

無床診療所 自主点検表

H29.4.24改訂

無床診療所の自主管理のためのチェック表です。よりよい医療提供体制を確立するために、毎年1回以上の点検をお願いします。判定欄には「○、△、×」等記入し、「△」、「×」判定の項目については、所要の改善を図ってください。青太字の部分は、該当する場合のみ確認してください。

なお、自主点検表の提出は不要です。

※ご不明な点や、改善に向けての方策が知りたい等ありましたら、ご連絡ください。

連絡先：群馬県健康福祉部 監査指導課 監査指導第一係
電話：027-226-2553(直通)

診療所名：

点検年月日：

職名及び
点検者名：

調査項目	調査の視点	判定
1. 医療従事者		
1 必要数	常勤医師が3人以上いる場合、専属(常勤)の薬剤師を置いていますか。	
2 雇用・勤務状況	従事者の資格を、免許証等により確認していますか。	
	出勤簿、タイムカード等により、勤怠管理を適切に実施していますか。	
	従事者に対して、雇用条件を書面により明示し、交付していますか。	
3 職員の健康管理	従業者を雇い入れる際は、雇入の直前または直後に健康診断を実施していますか。	
	従業者に対し、1年以内ごとに1回、定期的に健康診断を実施していますか。	
	夜勤従事者、放射線関係従事者に対する健康診断は、6か月以内ごとに1回、定期に実施していますか。	
	放射線関係従事者に対し、6か月以内ごとに1回、定期的に、電離放射線障害防止規則第56条に基づく健康診断(被ばく歴の有無、白血球・赤血球数の検査等)を実施していますか。 (※上の項目(一般健康診断)とは別に実施が必要です。)	

調査項目	調査の視点	判定	
2. 管理			
1	診療録に以下の内容を記入し、5年間保存していますか。 (※医師が複数いる場合は署名することが望ましい。) <input type="checkbox"/> / 診療を受けた者の住所、氏名、性別、年齢 <input type="checkbox"/> / 病名及び主要症状 <input type="checkbox"/> / 治療方法(処方及び処置) <input type="checkbox"/> / 診療の年月日		
病棟諸設備の清潔保持			
2	診察室	ベッド、マットレス等の寝具類や室内の清潔整頓を保っていますか。	
	処置室、手術室	医療用具等が清潔を保つように十分手入れするとともに、室内の清潔整頓を保っていますか。	
	調剤所	採光・換気が十分であり、清潔を保っていますか。	
	損壊箇所	損壊箇所はありませんか(壁や床のはがれ、階段手すりの破損、雨漏り等)。	
	障害物の放置	非常口、防火扉、避難階段に障害物を放置していませんか(車いす、ストレッチャーが通行できますか。)	
	手すり	患者の手すりの使用を妨げるような障害物を置いていませんか。	
	廃棄物等の放置	感染性廃棄物、使用済みネン等を、患者の目に付きやすい場所に放置していませんか。	
3	救急診療所 (救急告示・協力診療所のみ) 患者の搬入は容易ですか。また、担架等は備えてありますか。		

