

第 4 部 資料編

目次

1. 単純集計表（医科）……………Ⅳ-①-1
2. 単純集計表（歯科）……………Ⅳ-②-1
3. 自由記述回答集 ……………Ⅳ-③-1
4. 自主点検票（医科） ……………Ⅳ-④-1
5. 自主点検票（歯科）……………Ⅳ-⑤-1

単純集計表

(医科)

目次

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

1 総括・管理関係

1-1 医療法の手続き (N=578)

	できている	できていない	該当なし	無回答
①診療所開設許可後の許可事項に変更が生じたときに、許可がなされていますか。	469(81.1%)	2(0.3%)	101(17.5%)	6(1.0%)
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。	334(57.8%)	5(0.9%)	233(40.3%)	6(1.0%)
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。	78(13.5%)	3(0.5%)	490(84.8%)	7(1.2%)

1-2 診療録の保管管理 (N=578)

	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	無回答
①ア診療録/診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢	552(95.5%)	8(1.4%)	0(0.0%)	1(0.2%)	17(2.9%)
①イ診療録/病名及び主要症状	552(95.5%)	7(1.2%)	0(0.0%)	1(0.2%)	18(3.1%)
①ウ診療録/治療方法(処方及び処置)	554(95.8%)	4(0.7%)	0(0.0%)	1(0.2%)	19(3.3%)
①エ診療録/診療の年月日	559(96.7%)	0(0.0%)	1(0.2%)	1(0.2%)	17(2.9%)
②過去5年間の診療録が保存されていますか。	550(95.2%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	28(4.8%)

1-3 診療に関する諸記録の整理保管 (N=578)

	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	無回答
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。	534(92.4%)	15(2.6%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	29(5.0%)
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。	52(9.0%)	3(0.5%)	1(0.2%)	1(0.2%)	502(86.9%)	19(3.3%)

1-4 医療器具等の清潔保持及び維持管理・構造設備 (N=578)

	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	無回答
①医療器具等は清潔が保持されていますか。	544(94.1%)	19(3.3%)	1(0.2%)	0(0.0%)	0(0.0%)	14(2.4%)
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。	521(90.1%)	40(6.9%)	1(0.2%)	0(0.0%)	0(0.0%)	16(2.8%)
③歯科技工室は防塵設備等必要な設備が設けられていますか。	6(1.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	561(97.1%)	11(1.9%)
④ア採光及び換気は十分で、かつ清潔ですか。	232(40.1%)	30(5.2%)	1(0.2%)	0(0.0%)	304(52.6%)	11(1.9%)
④イ冷暗所(冷蔵庫等)は設置されていますか。	266(46.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	2(0.3%)	300(51.9%)	10(1.7%)
④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。	150(26.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	18(3.1%)	400(69.2%)	10(1.7%)

1-5 調理機械、器具の清潔保持及び保守管理 ※有床診療

	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	無回答
①調理機械、器具、運搬車が清潔を保つよう十分に手入れがされていますか。	62(92.5%)	5(7.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
②食器の消毒が適切に行われていますか。	60(89.6%)	4(6.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	3(4.5%)	0(0.0%)
③食品等の保管・取り扱いが衛生的に行われていますか。	60(89.6%)	3(4.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(6.0%)	0(0.0%)
④調理従事者の作業服の清潔さが保持されていますか。	56(83.6%)	5(7.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	6(9.0%)	0(0.0%)

1-6 職員の健康管理(法第15条第1項) (N=578)

	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	無回答
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。	501(86.7%)	56(9.7%)	9(1.6%)	3(0.5%)	0(0.0%)	9(1.6%)
②放射線診療従事者(医師含む)、深夜業務従事者の健康診断は行われているか。	166(28.7%)	53(9.2%)	14(2.4%)	13(2.2%)	324(56.1%)	8(1.4%)
③個人票(記録)を作成し、5年間保存していますか。	493(85.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	67(11.6%)	0(0.0%)	18(3.1%)
④電離放射線健康診断項目について実施していますか。	179(31.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	106(18.3%)	283(49.0%)	10(1.7%)
⑤電離放射線健康診断個人票を作成していますか。	153(26.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	129(22.3%)	286(49.5%)	10(1.7%)
⑥調理従事者等に細菌検査を月1回以上実施していますか。	82(14.2%)	0(0.0%)	0(0.0%)	5(0.9%)	483(83.6%)	8(1.4%)
⑦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。	465(80.4%)	53(9.2%)	4(0.7%)	3(0.5%)	46(8.0%)	7(1.2%)

第4部 資料編

1-7 院内掲示 (N=578)

	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	無回答
①ア院内掲示/管理者の氏名	489(84.6%)	0(0.0%)	0(0.0%)	67(11.6%)	22(3.8%)
①イ院内掲示/診療に従事する医師の氏名	503(87.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	53(9.2%)	22(3.8%)
①ウ院内掲示/医師の診療日・診療時間	517(89.4%)	0(0.0%)	0(0.0%)	38(6.6%)	23(4.0%)
②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。	462(79.9%)	46(8.0%)	7(1.2%)	37(6.4%)	26(4.5%)

1-8 広告等 (N=578)

	できている	できていない	無回答
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。	540(93.4%)	3(0.5%)	35(6.1%)
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ですか。	540(93.4%)	3(0.5%)	35(6.1%)
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。	540(93.4%)	3(0.5%)	35(6.1%)
④医療広告ガイドラインに則って適切に広告をしていますか。	538(93.1%)	5(0.9%)	35(6.1%)

1-9 医療機能情報の提供 (N=578)

	できている	できていない	無回答
①医療機能情報の内容を診療所内の書面やインターネット等により閲覧に供していますか。	453(78.4%)	107(18.5%)	18(3.1%)
②医療機能情報の報告事項に変更があった場合には速やかに岡山県に報告していますか。	534(92.4%)	26(4.5%)	18(3.1%)

2 個人情報の取扱い

2-1 個人情報の取扱い (N=578)

	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	無回答
①個人情報の漏えい防止措置として漏えい、滅失、き損防止に必要な措置を講じているか。	453(78.4%)	104(18.0%)	13(2.2%)	1(0.2%)	7(1.2%)
②従事者に対して個人情報の取扱いに関する教育研修を実施していますか。	342(59.2%)	159(27.5%)	58(10.0%)	12(2.1%)	7(1.2%)

3 安全管理関係

3-1 医療に係る安全管理のための体制確保 (N=578)

	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	無回答
①安全管理のための指針は作成されていますか。	401(69.4%)	0(0.0%)	0(0.0%)	155(26.8%)	0(0.0%)	22(3.8%)
②安全管理のための委員会を開催していますか。	125(21.6%)	0(0.0%)	0(0.0%)	67(11.6%)	373(64.5%)	13(2.2%)
③安全管理のための職員研修を実施していますか。	283(49.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	271(46.9%)	0(0.0%)	24(4.2%)
④医療機関内の事故報告等医療に係る安全確保を目的とした改善の方策は講じているか。	282(48.8%)	135(23.4%)	73(12.6%)	68(11.8%)	0(0.0%)	20(3.5%)

3-2 院内感染対策のための体制の確保 (N=578)

	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	無回答
①院内感染対策のための指針は作成されていますか。	419(72.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	143(24.7%)	0(0.0%)	16(2.8%)
②院内感染対策のための委員会を開催していますか。	122(21.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	60(10.4%)	380(65.7%)	16(2.8%)
③院内感染対策のための職員研修を実施していますか。	329(56.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	232(40.1%)	0(0.0%)	17(2.9%)
④感染症の発生状況の報告院内感染対策の推進を目的とした改善の方策を実施しているか。	266(46.0%)	137(23.7%)	71(12.3%)	88(15.2%)	0(0.0%)	16(2.8%)

3-3 医療事故調査制度 (N=578)

	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	無回答
①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ますか。	221(38.2%)	142(24.6%)	122(21.1%)	71(12.3%)	22(3.8%)

3-4 医薬品の安全管理体制 (N=578)

	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	無回答
①医薬品安全管理責任者は配置されていますか。	521(90.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	32(5.5%)	25(4.3%)
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。	365(63.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	190(32.9%)	23(4.0%)
③医薬品の安全使用のための業務に関する手順書は作成されていますか。	286(49.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	261(45.2%)	31(5.4%)
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	198(34.3%)	90(15.6%)	40(6.9%)	218(37.7%)	32(5.5%)
⑤医薬品の安全使用のための情報の収集、改善のための方策は実施されていますか。	271(46.9%)	159(27.5%)	42(7.3%)	75(13.0%)	31(5.4%)

3-5 医療機器の保守点検・安全使用に関する体制 (N=578)

	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	無回答
①医療機器安全管理責任者は配置されていますか。	517(89.4%)	0(0.0%)	0(0.0%)	32(5.5%)	29(5.0%)
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。	389(67.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	159(27.5%)	30(5.2%)
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。	381(65.9%)	97(16.8%)	33(5.7%)	38(6.6%)	29(5.0%)
④医療機器の安全使用に必要な未承認等医療機器を含む情報を収集・周知しているか。	356(61.6%)	0(0.0%)	0(0.0%)	191(33.0%)	31(5.4%)

3-6 診療用放射線に係る安全管理のための体制 (N=578)

	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	無回答
①医療放射線安全管理責任者は配置されていますか。	303(52.4%)	0(0.0%)	0(0.0%)	5(0.9%)	251(43.4%)	19(3.3%)
②診療用放射線の安全利用のための指針を策定していますか。	190(32.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	112(19.4%)	257(44.5%)	19(3.3%)
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研修を行っているか。	167(28.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	123(21.3%)	268(46.4%)	20(3.5%)
④放射線診療を受ける患者の医療被ばくによる線量を記録していますか。	109(18.9%)	18(3.1%)	18(3.1%)	128(22.1%)	286(49.5%)	19(3.3%)
⑤診療用放射線に関する情報を収集し、従事者に周知していますか。	144(24.9%)	47(8.1%)	48(8.3%)	53(9.2%)	267(46.2%)	19(3.3%)

3-7 検体検査の精度の確保に関する体制 ※医療機関内で

	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	無回答
①検体検査の精度の確保に係る責任者は配置されていますか。	245(93.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	6(2.3%)	9(3.4%)	1(0.4%)
②遺伝子関連・染色体検査精度の確保に係る責任者は配置されていますか。	17(6.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	6(2.3%)	237(90.8%)	1(0.4%)
③精度の確保に係る各種標準作業書を作成していますか。	88(33.7%)	45(17.2%)	25(9.6%)	39(14.9%)	63(24.1%)	1(0.4%)
④精度の確保に係る各種作業日誌を作成していますか。	50(19.2%)	19(7.3%)	26(10.0%)	76(29.1%)	88(33.7%)	2(0.8%)
⑤精度の確保に係る各種台帳を作成していますか。	45(17.2%)	26(10.0%)	23(8.8%)	74(28.4%)	91(34.9%)	2(0.8%)
⑥内部精度管理の実施、外部精度管理調査の受検及び適切な研修の実施をしていますか	48(18.4%)	28(10.7%)	25(9.6%)	51(19.5%)	107(41.0%)	2(0.8%)

4 医薬品関係 (院内処方のみ)

4-1 薬剤の交付 ※院内処方の場合 (N=289)

	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	無回答
①薬袋の記載事項は適切ですか。	248(85.8%)	30(10.4%)	1(0.3%)	1(0.3%)	9(3.1%)	0(0.0%)
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。	252(87.2%)	36(12.5%)	1(0.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)

第4部 資料編

4-2 毒薬・劇薬 ※取り扱いがある場合 (N=223)

	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	無回答
①毒薬・劇薬は、他の医薬品と区別して保管していますか。	202(90.6%)	17(7.6%)	3(1.3%)	0(0.0%)	1(0.4%)	0(0.0%)
②毒薬は鍵のかかる保管庫に保管していますか。	148(66.4%)	6(2.7%)	2(0.9%)	3(1.3%)	64(28.7%)	0(0.0%)
③毒薬は在庫状況を帳簿等により管理していますか。	138(61.9%)	10(4.5%)	6(2.7%)	4(1.8%)	65(29.1%)	0(0.0%)

4-3 血液製剤 ※取り扱いがある場合 (N=70)

	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	無回答
①特定生物由来製品の管理簿を作成し、少なくとも20年間保存する体制にあるか。	60(85.7%)	5(7.1%)	1(1.4%)	4(5.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)

5 廃棄物関係

5-1 管理体制 (N=578)

	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	無回答
①特別管理産業廃棄物管理責任者を設置していますか。	470(81.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	9(1.6%)	87(15.1%)	12(2.1%)
②特別管理産業廃棄物管理責任者の資格は適正ですか。	462(79.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	9(1.6%)	95(16.4%)	12(2.1%)
③感染性廃棄物管理について周知・徹底できていますか。	471(81.5%)	41(7.1%)	2(0.3%)	3(0.5%)	50(8.7%)	11(1.9%)

5-2 分別・移動・表示 (N=578)

	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	無回答
①感染性廃棄物を他の廃棄物と分別していますか。	528(91.3%)	7(1.2%)	0(0.0%)	0(0.0%)	35(6.1%)	8(1.4%)
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。	511(88.4%)	23(4.0%)	2(0.3%)	0(0.0%)	34(5.9%)	8(1.4%)
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。	473(81.8%)	28(4.8%)	14(2.4%)	13(2.2%)	40(6.9%)	10(1.7%)

5-3 保管 (N=578)

	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	無回答
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。	445(77.0%)	68(11.8%)	9(1.6%)	1(0.2%)	47(8.1%)	8(1.4%)
②関係者以外の立入禁止措置は十分ですか。	353(61.1%)	121(20.9%)	30(5.2%)	8(1.4%)	58(10.0%)	8(1.4%)
③取扱い注意事項は表示されていますか。	358(61.9%)	74(12.8%)	50(8.7%)	34(5.9%)	53(9.2%)	9(1.6%)

5-4 契約関係 (N=578)

	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	無回答
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。	532(92.0%)	6(1.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	31(5.4%)	9(1.6%)
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。	535(92.6%)	0(0.0%)	0(0.0%)	3(0.5%)	31(5.4%)	9(1.6%)
③マニフェストの確認及び保管(5年間)は適正ですか。	512(88.6%)	13(2.2%)	4(0.7%)	5(0.9%)	35(6.1%)	9(1.6%)

6 業務委託関係

6-1 業務委託関係 (N=578)

	できている	できていない	該当なし	無回答
①検体検査	497(86.0%)	0(0.0%)	72(12.5%)	9(1.6%)
②医療機器・繊維製品の滅菌消毒	217(37.5%)	4(0.7%)	346(59.9%)	11(1.9%)
③食事の提供	57(9.9%)	2(0.3%)	509(88.1%)	10(1.7%)
④患者搬送業務	42(7.3%)	5(0.9%)	520(90.0%)	11(1.9%)
⑤医療機器の保守点検	417(72.1%)	10(1.7%)	141(24.4%)	10(1.7%)
⑥医療ガスの供給設備の保守点検	180(31.1%)	4(0.7%)	383(66.3%)	11(1.9%)
⑦洗濯	210(36.3%)	7(1.2%)	351(60.7%)	10(1.7%)
⑧清掃	246(42.6%)	10(1.7%)	312(54.0%)	10(1.7%)

7 防火・防災対策関係

7-1 防火・防災対策関係 (N=578)

	できている	できていない	該当なし	無回答
①-1防火管理者を選任していますか。	246(42.6%)	11(1.9%)	310(53.6%)	11(1.9%)
②-1消防計画を策定し、消防局へ届出を行っていますか。	232(40.1%)	12(2.1%)	323(55.9%)	11(1.9%)
③-1防火・防災上必要な設備が整備され、点検されていますか。	409(70.8%)	15(2.6%)	99(17.1%)	10(1.7%)
④-1消火訓練及び避難訓練を実施されていますか	170(29.4%)	102(17.6%)	147(25.4%)	13(2.2%)
⑤消火器や火災報知器等は設置されていますか。	528(91.3%)	2(0.3%)	27(4.7%)	8(1.4%)
⑥災害時の役割分担を定めていますか。	291(50.3%)	70(12.1%)	47(8.1%)	10(1.7%)
⑦職員への防災連絡体制を定めていますか。	314(54.3%)	59(10.2%)	55(9.5%)	10(1.7%)
⑧防災関係機関等緊急連絡先一覧を作成していますか。	266(46.0%)	95(16.4%)	57(9.9%)	10(1.7%)
⑨電話が使えない場合に他の方法を定めていますか。	218(37.7%)	117(20.2%)	61(10.6%)	10(1.7%)
⑩休日や夜間における職員の招集基準を設けていますか。	169(29.2%)	123(21.3%)	119(20.6%)	10(1.7%)
⑪気象情報等必要な情報入手方法をリストアップしていますか。	157(27.2%)	148(25.6%)	79(13.7%)	11(1.9%)
⑫避難の判断基準を定めていますか。	211(36.5%)	101(17.5%)	70(12.1%)	11(1.9%)
⑬避難場所や避難経路、避難方法を定めていますか。	269(46.5%)	68(11.8%)	62(10.7%)	10(1.7%)
⑭施設の安全対策チェックリスト等を作成していますか。	173(29.9%)	149(25.8%)	66(11.4%)	11(1.9%)

8 放射線・画像診断関係

8-1 放射線診療従事者 (N=348)

	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	無回答
①放射線業務は有資格者が実施していますか。	320(92.0%)	2(0.6%)	0(0.0%)	9(2.6%)	17(4.9%)
②診療放射線技師がいる場合、法令に限定列挙された業務を遵守していますか。	145(41.7%)	13(3.7%)	1(0.3%)	43(12.4%)	146(42.0%)

8-2 管理区域 (N=348)

	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	無回答
①管理区域を設定し、その旨を示す標識がありますか。	319(91.7%)	9(2.6%)	2(0.6%)	9(2.6%)	9(2.6%)
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。	294(84.5%)	33(9.5%)	7(2.0%)	6(1.7%)	8(2.3%)

8-3 掲示・標識等 (N=348)

	できている	できていない	無回答
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。	310(89.1%)	28(8.0%)	10(2.9%)
②エックス線診療室である旨の標識がありますか。	331(95.1%)	6(1.7%)	11(3.2%)
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。	327(94.0%)	9(2.6%)	12(3.4%)

8-4 使用場所の構造・制限等 (N=348)

	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	無回答
①エックス線診療室の外に操作する場所がありますか。	317(91.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	2(0.6%)	24(6.9%)	5(1.4%)
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。	330(94.8%)	2(0.6%)	0(0.0%)	4(1.1%)	0(0.0%)	12(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	168(48.3%)	7(2.0%)	0(0.0%)	1(0.3%)	167(48.0%)	5(1.4%)

第4部 資料編

8-5 従事者の被ばく防止の措置 (N=348)

	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	無回答
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。	257(73.9%)	48(13.8%)	15(4.3%)	16(4.6%)	12(3.4%)

8-6 廃液の処理 (N=348)

	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	無回答
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。	209(60.1%)	5(1.4%)	1(0.3%)	11(3.2%)	122(35.1%)

8-7 事故の場合の措置 (N=348)

	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	無回答
①事故発生に伴う連絡網並びに通報先を記載した、通報連絡網が整備されていますか。	181(52.0%)	58(16.7%)	42(12.1%)	50(14.4%)	17(4.9%)

8-8 移動型エックス線装置の保管 (N=348)

	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	無回答
①移動型エックス線装置は鍵のかかる保管場所等に保管されていますか。	87(25.0%)	6(1.7%)	5(1.4%)	22(6.3%)	228(65.5%)

8-9 エックス線装置等に関する記録 (N=348)

	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	無回答
①エックス線漏えい線量の測定は6か月を超えない期間ごとに行っていますか。	200(57.5%)	22(6.3%)	53(15.2%)	56(16.1%)	17(4.9%)

8-10 MRI関係※該当がある場合 (N=25)

