

# 高州市人民医院依法执业自查总结

为全面推进医疗卫生行业综合监管制度，落实医疗机构依法执业自我管理主体责任，规范医疗机构执业行为，依据《医疗机构依法执业自查管理办法》（国卫监督发〔2020〕18号）、《广东省卫生健康委 广东省中医药局关于进一步加强医疗机构依法执业自查的通知》（粤卫监督函〔2021〕57号）文件要求，医院结合实际工作情况，制定《医疗机构依法执业自查管理制度》，明确依法执业自查管理部门、责任人、工作机制等，现对医院依法执业自查工作进行总结，具体情况如下：

## 一、依法执业自查制度建立情况

2021年8月医院组织相关院领导及行政职能部门负责人统一学习《医疗机构依法执业自查管理办法》（国卫监督发〔2020〕18号）、《广东省卫生健康委 广东省中医药局关于进一步加强医疗机构依法执业自查的通知》（粤卫监督函〔2021〕57号）等文件，经过统一学习，明确院长作为医疗机构依法执业第一责任人，并确定医务科作为医院依法执业管理部门，职能部门、临床科室以及药学、护理、医技等业务部门主要负责人是本部门依法执业管理的第一责任人。

学习培训后由医务科牵头，各科室参与的方式拟定《高州市人民医院依法自查管理制度》，经多部门沟通修

正，于2021年9月提交医疗质量管理委员会审核并全院发文执行。

## 二、自查情况

为规范落实制度的执行，2021年10月14日组织院领导及相关职能部门学习《高州市人民医院依法执业自查管理制度》并组织各负责科室根据依法执业自查管理工作计划认真落实依法执业自查管理工作，经自查汇总分析，共有347项细则项目，其中55项为“不适用”，292项合格，合格率100%，具体自查情况如下：

### （一）医疗机构监管

1、医院依法取得《医疗机构执业许可证》、《母婴保健技术服务执业许可证》、《放射诊疗许可证》等，并按规定进行悬挂公示。设立有血液透析室、体检科，已向上级主管部门进行备案，并在《医疗机构执业许可证-副本》进行登记。医疗机构按规定进行《医疗机构执业许可证》校验，执业登记项目改变按规定申请办理变更登记，有效期届满规范申请延续，将《医疗机构执业许可证》诊疗科目、诊疗时间和收费标准悬挂于明显处所。不存在伪造、涂改、出卖、转让、出借《医疗机构执业许可证》行为。

2、医疗机构按照核准登记的诊疗科目开展诊疗活动，无买卖、出借、转让，医疗机构的印章、牌匾以及医疗文书使用的名称与核准登记的医疗机构名称相同。

3、医院执行预算和成本管理、对外投资、负债、资金结余使用情况具有规范管理，有组织第三方审计机构对医院资金情况进行审查。医院执行物价局定价标准进行机构内部价格管理、医疗费用指标监测。

4、医疗机构规范执行患者知情同意，及时获得患者及家属的签字同意后进行治疗。入院记录、病程记录、查房记录在规定时间内完成，病历书写规范。抢救记录、常规会诊意见、手术记录、入院记录项目、住院病历记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查和治疗同意书、病危（重）通知书、长期医嘱单内容和临时医嘱单内容符合规定。门急诊病历采用电子病历保存，符合规定。处方、药物调剂管理、麻醉精神药品管理、抗菌药物管理、医疗毒性药品等均符合药事相关规定。规范取得预防接种机构资质、人员资质，疫苗储存、转运、使用、监控、信息公布等均按相关规范执行。

医院设立有预防保健科、疫情防控办公室，负责传染病防治有关的规章制度、疫情及医院感染暴发报告、疫情控制等工作，严格执行落实预检分诊制度、接诊转诊制度、消毒隔离、医疗废物、污水处理等规定，建立有相关应急处置预案，并组织演练。

医院对艾滋病、结核病、性病等重点传染病进行规范管理，对疑似、确诊病人按规定程序进行报告、检测、转

诊等，不存在隐瞒、谎报、缓报，不泄露患者隐私。

医院建立有经备案通过二级实验室的检验科，未开展艾滋病检测工作。检验科的制度建立、人员资质、样本采集、运输、实验活动、感染控制、实验档案均按要求落实。每年按要求参加医学检验能力验证/室间质评和室内质控工作，医学检验质量指标控制合格。

