

診調組 コー 5
17. 12. 6

平成17年度 医療安全に関するコスト調査 調査票

| | |
|--------|-----|
| 病院票 | 1頁 |
| 一般診療所票 | 26頁 |
| 歯科診療所票 | 49頁 |
| 保険薬局票 | 70頁 |

医療安全に関するコスト調査（病院票）

【基本情報】

| 調査用整理番号 | | 平成16年度 | | 平成17年度 | |
|---------------------------------|-------------------|--------|------|--------|------|
| 項目 | | 許可病床 | 稼働病床 | 許可病床 | 稼働病床 |
| 病床の状況 ※各年度の6月30日現在 | 1. 一般病床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | 2. 療養病床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | [再掲]指定介護療養型施設 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | 3. 精神病床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | [再掲]指定介護療養型施設 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | 4. 結核病床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | 5. 感染症病床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| 入院患者の状況 ※在院患者数以外は各年度6月の1か月間 | 1. 在院患者数 ※6月30日現在 | | 人 | | 人 |
| | 2. 在院患者延べ数 | 延べ | 人 | 延べ | 人 |
| | 3. 新規入院患者数 | | 人 | | 人 |
| | 4. 退院患者数 | | 人 | | 人 |
| 外来患者の状況 ※各年度6月の1か月間 | 1. 初診患者数 | | 人 | | 人 |
| | 2. 再診患者延べ数 | 延べ | 人 | 延べ | 人 |
| 処方の状況 ※各年度6月の1か月間 | 1. 院外処方(処方せん料) | | 回 | | 回 |
| | 2. 院内処方(処方料) | | 回 | | 回 |
| 職員の状況 (常勤換算) ※各年度の6月30日現在 | 1. 医師 | | 人 | | 人 |
| | 2. 歯科医師 | | 人 | | 人 |
| | 3. 薬剤師 | | 人 | | 人 |
| | 4. 看護師 | | 人 | | 人 |
| | 5. 医療技術員 | | 人 | | 人 |
| | 6. 事務職員 | | 人 | | 人 |
| | 7. 技能労務員・労務員 | | 人 | | 人 |
| 医業収支 ※平成16年度の1年間 | 1. 医業収入 | | 千円 | | 千円 |
| | 2. 医業費用 | | 千円 | | 千円 |

1

1. 安全管理に係る組織に要する人員配置状況について

- 問1: 2004年6月30日時点で、安全管理に係る計画・実施・分析等を院内で中心的に担う部署（以後、安全管理部門）に所属する構成員それぞれについて役職名を記入して下さい。
 (例: ジェネラルリスクマネージャー、安全管理室長、リスクマネージャー、安全管理室員、安全管理推進室員等)
- 問2: ①に記入した担当者の②職種、③経験年数を記入欄から選択して○をつけて下さい。
 なお、一般的に医療技術員は医療にかかわる専門技術員を指しますが、本調査票では薬剤師は独立した選択肢を設けておりますので、医療技術員は薬剤師を除いた医療技術員（診療放射線技師、臨床検査技師、栄養士、臨床工学技師など医療に係わる専門技術員）を指します。
- 問3: ④には①に記入した担当者の全活動時間のうち、安全管理に係る取組の活動時間の割合を2004年6月の活動時間に基づいて記入して下さい。
 (1週間毎日安全管理に係る活動している場合は100%、1週間の内1日だけ活動している場合は20%、半日だけ活動している場合は10%と考えると把握しやすいです)
 ⑤には概算でかまいませんので、④の内訳を合計で100%になるように記入して下さい。
- 問4: 安全管理部門が駐在可能な場所のおよその面積を記入欄の⑥に記入して下さい。また、コンピューター、コピー機の設置台数を記入欄の⑦⑧に記入して下さい。
 また、安全管理に係る業務でのおよその使用割合を記入して下さい。

《 記入欄 》

| ①安全管理部門メンバーの構成 (役職名記入) | ②職種 (該当するものに○を記入) | ③経験年数 | ④安全管理活動割合 [%] | ⑤左記(④)の内訳を合計で100%になるよう概算で記入して下さい | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|----------------|------------------|----------------------------------|-------------------------|-----------------|------------------|-------------------------|-------------|--------------------------|------------------|-------------|------------|--|
| | | | | 委員会・ 会合 [%] | ラウンド・ 内部 レビュー [%] | 研修・教 育活動 [%] | インシデント 分析 [%] | マニュアル・ 手順書作 成 [%] | 外部評価 [%] | 医薬品・ 血液製剤 安全管理 [%] | 医療機器 安全管理 [%] | 事故対応 [%] | その他 [%] | |
| 1 | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | | | | |

| ⑥駐在場所の面積(m ²) | ⑦コンピューター設置数 | ⑧コピー機設置数 |
|---------------------------|----------------|----------|
| 実数 | m ² | 台 |
| 安全管理について の使用割合 | % | % |

2 感染制御に係る組織に要する人員配置状況について

問1: 2004年6月30日時点で、感染制御に係る計画・実施・分析等を院内で中心的に担う部署（以後、感染制御部門）に所属する構成員それぞれについて役職名を記入して下さい。

(例: 感染管理室長、感染管理室員、リンクナース等)

