
資料編

自主点検票

医科診療所自主点検票（医療法関係）

自主点検日	平成 年 月 日	点検者氏名	
-------	----------	-------	--

【 記入にあたっての注意事項 】

- 1 次の点検項目について点検し、結果について、該当する番号に○印をしてください。
- 2 原則として、診療所の管理者の方が点検し、記入してください。管理者の方が記入できない場合、診療所のことを把握されている方が記入されても結構です。
- 3 回答に迷ったときには、点検者の自己判断によりご記入ください。
- 4 点検票の質問すべてに記入した上で、別紙の回答シートに○印をつけた数字を転記したものを、8月10日（消印有効）までに保健所に返送してください。点検票については保存し、今後の診療所の管理運営にお役立てください。
- 5 以下において「法」とは医療法、「令」とは医療法施行令、「規則」とは医療法施行規則を指します。ただし、特にことわったものについてはこの限りではありません。

【 医科診療所自主点検票の構成 】

点検票は、以下の項目で構成されています。

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1 総括・管理関係 | 10 内視鏡関係 |
| 2 安全管理関係 | 11 人工透析関係 |
| 3 業務委託関係 | 12 観血的手術（手術室） |
| 4 医薬品関係（院内処方のみ） | 13 外来での非経口的抗がん剤使用 |
| 5 廃棄物関係 | 14 耳鼻咽喉科診療 |
| 6 放射線・画像診断関係 | 15 眼科診療 |
| 7 診察・処置室関係 | 16 歯科診療 |
| 8 看護関係 | 17 その他 |
| 9 産科診療 | |

【 お問い合わせ先 】

「医科・歯科診療所自主点検強化事業」は、岡山市が(株)グロップに委託して実施しています。点検票に関するご質問は、(株)グロップまでお問い合わせください。

なお、法令等に関するご質問については、後日事業担当課から回答いたします。

医科・歯科診療所自主点検強化事業 受託事業者：株式会社 グロップ

受付時間 月～金曜日 10:00～17:00
(12:00～13:00を除く)

TEL. (086)270-5217

事業担当課：岡山市保健所保健課

TEL. (086)803-1254 FAX.(086)803-1757

1. 総括・管理関係について

【1-1】医療法の手続き		できている	できていない	該当なし
①	診療所開設許可(届出)後の許可(届出)事項に変更が生じたときに、許可(届出)がなされていますか。 (法第7条第2項、令第4条第1項及び第3項、令第4条の2第2項)	1	4	9
②	診療用エックス線装置の設置、変更、廃止の届出をしていますか。 (法第15条第3項)	1	4	9
③	他の診療所等の管理者となる場合には、管理者兼任許可を受けていますか。(法第12条第2項)	1	4	9

【1-2】診療録の保管管理		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	診療録にア～エの事項が記載されていますか。 (医師法施行規則第23条)	/	/	/	/
	ア 診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢	1	2	3	4
	イ 病名及び主要症状	1	2	3	4
	ウ 治療方法(処方及び処置)	1	2	3	4
	エ 診療の年月日	1	2	3	4
②	過去5年間の診療録が保存されていますか。 (医師法第24条第2項)	1			4

【1-3】診療に関する諸記録の整理保管		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	処方せんを発行する場合、処方せんに必要な事項が記載されていますか。以下の状況を踏まえて判断してください。 (医師法施行規則第21条) ・患者氏名 ・年齢 ・薬名、分量、用法、用量 ・発行年月日 ・使用期間 ・医師の記名押印又は署名 ・診療所の名称及び所在地又は医師の住所 ※院内処方せんの場合、下線部の記載で可 (医師が調剤する場合、処方を記載した当該診療録をもって同規定の処方せんとして差しつかえありません。)	1	2	3	4	
②	診療放射線技師がいる場合、照射録を作成し、指示した医師の署名を受けていますか。(診療放射線技師法第28条)	1	2	3	4	9

【1-4】医療器具等の清潔保持及び維持管理・構造設備		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	医療器具等は清潔が保持されていますか。(法第20条)	1	2	3	4	
②	構造設備は、衛生上、防火上及び保安上安全と認められますか。各室の状況を踏まえて判断してください。(法第20条) ・診察室 ・処置室 ・調剤所 ・検査室 ・待合室 ・エックス線室 ・歯科技工室	1	2	3	4	
③	歯科技工室は、防塵設備が設けられていますか。 (規則第16条第1項第13号)	1			4	9
④	調剤所の構造設備は適合していますか。 (規則第16条第1項第14号)					
	ア 採光及び換気は十分で、かつ清潔ですか。	1	2	3	4	9
	イ 冷暗所(冷蔵庫等)は設置されていますか。	1			4	9
	ウ 感量10mgてんびん及び500mg上皿てんびんは備えていますか。	1			4	9

【1-5】職員の健康管理(法第15条第1項)		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	全職員(医師も含む)の定期健康診断(年1回)は行われていますか。 (労働安全衛生規則第44条第1項)	1	2	3	4	
②	放射線診療従事者(医師を含む)の健康診断(6か月に1回)は行われていますか。 (電離放射線障害防止規則第56条)	1	2	3	4	9
③	個人票(記録)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)	1			4	
④	健診の結果、異常等が発見された職員に対し、必要な措置をしていますか。	1	2	3	4	9

【1-6】院内掲示		できている	概ね できている	あまりでき ていない	できて いない
①	建物の内側に医療法に規定するア～ウの掲示がしてありますか。				
	ア 管理者の氏名（法第14条の2第1項第1号）	1			4
	イ 診療に従事する医師の氏名(法第14条の2第1項第2号)	1			4
	ウ 医師の診療日・診療時間(法第14条の2第1項第3号)	1			4
②	上記のア～ウは、入口、受付又は待合所付近の見やすい場所に掲示してありますか。（規則第9条の3）	1	2	3	4