医院成立有医疗质量管理委员会，医疗质量管理专门部门，制定医院医疗质量管理制度，形成院科两级闭环管理的医疗质量管理体系。建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度，药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，要求强制报送重大医疗质量安全事件。每月对日间手术占择期手术比例、出院患者手术比例、手术患者并发症发生率、I类切口手术部位感染率、大型医用设备检查阳性率等医疗质量评价指标进行追踪评价。门诊满意度评价、住院患者满意度评价、医务人员满意度评价保持优秀。

## （二）医务人员监管

无使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作。医技人员有无出具影像、病理、超声、心电图等诊断性检查报告。不安排未取得医师资格的医学专业学生独立从事临床工作。无使用卫生技术人员从事本专业以外的诊疗活动。无使用未取得处方权的人员、被取消处方资格的医师开具

处方。施行手术、特殊检查或者特殊治疗时，按规定征得患者同意，并取得其家属或者关系人同意并签字。不存在未经医师(士)亲自诊查病人，出具疾病诊断书、健康证明书或死亡证明书等文件；不存在未经医师(士)、助产人员亲自接产，医疗机构出具出生证明或者死产报告书。对危重病人立即抢救，对限于设备或者技术条件不能诊治的病人，在不影响病人安危的情况下及时转诊。

### (三) 医疗技术监管

1、医院设立医疗技术临床应用管理委员会落实管理的主体责任，建立完善医疗技术临床应用管理制度(目录管理、手术分级、医师授权、质量控制、档案管理、动态评估等制度)，按照手术分级管理要求对医师进行手术授权并动态管理、建立健全医疗技术评估与管理档案制度。医务人员按照医疗机构授予的权限开展医疗技术。无开展临床应用安全性有效性存在重大问题的、存在重大伦理问题的、卫生健康行政部门明令禁止临床应用的医疗技术以及临床淘汰的医疗技术。

医院按规定开展限制临床应用医疗技术项目及人员均向上级主管部门备案，目前我院在广东省医政综合管理系统限制类技术备案共有 28 项限制类技术，已备案 407 人次。组织肿瘤深部热疗和全身热疗技术等 13 项技术、27 个相关科室在国家医疗质量管理与控制信息网进行限制类医

疗技术进行备案管理，并按照相关规范及时填报各项限制类技术应用数据。医院每季度定期要求各开展限制类技术科室、医师及时填报《科室限制类医疗技术动态评估查检表》、《个人限制类医疗技术动态评估查检表》，通过查检表对各限制类技术开展/上报例数、超适应症情况、临床应用效果、并发症情况、病历质量、治疗后随诊及管理情况、患者生存质量、医疗事故发生例数、开展环境因素评估情况进行定期跟踪评估，根据定期跟踪评估情况对相应人员手术操作权限进行动态调整，并给予改进建议。

## 2、母婴保健技术

医院依法取得《母婴保健技术服务执业许可证》。无出借、伪造、变造、买卖《母婴保健技术服务执业许可证》和《母婴保健技术考核合格证书》，《母婴保健技术服务执业许可证》在医院明显位置悬挂公示。从事母婴保健技术服务项目的人员经相应的卫生行政部门培训及合格证书。医院出具的《出生医学证明》为上级主管部门分发，并根据相关法规进行专项管理，内容有无造假。母婴工作场所、超声科、体检科等均设置禁止“两非”的醒目标志；建立真实、完整的终止妊娠药品购进记录，有为终止妊娠药品使用者建立完整档案，并按要求开展新生儿疾病筛查工作。