問2: ①に記入した担当者の②職種、③経験年数を記入欄から選択して○をつけて下さい。

なお、一般的に医療技術員は医療にかかわる専門技術員を指しますが、本調査では薬剤師は独立した選択肢を設けておりますので、医療技術員は薬剤師を除いた医療技術員（診療放射線技師、臨床検査技師、栄養士など医療に係わる専門技術員）を指します。

問3: ④には①に記入した担当者の全活動時間のうち、感染制御に係る取組の活動時間の割合を2004年6月の活動時間に基づいて記入して下さい。

(1週間毎日感染制御に係る活動している場合は100%、1週間の内1日だけ活動している場合は20%、半日だけ活動している場合は10%と考えると把握しやすいです)

⑤には概算でかまいませんので、④の内訳を合計で100%になるように記入して下さい。

問4: 感染制御部門が駐在可能な場所のおよその面積を記入欄の⑥に記入して下さい。また、コンピューター、コピー機の設置台数を記入欄の⑦⑧に記入して下さい。また、感染制御に係る業務でのおよその使用割合を記入して下さい。

《 記 入 欄 》

| | ①感染制御部門メンバーの構成 (役職名記入) | ②職種 (該当するものに○を記入) | ③ 経験年数 | ④ 感染制御 活動割合 [%] | ⑤左記(④)の内訳を合計で100%になるよう概算で記入して下さい | | | | | | | |
|-------------------|---------------------------|---------------------------------------|----------------|--------------------------|----------------------------------|-------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|-------------------------------|---------|--|
| | | | | | 委員会・会 合 [%] | 内部レ ビュー・ラ ウンド [%] | 研修・教育 活動 [%] | サーベイ ランス [%] | マニュアル・手 順書作成 [%] | 病院感染・ アウトブレイク等 への対応 [%] | その他 [%] | |
| 1 | | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員等 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | |
| 2 | | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員等 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | |
| 3 | | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員等 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | |
| 4 | | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員等 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | |
| 5 | | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員等 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | |
| 6 | | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員等 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | |
| 7 | | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員等 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | |
| 8 | | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員等 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | |
| 9 | | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員等 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | |
| 10 | | 医師・歯科医師・薬剤師・看護師 医療技術員・事務管理系・技能労務員等 | 10年未満 10年以上 | | | | | | | | | |
| | | ⑥駐在場所の面積[m ²] | ⑦コンピューター設置数 | ⑧コピー機設置数 | | | | | | | | |
| 実数 | | m ² | 台 | 台 | | | | | | | | |
| 感染制御について の使用割合 | | % | % | % | | | | | | | | |

3. 安全管理、感染制御、医薬品安全使用に係る委員会・会合の取組状況について (1:開催)

問1: 2004年度に開催した安全管理、感染制御、医薬品安全使用に係る全ての委員会・会合の種類を記入欄の①に記入して下さい。会合名と内容が分かるようにご記入下さい。

(例: 安全管理に係る最高意思決定を執り行う安全管理委員会、事故調査委員会、安全管理部門での定例会議、医薬品安全使用に係る委員会、薬剤委員会、薬事委員会等の定例会議、医療機器に係る委員会、輸血・血液に係る委員会、医療ガスに係る委員会、感染制御に係る最高意思決定を執り行う感染制御委員会、感染管理部門での定例会議、リンクナースの情報交換のためのリンクナース会議、その他安全管理、感染制御について時間を設けている各種会合等)

問2: ①に記入した委員会・会合について、②各構成員の職種種別出席者数、③1回当りの開催時間と年間開催回数をご記入ください。

注: 安全管理部門、感染制御部門のスタッフを含めてお答えください。

《 記 入 欄 》

| | ① 2004年度に開催した 委員会・会合 (会合名・内容) | ②各委員会・会合の出席者構成員数 (委員・事務局スタッフ含む) | | | | | | | | | | | | | | ③所要時間 | | | |
|----|--|---------------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------|--|----------------------|----------------|
| | | 医師 | | | 歯科医師 | | | 薬剤師 | | 看護師 | | 医療技術員 | | 事務管理系 | | 技能労務員等 | | 1回当り 開催時間 [時間] | 年間 開催回 数 |
| | | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. 安全管理、感染制御、医薬品安全使用に係る委員会・会合の取組状況について（2：準備）

問：2004年度に開催した安全管理、感染制御、医薬品安全使用に係る委員会・会合について、①準備に時間や人手のかかる主だった委員会・会合の名称、②準備を行う担当者の職種別人数、③1人1回当たりの平均準備時間と年間実施回数をご記入ください。

注：委員会の設置・立上げの際にとりわけ多大な時間や労力がかかったものについても可能な範囲でご記入下さい。準備には、資料作成や議事録作成等の時間も含まれます。

注：安全管理部門、感染制御部門のスタッフを含めてお答えください。

《 記入欄 》

| | ① 準備や立上げに時間や人手のかかる主だった委員会・会合 (会合名・内容) | ②各委員会・会合の準備担当者 | | | | | | | | | | | | | | ③準備所要時間 | | | |
|----|---|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------|--|-----------------------|------------|
| | | 医師 | | | 歯科医師 | | | 薬剤師 | | 薬剤師 | | 看護師 | | 事務管理系 | | 技能労務員等 | | 1回当たり 準備時間 [時間] | 年間 実施回数 |
| | | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4. 安全管理に係る器材・機器・設備等の導入状況について

