|  |
| --- |
| 助産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  助産所名  　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-(４)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）医療用具等の清潔が保持されていますか | □ はい | □ いいえ （□改善済） |
| （５）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）  □ 置いていない |
| （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）助産録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妊産婦住所、氏名、年齢及び職業  ②分べん回数及び生死産別  ③妊産婦の既往疾患の有無及びその経過  ④今回妊婦の経過、所見及び保健指導の要領  ⑤妊娠中医師による健康診断受診の有無  ⑥分べんの場所及び年月日時分  ⑦分べんの経過及び処置  ⑧分べん異常の有無、経過及び処置  ⑨児の数及び性別、生死別  ⑩児及び胎児附属物の所見  ⑪産じょくの経過及びじょく婦、新生児の保健指導の要領  ⑫産後の医師による健康診断の有無 | □ はい | □ いいえ（□改善済）  □ 非該当（分べんなし） |

**４　院内掲示について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （１）次の項目を助産所内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業務に従事する助産師氏名  ③助産師の就業の日時  ④嘱託医師の氏名（分べんを取り扱う場合） | □ 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）感染性廃棄物はでますか  ＊ 感染性廃棄物とは、血液・体液付着物（使用済み注射針、処置後のガーゼ等）や感染症で汚染されたもの（ＭＲＳＡ患者（発症者）のオムツ等）を言います | □ はい | □ いいえ→項目６へ |
| （２）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  □ 併設の医療機関等に  持ち込み  □ 施設内で滅菌処理  　 (オートクレーブ等)  　　　　　→項目５－(４)へ |
| （３）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) |
| （４）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９－(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９－(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９-(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（ＡＥＤ・心電図等）がありますか | □ はい | □いいえ  →　５ページの  「従事者数記入票」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９-(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 ) |

従　事　者　数　記　入　票

助産所名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職種 | | 常勤 | 非常勤 |
| 総従事者数 | |  |  |
| （内訳） | 助産師 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　　　　※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。 |  |

１１１