

千葉県こども病院医療安全監査報告書

I はじめに

千葉県病院局では、医療安全のより一層の推進を図るため、平成 28 年 8 月 5 日に外部有識者による「医療安全監査委員会」を設置した。本委員会は、県立病院における医療安全に関する状況等について、病院長等から報告を求め、必要に応じて確認を実施したうえで、医療安全に係る是正措置を講ずるよう、病院局長および病院長に意見を述べる役割がある。これに基づき平成 28 年度には、監査委員による千葉県がんセンターの医療安全監査を実施したところである。

今回、千葉県救急医療センター、千葉県精神科医療センターに続いて、今年度 3 件目の医療安全監査となる、千葉県こども病院（以下、「こども病院」とする）の監査を実施した。

こども病院は、千葉県における小児医療の中核機関として、県内全域からこどもたちを受入れている小児専門総合医療施設である。現在、稼働病床 204 床で年間 2000 件程度の手術を実施し、高度且つ専門的で多様な小児医療を提供しており、このような機能を担う病院において、医療安全は欠かせないものといえる。平成 29 年 11 月には、MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）による院内感染者の死亡事案が発生し、院内感染と死亡との因果関係等について、医療事故調査委員会を設置し、調査を実施している。また、JACHRI（日本小児総合医療施設協議会）の小児感染管理ネットワークによる監査を受け、感染防止対策の見直しを図ったところでもある。

こども病院では医療安全対策の強化に努めており、医療安全改革プロジェクトチーム（以下「PT」とする）が活動している。その PT が進めている医療安全対策の実施状況についても、今回説明を受け調査を実施した。医療安全監査の結果と評価、及び今後期待する事項について、以下のとおり報告する。

II こども病院に対する医療安全監査の監査項目について

医療安全監査のポイント（大項目）としては、平成 28 年度に実施した千葉県がんセンターの監査と同様の①医療安全管理体制の確立（ガバナンスの確保）、②医療安全管理活動、③患者の権利保障の取り組み、④事故防止策の実際、⑤高難度新規医療技術等導入のプロセスの 5 項目に、⑥感染対策の実施状況を追加した。さらに、中項目、小項目を設置して計 112 項目とした。

監査項目の内容は、特定機能病院に対する承認要件（医療法施行規則）、特定機能病院に対する集中検査項目整理表、医療法第 25 条第 1 項に基づく立入検査の検査表、日本病院評価機構病院機能評価 総合版評価項目、千葉県病院局医療安全管理指針等を参考にした。大項目「事故防止策の実際」の内容は、こども病院の PT が医療安全対策の強化が必要としたものを参考にした。また、「感染対策の実施状況」は、感染防止対策地域連携加算チェック項目を参考とした。

Ⅲ 医療安全監査の方法

1. 事前調査

- 監査表の項目毎に、こども病院としての現状を整理して記入した、自己評価の提出を求めた。
- 上記に加え、監査に必要なデータや資料（主に関係規程、基準等を記したもの）等の提出を求めた。

2. 監査当日（平成 30 年 1 月 11 日）

（1）病院ガイダンス

こども病院について理解するために、病院の概要についての説明を受けた後、院内全体的の見学を実施した。見学をしていく中で、医療安全の観点から、各現場がどのような環境となっているのか、どのように医療者が動いているのか等を実際に目視し、現場にいた医療従事者から話を聞いて確認した。

（2）幹部職員からの全体ヒアリング及び書類調査

監査は、監査表の項目に基づいて、責任者に対して説明を求める形で確認した。併せて関係書類も確認した。

<対象者>

病院長・副病院長（医療安全管理室長）・技監・看護局長・事務局長・医療局長（医療機器安全管理チーム委員長）・診療部長・検査部長・薬剤部長（医薬品安全管理チーム委員長）・倫理審査委員会委員長（診療部長）・感染対策委員会副委員長（感染症科部長）・副看護局長（医療安全管理者）・感染管理認定看護師・臨床工学科部長・放射線科部長・管理課長・医事経営課長