調査項目	調査の視点	判定
3. 医薬品の取扱い		
1 処方せん	<p>医師は、処方せんに以下の内容を記入し、記名押印または署名していますか。 (※医師が調剤する(院内処方)場合、診療録の記載をもって処方せんとできます。)</p> <p><input type="checkbox"/>/患者の氏名、年齢 <input type="checkbox"/>/薬名 <input type="checkbox"/>/分量 <input type="checkbox"/>/用法、用量 <input type="checkbox"/>/発行年月日 <input type="checkbox"/>/使用期間 <input type="checkbox"/>/診療所の名称、所在地</p> <p>薬剤師が調剤する場合、薬剤師は、処方せんに調剤済みの旨および調剤年月日を記入し、記名押印または署名していますか。また、処方せんの疑問点を医師に確認した後に調剤していますか。</p>	
2 毒劇薬の管理	<p>毒薬・劇薬は、他の医薬品と区別して保管していますか。</p> <p>毒薬の保管場所は施錠していますか。</p>	
3 麻薬の管理	<p>麻薬以外の医薬品と一緒に保管していませんか(向精神薬も不可)。</p> <p>容易に移動できない堅固な設備(壁や床に固定された金庫等)に施錠保管していますか。</p> <p>麻薬と一緒に、現金および書類等(麻薬帳簿を含む)を保管していませんか。</p> <p>麻薬帳簿を備え、2年間保存していますか。</p>	
4 向精神薬の管理	<p>向精神薬の保管場所もしくは部屋全体を施錠していますか。</p> <p>第一種、第二種向精神薬は、受入の記録を2年間保存していますか。</p>	
5 血液製剤の管理	<p>血液製剤を使用する際は、適切な説明を行い、患者の同意を得ていますか。</p> <p>以下の内容を網羅した記録を作成し、20年間保存していますか。</p> <p><input type="checkbox"/>/使用対象者の氏名、住所 <input type="checkbox"/>/製品の名称 <input type="checkbox"/>/製造番号(ロット番号) <input type="checkbox"/>/使用年月日</p>	
6 医薬品用冷蔵庫	<p>要冷所保存の医薬品は適正に管理していますか。また、薬局・ナースステーション等の冷蔵庫内に、医薬品と食品と一緒に保管していませんか。</p>	
7 使用期限	<p>医薬品の使用期限を定期的に確認し、使用期限が切れた医薬品は速やかに廃棄していますか。</p>	

調査項目	調査の視点	判定
4. 放射線の管理		
1	診療放射線装置の届出 診療用엑스線装置を設置、変更、廃止した際は、届け出ていますか。	
2	管理区域 管理区域である旨の標識を付け、従事者以外の者の立ち入りを制限する措置を取っていますか。	
3	엑스線診療室 엑스線診療室である旨の標識がありますか。	
4	注意事項の掲示 目につきやすい場所に、放射線障害の防止に必要な注意事項を掲示していますか。	
5	使用中の表示 出入口の使用ランプは正常に点灯しますか(電球切れに注意)。	
6	漏えい線量の測定 엑스線室等は、6か月を超えない期間ごとに1回放射線量を測定し、測定結果を5年間保存していますか。	
7	従事者の被ばく防止の措置 放射線診療従事者に対して、放射線測定器(ガラスバッチ、フィルムバッチ等)を用いて被ばく線量を測定し、線量が限度を超えないように管理していますか。	
8	照射録 診療放射線技師が放射線を人体に対して照射したときは、遅滞なく照射録を作成し、その照射について指示をした医師または歯科医師の署名を受けていますか。	
	照射録の記載事項は以下の内容を網羅していますか。 <input type="checkbox"/> /照射を受けた者の氏名、性別、年齢 <input type="checkbox"/> /照射の年月日 <input type="checkbox"/> /照射の方法 <input type="checkbox"/> /指示を受けた医師または歯科医師の氏名、指示の内容	
9	移動型엑스線装置の保管 移動型엑스線装置は鍵のかかる場所に保管し、装置のキースイッチを適切に管理していますか。	
5. 個人情報の取扱い		
1	利用目的の公表 個人情報の利用目的を特定し、院内掲示等により公表していますか。	
2	安全管理措置 個人情報保護に関する院内規程を整備していますか。	
	個人情報保護の推進を図るための委員会または管理者・監督者等を設置していますか。	
	個人情報(カルテ、パソコン等)の盗難・紛失等を防止するための措置を取っていますか。	
3	従業者への監督 職員に対し、離職後も含めた守秘義務を明示していますか(誓約書、就業規則、雇用契約書等による。)	
4	開示 個人情報の開示手続を定めていますか。	