	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	無回答
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。	14(56.0%)	2(8.0%)	0(0.0%)	9(36.0%)	0(0.0%)
②磁場発生中の表示がされていますか。	12(48.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	11(44.0%)	2(8.0%)
③金属類の持ち込み等チェックはされていますか。	13(52.0%)	0(0.0%)	1(4.0%)	10(40.0%)	1(4.0%)
④クエンチ発生時の対策はとられていますか。	10(40.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	13(52.0%)	2(8.0%)

9 診察・処置室関係

9 診察・処置室関係 (N=578)

	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	無回答
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。	332(57.4%)	72(12.5%)	52(9.0%)	44(7.6%)	34(5.9%)	44(7.6%)
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。	449(77.7%)	44(7.6%)	20(3.5%)	7(1.2%)	16(2.8%)	42(7.3%)
③発熱や咳など感染の疑いのある患者には待合室におけるトリアージがなされていますか。	393(68.0%)	78(13.5%)	14(2.4%)	3(0.5%)	46(8.0%)	44(7.6%)

10 看護関係

10 看護関係 (N=56)

	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	無回答
①病室の定員を遵守していますか。	50(89.3%)	1(1.8%)	0(0.0%)	5(8.9%)	0(0.0%)
②患者は必ず病室に入院させていますか。	51(91.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	5(8.9%)	0(0.0%)
③病室感染の危険のある患者からの感染を防止するため、適当な処置を講じていますか。	47(83.9%)	4(7.1%)	0(0.0%)	5(8.9%)	0(0.0%)

1.1 産科診療

11-1 新生児の管理 (N=8)

	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	無回答
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。	8(100.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
②新生児の識別が適切に行われていますか。	8(100.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
③避難に必要な構造設備・器具が備えられていますか。	8(100.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
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。	8(100.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)

11-2 新生児室の管理 (N=8)

	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	無回答
①スタッフが入室する時に手洗いをしていますか。	7(87.5%)	1(12.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
②スタッフの服装は適切ですか。	7(87.5%)	1(12.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
③スタッフは、一児を扱うごとに手洗いをしていますか。	7(87.5%)	0(0.0%)	1(12.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)
④外部との物品の共用は避けていますか。	8(100.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
⑤体温計は個人用となっていますか。	7(87.5%)	1(12.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
⑥モニター類は使用ごとに消毒していますか。	7(87.5%)	1(12.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
⑦沐浴槽は使用前1人ごとに洗浄・消毒していますか。	8(100.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
⑧感染症の児は、後に入浴させていますか。	8(100.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
⑨調乳をする作業場所の清潔が確保されていますか。	7(87.5%)	1(12.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
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。	7(87.5%)	1(12.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
⑪面会者への対応は適切ですか。	8(100.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)

1.2 内視鏡関係

12 内視鏡関係 (N=132)

	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	無回答
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。	122(92.4%)	4(3.0%)	0(0.0%)	6(4.5%)	0(0.0%)
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。	124(93.9%)	3(2.3%)	0(0.0%)	4(3.0%)	1(0.8%)
③消毒後は適切に乾燥を図っていますか。	125(94.7%)	2(1.5%)	1(0.8%)	4(3.0%)	0(0.0%)
④保管場所は、周囲から汚染のない清潔な場所ですか。	118(89.4%)	9(6.8%)	1(0.8%)	4(3.0%)	0(0.0%)
⑤内視鏡周囲の汚染に注意を払っていますか。	118(89.4%)	10(7.6%)	0(0.0%)	4(3.0%)	0(0.0%)
⑥患者ごとにベッドの紙シーツを交換していますか。	94(71.2%)	7(5.3%)	8(6.1%)	15(11.4%)	8(6.1%)
⑦検査日には検査終了後、床を湿式清掃していますか。	83(62.9%)	21(15.9%)	9(6.8%)	13(9.8%)	6(4.5%)

第4部 資料編

1.3 人工透析関係

13 人工透析関係 (N=12)

	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	無回答
①穿刺・抜針操作担当者は、デイスが滅菌手袋を使用しかつ患者ごとに交換しているか。	11(91.7%)	1(8.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
②ベッドの周囲の間隔が1m以上確保されていますか。	8(66.7%)	2(16.7%)	2(16.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)
③透析開始・終了操作は有資格者が行っていますか。	12(100.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
④手技の前には、入念な手洗いをしていますか。	11(91.7%)	0(0.0%)	1(8.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)
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。	11(91.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(8.3%)	0(0.0%)
⑥薬剤の準備作業区域の清潔が確保されていますか。	12(100.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
⑦透析装置のメンテナンス記録を残していますか。	12(100.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
⑧患者に定期的に肝炎等の検査を実施していますか。	12(100.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
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。	11(91.7%)	0(0.0%)	1(8.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)
⑩患者用トイレから共用タオルを排除していますか。	12(100.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
⑪同じスタッフがHBs抗原陽性患者とHBs抗体陰性患者の同時のケアは避けているか	10(83.3%)	2(16.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)

1.4 観血的手術

14 観血的手術（手術室）(N=74)

	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	無回答
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。	66(89.2%)	5(6.8%)	0(0.0%)	3(4.1%)	0(0.0%)
②手術室では、十分な換気がなされていますか。	66(89.2%)	3(4.1%)	1(1.4%)	3(4.1%)	1(1.4%)
③手術後には、当日中に湿式清掃を行っていますか。	65(87.8%)	2(2.7%)	3(4.1%)	4(5.4%)	0(0.0%)
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。	71(95.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	3(4.1%)	0(0.0%)
⑤滅菌インジケーターを定期的に点検していますか。	62(83.8%)	4(5.4%)	3(4.1%)	4(5.4%)	1(1.4%)
⑥滅菌の作業記録を残していますか。	44(59.5%)	6(8.1%)	12(16.2%)	11(14.9%)	1(1.4%)
⑦未滅菌か滅菌済みかの識別方法は適切ですか。	70(94.6%)	0(0.0%)	1(1.4%)	3(4.1%)	0(0.0%)

1.5 外来での非経口的抗がん剤使用

15 外来での非経口的抗がん剤使用 (N=7)

	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	無回答
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。	3(42.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(57.1%)	0(0.0%)
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。	3(42.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(57.1%)	0(0.0%)
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。	3(42.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(57.1%)	0(0.0%)
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。	3(42.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(57.1%)	0(0.0%)
⑤抗がん剤混和等の操作で従業者の暴露が起こった際の対応方法を把握していますか。	3(42.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(57.1%)	0(0.0%)

16 耳鼻咽喉科診療

16 耳鼻咽喉科診療 (N=42)

	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	無回答
①粘膜や感染のおそれのある部位に触れる時は手袋を使用し患者ごとに交換しているか。	31(73.8%)	6(14.3%)	1(2.4%)	4(9.5%)	0(0.0%)
②感染のおそれがある物の接触や飛沫が予想される場合はガウン等を使用しているか。	25(59.5%)	10(23.8%)	3(7.1%)	4(9.5%)	0(0.0%)
③感染のおそれがある飛散で目・鼻・口等の汚染が予測される時はマスクをしているか。	35(83.3%)	3(7.1%)	0(0.0%)	4(9.5%)	0(0.0%)
④患者の粘膜に触れる器具類は、滅菌消毒し、患者ごとに交換していますか。	38(90.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(9.5%)	0(0.0%)
⑤内視鏡は患者ごとに消毒を行っていますか。	36(85.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(9.5%)	2(4.8%)

17 眼科診療

17 眼科診療 (N=47)

	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	無回答
①感染のおそれがある物の接触や飛沫が予想される時に手袋等を使用しているか。	36(76.6%)	6(12.8%)	1(2.1%)	4(8.5%)	0(0.0%)
②涙・眼脂の接触や飛沫が予想される場合は、手袋・エプロン等を使用していますか。	31(66.0%)	7(14.9%)	4(8.5%)	5(10.6%)	0(0.0%)
③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。	37(78.7%)	6(12.8%)	0(0.0%)	4(8.5%)	0(0.0%)
④血液・体液・排出物で汚染された手袋・ガウン・エプロン等は直ちに交換しているか。	41(87.2%)	1(2.1%)	1(2.1%)	4(8.5%)	0(0.0%)
⑤感染のおそれのある物の飛散で汚染が予測される場合はメガネ等を使用しているか。	40(85.1%)	3(6.4%)	0(0.0%)	4(8.5%)	0(0.0%)
⑥患者の粘膜に触れる器具類は、滅菌消毒し、患者ごとに交換していますか。	37(78.7%)	6(12.8%)	0(0.0%)	4(8.5%)	0(0.0%)
⑦感染性疾患の患者を診察後は、次患者の入室前にドアノブ等を除染しているか。	40(85.1%)	3(6.4%)	0(0.0%)	4(8.5%)	0(0.0%)
⑧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るか。	36(76.6%)	7(14.9%)	0(0.0%)	4(8.5%)	0(0.0%)

18 歯科診療

18 歯科診療 (N=15)

	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	無回答
①全てのスタッフが適時適切に消毒薬を含む洗剤と流水で手洗いをしていますか？	11(73.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(26.7%)	0(0.0%)
②全てのスタッフが患者毎に手指消毒を行っていますか？	11(73.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(26.7%)	0(0.0%)
③ペーパータオルを使用していますか。また、設置場所は適切ですか。	11(73.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(26.7%)	0(0.0%)
④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。	9(60.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	6(40.0%)	0(0.0%)
⑤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。	4(26.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	11(73.3%)	0(0.0%)
⑥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。	7(46.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	8(53.3%)	0(0.0%)
⑦全てのスタッフが全ての症例でグローブを使用していますか？	11(73.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(26.7%)	0(0.0%)
⑧使用したハンドピースは、患者ごとにオートクレーブ滅菌していますか？	9(60.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	5(33.3%)	1(6.7%)
⑨歯科治療に使用した器具は、超音波洗浄後に、オートクレーブ滅菌していますか？	10(66.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(26.7%)	1(6.7%)
⑩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。	10(66.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(26.7%)	1(6.7%)
⑪口腔外バキュームを使用していますか？	7(46.7%)	1(6.7%)	0(0.0%)	6(40.0%)	1(6.7%)
⑫各チェアーがパーティション等で仕切られていますか？	9(60.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	5(33.3%)	1(6.7%)
⑬診療中は開窓や換気システムを導入していますか？	11(73.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(26.7%)	0(0.0%)
⑭全ての歯科診療においてマスクやゴーグル、フェイスシールドを使用していますか？	11(73.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(26.7%)	0(0.0%)
⑮診療時に着用する術衣は、毎日交換していますか？	10(66.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	5(33.3%)	0(0.0%)
⑯口内法エックス線撮影の際に汚染防止用カバーを付けたフィルムを使用していますか？	10(66.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(26.7%)	1(6.7%)
⑰診療に使用するアルコール綿は、毎日診療前にその日の分を作製していますか？	8(53.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	6(40.0%)	1(6.7%)
⑱歯科用ユニットを患者毎に消毒薬で清拭、またはラッピングして使用していますか？	10(66.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(26.7%)	1(6.7%)
⑲歯科用ユニット給水系に毎日消毒薬を使用していますか？	7(46.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	7(46.7%)	1(6.7%)
⑳アルジネート印象採得後、印象体を消毒薬で消毒していますか？	9(60.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	5(33.3%)	1(6.7%)
㉑技工物の製作過程で歯科医師と技工士が消毒に関する情報交換を行っていますか？	7(46.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	7(46.7%)	1(6.7%)
㉒B型肝炎ワクチンを接種していますか？	10(66.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	5(33.3%)	0(0.0%)
㉓注射針のリキャップは行わないようにしていますか？	9(60.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	5(33.3%)	1(6.7%)
㉔注射針をリキャップする際は専用の安全器具を用いていますか？	3(20.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	11(73.3%)	1(6.7%)
㉕メス替刃の着脱に専用の安全器具を用いていますか？	8(53.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	6(40.0%)	1(6.7%)
㉖歯科診療で使用したメスや針は、使用后直ちに耐貫通容器に捨てていますか？	8(53.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	6(40.0%)	1(6.7%)
㉗感染性廃棄物の収容場所は、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？	10(66.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(26.7%)	1(6.7%)
㉘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？	10(66.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(26.7%)	1(6.7%)

単純集計表

(歯科)

目次

1	総括・管理関係	IV-②- 3
2	個人情報の取扱い	IV-②- 4
3	安全管理関係	IV-②- 4
4	医薬品関係（院内処方のみ）	IV-②- 5
5	廃棄物関係	IV-②- 5
6	業務委託関係	IV-②- 5
7	防火・防災対策関係	IV-②- 5
8	放射線・画像診断関係	IV-②- 6
9	歯科診療	IV-②- 7

1 総括・管理関係

1-1 医療法の手続き (N=388)

	できている	できていない	該当なし	無回答
診療所開設許可後の許可事項に変更がある時、許可がなされているか。	295(76.0%)	2(0.5%)	90(23.2%)	1(0.3%)
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。	339(87.4%)	3(0.8%)	45(11.6%)	1(0.3%)
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。	77(19.8%)	3(0.8%)	304(78.4%)	4(1.0%)

1-2 診療録の保管管理 (N=388)

	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	無回答
診療録/ 診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢	385(99.2%)	2(0.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(0.3%)
診療録/ 病名及び主要症状	375(96.6%)	12(3.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(0.3%)
診療録/ 治療方法 (処方及び処置)	372(95.9%)	15(3.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(0.3%)
診療録/ 診療の年月日	385(99.2%)	2(0.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(0.3%)
過去5年間の診療録が保存されていますか。	382(98.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	6(1.5%)

1-3 診療に関する諸記録の整理保管 (N=388)

	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	無回答
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。	359(92.5%)	19(4.9%)	0(0.0%)	2(0.5%)	8(2.1%)

1-4 医療器具等の清潔保持及び維持管理・構造設備 (N=388)

	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	無回答
医療器具等は清潔が保持されていますか。	374(96.4%)	12(3.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	2(0.5%)
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。	352(90.7%)	33(8.5%)	1(0.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	2(0.5%)
歯科技工室は、防塵設備が設けられていますか。	241(62.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	6(1.5%)	137(35.3%)	4(1.0%)

1-5 職員の健康管理 (N=388)

	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	無回答
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。	333(85.8%)	40(10.3%)	12(3.1%)	1(0.3%)	0(0.0%)	2(0.5%)
放射線診療従事者(歯科医師も含む) の健康診断(6か月に1回) は行われているか。	143(36.9%)	90(23.2%)	73(18.8%)	37(9.5%)	43(11.1%)	2(0.5%)
個人票(記録) を作成し、5年間保存していますか。	284(73.2%)	0(0.0%)	0(0.0%)	101(26.0%)	0(0.0%)	3(0.8%)
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。	256(66.0%)	40(10.3%)	3(0.8%)	0(0.0%)	87(22.4%)	2(0.5%)

1-6 院内掲示 (N=388)

	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	無回答
院内掲示/ 管理者の氏名	358(92.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	28(7.2%)	2(0.5%)
院内掲示/ 診療に従事する歯科医師の氏名	363(93.6%)	0(0.0%)	0(0.0%)	23(5.9%)	2(0.5%)
院内掲示/ 歯科医師の診療日・診療時間	369(95.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	17(4.4%)	2(0.5%)
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。	293(75.5%)	61(15.7%)	15(3.9%)	16(4.1%)	3(0.8%)

1-7 広告等 (N=388)

	できている	できていない	無回答
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。	387(99.7%)	0(0.0%)	1(0.3%)
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。	386(99.5%)	1(0.3%)	1(0.3%)
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。	387(99.7%)	0(0.0%)	1(0.3%)

第4部 資料編

1-8 医療機能情報の提供 (N=388)

	できている	できていない	無回答
医療機能情報の内容を、診療所内で書面やインターネット等の閲覧に供していますか。	315(81.2%)	68(17.5%)	5(1.3%)

2 個人情報の取扱い

2-1 個人情報の取扱い (N=388)

	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	無回答
個人情報漏洩防止措置として漏えい・滅失・き損の防止に必要な措置を講じているか。	310(79.9%)	72(18.6%)	3(0.8%)	0(0.0%)	3(0.8%)
従事者に対して個人情報の取扱いに関する教育研修を実施していますか。	258(66.5%)	110(28.4%)	17(4.4%)	0(0.0%)	3(0.8%)

3 安全管理関係

3-1 医療に係る安全管理のための体制確保 (N=388)

	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	無回答
安全管理のための指針は作成されていますか。	369(95.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	15(3.9%)	4(1.0%)
安全管理のための職員研修を実施していますか。	363(93.6%)	0(0.0%)	0(0.0%)	22(5.7%)	3(0.8%)
医療機関内の事故報告等、医療に係る安全確保を目的とした改善方策は講じられているか	261(67.3%)	103(26.5%)	16(4.1%)	4(1.0%)	4(1.0%)

3-2 院内感染対策のための体制の確保 (N=388)

	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	無回答
院内感染対策のための指針は作成されていますか。	369(95.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	17(4.4%)	2(0.5%)
院内感染対策のための職員研修を実施していますか。	368(94.8%)	0(0.0%)	0(0.0%)	18(4.6%)	2(0.5%)
感染症の発生状況の報告、院内感染対策の推進を目的とした改善方策を実施しているか。	242(62.4%)	103(26.5%)	34(8.8%)	7(1.8%)	2(0.5%)

3-3 医薬品の安全管理体制 (N=388)

	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	無回答
医薬品安全管理責任者は配置されていますか。	383(98.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(1.0%)	1(0.3%)
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。	338(87.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	48(12.4%)	2(0.5%)
医薬品の安全使用の業務の手順書（業務の手順を文書化した物）は作成されているか。	286(73.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	100(25.8%)	2(0.5%)
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。	208(53.6%)	82(21.1%)	28(7.2%)	67(17.3%)	3(0.8%)
医薬品の安全使用のための情報の収集、改善のための方策は実施されていますか。	232(59.8%)	104(26.8%)	27(7.0%)	22(5.7%)	3(0.8%)

3-4 医療機器の保守点検・安全使用に関する体制 (N=388)

	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	無回答
医療機器安全管理責任者は配置されていますか。	381(98.2%)	0(0.0%)	0(0.0%)	5(1.3%)	2(0.5%)
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。	364(93.8%)	0(0.0%)	0(0.0%)	22(5.7%)	2(0.5%)
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。	278(71.6%)	80(20.6%)	21(5.4%)	7(1.8%)	2(0.5%)
医療機器の安全使用のための情報収集、安全使用を目的とした改善方策の実施。	255(65.7%)	100(25.8%)	23(5.9%)	7(1.8%)	3(0.8%)

4 医薬品関係（院内処方のみ）

4-1 薬剤の交付 (N=388)

	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	無回答
薬袋の記載事項は適切ですか。	341(87.9%)	23(5.9%)	0(0.0%)	1(0.3%)	19(4.9%)	4(1.0%)
患者に対する与薬や服薬指導を適切に行っていますか。	339(87.4%)	31(8.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	14(3.6%)	4(1.0%)

5 廃棄物関係

5-1 管理体制 (N=388)

	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	無回答
特別管理産業廃棄物管理責任者を設置し、設置報告書を提出されていますか。	377(97.2%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(0.3%)	8(2.1%)	2(0.5%)
管理責任者の資格は適正ですか。	381(98.2%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	5(1.3%)	2(0.5%)
感染性廃棄物管理について周知・徹底できていますか。	366(94.3%)	19(4.9%)	1(0.3%)	0(0.0%)	1(0.3%)	1(0.3%)

5-2 分別・移動・表示 (N=388)

	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	無回答
感染性廃棄物を他の廃棄物と分別していますか。	373(96.1%)	13(3.4%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(0.3%)	1(0.3%)
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。	353(91.0%)	30(7.7%)	2(0.5%)	0(0.0%)	2(0.5%)	1(0.3%)
容器に感染性廃棄物である旨、取り扱い際注意すべき事項は表示してありますか。	336(86.6%)	32(8.2%)	14(3.6%)	2(0.5%)	3(0.8%)	1(0.3%)

5-3 保管 (N=388)