【1-7】広告等		できている	できていない
①	院外の看板等は広告規制に抵触しない表示となっていますか。 (法第6条の5)	1	4
②	診療科名は、医療法施行令第3条の2に示されたものだけですか。 (法第6条の6)	1	4
③	他の診療所と比較して優良である旨の広告、誇大な広告は避けていますか。（規則第1条の9）	1	4

【1-8】防火・防災体制		できている	できていない
①	消火器や火災報知機等は設置されていますか。 (規則第16条第1項第16号)	1	4

【1-9】医療機能情報の提供		できている	できていない
①	県に報告している医療機能情報の内容を、診療所内において書面やインターネット等により閲覧に供していますか。 (法第6条の3第1項～第3項)	1	4

2. 安全管理関係について

【2-1】医療に係る安全管理のための体制確保		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	安全管理のための指針は作成されていますか。 (規則第1条の11第1項第1号)	1			4	
②	安全管理のための委員会を開催していますか。 ※義務付けられているのは有床診療所のみ (規則第1条の11第1項第2号)	1			4	9
③	安全管理のための職員研修を実施していますか。 (規則第1条の11第1項第3号)	1			4	
④	医療機関内における事故報告等、医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策(管理者への報告、事例の収集分析、記録の作成等)は講じられていますか。 (規則第1条の11第1項第4号)	1	2	3	4	

【2-2】院内感染対策のための体制の確保		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	院内感染対策のための指針は作成されていますか。 (規則第1条の11第2項第1号イ)	1			4	
②	院内感染対策のための委員会を開催していますか。 ※義務付けられているのは有床診療所のみ (規則第1条の11第2項第1号ロ)	1			4	9
③	院内感染対策のための職員研修を実施していますか。 (規則第1条の11第2項第1号ハ)	1			4	
④	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(感染症発生動向情報の共有、専門家等への相談体制の確保、マニュアルの整備等)を実施していますか。(規則第1条の11第2項第1号ニ)	1	2	3	4	

【2-3】医薬品の安全管理体制		できている	概ね できている	あまりでき ていない	できて いない
①	医薬品安全管理責任者は配置されていますか。 ※診療所は管理者との兼務可 (規則第1条の11第2項第2号イ)	1			4
②	従業者に対する医薬品の安全使用のための研修は行われていますか。 (規則第1条の11第2項第2号ロ)	1			4
③	医薬品の安全使用のための業務に関する手順書(医薬品の取扱いに係る業務の手順を文書化したもの)は作成されていますか。(規則第1条の11第2項第2号ハ)	1			4
④	手順書に基づき業務を実施し、確認と記録を行っていますか。(規則第1条の11第2項第2号ハ、H19.3.30 医政発 0330010)	1	2	3	4
⑤	医薬品の安全使用のための情報の収集、改善のための方策(情報収集と従業者への周知等)は実施されていますか。 (規則第1条の11第2項第2号ニ)	1	2	3	4

【2-4】医療機器の保守点検・安全使用に関する体制		できている	概ね できている	あまりでき ていない	できて いない
①	医療機器安全管理責任者は配置されていますか。 ※診療所は管理者との兼務可 (規則第1条の11第2項第3号イ)	1			4
②	従事者に対する医療機器の安全使用のための研修は行われていますか。 (規則第1条の11第2項第3号ロ)	1			4
③	医療機器の保守点検計画が策定され、適切な保守点検が行われていますか。 (規則第1条の11第2項第3号ハ)	1	2	3	4
④	医療機器の安全使用のための情報の収集、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(情報収集と使用者への情報提供、情報の整理保管、管理者への報告等)は実施されていますか。(規則第1条の11第2項第3号ニ)	1	2	3	4

3. 業務委託関係について

診療業務に著しい影響を与える以下の業務を委託する場合、医療法施行規則に定める基準に適合する者に委託していますか。また、有効な契約書が備えられていますか。

		できている	できていない	該当なし
①	検体検査 (規則第9条の8)	1	4	9
②	医療機器・繊維製品の滅菌消毒 (規則第9条の9)	1	4	9
③	患者搬送業務 (規則第9条の11)	1	4	9
④	医療機器の保守点検 (規則第9条の12)	1	4	9
⑤	医療ガスの供給設備の保守点検 (規則第9条の13)	1	4	9

4. 医薬品関係 (院内処方のみ) について

【4-1】薬剤の交付		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	薬袋の記載事項は適切ですか。以下の状況を踏まえて判断してください。(医師法規則第22条, 薬剤師法第25条) ・患者氏名 ・用法, 用量 ・交付年月日 ・薬剤師の氏名(薬剤師が調剤した場合) ・診療所の名称及び所在地又は医師の住所及び氏名	1	2	3	4	9
②	患者に対する与薬や服薬指導を適切に行っていますか。 (H19.3.30 医政発 0330010)	1	2	3	4	9

【4-2】毒薬・劇薬 ※取り扱いがある場合		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	毒薬・劇薬は、他の医薬品と区別して保管していますか。 (薬事法第48条第1項)	1	2	3	4	9
②	毒薬は鍵のかかる保管庫に保管していますか。 (薬事法第48条第2項)	1	2	3	4	9
③	毒薬は在庫状況を帳簿等により管理していますか。	1	2	3	4	9

【4-3】血液製剤 ※取り扱いがある場合		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	特定生物由来製品について管理簿(使用者氏名及び住所, 製品の名称及び製造番号(記号), 使用年月日)を作成し, 少なくとも20年間保存する体制にありますか。 (薬事法第68条の9第3項)	1	2	3	4	9

