



福岡医発第 758 号 (地)

令和元年 6 月 14 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

令和元年度診療所立入検査の実施について

標記の件につきまして、福岡県保健医療介護部長より別添の「令和元年度福岡県診療所立入検査実施要領」並びに「令和元年度福岡県診療所立入検査基準」に基づき実施する旨通知がありましたのでお知らせいたします。今年度の留意事項等は下記のとおりです。

本立入検査は、実施時期・方法等について、管轄の保健福祉（環境）事務所より各医師会へ説明を行った上で実施していただくようお願いしております。

つきましては、本立入検査へのご協力並びに関係各位への周知方につきまして、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 検査項目の目的が、「周知」、口頭による「要望事項」、書面による「指摘事項」のいずれにしても医療法上の指導及び処分ではないこと、今後の改善のために具体的かつ懇切丁寧な説明を行っていただくことを本会より申し入れております。
- 2) 保健所設置市（北九州市・福岡市・久留米市・大牟田市）においては、それぞれの市によって実施されますので基準等に関してはこの通達と異なる場合があります。

記

【新たな検査項目等】

1. 検体検査の精度の確保について（検査要領 48 ページ）

昨年 6 月公布の「医療法等の一部を改正する法律」により、昨年 12 月 1 日より「遺伝子関連染色体検査を含む検体検査の精度の確保に関する規定」が施行されたことに伴い検体検査の精度の確保について確認を行う。

（施行内容については、平成 30 年 8 月 31 日付け福岡医発第 1586 号（地）にてご連絡済み）

2. 血液製剤の管理体制について（検査要領 57 ページ）

安全かつ適正な輸血管理体制のため、輸血に関連する診療報酬「輸血管理料（Ⅰ及びⅡ）」の要件の一部でもある調査項目について確認を行う。

3. 診療放射線技師及び臨床検査技師の業務について（検査要領 59 ページ）

大項目 1. 診療放射線技師 問 1（1）～（5）の新項目を含め、診療放射線技師及び臨床検査技師の業務範囲について確認を行う。

4. 医療機関と介護保険施設等を併設している医療機関について（検査要領 62 ページ）

「介護医療院」の周知も含め、介護保険施設等を併設している場合の留意事項として確認を行う。

5. 医療ガスに係る安全管理のための体制の確保について（検査要領 42 ページ）

平成 29 年 9 月通知の「医療ガスの安全管理」により、昨年度検査から追加された項目。呼吸器、人工呼吸器当を使用しないが、酸素、吸引の配管設置を有する診療所は調査対象となる。

【本年度の重点事項】

1. 検体検査の精度の確保について
2. 医療の安全の確保
3. 歯科医療機関における院内感染対策
4. 障害者差別解消法について（昨年度より引き続き調査票による周知）
5. 法的手続き（医療機能情報の適切な提供）

【前回不適率の高かった項目】

1. 立入検査基準 P 34「14 放射線管理」
…管理区域の線量測定及び放射線作業従事者の被ばく防止（ガラスバッジ等による管理）の未実施が多い。
2. 立入検査基準 P 3「2 法的手続き」
…医療機能情報（「ふくおか医療情報ネット」）の閲覧体制の未整備が多い。
（これは書面による閲覧で可とのこと。）

【その他留意事項】

1. 昨年度同様、対象医療機関の了解を得たうえで、防火設備等の確認のため建築部局への定期報告が未提出の有床診療所等に建築部局が同行し、建物や防火設備等の確認がなされる。改善が必要な場合については、要望事項とする。

令和元年度

福岡県診療所立入検査実施要領

福岡県保健医療介護部医療指導課

（令和元年6月）

目	次	
1 令和元年度福岡県診療所立入検査実施要領		・・・P 1
2 令和元年度診療所立入検査対象施設一覧表	様式（1）	・・・P 4
3 令和元年度診療所立入検査結果集計表	様式（2）	・・・P 5
4 令和元年度診療所立入検査表No. 1	様式（3）	・・・P 9
5 令和元年度診療所立入検査表No. 2	様式（4）	・・・P 12
6 労働者派遣職員名簿	様式（5）	・・・P 17
7 結果通知	様式（6）	・・・P 20
8 改善報告	様式（7）	・・・P 21
9 医療に係る安全管理に関する調査票	様式（8）	・・・P 22
10 院内感染対策に関する調査票	様式（9）	・・・P 25
11 医薬品の安全使用に関する調査票	様式（10）	・・・P 29
12 医療機器の安全使用に関する調査票	様式（11）	・・・P 31
13 歯科医療機関における院内感染対策に関する調査票	様式（12）	・・・P 33
14 障害者差別解消法に関する調査票	様式（13）	・・・P 37
15 無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言に基づく自主点検表	様式（14）	・・・P 39
16 医療ガスの安全管理に関する調査票	様式（15）	・・・P 42
17 検体検査の精度の確保に関する調査		・・・P 48
18 検体検査の精度の確保に関する調査票 （検体検査の業務を自ら行う医療機関用）	様式（16）	・・・P 49
19 検体検査の精度の確保に関する調査票 （他の医療機関から検体検査の受託業務を実施する医療機関用）	様式（17）	・・・P 52
20 血液製剤の管理体制に関する調査票	様式（18）	・・・P 57
21 診療放射線技師及び臨床検査技師の業務範囲に関する調査票	様式（19）	・・・P 59
22 介護保険施設等を併設している診療所に係る調査票 に関する調査票	様式（20）	・・・P 62
23 病院及び有床診療所における防火・防災対策に関する チェックリスト		・・・P 64

令和元年度福岡県診療所立入検査実施要領

1 目的

適正な医療の確保の一環として、診療所が医療法（昭和23年法律第205号）及び関連法令に規定する基準を遵守し、適正な管理が行われているか否かについて医療法第25条第1項の規定に基づき立入検査を実施する。

2 対象施設

医療法に規定する診療所のうち、有床診療所の3分の1、無床診療所の5分の1及び歯科診療所の5分の1程度を対象とする。

ただし、医療法第5条第1項に規定する「往診のみを行う診療所」は、対象外とする。

3 実施期間

各保健福祉（環境）事務所において、対象となる診療所の立入検査実施計画を作成し、**令和2年**3月末日までに完了するものとする。

4 実施事項

令和元年度福岡県診療所立入検査基準（別添）に基づき、各項目について実施する。

5 実施方法

- （1）立入検査の日程等は各保健福祉（環境）事務所で十分検討し、効率的に実施するよう努めるものとする。
- （2）立入検査の事前通知は、文書により検査日の10日～7日前に行うものとし、立入検査は、診療所の管理者の立会いのもとに実施することを原則とする。
- （3）立入検査の結果に誤りがないことを確認の上、令和元年度診療所立入検査表（様式（3））に記入するものとする。

6 立入検査に係る書類

立入検査で使用する書類は、様式（1）～様式（7）までを使用し、様式（3）及び様式（4）については、下表の診療所の種別ごとに「○」印の付いた様式を使用するものとする。

様式 \ 診療所種別		* 有床診療所 (療養病床を有する診療所を除く)	* 有床診療所 (療養病床を有する診療所)	* 無床診療所 * 歯科診療所
様式 (3)	様式（3）－1	○	—	○
	様式（3）－2	○	○	—
	様式（3）－3	—	—	○
様式 (4)	様式（4）－1	—	○	—
	様式（4）－2	—	○	—
	様式（4）－3	—	○	—

7 立入検査班の構成

各保健福祉(環境)事務所長は、診療所の規模により適宜、医療監視員の必要人員を調整するものとする。

8 指導

- (1) 立入検査の結果に不適事項がある場合は、開設者(又は管理者)に対し様式(6)により当該事実を通知し、併せて様式(7)により不適事項等の改善状況の報告を行わせ、速やかに改善の指導を行うものとする。
- (2) 立入検査の結果について特に重大で早急な対応が求められる場合は、医療指導課と協議の上必要な措置を講ずるものとする。

9 結果の報告

提出書類は次のとおりとし、各様式をA4ファイル(紙ファイル)に綴じて、**令和2年**4月10日までに医療指導課あてに提出すること。(ファイル名は「医療監視結果票(診療所／保健福祉(環境)事務所名)」)

また、様式(2)-1～(2)-4についてはエクセル形式電子データを提出すること。

* 提出書類

様式	様式名
様式(1)	令和元年度診療所立入検査対象施設一覧表
様式(2)-1～(2)-4	令和元年度診療所立入検査結果集計表 (エクセル形式データも提出)
様式(3)-1～(3)-3	令和元年度診療所立入検査表No. 1
様式(4)-1～(4)-3	令和元年度診療所立入検査表No. 2 (療養病床を有する診療所)
様式(5)-1～(5)-3	労働者派遣職員名簿等
様式(6)	立入検査結果について(写し)
様式(7)	改善(改善計画)状況について(写し)
様式(12)-2	歯科医療機関における院内感染対策に関する調査結果
様式(13)-2	障害者差別解消法に関する調査結果
様式(14)-2	無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言に基づく自主点検結果
様式(18)-2	血液製剤の管理体制に関する調査票
様式(19)-2	診療放射線技師及び臨床検査技師の業務に関する調査結果

10 各調査票及び参考

(1) 様式(8)	医療に係る安全管理に関する調査票
(2) 様式(9)	院内感染対策に関する調査票
(3) 様式(10)	医薬品の安全使用に関する調査票
(4) 様式(11)	医療機器の安全使用に関する調査票
(5) 様式(12) - 1	歯科医療機関における院内感染対策に関する調査票
(6) 様式(13) - 1	障害者差別解消法に関する調査票
(7) 様式(14) - 1	無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言に基づく自主点検表
(8) 様式(15)	医療ガスの安全管理に関する調査票
(9)	検体検査の精度の確保に関する調査について
(10) 様式(16)	検体検査の精度の確保に関する調査票(検体検査の業務を自ら行う医療機関用)
(10) 様式(17)	検体検査の精度の確保に関する調査票(受託業務を実施する医療機関用)
(12) 様式(18) - 1	血液製剤の管理体制に関する調査票
(13) 様式(19) - 1	診療放射線技師及び臨床検査技師の業務範囲に関する調査票
(14) 様式(20)	介護保険施設等を併設している診療所に係る調査票
(15) 参考	病院及び有床診療所における防火・防災対策に関するチェックリスト

令和元年度診療所立入検査対象施設一覧表

[illegible]

注：許可病床内の()には、療養病床の許可病床数を再掲すること。

令和元年度診療所立入検査結果集計表

〇 〇 保健福祉(環境)事務所			診療所数(全体)				力所			
有床診療所数(再掲)			力所 (力所)		無床診療所数		力所	歯科診療所数		力所
検 査 項 目			対象数		適数		不適数		非対象数	
			全体	再掲	全体	再掲	全体	再掲	全体	再掲
検査概要	1	医療従事者等								
	2	法的手続等								
	3	患者の入院状況等								
	4	医薬品の管理・保管								
	5	機械・器具等の清潔保持								
	6	職員の健康管理								
	7	広告事項								
	8	①医療安全管理								
		②院内感染対策								
		③医薬品の安全管理								
		④医療機器の安全管理								
		⑤医療ガスの安全管理								
	9	診療録等の記録・保管								
	10	院内掲示								
	11	業務委託								
	12	防火・防災体制								
	13	感染性廃棄物								
	14	放射線管理・装置・使用室								
	15	検体検査の精度の確保								
	16	構造設備								

※再掲には、療養病床を有する診療所数を記入すること。

令和元年度診療所立入検査結果集計表

○ ○ 保健福祉(環境)事務所			有床診療所数		力所		再掲	力所			
検 査 項 目			対象数		適数		不適数		非対象数		
			有床	再掲	有床	再掲	有床	再掲	有床	再掲	
検査概要	1	医療従事者等									
	2	法的手続等									
	3	患者の入院状況等									
	4	医薬品の管理・保管									
	5	機械・器具等の清潔保持									
	6	職員の健康管理									
	7	広告事項									
	8	医療の安全の確保	①医療安全管理								
			②院内感染対策								
			③医薬品の安全管理								
			④医療機器の安全管理								
			⑤医療ガスの安全管理								
	9	診療録等の記録・保管									
	10	院内掲示									
	11	業務委託									
	12	防火・防災体制									
13	感染性廃棄物										
14	放射線管理・装置・使用室										
15	検体検査の精度の確保										
16	構造設備										

※再掲には、療養病床を有する診療所数を記入すること。

令和元年度診療所立入検査結果集計表

○ ○ 保健福祉(環境)事務所			無床診療所数		力所	
検 査 項 目			対象数	適数	不適数	非対象数
検査概要	1	医療従事者等				
	2	法的手続等				
	3	患者の入院状況等				
	4	医薬品の管理・保管				
	5	機械・器具等の清潔保持				
	6	職員の健康管理				
	7	広告事項				
	8	①医療安全管理				
		②院内感染対策				
		③医薬品の安全管理				
		④医療機器の安全管理				
		⑤医療ガスの安全管理				
	9	診療録等の記録・保管				
	10	院内掲示				
	11	業務委託				
	12	防火・防災体制				
	13	感染性廃棄物				
	14	放射線管理・装置・使用室				
	15	検体検査の精度の確保				
	16	構造設備				

令和元年度診療所立入検査結果集計表

○ ○ 保健福祉(環境)事務所			歯科診療所数		力所	
検 査 項 目			対象数	適数	不適数	非対象数
検査概要	1	医療従事者等				
	2	法的手続等				
	3	患者の入院状況等				
	4	医薬品の管理・保管				
	5	機械・器具等の清潔保持				
	6	職員の健康管理				
	7	広告事項				
	8	①医療安全管理				
		②院内感染対策				
		③医薬品の安全管理				
		④医療機器の安全管理				
		⑤医療ガスの安全管理				
	9	診療録等の記録・保管				
	10	院内掲示				
	11	業務委託				
	12	防火・防災体制				
	13	感染性廃棄物				
	14	放射線管理・装置・使用室				
	15	検体検査の精度の確保				
	16	構造設備				

令和元年度診療所立入検査表 No.1

調査年月日 年 月 日			保健福祉(環境)事務所			調査員						
診療所名												
許可病床	床	診療科名										
所在地		TEL										
開設者		開設年月日			管 理 者							
職 員	医師(常勤)		人		薬剤師(常勤)		人		診療放射線技師		人	
	医師(非常勤)		人		薬剤師(非常勤)		人		臨床検査技師		人	
	歯科医師(常勤)		人		看護師等(准看含む)		人		看護補助者		人	
	歯科医師(非常勤)		人		歯科衛生士		人		事務員その他		人	
医 療 従 事 者 等	職 種	氏 名		登 録 番 号 登録年月日	常 勤	非 常 勤	健康 診断	本人 確認	備考(確認書類等)			

※「医療従事者等」の欄には、医療従事者以外の職員についても氏名等を記入すること。

※「本人確認」の欄は、医師のみを対象とし、確認できた場合には「○」、確認できなかった場合は「－」を記入すること。

様式(3)－2 有床診療所用(療養病床含む)

診療所名				
検 査 項 目		検 査 結 果	不 適 事 項	
検 査 概 要	1	医療従事者等	適 ・ 不適	
	2	法的手続等	適 ・ 不適	
	3	患者の入院状況等	適 ・ 不適	
	4	医薬品の管理・保管	適 ・ 不適	
	5	機械、器具等の清潔保持等	適 ・ 不適	
	6	職員の健康管理	適 ・ 不適 ・ 非対象	
	7	広告事項	適 ・ 不適	
	8	医療の安全の確保		
		①医療安全管理	適 ・ 不適	
		②院内感染対策	適 ・ 不適	
		③医薬品の安全管理	適 ・ 不適	
		④医療機器の安全管理	適 ・ 不適	
		⑤医療ガスの安全管理	適 ・ 不適 ・ 非対象	
	9	診療録等の記録・保管	適 ・ 不適	
	10	院内掲示	適 ・ 不適	
	11	業務委託	適 ・ 不適 ・ 非対象	
12	防火・防災体制	適 ・ 不適		
13	感染性廃棄物	適 ・ 不適		
14	放射線管理・装置・使用室	適 ・ 不適 ・ 非対象		
15	検体検査の精度の確保	適 ・ 不適 ・ 非対象		
16	構造設備	適 ・ 不適		
備考(指導状況等)				

診療所名				
検 査 項 目		検 査 結 果	不 適 事 項	
検 査 概 要	1	医療従事者等	適 ・ 不適	
	2	法的手続等	適 ・ 不適	
	3	患者の入院状況等	非対象	
	4	医薬品の管理・保管	適 ・ 不適	
	5	機械、器具等の清潔保持等	適 ・ 不適	
	6	職員の健康管理	適 ・ 不適 ・ 非対象	
	7	広告事項	適 ・ 不適	
	8	医療の安全の確保		
		①医療安全管理	適 ・ 不適	
		②院内感染対策	適 ・ 不適	
		③医薬品の安全管理	適 ・ 不適	
		④医療機器の安全管理	適 ・ 不適	
		⑤医療ガスの安全管理	適 ・ 不適 ・ 非対象	
	9	診療録等の記録・保管	適 ・ 不適	
	10	院内掲示	適 ・ 不適	
	11	業務委託	適 ・ 不適 ・ 非対象	
12	防火・防災体制	適 ・ 不適		
13	感染性廃棄物	適 ・ 不適		
14	放射線管理・装置・使用室	適 ・ 不適 ・ 非対象		
15	検体検査の精度の確保	適 ・ 不適 ・ 非対象		
16	構造設備	適 ・ 不適		
備考(指導状況等)				

令和元年度診療所立入検査表No.2

【療養病床を有する診療所】

(調査年月日) 年 月 日		保健福祉(環境)事務所		調査員			
診療所名							
許可病床	床	診療科名					
うち療養病床	(床)						
所在地		TEL					
開設者		開設年月日	・	管理者			
特定介護療養型医療施設の届出 有・無 条		特定診療所の届出 有・無 条		(届出年月日) 平成 年 月 日			
職員数	職種	医師	看護師・准看護師	看護補助者	薬剤師	その他 医療従事者	事務員
常勤		名	名	名	名	名	名
非常勤		名	名	名	名	名	名

【療養病床に係る看護師等の充足状況調】

※ 資料1から、立入検査の対象となる療養病床を有する診療所の療養病床の種別を選択し、A又はCの場合は以下の【Ⅲ】、【Ⅳ】、【Ⅵ】を、Bの場合は【Ⅰ】、【Ⅱ】、【Ⅳ】、【Ⅴ】についてそれぞれ算出すること。

※対象診療所の療養病床の種別 ()

1 看護師、准看護師及び看護補助者の標準数の計算

職種区分	療養病床の種別	計算式	標準数
看護師・准看護師		人/6	【Ⅰ】 名 (小数点第1位を切り上げ整数)
看護補助者		人/6	【Ⅱ】 名 (小数点第1位を切り上げ整数)
看護師・准看護師 及び看護補助者		人/2又は3	【Ⅲ】 名 (小数点第1位を切り上げ整数)

※ 計算式は、対象となる診療所の療養病床の種別に該当するものを資料1から選択し求める。

2 看護師、准看護師及び看護補助者の常勤換算

職種区分	常勤換算値(注1)
看護師・准看護師	【Ⅳ】 名
看護補助者	【Ⅴ】 名
看護師・准看護師 及び看護補助者	【Ⅵ】 名

注1: 常勤換算値は、A又はCの場合は【Ⅳ】及び【Ⅵ】を、Bの場合は【Ⅳ】及び【Ⅴ】を、様式(4)－3で求めた療養病床に勤務する各職種の常勤換算値を転記すること。

3 看護師、准看護師及び看護補助者の充足状況の判定

※ A又はCの場合は③について、Bの場合は①及び②について判定すること。

職種区分	標準数	常勤換算値	看護師・准看護師	判定結果
① 看護師・准看護師	【Ⅰ】 名	【Ⅳ】 名	X	適
② 看護補助者	【Ⅱ】 名	【Ⅴ】 名		
③ 看護師・准看護師 及び看護補助者	【Ⅲ】 名	【Ⅵ】 名	【Ⅳ】(注2) 名	不適

注2: 【Ⅳ】については、看護師及び准看護師の現員数(常勤換算値)を記入し、1名以上であること。

資料1 療養病床を有する診療所の看護師・准看護師及び看護補助者の標準数

注：Y＝標準数、Z＝標準数 ※は小数点第1位を切り上げ整数とします。

	療養病床の種別	計 算 方 法	
本則	(規則21の2②) (県条例8)	(看護師・准看護師) $\frac{\text{療養病床に係る1日平均入院患者数}}{4} = Y ※$	(看護補助者) $\frac{\text{療養病床に係る1日平均入院患者数}}{4} = Z ※$
附則適用	A (附則23) (県附則6③)	当 分 の 間 (看護師・准看護師及び看護補助者) $\frac{\text{療養病床に係る1日平均入院患者数}}{2} = Y ※$ *ただし、そのうちの1については看護師又は准看護師とする。	
	B 特定介護療養型医療施設 又は特定診療所 (附則54の2) (県附則7①)	令和6年3月31日までの間に限る。 (看護師・准看護師) $\frac{\text{療養病床に係る1日平均入院患者数}}{6} = Y ※$ (看護補助者) $\frac{\text{療養病床に係る1日平均入院患者数}}{6} = Z ※$ 注) 特定介護療養型医療施設又は特定診療所(看護師等の員数が第21条の2第2項第1号及び第2号に掲げる数に満たない診療所)の開設者が、平成30年4月1日から6月30日まで届け出た場合。	
	C 特定介護療養型医療施設 又は特定診療所 (附則55の2) (県附則7②)	令和6年3月31日までの間に限る。 (看護師・准看護師及び看護補助者) $\frac{\text{療養病床に係る1日平均入院患者数}}{3} = Y ※$ *ただし、そのうちの1については看護師又は准看護師とする。 注) 特定介護療養型医療施設又は特定診療所(看護師等の員数が附則第23条第2号に掲げる数に満たない診療所)の開設者が、平成30年4月1日から6月30日まで届け出た場合。	

2 その他の従業者

① 事務員等(規則21の2③)

事務員その他の従業者は、療養病床を有する診療所の実状に応じた適当数を置く。

療養病床を有する診療所の職員名簿

[illegible]

注1：勤務する全ての職員について職種ごとにまとめて記載すること。

注2：看護師、准看護師及び看護補助者については、療養病床に係る勤務形態の「専任」又は「兼任」の該当するものに○を記入すること。
なお、療養病床以外で勤務している場合は「その他」に○を記入すること。

注3 :「免許証の交付者」が厚生労働大臣以外である場合は、交付者名(例:福岡県知事)を記入すること。

注4：常勤、非常勤のいずれかに○を記入すること。

注5:「常勤の勤務時間」は、診療所で定められた常勤の勤務時間であり、就業規則で確認すること。

注6：「上記病床に係る1日平均入院患者数」とは、1年間の「毎日24時現在、療養病床に入院する患者延べ数」を「診療日数」で除した数であり、小数点第2位以下を切り捨て、小数点第1位まで求める。なお、「診療日数」とは通常365日であり、休止した期間がある場合は、その期間を除く。

療養病床に係る看護師、准看護師及び看護補助者の勤務時間の常勤換算算定表

診療所名					常勤の勤務時間	h/週 ①		
氏 名	療養 病床	換算	月 火 水 木 金 土 日	計	計 算		備考	
(看 ・ 准 ・ 補)	専任・兼任	週・月	日	②	③	④		
		宿		⑤	⑥	⑦		
(看 ・ 准 ・ 補)	専任・兼任	週・月	日	②	③	④		
		宿		⑤	⑥	⑦		
(看 ・ 准 ・ 補)	専任・兼任	週・月	日	②	③	④		
		宿		⑤	⑥	⑦		
(看 ・ 准 ・ 補)	専任・兼任	週・月	日	②	③	④		
		宿		⑤	⑥	⑦		
(看 ・ 准 ・ 補)	専任・兼任	週・月	日	②	③	④		
		宿		⑤	⑥	⑦		
(看 ・ 准 ・ 補)	専任・兼任	週・月	日	②	③	④		
		宿		⑤	⑥	⑦		
(看 ・ 准 ・ 補)	専任・兼任	週・月	日	②	③	④		
		宿		⑤	⑥	⑦		
(看 ・ 准 ・ 補)	専任・兼任	週・月	日	②	③	④		
		宿		⑤	⑥	⑦		
(看 ・ 准 ・ 補)	専任・兼任	週・月	日	②	③	④		
		宿		⑤	⑥	⑦		
(看 ・ 准 ・ 補)	専任・兼任	週・月	日	②	③	④		
		宿		⑤	⑥	⑦		
(看 ・ 准 ・ 補)	専任・兼任	週・月	日	②	③	④		
		宿		⑤	⑥	⑦		
(看 ・ 准 ・ 補)	専任・兼任	週・月	日	②	③	④		
		宿		⑤	⑥	⑦		
看護師、准看護師の合計人数		名	/	看護師、准看護師の 常勤換算値の合計 = _____ 名 ⑧ × 2				【Ⅳ】
看護補助者の合計人数		名		看護補助者の 常勤換算値の合計 = _____ 名 ⑧ × 2				【Ⅴ】
総 計		名		看護師、准看護師及び看護 補助者の常勤換算値の合計 = _____ 名 ⑧ × 2				【Ⅵ】

注1：本表には、様式(4)－2に記入した「専任」並びに「兼任」に該当する看護師等の療養病床における業務の従事時間を記入すること。

注2：備考欄には、変則勤務で週単位でない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)

注3：変則勤務で週単位でない場合は、月単位で換算し、各曜日及び計の②、③欄に1か月間に勤務する時間の合計を記入した上で、計算欄において、1週間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。

注4：常勤換算処理を行う際の端数処理は個人ごとに行うのではなく、全員の数値を積み上げた後で行うものとする。なお、換算値は小数点第2位を切り捨て、小数点第1位まで算出すること。(例：4.45→4.4)

療養病床に係る看護師、准看護師及び看護補助者の勤務時間の常勤換算算定表(記入例)

診療所名	○×クリニック										常勤の勤務時間	40 h／週 ①			
氏 名	療養 病床	換算	月 火 水 木 金 土 日							計	計 算		備考		
A (<u>看</u> ・准・補)	専任 兼任	週 月	日	8	8	8	8	8		40 ②	$\left(\frac{40}{40} + \frac{0}{40}\right) \times \frac{1}{4} = \frac{80}{80}$	②	②×2		
B (<u>看</u> ・准・補)	専任 兼任	週 月	日	8	8	8	8	8	4	44 ②	$\left(\frac{44}{40} + \frac{0}{40}\right) \times \frac{1}{4} = \frac{88}{80}$	②	②×2	88 → 80 80 → 80	
C (看・ <u>准</u> ・補)	専任 兼任	週 月	日	8	8					16 ②	$\left(\frac{16}{40} + \frac{16}{80}\right) \times \frac{1}{4} = \frac{48}{80}$	②	②×2		
D (看・准・ <u>補</u>)	専任 兼任	週 月	日					8		32 ②	$\left(\frac{32}{40} + \frac{0}{40}\right) \times \frac{1}{4} = \frac{16}{80}$	②	②×2	月4回 勤務	
E (看・准・ <u>補</u>)	専任 兼任	週 月	日	8		8	8			96 ②	$\left(\frac{96}{40} + \frac{0}{40}\right) \times \frac{1}{4} = \frac{48}{80}$	②	②×2	月12回 勤務	
F (看・准・ <u>補</u>)	専任 兼任	週 月	日		8	8	8			96 ②	$\left(\frac{96}{40} + \frac{0}{40}\right) \times \frac{1}{4} = \frac{48}{80}$	②	②×2	月12回 勤務	
(看・准・補)	専任 兼任	週 月	日							②	$\left(\frac{0}{40} + \frac{0}{40}\right) \times \frac{1}{4} = \frac{0}{80}$	②	②×2		
(看・准・補)	専任 兼任	週 月	日							②	$\left(\frac{0}{40} + \frac{0}{40}\right) \times \frac{1}{4} = \frac{0}{80}$	②	②×2		
(看・准・補)	専任 兼任	週 月	日							②	$\left(\frac{0}{40} + \frac{0}{40}\right) \times \frac{1}{4} = \frac{0}{80}$	②	②×2		
(看・准・補)	専任 兼任	週 月	日							②	$\left(\frac{0}{40} + \frac{0}{40}\right) \times \frac{1}{4} = \frac{0}{80}$	②	②×2		
看護師(准看含む。)の合計人数3名 看護補助者の合計人数3名 総 計6名											看護師、准看護師の 常勤換算値の合計		$= \frac{208}{80}$	②	2.6名
											看護補助者の 常勤換算値の合計		$= \frac{112}{80}$	②	1.4名
											看護師、准看護師及び看護 補助者の常勤換算値の合計		$= \frac{320}{80}$	②	4.0名
											【Ⅵ】 = 【Ⅳ】 + 【Ⅴ】				

