福県医発第９６５号（地）
平成１８年８月４日

第633 受 18.8.7 付 小郡三井医師会

各　医　師　会　長　殿

福　岡　県　医　師　会
会長　横　倉　義　武

平成１８年度の医療法第２５条第１項の規定に基づく立入検査について

標記の件につきまして、平成１８年６月３０日付福県医発第７３１号（地）にて通知いたしておりましたが、福岡県保健福祉部長より本年度の実施内容が別添のとおりありましたのでお知らせいたします。

本件は病院を対象とした立入検査であり、本年度の実施につきましては、特に①医療従事者の確認　②安全管理のための体制の確保　③院内感染防止対策　④医療廃棄物の適正処理　⑤診療用放射線の安全管理対策の徹底　⑥立入検査後の対応を重点に実施されるとのことです。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会会員へ周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、今回の主な変更点は下記のとおりとなっておりますので、ご留意願います。

記

１．労働者派遣法の改正により「産前産後休業等に係る派遣職員名簿」「へき地にある病院等における労働派遣医師名簿」の提出書類の追加。
２．診療報酬改定に伴い、再度の医療監視を行う場合の基準項目の一部が「医師・歯科医師の人員が医療法に定める標準数の７０％以下の場合」に変更。
３．療養病床再編に伴い立入検査基準の１ページ、６～７ページ、９ページの経過措置及び４９ページの備考欄の追加。
４．廃棄物の処理及び清掃に関する法律の改正に伴い立入検査基準の３３ページの「排出事業者が自分で運搬する場合の留意事項」の追加。

小郡三井医師会より　　**担当理事　蒲池　壽**

小郡三井医師会 H18.08.07 丸山

医病

１８医指第１０２５号
平成１８年７月１８日

社団法人福岡県医師会長
社団法人福岡県歯科医師会長
社団法人福岡県病院協会長
社団法人福岡県私設病院協会長
社団法人福岡県精神科病院協会長
全国自治体病院協議会福岡県支部長
殿

福岡県保健福祉部長
（医療指導課）

平成１８年度の医療法第２５条第１項の規定に基づく立入検査について

本県の保健福祉行政につきましては、平素から格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件について、別添（写）のとおり実施することとし、各保健福祉環境事務所に通知したのでお知らせします。

福岡県医師会
受
18.7.19
付
1615

写

１８医指第１０２５号
平成１８年７月１８日

各保健福祉環境事務所長　殿

保健福祉部長
（医療指導課）

平成１８年度の医療法第２５条第１項の規定に基づく立入検査について

標記については、「福岡県医療監視実施要領（以下、「実施要領」という。）」（平成１８年７月）に基づき実施する。併せて「医療法第２５条第１項の規定に基づく立入検査要綱について」（平成１３年６月１４日医薬発第６３７号・医政発第６３８号医薬局長、健康政策局長連名）を参考に行うこととする。

また、本年度の医療法第２５条第１項の規定に基づく立入検査実施に当たっては、特に下記の事項を重点に実施されるとともに厚生労働省より別添（写）のとおり「医療法第２５条第１項の規定に基づく立入検査に当たっての留意事項」に係る通知があったので、併せて本通知の各項目についても留意して実施されたい。

記

１　医療従事者の確認について

（１）医師、看護師等の標準人員の充足状況の検査については、実施要領の「立入検査についての留意事項」に基づき検査を行い、医療法の標準数に満たない病院については、改善指導基準に基づき指導を行うこと。

特に医師の確認に当たっては、「医師の名義借り」の防止の観点からも、出勤簿、賃金台帳等だけでなく、診療録、処方せん、当直日誌等の診療に係る諸記録を相互に照合することにより、診療実態の確認を行うこと。

（２）複数の医療施設を開設している医療法人等の病院については、病院を所管する保健福祉環境事務所（保健所）間で日程調整を行い、立入検査を同一日に実施する等工夫し、職員名簿を相互に交換し、医療従事者の勤務実態の把握に努めること。

（３）労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律施行令に基づく紹介予定派遣者、産前産後休業、育児休業又は介護休業中の医療関係労働者の業務において派遣労働者を受け入れている病院については、職員名簿（様式（１）－２・３・４・５）と併せて労働者派遣関係名簿（様式（１）－６

・７・８）により、労働者派遣契約、派遣先管理台帳等の書類を確認し、労働者派遣の適正な運営が図られるよう指導を行うこと。

2　安全管理のための体制の確保について

病院、有床診療所、特定機能病院及び臨床研修病院の管理者に対して、医療機関における組織的な安全管理体制の確保が医療法施行規則で義務づけされていることから、「医療に係る安全管理に関する調査票」（様式７）により本年度も引き続き内容確認を行うとともに、医療に係る安全管理のための委員会の開催状況等、体制の確保についてより一層の指導に努めること。

併せて、国が取りまとめた「医療安全推進総合対策」等を参考に事故防止に万全を期すよう周知徹底を図ること。

【参考】

・「医療安全推進総合対策」について（平成１４年４月１７日医政発第0417009号医薬発第0417001号医政局長、医薬局長連名通知）
・医療機関における医療事故防止対策の強化について（平成１５年１１月２７日医政発第1127001号・薬食発第1127001号医政局長、医薬食品局長連名通知）
・医療機関における医療事故防止対策の強化・徹底について（平成１６年６月２日医政発第0602012号・薬食発第0602007号医政局長、医薬食品局長連名通知）

3　院内感染防止対策について

院内感染防止対策は、医療機関において組織的に取り組み、感染予防に関する原則的な注意事項を実行することが必要である。このため、様式（８）「院内感染防止対策チェックリスト」により院内感染マニュアルの作成・見直し等が適切に行われていることを確認し、併せて、国が取りまとめた「医療施設における院内感染の防止について」を参考にして、個人用防護具（手袋、マスク等）の適正使用、処置前の手指消毒の励行等の医療機関における標準予防策が、職員に徹底されていることを確認し、必要に応じて指導を行うこと。

また、透析医療機関における感染防止対策の徹底についても、「透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル」に基づき感染防止対策が図られるよう周知徹底を行うこと。

【参考】

・「透析医療機関における院内感染対策の推進について」（平成１６年１１月２２日医政指発第1122001号・健疾発第1122001号医政局指導課長、健康局疾病対策課長連名通知）における『透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関する　マニュアル（改訂版第２刷）』
・「透析医療機関における感染防止対策の徹底について」（平成１７年３月１５日医政局指導課・健康局疾病対策課連名事務連絡）

・「医療施設における院内感染の防止について」（平成１７年２月１日医政指発第0201004号医政局指導課長通知）

4　医療廃棄物の適正処理について

昨年度、本県において、非感染性廃棄物の中に医療機関より排出された感染性廃棄物が混入する事例が発生するなど、依然として、医療系廃棄物の不適切な取扱いが散見されるため、ウィルス肝炎等の感染防止、覚醒剤患者による不正防止等の観点から、排出事業者となる医療機関に対して、「廃棄物の処理及び清掃に関する法律」に基づく管理の徹底について指導強化するとともに、「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」の判断基準に基づいて感染性廃棄物のみならず、医療系廃棄物が適正に処理されているか確認を行うこと。

併せて、様式（５）「感染性廃棄物処理に関する実態調査票」において、処理実態の把握を行うこと。

【参考】

・「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１６年３月１６日環廃産発第040316001号環境省大臣官房廃棄物・リサイクル対策部長通知）

・「感染性廃棄物等の適正な処理について」（平成１７年１０月２８日17医指発第2203号医療指導課長通知）

5　診療用放射線の安全管理対策の徹底について

先般、県内の医療機関において、放射線業務に従事する医療従事者が法令に規定する線量限度を超えて被ばくするという事例が発生していることから、医療機関に対して関係法令の遵守、患者・放射線業務に従事する職員の被ばく防止対策の徹底等、診療用放射線の防護に関しての安全管理体制が徹底されていることを確認するとともに指導を行うこと。

併せて、放射線に関する構造設備及び予防措置の基準等が遵守されるよう届出書類及び帳簿等の確認を行い、診療用放射線の過剰照射、診療用放射線照射器具の紛失事故等により放射線障害が発生、または発生するおそれがある場合の保健福祉環境事務所、警察署、消防署その他関係機関への通報体制についても、通報基準・体制を文書により明確にし、通報が遅れることのないよう周知徹底を図ること。

また、平成１７年６月１日の医療法施行規則の一部を改正する省令の施行に伴い、用語の定義の変更や語句の整理が行われたことから、医療機関における運用が適切に行われていることを確認するとともに指導を行うこと。

【参考】

・「診療用放射線の過剰照射の防止等の徹底について」（平成１６年４月９日医政指発第0409001号医政局指導課長通知）

・「医療法施行規則の一部を改正する省令の施行等について」（平成１７年６月１日医政指発第0601006号医政局長通知）

6　立入検査後の対応について

医療機関への立入検査において、立入検査の結果、不適合・指導事項を確認したときには、不適合事由、根拠法令を文書で速やかに立入検査を行った医療機関へ通知するとともに、その改善の時期、方法等を具体的に記した改善計画書を、期限をもって当該医療機関から提出させ、その改善状況を逐次把握するよう努めること。なお、特に悪質な事案に対しては、法令に照らし厳正に対処すること。

【参考】

・「医療監視の実施方法等の見直しについて」（平成９年６月２７日指第７２号健康政策局指導課長通知）

福岡県医療監視実施要領

（平成１８年７月）

福岡県保健福祉部医療指導課

目　　次

1　医療監視の実施について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ　1

2　医療監視についての留意事項 ・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ　4

3　指導基準等の基本的な考え方 ・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ　9

4　様式集

医療監視関係様式・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ１３

（医師・歯科医師の人員が標準数の７０％以下
の病院の医療監視について）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ２８

医療事故（件）報告書
及び無資格者による医療行為に係る調査票・・・・・・・・・・・Ｐ３０

医療に係る安全管理に関する調査票 ・・・・・・・・・・・・・・Ｐ３２

院内感染防止対策チェックリスト ・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ３７

個人情報保護に関する調査票 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ４０

※ 別冊医療監視検査基準（平成１８年度）

医療監視の実施について

医療監視の実施について

1　実施方針

病院が医療法その他の法令により規定された人員及び構造設備を有し、かつ、適正な管理を行っているか否かについて、本実施要領等に基づき実施する。併せて「医療法第２５条第１項の規定に基づく立入検査要綱」（平成１３年６月）を参考とする。

2　対象施設

医療法に定めるすべての病院を対象とする。

3　実施期間

各保健福祉環境事務所において実施計画を作成し、毎年度３月末日までに完了するものとする。

4　実施すべき事項

(1) 第１表　施設表
(2) 第２表　検査表
(3) 医療従事者充足状況調　様式（１）－１
(4) 医師・歯科医師勤務状況調　様式（１）－２
(5) 看護職員勤務状況調　様式（１）－３
(6) 医療従事者名簿　様式（１）－４
(7) 非常勤医師常勤換算表　様式（１）－５
(8) 紹介予定派遣職員名簿　様式（１）－６
(9) 産前産後休業等に係る派遣職員名簿　様式（１）－７
(10) へき地にある病院等における労働派遣医師名簿　様式（１）－８
(11) 前回の不適合事項改善状況調の事項　様式（２）
(12) 感染性廃棄物に関する実態調査票　様式（５）
(13) 医療に係る安全管理に関する調査票　様式（７）－１
　特定機能・臨床研修及び事故等報告病院　様式（７）－２
(14) 院内感染防止対策チェックリスト　様式（８）
(15) 個人情報の保護に関する調査票　様式（９）

5　事前提出を求める書類

(1) 医師診療担当表
(2) 看護師勤務割表
(3) 就業規則（前年度変更がなく、事前調書提出時に必要な事項が確認できれば、提出を求める必要はない。）
(4) 様式（１）－１～８、様式（７）－１・２、様式（８）、様式（９）

6　病院に対する指導

(1) 前回の指摘事項について

医療監視の実効を高めるため、前回指摘した事項について改善が図られていない事項については、その理由を質問し、真にやむを得ないものについて以外は、速やかに改善を図るよう十分指導することとする。

(2) 医療監視結果について

医療監視終了後、講評を行い、改善報告・計画を徴する事項等について改善を指導し、病院毎に整理・保管を行うこととする。

結果に誤りがないことを確認した後、改善報告・計画を徴する事項等があるときは、当該病院開設者又は管理者に対して、当該事項、根拠法令及び不適合・指導理由等を1ヶ月以内に様式（3）－1により通知し、併せて改善の指導を行い、当該病院開設者又は管理者から改善状況及び改善計画等文書による回答を、3週間以内に様式（3）－2により受領することとする。

なお、その改善状況等を逐次把握し、病院毎に整理・保管を行うこととする。

7　結果の報告

(1) 医療機関行政情報システムによる報告

第1表（施設表）及び第2表（検査表）の内容を端末機に入力し、通信等により「県（指定都市）への医療機関報告」を行うこと。

（注意：入力にあっては、県（政令市）からの指示を受けて行うこと）

(2) 書類の提出

第1表（施設表）の施設番号（医療施設基本ファイルの番号）の順に整理して、各1部提出すること。

ア　病院ごとに提出するもの

（順序は下記のとおりとし、A4ファイル（紙ファイル）に綴じ病院ごとに見出しを付けること。）

◎　第1表　施設表（医療機関行政情報システムにより印刷処理したもの）
◎　第2表　検査表（医療機関行政情報システムにより印刷処理したもの）
◎　医療従事者充足状況調　様式（1）－1
◎　職員名簿（医師・歯科医師勤務状況調）　様式（1）－2
◎　職員名簿（看護職員勤務状況調）　様式（1）－3
◎　職員名簿（医療従事者名簿）　様式（1）－4
◎　非常勤医師常勤換算表　様式（1）－5
◎　紹介予定派遣職員名簿　様式（1）－6
◎　産前産後休業等に係る派遣職員名簿　様式（1）－7
◎　へき地にある病院等における労働派遣医師名簿　様式（1）－8
◎　前回の不適合事項改善状況調　様式（2）

※　医師診療担当表、看護師勤務割表、就業規則の写しについては、医療指導課への提出は不要です。

イ　書類の様式ごとにまとめて提出するもの

◎　平成１８年度医療監視結果通知の写し　様式（３）－１

◎　平成１８年度医療監視結果の不適合事項の措置状況報告の写し　様式（３）－２

◎　平成１８年度医師（歯科医師）充足状況一覧表　様式（４）－１

◎　平成１８年度看護師充足状況一覧表　様式（４）－２

◎　平成１８年度薬剤師・栄養士・看護補助者充足状況一覧表　様式（４）－３

◎　感染性廃棄物に関する実態調査票　様式（５）

ウ　データファイルにより提出するもの（紙ファイルの提出は不要）

◎　医療に係る安全管理に関する調査結果
　特定機能・臨床研修及び事故等報告病院

◎　院内感染防止対策チェックリスト調査結果

◎　個人情報保護に関する調査結果

(3)　提出先及び提出期限

◎福岡県保健福祉部医療指導課（政令市保健所にあっては、政令市本庁を経由のこと）

◎次年度４月１５日

８　年度内に行う再度の医療監視

別紙「医療監視についての留意事項」の７改善指導の指導基準②、アに該当する病院については、監視後、速やかに医療指導課（政令市保健所にあっては、政令市本庁）あて、下記の書類を提出すること。

(1)　医師・歯科医師の人員が医療法に定める標準数の70％以下の病院の医療監視調査票　様式（６）

(2)　医療従事者充足状況調　様式（１）－１

(3)　職員名簿（医師・歯科医師勤務状況調）　様式（１）－２

(4)　職員名簿（看護職員勤務状況調）　様式（１）－３

(5)　職員名簿（医療従事者名簿）　様式（１）－４

(6)　非常勤医師常勤換算表　様式（１）－５

(7)　紹介予定派遣職員名簿　様式（１）－６

(8)　産前産後休業等に係る派遣職員名簿　様式（１）－７

(9)　へき地にある病院等における労働派遣医師名簿　様式（１）－８

医療監視についての留意事項

医療監視についての留意事項

1　事前調書の提出指示

医療監視を効率的に実施するため、保健福祉環境事務所は病院に対する説明会を開催する等により、事前に提出すべき書類及び監視当日に準備が必要な諸帳簿について指示を行う。

【事前提出すべき書類】
医療従事者充足状況調（様式（1）-1)、職員名簿（様式（1）-2～4、8)、非常勤医師常勤換算表（様式（1）-5)、医療に係る安全管理に関する調査票（様式（7）-1、2)、院内感染防止対策チェックリスト（様式（8))、医師診療担当表、看護師勤務割表、就業規則、個人情報保護に関する調査票（様式（９))

＊就業規則は、前年度と変更がなく事前調書提出時に必要な事項が確認できれば、提出の必要はない。

具体的には次の例による。

（例）１０月から１２月までに医療監視を実施する場合
- ８月中に病院を集め、説明会を実施する。
- 事前に提出する書類を指示する。
- 作成基準日を８月末に設定し作成を指示し、９月末日までに全ての病院から事前調書の提出を求める。
- 個別の病院に対する事前通告は、１０～７日前に行うことを周知する。
- また、事前通告の中で、事前調書の差し替え分について監視日の２日前に提出することの指示をする。（見え消し修正）

以上、及び検査当日準備する書類等を指示する。

2　事前通告

立入検査日の１０～７日前に開設者あてに行う。（開設者と管理者連名でも可）

＊同一法人の病院については、病院を所管する保健福祉環境事務所間で日程の調整を行う。

3　事前調査

立入検査当日の限られた時間で充分な検査が行えるように、事前に病院から提出された書類について、立入検査前に保健福祉環境事務所で確認する。

確　認　事　項	方　法
１日平均入院患者数・外来患者数について	医療従事者充足状況調（様式(1)-1）中の１日平均入院患者数及び１日平均外来患者数が毎月提出がある病院報告と合致しているか確認すること
週あたりの勤務時間について	職員名簿（様式(1)-2～4）中の勤務時間が就業規則にある時間数と合致しているか確認すること（注意：就業規則に労基署の受付印があるか）

医師の勤務状況について	常勤医として職員名簿に掲載されている医師が、診療担当表（外来・各種検査担当）に名前があるか否かを確認すること
看護師の勤務状況について	職員名簿（様式(1)-3）に掲載されている看護師が、看護師勤務割表に氏名があるかをチェックすること
同一法人の病院について	保健福祉環境事務所間で職員名簿を相互に交換し、重複掲上について調査し、必要に応じて立入検査時に事情を聴取し、記録しておくこと なお、検査終了後においても、職員名簿の交換等を適宜行うこと

4　打合せ会等

保健福祉環境事務所は、過去の問題点（苦情、投書を含む）、事前調査における問題点検査当日の業務分担等について打合会を実施する等により、全監視員に周知を行う。

5　立入検査

病院管理者の立会いを原則とするが、やむを得ず立会いが得られないときは、管理者に代わり得る者の立会いを求めて実施する。

監視班の責任者は、原則、所長、保健監又は副所長とする。

監視班の標準的な編成は、医師、薬剤師、診療放射線技師、食品担当、環境担当、栄養士、事務職員（含保健師等）で構成するものとする。

標準的な監視班の人員は概ね7人とし、病院の病床規模に応じて必要人員を調整するものとする。

監視にあたっては、概ね半日又は1日を単位として設定し、その日に確認できなかった資料等については、後日確認する。

医療監視員は、医療監視に携わるときは、「医療監視員の証」を必ず携帯する。

(1)　書類審査

確　認　事　項	方　法
※ 有資格者の確認について	前年度の医療監視以降に採用された医療従事者について、職員名簿に掲載されている氏名等を免許証（原本又は開設・管理者の照合済の写し）により照合すること （注意：検査当日、免許証がない者については、後日の提出を求めること）
※ 常勤者の確認について	職員名簿と病院に備え付けてある労働者名簿を確認し、チェック欄に印をつけること

※ 非常勤者の確認について	雇用契約が締結（雇用期間、押印）され、勤務時間・賃金が職員名簿に記入がある時間数等と整合するか確認し、チェック欄に印をつけること
※ 出勤状況についての記録がされているか	出勤簿（タイムカード）で出勤状況を確認し、チェック欄に印をつけること
※ 勤務に応じた賃金が支払われているか	医師については、賃金台帳により支給額を確認し、様式(1)-2に記入すること 医師・看護師等については、法定控除（所得税、市町村民税、健康保険料、厚生年金保険料）を確認し、チェック欄に印をつけること
任意抽出により、法定控除額の妥当性を確認する	健康保険厚生年金保険被保険者報酬通知書等他の公的機関が発行する資料で基本賃金等を確認すると共に、必要に応じ説明を聴取しチェック欄に印をつけること
同職種、同一の勤務形態の者の間で、給与の額に著しい格差がある者について	給与規則で確認すると共に、説明を聴取しチェック欄に印をつけること

ただし、医師の場合においては、※印の確認事項について、常勤医師を中心に少なくとも５０名程度を抽出して実施すること。
看護師の場合においては、全病院について、１病棟以上について実施し、毎年度実施する病棟を変える措置を講ずること。

(2) 院内巡視等
- 患者の入院状況、病棟の清潔保持等の確認に加え、医師・看護師等の勤務状況の確認を行う。
- 医師（又は責任者）を含めた複数名で行う。
- 薬剤師は処方せんを調査する時、診療放射線技師は照射録を調査する時に併せて確認する。

確認する書類
院内掲示、診療録、処方せん、当直日誌、看護日誌（病棟日誌）、検査指示書、照射録等
＊各担当は、職員名簿のチェック欄に確認できた医師等に印をつけること。

確　認　事　項	方　法
職員名簿にある医師が勤務しているか	院内巡視を行う上で、病棟等で確認できた医師については、チェック欄に印をつけること（面接までは求めない）
院内掲示を利用して	院内掲示にある医師について、職員名簿のチェック欄に印をつけること
診療録を利用して	病棟勤務医について、任意に抽出した患者カルテにより診療している医師を確認し、チェック欄に印をつけること
処方せん、検査指示書等を利用して	外来勤務医について、概ね１ヶ月分の外来処方せん、検査指示書等から、交付・指示している医師を確認し、チェック欄に印をつけること
当直日誌を利用して	当直医について、概ね１ヶ月分の当直日誌を検査する上で、日誌中にある医師を確認し、チェック欄に印をつけること
看護日誌を利用して	看護師について、概ね１病棟の看護師を抽出して病棟日誌又は看護日誌により確認できた看護師、医師のチェック欄に印をつけること
健康診断記録を利用して	健康診断個人票があり、当該年度に受診しているか否かを、チェック欄に印をつけること

