

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7年4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 概要	1
Ⅱ 第1表（施設表）作成要領.....	2
第1表（施設表）	8
第2表（検査表）	1 2
Ⅲ 検査基準	2 0
Ⅳ 構造設備基準	7 1
1 病室等	7 1
2 放射線装置及び同使用室	7 8
常勤医師等の取扱いについて	8 9
特定の承認、指定等を受けている病院一覧	9 3
第3表（病院自主点検表）	9 4
第4表（医師等法定人員の充足状況調）	1 1 3
第5表（病院資格者等名簿）	1 1 4
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 4
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 2 6
第8表（診療所施設表）	1 2 7
第9表（診療所立入検査表）	1 2 8
第10表（診療所資格者等名簿）	1 3 0
様式1（実施結果通知書：不適合事項あり）	1 3 2
様式2（改善状況報告書）	1 3 4
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 3 6
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 3 8

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。）
(1) 施設名	○医療法に基づいて許可を受けた名称を記入する。
(2) 開設年月日	○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。
(3) 地域医療支援 病院の承認年月日	○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。
(4) 所在地	○郵便番号及び住所（番地まで）を、正確に記入する。
(5) 電話番号	○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。
(7) 開設者	○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。
	2 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1日平均入院患者数	○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。
(9) 病床区分の届出	○「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。
(10) 診療科名	○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号ハ又はニ(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。
(11) 1日平均外来患者数	○「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。

	・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。
(12) 1日平均調剤数	○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。
(13) 1日平均外来患者に係る取扱処方せん数	○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。
(14) 従業者数	○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する。 ○「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い医師の有無を「臨床研修医」欄に記入する。 ○「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

(15) 設 備 概 要

- (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ある場合、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

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

第1表 施設表
(年 月 日調査)

1 / 4

*都道府県名		管轄保健所名				
*施設番号		立入検査員氏名				
(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)所在地						
(5)電話番号						
(6)管理者氏名						
(7)開設者		医育機関の有無				
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 ((独)国立高度専門医療研究センター) 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 8. 都道府県 18. 国民健康保険組合 9. 市町村 19. 公益法人 10. 地方独立行政法人 20. 医療法人						
(8) - 1 許可病床数等 及び 1日平均入院 患者数	種 別	許可病床数	(稼働病床数)	1日平均 入院患者数		
	一 般		()		(8) - 2	
	療 養		()		1日平均入院新生児数	
	精 神		()		(8) - 3	
	結 核		()		1日平均入院患者数	
	感染症		()		(歯科・矯正歯科・小児歯科・歯科口腔外科再掲)	
	計		()			
(9) 病床区分の届出年月日		年 月 日				
(10) 診療科名						
内科	内科 (ペーパ)	胃腸外科	腫瘍放射線科			
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)	ペーパクリニック外科	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			
神経内科	整形外科	婦人科	呼吸器科			
心療内科	脳神経外科	眼科	消化器科			
感染症内科	形成外科	耳鼻咽喉科	胃腸科			
漢方内科	美容外科	リハビリテーション科	循環器科			
老年内科	腫瘍外科	放射線科	皮膚泌尿器科			
女性内科	移植外科	放射線診断科	性病科			
新生児内科	頭頸部外科	放射線治療科	こう門科			
性感染症内科	胸部外科	病理診断科	気管食道科			
内視鏡内科	腹部外科	臨床検査科	麻酔科			
人工透析内科	肝臓外科	救急科				
疼痛緩和内科	膵臓外科	児童精神科				
ペーパクリニック内科	胆のう外科	老年精神科				
アレルギー疾患内科	食道外科	気管食道・耳鼻咽喉科				
(11)	1日平均外来患者数					
	(再掲) 耳鼻咽喉科・眼科・精神科	(再掲) 歯科・矯正歯科・小児歯科・歯科口腔外科				
	(再掲) 1日平均外来患者数 (通院リハ除)					

第1表 施設表

2 / 4

(12) 1日平均 調剤数	入 院	外 来	計	(13) 1日平均外来患者に 係る取扱処方せん数	
(14) 従業者数	職 種 別	常 勤	非 常 勤	常勤換算後	常 勤 合 計
	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) 設備概要	設 備		室・床数等
	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	m ²
	9. 談話室	有・無	
	10. 食堂（単位：平方メートル）	有・無	m ²
	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. C T 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ترون装置	有・無	
	35. 滅菌装置（オートクレーブ等）	有・無	
	36. 人工透析装置	有・無	床
	37. 体外衝撃波結石破碎装置	有・無	台
	38. マンモグラフィー装置	有・無	台
	39. 移動型エックス線装置	有・無	台
	40. 血液照射装置	有・無	台

(16) 業務委託	業 務		有（全部）・有（一部）・無	
	1. 検体検査業務			
	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業務			
10. 医療用放射性汚染物の廃棄業務				
(17) 建物の構造面積 ・ 敷地の面積	建 物 (単位：平方メートル)			
	構 造	建 築 面 積	延 面 積	
	耐 火 構 造			
	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				
(18) 医療法に基づく 許可の状況	許 可 事 項		許 可 年 月 日	番 号
	1. 開設者以外を管理者に選任することの許可			第 号
	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			第 号
	5. 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)		(精神)	第 号
			(結核)	第 号
			(老人)	第 号
			(療養)	第 号
6. 医師配置標準の特例措置に係る許可			第 号	

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

施 設 名						
[1 医療従事者]	前年判定	当年判定	前 年	標 準 数 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—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 総 項 目 数						
B 対 象 項 目 数						
C 適 「○」 数						
D 否 「×」 数						
E 非対象項目「－」数						
[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放射線治療病室以外の入院防止						
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						
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維持管理	/	/				
1. 医療機器及び看護用具の清潔保持						
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 管 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う者の配置状況			特定機能病院の該当項目
2-12 診療用放射線に係る安全管理の体制確保	/	/	
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 管 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安全の確保	/	/	ドクターヘリ基地病院であり、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に関する責任者の配置状況			特定機能病院の該当項目
2. 診療録等の管理に関する責任者の選任状況			特定機能病院の該当項目
3. 高難度新規医療技術を提供するに当たっての措置状況			特定機能病院の該当項目
4. 未承認新規医薬品等を提供するに当たっての措置状況			特定機能病院の該当項目
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の医療安全管理部門への報告状況			特定機能病院の該当項目

[2 管 理]	前年判定	当年判定	備 考
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			特定機能病院の該当項目
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
9. 管理者のための研修の実施状況			特定機能病院の該当項目
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の体制の整備			努力義務
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			努力義務
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談指導の実施及び休息時間の確保等の状況	/	/	
1. 面談指導の実施状況			
2. 面談指導実施後の就業上の措置			
3. 労働時間短縮の措置			
4. 特定労務管理対象機関の医師への勤務間インターバル及び代償休息の確保			
A 総 項 目 数			
B 対 象 項 目 数			
C 適「○」数			
D 否「×」数			
E 非対象項目「-」数			
[3 帳票・記録]	前年判定	当年判定	備 考
3-1 診療録の管理、保存			
3-2 助産録の管理、保存			

[3 帳票・記録]	前年判定	当年判定	備 考
3－3 診療に関する諸記録の整理 保管			
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			
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「－」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「－」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			

[5 防火・防災体制]		前年判定	当年判定	備 考
A	総項目数			
B	対象項目数			
C	適「○」数			
D	否「×」数			
E	非対象項目「－」数			
[6 放射線管理]		前年判定	当年判定	備 考
6－1	管理区域	/	/	
1.	管理区域の設定と標識			
2.	管理区域への立入制限と被ばく防止の措置			
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 放射線管理]	前年判定	当年判定	備 考
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			
6-14 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	/	/	
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			
A 総項目数			
B 対象項目数			
C 適「○」数			
D 否「×」数			
E 非対象項目「－」数			
[7 部門合計]			
A 総項目数			
B 対象項目数			
C 適「○」数			
D 否「×」数			
E 非対象項目「－」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。

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
1	医療従事者			
1- 1	医師数 患者数に対応した数の医師がいるか。	医療法第 21 条第 1 項第 1 号（以下「法 21. 1. 1」等という。） 医療法施行規則第 19 条第 1 項第 1 号（以下「則 19. 1. 1」等という。）	医師の員数の標準の計算方法は次によること。 ①精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を 3 をもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。）の数と外来患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。）の数を 2. 5（耳鼻咽喉科、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。	（計算事例） ①入院患者数 一般 90 療養 50 精神 30 結核 25 ※外来患者数 250 ※医師の標準数を算出する際の「外来患者数」については、外来患者延数から医師による包括的なり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。 $(90+50/3+30/3(*a)+25+250/2.5(*b)-52(*c))/16+3(*d)=$ $(90+16.666\cdots(*e)+10+25+100-52)/16+3=189.6/16+3=14.85（人）$ ……（医師の標準数） (*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 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

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
				(計算事例) ②入院患者数 一般 550 人 外来患者数 (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 300 人 $(550 + 300 / 2.5) \div 8 = 83.75$ (人) ……医師の標準数
		法 22 の 2. 1. 1 則 22 の 2. 1. 1	②特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、入院患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。）の数と外来患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。）の数を 2.5 をもって除した数との和を 8 で除した数 なお、医師免許取得後 2 年以上経過していない医師については員数に含めない。 (平 5. 2. 15 健政発第 98 号 (平 2 8. 6. 10 一部改正) 参照)	※特定機能病院全体において、医師の半数以上が平成 26 年改正省令による改正後の規則第 22 条の 2 第 3 項に規定する専門の医師であることを要件とする。 (規則第 22 条の 2 第 3 項関係)
		則 43 の 2	③医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。）又は 100 人以上の患者を入院させるための施設を有し、その診療科名中に内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻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。	

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
		則 49 則 50	④療養病床の病床数の全病床数に占める割合が 100 分の 50 を超える病院については、当分の間、上記に基づき算出された和が「36 までは 2」とし、算定された和が 36 を超える場合には当該特定数から 36 を減じた数を 16 で除した数に 2 を加えた数とする。 ⑤則 50.1 の規定により、法第 7 条第 2 項の許可を受けた病院については、許可を受けた日から起算して 3 年を経過するまでの間、特例的に、当該病院の医師配置標準を現行の算定式の 90% 相当に緩和する。ただし、医師 3 人という最低の員数は下回らないものとする。(則 49 の適用を受けた病院は、医師 2 人という最低の員数は下回らないものとする。)	(特例が認められる病院) ○次の要件がすべて該当する病院 ア. 次に掲げる地域をその区域内に有する市町村又はこれに準ずる市町村の区域に所在するものであること。 ア) 離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域 イ) 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律に規定する辺地 ウ) 山村振興法の規定により振興山村として指定された山村 エ) 過疎地域自立促進特別法に規定する過疎地域 イ. 当該病院が所在する地域における医療提供施設の整備の状況等からみて、当該地域の医療を確保する上で必要かつ不可欠であると認められるものであること。 ウ. 必要な医師を確保するための取組を行っているにもかかわらず、なお医師の確保が著しく困難な状況にあると認められること。 ※「これに準ずる市町村」とは、人口当たりの医師数が全国平均を下回っている市町村を想定。
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	歯科医師の員数の標準の計算方法は次によること。 ①歯科（矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科を含む。）専門の病院については、入院患者の数が 52 までは 3 とし、それ以上 16 又はその端数を増すごとに 1 を加え、さらに外来患者についてその病院の実状に応じた必要数を加えた数とすること。	病院の実状に応じた必要数 歯科医師 1 人 1 日当たり取扱い外来患者数は概ね 20 人 ※歯科の入院患者がいる場合は、最低 1 人の歯科医師が必要であるが、当該歯科医師が、入院患者の状況に応じ、外来患者を診察することは可能。 ※歯科医師又は歯科衛生士が外来診療の一環として医科の入院患者に対して行う歯科口腔機能の管理（口腔ケアを含む。）については、これら患者の全身状態を管理する体制として特に支障がないと判断される場合には、上記の取り扱い患者数として計上しなくとも差し支えないものとする。

