第２表

**自主点検管理票（歯科診療所）**

これは診療所における自己点検を目的としたチェックシートです。項目によっては、貴施設に適さない内容も

含まれている可能性はありますが、各項目の内容を十分に検討いただき、適切な対策にお役立てください。

（適なら〔○〕、不適なら〔×〕貴施設に関係のない項目は〔－〕を記入してください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **施設名** |  | | |
| **点検者** |  | **点検年月日** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **〔１　管　　理〕** | | **判定** | **チェック内容** |
| 1-1 | 医療法の手続 |  |  |
| 1 | 医療法届出事項の変更 |  | 開設届および届出事項に変更が生じたときは、届出がなされているか |
| 2 | 医療法許可事項の変更 |  | 厚生労働省令で定める事項を変更するときは、許可を受けているか |
| 3 | 診療用放射線装置等の届出 |  | 診療用エックス線装置の設置、設置変更または廃止をしたときは、届出がなされているか |
| 4 | 医療の情報提供 |  | 福井県医療機能情報提供制度に基づく定期報告を実施しているか |
|  | 診療科目、診療時間等を変更した場合は、随時報告しているか |
| 1-2 | 医薬品等の取扱い |  |  |
| 1 | 毒劇薬の区別と施錠保管 |  | 毒薬、劇薬は他のものと区別して保管されているか |
|  | 毒薬の貯蔵配置場所は施錠されているか |
| 2 | 毒劇薬の表示 |  | 毒薬、劇薬に医薬品医療機器等法に基づく表示がなされているか  （特に院内製剤がある場合、直接の容器被包に表示が必要） |
| 3 | 向精神薬の管理 |  | 向精神薬は盗難防止に注意が払われているか、第１種および第２種向精神薬の譲受、廃棄の記録を２年間保存しているか |
| 4 | 毒物、劇物の取扱い |  | 毒物、劇物の保管場所は施錠され、「医薬用外」および「毒物」または「劇物」の表示がなされているか |
|  | 毒物、劇物の保管場所とその他の物の保管場所は明確に区別されているか |
| 1-3 | 医療機器の清潔保持および維持管理 |  |  |
| 1 | 医療機器および看護用具の清潔保持等 |  | 医療機器は、患者ごとに滅菌したものか使い捨て製品を使用しているか |
|  | 廊下や避難通路に医療機器等が放置されていないか |
|  | 手指消毒は、医療従事者および患者にも促しているか |
| 2 | 感染性廃棄物の取扱い |  | 感染性廃棄物容器には、バイオハザードマークまたは「感染性廃棄物」と明記するなど、関係者が感染性廃棄物であることを識別できるようになっているか |
|  | 感染性廃棄物の保管場所がある場合、保管場所には必要な掲示（取扱いの注意事項、管理責任者氏名およびその連絡先）がなされているか |
| 1-4 | 職員の健康管理 |  | 常勤職員に対し、労働安全衛生法で定める項目について、１年以内に１回定期健康診断を実施しているか |
|  | 放射線業務に常時従事する職員に対し、６月以内に１回電離放射線障害防止規則に定める検診項目について健康診断が行われているか |
|  | 健康診断の結果異常所見があると診断された職員に対し、適切な措置(再検査の通知等)がとられているか |
|  | 非常勤職員が１年以内に１回胸部レントゲン検査を受けていることおよびその結果を確認し、記録を残しているか |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **〔１　管　　理〕** | | **判定** | **チェック内容** |
| 1-5 | 医療安全管理体制の確保 |  |  |
| 1 | 医療に係る安全管理体制のための指針の整備 |  | 必要な項目を文書化した指針が整備され、必要に応じて見直されているか |
| 2 | 医療に係る安全管理のための職員研修の実施 |  | 年２回程度研修を実施しているか  （具体的な事例等を取り上げ、職種横断的に行われることが望ましい） |
|  | 研修内容(開催または受講日時、出席者、研修項目)を記録しているか |
| 3 | 無資格・無診察による医療行為等の防止 |  | 採用時における免許証原本の確認を行い、写しを保存しているか |