	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	無回答
感染性廃棄物の保管期間は極力短期間としていますか。	292(75.3%)	84(21.6%)	8(2.1%)	0(0.0%)	3(0.8%)	1(0.3%)
関係者以外の立入禁止措置は十分ですか。	273(70.4%)	90(23.2%)	14(3.6%)	4(1.0%)	6(1.5%)	1(0.3%)
取り扱い注意事項は表示されていますか。	270(69.6%)	77(19.8%)	24(6.2%)	10(2.6%)	6(1.5%)	1(0.3%)

5-4 契約関係 (N=388)

	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	無回答
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。	379(97.7%)	5(1.3%)	1(0.3%)	0(0.0%)	2(0.5%)	1(0.3%)
収集運搬・処分業者の許可証の確認が行われていますか。	379(97.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	7(1.8%)	1(0.3%)	1(0.3%)
マニフェストの確認及び保管(5年間)は適正ですか。	380(97.9%)	6(1.5%)	1(0.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(0.3%)

6 業務委託関係

6-1 業務委託関係 (N=388)

	できている	できていない	該当なし	無回答
検体検査	81(20.9%)	3(0.8%)	300(77.3%)	4(1.0%)
医療機器・繊維製品の滅菌消毒	146(37.6%)	7(1.8%)	232(59.8%)	3(0.8%)
医療機器の保守点検	248(63.9%)	9(2.3%)	127(32.7%)	4(1.0%)

7 防火・防災対策関係

7-1 防火・防災体制 (N=388)

	できている	できていない	該当なし	無回答

第4部 資料編

消火器や火災報知機等は設置されていますか 375(96.6%) 10(2.6%) 0(0.0%) 3(0.8%)

8 放射線・画像診断関係

8-0 エックス線装置の有無 (N=388)

診療所内にエックス線装置がありますか。 できている 381(98.2%) 該当なし 1(0.3%) 無回答 6(1.5%)

8-1 管理区域 (N=381)

管理区域を設定し、その旨を示す標識がありますか。 できている 378(99.2%) 概ねできている 0(0.0%) あまりできていない 0(0.0%) できていない 2(0.5%) 無回答 1(0.3%)

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。 344(90.3%) 31(8.1%) 3(0.8%) 2(0.5%) 1(0.3%)

8-2 掲示・標識等 (N=381)

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るか。 できている 359(94.2%) できていない 20(5.2%) 無回答 2(0.5%)

エックス線診療室である旨の標識がありますか。 378(99.2%) 1(0.3%) 2(0.5%)

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。 368(96.6%) 11(2.9%) 2(0.5%)

8-3 使用場所の構造・制限等 (N=381)

エックス線診療室の外に操作する場所がありますか。 できている 373(97.9%) 概ねできている 0(0.0%) あまりできていない 0(0.0%) できていない 1(0.3%) 該当なし 5(1.3%) 無回答 2(0.5%)

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。 361(94.8%) 16(4.2%) 1(0.3%) 2(0.5%) 0(0.0%) 1(0.3%)

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。 229(60.1%) 15(3.9%) 0(0.0%) 1(0.3%) 133(34.9%) 3(0.8%)

8-4 従事者の被ばく防止の措置 (N=381)

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。 できている 283(74.3%) 概ねできている 75(19.7%) あまりできていない 11(2.9%) できていない 11(2.9%) 無回答 1(0.3%)

8-5 廃液の処理 (N=381)

現像液(廃アルカリ)・定着液(廃酸)の処理方法は適切ですか。 できている 130(34.1%) 概ねできている 5(1.3%) あまりできていない 1(0.3%) できていない 1(0.3%) 該当なし 0(0.0%) 無回答 5(1.3%)

9 歯科診療

9 歯科診療室の管理 (N=388)

	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	無回答
全てのスタッフが適時適切に消毒薬を含む洗剤と流水で手洗いを行っていますか。	386(99.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(0.3%)	1(0.3%)
全てのスタッフが患者毎に手指消毒を行っていますか。	382(98.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	5(1.3%)	1(0.3%)
ペーパータオルを使用していますか。また、設置場所は適切ですか。	367(94.6%)	0(0.0%)	0(0.0%)	20(5.2%)	1(0.3%)
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。	372(95.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	15(3.9%)	1(0.3%)
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。	253(65.2%)	0(0.0%)	0(0.0%)	134(34.5%)	1(0.3%)
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。	312(80.4%)	0(0.0%)	0(0.0%)	75(19.3%)	1(0.3%)
全てのスタッフが全ての症例でグローブを使用していますか。	382(98.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	5(1.3%)	1(0.3%)
使用したハンドピースは、患者ごとにオートクレーブ滅菌していますか。	365(94.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	22(5.7%)	1(0.3%)
歯科治療に使用した器具は、超音波洗浄後にオートクレーブ滅菌していますか。	372(95.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	14(3.6%)	2(0.5%)
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。	385(99.2%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(0.3%)	2(0.5%)
口腔外バキュームを使用していますか。	186(47.9%)	97(25.0%)	0(0.0%)	103(26.5%)	2(0.5%)
各チェアがパーティション等で仕切られていますか。	331(85.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	55(14.2%)	2(0.5%)
診療中は開窓や換気システムを導入していますか。	383(98.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	3(0.8%)	2(0.5%)
全ての歯科診療で医療従事者はマスクやゴーグル、フェイスシールドを使用しているか。	378(97.4%)	0(0.0%)	0(0.0%)	9(2.3%)	1(0.3%)
診療時に着用する術衣は、毎日交換していますか。	265(68.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	121(31.2%)	2(0.5%)
口内法エックス線撮影の際に、汚染防止用カバーを付けたフィルムを使用しているか。	348(89.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	36(9.3%)	4(1.0%)
診療に使用するアルコール綿は、毎日診療前にその日の分を作製していますか。	354(91.2%)	0(0.0%)	0(0.0%)	31(8.0%)	3(0.8%)
歯科用ユニットを患者毎に消毒薬で清拭、またはラッピングして使用していますか。	376(96.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	9(2.3%)	3(0.8%)
歯科用ユニット給水系に毎日消毒薬を使用していますか。	305(78.6%)	0(0.0%)	0(0.0%)	79(20.4%)	4(1.0%)
アルジネート印象採得後、印象体を消毒薬で消毒していますか。	316(81.4%)	0(0.0%)	0(0.0%)	68(17.5%)	4(1.0%)
技工物の製作過程で歯科医師と技工士が消毒に関する情報交換を行っていますか。	296(76.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)	89(22.9%)	3(0.8%)
B型肝炎ワクチンを接種していますか。	271(69.8%)	0(0.0%)	0(0.0%)	113(29.1%)	4(1.0%)
注射針のリキャップは行わないようにしていますか。	272(70.1%)	0(0.0%)	0(0.0%)	113(29.1%)	3(0.8%)
注射針をリキャップする際は専用の安全器具を用いていますか。	219(56.4%)	0(0.0%)	0(0.0%)	164(42.3%)	5(1.3%)
メス替刃の着脱に専用の安全器具を用いていますか。	280(72.2%)	0(0.0%)	0(0.0%)	101(26.0%)	7(1.8%)
歯科診療で使用したメスや針などは、使用后直ちに耐貫通容器に捨てていますか。	321(82.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	64(16.5%)	3(0.8%)
感染性廃棄物の収容場所は、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。	381(98.2%)	0(0.0%)	0(0.0%)	4(1.0%)	3(0.8%)
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。	379(97.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	7(1.8%)	2(0.5%)

自由記述回答集

目次

(医科)

- ① 診療所でどういうこと（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。……………IV-③- 3
- ② 職員の意思統一をどのように図っていますか。……………IV-③-13
- ③ 医療の質の向上のために、何か工夫されていることはあり
ますか。……………IV-③-21

(歯科)

- ① 診療所でどういうこと（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。……………IV-③-28
- ② 職員の意思統一をどのように図っていますか。……………IV-③-35
- ③ 医療の質の向上のために、何か工夫されていることはあり
ますか……………IV-③-41

自由記述回答集(医科)

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。

【回答例】

- 患者からスタッフへの相互感染、転倒(高齢者が多い)。インシデント、アクシデント報告、安全管理委員会での共有。
- 投薬、感染、転倒、患者誤認など多岐にわたりリスク要因があり、複数人・複数回での確認、感染予防に関しては標準予防策の徹底に加え、ゾーニングなど対策を行っている。行為を行う人への教育が最も重要と考えており、職員教育に取り組んでいる。
- 全てに油断しないこと。緊張感を持って診療する。
- 床ですべり高齢者の転倒。すべりにくい処置。
- 特別養護老人ホーム内診療所があり、投薬管理が重要となるため、誤薬の防止に多段階でのチェックを実施している。
- ダブルチェック。
- 医療過誤。受付、医師、看護によるダブルチェック。
- 「患者のとり違え」が最も危ない。何度も「名前」「性別」「年令」を確認して診療処置を行っている。
- 密となることを防止するため。院内パーテーション導入。
- 不必要な行為を行わない(手順を考えて行う)。
- 転倒のリスクの可能性があると思われる箇所(人の流れ、通路の幅、機器の配置など)が無いかを常に気にかける。来院患者さんの状態に目を配る。何かあれば職員で直ぐに共有して改善をする。
- 感染性の可能性の高い患者の診察において、他の患者と同室にならないようにあらかじめ電話およびオンライン予約時に症状を入力してもらっている。
- 感染症の患者を診る時の器具の扱い。職員と情報の共有。
- 採血時の針さし事故、癌の見落とし。
- 敷地内禁煙にしている。デジタルX線装置にしている。
- マニュアルに基づかない診療行為→対処:各種マニュアルの習熟度確認と力量評価としての業務分担。
- 災害、火災、事故等により停電や機器損傷→対処:緊急マニュアルの整備と自家発電の準備。
- リキャップすること。リキャップはしないことが望ましいがやむを得ず行う時は、針の前に手を置かないこと。片手ですること。
- 検査時に、患者様のイスへ座る、立つの動作が危ないと考えているので検査職員は

目を離さないように徹底している。

- 患者まちがい、処置内容まちがい、患者の転倒、処置台からの転落。
- コロナ感染を疑われる人が注意書に従わず受け付けまではいる事。
- 人員不足時のオペレーションミス。人員確保のためのローテーション見直し。
- 針刺し事故など→マニュアルを作っている。
- 患者さんの誤認が発生する機会がある為、姓名の確認をその度行っている。
- 感染症を疑う患者様への対応に細心の留意をしています。
- 不審者進侵入時の偶発的な事故。2ヶ所以上の脱出路の確保。速やかな消防と警察への連絡。
- ヒヤリハット、ヒヤリハットの抽出、危険予知訓練。
- 現在は手術を行なっていないので危ない行為はほとんどありません。
- 患者さんとの信頼関係がそこなわれること。患者さんが納得されるまでよく説明する。
- 基本的な医療知識の欠落や患者とり違いなどダブルチェックの徹底。
- スタッフ間での意志疎通が出来ているか。復唱・確認を必ず行うようにしている。
- 受診者、院内スタッフがコロナ感染症等の感染対策の慣れなどから防止対策を怠ってしまい感染者を発生させる事が危ないと考えており、常に切れ目なく感染症対策を怠らないように院内スタッフ全員に対処させている。
- 診療中転倒、事故に注意。
- 針刺し、リキャップ廃止。
- 免疫異常のある患者さんの為の待合場所がない。レントゲン室を仮に使っている。
- 老人、視覚障害者の方の室内で移動。必ず声かけと介護に職員をつける。
- 患者の転倒→移動時の介助。
- 段差がある場所での介助、補助。
- スタッフの意志統一ができていないこと。定期カンファレンスを行う。
- 新しい事(コロナワクチン等)の時に間違いがおきやすいので、ダブルチェック、声出し確認する様にしています。
- 高齢者の患者が多いので転倒に気を付けています。手すりの設置等。
- 過信での行為。
- 慢心(過信)での行為。
- 兄弟で受診の時、患者のとり違いが起こりやすい。フルネームで確認。
- 高齢患者の転倒、小児の突発的な行動に注意する。目を離さない。
- 患者とり違い、薬物の誤認→複数での確認、カルテに同名者ありのシール貼付など。
- 針刺し事故→手順の統一、徹底。処方内容間違い、検査指示間違い→指さし、声出し確認(2名にて)。
- 患者の急変、転倒。
- 職員が危険の認識がないこと。→ミーティングや意見交換。②職員が自分で考え判

断出来ない事→自分で考え行動出来る様に意識改革。

- 床の段差はなく、フラットな設計です。暗室の誘導は介助しています。
- 転倒、安全器具の装着。
- 注射及び内服薬の誤投与。本人確認と、医薬品情報・効能書をその都度確認。
- 投薬違い、ダブルチェックを行っている。
- 医師不在時での利用者急変の発生において、直に医師に連絡急変対応。
- ノロ対応→ノロの実技研修。
- 火気はないが火災に対して備えがない。注射針事故の可能性はある。
- 人数がすくない分、ダブルチェックがむずかしく、ミスが発生しても明らかになりにくいこと。
- スタッフ間、スタッフと患者とのコミュニケーションが不足すること。それに対してよく話をする事。
- 漫然と業務を行うこと。
- 患者の間違い防止→名前確認。
- 子供達が、診療所内で走り回る。スタッフに注意してもらう。
- 正確、清潔の不十分な状況。
- 感染症の動線分離etc。スペースの関係でできにくいので注意を要します。
- 専門外の診療行為、病院に紹介。
- 暴力行為。警察への連絡。
- 本人確認はじめ診察における対応、正確な処置。ヒヤリ・ハット、指摘、確認、修正の徹底。
- 注射剤の取り違えや患者誤認。＜対処＞口頭指示の場合は復唱確認させる。指示のダブルチェック。カルテ記載内容の確認徹底。
- 注射の際、器具等の扱い。
- 院内処方のため確認の見落とし。
- 転倒。床が濡れてないようにする。
- 投薬ミスをなくす為、Wチェックや患者さんに説明をして投薬している。
- 患者の転倒予防に手すりを設置。感染予防のための換気徹底。空気清浄器の設置。
- 患者様の転倒。スタッフが補助をする、スペースを広くとる等対処しています。
- 針刺し事故・患者を取違える→ダブルcheck、氏名確認。
- 院内での事故(ベッドから落ちた、他の部屋へ入ったなど)。
- ルーティンワークの省略によるケアレスミス。ケアレスミスが大きなミスにつながるので、なアナあで行わず、またケアレスミスがあった場合は即座に責任者に報告するよう取り決めている。
- 新型コロナ感染症を含め、日常生活も注意しながら、できるかぎりのことを油断のないように、確認をとりながら行動している。

- 思い込みによる行動。
- 人のまちがい(名前などで)。2回きくなどしています。
- 当院は設計が古くバリアフリーではない。足の不自由な人には職員が付いて補助している。
- 各種注射による気分不良やショック、施行後15分以上経過観察している。
- 出来ていない箇所は早めに改善します。
- 新型コロナウイルス感染症が疑わしい症状、風邪症状等の患者様には、別室で待機していただき、診察するようにしています。
- しゃべる事による飛沫。マスク、手洗い、手指消毒。
- 体調不良でも仕事をするとアクシデントをひきおこしやすいので休みをとる様に指導している。
- 看護師が一人で2科を担当する曜日があること。人員体制については、今後の課題です。
- 思い込みが危ないので、マニュアル通り、確認を行うことを大切にしています。
- 転倒事故。職員が介助、車イスの利用、床の清掃。薬の誤処方、薬の数のまちがい。2人で確認する。
- 患者移動時の転倒事故に声がけ注意。
- 薬剤の取り違い(複数人での確認)。
- 針刺し事故。重ねて注意を促す。注射薬のとり違い。医師、看護師で声かけ確認。患者の転倒。手引きや車椅子を使用。
- ひとりよがりの行動をしないこと。少しでも気づいた点があれば文書化して提出してもらっている。
- 針刺し事故。
- 階段(段差の移動)は職員が介助している。
- 暴力的振る舞いをする患者。コミュニケーション。
- 暴言、暴行などが危険。冷静に対応し難しい場合は警察に相談。
- 油断と慢心と不注意と確認不足。気付く度に声に出して指摘し合い、再確認するように極力しています。
- 薬の処方間違いを防止する為、ダブルチェックを実施している。
- 医療安全の観点から、患者取り違い、患者急変時の対応、医薬品の取扱いに十分な注意を払うことが必要である。また施設内の移動などを考えれば、転倒転落の危険性もあり対処が必要であると考えている。また、第三者(行政等)の評価があればより安心して診療を行えると考えている。
- 感染症の患者さんが事前に連絡してくれない場合がある。
- 患者の暴力、セキュリティ会社の契約。
- 誤認防止のため、各セクションで、再三、フルネーム・生年月日を本人に言ってもらう。

- 慣れからのチェックのし忘れや、確認不足は2重チェック。忙し過ぎるとまちがいが起こりやすくなる。
- 飛び降り→フェンスの設置・ドアの鍵閉め。患者の興奮→すぐの介入。
- すべてに対し職員との話し合い。
- ガソリンを撒いて火を着けられること。別の入り口から逃げるくらいしかない。
- 採血や処置の際の迷走神経反射→観察、声かけ、スタッフ間の連携。
- 機械が多い為、コードが多い。患者側に出ないようにしている。
- 患者さんの転倒事故→危なそうな患者さんには目を離さないよう対応。針刺し事故→意識、リキャップしない、針先保護具使用。
- 胃瘻ボタンの交換は協力病院の医師が往診に来られてブラインドで実施される。その際に出血量が多い事があり不安を感じる。交換後は胃瘻部からの出血や痛みが持続していないか確認することで対処している。
- 検体、検査データの取り違え→ID、氏名のダブルチェック。
- 薬の分包時。
- 感染。ミーティングで対応。
- 高齢者の転倒等。車イスを用意する等対応している。
- 経験不足。人手不足。モンスターペイシエント。
- 高齢者には職員が移動時につきそって転倒、骨折しない様に注意しています。
- 患者様のお名前が同姓同名の方々がいらっしゃいますので、必ずIDも確認することや採血や診察を行う前に確実に名前を確認をしミスのないようトリプルチェックを徹底しております。
- 針、メス刃の片付け→リキャップしないで、コッヘルなどで特定の容器に廃棄。
- シルバーカーの使用。転倒に注意。介助する。
- 検査室での高齢者の転倒。2人つくことにしている。
- 薬剤のミスが危ないのでダブルチェックを行っている。子どものいすや台からの落下。スタッフが目を離さない、声かけをする。
- 針事故のないように話している。
- 清潔と不潔の概念が厳しく徹底されていない状態。教育しかない。
- コロナで外部からの保守点検が中断されており、適切な時期が来れば早めに再対処したい。それまで個人でメンテナンス対応している。
- 確認を2人単位で施行、声に出して行うことに対応している。
- 視覚障害を持つ方の転倒。介助方法の勉強と周知。
- 患者の被害妄想の対象にならないようにすること。そのため対応は親切に丁寧に行う。
- 急変時24時間嘱託医の指示を受け看護師が対応しています。
- 患者さんの転倒防止と衛生管理に努めています。
- 転倒のおそれがある患者に対して危ないと感じる時がある。直接の介助又は、車イス