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考																	
1-3	薬剤師数 患者数に対応した数の薬剤師がいるか。	法 21. 1. 1 則 19. 1. 2. ロ	②その他の病院については、歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者の数が 16 までは 1 とし、それ以上 16 又はその端数を増すごとに 1 を加え、さらに歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者についてその病院の実状に応じて必要と認められる数を加えた数とすること。																		
		法 22 の 2. 1. 1 則 22 の 2. 1. 2	③特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者の数が 8 又はその端数を増すごとに 1 以上とし、さらに歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者についての病院の実状に応じて必要と認められる数を加えた数とすること。																		
		法 21. 1. 1 法 21. 3 則 19. 2. 1 則 43 の 2 群馬県医療施設の人員及び施設等に関する基準を定める条例第 6 条第 1 項第 1 号（以下「条例 6. 1. 1」等という。）	薬剤師の員数の計算方法は、厚生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よること。 【従うべき基準】 ①精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を 1 5 0 をもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者の数を 7 0 をもって除した数と外来患者に係る取扱処方せんの数を 7 5 をもって除した数とを加えた数（その数が 1 に満たないときは 1 とし、その数に 1 に満たない端数が生じたときは、その端数は 1 として計算する。） 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	（計算事例） <table><tr><td>③入院患者数</td><td>一般</td><td>90</td><td rowspan="4">} とすると</td></tr><tr><td></td><td>療養</td><td>50</td></tr><tr><td></td><td>精神</td><td>35</td></tr><tr><td></td><td>結核</td><td>25</td></tr><tr><td></td><td>外来取扱処方箋数</td><td>100</td><td></td></tr></table> 90/70+50/150+35/150(*)+25/70+100/75=1. 2+0. 3+0. 2+0. 3+1. 3=3. 3÷ 4 （人） ……（薬剤師の員数） (*)…大学附属病院等は 35/70 ※従うべき基準 条例の内容を直接的に拘束する、必ず適合しなければならない基準であり、当該基準に従う範囲内で地域の実情に応じた内容を定める条例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。	③入院患者数	一般	90	} とすると		療養	50		精神	35		結核	25		外来取扱処方箋数	100	
③入院患者数	一般	90	} とすると																		
	療養	50																			
	精神	35																			
	結核	25																			
	外来取扱処方箋数	100																			

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			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150をもって除した数と、療養病床に係る病室以外の病室の入院患者の数を70をもって除した数と外来患者に係る取扱処方せんの数75をもって除した数とを加えた数（その数が1に満たないときは1として除した数とを加えた数（その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1として計算する。）	
		法 22 の 2. 1. 1 則 22 の 2. 1. 3	薬剤師の員数の計算方法は、次によること。 ○特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上とし、調剤数80又はその端数を増すごとに1を標準とすること。	
1-4	看護師数 患者数に対応した数の看護師（准看護師を含む。）がいるか。	法 21. 1. 1 法 21. 3 則 19. 2. 2 則 43 の 2 医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成 13 年厚生労働省令第 8 号）第 20 条 条例 6. 1. 2	看護師の員数の計算方法は、厚生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よること。 【従うべき基準】 ①療養病床、精神病床及び結核床に係る病室の入院患者の数を4をもって除した数と、感染症病床及び一般病床に係る病室の入院患者（入院している新生児を含む。）の数を3をもって除した数とを加えた数（その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1として計算する。）に、外来患者の数が30又はその端数を増すごとに1を加えた数 また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔外科においてはそのうちの適当数を歯科衛生士とすることができる。	（計算事例） ④入院患者数 一般 90 療養 50 精神 35 とすると 結核 25 ※外来患者数 400 ※看護師の員数を算出する際の「外来患者数」については、外来患者延数から医師による包括的なり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。）を除いた患者数を用いることも可能。 ・入院 $(90/3+50/4(*))+35/4+25/4)=30+12.5+8.7+6.2=57.4\div 58$ ・外来 $(400/30)=13.3\div 14$ ・入院+外来 $(58+14)=72$ （人） ……（看護師等の員数） （参考）看護師等の員数が定められた員数の7割に満たない場合、看護師等確保推進者を置くこととされている。 （看護師等の人材確保の促進に関する法律第12条、同法施行規則第2条参照）

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			②精神病床を有する病院については、当分の間、精神病床に係る病室の入院患者の数を5をもって除した数（その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数を生じたときは1として計算する。）を精神病床に係る病室の入院患者の数を4をもって除した数（その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じたときは1として計算する。）から減じた数を看護補助者とすることができる。 ③医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。）又は100人以上の患者を入院させるための施設を有し、その診療科名中に内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を含む病院（特定機能病院を除く。）であって、精神病床を有する病院については、療養病床、結核病床に係る病室の入院患者の数を4をもって除した数と、結核病床及び療養病床以外の病床に係る病室の入院患者（入院している新生児を含む。）の数を3をもって除した数とを加えた数（その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1として計算する。）に、外来患者の数が30又はその端数を増すごとに1を加えた数 また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔外科においてはそのうちの適当数を歯科衛生士とすることができる。	
		法 22 の 2. 1. 1 則 22 の 2.	看護師の員数の計算方法は、次によること。 ○特定機能病院として厚生労働大	

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
		1. 4	臣の承認を受けている場合は、入院患者（入院している新生児を含む。）の数が2又はその端数を増すごとに1と外来患者の数が30又はその端数を増すごとに1を加えた数以上 また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔外科においてはそのうちの適当数を歯科衛生士とすることができる。	（計算事例） ⑤入院患者数 550 人 外来患者数 300 人 } とすると 入院 $550 \div 2 = 275$ 外来 $300 \div 30 = 10$ $275 + 10 = 285$（人） ……看護師の員数
1-5	看護補助者数 定められた数の看護補助者がいるか。	法 21. 1. 1 法 21. 3 則 19. 2. 3 条例 6. 1. 3	看護補助者の員数の計算方法は、厚生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よること。 【従うべき基準】 ○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	「看護補助者」とは、医師、看護師等の指示に基づき、看護の補助として介護に当たる者を意味し、特段の資格を必要とはしない。
1-6	（管理）栄養士数 定められた数の栄養士がいるか。	法 21. 1. 1 法 21. 3 則 19. 2. 4 条例 6. 1. 4	栄養士の員数の計算方法は、厚生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よること。 【従うべき基準】 ○100 床以上の病院に 1	
	（参考）助産師数	法 22 の 2. 1. 1 則 22 の 2. 1. 5 法 21. 1. 1 法 21. 3 則 19. 2. 2 則 43 の 2	管理栄養士の員数の計算方法は、次によること。 ○特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、1 以上の管理栄養士がいること。 助産所の員数の計算方法は、次によること。 ○産婦人科又は産科を有する病院 産婦人科又は産科の患者に対する看護師（准看護師を含む。）の員数のうちの適当数を助産師とする。	適当数 産婦人科又は産科の入院患者がいる場合に1人以上。

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
2	管 理			
2- 1	医療法上の手続	法 7.1 法 7.2 法 21 法 22	医療法上の手続きは適正に行われているか。	
1.	医療法の使用許可	法 27 令 4.1 令 4 の 2	1. 病院の構造設備は使用の許可を受けていること。	
2.	医療法届出事項の変更	令 4 の 3 則 22 則 24～則 29	2. 病院開設許可後の開設届及び届出事項に変更を生じたときにその届出がなされていること。	
3.	医療法許可事項の変更		3. 病院の開設許可を受けた後に厚生労働省令で定める事項を変更したときその許可を受けていること。	
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		4. 地域医療支援病院、特定機能病院、臨床研究中核病院として定められた事項を有し承認を得ていること。	
5.	診療用放射線装置の届出		5. 診療用放射線装置の設置、設置変更又は廃止の届出をしていること。	診療用放射線装置 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、診療用放射線照射器具、放射性同位元素装備診療機器、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素
2- 2	患者の入院状況		患者の入院状況は定められた基準により適正に管理されているか。	
1.	病室の定員遵守		1. 病室に定員を超えて患者を入院させていないこと。(ただし、臨時応急の場合を除く。)	・緊急時の対応として、救急医療（周産期救急医療及び小児救急医療を含む）に係る患者を入院させるときは、病室に定員を超えて患者を入院させること及び病室以外の場所に患者を入院させることができること。
2.	病室以外の患者入院		2. 病室以外の場所に患者を入院させていないこと。(ただし、臨時応急の場合を除く。)	◇救急患者の受入に係る定員超過入院等の取扱いについては、「救急患者の受入に係る医療法施行規則第 10 条等の取扱いについて」（平成 21.7.21 医政総発 0721 第 1 号・医政指発 0721 第 1 号・保医発 0721 第 1 号）を参照

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		3. 精神病患者又は感染症患者をそ れぞれ精神病室又は感染症病室 以外の場所に入院させていない こと。（ただし、臨時応急の場 合（精神病患者の身体的合併症 に対応するため入院させる場合 を含む。）を除く。）	
4.	ウイルス感染の危険 のある患者の感 染防止		4. ウイルス感染の危険のある患者から の感染を防止するために適当な 措置をとっていること。	4. 適当な措置 ①当該患者を他の患者と同室に入院させないこ と。 ②当該患者を入院させた室を消毒せずに他の患 者を入院させないこと。 ③当該患者の用に供した被服、寝具、食器等を 消毒しないで他の患者に使用しないこと。
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		5. 診療用放射線照射装置若しくは 診療用放射線照射器具を持続的 に体内に挿入して治療を受けて いる患者又は診療用放射性同位 元素若しくは陽電子断層撮影診 療用放射性同位元素により治療 を受けている患者を放射線治療 病室以外の病室に入院させない こと。	
6.	放射線治療室へ の他の患者の入 院防止		6. 放射線治療病室に上記 5 に規定 する患者以外の患者を入院させ ないこと。	
2- 3	新生児の管理	法 15. 1 法 20 則 19. 2. 2	新生児の管理が適切に行われてい るか。（産科又は産婦人科を標榜 する病院）	
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。	1. 無痛分娩取扱施設の場合、厚生労働省作成 「無痛分娩取扱施設のための、「無痛分娩の安 全な提供体制の構築に関する提言」に基づく自 主点検表」により、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確認す る。 ◇平成 30 年 4 月 20 日付け医政総発 0420 第 3 号・医政地発 0420 第 1 号厚生労働省医政局総 務課長・地域医療計画課長連名通知