| 4 | 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 |  | 診療所において発生した事故を管理者へ報告しているか |
|  | ヒヤリハット、インシデントレポート等を職員から収集できる体制が整えられているか、また、効果的な再発防止策は作成したか |
| 1-6 | 院内感染対策のための体制確保 |  |  |
| 1 | 院内感染対策のための指針の整備 |  | 必要な項目を文書化した指針が整備され、必要に応じて見直されているか |
| 2 | 従業者に対する院内感染対策のための研修の実施 |  | 年２回程度研修を実施しているか  （実情に即した内容で職種横断的な参加のもとに行われているか） |
|  | 研修内容(開催または受講日時、出席者、研修項目)を記録しているか |
| 3 | 感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策 |  | 指針に即した院内対策感染マニュアルを整備する等、改善のための方策がとられているか |
| 1-7 | 医薬品に係る安全管理のための体制確保 |  |  |
| 1 | 医薬品の安全使用のための責任者の配置 |  | 医薬品安全責任者(常勤)は配置しているか、また十分な知識を有しているか |
| 2 | 従業者に対する医薬品の安全使用のための研修実施 |  | 必要に応じて医薬品の安全性や使用方法、医薬品安全使用のための業務手順書に関する事項、医薬品の副作用の対応などの研修を実施しているか |
|  | 研修内容（開催または受講日時、出席者、研修項目）を記録しているか |
| 3 | 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手順書に基づく業務の実施 |  | 必要な項目を文書化した手順書が整備され、適時見直ししているか |
| 4 | 医薬品の安全使用のために必要な情報の収集その他医薬品の安全使用を目的とした改善の方策 |  | 採用している医薬品の添付文書情報等を収集・管理しているか |
|  | 必要な医薬品情報は、職員に迅速かつ確実に周知しているか |
| 1-8 | 医療機器に係る安全管理のための体制確保 |  |  |
| 1 | 医療機器の安全使用のための責任者の配置 |  | 医療機器安全責任者(常勤)は配置しているか、また十分な知識を有しているか |
| 2 | 従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施 |  | 使用経験のない新しい医療機器を導入する際には、使用する予定の者に対する研修を実施しているか |
|  | 研修内容（開催または受講日時、出席者、研修項目、研修対象の医療機器名称、研修実施場所）を記録しているか |
| 3 | 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実施 |  | 保守点検が必要と考えられる医療機器※について、保守点検計画を策定しているか（※人工呼吸器、血液浄化装置、除細動装置(AEDを除く)、閉鎖式保育器、CTエックス線装置、核磁気共鳴画像診断装置(MRI)） |
|  | 保守点検を適切に実施しているか |
|  | 保守点検実施状況等の記録は保存されているか(委託の場合も同様) |
| 4 | 医療機器の安全使用のために必要な情報の収集その他医療機器の安全使用を目的とした改善の方策 |  | 医療機器の添付文書、取扱説明書等の情報を整理し管理しているか |
|  | 医療機器の不具合情報や安全性情報等を収集するとともに、得られた情報を医療機器に携わる職員に適切に提供しているか |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **〔１　管　　理〕** | | **判定** | **チェック内容** |
| 1-9 | 検体検査の業務の適正な実施に必要な基準への適合 |  |  |
| 1 | 検体検査の精度の確保に係る責任者の配置 |  | 検体検査の精度確保に係る責任者を配置しているか |
|  | 責任者は歯科医師または臨床検査技師の資格を有するか |
| 2 | 遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者の配置 |  | 遺伝子関連・染色体検査の業務に関し相当の経験及び知識を有する責任者を配置しているか |