6　総合評価

監視班の責任者は、各担当がチェックしている職員名簿のとりまとめを行い、総合的に評価する。

7　改善指導

指導基準

①　文書指摘：医療従事者の充足率が１００％未満

②　不適合事項に対する指導

ア　次の場合には、医療指導課（政令市本庁）が同行し、再度の医療監視を速やかに実施する。

・医師、歯科医師の充足率が７０％以下の場合

イ　ア以外の場合、病院の改善計画に基づく改善状況の報告を適宜求める。

立入検査時に準備していただきたい帳簿・書類等について（参考）

Ｎｏ．	帳　簿　書　類
1	職員名簿（常勤・非常勤の全職員の氏名、職名、一週間あたりの勤務曜日、勤務時間入り）
2	有資格者の免許証原本又は開設者（管理者）の原本照合済の写し
3	出勤簿（タイムカード、医師診療担当表、看護勤務割表等）
4	労働者名簿（非常勤職員の場合は雇用契約書）・就業規則・給与規定
5	賃金台帳・健康保険、厚生年金保険被保険者報酬通知書
6	紹介予定派遣・産前産後休業等に係る台帳等関係帳簿
7	病院報告（控）簿
8	健康診断個人票綴（労働安全衛生規則に基づく） 放射線従事職員の健康診断・給食従事職員の検便結果
9	診療録等（カルテ…外来・入院患者別） 助産録・照射録・検査指示書等
１０	入院患者処方箋、外来患者処方箋
１１	病院日誌・当直日誌
１２	各科診療日誌
１３	看護日誌・病棟日誌
１４	入退院名簿
１５	外泊許可書綴
１６	業務委託契約関係綴
１７	消防計画表（防火管理者の確認）
１８	消火設備保守点検簿（屋内消火栓、消火器等）
１９	警報設備保守点検簿（自動火災報知器、非常ベル放送設備、煙感知器、熱感知器等）
２０	避難設備保守点検簿（誘導灯等）
２１	電気設備保守点検簿
２２	医療ガス安全委員会綴
２３	保育器、酸素テント、高圧酸素室等の定期点検簿
２４	ＬＰガス設備保守点検簿
２５	避難、消防訓練計画表
２６	避難、消防訓練実施結果記録簿（写真を含む）
２７	職員緊急連絡表（休日、夜間）
２８	各部門の火元責任者、防火管理者（代理）関係綴
２９	感染性産業廃棄物の処理に関する帳簿
３０	感染性産業廃棄物の委託契約書（処理を委託する病院）
３１	特別管理産業廃棄物管理票綴（処理を委託する病院）
３２	給食日誌等
３３	水質検査結果簿
３４	放射線測定結果書等管理関係帳簿
３５	手術記録等
３５	医療安全対策委員会関係資料
３６	院内感染対策委員会関係資料

指導基準等の基本的な考え方

指導基準等の基本的な考え方

1　改善報告・計画を徴する事項

（1）検査基準の項目にあるもの。

【例】

ア　医療従事者の不足。

イ　許可病床数以上・病室以外の患者収容

ウ　医療用具等の清潔保持・保守管理の項目に該当する事項で危険性、緊急性があるもの
（具体例：医療用具が廊下に放置してある）

エ　調理機械等の清潔保持・保守管理の項目に該当する事項で危険性、緊急性があるもの
（具体例：食器保管庫が無いために、食器がむきだしとなっている）

オ　感染性廃棄物の分別が不十分

カ　特定生物由来製品の使用に関する記録の未作成又は必要記載事項もれ

（3）検査基準には、具体的な記述はないが、病院の管理運営上、重要と判断されるもの。

【例】

ア　リネン庫における汚物の混在

イ　注射筒・注射針の管理が不十分であるため盗難の恐れがある

2　要望事項

病院の管理運営上、改善を図ることが望ましいもの。

3　医療監視の判定との関連

改善報告・計画を徴する事項に該当する検査項目については、適合していないとして否「×」と判定し、要望事項については、適合「○」として取り扱う。

4　その他

チェックリスト項目欄中の【参考】の項目で不適合の場合は、要望事項として文書指導を行う。
また、不適合の場合は、改善報告・計画を徴するための文書通知を行う。

（参考）

医療監視指導例

医療監視判定		否（×）	適（○）
項目番号	項　目	改善報告・計画を徴する事項 文例：「・・・がない。」又は「・・・すること。」	要望事項 文例：「・・・して下さい。」
1－1	医師	医師数の不足	労働者名簿の不整備 就業時間、出勤状況が書類上確認できない。 雇用関係を証する書類の不備 非常勤医師の免許証の確認が一部できていない。
1－2	歯科医師	歯科医師数の不足	
1－3	薬剤師	薬剤師の不足	
1－4	看護師	看護師の不足	
1－4【参考】	看護師等確保推進者		看護師等が標準数の７０％に満たないのに、看護師等の確保推進者を定めていない。
1－5	看護補助者	看護補助者の不足	
1－6	栄養士	栄養士の不足	
1－6	助産師	助産師の不足	
2－1	医療法の手続	医療法上の手続きの不備	
2－2	患者収容状況	許可病床数以上の患者収容（検査当日、年間、各病室毎） 病室以外の患者収容 病床種別の違う病室への患者収容	
2－3	新生児の管理	必要な管理体制等 緊急時の非難体制	
2－4	宿直体制	体制の不備	
2－5	医薬品の取扱	毒薬又は劇薬を他のものと区別 毒薬を貯蔵配置する場所の施錠 毒薬・劇薬の表示	期限切れの医薬品を配置している。 麻薬を貯蔵配置する場所の施錠 麻薬使用量等の関係帳簿との不整合
2－6	医療用具等の清潔保持・保守管理	リネン庫の汚物混在、使用期限切れ消毒液の使用 注射筒・注射針の管理不備（盗難等の恐れ）	トイレ等でのタオルの共用
2－7	調理機械等の清潔保持・保守管理	調理機械等の手入れ及び食器の消毒が不適切 （衛生日誌等の記録で確認）	調理加熱の中心温度測定・記録 検食の保存（－２０°Ｃ以下、２週間） 検食の実施時期（患者給食前）
2－7【参考】	給水施設基準		簡易専用水道の貯留槽について法定検査・清掃の未実施 残留塩素の測定記録（２回／日）

2－8	職員の健康管理	定期健康診断の未実施・未実施者・未実施項目 電離放射線健康診断の未実施・未実施者・未実施項目 定期健康診断の項目もれ者あり 定期健康診断実施の間隔が大きい 雇用時の健康診断の未実施・未実施者・未実施項目・項目もれ者あり 電離放射線健康診断の項目もれ者あり 給食関係職員の月１回の検便未実施 診察医師名の未記載	健康診断個人票の記載もれ・記録不整理
2－9	広告違反行為	広告し得る事項以外の表記 麻酔科広告に医師名の未記載 理学診療科をリハビリテーション科へ未変更	
3－1	診療録	法定記載事項もれ 診療録の記載が不十分 （長期間記録がない、指示内容、指示医が不明確等）	医師名の記載がない（複数の医師が診療に当たっている場合）
3－2	助産録	法定記載事項もれ	
3－3	諸記録	処方せんの法定記載事項もれ	
3－3	照射録	照射録の未作成又は法定記載事項もれ	
3－4	エックス線装置等の記帳	放射線量測定の未実施（６ヶ月以内）	
3－5	院内掲示	院内掲示なし 法定記載事項もれ	掲示場所が適切でない
4－1 ～ 4－8	業務委託	委託契約書の未整理・期限切れ 医療ガス安全管理委員会の未設置・未開催 医療ガスの定期点検未実施、記録なし	
4－9	感染性廃棄物の処理	委託契約書の未整備 処理実績簿の未整備 特別管理産業廃棄物管理責任者の未設置 飛散・流出するような容器の使用	
5－1 ～ 5－3	防災体制	防火管理者の未設置 消防計画の未実施 消防設備点検の未実施 避難経路に障害物あり	
5－3 【参考】	避難訓練		消火・避難訓練の年２回未実施 消火・避難訓練の夜間想定未実施 消火・避難訓練の記録なし

6－1 ～ 6－1	放射線管理	管理区域を他の用途で使用 管理区域の未表示 注意事項の未表示 使用中である旨の未表示 被曝線量測定の未実施・未実施者有 放射線障害が発生するおそれのある場所の放射線量測定の未実施 ＲＩ等の管理が不適当	注意事項の表示が不十分

様　式　集

様式（1）－1

医療従事者充足状況調

開設者名	
病院名	
病院種別	一般 ・ 精神 ・ 特定機能

保健福祉環境事務所

立入検査日：平成　　年　　月　　日

精神特例の有無	無・有
通所リハビリテーションの有無	無・有

1 患者数（期間：平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日）

種別／患者区分	入院							外来			
	一般	療養	精神	結核	感染症	計	入院新生児（患者を除く）	一般精神他	眼科耳咽科	歯・口腔小歯	計
1日平均患者数											
調査時の患者数											

＊1日平均患者数は第1表「施設表」(8)～(11)と整合させ、調査時の患者数は調査直前の平日診療日によること。

2 医師・歯科医師の充足状況

項目／場合	職種区分	常勤	非常勤 実人員	非常勤 換算値	常勤＋換算値＝現員	標準数	充足率	定数計算式
1日平均患者数による場合	医師							
	歯科医師						%	
許可病床数による場合	医師						%	
	歯科医師						%	
調査時の患者数による場合	医師						%	
	歯科医師						%	

3 看護師・准看護師等の充足状況

項目／場合	職種区分	常勤	非常勤 実人員	非常勤 換算値	常勤＋換算値＝現員	標準数	充足率	定数計算式
1日平均患者数による場合	看護師等	（　）	（　）	（　）	（　）			
	准看護師						%	
許可病床数による場合	看護師・准看護師等						%	
調査時の患者数による場合	看護師・准看護師等						%	

＊歯科衛生士については、（　）に別掲すること。

4 薬剤師

1日平均調剤数	
1日平均入院患者数	
1日平均外来患者に係る取扱処方箋枚数	
現員	
標準数	
充足率	%
専属薬剤師免除	有 ・ 無

＊1日平均調剤数は、特定機能病院のみ記入すること。

5 栄養士

要否区分	要・否
現員	

6 看護補助者（療養病床を有する病院・附則20条適用の精神病院）

項目／場合	現員	標準数	充足率
1日平均患者による場合			%
許可病床数による場合			%
調査時の患者数による場合			%

＊人員数の計算上、看護補助者としての看護師等は、3の看護師・准看護師等の充足状況と二重に計上しないこと。

（注）1 現員数は、小数点第2位を切り捨て小数点第1位に、標準数は、小数点第1位を切り上げ整数にすること。（医師は除く。）
2 充足率は、小数点第2位を切り捨て小数点第1位まで記入すること。
3 医師・歯科医師勤務状況調、看護職員勤務状況調、第1表「施設表」の(14)従事者数と整合すること。

様式（1）－2

職　員　名　簿　（医師・歯科医師勤務状況調）

（平成　　年　　月　　日現在）（立入検査年月日：平成　　年　　月　　日）

（全　　頁の　　頁）

保健福祉環境事務所

病院名	許可病床数	病院種別	医師の勤務時間	必ず確認すべき書類			チェック項目											説明聴取	備考
	室　床	一般　精神 特定機能	h／週	賃金台帳 支給額 （非常勤の場合雇用契約書の単価）	労働者名簿 非常勤医師の契約書	出勤簿	免許証	社会保険料	雇用保険料	健康診断	院内掲示	診療録	処方せん	照射録	検査指示書	当直日誌	看護日誌	本人確認		

氏名	医籍・歯科医籍 登録年月日 登録番号	担当 診療科目	常勤	非常勤	1週間の勤務時間数	入職の年月日	他の勤務先 勤務日時															
1	医・歯 年月日 号	科			h／週	年 月 日																
2	医・歯 年月日 号	科			h／週	年 月 日																
3	医・歯 年月日 号	科			h／週	年 月 日																
4	医・歯 年月日 号	科			h／週	年 月 日																
5	医・歯 年月日 号	科			h／週	年 月 日																
6	医・歯 年月日 号	科			h／週	年 月 日																
7	医・歯 年月日 号	科			h／週	年 月 日																
8	医・歯 年月日 号	科			h／週	年 月 日																
9	医・歯 年月日 号	科			h／週	年 月 日																
10	医・歯 年月日 号	科			h／週	年 月 日																

(注) 1　管理者については、氏名欄の番号に○印を付すこと。併せて、医師の診療担当表を添付すること。
2　当該病院以外に勤務する病院等があればその勤務先・勤務日時を記入すること。
3　常勤医師とは、原則として、病院で定めた医師の勤務時間の全てを勤務する医師をいう。（勤務時間は、就業規則で確認すること。）
4　医師・歯科医師数は第1表「施設表」の(14)従事者数、様式（1）－1と整合すること。
5　医・歯のいずれかに○を付すこと。
6　「必ず確認すべき書類」及び「チェック項目」欄は、医療監視時に保健福祉環境事務所が確認した書類等について○を記入すること。なお、書類等が確認できない場合及び診療状況が不明な場合は、必要に応じ説明聴取を行い「説明聴取」欄に○を記入すること。
7　紹介予定派遣労働者等については、備考欄にその旨を記載すると共に様式（1）－6、7、8にも記入（再掲）すること。

様式（1）－3

職　員　名　簿（看護職員勤務状況調）

（全　頁の　頁）

（平成　年　月　日現在）（立入検査年月日：平成　年　月　日）

保健福祉環境事務所

病院名	病棟・外来名	病棟種別		病棟許可病床数 室 床	病棟入院患者数 室 床
		病院の勤務時間	h／週		

氏名	免許種別 登録年月日 登録番号	常勤	非常勤	1週間の勤務時間数	入職の年月日	必ず確認すべき書類：労働者名簿	非員履歴書	常の用	勤場契	職合約	出勤簿	賃金台帳	チェック項目：免許証	健康診断	看護日誌	社会保険	雇用保険	備考
1	看・保・助・准看 年　月　日 号			h／週	年 月 日													
2	看・保・助・准看 年　月　日 号			h／週	年 月 日													
3	看・保・助・准看 年　月　日 号			h／週	年 月 日													
4	看・保・助・准看 年　月　日 号			h／週	年 月 日													
5	看・保・助・准看 年　月　日 号			h／週	年 月 日													
6	看・保・助・准看 年　月　日 号			h／週	年 月 日													
7	看・保・助・准看 年　月　日 号			h／週	年 月 日													
8	看・保・助・准看 年　月　日 号			h／週	年 月 日													
9	看・保・助・准看 年　月　日 号			h／週	年 月 日													
10	看・保・助・准看 年　月　日 号			h／週	年 月 日													
11	看・保・助・准看 年　月　日 号			h／週	年 月 日													
12	看・保・助・准看 年　月　日 号			h／週	年 月 日													
13	看・保・助・准看 年　月　日 号			h／週	年 月 日													
14	看・保・助・准看 年　月　日 号			h／週	年 月 日													
15	看・保・助・准看 年　月　日 号			h／週	年 月 日													

	保健師	助産師	看護師	准看護師	看補者
常勤					
非常勤					
合計					

＊当該病棟・外来ごとの看護職員の実人員数を記入すること。施設表「第1表」(14) の従事者数と整合すること。

1　病棟種別には、一般、療養、精神、結核を記入し、外来、病棟ごとに別葉に記載すること。
また、免許種別のいずれかを囲み、准看護師の場合は、免許証を発行した都道府県名を記入すること。
なお、常勤換算する際の端数処理は、個人毎に行うのではなく非常勤全員の換算後の数値を積み上げた後行うこと。

2　看護補助者（介護職員）についても記入すること。

3　常勤・非常勤のいずれかに、○を付すこと。

4　各病棟の勤務割表を添付すること。

5　紹介予定派遣労働者等については、備考欄にその旨を記載すると共に様式（1）－6、7にも記入（再掲）すること。

様式（1）－4

職　員　名　簿（医療従事者）

（全　頁の　頁）

（平成　年　月　日現在）（立入検査年月日：平成　年　月　日）

保健福祉環境事務所

病院名						勤務時間 h／週		チェック項目					
職種	役職名	氏名	免許発行者 免許登録番号 登録年月日	常勤	非常勤	1週間の勤務時間数	入職の年月日	労働者名簿 非の契約職員用 常勤者 場合書	出勤簿	賃金台帳	免許証	健康診断	備考
			号 年　月　日			h／週	年 月 日						
			号 年　月　日			h／週	年 月 日						
			号 年　月　日			h／週	年 月 日						
			号 年　月　日			h／週	年 月 日						
			号 年　月　日			h／週	年 月 日						
			号 年　月　日			h／週	年 月 日						
			号 年　月　日			h／週	年 月 日						
			号 年　月　日			h／週	年 月 日						
			号 年　月　日			h／週	年 月 日						
			号 年　月　日			h／週	年 月 日						
			号 年　月　日			h／週	年 月 日						
			号 年　月　日			h／週	年 月 日						
			号 年　月　日			h／週	年 月 日						
			号 年　月　日			h／週	年 月 日						
			号 年　月　日			h／週	年 月 日						
			号 年　月　日			h／週	年 月 日						

(注) 1　医師・歯科医師、看護職員（看護補助者）以外の医療従事者について記載すること。
2　職種ごとにまとめて記載すること。
3　免許証の発行者が厚生労働大臣以外である場合、発行者名（例：福岡県知事）を記入すること。
4　常勤・非常勤のいずれかに○を記入すること。
5　「勤務時間」は、病院で定められている常勤職員の勤務時間であること。就業規則で確認すること。
6　紹介予定派遣労働者等については、備考欄にその旨を記載すると共に様式（1）－6、7にも記入（再掲）すること。

様式（1）－5

非常勤医師等常勤換算表

（全　　頁の　　頁）

保健福祉環境事務所

病院名	常勤医師勤務時間：A 時間／週

氏名	換算	月	火	水	木	金	土	日	計	計算	備考
1	週・月 日								B	B/A + C/(A×2) × (1/4) =	①
	宿								C		A×2
2	週・月 日								B	B/A + C/(A×2) × (1/4) =	②
	宿								C		A×2
3	週・月 日								B	B/A + C/(A×2) × (1/4) =	③
	宿								C		A×2
4	週・月 日								B	B/A + C/(A×2) × (1/4) =	④
	宿								C		A×2
5	週・月 日								B	B/A + C/(A×2) × (1/4) =	⑤
	宿								C		A×2
6	週・月 日								B	B/A + C/(A×2) × (1/4) =	⑥
	宿								C		A×2
7	週・月 日								B	B/A + C/(A×2) × (1/4) =	⑦
	宿								C		A×2
8	週・月 日								B	B/A + C/(A×2) × (1/4) =	⑧
	宿								C		A×2
9	週・月 日								B	B/A + C/(A×2) × (1/4) =	⑨
	宿								C		A×2
10	週・月 日								B	B/A + C/(A×2) × (1/4) =	⑩
	宿								C		A×2
11	週・月 日								B	B/A + C/(A×2) × (1/4) =	⑪
	宿								C		A×2
12	週・月 日								B	B/A + C/(A×2) × (1/4) =	⑫
	宿								C		A×2
13	週・月 日								B	B/A + C/(A×2) × (1/4) =	⑬
	宿								C		A×2
14	週・月 日								B	B/A + C/(A×2) × (1/4) =	⑭
	宿								C		A×2
15	週・月 日								B	B/A + C/(A×2) × (1/4) =	⑮
	宿								C		A×2
計	実人員　　人									①～⑮までの合計 ＝	A×2
総計	実人員　　人									これまでの総計 ＝	A×2

非常勤換算値

（注）1　備考欄は、週単位ではない変則勤務の場合に記入すること。（例：月１回金曜勤務、隔週勤務、宿直専門等）

2　週単位ではない変則勤務の場合は、月単位で換算し、各曜日、計のB、C欄に１ヶ月間に勤務する時間の合計を記入したうえで、計算欄において１週当たりの勤務時間に換算するために(1/4)を掛けるものとする。

3　非常勤医師（従事者）が複数いる場合、換算する際の端数処理は個人毎に行うのではなく他の非常勤医師（従事者）全員の換算後の数値を積み上げた後行うこと。

4　非常勤換算値は、小数点第２位を切り捨てし、第１位まで算出すること。（例：４．４５→４．４になる。）
ただし、医師については、小数点第７位を切り捨てし、第６位まで算出すること。（例：４．６６６６６６６→４．６６６６６６になる。）

様式（1）－6

紹介予定派遣職員名簿

（平成　　年　　月　　日現在）

（全　　頁の　　頁）

保健福祉環境事務所

病院名	職種 医師・歯科医師・看護師・助産師 その他（　　）	病院が就業規則で定める勤務時間 h／週	必ず確認すべき書類			備考
氏名	就業場所	派遣期間	派遣元	労働者派遣契約書	派遣先への通知書	派遣先管理台帳	
1		H　年　月　日～H　年　月　日					
2		H　年　月　日～H　年　月　日					
3		H　年　月　日～H　年　月　日					
4		H　年　月　日～H　年　月　日					
5		H　年　月　日～H　年　月　日					
6		H　年　月　日～H　年　月　日					
7		H　年　月　日～H　年　月　日					
8		H　年　月　日～H　年　月　日					
9		H　年　月　日～H　年　月　日					
10		H　年　月　日～H　年　月　日					

（注）1　紹介予定派遣職員名簿の作成に当たっては、医師、看護師等の職種毎に作成すること。（職種の欄の該当職種名を囲むこと。）
　　2　就業場所、派遣期間、派遣元は、労働者派遣契約書等の各書類で確認して記入すること。
　　3　就業場所は、同一業務が判断できることに留意し記入すること。（例：２病棟、病棟、内科、外来、○○病院）