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
2.	管理及び管理体制		2. 新生児に対して必要な管理体制及び看護体制がとられていること。	2. ①適当な看護要員が配置され、その責任体制が確立されていること。 ②新生児の識別が適切に行われていること。
3.	避難体制		3. 火災等緊急時における新生児の避難体制があらかじめ定められていること。	3. 避難に必要な器具が備えられていること。
2- 4	医師の宿直	法 16 則 9. 15. 2	医師の宿直体制は整っているか。 医業を行う病院にあっては医師を宿直させていること。ただし、医師がその病院に隣接した場所に待機する場合、その他病院の入院患者の病状が急変した場合においても病院の医師が速やかに診察を行う体制が確保されているものとして都道府県知事に認められた場合はこの限りでない。	隣接した場所の範囲 (昭 30. 2. 9 医収第 62 号「医療法第 1 6 条但書の解釈について」参照) (昭 25. 7. 18 医収第 385 号「医療法第 1 6 条の疑義について」参照) 近接した場所に待機する場合、速やかに診療を行う体制が確保されているもの。 (平成 30 年 3 月 22 日医政発 0322 第 13 号「介護保険法施行規則等の一部を改正する等の省令の施行について(施行通知) 参照)
2- 5	医薬品の取扱い	法 15. 1 法 20 則 14	医薬品の取り扱いは適正にされているか。	
1.	毒劇薬の区別と施錠保管		1. 毒薬又は劇薬が他のものと区別されていること。毒薬を貯蔵配置する場所に施錠がされていること。	1. 医薬品医療機器等法第 48 条第 1 項及び第 2 項参照
2.	毒劇薬の表示		2. 毒薬及び劇薬の直接容器又は直接の被包にそれぞれの表示がなされていること。	2. 表示 毒薬は黒地に白枠白字をもってその品名及び「毒」の字を記載する。劇薬は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。 (医薬品医療機器等法第 44 条第 1 項及び第 2 項参照)
3.	その他の医薬品の管理		3. その他の薬剤についてもその管理及び取扱いが適正に行われていること。	3. (参考)麻薬、向精神薬、覚せい剤については、麻薬及び向精神薬取締法、覚せい剤取締法により別途規制が行われていることに留意する。また、特に安全管理が必要な医薬品(要注意薬)についても、配置の工夫などの事故防止対策が必要であることが「医薬品の安全使用のための業務手順マニュアル」に示されていることに留意する。 ◇調剤室、病棟等における医薬品の管理については、「医薬品の安全使用のための業務手順書作成マニュアルについて」(平成 19. 3. 30 医政総発第 0330001 号・薬食総発第 0330001 号)

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
4.	調剤書の衛生と 防火管理		4. 調剤所について衛生上、防火上 適切な配慮がなされているこ と。	を参照。 4. (参考) 引火のおそれのある薬品等の例 アルコール類、エーテル類、ベンゼン、クロ ロホルム等
2- 6	医療機器等の清 潔保持及び維持 管理	法 20		
1.	医療機器及び看 護用具の清潔保 持		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・器材を使用し 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・器財を使用した場合 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	法 15.1 法 20 則 20.1.8	給食施設の施設・設備について清 潔が保持され衛生上適切な管理が 行われていること。	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	給食関係職員、放射線関係職員の健康管理につ いては特に留意する。 (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 5 3 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 の定期健康診断を実施するよう規定されている ことに留意する。

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
2- 9	医療の情報の提供	法 1 法 6 の 3.1 ～ 法 6 の 3.3 則 1 の 2 則 1 の 2 の 2 則 1 の 3	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-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
2-10	医療の安全管理のための体制の確保 1. 医療の安全管理のための指針の整備	法 1 法 6 の 10 法 6 の 11 法 6 の 12 法 15.1 法 17 則 1 の 10 の 2 則 1 の 11.1 則 9 の 20 の 2 則 9 の 25 則 12	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策定及び変更することとし、従業者に対して周知徹底を図ること。 ①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。） ⑥医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針（患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針を含む） ⑦患者からの相談への対応に関する基本方針 ⑧その他医療安全の推進のために必要な基本方針（高難度新規医療技術を用いた医療を提供す

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
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）		2. 医療に係る安全管理のための委員会を設置し、次に掲げる業務その他の医療に係る安全管理のための業務を行わせること。 イ 当該病院等において重大な問題その他医療安全管理委員会において取り扱うことが適当な問題が発生した場合における速やかな原因の究明のため調査及び分析 ロ イの分析の結果を活用した医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の立案及び実施並びに従業者への周知 ハ ロの改善のための方策の実施の状況の調査及び必要に応じた当該方策の見直し	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。） ・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に関する規程が定められており、医療安全管理委員会が月1回程度開催されるとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催されること。 ・その他の医療に係る安全管理のための業務には、重要な検討内容について、患者への対応状況を含め管理者へ報告することを含むものであること。 ・原因の究明のための調査及び分析は、客観的な事実から構造的な原因を分析する者であり、個人の責任追及を行うものではないことに留意すること。 ・医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の立案及び実施並びに従業者への周知とは、当該病院等の組織としての改善のための方策を企画立案及び実施し、当該病院等においてこれらの情報を共有するものであること。また、改善のための方策については、背景要因及び根本原因を分析し検討された効果的な再発防止策等を含むものであること。 ・改善のための方策の実施の状況の調査及び必要に応じた当該方策の見直しとは、同様の事故等の発生状況の確認や、医療安全管理委員会の構成員が定期的に関係部署の巡回を行うなどをして調査を行い、必要に応じて医療安全の知見に基づいた見直しを行うものであること。
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		3. 医療に係る安全管理のため、従業者の医療の安全に関する意識、他の従業者と相互に連携して業務を行うことについての認識、業務を安全委行うための技能の向上等を目的として、医療に係る安全管理のための基本的な事項及び具体的な方策について	①医療に係る安全管理のための職員研修では、当該病院等の具体的な事例等を取り上げ、職種横断的に行うものであることが望ましいものであること。 ②本研修は、当該病院等全体に共通する安全管理に関する内容について、当該研修を実施する病院等の従業者に周知徹底を行うものであり、年2回程度定期的に開催するほか、必要に応じ

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
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		の職員研修を実施すること。 4. 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること。	て開催すること。また、研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録すること。 ③研修については、患者を入所させるための施設を有しない診療所及び妊婦等を入所させるための施設を有しない助産所については、当該病院等以外での研修を受講することでも代用できるものとし、年2回程度の受講のほか、必要に応じて受講することとすること。 ・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係る措置は、以下の①から④までに掲げるものを含むこと。 ①当該病院等において発生した事故等の医療安全管理委員会への報告等を行うこと。なお、特定機能病院又は臨床研究中核病院については、医療安全管理部門への報告でも差し支えないものであること。 ②あらかじめ指針で定められた報告すべき事例の範囲、報告手順等に関する規定に従い事例を収集、分析すること。 これにより当該病院等における問題点を把握して、当該病院等の組織としての改善策の企画立案及びその実施状況を評価し、当該病院等においてこれらの情報を共有すること。 ③重大な事故の発生時には、速やかに管理者へ報告すること。また、改善策については、背景要因及び根本原因を分析し検討された効果的な再発防止策等を含むものであること。 ④事故の報告は診療録や看護記録等に基づき作成すること。
5.	医療事故に係る再発防止策の周知及び遵守		5. 当該病院等において発生した医療事故について再発防止策が院内に周知されるとともに、遵守されていること。	※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）
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。 （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。	◇特定機能病院における医療安全管理責任者の業務及び基準は、「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 ◇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

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
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		（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病院の場合は「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については兼任でも可）） （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 （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	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、歯科医師臨床研修施設におけ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 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 ◇安全管理者の業務については、「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針について」（平成 19. 3. 30 医政発第 0330019 号・薬食第 0330019 号）及び「作成指針の改定について」（令和 2. 3. 26 医政安発 0326 第 1 号）を参照。 ◇特定機能病院における医療安全管理部門の業務及び基準は、「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 ◇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

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			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、次に掲げる業務その他の医療に係る安全管理の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） 7. 安全管理部門を設置すること。 （※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。））	準は、「医療法の一部改正（臨床研究中核病院関係）に施行等について」（平 27.3.31 医政発 0331 第 69 号（令 3.9.9 一部改正））を参照
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。 （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け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 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 ◇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における患者からの相談に応じる体制の基準は、

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
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）		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） 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つて、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。 病院等の管理者は、医療事故調査制度の報告をするに当たっては、あらかじめ、医療事故に係る死亡した者の遺族に対し、説明しなければならない。	「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 ◇医療事故調査制度については下記参照 「～（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取した上で、組織として判断する。 ・以下の事項を報告する。 (1) 日時/場所/診療科 (2) 医療事故の状況 ・疾患名/臨床経過等 ・報告時点で把握している範囲 ・調査により変わることがあること が前提であり、その時点で不明な事項については不明と記載する。 (3) 連絡先 (4) 医療機関名/所在地/管理者の氏名 (5) 患者情報（性別/年齢等） (6) 調査計画と今後の予定 (7) その他管理者が必要と認めた情報 ・遺族へは、以下の事項を説明する。 (1) 医療事故の日時、場所、状況 ・日時/場所/診療科 ・医療事故の状況 ・疾患名/臨床経過等 ・報告時点で把握している範囲 ・調査により変わることがあること が前提であり、その時点で不明な事項については不明と説明する。 (2) 制度の概要 (3) 院内事故調査の実施計画 (4) 解剖又は死亡時画像診断（A i）が必要な場合の解剖又は死亡時画像診断（A i）の具体的実施内容などの同意取得のための事項 (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）

