病理のレポートは電子化されている。



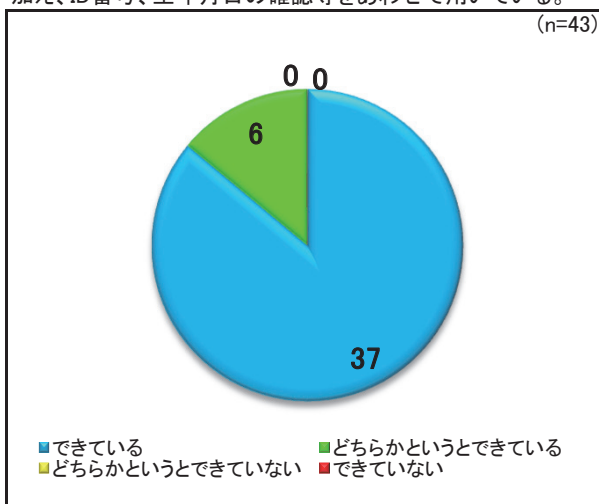
⑧ ホルマリンなどの有機溶媒、危険性の高い薬剤が適切に保管管理されている。



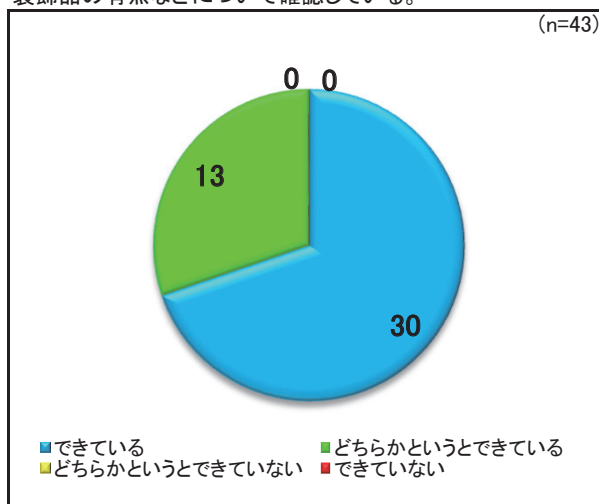
7 放射線検査・治療部門

1) 放射線業務における安全性確保

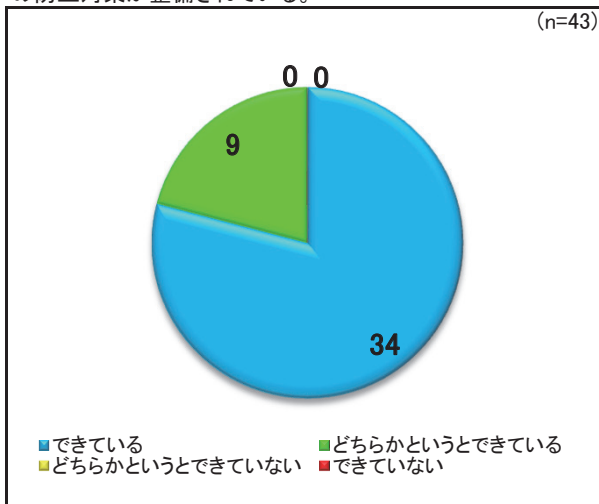
① 患者確認には、患者にフルネームを名乗ってもらうことに加え、ID番号、生年月日の確認等をあわせて用いている。



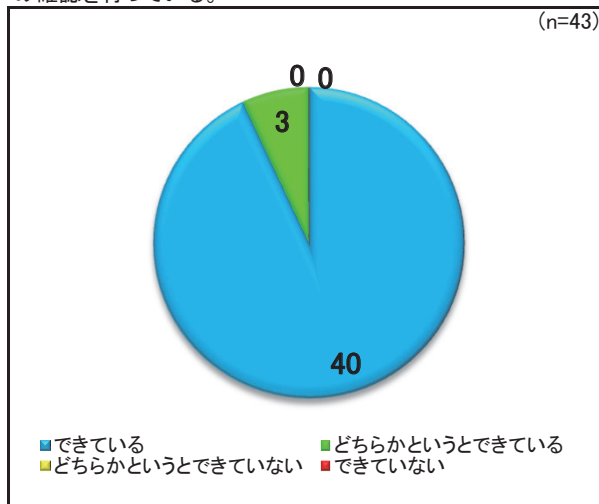
② 検査・治療前に、患者とともに、部位、方向、撮影回数や装飾品の有無などについて確認している。



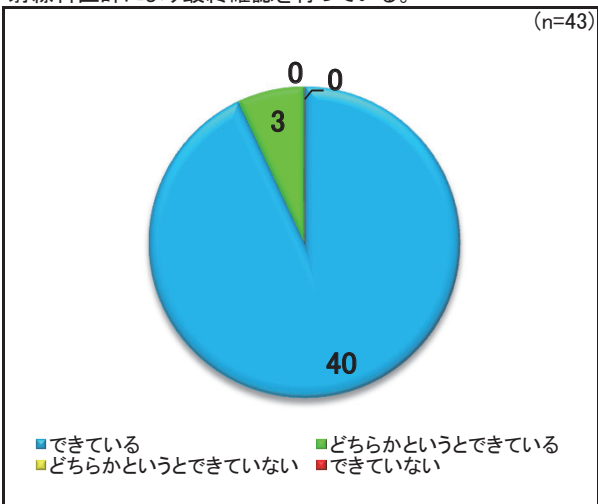
③ 病室撮影を含め、撮影済みカセットに関して患者間違いの防止対策が整備されている。



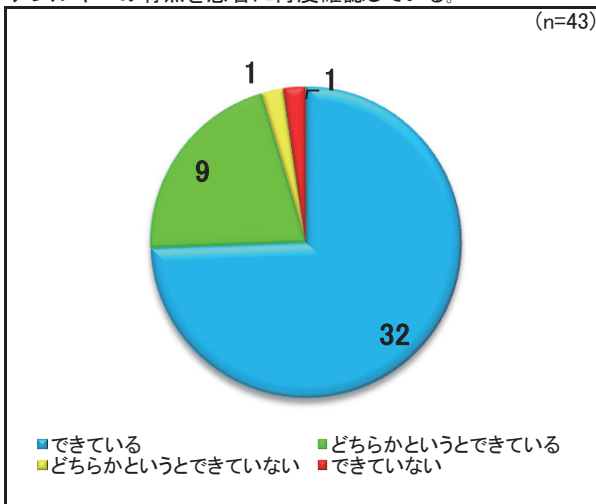
④ MR検査の場合、患者の装飾品や体内金属、入室する医療スタッフの持ち物(ハサミ・ペン・装飾品等)、患者に使用している医用器材(支柱台、シーネ、医療機器、酸素ボンベ等)の確認を行っている。



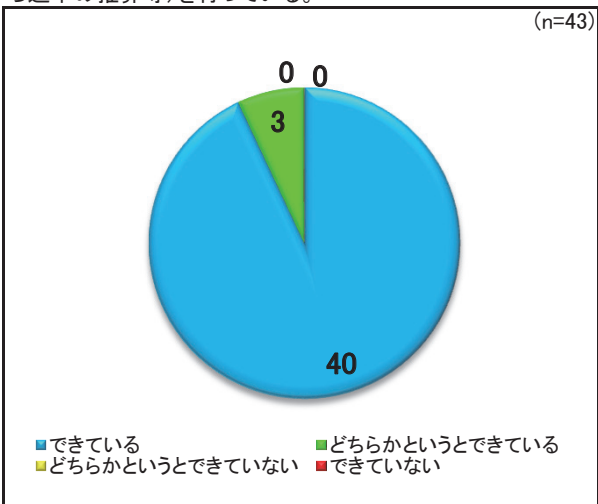
⑤ MR検査室への持込み禁止物について、放射線技師や放射線科医師により最終確認を行っている。



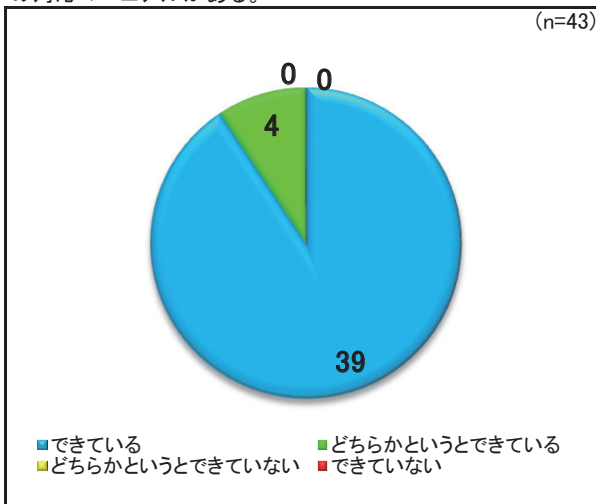
⑥ 造影剤検査の前には必ず、同意書を見ながら、口頭で、アレルギーの有無を患者に再度確認している。



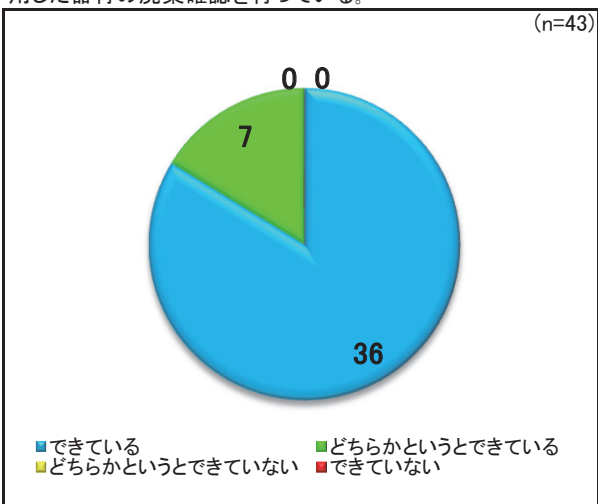
⑦ 造影剤腎症の予防対策(クレアチン値の把握、糸球体ろ過率の推算等)を行っている。



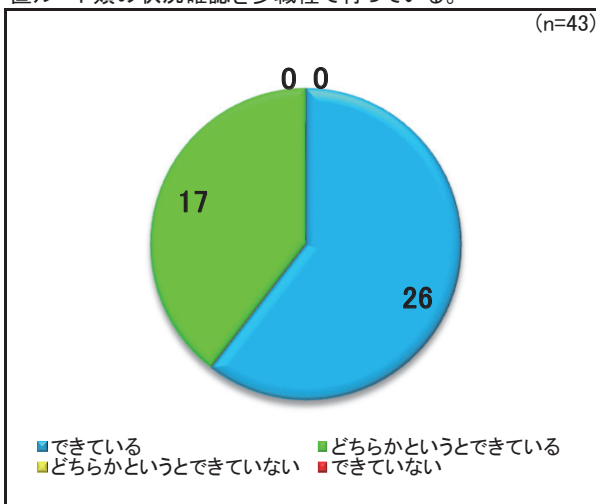
⑧ 造影剤使用の検査中もしくは検査後副作用があった場合の対応マニュアルがある。



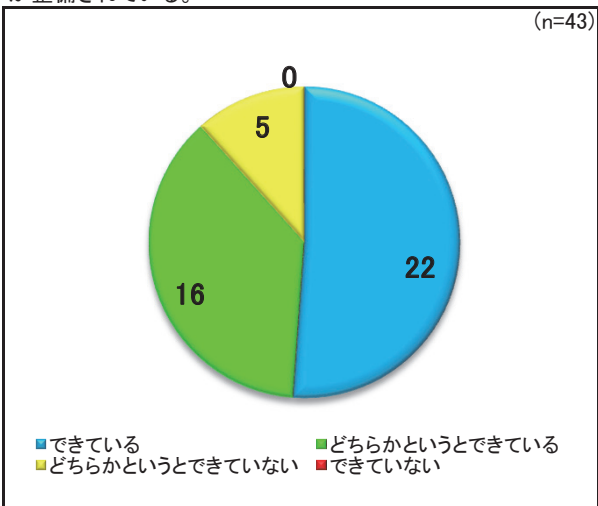
⑨ 造影剤がディスプレイ器材の場合、前の患者に使用した器材の廃棄確認を行っている。



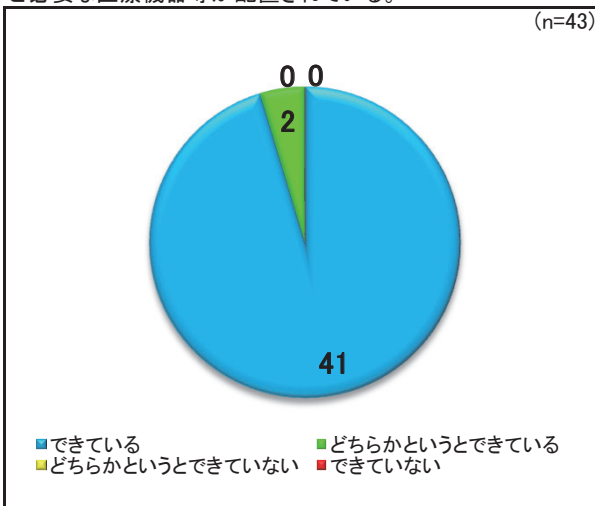
⑩ 検査・治療に際して、患者のリスク評価、モニタリング、留置ルート類の状況確認を多職種で行っている。



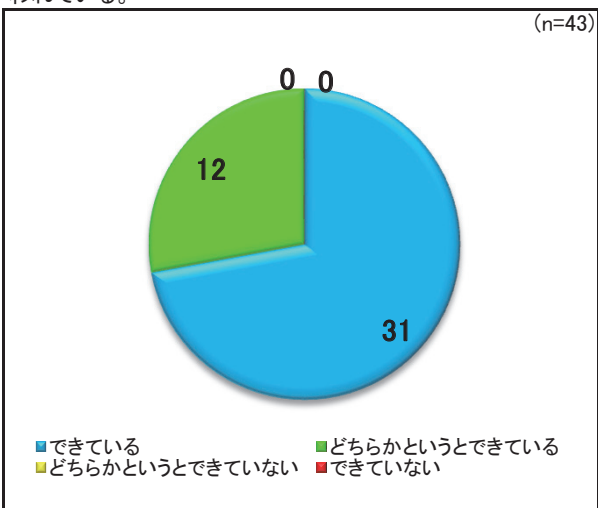
⑪ 検査後に患者観察が行われる場所、人(看護師の配置)が整備されている。



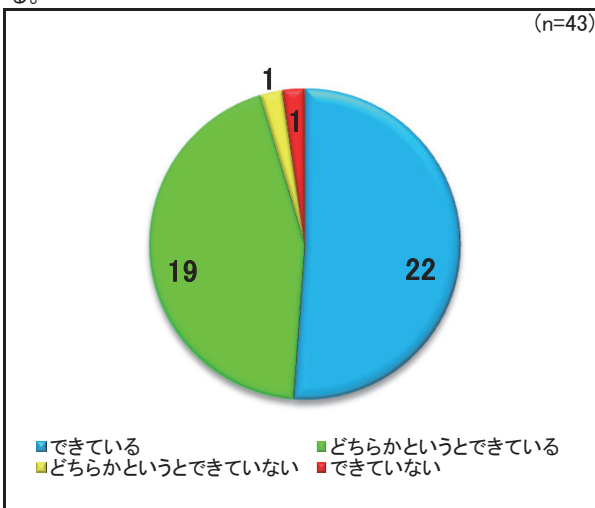
⑫ 患者の容態急変に備え、各部署に救急カートや、AEDなど必要な医療機器等が配置されている。



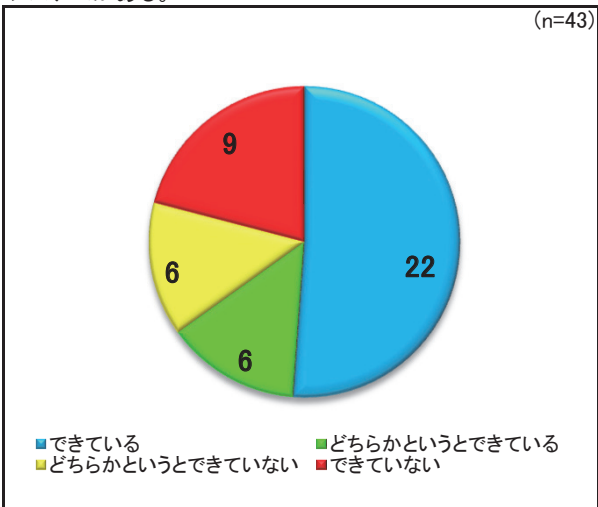
⑬ 患者の容態急変に備え、心肺蘇生等の必要な教育が行われている。



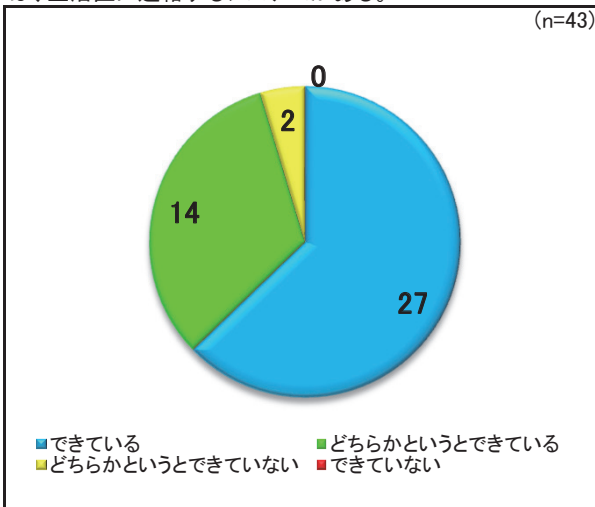
⑭ 撮影された画像の最終確認(患者氏名、左右、部位、マーク、画質など)を指差呼称やダブルチェック等で行っている。



