## 医療法第25条第1項の規定に基づく 高崎市医療機関立入検査要綱

(令和6年8月)

高崎市保健医療部保健医療総務課

# 目 次

高崎市	医療機関立入検査要綱 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	···· 1
I 概		1
Ⅱ第	1表(施設表)作成要領・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
	(施設表)	8
第2表	(検査表)	1 2
	查基準	2 0
IV 構	造設備基準	7 4
1 病	室等	7 4
2 放	射線装置及び同使用室 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	8 1
常勤医	師等の取扱いについて ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	93
特定の	承認、指定等を受けている病院一覧 ・・・・・・・・・	9 7
第3表	(病院自主点検表)	98
第4表	(医師等法定人員の充足状況調) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1 1 8
第5表	(病院資格者等名簿)	1 1 9
第6表	(医師の人員が医療法に定める従業者の標準数	
	の70%以下の病院の立入検査調査表)	1 2 9
第7表	(医師の人員が医療法に定める従業者の標準数	
	の70%以下の病院の立入検査調査表	
	(再監視の結果)) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1 3 1
第8表	(診療所施設表)	1 3 2
第9表	(診療所立入検査表)	1 3 3
第10	表(診療所資格者等名簿)	1 3 5
様式1	(実施結果通知書:不適合事項あり)	1 3 7
様式2	(改善状況報告書)	1 3 9
様式3	(実施結果通知書:不適合事項なし、	
	注意・要望事項あり) ・・・・・	1 4 1
様式4	(実施結果通知書:不適合事項なし、	
	注意・要望事項あり)	1 4 3

### 高崎市医療機関立入検査要綱

#### I 概要

#### 1 目 的

医療法(昭和23年法律第205号)第25条の規定に基づき、市内の病院及び診療所が医療法その他の法令に規定された人員及び構造設備を有し、かつ、適正な管理を行っているか否かについて検査することにより、病院及び診療所を科学的で、かつ適正な医療を行う場にふさわしいものとすることを目的とする。

#### 2 検査対象施設及び実施時期

立入検査は、医療法に基づく市内のすべての病院及び別に定める診療所を対象とし、毎年度原則 3月末日までに実施する。

#### 3 実施すべき事項

第1表(施設表)の事項及び第2表(検査表)の事項等

#### 4 実施の方法

立入検査については、あらかじめ病院については第1表(施設表)、第3表(病院自主点検表)及び第5表(病院資格者等名簿)、診療所については第8表(診療所施設表)、第10表(診療所資格者名簿)を提出させ、その後市長が任命した医療監視員が各施設に赴き、Ⅲの検査基準のうち被検査施設の該当する検査項目等について検査し、所要の判定を行った結果を基に、病院については第2表(検査表)及び第4表(医師等法定人員の充足状況調)、診療所については第9表(診療所立入検査表)を作成すること等により行う。

#### 5 集計及び報告の方法

医療監視員は、上記(4 実施の方法)のとおり事前に病院又は診療所から提出された書類及び立入検査実施後の判定結果に基づき作成した書類等、以下の書類を整理集計し、市長に報告する。

- ・第1表(施設表)
- ・第2表(検査表)
- ·第3表(病院自主点検表)
- ・第4表(医師等法定人員の充足状況調)
- ·第5表(病院資格者等名簿)
- ・第6表(医師の人員が医療法に定める従事者の標準数の70%以下の病院 の立入検査調査表)※該当する病院のみ
- ・第7表(医師の人員が医療法に定める従事者の標準数の70%以下の病院の立入検査調査表(再検査の結果))※該当する病院のみ
- ・第8表(診療所施設表)
- ·第9表(診療所立入検査表)
- ·第10表(診療所資格者等名簿)

#### 6 各施設に対する指導等

検査結果に誤りがないことを確認し、不適合事項があるときは、当該病院及び診療所の管理者に 対して様式1により当該事実を通知する。

なお、この通知に併せて改善のための指導を行い、病院及び診療所の管理者から改善状況報告書 (様式2)を徴する等必要な措置をとる。

また、不適合事項がない場合は様式3又は様式4により通知する。

#### Ⅱ 第1表(施設表)作成要領

本表は被検査施設について、その概要を表示する表である。

#### ※施 設 番

- (1) 施 設 名
- (2) 開設年月日
- (3) 地域医療支援 病院の承認年月日
- (4) 所 在
- 話 番 (5) 電
- (7) 開 設

- 号 ○医療施設基本ファイルの番号を記入する。(医療機関の入力は不要 です。)
  - ○医療法に基づいて許可を受けた名称を記入する。
  - |○医療法施行令(昭和23年政令第326号)第4条の2第1項に基 づく届出に記載された開設年月日を記入する。
  - ○医療法第4条第1項に基づく都道府県知事の承認を得た年月日を記 入する。
- 地 ○郵便番号及び住所(番地まで)を、正確に記入する。
  - ○代表番号を市外局番から記入する。
- (6) 管 理 者 氏 名 ○医療法施行令第4条の2第1項に基づく届出に記載された管理者氏 名(その後変更があった場合は、最新の管理者氏名)を記入する。
  - ○医療法第7条第1項に基づく許可申請書に記載された開設者名(そ の後変更があった場合は、最新の開設者名)を記入するとともに、 該当する開設者種別を選択する。
  - ○「1. 国(厚生労働省)」とは、厚生労働省が開設する病院をい う。
  - ○「2. 国((独)国立病院機構)」とは、独立行政法人国立病院機 構が開設する病院をいう。
  - ○「3. 国(国立大学法人)」とは、国立大学法人が開設する病院を いう。

なお、国立大学法人が開設した大学の附属病院(分院)である場 合は、「医育機関の有無」の欄に、有を記入する。

- ○「4. 国((独)労働者健康安全機構)」とは、独立行政法人労働 者健康安全機構が開設する病院をいう。
- ○「5. 国((独)国立高度専門医療研究センター)」とは、独立行 政法人国立高度専門医療研究センターが開設する病院をいう。
- ○「6. 国((独)地域医療機能推進機構)とは、独立行政法人地域 医療機能推進機構が開設する病院をいう。
- ○「7. 国(その他)」とは、国及び国に準ずるものが開設する病院 で、上記「1. 国(厚生労働省)」から「6. 国((独)地域医療 機能推進機構) 」までのいずれにも該当しない病院をいう。 (例: 財務省、総務省、法務省、防衛省等の病院)
- ○「8. 都道府県」とは、
  - 1 都道府県が開設する病院をいう。ここには地方自治法(昭和 22年法律第67号) 第284条第1項の規定により、総務大臣 の許可を受けて設立した都道府県一部事務組合が開設するものを 含む。
  - 2 都道府県立大学の附属病院(分院)である場合は、「医育機関 の有無」の欄に、有を記入する。
- ○「9. 市町村」とは、
  - 1 市町村が開設する病院をいう。ここには地方自治法第284条 第1項の規定により、都道府県知事の許可を受けて設立した市町 村一部事務組合が開設するものを含む。
  - 2 国民健康保険法施行法(昭和33年法律第193号)第2条の 規定により、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)の施

行後も引き続き国民健康保険を行う普通国民健康保険組合が開設 する病院もこの区分に含む。

- 3 市立大学の附属病院(分院)である場合は、「医育機関の有無」の欄に、有を記入する。
- ○「10. 地方独立行政法人」とは、地方独立行政法人法(平成15年法律第118号)に規定される地方公共団体が開設する病院をいう。
- ○「11. 日赤」とは、日本赤十字社が開設する病院をいう。
- ○「12. 済生会」とは、社会福祉法人恩賜財団済生会が開設する病院をいう。
- ○「13. 北海道社会事業協会」とは、社会福祉法人北海道社会事業協会が開設する病院をいう。
- ○「14. 厚生連」とは、全国厚生農業協同組合連合会の会員である 厚生(医療)農業協同組合連合会が開設する病院をいう。
- ○「15. 国民健康保険団体連合会」とは、国民健康保険法第83条の規定により設立した法人で、同法第84条の規定により都道府県知事の認可を受けた国民健康保険団体連合会が開設する病院をいう。
- ○「16.健康保険組合及びその連合会」とは、健康保険法(大正 11年法律第70号)の規定により設立した健康保険組合及び健康 保険組合連合会が開設する病院をいう。
- ○「17. 共済組合及びその連合会」とは、次に掲げる各共済組合及びその連合会が開設する病院をいう。
  - 1 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)第3条の 規定により設立された国家公務員共済組合及び同法第21条の規 定により設立された同連合会
  - 2 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)第3条の規定により設立された地方公務員等共済組合(地方職員共済組合、公立学校共済組合、警察共済組合、都職員共済組合、指定都市職員共済組合、市町村職員共済組合等)及び同法第27条の規定により設立された全国市町村職員共済組合連合会
  - 3 私立学校教職員共済組合法(昭和28年法律第245号)の規 定により私立学校教職員共済制度を管掌することとされた日本私 立学校振興・共済事業団
- ○「18. 国民健康保険組合」とは、国民健康保険法第17条の規定により都道府県知事の認可を受けて設立され、同法第3条第2項の国民健康保険を行う国民健康保険組合が開設する病院をいう。
  - (注) 国民健康保険法第3条第1項の規定により国民健康保険を行う市町村はこの区分には含めず、「9. 市町村」の番号を○で囲む。
- ○「19.公益法人」とは、公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律(平成18年法律第49号)第2条に規定する公益社団法人又は公益財団法人が開設する病院をいう。
  - (注) 一般社団法人及び一般財団法人に関する法律(平成18年 法律第48号)により認可された一般社団法人又は一般財団法 人が開設する病院は「25.その他の法人」とする。
- ○「20. 医療法人」とは、医療法第39条の規定に基づく医療法人 が開設する病院をいう。
- ○「21. 私立学校法人」とは、
  - 1 私立学校法(昭和24年法律第270号)第3条に規定する学

校法人が開設する病院をいう。

- 学校法人が設立した大学等の附属病院(分院)である場合は、 「医育機関の有無」の欄に、有を記入する。
- ○「22. 社会福祉法人」とは、社会福祉法(昭和26年法律第45 号) 第22条の規定で、第32条で認可された病院をいう。
- ○「23. 医療生協」とは、消費生活協同組合法(昭和23年7月 30日法律第200号)第4条の規定による法人で、第10条第1 項第6号に定める事業を行う医療生協が開設する病院をいう。
- ○「24.会社」とは、従業員及びその家族のために開設された病院 で、都道府県知事から開設許可(医療法第7条)を受けたものが会 社である病院をいう。
  - (注) 開設許可を受けたものが会社の健康保険組合である病院はこ の区分に含めず、「16.健康保険組合及びその連合会」の番 号を○で囲む。
- ○「25. その他の法人」とは、上記「19. 公益法人」から「24 . 会社 」までのいずれにも該当しない法人が開設する病院をいう。
- ○「26.個人」とは、個人(法人格を有しない)が開設する病院を いう。
- ○「医育機関」とは、学校教育法(昭和22年法律第26号)に基づ く大学において、医学又は歯学の教育を行うことに付随して設けら れた病院及び分院をいい、大学研究所附属病院も含める。
- (8) 許可病床数等及び ○許可病床数の欄には、医療法第7条の規定に基づいて許可を受けた 病床数を記入する。

また、稼働病床数の欄には、医療計画上の参考とするため、許可病 床数から当該年度の4月1日現在で過去1年間、患者の収容を行っ ていない病床数を除いた実稼働病床数について記入する。

- ○「1日平均入院患者数」の欄には、年度間の入院患者延数をそれぞ れ暦日で除した数を記入する。(小数点第2位以下を切り捨て小数 点第1位まで)
  - ・入院患者延数とは、年度間における毎日24時現在に在院してい る患者数を合計した数である。
- ○「1日平均入院患者数(歯科・矯正歯科・小児歯科・歯科口腔外科 再掲)」の欄には、歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の 前年度における1日平均入院患者数を再掲する。
- ○「病床区分の届出年月日」の欄には、医療法等の一部を改正する法 律(平成12年法律第141号)附則第2条第1項に基づく病床区 分の届出年月日を記入する。
- ○標榜している診療科名については、医療法施行令第3条の2に基づ く診療科名に○を記入する。

なお、これらの診療科名のほか、同条第1項第1号ハ又は二(2)若 しくは第2号ロの規定による事項と組み合わせた名称を診療科名と している場合は、空欄に標榜している診療科名を記入する。

- ○「1日平均外来患者数」の欄には、年度間の外来患者延数を実外来 診療日数で除した数を記入する。(小数点第2位以下を切り捨て小 数点第1位まで)
  - ・外来患者延数とは、年度間における毎日の新来、再来、往診、巡 回診療及び健康診断の数を合計した数をいう。
  - ・同一患者が2以上の診療科で診療を受けた場合は、それぞれの診 療科に計上する。

1日平均入院患者 数

- (9) 病床区分の届出
- (10) 診療科 名
- (11) 1日平均外来患 者数

- ・入院中の患者が、他の診療科で診療を受け、その診療科で診療録 (カルテ)が作成された場合は、その診療科の外来患者として計 上する。
- ○「(再掲)耳鼻咽喉科・眼科・精神科」及び「(再掲)歯科・矯正歯科・小児歯科・歯科口腔外科」の欄には、それぞれ前年度における1日平均外来患者数を再掲する。

なお、これらの診療科名に、医療法施行令第3条の2第1項第1号 ニ(2)又は同項第2号ロの規定による事項を組み合わせた名称を診 療科名としている場合は、組み合わせ前の診療科として再掲すること。

- ○「(再掲)1日平均外来患者数(通院リハ除)」の欄には、医師及 び看護師の標準数の算出に1日平均外来患者数から医師による包括 的なリハビリテーションの指示が行われた通院リハビリ患者(ただ し、実施計画の立案日等、医師による外来診察が行われた日を除く 。)を除いた数値を用いる場合に記入する。
- ○調剤数については、年度間の入院及び外来別の調剤延数をそれぞれ 暦日及び実外来診療日数で除した数を記入する。 (小数点第2位以 下を切り捨て小数点第1位まで)

ただし、この欄は、特定機能病院である場合にのみ記入する。

- ○1枚の処方せんに2処方以上記載されている場合の調剤数は、原則 として記載されている処方数とする。
- ○処方せんの数については、年度間の外来患者に係る取扱処方せんの数を実外来診療日数で除した数を記入する。 (小数点第2位以下を切り捨て小数点第1位まで)
  - ・「外来患者に係る取扱処方せん」とは、院内の調剤所で薬剤師が 外来患者に投与する薬剤を調剤するため必要な文書等を指し、そ の名称の如何を問わないものであり、患者に院外で調剤を受けさ せるために交付する処方せん(院外処方せん)を含まないもので ある。
- ○担当させている業務内容が2以上にわたる場合は、その主たる業務 内容によってその該当欄に計上する。 したがって、取得資格のみによって記入しないよう注意する。 例えば、看護師の資格を有する者を専ら看護学生の教育に従事させ ている場合は「その他」の欄に計上し、「看護師」の欄に計上しな い。また、看護師及び助産師の免許を併せて有する者については、 現に主として行っている業務内容により、そのいずれか一方に計上
- ○「医師」、「歯科医師」欄については、医師(歯科医師)の免許を有し、診療に従事する者(研修医(研修歯科医)も含む。ただし、特定機能病院については、免許取得後2年以上経過していない医師を除く。)の数を、別紙「常勤医師等の取扱いについて」の3に基づき、それぞれ常勤又は非常勤の欄に計上し、「薬剤師」欄以降の各欄についても 同様に常勤、非常勤別に計上する。なお、特定機能病院にあっては、免許取得後2年以上経過していな
- ○「薬剤師」、「看護師」、「准看護師」、「管理栄養士」、「栄養士」、「診療放射線技師」、「理学療法士」、「作業療法士」欄については、それぞれの関係法による免許を有する者の数を計上する。ただし、「管理栄養士」欄は、特定機能病院である場合にのみ記入

(12) 1日平均調剤数

(13) 1日平均外来患 者に係る取扱処 方せん数

(14) 従 業 者 数

する。

い医師の有無を「臨床研修医」欄に記入する。

(別掲) する。

- ○「看護補助者」欄には看護師(准看護師を含む。)の免許を有しないで、医師又は看護師の監督指示に基づき、看護の補助として介護にあたる者の数を計上する。
- ○「助産師」、「診療エックス線技師」、「臨床検査技師」、「衛生 検査技師」、「臨床工学技士」、「視能訓練士」、「義肢装具士」 「言語聴覚士」、「精神保健福祉士」、「歯科衛生士」及び「歯科 技工士」欄については、それぞれの関係法による免許を有する者の 有無を記入する。
- ○「その他」欄については、上記以外に何らかの免許等を有する者で あって特に記載する必要があるものがいる場合、職名及び有無を記 入する。
- ○「常勤換算後」欄には、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、准看護師、看護補助者、管理栄養士、栄養士、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士の非常勤者について、別紙「常勤医師等の取扱いについて」に基づき常勤換算した数を計上する。
- ○「常勤合計」欄については、医療機関行政情報システムに入力する ことにより自動的に作成される。
- ○設備概要については、有・無を記入する。
- ○「1. 手術室」欄で有の場合は、「室・床数等」欄に設置室数を記入する。
- ○「2. 臨床検査施設」とは、喀痰、血液、尿、ふん便等について通常行われる臨床検査のできる施設をいう。
- ○「5. 給食施設」とは、入院患者のすべてに給食することのできる 施設をいう。
- ○「8.機能訓練室」とは、機能訓練を行うために必要な器械、器具及び十分な広さを有している施設をいい、「室・床数等」欄には、療養病床(経過的旧療養型病床群を含む。以下同じ。)の許可を受けた病院で当該病床に係る機能訓練室の面積を記入する。
- ○「10.食堂」の「室・床数等」欄には、療養病床の許可を受けた 病院について当該病床に係る食堂の面積を記入する。
- ○「18. 医薬品情報管理室」とは、医薬品に関する情報の収集、分類、評価及び提供を行う機能を備えているものをいう。
- ○「22.診療用高エネルギー放射線発生装置」とは、1メガ電子ボルト以上のエネルギーを有する電子線又はエックス線の発生装置をいう。
- ○「23.診療用粒子線照射装置」とは、陽子線又は重イオン線を照 射する装置をいう。
- ○「24.診療用放射線照射装置」とは、密封された放射性同位元素 を装備している診療の用に供する照射機器でその装備する放射性同 位元素の数量が下限数量に千を乗じて得た数量を超えるものをい う。

骨塩定量分析装置、ガスクロマトグラフ用エレクトロン・キャプチャ・ディテクタ又は輸血用血液照射装置については、それぞれ装備する放射性同位元素の数量が下限数量に千を乗じて得た数量を超えるものであっても、放射性同位元素装備診療機器として届け出たものは、この欄ではなく、「26.放射性同位元素装備診療機器」の欄に記入することとなるので注意する。

○「25.診療用放射線照射器具」とは、密封された放射性同位元素

### (15) 設 備 概 要

を装備している診療の用に供する照射機器でその装備する放射性同位元素の数量が下限数量に千を乗じて得た数量以下のものをいう。

骨塩定量分析装置、ガスクロマトグラフ用エレクトロン・キャプチャ・ディテクタ又は輸血用血液照射装置については、それぞれ装備する放射性同位元素の数量が下限数量に千を乗じて得た数量を超えるものであっても、放射性同位元素装備診療機器として届け出たものは、この欄ではなく、「26.放射性同位元素装備診療機器」の欄に記入することとなるので注意する。

- ○「26.放射性同位元素装備診療機器」とは、密封された放射性同位元素を装備している診療の用に供する機器で厚生労働大臣の定めるもの(昭和63年厚生省告示第243号)をいう。
- ○「27. 診療用放射性同位元素」とは、密封されていない放射性同位元素であって医薬品又は医薬品、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2条第17項に規定する治験の対象とされる薬物(陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を除く。)をいう。
- ○「28. 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素」とは、密封されていない放射性同位元素であって、陽電子放射断層撮影装置による画像診断(PET検査)に用いるものをいう。この場合、放射性医薬品であるか否かを問わず、医療機関に設置したサイクロトロン装置により製造されたものを含むことに注意する。
- 〇「29. CTスキャン」欄には、エックス線装置の中のCTスキャンの有・無を再掲する。
- ○「30.血管連続撮影装置」とは、エックス線透視をしながら上肢 又は下肢の血管から挿入したカテーテルを、心腔又は血管内に進め て、内圧測定や採血(血液の酸素含量の測定など)を行い、同時に 造影剤を注入してエックス線撮影ができるようにした機器をいい、 エックス線装置の中の血管連続撮影装置の有・無を再掲する。
- ○「34.サイクロトロン装置」とは、陽電子断層撮影診療用放射性 同位元素を備えている施設において、陽電子断層撮影診療用放射性 同位元素を自施設で製造するために用いる装置をいう。
- ○「35.滅菌装置(オートクレーブ等)」とは、患者に使用した器具等に付着した増殖性を持つあらゆる微生物(主に細菌類)を完全に殺滅又は除去する状態を実現するために用いる装置をいう。
- ○業務委託とは、医療機関の行う業務の一部を外部の専門業者に委託 する場合をいい、該当の有・無を記入する。
- ○「建物」については、現有の建物の構造ごとに建築、延面積を記入 する。
- ○「土地」については、病院の敷地の面積を記入する。 (小数点第2 位以下を切り捨て小数点第1位まで)
- ○医療法に基づく許可の状況については、許可を受けている項目に許 可年月日等を記入する。
- ○「従業者の標準定員適用除外許可等(精神、結核、老人、療養型病 床群)」欄には、平成13年3月1日以前において旧法の規定に基 づく許可を受けている場合に該当する項目について許可年月日等を 記入する。
- ○この欄は、医療機関行政情報システムに入力することにより自動的 に作成される。(医療機関の入力は不要です。)

- (16) 業 務 委 託
- (17) 建物の構造面積・敷地の面積
- (18) 医療法に基づく許可の状況
- (19) 検 査 結 果

*都道府県名				管轄保	健所名				
*施 設 番 号				立入検	查員氏名				
(1)施 設 名				-					
(2) 開設年月日		(3) <del> </del>  }	1城医療 3	5揺病院の承記	双年 日 日				
(4)所 在 地	(3) 地域医療支援病院の承認年月日								
(5) 電話番号									
(6) 管理者氏名				<b>戸老郷明の</b> 士	- Aur				
(7)開 設 者				医育機関の有	無	01 11 1 12 12 14			
	2. 国 ((独)国立病院機和 3. 国 (国立大学法人) 4. 国 ((独)労働者健康安全機 5. 国 (側国立高度専門医療研究センタ	1. 国(厚生労働省)       11. 日赤       21. 私立学校法人         2. 国((独)国立病院機構)       12. 済生会       22. 社会福祉法人         3. 国(国立大学法人)       13. 北海道社会事業協会       23. 医療生協         4. 国((独)労働者健康安全機構)       14. 厚生連       24. 会社         5. 国(側面護轉階顯和センター)       15. 国民健康保険団体連合会       25. その他の法人         6. 国((独)地域医療機能推進機構)       16. 健康保険組合及びその連合会       26. 個人         7. 国(その他)       17. 共済組合及びその連合会       28. 都道府県         9. 市町村       19. 公益法人							
(8) - 1	種 別 許可病床数	(稼賃	動病床数)	1 日 平 均 入院患者数					
許可病床数等	一般	(	)		(8) - 2				
及び	療養	(	)		1日平均刀	\院新生児数			
1 日平均入院	精神	(	)		(8) - 3				
患 者 数	結核	(	)			<b>八院患者数</b>			
		(	)			小児歯科・歯科口腔外科再掲)			
	感染症	(	)			., -, ., ., ., ., ., ., ., ., ., ., ., ., .,			
	計	(	)						
(9) 病床区分の届出	出年月日		左	F 月	月				
(10) 診療科名									
内科	内科(ペインクリニック)			腸外科		腫瘍放射線科			
呼吸器内科	内科(循環器)			腸外科		男性泌尿器科			
循環器内科	内科(薬物療法)			視鏡外科		神経泌尿器科			
消化器内科	内科(感染症)			インクリニック外科		小児泌尿器科			
心臓内科	内科(骨髄移植)			科(内視鏡)		小児科(新生児)			
血液内科	外科			科(がん)		泌尿器科(襁牆)			
気管食道内科	呼吸器外科			神科		泌尿器科(人工透析)			
胃腸内科	心臓血管外科			レルギー科		産婦人科(生態療)			
腫瘍内科	心臟外科			ウマチ科		美容皮膚科			
糖尿病内科	消化器外科			児科		歯科			
代謝内科	乳腺外科			膚科		小児歯科			
内分泌内科	小児外科			尿器科		矯正歯科			
脂質代謝内科	気管食道外科			婦人科		歯科口腔外科			
腎臓内科	肛門外科			科		神経科			
神経内科	整形外科			人科		呼吸器科			
心療内科	脳神経外科			科		消化器科			
感染症内科	形成外科			鼻咽喉科		胃腸科			
漢方内科	美容外科			ピーリテーション科		循環器科			
老年内科	腫瘍外科			射線科		皮膚泌尿器科			
女性内科	移植外科			射線診断科		性病科			
新生児内科	頭頸部外科			射線治療科		こう門科			
性感染症内科	胸部外科			理診断科		気管食道科			
内視鏡内科	腹部外科			床検査科		麻酔科			
人工透析内科	肝臓外科			急科					
疼痛緩和内科	膵臓外科			<b>童精神科</b>					
ペーペクリニック内科	胆のう外科			年精神科					
アレルギー疾患内科	食道外科		気管	食道・耳鼻咽喉科					
(11) 1日平均外来				/出担/ 止力	承工事机 TIU市权	<b>华</b> 到口腔[N 到 ]			
	咽喉科・眼科・精神科  外来患者数(通院リハ除)			(円掲)	橋正歯科・小児歯科・	图件口腔外件			
(世権) 1日半均	ハト木芯日奴 (坦忱リハ)休儿								

(12)1日平均 調剤数	入 院 外 来	計 (13) 1日平均外 係る取扱処	
	職種別	常勤非常勤	常勤換算後 常勤 合計
(14) 従業者数	1. 医師		
	2. 歯科医師		
	3. 薬剤師		
	4. 看護師		
	5. 准看護師		
	6. 看護補助者		
	7-①管理栄養士		
	②栄養士		
	8. 診療放射線技師		
	9. 理学療法士		
	10. 作業療法士		
	11. 助産師	有・無	
	12. 診療エックス線技師	有・無	
	13. 臨床検査技師	有・無	
	14. 衛生検査技師	有・無	
	15. 臨床工学技士	有・無	
	16. 視能訓練士	有・無	
	17. 義肢装具士	有・無	
	18. 言語聴覚士	有・無	
	19. 精神保健福祉士	有・無	
	20. 歯科衛生士	有・無	
	21. 歯科技工士	有・無	
	22. 臨床研修医	有・無	
	23. 研修歯科医	有・無	
	24.そ の 他	有(	) •無

(15)	<b>∌</b> 九 /#		<b>完</b>
	設備		室・床数等
設備概要	1. 手術室	有・無	室
	2. 臨床検査施設	有・無	
	3. エックス線装置	有・無	
	4. 調剤所	有・無	
	5. 給食施設	有・無	
	6. 分べん室	有・無	
	7. 新生児の入浴施設	有・無	
	8. 機能訓練室(単位:平方メートル)	有・無	m²
	9. 談話室	有・無	
	10. 食堂 (単位:平方メートル)	有・無	m²
	11. 浴室	有・無	
	12. 集中治療室	有・無	床
	13. 化学、細菌及び病理の検査施設	有・無	
	14. 病理解剖室	有・無	
	15. 研究室	有・無	
	16. 講義室	有・無	
	17. 図書室	有・無	
	18. 医薬品情報管理室	有・無	
	19. 救急用又は患者輸送用自動車	有・無	
	20. 無菌状態の維持された病室	有・無	
	21. 放射線治療病室	有・無	
	22. 診療用高エネルギー放射線発生装置	有・無	
	23. 診療用粒子線照射装置	有・無	
	24. 診療用放射線照射装置	有・無	
	25. 診療用放射線照射器具	有・無	
	26. 放射性同位元素装備診療機器	有・無	
	27. 診療用放射性同位元素	有・無	
	28. 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素	有・無	
	29. CTスキャン	有・無	
	30. 血管連続撮影装置	有・無	
	31. MR I	有・無	
	32. スプリンクラー	有・無	
	33. 自家発電装置	有・無	
	34. サイクロトロン装置	有・無	
	35. 滅菌装置 (オートクレーブ等)	有・無	
	36.	13 7111	
	37.		
	38.		
	39.		
	40.		
	<b>™</b>		

	<b>为</b> 1 衣		11			
	業	務	有(全	部)・有	(一普以)	• 無
(16)	1. 検体検査業務					
業務委託	2. 医療機器等の滅菌	消毒業務				
	3. 患者給食業務					
	4. 患者搬送業務					
	5. 医療機器の保守点	検業務				
	6. 医療ガス供給設備の	の保守点検業務				
	7. 寝具類の洗濯業務					
	8. 施設の清掃業務					
	9. 感染性廃棄物の処理	理業務				
	10. 医療用放射性汚染物	物の廃棄業務				
	建		物	(単位	: 平方メ	
(17)	構造	建築面積	延面積			
建物の構造面積						
•	耐火構造					-
敷地の面積	準耐火構造					
	その他					
	計					
		土	地	(単位	: 平方メ	ートル)
	病院敷地面積					
	許 可 事	項	許可年	月日	番	号
(18)	1. 開設者以外を管理者	ー 行に選任すること			第	号
医療法に基づく	の許可					
許可の状況	2. 管理者兼任許可				第	号
	3. 宿直医師免除許可				第	号
	4. 専属薬剤師免除許可	Ţ			第	号
	5. 従業者の標準定員適	5月除外許可等	(精神)		第	号
	(精神・結核・老人・	療養型病床群)	(結核)		第	号
			(老人)		第	号
			(療養)		第	号
	6. 医師配置標準の特例	リ 措置に係る許可	ſ		第	号

		医 療	管理	里	帳	票	業	務	防火・防	放射線	計
		従事者			記	録	委	託	災 体 制	管 理	
(19)	A 総項目数										
検	B 対象項目数										
查	C 適「○」数										
結	D 否「×」数										
果	E 非対象項目「一」数										
	百分率 B/A×100										
	百分率 C/B×100										

## 第2表 検 査 表 ( 年 月 日 調査)

施設名							
[1 医療従事者]	岩ケ州中	<b>业左如今</b>	<b>光 左</b>	標準数	业左担吕	<del></del>	
1 1 医伍米	前年判定	当年判定	前年	必要数	当年現員	不	足
1—1 医師数			名	名	名		名
1-2 歯科医師数			名	名	名		名
1一3 薬剤師数			名	名	名		名
1-4 看護師数			名	名	名		名
1-5 看護補助者数			名	名	名		名
1-6 (管理)栄養士数			名	名	名		名
A 幼 巧 ロ ¥4							
A総項目数							
B対象項目数							
C 適「O」数							
D 否「X」数							
E 非対象項目「一」数	소스 누그리 -	11/ F-1/11 -		/ <del></del> :	-1		
[2 管 理]	前年判定	当年判定		備	考		
2-1 医療法の手続	/	/					
1. 医療法の使用許可							
2. 医療法届出事項の変更							
3. 医療法許可事項の変更							
4. 地域医療支援病院、特定機能病院、臨床研究中核病院の承認							
5. 診療用放射線装置の届出							
2-2 患者入院状況	/	/					
1. 病室の定員遵守							
2. 病室以外の患者入院							
3. 精神病・感染症患者の一般 病室への入院							
4. 病毒感染の危険のある患者 の感染防止							
5. 装置、器具、同位元素治療患者の方 射線治療病室以外の入院防止	Ý.						
6. 放射線治療病室への他の患 者の入院防止							
2-3 新生児の管理	/						
1. 無痛分娩取扱施設		<u> </u>					
2. 管理及び看護体制							
3. 避難体制							
2-4 医師の宿直							
2-5 医薬品の取扱い							
1. 毒劇薬の区別と施錠保管		/					
2. 毒劇薬の表示							
3. その他の医薬品の管理							
4. 調剤所の衛生と防火管理							
2-6 医療機器等の清潔保持及び	/	/					
2 0   医療機器等の情像保持及の   維持管理							
1. 医療機器及び看護用具の							
清潔保持 2 病域と 1 病域 1 病域 2 病域 2 病域 2 病域 2 病域 2 病域 2 病域							
2. 病棟諸設備の清潔保持							

[2 管 理]	前年判定	当年判定	備考
2-7 調理機械・器具の清潔保			
持及び保守管理			
2-8 職員の健康管理			
※(1. 定期健康診断)			
※(2. 定期健康診断の結果に			
ついての適切な措置)			
※(3. 給食関係職員の健診等)			
※(4. 放射線関係職員の健診等)			
※(5. 産業医の選任、ストレス			
チェックの実施)			
2-9 医療の情報の提供			
2-10 医療の安全管理のための体			
制確保			
1. 医療に係る安全管理のため ************************************			
の指針の整備	+		
2. 医療に係る安全管理のため の委員会(医療安全管理委員			
会)の設置及び業務の実施			
3. 医療に係る安全管理のため			
の基本的事項、具体的方策			
についての職員研修の実施			
4. 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			
5. 医療事故に係る再発防止策			
の周知及び遵守			
6. 医療安全管理責任者の配置			特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の該当項目(臨床研究中核病院の場合は「専任の医療に係る安全管理を行う者」、臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の場合は「医療に係る安全管理を行う者」とする。なお、臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設は兼任でも可)
7. 医療に係る安全管理を行う 部門の設置及び業務の実施			特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の該当項目(臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の場合は「安全管理部門」とする。)
8. 患者からの相談に適切に応 じる体制の確保			特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の該当項目(臨床研究中核病院の場合は「研究者の対象者又はその家族」とする。)
9. 院内での死亡事例を遺漏な く把握できる体制の確保等			
10. 事故等事案の登録分析機関 への提出			特定機能病院及び事故等報告病院の該当項 目

[2	2. 徨	* 理]	前年判定	当年判定	備考
2-	-11	院内感染対策のための体制	/	/	
		確保			
	1.	院内感染対策のための指針			
		の策定			
	2.	院内感染対策のための委員			
		会の開催			
	3.	従業者に対する院内感染対			
		策のための研修の実施			
	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			
	5.	専任の院内感染対策を行			特定機能病院の該当項目
		う者の配置状況			
2 -	-12	診療用放射線に係る安全管			
	1	理の体制確保			
	1.	診療用放射線に係る安全管 理のための責任者の配置			
	2.	診療用放射線の安全利用の			
		ための指針の策定			
	3.	放射線診療に従業する者に			
		対する診療用放射線の安全			
		利用のための研修の実施			
	4.	放射線診療を受ける者の当			
		該放射線による被ばく線量 の管理及び記録その他の診			
		療用放射線の安全利用を目			
		的とした改善のための方策			
		の実施			
2-	-13	医薬品に係る安全管理のた			
		めの体制確保			
	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)の配置状況			
	2.	従業者に対する医薬品の安			
	۷.	全使用のための研修の実施			
	3.	医薬品の安全使用のための業務			
	٥.	に関する手順書の作成及び手順			
		書に基づく業務の実施			
	4.	医薬品安全管理責任者によ			
		る前記3.の業務の定期的な			
		確認の実施			
	5.	医薬品の安全使用のために必要			
		となる未承認等の医薬品の使用			
		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			

[2	?	章 理]	前年判定	当年判定	備	考
2-	-14	医療機器に係る安全管理の	/	/		
		ための体制確保				
	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)の配置状況				
	2.	従業者に対する医療機器の安全				
		使用のための研修の実施				
	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				
		の実施				
	4.	医療機器の安全使用のために必				
		要となる未承認等の医療機器の				
		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				
2-	-15	ドクターヘリの運航に係る	/		ドクターへリ基地病院であり、	かつ「離着陸の許可を受け
		安全の確保	,		ていない場所に離着陸を行う道	重航であって、消防機関等の
					依頼又は通報に基づかない運船	坑」を行う病院の該当項目
	1.	ドクターヘリの運航に係る				
		要領の策定				
	2.	運航要領に定められた事項				
		の遵守				
2 -	-16	高難度新規医療技術、未承				
		認新規医薬品等を用いた医				
		療を提供するに当たっての				
		必要な措置				
2 -	-17	特定機能病院における安全	/	/		
		管理等の体制				
	1.	医療を受ける者に対する説明			特定機能病院の該当項	目
		に関する責任者の配置状況				
	2.	診療録等の管理に関する責			特定機能病院の該当項	目
		任者の選任状況				
	3.	高難度新規医療技術を提供			特定機能病院の該当項	目
		するに当たっての措置状況				
	4.	未承認新規医薬品等を提供			特定機能病院の該当項	目
		するに当たっての措置状況				
	5.	監査委員会の設置状況			特定機能病院の該当項	目
	6.	入院患者が死亡した場合等			特定機能病院の該当項	
		の医療安全管理部門への報				
		告状況				
	7.	他の特定機能病院の管理者			特定機能病院の該当項	目
		と連携した相互立入り及び				
L		技術的助言の実施状況				
	8.	医療安全管理の適正な実施に			特定機能病院の該当項	
		疑義が生じた場合等の情報提				
		供を受け付けるための窓口の				
		状況				

[2 管 理]	前年判定	当年判定	備	
9. 管理者のための研修の実施	1 1 1 7/4		特定機能病院の該当項目	
状況				
2-18 検体検査の業務の適正な実				
施に必要な基準への適合		,		
1. 検体検査の精度の確保に係				
る責任者の配置				
2. 遺伝子関連・染色体検査の				
精度の確保に係る責任者の				
配置				
3. 標準作業書の常備及び検体				
検査の業務の従事者への周				
知				
4. 作業日誌の作成				
5. 台帳の作成				
6. 検体検査の精度管理のため			努力義務	
の体制の整備				
7. 遺伝子関連・染色体検査の			努力義務	
精度管理のための体制の整				
備				
2-19 サイバーセキュリティの確 保				
2-20 長時間労働となる医師に対	/			
する面接指導の実施及び休				
息時間の確保等の状況				
1. 面接指導の実施状況				
2. 面接指導実施後の就業上の措 置				
3. 労働時間短縮の措置				
4. 特定労務管理対象期間の医師				
への勤務間インターバル及び代				
償休息の確保				
л				
A 総項目数 B 対象項目数				
D 否「×」数				
D				
[3 帳票・記録]	治年业学	<b>北左</b> 和宁	<b>/</b> 些	 考
	前年判定	当年判定	備	与
3-1 診療録の管理、保存				
3-2 助産録の管理、保存 3-3 診療に関する諸記録の整理				
3   3   6   6   6   7   7   7   7   7   7   7				
3-4 エックス線装置等に関す	/	/		
る記録				
1. 装置及び器具の使用時間				
の記録及び保存				

第2表 検 査 表

[3 帳票・記録]	前年判定	当年判定	備	考
2. 装置、器具及び同位元素並				
びに同位元素による汚染物				
の記録及び保存				
3. 線量当量等の測定、記録				
及び保存				
4. 治療用エックス線装置等				
の放射線量の測定保存				
3-5 院内掲示				
A 総項目数				
B 対象項目数				
C 適「○」数				
D 否「×」数				
E非対象項目「一」数				
[4 業務委託]	前年判定	当年判定	備	考
4-1 検体検査				
4-2 滅菌消毒				
4-3 食事の提供				
4-4 患者等の搬送				
4-5 医療機器の保守点検				
4-6 医療ガスの供給設備の保守				
点検				
4-7 洗濯				
4-8 清掃				
4-9 感染性廃棄物の処理				
4-10 医療用放射性汚染物の廃棄				
A 総項目数				
B 対象項目数				
C 適「○」数				
D 否「×」数				
E 非対象項目「一」数				
[5 防火・防災体制]	前年判定	当年判定	備	考
5-1 防火管理者及び消防計画				
5-2 消火訓練・避難訓練				
5-3 防火・消火用設備の整備				
5-4 点検報告等				
5-5 防災及び危害防止対策				
A 総項目数				
B 対象項目数				
C 適「○」数				
D 否「×」数				
E 非対象項目「一」数				

[6 敖		前年判定	当年判定		考
6-1	*************************************		- TIAL	VH1	~7
1.	<u>管理区域の設定と標識</u>	/	/		
2.	管理区域への立入制限と				
۷٠	被ばく防止の措置				
6-2	敷地の境界等における防				
	護措置				
6-3	放射線障害の防止に必要				
	な注意事項の掲示				
6-4	放射線装置・器具・機器				
	及び同位元素の使用室・		,		
	病室の標識				
1.	診療室及び各装置・機器				
	使用室並びに治療病室と				
	しての標識				
2.	各使用室の出入口の構造				
6 - 5	使用中の表示	/	/		
1.	使用室の出入口の標識				
2.	放射線の発生・照射が自				
	動的に表示する装置				
6 - 6	取扱者の遵守事項	/			
1.	作業衣の着用				
2.	同位元素に汚染された物				
	の持出し禁止				
6 - 7	従事者の被ばく防止の措置				
1.	放射線診療従事者等の被ば				
	く防止の措置				
2.	1. のうち眼の水晶体の被ば				
	く防止の措置				
6-8	患者の被ばく防止の措置				
6-9	器具又は同位元素で治療				
	を受けている患者の標示				
6-10	使用・貯蔵等の施設設備	,			
6—11	照射器具及び同位元素の				
	管理				
1.	照射器具の紛失防止				
2.	同位元素の廃止後の措置				
6—12	障害防止措置	,			
6-13	閉鎖施設の設備・器具	/	/		
1	外部に通じる部分の閉鎖の				
	ための設備等				
2	排液処理槽の開口部の構造				
	と人の立入禁止措置				

[6 拮	放射線管理]	前年判定	当年判定	備	考
6—14	放射性同位元素使用室の	/	/		
	設備				
1	放射線測定器、汚染除去器				
	の設置				
2	準備室の排気設備				
6—15	貯蔵箱等の障害防止の方法	/	/		
	と管理				
1	貯蔵容器等の防護				
2	容器の構造と材質				
3	標識の標示				
6—16	廃棄施設	/	/		
1	排液処理槽の構造				
2	排気設備の空気拡散防止の				
	設備				
6 - 17	通報連絡網の整備				
6 - 18	移動型エックス線装置の				
	保管				
6 - 19	陽電子断層撮影診療用放射				
	性同位元素の使用体制の確				
	保工作的				
1.	放射線障害の防止に関する 予防措置				
2.	陽電子断層撮影診療用放射				
	性同位元素を使用できる医				
	師又は歯科医師の配置				
А	総項目数				
В	対象項目数				
С	適「○」数				
D	否「×」数				
Е	非対象項目「一」数				
[7 音	部門合計]				
А	総項目数				
В	対象項目数				
С	適「○」数				
D	否「×」数				
Е	非対象項目「一」数				

#### Ⅲ 検査基準

#### 検査基準の説明

- 1 判定は細分類の項目番号(例1-4)の付されている検査項目ごとに行う。
- 2 判定の表示は、検査項目に適合している場合は「○」、適合していない場合は「×」を、検査の対象とならない検査項目については「-」を、それぞれ第2表(検査表)の「判定」欄に記入する。
- 3 「※」の印が付されている項目は、その印の後に記載されている病院についてのみ検査対象とする。
- 4 判定に当たって検査対象施設が全くない場合は、その施設に関する検査項目はすべて適合していないものとして取り扱う。

番号 項	項目							
1-1   医師数	番号	項	目	根拠法令等	摘	要	備	考
集者数に対応した数の医師がいるか。  ② 1 号 (以下 「法 21.1. 1.1 」」等という。)  ② 1 特神病床及び療養病床に係る病室の人院患者の数を3をもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室の人院患者の数を3をもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室の人院患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及の指導数を算出する際の「外来患者数」については、外来患者延数から医師による(括的なリハビリテーションの指示が行われた日を目をいう。)  ③ 2 を除く。)の数と外来患者 「関 1 自 解析 (	1	医療従事	■					
## 表第 1 項第 1 号 (以下 「注 21.1. 1」 「 等という。								
思者数に対応し 1 号 (以下 た数の医師がい 2 5 2 5 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	1- 1	医師数		医療法第 21	医師の員数の標準	の計算方法は次	(計算事例)	
た数の医師がい 5 とすると				条第1項第	によること。		①入院患者数 一般 9	0
3か。 1」等という。) ①精神病床及び療養病床に係名病室の入院患者の数を3をもって除した数と、精神病床及び療養病床に係名病室の入院患者の数を3をもって除患者(菌科、矯正歯科、小児歯科及 (関邦) 第1 項第1		患者数に	対応し	1号(以下			療養 5	0
		た数の医	き師がい	「法 21. 1.			精神 3	0 とすると
医療法施行 規則第19条 第1項第1 号(以下 「則 19.1.1」等 という。) の数と外来患者を (歯科、矯正歯科、小児歯科及 (歯科、病正歯科、小児歯科及 (歯科、病正歯科、小児歯科及 (歯科、病正歯科、小児歯科及 (歯科、病正歯科、小児歯科及 (もかす) の数を 2.5 (耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5)をもって 除した数との和(特定数)が52 までは3とし、特定数が52を 超える場合には当該特定数から 52を減じた数を16で除した数 に3を加えた数とすること。 (*a) ・一大学附属病院等は3の/1 (*b)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		るか。		1」等とい	①精神病床及び療	養病床に係る病	<b>結核</b> 2	5
医療法施行 規則第19条 院患者(歯科、矯正歯科、小児 第1項第1				う。)	室の入院患者の	数を3をもって	※外来患者数 25	0 ]
規則第19条 第1項第1 号(以下 「則 (歯科、矯正歯科、小児歯科及 び歯科口腔外科の外来患者を除 く。)の数を 2.5 (耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5)をもって 除した数との和(特定数)が52 までは3とし、特定数が52を 超える場合には当該特定数から 52を減じた数を16で除した数 に3を加えた数とすること。 (*a)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・					除した数と、精	神病床及び療養	※医師の標準数を算出す	トる際の「外来患者数」
第1項第1 房(以下 (歯科、矯正歯科、小児歯科及 (歯科、精正歯科、外児歯科及 (の) の数を 2.5 (耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5)をもって 除した数との和(特定数)が52 までは3とし、特定数が52を 超える場合には当該特定数から 52を減じた数を16で除した数 に3を加えた数とすること。 (*a) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・					病床に係る病室	以外の病室の入	については、外来患者	<b>首延数から医師による包</b>
日等、医師による外来診察が行われた日を下り則 (歯科、矯正歯科、小児歯科及び療養病床(医機病床) 2.5 (耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5)をもつて除した数との和(特定数)が52までは3とし、特定数が52を超える場合には当該特定数から52を滅じた数を16で除した数に3を加えた数とすること。 (*a)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・								
「則 (歯科、矯正歯科、小児歯科及 び歯科口腔外科の外来患者を除 という。) を除いた患者数を用いることも可能。 (90+50/3+30/3(*a)+25+250/2.5(*b)-52 (*c)) 16+3 (*d) = (2.5 (耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5)をもつて 除した数との和 (特定数)が52 までは3とし、特定数が52を 超える場合には当該特定数から 52を減じた数を16で除した数に3を加えた数とすること。 (*a)・・・・大学附属病院等は30/1 (*b)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・							通院リハビリ患者(カ	ただし、実施計画の立案
19.1.1」等     び歯科口腔外科の外来患者を除 く。)の数を 2.5 (耳鼻咽喉科、眼科又は精 神科については、5)をもって 除した数との和(特定数)が52 までは3とし、特定数が52を 超える場合には当該特定数から 52を滅じた数を16で除した数 に3を加えた数とすること。     (*a)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・								
という。)								-
2.5 (耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5)をもって   (90+16.666・・・(*e)+10+25+100-52)/16+3=189.						の外来患者を除		250/2.5(*b)-52(*c))/
神科については、5)をもって 除した数との和(特定数)が52 までは3とし、特定数が52を 超える場合には当該特定数から 52を減じた数を16で除した数 に3を加えた数とすること。  (*a)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・				という。)				N (
除した数との和(特定数)が 52 までは 3 とし、特定数が 52 を超える場合には当該特定数から 52 を減じた数を 16 で除した数に 3 を加えた数とすること。 (*a) … 大学附属病院等は 30/1 (*b) … 耳鼻咽喉科、眼科又は精神科は 5 (*c) …療養病床が 50%を上回る病院は 3 6 (*d) …療養病床が 50%を上回る病院は 2 (*e) …端数が出る場合、小数点第 2 位を切り捨て小数点第 1 位までとする 精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を 3 をもって除した数と、精神病床 (転換病床)及び療養病床に係る病室の入院患者の数を 6 でもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。)の数と外来患者 6 歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。)の数を 2.5 (耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5) をもって除								25+100-52) /16+3=189. 6
までは3とし、特定数が52を超える場合には当該特定数から52を減じた数を16で除した数に3を加えた数とすること。 (*a)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・								
超える場合には当該特定数から 52 を減じた数を 16 で除した数 (*c) …療養病床が 50%を上回る病院は 36 (*d) …療養病床が 50%を上回る病院は 2 (*e) …端数が出る場合、小数点第 2 位を切り捨て小数点第 1 位までとする 精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を 3 をもって除した数と、精神病床 (転換病床)及び療養病床 (転換病床)に係る病室の入院患者の数を 6 でもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を 6 でもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者 (歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。)の数と 2.5 (耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5)をもって除								
52 を減じた数を 16 で除した数 に 3 を加えた数とすること。 (*c) …療養病床が 50%を上回る病院は 2 (*e) …端数が出る場合、小数点第 2 位を 切り捨て小数点第 1 位までとする 精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を 3 をもって除した数と、精神病床(転換病床)及び療養病床(転換病床)に係る病室の入院患者の数を 6 でもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を 6 でもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。)の数と外来患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。)の数を 2.5 (耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5) をもって除					·			
(*d) …療養病床が 50%を上回る病院は 2 (*e) …端数が出る場合、小数点第 2 位を切り捨て小数点第 1 位までとする  精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を3をもって除した数と、精神病床(転換病床)及び療養病床(転換病床)に係る病室の入院患者の数を6 でもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。)の数と外来患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。)の数を 2.5 (耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5) をもって除								
(*e)…端数が出る場合、小数点第2位を切り捨て小数点第1位までとする 精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を3をもって除した数と、精神病床(転換病床)及び療養病床(転換病床)に係る病室の入院患者の数を6でもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。)の数と外来患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。)の数を2.5(耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5)をもって除								
切り捨て小数点第1位までとする 精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を3をもって除した数と、精神病床(転換病床)及び療養病床(転換病床)に係る病室の入院患者の数を6でもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。)の数と外来患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。)の数を2.5(耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5)をもって除					に3を加えた数	とすること。	·	·
精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を3をもって除した数と、精神病床(転換病床)及び療養病床(転換病床)に係る病室の入院患者の数を6でもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。)の数と外来患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。)の数を2.5(耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5)をもって除								•
を3をもって除した数と、精神病床(転換病床)及び療養病床(転換病床)に係る病室の入院患者の数を6でもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。)の数と外来患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。)の数を2.5(耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5)をもって除							切り括く小数点5	男1位まじとする
を3をもって除した数と、精神病床(転換病床)及び療養病床(転換病床)に係る病室の入院患者の数を6でもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。)の数と外来患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。)の数を2.5(耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5)をもって除							   精神病床及び療養病床に	係ろ病室の入院患者の数
び療養病床(転換病床)に係る病室の入院患者の数を6でもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。)の数と外来患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。)の数を2.5(耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5)をもって除								
を6でもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。)の数と外来患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。)の数を2.5(耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5)をもって除								
係る病室以外の病室の入院患者(歯科、矯正歯科、 小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。)の 数と外来患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科 口腔外科の外来患者を除く。)の数を2.5(耳鼻咽 喉科、眼科又は精神科については、5)をもって除								·
数と外来患者(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。)の数を2.5(耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5)をもって除								
口腔外科の外来患者を除く。)の数を 2.5 (耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5) をもって除							小児歯科及び歯科口腔外科	の入院患者を除く。)の
喉科、眼科又は精神科については、5) をもって除							数と外来患者(歯科、矯正	歯科、小児歯科及び歯科
							口腔外科の外来患者を除く	。) の数を 2.5 (耳鼻咽
した数との和(特定数)が52までは3とし、特定数							喉科、眼科又は精神科につ	いては、5)をもって除
							した数との和(特定数)が	52までは3とし、特定数
が 52 を超える場合には当該特定数から 52 を減じた							が 52 を超える場合には当	该特定数から 52 を減じた
数を16で除した数に3を加えた数							数を 16 で除した数に 3 を	加えた数