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			病院等の管理者は、医療事故が発生した場合には、速やかにその原因を明らかにするための調査（医療事故調査）を行わなければならない。	・検査項目については、以下の中から必要な範囲内で選択し、それらの事項に関し、情報の収集、整理を行うものとする。 ※調査の過程において可能な限り匿名性の確保に配慮すること。 ・診療録その他の診療に関する記録の確認 例）カルテ、画像、検査結果等 ・当該医療従事者のヒアリング ※ヒアリング結果は内部資料として取り扱い、開示しないこと（法的強制力がある場合を除く。）とし、その旨をヒアリング対象者に伝える。 ・その他の関係者からのヒアリング ※遺族からのヒアリングが必要な場合があることも考慮する。 ・医薬品、医療機器、設備等の確認 ・解剖又は死亡時画像診断（A i）については解剖又は死亡時画像診断（A i）の実施前にとどの程度死亡の原因を医学的に判断できているか、遺族の同意の有無、解剖又は死亡時画像診断（A i）の実施により得られると見込まれる情報の重要性などを考慮して実施の有無を判断する。 ・血液、尿等の検体の分析・保存の必要性を考慮
			病院等の管理者は、医療事故調査を終了したときは、遅滞なく、その結果を医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。	・センターへは以下の事項を報告する。 (1) 日時/場所/診療科 (2) 医療機関名/所在地/連絡先 (3) 医療機関の管理者の氏名 (4) 患者情報（性別/年齢等） (5) 医療事故調査の項目、手法及び結果 ・調査の概要（調査項目、調査の手法） ・臨床経過（客観的事実の経過） ・原因を明らかにするための調査の結果 ※必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意すること。 調査において再発防止策の検討を行った場合、管理者が講ずる再発防止策については記載する。 当該医療従事者や遺族が報告書の内容について意見がある場合等は、その旨を記載すること。
			病院等の管理者は、医療事故調査の結果の報告をするに当たっては、あらかじめ、遺族に対し、説明しなければならない。ただし、	・「センターへの報告事項」の内容を説明することとする。

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
10.	事故等事案の登録分析機関への提出		遺族がないとき、又は遺族の所在が不明であるときは、この限りでない。 ・病院等の管理者は、医療事故調査制度の報告を適切に行うために、当該病院等における死亡及び死産の確実な把握のための体制を確保するものとする。 10. 特定機能病院及び事故等報告病院の管理者は、事故等事案が発生した場合には、当該事故等事案に係る事故等報告書を当該事故等事案が発生した日から原則として二週間以内に、登録分析機関に提出しなければならない。 (※特定機能病院及び事故等報告病院の該当項目)	・当該病院等における死亡及び死産の確実な把握のための体制とは、当該病院等における死亡及び死産事例が発生した事が病院等の管理者に速やかに報告される体制をいうこと。 (1) 対象医療機関 特定機能病院及び事故等報告病院 (国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構の開設する病院、学校教育法に基づく大学の附属施設である病院(病院分院は除く)) (2) 登録分析機関 公益財団法人日本医療機能評価機構 (平 16. 10. 1 厚生労働省告示 372 号参照) (3) 医療機関における事故等の範囲 ① 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案。 ② 誤った医療又は管理を行ったことは明らかではないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案(行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。) ③ 前二号に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事案。 (4) 報告を求める項目 ①当該事案が発生した日時、場所及び診療科名 ②性別、年齢、病名その他の当該事案に係る患者に関する情報 ③職種その他の当該事案に係る医療関係者に関する情報 ④当該事案の内容に関する情報 ⑤前各号に掲げるもののほか、当該事案に関し必要な情報

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
2-11	院内感染対策のための体制確保	法 6 の 12 法 15. 1 法 17 則 1 の 11. 2. 1 則 9 の 20 の 2	院内感染対策のための体制が確保されているか。	(医療の安全管理のための体制を確保するための措置と一体的に実施しても差し支えない。)
1.	院内感染対策のための指針の策定		1. 院内感染対策のための指針の策定	院内感染対策のための指針は、次に掲げる事項を文書化したものであり、また、この指針は、医療法施行規則第 1 条の 1 第 2 項第 1 号ロに規定する「院内感染対策委員会の議を経て策定及び変更するものであることとし、当該指針は従業者へ周知徹底すること。 ア 院内感染対策に関する基本的考え方 イ 院内感染対策のための委員会（委員会を設ける場合を対象とする。）その他の当該病院等の組織に関する基本的事項 ウ 院内感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針 エ 感染症の発生状況の報告に関する基本方針 オ 院内感染発生時の対応に関する基本方針 カ 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 キ その他の当該病院等における院内感染対策の推進のために必要な基本方針 ◇院内感染対策のための指針の策定については、「院内感染対策のための指針案及びマニュアル作成のための手引きの送付について」（平 19. 5. 8 医政局指導課事務連絡）を参照
2.	院内感染対策のための委員会の開催		2. 院内感染対策のための委員会の開催	院内感染対策委員会とは、当該病院等における院内感染対策の推進のために設けるものであり、次に掲げる基準を満たす必要があること。ただし、院内感染対策委員会の開催については、患者を入院させるための施設を有しない診療所及び妊産婦等を入所させるための施設を有しない助産所については適用しないこととする。 ア 管理及び運営に関する規程が定められていること。 イ 重要な検討内容について、院内感染発生時及び発生が疑われる際の患者への対応状況を含め管理者へ報告すること。 ウ 院内感染が発生した場合は、速やかに発生

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
3.	従業者に対する 院内感染対策の ための研修の実 施		3. 従業者に対する院内感染対策の ための研修の実施	の原因を分析し、改善策の立案及び実施並び に従業者への周知を図ること。 エ 院内感染対策委員会で立案された改善策の 実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行 うこと。 オ 月 1 回程度開催するとともに、重大な問題 が発生した場合は適宜開催すること。 カ 委員会の委員は職種横断的に構成されるこ と。 ①従業者に対する院内感染対策のための研修 は、院内感染対策のための基本的考え方及び 具体的方策について、当該研修を実施する病 院等の従業者に周知徹底を行うことで、個々 の従業者の院内感染に対する意識を高め、業 務を遂行する上での技能やチームの一員とし ての意識の向上等を図るものであること。 ②当該病院等の実情に即した内容で、職種横断 的な参加の下に行われるものであること。 ③本研修は、病院等全体に共通する院内感染に 関する内容について、年 2 回程度定期的に関 連するほか、必要に応じて開催すること。ま た、研修の実施内容（開催又は受講日時、出 席者、研修項目）について、記録すること。
4.	感染症の発生状 況の報告その他 の院内感染対策 の推進を目的と した改善のため の方策		4. 当該病院等における感染症の発 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 の方策の実施	①院内感染の発生状況を把握するため、当該病 院等における感染症の発生動向の情報を共有 することで、院内感染の発生の予防及びまん 延の防止を図るものであること。 ②重大な院内感染等が発生し、院内のみでの対 応が困難な事態が発生した場合、又は発生し たことが疑われる場合には、地域の専門家等 に相談が行われる体制を確保することが望ま しいものであること。 ③院内感染対策のための指針に即した院内感染 対策マニュアルを整備する等、その他の院内 感染対策の推進のために必要な改善策を図 るとともに、それらを定期的に見直すことが望 ましいものであること。 ◇アウトブレイクを疑う基準並びに保健所への 報告の目安については、「医療機関における 院内感染対策について」（平 26. 12. 19 医政 地発 1219 第 1 号）を参照

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. 専任の院内感染対策を行う者を配置すること (※特定機能病院の該当項目)	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 医政発第 1105010 号)
2-12	診療用放射線に係る安全管理の体制確保	則 1 の 11. 2.3 の 2	診療用放射線に係る安全管理体制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 0312 第 7 号)を参照
1.	診療用放射線に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		1. 診療用放射線の安全管理のための責任者の配置	病院等の管理者は、医療法施行規則第 1 条の 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。
2.	診療用放射線の安全利用のための指針の策定		2. 診療用放射線の安全利用のための指針の策定	◇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
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		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	(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） 医療放射線安全管理責任者は、医療法施行規則第1条の1第2項第3号の2ロの規定に基づき、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研修を行うこと。 また、当該研修の頻度については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、当該病院等以外の場所における研修、関係学会等が主催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防護の最適化に関する事項 (4) 放射線の過剰被ばくその他の放射線診療に関する事例発生時の対応等に関する事項 (5) 患者への情報提供に関する事項
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		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	医療法施行規則第1条の1第2項第3号の2ハに規定する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として、医療放射線安全管理責任者

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
	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			は、次に掲げる事項を行うこと。 (1)線量管理について 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の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管理すること。 ・移動型デジタル式循環器用X線透視診断装置 ・移動型アナログ式循環器用X線透視診断装置 ・据付型デジタル式循環器用X線透視診断装置 ・据付型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 ・全身用X線CT 診断装置 ・X線CT 組合せ型ポジトロンCT 装置 ・X線CT 組合せ型SPECT 装置 ・陽電子断層撮影診療用放射性同位元素 ・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、被ばく線量の評価及び被ばく線量の最適化を行うものであること。 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更時、管理・記録対象医療機器等の新規導入時、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と。 ※線量管理の実施に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） (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
				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(略) 2 線量管理 (3)線量管理の実施方法 被ばく線量の評価は年1回以上行い、診断参考レベルを利用して検査プロトコルの見直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	法6の12 法15.1 法17 則1の11. 2.2	医薬品に係る安全管理のための体制の確保に係る措置	・「医薬品安全管理責任者」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。 ・医薬品安全管理責任者は、医薬品に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
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. 医薬品の使用に係る安全管理のための責任者（医薬品安全管理責任者を配置していること	科医師、薬剤師、助産師（助産所の場合に限る）、看護師又は歯科衛生士（主として歯科医業を行う診療所に限る。）のいずれかの資格を有していること。
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. 従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施	従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の内容については、具体的には次に掲げる事項が考えられること。また、研修の実施については必要に応じて行うこととし、他の医療安全に係る研修と併せて実施しても差し支えないこととすること。 ① 医薬品の有効性・安全性に関する情報、管理・使用方法に関する事項 ② 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書に関する事項 ③ 医薬品による副作用等が発生した場合の対応（施設内での報告、行政機関への報告等）に関する事項 ④ 医療安全、医薬品に関する事故防止対策、特に安全管理が必要な医薬品（要注意薬）に関する事項
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. 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施（従業者による当該業務の実施の徹底のための措置を含む。）	・ 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書（以下「医薬品業務手順書」という。）については、医薬品の取扱いに係る業務の手順を文書化したものであること。 ・ 病院及び患者を入院させるための施設を有する診療所における医薬品業務手順書の作成又は変更は、安全管理委員会において協議した上で行うこと。 ・ 医薬品業務手順書には、病院等の規模や特徴に応じて、次に掲げる事項を含むものであること。 ① 病院等で用いる医薬品の採用・購入に関する事項（未承認新規医薬品等を採用・購入するに当たっては、当該未承認新規医薬品等の使用の妥当性について、関係学会のガイドライン等の科学的知見を確認するとともに、関係学会のガイドライン等に記載がなく、科学的根拠が確立していない未承認新規医薬品等の使用に当たっては、その有効性・安全性の検証を十分に行うことを含む。） ② 医薬品の管理に関する事項 （例＝医薬品の保管場所、医薬品医療機器等法（昭和35年法律第145号）などの法令で適切な管理が求められている医薬品（麻

