

診療所・ 歯科診療所点検表（医療法関係）

	点検年月日	令和 年 月 日
医療機関名等	医療機関名：	
	所在地：	
	電話番号：	
開設者氏名		
点検者氏名		

【作成にあつたての注意事項】

① 下表の点検項目について点検し、結果について、該当する欄にチェック印を入れてください。

○：良い(できている)

×：良くない(できていない) ー：点検対象外(該当無し)

② 特記事項、参考事項等がある場合は、備考欄にご記入ください。

③ 歯科診療所は、「医師」を「歯科医師」に読み替えてください。

④ 該当なし(取扱いなし)の場合は備考欄に「なし」とご記入ください。

【凡例】

以下において単に「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及び「4 医薬品関係」、「5 廃棄物関係」においてはこの限りではありません。

1 総括・安全管理関係

点 検 項 目	○	×	ー
1－1 医療従事者の無資格行為はないですか。 （特に医師・診療放射線技師以外の放射線業務） （医師法第17条、歯科医師法第17条、保助看法第31条及び第32条、 診療放射線技師法第24条、薬剤師法第19条等）			
< 備考 >			
1－2 医療に係る安全管理のための体制確保	○	×	ー
①安全管理のための指針が整備されていますか。 （規則第1条の11第1項第1号）			
②安全管理のための委員会が設置されていますか。 （規則第1条の11第1項第2号） ※義務付けられているのは有床診療所のみ			
③安全管理のための職員研修(年2回程度)を実施し、実施記録(日時・参加者・研修内容等)を残していますか。 （規則第1条の11第1項第3号）			
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は講じられていますか。（規則第1条の11第1項第4号）			

< 備考 >			
1-3 院内感染対策のための体制の確保	○	×	—
①院内感染対策のための指針は策定されていますか。 (規則第1条の11第2項第1号イ)			
②院内感染対策のための委員会を開催していますか。 (規則第1条の11第2項第1号ロ) ※義務付けられているのは有床診療所のみ			
③院内感染対策のための職員研修(年2回程度)を実施し、実施記録(日時・参加者・研修内容等)を残していますか。 (規則第1条の11第2項第1号ハ)			
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を実施していますか。(規則第1条の11第2項第1号ニ)			
< 備考 >			
1-4 医薬品の安全管理体制	○	×	—
①医薬品安全管理責任者が配置されていますか。 (規則第1条の11第2項第2号)			
②必要に応じて従事者に対する医薬品の安全使用のための研修を実施し、実施記録(日時・参加者・研修内容等)を残していますか。 (規則第1条の11第2項第2号イ)			
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。 (規則第1条の11第2項第2号ロ)			
④手順書に基づき業務を実施していますか。 (規則第1条の11第2項第2号ロ)			
⑤医薬品安全管理責任者は、従事者の業務が手順書に基づき行われているか定期的に確認し、確認内容を記録していますか。 (H19.3.30医政発0330010)			
⑥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。(規則第1条の11第2項第2号ハ)			
< 備考 >			
1-5 医療機器の保守点検・安全使用に関する体制	○	×	—
①医療機器安全管理責任者は配置されていますか。 (規則第1条の11第2項第3号)			
②使用した経験のない新しい医療機器の導入時等、従事者に対する医療機器の安全使用のための研修を行い、実施記録(日時・参加者・研修内容等)を残していますか。 (規則第1条の11第2項第3号イ)			
③医療機器の保守点検計画は策定されていますか。 (規則第1条の11第2項第3号ロ)			
④医療機器の保守点検は行われていますか。 (規則第1条の11第2項第3号ロ)			
⑤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は実施されていますか。 (穿刺器具・注射器等を含む)(規則第1条の11第2項第3号ハ)			

< 備考 >			
1－6 サイバーセキュリティを確保するために必要な措置は講じられていますか。(規則第14条第2項) (「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」で確認)			
< 備考 >			