様式（1）－7

産前産後休業、育児休業又は介護休業中の医療関係労働者に係る派遣職員名簿

（平成　　年　　月　　日現在）

（全　　頁の　　頁）

保健福祉環境事務所

病院名	職種 医師・歯科医師・看護師・助産師 その他（　　）	病院が就業規則で定める勤務時間 h／週	必ず確認すべき書類			
産前産後等休業中職員氏名	就業場所	派遣労働者氏名	派遣期間（休業予定期間）	派遣元事業者名	労働者派遣契約書	派遣先への通知書	派遣先管理台帳	備考
1			H　年　月　日～H　年　月　日					
2			H　年　月　日～H　年　月　日					
3			H　年　月　日～H　年　月　日					
4			H　年　月　日～H　年　月　日					
5			H　年　月　日～H　年　月　日					
6			H　年　月　日～H　年　月　日					
7			H　年　月　日～H　年　月　日					
8			H　年　月　日～H　年　月　日					
9			H　年　月　日～H　年　月　日					
10			H　年　月　日～H　年　月　日					

（注）1　派遣職員名簿の作成に当たっては、医師、看護師等の職種毎に作成すること。（職種の欄の該当職種名を囲むこと。）
2　就業場所、派遣期間、派遣元は、労働者派遣契約書等の各書類で確認して記入すること。
3　就業場所は、同一業務が判断できることに留意し記入すること。（例：2病棟、病棟、内科、外来、○○病院）

様式（1）－8

へき地にある病院等における労働派遣医師名簿

（平成　　年　　月　　日現在）

（全　　頁の　　頁）

保健福祉環境事務所

病院名		他の勤務先		病院が就業規則で定める勤務時間	必ず確認すべき書類				備考
		勤務日時		h／週					
労働派遣医師氏名	就業場所（役職等）	勤務時間数（h／週）	派遣期間	派遣元事業者名	労働者派遣契約書	派遣先への通知書	派遣先管理台帳	事前研修終了証明書	
1			H　年　月　日～H　年　月　日						
2			H　年　月　日～H　年　月　日						
3			H　年　月　日～H　年　月　日						
4			H　年　月　日～H　年　月　日						
5			H　年　月　日～H　年　月　日						
6			H　年　月　日～H　年　月　日						
7			H　年　月　日～H　年　月　日						
8			H　年　月　日～H　年　月　日						
9			H　年　月　日～H　年　月　日						
10			H　年　月　日～H　年　月　日						

（注）1　他の勤務先については、当該医療機関以外に勤務する医療機関がある場合はその旨記入すること。
2　他の勤務先の勤務日時については、週当たりの時間数及び曜日を記入すること。
3　就業場所、派遣期間（原則1年、最長3年）、派遣元は、労働者派遣契約書等の各書類で確認して記入すること。
4　派遣労働者である医師の員数の算定は、当該医師の勤務実態により算定すること。

様式（2）

前回の不適合事項等改善状況調

病院名		保健福祉環境事務所名	

項目番号	項目内容	理由	指導方法		改善状況		確認及び指示事項
			改善指導	要望事項	済	未	

※　指導方法（改善報告・計画を徴する事項、要望事項）、改善状況（済、未）の区分欄のいづれかに○を記入すること。

様式（３）－１

第　　号
平成　　年　　月　　日

殿

保健福祉環境事務所長（印）

平成１８年度医療法第２５条第１項の規定に基づく立入検査の結果について

平成　　年　　月　　日、医療法（昭和２３年法律第２０５号）第２５条第１項の規定に基づき貴院に立入検査を行った結果を下記のとおり通知します。

つきましては、改善報告・計画を徴する事項の措置状況について、平成　　年　　月　　日までに報告して下さい。

なお、期限までに改善されない事項があれば、具体的にその理由及び今後の改善計画を付記してください。

（注）　下記の根拠法令中「法」とは「医療法」を、「令」とは「医療法施行令」を、「規則」とは「医療法施行規則」をいう。

記

1　改善報告・計画を徴する事項

項目番号	項目内容	根拠法令等	不適合・指導理由等

2　要望事項

項目番号	項目内容	関係法令等	要望理由等

様式（３）－２

第　　号
平成　　年　　月　　日

保健福祉環境事務所長　殿

病院開設者又は管理者　(印)

平成１８年度医療法第２５条第１項の規定に基づく立入検査結果の
不適合事項等の措置状況について（報告）

平成　　年　　月　　日付、第　　号で通知を受けました不適合事項等については、下記のとおり措置しましたので報告します。

記

項目番号	項目内容	改善措置状況

《未改善事項の理由及び具体的な改善計画》

項目番号	項目内容	未改善事項の理由及び具体的な改善計画

様式（4）－1

平成１８年度医師（歯科医師）充足状況一覧表

保健福祉環境事務所

開設者番号	病院種別番号	病院名	許可病床数	１日平均 入院患者数	１日平均 外来患者数	医師（歯科医師） 常勤	非常勤	現員 (A)	標準数 (B)	差引 (A)－(B)	充足率 (A)／(B)％	立入検査日

（１）開設者番号は、第１表施設表の（７）開設者の番号を記入すること。
（２）病院種別番号は、次の数字を記入すること。【１一般　２精神　３結核　４感染症　５特定機能】
（３）充足率は、１日平均入院患者、１日平均外来患者数に基づくこと。

様式（4）－2

平成１８年度看護師充足状況一覧表

保健福祉環境事務所

病院名	許可病床数	1日平均入院患者数	1日平均外来	看護師等		准看護師		現員(C)	看護師等充足率		
				常勤	非常勤	常勤	非常勤		標準数(D)	差引(C)－(D)	充足率(C)／(D)％

（1）充足率は、１日平均入院患者、１日平均外来患者数に基づくこと。

様式（4）－3

平成１８年度薬剤師・栄養士・看護補助者充足状況一覧表

保健福祉環境事務所

病院名	薬剤師				栄養士		看護補助者		
	現員 (E)	標準数 (F)	充足率 (E)/(F)%	薬免	要否	現員	現員 (G)	標準数 (H)	充足率 (G)/(H)%

（１）薬免の項目で、専属薬剤師免除の許可をとっている場合は、○を記入すること。
（２）栄養士の要否の項目は、１００床未満の病院については、×と記入すること。

様式（5）

感染性廃棄物処理に関する実態調査票

保健福祉環境事務所

医療施設名	所在地（市町村名）	処理形態		委託処理の場合			調査年月日	備考
		自己処理	委託	委託業者名	許可	併せ処理		

※記入上の注意

1　病院及び診療所ごとに別様とすること。

2　「処理の形態」は、最終処分まで医療施設が自ら処理している場合は「自己処理」、それ以外は「委託」の欄に○印を記入すること。

3　「許可」は、委託業者が特別管理産業廃棄物収集運搬業の許可を得ている場合は○印を記入すること。

4　「併せ処理」は、市町村が清掃事業において他の一般廃棄物と併せて、医療施設から排出される非感染性となる処理を経た廃棄物の処理を行っている場合において、医療機関が当該市町村に処理を委託している場合は○印を記入すること。

5　「調査年月日」は、立入検査を行った年月日（立入検査後変更があった場合は変更を確認した年月日）を記入すること。

様式（6）

医師・歯科医師の人員が医療法に定める従事者の標準数の
70%以下の病院の医療監視調査票

		実施年月日	平成　　年　　月　　日
病院側出席責任者		聴取責任者	
職名	氏名	職名	氏名

病院名		開設者	
所在地		電話番号	

離島地域等	1．離島　2．辺地　3．山村 4．過疎　5．1～4以外		一般	療養	精神	結核	感染症	計
病院種別	一般	病床数						
	精神							
	特定機能	経過措置等の有無	有・無（　　）					

○　検査結果

平成　　年度				平成　　年度			
入院患者　　人		外来患者　　人		入院患者　　人		外来患者　　人	
医師数				医師数			
標準数	実人員	過不足	充足率	標準数	実人員	過不足	充足率
人	人	人	%	人	人	人	%
歯科医師数				歯科医師数			
標準数	実人員	過不足	充足率	標準数	実人員	過不足	充足率
人	人	人	%	人	人	人	%

○　聴取結果

1　医療従事者の確保の困難な理由 （1）医師	
（2）歯科医師	

2　医師・歯科医師の充足率が昨年度と比較して低下している場合の理由	
3　昨年度以降、具体的に改善のために実施した内容	
4　充足のための計画と今後の見通し	
5　充足ができない場合の対応策	
6　診療報酬の請求に当たって入院基本料を減額しているか	減額している　　減額していない
7　減額していない場合の対応	減額する　　減額する予定はない

医療事故（件）等の報告書

（＿＿＿＿＿＿）保健福祉環境事務所

1　医療機関の概要

（1）名称

（2）所在地

（3）開設者

（4）管理者

（5）開設年月日　　年　　月　　日

（6）診療科目

（7）病床及び収容状況　　許可病床＿＿＿＿＿床　1日平均入院患者数＿＿＿＿＿人

1日平均外来患者数＿＿＿＿＿人

（8）従事者の配置状況

職種別	医師	歯科医師	薬剤師	看護師	准看護師	看護補助者	助産師	保健師	栄養士	診療放射線技師	臨床検査技師	臨床工学士	理学療法士	作業療法士	視能訓練士	歯科衛生士	その他
常勤																	
非常勤																	
常勤換算																	

2　事故の概要

（1）発生年月日・時間及び発生場所

（2）関係者の氏名、年齢、性、職務等

（3）事故（件）の原因、経過等（例：管理、看護、防災の対策・体制等）

3　事故後の措置等（保健福祉環境事務所、医療機関）

4　直近の医療監視、又は立入検査による問題点

5　その他参考事項

無資格者による医療行為に係る調査票

調査年月日
調査員
医療機関側の対応者
調査の方法

1　医療機関の概要
（1）医療機関名
（2）開設者名
（3）所在地
（4）管理者名
（5）許可病床数
（6）診療科目
（7）患者数（調査日現在）　1日平均入院（外来）患者数　　名（　　）名
入院患者数　（外来）患者数　　名（　　）名

（8）医療従事者の資格（業務）別人数［非常勤については時間数も把握する］

2　無資格者の従事の有無
（1）無の場合［（2）以下については、調査の必要なし］（確認方法）

（2）有の場合
①　期間

②　従事した時間又は件数及び頻度

③　従事者は誰か

④　無資格者による医療行為の具体的な内容

⑤　常時、無資格者による医療行為が行われているか、又は特定の状況の時に行われているのか、その時、医師はどのように関与していたか

⑥　無資格者が従事するようになった理由

⑦　相談者に対する行為の有無

3　今回の違法行為について、認識しているか

4　今後の医療機関の対応策

様式（７）－１

医療に係る安全管理に関する調査票【医療法施行規則第１１条関係】

NO 1

病院名		病床数	床	病院種別	一般 精神	保健所名	
						調査日	平成　年　月　日

調査項目	調査結果 ○・×	参考事項
1　医療に係る安全管理のための指針		
1-1 指針の策定年月日 （平成　年　月　日）	【参考】	【根拠法令】 医療法施行規則第１１条第１号 ・「指針」は、医療安全についての組織としての考え方や価値観を職員に対して示すものであり、職員が安全を最優先に考える価値観を育む基本となるべきものである。 そのため、「指針」は、職員全員に周知を図ることが求められる。
1-2 指針の変更年月日 （平成　年　月　日）	【参考】	
1-3-1 医療機関における安全管理に関する基本的な考え方が文書化されているか		
1-3-2 医療に係る安全管理のための委員会その他医療機関内の組織に関する基本的事項が文書化されているか		
1-3-3 医療に係る安全管理のための職員研修に関する基本方針が文書化されているか		
1-3-4 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針が文書化されているか		
1-3-5 医療事故等発生時の対応に関する基本方針が文書化されているか		
1-3-6 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針が文書化されているか		
1-3-7 その他医療安全の推進のために必要な基本方針が文書化されているか		
1-4 職員全員へ周知されているか	【参考】	※健康保険法の施設基準では、安全管理のための指針が整備され、安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていることと規定してある。
1-4-1 職員への周知方法 □各診療科・各部門ごとに配布 □職員へ全員に配布 □その他（　　）	【参考】	
2　医療に係る安全管理のための委員会（以下、安全管理委員会という。）		
2-1 安全管理委員会が設置されているか		【根拠法令】 医療法施行規則第１１条第２号 ・安全委員会の役割は、部門や職種を越えたシステム全体の立場から安全管理に関する方針を立案し、これが実施されるよう図る必要がある。
2-2 安全管理委員会の委員数（　　名）	【参考】	
2-3 安全管理委員会の管理及び運営に関する規程が定められているか		
2-4 重要な検討内容について、患者への対応状況を含め管理者へ報告されているか		
2-5 重大な問題が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに職員への周知が図られたいるか		・安全管理委員会は、医療機関の安全管理に責任をもつ管理者の方針を具体化させる存在として、権限をもって活動する必要がある。
2-5-1 重大な問題が発生した場合の周知方法 □各診療科・各部門ごとに配布 □職員へ全員に配布 □その他（　　）	【参考】	

2-6 安全管理委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査、見直しが行われているか		
2-7 安全管理委員会は月１回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は、適宜開催されているか		・安全管理委員会は、院内感染対策委員会等、他の医療安全に関わりのある委員会と連携をとって活動することが重要である。
2-7-1 安全管理委員会の開催頻度 □１回以上／１週間（□適宜開催） □１回以上／１月（□適宜開催） □１回以上／６月（□適宜開催） □実施していない		
2-7-2 直近の安全管理委員会の開催年月日 （平成　年　月　日）	【参考】	
2-8 各部門の安全管理のための責任者等で構成されているか		
2-8-1 安全管理委員会の委員の職種（複数選択可） □管理者 □医師（副院長・各診療科長等） □看護部長 □薬剤部長 □事務長 □その他（　）	【参考】	※健康保険法の施設基準では、安全管理の責任者等で構成される委員会を設置し、月１回程度開催することと規定している。
３　医療に係る安全管理のための職員研修（以下、研修会という。）		
3-1 医療機関全体に共通する安全管理に関する内容について、年２回程度研修会が開催されているか。また、必要に応じて研修会が開催されているか。		【根拠法令】 医療法施行規則第１１条第３号
3-1-1 研修会の開催頻度 □１回／１年　（□適宜開催） □２回以上／１年（□適宜開催） □実施していない		・個々の医療従事者等が安全に医療を提供するための能力の向上を図るためにも職員研修は重要となる。
3-1-2 直近の研修会の開催年月日 （平成　年　月　日）	【参考】	・新規採用者に対する職員研修でなく、日々進歩する医療技術や安全対策を中心とした継続的な職員研修も必要である。
3-1-3 研修会の対象者（複数選択可） □管理者 □医師 □看護師 □薬剤師 □事務職 □その他（　）	【参考】	※健康保険法の施設基準では、安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること。安全管理のための基本に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修計画に基づき、年２回程度実施されることが必要と規定してある。
3-2 研修会の実施内容について記録がなされているか		

4　医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策		
4-1 医療機関内で発生した事故の委員会への報告等、あらかじめ定められた手順や事例収集の範囲等に関する規程に従い事例を収集、分析することにより医療機関おける問題点を把握して、医療機関の組織としての改善策の企画立案やその実施状況の評価がされているか		【根拠法令】 医療法施行規則第１１条第４号 ・事例収集した情報を活用するためには、的確な原因分析に基づく改善策を講じ、必要な情報を関係部署に還元し、その後、改善策が遵守されているかをモニタリングする仕組みが必要となる。 ・改善策によって新たな誤りが発生しないよう、全体的な視点から精査することが必要である。 ・改善策の実施にあたっては、常にその結果を評価し、改善していくことが重要である。 ※健康保険法の施設基準では、院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通した改善策が実施される体制が整備されていることと規定してある。
4-1-2　医療事故等の委員会への報告内容について □報告内容の基準は設けていない □医療事故のみ報告を義務づけている □医療事故、インシデントとも報告を義務づけている	【参考】	
4-1-3 医療事故等の委員会への報告ルートが明確に定めているか		
4-1-4 重大な事故発生時に速やかに管理者へ報告するルートが明確に定められているか		
4-1-5 報告の対象者（複数選択可） □管理者 □医師 □看護師 □薬剤師 □その他（　　）	【参考】	
4-2 事故の場合の報告は、診療録や看護記録等に基づき作成されているか		

※調査結果の欄の記入要領

各項目について、適の場合は○、不適の場合は×を記載すること。また、□のある項目（例：1-4-1 職員への周知方法）については、該当の□に印（例：■）をつけること。

※健康保険法の施設基準について

調査票の参考事項の欄に下線記述している施設基準（平成１８年３月６日厚生労働省告示第９３号）

※参考資料

1「医療安全対策のための医療法施行規則一部改正について」（平成１４年８月３０日厚生労働省医政局総務課医療安全推進室）

2 県において、「県立病院医療事故防止標準マニュアル」を策定し、県のホームページに掲載しているので、事故防止マニュアルの策定、改訂時に参考にしてください。アクセス方法は下記のとおりです。
・福岡県のトップページ（http://www.pref.fukuoka.jp/）の画面の「保健、福祉、医療」を選択
・「保健、医療」の「県立病院医療事故防止標準マニュアル」を選択する

3「医療法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について」（平成１４年８月３０日医政発第0830001号厚生労働省医政局長通知）

4「医療法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について（特定機能病院における安全管理体制のための確保）」（平成１４年１０月７日医政発第1007003号厚生労働省医政局長通知）

5 医療安全対策ネットワーク整備事業による特定機能病院等から収集した「ヒヤリ・ハット事例」の集計・分析等の情報や研究成果等を提供しています。（http://www.hiyari-hatto.jp/）

様式（７）－２

医療に係る安全管理に関する調査票【特定機能病院・臨床研修病院及び事故等報告病院】

ＮＯ １

病院名		病床数	床	病院種別	一般 精神	保健所名	
						調査日	平成　年　月　日

調査項目	調査結果 ○・×	参考事項
1　専任の医療に係る安全管理を行う者（以下、安全管理者という。）の配置		
1-1 安全管理者を専任で配置しているか ※臨床研修病院については、兼任でも可		【根拠法令】 医療法施行規則第９条の２３第１号
1-2 安全管理者の職種 □医師 □歯科医師 □看護師 □薬剤師 □その他（　　）		・専任の安全管理者は、週のうち一定時間のみ当該業務に従事するといった業務形態では不可である。 ・安全管理者は、医師、歯科医師、薬剤師または看護師のいずれかの資格を有していること。
1-3 安全管理者は医療に係る安全管理を行う部門に所属しているか		
1-4 安全管理者は安全管理委員会の構成員に含まれているか		
1-5 安全管理者は医療安全対策の推進に関する業務に専ら従事しているか		
1-6 安全管理者の行うべき業務が確立され、マニュアル化されているか	【参考】	
2　医療に係る安全管理を行う部門（以下、安全管理部門という。）		
2-1-1 安全管理部門が設置されているか		【根拠法令】 医療法施行規則第９条の２３第２号
2-1-2 安全管理部門の職員数（　　名）	【参考】	・安全管理部門は、安全管理委員会で決定された方針に基づき設置されていること。
2-2-2 安全管理部門の職種（複数選択可） □管理者 □医師（管理者を除く） □看護師 □薬剤師 □事務職 □その他（　　）	【参考】	・安全管理部門は、安全管理者及びその他必要な職員で構成されていること。
2-3-1 安全管理委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存、その他安全管理委員会の庶務に関することがなされているか		
2-3-2 事故等に関する診療録や看護記録等への記載が正確かつ十分になされれていることの確認を行うとともに、必要な指導を行っているか		
2-3-3 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況について確認を行うとともに、必要な指導を行っているか		
2-3-4 事故等の原因究明が適切に実施されていることを確認するとともに、必要な指導を行っているか		
2-3-5 医療安全に係る連絡調整に関することを行っているか		
2-3-6 その他、医療安全対策の推進に関することを行っているか		

3　患者からの相談に適切に応じる体制の確保		
3-1 患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について、患者等に明示されていること。		【根拠法令】 医療法施行規則第９条の２３第３号
3-1-2 患者相談窓口担当職員の職種（複数選択可） □医師 □看護師 □薬剤師 □事務職 □その他（　　）	【参考】	・患者等からの苦情や相談は医療機関の安全対策等の見直しに活用されるものであること。
3-1-3 患者相談窓口の患者等への明示方法 □院内掲示 □文書を配布 □その他（　　）	【参考】	
3-2 患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱、相談情報　の秘密保護、管理者への報告等に関する規約が整備されているか		
3-3 相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮がなされているか。		
4　事故等報告書について（特定機能病院及び事故等報告病院の管理者）		
4-1 事故その他の報告を求める事案が発生したことがあるか。	【参考】 有・無	【根拠法令】 医療法施行規則第１２条 事故報告記載事項
4-1-2 事故その他の報告を求める事案が発生した場合には、当該事案が発生した日から二週間以内に報告書が作成されているか。	【参考】	イ誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案
4-1-3 事故その他の報告を求める事案が発生した場合には、当該事案に係る事故報告書を当該事案が発生した日から原則として二週間以内に事故分析事業を行う登録分析機関に提出しているか。	【参考】	ロ誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。）
4-2 事故報告書記載事項 □事故事案の発生日時、場所及び診療科名 □性別、年齢、病名その他の事故等事案に係る患者に関する情報 □職種その他事故事案に係る医療関係者に関する情報 □事故等事案の内容に関する情報 □その他事故等事案に関し必要な情報	【参考】	ハイ及びロに掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発防止に資する事案 ※大項目４（事故等報告書）については、特定機能病院、独立行政法人国立病院機構の開設する病院、学校教育法に基づく大学の附属施設である病院（病院分院を除く。）が該当する。