項目					
番号	項	目	根拠法令等	摘    要	備考
			法 22 の 2.	②特定機能病院として厚生労働大	(計算事例)
			1. 1	臣の承認を受けている場合は、	②入院患者数 一般 550 人
			則 22 の 2.	入院患者(歯科、矯正歯科、小	外来患者数
			1. 1	児歯科及び歯科口腔外科の入院	(歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科を除く。) とすると
				患者を除く。)の数と外来患者	300 人
				(歯科、矯正歯科、小児歯科及	
				び歯科口腔外科の外来患者を除	$(550+300/2.5) \div 8=83.75($ $)$
				く。)の数を 2.5 をもって除した	医師の標準数
				数との和を8で除した数	
				なお、医師免許取得後2年以	
				上経過していない医師について	※特定機能病院全体において、医師の半数以上
				は員数に含めない。	が平成 26 年改正省令による改正後の規則第 22
				(平 5. 2. 15 健政発第 98 号 (平	2 条の2第3項に規定する専門の医師であること
				8.6.10 一部改正) 参照)	を要件とする。
			則 43 の 2	③医学を履修する課程を置く大学	(規則第22条の2第3項関係)
				に附属する病院(特定機能病院	
				及び精神病床のみを有する病院	
				を除く。)又は100人以上の患	
				者を入院させるための施設を有	
				し、その診療科名中に内科、外	
				科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽	
				喉科を含む病院であって、精神	
				病床を有する病院については、	
				療養病床に係る病室の入院患者	
				の数を3をもって除した数と、	
				療養病床に係る病室以外の病室	
				の入院患者(歯科、矯正歯科、	
				小児歯科及び歯科口腔外科の入	
				院患者を除く。)の数と外来患	
				者(歯科、矯正歯科、小児歯科	
				及び歯科口腔外科の外来患者を	
				除く。)の数を 2.5 (耳鼻咽喉	
				科、眼科又は精神科について	
				は、5)をもって除した数との	
				和 (特定数) が 52 までは 3 と	
				し、特定数が52を超える場合	
				には当該特定数から52を減じ	
				た数を16で除した数に3を加	
				えた数。	
			則 49	<ul><li>④療養病床の病床数の全病床数に</li></ul>	
			尺リュジ	占める割合が 100 分の 50 を超	
				える病院については、当分の	
				間、上記に基づき算出された和	
				が「36までは2」とし、算定さ	
				れた和が36を超える場合には	
				当該特定数から36を減じた数	
				を 16 で除した数に 2 を加えた	

項目						
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備	考
			数とする。			
		則 50	⑤則 50.1 の規定 条第 2 項の許可 ついては、許可 起算 して 3 年を 間、特例的に、 配置標準を現る 相当に緩和する 3 人というとする を受けた病院に	により、たまでを経当のののでは、大病により、たれたとののでは、大病には、大病には、大病には、大病には、大病には、大病には、大病には、大病に	(特例が認められてをる が要件がででであるである。 がでであるである。 がでであるである。 がでである。 がでである。 ができる。 ができる。 ができる。 ができる。 ができる。 ができる。 ができる。 ができる。 ができる。 ができる。 ができる。 ができる。 ができる。 ができる。 ができる。 がでいる。 がでいる。 がでいる。 がでいる。 がでいる。 がでいる。 がでいる。 できる。 できる。 できる。 がでいる。 できる。 できる。 できる。 のでできる。 できる。 できる。 できる。 のでできる。 できる。	区域内に有するも は内の区域に所在するも より離島振興対策実施 た離島では、 た離ののでは、 た離ののでは、 た離ののでは、 たののでは、 に関いて、 に関いて、 に関いでは、 に対いるのでは、 はにおいるでは、 はにおいるでは、 においるのでは、 においる。 においる。 においる。 においる。 においる。 においる。 においる。 においる。 においる。 においる。 においる。 においる。 においる。 においる。 においる。 においる。 においる。 においる。 にはいる。 においる。 には、 には、 には、 には、 には、 には、 には、 には、
1- 2	歯科医師数患者数に対応した数の歯科医師がいるか。	法 21. 1. 1 則 19. 1. 2. イ 法 21. 1. 1 則 19. 1. 2.	は次によること。 ①歯科(矯体外によるでのは3をでのでは3とでのでは3とでのでは3とでのが2に変した。 ながれた数とである。 ②その、病院に数となる。 和口腔外科ののでは4ののでは4ののでは4ののでは4ののでは4ののでは4ののでは4ののでは	料、小児歯科及びを含む。) 専門の病 入院患者の数がし、それ以上 16 を増すごとに 1 を 水来患 で とで ひ 要 な こと。	医師数が全国平均を下定。 病院の実状に応したり (これの) (大には)	数 り取扱い外来患者数は 場合は、最低1人の歯 、当該歯科医師が、入 外来患者を診察するこ 士が外来診療の一環と 対して行う歯科口腔機 含む。)については、 を管理する体制として される場合には、上記

項目				
番号	項目	根拠法令等	摘要	備考
		法 22 の 2. 1.1	はその端数を増すごとに1を加え、さらに歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者についてその病院の実状に応じて必要と認められる数を加えた数とすること。  ③特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、	
		則 22 の 2. 1. 2	歯科、矯正歯科、小児歯科及び 歯科口腔外科の入院患者の数が 8又はその端数を増すごとに1 以上とし、さらに歯科、矯正歯 科、小児歯科及び歯科口腔外科 の外来患者についての病院の実 状に応じて必要と認められる数 を加えた数とすること。	
1- 3	薬剤師数	法 21.1.1 法 21.3	薬剤師の員数の計算方法は、厚生	
	患者数に対応し		労働省令で定める基準に従い都 道府県が条例で定めるところに	③入院患者数 一般 90 療養 50
	た数の薬剤師が		よること。	精神 35 <b>と</b> とすると
	いるか。	群馬県医療		結核 25
	V 277 6	施設の人員	【従うべき基準】	外来取扱処方箋数 100
		及び施設等	①精神病床及び療養病床に係る病	717/10/10/20/20/3/3/
		に関する基		90/70+50/150+35/150(*)+25/70+100/75=
		準を定める	って除した数と、精神病床及び	1. 2+0. 3+0. 2+0. 3+1. 3=3. 3 = 4 (人)
		条例第6条	療養病床に係る病室以外の病室	(薬剤師の員数)
		第1項第1	の入院患者の数を70をもって	(*)…大学附属病院等は 35/70
		号 (以下	除した数と外来患者に係る取扱	
		「条例 6.1.	処方せんの数を75をもって除	※従うべき基準
		1」等とい	した数とを加えた数(その数が	
		う。)		なければならない基準であり、当該基準に従う
			の数に1に満たない端数が生じ	
			たときは、その端数は1として	は許容されるものの、異なる内容を定めることは許されないもの。
			計算する。)	は計されいないもの。
			②医学を履修する課程を置く大学に附属する病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)又は100人以上の患者を入院させるための施設を有し、その診療科名中に内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を含む病院であって、精神病床を有する病院については、	

項目						
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備	考
			療養病床に係る病質	•		
			の数を150をもつ			
			療養病床に係る病室」			
			入院患者の数を70% た数と外来患者に係			
			んの数を75をもつ			
			を加えた数(その数)			
			いときは1として除			
			えた数 (その数が1)			
			きは1とし、その数1	こ1に満たな		
			い端数が生じたときん	は、その端数		
			は1として計算する。	)		
		法 22 の 2.	薬剤師の員数の計算	方法は、次に		
		1.1則22の	よること。			
		2. 1. 3	○特定機能病院として	て厚生労働大		
			臣の承認を受けてい	ハる場合は、		
			入院患者の数が3	0 又はその端		
			数を増すごとに1			
			剤数80又はその			
			とに1を標準とすん	ること。		
1- 4	看護師数	法 21.1.1	看護師の員数の計算	方法は、厚生	(計算事例)	
		法 21.3	労働省令で定める基準	準に従い都道	④入院患者数 一般	90
	患者数に対応し	1	府県が条例で定める。	ところによる	27,123	50
	た数の看護師	則 43 の 2	こと。		精神	}
	(准看護師を含		「公と、されば、		結核 ジタエロネギ	25
	む。)がいるか。	規則等の一	【従うべき基準】	<b>キ及び盆技</b> 店		400 J 出する際の「外来患者数」
		る省令(平	に係る病室の入院			当りる時の「パネ恋日数」 皆延数から医師による包括
		成13年厚生				コンの指示が行われた通院
		労働省令第	床及び一般病床に			ン、実施計画の立案日等、
		8号)第20	院患者(入院してい	ハる新生児を	医師による外来診察が	が行われた日を除く。)を
		条	含む。)の数を3を	もって除した	除いた患者数を用いる	ることも可能。
		条例 6.1.2	数とを加えた数(	その数が1に	・入院(90/3+50/4(*)	+35/4+25/4)=
			満たないときは1	とし、その数	30+12. 5+8. 7+6	. 2=57. 4≒58
			に1に満たない端	数が生じたと	・外来(400/30)=13.3	
			きは、その端数は		・入院+外来 (58+1	
			する。)に、外来		(看記	護師等の員数)
			0又はその端数を	習すごとに1	(杂类) 毛珠旺然不早	3 粉が字みとおと早半のこ
			を加えた数	工場名 八田		員数が定められた員数の7
			また、歯科、矯正 歯科又は歯科口腔2		割に滴にない場合、A こととされている。	f護師等確保推進者を置く 
			はそのうちの適当			
			士とすることができ		2条、同法施行規則第	
			②精神病床を有する	<b>声陰にへいて</b>		
			は、当分の間、精			
<u></u>	<u>[</u>		は、ヨカツ间、相1	コミアニテク		

項目							
番号	項	目	根拠法令等	摘	要	備	考
				病室の入院患	者の数を5をもっ		
				て除した数(	その数が1に満た		
				ないときは1	とし、その数に1		
				に満たない端	数を生じたときは		
				1として計算	する。)を精神病		
				床に係る病室	の入院患者の数を		
				4をもって除	した数(その数が		
				1に満たない	ときは1とし、そ		
				の数に1に満	たない端数が生じ		
				たときは1と	して計算する。)		
					を看護補助者とす		
				ることができ			
				②医兴士 园场上	て 細和 ナ 墨 ノ 上 쓰		
					る課程を置く大学		
					院(特定機能病院		
					のみを有する病院		
					は 100 人以上の患		
					るための施設を有		
					科名中に内科、外		
					、眼科及び耳鼻咽		
					院(特定機能病院		
				-	あって、精神病床		
					については、療養		
					床に係る病室の入		
				,	4をもって除した		
					床及び療養病床以		
					る病室の入院患者		
					る新生児を含む。)		
					って除した数とを		
					の数が1に満たな		
				_	し、その数に1に		
					が生じたときは、		
				その端数は1			
					来患者の数が30		
				又はその端数	を増すごとに1を		
				加えた数			
				また、歯科	、矯正歯科、小児		
				歯科又は歯科	口腔外科において		
				はそのうちの	適当数を歯科衛生		
				士とすること	ができる。		

項目				
番号	項目	根拠法令等	摘    要	備考
		法 22 の 2.	看護師の員数の計算方法は、次に	(計算事例)
		1. 1	よること。	⑤入院患者数 550人 ]
		則 22 の 2.	○特定機能病院として厚生労働大	とすると
		1. 4	臣の承認を受けている場合は、	外来患者数 300 人 ]
			入院患者(入院している新生児	
			を含む。)の数が2又はその端数	入院 550÷2=275
			を増すごとに1と外来患者の数	外来 300÷30=10
			が30又はその端数を増すごと	275+10=285 (人)
			に1を加えた数以上	看護師の員数
			また、歯科、矯正歯科、小児	
			歯科又は歯科口腔外科において	
			はそのうちの適当数を歯科衛生	
			士とすることができる。	
1_ 5	看護補助者数		看護補助者の員数の計算方法は、	「看護補助者」とは、医師、看護師等の指示に
1 5	有受情切有数			基づき、看護の補助として介護に当たる者を意
	定められた数の	<b>注 91 1 1</b>		味し、特段の資格を必要とはしない。
	看護補助者がい		よること。	外し、内核の食用と治安とはしばす。
	るか。	則 19. 2. 3		
	377 6	条例 6.1.3	【従うべき基準】	
		70,70.1.0	○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	
1- 6	(管理) 栄養士	法 21.1.1	栄養士の員数の計算方法は、厚生	
	数	法 21.3	労働省令で定める基準に従い都道	
	定められた数の	則 19.2.4	府県が条例で定めるところによる	
	栄養士がいる	条例 6.1.4	こと。	
	カュ。			
			【従うべき基準】	
			○100 床以上の病院に 1	
		法 22 の 2.	管理栄養士の員数の計算方法は、	
		1. 1	次によること。	
		1.1 則 22 の 2.	○特定機能病院として厚生労働大	
		1.5	<ul><li>○特定機能が続きして学生が働く</li><li>・ 臣の承認を受けている場合は、</li></ul>	
		1.0	1以上の管理栄養士がいるこ	
			と。	
			_ 0	
	(参考)			72 V 44-
	助産師数	法 21.1.1	助産所の員数の計算方法は、次に	適当数 産婦人科又は産科の入院患者がいる場
		法 21.3	よること。	
		則 19.2.2		合に1人以上。
		則 43 の 2	○産婦人科又は産科を有する病院	
			産婦人科又は産科の患者に対す	
			る看護師(准看護師を含む。)	
			の員数のうちの適当数を助産師	
			とする。	

項目						
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備考	
2	管 理					
2- 1	医療法上の手続	法 7. 1 法 7. 2 法 22 法 27	医療法上の手続きているか。	は適正に行われ		
1.	医療法の使用許 可		1. 病院の構造設備 受けていること			
2.	医療法届出事項 の変更	· ·	2. 病院開設許可後 出事項に変更を の届出がなされ	生じたときにそ		
3.	医療法許可事項 の変更			を受けた後に厚める事項を変更 である事項を変更 でで受けている		
4.	地域医療支援病院、特定機能病院、臨床研究中 核病院の承認			院、特定機能病 核病院として定 有し承認を得て		
5.	診療用放射線装 置の届出		5. 診療用放射線装変更又は廃止のこと。	置の設置、設置 届出をしている	診療用放射線装置 エックス線装置、診療用高エネルギーが 発生装置、診療用粒子線照射装置、診療 射線照射装置、診療用放射線照射器具、 性同位元素装備診療機器、診療用放射性 元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同素	逐用放 放射
2- 2	患者の入院状況		患者の入院状況は により適正に管理			
1.	病室の定員遵守		1. 病室に定員を起 させていないこ 時応急の場合を	と。(ただし、臨	・緊急時の対応として、救急医療(周産期 医療及び小児救急医療を含む)に係る患 入院させるときは、病室に定員を超えて を入院させること及び病室以外の場所に	見者を 【患者
2.	病室以外の患者入院		2. 病室以外の場所せていないこと応急の場合を除	。(ただし、臨時	を入院させることができること。 ◇救急患者の受入れに係る定員超過入院等扱いについては、「救急患者の受入れに 医療法施行規則第10条等の取扱いにつて」(平成21.7.21 医政総発0721第1 医政指発0721第1号・保医発0721第1を参照	Fの取 係る Oい 号・

項目						
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備	考
3.	精神病・感染症 患者の一般病室 への入院		以外の場所に入 こと。(ただし 合(精神病患者	又は感染症病室 院させていない 、臨時応急の場 の身体的合併症 入院させる場合		
4.	病毒感染の危険 のある患者の感 染防止		4.病毒感染の危険 の感染を防止す 措置をとってい	るために適当な	と。 ②当該患者を入院される 者を入院させない ③当該患者の用に供	者と同室に入院させないこ せた室を消毒せずに他の患 こと。 した被服、寝具、食器等を 患者に使用しないこと。
5.	装置、器具、同 位元素治療患者 の放射線治療病 室以外の入院防 止		に体内に挿入し いる患者又は診 元素若しくは陽 療用放射性同位 を受けている患 病室以外の病室 こと。 6. 放射線治療病室	射器具を持続的 て治療を受けて 療用放射性同位 電子断層撮影診 元素により治療 者を放射線治療 に入院させない		
2- 3	新生児の管理	法 15. 1 法 20 則 19. 2. 2	新生児の管理が適 るか。 (産科又は する病院)		痛分娩取扱施設のたる 提供体制の構築に関	場合、厚生労働省作成「無 めの、「無痛分娩の安全な する提言」に基づく自主点 な無痛分娩を提供するため
1.	無痛分娩取扱医療機関			している場合、 を提供するため 制を確保してい	に必要な診療体制を ◇平成 30 年 4 月 20 号・医政地発 0420	確保しているか確認する。 日付け医政総発 0420 第 3 第 1 号厚生労働省医政局 療計画課長連名通知
2.	管理及び管理体制		2. 新生児に対して 及び看護体制が と。		が確立されているこ	が配置され、その責任体制 と。 適切に行われている

項目						
番号	項 目	根拠法令等	摘	要	備	考
3.	避難体制			あらかじめ定められ	3. 避難に必要な器具が	備えられていること。
2- 4	医師の当直	法 16	医業を行う病院宿直させている師がその病院は機する場合、者の病状が急がも病院の医師が確保を	割は整っているか。 完にあっては医師を ること。ただし、医 ること。ただし、医 ること。たがした場所に を の他病院の入院患 変した場合にお察を といるものと 事に認められた場合 ない。	の解釈について」参	85号「医療法第16条の
2- 5	医薬品の取扱い	法 15.1 法 20 則 14	医薬品の取り扱いるか。	扱いは適正にされて		
1.	毒劇薬の区別と 施錠保管		されている。	薬が他のものと区別こと。毒薬を貯蔵配 こ施錠がされている	1. 医薬品医療機器等法項参照	第 48 条第1項及び第2
2.	毒劇薬の表示			薬の直接容器又は直 それぞれの表示がな こと。	毒薬は黒地に白枠白: 「毒」の字を記載す 字をもってその品名。 る。	字をもってその品名及びる。劇薬は白地に赤枠赤及び「劇」の字を記載す 会第44条第1項及び第2
3.	その他の医薬品の管理			別についてもその管 いが適正に行われて	法により別途規制がする。また、特に安 (要注意薬)につい 事故防止対策が必要 安全使用のための業 されていることに留 令調剤室、病棟等にお ては、「医薬品の安 書作成マニュアルに	薬取締法、覚せい剤取締行われていることに留意全管理が必要な医薬品でも、配置の工夫などのであることが「医薬品の務手順マニュアル」に示
4.	調剤書の衛生と 防火管理			いて衛生上、防火上 がなされているこ	4. (参考)引火のおそれ アルコール類、エー ロホルム等	のある薬品等の例 テル類、ベンゼン、クロ

項目				
番号	項目	根拠法令等	摘    要	備考
2- 6	医療機器等の清 潔保持及び維持 管理	法 20	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。	
1.	医療機器及び看 護用具の清潔保 持		1. 医療機器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。	1. 適切な滅菌装置や消毒薬の使用を確認すること。 ・歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科を標榜する病院において歯科用ハンドピースを含む滅菌可能な歯科治療用器具・器財を使用した場合、患者毎の交換・滅菌が行われていること。また、再使用不可の器具・器材を使用した場合は、破棄されていること。(歯科用ハンドピースの本数)歯科用ユニットの2倍以上を所持しているか確認すること。 ※診療の実情に応じて判断すること。
2.	病棟設備の清潔 保持		2. 病棟における諸設備は清潔に保たれていること。	2. 清潔保持 ①ベッド、マットレス等の寝具類及び病室内の 清潔整頓 ②便器の清潔維持
2- 7	調理機械、器具 の清潔保持及び 保守管理		給食施設の施設・設備について清 潔が保持され衛生上適切な管理が 行われていること。	必要に応じ記録により確認すること。
2- 8	職員の健康管理	法 15. 1	職員について定期的な健康診断を 行う等適切な健康管理体制が確立 されていること。 (常時 50 人以上の従事者を使用 する病院においては、労働安全衛 生法に定めるストレスチェック制 度等が確実に実施されていること、産業医が選任され法令に基づ いた業務を実施していること(50 人未満の病院については努力義 務))	(参考1)病院開設者は労働安全衛生法により 事業者として職員の健康を確保するよう規定 されていることに留意する。 (参考2)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第53条の2には病院開 設者は労働安全衛生法による事業者として職員

項目				
番号	項目	根拠法令等	摘    要	備考
	医療の情報の提供	法 1	医療機関の有する医療機能情報が公表されていること。	①病院、診療所又は助産所(以下「病院等」という。)の管理者は、都道府県知事が定める方法により、1年に1回以上、都道府県知事が定める日までに、規則第1条の2の2第2項に規定する事項(別表第1)を都道府県知事に報告するとともに、同事項を当該病院等において閲覧に供しなければならない。②病院等の報告事項のうち、規則別表第1第1の項第1号に掲げる基本情報に変更があった場合には、速やかに都道府県知事に報告する。 ③病院等の管理者は、当該病院等において、閲覧に代えて、パソコン等のモニター画面での表示、インターネット若しくは電子メールによる方法又はフロッピーディスク、CDーROM等による交付とすることができる。 ◇医療機能情報提供の具体的実施方法等については、「医療機能情報提供制度実施要領について」(平19.3.30医政発第0330013号(令3.3.30一部改正))を参照
1.		法6の10 法6の11 法6の12 法15.1	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。	「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ること。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周知徹底を図ること。 ①当該病院等における安全管理に関する基本的考え方 ②医療安全管理委員会その他の当該病院等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当該病院等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。)

項目					
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備考
					(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(多元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。なお、関係学会による「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」は別途示すこととする。)
2.	医療でほの医療の医療の医療の医療の医療の医療の医療の医療の医療会の医療会の医療会のの医療会のの医療会のの医療会のの医療会のの医療会のの医療会のの医療会のの医療のの医療		その他の医療に ための業務を行 イ 当該病院等に 題その他取り 間題が発生した やかな原因の究 び分析 ロ イの分析の結婚 療に係る安全	次に掲する業務のは、大に掲げるをした。といて全ととのででできた。といてでできた。といてでできた。というでは、大な負当るでは、大な負当るでは、大な負当るでは、大な負当るでは、大な負別では、大な負別では、大な対し、大は、大は、大は、大は、大は、大は、大は、大は、大は、大は、大は、大は、大は、	<ul> <li>・医療安全管理委員会とは、当該病院等における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理委員会が月1回程度開催されること。</li> <li>・その他の医療に係る安全管理のための業務には、重要な検討内容に係る安全管理のための対応状況を含とと。</li> <li>・の他の医療に係る安全管理のためのであること。</li> <li>・原因の完明のための調査及び分析は、客観的な事実から構造的な原因を分析するいとに留意すること。</li> <li>・医療に係る安全の確保を目的とした改善のための責任追及を行うものではないことに留意すること。</li> <li>・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してのといるのための方策を企画立案及び実施し、当該病院等においてこれらずまた、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のであること。</li> <li>・費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。</li> </ul>

3. 行 元 6	項 目 医療に係る安全 管理のための基 本的事項、具体 的方策につい実 施	根拠法令等	摘 ハロの改善のためのの状況の調査及び必該方策の見直し  3. 医療に係る安全を開めているを安全を関めとして、医療を安全にである。 医療の変素 といった といった とり かい とり とり かい とり とり かい とり	要に応じた当 理のため、従 関する意識、 連携して業務 の認識、業務	備 考 ・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。
3. 行 元 6	管理のための基本的事項、具体 的方策について の職員研修の実		の状況の調査及び必該方策の見直し  3. 医療に係る安全管業者の医療の安全に他の従業者と相互にを行うことについてを安全委行うためのを目的として、医療	要に応じた当 理のため、従 関する意識、 連携して業務 の認識、業務	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
3. 行 元 6	管理のための基本的事項、具体 的方策について の職員研修の実		業者の医療の安全に 他の従業者と相互に を行うことについて を安全委行うための を目的として、医療	関する意識、 連携して業務 の認識、業務	
			的な方策についての施すること。	事項及び具体	
为 石 7	事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策		4. 医療機関内におけの医療に係る安全とした改善のためること。	の確保を目的	・当該病院等における事故報告等の医療に係るを全の確保を目的とした改善のための別げるのでに掲げる名書でに掲した。(②当該病院等において発生した事故等のといるとのであること。(②あるとの報告でもをです。ないならのであること。(②あるとののお話針でであること。(②あるとののお話針でを関して、当該病のののののののののののののののののののののののののののののののののののの
Ī	医療事故に係る 再発防止策の周 知及び遵守		5. 当該病院等におい 療事故について再 内に周知されると されていること。	発防止策が院	※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)

項目				
番号	項目	根拠法令等	摘    要	備考
6.	医療安全管理責 任者の配置		(特定機能病院の場合) 6. 医療安全管理責任者を配置し、 医療安全管理部門、医療安全管 理委員会、医薬品安全管理責任 者及び医療機器安全管理責任者 を統括させること。	政発第 98 号(令 3.9.9 一部改正))を参照
			(臨床研究中核病院の場合) 6. 専任の医療に係る安全管理を行 う者を配置すること。	◇臨床研究中核病院における専任の医療に係る 安全管理を行う者の業務及び基準は、「医療 法の一部改正(臨床研究中核病院関係)の施 行等について」(平 27.3.31 医政発 0331 第 6 9 号(令 3.9.9 一部改正)を参照
			(臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の場合) 6. 医療に係る安全管理を行う者を配置すること。 (※特定機能病院、臨床研究中核病臨床研修病院及び歯科医師麻研究の該当項目。(臨床研究中核病院の場合は「専任の医療に係る安全管理を行う者」、臨床研修病院及び歯科医師臨床研修病院及び歯科医師臨床研修っ場合は「医療に係る安全管理を行う者」とする。なお、臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設については兼任でも可)	る医療に係る安全管理を行う者の業務及び基準は、「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」(平15.6.12 医政発0612004号)(令5.3.31)、「歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」(令3.3.31 医政発0331第75号)を参照
7.	医療に係る安全管理を行う部門の設置及び業務の実施		(特定機能病院の場合) 7. 専従の医師、薬剤師及び看護師を配置した医療に係る安全管理を行う部門(医療安全管理部門)を設置し、次に掲げる業務を行わせること。 イ 医療安全管理委員会に係る事務 ロ 事故その他の医療安全管理部門において取り扱うことが必要なものとして管理者が認める事象が発生した場合における診療録その他の診療に関する記録の確認、患者又はその家族への説明、当該事象の発生の原因の	務及び基準は、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」(平 5.2.15 健政発第 98 号(令 3.9.9 一部改正))を参照

項目					
番号	項	目	根拠法令等	摘    要	備考
				療録その他の診療に関する記録 の確認、患者又はその家族への	
				説明、当該事象の発生の原因の	
				究明の実態その他の対応の状況	
				の確認及び当該確認の結果に	
				基づく従業者への必要な指導	
				ハ 医療に係る安全管理に係る連 絡調整	
				ニ 医療に係る安全の確保のため	
				の対策の推進 ホ 医療に係る安全の確保に資す	
				る診療の状況の把握及び従業者	
				の医療の安全に関する意識の向	
				上の状況の確認	
				ユーマン 4/ 1/11マン 7年 中心	
				(臨床研究中核病院の場合)	
				7. 専従の医師、薬剤師及び看護師	  ◇臨床研究中核病院における専任の医療に係る
				を配置した医療に係る安全管理	安全管理を行う者の業務及び基準は、「医療
				を行う部門(医療安全管理部	法の一部改正(臨床研究中核病院関係)に施
				門)を設置し、次に掲げる業務	行等について」(平 27.3.31 医政発 0331 第 6
				その他の医療に係る安全管理の	9号(令3.9.9一部改正)を参照
				ために必要な業務を行わせること。	
				(1)医療安全管理委員会に係る事 務	
				(2)事故その他の医療安全管理部	
				門において取り扱うことが必要	
				なものとして管理者が認める事	
				象が発生した場合における診療	
				録その他の診療に関する記録の 確認、患者又はその家族への説	
				明、当該事象の発生の原因の究	
				明の実施その他の対応の状況の	
				確認及び当該確認の結果に基づ	
				く従事者への必要な指導	
				(3)医療に係る安全管理に係る連	
				絡調整	
				(4) 医療に係る安全の確保のため	
				の対策の推進	
				(臨床研修病院及び歯科医師臨床	
				研修施設の場合)	◇臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設にお
				7. 安全管理部門を設置すること。	ける医療に係る安全管理を行う者の業務及び基
				(※特定機能病院、臨床研究中核	準は、「医師法第16条の2第1項に規定する
				病院、臨床研修病院及び歯科医師	臨床研修に関する省令の施行について」(平1
				臨床研修施設の該当項目。(臨床	5. 6. 12 医政発 0612004 号) (令 5. 3. 31 一部
				研修病院及び歯科医師臨床研修施 設の場合は「安全管理部門」とす	改正)、「歯科医師法第16条の2第1項に規
				る。))	定する臨床研修に関する省令の施行について」
				<b>る。</b>	(令 3. 3. 31 医政発 0331 第 75 号)を参照

項目				
番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
8.	患者からの相談 に適切に応じる 体制の確保		(特定機能病院の場合) 8. 患者からの安全管理に係る相談 に適切に応じる体制を確保する こと。	◇特定機能病院における患者からの安全管理に 係る相談に応じる体制の基準は、「医療法の 一部を改正する法律の一部の施行について」 (平 5. 2. 15 健政発第 98 号(令 3. 9. 9 一部改 正))を参照
			(臨床研究中核病院の場合) 8. 当該病院が実施する特定臨床研究に関し、研究の対象者又はその家族からの相談に適切に応じる体制を確保すること。	◇臨床研究中核病院における研究の対象 者又 はその家族からの相談に応じる体 制の基準 は、「医療法の一部改正(臨 床研究中核病 院関係)の施行等につい て」(平27.3.31 医政発0331第69号(令3.9.9一部改正)を 参照
			(臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の場合) 8. 患者からの相談に適切に応じる体制を確保すること。 (※特定機能病院、臨床研修中核病院、臨床研修病院、歯科医師臨床研修施設の該当項目)	◇臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設における患者からの相談に応じる体制の基準は、「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令に施行について」(平 15.6.12 医政発 0612004 号)(令 5.3.31 一部改正)、「歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」(令 3.3.31 医政発 0331 第 75 号)を参照
9.	医療事故(予期しなが発生に、一般を表現では、一般を表現である。 との という		9. 当該病院等の管理者は、医療事故(当該病院等に勤務する医療 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しなけれ ばならない。	「~ (医療事故調査制度) について」 (平 2 7.5.8 医政発 0508 第 1 号) 、「~施行に伴う留意事項等について」 (平 28.6.24 医政総発 0624 第 1 号)  ・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

項目				
番号 項 目	根拠法令等	摘	要	備考
		病院等の管理者は、制度の報告をするにあらかじめ、医療事した者の遺族に対しればならない。	当たっては、 野故に係る死亡	・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(Ai)が必要な場合の解剖又は死亡時画像診断(Ai)の具体的実施内容などの同意取得のための事項 (5)血液等の検体保存が必要な場合の説明(平 27.5.8 医政発 0508 第1号)
		病院等の管理者は、遠とした場合にはるためにするためにするためにするためでである。	られたその原 こめの調査(医	・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、著のヒアリング ※ヒアリング結果は内部資料として取り扱い、開示しないこと(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。参考に伝える。 ・その他の関係者からのヒアリング。を著に伝える。 ・医療機器、設備等の確認・ ・解剖又は死亡時画像診断(Ai)については解剖又は死亡時画像診断(Ai)の実施にているか、遺族の同意の有無、解剖又は死亡時画像診断(Ai)の実施にとるか、遺族の同意の有無、解剖又は死亡時画像診断(Ai)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

項目		In the M. A. fefe	l.t.			de
番号	項目	根拠法令等	病院等の管理者は、	要医療事物調本	備 ・センターへは以下の	東西 た 却 生 十 z
			がいません。 を終了したときは、 の結果を医療事故ま ターに報告しなけれ	遅滞なく、そ 間査・支援セン	(1)日時/場所/診療系 (2)医療機関名/所在 (3)医療機関の管理者 (4)患者情報(性別/ (5)医療事故調査の項 ・調査の概要(調査重査の概要)・調査の概要(客観的ますのでででででででででででででででででででででででででででででででででででで	地/連絡先 者の氏名 年齢等) 質目、手法及び結果 目、調査の手法) 実の経過) ための調査の結果 らかになるとは限らない
			病院等のの管理者は、る。 でででででででででででででででいます。 は、しながないででででいるがないでででででででいる。 でででででいるできるできるできるできるできるできるできるできるできるできるできるできる。 これ	らに当たって 遺族に対し、 はい。ただの所りで は、この療事ため は、医行う死の体制 がための体制を	こととする。 ・当該病院等における 握のための体制とは	事項」の内容を説明する 死亡及び死産の確実な把 、当該病院等における死 生した事が病院等の管理 れる体制をいうこと。
10.	事故等事案の登録分析機関への提出		10. 特定機能病院及病院の管理者は、発生した場合を場合を事業を受事を受けた場合を変更が発生のでは、一般関に提出した。のでは、特定機能病院の該当項目)	事故等事案がは、当該事故等辞報告書を当該をした日から原以内に、登録分はければならない	ン病療養所、独立行	センター及び国立ハンセ 政法人国立病院機構の開 育法に基づく大学の附属 完分院は除く)) 療機能評価機構

項目							
番号	項	目	根拠法令等	摘	要	備	考
						オ 院内感染発生時の カ 患者等に対する当ま 本方針	该指針の閲覧に関する基 等における院内感染対策
						は、「院内感染対策のコアル作成のための	の指針の策定について のための指針案及びマニ 手引きの送付について」 指導課事務連絡)を参照
2.	院内感のの影響を表現している。			2. 院内感染対策の開催	ための委員会の	る院内感染対策の推進 り、次に掲げる基準を ただし、院内感染させる 療所及び妊産帰等をいて こと。 ア管理及び運営に関す ること。 イ 重要な検討内容に 会め管理者へ発生した の原因を分析しる でに関するなが、の原因を分析しの原因を分析しの原因を分析しのの原因を分析しのの原とが表生した。 実施状況を必要に応 するに で、こと。 ア に に 関するのの原とのの原とのの原とでで、 の原とのの原とのの原とのの原とのの原とのの原とのの原とのの原とのの原とのの原と	た場合は、速やかに発生 善策の立案及び実施並び 図ること。 会で立案された改善策の じて調査し、見直しを行 るとともに、重大な問題
3.	従業者に対 院内感染対 ための研修 施	策の		3. 従業者に対する ための研修の実		は、院内感染対策の 具体的方策について 院等の従業者に周知 の従業者の院内感染 務を遂行する上での	感染対策のための研修  ための基本的考え方及び  、当該研修を実施する病  徹底を行うことで、個々  に対する意識を高め、業  技能やチームの一員とし  図るものであること。

項目							
番号	項	目	根拠法令等	摘	要	備	考
						的な参加の下に行わ ③本研修は、病院等全 関する内容について 催するほか、必要に た、研修の実施内容 席者、研修項目)に ④研修については、患 設を有しない診療所 るための施設を有し 当該病院等以外での 代用できるものとし	即した内容で、職種横断れるものであること。体に共通する院内感染に、年2回程度定期的に開 応じて開催すること。ままて開催で、記録すること。まな好産婦等を入所させない助産所については、研修を受講することでも、年2回程度の受講のほ 講することとすること。
4.	感染ののとののとのの生物を発える。	の他 対策 的と		生状況の報告その	おける感染症の発 の他の院内感染対 とした改善のため	院等における感染症することで、院内を図るにとで、院内を図るを図るのいかないで、ののないで、ののないで、ののではないで、ののではないで、ののではないで、ないないで、ので、ないないで、ので、ないないないで、で、で、ないないで、で、で、ないないで、ないないで、ないないで、ないないで、ないないで、ないないで、ないないで、ないないで、ないないで、ないないで、ないないで、ないないで、ないないで、ないないで、ないないないで、ないないないで、ないないないで、はいいないで、はいいないで、はいいないで、はいいないで、はいいないで、はいいないで、はいいないで、はいいないで、はいいないで、はいいないで、はいいないないで、はいいないで、はいいないないで、はいいないないで、はいいないないで、はいいないないで、はいいないないないで、はいいないないないないないないないないないないないないないないないないないない	発生し、院内のみでの対生した場合、又は発生し合には、地域の専門家等制を確保することが望ま。の指針に即した院内感染備する等、その他の院内めに必要な改善策を図る定期的に見直すことが望と。 う基準並びに保健所へのは、「医療機関におけるて」(平 26.12.19 医政

項目					
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備考
5.	専任の院内感染 対策を行う者の 配置状況		5. 専任の院内感染対 配置すること (※特定機能病院の		専任の院内感染対策を行う者は、当該病院における院内感染対策を行う部門の業務に関する企画立案及び評価、病院内における職員の院内感染対策に関する意識の向上や指導等の業務を行うものであり、次に該当するものである必要が
					あること。 ①医師、歯科医師、薬剤師又は看護師のうちのいずれかの資格を有していること。 ②院内感染対策に関する必要な知識を有していること。 ◇「専任の院内感染対策を行う者」は、就業規則における通常の勤務時間の少なくとも半分以上の時間を院内感染対策業務に従事していること。 (H15.11.5事務連絡)
2-12	診療用放射線に 係る安全管理の 体制確保		診療用放射線に係る質が確保されているか。		◇診療用放射線に係る安全管理体制について は、「医療法施行規則の一部を改正する省令 の施行等について」(平 31.3.12 医政発 031
1.	体制催保 診療用放射線に		1. 診療用放射線の安	全管理のため	の施行等について」(平 31.3.12 医政発 031 2 第 7 号)を参照 病院等の管理者は、医療法施行規則第 1 条の
	係る安全管理の ための責任者 (医療放射線安 全管理責任者) の配置状況		の責任者の配置		11第2項第3号の2柱書きに規定する責任者 (以下「医療放射線安全管理責任者」という。) を配置すること。 医療放射線安全管理責任者は、診療用放射線 の安全管理に関する十分な知識を有する常勤職 員であって、原則として医師又は歯科医師の資 格を有していること。 ただし、病院等における常勤の医師又は歯科 医師が、放射線診療における正当化を、常勤の 診療放射線技師が放射線診療における最適化を 担保し、当該医師又は歯科医師が当該診療放射
2.	診療用放射線の 安全利用のため の指針の策定		2. 診療用放射線の安 の指針の策定	全利用のため	線技師に対して適切な指示を行う体制を確保している場合に限り当該病院等について、診療放射線技師を責任者としても差し支えないこと。 ◇診療用放射線の安全利用のための指針の策定については、「診療用放射線の安全利用のための指針策定に関するガイドラインについて」(令和元. 10.3 医政地発 1003 第5号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)を参照
					医療放射線安全管理責任者は、医療法施行規 則第1条の11第2項第3号の2イの規定に基 づき、次に掲げる事項を文書化した指針を策定 すること。

項目					
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備考
					(1)診療用放射線の安全利用に関する 基本的考え方 (2)放射線診療に従事する者に対する診療用 放射線の安全利用のための研修に関する 基本的方針 (3)診療用放射線の安全利用を目的とした改善のための方策に関する基本方針 (4)放射線の過剰被ばくその他の放射線診療 に関する事例発生時の対応に関する基本 方針 (5)医療従事者と患者間の情報共有に関する 基本方針(患者等に関する当該方針の閲 覧に関する事項を含む)
3.	放射線診療に従する診療に対する診療を全利用の実施の安全修のの研修の実施		3. 放射線診療に従うる診療用放射線の動の研修の実施		医療放射線安全管理責任者は、医療法施行規則第1条の11第2項第3号の2口の規定に基づき、医師、歯科医師、診療放射線技師等の放射線診療の正当化又は患者の医療被ばくの防護の最適化に付随する業務に従事する者に対し、次に掲げる事項を含む頻度については1年度当たり1回以上とし、研修の実施内容(開催日時又は受講日時、出席者、研修項目等)を記録すること。また、当該研修については、当該病院等が実施する他の医療安全に係る研修又は放射線の取扱いに係る研修と併せて実施しても差し支えないこと。なお、病院等が主催する研修の他、当該病院等が主化する研修を受講させることも含まれること。  (1)患者の医療被ばくの基本的な考え方に関する事項 (2)放射線診療の正当化に関する事項 (3)患者の医療被ばくの協調化に関する事項 (4)放射線の過剰被ばくその他の放射線診療に関する事項 (5)患者への情報提供に関する事項 (5)患者への情報提供に関する事項

項目						
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備	考
4.	放射線診療を受		4. 放射線診療を	受ける者の当該放	医療法施行規則第1	条の11第2項第3号の
	ける者の当該放		射線による被	ばく線量の管理及	2 ハに規定する放射網	表診療を受ける者の当該放
	射線による被ば		び記録その他	の診療用放射線の	射線による被ばく線量	との管理及び記録その他の
	く線量の管理及		安全利用を目	的とした改善のた	診療用放射線の安全利	用を目的とした改善のた
	び記録その他の		めの方策		めの方策として、医療	於射線安全管理責任者
	診療用放射線の				は、次に掲げる事項を	:行うこと。
	安全利用を目的					
	とした改善のた				(1)線量管理につい	て
	めの方策の実施				ア 次に掲げる放射	†線診療に用いる医療機器
					等(以下「管理・	記録対象医療機器等」と
					いう。)について	[は、放射線診療を受ける
					者の医療被ばくσ	線量が他の放射線診療と
					比較して多いこと	に鑑み、管理・記録対象
					医療機器等を用い	た診療に当たっては、被
					ばく線量を適正に	<b>上管理すること。</b>
					<ul><li>・移動型デジタル式</li><li>置</li></ul>	活環器用 X 線透視診断装
					,,	C循環器用 X 線透視診断装
					置	
					<ul><li>・据付型テシタル式</li><li>置</li></ul>	、循環器用X線透視診断装 
						、循環器用 X 線透視診断装
					置	
						循環器X線診断装置
					・全身用X線CT診	
					<ul> <li>X線CT組合せ型</li> </ul>	·
					・X線CT組合せ型	
						》療用放射性同位元素 - 二素
					·診療用放射性同位	[元素
					イ 放射線診療を受	ける者の医療被ばくの線
					量管理とは、関係	学会等の策定したガイド
					ライン等を参考に	工、被ばく線量の評価及び
					被ばく線量の最適	<b>値化を行うものであるこ</b>
					٤.	
					ウ 放射線診療を受	ける者の医療被ばくの線
					量管理の方法は、	関係学会等の策定したガ
					イドライン等の変	で更時、管理・記録対象医
					療機器等の新規導	算入時、買換え時、放射線
					診療の検査手順の	変更時等に併せて、必要
					に応じて見直すこ	1 Ł 。
					※線量管理の実施に	工係る記録については、日
					付、方法、結果、	実施者等を記録したもの
					を確認すること。	
					(ガイドライン	※下記参照 )

項目						
番号	項	目	根拠法令等	摘	要	備考
						(2)線量記録について
						ア 管理・記録対象医療機器等を用いた診療
						に当たっては、当該診療を受ける者の医療
						被ばくによる線量を記録すること。
						※線量記録の実施に係る記録については、出
						力形式や出力線量等の記録を確認するこ
						٤.
						(ガイドライン ※下記参照 )
						イ 医療被ばくの線量記録は、関係学会等の
						策定したガイドライン等を参考に、診療を
						受ける者の被ばく線量を適正に検証できる
						様式を用いて行うこと。
						なお、医師法(昭和23年法律第20号)第
						24 条に規定する診療録、診療放射線技師法 (昭和 26 年法律第 226 号)第 28 条に規定す
						る照射録又は新規則第20条第10号に規定
						するエックス線写真若しくは第30条の23
						第2項に規定する診療用放射性同位元素若
						しくは陽電子断層撮影診療用放射性同位元
						素の使用の帳簿等において、当該放射線診
						療を受けた者が特定できる形で被ばく線量
						を記録している場合は、それらを線量記録
						とすることができること。
						(3)その他の放射線診療機器等における線量
						管理及び線量記録について
						管理・記録対象医療機器等以外の放射線
						診療機器等であって、人体に照射又は投与
						するものについても、必要に応じて当該放
						射線診療機器等による診療を受ける者の医
						療被ばくの線量管理及び線量記録を行うこ
						とが望ましいこと。
						(4)診療用放射線に関する情報等の収集と報
						告
						医療放射線安全管理責任者は、行政機
						関、学術誌等から診療用放射線に関する情
						報を広く収集するとともに、得られた情報
						のうち必要なものは、放射線診療に従事す
						る者に周知徹底を図り、必要に応じて病院
						等の管理者への報告等を行うこと。
						※診療用放射線に係る安全管理体制に関す
						るガイドライン (抜粋) (公益社団法人日
						本医学放射線学会)第4章被ばく線量の管
						理及び記録その他の診療放射線の安全管理
						利用を目的とした改善のための方策
						1 線量管理及び線量記録の対象