## 3、医疗美容管理

医院按规定取得核准医疗美容科—二级诊疗科目，开展医疗美容项目由登记机关指定的专业学会核准，并在登记机关备案，并对外公开已备案的医疗美容项目。

## （2）人员资质：

1. 从事医疗美容服务的主诊医师具有执业医师资格，经执业医师注册机关注册；具有从事相关临床学科工作经历。其中，负责实施美容外科项目的应具有 6 年以上从事美容外科或整形外科等相关专业临床工作经历；负责实施美容牙科项目的应具有 5 年以上从事美容牙科或口腔科专业临床工作经历；负责实施美容中医科和美容皮肤科项目的应分别具有 3 年以上从事中医专业和皮肤病专业临床工作经历；经过医疗美容专业培训或进修并合格，或已从事医疗美容临床工作 1 年以上。不具备主诊医师条件的执业医师只能在主诊医师的指导下开展医疗美容临床技术服务工作。医疗美容服务遵守医疗美容技术操作规程，使用的医用材料经有关部门批准。签署知情同意书，书面告知内容齐全。尊重就医者的隐私权，不存在未经就医者本人或监护人同意，向第三方披露就医者病情及病历资料情况。

## 4、干细胞临床研究与应用

医院成立干细胞与再生医学研究中心，建立有相关制度，但未开展临床研究工作，目前已向国家申请干细胞临床研究与应用资质。

## 5、放射诊疗技术

医院规范取得《放射诊疗许可证》，并核准登记相关放射诊疗项目，定期校验。目前开展有放射治疗、核医学、介入放射学、X射线影像诊断等技术。医院按照放射诊疗项目范围开展放射诊疗活动。

### (1) 人员资质

开展放射治疗工作的医师具有中级以上专业技术职务任职资格的放射肿瘤医师、医学影像学专业技术人员、大学本科以上学历或中级以上专业技术职务任职资格的医学物理人员；放射治疗技师和维修人员。

开展核医学工作的均具有中级以上专业技术职务任职资格的核医学医师；病理学、医学影像学专业技术人员；大学本科以上学历或中级以上专业技术职务任职资格的技术人员或核医学技师。

开展介入放射学工作的均具有大学本科以上学历或中级以上专业技术职务任职资格的放射影像医师；放射影像技师；相关内、外科的专业技术人员。

开展 X 射线影像诊断工作的均具有专业的放射影像医师。

### (2) 执业行为：

医院按规定组织上岗前、在岗期间和离岗时的职业健康检查，并将检查结果书面告知放射工作人员。上岗后的



放射工作人员定期进行职业健康检查，两次检查的时间间隔不超过2年。不存在安排未经上岗前职业健康检查的劳动者从事接触职业病危害的作业。不存在安排有职业禁忌的劳动者从事其所禁忌的作业。不存在安排未成年工从事接触职业病危害的作业。不存在安排孕期、哺乳期的女职工从事对本人和胎儿、婴儿有危害的作业。对在职业健康检查中发现有与所从事的职业相关的健康损害的劳动者，及时调离原工作岗位，并妥善安置。

医院对放射工作场所和放射性同位素的运输、贮存配置防护设备和报警装置，保证接触放射线的工作人员佩戴个人剂量计。放射工作人员均需接受个人剂量监测。医院按规定建立职业健康监护档案、个人剂量和教育培训档案。

放射治疗场所按标准设置多重安全联锁系统、剂量监测系统、影像监控、对讲装置和固定式剂量监测报警装置；配备放疗剂量仪、剂量扫描装置和个人剂量报警仪；设有专门的放射性同位素分装、注射、储存场所，放射性废物屏蔽设备和存放场所；配备活度计、放射性表面污染监测仪；配备工作人员防护用品和受检者个人防护用品。

放射诊疗工作人员对患者和受检者进行医疗照射时，遵守医疗照射正当化和放射防护最优化的原则，有明确的医疗目的，严格控制受照剂量；对邻近照射野的敏感器官

和组织进行屏蔽防护，并事先告知患者和受检者辐射对健康的影响。不将核素显像检查和 X 射线胸部检查列入对婴幼儿及少年儿童体检的常规检查项目；对育龄妇女腹部或骨盆进行核素显像检查或 X 射线检查前，问明是否怀孕；非特殊需要，对受孕后八至十五周的育龄妇女，不进行下腹部放射影像检查；尽量以胸部 X 射线摄影代替胸部荧光透视检查；实施放射性药物给药和 X 射线照射操作时，禁止非受检者进入操作现场；因患者病情需要其他人员陪检时，对陪检者采取防护措施。