※調査結果の欄の記入要領

各項目について、適の場合は○、不適の場合は×を記載すること。また、□のある項目（例：1-2 安全管理者の職種）については、該当の□に印（例：■）をつけること。

様式（8）

院内感染防止対策チェックリスト

NO 1

病院名		病床数	床	種別	一般 精神	保健所名	
						調査日	年　月　日

番号	チェック項目	調査結果	参考事項
1	院内感染対策委員会		
	1　「院内感染対策委員会」を設置しているか。		＊ 健康保険法では、下記の施設基準が定めてある。 ・院内感染対策委員会は月１回程度、定期的に開催をされていること ・検査部において、各病棟の微生物学的検査に係る状況等を記した感染情報レポートが週１回程度作成され院内感染対委員会において十分活用される体制がとられていること。 レポートは、入院患者の各種細菌検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が病院の疫学情報として把握、活用の目的で作成されたものであり、各病棟から拭き取り等による細菌の検出状況を記すものではない。 ・院内感染対策委員会は、病院長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の知識のある医師等の職員から構成されていること ＊ 院内感染対策委員会の検討経過を議事録に残し、職員にフィードバックすることは、対策を進める上で重要である
	（設置している場合は、以下の項目について調査を行う）		
	1-1-1　委員会の委員の総数（　　名）		
	1-1-2　委員会の委員の職名（職種） 例：院長、看護部長、薬剤部長、検査部長、事務部長 感染症対策の経験を有する医師等 （　　）		
	1-2 委員会の開催頻度 □ 毎日　□ 週１回　□ 月１回 □ その他（　　）		
	1-3-1 感染情報レポートを作成しているか。 □ 毎日　□ 週１回　□ 月１回 □ その他（　　）		
	1-3-2　感染情報レポートの活用について		
	・感染情報レポートは院内感染対策委員会に報告されているか。		
	・委員会で、院内のＭＲＳＡ、結核、血流感染等の感染症患者の動向を分析しているか。		
	1-4-1 委員会の議事録を作成し保管しているか。		
	1-4-2 議事録の内容等についてフィードバックしているか		
	2　院内感染に対するマニュアルを作成しているか。		＊消毒・清掃等の技術、処理の改善方法などを討議して院内感染マニュアル を策定することが必要である。 ＊院内感染マニュアルには、基本的な報告規定、対処方法等の規定を記載す ＊各部門ごとのマニュアルは要点を１枚に簡潔にまとめ診療現場に掲示できるような体裁にした方が、現場の職員の注意を喚起するうえでは望ましい。 ＊院内感染マニュアルに基づき、院内感染防止対策を推進することが重要である。 ＊国が提供する研究成果物、最新の知見等を参考にマニュアルの更新を定期的に行うことが重要である。
	（作成している場合は、以下の項目について調査を行う）		
	2-1 マニュアルの規定内容について		
	2-1-1 標準予防策、感染経路及び種別毎の予防策の規定があるか。		
	2-1-2 感染が判明した場合の報告の規定があるか。		
	2-1-3 院内感染発生時の対処方法の規定はあるか。		
	2-2　医療従事者等に対するマニュアルの周知方法 □ 各診療科、各部門毎に配布 □ 職員全員に配布 □ その他（　　）		
	2-3　遵守状況を、どのようにして確認しているか。 （例：院内感染対策委員等が定期的に巡回し確認） （　　）		
	2-4　マニュアルのうち各部門毎に適用される項目の遵守状況について、部門毎に点検しているか。		
	2-5　マニュアルを定期的に見直し、更新しているか。 □ 更新している　□ 更新していない ・直近の更新年月日（　　年　月　日）		

番号	チェック項目	調査結果	参考事項
	3 職員に対して院内感染対策の研修を行っているか。		＊院内感染防止対策について、周知徹底や啓発のために、全職員に対し研修を行うことは重要である。 ＊外部研修を受講した場合は、できるだけ早い時期に、院内において伝達研修を行うことが重要である。 ＊感染防止の基本として、手袋・ガウン・マスク等の個人用防護具の使用方法等に関する研修を職員に対して行うことは重要である。
	3-1 研修を行っている施設は、下記について調査 ①昨年度の院内開催実績 ・開催回数（　　回）　出席者数（　　名） ②今年度の院内実施予定 ・開催回数（　　回）　対象者数（　　名） ③昨年度の院外研修参加実績 ・受講回数（　　回）　受講者数（　　名） ④今年度の院外研修参加予定 ・受講回数（　　回）　対象者数（　　名）		
	4 感染が判明又は、疑われる事例が発生した場合どのような対応を行ったか。 （・院内報告ルートに基づく届出実施・感染症法に基づく保健所への届出等）		＊報告が適切に行われ、院内の調査、院内清潔度や滅菌消毒業務の調査を委員会が中心となり行うことが重要である。
2	手指消毒		
	2-1 手洗いの励行はなされているか。		＊健康保険法の施設基準では、職員等に対し流水による手洗いによる励行を徹底させるとともに、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液を設置すること。ただし、精神病棟等において設置することが適切でないと判断される場合に限り携帯用速乾式消毒液を用いてもよいと規定している。 ＊手洗いの励行は感染経路を遮断する最も有効で簡単な方法である。 ＊ＭＲＳＡ等の主要な伝播経路は医療従事者の手指や手指により汚染された医療器具からといわれている。 ＊手洗いの励行状況を何らかの方法で定期的に確認することは重要である。 ＊手洗い後の手拭きは、ペーパータオル又は温風乾燥器が望ましい。 ＊使用済みタオルは、清潔な物と混在しないような管理が重要である。
	2-2 適切な手洗いの履行状況確認を行っているか。 （例：消毒薬の消費量等により確認、定期的に指導）		
	2-3 各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されているか。 ① 水道 ② 速乾式手洗い液等		
	2-4 患者処置の前後には必ず手指消毒を行っているか。		
	2-5 患者・家族への感染予防に関する説明がされているか		
	2-6 手洗い後の手拭きは、適切に行われているか。 □ 綿タオル　□ ペーパータオル　□ 温風乾燥機		
	2-7 綿タオル使用の際は、頻繁に取り替えられ、共用されていないか。		
	2-8 使用済みタオルの管理は適切か。		
3	清掃、施設管理		
	1-1 病院内の清掃（湿式清掃）は毎日行われているか。		＊病院内の清掃は毎日行う必要がある特に外部からの感染菌の持込みが多い外来部門では頻回の清掃が重要である ＊業務委託している場合は、業者が作成しているﾏﾆｭｱﾙを確認する必要がある
	1-2 標準作業マニュアルが作成されているか。		
	1-3 外部からの感染菌の持ち込みが多い外来部門では頻回の清掃がされているか。		

番号	チェック項目	調査結果	参考事項
	1-4 特に洗面所、便所、汚物処理室については、念入りな清掃消毒が行われているか。		＊汚れたモップを何度も使うことは、かえって汚れを広げる可能性もあり清潔な用具を使用することが必要である。また、一律に広範囲の環境消毒をする必要はない。 ＊中央材料部等は、使用済み器材を回収し浄化滅菌し供給する部門であり、回収器材の受入れ場所と滅菌器材の保管場所は区別されていなければならない。
	2 残飯は速やかに処理しているか。		
	3 食品を放置していないか。		
	4 汚物等の処理は速やかに行っているか。		
	5-1 手術室、中央材料部などは、非清潔、清潔の区域化を行い管理がなされているか。		
	5-2 清潔区域への出入りにおいて、個人用防御具（帽子、マスク、ガウン等）を適切に配備し、正しく着用しているか。		
	6 中央材料部等は、回収機材の受け入れ場所と滅菌器材の保管場所が区別されているか。		
4	滅菌、消毒		
	1-1 滅菌物の保管は、清潔な場所を選び、扉付きの保管庫等に収容されているか。		＊使用済みの医療材料については、可能な限り中央部門で一括して洗浄することが望ましい。 ＊滅菌は主に中央材料部等で行われるが滅菌物の保管は中央材料部だけでなく各病棟でも行われる。保管の際は、清潔な場所を選び、扉付きの保管庫等に収納することが望ましい。 ＊寝具類の洗濯業務を委託する場合は、感染症法第６条２項から４項に規定する感染症の病原体に汚染されているもの（汚染の恐れのあるものを含む。）は、院内で滅菌等を行った後でないと委託できないので留意すること
	1-2 標準作業マニュアルを作成しているか。		
	1-3 使用期限切れや水漏れ、包装の破損の場合、使用していないこと。		
	2 器材消毒等は、目的に応じた薬剤使用がなされているか （事例） ・鋼製小物、リネン、食器などは熱水、蒸気で行う方が適切と言われている。 ・分割使用の注射剤ﾊﾞｲｱﾙの消毒はｱﾙｺｰﾙが適切と言われている。 ・ほ乳瓶などの「食」に関する器材の消毒は消毒薬利用の場合は、次亜塩素酸ナトリウムを用いる方が適切と言われている。		

＊調査結果の記入方法
各項目について、該当している場合は○印、番号の記入、記述を行う。対象外であれば(―)印を記入する。
＊健康保険法の施設基準について
チェックリストの参考事項の欄に記述している下線の部分が施設基準である。

＊参考資料

1 平成１２年度厚生科学研究「院内感染の発症リスクの評価及び効果的な対策システムの開発等に関する研究」の分担研究として「エビデンスに基づいた感染制御」が作成され市販されている。
書籍名：「エビデンスに基づいた感染制御」　価格：本体４，０００円＋税
編　集：小林寛伊・吉倉　廣、荒川宜親　編集協力：厚生労働省医薬局安全対策課
発行所：株式会社 メヂカルフレンド社　０３－３２６４－６６１１
2 厚生省において、院内（施設内）における結核感染予防を目的とした手引きが作成された。
「結核院内（施設内）感染予防の手引き」について（平成１１年１０月８日健医感発第８９号厚生省保健医療局結核感染症課長通知）（http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1110/h1008-1_11.html）
3 透析医療機関における院内感染対策の推進について（平成１６年１１月２２日医政指発第1122001号・健疾発第1122001号医政局指導課長・健康局疾病対策課長連名通知））
「透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル（改訂版第２刷）」
4 院内感染対策有識者会議報告書が作成された。「院内感染対策有識者会議報告書について」（平成１５年９月２５日科発第0925001号・医政指発第0925001号・健総発0925001号・健感発0925001号厚生労働省大臣官房厚生科学課長、医政局指導課長、健康局総務課長、同局結核感染症課長連名通知）
5 「医療施設における院内感染の防止について」（平成１７年２月１日医政指発第０２０１００４号厚生労働省医政局指導課長通知）

様式（９）

個人情報保護に関する調査票

NO 1

医療機関名		病床数	床	医療機関種別	保健所名	
				病院・診療所	調査日	平成　年　月　日

調査項目	調査結果 ○・×・－	参考事項
個人情報取扱事業者の該当の有無	有・無	
１　利用目的の特定等（法第１５条、第１６条）		
1-1 個人情報を取り扱うにあたって、その利用目的をできる限り特定しているか。また、あらかじめ本人の同意を得ないで、特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱っていないか。		・医療関係が医療サービスを希望する患者から個人情報を取得する場合、医療サービスの提供、医療保険事務、入退院等の病棟管理などで利用することは、患者にとって明らかであると考えられる。 ＊明らかな利用目的 ・医療提供、医療保険事務、入退院等の病棟管理、会計等、医療事故報告、他の医療機関等との連携等、家族への病状説明、外部医師の意見・助言を求める場合、検体検査　業務等の委託、保険事務委託等、事業者から委託を受けた場合、その事業者への報告等 これら以外で、個人情報を利用する場合は患者にとって必ずしも明らかな利用目的とはいえない。 ＊法令に基づく場合、公衆衛生の向上特に必要な場合、身体・財産保護のため必要な場合等は適用外である。
1-2 個人情報を取得する時点で、本人の同意があったにもかかわらず、その後、本人から利用目的の一部について同意を取り消す旨申出があった場合は、その後の個人情報の取扱いについては、本人の同意が取り消されなかった範囲に限定して取り扱っているか。		
1-3 事業者は合併その他の事由により他の業者から事業を継承することに伴って個人情報を取得した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、承継前の利用目的の範囲を超えて、当該個人情報を取り扱っていないか。		
２　利用目的の通知等（法第１８条）		
2-1 個人情報の取得にあたって、あらかじめ利用目的を公表しているか、又は取得後速やかに本人に通知し、又は公表しているか。		・特定した利用目的を院内掲示等により公表する場合には、単に公表しておくだけでなく、患者・利用者等が十分理解できるよう受付時に注意を促したり、希望があれば書面の交付を行うなど、個々の患者のニーズに適切に対応していくことが求められる。 ・保険証の提出や問診票の記入を求める場合等本人から直接書面に記載された当該本人の個人情報を取得する場合は、あらかじめ、本人に対し、利用目的を院内掲示等により明示しなければならない。
2-2 利用目的を変更した場合は、変更された利用目的について、本人に通知し、又は公表しているか。		
2-3 患者・利用者等の希望がある場合、詳細な説明や当該内容を記載して書面の交付を行っているか。	【参考】	
2-4 院内掲示等患者への公表については、受付近くに表示し、初診時、入院時の患者等に対して、注意を促しているか。	【参考】	
３　個人情報の適正な取得、個人データ内容の正確性の確保（法第１７条、第１９条）		
3-1 適正な方法により個人情報を取得しているか。但し、本人以外の家族等から取得することがやむを得ない場合等については、この限りではない。		・第三者提供により他の医療関係事業者から個人情報を取得したとき、当該個人情報の内容に疑義が生じたときは、本人又は情報提供を行った者に確認をとる。 ・個人情報保護の推進を図るため委員会等を設置し、具体的なルール策定、研修等を行うことが望ましい。
3-2 利用目的に必要な範囲内において、個人データを正確かつ最新の内容に保つよう努めているか。		
3-3 個人情報保護の推進を図るため委員会等を設置しているか。	【参考】	

調査項目	調査結果 ○・×・－	参考事項
4　安全管理措置、従業者の監督及び委託先の監督（法第２０条～第２２条）		
4-1 取扱い個人データの漏えい、滅失又はき損の防止その他個人データの安全管理のために必要かつ適切な措置が講じられているか。		・安全管理措置として考えられる事項 ①個人情報保護に関する規定の整備公表 ②個人情報保護推進の組織体制等の整備 ③個人データの漏えい等の問題が発生した場合等における報告連絡体制の整備 ④雇用契約時における個人情報保護に関する規定の整備 ⑤従業者に対する教育研修の実施 ⑥物理的安全措置 ⑦技術的安全管理措置 ⑧個人データの保存 ⑨不要となった個人データの廃棄、消去 ・その他業務を委託する場合の取扱い、外部保存を行う場合の取扱い、個人情報漏えい等の問題発生における二次被害の防止に努める。
4-2 従業者（医療資格者のみならず、当該事業者の指揮命令を受けて業務に従事する者全て含み、理事、派遣労働者等も含む）に個人データを取り扱わせるにあたって、個人データの安全管理が図られるよう、従業者に対する必要かつ適正な監督がなされているか。		
4-3 個人データの取扱いを委託する場合には、個人データの安全管理が図られるよう、委託を受けた者に対して、適切な監督を行っているか。		
5　個人データの第三者提供（法第２３条）		
5-1 個人データを第三者提供する場合には例外を除いて本人の同意を得ているか。		・第三者提供の該当例 ①民間保険会社からの照会 ②職場からの照会 ③学校からの照会 ④マーケティング等を目的とする会社等からの照会 ・第三者提供の例外については本人の同意を得る必要はない。 ・「第三者」に該当しない場合 ①検査業務を委託する場合 ②外部監査機関への情報提供 ③特定の者と共同利用するとしてあらかじめ本人に通知している場合 ・同一事業所内での情報提供（研修利用等を除く）
5-2 個人データの第３者提供について本人の同意があった場合で、その後、本人から第三者提供の範囲の一部についての同意を取り消す旨申出があった場合は、その後の個人データの取扱いについては、本人の同意があった範囲に限定して取り扱っているか。		
5-3 個人データを特定の者と共同利用する場合であって、利用目的又は個人データの管理責任者の氏名若しくは名称を変更する場合には、あらかじめ、本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態に置かれているか。		
6　保有個人データに関する事項の公表等（法第２４条）		
6-1 保有個人データに関し、下記の事項について、本人の知り得る状態（本人の求めに応じて遅滞なく回答する場合も含む）に置かれているか。 □個人情報取扱事業者の氏名又は名称 □すべての保有個人データの利用目的(例外を除く) □本人からの求めによる保有個人データの開示、訂正及び利用停止等の手続及びその手数料 □苦情の申出先等		・保有個人データについて、その利用目的、開示、訂正、利用停止等の手続の方法及び利用目的の通知又は開示に係る手数料の額、苦情の申出先等について、少なくとも院内等への掲示、さらにホームページ等によりできるだけ明らかにするとともに、患者・利用者等からの要望により書面を交付したり問い合わせがあった場合に具体的内容について回答できる体制を確保する。
6-2 識別される保有個人データの利用目的の通知を求められたとき、及び利用目的を通知しない旨決定したときは、本人に対して、遅滞なく、その旨を通知しているか 。		

調　査　項　目	調査結果 ○・×・－	参　考　事　項
7　本人からの求めによる保有個人データの開示（法第２５条）		
7-1 本人から、識別される保有個人データの開示を求められたときは（例外を除く）、本人に対し、書面の交付等の方法により、遅滞なく、当該保有個人データを開示しているか。		・法定代理人等、開示の求めを行い得る者から開示の求めがあった場合、原則として患者本人に対し保有個人データの開示を行う旨の説明を行った後、開示の求めを行った者に対して開示を行う。 ・保有個人データの全部又は一部について開示しない旨決定した場合、本人に対するその理由説明に当たっては、文書により示すことを基本とする。また、苦情への対応を行う体制についても併せて説明することが望ましい。
7-2　開示の方法 □書面による □開示の求めを行った者が同意した方法 （　　）	【参考】	
8　訂正及び利用停止（法第２６条、第２７条）		
8-1 本人から、保有個人データの訂正等、利用停止等第三者への提供停止を求められた場合に、その求めが適正であると認められるときは、これらの措置を行っているか。		・保有個人データの訂正等にあたっては、訂正した者、内容、日時等がわかるように行わなければならない。 ・保有個人データの字句などを不当に変える改ざんは、行ってはならない。
8-2 訂正等や利用停止等の措置を行ったとき、又は行わない旨を決定したときは、本人に対し、遅滞なくその旨を通知しているか。		
9　開示等の求めに応じる手続及び手数料（法第２９条、第３０条）		
9-1 開示の求めについての受付方法を定めているか。		・個人情報保護法では、実費を勘案して合理的と認められる範囲内であれば手数料を徴収できる。
9-2 合理的であると認められる範囲内において、手数料を定めているか。		
１０　理由の説明、苦情対応（法第２８条、第３１条）		
10-1利用目的を通知しない旨、保有個人データを開示しない旨、本人の求めによる訂正及び利用停止を行わない旨等を通知する場合に、本人に対し、その理由を説明するよう努めているか。		・苦情への対応を行う窓口等の整備や苦情への対応の手順を定めるなど必要な体制の整備に努めなければならない。
10-2個人情報の取扱いに関する苦情の適正かつ迅速な処理に努めているか又その整備に努めているか。		

※調査結果の欄の記入要領

各項目について、適の場合は○、不適の場合は×、該当なし等の場合は－を記載すること。また、□のある項目（例：6-1 保有個人のデータ）については、該当の□に印（例：■）をつけること。

※参考資料

(1) 医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会により取りまとめられた「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確保に関する活動を支援するためのガイドライン」（平成１６年１２月２４日医政発第１２２４００１号医政局長、医薬品局長、老健局長通知：平成１８年４月２１日改正）

(2) 「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ドライン」に関するＱ＆Ａ（事例集）（平成１７年３月作成：平成１８年４月２１日改訂版）

上記の資料は厚生労働省のホームページからダウンロードできます。
アドレス（ http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/index.html ）

福岡県医療監視実施要領別冊

平成１８年度立入検査基準

福 岡 県

検査基準　（平成１８年度）

検査基準の説明

1　判定は、項目番号（例１－４）の付されている検査項目ごとに行う。
2　判定の表示は、検査項目に適合している場合は「○」、適合していない場合は「×」を、検査の対象とならない検査項目については「－」をそれぞれ検査表第２表に記入する。
3　項目、備考欄【参考】で適合していない場合は、要望事項となること。
4　判定に当たって検査対象施設が全くない場合は、その施設に関する検査項目はすべて適合していないもとして取り扱う。

項目番号	項目	根拠法令等	摘要	備考
1	医療従事者		医療監視の前に、事前提出書類「医療従事者充足状況調(様式(1)-1)・職員名簿(様式(1)-2～6)等」を確認しておくこと。 ・監視時の確認事項を整理しておく ・法定人員の計算式を職種毎に確認 ＊医師・歯科医師の人員が医療法に定める従事者の標準数の７０％以下であった場合（又は、監視において判明した場合）は、様式(6)による聴取を行うこと。	
1-1	医師 患者数に対応した数の医師がいるか。	医療法第21条第1項第1号（以下「法21.1.1」等という。） 医療法施行規則第19条第1項第1号（以下「則19.1.1」等という。）	医師の員数の標準の計算方法は次によること。 ①精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を３をもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。）の数と外来患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。）の数を2.5（耳鼻いんこう科又は眼科については、5）をもって除した数との和（特定数）が52までは３とし、特定数が52を超える場合には当該特定数から52を減じた数を16で除した数に３を加えた数とすること。	（計算事例１） 入院患者数　一般　90 療養　50 精神　30 結核　25 とすると 外来患者数　250 (90+50/3+30/3(*a)+25+250/2.5(*b)-52(*c))/16+3(*d)= (90+16.666･･･(*e)+10+25+100-52)/16+3= 189.6/16+3=14.85（人） ……（医師標準数） (*a)…大学附属病院等は30/1 (*b)…眼科、耳鼻いんこう科は 5 (*c)…療養病床が50%を上回る病院は36 (*d)…療養病床が50%を上回る病院は 2 (*e)…端数が出る場合、小数点第２位を切り捨て小数点第１位までとする （経過措置） ①病院又は診療所の管理者が平成２４年３月３１日までに、当該病院の精神病床又は療養病床の転換（精神病床又は療養病床の病床数を減少させるとともに、当該病院の施設を介護老人保健施設、軽費老人ホーム（老人福祉法（昭和３３年法律第133号）第２０条の６