医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト

*立入検査時、本チェックリストを確認します。令和7年度中にすべての項目で「はい」にマルが付くよう取り組んでください。

*「いいえ」の場合、令和7年度中の対応目標日を記入してください。

	チェック項目	確認日	目標日	備考
1 体制構築	医療情報システム安全管理責任者を設置している。(1-①)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
2 医療情報システムの管理・運用	医療情報システム全般について、以下を実施している。			
	サーバ、端末PC、ネットワーク機器の台帳管理を行っている。(2-①)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
	リモートメンテナンス（保守）を利用している機器の有無を事業者等に確認した。(2-②) ※事業者と契約していない場合には、記入不要	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
	事業者から製造業者/サービス事業者による医療情報セキュリティ開示書（MDS/SDS）を提出してもらう。(2-③) ※事業者と契約していない場合には、記入不要	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
	利用者の職種・担当業務別の情報区分毎のアクセス利用権限を設定している。※管理者権限対象者の明確化を行っている(2-④)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
	退職者や使用していないアカウント等、不要なアカウントを削除または無効化している。(2-⑤)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
	セキュリティパッチ（最新ファームウェアや更新プログラム）を適用している。(2-⑥)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
	パスワードは英数字、記号が混在した8文字以上とし、定期的に変更している。※二要素認証、または13文字以上の場合は定期的な変更は不要(2-⑦)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
	パスワードの使い回しを禁止している。(2-⑧)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
	USBストレージ等の外部記録媒体や情報機器に対して接続を制限している。(2-⑨)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
	二要素認証を実装している。または令和9年度までに実装予定である。(2-⑩)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
	サーバについて、以下を実施している。			
	アクセスログを管理している。(2-⑪)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
	バックグラウンドで動作している不要なソフトウェア及びサービスを停止している。(2-⑫)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
	端末PCについて、以下を実施している。			
	バックグラウンドで動作している不要なソフトウェア及びサービスを停止している。(2-⑬)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
ネットワーク機器について、以下を実施している。				
接続元制限を実施している。(2-⑭)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)		
3 インシデント発生に備えた対応	インシデント発生時における組織内と外部関係機関（事業者、厚生労働省、警察等）への連絡体制図がある。(3-①)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
	インシデント発生時に診療を継続するために必要な情報を検討し、データやシステムのバックアップの実施と復旧手順を確認している。(3-②)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
	サイバー攻撃を想定した事業継続計画（BCP）を策定している。(3-③)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	
4 規程類の整備	上記1-3のすべての項目について、具体的な実施方法を運用管理規程等に定めている。(4-④)	はい・いいえ (☐ / ☐)	(☐ / ☐)	

- 各項目の考え方や確認方法等については、「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～医療機関・事業者向け～」をご覧ください。
- 各チェック項目に記載された番号はチェックリストマニュアルのアウトラインに対応しています。

令和7年度

医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト

事業者確認用

*以下項目は令和7年度中にすべての項目で「はい」にマルが付くよう取り組んでください。

*「いいえ」の場合、令和7年度中の対応目標日を記入してください。

	チェック項目	(日付)		備考
		確認日	目標日	
1 体制構築	事業者内に、医療情報システム等の提供に係る管理責任者を設置している。(1-①)	はい・いいえ () / ()	() / ()	
2 医療情報システムの管理・運用	医療情報システム全般について、以下を実施している。			
	リモートメンテナンス（保守）している機器の有無を確認した。(2-②)	はい・いいえ () / ()	() / ()	
	医療機関に製造業者/サービス事業者による医療情報セキュリティ開示書（MDS/SDS）を提出した。(2-③)	はい・いいえ () / ()	() / ()	
	利用者の職種・担当業務別の情報区分毎のアクセス利用権限を設定している。※管理者権限対象者の明確化を行っている(2-④)	はい・いいえ () / ()	() / ()	
	退職者や使用していないアカウント等、不要なアカウントを削除または無効化している。(2-⑤)	はい・いいえ () / ()	() / ()	
	セキュリティパッチ（最新ファームウェアや更新プログラム）を適用している。(2-⑥)	はい・いいえ () / ()	() / ()	
	パスワードは英数字、記号が混在した8文字以上とし、定期的に変更している。※二要素認証、または13文字以上の場合は定期的な変更は不要(2-⑦)	はい・いいえ () / ()	() / ()	
	パスワードの使い回しを禁止している。(2-⑧)	はい・いいえ () / ()	() / ()	
	USBストレージ等の外部接続機器や情報機器に対して接続を制限している。(2-⑨)	はい・いいえ () / ()	() / ()	
	二要素認証を実装している。または令和9年度までに実装予定である。(2-⑩)	はい・いいえ () / ()	() / ()	
	サーバについて、以下を実施している。			
	アクセスログを管理している。(2-⑪)	はい・いいえ () / ()	() / ()	
	バックグラウンドで動作している不要なソフトウェア及びサービスを停止している。(2-⑫)	はい・いいえ () / ()	() / ()	
	端末PCについて、以下を実施している。			
	バックグラウンドで動作している不要なソフトウェア及びサービスを停止している。(2-⑬)	はい・いいえ () / ()	() / ()	
ネットワーク機器について、以下を実施している。				
接続元制限を実施している。(2-⑭)	はい・いいえ () / ()	() / ()		