⑮ 胸部X線撮影画像の読影が放射線科医により行われるシステムがある。

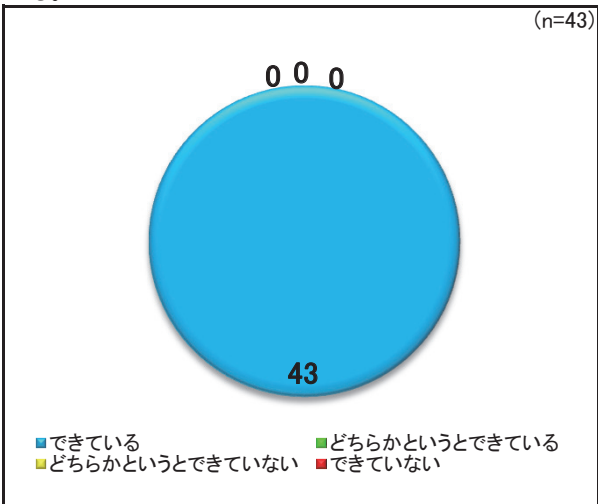


⑯ 撮影中や読影時に、緊急を要する所見が認められた時は、主治医に連絡するシステムがある。

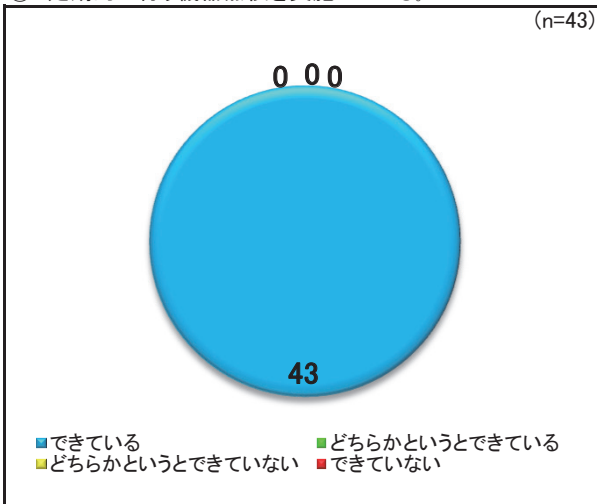


2)放射線機器等の管理

① 検査・治療機器の始業・終了点検が行われ、記録されている。

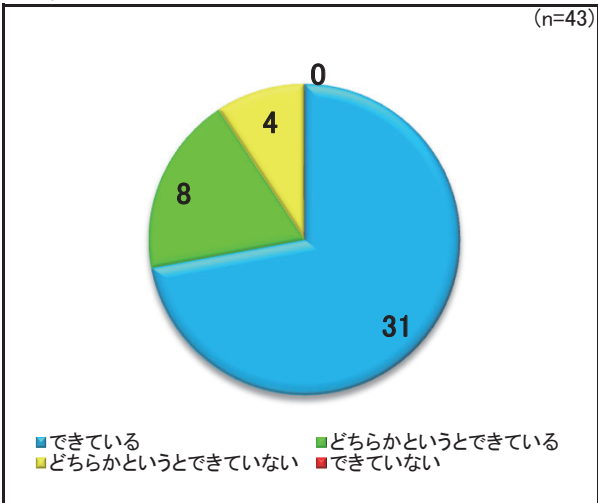


② 定期的に行う機器点検を実施している。

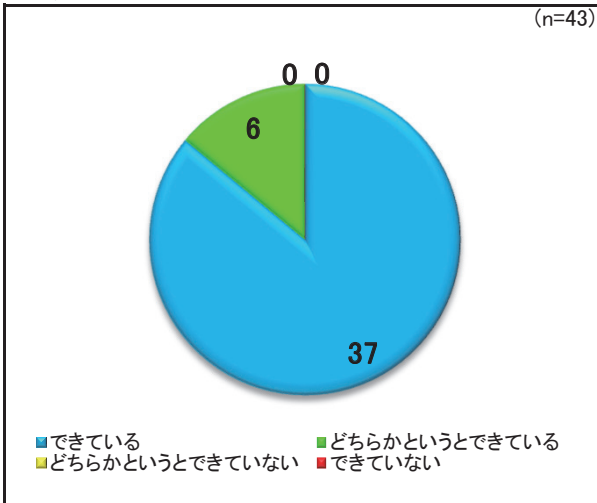


3)放射線被曝管理

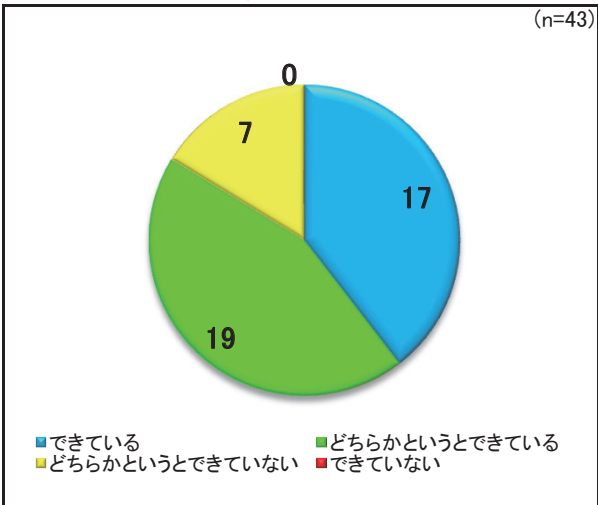
① 血管造影検査を繰り返し行う場合、被曝線量を確認している。



② 機器の放射線出力測定及び漏洩線量測定を、6ヶ月に1回に実施している。

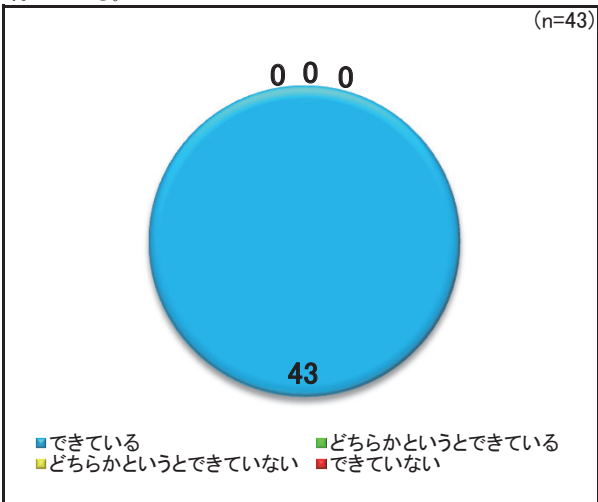


③ 患者などから被曝線量について質問された際、提示資料が整えられて説明できる体制がある。

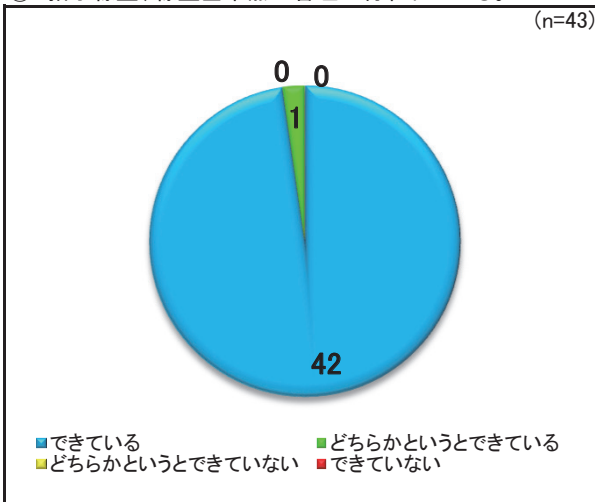


4) 放射線治療の安全管理

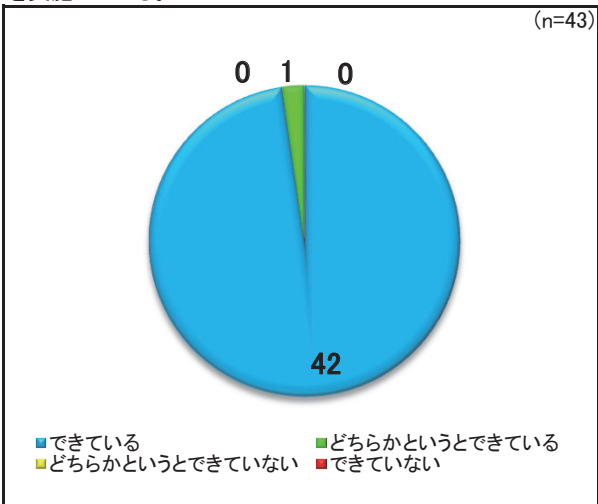
① 放射線照射の際に照射部位・線量のダブルチェックを行っている。



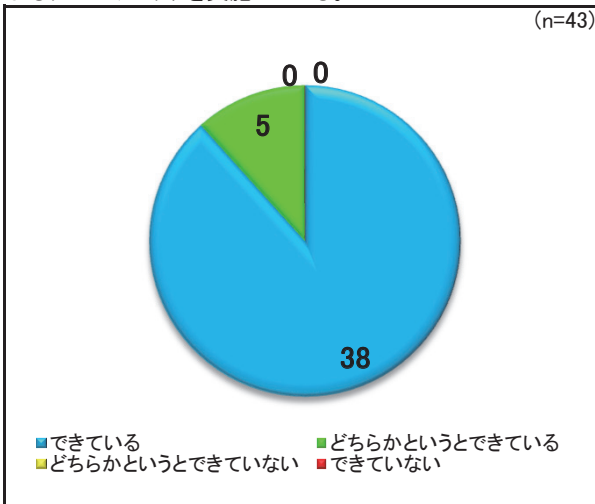
② 指示線量、線量基準点の管理が行われている。



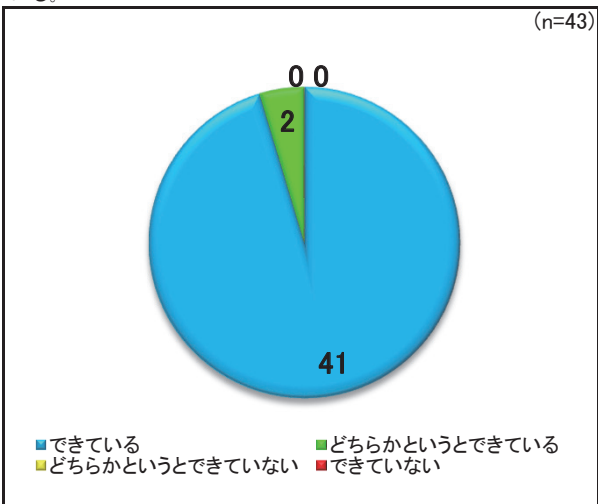
③ モニタ単位値(MU値)計算は独立した方法で2重の重複チェックを行い、また、必要に応じて実測による吸収線量測定を実施している。



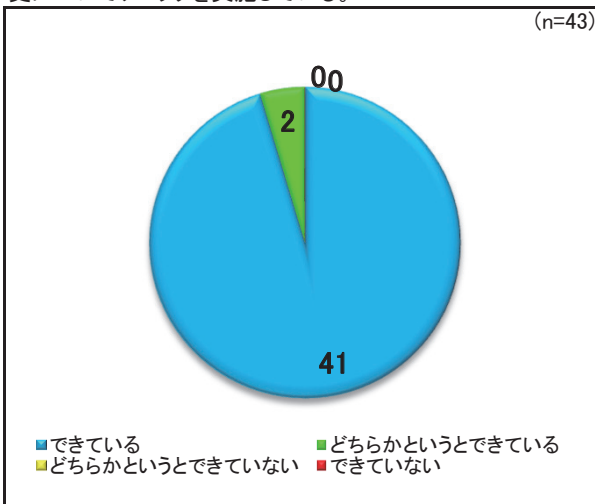
④ 加速器への治療患者のデータ登録は、異なる担当者によるダブルチェックを実施している。



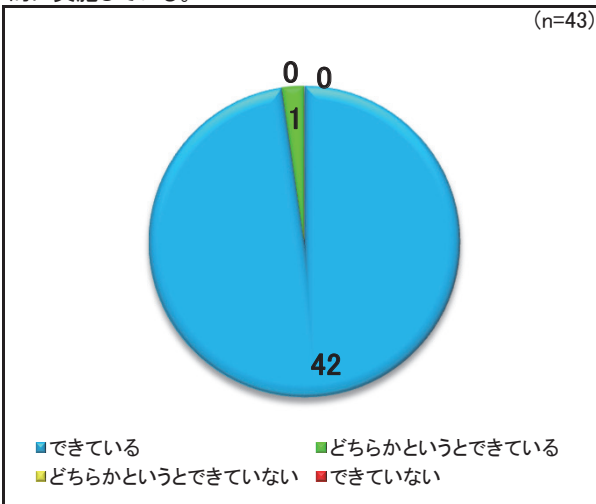
⑤ 照射終了後、モニター線量・照射録記載の確認を行っている。



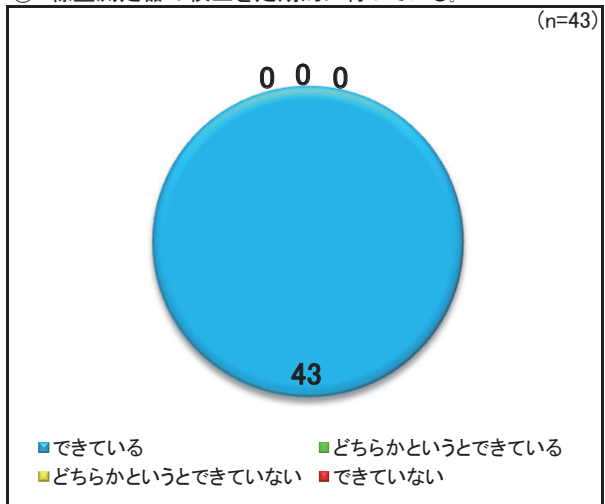
⑥ 治療情報の確認を行い、治療部位、処方線量の継続・変更についてチェックを実施している。



⑦ 放射線治療装置、放射線治療計画システム、X線シミュレータ、CTシミュレータ、放射線治療計画用CT装置、高線量率密封小線源医療装置および関連機器の精度管理を定期的の実施している。

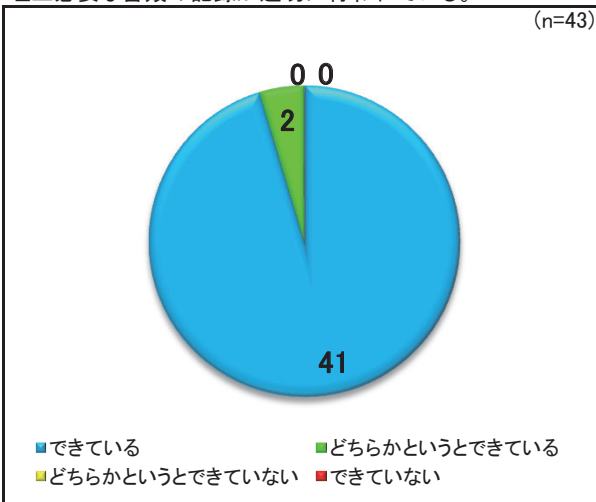


⑧ 線量測定器の校正を定期的に行っている。

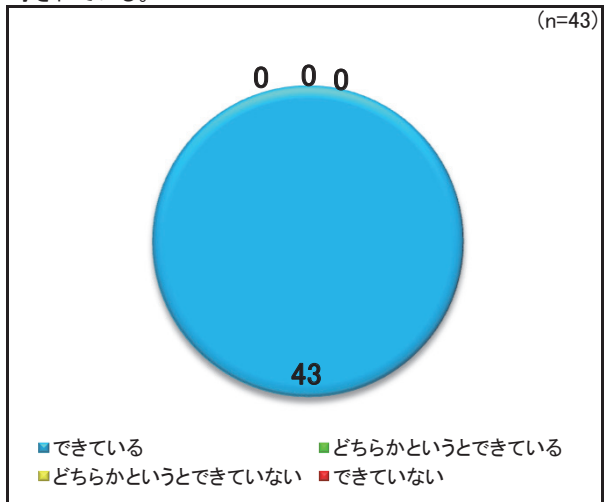


5) 放射性医薬品等の管理

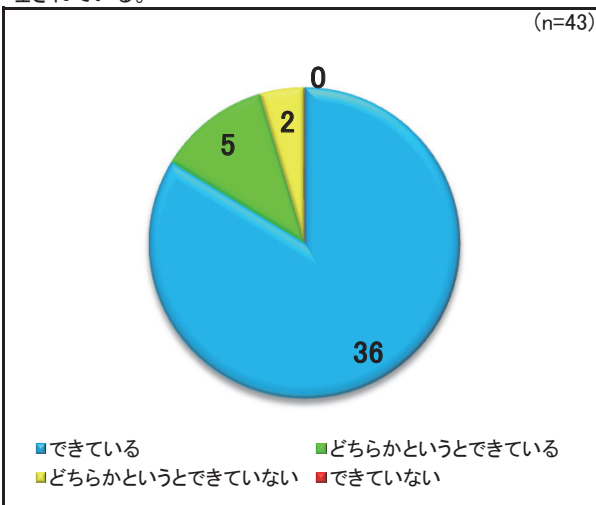
① 放射性医薬品取扱いに関するマニュアルが整備され、管理上必要な書類の記録が適切に行われている。



② 放射性医薬品誤投与防止に関する対策が整備され、遵守されている。



③ 放射性廃棄物に関するマニュアルが整備され、適切に管理されている。



【資料】

- ・平成 29 年度 重点項目事前調査シート
- ・平成 29 年度 重点項目訪問調査シート
- ・平成 29 年度 自己チェックシート

平成 29 年度 重点項目事前調査シート

シート（１）－（あ）読影体制

1) 画像診断レポート作成の有無

①	一般単純撮影	4択	A	作成あり〔全例〕	B	作成あり〔依頼分のみ〕	C	作成あり〔読影医の判断〕	D	作成なし
②	CT	4択	A	作成あり〔全例〕	B	作成あり〔依頼分のみ〕	C	作成あり〔読影医の判断〕	D	作成なし
③	MRI	4択	A	作成あり〔全例〕	B	作成あり〔依頼分のみ〕	C	作成あり〔読影医の判断〕	D	作成なし
④	核医学 (PET-CTも含む)	4択	A	作成あり〔全例〕	B	作成あり〔依頼分のみ〕	C	作成あり〔読影医の判断〕	D	作成なし

回答

2) 画像診断レポートの作成に従事している医師の人数

①	1日あたりの従事人数	記述回答(単位:人/日)
---	------------	--------------

回答

3) 画像撮影後、レポート返却までにかかる時間

①	一般単純撮影	a.	外来患者〔一般外来〕	3択	A	当日中	B	2日以内	C	3日以上
		b.	外来患者〔救急外来〕	3択	A	当日中	B	2日以内	C	3日以上
		c.	入院患者	3択	A	当日中	B	2日以内	C	3日以上
②	CT	a.	外来患者〔一般外来〕	3択	A	当日中	B	2日以内	C	3日以上
		b.	外来患者〔救急外来〕	3択	A	当日中	B	2日以内	C	3日以上
		c.	入院患者	3択	A	当日中	B	2日以内	C	3日以上
③	MRI	a.	外来患者〔一般外来〕	3択	A	当日中	B	2日以内	C	3日以上
		b.	外来患者〔救急外来〕	3択	A	当日中	B	2日以内	C	3日以上
		c.	入院患者	3択	A	当日中	B	2日以内	C	3日以上
④	核医学 (PET-CTも含む)	a.	外来患者〔一般外来〕	3択	A	当日中	B	2日以内	C	3日以上
		b.	外来患者〔救急外来〕	3択	A	当日中	B	2日以内	C	3日以上
		c.	入院患者	3択	A	当日中	B	2日以内	C	3日以上

回答

4) 画像診断レポート撮影件数・レポート作成件数〔2016年4月1日～2017年3月31日〕＝2016年度

①	一般単純撮影	記述回答(単位:件)	a.	撮影件数
			b.	レポート作成件数
②	CT	記述回答(単位:件)	a.	撮影件数
			b.	レポート作成件数
③	MRI	記述回答(単位:件)	a.	撮影件数
			b.	レポート作成件数
④	核医学 (PET-CTも含む)	記述回答(単位:件)	a.	撮影件数
			b.	レポート作成件数

回答

5) 画像診断レポート確認徹底に関する病院のポリシー

①	画像診断レポートを確認し、対応する責務が依頼医にあることを示している	2択	A	している	B	していない
---	------------------------------------	----	---	------	---	-------

回答

資料

シート（１）－（い）重要所見フラグ（読影時の重要所見区分）

1) 至急連絡を要する重要所見への対応

回答

①	連絡方法	複数選択	A	電話	B	その他
---	------	------	---	----	---	-----

回答 [Bその他の内容]

回答

②	至急通知すべき所見の対象が規定されている	4択	A	病院で規定	B	放射線科で規定	C	読影医の判断	D	その他
---	----------------------	----	---	-------	---	---------	---	--------	---	-----

回答
[Dの内容]

回答

③	対象の具体例	記述回答
---	--------	------

2) 月単位のレポート確認の遅れが重大な影響を及ぼす可能性のある「重要所見」への対応

回答

①	重要所見にフラグをつけている	2択	A	つけている	B	つけていない
---	----------------	----	---	-------	---	--------

注) フラグとは、重要所見があるレポートを、他のレポートと区別できる何らかの標識のことであり、電子的なもの、非電子的なもの別を問わない。

①でAを選択した場合のみ回答

回答

②	フラグをつける基準が規定されている	4択	A	病院で規定	B	放射線科で規定	C	読影医の判断	D	その他
---	-------------------	----	---	-------	---	---------	---	--------	---	-----

回答
[Dの内容]

回答

③	対象の具体例	記述回答
---	--------	------

回答

④	フラグ付与の開始にあたり、放射線科（読影医）から表明された懸念事項があれば記載してください	記述回答
---	---	------

本調査においてこの後の項目に出てくる「重要所見」は、月単位のレポート確認の遅れが予後に重大な影響を及ぼす可能性のある所見のことを想定して回答してください。

資料

シート（２）レポート既読処理

1) 電子カルテシステム

①	最終更新年度	記述回答（単位：西暦年）
---	--------	--------------

回答

2) 既読処理

①	レポートを確認したこと（開封したこと）が記録される	2択	A	記録される	B	記録されない
---	---------------------------	----	---	-------	---	--------

→ 5)へ

回答

3) 電子カルテによる既読処理（紙カルテの場合は4）へ）

①	既読になるメカニズム	2択	A	レポートを開いたら自動的に既読になる（受動的）
			B	何らかのアクションを取ると既読になる（能動的） 例：「確認しました」欄にチェックを入れて確認ボタンを押す

回答

②	既読の管理単位	3択	A	レポート単位 例：医師Aが開封・既読にしたあと、医師Bが開く時には既読になっている
			B	ユーザー単位 例：医師Aが開封・既読にしても、医師Bが開くと未読のままになっている
			C	その他

回答

回答
[Cの内容]

①でBを選択した場合のみ回答								
③	アクションを取って既読にできる者	複数選択	A	依頼医	B	依頼医の所属診療科の医師	C	その他

回答

回答
[Cの内容]

3)に回答した場合、4)は回答不要

4) 紙による既読処理

①	既読処理の具体的な方法	記述回答	
---	-------------	------	--

回答

②	アクションを取って既読にできる者	複数選択	A	依頼医	B	依頼医の所属診療科の医師	C	その他
---	------------------	------	---	-----	---	--------------	---	-----

回答
[Cの内容]

5) 課題

①	未読/既読管理に関する課題があれば記載してください	記述	
---	---------------------------	----	--

資料

シート（3）レポート完成通知

1) 完成通知の実施

①	完成通知実施の有無	2択	A	あり	B	なし	回答
	注) 完成通知とは、検査依頼医が能動的にレポートの保存場所を確認しなくてもレポートが完成したことがわかる何らかの仕組みのことで、紙運用も含む。						

Aを選択した場合は②へ進んでください
B「なし」と回答した場合シート（4）に進んでください

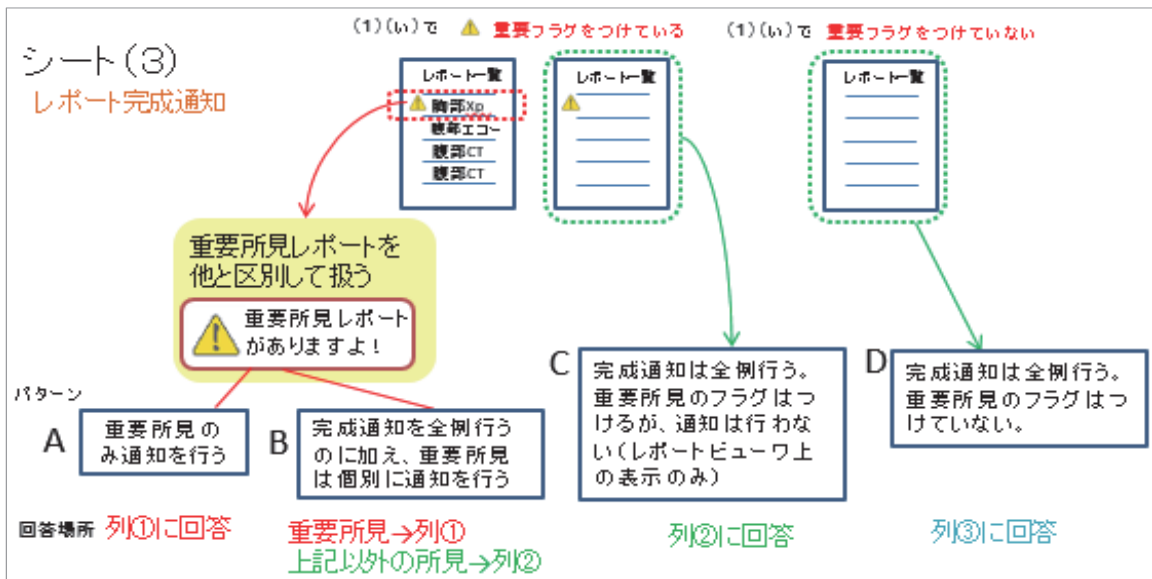
②	完成通知の対象となるレポート	2択	A	全例	B	一部	回答
---	----------------	----	---	----	---	----	----