注1: 本表には、様式(4)-2に記入した「専任」並びに「兼任」に該当する看護師等の療養病床における業務の従事時間を記入すること。

注2: 備考欄には、週単位で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)

注3: 週単位でない変則勤務の場合は、月単位で換算し、各曜日及び計のB,C欄に1か月間に勤務する時間の合計を記入した上で、計算欄において、1週間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。

注4: 常勤換算処理をする際の端数処理は個人ごとに行うのではなく、全員の数値を積み上げた後で行うものとする。なお、換算値は小数点第2位を切り捨て、小数点第1位まで算出すること。(例: 4.45→4.4)

紹介予定派遣職員名簿(医療従事者)

保健福祉(環境)事務所名		保健福祉(環境)事務所		年 月 日現在			
施設名		職 種	医師・歯科医師・看護師・その他()		必ず確認すべき書類		備 考
派遣労働者氏名	(※注4) 就業場所	派遣期間(※6か月以内であること)		派遣元事業者名	労働者派遣 契 約 書	派遣先への 通 知 書	
		年 月 日～ 年 月 日					
		年 月 日～ 年 月 日					
		年 月 日～ 年 月 日					
		年 月 日～ 年 月 日					
		年 月 日～ 年 月 日					
		年 月 日～ 年 月 日					
		年 月 日～ 年 月 日					
		年 月 日～ 年 月 日					
		年 月 日～ 年 月 日					

注1 :この派遣職員名簿は医療従事者のみを対象とし、医療従事者の職種ごとに作成すること。

注2 :就業場所、派遣期間、派遣元は労働者派遣契約書で確認して記入すること。

注3 :病院等においては、6か月を超えて同一の紹介予定派遣者を受け入れてはならないこと。また、同一の業務に係る紹介予定派遣者の受け入れは最長3年であることに留意。

注4 :就業場所は「同一業務」が判断できるように留意し、記入すること。(例:医師の場合:内科外来診療、内科入院診療等、看護師の場合:2階病棟、内科外来診療等)

産前産後休業、育児休業又は介護休業中の医療従事者に係る派遣職員名簿

保健福祉(環境)事務所名		保健福祉(環境)事務所		年 月 日現在					
施設名			職種	医師・歯科医師・看護師・その他()		必ず確認すべき書類			備 考
産前産後等休業中 職員氏名	(※注4) 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	
			年 月 日～ 年 月 日						
			年 月 日～ 年 月 日						
			年 月 日～ 年 月 日						
			年 月 日～ 年 月 日						
			年 月 日～ 年 月 日						
			年 月 日～ 年 月 日						
			年 月 日～ 年 月 日						
			年 月 日～ 年 月 日						
			年 月 日～ 年 月 日						
			年 月 日～ 年 月 日						

注1 :この派遣職員名簿は医療従事者のみを対象とし、医療従事者の職種ごとに作成すること。

注2 :派遣期間、派遣元は労働者派遣契約書で確認して記入すること。

注3 :派遣期間は、当該労働者の休業期間に限って認められるものであることに留意すること。

注4 :就業場所は「同一業務」が判断できるように留意し、記入すること。(例:医師の場合:内科外来診療、内科入院診療等、看護師の場合:2階病棟、内科外来診療等)

へき地にある病院等における労働派遣医師名簿

保健福祉(環境)事務所名		保健福祉(環境)事務所		年 月 日現在				
施設名		他の勤務先		必ず確認すべき書類				備考
派遣労働者氏名	(※注4) 就業場所	派遣期間(原則1年、最長3年)		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	
		年 月 日～ 年 月 日						
		年 月 日～ 年 月 日						
		年 月 日～ 年 月 日						
		年 月 日～ 年 月 日						
		年 月 日～ 年 月 日						
		年 月 日～ 年 月 日						
		年 月 日～ 年 月 日						
		年 月 日～ 年 月 日						
		年 月 日～ 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を記入すること。

注2 :就業場所、派遣期間、派遣元は労働者派遣契約書で確認して記入すること。

注3 :へき地にある病院等においては、原則1年を超えて派遣を受けてはならないが、最長3年まで受け入れることは可能である事に留意すること。

注4 :就業場所は「同一業務」が判断できるように留意し、記入すること。(例:内科外来診療、内科入院診療等)

第 年 月 日 号

殿

保健福祉（環境）事務所長（印）

令和元年度医療法第25条第1項に基づく立入検査結果について

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、改善状況を徴する事項の措置状況について、令和 年 月 日までに報告してください。

（注）下記の根拠法令中の「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・改善計画を徴する事項

項目番号	項目内容	根拠法令	不適事項・指導理由

2 要望事項（報告は不要です。）

項目番号	項目内容	根拠法令	要望理由等

第 年 月 日

保健福祉（環境）事務所長 殿

医療機関の開設者又は管理者名（印）

令和元年度医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査結果の不適事項等の
改善（改善計画）状況について（報告）

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

記

不適事項	改善又は改善計画の状況

医療に係る安全管理に関する調査票【１／３】

医療機関名	病(入所)室 及び 病床(入所者)	室 床	保健所名	
			調 査 日	年 月 日

１ 医療に係る安全管理のための指針について		
調 査 事 項	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
①医療に係る安全管理のための指針が策定されているか。		【根拠法令】 ・医療法第６条の１２ ・医療法施行規則第１条の１１第１項第１号
②医療の安全を確保するための措置と院内感染対策のための指針が一体的に規定されている（ 一体的・別規定）	【参考】	・指針については、院内感染対策に係る指針と一体的に策定しても差し支えない。
③指針の策定年月日（ 年 月 日）	【参考】	・「指針」は、医療に係る安全管理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。
④指針の変更年月日（ 年 月 日）	【参考】	※「指針」は、医療に係る安全管理のための委員会を設ける場合には、当該委員会において策定及び変更することとし、従業者に対して周知徹底を図ること。
⑤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		
⑥医療に係る安全管理のための委員会（※注）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		
⑦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		
⑧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		※注：安全管理のための委員会の開催についての規定は、患者を入院させるための施設を有しない診療所及び妊産婦等を入所させるための施設を有しない助産所については適用しない。
⑨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		
⑩医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針（患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針を含む。）が文書化されているか		（参考） 「健康保険法の施設基準」では、医療安全管理体制が整備され、安全管理に関する基本的な考え方、職員研修、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。
⑪患者からの相談への対応に関する基本方針が文書化されているか		
⑫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		
⑬医療に係る安全管理のための指針は、医療安全管理委員会において、策定・変更等なされているか		
⑭職員全員へ周知されているか		
⑮職員への周知方法 □各診療科・各部門ごとに配布 □職員全員に配布 □その他（ ）	【参考】	

医療に係る安全管理に関する調査票【２／３】

２ 医療に係る安全管理委員会（以下「医療安全管理委員会」という。）について		
※入院・入所施設を有しない医療機関は除く		
調 査 事 項	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
①医療安全管理委員会が設置されているか		【根拠法令】 ・医療法第６条の１２ ・医療法施行規則第１条の１１第１項第２号
②医療安全管理委員会と院内感染対策委員会が一体化して設置されている（ 一体的 ・ 別規定 ）	【参考】	・医療安全管理委員会は院内感染委員会と一体化して設置しても差し支えない。
③医療安全管理委員会の委員数（ 名）	【参考】	・医療安全管理委員会は、医療機関における安全管理体制の確保及び推進のために設けるものである。
④医療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		・医療安全管理委員会は、他の医療安全に関わりのある委員会と連携を取って活動することが重要であり、医療機関の安全管理に責任を持つ管理者の方針を具現化させる存在として権限を持って活動する必要がある。
⑤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		
⑥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ているか		・医療安全管理委員会は、他の医療安全に関わりのある委員会と連携を取って活動することが重要であり、医療機関の安全管理に責任を持つ管理者の方針を具現化させる存在として権限を持って活動する必要がある。
⑦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】	
⑧医療安全管理委員会で立案された改善策の実施状況について必要に応じて調査、見直しが行われているか		・医療安全管理委員会の役割として、部門や職種を超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、これが適切に実施されるよう職員への周知を図る必要がある。
⑨医療安全管理委員会は月１回程度開催しているか		
⑩重大な問題が発生した場合は、適宜開催されているか		
⑪医療安全管理委員会の議事録を作成し、保管しているか		
⑫直近の安全管理委員会の開催年月日 （ 年 月 日）	【参考】	
⑬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		
⑭医療安全管理委員会の委員の職種（複数選択可） ☐ 管理者 ☐ 薬剤部長 ☐ 医師（各診療科長等） ☐ 事務長 ☐ 看護部長 ☐ その他（ ）	【参考】	
３ 医療に係る安全管理のための職員研修について		
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回程度職員研修会が開催されているか （入院・入所施設を有さない医療機関は外部研修受講でも可）		【根拠法令】 ・医療法第６条の１２ ・医療法施行規則第１条の１１第１項第３号
②必要に応じて職員研修会を開催（受講）しているか		・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医療機関の職員に周知徹底を行うことであり、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。
③職員研修の実施について ・他の研修会と併せて実施しているか ☐ 院内感染対策に係る研修会 ☐ 医薬品の安全使用のための研修会 ☐ 医療機器の安全使用のための研修会	【参考】	
④昨年度の職員研修会の開催回数（ 回）	【参考】	（注）職員研修会の記録内容 ・開催又は受講日時 ・出席者 ・研修項目
⑤職員研修会の実施内容について記録(注)がなされているか		
⑥直近の職員研修会の開催年月日 （ 年 月 日）	【参考】	

医療に係る安全管理に関する調査票【3／3】

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ついて		
調 査 事 項	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
①医療機関内で発生した事故の安全管理委員会への報告がなされているか（注）		【根拠法令】 ・ 医療法第6条の12 ・ 医療法施行規則第1条の11第1項第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。 なお、改善策の実施に当たっては、常にその結果を評価し、改善していくことが重要である。
②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の評価がされ、これらの情報を共有しているか。		
③医療事故等の医療安全管理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		
⑤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（注）		
⑥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】	
⑦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×、非対象の場合は－を記載すること。

また、□のある項目（例：1-⑭ 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。

【參考資料】

※「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部施行について」

(平成19年3月30日付医政発第0330010号厚生労働省医政局長通知)

院内感染対策に関する調査票【１／４】

医療機関名		病(入所)室 及び 病床(入所者)	室 床	保健所名	
				調 査 日	年 月 日

1 院内感染対策に関する指針の策定について		
調 査 項 目	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
①院内感染対策のための指針が策定されているか		【根拠法令】 ・医療法第6条の12 ・医療法施行規則第1条の11第2項第1号
②指針の策定年月日（ 年 月 日）	【参考】	
③指針の変更年月日（ 年 月 日）	【参考】	
④医療機関における院内感染対策に関する基本的な考え方が文書化されているか		・院内感染に係る措置については医療の安全を確保するための措置と一体的に実施しても差し支えない。
⑤院内感染対策のための委員会（注）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		注：院内感染対策のための委員会の規定は、患者を入院させるための施設を有しない診療所及び妊婦等を入所させるための施設を有しない助産所の管理者については適用しない。
⑥院内感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針が文書化されているか		
⑦感染症の発生状況の報告に関する基本方針が文書化されているか		
⑧院内感染発生時の対応に関する基本方針が文書化されているか		
⑨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		
⑩その他院内感染対策の推進のために必要な基本方針が文書化されているか		
⑪院内感染対策のための指針は、院内感染対策委員会（注）において、策定・変更等なされているか		
⑪職員全員へ周知されているか		
⑫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】	

院内感染対策に関する調査票【２／４】

2 院内感染対策のための委員会（「院内感染対策委員会」）について ※入院・入所施設を有さない医療機関は除く。		
調 査 項 目	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
① 院内感染対策委員会が設置されているか		・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。 ・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 院内感染対策委員会の委員数（総数： 名）	【参考】	
③院内感染対策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		
④重要な検討内容について、院内感染発生時及び発生が疑われる際の患者への対応状況を含め、管理者へ報告されているか		
⑤院内感染が発生した場合は、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ているか		
⑥院内感染が発生した場合の周知方法 □各診療科・各部門ごとに周知 □職員へ全員に周知 □その他（ ）	【参考】	
⑦院内感染対策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、見直しが行われているか		
⑧院内感染対策委員会は月 1 回程度開催しているか		
⑨重大な問題が発生した場合は、適宜開催されているか		
⑩院内感染対策委員会の議事録を作成し、保管しているか		
⑪直近の院内感染対策委員会の開催年月 （ 年 月 日）	【参考】	
⑫委員は職種横断的に構成されているか		
⑬院内感染対策委員会の委員の職種（複数選択可） □医師 □助産師 □事務職 □看護師 □臨床検査技師 □その他（ ） □薬剤師 □その他の医療従事者	【参考】	
3 院内感染対策のための従業者研修（「院内感染対策研修会」）について		
①医療機関全体に共通する院内感染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 （入院・入所施設を有さない医療機関は外部研修受講でも可）		・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。 注：研修会の記録内容 ・開催又は受講日時 ・出席者 ・研修項目
②必要に応じて院内感染対策研修会を開催（受講）しているか。		
③昨年度の院内感染対策研修会の開催回数（ 回）		
④院内感染対策研修会の実施内容について記録（注）がなされているか		
⑤直近の院内感染対策研修会の開催年月日 （ 年 月 日）	【参考】	

院内感染対策に関する調査票【３／４】

４ 感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策について		
調 査 項 目	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
①院内感染の発生状況を把握するために、医療機関内で発生した感染症の発生動向の情報を共有しているか	【参考】	※健康保険法では、下記の施設基準が定め てある。（入院基本料関係） ・院内感染対策委員会は月１回程度、定期的に開催されていること。 ・「感染情報レポート」が週１回程度作成され院内感染対策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。 ・「感染情報レポート」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医療機関の疫学情報として把握、活用为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。
②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（ ）		
③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 □ 報告有り □ 報告無し	【参考】	
④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	【参考】	
⑤院内感染対策マニュアルが策定されているか		
⑥その他院内感染対策の推進のため必要な改善策を図り、定期的に見直しているか		
５ その他参考事項について		
(１) マニュアルの規定内容について		*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ること *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。 *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、小児病棟等においては、患者の特性から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。
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	【参考】	
②感染が判明した場合の報告の規定があるか	【参考】	
③院内感染発生時の対処方法の規定はあるか	【参考】	
④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（ ）	【参考】	
⑤マニュアルの遵守状況を、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)	【参考】	
⑥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	【参考】	
⑦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）	【参考】	
(２) 手指消毒		
①手洗いの励行はなされているか	【参考】	
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)	【参考】	
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 □ 水道 □ 速乾式消毒液等	【参考】	
④患者処置の前後には必ず手指消毒を行っているか	【参考】	
⑤患者・家族への感染予防に関する説明がなされているか	【参考】	
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	【参考】	
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	【参考】	
⑧使用済みタオルの管理は適切か	【参考】	

院内感染対策に関する調査票【４／４】

調 査 項 目	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
(3) 清掃、施設管理		
①病院内の清掃（湿式清掃）は毎日行われているか	【参考】	* 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。 * 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。 * 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。
②標準作業マニュアルが作成されているか	【参考】	
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	【参考】	
④特に洗面所、便所、汚物処理室については、念入りの清掃消毒が行われているか	【参考】	
⑤残飯は速やかに処理しているか	【参考】	
⑥食品を放置していないか	【参考】	
⑦汚物等の処理は速やかに行っているか	【参考】	
⑧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	【参考】	
⑨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	【参考】	
⑩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	【参考】	
(4) 滅菌、消毒		
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	【参考】	* 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5項、又は第7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。
②標準作業マニュアルを作成しているか	【参考】	
③滅菌後の器材について、使用期限切れや水漏れ、包装の破損等がある器材を、使用していないか	【参考】	
④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。 - 分割使用の注射剤バ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。	【参考】	

※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×、非対象の場合は－を記載すること。

また、□のある項目（例：2-⑦ 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。

【参考資料】

※「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部改正するための法律の一部の施行について」厚生労働省医政局長通知（平成19年3月30日付医政発第0330010号）

※「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（三訂版）」（平成22年2月10日付医政局指導課事務連絡）

※「院内感染対策のための指針案及びマニュアル作成のための手引きの送付について」（平成19年5月8日付厚生労働省医政局指導課事務連絡）〔指針の改正：「院内感染対策のための指針案の送付について」（平成27年1月5日付厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）〕

※「医療機関における院内感染対策について」（平成26年12月19日付医政地発1219第1号）

医薬品の安全使用に関する調査票【１／２】

医療機関名	病(入所)室 及び 病床(入所者)	室 床	保健所名	
			調 査 日	年 月 日
調 査 項 目		調査結果 ○・×・－	参 考 事 項	
１ 医薬品の安全使用のための責任者（「医薬品安全管理責任者」）の配置について				
① 医薬品安全管理責任者を配置しているか			【根拠法令】 医療法第6条の12	
② 医薬品安全管理責任者は、以下のいずれかの資格を有しているか ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 歯科医師 ☐ 薬剤師 ☐ 歯科衛生士(主として歯科医業を行う診療所に限る。)			医療法施行規則第1条の11第2項第2号 ※病院については、医薬品安全管理責任者は管理者との兼務は不可である。	
③ 医薬品安全管理責任者は、常勤の職員か			※医薬品安全管理責任者は、医薬品に関する十分な知識を有する常勤の職員であること。	
２ 医薬品安全管理責任者の業務について				
① 医薬品安全管理責任者は、管理者の指示の下に、以下（１）～（３）に掲げる業務を行い、病院及び有床診療所においては、医療安全管理委員会との連携の下、実施体制を確保しているか			・医療安全や医薬品に関する研修を全職員に定期的に実施することで、職員個々の知識及び安全意識の向上を図るとともに、施設全体の医療安全を向上させることが重要である。	
（１） 医薬品の安全使用のための研修				
① 従業者に対し、医薬品の安全使用のための研修を必要に応じて実施しているか			・ 医薬品の安全使用のための研修は、他の研修と併せて実施しても差し支えない。	
② 医薬品の有効性・安全性に関する情報、使用方法に関する事項が含まれているか		【参考】	・ 医薬品に関与する全ての職員に対し、定期的に「特に安全管理が必要な医薬品（要注意薬）」などに関する教育・研修を実施する体制を整備することが望ましい。	
③ 医薬品業務手順書に関する事項が含まれているか		【参考】		
④ 医薬品による副作用等が発生した場合の対応（施設内での報告、行政機関への報告等）に関する事項が含まれているか		【参考】		
⑥ 昨年度の医薬品の安全使用のための研修会の開催回数（ 回）		【参考】	(注) 研修会の記録内容 ・ 開催又は受講日時 ・ 出席者 ・ 研修項目等	
⑦ 医薬品の安全使用のための研修の実施内容について記録(注)がなされているか				
⑧ 直近の研修会の開催年月日（ 年 月 日）		【参考】		
（２） 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書(以下「医薬品業務手順書」)			・ 医療機関において使用する医薬品は、医師の判断や診療各科の特徴に応じて決定されるべきものであるが、取り間違い防止の観点から、採用規格や名称類似性等に関する確認を行い、採用の可否が決定される必要がある。なお、(財)日本医薬情報センターが運用する「医薬品類似名称検索システムホームページ」(http://www.ruijimeisho.jp/)にて医薬品の名称類似性を調べることができる。	
① 文書化した医薬品業務手順書を作成しているか (医療機関の規模や特徴に応じて下記の①～⑧に掲げる事項を含むもの。)				
② 医療機関で用いる医薬品の採用・購入に関する事項が含まれているか		【参考】		
③ 医薬品の管理に関する事項 (例＝医薬品の保管場所、医薬品医療機器等法等の法令で適切な管理が必要な医薬品(麻薬・向精神薬、覚せい剤原料、毒薬・劇薬、特定生物由来製品等)の管理方法)が含まれているか		【参考】		
④ 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項 (例＝患者情報(薬剤の服用歴、入院時に持参してきた薬剤等)の収集、処方せんの記載方法、調剤方法、処方せんや調剤薬の鑑査方法)が含まれているか		【参考】	・ 医薬品の発注、納品ミスが医療事故の原因となっているケースも見受けられるため、医薬品の品目・規格などの確認手順を定め、記録の管理を行う事が必要である。	
⑤ 患者に対する与薬や服薬指導に関する事項が含まれているか		【参考】		

医薬品の安全使用に関する調査票【２／２】

調 査 項 目	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
⑥医薬品の安全使用に係る情報の取扱い（収集、提供等）に関する事項が含まれているか	【参考】	・医療事故防止の観点から、常に最新の医薬品情報を収集し、適切に管理し、各職種に迅速に提供できる体制を整備することが重要である。 ・患者に持続した薬物療法を安全に提供するには、医療機関や薬局の間で正確な情報を提供し、共有することが重要である ・迅速な安全情報を電子メールにて情報配信を行う「医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）」がある。（http://www.pmda.go.jp/safety/info-services/medi-navi/0006.html） ・患者に医薬品を安全に使用するには、患者情報を十分に収集し、処方・調剤に活用することが重要である。 ・情報の収集に当たっては、医薬品医療機器等法において、 ①製造販売業者等が行う医薬品の安全な使用のために必要な情報収集に対して医療機関が協力するよう努めることがあること等（医薬品医療機器等法第68条の2第2項及び第3項） ②病院、診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医療関係者は、医薬品について、当該品目の副作用等の発生を知った場合において、保健衛生上の危害の発生・拡大を防止するため必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して直接副作用等を報告することが義務付けられていることに留意する必要がある。（医薬品医療機器等法第68条の10第2項）
⑦他施設（病院等、薬局等）との連携に関する事項が含まれているか	【参考】	
⑧病院及び有床の診療所における医薬品業務手順書の作成又は変更については、医療安全管理委員会において協議した上で行われているか		
⑨医薬品業務手順書は、作成後も必要に応じて見直しを行っているか		
(3) 医薬品業務手順書に基づく業務		
①医薬品安全管理責任者は、従業者の業務が医薬品業務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るか		
(4) 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集及びその他の医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策		
①医薬品安全管理責任者は、医薬品添付文書の情報のほか医薬品製造販売業、行政機関、学術誌等からの情報を広く収集し、管理しているか		
②医薬品安全管理責任者は、得られた情報のうち必要なものについて、当該情報に係る医薬品を取扱う従業者に対し、迅速かつ確実に周知徹底しているか		

＊調査結果の記入方法

各項目について、適の場合は○、不適の場合は×、非対象の場合は－を記載すること。

【参考資料】

※「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部改正するための法律の一部の施行について」厚生労働省医政局長通知（平成19年3月30日付医政発第0330010号）

※「医薬品の安全使用のための業務手順書作成マニュアル」厚生労働省医政局総務課長・医薬食品局総務課長通知（平成19年3月30日付医政総発第0330001号・薬食総発第0330001号）

※「医薬品の販売名の類似性等による医療事故防止対策の強化・徹底について（注意喚起）」厚生労働省医政局長・厚生労働省医薬品局長通知（平成20年12月4日付医政発第1204001号・薬食発第1204001号）

※「医療機関における医療事故防止対策の強化について」厚生労働省医政局長・厚生労働省医薬品局長通知（平成15年11月27日付医政発第1127004号・薬食発第1127001号）

※「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」厚生労働省医政局長・厚生労働省医薬品局長通知（平成16年6月2日付医政発第0602012号・薬食発第0602007号）

医療機器の安全使用に関する調査票【１／２】

医療機関名	病(入所)室 及び 病床(入所者)	室 床	保健所名	
			調 査 日	年 月 日

１ 医療機器の安全使用のための責任者（「医療機器安全管理責任者」）の配置について

調 査 項 目	調 査 結 果 ○・×・－	参 考 事 項
①医療機器安全管理責任者を配置しているか		【根拠法令】 医療法第6条の12
②医療機器安全管理責任者は、以下のいずれかの資格を有しているか ☐ 医師 ☐ 臨床検査技師 ☐ 歯科医師 ☐ 臨床工学技士 ☐ 薬剤師 ☐ 看護師 ☐ 歯科衛生士(主として歯科医業を行う診療所に限る。) ☐ 診療放射線技師		医療法施行規則第1条の11第2項第3号 ・病院については、医療機器安全管理責任者は管理者との兼務は不可である。 ・医療機器安全管理責任者は、医療機器に関する十分な知識を有する常勤の職員であること ・医療機器安全管理責任者は、医療機器の適切な保守を含めた包括的な管理に関わる実務を行う事ができる者であること。
③医療機器安全管理責任者は、常勤の職員か		

２ 医療機器安全管理責任者の業務について

①医療機器安全管理責任者は管理者の指示の下に、以下の（１）～（３）に掲げる業務を行い、病院及び有床診療所においては、安全管理委員会との連携の下、実施体制を確保しているか		・医療機器安全管理責任者は、医薬品医療機器等法第2条第4項に規定する医療機関が管理する医療機器（医療機関において、医学管理を行っている患者の自宅その他医療機関以外で使用される医療機器及び医療機関に貸し出された医療機器も含まれる。）の全てに係る安全管理の体制を確保しなければならない。 ・研修の実施形態は問わないものとし、医療機関において知識を有する者の研修、医療機関外での研修、外部講師の研修、製造販売業者による取扱説明等も研修に含まれる。 ・体温計・血圧計等、医療機関において既に使用されており、操作方法等が周知されている医療機器については、研修を行わなくてもよい 注１：特定機能病院において特に安全使用に際して技術の習熟が必要な医療機器 ①人工心肺装置及び補助循環装置 ②人工呼吸器 ③血液浄化装置 ④除細動装置（AEDを除く。） ⑤閉鎖式保育器 ⑥CTエックス線装置（医用X線CT装置） ⑦診療用高エネルギー放射線発生装置 ⑧診療用粒子線照射装置 ⑨診療用放射線照射装置 ⑩磁気共鳴画像診断装置（MRI装置） 注２：研修実施内容の記録 ・開催または受講日時 ・出席者 ・研修項目 ・研修の対象とした医療機器名 ・研修を実施した場所（外部研修の場合）
（１）医療機器の安全使用のための研修		
①医療機関において、使用した経験のない新しい医療機器を導入する場合に、使用予定者に対して研修を行っているか		
②特定機能病院においては、特に安全使用に際して技術の習熟が必要と考えられる医療機器（注１）に関しての研修を（年２回程度）定期的に行っているか		
③研修内容には、医療機器の有効性・安全性に関する事項が含まれているか		
④研修内容には、医療機器の使用方法に関する事項が含まれているか		
⑤研修内容には、医療機器の保守点検に関する事項が含まれているか		
⑥研修内容には、医療機器の不具合等が発生した場合の対応（施設内での報告、行政機関への報告等）に関する事項が含まれているか		
⑦医療機器の使用に関して特に法令上遵守すべき事項が含まれているか		
⑧医療機器の安全使用のための研修の実施内容について記録（注２）がなされているか		
⑩昨年度の医療機器の安全使用のための研修会の開催回数（ 回）	【参考】	
⑪直近の医療機器の安全使用のための研修会の開催年月日（ 年 月 日）	【参考】	