問：現在使用している安全管理や感染制御への貢献が期待できる全ての器材・機器・設備等について①導入項目、②導入年度、③導入時点の状況、④調達方法、⑤購入額・賃借額、⑥算出の根拠（量・単価等）、⑦法定耐用年数、⑧利用予定年数を記入欄に記入して下さい。

(例：リストバンド、看護支援携帯端末、警報装置、転落防止器具、衝撃吸収床材、職員ワッペン、オーダーエントリーシステム、その他の関連する情報機器・設備等)

注：感染制御に関連する器材等については、p.8の「5. 感染制御に係る器材・機器・設備等の導入状況について」にご記入ください。

・安全の維持・向上に対しても貢献が期待できるオーダーエントリーシステム、電子カルテ等のIT設備は、安全部分に相当する費用を算出するのは困難であるため、導入・維持・保守に要した費用の全額を記入して下さい。なお、その際医療機器は除いて下さい。

・消耗品の利用予定年数は「0」と記入して下さい。

《 記入欄 》

| | ①現在使用している安全管理に係る 器材・機器・設備 | ② 導入年度 | ③ 導入時点の状況 | ④ 調達方法 | ⑤ 購入額[千円] 賃借額[千円/年] | ⑥ 算出根拠（量、単価等） | ⑦ 法定耐用 年数 | ⑧ 利用予定 年数 |
|----|------------------------------|-----------|---|--|---------------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| 1 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 6 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 7 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 8 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 9 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 10 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 11 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 12 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 13 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 14 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 15 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |

| | ①現在使用している安全管理に係る 器材・機器・設備 | ② 導入年度 | ③ 導入時点の状況 | ④ 調達方法 | ⑤ 購入額[千円] 賃借額[千円/年] | ⑥ 算出根拠 (量、単価等) | ⑦ 法定耐用 年数 | ⑧ 利用予定 年数 |
|----|------------------------------|-----------|---|--|---------------------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| 16 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 17 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 18 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 19 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 20 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 21 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 22 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 23 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 24 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 25 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 26 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 27 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 28 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 29 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 30 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 31 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 32 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 33 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 34 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 35 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |

5. 感染制御に係る器材・機器・設備等の導入状況について

問：現在使用している感染を予防するための全ての器材・機器・設備等について①導入項目、②導入年度、③導入時点の状況、④調達方法、⑤購入額・賃借額、⑥算出の根拠（量・単価等）、⑦法定耐用年数、⑧利用予定年数を記入欄に記入して下さい。

（例：消毒・洗浄剤、ハンドローション、グローブ、マスク、ガウン、手洗い機器、抗菌剤、針刺し防止用注射器、抗菌床材、陰圧隔離室等）

注：職業感染防止のための各種リフト、抗体検査、ツ反等の実施状況についてはp.10の「6. 職業感染防止対策について」でご回答ください。

注：ディスプレイ用品や消耗材の利用予定年数は「0」と記入して下さい。

《 記入欄 》

| | ①現在使用している感染制御に係る 器材・機器・設備 | ② 導入年度 | ③ 導入時点の状況 | ④ 調達方法 | ⑤ 購入額[千円] 賃借額[千円/年] | ⑥ 算出根拠 (量、単価等) | ⑦ 法定耐用 年数 | ⑧ 利用予定 年数 |
|----|------------------------------|-----------|---|--|---------------------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| 1 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 6 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 7 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 8 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 9 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 10 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 11 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 12 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 13 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 14 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 15 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |

《 記入欄 》

| | ①現在使用していた感染制御に係る 器材・機器・設備 | ② 導入年度 | ③ 導入時点の状況 | ④ 調達方法 | ⑤ 購入額[千円] 賃借額[千円/年] | ⑥ 算出根拠 (量、単価等) | ⑦ 法定耐用 年数 | ⑧ 利用予定 年数 |
|----|------------------------------|-----------|---|--|---------------------------|----------------------|-----------------|-----------------|
| 16 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 17 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 18 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 19 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 20 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 21 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 22 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 23 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 24 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 25 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 26 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 27 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 28 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 29 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 30 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 31 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 32 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 33 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 34 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |
| 35 | | | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・追加 | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> リース・賃借 | | | | |

6. 職業感染防止対策について

問: 2004年度に実施した職業感染防止のための各種ワゴン、抗体検査、ツ反等の実施状況について①実施内容、②概算費用、③算出の根拠(量・単価等)を記入欄に記入して下さい。

《 記入欄 》

| | ①2004年度に実施した職業感染防止対策の取り組み内容 | ②概算費用[千円] | ③算出の根拠(量・単価等) |
|----|-----------------------------|-----------|---------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

7. 安全管理、感染制御、医薬品安全使用に係る内部レビュー・ラウンド等の取組状況について

問：2004年度に実施した安全管理、感染制御、医薬品安全使用に係る全ての内部レビュー・ラウンド、症例検討会に相当する取組事例について①の欄に記入して下さい。
 (例：マニュアル遵守の内部レビューなど各種の内部レビュー・評価、診療録レビュー、安全・質確保、感染予防のために近年増設した症例検討会、化学療法や輸血・血液療法に関する検討会、抗生剤使用に関する検討会等)