（3）リスクマネージャーからのヒアリング

各部門において、医療安全対策の中心的な役割を担うリスクマネージャーの内 13 名に対しヒアリングを実施し、医療安全確保の意識が浸透し、それぞれの部門で実効性のある取り組みがなされているかについて、確認を行った。

（4）各現場の職員からのヒアリング

各部門において、若手職員 13 名から、現場の職員一人ひとりに医療安全確保の意識が浸透しているかという観点で、直接ヒアリングを行った。

（5）現場視察

ヒアリングを行った各部署を視察し、ヒアリングで聞いたことが実際にどのように実施されているのか、ヒアリングでわからなかった部分はどのようになっているのかを確認した。

(参考：リスクマネジャー及び現場職員ヒアリングにおける対象職員)

部門	リスクマネジャー	現場職員
循環器内科科	医師 1 名	医師 1 名
心臓血管外科科	医師 1 名	医師 1 名
集中治療科	医師 1 名	医師 1 名
麻酔科	医師 1 名	医師 1 名
形成外科	医師 1 名	医師 1 名
集中治療室	看護師 1 名	看護師 1 名
新生児集中治療室	看護師 1 名	看護師 1 名
手術室	看護師 1 名	看護師 1 名
病棟	看護師 2 名	看護師 2 名
薬剤部	薬剤師 1 名	薬剤師 1 名
放射線科	診療放射線技師 1 名	診療放射線技師 1 名
検査科	臨床検査技師 1 名	臨床検査技師 1 名

IV 医療安全監査の結果と評価

1. 医療安全管理体制の確立（ガバナンスの確保）

(1) 組織体制について

- 病院局の医療安全管理指針を基に、こども病院の医療安全管理指針が作成され、医療安全管理体制が整備されている。
- 副病院長が医療安全管理室長として専任で配置され、副看護局長が医療安全管理者として専従で配置されている。
- 医療安全管理室にはその他、医師（医療局長）1名、看護師長1名、短時間勤務看護師1名、事務1名が配置されている。
- 医療安全管理室長である副病院長は、その業務の9割ほどを医療安全に割いており、ほぼ専従として業務している。
- 多職種からなる医療安全管理体制が構築され、クリニカルガバナンスの発信源としての組織体制は適切といえる。

- 病床規模からすると標準的な人員配置と思われるが、手術件数の多い、高度且つ専門的で多様な小児医療を提供する施設であることを考慮すると、更なる充実を期待したい。

(2) 病院長の責務および権限

- 『こどもの生命と安全を第一に考えます』という言葉が『わたしたちの目標』として掲げ、病院長のリーダーシップで医療安全改革を推進するのだという強い姿勢が認められた。
- ICU・NICU等の中央部門では、毎日病院長ラウンドが実施され、現場スタッフもその意義をしっかりと認識している。ガバナンスの頂点である病院長が、現場に非常に近い距離で医療安全の現状を把握する姿勢が優れており、高く評価できる。
- 『わたしたちの目標』や『患者さまとご家族の権利と義務』などは、非常に重要であり、患者・家族及び職員に周知徹底するという意味でも、病院の入り口にも高く掲げてほしい。

(3) 医療安全管理委員会の役割と権限について

- 医療安全管理委員会の役割は、医療上の事故等に関する原因分析、再発防止策の検討とその周知徹底、対策の実施状況の評価であり、病院全体の医療安全に関する方針を決定する組織であることが、医療安全管理指針で明記されている。

(4) リスクマネージャーの配置と業務

- 看護は看護単位ごと、診療部門は診療科ごと、他は部門ごとに適切にリスクマネージャーが配置されている。
- 全職種のリスクマネージャーの医療安全の意識は高く、評価できる。定期的に医療安全の情報を内部で周知し、職種間のコミュニケーションを良好にしようという努力をしている。
- ヒアリングにおいてリスクマネージャーから、医療安全管理に関する専門的な研修の機会を望む声が聞かれた。リスクマネージャーに対する適切な研修の実施を望む。

