

無床診療所における自主点検チェックリスト

チェックリストの使用方法は、「できている」なら1に○、「あまりできてない」なら2に○、「できてない」なら3に○、「助言や支援を求める」なら4に○、「該当なし」なら5に○を記入し、「できている」判定した○の数を分野ごとに算出します。

※ なお、各法令に定められている項目には”☆”を記しています。

医療機関名：

点検日：

年

月

日

■医療の安全管理のための体制の確保		判定					
		できている	あまりできてない	できてない	助言や支援を求める	該当なし	
点検項目							
・医療に係る安全管理のための指針について							
1	☆ 次の事項を文書化した指針(医療安全管理マニュアル)を作成している。	1		3	4		
	①安全管理に関する基本的な考え方 ②医療に係る安全管理のための院内の組織に関する基本的事項(責任者の配置でも可) ③医療に係る安全管理のための従業者に対する研修に関する基本方針 ④院内における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に関する基本方針 ⑤医療事故等発生時の対応に関する基本方針(管理者に報告すべき事例の範囲、報告手順を含む。) ⑥医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針(患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針を含む。) ⑦患者からの相談への対応に関する基本方針 ⑧その他医療安全の推進のために必要な基本方針						
2	☆ 当該指針を従業者に周知し、個々の従業者の安全に対する意識を高めている。	1	2	3	4	5	
・医療に係る安全管理のための職員研修について							
3	☆ 院内全体に共通する安全管理に関する内容について、研修を年2回程度定期的で開催している。又は外部の研修を年2回程度受講している。	1		3	4	5	
4	☆ 研修を介して、医療に係る安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を行っている。	1	2	3	4	5	
5	☆ 研修は、個々の職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上を図る内容となっている。	1	2	3	4	5	
6	☆ 研修の実施内容(開催又は受講日時、出席者、研修項目等)については記録している。	1		3	4	5	
・医療事故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について							
7	☆ 医療事故及びインシデント(ヒヤリ・ハット)事例の報告制度が導入されており、報告ルートが明確化され、事例発生後速やかになされている。	1	2	3	4	5	
8	☆ 報告すべき医療事故・インシデント(ヒヤリ・ハット)事例の内容や書式を定めている。	1		3	4	5	
9	インシデント(ヒヤリ・ハット)事例などで当事者の懲罰を前提としない等、報告しやすい環境がつけられている。	1	2	3	4	5	
10	☆ 重大な事故が発生した場合、速やかに管理者に報告が伝わる体制が整っている。	1		3	4	5	
11	☆ 事故の場合にあっての報告は、診療録や看護記録等に基づき作成することとしている。	1		3	4	5	
・医療事故発生時の対応について							
12	☆ 医療事故が起こったときに適切な緊急処置をとる体制が準備されている。また、報告と指示が円滑に行われる連絡体制が組まれている。	1	2	3	4	5	
13	自ら対処できない場合、転送先が確保されている。	1	2	3	4	5	
集 計		できている○の数					/13