①に記入した取組事例について、②職種別担当者数、③1人1回当たりの平均所要時間と年間実施回数、④開始年度を記入欄に記入して下さい。
 注：安全管理部門、感染制御部門のスタッフを含めてお答えください。

《 記入欄 》

| ①2004年度に実施した 内部レビュー・ ラウンドの取組事例 (名称・内容) | ②各取組事例の担当者数 | | | | | | | | | | | | | | | | ③所要時間 | | ④ 開始 年度 |
|---|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------|---------------|
| | 医師 | | | 歯科医師 | | | 薬剤師 | | 看護師 | | 医療技術員 | | 事務管理系 | | 技能労務員等 | | 1回当り 所要時 間 [時間] | 年間 実施 回数 | |
| | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

8. 安全管理、感染制御、医薬品安全使用に係る院内研修の取組状況について

問：2004年度に実施した安全管理、感染制御、医薬品安全使用に係る全ての院内研修について、①取組事例、②職種別参加者数、③1回当たりの開催時間と年間開催回数、④諸経費（会場料、資料費、講師謝金等）についておおよその値を記入欄に記入して下さい。

注：ME部門や薬剤部、看護部等が中心となって開催された研修についても記入して下さい。また、院内のスタッフが講師を担当した場合は、参加者人数に含めて下さい。
 注：安全管理部門、感染制御部門のスタッフを含めてお答えください。

《 記入欄 》

| ①2004年度に実施した 院内研修 (名称・内容) | ②各院内研修の参加者数 | | | | | | | | | | | | | | | | ③実施状況 | | ④諸経 費 [千円] |
|---------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------|------------------|
| | 医師 | | | 歯科医師 | | | 薬剤師 | | 看護師 | | 医療技術員 | | 事務管理系 | | 技能労務員等 | | 1回当り 開催時間 [時間] | 年間 開催回数 | |
| | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

9. 安全管理、感染制御、医薬品安全使用に係る院外研修・活動の取組状況について

問：2004年度に参加した安全管理、感染制御、医薬品安全使用に係る全ての院外研修・活動について、①取組事例、②職種別参加者数、③移動時間と参加時間を合わせた参加者1人あたりの平均所要時間、④交通費・宿泊費と研修費を記入欄に記入して下さい。

注：学会への参加も対象となります。また、講師として講演に行かれた場合も記入して下さい。

注：安全管理部門、感染制御部門のスタッフを含めてお答えください。

注：所要時間は、1日を8時間、半日を4時間と換算してください。宿泊込みの参加の場合も1日は8時間と計算してください。

《 記入欄 》

| | ①2004年度に参加した院外研修 (名称・内容) | ②各院外研修の参加者数 | | | | | | | | | | | | | | ③ 所要時間 [時間] | ④諸経費 | | | |
|----|-----------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------|-------------|
| | | 医師 | | | 歯科医師 | | | 薬剤師 | | 看護師 | | 医療技術員 | | 事務管理系 | | | 技能労務員等 | | 交通費 宿泊費 [千円] | 研修費 [千円] |
| | | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

10. インシデントレポート作成・分析等の取組状況について

問1：2004年度のインシデントレポート等の作成について、①レポートの種類、②2004年度のレポート総件数とそのうち医薬品安全使用に係るレポート件数、③職種別内訳件数、④1件当たり所要時間（当事者の記入、所長長の確認、データベースへの入力）を記入欄に記入して下さい。なお、④の1件当たりの所要時間は平均的な値について概算を記入して下さい。（レポートの種類：インシデントレポート、アクシデントレポート、ヒヤリハットレポート等）

問2：2004年度のインシデントレポートの分析や改善策立案等について、①取組事例、②職種別実施担当者数、③所要時間（1回当たり所要時間と年間実施回数）、④開始年度を記入して下さい。

（例：根本原因分析、分析ソフトを用いた解析、改善策立案検討のための会合等）

問3：2004年度にインシデントレポートの作成・分析等の活動を実施するに当たり必要となる設備・器材について①項目、②数量と費用等について記入欄に記入して下さい。なお、IT設備に係るものはp.6の「4.安全管理に係る器材・機器・設備等の導入状況について」に記入をお願いいたします。

（例：コンピュータ、分析用ソフトウェア、複写・印刷物、消耗品等）

注：取り組みに携わった担当者数等については、安全管理部門のスタッフを含めてお答えください。

《 記入欄 》

【問1：インシデントレポートの作成（2004年度）】

| | ①2004年度に作成したインシデントレポートの種類 (名称・内容) | ②2004年度レポート件数 | | ③左記(②)の内、職種別レポート内訳件数(再掲) | | | | | | | ④1件当たり所要時間 | | |
|---|--------------------------------------|---------------|------------------|--------------------------|-------------|------------|------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|-----------------|
| | | 総件数 | 左記の内医薬品に係る件数(再掲) | 医師 [件] | 歯科医師 [件] | 薬剤師 [件] | 看護師 [件] | 医療技術員 [件] | 事務管理系 [件] | 技能労務員等 [件] | 当事者記入 [分] | 所属長確認 [分] | データベース入力 [分] |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |