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
		法22の2.1.1 則22の2.1.1	②特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、入院患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。）の数と外来患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。）の数を2.5をもって除した数との和を８で除した数 なお、医師免許取得後２年以上経過していない医師については員数に含めない。 （平5.2.15健政発第98号参照）	に規定する軽費老人ホームをいう。）その他の要介護支援者その他の者を入所又は入居させるための施設の用に供することをいう。）するとして都道府県知事に届け出た精神病床又は療養病床に関し、転換の対象となる精神病床又は療養病床（以下「転換病床」という。）については、入院患者数に応じた医師配置の標準数を現行の療養病床に係る48:1から96:1へと緩和することとする。 なお、転換病床のみを有する病院については、医師配置の最低数を２とする。
		則43の2	③医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。）又は100人以上の患者を入院させるための施設を有し、その診療科名中に内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科を含む病院であって、精神病床を有する病院については、療養病床に係る病室の入院患者の数を３をもって除した数と、療養病床に係る病室以外の病室の入院患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。）の数と外来患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。）の数を2.5（耳鼻いんこう科又は眼科については、５）をもって除した数との和（特定数）が52までは３とし、特定数が52を超える場合には当該特定数から52を減じた数を16で除した数に３を加えた数。	（省令附則第52条第１項、第３項関係） ②へき地等の地域に所在する病院として医療法施行規則第５０条の許可を受けた病院であって、転換病床の届出を行った病院に係る医師配置の標準数は①の数に0.9を乗じた数（ただし最低数は３（又は２））とする。 （省令附則第52条第２項、第４項関係）

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
		則49	④療養病床の病床数の全病床数に占める割合が100分の50を超える病院については、当分の間、上記に基づき算出された和が「36までは2」とし、算定された和が36を超える場合には当該特定数から36を減じた数を16で除した数に2を加えた数とする。	
		則50	⑤則50.1の規定により、法第7条第2項の許可を受けた病院については、許可を受けた日から起算して3年を経過するまでの間、特例的に、当該病院の医師配置標準を現行の算定式の90%相当に緩和する。ただし、医師3人という最低の員数は下回らないものとする。(則49の適用を受けた病院は、医師2人という最低の員数は下回らないものとする。)	(特例が認められる病院) ○次の要件がすべて該当する病院 ｱ.次に掲げる地域をその区域内に有する市町村又はこれに準ずる市町村の区域に所在するものであること。 ｱ)離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域 ｲ)辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律に規定する辺地 ｳ)山村振興法の規定により振興山村として指定された山村 ｴ)過疎地域自立促進特別法に規定する過疎地域 ｲ.当該病院が所在する地域における医療提供施設の整備の状況等からみて、当該地域の医療を確保する上で必要かつ不可欠であると認められるものであること。 ｳ.必要な医師を確保するための取組を行っているにもかかわらず、なお医師の確保が著しく困難な状況にあると認められること。 ※「これに準ずる市町村」とは、人口当たりの医師数が全国平均を下回っている市町村を想定。

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
1- 2	歯科医師 患者数に対応した数の歯科医師がいるか。	法21.1.1 則19.1.2.イ 法21.1.1 則19.1.2.ロ 法22の2.1.1 則22の2.1.2	歯科医師の員数の標準の計算方法は次によること。 ①歯科（矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科を含む。）専門の病院については、入院患者の数が52までは３とし、それ以上16又はその端数を増すごとに１を加え、さらに外来患者についてその病院の実状に応じた必要数を加えた数とすること。 ②その他の病院については、歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者の数が16までは１とし、それ以上16又はその端数を増すごとに１を加え、さらに歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者についてその病院の実状に応じて必要と認められる数を加えた数とすること。 ③特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者の数が８又はその端数を増すごとに１以上とし、さらに歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者についての病院の実状に応じて必要と認められる数を加えた数とすること。	病院の実状に応じた必要数 歯科医師１人１日当たり取扱い外来患者数は概ね２０人

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
1- 3	薬剤師 患者数に対応した数の薬剤師がいるか。	法21.1.1 則19.1.3	薬剤師の員数の標準の計算方法は次によること。 ①精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を１５０をもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者の数を７０をもって除した数と外来患者に係る取扱処方せん数の７５をもって除した数とを加えた数（その数が１に満たないときは１とし、その数に１に満たない端数が生じたときは、その端数は１として計算する。）	*専属薬剤師免除許可（医療法第１８条ただし書きの規定）を受けている病院専属薬剤師免除許可は、専属（常勤と同義）の薬剤師の設置義務を免除する趣旨であり、許可を受けている場合であっても、常勤換算後１名以上の非専属の薬剤師が勤務していることを確認すること （計算事例３） 入院患者数　一般　90 療養　50 精神　35 結核　25 とすると 外来取扱処方箋数　100 90/70+50/150+35/150(*)+25/70+100/75=1.2+0.3+0.2+0.3+1.3=3.3≒４（人） ……（薬剤師標準数） (*)…大学附属病院等は35/70
		法22の2.1.1 則22の2.1.3	②特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、入院患者の数が３０又はその端数を増すごとに１以上とし、調剤数８０又はその端数を増すごとに１を標準とすること。	
		則43の2	③医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。）又は100人以上の患者を入院させるための施設を有し、その診療科名中に内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科を含む病院であって、精神病床を有する病院については、療養病床に係る病室の入院患者の数を１５０をもって除した数と、療養病床に係る病室以外の病室の入院患者の数を７０をもって除した数と外来患者に係る取扱処方せんの数を７５をもって除した数とを加えた数（その数が１に満たないときは１とし、その数に１に満たない端数が生じたときは、その端数は１として計算する。）	

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
1-4	看護師 患者数に対応した数の看護師（准看護師を含む。）がいるか。	法21.1.1 則19.1.4	看護師の員数の標準の計算方法は次によること。 ①療養病床に係る病室の入院患者の数を４をもって除した数と、精神病床及び結核病床に係る病室の入院患者の数を４をもって除した数と、感染症病床及び一般病床に係る病室の入院患者（入院している新生児を含む。）の数を３をもって除した数とを加えた数（その数が１に満たないときは１とし、その数に１に満たない端数が生じたときは、その端数は１として計算する。）に、外来患者の数が３０又はその端数を増すごとに１を加えた数 また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔外科においてはそのうちの適当数を歯科衛生士とすることができる。 ②精神病床を有する病院については、当分の間、精神病床に係る病室の入院患者の数を５をもって除した数（その数が１に満たないときは１とし、その数に１に満たない端数を生じたときは１として計算する。）を精神病床に係る病室の入院患者の数を４をもって除した数（その数が１に満たないときは１とし、その数に１に満たない端数が生じたときは１として計算する。）から減じた数を看護補助者とすることができる。 （附則第２０条）	（経過措置） ①看護師の配置については、平成２３年度末（平成２４年３月３１日）までの期間については、療養病床に係る病室の入院患者の数を６をもって除した数と、精神病床及び結核病床に係る病室の入院患者の数を４をもって除した数と、感染症病床及び一般病床に係る病室の入院患者（入院している新生児を含む。）の数を３をもって除した数とを加えた数（その数が１に満たないときは１とし、その数に１に満たない端数が生じたときは、その端数は１として計算する。）に、外来患者の数が３０又はその端数を増すごとに１を加えた数 また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔外科においてはそのうちの適当数を歯科衛生士とすることができる。 （省令附則第１条、第２条関係） （計算事例４） 入院患者数　一般　90 療養　50 精神　35　とすると 結核　25 外来患者数　400 ・入院(90/3(*)+50/6+35/4+25/4)= 30+8.3+8.7+6.2=53.2≒54 ・外来(400/30)=13.3≒14 ・入院＋外来　(54+14)=６８（人） ……（看護師等標準数）

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
				②病院又は診療所の管理者が平成２４年３月３１日までに、当該病院の精神病床又は療養病床の転換（精神病床又は療養病床の病床数を減少させるとともに、当該病院の施設を介護老人保健施設、軽費老人ホーム（老人福祉法（昭和３３年法律第133号）第２０条の６に規定する軽費老人ホームをいう。）その他の要介護者、要支援者その他の者を入所又は入居させるための施設の用に供することをいう。）するとして都道府県知事に届け出た精神病床又は療養病床に関し、経過的に下記の措置を講ずる。 転換の対象となる精神病床又は療養病床（以下「転換病床」という。）における看護師及び准看護師の配置を9:1、看護補助者の配置を9:2とする。 （省令附則第52条第２項、第４項関係） 看護師及び准看護師並びに看護補助者の配置の取扱いについて、転換病床については、入院患者に対する看護師及び准看護師の配置標準が9:1、看護補助者の配置が9:2とされるが、看護師及び准看護師について、転換病床を含めて病院全体としての員数を上回って配置している場合には、標準を超えた分の員数については、看護補助者の員数として算入して差し支えないこととする。
		法22の2.1.1 則22の2.1.4	③特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、入院患者（入院している新生児を含む。）の数が２又はその端数を増すごとに１と外来患者の数が３０又はその端数を増すごとに１を加えた数以上 また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔外科においてはそのうちの適当数を歯科衛生士とすることができる。	（計算事例５） 入院患者数　550人 外来患者数　330人 とすると 入院　550÷2＝275 外来　300÷30＝10 275＋10＝285（人） ……看護師の標準数

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
		則43の2	④医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。）又は100人以上の患者を入院させるための施設を有し、その診療科名中に内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科を含む病院（特定機能病院を除く。）であって、精神病床を有する病院については、療養病床に係る病室の入院患者の数を６をもって除した数と、結核病床に係る病室の入院患者の数を４をもって除した数と、結核病床及び療養病床以外の病床に係る病室の入院患者（入院している新生児を含む.）の数を３をもって除した数とを加えた数（その数が１に満たないときは１とし、その数に１に満たない端数が生じたときは、その端数は１として計算する。）に、外来患者の数が３０又はその端数を増すごとに１を加えた数 また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔外科においてはそのうちの適当数を歯科衛生士とすることができる。	
	【参考】 看護師等確保推進者	看護師等の人材確保の促進に関する法律第12条 同法施行規則第1条	看護師等の員数が定められた員数の７割に満たない場合、看護師等確保推進者を置くこととされていること ＜検査対象＞ 看護師の員数が標準人員の７割に満たない病院 （７割未満となる月が３ヵ月連続している状態）	＜確認方法＞ *看護師等確保推進者 （　　） ＊ 雇用契約（具体的に）

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
1-5	看護補助者 定められた数の看護補助者がいるか。	法21.1.1 則19.1.5	療養病床に係る病室の入院患者の数が４又はその端数を増すごとに１ ＜検査対象＞ 療養病床、精神病床を有する病院 *精神病床の特例 （附則第２０条）	（経過措置） ①看護補助者の配置については、平成２３年度末（平成２４年３月３１日）までの期間については、療養病床に係る病室の入院患者の数が６又はその端数を増すごとに１とすることができる。 ②転換の対象となる精神病床又は療養病床（以下「転換病床」という。）における看護師及び准看護師の配置を9:1、看護補助者の配置を9:2とする。 看護師及び准看護師並びに看護補助者の配置の取扱いについて、転換病床については、入院患者に対する看護師及び准看護師の配置標準が9:1、看護補助者の配置が9:2とし、看護師及び准看護師について、転換病床を含めて病院全体としての員数を上回って配置している場合には、標準を超えた分の員数については、看護補助者の員数として算入して差し支えないこととする。 ※「看護補助者」とは、医師、看護師等の指示に基づき、看護の補助として介護に当たる者を意味し、特段の資格を必要とはしない。
1-6	栄養士 定められた数の栄養士がいるか。	法21.1.1 則19.1.6 法22の2.1.1 則22の2.1.5	①100床以上の病院に１ ②特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、１以上の管理栄養士がいること。	
	助産師	法21.1.1 法22の2.1 則19.1.4 則22の2.1.4 則43の2	※産婦人科又は産科を有する病院産婦人科又は産科の患者に対する看護師（准看護師を含む。）の員数のうちの適当数を助産師とする。	適当数 産婦人科又は産科の入院患者がいる場合に１人以上

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
2	管　理			
2-1	医療法上の手続は適正に行われているか。	法7.1 法7.2 法22 法27 令4.1 令4の2 令4の3 則22 則24～則29		病院の最新の平面図を利用
			1. 病院の構造設備は使用の許可を受けているか。 <検査対象> すべての病院	<確認方法> ① 事前に使用許可の書類を確認 ② 院内巡視の際、使用許可を行った直近の申請書類の建物平面図で確認
			2. 病院開設許可後の開設届及び届出事項に変更を生じたときにその届出がなされているか。 <検査対象> すべての病院	<確認方法> ① 事前に開設後の届出、開設許可事項に関する変更届出の書類を確認 ② 院内巡視の際に届出内容を確認
			3. 病院の開設許可を受けた後に厚生労働省令で定める事項を変更したときその許可を受けているか。 <検査対象> すべての病院	<確認方法> ① 事前に変更許可申請の書類を確認 ② 院内巡視の際に許可内容を確認
			4. 地域医療支援病院又は特定機能病院として定められた事項を有し承認を受けているか。 <検査対象> 地域医療支援病院または特定機能病院	<確認方法> ① 法定施設の有無について施設表で確認 ② 承認を受けた許可書を確認
			5. 診療用放射線装置の設置、設置変更、廃止の届出をしていること。 <検査対象> 診療用放射線装置を持っている病院	<確認方法> 院内巡視の際に確認 診療用放射線装置とは エックス線装置、診療用高エネルギー放射線発生装置、診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、放射性同位元素装備診療機器、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
			(1) 監視当日に病院に指示する事項 ・当日の病棟・病室の患者数がわかる書類 ・前日の外来患者数がわかる書類 (2) 病院報告を利用し確認すること。 (3) 1～4が守られていなかった場合、理由を聴取すること。	
2- 2	患者の入院状況	則10. 1. 1～ 則10. 1. 6 則30の15. 1 則30の15. 2	1. 病室に定員を超えて患者を入院させていないこと。(ただし、臨時応急の場合を除く。) <検査対象> すべての病院	<確認方法> ① 院内巡視の前に検査日当日の入院患者数を確認（病室毎に） ② 院内巡視の際に確認(サンプリング) ＊許可病床数をオーバーしていないか ＊病室に定員以上の患者を収容していないか。 (許可申請時図面、ベット数、ﾅｰｽｺｰﾙ、名札等で確認)
			2. 病室以外の場所に患者を入院させていないこと。(ただし、臨時応急の場合を除く。) <検査対象> すべての病院	<確認方法> 院内巡視の際に処置室・予備室等に注意して確認
			3. 精神病患者又は感染症患者をそれぞれ精神病室又は感染症病室以外の場所に入院させていないこと。(ただし、臨時応急の場合を除く。) <検査対象> 精神病床又は感染症病床を有する病院	<確認方法> ① 院内巡視の際に確認 ② 精神病患者・感染症患者をそれぞれの病室以外に収容していないこと。 ③ 合併症患者の治療の確認（説明聴取）
			4. 病毒感染の危険のある患者からの感染を防止するために適当な措置をとっていること。 <検査対象> 結核病床、感染症病床を有する病院及び当該患者が入院している病院	<確認方法> 院内巡視及び看護日誌・感染防止マニュアル等で確認 【適当な措置】 ①当該患者を他の患者と同室に入院させないこと。 ②当該患者を入院させた室を消毒せずに他の患者を入院させないこと。 ③当該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ないこと。
			5. 診療用放射線照射装置若しくは診療用放射線照射器具を持続的に体内に挿入して治療を受けている患者又は診療用放射性同位	<確認方法> 治療中の入院患者数を聴取し、院内巡視の際に治療病室で実際に確認する。

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
			元素若しくは陽電子断層撮影診療用放射性同位元素により治療を受けている患者を放射線治療病室以外の病室に入院させないこと。 <検査対象> 診療用放射線照射装置若しくは診療用放射線照射器具又は治療に使用する診療用放射性同位元素若しくは陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を有する病院	
			6. 放射線治療病室に上記5に規定する患者以外の患者を入院させないこと。 <検査対象> 放射線治療病室をもつ病院	<確認方法> ①許可病床：　　室　　床 ②院内巡視の際に治療病室で実際に確認する。
2- 3	新生児の管理が適切に行われているか。	法15.1 法20 則19.1.4	<検査対象> 産科又は産婦人科を標榜する病院	・看護師の勤務割表で確認
			1. 新生児に対して必要な管理体制及び看護体制がとられていること。	1. <確認方法>説明聴取 ①必要な看護体制がとられていること。 ＊看護要員：（　　名） ＊責任体制：（責任者　　） ②新生児の識別が適切に行われていること。 ＊識別の方法 （　　） ＊識別の時期 （　　）
			2. 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ること。	2. <確認方法>説明聴取 ＊避難場所（収容場所）： （　　） ＊避難に必要な器具： （　　）

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
2- 4	宿直体制は整っているか。	法16	医業を行う病院にあっては医師を宿直させていること。ただし、医師がその病院に隣接した場所に居住している場合において都道府県知事の許可を受けているときはこの限りでない。 ＊宿直免除の許可を受けている場合（非対象） （宿直免除の許可時と現状が合致していること） 許可番号： 許可年月日：	＜確認方法＞ 宿直日誌、診療担当表等で確認 隣接した場所の範囲 （昭30.2.9医収第62号「医療法第１６条但書の解釈について」） （昭25.7.18医収第385号「医療法第１６条の疑義について」）
2- 5	医薬品の取扱いが適正にされているか。	法15.1 法20 則14	1. 毒薬又は劇薬が他のものと区別されていること。毒薬を貯蔵配置する場所に施錠がされていること。	＜確認方法＞ ＊調剤所（薬局）、看護師詰所、手術室等で分離して保管されていること。 ＊毒薬の保管庫が施錠されていること。 （薬事法第４８条第１項及び第２項）
			2. 毒薬及び劇薬の直接容器又は直接の被包にそれぞれの表示がなされていること。	＜確認方法＞ それぞれの表示がされていること ＊表示 毒薬：黒地に白枠白字で品名及び「毒」の字 劇薬：白地に赤枠赤字で品名及び「劇」の字 （薬事法第４４条第１項及び第２項）
			3. その他の薬剤についてもその管理及び取扱いが適正に行われていること。	＜確認方法＞ ＊調剤所（薬局）、看護婦詰所、手術室等で医薬品の保管状況の確認 【参考】 麻薬、向精神薬、覚せい剤については、麻薬及び向精神薬取締法、覚せい剤法により別途規制が行われていることに留意する。 （麻薬及び向精神薬取締法第27条、第33条、第34条、第50条16.21.23及び覚せい剤取締法第16条、第20条、第22条）

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
				【参考】 毒物及び劇物については、毒物及び劇物取締法により別途規制が行われていることに留意する。 （毒物及び劇物取締法第11条、第12条1.3、第16条の2） （法第11条関係：昭52.3.26薬発第313号）
			4. 調剤所について衛生上、防火上適切な配慮がなされていること。	＜確認方法＞ ＊引火性の薬品等が火気の近くに保管されていないこと。 ＊薬品棚の転倒防止策をとっていること。 引火のおそれのある薬品等の例 アルコール類、エーテル類、ベンゼン、クロロホルム等
2- 6	医療用具等は清潔な状態に保たれ、かつ、保守管理が十分に行われているか。	法20	1. 医療用具及び看護用具が清潔を保つよう十分手入れがなされていること。	＜確認方法＞ 院内巡視の際に診察室、処置室、材料室、ナースセンター等にある器具等の清潔管理の確認 ＊器具等の消毒、滅菌方法 （　　） ＊医療用具及び看護用具の消毒、滅菌等に関する記録が保管されていること ＊医療用具及び看護用具が廊下等に放置されていないこと。
			2. 病棟における諸設備は清潔に保たれていること。	＜確認方法＞ 院内巡視の際に確認 ＊ベット、マットレス等の寝具類及び病室内の清潔整頓 実施方法： 実施回数： ＊便所及び便器の清潔保持 実施回数：
2- 7	調理機械、器具の清潔保持及び保守管理	法15.1 法20 則20.1.8	給食施設の施設・設備について清潔が保持され衛生上適切な管理が行われていること。	＜確認方法＞ ＊調理用機械器具及び食事運搬車の手入れが十分になされているか。 （衛生日誌等の記録により作業手順や実施状況を確認） ＊食器の消毒が適切に行われているか。 （衛生日誌等の記録により作業手順や実施状況を確認）

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
	【参考】 食品等の保管取り扱いが適切か。	食品衛生法第3条	＊食品等の保管取扱いが衛生的に行われていること。 ＊従業員の作業被服の清潔が保持されていること。	＜確認方法＞ 調理場の食品貯蔵庫及び冷蔵庫等で生鮮食品の鮮度の確保や清潔保持が十分になされていること。 洗濯の間隔などを確認
	【参考】 給水施設は定められた基準に適合しているか。	水道法第34条第1項 同法第34条の2第2項 同法施行規則第10条 同法施行規則第14条 同法施行規則第23条 同法施行規則第24条	定期又は臨時の水質検査が行われていること。	＜確認事項＞ ＊給水施設：上水道・井戸水 ＊専用水道を使用する病院 (ｱ) 色及び濁り並びに消毒の残留効果に関する検査（１日１回） (ｲ) 化学的分析及び細菌検査等の水質検査（１月１回） （水質検査結果書及び記録確認） ＊簡易専用水道を使用する病院 (ｱ) 公的機関の検査を受けていること。（年１回） (ｲ) 受水槽の掃除が行われていること。（年１回） （簡易専用水道検査結果書及び記録確認）
2- 8	職員の健康管理	法15.1	職員について定期的な健康診断を行う等適切な健康管理体制が確立されていること。	1　定期健康診断を実施し、その記録が保管されていること。 （従業員名簿を利用して検査を行う） ＜確認方法＞ 健康診断結果の記録で職員全員・必要な項目がすべて実施していること。 ① 採用時の健診 （労働安全衛生規則第４３条） ＊健診方法： ＊時期： ＊未実施者（全ての項目を実施していない者） ＊未実施項目（全ての者が実施していない項目）

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
				＜検査項目＞ 1. 既往歴及び業務歴の調査 2. 自覚症状及び他覚症状の有無 3. 身長・体重・視力・聴力 4. 胸部エックス線 5. 血圧 6. 貧血（赤血球数・血色素量） 7. 肝機能（GOT. GPT. r-GTP） 8. 血中脂質（総コレステロール・HDLコレステロール・トリグリセライド） 9. 血糖 10. 尿中の糖及び蛋白の有無 11. 心電図 （＊健康診断項目の省略はできない。） ②定期健康診断（年に１回） （労働安全衛生規則第44条、第45条） ＊健診方法： ＊時　　期： ＊未実施者（全ての項目を実施していない者） ＊未実施項目（全ての者が実施していない項目） ＜検査項目＞ 1. 既往歴及び業務歴の調査 2. 自覚症状及び他覚症状の有無 3. 身長・体重・視力・聴力 4. 胸部エックス線及び喀痰 5. 血圧 6. 貧血（赤血球数・血色素量） 7. 肝機能（GOT. GPT. r-GTP） 8. 血中脂質（総コレステロール・HDLコレステロール・トリグリセライド） 9. 血糖 10. 尿中の糖及び蛋白の有無 11. 心電図 ＊省略基準（医師の判断） 3. 身長＝２０歳以上 3. 聴力＝４５歳未満（３５．４０歳を除く）で他の方法可 4. 喀痰＝胸部エックス線で病変なし等 6. 7. 8. 9＝４０歳未満（３５歳を除く） 10. 尿中の糖＝血糖実施時 11. 心電図＝４０歳未満（３５歳を除く）