②でBを選択した場合のみ回答

③	「一部」の対象レポート	複数選択	A	重要所見フラグありレポート	B	依頼医から指定されたレポート	C	その他	回答
---	-------------	------	---	---------------	---	----------------	---	-----	----

回答
【Cの内容】

この下の2)の各項目は、『シート（1）－（い）重要所見フラグ（読影時の重要所見区分）』の設問2)における、月単位のレポート確認の遅れが重大な影響を及ぼす可能性のある重要所見に「フラグをつけている」「つけていない」の回答の別により解答欄が異なります。



列①	列②	列③
2) 完成通知の方法		
① 完成通知のタイミング		
2択	2択	2択
A レポート完成直後	A レポート完成直後	A レポート完成直後
B その他	B その他	B その他
回答	回答	回答
回答 【Bの内容】	回答 【Bの内容】	回答 【Bの内容】

資料

列①

列②

列③

② 完成通知の対象者	
複数選択	A 依頼医
	B 検査依頼時に指定した医師 例：上級医など
	C 読影医が指定した医師
	D その他
回答	
回答 [Dの内容]	

② 完成通知の対象者	
複数選択	A 依頼医
	B 検査依頼時に指定した医師 例：上級医など
	C 読影医が指定した医師
	D その他
回答	
回答 [Dの内容]	

② 完成通知の対象者	
複数選択	A 依頼医
	B 検査依頼時に指定した医師 例：上級医など
	C 読影医が指定した医師
	D その他
回答	
回答 [Dの内容]	

③ 完成通知の担当者	
2択	A 読影医
	B その他
回答	
回答 [Bの内容]	

設問なし

設問なし

④ 完成通知の通知手段	
複数選択	A 電子カルテシステムでの通知
	B 紙での通知
	C 電話での通知
	D その他
回答	
回答 [Dの内容]	

④ 完成通知の通知手段	
複数選択	A 電子カルテシステムでの通知
	B 紙での通知
	C その他
回答	
回答 [Cの内容]	

④ 完成通知の通知手段	
複数選択	A 電子カルテシステムでの通知
	B 紙での通知
	C その他
回答	
回答 [Cの内容]	

④でAを選択した場合のみ回答

④でAを選択した場合のみ回答

④でAを選択した場合のみ回答

⑤ 完成通知が来たことがわかる仕組み	
3択	A 電子カルテにログインするとわかる
	B 当該患者のカルテを開くとわかる
	C その他
回答	
回答 [Cの内容]	

⑤ 完成通知が来たことがわかる仕組み	
3択	A 電子カルテにログインするとわかる
	B 当該患者のカルテを開くとわかる
	C その他
回答	
回答 [Cの内容]	

⑤ 完成通知が来たことがわかる仕組み	
3択	A 電子カルテにログインするとわかる
	B 当該患者のカルテを開くとわかる
	C その他
回答	
回答 [Cの内容]	

シート（４）－（あ）未読レポートの抽出

1) 未読レポートの抽出

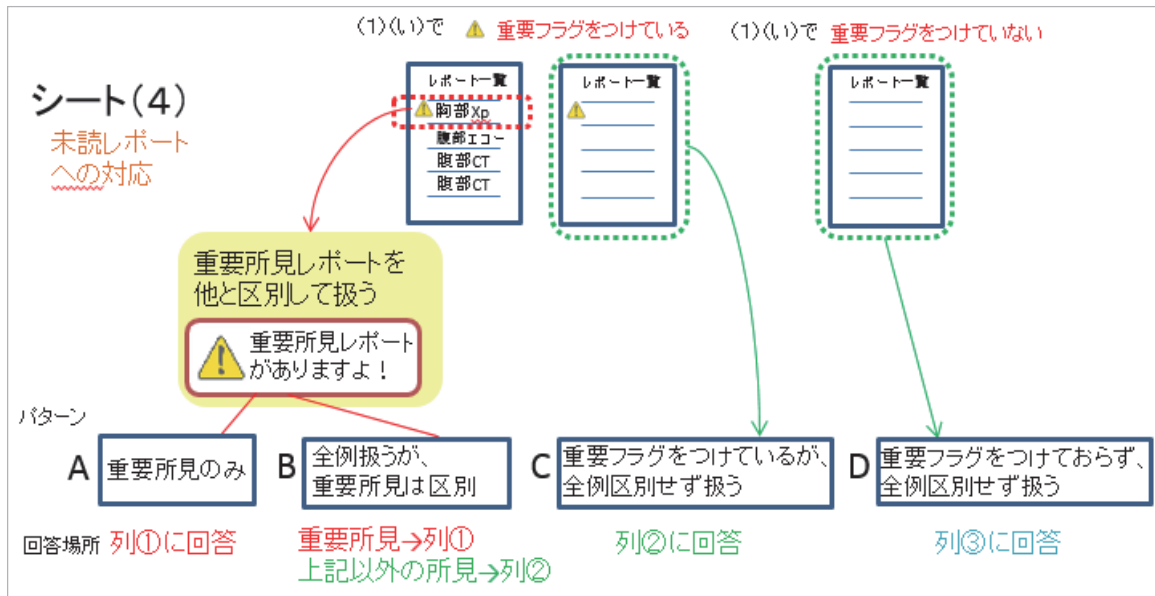
注：過去に1回でも実施したことがあれば実施と回答する

回答

①	未読レポートの抽出実施の有無	3択	A	全例を対象に実施
	注) 未読レポートの抽出とは、確認が終了していないと考えられるレポートを何らかの方法でリストアップすること。		B	重要所見フラグがあるレポートを対象に実施
			C	実施していない

AまたはBを選択した場合は2)へ進んでください
C「実施していない」と回答した場合はここで終了です

この下の2)の各項目は、『シート（１）－（い）重要所見フラグ（読影時の重要所見区分）』の設問2)における、月単位のレポート確認の遅れが重大な影響を及ぼす可能性のある重要所見に「フラグをつけている」「つけていない」の回答の別により解答欄が異なります。



列①	列②	列③																																							
2) 未読レポート抽出の方法	2) 未読レポート抽出の方法	2) 未読レポート抽出の方法																																							
① 抽出作業の担当部門	① 抽出作業の担当部門	① 抽出作業の担当部門																																							
<table border="1"> <tr><td rowspan="6">複数選択</td><td>A</td><td>放射線部門</td></tr> <tr><td>B</td><td>医療情報部門</td></tr> <tr><td>C</td><td>医療安全管理部門</td></tr> <tr><td>D</td><td>診療科</td></tr> <tr><td>E</td><td>事務部門</td></tr> <tr><td>F</td><td>その他</td></tr> </table>	複数選択	A	放射線部門	B	医療情報部門	C	医療安全管理部門	D	診療科	E	事務部門	F	その他	<table border="1"> <tr><td rowspan="6">複数選択</td><td>A</td><td>放射線部門</td></tr> <tr><td>B</td><td>医療情報部門</td></tr> <tr><td>C</td><td>医療安全管理部門</td></tr> <tr><td>D</td><td>診療科</td></tr> <tr><td>E</td><td>事務部門</td></tr> <tr><td>F</td><td>その他</td></tr> </table>	複数選択	A	放射線部門	B	医療情報部門	C	医療安全管理部門	D	診療科	E	事務部門	F	その他	<table border="1"> <tr><td rowspan="6">複数選択</td><td>A</td><td>放射線部門</td></tr> <tr><td>B</td><td>医療情報部門</td></tr> <tr><td>C</td><td>医療安全管理部門</td></tr> <tr><td>D</td><td>診療科</td></tr> <tr><td>E</td><td>事務部門</td></tr> <tr><td>F</td><td>その他</td></tr> </table>	複数選択	A	放射線部門	B	医療情報部門	C	医療安全管理部門	D	診療科	E	事務部門	F	その他
複数選択		A	放射線部門																																						
		B	医療情報部門																																						
		C	医療安全管理部門																																						
		D	診療科																																						
		E	事務部門																																						
	F	その他																																							
複数選択	A	放射線部門																																							
	B	医療情報部門																																							
	C	医療安全管理部門																																							
	D	診療科																																							
	E	事務部門																																							
	F	その他																																							
複数選択	A	放射線部門																																							
	B	医療情報部門																																							
	C	医療安全管理部門																																							
	D	診療科																																							
	E	事務部門																																							
	F	その他																																							
回答	回答	回答																																							
回答 [Fの内容]	回答 [Fの内容]	回答 [Fの内容]																																							

資料

列①

列②

列③

② 抽出作業の担当者	
複数選択	A 医師
	B 診療放射線技師
	C A, B以外の医療従事者
	D 診療情報管理士
	E 事務職員
	F その他
回答	
回答 [Fの内容]	

② 抽出作業の担当者	
複数選択	A 医師
	B 診療放射線技師
	C A, B以外の医療従事者
	D 診療情報管理士
	E 事務職員
	F その他
回答	
回答 [Fの内容]	

② 抽出作業の担当者	
複数選択	A 医師
	B 診療放射線技師
	C A, B以外の医療従事者
	D 診療情報管理士
	E 事務職員
	F その他
回答	
回答 [Fの内容]	

③ 抽出頻度	
2択	A 定期
	B 不定期
回答	
回答 [ABとも頻度を記載]	

③ 抽出頻度	
2択	A 定期
	B 不定期
回答	
回答 [ABとも頻度を記載]	

③ 抽出頻度	
2択	A 定期
	B 不定期
回答	
回答 [ABとも頻度を記載]	

④ 抽出対象の決め方	
2択	A 基準日時点で未読の全レポート
	B 一定期間未読のままのレポート
回答	
回答 [補足説明]	

④ 抽出対象の決め方	
2択	A 基準日時点で未読の全レポート
	B 一定期間未読のままのレポート
回答	
回答 [補足説明]	

④ 抽出対象の決め方	
2択	A 基準日時点で未読の全レポート
	B 一定期間未読のままのレポート
回答	
回答 [補足説明]	

⑤ ⑤Bで抽出対象となるのは何日（何ヶ月）未読のものか	
記述回答	

⑤ ⑤Bで抽出対象となるのは何日（何ヶ月）未読のものか	
記述回答	

⑤ ⑤Bで抽出対象となるのは何日（何ヶ月）未読のものか	
記述回答	

⑥ 抽出作業	
4択	A 手作業で抽出
	B 電子カルテシステム内に専用システムを構築して抽出
	C 電子カルテシステムのデータベースを検索して抽出
	D その他
回答	
回答 [Dの内容]	

⑥ 抽出作業	
4択	A 手作業で抽出
	B 電子カルテシステム内に専用システムを構築して抽出
	C 電子カルテシステムのデータベースを検索して抽出
	D その他
回答	
回答 [Dの内容]	

⑥ 抽出作業	
4択	A 手作業で抽出
	B 電子カルテシステム内に専用システムを構築して抽出
	C 電子カルテシステムのデータベースを検索して抽出
	D その他
回答	
回答 [Dの内容]	

シート（４）－（い）未読レポート開封督促

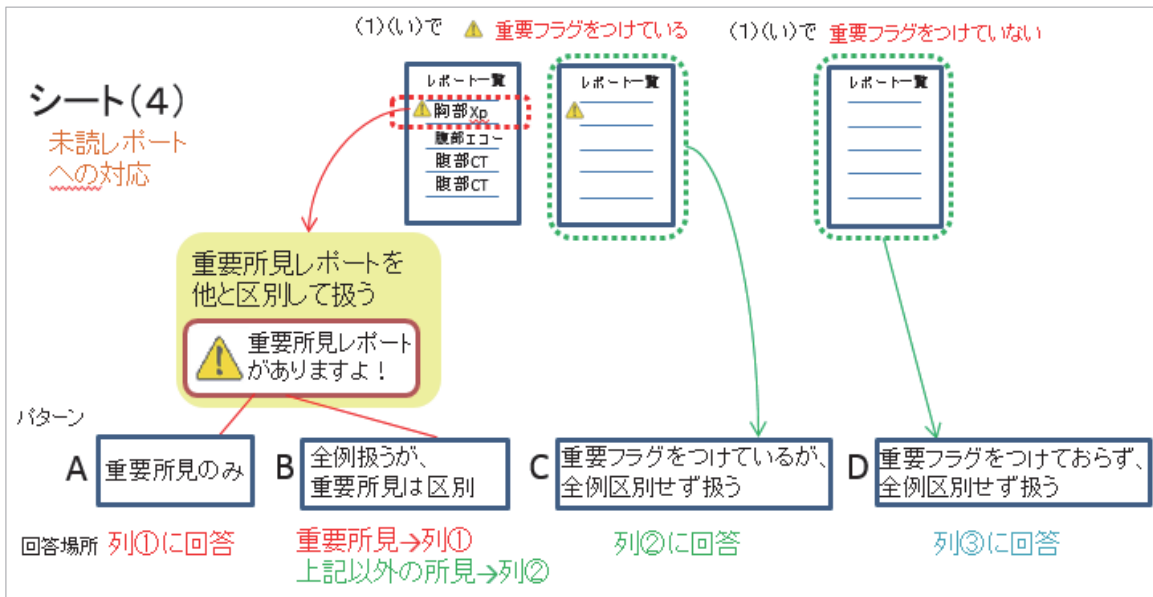
1) 未読レポートの開封督促

①	未読レポートの開封督促実施の有無 注) 未読レポートの開封督促とは、リストアップした未読レポートを確認、開封するように依頼医等に連絡すること。	3択	A	全例を対象に実施
			B	重要所見フラグがあるレポートを対象に実施
			C	実施していない

回答

AまたはBを選択した場合は2)へ進んでください
C「実施していない」と回答した場合はここで終了です

この下の2)の各項目は、『シート（１）－（い）重要所見フラグ（読影時の重要所見区分）』の設問2)における、月単位のレポート確認の遅れが重大な影響を及ぼす可能性のある重要所見に「フラグをつけている」「つけていない」の回答の別により解答欄が異なります。



列①	列②	列③
2) 未読レポート開封督促方法		
① 開封督促作業の担当部門		
複数選択	A	放射線部門
	B	医療情報部門
	C	医療安全管理部門
	D	診療科
	E	事務部門
	F	その他
回答	回答	回答
回答 【Fの内容】	回答 【Fの内容】	回答 【Fの内容】

資料

列①

列②

列③

② 開封督促作業の担当者	
複数選択	A 医師
	B 診療放射線技師
	C A, B以外の医療従事者
	D 診療情報管理士
	E 事務職員
	F その他
回答	
回答 [Fの内容]	

② 開封督促作業の担当者	
複数選択	A 医師
	B 診療放射線技師
	C A, B以外の医療従事者
	D 診療情報管理士
	E 事務職員
	F その他
回答	
回答 [Fの内容]	

② 開封督促作業の担当者	
複数選択	A 医師
	B 診療放射線技師
	C A, B以外の医療従事者
	D 診療情報管理士
	E 事務職員
	F その他
回答	
回答 [Fの内容]	

③ 督促頻度	
2択	A 定期
	B 不定期
回答	
回答 [ABとも頻度を記載]	

③ 督促の頻度	
2択	A 定期
	B 不定期
回答	
回答 [ABとも頻度を記載]	

③ 督促の頻度	
2択	A 定期
	B 不定期
回答	
回答 [ABとも頻度を記載]	

④ 開封督促の通知の送付先	
複数選択	A 医師個人
	B 診療科長
	C リスクマネジャー
	D その他
回答	
回答 [Dの内容]	

④ 開封督促の通知の送付先	
複数選択	A 医師個人
	B 診療科長
	C リスクマネジャー
	D その他
回答	
回答 [Dの内容]	

④ 開封督促の通知の送付先	
複数選択	A 医師個人
	B 診療科長
	C リスクマネジャー
	D その他
回答	
回答 [Dの内容]	

⑤ 開封督促の通知方法	
複数選択	A 電子カルテシステムで通知する
	B 電話
	C メール
	D その他
回答	
回答 [Dの内容]	

⑤ 開封督促の通知方法	
複数選択	A 電子カルテシステムで通知する
	B 電話
	C メール
	D その他
回答	
回答 [Dの内容]	

⑤ 開封督促の通知方法	
複数選択	A 電子カルテシステムで通知する
	B 電話
	C メール
	D その他
回答	
回答 [Dの内容]	

列①

列②

列③

⑤でAを選択した場合のみ回答		⑤でAを選択した場合のみ回答		⑤でAを選択した場合のみ回答	
⑥	開封督促通知が来たことがわかる仕組み	⑥	開封督促通知が来たことがわかる仕組み	⑥	開封督促通知が来たことがわかる仕組み
3択	A 電子カルテにログインするとわかる	3択	A 電子カルテにログインするとわかる	3択	A 電子カルテにログインするとわかる
	B 当該患者のカルテを開くとわかる		B 当該患者のカルテを開くとわかる		B 当該患者のカルテを開くとわかる
	C その他		C その他		C その他
	回答		回答		回答
	回答 【Cの内容】		回答 【Cの内容】		回答 【Cの内容】

資料

シート（４）－（う）未読レポート開封督促への対応確認

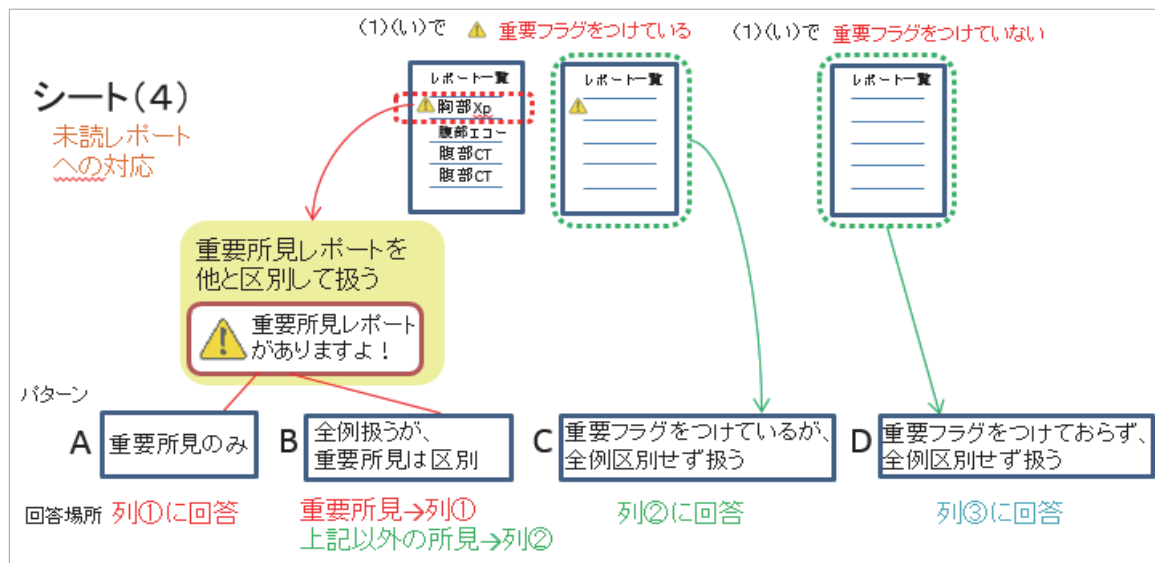
1) 未読レポートの開封督促への対応確認

①	開封督促を受けて、通知先が対応したことの確認	3択	A	全例を対象に実施
	注) 未読レポートの開封督促への対応とは、開封督促を行った相手が、レポートを確認、開封したかを確認すること。		B	重要所見フラグがあるレポートを対象に実施
			C	実施していない

回答

AまたはBを選択した場合は2)へ進んでください
C「実施していない」と回答した場合はここで終了です

この2)の各項目は、『シート（１）－（い）重要所見フラグ（読影時の重要所見区分）』の設問2)における、月単位のレポート確認の遅れが重大な影響を及ぼす可能性のある重要所見に「フラグをつけている」「つけていない」の回答の別により解答欄が異なります。



列①		列②		列③				
2) 開封督促への対応の確認方法		2) 開封督促への対応の確認方法		2) 開封督促への対応の確認方法				
①	開封督促への対応確認の作業担当部署	①	開封督促への対応確認の作業担当部署	①	開封督促への対応確認の作業担当部署			
複数選択	A	放射線部門	複数選択	A	放射線部門	複数選択	A	放射線部門
	B	医療情報部門		B	医療情報部門		B	医療情報部門
	C	医療安全管理部門		C	医療安全管理部門		C	医療安全管理部門
	D	診療科		D	診療科		D	診療科
	E	事務部門		E	事務部門		E	事務部門
	F	その他		F	その他		F	その他
	回答		回答		回答			
	回答 [Fの内容]		回答 [Fの内容]		回答 [Fの内容]			