【問2：インシデントレポートの分析・改善策立案等（2004年度）】

| | ①2004年度に実施したインシデントレポートの分析・改善策立案のための取組事例 | ②実施担当者 | | | | | | | | | | | | | | ③所要時間 | | ④開始年度 | | |
|---|---|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------|--|-------|-----------------------|------------|
| | | 医師 | | | 歯科医師 | | | 薬剤師 | | 看護師 | | 医療技術員 | | 事務管理系 | | 技能労務員等 | | | 1回当たり 所要時間 [時間] | 年間 実施回数 |
| | | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【問3：インシデントレポートの作成・分析等の活動に要した設備・器材（2004年度）】

| | ①項目 | ②量、費用等（算出の根拠） |
|---|-----|---------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

1.1. 院内感染サーベイランス等の取組状況について

問1：2004年度に実施した院内感染サーベイランスについて、①取組事例、②職種別実施者数、③1回当りの所要時間と年間実施日数、④開始年度について記入欄に記入して下さい。なお、所要時間は概算で構いません。

(例：MRSA関連、手術部位感染、尿路留置カテーテル関連尿路感染、中心静脈ライン関連血流感染、人工呼吸器関連肺炎等)

問2：2004年度に実施した院内感染サーベイランスに要した設備・器材等（ハードウェア、ソフトウェア、培養、報告書作成費用等）について、①具体的項目、②概算費用、③算出の根拠を記入欄に記入して下さい。なお、報告書作成費用には、作成作業にかかった人件費、報告書印刷費を含んでお答えください。

注：感染制御部門のスタッフを含めてお答えください。

《 記入欄 》

【問1：院内感染サーベイランスの実施状況（2004年度）】

| | ① 2004年度に実施した 院内感染サーベイランス (名称・内容) | ②各院内感染サーベイランスの実施者数 | | | | | | | | | | | | | | ③所要時間 | | ④ 開始年度 | | |
|----|--|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------|----------------------|------------|
| | | 医師 | | | 歯科医師 | | | 薬剤師 | | 看護師 | | 医療技術員 | | 事務管理系 | | 技能労務員等 | | | 1回当り 所要時間 [時間] | 年間 実施日数 |
| | | 経歴年数 10年未満 [人] | 経歴年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経歴年数 10年未満 [人] | 経歴年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経歴年数 10年未満 [人] | 経歴年数 10年以上 [人] | 経歴年数 10年未満 [人] | 経歴年数 10年以上 [人] | 経歴年数 10年未満 [人] | 経歴年数 10年以上 [人] | 経歴年数 10年未満 [人] | 経歴年数 10年以上 [人] | 経歴年数 10年未満 [人] | 経歴年数 10年以上 [人] | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【問2：院内感染サーベイランスに要した設備・器材等（2004年度）】

| | 院内感染サーベイランスに要した設備・器材等 | | |
|-----------------|-----------------------|-----------|-----------------------|
| | ①具体的項目 | ②概算費用[千円] | ③算出の根拠 (件数・台数や単価等) |
| ハードウェア（コンピュータ等） | | | |
| ソフトウェア・システム | | | |
| 検査 | | | |
| 報告書作成 | | | |
| その他 | | | |

1.2. 安全管理、感染制御、医薬品安全使用に係るマニュアル・手順書の作成状況について

問：現在使用している安全管理、感染制御、医薬品安全使用に係る全ての院内共通マニュアル・手順書について、①マニュアル・手順書の種類、②作成した職種別担当者数、③作業の1人あたり平均所要時間、④新規作成年度と最近の改訂年度、⑤マニュアル・手順書作成に要した諸経費（印刷経費、資料費等）を記入欄に記入して下さい。

注：ME部門や薬剤部門等が中心となり作成されたマニュアル・手順書等についても記入して下さい。

注：安全管理部門、感染制御部門のスタッフを含めてお答えください。

《 記入欄 》

| | ①現在使用している マニュアル・手順書の種 類 (名称・内容) | ②各マニュアル・手順書作成の担当者数 | | | | | | | | | | | | | | ③ 1人あた り平均所 要時間 [時間] | ④作成年度 | | ⑤ 諸経費 [千円] | |
|----|--|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|--|------------------|------------|
| | | 医師 | | | 歯科医師 | | | 薬剤師 | | 看護師 | | 医療技術員 | | 事務管理系 | | | 技能労務員等 | | | 新規作 成年度 |
| | | 経歴年数 10年未満 [人] | 経歴年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経歴年数 10年未満 [人] | 経歴年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経歴年数 10年未満 [人] | 経歴年数 10年以上 [人] | 経歴年数 10年未満 [人] | 経歴年数 10年以上 [人] | 経歴年数 10年未満 [人] | 経歴年数 10年以上 [人] | 経歴年数 10年未満 [人] | 経歴年数 10年以上 [人] | 経歴年数 10年未満 [人] | 経歴年数 10年以上 [人] | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 3. 外部評価（医療機能評価機構、ISO9001、BS7799等による認定・監査）の受審状況について