事業者名：

- 各項目の考え方や確認方法等については、「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～医療機関・事業者向け～」をご覧ください。
- 各チェック項目に記載された番号はチェックリストマニュアルのアウトラインに対応しています。

2 管理関係

2-1 医療法の手続き	○	×	—
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、令第4条の2、令第4条の3、規則第1条の14第4項、第3条、第3条の2)			
②診療用放射線装置の設置、変更、廃止の届出をしていますか。 (法第15条第3項)			
③他の診療所等の管理者を許可なしに兼務していませんか。 (法第12条第2項)			
<備考>			
2-2 診療録の保管管理	○	×	—
①診療録に(ア)～(エ)の事項が記載されていますか。 (医師法第24条、医師法施行規則第23条、歯科医師法施行規則第22条、保険医療機関及び保険医療養担当規則第8条及び第22条)	/	/	/
(ア)診療を受けた者の住所、氏名、性別及び年齢			
(イ)病名及び主要症状			
(ウ)治療方法			
(エ)診療の年月日			
②過去5年間の診療録が保存されていますか。 (保険医療機関及び保険医療養担当規則第9条)			
<備考>			
2-3 診療に関する諸記録の整理保管	○	×	—
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。 (医師法施行規則第21条、歯科医師法施行規則第20条) ・患者氏名 (有 ・ 無) ・年齢 (有 ・ 無) ・薬名、分量、用法、用量 (有 ・ 無) ・発行年月日 (有 ・ 無) ・医師の記名押印又は署名 (有 ・ 無) ・診療所の名称、所在地又は医師の住所 (有 ・ 無) (麻薬処方箋のみ)(麻薬及び向精神薬取締法第27条第6項) ・患者住所 (有 ・ 無) ・麻薬施用者免許番号(有 ・ 無) ※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。)			
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)			

< 備考 >				
2-6 院内掲示(建物の内側に医療法に規定する下記の掲示がしてありますか。)		○	×	—
①管理者の氏名(法第14条の2第1項第1号)				
②診療に従事する医師又は歯科医師の氏名(法第14条の2第1項第2号)				
③医師の診療日・診療時間(法第14条の2第1項第3号)				
④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)				
< 備考 >				
2-7 広告		○	×	—
①院外の看板等に広告規制に違反する表示はありませんか。 (法第6条の5)				
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)				
③他の診療所と比較して優良である旨の広告、誇大な広告はないですか。 (規則第1条の9)				
< 備考 >				
2-8 防火・防災体制		○	×	—
①消火用の機械・器具等は設置されていますか。(規則第16条第1項第16号) (消火器 本 ・ 火災報知機(有・無) ・スプリンクラー設備(有・無) 防火扉(有・無)) ※設置基準に該当する場合				
②消火設備の点検は適切にされていますか。 (消火器・火災報知器・スプリンクラー・防火扉・その他)				
③消火設備(防火扉等)の周りや避難経路に障害物はありませんか。				
④防火管理者が配置されていますか(有・無)(消防法施行令第3条) ※配置基準に該当する場合				
⑤消火訓練及び避難訓練が実施されていますか(有・無) (消防法施行規則第3条第10項)				
⑥火災発見から通報、初期消火及び避難誘導までの手順はマニュアル化されていますか。(消防法施行規則第3条第1項)				
⑦火災発見から通報、初期消火及び避難誘導までの手順は周知されていますか。(消防法施行規則第3条第1項)				
< 備考 >				
2-9 医療の情報の提供		○	×	—
医療機能情報を診療所内において書面等により閲覧に供していますか。 (法第6条の3第1項～法第6条の3第3項)				

<備考>			
2-10 医療法人における経営情報等の報告			○ × -
医療法人が開設している診療所について、会計年度終了後、3か月以内に、経営情報等を都道府県知事に報告しているか。(法 69 条の 2 第 2 項)			
<備考>			

3 業務委託関係

(診療業務に著しい影響を与える以下(3-1～3-7)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。)