の貸し出しをしている。

- 確認不足によるうっかりミス。複数人による確認を義務づけています。
- 患者が転倒しないよう介助。
- 「大丈夫であろう」「誰かがしてくれるだろう」「後でやる」と言う考えを持つこと。そのような行為をすることが危ないと考えています。まだ始めたばかりですが、マニュアル化、定期的な評価、見直しをしていきたいと考えています。
- 注射と薬剤の副作用。
- 「ほう・れん・そう」がない診療行為。かならず確認をくりかえす。
- 患者の転倒などに注意が必要→介助、見守りを適宜行う。異常発生時の対処を日頃から確認する。
- 針刺し事故や汚染事故に対して予防を行なう。
- 患者のとり違えなど起こらないよう十分確認する。
- 高齢者も多く転倒の可能性もあり、ベッド移動、歩行等気を付け、付き添う。しっかり座るまで目をはなさない。口頭指導(特に)は必ずカルテ記載してカクニン。薬剤の指示。Wチェック。
- 緊張感の欠如→ホウ・レン・ソウの徹底。マニュアルを全員が所持。
- 人員ギリギリ(職員不足)での業務。
- 非常に多忙である時が患者さんの取りちがえ、薬、注射のまちがいが発生しますが、外来予約制をとっており落ち着いた中で診察をしています。
- 患者間違いを予防するため、氏名で確認している。
- 視力不良、及び視野の狭い患者さんの検査室、診察室への誘導に特に気を遣い、転倒などがない様心がけている。又、感染が少しでも疑われる場合は、きちんとトリアージし、接触他防ぐ様務めている。
- ワクチンの誤接種→互いに声かけ(氏名、ワクチン名、摂取量など)。
- 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)なので転倒、転落、誤薬センサー感知、コールマット等を設置しリスクの高い人の優先順位を決めて対応。
- 神経ブロック治療が主体なので、この治療に伴う副作用に注意している。副作用に対しては即座に対応している。
- 処方ミスを常に注意している。処方箋は診察室で患者に説明しながらチェックして、受付窓口でも同様のチェックを行っている。
- 処置室内に子供が入って遊ぶなど。処置室内へ入れないで職員が子供をみまもる。
- 多動、ルールがわからない患者さん(発達障害、児童専門のため)の行動。スタッフの見守りや前もっての安全確認をしている。
- 患者誤認。頻繁に名前を確認し、本人にも述べて頂く。
- 造影剤によるショック。診療情報提供書や問診での情報の共有。
- 繁忙時に情報がもれ連携がうまくとれない事。

- 引き継ぎ時の情報共有をもれなく行う。
- 鼻出血等血液に接する時、感染症の患者に接する時。
- 現時点では発熱者の取り扱い。
- 発熱外来や、新型コロナワクチン接種を行ってきましたが防護物品やシールドの確保に苦慮した(どの病院も同じことができているのか不安もあった)。
- 人手不足の時に緊急で対応した場合、誤った判断で行動することがある。その対応として、経験をつむことにより自信をもって落ちついた判断ができるようになる必要がある。
- コロナワクチンとインフルエンザワクチンを注射する人が同時に多数いる時間は間違える可能性あり。コロナとインフルエンザをそれぞれ分けて2人でしている。
- 思い込みによる判断ミス→ヒヤリハットを作成。
- 誤薬の防止マニュアルの徹底。
- 特養施設である為医療行為も少ない。
- カルテに患者の顔写真を登録して本人確認項目のひとつとしているがマスクをしているため確認しがたい。顔での確認に頼らずその他の本人確認の手順を守ることを強化している。
- 針刺し事故による職員の感染。事故発生時検体のウイルスcheckと職員のウイルスチェック。
- 雨の日などの院内での転倒。傘袋、マット、注意喚起の掲示。
- 院内感染。受付で必ず簡単な問診をとり、観察してウイルスによる症状が疑えば、隔離して待ってもらっている。
- ミスがあったのを報告されないのは危険。必ずカンファレンスで報告し個人をせめず、対応を考える(投薬のまちがいなど)。
- 子供、高齢者の転倒。精神的不安定者→目を離さない。別室待機。②不用意な発言→誤解をとく。
- 針刺し、血液曝露、処置間違いなど。インシデント、アクシデントの報告を上げるようにしている。
- 特養施設ですので認知症者の行動により2人介助にて安全となる様行っています。
- スタッフ同志の報連相ができず入居者様に対応した場合「知らなかった」ではすまされない可能性がありますので十分注意をし、しっかり申し送りができるようにしています。
- 発熱外来によるCOVID-19感染。一般患者と動線を分けて、グローブ、フェイスガード、防護服などで防護している。
- 気に入らない事があると大声で騒ぐ方がおられます。気に入らない事がないように細心の注意をしています。
- 特に、透析業務における透析液異常や回路内への空気混入、抜針事故等。平常時

でも、特にインシデント・アクシデントの際には、単なるマニュアルの整備でなく、スタッフにきちんと教育、指導しています。

- 患者様の取り違い→必ず名前の確認。
- 患者まちがい→二重、三重の確認。
- 子どもは予測不可能な行動をとるため、その都度対処している。
- 処置の内容の確認、患者さまの受付番号と名前確認徹底、十分な感染対策。
- 慣れによる油断に対して常に緊張感を持って気を緩めない。
- 採血後や手術後の汚染針、メスなどの処理。
- 患者の取り違え→名前の再確認、本人に名前を言ってもらおう等。
- 一つ一つのことに対しての確認を怠ること。リスト化できるものは、リスト化する。見直すことを習慣づけられるよう、メモにする等あるいは複数人で確認できるような書式にしている。
- 薬剤・患者さんの取り違えなど。雨の日の床が滑りやすい。インシデントレポートで報告し改善。
- 患者さんの氏名の呼び間違い→氏名で呼び、本人確認する(必要時は生年月日も確認)。
- 処置内容の確認、患者さまの氏名確認徹底、十分な感染対策。
- 連絡無しに突然外来受診(受付けまで入ってくる)されると待合室で濃厚接触も起こりうる。入口にアルコール消毒液を配置、受付けに遮閉版置いてあっても感染は起こりうる。診察に際しては、発熱、咳嗽患者に対してはゴーグル、手袋、フェイスシールド、ガウンをきちんと使用している。
- 針さし事故。針を使用する際、手袋を使用したりリキャップしない。使用後は、ふたのついた空きびんへすぐに入れ、感染性廃棄物容器に直ちにハキする。
- 視力低下、視野進行した患者の移動にともなう転倒。必ずスタッフが介助について誘導する。
- 処置の指示を間違ふこと。必ず復唱するようにしている。
- 採血後の注射針の処置、コロナ関連検体の処理、コロナ治療の際に使用したガウン等の処理。職員同士コミュニケーションを密にしてお互い留意しています。
- 日常診療の合間に、コロナワクチンやインフルエンザワクチンを接種しており、患者確認をしっかり行う。
- インシデント報告をルール化している。
- 患者の取り間違いの無い様フルネーム生年月日を確認した上、診療を開始する。
- 発熱患者への対応。
- 診察・処置中の周囲の突発の行動。
- 配薬ミス、誤薬→薬情との照らし合わせ、色による薬包の識別、Wチェック体制。
- 転倒、特に高齢者。対処、家人のつきそいをお願いしています。

- 同時期に、インフルエンザワクチンと新型コロナワクチンを扱うこと。注射の準備をする人と助っ人をそれぞれワクチンごとに完全に分ける。
- 目や足が不自由な方の移動時の転倒リスク。職員の見守りや移動介助。
- 院内感染。処方ミス、トリアージ、ダブルトリプルチェックetc。
- 針刺し事故。HB, HCなどの患者の採血、注射は針刺し防御針を使っている。
- 院内感染。感染対策の徹底。機器の安全管理。定期点検、記録、日々点検。
- 患者の取り違え。診察、処置、会計時などこまめに名前の確認を行う。
- 情報共有ができていないために生ずるであろう行動リスク。日頃から情報共有しておくこと。
- 患者誤認防止の為、フルネームで氏名確認するよう心掛けている。
- 院内での転倒等の事故。声かけ、ヒヤリハット、安全会議。
- 来院患者が混雑した時の患者間違い(同姓同名、検体、保険証など)。
- 針さし事故や薬の管理などについて。複数で薬を確認する。鍵がかかる場所に保管する。
- 針さしについては慎重に対応している。
- コロナ禍ですので人が密にならないように工夫するのと診療もなるべくスピーディーに行なう。
- 認知症の方の動きを注視しておかないといけない時。
- 患者様からの暴言、妨害。クレーム保険に加入。診察室、待合で動画記録している。
- コミュニケーション不足。年に3~4回の面談。
- 針刺事故など。できるだけ素手で触らぬこと。
- 情報共有ができていないこと。院内SNSの活用、ミーティング開催←理想は電子カルテを導入してリアルタイムで共有してゆきたい(紙カルテだとどうしてもタイムラグが生じてしまう)。
- 精神科であるため、患者様からの暴力のリスクは高い。心に寄り添い対処する。
- コミュニケーション不足から起こる過ち。慣れからくる確認不足。→声を出して確認。
- 不穏な患者とのトラブル、アルソックへの緊急通報。
- 報告のない単独判断と行為、その都度指示を仰ぐ。
- 終了を急ぎ1人でやろうとすること→できるだけペアにてするよう指導。
- スタッフ間で共有すべき点を指示票やカルテに記さず、個人の理解でのみ行動してしまうこと。それを防ぐため、行ったことは明記し、署名、時刻も記載し確認するようにしています。
- 患者のとりちがえ。確認を二重、三重にする。同姓同名を含む。患者に名のつてもらう。番号票を渡す。
- 左右眼のとり違え(左右のシールを貼る、首から左右のふだをかける)。
- 薬剤の点眼ミス(散瞳禁止のマークをカルテにつける)。

- 子供が動き回った時に危ない場合もあると考えています。常に目が届くようなオープンスペースにしています。
- 転倒、転落。手術操作。
- 患者の取り間違いを防ぐため、フルネームで確認し本人にも名前を確認していただいています。
- 医務室なので医療情報について確認する電子カルテなどが無い。
- 内視鏡検査と処置、ワクチンの流れ作業時。
- 注意力散漫。
- 老人ホーム内診療所のため、管理者(嘱託医)の指示に従っています。
- 患者さんからの飛沫が直に飛んでくる→ガウン、マスク、フェイスシールドの常時着用。

② 職員の意思統一をどのように図っていますか。

【回答例】

- 会議、委員会にて徹底、回覧(資料等の)。
- コミュニケーションを密に図ること、多職種連携でのチームケアを実施している。また、会議、ミーティングなどを通じて意思決定、発信に取り組んでいる。
- 職員は、一人なので、その時に応じて、直接、即刻注意をしています。
- 朝の朝礼。
- 協力医療機関等との連携により各種勉強会を実施している。
- カンファレンス。
- 小さいミスでも情報共有を行い、改善方法の検討を行う。
- 毎日かかさず「朝礼」「終礼」を行っている。所長と職員の問題共有、情報共有を行っている。
- 定期的ミーティング。
- 十分に会話をを行う。
- 気になる事が発生した場合は小さな事でもすぐに職員同士が共有すること。毎朝の朝礼と月1回の委員会でも意見交換を行う。
- 定期的なミーティングを開催している。
- 連絡ノート、又、毎朝注意事項の共有をしている。
- 必要が生じたときに、個別またはグループに対して基準を示し、誘導する。
- データベースソフトやグループウェアを用いて、品質方針、品質マニュアル、診療プロトコル各種議事録などの情報共有。年に1回は試験をして習熟度を確認している。
- 研修、ミーティング、回覧などによる。
- 週1～2回のミーティングを行い、問題点を話し合っている。
- 必要に応じて、すみやかに声かけ確認。
- 毎週月曜日の朝礼を実施。
- 毎朝の朝礼での伝達及び経営会議。
- ヒヤリハット報告、事故報告を行い全体会議で改善策を話し合っている。
- 毎朝朝礼にてその日の目標、注意事項、伝達事項の確認を行っている。
- 月に1回全体ミーティングを行っている。
- 職員数が少ないため、可能な範囲で気が付いたことはその都度話し合うようにしています。
- 毎日の声かけ、あいさつ、連絡。
- 月1回の部門会議及び月2回の幹部会議にて意志統一を図っている。
- 毎月のカンファレンスの実施、苑内研修の実施。
- 毎日朝礼で前日に起った問題点を職員一同で討論して改善策を検討。

- 職員とのコミュニケーションをたいせつにして、自由に話ができる雰囲気づくりに気をつけている。
- 定期的にカンファレンスを実施している。
- 医院の方針をしっかりと伝えると共に頻繁に職員との面談をしコミュニケーションを図る。
- 朝礼時やスマートフォンを活用して報告・連絡・相談を行っており継続できている。
- 職場会議を月1回、朝の朝礼は毎日、行っている。
- 朝礼時伝達。
- 一斉メール配信。
- 毎朝朝礼を行い、そのときに随時必要事項を連絡している。
- 診療終了時に、その日の問題点や気づいたことについて話し合うようにしている。
- 毎月職員と上層部(年ごとの部署代表)の会議を開き、話し合いを行う。共通認識をする。
- 口頭で意思伝達。
- ミーティングなど。
- 定期的なミーティングを行っています。
- 定期カンファレンス。
- 毎朝のカンファレンスで行動の確認、意見の出し合いをしています。
- 毎朝の朝礼で、伝達事項など全員で確認をしている。
- 各々所属ミーティングでの話し合い。
- ミーティングを行い、注意喚起を行う。
- 問題が起こった、起りそうな時はその時々で、ミーティングをする。
- 適時ミーティングを毎日行う。
- 定期的な朝礼／終礼及び面談にて。
- 毎月第2金曜日に院内カンファレンスを行っている。
- 随時意見交換と集団指導。
- 会話。
- 定期的なミーティング。②食事会などをして意見交換。
- 定期的な全体ミーティングと個別ミーティング。
- 定期的な意見交換。
- 医療情報をこまめに収集し、顔を合わせて伝達。
- 間違いの無いよう全てについて注意する。
- 職員朝礼時伝言、各場所に持ちかえり共有。
- 全職員と話の機会はよくあるので雑談の中で統一意思を形成する。
- コミュニケーションを多くとるようにしている。何か問題があればみんなで話しあうようにしている。
- よく話し合うこと。

- 週1回のミーティング。
- 職員間での話し合い。
- 個別にスタッフに注意する。
- 新しい知識のカンファレンス。
- 毎月1回ミーティングをひらいて意思統一をはかっています。口頭での指示をくり返しています。
- 始業前ミーティング。
- 絶えず問題点の話し合い。
- 朝礼、研修などで確認。
- ヒヤリハット事例の共有。間違いやすい薬剤の配置や表記の工夫。
- 必要時ミーティング開催。
- 二重チェックの徹底。
- 妻と2人だけで仕事をしているので常に話しあっている。
- 医師1、看護師1、受付兼薬剤師1の3人体制なので常時3人で話し合いをしている。
- 職員会でそれぞれの意見を聞き話し合いをしている。
- 食事会。
- 定期的なカンファレンス。頻繁の声かけ。
- 定期的なミーティングにより、情報を共有しています。
- 少人数なので対面で談話。
- 患児以外の子供達にも目を配ること。
- 意見交換、ミーティング等の場を定期的に設けている。
- 定期的、不定期にミーティングを行っている。
- 朝礼を行なっている。
- ミーティング。
- 問題点があればミーティングで説明している。
- 朝礼などで情報共有している。
- 出来ていない箇所は早めに改善します。
- 月に一度各部署の管理者が集まりミーティングを行い、互いの議論を通じて問題解決を行なっている。
- 話しやすい様に気を付けています。
- 週1回の外来カンファレンス、電子カルテ掲示板の活用、連絡ノートの活用。注射等は、個人票とホワイトボードでダブルチェックを行う。
- ミーティングは毎日のように行い、注意事項は良く見えるところに貼って注意喚起するようしています。
- 事故後の話し合いを行っている。
- 朝礼時等の意思統一。

- 時々会合を開き、問題点を話し合い、改善策を周知させる。不慮の出来事があればただちに報告させる。
- 毎朝の声かけ。
- 一人診療所なので自分のペースでやっている。
- 会議。
- 定期的な話し合いの場を持つ。
- 毎週初めの朝のミーティングで確認し合っております。
- 朝礼、終礼等を利用して、意思統一を図っている。
- 法人からの年度方針をもとに各部門での目標を明確にし、各部門で目標達成に向けて取り組んでいる。
- 理事長を中心とした2回／月の全体ミーティング。
- 朝の朝礼、申し送り簿を作製している。
- 定期的な話し合い。
- 毎朝のミーティングで、新しい事を伝達し、統一する。
- ミーティング(コロナ禍の繁忙期にて難しいこともある)。
- 問題点の話し合い。
- 職員との話し合い。
- 日々の業務については、朝礼や昼礼で情報共有・意志統一を図っている。また時間をとり、月1回定例で職員会議を開催し、意志統一をおこなっている。
- 上下関係なく、報告、連絡、相談を日常的に行っている。
- 1週間に1回ミーティング(全体)を行っている。
- 職員間でのコミュニケーションを良好にするための問題点抽出のための話し合い、解決に向けた提案などの会議を年1回行っている。
- リスクに対しては入職時に必ずオリエンテーションを実施している。誰でもすぐに閲覧できるマニュアルがある。
- 施設内にリスク委員会があり、看護師もメンバーの一員となっている。インシデント、アクシデント報告書の提出、集計、分析、周知。
- 内部－外部研修への参加。
- 気がついたときにお互いコミュニケーションする。
- 毎月執行会議を行い各部所に内容を伝達している。
- 課題を共有し話しあい→決まらなければトップダウン。
- 毎日朝礼を実施しています。
- 情報の共有、意見を自由に言える環境を作り、より良い環境作りを心がけている。
- コミュニケーション。
- 終業時のミーティング。
- 職員同士、気がついた点は話し合うことで確認している。

- 毎朝のあいさつを通して、意志の疎通をはかり、注意啓蒙できるようにしている。
- 毎月外来会議を行っている。研修を同時に行っている。
- 定期的に意志確認を会議の場で行っている。
- ミーティング等。
- 毎日の朝礼、定期的なスタッフミーティング、その他平素からの職員間コミュニケーション。
- 看護日誌。合同研修、個別カンファレンス等を行いDrとも情報共有を行っています。
- 毎日ミーティングを行っています。
- 職員同士の会話を増やすこと。
- 毎週全員参加の朝礼と、月1回のリーダー会議・各種委員会各部署での定期的なミーティングにより職員の意思統一を図っている。
- 定期的にミーティング、勉強会を行っています。
- ミーティング、研修、回覧での情報共有。
- ミーティングやSNS (LINEなど)の活用。
- 副作用の既往歴を細く、繰り返し聞いている。
- 患者の意向伝え。
- 月1～2回のカンファレンスを行い、職員全体で情報を共有する。必要に応じて臨時研修を行う。
- 週の始まり朝仕事前にショートミーティング。月1回のミーティング。急ぐ場合グループラインにて周知すべき事は知らせ、意見交換。
- 朝礼、終礼で話し合い。改善点は個別の委員会で討議。
- 定期的なカンファレンス。専門業種へ相談やアドバイスを受ける。
- 診療開始前の話しあいをしています。
- 話し合い。
- 週4日朝礼、週1回勉強会を継続し、重要項目の確認を繰り返し、職員全員に向けて行っている。
- 月一回のミーティングで基本事項の確認をする。
- 業務の現場で互いに声かけをする。
- 事故が起きると事故報告書にて対策を考え、スタッフ全員に周知する様務めている(全フロアに回覧している)。
- 副作用の早期発見と早期の対策実施が重要であるとの認識を共有している。
- 医師1人、受付2人だけのクリニックであり、事あるごとに話し合いを行い意思の統一を図っている。
- 院長の指示による(3～4人の職員のため)。
- 人数が少ないため、口頭で伝える。月1回のミーティング。
- ミーティング、業務連絡(紙ベース)、イントラネット、書類回覧など。

