|  |
| --- |
| 医科診療所の管理に関する自主検査表  この検査表をご記入の上、ご返送ください。  なお、記入された内容につきまして、必要に応じて電話等でお尋ねする場合があります。  **（送付先）**北九州市保健所医務薬務課  　　　　　　　〒802-8560　北九州市小倉北区馬借一丁目７番１号　総合保健福祉センター４階　　　　　　　　　　TEL　５２２－８７２６　　FAX　５２２－８７７４  診療所名  　記入者名　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　記入日　令和　　年　　月　　日  （該当するものにチェック☑を入れてください。管理に不備のあったもので、直ちに改善したものは、「□改善済」にチェックを入れてください。また、必要に応じてご記入ください。未改善のものは今後、改善計画を立てて改善してください。） |

**１　医薬品、医療機器等の管理について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （１）医薬品を置いていますか  ＊置いている医薬品全てにチェックをお願いします | □ なし　→ 項目１-(５)へ | |
| □ 普通薬　□ 劇薬　□ 向精神薬  □ 毒薬　　□ 麻薬 | |
| （２）それぞれに適した方法で保管を行っていますか  　　　＊チラシ参照 | □ はい | □ いいえ（□改善済） |
| （３）医薬品の使用期限をチェックしていますか | □ はい | □ いいえ （□改善済） |
| （４）特定生物由来製品を投与した場合は、必要項目  を記載した管理簿を作成し、２０年間保存していますか  ＊管理簿の必要記載項目  ①製品名  ②製造番号又は製造記号  ③使用年月日  ④患者の氏名、住所（ＩＤ番号でも可） | □ はい | * いいえ （□改善済） * 特定生物由来製品なし |
| （５）医療用具等の清潔が保持されており、注射器（針）は医療従事者が常時管理できる場所又は施錠した場所で保管していますか | □ はい | □ いいえ （□改善済） |
| （６）処置室・倉庫等の酸素ボンベについて、転倒防止措置を講じていますか | □ はい | □ いいえ （□改善済）  □ 保有していない |

**２　従事者の健康管理について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （１）常勤職員に年１回の定期健康診断を行い、必要な法定項目をもれなく実施していますか  ＊労働安全衛生規則第４４条 | □ はい | □ いいえ（□改善済）  □ 該当者なし　→項目３へ |
| （２）常勤職員を新たに雇用した際は、雇用時の健康診断を行っていますか ＊労働安全衛生規則第４３条 | □ はい | □ いいえ（□改善済）  □ 該当者なし |
| （３）健康診断の結果に基づき、健康診断個人票を作  成し、５年間保存していますか  　 ＊労働安全衛生規則第５１条 | □ はい | □ いいえ（□改善済） |

**３　帳票・記録の管理について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （１）カルテには必要項目が記載されており、５年以上保管していますか（電子カルテ含む）  ＊必要記載項目  ①患者住所 ②氏名 ③性別 ④年齢(又は生年月日) ⑤病名 ⑥主要症状 ⑦治療方法 ⑧診療年月日 | □ はい | □ いいえ（□改善済） |

**４　院内掲示について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （１）次の項目を受付や待合室等の患者の目につきやすい場所に掲示していますか(院内掲示)  ①管理者氏名 ②他の従事医師名 ③診療日 ④診療時間 | □ はい | □ いいえ (□ 改善済) |

**５　感染性廃棄物の適正処理について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （１）感染性廃棄物について、収集運搬業者及び中間処理業者のそれぞれと契約を結び、契約書がありますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済) |
| （２）マニフェスト（紙）を発行日より５年間保管していますか。（電子マニフェスト除く） | □ はい | □ いいえ（□ 改善済) |
| （３）感染性廃棄物の収納容器にはバイオハザードマーク等を表示しており、注射針など鋭利な感染性廃棄物の収納容器は耐貫通性のもの（プラスチックケース等）を使用していますか  ＊バイオハザードマークを貼付するか、又は「感染性廃棄物」等と表記してください | □ はい | □ いいえ (□ 改善済) |

**６　消防・防災関係について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （１）消火器具を設置していますか | □ はい | □ いいえ（□ 改善済 ） |
| （２）避難経路が確保されていますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 ) |

**７　医療機能情報について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （１）福岡県への定期報告を毎年行っていますか  （ふくおか医療情報ネットの、最終更新日が最新の年月日になっていますか） | □ はい | □ いいえ（□ 改善済 ） |
| （２）患者に対して医療機能情報の閲覧体制が整備されていますか  例：ふくおか医療情報ネットの登録内容を出力、又は閲覧ができるパソコンを用意等 | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 ) |

**８　サイバーセキュリティ対策について**

|  |  |
| --- | --- |
| （１）同封のチェックリストのうち、該当する箇所が「〇」となるように対策をとってください  （同封資料参考） | □ 確認済み |

**９　医師の働き方改革について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （１）勤務医（管理者除く）で、時間外・休日労働が  月１００時間以上となる医師がいますか  （参考資料：同封の「医師の働き方改革」） | □ いいえ | □ はい |

**１０　医療の安全の確保について**

（１）医療に係る安全を確保するための措置について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①「医療安全管理指針」を策定していますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 ) |
| ② 従事者に対して、医療安全管理のための研修会を実施していますか | * はい | □ いいえ (□ 改善済 )  □ 非該当（管理者のみ）  →項目１０-(２)へ |
| ③ 上記、研修の実施内容について記録していますか | * はい | □ いいえ (□ 改善済 ) |