項目	-T 17	Let the NL. A. Ark	Luba			
番号	項目	根拠法令等	摘	要	診断参考レヘ	考 型の実施方法 D評価は年1回以上行い、 ベルを利用して検査プロト 重し等に反映させること。
2-13	医薬品に係る安 全管理のための 体制確保		医薬品に係る安全管制の確保に係る措置			
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 配置状況		1. 医薬品の使用に係 のための責任者 理責任者を配置し	(医薬品安全管	だし、病院においてとすること。 ・医薬品安全管理責任分な知識を有する常科医師、薬剤師、助る)、看護師又は歯	任者」を配置すること。た には管理者との兼務は不可 任者は、医薬品に関する十 的難員であり、医師、歯 力産師(助産所の場合に限 解科衛生士(主として歯科 に限る。)のいずれかの資
2.	従業者に対する 医薬品の安全使 用のための研修 の実施		2. 従業者に対するB 用のための研修の9		修の内容については、 項が考えられること。 ては必要に応じて行う に係る研修と併せてま ととすること。 ① 医薬品の有効性・ 理・使用方法に関す ② 医薬品の安全使用 順書に関する事項 ③ 医薬品による副作り 応(施設内での報告 に関する事項 ④ 医療安全、医薬品の	展品の安全使用のための研 具体的には次に掲げる事 また、研修の実施につい こととし、他の医療安全 医施しても差し支えないこ 安全性に関する情報、管 つる事項 のための業務に関する手 用等が発生した場合の対 、行政機関への報告等) こ関する事故防止対策、 にな医薬品(要注意薬)に
3.	医薬品の安全使 用のための業務 に関する手順書 の作成及び手順 書に基づく業務 の実施		3. 医薬品の安全使用 に関する手順書の 手順書に基づく対 業者による当該対 底のための措置を	の作成及び当該 き務の実施(従 き務の実施の徹	書(以下「医薬品業 いては、医薬品の取 文書化したものであ ・病院及び患者を入院 る診療所における医	のための業務に関する手順務手順書」という。)につ 放扱いに係る業務の手順を あること。 にさせるための施設を有す 医薬品業務手順書の作成又 理委員会において協議した

項目							
番号	項	目	根拠法令等	摘	要	備	考
						・医薬品業務手順書に	は、病院等の規模や特徴
						に応じて、次に掲け	ざる事項を含むものである
						こと。	
						① 病院等で用いる医	薬品の採用・購入に関す
						る事項項(未承認親	「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	1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(昭和35年法	(律第145号) などの法
						令で適切な管理が求	まめられている医薬品 (麻
						薬・向精神薬、覚せ	こい剤原料、毒薬・劇薬、
						特定生物由来製品等	(4) 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	系剤の服用歴、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	上方せんや調剤薬の鑑査方
						法)	
						(参考)	
						※特に、入院患者に	1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
						/	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
						り込まれているカ	に留意し、確認を行う。
							や服薬指導に関する事項
							に係る情報の取扱い(収
						集、提供等)に関す	
							薬局等)との連携に関す
						る事項	
							は、作成後も必要に応じて
						見直しを行う必要が	
							業務の実施については、
							者に従業者の業務が医薬
							がき行われているか定期的
							容を記録させること。な
							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

項目						
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備	考
1	項目	根拠法令等	摘	要	一連の業務手順につ 認を行うことが考え ◇病院等における医薬 いては、「医薬品の順書作成マニュアル 30年12月28日付け 課医療安全推進室・ 事務連絡)を参照 ◇販売名の類似性に注 な使用、及び特に安 薬品(要注意薬)の 故防止対策について 類似性等による医療	いて、職員間で相互に確
4.	医薬品安全管理 責任者による前 記 3. の業務の 定 期的な確認の実		4. 医薬品安全管理 前記 3. の業務の 実施されているこ	定期的な確認が	政発第 1204001 号· 参照	薬食発第 1204001 号)を 全対策に関する勧告事項
5.	期施 医用とのの情他全しのの 全必認使他その的ため ない 不品 で と 一次 で		5. 医と以用情全の変現においる (3) 禁事な下」報使方案に同項使品は同てを該能いる場合をに未う集目実機を同項使品は同てを該能いる場合をでする。 (2) 1 承にも用量等で当然の (3) 禁事をする。 (3) 禁事をする。 (3) 禁事をする。 (3) 禁事をする。 (3) 禁事をする。 (4) をはいる場合をする。 (5) をはいる場合をする。 (6) をはいる場合をする。 (6) をはいる場合をする。 (6) をはいる場合をする。 (6) をはいる。 (6) をはいる。 (6) をはいる。 (6) をはいる。 (7) をはいる。 (8) をはいる。 (8) をはいる。 (9) をはいる。 (1) をはいる。 (1) をはいる。 (2) をはいる。 (3) をはいる。 (4) をはいる。 (5) をはいる。 (5) をはいる。 (6) をはいる。 (6) をはいる。 (7) をはいる。 (7) をはいる。 (8) をはいる。 (8) をはいる。 (9) をはいる。 (9) をはいる。 (1)	が思った。 等薬第け、等の条場のる、 医の情のた。 第と、第で条が、14項5 の品の品の品の、第で条が、14項5 の用以な、、) で条な、44項5 の用用法該 のので、第の項の用用法該 のので、第の項の用用法該	関に対している。 第れ報学 るは迅 た製た力医) 師、生の記等れ報学 のの協品 項医は発生の前の協品 項 医 は 発 の と 項 別 要 解 上 が て い な の で の で の で の で の で の で の で の で の で	者のての術と当速 っ造めす療、、医を発めを医に対品を変に、 当該医療のでの術と当該のでの術と当該のでの術と当該のでの術と当該から、 にないのでの術と当該がは、 このでは、 このでは、 このでは、 このでは、 このでは、 このでは、 このでは、 このでのが、 このでは、 この

項目					
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備考
					・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20.12.4 医政発第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メディナビ」の利用の促進について(お願い)」(平成23.7.29薬食安発0729第1号)を踏まえ、PMDAメディナビを積極的に活用されたいこと。
2-14	医療機器に係る 安全管理のため の体制確保		医療機器に係る安全 体制の確保に係る措		(当該医療機器には病院等において医学管理を 行っている患者の自宅その他病院等以外の場所 で使用されている医療機器も含まれる。)
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) の配置状況		1. 医療機器の安全使 任者の配置	用のための責	<ul> <li>・「医療機器安全管理責任者」を配置すること。 ただし、病院においては管理者との兼務は不可とすること。</li> <li>・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、助産師(助産所の場合に限る)、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。</li> </ul>
2.	従業者に対する 医療機器の安全 使用のための研 修の実施		2. 従業者に対する医療 使用のための研修		・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。  ① 新しい医療機器の導入時の研修病院等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の者に対する研修を行い、その実施内容について記録すること。 ② 特定機能病院における定期研修特定機能病院においては、特に安全使用に際しての技術の習熟が必要と考えられる医療機器に関しての研修を定期的に行い、その実施内容について記録すること。

項目					
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備    考
					研修の内容については、次に掲げる事項とすること。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こととすること。また、上記①、②以外の研修については必要に応じて開催すること。  ア 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(施設内での報告、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
3.	医療機器の保守 点検に関する計画の操作の実施の保守 がある では、一般では、一般では、一般では、一般では、一般では、一般では、一般では、一般		実施(従業者に	点検に関する計守点検の適切なのでは、大きのでは、大きのでは、大きのでは、大きのでは、大きのでは、大きのでは、大きのでは、大きのでは、大きのでは、大きのでは、大きのでは、大きのでは、大きのでは、大きのでは、	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は保守点検計画の策定等を行うこと。  ① 保守点検計画の策定  ア 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系が文書に記載されている保守点検に関すること。また、必要に応じて当該医療機器の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、機種別に保守点検の時期等を記載すること。 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。)  ア 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、記録すること。 イ 保守点検の実施状況に応じて安全面に大分配慮した医療機器の保守点検を外部に委託する場合も、とと。 ウ 医療機器の保守点検を外部に委託する場合すること。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。

項目						
番号	   項 目	  根拠法令等	摘	要	備	考
4.	医療機器の安全		4. 医療機器の安全	 使用のために必	<ul><li>・未承認等の医療機器</li></ul>	器の使用(未承認・未認証
	使用のために必		要となる次に掲	げる使用の情報	・未届の医療機器の	の使用、適用外使用、禁忌
	要となる未承認		その他の情報の	収集その他の医	・禁止での使用)の	の情報その他の情報の収集
	等の医療機器の		療機器の安全使	<b>E用を目的とし</b>	その他の医療機器の	の安全使用を目的とした改
	使用の情報その		た 改善のための	方策の実施	善のための方策の急	<b>実施については、次の要件</b>
	他の情報の収集				を満たすものとする	ること。
	その他の医療機		(1)医薬品医療機器	景等法第2条第	①添付文書等の管理	里
	器の安全使用を		4項に規定する	医療機器であっ	医療機器安全管理	里責任者は、医療機器の添
	目的とした改善		て、同法第 23 条	ミの2の5第1	付文書、取扱説明	月書等の医療機器の安全使
	のための方策		項若しくは第 23	条の2の17第	用・保守点検等に	こ関する情報を整理し、そ
			1項の承認若し	くは同法第 23	の管理を行うこと	0
			条の2の23第1	項の認証を受	②医療機器に係る第	安全情報等の収集
			けていないもの	又は同法第 23	医療機器安全管理	<b>里責任者は、医療機器の不</b>
			条の2の12第1	項の規定によ	具合情報や安全性	生情報等の安全使用のため
			る届出が行われ	ていないものの	に必要な情報を集	製造販売業者等から一元的
			使用		に収集するととも	らに、得られた情報を当該
			(2)医薬品医療機器	<b> </b> 等法第 23 条の	医療機器に携わる	る者に対して適切に提供す
			2の5第1項若	<b>らしくは第23条</b>	ること。	
			の2の17第1項	頁の承認 (同法	③病院等の管理者へ	への報告
			第3条の2の5			<b>里責任者は、管理している</b>
			第 23 条の 2 の 1			合や健康被害等に関する内
			て準用する場合			<b>8めるとともに、当該病院</b>
			更の承認を含む。		等の管理者への幸	<b>報告等を行うこと。</b>
			法第23条の2の		lefe free of a the teles of the second	
			証(同条第6項	•	.,	こっては、医薬品医療機器
			含む。)を受け			製造販売業者等が行う医
			又は同法第23条			用のために必要な情報の収
			項の規定による			が協力するよう努める必要
			す。) が行われ			薬品医療機器等法第68条
			の使用(当該承			3項)、② 病院若しくは は医師、歯科医師、薬剤師
			出に係る使用方		10 04(0)   PARCE	は医師、歯科医師、楽別師 皆は、医療機器について、
			能(以下「使用」			aは、医療機器に がて、 等の発生を知った場合にお
			<ul><li>能(め) で用。</li><li>う。) と異なる。</li></ul>	_		の危害の発生又は拡大を防
			いる場合に限り			あると認めるときは、厚生
			る場合を除く。			別作用等を報告することが
			(3)禁忌又は禁止に			ること(医薬品医療機器等
			機器の使用	-		第2項)に留意する必要が
			100,415 0 10,713			が
					·	忍・未認証の高度管理医療
						するに当たっては、当該医
						当性について、関係学会の
						科学的知見を確認するとと
						ガイドライン等に記載がな
						在立していない未承認・未
						療機器の使用に当たって
						安全性の検証を十分に行う
					こと。	
1		l	<u> </u>		-	

項目					
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備考
					◇管理者の医療機器に係る安全管理のための体制確保の0ための措置について、「医療機器に係る安全管理のため体制確保に係る運用上の留意点につて」(令和3.7.8 医政総発0708第1号・医政経発0708第2号)を参照 ◇医療機器の安全確保等のため、医療機器事業者が医療現場に立ち入る際の留意事項については、「医療機関等における医療機器の立会いに関する基準について」(平成18.11.10 医政経発第1110001号)を参照
					◇医療機器の安全使用のために必要となる未承認等の医療機器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20.12.4 医政発第1204001 号・薬食発 第1204001 号)を参照 ◇医療機関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メディナ
					ビ」の利用の促進について(お願い)」(平成 23.7.29 薬食安発 0729 第 1 号)を踏まえ、PMDAメディナビを積極的に活用されたいこと。
2-15	ドクターへリの 運航に係る安全 の確保		(※ドクターヘリ基 り、かつ「離着陸の いない場所に離着陸 あって、消防機関等 報に基づかない運航 運航」という。)」 該当項目。)	許可を受けて を行う運航で の依頼又は通 (以下「当該	・運航要領に定める関係者間の連携や安全確保のために必要な事項として、次に掲げる内容が含まれること。 ① 自ら入手した情報又は消防機関等以外の依頼若しくは通報により出動する場合におけるルールに関する事項 ② 依頼又は通報の主体との連携に関する事
1.	ドクターへリの 運航に係る要領 の策定		1. ドクターへリの当要領(以下「運航 う。)を策定する (※運航要領の策定 体等の関係諸機関で 「運航調整委員会」 の構成員としてドク 病院が含まれる。)	「要領」といっこと。 「主体は、自治 構成される であるが、そ	<ul> <li>3 離着陸場所が満たすべき要件に関する事項</li> <li>④ 離着陸場所において実施する安全確保のための取組に関する事項</li> <li>⑤ 個々の状況を考慮した安全確保のために必要な事項</li> <li>⑥ 乗務員等及び想定される消防機関以外の依頼又は通報の主体に対する安全確保のための教育に関する事項</li> <li>⑦ 安全確認とその判断に関する事項</li> <li>⑧ その他着陸における安全確保のために必要な事項</li> </ul>

項目						
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備	考
2.	運航要領に定め られた事項の遵 守		2. ドクターヘリの当該 り、運航要領に定めら 遵守されていること。 特に、当該運航を行 運航調整委員会にその し、安全性等について なければならないこと る。	られた事項が 行った場合、 つ旨を報告 で検証を受け	◇「航空法施行規則第 176 一ヘリの運航について 1.29 医政指発 1129 第 1	(通知)」(平成 25.1
2-16	高難度新規医療 技術、本の必要な措置 は、本の必要な措置	法 6 の 12 法 15.1 法 17 則 1 の 11. 2.4	高難度所でいる。 は を の の の の の の の の の の の の の の の の の の	医食者定認し法品の法別に認)に第第要療く者定認し法品の法別に認うっ77な族。のさ新た第又高第項はををて号号措(で亡る医と条同管条第23 た第第第を軽あそも薬の条法理(23	特定機能病院以外の病院(この措置については、高は未承認新規医薬品等を)うことにより、患者へのることから、医療法施行第1項第7号又は第8号に実情を踏まえた上で、可能なよう努めること。	5難度新規医療技術又 用いた医療の提供を行 重大な影響が想定され 規則第9条の20の2 を参考にし、各病院の
2-17	特定機能病院に おける安全管理 等の体制		(※特定機能病院の診	亥当項目)	<ul><li>※平 28 年医療法施行規則 事項。</li><li>※地方厚生(支)局と連邦</li></ul>	
1.	医療を受ける者 に対する説明に 関する責任者の 配置状況		(※特定機能病院の診	亥当項目)	◇特定機能病院における  る説明に関する責任者の 一部を改正する法律の- (平 5. 2. 15 健政発第 9 改正))を参照	の基準は、「医療法の
2.	診療録等の管理 に関する責任者 の選任状況		(※特定機能病院の診	<b>亥当項目)</b>	◇特定機能病院における。 る責任者の基準は、「  る法律の一部の施行に- 健政発第 98 号(平 30. 参照	医療法の一部を改正す ついて」(平 5.2.15

項目						
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備考	
4.	未承認新規医薬 品等を用いた医 療を提供するに		(※特定機能病院の		◇特定機能病院における高難度新規医療: 用いた医療を提供する場合に講ずる措 「医療法施行規則第9条の20の2第1	置は、
	当たっての措置 状況				7 号ロの規定に基づき高難度新規医療打 ついて厚生労働大臣が定める基準につい (平 28.6.10 医政発 0610 第 21 号) を記	いて」
					◇特定機能病院における未承認新規医薬用いた医療を提供する場合に講ずる措 「医療法施行規則第9条の20の2第1 8号ロの規定に基づき未承認新規医薬品用いた医療について厚生労働大臣が定準について」(平28.6.10医政発0610号)を参照	置は、 項第 品等を める基
5.	監査委員会の設 置状況		(※特定機能病院⊄	)該当項目)	◇特定機能病院における監査委員会の基準 「医療法の一部を改正する法律の一部 について」(平 5. 2. 15 健政発第 98 号 0. 5. 30 一部改正))を参照	の施行
6.	入院患者が死亡 した場合等の医 療安全管理部門 への報告状況		(※特定機能病院⊄	)該当項目)	◇特定機能病院における医療安全管理部 報告の基準は、「医療法の一部を改正 律の一部の施行について」(平 5. 2. 15 発第 98 号(平 30. 5. 30 一部改正))を	する法 健政
7.	他の特定機能病 院の管理者と連 携した相互立入 り及び技術的助 言の実施状況		(※特定機能病院♂	)該当項目)	◇特定機能病院における相互立入り及び 助言の基準は、「医療法の一部を改正 律の一部の施行について」(平 5. 2. 15 発第 98 号(平 30. 5. 30 一部改正))を	する法 健政
8.	医療安全管理の 適正な実施に疑 義が生じた場合 等の情報提供を 受け付けるため の窓口の状況		(※特定機能病院の	)該当項目)	◇特定機能病院における情報提供受け付け 準は、「医療法の一部を改正する法律の施行について」(平 5. 2.15 健政発生 号(平 30.5.30 一部改正))を参照	の一部
9.	管理者のための 研修の実施状況		(※特定機能病院ℓ	)該当項目)	◇特定機能病院における管理者のための基準は、「医療法の一部を改正する法律の施行について」(平5.2.15 健政発第9(平30.5.30 一部改正))を参照	の一部

項目						
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備	考
2-18	検体検査の業務 の適正な実施に 必要な基準への 適合		検体検査の業務を	は助産所において を行う場合に、検 適正な実施に必要 させること。	の業務を受託して実施 又は診療所間において び受託する場合の留意 11月29日付け医政総発 1129第1号厚生労働省 療計画課長連名通知 10日付け医政総発0710 号厚生労働省医政局総 長連名通知)) も参照	2の医療機関から検体検査 近している場合は、「病院 検体検査の業務を委託及 点について」(平成30年 経1129第1号・医政地発 所医政局総務課長・地域医 (一部改正:令和元年7月 0第1号・医政地発0710第2 終務課長・地域医療計画課 し、検体検査の業務の受 、必要に応じて指導を
1.	検体検査の精度 の確保に係る責 任者の配置	法15の2 則9の7 則9の7の 2 則9の7の 3	任者は場がます。 となり、それでは、で、で、で、ででは、できない。 となり、これでは、できない。 では、できない。 では、できないい。 では、できないい。 では、できないい。 では、できないい。 では、できないい。 では、できないい。 では、できないい。 では、できないいい。 では、できないいい。 では、できないいいいい。 では、できないいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいい	び歯科医業を併せ くは診療所であっ 業を行うもの 医 査技師 ・す病院若しくは 業及び歯科医業を 苦しくは診療所で て歯科医業を行う i又は臨床検査技		
2.	遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者の配置		の確けには、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、		任者は、検体検査の精 兼任して差し支えない 遺伝子関連・染色体検 識及び経験を有する者 法等の一部を改正する 厚生労働省関係省令の	を査の業務に関し相当の知 所の例については、「医療 会法律の一部の施行に伴う を難備に関する省令の施行 10 医政発 0810 第 1 号)

項目	_					
番号	項目	根拠法令等	摘りたがたか	要	備	考
			診療所又は医療 併せ行う病院 あつて主とし もの 遺伝子関 の業務に関し る歯科医師若 師又は遺伝子	で 対 病院若しくは 業 及び歯科医素 所院若しく は 素 及び歯科医療所行 を 関連・染色体 有 す しくは 発 を 検 有 す は 染 色 体 検 が 経 期 当 の 知識 及び が 発 を か と か は か と か ま か と か ま か と か ま か と か ま か と か ま か と か ま か と か ま か と か ま か と か ま か と か ま か と か ま か と か ま か と か ま か と か ま か と か ま か と か ま か と か ま か と か ま か と か と		
3.	標準作業書の常備及び検体検査の業務の従事者への周知		いること。ただを行う病院等にだける標準作業書に関する事項以外分離を行わないがは、口に掲げる材	従事者に周知して し、血清分離のみ あつては、口に掲 において血清分離 外の事項を、血清 病院等にあつて 標準作業書におい する事項を記載す	機器の添付文書、取扱	
4.	作業日誌の作成		ていること。7 のみを行う病に掲げる作業 分離に関する3 を、血清分離2 にあつてはロル	業日誌が作成され ただし、血清分離 院等にあつては 日誌において血清 事項以外の事項 を行わない病院等 に掲げる作業日誌 分離に関する事項	入すべき事項として考 は、「医療法等の一部 厚生労働省関係省令の について」(平30.8.1 2.1(3)イを参照する	
5.	台帳の作成		イ 検査機器保守 ロ 測定作業日誌 5. 次に掲げる台 ること。ただ を行う病院等 することを要 下の口は、内部	管理作業日誌 腰が作成されていいるは、血清分離の作成とない。また、しない。また、しない。はまた、以のに掲げる母とは外部の受検を行った場	望ましいこと。 各作業日誌については 理統合して差し支えな 試薬管理台帳、統計学 精度管理台帳に記入す 「医療法等の一部を改 労働省関係省令の整備	た都度又は週~月単位が 、作業の内容に応じて整いこと。 ・的精度管理台帳及び外部 ・べき事項については、 ・正する律施行に伴う厚生 に関する省令の施行につ 改発0810第1号)第2.

項目番号	項目	根拠法令等	摘	要	備	考
			イ 試薬管理台帳ロ 統計学的精度 ハ 外部精度管理	管理台帳	各台帳については、 合して差し支えない	作業の内容に応じて整理統いこと。
6.	検体検査の精度 管理のための体 制の整備		子関連・染色(を除く。)に	‼調査の受検 ≦事者に対する必	項は以下のとおりで ・ 日々の検査・測 は、機器及び試薬 ること ・ 定期的に当該病 体を繰り返し検査 度合いを記録及び 保する体制が整備 検査業務の従事者に 検では、要な知識及び	定作業の開始に当たって 派に必要な較正が行われてい 院等の管理試料等の同一検 した時の結果のばらつきの が確認し検査結果の精度を確 されていること 対する研修の実施に努める を検査の業務を適切に行うた がするであることを目的 に項を含むものであること。 記載事項
7.	遺伝子関連・染色体検査の精度管理のための体制の整備		を病になる度等はできるでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これ	生事者に対する必施 をの受検又は他の 衛生検査所等との 子関連・染色体検 ての相互確認を行	その行う検査項目ごること。なお、東項は、以下・日々の検査・測には、機器及び試薬ること・定期的に当該病に生産をいるを開かる。 定期的の 返記録を記録を記録を記録を記録をでは、できる体制が整備を業務の従事者に、必要な知識及び技	定作業の開始に当たって 低に必要な較正が行われてい 院等の管理試料等の同一検 した時の結果のばらつきの が確認し検査結果の精度を確 されていること 対する研修を実施にする上 を査の業務を適切に行うため 能を修得することを目的と しを含むものであること。 記載事項
2-19	サイバーセキュ リティの確保	則 14 条の 2		リティを確保する	<ul><li>の安全管理に関するを参照</li><li>・上記ガイドライン</li><li>優先的に取り組むべ</li></ul>	っては、「医療情報システム カガイドライン第 6.0 版」 のうち、医療機関において でき事項として、「『医療機 ・セキュリティ対策チェック

項目					
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備考
2-20	長時間労働となる医師に対する面接指導の実施	5			リスト』及び『医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル〜医療機関・事業者向け〜』について」(令和5年6月9日医政参発0609第1号)で示す、「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」に必要な事項が記入されていることを確認すること。・特に、上記チェックリストにおいて医療機関に求める項目のうち、インシデント発生時の連絡体制図については、連絡体制図の提示を求めることにより、その有無を確認すること。 長時間労働となる医師に対する面接指導の実施及び休息時間の確保等に関する留意事項については、「医療法第25条第1項に基づく立入検査の実施上の留意事項について(面接指導の実施上の留意事項について(面接指導の実施
1	及び休息時間の確保等の状況	注 108	1 時間外·休日労	動が月 100 時間	施、勤務間インターバル及び代償休息の確保)」(令和6年3月15日付け医政局医事課医師等医療従事者働き方改革推進室事務連絡)を参照。なお、立入検査を実施する期間は、立入検査の本検査を指摘事項として、是正・医療機関に対して、とびまり、必要に応じて、医療機関に対して、といるといるとの支援を受けるよう指導すること。医療機関の組が十分な改善に至っていないと認められる場合、立入検査を実施する関に対し、医療機関に対し、医療機関に対し、医療機関に対し、医療機関に対し、医療機関に対し、「直近1年間における月別の医療機関に対し、「直近1年間における月別の医療機関に対し、「直近1年間における月別の医療機関に対し、「直近1年間における月別の医療機関に対し、「直近1年間における月別の
1.	面接指導の実施状況	後 108 則 62~則 68	以上となること	が見込まれる医 象医師) に対し	医療機関に対し、「直近1年間における月別の時間外・休日労働時間数が100時間以上となった医師の一覧」の掲示を求め、当該面接指導対象医師に対し、面接指導がまたとを確認すること。 ・医療機関に掲示を求める一覧は、「対象年月」、「対象年月」、「対象年月」、記載された資料の掲示を求めるの場合は、対象者の一覧おれた資料が表するとの場合は、対象者の一覧から検査する対象を有方を指定して検査をおいて検査する場合について検査する場合について検査する場合について検査する場合にの対象を確認していて検査対象を行う対象にで対象を対して対象を対して対象を対象を対して対象を対して対象を対して対象を対して検査する場合に、「対象年月」、「特定対象医師(特定はおいて検査対象を対象を対象を対して検査対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対

項目						
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備	考
2.	面接指導実施後の就業上の措置	法 108. 5 則 69	指導実施後、 働時間の短縮、	医師に対する面接 必要に応じて、労 宿直の回数の減 辺な措置(就業上 じること。	て時間外・休日労働時 とが見込まれる医師・ 医療機関に対し、「i の時間外・休日労働時 った医師の一覧」の稀 指導対象医師に対し、i に基づく措置内容につい	臨床研修医:1年につい間が960時間を超えるこ 臨床研修医 直近1年間における月別間数が100時間以上とな 有維持を求め、当該面接 面接指導実施医師の意見 いて、措置の要否や措置 れた記録があることを確
3.	労働時間短縮の 措置	法 108.6 則 70	超となった医師	労働が月 155 時間 師について、労働 ために必要な措置	の時間外・休日労働時 った医師の一覧」の提え 師に対し、労働時間短続	直近1年間における月別間数が155時間超とな示を求め、当該対象の医確のための必要な措置のれた記録があることを確
4.	特定労務でである。おは、おは、おは、おは、おは、おは、おは、おは、おは、おは、おは、おは、おは、お	法 123 則 110~則 1 13 則 116~則 1 19	医師のうち時間 間が年960時間見込まれる医師 インターと。 (保すること。 (米) 特定労務管院 又は診療所に行むを得ず長時間がある場合には	或医療提供機関 研修機関	医師の象とでは、 の提示であるとは に ない と に ない	機関 では、「特別ない」とは、「特別ない」とは、「特別ない。」には、「特別ない。」には、「特別ない。」には、「特別ない。」には、「特別ない。」には、「ない、」は、「ないい。」は、「ない、」は、」は、「ない、」は、はいい。」は、「ない、」は、「ないいい。」は、「ない、」は、」は、「ない、」は、」は、いい。」は、は

項目				
番号	項目	根拠法令等	摘    要	備考
3 3- 1	<b>帳票・記録</b> 診療録の管理、 保存	法 15. 1 法 25	適切に作成された診療録が適切に管理、保存されていること。	(参考1) 診療録の記載事項については医師法第 24 条第1項及び同法施行規則第 23 条により 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 と規定されている。 (参考2) 診療録は医師法第 24 条第 2 項により 5 年間 これを保存することと規定されている。
3- 2	助産録の管理、保存	法 15.1 法 25	※助産師がその業務に従事している病院 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。	助産録の記載事項については保健師助産師看
3- 3	診療に関する諸記録の整理保管		①過去2年間の診療に関する諸記録が適正に整理保管されていること。	診療に関する諸記録 ア 病院日誌 (病院の経営管理に関する総合的特記事項の日誌) イ 各科診療日誌 (各科別の診療管理上の総括的事項の日誌並びに看護に関する記録日誌) ウ 処方せん (患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称、及び所在地又は医師の住所を記載し、記名押印又は署名されたもの) (注:内服薬にあっては「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」(医政発 0129 第3号・薬食発

項目				
番号	項目	根拠法令等	摘    要	備考
		法 22. 2 則 22 の 5. 2	②地域医療支援病院として都道府 県知事の承認を受けている場合 は、過去2年間の診療に関する 諸記録が適正に整理保管されて いること。	ア 病院日誌 イ 各科診療日誌 ウ 処方せん エ 手術記録
		法 22.3 則 22 の 5.3	③地域医療支援病院として都道府 県知事の承認を受けている場合 は、過去2年間の病院の管理及 び運営に関する諸記録が適正に 整理保管されていること。	ア 共同利用の実績 イ 救急医療の提供の実績 ウ 地域の医療従事者の資質の向上を図るため の研修の実施 エ 閲覧実績 オ 紹介患者に対する医療提供の実績
		法 22 の 2.3 則 22 の 3.2	④特定機能病院として厚生労働大 臣の承認を受けている場合は、 過去2年間の診療に関する諸記 録が適正に整理保管されている こと。	ア 病院日誌 イ 各科診療日誌

項目					
番号 項	目	根拠法令等	摘	要	備考
		法 22 の 2. 4 則 22 の 3. 3		ている場合は、 院の管理及び運 録が適正に整理	病院の管理及び運営に関する諸記録 ア 従業者数を明らかにする帳簿 イ 高度の医療の提供の実積 ウ 高度の医療技術の開発及び評価の実績 エ 高度の医療の研修の実積 オ 閲覧実績
		法 22 の 3.3 則 22 の 7.2	は、過去2年間	受けている場合の診療及び臨床記録が適正に整	診療及び臨床研究に関する諸記録 ア 病院日誌 イ 各科診療日誌 ウ 処方せん エ 手術記録 オ 看護記録 カ 検査所見記録 キ エックス線写真 ク 研究対象者に対する医薬品等の投与 及び診療により得られたデータその他 の記録
		法 22 の 3.4		受けている場合 の病院の管理及 諸記録が適正に	病院の管理及び運営に関する諸記録 ア 従業者数を明らかにする帳簿 イ 特定臨床研究の計画の立案及び実施の実績 ウ 他の病院又は診療所と協同して特定臨床研究の実施の主導的な役割を果たした実績 エ 他の病院又は診療所に対し、特定臨床研究の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行った実績 オ 特定臨床研究に関する研修の実績 ◇診療録等の電子媒体による保存等については、「民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律等の施行等について」(平成 28.3.31 医政発 0331 第 30 号・薬生発 0331 第 10 号・保発 0331 第 26 号・政社発第 0331 第 1 号)参照

項目				
番号	   項 目	根拠法令等	摘    要	備考
	エックス線装置		※エックス線装置等を有する病院	VIII 3
	等に関する記録		The state of the s	
		則 30 の 23.		
		1則30の2		
		3. 2		
1.	装置及び器具の		1.装置又は器具の1週間当たりの	1. 所定の線量率
	使用時間の記録		延べ使用時間をその使用する室	所定の
	及び保存		ごとに帳簿に記載し、これを1	診療室等 装 置 等 線量率
			年ごとに閉鎖し、閉鎖後2年間	治療用エッ 治療用エッ 40 マイク
			保存していること。(ただし、そ	クス線装置 クス線装置 ロシーベル
			の室の画壁等の外側における実	を使用しな 以外のエッ ト毎時
			効線量率がそれぞれ所定の線量	いエックス   クス線装置
			率以下になるようしゃへいされ	線診療室
			ている場合は、この限りでな	治療用エッ   エックス線   20 マイク
			\\'\circ\'\)	クス線装置   装置   ロシーベル
				を使用する   ト毎時
				エックス線
				診療室
				診療用高工
				ネルギー放 ネルギー放
				射線発生装   射線発生装
				置使用室 置 診療用粒子 診療用粒子
				使用室
				診療用放射 診療用放射
				線照射装置線照射装置
				使用室
				診療用放射 診療用放射 60 マイク
				線照射器具 線照射器具 ロシーベル
				使用室 器具 ト毎時
2.	装置、器具及び 同位元素並びに 同位元素による 汚染物の記録及 び保存		2. 医療法施行規則第30条の23第 2項に規定する診療用放射線照 射装置、診療用放射線照射器 具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射性同	2. 必要な記載事項 ①入手、使用又は廃棄の年月日 ②入手、使用又は廃棄に係る診療用放射線装置 又は診療用放射線照射器具の型式及び個数並ひ に装備する放射性同位元素、診療用放射性同位
			位元素の入手、使用及び廃棄並 びに放射性同位元素によって汚 染された物の廃棄に関する帳簿 の記載が適正に行われているこ と。また、帳簿を1年ごとに閉 鎖し、閉鎖後5年間保存してい ること。	元素、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素又は放射性同位元素によって汚染された物の種類及びベクレル単位をもって表わした数量③使用した者の氏名又は廃棄に従事した者の氏名並びに廃棄の方法及び場所

項目				
番号	項目	根拠法令等	摘    要	備考
	線量当量の測定、記録及び保存		3. 放射線障害が発生するおそれがある場所について、所定の方法により診療開始前及び開始後1か月に1回以上放射線の量及び放射性同位元素による汚染の状況が測定され、その結果に関する記録が5年間保存されたエックス線装置等でしたしたと。(ただし、固定されたエックス線装置等でしたりにおける方染状況の別ときは6か月に1回及び排水口における汚染状況の測定は排気若しくは排水のつど又は連続して行うこと。)	3. 放射線障害が発生するおそれのある場所(測定場所) ①放射線の量エックス線診療室、診療用高エネルギー放射線発生装置使用室、診療用粒子線照射装置使用室、診療用放射線照射器具使用室、診療用放射性同位元素装備診療機器使用室、診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室、貯蔵施設、廃棄施設、放射線治療病室、管理区域の境界、病院内の人が居住する区域、病院の敷地の境界②放射性同位元素による汚染の状況診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素でより治療を受けている患者を収容する放射線治療病室、排水(気)設備のある場所、管理区域の境界
4.	治療用エックス 線装置等の放射 線量の測定保存		4. 治療用エックス線装置、診療用 高エネルギー放射線発生装置、 診療用粒子線照射装置及び診療 用放射線照射装置の放射線量が 6 か月に1回以上線量計で測定 され、その結果に関する記録が 5 年間保存されていること。	◇帳簿の保存等については、「民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律等の施行等について」(平成28.3.31 医政発0331第30号・薬生発0331第10号・保発0331第26号・政社発0331第1号)を参照
3- 5	院内掲示	法 14 の 2. 1 則 9 の 3 則 9 の 4	病院の管理者が見やすい場所に掲示すべき事項 ①管理者の氏名 ②診療に従事する医師又は歯科医師の氏名 ③医師又は歯科医師の診療日及び診療時間 ④建物の内部に関する案内	・①②③は、病院の入口、受付又は待合所付近の見やすい場所

項目				
番号	   項 目	  根拠法令等	 	備考
	業務委託			
4- 1	検体検査	法 15 の 3.1 則 9 の 7 の 4	規則で定める基準に適合するもの に委託していること。	業務委託の基準については、医療法施行規則 の他、「医療法の一部を改正する法律の一部の 施行について」(平 5. 2. 15 健政発第 98 号)「病
		則 9 の 8		院、診療所の業務委託について」(平5.2.15 指第14号)、(「病院、診療所の業務委託について」の一部改正について(平30.10.30 医政地発1030 第1号)により一部改正)、「衛生検査所指導要領の見直し等について」(平30.10.30 医政発1030 第3号)及び「病院又は診療所間において検体検査の業務を委託及び受託する場合の留意点について」(平30.11.29 医政総発1129 第1号)を参照を発1129 第1号・医政地発1129 第1号)を参照を託の事実の有無を契約書等により確認し、また、規則で定める内容を業務案内書、標準作
				業書等により確認すること。
4- 2	滅菌消毒	法 15 の 3. 2 則 9 の 9	規則で定める基準に適合するもの に委託していること。	
4- 3	食事の提供	法 15 の 3.2 則 9 の 10	規則で定める基準に適合するもの に委託していること。	
4- 4	患者等の搬送	法 15 の 3.2 則 9 の 11	規則で定める基準に適合するもの に委託していること。	
4- 5	医療機器の保守 点検	法 15 の 3. 2 則 9 の 8 の 2 則 9 の 12	規則で定める基準に適合するもの に委託していること。	
4- 6	医療ガスの供給設備の保守点検		規則で定める基準に適合するもの に委託していること。	医療ガスの保守点検指針にしたがって行われていること。 「医療ガス設備の安全管理について」 (令 2.8.17 医政発 0817 第 6 号参照)
4- 7	洗濯	法 15 の 3.2 則 9 の 14	規則で定める基準に適合するもの に委託していること。	
4- 8	清掃	法 15 の 3.2 則 9 の 15	規則で定める基準に適合するもの に委託していること。	

項目						
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備	考
4- 9	感染性廃棄物の 処理	法 20	感染性廃棄物の処理を する場合は適切な業者 委託するなど、感染性 染源とならないよう適 行うこと。	を選定して 廃棄物が汚	(参考) 感染性廃棄物につ 清掃に関する法律に が行われていること	
4-10	医療用放射性汚染物の廃棄	則 30 の 14 の 2	「医療法施行規則第30 2第1項の診療用放射性 又は放射性同位元素に された物の廃棄の委託 を指定する省令」(平 生労働省令第202号) されている者に委託し と。 医療用放射性汚染物の に委託する場合にとい 所放射性汚染物が医療 射線汚染源とならない 施設内(保管廃棄設備 適切な管理を行うこと	生同位である。 まなでは、 はなでででででででででででできます。 はないででででででいる。 はないででででいる。 はないででできます。 はないででできます。 は、これででできます。 は、これででできます。 は、これででできます。 は、これでできます。 は、これでできます。 は、これでできます。 は、これででは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これ	電子断層撮影診療用 染された物を廃棄す が混入又は付着しな 日間を超えて管理区 管廃棄する場合に限 ことを要しない。 (則 30 条の 11 第 1	療用放射性同位元素又は陽放射性同位元素によって汚る場合は、これら以外の物いよう封及び表示をし、7域内の廃棄施設において保り、保管廃棄施設を設ける項第6号及び第4項並び働省告示306号参照)
5	防火・防災体制					
5- 1	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り、 1. 防火管理者の資格を 責務を果たし得る管理 的地位にある者を防火 て定めるとともに、こ 消防署 に届け出ていること。	有し、その 的又は監督 管理者とし	より別途規制が行わ	体制については、消防法にれていることに留意する。 か産所における基準】 人員が 30 人以上の施設に
5- 2	消火訓練・避難 訓練	法 20 法 23	2. 消防法令に即して消成するとともに、これ防署に届け出ているこ 消火訓練及び避難訓練 年2回以上実施するこ	を所轄の消 と。 をそれぞれ	いて作成。	員が30人以上の施設につ回は、夜間・休日を想定し
						加産所における基準】 練は、収容人員が 30 人以 2 回以上実施。

項目				
番号	項目	根拠法令等	摘    要	備考
5- 3	防火・消火用の設備	法 20 法 23 則 16.1.15 則 16.1.16	防火・消火上必要な設備が整備されていること。	【病院、診療所又は助産所における基準】 1. 消火設備 ・消火器: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:病院にあっては、 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 ・自動火災報知器:延べ面積が300 ㎡以上(平成27年4月より全ての有床の施設に設置が義務化) ・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
5- 4	点検報告等	法 20 法 23 則 16.1.15 則 16.1.16	適切な防火体制の整備にあたり、 消防・建築関係法令に即して防火 対象物、消防用設備、防火扉の点 検報告等を実施していること。	
5- 5	防災及び危害防止対策	則 16. 1. 1	診察の用に供する電気、光線、 熱、蒸気又はガスに関する構造設 備について危害防止上必要な方法 を講じていること。	

項目					
番号	項目	  根拠法令等	摘	要	備考
					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。 (昭 57.11.26 指第 35 号参照)
6	放射線管理		※放射線等取扱施記	段を有する病院	
6- 1	管理区域について適切な措置がとられているか。	1	1. 病院内の場所では、	中の放射性同位素の対性同位表の密度を超区域を管理区域を示さるととであることがに立たがある。 いいいい こうかい いいいい いいいい いいいい いいいい いいいい いいいい	所定の線量、濃度又は密度 (則第 30 条の 26 第 3 項参照)
			ていること。		
6- 2	敷地の境界等に おける防護につ いて適切な措置 がとられている か。	則 30 の 17	敷地内の人が居住る地の境界における総量限度以下にするが等の措置が講じられ	泉量を所定の線 こめのしゃへい	所定の線量限度 実効線量が3か月につき250マイクロシー ベルト
6- 3	放射線等取扱施 設に患者及び取 扱者に対する放 射線障害の防止 に必要な注意事 項の掲示がされ ているか。	則 30 の 13	目につきやすい場所 いること。	所に掲示されて	
6- 4	放射線装置・器具・機器及び原用放射性同位元素・陽電子断層撮影に元素を動性に変更が変更を示す。	則 30 の 8 の	1. エックス線診療室 ネルギー放射線系 室、診療用粒子終 室、診療用放射終 室、診療用放射終 室、放射性同位が 器使用室、診療月 素使用室、陽電	差生装置使用 線照射装置使用 線照射装置使用 線照射器具使用 点素装備診療機 目放射性同位元	

項目						
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備	考
	標識が付されているか。		用放射性同位元素使射線治療病室等にで を示す標識が付され と。	ついてその旨		
		則 30 の 5~ 則 30 の 8 の 2	2. 診療用高エネルギ 装置使用室、診療 装置使用室、診療 装置使用室、診療 器具使用室、診療 位元素使用室 影診療用放射性同 についてが1か所 こと。	用粒子線照射 用放射線照射 用放射線照射 用放射性同 陽電子断層撮 位元素使用室 常時出入りす		
6- 5	使用中の表示に ついて必要な注 意事項の掲示が されているか。	2	<ol> <li>エックス線装置を 時はエックス線診 にその旨を表示し</li> <li>診療用高エネルギ</li> </ol>	療室の出入口 ていること。		
		則 30 の 5 の 2 則 30 の 6	装置使用室及び診 射装置使用室並び 線照射装置使用室 射線発生時又は照 にその旨を表示す られていること。	に診療用放射 の出入口に放 射時に自動的		
6- 6	取扱者の遵守事 項が守られてい るか。	則 30 の 20. 1.1	1. 診療用放射性同位 陽電子断層撮影診 位元素使用室又は いては作業衣等を していること。ま 着用してみだりに は施設の外に出な	療用放射性同 廃棄施設にお 着用して作業 た、作業衣を これらの室又		
		則 30 の 20. 1. 2~3	2. 放射性同位元素に た物をみだりに診 位元素使用室、陽 診療用放射性同位 廃棄施設又は放射 しくは管理区域か いこと。	療用放射性同電子断層撮影 電子断層撮影 元素使用室、 線治療病室若		位元素使用室、廃棄施室からみだりに持ち出 6項参照) に持ち出してはいけな

項目						
番号	項目	根拠法令等	摘	要	備	考
	項 目 放射線診療従事者の被ばく防止について適がとられているか。	則 30 の 18.	摘 1. 被ばくする線量が 量限度及び等価線 ないような措置が ること。 2. 眼の水晶体に受け 所定の線量であれ	所定の実効線 量限度を超え 講じられてい る等価線量が 超えないよう	1. 実効線量限度 (則第30条の27第1 2. 等価線量限度 (則第30条の27第2 3. 実効線量限度及び等価 ①外部被ばく 放射線測定用具(フィ 測定が原則 位置は胸部(女子は腹 くする量が最大となる が胸部(女子は腹部) 位もあわせて測定 ②内部被ばく 3月を超えない期間に 厚生労働大臣の定める (昭和63年厚生省告示領) ※経過措置等については	項参照) 項参照) 線量限度の測定方法 ルムバッチ等)による 部)が原則だが、被ばおそれのある人体部位以外の場合は、当該部 1回が原則 方法 第245号参照) 、「医療法施行規則の
6- 8	患者の被ばく防 止について適切 な措置がとられ ているか。		放射線により、治療 患者以外の入院患者 線量を超えて被ばく しゃへい等の措置が ること。	が所定の実効 しないような	一部を改正する省令等の 2.4.1 医政発 0401 第 8 号 所定の線量限度 実効線量が 3 か月間に ベルト	分)を参照
6- 9	診療というでは、これでは、おりかりでは、いいのでは、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、では、で					
6-10	放射線装置・器具・機器の使用または放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備	則 30 の 14			・認められた使用室以外は規則を参照。	の使用について

項目番号	項目	根拠法令等	摘要	備	考
	で使用、貯蔵、運 搬又は廃棄をし ているか。 診療用放射線照		1. 診療用放射線照射器具の紛失防	titu	,
	射器具、診療用 放射性同位元素 及び陽電子断層 撮影診療用放射 性同位元素の管 理が適切に行わ れているか。	則 30 の 24	止について適切な措置が取られていること。  2. 診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置について適切な措置がとられていること。		
6-12	放射線装置に所 定の障害防止の 方法が講じられ ているか。	則 30 の 2 則 30 の 2 の 2 則 30 の 3	エックス線装置、診療用高エネル ギー放射線発生装置、診療用粒子 線照射装置、診療用放射線照射装 置及び放射性同位元素装備診療機 器について所定の障害防止の方法 が講じられていること。		
6-13	必要な施設に閉鎖のための設備または器具を設けているか。	2則30の9	1. 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通ずる部分に閉鎖のための設備または器具を設けていること。 2. 排液処理槽の上部開口部の周囲に人がみだりに立ち入らないよる。		
			う柵等で区画され、その出入口 に鍵そのほか閉鎖のための設備 又は器具が設けられているこ と。		
6-14	診療用放射性同位元素便用室子の関係を受ける。 で陽療用を開発を関係を表している。 では、ではいるが、では、ではいるが、ではいるが、ではいるが、ではいるが、ではいるが、では、はいいでは、はいでは、はいいではいいで	則 30 の 8 の	1. 出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器、汚染除去に必要な器材及び洗浄設備並びに更衣設備が設けられていること。 2. 準備室にフード、グローブボックス等の装置が設けられているときは排気設備に連結されていること。また、洗浄設備を設けること。		

項目						
番号	項目	根拠法令等	摘    要		備	考
6-15	貯蔵箱等の貯蔵	則 30 の 9	1. 貯蔵及び運搬時に1メー	トルの		
	容器、運搬容器	則 30 の 10	距離における実効線量率	が 100		
	及び保管廃棄容	則 30 の 11	マイクロシーベルト毎時」	以下に		
	器について所定		なるようにしゃへいされ、	ている		
	の障害防止の方		こと。			
	法がとられ、適切に答明されて	Fil 20 Ø 0 0	9 吃费宏思 海柳宏思区(3)	17		
	別に官理されているか。	則 30 07 9.8	2. 貯蔵容器、運搬容器につい	·		
	V · 2 //-0		空気を汚染するおそれの			
		則 30 の 9.8	合は気密構造となってい <i> </i>   と。	6 C		
			<sup>こ。</sup>   また、液体状の場合はこ	ぎれに		
			くい構造で液体の浸透し			
			材料でできていること。	, - , ,		
		<b>別のの98</b>	  3. 貯蔵容器、運搬容器また	は保管		
		二	廃棄容器を示す標識が付			
			いること。	_ ,, ,		
6-16	廃棄施設につい	則 30 の 11.	  1. 排水設備において排液流	出の調		
	て所定の障害防	1.2のハ	整装置が設けられている。			
	止の方法がとら	1, 2 0)	Hat hat had been a second as a			
	れ、適切に管理	則 30 の 11.	  2. 排気設備において放射性	司位元		
	されているか。	1.3のニ	素によって汚染された空			
		1.0 1	ろがりを急速に防止する。			
			できる装置が設けられてい	ハるこ		
			٤.			
6-17	通報連絡網が整	則 30 の 25	  事故発生に伴う連絡網並び	こ通報		
	備されている		先等を記載した、通報基準			
	か。		体制を予め定めていること。	·		
				-		
6-18	移動型エックス	則 30 の 14	  移動型エックス線装置に鍵(	のかか		
	線装置は適正に		る保管場所又は鍵をかけて、			
	保管されている		させられないようないずれ			
	か。		置を講じていること。	, ,,,,,,		
						<b>□</b> 1 ··· · · · · · · · · · · · · · · · ·
6-19	陽電子断層撮影	則 28.1.4	1. 放射線障害の防止に関す	る予防	①陽電子断層撮影診療に関	
	診療用放射性同		措置を講じていること。		了し、専門の知識及び経	
	位元素を使用で				線技師を、陽電子断層描 管理に専ら従事させるこ	
	きる体制が確保				②放射線の防護を含めた第	-
	されているか。				を目的とした委員会等を	
					③陽電子断層撮影診療用加	-
					いに関し、陽電子断層描	
					師又は歯科医師と薬剤師	<b>币との連携が十分に図</b>
<u></u>						