■院内感染対策のための体制の確保		判定				
点検項目		できている	あまりできていない	できていない	助言や支援を求め	該当なし
・院内感染対策のための指針について						
14	☆ 次の事項を文書化した指針を作成している。 ①院内感染対策に関する基本的な考え方 ②院内感染対策のための院内の組織に関する基本的事項(責任者の配置でも可) ③院内感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針 ④感染症の発生状況の報告に関する基本方針 ⑤院内感染発生時の対応に関する基本方針 ⑥患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ⑦その他院内感染対策の推進のために必要な基本方針	1		3	4	
15	☆ 当該指針に従業者に周知し、個々の従業者の院内感染に対する意識を高めている。	1	2	3	4	5
・従業者に対する院内感染対策のための研修について						
16	☆ 院内全体に共通する院内感染に関する内容について、職種横断的な参加の下に研修を年2回程度定期的に開催している。又は外部の研修を年2回程度受講している。	1		3	4	5
17	☆ 研修を介して、院内感染対策のための基本的考え方及び具体的方策について従業者に周知徹底を行っている。	1	2	3	4	5
18	☆ 研修は、個々の従業者の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能やチームの一員としての意識の向上を図る内容となっている。	1	2	3	4	5
19	☆ 研修の実施内容(開催又は受講日時、出席者、研修項目等)については記録している。	1		3	4	5
・院内感染発生時の通報体制について						
20	☆ 感染症を診断したとき(全数把握疾病)は、感染症法に従って保健所に届け出ている。	1		3	4	5
21	☆ 院内感染が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに従業者への周知を図っている。	1	2	3	4	5
集 計		できている○の数 /8				
■標準予防の具体的手法(日常で実施)		判定				
点検項目		できている	あまりできていない	できていない	助言や支援を求め	該当なし
22	処置の前後で手洗いをしている。(一処置一手洗の励行)	1	2	3	4	5
23	手指はペーパータオル又は温風でよく乾燥させている。(共用タオルは不適)	1	2	3	4	5
集 計		できている○の数 /2				
■医薬品に係る安全管理のための体制の確保		判定				
点検項目		できている	あまりできていない	できていない	助言や支援を求め	該当なし
・医薬品の安全使用のための責任者について						
24	☆ 「医薬品安全管理責任者」を配置している。(管理者との兼務も可)	1		3	4	5
25	☆ 医薬品に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師又は歯科衛生士(主として歯科医業を行う診療所に限る。)のいずれかの資格を有している。	1		3	4	5
26	☆ 管理者の指示の下に、次の業務を行うこととしている。 ①従事者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施 ②医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び医薬品業務手順書に基づく業務の実施(従業者に業務の実施を徹底させるための措置を含む。) ③医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策の実施	1		3	4	5
27	☆ 医薬品安全管理責任者は、上記③で得られた情報のうち必要なものは医薬品を取り扱う従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っている。	1	2	3	4	5

点検項目		できて いる	あまり できて ない	できて ない	助言や 支援を 求める	該当 なし
・従事者に対する医薬品の安全使用のための研修について						
28	☆ 研修の内容については、次の事項を中心に必要に応じて行うこととしている。(他の医療安全に係る研修と併せて実施しても可) ①医薬品の有効性・安全性に関する情報、使用方法に関する事項 ②医薬品の安全使用のための業務に関する手順書に関する事項 ③医薬品による副作用等が発生した場合の対応(施設内での報告、行政機関への報告等)に関する事項	1		3	4	5
・医薬品の安全使用のための業務に関する手順書について						
29	☆ 「医薬品業務手順書」は、医薬品の取扱いに係る業務の手順を文書化したもので、施設の規模や特徴に応じて、次の事項を含む内容となっている。 ①医薬品の採用・購入に関する事項 ②医薬品の管理に関する事項(医薬品の保管場所、管理方法など) ③患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項(患者情報の収集、処方せんの記載方法、調剤方法、処方せんや調剤薬の監査方法など) ④患者に対する与薬や服薬指導に関する事項 ⑤医薬品の安全使用に係る情報の取扱い(収集、提供等)に関する事項 ⑥他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項	1		3	4	5
・医薬品業務手順書に基づく業務について						
30	☆ 医薬品安全管理責任者は、従業者の業務がこの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る。	1		3	4	5
・医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策について						
31	☆ 医薬品安全管理者は、医薬品の添付文書の情報のほか、医薬品製造販売業者、行政機関、学術誌等からの情報を広く収集し、管理するとともに、得られた情報のうち必要なものは当該情報に係る医薬品を取り扱う従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図ること。また情報収集等に当たっては、医薬品医療機器等法に留意すること。	1	2	3	4	5
・薬剤の管理、配薬、投与について						
32	☆ 処方せんを患者に交付する時は、以下の必要事項を記載している。 ①患者の氏名・年齢(又は生年月日) ②薬名、分量、用法、用量 ③発行の年月日 ④使用期間 ⑤診療所の名称及び所在地 ⑥医師の記名押印又は署名	1		3	4	5
33	☆ 麻薬を記載した処方せんを交付する時は、以下の必要事項を記載している。 (院内調剤の場合は、⑤～⑦は記載する必要はない。) ①患者の氏名、年齢(又は生年月日) ②麻薬の品名、分量、用法、用量、(投薬日数を含む。) ③麻薬施用者の氏名、免許番号、記名押印又は署名 ④発行の年月日 ⑤患者の住所 ⑥処方せんの使用期間(有効期間) ⑦麻薬診療施設の名称及び所在地	1		3	4	5
34	☆ 薬剤を患者に交付する時は、その容器又は被包に以下の事項を記載している。 (⑤⑥は薬剤師が調剤した場合。) ①患者の氏名 ②診療所の名称及び所在地 ③用法、用量 ④交付年月日 ⑤調剤年月日 ⑥調剤した薬剤師の氏名	1		3	4	5
35	☆ 毒薬及び劇薬を他の薬剤と区別し、毒薬は鍵のかかる保管庫で、毒物・劇物は鍵のかかる専用の保管庫で保管している。	1		3	4	5
36	☆ 容器等に毒薬は黒地に白枠、白字をもってその品名及び「毒」の文字の記載、劇薬については、白地に赤枠、赤字をもってその品名及び「劇」の文字を記載している。	1		3	4	5
37	☆ 麻薬は、専用の金庫など鍵をかけた堅固な場所で保管している。	1		3	4	5
38	☆ 向精神薬は、鍵をかけた施設内で保管している。(部屋に鍵をかけることも可)	1		3	4	5
39	☆ 毒物・劇物を保存する場所には、「医薬用外毒物」、「医薬用外劇物」の文字を表示し保管している。	1		3	4	5