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
				薬・向精神薬、覚せい剤原料、毒薬・劇薬、特定生物由来製品等）及び特に安全管理が必要な医薬品（要注意薬）の管理方法） ③ 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項 （例＝患者情報（薬剤の服用歴、入院時に持参してきた薬剤等）の収集、処方せんの記載方法、調剤方法、処方せんや調剤薬の鑑査方法） （参考） ※特に、入院患者に係る要注意薬（重複投与、相互作用、禁忌医薬品、病名禁忌、アレルギー歴、副作用歴等）について、疑義がある場合の薬剤師から処方医への問い合わせ、疑義解消後の調剤・投与の実施の徹底、照会や確認が円滑に行われるための職種間の連携体制の構築等に関する事項が盛り込まれているかに留意し、確認を行う。 ④ 患者に対する与薬や服薬指導に関する事項 ⑤ 医薬品の安全使用に係る情報の取扱い（収集、提供等）に関する事項 ⑥ 他施設（病院等、薬局等）との連携に関する事項 ・ 医薬品業務手順書は、作成後も必要に応じて見直しを行う必要があること。 ・ 当該手順書に基づく業務の実施については、医薬品安全管理責任者に従業者の業務が医薬品業務手順書に基づき行われているか定期的に確認させ、確認内容を記録させること。なお、従業者による当該業務の実施の徹底のための措置とは、例えば、処方から投薬までの一連の業務手順について、職員間で相互に確認を行うことが考えられること。 ◇病院等における医薬品業務手順書の策定については、「医薬品の安全使用のための業務手順書作成マニュアルの改訂について」（平成30年12月28日付け厚生労働省医政局総務課医療安全推進室・医薬・生活衛生局総務課事務連絡）を参照 ◇販売名の類似性に注意を要する医薬品の安全な使用、及び特に安全管理が必要とされた医薬品（要注意薬）の適切な管理などの医療事故防止対策については、「医薬品の販売名の類似性等による医療事故防止対策の強化・徹底について（注意喚起）」（平成20.12.4医政発第1204001号・薬食発第1204001号）を参照

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
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		4. 医薬品安全管理責任者により、前記 3. の業務の定期的な確認が実施されていること。	※「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 30 日総務省公表）
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の情報その他の情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策		5. 医薬品の安全使用のために必要となる次に掲げる医薬品の使用以下、「未承認等の医薬品の使用」という。）の情報その他の情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策の実施 (1) 医薬品医療機器等法第 14 条第 1 項に規定する医薬品であって、同項又は同法第 19 条の 2 第 1 項の承認を受けていないものの使用 (2) 医薬品医療機器等法第 14 条第 1 項又は第 19 条の 2 第 1 項の承認（同法第 19 条の 2 第 5 項において準用する場合を含む。）を受けている医薬品の使用（当該承認に係る用法、用量、効能又は効果（以下「用法等」という。）と異なる用法等で用いる場合に限り、(3) に該当する場合を除く。） (3) 禁忌に該当する医薬品の使用	・ 医薬品安全管理責任者に対して、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、行政機関、学術誌等からの情報を広く収集し、管理させるとともに、得られた情報のうち必要なものは当該情報に係る医薬品を取り扱う従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図らせること。 ・ 情報の収集等に当たっては、医薬品医療機器等法において、①製造販売業者等が行う医薬品の適正な使用のために必要な情報の収集に対して病院等が協力するよう努める必要があること等（医薬品医療機器等法第 6 8 条の 2 第 2 項及び第 3 項）、② 病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、医薬品について、当該品目の副作用等の発生を知った場合において、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して副作用等を報告することが義務付けられていること（医薬品医療機器等法第 6 8 条の 1 0 第 2 項）に留意する必要があること。 ・ 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・薬食発第 1204001 号）を参照 ・ 医薬品の適正な使用を確保するための情報の収集に際しては、「「PMDA メディナビ」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	法 6 の 12 法 15. 1 法 17 則 1 の 11. 2. 3	医療機器に係る安全管理のための体制の確保に係る措置	（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。）

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
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. 医療機器の安全使用のための責任者の配置	・「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。 ・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。
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機器の安全使用のための研修の実施	・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。 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策定及び保守点検の実施		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。）	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添付文書に記載されている保守点検に関する事項を参

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
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		4. 医療機器の安全使用のために必要となる次に掲げる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の実施 (1) 医薬品医療機器等法第2条第4項に規定する医療機器であつて、同法第23条の2の5第1項若しくは第23条の2の17第1項の承認若しくは同法第23条の2の23第1項の認証を受けていないもの又は同法第23条の2の12第1項の規定による届出が行われていないものの使用 (2) 医薬品医療機器等法第23条の2の5第1項若しくは第23条の2の17第1項の承認（同法第3条の2の5第11項（同法第23条の2の17第5項において準用する場合を含む。）の変更に承認を含む。）若しくは同法第23条の2の23第1項の認証（同条第6項の変更に承認を含む。）を受けている医療機器又は同法第23条の2の12第1項の規定による届出（同条第2項の規定による変更の届出を含む。）が行われている医療機器の使用（当該承認、認証	照すること。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等を評価し、医療安全の観点から、必要に応じて安全面に十分配慮した医療機器の採用に関する助言を行うとともに、保守点検計画の見直しを行うこと。 ウ 医療機器の保守点検を外部に委託する場合も、法第15条の2に規定する基準を遵守すること。なお、外部に委託する際も保守点検の実施状況等の記録を保存すること。 ・ 未承認等の医療機器の使用（未承認・未認証・未届の医療機器の使用、適用外使用、禁忌・禁止での使用）の情報その他の情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施については、次の要件を満たすものとする。 ① 添付文書等の管理 医療機器安全管理責任者は、医療機器の添付文書、取扱説明書等の医療機器の安全使用・保守点検等に関する情報を整理し、その管理を行うこと。 ② 医療機器に係る安全情報等の収集 医療機器安全管理責任者は、医療機器の不具合情報や安全性情報等の安全使用のために必要な情報を製造販売業者等から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すること。 ③ 病院等の管理者への報告 医療機器安全管理責任者は、管理している医療機器の不具合や健康被害等に関する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うこと。 ・ 情報の収集等に当たっては、医薬品医療機器等法において、① 製造販売業者等が行う医療機器の適正な使用のために必要な情報の収集に対して病院等が協力するよう努める必要があること等（医薬品医療機器等法第68条の2第2項及び第3項）、② 病院若しくは診療所の開

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			又は届出に係る使用方法、効果又は効能（以下「使用方法等」という。）と異なる使用方法等で用いる場合に限り、(3)に該当する場合を除く。） (3) 禁忌又は禁止に該当する医療機器の使用	設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医療関係者は、医療機器について、当該品目の副作用等の発生を知った場合において、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して副作用等を報告することが義務付けられていること（医薬品医療機器等法第68条の10第2項）に留意する必要があること加え、当該医療機関で事前に使用したことのない未承認・未認証の高度管理医療機器を採用・購入するに当たっては、当該医療機器の使用の妥当性について、関係学会のガイドライン等の科学的知見を確認するとともに、関係学会のガイドライン等に記載がなく、科学的根拠が確立していない未承認・未認証の高度管理医療機器の使用に当たっては、その有効性・安全性の検証を十分に行うこと。 ◇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	ドクターヘリの運航に係る安全の確保		（※ドクターヘリ基地病院であり、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	・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

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
1.	ドクターヘリの 運航に係る要領 の策定		報に基づかない運航（以下「当該運航」という。）を行う病院の該当項目。） 1. ドクターヘリの当該運航に係る要領（以下「運航要領」という。）を策定すること。 （※運航要領の策定主体は、自治体等の関係諸機関で構成される「運航調整委員会」であるが、その構成員としてドクターヘリ基地病院が含まれる。）	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 ③ 離着陸場所が満たすべき要件に関する事項 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 ⑤ 個々の状況を考慮した安全確保のために必要な事項 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 ⑦ 安全確認とその判断に関する事項 ⑧ その他着陸における安全確保のために必要な事項
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こと。 特に、当該運航を行った場合、運航調整委員会にその旨を報告し、安全性等について検証を受けなければならないことに留意する。	◇「航空法施行規則第 176 条の改正に伴うクターヘリの運航について（通知）」（平成 25. 11. 29 医政指発 1129 第 1 号）を参照
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	法 6 の 12 法 15. 1 法 17 則 1 の 11. 2. 4	高難度新規医療技術（当該病院で実施したことの無い医療技術（軽微な術式の変更等を除く。）であってその実施により患者の死亡その他の重大な影響が想定されるものをいう。）又は未承認新規医薬品等（当該病院で使用したことの無い医薬品医療機器等法第 14 条第 1 項に規定する医薬品又は同法第 2 条第 5 項に規定する高度管理医療機器であって、同法第 14 条第 1 項、第 19 条の 2 第 1 項、第 23 条の 2 の 5 第 1 項若しくは第 23 条の 2 の 17 第 1 項の認証を受けていないものをいう。）を用いた医療を提供するに当たっては、第 9 条の 20 の 2 第 1 項第 7 号又は第 9 条の 20 の 2 第 1 項第 7 号又は第 8 号の規定に準じ、必要な措置を講ずるよう努めること （※特定機能病院以外の該当項目）	特定機能病院以外の病院に限り適用する。 この措置については、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の提供を行うことにより、患者への重大な影響が想定されることから、医療法施行規則第 9 条の 20 の 2 第 1 項第 7 号又は第 8 号を参考にし、各病院の実情を踏まえた上で、可能な限りの対応が行われるよう努めること。

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
2-17	特定機能病院における安全管理等の体制		(※特定機能病院の該当項目)	※平 28 年医療法施行規則の一部改正に基づく事項。 ※地方厚生（支）局と連携して確認。
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		(※特定機能病院の該当項目)	◇特定機能病院における医療を受ける者に対する説明に関する責任者の基準は、「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（平 30.5.30 一部改正））を参照
2.	診療録等の管理に関する責任者の選任状況		(※特定機能病院の該当項目)	◇特定機能病院における診療録等の管理に関する責任者の基準は、「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（平 30.5.30 一部改正））を参照
3.	高難度新規医療技術を提供するに当たっての措置状況		(※特定機能病院の該当項目)	◇特定機能病院における高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合に講ずる措置は、「医療法施行規則第 9 条の 20 の 2 第 1 項第 7 号ロの規定に基づき高難度新規医療技術について厚生労働大臣が定める基準について」（平 28.6.10 医政発 0610 第 21 号）を参照
4.	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措置状況		(※特定機能病院の該当項目)	◇特定機能病院における未承認新規医薬品等を用いた医療を提供する場合に講ずる措置は、「医療法施行規則第 9 条の 20 の 2 第 1 項第 8 号ロの規定に基づき未承認新規医薬品等を用いた医療について厚生労働大臣が定める基準について」（平 28.6.10 医政発 0610 第 24 号）を参照
5.	監査委員会の設置状況		(※特定機能病院の該当項目)	◇特定機能病院における監査委員会の基準は、「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（平 30.5.30 一部改正））を参照
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		(※特定機能病院の該当項目)	◇特定機能病院における医療安全管理部門への報告の基準は、「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（平 30.5.30 一部改正））を参照
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		(※特定機能病院の該当項目)	◇特定機能病院における相互立入り及び技術的助言の基準は、「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（平 30.5.30 一部改正））を参照