|  | 責任者は歯科医師または臨床検査技師の資格を有するか |
| 3 | 標準作業書の常備及び検体検査の業務の従事者への周知 |  | 次に掲げる標準作業書を項目ごとに作成し、常備しているか  ①検査機器保守管理標準作業書　②測定標準作業書 |
|  | 標準作業書について関係職員に周知しているか |
| 4 | 作業日誌の作成 |  | 次に掲げる作業日誌を項目ごとに作成しているか  ①検査機器保守管理作業日誌　②測定作業日誌 |
|  | ①②の作業日誌は検査の都度または週～月単位で記録しているか |
| 5 | 台帳の作成 |  | 次の台帳を作成しているか  ①試薬管理台帳　②統計学的精度管理台帳　③外部精度管理台帳 |
| 6 | 検体検査の精度管理のための体制の整備 |  | 検体検査（遺伝子関連・染色体検査を除く）の精度管理のため、以下に掲げる事項を行うよう努めているか（努力義務）   1. 内部精度管理　②外部精度管理調査の受検　③検査業務の従事者に対する必要な研修の実施 |
| 7 | 遺伝子関連・染色体検査の精度管理のための体制の整備 |  | 遺伝子関連・染色体検査の精度管理のため、以下の事項を行っているか  ①内部精度管理　②検査業務の従事者に対する必要な研修の実施　③外部精度管理調査の受検または代替方法による精度確保（③は努力義務） |
| 1-10 | サイバーセキュリティの確保 |  | 医療情報システム（レセコン、電子カルテ等）を導入、運用しているか |
|  | 「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」に必要な事項が記入されているか |
|  | インシデント発生時の連絡体制図はあるか |
| 1-11 | 診療用放射線に係る安全管理体制確保 |  |  |
| 1 | 診療用放射線に係る安全管理のための責任者の配置 |  | 常勤の医療放射線安全管理責任者を配置しているか |
|  | 責任者は歯科医師または診療放射線技師の資格を有するか  （診療放射線技師を責任者にする場合、常勤の歯科医師が放射線診療の正当化を担保し、その歯科医師が責任者である診療放射線技師に適切な指示を行う体制を確保している必要がある） |
| 2 | 診療用放射線の安全利用のための指針の策定 |  | 診療用放射線に係る安全管理のための指針が整備されているか |
|  | 指針は適時見直ししているか |
| 3 | 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の実施 |  | １年度あたり１回以上研修を実施しているか  （実情に即した内容で職種横断的な参加のもとに行われているか） |
|  | 研修内容は、次に掲げる事項を含む内容か  ①患者の医療被ばくの基本的な考え方に関する事項　②放射線診療の正当化に関する事項（医師のみ対象）　③患者の医療被ばくの防護の最適化に関する事項　④放射線の過剰被ばくその他の放射線診療に関する事例発生時の対応等に関する事項　⑤患者へ情報提供に関する事項 |
|  | 研修内容(開催日時または受講日時、出席者、研修事項等)について記録しているか |
| 4 | 放射線診療を受ける者の当該放射線による被ばく線量の管理および記録その他の診療用放射線の安全利用を目的とした改善のための方策の実施 |  | **※は全身用ＣＴ装置、血管造影用透視装置等を有する施設のみ** |
|  | **※**放射線診療を受ける者の医療被ばく線量を適正に管理しているか |
|  | **※**上記装置を用いた診療にあたって、被ばく線量を記録しているか |
|  | 診療用放射線に関する情報を収集し、関係職員に周知しているか |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **〔１　管　　理〕** | | **判定** | **チェック内容** |
| 1-12 | 防火・防災体制 |  | 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措置を講じているか  （例　電気(絶縁、アース)、光線(眼球等への障害防止)、熱(断熱材等) |
| 1-13 | 歯科技工室の設備 |  | 防じん設備その他必要な設備（消火設備、消火用機械・器具等）を設けているか |
|  | 石膏トラップの清掃等の管理が適正に行われている |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **〔2　帳票・記録〕** | | **判定** | **チェック内容** |