5. 廃棄物関係について（廃棄物の処理及び清掃に関する法律参照）

国マ：「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル（平成21年5月改訂）」

【5-1】管理体制		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	特別管理産業廃棄物管理責任者を設置していますか。 (廃掃法第12条の2第6項) (注)71ページ参照	1			4	9
②	管理責任者の資格は適正ですか。(廃掃法第12条の2第7項) ※医師, 看護師等の場合は講習会受講不要	1			4	9
③	感染性廃棄物管理について周知・徹底できていますか。 (国マ3.1)	1	2	3	4	9

【5-2】分別・移動・表示		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	感染性廃棄物を他の廃棄物と分別していますか。 (国マ4.1)	1	2	3	4	9
②	施設内移動は, 内容物が飛散・流出しない容器で行っていますか。(国マ4.2)	1	2	3	4	9
③	容器に感染性廃棄物である旨, 取り扱う際注意すべき事項は表示してありますか。(バイオハザードマークが望ましい) (国マ4.5)	1	2	3	4	9

【5-3】保管		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	感染性廃棄物の保管期間は極力短期間としていますか。 (国マ4.3)	1	2	3	4	9
②	関係者以外の立入禁止措置は十分ですか。(国マ4.3)	1	2	3	4	9
③	取扱い注意事項は表示されていますか。(国マ4.3)	1	2	3	4	9

【5-4】契約関係		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	産業廃棄物処理委託契約が締結され, 決められた事項が適正に記載されていますか。 (廃掃法第12条の2第3項, 第4項, 廃掃法施行令第6条の2, 第6条の6, 廃掃法施行規則第8条の4)	1	2	3	4	9
②	収集運搬・処分業者の許可証の確認が行われていますか。 (廃掃法第12条の2第4項, 廃掃法施行令第6条の6)	1			4	9
③	マニフェストの確認及び保管(5年間)は適正ですか。 (廃掃法第12条の3第5項, 廃掃法施行規則第8条の26)	1	2	3	4	9

6. 放射線・画像診断関係について

【6-0】 エックス線・MRI装置の有無		あり	なし
①	診療所内にエックス線装置がありますか。	1	9
②	診療所内にMRI装置がありますか。	1	9

→①に「あり 1」と回答された方は、【6-1】～【6-5】の質問にも回答してください。

→②に「あり 1」と回答された方は、【6-6】の質問にも回答してください。

【6-1】 管理区域		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	管理区域を設定し、その旨を示す標識がありますか。 (規則第30条の16第1項)	1			4
②	管理区域にみだりに人が立ち入れない措置がとられていますか。 (規則第30条の16第2項)	1	2	3	4

【6-2】 掲示・標識等		できている	できていない
①	施設の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が掲示されていますか。 (規則第30条の13)	1	4
②	エックス線診療室である旨の標識がありますか。 (規則第30条の4第3号)	1	4
③	エックス線装置を使用中はそれぞれの出入口にその旨が表示されますか。 (規則第30条の20第2項第1号)	1	4

【6-3】 使用場所の構造・制限等		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	エックス線診療室の外に操作する場所がありますか。 (規則第30条の4第2号)	1			4	9
②	エックス線装置の使用業務は、それぞれ専用の使用室において行われていますか。 (規則第30条の14)	1	2	3	4	
③	専用の使用室以外において使用している場合、使用目的・防護措置等は適切ですか。 (規則第30条の14)	1	2	3	4	9

【6-4】 従事者の被ばく防止の措置		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	放射線業務従事者の被ばく線量が限度を超えないように管理されていますか。 (規則第30条の18第1項、規則第30条の27)	1	2	3	4

【6-5】廃液の処理		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	現像液(廃アルカリ)・定着液(廃酸)の処理方法は適切ですか。 (一般排水へ排水していませんか) (廃掃法第3条第1号)	1	2	3	4

【6-6】MRI関係 ※該当がある場合		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	ペースメーカー等禁忌患者のチェックが実施されていますか。	1	2	3	4
②	磁場発生中の表示がされていますか。	1			4
③	金属類の持ち込み等チェックはされていますか。	1	2	3	4
④	クエンチ発生時の対策はとられていますか。(室内酸素濃度表示, 低下時の警報装置, クエンチパイプの把握)	1	2	3	4

7. 診察・処置室関係について

【7】診察・処置・待合室の管理		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	採血等の際には、患者一人ごとに手袋を交換していますか。	1	2	3	4	9
②	診察・処置室等において、手洗い用の共用タオルは避けていますか。	1	2	3	4	9
③	発熱や咳など感染の疑いのある患者については、待合室におけるトリアージがなされていますか。	1	2	3	4	9

8. 看護関係について ※入院施設のある診療所

【8-0】入院施設の有無		あり	なし
①	診療所に入院施設(病室)がありますか。	1	9

→「あり 1」と回答された方は、【8-1】の質問にも回答してください。

【8-1】病室の管理		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	病室の定員を遵守していますか。(規則第10条第1項第1号)	1	2	3	4
②	患者は必ず病室に入院させていますか。 (規則第10条第1項第2号)	1	2	3	4
③	病毒感染の危険のある患者からの感染を防止するため、適切な処置(部屋, 寝具, 食器などの消毒)を講じていますか。 (規則第10条第1項第5号, 第6号)	1	2	3	4