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
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(平 30. 5. 30 一部改正))を参照
9.	管理者のための研修の実施状況		(※特定機能病院の該当項目)	◇特定機能病院における管理者のための研修の基準は、「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(平 30. 5. 30 一部改正))を参照
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	法 15 の 2 則 9 の 7 則 9 の 7 の 2 則 9 の 7 の 3	病院、診療所又は助産所において検体検査の業務を行う場合に、検体検査の業務の適正な実施に必要な基準への適合させること。	病院又は診療所が、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))も参照し、検体検査の業務の受託が適切に行われるよう、必要に応じて指導を行うこと。
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として、次のイからハまでに掲げる場所の種別に応じ、当該イからハまでに定める者を有すること。 イ 医業をなす病院若しくは診療所又は医業及び歯科医業を併せ行う病院若しくは診療所であつて主として医業を行うもの 医師又は臨床検査技師 ロ 歯科医業をなす病院若しくは診療所又は医業及び歯科医業を併せ行う病院若しくは診療所であつて主として歯科医業を行うもの 歯科医師又は臨床検査技師 ハ 助産所 助産師	
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		2. 遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者として、次のイ及びロに掲げる場所の種別に応じ、当該イ及びロに定める者を有すること。(遺伝子関連・染色体検査の業務を実施する場合に限る。) イ 医業をなす病院若しくは診療所又は医業及び歯科医業を併せ行う病院若しくは診療所であつて主として医業を行うもの 遺伝子関連・染色体検査の業務に関し相当	遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者は、検体検査の精度の確保に係る責任者と兼任して差し支えない。 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の例については、「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」(平 30. 8. 10 医政発 0810 第 1 号)第 2. 1 (2)イを参照すること。

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
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		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 ロ 歯科医業をなす病院若しくは診療所又は医業及び歯科医業を併せ行う病院若しくは診療所であつて主として歯科医業を行うもの 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歯科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 3. 次に掲げる標準作業書を常備し、検査業務の従事者に周知していること。ただし、血清分離のみを行う病院等にあつては、ロに掲げる標準作業書において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等にあつては、ロに掲げる標準作業書において血清分離に関する事項を記載することを要しない。 イ 検査機器保守管理標準作業書 ロ 測定標準作業書	検査機器保守管理標準作業書については、医療機器の添付文書、取扱説明書等をもって検査機器保守管理標準作業書とすることも認められること。 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こと。
4.	作業日誌の作成		4. 次に掲げる作業日誌が作成されていること。ただし、血清分離のみを行う病院等にあつてはロに掲げる作業日誌において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等にあつてはロに掲げる作業日誌において血清分離に関する事項を記載することを要しない。 イ 検査機器保守管理作業日誌 ロ 測定作業日誌	検査機器保守管理作業日誌や測定作業日誌に記入すべき事項として考えられるものについては、「医療法等の一部を改正する律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」（平 30. 8. 10 医政発 0810 第 1 号）第 2. 1 (3)イを参照すること。 いずれの作業日誌も記録の頻度としては、検体検査を実施した都度又は週～月単位が望ましいこと。 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こと。
5.	台帳の作成		5. 次に掲げる台帳が作成されていること。ただし、血清分離のみを行う病院等にあつては、作成することを要しない。また、以下のロ又はハに掲げる台帳については、	試薬管理台帳、統計学的精度管理台帳及び外部精度管理台帳に記入すべき事項については、「医療法等の一部を改正する律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」（平 30. 8. 10 医政発 0810 第 1 号）第

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
6.	検体検査の精度管理のための体制の整備		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に限られる。 イ 試薬管理台帳 ロ 統計学的精度管理台帳 ハ 外部精度管理台帳 6. 病院等における検査業務（遺伝子関連・染色体検査に係るものを除く。）について、以下に掲げる事項を行うよう努めること。 イ 内部精度管理 ロ 外部精度管理調査の受検 ハ 検査業務の従事者に対する必要な研修の実施	2. 1 (3) ウを参照すること。 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こと。 内部精度管理の実施に努める上で留意すべき事項は以下のとおりである。 ・ 日々の検査・測定作業の開始に当たっては、機器及び試薬に必要な較正が行われていること ・ 定期的に当該病院等の管理試料等の同一検体を繰り返し検査した時の結果のばらつきの度合いを記録及び確認し検査結果の精度を確保する体制が整備されていること 検査業務の従事者に対する研修の実施に努める上では、研修は検体検査の業務を適切に行うために必要な知識及び技能を修得することを目的とし、次に掲げる事項を含むものであること。 ・ 各標準作業書の記載事項 ・ 患者の秘密の保持
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		7. 遺伝子関連・染色体検査の業務を行う病院等においては、当該病院等における遺伝子関連・染色体検査について、以下に掲げる事項を行うとともに、外部精度管理調査の受検又は他の病院等若しくは衛生検査所等との連携による遺伝子関連・染色体検査の精度についての相互確認を行うよう努めること。 イ 内部精度管理 ロ 検査業務の従事者に対する必要な研修の実施	病院等が遺伝子関連・染色体検査を行う場合、その行う検査項目ごとに内部精度管理を実施すること。なお、内部精度管理を実施する上で留意すべき事項は以下のとおり。 ・ 日々の検査・測定作業の開始に当たっては、機器及び試薬に必要な較正が行われていること ・ 定期的に当該病院等の管理試料等の同一検体を繰り返し検査した時の結果のばらつきの度合いを記録及び確認し検査結果の精度を確保する体制が整備されていること 検査業務の従事者に対する研修を実施にする上では、研修は検体検査の業務を適切に行うために必要な知識及び技能を修得することを目的とし、次に掲げる事項を含むものであること。 ・ 各標準作業書の記載事項 ・ 患者の秘密の保持

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
2-19	サイバーセキュリティの確保	則 14 条の 2	サイバーセキュリティを確保するために必要な措置を講じること。	・必要な措置については、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 6.0 版」を参照 ・上記ガイドラインのうち、医療機関において優先的に取り組むべき事項として、「令和 6 年度版『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』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 6 年 5 月 13 日医政参発 0513 第 6 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。
2-20	長時間労働となる医師に対する面談指導の実施及び休息時間の確保の状況			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、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機関は、立入検査の本検査項目に係る指摘事項として、是正・改善報告を求めるに当たり、必要に応じて、医療機関に対し都道府県が設置する 医療勤務環境改善支援センターの支援を受けるよう指導すること。 医療機関からは是正・改善報告を受けたが、医療機関の取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機関は原則、医療機関に対し、医療勤務環境改善支援センターの支援を受けた上で、再度の是正・改善報告を行うよう指導すること。（法第 111 条参照） また、十分な改善が認められるまで改善に向けた指導を繰り返し継続すること。
1.	面接指導の実施状況	法 108 則 62 則 63 則 64 則 65 則 66 則 67 則 68	1. 時間外・休日労働が月 100 時間以上となることが見込まれる医師（面接指導対象医師）に対して医療法上の面接指導を実施すること。	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」の提示を求め、当該面接指導対象医師に対し、面接指導が実施されていることを確認すること。 ・医療機関に提示を求める一覧は、「対象年月」、「氏名」、「時間外・休日労働時間数」が、記載された資料の提示を求めること。

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
				・検査対象の面接指導対象医師が多数の場合は、対象者の一覧から検査する対象者、年月を指定して検査を行うこと。検査を行う対象者の具体的な人数は対象医療機関の規模等を踏まえて各都道府県において判断して差し支えないが、必ず複数名について検査すること。 ・任意の複数名について検査する場合、「診療科」、「対象年月」、「特定対象医師（特定臨床研修医を含む）（※）か否か」等を確認して検査対象とするなど、面接指導対象医師の背景に偏りが生じないようにすることが望ましい。 ※特定対象医師・特定臨床研修医：１年について時間外・休日労働時間が 960 時間を超えることが見込まれる医師・臨床研修医
2.	面接指導実施後の就業上の措置	法 108.5 則 69	2. 面接指導対象医師に対する面接指導実施後、必要に応じて、労働時間の短縮、宿直の回数の減少その他の適切な措置（就業上の措置）を講じること。	医療機関に対し、「直近 1 年間における月別の時間外・休日労働時間が 100 時間以上となった医師の一覧」の提示を求め、当該面接指導対象医師に対し、面接指導実施医師の意見に基づく措置内容について、措置の要否や措置の内容について記載された記録があることを確認すること。
3.	労働時間短縮の措置	法 108.6 則 70	3. 時間外・休日労働が月 155 時間超となることが見込まれる医師について、労働時間の短縮のために必要な措置を講じること。	医療機関に対し、「直近 1 年間における月別の時間外・休日労働時間が 155 時間超となった医師の一覧」の提示を求め、当該対象の医師に対し、労働時間短縮のための必要な措置の内容について、記載された記録があることを確認すること。
4.	特定労務管理対象機関の医師への勤務間インターバル及び代償休息の確保	法 123 則 110 則 111 則 112 則 113 則 116 則 117 則 118 則 119	4. 特定労務管理対象機関 4. 特定労務管理対象機関（※）の医師のうち時間外・休日労働時間が年 960 時間超となることが見込まれる医師に対し、勤務間インターバル及び代償休息を確保すること。 ※特定労務管理対象機関：病院又は診療所のうち、当該病院又は診療所に従事する医師にやむを得ず長時間従事させる必要がある場合において、都道府県知事が指定した以下の医療機関の総称。 ・特定地域医療提供機関 ・連携型特定地域医療提供機関 ・技能向上集中研修機関 ・特定高度技能研修機関。	特定労務管理対象機関を対象とする。 ① 特定労務管理対象機関に対し、「特定対象医師の名簿」の提示を求め、当該名簿から確認対象とする複数の医師を指定する（指定の際、特定臨床研修医がいる場合には特定臨床研修医を含むこと。）。 ②その上で、指定した医師に関し、医療機関に対して、以下の項目が記載されている勤務状況が分かる資料の提示を求め、当該資料に基づき勤務間インターバル及び代償休息が確保されていることを確認すること。 ・勤務予定開始・終了時間 ・勤務開始・終了時間の実績（※） ※兼業・副業先の勤務時間を含む。労働時間に該当しない研さん等の時間は勤務時間に含まない。 ・宿日直の時間及びそのうち特定宿日直の時間

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
3	帳票・記録	法 15. 1 法 25	適切に作成された診療録が適切に 管理、保存されていること。	・勤務間インターバルの確保方法 (則の 113 又は則の 115 のうちいずれの確保方法か) ・勤務間インターバルの確保時間 ・勤務間インターバル中に発生したやむを得ない業務の時間 ・代償休息を確保した日時 (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。
3-1	診療録の管理、保存			
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。	(参考 1) 助産録の記載事項については保健師助産師看護師法第 42 条第 1 項及び同法施行規則第 34 条により ①妊産婦の住所、氏名、年齢及び職業 ②分娩回数及び生死産別 ③妊産婦の既往疾患の有無及びその経過 ④今回妊婦の経過、所見及び保健指導の要領 ⑤妊娠中医師による健康診断受診の有無(結核、性病に関する検査を含む。) ⑥分娩の場所及び年月日時分 ⑦分娩の経過及び処置 ⑧分娩異常の有無、経過及び処置 ⑨児の数及び性別、生死別 ⑩児及び胎児附属物の所見 ⑪産じょくの経過及びじょく婦、新生児の保健指導の要領 ⑫産後の医師による健康診断の有無と規定されている。 (参考 2) 助産録は保健師助産師看護師法第 42 条第 2 項により 5 年間これを保存することと規定されている。