- 毎週月曜日の朝礼、月一回のカンファレンス等により意思統一を図っている。又緊急対応、特殊事案等の場合は、その都度、職員に通知指示を行っている。
- 直接指示する、受付より報告する等、全員で情報を共有している。
- 定期的研修等による指導。
- 掲示板の活用。1回／週の朝礼。1回／月の委員会での伝達。
- 定期的に院内会議を行い、報告・連絡・相談を行っている。
- 朝礼で話し合うことで図っている。
- 月二回のカンファレンス。
- ミーティングと委員会。
- 1ヶ月2回の会議。
- 特養医務2名の為、日常的に申し送りしながら把握に努めている。
- 相手の話を良く聞く。
- スタッフ間のコミュニケーションを密にして、委員会等での決定事項を速やかに伝達、遵守できるように努めている。
- 週1回院内において、スタッフ全員でミーティングを実施。報告・連絡事項の確認や院内の方針の決定、意識の統一や共有をしている。
- 職員数が少ないため、適宜情報共有を行なっている。
- 定期的にミーティングをしている。
- 毎昼食後ミーティングを行っている。
- 昼休みのコーヒープレイクを不定期だが開いている。
- 医療安全対策委員会などで、インシデント、アクシデントの情報共有を行っている。
- 常日頃の連絡、体制。
- しっかり話合える環境にしています。
- スタッフの数が少人数なので特別なことはしていない。
- 話し合いを多く設ける。
- 患者さんに「元気で長生き」して頂くために我々医療従事者ができる事を確実に行うことの意味を、常日頃からスタッフに説明しています。
- パート従業員が多いので各科で連絡帳を記入して、共有する。
- 特別なことはしていません。
- 月に1回程度院内勉強会を実施している。新しい情報や変更点、ヒヤリハットなどその都度LINEグループに発信している。
- 毎月のミーティング。
- 日頃からスタッフ間で十分なコミュニケーションを図り情報の共有を行う。
- 汚染針取扱い時手でさわらずリキャップせず廃棄するよう指示。
- 朝1回のミーティング、年数回の勉強会。
- 月1回の主任会議を開催し、職員の意見や他の問題点などの話し合い、検討を行っ

ている。全体会も設けており、話し合いの場を設けている。

- ラインによる情報共有。毎日の朝礼。
- 朝礼を行う。
- 毎月のミーティング(法人内の役職者ミーティング・スタッフ全員参加のミーティング・カンファレンス)
- 施設内部の研修や会議等で統一を図っている。
- 当日問題あればミーティングを行い翌日再度確認、パートスタッフにもいなかった人には周知する。ホワイトボードの使用。
- 通常時のコミュニケーション。
- 月1回のカンファレンス。週1回の朝のカンファレンス。
- 毎日毎朝ミーティングで確認しています。
- 感染予防対策をしっかりして、コロナに前向きに立ち向かう。
- 各種会議およびカンファレンスや情報共有ツールの活用。
- 声かけにより意思統一を図っている。
- 毎朝のミーティングなど。
- 各報告を提出させ、朝礼、ミーティングを利用し意志統一する様にしています。又、日々の管理日誌にも記入するので全員、出勤時に確認してもらっている。
- 毎朝朝礼を行なって、問題点の確認等を行っている。
- 毎朝、ミーティングを行って意志統一をしています。
- 始業前、午前終了時、午後終了後に必要事項の確認。さらに重要な事項については別に時間を設ける。
- 毎日の朝礼。定期的な職員ミーティング。
- 話し合いにより図っている。
- 定期的な勉強会、各委員会でのモーニングカンファレンス。年始目標で各施設、各部署に落とし込み、意識統一。
- 事項に応じて、職場会議(月1回)か朝礼(毎日)で情報を周知共有している。
- 定期的にミーティングを行い、クリニックの方針を示す。
- 会議により意志統一を確認すること。
- 毎月1回は必ずカンファレンスを行い、情報共有を図っている。
- 月一回以上のカンファレンス、朝礼。
- 受付、ナース同士のダブルチェック。氏名確認、カルテのメモ欄に注意事項記載。
- 月に1回の定例職員会議で伝達を行ったり、回覧をしたりして情報の共有をしている。
- 定期的なカンファレンス(週1回)。必要時に臨時で。
- マニュアルの配置。研修や掲示板の活用。
- 直接意見交換を随時行う。
- 1回/月のカンファレンス。連絡ノートの使用。

- ドラッカーのマネジメントを読んで実行。
- 適宜、コミュニケーションを行う。
- 定期的なミーティング開催←理想は電子カルテを導入してリアルタイムで共有してゆきたい(紙カルテだとどうしてもタイムラグが生じてしまう)。
- 職員の動揺は患者様の動揺、である。なぐられるのも仕事のうち、と覚悟した方が逆に暴力を防げる、と話をしている。
- 危険な事例をフィードバックして、意思統一をはかる。
- 定期的なミーティング。
- 管理者による口頭での指示、指導による統一。
- 会話とイントラネット。
- 連絡ノート作成。
- 朝礼、スタッフミーティング、日々の声かけ等で情報を共有するよう心がけている。マニュアル作成し、確認しながら作業するよう心がけている。
- 週一回のスタッフミーティング。
- 毎週のミーティング。
- 常に会話をもとに、情報共有する。
- 注意事項をその都度ノートに記載し、皆それに目を通し読んだ人はサインする。
- 定期的に勉強会をひらく。
- 少人数なので常に意志疎通を取る様にしています。
- 毎朝、ミーティングで意思疎通を図っています。
- 申し送りノートの活用。
- 職員同士の声かけ(連携)。

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。

【回答例】

- 法人研修、院内研修、外部講師による研修等。
- 人材育成に力を注ぎ、職員教育だけでなく、各種学校からの実習生を受け入れるなど、医療、福祉、介護、人材の育成、教育に取り組んでいる。
- ヒヤリした時に、それにつながる行為を洗い出して、事故等を未然に防ぐ。
- 外部研修、内部研修への積極的参加と情報共有に努めている。
- 勉強会。
- 定期的な業務手順の見直し。意見箱の活用。
- どのようなことでも「報告」「連絡」「相談」を徹底して行っている。
- 接遇の強化。
- 自己研修を行う。
- まず職員が心身ともに健康であること。患者さんが話しやすい雰囲気を作ること。
- イラストなどを使用して丁寧な説明を心がけている。
- 新しい情報をなるべく早くとり入れる。
- 生活習慣病のコントロールにとどまらず健康長寿にむけてのサポートをしています。
- 移動式X線装置は置いていない。
- クレーム、インジデント、アクシデント情報、さらに是正処置の共有を行なっている。職員からの毎月の「提案」や「良い事発見」報告。ISO9001の認識取得(内部監査と外部審査)。
- 医師が岡山大学病院で施設外勤務を行っている。
- 小規模かつ特殊な診療所であるため、近隣施設からの医療共助を受けたり、各種の職員研修を定期的実施するなどし、質の向上に努めている。
- 毎月、勉強会を行っている。
- 全て説明と信頼関係につきる。
- 定期カンファレンス、外部研修。
- QC(質の維持向上)会議を月一回行っている。
- 情報共有に努めている。
- 職員数が少ないため、可能な範囲で気が付いたことはその都度話し合うようにしています。
- 学会、研究会での知識の補完。
- 患者様に寄添った対応及び行動。
- 毎日朝礼で前日に起った問題点を職員一同で討論して改善策を検討。
- 学会にはできるだけ参加(現在はWEB)。新しい知識を得るよう努力している。
- 学会やセミナー参加。最近の医療情報を得る。

- 振り返りを行なうようにしている(これからより進めていきたいと思っている)。
- しっかりとコミュニケーションを取りながら各々の患者に適する治療を行う事が重要と考えており、患者の意見を取り入れるための目安箱も設置している。
- 法人内で、内部監査を年に1回行っている。他の診療所から監査を受け、又、行ってチェックも行うが、他の診療所での良い取組など学び、日頃の活動に取り組んでいます。
- 職員の感染防止。
- 一斉メール配信。
- 院内勉強会を行っている。
- セミナーや書籍の購入の全額補助。
- 定期カンファレンス。
- 研修会になかなか行ってもらうことができません。コロナの事もあり、オンラインや動画などがもっとあれば良いかと思えます。
- 研修会への参加とともに課内報告、トラブル報告を議題とした会議を行う。
- 研修会への積極的参加とともに報告会を行う。
- 新しい薬、治療法、病気のWeb講習会を時々実施。
- 研修に参加する。
- 各自必要な研修会への参加など。
- 医療機器の使用等個別のマニュアル作りを行なっています。
- いつも話合いをしている。
- 研修会などへの積極的な参加をめざしている。
- 定期的な院内勉強会とヒヤリハット報告をもとにその対策討論など。
- 患者からの意見を参考にする。
- 研修会参加。
- 進歩に遅れないよう学習する。
- 新しい情報を取得した時、早期に回覧、閲覧する様配慮している。
- 研修会。ミーティング。個別面接。
- コロナがないときは、勉強会も医師のみでなくスタッフも参加していた。
- 医療をとりまく情報の収集。専門の方の講演をきく。
- 患者・保護者の言うことをよく聞くこと。
- 良く患者の話を聞く。
- 内視鏡検査の機器など最新のを入れるようにしています。
- 介護との連携(高齢で医療は限界の方が多いので)。
- 反省と修正、進展のために研修、勉強会などの参加。
- 積極的に外部の勉強会への参加し、情報を共有する。
- 院内勉強会等。

- 新薬等の勉強会。
- 講演会、学会に出席する。専門家の意見を聞く。パソコンで調べる。
- 職員会で良い点や悪い点など出し合いディスカッションをしている。
- 最新の情報収集、職員研修。
- 勉強会への参加等、行っています。
- 知識のupdate。
- 研修制度を設けている。
- 学会、医師会、歯科医師会等を通じて最新の情報、技術を集めるようにしている。
- 勉強会、説明会への参加。
- 医師の研修。
- 定期的に新しい情報を集め、また、基本的なものは、教科書等で確認している。ネット上のカンファレンスも利用している。
- 朝礼などで情報共有している。
- 出来ていない箇所は早めに改善します。
- 院外等の研修に参加しやすい環境であり、研修等で学んだ知識を院内で実践するように工夫している。
- 声かけをしています。
- 本院にて外来学習会を月1回行う。新しい薬剤は勉強会を行う。
- 現在はコロナのため毎回始業前に体温体調確認し、診療所の消毒を行った等記録して管理しています。
- 問題点の生じた都度、話し合いを行う。
- 常に患者中心の医療を心がけ、従業員にも徹底させている。定期的な勉強会の開催、講演会への参加。
- 月に1度事務系、医療系から代表者ひとりずつ集合し業務改善ミーティングを実施。
- 新しく行う医療行為についてのオリエンテーションを行う。
- 院内での新薬の勉強会(製薬会社の説明会)。各種研究会のオンライン参加。
- 可及的早期診察。休日も利用している。
- 知識を日々学習し整理していく事。エキスパートに学ぶ。
- 他施設を見学し、情報交換し、益になる部分を積極的に取り入れてみています。
- QC活動による質改善を行っている。
- 定期的な勉強会を行っている。
- 定期的な話し合い。
- カンファレンス。
- 検査予約をptが理解しやすい様に説明書に写真を添付したり、予約がスムーズに行えるようにスタッフ間で統一した札を活用している。
- 報告、連絡、相談をおこたらない。二重チェックなど。

- すぐに相談できる環境作り。
- 職員との話し合い。
- 法人としてISO9001を取得し、外部からの監査、職員での内部監査を実施。法人幹事団からの監査もうけ、医療活動など業務監査をうけている。
- 定期的に勉強会を行う。
- 定期勉強会。
- 特養のため最新の医療技術や知識が入りにくいいため外部研修(オンライン)に参加している。
- 往診医から、情報を得ている。
- 患者用パンフレットの配布。
- 学会誌に目を通す。
- ミーティングで対応。
- 患者への情報開示。
- ネットの情報の収集。余剰資金確保。
- 新しい医療知識勉強。
- 情報の共有の徹底、ムダを省くための意見交換、効率化の徹底。
- 月1回ミーティング。
- スタッフの講習会を受ける。
- 資料のコピーや勉強会を行っている。
- 患者様の話をしっかり聞くことに重点を置いている。
- 患者さんへの病状説明の目的で毎月「慢性疾患レポート」を渡している。
- 外来会議で自由に意見ができるように十分な時間をとっている。症状と治療についてはスタッフよりなるべく医師からの説明をするようにしている。
- 定期的な勉強会。
- 職員が自分の持病等で他の医療機関を受診する際に、患者の立場として体験する。それをシェアする。
- 園内研修、コロナ前は園外研修参加等行っています。
- 日頃から、医師会等からの勉強会に参加しています。
- 院外の各勉強会へ積極的に参加している。
- 患者への声かけを頻繁にして、間違いを防ぐ。
- 情報収集。
- 定期的な研修実施。
- インシデント(アクシデント)レポートを活用して、トラブル対策を十分行い、再発予防に努める。
- 自己啓発に努める。現在、研修はままならない状況ですが、コロナ禍が落ち着けば進める。

- スタッフのつながり向上として十分な福利厚生と研修会の参加。
- 研修への参加。同グループ内での情報共有。
- 外来予約制をとっており個々ていねいな医療を心がけています。
- 研修会参加で、取り入れる。
- 迅速な診断、治療を行うため、職員から院長、副院長への報告が早く行われる様教育している。又、患者さんの受診が必要最小限となる様心がけている。
- 月一回のミーティングで基本事項の確認をする。
- 業務の現場で互いに声かけをする。
- 配薬ケースを朝・昼・夕・眠前とそれぞれ色分けて管理。NS2人で必ずダブルチェック。介護スタッフは食前、食後Wチェックしている。誰がやっても同じ事が出来る様にマニュアル化している。
- 副作用の少ない手技や方法を模索している。
- 完全予約制で診療している。
- 院内処方の為、ジェネリックを積極的に利用し、薬剤の処方を二人以上で確認している。
- 外部の研修会への参加や、院内での研修会の開催。
- 各種勉強会への積極的な参加を促しバックアップを行っている。
- 非定期ですが勉強会を開いています。
- 定期的研修等。
- 定期的に勉強会を行い、新しい情報を共有できるよう努めてます。ヒヤリハットの提出。
- カンファレンスで常に検討事項を考え、改善に努力している。
- 定期的な勉強会の開催。
- 1ヶ月2回の勉強会(相互講師)(外部講師)。
- 特養の為、医療物品も少なく使用する機会も少ない為、在庫もあまり置いていません。
- 自己学習、勉強会への参加。
- 現在はコロナ禍に対処することで精一杯であることは否めない。しかし、その中でもスタッフ一人ひとりの資質向上のために基本的な事項を守ることを徹底していく。
- 週1回のミーティングによる問題点の洗い出し。
- 毎日始業前に朝礼を実施し、その日の検査予定、予防接種、その他の予約の確認や必要な連絡、報告を行っている。
- 自身の体調管理。
- 全体ミーティング、小ミーティング、勉強会開催。
- 週1回テーマを決めてカンファレンスを行っている。
- 詳しい説明、待ち時間を少なくする→かえって誤解を招いている。思いやりのある対応。
- インシデント、アクシデント報告が提出しやすいようにしている。

- 事故が起こった場合は医務に関わらず介護職、医務、相談員等周知ができるようにしており改善していった。
- 特に透析業務において、単なる作業になりがちな部分においても、医療行為の1つ1つに目的がある事などを考えながら確実に業務を行い、様々な面から患者さんをよくみるという事を心がけています。
- 各科、問題発生時は先生を含めて全員で共有。
- 各科、新薬の勉強会やリモートでの参加を実施。
- 特別なことはしていません。
- 毎年、学会に参加し新しい情報を入手したり、治験への積極的な参加を行っている。MRさんからの情報を得ている。
- ヒヤリ・ハット報告書の活用、内部外部研修の実施。
- 常に新しい情報を意識し自己研鑽を行う。
- 白癬菌検査のときに必ず一人一人ピンセットを交換し、ウオノメケズリ等の観血でない処理でも必ずメス刃を交換している。
- 定期的な勉強会、研修を開催している。
- 最低月1回定期的にミーティング。年2回医療の質向上のために、全員にレポートを提出してもらっている。
- 眼科領域の情報収集をし、説明も丁寧に行う。
- 資料を使用して周知できるよう工夫している。
- 他のクリニックでの工夫や、失敗からも吸収できるよう1カ月毎、ミーティングを行う。手術、院内安全など、この2年は、コロナの間を見計らい数カ月毎行っています。
- 大学カンファレンスへの参加。学術誌。
- ミーティングにて他業種の業務内容もお互いにチェックするように気を付けています。
- 定期的な勉強会やカンファレンス。
- インシデント事例を省みて、アクシデントにならない様、情報の共有に心掛けています。
- 研修と話し合い。
- 勉強会への参加。
- 業務マニュアルの推進と各管理者への指導。あとは、問題予測がつくように日々の振り返りを実施(今日1日何が起こったか？防げる事案か？重大な事故につながる恐れがあったかなど)
- 医療情報の共有をスタッフ間で行っている。
- 院長がセミナーに参加し、最新の医療情報をチェック(職員に通知しています)。
- 学会聴講。
- 良いと思うことは取り入れるようにしている(インフルエンザ検査用の鼻かみ紙など)。
- ISO9001取得。学会参加、研修セミナー。
- 積極的に講演会等へ参加している。

- 研究会、学会に積極的に参加する。
- 定期的に勉強会、会議を行うこと。
- 院内研修の実施、予防接種の勉強会。
- 月一回以上のカンファレンス、学会参加。
- 定期的なスタッフミーティングを行い、何かあればヒヤリハットの報告書提出、メールでの迅速な連絡などを行っている。
- 月に1回、職員に対して研修を行い、(毎月テーマを決めている)サービスの質の向上を図っている。
- なるべく余計なことはしないということが重要と考えています。
- 生活状況や体調を的確にDr. に伝える。
- オンライン診察、問診アプリを使用し三密を避けています。
- 日々勉強し、考える。
- クリニックとしての診療方針を中心として活動すること(個人の考えや意思も大切ですが、クリニックのスタッフとして誰が関わっても同じ結果がだせるようにすることに重点をおくようにしています)。
- ITの積極的な導入による効率化。
- 今はコロナでできていませんが勉強会を行ったり、ミニレクチャーを行ったりしています。
- 定期的な勉強会。
- 予約制にして待ち時間を減らし、診察時間をしっかり確保している。
- 整理整頓、マニュアル化、電子化、技術知識指導。
- 積極的に学ぶこと。
- 朝礼やスタッフミーティングを定期的に行うこと。日報を作成し、情報共有、確認をいつでもできるようにしていること。
- 学会、研修会への積極的な参加で最新情報の取得。
- 新たな知識等の導入。職員への周知。
- 少しでも患者様に対して気になる点があれば伝えあって問題点の改善をする。
- 患者さん一人一人の情報共有を徹底する。
- NHK(ニコニコ、ハキハキ、キビキビ)を徹底する。
- スタッフ間の「ホウレンソウ」を徹底する。
- 講演会、学会等に積極的に参加し、得られた情報を皆で共有しています。
- 当院の診療の特殊性から、最新の医療情報を入手している。学会、研修会への参加。
- 施設なので看護、介護に関する勉強会の実施やオンライン勉強会に参加。
- (理念)バリューの唱和、資格取得など。
- 問診表の徹底(看護師)。
- 色々なデバイスからの情報収集。

自由記述回答集(歯科)

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。

【回答例】

- 鋭利な器具(注射針・メス)の取り扱い。チェックシートの通り確実に対応出来ている。
- 感染予防のために、器具の滅菌、消毒またグローブ、マスク、ゴーグルなどの使用。
- ハリさし事故。専用の容器を使用している。
- 利用者からの感染。予防対策の徹底。
- 説明不足になること、常に細かく説明する。
- 針さし事故、ヤケド。
- 引き継ぎ、申し送りが発生する場合(例、同一患者の処置中に担当者の一人が入れ替わる時など)。
- 誤飲に注意。
- 忙しい時にトラブルが起きやすいと考えているので、常に冷静に仕事をするよう対処している。
- 患者さんの体調が悪い状態での治療が危ないと思います。必ず体の状態を確認しています。
- 誤飲(切削器具)。保持状態の点検。
- 仕事に慣れて集中力が欠けてしまうこと。常に注意するよう伝える。
- リーマーの誤飲防止の為にラバーダム防湿。
- 針刺し事故。針をペンチでつかみ容器に入れている。
- 歯牙を削る時や超音波器具を使用する時、ゴーグル、バキュームで対応している。
- 慣れ。
- 器具や針刺しなど。マニュアルに沿った対応。
- 高齢者の誤エンなどに注意している。常に口頭で注意喚起している。
- 注射針のリキャップ→専用の器具の使用。
- 患者さんの誘導、チェアへの乗り降り。必ず、最後まで目を離さない。
- 床が水でぬれていたり、レジンの削りかすが散らばっている事。
- スタッフが通路を走っている。
- 私語が目立つ。
- 薬の処方を間違える→お互い確認、シートをファイルへ。
- 全ての診療行為→診療に1人1人時間を十分とること。
- 診療室内で騒いだり、走ったりしない様にしている。
- 急ぐこと、あわてること/診療所内では走らない。