点検項目		できている	あまりできていない	できていない	助言や支援を求める	該当なし
40	☆ 不要になった毒物・劇物は適切に廃棄処分している。	1		3	4	5
41	毒物・劇物管理簿を作成し、毒物・劇物の使用量や残量を把握している。	1	2	3	4	5
42	☆ 薬品庫や調剤室は、適正な温度管理を行っている。	1		3	4	5
43	引火の恐れのある薬品(アルコール類等)等は不燃物の保管庫に保管するか、火気使用箇所と離して保管されているなど、適正に保管されている。また、薬品棚の転倒防止策がとられている。	1	2	3	4	5
44	☆ 冷蔵庫内で薬品と食品など薬品以外のものが混在していない。	1		3	4	5
集 計						できている○の数 /21

■医療機器に係る安全管理のための体制の確保

点検項目		できている	あまりできていない	できていない	助言や支援を求める	該当なし
------	--	-------	-----------	--------	-----------	------

・医療機器の安全使用のための責任者について

45	☆ 「医療機器安全管理責任者」を配置している。(管理者との兼務も可)	1		3	4	5
46	☆ 医療機器に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士(主として歯科医業を行う診療所に限る。)、診療放射線技師、臨床検査技師又は臨床工学技士のいずれかの資格を有している。	1		3	4	5
47	☆ 管理者の指示の下に、次の業務を行うこととしている。 ①従事者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施 ②医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施(従業者に保守点検の適切な実施を徹底させるための措置を含む。) ③医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施	1		3	4	5

・従事者に対する医療機器の安全使用のための研修について

48	☆ 新しい医療機器を導入する際には、使用予定者を対象に次の事項に関する研修を行い、その実施内容を記録している。(他の医療安全に係る研修と併せて実施しても可) ①医療機器の有効性・安全性に関する事項 ②医療機器の使用方法に関する事項 ③医療機器の保守点検に関する事項 ④医療機器の不具合等が発生した場合の対応(施設内での報告、行政機関への報告等)に関する事項 ⑤医療機器の使用に関して特に法令上遵守すべき事項	1		3	4	5
----	--	---	--	---	---	---