3 業務委託	(業務委託の有無)	○	×	-
3-1 検体検査(規則第9条の8)	(有・無)			
3-2 滅菌消毒(規則第9条の9)	(有・無)			
3-3 食事の提供(規則第9条の10)	(有・無)			
3-4 患者搬送業務(規則第9条の11)	(有・無)			
3-5 医療機器の保守点検(規則第9条の12)	(有・無)			
3-6 医療ガスの供給設備の保守点検 (規則第9条の13)	(有・無)			
3-7 洗濯(規則第9条の14)	(有・無)			
<備考>				

4 医薬品関係(院内処方のみ)

(医薬品医療機器等法・麻薬及び向精神薬取締法・覚せい剤取締法及び
厚労省医薬食品局麻薬対策課「病院・診療所における麻薬管理マニュアル」参照)

4-1 薬剤の交付	○	×	-
①薬袋の記載事項は適切ですか。 (医師法施行規則第22条、薬剤師法第25条、薬剤師法施行規則第14条) ・患者氏名(有・無) ・用法用量等(有・無) ・交付年月日(有・無) ・調剤年月日(有・無) ・診療所の名称及び所在地又は医師の住所及び氏名 ※薬剤師が調剤をした場合は、調剤した薬剤師の氏名及び調剤した 薬局又は病院もしくは診療所名(有・無)			
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) (文書・口頭)			

< 備考 >				
4-2 麻薬(麻薬及び向精神薬取締法) ※取り扱いがある場合のみ		○	×	—
① 取り扱い品目の一覧を作成していますか。(法第38条)				
② 免許証(麻薬施用者・麻薬管理者)を所持していますか。 (法第3条第2項第7号及び第8号) ・麻薬施用者(名) ・麻薬管理者(職種: 氏名:)				
③ 固定された鍵のかかる専用保管庫に保管していますか。 (法第34条第2項)				
④ 入院患者に交付される麻薬を病棟で管理する場合、病棟に麻薬保管庫を設置していますか。(法第33条、第34条、マニュアル第3) ※有床診療所のみ				
⑤ 譲受・譲渡は適正に行っていますか。(法第24条、第26条、第32条)				
⑥ 譲渡証を適正に保存していますか。(2年間)(法第32条)				
⑦ 麻薬帳簿に必要事項を記載し保存していますか。(2年間)(法第39条)				
⑧ 帳簿と現品の数量は一致していますか。(法第39条)				
⑨ 麻薬処方せんは適正に記載されていますか。(法第27条)				
⑩ 麻薬処方せんを適正に保存していますか。(2年間) (医療法施行規則第20条第1項第10号)				
⑪ 診療録は適正に記載されていますか。(法第41条)				
⑫ 事故届、廃棄届は適切になされていますか。(法第35条)				
⑬ 施用残液等の回収、処分等を適正に行い事故防止を行っていますか。 (法第29条、規則第10条及び第10条の2) ※有床診療所のみ				
< 備考 >				
4-3 向精神薬(麻薬及び向精神薬取締法) ※取り扱いがある場合のみ		○	×	—
① 鍵のかかる設備内に保管していますか。(規則第40条)				
② 譲受・譲渡は適正に行っていますか。(規則第36条)				
③ 第1種、第2種向精神薬の譲受、譲渡(患者に交付した分を除く)、廃棄の記録を保存していますか。(2年間)※納品伝票可(法第50条の23第2項)				
④ 事故届は適切になされていますか。(法第50条の22)				

< 備考 >			
4－4 覚せい剤原料（覚せい剤取締法） ※取り扱いがある場合のみ	○	×	－
①鍵のかかる保管庫に保管していますか。（法第30条の12第2項）			
②帳簿等により在庫を管理していますか。（法第30条の17）			
③譲受・譲渡は適正に行っていますか。（患者から不要になった薬剤の譲受や病院薬局間での譲渡譲受をしていませんか。）（法第30条の9第2号）			
④譲渡証は適正に保存していますか。（2年間）（法第30条の10第3項）			
⑤事故届、廃棄届は適切になされていますか。 （法第30条の13、第30条の14）			
< 備考 >			
4－5 毒薬又は劇薬（医薬品医療機器等法） ※取り扱いがある場合のみ	○	×	－
①他の医薬品と区別し、貯蔵又は陳列し、毒薬については鍵のかかる保管庫に保管していますか。また、毒薬の在庫管理を帳簿等により保管、管理していますか。（法第48条）			
②毒劇薬の表示は適切になされていますか。 （法第44条第1項及び第2項）			
< 備考 >			
4－6 血液製剤（医薬品医療機器等法） ※取り扱いがある場合のみ	○	×	－
特定生物由来製品について管理簿を作成し、少なくとも20年間保存する体制にありますか。（法第68条の22第3項、規則第240条）			
< 備考 >			