項目						
番号	項	目	根拠法令等	摘	要	   構 考
ш //			IXIOZI I T	11-1	У	られるよう努めることが望ましいこと。
			則 28.1.5	2. 陽電子断層撮影	診療用放射性同	  陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用す
			X, 20, 1, 0		きる医師又は歯	る者として、以下に掲げるすべての項目に該当
				科医師を配置し		する医師又は歯科医師を1名以上配置している
					•	こと。
						。  ア 当該病院又は診療所の常勤職員であるこ
						٤.
						イ 陽電子断層撮影診療に関する安全管理の責
						任者であること。
						ウ 核医学診断の経験を3年以上有しているこ
						٤.
						エ 陽電子断層撮影診療全般に関する所定の研
						修を修了していること。

## 1 病室等

区分	項目	根拠法令等	摘   要	備考
			区分1~18の構造設備基準については、厚生労働省令の定めるところによること。	
1	病 室 定められた構造 になっている か。	則 16. 1. 3 ~則 16. 1. 5 則 16. 2 則附則 5 条	1. 患者定員に見合う床面積を有していること。	<ul> <li>①内法による測定で、患者1人につき6.4㎡以上となっていること。</li> <li>②療養病床に係る一の病室の病床数は、4床以下となっていること。</li> <li>③小児だけを入院させる病室の床面積は、上記の床面積の2/3以上とすることができる。ただし、一の病室の床面積は6.3㎡以下であってはならな</li> </ul>
				(経過措置) ①既存病院建物内の療養病床又は、経過的旧療養型病床群に係る病室以外の病室の床面積は、内法による測定で患者1人を入院させるものにあっては6.3㎡以上、患者2人以上を入院させるものにあっては、患者1人につき4.3㎡以上となっていること。
			2. 機械換気設備については、結核 病室、感染症病室又は病理細菌	床群に転換したものについては、1人につき6㎡(建築基準法施行令第2条第1項第3号の算定方法による。)以上となっていること。
			検査室の空気が風道を通じて他 の部分へ流入しないようにする こと。	
2	精神病室 医療及び保護の ために必要な方 法がとられてい るか。	則 16. 1. 6	精神病室の設備については、精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な方法を講じること。	必要な方法の例 (昭 44.6.23 衛発第 431 号参照) ①自傷他害のおそれがある者を入院させ るための保護室を設置すること。 ②保護室は、採光、換気、通風、冷暖房
				等の環境条件には特に考慮すること。

区分	項目	根拠法令等	摘要	備考
3	結核病室	則 16. 1. 7	・病院の他の部分及び外部に対し	③合併症(結核、感染症)病棟は、他としゃ断し、病棟配膳、病棟消毒を行う等の方法により感染を防止すること。
	感染予防のため の必要な方法が とられている か。	則 16. 1. 12	て感染予防のためにしゃ断その 他必要な方法を講じているこ と。	医療・看護用具、被服、寝具、汚染物、食器等の消毒設備が設けられていること。
4	感染症病室 感染予防のため の必要な方法が とられている か。	則 16. 1. 7 則 16. 1. 12	・病院の他の部分及び外部に対し て感染予防のためにしゃ断その 他必要な方法を講じているこ と。	その他必要な方法 医療・看護用具、被服、寝具、汚染 物、食器等の消毒設備が設けられてい ること。
5			※診療用放射線照射装置、診療用 放射線照射器具、診療用放射性 同位元素又は陽電子断層撮影診 療用放射性同位元素を有する病 院	
			1. 画壁等の外側が所定の線量以下 になるようにしゃへいされてい ること。(ただし、画壁等の外側 を人が通行等できない場合を除 く。)	1. 所定の線量限度 実効線量が1週間につき1ミリシーベ ルト以下
			2. 放射線治療病室である旨の標識が付されていること。	
			3. 汚染除去のための所定の方法が 講じられていること。(ただし、 診療用放射線照射器具により治療を受けている患者のみを収容 する放射線治療病室においては 適用しない。)	3. 汚染除去のための所定の方法 (則第30条の8第6号〜第8号参照)
6	整備されている	法 21. 1. 2 法 21. 1. 4 則 20. 1. 1	1. 診療科ごとに専門の診察室を有 していること。(ただし、1人の 医師が同時に2以上の診療科の 診療に当たる場合その他特別な	
	が。	則 20. 1. 4	診療に当たる場合をの他特別な 事情がある場合を除く。)	

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

区分	項目	根拠法令等	摘    要	備考
			2. 火気を使用する場所には防火上 必要な設備が設けられていること。	
1 0	調剤所 整備され、かつ、 必要な施設、設	法 21. 1. 7 則 16. 1. 14	1. 調剤所の採光及び換気が十分で、かつ、清潔が保たれていること。	
	備が設けられているか。		2. 冷暗所が設けられていること。	
			3. 調剤に必要な器具を備えていること。	
1 1	給食施設 定められた構造 になっており、か	法 20 法 21. 1. 8 則 10. 1. 6 則 20. 1. 8	1. 入院患者のすべてに給食することのできる施設を有していること。	・調理業務又は洗浄業務を委託する場合 にあっては、当該業務に係る設備を設 けないことができる。ただし、再加熱 等の作業に必要な設備については設け
	つ、必要な施 設、設備が設け られているか。	則 20. 1. 9	2. 床は耐水材料で作られ、洗浄及 び排水又は清掃に便利な構造と なっていること。	なければならない。 (H13.2.22 医政発第125号参照)
			3. 食器の洗浄消毒設備が設けられていること。	
			4. 病毒感染の危険のある患者の用 に供した食器について他の患者 の食器と別個に消毒する設備と なっていること。	
1 2	歯科技工室	則 16. 1. 13	※歯科技工室を有する病院	
	必要な設備が設 けられている か。		防じん設備及び防火設備が設け られていること。	
13	階数及び規模に 応じた建物の構 造	則 16. 1. 2	1.3階以上の階に病室を設けている場合は主要構造部が耐火構造となっていること。	
	定められた基準 に適合している か。		2. 放射線治療病室以外は、地階に病室を設けていないこと。	
]				

区分	項目	根拠法令等	摘   要	備考
1 4	階段	則 16. 1. 8	※第2階以上の階に病室を有する	
		則 16. 1. 9	病院	
	定められた基準			
	に適合している		1. 患者の使用する屋内直通階段が	
	カ。		2以上設けられていること。	
			〔ただし、患者の使用するエレ	
			ベーターが設置されているもの	
			又は第2階以上の各階における	
			病室の床面積の合計が、それぞ	
			れ50㎡(主要構造部が耐火構造であるか又は不燃材料で造ら	
			近じめるが又は小窓材料で垣り   れている建築物にあっては	
			100㎡)以下のものについて	
			は患者の使用する屋内の直通階	
			段を一とすることができる。〕	
			2. 階段及び踊場の幅は内法1.2	
			m以上、けあげは0.2m以	
			下、踏面は0.24m以上と	
			なっており、適当な手すりが設	
			けられていること。	
1 5	避難階段	則 16. 1. 10	※第3階以上の階に病室を有する	
1 5	世 <del>年</del> 1612	則 10. 1. 10	病院	
	定められた基準		77190	
	に適合している		   避難に支障がないように2以上	
	か。		の避難階段が設けられているこ	
			と。(ただし、患者の使用する	
			屋内の直通階段を建築基準法施	
			行令第123条第1項に規定す	
			る避難階段としての構造とした	
			場合は、その数だけ避難階段の	
			数に算入することができる。) 	
1 6	廊下	則 16. 1. 11	  1. 精神病床及び療養病床に係る病	・平成13年3月1日における既存病院
			室に隣接する廊下の幅は、内法	建物内の患者が使用する廊下幅は、内
	定められた基準		による測定で、1.8m以上	法による計測で1.2m以上(両側に
	に適合している		(両側に居室のある廊下は2.7	居室のある廊下は1.6m以上)とな
	か。		m以上)となっていること。	っていること。
			ただし、大学附属病院(特定機	(平成13年厚生労働省令第8号(以
			能病院及び精神病床のみを有す	下、平成13年改正省令)附則第8
			る病院を除く。)及び100床	条)
			以上で内科、外科、産婦人科、明科及び耳鼻いんであれば	
			眼科及び耳鼻いんこう科(令第 3条の2第1項第1号ハ又はニ	
			(2) の規定によりこれらの診	
			療科名と組み合わせた名称を診	
			療科名とする場合を除く。)を	
			含む病院であって、精神病床を	
			有する病院を除く。	

区分	項目	根拠法令等	摘   要	備考
			2. 1 以外の廊下の幅は内法による 測定で、1. 8 m以上(両側に 居室のある廊下は、2. 1 m以 上)となっていること。	
1 7	便所 適正な構造にな っているか。	法 20	1. 清潔を保持するものとし、その 構造設備は、衛生上、防火上及 び保安上安全と認められるよう なものでなくてはならない。	便所の構造 採光及び換気のため直接外気に接する 窓を設けること。(ただし、水洗便所で これに代わる設備をしたときはこの限 りでない。)
1 8	機能訓練室定められた基準に適合しているか。	法 21. 1. 11 則 20. 1. 11 則附則 21	1.療養病床を有する病院にあっては、1以上の機能訓練室は面積40㎡以上(内法)であること。また、必要な機器、器具を備えていること。	1. 既存病院建物内に療養病床又は経過的 旧療養病床群を有する病院について は、機能訓練を行うために十分な広さ を有すること。(則附則第21条参照)
			区分19~23の構造設備基準については、厚生労働省令で定める 基準を参酌し都道府県が条例で定 めるところによること。	※参酌すべき基準 地方公共団体が十分参照した結果とし てであれば、地域の実情に応じて、異 なる内容を定めることが許容されるも の。
19	消毒施設定められた基準に適合しているか。	法 21. 1. 12 法 21. 3 則 16. 1. 12 則 21. 1. 1 則 21. 2. 1 条例 7. 1. 1	【参酌すべき基準】  1. 蒸気、ガス若しくは薬品を用い 又は、その他の方法により入院 患者及び職員の被服、寝具等の 消毒を行うことができるもので あること。	<ol> <li>消毒を行う施設 蒸気消毒装置、ホルムアルデヒド、ガス消毒装置等</li> <li>繊維製品の滅菌消毒の業務を委託する場合における当該業務に係る設備を除く。</li> </ol>
2 0	洗濯施設設けられているか。	法 21. 1. 12 法 21. 3 則 21. 1. 1 条例 7. 1. 1	【参酌すべき基準】 1.洗濯施設が設けられていること。	1. 寝具 布団、毛布、シーツ、枕、包布等 2. 寝具類の洗濯の業務を委託する場合に おける当該業務に係る設備を除く。
2 1	談話室 定められた基準 に適合している か。	法 21. 1. 12 法 21. 3 則 21. 1. 2 条例 7. 1. 2	【参酌すべき基準】  1.療養病床を有する病院にあっては、患者同士又は患者とその家族が談話を楽しめる広さとなっていること。(食堂等との共用は可能)	1. 平成12年3月31日までに療養型病 床群に転換したものについては、談話 室がなくても可。 (平成13年改正省令附則第22条)

区分	項目	根拠法令等	摘   要	備考
2 2	食 堂 定められた基準 に適合している か。	法 21. 1. 12 法 21. 3 則 21. 1. 3 条例 7. 1. 3	【参酌すべき基準】  1. 療養病床を有する病院にあっては、療養病床の入院患者1人につき1㎡以上の広さとなっていること。	1. 平成12年3月31日までに療養型病 床群に転換したものについては、食堂 がなくても可。 (平成13年改正省令附則第22条)
2 3	浴室 定められた基準 に適合している か。	法 21. 1. 12 法 21. 3 則 21. 1. 4 条例 7. 1. 4	【参酌すべき基準】 1. 療養病床を有する病院にあっては、身体の不自由な者が入浴するのに適したものとなっていること。	1. 平成12年3月31日までに療養型病 床群に転換したものについては、浴室 がなくても可。 (平成13年改正省令附則第22条)

## 2 放射線装置及び同使用室

区分	項目	根拠法令等	摘    要	備考
1	エックス線装置	法 21.1.6	※エックス線装置を有すべき病院	
	及び同診療室 所定の障害防止 の方法等適正な 施設・設備が設 けられ、かつ、管 理されている か。	則 20. 1. 7	内科、心療内科、リウマチ科、 小児科、外科、整形外科、形成 外科、美容外科、脳神経外科、 呼吸器外科、心臓血管外科、小 児外科、泌尿器科、リハビリテ ーション科及び放射線科の一を 有する病院又は歯科医業につい ての診療科名のみを診療科名と する病院。	
		則 30	1. 防護措置 エックス線装置に所定の障害防止の方法が講じられていること。	1. 所定の障害防止の方法 (則第 30 条参照)
		則 30 の 4	2.壁の構造 画壁等は、その外側における実 効線量が所定の線量以下になる ようにしゃへいされているこ と。	<ol> <li>7. 所定の線量</li> <li>① 1 m S v / 1 週間</li> <li>②画壁等</li> <li>天井、床及び周囲の画壁をいう。         <ul> <li>(ただし、その外側が、人が通行し、</li> <li>又は停在することのない場所である場合を除く。)</li> </ul> </li> </ol>
		則 30 の 4	3. 操作する場所 エックス線装置を操作する場所 は、エックス線診療室と別室に なっていること。(ただし、所 定の箱状のしゃへい物を設けた とき、近接撮影を行うとき等の 場合で必要な防護物を設けたと きは、この限りでない。)	
		則 30 の 4	4. 標識 エックス線診療室である旨を示す標識が付されていること。 ※診療用高エネルギー放射線発生	
			装置を有する病院	
2	診療用高エネル ギー放射線発生 装置及び同使用 室 所定の障害防止	則 30 の 2	1. 防護措置 診療用高エネルギー放射線発生 装置に所定の障害防止の方法が 講じられていること。	1. 当該使用室出入口が開放されているとき、放射線の発生を遮断するインターロックを設けること。(則第30条の2第4号)

区分	項目	根拠法令等	摘    要	備考
	の方法等適正な 施設・設備が設 けられ、かつ、管 理されている か。	則 30 の 5	2.壁の構造 画壁等は、その外側における実 効線量が所定の線量以下になる ようにしゃへいされているこ と。	<ul> <li>2. 所定の線量</li> <li>①1 m S v / 1 週間</li> <li>②画壁等</li> <li>天井、床及び周囲の画壁をいう。</li> <li>(ただし、その外側が、人が通行し、又は停在することのない場所である場合を除く。)</li> </ul>
			3. 出入口 人が常時出入する出入口が1ヶ 所で、その出入口には放射線発 生時に自動的にその旨を表示す る装置が設けられていること。	
			4. 標識 使用室である旨を示す標識が付されていること。	
			※診療用粒子線照射装置を有する 病院	
3	診療用粒子線照 射装置及び同使 用室	則 30 の 2 の 2	1. 防護措置 診療用粒子線照射装置に所定の 障害防止の方法が講じられてい ること。	1. 当該使用室出入口が開放されているとき、放射線の照射を遮断するインターロックを設けること。
		則 30 の 5 の 2	2.壁の構造 画壁等は、その外側における実 効線量が所定の線量以下になる ようにしゃへいされているこ と。	2. 所定の線量     ① 1 m S v / 1 週間     ②画壁等     天井、床及び周囲の画壁をいう。     (ただし、その外側が、人が通行し、     又は停在することのない場所である場合を除く。)
			3. 出入口 人が常時出入する出入口が1ヶ 所で、その出入口には放射線照 射時に自動的にその旨を表示す る装置が設けられていること。	
			4. 標識 使用室である旨を示す標識が付されていること。	

区分	項目	根拠法令等	摘    要	備考
	診療用放射線照 射装置及び同使 用室		※診療用放射線照射装置を有する 病院	
	所定の障害防止 の方法等適正な 施設・設備が設 けられ、かつ、 管理されている か。	則 30 の 3	1. 防護措置 診療用放射線照射装置に所定の 障害防止の方法が講じられてい ること。	1. 所定の障害防止装置が講じられている 但し書きの装置の操作以外にあって は、当該照射装置の照射口は、当該使 用室の室外から遠隔操作によって開閉 できるものであること。 (則第30条 の3第3項)
		則 30 の 6	2. 主要構造部等 使用室の主要構造部等は耐火構 造又は不燃材料を用いた構造と なっていること。	2. ①主要構造部等(建築基準法第2条第5号に規定する主要構造部並びに当該使用室を区画する壁及び柱をいう。以下同じ。) ②耐火構造又は不燃材料(建築基準法第2条第9号に規定する不燃材料をいう。以下同じ。)
			3. 画壁の構造 画壁等は、その外側における実 効線量が所定の線量以下になる ようにしゃへいされているこ と。	<ul> <li>3. 所定の線量</li> <li>① 1 m S v / 1 週間</li> <li>②画壁等</li> <li>天井、床及び周囲の画壁をいう。         <ul> <li>(ただし、その外側が、人が通行し、</li> <li>又は停在することのない場所である場合を除く。)</li> </ul> </li> </ul>
			4. 出入口 人が常時出入する出入口は、1 ヵ所で、その出入口には放射線 発生時に自動的にその旨を表示 する装置が設けられているこ と。	
			5. 標識 使用室である旨を示す標識が付 されていること。	
			6. 装置の紛失防止を容易にするため、突起物、くぼみ及び仕上げ材の目地等のすき間の少ないものとされていること。	

区分	項目	根拠法令等	摘    要	備考
5	診療用放射線照 射器具使用室		※診療用放射線照射器具を有する 病院	
	所定の障害防止 の方法等適正な 施設・設備が設 けられ、かつ、 管理されている か。	則 30 の 7	1. 画壁の構造 画壁等は、その外側における実 効線量が所定の線量以下になる ようにしゃへいされていること。	<ol> <li>1. 所定の線量</li> <li>① 1 m S v / 1 週間</li> <li>②画壁等</li> <li>天井、床及び周囲の画壁をいう。         <ul> <li>(ただし、その外側が、人が通行し、</li> <li>又は停在することのない場所である場合を除く。)</li> </ul> </li> </ol>
			2. 出入口 人が常時出入する出入口は、1 ヵ所となっていること。	口任怀人。)
			3. 標識 使用室である旨を示す標識が付されていること。	
			4. 器具の紛失防止 器具の紛失発見を容易にするため、突起物、くぼみ及び仕上げ 材の目地等のすき間の少ないも のとされていること。	
6	放射性同位元素 装備診療機器使 用室		※放射性同位元素装備診療機器を 有する病院	
	所定の障害防止 の方法等適正な 施設・設備が設 けられている	則 30 の 7 の 2	1. 主要構造部等 使用室の主要構造部等は、耐火 構造又は不燃材料を用いた構造 となっていること。	
	か。		2. 外部に通ずる部分 外部に通ずる部分には閉鎖のための設備又は器具が設けられていること。	
			3. 標識 使用室である旨を示す標識が付されていること。	
			4. 予防措置 骨塩定量分析装置と輸血用血液 照射装置に関しては、実効線量 が3月間に1. 3ミリシーベル	

区分	項目	根拠法令等	摘	要	備	考
7	診療用放射性同位元素使用室	<b>1</b>	ト以下となるようなし 又は間仕切りを設ける 措置を講じ、管理区域 すること。 ※診療用放射性同位元 病院	など予防 成を明確に		
	所定の障害防山の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	ž	1. 主要構造部等 使用室の主要構造部 構造又は不燃材料を となっていること。 所定の数量以下の認 同位元素を使用する の限りでない。)	と用いた構造 (ただし、 ②療用放射性	1. 所定の線量 (則別表第2参照)	
			2. 部屋の区画 準備室と診療室が区 ること。	区画されてい	2. 準備室(診療用放 等を行う室)	射性同位元素の調剤
			3. 画壁の構造 画壁等は、その外側 効線量が所定の線量 ようにしゃへいされ と。	量以下になる		囲の画壁をいう。 則が、人が通行し、 のない場所である場
			4. 出入口 人が常時出入する出 ヶ所となっているこ			
			5. 標識 使用室である旨を示 されていること。	やす標識が付		
			6. 内部の壁等の構造 ①内部の壁、床等は、 ぼみ及び仕上材の目 まの少ない構造とな と。	地等のすき		
			②内部の壁、床等の表であり気体又は液体 くく、かつ、腐食し で仕上げられている	が浸透しに いくい材料		

区分	項目	根拠法令等	摘    要	備考
			7. 出入口に設けるもの 出入口付近に汚染の検査に必要 な放射線測定器、汚染除去に必 要な器材及び排水設備に連結し た洗浄設備並びに更衣設備が設 けられていること。	
			8. 準備室に設けるべきもの ①準備室には排水設備に連結した 洗浄設備が設けられていること。	
			②準備室にフード、グローブボックス等の装置が設けられているときは、その装置は排気設備に連結されていること。	
8	陽電子断層撮影 診療用放射性同 位元素使用室		※陽電子断層撮影診療用放射性同 位元素を有する病院	
	所定の障害防止 の方法等適正な 施設・設備が設 けられ、かつ、管 理されている	則 30 の 8 の 2	1. 主要構造部等 陽電子断層撮影診療用放射性同 位元素使用室の主要構造部等 は、耐火構造又は不燃材料を用 いた構造となっていること。	1. 所定の線量 (則別表第 2 参照)
	か。		2. 部屋の区画 準備室、診療室、待機室が区画 されていること。待機室を有し ないことが認められた施設につ いては、待機室に準ずる場所を 設定していること。	<ul><li>①準備室(陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の調剤等を行う室)</li><li>②診療室(陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を用いて診療を行う室)</li><li>③待機室(陽電子断層撮影診療用放射性同位元素が投与された患者等が待機する室)</li></ul>
			3. 画壁の構造 画壁等は、その外側における実 効線量が所定の線量以下になる ようにしゃへいされているこ と。	<ul> <li>3. 所定の線量</li> <li>① 1 m S v / 1 週間</li> <li>②画壁等</li> <li>天井、床及び周囲の画壁をいう。         <ul> <li>(ただし、その外側が、人が通行し、</li> <li>又は停在することのない場所である場合を除く。)</li> </ul> </li> </ul>
			4. 出入口 人が常時出入する出入口は、1 ヶ所となっていること。	

区分	項目	根拠法令等	摘	要	備	 考
	項 目	根拠法令等	5. 6. 構① ② 8. 9.① ② ※標陽位識 撮陽場射け造内ぼまと内でくで 出出な要たけ 準準洗と準クと連 診断使さ 置放陽位る 壁びな 壁気かげ に付線材設て にに備 にの、れ 放射 19.0 で 19.① ② 19.① ② 19.① ② 19.① ② 19.① ② 19.① ② 19.② 19.② 19.② 19.② 19.② 19.② 19.② 19	最富で 作所子標と 末上溝 末又 れ すこをび並る す非役 一畳のい 泉窓でい 場層断使 3 等材造 等は腐て る汚器排びこ る水け ドが装る 照所もと 装影の部 突地っ 面がにこ 検染備衣 もにて 口ら排る 対射示 の療部壁 物のい 、透い。 に去連備 の連い 一れ気 と 査除に設 の連い 一れ気 き にお連備 が設の くきこ 滑に料 要必し設 た ツるに 用		考
	所定の障害防止 の方法等適正な 施設・設備が設 けられ、かつ、管		同位元素又は	表置、診療用放射性 は陽電子断層撮影診 司位元素を有する病		
	理されている か。			貯蔵室、貯蔵箱等 された構造のものと こと。		

区分	項	目	根拠法令等	摘	要	備	考
				2. 画壁の構造 貯蔵施設の外側に 量が所定の線量以 にしゃへいされて	下になるよう	(ただし、その外	]  囲の画壁をいう。  側が、人が通行し、  のない場所である場
				3. 主要構造部等 貯蔵室の主要構造 構造でその開口部 設備に該当する防火 れていること。(た 用放射線照射装置又 射線照射器具を耐火 容器に入れて貯蔵す この限りでない。)	には特定防火 戸が設けら だし、診療 は診療用放 性の構造の	3. 特定防火設備に該 建築基準法施行令 定するもの。	3当する防火戸 3第 112 条第 1 項に規
				4. 貯蔵箱等 貯蔵箱等は、耐火 っていること。( 用放射線照射装置 射線照射器具を耐 容器に入れて貯蔵 は、この限りでな	ただし、診療 又は診療用放 火性の構造の している場合		
				5. 出入口 人が常時出入する ヶ所となっている			
				<ul><li>6. 外部に通ずる部分 外部に通ずる部分 他閉鎖のための設 設けられているこ</li></ul>	に、かぎその 備又は器具が		
				7. 標識 貯蔵施設である旨 付されていること。			
				8. 貯蔵容器 ①貯蔵容器は、貯蔵 メートルの距離に 量率が所定の線量 うにしゃへいされ	おける実効線 以下になるよ	8. 所定の線量率 100 マイクロシー	ベルト毎時
				②空気を汚染するお態にある診療用放果は陽電子断層撮	射性同位元素		

区分	項目	根拠法令等	摘    要	備考
			性同位元素を入れる貯蔵容器	
			は、気密な構造となっているこ	
			と。また、液体状の診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影	
			診療用放射性同位元素を入れる	
			貯蔵容器はこぼれにくい構造で	
			あり、かつ、液体の浸透しにく	
			い材料が用いられていること。	
			③貯蔵容器にその旨を示す標識が	
			付され、かつ、貯蔵する診療用	
			放射線照射装置若しくは診療用	
			放射線照射器具に装備する放射 性同位元素又は貯蔵する診療用	
			放射線同位元素若しくは陽電子	
			断層撮影診療用放射性同位元素	
			の種類及び数量が表示されてい	
			ること。	
			9. 受皿、吸収材その他放射性同位	
			元素による汚染のひろがりを防	
			止するための設備又は器具が設	
			けられていること。	
10	運搬容器		※診療用放射線照射器具、診療用	
			放射線照射装置、診療用放射性	
	所定の障害防止		同位元素又は陽電子断層撮影診	
	の方法等適正な		療用放射性同位元素を院内で運	
	施設・設備が設		搬して使用する病院	
	けられ、かつ、管 理されている	Fil 20 Ø 10	1. 診療用放射線照射器具、診療用	所定の要件
	性されているか。	則 30 の 10	放射線照射装置、診療用放射性	(則第30条の9第8号イ〜ニ参照)
	73 °0		同位元素又は陽電子断層撮影診	(京) 第 3 0 元 0 5 元 0 元 (元)
			療用放射性同位元素を運搬する	
			容器は、所定の要件を備えてい	
			ること。	
11	廃棄施設		※診療用放射性同位元素又は陽電ス に ス に 居場 と 診療 田 な 計 は 日 位 元	
	所定の障害防止		子断層撮影診療用放射性同位元 素を有する病院	
	の方法等適正な		W C.H. A. MARINE	
		則 30 の 11	  1. 画壁の構造	1. 所定の線量
	けられ、かつ、管		廃棄施設の外側における実効線	① 1 m S v / 1 週間
	理されている		量が所定の線量以下になるよう	②画壁等
	か。		にしゃへいされていること。	天井、床及び周囲の画壁をいう。
				(ただし、その外側が、人が通行し、
				又は停在することのない場所である場

区分	項	目	根拠法令等	摘    要	備考
					合、人が通行し、又は滞在しない措置 が講じられている場合を除く。)
				2. 廃液中濃度 排水口における廃液中の放射性 同位元素の濃度を所定の濃度限 界以下とする能力を有している こと。	2. 所定の濃度限度 排水口 (排水監視設備を設けた場合は 境界) において則第30条の26第1項 に定める能力
				3. 排水設備 排水設備は、排液の漏れにくい 構造であり浸透しにくく、か つ、腐食しにくい材料が用いら れていること。	放射性同位元素によって汚染された液
				4. 廃液処理槽 ①排液処理槽は、排液採取又は排液中の放射性同位元素の濃度測 定ができる構造であり、かつ、 排液流出の調節装置が設けられ ていること。	
				②排液処理槽の上部開口部はふた のできる構造となっていること 又はその周囲に人がみだりに立 ち入らないよう柵その他の施設 が設けらていること。	
				5. 標識 排水管及び排液処理槽並びに人 がみだりに立ち入らないための 柵等を設けた場合の出入口付近 に排水設備である旨を示す標識 が付されていること。	
				6. 排気設備 ①排気設備は、排気口における排 気中の放射性同位元素の濃度を 所定の濃度限度以下とする能力 を有していること。	6. 診療用放射性同位元素又は陽電子断層 撮影診療用放射性同位元素を使用する 病院 (則第30条の11第1項第3号ただし 書に規定する場合を除く。)
					①排気設備(排風機、排気浄化装置、排 気管、排気口等気体状の放射性同位元 素又は放射性同位元素により汚染され た空気を排気し又は浄化する一連の設 備)

区分	項	目	根拠法令等	摘要	備考
					②所定の濃度限度 排気口(排気監視設備を設けた場合は 病院の境界)において則第30条の26 第1項に定める能力
				②排気設備は、人が常時立ち入る 場所における空気中の放射性同 位元素の濃度を所定の濃度限度 以下とする能力を有しているこ と。	6-②所定の濃度限度 (則第30条の26第1項及び2項に定める限度)
				③排気設備は、気体が漏れにくい 構造であり、腐食しにくい材料 が用いられていること。	
				7. 標識 排気浄化装置、排気管及び排気 口に排気設備である旨を示す標 識が付されていること。	
				8. 保管廃棄設備 保管廃棄設備は、外部と区画さ れた構造となっていること。	8. 保管廃棄設備 医療用放射性汚染物を保管廃棄する設 備。
				9. 外部に通ずる部分 保管廃棄設備の外部に通ずる部 分に鍵その他閉鎖のための設備 又は器具が設けられているこ と。	
				10. 保管廃棄設備の構造 空気を汚染するおそれのある状態にある物を入れる保管廃棄の 容器は気密な構造であること。 また、液体状の診療用放射性同位元素又は放射性同位元素によって汚染された物を入れる保管 廃棄の容器は、こぼれにくい構造であり、かつ、浸透しにくい材料で作られていること。	(注)陽電子断層撮影診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素によって汚染された物のみを廃棄する場合、これら以外の物が混入又は付着しないように封及び表示をし、7日間を超えて管理区域内の廃棄施設において保管廃棄する場合に限り、保管廃棄設備を設けることを要しない。(則第30条の11第1項第6号及び第4項並びに平成16年厚生労働省告示306号参照)
				11.保管廃棄設備である旨を示す標識が付されていること。	(注)廃棄物については、厚生労働大臣が 指定した者(日本アイソトープ協 会)へ、その処理を委託できる。

	(則第 30 条の 14 の 2 参照)

### 常勤医師等の取扱いについて

- 1. 一日平均患者数の計算における診療日数
- (1)入院患者数
  - ア 通常の年は、365日である。
  - イ 病院に休止した期間がある場合は、その期間を除く。
- (2) 外来患者数
  - ア 実外来診療日数(各科別の年間の外来診療日数で除すのではなく、病院の実外 来診療日数で除すこと。)
  - イ 土曜・日曜日なども通常の外来診療体制をとっている場合及び救急の輪番日な どにより外来の応需体制をとっている場合は、当該診療日数に加える。
  - ウ 病院に定期的な休診日がある場合は、その日数を除く。
  - エ イに掲げる体制をとっていない場合で、臨時に患者を診察する場合は、診療日 数に加えない。

### 2. 標準数の算定に当たっての特例

算定期間内に病床数の増減があった病院については、医療法第25条第1項に基づく立入検査の直近3カ月の患者数で算定するものとする。

ただし、変更後3ヵ月を経過していない場合は、通常のとおりとする。

- ※ 医療法施行規則は、前年度平均としているが、医療法第25条第1項に基づく 立入検査の目的から、検査日以降の診療体制についても担保する必要があるため の特例措置である。
- 3. 常勤医師の定義と長期休暇者等の取扱い
- (1) 常勤医師とは、原則として病院で定めた医師の勤務時間の全てを勤務する者をいう。
  - ア病院で定めた医師の勤務時間は、就業規則などで確認すること。
  - イ 通常の休暇、出張、外勤などがあっても、全てを勤務する医師に該当するのは 当然である。
- (2)病院で定めた医師の1週間の勤務時間が、32時間未満の場合は、32時間以上 勤務している医師を常勤医師とし、その他は非常勤医師として常勤換算する。
- (3)検査日現在、当該病院に勤務していない者で、長期にわたって勤務していない者 (3カ月を超える者。予定者を含む。)については、理由の如何を問わず医師数の 算定には加えない。
- (4) (3) にかかわらず、労働基準法(昭和22年法律第49号。以下「労働基準法」という。)で取得が認められている産前・産後休業(産前6週間・産後8週間・計14週間)並びに育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉

に関する法律(平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。)等で取得が認められている育児休業及び介護休業を取得している者については、長期にわたって勤務していない者には該当しない取扱いとする。ただし、当該取扱いを受ける医師を除いた他の医師の員数が3人(医療法施行規則第49条の適用を受けた病院にあっては2人)を下回る場合には、当該取扱いは認められないこと。

- (5) 当該医師が労働基準法及び育児・介護休業法等(以下「労働基準法等」という。)で定める期間以上に産前・産後休業、育児休業及び介護休業(以下「産前・産後休業等」という。)を取得する場合には、取得する(予定を含む。)休業期間から労働基準法等で取得が認められている産前・産後休業等の期間を除いた期間が3ヵ月を超えるときに、長期にわたって勤務していない者に該当するものとする。
- (6) 育児・介護休業法の規定に基づき所定労働時間の短縮措置が講じられている医師については、当該短縮措置が講じられている期間中(要介護状態にある対象家族を介護する医師にあっては、同法第23条第3項に規定する連続する93日の期間に限る。)、短縮措置が講じられる前の所定労働時間を勤務している者として取り扱う。ただし、当該取扱いを受ける医師の実際の勤務時間に基づき常勤換算した員数と当該取扱いを受ける医師を除いた他の医師の員数を合算した員数が3人(医療法施行規則第49条の適用を受けた病院にあっては2人)を下回る場合には、当該取扱いは認められないこと。
- (7) 当該医師が育児・介護休業法で定める期間(要介護状態にある対象家族を介護する医師にあっては、同法第23条第3項に規定する連続する93日の期間とする。以下同じ。)以上に所定労働時間の短縮措置を講じられている場合には、当該短縮措置の期間から同法で取得が認められている短縮措置の期間を除いた期間が3カ月を超えるときに、短縮措置が講じられる前の所定労働時間を勤務している者として取り扱わないものとする。

### 4. 非常勤医師の常勤換算

(1)原則として、非常勤医師については、1週間の当該病院の医師の通常の勤務時間により換算して計算するものとする。ただし、1週間の当該病院の医師の通常の勤務時間が32時間未満と定められている場合は、換算する分母は32時間とする。なお、非常勤医師の勤務時間が1週間サイクルでない場合は、所要の調整を行うこと。

(例) 月1回のみの勤務サイクルである場合には1/4を乗ずること。

- (2) 当直に当たる非常勤医師についての換算する分母は、病院で定めた医師の1週間の勤務時間の2倍とする。
  - ア 当直医師とは、外来診療を行っていない時間帯に入院患者の病状の急変等に対処するため病院内に拘束され待機している医師をいう。
  - イ オンコールなど (病院外に出ることを前提としているもの) であっても、呼び

出されることが常態化している場合であって、そのことを証明する書類(出勤簿等)が病院で整理されている場合は、その勤務時間を換算する。

- ウ 病院で定めた医師の1週間の勤務時間が32時間未満の場合、当該病院の当直 時の常勤換算する分母は、64時間とする。
- (3) 当直医師の換算後の数は、そのまま医師数に計上すること。
- (4)病院によっては、夕方から翌日の外来診療開始時間までの間で、交代制勤務などにより通常と同様の診療体制をとっている場合もあるが、その時間にその体制に加わって勤務する非常勤医師の換算は、(1)と同様の扱いとする。

なお、「通常と同様の診療体制をとっている場合」とは、夜間の外来診療や救命 救急センターのほか、二次救急医療機関、救急告示病院、精神科病院等において外 来の応需体制をとっている場合とするが、具体的には、日中の診療時間帯に稼働し ている全部署(医師をはじめ薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、看護師等) の従業者の配置まで求めるものではなく、夜間の入院患者の対応に支障を来さない 形で外来の救急患者に対応できるよう従業者を配置するものであること。

5. 医師数を算定する場合の端数処理

医療法第25条第1項に基づく立入検査における病院の医師の員数を算定する際の 端数の取扱いについては、次のとおりとする。

- (1)病院に置くべき医師の員数の標準の算定に当たっては、端数が生じる場合には、 そのままで算定する。
  - (例) 一般病床で患者数106人の場合

算定式: (106-52)÷16+3=6.375人

- (2) 病院における医師の員数の算定に当たっては、端数が生じる場合には、そのままで算定する。
- (3) (2) において非常勤医師が複数いる場合には、非常勤医師全員の1週間の勤務時間を積み上げた上で、当該病院の医師の通常の勤務時間により換算して計算するものとする。

その際、1週間の勤務時間が当該病院の医師の通常の勤務時間を超える非常勤医師がある場合には、その者は当該病院の医師の通常の勤務時間を勤務しているものとして計算するものとする。

また、非常勤医師の勤務時間が1ヶ月単位で定められている場合には、1ヶ月の 勤務時間を4で除して得た数を1週間の勤務時間として換算するものとする。

(例) 常勤医師…5名 (週36時間勤務)

非常勤医師… (週 36 時間勤務により常勤換算)

A 医師週 5. 5 時間B 医師週 8 時間C 医師週 16 時間D 医師週 20 時間

A+B+C+D=49.5時間 49.5時間/36時間=1.375

実人員:5+1.375=6.375人

### 6. 他の従業者の取扱い

### (1) 準用

医師以外の従業者の員数等の算定に当たっては、上記1から4まで(3 (4) ただし書及び(6) ただし書を除く)を準用する。

なお、常勤換算に当たっては、通常の勤務か当直勤務かにより取扱いが異なっている。例えば、看護師などで三交代制等の場合の夜勤の常勤換算の分母は、病院で定めた1週間の勤務時間となるが、当直の場合の常勤換算の分母は、病院で定めた1週間の勤務時間の2倍となる。

(2) 従業者数を算定する場合の端数処理

医療法第25条第1項に基づく立入検査においてその員数を算定する際の端数の 取扱いについては、次のとおりとする。

- 1)標準数は、個々の計算過程において小数点第2位を切り捨て、最終計算結果の 小数点第1位を切り上げ、整数とする。
- 2) 従事者数は、小数点第2位を切り捨て、小数点第1位までとする。
- 3) 非常勤の他の従業者が複数いる場合、上記換算する際の端数処理は、個人毎に行うのではなく非常勤の他の従業者全員の換算後の数値を積み上げた後行うこと。

ただし、1人の従業者について換算後の数値が1を超える場合は、1とする。

(例) A:0. 04···、B:0. 19···、C:1. 05→1 A+B+C=1. 23··· → 1. 2

### 7 施行期日

上記の取扱いについては、平成24年4月1日から適用する。

ただし、産前・産後休業、育児休業、介護休業及び所定労働時間の短縮に係る医師等 従業者の員数の算定については、適切な医療の提供体制を確保する観点から、必要に応 じて見直すこととする。

# 特定の承認、指定等を受けている病院一覧

## 〇特定機能病院(医療法第4条の2)

No.	病院名	所在地	備考
	該当なし		

## 〇地域医療支援病院(医療法第4条)

No.	病院名	所在地	備考
1	独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター	高崎市高松町36	
2	医療法人社団日高会日高病院	高崎市中尾町886	

## ○基幹型臨床研修病院(医師法第16条の2)

No	0.	病院名	所在地	備考
-	1	独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター	高崎市高松町36	管理型
4	2	医療法人社団日高会日高病院	高崎市中尾町886	管理型

## 〇協力型臨床研修病院(医師法第16条の2)

No.	病院名	所在地	備考
1	医療法人山崎会サンピエール病院	高崎市上佐野町786-7	
2	産婦人科舘出張佐藤病院	高崎市若松町96	
3	群馬病院	高崎市稲荷台町136	
4	関越中央病院	高崎市北原町71	
5	高崎中央病院	高崎市高関町498-1	

## ○事故報告病院等(医療法施行規則第9条の20の2、第11条)

No.	病院名	所在地	備考
1	独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター	高崎市高松町36	

## 第3表 病院自主点検表(1/2)

病院名	3						連絡先 電話番号	_	-	
記入担当 所属·氏名		所属:		氏名:			連絡先 メールアドレス	E-mail:		
項目番号 大中	── 目 王 点 樺 事 坦								評価	
1		療従事	者							
1 1	_	師数	(h) - hb + 1 2 Wh 1	屋に対象によって	\7.L\					7
			標準数	医師が確保されて	, 'るか。 現在数()	現員数)		\		
		医 師 —	(法定必要人員)	常勤	非常	勤	計	過不足数	充足率	
		L	A 人	B 人	延べ人数 C	換算後 D		F=E-A F 0.00000 人	G=E/A G #DIV/0! %	
				Λ,	7.1		0.00000 /(	0.00000 )(	11211701 70	
1 2		科医師 串去数		歯科医師が確保さ	わているか					
		歯	標準数	M-12DW REAC	現在数(	現員数)		過不足数	充足率	, ,
		科 医	(法定必要人員)	常勤	非常		計			
		師	A 人	B 人	延べ人数 C 人		E=B+D E 0.00000 人	F=E-A F 0.00000 人	G=E/A G #DIV/0! %	
1 0	4				•		•			
1 3	_	<b>剤師数</b> <ul> <li>患者数</li> </ul>		薬剤師が確保され	ているか。					
	]	薬	標準数		現在数(			過不足数	充足率	
		剤師	(法定必要人員)	常勤	非常延べ人数 C	数 数算後 D	計 E=B+D E	F=E-A F		
		121	A 人	人	上へ八数 し	投昇後 し	0.0 人	0.0 人	G=E/A G #DIV/0! %	
						/#	*			
		1 1 19	医師数			備	考			
			科医師数							
1 4		護師数	<b>遂利師数</b>							
		息 患者数	数に対応した数の	看護師(准看護師						[ ]
				児歯科又は歯科口原 病院で「特定介護療						
				病院: 当分の間、精神					,	
		看	標準数		現在数(			過不足数	充足率	
		護師	(法定必要人員)	常勤	非常延べ人数 C	数 数算後 D	計 E=B+D E	F=E-A F	G=E/A G	
			人	人	人	人	+	0.0 人	#DIV/0! %	
1 5	4	護補助	<b>老粉</b>							
1 5				前助者が確保されて	いるか。					[ ]
				看護師又は准看護師						
		看	標準数	病院で「特定介護療 <u>」</u>	度型医療施設]文は 現在数(3		6油出をした病院・			
		護補助	(法定必要人員)	常勤	非常		計	過不足数	充足率	
		者	A	В	延べ人数 C	換算後 D	E=B+D E 0.0 人	F=E-A F 0.0 人	G=E/A G #DIV/0! %	
			人	, ,	八		0.0 人	0.0 人	#D1V/0: /0	
1 6	-	管理)栄		)栄養士が確保され	ナハフム					7
				Aで受工が確保され 合の定めにより管理		があることに注意。				
		栄	標準数	Str. dist	現在数(	7 47 17 17		過不足数	充足率	
		養士	(法定必要人員)	常勤	非常 延べ人数 C	数 数算後 D	計 E=B+D E	F=E-A F	G=E/A G	
			人	人	人	人		0.0 人	#DIV/0! %	
		※(再	掲)管理栄養士	25 #L	- 보	÷ #4		1	_	
			理	常勤	非常延べ人数 C	き 勤 	計 E=B+D E			
			養士	人	人	人	0.0 人			
		4 %	護師数			備	考			
		l 5 <b>1</b>	護補助者数							
	1	l 6 (	管理)栄養士数							
1 7	助	産師								
	(	-		患者に対応する看護		として助産師が確	保されているか。			[ ]
				を有する病院の該当 は産科の入院患者						
		助	標準数		現在数(			過不足数	充足率	
		産師	(法定必要人員)	常 勤 B	延べ人数	非 常 勤 換算後 C	計 D=B+C	E=D-A	F=D/A	
			人	人	ルハ奴 人	投昇後 し		0.0 人	#DIV/0! %	
I						<del></del>				

			備考		
	1 7 助産師数	<b>收</b>			
					$\perp$
l	就業規則				
		一週間の勤務時間	標準の勤務時間	うち休憩時間	
	医師				
	歯科医師	Ti I			
	(医師等	当直)			
	薬剤師				
	看護師				
	看護補助	力者			
	栄養士				
	助産師				
		例:「40時間」	例:「月~金:9:00~18:00」	例:「12:00~13:00」	

### 第3表 病院自主点検表(2/2)

病院名		連絡先 電話番号	
記入担当者 所属·氏名	所属: 氏名:	連絡先 メールアドレス	E-mail:
項目番号 大 中 小	自主点検事項①	評価	自主点検事項②
1	医療従事者		
1 1 (1 1)	◆資格の確認> ① 採用時:氏名、登録番号及び登録年月日を確認しているか。 ※免許証原本、医師資格証(日本医師会)、医師等資格確認検索(厚生労働省)) ② 登録事項変更時:籍訂正が行われていることを確認しているか。		
2 2 1	© エヌマデザス文 欠回・相印 エバコ 1,0/4 いしゃ かこし さ 世 BOO し てゃ かか。 管理 < 医療法の手続>		
	医療法の使用許可		
	① 構造設備の使用許可を受けているか。	[ ]	
2 1 2	医療法届出事項の変更 ① 届出事項を変更した場合、届出を行っているか。		
2 1 3	医療法許可事項の変更 ① 許可事項を変更しようとする場合、事前に変更許可を受けているか。		
2 1 4	地域医療支援病院、特定機能病院、臨床研究中核病院の承認	1	
	① 地域医療支援病院のみ 定められた事項を有し承認を得ているか。	[ ]	
	② 特定機能病院のみ 定められた事項を有し承認を得ているか。 ③ 臨床研究中核病院のみ 定められた事項を有し承認を得ているか。		
2 1 5	診療用放射線装置の届出		
2 1 6	① 装置等の設置、変更又は廃止の届出を行っているか。 麻酔科標榜に係る手続き		
	① 麻酔科の標榜に当たっては、必要な許可を受けているか。	[ ]	
2 2 2	<b>&lt;患者入院状況&gt;</b>   病室の定員遵守		①病床利用率
4 4 1	所至の定員達す  ① 定員を超えた患者が入院していないか。	[ ]	A/F/E 0/ + 4/F/E 0/
2 2 2	病室以外の患者入院	,	
2 2 3	① 病室以外の場所に患者を入院させていないか。 精神病・感染症患者の一般病室への入院		
	① 精神病患者又は感染症患者をそれぞれの病室以外の場所に入院させていないか。	[ ]	
2 2 4	病毒感染の危険のある患者の感染防止		
	① 病毒感染の危険のある患者からの感染を防止するために適当な措置をしてい るか。		
2 2 5	装置、器具、同位元素治療患者の放射線治療室以外入院防止		
	<ul><li>① 診療用放射線照射装置、照射器具又は診療用放射性同位元素で治療中の患者を放射線治療室以外の病室に入院させていないか。</li></ul>	[ ]	
2 2 6	放射線治療病室への他の患者の入院防止 ① 上記「2 2 5」に該当する患者以外の患者が入院していないか。	[ ]	
2 3	<新生児の管理>	1	
	※産科又は産婦人科を標榜する病院が該当 ※厚生労働省HP「小児・周産期医療について」を参照		
2 3 1	無痛分娩取扱医療機関		
	① 無痛分娩を提供している場合、安全な無痛分娩を提供するために必要な診療体制を確保しているか。		
2 3 2	② 無痛分娩の診療体制等に関する情報をHP等で公開しているか。 管理及び看護体制		
2 5 2	① 適当な看護要員を配置し、責任体制が確立されているか。	[ ]	
	② 新生児及び母親の識別は適切に行われているか。 ③ 新生児室における誘拐防止対策が適切か。		
	③ 新生児至における誘拐防止対策が適切か。 ④ 母子同室における誘拐防止対策が適切か。		
2 3 3	避難体制	,	
	(U) 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か。		
0	② 避難に必要な器具が備えられているか。	[ ]	
2 4 1	<b>&lt;医師の宿直&gt;</b> ① 医師の宿直体制は整っているか。	[ ]	
	※宿直簿等を作成することが望ましい。	-	
2 5 2 5 1	<b>&lt;医薬品の取扱い&gt;</b> 毒劇薬の区別と振発児等		
2 0 I	毒劇薬の区別と施錠保管 ① 毒劇薬が他の物と区別して貯蔵又は陳列されているか。	[ ]	
	② 毒薬を貯蔵し、又は陳列する場所が施錠されているか。	[ ]	
	③ 毒薬の受払簿を作成し、定期的に数量を確認する等適正に保管管理している か。		
2 5 2	毒劇薬の表示	_	
	① 毒薬及び劇薬に適切な表示がされているか。 ※「毒薬」は、その直接の容器又は被包に、黒地に白枠白字をもってその品名及		
	※「毎集」は、ての直接の谷器又は飲己に、無地に日梓日子をもってその品名及び「毒」の字を記載する。		
	※「劇薬」は、その直接の容器又は被包に、白地に赤枠赤字をもってその品名及び「劇」の字を記載する。		
	その他の医薬品の管理		
(1)	医薬品管理一般 ① 医薬品を他の物と区別して保管しているか。	7	
	① 医薬品を他の物と区別して保管しているか。 ② 医薬品及びその容器の清潔保持が図られているか。		
	③ 薬品庫や調剤室は、適正な温度管理を行っているか。		