医療機器の安全使用に関する調査票【２／２】

２ 医療機器安全管理責任者の業務について		
調 査 項 目	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
(２) 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検		・医療機器の保守点検に関する計画の策定に当たっては、医薬品医療機器等法の規定に基づき添付文書に記載されている保守点検に関する事項を参照すること。 (注３) 保守点検が必要な医療機器 ①人工心肺装置及び補助循環装置 ②人工呼吸器 ③血液浄化装置 ④除細動装置（自動体外除細動器；AEDを除く。） ⑤閉鎖式保育器 ⑥CTエックス線装置（医用X線CT装置） ⑦診療用高エネルギー放射線発生装置 ⑧診療用粒子線照射装置 ⑨診療用放射線照射装置 ⑩磁気共鳴画像診断装置（MRI装置） ・医療機器安全管理責任者は、保守点検の実施状況、使用状況、修理状況等を評価し、医療安全の観点から、必要に応じて操作方法の標準化等安全面に十分配慮した医療機器の採用に関する助言を行うとともに、保守点検計画の見直しを行うこと。
①医療機器安全管理責任者は、保守点検が必要と考えられる医療機器（注３）について、保守点検の計画を策定しているか		
②保守点検計画には、以下に掲げる事項を機種別に記載しているか		
1. 医療機器名 2. 製造販売業者名 3. 型式 4. 保守点検をする予定の時期、間隔、条件等		
③医療機器安全管理責任者は、保守点検の計画に基づき医療機器の保守点検を実施しているか		
④医療機器安全管理責任者は、以下に掲げる事項が把握できるように個々の医療機器ごとに、保守点検の状況を記録しているか		
1. 医療機器名 2. 製造販売業者名 3. 型式、型番、購入年 4. 保守点検の記録（年月日、保守点検の概要及び保守点検者名） 5. 修理の記録（年月日、修理の概要及び修理者名）		
⑤医療機器の保守点検を外部に委託しているか	【参考】	
⑥医療機器の保守点検を外部に委託する場合は、保守点検の実施状況等の記録を保存し、管理状況を把握しているか		
(３) 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集及びその他の医療機器の安全確保を目的とした改善のための方策		・情報の収集に当たっては、医薬品医療機器等法において、 ①製造販売業者等が行う医療機器の安全な使用のために必要な情報収集に対して医療機関が協力するよう努めることがあること等 (医薬品医療機器等法第68条の2第2項及び第3項) ②病院・診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医療関係者は、医療機器について、当該品目の副作用等の発生を知った場合において、保健衛生上の危害の発生・拡大を防止するため必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して直接副作用等を報告することが義務付けられていることに留意する必要がある。 (医薬品医療機器等法第68条の10第2項)
①医療機器安全管理責任者は、医療機器の添付文書、取扱説明書等の医療機器の安全使用・保守点検等に関する情報を整理し、その管理を行っているか		
②医療機器安全管理責任者は、医療機器の不具合情報や安全情報等の安全使用のために必要な情報を製造販売業者等から一元的に収集するとともに得られた情報を当該医療機器に携わる者に対し、適切に提供しているか		
③医療機器安全管理責任者は、自ら管理している医療機器の不具合や健康被害等に関する内外の情報収集に努めるとともに、当該病院等の管理者への報告等を行っているか		

※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×、非対象の場合は－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。

【参考資料】

※ 「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部改正するための法律の一部の施行について」厚生労働省医政局長通知（平成19年3月30日付医政発第0330010号）

※ 「医療機器に係る安全管理のための体制の確保に係る運用上の留意点について」厚生労働省医政局指導課長、厚生労働省医政局研究開発振興課長通知（平成19年3月30日付医政指発第0330001号、医政研発第0330018号）

歯科医療機関における院内感染対策に関する調査票【１／３】

医療機関名：_____

調査年月日：_____年　　月　　日

管轄保健所名：_____保健福祉(環境)事務所

次の各設問の該当するものに○を付けてください。

問１ 歯科診療時の手洗いについて

診療前や唾液・血液が付着している可能性がある場合には、消毒薬を含む洗剤と流水で手を洗い、その後ペーパータオルで拭きとり、擦り込み式アルコール製剤で消毒されていますか。

（はい・いいえ）

問２ 歯科診療時の手袋について

歯科診療に携わる職員（歯科助手含む。）は、患者ごとに両手とも新しい医療用グローブを装着し、使用後は直ちに外して手洗いをされていますか。

（はい・いいえ）

問３ 歯科診療時のマスク、ゴーグル、フェイスシールドの使用について

処置の過程で目・鼻・口の粘膜に、体液などによる汚染（血液やその他体液、分泌物の飛散）が予測される場合は、目・鼻・口の粘膜からの血液媒介ウイルス感染防御のため、マスク、ゴーグル、フェイスシールドを使用されていますか。

（はい・いいえ）

問４ 歯科診療時に着用する術衣について

歯科診療時に着用する術衣は毎日交換し、特に血液付着の可能性が高い観血処置時は、通常の白衣の上に特別な術衣をつけて診療されていますか。

（はい・いいえ）

問５ 口内法エックス線撮影時の感染防止について

デンタル撮影用のフィルムやイメージングプレートのパケットや保護袋には、使用前に汚染防止用カバーを付けて使用し、撮影後は直ちに汚染防止用カバーを外したうえで、パケットや保護袋を外してフィルムを適切に写真処理されていますか。

（はい・いいえ）

歯科医療機関における院内感染対策に関する調査票【2／3】

問6 歯科診療に使用するアルコール綿について

歯科診療に使用するアルコール綿は、継ぎ足しや作り置きをせず、毎日その日の分を作製し、残ったアルコール綿は処分されていますか。

(はい・いいえ)

問7 歯科診療で使用するハンドピースの滅菌について

歯科診療で使用するハンドピースは、関連する通知等に基づき、感染の防止を含む医療安全の観点から、添付文書で指定された使用方法等を遵守するとともに、使用後は患者ごとに交換し、オートクレーブで滅菌されていますか。

(はい・いいえ)

問8 歯科治療に使用された器具などの滅菌について

歯科診療で使用したバー、根管治療用器具、超音波スケーラー等の器具は、関連する通知等に基づき、感染の防止を含む医療安全の観点から、添付文書で指定された使用方法等を遵守するとともに、超音波洗浄の後にオートクレーブで滅菌されていますか。

(はい・いいえ)

問9 歯科用ユニットについて

歯科用ユニットは、細菌汚染を防止するため患者治療ごとに、ラッピングなどを使用し交換するか、消毒薬や滅菌剤で清拭されていますか。

(はい・いいえ)

問10 口腔外バキュームについて

観血処置、歯・義歯の切削時に、血液で汚染されたエアロゾルや微生物を含んだ切削粉塵が診療室に飛散するのを減少させるため、口腔外バキュームを常に使用されていますか。

(はい・いいえ)

問11 歯科用ユニット給水系の消毒について

歯科用ユニット給水系の細菌汚染防止のため、毎日消毒薬を使用されていますか。

(はい・いいえ)

問12 アルジネート印象材の消毒について

院内および技工所の感染防止対策のため、アルジネート印象材は印象に石膏を注入する前に消毒し、アルジネート印象採得後は、印象体を消毒薬で消毒されていますか。

(はい・いいえ)

歯科医療機関における院内感染対策に関する調査票【3／3】

問 1 3 歯科医師と歯科技工士の消毒に関する情報交換について

院内および技工所の感染防止のため、歯科医師と歯科技工士の相互で、技工物の消毒に関する情報交換を行われていますか。

(はい・いいえ)

問 1 4 歯科医療従事者の B 型肝炎ワクチン接種について

歯科医療においては、血液を介する治療行為が頻回に行われ、B 型肝炎に感染する機会が多いことから、B 型肝炎ウィルスに対する抗体を保有しない歯科医療従事者の B 型肝炎ワクチン接種ならびに抗体価の確認をされていますか。

(はい・いいえ)

問 1 5 局所麻酔用注射針のリキャップについて

局所麻酔用注射針の片手リキャップについては、両手で行うより針刺しの頻度が低いので、針刺し事故防止のために、片手で行う方法（片手すくい法）でされていますか。

(はい・いいえ)

問 1 6 歯科診療で使用したメスや針などの廃棄について

院内感染防止のため、歯科診療で使用したメスや針などは、使用後直ちにユニット内で耐貫性専用容器に廃棄されていますか。

(はい・いいえ)

※ 参考資料

(1) 歯科医療機関における院内感染対策について

(平成 26 年 6 月 4 日付医政歯発 0602 第 2 号厚生労働省医政局歯科保健課長通知)

(2) 厚生労働省委託事業「歯科保健医療情報収集等事業」

一般歯科診療時の院内感染対策に係る指針

(平成 26 年 3 月 31 日付日本歯科医学会厚生労働省委託事業「歯科保健医療情報収集等事業」)

(3) 歯科医療機関における院内感染対策の周知について（依頼）

(平成 29 年 9 月 4 日付医政歯発 0904 第 2 号厚生労働省医政局歯科保健課長通知)

歯科医療機関における院内感染対策に関する調査結果

保健福祉（環境）事務所

[illegible]

※ 記入上の注意

- 1 調査年月日は、立入検査を行った年月日を記入すること。
- 2 立入検査時に別紙調査票を元に確認し、「はい」の回答は○を、「いいえ」の回答は×を記入すること。

障害者差別解消法に関する調査票

医療機関名：_____

調査年月日：_____年 ____月 ____日

管轄保健所名：_____保健福祉(環境)事務所

次の各設問の該当するものに○を付けてください。

問1 障害者差別解消法をご存じですか。 （はい・いいえ）

問2 厚生労働省が、医療分野における対応指針である「障害者差別解消法
医療関係事業者向けガイドライン」を定めていることをご存知ですか。 （はい・いいえ）

問3 「不当な差別的取扱いの禁止」についてご存じですか。 （はい・いいえ）

※不当な差別的取扱いの禁止とは、障がいのある人に対して、正当な理由なく、障がいを理由として、サービスの提供を拒否すること、サービスの提供に当たって場所や時間帯などを制限すること、他の者とは異なる取扱いをすることを禁止するものです。

問4 「合理的配慮の提供」についてご存じですか。 （はい・いいえ）

※合理的配慮の提供とは、障がいのある人から、社会的障壁の除去を必要としている旨の意思の表明があった場合には、負担が重すぎない範囲で対応すること（事業者については努めること）が求められるものです。

視覚障がい者への配慮（合理的配慮の提供）

問5 医療を提供するに当たり、適切な説明を行う場合に、必要に応じて代読、代筆を実施されていますか。 （はい・いいえ）

問6 通行の妨げになる物を通路に置かないようにされていますか。 （はい・いいえ）

問7 スロープを設置するなど施設内の段差を解消されていますか。 （はい・いいえ）

問8 障がいの程度に応じて配慮の方法を変更するなど、柔軟に対応されていますか。 （はい・いいえ）

※ 参考資料

障害者差別解消法の施行に向けた医療関係事業者等への周知について

（平成28年1月14日付医政総発0114第1号 厚生労働省医政局総務課長通知）

障害者差別解消法に関する調査結果

保健福祉（環境）事務所

[illegible]

※ 記入上の注意

- 1 調査年月日は、立入検査を行った年月日を記入すること。
- 2 立入検査時に別紙調査票を元に確認し、「はい」の回答は○を、「いいえ」の回答は×を記入すること。

無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言に基づく自主点検表

無痛分娩を取り扱う医療機関は、以下の自主点検表の該当項目に適合する場合、□に「レ」を記入してください。

A 診療体制

最新の「産婦人科診療ガイドライン産科編」を踏まえた上で、個々の妊産婦の状況に応じた適切な対応をとること。

1 インフォームド・コンセント
インフォームド・コンセントを適切に実施している。 ☐ 合併症に関する説明を含む無痛分娩に関する説明書を整備している。 ☐ 妊産婦に対して、説明書を用いて無痛分娩に関する説明が行われ、妊産婦が署名した無痛分娩の同意書を保存している。
2 無痛分娩に関する人員体制
(1) 無痛分娩麻酔管理者を配置している。 (要件) ☐ 無痛分娩取扱施設の常勤医師である。 ☐ 麻酔科専門医資格、麻酔科標榜医資格又は産婦人科専門医資格を有している。 産婦人科専門医の場合には、安全な産科麻酔実施のための最新の知識を修得し、技術の向上を図るための講習会を２年に１回程度受講し、その受講歴についてウェブサイト等で情報を公開している。自らの麻酔科研修歴及び麻酔実施歴、無痛分娩診療歴についてウェブサイト等で情報を公開している。(※) ☐ 産科麻酔に関連した病態への対応のための講習会を２年に１回程度受講し、その受講歴についてウェブサイト等で情報を公開している。(※) ☐ 救急蘇生コースの受講歴があり、その受講歴についてウェブサイト等で情報を公開している。(※)
(2) 麻酔担当医を配置している。 (要件) ☐ 麻酔科専門医資格、麻酔科標榜医資格又は産婦人科専門医資格を有している。 産婦人科専門医の場合には、原則として日本麻酔科学会麻酔専門医である指導医の指導下に麻酔科を研修した実績があり、自らの麻酔科研修歴及び麻酔実施歴、無痛分娩診療歴について経験症例数等の情報を公開し、安全で確実な硬膜外麻酔及び気管挿管実施の能力を有することを示している。さらに、安全な麻酔実施のための最新の知識を修得し、技術の向上をはかるための講習会を２年に１回程度受講し、その受講歴についてウェブサイト等で情報を公開している。(※) ☐ 安全で確実な気管挿管の能力を有している。 ☐ 産科麻酔に関連した病態への対応のための講習会を２年に１回程度受講し、その受講歴についてウェブサイト等で情報を公開している。(※) ☐ 救急蘇生コースの受講歴を有し、かつ、受講証明が有効期限内である。 また、その受講歴についてウェブサイト等で情報を公開している。(※)
(3) 無痛分娩研修了助産師・看護師がいる場合には、活用している。 (要件) ☐ 有効期限内のNCPR（新生児蘇生法普及事業）の資格を有し、新生児の蘇生ができる。 ☐ 救急蘇生コースの受講歴を有している。 ☐ 安全な麻酔実施のための最新の知識を修得し、ケアの向上を図るため、関係学会又は関係団体が主催する講習会を２年に１回程度受講している。(※)

3 無痛分娩に関する安全管理対策	
無痛分娩に関する安全管理対策を実施している。	
☐ 施設の方針（以下の項目を含む）を策定している。 ① 無痛分娩に関する基本的な考え方 ② インフォームド・コンセントの実施に関すること ③ 無痛分娩に関する安全な人員の体制に関すること ④ インシデント・アクシデント発生時の具体的な対応 ☐ 無痛分娩マニュアルを作成し、担当職員への周知徹底を図っている。 ☐ 無痛分娩看護マニュアルを作成し、担当職員への周知徹底を図っている。 ☐ 施設内で勤務者が参加する危機対応シミュレーションを少なくとも年1回程度実施し、実施歴についてウェブサイト等において情報を公開している。（※）	
4 無痛分娩に関する設備及び医療機器の配備	
(1) 蘇生設備及び医療機器を配備し、すぐに使用できる状態で管理している。	
☐ 蘇生設備：酸素ボンベ、酸素流量計、バグバルブマスク、マスク、酸素マスク、喉頭鏡、気管チューブ、スタイレット、経口エアウェイ、吸引装置、吸引カテーテル等 ☐ 医療機器：麻酔器(設置場所は手術室でもよい。)、除細動器又はAED（自動体外式除細動器）等	
(2) 救急用の医薬品をカートに整理してベッドサイドに配備し、すぐに使用できる状態で管理している。	
☐ アドレナリン、硫酸アトロピン、エフェドリン、フェニレフリン、静注用キシロカイン、ジアゼパム、チオペンタール又はプロポフォール、スキサメトニウム又はロクロニウム、スガマデックス、硫酸マグネシウム、精製大豆油（静注用脂肪乳剤）、乳酸加（酢酸加、重炭酸加）リンゲル液、生理食塩水等	
(3) 母体用の生体モニターを配備し、すぐに使用できる状態で管理している。	
☐ 心電図、非観血的自動血圧計、パルスオキシメータ等	

B 情報公開

1 情報公開	
無痛分娩の診療体制に関する情報をウェブサイト等で公開している。（※）	
☐ 無痛分娩の診療実績 ☐ 無痛分娩に関する標準的な説明文書 ☐ 無痛分娩の標準的な方法 ☐ 分娩に関連した急変時の体制 ☐ 危機対応シミュレーションの実施歴 ☐ 無痛分娩麻酔管理者の麻酔科研修歴、無痛分娩実施歴、講習会受講歴 ☐ 麻酔担当医の麻酔科研修歴、無痛分娩実施歴、講習会受講歴、救急蘇生コースの有効期限 ☐ 日本産婦人科医会偶発事例報告・妊産婦死亡報告事業への参画状況 ☐ ウェブサイトの更新日時	

C インシデント・アクシデントの収集・分析・共有

1 インシデント・アクシデントの収集・分析・共有	
無痛分娩に関する有害事象を日本産婦人科医会に報告している。	
☐ 日本産婦人科医会が実施する偶発事例報告事業及び妊産婦死亡報告事業の報告対象症例が発生した場合、日本産婦人科医会に速やかに報告している。	

※ 講習会の具体的な内容と各施設のウェブサイト等における情報公開の方法については、「無痛分娩に関するワーキンググループ（仮称）」においてその詳細が検討されるため、現時点では、各施設において可能な取組を実施することで差し控えない。

- 【参考資料】（１）無痛分娩の安全な提供体制の構築について（平成 30 年 4 月 20 日付医政総発 0420 第 3 号・医政地発 0420 第 1 号厚生労働省医政局総務課長・厚生労働省医政局地域医療計画課長連名通知）
 （２）「無痛分娩の実態把握及び安全管理体制の構築についての研究」（研究代表者 海野信也）
 「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」

無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言に基づく自主点検結果

保健福祉（環境）事務所

[illegible]

※ 記入上の注意

- 1 調査年月日は、立入検査を行った年月日を記入すること。
- 2 立入検査時に別紙「自主点検票」を元に確認し、「全ての項目を満たしている」、「左記以外」のどちらかに○を記入すること。

医療ガスの安全管理に関する調査票【1／6】

（**麻酔器、人工呼吸器等を設置し、医療ガス**を使用して診療を行う医科・歯科診療所用）

- ※ **医療ガス**とは、酸素、亜酸化窒素、治療用空気、吸引、二酸化炭素、手術機器駆動用窒素等をいう。
※ 麻酔器、人工呼吸器等を使用しないが、酸素、吸引の**配管設置を有する診療所**は、調査の対象となる。

医療機関名		保健所名	
		調 査 日	年 月 日

1 医療ガスの安全管理体制について

調 査 事 項	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
①有床診療所では、医療ガス安全管理委員会（以下「委員会」という。）が設置されているか。		【根拠法令】 ・医療法第23条第1項 ・医療法施行規則第16条第1項第1号
委員会 委員数の委員数（ 名）		・「医療ガス安全管理委員会について」 平成29年9月6日付医政発0906第3号厚生労働省医政局長通知「医療ガスの安全管理について」別添1参照
委員会の委員の職種（複数選択可） ☐医師 ☐歯科医師 ☐薬剤師 ☐看護師 ☐臨床工学技士 ☐その他（ ）		
麻酔科医が常時勤務している診療所は、原則として当該麻酔科医を委員に含めているか。		
委員会は、医療ガスの安全管理に係る業務監督及び統括を行う責任者として、医療ガス安全管理委員長（以下「委員長」という。）を置いているか。		・医療ガス安全管理委員長は、診療所における医療安全管理についての知識を有し、かつ、医療ガスに関する知識と技術を有する者の中から選任すること。
委員会は、医療ガス設備の保守点検業務（点検作業の終了後の動作確認を含む。）並びに医療ガス設備の新設及び増設工事、部分的な改造、修理等の施工監理業務を行う実施責任者（以下「実施責任者」という。）を定め、委員会の委員に含めているか。		・実施責任者には、診療所の職員のうち医療ガス設備の正しい施工・取扱方法及び高圧ガス（特に酸素ガスと他の医療ガス）の誤接続の危険性について熟知し、医療ガスに関する専門知識と技術を有する者（高圧ガス保安法（昭和26年法律第204号）第28条第2項に規定する特定高圧ガス取扱主任者等）を任ずること。 なお、医療ガス設備の工事、修理等の予定がない場合には、施工監理業務を行う実施責任者を選任しておく必要はない。
委員会は、委員会の構成員を明らかにした名簿を備えているか。		
②委員長は、委員会を年1回定期的に開催するとともに、必要に応じて適宜開催しているか。 ※直近の委員会の開催年月日 （ 年 月 日）		
③委員長は、外部の業者へ、保守点検業務の一部を委託又は工事の施工を発注する場合、必要に応じ、当該業者を参考人として委員会に出席させているか。		

医療ガスの安全管理に関する調査票【2／6】

（**麻酔器、人工呼吸器等を設置し、医療ガスを使用して診療を行う医科・歯科診療所用**）

④無床診療所では、無床診療所の管理者等、医療ガスに関する知識と技術を有する者を実施責任者として選任しているか。		※無床診療所については、委員会の設置は要しないが、診療所の管理者等の医療ガスに関する知識と技術を有する者が、実施責任者として、適切な医療ガス設備の保守点検業務を行うこと。
⑤有床診療所の委員会は、「医療ガス設備の保守点検指針」に基づいて、実施責任者に保守点検業務を行わせているか。 無床診療所の実施責任者は、「医療ガス設備の保守点検指針」に基づいて、保守点検業務を行っているか。		・「医療ガス設備の保守点検指針」 平成29年9月6日付医政発0906第3号厚生労働省医政局長通知「医療ガスの安全管理について」別添2参照
⑥有床診療所の委員会又は無床診療所の実施責任者は、帳簿を備え、行われた日常点検及び定期点検についての記録を2年間保存しているか。		
⑦有床診療所の委員会又は無床診療所の実施責任者は、医療ガス設備の工事に当たり、診療所内の各臨床部門の職員に工事を実施する旨を周知徹底しているか。		・「医療ガス設備の工事施工監理指針」 平成29年9月6日付医政発0906第3号厚生労働省医政局長通知「医療ガスの安全管理について」別添3参照
⑧有床診療所の委員会又は無床診療所の実施責任者は、工事完了後の臨床使用に先立って、実施責任者又は診療所の職員のうち医療ガスに関する知識と技術を有する者として委員会が選任した者に、「医療ガス設備の工事施工監理指針」に基づいて適切な確認を行わせているか。		なお、医療ガス設備の工事、修理等の予定がない場合には、施工監理業務を行う実施責任者等を選任する必要はない。
⑨有床診療所の委員会又は無床診療所の実施責任者は、「医療ガスに係る安全管理のための職員研修指針」に基づいて、診療所内の各臨床部門の職員に、医療ガスの安全管理に関する研修を実施することにより、医療ガスに係る安全管理に関する知識の普及及び啓発に努めているか。		【根拠法令】 ・医療法第6条の12 ・医療法第23条第1項 ・医療法施行規則第1条の11第1項第3号 ・医療法施行規則第16条第1項第1号 ・「医療ガスに係る安全管理のための職員研修指針」 平成29年9月6日付医政発0906第3号厚生労働省医政局長通知「医療ガスの安全管理について」別添4参照 当該研修は、他の医療安全に係る研修と併せて実施しても差し支えない。

医療ガスの安全管理に関する調査票【3／6】

（麻酔器、人工呼吸器等を設置し、医療ガスを使用して診療を行う医科・歯科診療所用）

2 医療ガス設備の保守点検業務について		
調 査 事 項	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
①医療ガス設備の保守点検業務（点検作業の終了後の動作確認を含む。）は、事前に定められた実施責任者が適切に実施しているか。		【根拠法令】 ・医療法第23条第1項 ・医療法施行規則第16条第1項第1号 ・「医療ガス設備の保守点検指針」 平成29年9月6日付医政発0906第3号厚生労働省医政局長通知「医療ガスの安全管理について」別添2参照 ※無床診療所については、委員会の設置は要しないが、診療所の管理者等の医療ガスに関する知識と技術を有する者が、実施責任者として、本通知の趣旨に鑑み適切な医療ガス設備の保守点検業務を行うこと。
②始業点検において、医療機器を配管端末器（アウトレット）に接続する前及び接続した際に、次の点を確認しているか。 ☐ 外観上の異常がないこと。 ☐ ロック機能に異常がないこと。 ☐ ガス漏れの音がしないこと。 ☐ 医療ガスの種別の表示（記号、名称、識別色等）が明瞭であること。 ☐ 配管端末器（アウトレット）に、使用していない機器等が接続されていないこと。		○医療ガス設備の使用に当たっては、目的とする医療ガスを安定した状態で過誤なく患者に投与することが重要である。このため、医療ガス設備の保守点検業務に当たっては、次に掲げる点に留意すること。 (1) 医療ガス設備に用いられる機材を医療ガスの種別により特定化し、保守点検業務の実施者及び使用者が医療ガスの種別を容易かつ確実に判別することを可能とすることによって、種別の異なる医療ガス間の非互換性を確保し、誤接続を防止すること。 (2) 適正な使用材料及び部品を選定し、また清潔を維持するために必要な対応を行うこと。 (3) 点検作業の終了後、設備が正常に動作することを確認すること。
③日常点検において、以下の事項を実施しているか。 ☐ 1日1回以上実施すること。なお、高圧ガス容器の交換時又は供給設備への医療ガス補充時にも同様の点検作業を実施すること。 ☐ 警報表示盤、供給設備（マニフォールド、定置式超低温液化ガス貯槽（CE）、圧縮空気供給装置及び吸引供給装置）のそれぞれに対し、「医療ガス設備の保守点検指針」様式1－1から様式1－3までに示すチェックリストに準拠して実施すること。 ☐ 日常点検後に、点検作業を実施した全ての医療ガス設備が安全で、かつ所定の機能が復旧していることを確認すること。		（様式1-1）日常チェックリストー警報表示盤ー （様式1-2）日常チェックリストー供給設備（マニフォールド、定置式超低温液化ガス貯槽（CE）ー （様式1-3）日常チェックリストー供給設備（圧縮空気供給装置及び吸引供給装置）ー

医療ガスの安全管理に関する調査票【４／６】

（麻酔器、人工呼吸器等を設置し、医療ガスを使用して診療を行う医科・歯科診療所用）

④定期点検において以下の事項を実施しているか。 ☐ 定期点検の実施に当たっては、診療所内の関係する各臨床部門の職員に対して、実施日程と実施内容を周知徹底すること。 ☐ 定期点検は、配管端末器（アウトレット）、区域別遮断弁（シャットオフバルブ）及び供給設備（マニフォールド、定置式超低温液化ガス貯槽（ＣＥ）、圧縮空気供給装置及び吸引供給装置）のそれぞれに対し、「医療ガス設備の保守点検指針」様式２－１から様式２－６までに示すチェックリストに準拠して行うこと。また、点検作業の間隔についても、これらの様式に準拠すること。 ☐ 点検作業のため、医療ガス設備の一部を一時閉止する際は、関係する区域の各臨床部門の職員と事前に十分な打合せを行うこと。また、医療ガスを停止した区域別遮断弁（シャットオフバルブ）又は主遮断弁（メインシャットオフバルブ）及びその系統の全ての配管端末器（アウトレット）に、「使用禁止」等の注意表示を付すること。 ☐ 定期点検後に、点検作業を実施した全ての医療ガス設備が安全で、かつその所定の機能が復旧していることを確認すること。		（様式2-1）定期点検チェックリスト（3か月点検）－配管端末器（アウトレット）－ （様式2-2）定期点検チェックリスト（3か月点検）－供給設備（マニフォールド、定置式超低温液化ガス貯槽（ＣＥ）、圧縮空気供給装置、吸引供給装置）－ （様式2-3）定期点検チェックリスト（6か月点検）－配管端末器（アウトレット）－ （様式2-4）定期点検チェックリスト（6か月点検）－供給設備（マニフォールド、定置式超低温液化ガス貯槽（ＣＥ）、圧縮空気供給装置、吸引供給装置）－ （様式2-5）定期点検チェックリスト（1年点検）－配管端末器（アウトレット）－ （様式2-6）定期点検チェックリスト（1年点検）－供給設備（マニフォールド、定置式超低温液化ガス貯槽（ＣＥ）、圧縮空気供給装置、吸引供給装置）－
⑤日常点検及び定期点検については、記録を作成し、2年間保存されているか。		

