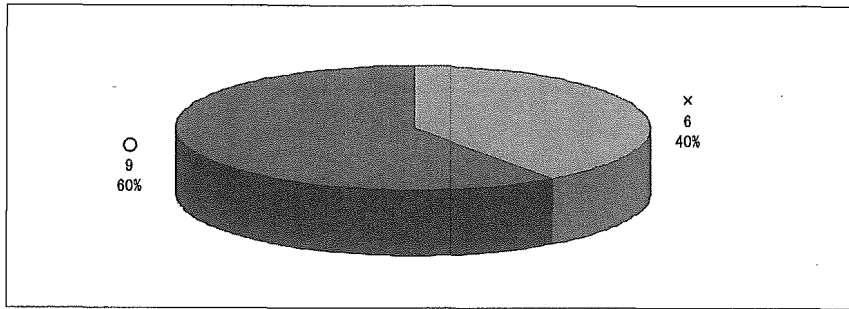
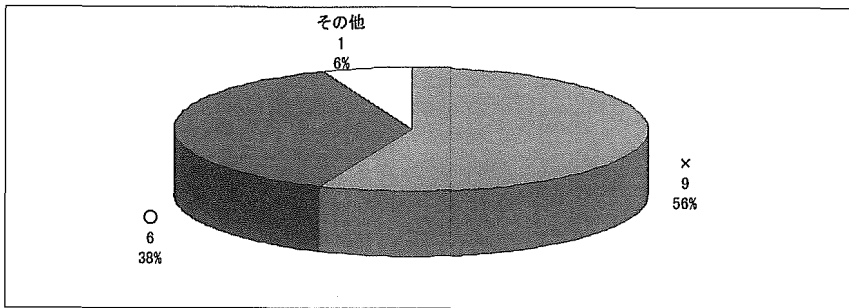