9. 産科診療について

※産科又は産婦人科を標榜している診療所

【9-0】産科又は産婦人科の標榜		あり	なし
①	産科又は産婦人科を標榜していますか。	1	9

→「あり 1」と回答された方は、【9-1】【9-2】の質問にも回答してください。

【9-1】新生児の管理		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	適当な看護要員が配置され、責任体制が確立されていますか。(規則第19条第4項)	1	2	3	4
②	新生児の識別が適切に行われていますか。(法第15条第1項)	1	2	3	4
③	避難に必要な構造設備・器具が備えられていますか。(規則第16条)	1	2	3	4
④	助産師が従事する場合、助産録の管理保存は適切ですか。(保助看法第42条)	1	2	3	4

【9-2】新生児室の管理		99%以上できている	95%以上できている	90%以上できている	90%までできていない
①	スタッフが入室する時に手洗いをしていますか。	1	2	3	4
		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
②	スタッフの服装は適切ですか。	1	2	3	4
③	スタッフは、一児を扱うごとに手洗いをしていますか。	1	2	3	4
④	外部との物品の共用は避けていますか。	1	2	3	4
⑤	体温計は個人用となっていますか。	1	2	3	4
⑥	モニター類は使用ごとに消毒していますか。	1	2	3	4
⑦	沐浴槽は使用前1人ごとに洗浄・消毒していますか。	1	2	3	4
⑧	感染症の児は、後に入浴させていますか。	1	2	3	4
⑨	調乳をする作業場所の清潔が確保されていますか。	1	2	3	4
⑩	母親への受け渡し方法(手洗い、消毒等)は適切にされていますか。	1	2	3	4
⑪	面会者への対応は適切ですか。	1	2	3	4

10. 内視鏡関係について

※内視鏡を行っている診療所

【10-0】内視鏡検査の実施		行っている	行っていない
①	診療所で内視鏡検査を行っていますか。	1	9

→「行っている 1」と回答された方は、【10-1】の質問にも回答してください。

【10-1】内視鏡及び内視鏡室の管理		99%以上できている		99%までできていない	
		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	内視鏡検査時は使い捨て手袋を使用し、患者ごとに交換していますか。	1		4	
②	処置の種類や使用部位に応じた適切な滅菌・消毒を行っていますか。	1	2	3	4
③	消毒後は適切に乾燥を図っていますか。	1	2	3	4
④	保管場所は、周囲から汚染のない清潔な場所ですか。	1	2	3	4
⑤	内視鏡周囲の汚染に注意を払っていますか。 (保管庫・流し台等の清潔保持、従事者の手袋等)	1	2	3	4
⑥	患者ごとにベッドの紙シーツを交換していますか。	1	2	3	4
⑦	検査日には検査終了後、床を湿式清掃していますか。	1	2	3	4

11. 人工透析関係について

※人工透析を行っている診療所

【11-0】人工透析の実施		行っている	行っていない
①	診療所で人工透析を行っていますか。	1	9

→「行っている 1」と回答された方は、【11-1】の質問にも回答してください。

【11-1】人工透析器及び透析室の管理		99%以上できている		99%までできていない	
		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	穿刺・抜針操作担当者は、ディスポ滅菌手袋を使用し、かつ、患者ごとに交換していますか。	1		4	
②	ベッドの周囲が広く確保されていますか。	1	2	3	4
③	透析開始・終了操作は有資格者が行っていますか。	1			4
④	手技の前には、入念な手洗いをしていますか。	1	2	3	4
⑤	肝炎ウイルス陽性患者は、一定の位置に固定していますか。	1	2	3	4
⑥	薬剤（ヘパリン・エリスロポエチン等）の準備作業区域の清潔が確保されていますか。	1	2	3	4
⑦	透析装置のメンテナンス記録を残していますか。	1	2	3	4
⑧	患者に定期的に肝炎等の検査を実施していますか。	1	2	3	4
⑨	スタッフは定期的にウイルス肝炎の検査を受けていますか。	1	2	3	4
⑩	患者用トイレから共用タオルを排除していますか。	1	2	3	4
⑪	同じスタッフがHBs抗原陽性患者とHBs抗体陰性患者を同時にケアすることは避けるようにしていますか。	1	2	3	4

12. 観血的手術（手術室）について

※観血的手術を行っている診療所

【12-0】観血的手術の実施		行っている	行っていない
①	診療所で観血的手術を行っていますか。	1	9

→「行っている 1」と回答された方は、【12-1】の質問にも回答してください。

【12-1】手術室及び手術器材の管理		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	手術室への入室時にはアルコール手指消毒を行っていますか。	1	2	3	4
②	手術室では、十分な換気がなされていますか。	1	2	3	4
③	手術後には、当日中に湿式清掃を行っていますか。	1	2	3	4
④	全ての手術用器材は適切に管理された滅菌器材を使用していますか。	1	2	3	4
⑤	滅菌インジケータを定期的に点検していますか。	1	2	3	4
⑥	滅菌の作業記録を残していますか。	1	2	3	4
⑦	未滅菌か滅菌済みかの識別方法は適切ですか。	1	2	3	4

13. 外来での非経口的抗がん剤使用について

※該当のある診療所

【13-0】外来での非経口的抗がん剤の使用		あり	なし
①	外来で非経口的抗がん剤を使用していますか。	1	9

→「あり 1」と回答された方は、【13-1】の質問にも回答してください。

【13-1】非経口的抗がん剤使用に関する管理		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	患者ごとのレジメンに関するプロトコール管理をしていますか。	1	2	3	4
②	抗がん剤の分注や混注の際の用量をダブルチェックしていますか。	1	2	3	4
③	抗がん剤の血管外漏出時の対応方法を職員間で共有できていますか。	1	2	3	4
④	抗がん剤混和等の操作に際して、従事者の危険防止策が講じられていますか。	1	2	3	4
⑤	抗がん剤混和等の操作に際して、従業者の暴露が起こった際の対応方法を事前に把握していますか。	1	2	3	4