医療ガスの安全管理に関する調査票【５／６】

（**麻酔器、人工呼吸器等を設置し、医療ガスを使用して診療を行う医科・歯科診療所用**）

3 医療ガス設備の工事施工監理について		
調 査 事 項	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
①医療ガス設備の工事施工監理業務に当たって、次に掲げる点に留意しているか。 ☐ 医療ガス設備に用いられる機材を医療ガスの種別により特定化し、工事の施工者が医療ガスの種別の容易かつ確実な判別を可能とすることによって、種別の異なる医療ガス間の非互換性を確保し、誤接続を防止すること。 ☐ 適正な使用材料及び部品を選定し、また清潔を維持するために必要な対応を行うこと。 ☐ 既に使用している医療ガス施設の工事を行う場合は、既存部分への供給異常や汚染の防止に特に注意すること。 ☐ 工事に当たっては、医療機関内の各臨床部門の職員に工事を実施する旨を周知徹底すること。 ☐ 工事完了後、医療ガス施設の臨床使用に先立って、実施責任者又は医療機関の職員のうち医療ガスに関する知識と技術を有する者として委員会が選任した実施責任者が、厳正な確認を実施すること。		【根拠法令】 ・医療法第23条第1項 ・医療法施行規則第16条第1項第1号 ・「医療ガス設備の工事施工監理指針」 平成29年9月6日付医政発0906第3号厚生労働省医政局長通知「医療ガスの安全管理について」別添3参照 ※無床診療所については、委員会の設置は要しないが、診療所の管理者等の医療ガスに関する知識と技術を有する者が、実施責任者として、本通知の趣旨に鑑み適切な医療ガス設備の工事施工監理を行うこと。 なお、医療ガス設備の工事、修理等の予定がない場合には、施工監理業務を行う実施責任者等を選任する必要はない。
②医療ガスの工事に当たっては、事前に定められた実施責任者が施工監理業務を行うこと。		
③医療ガス設備の工事完了の際には、医療ガス設備の臨床使用に先立って、全ての配管端末器（アウトレット）に不備がなく、安全で、かつ所定の機能を備えていることを確認すること。 ☐ 実施責任者等は、工事施工者が配管端末器（アウトレット）の確認を行う際に立ち会い、工事施工者と共に配管端末器（アウトレット）に不備がないことを確認すること。確認終了後、実施責任者等は、工事施工者が作成する検査書に署名・捺印し、委員会に提出すること。 ☐ 工事施工者は、各系統の医療ガス設備において、医療ガスが正常に使用できる状態であることを確認すること。 ☐ 実施責任者等は、臨床使用に先立って、全ての供給施設を稼働させ、個々の配管端末器（アウトレット）ごとに、確認を実施すること。		・正常に使用できる状態とは、次のとおりである。 ①定置式超低温液化ガス貯槽（CE）に液化酸素が充填されていること。 ②マニフールド関連のボンベが全て接続されていること。 ③医療ガス設備に関連する機器類に必要な電源設備が正常であり、給排水に異常がないこと。 ④通常運転が可能で、各配管末端器（アウトレット）に医療ガスが送気されていること。 ・確認を実施する事項は、次のとおりである ①外観 ②機械的円滑性 ③送気圧力（標準圧力） ④ガス別特定 ⑤流量性能（配管端末器（アウトレット）最大流量）

医療ガスの安全管理に関する調査票【6／6】

（麻酔器、人工呼吸器等を設置し、医療ガスを使用して診療を行う医科・歯科診療所用）

4 医療ガスに係る安全管理のための職員研修について		
調 査 事 項	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
①医療ガスの安全管理に関する知識の普及及び啓発のための研修を年1回程度定期的に行われているか。		【根拠法令】 ・医療法第6条の12 ・医療法施行規則第1条の11第1項第3号
②医療ガスに係る重大な事故等が発生した場合などに必要に応じて職員研修を開催しているか。		・「医療ガスに係る安全管理のための職員研修指針」 平成29年9月6日付医政発0906第3号厚生労働省医政局長通知「医療ガスの安全管理について」別添4参照
③職員研修の実施について ・他の研修と併せて実施されているか □医療安全管理に係る研修 □院内感染対策に係る研修 □医薬品の安全使用のための研修 □医療機器の安全使用のための研修		※無床診療所については、委員会の設置は要しないが、本通知の趣旨に鑑み適切な医療ガスに係る安全管理のための職員研修を実施すること。 なお、当該研修は、他の医療安全に係る研修と併せて実施しても差し支えない。
④昨年度の職員研修会の開催回数（ 回） ※直近の職員研修会の開催年月日 （ 年 月 日）		・研修の内容は、次に掲げる事項とすること。 (1) 病院等における医療ガスに関する構造設備の整備状況並びに使用している医療ガスの種類、性質及び用途 (2) 医療ガスに係る事故及びヒヤリ・ハット事例並びにその防止策 (3) 医療ガスに係る事故又はヒヤリ・ハット事例が発生した場合の対応（病院等内での委員会等への報告等） (4) 医療ガスを使用するに当たって安全に業務を遂行するための留意事項 (5) その他医療ガスに係る安全管理上必要な事項
⑤職員研修会の実施内容について記録(注)がなされているか。		(注) 記録すべき職員研修の実施内容 ・開催日時 ・出席者 ・研修項目

※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×、非対象の場合は－を記載すること。

また、□のある項目については、該当の□に印（例：■or☑）をつけること。

【参考資料】

※「医療ガスの安全管理について」（平成29年9月6日付 医政発 0906 第3号 厚生労働省医政局長通知）

検体検査の精度の確保に関する調査

貴医療機関において行っている検査項目に○をつけてください

別表中欄の分類		検査項目の例
微生物学検査	細菌培養同定検査	・各種検体材料の細菌顕微鏡検査 ・培養同定検査(真菌、抗酸菌を含む)
	薬剤感受性検査	・細菌、酵母様真菌、抗酸菌の薬剤感受性検査
免疫学的検査	免疫血液学検査	・輸血関連検査
	免疫血清学検査	・感染症検査学的検査 ・肝炎ウイルス関連検査 ・自己抗体検査 ・血漿蛋白検査
血液学的検査	血球算定・血液細胞形態検査	・末梢血液一般検査 ・末梢血液像検査
	血栓・止血関連検査	・出血時間 ・凝固・線溶検査 ・血小板機能関連検査
	細胞性免疫検査	・細胞表面マーカー ・LST ・顆粒球機能検査
病理学的検査	病理組織検査	・病理組織標本作製
	免疫組織化学検査	・免疫染色病理組織標本作製(ER、PgR、HER2、EGFR、CCR4、ALK融合タンパクなどを含む)
	細胞検査	・細胞診検査
生化学的検査	分子病理学的検査	・遺伝子標本作製(HER2、ALK融合遺伝子などを含む)
	生化学検査	・蛋白質・酵素、糖質、脂質、電解質など
	免疫化学検査	・腫瘍マーカー ・内分泌学的検査
尿・糞便等一般検査	血中薬物濃度検査	・抗酸菌、抗てんかん薬、免疫抑制剤など
	尿・糞便等検査	・尿検査 ・便潜血検査 ・穿刺液・採取液検査
遺伝子関連・染色体検査	寄生虫検査	・虫卵・虫体検査
	病原体核酸検査	・肝炎ウイルス関連 ・EBV DNA、CMV DNA ・淋菌及びクラミジアrRNA同時同定 ・抗酸菌核酸同定 ・インフルエンザ、SARSコロナウイルス ・HTLV-1、HIV-1 ・HPVジェノタイプ
	体細胞遺伝子検査	・癌関連遺伝子検査 ・白血病・悪性リンパ腫関連遺伝子検査 ・Major BCR-ABL1変異解析 ・WT1 mRNA ・免疫関連遺伝子再構成 ・EGFR変異解析 ・BRAF V600変異解析 ・RAS遺伝子変異解析 ・サイトケラチン19 mRNA(OSNA法)
	生殖細胞系列遺伝子検査	・各種遺伝学的検査
	染色体検査	・先天性疾病の染色体検査 ・血液疾患の染色体検査 ・固形腫瘍の染色体検査

自らの検体検査の業務を行っている場合は、

様式(16)「検体検査の精度の確保に関する調査票」を記入
(検体検査の業務を自ら行う医療機関用)

他の医療機関から検体検査の業務を受託している場合は、

様式(17)「検体検査の精度の確保に関する調査票」を記入
(他の医療機関から検体検査の受託業務を実施する医療機関用)

検体検査の精度の確保に関する調査票【１／３】

（検体検査の業務を自ら行う医療機関用）

医療機関名	保健所名	
	調 査 日	年 月 日
調 査 事 項	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項

１ 検体検査（遺伝子関連・染色体検査を除く）の業務を自ら行う施設の管理組織、検体検査の精度の確保について

（１）検体検査の精度の確保に係る責任者を配置しているか。 ・主として医業を行う<u>診療所</u> ☐医師 ☐臨床検査技師 ・主として歯科医業を行う<u>診療所</u> ☐歯科医師 ☐臨床検査技師 ・助産所 ☐助産師	【根拠法令】 ・医療法第１５条の２ ・医療法施行規則第９条の７ ・医療法施行規則第９条の７の２ ・医療法施行規則第９条の７の３ ※病院等の管理者は、当該病院等において、臨床検査技師等に関する法律（昭和33年法律第76号）第２条に規定する検体検査（以下「検体検査」という。）の業務を行う場合は、検体検査の業務を行う施設の構造設備、管理組織、検体検査の精度の確保の方法その他の事項を検体検査の業務の適正な実施に必要なものとして厚生労働省令で定める基準に適合させなければならない。 ※責任者の業務経験については特段の要件は定めないが、衛生検査所における精度管理責任者（検体検査の業務に係る６年以上の実務経験及び精度管理に係る３年以上の実務経験をもって選任）の場合を参考にすることが望ましい。
（２）以下の標準作業書を常備し、検体検査の業務を行う従事者に周知しているか。 ☐検査機器保守管理標準作業書 ☐測定標準作業書	※検査機器保守管理標準作業書については、医療機器の添付文書、取扱説明書等をもって検査機器保守管理標準作業書とすることも認められる。 ※測定標準作業書については、検査項目ごとに、「定義」、「臨床的意義」、「測定方法及び測定原理」、「検査手順（フロー等）」及び「基準範囲及び判定基準」などの事項について、可能な限り多くのものを盛り込むことが望ましい。なお、血清分離に関する事項は測定標準作業書に含めるものとするが、血清分離を行わない病院等にあつては、血清分離に関する事項を含める必要はない。
（３）以下の作業日誌が作成されているか。 ☐検査機器保守管理作業日誌 ☐測定作業日誌	※記録の頻度としては、検体検査を実施した都度又は週～月単位が望ましい。 ※検査機器保守管理作業日誌に保守管理を行う担当者が記入すべき事項としては、以下のものが考えられる。 ・点検日時及び点検実施者名 ・各検査機器における保守管理上確認すべき内容 ・上記確認すべき事項について特に付記すべき内容 ・業者による定期保守点検を受けた場合は、その作業内容、点検を行った業者名等 ※測定作業日誌に記入すべき事項としては、以下のものが考えられる。 ・検査項目（細菌顕微鏡検査、感染症免疫学的検査、血球算定検査、総タンパク、総ビリルビン等検査の細項目をいう。）ごとの実施件数 ・実施件数の内、検査エラー又は検査不具合の発生件数

検体検査の精度の確保に関する調査票【2／3】

（検体検査の業務を自ら行う医療機関用）

調 査 事 項	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
（４）以下の台帳が作成されているか。 ☐ 試薬管理台帳 ☐ 統計学的精度管理台帳 ☐ 外部精度管理台帳		※試薬管理台帳に記入すべき事項としては、以下のものが考えられる。 ・試薬の有効期限 ・保管されている試薬の在庫 ※統計学的精度管理台帳に記入すべき事項としては、内部精度管理を実施した場合、以下のものが考えられる。 ・実施日及び実施検査項目 ・実施者名 ・実施結果（検査エラー値が出た場合の考察等含む。） ※外部精度管理台帳に記入すべき事項としては、外部精度管理調査を受検した場合、以下のものが考えられるが、実施結果（外部精度管理調査実施主体が作成する報告書）をもって代替可能とする。 ・受検日（受検申込日、実施団体からの結果報告日等）及び外部精度管理調査実施主体名 （注）各作業日誌及び各台帳については、作業の内容に応じて整理統合して差し支えない。
（５）内部精度管理の実施に努めているか。		※内部精度管理の実施に努める上で留意すべき項目 ・日々の検査・測定作業の開始に当たっては、機器及び試薬に必要な較正が行われていること ・定期的に当該病院等の管理試料等の同一検体を繰り返し検査した時の結果のばらつきの度合いを記録及び確認し検査結果の精度を確保する体制が整備されていること
（６）外部精度管理調査の受検に努めているか。		※公益社団法人日本医師会、一般社団法人日本臨床衛生検査技師会、一般社団法人日本衛生検査所協会等が行う外部精度管理調査を受けるよう努めること。
（７）適切な研修の実施に努めているか。		※研修は検体検査の業務を適切に行うために必要な知識及び技能を修得することを目的とし、次に掲げる事項を含むものとし、内部研修に留まることなく、都道府県、保健所又は学術団体等が行う研修会、報告会又は学会など外部の教育研修の機会も活用するよう努めること。 ・各標準作業書の記載事項 ・患者の秘密の保持

※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×、該当なしの場合は－を記載すること。

【参考資料】「医療法等の一部を改正する法律の一部施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令の施行について」（H30.8.10 付医政発第 0810 第 1 号厚生労働省医政局長通知）

検体検査の精度の確保に関する調査票【３／３】

（検体検査の業務を自ら行う医療機関用）

調 査 事 項	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
2 遺伝子関連・染色体検査の業務を自ら行う施設の管理組織、検体検査の精度の確保について		
(1) 遺伝子関連・染色体検査を行う場合、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るか。 (検体検査の精度の確保に係る責任者との兼任可。) ・主として医業を行う診療所 ☐ 医師 ☐ 臨床検査技師 ☐ 遺伝子関連・染色体検査の専門知識及び経験を有する者 ・主として歯科医業を行う診療所 ☐ 歯科医師 ☐ 臨床検査技師 ☐ 遺伝子関連・染色体検査の専門知識及び経験を有する者		※遺伝子関連・染色体検査の専門知識及び経験を有する者とは、以下の者のうち、検体検査の業務について３年以上の実務経験及び精度管理についての３年以上の実務経験を有する者 なお、医師又は臨床検査技師を遺伝子関連・染色体検査を行う場合の精度の確保に係る責任者とする場合も参考にすることが望ましい。 ・大学院、大学、短期大学、専門学校又は高等専門学校において分子生物学関連科目（分子生物学、遺伝子検査学、細胞遺伝学、人類遺伝学、微生物学、生化学、免疫学、血液学、生理学、病理学、解剖学、動物細胞工学、生物科学等をいう。）を履修した者
(2) 遺伝子関連・染色体検査の精度の確保のため、内部精度管理を行っているか。		※診療所が遺伝子関連・染色体検査を行う場合、その行う検査項目ごとに内部精度管理の実施が行われるよう配慮しなければならない。 なお、内部精度管理を実施する上で留意すべき事項は１－（５）のとおりとする。
(3) 遺伝子関連・染色体検査の精度の確保のため、外部精度管理調査を受けるよう努めているか。		※結核菌の同定検査やＢ型肝炎ウイルス及びＣ型肝炎ウイルスの核酸定量検査などの調査の体制が整っているものについては、これらの検査を行う診療所の場合、受検するよう努めること。 ※外部精度管理調査の体制が整っていない遺伝子関連・染色体検査について、診療所の管理者は、自施設以外の病院等のほか、衛生検査所や大学等の研究機関と連携してそれぞれ保管・保有する検体を用いて相互に検査結果を比較して、検査・測定方法の妥当性を確認するなどの方法により、精度の確保に努めること。
(4) 遺伝子関連・染色体検査の業務について、適切な研修の実施に努めているか。		※当該診療所の管理者は、遺伝子関連・染色体検査に関する研修を当該診療所において検体検査の業務に従事する者に受けさせなければならない。 なお、研修を実施する上で留意すべき事項は１－（７）のとおりとする。

※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「×」、該当なしの場合は「－」を記載すること。）

【参考資料】「医療法等の一部を改正する法律の一部施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令の施行について」
 (H30. 8. 10 付医政発第 0810 第 1 号厚生労働省医政局長通知)

検体検査の精度の確保に関する調査票【1／3】

（他の医療機関から検体検査の受託業務を実施する医療機関用）

医療機関名		保健所名	
		調 査 日	年 月 日
調 査 事 項		調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
検体検査の受託業務を行う施設の管理組織、検体検査の精度の確保について			
（1）受託する業務の責任者として、以下のいずれかの医師又は臨床検査技師等を選任しているか。 ☐ 受託する業務の責任者として、検査業務に関し相当の経験を有する<u>医師</u>を受託業務を行う場所に配置している。 ☐ 受託業務の責任者として、検査業務に関し相当の経験を有する<u>臨床検査技師</u>が受託業務を行う場所に置かれ、かつ、受託業務を指導監督するための医師（以下「指導監督医」という）を選任している。			【根拠法令】 ・医療法第15条の2 ・医療法施行規則第9条の8 ・医療法施行規則第9条の8の2
（2）受託業務の従事者として、医師又は臨床検査技師その他の受託業務を行うために必要な知識及び技能を有する者が必要な数、受託業務を行う場所に配置しているか。 ☐ 医師 ☐ 臨床検査技師 ☐ 受託業務を行うために必要な知識及び技能を有する者			
（3）専ら精度管理を職務とする者（以下「精度管理責任者」という）として、医師又は臨床検査技師を有しているか。 ☐ 医師 ☐ 臨床検査技師			※検査業務に関し相当の経験を有し、かつ、精度管理に関し相当の知識及び経験を有する者に限る。
（4）診療所の管理者は、指導監督医の下に精度管理責任者を中心とした精度管理のための体制を整備すること等により、検査に係る全ての作業を通じて十分な精度管理が行われるよう配慮し、衛生検査所指導要領に準じた内部精度管理を実施しているか。			「病院、診療所の業務委託について」（平成5年2月15日付指第14号／【最終改正】平成30年10月30日付医政地発1030第1号）
（5）診療所の管理者は、施設内の検査業務について、都道府県、公益社団法人日本医師会、一般社団法人日本臨床衛生検査技師会、一般社団法人日本衛生検査所協会等が行う外部精度管理調査に年1回以上参加しているか。			

検体検査の精度の確保に関する調査票【2／3】

（他の医療機関から検体検査の受託業務を実施する医療機関用）

調 査 事 項	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
(6) 遺伝子関連・染色体検査の業務を実施するに当たっては、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るか。 ☐ 医師 ☐ 臨床検査技師 ☐ 遺伝子関連・染色体検査の業務に関し相当の知識及び経験を有する者		※遺伝子関連・染色体検査の専門知識及び経験を有する者とは、以下の者のうち、検体検査の業務について3年以上の実務経験及び精度管理についての3年以上の実務経験を有する者 なお、医師又は臨床検査技師を遺伝子関連・染色体検査を行う場合の精度の確保に係る責任者とする場合も参考にすることが望ましい。 ・大学院、大学、短期大学、専門学校又は高等専門学校において分子生物学関連科目（分子生物学、遺伝子検査学、細胞遺伝学、人類遺伝学、微生物学、生化学、免疫学、血液学、生理学、病理学、解剖学、動物細胞工学、生物科学等をいう。）を履修した者
(7) 遺伝子関連・染色体検査の業務を実施するに当たっては、遺伝子関連・染色体検査の精度の確保のため、外部精度管理調査を受け、又は当該診療所以外の1以上の遺伝子関連・染色体検査の業務を行う病院、衛生検査所等と連携してそれぞれ保管し、若しくは保有する検体を用いるなどして、遺伝子関連・染色体検査の精度について相互に確認を行うよう努めているか。		「病院、診療所の業務委託について」（平成5年2月15日付指第14号／【最終改正】平成30年10月30日付医政地発1030第1号） なお、血清分離のみを請負う場合にあつては、外部精度管理調査に必ずしも参加する必要はないこと。
(8) 必要な検査用器具を有しているか。（別表1（P55）参照）		※委託する者の検査用器具を使用する場合はこの限りでない。
(9) 以下の標準作業書を常備し、検体検査の業務の従事者に周知しているか。（別表2（P56）参照） ☐ ①検体受領標準作業書 ☐ ②検体搬送標準作業書 ☐ ③検体受付及び仕分標準作業書 ☐ ④血清分離標準作業書 ☐ ⑤外部委託標準作業書 ☐ ⑥検査機器保守管理標準作業書 ☐ ⑦測定標準作業書 ☐ ⑧精度管理標準作業書 ☐ ⑨検体処理標準作業書 ☐ ⑩検査依頼情報・検査結果報告情報標準作業書 ☐ ⑪苦情処理標準作業書 ☐ ⑫教育研修・技能評価標準作業書		※血清分離のみを行う者にあつては、③、⑦～⑩並びに⑫を作成することを要しない。 ※血清分離のみを行う者にあつては、④の記載すべき事項として検査結果報告台帳の記入要領を求める。 ※血清分離を行わない者にあつては、④を作成することを要しない。

検体検査の精度の確保に関する調査票【3／3】

（他の医療機関から検体検査の受託業務を実施する医療機関用）

調 査 事 項	調査結果 ○・×・－	参 考 事 項
(10) 業務案内書を常備しているか。		※以下の事項を記載すること。 ・検査方法 ・基準値及び判定基準 ・病院又は診療所に緊急報告を行うこととする検査値の範囲 ・病院又は診療所の外部で検査を行う場合にあっては、所要日数 ・検査の一部を委託する場合にあっては、実際に検査を行う者の名称 ・検体の採取条件、採取容器及び採取量 ・検体の提出条件 ・検体依頼書及び検体ラベルの記載項目 ・業務の管理体制
(11) 以下の作業日誌が作成されているか。 ☐ ①検体受領作業日誌 ☐ ②検体搬送作業日誌 ☐ ③検体受付及び仕分作業日誌 ☐ ④血清分離作業日誌 ☐ ⑤検査機器保守管理作業日誌 ☐ ⑥測定作業日誌		※血清分離のみを行う診療所にあっては③及び⑥に掲げる作業日誌を、血清分離を行わない場所にあっては④に掲げる作業日誌を作成することを要しない。 ※事故又は異常への対応に関する記録の欄が設けられていること。
(12) 以下の台帳が作成されているか。 ☐ ①委託検査管理台帳 ☐ ②試薬管理台帳 ☐ ③温度・設備管理台帳 ☐ ④統計学的精度管理台帳 ☐ ⑤外部精度管理台帳 ☐ ⑥検体保管・返却・廃棄処理台帳 ☐ ⑦検査依頼情報・検査結果情報台帳 ☐ ⑧検査結果報告台帳 ☐ ⑨苦情処理台帳 ☐ ⑩教育研修・技能評価記録台帳		※血清分離のみを行う診療所にあっては、②から⑦まで及び⑩に掲げる台帳を作成することを要しない。
(13) 従事者に対して適切な研修を実施しているか。 【参考】 直近の開催年月日（ 年 月 日）		

※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「×」、該当なしの場合は「－」を記載すること。）

【参考資料】 「医療法等の一部を改正する法律の一部施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令の施行について」
 (H30. 8. 10 付医政発第 0810 第 1 号厚生労働省医政局長通知)

様式（17）

別表 1

必要な検査用器具		
微生物学的検査	細菌培養同定検査 薬剤感受性検査	1 ふ卵器
		2 顕微鏡
		3 高圧蒸気滅菌器
免疫学的検査	免疫血液学検査	恒温槽
	免疫血清学検査	自動免疫測定装置又はマイクロプレート用ウォッシャー 及びマイクロプレート用リーダー
血液学的検査	血球算定・血液細胞形態検査	1 自動血球計数器
	血栓・止血関連検査	2 顕微鏡
		血液凝固検査装置
	細胞性免疫検査	フローサイトメーター
病理学的検査	病理組織検査 免疫組織化学検査	1 顕微鏡
		2 ミクロトーム
		3 パラフィン溶融器
		4 パラフィン伸展器
		5 染色に使用する器具又は装置
	細胞検査	顕微鏡
	分子病理学的検査	蛍光顕微鏡
生化学的検査	生化学検査 免疫化学検査	1 天びん
		2 純水製造器
	血中薬物濃度検査	3 自動分析装置又は分光光度計
尿・糞便等一般検査	尿・糞便等検査 寄生虫検査	分析装置又は分光光度計
		顕微鏡
遺伝子関連・染色体検査	病原体核酸検査	1 核酸増幅装置
	体細胞遺伝子検査	2 核酸増幅産物検出装置
	生殖細胞系列遺伝子検査	3 高速冷却遠心器
	染色体検査	1 CO2インキュベーター
		2 クリーンベンチ
3 写真撮影装置又は画像解析装置		
備考		
※検査用機械器具は、代替する機能を有する他の検査用機械器具をもってこれに代えることができる。		
※2以上の内容の異なる検査をする者にとっては、検査用機械器具を兼用のものとすることができる。		
ただし、微生物学的検査をするために必要な検査用機械器具は、専用のものでなければならない。		