問1：1999年度以降に新規で受審した全ての外部評価の中で、医療安全・感染制御・医薬品安全使用に関連するものについて、①外部評価の名称、②受審年度、③審査の準備を行った担当者数、④準備のための1人あたり平均所要時間、⑤外部評価の受審費用と情報収集費用（外部コンサルタントへの委託費用を含む）を記入欄に記入して下さい。

問2：1999年度以降に更新した外部評価の中で、医療安全・感染制御・医薬品に関連するものについて、①外部評価の名称、②更新年度、③審査の準備を行った担当者数、④準備のための1人あたり平均所要時間、⑤外部評価の受審費用と情報収集費用（外部コンサルタントへの委託費用を含む）を記入欄に記入して下さい。

注：安全管理部門、感染制御部門のスタッフを含めてお答えください。

《 記 入 欄 》

【問1：1999年度以降に新規取得した外部評価】

| | ① 1999年度以降に新規受審した外部評価 | ② 受審年度 | ③審査の準備を行った担当者数 | | | | | | | | | | | | | | ④ 1人あたり平均所要時間 [時間] | ⑤その他経費 | | | |
|---|--------------------------|-----------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|--------------|----------------|
| | | | 医師 | | | 歯科医師 | | | 薬剤師 | | 看護師 | | 医療技術員 | | 事務管理系 | | | 技能労務員等 | | 受審費用 [千円] | 情報収集費用 [千円] |
| | | | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【問2：1999年度以降に更新した外部評価】

| | ① 1999年度以降に更新した外部評価 | ② 更新年度 | ③審査の準備を行った担当者数 | | | | | | | | | | | | | | ④ 1人あたり平均所要時間 [時間] | ⑤その他経費 | | | |
|---|------------------------|-----------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|--------------|----------------|
| | | | 医師 | | | 歯科医師 | | | 薬剤師 | | 看護師 | | 医療技術員 | | 事務管理系 | | | 技能労務員等 | | 受審費用 [千円] | 情報収集費用 [千円] |
| | | | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 診療科長 以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | | 経験年数 10年未満 [人] | 経験年数 10年以上 [人] | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 4. 医療機器・医薬品等の管理等の取組状況について（1：医療機器）

問1：2004年度の臨床工学技士の活動状況について、①臨床工学技士の所属部署名、②臨床工学技士の人数（常勤換算）、③全臨床工学技士の総活動時間における活動時間の内訳をご記入ください。また、医療機器の管理について、④一元管理の有無、⑤設置台数・種類、⑥メンテナンス契約付き機器の導入台数とメンテナンス部分の追加費用について2004年度の状況についてそれぞれ記入欄に記入して下さい。なお、メンテナンス部分の追加費用は、メンテナンス契約付き機器の単価と契約のない機器の単価との差額により概算で構いませんので記入して頂きますと幸いです。

問2：2004年度における医療機器の安全管理に係る活動や設備利用の状況について、①活動内容・設備名称、②件数や台数・費用・所要時間・調達方法等（費用算出の根拠となるもの）、③開始・導入年度について記入欄に記入して下さい。
（活動例：院内巡回）（設備導入例：輸液ポンプ・シリンジポンプ・人工呼吸器等の解析装置等）

注：安全管理部門のスタッフを含めてお答えください。

《 記 入 欄 》

問1：臨床工学技士の活動状況

| 2004年度の状況 | | ④ 一元管理の有無 | ⑤保有状況 | | ⑥メンテナンス契約付き機器 | |
|------------------|---------------|--------------|-------|----|---------------|----------------------|
| ①臨床工学技士の所属部署 | | | 台数 | 種類 | 台数 | メンテナンス部分追加費用 [千円] |
| ②臨床工学技士の人数[常勤換算] | | 輸液ポンプ | 有・無 | | | |
| ③活動割合 | 透析機器の管理[人] | シリンジポンプ | 有・無 | | | |
| | 人工心臓の管理[人] | 人工呼吸器 | 有・無 | | | |
| | その他医療機器の管理[人] | その他（ ） | 有・無 | | | |
| | その他[人] （ ） | その他（ ） | 有・無 | | | |

問2：医療機器の安全管理に係る活動・設備利用の状況（2004年度）

| | ①活動内容・利用設備 | ②件数や台数・費用・所要時間・調達方法等（費用算出の根拠） | ③開始・導入年度 |
|---|------------|-------------------------------|----------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |

15. 医療機器・医薬品等の管理等の取組状況について（2：医薬品・血液製剤）

問1：2004年度の医薬品・血液製剤の管理体制について、①薬剤師（常勤換算）の経験年齢別人数、②全薬剤師の総活動時間における活動時間の内訳、④調剤・調整業務における活動時間の内訳について、それぞれ記入欄に記入して下さい。なお、④の「調剤・調整」の中の注射薬のミキシングは調剤・調整業務における割合を、無菌調製は注射薬のミキシングにおける割合を記入して下さい。割合の内訳の記入は概算で構いません。