14. 耳鼻咽喉科診療について

※耳鼻咽喉科を標榜している診療所

【14-0】耳鼻咽喉科の標榜		あり	なし
①	耳鼻咽喉科を標榜していますか。	1	9

→「あり 1」と回答された方は、【14-1】の質問にも回答してください。

【14-1】耳鼻科診療室の管理		99%以上できている	95%以上できている	90%以上できている	90%までできていない
①	粘膜及び感染のおそれのある部位に触れるときは、手袋を使用し、患者ごとに交換していますか。	1	2	3	4
		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
②	血液・体液・排出物など感染のおそれがあるものに触れるとき、またそれらの飛沫が予想される場合は、ガウンやエプロン、ハイネック等を使用していますか。	1	2	3	4
③	血液・体液・排出物など感染のおそれがあるものの飛散で目・鼻・口等の汚染が予測される場合は、マスク、メガネ、ゴーグル等を使用していますか。	1	2	3	4
④	患者の粘膜に触れる器具類は、滅菌消毒（オートクレーブ、ガス、プラズマ等）し、患者ごとに交換していますか。	1	2	3	4
⑤	内視鏡は患者ごとに消毒を行っていますか。	1	2	3	4

15. 眼科診療について

※眼科を標榜している診療所

【15-0】眼科の標榜		あり	なし
①	眼科を標榜していますか。	1	9

→「あり 1」と回答された方は、【15-1】の質問にも回答してください。

【15-1】眼科診療室の管理		99%以上できている	95%以上できている	90%以上できている	90%までできていない
①	血液・体液・排出物など感染のおそれがあるものに触れるとき、またそれらの飛沫が予想される場合は、手袋を着用し、適切なガウンやエプロン等を使用していますか。	1	2	3	4
		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
②	患者ごとに手指の洗浄を十分に行い、よく乾燥させていますか。	1	2	3	4
③	血液・体液・排出物などで汚染された手袋・ガウン・エプロン等は直ちに交換していますか。	1	2	3	4
④	血液・体液・排出物など感染のおそれのあるものの飛散で目・鼻・口等の汚染が予測される場合は、マスク、メガネ等を使用していますか。	1	2	3	4
⑤	患者の粘膜に触れる器具類は、滅菌消毒（オートクレーブ、ガス、プラズマ等）し、患者ごとに交換していますか。	1	2	3	4
⑥	感染性疾患を有する患者の診察後は、次患者の入室前にドアノブ等の high touch 箇所をアルコール清拭等で除染していますか。	1	2	3	4
⑦	視覚障害を含め身体に障害を持つ患者の移動に際し、転倒予防のため適切な介助を行っていますか。また段差解消に努めていますか。	1	2	3	4

16. 歯科診療について

※歯科を標榜している診療所

【16-0】 歯科の標榜		あり	なし
①	歯科を標榜していますか。	1	9

→「あり 1」と回答された方は、【16-1】の質問にも回答してください。

【16-1】 歯科診療室の管理		99%以上 できている	95%以上 できている	90%以上 できている	90%までできて いない
①	患者ごとに手袋(汚染を受けたマスク)を交換していますか。	1	2	3	4
②	患者の口腔内に触れる器具類は、滅菌消毒(オートクレーブ、ガス、プラズマ等)し、患者ごとに交換していますか。	1	2	3	4
		でき(して)いる	概ね できている	あまりでき ていない	でき(して)いない
③	血液・体液・排出物など感染のおそれがあるものに触れるとき、またそれらの飛沫が予想される場合は、適切なガウンやエプロン、ハイネック等を使用していますか。	1	2	3	4
④	血液・体液・排出物など感染のおそれがあるものの飛散で目・鼻・口等の汚染が予測される場合は、マスク、メガネ、ゴーグル等を使用していますか。	1	2	3	4
⑤	口腔外バキュームの使用をしていますか。	1			4
⑥	滅菌後の器具は、清潔が確保されるように保管されていますか。使用済み器具は、すみやかに洗浄していますか。	1	2	3	4
⑦	タービンやエンジンのハンドピースの滅菌消毒はオートクレーブ対応ですか。あるいは各患者毎に、使用する前に、カラ回し(20~30秒)を行っていますか。	1	2	3	4
⑧	印象物は薬液等による消毒を行っていますか。	1	2	3	4
⑨	ペーパータオル等を使用していますか。また、設置場所は適切ですか。	1	2	3	4
⑩	流し台は手洗いと器具洗浄用が別ですか。また、清潔が保たれていますか。	1	2	3	4
⑪	流し台の蛇口は、フットペダルやセンサーなど手指の清潔に配慮したものですか。	1	2	3	4
⑫	手指用液体石鹸や手指消毒用薬液のつぎ足しは避けていますか。	1	2	3	4
⑬	針刺し事故防止のため、注射針のリキャップは避ける工夫をしていますか。	1	2	3	4
⑭	感染性廃棄物の収容場所(容器)は、他の物品への汚染がないよう適切に設置されていますか。	1	2	3	4
⑮	スタッフにはB型肝炎ワクチン接種の機会が提供されていますか。	1	2	3	4
⑯	問診、血液検査等により、患者の感染症の把握をしていますか。	1	2	3	4