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
3-3	診療に関する諸 記録の整理保管	法 21. 1. 9 則 20. 1. 10	①過去2年間の診療に関する諸記 録が適正に整理保管されている こと。	診療に関する諸記録 ア 病院日誌（病院の経営管理に関する総合的 特記事項の日誌） イ 各科診療日誌（各科別の診療管理上の総括 的事項の日誌並びに看護に関する記録日誌） ウ 処方せん（患者の氏名、年齢、薬名、分 量、用法、用量、発行年月日、使用期間及び病 院若しくは診療所の名称、及び所在地又は医師 の住所を記載し、記名押印又は署名されたも の） （注：内服薬にあつては「内服薬処方せんの 記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表 について」（医政発 0129 第 3 号・薬食発 0129 第 5 号）を参考にして記載すること。） エ 手術記録（手術室の管理及び各科の利用状 況などの事項の記録） オ 看護記録 カ 検査所見記録（検査室において行われた検 査結果の記録） キ エックス線写真 ク 入院患者及び外来患者の数を明らかにする 帳簿（注：病院日誌に記入されていても差し支 えない。） ケ 入院診療計画書（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、患者又は家族へ交付し適切な説明を行うこ と。）
		法 22. 2 則 21 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。	診療に関する諸記録 ア 病院日誌 イ 各科診療日誌 ウ 処方せん エ 手術記録 オ 看護記録 カ 検査所見記録 キ エックス線写真 ク 紹介状 ケ 退院した患者に係る入院期間中の診療経過 の要約 コ 入院診療計画書
		法 22. 3 則 21 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。	病院の管理及び運営に関する諸記録 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

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
		法 22 の 2. 3 則 22 の 3. 2	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。	オ 紹介患者に対する医療提供の実績 カ 他の病院又は診療所に対する患者紹介の実績 診療に関する諸記録 ア 病院日誌 イ 各科診療日誌 ウ 処方せん エ 手術記録 オ 看護記録 カ 検査所見記録 キ エックス線写真 ク 紹介状 ケ 退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約 コ 入院診療計画書
		法 22 の 2. 4 則 22 の 3. 3	⑤特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、過去 2 年間の病院の管理及び運営に関する諸記録が適正に整理保管されていること。	病院の管理及び運営に関する諸記録 ア 従業者数を明らかにする帳簿 イ 高度の医療の提供の実績 ウ 高度の医療技術の開発及び評価の実績 エ 高度の医療の研修の実績 オ 閲覧実績
		法 22 の 3. 3 則 22 の 7. 2	⑥臨床研究中核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 年間の診療及び臨床研究に関する諸記録が適正に整理保管されていること。	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 則 22 の 7. 3	⑦臨床研究中核病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、過去 2 年間の病院の管理及び運営に関する諸記録が適正に整理保管されていること。	病院の管理及び運営に関する諸記録 ア 従業者数を明らかにする帳簿 イ 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を実施する場合にあっては、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

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考																					
3-4	エックス線装置等に関する記録	則 30 の 21 則 30 の 22 則 30 の 23. 1 則 30 の 2 3. 2	※エックス線装置等を有する病院	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																					
1.	装置及び器具の使用時間の記録及び保存		1. 装置又は器具の 1 週間当たりの延べ使用時間をその使用する室ごとに帳簿に記載し、これを 1 年ごとに閉鎖し、閉鎖後 2 年間保存していること。(ただし、その室の画壁等の外側における実効線量率がそれぞれ所定の線量率以下になるようしゃへいされている場合は、この限りでない。)	1. 所定の線量率 <table><tr><td>診療室等</td><td>装 置 等</td><td>所定の線量率</td></tr><tr><td>治療用エックス線装置を使用しないエックス線診療室</td><td>治療用エックス線装置以外のエックス線装置</td><td>40 マイクロシーベルト毎時</td></tr><tr><td>治療用エックス線装置を使用するエックス線診療室</td><td>エックス線装置</td><td>20 マイクロシーベルト毎時</td></tr><tr><td>診療用高エネルギー放射線発生装置使用室</td><td>診療用高エネルギー放射線発生装置</td><td></td></tr><tr><td>診療用粒子線照射装置使用室</td><td>診療用粒子線照射装置</td><td></td></tr><tr><td>診療用放射線照射装置使用室</td><td>診療用放射線照射装置</td><td></td></tr><tr><td>診療用放射線照射器具使用室</td><td>診療用放射線照射器具器具</td><td>60 マイクロシーベルト毎時</td></tr></table>	診療室等	装 置 等	所定の線量率	治療用エックス線装置を使用しないエックス線診療室	治療用エックス線装置以外のエックス線装置	40 マイクロシーベルト毎時	治療用エックス線装置を使用するエックス線診療室	エックス線装置	20 マイクロシーベルト毎時	診療用高エネルギー放射線発生装置使用室	診療用高エネルギー放射線発生装置		診療用粒子線照射装置使用室	診療用粒子線照射装置		診療用放射線照射装置使用室	診療用放射線照射装置		診療用放射線照射器具使用室	診療用放射線照射器具器具	60 マイクロシーベルト毎時
診療室等	装 置 等	所定の線量率																							
治療用エックス線装置を使用しないエックス線診療室	治療用エックス線装置以外のエックス線装置	40 マイクロシーベルト毎時																							
治療用エックス線装置を使用するエックス線診療室	エックス線装置	20 マイクロシーベルト毎時																							
診療用高エネルギー放射線発生装置使用室	診療用高エネルギー放射線発生装置																								
診療用粒子線照射装置使用室	診療用粒子線照射装置																								
診療用放射線照射装置使用室	診療用放射線照射装置																								
診療用放射線照射器具使用室	診療用放射線照射器具器具	60 マイクロシーベルト毎時																							
2.	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	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びに装備する放射性同位元素、診療用放射性同位元素、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素又は放射性同位元素によって汚染された物の種類及びベクレル単位をもって表わした数量 ③使用した者の氏名又は廃棄に従事した者の氏																					

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
3.	線量当量の測定、記録及び保存		年ごとに閉鎖し、閉鎖後5年間保存していること。 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年間保存されていること。（ただし、固定されたエックス線装置等ではへい壁等が一定のときは6か月に1回以上測定すること。又、排気口及び排水口における汚染状況の測定は排気若しくは排水のつど又は連続して行うこと。）	名並びに廃棄の方法及び場所 3. 放射線障害が発生するおそれのある場所（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、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により治療を受けている患者を収容する放射線治療病室、排水（気）設備の排水（気）口、排水（気）監視設備のある場所、管理区域の境界
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
4	業務委託			
4-1	検体検査	法15の3.1 則9の7の4 則9の8	規則で定める基準に適合するものに委託していること。	業務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

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
				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・医政地発 1129 第 1 号）を参照 委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	法 15 の 3.2 則 9 の 13	規則で定める基準に適合するものに委託していること。	（参考） 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に留意する。 「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。	
4- 9	感染性廃棄物の処理	法 20	感染性廃棄物の処理を業者に委託する場合は適切な業者を選定して委託するなど、感染性廃棄物が汚染源とならないよう適切な処理を行うこと。	（参考） 感染性廃棄物については、廃棄物の処理及び清掃に関する法律により別途規制が行われていることに留意する。
4-10	医療用放射性汚染物の廃棄	則 30 の 14 の 2	「医療法施行規則第 30 条の 14 の 2 第 1 項の診療用放射性同位元素又は放射性同位元素によって汚染された物の廃棄の委託を受ける者を指定する省令」（平 13.9.28 厚生労働省令第 202 号）により指定されている者に委託しているこ	（参考） 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素によって汚染された物を廃棄する場合は、これら以外の物が混入又は付着しないよう封及び表示をし、7 日間を超えて管理区域内の廃棄施設において保管廃棄する場合に限り、保管廃棄施設を設ける

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
5	防火・防災体制		と。 医療用放射性汚染物の処理を業者に委託する場合には、医療用放射性汚染物が医療機関内の放射線汚染源とならないよう、廃棄施設内（保管廃棄設備）において適切な管理を行うこと。	ことを要しない。 （則 30 条の 11 第 1 項第 6 号及び第 4 項並びに平成 16 年厚生労働省告示 306 号参照） （参考）防火・防災体制については、消防法により別途規制が行われていることに留意する。
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するにあたり、 1. 防火管理者の資格を有し、その責務を果たし得る管理的又は監督的地位にある者を防火管理者として定めるとともに、これを所轄の消防署に届け出ていること。 2. 消防法令に即して消防計画を作成するとともに、これを所轄の消防署に届け出ていること。	防火管理者は、収容人員が 30 人以上の施設について配置。 ※収容人員：従業者数＋病床数＋待合室の床面積÷3（従業者数は、常勤・非常勤を問わず、勤務人数が最大になる時点で算定） 消防計画は、収容人員が 30 人以上の施設について作成。
5- 2	消火訓練・避難 訓練	法 20 法 23	消火訓練及び避難訓練をそれぞれ年 2 回以上実施すること。	消火訓練及び避難訓練は、収容人員が 30 人以上の施設について年 2 回以上実施。 ※避難訓練のうち 1 回は、夜間・休日を想定して実施するよう努めることとすること。
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。	必要な設備の基準 1. 消火設備 ・消火器：延べ面積が 150 m ² 以上 ・屋内消火栓：延べ面積が 700 m ² 以上 ・スプリンクラー：病院にあつては、3000 m ² 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 m ² 以上 2. 警報設備 ・自動火災報知器：延べ面積が 300 m ² 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