資料

列①		列②		列③	
② 開封督促への対応確認作業の担当者		② 開封督促への対応確認作業の担当者		② 開封督促への対応確認作業の担当者	
複数選択	A	医師	複数選択	A	医師
	B	診療放射線技師		B	診療放射線技師
	C	A, B以外の医療従事者		C	A, B以外の医療従事者
	D	診療情報管理士		D	診療情報管理士
	E	事務職員		E	事務職員
	F	その他		F	その他
回答		回答		回答	
回答 [Fの内容]		回答 [Fの内容]		回答 [Fの内容]	
③ 確認の範囲		③ 確認の範囲		③ 確認の範囲	
2択	A	開封済みとなったことだけを確認する	2択	A	開封済みとなったことだけを確認する
	B	開封済みとなったことと、適切な対応をしたことを確認する		B	開封済みとなったことと、適切な対応をしたことを確認する
回答		回答		回答	
回答 [Bの内容]		回答 [Bの内容]		回答 [Bの内容]	
④ ③Bの具体的な方法 例) 診療科にカルテを確認して報告してもらう		④ ③Bの具体的な方法 例) 診療科にカルテを確認して報告してもらう		④ ③Bの具体的な方法 例) 診療科にカルテを確認して報告してもらう	
記述回答		記述回答		記述回答	
⑤ 確認結果の情報共有、報告先		⑤ 確認結果の情報共有、報告先		⑤ 確認結果の情報共有、報告先	
2択	A	督促作業を担当した部門・科以外には情報共有、報告しない	2択	A	督促作業を担当した部門・科以外には情報共有、報告しない
	B	院内の委員会等		B	院内の委員会等
回答		回答		回答	
回答 [Bの内容]		回答 [Bの内容]		回答 [Bの内容]	

平成 29 年度 重点項目訪問調査シート

平成 29 年度 医療安全・質向上のための相互チェック 訪問時調査（A）画像診断レポート等の確認に関する安全対策 質問用紙

国立大学附属病院長会議常置委員会
医療安全管理体制担当校（大阪大学）

〔訪問場所〕放射線部

〔主なヒアリング対象者〕放射線部門の医師、医療情報部門の医師等

1) 依頼医から読影医への検査意図の正確な伝達

①依頼用紙に、検査の目的や読影に必要な患者の背景（既往歴、現病歴等）が明確に記載されていますか。

（9月1日の10時以降に撮影されたCT検査の依頼用紙を連続10件確認して評価）

（選択肢：A 全例記載されている

B 一部不十分なものがある

C 全て不十分である）

②検査意図が正確に伝達されるように、依頼医や読影医に対して、教育や周知を実施していますか。

例：オーダー方法についてオリエンテーションで教育している、検査意図が不明確な場合は依頼医に確認するよう読影医に指導している等

聞き取り内容：

③検査意図の正確な伝達、適切なレポート作成のために有用な、電子カルテシステム上の工夫がありますか。

例：必要項目の記載漏れが生じないような工夫、テンプレート化、完成通知送付先の記載等

聞き取り内容：

2) 読影医から依頼医への重要所見の正確な伝達

①偶発的に発見された重要所見について、とるべき行動が提案されていますか。(例：エコーでも評価して下さい、等)

(偶発的に発見された重要所見が記載された画像診断レポート3件を確認して評価)

(選択肢：A 全例記載されている

B 一部不十分なものがある

C 全て不十分である)

②重要所見が他の所見にまぎれてしまわないように、視認性向上のための報告書様式上の工夫がされていますか。

例：重要所見について文字サイズや文字色を変える、特別な記載場所を設定している、記載順を差別化する等

聞き取り内容：

〔訪問場所〕 放射線部または医療情報部門または外来

〔主なヒアリング対象者〕 医療情報部門の医師等、放射線科医、医療安全部門の医師等

3) レポートの適切な未読／既読管理

①レポートの「未読／既読」管理に関して、どのような問題点がありますか。具体的に教えてください。〔放射線、医療情報、医療安全の担当者に確認する〕

例：レポートが電子化されているが「未読／既読」はわからない、紙運用なので確認集計が大変である、複数のルート（例えば、「レポート一覧」「記事」「PACS」）からレポートの閲覧が可能であるが「未読／既読」情報が連動していない、等

聞き取り内容：

〔訪問場所〕 外来または病棟

〔主なヒアリング対象者〕 医療安全部門や医療情報部門の医師等、その他の医師 1～2 人

4) レポートを確認し、必要な対応をしたことの記録

①レポートの確認、対応漏れを防止するため、病院で掲げているポリシー、診療科独自の取り組み、記録誘導や監査の方法があれば教えてください。

聞き取り内容：

聞き取り内容：

②重要所見や未実施の検査オーダー等の申し送りを確実にするように、教育・指導していますか（されたことがありますか）。

（付近の医師 1-2 人（ただし別の診療科）に順次質問する）

医師 1 人目 （選択肢：A している（されたことがある）

B していない（されたことがない）

診療科：

医師 2 人目 （選択肢：A している（されたことがある）

B していない（されたことがない）

診療科：

③救急患者の読影レポートに対する確認漏れがないようチームとして確認する仕組みがありますか。〔救急の医師を呼んでもらい（または、訪問し）確認する〕

（選択肢：A チームとして確認する仕組みがある

B チームとして確認する仕組みはない

A のときはその内容：

〔訪問場所〕 外来または病棟

〔主なヒアリング対象者〕 医療安全部門や放射線部門の医師等、その他の医師 1～2 人

6) 画像診断レポート確認に関する患者参加の取り組み

- ①海外では、レポートを確実に確認し、必要な対応を行うために、患者さんとも協同することが推奨されています。このことに関して、既に実践していることがあれば教えてください。

(医療安全部門や放射線部門の医師等、および付近の医師 1-2 人 (ただし別の診療科) に、順次質問する)

例：レポートの開示、結果説明予定日の事前通知等

聞き取り内容：

聞き取り内容：

聞き取り内容：

〔訪問場所〕 任意

〔主なヒアリング対象者〕 医療安全部門、放射線部門および医療情報部門の医師等

7) レポートの確認漏れを防ぐための取り組みの効果や今後の課題

(放射線、医療情報、医療安全の担当者と一緒にディスカッションする)

① これまでの取り組みの経験、有効性を示すデータや事例、情報システムの構築における限界や課題として共有できることがあれば教えてください。

聞き取り内容：

② 画像診断レポート等の確認に関する安全対策に関して、自施設で今後取り組みたいことを〔(ア) 今後1年程度で実現可能なもの〕〔(イ) 実現するには今後1年以上かかるが、取り組みたいこと〕に分けて、それぞれ2点まで挙げてください。

(ア) 今後1年程度で実現可能なもの

1点目

2点目

(イ) 実現するには今後1年以上かかるが、取り組みたいこと

1点目

2点目

③ (イ) の実現の障壁として考えられることは何ですか。

1点目

(選択肢：A 資金面の課題

B 情報システム改修に時間を要する

C 他部門との調整に関する課題がある

D その他（下欄へ記載）

Dの場合その内容

2点目

(選択肢：A 資金面の課題

B 情報システム改修に時間を要する

C 他部門との調整に関する課題がある

D その他（下欄へ記載）

Dの場合その内容

以上

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A:	「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:	「どちらかというできている」
C:	「どちらかというできていない」
D:	「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

I 全体		評価方法	評価	コメント
1	1 医療安全管理体制			
1 1)	1) 医療安全管理部門の体制			
1 1) ①	① 専任リスクマネジャーの人数	()名		
1 1) ②	② 専任リスクマネジャーの内訳(重複回答可)			
1 1) ②-a	a 医師・歯科医師	()名		
1 1) ②-b	b 薬剤師	()名		
1 1) ②-c	c 副看護部長	()名		
1 1) ②-d	d 看護師長	()名		
1 1) ②-e	e 副看護師長	()名		
1 1) ②-f	f その他(コメント欄に記入)	()名		
1 1) ③	③ 専任の事務職員が配置されている。	○×		
1 1) ④	④ 医療安全のための適切な予算措置がとられている。	4段階		
1 1) ⑤	⑤ 次期専任リスクマネジャー養成のための体制がある。	4段階		
1 1) ⑥	⑥ 感染対策部門と医療安全管理部門との連携が取れている。	4段階		
1 1) ⑦	⑦ 医薬品安全管理責任者は医療安全管理の委員会と連携が取れている。	4段階		
1 1) ⑧	⑧ 医療機器安全管理責任者は医療安全管理の委員会と連携が取れている。	4段階		
1 2)	2) インシデント報告体制とPDCAサイクルの実践			
1 2) ①	① インシデント報告システムがオンライン化されている。	○×		
1 2) ②	② 各部門のリスクマネジャーは、インシデント報告の内容を把握している。	4段階		
1 2) ③	③ 各部門内でインシデント分析やフィードバックを行う体制がある。	4段階		
1 2) ④	④ 病院全体で有害事象を検証するしくみがある。	4段階		
1 2) ⑤	⑤ インシデントを病院全体で分析・検討し、医療安全のルール化や、システム改善に役立っている。	4段階		
1 2) ⑥	⑥ 医療安全対策の効果を定量的に評価している。	4段階		
1 3)	3) 医療事故が発生した場合の対応			
1 3) ①	① 緊急又は重大事態が発生した場合の対応(緊急連絡網を含む)等について、明文化され、職員に周知されている。	4段階		
1 3) ②	② 緊急又は重大事例について、改善や説明責任に資するために、院内の多職種で検証している。	4段階		
1 3) ③	③ 原因究明のための事故調査委員会を設置する規程がある。	○×		
1 3) ④	④ 必要に応じて、原因究明のための、外部委員が参加した事故調査委員会を設置できる。	○×		
1 3) ⑤	⑤ 必要に応じて、外部に公表する規程・手順がある。	○×		

資料

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというできている」
C: 「どちらかというできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

I 全体		評価方法	評価	コメント
2	2 診療体制			
2 1)	1) 患者の受持ち体制			
2 1) ①	① 患者の日常的診療の中心は、研修医が主体となっていない。	4段階		
2 1) ②	② 助教は、常勤の上席医師として、受持ちグループの他の構成員を適切にリードする役割を果たしている。	4段階		
2 1) ③	③ 大学院生や研究生が入院患者の日常的な診療の中心となることはない。	4段階		
2 1) ④	④ 診療活動の急増や研究活動の活発化等のために、医師のマンパワーが不足することはない。	4段階		
2 1) ⑤	⑤ 病院全体として見た場合、教員の勤務状況は診療と研究・教育のバランスを保っている。	4段階		
2 1) ⑥	⑥ 教員の評価は、教育や診療より論文業績のみが評価される傾向にはない。	4段階		
2 1) ⑦	⑦ 診療科長は、所属する医師の勤務実態を的確に把握している。	4段階		
2 1) ⑧	⑧ 医師(研修医を除く)の度を越した過重労働(週80時間以上)は見受けられない。	4段階		
2 1) ⑨	⑨ 医師(研修医を除く)のマンパワーの適正配分を行っている。	4段階		
2 2)	2) 夜間の診療体制			
2 2) ①	① 病棟の当直医の要件は、研修医や大学院生の医師ではないこととされている。	4段階		
2 2) ②	② 当直医への引き継ぎが、必ず行われている。(A、Bの場合は次項へ)	4段階		
2 2) ②-a	a 引き継ぎは引継簿や当直日誌で必要事項を記入し、直接口頭でも行われている。	4段階		
2 2) ③	③ 当直医は定時に病棟へ行っている。	4段階		
2 2) ④	④ 病棟の当直医を呼びにくいなどの風潮はない。	4段階		
2 2) ⑤	⑤ 夜間における複数の救急患者の診療にあたっては、夜間の看護管理のための当直看護師長に応援を求めることが出来る体制になっている。	4段階		
2 2) ⑥	⑥ 当直者の当直明けの業務について負担軽減などの配慮をしている。	4段階		
2 2) ⑦	⑦ 当直回数は、適正な範囲内(週1回程度)で行われている。	4段階		
2 2) ⑧	⑧ 当直者の仮眠環境などの整備が行われている。	4段階		
2 2) ⑨	⑨ 診療科長は、所属する医師の夜間の勤務実態を把握し、適切な措置を講じている。	4段階		
2 3)	3) 院内救急体制			
2 3) ①	① 院内全体で共通の救急コール方法がある。(○の場合は、次項へ)	○×		
2 3) ①-a	a 救急コール事例や心肺蘇生に関して、事例の報告システムがある。	○×		
2 3) ①-b	b 救急コールや心肺蘇生事例に関して、事例の検証を行う院内体制がある。	○×		
2 3) ②	② 二次救命処置(ACLS)の教育が院内で行われている。	○×		
2 3) ③	③ 救急カートが各部署に配置され、医薬品が標準化されている。	○×		

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというどできている」
C: 「どちらかというどできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

I 全体	評価方法	評価	コメント
2 4)	4) チーム医療		
2 4) ①	① 診療科を超えた診療体制を構築できる体制がある。	4段階	
2 4) ②	② 各部署で職種を超えたカンファレンスが行われ、診療記録に記載されている。	4段階	
2 4) ③	③ 病院全体で、死亡や合併症等に関するカンファレンスが行われている。	4段階	
2 4) ④	④ 合同手術やハイリスク手術において、複数診療科や麻酔科を含めカンファレンスや連携協力体制がとれている。	4段階	
2 5)	5)クリティカル・パス		
2 5) ①	① 患者用パスを作成・使用している。	4段階	
2 5) ②	② 各診療科においてパスの評価・改良を行っている。	4段階	
2 5) ③	③ パスが電子化されている。	4段階	
2 5) ④	④ 治療・看護の継続性が保てるように地域連携のためのパスを作成・使用している。	4段階	
2 6)	6)インフォームド・コンセント		
2 6) ①	① インフォームド・コンセントに関して検討する委員会がある。	○×	
2 6) ②	② 高度医療や新たな医療行為を行う場合、倫理委員会の承認や患者へのインフォームド・コンセントを十分に行っている。	4段階	
2 6) ③	③ インフォームド・コンセントに関するガイドラインがある。	○×	
2 6) ④	④ 病院として、同意を取るべき手術・麻酔・処置等が定められており、明文化されている。	4段階	
2 6) ⑤	⑤ 病院として、説明文書、同意書の書式が定められている。	○×	
2 6) ⑥	⑥ 複数の診療科で医療を行う場合、両者がインフォームド・コンセントの場に同席するルールがある。	○×	
2 6) ⑦	⑦ インフォームド・コンセントは看護師が同席するなど複数の医療従事者で行っている。	4段階	
2 6) ⑧	⑧ 必要に応じて、心理的なサポートができる職員が同席できる体制がある。	○×	
2 7)	7)臨床倫理		
2 7) ①	① 終末期医療や宗教上の輸血拒否等の臨床上の倫理的問題を検討するシステムがある。(○の場合は、次項へ)	○×	
2 7) ①-a	a 検討する委員会がある。	○×	
2 7) ①-b	b マニュアルやガイドラインがある。	○×	
2 7) ①-c	c 必要に応じて、迅速に相談できる体制がある。	4段階	
3	3 患者の参加等を通じた安全性の向上		
3 1)	1)患者参加促進のための体制整備		
3 1) ①	① 医療や疾病に関する情報入手のための患者図書館を設置している。(○の場合は、次項へ)	○×	
3 1) ①-a	a 患者図書館に医療に関する書籍やパンフレットをおいている。	○×	
3 1) ①-b	b 患者図書館に相談員を配置されている。	○×	
3 1) ①-c	c 患者図書館等からインターネットにアクセスできる。	○×	

資料

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというどできている」
C: 「どちらかというどできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

I 全体		評価方法	評価	コメント
3 1) ②	② セカンドオピニオンについて相談する窓口がある。	○×		
3 2)	2)医療安全のための患者参加の促進	/	/	
3 2) ①	① 患者確認について、患者に協力を求めている。(入院のしおりなど、患者に対して明文化されている)	4段階		
3 2) ②	② 投与される薬剤について、患者自らがその内容を確認するように啓発している。	4段階		
3 2) ③	③ 患者に自分が受ける検査や治療について疑問がある場合は、遠慮せず医療者に質問するように啓発している。	4段階		
3 3)	3)診療情報の共有	/	/	
3 3) ①	① 入院中に患者が自分の検査データなどを医療情報システムを通して閲覧することができる。	4段階		
3 3) ②	② 患者自身の薬剤アレルギー情報を、「アレルギーカード」などの形で患者に渡している。	4段階		
3 4)	4)患者相談	/	/	
3 4) ①	① 患者相談の内容に応じて、問題解決が図られている。	4段階		
3 4) ②	② 患者相談の対応について、対応する職員への教育が行われている。	4段階		
4	4 診療情報管理と医療情報システム	/	/	
4 1)	1)診療記録の内容や形態等～紙・電子媒体共通項目	/	/	
4 1) ①	① 診療記録には、診療に係る記録が遅滞無く(当日中の診療に係る記録は当日中に)且つ正確に記載されている。	4段階		
4 1) ②	② 医師は毎日記載している。	4段階		
4 1) ③	③ 診療記録には以下の情報がもれなく記載されている。	/	/	
4 1) ③-a	a 診断の根拠となる患者の主観的訴えと理学所見や検査所見などの客観的情報	4段階		
4 1) ③-b	b 患者基本情報(禁忌やアレルギー歴等)	4段階		
4 1) ③-c	c 入院時の記録	4段階		
4 1) ③-d	d 検査や治療の目的や実施する根拠	4段階		
4 1) ③-e	e 実施した検査や治療の内容	4段階		
4 1) ③-f	f 検査結果や臨床経過及びそれに基づくその後の治療方針	4段階		
4 1) ③-g	g 診療計画の評価、見直し	4段階		
4 1) ③-h	h 患者家族への説明及びインフォームド・コンセントに関する内容	4段階		
4 1) ④	④ 主治医・担当医等の氏名と連絡先が、診療記録に明記されている。	4段階		
4 1) ⑤	⑤ 記載方法としてPOMRが取り入れられている(問題点リストが活用され、問題点ごとの治療計画がたてられている)。	4段階		
4 1) ⑥	⑥ 経過記録はSOAPで記載されている。	4段階		
4 1) ⑦	⑦ 診療記録は、医療従事者だけの目に触れることを前提としたような伝言ノートやメモになっていない。	4段階		
4 1) ⑧	⑧ 感情的コメントは書かれていない。	4段階		
4 1) ⑨	⑨ 略語や外国語の使用は必要最小限にとどめている。	4段階		

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというどできている」
C: 「どちらかというどできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

I 全体	評価方法	評価	コメント
4 1) ⑩	⑩ 退院時要約は入院中の経過が的確に把握できる内容である。	4段階	
4 2)	2) 診療記録の電子化に関する状況	/	注: 1-4-2) ①~③の項目は現状の調査を目的としたものです。
4 2) ①	① 別表4-2)-①にある項目について、電子媒体(電子カルテへ直接入力またはスキャン)もしくは、紙媒体での管理か、該当する欄に○を記載	/	別表に記載
4 2) ②	② ①でスキャン取り込みを行っている場合	/	
4 2) ②-a	a 主な実施者は、(1.スキャン専任者 2.医療従事者 3.事務系スタッフ 4.その他)(その他の場合は具体的にコメント欄に記述)	番号で回答	
4 2) ②-b	b 主な実施場所は、(1.スキャンセンター 2.各部署 3.両方 4.その他)(その他の場合は具体的にコメント欄に記述)	番号で回答	
4 2) ②-c	c タイムスタンプと電子署名の両方が運用されている。	○×	
4 2) ②-d	d スキャンした後の紙の管理(破棄までの期間)	()年	
4 2) ③	③ 各診療科における手書きの図や写真などの管理状況(複数回答)		A. 電子カルテへのデジタルペン等での直接入力やデジタル写真のとりこみ B. スキャン C. 独自システム D. その他 ()
4 3)	3) 禁忌・アレルギー情報等の記録・表示	/	
4 3) ①	① 禁忌・アレルギー情報等が散逸的に記録されるのではなく、一カ所に集約されて閲覧できる。	○×	
4 3) ②	② 禁忌・アレルギー情報等がある場合に、閲覧者に気付かせる工夫がある。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)	○×	
4 3) ③	③ 誰でも登録できる。	○×	
4 3) ④	④ 登録者、登録日時が記録される。	○×	
4 3) ⑤	⑤ 注意事項がないのか、注意事項の確認がされていないのが区別できる。	○×	
4 3) ⑥	⑥ 入院毎に禁忌・アレルギー情報等を改めて確認する運用がとられ、確認されたことが記録上でも分かる。	○×	
4 3) ⑦	⑦ 薬剤アレルギーが登録されている場合、該当薬剤がオーダーされた場合に警告が出る仕組みがある。	○×	
4 3) ⑧	⑧ 造影剤が禁忌である場合に、造影検査のオーダー時及び実施前に確認させる仕組みがある。	○×	
4 3) ⑨	⑨ 入力している禁忌・アレルギー情報等の内容	/	
4 3) ⑨-a	a 薬剤(造影剤を含む)	○×	
4 3) ⑨-b	b 食物	○×	
4 3) ⑨-c	c 気道確保困難のリスク	○×	
4 3) ⑨-d	d 体内金属	○×	
4 3) ⑨-e	e 病名開示制限、または告知範囲	○×	
4 3) ⑨-f	f DNR(蘇生拒否)	○×	
4 3) ⑨-g	g その他(○の場合、コメント欄に記載)	○×	
4 3) ⑩	⑩ 重要な検査結果については、電子カルテ上で見落とさない工夫がある。	○×	
4 4)	4) 指示~実施の記録	/	
4 4) ①	① 一般指示	/	
4 4) ①-a	a 患者の安静度、移動方法等について、いつからどのように変更するかの指示が、正しく記録されている。	○×	

資料

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A:	「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:	「どちらかというできている」
C:	「どちらかというできていない」
D:	「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