・医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検について(医療機器安全管理責任者)

49	☆ 機種別に保守点検の時期等を記載した、保守点検計画を策定している。(医薬品医療機器等法に規定する添付文書記載の保守点検に関する事項を参照すること。)	1		3	4	5
50	☆ 保守点検の実施状況、使用状況、修理状況、購入年等を把握し、記録している。	1		3	4	5
51	☆ 保守点検の実施状況等を評価し、医療安全の観点から、必要に応じて安全面に十分配慮した医療機器の採用に関する助言を行うとともに、保守点検計画の見直しを行うこと。	1	2	3	4	5
52	☆ 保守点検を外部に委託する場合、当該業務を適正に行う能力のある者に委託している。また、その実施状況等を記録し保存している。	1		3	4	5

・医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策について

53	☆ 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施については、次の要件を満たすこと。また情報収集等に当たっては、医薬品医療機器等法に留意すること。 ①医療機器安全管理責任者は、医療機器の添付文書、取扱説明書等の医療機器の安全使用・保守点検等に関する情報を整理し、その管理を行うこと。 ②医療機器安全管理責任者は、医療機器の不具合情報や安全性情報等の安全使用のために必要な情報を製造販売業者等から一元的に収集するとともに、得られた情報を当該医療機器に携わる者に対して適切に提供すること。 ③医療機器安全管理責任者は、管理している医療機器の不具合や健康被害等に関する内外の情報収集に努めるとともに、当該病院等の管理者への報告等を行うこと。	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

集 計						できている○の数 /9
------------	--	--	--	--	--	-------------

■医療従事者に関すること			判定				
点検項目			できている	あまりできていない	できていない	助言や支援を求め	該当なし
54	☆	医師・歯科医師・診療放射線技師以外の者によるレントゲン撮影等、診療放射線技師法違反は行っていない。	1		3	4	5
55	☆	薬剤師でない者が販売又は授与の目的で調剤していない。(医師若しくは歯科医師が自己の処方せんにより自ら調剤する場合は除く。)	1		3	4	5
56	☆	上記以外、資格のない者による保健師助産師看護師法、歯科衛生士法等違反行為は行っていない。	1		3	4	5
集 計			できている○の数 /3				
■職員の健康診断			判定				
点検項目			できている	あまりできていない	できていない	助言や支援を求め	該当なし
57	☆	全職員(医師を含む。)の定期健康診断(年1回)を適正に実施している。	1		3	4	5
58	☆	放射線診療従事者への電離放射線健康診断を適正に実施している。(6ヶ月毎)	1		3	4	5
59	☆	健康診断の個人票を作成し、5年間保存している。(電離放射線健康診断個人票は30年間保存)	1		3	4	5
60		定期健康診断の結果、異常等が発見された職員に対し、必要な措置を行っている。	1	2	3	4	5
集 計			できている○の数 /4				
■診療放射線の管理			判定				
点検項目			できている	あまりできていない	できていない	助言や支援を求め	該当なし
61	☆	6カ月を超えない期間ごとに1回、放射線漏えい線量測定を実施し、その記録を5年間保存している。	1		3	4	5
62	☆	ガラスバッチ等による測定を行い、放射線業務従事者の被ばく線量が限度を超えないよう管理している。	1	2	3	4	5
63	☆	管理区域である旨の標識が表示されている。	1		3	4	5
64	☆	患者及び取扱者に対する放射線障害防止に必要な注意事項が掲示されている。	1		3	4	5
<p>【留意点】</p> <p>(手続き) エックス線装置を設置する場合は、高崎市保健所に届出が必要です。また、診療用エックス線装置を搭載した車両をリースする等、賃貸人から一時的に借用し、自らの施設としてエックス線装置を使用する場合も同様です。</p> <p>(業務) このとき、車両運転手の他に技術者として診療放射線技師が同行するケースがあります。なお、医療契約の当事者以外の者となる搭載車両の賃貸人が雇用する診療放射線技師に対して当院の医師は照射を指示することはできません。 診療放射線技師法第26条の「診療放射線技師は、医師又は歯科医師の具体的な指示を受けなければ、放射線を人体に対して照射してはならない」とある指示を受ける技師は、当院が雇用した診療放射線技師であり、医師から指示することができる相手でなければなりません。患者に対する責任の所在を確保することが重要です。</p> <p>(注意事項) また、放射線の照射業務は診療そのものであり、業務請負は認められていません。診療放射線技師の業務は、労働者派遣法で定められているとおり、紹介予定派遣又は産休育休の代替でない限り労働者の派遣ができない職種であることから、外部の者を当院の放射線業務(診療)に従事させることができませんので、医師自ら照射するか、当院が雇用した診療放射線技師が指示を受けて照射するほかありません。</p> <p>※ 放射線業務の請負とされた場合、 本来、当院との雇用関係になく、指揮命令を受けて業務を行える関係のない従業者に照射業務を行わせてしまうこととなります。請負の契約形態上、医師が直接照射を指示できないこと、偽装請負の違反行為となること等、十分な理解のもと法令を遵守し、請負契約や派遣契約の契約形態を採用しないこと。 当院が雇用した従業者でも、看護師や歯科衛生士等の医師、診療放射線技師以外の者が放射線を照射することは、診療放射線技師法違反です。</p>							
集 計			できている○の数 /4				

