●**医療安全管理体制確保状況自主点検票**●　　　　　　**病　院** （様式３－１）

病院側で事前に自己点検して，立入検査日１０日前までに管轄保健所に提出してください。

適合なら「○」，不適合なら「×」，貴院では該当がない項目は斜線を記入してください。

☆印のある項目は，医療法で義務づけられた事項です。

　病院名：

　病院側点検者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 点検日：　　　　年　　月　　日

 立入検査担当者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　立入検査日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　項　目 | 自己点検 | 立入検査 |
| Ⅰ　医療に係る安全管理のための指針 |  |  |
|  1 |  ☆ | 医療に係る安全管理のための指針を整備しているか（指針添付のこと）。　初回作成年月日　　　　　　　　　　　　年　　月　　日作成　直近の変更年月日　　　　　　　　　　　年　　月　　日変更 |  |  |
|  2 | ☆ | 安全管理委員会において作成・変更しているか。 |  |  |
|  3 | ☆ | 次に掲げる事項が文書化されているか。①安全管理に関する基本的考え方②安全管理委員会等組織に関する基本的事項③従業者に対する研修に関する基本方針④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のための基本方針⑤医療事故等発生時の対応に関する基本方針⑥医療従事者・患者間の情報の共有に関する基本方針⑦患者からの相談への対応に関する基本方針　 |  |  |
|  4 | ☆ | 指針を従業者に対して周知徹底を図っているか。（周知徹底方法）該当するものに✓の印を付けること□全職員個々に配布□各部署単位に配布□携帯マニュアルの配布□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |
| Ⅱ　医療に係る安全管理のための委員会 |  |  |
|  5 |  ☆ | 医療に係る安全管理のための委員会を開催しているか。　委員会の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 設置年月日 年　　月　　日設置 |  |  |
|  6 | ☆ | 管理及び運営に関する規程が定められているか（規程添付のこと）。 |  |  |
|  7 | ☆ | 重要な検討内容について，患者への対応状況を含め管理者へ報告しているか。○最近の主な報告内容の概要（別紙添付でも可）ⅰ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ⅱ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ⅲ |  |  |
|  8 | ☆ | 重大な問題が発生した場合は，速やかに発生の原因を分析し，改善策の立案及び実施並びに従業者への周知を図っているか。○発生原因の分析，改善策の立案・実施した最近の事例の概要（別紙添付でも可）。委員会議事録で確認のこと。ⅰ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ⅱ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ⅲ |  |  |
|  9 | ☆ | 安全管理委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し，見直しを行っているか。 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　項　目 | 自己点検 | 立入検査 |
| 10 | ☆ | 月１回程度開催するとともに，重大な問題が発生した場合は適宜開催しているか。○開催回数ⅰ前年度　　　　　　　　　　　　　 回開催ⅱ本年度　　　　　　　　　　　　 　回開催（　　月現在） |  |  |
| 11 | ☆ | 各部門の安全管理のための責任者等で構成されているか（委員名簿添付のこと）。 |  |  |
| Ⅲ　医療に係る安全管理のための職員研修 |  |  |
| 12 | ☆ | 病院の具体的な事例等を取り上げ，職種横断的に職員研修を行っているか。 |  |  |
| 13 |  ☆ | 病院全体に共通する安全管理に関する内容について，年２回程度定期的に開催するほか，必要に応じて実施しているか。○過去１年間の主な開催状況（別紙添付でも可）　　　　　　研　修　項　目　　　　　　開催年月日　　　出席者数ⅰ　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　人ⅱ　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　人ⅲ　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　人ⅳ　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　人ⅴ　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　人 |  |  |
| 14 | ☆ | 研修の実施内容（開催又は受講日時，出席者，研修項目）について記録しているか。○立入検査では，記録を検査すること。 |  |  |
| Ⅳ　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 |  |  |
| 15 | ☆ | 病院において発生した事故の安全管理委員会への報告等を行っているか。 |  |  |
| 16 |  ☆ | あらかじめ定められた手順や事故収集の範囲等に関する規定に従い事例を収集，分析することにより，問題点を把握して，組織としての改善策の企画立案及びその実施状況を評価しているか。また，病院においてこれらの情報を共有しているか。○事故・ヒヤリハットの収集状況ⅰ前年度　　　　　　件（うち医師の報告件数　　　　件）ⅱ本年度　　　　　　件（うち医師の報告件数　　　　件）（　　月現在） |  |  |
| 17 | ☆ | 重大な事故の発生時には，速やかに管理者へ報告しているか。○重大な事故の管理者への報告状況ⅰ前年度　　　　　　　　　　件　ⅱ本年度　　　　　　　　　　件（　　月現在）　 |  |  |
| 18 | ☆ | 重大な事故の発生時には，改善策について，背景要因及び根本原因を分析し検討された効果的な再発防止策等を策定しているか。○重大事故の要因分析の要因分析件数ⅰ前年度　　　　　　　　　　件　ⅱ本年度　　　　　　　　　　件（　　月現在）　○過去１年間の主な事例（別紙添付でも可）ⅰ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ⅱ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ⅲ |  |  |
| 19 |   | 事故の報告は診療録や看護記録等に基づき作成しているか。 |  |  |