I 全体		評価方法	評価	コメント
4 4) ①-b	b バイタル等測定、ケア項目について、どの頻度で実施するかの指示ができる。	○×		
4 4) ①-c	c バイタル等測定、ケア項目について、いつから変更、中止するかが正しく記録されている。	○×		
4 4) ①-d	d 現時点のアクティブな指示内容がすぐに分かり、指示変更忘れを気付かせる工夫がある。	○×		
4 4) ②	② 内外用薬の指示			
4 4) ②-a	a いつから(朝、昼、夕の区別を含む)、どの薬剤を開始するかが、指示ができ、迅速に看護師に伝わり、記録が残る。	4段階		A. 指示ができ、迅速に伝わり、新しい指示が記録に残る B. 指示ができ、迅速に伝わるが、新しい指示は記録に残らない C. 指示ができるが、迅速には伝わらない D. 指示できない
4 4) ②-b	b いつ、どの薬剤を変更または中止するかが、指示ができ、迅速に看護師に伝わり、記録が残る。	4段階		A. 指示ができ、迅速に伝わり、新しい指示が記録に残る B. 指示ができ、迅速に伝わるが、新しい指示は記録に残らない C. 指示ができるが、迅速には伝わらない D. 指示できない
4 4) ③	③ 注射指示			
4 4) ③-a	a いつから、どの薬剤を開始するかが、指示ができ、迅速に看護師に伝わり、記録が残る。	4段階		A. 指示ができ、迅速に伝わり、新しい指示が記録に残る B. 指示ができ、迅速に伝わるが、新しい指示は記録に残らない C. 指示ができるが、迅速には伝わらない D. 指示できない
4 4) ③-b	b シリンジポンプ等で持続的に投与する薬剤(昇圧剤や鎮静剤等)について、流速設定、流速の変更等を指示が正しく記録される。	4段階		
4 4) ③-c	c インスリンの投与について、製剤名と規格、条件を含む投与量の情報が抜けることなく指示が記録されている。	○×		
4 4) ③-d	d インスリンの指示変更があった場合に、いつから変更があり、いつ終了したかが記録され、新しい指示を見逃さない工夫がある。	○×		
4 4) ④	④ 必要時指示			
4 4) ④-a	a 必要時指示(熱発時、腹痛時等)について、必要となる条件が指示が明確に記録されている。	○×		
4 4) ④-b	b 同一条件下で、どの指示が優先されるのかが明確に記録できる仕組みがある。(例:熱発時に、氷枕、効果なければロキソプロフェン内服、3時間空けてジクロフェナク坐薬50mg挿肛など)	○×		
4 4) ⑤	⑤ 指示受け			
4 4) ⑤-a	a 誰がいつ指示を出したのか、いつその指示を実施するのかがすぐに分かるようになっている。	4段階		A. すべての指示できている B. 大部分の指示できている C. 一部の指示できている D. まったくできていない
4 4) ⑤-b	b 出された指示を見逃さない工夫がある。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)	○×		
4 4) ⑤-c	c 指示変更の場合、何について何から何に変更になったかが把握できる仕組みがある。	○×		
4 4) ⑤-d	d 変更が繰り返された場合でも、現時点でアクティブな指示がすぐに分かる工夫がされている。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)	○×		
4 4) ⑤-e	e 誰が、いつ指示受けしたかが記録されるようになっている。	○×		
4 4) ⑤-f	f 指示受けした指示について、実施忘れがないようにする工夫がある。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)	○×		
4 4) ⑤-g	g 疑義が生じたときに照会できる方法がある。	○×		
4 4)	○の場合、その方法(複数回答)			A. 口頭・電話 B. メール機能 C. 電子カルテ付箋 D. その他()

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A:	「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:	「どちらかというどできている」
C:	「どちらかというどできていない」
D:	「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

I 全体		評価方法	評価	コメント
4 4) ⑤-h	h 疑義紹介への回答を確実に得られる方法がある。	○×		
4 4)	○の場合、その方法(複数回答)			A. 口頭・電話 B. メール機能 C. 電子カルテ付箋 D. その他()
4 4) ⑤-i	i 全ての指示についての履歴を確認できる。	○×		
4 4) ⑥	⑥ 口頭指示			
4 4) ⑥-a	a 医師の口頭指示を必要最小限とした病院としての取り決めがある。	○×		
4 4) ⑥-b	b 医師が口頭指示した内容は、後から医師が確認し、指示内容を承認記録するようになっており、実施されている。	○×		
4 4) ⑦	⑦ 内外用薬の実施記録			
4 4) ⑦-a	a 定期的に服用している薬剤の服薬記録が正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑦-b	b 頓服薬の服薬記録が正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑦-c	c 臨時に中止した薬剤が正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑦-d	d 外用薬の使用が正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑦-e	e 隔日投与、2日おき投与などの処方の場合に、正しく服薬の記録がとれる仕組みがある。正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑦-f	f 入院患者について、持参薬の服薬の記録が正しく記録される仕組みがある。正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑧	⑧ 注射の実施記録			
4 4) ⑧-a	a 投与した注射について、開始日時、実施者が正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑧-b	b 注射を途中で中止した場合に、投与した量、あるいは残量が正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑧-c	c シリンジポンプ等で持続的に投与する薬剤(昇圧剤や鎮静剤等)について、投与速度、投与速度の変更時刻が正しく記録されている。	4段階		A. 全て記録されている B. 大部分記録されている C. 一部だけ記録されている D. 全く記録されていない(記録する仕組みがない)
4 4) ⑨	⑨ 看護実施記録			
4 4) ⑨-a	a ケアの実施、バイタル等の計測が、いつ、誰によって実施されたかが記録される仕組みがある。	○×		
4 4) ⑩	⑩ 院外処方			
4 4) ⑩-a	a 院外処方箋で処方された薬剤が、当該薬局で後発品に変更された場合に、その通知を受け、診療記録に記録する運用上の仕組みがある。	○×		

資料

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというできている」
C: 「どちらかというできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

I 全体		評価方法	評価	コメント
4 5)	5) 記録の一覧性			
4 5) ①	① 熱計表(温度板)の記録			
4 5) ①-a	a 必要な測定項目が、適切なスケールでグラフに表示されている。	○×		
4 5) ①-b	b 投与した注射の種類、量、投与速度が正しく時系列で表記されている。	○×		
4 5) ①-c	c 服用した薬剤の種類、量が正しく時系列で表記されている。	○×		
4 5) ①-d	d 看護ケア項目の実施記録・計測結果が正しく時系列で表記されている。	○×		
4 5) ①-e	e 毎回の排尿、排便、尿量が表記されている。	○×		
4 5) ①-f	f 毎回の食事種類・量、摂取カロリーが表記されている。	○×		
4 5) ①-g	g 実施した重要な検査、手術が表記されている。	○×		
4 5) ②	② 横断的時系列表示			
4 5) ②-a	a 患者に実施された検査(検体検査、画像検査、生理検査、病理検査)が一覧でき、それぞれがいつ実施されたのかがすぐに把握できる。	4段階		A. 全てできている B. 大部分できている C. 一部だけできている D. 全くできていない
4 5) ②-b	b 個々の検査レポートを簡単に閲覧でき、過去に作成された同種のレポートと比較ができる。	4段階		A. 全てできている B. 大部分できている C. 一部だけできている D. 全くできていない
4 5) ②-c	c 自院で処方された薬剤について、過去の任意の時点で処方された全ての薬剤種と一日量が分かる表示がある。	4段階		A. 全てできている B. 大部分できている C. 一部だけできている D. 全くできていない
4 5) ②-d	d 過去に実施された処置や手術が一覧できる。	4段階		A. 全てできている B. 大部分できている C. 一部だけできている D. 全くできていない
4 5) ②-e	e 過去に患者が撮った過去の画像情報を一覧できる機能がある。	○×		
4 5) ②-f	f 見たい画像の詳細画像を簡単に閲覧できる。	○×		
4 5) ②-g	g 個々の画像を簡単に閲覧でき、過去に撮影された同種の画像と比較できる。	○×		
4 5) ②-h	h 何年前までの過去画像をその場ですぐに参照することができる。	()年前		
4 5) ③	③ 経過記録			
4 5) ③-a	a 同一患者について、同時に複数の職員が閲覧・記録できる。	4段階		A. すべての記録についてできる B. 基本的にはできる C. 例外的にできる D. できない
4 5) ③-b	b 全ての記録(各科の経過記録、看護記録、リハビリ記録、褥瘡記録、薬剤管理指導記録など職種にかかわらず)が時系列で表示され閲覧できる仕組みがある。	○×		
4 5) ③-c	c 一部の記録に絞って閲覧できる機能がある。	○×		
4 5) ③-d	d いつ(日時分のオーダー)、誰が記録したのかの記録がされている。	○×		
4 5) ③-e	e 急変対応時等のように、事後に一連の実施記録を行うことが必要な場合に、いつ(日時分のオーダー)の臨床的イベントや検査・治療なのかについて記録できる仕組みがある。	○×		

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A:	「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:	「どちらかというできている」
C:	「どちらかというできていない」
D:	「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

I 全体		評価方法	評価	コメント
4 5) ④	④ 臨床研修医の記録			
4 5) ④-a	a 臨床研修医の経過記録が、一般医の記録と区別して表示される。	○×		
4 5) ④-b	b 臨床研修医のオーダ登録が、一般医の記録と区別して表示される。	○×		
4 5) ④-c	c 臨床研修医の経過記録に、指導医のカウンターサインやコメントが表示される。	○×		
4 5) ④-d	d 臨床研修医の経過記録に、指導医がカウンターサインを付け忘れないようにする工夫がある。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)	○×		
4 5) ④-e	e 臨床研修医の指示に対するカウンターサインがない場合にチェックがかかるしくみがある。(○の場合は具体的方法をコメント欄に記述)	○×		
4 5) ⑤	⑤ 画像の閲覧			
4 5) ⑤-a	a 電子カルテ上で、心臓カテーテル検査、心臓超音波などが動画画像として閲覧できる。	4段階		A. 全てできている B. 大部分できている C. 一部だけできている D. 全くできていない
4 5) ⑤-b	b 電子カルテ上で、内視鏡検査・治療が動画画像として閲覧できる。	4段階		A. 全てできている B. 大部分できている C. 一部だけできている D. 全くできていない
4 5) ⑤-c	c 電子カルテ上で、CT画像について、3D画像で閲覧でき、主治医が見たい任意の断面を観察できる。	4段階		A. 全てできている B. 大部分できている C. 一部だけできている D. 全くできていない
4 5) ⑤-d	d 電子カルテ上で、各科で撮影された写真(眼底、皮膚病変等)が閲覧できる。	4段階		A. 全てできている B. 大部分できている C. 一部だけできている D. 全くできていない
4 5) ⑤-e	e 他の医療機関で撮影された持ち込み画像を院内で保存する仕組みがある。	4段階		A. 全てできている B. 大部分できている C. 一部だけできている D. 全くできていない
4 6)	6) 診療記録の管理・監査体制			
4 6) ①	① 診療記録管理委員会又はそれに準ずる委員会が設置されている。	○×		
4 6) ②	② 診療記録の管理や記載方法に関する規定やルール等が明文化されている。	4段階		
4 6) ③	③ 診療記録の記載に関して 医長、チーフレジデントレベルでの一次監査が行われている。	4段階		
4 6) ④	④ 診療情報管理士や診療記録委員により退院診療記録に対して二次監査が行われている。	4段階		
4 6) ⑤	⑤ 退院時要約が定められた期間内に作成されている。	4段階		2週間以内作成率 A 75-100% B 50-75% C 25-50% D 0-25%
4 6) ⑥	⑥ 退院時サマリの期限内作成率のモニターができている。	4段階		
4 6) ⑦	⑦ 診療記録管理部門は返却期限の過ぎた入院患者の診療記録について速やかに督促している。	4段階		
4 6) ⑧	⑧ 診療記録管理部門から指摘された診療記録の不備に対して医療従事者は速やかに対処している。	4段階		
4 7)	7) 診療記録に関する教育			
4 7) ①	① 診療記録に関する卒前教育が行われている。	4段階		
4 7) ②	② 診療記録に関する卒後教育が行われている。	4段階		

資料

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというどできている」
C: 「どちらかというどできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

I 全体		評価方法	評価	コメント
4 7) ③	③ 新規採用者へのオリエンテーションが実施されている。	4段階		
4 8)	8) 個人情報保護・セキュリティ	/	/	
4 8) ①	① 診療に関係のない患者情報の閲覧に関する制限がある。	4段階		
4 8) ②	② 患者情報の院外への持ち出し禁止のルールがある。	○×		
4 8) ③	③ 診療記録や患者情報の紛失が無い(平成25年度)。	○×		
4 8) ④	④ 入力責任者のIDやパスワードが、他の者に安易に使用されないシステムになっている。	○×		
4 8) ⑤	⑤ IDやパスワードの違反使用に対する罰則規程がある。	○×		
4 8) ⑥	⑥ 医療情報システムに自動ログオフ機能がある。	○×		
4 8) ⑦	⑦ 個人情報保護の観点から、漏洩防止やウイルス対策システムがある。	○×		
4 8) ⑧	⑧ 診療記録情報へのアクセスが職種等により適切に制限されている。	4段階		A. 職種等毎にアクセスしてよい情報が細かく検討され設定されている B. 職種等毎にアクセスしてよい情報が設定されている C. 職種等毎にアクセスしてよい情報が大きめに決められ設定されている D. 全ての職員がどの情報にもアクセスしてよいように設定されている
4 8) ⑨	⑨ ユーザが診療録情報へアクセスした場合に、閲覧対象の患者、閲覧したユーザ、閲覧日時がログとして記録されている。	4段階		A. ログは適切に管理され、不正アクセスについて常に監視している B. ログは適切に管理され、ログ情報が閲覧可能な状態で公開されている C. ログは適切に管理されているが、事件が起こるまでは原則確認されない D. ログは適切に管理されていない
4 9)	9) 医療情報システムの改善	/	/	
4 9) ①	① 利用者が、システム管理部署に意見を随時伝えるための仕組みがある。	4段階		
4 9) ②	② 利用者の意見に基づき、改善方法を定期的に検討する仕組みがある。	4段階		
4 9) ③	③ システム改善の進捗状況を、定期的に利用者に報告している。	4段階		
4 10)	10) 診療情報の二次利用	/	/	
4 10) ①	① 医療従事者への研究、教育、診療のための情報提供が可能である。	4段階		
4 10) ②	② 臨床評価指標や経営指標等のデータ抽出が可能である。	4段階		
4 10) ③	③ 医療の質の評価(クオリティ・インディケータの測定)を行っている。	4段階		
4 10) ④	④ 医療の質に関するデータを院外に公開している。	4段階		
5	5 医療安全に関する教育・研修	/	/	
5 1)	1) 新卒者	/	/	
5 1) ①	① オリエンテーションにおいて、医療安全の教育を行っている。(A、Bの場合は、別表5-1)-①に記入)	4段階		
5 1) ②	② 研修医に対して、医療機器の使用法や処置等の実技演習がある。(A、Bの場合は、別表5-1)-②に記入)	4段階		
5 1) ③	③ 看護師に対して、医療機器の使用法や処置等の実技演習がある。(A、Bの場合は、別表5-1)-③に記入)	4段階		
5 2)	2) 中途採用者	/	/	
5 2) ①	① 入職時に医療安全に関する講義を行っている。	4段階		

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというどできている」
C: 「どちらかというどできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

I 全体		評価方法	評価	コメント
5 3)	3) リスクマネジャーへの教育			
5 3) ①	① リスクマネジャー任命時に、医療安全に関する教育を行っている。(A、Bの場合は、次項へ)	4段階		
5 3) ②	② 教育内容(重複回答可)			
5 3) ②-a	a リスクマネジャーの役割	○×		
5 3) ②-b	b 医療安全文化	○×		
5 3) ②-c	c 根本原因分析の方法	○×		
5 3) ②-d	d システム指向の事故防止対策	○×		
5 3) ②-e	e 医療安全や医療事故に関する法律や規則	○×		
5 3) ②-f	f 医療従事者間の情報伝達	○×		
5 3) ②-g	g その他(コメント欄に記入)	○×		
5 3) ③	③ 教育方法(重複回答可)			
5 3) ③-a	a 医療安全担当者による集合教育	○×		
5 3) ③-b	b 医療安全担当者による個別教育	○×		
5 3) ③-c	c リスクマネジャー会議を通じて	○×		
5 3) ③-d	d 電子メール、資料配布を通じて	○×		
5 3) ③-e	e その他(コメント欄に記入)	○×		
5 4)	4) 医療安全の教育・研修の実施に関する工夫			
5 4) ①	① 全ての職員がいつでも医療安全のマニュアルを見ることができる。(A、Bの場合は、次項へ)	4段階		
5 4) ②	② 具体的内容(重複回答可)			
5 4) ②-a	a 全職員に医療安全管理のマニュアルを配布	○×		
5 4) ②-b	b 全職員に携帯用の医療安全管理のマニュアルを配布	○×		
5 4) ②-c	c 各部署に医療安全管理のマニュアルを配布	○×		
5 4) ②-d	d Web上に医療安全のマニュアルがあり、いつでもアクセスできる。	○×		
5 4) ②-e	e その他(コメント欄に記入)	○×		
5 4) ③	③ 医療安全管理に関する職員への啓発運動を行っている。(A、Bの場合は、次項へ)	4段階		
5 4) ④	④ 具体的内容(重複回答可)			
5 4) ④-a	a 標語の作成	○×		
5 4) ④-b	b ポスター作成	○×		
5 4) ④-c	c 強化週間の設定	○×		
5 4) ④-d	d アンケート	○×		
5 4) ④-e	e その他(コメント欄に記入)	○×		

資料

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというとできている」
C: 「どちらかというとできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

I 全体	評価方法	評価	コメント
5 4) ⑤	⑤ 医療安全の教育・研修において教育効果を上げる工夫をしている。(A、Bの場合は、別表5-4)-⑤に記入)	4段階	
5 4) ⑥	⑥ 教育・研修の効果の評価を行っている。(具体的内容はコメント欄に記入)	4段階	
5 4) ⑦	⑦ 医療安全の講習会等への出席者確保のための工夫の内容(重複回答可)	/	
5 4) ⑦-a	a 複数の講義室へのライブ中継	○×	
5 4) ⑦-b	b ビデオやDVD等を用いた講習	○×	
5 4) ⑦-c	c 同一内容の複数回講義	○×	
5 4) ⑦-d	d その他(コメント欄に記入)	○×	
5 4) ⑧	⑧ 医療法で規定されている医療安全の講習会等に、全職員が年2回参加することとしている。	4段階	
5 5)	5)その他	/	
5 5) ①	① 医療安全に対する教育・研修に事務部門からの支援体制がある。(具体的内容はコメント欄に記入)	4段階	
5 5) ②	② 実習学生の指導教員(病院職員以外)に対する医療安全教育の機会を設けている。	4段階	
6	6 初期研修医に対する安全管理体制	/	
6 1)	1)初期研修医の指導体制	/	
6 1) ①	① 医療安全管理部門と卒後臨床研修センターの情報の共有が図られている。	4段階	
6 1) ②	② 初期研修医全員に対して、診療に関する重要な情報が周知されるようなシステムが整備されている。	4段階	
6 1) ③	③ それぞれの初期研修医の到達目標の達成度について、卒後臨床研修のプログラム責任者が把握できるシステムがある。	4段階	
6 1) ④	④ 施設における医療安全の研修を初期研修医が受講するよう上級医が促している。	4段階	
6 1) ⑤	⑤ 施設における医療安全の研修を初期研修医が受講していることを指導医(卒後7年目以降の医師で、厚労省の定める”臨床研修に係る指導医講習会”を受講したものが)把握している。	4段階	
6 1) ⑥	⑥ 救急研修において、初期研修医のみによる救急診療を避ける体制ができている。	4段階	
6 1) ⑦	⑦ 初期研修医が上級医(すべての上級医師、指導医を含む)にいつでも診療に関する相談ができるような体制ができている。	4段階	
6 1) ⑧	⑧ 初期研修医もインシデントレポートを提出する体制ができている。	4段階	
6 1) ⑨	⑨ 初期研修医が医療事故に係った場合の対応が定められている。	4段階	
6 2)	2)卒後臨床研修プログラム	/	
6 2) ①	① 患者-医師関係、チーム医療、問題対応能力、医療安全など医療者として身につけるべき基本的な項目が初期研修の到達目標に盛り込まれている。	4段階	
6 2) ②	② 初期研修医は、医療安全に関する具体的な到達目標について複数の指導者(上級医師、看護師、コメディカルなど)から評価を受けている。	4段階	
6 2) ③	③ 症例の検討や分析実習など医療安全に関する具体的な研修が初期研修医に対して行われている。	4段階	
6 2) ④	④ オリエンテーション以外の研修期間中に、採血や縫合などの医療技術の研修が初期研修医に対して行われている。	4段階	

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというできている」
C: 「どちらかというできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

I 全体	評価方法	評価	コメント
6 3)	3) 初期研修医が単独で行い得る医療行為(特に処方、処置)に関する基準	/	
6 3) ①	① 初期研修医が単独で行ってよい指示や処置、指導医と共に行うべき指示や処置について病院共通の基準が明文化され周知されている。	4段階	
6 3) ②	② 危険性の高い薬剤を初期研修医が処方する際のルールが定められている。	○×	
6 3) ③	③ 初期研修医による輸血療法に関するルールが定められている。	○×	
6 3) ④	④ 初期研修医の診療行為について、上級医がチェックするシステムがある。	4段階	
6 3) ⑤	⑤ 上級医によって初期研修医の記載した診療記録の監査・確認(カウンターサインなど)が行われている。	4段階	
6 4)	4) 初期研修医の勤務体制	/	
6 4) ①	① 卒後臨床研修センターは、初期研修医の労働時間等の勤務状況を把握している。	4段階	
6 4) ②	② 卒後臨床研修センターは、初期研修医の過度な労働を避けるための調整を行っている。	4段階	
6 4) ③	③ 初期研修医のメンタルヘルスクアを行っている。	4段階	