様式（１７）

別表 2

作成すべき標準作業書の種類と記載すべき事項

作成すべき標準作業書の種類	記載すべき事項
検体受領標準作業書	1 医療機関等において検体を受領するときの確認に関する事項 2 受領書の発行に関する事項 3 検体受領作業日誌の記入要領 4 作成及び改定年月日
検体搬送標準作業書	1 一般的な搬送条件及び注意事項 2 搬送時間又は搬送条件に特に配慮を要する検査項目及び当該配慮すべき事項 3 保存条件ごとの専用搬送ボックスの取扱いに関する事項 4 受託業務を行う場所等への搬送の過程において一時的に検体を保管するときの注意事項 5 検体搬送作業日誌の記入要領 6 作成及び改定年月日
検体受付及び仕分標準作業書	1 検体を受け付け、及び仕分けるときの確認に関する事項 2 検体受付及び仕分作業日誌の作業要領 3 作成及び改定年月日
血清分離標準作業書	1 血清分離作業前の検査用機械器具の点検方法 2 血清分離室の温度条件 3 遠心器の回転数並びに遠心分離を行う時間及び温度条件 4 遠心分離に関して特に配慮を要する検査項目及び当該配慮すべき事項 5 血清分離作業日誌の記入要領 6 作成及び改定年月日
外部委託標準作業書	1 医療情報の送付方法 2 検体の送付方法 3 検査の外部委託を行う場合の精度管理及び結果評価の方法 4 委託検査管理台帳の記入要領 5 作成及び改定年月日
検査機器保守管理標準作業書	1 常時行うべき保守点検の方法 2 定期的な保守点検に関する計画 3 測定中に故障が起こった場合の対応（検体の取扱いを含む。）に関する事項 4 検査機器保守管理作業日誌の記入要領 5 作成及び改定年月日
測定標準作業書	1 受託業務を行う場所の温度及び湿度条件 2 受託業務を行う場所において検体を受領するときの取扱いに関する事項 3 測定の実施方法 4 検査用機械器具の操作方法 5 測定に当たつての注意事項 6 基準値及び判定基準（形態学的検査及び画像認識による検査の正常像及び判定基準を含む。） 7 異常値を示した検体の取扱方法（再検査の実施基準及び指導監督医の役割を含む。） 8 測定作業日誌の記入要領 9 試薬管理台帳の記入要領 10 温度・設備管理台帳の記入要領 11 作成及び改定年月日
精度管理標準作業書	1 精度管理に用いる試料及び物質の入手方法、取扱方法及び評価方法 2 精度管理の方法及び評価基準 3 外部精度管理調査の参加計画 4 外部精度管理調査の評価基準 5 統計学的精度管理台帳の記入要領 6 外部精度管理台帳の記入要領 7 作成及び改定年月日
検体処理標準作業書	1 検体ごとの保管期間及び条件 2 検体ごとの返却及び廃棄の基準 3 検体保管・返却・廃棄処理台帳の記入要領 4 作成及び改定年月日
検査依頼情報・検査結果報告情報標準作業書	1 情報の記録媒体及び交換方法に関する事項 2 情報の規格及び内容確認の方法に関する事項 3 情報の追加及び修正の方法に関する事項 4 検査依頼情報・検査結果報告台帳の記入要領 5 検査結果報告台帳の記入要領 6 作成及び改定年月日
苦情処理標準作業書	1 苦情処理の体制（指導監督医の役割を含む。） 2 苦情処理の手順 3 委託元及び行政への報告に関する事項 4 苦情処理台帳の記入要領 5 作成及び改定年月日
教育研修・技能評価標準作業書	1 検査分類ごとの研修計画に関する事項 2 技能評価の手順 3 技能評価基準及び資格基準に関する事項 4 教育研修・技能評価記録台帳の記入要領 5 作成及び改定年月日

※ 血清分離のみを行う者にあつては、検体受付及び仕分標準作業書、測定標準作業書、精度管理標準作業書、検体処理標準作業書、検査依頼情報・検査結果報告情報標準作業書並びに教育研修・技能評価標準作業書を作成することを要しない。
 ※ 血清分離のみを行う者にあつては、血清分離標準作業書の記載すべき事項として検査結果報告台帳の記入要領を求める。
 ※ 血清分離を行わない者にあつては、血清分離標準作業書を作成することを要しない。

血液製剤の管理体制に関する調査票

血液製剤を使用する診療所は、下記の調査票に記入してください。

医療機関名	保健所名	
	調 査 日	年 月 日
調 査 項 目	調査結果 ○・×	参 考 事 項
(1) 厚生労働省が策定した、「血液製剤の使用指針」及び「輸血療法の実施に関する指針」は、院内で周知されているか。		【根拠法令等】 ・安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律第9条第2項第6号及び第7号
(2) 診療所の管理者及び輸血療法に携わる各職種から構成される、輸血療法委員会は設置されているか。		・血液製剤の安全性の向上及び安定供給の確保を図るための基本的な方針第1の1
(2)-1 設置されている場合、委員会は定期的開催されているか。 【参考】 ・昨年度の開催回数（ 回） ・委員の職種（該当するすべてにチェックして下さい。） □管理者 □医師（管理者を除く） □薬剤師 □看護師 □臨床検査技師 □その他（ ）		【参考】 ※輸血療法の実施に関する指針 Ⅱ 輸血の管理体制の在り方 輸血療法を行う場合は、各医療機関の在り方に沿った管理体制を構築する必要があるが、医療機関内の複数の部署が関わるので、次のような一貫した業務体制をとることが推奨される。 1. 輸血療法委員会の設置 2. 責任医師の任命 3. 輸血部門の設置 4. 担当技師の配置
(3) 輸血業務全般において実務上の監督及び責任を持つ医師を任命しているか。		
(4) 輸血部門は設置されているか。		
(4)-1 設置されている場合、責任医師の監督のもと、輸血に関連する業務の一括管理を行っているか。（血液製剤の請求・保管・払い出し等の事務的業務を含む）		
(5) 輸血業務全般について十分な知識・経験を持つ臨床（または衛生）検査技師が、担当技師として輸血検査業務の指導を行っているか。		
(6) 輸血実施手順書を作成しているか。		※輸血療法の実施に関する指針 Ⅶ 実施体制の在り方
(7) 副作用や感染症の予防及び発生した場合の対応について、院内で方針を取り決めているか。		※輸血療法の実施に関する指針 Ⅶ 実施体制の在り方 Ⅷ 輸血（輸血用血液）に伴う副作用・合併症と対策

※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「×」、該当なしの場合は「－」を記載すること。

血液製剤の管理体制に関する調査集計票

保健福祉（環境）事務所

(人)

医療機関名	調 査 年 月 日	(1)	(2)	(2-1)	(3)	(4)	(4-1)	(5)	(6)	(7)
合 計		0	0	0	0	0	0	0	0	0

診療放射線技師及び臨床検査技師の業務範囲に関する調査票

医療機関名 _____

調査年月日 _____

管轄保健所名 _____

貴施設における診療放射線技師及び臨床検査技師の業務範囲について、下記の問にご回答ください

１ 診療放射線技師

問１ 貴施設において診療放射線技師が行っている新たな行為に、チェック（☒）を入れてください。

- （１） 静脈路に造影剤注入装置を接続する行為（静脈路確保のためのものを除く） ☐

※造影剤注入装置のスイッチを押す行為のみを指す

- （２） 造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為 ☐

※造影剤の血管からの漏出やアナフィラキシーショック等が生じる可能性があるため、医師や看護師等の立会いの下に操作をするものであること

- （３） 当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血を行う行為 ☐

- （４） 下部消化管検査のために肛門にカテーテルを挿入する行為及び当該カテーテルから造影剤及び空気を注入する行為 ☐

- （５） 画像誘導放射線治療のために肛門にカテーテルを挿入する行為及び当該カテーテルから空気を吸引する行為 ☐

- （６） 上記の行為を行うに当たっては、養成校の養成課程において新たな業務に係る教育を受けた診療放射線技師又は（公社）日本放射線技師会が実施する研修を受けた診療放射線技師が行っている。 ☐

問２ 貴施設における診療放射線技師の（公社）日本放射線技師会が実施する研修の受講状況について、ご回答ください。

①診療放射線技師の人数	人
② <u>新たな行為</u> に係る研修を受講する必要がある と思われる診療放射線技師の人数	人
③（再掲）新たな業務に係る研修を受講 された診療放射線技師の人数	人

２ 臨床検査技師

問１ 貴施設において臨床検査技師が行っている新たな検体採取の行為に、チェック（☒）を入れてください。

- （１）鼻腔拭い液、鼻腔吸引液、咽頭拭い液その他これらに類するものを採取する行為 ☐
- （２）表皮並びに体表及び口腔の粘膜を採取する行為（生検のためにこれらを採取する行為を除く。） ☐
- （３）皮膚並びに体表及び口腔の粘膜の病変部位の膿を採取する行為 ※膿であるか否かが明らかではない滲出液等の採取も含む。 ☐
- （４）鱗屑、痂皮その他の体表の付着物を採取する行為 ☐
- （５）綿棒を用いて肛門から糞便を採取する行為 ☐
- （６）上記の行為を行うに当たっては、あらかじめ厚生労働大臣が指定する研修を受けている。 ☐

問２ 貴施設において臨床検査技師が行っている新たな生理学的検査の行為に、チェック（☒）を入れてください。

- （１）基準嗅覚検査及び静脈性嗅覚検査（静脈に注射する行為を除く。） ☐
- （２）電気味覚検査及びろ紙ディスク法による味覚定量検査 ☐
- （３）上記の行為を行うに当たっては、養成校の養成課程において新たな生理学的検査業務に係る教育を受けた臨床検査技師又は（一社）日本臨床衛生検査技師会が実施する研修を受けた臨床検査技師が行っている。 ☐

問３ 貴施設における臨床検査技師の（一社）日本臨床衛生検査技師会が実施する研修の受講状況について、ご回答ください。

①臨床検査技師の人数	人
② <u>新たな検体採取の行為</u> に係る研修を受講した臨床検査技師の人数	人
③ <u>新たな生理学的検査の行為</u> に係る研修を受講する必要があると思われる臨床検査技師の人数	人
④（再掲）新たな業務に係る研修を受講された臨床検査技師の人数	人

※ 参考資料

- （１）診療放射線技師法施行規則及び臨床検査技師等に関する法律施行規則の一部を改正する省令の公布について（平成 27 年 2 月 17 日付医政発 0217 第 10 号厚生労働省医政局通知）
- （２）診療放射線技師法及び臨床検査技師等に関する法律の一部改正の施行等について（平成 27 年 3 月 31 日付医政医発 0331 第 2 号厚生労働省医政局医事課長通知）

診療放射線技師及び臨床検査技師の業務範囲に関する調査票

保健福祉（環境）事務所

(人)

[illegible]

介護保険施設等を併設している診療所に係る調査票

（調査対象：診療所と介護老人保健施設等とを併設している医療機関）

（併設とは：診療所の同一敷地内又は隣接する敷地内（公道をはさんで隣接している場合を含む）に、介護保険施設を開設していること。）

医療機関名 _____

調査年月日 _____

管轄保健所名 _____

下記の問にお答えいただき、該当するものにチェック（☑）を入れてください。

1. 介護保険施設等の範囲について

問 併設する介護保険施設等は、介護保険法又は老人福祉法に規定する介護医療院、介護老人保健施設、指定介護老人福祉施設その他の要介護者、要支援者その他の者を入所、入居又は通所させるための施設、サービス付き高齢者向け住宅、高齢者向け優良賃貸住宅、生活支援ハウスですか。 ☐

2. 診療所と介護保険施設等との区分について

問 患者等に対する治療、介護その他のサービスに支障がないよう、表示等により診療所と介護保険施設等との区分を可能な限り明確にされていますか。 ☐

3. 診療所に係る施設及び構造設備と介護保険施設等に係る施設及び設備との共用について

問 各施設等の管理者は、明確にされていますか。 ☐

問 看護師の算定に当たっては、それぞれの施設における勤務実態に応じて按分されていますか。 ☐

問 看護補助者の算定に当たっては、それぞれの施設における勤務実態に応じて按分されていますか。 ☐

問 看護師等の人員について、診療所と介護保険施設等との共用、建物の転用により変更がある場合は、医療法等に定める変更手続が行われていますか。 ☐

様式（２０）

問 次に掲げる施設等を、共用して使用していませんか。

・ 診療所の診察室と介護保険施設等の診療室又は医務室 ☐

※一の診療科において、二以上の診察室を有する診療所の当該診療科の一の診察室は除く。

診療所に併設される介護保険施設等が介護医療院の場合は、共用は認められる。ただし、現に在する診療所の建物の一部を介護医療院に転用する場合とし、介護医療院に係る建物を新たに設置する場合は、原則、認められない。

・ 手術室 ☐

・ 処置室（機能訓練室を除く。） ☐

※診療所に併設される介護保険施設等が介護医療院の場合は、共用は認められる。

・ 診療所の病室と介護医療院等の療養室又は居室 ☐

・ エックス線装置等 ☐

※診療所に併設される介護保険施設等が介護医療院の場合は、共用は認められる。

問 診療所の構造・設備について、診療所と介護保険施設等との共用、建物の転用により変更がある場合は、医療法等に定める変更手続が行われていますか。

☐

病院及び有床診療所における防火・防災対策に関するチェックリスト

医療機関名		点 検 日	令和 年 月 日
点 検 項 目		点検結果 ○・×	参 考 事 項 【根拠法令】
1 建築物の防火上の構造等			
① 増改築を行った場合には、必要な届出等がなされているか。			
② 病室等には、採光及び換気のための一定面積以上の窓が設けられているか。			建築基準法第28条 ● 病室は床面積の7分の1
③ 常に閉まっている状態の防火戸は、急激に閉まらない・閉まるまでに時間がかかりすぎないなど適切に作動しているか。			建築基準法施行令第112条第14項
④ 煙や熱を感知して作動する（随時閉鎖）防火戸や防火シャッターは、3年以内に専門業者によって点検しているか。			
⑤ 随時閉鎖式の防火戸及び防火シャッターが避難経路上にある際、通り抜けができるくぐり戸が設置されているか。			
⑥ 防火戸の開く方向は、避難する方向に開くことができるか。			
⑦ 防火戸・シャッターの閉鎖に障害となる物品を置いたり、ストッパー等で扉を固定して閉まらない状態にしていないか。			消防法第8条の2の4
⑧ 避難階段から屋外への出口等避難用の出口に設ける戸の施錠装置は、屋内から鍵を用いず開場できる構造となっているか。			建築基準法施行令第125条の2
⑨ 敷地内には、避難上及び消火活動上必要な幅員 1.5m以上の通路が道路まで確保されているか。			建築基準法施行令第127条～第128条の2
⑩ 避難経路上に避難障害となる物品が置かれていないか。			消防法第8条の2の4
⑪ いずれの場所からも2方向に避難経路が設けられているか。			
⑫ 車椅子等による避難を円滑に行うため床の段差・傾斜、溝、手すり等が適切に設置されているか。			
2 防火設備の整備と点検			
① 消防設備等の定期点検を実施し、不備事項があれば早急に改修しているか。			消防法第17条の3の3
② 消防設備等の定期点検結果は消防（署）長へ報告しているか。			消防法第17条の3の3
③ 廊下や階段等に非常用の照明装置が設けられているか。			建築基準法施行令第126条の4
④ カーテン、布製ブラインド、じゅうたん等は防災性能を有するものとしているか。			消防法第8条の3
⑤ 消火、避難・誘導、搬送のための携帯用マイク、懐中電灯、防煙マスク、担架、車椅子等が備えられているか。			
⑥ 消火器等の消火用の機械又は器具が備えられているか。			医療法施行規則第16条第1項第16号

〇〇第〇〇〇号
令和元年〇月〇日

〇〇医院 管理者 殿

福岡県〇〇保健福祉(環境)事務所長

令和元年度診療所立入検査の実施について（通知）

このことについて、医療法第25条第1項の規定に基づき貴診療所の立入検査を下記により実施しますので通知します。

つきましては、立入検査当日の管理者の立会い及び下記書類の事前の作成等についてよろしくお願いします。

記

- 1 立入検査日時 **令和元年〇月〇日（〇曜日） 〇時〇分**
- 2 事前に記入していただく書類
 - （1）令和元年度立入検査表
 - （2）労働者派遣職員名簿
- 3 医療従事者の確認については、免許証原本又は管理者（院長）が原本照合した写しのいずれかで資格の有無を確認します。
- 4 立入検査の結果は、後日文書で通知します。医療法上不適合事項がある場合は、不適合事項の改善状況及び改善計画を報告してください。
- 5 立入検査の開始時間は、都合により、多少前後することがありますのでご了承ください。
- 6 その他

平成25年10月の福岡市内での診療所火災事故を受け、防火体制の確認のため、建築部局の職員が同行いたしますのでご了承ください。

連 絡 先 福岡県〇〇保健福祉(環境)事務所 総務企画課企画指導係 電 話 担 当

令和元年度

福岡県診療所立入検査基準

福岡県保健医療介護部医療指導課

（令和元年6月）

目 次

1	医療従事者等	・ ・ ・ ・ ・	P 1
2	法的手続き	・ ・ ・ ・ ・	P 3
3	患者の入院状況等	・ ・ ・ ・ ・	P 5
4	医薬品の管理・保管	・ ・ ・ ・ ・	P 6
5	機械、器具等の清潔保持	・ ・ ・ ・ ・	P 7
6	職員の健康管理	・ ・ ・ ・ ・	P 8
7	広告事項	・ ・ ・ ・ ・	P 10
8	医療の安全の確保	・ ・ ・ ・ ・	P 12
8-1	医療の安全管理のための体制の確保	・ ・ ・ ・ ・	P 12
8-2	院内感染対策のための体制の確保	・ ・ ・ ・ ・	P 15
8-3	医薬品に係る安全管理のための体制の確保	・ ・ ・	P 17
8-4	医療機器に係る安全管理のための体制の確保	・ ・	P 20
8-5	医療ガスに係る安全管理のための体制の確保	・ ・	P 22
9	診療録等の記録・保管	・ ・ ・ ・ ・	P 26
10	院内掲示	・ ・ ・ ・ ・	P 28
11	業務委託	・ ・ ・ ・ ・	P 29
12	防火・防災体制	・ ・ ・ ・ ・	P 29
13	感染性廃棄物	・ ・ ・ ・ ・	P 31
14	放射線管理	・ ・ ・ ・ ・	P 34
15	検体検査の精度の確保	・ ・ ・ ・ ・	P 35
16	構造設備	・ ・ ・ ・ ・	P 39

【診療所立入検査基準について】

- 1 判定は、項目番号が付されている項目について行う。（例：2-3、8-1）
- 2 判定は項目ごとに行い、適合している場合は「○」を、適合していない場合は「×」を、対象とならない検査項目については「－」を「判定」欄に記入する。
- 3 項目及び備考欄の【参考】に適合していない場合は、要望事項となる。

項目番号	項 目	根拠法令等	判定	摘 要	備 考
1	医療従事者等	医療法第 15 条第 1 項（以下「法 15①」という。）		医師、看護師等の医療従事者の免許の有無を確認する。 （登録番号、登録年月日）	＜確認方法＞ 次の①又は②のいずれかで確認すること。 ①免許証原本 ②免許証の写しに開設者又は管理者が原本照合したもの
1-1	医師数	法 10 法 12②		診療所を管理する医師又は歯科医師は、都道府県知事の許可を受けた場合を除くほか、他の病院等を管理しない者であること。	※医業、歯科医業を併せ行う診療所の開設者は、その診療所が主として医業を行うものである場合は臨床研修等修了医師に、主として歯科医業を行うものであれば臨床研修等修了歯科医師に管理させなければならない。 【介護保険施設等を併設する診療所】 管理者が診療所と併設する介護保険施設等との管理者を兼ねている場合は、当該者を常勤とみなす。（平成 30 年 3 月 27 日付医政発 0327 第 31 号・老発 0327 第 6 号厚生労働省医政局長・老健局長通知）
1-2	看護師数及び准看護師数 【療養病床を有する診療所】	法 21②1 則 21 の 2②1 福岡県病院及び診療所の人員及び施設の基準等に関する条例（以下「県条例」という。） 第 8 条		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 を加えた数とすること。	（経過措置） * 則附則第 23 条第 1 項第 2 号、県条例附則第 6 条第 3 項第 1 号 当分の間、看護師、准看護師及び看護補助者については、療養病床に係る病室の入院患者の数が 2 又はその端数が増すごとに 1 を加えた数。ただし、そのうちの 1 については看護師又は准看護師とする。 * 附則第 54 条の 2 第 1 項、県条例附則第 7 条第 1 項 特定介護療養型医療施設又は特定診療所（県条例第 8 条第 1 号に掲げる数に満たない診療所）の開設者が、平成 30 年 6 月 30 日までに届け出た場合は、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 を加えた数とすること。（令和 6 年 3 月 31 日まで） * 附則第 55 条の 2 第 1 項、県条例附則第 7 条第 2 項 特定介護療養型医療施設又は特定診療所（県条例附則第 6 条第 3 項に掲げる数に満たない診療所）の開設者が、平成 30 年 6 月 30 日までに届け出た場合は、療養病床に係る病室の入院患者の数が 3 又はその端数を増すごとに 1（そのうちの 1 については看護師又は

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
1-3	看護補助者数 【療養病床を有する診療所】	法 21②1 則 21 の 2②2 県条例 8①2		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 を加えた数とすること。	准看護師）とすること。 （令和 6 年 3 月 31 日まで） 【介護保険施設等を併設する診療所】 看護師の算定に当たっては、それぞれの施設における勤務実態に応じて按分されているかを確認する。（平成 30 年 3 月 27 日付医政発 0327 第 31 号・老発 0327 第 6 号厚生労働省医政局長・老健局長通知） （経過措置） * 附則第 23 条第 1 項第 2 号、県条例附則第 6 条第 3 項第 1 号 当分の間、看護師、准看護師及び看護補助者については、療養病床に係る病室の入院患者の数が 2 又はその端数が増すごとに 1 を加えた数。ただし、そのうちの 1 については看護師又は准看護師とする。 * 附則第 54 条の 2 第 1 項、県条例附則第 7 条第 1 項 特定介護療養型医療施設又は特定診療所（県条例第 8 条第 2 号に掲げる数に満たない診療所）の開設者が、平成 30 年 6 月 30 日までに届け出た場合は、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 を加えた数とすること。（令和 6 年 3 月 31 日まで） * 附則第 55 条の 2 第 1 項、県条例附則第 7 条第 2 項 特定介護療養型医療施設又は特定診療所（県条例附則第 5 条第 3 項第 1 号に掲げる数に満たない診療所）の開設者が、平成 30 年 6 月 30 日までに届け出た場合は、療養病床に係る病室の入院患者の数が 3 又はその端数を増すごとに 1（そのうちの 1 については看護師又は准看護師）とすること。 （令和 6 年 3 月 31 日まで） ・夜間、休日時における看護体制の整備がなされていること。（看護師、准看護師又は看護補助者を 1 人以上配置） 【介護保険施設等を併設する診療所】 看護補助者の算定に当たっては、それぞれの施設における勤務実態に応じて按分されているか。（平成 30 年 3 月 27 日付医政発 0327 第 31 号・老発 0327 第 6 号厚生労働省医政局長・老健局長通知）
1-4	薬剤師数 【医師が常時 3 人以上いる診療所】	法 18 則 6 の 6 県条例 5		医師が常時（常勤換算）3 人以上勤務する場合、専属薬剤師を配置していること。	専属薬剤師設置免除の許可の有無を確認（則 7） ※病院又は医師が 3 人以上勤務する診療所の専属の薬剤師の設置義務について（平成 25 年 9 月 25 日付医政総発 0925 第

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
1-5	事務員数その他の従業員数	法 21②1 則 21 の 2③ 県条例 8①3		療養病床を有する診療所の実状に応じた適当数の人員が確保されていること。	9号) ※医師を除く従業員の員数の算定に当たっては、療養病床以外の業務に従事している時間数に基づき案分して算定すること。
2 2-1	法的手続き 医療法上の手続き	法7① 法7② 法7③ 法15③ 法27 令4 令4の2 則1の14③ 則1の14④ 則24～則29		医療法上の手続きは適正に行われていること。 1. 診療所の構造設備は、都道府県知事の使用の許可を受けていること。 【有床診療所のみ該当】 2. 開設許可届又は開設届出事項に変更が生じたときは、その届出がなされていること。 3. 臨床研修等修了医師及び臨床研修等修了歯科医師でない者（医療法人等）が診療所を開設し、厚生労働省令で定める事項を変更したときはその許可を受けていること。 4. 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。	＜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 【介護保険施設等を併設する診療所】 診療所と介護保険施設等の施設を併用する看護師等の人員について、診療所と介護保険施設等との共用、建物の転用により、看護師等の人員・配置に変更がある場合は、医療法等に定める変更手続がおこなわれているか。（平成30年3月27日付医政発0327第31号・老発0327第6号厚生労働省医政局長・老健局長通知） ＜確認方法＞ ①事前に開設後の届出、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 【介護保険施設等を併設する診療所】 診療所と介護保険施設等の管理者は、明確にされているか。（平成30年3月27日付医政発0327第31号・老発0327第6号厚生労働省医政局長・老健局長通知） ＜確認方法＞ ①事前に変更許可申請等の書類を確認 ②院内巡視の際に許可内容を確認 ＜確認方法＞ 院内巡視の際に確認 ※診療用放射線装置 ①エックス線装置、②診療用高エネルギー放射線発生装置、③診療用粒子線照射装置、④診療用放射線照射装置、⑤診療用放射線照射器具、⑥放射性同位元素装備診療機器、⑦診療用放射性同位元素、⑧陽電子断層撮影診療用放射性同位元素
2-2	医療機能情報の提供が適切になされているか。	法1 法6の3 則1の2 則1の2の2 則1の3		1. 都道府県知事への定期報告を行っていること。 ※診療所の管理者は、医療を受ける者が病院等（助産所を含む）の選択を適切に行うために必要な情報	（適用除外） 刑事施設、少年院、少年鑑別所若しくは婦人補導院又は入国者収容所若しくは地方入国管理局の中に設けられた病院又は診療所。（令3②）

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
2-3	入院診療計画書の交付が適切になされているか。 【有床診療所のみ該当】	法6の4① 法6の4② 則1の5 則1の6 則1の7 則1の8		を1年に1回以上都道府県知事に報告し、当該病院等において閲覧に供さなければならない。 2. 定期報告後、基本情報の修正又は変更があった場合に、書面又はインターネットによる都道府県知事に報告がされていること。 ※法第7条及び8条に基づく届出とは別に行う必要がある。 3. 患者等に対して、当該診療所に関する医療機能情報の閲覧体制が整備されていること。 1. 入院診療計画書の交付及び適切な説明が患者及び家族になされているか。 ※診療所の管理者は、患者を入院させたときは、診療を担当する医師又は歯科医師により、以下に掲げる事項を記載した書面「入院診療計画書」の作成並びに患者・家族への交付及び適切な説明が行われるようにしなければならない。 ただし、患者が短期間で退院することが見込まれる場合及びその他厚生労働省令で定める場合は、この限りではない。 ①患者が短期間で退院することが見込まれる場合 ②書面(入院診療計画書)を交付することにより、患者の適切な診療に支障を及ぼすおそれがある場合 ③書面(入院診療計画書)を交付することにより、人の生命、身体又は財産に危険を生じさせるおそれがある場合 2. 管理者は、書面の交付に代えて電子情報処理組織を使用する方法等を用いて提供している場合、患者、家族の承諾を得ているか。 ※管理者はあらかじめ、患者、家族の承諾を得て、書面の交付に代えて厚生労働省令で定めるところにより、書面に記載すべき事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって厚生労働省令で定めるものにより提供することができる。	※報告事項…厚生労働省令別表第1 ＜確認方法＞ 事前に「ふくおか医療情報ネット」等で報告状況を確認 ＜確認方法＞ 院内巡視の際に報告内容等を確認。 ※基本情報 ①施設名称 ②開設者 ③管理者 ④所在地 ⑤住民案内用電話番号及びファクシミリ番号 ⑥診療科目 ⑦診察日 ⑧診療時間 ⑨病床の種別及び届出又は許可病床数 ＜確認方法＞ 院内巡視の際に閲覧方法等について確認 ・書面による閲覧 ・電磁的方法による閲覧（モニター画面、電子メール、インターネット、記憶媒体の交付） ※患者の診療を担当する医師又は歯科医師は、入院した日から起算して7日以内に書面（入院診療計画書）を作成し、患者、家族に対して書面を交付して適切な説明を行わなければならない。 ※「入院診療計画書」記載事項 ①患者氏名、生年月日及び性別 ②当該患者の診療を主として担当する医師又は歯科医師の氏名 ③入院の原因となった傷病名及び主要な症状 ④入院中に行われる検査、手術、投薬その他の治療（入院中の看護及び栄養管理を含む。）に関する計画 ⑤その他厚生労働省令で定める事項 7. 推定される入院期間 4. 診療所の管理者が、患者への適切な医療のために必要と判断する事項 ※厚生労働省令で定める方法は以下の方法であって、患者、家族がファイルへの記録を出力することにより書面を作成することができるものであること。 ①電子情報処理組織を利用する方法 7. 電磁的記録に記録された情報の内容を出力装置の映像面に表示する方法（モニター画面で表示する方法） 4. 管理者の使用に係る電子計算機と患者、家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織を使用する方法であって、電気通信回線を通じて情報が送信さ