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
				③特定業務従事者健診（夜勤者等） （労働安全衛生規則第４５条） （当該業務への配置転換の際及び６月以内ごとに１回） ＊健診方法： ＊時　　期： ＊未実施者（全ての項目を実施していない者） ＊未実施項目（全ての者が実施していない項目） <検査項目> 1. 既往歴及び業務歴の調査 2. 自覚症状及び他覚症状の有無 3. 身長・体重・視力・聴力 4. 胸部エックス線及び喀痰 5. 血圧 6. 貧血（赤血球数・血色素量） 7. 肝機能（GOT. GPT. r-GTP） 8. 血中脂質（総コレステロール・HDLコレステロール・トリグリセライド） 9. 血糖 10. 尿中の糖及び蛋白の有無 11. 心電図 ＊胸部エックス線検査は１年以内ごとに１回 ＊省略基準（医師の判断） 3. 身長＝２０歳以上 3. 聴力＝４５歳未満（３５．４０歳を除く）で他の方法可 (年２回中の１回) 4. 喀痰＝胸部エックス線で病変なし等 6. 7. 8. 9＝４０歳未満（３５歳を除く） 35歳・40歳以上は年２回中の１回 10. 尿中の糖＝血糖実施時 11. 心電図＝４０歳未満（35歳を除く） ④非常勤職員に対する健診 健康診断結果の把握を行っていること。

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
				2　定期健康診断の結果、異常等が発見された職員に対し、必要な措置がとられているか （労働安全衛生規則第61条） ＜確認方法＞ ＊異常者の措置 ・職員への結果の連絡方法 ・再検査結果の確認方法 3　給食関係職員については、毎月１回以上定期的な健康診断（例えば細菌学的検便）を行っていること。なお、定期健康診断の結果、異常が発見された患者、病原体保有者に対し、必要な措　置をとること。 （労働安全衛生規則第47条） ＜確認方法＞ ＊細菌学的検便検査を毎月１回以上実施していること ＊異常者、保有者の措置 4　放射線関係職員については、法令に基づく健康診断を実施していること （電離放射線障害防止規則第56条） ＜検査の対象＞ 放射線作業従事者、管理区域随時立入者 ＜確認方法＞ 被ばく歴の有無及びその評価、白血球等の血液検査、白内障に関する眼の検査、皮膚の検査 ＊雇い入れ、当該業務に配置換えの際及び６か月以内ごと （但し、被ばく歴の有無及びその評価以外は、医師の判断により省略あり）

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
2-9	広告違反行為はないか。	法69.1.1～ 法69.1.11 法69.4 法70 法71 令5の11 則42の3	1.医療法第69条第１項及び同法第71条第１項に掲げる事項以外の事項を広告していないこと。	＜確認方法＞ 病院の玄関の広告板等に医療法第６９条第１項以外の広告事項がないことを院内巡視の際に確認 ＊広告できる事項 ・医師又は歯科医師である旨 ・診療科目 ①医業については、内科、心療内科、精神科、神経科（神経内科）、呼吸器科、消化器科（胃腸科）、循環器科、アレルギー科、リウマチ科、小児科、外科、整形外科、形成外科、美容外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、皮膚泌尿器科（皮膚科又は泌尿器科）、性病科、肛門科、産婦人科（産科又は婦人科）、眼科、耳鼻咽喉科、気管食道科、リハビリテーション科、放射線科 ②歯科医業については、歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科 ③麻酔科については、従事する医師又は歯科医師の氏名を併せて広告すること。 ・病院又は診療所の名称、電話番号、所在地 ・常時診療に従事する医師又は歯科医師の氏名 ・診療日又は診療時間 ・入院施設の有無 ・紹介することができる他の病院又は診療所の名称 ・診療録その他の診療に関する諸記録に係る情報を提供することができる事項 ・院内掲示義務の対象となっている事項 ・厚生大臣が定める事項 「医療法第69条第１項第11号の規定に基づき、医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項」 （平14.3.29厚生労働省告示第１５号） ④「医療法第７１条第１項第７号の規定に基づく助産師の業務又は助産所に関して広告しうる事項」 （平成）5.2.3厚生省告示第２４号）

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
			2. 厚生労働省令で定める広告の方法及び内容に関する基準に違反しないこと。	<確認方法> 病院の玄関の広告板等を院内巡視の際に確認 ①提供する医療の内容が他の病院、診療所又は助産所と比較して優良である旨を広告してはならない。 ②提供する医療の内容に関して誇大な広告を行ってはならない。
			3. 広告の内容が虚偽にわたってはならないこと。	<確認方法> 病院の玄関の広告板等を院内巡視の際に確認
2-10	安全管理のための体制が確保されているか。	法15.1 則11 則9の23	1. 医療に係る安全管理のための指針を整備すること。 <検査対象> すべての病院	「医療に係る安全管理のための指針」は次に掲げる事項を文書化したものであり、また、医療に係る安全管理のための委員会において策定及び変更するものであること。 ア医療機関における安全管理に関する基本的な考え方 イ医療に係る安全管理のための委員会その他医療機関内の組織に関する基本的事項 ウ医療に係る安全管理のための職員研修に関する基本方針 エ医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針 オ医療事故等発生時の対応に関する基本方針 カ患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 キその他医療安全の推進のための必要な基本方針
			2. 医療に係る安全管理のための委員会を開催すること。 <検査対象> すべての病院	「医療に係る安全管理のための委員会」（以下「安全管理委員会」という。）とは、医療機関内の安全管理の体制の確保及び推進のために設けるものであり、次に掲げる基準を満たす必要があること。 ア安全管理委員会の管理及び運営に関する規程が定められていること。 イ重要な検討内容について、患者への対応状況を含め管理者へ報告すること。

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
				ウ重大な問題が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに職員への周知を図ること。 エ安全管理委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し見直しを行うこと。 オ安全管理委員会は月１回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催すること。 カ各部門の安全管理のための責任者等で構成されていること。
			3. 医療に係る安全管理のための職員研修を実施すること。 ＜検査対象＞ すべての病院	①「医療に係る完全管理のための職員研修」は、医療に係る安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について当該医療機関の職員に周知徹底を行うことで、個々の職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員として意識の向上等を図るものであること。 ②本研修は、医療機関全体に共通する安全管理に関する内容について、年２回程度定期的に開催するほか、必要に応じて開催すること。また、研修の実施内容について記録すること。
			4. 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること。 ＜検査対象＞ すべての病院	①「医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策」は、医療機関内で発生した事故の安全管理委員会への報告等、あらかじめ定められた手順や事例収集の範囲等に関する規程に従い事例を収集、分析することにより医療機関における問題点を把握して、医療機関の組織としての改善策の企画立案やその実施状況を評価するものであること。 ②重大な事故の発生時には、速やかに管理者へ報告すること等を含むものであること。なお、事故の場合にあっての報告は診療録や看護記録等に基づき作成すること。

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
			5. 専任の医療に係る安全管理を行う者を配置していること。 （但し、臨床研修病院については兼任でも可） ＜検査対象＞ 特定機能病院及び臨床研修病院	「専任の医療に係る安全管理を行う者」（以下「安全管理者」という。）は、当該病院における医療に係る安全管理を行う部門の業務に関する企画立案及び評価、病院内における医療安全に関する職員の安全管理に関する意識の向上や指導等の業務を行うものであり、次に掲げる基準を満たす必要があること。 ①医師、歯科医師、薬剤師又は看護師のうちいずれかの資格を有していること。 ②医療安全に関する必要な知識を有していること。 ③当該病院の医療安全に関する管理を行う部門に所属していること。 ④当該病院の医療に係る安全管理のための委員会（以下、「安全管理委員会」という。）の構成員に含まれていること。 ⑤医療安全対策の推進に関する業務に専ら従事していること。
			6. 医療に係る安全管理を行う部門を設置していること。 ＜検査対象＞ 特定機能病院及び臨床研修病院	「医療に係る安全管理を行う部門」（以下「安全管理部門」という。）とは、安全管理者及びその他必要な職員で構成され、安全管理委員会で決定された方針に基づき、組織横断的に当該病院内の安全管理を担う部門であって、次に掲げる業務を行うものであること。 ①安全管理委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び保存、その他安全管理委員会の庶務に関すること。 ②事故等に関する診療録や看護記録等への記載が正確かつ十分になされれていることの確認を行うとともに、必要な指導を行うこと。 ③患者や家族への説明など事故発生時の対応状況について確認を行うとともに、必要な指導を行うこと。 ④事故等の原因究明が適切に実施されていることを確認するとともに、必要な指導を行うこと。 ⑤医療安全に係る連絡調整に関すること。 ⑥その他、医療安全対策の推進に関すること。

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
			7. 患者からの相談に適切に応じる体制を確保していること。 ＜検査対象＞ 特定機能病院及び臨床研修病院	「患者からの相談に適切に応じる体制を確保すること」とは、当該病院内に患者相談窓口を常設し、患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保するものであり、次に掲げる基準を満たす必要があること。また、これらの苦情や相談は医療機関の安全対策等の見直しにも活用されるものであること。 ①患者相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について、患者等に明示されていること。 ②患者相談窓口の活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規約が整備されていること。 ③相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮がなされていること。
2-11	院内感染対策のための体制が確保されているか。	法15.1 則9の23	8. 専任の院内感染対策を行う者を配置していること。 ＜検査対象＞ 特定機能病院	「専任の院内感染対策を行う者」は、当該病院における院内感染対策を行う部門の業務に関する企画立案及び評価、病院内における職員の院内感染対策に関する意識の向上や指導等の業務を行うものであり、次に該当する者であること。 ①医師、歯科医師、薬剤師又は看護師のうちのいずれかの資格を有していること。 ②院内感染対策に関する必要な知識を有していること。 ＊「専任の院内感染対策を行う者」は、就業規則における通常の勤務時間の少なくとも半分以上の時間を院内感染対策業務に従事していること。 （平15.11.5事務連絡）

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
2-12	事故報告書の提出	法15.1 則12	9. 特定機能病院及び事故等報告病院の管理者は、事故等事案が発生した場合には、当該事故等事案に係る事故等報告書を当該事故等事案が発生した日から原則として二週間以内に、登録分析機関に提出しなければならない。	(1) 対象医療機関 特定機能病院及び事故等報告病院 (国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構の開設する病院、学校教育法に基づく大学の附属施設である病院(病院分院は除く)) (2) 登録分析機関 財団法人日本医療機能評価機構 (平16.10.1厚生労働省告示372号参照) (3) 医療機関における事故等の範囲 ① 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案。 ② 誤った医療又は管理を行ったことは明らかではないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。） ③ 前二号に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事案。 (4) 報告を求める項目 ① 当該事案が発生した日時、場所及び診療科名 ② 性別、年齢、病名その他の当該事案に係る患者に関する情報 ③ 職種その他の当該事案に係る医療関係者に関する情報 ④ 当該事案の内容に関する情報 ⑤ 前各号までに掲げるもののほか、当該事案に関し必要な情報

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
3	帳票・記録			
3- 1	診療録	法15. 1 法25	適切に作成された診療録が適切に管理、保存されていること。	＜確認方法＞ 1. 診療録の記載事項については医師法第24条第１項及び同法施行規則第23条により確認 ①診療を受けた者の住所・氏名・性別及び年齢 ②病名及び主要症状 ③治療方法（処方及び処置） ④診療の年月日 （１患者に対して診療にあたる医師が複数名いる場合には、署名をすることが望ましい） 2. 診療録は医師法第24条第２項により５年間これを保存することと規定されている。
3- 2	助産録	法15. 1 法25	適切に作成された助産録が適切に管理、保存されていること。 ＜検査対象＞ 助産師がその業務に従事している病院	＜確認方法＞ 1. 助産録の記載事項については保健婦助産婦看護婦法第42条第１項及び同法施行規則第34条により ①妊産婦の住所、氏名、年齢及び職業 ②分娩回数及び生死産別 ③妊産婦の既往疾患の有無及びその経過 ④今回妊婦の経過、所見及び保健指導の要領 ⑤妊娠中医師による健康診断受診の有無（結核、性病に関する検査を含む。） ⑥分娩の場所及び年月日時分 ⑦分娩の経過及び処置 ⑧分娩異常の有無、経過及び処置 ⑨児の数及び性別、生死別 ⑩児及び胎児附属物の所見 ⑪産じょくの経過及びじょく婦、新生児の保健指導の要領 ⑫産後の医師による健康診断の有無と規定されている。 2. 助産録は保健師助産師看護師法第42条第２項により５年間これを保存することと規定されている。

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
3-3	診療に関する諸記録等	法21.1.9 則20.1.10	①過去2年間の診療に関する諸記録が適正に整理保管されていること。	診療に関する諸記録 ア病院日誌（病院の経営管理に関する総合的特記事項の日誌） イ各科診療日誌（各科別の診療管理上の総括的事項の日誌並びに看護に関する記録日誌） ウ処方せん（患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称、及び所在地又は医師の住所を記載し、記名押印又は署名されたもの） エ手術記録（手術室の管理及び各科の利用状況などの事項の記録） オ検査所見記録（検査室において行われた検査結果の記録） カエックス線写真 キ入院患者及び外来患者の数を明らかにする帳簿（注：病院日誌に記入されていても差し支えない。）
	特定生物由来製品の使用にかかる記録	則14		＜確認方法＞ ①患者氏名・住所 ②特定生物由来製品の名称 ③製造番号又は製造記号 ④使用日　　（薬事法第68条の9） （記録については、診療録とは別に簿冊を用いて保存することが望ましい）
	調剤済みの処方せんの記載事項	法15.1 薬剤師法26条	調剤済みの処方せんに必要な記載事項はあるか	＜確認方法＞ ①調剤済みの旨（その調剤によって当該処方せんが調剤済みとならなかったときは調剤料） ②調剤年月日 ③調剤した薬剤師の記名押印又は署名 ④その他薬剤師法施行規則第15条に定める事項
	照射録	法15.1 診療放射線技師法第28条第1項 同法施行規則第16条	照射録に必要な事項が記載されているか ＜検査対象＞ 診療放射線技師、診療エックス線技師が業務に従事している病院	＜確認方法＞ ①照射を受けた者の氏名、性別及び年齢 ②照射の年月日 ③照射の方法（具体的かつ詳細に記載すること） ④指示を受けた医師又は歯科医師の氏名及びその指示の内容 ⑤照射について指示を与えた医師又は歯科医師の署名

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
		法22の2.3 則22の3.2	②特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、過去２年間の診療に関する諸記録が適正に整理保管されていること。	診療に関する諸記録 ア病院日誌 イ各科診療日誌 ウ処方せん エ手術記録 オ看護記録 カ検査所見記録 キエックス線写真 ク紹介状 ケ退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約
		法22の2.4 法22の3.3	③特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、過去２年間の病院の管理及び運営に関する諸記録が適正に整理保管されていること。	病院の管理及び運営に関する諸記録 ア従業者数を明らかにする帳簿 イ高度の医療の提供の実績 ウ高度の医療技術の開発及び評価の実績 エ高度の医療の研修の実績 オ閲覧実績 カ紹介患者に対する医療提供の実績 キ入院患者、外来患者及び調剤の数を明らかにする帳簿
3-4	エックス線装置等に関する記録が適正になされているか。	則30の21 則30の22 則30の23.1 則30の23.2	1.装置又は器具の１週間当たりの延べ使用時間をその使用する室ごとに帳簿に記載し、これを１年ごとに閉鎖し、閉鎖後２年間保存していること。(ただし、その室の画壁等の外側が所定の線量当量率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。) <検査の対象> 診療用放射線装置を持っている病院	<確認方法> 線量測定結果で確認又は許可・届出時の書類等で確認 1.所定の線量当量率

診療室等	装　置　等	所定の実効線量率
治療用エックス線装置を使用しないエックス線診療室	治療用エックス線装置以外のエックス線装置	40マイクロシーベルト毎時
治療用エックス線装置を使用するエックス線診療室	エックス線装置	20マイクロシーベルト毎時
診療用高エネルギー放射線発生装置使用室	診療用高エネルギー放射線発生装置	

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
				診療用放射線照射装置使用室 / 診療用放射線照射装置 / 20マイクロシーベルト毎時 診療用放射線照射器具使用室 / 診療用放射線照射器具器具 / 60マイクロシーベルト毎時
			2. 医療法施行規則第30条の23第2項に規定する診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素又は放射性同位元素によって汚染された物の廃棄に関する帳簿の記載が適正に行われていること。また、帳簿を1年ごとに閉鎖し、閉鎖後5年間保存していること。 ＜検査の対象＞ 診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素を有する病院	＜確認方法＞ 放射性同位元素の入手、使用、廃棄、残量の帳簿の確認 (1) 核種毎に整理作成していること (2) 医療法施行規則第28条第1項の届出内容の確認方法 ・届出以外の核種が使用されていないか ・1日最大使用量、3ヶ月及び年間最大使用量の確認方法 (使用量の日計及び月計の作成) (3) 廃棄時の書類の確認（アイソトープ協会発行の書類） ・廃棄年月日：　年　月　日引き渡し ＊必要な記載事項 ①入手、使用又は廃棄の年月日 ②入手、使用又は廃棄に係る診療用放射線照射器具の型式及び個数並びに診療用放射線照射器具に装備する放射性同位元素、診療用放射性同位元素、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素又は放射性同位元素によって汚染された物の種類及びベクレル単位をもって表わした数量 ③使用した者の氏名又は廃棄に従事した者の氏名並びに廃棄の方法及び場所
			3. 放射線障害が発生するおそれのある場所について、所定の方法により診療開始前及び開始後1か月に1回以上放射線の量及び放射性同位元素による汚染の状況が測定され、その結果に関する記録が5年間保存されていること。（ただし、固定されたエックス線装置等でしゃへい壁等	3. 放射線障害が発生するおそれのある場所（測定場所） ①放射線の量……エックス線診療室、診療用高エネルギー放射線発生装置使用室、診療用放射線照射装置使用室、診療用放射線照射器具使用室、放射性同位元素装備診療機器使用室、診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室、貯蔵施

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
			が一定のときは6か月に1回以上測定すること。又、排気口及び排水口における汚染状況の測定は排気若しくは排水のつど又は連続して行うこと。） ＜検査の対象＞ 診療用放射線装置を持っている病院	設、廃棄施設、放射線治療病室、管理区域の境界、病院内の人が居住する区域、病院の敷地の境界 界、病院内の人が居住する区域、病院の敷地の境界 ②放射性同位元素による汚染の状況……診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素により治療を受けている患者を収容する放射線治療病室、排水（気）設備の排水（気）口、排水（気）監視設備のある場所、管理区域の境界 ＜確認事項＞ ＊測定結果書を5年間保存していること ＊測定器の校正日：　年　月　日 測定結果記載事項 ア測定年月日、測定場所、測定値及び1週間及び3月間当たりの線量（算定による場合はその根拠） イ測定に用いた測定器の型式 ウ測定器の動作確認を行った事項 エ測定者の氏名及び管理責任者の確認 ①についての測定結果書で確認 測定日（6ヶ月を超えない期間毎に1回） ②についての測定結果書で確認 測定日（1か月を超えない期間毎に1回） 排気、排水の測定記録確認（自動測定した記録用紙
			4. 治療用エックス線装置、診療用高エネルギー放射線発生装置及び診療用放射線照射装置の放射線量が6か月に1回以上線量計で測定され、その結果に関する記録が5年間保存されていること。 ＜検査の対象＞ 治療用エックス線装置、診療用高エネルギー放射線発生装置、診療用放射線照射装置を有する病院	＜確認方法＞ ＊測定日（年2回） 年　月　日・　年　月　日 ＊測定器： ＊1週間の使用時間の確認（許可時間との整合性）

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
3-5	院内掲示 見やすい場所に定められた事項が掲示されているか。	法14の2.1 則9の3 則9の4	病院の管理者が見やすい場所に掲示すべき事項 ①管理者の氏名 ②診療に従事する医師又は歯科医師の氏名 ③医師又は歯科医師の診療日及び診療時間 ④建物の内部に関する案内	①②③は、病院の入口、受付又は待合所付近の見やすい場所に掲示されていること ＊④は、各診療科の位置、各病棟の位置等を図面、標識等で示すこと また、案内図は最新の許可と合致すること

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
4	業務委託			
4- 1	検体検査	法15の2 則9の8	規則で定める基準に適合するものに委託していること。 業務案内書、標準作業書等及び施設基準等を確認すること。 <検査の対象> ①院内のブランチラボに委託している病院 ②衛生検査所に外部委託している病院 ＊委託先： ③他の病院に外部委託している	<確認方法> 業務委託の範囲については、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」(平5.2.15健政発第98号) ①については、委託契約書、標準作業書等で規則で定める基準に適合していること確認すること。 ②については、必ずしも委託契約を締結する必要がないことから、検査依頼書、検査報告書等により衛生検査所に委託していることを確認すること。 ③については、専門性の高い検体検査業務に限る。 「専門性の高い検体検査業務」の範囲は次のとおりとする。 ア病理学的検査（イに該当するものを除く。） イ検体中の核酸又は遺伝子を対象としたいわゆる遺伝子検査 (平成17.3.15医政総発第0315001号)
4- 2	滅菌消毒	法15の2 則9の9	規則で定める基準に適合するものに委託していること。 ＊委託先：	
4- 3	食事の提供	法15の2 則9の10	規則で定める基準に適合するものに委託していること。 ＊委託先：	
4- 4	患者等の搬送	法15の2 則9の11	規則で定める基準に適合するものに委託していること。 ＊委託先：	
4- 5	医療機器の保守点検	法15の2 則９の12	規則で定める基準に適合するものに委託していること。 ＊委託先：	医療ガスの保守点検指針にしたがって、行われていること。 「診療の用に供するガス設備の保安管理について」 (昭63.7.15健政発第410号)
4- 6	医療ガスの供給設備の保守点検	法15の2 則9の13	規則で定める基準に適合するものに委託していること。 ＊委託先：	