調査項目	調査の視点	判定
6. 廃棄物の処理		
1	管理責任者の設置 特別管理産業廃棄物管理責任者を設置し、管轄の県環境森林事務所へ設置報告書を提出していますか。 (※感染性廃棄物が排出される場合、設置が義務づけられています。詳細は、群馬県のホームページ内「産業廃棄物情報」をご覧ください。)	
2	業務委託 (運搬・処分を業者に委託する場合) 収集運搬業者および処分業者と、それぞれ書面により委託契約を締結していますか。 感染性廃棄物が最終処分まで適正に処理されたことを、受託者から返送されるマニフェストの写しにより確認し、5年間保存していますか。 (※電子マニフェストを導入している場合は、保存の義務はありません。)	
3	感染性廃棄物の取扱い 感染性廃棄物と他の廃棄物との分別は徹底されていますか。 感染性廃棄物は飛散・流出防止のため、移し替えを行わず、直接容器に捨てていますか。 針刺し事故防止のため、注射器のリキャップはしていませんか。 清潔区域に感染性廃棄物の容器等を置いていませんか。	
7. 防火・防災体制		
1	防火管理者および消防計画 (診療所の収容人数※が30人以上の場合) 防火管理者を定めて消防署に届け出ていますか。 消防計画を作成し消防署に届け出ていますか。 消火及び避難訓練を、年2回以上実施していますか。 (内1回は夜間に実施又は夜間想定で実施することが望ましいとされています。)	
※診療所の収容人員は、「 従事者数+病床数+待合室の面積÷3㎡ 」で計算し、30人以上の場合は、防火管理者の選任、消防計画の作成、訓練の実施等が義務づけられています。		
2	消防用設備の点検 消火設備、警報設備、避難設備を整備し、定期的に点検していますか。	
3	危害防止対策 医療機器等の電源プラグの点検管理を行っていますか。	
4	土砂災害対策 診療所が土砂災害警戒区域等に立地している場合、情報収集、通報連絡、避難誘導のための体制を確立していますか。 (※該当区域については、群馬県のホームページ内「ぐんまの砂防」をご覧ください。)	
8. 医療法の手続・広告		
1	医療法の変更手続 医療法の届出事項・許可事項を変更したときは、変更手続をしていますか。	
2	院内掲示 入口、受付又は待合所付近の見やすい場所に次の事項を掲示していますか。 <input type="checkbox"/> /管理者の氏名 <input type="checkbox"/> /診療に従事する医師の氏名 <input type="checkbox"/> /医師の診療日・診療時間	
3	広告 医療法第6条の5第1項各号に掲げる事項以外を広告していませんか。 虚偽の内容を広告していませんか。 広告の内容及び方法が、次の基準に違反していませんか。 <input type="checkbox"/> /提供する医療の内容が他と比較して優良である旨を広告してはならない <input type="checkbox"/> /提供する医療の内容に関して誇大な広告をしてはならない <input type="checkbox"/> /客観的事実を証明できない内容の広告をしてはならない <input type="checkbox"/> /公序良俗に反する内容の広告をしてはならない	