■医療ガスの管理			判定				
点検項目			できている	あまりできていない	できていない	助言や支援を求める	該当なし
65	☆	医療ガスを使用して診療を行う施設においては、医療ガス安全管理委員会を設置し、医療ガス設備の保守点検、工事の施工監理を行うこと。	1		3	4	5
集 計			できている○の数 /1				
■その他管理			判定				
点検項目			できている	あまりできていない	できていない	助言や支援を求める	該当なし
・医療法の手続きについて							
66	☆	診療所開設許可(届出)後の許可(届出)事項に変更が生じた時に、保健所に許可申請(届出)を行っている。(開設者が医師・歯科医師でないときは許可申請、それ以外は届出)	1		3	4	5
67	☆	放射線診療装置の設置、設置変更、廃止の届出をしている。	1		3	4	5
・広告違反行為について							
68	☆	院外の看板等に広告制限に反する表示はない。(医療法第6条の5) ・厚生労働省「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針(医療広告ガイドライン)」に定められた広告可能な事項	1	2	3	4	5
・院内掲示について							
69	☆	診療所の管理者は、見やすい場所に定められた事項を掲示している。 ・管理者の氏名 ・従事する医師又は歯科医師の氏名 ・医師又は歯科医師の診療日及び診療時間	1		3	4	5
集 計			できている○の数 /4				
■業務委託			判定				
点検項目			できている	あまりできていない	できていない	助言や支援を求める	該当なし
<p>診療業務に著しい影響を与える恐れのある以下の業務を委託する場合、規則に定める基準に適合する者に適正に委託している。</p> <p>・委託先(氏名、所在地、医療法の基準に適合する業者の確認又は医療関連サービスマーク認定業者) ・契約書の有無</p> <p>(規則に定める基準) 医療法施行規則第9条の8(検体検査業務) 医療法施行規則第9条の9(医療機器等の滅菌消毒業務) 医療法施行規則第9条の12(医療機器の保守点検業務) 医療法施行規則第9条の13(医療ガス供給設備の保守点検業務) 医療法施行規則第9条の14(患者寝具等の洗濯業務) 医療法施行規則第9条の15(施設の清掃業務)</p> <p>(認定業者) 一般財団法人医療関連サービス振興会の医療関連サービスマーク制度により、良質な医療関連サービスとして必要な要件を「認定基準」として定め、この基準を充たすサービスを行える者として「医療関連サービスマーク」が認定されている事業者。</p>							
70	☆	検体検査業務	1	2	3	4	5
71	☆	医療機器等の滅菌消毒業務	1	2	3	4	5
72	☆	患者寝具等の洗濯業務	1	2	3	4	5
73	☆	医療機器の保守点検業務	1	2	3	4	5
74	☆	医療ガス供給設備の保守点検業務	1	2	3	4	5
75	☆	施設の清掃業務	1	2	3	4	5
集 計			できている○の数 /6				

■ 感染性廃棄物の処理			判 定					
点 検 項 目			できている	あまりできていない	できていない	助言や支援を求める	該当なし	
76	☆	特別管理産業廃棄物管理責任者を設置している。(氏名・資格)	1		3	4	5	
77		感染性廃棄物の処理に関する帳簿が備え付けられ、必要な記録が行われ、1年ごとに閉鎖し、5年間保存している。	1		3	4	5	
78		他の廃棄物と分別排出され、収納容器の材質、感染性廃棄物である旨及び注意事項の表示、関係者以外の立入禁止措置、保管場所の適正表示がなされている。	1		3	4	5	
79	☆	・委託先(運搬・処分業者として基準に適している業者である。)・契約書(・有無 ・必要記載事項[有効期間、料金、委託事業範囲等])・許可証の写し ・特別管理産業廃棄物管理票(マニフェスト)の交付	1		3	4	5	
<p>(特別管理産業廃棄物管理責任者の要件に該当する者) 医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師、助産師、看護師、臨床検査技師、衛生検査技師、歯科衛生士 ※高崎市役所産業廃棄物対策課に設置報告書を提出する必要があります。(責任者の変更があった場合も同様)</p> <p>(感染性廃棄物の適正処理について【重要】) <input type="checkbox"/> 感染性廃棄物を分別して収集、運搬及び保管を行うこと (感染性廃棄物処理マニュアル4-1) ※点滴セット(点滴バックを除く)は一体的に感染性廃棄物として処分すること (ルートの中をカットしないこと) ※破損したガラスくず(アンプル、バイアル)はメカニカルハザードに十分配慮するため感染性廃棄物と同等の扱いとすること ※感染性があるか、ないか不明な廃棄物は全て感染性廃棄物として扱うこと <input type="checkbox"/> 専用容器に直接廃棄すること (感染性廃棄物処理マニュアル4-2) ※感染性廃棄物の院内の移動は避けること ※感染性廃棄物の移し替えは原則禁止、やむを得ず移し替えを行う場合は、飛散・流出しないよう十分に注意すること <input type="checkbox"/> 収納容器に、蓋を付ること (感染性廃棄物処理マニュアル4-2) <input type="checkbox"/> 収納容器には、感染性廃棄物である旨及び取扱注意事項を表示すること (感染性廃棄物処理マニュアル4-5) ※バイオハザードマーク等 <input type="checkbox"/> 一般が立入らない場所に感染性廃棄物の保管場所を設け、関係者以外が立ち入れないようにすること (感染性廃棄物処理マニュアル4-3) <input type="checkbox"/> 感染性廃棄物の保管場所に縦横60cm以上の取扱注意事項を表示すること (廃棄物処理法施行規則第8条の13) ・感染性廃棄物の保管場所である旨 ・感染性廃棄物の種類(「感染性廃棄物」の表示で足りると思われるが、必要に応じて「おむつ」等) ・特別管理産業廃棄物管理責任者の氏名及び連絡先</p>								
集 計			できている○の数					/4
■ 防火・防災体制			判 定					
点 検 項 目			できている	あまりできていない	できていない	助言や支援を求める	該当なし	
80	☆	消防用施設・設備の整備及びその点検を実施している。また、下記の帳簿等で確認できる。 ①消火設備保守点検簿: 消火器、水バケツ、消火栓、スプリンクラー等 ②警報設備保守点検簿: 自動火災報知器、ハンドマイク、放送設備等 ③避難設備保守点検簿: 避難はしご、避難用滑り台、斜降式(垂直式)救助袋、誘導灯等	1		3	4	5	
81	☆	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気、ガスに関する構造設備について危害防止上必要な方法を講じている。 ①電気を使用する診療用機械器具については、絶縁及びアースについて安全な措置が講じられている。 ②光線を治療に使用する機械器具については、眼球その他に障害を与えないように配慮されている。 ③熱を使用する機械器具については、過熱することのないよう断熱材等が適当に使用されている。 ④保育器、酸素テント、高圧酸素室等について定期点検及び使用前点検を行っている。 ⑤年1回以上漏電防止のための措置を講じている。	1	2	3	4	5	
82		避難経路上に避難の妨げになるような不必要な物品が置かれていない。特に、非常口の前に物品等を置いていない。	1	2	3	4	5	
集 計			できている○の数					/3

■診療録等		判定				
点検項目		できている	あまりできていない	できていない	助言や支援を求める	該当なし
・診療録について						
83	☆ 診療を受けた者の住所、氏名、性別、年齢(生年月日)、職業及び被保険者との続柄が記載されている。	1		3	4	5
84	☆ 被保険者証に関する記録がある。保険者番号、被保険者証及び被保険者手帳の記号・番号、有効期限、被保険者氏名、資格取得、事業所所在地・名称、保険者所在地・名称	1		3	4	5
85	☆ 傷病名が記載されている。	1		3	4	5
86	☆ 傷病の開始、終了、転帰を記載している。	1		3	4	5
87	☆ 傷病の職務上・外の区分、期間満了予定日、労務能力に関する意見、業務災害又は通勤災害の疑いがある場合の記載をしている。	1		3	4	5
88	☆ 公費負担者番号が記載されている。	1		3	4	5
89	☆ 既往歴(病名、治療内容と期間、感染症、輸血歴など)を記載している。	1		3	4	5
90	☆ 原因(現病歴)が記載されている。	1		3	4	5
91	☆ 主要症状が記載されている。	1		3	4	5
92	☆ 診療経過が記載されている。	1		3	4	5
93	☆ 診療の都度、記載されている。	1		3	4	5
94	☆ 診療の年月日が記載されている。	1		3	4	5
95	☆ 画像診断所見、検査所見やデータ分析・評価が記載されている。	1		3	4	5
96	☆ 治療方法(処方内容/処置内容)が記載されている。	1		3	4	5
・診療録の管理体制及び診療録等の開示について						
97	☆ 診療録は、診療が終了した日の翌日から、5年間保存している。	1		3	4	5
98	☆ 患者等の求めに応じて、診療記録等の開示を行うことを原則としている	1		3	4	5
99	☆ 診療記録等の開示は、原則として書面の交付による方法で行っている。	1		3	4	5
100	☆ 診療情報は、原則として、あらかじめ患者本人の同意を得ずに、第三者に対して情報提供を行うことのないよう徹底を図っている。	1		3	4	5
集 計		できている○の数 /18				
■医療事故調査制度(平成27年10月～)		判定				
点検項目		できている	あまりできていない	できていない	助言や支援を求める	該当なし
101	☆ 死亡事例が発生して、管理者が医療事故に該当すると判断した場合に、医療事故調査制度の流れに沿って手続きできる体制が整っている。 ※詳細な内容については「無床診療所自主点検の手引き」を参照のこと。	1	2	3	4	
集 計		できている○の数 /1				
総 計		できている○の数 /101				

ご協力ありがとうございました。このチェックリストの写しを高崎市保健所保健医療総務課までご提出してください。なお、自ら改善のための実地支援を希望される方は、同課までご連絡ください。

チェックリスト(写し)の提出先

高崎市保健所4階保健医療総務課窓口へ提出、
郵送での提出又はファックス送信

FAX : 027-381-6124

(お問い合わせ・提出先等)
高崎市保健所保健医療総務課
〒370-0829 高崎市高松町5番地28
医事薬事担当 (TEL027-381-6111)