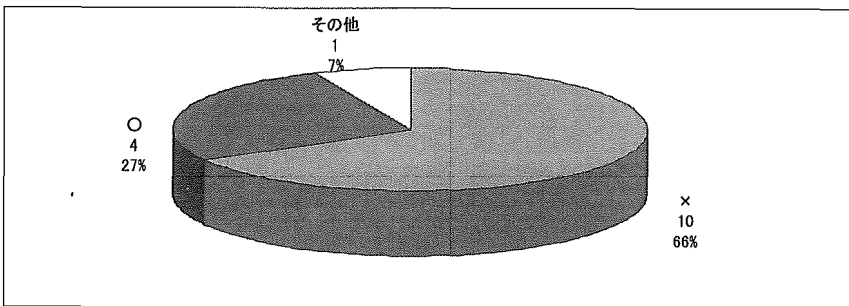
(7) 除細動装置



(8) IABP

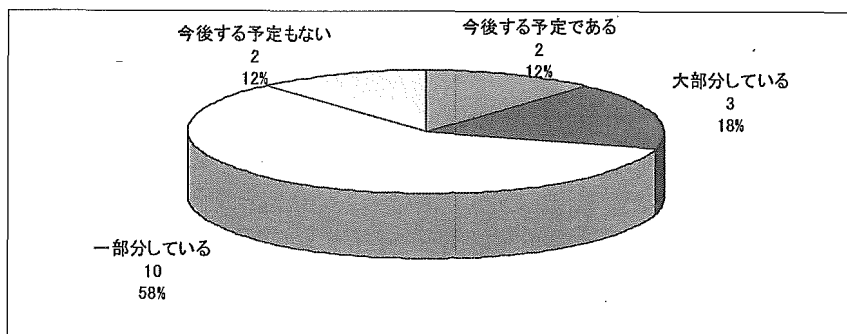


(9) PCPS



医療機器の管理全般について

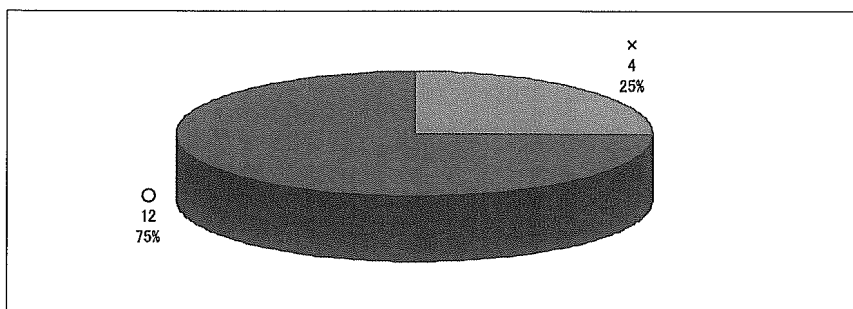
1. 貴院で使用されている医療機器は中央管理していますか。



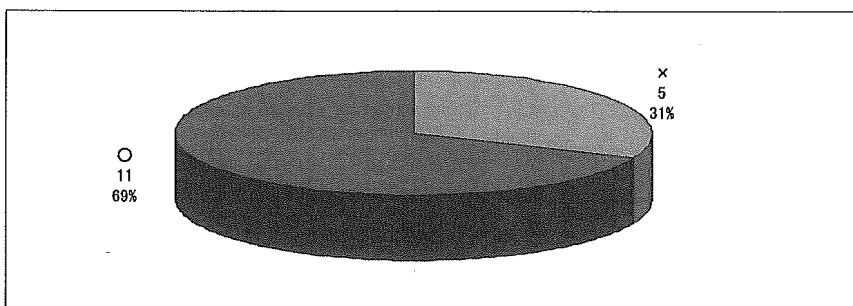
2. 中央管理されている施設では、どの医療機器を管理していますか。

中央管理しているものは“○”、中央管理していないものは“×”を記入して下さい。

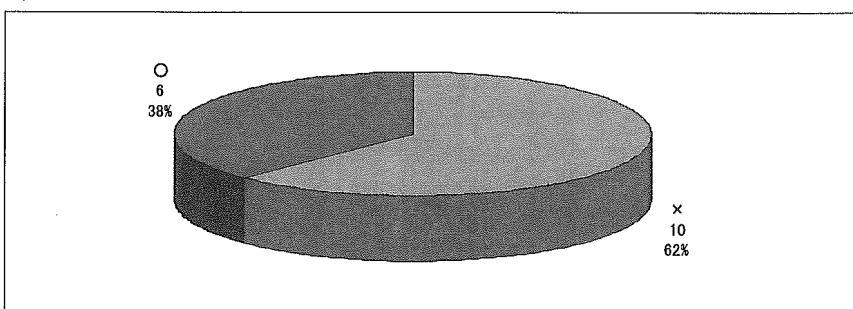
(1) 輸液ポンプ



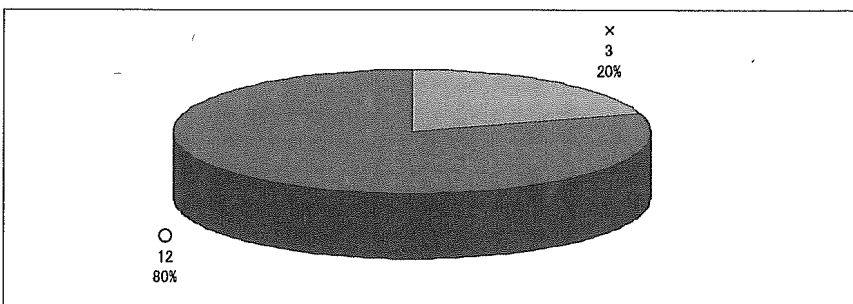
(2) シリンジポンプ



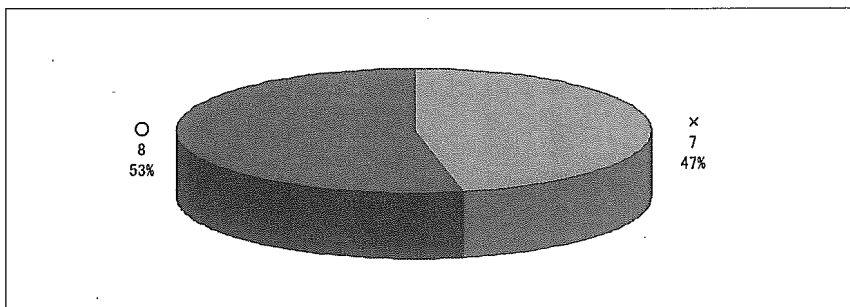
(3) 生体情報モニタ



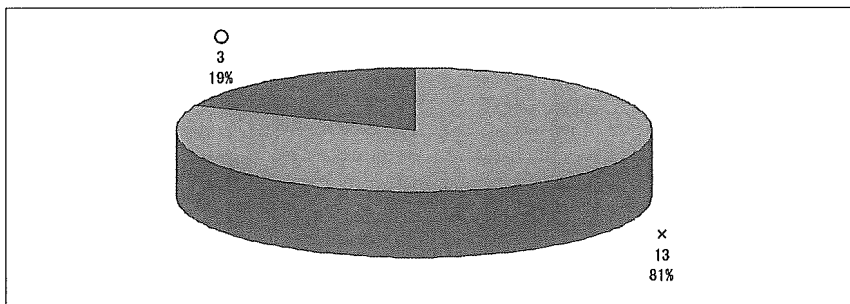
(4) 人工呼吸器



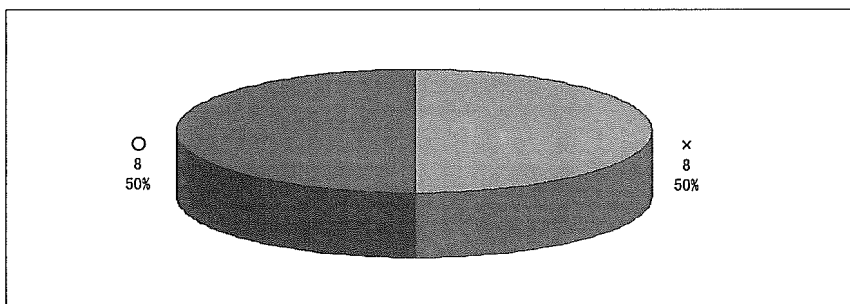
(5) 血液浄化装置



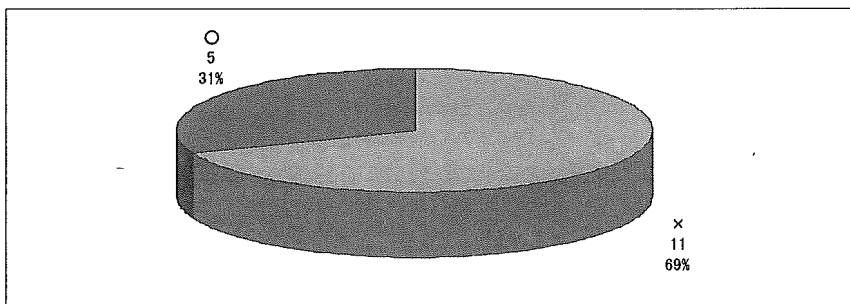
(6) 体外式ペースメーカー



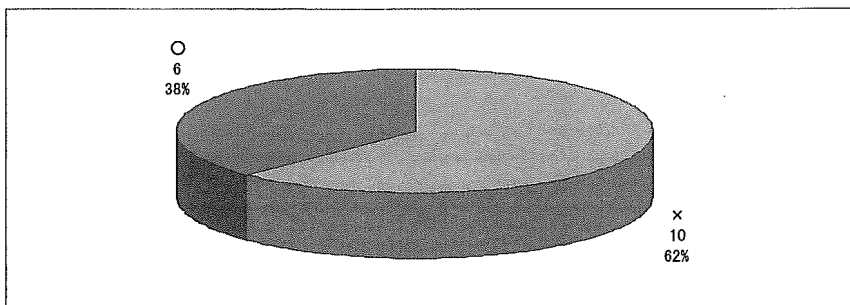
(7) 除細動装置



(8) IABP



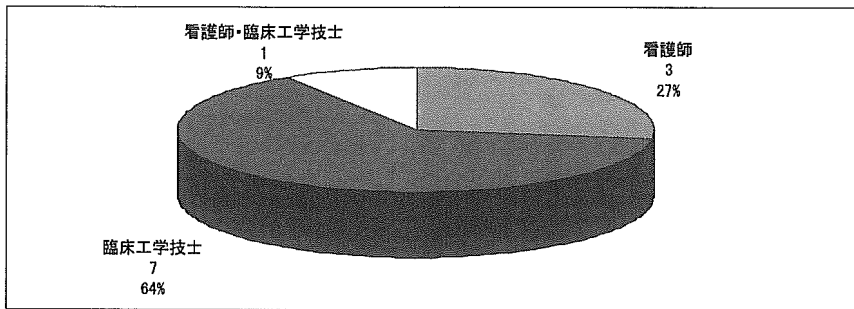
(9) PCPS



3. チェックリストを用いて日常点検を実施している医療機器に“○”を記入して、その点検施行者を○で囲んでください。該当者がいない時はその他に職種をご記入ください。

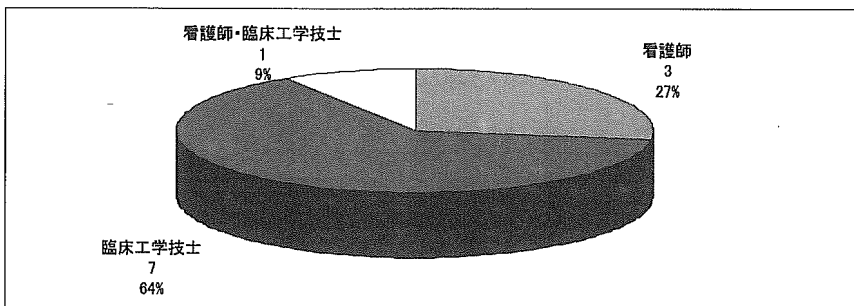
(1) 輸液ポンプ

○ 11

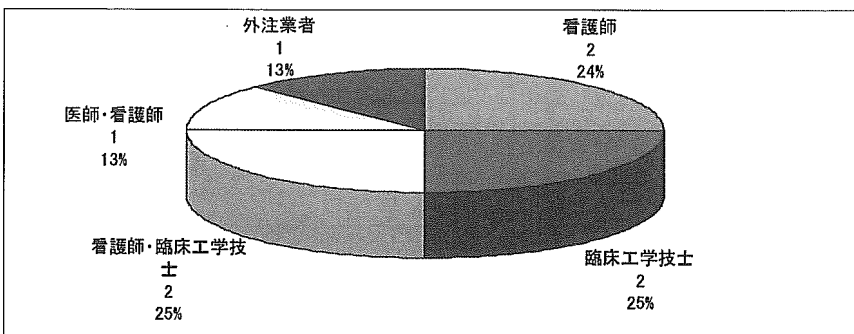
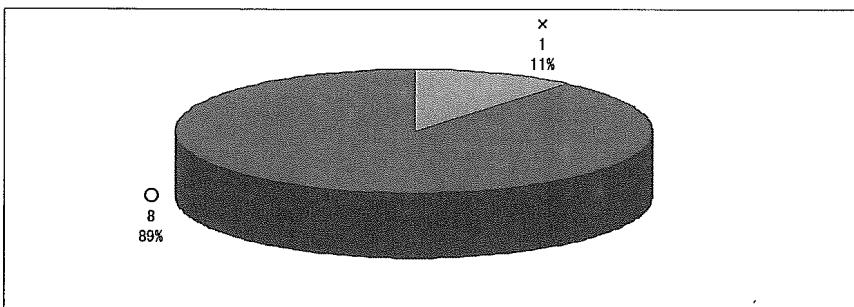