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A:	「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:	「どちらかというとできている」
C:	「どちらかというとできていない」
D:	「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

II 病棟・外来		評価方法	評価	コメント
1	1 患者確認等			
1	① ① 患者の確認は、2つ以上の情報を用いて行っている。	4段階		
1	② ② ベッドサイドで患者氏名と実施すべき医療行為の照合確認を行っている。	4段階		
1	③ ③ 部署で採取または保管する生体試料(卵子・精子・生検検体等)について、検体誤認防止の手順が明文化され、遵守されている。	4段階		
2	2 医薬品			
2 1)	1) 病棟・外来等における医薬品の管理			
2 1) ①	① 同一薬品における静脈注射用(筋肉注射禁忌)、筋肉注射用(静脈注射禁忌)の取り違えや、薬効の異なる類似名称薬剤の取り違えを防ぐために、保管場所を変える等の方法が取られている。	4段階		
2 1) ②	② 薬剤の保管温度、保存・使用期限を定期的にチェックする仕組みがある。	4段階		
2 1) ③	③ 規制医薬品(麻薬・劇薬・毒薬・向精神薬・生物製剤)の管理方法が明文化され、それが参照しやすくなっており、定期的に見直されている。	4段階		
2 1) ④	④ 規制医薬品(麻薬・劇薬・毒薬・向精神薬・生物製剤)の処方・管理が適切に行われているかを評価する体制(病棟巡視や関係者による監視体制)がある。	4段階		
2 1) ⑤	⑤ 病棟において、内服薬の管理方法(看護師管理・患者管理等)の判断基準があり、それを基に評価し、医療者間で情報共有されている。	4段階		
2 2)	2) 病棟・外来等における医薬品の安全使用			
2 2) ①	① 病棟において、処方開始、変更、中止の場合の指示出し・指示受け等のルールが定められている。	4段階		
2 2) ②	② 病棟において、内服・外用薬の中止薬・残薬の取り扱いに関する方針や処理方法が明文化されている。	4段階		
2 3)	3) 薬剤に関する情報提供・服薬指導			
2 3) ①	① 薬剤師が入院中に薬剤管理指導(服薬指導)を行っている。	4段階		
2 3) ②	② 薬剤師がハイリスク医薬品(抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、抗凝固剤等、処方や使用の方法を誤った場合に患者に重大な傷害をきたす危険性の高い医薬品)が投与されている入院患者に対して、薬剤管理指導(服薬指導)を行っている。	4段階		
2 3) ③	③ 薬剤師が退院時に薬剤管理指導(服薬指導)を行っている。	4段階		
2 4)	4) 持参薬の取り扱い			
2 4) ①	① 持参薬の使用に関する基本方針が明文化されている。	○×		
2 4) ②	② 持参薬の確認手順が明文化されている。	○×		
2 4) ③	③ 持参薬を使用して良いことになっている。(○の場合は④～⑤は回答不要)、×の場合は⑤～④は回答不要)	○×		
2 4) ④	④ 持参薬を使用可の場合、持参薬を使用しないときの取り決め(例外規定)が明文化されている。(○の場合、例外規定の内容をコメント欄に記入)	○×		
2 4) ⑤	⑤ 持参薬を使用不可の場合、持参薬を使用してよいときの取り決め(例外規定)が明文化されている。(○の場合、例外規定の内容をコメント欄に記入)	○×		

資料

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

- | |
|----------------------------------|
| A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等) |
| B: 「どちらかというとできている」 |
| C: 「どちらかというとできていない」 |
| D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない) |

※半角、大文字で入力

II 病棟・外来		評価方法	評価	コメント
2 4) ⑥	⑥ 他院で処方された持参薬の確認について			
2 4) ⑥-a	a 薬の種類・名称等の確認は誰が行っているか。(複数選択可)	4 択		A. 医師 B. 薬剤師(病棟薬剤師、それ以外の薬剤師) C. 看護師 D. その他の職種()
2 4) ⑥-b	b 薬の種類・名称等の確認はいつ行っているか。	4 択		A. 外来 B. 入院当日(外来:入院前) C. 入院当日(病棟:入院後) D. 入院翌日以降
2 4) ⑥-c	c 実際の服薬状況の確認は誰が行っているか。(複数選択可)	4 択		A. 医師 B. 薬剤師(病棟薬剤師、それ以外の薬剤師) C. 看護師 D. その他の職種()
2 4) ⑥-d	d 実際の服薬状況の確認はいつ行っているか。	4 択		A. 外来 B. 入院当日(外来:入院前) C. 入院当日(病棟:入院後) D. 入院翌日以降
2 4) ⑦	⑦ 自院で処方された持参薬の確認について			
2 4) ⑦-a	a 薬の種類・名称等の確認は誰が行っているか。(複数選択可)	4 択		A. 医師 B. 薬剤師(病棟薬剤師、それ以外の薬剤師) C. 看護師 D. その他の職種()
2 4) ⑦-b	b 薬の種類・名称等の確認はいつ行っているか。	4 択		A. 外来 B. 入院当日(外来:入院前) C. 入院当日(病棟:入院後) D. 入院翌日以降
2 4) ⑦-c	c 実際の服薬状況の確認は誰が行っているか。(複数選択可)	4 択		A. 医師 B. 薬剤師(病棟薬剤師、それ以外の薬剤師) C. 看護師 D. その他の職種()
2 4) ⑦-d	d 実際の服薬状況の確認はいつ行っているか。	4 択		A. 外来 B. 入院当日(外来:入院前) C. 入院当日(病棟:入院後) D. 入院翌日以降
2 4) ⑧	⑧ 持参薬の内容および服薬状況が一覧できるリストが作成されている。(×の場合は、⑬へ〔⑨⑩⑪⑫は回答不要〕)	○×		
2 4) ⑨	⑨ 持参薬の一覧リストは誰が作成しているか。(複数選択可)	4 択		A. 医師 B. 薬剤師(病棟薬剤師、それ以外の薬剤師) C. 看護師 D. その他の職種()
2 4) ⑩	⑩ 持参薬の一覧リストは誰が確認しているか。(複数選択可)	4 択		A. 医師 B. 薬剤師(病棟薬剤師、それ以外の薬剤師) C. 看護師 D. その他の職種()
2 4) ⑪	⑪ 持参薬の一覧リストは紙媒体か電子媒体か。	4 択		A. 紙媒体(院内共通) B. 紙媒体(部署により異なる) C. 電子媒体(病院情報システム) D. 電子媒体(部署により異なる)
2 4) ⑫	⑫ 指示を出す時には、リストをそのまま用いているか、転記しているか。	3 択		A. リストをそのまま用いている B. リストから転記している C. その他()
2 4) ⑬	⑬ 持参薬に関する指示は、紙媒体か電子媒体か。	4 択		A. 紙媒体(自院・他院とも) B. 紙・電子混合(自院紙、他院電子) C. 紙・電子混合(自院電子、他院紙) D. 電子媒体(自院・他院とも)
2 4) ⑭	⑭ 持参薬について、相互作用のチェックがシステム上可能である。	○×		

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというどできている」
C: 「どちらかというどできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

II 病棟・外来	評価方法	評価	コメント
2 4) ⑮	⑮ 持参薬を使用した場合の実施記録(投与した記録)がなされている。	4 択	A. 紙カルテ B. 電子カルテ C. 決まっていない D. 記録されていない
2 4) ⑯	⑯ 入院中、持参薬から院内処方に変更する場合、薬剤師が関与している。(○の場合は具体的な内容をコメント欄に記載)	○×	
2 4) ⑰	⑰ 入院中、持参薬から院内処方に変更された場合、そのことがわかりやすい仕組みがある。(○の場合は具体的な内容をコメント欄に記載)	○×	
2 4) ⑱	⑱ 持参薬を使用しない場合、持参薬の保管・管理について明文化されている。(×は⑳へ〔⑲は回答不要〕)	○×	
2 4) ⑲	⑲ 使用しない持参薬の管理方法	3 択	A. 詰所で管理する B. 自宅に持ち帰る C. その他()
2 4) ⑳	⑳ 退院時の服薬指導において、持参薬を含めた指導をしている。	○×	
2 5)	5)がん化学療法(入院)	/	
2 5) ①	① がん化学療法レジメンを審査・登録する仕組みがある。	○×	
2 5) ②	② レジメンの審査・登録は、複数の職種と診療科で構成されている委員会で行われている。	○×	
2 5) ③	③ がん化学療法レジメンに基づいた患者別投与計画書あるいは投与計画書について、薬剤師で監査する仕組みがある。	○×	
2 5) ④	④ レジメン登録されていない薬剤は、処方オーダーができない仕組みがある。	○×	
2 5) ⑤	⑤ 抗がん剤のレジメンを事前に登録しておき、ここから体表面積等の患者のパラメーターを入力することにより、投与量が計算される仕組みがある。	○×	
2 5) ⑥	⑥ 患者のレジメン情報を医師、看護師、薬剤師で共有する工夫がある。(○の場合はコメント欄に工夫の内容を記載)	○×	
2 5) ⑦	⑦ 副作用等の出現により、主治医がレジメン内容の変更や中止を指示した時、看護師、薬剤師に迅速に伝わる仕組みがある。	○×	
2 5) ⑧	⑧ 内服薬によるがん化学療法において、同意書を得ている。	4 択	A. 病院として、取り決めがある B. 診療科として、取り決めがある C. 医師個人に任されている D. ほとんど行われていない
2 5) ⑨	⑨ 入院患者のがん化学療法における、薬剤師の抗がん剤注射剤の混合調製(平日)。	4 択	A. すべての調製ができている(100%) B. 大部分の調製ができている C. 一部分しか調製できていない D. まったくできていない(0%)
2 5) ⑩	⑩ 入院患者のがん化学療法における、薬剤師の抗がん剤注射剤の混合調製(休祝日)。	4 択	A. すべての調製ができている(100%) B. 大部分の調製ができている C. 一部分しか調製できていない D. まったくできていない(0%)
2 5) ⑪	⑪ 病棟において、抗がん剤注射剤の混合調整を実施する場合、曝露被害防止対策が行われている。(×は⑬へ〔⑫は回答不要〕)	○×	
2 5) ⑫	⑫ どのような曝露被害防止対策を実施しているか。(複数選択可)	4 択	A. 安全キャビネットを使用している B. 閉鎖式器具を使用している C. ゴーグル、手袋を使用している D. その他のものを使用している()
2 5) ⑬	⑬ 医療従事者の抗がん剤による曝露被害防止対策について教育が行われている。	○×	
2 5) ⑭	⑭ 抗がん剤の血管外漏出時の対応が明文化されている。	○×	

資料

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというとできている」
C: 「どちらかというとできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

II 病棟・外来	評価方法	評価	コメント
2 6)	6)がん化学療法(外来)	/	
2 6) ①	① がん化学療法レジメンを審査・登録する仕組みがある。(×は③へ[②は回答不要])	○×	
2 6) ②	② レジメンの審査・登録は、複数の職種と診療科で構成されている委員会で行われている。	○×	
2 6) ③	③ がん化学療法の指示入力から実施までの業務の流れについて、標準的な運用マニュアルが作成されている。	○×	
2 6) ④	④ がん化学療法レジメンに基づいた患者別投与計画書あるいは投与計画書について、薬剤部で監査する仕組みがある。	○×	
2 6) ⑤	⑤ レジメン登録されていない薬剤は、処方オーダーができない仕組みがある。	○×	
2 6) ⑥	⑥ 抗がん剤のレジメンを事前に登録しておき、ここから体表面積等の患者のパラメーターを入力することにより、投与量が計算される仕組みがある。	○×	
2 6) ⑦	⑦ 患者のレジメン情報を医師、看護師、薬剤師で共有する工夫がある。(コメント欄に工夫の内容を記載)	○×	
2 6) ⑧	⑧ 当日予定した投与内容が変更になった場合には、すぐに伝わる仕組みがある。	○×	
2 6) ⑨	⑨ 外来化学療法における抗がん剤投与に関する指示は、主治医が検査結果を閲覧してからでなければ出せないような工夫がある。	4段階	
2 6) ⑩	⑩ 外来患者のがん化学療法において、薬剤師が患者に直接薬剤の説明や副作用発現防止のための観察等を行っている。	4段階	
2 6) ⑪	⑪ 外来化学療法室にがん化学療法に十分に知識・経験を有する医師が常駐している。	○×	
2 6) ⑫	⑫ 外来化学療法室にがん看護専門看護師等が配属されている。	○×	
2 6) ⑬	⑬ 化学療法室での患者確認の方法はどのように実施しているか。	/	
2 6) ⑬-a	a 患者に名乗ってもらう	○×	
2 6) ⑬-b	b 診察券の提示	○×	
2 6) ⑬-c	c リストバンド(バーコード、ICタグ)	○×	
2 6) ⑬-d	d その他(内容をコメント欄に記載)	○×	
2 6) ⑭	⑭ 抗癌剤の血管外漏出時の対応が明文化されている。	○×	
3	3 医療機器	/	
3 ①	① 医療機器に対する管理責任者が明確にされている。	4段階	A. 管理責任者が明確になっており、各部署の機器がリスト等で把握されている B. 管理責任者が明確になっており、主要な機器についてはリスト等で把握されている C. 管理責任者は明確になっているが、機器はあまり把握されていない D. 管理責任者が決まっておらず、機器の把握されていない
3 ②	② 人工呼吸器の安全使用マニュアルが作成され、且つ、院内に周知されている。	4段階	A. 安全使用マニュアルが作成されており、保管場所が明確にされ、スタッフも周知し活用している B. 安全使用マニュアルが作成されており、スタッフは周知しているが活用されていない C. 安全使用マニュアルは作成されているが、スタッフに周知されていない D. 安全使用マニュアルが作成されていない
3 ③	③ 生体監視モニターの安全使用マニュアルが作成され、且つ、院内に周知されている。	4段階	A. 安全使用マニュアルが作成されており、保管場所が明確にされ、スタッフも周知し活用している B. 安全使用マニュアルが作成されており、スタッフは周知しているが活用されていない C. 安全使用マニュアルは作成されているが、スタッフに周知されていない D. 安全使用マニュアルが作成されていない

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A:	「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:	「どちらかというできている」
C:	「どちらかというできていない」
D:	「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

II 病棟・外来		評価方法	評価	コメント
3	④ 人工呼吸器および生体監視モニター以外の中央管理する医療機器の安全使用マニュアルが作成され、且つ、院内に周知されている。	4段階		A. 安全使用マニュアルが作成されており、保管場所が明確にされ、スタッフも周知し活用している B. 安全使用マニュアルが作成されており、スタッフは周知しているが活用されていない C. 安全使用マニュアルは作成されているが、スタッフに周知されていない D. 安全使用マニュアルが作成されていない
3	⑤ 内視鏡全般の適正使用と感染対策の内容を含む安全使用マニュアルが作成され、適切に管理されている。	4段階		A. 院内統一マニュアルが作成され、内視鏡全般の管理が適切に行われている B. 部署独自のマニュアルが作成され、部署独自の処理方法で適切に管理されている C. マニュアルは作成されておらず、部署独自の処理方法で管理されている D. 適切な管理が行われず、マニュアルも作成されていない
3	⑥ 医療機器に必要な消耗品の保管は適切に行われ、使用や滅菌有効期限などが適切に管理されている。	4段階		A. 医療機器に必要なすべての消耗品について、保管方法及び有効期限が適切に管理されている B. 医療機器に必要な一部の消耗品についてのみ、保管方法及び有効期限が適切に管理されている C. 医療機器に必要な消耗品について、保管方法、もしくは有効期限の管理が不十分である D. 医療機器に必要な消耗品の有効期限などについては、管理されていない
3	⑦ 充電が必要な医療機器は充電して保管されている。	4段階		A. 全てが充電され機器別に分類され、清拭・整理整頓されている B. 電源コンセントの数量が十分でないため全てが充電されていないが、重要機器から優先に充填されている C. 電源コンセントの数量だけ充電されている D. 充電されず放置されている
3	⑧ 人工呼吸器が適切に稼働しているか、使用中点検を行っている。	4段階		A. 毎日、呼吸器の稼働状況と使用中点検が行われ、点検マニュアルがあり点検記録がある B. 不定期であるが、呼吸器の稼働状況と使用中点検が行われ、点検マニュアルがあり点検記録がある C. 呼吸器の稼働状況と使用中点検が不定期に行われているが、点検マニュアルも点検記録もない D. トラブルの発生した時だけ、トラブル回避と稼働状況の把握と使用中点検が行われる
4	4 輸血の管理・取扱い			
4 1)	1) 輸血実施時の安全性確保			
4 1) ①	① 血液型の検査結果を患者に知らせている。	4段階		
4 1) ②	② 輸血の安全性、リスク等について患者に説明し同意書を取得している。	4段階		
4 1) ③	③ 輸血が適正に行われたことを示すため、輸血の必要性和効果が診療記録に記載されている。	4段階		
4 1) ④	④ 各診療科への輸血用血液の払い出しは、当日使用分のみで、予備的な払い出しは行っていない。	4段階		
4 1) ⑤	⑤ やむをえず輸血部以外で輸血用血液を保管する場合は、自動温度記録計と警報機が装備された保冷库が使用され、正しい条件下で管理されている。	4段階		
4 1) ⑥	⑥ 輸血療法の安全性を確保するための輸血手順書が整備され、手順書に従って輸血が行われている。	4段階		
4 1) ⑦	⑦ 輸血の実施前に、血液製剤の外観チェックを行っている。	4段階		
4 1) ⑧	⑧ ベッドサイドで患者名と血液型、血液製剤の有効期限、照射の有無を確認する方策がとられている。	4段階		

資料

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというどできている」
C: 「どちらかというどできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

II 病棟・外来	評価方法	評価	コメント
4 1) ⑨	⑨ 輸血開始後5分間の観察、開始15分後のチェックを含め、輸血副作用の観察が適切に行われている。	4段階	
4 1) ⑩	⑩ 輸血終了後、患者名、血液型及びバッグ本体の血液製造番号を確認したうえで、診療記録に輸血経過、副作用の発生状況等を記録している。	4段階	
4 2)	2) 自己血採血、保管、輸血	/	
4 2) ①	① 自己血輸血の意義、採血、保管に要する期間、採血前の必要な検査、自己血輸血時の問題等に関するインフォームド・コンセントが取得されている。	4段階	
4 2) ②	② 自己血適応の基準を含め、採血等に関するマニュアルが整備され、採血時の安全性が確保されている。	4段階	
4 3)	3) 造血幹細胞の保管	/	
4 3) ①	① 造血幹細胞の採取、保管に関するインフォームド・コンセントが取得されている。	4段階	
5	5 処置	/	
5 ①	① 中心静脈カテーテルの挿入・管理に関する病院全体の取り決めが明文化されている。	4段階	A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ②	② 経鼻胃管、十二指腸チューブが適切に留置されていることを確認する病院全体の取り決めが明文化されている。	4段階	A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ③	③ 鎮静剤を使用する際のリスク評価、患者観察、および緊急時対応に関する病院全体の取り決めが明文化されている。	4段階	A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ④	④ リスクが高いと考えられる医療行為の実施における患者観察やモニターに関する病院全体の取り決めが明文化されている。	/	
5 ④-1	④-1 肝生検	4段階	A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ④-2	④-2 腎生検	4段階	A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ④-3	④-3 血液浄化療法	4段階	A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ④-4	④-4 骨髄穿刺	4段階	A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ④-5	④-5 腰椎穿刺	4段階	A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ④-6	④-6 内視鏡	4段階	A. 取り決めに沿って実施できている B. 取り決めがあり、周知は行われている C. 取り決めはあるが、周知が不十分である D. 取り決めが明文化されていない
5 ④-7	④-7 その他、病院全体の取り決めを作成している医療行為		具体的に記述()

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというできている」
C: 「どちらかというできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