4-7 毒物又は劇物(毒物及び劇物取締法)	※取り扱いがある場合のみ	○	×	—
①毒物又は劇物が盗難にあい、又は紛失することを防ぐのに必要な措置を講じていますか。(鍵のかかる施設で保管していますか。)(法第11条第1項)				
②保管場所に、「医薬用外」の文字及び毒物については「毒物」、劇物については「劇物」の文字を表示していますか。(法第12条第3項)				
<備考>				
4-8 検体検査の業務の適正な実施(規則第9条の7)	※取り扱いがある場合のみ	○	×	—
※検体検査にはインフルエンザ(コロナ)抗原キット等も含まれます				
①検体検査の精度の確保に係る責任者を配置していますか。(規則第9条の7第1号)				
②遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を配置していますか。(規則第9条の7第2号)				
③標準作業書の常備及び検体検査の業務の従事者に周知していますか。(規則第9条の7第3号)				
④作業日誌を作成していますか。(規則第9条の7第4号)				
⑤台帳を作成していますか。(規則第9条の7第5号)				
⑥検体検査の精度管理のための体制の整備がされていますか。(規則第9条の7の2)				
⑦遺伝子関連・染色体検査の精度管理のための体制の整備がされていますか。(規則第9条の7の3)				
<備考>				

5 廃棄物関係

参照：廃棄物の処理及び清掃に関する法律（廃掃法）、
環境省「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」、
廃掃法施行規則、廃掃法施行細則（鳥取県規則第18号）

5 廃棄物の処理			
5-1 管理体制	○	×	—
①特別管理産業廃棄物管理責任者設置報告書は提出されていますか。 （法第12条の2第8項、県細則第16条第1項）			
②管理責任者の資格は適正ですか。（法第12条の2第9項、規則第8条の17） ※管理責任者講習会を修了しているものを含む			
③管理責任者に変更があった場合は変更の報告をしていますか。 （県細則第16条第1項）			
④感染性廃棄物管理について周知・徹底していますか。（国マ3.1）			
<備考>			
5-2 廃棄物の帳簿関係	○	×	—
①記載事項は適正ですか。（別紙参照） （法第12条の2第14項、規則第8条の18）			
②保存されていますか。（1年毎閉鎖、5年間保存） （法第12条の2第12項、規則第8条の18）			
<備考>			
5-3 分別	○	×	—
①感染性廃棄物を他の廃棄物と分別していますか。（国マ4.1）			
②鋭利なもの、固形状のもの、液状又は泥状のもの等分別されていますか。 （国マ4.1）			
<備考>			
5-4 移動・梱包・表示	○	×	—
①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4.3）			
②梱包容器は密閉でき、収納しやすく、破損しにくいですか。 （法第12条の2第1項、令第6条の5第1項第1号、規則第1条の11、 国マ4.2）			
③容器に感染性廃棄物である旨、取り扱う際注意すべき事項は表示してあります か。（バイオハザードマークが望ましい。）（国マ4.5）			
④非感染性廃棄物を収納した容器には、非感染性廃棄物であることの表示を 推奨。（非感染性廃棄物ラベル等）			
<備考>			