| 2-1 | 診療録・助産録の管理・保存 |  | 適切に管理・保存されているか(5年間) |
| 2-2 | 院内掲示 |  | 管理者氏名、診療従事歯科医師、診療日および診療時間が、診療所内の入口、受付または待合所付近の外来患者の見やすい場所に掲示されているか |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **〔3　業務委託〕** | | **判定** | **チェック内容** |
| 3-1 | 検体検査 |  | 業務委託契約書等があるか |
| 3-2 | 医療機器の保守点検 |  | 業務委託契約書等があるか |
| 3-3 | 感染性廃棄物の処理 |  | 業務委託契約書等があるか |
|  | マニフェスト（A・B2・D・E票）を５年間保存しているか |
|  | 廃棄物処理業者（収集運搬業・処分業）の最新の営業許可証（許可期限内）の写しを保存しているか |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **〔4　放射線管理〕** | | **判定** | **チェック内容** |
| 4-1 | エックス線装置等に関する記録 |  | 管理区域境界の線量測定が6月を超えない期間ごとに1回以上行われているか |
|  | 測定記録が5年間保存されているか |
|  | 照射録は作成されているか（診療放射線技師が撮影している施設のみ） |
| 4-2 | 管理区域 |  | 実効線量1.3mSv/3月を超えるおそれのある場所を管理区域と定めて、標識を付しているか |
|  | 管理区域に面する扉が開放状態になっていないか |
| 4-3 | 放射線障害防止に係る注意事項等の掲示 |  | 目につきやすい場所に注意事項(患者・従事者用)が掲示されているか |
|  | エックス線診療室等である旨を示す標識が付されているか |
|  | 出入口に使用中である旨を表示しているか |
| 4-4 | 放射線障害の防止措置 |  | 放射線診療従事者について外部被ばく線量の測定が行われ、その記録が保存されているか |
| 4-5 | エックス線診療室の施設設備 |  | エックス線診療室において２台以上のエックス線装置を備えた場合には、２台以上のエックス線装置からの同時曝射を防止するための装置を設けているか |
|  | エックス線診療室内に放射線診療に無関係なもの（機器、物品等）を保管していないか |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **〔5　医師の働き方改革〕** | | **判定** | **チェック内容** |
| 5-1 | 面接指導 |  | 時間外・休日労働が月100時間以上となることが見込まれる医師（面接指導対象医師）に対して、医療法上の面接指導が実施されているか |
|  | 面接指導実施医師（氏名　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 面接指導実施医師は管理者でなく、面接指導実施医師養成講習会を修了しているか |
| 5-2 | 面接指導実施後の措置 |  | 面接指導対象医師に対する面接指導実施後、必要に応じて労働時間の短縮、宿直の回数の減少その他の適切な措置（就業上の措置）を講じているか |
|  | 措置の要否、内容が記載されているか |
| 5-3 | 155時間超勤務後の措置 |  | 時間外・休日労働が月155時間超となった医師について、労働時間の短縮のために必要な措置を講じているか |
|  | 必要な措置の内容について記載された記録があるか |
| 5-4 | 特定対象医師への措置 |  | 特定労務管理対象機関に勤務する特例水準の業務に従事する医師（＊特定対象医師）に対し、勤務間インターバルや代償休息が確保されているか  （特定臨床研修医を含む）（別紙「特定労務管理対象医師名簿」を提出すること）  ＊特定対象医師とは、特定労務管理対象機関に勤務する医師のうち、その予定されている労働時間の状況が１年について時間外・休日労働時間が960時間を超えることが見込まれる医師  ＊特定労務管理対象機関とは、県が病院、診療所であって、医師をやむを得ず長時間従事させる必要がある業務があると認められるものを、指定した特定地域医療提供機関、連携型特定地域医療提供機関、技能向上集中研修機関、特定高度技能研修機関の総称 |