問2：2004年度における医薬品・血液製剤の管理に係る活動や設備利用の状況について、①活動内容・設備名称、②件数や台数・費用・所要時間・調達方法等（費用算出の根拠となるもの）、③開始・導入年度について記入欄に記入して下さい。
 （活動例：特定生物由来製品に係る保管・管理活動、麻薬・劇薬等特に管理が必要な薬剤に係る保管・管理活動、レジメンチェック、抗生物質の使用状況調査と感染起因菌の分析等）
 （設備導入例：分包機、クリーンルーム、クリーンベンチ、血液製剤の保冷库・冷凍庫・溶解用恒温槽等）

注：安全管理部門のスタッフを含めてお答えください。

《 記 入 欄 》

問1：医薬品・血液製剤等に関する活動状況（2004年度）

| | ①薬剤師人数（常勤換算） | | ③活動割合(%)（合計で100%になるよう概算で記入して下さい） | | | | |
|-----|------------------|------------------|----------------------------------|----------------|---------------|------------------|-----|
| | 経験年数 10年未満[人] | 経験年数 10年以上[人] | 調剤・調整 | 薬剤購入・保 管・管理 | 薬歴管理・服 薬指導 | DI業務・医療 者への指導 | その他 |
| 薬剤師 | | | | | | | |

④調剤・調整業務における活動割合(%)（合計で100%になるよう概算で記入して下さい）

| 調剤・調整 | 注射薬のミ キシング[再 掲] | 無菌調製 [再掲] | 内服薬の 一回量調剤 [再掲] | 抗がん剤の調 剤[再掲] | レジメン チェック [再掲] | 薬歴チェック [再掲] | 無菌調剤 [再掲] |
|-------|-----------------------|--------------|-----------------------|-----------------|----------------------|----------------|--------------|
| | | | | | | | |

問2：医薬品・血液製剤の管理に係る活動・設備利用の状況（2004年度）

| | ①活動内容・利用設備 | ②件数や台数・費用・所要時間・調達方法等（費用算出の根拠） | ③開始・導入年度 |
|---|------------|-------------------------------|----------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |

16. 賠償責任保険について

問1：2004年度に貴院が被保険者となって負担した賠償責任保険の保険料についてご記入下さい。

注：院内で発生した医療行為に起因する医療事故だけではなく、医療施設に起因する医療事故も含めてご記入下さい。

問2：2004年度に貴院に勤務する従事者個人が被保険者となっており、貴院で保険料を負担した賠償責任保険の保険料について職種別にご記入下さい。

注：従事者が個人的に加入しているものについては除いて下さい。

《 記 入 欄 》

【問1：貴院が被保険者となっているもの】

| | |
|-----------------|-----|
| 貴院が被保険者となっているもの | 円/年 |
|-----------------|-----|

【問2：従事者個人が被保険者となっているもの】

| | 職種 | 加入人数 | 年間合計保険料 |
|-------|------------------------|------|---------|
| | 従事者個人が被保険者とな っているもの | 医師 | 人 |
| 歯科医師 | | 人 | 円/年 |
| 薬剤師 | | 人 | 円/年 |
| 看護師 | | 人 | 円/年 |
| その他職員 | | 人 | 円/年 |

17. 廃棄物処理・保管に係る取組状況について（1：感染性廃棄物）

注：感染性廃棄物とは、医療関係機関等から発生し、人が感染し、又は感染するおそれのある病原体（感染性病原体）が含まれ、若しくは付着している廃棄物又はこれらのおそれのある廃棄物を指します。

●感染性産業廃棄物の具体例：①血液、血清、血漿、体液（精液を含む）、血液製剤 ②注射針、メス、試験管、シャーレ、ガラスくず等 ③実験、検査等に使用した試験管、シャーレ等 ④血液等が付着した実験・手術用の手袋等 ⑤汚染物が付着した廃プラスチック類等

●感染性一般廃棄物の具体例：①臓器、組織 ②試験、検査等に使用した培地、実験動物の死体等 ③血液等が付着した紙くず、繊維くず ④汚染物が付着した紙くず、繊維くず

問1：2004年度に使用していた感染性器具使用後の廃棄容器について①およその年間費用、②算出の根拠（量・単価等）を記入欄に記入して下さい。

問2：2004年度における感染性産業廃棄物の保管について、廃棄物保管庫導入にすることとして①保管庫の導入費用、②導入年、③保管庫占有面積を、またその他産業廃棄物保管に要する材料についての④年間費用、⑤算出の根拠（量・単価等）を記入欄に記入して下さい。（廃棄物保管に要するその他材料の例：ハザードマークシートの購入）

問3：2004年度に使用していた感染性産業廃棄物処理施設（院内で所有している場合）の①処理施設導入費用、②導入年、③処理施設の占有面積、④稼働費用、⑤維持費用をお答えください。また、感染性産業廃棄物処理を外部に委託している場合は⑥廃棄物処理委託費用を記入欄に記入して下さい。

問4：問1～3で回答した以外で2004年度における感染性産業廃棄物処理・保管に要する費用について、①費用項目、②およその年間費用、③算出の根拠（量・単価等）を記入欄に記入して下さい。

《 記 入 欄 》

【問1：感染性器具の廃棄容器（2004年度）】

| ①年間費用[千円/年] | ③算出の根拠（量・単価等） |
|-------------|---------------|
| | |

【問2：感染性廃棄物保管（2004年度）】

| 廃棄物の保管庫導入 | | | 廃棄物保管に要するその他材料 | |
|----------------|------|---------------------------|----------------|---------------|
| ①保管庫導入費用[千円/年] | ②導入年 | ③保管庫占有面積[m ²] | ④年間費用[千円/年] | ⑤算出の根拠（量・単価等） |
| | | | | |