(2) シリンジポンプ

○ 11

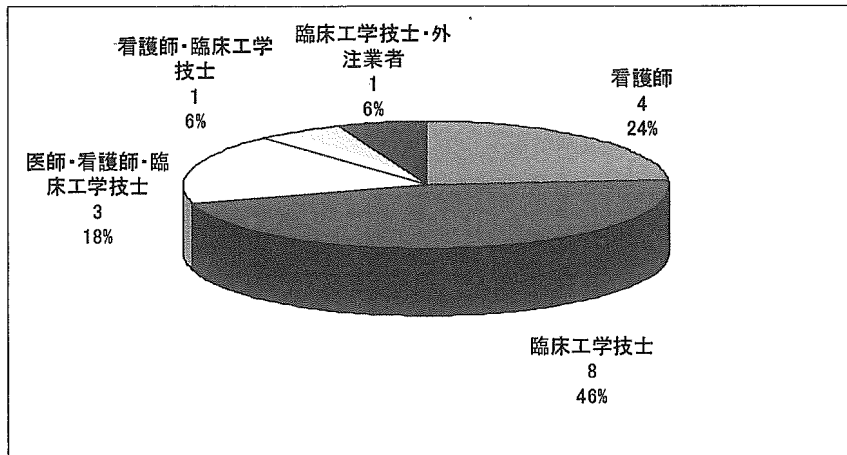


(3) 生体情報モニタ

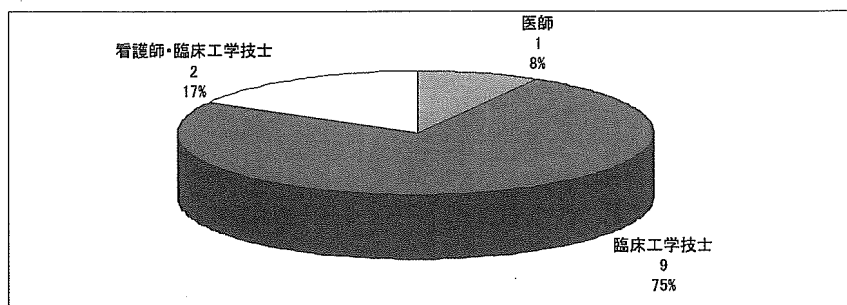
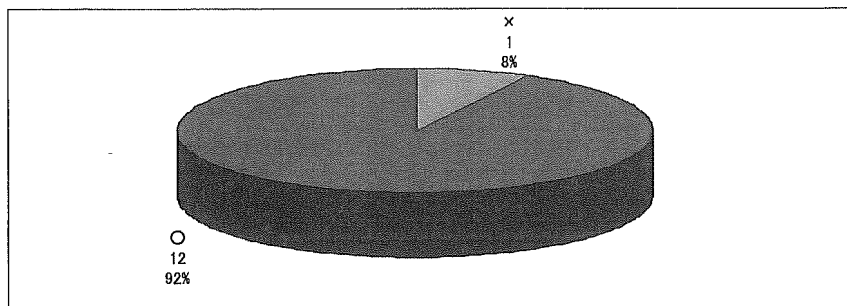


(4) 人工呼吸器

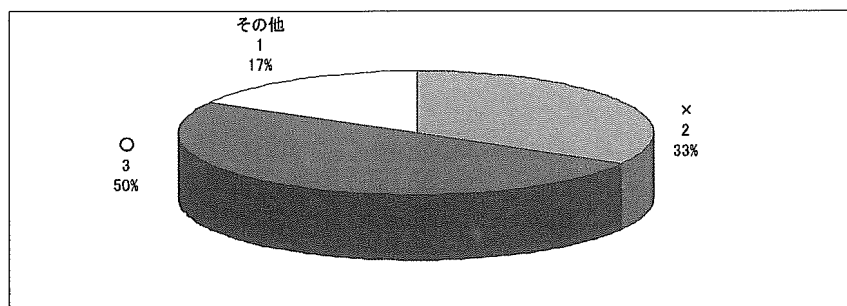
○ 17

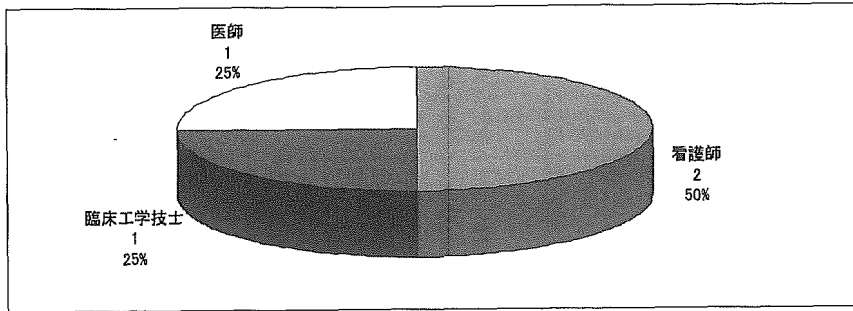


(5) 血液浄化装置

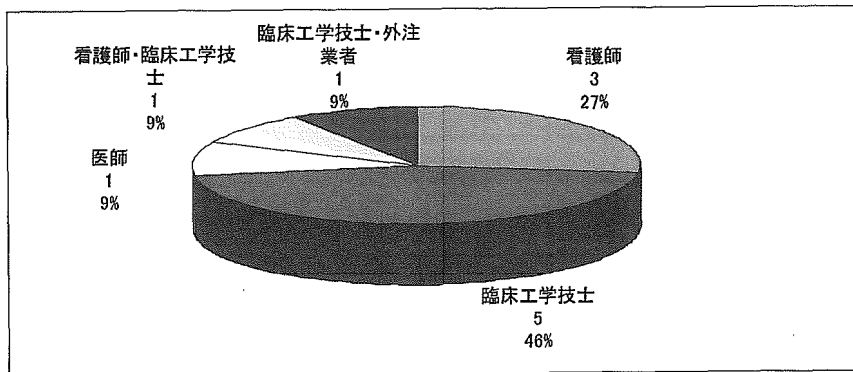
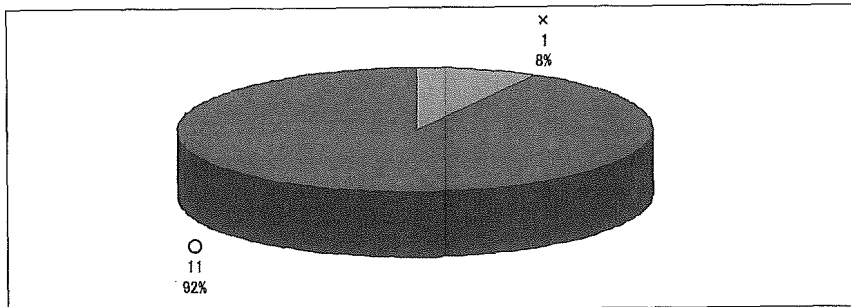


(6) 体外式ペースメーカー

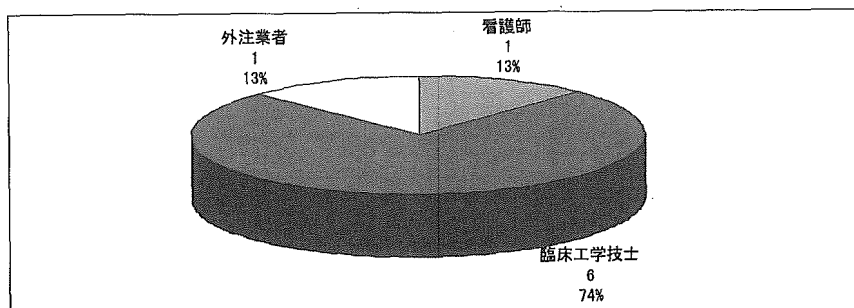
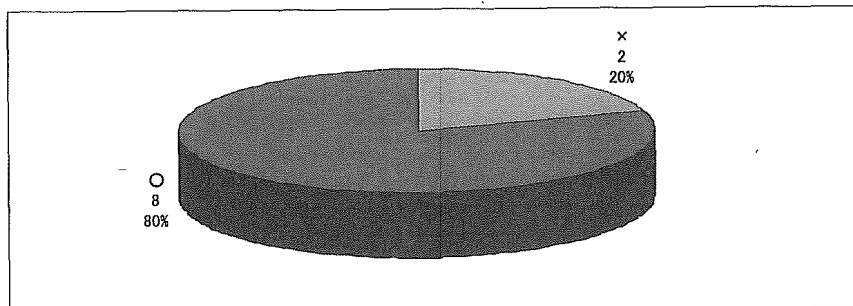




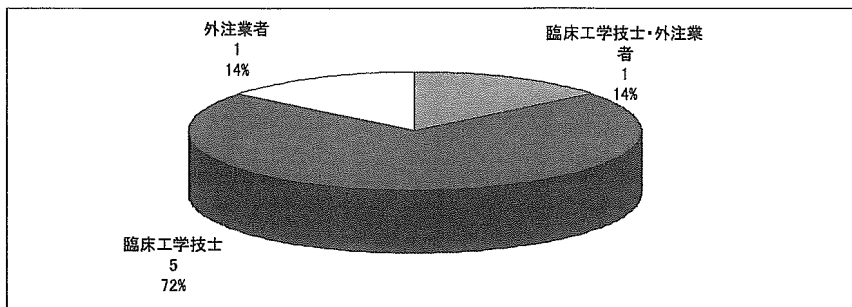
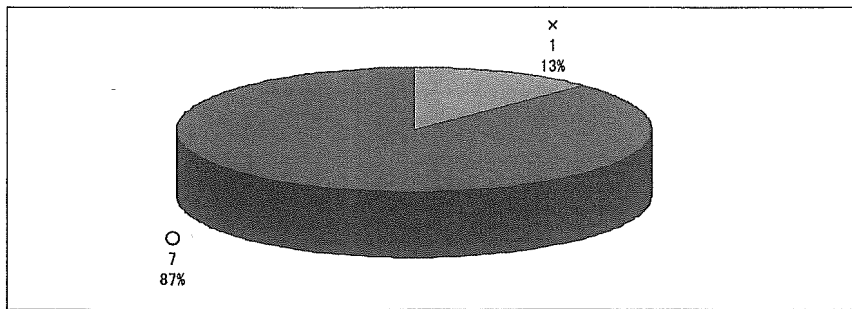
(7) 除細動装置