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
					れ、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに情報を記録する方法（電子メールによる方法） ウ. 管理者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された事項を電気通信回線を通じて患者・家族の閲覧に供し、患者・家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該事項を記録する方法（インターネットによる方法） ②磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記憶しておくことができるものをもって調整するファイルに入院診療計画書に記載すべき事項を記録したものを交付する方法（フロッピーディスク・ＣＤ－ＲＯＭ等で交付する方法）
3	患者の入院状況			患者の入院状況は定められた基準により適正に管理されているか。	
3-1	入院患者の病状に応じた診療体制がとられているか。 【有床診療所のみ該当】	法13		入院患者の病状が急変した場合においても、適切な治療を提供することができる体制及び他の医療機関との緊密な連携が確保されているか。	
3-2	定められた基準により適正に管理されているか 【有床診療所のみ該当】	則10① 則10①2		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。） 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。）	<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 ②院内巡視の際に確認 * 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入院させていないか。（ベット数、ナースコール、名札等で確認） <確認方法> 院内巡視の際に処置室・予備室等を注意して確認 ・ 緊急時の対応として、救急医療（周産期救急医療及び小児救急医療を含む）に係る患者を入院させるときは、病室に定員を超えて患者を入院させること及び病室以外の場所に患者を入院させることができる。 ※「救急患者の受入れに係る医療法施行規則第10条等の取扱いについて」（平成21年7月21日付医政総発0721第1号）参照
3-3	ウイルス感染の危険のある患者の感染防止 【有床診療所のみ該当】	則10①5～ 則10①7		ウイルス感染の危険のある患者からの感染を防止するために適当な措置をとっていること。	<確認方法> 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ないこと。

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
3-4	新生児の管理 【産科又は産婦 人科を標榜す る診療所】	法15① 法 20		新生児の管理が適切に行われているか。 1. 新生児の識別の方法が的確に講じられていること。 ※無痛分娩取扱施設については様式（14）「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言に基づく自主点検結果」にて確認すること。 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。	<確認方法>説明聴取 ・新生児の識別が適切に行われていること ・識別方法、識別の時期 ◇乳児連れ去りの対策については「医療機関における安全管理体制について（院内で発生する乳児連れ去りや盗難等の被害及び職員への暴力被害への取組に関して）」（平成18年9月25日付医政発0925001号）を参照。 ◇「無痛分娩の安全な提供体制の構築について」（平成30年4月20日付医政総発0420第3号・医政地発0420第1号厚生労働省医政総務課長・地域医療計画課長連名通知） <確認方法>説明聴取 * 避難場所、避難に必要な器具
4	医薬品の管理・保管	法15① 法20 則14		医薬品の取扱いは適正にされているか。	<確認方法> * 調剤所（薬局）、看護師詰所、手術室等で他の薬剤と区分して保管されていることを確認 * 毒薬の保管庫が施錠されていることを確認（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（以下「医薬品医療機器等法」という。）第48条第1項及び第2項参照）
4-1	毒劇薬の区別と施錠保管			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。	
4-2	毒劇薬の標示			毒薬及び劇薬の直接の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。	
4-3	その他の医薬品の管理			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）、看護師詰所、手術室等で医薬品の保管状況を確認 【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、覚せい剤取締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条の16、21、23及び覚せい剤取締法第16条、第20条、第22条） 【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

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
4-4	調剤所の衛生と 防火管理			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。	ることに留意する。（毒物及び劇物取締法第11条、第12条、第16条の2）（毒物及び劇物取締法第11条関係：「毒物及び劇物の保管管理について」昭和52年3月26日付薬発第313号） <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を確認。 * 薬品棚の転倒防止策をとっていることを確認。 （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
5	機械・器具等の 清潔保持	法15①		医療機器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。	
5-1	医療機器等の清潔保持及び維持管理	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。 2. 病棟における諸設備が清潔に保たれていること。 【有床診療所のみ該当】	1. 適切な滅菌装置や消毒薬の使用を確認すること。 <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 * 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。 * 歯科用ハンドピースを含む歯科治療用器具・器材が患者毎に交換・滅菌を行っていること。（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科を標榜する診療所のみ該当）※診療の実情に応じて判断すること。 <確認方法> 院内巡視の際に確認 * ベッド、マットレス等の寝具類及び病室内の清潔整頓 * 便所及び便器の清潔整頓
5-2	調理機械、器具の清潔保持及び保守管理 【有床診療所のみ該当】 【参考】 食品等の保管取り扱いが適切か	法15① 法20 食品衛生法3		1. 給食施設の施設及び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。 2. 食品等の保管取扱いが衛生的に行われていること。 3. 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確認） <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。 <確認方法> * 洗濯の間隔などを確認

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
6	職員の健康管理	法15①		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. 定期健康診断等を実施し、その記録が5年間保存されていること。 2. 雇入れ時の健康診断 ＜検査項目＞ ①問診 既往歴及び業務歴の調査 喫煙歴及び服薬歴※1 ②自覚症状及び他覚症状の有無 ③身長・体重・腹囲・視力・聴力 ※2 ④胸部エックス線検査 ⑤血圧の測定 ⑥貧血検査 (赤血球数・血色素量) ⑦肝機能検査 (GOT, GPT, r-GTP) ⑧血中脂質検査 (HDLコレステロール・血清トリグリセライド・LDLコレステロール) ⑨血糖検査 (空腹時血糖) ※3 ⑩尿検査 (尿中の糖及び蛋白の有無) ⑪心電図検査 (安静時心電図検査) 3. 定期健康診断 (年に1回) (※特定業務従事者を除く) ＜検査項目＞ ①問診 既往歴及び業務歴の調査 喫煙歴及び服薬歴※1 ②自覚症状及び他覚症状の有無 ③身長・体重・腹囲・視力・聴力 ※2 ④胸部エックス線検査及び喀痰検査 ⑤血圧の測定 ⑥貧血検査 (赤血球数・血色素量) ⑦肝機能検査 (GOT, GPT, r-GTP) ⑧血中脂質検査 (HDLコレステロール・血清トリグリセライド・LDLコレステロール) ⑨血糖検査 (空腹時血糖) ※3 ⑩尿検査 (尿中の糖及び蛋白の有無) ⑪心電図検査 (安静時心電図検査) 4. 特定業務従事者健康診断 (夜勤者等) (当該業務への配置替えの際及び6	＜確認方法＞ (従業員名簿を利用して検査を行う) * 健康診断結果の記録で職員全員・必要な項目をすべて実施していること ※1：聴取徹底する旨の通知あり ※2：聴力は千ヘルツ及び4千ヘルツ ※3：ヘモグロビンA1cで代替可 * 医師による健康診断を受けて3ヶ月以内の者がその結果を証明する書類を提出した場合は、その項目を省略できる。 (労働安全衛生法第66条、労働安全衛生規則法第43条) ※1：聴取徹底する旨の通知あり ※2：聴力は千ヘルツ及び4千ヘルツ ※3：ヘモグロビンA1cで代替可 * 医師の判断に基づく省略基準 ③身長：20歳以上の者 ③腹囲： ④40歳未満 (35歳を除く) ⑤妊娠中の女性等であって、その腹囲が 内臓脂肪の蓄積を反映していないと診断された者 ⑥BMIが20未満の者 ⑦自ら腹囲を測定し、その値を申告した者 (BMIが22未満の者に限る) ※BMI＝体重 (kg) / (身長 (m))² ③聴力：45歳未満 (35・40歳を除く) の者は他の方法で可 ④喀痰：胸部エックス線で病変なし等診断された者 ⑥. ⑦. ⑧. ⑨. ⑪：40歳未満 (35歳を除く) (労働安全衛生法第66条、労働安全衛生規則法第44条、45条) ※1：聴取徹底する旨の通知あり ※2：聴力は千ヘルツ及び4千ヘルツ ※3：ヘモグロビンA1cで代替可

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
				月以内ごとに1回) ①問診 既往歴及び業務歴の調査 喫煙歴及び服薬歴※1 ②自覚症状及び他覚症状の有無 ③身長・体重・腹囲・視力・聴力 ※2 ④胸部エックス線検査及び喀痰検査 ⑤血圧の測定 ⑥貧血検査 (赤血球数・血色素量) ⑦肝機能検査 (GOT, GPT, γ-GTP) ⑧血中脂質検査 (HDLコレステロール・血清トリ グリセライド・LDLコレステロー ル) ⑨血糖検査 (空腹時血糖) ※3 ⑩尿検査 (尿中の糖及び蛋白の有無) ⑪心電図検査 (安静時心電図検査) 5. 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。 6. 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。また、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、必要な措置がとられていること。 7. 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、その記録が30年間保存されていること。 8. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく健康診断(結核)が行われ、その健康診断の記録が5年間保存されていること。 <対象者> 病院、診療所、助産所において	* 胸部エックス線検査は1年以内ごとに1回 * 医師の判断に基づく省略基準 ③身長:20歳以上の者 ③腹囲: a)40歳未満(35歳を除く) b)妊娠中の女性等であって、その腹囲が 内臓脂肪の蓄積を反映していないと診断された者 c)BMIが20未満の者 d)自ら腹囲を測定し、その値を申告した者(BMIが22未満の者に限る) ③聴力: 前回の健康診断で聴力検査を受けた者又は45歳未満(35・40歳を除く)は他の方法で可 ④喀痰:胸部エックス線で病変なし等診断された者 ⑥. ⑦. ⑧. ⑨. ⑩. ⑪:40歳未満(35歳を除く)(35歳・40歳以上は年2回中の1回)(労働安全衛生規則法第45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 (労働安全衛生規則第61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 (労働安全衛生規則第47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ヶ月以内ごと。(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) (電離放射線障害防止規則第56条、職員の放射線障害の防止(人事院規則10-5)第26条) 【感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(感染症法)第53条の2、同法施行令第12条、同法施行規則27条の2、第27条の4】 <検査項目> ・ 喀痰検査、胸部エックス線検査等 ※労働安全衛生法等に基づく健康診断に

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
				業務に従事する者（毎年度）。 9. 医師、保健師その他の厚生労働省令で定める者による心理的な負担の程度を把握するための検査（以下、ストレスチェックという。）の実施（1回／年） ＜対象者＞ 従業員50人以上の事業者が常時使用する労働者 10. 医師、保健師等による面接指導の実施	て胸部エックス線検査を実施している者は感染症法に基づく健康診断を実施したものとみなす。 【労働安全衛生法第66条の10、労働安全衛生規則第52条の9】 ＜検査項目＞ ①職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目 ②当該労働者の心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目 ③職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目 ※ストレスチェック結果で「面接指導が必要」とされた労働者から申出があった場合
7	広告事項	法6の5① 法6の6 令3の2 則1の9～則1 の9の5 則1の10		1. 医療法第6条の5に掲げる事項以外の事項を広告していないこと。 ①医師又は歯科医師である旨 ②診療科名 ③診療所の名称、電話番号、所在の場所を表示する事項、管理者の氏名 ④診療日、診療時間又は予約による診療の実施の有無 ⑤法令の規定に基づき一定の医療を担う者として指定を受けた診療所又は医師若しくは歯科医師である場合はその旨 ⑥地域医療連携推進法人の参加病院等である場合はその旨 ⑦入院設備の有無、病床の種別ごとの数、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他従業者の員数その他の診療所における施設、設備又は従業者に関する事項 ⑧診療に従事する医師等その他の医療従事者の氏名、年齢、性別、役職、略歴等従業者に関する事項で厚生労働大臣が定めるもの ⑨患者・家族から医療に関する相談に応ずるための措置、医療安全確保のための措置、個人情報の適正な取扱いのための措置その他診療所の管理又は運営に関する事項 ⑩紹介することができる病院・診療所又はその他の保健医療・福祉サービスを提供する者の名称、これらの者と病院・診療所の間における施設、設備又は器具の共同利用の状況・連携に関する事項 ⑪診療録その他の診療に関する諸記録に係る情報の提供等に関する事項 ⑫提供される医療の内容に関する事項（検査、手術その他治療の方法	＜確認方法＞ ・診療所の玄関の広告板等に医療法第6条の5に規定される以外の広告事項がないことを確認する。 ・医療機関のウェブサイトについても、虚偽・誇大等の不適切な表示をしていないことを確認する。 * 広告することができる診療科名 1. 医業 (1) 内科、外科 (2) 内科又は外科と次に定める事項とを省令の定めにより組み合わせた名称（不合理な組み合わせとして省令で定めるものを除く。） ①頭頸部、胸部、腹部、呼吸器、消化器、循環器、気管食道、肛門、血管、心臓血管、腎臓、脳神経、神経、血液、乳腺、内分泌若しくは代謝又はこれらを構成する人体の部位、器官、臓器若しくは組織若しくはこれら人体の器官、臓器若しくは組織の果たす機能の一部であって省令で定めるもの ②男性、女性、小児若しくは老人又は患者の性別若しくは年齢を示す名称であって、これらに類するものとして省令で定めるもの ③整形、形成、美容、心療、薬物療法、透析、移植、光学医療、生殖医療若しくは疼痛緩和又はこれら分野に属する医学的処置のうち、医学的知見及び社会通念に照らし特定の領域を表す用語として省令で定めるもの ④感染症、腫瘍、糖尿病若しくはアレルギー疾患又はこれらの疾病若しくは病態に分類される特定の疾病若しくは病態であって、省令で定めるもの （3）上記以外の診療科名 ①精神科、アレルギー科、リウマチ科、

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
				等医療に関する適切な選択に資するものとして厚生労働大臣が定めるもの) ⑬患者の平均入院日数、平均的な外来・入院患者数その他医療提供の結果に関する事項であってその他厚生労働大臣が定めるもの ⑭上記に掲げる事項に準ずるものとして厚生労働大臣が定める事項（※） 2. 広告その他の医療を受ける者を誘引するための手段としての表示（広告）の内容が虚偽にわたって広告していないこと。	小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、病理診断科、臨床検査科、救急科 ②①に掲げる診療科名と（２）に定める事項とを省令の定めにより組み合わせた名称（不合理な組み合わせとして省令で定めるものを除く。） * 産婦人科は産科又は婦人科に、放射線科は放射線診断科又は放射線治療科に代替え可能 * 麻酔科については、許可を受けた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。 * 改正により広告が認められなくなった診療科名（※経過措置あり） 神経科、呼吸器科、消化器科、胃腸科、循環器科、皮膚泌尿器科、性病科、肛門科、気管食道科 ※ 経過措置 改正により広告することが認められなくなった診療科名については、看板の書き換え等、広告の変更を行わない限り引き続き広告することが可能。 2. 歯科医業 (1) 歯科 (2) 歯科と次に定める事項とを省令の定めにより組み合わせた名称 ①小児 ②矯正若しくは口腔外科 * 広告できない診療科 インプラント科、審美歯科 ※「医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項」（平成19年厚生労働省告示第108号）
				3. 厚生労働省令で定める広告の内容及び方法の基準に違反しないこと。 1) 患者その他の主観又伝聞に基づく、治療等の内容又は効果に関する体験談の広告をしていないこと。 2) 治療等の内容又は効果について、患者その他の者を誤認させるおそれがある治療等の前又は後の写真等の広告をしていないこと。	※厚生労働省で定める事項は、次に掲げる要件の<u>全て</u>を満たす場合とする。ただし、次の3. 及び4. に掲げる要件については、自由診療について情報を提供する場合に限る。 1 医療に関する適切な選択に資する情報であって患者等が自ら求めて入手する情報を表示するウェブサイトその他これに準じる広告であること。 2 表示される情報の内容について、患者等が容易に照会をできるよう、問い合わせ先を記載することその他の方法により明示すること。 3 自由診療に係る通常必要とされる治療等の内容、費用等に関する事項について情報を提供すること。 4 自由診療に係る治療等に係る主なりスク、副作用等に関する事項について情報提供をすること。 ※「医業もしくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
					針（医療広告ガイドライン）」等について（平成30年5月8日付医政発0508第1号）
8 8-1	医療の安全の確保 医療の安全管理のための体制の確保	法1 法6の10 法6の11 法6の12 則1の11①		医療の安全管理のための体制が確保されているか。 1. 医療に係る安全管理のための指針を整備すること。 2. 医療に係る安全管理のための委員会を設置し、次に掲げる業務その他の医療に係る安全管理のための業務を行わせること。 （有床診療所のみ該当） ① 当該診療所において重大な問題	※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、本指針は、医療に係る安全管理のための委員会（以下「医療安全管理委員会」という。）を設ける場合には、医療安全管理委員会において策定及び変更することとし、従業者に対して周知徹底を図ること。 ①診療所における安全管理に関する基本的な考え方 ②医療安全管理委員会（委員会を設ける場合について対象とする）その他診療所内の組織に関する基本的事項 ③従業者に対する医療に係る安全管理のための研修に関する基本方針 ④診療所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 ⑤医療事故等発生時の対応に関する基本方針（医療安全管理委員会に報告すべき事例の範囲、報告手順を含む。） ⑥医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針（患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針を含む） ⑦患者からの相談への対応に関する基本方針 ⑧その他医療安全の推進のために必要な基本方針（高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合には、関係学会から示される「高難度新規医療技術の導入を検討するに当たっての基本的な考え方」やガイドライン等を参考に実施することを含む。） ※医療安全管理委員会とは、診療所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、各部門の安全管理のための責任者等で構成されるものであること。また、医療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おり、医療安全管理委員会が月1回程度開催されるとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催されること。 *その他の医療に係る安全管理のための業務には、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を含むものであること。 *原因の究明のための調査及び分析は、

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
				その他医療安全管理委員会において取り扱うことが適当な問題が発生した場合における速やかな原因の究明のため調査及び分析 ② ①の分析の結果を活用した医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の立案及び実施並びに従業者への周知 ③ ②の改善のための方策の実施の状況の調査及び必要に応じた当該方策の見直し 3. 医療に係る安全管理のため、従業者の医療の安全に関する意識、他の従業者と相互に連携して業務を行うことについての認識、業務を安全に行うための技能の向上等を目的として、医療に係る安全管理のための基本的な事項及び具体的な方策についての職員研修を実施すること。 4. 診療所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。	客観的な事実から構造的な原因を分析する者であり、個人の責任追及を行うものではないことに留意すること。 * 医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の立案及び実施並びに従業者への周知とは、当該診療所の組織としての改善のための方策を企画立案及び実施し、当該診療所においてこれらの情報を共有するものであること。また、改善のための方策については、背景要因及び根本原因を分析し検討された効果的な再発防止策等を含むものであること。 * 改善のための方策の実施の状況の調査及び必要に応じた当該方策の見直しとは、同様の事故等の発生状況の確認や、医療安全管理委員会の構成員が定期的に関係部署の巡回を行うなどをして調査を行い、必要に応じて医療安全の知見に基づいた見直しを行うものであること。 ①医療に係る安全管理のための職員研修では、当該診療所の具体的な事例等を取り上げ、職種横断的に行うものであることが望ましいものであること。 ②研修は診療所全体に共通する安全管理に関する内容について、当該研修を実施する診療所の従業者に周知徹底を行うものであり、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、研修実施内容(開催又は受講日時、出席者、研修項目)について記録すること。 ③研修については、患者を入所させるための施設を有しない診療所については、当該診療所以外での研修を受講するものことでも代用できるものとし、年2回程度の受講のほか、必要に応じて受講することとする。 ※当該診療所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係る措置は、以下の①から④までに掲げるものを含むこと。 ①当該診療所において発生した事故等の医療安全委員会への報告等を行うこと。(患者等を入院させるための施設を有さない診療所は、管理者へ報告すること。) ②あらかじめ指針で定められた報告すべき事例の範囲、報告手順等に関する規程に従い事例を収集・分析すること。これにより、当該診療所における問題点を把握して、当該診療所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し、当該診療所においてこれらの情報を共有すること。 ③重大な事故の発生時には、速やかに管

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
				5. 当該診療所において発生した医療事故について再発防止策が院内に周知されるとともに、遵守されていること。 6. 医療事故が発生した場合の対応 ①当該診療所の管理者は、医療事故（当該診療所に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの）が発生した場合には、遅滞なく、医療事故調査・支援センターに報告すること。 ②診療所の管理者は、医療事故調査制度の報告をするに当たっては、あらかじめ、医療事故に係る死亡した者の遺族に対し、説明すること。 ③診療所の管理者は、医療事故が発生した場合には、速やかにその原因を明らかにするための調査（医療事故調査）を行うこと。	理者へ報告すること。また、改善策については、背景要因及び根本原因を分析し検討された効果的な再発防止策等を含むものであること。 ④事故の報告は診療録及び看護記録等に基づき作成すること。 ※総務省からの医療安全対策に関する勧告事項（平成25年8月30日公表） * 管理者が判断するに当たっては、当該医療事故に関わった医療従事者等から十分事情を聴取した上で、組織として判断する。 * 以下の事項を報告する。 (1) 日時/場所/診療科 (2) 医療事故の状況 ・ 疾患名/臨床経過等 ・ 報告時点で把握している範囲 ・ 調査により変わることがあることが前提であり、その時点で不明な事項については不明と記載する。 (3) 連絡先 (4) 医療機関名/所在地/管理者の氏名 (5) 患者情報（性別/年齢等） (6) 調査計画と今後の予定 (7) その他管理者が必要と認めた情報 * 遺族へは、以下の事項を説明する。 (1) 医療事故の日時、場所、状況 ・ 日時/場所/診療科 ・ 医療事故の状況 ・ 疾患名/臨床経過等 ・ 報告時点で把握している範囲 ・ 調査により変わることがあることが前提であり、その時点で不明な事項については不明と説明する。 (2) 制度の概要 (3) 院内事故調査の実施計画 (4) 解剖又は死亡時画像診断（A i）が必要な場合の解剖又は死亡時画像診断（A i）の具体的実施内容などの同意取得のための事項 血液等の検体保存が必要な場合の説明 * 検査項目については、以下の中から必要な範囲内で選択し、それらの事項に関し、情報の収集、整理を行うものとする。 ※調査の過程において可能な限り匿名性の確保に配慮すること。 * 診療録その他の診療に関する記録の確認 例）カルテ、画像、検査結果等 * 当該医療従事者のヒアリング ※ヒアリング結果は内部資料として取

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
					り扱い、開示しないこと（法的強制力がある場合を除く。）とし、その旨をヒアリング対象者に伝える。 * その他の関係者からのヒアリング ※遺族からのヒアリングが必要な場合があることも考慮する。 * 医薬品、医療機器、設備等の確認 * 解剖又は死亡時画像診断（A i）については解剖又は死亡時画像診断（A i）の実施前にどの程度死亡の原因を医学的に判断できているか、遺族の同意の有無、解剖又は死亡時画像診断（A i）の実施により得られると見込まれる情報の重要性などを考慮して実施の有無を判断する。 * 血液、尿等の検体の分析・保存の必要性を考慮
				④診療所の管理者は、医療事故調査を終了したときは、遅滞なく、その結果を医療事故調査・支援センターに報告すること。	* センターへは以下の事項を報告する。 (1) 日時/場所/診療科 (2) 医療機関名/所在地/連絡先 (3) 医療機関の管理者の氏名 (4) 患者情報（性別/年齢等） (5) 医療事故調査の項目、手法及び結果 * 調査の概要（調査項目、調査の手法） * 臨床経過（客観的事実の経過） * 原因を明らかにするための調査の結果 ※必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意すること。 調査において再発防止策の検討を行った場合、管理者が講ずる再発防止策については記載する。 当該医療従事者や遺族が報告書の内容について意見がある場合等は、その旨を記載すること。
				⑤診療所の管理者は、医療事故調査の結果の報告をするに当たっては、あらかじめ、遺族に対し、説明すること。ただし、遺族がないとき、又は遺族の所在が不明であるときは、この限りでない。	* 「センターへの報告事項」の内容を説明することとする。
				⑥診療所の管理者は、医療事故調査制度の報告を適切に行うために、当該病院等における死亡及び死産の確実な把握のための体制を確保するものとする。	* 当該診療所における死亡及び死産の確実な把握のための体制とは、当該病院等における死亡及び死産事例が発生した事が病院等の管理者に速やかに報告される体制をいうこと。
8-2	院内感染対策のための体制の確保	則1の11②1		院内感染対策のための体制が確保されているか。 1. 院内感染対策のための指針を策定すること。	（医療の安全管理のための体制を確保するための措置と一体的に実施しても差し支えない。） ※院内感染対策のための指針は、次に掲げる事項を文書化したものであり、また、この指針は、医療法施行規則第1条の11第2項第1号ロに規定する院内感染対策委員会の協議を経て策定及び変更するものであることとし、当該指針は従業者へ周知徹底すること。

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
					①院内感染に関する基本的な考え方 ②院内感染対策のための委員会その他の組織に関する基本的事項(患者を入院させるための施設を有しない診療所は除く。) ③院内感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針 ④感染症の発生状況の報告に関する基本方針 ⑤院内感染発生時の対応に関する基本方針 ⑥患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ⑦その他の診療所における院内感染対策の推進のために必要な基本方針
				2. 院内感染対策のための委員会を開催すること。 (有床診療所のみ該当)	※院内感染対策委員会とは、当該診療所における院内感染対策の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。 ①管理及び運営に関する規定が定められていること。 ②重要な検討内容について、院内感染発生時及び発生が疑われる際の患者への対応状況を含め、管理者へ報告すること。 ③院内感染が発生した場合は、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従業者への周知を図ること。 ④院内感染対策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。 ⑤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。 ⑥委員会の委員は職種横断的に構成されていること。
				3. 従業者に対する院内感染対策のための研修を実施すること。	①従業者に対する院内感染対策のための研修は、院内感染対策のための基本的な考え方及び具体的方策について、従業者に周知徹底を行い、院内感染に対する意識を高め、業務遂行上での技能、チームの一員としての意識向上等を図るものであること。 ②当該診療所の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下行われるものであること。 ③研修は診療所全体に共通する院内感染に関する内容について、年2回程度定期的に行うほか、必要に応じて開催すること。また、研修実施内容(開催又は受講日時、出席者、研修項目)について記録すること。
				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すること。	①院内感染の発生状況を把握するため、当該診療所における感染症の発生動向の情報を共有することで、院内感染の発生の予防及びまん延の防止を図るも

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
8-3	医薬品に係る安全管理のための体制の確保	則1の11②2		※歯科医療機関については、様式（12）「歯科医療機関における院内感染対策に関する調査票」にて確認すること。 医薬品に係る安全管理のための体制の確保に係る措置が講じられているか 1. 医薬品の使用に係る安全な管理のための責任者「医薬品安全管理責任者」を配置していること。 2. 従業者に対する医薬品の安全使用のための研修を実施していること。 3. 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書を作成し、当該手順書に基づき業務を実施すること。（従業者による当該業務の実施の	のであること。 ②重大な院内感染等が発生し、院内のみで対応が困難な事態が発生した場合、又は発生したことが疑われる場合には、地域の専門家等に相談が行われる体制を確保する事が望ましいものであること。 ③院内感染対策のための指針に即した院内感染対策マニュアルを整備する等、その他の院内感染対策の推進のために必要な改善策を図るとともに、それらを定期的に見直すことが望ましいものであること。 ※「医療機関における院内感染対策について」平成26年12月19日付医政指発1219第1号 ※「歯科医療機関における院内感染対策について」平成26年6月4日付医政歯発0604第2号 「歯科医療機関における院内感染対策の周知について（依頼）」平成29年9月4日付医政歯発0904第2号 ※医薬品安全管理責任者を配置すること。 医薬品安全管理責任者は、医薬品に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師又は歯科衛生士（主として歯科医業を行う診療所に限る。）のいずれかの資格を有していること。 ・従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の内容については、具体的には次に掲げる事項が考えられるが、研修の実施については必要に応じて行うこととし、他の医療安全に係る研修と併せて実施しても差し支えないこととする。 ①医薬品の有効性・安全性に関する情報、管理・使用方法に関する事項 ②医薬品の安全使用のための業務に関する手順書に関する事項 ③医薬品による副作用等が発生した場合の対応（施設内での報告、行政機関への報告等）に関する事項 ④医療安全、医薬品に関する事故防止対策、特に安全管理が必要な医薬品（要注意薬）に関する事項 ・医薬品の安全使用のための業務に関する手順書（以下「医薬品業務手順書」という。）については、医薬品の取扱いに係る業務の手順を文書化したもので