II 病棟・外来	評価方法	評価	コメント
6	6 組織横断的ケア	/	/
6 ①	① 転倒・転落に関するリスク評価が行われている。	4段階	A. 必要な患者すべてで行われている B. ほとんどの患者で行われている C. あまり行われていない D. まったく行われていない
6 ②	② (①がA、B、Cの場合)転倒・転落について、①のリスク評価に基づいた予防策が行われている。	4段階	A. 必要な患者すべてで行われている B. ほとんどの患者で行われている C. あまり行われていない D. まったく行われていない
6 ③	③ 転倒・転落について、定期的に予防策の評価あるいは見直しが行われている。	4段階	A. 必要な患者すべてで行われている B. ほとんどの患者で行われている C. あまり行われていない D. まったく行われていない
6 ④	④ 褥瘡に関するリスク評価が行われている。	4段階	A. 必要な患者すべてで行われている B. ほとんどの患者で行われている C. あまり行われていない D. まったく行われていない
6 ⑤	⑤ (④がA、B、Cの場合)褥瘡について、④のリスク評価に基づいた予防策が行われている。	4段階	A. 必要な患者すべてで行われている B. ほとんどの患者で行われている C. あまり行われていない D. まったく行われていない
6 ⑥	⑥ 褥瘡について、定期的に予防策の評価あるいは見直しが行われている。	4段階	A. 必要な患者すべてで行われている B. ほとんどの患者で行われている C. あまり行われていない D. まったく行われていない
6 ⑦	⑦ 深部静脈血栓症・肺塞栓症に関するリスク評価が行われている。	4段階	A. 必要な患者すべてで行われている B. ほとんどの患者で行われている C. あまり行われていない D. まったく行われていない
6 ⑧	⑧ (⑦がA、B、Cの場合)深部静脈血栓症・肺塞栓症について、⑦のリスク評価に基づいた予防策が行われている。	4段階	A. 必要な患者すべてで行われている B. ほとんどの患者で行われている C. あまり行われていない D. まったく行われていない
6 ⑨	⑨ 深部静脈血栓症・肺塞栓症について、定期的に予防策の評価あるいは見直しが行われている。	4段階	A. 必要な患者すべてで行われている B. ほとんどの患者で行われている C. あまり行われていない D. まったく行われていない
6 ⑩	⑩ 一般病棟において、自殺に関するリスク評価が行われている。	4段階	A. 必要な患者すべてで行われている B. ほとんどの患者で行われている C. あまり行われていない D. まったく行われていない
6 ⑪	⑪ (⑩がA、B、Cの場合)一般病棟において、自殺について、⑩のリスク評価に基づいた予防策が行われている。	4段階	A. 必要な患者すべてで行われている B. ほとんどの患者で行われている C. あまり行われていない D. まったく行われていない
6 ⑫	⑫ 一般病棟において、自殺について、定期的に予防策の評価あるいは見直しが行われている。	4段階	A. 必要な患者すべてで行われている B. ほとんどの患者で行われている C. あまり行われていない D. まったく行われていない
6 ⑬	⑬ 栄養管理(評価、計画、実施)は、NST(栄養サポートチーム)など多職種により行われている。	4段階	A. 必要な患者すべてで行われている B. ほとんどの患者で行われている C. あまり行われていない D. まったく行われていない
6 ⑭	⑭ 人工呼吸器管理に関する取り組みは、呼吸サポートチームなど多職種により行われている	4段階	A. 必要な患者すべてで行われている B. ほとんどの患者で行われている C. あまり行われていない D. まったく行われていない
6 ⑮	⑮ 身体抑制は、一般病棟と精神科病棟とで異なる手順書に従って必要性が評価され、安全に実施されている。	4段階	A. 必要な患者すべてで行われている B. ほとんどの患者で行われている C. あまり行われていない D. まったく行われていない

資料

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというできている」
C: 「どちらかというできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門		評価方法	評価	コメント
1	1 手術部門			
1 1)	1) 全身麻酔 — ① 麻酔導入前(患者入室後)			
1 1) ①	① 「麻酔導入前」の確認に参加している職種 (複数選択可)	6択		A. 外科医 B. 看護師 C. 麻酔科医 D. 臨床工学技士 E. 患者 F. その他
1 1) ②	② チェックリストを使用している。	○×		
1 1) ③	③ 患者の氏名(またはID番号)を声に出して確認している。	○×		
1 1) ④	④ 患者の手術部位を声に出して確認している。	○×		
1 1) ⑤	⑤ 患者の手術名を声に出して確認している。	○×		
1 1) ⑥	⑥ 患者の同意を得ていることを声に出して確認している。	○×		
1 1) ⑦	⑦ 手術部位はマーキングを行っている。 (×の場合は理由をコメント欄へ記載)	○×		
1 1) ⑧	⑧ 気道管理器材についてチェックが行われたことを確認している。	○×		
1 1) ⑨	⑨ 呼吸システム(酸素および吸入麻酔薬も含む)について チェックが行われたことを確認している。	○×		
1 1) ⑨	⑨ 吸引についてチェックが行われたことを確認している。	○×		
1 1) ⑩	⑩ 使用予定薬剤と器材についてチェックが行われたことを 確認している。	○×		
1 1) ⑪	⑪ 緊急時薬剤、器具、応援体制についてチェックが行われた ことを確認している。	○×		
1 1) ⑫	⑫ パルスオキシメーターは患者に装着され、作動していることを 確認している。 (×の場合は理由をコメント欄に記載)	○×		
1 1) ⑬	⑬ アレルギーの有無を麻酔科医に確認している。	○×		
1 1) ⑭	⑭ 気道確保困難のリスク評価を行ったかどうかを声に出して 確認している。	○×		
1 1) ⑮	⑮ 気道確保困難のハイリスク症例の場合、気道確保困難に対応 できる準備をしているかどうかを声に出して確認している。	○×		
1 1) ⑯	⑯ 症候性の胃食道逆流やフルストマック等、誤嚥のリスク評価を 行ったかどうかを声に出して確認している。	○×		
1 1) ⑰	⑰ 誤嚥のハイリスク症例の場合、誤嚥に対応できる準備をして いるかどうかを声に出して確認している。	○×		
1 1) ⑱	⑱ 500ml(小児では7ml/Kg)以上の出血リスクの有無を声に出 して確認している。	○×		
1 1) ⑲	⑲ 出血のハイリスクの場合、複数の静脈路の確保の有無につ いて声に出して確認している。	○×		
1 1) ⑳	⑳ 施設のチェックリストがある場合、チェックリストの項目の確認 が全て終了してから麻酔導入している。 (チェックリストがない場合は回答不要)	○×		
1 1) ㉑	㉑ 施設のチェックリストがない場合、終了確認の方法。 (コメント欄に記載)			

資料

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというできている」
C: 「どちらかというできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門		評価方法	評価	コメント
1 2)	2) 全身麻酔 — ② 皮膚切開前			
1 2) ①	① 「皮膚切開」の確認に参加している職種 (複数選択可)	6択		A. 外科医 B. 看護師 C. 麻酔科医 D. 臨床工学技士 E. 患者 F. その他
1 2) ②	② チェックリストを使用している。	○×		
1 2) ③	③ 手術チームメンバー全員が氏名と手術における役割を自己紹介している。	○×		
1 2) ④	④ 患者の氏名、手術法と皮膚切開の場所(手術部位)を声に出して確認している。	○×		
1 2) ⑤	⑤ 抗菌剤の予防投与が皮膚切開の60分以内に行われたことを声に出して確認している。	○×		
1 2) ⑥	⑥ 術者(または外科医のいずれか)が、出血や損傷、重篤な事態が起り得る手術中の段階について声に出して確認している。	○×		
1 2) ⑦	⑦ 術者(または外科医のいずれか)が、予想される手術時間について声に出して確認している。	○×		
1 2) ⑧	⑧ 術者(または外科医のいずれか)が、予想される出血量について声に出して確認している。	○×		
1 2) ⑨	⑨ 麻酔科医が、出血、血行動態の変動、患者固有の合併症等の問題点、及びそれに対応する計画があるかどうかを声に出して確認している。	○×		
1 2) ⑩	⑩ 看護師は、手術器械・材料が滅菌済みであることの確認が行われたかどうかを声に出して確認している。	○×		
1 2) ⑪	⑪ 看護師は、手術器械・材料に関する懸念事項の有無について声に出して確認している。	○×		
1 2) ⑫	⑫ 臨床工学技士は、手術器械・材料に関する懸念事項の有無について声に出して確認している。	○×		
1 2) ⑬	⑬ 手術に必要な画像が示されている(X線フィルムの掲示や、電子カルテ画面上での画像の表示)ことを確認している。	○×		
1 2) ⑭	⑭ 施設のチェックリストがある場合、チェックリストの項目の確認が全て終了してから手術を開始している。 (チェックリストがない場合、回答不要)	○×		
1 2) ⑮	⑮ 施設のチェックリストがない場合、確認終了の方法。 (コメント欄に記載)			
1 3)	3) 全身麻酔 — ③ 手術室退室前			
1 3) ①	① 「手術室退室前」の確認に参加している職種 (複数選択可)	6択		A. 外科医 B. 看護師 C. 麻酔科医 D. 臨床工学技士 E. 患者 F. その他
1 3) ②	② チェックリストを使用している。	○×		
1 3) ③	③ 看護師は、外科医に対して、行われた術式を口頭で確認している。	○×		
1 3) ④	④ 看護師は、手術器械、ガーゼ、針カウントが一致したことを確認している。	○×		
1 3) ⑤	⑤ 手術室外に持ち出す標本について、標本容器に記載されている患者氏名や標本の種類(臓器・部位・個数等)を読み上げて確認している。(複数選択可)	5択		A. 患者氏名 B. 標本の種類(臓器) C. 標本の種類(部位) D. 標本の種類(個数) E. その他
1 3) ⑥	⑥ 当該手術で発生(もしくは発覚)した手術器械・材料に関する問題の有無を声に出して確認している。	○×		
1 3) ⑦	⑦ 術後の回復や管理における主たる懸念事項について、各職種がそれぞれ声に出して確認している。	○×		
1 3) ⑧	⑧ 施設のチェックリストがある場合、チェックリストの項目の確認が全て終了してから手術を開始している。 (チェックリストがない場合、回答不要)	○×		
1 3) ⑨	⑨ 施設のチェックリストがない場合、確認終了の方法。 (コメント欄に記載)			

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというとできている」
C: 「どちらかというとできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門		評価方法	評価	コメント
	4)手術			
1 4) ①	① 針を返却する時は必ず器械だし看護師に声をかけている。	4段階		
1 4) ②	② 針は必ず持針器または鉗子につけて返却している。	4段階		
1 4) ③	③ 点滴ルート、カテーテル、ドレナージルートの誤脱や接続はずれがないことを確認している。	4段階		
1 4) ④	④ 手術室への移送は麻酔医又は主治医と共に行っている。	4段階		
1 5)	5)薬品管理			
1 5) ①	① 手術に使用する麻薬、毒薬、向精神薬については、施錠保管し、定められた担当者が使用状況を毎日確認している。	4段階		
1 5) ②	② 手術部に保管されている薬剤は、薬剤師が、毎日、在庫状況や保管状況等を確認している。	4段階		
1 5) ③	③ 血漿分画製剤使用時に「血液製剤管理簿」へ記録している。	4段階		
1 6)	6)医用ガス・電気・空調の管理			
1 6) ①	① 配電盤やアイソレーションモニタ等の日常点検や、コンセント保持力や出力の定期的な保守点検が行われている。	4段階		A. 電気設備の日常点検が行われ、定期的な保守点検が行われ記録がある B. 定期的な保守点検は行っているが、日常点検は不定期である C. 日常点検や保守点検は行っているが不定期である D. 日常点検も保守点検も行われていない
1 6) ②	② テーブルタップの使用やたこ足配線を行っていない。	4段階		A. 医用コンセントの数を十分に確保ができており、テーブルタップの使用やたこ足配線を行っていない B. テーブルタップの使用は最小限にし、たこ足配線は行われていない C. テーブルタップの使用やたこ足配線を行っているが、テーブルタップの容量や各医療機器の消費電力が明確にされている D. 十分なコンセントが確保できないため、テーブルタップの使用やたこ足配線を行っている
1 6) ③	③ 医療機器の重要度により適切に医用電源コンセントへ接続されている	4段階		A. 適切に医用電源コンセントに接続され、接続状況を監視している B. ほぼ適切に医用電源コンセントに接続され、接続状況を監視している C. 接続方法は周知されているが、接続方法が守られていない D. 不適切に医用電源コンセントに接続され、接続状況の監視もされていない
1 6) ④	④ 空調設備について正常状態を維持するため定期的な点検を行い、手術室の清浄度の監視確認が行われている。	4段階		A. 空調設備の定期的な点検が行われ、日常的に手術室の清浄度の監視が行なわれている B. 空調設備の定期的な点検が行われているが、日常的な手術室の清浄度の監視が行なわれていない C. 不定期だが空調設備の点検が行なわれ、日常的な手術室の清浄度の監視が行なわれていない D. 空調設備の点検がほとんど行われず、手術室の清浄度の監視も行なわれていない
1 6) ⑤	⑤ 医用ガス・電気・空調等の設備関連のメンテナンスが適切に行われ、その記録が保管されている。	4段階		A. 定期的なメンテナンスが適切に行われ、その記録が保管されている B. 不定期にメンテナンスが適切に行われ、その記録が保管されている C. メンテナンスが行われているが、その記録は保管されていない D. メンテナンスが行われていない
1 7)	7)洗浄・滅菌			
1 7) ①	① 洗浄・滅菌器の定期点検は行われている。	4段階		
1 7) ②	② 少なくとも週1回の定期的な生物学的インジケータによる滅菌の確認を行っている。	4段階		
1 7) ③	③ 滅菌不良が手術室で発見された場合にリコール方法が確立されている。	4段階		

資料

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというときいている」
C: 「どちらかというときていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門		評価方法	評価	コメント
1 8)	8)ME機器の取扱い			
1 8) ①	① 手術・治療機器や手術支援機器の定期点検が適切に行われ、その記録が保管されている	4段階		A. 全ての手術・治療機器や手術支援機器の定期点検が適切に行われ、その記録が保管されている B. 全てではない手術・治療機器や手術支援機器で定期点検が行われ、その記録が保管されている C. 手術・治療機器や手術支援機器の定期点検は行われているが、その記録が保管されていない D. 定期点検は行われていない
1 8) ②	② 手術・治療機器や手術支援機器の始業点検と終業点検が適切に行われ、その記録が保管されている。	4段階		A. 全ての手術・治療機器や手術支援機器の始業点検と終業点検が適切に行われ、その記録が保管されている B. 全てではない手術・治療機器や手術支援機器の始業点検もしくは終業点検が適切に行われ、その記録が保管されている C. 手術・治療機器や手術支援機器の始業点検もしくは終業点検は行われているが、その記録がない D. 始業点検もしくは終業点検は行っておらず、準備だけをしている
1 8) ③	③ 新規購入機器の購入時、スタッフのため安全使用講習会が開催され、参加者の記録がある。	4段階		A. 全ての機器について、使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれ、参加者の記録がある B. 全てではない機器について、使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれ、参加者の記録がある C. 使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれているが、参加者の記録はない D. 使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれていない
1 8) ④	④ 医療機器の安全管理のため、手術部に臨床工学技士が常駐している。	4段階		A. 臨床工学技士が常駐している B. 臨床工学技士は常駐しているが、人工心肺業務と兼任している C. 臨床工学技士が定期的に手術部へ派遣されている D. 臨床工学技士は手術部からのオンコールのみに対応している
1 8) ⑤	⑤ 各医療機器の取扱説明書や、マニュアル書の添付が整備されている。	4段階		A. 全ての医療機器の取扱説明書やマニュアル書の添付が整備されスタッフ全員が活用している B. 全てではないが医療機器の取扱説明書やマニュアル書の添付が整備され、スタッフ全員が活用している C. 医療機器の取扱説明書やマニュアル書の添付は整備されているが、活用されていない D. 医療機器の取扱説明書や、マニュアル書の添付が整備されていない
1 8) ⑥	⑥ 液体が貯留しやすい部位や圧迫等により血流が悪くなる部位には、対極板を使用していない。	4段階		
1 8) ⑦	⑦ 体温維持装置による熱傷や凍傷の防止対策、安全な温度設定、安全装置の点検を行っている。	4段階		
1 9)	9)納入業者、外注業者への対応、指導体制			
1 9) ①	① 担当者、時間が設定されている。	4段階		
1 9) ②	② 入室の指導、対応が適切に行われている。	4段階		

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというできている」
C: 「どちらかというできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門		評価方法	評価	コメント
2	2 薬剤部			
2 1)	1) 医薬品に関する安全管理体制			
2 1) ①	① 「医薬品安全管理手順書」の前年度における改訂頻度	() 回/年		
2 1) ②	② 採用医薬品を委員会で検討する際に、薬剤の名称、外観、複数規格等の観点からも検討を加えている。	4段階		
2 1) ③	③ 採用医薬品を委員会で検討する際に、ジェネリック医薬品については安全な管理の面から検討を加えている。	4段階		
2 1) ④	④ 院内で決められている採用品目の上限の品目数	() 品目		
2 1) ⑤	⑤ 本年度10月末における院内採用品目数	() 品目		
2 1) ⑥	⑥ 医療安全の観点から医薬品の採用、変更、中止等の情報が迅速に伝達されている。	4段階		
2 1) ⑦	⑦ 投薬プロセス(処方、処方監査、調剤、薬剤交付、搬送、配薬、与薬)に関するルールが明文化され、適切に運用されている。	4段階		
2 1) ⑧	⑧ 外来患者や退院患者のお薬手帳への記載、退院患者指導記録簿作成など、他の医療機関(薬局含む)と患者の情報を共有する仕組みがある。	4段階		
2 2)	2) ハイリスク医薬品の管理			
2 2) ①	① ハイリスク医薬品(処方や使用の方法を誤った場合に患者に重大な傷害をきたす危険性が高い医薬品)がリストアップされている。	○×		
2 2) ②	② ハイリスク医薬品は医師(研修医を含む)、看護師、薬剤師の間で周知、共有されている。	4段階		
2 2) ③	③ ハイリスク医薬品リストが必要時に容易に参照できるようになっている。	4段階		
2 2) ④	④ ハイリスク医薬品のうち、一般病棟における在庫を制限あるいは禁止する医薬品(高濃度カリウム注)が定められている。(A、Bの場合は、別表2-2)-④に記入)	4段階		
2 2) ⑤	⑤ ハイリスク薬品の処方を薬剤師がチェックする仕組みがある。(たとえば、病名と処方薬剤との確認)	4段階		

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというとできている」
C: 「どちらかというとできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門	評価方法	評価	コメント
2 3)	3) 処方オーダーにおける自動チェック機構	/	
2 3) ①	① チェック機能が十分に発揮できるように、薬品マスタを定期的に見直しをしている。	4段階	
2 3) ②	② 処方の薬剤名直接入力の際の必須文字数を設定している。	4段階	A. 4文字以上 B. 3文字以上 C. 2文字以上 D. 1文字入力しただけで、薬剤のリストが表示される
2 3) ③	③ 類似名称薬がある場合には、必要に応じて、「本剤は抗がん剤です」等の警告を表示している。	4段階	
2 3) ④	④ 院内で採用されている全ての内服薬について、通常の使用量を超えた処方を自動チェックできる機能がある。	4段階	A. 院内で採用されている全ての内服薬について、通常の使用量を超えた処方を自動チェックできる機能がある B. 院内で採用されている全てではない内服薬について、通常の使用量を超えた処方を自動チェックできる機能がある C. 特定の内服薬について、通常の使用量を超えた処方を自動チェックできる機能がある (具体的薬剤の記述:) D. 自動チェック機能がない
2 3) ⑤	⑤ 院内で採用されている全ての注射薬について、通常の使用量を超えた処方を自動チェックできる機能がある。	4段階	A. 院内で採用されている全ての注射薬について、通常の使用量を超えた処方を自動チェックできる機能がある B. 院内で採用されている全てではない注射薬について、通常の使用量を超えた処方を自動チェックできる機能がある C. 特定の注射薬について、通常の使用量を超えた処方を自動チェックできる機能がある (具体的薬剤の記述:) D. 自動チェック機能がない
2 3) ⑥	⑥ 患者の年齢を考慮した過量投与がチェックできる。	○×	
2 3) ⑦	⑦ 患者の年齢、体重、身長を考慮した過量投与がチェックできる。	○×	
2 3) ⑧	⑧ 患者の腎機能を考慮した過量投与がチェックできる。	○×	
2 3) ⑨	⑨ 相互作用の自動チェック機能がある。	4段階	A. 薬剤として認可されている全ての薬剤について、相互作用の自動チェック機能がある B. 院内で採用されている全ての薬剤について、相互作用の自動チェック機能がある C. 特定の薬剤について、相互作用の自動チェック機能がある。 (具体的薬剤の記述:) D. 自動チェック機能がない
2 3) ⑩	⑩ リウマトレックス等の変則的な投与スケジュールの薬剤についても自動チェックができる。	4段階	
2 3) ⑪	⑪ 実際の服用期間を登録でき、休薬期間を自動チェックする機能がある。(TS-1、フルオロウラシル)	4段階	
2 3) ⑫	⑫ 患者毎に禁忌薬剤を登録しておくことにより自動的に禁忌処方チェックされる。	4段階	A. ジェネリックを含むすべての禁忌薬をチェックできる B. 院内採用薬を対象に禁忌薬をチェックできる C. 禁忌薬ありのアラーム、あるいは閲覧できる程度である D. 登録していない(できない)ので、チェックしていない
2 3) ⑬	⑬ 患者の病名や状態を参照することにより自動的に禁忌処方がチェックされる。	○×	
2 3) ⑭	⑭ 薬歴を元に、当院採用薬のみの重複薬の自動チェックができる。	4段階	A. ジェネリックを含むすべての重複薬をチェックできる B. 院内採用薬を対象に重複薬をチェックできる C. 同一処方箋ないでの重複薬をチェックできる D. 自動的ではないが、重複薬をチェックできる
2 3) ⑮	⑮ 注射薬の投与経路を入力する際、警告を発する機能がある。	○×	
2 3) ⑯	⑯ 注射薬の投与速度を入力する際、警告を発する機能がある。	○×	

