**医療安全管理体制確保状況自主点検票**●

**無床診療所・歯科診療所**

* 貴診療所で自己点検を実施して、期日までに提出してください。
* 適合なら「○」、不適合なら「×」、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。

　診療所名：

　診療所側点検者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　点　検　日：令和　　　年　　　月　　　日

保健所側担当者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　確　認　日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　項　目 | 自己点検 | 保健所確認 |
| **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。ⅰ 初回作成年月日：　　　　　年　　　月　　　日作成ⅱ 直近の変更年月日：　　　　　年　　　月　　　日変更* 指針本文を添付してください
 |  |  |
| 2 | ☆ | 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. 従業者に対する研修に関する基本方針
3. 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
4. 医療事故等発生時の対応に関する基本方針
5. 医療従事者・患者間の情報の共有に関する基本方針
6. 患者からの相談への対応に関する基本方針
 |
| 3 | ☆ | 従業者に対して、指針の内容を周知徹底しているか。* 周知方法（該当するものに×）

[ ]  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職員研修** |
| 4 | ☆ | 診療所で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。 |  |  |
| 5 | ☆ | 診療所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 |  |  |
| 6 | ☆ | 研修の実施内容（開催日または受講日時、出席者、研修項目）について記録しているか。 ※ 立入検査時に、記録を確認します |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　項　目 | 自己点検 | 保健所確認 |
| **Ⅲ　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 |
| 7 | ☆ | 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） |  |  |
| 8 | ☆ | 事例の収集・分析を通じて問題点を把握して、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、診療所においてこれらの情報を共有しているか。 |  |  |
| 9 | ☆ | 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）　 |  |  |
| 10 | ☆ | 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を行った件数

 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |  |
| 11 |  | 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。 |  |  |