17. その他

リスク評価・持続的質改善等について、以下の質問にご自由にお答えください。

① 診療所内でどういうこと（行為）が危ないと考えていますか。また、それにどう対処していますか。
＜回答シートにご記入ください。＞

② 職員の意志統一をどのように図っていますか。
＜回答シートにご記入ください。＞

③ 医療の質の向上のために、何か工夫されていることがありますか。
＜回答シートにご記入ください。＞

◆-----◆

自主点検票の各項目について、○をした数字を回答シートの該当箇所に転記してください。

記入した回答シートについては、返信用封筒に入れ、8月10日（消印有効）までに岡山市保健所保健課にご返送ください。

自主点検票につきましては、各診療所において保管し、今後の診療所内の安全管理等にお役立てください。

歯科診療所自主点検票（医療法関係）

自主点検日	平成 年 月 日	点検者氏名	
-------	----------	-------	--

【 記入にあたっての注意事項 】

- 1 次の点検項目について点検し、結果について、該当する番号に○印をしてください。
- 2 原則として、診療所の管理者の方が点検し、記入してください。管理者の方が記入できない場合、診療所のことを把握されている方が記入されても結構です。
- 3 回答に迷ったときには、点検者の自己判断によりご記入ください。
- 4 点検票の質問すべてに記入した上で、別紙の回答シートに○印をつけた数字を転記したものを、8月10日（消印有効）までに保健所に返送してください。点検票については保存し、今後の診療所の管理運営にお役立てください。
- 5 以下において「法」とは医療法、「令」とは医療法施行令、「規則」とは医療法施行規則を指します。ただし、特にことわったものについてはこの限りではありません。

【 歯科診療所自主点検票の構成 】

点検票は、以下の項目で構成されています。

- 1 総括・管理関係
- 2 安全管理関係
- 3 業務委託関係
- 4 医薬品関係（院内処方のみ）
- 5 廃棄物関係
- 6 放射線関係
- 7 歯科診療
- 8 その他

【 お問い合わせ先 】

「医科・歯科診療所自主点検強化事業」は、岡山市が㈱グロップに委託して実施しています。点検票に関するご質問は、㈱グロップまでお問い合わせください。

なお、法令等に関するご質問については、後日事業担当課から回答いたします。

医科・歯科診療所自主点検強化事業 受託事業者：株式会社 グロップ

受付時間 月～金曜日 10:00～17:00
(12:00～13:00を除く)

TEL. (086)270-5217

事業担当課：岡山市保健所保健課

TEL. (086)803-1254 FAX.(086)803-1757

1. 総括・管理関係について

【1-1】医療法の手続き		できている	できていない	該当なし
①	診療所開設許可(届出)後の許可(届出)事項に変更が生じたときに、許可(届出)がなされていますか。 (法第7条第2項、令第4条第1項及び第3項、令第4条の2第2項)	1	4	9
②	診療用エックス線装置の設置、変更、廃止の届出をしていますか。 (法第15条第3項)	1	4	9
③	他の診療所等の管理者となる場合には、管理者兼任許可を受けていますか。(法第12条第2項)	1	4	9

【1-2】診療録の保管管理		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	診療録にア～エの事項が記載されていますか。 (歯科医師法施行規則第22条)	/	/	/	/
	ア 診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢	1	2	3	4
	イ 病名及び主要症状	1	2	3	4
	ウ 治療方法(処方及び処置)	1	2	3	4
	エ 診療の年月日	1	2	3	4
②	過去5年間の診療録が保存されていますか。 (歯科医師法第23条第2項)	1			4

【1-3】診療に関する諸記録の整理保管		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	処方せんを発行する場合、処方せんに必要な事項が記載されていますか。以下の状況を踏まえて判断してください。 (歯科医師法施行規則第20条) ・患者氏名 ・年齢 ・薬名、分量、用法、用量 ・発行年月日 ・使用期間 ・歯科医師の記名押印又は署名 ・診療所の名称及び所在地又は歯科医師の住所 ※院内処方せんの場合、下線部の記載で可 (歯科医師が調剤する場合、処方を記載した当該診療録をもって同規定の処方せんとして差しつかえありません。)	1	2	3	4

【1-4】医療器具等の清潔保持及び維持管理・構造設備		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	医療器具等は清潔が保持されていますか。(法第20条)	1	2	3	4	
②	構造設備は、衛生上、防火上及び保安上安全と認められますか。各室の状況を踏まえて判断してください。(法第20条) ・診察室 ・処置室 ・調剤所 ・検査室 ・待合室 ・エックス線室 ・歯科技工室	1	2	3	4	
③	歯科技工室は、防塵設備が設けられていますか。(規則第16条第1項第13号)	1			4	9

【1-5】職員の健康管理(法第15条第1項)		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	全職員(歯科医師も含む)の定期健康診断(年1回)は行われていますか。(労働安全衛生規則第44条第1項)	1	2	3	4	
②	放射線診療従事者(歯科医師を含む)の健康診断(6か月に1回)は行われていますか。(電離放射線障害防止規則第56条)	1	2	3	4	9
③	個人票(記録)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)	1			4	
④	健診の結果、異常等が発見された職員に対し、必要な措置をしていますか。	1	2	3	4	9

【1-6】院内掲示		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	建物の内側に医療法に規定するア～ウの掲示がしてありますか。				
	ア 管理者の氏名 (法第14条の2第1項第1号)	1			4
	イ 診療に従事する歯科医師の氏名 (法第14条の2第1項第2号)	1			4
	ウ 歯科医師の診療日・診療時間 (法第14条の2第1項第3号)	1			4
②	上記のア～ウは、入口、受付又は待合所付近の見やすい場所に掲示してありますか。(規則第9条の3)	1	2	3	4