医院的放射诊疗设备和检测仪表，新安装、维修或更换重要部件后的设备，经省级以上卫生行政部门资质认证的检测机构对其进行检测，合格后方可启用；医院定期进行稳定性检测、校正和维护保养，由省级以上卫生行政部门资质认证的检测机构每年至少进行一次状态检测；按照国家有关规定检验或者校准用于放射防护和质量控制的检测仪表；放射诊疗设备及其相关设备的技术指标和安全、防护性能，应当符合有关标准与要求。不合格或国家有关部门规定淘汰的放射诊疗设备不得购置、使用、转让和出租。

医院定期对工作场所进行职业病危害因素检测、评价。发现工作场所职业病危害因素不符合国家职业卫生标准和卫生要求时，立即采取相应治理措施，仍然达不到国

家职业卫生标准和卫生要求的，停止存在职业病危害因素的作业；职业病危害因素经治理后，符合国家职业卫生标准和卫生要求的，方可重新作业。

放射性同位素储存、保管、使用及废物处理符合相关规定，放射性同位素不得与易燃、易爆、腐蚀性物品同库储存；储存场所安装必要的报警装置。放射性同位素储存场所应当有专人负责，有完善的存入、领取、归还登记和检查的制度，做到交接严格，检查及时，账目清楚，账物相符，记录资料完整。开展核医学诊疗遵守相应的操作规范、规程，防止放射性同位素污染人体、设备、工作场所和环境；核医学诊疗产生的放射性固体废物、废液及患者的放射性排出物应当单独收集，与其他废物、废液分开存放，按照国家有关规定处理。

医院制定防范和处置放射事件的应急预案。发生事故时应当立即采取应急救援和控制措施，并及时报告所在地安全生产监督管理部门和有关部门。

#### （四）临床用血管理

医院输血科每年均有建立用血计划，并在一年内对计划实施情况进行评估和考核。医院用血均由茂名市血站统一提供。血液运输工具、装载、温度应符合要求，有可追溯的运输记录。医院核对验收运输条件、物理外观、血袋封闭及包装，血袋标签，符合国家有关标准和要求的血液

入库，并做好登记。血液按不同品种、血型和采血日期（或有效期），分别有序存放于专用储藏设施内。血液储存设施、储存温度及温度监控应符合要求。配血合格后，由医护人员到输血科取血；取、发血双方共同核对相关项目并签字；血液发出后不得退回；受供血者的血样保存于 2-6℃冰箱至少 7 天。输血治疗前应向患者或者其近亲属说明输血目的、方式和风险，并签署临床输血治疗知情同意书。非急救用血的备血应由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，并根据备血量不同执行三级审核制度。开展受血者输血前经血传播病原体标志物检测、血型复查、交叉配血、抗体筛查等输血相容性检测。输血前和输血时由两名医护人员进行核对。临床发现输血不良反应后，应积极救治患者，及时报告，并做好观察和记录。患者输血适应证的评估、输血过程和输血后疗效评价记入病历，并保证客观真实、完整、可追溯。输血治疗知情同意书、输血记录单随病历保存。

#### （五）精神卫生

医院按规定开设精神科门诊及心理治疗门诊，配备 4 名精神科医师。有满足开展精神障碍诊断、治疗需要的设施和设备。医院不存在拒绝为疑似精神障碍患者作出诊断治疗的情况。精神障碍的住院治疗实行自愿原则。严重精神障碍患者及时转诊至专科医院住院治疗。遵循精神障碍

诊断标准和治疗规范，尊重患者通讯和会见探访者权利。

#### （六）中医药服务

医院设立有一级临床科室-中医科，开展中医药执业活动按《医疗机构执业许可证》核准登记，有中医药诊疗科目，按照核准登记的项目开展诊疗活动。设立中医门诊3个。每床配备0.4名中医类别医师，病房每床建筑面积不少于40平方米。"

#### （七）其他

近年医院均为发生医疗事故，未发现涂改、伪造、隐匿、销毁或者抢夺病历资料情况。

医疗广告应当真实、合法，表现形式符合规定，有专职人员对发布的医疗信息进行审核，不存在含有虚假或者引人误解的内容。

#### （八）不适用细则如下：

序号	不适用项目	不适用说明
1	医疗机构开展戒毒医疗服务有无进行登记。	未开展戒毒医疗服务
2	医疗机构歇业、停业有无向原登记机关办理注销登记。	未出现歇业、停业情况
3	外国医师来华短期行医是否按要求注册并取得《外国医师短期行医许可证》。	未有外国医师在院执业
4	港澳台医师在内地短期行医是否在执业有效期内按照注册的执业地点、执业类别、执业范围从事相应的诊疗活动。港澳药剂师、港澳护士和其他港澳医疗专业技术人员来内地短期执业，是否由取得所在地设区的市级以上地方人民政府卫生行政部门或者中医药管理部门的批准。	未有港澳台在院执业
5	乡村医生是否取得乡村医生执业证书或《医师执业证书》。	未有乡村医生
6	乡村医生执业是否符合规定。	未有乡村医生