(8) IABP

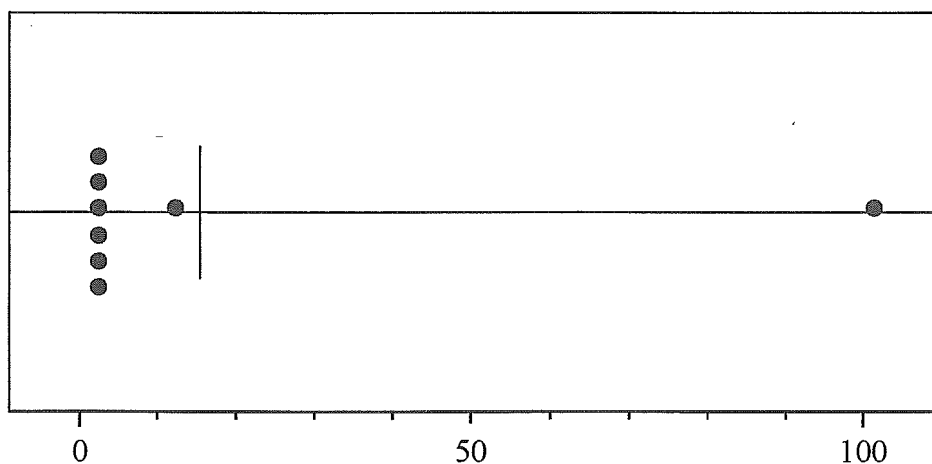
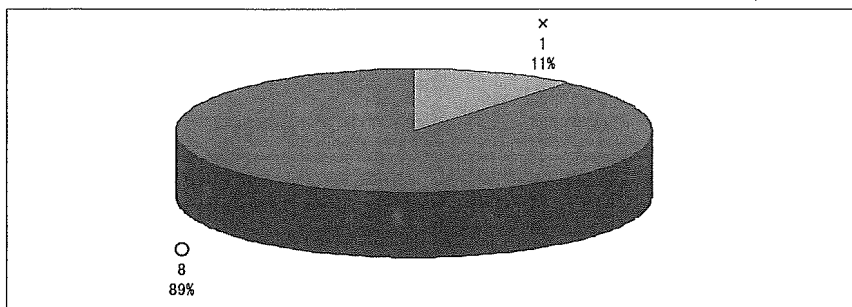


(9) PCPS

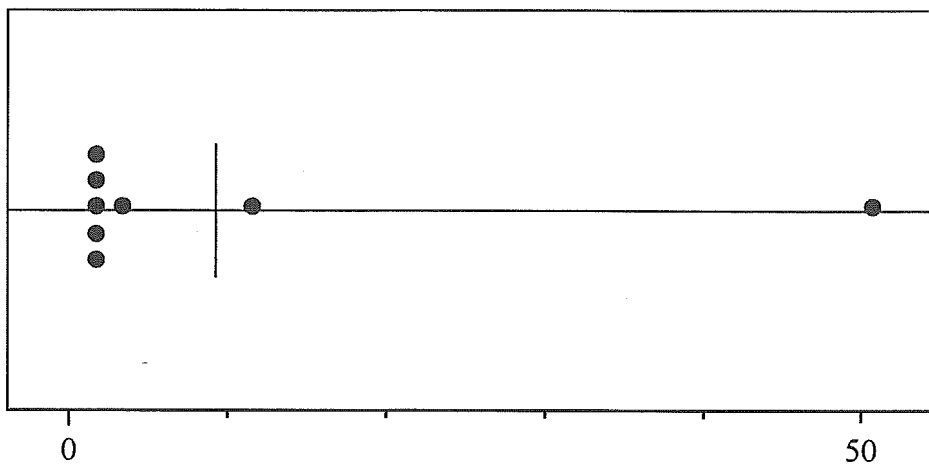
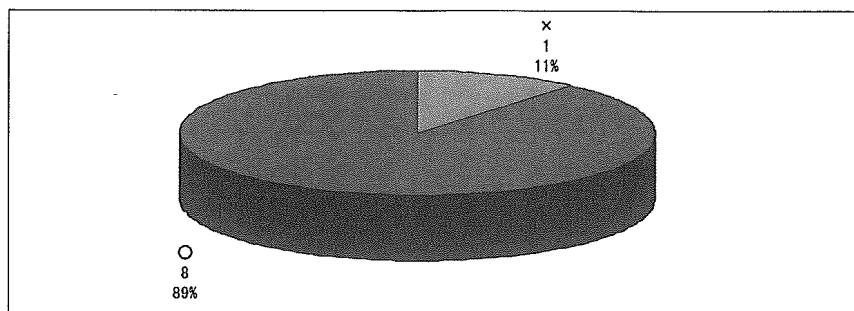


4. 専用のチェッカなど測定器を用いて定期点検を実施している医療機器に“○”を記入して、その点検頻度をお答えください。

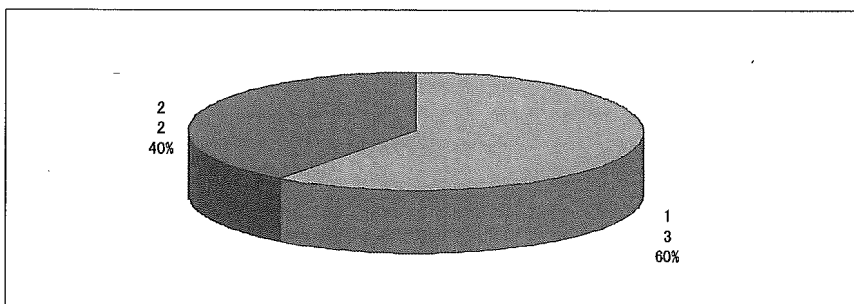
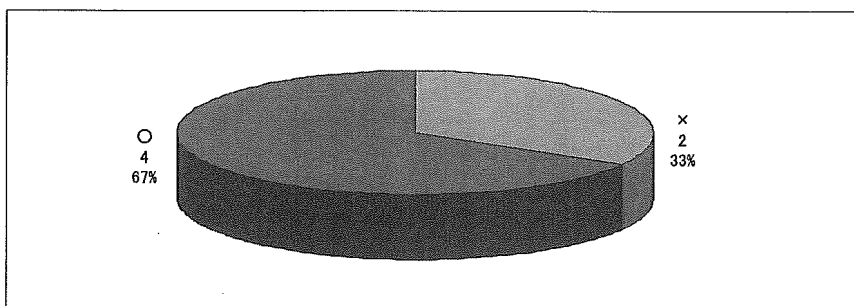
(1) 輸液ポンプ