			④ 医薬品の数量、使用期限等の確認をしているか。また必要に応じて、施錠管理 等、盗難・紛失防止の対策をとっているか。		
			⑤ 医薬品の使用前に容器やふたの損壊や異物混入がないかダブルチェックなどにより確認をしているか。		
			<ul><li>③ 常に最新の医薬品情報を収集し、適切に管理し、各職種に迅速に周知でき、周知状況の確認が行える体制を整備しているか。</li></ul>		
			<ul><li>① (払い出し時)注射薬の混合調製を行う場合は、定められた環境、手順を遵守する とともに、処方せん・ラベル・注射薬の照合をダブルチェックなどにより確実に行い、</li></ul>		
		(0)	調製後は原則として速やかに使用しているか。		
		(2)	麻薬  ① 麻薬以外の医薬品(覚醒剤を除く。)と区別し、鍵をかけた堅固な設備内(床面も しくは大きな家具等にポルト等で固定した麻薬専用の金庫又は重量金庫)に貯 蔵しているか。	[ ]	
			<ul> <li>② 麻薬取扱者免許証を所持した麻薬施用者または麻薬管理者がいるか。</li> <li>③ 麻薬取扱者免許証に、記載事項変更の届出をすべき事実はないか。</li> <li>④ 法律で認められた者以外の者から譲り受けていないか。</li> <li>⑤ 容器等に「(麻)」(※○の中に麻)等適正な表示をしているか。</li> <li>⑥ 譲受の際、譲受証を事前又は同時に交付し、譲渡証を2年間保存しているか。</li> <li>⑦ 麻薬を記載した処方せんを交付する時は、必要事項を記載しているか。</li> <li>③ 麻薬の廃棄は適切に行われているか。</li> <li>⑨ 滅失、盗取、所在不明、その他の事故の際は、速やかに届出しているか。</li> <li>⑩ 麻薬管理者は、麻薬診療施設に必要事項を記載した帳簿を備え2年間保存しているか。</li> <li>⑪ 麻薬注射剤について、複数日(複数日)分を処方していないか。</li> </ul>		
		(3)	また、残液について、適正な取扱をしているか。 向精神薬 ① 法律で認められた者以外の者から譲り受けていないか。また、患者等以外に譲		
			渡していないか。	,	
			<ul><li>② 保管場所もしくは部屋全体に施錠できる状態で保管・管理をしているか。</li><li>③ 容器等に「(向)」(※○の中に向)等適正な表示をしているか。</li><li>④ 1種及び2種の向精神薬については譲渡、譲受、廃棄した品名及び数量並びにその年月日の記録を2年間保存しているか。</li></ul>		
			※譲渡、譲受の記録は購入伝票の保管で代用可(2年間保存)。 ⑤ 滅失、盗取、所在不明、その他の事故の際は、速やかに届出しているか。		
		(4)	覚醒剤原料 ① 譲受する際は、譲受証を交付し、譲渡証を2年間保存しているか。 ② 覚醒剤原料の廃棄は適切に行われているか。 ③ 覚醒剤原料を保管する場所は施錠されているか。 ④ 覚醒剤原料帳簿を備えており、記載品目と取扱品目が一致しているか。また、受払の都度記載があるか。		
		(5)	血液製剤	,	
		, - ,	血液製剤 ① 輸血・血液製剤の保管管理が適切に行われているか。 ② 必要事項を記録し、これを20年間保管する体制が整備されているか。 毒物及び劇物の管理及び取扱		①取扱いの有無(□有・□無)
		, - ,	① 輸血・血液製剤の保管管理が適切に行われているか。 ② 必要事項を記録し、これを20年間保管する体制が整備されているか。		保管場所:
		, - ,	① 輸血・血液製剤の保管管理が適切に行われているか。 ② 必要事項を記録し、これを20年間保管する体制が整備されているか。 毒物及び劇物の管理及び取扱 ① 毒物及び劇物は他のものと区別して、鍵のかかる保管庫に保管しているか。 ② 毒物及び劇物に適切な表示がされているか。 ※毒物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を表示するとともに、赤地に白色を		
		, - ,	① 輸血・血液製剤の保管管理が適切に行われているか。 ② 必要事項を記録し、これを20年間保管する体制が整備されているか。 毒物及び劇物の管理及び取扱 ① 毒物及び劇物は他のものと区別して、鍵のかかる保管庫に保管しているか。 ② 毒物及び劇物に適切な表示がされているか。		保管場所:  □薬剤部門保管庫 □検査部門保管庫  □用度部門保管庫
		, - ,	① 輸血・血液製剤の保管管理が適切に行われているか。 ② 必要事項を記録し、これを20年間保管する体制が整備されているか。 毒物及び劇物の管理及び取扱 ① 毒物及び劇物は他のものと区別して、鍵のかかる保管庫に保管しているか。 ② 毒物及び劇物に適切な表示がされているか。 ※毒物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を表示するとともに、赤地に白色をもって「毒物」の文字を表示する。 ※劇物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を記載するとともに、白地に赤色を		保管場所:  □薬剤部門保管庫 □検査部門保管庫  □用度部門保管庫
		(6)	<ul> <li>① 輸血・血液製剤の保管管理が適切に行われているか。</li> <li>② 必要事項を記録し、これを20年間保管する体制が整備されているか。 毒物及び劇物の管理及び取扱</li> <li>① 毒物及び劇物は他のものと区別して、鍵のかかる保管庫に保管しているか。</li> <li>② 毒物及び劇物に適切な表示がされているか。</li> <li>※毒物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を表示するとともに、赤地に白色をもって「毒物」の文字を表示する。</li> <li>※劇物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を記載するとともに、白地に赤色をもって「劇物」の文字を表示する。</li> <li>③ 毒物及び劇物を陳列、保管する場所には、「医薬用外毒物」、「医薬用外劇物」の文字を表示しているか。</li> <li>④ 不要になった毒物及び劇物は適切に廃棄処分しているか。</li> <li>⑤ 毒物劇物管理簿を作成し、毒物劇物の使用量や残量を把握しているか。</li> <li>⑥ 毒物劇物管理簿を作成し、毒物劇物の使用量や残量を把握しているか。</li> <li>⑥ 毒物劇物を害防止規定が作成されているか。</li> <li>※盗難等防止規定を含む内容とすること。</li> </ul>	[ ]	保管場所:  □薬剤部門保管庫 □検査部門保管庫  □用度部門保管庫
2	5	(6)	① 輸血・血液製剤の保管管理が適切に行われているか。 ② 必要事項を記録し、これを20年間保管する体制が整備されているか。 毒物及び劇物の管理及び取扱 ① 毒物及び劇物は他のものと区別して、鍵のかかる保管庫に保管しているか。 ② 毒物及び劇物に適切な表示がされているか。 ※毒物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を表示するとともに、赤地に白色をもって「毒物」の文字を表示する。 ※劇物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を記載するとともに、白地に赤色をもって「劇物」の文字を表示する。 ③ 毒物及び劇物を陳列、保管する場所には、「医薬用外毒物」、「医薬用外劇物」の文字を表示しているか。 ④ 不要になった毒物及び劇物は適切に廃棄処分しているか。 ⑤ 毒物劇物管理簿を作成し、毒物劇物の使用量や残量を把握しているか。 ※盗難等防止規定が作成されているか。 ※盗難等防止規定を含む内容とすること。 調剤所の衛生と防火管理		保管場所:  □薬剤部門保管庫 □検査部門保管庫  □用度部門保管庫
2	5	(6)	<ul> <li>① 輸血・血液製剤の保管管理が適切に行われているか。</li> <li>② 必要事項を記録し、これを20年間保管する体制が整備されているか。 毒物及び劇物の管理及び取扱</li> <li>① 毒物及び劇物は他のものと区別して、鍵のかかる保管庫に保管しているか。</li> <li>② 毒物及び劇物に適切な表示がされているか。</li> <li>※毒物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を表示するとともに、赤地に白色をもって「毒物」の文字を表示する。</li> <li>※劇物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を記載するとともに、白地に赤色をもって「劇物」の文字を表示する。</li> <li>③ 毒物及び劇物を陳列、保管する場所には、「医薬用外毒物」、「医薬用外劇物」の文字を表示しているか。</li> <li>④ 不要になった毒物及び劇物は適切に廃棄処分しているか。</li> <li>⑤ 毒物劇物管理簿を作成し、毒物劇物の使用量や残量を把握しているか。</li> <li>⑥ 毒物劇物管理簿を作成し、毒物劇物の使用量や残量を把握しているか。</li> <li>⑥ 毒物劇物を害防止規定が作成されているか。</li> <li>※盗難等防止規定を含む内容とすること。</li> </ul>		保管場所:  □薬剤部門保管庫 □検査部門保管庫  □用度部門保管庫
2	5	(6)	<ul> <li>① 輸血・血液製剤の保管管理が適切に行われているか。</li> <li>② 必要事項を記録し、これを20年間保管する体制が整備されているか。 毒物及び劇物の管理及び取扱</li> <li>① 毒物及び劇物は他のものと区別して、鍵のかかる保管庫に保管しているか。</li> <li>② 毒物及び劇物に適切な表示がされているか。</li> <li>※毒物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を表示するとともに、赤地に白色をもって「毒物」の文字を表示する。</li> <li>※劇物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を記載するとともに、白地に赤色をもって「劇物」の文字を表示する。</li> <li>③ 毒物及び劇物を陳列、保管する場所には、「医薬用外毒物」、「医薬用外劇物」の文字を表示しているか。</li> <li>④ 不要になった毒物及び劇物は適切に廃棄処分しているか。</li> <li>⑤ 毒物劇物管理簿を作成し、毒物劇物の使用量や残量を把握しているか。</li> <li>⑥ 毒物劇物管理簿を作成し、毒物劇物の使用量や残量を把握しているか。</li> <li>※盗難等防止規定が作成されているか。</li> <li>※盗難等防止規定を含む内容とすること。</li> <li>調剤所について、衛生上、防火上適切な配慮がされているか。</li> <li>② 引火のおそれのある薬品等(アルコール類、エーテル類、ベンゼン、クロロホルム等)は不燃物の保管庫に保管するか、火気使用箇所(ストーブなど)と離して保</li> </ul>		保管場所: □薬剤部門保管庫 □検査部門保管庫 □用度部門保管庫 □その他(
2	5	(6)	① 輸血・血液製剤の保管管理が適切に行われているか。 ② 必要事項を記録し、これを20年間保管する体制が整備されているか。 毒物及び劇物の管理及び取扱 ① 毒物及び劇物は他のものと区別して、鍵のかかる保管庫に保管しているか。 ② 毒物及び劇物に適切な表示がされているか。 ※毒物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を表示するとともに、赤地に白色をもって「毒物」の文字を表示する。 ※劇物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を記載するとともに、白地に赤色をもって「劇物」の文字を表示する。 ③ 毒物及び劇物を陳列、保管する場所には、「医薬用外毒物」、「医薬用外劇物」の文字を表示しているか。 ④ 不要になった毒物及び劇物は適切に廃棄処分しているか。 ⑤ 毒物劇物管理簿を作成し、毒物劇物の使用量や残量を把握しているか。 ⑤ 毒物劇物管理簿を作成し、毒物劇物の使用量や残量を把握しているか。 ② 書物劇物管理等を作成し、毒物劇物の使用量で残量を把握しているか。 ② 計解制度と防火管理 ① 調剤所について、衛生上、防火上適切な配慮がされているか。 ② 引火のおそれのある薬品等(アルコール類、エーテル類、ベンゼン、クロロホルム等)は不燃物の保管庫に保管するが、火気使用箇所(ストーブなど)と離して保管しているなど、適正に保管されているか。 ② 高温・多湿にならないよう管理しているか。 ② 清温・多湿にならないよう管理しているか。 ② 調剤所の構造設備は要件を満たしているか。 処方せんの取扱い ① 医師又は歯科医師は、患者に交付する処方せんに、患者の氏名、年齢、薬名、分量・用法、用量、発行年月日、使用期間及び医療機関の名称及び所在地又は医		保管場所: □薬剤部門保管庫 □検査部門保管庫 □用度部門保管庫 □その他(
		(6)	<ul> <li>① 輸血・血液製剤の保管管理が適切に行われているか。</li> <li>② 必要事項を記録し、これを20年間保管する体制が整備されているか。 毒物及び劇物の管理及び取扱</li> <li>① 毒物及び劇物は他のものと区別して、鍵のかかる保管庫に保管しているか。</li> <li>② 毒物及び劇物に適切な表示がされているか。 ※毒物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を表示するとともに、赤地に白色をもって「毒物」の文字を表示する。</li> <li>※劇物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を記載するとともに、白地に赤色をもって「劇物」の文字を表示する。</li> <li>③ 毒物及び劇物を陳列、保管する場所には、「医薬用外毒物」、「医薬用外劇物」の文字を表示しているか。</li> <li>④ 不要になった毒物及び劇物は適切に廃棄処分しているか。</li> <li>⑤ 毒物劇物管理簿を作成し、毒物劇物の使用量や残量を把握しているか。</li> <li>⑥ 毒物劇物管理簿を作成し、毒物劇物の使用量や残量を把握しているか。</li> <li>② 青物劇物管理簿を作成されているか。</li> <li>※ 盗難等防止規定を含む内容とすること。</li> <li>調剤所について、衛生上、防火上適切な配慮がされているか。</li> <li>② 引火のおそれのある薬品等(アルコール類、エーテル類、ベンゼン、クロロホルム等)は不燃物の保管庫に保管されているか。</li> <li>② 引火のおそれのある薬品等(アルコール類、エーテル類、ベンゼン、クロロホルム等)は不燃物の保管庫に保管されているか。</li> <li>③ 高温・多湿にならないよう管理しているか。</li> <li>④ 調剤所の構造設備は要件を満たしているか。</li> <li>① 医師又は歯科医師は、患者に交付する処方せんに、患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行年月日、使用期間及び医療機関の名称及び所在地又は医師又は歯科医師の住所を記載し、記名押印又は署名(フルネームで記載する)しているか。</li> </ul>		保管場所: □薬剤部門保管庫 □検査部門保管庫 □用度部門保管庫 □その他(
		(6)	<ul> <li>① 輸血・血液製剤の保管管理が適切に行われているか。</li> <li>② 必要事項を記録し、これを20年間保管する体制が整備されているか。</li> <li>毒物及び劇物の管理及び取扱</li> <li>毒物及び劇物は他のものと区別して、鍵のかかる保管庫に保管しているか。</li> <li>② 毒物及び劇物に適切な表示がされているか。</li> <li>※毒物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を表示するとともに、赤地に白色をもって「毒物」の文字を表示する。</li> <li>※劇物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を記載するとともに、白地に赤色をもって「劇物」の文字を表示する。</li> <li>③ 毒物及び劇物を陳列、保管する場所には、「医薬用外毒物」、「医薬用外劇物」の文字を表示しているか。</li> <li>④ 不要になった毒物及び劇物は適切に廃棄処分しているか。</li> <li>⑤ 毒物劇物管理障を作成し、毒物劇物の使用量や残量を把握しているか。</li> <li>※盗難等防止規定を含む内容とすること。</li> <li>調剤所について、衛生上、防火上適切な配慮がされているか。</li> <li>② 引火のおそれのある薬品等(アルコール類、エーテル類、ベンゼン、クロロホルム等)は不燃物の保管庫に保管するか、火気使用箇所(ストーブなど)と離して保管しているなど、適正に保管されているか。</li> <li>③ 高温・多湿にならないよう管理しているか。</li> <li>③ 高温・多湿にならないよう管理しているか。</li> <li>④ 調剤所の構造設備は要件を満たしているか。</li> <li>④ 調剤所の構造設備は要件を満たしているか。</li> <li>② 薬剤にならないよう管理しているか。</li> <li>④ 医師又は歯科医師は、患者に交付する処方せんに、患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行年月日、使用期間及び医療機関の名称及び所在地又は医師又は歯科医師の住所を記載し、記名押印又は署名(フルネームで記載する)しているか。</li> <li>② 薬剤師は、処方せんに調剤済みの旨、調剤年月日、その他規則で定める事項を記入し、記名押印又は署名しているか。</li> </ul>		保管場所: □薬剤部門保管庫 □検査部門保管庫 □用度部門保管庫 □その他(
		(6)	<ul> <li>動血・血液製剤の保管管理が適切に行われているか。</li> <li>② 必要事項を記録し、これを20年間保管する体制が整備されているか。 毒物及び劇物の管理及び取扱</li> <li>毒物及び劇物は他のものと区別して、鍵のかかる保管庫に保管しているか。</li> <li>毒物及び劇物に適切な表示がされているか。</li> <li>※毒物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を表示するとともに、赤地に白色をもって「毒物」の文字を表示する。</li> <li>※劇物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を記載するとともに、白地に赤色をもって「劇物」の文字を表示する。</li> <li>③ 毒物及び劇物を陳列、保管する場所には、「医薬用外毒物」、「医薬用外劇物」の文字を表示しているか。</li> <li>④ 不要になった毒物及び劇物は適切に廃棄処分しているか。</li> <li>⑤ 毒物劇物管理簿を作成し、毒物劇物の使用量や残量を把握しているか。</li> <li>⑥ 毒物劇物を售野」、上規定が作成されているか。</li> <li>② 毒物劇物を害防止規定を含む内容とすること。</li> <li>調剤所の衛生と防火管理</li> <li>① 調剤所について、衛生上、防火上適切な配慮がされているか。</li> <li>② 引火のおそれのある薬品等(アルコール類、エーテル類、ベンゼン、クロロホルム等)は不燃物の保管庫に保管さるか、火気使用箇所(ストーブなど)と離して保管しているなど、適正に保管されているか。</li> <li>③ 高温・多湿にならないよう管理しているか。</li> <li>④ 調剤所の構造設備は要件を満たしているか。</li> <li>④ 調剤所の構造設備は要件を満たしているか。</li> <li>② 薬剤の機関の生所を記載し、記名押印又は署名(フルネームで記載する)しているか。</li> <li>② 薬剤師は、処方せんに調剤済みの旨、調剤年月日、その他規則で定める事項を記入し、記名押印又は署名しているか。</li> <li>② 薬剤師は、処方せんの疑問点を医師又は歯科医師に確認した後に調剤しているか。</li> <li>③ 薬剤師は、処方せんの疑問点を医師又は歯科医師に確認した後に調剤しているか。</li> </ul>		保管場所: □薬剤部門保管庫 □検査部門保管庫 □用度部門保管庫 □その他(
		(6)	<ul> <li>① 輸血・血液製剤の保管管理が適切に行われているか。</li> <li>② 必要事項を記録し、これを20年間保管する体制が整備されているか。 毒物及び劇物の管理及び取扱</li> <li>① 毒物及び劇物は他のものと区別して、鍵のかかる保管庫に保管しているか。</li> <li>② 毒物及び劇物に適切な表示がされているか。 ※毒物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を表示するとともに、赤地に白色をもって「毒物」の文字を表示する。 ※劇物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を記載するとともに、白地に赤色をもって「劇物」の文字を表示する。</li> <li>③ 毒物及び劇物を陳列、保管する場所には、「医薬用外毒物」、「医薬用外劇物」の文字を表示しているか。 文字を表示しているか。</li> <li>④ 不要になった毒物及び劇物は適切に廃棄処分しているか。</li> <li>⑤ 毒物劇物管理簿を作成し、毒物劇物の使用量や残量を把握しているか。</li> <li>⑥ 毒物劇物管理簿を作成し、毒物劇物の使用量や残量を把握しているか。</li> <li>※盗難等防止規定を含む内容とすること。 調剤所の衛生と防火管理</li> <li>① 訓剤所について、衛生上、防火上適切な配慮がされているか。</li> <li>② 引火のおそれのある薬品等(アルコール類、エーテル類、ベンゼン、クロロホルム等)は不燃物の保管庫に保管するか、火気使用箇所(ストーブなど)と離して保管しているなど、適正に保管されているか。</li> <li>③ 高温・多湿にならないよう管理しているか。</li> <li>④ 調剤所の構造設備は要件を満たしているか。</li> <li>④ 調剤所の構造設備は要件を満たしているか。</li> <li>④ 調剤所の構造設備は要件を満たしているか。</li> <li>② 専選にならないよう管理しているか。</li> <li>④ 調剤所の構造設備は要件を満たしているか。</li> <li>② 専選にならないよう管理しているか。</li> <li>② 専選にならないよう管理しているか。</li> <li>② 専選にならないよう管理しているか。</li> <li>② 薬剤の食品は、患者に交付する処方せんに、患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行年月日、使用期間及び医療機関の名称及び所在地又は医師又は歯科医師の住所を記載し、記名押印又は署名(フルネームで記載する)しているか。</li> <li>② 薬剤師は、処方せんに調剤済みの旨、調剤年月日、その他規則で定める事項を記入し、記名押印又は署名(フルネームで記載する)しているか。</li> <li>② 薬剤師は、処方せんの疑問点を医師又は歯科医師に確認した後に調剤している</li> <li>③ 薬剤師は、処方せんの疑問点を医師又は歯科医師に確認した後に調剤している。</li> <li>③ 薬剤師は、処方せんの疑問点を医師又は歯科医師に確認した後に調剤している。</li> </ul>		保管場所: □薬剤部門保管庫 □検査部門保管庫 □用度部門保管庫 □その他(
		(6)	<ul> <li>① 輸血・血液製剤の保管管理が適切に行われているか。</li> <li>② 必要事項を記録し、これを20年間保管する体制が整備されているか。 毒物及び劇物の管理及び取扱</li> <li>① 毒物及び劇物は他のものと区別して、鍵のかかる保管庫に保管しているか。</li> <li>② 毒物及び劇物は他のものと区別して、鍵のかかる保管庫に保管しているか。</li> <li>② 毒物及び劇物に適切な表示がされているか。</li> <li>※毒物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を表示するとともに、赤地に白色をもって「毒物」の文字を表示する。</li> <li>※劇物は容器及び被包に「医薬用外」の文字を記載するとともに、白地に赤色をもって「劇物」の文字を表示する。</li> <li>③ 毒物及び劇物を陳列、保管する場所には、「医薬用外毒物」、「医薬用外劇物」の文字を表示しているか。</li> <li>④ 不要になった毒物及び劇物は適切に廃棄処分しているか。</li> <li>⑤ 毒物劇物管理簿を作成し、毒物劇物の使用量や残量を把握しているか。</li> <li>⑥ 毒物劇物危害防止規定が作成されているか。</li> <li>※ 高難等防止規定を含む内容とすること。</li> <li>調剤所の衛生と防火管理</li> <li>① 調剤所について、衛生上、防火上適切な配慮がされているか。</li> <li>② 引火のおそれのある薬品等(アルコール類、エーテル類、ベンゼン、クロロホルム等はは不燃物の保管庫に保管するか、火気使用箇所(ストーブなど)と離して保管しているなど、適正に保管されているか。</li> <li>③ 高温・多湿にならないよう管理しているか。</li> <li>④ 調剤所の構造設備は要件を満たしているか。</li> <li>④ 調剤所の構造設備は要件を満たしているか。</li> <li>② 薬剤師は、処方せんに調剤済みの旨、調剤年月日、その他規則で定める事項を記入し、記名押印又は署名しているか。</li> <li>② 薬剤師は、処方せんの疑問点を医師又は歯科医師に確認した後に調剤しているか。</li> <li>② 薬剤師は、処方せんの疑問点を医師又は歯科医師に確認した後に調剤している。</li> <li>④ 調剤した容器等に必要事項が記載されているか。</li> <li>※ 薬剤師は、処方せんの疑問点を医師又は歯科医師に確認した後に調剤している ※</li> <li>※ 薬剤師は、処方せんの疑問点を医師又は歯科医師でに確認した後に調剤している ※</li> <li>※ 薬剤師は、処方せんの疑問点を医師又は歯科医師では過料医師では過料医師では過料医師では過料医師では過剰を師えている ※</li> </ul>		保管場所: □薬剤部門保管庫 □検査部門保管庫 □用度部門保管庫 □その他(

			⑥ 調剤済み処方せんを2年間保管しているか。		
2	6		<医療機器等の清潔保持及び維持管理>		
2	6	1	医療機器及び看護用具の清潔保持(放射線管理区域等を含む) ① 医療機器及び看護用具は清潔に保たれているか。	[ ]	
			また、保守管理が十分に行われているか。	,	
2	6	2	病棟諸設備の清潔保持		
0			① 病棟における諸設備は清潔に保たれているか。 <b>&lt;給食業務の運営管理、關理機械・器具の清潔保持及び維持管理&gt;</b>		
2	7	1	< 桁度業務の運営管理、調理機械・器具の情操保持及び維持管理> 給食業務の運営管理		
	'	1	① 給食は医療の重要な部門の一つであるため、他部門と連携がとれる独立した組		
			織となっているか。		
			② 栄養管理委員会(給食会議、給食委員会)が設置されているか。		
			③ 特定給食施設、給食施設に必要な届出や報告を適切に行っているか。 ④ 大量調理施設衛生管理マニュアルに基づき運営されているか。		
			⑤ 食中毒等の緊急事態発生時に備えた危機管理体制が整備されているか。		
2	7				
		(1)	調理器具・容器等	,	
		(2)	① 調理器具、容器等は用途別に用意し、衛生的に管理されているか。 施設・設備		
		(2)	① 施設は隔壁等により、不潔な場所から完全に区分されているか。		
			② 便所、休憩室及び更衣室は隔壁により食品を取り扱う場所と区分されている	[ ]	
			か。	,	
			③ 鼠族昆虫対策を適切に行い、発生、駆除等の記録を保管しているか。 ④ 汚染作業区域と非汚染作業区域が明確に区分されているか。		
			⑤ 各作業区域の入口手前に手洗い設備、履き物の殺菌設備(履き物の交換が困	i i	
			難な場合に限る)が設置されているか。		
			⑥ 施設は十分な換気が行われ、高温多湿が避けられているか。 ② 旅歌の連想は 今ての会日が調理型型のなど完全に増出された後、第四に事故さ		
			<ul><li>一 施設の清掃は、全ての食品が調理場内から完全に搬出された後、適切に実施されているか。</li></ul>	1	
			⑧ 施設・設備は必要に応じて補修を行っているか。		
		(3)	従事者等(給食関係職員の検診等)		
			① 調理従事者等の健康調査が適切に実施されているか。 ※食品に接触する可能性のある者及び臨時職員を含む。		
			② 着用する外衣、帽子は毎日専用で清潔なものに交換されているか。	[ ]	
			③ 下処理から調理場への移動の際には外衣、履き物の交換(履き物の交換が困難		
			な場合には、履き物の殺菌)が行われているか。	,	
			④ 便所には、調理作業時に着用する外衣、帽子、履き物のまま入らないようにされているか。		
(2	8	3)	⑤ 給食関係職員全員の検便を月1回以上実施しているか。検査項目は適切か(赤		
			痢・サルモネラ菌・腸管出血性大腸菌の3項目)。		
			また、検診結果について必要なフォローを行っているか。		
		(4)	※必要に応じて、10月から3月にはノロウイルスの検査を含めるよう努める。 原材料の取扱い		
		(-/	① 原材料について納入業者等が定期的に実施する検査結果が確認されている		
			か。また、検査結果は1年間保管されているか。		
			② 原材料の納入に際しては調理従事者等が必ず立ち会い、検収場で原材料の品質、鮮度、品温(納入業者の温度管理の状況確認を含む)、異物の混入等につい		
			て点検が行われ、記録されているか。		
			③ 原材料の納入に際し、生鮮食品については、1回で使い切る量が調理当日に仕		
			入れられているか。 ④ 原材料は相互汚染防止のため分類ごとに区分し、原材料専用の保管設備に適	[ ]	
			切な温度で保管されているか。	,	
		/	⑤ 原材料が配達用包装のまま調理場や保管設備に持ち込まれていないか。		
		(5)	使用水、井戸水等の点検 ① 使用水は食品製造用水を用いているか。	7	
			② 色、濁り、臭い、異物のほか、貯水槽を設置している場合や井戸水等を使用する		
			場合は、遊離残留塩素が0.1mg/l以上であるか、始業前及び調理終了後に毎		
			日検査が行われているか。	,	
		(6)	③ 検査結果を記録し保管しているか。 調理等		
		(0)	① 非加熱調理食品について、衛生上適切な洗浄や殺菌が行われているか。		
			② 加熱調理食品は中心部分が十分加熱されているか。		
			③ 温度や時間等の必要な記録がされているか。		
			④ 配送過程があるものは保冷又は保温設備のある運搬車を用いる等、適切な温度管理が行われ、必要な時間及び温度の記録がされているか。	1	
			⑤ 調理後の食品は衛生的に管理され、2時間以内に喫食されているか。		
		(7)	廃棄物の取り扱い		
		(۵)	① 廃棄物は、容器及び取扱いにおいて衛生的な管理がされているか。 検食の保存		
		(0)	① 検食は、原材料及び調理済み食品を食品ごとに50g程度ずつ清潔な容器に密		
			封し、-20℃以下で2週間以上保存されているか。		
		(9)	栄養管理	,	
			① 喫食者の身体の状況、栄養状態、生活習慣等を定期的に把握し、これらに基づ	1	
			き食事の提供及びその品質管理を行うとともに、これらの評価を行っているか。		
			② 食事の献立は、身体の状況等のほか、利用者の日常の食事の摂取量、嗜好等に	[ ]	
			配慮して作成するよう努めているか。	,	
			③ 献立表の掲示並びに熱量及び主な栄養成分の表示等により、利用者に対して、 栄養に関する情報の提供を行っているか。		
			④ 献立表その他必要な帳簿等を適正に作成し、施設に備え付けているか。		

2	7	3	食事の提供		
-		-	① 業務委託はせず直営で調理・配膳を行っている場合、	[ ]	
l			食品衛生責任者を選任し、保健所に営業の届出をしているか。		
2	8		<職員の健康管理>		
2	8	1	定期健康診断の実施		
			① 雇い入れ時の健康診断を実施しているか。	[ ]	
			② 定期健康診断を実施しているか。	[ ]	
l			③ 夜勤者、放射線業務従事者等に対し、定期健康診断を実施しているか。		
			④ 非常勤職員について、健康診断結果を確認しているか。		
2	8	2	定期健康診断の結果についての適切な措置		
l			① 健康診断結果を速やかに本人に通知しているか。		
			また、検診結果について必要なフォローを行っているか。		
2	8	3	給食関係職員の検診等 ⇒ 「2 7 2」		
2	8	4	放射線関係職員の検診等 ⇒「(6 7 4)」		
2	8	5	産業医の選任、ストレスチェックの実施		
l			※常時50人以上の従事者を使用する病院が該当		
l			(50人未満の病院については努力義務)		
l			① 産業医が適切に選任され、法令に基づいた業務が実施されているか。		
			② ストレスチェック制度が実施され、適切に運用されているか。		
2	9		<医療の情報の提供>		
2	9	1	医療機能情報の公表(群馬県統合型医療機能情報システム、医療情報ネット)		
l			① 医療機関の有する医療機能情報を1年に1回以上、知事が定める日までに知事		
l			の定める方法で報告しているか。また、報告事項が病院において閲覧できるよう		
l			になっているか。		
l			② 医療機能情報のうち、医療法施行規則別表第一第一の項第一号に掲げる「基本		
l			情報」に変更があったときは、速やかに知事の定める方法で知事に報告している		
l			<i>λ</i> *。		
l			※医療法施行規則別表第一第一の項第一号に掲げる「基本情報」:		
l			(1)病院の名称、(2)病院の開設者、		
l			(3)病院の管理者、(4)病院の所在地、		
l			(5)病院の案内用の電話番号及びFAXの番号、(6)診療科目、		
l			(7)診療科目別の診療日、(8)診療科目別の診療時間、		
			(9)病床種別及び届出又は許可病床数		
2	9	2	個人情報の適切な取扱い(個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス)		①規定の有無(□有・□無)
l			① 個人情報保護に関する規定を整備し、職員・患者等に周知しているか。		[無の場合 設置予定 年 月頃]   規定の周知方法:
l			② 四 「韓却伊護に闘士?」ハか知識と左士?第四本、野叔本等とウム? フルタ	[ ]	<b>风足</b> 0月1月7日公
l			■ 個人情報保護に関する十分な知識を有する管理者、監督者等を定める、又は個 人情報保護の推進を図るための部署、若しくは委員会等を設置しているか。		②責任者又は部署の設置(□有・□無)
l			八月秋休成の住庭と囚るための即名、石しては女貞云子と故直しているが。		責任者: 役職: 氏名:
l			③ 患者の個人情報の安全管理措置が取られているか(個人情報保護に関する規		部署名:
l			程の整備公表、研修の実施、雇用契約時の個人情報保護に関する規程の整備、		委員会の設置(□有・□無)
l			適切な保存と廃棄、業務委託先への監督等)。		委員会名称:
l			ツウム等理性学としてはて記のとうわれのが相 <del>立</del> される	[ ]	開催頻度: 年 回(又は月 回)
l			※安全管理措置としては下記のようなものが想定される   1 組織的安全管理措置		[昨年度開催回数 回 ]   直近の実施年月日:令和 年 月 日
l			□責任者の配置と責任体制の明確化		直近の美地平月日・市相 平 月 日
l			□責任者による利用者への確認、運用体制の見直し		③個人情報の取扱いに関する職員への取組
l			2 人的安全管理措置 □個人情報の取扱いに関する定期的な研修の実施		□教育研修の実施
l			□個人情報の取扱いに関するルールの明示と遵守		□個人情報の取扱いに関する誓約書の徴取 □その他( )
l			3 物理的安全管理措置		口で列風(
l			□個人情報を取り扱う電子機器・装置の固定		④個人情報の開示手続き(□有・□無)
l			□診療録等保管場所の施錠·入室管理 4 技術的安全管理措置		1 開示方法(□コピーの交付 □閲覧 □説明)
l			□アクセス管理(認証(ID・顔・静脈等)+パスワード)		2 開示等の請求受付先:   3 開示等の請求方法:
l			□アクセス記録の保存		4 本人又は代理人の確認方法:
l			□不正ソフトウェア対策(ウイルス対策ソフトの導入等)		5 手数料(□現金 □為替 □その他( ))
l			●   保有個人データの開示等の求めに応じる手続を定めているか。また、手続の中	[ ]	コピー(円/枚)
l			で、開示理由を記載させたり、尋ねたりしていないか。	1	CDR ( 円/枚 )
l			⑤ 個人情報の取得に際しての利用目的の特定及び公表を行っているか。		
l			8	i i	[前年度開示請求件数: 件]
l			● 患者や家族からの相談・苦情に応ずる専用窓口、担当者等を設置しているか。	1	【うち、開示 件、非開示 件、部分開示 件] ノ
l			  ⑦ ⑥の取扱いに関する規程を整備しているか。		⑤(利用目的の特定・公表方法)
l			O C - 1020 - 1910 / 0/2012 C E MIO C + 0 // 0	1	□院内掲示 □ホームページへの掲載
l					□その他( )
l					
l					
2	9	3	  医療広告の適切な取扱い(医療広告ガイドライン)		
٦	,	5	① HP等は医療広告ガイドラインに基づき適切に管理されているか。	[ ]	
2	10		大阪   大阪   大阪   大阪   大阪   大阪   大阪   大阪	1	
	10	1	医療の安全管理のための指針の整備		① 指針(□有・□無)
۱	-0	-	① 医療の安全管理のための指針が整備されているか。	[ ]	[有の場合 最新改訂 年 月] [無の場合 作成予定 年 月頃]
l			② 必要な項目が文書化されているか。		[無の場合作成予定 年 月頃]
l			1 当該病院における安全管理に関する基本的な考え方	1	②必要な項目
l			2 安全管理委員会その他の当該病院の組織に関する基本的事項		□全て有
l			2 女王自連安員云での他の自該病院の組織に関する基本的事項 3 医療に係る安全管理のための従業者に対する研修に関する基本方針		□記載もれ事項
l					[ 🗆 1 🗆 2 🖂 3 🖂 4 🖂 5 🖂 6 🖂 7 🖂 8 ]
l			4 当該病院における事故報告等の医療に係る安全管理の確保を 目的とした改善のための方策に関する基本方針		
l					③周知の状況
l			5 医療事故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)		
l					
l			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)		
l					
1			7 患者からの相談への対応に関する基本方針 8 その他医療安全のために必要な基本方針		

				7	,	
			③職員に対し周知徹底を図っているか。		1	Ø€84/□± □∰\
2	10	2	医療に係る安全管理のための委員会の設置及び業務の実施			①委員会(□有・□無)   [無の場合 設置予定 年 月頃]
			① 医療に係る安全管理のための委員会が設置されているか。		1	( 無の場合
			② 委員は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。		]	271 - 111
			③ 委員会の管理及び運営に関する規程が定められているか。		]	②構成員
			④ 委員会は、月1回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は、適宜開		]	□病院長 □看護部長 □内科部長 □薬剤部長
			催しているか。委員会の議事内容を記録しているか。			□外科部長 □事務部長 □検査部長 □感染症専門医 □その他( )
			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	Ţ	]	口心水压411区口501区(
			か。			③規程( □有·□ 無 )
			6		]	決定事項の周知方法
			重大な問題その他医療安全管理委員会において取扱うことが適当な問題が発			④頻度[ 月 回(又は年 回)]
			生した場合に、速やかに原因究明のための調査及び分析をしているか。			「野年度開催回数 回]
			⑦ 原因究明のために行った調査及び分析の結果を活用した医療に係る安全確保	[	1	
			を目的とした改善のための方策を企画立案及び実施し、従業者へ周知するなど	•	•	
			情報を共有しているか。			
			   ⑧ 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	[	1	
			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	•	1	
			基づいた見直しを行っているか。			
2	10	3	  医療に係る安全管理のための職員研修の実施			①(全体研修)
	10	J		[	,	開催回数[令和 年度 回]
			□ 病院全体に共通する安全管理に関する内容の研修を具体的な事例を取り上げ、職種横断的に年2回程度定期的に開催するほか、必要に応じて開催してい		1	主な内容等:
			るか。研修の実施内容を記録しているか。			( <b>分7 月月 日</b> 財政(全年日1 TTT 1/5*)
			ON ONTIFICIALITY CHAPTOC. ON O			(部門·職種別研修) 開催回数[ 令和 年度(約) 回 ]
						主な内容、対象職種等:
					,	工 5/13日(7/3)5/[[[]]] (1)
			②研修にはより多くの職員が出席又は受講できるよう努めているか。		1	Ontable 1
2	10	4	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			①事故防止マニュアル等( □有・□無 )   [ 有の場合 最新改訂  年  月 ]
			① 事故防止マニュアル等を作成しているか		]	[無の場合 作成予定 年 月頃]
						[
						②体制の整備等
			② 病院内で発生した事故について報告体制が定められ、発生した事故等について	[	]	□報告の様式が定められている
			収集・分析することにより病院内における医療安全の確保を目的とした改善が			□報告の手順が指針やマニュアルに明示されている
			図られているか。			□指針やマニュアルを各部署に配付している □情報を収集し、改善策を検討している
						□医療事故発生時の対応手順が明文化されている
						□その他( )
						(A. 4. 11 W.
						③報告件数 インシデント・アクシデント報告数
						[令和 年度(約) 件(月平均 件)]
			② ハンデオ フログンオール・マの際狂いさ担告を取りませれば	[	,	
			③ インシデント・アクシデント報告はすべての職種から報告を受け、レベル別、職種     別に収集、分析しているか。		1	
2	10	5	医療事故に係る再発防止策の周知及び遵守			
	10	Э		7	,	
			(① 院内で発生した全ての医療事故について、速やかに発生の原因を分析し、再発 防止策を立案しているか。		1	
					,	
			② 再発防止策が病院全体で共有されるよう従事者へ周知しているか。		]	
			③ 再発防止策の実施状況を調査、評価し、必要に応じて見直しを行っているか。		]	
			residual. A bilanti de La de a via mi			
2	10	6	医療安全管理責任者の配置			<ul><li>①医療安全管理責任者(□有・□無)</li><li>有: 専任職員職種: □医師 □歯科医師</li></ul>
			※特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研修病院及び、歯科医師臨床研修			有・ 等性職員職性・ □医師・□圏科医師 □看護師 □薬剤師
			施設の該当項目			
			※厚生労働省HP「特定機能病院について」等を参照			※兼任可
			① 臨床研修病院:医療に係る安全管理を行う者を配置しているか。		]	
2	10	7	医療に係る安全管理を行う部門の設置及び業務の実施			①医療安全管理部門の設置(□有・□無)
			※特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研修病院及び、歯科医師臨床研修			有: 組織名称:
			施設の該当項目			
			① 臨床研修病院:安全管理部門を設置しているか。		]	
2	10	8	患者からの相談に適切に応じる体制の確保			①患者相談窓口( □有・□ 無 )
			※特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研修病院及び、歯科医師臨床研修			有: 組織名称:
			施設の該当項目			
			① 臨床研修病院:患者からの相談に適切に応じる体制を確保しているか。		]	
2	10	9	医療事故(予期しない死亡・死産)が発生した場合の対応			
			(医療事故調査・支援センターへの報告等)			
			① 死亡及び死産事例の確実な把握のための体制を確保しているか。	I	1	
			② 医療事故調査・支援センターへの報告体制が整備されているか。	ř	î	
			③ ②の報告前に遺族へ説明を行うための手順が定められているか。	Ì	î	
			④ 原因を明らかにするための調査を行う体制が整備されているか。	ř	í	
			(5) 調査結果を遅滞なくセンターに報告する体制が整備されているか。	r	í	
			⑥ ⑤の報告前に遺族へ説明を行うための手順が定められているか。	Ī	í	
					1	
			※院内すべての死亡及び死産事例が発生したことが管理者に速やかに報告される体制を整備し、管理者が確認した記録を残すこと。			
0	10	10	事故等事案の登録分析機関への提出			記載事項
2	10	10				記載事項   1 事故事案が発生した日時、場所及び診療科名
			※特定機能病院、事故等報告病院(医療法施行規則第11条:国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構等)の該当項目			2 性別、年齢、病名その他の事故等事案に係る患者
				,	,	に関する情報
			① 事故等事案が発生したら原則2週間以内に報告書を作成し、登録分析機関に提出しているか		1	3 職種その他の事故等事案に係る医療関係者に関 する情報
			出しているか。	,	,	9 9 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
			② 事故報告書には必要な情報が漏れなく記載されているか。		1	5 その他事故等事案に関し、必要な情報
2	11	_	<院内感染対策のための体制確保>			① #kel/ □ # □ □ # □
2	11	1	院内感染対策のための指針の策定			① 指針( □有・□無 )   [ 有の場合 最新改訂 年 月 ]
			※指針に基づき、院内感染対策マニュアル等を作成、周知する。		Ţ	「
			① 院内感染対策のための指針が整備されているか。		1	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
1			② 必要な事項が文書化されているか		1	

			1 院内感染対策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当該病院の組織に関する基本的事項 3 院内感染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針の閲覧に関する基本方針 7 その他の当該病院における院内感染対策の推進のために必要な基本方針 3 職員に対し周知徹底を図っているか。		②必要な項目 □全て有 □記載もわ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6 □7] ③周知の状況
2	11	2	院内感染対策のための委員会の開催		委員会(□有・□無) [無の場合 設置予定 年 月頃]
			① 管理及び運営に関する規程が定められているか。 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		委員会の名称:
			対応状況を含め、管理者へ報告されているか。 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、改善策を立案・実	[	
			施するとともに従業者への周知を図っているか。 ④ 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、見直しを行って		
			いるか。		   ⑤頻度[ 月 回(又は年 回)]
			(5) 委員会は、月1回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は、適宜開催しているか。委員会の議事内容を記録しているか。		[昨年度開催回数 回]
			⑥ 委員は各部門の責任者等により職種横断的に構成されているか。 ⑦ 「感染情報レポート」が週1回程度作成され、活用されているか。		<ul><li>⑥構成員</li><li>□病院長</li><li>□有院長</li><li>□外科部長</li><li>□外科部長</li><li>□修査部長</li><li>□感染症専門医</li><li>□その他(</li></ul>
2	11	3	院内感染対策のための職員研修の実施		①頻度[年 回] [昨年度開催回数 回]
			① 病院全体に共通する院内感染に関する内容の研修を具体的な事例を取り上げ、職種横断的に年2回程度定期的に開催するほか、必要に応じて開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。		研修内容:
2	11	4	② 研修にはより多くの職員が出席又は受講できるよう努めているか。 感染症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		- [ 無の場合 設置予定 年 月頃 ]
		(1)	※院内感染の発生の予防及びまん延の防止を図るとともに、院内感染対策の推進のために必要な改善策を図っているか。 感染制御チーム		構成員 □医師 □看護師 □薬剤師 □臨床検査技師 □その他( )
			① 病床が300床以上の病院は、医師、看護師、検査技師、薬剤師から成る感染制御チームを設置しているか。		②ラウンド(頻度)
			② 病床が300床以上の病院は、感染制御チームが定期的に病棟ラウンドを行って いるか。		[ 週 回(又は月 回)] ラウンド実施箇所:
			③ 病床が300床未満の病院は、必要に応じて地域の専門家等に相談できる体制を整備しているか。		③相談体制(300床未満の病院) 状況:
		(2)	保健所への報告体制		①報告体制
			① アウトブレイク時に保健所へ報告する体制を整備しているか。 ※厚生労働省HP「院内感染対策について」を参照		状況:
			※報告基準(H26,12,19医政地発1219第1号医政局地域医療計画課長通知) ・同一医療機関内で同一の病原体による感染症の発症例が多数にのぼる場合 (10名以上となった場合)(CRE、VRSA、MDRP、VRE、多剤耐性アシネトパ クター属については保菌者を含む) ・同一医療機関内で同一の病原体による感染症の発症事案との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合 ・上記に該当しないが、管理者が必要と認めた場合		
		(3)	地域の医療機関における連携  ① 緊急時に地域の医療機関同士が連携し、各医療機関のアウトプレイクに対して		①ネットワークの構築 状況:
		(1)	支援がなされるようネットワークを構築しているか。		
		(4)	院内感染対策マニュアルの整備 ① 当該医療機関の施設・設備、診療科目等により必要と思われる院内感染対策マニュアルが作成されているか。	[ ]	①院内感染マニュアル(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月] [無の場合 作成予定 年 月頃]
			※感染対策マニュアルに盛り込むべき基本的事項 1 院内感染の概念の基本 2 病原微生物についての説明 3 疾患(感染症)についての説明 4 病原微生物が検出された場合の処置 5 スタンダード・ブレコーション、感染経路別予防対策、 手洗いの方法、消毒薬などの使用法 6 治療法(抗菌薬の使い方)		作成済感染症:  □MRSA □結核 □VRE □疥癬 □麻しん □風しん □レジオネラ □セラチア □HBV □HCV □HIV □感染性胃腸炎(ノロウイルス) □インフルエンザ □新型コロナウイルス感染症(COVID-19) □その他( )
			② 各マニュアルは定期的に見直しを行い更新しているか。		·
		(5)	③ 各マニュアルは職員等に周知・活用されているか。 手洗い・手指消毒		
			① 医療従事者が日常的に適切な手洗いができているか。 ② 患者等に手洗い指導を励行しているか。		
			③ タオルの共用を避けるような工夫をしているか。 ④ 各病室に水道又は手指消毒器(速乾式手洗い液等)が設置されているか。また は、手はい、手に発表がやえた世界を練じているか。		i
		(6)	は、手洗い・手指消毒ができる措置を講じているか。 医療器具の消毒・滅菌		
			① 医療器具は、患者毎に滅菌・消毒したもの又は使い捨て製品を使用しているか。		
			② 未使用又は滅菌・消毒済みの医療器具は、扉付きの保管棚等に収納されているか。		
			か。 ③ 繰り返し使用する医療器具は、滅菌・消毒済みであることを確認して使用しているか。また、それを確認できるシステムをとっているか。	[ ]	