2. 医療安全管理活動

(1) 医療安全部門の活動について

- インシデント・アクシデント報告は年間 950 件程度、その内医師からの報告数は4%程度となっている。インシデント・アクシデント報告活動の意義は、院内で発生している重大な出来事を把握し、適切な初動対応を行うと同時に隠れたリスクを発見することである。報告が活性化されている病院で

は、病床数の 8～10 倍程度の報告数があり、医師をはじめ他職種の報告も多い。さらなる報告の活性化を促すための努力をしていただきたい。

- 年間手術件数が 2000 件程度あり、病院の規模からしても、多くの手術を行っている病院であるといえる。手術に付随したインシデント・アクシデントの報告について、小さな出来事から丁寧に拾い上げるような報告活動の活性化が望まれる。
- 報告された事案のレベル判定は看護師長 1 名若しくは、看護師 2 名で実施しているとのことであるが、多職種で実施する体制とすることが望ましい。
- 医療事故等の防止のための改善策などは、医療安全ニュース等を活用し周知をしているが、それに対する職員の読了管理や、改善策の定着状況の確認などが現場に任されており、統一されていない。現場だけに任せるのではなく、知識の定着化を図るための方策を安全管理部門で検討していく必要がある。
- 患者誤認防止について、医行為をするときの確認の習慣化はできているが、患者氏名の他、ID 番号等、何を確認項目とするのかが明文化されておらず、部署によってバリエーションが発生しているため、統一・徹底が望まれる。
- 有害事象の発生防止のためにマニュアルやルールが作成されているが、単純増加している状況にある。重複を避け簡略化する、大事なことについて抽出したコアマニュアルを作成する等の検討が必要である。
- 事故当事者である職員に対する支援について、看護局は整備されている。また、ヒアリングにおいて、医師からも他施設に比し支援体制が機能しているとの意見があった。他の職種を含め、組織的な支援体制の更なる拡充が期待される。

(2) 各部門における医療安全管理活動について

- 現場の各スタッフは、医療安全の重要性について正しく理解し、医療安全活動が特別なことではなく、当たり前のこととして認識しており、医療安全に対する意識が高い。
- ヒアリングのなかでは、インシデント・アクシデントの報告について、現場の医師がこれを報告してもよいかどうかの判断に悩んでいるという発言があったが、現場での相談支援体制が必要と思われる。
- 報告のルールや標準化を表層的に整備するのではなく、そのことが医療安全につながっていくという真の意義を、現場のスタッフがさらに認識できるような体制が望まれる。
- 一部の病棟では病棟薬剤師が配置されており、極めて好意的に受け止められていた。医療安全上の意義や必要性は高く、他病棟・部門においても配置を推進していただきたい。

(3) 院内救急体制の実際について

- 院内の救急体制については整備されていた。

3. 患者の権利保障の取り組み

- インフォームド・コンセントは、PTの3本柱の一つとして取り組んでおり、体制が整ってきている。
- 看護師のインフォームド・コンセントに対する同席基準の作成や、インフォームド・コンセントの定型文の監査方法など、導入されたインフォームド・コンセントの体制は、他施設の参考にできるアイデアが数多く盛り込まれている。
- 説明に対する患者の理解度を把握するため、「インフォームド・コンセント説明確認書」を家族から受け取る時に、看護師が理解度等を確認する決まりが明確にされている。患者・家族の立場としても、看護師から時間をおいて声をかけられると答えやすいので、高く評価できる。
- インフォームド・コンセントの体制は整えたが、どの程度実践できていて、受け手側がどのように評価しているのか、実践状況の把握と評価は今後の取組とのことであるが、早期に体制を整えて実施していくことが必要である。
- こどもの発達と理解度に合わせた治療の説明と同意であるインフォームド・アセントについては、普及が望まれるところであり、今後に期待したい。
- インフォームド・コンセント委員会では、マニュアルの整備やひな型の認定を実施している。それに加えて、患者家族に対してリスクを含めよく説明するというプロセスが、リスクの低減への道のりであり、自分たちが実施する医療プロセスをチェックすることにもなるのだという考えを、伝えていくことも大切である。