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
4- 7	洗濯	法15の2 則9の14	規則で定める基準に適合するものに委託していること。 ＊委託先：	
4- 8	清掃	法15の2 則9の15	規則で定める基準に適合するものに委託していること。 ＊委託先：	
4- 9	感染性廃棄物の処理	法20	感染性廃棄物の処理を業者に委託する場合は適切な業者を選定して委託するなど、感染性廃棄物が汚染源とならないよう適切な処理を行うこと。	＊委託から収集、運搬、保管等について検査を行い適合の判断を行う。
	委託	廃棄物の処理及び清掃に関する法律第12条の2第4項 同法施行令第6条の6 同法施行規則第8条の16の3 同法第12条の3第1項 同法施行規則第8条の19 同法施行規則第8条の20 同法施行規則第8条の21 同法施行規則第8条の26	1. 委託者が、特別管理産業廃棄物運搬業、処分業の許可を受けていること。 2. 委託契約書に決められた事項が記載されていること。 3. 感染性産業廃棄物を委託収集、運搬及び処理を行う際に決められた事項が記載されている特別管理産業廃棄物管理票を交付していること。 4. 委託した感染性産業廃棄物が適切に収集、運搬及び処理されたことを特別管理産業廃棄物管理票により確認し、保管していること。	＜確認方法＞ 業者が受けている許可証の写しを保管していること。 ＜確認方法＞ ＊委託契約書の記載事項 （廃棄物の処理及び清掃に関する法律施行規則第８条の１６の３） ＊収集運搬業者、処理業者が異なる場合、それぞれと契約すること。 ＜確認方法＞ ＊感染性産業廃棄物を受託業者に引き渡すつど交付していること。 （廃棄物の処理及び清掃に関する法律施行規則第８条の２０） ＊管理票記載事項 （廃棄物の処理及び清掃に関する法律施行規則第８条の２１） ＜確認方法＞ ＊交付した特別管理産業廃棄物管理票と処理業者から返送されてきた写しを共に５年間保管していること。

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
	特別管理産業廃棄物の管理	同法第12条の2第6項 同法第12条の2第7項 同法施行規則第8条の17	特別管理産業廃棄物管理責任者を定めていること。 ＊資格を有している特別管理産業廃棄物管理責任者を配置して廃棄物の処理業務を行っていること。	＜確認方法＞ 特別管理産業廃棄物管理責任者： ＊特別管理産業廃棄物管理責任者の資格 例：医師、看護師、臨床検査師等
	帳簿	同法第12条の2第12項 同法第7条第11項 同法第7条第12項 同法施行規則第8条の18	感染性産業廃棄物の処理の実績について必要事項を記載した帳簿を保存していること。	＜確認方法＞ ＊感染性産業廃棄物の処理の実績についての帳簿は1年ごとに閉鎖し5年間保存されていること ＊記載の必要事項 （廃棄物の処理及び清掃に関する法律施行規則第８条の１８）
	収集・運搬・保管	同法第12条の2第2項 同法施行令第6条の5第1号イ 同法施行令第6条の5第1号ニ 同法施行規則第8条の13	1. 感染性廃棄物を他の廃棄物と分別して収集・運搬及び保管していること。	1. 梱包された感染性廃棄物が飛散・流出することのないような容器を使用すること 例：(1) 鋭利なものは耐貫通性のある堅牢な容器を使用する。 (2) 固形状のものは丈夫なプラスチック袋を二重にして使用する。 (3) 液状のものは廃液等が漏洩しないように密閉容器を使用する。 ※排出事業者が自分で運搬する場合の留意事項 ・産業廃棄物を運搬する車両には表示及び書面の携帯が必要である。 （運搬車両の表示） ・排出事業者が自分で運搬する場合は産業廃棄物を収集運搬している旨の表示 ・排出事業者名 （書類の携帯義務） ・氏名または名称および住所 ・運搬する産業廃棄物の種類・数量 ・運搬する産業廃棄物を積載した日、積載した事業場の名称、所在地、連絡先 ・運搬先の事業場の名称、所在地、連絡先 （もっぱら特定家電や廃　自動車だけの運搬、会社の敷地内のみでの運搬についてはこの限りではない。）

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
			2. 感染性廃棄物を収納した容器に感染性廃棄物である旨及び取扱い時の注意事項を表示していること	2. 関係者が感染性廃棄物であることを識別できるようにし、その性状（液状、固、形状等）を明確にし取り扱う際に注意すべき事項が表示されていること 例：性状により異なった色のバイオハザードマークを使用する。 (1) 液状、泥状　→　赤色 (2) 固形状　→　橙色 (3) 鋭利なもの　→　黄色 ＊注意事項の例（廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル） 「感染性廃棄物の適正処理について」 （平16. 3. 16環廃産発第040316001号）
			3. 保管場所は関係者以外が立ち入れないようになっていること	3. 保管は保管施設により行い周囲に囲いなどを設けること。 スペースの関係上保管施設を設けることが困難である場合は、関係者以外がみだりに立ち入ることができない所で保管すること ＊感染性一般及び産業廃棄物のそれぞれについて別の形態及び方式で処理を行う場合はこれらも区別して保管していること
4-10	医療用放射性汚染物の廃棄	則30の14の2	「医療法施行規則第30条の14の2第1項の診療用放射性同位元素又は放射性同位元素によって汚染された物の廃棄の委託を受ける者を指定する省令」（平13. 9. 28厚生労働省令第202号）により指定されている者に委託していること。 医療用放射性汚染物の処理を業者に委託する場合においては、医療用放射性汚染物が医療機関内の放射線汚染源とならないよう、廃棄施設内（保管廃棄設備）において適切な管理を行うこと。	陽電子断層撮影診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素によって汚染された物を廃棄する場合は、これら以外の物が混入又は付着しないよう封及び表示をし、７日間を超えて管理区域内の廃棄施設において保管廃棄する場合に限り、保管廃棄施設を設けることを要しない。 （則30条の11第1項第6号及び第4項並びに平成16年厚生労働省告示306号参照）

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
5	防火・防災体制			
5- 1	防火管理者及び消防計画	法20 法23	防火管理者を定め、消防計画を作成するなど適切な防火体制を整えていること。	1. 防火管理者の資格 （消防法施行令第３条、同法施行規則第２条） 2. 消防計画に定める事項 （消防法施行規則第３条第１項）
5- 2	防火・消火用の設備	法20 則16. 1. 15 則16. 1. 16	防火・消火上必要な設備が整備されていること。	1. 消火設備の例 消火器、水バケツ、水槽、乾燥砂、屋内消火栓、スプリンクラー、泡消化器、化学薬品による消火設備、屋外消火栓、動力消防ポンプ等 2. 警報設備の例 自動火災報知器、警鐘、ハンドマイク、手動式サイレン、非常ベル、放送設備、自動式サイレン等 3. 避難設備の例 避難はしご、すべり台、救助袋、緩降機、避難橋、誘導灯、誘導標識等 （消防法第１７条、同法施行令第７条） 4. 防火・消火上必要な設備の点検がされていること。 ＜確認方法＞ 定期点検記録簿等で確認 （消防法第１７条）
5- 3	防災及び危害防止対策	則16. 1. 1	診察の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備について危害防止上必要な方法を講じていること。	危害防止上必要な方法の例 ①電気を使用する診療用器械器具については絶縁及びアースについて安全な措置を講ずること。 ②光線を治療に使用する器械器具については眼球その他に障害を与えぬよう配慮すること。 ③熱を使用する器械器具については過熱することのないよう断熱材等を適切に使用すること。 ④保育器、酸素テント、高圧酸素室等について定期点検及び使用前点検を行うこと。 ⑤年１回以上漏電防止のための措置が講じられていること。

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
				⑥ＬＰガス設備の保安点検を行うこと。 （昭57.11.26指第35号）
	【参考】 消防計画に基づく避難訓練を実施しているか	消防法施行令第4条第3項 同法施行規則第3条第5項 同法施行規則第3条第6項	地元消防署と連携を密にし、年に２回は実施しているか	＜確認方法＞ 病院日誌等で確認 ＊年２回のうち１回は夜間を想定して実施すること。 （昭63.2.6健政発56号）

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
6	放射線管理		※放射線等取扱施設を有する病院	
6- 1	管理区域について適切な措置がとられているか。	則30の16.1	1.病院内の場所であって外部放射線の線量、空気中の放射性同位元素の濃度又は放射性同位元素によって汚染される物の表面の放射性同位元素の密度が所定の線量、濃度又は密度を超えるおそれがある場所を管理区域と設定していること。 また、管理区域である旨を示す標識が付されていること。	<確認方法> ＊仕切・壁等で管理区域を設けていること。 ＊所定の線量（則第30条の26第３項） 実効線量が３か月につき１．３ミリシーベルト ＊濃度又は密度 （則第30条の26第３項）
		則30の16.2	2.管理区域内に人がみだりに立ち入らないような措置が講じられていること。	<確認方法> 仕切・壁・ドア・施錠等で一般人にが立ち入らないような措置を講じていること。
6- 2	敷地の境界等における防護について適切な措置がとられているか。	則30の17	敷地内の人が居住する区域及び敷地の境界における線量を所定の線量限度以下にするためのしゃへい等の措置が講じられていること。	<確認方法> ＊線量測定結果書で確認 ＊柵、壁で境界が仕切られていること。 ＊所定の線量当量限度 １センチメートル線量当量限度が３か月につき 250マイクロシーベルト
6- 3	放射線等取扱施設に患者及び取扱者に対する放射線障害の防止に必要な注意事項の掲示がされているか。	則30の13	目につきやすい場所に掲示されていること。	
6- 4	放射線装置・器具・機器及び診療用放射性同位元素・陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の使用室及び病室である旨を示す標識が付されているか。	則30の4～ 則30の8の2 則30の12	1.エックス線診療室、診療用高エネルギー放射線発生装置使用室、診療用放射線照射装置使用室、診療用放射線照射器具使用室、放射性同位元素装備診療機器使用室、診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素及び放射線治療病室等についてその旨を示す標識が付されていること。	<確認方法> 室の名称が表示されていること。

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
		則30の5～ 則30の8の2	2. 診療用高エネルギー放射線発生装置使用室、診療用放射線照射装置使用室、診療用放射線照射器具使用室、診療用放射性同位元素使用室及び陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室については、人が常時出入りする出入口が１か所となっていること。	＜確認方法＞ ＊院内巡視の際に現場で確認 ＊人が常時出入りする出入口は１カ所かどうか
6- 5	使用中の表示について必要な注意事項の掲示がされているか。	則30の20. 2	1. エックス線装置を使用している時はエックス線診療室の出入口にその旨を表示していること。	＜確認方法＞ 使用中の表示がなされていること。
		則30の5 則30の6	2. 診療用高エネルギー放射線発生装置使用室及び診療用放射線照射装置使用室の出入口に放射線発生時に自動的にその旨を表示する装置が設けられていること。	＜確認事項＞ 装置と連動していること。（照射中の表示）
6- 6	取扱者の遵守事項が守られているか。	則30の20. 1. 1	1. 診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室又は廃棄施設においては作業衣等を着用して作業していること。また、作業衣を着用してみだりにこれらの室又は施設の外に出ないこと。	＜確認事項＞ ＊使用室出入口にロッカー・ハンガー掛け等があること。 ＊専用の作業衣・スリッパ等があること。
		則30の20. 1. 2～3	2. 放射性同位元素により汚染された物をみだりに診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室、廃棄施設又は放射線治療病室若しくは管理区域から持ち出さないこと。	＜確認方法＞ 2. ①診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室、廃棄施設又は放射線治療病室からみだりに持ち出していけない場合 （則第30条の26第６項） ②管理区域からみだりに持ち出してはいけない場合 （則第30条の26第６項）

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
6-7	放射線診療従事者の被ばく防止について適切な措置がとられているか。	則30の18.1	被ばくする線量が所定の実効線量限度及び等価線量限度を超えないような措置が講じられていること。	1.実効線量限度 （則第30条の27第1項） 2.等価線量限度 （則第30条の27第2項） 3.実効線量限度及び等価線量限度の測定方法 ①外部被ばく 放射線測定器（ガラスバッチ等）による測定が原則 位置は胸部（女子は腹部）が原則 ②内部被ばく 3月を超えない期間に1回が原則 厚生大臣の定める方法 （平成12年厚生労働省告示第398号）
6-8	患者の被ばく防止について適切な措置がとられているか。	則30の19	放射線により、治療を受けている患者以外の入院患者が所定の実効線量を超えて被ばくしないようなしゃへい等の措置か講じられていること。	＜確認方法＞ ＊線量測定結果書で確認 ＊所定の線量当量 実効線量が3か月間につき1.3ミリシーベルト
6-9	診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素により治療を受けている患者に適当な表示を付しているか。	則30の20.2.2		＜確認方法＞ ＊表示場所：患者又はベット ＊表示内容：投与日時、患者氏名、投与責任者、ＲＩの種類、数量、形状等
6-10	放射線装置・器具・機器の使用または放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬、廃棄をしているか。	則30の14		認められた使用室以外の使用については規則を参照。

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
6-11	診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素及び陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の管理が適切に行われているか。	則30の7	1. 診療用放射線照射器具の紛失防止について適切な措置が取られていること。	<確認方法> ＊出納保管 (ｱ) 保有している種類ごとに型式・個数・数量・購入年月日・許可又は届出年月日を記載した台帳を作成していること。 (ｲ) 出庫の日時・型式・個数・数量・使用患者名・使用予定時間・取扱者名及び返還の日時・型式・個数・数量・取扱者名を記載した台帳を作成していること。 (ｳ) 貯蔵庫は必ず施錠し責任者以外は解錠できないような体制をとっていること。 ＊治療を受けている患者の取扱い (ｱ) 患者の治療病室又は使用室からの出入は責任者が診療上必要と認めた場合に限ること。 (ｲ) 患者に対し紛失防止のための注意事項を指示し、治療病室等にその注意事項を掲示しておくこと。（特に便所の使用時に注意） ・診療用放射線照射器具を永久的に挿入された患者の退出について （平成15. 3. 13医薬安0313001号） ・放射性医薬品を投与された患者の退出について （平成10. 6. 30医薬安第７０号）
		則30の24	2. 診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用廃止後の措置について適切な措置がとられていること。	<確認事項> ＊３０日以内に次に掲げる措置を講じていること。 (ｱ) 放射性同位元素による汚染を除去すること。 (ｲ) 放射性同位元素によって汚染された物を譲渡し、又は廃棄すること。
6-12	放射線装置に所定の障害防止の方法が講じられているか。	則30 則30の2 則30の3 則30の7の2	エックス線装置、診療用高エネルギー放射線発生装置、診療用放射線照射装置及び放射性同位元素装備診療機器について所定の障害防止の方法が講じられていること。	<確認方法> ＊許可、届出時の書類で確認

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
6-13	必要な施設に閉鎖のための設備または器具を設けているか。	則30の7の2 則30の9 則30の11	1. 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通ずる部分に閉鎖のための設備または器具を設けていること。	<確認事項> ＊かぎその他の閉鎖のための設備又は器具が設けられていること。
			2. 排液処理槽の上部開口部の周囲に人がみだりに立ち入らないよう柵等で区画され、その出入口に鍵そのほか閉鎖のための設備又は器具が設けられていること。	<確認事項> ＊開口部はふたのできる構造、又はその周囲に人がみだりに立ち入らないようにするための柵その他の施設を設けていること。
6-14	診療用放射性同位元素使用室及び陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室に所定の設備が設けられ管理されているか。	則30の8～ 則30の8の2	1. 出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器、汚染除去に必要な機材、薬剤及び洗浄設備並びに更衣設備が設けられていること。	<確認事項> ＊汚染検査に必要な測定器（ハンドフットモニター等） （　　） ＊汚染除去に必要な機材（石鹸・たわし・ペーパータオル等） （　　） ＊洗浄設備（洗面・シャワー等） （　　） ＊更衣室が設けられていること。 （　　） ＊汚染検査に必要な測定器・設備の使用記録簿が作成されていること。
			2. 準備室にフード、グローブボックス等の装置が設けられているときは排気設備に連結されていること。また、洗浄設備を設けること。	<確認事項> ＊排気設備のフィルターの交換状況の確認
6-15	貯蔵箱等の貯蔵容器、運搬容器及び保管廃棄容器について所定の障害防止の方法がとられ、適切に管理されているか。	則30の9 則30の10 則30の11	1. 貯蔵及び運搬時に1メートルの距離における実効線量率が100マイクロシーベルト毎時以下になるようにしゃへいされていること。	

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
		則30の9.8ロ 則30の9.8ハ	2. 貯蔵容器、運搬容器について、空気を汚染するおそれのある場合は気密構造となっていること。 また、液体状の場合はこぼれにくい構造で液体の浸透しにくい材料でできていること。	
		則30の9.8ニ	3. 貯蔵容器、運搬容器または保管廃棄容器を示す標識が付されていること。	
6-16	廃棄施設について所定の障害防止の方法がとられ、適切に管理されているか。	則30の11.1.2のハ 則30の11.1.3のニ	1. 排水設備において排液流出の調整装置が設けられていること。 2. 排気設備において放射性同位元素によって汚染された空気のひろがりを急速に防止することのできる装置が設けられていること。	
6-17	通報連絡網が整備されているか。	則30の25	事故発生に伴う連絡網並びに通報先等を記載した、通報基準や通報体制を予め定めていること。	
6-18	移動型エックス線装置は適正に保管されているか。	則30の14	移動型エックス線装置に鍵のかかる保管場所又は鍵をかけて、移動させられないようないずれかの措置を講じていること。	
6-19	陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる体制が確保されているか。	則28.1.4	1. 放射線障害の防止に関する予防措置を講じていること。	①陽電子断層撮影診療に関する所定の研修を修了し、専門の知識及び経験を有する診療放射線技師を、陽電子断層撮影診療に関する安全管理に専ら従事させること。 ②放射線の防護を含めた安全管理の体制の確立を目的とした委員会等を設けること。 ③陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の取扱いに関し、陽電子断層撮影診療を担当する医師又は歯科医師と薬剤師との連携が十分に図られるよう努めることが望ましいこと。

項目番号	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
		則28. 1. 5	2. 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師を配置していること。	陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用する者として、以下に掲げるすべての項目に該当する医師又は歯科医師を1名以上配置していること。 ア当該病院又は診療所の常勤職員であること。 イ陽電子断層撮影診療に関する安全管理の責任者であること。 ウ核医学診断の経験を3年以上有していること。 エ陽電子断層撮影診療全般に関する所定の研修を修了していること。

構造設備基準

1　病室等

区分	項　目	根拠法令等	摘　要	備　考
1	病　室 定められた構造になっているか。	則16.1.3 ～則16.1.5 則16.2 則附則5条	1.患者定員に見合う床面積を有していること。 2.機械換気設備については、結核病室、感染症病室又は病理細菌検査室の空気が風道を通じて他の部分へ流入しないようにすること。	①内法による測定で、患者1人につき6．4㎡以上となっていること。 ②療養病床に係る一の病室の病床数は、4床以下となっていること。 ③小児だけを入院させる病室の床面積は、上記の床面積の2／3以上とすることができる。ただし、一の病室の床面積は6．3㎡以下であってはならない。 （経過措置） ①既存病院建物内の療養病床又は、経過的旧療養型病床群に係る病室以外の病室の床面積は、内法による測定で患者1人を入院させるものにあっては6．4㎡以上、患者2人以上を入院させるものにあっては、患者1人につき4．3㎡以上となっていること。 ②平成12年3月31日までに療養型病床群に転換したものについては、1人につき 6㎡（建築基準法施行令第2条第1項第3号の算定方法による。）以上となっていること。
2	精神病室 医療及び保護のために必要な方法がとられているか。	則16.1.6	精神病室の設備については、精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な方法を講じること。	必要な方法の例 （昭44.6.23衛発第431号） ①自傷他害のおそれがある者を入院させるための保護室を設置すること。 ②保護室は、採光、換気、通風、冷暖房等の環境条件には特に考慮すること。 ③合併症（結核、感染症）病棟は、他としゃ断し、病棟配膳、病棟消毒を行う

区分	項　目	根拠法令等	摘　要	備　考
				等の方法により感染を防止すること。
3	結核病室 感染予防のための必要な方法がとられているか。	則16.1.7 則16.1.12	・病院の他の部分及び外部に対して感染予防のためにしゃ断その他必要な方法を講じていること。	その他必要な方法 医療・看護用具、被服、寝具、汚染物、食器等の消毒設備が設けられていること。
4	感染症病室 感染予防のための必要な方法がとられているか。	則16.1.7 則16.1.12	・病院の他の部分及び外部に対して感染予防のためにしゃ断その他必要な方法を講じていること。	その他必要な方法 医療・看護用具、被服、寝具、汚染物、食器等の消毒設備が設けられていること。
5	放射線治療病室 定められた構造になっており、かつ、適正に管理されているか。	則30の12.1.1 則30の12.1.2 則30の12.1.3	※診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を有する病院	
			1.画壁等の外側が所定の線量当量以下になるようにしゃへいされていること。(ただし、画壁等の外側を人が通行等できない場合を除く。)	1.所定の線量当量 1センチメートル線量当量が1週間につき1ミリシーベルト以下
			2.放射線治療病室である旨の標識が付されていること。	
			3.汚染除去のための所定の方法が講じられていること。(ただし、診療用放射線照射器具により治療を受けている患者のみを収容する放射線治療病室においては適用しない。)	3.汚染除去のための所定の方法 (則第30条の8第6号～第8号)
6	診察室・処置室 整備されているか。	法21.1.2 法21.1.4 則20.1.1 則20.1.4	1.診療科ごとに専門の診察室を有していること。(ただし、1人の医師が同時に2以上の診療科の診療に当たる場合その他特別な事情がある場合を除く。)	