- 患者様が高齢になっており、補綴物の誤飲が危ない。
- 注射針の針刺し。危険性のあることは衛生士にさせない。
- 患者さんが問診で感染歴を言ってくれない時、術後のユニット並びに周囲の消毒をこまめにやる。
- 気のゆるみ。
- Drの意図が正確に伝わらなかったとき。
- 感染症に対応。
- 油断大敵であること。意識の徹底を図る。
- 治療中の患者さんの急な動き。治療の説明と痛みや刺激をできるだけ与えないようにすること。
- 補綴物を試適している時、誤飲の危険あり。または、削合中にバーがはずれてきたり、根管治療中に器具をのどに落としたり、注意するしかなし。
- 非協力的な患者、理解が不確実な患者、突発的な動きをする患者等、時間を十分とり、理解を求める。偶発ととらえず、必然ととらえ、対応できるように考えておく。スタッフと意思統一しておく。
- 2Fの為、階段(16段)の上り、降り時の転倒事故。
- 待合室の待機患者が多いのがコロナ感染のリスクを上昇させるため、待機患者数を減らす診療予約を工夫している。
- 目先と手先が合っていない瞬間を作ってしまう時(仕事を(治療を)していて、後ろから急に呼ばれる時)。
- 誤った情報に基づく思い込みによる行動、事前、事後の確認をおこたらない。
- 院内感染。消毒、滅菌の徹底。手指消毒の徹底。
- 患者の体調管理。
- ケアレスミス。
- 自信がないまま作業。互いに確認。
- 注射針のリキャップ。歯科医師が確実にチェアサイドで直ぐに行う。
- 知識なく従事すること。
- 治療前の治療内容の確認不足。事前にスタッフと使用器具などの確認をして治療開始。
- 注射針のリキャップは、バットの上で行ない、素手でしない様になっている。
- 感染対策としてフェースシールド、マスク、手袋。
- 注意力の不足、慣れ。
- 病気を持った患者や、薬を多数服用している患者が増加しているため、問診を十分行ない、危険・注意等を赤字で記入している。
- 様々な年令の患者さんが来られる事。臨機応変な対応。
- スタッフ間の馴れ合い、業務の簡略化を防ぐため、要所に注意事項を標示している。

- 予定外の治療。アポイントの時間を守る。
- バリアフリーでないのでドアの下に段差があり、つまずきやすい。特にレントゲン室のドアの所。毎回、段に気をつけてもらうように声をかけている。
- ルールを守らない。ルールを明確にする。
- スタッフのすれ違い。よく話し合いをしている。
- 標準予防策の徹底。
- 注射針のリキャップが危ない→片手法を定期的に研修。
- 一般的なヒヤリ・ハット事例の確認。
- 1人の患者にもグローブを何枚も使用する。
- 患者の体調の把握が不十分であった場合。
- 針さし等、外科器具の後処理。
- 油断。
- 小児の対応。スタッフをつける。
- 針刺し事故、リキャップをなくす。
- アクシデントが起こらないようにインシデントのうちに対応する。
- 口腔内に入れた器具による感染。使い捨ての物を用いる、滅菌の徹底。
- 室内換気等を含めた環境衛生面への無配慮。
- 使用済鋭利器具に対する扱い面等。
- 注射針の針刺し事故、リーマッフアイル等の鋭利先端の穿刺。
- 使用済鋭利器具に対する扱い方、注射針の使用済のキャップは歯科医師のみがする。
- 意思疎通の乱れ。
- 切削器具や刃物を使用する診療行為。手指の固定点を十分に確保する。
- 器具、補綴物の誤飲。患者に口呼吸しないように注意。
- 思いこみによる医療行為。くり返される日常的な行為に対し確認を十分に行うこと。
- 知識の取得と情報の共有。スタッフ・患者との密接なコミュニケーション。
- 機器、器具等を置こうとして、手元から目を離し落ちそうになる。その都度「確認」を確実に行うよう指導している。
- 高齢者治療中のむせ。ポジショニング・注意深く観察・血圧測定。切削器具による粘膜、舌の損傷。補助確保・観察注意。麻酔時の体調変化。基礎疾患の確認・安心、リラックス・ゆっくりと。
- 口頭での伝言、大事な事は書面に残す。
- 人の動線を交差しないようにしている。
- 高齢者のチェアからの落下→チェアを低めに保つ。スタッフがサポート。
- 小器具の破折→細目な点検。
- 使用済器材はオゾン殺菌水に浸漬する(30分以上)。
- 玄関等で高令者の転倒事故、細かい声かけと誘導。

- 診療に関する事は全てリストはあると考えていますが特に誤飲、誤嚥には気をつけています。チェアを可能な限り起こす。
- 注射針のとりあつかい。
- 切削行為による血液のばくろ。口腔外バキューム使用。フェイスシールド着用。
- 忙しくなった時に急いでしまうことがあります。落ちついて行動する。
- 3蜜を出来るだけ避ける。パーテーションごしに説明する。
- リキャップ、針、刃物の置き方。
- 洗浄時の事故
- 注射針のリキャップ。キャップに手を添えないようにしている。
- 外科処置中の職員の動作、処置中の動作確認。
- 指示が正しく伝わらないこと→複数回確認する。
- 偶発症一問診などで可能な限り事前に情報を得る。確認不足によるミス→2度確認するなど、又は声に出して確認する。
- あわただしく診療すること。予約のとり方をゆとりをもってとるようにしている。
- 修復物の研磨(クラウン、インレー)の時、指をまきこみそうになる→手袋を2重にして対応する。
- 新人スタッフの鋭り器具のあつかい→なるべく、Drが処理。専門上小児の患者様が多く、スタッフ全員で気を遣っている。
- 老人が歩行時ふらつき転倒の危険がある為、手すりの設置、手を引くようにしている。
- 先端が鋭利な器具を洗浄すること。→厚手のグローブを使用している。
- 患者と職員との導線が交わる所。職員は必ず手前で止まり、確認してから動くようにしている。
- 院内感染→滅菌、消毒、術者(職員)ワクチン、感染予防、もし感染したなら早めの治療。
- 事故→報告・連絡相談・治療。
- コロナに対しては→ワクチン3回案内。カンキ、空気清浄器。術者・フェースガード・防具。
- 注射針や鋭利な外科器具などの取り扱い。歯科医師のみが扱い、スタッフには触らせないようにしている。
- 診療台で患者様をはさまない、針さしや、タービンで患者さんの粘膜をキズつけないように気をつけること。
- 器具の落下。患者家族の診療室への入室。
- 飛沫感染、パーテーションがないためチェアを1台あけている。
- コロナ禍で他人の触れた物に接触しない様に心がけています。患者はもちろん、次亜塩素酸水でうがいする様にしています(ポイックウォーター)。
- 使用後あるいは使用中の注射針を誤って術者又はスタッフが刺す事→保護キャップ

を必ずつける及び必ずきちんと支点をとるようにする。

- 術中疼痛性ショック。恐怖心除去のコミュニケーションと早期発見対応。
- 特に高速回転切削用具や超音波振動による清掃など飛沫の発生する診療行為が危険と考える。現状はマスクはもちろんだが必要に応じてゴーグル等使用し対処している。また感染症が明らかな人の治療ではユニット周りの触れそうな所はラップをしている。
- ヒヤリハット。診療中の日々のコミュニケーション。
- 感染に対して、問診及び、可能なかぎり触れないよう工夫している。忙しくなりすぎないように、人数、時間を制限している。
- バリアフリーであるが、高齢者の方の転倒などが危ないと感じ、常に動く際スタッフを同行させている。
- 年配のスタッフが、知識をupdateしないままにいること。その都度注意している。
- 誤嚥、器具による軟組織の抗原→アシスタント介助、単独での処置を可能な限りへらす。
- 外科処置後の片付け。
- 針刺し等あわてず確実にリキャップ。
- 老人を水平診療すると誤えんの可能性が高いので、座位診療している。
- 切削器具や鋭利な物を使用することが危ないと考えられる。なるべくアシスタントを付けて、頬や舌を圧排している。
- 刃がついている器具の着脱は、必ず歯科医師が行うように配慮している。
- 針刺し事故→専用容器を使用。
- 仕事をキャパシティ以上にかかえすぎないこと。
- 何も考えずに行動すること。
- 基本をはずれること。
- 子どもが走りまわること→一人一人スタッフをつける。
- オートクレーブの取扱い、注意紙を貼ってスタッフに注意をうながしている。
- 関係者それぞれのリスクへの理解度が違う事。常に情報を共有し、共通見解を統一・向上させていくようにしている。
- 不注意、うっかりによる人為的なミス。手順、配置をなるべく単純にする。
- 情報共有ができていない→お互いに極力疎通をはかる。
- 針さしなど、感染等。スタッフとのミーティングをよく行う。
- 慣れの為のうっかりミス。いつも緊張感をもって。
- 口腔粘膜や舌をタービンで傷つけること。舌や頬粘膜を圧排する。
- スタッフへの指示内容の誤解・自己判断、確認をすること。
- 誤飲(かぶせ等)。口腔内に、誤飲しないように角綿を入れてカバーする。
- 口腔内に触れる行為。清潔、不潔域の徹底。

- 治療中に患者が動くこと。
- スタッフ一人ひとりが、感染防護をないがしろにすることが、一番危険と考えているため、感染対策・器具の消毒滅菌に関して定期的に院内研修で徹底しています。
- 声かけ報告連絡の不足が危い。スタッフどうしでの声かけの回数を増すようにしている。
- 消毒室で、短針の器具を洗浄する時に、向きがそろっていない場合が危ないので、同じ向きに集めてからジェットウォッシャーの方へ入れるようにしている。
- 小さなミスが蓄積で、報告されず対処法など、改善傾向がない場合が危険である。問題が生じた場合、すぐに報告し、対応することを指導している。また、毎日の終礼や週のミーティングで全員が共有するようにしている。
- 浸麻針の針刺事故→使用後すぐに針の廃棄。スケーラーチップが術者に刺さる→スケーラーを使わない時はキャップをする。
- 鋭利な器具による外傷。グローブの使用。
- 口腔内に小さい物を落とす事。
- 通路でスタッフ同士がすれ違う際の動線→声かけや通る側を院内で決めている。
- 飛び出し。リスクのある子の場合、カギの利用(保護者の同意あり)。
- 治療中の患者の体動。動かない様に注意。
- イレギュラーな事が起きた時ほど、落ちついて対応。
- 金属等の誤飲、口腔内にガーゼを敷く。チェアーをあまり寝かせない。
- ヒヤリ・ハット等の小さなインシデントを軽く見る。報告しないということ。昼礼等で全体共有を図る。またミーティングで対策を講じる。
- 患者の子供が走り回る。なるべく親のそばにいるか抱っこしてもらう。
- 針さし事故。片手法によるリキャップを作ろう。
- 器具の落下。ユニット周囲での子供の遊び。着実な器具の受け渡しの徹底。保護者への注意の徹底。
- 慣れ、ルーティーンワークとなっている事。定期的に技術チェックを行う(スタッフ同士で)。
- メス替刃や注射針、縫合針による針刺し事故への対応が必要と考えており、安全器具の導入を考えています。
- リキャップしないよう常に気をつけている。
- 診療業務に関するすべての飛沫や感染物に対してリスクがあると考えています。スタンダードプリコーション(ユニバーサルプリコーション)を徹底し、院内の全ての従事者に周知・徹底するよう週一回ミーティングを行っております。
- スタッフの注意不足、ヒヤリハット。その都度、注意、スタッフ全体に報告。
- 今であれば、コロナ対策として以前よりもより一層滅菌、消毒の徹底に努めています。
- 器具洗浄の際の穿刺→ウォッシャーディスインフェクターの導入。
- アレルギー患者に対して→カルテ、パソコンでリストをつくり、患者さんの把握をしてい

ます。針刺し事故に対して→リキャップしないことの徹底、または片手のみでの操作。

- 誤飲、誤嚥。
- 患者との意思疎通がとれない状態での処置。カウンセリングの時間を積極的に入れることで対処しています。
- 患者の転倒、待合室と診療チェア間はつきそう。タービンで患者の下、口唇を傷つける、ミラーで排除して切削する。
- 新入職員が入ってきた時にミスがベテランにも起きやすい→終礼の時に一日の反省を行うようにしている。
- 新人スタッフのみで行動するのは危ないので、指導者をつけるようにしている。
- 体調不良患者の治療。コロナ前から、体調不良の場合、予約を変更してもらっています。
- 診療補助時の器具の受渡しやアルコール掃拭。これらは廃止、させてません。
- 小児歯科なので、予期せぬ子どもの動きに配慮している。
- 待合室でのコロナ感染→診療チェアにすぐ誘導。お会計はスムーズに。
- 慣習や習慣という理由だけの行為。月1回のミーティングにおいて、どんなにささいな言動でも違和感を感じたらそれについて話し合うようにしています。
- ヒヤリハットがあるとき、その都度スタッフに注意喚起、ノートにまとめている。
- ドクターも含めヒヤリハットなどをあげていき、朝のミーティング。
- 確認不足によるミス→報告・連絡・相談の徹底。インシデントレポート作成 周知。
- 何が危ないかを常に考えていなければ、予測ができないので、いつも注意するよう伝えている。
- 見えないものを軽視する。
- バキュームの不適切な操作による唾液等の誤嚥を予防するためスタッフ間の相互訓練を行なっている。
- 高齢の患者さんの咳やむせによる誤嚥。座位の診療など体位。
- 薬のアレルギー。ご本人に毎回聞いている。

② 職員の意思統一をどのように図っていますか。

【回答例】

- 朝礼・終礼で情報共有をはかっている。
- 定期的な研修を行う。
- 朝礼、終礼の際に意見を出しあって意志統一を図っている。
- 2、3ヶ月に一度、ミーティングを行い意志の疎通を図っております。
- 家族経営なのでその都度話し合う。
- 各個人ごとに相談する。
- なかなか困難。
- 日々のコミュニケーションを密に行い、お互い注意すべき事を話し合いをしている。
- 定期的なミーティング。
- 指示に対しての確認。
- 朝礼。文章で掲示。
- ミーティング。
- 自分の家族をみるように行動するよう指導している。
- 必要に応じ注意を促している。
- 朝礼でその日の診療予定を話す。
- ミーティングにて。
- 診療前・後に気づいた事、周知したい事においてミーティングをしている。
- 毎朝の朝礼で確認と日誌に記載し全員で再確認。
- 年2回の医療安全研修会を行う。又その中でディスカッションの時間をもうけ各スタッフの声を共有し、改善等をはかっている。
- マニュアル作成。
- ヒヤリハット等での確認。MTでの情報共有。
- 気がついたとき時間をおかず、伝達。
- スタッフテーブルミーティング。
- ミーティングを行っています。
- 朝礼で意見を言うように。
- 事あればその都度反省を促し話し合う。
- 月1回の全員勉強会(だいたい4時間位)で情報の共有をはかっている。
- 毎日のくりかえし。
- 毎日の朝礼と月1回のミーティングで意志の統一をはかる。
- 常に話し合っている。
- 意思疎通の徹底。
- 朝のミーティングにて話し合う。

- 職員2人なので、問題なし。
- 気のついた時に即話し合う(問題を提起しておく)。
- 毎朝礼時に確認。
- 診療前後のミーティング。
- 月一回の定期ミーティング、連絡ノートの使用、朝の伝言、院内回覧板(不定期)の使用。
- 定期的なミーティングの実施。
- ミーティング(月1回)の開催。また何かあったらその都度ミーティングをおこなう。
- 職員との話し合い。
- 研修を行っている。
- 毎朝のミーティングにて。
- 口頭での申し送りに加えて、申し送りノートを作成、回覧している。
- 始業前のミーティング。
- 朝礼の際に、管理者が口頭で指示。
- 適時口で説明、指導。
- ミーティングの実施。
- コミュニケーションを密にとる。
- 日頃より業務マニュアルを厳守し常に危機意識を持つよう指導している。
- 毎朝のミーティング。
- 午前診の終了後気がついた事があればミーティングを行って話をしている。
- 管理者が、全員に説明及び指示している。職員は院長(管理者)に報告する。
- アプリやミーティング等を利用して情報共有している。
- 常にミーティングをしている。
- ミーティングを行う。
- 毎日の朝礼で日常およびその日の注意事項を確認。月1回のミーティングで個々の疑問点を出し合い解決し、情報共有を図る。
- 必要な時に確認のミーティング。
- ミーティングを行っている。
- 不必要に物にさわらない。
- 情報交換。
- 歯科医師法第一条の遂行を心がけるよう随時話題に供している。
- 毎週ミーティングで職員の考えを聞く。
- 問題の報告、対応を共有するように。
- 適宜話し合いをしている。
- ミーティングによる意見交換。
- 連絡ノート、ミーティング。

- ミーティングによる反省点の発表。
- 随時、情報の共有化及び意見交換の時間と場をもつ。
- 情報の共有化と意見交換の時間を随時持つ。
- 口頭による指導。
- ヒヤリハットの即時報告、連絡、相談。
- ミーティングにて意見交換。
- うち合わせ、連絡等をみんなで何回も行う。
- 気になった時点でお互い教え合うこと。
- 適宜ミーティングを行っている。
- 朝礼、ミーティング、面談実施。
- 食事会、花見、ボウリング大会などの開催。
- 講習会参加、院内勉強会開催。
- 毎日朝礼、終礼、月1回のミーティング。
- 朝礼でアポイントの確認。
- 朝の申し送り。
- 毎朝の朝礼。
- 患者診療内容のスタッフ全員で復唱確認。
- 研修。
- 毎朝のミーティングで報告する。
- 少人数なのでその都度指導しています。
- 週1回のミーティングを行なう。
- 話し合い。
- 声をかける。
- 定期的な研修。
- 毎日昼礼にて、ヒヤリハットの医療安全対策報告を行なっている。
- スタッフ各個人へ院長から指示・指導を行っている。
- その都度の話し合い。
- 適時カンファレンスを行なっている。
- 朝礼の励行業務日誌の記入。
- 朝のミーティング。
- ミーティングにより。
- 朝礼で毎日の診療の確認や、方針の確認を行っている。
- 毎日の朝礼時に伝達している。
- 朝礼や面談を行っている。
- 全員でディスカッション。
- コロナ前は月1度ランチミーティングにて意志統一。

- 医局会や連絡会、院内の研修会の際に全員で確認する。
- 院内での問題点、改善点を話し合い、出た結論で統一するようにしている。
- 問題が生じたとき、それが小さなものでも、こまめにミーティングを行い、解決を図るようにしている。それが意思統一につながると思う。
- 月に1回～5回のミーティングでの話し合い。
- 毎日のミーティング。
- コロナ禍で他人の触れた物に接触しない様に心がけています。患者はもちろん、次亜塩素酸水でうがいする様にしています(ポイックウォーター)。
- 事故が起きそうになった時(実際には一度もないが)は集合し、お互いに注意喚起をするように努めている。
- 1日2回のコーヒーブレイクミーティング。創業200年目指し統一(現在105年)。
- 不定期のミーティング。
- 月一度の報告書及びミーティング。
- 朝・昼ミーティングと月1、2時間ミーティングなどで。
- 毎朝の朝礼でクレドを唱和し、読み解き、シェアをしている。ミーティングを各セクション等で定期的に行う。
- 知識の共有。
- その日に起きた改善すべき点は終業時に意思統一をはかる。その日で決まらないことは早期に決定する。
- 時間があるときに、ミーティングを実施している。
- 毎月ミーティングを行っている。
- 朝礼とノート。
- その時々コミュニケーション。
- 毎日終礼を行い、情報の共有、連絡などを行っている。
- 朝礼、終礼を必ず行っている。
- 専任歯科衛生士によるスタッフミーティング。
- 朝礼の毎朝の実施。
- 何を目的として仕事をしているか、全員で考える。
- 意思疎通をはかる。
- 朝礼昼礼を行うことで、意志統一している。
- ミーティングを行なって指示をする。
- 常に各個人単位でコミュニケーションをとり合い、全体に常に浸透されるようにしている。確立された事は医院独自のマニュアルとして文面化している。
- ミーティング時に随時、諸々のテーマ、課題について相互に検討、共有している。
- 毎日の終礼や定期的なミーティング。
- 1人1人と日頃からコミュニケーションを取りながらどんな医院にしたいかをスタッフに