4. 医療事故防止策の実際

- 医療安全改革PTは、「インフォームド・コンセント」「誤薬防止」「手術中の遺残防止」を3本柱として、マニュアルの整備をはじめとした事故防止対策を策定している。
- 策定した事故防止策は緻密であり、リスクマネージャー層には良く浸透されていた。この点は、高く評価できる。
- しかし、現場の職員においては、このPTの医療安全改革の意識が浸透していない部分があった。病院が目指している重要課題が何であり、何のためにPTを立ち上げ、どのようにしていきたいと考えているのかを明確に周知させることが必要である。
- また、マニュアル等は整備されたが、それがどの程度実践できているかの評価がまだできていない部分がある。整備されたマニュアルは、活用しながらより使いやすいようにしていく必要があり、今後の課題と思われる。

5. 高難度新規医療技術等導入のプロセス

- 高難度新規医療技術・未承認医薬品導入については、高難度新規医療技術・未承認新規医薬品を用いた医療の提供に関する規定を作成したところである。

6. 感染対策の実施状況

- 院内感染対策委員会をはじめ、ICT（感染制御チーム）など、感染管理の体制は整えられている。
- ICU・NICU で発生した院内感染については、現在、院内医療事故調査委員会が開催されているところであり、その結果を踏まえて十分な対応をしていく必要がある。
- ベッドの間隔を広くゆったりと取り、すべての病室に手洗い場が設けられていることは、感染対策として良好な環境が保たれているといえる。
- NICU では、部門長の医師のリーダーシップの下、改善に向けて前向きな話し合いが行われ、改善への積極的な取組みが行われている。

V 総評および今後の課題

こども病院は稼働病床数 204 床という規模であるが、手術件数は年間 2000 件近くあり、その規模から受ける印象以上に高度で多彩・多様な診療を担っている。ベッド数に対する職員数は他の病院に比べて多く、患者への対応を大事にしている病院という印象を受けた。

こども病院における医療安全管理体制は、概ね整っており、現場の医療スタッフの医療安全に対する意識が高い。病院は目標として「こどもの生命と安全を第一に考えます」という言葉を掲げている。過去の事例に学んで医療安全改革プロジェクトチームを立ち上げ、病院長のリーダーシップのもと医療安全改革を推進するという強い姿勢が明確となっていた。

医療安全改革 PT は、3 本の柱で改善策を策定している。それは、他の病院の見本となるような内容であり高く評価できるものであった。しかし、現場のスタッフへの十分な浸透や、具体的な実践についてはこれからという部分も多い。まず、現場スタッフに対して、PT の目指すものを明確に浸透させることが重要となる。また、実践状況のモニタリングや改善効果の測定をどうするかなど、今後の課題となる部分があり、次回監査時における、報告を期待したい。

今回の監査では、事前資料作成、監査当日のヒアリング、現場ラウンドの実施にあたり、病院幹部職員をはじめ多くの一般職員に協力をいただいた。

今後必要なことは、本報告書が示した更なる改善点について対応するとともに、全職員が協力してより実効性のある取り組みにつなげていくことである。

今回の監査を実施していく中で各委員から出た様々な意見、助言等を参考に、病院

長のリーダーシップの下に、今後も職員一人ひとりが高い安全管理意識を持って、質の高い小児医療を県民に提供できるよう、たゆまぬ努力を続けていただくことをお願いして結びとする。

平成30年2月8日
千葉県病院局医療安全監査委員会
会長 長尾能雅

(参考) 千葉県病院局医療安全監査委員会委員名簿

(敬称略)

	委員氏名	役職等
会長	ながお よしまさ 長尾 能雅	名古屋大学医学部附属病院 副病院長 医療の質・安全管理部 教授
委員	いがらし あきこ 五十嵐 昭子	NPO法人 支えあう会「α」 理事長
委員	おおくぼ かおり 大久保 佳織	鈴木牧子法律事務所 弁護士
委員	かわごえ かずお 川越 一男	千葉県医師会 副会長 医療法人芙蓉会 五井病院 理事長
委員	くまもと くにひこ 隈本 邦彦	学校法人江戸川学園 江戸川大学メディアコミュニケーション学部 教授
委員	さなだ のりゆき 真田 範行	真田綜合法律事務所(弁護士) 千葉県コンプライアンス委員会議長
委員	とよだ いくこ 豊田 郁子	医療法人明芳会 イムスリハビリテーション センター東京葛飾病院 医療安全対策室 医療安全対話推進者