区分	項　目	根拠法令等	摘　要	備　考
			2. 処置室は、なるべく診療科ごとにこれを設けることとする。（ただし、場合により２以上の診療科についてこれを兼用し、又は診療室と兼用することができる。）	2. 兼用する場合は、処置の内容、プライバシーの保護等に十分配慮すること。
7	手術室 整備され、かつ、必要な設備が設けられているか。	法21. 1. 3 則16. 1. 1 則20. 1. 2 則20. 1. 3	※手術室を有すべき病院 外科、整形外科、美容外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、皮膚泌尿器科、泌尿器科、こう門科、産婦人科、産科、婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科の一を有する病院又は歯科医業についての診療科名のみを診療科名とする病院	
			1. 手術室は、なるべく準備室を附設しじんあいの入らないようにし、その内壁全部を不浸透質のもので覆い、適当な暖房及び照明の設備を有し、清潔な手洗いの設備を附属して有しなければならないこと。	1. 不浸透質のもの（陶製タイル、テラゾー、プラスチックなど）床の構造が電導床である場合又は湿度調整の設備を有する場合は必ずしも必要でない。
			2. 起爆性のある麻酔ガスの使用に当たっては危害防止上必要な方法を講じること。	
8	分娩室及び新生児に必要な施設が整備されているか。	法21. 1. 10	・産婦人科又は産科を有する病院にあっては分娩室及び新生児の入浴施設（沐浴室及び浴槽）を有しており、適正な構造になっていること。	・沐浴室は専用であることが望ましいが、分娩室等と適宜仕切られるような構造であってもよい。
9	臨床検査施設 整備され、かつ、必要な設備が設けられているか。	法15. 2 法21. 1. 5 則16. 1. 16 則20. 1. 5 則20. 1. 6	1. 血液、尿、喀痰、糞便等について、通常行われる臨床検査に必要な設備が設けられていること。	1. 検体検査の業務を委託する場合にあっては、当該検査に係る設備を設けないことができる。ただし、休日・夜間や救急時の体制が確保されていること。また、生理学的検査を行う場所は原則として病院又は診療所等医業の行われる場所に限定されるものであること。（H13. 2. 22医政発第１２５号）

区分	項　目	根拠法令等	摘　要	備　考
			2. 火気を使用する場所には防火上必要な設備が設けられていること。	
１０	調剤所 整備され、かつ、必要な施設、設備が設けられているか。	法21. 1. 7 則16. 1. 14	1. 調剤所の採光及び換気が十分で、かつ、清潔が保たれていること。 2. 冷暗所が設けられていること。 3. 調剤に必要な器具を備えていること。	
１１	給食施設 定められた構造になっており、かつ、必要な施設、設備が設けられているか。	法20 法21. 1. 8 則20. 1. 8 則20. 1. 9	1. 入院患者のすべてに給食することのできる施設を有していること。 2. 床は耐水材料で作られ、洗浄及び排水又は清掃に便利な構造となっていること。 3. 食器の洗浄消毒設備が設けられていること。 4. 病毒感染の危険のある患者の用に供した食器について他の患者の食器と別個に消毒する設備となっていること。	・調理業務又は洗浄業務を委託する場合にあっては、当該業務に係る設備を設けないことができる。ただし、再加熱等の作業に必要な設備については設けなければならない。 （H13. 2. 22医政発第１２５号）
１２	歯科技工室 必要な設備が設けられているか。	則16. 1. 13	※歯科技工室を有する病院 防じん設備及び防火設備が設けられていること。	
１３	階数及び規模に応じた建物の構造 定められた基準に適合しているか。	則16. 1. 2	1. ３階以上の階に病室を設けている場合は主要構造部が耐火構造となっていること。 2. 放射線治療病室以外は、地階に病室を設けていないこと。	

区分	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
１４	階段 定められた基準に適合しているか。	則16.1.8 則16.1.9	※第２階以上の階に病室を有する病院 1.患者の使用する屋内直通階段が２以上設けられていること。〔ただし、患者の使用するエレベーターが設置されているもの又は第２階以上の各階における病室の床面積の合計が、それぞれ５０㎡（主要構造部が耐火構造であるか又は不燃材料で造られている建築物にあっては１００㎡）以下のものについては患者の使用する屋内の直通階段を一とすることができる。〕 2.階段及び踊場の幅は内法１．２ｍ以上、けあげは０．２ｍ以下、踏面は０．２４ｍ以上となっており、適当な手すりが設けられていること。	
１５	避難階段 定められた基準に適合しているか。	則16.1.10	※第３階以上の階に病室を有する病院 避難に支障がないように２以上の避難階段が設けられていること。（ただし、患者の使用する屋内の直通階段を建築基準法施行令第１２３条第１項に規定する避難階段としての構造とした場合は、その数だけ避難階段の数に算入することができる。）	

区分	項　目	根拠法令等	摘　要	備　考
１６	廊下 定められた基準に適合しているか。	則16.1.11	1.精神病床及び療養病床に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8m以上（両側に居室のある廊下は2.7m以上）となっていること。 ただし、大学附属病院（特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。）及び１００床以上で内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科を含む病院を除く。 2.１以外の廊下の幅は内法による測定で、1.8m以上（両側に居室のある廊下は、2.1m以上）となっていること。	・平成１３年３月１日における既存病院建物内の患者が使用する廊下幅は、内法による計測で1.2m以上（両側に居室のある廊下は１．６m以上）となっていること。 （H13.1.31厚生労働省令第８号則附則第８条） ・病院又は診療所の管理者が平成２４年３月３１日までに、当該病院の精神病床又は療養病床の転換（精神病床又は療養病床の病床数を減少させるとともに、当該病院の施設を介護老人保健施設、軽費老人ホーム（老人福祉法（昭和３３年法律第133号）第２０条の６に規定する軽費老人ホームをいう。）その他の要介護者、要支援者その他の者を入所又は入居させるための施設の用に供することをいう。）するとして都道府県知事に届け出た精神病床又は療養病床に関し、経過的に下記の措置を講ずる。 転換の対象となる精神病床又は療養病床（以下「転換病床」という。）に係る病室に隣接する廊下の幅を、内法による測定で1.2メートル、両側に居室のある場合を1.6メートルとする。 （省令附則第５１条関係）

区分	項　目	根拠法令等	摘　要	備　考
１７	便　所 適正な構造になっているか。	法20	1. 清潔を保持するものとし、その構造設備は、衛生上、防火上及び保安上安全と認められるようなものでなくてはならない。	便所の構造 採光及び換気のため直接外気に接する窓を設けること。(ただし、水洗便所でこれに代わる設備をしたときはこの限りでない。)
１８	消毒施設 定められた基準に適合しているか。	法15.2 法21.1.12 則16.1.12 則21.1.1 則21.2.1	1. 蒸気、ガス若しくは薬品を用いて入院患者及び職員の被服、寝具等の消毒を行うことができるものであること。	1. 消毒を行う施設 蒸気消毒装置、ホルムアルデヒド、ガス消毒装置等 2. 繊維製品の滅菌消毒の業務を委託する場合における当該業務に係る設備を除く。
１９	洗濯施設 設けられているか。	法15.2 法21.1.12 則21.1.1	1. 洗濯施設が設けられていること。	1. 寝具 布団、毛布、シーツ、枕、包布等 2. 寝具類の洗濯の業務を委託する場合における当該業務に係る設備を除く。
２０	機能訓練室 定められた基準に適合しているか。	法21.1.11 則20.1.11	1. 療養病床を有する病院にあっては、１以上の機能訓練室は面積40㎡以上（内法）あること。 また、必要な機器、器具を備えていること。	1. 既存病院建物内に療養病床又は経過的旧療養病床群を有する病院については、機能訓練を行うために十分な広さを有すること。(則附則第21条)
２１	談話室 定められた基準に適合しているか。	法21.1.12 則21.1.2 則21.2.2 則附則22	1. 療養病床を有する病院にあっては、患者同士又は患者とその家族が談話を楽しめる広さとなっていること。（食堂等との共用は可能）	1. 平成１２年３月３１日までに療養型病床群に転換したものについては、談話室がなくても可。 （則附則第２２条）
２２	食　堂 定められた基準に適合しているか。	法21.1.12 則21.1.2 則21.2.3 則附則22	1. 療養病床を有する病院にあっては、療養病床の入院患者１人につき１㎡以上の広さとなっていること。	1. 平成１２年３月３１日までに療養型病床群に転換したものについては、食堂がなくても可。 （則附則第２２条）
２３	浴室 定められた基準に適合しているか。	法21.1.12 則21.1.2 則21.2.4 則附則22	1. 療養病床を有する病院にあっては、身体の不自由な者が入浴するのに適したものとなっていること。	1. 平成１２年３月３１日までに療養型病床群に転換したものについては、浴室がなくても可。 （則附則第２２条）

2　放射線装置及び同使用室

区分	項　目	根拠法令等	摘　要	備　考
1	エックス線装置及び同診療室 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	法21.1 則20.1.6	※エックス線装置を有すべき病院 内科、心療内科、呼吸器科、消化器科、胃腸科、循環器科、リウマチ科、小児科、外科、整形外科、形成外科、美容外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、皮膚泌尿器科、泌尿器科、リハビリテーション科及び放射線科の一を有する病院又は歯科医業についての診療科名のみを診療科名とする病院。	
		則30	1. 防護措置 エックス線装置に所定の障害防止の方法が講じられていること。	1. 所定の障害防止の方法 （則第30条）
		則30の4	2. 壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。	2. 所定の線量 ①1mSv／1週間 ②画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。 （ただし、その外側が、人が通行し、又は停在することのない場所である場合を除く。）
		則30の4	3. 操作する場所 エックス線装置を操作する場所は、エックス線診療室と別室になっていること。（ただし、所定の箱状のしゃへい物を設けたとき、近接撮影を行うとき等の場合で必要な防護物を設けたときは、この限りでない。）	
		則30の4	4. 標識 エックス線診療室である旨を示す標識が付されていること。	
2	診療用高エネルギー放射線発生装置及び同使用室		※診療用高エネルギー放射線発生装置を有する病院	
		則30の2	1. 防護措置 診療用高エネルギー放射線発生	1. 当該使用室出入口が解放されているとき、放射線の発生を遮断するインター

区分	項　目	根拠法令等	摘　要	備　考
	所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。		装置に所定の障害防止の方法が講じられていること。	ロックを設けること。（則第30条の2第3号）
		則30の5	2. 壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。	2. 所定の線量 ①1mSv／1週間 ②画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。（ただし、その外側が、人が通行し、又は停在することのない場所である場合を除く。）
			3. 出入口 人が常時出入する出入口が1ヶ所で、その出入口には放射線発生時に自動的にその旨を表示する装置が設けられていること。	
			4. 標識 使用室である旨を示す標識が付されていること。	
3	診療用放射線照射装置及び同使用室		※診療用放射線照射装置を有する病院	
	所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	則30の3	1. 防護措置 診療用放射線照射装置に所定の障害防止の方法が講じられていること。	1. 所定の障害防止装置が講じられている但し書きの装置の操作以外にあっては、当該照射装置の照射口は、当該使用室の室外から遠隔操作によって開閉できるものであること。（則第30条の3第3項）
		則30の6	2. 主要構造部等 使用室の主要構造部等は耐火構造又は不燃材料を用いた構造となっていること。	2. ①主要構造部等（建築基準法第2条第5号に規定する主要構造部並びに当該使用室を区画する壁及び柱をいう。以下同じ。） ②耐火構造又は不燃材料（建築基準法第2条第9号に規定する不燃材料をいう。以下同じ。）
			3. 画壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。	3. 所定の線量 ①1mSv／1週間 ②画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。（ただし、その外側が、人が通行し、又は停在することのない場所である場合を除く。）
			4. 出入口	

区分	項　目	根拠法令等	摘　要	備　考
			人が常時出入する出入口は、1ヵ所で、その出入口には放射線発生時に自動的にその旨を表示する装置が設けられていること。 5. 標識 使用室である旨を示す標識が付されていること。 6. 装置の紛失防止を容易にするため、突起物、くぼみ及び仕上げ材の目地等のすき間の少ないものとされていること。	
4	診療用放射線照射器具使用室 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	則30の7	※診療用放射線照射器具を有する病院 1. 画壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。 2. 出入口 人が常時出入する出入口は、1ヵ所となっていること。 3. 標識 使用室である旨を示す標識が付されていること。 4. 器具の紛失防止 器具の紛失発見を容易にするため、突起物、くぼみ及び仕上げ材の目地等のすき間の少ないものとされていること。	1. 所定の線量 ①1mSv／1週間 ②画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。 （ただし、その外側が、人が通行し、又は停在することのない場所である場合を除く。）
5	放射性同位元素装備診療機器使用室 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられている	則30の7の2	※放射性同位元素装備診療機器を有する病院 1. 主要構造部等 使用室の主要構造部等は、耐火構造又は不燃材料を用いた構造となっていること。	

区分	項　目	根拠法令等	摘　要	備　考
	か。		2. 外部に通ずる部分 外部に通ずる部分には閉鎖のための設備又は器具が設けられていること。 3. 標識 使用室である旨を示す標識が付されていること。 4. 予防措置 骨塩定量分析装置と輸血用血液照射装置に関しては、実効線量が3月間に1．3ミリシーベルト以下となるようなしゃへい物又は間仕切りを設けるなど予防措置を講じ、管理区域を明確にすること。	
6	診療用放射性同位元素使用室 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	則30の8	※診療用放射性同位元素を有する病院 1. 主要構造部等 使用室の主要構造部等は、耐火構造又は不燃材料を用いた構造となっていること。（ただし、所定の数量以下の診療用放射性同位元素を使用する場合は、この限りでない。） 2. 部屋の区画 準備室と診療室が区画されていること。 3. 画壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。 4. 出入口 人が常時出入する出入口は、1ヶ所となっていること。 5. 標識 使用室である旨を示す標識が付	1. 所定の線量 （則別表第2） 2. 準備室（診療用放射性同位元素の調剤等を行う室） 3. 所定の線量 ①1mSv／1週間 ②画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。 （ただし、その外側が、人が通行し、又は停在することのない場所である場合を除く。）

区分	項　目	根拠法令等	摘　要	備　考
			されていること。 6. 内部の壁等の構造 ①内部の壁、床等は、突起物、くぼみ及び仕上材の目地等のすきまの少ない構造となっていること。 ②内部の壁、床等の表面は、平滑であり気体又は液体が浸透しにくく、かつ、腐食しにくい材料で仕上げられていること。 7. 出入口に設けるもの 出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器、汚染除去に必要な器材及び排水設備に連結した洗浄設備並びに更衣設備が設けられていること。 8. 準備室に設けるべきもの ①準備室には排水設備に連結した洗浄設備が設けられていること。 ②準備室にフード、グローブボックス等の装置が設けられているときは、その装置は排気設備に連結されていること。	
7	陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	則30の8の2	※陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を有する病院 1. 主要構造部等 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室の主要構造部等は、耐火構造又は不燃材料を用いた構造となっていること。 2. 部屋の区画 準備室、診療室、待機室が区画されていること。待機室を有しないことが認められた施設については、待機室に準ずる場所を設定していること。	1. 所定の線量 （則別表第２） ①準備室（陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の調剤等を行う室） ②診療室（陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を用いて診療を行う室） ③待機室（陽電子断層撮影診療用放射性同位元素が投与された患者等が待機する室）

区分	項　目	根拠法令等	摘　要	備　考
			3. 画壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。 4. 出入口 人が常時出入する出入口は、1ヶ所となっていること。 5. 標識 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室である旨を示す標識が付されていること。 6. 撮影装置操作場所 陽電子放射断層撮影装置の操作場所を陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室の外部に設けていること。 7. 内部の壁等の構造 ①内部の壁、床等は、突起物、くぼみ及び仕上材の目地等のすきまの少ない構造となっていること。 ②内部の壁、床等の表面は、平滑であり気体又は液体が浸透しにくく、かつ、腐食しにくい材料で仕上げられていること。 8. 出入口に設けるもの 出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器、汚染除去に必要な器材及び排水設備に連結した洗浄設備並びに更衣設備が設けられていること。 9. 準備室に設けるべきもの ①準備室には排水設備に連結した洗浄設備が設けられていること。 ②準備室にフード、グローブボックス等の装置が設けられているときは、その装置は排気設備に連結されていること。	3. 所定の線量 ①1mSv／1週間 ②画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。 （ただし、その外側が、人が通行し、又は停在することのない場所である場合を除く。）

区分	項　目	根拠法令等	摘　要	備　考
8	貯蔵施設 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	則30の９	※診療用放射線照射器具、診療用放射線照射装置、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を有する病院 1. 部屋の区画 貯蔵施設は、貯蔵室、貯蔵箱等外部と区画された構造のものとなっていること。 2. 画壁の構造 貯蔵施設の外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。 3. 主要構造部等 貯蔵室の主要構造部等は、耐火構造でその開口部には特定防火設備に該当する防火戸が設けられていること。（ただし、診療用放射線照射装置又は診療用放射線照射器具を耐火性の構造の容器に入れて貯蔵する場合は、この限りでない。） 4. 貯蔵箱等 貯蔵箱等は、耐火性の構造となっていること。（ただし、診療用放射線照射装置又は診療用放射線照射器具を耐火性の構造の容器に入れて貯蔵している場合は、この限りでない。） 5. 出入口 人が常時出入する出入口は、１ヶ所となっていること。 6. 外部に通ずる部分 外部に通ずる部分に、かぎその他閉鎖のための設備又は器具が設けられていること。 7. 標識 貯蔵施設である旨を示す標識が	2. 所定の線量 ①１ｍＳｖ／１週間 ②画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。（ただし、その外側が、人が通行し、又は停在することのない場所である場合を除く。） 3. 特定防火設備に該当する防火戸 建築基準法施行令第112条第１項に規定するもの。

区分	項　目	根拠法令等	摘　要	備　考
			付されていること。	
			8. 貯蔵容器 ①貯蔵容器は、貯蔵時において1メートルの距離における実効線量率が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。 ②空気を汚染するおそれのある状態にある診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を入れる貯蔵容器は、気密な構造となっていること。また、液体状の診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を入れる貯蔵容器はこぼれにくい構造であり、かつ、液体の浸透しにくい材料が用いられていること。 ③貯蔵容器にその旨を示す標識が付され、かつ、貯蔵する診療用放射線照射装置若しくは診療用放射線照射器具に装備する放射性同位元素又は貯蔵する診療用放射線同位元素若しくは陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の種類及び数量が表示されていること。 9. 受皿、吸収材その他放射性同位元素による汚染のひろがりを防止するための設備又は器具が設けられていること。	8. 所定の線量率 100マイクロシーベルト毎時
9	運搬容器 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	則30の10	※診療用放射線照射器具、診療用放射線照射装置、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を院内で運搬して使用する病院 1. 診療用放射線照射器具、診療用放射線照射装置、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を運搬する容器は、所定の要件を備えていること。	所定の要件 （則第30条の9第8号イ～ニ）

区分	項　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
１０	廃棄施設 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	則30の11	※診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を有する病院 1. 画壁の構造 廃棄施設の外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。	1. 所定の線量当量 ①１ｍＳｖ／１週間 ②画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。 （ただし、その外側が、人が通行し、又は停在することのない場所である場合、人が通行し、又は滞在しない措置が講じられている場合を除く。）
			2. 廃液中濃度 排水口における排液中の放射性同位元素の濃度を所定の濃度限度以下とする能力を有していること。	2. 所定の濃度限度 排水口（排水監視設備を設けた場合は境界）において則第30条の26第１項に定める能力
			3. 排水設備 排水設備は、排液の漏れにくい構造であり浸透しにくく、かつ、腐食しにくい材料が用いられていること。	3. 排水設備（排水管、排液処理槽、その他液体状の診療用放射性同位元素又は放射性同位元素によって汚染された液を排水し又は浄化する一連の設備）
			4. 廃液処理槽 ①排液処理槽は、排液採取又は排液中の放射性同位元素の濃度測定ができる構造であり、かつ、排液流出の調節装置が設けられていること。 ②排液処理槽の上部開口部はふたのできる構造となっていること又はその周囲に人がみだりに立ち入らないよう柵その他の施設が設けらていること。	
			5. 標識 排水管及び排液処理槽並びに人がみだりに立ち入らないための柵等を設けた場合の出入口付近に排水設備である旨を示す標識が付されていること。	
			6. 排気設備 ①排気設備は、排気口における排	6. 診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用する

区分	項　目	根拠法令等	摘　要	備　考
			気中の放射性同位元素の濃度を所定の濃度限度以下とする能力を有していること。	病院 （則第30条の11第１項第３号ただし書に規定する場合を除く。） ①排気設備（排風機、排気浄化装置、排気管、排気口等気体状の放射性同位元素又は放射性同位元素により汚染された空気を排気し又は浄化する一連の設備） ②所定の濃度限度 排気口（排気監視設備を設けた場合は病院の境界）において則第30条の26第１項に定める能力
			②排気設備は、人が常時立ち入る場所における空気中の放射性同位元素の濃度を所定の濃度限度以下とする能力を有していること。	6-②所定の濃度限度 （則第30条の26第 1項及び２項に定める限度）
			③排気設備は、気体が漏れにくい構造であり、腐食しにくい材料が用いられていること。	
			7. 標識 排気浄化装置、排気管及び排気口に排気設備である旨を示す標識が付されていること。	
			8. 保管廃棄設備 保管廃棄設備は、外部と区画された構造となっていること。	8. 保管廃棄設備 医療用放射性汚染物を保管廃棄する設備。
			9. 外部に通ずる部分 保管廃棄設備の外部に通ずる部分に錠その他閉鎖のための設備又は器具が設けられていること。	
			10. 保管廃棄設備の構造 空気を汚染するおそれのある状態にある物を入れる保管廃棄の容器は気密な構造であること。また、液体状の診療用放射性同位元素又は放射性同位元素によって汚染された物を入れる保管廃棄の容器は、こぼれにくい構造であり、かつ、浸透しにくい材料で作られていること。	（注）陽電子断層撮影診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素によって汚染された物のみを廃棄する場合、これら以外の物が混入又は付着しないように封及び表示をし、７日間を超えて管理区域内の廃棄施設において保管廃棄する場合に限り、保管廃棄設備を設けることを要しない。（則第30条の11第1項第6号及び第4項並びに平成16年

区分	項　　目	根拠法令等	摘　　要	備　　考
			11. 保管廃棄設備である旨を示す標識が付されていること。	厚生労働省告示306号） （注）廃棄物については、厚生労働大臣が指定した者（日本アイソトープ協会）へ、その処理を委託できる。（則第30条の14の２）