調査項目	調査の視点	判定
9. 安全管理の状況		
(1) 医療安全管理のための体制		
1	医療安全管理指針 医療安全管理指針は作成していますか。	
2	職員研修の実施 医療安全管理のための職員研修を、年2回程度実施していますか。	
3	事故報告 事故報告、ヒヤリハット報告は適切になされていますか。	
4	<p>診療所の管理者は、医療事故調査・支援センター（一般社団法人日本医療安全機構）への医療事故調査制度の報告を適切に行うため、当該診療所における死亡及び死産事例が発生したことが診療所の管理者に速やかに報告される体制を確保していますか。</p> <p>医療事故による死亡事例が発生した場合、医療法に沿った、以下①～⑤の手続きを行っていますか。</p> <p>①診療所において死亡事例が発生した場合、「医療事故」に該当するかどうか診療所の管理者が当該医療事故に関わった医療従事者等から十分事情を聴取した上で判断を行い、該当すると判断した場合は、遅滞なく、次の事項を医療事故調査・支援センターに報告していますか。</p> <p>[当制度の対象となる「医療事故」] 当該病院等に勤務する医療従事者が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、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの</p> <p>[センターへの報告事項] <input type="checkbox"/> 医療事故が発生した日時/場所/診療科 <input type="checkbox"/> 医療事故の状況 <input type="checkbox"/> 医療機関名/所在地/管理者の氏名/及び連絡先 <input type="checkbox"/> 患者情報(性別/年齢その他の情報) <input type="checkbox"/> 調査計画と今後の予定 <input type="checkbox"/> 上記のほか、当該医療事故に関し管理者が必要と認めた情報</p> <p>②診療所の管理者は、①の報告をするに当たっては、あらかじめ、医療事故に係る死亡した者の遺族に対し、次の事項を説明していますか。ただし、遺族がないとき、又は遺族の所在が不明であるときは、この限りではありません。</p> <p> <input type="checkbox"/> 医療事故が発生した日時/場所/診療科 <input type="checkbox"/> 医療事故の状況 <input type="checkbox"/> 医療事故調査に関する制度の概要 <input type="checkbox"/> 院内事故調査の実施計画 <input type="checkbox"/> 解剖又は死亡時画像診断(Ai)が必要な場合の解剖又は死亡時画像診断(Ai)の具体的実施内容などの同意取得のための事項 <input type="checkbox"/> 血液等の検体保存が必要な場合の説明</p> <p>③診療所の管理者は、医療事故が発生した場合には、速やかにその原因を明らかにするために必要な調査(「医療事故調査」)を行っていますか。 診療所の管理者は、医療事故調査を行うにあたっては、以下の調査に関する事項について、当該医療事故調査を適切に行うために必要な範囲内で選択し、それらの事項に関し、当該医療事故の原因を明らかにするために、情報の収集及び整理を行っていますか。</p> <p> <input type="checkbox"/> 診療録その他の診療に関する記録の確認 <input type="checkbox"/> 当該医療事故に係る医療を提供した医療従事者からの事情の聴取 <input type="checkbox"/> 医療従事者以外の関係者からの事情の聴取 <input type="checkbox"/> 当該医療事故に係る死亡した者又は死産した胎児の解剖 <input type="checkbox"/> 当該医療事故に係る死亡した者又は死産した胎児の死亡時画像診断 <input type="checkbox"/> 当該医療事故に係る医療の提供に使用された医薬品、医療機器、設備その他の物の確認 <input type="checkbox"/> 当該医療事故に係る死亡した者又は死産した胎児に関する血液又は尿その他の物についての検査</p>	

調査項目		調査の視点	判定
4	医療事故調査制度	<p>④診療所の管理者は、医療事故調査を終了したときは、遅滞なく、その結果を医療事故調査・支援センターに報告していますか。 報告書には、次に掲げる事項を記載し、当該医療事故に係る医療従事者等の識別(他の情報との照合による識別を含む。)ができないよう加工した報告書を提出していますか。</p> <p><input type="checkbox"/>当該医療事故が発生した日時/場所/診療科 <input type="checkbox"/>医療機関名/所在地/管理者の氏名/連絡先 <input type="checkbox"/>患者情報(性別/年齢その他の情報) <input type="checkbox"/>医療事故調査の項目、手法及び結果</p>	
		<p>⑤診療所の管理者は、④の報告をするに当たっては、あらかじめ、遺族に対し、④の事項を説明していますか。ただし、遺族がないとき、又は遺族の所在が不明であるときは、この限りではありません。</p>	
(2) 院内感染対策のための体制			
1	院内感染対策指針	院内感染対策指針は作成していますか。	
2	職員研修の実施	院内感染対策のための研修を、年2回程度実施していますか。	
3	感染症の発生状況の把握	院内における感染症の発生状況を常に把握していますか。	
(3) 医薬品安全管理のための体制			
1	医薬品安全管理責任者	医薬品安全管理責任者を配置していますか。	
2	職員研修の実施	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。	
3	医薬品業務手順書	医薬品業務手順書は作成していますか。	
		従業員の業務が手順書に基づき行われているか、定期的に確認し、確認内容を記録していますか。	
4	情報収集	医薬品の安全使用のために必要となる未承認等の医薬品の使用の情報その他の情報を収集していますか。	
(4) 医療機器安全管理のための体制 ※診療に使用する全ての医療機器が対象です。			
1	医療機器安全管理責任者	医療機器安全管理責任者を配置していますか。	
2	職員研修の実施	新しい医療機器を導入した際は、職員研修を実施していますか。	
3	保守点検計画	医療機器の保守点検計画を策定し、保守点検実施状況を記録していますか。	
4	情報収集	医療機器の安全使用のために必要となる未承認等の医療機器の使用の情報その他の情報を収集していますか。	