こども病院監査項目

1. 医療安全管理体制の確立(ガバナンスの確保)

中項目	No	小項目
(1)組織体制の評価	1	・医療安全に関する病院長の責務及び権限が、明確にされているか。特に医療安全管理委員長との役割が整理されているか。
	2	・医療安全に関する組織体制は、どうなっているか。
	3	・病院の医療安全に関する方針を決定する部門(医療安全管理委員会等)を設置しているか。
	4	・病院長は、病院の医療安全に関する方針(理念等)を職員と共有するための方策をとっているか。
	5	・病院長は、医療安全に関して、職員の意見を取り入れるためにどのような取り組みを行っているか。
	6	・病院長として、医療安全に関する方針や課題について、各診療科との調整を要する事項が生じた場合にどのような対応をとっているか。
	7	・各診療科の診療録に関し、病院の管理者等が指摘等を行える体制になっているか(病院の診療録の監査はどうなっているか)。
	8	・患者、家族からも医療安全に関する相談が受けられる体制がとられているか。
	9	・病院として、ご家族からの訴えには真摯に向き合い、具体的な根拠を示しつつ、誤解なく伝える態度を全医師に対し徹底しているか。
	10	・相談窓口で受けた患者家族からの相談は、内容により上席医あるいは病院幹部にまで、情報が伝達されえるシステムとなっているか。
(2)医療安全管理体制と権限の評価	1	・医療安全管理責任者(副病院長)の責務及び権限が明確にされているか。
	2	・医療安全管理委員会及び医療安全管理室の責務及び権限について明確にされているか。
	3	・必要な指導が出来る者を、医療安全管理部門に配置しているか。また、職務遂行に関して、適切な知識や経験を有しているか。
	4	・医療安全管理指針に応じて、具体的な医療安全対策・医療事故対策に関して、規程・手順書の作成が行われているか。
	5	・部門リスクマネジャーの位置づけ、役割が設定されているか。
	6	・リスクマネジャーは、全部門に配置され、決定事項は各部門に周知徹底されているか。

2. 医療安全管理活動

中項目	No	小項目
(1)医療安全管理部門の活動評価 ・医療安全管理室 ・医療安全管理委員会	1	・インシデント・アクシデント等の報告システムに関するルールに則って、適切に報告されているか。〈事案の報告〉
	2	・医療安全管理室は、報告された事案のレベル判定を行っているか。〈事案の選別のルール〉
	3	・医療安全管理室は、報告されたレポートをどのように分類・整理しているか。
	4	・医療安全管理委員会の議事は、適切に行われているか。(医療安全管理委員会の議論の状況を確認する)〈原因究明のプロセス〉
	5	・事案の原因究明と改善策策定の必要性は、どのように判断され、医療安全管理委員会はどのように関わっているか。(外部の意見を反映させられるような体制となっているか)〈原因究明と改善策策定のプロセス〉
	6	・医療安全管理委員会では、事故等の防止のための改善策の実施及び当該改善策の職員への周知をどのように行っているか。〈改善策(再発防止策)の周知等〉
	7	・改善策の実施状況の調査及び必要に応じた改善策の更なる見直しを行っているか。
	8	・レベル3b以上の有害事象発生後の患者・家族への説明は、誰がいつどのように行っているか。
	9	・アクシデント発生時の記録が、経時的に記録されているか。また、それが監査されているか。
	10	・事故当事者である職員に対して、どのような支援を行っているか。
	11	・全死亡例の報告システムに関するルールが規定され、報告されているか。
	12	・有害事象の発生防止に関して、医療安全管理室はどのように取り組んでいるか。特に、ヒューマンエラーの減少に向けた取組みについてはどうか。
	13	・医療安全管理室は、医療安全管理委員会と連携して、各診療科等が、マニュアルやルールを遵守しているか確認の上、必要時は指導を行っているか。
	14	・職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能及びチームの一員としての意識の向上を促す取組みがどのように行われているか。また、取組みの結果を評価しているか。
	15	・幹部職員(医療局・看護局・事務局等)の医療安全に対する意識の浸透を促す取組みがどのように行われているか。
(2)各部門における医療安全管理活動の評価	1	・部門毎の医療安全に関する年間目標の設定と具体的取組みはどのように行われているか。
	2	・リスクマネジャーは、インシデントの原因分析と対策にどのように取り組んでいるか。
	3	・リスクマネジャーは、インシデント防止のための改善策の実施及び当該改善策の職員への周知をどのように行っているか。
	4	・職員は医療安全に関するルールを理解し、実行しているか。(周知・浸透)
	5	・医薬品・医療機器に係る安全管理を行う部門はどのような組織として構築されているか。
(3)院内救急体制の実際	1	・院内全体で共通の救急コールの方法があり、周知されている
	2	・二次救命処置の教育体制がある
	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

