令和３年度病院立入検査自己チェックシート（医療安全管理体制）

病院名：

検査日：令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　確認記入者：

判定は、「○」or「×」、該当なしは、「－」でお願いします。

※６，７，８，１０の項目は：特定機能病院、㊥：臨床研究中核病院、：臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の医療機関、：事故等報告病院のみ回答

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 項目 | 確認内容 | 判定 |
| 2-10 | 医療の安全管理のための体制が確保されているか | 1. 医療に係る安全管理のための指針を整備している。  ※・指針、マニュアルを概ね年に１回以上見直している（又は見直し予定がある）・マニュアルの改正を行った場合、その内容を全職員に周知している（又は周知を予定している）を満たしている場合は〇となります。  ・指針、マニュアルの確認：　有　・　無　　　　　最終確認日　　H　・　R　　　年　　月　　日  ・指針、マニュアルの改正：　有　・　無　　　　　最終改正日　　H　・　R　　　年　　月　　日  ・改正された指針、マニュアルの周知方法：  ・周知の確認方法：  〔特記事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |  |
| 2. 医療安全管理委員会を設置し、業務を実施している。  ※・マニュアルにある開催回数どおり開催している・開催後は議事録を整備している  ・恒常的に欠席している委員がいないを満たしている場合は〇となります。  〔特記事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |  |
| 3. 医療に係る安全管理のための基本的事項、具体的方策についての職員研修を実施している。  ※・マニュアルにある開催回数どおり開催している・開催後は議事録を整備している。を、満たしている場合は〇となります。  ・開催回数（指針）：　年　　　回　　　　昨年度総数（実績）：　　　回　　　　参加率：　　　　％  テーマ　「　　　　　　　　　　　　　　　」（　　　　　　）回目（　　）％　あれば目標数値（　　）  テーマ　「　　　　　　　　　　　　　　　」（　　　　　　）回目（　　）％　あれば目標数値（　　）  ・新人教育に係る研修の実施：　有　・　無  ・欠席者への伝達方法：（※いつ、だれが、どのような方法で）  ・参加者が部門によりバラツキが大きい場合その対策：（※対策の有効性について確認）  〔特記事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |  |
| 4. 当該病院等における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を講じている。  ※・報告、情報共有、再発防止措置等ができている場合は〇となります。  ・アクシデント・インシデントレポートの提出状況：　（現在：昨年度）　　　　　：　　　　　件  ・最近の傾向　（増加・変わらない・減少）：  ・レポートを提出しやすい方策：  ・改善策の周知方法：  〔特記事項：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |  |
| 5. 医療事故が発生した場合において、すべての職員に再発防止策を周知し、その取り組みを遵守している。（※再発防止策を講じた後のフォローアップ状況等を確認）  ※すべての職員に周知されている場合は〇となります。 |  |
| 6.　㊥医療安全管理責任者を配置している。　（臨床研修病院、臨床研究中核病院及び歯科医師臨床研修施設については兼任でも可。）  ※該当の医療機関のみの回答。以下項目すべての業務を行っている場合は〇となります。  医療安全管理責任者は、下記の条件を満たしている。  医師、歯科医師、薬剤師又は看護師の、いずれかの資格を有している。  医療安全に関する必要な知識を有している。  当該病院の安全管理部門に属している。  当該病院の医療に係る安全管理のための委員会の構成員に含まれている。 |  |
| 7.　㊥医療に係る安全管理を行う部門を設置及び業務の実施をしている。  ※該当の医療機関のみの回答。以下項目すべての業務を行っている場合は〇となります。  医療安全委員会の資料及び議事録の作成及び保存等、庶務に関することの実施  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並びに必要な指導の実施  患者や家族への説明など事故発生時の対応状況の確認並びに必要な指導の実施  事故等の原因究明が適切に実施されていることの確認並びに必要な指導の実施  医療安全に係る連絡調整に関すること  医療安全対策の推進に関すること |  |
| 8.　㊥患者からの相談に適切に応じる体制を確保している。　（下記３項目すべての業務を行っている。）  ※該当の医療機関のみの回答。以下項目すべての業務を行っている場合は〇となります。  患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及び責任者、対応時間等について、患者へ明示している。  患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱い、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規約を整備している。  患者や家族等が相談を行う事により不利益を受けないよう、適切に配慮している。 |  |
| 9. 院内での死亡事例を遺漏なく把握できる体制の確保等ができている。  （※下記内容についての体制の有無を教えてください。体制がある場合にチェックを入れる。）  ☐ 管理者は、医療事故が発生した場合、遅滞なく、医療事故調査・支援センターに報告を行う。  ☐ 管理者は、医療事故調査制度の報告をするに当たって、あらかじめ、医療事故に係る死亡した者の遺族に対し、説明を行う。  ☐ 管理者は、医療事故が発生した場合、速やかにその原因を明らかにするための調査（医療事故調査）を行う。  ☐ 管理者は、医療事故調査を終了したとき、遅滞なく、その結果を医療事故調査・支援センターに報告を行う。  ☐ 管理者は、医療事故調査の結果の報告をするに当たって、あらかじめ、遺族に対し、説明を行う。ただし、遺族がいない又は遺族の所在が不明の場合は、この限りではない。  ☐ 管理者は、医療事故調査制度の報告を適切に行うために、当該病院等における死亡及び死産の確実な把握のための体制を確保している。  ※対象となる医療事故について：提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかったもの |  |
| 10. 特定機能病院及び事故等報告病院の管理者は、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２週間以内に、登録分析機関に提出している。  ※該当の医療機関のみの回答。正当な理由なく、２週間以内に提出していない場合は、×となります。 |  |