【1-7】 広告等		できている	できていない
①	院外の看板等は広告規制に抵触しない表示となっていますか。 (法第6条の5)	1	4
②	診療科名は、医療法施行令第3条の2に示されたものだけですか。 (法第6条の6) ・具体例—歯科, 小児歯科, 矯正歯科, 歯科口腔外科	1	4
③	他の診療所と比較して優良である旨の広告, 誇大な広告は避けていますか。(規則第1条の9)	1	4

【1-8】 防火・防災体制		できている	できていない
①	消火器や火災報知機等は設置されていますか。(規則第16条第1項第16号)	1	4

【1-9】 医療機能情報の提供		できている	できていない
①	県に報告している医療機能情報の内容を、診療所内において書面やインターネット等により閲覧に供していますか。 (法第6条の3第1項~第3項)	1	4

2. 安全管理関係について

【2-1】医療に係る安全管理のための体制確保		できている	概ね できている	あまりでき ていない	できて いない
①	安全管理のための指針は作成されていますか。 (規則第1条の11第1項第1号)	1			4
②	安全管理のための職員研修を実施していますか。 (規則第1条の11第1項第3号)	1			4
③	医療機関内における事故報告等、医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策(管理者への報告、事例の収集分析、記録の作成等)は講じられていますか。 (規則第1条の11第1項第4号)	1	2	3	4

【2-2】院内感染対策のための体制の確保		できている	概ね できている	あまりでき ていない	できて いない
①	院内感染対策のための指針は作成されていますか。 (規則第1条の11第2項第1号イ)	1			4
②	院内感染対策のための職員研修を実施していますか。 (規則第1条の11第2項第1号ハ)	1			4
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(感染症発生動向情報の共有、専門家等への相談体制の確保、マニュアルの整備等)を実施していますか。(規則第1条の11第2項第1号ニ)	1	2	3	4

【2-3】医薬品の安全管理体制		できている	概ね できている	あまりでき ていない	できて いない
①	医薬品安全管理責任者は配置されていますか。 ※ 診療所は管理者との兼務可 (規則第1条の11第2項第2号イ)	1			4
②	従業者に対する医薬品の安全使用のための研修は行われていますか。(規則第1条の11第2項第2号ロ)	1			4
③	医薬品の安全使用のための業務に関する手順書(医薬品の取扱いに係る業務の手順を文書化したもの)は作成されていますか。(規則第1条の11第2項第2号ハ)	1			4
④	手順書に基づき業務を実施し、確認と記録を行っていますか。 (規則第1条の11第2項第2号ハ, H19.3.30 医政発 0330010)	1	2	3	4
⑤	医薬品の安全使用のための情報の収集、改善のための方策(情報収集と従業者への周知等)は実施されていますか。 (規則第1条の11第2項第2号ニ)	1	2	3	4

【2-4】医療機器の保守点検・安全使用に関する体制		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	医療機器安全管理責任者は配置されていますか。 ※ 診療所は管理者との兼務可 (規則第1条の11第2項第3号イ)	1			4
②	従事者に対する医療機器の安全使用のための研修は行われていますか。(規則第1条の11第2項第3号ロ)	1			4
③	医療機器の保守点検計画が策定され、適切な保守点検が行われていますか。(規則第1条の11第2項第3号ハ)	1	2	3	4
④	医療機器の安全使用のための情報の収集、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(情報収集と使用者への情報提供、情報の整理保管、管理者への報告等)は実施されていますか。(規則第1条の11第2項第3号ニ)	1	2	3	4

3. 業務委託関係について

診療業務に著しい影響を与える以下の業務を委託する場合、医療法施行規則に定める基準に適合する者に委託していますか。また、有効な契約書が備えられていますか。

		できている	できていない	該当なし
①	検体検査 (規則第9条の8)	1	4	9
②	医療機器・繊維製品の滅菌消毒 (規則第9条の9)	1	4	9
③	医療機器の保守点検 (規則第9条の12)	1	4	9

4. 医薬品関係 (院内処方のみ) について

【4】薬剤の交付		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	薬袋の記載事項は適切ですか。 以下の状況を踏まえて判断してください。 (歯科医師法施行規則第21条、薬剤師法第25条) ・患者氏名 ・用法、用量 ・交付年月日 ・薬剤師の氏名(薬剤師が調剤した場合) ・診療所の名称及び所在地又は歯科医師の住所及び氏名	1	2	3	4	9
②	患者に対する与薬や服薬指導を適切に行っていますか。 (H19.3.30 医政発 0330010)	1	2	3	4	9

5. 廃棄物関係について（廃棄物の処理及び清掃に関する法律参照）

国マ：「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル（平成21年5月改訂）」

【5-1】管理体制		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	特別管理産業廃棄物管理責任者を設置していますか。 (廃掃法第12条の2第6項) (注)71ページ参照	1			4	9
②	管理責任者の資格は適正ですか。(廃掃法第12条の2第7項) ※歯科医師, 看護師, 歯科衛生士等の場合は講習会受講不要	1			4	9
③	感染性廃棄物管理について周知・徹底できていますか。 (国マ3. 1)	1	2	3	4	9

【5-2】分別・移動・表示		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	感染性廃棄物を他の廃棄物と分別していますか。 (国マ4. 1)	1	2	3	4	9
②	施設内移動は, 内容物が飛散・流出しない容器で行っていますか。(国マ4. 2)	1	2	3	4	9
③	容器に感染性廃棄物である旨, 取り扱う際注意すべき事項は表示してありますか。(バイオハザードマークが望ましい) (国マ4. 5)	1	2	3	4	9