7	外国医师、港澳台医师在内地短期行医是否按照注册地点、类别、范围，并在注册的有效期内开展诊疗活动。	未有外国医师、港澳台医师在院执业
8	限制类技术临床应用规范化培训基地是否建立健全培训制度及流程，制定培训方案与计划等。	未申请限制类技术临床应用规范化培训基地
9	机构资质：人类辅助生殖技术是否经过卫生健康行政部门批准，人类辅助生殖技术服务有无在医疗机构执业许可证上登记，有无按期校验。	未开展人类辅助生殖技术
10	人员资质：机构设总负责人、临床负责人和实验室负责人，临床负责人与实验室负责人不得由同一人担任。生殖医学机构的在编专职技术人员不得少于 12 人，其中临床医师不得少于 6 人(包括男科执业医师 1 人)，实验室专业技术人员不得少于 3 人，护理人员不得少于 3 人。上述人员须接受国家卫生健康部门指定医疗机构进行生殖医学专业技术培训。	未开展人类辅助生殖技术
11	有无实施以治疗不育为目的的人卵胞浆移植及核移植技术。	未开展人类辅助生殖技术
12	有无以生殖为目的对人类配子、合子和胚胎进行基因操作。	未开展人类辅助生殖技术
13	有无实施近亲间的精子和卵子结合。	未开展人类辅助生殖技术
14	有无在患者不知情和不自愿的情况下，将配子、合子和胚胎转送他人或进行科学研究；有无实施胚胎赠送；有无买卖配子、合子、胚胎。	未开展人类辅助生殖技术
15	有无开展人类嵌合体胚胎试验研究。	未开展人类辅助生殖技术
16	有无在同一治疗周期中，配子和合子来自不同男性和不同女性。	未开展人类辅助生殖技术
17	有无给不符合国家人口和计划生育法规和条例规定的夫妇和单身妇女实施人类辅助生殖技术。	未开展人类辅助生殖技术
18	有无实施代孕技术。	未开展人类辅助生殖技术
19	有无使用不具有《人类精子库批准证书》机构提供的精子。	未开展人类辅助生殖技术
20	有无进行非医学需要的性别选择。	未开展人类辅助生殖技术
21	开展供精人工授精技术的机构实施人类辅助生殖技术时，有无索取精子检验合格证明。	未开展人类辅助生殖技术
22	有无建立健全技术档案管理制度；供精人工授精医疗行为方面的医疗技术档案和法律文书是否进行永久保存。	未开展人类辅助生殖技术
23	经指定技术评估机构检查技术质量是否合格。	未开展人类辅助生殖技术
24	精子的采集与提供的机构是否取得合法有效的《人类精子库批准证书》。	未开展人类辅助生殖技术