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
				徹底のための措置を含む。)	あること。 - 患者を入院させるための施設を有する診療所における医薬品業務手順書の作成又は変更は、安全管理委員会において協議した上で行うこと。 - 医薬品業務手順書には、病院等の規模や特徴に応じて、次に掲げる事項を含むものであること。 ①診療所で用いる医薬品の採用・購入に関する事項（未承認新規医薬品等を採用・購入するに当たっては、当該未承認新規医薬品等の使用の妥当性について、関係学会のガイドライン等の科学的知見を確認するとともに、関係学会のガイドライン等に記載がなく、科学的根拠が確立していない未承認新規医薬品等の使用に当たっては、その有効性・安全性の検証を十分に行うことを含む。） ②医薬品の管理に関する事項（例：医薬品の保管場所、医薬品医療機器等法などの法令で適切な管理が求められている医薬品（麻薬・向精神薬、覚せい剤原料、毒薬・劇薬、特定生物由来製品等）及び特に安全管理が必要な医薬品（要注意薬）の管理方法） ③患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項（例：患者情報（薬剤の服用歴、入院時に持参してきた薬剤等）の収集、処方せんの記載方法、調剤方法、処方せんや調剤薬の鑑査方法） 【参考】 ※特に、入院患者に係る要注意薬（重複投与、相互作用、禁忌医薬品、病名禁忌、アレルギー歴、副作用歴等）について、疑義がある場合の薬剤師から処方医への問い合わせ、疑義解消後の調剤・投与の実施の徹底、照会や確認が円滑に行われるための職種間の連携体制の構築等に関する事項が盛り込まれているかに留意し、確認を行う。 ④患者に対する与薬や服薬指導に関する事項 ⑤医薬品の安全使用に係る情報の取扱い（収集、提供等）に関する事項 ⑥他施設（病院、薬局等）との連携に関する事項 - 医薬品業務手順書は、作成後も必要に応じて見直しを行う必要があること。 - 医薬品業務手順書に基づく業務の実施については、医薬品安全管理責任者に従業者の業務が医薬品業務手順書に基づき行われているか定期的に確認させ、確認内容を記録させること。なお、従業者による当該業務の実施の徹底のための措置とは、例えば、処方から投薬までの一連の業務手順について、職員間で相互に確認を行うことが考えられること。

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
				4. 医薬品安全管理責任者により、前記3.の業務の定期的な確認が実施されていること。 5. 医薬品の安全使用のために必要となる次に掲げる医薬品の使用（以下、「未承認等の医薬品の使用」という。）の情報その他の情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策を実施していること。 (1) 医薬品医療機器等法第14条第1項に規定する医薬品であって、同項又は同法第19条の2第1項の承認を受けていないものの使用 (2) 医薬品医療機器等法第14条第1項又は第19条の2第1項の承認（同法第19条の2第5項において準用する場合を含む。）を受けている医薬品の使用（当該承認に係る用法、用量、効能又は効果（以下「用法等」という。）と異なる用法等で用いる場合に限り、(3)に該当する場合を除く。） (3) 禁忌に該当する医薬品の使用	※手順書策定にあたっては、「医薬品の安全使用のための業務手順書作成マニュアル」（平成19年3月30日付医政総発第0330001号・薬食総発第0330001号）を参照 ※販売名の類似性に注意を要する医薬品の安全な使用、及び特に安全管理が必要とされた医薬品（要注意薬）の適切な管理などの医療事故防止対策については、「医薬品の販売名の類似性等による医療事故防止対策の強化・徹底について（注意喚起）」（平成20年12月4日付医政発第1204001号・薬食発第1204001号）を参照 ※総務省からの医療安全対策に関する勧告事項（平成25年8月30日公表） ・ 医薬品安全管理責任者に対して、診療所における未承認等の医薬品の使用のための処方状況や採用されている医薬品全般の医薬品の添付文書の情報のほか、医薬品製造販売業者、行政機関、学会誌等から広く情報収集し、管理させるとともに、必要な情報については、当該医薬品を取扱う従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図らせること。 ※情報の収集等に当たっては、医薬品医療機器等法において以下の点に留意する必要があること。 ① 製造販売業者等が行う医薬品の適正な使用のために必要な情報の収集に対して協力する必要があること。（医薬品医療機器等法第68条の2第2項及び第3項） ② 診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して副作用等を報告することが義務づけられていること。（医薬品医療機器等法第68条の10第2項） ※医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策については、「医薬品の販売名の類似性等による医療事故防止対策の強化・徹底について（注意喚起）」（平成20年12月4日付医政発第1204001号・薬食発第1204001号）を参照 ※医薬品の適正な使用を確保するための情報の収集に際しては、「PMDAメディアナビ」の利用の促進について（お願い）」（平成23年7月29日付薬食安発0729第1号）を踏まえ、PMDAメディアナビを積極的に活用されたいこと。

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
8-4	医療機器に係る安全管理のための体制の確保	則1の11②3		医療機器に係る安全管理のための体制の確保に係る措置 1. 医療機器の安全使用のための責任者（医療機器安全管理責任者）を配置していること。 ※医療機器安全管理責任者は、医薬品医療機器等法 第2条第4項に規定する医療機器の安全管理のための体制を確保しなければならない。 なお、診療所において、医学管理を行っている患者の自宅その他診療所以外の場所で使用される医療機器及び当該診療所に貸し出された医療機器も含まれる。 2. 従業者に対する医療機器の安全使用のための研修を実施していること。 ※なお、他の医療安全に係る研修と併せて実施しても差し支えない。 3. 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施（従業者による当該保守点検の適切な実施の徹底のための措置を含む。）を行っていること。 ※保守点検計画を策定すべき医療機器には以下の医療機器が含まれる。 ①人口心配装置及び補助循環装置 ②人工呼吸器 ③血液浄化装置 ④除細動装置（AEDを除く。） ⑤閉鎖式保育器 ⑥CTエックス線装置（医用X線CT装置） ⑦診療用高エネルギー発生装置	・医療機器安全管理責任者を配置すること。 ・医療機器安全管理責任者は、医療機器に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士（主として歯科医業を行う診療所に限る。）、診療放射線技師、臨床検査技師又は臨床工学技士のいずれかの資格を有していること。 ・医療機器安全管理責任者は、以下に掲げる従業者に対する医療機器の安全使用のための研修を行うこと。 ※新しい医療機器の導入時の研修 診療所において使用した経験のない新しい医療機器を導入する際には、当該医療機器を使用する予定者に対し研修を行い、その実施内容について記録すること。なお、体温計・血圧計等、既に診療所で使用しており、操作方法等が周知されている医療機器に関してはこの限りではない。 ・研修内容 7. 医療機器の有効性・安全性に関する事項 イ. 医療機器の使用方法に関する事項 ウ. 医療機器の保守点検に関する事項 エ. 医療機器の不具合等が発生した場合の対応（施設内報告、行政機関への報告等）に関する事項 オ. 医療機器の使用に関して特に法令上遵守すべき事項 なお、上記以外の研修については必要に応じて開催すること。 ・医療機器安全管理責任者は、医療機器の特性等にかんがみ、保守点検が必要と考えられる医療機器について、保守点検計画の策定・実施を行うこと。 ①保守点検計画の策定 7. 保守点検に関する計画の策定に当たっては、医薬品医療機器等法の規定に基づき添付文書に記載されている保守点検に関する事項を参照すること。また、必要に応じて製造販売業者に対して情報提供を求めること。 イ. 保守点検計画には、機種ごとに保守点検の時期等を記載すること。 ※計画書の記載事項 ①医療機器名 ②製造販売業者名

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
				(直線加速器等) ⑧診療用粒子線照射装置 ⑨診療用放射線照射装置 (ガンマナイフ等) ⑩磁気共鳴画像診断装置 (MRI装置)	③型式 ④保守点検予定時期、間隔、条件等 ②保守点検の適切な実施(従業者による当該保守点検の適切な実施の徹底のための措置を含む。) 7. 保守点検の実施状況、使用状況、修理状況、購入年等を把握し、個々の機器について以下の事項を記録すること。 ・医療機器名 ・製造販売業者名 ・型式、型番、購入年 ・保守点検の記録(年月日、保守点検の概要及び保守点検者名) ・修理の記録(年月日、修理の概要及び修理者名) ・その他必要な情報等 1. 保守点検の実施状況等を評価し、医療安全の観点から、必要に応じ安全面に十分配慮した医療機器の採用に関する助言を行うとともに、保守点検計画の見直しを行うこと。 ウ. 医療機器の保守点検を外部に委託する場合も、法令に規定する基準を遵守すること。なお、外部に委託する際も保守点検の実施状況等の記録を保存すること。 ◇「医療機器に係る安全管理のための体制確保に係る運用上の留意点について」平成30年6月12日付医政地発0612第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知・医政発厚生労働省医政局経済課長通知。 ・未承認等の医療機器の使用(未承認・未認証・未届の医療機器の使用、適用外使用、禁忌・禁止での使用)の情報その他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以下の要件を満たすものとする。 ①添付文書等の管理 医療機器安全管理責任者は、医療機器の添付文書、取扱説明書等の医療機器の安全使用・保守点検等に関する情報を整理し、その管理を行うこと。 ②医療機器に係る安全性情報等の収集 医療機器安全管理責任者は、医療機器の不具合情報や安全性情報等の安全使用のために必要な情報を製造販売業者等から収集し、得られた情報を医療機器に携わる者に対して適切に提供すること。 ③管理者への報告 医療機器安全管理責任者は、管理している医療機器の不具合や健康被害等に関する情報収集に努め、管理者への報告等を行うこと。 ※情報の収集等に当たっては、医薬品医

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
8-5	医療ガスに係る安全管理のための体制の確保	法 23① 則16①1		1. 医療ガス安全管理体制 ①有床診療所においては、医療ガス安全管理委員会（以下「委員会」という。）が設置されていること	療機器等法において以下の点に留意する必要があることに加え、当該医療機関で事前に使用したことの無い未承認・未認証の高度管理医療機器を採用・購入するに当たっては、当該医療機器の使用の妥当性について、関係学会のガイドライン等の科学的知見を確認するとともに、関係学会のガイドライン等に記載がなく、科学的根拠が確立していない未承認・未認証の高度管理医療機器の使用に当たっては、その有効性・安全性の検証を十分に行うこと。 ①製造販売業者等が行う医療機器の適正な使用のために必要な情報の収集に対して協力する必要があること。（医薬品医療機器等法第68条の2第2項及び第3項） ②医療機器について、副作用等の発生を知った場合において保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して副作用等を報告することが義務付けられていること。（医薬品医療機器等法第68条の10第2項） 【対象診療所】 麻酔器、人工呼吸器等を設置し、医療ガスを使用する診療所（「医療ガスの安全管理について」（平成29年9月6日付医政発0906第3号）） ※医療ガスとは、酸素、亜酸化窒素、治療用空気、吸引、二酸化炭素、手術機器駆動用窒素等をいう。 ※麻酔器、人工呼吸器等を使用しないが、酸素、吸引の配管設置を有する診療所は、対象となる。 ※有床診療所の管理者は、医療ガスに係る安全管理を図り、患者の安全を確保することを目的として、委員会を設置すること。 ※委員会の委員には、原則として、医師又は歯科医師、薬剤師、看護師、臨床工学士及び医療ガスに関する構造設備の管理業務に従事する職員を含めること。また、麻酔、集中治療等を担当する麻酔科医が常時勤務している診療所にあつては、原則として当該麻酔科医を委員に含めること。 ※委員会には、医療ガスの安全管理に係る業務の監督及び総括を行う責任者として医療ガス安全管理委員長（以下「委員長」という。）を置き、診療所における医療安全管理についての知識を有し、かつ、医療ガスに関する知識と技術を有する者の中から選任すること。 ※実施責任者には、診療所の職員のうち

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
				②委員長は、委員会を年1回定期的に開催するとともに、必要に応じて適宜開催していること ③委員長は、外部の業者へ、保守点検業務の一部を委託又は工事の施工を発注する場合、必要に応じ、当該業者を参考人として委員会に出席させていること ④無床診療所では、無床診療所の管理者等、医療ガスに関する知識と技術を有する者を実施責任者として選任していること ⑤有床診療所の委員会は、「医療ガス設備の保守点検指針」に基づいて、実施責任者に保守点検業務を行わせていること 無床診療所の実施責任者は、「医療ガス設備の保守点検指針」に基づいて、保守点検業務を行っていること ⑥有床診療所の委員会又は無床診療所の実施責任者は、帳簿を備え、行われた日常点検及び定期点検についての記録を2年間保存していること ⑦有床診療所の委員会又は無床診療所の実施責任者は、医療ガス設備の工事に当たり、診療所内の各臨床部門の職員に工事を実施する旨を周知徹底していること ⑧有床診療所の委員会又は無床診療所の実施責任者は、工事完了後の臨床使用に先立って、実施責任者又は診療所の職員のうち医療ガスに関する知識と技術を有する者として委員会が選任した者に、適切な確認を行わせていること ⑨有床診療所の委員会又は無床診療所の実施責任者は、診療所内の各臨床部門の職員に、医療ガスの安全管理に関する研修を実施することに努めていること	医療ガス設備の正しい施工・取扱方法及び高圧ガス（特に酸素ガスと他の医療ガス）の誤接続の危険性について熟知し、医療ガスに関する専門知識と技術を有する者（高圧ガス保安法（昭和26年法律第204号）第28条第2項に規定する特定高圧ガス取扱主任者等）を任ずること。 なお、医療ガス設備の工事、修理等の予定がない場合には、施工監理業務を行う実施責任者を選任しておく必要はない。 ※無床診療所については、委員会の設置は要しないが、診療所の管理者等の医療ガスに関する知識と技術を有する者が、実施責任者として、適切な医療ガス設備の保守点検業務を行うこと ※「医療ガス設備の保守点検指針」 平成29年9月6日付医政発0906第3号厚生労働省医政局長通知「医療ガスの安全管理について」別添2参照 ※「医療ガス設備の工事施工監理指針」 平成29年9月6日付医政発0906第3号厚生労働省医政局長通知「医療ガスの安全管理について」別添3参照 なお、医療ガス設備の工事、修理等の予定がない場合には、施工監理業務を行う実施責任者等を選任する必要はない。 ※「医療ガスに係る安全管理のための職員研修指針」 平成29年9月6日付医政発0906第3号厚生労働省医政局長通知「医療ガスの安全管理について」別添4参照 当該研修は、他の医療安全に係る研修と併せて実施しても差し支えない。

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
				2. 医療ガス設備の保守点検業務 ①医療ガス設備の保守点検業務（点検作業の終了後の動作確認を含む。）は、事前に定められた実施責任者が適切に実施していること。 ②始業点検において、医療機器を配管端末器（アウトレット）に接続する前及び接続した際に、確認をしていること。 ③日常点検において、以下の事項を実施されていること ・ 1日1回以上実施すること。なお、高圧ガス容器の交換時又は供給設備への医療ガス補充時にも同様の点検作業を実施すること ・ 警報表示盤、供給設備（マニフールド、定置式超低温液化ガス貯槽（CE）、圧縮空気供給装置及び吸引供給装置）のそれぞれに対し、「医療ガス設備の保守点検指針」様式1-1から様式1-3までに示すチェックリストに準拠して実施すること ・ 日常点検後に、点検作業を実施した全ての医療ガス設備が安全で、かつ所定の機能が復旧していることを確認すること。 ④定期点検において以下の事項を実施されていること ・ 定期点検の実施に当たっては、病院等内の関係する各臨床部門の職員に対して、実施日程と実施内容を周知徹底すること。 ・ 定期点検は、配管端末器（アウトレット）、区域別遮断弁（シャットオフバルブ）及び供給設備（マニフールド、定置式超低温液化ガス貯槽（CE）、圧縮空気供給装置及び吸引供給装置）のそれぞれに対し、「医療ガス設備の保守点検指針」様式2-1から様式2-6までに示すチェックリストに準拠して行うこと。また、点検作業の間隔についても、これらの様式に準拠すること。 ・ 点検作業のため、医療ガス設備の一部を一時閉止する際は、関係する区域の各臨床部門の職員と事前に十分な打合せを行うこと。また、医療ガスを停止した区域別遮断弁（シャットオフバルブ）又は主遮断弁（メインシ	※「医療ガス設備の保守点検指針」平成29年9月6日付医政発0906第3号厚生労働省医政局長通知「医療ガスの安全管理について」別添2参照 ※始業点検において確認する項目は、以下のとおりである。 ・ 外観上の異常がないこと。 ・ ロック機能に異常がないこと。 ・ ガス漏れの音がしないこと。 ・ 医療ガスの種別の表示（記号、名称、識別色等）が明瞭であること。 ・ 配管端末器（アウトレット）に、使用していない機器等が接続されていないこと。

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
				ャットオフバルブ) 及びその系統の全ての配管端末器(アウトレット)に、「使用禁止」等の注意表示を付すること。 ・定期点検後に、点検作業を実施した全ての医療ガス設備が安全で、かつその所定の機能が復旧していることを確認すること。 ⑤日常点検及び定期点検については、記録を作成し、2年間保存されていること。 3. 医療ガス設備の工事施工監理 ①医療ガス設備の工事施工監理業務に当たって、次に掲げる点に留意すること。 ・医療ガス設備に用いられる機材を医療ガスの種別により特定化し、工事の施工者が医療ガスの種別の容易かつ確実な判別を可能とすることによって、種別の異なる医療ガス間の非互換性を確保し、誤接続を防止すること。 ・適正な使用材料及び部品を選定し、また清潔を維持するために必要な対応を行うこと。 ・既に使用している医療ガス施設の工事を行う場合は、既存部分への供給異常や汚染の防止に特に注意すること。 ・工事に当たっては、医療機関内の各臨床部門の職員に工事を実施する旨を周知徹底すること。 ・工事完了後、医療ガス施設の臨床使用に先立って、実施責任者又は医療機関の職員のうち医療ガスに関する知識と技術を有する者として医療ガス安全委員会が選任した実施責任者が、厳正な確認を実施すること。 ②医療ガスの工事に当たっては、事前に定められた実施責任者が施工管理業務を行うこと。 ③医療ガス設備の工事完了の際には、医療ガス設備の臨床使用に先立って、全ての配管端末器(アウトレット)に不備がなく、安全で、かつ所定の機能を備えていること確認すること。	※「医療ガス設備の工事施工監理指針」平成29年9月6日付医政発0906第3号厚生労働省医政局長通知「医療ガスの安全管理について」別添3参照 なお、医療ガス設備の工事、修理等の予定がない場合には、施工監理業務を行う実施責任者等を選任する必要はない。 ※工事完了の際に確認する項目は、以下のとおりである。 ・実施責任者等は、工事施工者が配管端末器(アウトレット)の確認を行う際に立ち会い、工事施工者と共に配管端末器(アウトレット)に不備がないことを確認すること。確認終了後、実施責任者等は、工事施工者が作成する検査書に署名・捺印し、委員会に提出すること。 ・工事施工者は、各系統の医療ガス設備において、医療ガスが正常に使用できる状態であることを確認すること。 ・実施責任者等は、臨床使用に先立って、全ての供給施設を稼働させ、個

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
		法 6 の 2 則1の11①3		4. 医療ガスに係る安全管理のための職員研修 ①医療ガスの安全管理に関する知識の普及及び啓発のための研修を年1回程度定期的に行われていること。 ②医療ガスに係る重大な事故等が発生した場合などに必要に応じて職員研修会を開催されていること。 ③職員研修会の実施内容について記録(注)がなされていること。	々の配管端末器（アウトレット）ごとに、確認を実施すること。 ※「医療ガスに係る安全管理のための職員研修指針」 平成 29 年 9 月 6 日付医政発 0906 第 3 号厚生労働省医政局長通知「医療ガスの安全管理について」別添 4 参照 当該研修は、他の医療安全に係る研修と併せて実施しても差し支えない。 (注) 職員研修会の記録内容 ・ 開催又は受講日時 ・ 出席者 ・ 研修項目
9 9-1	診療録等の記録・保管 診療録の管理、保存	法15① 法25 医師法24 医師法規則23 歯科医師法23 歯科医師法規則 22		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条等により確認 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 【参考】 1 人の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項等において5年間これを保存することと規定されている。
9-2	処方せん	法15① 医師法規則21 歯科医師法規則20 薬剤師法26		処方せんに必要な事項が記載されていること。 1. 処方せんに必要な記載事項 1) 患者の氏名 2) 年齢 3) 薬名 4) 分量 5) 用法 6) 用量 7) 発行の年月日 8) 使用期間 9) 診療所の名称及び所在地 10) 医師（歯科医師）の記名押印又は署名 2. 調剤済みの処方せんに必要な記載事項があること。 【薬剤師が業務に従事する診療所】	1. (1) 診療所の調剤所で薬剤師が調剤を行う場合で、患者等に処方せんを交付しない場合（院内処方）は左記の1）～6）及び医師の氏名が記載されていればよい。（昭和31年3月13日付医発第94号） 【参考】 (2) 麻薬を記載した処方せんには左記の外、患者の住所、麻薬及び向精神薬取締法第4条の免許証の番号を墨又はインクを用いて記載する必要がある。 注：内服薬にあつては「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について」を参考に記載すること。（平成22年1月29日付医政発0129第3号） <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量）

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
9-3	照射録	法15① 診療放射線技 師法28① 同法規則16		照射録に必要な事項が記載されていること。 【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診療所】	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 ＜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（具体的かつ精細に記載すること） 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 【診療放射線技師法第28条第1項、同法施行規則第16条】 ※照射録の電子保存について 電子保存は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、見読性の確保、真正性の確保、保存性の確保及び電子署名の取り扱いについて遵守されている場合は以下のとおり取り扱うこと。 ・照射録は電子保存が可能であること。そのため、照射録を紙媒体で保存するよう指導する必要はないこと。 ・診療放射線技師法第28条第1項に規定する医師又は歯科医師の署名は、電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第1項に規定する電子署名によることが可能であること。そのため、電子保存した照射録を紙媒体に印刷して改めて署名を行う必要はないこと。 ◇医療機関への立入検査等を行う際の診療放射線技師法第28条に規定する照射録の取扱いについて（平成30年7月5日付厚生労働省医政局医事課事務連絡）
9-4	助産録の管理、 保存	法15① 保健師助産師 看護師法42① 保健師助産師 看護師法規則 34 保健師助産師 看護師法42② 法15①		1. 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。 【助産師が業務に従事している診療所】 2. 助産録は5年間保存されているか。	＜確認方法＞ 1. 助産録の記載事項については以下に記載するとおりである。（保健師助産師看護師法第42条第1項及び同法施行規則第34条） 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

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
9-5	記録 (歯科衛生士)	歯科衛生士法 規則18		業務記録が適切に作成され、管理及び保存されていること。	⑫産後の医師による健康診断の有無 記録は歯科衛生士法施行規則第18条において歯科衛生士が3年間これを保存することと規定されている。 【参考】記録内容は法令で定められていない。
9-6	指示書 (歯科技工士)	法15① 歯科技工士法 18、19		1. 指示書が適正に作成、管理及び保存されていること。 【歯科技工士が業務に従事している診療所】 2. 指示書は2年間保存されているか。	<確認方法> 歯科医師又は歯科技工士は、厚生労働省で定める事項を記載した歯科医師の指示書によらなければ、業として歯科技工を行ってはならない。(歯科技工士法第18条) 1. 指示書の記載事項は次のとおりである。(歯科技工士法施行規則第12条) ①患者の氏名 ②設計 ③作成の方法 ④使用材料 ⑤発行の年月日 ⑥発行した歯科医師の氏名及び当該歯科医師の勤務する病院又は診療所の所在地 ⑦当該指示書による歯科技工が行われる場所が歯科技工所であるときは、その名称及び所在地 病院、診療所の管理者は、当該病院、診療所で行われた歯科技工に係る指示書を、当該歯科技工が修了した日から起算して2年間保存しなければならない。(歯科技工士法第19条) ※特に外部保存、電子保存を行う場合は「診療録等の保存を行う場所について」の内容に留意すること。(平成14年3月29付医政発0329003号/改正平成25年3月25日付医政発0325第15号)「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第4.2版」(平成25年10月10日付医政発1010第1号)
10	院内掲示	法14の2① 則9の3 令3②		診療所の入口、受付又は待合所付近の見やすい場所に下記の事項を掲示してあるか。 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	※刑事施設、少年院、少年鑑別所若しくは婦人補導院又は入国者収容所若しくは地方入国管理局の中に設けられた診療所は除く。 ※①管理者の氏名は、「病院長」「院長」等の役職名も可。(「医療法の一部を改正する法律の一部の施行に伴う運用上の留意点について」平成5年6月30日総24/改正平成10年健政発1030号)

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
1 1 11-1	業務委託 受託者の選定	法15の3 令4の7		受託者は、一般財団法人医療関連サービス振興会が定める認定基準を満たした者に対して交付する医療関連サービスマークの交付を受けている者であること。なお、厚生労働省で定める基準に適合している者であれば、診療所が同サービスマークの交付を受けていないものに委託することは差し支えない。	「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」(平成5年2月15日付健政発第98号) 「病院、診療所の業務委託について」(平成5年2月15日付指第14号／最終改正平成30年10月30日付医政地発1030第1号)
11-2	委託業務			- 診療所で行う検体検査の業務について、規則で定める基準に適合するものに委託していること。 - 滅菌消毒の業務について、規則で定める基準に適合するものに委託していること。 - 患者等の食事の提供の業務について、規則で定める基準に適合するものに委託していること。 【有床診療所のみ該当】 - 患者等の搬送の業務について、規則で定める基準に適合するものに委託していること。 - 医療機器の保守点検の業務について、規則で定める基準に適合するものに委託していること。 - 医療ガスの供給設備の保守点検の業務について、規則で定める基準に適合するものに委託していること。 - 患者等の寝具類の洗濯の業務について、規則で定める基準に適合するものに委託していること。 - 施設の清掃の業務について、規則で定める基準に適合するものに委託していること。	「病院又は診療所間において検体検査を委託及び受託する場合の留意点について」(平成30年11月29日付医政総発1129第1号・医政地発1129第1号)
1 2 12-1	防火・防災体制 防火管理者及び 消防計画	法20 法23		適切な防火体制を整備するにあたり、以下を遵守していること。 - 防火管理者の資格を有し、その責務を果たし得る管理的又は監督的地位にある者を防火管理者として定めるとともに、これを所轄の消防署に届け出ていること。 - 消防法令に即して消防計画を作成するとともに、これを所轄の消防署に届け出ていること。	防火・防災体制については、消防法により別途規制が行われていることに留意する。 * 防火管理者は、収容人員が30人以上の施設について配慮。 * 上記と同様の施設が対象。