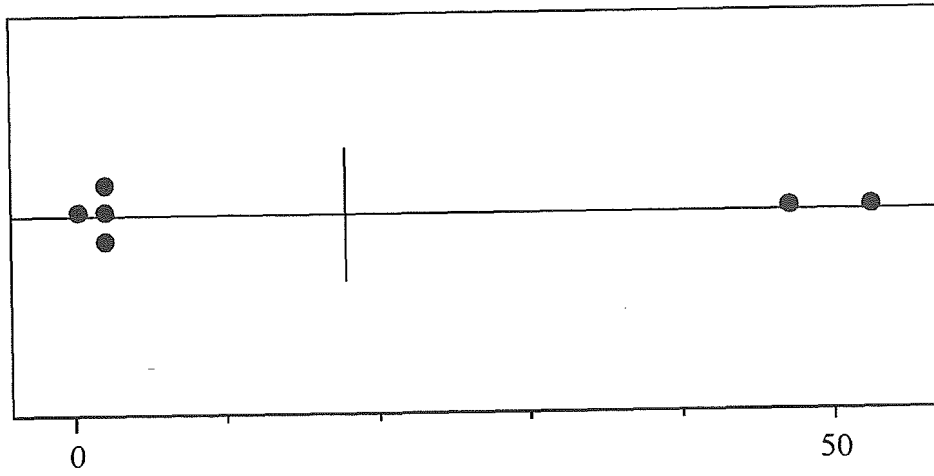
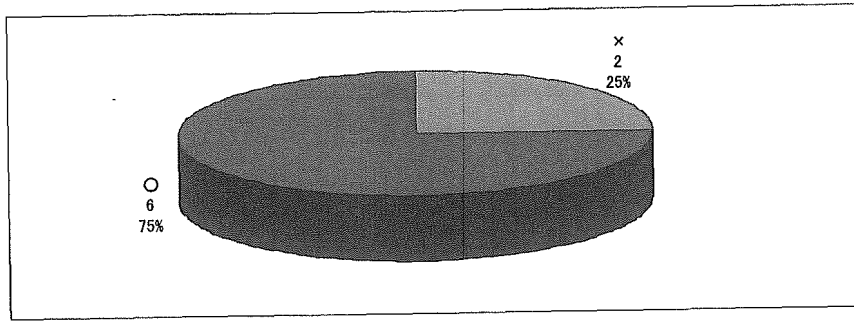
(2) シリンジポンプ



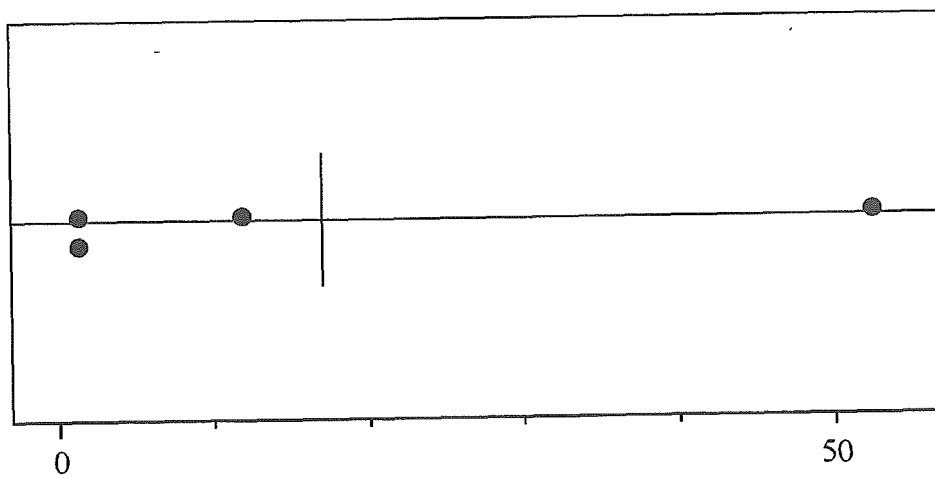
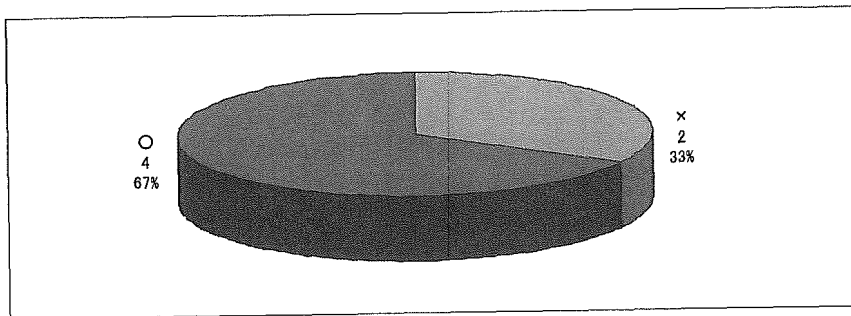
(3) 生体情報モニタ



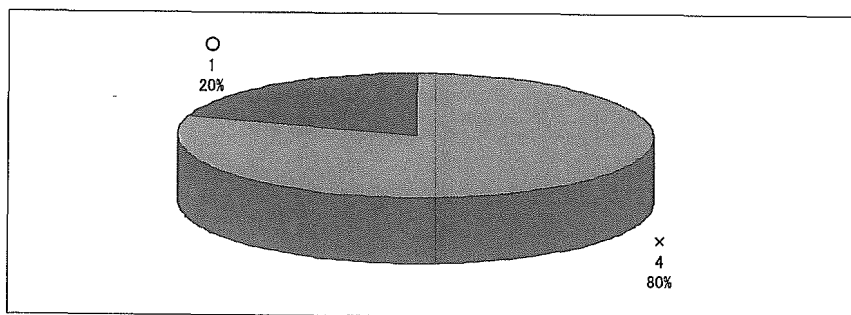
(4) 人工呼吸器



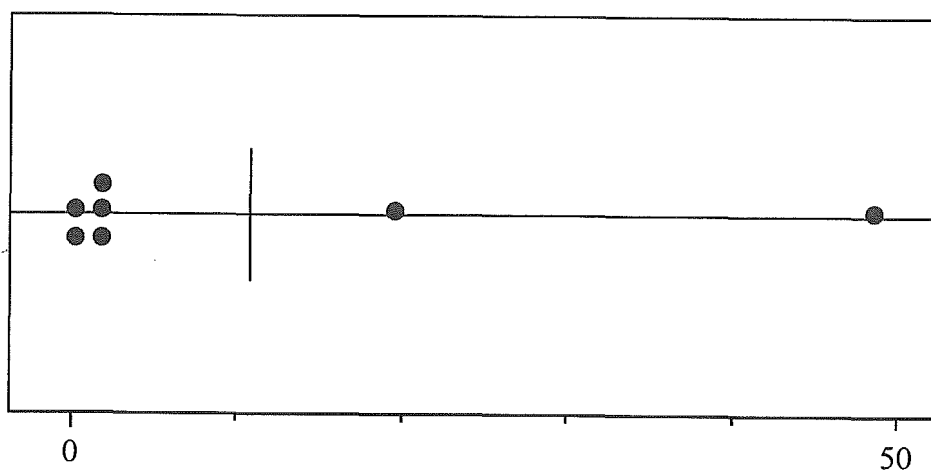
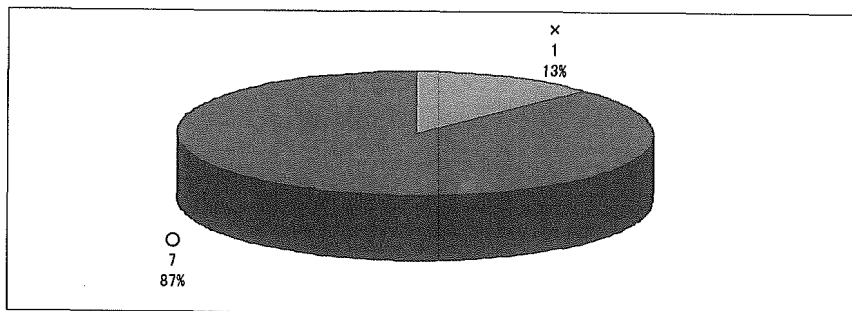
(5) 血液浄化装置