3. 患者の権利保障の取り組み

中項目	No	小項目
(1)インフォームド・コンセントの適正な実施	1	・インフォームド・コンセントが確実に実施されるよう院内での実施方法(説明時の同席者に係る規程や説明内容等)を標準化しているか。
	2	・インフォームド・コンセントの適正な実施を組織としてどのように確認しているか。
	3	・インフォームド・コンセントは、どのようなタイミングで行われているか。
	4	・医師によるインフォームド・コンセントの場には、必ず他職種が同席しているか。
	5	・インフォームド・コンセントフォーム(ひな型)をどれくらい作成し、どの程度使用されているか。
	6	・インフォームド・コンセントに対する患者の理解度をどのようにチェックしているか。
	7	・インフォームド・コンセントが確実に実施できているかについて、定期的に診療録や退院サマリー等の監査を行っているか。
	8	・インフォームド・コンセントに関する診療録の監査の結果、必要に応じて、記録方法や内容の指導を行っているか。
	9	・インフォームド・コンセントに対する患者・家族の満足度について把握しているか。
	10	・インフォームド・コンセントに関する実効性のある研修等を行っているか。
(2)セカンドオピニオンの積極的導入	1	・患者の治療選択時にセカンドオピニオンを活用しているか。
	2	・セカンドオピニオン制度が活用されるよう、医療サイド、患者家族サイドに周知しているか。

4. 事故防止策の実際

中項目	No	小項目
(1)診療の連携(遠隔画像診断等)	1	・読影医の所見や意見を必ず診療録に記載し、それに対する担当医の意見を記載しているか。
	2	・複数の医師による検討が必要と考える重要な画像については、読影医から病院側へ伝達できるようなシステムがあるか。
	3	・院内外の他の医師と積極的に相談しながら治療していくことを病院の方針とし、院内に周知しているか。
	4	・外来患者を含め判断の難しい症例については、複数科の医師によるカンファレンス(腫瘍カンファレンス等)で検討されるような、院内のシステムがあるか。
(2)誤薬防止策	1	・内服処方の確認は、電子カルテ上で実施することが共通認識されているか。
	2	・処方箋控えの運用については明確となり、共通認識されているか。
	3	・リーダー看護師および受け持ち看護師の申し送り事項がルール化されているか。
	4	・紙経過表用紙には何を記載するのか、明文化されており、共通認識されているか。
	5	・中止となった内服薬については、返却方法が明文化され、早期返却が徹底されているか。
	6	・必要な部署に病棟薬剤師が配置され、業務内容が明確にされているか。
(3)手術中の遺残防止策	1	・手術中に挿入した(抜去した)ものについて、診療録・手術記録に記載しているか。
	2	・医師と看護師でその内容に相違がないか、確認をしているか。
	3	・手術前に術者、助手、看護師の間で術前検討の内容を情報共有できているか。
	4	・遺残事故防止のために何時、何を、どのように、医師と看護師で確認しているか。その決まりは明確となっているか。
	5	・手術後にレントゲン撮影をして遺残がないことを確認しているか。また、その決まりが明確となっているか。