25	人类精子库项目有无在《医疗机构执业许可证》上登记。	未开展人类辅助生殖技术
26	人类精子库批准证书有无按期校验，检验结果是否合格。	未开展人类辅助生殖技术
27	人员资质：从事人工授精的医疗机构及人员是否符合《人类精子库基本标准和技术规范》。配备 1 名具有高级专业技术职称、从事生殖医学专业的执业医师；配备 1 名具有医学遗传学临床经验中级以上职称的技术人员；配备实验技师 2 名，要具备男科实验室操作技能并熟悉世界卫生组织精液分析标准程序、生物细胞冷冻保存有关的知识及冷冻保存技术，掌握传染病及各类感染特别是性病的检测及其它临床检验知识和技能；配备管理人员 1 名，具有计算机知识和操作技能并有一定管理能力。	未开展人类辅助生殖技术
28	人类精子库有无对供精者进行健康检查和严格筛选。	未开展人类辅助生殖技术
29	精子库向医疗机构提供的精子是否经检验和筛查合格。	未开展人类辅助生殖技术
30	精子库有无向未经批准开展人类辅助生殖技术的医疗机构提供精子。	未开展人类辅助生殖技术
31	有无建立供精者档案，或是采用计算机管理永久保存，供精者、受精者信息资料是否进行严格保密	未开展人类辅助生殖技术
32	是否经国家卫生健康委指定卫生技术评估机构技术质量监测和定期检查，检查结果是否合格。	未开展人类辅助生殖技术
33	机构资质：医疗机构从事人体器官移植，经国务院卫生主管部门审核同意后，向所在地省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门申请办理人体器官移植诊疗科目登记；并具备下列条件：	未获得人体器官移植资质
34	有与从事人体器官移植相适应的执业医师和其他医务人员；	未获得人体器官移植资质
35	有满足人体器官移植所需要的设备、设施；	未获得人体器官移植资质
36	有完善的人体器官移植质量监控等管理制度。	未获得人体器官移植资质
37	人员资质：持有《医师执业证书》，执业类别为临床，执业范围为外科或儿科（小儿外科方向），执业地点为三级医院，并获得省级卫生健康行政部门的认定。在人体器官移植医师培训基地完成培训，经培训基地或省级卫生健康行政部门委托的第三方考核合格后，获得省级卫生健康行政部门认定、取得相应人体器官移植医师执业资格并注册，能够独立开展相应人体器官移植手术的执业医师。	未获得人体器官移植资质
38	医疗机构执业行为：	未有医疗机构
39	人体器官移植技术临床应用与伦理委员会不同意获取人体器官的，医疗机构有无做出获取人体器官的决定，医务人员有无获取人体器官。	器官获取由 OPO 组织规范获取

40	医务人员获取活体器官前，有无经所在医疗机构的人体器官移植伦理委员会审查同意，或是人体器官移植伦理委员会未出具同意获取活体器官书面意见。	器官获取由 OPO 组织规范获取
41	医务人员获取活体器官前是否按要求履行查验、评估、说明、确认义务。	未获得人体器官移植资质
42	从事人体器官移植的医务人员是否对人体器官捐献人、接受人和申请人体器官移植手术的患者的个人资料保密。	未获得人体器官移植资质
43	获取尸体器官，有无按标准判定尸体器官捐献人死亡后进行。	器官获取由 OPO 组织规范获取
44	从事人体器官获取和移植的医务人员是否参与死亡判定。	器官获取由 OPO 组织规范获取
45	对获取器官完毕的尸体，有无进行符合伦理原则的医学处理，除用于移植的器官外，恢复尸体原貌。	器官获取由 OPO 组织规范获取
46	医疗机构开展干细胞临床研究项目有无经过国家卫生健康委与国家药品监督管理局备案。	未开展临床研究项目
47	项目执行过程中发现的受试者发生严重不良反应或不良事件、权益受到损害或其他违背伦理的情况，有无及时向机构学术、伦理委员会报告。机构有无根据学术、伦理委员会意见制订项目整改措施并认真解决存在的问题。	未开展临床研究项目
48	机构有无及时将临床研究中出现的严重不良反应、差错或事故及处理措施、整改情况等报告报国家和省级卫生健康委与药品监督管理局。	未开展临床研究项目
49	备案的研究项目有无按年度、按阶段向机构学术和伦理委员会提交研究进度报告、研究结果报告，经机构审核后报国家和省级卫生健康委与药品监督管理局。	未开展临床研究项目
50	研究结束后，有无对受试者进行长期随访监测，评价干细胞临床研究的长期安全性和有效性。	未开展临床研究项目
51	师承、确有专长人员经考核，取得中医医师资格，按执业范围执业。	中医医师资格均通过国家认定及考试取得，没有师承、确有专长人员取得中医医师
52	中医诊所超出备案范围开展医疗活动。	医院没有开设专门的中医诊所
53	中药饮片调剂与临方炮制管理符合要求。	未开展中药临方炮制活动
54	医疗机构中药制剂管理符合相关要求。	未有中药制剂
55	膏方服务符合有关要求。	未有膏方服务

高州市人民医院

2021 年 12 月 14 日