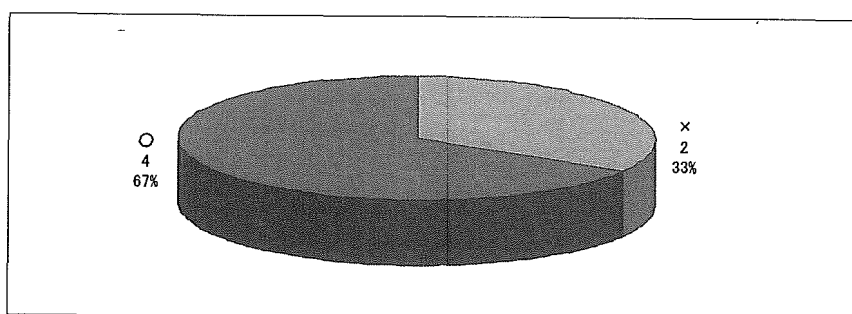
(6) 体外式ペースメーカー

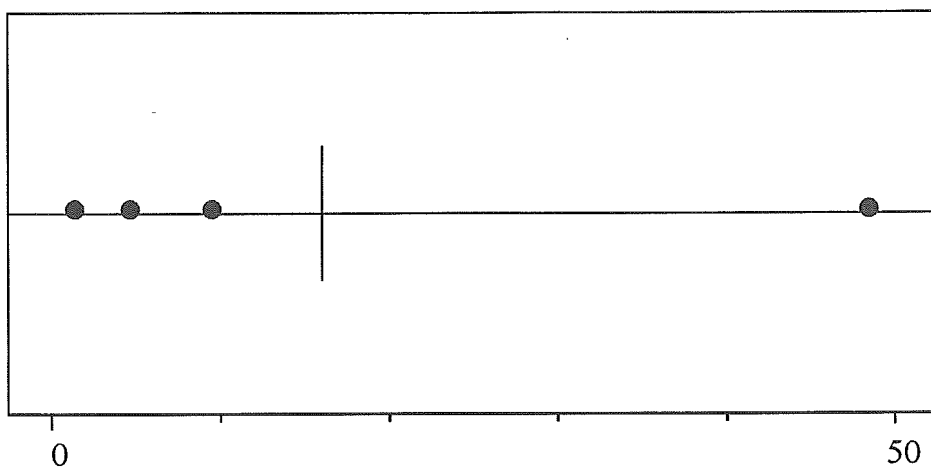


(7) 除細動装置

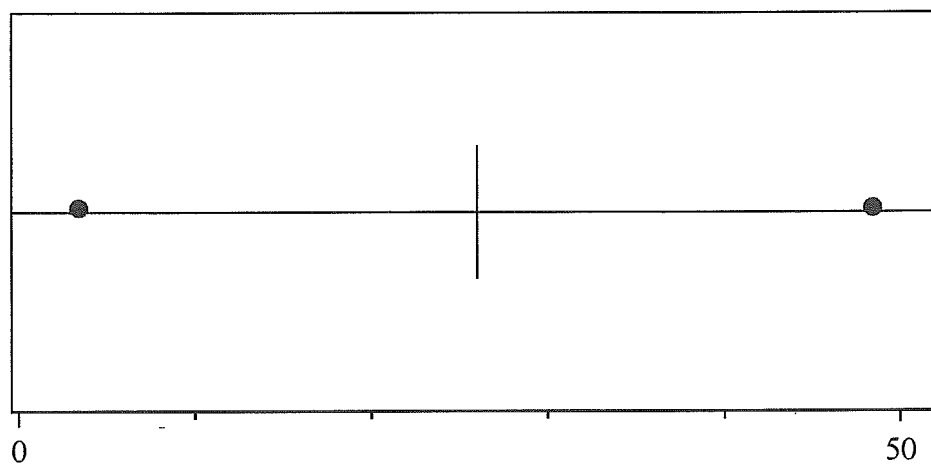
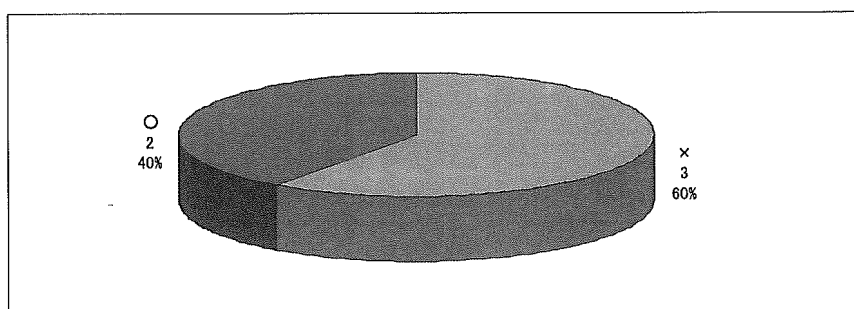


(8) IABP



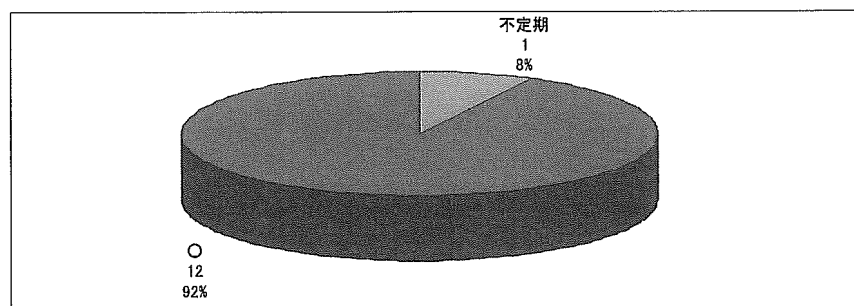


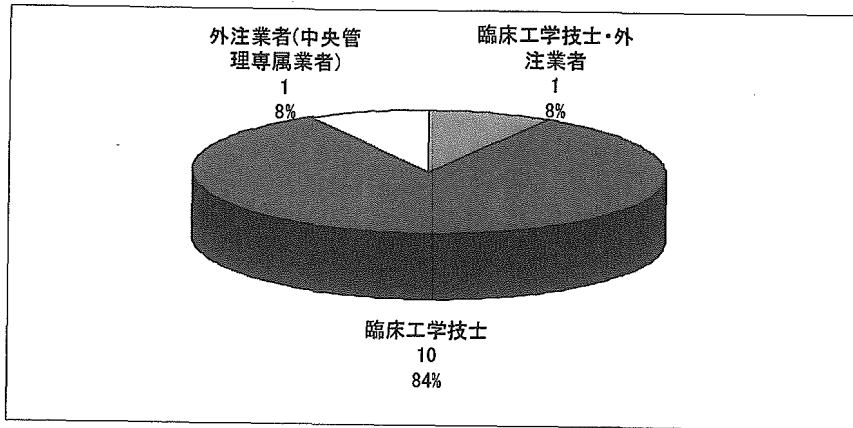
(9) PCPS



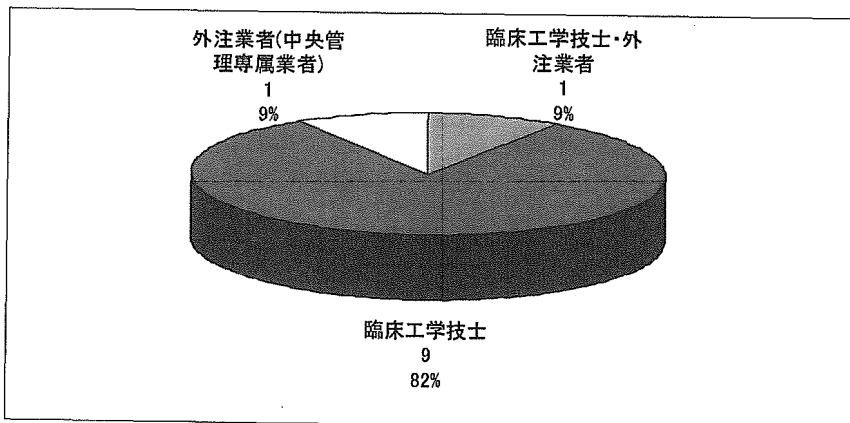
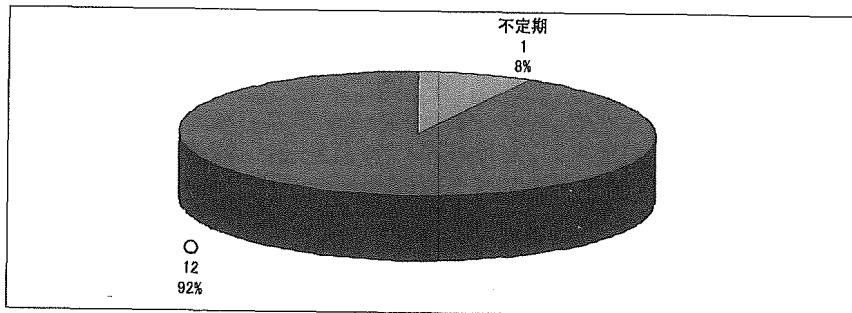
5. 定期点検を実施している医療機器に“O”を記入して、点検施行者をお答えください。