5. 高難度新規医療技術等導入のプロセス

中項目	No	小項目
(1) 高難度新規医療技術の導入	1	・新たに高難度医療技術を導入する際の手続きを定め、当該手続きに基づく対応を義務化しているか。
	2	・高難度医療技術の実施の適否を確認する担当部門を設置しているか。
	3	・担当部門は、事前確認で、導入する際の手続きのプロセスの遵守状況を確認しているか。
	4	・高難度医療技術による医療提供による有害事象があった場合、必要な手続きに基づく対応が適切にされていたかを事後検証しているか。
(2) 未承認の医薬品等への対応	1	・未承認の医薬品等を導入する際の手続きを定め、当該手続きに基づく対応を義務化しているか。
	2	・未承認の医薬品等の使用の適否を確認する担当部門を設置しているか。
	3	・担当部門は、事前確認で、導入する際の手続きのプロセスの遵守状況を確認しているか。
	4	・未承認の医薬品等による医療提供による有害事象があった場合、必要な手続きに基づく対応が適切にされていたかを事後検証しているか。

6. 感染対策の実施状況(厚労省:感染防止対策地域連携加算チェック項目抜粋)

中項目	No	小項目
(1)感染対策の組織体制の評価	1	・院内感染対策委員会が定期的開催されている
	2	・院内感染対策委員会には病院長をはじめとする病院管理者が参加している
	3	・専任の院内感染管理者を配置し、感染防止に係る部門を設置している
	4	・ICT(感染制御チーム)には感染対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師がいる
	5	・ICTには感染対策に5年以上の経験を有し、感染管理に関わる適切な研修を終了した専任の看護師がいる
	6	・ICTには感染対策に関わる専任の薬剤師がいる
	7	・ICTには感染対策に関わる専任の検査技師がいる
(2)ICT活動の評価	1	・感染対策上必要な項目についてのマニュアルが整備されている
	2	・マニュアルについて必要に応じて改定がなされている
	3	・定期的に病院感染対策に関する講習会が開催されている
	4	・必要に応じて部署ごとの講習会や実習が行われている
	5	・全職員に対し院内感染について広報を行う手段がある
	6	・外部委託職員に教育を実施している(または適切に指導している)
	7	・必要なサーベイランスが行われ、サーベイランスデータを各部署にフィードバックしている
	8	・サーベイランスのデータに基づいて必要な介入を行っている
	9	・アウトブレイクに介入している
	10	・検査室データが疫学的に集積され、介入の目安が定められている
	11	・抗菌薬の適正使用に関する監視・指導を行っている
	12	・抗MRSA薬の使用に関する監視・指導を行っている
	13	・抗菌薬の適正使用に関して病棟のラウンドを定期的に行っている
	14	・抗MRSA薬やカルバペネム系抗菌薬などの広域抗菌薬に対して、使用制限や許可制を含めて使用状況を把握している
	15	・定期的なICTラウンドを実施している
	16	・感染対策の実施状況についてICTラウンドでチェックを行っている
	17	・病棟のみならず、外来、中央診療部門等にもICTラウンドを行っている
(3)ICUにおける感染対策の実施状況の評価	1	・入室時に手指衛生を実施している
	2	・処置者は半そでの着衣である
	3	・処置者は腕時計をはずしている
	4	・ベッド間隔に十分なスペースがある
	5	・手洗いや速乾式手指消毒薬が適切に配置されている

中項目	No	小項目
(4)標準予防策の実施状況の評価	1	・職員の手指消毒が適切である
	2	・職員の手洗いの方法が適切である
	3	・手袋を着用する前後で手洗いをやっている
	4	・手指消毒実施の向上のための教育を継続的に行っている
	5	・手袋を適切に使用している
	6	・手袋を使用した後、廃棄する場所が近くにある
	7	・必要なときにすぐ使えるように個人防御具(マスク・キャップ・ガウン等)が整っている
	8	・マスク、ゴーグル、フェイスシールド、キャップ、ガウンなどのPPE使用基準、方法を職員が理解している
	9	・個人防護具(PPE)の着脱方法を教育している