		④ 滅菌・消毒済み医療器具と使用済み器具とを混置していないか。	[	]	
	(7)	⑤ 医療機器及び看護用具が清潔を保つよう十分手入れされているか。 感染性胃腸炎のまん延防止策		1	
	(1)	① おう吐物処理の物品(バケツ、汚物入れ、使い捨て手袋・エプロン、マスク、新聞 紙や古タオル、消毒液、ビニール袋等)をすぐ使用できる場所にまとめて準備しているか。		1	
		② おう吐物の処理の正しい手技及び消毒液(次亜塩素酸ナトリウム)の希釈方法は、職員全員に周知され統一して行っているか。		1	
	(8)	ディスポ手袋の取扱い  ① 患者に使用する手袋は、手を清潔にしてから装着し、患者或いは手技ごとに交換しているか。		1	
		② ドアノブ、電話、コンピュータなどの共有物に触れる場合は、手袋をはずしているか。	[	]	
		③ 使用後の手袋は、感染性廃棄物として使用後直ちに廃棄しているか。 ④ 手袋をはずしたあとは、必ず手を洗い、手を乾燥させているか。	[	]	
	(9)	従事者等 ① 感染する危険性の高い業務に従事する職員に対する予防接種等を実施してい	[	]	<ul><li>①予防接種の実施(□有・□無)</li><li>有(種類):</li><li>□インフルエンザ □麻しん □風しん □B型肝炎</li></ul>
		るか。 ② 麻しん、風しんに関しては、①以外の職員等(実習生等を含む)についても、予防	[	]	□新型コロナウイルス感染症(COVID-19) □その他( )
		接種歴または抗体検査歴を確認しているか。			抗体価検査の実施(□有・□無 ) 有(種類): □麻しん □風しん □HBs抗原 その他( )
		③ 職員・患者間及び職員間における感染防止対策(感染経路対策)を行っているか。	[	]	②麻しん、風しんに関する確認状況
		・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	[	]	
	(10)	透析医療の管理体制・感染予防措置			※R5.7.16「透析施設における標準的な透析操作と感染予防
		① 透析医療を実施しているか(実施していない場合は「-」を選択)。 ※実施している場合は下記項目を確認。		]	に関するガイドライン(六訂版)」を参照
		② 透析操作に関するマニュアルが整備されているか。 ③ 透析業務に従事する職員のための研修を実施しているか。		]	
		<ul><li>登析案例に使すりる職員のためが制修を実施しているか。</li><li>透析室(透析なッド及びその周辺)で患者ケア(血圧測定を含む)を行ったり、患者の備品や血液透析機材に触れるときにはいつでも使い捨ての手袋を使用しているか。</li></ul>	ľ	í	
		・ ~	[	]	
		⑥ 滅菌物品の取扱い、創処置、ブラッドアクセスへの穿刺、回収操作、注射の準備、バイアルを共用する薬剤を操作するときは、無菌操作を徹底し、特に共用することを前提につくられた用具、薬剤を除いて、透析室内で用いられる用具薬剤は患者ごとに専用としているか。		]	
		<ul><li>⑦ 患者ごとに、透析室の椅子、ベッド、テーブル、透析装置等を清掃及び消毒しているか。リネンは使用後に交換しているか。</li></ul>	[	]	
		※交換することが望ましい。  ③ 数回量薬剤バイアルを使用する場合、おのおのの患者の薬剤の準備は、透析室から離れた清潔区域で行っているか。		1	
		⑨ B型肝炎ウイルス陰性の患者にHBs抗原、HBs抗体、HBc抗体の検査を、C型 肝炎ウイルス陰性の患者には、HCV抗体の検査を、それぞれ年2回以上定期的 に行っているか。	[	]	
	(11)	感染対策上、十分なベッド間隔がとられているか。     ※ベッド間隔は、1メートル以上が望ましい。     輸血の安全な実施手順		]	
	(/	① 輸血を実施しているか(実施していない場合は「-」を選択)。	[	]	
		※実施している場合は下記項目を確認。 ② 輸血療法委員会を設置し、定期的に開催しているか。	[	]	
		また、議事録を作成・保管して、院内に周知しているか。  ③ 輸血業務全般に係る実務上の監督及び責任を持つ医師を任命しているか。	[	]	
		<ul><li>④ 夜間・休日の血液型やクロスマッチなどの検査体制が整備されているか。</li></ul>	r	1	
		<ul><li>⑤ 患者・家族への説明と同意が適切にされているか。</li><li>⑥ 輸血が適正に行われたことを示すため、輸血の必要性及び使用量設定の根拠を診療録に記載しているか。</li></ul>		j 1	
<u> </u>		⑦ 輸血マニュアルが整備されているか。	[	]	
2 1	1 5	専任の院内感染対策を行う者の配置状況 ※特定機能病院及び第一種感染症指定医療機関の該当項目			
		※専任:就業規則における通常の勤務時間の半数以上従事 ① 医師、歯科医師、薬剤師又は看護師のうちいずれかの資格を有している専任の	[	]	
2 1	<b>9</b>	院内感染対策を行う者を配置しているか。 <b>〈診療用放射線に係る安全管理の体制確保〉</b>			
2 1	2 1	下級			①医療放射線安全管理責任者(□有・□無)
		① 医療放射線安全管理責任者を選任しているか。	[	]	有: 氏名: 資格:
					<ul><li>※医療放射線安全管理責任者が放射線技師の場合、 放射線診療の正当化を担保する常勤医師又は 歯科医師 氏名: 資格:(医師・歯科医師)</li></ul>
2 1	2 2	診療用放射線の安全利用のための指針の策定 ① 診療用放射線の安全利用のための指針が策定されているか。 ② 必要な事項が文書化されているか。	]	]	<ul><li>① 指針(□有・□無)</li><li>[有の場合 最新改訂 年 月]</li><li>[無の場合 設置予定 年 月頃]</li></ul>
		1 診療用放射線の安全利用に関する基本的考え方			

1				2 放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の安全利用の		②必要な項目
				ための研修に関する基本的方針		
情報を基本方式				3 診療用放射線の安全利用を目的とした改善のための方策に		
の対点に関すられる場合				関する基本方針		
の対点に関すられる場合				177 - 1777		
1						③周知の状況
日本学の学行と当まりが高度に関する場所を含む。						
2						
2   12   3   別報酬か出に関する名に対する影響用設計機の安全利用のための間俗の支払					, ,	
② 世界経過年に関する名に対する影響用の対象を指列のための情報の支援 ② 世界は影響に関する名に対する影響用の対象のを指列のため、 ② 情報を専用的以上が見くの情報が表現を達できる場所である。 ② 情報を専用的以上が見くのでは、大阪会の主義のの意思が記憶を ② (	L_			③ 職員に対し周知徹底を図っているか。		OKT F
② 計解制能の企業に対している。 ② でいたしている。 ② でいたしている。 ② でいたしている。 ② でいたしている。 ② でいたしている。 ② でいたしている。 ③ でいたしている。 ④ でいたしている。 ● でいる。 ● でいたしている。 ● でいたしている。 ● でいたしている。 ● でいたしている。 ● を表しないている。 ● でいたしている。 ● を表しないではいる。 ● でいたしている。 ● を表しないではいる。 ● でいたいいる。 ● でいたいいる。 ● を表しないではいる。 ● でいたいいる。 ● でいる。 ●	2	12	3	放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の安全利用のための研修の実施		
3 放射線動動に要する。また対する動物は対象が交換側のための				从初州的沙东飞风事,仍有100万里,200万年11000000000000000000000000000000000		
### 全年即以上開催しているか。信義の実施的音を認知しているか。				① 放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の安全利用のための		利用を対合・
2 12 4 飲料飲料飲食力も有の生態放射能による例式(最後の管理及び設定さの 他の診解相談対象の受力制化 目的にした政治のための方形の失敗 (						
2 12 4 飲料飲料飲食力も有の生態放射能による例式(最後の管理及び設定さの 他の診解相談対象の受力制化 目的にした政治のための方形の失敗 (				⑦ 研修にはより多くの職員が出席又は受講できるよう努めているか。	1	
の 「				B WINSTONORY S (154MSCA MINDSCOOKING C C COS 55545 C . CAR 8	1	
の 「						
の 「	_					○○然四 司母社各压由機即然1×社上7位目然四
中華の教育を企業機能に対しているの。	2	12	4			
接触性の対象が最高を発展を発生しているか。						
※福生・加速対象の原機器等				①「管理・記録対象医療機器」を用いた診療において、被ばく線量を適正に管理		
・ 特別をデクタル/フォログ素の機能制度を発生を発生しているか。				(被ばく線量の評価及び被ばく線量の最適化)しているか。		
・ 場合でエアッカルアナイアが成産業用Xを適配を選加 ( ) 「				※管理·記録対象医療機器等		
				・移動型デジタル/アナログ式循環器用X線透視診断装置		及び線量記録
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・				・据付型デジタル/アナログ式循環器用X線透視診断装置		
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・				·X線CT組合せ型循環器X線診断装置		
・						
・機工子前極影が適用的数性回位工業						
・参加用放射性同位元素	l					
空   管理・配針対象医療機器を担い、20   1   1   2   2   3   2   2   3   2   3   2   3   2   3   3	l					
19・7・7年を参考に、当該政事を受ける本の医療はズによる構整を出現しているか。	l			_	-	
多か。	l				1	
***・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・						
一次				న <i>ా</i> .		
3				※その他の放射線診療機器等についても、必要に応じて診療を受ける者の医療		
# 待られた情報のうち必要なたの法、設幹額診解に従事する者に周知徹底を図				被ばくの線量管理及び線量記録を行うことが望ましい。		③診療用放射線に関する情報等の収集と報告
# 待られた情報のうち必要なたの法、設幹額診解に従事する者に周知徹底を図				③ 行政機関、学術該等から診療用放射線に関する情報を広く収集するとともに		
2 13 1 展業品の安全使用のための最任者の民産状況 ① 医薬品安全程理責任者を配置しているか。 2 13 2 使業品で含生産費任者を配置しているか。 ② 防薬品の安全使用のための研修の実施 ① 医乳品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、制作用等が発生した場合の対応学に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、制作用等が発生した場合の対応学に関する事項、国権が正対策、要認識が高さらない。						
2 13 1 展業品の安全使用のための最任者の民産状況 ① 医薬品安全程理責任者を配置しているか。 2 13 2 使業品で含生産費任者を配置しているか。 ② 防薬品の安全使用のための研修の実施 ① 医乳品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、制作用等が発生した場合の対応学に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、制作用等が発生した場合の対応学に関する事項、国権が正対策、要認識が高さらない。	2	13		<医薬品に係る安全管理のための体制確保>		
② 医薬品の全金性用のための研修の実施 ② 13 2 使業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施 ② 15 2 使業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施 ② 15 2 使業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施 ② 16 2 13 3 医薬品の存効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、事法的止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ産業者に対し開催しているか、研修の実施内をおめの業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ③ 医薬品の安全使用のための業務上に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ③ 医薬品の安全使用のための業務手順書・作成で、コアル(平成30年改訂的) を参考に、医薬品素務手順書の作成でよっエアル(平成30年改訂的) を参考に、医薬品素務手順書の見直とも行っているか。 ① 医薬品の安全使用のための業務手順書・作成で、コアル(平成30年改訂的) を参考に、医薬品素務手順書の表直とも行っているか。 ② 医薬品素務手順書の表直とも行っているか。 ② 医薬品素務手順書の発直とも行っているか。 ② 医薬品素務手順書の作成で、おかず、			1			①医薬品安全管理責任者(□有・□無)
2 13 2 従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施 ① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、書本的正対策、要は多数では、最初に対する事項をいっているか。研修の支援を住民の研修と付せて実施可、② 医薬品の安全使用のための業務に関する手項書のでは、安保のどの変なとは、最初に対しい場合の実務手順書に基づく業務の実施の場合とは、会研修と付しているか。、会権力でいるとは、会研修とは、会研修の関係を持ているとは、会研修の実務手順書を作成しているか。 ② 医薬品の安全使用のための業務手順書作成でニュアバ(平成30年改訂版)を考すに、医療・経済等・経済等・経済等・経済等・経済等・経済等・経済等・経済等・経済等・経済等	-	10	1		7	
②   医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業落手順書に関する事項、関係的容:				① 医来面女王自座員任名を配置しているか。	1	
②   医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業落手順書に関する事項、関係的容:						
「				Walk at late to the company of the c		①(核本) 左 日 ]
する事項、副作用等か発生した場合の対応等に関する事項、事な防止対策、要注意無に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。 ※他の医療を全住原名の体と性で実施で、 ※他の医療を全性用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施の安全使用のための業務がに関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施の安全使用のための業務手順書の作成及び手順書の目標を持っていること。 ② 医薬品薬務手順書を作成しているか。 ※管理者との業務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 医薬品素素等手順書を作成しているか。 ③ 医薬品素素等手順書と呼ば、薬剤師、看護師のいずれかの資格を参考に、医薬品の安全時期の人がのと表系手順書の目面しを行っているか。 1 実際に叩いる医薬品の採用・膜入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 3 患者に対する医薬品の検索指示から調剤に関する事項 4 患者に対する主薬や臓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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、業局等)との連続に関する事項 5 医薬品の安全使用のための必要が、医薬品要素を管理責任者は、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が実別的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かたいた必要となる情報の収集をの他の医薬品の安全使用を目かといた必要のとの力策  「医薬品の安全使用のためいの方策 ② 医薬品と安全管理責任者は、従業者の業務が医薬品全験の産薬品の使用のための別力が況や採用されている医薬品全般の医薬品の添付、素の情報のはから必要なものは企業者に迅速かつ確実に周知療なを配動しているか。 ② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めると認めるときに、方は、対して、自然を構造に対して、必要があると認めるときは、反と対したに対して、自然を構造に対して、必要があると認めると認めるときは、反と対したとは、自然を構造に対して、必要があると認めると認めるときは、反と対したとは、自然を構造に対して、必要があると認めると認めるときは、反と対したといて、自然を構造に表するの主に対して、必要があると認めると認めるときは、反と対したに対して、自然を構造に対して、必要があると認めると認めると認めの変化使用に関する情報の単位、「「未整備)「「未整備)「「未整備)「「未整備)「「未整備)「「未整備)「「未整備)「「未整備)「「未整備)」「「未整備)「「未整備)「「未整備)「「未整備)」「「未整備)「「未整備)「「未整備」「「未整備」」「「未整備」」」 ② 医薬機器の安全管理のための食体を配置しているか。  ② 医薬機器の安全使用のための責任者の配置状況 ③ 医薬機器の安全使用のための責任者の配置状況 ③ ① 医療機器の安全管理責任者を配置しているか。	2	13	2	従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施		
様の実施内容を記録しているか。 ※他の医療安全は係る所修と併せて実施可。 2 13 3 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の 実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。 ※管理者との兼務は不可、医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格 を持っていること。 ② [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30年改訂版) を参考に、医薬品素務手順書)作成マニュアル(平成30年改訂版) を参考に、医薬品素務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品素務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 消除で用いる医薬品の投展・購入に関する事項 ② 医薬品の空煙に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 3 患者に対する与案や服薬指導に関する事項 ⑤ 医薬品の交受使用に係る情報の取り扱いに関する事項 ⑥ 他施設(病院、薬局等)との連維に関する事項 ⑤ 他施設(病院、薬局等)との連維に関する事項 ⑥ した対し病別徹底を図っているか。 ② 医薬品安全管理責任者による管理的な確認の実施 ① 医薬品安全管理責任者による管期のな確認の実施 ② 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ② 医薬品安全管理責任者によるに確認内容を記録しているか。 ② 医薬品の安全使用のためた必要となる情報の収集その他の医薬品の使用のための処方が況や採用されている医薬品金穀の医薬品の総付文書の情報のは、例か、医薬品財産を発生等からの情報を立ているか。 ② 医薬品の安全使用のためた必要となる情報の収集するとともに、待ちれた情報のうら必要なものは故業者に迅速かつ確求に周知徹底を図っているか。 ② 医薬品とついて、動作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるとされている医素ともいは従業者に迅速かつ確求に周知徹底を図っているか。 ② 医薬品について、動作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるとされている事なものは故業者に対して報告しているか。 ② 医療器の安全使用のための責任者の配置状況 ② ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。 ② 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況 ② ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。 ② 「医療機器安全管理責任者と配置しているか。 ② 「医療機器安全管理責任者と配置しているか。	2	13	2	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関	[ ]	[昨年度開催回数 回]
<ul> <li>※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。</li> <li>② 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施。</li> <li>② 医薬品業務手順者を作成しているか。</li> <li>※管理者との兼務は不可、医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持つていること。</li> <li>② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。</li> <li>③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。</li> <li>② 医薬品の管理に関する事項</li> <li>② 医薬品のの発酵・順常・原質する事項</li> <li>② 医薬品の砂室・使用のための業務手順音・所成でした必要事項を含んで文書化しているか。</li> <li>③ と要点の受金使用のための業務手順音・所成では、方面・1 (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1</li></ul>	2	13	2	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関 する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要	[ ]	[昨年度開催回数 回]
2   13   3   医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施   ( )   (	2	13	2	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研	[ ]	[昨年度開催回数 回]
実施	2	13	2	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研	[ ]	[昨年度開催回数 回]
② 医薬品米野・甲鳴を作成しているか。   ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。  ② 医薬品の安全使用のための業務手順書の見直しを行っているか。  ② 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。   1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項   ② 医薬品の管理に関する事項   ② 医薬品の管理に関する事項   ② 医薬品の安全使用のための業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。   1 病院で用いる医薬品の投棄指示内の調剤に関する事項   ② 原理場所、法令等による管理方法等   ③ 患者に対する医薬品の投棄指示内の調剤に関する事項   ③ 服員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り扱いに関する事項   ⑤ 医薬品の安全使用のための連邦は関する事項   ⑤ 医薬品の安全使用の体ので確認の実施   ⑥ 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施   ⑥ 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施   ⑥ 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施   ⑥ ● 以上の改善のための方策   ⑥ ● ② ● ② ● ② ● ② ● ② ● ② ● ② ● ② ● ② ●	2	13	2	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。	[ ]	[昨年度開催回数 回]
② 医薬品米野・甲鳴を作成しているか。   ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。  ② 医薬品の安全使用のための業務手順書の見直しを行っているか。  ② 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。   1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項   ② 医薬品の管理に関する事項   ② 医薬品の管理に関する事項   ② 医薬品の安全使用のための業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。   1 病院で用いる医薬品の投棄指示内の調剤に関する事項   ② 原理場所、法令等による管理方法等   ③ 患者に対する医薬品の投棄指示内の調剤に関する事項   ③ 服員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り扱いに関する事項   ⑤ 医薬品の安全使用のための連邦は関する事項   ⑤ 医薬品の安全使用の体ので確認の実施   ⑥ 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施   ⑥ 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施   ⑥ 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施   ⑥ ● 以上の改善のための方策   ⑥ ● ② ● ② ● ② ● ② ● ② ● ② ● ② ● ② ● ② ●			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。	[ ]	「昨年度開催回数 回 ] 研修内容: ①②業務手順書(□有・□無)
※管理者との兼務は不可、医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 医薬品表安全使用のための業務手順書」作成マニュアル(平成30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書」作成マニュアル(平成30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 3 患者に対する医薬品の投棄指示から調剤に関する事項 5 医薬品の安全使用に係る情報の取り扱いに関する事項 5 医薬品の安全使用に係る情報の取り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 5 医薬品の安全使用に係る情報の取り扱いに関する事項 6 医薬品の安全管理責任者による定期的な確認の実施 「医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施」の表示の表示でいるか。 ② 医薬品のための方策  ② 医薬品のための方策  ② 医薬品のための方法の必要が対決で発明されているを実品の使用のための表示が大党や探引されているを楽品の必要を使用をしたの表示が大党を解するような必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。 ② 医薬品について、副作用等の発生をよく収集するとともに、得られた情報のうら必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。 ② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるとさは、厚生労働大配に対して報告しているか。 ② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるとさは、厚生労働大配に対して報告しているか。 ② 医療機器に係 <b>3安全管理のための表</b> 性者を配置しているか。  ② 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況 ③ 医療機器安全管理責任者(□有・□無)有:氏名:			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の	[ ]	「昨年度開催回数 回 ] 研修内容: ①②業務手順書(□有・□無)
を持っていること ② 「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30年改訂版) を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 ② 医薬品の管理に関する事項 ② 医薬品の管理に関する事項 ③ 激見に対ける影方法、調利方法等 ④ 患者に対する医薬品の授業指示から調剤に関する事項 ⑤ 佐藤説 (明乾、薬局等)との連携に関する事項 ⑤ 佐藤説 (明乾、薬局等)との連携に関する事項 ⑥ 佐施設 (病院、薬局等)との連携に関する事項 ⑥ 佐施設 (病院、薬局等)との連携に関する事項 ⑥ 佐藤説 (病院、薬局等)との連携に関する事項 ⑥ 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が定期的に確認するとともに、確認内答を記録しているか。 ② 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 ② 医薬品の安全使用を含め、ともしているか。 ② 医薬品とついて、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるとさは、厚生労働大臣に対して報告しているか。 ② 医薬品について、副作用等の発生を加った場合において、必要があると認めるとさは、厚生労働大臣に対して報告しているか。 ② 医薬腸とついて、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるとさは、厚生労働大臣に対して報告しているか。 ② 医療機器の女全管理責任者(□有・□無) 有: 氏名:			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施		「昨年度開催回数 回 ] 研修内容: ①②業務手順書(□有・□無)
② 「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30年改訂版) を参考に、医薬品素務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品素務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の授用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 3 患者に対する与薬や服薬指導に関する事項 3 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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 5 医薬品の安全使用に係る情報の取り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 世施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 世施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 7 医薬品安全管理責任者によび定期的な確認の実施 6 医薬品の安全使用になめに必要となる情報の収集をの他の医薬品の安全使用を自助とした改善のための処力対況や発生するととに、確認内容を記録しているか。 2 13 5 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自助とした改善のための必力対況や発明するととは、確認内容を記録しているか。 2 医薬品の安全管理責任者は、当該医療機関における未承認等の医薬品の使用のための処力対況や発明すれている医薬品全般の医薬品ののを対す書の情報のほか、医薬品製造販売業者等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報のうち必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。 2 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるとさは、厚生労働大臣に対して報告しているか。 2 医療機器の安全管理責任者を配置しているか。 2 医療機器の安全管理責任者を配置しているか。 6 医療機器安全管理責任者を配置しているか。 6 医療機器安全管理責任者を配置しているか。 6 医療機器安全管理責任者(□有・□無)有:氏名: 資格:			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。		<ul> <li>[昨年度開催回数 回]</li> <li>研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無)</li> <li>[有の場合 最新改訂 年 月]</li> <li>[無の場合 作成予定 年 月頃]</li> </ul>
②   「医薬品の安全性用のための素料・順書けれて・コナル(十成30年以前)   「□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。 ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格		<ul> <li>『昨年度開催回数 回 ]</li> <li>研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無)</li> <li>[有の場合 最新改訂 年 月 ]</li> <li>[無の場合 作成予定 年 月頃 ]</li> <li>③必要な項目</li> </ul>
③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。 ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。	[ ]	[昨年度開催回数 回] 研修内容:  ①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月] [無の場合 作成予定 年 月頃] ③必要な項目 □全て有
でいるか。			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。  医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ② 医薬品業務手順書を作成しているか。 ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)	[ ]	<ul> <li>『昨年度開催回数 回 ]</li> <li>研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無)         [有の場合 最新改訂 年 月]         [無の場合 作成予定 年 月頃]</li> <li>③必要な項目         □全て有         □記載もれ事項         [□1 □2 □3 □4 □5 □6]</li> </ul>
1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 3 患者に対する与薬や服薬指導に関する事項 ※処方せん配散方法、調剤方法等 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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 ( ) 職員に対し周知徹底を図っているか。 ( ) [ 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ( ) 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ( ) 医薬品安全管理責任者は、経業者の業務が医薬品業務手順書に基づき行われているが定期的に確認するとともに、確認内容を記録しているか。 ( ) ] [ ( ) ] ] ] ] ] ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。  医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。 ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。	[ ]	<ul> <li>[昨年度開催回数 回]</li> <li>研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無)</li> <li>[有の場合 最新改訂 年 月]</li> <li>[無の場合 作成予定 年 月頃]</li> <li>③必要な項目</li> <li>□全て有</li> <li>□記載もれ事項</li> <li>□1 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</li></ul>
2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 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 ※処力せん記載方法、調剤方法等 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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 ( 職員に対し周知徹底を図っているか。			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。 ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化し	[ ]	<ul> <li>『昨年度開催回数 回 ]         研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無)         [有の場合 最新改訂 年 月]         [無の場合 作成予定 年 月頃 ]</li> <li>③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6 ] ※「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30年改訂版)を踏まえた</li> </ul>
2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 3 患者に対する医薬品の投棄指示から調剤に関する事項 ※処方せん記載方法、調剤方法等 4 患者に対する与薬や服棄指導に関する事項 5 医薬品の安全使用に関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 ( ) 職員に対し周知徹底を図っているか。  2 13 4 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ( ) 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ( ) 医薬品の安全使用のために必要となも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力策 ( ) 医薬品の安全使用のために必要となも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力方策 ( ) ( ) 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関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等からの情報を広気収集するとともに、得られた情報のうち必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。 ( ) ② ( ) ② ( ) ② ( ) ② ( ) ② ( ) 《 ) ② ( ) 《 ) 《 ) ② ( ) 《 ( ) ② ( ) ② ( ) 《 ) 《 ) 《 ) 《 ( ) ② ( ) 《 ) 《 ) 《 ) 《 ( ) 《 ) 《 ) 《 ( ) 《 ) 《			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。 ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化し	[ ]	<ul> <li>『昨年度開催回数 回 ]         研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無)         [有の場合 最新改訂 年 月]         [無の場合 作成予定 年 月頃 ]</li> <li>③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6 ] ※「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30年改訂版)を踏まえた</li> </ul>
※管理場所、法令等による管理方法等 3 患者に対する医薬品の投棄指示から調剤に関する事項 ※処方せん記載方法、調剤方法等 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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 9 職員に対し周知徹底を図っているか。			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。 ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「医薬品、安全使用のための業務手順書」作成マニュアル(平成30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。	[ ]	「昨年度開催回数 回 ] 研修内容:  ①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月 ] [無の場合 作成予定 年 月頃 ] ③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6 ] ※「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30年改訂版)を踏まえた 内容となっていること
3 患者に対する医薬品の投棄指示から調剤に関する事項 ※処方せん記載方法、調剤方法等 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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 ( 職員に対し周知徹底を図っているか。			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。と、他の医療安全に係る研修と併せて実施可。医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。 ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項	[ ]	「昨年度開催回数 回 ] 研修内容:  ①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月 ] [無の場合 作成予定 年 月頃 ] ③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6 ] ※「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30年改訂版)を踏まえた 内容となっていること
※処方せん記載方法、調剤方法等 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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 ④ 職員に対し周知徹底を図っているか。  2 13 4 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ① 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ② 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するとともに、確認内容を記録しているか。  2 13 5 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 ① 医薬品の安全使用に関する情報収集及び周知の方法: ② 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関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会験の医薬品の検例でする。 ( ② 配作用などが発生した場合の報告体制 ( □ 整備済・□ 未整備) [ 未整備の場合 整備予定 年 月頃 ] ② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めると言は、厚生労働大臣に対して報告しているか。  2 14 【 医療機器の安全使用のための体制確保>			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項	[ ]	「昨年度開催回数 回 ] 研修内容:  ①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月 ] [無の場合 作成予定 年 月頃 ] ③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6 ] ※「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30年改訂版)を踏まえた 内容となっていること
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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 ② 職員に対し周知徹底を図っているか。  2 13 4 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 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するとともに、確認内容を記録しているか。 ② 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が有別で、 ② 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 ② 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関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はかい医薬品製造販売業者等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報のうち必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。 ② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して報告しているか。 ② 国作用の場合整備予定 年 月頃 ] ② 14 【			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。 ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等	[ ]	「昨年度開催回数 回 ] 研修内容:  ①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月 ] [無の場合 作成予定 年 月頃 ] ③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6 ] ※「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30年改訂版)を踏まえた 内容となっていること
5 医薬品の安全使用に係る情報の取り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 ③ 職員に対し周知徹底を図っているか。  2 13 4 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 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するとともに、確認内容を記録しているか。  2 13 5 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 ① 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のために必要となる情報の収集をの他の医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集をの他の医薬品の安全使用のための処方法: ② 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関における未承認等の医薬品の使用のための処力状況や採用されている医薬品全級の医薬品の添付文書の情報のよか、医薬品製造販売業者等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報のうち必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。 ② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して報告しているか。  2 14 <医療機器に係る安全管理のための体制確保> ② 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況 ① 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況 ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。 【			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。 ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 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	[ ]	「昨年度開催回数 回 ] 研修内容:  ①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月 ] [無の場合 作成予定 年 月頃 ] ③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6 ] ※「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30年改訂版)を踏まえた 内容となっていること
6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 ② 職員に対し周知徹底を図っているか。  2 13 4 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 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するとともに、確認内容を記録しているか。  2 13 5 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 ① 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関における未承認等の医薬品の使用のための処力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等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報のうち必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。 ② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるときは、厚生分働大臣に対して報告しているか。  2 14 <医療機器に係る安全管理のための体制確保> 2 14 1 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況① 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況② 医療機器の安全使用のための責任者を配置しているか。 【			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。 ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 3 患者に対する医薬品の投業指示から調剤に関する事項 ※処方せん記載方法、調剤方法等	[ ]	「昨年度開催回数 回 ] 研修内容:  ①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月 ] [無の場合 作成予定 年 月頃 ] ③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6 ] ※「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30年改訂版)を踏まえた 内容となっていること
<ul> <li>④ 職員に対し周知徹底を図っているか。</li> <li>2 13 4 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施</li> <li>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するとともに、確認内容を記録しているか。</li> <li>2 13 5 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</li> <li>① 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関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等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報のうち必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。</li> <li>② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して報告しているか。</li> <li>② 医療機器に係る安全管理のための体制確保&gt;</li> <li>2 14 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況の医療機器の安全使用のための責任者の配置状況の医療機器安全管理責任者を配置しているか。</li> <li>【</li></ul>			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。  医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。 ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 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 ※処方せん記載方法、調剤方法等 4 患者に対する与薬や服薬指導に関する事項	[ ]	「昨年度開催回数 回 ] 研修内容:  ①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月 ] [無の場合 作成予定 年 月頃 ] ③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6 ] ※「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30年改訂版)を踏まえた 内容となっていること
2 13 4 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 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するとともに、確認内容を記録しているか。  2 13 5 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 ① 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関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等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報のうち必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。 ② 医薬品について、副使用等の発生を知った場合において、必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して報告しているか。  2 14 <医療機器に係る安全管理のための体制確保> 2 14 1 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況 ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。 【 ② 「① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 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 ※処方せん記載方法、調剤方法等 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り扱いに関する事項	[ ]	「昨年度開催回数 回 ] 研修内容:  ①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月 ] [無の場合 作成予定 年 月頃 ] ③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6 ] ※「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30年改訂版)を踏まえた 内容となっていること
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するとともに、確認内容を記録しているか。  2 13 5 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 ① 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関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等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報のうち必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。 ② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して報告しているか。  2 14 <医療機器に係る安全管理のための体制確保> 2 14 1 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。  【 ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。			_	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。必要に応じ従業者に対し開催しているか。※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 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 ※処力せん記載方法、調剤方法等 4 患者に対する医薬品の投薬指示いら調剤に関する事項 5 医薬品の安全使用に係る情報の取り扱いに関する事項 5 医薬品の安全使用に係る情報の取り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項		「昨年度開催回数 回 ] 研修内容:  ①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月 ] [無の場合 作成予定 年 月頃 ] ③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6 ] ※「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30年改訂版)を踏まえた 内容となっていること
<ul> <li>医薬品安全管理責任者は、従業者の薬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するとともに、確認内容を記録しているか。</li> <li>2 13 5 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</li> <li>① 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関における未承認等の医薬品の使用のための処力が決況や採用されている医薬品全般の医薬品の使用のかい、医薬品製造販売業者等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報のうち必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。</li> <li>② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して報告しているか。</li> <li>② 医療機器に係る安全管理のための体制確保&gt;</li> <li>2 14 1 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況の、医療機器安全管理責任者を配置しているか。</li> <li>① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。</li> <li>① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。</li> <li>① 医療機器安全管理責任者(□有・□無)有: 氏名: 資格:</li> </ul>	2	13	3	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 3 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 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 ※処力せん記載方法、調剤方法等 4 患者に対する与薬や取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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 3 職員に対し周知徹底を図っているか。		[昨年度開催回数 回] 研修内容:  ①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月] [無の場合 作成予定 年 月頃] ③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6] ※[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30年改訂版)を踏まえた 内容となっていること ④周知の状況
と楽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	2	13	3	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 3 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 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 ※処力せん記載方法、調剤方法等 4 患者に対する与薬や取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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 3 職員に対し周知徹底を図っているか。		[昨年度開催回数 回] 研修内容:  ①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月] [無の場合 作成予定 年 月頃] ③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6] ※[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30年改訂版)を踏まえた 内容となっていること ④周知の状況
2 13 5 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  ① 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関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等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報のうち必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。 ② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して報告しているか。  ② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して報告しているか。  【	2	13	3	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 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 ※処方せん記載方法、調剤方法等 4 患者に対する医薬品の投薬指示いら調剤に関する事項 5 医薬品の安全使用に係る情報の取り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 ④ 職員に対し周知徹底を図っているか。 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ①		[昨年度開催回数 回] 研修内容:  ①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月] [無の場合 作成予定 年 月頃] ③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6] ※[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30年改訂版)を踏まえた 内容となっていること ④周知の状況
・	2	13	3	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。 ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 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 ※処力せん記載方法、調剤方法等 4 患者に対する与薬や取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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 ④ 職員に対し周知徹底を図っているか。 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ①		[昨年度開催回数 回] 研修内容:  ①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月] [無の場合 作成予定 年 月頃] ③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6] ※[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30年改訂版)を踏まえた 内容となっていること ④周知の状況
前とした改善のための方策  ① 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関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等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報のうち必要なものは従業者に迅速かか確実に周知徹底を図っているか。 ② 医薬品について、副性の対して報告しているか。 ② 医薬品について、副性に対して報告しているか。  ② 国体用などが発生した場合の報告体制(「□整備済・□未整備) [未整備の場合 整備予定 年 月頃]  ② 本を実験場が、「「東整備の場合 整備予定 年 月頃]  ② は	2	13	3	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。 ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 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 ※処力せん記載方法、調剤方法等 4 患者に対する与薬や取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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 ④ 職員に対し周知徹底を図っているか。 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ①		<ul> <li>『中年度開催回数 回 』</li> <li>研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無)</li></ul>
医薬品安全管理責任者は、当該医療機関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等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報のうち必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。 ② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して報告しているか。  2 14 <医療機器に係る安全管理のための体制確保> ② 原療機器の安全使用のための責任者の配置状況 ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。  【 ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。	2	13	3	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 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 ※他力せん記載方法、調剤方法等 4 患者に対する与薬や取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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 ① 職員に対し周知徹底を図っているか。 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ① 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ① 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するとともに、確認内容を記録しているか。		<ul> <li>『中年度開催回数 回 』</li> <li>研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年月] [無の場合 作成予定 年月頃]</li> <li>③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6]</li> <li>※「医薬品の安全使用のための業務手順書」 作成マンなっていること 内容となっていること</li> <li>④周知の状況</li> <li>①状況:</li> </ul> ①状況: ①医薬品の安全使用に関する情報収集及び
医薬品安全管理責任者は、当該医療機関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等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報のうち必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。  ② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して報告しているか。  2 14 <医療機器に係る安全管理のための体制確保>     医療機器の安全使用のための責任者の配置状況     「 医療機器安全管理責任者を配置しているか。     「 医療機器安全管理責任者を配置しているか。	2	13	3	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 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 ※他力せん記載方法、調剤方法等 4 患者に対する与薬や取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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 ① 職員に対し周知徹底を図っているか。 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ① 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ① 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するとともに、確認内容を記録しているか。		<ul> <li>『中年度開催回数 回 』</li> <li>研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年月] [無の場合 作成予定 年月頃]</li> <li>③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6]</li> <li>※「医薬品の安全使用のための業務手順書」 作成マンなっていること 内容となっていること</li> <li>④周知の状況</li> <li>①状況:</li> </ul> ①状況: ①医薬品の安全使用に関する情報収集及び
か、医薬品製造販売業者等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報の うち必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。  ② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認める ときは、厚生労働大臣に対して報告しているか。  2 14 <医療機器に係る安全管理のための体制確保>  2 14 1 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況 ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。  【	2	13	3	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 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 ※処方せん記載方法、調剤方法等 4 患者に対する医薬品の投薬指示いら調剤に関する事項 5 医薬品の安全使用に係る情報の取り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 9 職員に対し周知徹底を図っているか。 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ② 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するとともに、確認内容を記録しているか。		<ul> <li>『中年度開催回数 回 』</li> <li>研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年月] [無の場合 作成予定 年月頃]</li> <li>③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6]</li> <li>※「医薬品の安全使用のための業務手順書」 作成マンなっていること 内容となっていること</li> <li>④周知の状況</li> <li>①状況:</li> </ul> ①状況: ①医薬品の安全使用に関する情報収集及び
うち必要なものは従業者に迅速かつ情報としめているか。  ② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して報告しているか。  2 14 <医療機器に係る安全管理のための体制確保>  2 14 1 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況 ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。  【 ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。	2	13	3	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。と、他の医療安全に係る研修と併せて実施可。医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ② 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。  1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 ② 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。  1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 ② 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 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 ※処力せん記載方法、調剤方法等 4 患者に対する与薬や服薬指導に関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 ① 職員に対し周知徹底を図っているか。 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ② 職員に対し周知徹底を図っているか。 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ② 医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施		<ul> <li>『中年度開催回数 回 』</li> <li>研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年月] [無の場合 作成予定 年月頃]</li> <li>③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6]</li> <li>※「医薬品の安全使用のための業務手順書」 作成マンなっていること 内容となっていること</li> <li>④周知の状況</li> <li>①状況:</li> </ul> ①状況: ①医薬品の安全使用に関する情報収集及び
② 医薬品について、副作用等の発生を知った場合において、必要があると認める ときは、厚生労働大臣に対して報告しているか。  2 14 < <b>医療機器に係る安全管理のための体制確保&gt;</b> 2 14 1 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況 ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。  【 ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。	2	13	3	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施。 ② 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。② 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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 3 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 3 患者に対する医薬品の投票指示から調剤に関する事項 ※処力せん記載方法、調剤方法等 4 患者に対する与薬や取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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 他変よ病の変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 ① 医薬品安全管理責任者は、近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するとともに、確認内容を記録しているか。		<ul> <li>『中年度開催回数 回 』</li> <li>研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無)         [有の場合 最新改訂 年 月]         [無の場合 作成予定 年 月頃]</li> <li>③必要な項目         □全て有         □記載もれ事項         [□1 □2 □3 □4 □5 □6] ※「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30年改訂版)を踏まえた         内容となっていること</li> <li>④周知の状況</li> <li>①状況:</li> <li>①状況:</li> </ul>
ときは、厚生労働大臣に対して報告しているか。  2 14 < <b>医療機器に係る安全管理のための体制確保&gt;</b> 2 14 1 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況 ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。  【	2	13	3	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 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 5 医薬品の安全使用に係る情報の取り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 職員に対し周知徹底を図っているか。 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が定期的に確認するとともに、確認内容を記録しているか。 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 ① 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関における未承認等の医薬品の使用のための処力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等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報の医薬品の過程のための処力が況や採用されている医薬品を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等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報の		<ul> <li>『中年度開催回数 回 』</li> <li>研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無)</li></ul>
2 14       <医療機器に係る安全管理のための体制確保>         2 14 1       医療機器の安全使用のための責任者の配置状況       ① 医療機器安全管理責任者(□有・□無)         ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。       有: 氏名: 資格:	2	13	3	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 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 5 医薬品の安全使用に係る情報の取り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 職員に対し周知徹底を図っているか。 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が定期的に確認するとともに、確認内容を記録しているか。 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 ① 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関における未承認等の医薬品の使用のための処力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等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報の医薬品の過程のための処力が況や採用されている医薬品を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等からの情報を広く収集するとともに、得られた情報の		<ul> <li>『中年度開催回数 回 』</li> <li>研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無)</li></ul>
2 14 1 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況 ① 医療機器安全管理責任者(□有・□無) ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。 【 】 】  ② 医療機器安全管理責任者(□有・□無) 有: 氏名: 資格:	2	13	3	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の規用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 3 患者に対する医薬品の投棄指示から調剤に関する事項 ※処方せん記載方法、調剤方法等 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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 س龍設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 変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するとともに、確認内容を記録しているか。 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 ① 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関における未承認等の医薬品の使用のためのの力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よめの処力が況や採用されている医薬品自分ので素品のでは一のための処力が、とない、とない、とない、とない、とない、とない、とない、とない、とない、とない		<ul> <li>『中年度開催回数 回 』</li> <li>研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無)</li></ul>
2 14 1 医療機器の安全使用のための責任者の配置状況 ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。  ① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。  ② 医療機器安全管理責任者を配置しているか。	2	13	3	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の見直しを行っているか。 ③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の規用・購入に関する事項 2 医薬品の管理に関する事項 ※管理場所、法令等による管理方法等 3 患者に対する医薬品の投棄指示から調剤に関する事項 ※処方せん記載方法、調剤方法等 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り扱いに関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 س龍設(病院、薬局等)との連携に関する事項 6 変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するとともに、確認内容を記録しているか。 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 ① 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関における未承認等の医薬品の使用のためのの力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よめの処力が況や採用されている医薬品自分ので素品のでは一のための処力が、とない、とない、とない、とない、とない、とない、とない、とない、とない、とない		<ul> <li>『中年度開催回数 回 』</li> <li>研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無)</li></ul>
① 医療機器安全管理責任者を配置しているか。	2	13	3	① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施 ① 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。 ② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 3 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。 1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項2 医薬品の管理に関する事項※管理場所、法令等による管理方法等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※処力せん記載方法、調剤方法等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5 医薬品の安全使用に係る情報の取り扱いに関する事項6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項6 他施設(病院、薬局等)との連携に関する事項6 س融資に対し周知徹底を図っているか。医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施 ② 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 ② 医薬品安全を理責任者は、当該医療機関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を変品を般の医薬品の変全使用を目的とした改善のための方策		<ul> <li>『中年度開催回数 回 ]         研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無)         [有の場合 最新改訂 年 月]         [無の場合 作成予定 年 月頃]</li> <li>③必要な項目         □全て有         □記載もれ事項         [□11 □2 □3 □4 □5 □6]         ※[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30年改訂版)を踏まえた         内容となっていること</li> <li>④周知の状況</li> <li>①状況:</li> <li>①医薬品の安全使用に関する情報収集及び         周知の方法:</li> <li>②副作用などが発生した場合の報告体制         (□整備済・□未整備)</li> </ul>
	2 2	13	3 5	<ul> <li>① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。当性の医療安全に係る研修と併せて実施可。</li> <li>② 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施</li> <li>① 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。</li> <li>② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。</li> <li>③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。</li> <li>1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項と変素品の管理に関する事項を要素に関する事項を要素に対する医薬品の投棄指示から調剤に関する事項を要素に対する医薬品の投棄指示から調剤に関する事項を要素に対する医薬品の投棄指示から調剤に関する事項を使用に係る情報の取り扱いに関する事項を使用に係る情報の取り扱いに関する事項を使用に係る情報の取り扱いに関する事項を使用を変素の変全使用に係る情報の取り扱いに関する事項を使用を変素の変全でである。</li> <li>④ 職員に対し周知徹底を図っているか。</li> <li>医薬品安全管理責任者による定期的な確認の実施を素素等が医薬品製造の実施の変素の変素の変素の変素のを使用を目的とした改善のための方策</li> <li>① 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関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を薬品を必要を記録しているか。</li> <li>② 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</li> <li>① 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関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変素は会験の医薬品の添付文書の情報のはか、医薬品製造販売業者等からの情報を成く収集するとともに、得られた情報のうち必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。</li> <li>② 医薬機器に係る安全管理のための体制確保&gt;</li> </ul>		<ul> <li>『中年度開催回数 回 ] 研修内容:</li> <li>②②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月] [無の場合 作成予定 年 月頃 ]</li> <li>③必要な項目 □2 □3 □4 □5 □6 ]</li> <li>※[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30年改訂版)を踏まえた内容となっていること</li> <li>④周知の状況</li> <li>①状況:</li> <li>①医薬品の安全使用に関する情報収集及び周知の方法:</li> <li>②副作用などが発生した場合の報告体制(□整備済・□未整備) [未整備の場合 整備予定 年 月頃 ]</li> </ul>
	2 2	13	3 5	<ul> <li>① 医薬品の有効性・安全性に関する情報等に関する事項、医薬品業務手順書に関する事項、副作用等が発生した場合の対応等に関する事項、事故防止対策、要注意薬に関する事項等について、必要に応じ従業者に対し開催しているか。研修の実施内容を記録しているか。※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。</li> <li>医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施</li> <li>① 医薬品業務手順書を作成しているか。※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていること。</li> <li>② 「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30年改訂版)を参考に、医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。</li> <li>③ 医薬品業務手順書は、病院の規模や特徴に応じた必要事項を含んで文書化しているか。</li> <li>1 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項と変素品で関する事項を含んで文書化しているか。</li> <li>2 医薬品の管理に関する事項を含んで文書化しているか。</li> <li>3 患者に対する医薬品の投棄指示から調剤に関する事項を含んで文書化しているか。</li> <li>4 患者に対する与薬や服薬指導に関する事項を使用に係る情報の取り扱いに関する事項を使用に係る情報の取り扱いに関する事項を使用に係る情報の取り扱いに関する事項を使用を使用を関する事項を使用を変異に対し周知徹底を図っているか。</li> <li>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が定期的に確認するとともに、確認内容を記録しているか。</li> <li>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</li> <li>① 医薬品安全管理責任者は、当該医療機関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等からの情報をはく収集するとともに、得られた情報のうち必要なものは従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っているか。</li> <li>② 医薬機器に係る安全管理のための体制確保&gt;医療機器の安全使用のための責任者の配置状況</li> </ul>		<ul> <li>『中午度開催回数 回 ] 研修内容:</li> <li>①②業務手順書(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月] [無の場合 作成予定 年 月頃 ]</li> <li>③必要な項目 □全て有 □記載もれ事項 [□1 □2 □3 □4 □5 □6 ] ※(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30年改訂版)を踏まえた内容となっていること</li> <li>④周知の状況</li> <li>①大況:</li> <li>①医薬品の安全使用に関する情報収集及び周知の方法:</li> <li>②副作用などが発生した場合の報告体制(□整備済・□未整備) [未整備の場合整備予定 年 月頃 ]</li> <li>①医療機器安全管理責任者(□有・□無)</li> </ul>