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというできている」
C: 「どちらかというできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門	評価方法	評価	コメント
2 4)	4) 処方箋監査	/	
2 4) ①	① 薬剤アレルギー情報を把握した上での処方箋監査が実施できている。	4段階	A. 全ての処方箋に対してチェックできている B. ほとんどの処方箋に対してチェックできている C. 一部の処方箋に対してのみチェックできている D. 処方箋単位では薬剤アレルギー情報をチェックできていない
2 4) ②	② 高濃度カリウム注などの無希釈投与を回避ができる監査体制ができている。	4段階	
2 4) ③	③ TS-1とフルオロウラシルの併用を回避(7日間の休薬を考慮)できる監査体制ができている。	4段階	
2 4) ④	④ リウマトレックスの過量投与を回避や投与間隔の確認ができる監査体制ができている。	4段階	
2 4) ⑤	⑤ 抗がん剤の過量投与を回避できる監査体制ができている。	4段階	
2 5)	5) 注射剤の調剤	/	
2 5) ①	① 一般病棟において、入院中の患者を対象に注射剤の計数調剤(処方箋に基づく患者単位の取りそろえ)を実施している。	4段階	
2 5) ②	② 24時間体制で注射剤の計数調剤が実施されている。	4段階	
2 5) ③	③ 薬剤師による注射剤の計量調剤(混合調製)が実施されている。	4段階	
2 5) ④	④ 土・日・祝祭日も薬剤師による注射剤の混合調製が行われている。	4段階	
2 5) ⑤	⑤ キット製剤単独使用以外の高カロリー輸液の調製については、薬剤師が実施している。	4段階	
2 6)	6) 病棟配置薬の薬品管理	/	
2 6) ①	① 薬剤の病棟在庫は薬剤部で把握されており、病棟の在庫薬の品目・定数等の見直しには薬剤師が関与している。	4段階	
2 6) ②	② 担当薬剤師が定期的に病棟を巡視し、使用期限も含めた病棟保管医薬品の管理をしている。	4段階	
2 7)	7) 内服薬の処方記載方法	/	注: Ⅲ-2-7) ①～⑦の項目は現状の調査を目的としたものです。
2 7) ①	① 医師研修指導ガイドライン等に1回内服量での処方についての説明がある。	○×	
2 7) ②	② 1回内服量処方を含めて、標準的な処方箋の記載方法に関する講習会を実施している。	○×	
2 7) ③	③ 散剤や液剤に賦形を行った場合に、その情報を他職種に伝えている。	○×	
2 7) ④	④ オーダ画面および処方箋等に1日量と1回量の併記をしている。	○×	
2 7) ⑤	⑤ 薬剤師が標準用法マスタと自施設のマスタとの相違について理解している。	○×	
2 7) ⑥	⑥ 薬剤マスタの基準単位は統一(製剤量で)がとれている。	○×	
2 7) ⑦	⑦ 病院として、具体的なシステム対応の予定は決まっているか。	○×	

資料

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというとできている」
C: 「どちらかというとできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門		評価方法	評価	コメント
3	3 医療機器管理部門			
3	① 中央管理部門で管理する医療機器が明確にされ、これらの機器の貸し出し状況が把握できている。	4段階		A. 中央管理部門で管理する全ての医療機器が明確にされ、これらの機器の貸し出し状況が把握できている B. 中央管理部門で管理するほとんどの医療機器が明確にされ、これらの機器の貸し出し状況が把握できている C. 中央管理部門で管理するほとんどの医療機器が明確にされているが、これらの機器の貸し出し状況が把握できていない D. 中央管理部門で管理する医療機器が明確にされておらず、機器の貸し出し状況が把握できていない
3	② 中央管理部門で管理する医療機器について、安全性を考慮した機器の更新・定期的な点検・修理・廃棄が行われ、記録がある。	4段階		A. 中央管理部門で管理する全ての医療機器について、機器の更新・点検・修理・廃棄が行われ、記録がある B. 中央管理部門で管理するほとんどの医療機器について、機器の更新・点検・修理・廃棄が行われ、記録がある C. 中央管理部門で管理するほとんどの医療機器について、機器の更新・点検・修理・廃棄が行われているが、記録が無い D. 中央管理部門で管理する医療機器について、機器の更新・点検・修理・廃棄が行われていない
3	③ 医療機器に関する情報(添付文書・取扱説明書・安全情報)が管理され、周知するシステムが確立されている。	4段階		A. 中央で管理する医療機器すべての添付文書や取扱説明書が揃っており、誰でも必要な時に参照できるシステムがあり、周知されている B. 中央で管理する医療機器すべての添付文書や取扱説明書が揃っており、誰でも必要な時に参照できるシステムはあるが、周知されていない C. 中央で管理する医療機器の添付文書や取扱説明書が揃っており、誰でも必要な時に参照できるシステムはあるが、周知されていない D. 中央で管理する医療機器すべての添付文書や取扱説明書が揃っており、システムが確立されていない
3	④ 特定機能病院必須管理機器 8品目に対し、保守点検計画の策定と実施状況を提示できる。	4段階		A. 当該年度の点検計画が策定され、計画通り実施された記録が残っている B. 当該年度の点検計画は策定されているが、実施は計画通りではないが実施され記録が残っている C. 点検計画の策定はされているが、未実施の機器がある D. 点検計画の策定ができておらず、ほとんど実施もされていない
3	⑤ 新規購入機器の購入時、スタッフのため安全使用講習会が開催され、参加者の記録がある。	4段階		A. 全ての機器について、使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれ、参加者の記録がある B. 全てではない機器について、使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれ、参加者の記録がある C. 使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれているが、参加者の記録はない D. 使用対象者に対して安全使用講習会が行なわれていない
3	⑥ 医療機器の点検に必要な器具が備わり、計測器が適正に校正・管理されている。	4段階		A. 中央管理する機器の点検に必要な器具が揃い、計測器は定期的に校正を行っている B. 中央管理する機器の点検に必要な器具が揃い、計測器は不定期であるが校正を行っている C. 中央管理する機器の点検に必要な器具は揃っているが、計測器の校正は行われていない D. 中央管理する機器の点検に必要な器具が揃っておらず計測器も揃っていない
3	⑦ 機器の不具合の発生時における報告と情報周知の体制が整っている。	4段階		A. 不具合が発生すると早急に医療機器安全管理責任者に報告がなされ、迅速に情報を周知する体制が整っている B. 不具合が発生すると医療機器安全管理責任者に報告がなされるが、迅速でないが情報を周知する体制が整っている C. 不具合が発生すると医療機器安全管理責任者に報告はなされるが、情報を周知する体制は整っていない D. 不具合が発生しても医療機器管理責任者に報告される体制や相談体制もなく、周知方法も確立されていない
3	⑧ 夜間/休日の機器のトラブルに対し、臨床工学技士の対応体制が整っている。	4段階		A. 夜間/休日のトラブルに対し、臨床工学技士のオンコール体制が整っている B. 夜間/休日のトラブルに対し、オンコール体制はないが臨床工学技士に電話で対処方法を聞くことができる C. 夜間/休日のトラブルに対し、予備機器の設置など、臨床工学技士のオンコール体制以外の対処方法を整えている D. 夜間/休日のトラブルに対しての臨床工学技士のオンコール体制や、相談体制もなく、予備機器も設置されていない
3	⑨ 機器購入時の評価を行い、且つ、受入れ試験を行っている。	4段階		A. 購入する全ての医療機器に対する評価がされ、且つ、受け入れ試験を行い納入の可否を決めている B. 購入するほとんどの医療機器に対する評価がされ、且つ、受け入れ試験が行われている C. 購入する医療機器に対する評価がされず、依頼があった機器のみ受け入れ試験を行っている D. 購入に対する評価がされておらず、受け入れ試験も行われていない

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A:	「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B:	「どちらかというときでている」
C:	「どちらかというときでない」
D:	「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門		評価方法	評価	コメント
3	⑩ 医療機器の立会いに関する実情を把握し、基準を遵守している。	4段階		A. 医療機器の立会いに関する実情が把握され、立会い基準を遵守している B. 医療機器の立会いに関する実情が把握され、立会いできない場合は有償契約などにより遵守している C. 現状で立会いは行われているが、基準に沿っていく計画がある D. どこで立会いが行われているかまで把握できず、実際に乗者による立会いがまだ行われている
3	⑪ 輸液ポンプ、シリンジポンプの種類が統一されている。(必要性が明確であれば複数種類でも可)	4段階		A. 機種が統一され、使用法の違いなどが明確に使用者に分かるようにしている B. 機種が統一されていないが、使用法の違いなどが明確に使用者に分かるようにしている C. 機種が統一されておらず、且つ、使用法の違いなどが明確に使用者に分かるようにされていない D. 管理体制が整っていないため、納入部署により機種が違う
3	⑫ AEDが点検され、且つ、使用方法が院内に周知されている。	4段階		A. 点検計画にもとづいて点検が実施されており、全職員対象の講習会が定期的に行われている B. 点検計画にもとづいて点検が実施されているが、講習会が実施されていない C. 点検が行われていないが、講習会は定期的に行われている D. 点検がされておらず、講習会も行われていない
3	⑬ 医療用ガス・電源等の定期点検を行っている。	4段階		A. 医療ガス・電源の定期点検が行われている B. 医療ガス・電源の点検は不定期だが行われている C. トラブルが発生した時のみ点検を行っている D. 定期点検が行われていない
4	4 輸血部			
4 1)	1) 輸血実施時の安全性確保			
4 1) ①	① 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2重チェックを行っている。	4段階		
4 1) ②	② 自動機器の導入により、検査における血液型判定等に関するヒューマンエラー防止の工夫がされている。	4段階		
4 1) ③	③ 血液製剤の適正使用のモニターが行われている。	4段階		
4 1) ④	④ 各診療科への輸血用血液の払い出しは、当日使用分のみで、予備的な払い出しは行っていない。	4段階		
4 1) ⑤	⑤ やむをえず輸血部以外で輸血用血液を保管する場合は、自動温度記録計と警報機が装備された保冷库が使用され、正しい条件下で管理されている。	4段階		
4 1) ⑥	⑥ 輸血療法の安全性を確保するための輸血手順書が整備され、手順書に従って輸血が行われている。	4段階		
4 2)	2) 自己血採血、保管、輸血			
4 2) ①	① 自己血輸血の意義、採血、保管に要する期間、採血前の必要な検査、自己血輸血時の問題等に関するインフォームド・コンセントが取得されている。	4段階		
4 2) ②	② 自己血適応の基準を含め、採血等に関するマニュアルが整備され、採血時の安全性が確保されている。	4段階		
4 2) ③	③ 自己血の受払いに関して、他の患者に在庫、輸血されることがないように取り間違い防止対策が講じられている。	4段階		
4 2) ④	④ 自己血の保管は血液製剤同様に管理され、ウイルス感染者の自己血は専用保冷库に保管されている。	4段階		
4 3)	3) 造血幹細胞の保管			
4 3) ①	① 造血幹細胞の受払いに関して、取り違えがおきないような対策が講じられている。	4段階		
4 3) ②	② 造血幹細胞を保管している保冷库は温度管理がきちんとなされており、警報装置が備えられている。	4段階		

資料

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというときいている」
C: 「どちらかというときていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門		評価方法	評価	コメント
5	5 臨床検査部門			
5 1)	1) 検査実施時			
5 1) ①	① 外来における検体及び生理学的検査では当該患者であることを、フルネームで名乗ってもらい、且つIDや生年月日等でも確認している。	4段階		
5 1) ②	② 検査実施時には、採血管や検査内容等が当該患者のものであることの確認を行っている。	4段階		
5 1) ③	③ 採取した検体のうち、放置してはいけない検体(血液ガスやアンモニア測定など)は直ちに検査室に届けられている。	4段階		
5 1) ④	④ 比較的安定な生化学や血算などの検体は、30分以内に届けられている。	4段階		
5 1) ⑤	⑤ 緊急検査(末梢血、生化学、止血等)は30分以内に結果が報告されている。	4段階		
5 1) ⑥	⑥ 患者のアレルギー情報や病歴等が容易に参照できるシステムがある。	4段階		
5 1) ⑦	⑦ 採血時の腕の痛み、しびれ、神経損傷等が起こった時に、患者に対して掲示などにより説明している。	4段階		
5 1) ⑧	⑧ 採血時の腕の痛み、しびれ、神経損傷等が起こった時の対応手順が定められている。	4段階		
5 1) ⑨	⑨ 検査後に患者観察が行われる場所、人(看護師の配置)が整備されている。	4段階		
5 1) ⑩	⑩ 患者の容態急変に備え、各部署に救急カートや、AEDなど必要な医療機器等が配置されている。	4段階		
5 1) ⑪	⑪ 患者の容態急変に備え、心肺蘇生等の必要な教育が行われている。	4段階		
5 1) ⑫	⑫ 検査で用いられる試薬や毒物劇物・重金属・有機溶媒など危険物の高い物質に関して、適正に施錠保管し、台帳管理が行われている。	4段階		
5 2)	2) 検査室において			
5 2) ①	① 検体の確認はバーコードやシールなどを用いた誤認防止の手順が明文化され、遵守されている。	4段階		
5 2) ②	② 伝票で患者検体が届けられた場合、当該患者の検体であることを、フルネーム、ID、生年月日などで確認している。	4段階		
5 2) ③	③ 伝票の内容と検体の種類・数が一致しているかを確認している。	4段階		
5 3)	3) その他			
5 3) ①	① 検査結果において、疑義照会(患者や病態の確認)、緊急処置や治療法の変更等を要するデータ(検体検査での異常高値や低値、血液培養陽性、指定菌<MRSA・好酸菌塗抹陽性>等の感染症検査結果等)があった場合、主治医等に確実に伝える工夫がある。	4段階		
5 3) ②	② 内部精度管理が実施され、結果が評価されている。	4段階		
6	6 病理部門			
6 ①	① 検体採取から提出までの間の検体の誤認防止手順が明文化され、実施されている。	4段階		
6 ②	② 病理検体受付時の誤認防止手順が明文化され、実施されている。	4段階		
6 ③	③ 検体処理の各段階における誤認防止の手順が明文化され、実施されている。	4段階		

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというのできている」
C: 「どちらかというのできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門	評価方法	評価	コメント
6 ④	④ 診断内容はダブルチェックが行われ報告されている。	4段階	
6 ⑤	⑤ 疑問のある症例は部内および診療科と協議が行われている。	4段階	
6 ⑥	⑥ 検査結果において、緊急処置や治療法の変更等を要するデータ(細胞診や病理検査ではじめての悪性所見が出た場合等)があった場合、主治医等に確実に伝える工夫がある。	4段階	
6 ⑦	⑦ 病理のレポートは電子化されている。	4段階	
6 ⑧	⑧ ホルマリンなどの有機溶媒、危険性の高い薬剤が適切に保管管理されている。	4段階	
7	7 放射線検査・治療部門	/	
7 1)	1)放射線業務における安全性確保	/	
7 1) ①	① 患者確認には、患者にフルネームを名乗ってもらうことに加え、ID番号、生年月日の確認等をあわせて用いている。	4段階	
7 1) ②	② 検査・治療前に、患者とともに、部位、方向、撮影回数や装飾品の有無などについて確認している。	4段階	
7 1) ③	③ 病室撮影を含め、撮影済みカセットに関して患者間違いの防止対策が整備されている。	4段階	
7 1) ④	④ MR検査の場合、患者の装飾品や体内金属、入室する医療スタッフの持ち物(ハサミ・ペン・装飾品等)、患者に使用している医用器材(支柱台、シーネ、医療機器、酸素ボンベ等)の確認を行っている。	4段階	
7 1) ⑤	⑤ MR検査室への持込み禁止物について、放射線技師や放射線科医師により最終確認を行っている。	4段階	
7 1) ⑥	⑥ 造影剤検査の前には必ず、同意書を見ながら、口頭で、アレルギーの有無を患者に再度確認している。	4段階	
7 1) ⑦	⑦ 造影剤腎症の予防対策(クレアチニン値の把握、糸球体過率の推算等)を行っている。	4段階	
7 1) ⑧	⑧ 造影剤使用の検査中もしくは検査後副作用があった場合の対応マニュアルがある。	4段階	
7 1) ⑨	⑨ 造影剤がディスプレイ器材の場合、前の患者に使用した器材の廃棄確認を行っている。	4段階	
7 1) ⑩	⑩ 検査・治療に際して、患者のリスク評価、モニタリング、留置ルート類の状況確認を多職種で行っている。	4段階	
7 1) ⑪	⑪ 検査後に患者観察が行われる場所、人(看護師の配置)が整備されている。	4段階	
7 1) ⑫	⑫ 患者の容態急変に備え、各部署に救急カートや、AEDなど必要な医療機器等が配置されている。	4段階	
7 1) ⑬	⑬ 患者の容態急変に備え、心肺蘇生等の必要な教育が行われている。	4段階	
7 1) ⑭	⑭ 撮影された画像の最終確認(患者氏名、左右、部位、マーク、画質など)を指差呼称やダブルチェック等で行っている。	4段階	
7 1) ⑮	⑮ 胸部X線撮影画像の読影が放射線科医師により行われるシステムがある。	4段階	
7 1) ⑯	⑯ 撮影中や読影時に、緊急を要する所見が認められた時は、主治医に連絡するシステムがある。	4段階	
7 2)	2)放射線機器等の管理	/	
7 2) ①	① 検査・治療機器の始業・終了点検が行われ、記録されている。	4段階	
7 2) ②	② 定期的に行う機器点検を実施している。	4段階	

資料

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

A: 「できている」(適切に行われている、あるいは十分である等)
B: 「どちらかというとできている」
C: 「どちらかというとできていない」
D: 「できていない」(不適切である、あるいは行われていない)

※半角、大文字で入力

Ⅲ 中央診療部門	評価方法	評価	コメント
7 3)	3)放射線被曝管理	/	
7 3) ①	① 血管造影検査を繰り返し行う場合、被曝線量を確認している。	4段階	
7 3) ②	② 機器の放射線出力測定及び漏洩線量測定を、6ヶ月に1回に実施している。	4段階	
7 3) ③	③ 患者などから被曝線量について質問された際、提示資料が整えられて説明できる体制がある。	4段階	
7 4)	4)放射線治療の安全管理	/	
7 4) ①	① 放射線照射の際に照射部位・線量のダブルチェックを行っている。	4段階	
7 4) ②	② 指示線量、線量基準点の管理が行われている。	4段階	
7 4) ③	③ モニタ単位値(MU値)計算は独立した方法で2重の重複チェックを行い、また、必要に応じて実測による吸収線量測定を実施している。	4段階	
7 4) ④	④ 加速器への治療患者のデータ登録は、異なる担当者によるダブルチェックを実施している。	4段階	
7 4) ⑤	⑤ 照射終了後、モニター線量・照射録記載の確認を行っている。	4段階	
7 4) ⑥	⑥ 治療情報の確認を行い、治療部位、処方線量の継続・変更についてチェックを実施している。	4段階	
7 4) ⑦	⑦ 放射線治療装置、放射線治療計画システム、X線シミュレータ、CTシミュレータ、放射線治療計画用CT装置、高線量率密封小線源医療装置および関連機器の精度管理を定期的実施している。	4段階	
7 4) ⑧	⑧ 線量測定器の校正を定期的に行っている。	4段階	
7 5)	5)放射性医薬品等の管理	/	
7 5) ①	① 放射性医薬品取扱いに関するマニュアルが整備され、管理上必要な書類の記録が適切に行われている。	4段階	
7 5) ②	② 放射性医薬品誤投与防止に関する対策が整備され、遵守されている。	4段階	
7 5) ③	③ 放射性廃棄物に関するマニュアルが整備され、適切に管理されている。	4段階	

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

I 全体

別表4-2)-① 併用している場合には、両方に○をつける

	項目	電子媒体		紙媒体
		電子カルテへ 直接入力	スキャン取込み	
1)	外来1号用紙(患者基本情報)			
2)	外来経過記録(2号用紙)			
3)	入院1号用紙(患者基本情報)			
4)	入院病歴(主訴・既往歴・現症・身体所見)			
5)	入院診療計画書			
6)	入院経過記録(2号用紙)			
7)	オーダー記録(薬剤)			
8)	オーダー記録(処置)			
9)	オーダー記録(検査)			
10)	オーダー記録(手術)			
11)	オーダー記録(ケア)			
12)	対診依頼用紙・他科受診(コンサルテーション)			
13)	医師指示記録			
14)	クリティカルパス			
15)	手術記録			
16)	麻酔記録			
17)	輸血実施記録			
18)	看護記録			
19)	熱型表(または体温板)(一般用)			
20)	熱型表(または体温板)(重症記録用)			
21)	検査結果(検体検査関連)			
22)	検査結果(細菌・微生物検査)			
23)	検査結果(生理機能検査)			
24)	検査結果(病理・細胞診検査)			
25)	内視鏡検査報告書			
26)	放射線診断画像			フィルム
27)	放射線画像診断報告書(レポート)			
28)	薬剤管理指導記録			
29)	栄養指導管理記録			
30)	リハビリテーション記録			
31)	各種説明書(インフォームドコンセント用)			

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

	項目	電子媒体		紙媒体
		電子カルテへ 直接入力	スキャン取込み	
32)	同意書(インフォームドコンセント用)			
33)	診療情報提供書(提出用)			
34)	診断書(院内診断書)			
35)	退院時療養計画書			
36)	退院時要約(サマリ)			
37)	剖検記録			
38)	死亡診断書			

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

I 全体

別表5-1)-①

	院内の医療安全管理体制	インシデント等の院内報告制度	医療事故への対応	医療従事者間の情報伝達	その他(具体的に記述)	時間(分)
研修医						
看護師						
薬剤師						
技師(技士)						
事務職員						

該当する項目に○

別表5-1)-②

機器	ポンプ	人工呼吸器	AED	DC	その他最低限必要と思われる内容
処置	採血	BLS	ACLS	末梢静脈留置	その他最低限必要と思われる内容

該当する項目に○

別表5-1)-③

機器	ポンプ	人工呼吸器	AED	その他最低限必要と思われる内容
処置	採血	BLS	ACLS	その他最低限必要と思われる内容

該当する項目に○

別表5-4)-⑤

宿泊研修	
診療部門等へ出張レクチャー	
ロールプレイング	
ポスター発表	
e-ラーニング	
上記以外の工夫	具体的に記載ください。

該当する項目に○

平成29年度医療安全・質向上のための相互チェック 自己チェックシート

大学病院名	
-------	--

Ⅲ 中央診療部門

別表2-2)-④

薬 剤 名	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
()品目	