5-5 保管		○	×	—																
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. 4)																				
②関係者以外の立入禁止措置は十分ですか。(国マ4. 4)																				
③取扱い注意事項は表示されていますか。(国マ4. 4)																				
④特別管理産業廃棄物保管基準を満たしていますか。(別紙参照) (法第12条の2第2項、規則第8条の13)																				
<備考>																				
5-6 契約関係		○	×	—																
①産業廃棄物処理委託契約は締結されていますか。 (最新の許可証が添付されていますか。) (法第12条の2第5項及び第6項、令第6条の2、規則第8条の4)																				
②委託契約書の記載事項は適正ですか。(別紙参照) (法第12条の2第6項、令第6条の2及び第6条の6、規則第8条の4の2)																				
③委託契約内容																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>収集運搬業者</th> <th>処分業者</th> <th>廃棄物の種類</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		No	収集運搬業者	処分業者	廃棄物の種類	1				2				3						
No	収集運搬業者	処分業者	廃棄物の種類																	
1																				
2																				
3																				
④マニフェスト(産業廃棄物管理票)は適正に発行されていますか。(別紙参照)(法第12条の3第1項、規則第8条の21)																				
⑤マニフェストの確認及び保管(5年間)は適正ですか。 (法第12条の3第2項及び第6項、規則第8条の21の2及び第8条の26)																				
<備考>																				
5-7 管理関係		○	×	—																
①施設内で発生する廃棄物の種類及び数量の把握は十分ですか。 (国マ3. 2)																				
②産業廃棄物管理票交付等状況報告書は提出されていますか。 (法第12条の3第7項)																				
<備考>																				
5-8 在宅感染性廃棄物関係		○	×	—																
①在宅医療廃棄物の取扱いはありますか。(県指針第2(4)イ)(有・無)																				
②関係者(患者等)に在宅医療廃棄物の取扱い上の注意事項(廃棄方法を含む)について周知していますか。																				
<備考>																				

6 放射線関係

6 放射線管理			
6-1 管理区域	○	×	—
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)			
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)			
<備考>			
6-2 エックス線装置等に関する記録	○	×	—
①装置の1週間あたりの延べ使用時間が部屋ごとに帳簿に記載されていますか。(規則第30条の23) (※ただし、室の隔壁等の外壁が所定の線量当量率(40 μ Sv/h)以下になるようしゃへいされている場合はこの限りでない。)			
②使用時間の記録が2年間保存されていますか。(※同上) (規則第30条の23)			
③放射線障害の発生するおそれのある場所の放射線の量が6ヶ月に1回以上測定されていますか。 (直近の測定日: 令和__年__月__日・令和__年__月__日) (規則第30条の22)			
④線量当量等の記録が、5年間保存されていますか。(規則第30条の22)			
<備考>			
6-3 放射線障害防止に必要な注意事項の掲示(規則第30条の13)	○	×	—
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。			
<備考>			
6-4 放射線使用室の標識(規則第30条の4第1項第3号)	○	×	—
エックス線診療室である旨の標識がありますか。			
<備考>			
6-5 使用中の表示(規則第30条の20第2項第1号)	○	×	—
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。			
<備考>			

6-6 放射線使用室の構造(規則第30条の4第1項第2号)	○	×	—
操作する場所が別室となっていますか。			
<備考>			
6-7 使用場所等の制限(規則第30条の14)	○	×	—
①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。			
②専用の使用室以外において使用している場合、使用目的、防護措置等適切ですか。			
<備考>			
6-8 従事者の被ばく防止の措置	○	×	—
①しゃへい壁、遠隔操作装置、被ばく時間の短縮等の被ばく防止措置がとられていますか。(規則第30条の18第1項)			
②放射線診療従事者が被ばくする実行線量限度、等価線量限度を超えていませんか。(規則第30条の27)			
<備考>			
6-9 移動型又は携帯型エックス線装置の使用・保管	○	×	—
鍵のかかる保管場所等を確保し、当該装置のキースイッチ等が管理されていますか。(H13.3.12医薬発第188号第二(四)1(3))			
<備考>			
6-10 廃液の処理	○	×	—
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項)			
<備考>			
6-11 診療放射線に係る安全管理体制の確保(規則第1条の11第2項第3号の2) ※エックス線撮影装置(歯科用含む)等の診療用放射線	○	×	—
①診療用放射線に係る安全管理のための責任者の配置がされていますか。			
②診療用放射線の安全利用のための指針の策定がされていますか。			
③放射線診療に従事する者に対する診療放射線の安全利用のための研修が実施されていますか。			
④放射線診療を受ける者の当該放射線による被ばく線量の管理及び記録その他の診療放射線の安全利用を目的とした改善のための方策が実施されていますか。			

<備考>

7 看護関係(入院関係)