(1) 輸液ポンプ

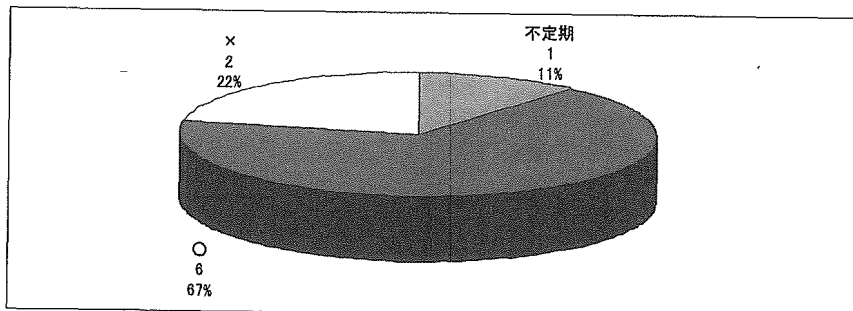


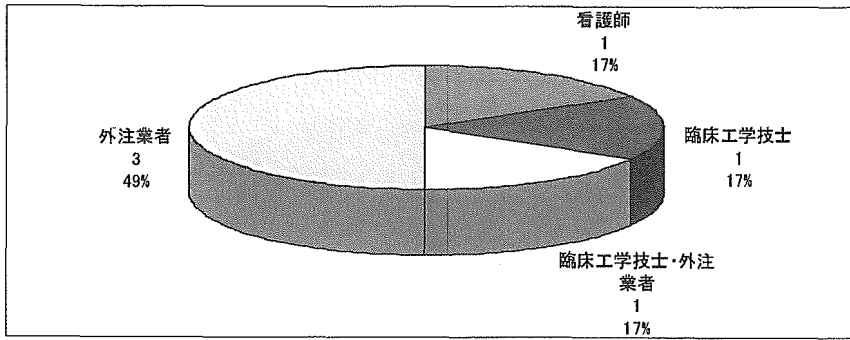


(2) シリンジポンプ

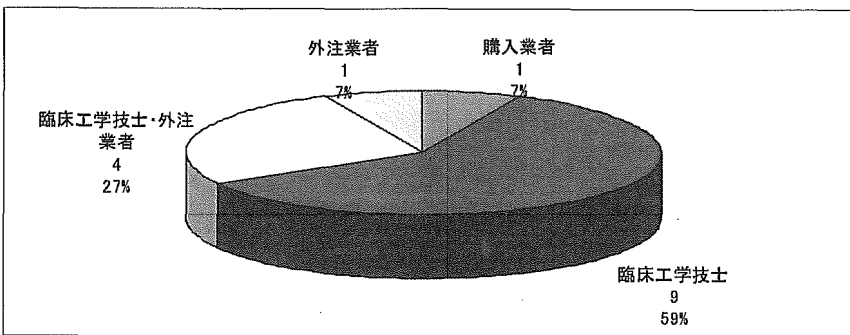
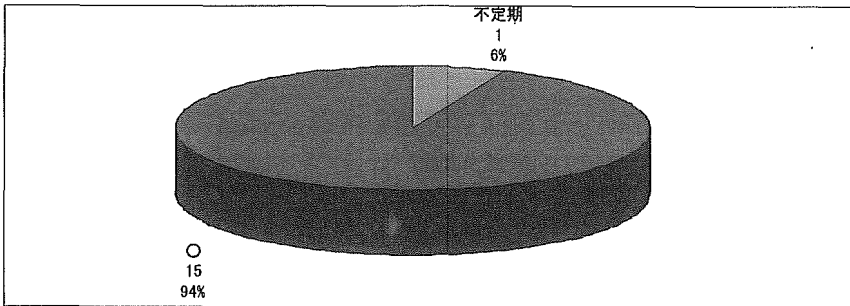


(3) 生体情報モニタ

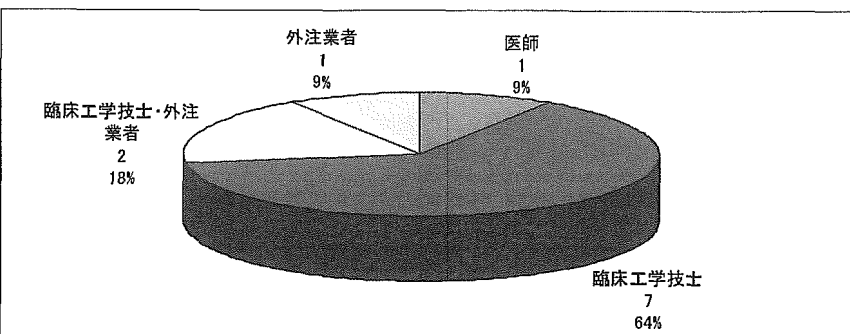
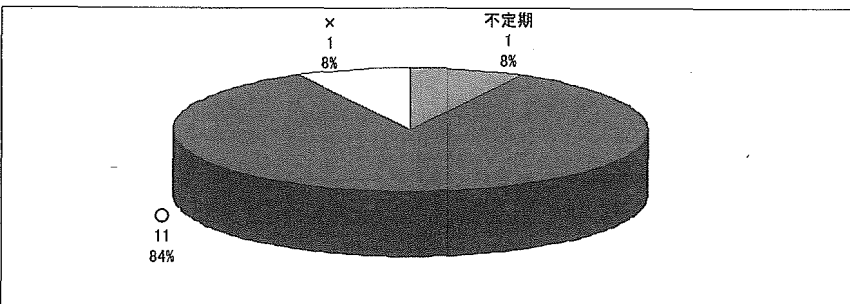




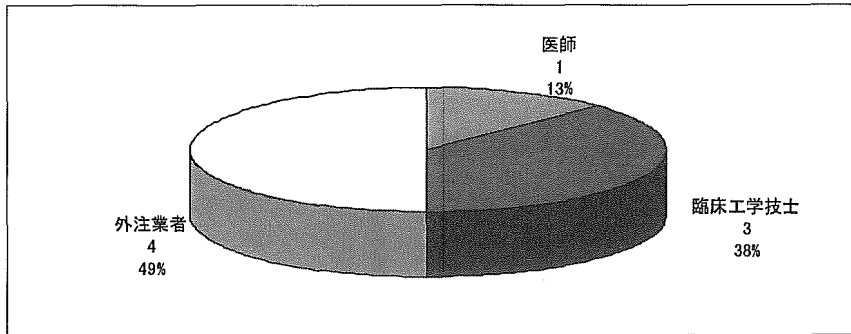
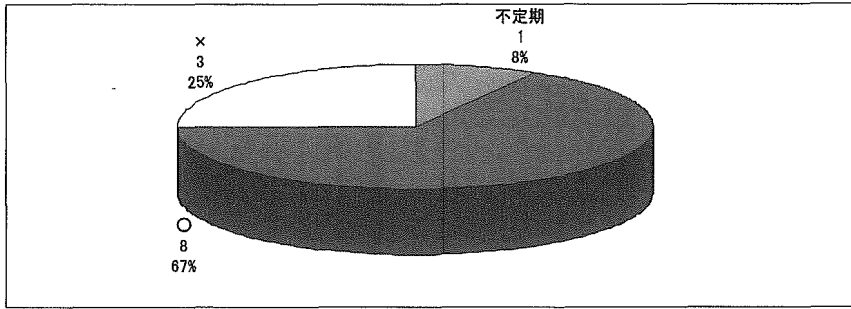
(4) 人工呼吸器



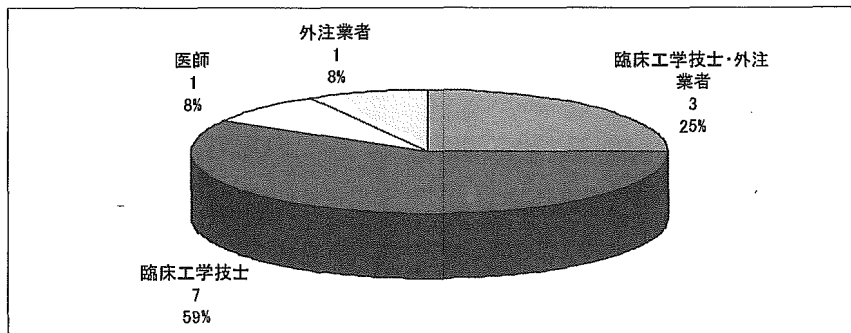
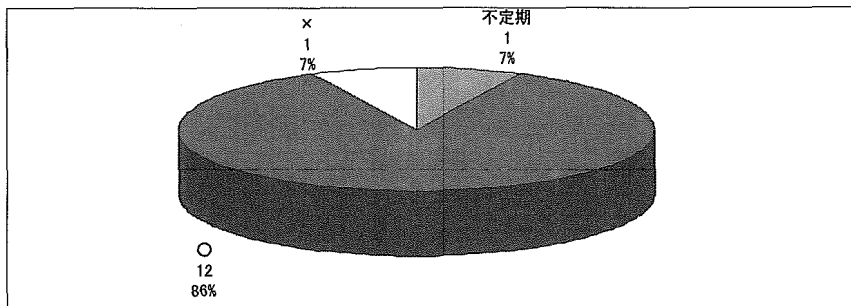
(5) 血液浄化装置