■特定機能病院及び臨床研修指定病院のみの点検項目（検査項目）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　項　目 | 自己点検 | 立入検査 |
| Ⅴ　医療事故の再発防止策を院内に周知し，遵守しているか。 |  |  |
| 20 | ☆ | 安全管理委員会には，発生した医療事故の全てが報告され，策定された再発防止策が当該医療機関全体で共有されているか。また，発生した医療事故に係る研修の実施や再発防止策の効果の把握などにより，従業員による再発防止策の遵守が徹底されているか。 |  |  |
| Ⅵ　医療に係る安全管理を行う者の配置 |  |  |
| 21 | ☆ | 専任の医療安全管理者（臨床研修指定病院は兼任でも可）を配置し，医療安全に関する管理を行う部門の業務に関する企画立案及び評価，病院内における医療安全に関する職員の安全管理に関する意識の向上や指導等の業務を行わせているか。　○氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |  |
| 22 | ☆ | 所定の資格を有しているか。　　　　□医　師　　　□歯科医師　　　□薬剤師　　　□看護師 |  |  |
| 23 |  ☆ | 医療安全に関する必要な知識を有しているか。○受講した主な研修　　　　　研修名　　　　　　　　研修期間　　　　　主催者名ⅰ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ⅱ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ⅲ |  |  |
| 24 | ☆ | 医療安全に関する管理を行う部門に所属しているか。 |  |  |
| 25 | ☆ | 安全管理委員会の構成員に含まれているか。 |  |  |
| Ⅶ　医療に係る安全管理を行う部門 |  |  |
| 26 | ☆ | 医療安全管理者及び必要な職員で構成され，安全管理委員会で決定された方針に基づき，組織横断的に病院内の安全管理を行う医療安全管理部門を設置しているか。○安全管理部門の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |  |
| 27 | ☆ | 次の業務をおこなっているか。①安全管理委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存，その他安全管理委員会の庶務に関すること。②事故等に関する診療録や看護記録等への記載が正確かつ十分になされていることの確認を行うとともに，必要な指導を行うこと。③患者や家族への説明など事故発生時の対応状況について確認を行うとともに，必要な指導を行うこと。 ④事故等の原因究明が適切に実施されていることを確認するとともに，必要な指導を行うこと。 ⑤医療安全に係る連絡調整に関すること。⑥その他医療安全対策の推進に関すること。　　　　　　　　　　　　　 |  |  |
| Ⅷ　患者からの相談に適切に応じる体制の確保 |  |  |
| 28 | ☆ | 病院内に患者相談窓口を常設し，患者等からの苦情，相談に応じられる体制を確保しているか。○相談窓口の名称 |  |  |
| 29 | ☆ | 苦情や相談は病院の安全対策等の見直しにも活用されているか。○過去１年間の主な活用事例（別紙添付でも可）ⅰ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ⅱ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ⅲ |  |  |
| 30 | ☆ | 患者相談窓口の活動の趣旨，設置場所，担当者及びその責任者，対応時間等について，患者等に明示されているか。 |  |  |
| 31 | ☆ | 患者相談窓口の活動に関し，相談に対応する職員，相談後の取扱，相談情報の秘密保護，管理者への報告等に関する規約が整備されているか。 |  |  |
| 点　検　項　目 | 自己点検 | 立入検査 |
| 32 | ☆ | 相談により，患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮がなされているか。 |  |  |
| Ⅸ　事故等報告事案の報告 |  |  |
| 33 | ☆ | 事故等事案が発生した場合には，当該事故等事案に係る事故等報告書を当該事故等事案が発生した日から原則として二週間以内に，登録分析機関に提出しているか。 |  |  |