（２）院内感染対策の体制確保について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①「院内感染対策のための指針」を策定していますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 ) |
| ② 従事者に対して、院内感染対策のための研修を実施していますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 )  □ 非該当（管理者のみ）  →項目１０-(２)④へ |
| ③ 上記、研修の実施内容について記録していますか | * はい | □ いいえ (□ 改善済 ) |
| ④ マニュアルを整備していますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 ) |

（３）医薬品の安全管理体制について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① 医薬品安全管理責任者を配置していますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 )  □ 医薬品なし  →項目１０-(４)へ |
| ② 従業者に対し、医薬品の安全使用のための研修を必要に応じて実施していますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 )  □ 非該当（管理者のみ） |
| ③ 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書を作成していますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 ) |

（４）医療機器の保守点検・安全使用に関する体制について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① 医療機器がありますか | □ はい | □ いいえ →項目１０-(５)へ |
| ② 医療機器安全管理責任者を配置していますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 ) |
| ③ 使用した経験のない新しい医療機器を導入する場合に、使用予定者に対して研修を行っていますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 )  □ 非該当（管理者のみ）  □ 非該当 (新しい機器なし)  →項目１０-(４)⑤へ |
| ④ 上記、研修の実施内容について記録していますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 ) |
| ⑤ 医療機器の保守点検が必要と考えられる医療機器について、保守点検の計画を策定していますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 ) |
| ⑥ 保守点検の計画に基づき医療機器の保守点検を実施していますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 ) |

（５）診療用放射線に係る安全管理体制について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① 診療用エックス線装置がありますか | □ はい | □ いいえ  →　７ページの  「従事者数記入票」へ |
| ② 医療放射線安全管理責任者を配置していますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 ) |
| ③ 診療用放射線に係る安全利用のための指針を策定し  ていますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 ) |
| ④ 放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の安全利用のための研修を行っていますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 )  □ 非該当（管理者のみ）  →項目１０-(５)⑥へ |
| ⑤ 上記、研修の実施内容について記録していますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 ) |
| ⑥ 管理・記録対象医療機器(全身用ＣＴ装置)がありますか | □ はい | □ いいえ　→項目１１へ |
| ⑦ 上記、機器について、患者の医療被ばく線量管理及び線量記録を行っていますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済 ) |

１１　**診療用エックス線装置等について**

（１）エックス線装置について

|  |  |
| --- | --- |
| ① エックス線装置は何台お持ちですか | 院内設置：　　　台　往診用：　　　台 |

（２）照射の記録及び照射録について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① 医師または歯科医師がエックス線撮影や透視を行った場合に、照射の記録を残していますか  （検査患者一覧表やエックス線装置、電子カルテに記録されているデータでも可） | □ はい | □ いいえ（□改善済） |
| ② 診療放射線技師が人体に対してエックス線を照射  したときは照射録を作成し、医師又は歯科医師の署名を受けていますか | □ はい | □ いいえ（□　改善済）  □ 診療放射線技師がいない |

（３）エックス線診療室について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① エックス線診療室に以下の標識等を掲示していま  すか  ・「エックス線診療室」である旨の標識  ・ 患者用注意事項  ・ 従事者用注意事項  ・「管理区域」である旨の標識  ・ 出入口に「使用中」である旨の表示 | □ はい | □ いいえ（□ 改善済み） |
| ② エックス線診療室内にエックス線診療に関係しな  い機器、物品等を置いていませんか | □ はい | □ 置いている（□ 改善済） |

（４）管理区域境界の測定等について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① エックス線管理区域の境界において、６ヶ月を超えな  い期間ごとに１回、エックス線量を測定していますか | □ はい | □ いいえ（□ 改善済） |
| ② 上記測定の結果を記録し５年間保存していますか | □ はい | □ いいえ |

（５）従事者等被ばく防止について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① 放射線業務に従事し管理区域内に立ち入る従事者に  ついて、個人被ばくの測定を行っていますか  （ガラスバッジやルミネスバッジ等） | □ はい | □ いいえ (□ 改善済) |
| ② 上記測定の結果の記録を保存していますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済) |
| ③ 放射線防護衣(プロテクター)を準備していますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済) |

（６）撮影後（一般撮影・ＣＴ等）の画像データ等について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① フィルムや電子媒体で保管していますか | □ はい | □ いいえ（□ 改善済 ） |

（７）ＭＲＩ検査について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① ＭＲＩ装置をお持ちですか | □ はい | □ いいえ  →　７ページの  「従事者数記入票」へ |
| ② 患者に対して磁性体の有無に関する問診等を行っ  ていますか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済) |
| ③ 撮像前の患者に対して金属探知機を使用していま  すか | □ はい | □ いいえ (□ 改善済) |

従　事　者　数　記　入　票

診療所名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職種 | | 常勤 | 非常勤 |
| 総従事者数 | |  |  |
| （内訳） | 医師 |  |  |
| 薬剤師 |  |  |
| 看護師 |  |  |
| 准看護師 |  |  |
| 看護補助者 |  |  |
| 診療放射線技師 |  |  |
| 理学療法士 |  |  |
| 作業療法士 |  |  |
| 臨床検査技師 |  |  |
| 視能訓練士 |  |  |
| 言語聴覚士 |  |  |
| 事務・受付 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　　　　※表記のない職種の方があれば、空欄に記入してください。

**アンケート**（回答は任意です）：今後の診療所等立入検査の参考にさせていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| ① 次回の立入検査で、選べるとしたらどの形式を希望しますか。 | □ 書面による自主検査  □ インターネットによる自主検査  □ 職員が伺う実地検査 |
| ② 立入検査についての要望、意見、問合せ等がございましたら、ご記入ください。 |  |