			ī	
2 14	4 2	技師、臨床検査技師、臨床工学技士のいずれかの資格を持っていること。 従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施		①過去に使用実績の無い医療機器の導入
		① 新しい医療機器導入時の研修を実施するとともに、実施内容を記録しているか。	[ ]	( □有・□無 ) ②左記の医療機器のうち、病院で所持しているもの
		② 特に技術の習熟が必要と考えられる次の医療機器について、各医療機器の設	[ ]	(該当番号に〇) [□1 □2 □3 □4 □5 □6□7 □8]
		置状況や使用頻度等を考慮した上で、定期的な研修の実施に努めているか。		③研修会の開催(□有・□無)
		※年1回程度定期的に実施することが望ましい。 1 人工心肺装置及び補助循環装置		実施内容:
		2 人工呼吸器 3 血液浄化装置		※特定機能病院は年2回程度定期的に実施すること
		4 除細動装置(AEDを除く) 5 閉鎖式保育器		※「医療安全対策に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」 (平成25年8月 総務省)
		6 診療用高エネルギー放射線発生装置(直線加速器等)		<抜粋 > □ ○厚生労働省は、医療機関における医療機器に係る安全管理
		7 診療用粒子線照射装置 8 診療用放射線照射装置(ガンマナイフ等)		を促進する観点から、次の措置を講ずる必要がある。 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
		※既に使用しており、操作方法等が周知されている医療機器を除く。 ※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。		が必要と考えられる医療機器の定期的な研修の実施が徹底されるよう、立入検査において的確な指摘を行うこと。 ② 特定機能病院以外の医療機関においても、特に安全使用
		※①、②以外の医療機器についても必要に応じて研修を実施することが望ましい。		② 竹足病能別が必要と考えられる医療機器について、 に際して技術の智熱が必要と考えられる医療機器について、   各医療機器の設置状況や使用頻度等を考慮した上で、定期的
		③ 研修内容には次の事項が含まれるよう努めているか。	[ ]	な研修を行うよう措置すること。
		1 有効性・安全性について 2 使用方法について		
		3 保守点検について 4 不具合発生時の対応について		
2 14	4 3	5 法令上遵守すべき事項について 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実施		①保守点検計画(□有・□無)
- 12	د ع	② 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機器について、機種別に保守点検計画を策定しているか。	[ ]	※医療機器名、製造販売業者、型式、保守点検をする予定の時期、間隔、条件等を記載すること
		※保守点検が必要な機器として次の機器を含むこと		保守点検( □実施・□未実施 )
		1 人工心肺装置及び補助循環装置 2 人工呼吸器		②保守点検の記録( □有・□無 )
		3 血液浄化装置 4 除細動装置(AEDを除く)		②味ず点機の記録( □有・□無 /
		5 閉鎖式保育器		2 製造販売業者名 3 型式、型番、購入年
		6 CT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(直線加速器等)		4 点検年月日、保守点検の概要、点検(業)者名 5 修理年月日、修理の概要、修理(業)者名
		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) ② 個々の医療機器ごとに保守点検を実施し、点検、修理の概要等が把握できるよ		
		● 個ペル区が成金ことに味り、ボスと 美地の、ボスス、ドルギの成女子が記録とさるように保守点検状況が記録されているか。	7	①機器の添付文書・取扱説明書等の管理
2 14	4 4	医療機器の安全使用のために必要となる未承認等の医療機器の使用の情報の収集 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		(□整備済・□未整備)
		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	[ ]	②機器の安全性情報、不具合情報の周知方法
		医療機能及主旨程具は有は、医療機能の認可及害、私放配的責守の医療機能 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。		③機器に関する情報の病院管理者への報告体制
		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性情報等の安全使	[ ]	(□整備済・□未整備)
		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て適切に提供しているか。		<ul><li>④その他取り組んでいる事項</li></ul>
		③ 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。		
2 15	5	※PDMAメディナビの積極的な活用が望まれる。 <b>&lt;ドクターヘリの運航に関わる安全の確保&gt;</b>		
		※ドクターへリ基地病院であり、かつ「離着陸の許可を受けていない場所に離着 陸を行う運航であって、消防機関等の依頼又は通報に基づかない運航」を行う		
2 15	5 1	病院の該当項目 ドクターへリの運航に係る安全の確保		
2 19	_	① ドクターヘリの運航要領を定めているか。 運航要領に定められた事項の遵守	[ ]	
2 16		① 運航にあたり、運航要領に定められた事項が遵守されているか。 <高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等を用いた医療を提供するに当たっ	[ ]	
2 10	J	ての必要な措置>		※「高度新規医療技術」、「未承認新規医薬品等」については、 『検査基準』を参照のこと
		※特定機能病院「以外」の病院の該当事項  ① 高難度新規医療技術又は未承認新規医薬品等を用いた医療を提供するに当	[ ]	NAME TO COMMON TO THE PARTY OF
		たっては、患者への重大な影響が想定されることを踏まえ、医療法施行規則の 規定に準じ、各病院の実績を踏まえた上で、可能な限りの対応が行われるよう 数かでしょう。		
2 1	7	努めているか。 <b>&lt;特定機能病院における安全管理等の体制&gt;</b>		
		※特定機能病院の該当項目 ※医療機関立入検査においては、医療法第25条第3項に基づく特定機能病院		
		に対する立入検査により同行実施する関東信越厚生局と連携して確認する項 目		
		① 医療を受ける者に対する説明に関する責任者を配置しているか。 ② 診療録等の管理に関する責任者を選任しているか。		
(2 1')	7 3)	③ 高難度新規医療技術を提供する際、必要な措置を講じているか。 ④ 未承認新規医薬品等を用いた医療を提供する際、必要な措置を講じている		
l .		か。 監査委員会を設置しているか。		
	٠,			

(2	17	6)	8		
(2	11	0)	⑥ 入院患者が死亡する等した際、医療安全管理部門に報告を行っているか。		
(2	17	7)	⑦ 他の特定機能病院の管理者と連携した相互立入及び技術的助言を実施して		
(2	17	٥١	いるか。  ⑧ 医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等の情報提供の窓口を設置		
(2	11	0)	しているか。	1	
(2	17	9)	⑨ 特定機能病院における管理者のための研修を実施しているか。	[ ]	
2	18		<検体検査の実務の適正な実施に必要な基準への適合>		
			※本項目については、H30.8.10医政発0810第1号厚生労働省医政局長通知 「医療法等の一部を改正する法律の一部の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」を参照。		
			※病院が、他の医療機関から検体検査の業務を受託して実施している場合は、 「病院又は診療所間において検体検査の業務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日付け医政総発1129第1号・医政地発1129 第1号厚生労働省医政局総務課長・地域医療計画課長連名通知(一部改正:令 和元年7月10日付け医政総発0710第1号・医政地発0710第2号厚生労働省 医政局総務課長・地域医療計画課長連名通知))を参照。		
2	18	1	検体検査の精度の確保に係る責任者の配置 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。 ※責任者は医師又は臨床検査技師であること。	[ ]	<ul><li>①検体検査の精度の確保に関する責任者</li><li>(□有・□無)</li><li>有:氏名: 資格:</li></ul>
2	18	2	  遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者の配置		  ①遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に関する
			① 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。 ※責任者は遺伝子関連・染色体検査の業務に関し相当の経験を有する医師若 しくは臨床検査技師又は遺伝子関連・染色体検査の業務に関し相当の知識及 び経験を有する者であること。	[ ]	責任者(□有・□無) 有:氏名: 資格:
2	18	3	標準作業書の常備及び検体検査の業務の従事者への周知		
			① 以下の標準作業書を常備し、検査業務の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   書等でも可。		
			※測定標準作業書については、血清分離のみを行う病院は血清分離に関する 事項以外の事項を、血清分離を行わない病院は血清分離に関する事項を記載 することを要しない。		
			※各作業書については、作業の内容に応じて整理統合して差し支えない。		
2	18	4	作業日誌の作成		
			① 以下の作業日誌を作成しているか。	[ ]	
			□検査機器保守管理作業日誌 □測定作業日誌		
			※血清分離のみを行う病院は血清分離に関する事項以外の事項を、血清分離を行わない病院は血清分離に関する事項を記載することを要しない。		
_	1.0		※各作業日誌については、作業の内容に応じて整理統合して差し支えない。		
2	18	Э	台帳の作成 ① 以下の台帳を作成しているか。		
			□試薬管理台帳 □統計学的精度管理台帳(内部精度管理)	1	
			□外部精度管理台帳		
			※血清分離のみを行う病院は作成することを要しない。		
			※統計学的精度管理台帳(内部精度管理)及び外部精度管理調査台帳は、内		
			部精度管理又は外部精度管理調査の受検を行った場合のみ作成を要する。		
			※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。		
2	18	6	検体検査の精度管理のための体制の整備		
			※遺伝子関連・染色体検査を除く	, ,	
			① 検査業務の実施にあたり内部精度管理が行われるように配慮するよう努めてい   るか。		
1			② 外部精度管理調査を受けるよう努めているか。	[ ]	
1			※血清分離のみを行う場合を除く。		
			③ 検査業務の従事者に必要な研修を受けさせるよう努めているか。	[ ]	
2	18	7	遺伝子関連・染色体検査の制度管理のための体制の整備 ① 遺伝子関連・染色体検査の業務の実施にあたり内部精度管理が行われるように	, ,	
1			① 退伍于関連・栄巴体検査の業務の美施にあたり内部精度管理が行われるように 配慮しているか。	1	
1			※実施する検査項目ごとに内部精度管理を実施すること。		
1			② 外部精度管理調査を受ける等して、精度の確保に努めているか。		
1			※血清分離のみを行う場合を除く。 ② 造伝ス関連、効免は終本の業務の発車者に必要な呼吸を受けて出るようないて	,,	
1			③ 遺伝子関連・染色体検査の業務の従事者に必要な研修を受けさせるよう努めているか。		
2	19		医療情報システムに対するサイバーセキュリティの確保		**サイバーセキュリティーの確保にあたっては、「医療情報システムの安全管理に関する ガイドライン」、「医療機関における医療機器のサイバーセキュリティ確保のための手引
			① システムの規模、機能に応じた責任者の配置、システムの管理及び運用、インシ	[ ]	書」及び「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」を参照してくださ
1			デント発生時の対応等の体制を整備しているか。 		V '0
-	20		医師の働き方改革の推進		※医師の働き方改革の推進に当たっては、群馬県医療勤務環境改善支援センター(群
	∠U 		医師の働き方改革の推進 <ul><li>① 医師の時間外労働の上限管理の徹底と医師に対する適切な健康確保措置が図られているか。</li></ul>	[ ]	への高いの面はパルキッパに連に当たっては、在内がにの放動がかれたい音を放とシス(在 馬県医務課内)から必要な支援を受けること。
3			帳票·記錄		
3	1	1	< <u>*診療録の管理、保存</u> >		
3	1	1	診療録 ① 診療に際して、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しているか。	[ ]	
1			① 診療に除して、建神なく診療に関する事項を診療域に記載しているか。 ② 適切に作成された診療録を適切に管理し、5年間保存しているか。		
1			③ 診療録に診療した医師の署名がされているか。	i i	
1			④ 診療録管理規程を整備しているか。	i i	
1			⑤ 診療録は、診療録管理規程等に沿って管理、保存しているか。	[ ]	
1			⑥ 外来、病棟等、保管場所毎に診療録の取扱責任者を置いているか。		
1			⑦ 診療録は、適切な方法で廃棄されているか。		İ

(3	1	2)	⑧ 電子カルテを導入している場合、診療録の電子保存において必要とされる事項を具備した運用管理規程を整備しているか。		
			⑨ 上記の運用管理規程は、「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、作成、運用管理されているか。 ※最新のガイドラインは「第6.0版」。		
3	2				
			※助産師がその業務に従事している病院の該当項目	,	
			① 助産師が分べんの介助をしたときは、助産に関する事項を遅滞なく助産録に記載しているか。また、5年間保存しているか。		
3	3		<診療に関する諸記録の整理保管>		
3	3	- 1	診療及び管理運営に関する諸記録の整理保管 診療に関する諸記録の整理保管		
		(-/	① 過去2年間の診療に関する諸記録が適正に整理保管されているか。	[ ]	
		(2)	地域医療支援病院における診療に関する諸記録及び病院の管理・運営に関する諸 記録の整理保管		
			※地域医療支援病院の該当項目		
			<ul><li>① 過去2年間の診療に関する諸記録が適正に整理保管されているか。</li><li>② 過去2年間の病院の管理及び運営に関する諸記録が適正に整理保管されているか。</li></ul>		
		(3)	特定機能病院における診療に関する諸記録及び病院の管理・運営に関する諸記録 の整理保管		
			※特定機能病院の該当項目	,	
			<ul><li>① 過去2年間の診療に関する諸記録が適正に整理保管されているか。</li><li>② 過去2年間の病院の管理及び運営に関する諸記録が適正に整理保管されているか。</li></ul>		
		(4)	塩床研究中核病院における診療に関する諸記録及び病院の管理・運営に関する諸 記録の整理保管		
			※臨床研究中核病院の該当項目		
			<ul><li>① 過去2年間の診療に関する諸記録が適正に整理保管されているか。</li><li>② 過去2年間の病院の管理及び運営に関する諸記録が適正に整理保管されているか。</li></ul>		
3	3	2	入院診療計画書		
			① 患者が入院した日から起算して7日以内に、診療を担当する医師等により、入院 中の治療に関する計画等を書面にて作成し、患者又はその家族へ交付し適切な 説明が行われているか。		
			② 入院診療計画書に必要な事項が記載されているか。		
			※医療法第六条の四第1項第一号:患者の氏名、生年月日及び性別 ③ 入院診療計画書の交付に代えて、次の方法により提供する場合は、あらかじめ	[ ]	
			その用いる電磁的方法の種類及びファイルへの記録の方式を示し、患者又はそ の家族の承諾を得ているか。		
3	3	3	※提供したファイル等から書面が入手できること。 退院療養計画書		
	Ü	Ü	① 患者の退院時に、退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスに 関する事項を記載した書面の作成、交付及び適切な説明が行われるよう努めて いるか。	[ ]	
3	4		<エックス線装置等に関する記録>		
			※エックス線装置等を有する病院の該当項目		
3	4	1	装置及び器具の使用時間の記録及び保存 ① 帳簿を備え、規則に掲げる室ごとに、それぞれ規則に掲げる装置又は器具の1週	[ ]	
			間あたりの延べ使用時間を記載し、これを1年ごとに閉鎖し、閉鎖後2年間保存しているか。	,	
			※その室の画壁等の外側が所定の線量当量率以下になるようしゃへいされている場合はその限りでない。		
3	4	2	装置、器具及び同位元素並びに同位元素による汚染物の記録及び保存  ① 帳簿を備え、診療用放射線照射装置・照射器具、診療用放射性同位元素又は陽	1	
			電子断層撮影診療用放射性同位元素の入手、使用及び廃棄並びに放射性同位元素の入手、使用及び廃棄並びに放射性同位元素の入手、使用及び廃棄並びに放射性同位元素によって汚染された物の廃棄に関し必要事項を記載し、これを1年ごとに閉鎖し、閉鎖後5年間保存しているか。	,	
3	4	3	線量当量等の測定、記録及び保存		
			① 放射線障害が発生するおそれがある場所について、所定の方法により <u>診療開始</u> 並及び開始後1か月に1回以上放射線の量及び放射性同位元素による汚染の状 況を測定し、その結果に関する記録を5年間保存しているか。		
			※X線装置等を固定して取り扱う場合は6月を超えない期間毎に1回の測定すること。		
3	4	4	治療用エックス線装置等の放射線量の測定保存		
			① 病院又は診療所の管理者は、治療用エックス線装置、診療用高エネルギー放射		
			線発生装置及び診療用放射線照射装置の放射線量を6月を超えない期間ごと に1回以上線量計で測定し、その結果に関する記録を5年間保存しているか。		
(3	4	5)	照射録 ※診療放射線技師法第28条第1項及び診療放射線技師法施行規則第16条を 参照。		
			※電子署名に関しては、電子署名及び認証業務に関する法律等を参照。		
			① 診療放射線技師は、放射線を人体に対して照射したときは、遅滞なく必要事項を 記載した照射録を作成し、その照射について指示をした医師又は歯科医師の署 を必要がでいるか。		
			名を受けているか。 ② 照射録に必要事項が記載されているか。	[ ]	
			③ 書面に代えて電磁的記録により作成、保存を行う場合、その方法は適切か。	i i	

_			② 最大限は行う担人は、NITの項目を担任しています。	7	1	
l			④ 電子照射録の場合は、以下の項目を担保していること。		1	
l			※承認(指示)医師の個人認証が確保されていること。			
l			※必要事項が掲載されていること。			
l			※必要に応じて、書面に出力できること。			
3	5		<院内掲示>			
			病院の管理者が見やすい場所に掲示すべき事項			①見やすい場所に掲示すべき事項
l			① 病院の入口、受付又は待合所の付近の見やすい場所に必要事項を掲示してい	Ţ	1	□管理者の氏名
l			<ul><li></li></ul>		1	□診療に従事する医師又は歯科医師の氏名 □医師又は歯科医師の診療日及び診療時間
l						□医師又は圏科医師の診療ロ及び診療時间 □建物の内部に関する案内
			※管理者の氏名:管理者であることがわかるよう掲示してください。			口足物の71即に関する来で1
4			業務委託			
l			※診療等に著しい影響を与える業務として政令で定めるものを業務委託してい			※適正に業務を行う能力のある者の基準に適合していること
l			る病院の該当項目			を、医療法施行規則に定める各規定により確認する場合は、受
l			※業務委託の基準については、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行に			託者から挙証書類の提供を受けこれを保管しておくこと。 ※許可期限のある書類は、更新を確認すること。
l			ついて」(平5.2.15健政発第98号)、「病院、診療所の業務委託について」(平			次計引用限V200分音類は、実材と推動すること。
l			5.2.15指第14号)等を参照。			
4	1					
_	1	1\	- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	7	,	※検体検査業務については、「病院又は診療所間において検体
(4	1	1)	※検体検査業務を業務委託している病院の該当事項 : 委託の有無			検査の業務を委託及び受託する場合の留意点について」の一
l			① 規則で定める基準に適合するものに委託しているか。		1	部改正について(R1.7.10医政総発0710第1号及び医政地発
l			※受託者名( )			0710第2号)に留意すること。
l			② 契約は書面により締結しているか。	[	1	
l			③ 個人情報の取り扱いに関する事項を定めているか。	ľ	1	
l			④ 反社会的勢力の排除に関する事項を定めているか。	ľ	1	
(4	1	2)	※検体検査業務を受託している病院の該当事項 : 受託の有無	Ī	ī	
` `	•		① 規則で定める基準に適合していることを委託者に挙証しているか。	ř	1	
l				7	4	
l			②病院本来の検体検査業務に支障が出ていないか。		4	
l			③ 非営利性を確保しているか。	Ĺ	1	
			④ 検体検査業務の再委託を行っていないか。		]	
4	2		<医療機器等の滅菌消毒業務>		٦	
			※滅菌消毒業務を業務委託している病院の該当事項 : 委託の有無	[	]	
l			① 規則で定める基準に適合するものに委託しているか。	[	ij	
l			※受託者名(	•	1	
l				,	١,	
l			② 契約は書面により締結しているか。	L	4	
l			③ 個人情報の取り扱いに関する事項を定めているか。		]	
			④ 反社会的勢力の排除に関する事項を定めているか。		]	
4	3		<患者等の食事の提供業務>			
			※食事提供業務を業務委託している病院の該当事項 : 委託の有無	ľ	1	
l			① 規則で定める基準に適合するものに委託しているか。	Ţ	1	
l			※受託者名( )	•	1	
l				,	١,	
l			② 契約は書面により締結しているか。	L	4	
l			③ 個人情報の取り扱いに関する事項を定めているか。		1	
			④ 反社会的勢力の排除に関する事項を定めているか。		]	
4	4		<患者等の搬送業務>			
			※患者等搬送業務を業務委託している病院の該当事項:委託の有無	ľ		※患者等搬送業務とは『患者。妊婦、産婦又はじょく婦の病院、
l			① 規則で定める基準に適合するものに委託しているか。	[		診療所若しくは助産所相互間の搬送の業務及びその他の搬送
l			※受託者名( )	_	-	の業務で重篤な患者について医師又は歯科医師を同乗させて
l			② 契約は書面により締結しているか。	Ţ	١,	行うもの』をいう。
l			③ 個人情報の取り扱いに関する事項を定めているか。	_	1	
l			- 100 110 110 110 110 110 110 110 110 11	ָּ ,	4	
			④ 反社会的勢力の排除に関する事項を定めているか。	ľ	1	
4	5		<医療機器の保守点検業務>			
l			※保守点検業務を業務委託している病院の該当事項 : 委託の有無	ľ	1	
l			① 規則で定める基準に適合するものに委託しているか。	[	1	
l			※受託者名( )			
l			※受託者名( )			
l			※受託者名( )			
l			② 契約は書面により締結しているか。	r	,	
l			③ 個人情報の取り扱いに関する事項を定めているか。		í	
l			③ 個人情報の取り扱いに関する事項を定めているか。 ④ 反社会的勢力の排除に関する事項を定めているか。	ľ	i	
4	0		0 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11	1	1	
4	6		<医療の用に供するガスの保守点検の業務>		ļ	
(4	6	1)	※保守点検業務を業務委託している病院の該当事項 : 委託の有無		]	
l			① 規則で定める基準に適合するものに委託しているか。		]	
l			※受託者名( )			
l			② 契約は書面により締結しているか。		1	
l			③ 個人情報の取り扱いに関する事項を定めているか。	i	i	
l			④ 反社会的勢力の排除に関する事項を定めているか。	Ţ	1	
(1		0,	(生) 及社会の労力の排除に関する事項を定めているが。 医療ガスの安全管理	<b>N</b>	-1	①医療ガス安全管理委員会(□有・□無)
(4	О	2)			,	①医療ガス女主管理委員会(□有・□無) [無の場合 設置予定 年 月頃]
l			① 医療ガスの安全管理のための委員会を設置しているか。		1	委員会の名称:
l			wall to all the second			
l			※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			医療ガス安全管理委員長:
l			学技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病院にあっ			※病院における医療安全管理についての知識を有し、かつ、医
l			こ。また、麻酔、栗中石療寺を担当りる麻酔科医が吊時勤務している病院にあっては、原則として当該麻酔科医を委員に含めること(実施責任者も含めること)。			療ガスに関する知識と技術を有する者
l			この、 がいこうではながられているとの人があるとし、大心を仕事しているとこう。			氏名: 職名:
l			※禾昌今にけ 匠歯ガフの中今竺畑に反る岩改の町椒なが炒ばた			氏名: 職名:
l			※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を置くこと。			実施責任者:
l			11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11			※医療ガス設備の正しい施工・取扱い方法及び高圧ガスに関
l			※委員会には、医療ガス設備の保守点検業務等を行う責任者(実施責任者)を			する専門的知識と技術を有する者
l			置くこと			or to . TAN-over
l			※実施責任者は病院の職員のうちから選任すること			氏名: 職種:
l			※委員会の構成員を明らかにした名簿を備えておくこと			
l			② 委員会を年1回定期的に開催しているか。		1	
l			また、必要に応じて適宜開催しているか。		-	
l			委員会の議事内容を記録しているか。			

		③ 医療ガス設備の保守点検指針により安全管理が行われているか。		] ②委員会開催頻度[年 回]
		※医療ガス設備の保守点検業務の実施に当たっては、令和2年8月17日付け医 政発0817第6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」を		[昨年度開催回数 回] 直近の実施年月日:令和 年 月 日
		参照すること ※委員会は、実施責任者に保守点検業務を行わせること		③点検の間隔、点検項目を確認
		※委員長は、実施責任者による業務を指導及び監督すること ※始業点検は、医療機器を配管端末機に接続する前及び接続した際に実施す		(始業点検:医療機器の配管端末機接続前、接続時) 実施の有無(□有・□無)
		ること。 ※日常点検は、警報表示板、供給設備のそれぞれに対し1日1回以上実施するこ		(日常点検:1日1回以上)
		と。また実施記録を2年間保存すること。		実施の有無(□有・□無)
		※実施責任者不在日に、日常点検を実施責任者以外の者に行わせている場合、委員長の他、実施責任者が業務を指導及び監督すること(委員長及び実施		実施記録の保存(□有・□無) (定期点検:それぞれ必要な点検間隔以上)
		責任者が実施状況を確認していることが分かる様式とすること)		実施の有無
		※実施責任者を複数置いている場合、主たる実施責任者を定め、委員長の他、 主たる実施責任者が業務を指導及び監督すること(委員長及び主たる実施責任		1【3か月点検】(□有・□無) 直近1年の実施時期:
		者が実施状況を確認していることが分かる様式とすること)		1)令和     年     月     日       2)令和     年     月     日       3)令和     年     月     日
		※定期点検は、配管端末機、区域別遮断弁、及び供給設備のそれぞれに対し、		4) 令和 年 月 日 実施記録の保存(□有・□無)
		1 3か月点検は、必要な点検項目について3か月ごとに実施すること 2 6か月点検は、必要な点検項目について6か月ごとに実施すること		2【6か月点検】(□有・□無 ) 直近1年の実施時期:
		3 1年点検は、必要な点検項目について1年ごとに実施すること また実施記録を2年間保存すること。 ※上記1~3は検査項目が異なるが、併せて実施することは差し支えない(その		1) 令和 年 月 日   2) 令和 年 月 日
		場合、それぞれの点検項目について実施したことが分かる様式とすること)。 ※平成29年9月6日付け医政発0906第3号厚生労働省		実施記録の保存(□有・□無)
		医政局長通知において、点検間隔が短縮されている項目がある(6か月に1度以上⇒3か月に1度以上等)ことに注意すること。また、それまでの通知にあった「定地」との問題がよりであった「定地」といる。また、それません。		3【1年点検】(□有・□無) 直近1年の実施時期: 1)令和 年 月 日
		期点検の間隔は施設の状況に応じて行ってもよい」との記載が削除されていることに注意すること。		実施記録の保存(□有・□無)
		④ 医療ガスに係る安全管理のための職員研修を年1回程度定期的に(また必要に	[	③研修会開催頻度[ 年 回] [昨年度開催回数 回]
		応じて)開催しているか。 また、研修の実施内容を記録しているか。		直近の実施年月日:令和 年 月 日 研修内容:
		※他の医療安全に係る研修と併せて実施可。		
4	7	<患者等の寝具類の洗濯業務>		
		※寝具類洗濯業務を業務委託している病院の該当事項:委託の有無 ① 規則で定める基準に適合するものに委託しているか。		
		※受託者名( ) ② 契約は書面により締結しているか。		
		③ 個人情報の取り扱いに関する事項を定めているか。	Ī	
4	8	④ 反社会的勢力の排除に関する事項を定めているか。   <b>本設の清掃業務</b>	L	1
		※施設清掃業務を業務委託している病院の該当事項 : 委託の有無		1
		① 規則で定める基準に適合するものに委託しているか。 ※受託者名( )	[	
		② 契約は書面により締結しているか。 ③ 個人情報の取り扱いに関する事項を定めているか。		
		④ 反社会的勢力の排除に関する事項を定めているか。	_	
4	9	<感染性廃棄物の処理業務>		
(4	9 1)	※廃棄物処理業務を業務委託している病院の該当事項:委託の有無 ① 規則で定める基準に適合するものに委託しているか。		] ※県外の処分場に荷下ろしする場合、収集運搬業者は、群馬県 と荷下ろしする都道府県双方の知事の許可が必要となる。 ※「規則で定める基準に適合するもの」には、最終処分業者を
		1 特別管理産業廃棄物 ※受託者名(収集運搬業者: )		合む。
		( )		
		( (処分業者: )		
		(		
		(最終処分業者: )		
		( )		
		2 産業廃棄物		
		※受託者名(収集運搬業者:		
		( )		
		(処分業者:		
		(		
		(最終処分業者: )		
		( )		
		( ) ② 契約は産業廃棄物収集運搬業者と産業廃棄物処分業者のそれぞれと、個別に ま元により終われている。	[	1
		書面により締結しているか。	1	1

			③ 委託契約書に必要な事項が記載されているか。		③必要な事項
			1 委託する産業廃棄物の種類及び数量	1	□全て有
			2 運搬契約の場合は、運搬の最終目的地		□記載もれ事項
			3 処分契約の場合は、処分場所の所在地、処分方法、施設処理能力		$ \begin{bmatrix} \Box 1 \ \Box 2 \ \Box 3 \ \Box 4 \ \Box 5 \ \Box 6 \ \Box 7 \ \Box 8 $
			4 処分契約の場合は、最終処分場所の所在地、処分方法、施設能力		20 210 ]
			5 委託契約の有効期間		マニフェストの種類(□電子・□紙)
			6 委託者が受託者に支払う料金		  マニフェスト返送日の確認( □有・□無 )
			7 受託者が収集運搬業又は処分業の許可を受けた事業の範囲		マーノエスト返及日の確認(口有・口無)
			8 委託者の有する委託した廃棄物の適正処理に必要な情報		
			イ)当該廃棄物の性状及び荷姿に関する事項		
			口)通常の保管状況下での腐敗、揮発等性状の変化に関する事項		
			ハ)他の廃棄物との混合物等により生ずる支障に関する事項		
			二)その他当該廃棄物を取り扱う際に注意すべき事項		
			9 受託業務終了時の受託者への報告に関する事項		
			10 委託契約解除時の処理されない廃棄物の取扱いに関する事項	, ,	
			④ 個人情報の取り扱いに関する事項を定めているか。	1	
/ 4	_	0)	⑤ 反社会的勢力の排除に関する事項を定めているか。		①特別管理産業廃棄物管理責任者(□有・□無)
(4	9	2)	感染性廃棄物の管理	, ,	有: 氏名: 資格:
			① 特別管理産業廃棄物管理責任者を設置しているか。		Only the beauty of the stand of the beauty of the standard of
					<ul><li>②特別管理産業廃棄物管理責任者設置報告書の提出</li><li>(□有・□無)</li></ul>
				,,	(26 200)
			② 特別管理産業廃棄物管理責任者の変更があった場合は、市産業廃棄物対策課		
_			に変更報告書を提出しているか。		
(4	9	3)	感染性廃棄物の分別・管理	-	①感染性廃棄物専用の保管場所(□有・□無)
l			① 感染性廃棄物を他の廃棄物と区分して保管しているか。	[ ]	少心不圧先来177寸円ツ  不日物川(口行・口無)
l			② 感染性廃棄物の施設内における移動は、移動の途中で内容物が飛散・流出する		
l			おそれがない容器で行っているか。	_	
l			③ 保管場所は、関係者以外の者が立ち入れないようになっているか。	[ ]	
l			④ 感染性廃棄物に他の物が混入するおそれのないように仕切りを設けること等必	[ ]	
l			要な措置を講じているか。		
l			⑤ 保管場所の見やすい箇所に縦横60cm以上の掲示板があるか。	[ ]	
			⑥ 掲示板には、必要事項が記載されているか。	[ ]	
			※感染性廃棄物の保管場所である旨及び取り扱い注意事項		
			※保管する特別管理産業廃棄物の種類		
			※保管場所の管理者の氏名又は名称及び連絡先		⑦容器に感染性廃棄物を認識できるマーク
			⑦ 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扱い時の注	[ ]	(バイオハザードマーク等)の付与及び取扱い時の
			意事項を表示しているか。	, ,	注意事項の表示(□有・□無)
			   ※バイオハザードマーク「∞」で「鋭利なもの【黄】」、「固形状のもの【橙】」、「液状		容器周辺に分別方法の掲示(□有・□無)
			又は泥状のもの【赤】」に区分することが望ましい。		
4	10		<医療用放射性汚染物の廃棄業務>		
			※医療用放射線汚染物の廃棄業務を業務委託している病院の該当事項	[ ]	※平成13年厚生労働省令第202号(H13.9,28)
			:委託の有無		「医療法施行規則第30条の14の2第1項の診療用放射性同位
			① 規則で定める基準に適合するものに委託しているか。	[ ]	元素又は放射性同位元素によって汚染された物の廃棄の委托
			○ 然則に定める基準に適合するものに安配しているか。 ※受託者名( )	1	を受ける者を指定する省令」により指定されている者は『公益社  団法人日本アイソトープ協会』のみ。
			② 契約は書面により締結しているか。	1	団伝人口本アイノトーノ励云』のみ。
			③ 個人情報の取り扱いに関する事項を定めているか。		
			<ul><li>◎ 個人情報の取り扱いに関する事項を定めているか。</li><li>④ 反社会的勢力の排除に関する事項を定めているか。</li></ul>		
5			防火・防災体制	1	
5					
			※防火・防災体制については、消防法、水防法、土砂災害警戒区域等における   土砂災害防止対策の推進に関する法律等を参照してください。また、地域を所		
			管する消防本部、消防署に確認してください。		
l			※市町村の地域防災計画やハザードマップを参照してください。		
5	1				
9	1		① 防火管理者を定め、所轄消防署へ届け出ているか。また、変更した場合も届け	[ ]	①防火管理者: 役職:
l			① 防火官理者を定め、所轄消防者へ届け出ているか。また、変更した場合も届け   出ているか。	, ,	直近の届出日:(平成・令和) 年 月 日
l			こく 3/7。   ※管理的又は監督的地位にある有資格者を選任してください。		
l			② 防火管理者は消防計画を作成し、所轄消防署へ届け出ているか。また、変更し		②消防計画   直近の届出日:(平成・令和) 年 月 日
l			た場合も届け出ているか。	· '	
5	2		<消火訓練・避難訓練>		
			① 消防計画に基づく消火訓練及び避難訓練を年2回以上実施しているか。	[ ]	①②③直近2回の消火訓練及び避難訓練
l			② 訓練のうち1回は夜間に実施又は夜間想定で実施しているか。	i i	1:令和 年 月 日
l			③ 必要に応じ、所管消防機関等の立会いが行われているか。	i i	( □夜間又は夜間想定 □消防機関等の立会い )
			※年1回程度は訓練の状況をチェックしてもらうことが望ましい。		2:令和 年 月 日  (□夜間又は夜間想定□消防機関等の立会い)
L				<u></u>	C DUNNING C CIDMING O VEAT
5	3		<防火・消火用の設備>		
			① 防火・消火上必要な設備(消火設備、警報設備、避難設備)が整備され、維持管	[ ]	①直近2回の防火・消火設備点検
			理は適切に行われているか。		1:令和 年 月 日
l			② 消防用設備等の定期点検を行い、消防本部等に報告しているか。	[ ]	2:令和 年 月 日 ②消防機関への届出(□有・□無)
l			③ 故障箇所、整備不良に対し、早期に適切な改善を行っているか。	[ ]	[有: 令和 年 月 日]
5	4		<点検報告等>		
			※建築基準法に定めにより「定期報告が必要な建築物」、「定期報告が必要な建		
			築設備等」にあたる病院の該当項目。		
(5	4	1)	①「定期報告が必要な建築物」に該当する建物について、定期的に一級建築士や	[ ]	
			建築物調査員等の有資格者に調査させ、その結果を市建築指導課に報告して		
l			いるか。		
l			※報告は2年に1回(令和6年度は病院は対象外です)。		
l			② 故障箇所、整備不良に対し、早期に適切な改善を行っているか。	[ ]	
(5	4	2)	①「定期報告が必要な建築設備等」に該当する防火設備等について、定期的に一	[ ]	
l			級建築士や防火設備検査員等の有資格者に調査させ、その結果を市建築指導		
l			課に報告しているか。		

			※報告は毎年。		
l			② 故障箇所、整備不良に対し、早期に適切な改善を行っているか。	[ ]	
5	5		<防災及び危害防止対策>		
(5	5	1)	危害防止対策		
			① 診察の用に供する電気、光線、熱、蒸気またはガスに関する構造設備について、 日常点検表等を用いるなど、定期的な安全確認が行われているか。また、点検 記録が保管されているか。	[ ]	
			② 医療用の高圧酸素等の危険物や引火性の医薬品等については、特に安全管理 体制に留意しているか。	[ ]	
			③ 医療機器等の電源プラグを時々抜いてほこりや湿気を拭き取るなどの点検管理 (トラッキング現象の防止対策)を行っているか。	[ ]	
(5	5	2)	防災管理者及び防災管理に係る消防計画		
			※消防法施行令第四条の二の四及び第四十六条で規定する「防災管理を要す る建築物」にあたる病院の該当項目		
			※(1)4階以下で延べ面積が5万㎡以上、(2)5階以上10階以下で延べ面積が2 万㎡以上、(3)11階以上で延べ面積1万㎡以上。		
l			① 防災管理者を定めているか。	[ ]	
			<ul><li>※防火管理者と同一人物を選任してください(消防法第三十六条)。</li><li>※管理的又は監督的地位にある有資格者を選任してください。</li><li>② 防災管理に係る消防計画を作成しているか。</li></ul>	[ ]	
l			③ 防災管理に係る消防計画に基づく避難訓練を年1回以上実施しているか。	[ ]	
	_	۵)	ル・中 ↓ Th 巛 中 → ↓ 位 ) ァ / グ フ 〉 10 禁ル ⇒ 1 . 元 コ ッグ ン 10 禁ル ⇒ 1 . 小 コ ・ マ ・ マ ・ マ ・ マ ・ マ ・ マ ・ マ ・ マ ・ マ ・		① 存時が過れ相号区域中立は上が≪事整金区域中
(5	5	3)	水害・土砂災害対策に係る避難計画及び避難訓練		①病院が浸水想定区域内又は土砂災害警戒区域内 に立地しているかどうかの確認
			※浸水想定区域内又は土砂災害警戒区域内に立地し、要配慮者利用施設として   高崎市地域防災計画に掲載されている病院の該当項目。		(□有・□無)
l					有:□立地している(水・土砂)□していない
l				,	病院が要配慮者利用施設として高崎市防災計画に
l			設として印画性地域的灰計画に拘載されているがとうが推認しているが。		掲載されているかどうかの確認   ( □有・□無 )
l			※併せて高崎市ハザードマップ等を確認してください。		有: □掲載されている □されていない
l			② 病院が浸水想定区域や土砂災害警戒区域に立地している場合、従業者等に周	[ ]	VA 1/14 > 1 Ft : 0 H A T = 0 0 0 1 = 1 1 7 (1/2)
l			知しているか。		※①がどちらも『有』の場合、下記の③~⑤を記入してください。  ※①のうちどちらか一方のみ『有』の場合、高崎市防災安全課に
l			③   病院が高崎市地域防災計画において要配慮者利用施設に該当している場合、	[ ]	避難確保計画作成の必要性についてお問い合わせください。
l			水害や土砂災害に対する避難確保計画を策定しているか。また、避難確保計画		
l			の策定時及び変更時に高崎市長に報告しているか。		③避難確保計画(□有・□無)
l					[ 有の場合 新規作成 年 月 ]
l			※必ずしも災害ごとに別の計画として避難確保計画を策定する必要はないが、		[有の場合 直近改訂 年 月]   [有の場合 直近の届出 年 月]
l			非常災害対策計画として、総合計画を策定する場合には、火災の他、水害・土砂 災害、火山、地震、大雪等、地域の実情に即した計画となっている必要がある。		[無の場合 届出予定 年 月頃]
l			次音、八山、地震、八当寺、地域の天情に即じた計画となっている必安がめる。 		④避難訓練(□有・□無)
l			※国土交通省HP「水防法」、「砂防」を参照		[有の場合直近の実施 年 月]
l			※厚生労働省HP「災害医療」を参照		[ 無の場合 実施予定 年 月頃 ]
l			※市町村や他の医療機関等と相談の上、策定してください。		⑤自衛水防組織(□有・□無)
l			※併せて事業継続計画(BCP)の作成に努めてください。		[ 有の場合 直近の届出 年 月 ]
l			(④) 要配慮者利用施設に該当している場合、避難確保計画に基づき、水害や土砂災害を想定した避難訓練を年1回以上実施しているか。	[ ]	[ 無の場合 設置予定 年 月頃 ] ※浸水想定区域内に立地し、要配慮者利用施設に該当してい
l			日で心だりで起来即帰と中国の工人間ので、かり。		る場合に限る。
			※必ずしも災害ごとに避難訓練を行う必要は無いが、非常災害対策計画に基づ く避難訓練を行う場合には、火災の他、水害・土砂災害、火山、地震、大雪等、地域の実情に即した避難訓練となっている必要がある。		
			⑤ 浸水想定区域内に立地し、要配慮者利用施設に該当している場合、自衛水防組織を設置するよう努めているか。また、組織の設置時及び構成員等の変更時に市町村長に報告しているか。	[ ]	
6			放射線管理		
			※各放射線等取扱施設等を有する病院の該当項目		
l			   ※本項目における所定の線量(線量限度)(線量率)、濃度又は密度等について		
	1		スー・スー・スー・スー・スー・スー・スー・スー・スー・スー・スー・スー・スー・ス		
6	1	1	<b>&lt;管理区域&gt;</b>   管理区域の設定と標識		
ľ	1	1	① 目的外使用(他の医療機器使用、診察室、倉庫等)はないか。	1	
l			② 管理区域が適切に設定されているか。	î î	
l			③ 管理区域である旨を示す標識が適切な位置に表示されているか。	i i	
6	1	2	管理区域への立入制限と被ばく防止の措置		
			① 管理区域内に人がみだりに立ち入らないよう必要な措置が講じられているか。	[ ]	
6	2		<敷地の境界等における防護措置>		
			① 敷地内の人が居住する区域及び敷地の境界における線量を所定の線量限度以下にするためのしゃへい等の措置が講じられているか。	[ ]	
	0		トにするためのしゃへい等の措置が講じられているが。 <b>&lt;放射線障害の防止に必要な注意事項の掲示&gt;</b>		
6	3		<ul><li>○ 放射線障害の防止に必要な注意事項の掲示&gt;</li><li>① 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</li></ul>	[ ]	
			<ul><li>□ 放射線等収扱施設に患者及び収扱者に対する放射線障害の防止に必要な注息 事項が掲示されているか。</li></ul>	, ,	
6	4		<放射線装置・器具・機器及び同位元素の使用室・病室の標識>		
6	4	1	診療室及び各装置・機器使用室並びに治療病室としての標識		
			① 当該診療室及び各装置・機器使用室並びに治療病室である旨の標識が付されているか。	[ ]	
6	4	2	各使用室の出入口の構造		
			① 当該各使用室については、人が常時出入りする出入口が1か所となっているか。	[ ]	
_	_				
6	5		<b>&lt;使用中の表示&gt;</b>		
6	5	1	使用室の出入口の標識	I	1