【問3：感染性廃棄物処理施設・処理委託費用（2004年度）】

| 廃棄物処理施設（院内で所有している場合） | | | | | ⑥廃棄物処理委託費用[千円/年] |
|----------------------|------|----------------------------|-------------|-------------|------------------|
| ①処理施設導入費用[千円/年] | ②導入年 | ③処理施設占有面積[m ²] | ④稼働費用[千円/年] | ⑤維持費用[千円/年] | |
| | | | | | |

【問4：その他廃棄物処理・保管に要する費用（賠償責任保険等）（2004年度）】

| | ①費用項目 | ②費用[千円/年] | ③算出の根拠（量・単価等） |
|---|-------|-----------|---------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

17. 廃棄物処理・保管に係る取組状況について（2：非感染性産業廃棄物）

注：非感染性産業廃棄物とは、医療関係機関等の医療行為等に伴って排出される産業廃棄物のうち、感染性廃棄物以外のもの、すなわち「感染性産業廃棄物を除く特別管理産業廃棄物」および「その他の産業廃棄物」を指します。また、院内で感染性を失わせる処理（焼却・溶融・オートクレーブ・乾熱滅菌・薬剤または加熱など）を行った感染性廃棄物も非感染性産業廃棄物に含みます。

問1：2004年度における非感染性産業廃棄物の保管について、廃棄物保管庫導入にすることとして①保管庫の導入費用、②導入年、③保管庫占有面積を、またその他非感染性産業廃棄物保管に要する材料についての④年間費用、⑤算出の根拠（量・単価等）を記入欄に記入して下さい。（廃棄物保管に要するその他材料の例：非感染性廃棄物ラベルの購入）

問2：2004年度に使用していた非感染性産業廃棄物の処理について、①収集運搬業者への委託費用、②処分業者への委託費用を記入欄に記入して下さい。

問3：問1～3で回答した以外で2004年度における非感染性産業廃棄物の処理・保管に要する費用について、①費用項目、②およその年間費用、③算出の根拠（量・単価等）を記入欄に記入して下さい。

（例：賠償責任保険等）

《 記 入 欄 》

【問1：産業廃棄物（非感染性）保管（2004年度）】

| 廃棄物の保管庫導入 | | | 廃棄物保管に要するその他材料 | |
|----------------|------|---------------------------|----------------|---------------|
| ①保管庫導入費用[千円/年] | ②導入年 | ③保管庫占有面積[m ²] | ④年間費用[千円/年] | ⑤算出の根拠（量・単価等） |
| | | | | |

【問2：産業廃棄物（非感染性）処理委託費用（2004年度）】

| ①収集運搬業者への委託費用 [千円/年] | ②処分業者への委託費用[千円/年] |
|----------------------|-------------------|
| | |

【問3：その他産業廃棄物（非感染性）処理・保管に要する費用（賠償責任保険等）（2004年度）】

| | ①費用項目 | ②費用[千円/年] | ③算出の根拠（量・単価等） |
|---|-------|-----------|---------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

18. 安全管理に係る確認作業等に要する活動状況について

問1：現在実施している安全管理のための医療者間、医療者・患者間の確認作業について①活動内容、②実施回数、各活動に要する時間等（算出の根拠）、③開始年度について記入欄の②に記入して下さい。（例：患者誤認防止、医薬品等の誤認防止、調剤の確認、手術部位誤認防止）

問2：現在実施している安全管理のための診療行為前の説明と同意を得る活動について①説明と同意が必要な診療行為、②説明と同意の実施回数、所要時間（算出の根拠：各診療行為数等）、③開始年度について記入欄に記入して下さい。（例：手術、輸血・血液製剤投与、造影剤使用、心臓カテーテル等）

《 記入欄 》

【問1：安全管理のための医療者間、医療者・患者間の確認作業】

| | ①活動内容 | ②確認作業の実施回数、各活動に要する時間（算出の根拠） | ③開始年度 |
|---|-------|-----------------------------|-------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

【問2：診療行為前の説明と同意】

| | ①説明と同意が必要な診療行為 | ②説明と同意の実施回数、所要時間（算出の根拠） | ③開始年度 |
|---|----------------|-------------------------|-------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

19. 安全管理、医薬品安全使用に係る機能連携について

問：他の病院・診療所等の医療機関や保険薬局・訪問看護ステーション等との機能連携（病棟連携・病診連携・薬業連携等）のうち、安全管理・医薬品安全使用に係る機能連携に関して①実施内容（他の病院・診療所等の医療機関や保険薬局・訪問看護ステーションとの間で、当該患者について必要な診療情報を文書などにより相互に共有化する等）②実施回数 ③所要時間 ④連携先を記入して下さい。

《 記入欄 》

【安全管理・医薬品安全使用に係る機能連携】

| 問 | ①実施内容 | ②実施回数/月 | ③所要時間/回 | ④連携先 |
|----|-------|---------|---------|------|
| 1 | | 回 | 分 | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |