

自己点検表（診療所：無床）

浜松市：R6.12.9 版

この表（診療所）は、法の規定等の要点をまとめたものです。定期的に自己点検していただき、管理状況の把握及び改善を行ってください。（※この表の提出は不要です。また、下線がある項目は不備が多い項目です。）

1. 管理

医療法上の 手続き	<u>許可/届出事項について、適切に申請/届出を行っている。</u> 【個人開設】 申請：管理者の兼任 等 届出：診療所名称、開設者氏名/住所、管理者氏名/住所、構造設備、診療科目、従事医師、診療日時、診療用放射線(エックス線)装置設置/廃止 等 【法人開設】 申請：構造設備、管理者の兼任 等 届出：診療所名称、開設者名称/所在地、診療科目、管理者氏名/住所、診療用放射線(エックス線)装置設置/廃止 等	☐
医薬品	毒薬は他の医薬品と区別して施錠保管し、容器等に所定の表示をしている。	☐
	劇薬は他の医薬品と区別して保管、陳列し、容器等に所定の表示をしている。	☐
	麻薬は施錠保管し、帳簿を作成/保管している。また、期限が切れた場合は廃棄届を届出している。麻薬譲渡証は2年間保管している。	☐
	向精神薬は盗難防止措置があり、第1種/第2種向精神薬は廃棄の記録をしている。	☐
	覚醒剤原料は施錠保管し、期限が切れた場合は覚醒剤原料廃棄届を届出している。覚醒剤原料の譲渡証の2年保管している。	☐
	毒物劇物は施錠保管し、保管場所に所定の表示をしている。	☐
	その他の医薬品（処置薬等も含める）について、適正に管理している。	☐
医療機器等	調剤所を有する場合、衛生上、防火上適切に管理されている。	☐
広告	医療機器及び看護用具を清潔に保つよう手入れをしている。	☐
医療の情報の提供	看板等の広告内容が、医療広告ガイドラインを遵守している。	☐
医療安全管理体制	医療機能情報（G-M I S）を定期的（年1回）に報告するとともに、診療所内にて患者が閲覧できる体制を整えている。	☐
	<u>医療安全管理指針を整備している。</u>	☐
	<u>年2回程度、職員研修を実施し、記録を作成している。</u>	☐
院内感染対策体制	事故報告体制を整備し、安全向上のための再発防止策等を講じている。	☐
	<u>院内感染対策指針を整備している。</u>	☐
	<u>年2回程度、職員研修を実施し、記録を作成している。</u>	☐
診療用放射線安全管理体制 ※装置がある場合	院内感染対策マニュアルを整備している。	☐
	診療用放射線に係る安全管理のための責任者を配置している。	☐
	<u>診療用放射線の安全利用のための指針を整備している。</u>	☐
	<u>年1回以上、従事者研修を実施し、記録を作成している。</u>	☐
医薬品安全管理体制	種別に応じて線量管理及び記録等、安全利用を目的とした改善のための方策を実施している。	☐
	医薬品安全管理責任者を配置している。	☐
	必要に応じて職員研修を実施している。	☐
	<u>安全使用のための業務手順書を整備し、業務の定期的な確認を実施している。</u>	☐
医療機器安全管理体制	医療品安全使用のための情報収集等を実施している。	☐
	医療機器安全管理責任者を配置している	☐
	新規医療機器導入時等、必要に応じて職員研修を実施している。	☐
	医療機器の種別（人工呼吸器等）に応じて保守点検計画を策定し適切に実施している。	☐
	医療機器安全使用のための情報収集等を実施している。	☐

検体検査の 精度の確保	検体検査を実施している場合、 検体検査等の精度の確保に係る責任者を配置している。 各種標準作業書、作業日誌、台帳を作成している。 検体検査等の精度管理のための体制の整備している。	☐
サイバー セキュリティ	サイバーセキュリティ対策チェックリストを作成保管している。 ①医療情報システム安全管理責任者を設置している。 ②医療情報システムを適切に管理・運用している。 ・端末 PC、ネットワーク機器、サーバ等について台帳管理をしている。 ・アカウントを適正に管理し、アクセスログを管理している。 ・セキュリティを最新にしている。 ③インシデント発生に備えた対応をしている。 (連絡体制図(事業者等)、サイバー攻撃を想定した事業継続計画(BCP)の作成、データ等のバックアップ及び復旧手順の確認等)	☐
医師の 働き方改革	時間外・休日労働時間 100 時間以上の勤務医がいる場合、措置を講じている。 (歯科診療所、勤務医が一人の診療所は対象外)	☐

2. 帳票・記録

診療録	記載事項(患者の氏名、住所、性別、年齢、病名及び主要症状、治療方法、診療年月日)に不備はなく、5年間保管している。	☐
処方箋	記載事項(患者氏名/年齢、薬名、分量、用法、発行年月日、使用期間、診療所の名称及び所在地又は医師の住所、医師の記名押印又は署名)に不備はない。	☐
院内掲示	以下の事項を院内で掲示をしている。 必要事項: 管理者氏名、診療に従事する医師又は歯科医師の氏名(非常勤含む)、診療日時	☐
放射線 装置等	※装置がある場合 6 か月に 1 回以上漏洩検査を実施し、その結果に関する記録を 5 年間保存している。	☐
歯科技工 指示書	※歯科診療所の場合 記載事項(歯科医師の氏名・住所、歯科技工所の名称)に不備なく、2年間保管している。	☐

3. 委託業務

感染性廃棄物	適切に分別保管している。	☐
	委託契約し、マニフェスト(電子マニフェストを除く)を 5 年間保管している。	☐
その他	委託する場合、基準に適合する業者と委託契約している。 (検体検査、滅菌消毒、患者搬送、医療機器保守点検、医療ガス、洗濯等)	☐

4. 放射線管理(※装置がある場合)

施設管理	管理区域を設定し、管理区域に標識がある。	☐
	放射線障害防止の注意事項を掲示している。 (患者向け注意事項の掲示、取扱者に対する放射線障害防止の注意事項)	☐
	エックス線室である旨の標識がある。	☐
	放射線診療従事者等の被ばく防止の措置を行っている。	☐
	使用中の表示がある(使用中のランプの点灯等)。	☐
	エックス線装置に所定の障害防止の方法を講じている。	☐

5. その他

地震防災 対策	保有するブロック塀がある場合、安全性の点検を実施している。	☐
個人情報 保護	個人情報保護の対応は十分である。 (個人情報の利用目的や保護方針について、院内掲示等により患者等に通知・公表している)	☐
職員の 健康管理	常勤職員について、定期的(年 1 回)に健康診断を実施している。	☐

※□(チェック欄)には、確認できた場合は「✓(チェック)」を、非該当の場合は「ー(バー)」をご記載ください。