			① エックス線装置を使用している時はエックス線診療室の出入口にその旨を表示いているか。		
	_	0	かいなのなりはないのははいても動かいてのとがまこととでは異の処異		
6	5	2	放射線の発生時又は照射時に自動的にその旨が表示される装置の設置		
			⇒ 診療用高エネルギー放射線発生装置使用室及び診療用粒子線照射装置使用 室並びに診療用放射線照射装置使用室の出入口に放射線発生時又は照射時	,	
			至业いに診療用放射線照射装直使用至の四人口に放射線完生時又は照射時に自動的にその旨を表示する装置が設けられているか。		
G	С		<取扱者の遵守事項>		
6	6	1	作業衣の着用		
ľ	U	1	① 作業衣に更衣して作業できるように設備・作業衣等が設置されているか。また、	[ ]	
			作業衣を着用して室外又は施設外に出ていないか。	-	
6	6	2	同位元素に汚染された物の持出禁止措置		
			① 当該管理区域内に同位元素に汚染された物を保管管理する設備が設けられているか。		
			v '`るか'。  ② おむつ等の放射性同位元素に汚染された物を保管廃棄する場合、その受入及	[ ]	
			び廃棄について帳簿を備え適正に管理されているか。	1	
6	7		<従業者の被ばく防止の措置>		
6	7	1	放射線診療従事者の被ばく防止の措置		
			① 被ばくする線量が所定の実効線量限度及び等価線量限度を超えないよう必要		
6	7	2	な措置が講じられているか。 6-7-1の措置のうち、目の水晶体の被ばく防止の措置		
0	'	_	① 眼の水晶体に受ける等価線量が所定の線量限度を超えないよう必要な措置を		
			講じているか。	1	
(6	7	3)	従事者の外部被ばく線量測定		
			① ガラスバッジ等を使用して定期的に従事者の外部被ばく線量の測定を行ってい		
			るか。	,	
			② 2つ以上の被ばく線量測定器を装着している、又は不均等被ばく防止対策を講 じているか。		
(6	7	4)	放射線関係職員の健診等		
(2	8	4)	① 放射線業務に常時従事している関係職員に電離放射線障害防止規則に基づく	[ ]	
			健康診断を実施しているか。検査項目は適切か。		
			② 健康診断結果を速やかに本人に通知しているか。		
			また、検診結果について必要なフォローを行っているか。		
			③ 電離放射線健康診断個人票を作成し、30年間保存しているか。		
			※5年間保存した後、厚生労働大臣の指定した機関に引き渡すときはこの限りでない。		
6	8		<患者の被ばく防止の措置>		
			① 病室に入院している患者の被ばくする放射線(診療により被ばくする放射線を除		
			く)の実効線量が所定の実効線量を超えないよう、しゃへい等の必要な措置が 講じられているか。		
			一時のうれているか。		
6	a		<異旦又は同位元素で治療を受けている患者の輝元>		
6	9		<器具又は同位元素で治療を受けている患者の標示> <ol> <li>診療田放射線昭射装置 診療田放射線昭射異員 診療田放射性同位元素▽は</li> </ol>		
6	9		① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な	[ ]	
			① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な 標示を付しているか。	[ ]	
	9		<ul><li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な 標示を付しているか。</li><li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li></ul>		
			<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な 標示を付しているか。</li> <li>◆使用・貯蔵等の施設設備&gt;</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄に</li> </ul>		
			<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な 標示を付しているか。</li> <li>◆使用・貯蔵等の施設設備&gt;</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄に ついて認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> </ul>		
6	10		<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な 標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄に ついて認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具及び同位元素の管理〉</li> </ul>	[ ]	
6	10	1	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な 標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄に ついて認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具及び同位元素の管理〉 照射器具の紛失防止</li> </ul>		
6	10	1	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な 標示を付しているか。</li> <li>◆使用・貯蔵等の施設設備&gt;</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄に ついて認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>&lt;服射器具及び同位元素の管理&gt;</li> <li>照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理</li> </ul>		
6	10	1	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な 標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄に ついて認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具及び同位元素の管理〉 照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理 しているか。</li> </ul>	[ ]	
6 6	10	1	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な 標示を付しているか。</li> <li>◆使用・貯蔵等の施設設備&gt;</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄に ついて認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>&lt;服射器具及び同位元素の管理&gt;</li> <li>照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理</li> </ul>		
6 6	10 11 11		<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な 標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄に ついて認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理 しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。 同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方</li> </ul>	[ ]	
6 6	11 11 11		<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な 標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄に ついて認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具及び同位元素の管理〉 照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理 しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。 同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方 法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> </ul>	[ ]	
6 6	10 11 11		<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具及び同位元素の管理〉照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> </ul>	[ ]	
6 6	11 11 11		<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具及び同位元素の管理〉照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 放射線装置に所定の障害防止の方法が講じられているか。</li> </ul>		
6 6	11 11 11		<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な 標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。</li> <li>同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 放射線装置に所定の障害防止の方法が講じられているか。</li> <li>② 診療室に診療用放射線装置を複数設置している場合、電源の切り替え等の機能が備えてあるか。</li> </ul>		
6 6 6	10 11 11 11 12	2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具及び同位元素の管理〉</li> <li>照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。</li> <li>同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 診療部に計度〉</li> <li>② 診療室に診療用放射線装置に有效設置している場合、電源の切り替え等の機能が備えてあるか。</li> <li>〈閉鎖施股の設備・器具〉</li> </ul>		
6 6 6	10 11 11 11	2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈服射器具及び同位元素の管理〉 照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 診療用放射線装置に所定の障害防止の方法が講じられているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 診療室に診療用放射線装置を複数設置している場合、電源の切り替え等の機能が備えてあるか。</li> <li>〈閉鎖施設の設備・器具〉外部に通じる部分の閉鎖のための設備等</li> </ul>		
6 6 6	10 11 11 11 12	2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 放射線装置に所定の障害防止の方法が講じられているか。</li> <li>〈下障害防止者を複数設置している場合、電源の切り替え等の機能が備えてあるか。</li> <li>〈閉鎖施設の設備・器具〉外部に通じる部分の閉鎖のための設備等</li> <li>① 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通じ</li> </ul>		
6 6 6 6	10 11 11 11 12	2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈服射器具及び同位元素の管理〉 照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 診療用放射線装置に所定の障害防止の方法が講じられているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 診療室に診療用放射線装置を複数設置している場合、電源の切り替え等の機能が備えてあるか。</li> <li>〈閉鎖施設の設備・器具〉外部に通じる部分の閉鎖のための設備等</li> </ul>		
6 6 6 6	10 11 11 11 12 13 13	2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な 標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備&gt;</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具及び同位元素の管理〉 照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。 同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 放射線装置に所定の障害防止の方法が講じられているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 放射線装置に所定の障害防止の方法が講じられているか。</li> <li>〈腎鎖施設の設備・器具〉</li> <li>外部に通じる部分の閉鎖のための設備等</li> <li>① 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通じる部分に閉鎖のための設備又は器具を設けているか。</li> <li>排液処理槽の開口部の構造と人の立入禁止措置</li> <li>① 排液処理槽の用口部の構造と人の立入禁止措置</li> <li>① 排液処理槽の上部開口部の周囲が人がみだりに立ち入れないよう柵等で区画</li> </ul>		
6 6 6 6	10 11 11 11 12 13 13	2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈服射器具及び同位元素の管理〉 照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 診療用放射線装置を複数設置している場合、電源の切り替え等の機能が備えてあるか。</li> <li>〈閉鎖施股の設備・器具〉 外部に通じる部分の閉鎖のための設備等</li> <li>① 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通じる部分に閉鎖のための設備又は器具を設けているか。</li> <li>排液処理槽の開口部の構造と人の立入禁止措置</li> <li>① 排液処理槽の用コ部の周囲が人がみだりに立ち入れないよう柵等で区画され、その出入口に鍵その他の閉鎖のための設備又は器具が設けられている</li> </ul>		
6 6 6 6	10 11 11 11 12 13 13	2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈服射器具及び同位元素の管理〉 照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 診療用放射線護医・複数設置している場合、電源の切り替え等の機能が備えてあるか。</li> <li>〈閉鎖施股の設備・器具〉 外部に通じる部分の閉鎖のための設備等</li> <li>① 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通じる部分に閉鎖のための設備又は器具を設けているか。</li> <li>排液処理槽の開口部の構造と人の立入禁止措置</li> <li>① 排液処理槽の用コの周囲が人がみだりに立ち入れないよう柵等で区画され、その出入口に鍵その他の閉鎖のための設備又は器具が設けられているか。</li> </ul>		
6 6 6 6	10 11 11 11 12 13 13	2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具及び同位元素の管理〉 照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 放射線装置に所定の障害防止の方法が講じられているか。</li> <li>〈障療に診療用放射線装置を複数設置している場合、電源の切り替え等の機能が備えてあるか。</li> <li>〈閉鎖施設の設備・器具〉</li> <li>外部に通じる部分の閉鎖のための設備等</li> <li>① 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通じる部分に閉鎖のための設備又は器具を設けているか。</li> <li>排液処理槽の用の部の構造と人の立入禁止措置</li> <li>① 排液処理槽の上部開口部の構造と人の立入禁止措置</li> <li>① 排液処理槽の用部の両間が人がみだりに立ち入れないよう柵等で区画され、その出入口に鍵その他の閉鎖のための設備又は器具が設けられているか。</li> <li>② 当該場所について適切な表示がなされているか。</li> </ul>		
6 6 6 6	10 11 11 11 12 13 13	2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈服射器具及び同位元素の管理〉 照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 診療用放射線護医・複数設置している場合、電源の切り替え等の機能が備えてあるか。</li> <li>〈閉鎖施股の設備・器具〉 外部に通じる部分の閉鎖のための設備等</li> <li>① 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通じる部分に閉鎖のための設備又は器具を設けているか。</li> <li>排液処理槽の開口部の構造と人の立入禁止措置</li> <li>① 排液処理槽の用コの周囲が人がみだりに立ち入れないよう柵等で区画され、その出入口に鍵その他の閉鎖のための設備又は器具が設けられているか。</li> </ul>		
6 6 6 6	10 11 11 11 12 13 13 13	1 2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈服射器具及び同位元素の管理〉 照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 診療室に診療用放射線装置を複数設置している場合、電源の切り替え等の機能が備えてあるか。</li> <li>〈閉鎖施設の設備・器具〉 外部に通じる部分の閉鎖のための設備等</li> <li>① 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通じる部分に閉鎖のための設備又は器具を設けているか。</li> <li>〈財練処理槽の開口部の構造と人の立入禁止措置</li> <li>① 排液処理槽の開口部の周囲が人がみだりに立ち入れないよう柵等で区画され、その出入口に鍵その他の閉鎖のための設備又は器具が設けられているか。</li> <li>② 直接場所について適切な表示がなされているか。</li> <li>〈放射性同位元素使用室の設備〉</li> <li>放射線測定器、汚染除去器の設置</li> <li>①</li> </ul>		
6 6 6 6	10 11 11 11 12 13 13 13	1 2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な 標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具及び同位元素の管理〉 照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。 同位元素の廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>② 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 放射線装置に所定の障害防止の方法が講じられているか。</li> <li>② 診療室に診療用放射線装置を複数設置している場合、電源の切り替え等の機能が備えてあるか。</li> <li>〈閉鎖施設の設備・器具&gt;</li> <li>外部に通じる部分の閉鎖のための設備等</li> <li>① 放射に適じる部分の閉鎖のための設備等</li> <li>① 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通じる部分に閉鎖のための設備又は器具を設けているか。</li> <li>排液処理槽の用口部の構造と人の立入禁止措置</li> <li>① 排液処理槽の上部開口部の周囲が人がみだりに立ち入れないよう柵等で区画され、その出入口に鍵その他の閉鎖のための設備又は器具が設けられているか。</li> <li>② 当該場所について適切な表示がなされているか。</li> <li>《放射線測定器、汚染除去器の設置</li> <li>① 診療用放射性同位元素使用室の設備&gt;</li> </ul>		
6 6 6 6	10 11 11 11 12 13 13 13	1 2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈服射器具及び同位元素の管理〉 照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 診療室に診療用放射線装置を複数設置している場合、電源の切り替え等の機能が備えてあるか。</li> <li>〈閉鎖施設の設備・器具〉 外部に通じる部分の閉鎖のための設備等</li> <li>① 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通じる部分に閉鎖のための設備又は器具を設けているか。</li> <li>〈財練処理槽の開口部の構造と人の立入禁止措置</li> <li>① 排液処理槽の開口部の周囲が人がみだりに立ち入れないよう柵等で区画され、その出入口に鍵その他の閉鎖のための設備又は器具が設けられているか。</li> <li>② 直接場所について適切な表示がなされているか。</li> <li>〈放射性同位元素使用室の設備〉</li> <li>放射線測定器、汚染除去器の設置</li> <li>①</li> </ul>		
6 6 6 6 6	10 11 11 11 12 13 13 13	1 2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な 標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備&gt;</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具及び同位元素の管理〉 照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。 同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 放射線装置に所定の障害防止の方法が講じられているか。</li> <li>〈腎臓散砂の設備・器具〉</li> <li>外部に通じる部分の閉鎖のための設備等</li> <li>① 放射性同位元素変能診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通じる部分に閉鎖のための設備又は器具を設けているか。</li> <li>〈防射性同位元素変能診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通じる部分に閉鎖のための設備又は器具を設けているか。</li> <li>② 排液処理槽の用口部の構造と人の立入禁止措置</li> <li>① 排液処理槽の上部開口部の周囲が人がみだりに立ち入れないよう柵等で区画され、その出入口に鍵その他の閉鎖のための設備又は器具が設けられているか。</li> <li>② 当該場所について適切な表示がなされているか。</li> <li>《放場所について適切な表示がなされているか。</li> <li>《放射性同位元素使用室の設備〉 放射線測定器、汚染除去器の設置</li> <li>② 診療用放射性同位元素使用室の設備</li> <li>〉診療用放射性同位元素使用室の設備</li> <li>〉診療用放射性同位元素使用室の設備</li> <li>〉診療用放射性同位元素使用室の設備</li> <li>② 診療用放射性同位元素使用室の設備</li> <li>② 診療用放射性同位元素使用室の設備</li> </ul>		
6 6 6 6 6	10 11 11 11 12 13 13 13	1 2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は 陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な 標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具及び同位元素の管理〉</li> <li>照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。</li> <li>同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 放射線装置に所定の障害防止の方法が講じられているか。</li> <li>② 診療室に診療用放射線装置を複数設置している場合、電源の切り替え等の機能が備えてあるか。</li> <li>〈閉鎖施設の設備・器具&gt;</li> <li>外部に通じる部分の閉鎖のための設備等</li> <li>① 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通じる部分に閉鎖のための設備又は器具を設けているか。</li> <li>排液処理槽の開口部の構造と人の立入禁止措置</li> <li>① 排液処理槽の上部開口部の周囲が人がみだりに立ち入れないよう柵等で区画され、その出入口に鍵その他の閉鎖のための設備又は器具が設けられているか。</li> <li>② 当該場所について適切な表示がなされているか。</li> <li>《 当該場所について適切な表示がなされているか。</li> <li>② 当該場所について適切な表示がなされているか。</li> <li>② 対射線測定器、汚染除去器の設置</li> <li>① 診療用放射性同位元素使用室の設備&gt;</li> <li>対射線測定器、汚染除去器の設置</li> <li>① 診療用放射性同位元素使用室の設備</li> <li>対射線測定器、汚染除去器の設置</li> <li>① 診療用放射性同位元素使用室の設備</li> <li>対射線測定器、汚染除去に必要な機材、薬剤及び洗浄設備並びに更衣設備が設けられているか。</li> </ul>		
6 6 6 6 6	10 11 11 11 12 13 13 13	1 2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。</li> <li>同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 放射線接置に下定の障害防止の方法が講じられているか。</li> <li>② 診療室に診療用放射線装置を複数設置している場合、電源の切り替え等の機能が備えてあるか。</li> <li>〈閉鎖施設の設備・器具〉外部に通じる部分の閉鎖のための設備等</li> <li>① 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通じる部分の閉鎖のための設備又は器具を設けているか。</li> <li>( ) 排液処理槽の用口部の構造と人の立入禁止措置</li> <li>① 排液処理槽の用の部の利用が人がみだりに立ち入れないよう柵等で区画され、その出入口に鍵その他の閉鎖のための設備又は器具が設けられているか。</li> <li>② 当該場所について適切な表示がなされているか。</li> <li>② 対場場測定器、汚染除去の設置</li> <li>① 診療用放射性同位元素使用室の設備&gt; 放射線測定器、汚染除去に必要な機材、薬剤及び洗浄設備並びに更衣設備が設けられているか。</li> <li>準備室については、その出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器、汚染除去に必要な機材、薬剤及び洗浄設備並びに更衣設備が設けられているか。</li> <li>準備室にかて、その出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器、汚染除去に必要な機材、薬剤及び洗浄設備並びに更衣設備が設けられているか。</li> </ul>		
6 6 6 6 6 6	10 11 11 11 12 13 13 13 14 14	2 2 1 2 2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈服射器具及び同位元素の管理〉 照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置は保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 放射線距所定の障害防止の方法が講じられているか。</li> <li>《診療室に診療用放射線装置を複数設置している場合、電源の切り替え等の機能が備えてあるか。</li> <li>〈閉鎖施股の設備・器具〉</li> <li>外部に通じる部分の閉鎖のための設備等</li> <li>① 放射性同位元素接備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通じる部分に閉鎖のための設備又は器具を設けているか。</li> <li>② 排液処理槽の開口部の構造と人の立入禁止措置</li> <li>① 排液処理槽の開口部の周囲が人がみだりに立ち入れないよう柵等で区画され、その出入口に鍵その他の閉鎖のための設備又は器具が設けられているか。</li> <li>② 直球場所について適切な表示がなされているか。</li> <li>② 直球場所について適切な表示がなされているか。</li> <li>(本) 対象側所について適切な表示がなされているか。</li> <li>(本) 対域制度器、汚染除去器の設置</li> <li>① 診療用放射性同位元素使用室及び陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室については、その出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器、汚染除去に必要な機材、薬剤及び洗浄設備並びに更衣設備が設けられているか。</li> <li>準備室にフード、グローブボックス等の装置が設けられている時には、排気設備が連結されているか。</li> <li>② 洗浄設備が設けられているか。また、排水設備に連結しているか。</li> </ul>		
6 6 6 6 6 6	10 11 11 11 12 13 13 13 14 14	2 2 1 2 2	<ul> <li>① 診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射線同位元素により治療を受けている患者に適当な標示を付しているか。</li> <li>〈使用・貯蔵等の施設設備〉</li> <li>① 放射線装置・器具・機器の使用又は放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄を行っているか。</li> <li>〈照射器具の紛失防止</li> <li>① 診療用放射線照射器具の紛失防止について管理責任者を明確にし適切に管理しているか。</li> <li>② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。</li> <li>同位元素の廃止後の措置</li> <li>① 診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置(保管場所、保管方法及び処分方法等)が適切に行われるよう必要な措置を講じているか。</li> <li>〈障害防止措置〉</li> <li>① 放射線接置に下定の障害防止の方法が講じられているか。</li> <li>② 診療室に診療用放射線装置を複数設置している場合、電源の切り替え等の機能が備えてあるか。</li> <li>〈閉鎖施設の設備・器具〉外部に通じる部分の閉鎖のための設備等</li> <li>① 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通じる部分の閉鎖のための設備又は器具を設けているか。</li> <li>( ) 排液処理槽の用口部の構造と人の立入禁止措置</li> <li>① 排液処理槽の用の部の利用が人がみだりに立ち入れないよう柵等で区画され、その出入口に鍵その他の閉鎖のための設備又は器具が設けられているか。</li> <li>② 当該場所について適切な表示がなされているか。</li> <li>② 対場場測定器、汚染除去の設置</li> <li>① 診療用放射性同位元素使用室の設備&gt; 放射線測定器、汚染除去に必要な機材、薬剤及び洗浄設備並びに更衣設備が設けられているか。</li> <li>準備室については、その出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器、汚染除去に必要な機材、薬剤及び洗浄設備並びに更衣設備が設けられているか。</li> <li>準備室にかて、その出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器、汚染除去に必要な機材、薬剤及び洗浄設備並びに更衣設備が設けられているか。</li> </ul>		

②比に原題しているか。
※その外別が入りが通行し、又は存在することのない場所である画態等について
は、この周リでない。
************************************
中部の壁、東キの地放射性同位元素によって再集されらかそれのある部分は、   突破物、低水及び仕上が材の目地等のすきなのかないものとしているか。
実践態、は予みび仕上が有り目指等のすきまか少ないものとしているか。
<ul> <li>商は、平常であり、気体又は微性が受速によく、かつ、腐食によい特殊で仕上げているか。</li> <li>「</li></ul>
「でいるか。
15
6
② 液状の物を貯蔵又は運搬する場合に使用する貯蔵容器及び運搬容器は、こぼ
日 15 3 標識の標示
○
6   16
6   16   1   排液処理槽の構造について
6 16 2 排牧設備の空気拡散防止の設備 ① 排気設備において放射性同位元素によって汚染された空気の拡がりを急速に 防止することができる装置が設けられているか。 《標識の標示 ① 排水設備 排気設備、廃棄作業室、汚染検査室、保管廃棄設備の標識が付され ているか。 ② 内容に変更があった場合等に適宜改正して周知しているか。 ② 内容に変更があった場合等に適宜改正して周知しているか。 ② 内容に変更があった場合等に適宜改正して周知しているか。 ② 内容に変更があった場合等に適宜改正して周知しているか。 ② 内容に変更があった場合等に適宜改正して周知しているか。 ② 移動型エックス線装置の保管場所及び保管方法は適切か。 ② 移動型エックス線装置の保管場所は鍵のかかる場所であるか、又は装置等に鍵をかけて移動、破損させられないようにしているか。 ② 移動型エックス線装置の保管場所は鍵のかかる場所であるか、又は装置等に鍵をかけて移動、破損させられないようにしているか。 ② 移動型エックス線装置の保管場所は鍵のかかる場所であるか、又は装置等に鍵をかけて移動、破損させられないようにしているか。。 ② 移電子所層撮影診療用放射性同位元素の使用体制の確保> 放射線障害の防止に関する予防措置 ① 陽電子所層撮影診療用放射性同位元素を使用を예構造影倫等が適切に管理されているか。 ② 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師の配置 ② 安全管理の体制の確立を目的とした委員会等を設置しているか。 委員会等の議事内的対性同位元素を使用できる医師又は歯科医師の配置 ② 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師の配置 ③ 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師を配置 ② 「場面と新層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師を配置 ② 「場面を断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師を配置 ③ 「場面を断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師を配置 ② 「場面を断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師を配置 ③ 「場面を断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師を配置 ③ 「場面を断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師を配置 ③ 「場面を断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師を配置 ⑤ 「場面を断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師を配置 ⑥ 「場面・新嚢電)>
・
(6 16 3) 標識の標示 ① 排水設備、排気設備、廃棄作業室、汚染検査室、保管廃棄設備の標識が付されているか。 ③ 地震、火災その他の災害又は盗難、紛失その他の事故発生に伴う連絡網並びに連接先等を記載した通報基準や通報体制及び放射線障害防止措置を定めているか。 ② 内容に変更があった場合等に適宜改正して周知しているか。 ② 内容に変更があった場合等に適宜改正して周知しているか。 ② 内容に変更があった場合等に適宜改正して周知しているか。 ② 移動型エックス線装置の保管場所及び保管方法は適切か。 ② 移動型エックス線装置の保管場所及び保管方法は適切か。 ② 移動型エックス線装置の保管場所は鍵のかかる場所であるか、又は装置等に鍵をかけて移動、破損させられないようにしているか。 ③ 移動型エックス線装置の保管場所は鍵のかかる場所であるか、又は装置等に鍵をかけて移動、破損させられないようにしているか。 ② 下個子所層境影影療用度が指置して、素の使用体制の確保> 放射線障害の防止に関する予防措置 ① 陽電子所層境影影療に関する予防措置 ② 「陽電子断層撮影影療に関する子防措置の研修を修了し、専門の知識及び経験を有すさる診療放射線技師を、陽電子断層撮影影療に関する安全管理に専ら従事させているか。 ③ 安全管理の体制の確立を目的とした委員会等を設置しているか。 委員会等の議事内容を記録しているか。 委員会等の議事内容を記録しているか。  委員会等の議事内容を記録しているか。  「日 19 2 「日 2 「日 2 「日 3 」 「日 3 」 「日 4 3 」 「日 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4
でいるか。  - ( 地震、火災をの他の災害又は盗難、紛失その他の事故発生に伴う連絡網並びに 過報先等を記載した過報基準や過報体制及び放射線障害防止措置を定めているか。 - ② 内容に変更があった場合等に適宜改正して周知しているか。 - ② 内容に変更があった場合等に適宜改正して周知しているか。 - ② 移動型エックス線装置の保管場所及び保管方法は適切か。 - ③ 移動型エックス線装置の保管場所及が保管方法は適切か。 - ③ 移動型エックス線装置の保管場所は鍵のかかる場所であるか、又は装置等に鍵 しまかけて移動、破損させられないようにしているか。 - ② 移動型エックス線装置の保管場所は対しているか。 - ③ 移動型エックス線装置の保管場所は対しているか。 - ③ 移動型エックス線装置の保管場所は対しているか。 - ③ 移動型エックス線装置の保管場所は対しているか。 - ③ 移動型エックス線装置の保管場所は対しているか。 - ○ 「
6 17
るか。 ② 内容に変更があった場合等に適宜改正して周知しているか。 【
6 18
① 移動型エックス線装置の保管場所及び保管方法は適切か。 ② 移動型エックス線装置の保管場所は鍵のかかる場所であるか、又は装置等に鍵をかけて移動、破損させられないようにしているか。  6 19 <陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の使用体制の確保> 放射線障害の防止に関する予防措置 ① 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室の構造設備等が適切に管理されているか。 ② 陽電子断層撮影診療に関する所定の研修を修了し、専門の知識及び経験を有する診療放射線技師を、陽電子断層撮影診療に関する安全管理に専ら従事させているか。 ③ 安全管理の体制の確立を目的とした委員会等を設置しているか。 委員会等の議事内容を記録しているか。  6 19 2 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師の配置 ① 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師の配置 ② 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師の配置 ③ 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師の配置 ② 「陽電子断層撮影診所用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師の配置 ② 「陽電子断層撮影診所用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師の配置 ③ 「場電子断層撮影診所用放射性同位元素を使用できる医師」 3 とないないるの配置 ③ 「場面といるのでは歯科医師の配置 ③ 「場面といるのでは歯科医師の配置 ③ 「場面といるのでは歯科医師の配置 ④ 「場面といるのでは歯科医師を配置)」 3 とないないるのでは歯科医師を配置 ④ 「場面といるのでは歯科医師を配置)」 3 とないないるのでは歯科医師を配置 ■ 1 をはいるのでは歯科医師を配置 ■ 2 とないないるのでは歯科医師を配置 ■ 3 とないるのでは歯科医師を配置 ■ 3 とないるのでは歯科医師を配置 ■ 4 とないるのでは歯科医師を配置 ■ 3 とないるのでは歯科医師を配置 ■ 4 とないるのでは歯科医師を配置 ■ 4 とないるのでは歯科医師を配置 ■ 4 とないるのでは歯科医師を配置 ■ 5 とないるのではないるの
をかけて移動、破損させられないようにしているか。  6 19
6   19
① 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室の構造設備等が適切に管理されているか。 ② 陽電子断層撮影診療に関する所定の研修を修了し、専門の知識及び経験を有する診療放射線技師を、陽電子断層撮影診療に関する安全管理に専ら従事させているか。 ③ 安全管理の体制の確立を目的とした委員会等を設置しているか。 委員会等の議事内容を記録しているか。 【
おいているか。 ② 陽電子断層撮影診療に関する所定の研修を修了し、専門の知識及び経験を有する診療放射線技師を、陽電子断層撮影診療に関する安全管理に専ら従事させているか。 ③ 安全管理の体制の確立を目的とした委員会等を設置しているか。 委員会等の議事内容を記録しているか。 【
する診療放射線技師を、陽電子断層撮影診療に関する安全管理に専ら従事させているか。 ③ 安全管理の体制の確立を目的とした委員会等を設置しているか。 委員会等の議事内容を記録しているか。  6 19 2 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師の配置 ① 陽電子断層撮影診断用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師を配置し、法令に基づく届出を行っているか。
6       19       2       陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師の配置         ① 陽電子断層撮影診断用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師を配置し、法令に基づく届出を行っているか。       【       】         (6       20) <mri(核磁気共鳴画像診断装置)></mri(核磁気共鳴画像診断装置)>
物電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師の配直   ① 陽電子断層撮影診断用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医師を配置し、法令に基づく届出を行っているか。   (6 20)   <mri(核磁気共鳴画像診断装置)>  </mri(核磁気共鳴画像診断装置)>
Table   1
(6 20) <b><mri(核磁気共鳴画像診断装置)></mri(核磁気共鳴画像診断装置)></b>
(2 14) ※令和3年7月8日付医政総務発第0708第1号・医政地発第0708第1号・医 政経発0708第2号連名通知「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」を参照
(6 20 1)       検査室等の構造         ① 注意事項の掲示及び「強磁場発生中」の表示があるか。       【
(6 20 2) 金属を含む医療機器等が植込み又は留置された患者のチェック体制
● 患者説明用パンフレット及び事前申込伝票等により禁忌事項を確認しているか。
(6 20 3) 金属類の持込防止措置 ① 問診、金属探知機等により金属類の持込防止を行っているか。
(6 20 4) 職員に対する安全教育の実施
① 検査を実施することができる職員に対する安全教育が行われているか。 【 【 】 【
(6 20 5)  電波法に基づく高周波利用設備の許可(電波法第100条第1項第2号)
① 高周波利用設備の許可を取得しているか。 【 】
(* = * *)
① 高周波利用設備の許可を取得しているか。 【 】 ※10kHz以上の高周波電流を利用する医療用設備が該当
① 高周波利用設備の許可を取得しているか。 ※10kHz以上の高周波電流を利用する医療用設備が該当  (6 21)
① 高周波利用設備の許可を取得しているか。 ※10kHz以上の高周波電流を利用する医療用設備が該当  (6 21)   〈移動健診等施設を用いた健康診断等〉 ※車輌内で健康診断等が実施可能な構造設備を持つ車輌(移動健診等施設)を利用して健康診断等を行う病院の該当項目 ① 病院の事業として県内で健康診断等を行う場合、必要書類を保健所に提出しているか。 ② 病院の事業として県外で健康診断等を行う場合、実施場所毎に診療所開設手
① 高周波利用設備の許可を取得しているか。 ※10kHz以上の高周波電流を利用する医療用設備が該当 <b>〈移動健診等施設を用いた健康診断等&gt;</b> ※車輌内で健康診断等が実施可能な構造設備を持つ車輌(移動健診等施設)を利用して健康診断等を行う病院の該当項目 ① 病院の事業として県内で健康診断等を行う場合、必要書類を保健所に提出して いるか。

(7)	その他	
(7 1)	<断水対策>	
	① 上水道の供給が得られない場合の体制が整備されているか。	
(7 2)	<停電対策>	
	① 外部電源の供給が得られない場合の体制が整備されているか。	
	※ガス、医療ガス、食料、燃料等についても検討することが望ましい。	
(7 3)	<非常時の職員の参集基準>	
	① 非常時の職員の参集基準、連絡体制等が整備されているか。	
(7 4)	<事業継続計画(BCP)の策定状況>	
	① 自然災害に対する業務継続計画を策定するよう努めているか。	【 ①業務継続計画『自然災害』( □有・□無 )
	※計画名( )	[ 有の場合 最新改訂 年 月]
	※作成年月(年月)	[ 無の場合 □作成予定 年 月頃・□未定]
	② 感染症に対する事業継続計画を策定するよう努めているか。	【 ②事業継続計画『感染症』( □有・□無 )
	※計画名( )	[ 有の場合 最新改訂 年 月 ]
	※作成年月(年月)	[ 無の場合 □作成予定 年 月頃・□未定]
	③ サイバー攻撃に対する事業継続計画を策定するよう努めているか。	【 ③事業継続計画『サイバー攻撃』( □有・□無 )
	※計画名( )	[ 有の場合 最新改訂 年 月 ]
	※作成年月(年月)	[ 無の場合 □作成予定 年 月頃・□未定]
	※策定済の場合、計画名及び作成年月を記入してください。	※H24.3.21通知『医療機関は自ら被災することを想定して~
		業務計画の作成に努められたいこと』

## 第4表 医師等法定人員の充足状況調

病院名

		法定必要人員		現	員	数		過不足数
区	分	<b>佐</b> 尼必安八貝	常勤	非	常勤		現 員 計	<b>迪</b> 小疋剱
		A	В		換算数	С	D=B+C	E=D-A
医	師	人	人	人		人	人	人
歯科医師								
薬剤師								
栄養士								
看護袖	補助者							

						現	員	数				
	法定		常	勤			非	常	勤			渦
区分	法定必要人員	看護師	准看護師	助産師	計	看護師	准看護師	助産師	計		現員計	過不足数
	A				В					С	D=B+C	E=D-A
看護師等	人	人	<b>人</b>	人	人	人	人	人	人	人	人	人

#### ※注意点

- 1. 職種ごとに作成すること。
- 2. 「他の勤務先及び所在地」については、当該従事者に係る全ての勤務先について記入すること。
- 3. 該当するすべての従事者を記入すること。
- 4. 一週間の所定労働時間は、就業規則で定めた時間とすること。
- 5. 用紙が足りない場合は適宜コピーして使用すること。

## 第5表 病院資格者等名簿

## (1)医師・歯科医師

職種	一週間の	
400年	所定労働時間	病院名

整理	院内役職名	氏	名	免	許	採用	常勤・非常 勤の別		一日の勤務時	計間		他の勤務先名及び所在地		他の勤務先における勤務日及び勤務時間			備考
番号	担当診療科名			登録番号	登録年月日	年月日	勤の別	勤務曜日	勤務時間		憩)時間	勤務先	所在地	曜日	始業	~ 終業	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
									~		~					~	
1																	
									~		~					~	
2									~		~					~	
									~		~					~	
									~		~					~	
3									~		~					~	
4									~		~					~	
									~		~					~	
5									~		~					~	
'									~		~					~	
									~		~					~	
6																	
									~		~					~	
7									~		~					~	
'									~		~					~	
									~		~					~	
8											•••••						
									~		~					~	
9									~		~					~	
									~		~					~	
4.0									~		~					~	
10									~								
											~					~	<del>                                     </del>
11									~		~					~	ļ
									~		~					~	
10									~		~					~	
12									~		~					~	

- 1. 該当するすべての従事者を記入すること。 2. 用紙が足りない場合は適宜コピーして使用すること。

#### (2)看護師・准看護師・助産師

									<u> </u>			
整理	院内役職名	氏 名	免	許	採用	常勤・非常 勤の別	夜勤の					備考
番号			登録番号	登録年月日	年月日	<b>単月の万月</b>	有無	曜日	始業		終業	
1										~		
2										~		
3										~		
4										~		
5										~		
6										~		
7										~		
8										~		
9										~		
10										~		
11										~		
12										~		
13										~		
14										~		
15										~		
16										~		
17										~		
18										~		
19										~		
20										~		
21										~		
22										~		
23										~		
24										~		
25										~		
26										~		
27										~		
28										~		
29										~		
30										~		
31										~		
				I								

- 1. 非常勤については 備考欄に勤務日及び勤務時間を記入すること 2. 一週間の所定労働時間は、就業規則で定めた時間とすること。

(3)薬剤師	一週間の所	
	定労働時間	

整理 番号	院内役職名	氏	名	免 登録番号	許 登録年月日	採 用 年月日	常勤・非常 勤の別	夜勤の 有無	備考
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9			·						
10			·						

(4)栄養士

一週間の所 定労働時間

整理番号	院内役職名	氏	名	免 登録番号	許 登録年月日	採 用 年月日	常勤・非常 勤の別	夜勤の 有無	備考
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

(5)診療放射線技師・診療エックス線技師

一週間の所 定労働時間

整理番号	院内役職名	氏	名	免 登録番号	許 登録年月日	採 用 年月日	常勤・非常 勤の別	夜勤の 有無	区分	備考
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9			·							
10										

- 1. 非常勤については 備考欄に勤務日及び勤務時間を記入すること 2. 一週間の所定労働時間は、就業規則で定めた時間とすること。
- (6) 臨床検査技師・衛生検査技師

一週間の所 定労働時間

整理番号	院内役職名	区分	氏	名	免 登録番号	許 登録年月日	採用年月日	常勤・非常 勤の別	夜勤の 有無	備考
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

(7)理学療法士・作業療法士

一週間の所 定労働時間

敕珊				_	  許	採用	常勤·非常	夜勤の	
番号	院内役職名	区分	氏	名	登録年月日	年月日	勤の別	有無	備考
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

(8)視能訓練士・言語聴覚士

一週間の所 定労働時間

整理番号	院内役職名	区分	氏	名	免 登録番号	許 登録年月日	採用年月日	常勤・非常 勤の別	夜勤の 有無	備考
1							177.			
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

(9)臨床工学技師

一週間の所 定労働時間

整理	院内役職名	氏	名	免	許	採用	常勤・非常	夜勤の	備考
番号	1001 1 1 X 490 L	4	111	登録番号	登録年月日	年月日	勤の別	有無	C. HII
1									
2									
3									
4									
5									

- 1. 非常勤については 備考欄に勤務日及び勤務時間を記入すること
- 2. 一週間の所定労働時間は、就業規則で定めた時間とすること。

(10)義肢装具士

一週間の所 定労働時間

整理番号	院内役職名	氏	名	免 登録番号	許 登録年月日	採 用 年月日	常勤・非常 勤の別	夜勤の 有無	備考
1									
2									
3									
4									
5									

- 1. 非常勤については 備考欄に勤務日及び勤務時間を記入すること
- 2. 一週間の所定労働時間は、就業規則で定めた時間とすること。
- (11)精神保健福祉士

一週間の所 定労働時間

整理	院内役職名	氏	名	免	許	採用	常勤・非常 勤の別	夜勤の 有無	備考
番号				登録番号	登録年月日	年月日	勤の別	有無 ————	WID - 3
1									
2									
3									
4									
5									

- 1. 非常勤については 備考欄に勤務曜日及び勤務時間を記入すること
- 2. 一週間の所定労働時間は、就業規則で定めた時間とすること。
- (12)歯科衛生士・歯科技工士

一週間の所 定労働時間

整理	院内役職名	氏	名	免	許	採用	常勤·非常	夜勤の 有無	区分	備考
番号		14	70	登録番号	登録年月日	年月日	勤の別	有無		N⊞ ζ⊒
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

- 1. 非常勤については 備考欄に勤務曜日及び勤務時間を記入すること
- 2. 一週間の所定労働時間は、就業規則で定めた時間とすること。

## (13) 医業類似行為者

氏 名	区 分	登録年月	登録番号	免許都道府県	備考
	あん摩マッサージ指圧師				
	はり師				
	きゅう師				
	柔道整復師				
	あん摩マッサージ指圧師				
	はり師				
	きゅう師				
	柔道整復師				
	あん摩マッサージ指圧師				
	はり師				
	きゅう師				
	柔道整復師				
	あん摩マッサージ指圧師				
	はり師				
	きゅう師				
	柔道整復師				
	あん摩マッサージ指圧師				
	はり師				
	きゅう師				
	柔道整復師				
	あん摩マッサージ指圧師				
	はり師				
	きゅう師				
	柔道整復師				
	あん摩マッサージ指圧師				
	はり師				
	きゅう師				
	柔道整復師				
	あん摩マッサージ指圧師				
	はり師				
	きゅう師				
	柔道整復師				
	あん摩マッサージ指圧師				
	はり師				
	きゅう師				
	柔道整復師				
	あん摩マッサージ指圧師				
	はり師				
	きゅう師				
	柔道整復師				

<sup>(</sup>注) 1 区分欄には該当するところに○印を記入すること

<sup>2</sup> 非常勤については備考欄に勤務日及び勤務時間を記入すること

#### (14)看護補助者 <療養病床、精神病床を有する病院が対象となります>

- 1. 該当するすべての従事者を記入すること。 2. 用紙が足りない場合は適宜コピーして使用すること。

一週間の所	
定労働時間	

病院名

整理	院内役職名	氏	名	採用	常勤・非 常勤の別	夜勤の	療養・精	非常勤職	職員である場合の勤務時間 始業 終業		勤務時間	備考
番号	196F 11X41X-11			年月日	常勤の別	有無	神の別	曜日	始業		終業	
1										~		
2										~		
3										~		
4										~		
5										~		
6										~		
7										~		
8										~		
9										~		
10										~		
11										~		
12										~		
13										~		
14										~		
15										~		
16										~		
17										~		
18										~		
19										~		
20										~		
21										~		
22										~		
23										~		
24										~		
25										~		
26										~		
27										~		
28										~		
29										~		
30										~		

## (15) 事務職員

氏 名	 当病院における 勤 続 年 数	備考
1	年 月	
2	年 月	
3	年 月	
4	年 月	
5	年 月	
6	年 月	
7	年 月	
8	年 月	
9	年 月	
10	年 月	
11	年 月	
12	年 月	
13	年 月	
14	年 月	
15	年 月	
16	年 月	
17	年 月	
18	年 月	
19	年 月	
20	年 月	
21	年 月	
22	年 月	
23	年 月	
24	年 月	
25	年 月	
26	年 月	
27	年 月	
28	年 月	
29	年 月	
30	年 月	

## (16) 病院検査業務従事者調

検 査 種 別	装置 の 有無	従 事 者 名 (資格をかっこ書きすること)	備	考
X線検査				
RI検査				
心電図検査 (体表誘導によるものに 限る)				
心音図検査				
脳波検査 (頭皮誘導によるものに 限る)				
筋電図検査 (針電極による穿刺を 除く)				
基礎代謝検査				
呼吸機能検査 (マウスピース及びノーズ クリップ以外の装置器具 によるものを除く)				
脈波検査				
超音波検査				
その他				

#### ※職種別放射線診療従事者数

職種名	人数	職種名	人数
医師		歯科衛生士	
歯科医師		臨床検査技師	
診療放射線技師		薬剤師	
看護師			
准看護師			

1. 3	病院組織図						(記入例)	理 事 — 常務理事 2人 長 — 理事 5人 — 監事 2人 顧問 2人 院 長
							<ul><li>総看護師長 → 病棟師長 → 准看護師 4 1)</li><li>一 総看護師長 → 水来師長 → 看護師 4 41)</li></ul>	事務長
2	病院の内部組織	として常設され	ている会議	及び委	員会等			
	名	称	構	成	員	目的	<b>等</b>	過去1年間の開催回数

- 記載要領 1. 記入例のように開設者からの系統を図示し、それぞれの組織単位ごとに配置されている職員数を記入してください。なお、非常勤の職員については、それぞれ ( ) で再掲してください。
  - 2. 構成員は、役職名を記入し、計何人と記載してください(理事長、院長、副院長、事務長 計4人)。目的は、例えば「病院の運営方針の最高決定機関」などと会議等の目的と性格を簡単に記入してください。

# 第 6 表

医師の人員が医療法に定める従事者の標準数の70%以下 の病院の立入検査調査表

						実	施年	月日		令和	I	年	月	日	
		病院側	出席責任	者					聴	取 責	<b></b> 任	者			
	職	名	氏	名			職		名			氏		名	
病	院 名					開	設 者								
所 1	在 地			<del>-</del>		電記	話番号								
						_	般	療	養	精	神	結	核	感	染症
		一般 •	療養												
病床	種別			病 床 ¾	数										
		精神 •	結核												
		感染症													
検	査結果														
		令 和	年 度						令	和		F 度			
入	、院患者		外来患者		人	入	.院患	者		人		来患	者		人
		医	師 数					$\overline{}$	医	師		数			
標	準 数	実 人 員	過不足	充 足		標	準 数		実 人		過	不足		充 足	
	人	人	人		%			人		人			人		%
	取結果														
1	医師	確保の困難が	な理由												

2 医師の充足率が昨年度と比較 して低下している場合 その理由				
3 昨年度以降、具体的に改善の ために実施した内容				
4 充足のための計画と今後の見 通し				
5 充足ができない場合の対応策				
6 診療報酬の請求に当たって減額措置を行っているものがあるか。 (減額している加算等の名称)	ŕī.	<sub>「</sub> っている	行っていない	)
7 減額していない場合の対応	涉	<b>戈額する</b>	減額する予定はない	

# 第 7 表

## 医師の人員が医療法に定める従事者の標準数の70%以下 の病院の立入検査調査表

(再監視の結果)

				集	<b>延</b> 施年。	月日		令	和	年	月	日
	病院側	聴 取 責 任 者										
職	名	氏	名		職		名			氏	3	名
病院名				開	設 者	-						
所 在 地				電	話番号							
					般	療	養	精	神	結	核	感染症
	一般	• 療養										
病床種別			病 床 数									
	精神	<ul><li>結核</li></ul>										
	感	染症										
検査結果												
	1 70%を	上回った			3 1	前回	と同様					
結 果	2 50%を	上回ったが、	70%以下		4	前回	より悪	化し	た			
		この削減を行っ										
		削減した病床の		汝:		床	許可亞	<b>平月</b>	:	年	月	日)
w - 11 - 1		医病床削減の申		21			-1-34-6		_	_		\
その他の打		削減する病床の		汝 :		床	甲請年	丰月旨	1:	年	月	日)
		ミ区分の変更を		<b>41</b> .			=k - r		•	<b>F</b>	п	ы )
		変更した病床の	ク種類と病床3	汉;		床	計刊年	<b>半月</b>	1;	年	月	日)
	## E						Δ E	ı ø	<b>%+</b>	Ħ		
	<u>前</u> 回 医	の 結 果     師 数					<u>今</u> 回 医	の 師		果 数		
標準数	実 人 員	過不足	充足率	煙	 準 数	r	実 人			<del>数</del> 不 足		 足 率
人	人人	人	<u>况</u> 足 于	小环		人 人	<u> </u>	人	사발	<del>介足</del> 人	76	<u>**</u>
			,0		_					/ \		/0
	1	I	I .	<u> </u>							1	

# 第8表 診療所施設表

1. ;	施設名						7.	一般	床						
2.	所在地						許可	 療養	床						
3. '	電話番号			病床	精神	床									
4.	管理者氏名						数	その他	床						
5.	開設年月日							合計	床						
6.	開設者名						•								
	国(厚生労働	省)				厚生連									
開設	国((独)国立物	<b>丙院機構</b>	:)			国民健康保険団体連合会									
者	国(国立大学	法人)				健康保険組合及びその連合会									
の	国((独)労働	者健康安	全機構)			共済組合及びそ	の連	合会							
区分	国((独)国立	高度専門	医療研究センター	-)		国民健康保険組	合								
$\overline{}$	国((独)地域[	医療機能	推進機構)			公益法人									
該	国(その他)					医療法人									
当ま	都道府県					私立学校法人									
当するも	市町村					社会福祉法人									
	地方独立行政	<u> </u>				医療生協									
のに	日赤					会社									
Ö	済生会					その他の法人									
$\smile$	北海道社会	事業協会				個人									
8.	診療科目名 (標樹	旁している	らすべての科目に	0)											
	内科(ヘーインクリニック)					外科		腫瘍放射網	線科						
	呼吸器内科		内科(循環器)		大腸	外科	男性泌尿器科								
	循環器内科		内科(薬物療法)		内視	鏡外科	神経泌尿器科								
	消化器内科		内科(感染症)		ペイン	クリニック外科	小児泌尿器科								
	心臓内科		内科(骨髄移植)		外科	(内視鏡)	小児科(新生児)								
	血液内科		外科		外科	(がん)	泌尿器科(不妊治療)								
	気管食道内科		呼吸器外科		精神	———————————— 科	泌尿器科(人工透析)								
	胃腸内科		心臓血管外科		アレ	ルギー科	産婦人科(生殖医療)								
	腫瘍内科		心臓外科		リウ	 マチ科	美容皮膚科								
	糖尿病内科		消化器外科		小児	———————————— 科	歯科								
	代謝内科		乳腺外科		皮膚	 科		小児歯科							
	内分泌内科		小児外科		泌尿	 器科		矯正歯科							
	脂質代謝内科		 気管食道外科		産婦	 人科		歯科口腔	 外科						
	腎臓内科		肛門外科		産科			神経科							
Г	神経内科	-	整形外科		婦人			呼吸器科							
	心療内科				眼科			消化器科							
$\Box$	感染症内科		形成外科		-			胃腸科							
	漢方内科 美容外科				-	<u></u>		循環器科							
$\vdash$	老年内科 腫瘍外科				放射			皮膚泌尿	 器科						
	女性内科		移植外科		<u> </u>	線診断科		性病科							
$\vdash$	新生児内科		頭頸部外科		_	線治療科		こう門科							
$\vdash$	性感染症内科 胸部外科				<del></del>	診断科		気管食道	 닭						
$\vdash$	内視鏡内科 腹部外科					11									
$\vdash$					協床検査科 麻酔科 物色彩										
$\vdash$	人工透析内科														
$\vdash$	ペインクリニック内科		胆のう外科		_										
<u> </u>	マルギー佐串内科	老年精神科 与													

# 第 9 表 診療所立入検査表 1/2 ( 令和 年 月 日 調査 )

## 1. 施設名等

施設名称	
所在地	
開設者	
管 理 者	
病 床 数	
診療科目	

## 2. 職種別従事者数

医	師	薬剤師	衛生検査技師
歯 科 医	師	栄 養 士	看護補助者
看 護	師	診療放射線技師	その他の資格者
准 看 護	師	診療X線技師	事務職
助産	師	臨床検査技師	合 計 人 数

## 3 些相内灾

_3.監視内容		
検査項目	評価	備考
1. 医療従事者		
1 必要数		
専属薬剤師		
療養病床の標準数		
2 勤務状況		
3 職員の健康管理		
2. 診療・入院部門		
1 病室の定員遵守		
2 患者の入院状況		
3 診療録の管理・保管		
4 助産録の管理・保管		
5 病棟諸施設の清潔保持		
6 療養病床の設置		
7 新生児の管理		
8 医師の夜間対応		
3. 医薬品部門		
1 処方せんの作成・管理		
2 毒劇薬の区別と施錠保管		
3 その他の医薬品の管理		
4 専用冷蔵庫		
5 陳列		
4. 放射線部門		
1 診療放射線装置の届出		
2 線量当量等の測定、記録及び保存		
3 照射録の作成・管理		
4 従事者の被ばく防止の措置		
5 掲示等		
6 移動型エックス線装置の保管		

					2/2
検査項目	評価		備	考	
5. 個人情報の取扱状況					
1 利用目的の公表					
2 安全管理措置					
3 個人情報に関する従業者への監督					
4 開示					
6. 給食部門					
1 調理					
2 食品の管理					
3 調理施設					
4 従事者の衛生管理					
7. 廃棄物部門					
1 特別管理産業廃棄物管理責任者					
2 業務委託					
3 マニフェストの保管					
4 感染性廃棄物の処理					
8. 施設の構造・設備					
1 給水施設管理					
2 排水施設管理					
9. 防火・防災					
1 防火管理者、消防設備及び消防計画					
2 防火設備の定期報告					
3 防災管理者及び防災対策					
4 水害・土砂災害対策					
10. 事務管理・その他					
1 医療法の使用許可					
2 医療法届出事項の変更					
3 医療法許可事項の変更					
4 院内掲示					
5 広告					
11. 安全管理の状況					
1 医療安全管理体制				-	
2 院内感染対策体制					
3 医薬品安全管理体制					
4 医療機器安全管理体制					
5 診療用放射線安全管理体制					
6 医療ガス設備安全管理体制					
7 サイバーセキュリティ対策					
合 計					
A 総項目数	53				
B 対象項目数	0				
C 適「O」数	0				
D 否「×」数	0				
E非対象項目数「一」	0				
		•			

- 1. 職種ごとに作成すること。
- 2. 「他の勤務先及び所在地」については、当該従事者に係る全ての勤務先について記入すること。
- 3. 該当するすべての従事者を記入すること。
- 4. 一週間の所定労働時間は、就業規則で定めた時間とすること。
- 5. 用紙が足りない場合は適宜コピーして使用すること。

一週間の

## 第10表 診療所資格者等名簿

#### (1)医師・歯科医師

12

Ľ	-W1-E			所定	労働時間 													診療所名	<u>i</u>			-
Ŗ	整理	院内役職名	氏	名	免	許	採用	常勤・非		_		の勤務時			他の勤務	<u> </u>		他の勤務先				備考
1	番号	担当診療科名			登録番号	登録年月日	年月日	常勤の別	勤務曜日	勤矛	<u></u>	間	除外(休息	息)時間	勤務先	+	所在地	曜日	始業	~	終業	J.1.3 5
	1										~		~							~		
											~		~							~		
	2										~		~							~		
											~		~							~		
	3										~		~							~		
											~		~							~		
	4										~		~							~		
											~		~							~		
	5										~		~							~		
											~		~							~		
	6										~		~							~		
											~		~							~		
	7										~		~							~		
L											~		~			4				~		
	8										~		~							~		
L											~		~							~		
	9										~		~							~		
L											~		~							~		
	10										~		~							~		
L											~		~							~		
	11										~		~							~		
L	••										~		~							~		

#### (2) 医師·歯科医師以外

職種	氏 名	常勤・非常勤の別	登録年月日	登 録 番 号	備考
看護師					
准看護師					
助 産 師					
93 /E HP					
薬 剤 師					
栄養士					
<b>不 役 工</b>					
診療放射線技師 □					
◊療 X 線技師					
a床検査技師 					
<b></b> 5 生検査技師					
-					
<u>h</u>					
		常勤・非常			
	氏 名	勤の別	採用年月日	備	考
-					
看護補助者					

- (注) 1 「氏名」欄の小欄については、資格者の内訳(看護師は「正」・准看護師は「准」・助産師は「助」・診療放射線技師は 「放」・診療X線技師は「X]・臨床検査技師は「臨」・衛生検査技師は「衛」)を記入すること
  - 2 非常勤の場合は、備考欄に勤務日・勤務時間を記入すること
  - 3 「その他」の欄には、上記以外の事務員、資格者を記入すること
  - 4 看護補助者については、療養病床に勤務する看護補助者のみについて記載すること。

 第
 号

 令和
 年
 月
 日

管理者 様

高崎市長 〇 〇 〇 〇 (担当:保健所保健医療総務課)

令和 年度医療機関立入検査の結果について (通知)

令和 年 月 日に、医療法(昭和23年法律第205号)第25条第1項の規 定に基づき実施した立入検査の結果は、別紙のとおりです。

つきましては、不適合事項について適正な措置を講じるとともに、下記により改善状況 を報告してください。

記

- 1 報告期限 令和 年 月 日()まで
- 2 報告方法 別添の「改善状況報告書」を作成の上、改善されたことがわかるもの(指 針、手順書、研修記録等の成果物)を添付し提出
- 3 報告先 高崎市保健医療部(高崎市保健所)保健医療総務課
- 4 その他 ・提出期限までに改善が完了しない事項については、引き続き改善が完 了するまで、3月毎に改善状況報告書を提出してください。
  - ・注意・要望事項に対する報告は不要ですが、必要な改善を図ってくだ さい。

事務担当 高崎市 保健医療部 保健医療総務課

医事薬事担当:〇〇

所 在 地 〒370-0829

高崎市高松町5番地28

電 話 027 - 381 - 6111

F A X 027 - 381 - 6124

## 医療機関名

## ◎ 不適合事項

検査項目	根拠法令等	不適合事項
1		

## ◎ 注意・要望事項

1

令和 年 月 日

高崎市長 宛て (保健医療総務課)

#### 管理者

令和 年度医療機関立入検査に係る改善状況報告について (報告)

令和 年 月 日付け、立入検査結果通知 (第 号) により指摘のあった 不適合事項について、別添のとおり改善の経過を報告します。

なお、改善が完了していない事項がある場合は、改善が完了するまで引き続き3月ごと に報告します。

## 令和 年度 改善状況報告書

## 医療機関名

不適合事項	改善の方法及び状況	改善着手年月日	改善完了年月日

※項目ごとに、改善されたことがわかるもの(指針、手順書、研修記録等の成果物)を 添付してください。

担当者氏名:	連絡先電話番号:
·	·

様式3

 第
 号

 令和
 年
 月

 日

管理者 様

高崎市長 〇 〇 〇 〇 (担当:保健所保健医療総務課)

令和 年度医療機関立入検査の結果について (通知)

令和 年 月 日 ( ) に、医療法 (昭和23年法律第205号) 第25条第1項の規 定に基づき実施した立入検査の結果は、別紙のとおりです。

なお、注意・要望事項については、文書による回答は不要ですが、所要の措置を講じて ください。

事務担当 高崎市 保健医療部 保健医療総務課

医事薬事担当:〇〇

所 在 地 〒370-0829

高崎市高松町5番地28

電 話 027 - 381 - 6111

F A X 027 - 381 - 6124

医療機関名

## ◎ 不適合事項

該当なし

◎ 注意・要望事項

1

様式4

 第
 号

 令和
 年
 月

 日

管理者 様

高崎市長 〇 〇 〇 (担当:保健所保健医療総務課)

令和 年度医療機関立入検査の結果について (通知)

令和 年 月 日( )に、医療法(昭和23年法律第205号)第25条第1項の規 定に基づき実施した立入検査の結果、不適合事項及び注意・要望事項は認められませんで したが、当日の指導を踏まえ、引き続き適正な医療体制の確保に配慮願います。

事務担当 高崎市 保健医療部 保健医療総務課

医事薬事担当:〇〇

所 在 地 〒370-0829

高崎市高松町5番地28

電 話 027 - 381 - 6111

F A X 027 - 381 - 6124

- 143 -