伝える。

- 週一回ミーティング。
- 医療安全講習会で確認する。
- 定期的なミーティングで確認。
- 毎日の朝礼、月に1回のミーティングで必要な情報共有を行っています。
- 勉強会を開いて考え方や知識を広げ、統一をはかっている。
- 感染対策などの講習をいっしょにききにいく。ラミネートしたものを貼って、目につくところに注意することをはっている。
- 朝、夕のミーティングで注意事項や、その日の来院患者の治療内容の確認を行っている。また、週のミーティングでは、テーマを決めて意志、考えの確認統一を図っている。
- ミーティング等で意志統一を図っている。
- 定期的な話し合い。
- 毎月、ミーティング、勉強会を行っている。
- ミーティングを繰り返し行う。
- 消毒をきちんとするよう話しあっている。
- 朝礼。
- 診療方針、器材管理など、気になったら即相談を徹底している。
- ミーティング、勉強会などを随時行っている。
- 常にコミュニケーションをはかっている。
- 毎日、朝礼、昼礼、終礼を実施。また、月1回の1時間以上のミーティング実施。医院の基本方針、及びすぐできる事リストの院内掲示。
- 朝の朝礼で必要な時に話をしています。
- 月一回全職員を集めて、テーマを決めて勉強会をしている。
- 朝礼と終礼にて意志確認。
- 定期的な院内ミーティングと勉強会を行っています。
- 常にコミュニケーションをとるようにしている。
- 毎日の朝礼時、および週一回のミーティングを行い、意志統一を図っています。
- 定期的に会合。
- 月一回ミーティングを行っている。
- 月1回の勉強会時、ヒヤリ・ハット等の報告を行っている。
- 感染対策では汚染区域に赤テープを貼って分かりやすいようにしています。
- 連絡用のLINEにて連絡。
- 院内で起こった出来事を写真にとり、朝礼で共有しています。ビジュアル化に努め、理解しやすくしています。
- 朝レイ、終レイ。

- 朝礼、月一のカンファレンス、SNSも活用した決定事項等の情報共有。
- 月に1回の院内ミーティング。
- スタッフを集めて指示する、個別に話をしない。
- ヒヤリハットの記入を徹底し、情報を共有する機会を作っている。
- 定期的に院内ミーティングを開催している。
- 朝礼と終礼での報告。
- 年2回の時間をかけたミーティングと診療時間の合間の小ミーティング等で。
- 月1でミーティングを行っている。
- 定期的なミーティング、朝礼での報告。
- ミーティングでの話し合いによって。
- 短期的な目標(1ヶ月単位)と長期的な目標(6ヶ月以上単位)を設定し、達成する事で得られる成功体験を享受してもらうようにしています。
- 始業前のミーティング、終業前のミーティングを毎日行い当日の注意点と情報の共有を行っている。
- 朝礼をしてその都度注意事項、ルール等を決めている。
- ミーティングにて、話し合い。
- 朝礼(毎日)と月1回の院内ミーティング。
- 毎朝のミーティングで、ヒヤリハット、衛生について考える時間を設けている。
- Daily meeting。
- 毎朝始業前の朝礼と月2回のミーティング。
- 直接話す(少人数のため)。

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。

【回答例】

- 院内勉強会でスキルアップをはかっている。
- 毎日スタッフ全員でミーティングを行い、情報を共有する。
- 院内で常にコミュニケーションをとれるようにしている。
- 日本歯科医師会の研修プログラムを利用。
- 常に色々と考えている。
- マニュアルによる標準化とそのアップデート。
- 医療安全に関して勉強している。
- 患者さんの気持ちをよく聞くことにしています。
- セミナー、専門書の利用。
- 患者さんとのコミュニケーションを多く取る。
- 歯科医師会の図書館に行って新しい雑誌を読むようにしている。
- 必要に応じ研修をしている。
- 歯科情報誌を読む。
- 安全管理や、感染対策について研修の受講。
- 1人にたっぷり時間を取り、納得のいく治療をしている。
- 月に1度は、院内研修を行っている。
- 講習会への出席。
- 医院外への研修や学会への参加。又、院内研修を行い、新しい情報等の共有を図っています。
- お薬手帳の確認。
- 研修会受講。
- お互いにスタッフを含めてレベルアップに努める。研修会参加等。
- 歯科医師、スタッフ、研修会出席。
- 研修会をスタッフと共に行っています。
- 朝礼で意見を言うように。
- 気づいた時に話し合う。
- 勉強会での情報の共有。
- 毎日の朝礼と月1回のミーティングで意志の統一をはかる。
- 出来るだけ患者さんに内容を理解して頂く様努力しています。
- 患者との意思共有に努める。
- 疲労度を毎日チェックしている。
- 研修会に出席。
- セミナーの受講。

- 研修会への参加(院長、従業員共)。器具、材料の適正化。院長、スタッフの健康管理、維持。Krと話す時間の確保。
- 最新の器具、歯科材料を使用し、各自感染に注意してストレスの少ない治療を心掛けている。
- 安全、安心、衛生の観点を職員と共有するよう勉強会を定期的に行っている。
- 院内勉強会の開催(月1回)。
- 情報収集。
- 全員研修。
- 古い機器・器具・材料を見直し、効率的なものに交換している。
- 常に最近の情報をオンライン等で収集。
- 知識の獲得。
- 研修会等の参加やSNS等による視聴・医療に関する雑誌・パンフレット等に出来るだけ目を通してスタッフと意見交換している。
- 研修等に積極的に参加し、スタッフにも情報を共有する。
- 医療の情報収集に努め、スタッフ全員がレベルアップ研修会等に出席するようにしている。
- 積極的な研修。
- Ptとのコミュニケーションをなるべくとり、Ptさんの声に耳をかたむけるように気をくばっている。
- 積極的に講習等を受ける。
- 外部講師やコンサルタントをお願いをして勉強会をしている。
- 標準予防策の徹底。
- コロナ禍のため特に滅菌に力を入れています。タービン、コントラ、バー等使用したものは全てオートクレーブ滅菌、エプロンヘッドレストカバーシリンジの先等はディスポ製品を使用しています。
- 月1回のミーティングでミニ研修会を実施。月1回の歯科衛生士対象の研修会を行い、スキル向上を図る。
- 色々な方向へのアンテナを向け情報収集。
- 歯界展望を読む。
- 治療後の意見交換。
- スタッフ含め、全員で学会に参加している(日本口腔衛生学会)。歯科衛生士には日本歯科衛生士会への参加を促している。
- WEBセミナーに参加。
- 患者さんの意見をよく聞いてみる事等。また、対応できるかどうかの判断。
- 冊子・講演会等での研修。
- 歯科医療の雑誌購読。

- 研修会開催。
- 院内勉強会、研修会。
- 数年前にした治療の予後を可能ならば確認する。
- 感染予防対策の徹底。研修会等への積極的参加等。
- 患者1人当りの診療時間を多目に余裕を持って確保している。
- 講習会、セミナー等の受講。
- 医学情報の収集、技術研修。
- つねに患者の反応、訴えに耳をかたむけること。
- 講習会、専門誌等による情報入手に努めている。
- 専門誌の購読(月5冊)。
- 各講習会参加
- 学会参加(インプラント・歯周病・審美歯科)。
- 業者からの情報。
- 定期的な研修。
- 常に医療の進歩情報を入れている。
- チェアタイムの確保。
- 徹底した院内感染防止。
- 新技術等の書物による知識習得。
- できるだけ講習会には参加するが、コロナ禍の為、Webや、ユーチューブで勉強など
をしている。
- インフォームド・コンセント。
- 安心安全の医療のため、常に考えています。
- 患者さんおひとりおひとり丁寧に応接。
- 一人一人の診療時間を余裕を持って確保するよう留意しています。
- 勉強会。
- こまめに消毒をする。
- 毎日昼礼にて院長が注意喚起。全員で話を共有している。
- 会議(週1回)。
- 基本に忠実に行なう。
- 専門誌の輪読研修会参加。
- 定期的な講習受講。ミーティングにより技術・知識・考察を共有する。
- 定期的にセミナーを院内で行っている。
- 全ての患者さんの術前にCPC配合のうがい薬でうがいをしてもらっている。
- 年に数回の研修会に参加している。
- 小さなインシデントを見逃さないよう注意。
- 学会等への参加。

- 専門雑誌、ネットで勉強。歯科医師会の勉強会に参加している(現在、コロナ禍の為WEB 会議システムやネットをよく利用)。
- ヒヤリ、ハット事例の記入の徹底。
- 治療方針の詳細な記入。
- 日頃から行っている基本を重視するため定期的に手順・取り決めの確認を行っている。
- 講習会や研修会への参加、専門誌の購読など。
- 患者様の情報など、連絡事項をスタッフ全員で共有する。
- 院内外研修。
- 歯科医療の原理、例えばエナメル質の性質、歯槽骨の消退について等を常に確認し合うよう努めている。
- 外部医療質向上講義聴講。
- 定期的な外部セミナー受講。
- 講習や文献から知識を得るようにしている。
- 症例検討会を開いている。
- サブカルテを充実させ、患者情報を共有する。技術的なことはセミナーや画像による教材を活用している。
- 歯学書の定期購読をしている。
- 月間目標を決めている。
- 講習会への参加。
- 院内でのトレーニング、院外でのセミナー。
- ファイルなどは使い捨て、患者様度に新しいのを使いその後すてています。
- 定期的にミーティングを行っている。
- 月一回の午後の診療をクローズしての勉強会。
- 職員の知識の向上、勉強。
- 基本に忠実であること。
- セミナーを定期的に受けている。
- 定期的に講習会を受講。
- 基本的な事、当たり前の事は常に変化。現実に適応化させていく必要がある。個人の問題・疑問を組織全体での問題として共有し検討改善していく事を日々当たり前にしていけるような組織作りをしています。
- 医療情報の収集を怠らない。
- 気づいたことから、改善していく。
- ミーティングを頻繁に行う。
- 4倍の拡大鏡を使って治療している。勉強会に参加して新しい知識を得ている。
- セミナー等積極的な参加、ミーティング。
- インターネットで新しい情報を取り入れたり本で情報を取り入れたりする。

- 勉強会、セミナー参加。
- 定期的に院内研修会を開催しています。また年に数回の院外での研修会に参加しています。
- 勉強会を開いて考え方や知識を広げ、統一をはかっている。
- 感染や、滅菌については、徹底して手順をきめている。
- 様々な媒体を利用して、スキルアップを行っている。院内の勉強会や院外セミナー、Webセミナーを利用しスタッフ含め参加研修している。
- 研修会などで質の向上に努めている。
- 定期的な研修受講。
- スタッフの輪を大切にしている。
- 研修を重ねる。
- 小さい物を扱う時は口腔内にガーゼを敷く。
- セミナーへの参加を積極的に呼びかけている。
- 研修会に出席、内容をスタッフに伝える。
- 定期的に勉強会を行う。
- ヒューマンエラーを少なくする為機械化。
- セミナー等に積極的に参加している。
- 常にコミュニケーションをはかっている。
- セミナーへの積極的参加を促す為の参加費全額補助等。年1回の実践形式でのスタッフ全員向けのテスト。
- 予約診療にしており、時間がかかりそうな場合は長めに診療時間をとっています。
- 工夫ではないですがBクラスの滅菌器を入れて活用している。口腔外バキュームは小児の場合、音でこわがったりなかなかむずかしいように思います。
- 治療内容の十分な説明、計画の伝達。
- 定期的な院内勉強会や学会参加など、各自が医療の質向上のために学び続けられる環境づくりを心がけています。
- 学会、勉強会に積極的に参加している。
- 感染対策に対する院内の研修会や、知識・技術向上のためのセミナーを受講しています。また、患者に対しても、院内の業務ができる限り可視化できるよう心掛けています。
- 講習会等での情報をスタッフ全員に伝達する。
- 月一回Meetingを行っている。
- セミナー等で学んだ事をスタッフと共有出来るよう個々に発表している。
- 患者説明に時間をかけます。
- 患者さんに分かりやすく説明するために似た症例の患者さんの口腔内写真を用いて説明しています(個人情報には十分配慮して)。

- 月に1回ミーティング。
- 定期的に院内勉強会を行う。各自セミナーへの参加、学会参加。
- フリーランスの衛生士による院内セミナーの実施、院外セミナーの参加。
- セミナー参加。
- 新しい情報を手に入れるようにはしている。
- 研修会に参加する。スタッフの指導。
- 投資と勉強会への参加。
- 歯科は予防が第一。できるだけ丁寧な説明と考えられる予測を伝えている。
- 勉強会を行っている。
- セミナーの受講、スキルアップのためのミーティング。
- 月1回のミーティングを行ない、反省と改善を行なっています。
- 定期的に勉強会を行い、全職員が医療水準を高くできるようにしています。
- 定期的に院内で勉強会をしている。
- 患者をいれすぎない。
- 患者1人あたりの診療時間確保(1人あたり1時間～)。
- カウンセリングの実施。
- 患者さんの希望と提供できる医療を十分にコミュニケーションを取って折り合いをつけること。
- Standard Precautionの実践。
- 新しい器材についての業者による説明会や研修会を開催。
- 講習会・スタッフとの普段からの対話。
- 材料屋さんから新商品の説明をきいたり、使ってみたり、本、雑誌等から新しい情報を得て参考にする。患者さんをよく観察して個別の対応から全体の対応を決めていく。

自主点検票

(医科)

目次

- 1 医科診療所自主点検票……………Ⅳ-④- 3
- 2 医科回答シート……………Ⅳ-④-20

医科診療所自主点検票（医療法関係）

自主点検日	令和 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、該当する数字に○印をつけてください。
- 2 原則として、診療所の管理者が点検し、ご記入してください。事情により、管理者の記入が難しい場合、診療所のことを把握されている方がご記入していただいても構いません。
- 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ご記入のうえ、それぞれ○印をつけた数字を別添の回答シートに転記していただき、令和4年1月14日（金）（消印有効）までに保健所へご返送してください。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 | 1 1 産科診療 |
| 2 個人情報の取扱い | 1 2 内視鏡関係 |
| 3 安全管理関係 | 1 3 人工透析関係 |
| 4 医薬品関係（院内処方のみ） | 1 4 観血的手術（手術室） |
| 5 廃棄物関係 | 1 5 外来での非経口的抗がん剤使用 |
| 6 業務委託関係 | 1 6 耳鼻咽喉科診療 |
| 7 防火・防災対策関係 | 1 7 眼科診療 |
| 8 放射線・画像診断関係 | 1 8 歯科診療 |
| 9 診察・処置室関係 | 1 9 その他 |
| 10 看護関係 | |

なお、この自主点検票および回答シートは岡山市ホームページ
<https://www.city.okayama.jp/jigyosha/0000033701.html>
 からダウンロードすることができ、電子メールでの提出も可能です。
 提出先の電子メールアドレスは、hokenshosoumuka@city.okayama.lg.jpです。
 電子メールでの提出の際は、回答シートのみを添付してください。

【 お問い合わせ先 】

岡山市保健所総務課
 TEL (086) 803-1254 FAX (086) 803-1337

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支えありません。)	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 ・手術室 ・機能回復訓練室 (入院施設がある場合)・病室 ・分べん室 ・給食施設 ・患者用食堂 ・患者用浴室	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	該当なし
③	歯科技工室は防塵設備等必要な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】調理機械、器具の清潔保持及び保守管理 ※有床診療所のみ		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	調理機械、器具、運搬車が清潔を保つよう十分に手入れがされていますか。 (法第15条第1項、法第20条)	1	2	3	4	9
②	食器の消毒が適切に行われていますか。 (規則第20条第1項8号)	1	2	3	4	9
③	食品等の保管・取り扱いが衛生的に行われていますか。	1	2	3	4	9
④	調理従事者の作業服の清潔さが保持されていますか。	1	2	3	4	9

【1-6】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)、深夜業務従事者の健康診断(6か月に1回)は行われていますか。 (労働安全衛生規則第45条第1項)	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	電離放射線健康診断項目について実施していますか。 ※エックス線装置を設置している場合 (電離放射線障害防止規則第56条)	1			4	9
⑤	電離放射線健康診断個人票を作成していますか。 ※エックス線装置を設置している場合 (電離放射線障害防止規則第57条、第57条の2)	1			4	9
⑥	調理従事者等に細菌検査を月1回以上実施していますか。 (法15条第1項)	1			4	9
⑦	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

【1-7】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

【1-8】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。(法第6条の5)	1	4
④	医療広告ガイドラインに則って適切に広告をしていますか。 (「医業、歯科医業若しくは助産所の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項」(平成19年厚生労働省告示第108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	岡山県に報告している医療機能情報（おかやま医療情報ネット）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	医療機能情報の報告事項に変更があった場合には、速やかに岡山県に報告していますか。(法第6条の3第1項～第3項)	1	4

2. 個人情報の取扱いについて

【2-1】		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	個人情報の漏えい防止措置として、漏えい、滅失またはき損の防止に必要な措置を講じていますか。 (個人情報の保護に関する法律第20条、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンスⅢ-4)	1	2	3	4
②	従事者に対して個人情報の取扱いに関する教育研修を実施していますか。 (個人情報の保護に関する法律第21条、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンスⅢ-4)	1	2	3	4

3. 安全管理関係について

【3-1】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) 〔 直近1年間に実施した研修の内容(メモ) 〕	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、マニュアル整備等)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	

【3-2】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) 〔 直近1年間に実施した研修の内容(メモ) 〕	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	

【3-3】医療事故調査制度		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ますか。(法第6条の10、11、12、規則第1条の10の2、3、4)	1	2	3	4

【3-4】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

		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
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

【3-5】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）	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号イ）	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号ロ）	1	2	3	4
④	医療機器の安全使用のために必要となる未承認等医療機器を含む情報を収集し、院内に周知していますか。 （規則第1条の11第2項第3号ハ）	1			4

【3-6】診療用放射線に係る安全管理のための体制		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	医療放射線安全管理責任者は配置されていますか。 ※管理者との兼務可 （規則第1条の11第2項第3号の2）	1			4	9
②	診療用放射線の安全利用のための指針を策定していますか。（規則第1条の11第2項第3号の2イ）	1			4	9
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を行っていますか。 （規則第1条の11第2項第3号の2ロ）	1			4	9
④	放射線診療を受ける患者の医療被ばくによる線量を記録していますか。 （規則第1条の11第2項第3号の2ハ）	1	2	3	4	9
⑤	診療用放射線に関する情報を収集し、従事者に周知していますか。 （規則第1条の11第2項第3号の2ハ）	1	2	3	4	9