7-1 病室の管理	○	×	—
①病室に定員を超えて患者を入院させていませんか。 (規則第10条第1項第1号)			
②病室以外の場所に患者を入院させていませんか。 (規則第10条第1項第2号)			
③精神病・感染症患者を一般病室等へ入院させていませんか。 (規則第10条第1項第3号及び第4号)			
④ウイルス感染の危険のある患者を他の患者と同室に入院させていませんか。 (規則第10条第1項第5号)			
⑤ウイルス感染の危険のある患者を入院させた部屋を消毒せずに他の患者を入院させていませんか。(規則第10条第1項第6号)			
⑥ウイルス感染の危険のある患者の用に供した被服、寝具、食器等を消毒しないで他の患者に使用していませんか。(規則第10条第1項第7号)			

<備考>

7-2 新生児の管理 ※産科又は産婦人科を標榜している診療所	○	×	—
①適当な看護要員が配置され、責任体制が確立されていますか。 (規則第19条第2項第2号)			
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)			
③火災等緊急時における新生児の避難体制があらかじめ定められていますか。 (法第20条※10床以上適用)			
④医療用具及び看護用具の清潔は保たれていますか。(法第20条)			
⑤助産録の管理保存は適切ですか。(助産師が従事している診療所) (保健師助産師看護師法第42条、保健師助産師看護師法施行規則第34条)			

<備考>

8 給食関係(大量調理マニュアル及び給食施設指導マニュアル参照)

※特定給食施設に準じた取り扱いに努める。

8-1 栄養管理体制	○	×	—
①給食業務の組織が体系化されていますか。			
②給食業務の責任者が明確化されていますか。			
③栄養士が配置されていますか。(常時入院患者がいる場合)			
④給食内容に関する検討会が開催されていますか。			
<備考>			
8-2 献立の作成	○	×	—
①献立作成基準は適切ですか。			
②特別食を必要とする患者について、医師の食事箋に基づいた食事が提供されていますか。			
③献立は適正ですか。(一般食・治療食)			
④検食が実施され、献立に反映されていますか。			
<備考>			
8-3 食品材料の購入	○	×	—
①食材の購入では適切な発注作業が行われていますか。			
②食材の検収に当たって適切な検収がなされていますか。			
③食材は新鮮な素材が購入されていますか。			
<備考>			
8-4 調理作業	○	×	—
①従事者は栄養・衛生に関する知識を備えていますか。			
<備考>			
8-5 配食作業	○	×	—
①適時、適温給食への配慮がなされていますか。			
②適正な配分がなされていますか。			
<備考>			

8-6 給食関係帳簿の整備（給食管理日誌等に記録があれば問題ない）	○	×	—
①予定及び実施献立表は整備されていますか。 （実施献立表は予定献立を朱書き訂正したもので可）			
②食数把握の記録が整備されていますか。			
③給食管理日誌は整備されていますか。			
④検便結果表が保管されていますか。			
⑤衛生管理関係帳簿は整備されていますか。			
＜備考＞			
8-7 衛生管理	○	×	—
①汚染作業区域と非汚染作業区域が明確に区別されていますか。区別されていない場合は、下処理後、消毒した後に調理する等して汚染しないよう工夫していますか。（作業工程をずらす等）			
②調理室の室温・湿度は適当ですか。			
③調理室の照明・換気は適当ですか。			
④ねずみ・昆虫等の進入防止構造及び駆除方法は適正ですか。			
⑤調理室の手洗い設備は適当ですか。（石けん、ペーパータオル、殺菌液）			
⑥調理器具の管理は適切に行われていますか。			
⑦食器等の洗浄、消毒、保管管理は適切ですか。			
⑧運搬する場合の衛生管理は適切に行われていますか。（2次汚染防止、温度管理等）			
⑨食器等は衛生的に保管取扱されていますか。			
⑩異物混入防止の対策が取られていますか。			
⑪保存食は原材料及び調理済み食品を50g程度ずつ清潔な容器に密封して入れ、-20℃以下で2週間以上保存されていますか。			
⑫ごみ等の処理は適正に行われていますか。			
⑬調理員の被服は清潔が保たれていますか。			
⑭従事者が定期的に検便を実施していますか。			
⑮検便結果に対する措置が取られていますか。			
＜備考＞			

8－8 各種調査・研究	○	×	－
①残食調査が行われていますか。			
②嗜好調査が行われていますか。			
＜備考＞			
8－9 健康・栄養管理・危機管理	○	×	－
①栄養指導は適切に行われ記録の管理は適切ですか。			
②調理従事者等に衛生・栄養教育が行われていますか。			
③非常災害時に、患者給食が滞ることがないように必要な体制が整備されていますか。			
＜備考＞			