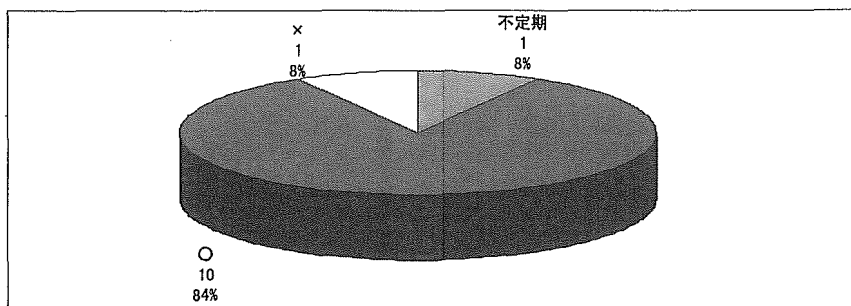
(6) 体外式ペースメーカー

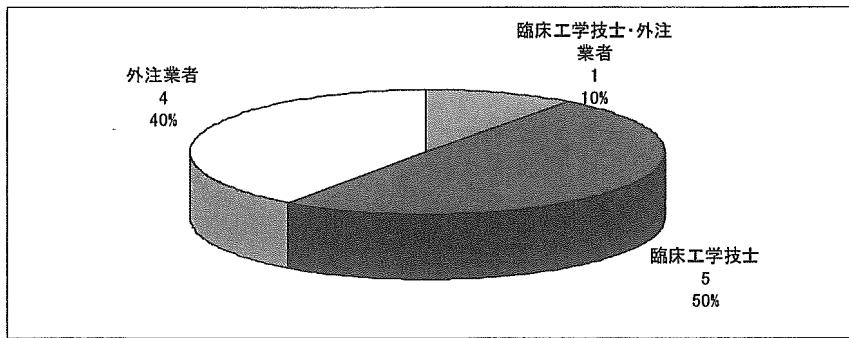


(7) 除細動装置

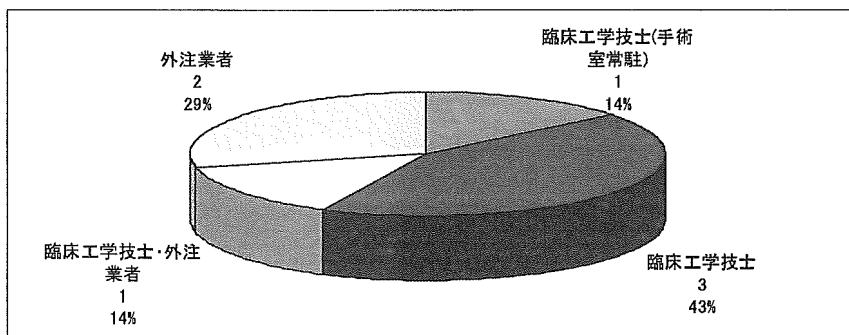
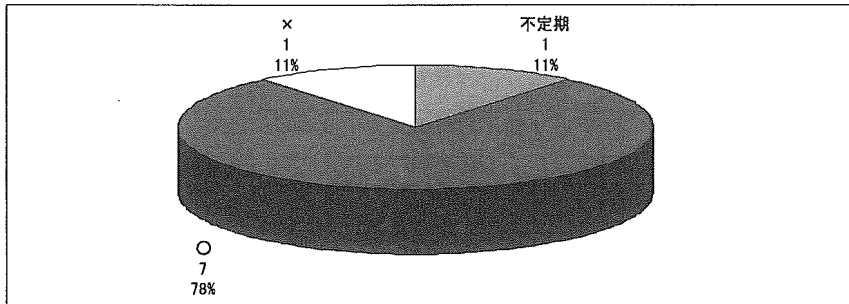


(8) IABP

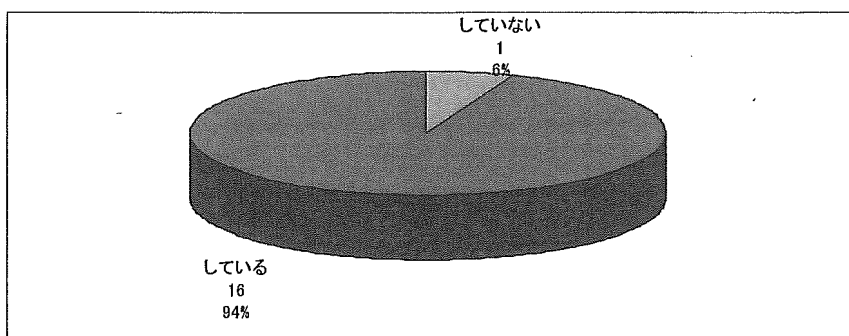


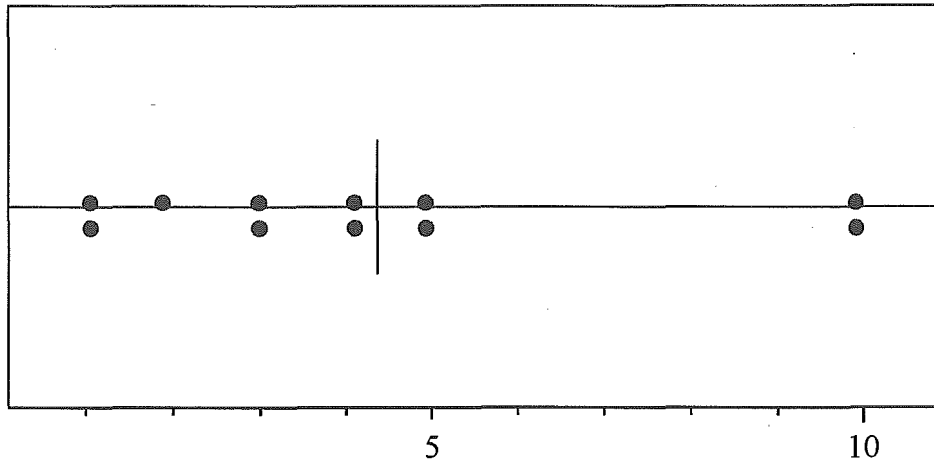


(9) PCPS



6. チェックリスト、保守点検記録を一定期間保存していますか。その期間はどれ位ですか。





数値以外の回答例

- ・ 現時点まですべて
- ・ 廃棄するまで
- ・ 原則として機器を保有している間
- ・ その機器が廃棄になるまで保存している
- ・ 特に決めていない

資料 2— (1)

看護に関するアンケート調査票

○ 看護に関するアンケート調査票 ○

このアンケート調査のデータに関して、守秘義務を守り、
報告書作成時には施設名等が特定できないように致します。

ICU看護師長、副看護師長、または相当する方がご記入ください。

1. 貴院のICUについてお答え下さい。

看護体制	人 数	看護師		看護助手	クレーク
		人		人	人
看護体制 (ICUの勤務状況)	看護師の 勤務体制 (○をお付けください その他の場合、どのような 体制かお答えください)	3交代	2交代	その他(勤務体制をご記入ください)	
医師数	専 属	人			
	兼 任	人			

2. 貴院のICUにおいて医師から看護師への指示をどの方法で行なっていますか。

指示の方法として頻度の高い順に番号をつけてください。

方 法	頻度の高い順に1, 2, 3
口 頭	
オーダーリング	
指 示 簿	

3. 貴院のICUにおいてインシデント調査を行なったことがありますか(○をお付け下さい)。

はい

いいえ

②仕数をご記入下さい。

項目	背景要因について (仕数)													
	医・他科の連携	医師、その他スタッフ間の連携	診療の記録の管理	報告指示	医師に対する信頼	医師の説明	看護師の説明	他の医療者からの説明	事務管理体制	勤務体制	教育・訓練	機器の操作	機器メンテナンス	その他
呼吸														
輸液チューブ・ライン			注射											
			採血											
			点滴、輸液											
輸血														
経管栄養														
薬剤														
与薬														
ME機器関連														
検査														
転倒転落														
看護ケア			抑制											
			熱傷											
			凍傷											
			誤嚥											
			誤飲											
その他														
記録														
インフォームドコンセント														
感染			血流感染											
			創感染											
			尿路感染											

ご協力ありがとうございます。