【5-3】保管		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	感染性廃棄物の保管期間は極力短期間としていますか。 (国マ4. 3)	1	2	3	4	9
②	関係者以外の立入禁止措置は十分ですか。 (国マ4. 3)	1	2	3	4	9
③	取扱い注意事項は表示されていますか。 (国マ4. 3)	1	2	3	4	9

【5-4】契約関係		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	産業廃棄物処理委託契約が締結され, 決められた事項が適正に記載されていますか。 (廃掃法第12条の2第3項, 第4項, 廃掃法施行令第6条の2, 第6条の6, 廃掃法施行規則第8条の4)	1	2	3	4	9
②	収集運搬・処分業者の許可証の確認が行われていますか。 (廃掃法第12条の2第4項, 廃掃法施行令第6条の6)	1			4	9
③	マニフェストの確認及び保管(5年間)は適正ですか。 (廃掃法第12条の3第5項, 廃掃法施行規則第8条の26)	1	2	3	4	9

6. 放射線関係について

【6-0】 エックス線装置の有無		あり	なし
①	診療所内にエックス線装置がありますか。	1	9

→「あり 1」と回答された方は、【6-1】～【6-5】の質問にも回答してください。

【6-1】 管理区域		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	管理区域を設定し、その旨を示す標識がありますか。 (規則第30条の16第1項)	1			4
②	管理区域にみだりに人が立ち入れない措置がとられていますか。 (規則第30条の16第2項)	1	2	3	4

【6-2】 掲示・標識等		できている	できていない
①	施設の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が掲示されていますか。 (規則第30条の13)	1	4
②	エックス線診療室である旨の標識がありますか。 (規則第30条の4第3号)	1	4
③	エックス線装置を使用中はそれぞれの出入口にその旨が表示されますか。 (規則第30条の20第2項第1号)	1	4

【6-3】 使用場所の構造・制限等		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない	該当なし
①	エックス線診療室の外に操作する場所がありますか。 (規則第30条の4第2号)	1			4	9
②	エックス線装置の使用業務は、それぞれ専用の使用室において行われていますか。 (規則第30条の14)	1	2	3	4	
③	専用の使用室以外において使用している場合、使用目的・防護措置等は適切ですか。 (規則第30条の14)	1	2	3	4	9

【6-4】従事者の被ばく防止の措置		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	放射線業務従事者の被ばく線量が限度を超えないように管理されていますか。 (規則第30条の18第1項, 規則第30条の27)	1	2	3	4

【6-5】廃液の処理		できている	概ねできている	あまりできていない	できていない
①	現像液(廃アルカリ)・定着液(廃酸)の処理方法は適切ですか。 (一般排水へ排水していませんか。) (廃掃法第3条第1号)	1	2	3	4

7. 歯科診療について

【 7 】 歯科診療室の管理		99%以上でき ている	95%以上でき ている	90%以上でき ている	90%までできて いない
①	患者ごとに手袋(汚染を受けたマスク)を交換していますか。	1	2	3	4
②	患者の口腔内に触れる器具類は、滅菌消毒(オートクレーブ、ガス、プラズマ等)し、患者ごとに交換していますか。	1	2	3	4
		でき(して) いる	概ね できている	あまりでき ていない	でき(して) いない
③	血液・体液・排出物など感染のおそれがあるものに触れるとき、またそれらの飛沫が予想される場合は、適切なガウンやエプロン、ハイネック等を使用していますか。	1	2	3	4
④	血液・体液・排出物など感染のおそれがあるものの飛散で目・鼻・口等の汚染が予測される場合は、マスク、メガネ、ゴーグル等を使用していますか。	1	2	3	4
⑤	口腔外バキュームの使用をしていますか。	1			4
⑥	滅菌後の器具は、清潔が確保されるように保管されていますか。使用済み器具は、すみやかに洗浄していますか。	1	2	3	4
⑦	タービンやエンジンのハンドピースの滅菌消毒はオートクレーブ対応ですか。あるいは各患者毎に、使用する前に、カラ回し(20~30秒)を行っていますか。	1	2	3	4
⑧	印象物は薬液等による消毒を行っていますか。	1	2	3	4
⑨	ペーパータオル等を使用していますか。また、設置場所は適切ですか。	1	2	3	4
⑩	流し台は手洗いと器具洗浄用が別ですか。また、清潔が保たれていますか。	1	2	3	4
⑪	流し台の蛇口は、フットペダルやセンサーなど手指の清潔に配慮したものですか。	1	2	3	4
⑫	手指用液体石鹸や手指消毒用薬液のつぎ足しは避けていますか。	1	2	3	4
⑬	針刺し事故防止のため、注射針のリキャップは避ける工夫をしていますか。	1	2	3	4
⑭	感染性廃棄物の収容場所(容器)は、他の物品への汚染がないよう適切に設置されていますか。	1	2	3	4
⑮	スタッフにはB型肝炎ワクチン接種の機会が提供されていますか。	1	2	3	4
⑯	問診、血液検査等により、患者の感染症の把握をしていますか。	1	2	3	4

8. その他

リスク評価・持続的質改善等について、以下の質問にご自由にお答えください。

- ① 診療所内でどういうこと（行為）が危ないと考えていますか。また、それにどう対処していますか。
<回答シートにご記入ください。>

- ② 職員の意志統一をどのように図っていますか。
<回答シートにご記入ください。>

- ③ 医療の質の向上のために、何か工夫されていることがありますか。
<回答シートにご記入ください。>

◆-----◆
自主点検票の各項目について、○をした数字を回答シートの該当箇所に転記してください。

記入した回答シートについては、返信用封筒に入れ、8月10日（消印有効）までに岡山市保健所保健課にご返送ください。

自主点検票につきましては、各診療所において保管し、今後の診療所内の安全管理等にお役立てください。