**（様式３－１　附表）**

●**医療安全管理体制状況確認票**●

**県内病院における，医療安全管理体制の充実を図るため，貴院の取組み状況につきまして，「医療安全管理体制自主点検票」に加え，下記確認項目へ記入をお願いします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 確　認　項　目 | | 備　考 |
| １ | 医療に係る安全管理のための指針等の内容及び変更について | |  |
|  | 医療に係る安全管理のための指針の内容について  事故レベルの分類の記載　　　有　・　無  （分類内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　公表の基準の記載　　　　　　有　・　無  　（基準の内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　警察への通報の基準の記載　　有　・　無  　（基準の内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  保健所への報告の基準の記載　有　・　無  （基準の内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |  |
|  | 指針の変更について    直近の変更年月日　　　　　　　　　　　年　　月　　日変更  指針の変更内容と変更経過（事故事例への対応やインシデント分析結果等に  　基づき行ったなど。）    （変更内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （変更経過：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |  |
| ２ | | 事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策について |  |
|  | 事故・ヒヤリハットの収集状況  ⅰ前年度　事故　　　　　　　　　件（うち医師の報告件数　　　　件）  ⅰ前年度　インシデント　　　　　件（うち医師の報告件数　　　　件）  ⅱ本年度　事故　　　　　　　　　件（うち医師の報告件数　　　　件））  ⅱ本年度　インシデント　　　　　件（うち医師の報告件数　　　　件）  （　　月現在）  事例の収集，分析及び改善策の立案・実施状況の評価状況  （収集部門：　　　　　　　　　）  ・事故，インシデントの報告しやすい工夫　　　　有　・　無  　（工夫の内容　　　　　 　　　　　　　　）  （事例分析部門：　　　　　　　）  ・事故，インシデントの分析　　　　　　　　　　有　・　無  　　（分析手法　　　　　　　　　　　　　 　）  （防止対策検討部門：　　　　　）  ・再発，未然防止対策の策定　　　　　　　　　　有　・　無  　（具体的対策　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・再発，未然防止対策の評価　　　　　　　　　　有　・　無  　（評価の手法　　　　　　　　　　　　　　　　） | |  |
|  | | | |
|  | 確　認　項　目 | | 備　考 |
| ３ | 医療に係る安全管理のための委員会の開催及び医療事故等に関する協議状況 | |  |
|  | 開催回数  前年度　　　　　　　 回開催（定例：　　回・随時　　　回）  本年度　　　　　　 　回開催（定例：　　回・随時　　　回）  （　　月現在） | |  |
|  | 医療事故等に関する協議状況  医療事故等の発生状況報告　　有　・　無  報告内容　　　　　　　（医療事故のみ・医療事故とインシデント）  インシデント報告（抽出報告・集計処理報告・集計の上検証報告）  未然防止に向けた対策　　　　有　・　無  対策案の作成者　（　　　　　　　　　　　　　　）  決定した対策による改善状況の検証　　有　・　無 | |  |
| ４ | 事故等報告事案の報告及び活用状況について | |  |
|  | 登録分析機関（公益財団　日本医療機能評価機構）の活用の状況    任意報告施設としての登録　　有　・　無    　　分析事例報告資料の活用　　　有　・　無    　　研修会への参加　　　　　　　有　・　無    今後の任意報告施設としての登録希望　　有　・　無  　　（希望しない理由　　　　　　　　　　　） | |  |