【3-7】検体検査の精度の確保に関する体制 ※医療機関内で検体検査を実施する場合のみ		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	検体検査の精度の確保に係る責任者（医師または臨床検査技師）は配置されていますか。※管理者との兼務可 （規則第9条の7第1号）	1			4	9
②	遺伝子関連・染色体検査精度の確保に係る責任者（医師または臨床検査技師）は配置されていますか。（医療機関内で遺伝子関連・染色体検査を行っている場合のみ） ※①との兼任可（規則第9条の7第3号）	1			4	9
③	精度の確保に係る各種標準作業書を作成していますか。 （規則第9条の7第3号） <input type="checkbox"/> 検査機器保守管理標準作業書 <input type="checkbox"/> 測定標準作業書 （作成する標準作業書の例） ・臨床化学自動分析装置（ドライケミストリ法を含む） ・免疫血清検査装置 ・グルコース専用分析装置 ・HbA1c専用測定装置 ・血球計数装置 ・血液凝固分析装置 ・尿検査装置、試験紙キット ・微生物検査装置 ・インフルエンザウイルス抗原検出キット 参考：「医療機関における検体検査業務の精度確保に向けた手引き」（日本医師会）URL… https://jmanmc.med.or.jp/images/tebiki_20181228.pdf	1	2	3	4	9
④	精度の確保に係る各種作業日誌を作成していますか。 （規則第9条の7第4号） <input type="checkbox"/> 検査機器保守管理作業日誌 <input type="checkbox"/> 測定作業日誌	1	2	3	4	9
⑤	精度の確保に係る各種台帳を作成していますか。 （規則第9条の7第5号） <input type="checkbox"/> 試薬管理台帳 <input type="checkbox"/> 統計学的精度管理台帳 <input type="checkbox"/> 外部精度管理台帳	1	2	3	4	9
⑥	内部精度管理の実施、外部精度管理調査の受検及び適切な研修の実施をしていますか。（規則第9条の7の2、3） <input type="checkbox"/> 内部精度管理の実施 ※遺伝子関連・染色体検査を行う医療機関は義務 <input type="checkbox"/> 外部精度管理の受検 <input type="checkbox"/> 適切な研修の実施 ※遺伝子関連・染色体検査を行う医療機関は義務	1	2	3	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 ※院内処方の場合		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	薬袋の記載事項（以下）は適切ですか。 （医師法規則第22条、薬剤師法第25条、薬剤師法施行規則14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。 （医薬品医療機器等法第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。 （医薬品医療機器等法第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。 (医薬品医療機器等法第68条の22、同法施行規則第237条240条)	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）

【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8項)	1			4	9
②	特別管理産業廃棄物管理責任者の資格は適正ですか。 (廃掃法第12条の2第9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。 (感染性廃棄物処理マニュアル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。 (感染性廃棄物処理マニュアル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。 (感染性廃棄物処理マニュアル4.3)	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) (感染性廃棄物処理マニュアル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。 (感染性廃棄物処理マニュアル4.4)	1	2	3	4	9
②	関係者以外の立入禁止措置は十分ですか。 (感染性廃棄物処理マニュアル4.4)	1	2	3	4	9
③	取扱い注意事項は表示されていますか。 (感染性廃棄物処理マニュアル4.4)	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5項、第6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6項、廃掃法施行令第6条の6、廃掃法施行規則第8条の14、同8条の15、同16条の4)	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6項、廃掃法施行規則第8条の26)	1	2	3	4	9

6. 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。

【6-1】		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	食事の提供 (規則第9条の10)	1	4	9
④	患者搬送業務 (規則第9条の11)	1	4	9
⑤	医療機器の保守点検 (規則第9条の8の2)	1	4	9
⑥	医療ガスの供給設備の保守点検 (規則第9条の13)	1	4	9
⑦	洗濯 (規則第9条の14)	1	4	9
⑧	清掃 (規則第9条の15)	1	4	9

7. 防火・防災対策

【7-1】		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	防火管理者を選任していますか。※収容人員が30人以上の場合 (法第20条、法第23条、消防法第8条、同法施行令第3条、同第3条の2、同法施行規則第2条、第3条) 氏名() 選任 年 月 日 届出 年 月 日	1			4	9
②	消防計画を策定し、消防局へ届出を行っていますか。 ※収容人員が30人以上の場合 (法第20条、法第23条、消防法第8条、同法第36条第1項、同法施行令第47条) (<input type="checkbox"/> 作成 <input type="checkbox"/> 変更)	1			4	9
③	防火・防災上必要な設備が整備され、点検されていますか。 (法第20条、規則第16条、消防法第17条、同法第17条の3の3、同法施行令第6条、同法施行令第7条、同法施行規則第31条の6、消防庁告示32) 【直近1年間の点検実施状況】 総合点検 年 月 (<input type="checkbox"/> 実施記録保管 <input type="checkbox"/> 消防署の收受) 機器点検 年 月 / 年 月 (<input type="checkbox"/> 実施記録保管) 不良箇所の改修 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未改修	1	2	3	4	9

	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
④ 消火訓練及び避難訓練（各々年2回以上）を実施されていますか。 （消防法第8条、同法施行令第3条の2第2項、同法施行規則第3条第10項、病院等における防火、防災対策要綱） 【直近1年間の訓練実施状況】 消火訓練 年 月 日 / 年 月 日 （ <input type="checkbox"/> 自衛消防訓練実施計画書 <input type="checkbox"/> 自衛消防訓練実施報告書） 避難訓練 年 月 日 / 年 月 日 （ <input type="checkbox"/> 自衛消防訓練実施計画書 <input type="checkbox"/> 自衛消防訓練実施報告書） 夜間（想定）訓練 年 月 日	1	2	3	4	9
⑤ 消火器や火災報知器等は設置されていますか。 （規則第16条第1項第16号）	1	2	3	4	9
⑥ 災害時の役割分担を定めていますか。	1	2	3	4	9
⑦ 職員への防災連絡体制を定めていますか。（メールの一斉配信等）	1	2	3	4	9
⑧ 防災関係機関等緊急連絡先一覧を作成していますか。	1	2	3	4	9
⑨ 電話が使えない場合に他の方法を定めていますか。	1	2	3	4	9
⑩ 休日や夜間における職員の招集基準を設けていますか。	1	2	3	4	9
⑪ 気象情報等必要な情報入手方法をリストアップしていますか。	1	2	3	4	9
⑫ 避難の判断基準を定めていますか。	1	2	3	4	9
⑬ 避難場所や避難経路、避難方法を定めていますか。	1	2	3	4	9
⑭ 施設の安全対策チェックリスト等を作成していますか。	1	2	3	4	9

8. 放射線・画像診断関係について ※エックス線装置・MRI装置を設置している診療所のみ

【8-1】放射線診療従事者		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	放射線業務は有資格者が実施していますか。 （診療放射線技師法第24条）	1	2	3	4
②	診療放射線技師がいる場合、法令に限定列挙された業務を遵守していますか。 （診療放射線技師法第2条第2項、第24条の2第1号・2号、診療放射線技師法第17条、診療放射線技師法規則第15条の2）	1	2	3	4

【8-2】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	2	3	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

【8-3】 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

【8-4】 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

【8-5】 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

【8-6】 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

【8-7】 事故の場合の措置		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	事故発生に伴う連絡網並びに通報先を記載した、通報連絡網が整備されていますか。(規則第30条の25)	1	2	3	4

【8-8】 移動型エックス線装置の保管		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	移動型エックス線装置は鍵のかかる保管場所等に保管されていますか。(規則第30条の14)	1	2	3	4

【8-9】 エックス線装置等に関する記録		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	エックス線漏えい線量の測定は6か月を超えない期間ごとに行っていますか。(規則第30条の21)	1	2	3	4

【8-10】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

9. 診察・処置室関係について

【9】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

10. 看護関係について ※入院施設のある診療所のみ

【10】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	ウイルス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

11. 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のみ

【11-1】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。(法第15条第1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

【1 1-2】新生児室の管理		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	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
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

1 2. 内視鏡関係について ※内視鏡を行っている診療所のみ

【1 2】内視鏡及び内視鏡室の管理		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	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	2	3	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

1 3. 人工透析関係について ※人工透析を行っている診療所のみ

【1 3】人工透析器及び透析室の管理		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	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	2	3	4
②	ベッドの周囲の間隔が1 m以上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	2	3	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

		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
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

14. 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のみ

【14】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

15. 外来での非経口的抗がん剤使用について ※該当する診療所

【15】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

16. 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のみ

【16】耳鼻咽喉科診療室の管理		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	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
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

		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
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時は、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

17. 眼科診療について ※眼科を標榜している診療所のみ

【17】眼科診療室の管理		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	血液・体液・排出物（涙・眼脂を除く）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
②	涙・眼脂に触れるとき、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
③	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
④	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
⑤	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
⑥	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
⑦	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
⑧	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

18. 歯科診療について ※歯科を標榜している診療所のみ

【18】歯科診療室の管理		でき(し)ている	一部でき(し)ている	あまりでき(し)ていない	でき(し)ていない
①	全てのスタッフが適時適切に消毒薬を含む洗剤と流水で手洗いを行っていますか？	1			4
②	全てのスタッフが患者毎に手指消毒を行っていますか？	1			4
③	ペーパータオルを使用していますか。また、設置場所は適切ですか。	1			4
④	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			4
⑤	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			4

		でき(してい る	一部でき (し) ている	あまりでき (し) いてない	でき(し) いて ない
⑥	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			4
⑦	全てのスタッフが全ての症例でグローブを使用していますか？	1			4
⑧	使用したハンドピースは、患者ごとにオートクレーブ滅菌していますか？	1			4
⑨	歯科治療に使用したバー、ファイル、超音波チップなどの器具は、超音波洗浄後に、オートクレーブ滅菌していますか？	1			4
⑩	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。	1			4
⑪	口腔外バキュームを使用していますか？	1	2		4
⑫	各チェアがパーティション等で仕切られていますか？	1			4
⑬	診療中は開窓や換気システムを導入していますか？	1			4
⑭	全ての歯科診療において医療従事者は、マスクやゴーグル、フェイスシールドを使用していますか？	1			4
⑮	診療時に着用する術衣は、毎日交換していますか？	1			4
⑯	口内法エックス線撮影（デンタル撮影）の際に、汚染防止用カバーを付けたフィルムを使用していますか？	1			4
⑰	診療に使用するアルコール綿は、毎日診療前にその日の分を作製していますか？	1			4
⑱	歯科用ユニットを患者毎に消毒薬で清拭、またはラッピングして使用していますか？	1			4
⑲	歯科用ユニット給水系に毎日消毒薬を使用していますか？	1			4
⑳	アルジネート印象採得後、印象体を消毒薬で消毒していますか？	1			4
㉑	技工物の製作過程で歯科医師と技工士が消毒に関する情報交換を行っていますか？	1			4
㉒	B型肝炎ワクチンを接種していますか？	1			4
㉓	注射針のリキャップは行わないようにしていますか？	1			4
㉔	注射針をリキャップする際は専用の安全器具を用いていますか？	1			4
㉕	メス替刃の着脱に専用の安全器具を用いていますか？	1			4
㉖	歯科診療で使用したメスや針などは、使用后直ちにユニット内で耐貫通容器に捨てていますか？	1			4
㉗	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			4
㉘	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			4

19. 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。(任意)

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 職員の意思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。>

ご協力ありがとうございました。

医科診療所自主点検票

点検年月日	令和 年 月 日
医療機関名	
所在地	岡山市 区 電話番号
開設者名	
管理者氏名	

自主点検票に記入した数字を該当の欄に転記してください。

【1-1】	【1-7】	【3-4】	【5-1】	【7】
①	①-ア	①	①	①
②	①-イ	②	②	②
③	①-ウ	③	③	③
【1-2】	②	④	【5-2】	④
①-ア	【1-8】	⑤	①	⑤
①-イ	①	【3-5】	②	⑥
①-ウ	②	①	③	⑦
①-エ	③	②	【5-3】	⑧
②	④	③	①	⑨
【1-3】	【1-9】	④	②	⑩
①	①	【3-6】	③	⑪
②	②	①	【5-4】	⑫
【1-4】	【2-1】	②	①	⑬
①	①	③	②	⑭
②	②	④	③	【8-1】
③	【3-1】	⑤	【6-1】	①
④-ア	①	【3-7】	①	②
④-イ	②	①	②	【8-2】
④-ウ	③	②	③	①
【1-5】	④	③	④	②
①	【3-2】	④	⑤	【8-3】
②	①	⑤	⑥	①
③	②	⑥	⑦	②
④	③	【4-1】	⑧	③
【1-6】	④	①		【8-4】
①	【3-3】	②		①
②	①	【4-2】		②
③		①		③
④		②		
⑤		③		
⑥		【4-3】		
⑦		①		

点検票 回答シート

【8-5】	【11-1】	【13】	【16】	【18】(続き)
①	①	①	①	⑪
【8-6】	②	②	②	⑫
①	③	③	③	⑬
【8-7】	④	④	④	⑭
①	【11-2】	⑤	⑤	⑮
【8-8】	①	⑥	【17】	⑯
①	②	⑦	①	⑰
【8-9】	③	⑧	②	⑱
①	④	⑨	③	⑲
【8-10】	⑤	⑩	④	⑳
①	⑥	⑪	⑤	㉑
②	⑦	【14】	⑥	㉒
③	⑧	①	⑦	㉓
④	⑨	②	⑧	㉔
【9】	⑩	③	【18】	㉕
①	⑪	④	①	㉖
②	【12】	⑤	②	㉗
③	①	⑥	③	㉘
【10】	②	⑦	④	
①	③	【15】	⑤	
②	④	①	⑥	
③	⑤	②	⑦	
	⑥	③	⑧	
	⑦	④	⑨	
		⑤	⑩	

【19】
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。
②職員の意志統一をどのように図っていますか。
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。

記入した回答シートは、返信用封筒に入れ 令和4年1月14日(金)(消印有効)までに岡山市保健所総務課へご返送ください。
ご協力ありがとうございました。

自主点検票

(歯科)

目次

- 1 歯科診療所自主点検票……………Ⅳ-⑤- 3
- 2 歯科回答シート……………Ⅳ-⑤-15

歯科診療所自主点検票（医療法関係）

自主点検日	令和 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、令和4年1月14日（金）（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 | 7 防火・防災対策関係 |
| 2 個人情報の取扱い | 8 放射線関係 |
| 3 安全管理関係 | 9 歯科診療 |
| 4 医薬品関係（院内処方のみ） | 10 設備概要 |
| 5 廃棄物関係 | 11 その他 |
| 6 業務委託関係 | |

なお、この自主点検票および回答シートは岡山市ホームページ
<https://www.city.okayama.jp/jigyosha/0000033701.html>
 からもダウンロードすることができ、電子メールでの提出も可能です。
 提出先の電子メールアドレスは、hokenshosoumuka@city.okayama.lg.jpです。
 電子メールでの提出の際は、回答シートのみを添付してください。

【 お問い合わせ先 】

事業担当課：岡山市保健所総務課

TEL. (086)803-1254 FAX.(086)803-1337

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	<p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>※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。)</p>	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) ・具体例一歯科、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】 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. 個人情報の取扱いについて

【2-1】		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	個人情報の漏えい防止措置として、漏えい、滅失またはき損の防止に必要な措置を講じていますか。 (個人情報の保護に関する法律第20条、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンスⅢ-4)	1	2	3	4
②	従事者に対して個人情報の取扱いに関する教育研修を実施していますか。 (個人情報の保護に関する法律第21条、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンスⅢ-4)	1	2	3	4

3. 安全管理関係について

【3-1】 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) 〔 直近1年間に実施した研修の内容(メモ) 〕	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

【3-2】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) 〔直近1年間に実施した研修の内容(メモ)〕	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

【3-3】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

【3-4】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

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	<p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>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)</p>	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	<p>特別管理産業廃棄物管理責任者を設置し、設置報告書を提出されていますか。(廃掃法第12条の2第6項)</p>	1			4	9
②	<p>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</p>	1			4	9
③	<p>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)</p>	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	<p>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)</p>	1	2	3	4	9
②	<p>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)</p>	1	2	3	4	9
③	<p>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)</p>	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. 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

7. 防火・防災対策関係について

【7-1】 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

8. 放射線関係について

【8-0】 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、【8-1】～【8-5】の質問にも回答してください。

【8-1】 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

【8-2】 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

【8-3】 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

【8-4】 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

【8-5】 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	該当なし
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	5

9. 歯科診療について

【9】 歯科診療室の管理		でき(し)ている	一部でき(し)ている	あまりでき(し)ていない	でき(し)ていない
①	全てのスタッフが適時適切に消毒薬を含む洗剤と流水で手洗いを行っていますか？	1			4
②	全てのスタッフが患者毎に手指消毒を行っていますか？	1			4
③	ペーパータオルを使用していますか。また、設置場所は適切ですか。	1			4
④	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			4
⑤	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			4
⑥	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			4
⑦	全てのスタッフが全ての症例でグローブを使用していますか？	1			4
⑧	使用したハンドピースは、患者ごとにオートクレーブ滅菌していますか？	1			4
⑨	歯科治療に使用したバー、ファイル、超音波チップなどの器具は、超音波洗浄後に、オートクレーブ滅菌していますか？	1			4
⑩	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。	1			4
⑪	口腔外バキュームを使用していますか？	1	2		4
⑫	各チェアがパーティション等で仕切られていますか？	1			4
⑬	診療中は開窓や換気システムを導入していますか？	1			4
⑭	全ての歯科診療において医療従事者は、マスクやゴーグル、フェイスシールドを使用していますか？	1			4

		でき(し)て いる	一部でき (し)ている	あまりでき (していない)	でき(し)て いない
⑮	診療時に着用する術衣は、毎日交換していますか？	1			4
⑯	口内法エックス線撮影（デンタル撮影）の際に、汚染防止用カバーを付けたフィルムを使用していますか？	1			4
⑰	診療に使用するアルコール綿は、毎日診療前にその日の分を作製していますか？	1			4
⑱	歯科用ユニットを患者毎に消毒薬で清拭、またはラッピングして使用していますか？	1			4
⑲	歯科用ユニット給水系に毎日消毒薬を使用していますか？	1			4
⑳	アルジネート印象採得後、印象体を消毒薬で消毒していますか？	1			4
㉑	技工物の製作過程で歯科医師と技工士が消毒に関する情報交換を行っていますか？	1			4
㉒	B型肝炎ワクチンを接種していますか？	1			4
㉓	注射針のリキャップは行わないようにしていますか？	1			4
㉔	注射針をリキャップする際は専用の安全器具を用いていますか？	1			4
㉕	メス替刃の着脱に専用の安全器具を用いていますか？	1			4
㉖	歯科診療で使用したメスや針などは、使用后直ちにユニット内で耐貫通容器に捨てていますか？	1			4
㉗	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			4
㉘	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			4

10. 設備概要

① ④ ⑤	チェアユニットの年式および台数	<回答シートにご記入ください> ① () 年式 () 台 ② () 年式 () 台 ③ () 年式 () 台 ④ () 年式 () 台 ⑤ () 年式 () 台		
⑥	口腔外バキュームの本数	<回答シートにご記入ください> () 本		
⑦	オートクレーブ対応のハンドピースの本数	<回答シートにご記入ください> () 本		

11. 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。（任意）

- 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。＞

ご協力ありがとうございました。

歯科診療所自主点検票 回答シート

点検年月日	令和 年 月 日		
医療機関名			
所在地	岡山市 区	電話番号	
開設者名			
管理者氏名	点検者氏名 <small>(管理者と同じ場合は記入不要)</small>		

自主点検票に記入した数字を該当の欄に転記してください。

【1-1】	【1-7】	【3-4】	【6】	【9】
①	①	①	①	①
②	②	②	②	②
③	③	③	③	③
【1-2】	【1-8】	④	【7-1】	④
①-ア	①	【4-1】	①	⑤
①-イ	【2-1】	①	【8-0】	⑥
①-ウ	①	②	①	⑦
①-エ	②	【5-1】	【8-1】	⑧
②	【3-1】	①	①	⑨
【1-3】	①	②	②	⑩
①	②	③	【8-2】	⑪
【1-4】	③	【5-2】	①	⑫
①	【3-2】	①	②	⑬
②	①	②	③	⑭
③	②	③	【8-3】	⑮
【1-5】	③	【5-3】	①	⑯
①	【3-3】	①	②	⑰
②	①	②	③	⑱
③	②	③	【8-4】	⑲
④	③	【5-4】	①	⑳
【1-6】	④	①	【8-5】	㉑
①-ア	⑤	②	①	㉒
①-イ		③		㉓
①-ウ				㉔
②				㉕
				㉖
				㉗
				㉘

【10】	【11】
年式 台数	①診療所内でどういこと（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。
①	
②	
③	
④	
⑤	②職員の意志統一をどのように図っていますか。
④	
⑤	
本数	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。
⑥	
⑦	

記入した回答シートは、返信用封筒に入れ 令和4年1月14日(金) (消印有効) までに岡山市保健所総課へご返送ください。ご協力ありがとうございました。