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
12-2	消防訓練・避難訓練	法20 法23		消火訓練及び避難訓練をそれぞれ年2回以上実施すること。	・ 防火管理者が作成した消防計画に基づき、消火、通報及び避難の訓練を実施しているか。 特に自力避難が困難な患者が入院する施設においては、避難訓練のうち1回は、夜間・休日を想定して避難訓練を実施するよう努めること。
12-3	防火・消火用の設備	法20 則16.1.15 則16.1.16		1. 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 ・ 消火器：有床診療所は延べ面積が150㎡以上 ・ 屋内消火栓：延べ面積が700㎡以上 ・ スプリンクラー：延べ面積が3000㎡以上 ・ 屋外消火栓：1階及び2階の部分の床面積の合計が3000㎡以上 2. 警報設備 ・ 自動火災報知機：延べ面積が300㎡以上 ・ 非常ベル及び自動式サイレン：収容人員が20人以上の施設について設置 ・ 放送設備：収容人員が300人以上の施設について設置 3. 避難設備 ・ 避難はしご、すべり台、救助袋、緩降機、避難橋：収容人員が20人以上の施設について、2階以上の階又は地階で、いずれか一つの設備を設置 ・ 誘導灯、誘導標識等：全ての施設について設置
12-4	点検報告等	法20 則16.1.15 則16.1.16		適切な防火体制の整備にあたり、消防関係法令に即して防火対象物、消防用設備の点検報告等を実施していること。	
12-5	防災及び危害防止対策	則16①1		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。 また、電気を使用する医療機器等について、電源プラグの定期的な点検を実施すること。 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。 ⑥LPガス設備の保安点検を行うこと。 ・ 「既存の液化石油ガス設備に係る保安の徹底について」（昭和57年11月26日付指第35号） ※「有床診療所等に対する防火・防災対策の周知徹底等について」（平成25

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
					年10月18日付医政発第1018第1号) ※「病院等における防火・防災対策要 綱について」(平成25年10月18日付医 政発第1018第17号)
1 3	感染性廃棄物の 処理	法20 【参考法令】 廃棄物の処理 及び清掃に関 する法律(以 下「廃掃法」 という。)		病院、診療所又は助産所(以下この 項目において「医療関係機関等」と いう。)は、清潔保持の観点から、 感染性廃棄物が院内感染等の汚染源 とならないよう適切な処理を行うこ と。 また、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 して委託すること。	・感染性廃棄物とは、医療関係機関等か ら生じ人が感染し若しくは感染するお それのある病原体が含まれ、若しくは 付着している廃棄物又はこれらのおそ れのある廃棄物をいう。 ・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24年5月)参照
13-1	医療関係機関等 の施設内におけ る感染性廃棄物 の処理	廃掃法12の2 ② 同法令6の5① 1 同法則1の10 及び11の2 同法則8の13		1. 分別 感染性廃棄物は、他の廃棄物と分 別して排出されていること。 2. 施設内における移動 感染性廃棄物の施設内における移 動は、移動中、内容物が飛散・流 出するおそれのない容器で行われ ていること。 3. 施設内における保管 1) 長期間保管されていないこと。 2) 保管場所は、関係者以外立ち入 れないように配慮し、他の廃棄 物と区別して保管されているこ と。 3) 保管場所には、関係者の見やす い箇所に感染性廃棄物の存在を 表示し、取扱いの注意事項が記 載されていること。 4. 梱包 収集運搬を行う場合は、必ず次の ような容器に収納し、密閉されて いること。 1) 密閉できること。 2) 収納しやすいこと。 3) 損傷しにくいこと。 5. 表示 感染性廃棄物を収納した容器には 、感染性廃棄物である旨及び取り 扱う際に注意すべき事項が表示さ れていること。	※医療関係機関等において、分別の必要 のない方法により処分する場合であつ て、分別の結果長期間にわたる保管が 必要等の理由により分別排出すること が困難な場合は、鋭利なものにも泥状 のものにも対応する容器を用いる等安 全に配慮した上で、分別排出をしなく てもよい。 ・腐敗するおそれのある感染性廃棄物を やむを得ず長期間保管する場合は、容 器に密閉し冷蔵庫に入れるなど腐敗し ないように必要な措置を講じること。 ・保管場所には、周囲に囲いが設けられ かつ見やすい箇所に取扱注意の表示を 行い、表示は縦横それぞれ60cm以 上とすること。 ・鋭利なものは、耐貫通性のある堅牢な 容器を使用すること。 ・固形状のものは、堅牢な容器を使用す ること。 ・液状、泥状のものは、廃液等が漏洩し ない密封容器を使用すること。 ・関係者が感染性廃棄物であることを識 別できるよう、容器等にはマーク等(バ イオハザードマーク)を付けるものと する。マークを付けない場合には「感 染性廃棄物」と明記すること。 ・種類が判別できるように、性状に応じ てマークの色を分けることが望ましい 。 ①液状・泥状のもの→赤色 ②固形状 → 橙色 ③鋭利なもの → 黄色

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
13-2	感染性廃棄物の 処理の委託 【感染性廃棄物 の処理を委託し ている医療関係 機関等】	廃掃法12の2 ⑥ 同法令 6 の 6		1. 委託契約 感染性廃棄物の処理を委託してい る場合は、法に定める委託基準に 基づき、当該業者と書面により直 接委託契約が結ばれていること。 当該委託契約書には、必要な事項 が含まれ、許可証の写し等の書面 が添付されていること。	マークを用いない場合には、それぞれ 注意事項を表示すること。 ・ 運搬又は処分を委託する場合、運搬に ついては、特別管理産業廃棄物収集運 搬業者等に、処分については特別管理 産業廃棄物処分業者等にそれぞれ委託 されていること。 * 委託契約書に必要な事項 ・ 委託する感染性廃棄物の種類及び数 量 ・ 運搬を委託するときは、運搬の最終 目的地の所在地 ・ 処分又は再生を委託するときは、そ の処分又は再生の場所の所在地、その 処分又は再生の方法及びその処分又は 再生に係る施設の能力 ・ 委託契約の有効期間 ・ 委託者が受託者に支払う料金 ・ 受託者が収集運搬業又は処分業の許 可を有する場合には、その事業の範囲 ・ 運搬の契約において、受託者が積替 え又は保管を行う場合には、当該積替 え又は保管を行う場所の所在地並びに 当該場所において保管できる感染性廃 棄物の種類及び積替えのための保管上 限 ・ 適正な処理のために必要な情報 7. 感染性廃棄物の性状及び荷姿 イ. 通常保管状態での腐敗、揮発等 性状の変化に関する事項 ウ. 他の廃棄物との混合等により生 じる支障に関する事項 エ. その他取扱う際に注意すべき事 項 ・ 委託契約の有効期間中に上記7～エの 情報に変更があった場合の当該伝達方 法に関する事項 ・ 委託業務終了時の受託者への報告に 関する事項 ・ 委託契約を解除した場合の処理され ない感染性廃棄物の取扱に関する事項 注：特別管理産業廃棄物処理業の許可に は期限（5年）がある。 * 医療関係機関等は、その委託契約書及 び添付された書面をその契約の終了の日 から5年間保存しなければならない。
13-3	医療関係機関等 における感染性 廃棄物の管理	廃掃法12の2 ⑧及び⑦ 同法則8の17		施設内における感染事故を防止し、 感染性廃棄物を適正に処理するた めに、特別管理産業廃棄物管理責任 者を設置し、感染性廃棄物の取扱に 関し管理体制が整備されていること。	※特別管理産業廃棄物管理責任者は、次 のいずれかに該当する者。 ・ 医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保 健師、助産師、看護師、臨床検査技師 、衛生検査技師又は歯科衛生士 ・ 2年以上廃掃法第20条に規定する環境 衛生指導員であった者 ・ 大学若しくは各専門学校において、医 学、薬学、保健学、衛生学、獣医学の 課程を修めて卒業した者又はこれと同 等以上の知識を有すると認められるも の。

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
13-4	処理状況の帳簿 記載及び保存 【感染性廃棄物 の処理を自ら行 う医療関係機関 等】	廃掃法12⑬ 同法12の2⑭ 同法則8の5 同法則8の18		処理に関する帳簿が作成され、5年 間保存されていること。	・感染性廃棄物の処理を医療機関等が自 ら行う場合は、感染性産業廃棄物の処 理に関し帳簿を備え、1年ごとに閉鎖 し、5年間保存されていること。
13-5	産業廃棄物管理 票（マニフェス ト）の交付等 【感染性廃棄物 の処理を委託し ている医療関係 機関等】	廃掃法12の3 ① 廃掃法12の5 廃掃法12の3 ⑥ 廃掃法12の3 ⑦		1. マニフェストが適切に交付されて いること。 2. 委託した感染性廃棄物が最終処分ま で適正に処分されたことを確認し ていること。 3. 前年度に交付したマニフェストに 関する報告書が作成、報告されて いること。	* 医療関係機関等は、感染性廃棄物の処 分を委託して引き渡す際には、定めら れた様式によるマニフェストに必要事 項を記入して交付しなければならない 。 ※マニフェストの交付に代えて、電子マ ニフェストを利用できる ※医療関係機関等は、マニフェストの控 えと処分業者から送付されるマニフェ スト写しをそれぞれ確認し、それらの マニフェストを、送付を受けた日から 5年間保存しなければならない。 ※医療関係機関等は、事業所ごとに、毎 年の6月30日までに、その年の3月 31日以前の1年間において交付した マニフェストの交付等の状況に関し、 定められた様式により報告書を作成し 、当該事業所の所在地を管轄する都道 府県知事に提出しなければならない。 ただし、電子マニフェストを利用し た場合には、情報処理センターが集計 して都道府県知事に報告を行うため、 医療関係機関等自ら都道府県知事に報 告する必要はない。
13-6	感染性廃棄物の 収集運搬及び保 管 【自ら感染性廃 棄物を施設外に 運搬する医療関 係機関等】	廃掃法令6の5 ①1 同法則7の2の 2及び7の2		1. 感染性廃棄物の収集運搬に当たっ ては、感染性廃棄物による人の健 康又は生活環境に係る被害が生じ ないように行い、かつ、他の廃棄 物等と混合するおそれのないよう に、他の物と区別して収集し又は 運搬していること。 2. 収集運搬する車両等は、感染性廃 棄物の容器が車両等より落下し、 及び悪臭が漏れるおそれのない構 造を有していること。 3. 収集運搬車両の車体の外側には、 産業廃棄物の収集又は運搬の用に 供する運搬車両である旨等を見や すいように表示し、かつ、当該運 搬車両に運搬する感染性廃棄物の 数量等を記載した書面を備えてい ること。	※医療関係機関等が自ら感染性廃棄物を 施設外に運搬する場合は、次の事項を 運搬車両へ表示し、書面を備えなけ ればなら ない。 (車体の両側面に鮮明に表示) ・産業廃棄物の収集又は運搬の用に供す る運搬車両である旨 ・排出事業者の氏名又は名称 (書面) ・排出事業者の氏名及び住所 ・運搬する産業廃棄物の種類及び数量 ・積載日、積載した事業所の名称、所在 地、連絡先 ・運搬先の事業場の名称、所在地、連絡 先

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
14	放射線管理 【放射線等取扱 施設を有する診 療所】				<確認方法> * 許可、届出時の書類で確認
14-1	エックス線装置 等及び同診療室 (使用室)等にお ける放射線障害 防止の適正な施 設管理	則30～ 則30の12		エックス線装置等及び同診療室(使用室)等に所定の障害防止の方法等適正な施設等が設けられ管理されていること。 1. エックス線装置等診療放射線装置及び診療室(使用室)に所定の障害防止の方法が講じられていること。 2. 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、胸部集検用間接撮影装置において箱状のしゃへい物を設けたとき及び近接透視撮影、乳房撮影を行う場合に必要な防護物を設けたときはこの限りでない。
14-2	標識の掲示	則30の4③		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。	
14-3	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	則30の13		目につきやすい場所に掲示されていること。	
14-4	管理区域につい ての適切な措置	則30の16①		1. 所定の線量等を超えるおそれがある場所に管理区域を設けていること。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、濃度、密度(則第30条の26第3項)
		則30の16②		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・施錠等で一般人が立ち入らないような措置を講じていること。
14-5	放射線診療従事者の被ばく防止についての適切な措置	則30の18①		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 【外部被ばく】 放射線測定器(ガラスバッジ等)による測定が原則 位置は胸部(女子は腹部)が原則 * 測定結果を30年間保存していること
14-6	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20②		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。
14-7	放射線障害が発生するおそれのある場所の測定がなされているか。	則30の22① 則30の22②		放射線障害が発生するおそれのある場所について法の規定に基づき測定し、その結果に関する記録を5年間保存していること。	<確認方法> * 管理区域の境界、診療所の敷地の境界等放射線の量について測定がなされていること。

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
15	検体検査の精度の確保				※診療所の管理者は、当該診療所において臨床検査技師等に関する法律第2条に規定する検体検査の業務を行う場合は、検体検査の業務を行う施設の構造設備、管理組織、検体検査の精度の確保の方法その他の事項を検体検査の業務の適正な実施に必要なものとして厚生労働省令で定める基準に適合させなければならない。
15-1	検体検査（遺伝子関連・染色体検査を除く）の業務を自ら行う施設の組織管理、検体検査の精度の確保	法15の2 則9条の7 則9条の7の2 則9条の7の3		1. 検体検査の精度の確保に係る責任者を配置していること。 2. 標準作業書を常備し、検体検査の業務の従事者に周知していること。 検査機器保守管理標準作業書 測定標準作業書 3. 作業日誌が作成されていること。 検査機器保守管理作業日誌 測定作業日誌	・主として医業を行う診療所 医師、臨床検査技師 ・主として歯科医業を行う診療所 医師、臨床検査技師 ・助産所 助産師 業務経験については特段の要件は定めないが、衛生検査所における精度管理責任者（検体検査の業務に係る6年以上の実務経験及び精度管理に係る3年以上の実務経験をもって選任）の場合を参考にすることが望ましい。 ※検査機器保守管理標準作業書については、医療機器の添付文書、取扱説明書等をもって検査機器保守管理標準作業書とすることも認められる。 ※測定標準作業書については、検査項目ごとに、「定義」、「臨床的意義」、「測定方法及び測定原理」、「検査手順（フロー等）」及び「基準範囲及び判定基準」などの事項について、可能な限り多くのものを盛り込むことが望ましい。なお、血清分離に関する事項は測定標準作業書に含めるものとするが、血清分離を行わない病院等にあつては、血清分離に関する事項を含める必要はない。 (注) 既存のマニュアル等を活用して差し支えない。 ※記録の頻度としては、検体検査を実施した都度又は週～月単位が望ましい。 ※検査機器保守管理作業日誌に保守管理を行う担当者が記入すべき事項としては、以下のものが考えられる。 ・点検日時及び点検実施者名 ・各検査機器における保守管理上確認すべき内容 ・上記確認すべき事項について特に付記すべき内容 ・業者による定期保守点検を受けた場合は、その作業内容、点検を行った業者名等 ※測定作業日誌に記入すべき事項としては、以下のものが考えられる。 ・検査項目（細菌顕微鏡検査、感染症免疫学的検査、血球算定検査、総タンパク、総ビリルビン等検査の細項

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
15-2	検体検査（遺伝子関連・染色体検査）の業務を自ら行う施設の			4. 台帳が作成されていること。 試薬管理台帳 統計学的精度管理台帳 外部精度管理台帳 5. 内部精度管理の実施に努めていること。 6. 外部精度管理調査の受検に努めていること。 7. 適切な研修の実施に努めていること。 1. 遺伝子関連・染色体検査を行う場合、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ること。（検体検査の	目をいう。）ごとの実施件数 ・実施件数の内、検査エラー又は検査不具合の発生件数 ※試薬管理台帳に記入すべき事項としては、以下のものが考えられる。 ・試薬の有効期限 ・保管されている試薬の在庫 ※統計学的精度管理台帳に記入すべき事項としては内部精度管理を実施した場合、以下のものが考えられる。 ・実施日及び実施検査項目 ・実施者名 ・実施結果（検査エラー値が出た場合の考察等含む。） ※外部精度管理台帳に記入すべき事項としては、外部精度管理調査を受検した場合、以下のものが考えられるが、実施結果（外部精度管理調査実施主体が作成する報告書）をもって代替可能とする。 ・受検日（受検申込日、実施団体からの結果報告日等）及び外部精度管理調査実施主体名 （注）各作業日誌及び各台帳については、作業の内容に応じて整理統合して差し支えない。 ※内部精度管理の実施に努める上で留意すべき項目 ・日々の検査・測定作業の開始に当たっては、機器及び試薬に必要な較正が行われていること ・定期的に当該病院等の管理試料等の同一検体を繰り返し検査した時の結果のばらつきの度合いを記録及び確認し検査結果の精度を確保する体制が整備されていること ※公益社団法人日本医師会、一般社団法人日本臨床衛生検査技師会、一般社団法人日本衛生検査所協会等が行う外部精度管理調査を受けるよう努めること。 ※研修は検体検査の業務を適切に行うために必要な知識及び技能を習得することを目的とし、次に掲げる項目を含むものとし、内部研修に留まることなく、都道府県、保健所又は学術団体等が行う研修会、報告会又は学会など外部の教育研修の機会も活用するよう努めること。 ・各標準作業書の記載事項 ・患者の秘密の保持 ・主として医業を行う診療所 医師、臨床検査技師 遺伝子関連・染色体検査の専門知識及び経験を有する者

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
	組織管理、検体検査の精度の確保			精度の確保に係る責任者との兼任可) 2. 遺伝子関連・染色体検査の精度の確保のため、内部精度管理を行っていること。 3. 遺伝子関連・染色体検査の精度の確保のため、外部精度管理調査を受けるよう努めていること。 4. 遺伝子関連・染色体検査の業務について、適切な研修の実施に努めていること。	・主として歯科医業を行う診療所 医師、臨床検査技師 遺伝子関連・染色体検査の専門知識及び経験を有する者 ※遺伝子関連・染色体検査の専門知識及び経験を有する者とは、以下の者のうち、検体検査の業務について3年以上の実務経験及び精度管理についての3年以上の実務経験を有する者 なお、医師又は臨床検査技師を遺伝子関連・染色体検査を行う場合の精度の確保に係る責任者とする場合も参考にすることが望ましい。 ・大学院、大学、短期大学、専門学校又は高等専門学校について分子生物学関連科目（分子生物学、遺伝子検査学、細胞遺伝学、人類遺伝学、微生物学、生化学、免疫学、血液学、生理学、病理学、解剖学、動物細胞工学、生物化学等をいう。）を履修した者 ※診療所が遺伝子関連・染色体検査を行う場合、その行う検査項目ごとに内部精度管理の実施が行われるよう配慮しなければならない。 なお、内部精度管理を実施する上で留意すべき事項は、15-1 5.のとおりとする。 ※結核菌の同意検査やB型肝炎ウイルス及びC型肝炎ウイルスの核酸定量検査などの調査の体制が整っているものについては、これらの検査を行う診療所の場合、受検するよう努めること。 ※外部精度管理調査の体制が整っていない遺伝子関連・染色体検査について、診療所の管理者は、自施設以外の病院等のほか、衛生検査所や大学等の研究機関と連携してそれぞれ保管・保有する検体を用いて相互に検査結果を比較して、検査・測定方法の妥当性を確認などの方法により、精度の確保に努めること。 ※当該診療所の管理者は、遺伝子関連・染色体検査に関する研修を当該診療所において検体検査の業務に従事する者に受けさせなければならない。 なお、研修を実施する上で留意すべき事項は、15-1 7.のとおりとする。
15-3	検体検査の受託業務を行う施設の組織管理、検体検査の精度の確保			1. 受託する業務の責任者として、医師又は臨床検査技師等を選任していること。	※受託する業務の責任者として、検査業務に関し相当の経験を有する医師を受託業務を行う場所に配置しているか。 ※受託業務の責任者として、検査業務に関し相当の経験を有する臨床検査技師が受託業務を行う場所に置かれ、か

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
				2. 受託業務の従事者として、医師又は臨床検査技師その他の受託業務を行うために必要な知識技能を有する者が必要な数、受託業務を行う場所に配置していること。 3. 専ら精度管理を職務とする者として、医師又は臨床検査技師を有していること。 4. 診療所の管理者は、指導監督医の下に精度管理責任者を中心とした精度管理のための体制を整備すること等により、検査に係る全ての作業を通じて十分な精度管理が行われるよう配慮し、衛生検査所指導要領に準じた内部精度管理を実施していること。 5. 診療所の管理者は、施設内の検査業務について、都道府県、公益社団法人日本医師会、一般社団法人日本臨床衛生検査技師会、一般社団法人日本衛生検査所協会等が行う外部精度管理調査に年1回以上参加していること。 6. 遺伝子関連・染色体検査の業務を実施するに当たっては、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ること。 7. 遺伝子関連・染色体検査の業務を実施するに当たっては、遺伝子関連・染色体検査の精度の確保のため、外部精度管理調査を受け、又は当該診療所以外の1以上の遺伝子関連・染色体検査の業務を行う病院、衛生検査所等と連携してそれぞれ保管し、若しくは保有する検体を用いるなどして、遺伝子関連・染色体検査の精度について相互に確認を行うよう努めていること。 8. 必要な検査用器具を有していること。 9. 標準作業書を常備し、検体検査の業務の従事者に周知していること。 ①検体受領標準作業書 ②検体搬送標準作業書 ③検体受付及び仕訳標準作業書	つ、受託業務を指導監督するための医師（「指導監督医」）を選任していること。 ※検査業務に関し相当の経験を有し、かつ、精度管理に関し相当の知識及び経験を有する者に限る。 「病院、診療所の業務委託について」（平成5年2月15日付指第14号／【最終改正】平成30年10月30日付医政地発1030第1号） ※遺伝子関連・染色体検査の業務に関し相当の経験を有する医師、臨床検査技師、遺伝子関連・染色体検査の専門知識及び経験を有する者 「病院、診療所の業務委託について」（平成5年2月15日付指第14号／【最終改正】平成30年10月30日付医政地発1030第1号） なお、血清分離のみを請負う場合にあつては、外部精度管理調査に必ずしも参加する必要はないこと。 ※委託する者の検査用器具を使用する場合はこの限りでない。 ※血清分離のみを行う者にあつては、③、⑦～⑨並びに⑫を作成することを要しない。 ※血清分離のみを行う者にあつては、④の記載すべき事項として検査結果報告台帳の記入要領を求める。

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
				④血清分離標準作業書 ⑤外部委託標準作業書 ⑥検査機器保守管理標準作業書 ⑦測定標準作業書 ⑧精度管理標準作業書 ⑨検体処理標準作業書 ⑩検査依頼情報・検査結果報告情報標準作業書 ⑪苦情処理標準作業書 ⑫教育研修・技能評価標準作業書 10. 業務案内書を常備していること。 11. 作業日誌が作成されていること。 ①検体受領作業日誌 ②検体搬送作業日誌 ③検体受付及び仕訳作業日誌 ④血清分離作業日誌 ⑤検査機器保守管理作業日誌 ⑥測定作業日誌 12. 台帳が作成されていること。 ①委託検査管理台帳 ②試薬管理台帳 ③温度・設備管理台帳 ④統計学的精度管理台帳 ⑤外部精度管理台帳 ⑥検体保管・返却・廃棄処理台帳 ⑦検査依頼情報・検査結果情報台帳 ⑧検査結果報告台帳 ⑨苦情処理台帳 ⑩教育研修・技能評価記録台帳 13. 従業者に対して適切な研修を実施していること。	※血清分離を行わない者にあつては、④を作成することを要しない。 ※以下の事項を記載すること。 ・検査方法 ・基準値及び判定基準 ・病院又は診療所に緊急報告を行うこととする検査値の範囲 ・病院又は診療所の外部で検査を行う場合にあっては、所要日数 ・検査の一部を委託する場合にあつては、実際に検査を行う者の名称 ・検体の採取条件、採取容器及び採取量 ・検体の提出条件 ・検体依頼書及び検体ラベルの記載項目 ・業務の管理体制 ※血清分離のみを行う診療所においては、③及び⑥に掲げる作業日誌を、血清分離を行わない診療所においては、④に掲げる作業日誌を作成することを要しない。 ※事故又は異常への対応に関する記録の欄が設けられていること。 ※血清分離のみを行う診療所においては、②から⑦まで及び⑩に掲げる台帳を作成することを要しない。
16 16-1	構造設備 歯科技工室 【歯科技工室を有する診療所】	法23① 則16①13		必要な設備が設けられていること。	必要な防じん及び防火設備が設けられていること。

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
16-2	調剤所	法21①7 則16①14		備考欄の各事項に適していること。	1. 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。 (冷蔵庫でも可) 3. てんびん等、調剤に必要な器具を備えていること。
16-3	機能訓練室 定められた基準 に適合している か。 【療養病床を有 する診療所】	法21②2 則21の3		1. 療養病床を有する場合にあっては 機能訓練を行うために十分な広さ を有し、必要な機器及び器具を備 えていること。 (療養病床以外の患者との共用可)	・「必要な機器及び器具」とは、訓練マ ットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車 椅子、各種杖、各種測定用具（角度計 、握力計等） ・「医療法の一部を改正する法律の施 行について」（平成10年5月19日付健 政発第639号）
16-4	談話室 定められた基準 に適合している か。 【療養病床を有 する診療所】	法21③ 則21の4 則21①2 県条例9		1. 療養病床の入院患者同士や入院患 者とその家族が談話を楽しめる広 さを有していること。 (療養病床以外の患者との共用可)	食堂等と兼用でも可 ただし、経過措置型については談話室が なくても可。 (県条例附則第6条)
16-5	食堂 定められた基準 に適合している か。 【療養病床を有 する診療所】	法21③ 則21の4 則21①3 県条例9		1. 内法による測定で、療養病床入院 患者1人につき1㎡以上となってい ること。	経過措置型については食堂がなくても 可。 (県条例附則第6条)
16-6	浴室 定められた基準 に適合している か。 【療養病床を有 する診療所】	法21③ 則21の4 則21①4 県条例9		1. 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。	シャワーチェアや入浴用の特殊なスト レッチャー、手摺り等の設備を有し、十 分な広さが確保されている等身体の不自由 な者も利用し得るものであれば、シャ ワーを設けていることで差し支えない。 ただし、経過措置型については浴室がなく ても可。 (県条例附則第6条)
16-7	その他の構造設 備等について	則16.1.12		1. 感染症病室を有する診療所にあっ ては、必要な消毒設備を設けるこ と。	【介護保険施設等を併設する診療所】 ・ 診療所と介護保険施設等との区分につ いて、患者等に対する治療、介護その他の サービスに支障がないよう、表示等により 区分が明確にされているか。 ・ 診療所と介護保険施設等の施設の供用 について 次に掲げる施設等は、共用して使用されて いないか。 ① 診療所の診察室と介護保険施設等の診 察室又は医務室 ※ 診療所の診察室 一の診療科において、二以上の診察 室を有する診療所の当該診療科の一 の診察室は除く。 ② 手術室 ③ 処置室 ※ 機能訓練室を除く。

項目 番号	項 目	根拠法令等	判 定	摘 要	備 考
					④診療所の病室と介護医療院等の療養室又は居室 ⑤エックス線装置等 ※なお、①、③、⑤については、診療所に併設される介護保険施設等が介護医療院の場合は、共用は認められる。ただし、①については、現に在する診療所の建物の一部を介護医療院に転用する場合とし、介護医療院に係る建物を新たに設置する場合は原則、認められない。 ※①の判断については、共用施設についての利用計画等を確認すること。 ※共用を予定する診療所に係る施設及び構造設備に対して、医療法第 27 条の規定に基づく使用前検査、使用許可を行うにあたっては、共用により同法規定の基準を満たすことを十分確認すること。 (平成 30 年 3 月 27 日付医政発 0327 第 31 号・老 0327 第 6 号厚生労働省医政局長・老健局長通知)