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
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。	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 (参考) 病院、診療所などの特定建築物等のうち特定 行政庁が規模等を定めて指定するものの所有者 等は、定期に当該建築物について建築士等の資 格者に調査させ、特定行政庁に報告しなければ ならない。 (建築基準法第 12 条第 1 項)
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。	(参考) 危害防止上必要な方法の例 ①電気を使用する診療用器械器具については絶 縁及びアースについて安全な措置を講ずること。 また、電源プラグについては時々抜いて、 トラッキング現象防止のための適切な処置を講 ずること。 (平 25. 10. 18 医政発第 17 号参照) ②光線を治療に使用する器械器具については眼 球その他に障害を与えぬよう配慮すること。 ③熱を使用する器械器具については過熱 することのないよう断熱材等を適切に使用す ること。 ④保育器、酸素テント、高圧酸素室等について 定期点検及び使用前点検を行うこと。 ⑤年 1 回以上漏電防止のための措置が講じられ ていること。 ⑥LP ガス設備の保安点検を行うこと。 (昭 57. 11. 26 指第 35 号参照)
6	放射線管理		※放射線等取扱施設を有する病院	診療用放射線の取扱いについては、「病院又は 診療所における診療用放射線の取扱いについ て」(平 31. 3. 15 医政発 0315 第 4 号)を参照 のこと。
6- 1	管理区域につい て適切な措置が とられている か。	則 30 の 16. 1	1. 病院内の場所であって外部放射 線の線量、空気中の放射性同位 元素の濃度又は放射性同位元素 によって汚染される物の表面の 放射性同位元素の密度が所定の 線量、濃度又は密度を超えるお それがある場所を管理区域と設 定していること。 また、管理区域である旨を示す	所定の線量、濃度又は密度 (則第 30 条の 26 第 3 項参照)

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
		則 30 の 16. 2	標識が付されていること。 2. 管理区域内に人がみだりに立ち 入らないような措置が講じられ ていること。	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- 2	敷地の境界等につ おける防護につ いて適切な措置 がとられている か。	則 30 の 17	敷地内の人が居住する区域及び敷 地の境界における線量を所定の線 量限度以下にするためのしゃへい 等の措置が講じられていること。	
6- 3	放射線等取扱施 設に患者及び取 扱者に対する放 射線障害の防止 に必要な注意事 項の掲示がされ ているか。	則 30 の 13	目につきやすい場所に掲示されて いること。	
6- 4	放射線装置・器 具・機器及び診 療用放射性同位 元素・陽電子断 層撮影診療用放 射性同位元素の 使用室及び病室 である旨を示す 標識が付されて いるか。	則 30 の 4～ 則 30 の 8 の 2 則 30 の 12	1. エックス線診療室、診療用高エ ネルギー放射線発生装置使用 室、診療用粒子線照射装置使用 室、診療用放射線照射装置使用 室、診療用放射線照射器具使用 室、放射性同位元素装備診療機 器使用室、診療用放射性同位元 素使用室、陽電子断層撮影診療 用放射性同位元素使用室及び放 射線治療病室等についてその旨 を示す標識が付されているこ と。	
		則 30 の 5～ 則 30 の 8 の 2	2. 診療用高エネルギー放射線発生 装置使用室、診療用粒子線照射 装置使用室、診療用放射線照射 装置使用室、診療用放射線照射 器具使用室、診療用放射性同 位元素使用室及び陽電子断層撮 影診療用放射性同位元素使用室 については、人が常時出入りす る出入口が 1 か所となっている こと。	
6- 5	使用中の表示につ いて必要な注 意事項の掲示が されているか。	則 30 の 20. 2 則 30 の 5	1. エックス線装置を使用している 時はエックス線診療室の出入口 にその旨を表示していること。 2. 診療用高エネルギー放射線発生	

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
		則 30 の 5 の 2 則 30 の 6	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。	
6- 6	取扱者の遵守事項が守られているか。	則 30 の 20. 1. 1 則 30 の 20. 1. 2～3	1. 診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室又は廃棄施設においては作業衣等を着用して作業していること。また、作業衣を着用してみだりにこれらの室又は施設の外に出ないこと。 2. 放射性同位元素により汚染された物をみだりに診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室、廃棄施設又は放射線治療病室若しくは管理区域から持ち出さないこと。	2. ①診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室、廃棄施設又は放射線治療病室からみだりに持ち出していけない場合 (則第 30 条の 26 第 6 項参照) ②管理区域からみだりに持ち出してはいけない場合 (則第 30 条の 26 第 6 項参照)
6- 7	放射線診療従事者の被ばく防止について適切な措置がとられているか。	則 30 の 18. 1	1. 被ばくする線量が所定の実効線量限度及び等価線量限度を超えないような措置が講じられていること。 2. 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な措置が講じられていること。	1. 実効線量限度 (則第 30 条の 27 第 1 項参照) 2. 等価線量限度 (則第 30 条の 27 第 2 項参照) 3. 実効線量限度及び等価線量限度の測定方法 ①外部被ばく 放射線測定用具（フィルムバッチ等）による測定が原則 位置は胸部（女子は腹部）が原則だが、被ばくする量が最大となるおそれのある人体部位が胸部（女子は腹部）以外の場合は、当該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 1 回が原則 厚生労働大臣の定める方法 (昭和 63 年厚生省告示第 245 号参照) ※経過措置等については、「医療法施行規則の一部を改正する省令等の公布について」（令和 2. 4. 1 医政発 0401 第 8 号）を参照
6- 8	患者の被ばく防止について適切な措置がとられ	則 30 の 19	放射線により、治療を受けている患者以外の入院患者が所定の実効線量を超えて被ばくしないような	所定の線量限度 実効線量が 3 か月間につき 1.3 ミリシーベルト

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
	ているか。		しゃへい等の措置が講じられていること。	
6- 9	診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素により治療を受けている患者に適切な表示を付しているか。	則 30 の 20. 2. 2		
6-10	放射線装置・器具・機器の使用または放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄をしているか	則 30 の 14		・認められた使用室以外の使用については規則を参照。
6-11	診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素及び陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の管理が適切に行われているか。	則 30 の 7 則 30 の 24	1. 診療用放射線照射器具の紛失防止について適切な措置が取られていること。 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。	・「診療用放射線照射器具の安全管理の徹底について」（平 12. 9. 12 医薬安発第 0912001 号 ・医薬監発第 0912001 号）を参照。
6-12	放射線装置に所定の障害防止の方法が講じられているか。	則 30 則 30 の 2 則 30 の 2 の 2 則 30 の 3 則 30 の 7 の 2	エックス線装置、診療用高エネルギー放射線発生装置、診療用粒子線照射装置、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	則 30 の 7 の 2 則 30 の 9 則 30 の 11	1. 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通ずる部分に閉鎖のた	

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
	けているか。		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使用室及び陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室に所定の設備が設けられ管理されているか。	則 30 の 8～ 則 30 の 8 の 2	1. 出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器、汚染除去に必要な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。	
6-15	貯蔵箱等の貯蔵容器、運搬容器及び保管廃棄容器について所定の障害防止の方法がとられ、適切に管理されているか。	則 30 の 9 則 30 の 10 則 30 の 11 則 30 の 9.8 ロ 則 30 の 9.8 ハ 則 30 の 9.8 ニ	1. 貯蔵及び運搬時に 1 メートルの距離における実効線量率が 100 マイクロシーベルト毎時以下になるようにしゃへいされていること。 2. 貯蔵容器、運搬容器について、空気を汚染するおそれのある場合は気密構造となっていること。 また、液体状の場合はこぼれにくい構造で液体の浸透しにくい材料でできていること。 3. 貯蔵容器、運搬容器または保管廃棄容器を示す標識が付されていること。	
6-16	廃棄施設について所定の障害防止の方法がとられ、適切に管理されているか。	則 30 の 11. 1. 2 のハ 則 30 の 11. 1. 3 のニ	1. 排水設備において排液流出の調整装置が設けられていること。 2. 排気設備において放射性同位元素によって汚染された空気のひろがりを急速に防止することのできる装置が設けられていること。	

IV 構 造 設 備 基 準

1 病室等

区分	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
1	病 室 定められた構造になっているか。	則 16.1.3 ～則 16.1.5 則 16.2 則附則 5 条	区分 1 ～ 1 8 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. 患者定員に見合う床面積を有していること。 2. 機械換気設備については、結核病室、感染症病室又は病理細菌検査室の空気が風道を通じて他の部分へ流入しないようにすること。	①内法による測定で、患者 1 人につき 6. 4 m²以上となっていること。 ②療養病床に係る一の病室の病床数は、4 床以下となっていること。 ③小児だけを入院させる病室の床面積は、上記の床面積の 2 / 3 以上とすることができる。ただし、一の病室の床面積は 6. 3 m²以下であってはならない。 (経過措置) ①既存病院建物内の療養病床又は、経過的旧療養型病床群に係る病室以外の病室の床面積は、内法による測定で患者 1 人を入院させるものにあつては 6. 3 m²以上、患者 2 人以上を入院させるものにあつては、患者 1 人につき 4. 3 m²以上となっていること。 ②平成 1 2 年 3 月 3 1 日までに療養型病床群に転換したものについては、1 人につき 6 m² (建築基準法施行令第 2 条第 1 項第 3 号の算定方法による。) 以上となっていること。
2	精神病室 医療及び保護のために必要な方法がとられているか。	則 16.1.6	精神病室の設備については、精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な方法を講じること。	必要な方法の例 (「精神病院建築基準の改正について」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 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。	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。 その他必要な方法 医療・看護用具、被服、寝具、汚染物、食器等の消毒設備が設けられていること。
4	感染症病室 感染予防のための必要な方法がとられているか。	則 16. 1. 7 則 16. 1. 12	・病院の他の部分及び外部に対して感染予防のためにしゃ断その他必要な方法を講じていること。	その他必要な方法 医療・看護用具、被服、寝具、汚染物、食器等の消毒設備が設けられていること。
5	放射線治療病室 定められた構造になっており、かつ、適正に管理されているか。	則 30 の 12. 1. 1 則 30 の 12. 1. 2 則 30 の 12. 1. 3	※診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を有する病院 1. 画壁等の外側が所定の線量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。） 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。）	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 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	診察室・処置室 整備されているか。	法 21. 1. 2 法 21. 1. 4 則 20. 1. 1 則 20. 1. 4	1. 診療科ごとに専門の診察室を有していること。（ただし、1 人の医師が同時に 2 以上の診療科の診療に当たる場合その他特別な事情がある場合を除く。）	

区分	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
7	手術室 整備され、かつ、必要な設備が設けられているか。	法 21. 1. 3 則 16. 1. 1 則 20. 1. 2 則 20. 1. 3	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。) ※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。 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。	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。 1. 不浸透質のもの（陶製タイル、セラズー、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。
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。 (「医療法の一部を改正する法律等の施行について」(H13. 2. 22 医政発第 1 2 5 号参照))

区分	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
1 0	調剤所 整備され、かつ、必要な施設、設備が設けられているか。	法 21. 1. 7 則 16. 1. 14	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. 調剤所の採光及び換気が十分で、かつ、清潔が保たれていること。 2. 冷暗所が設けられていること。 3. 調剤に必要な器具を備えていること。	
1 1	給食施設 定められた構造になっており、かつ、必要な施設、設備が設けられているか。	法 20 法 21. 1. 8 則 10. 1. 6 則 20. 1. 8 則 20. 1. 9	1. 入院患者のすべてに給食することのできる施設を有していること。 2. 床は耐水材料で作られ、洗浄及び排水又は清掃に便利な構造となっていること。 3. 食器の洗浄消毒設備が設けられていること。 4. 病毒感染の危険のある患者の用に供した食器について他の患者の食器と別個に消毒する設備となっていること。	・調理業務又は洗浄業務を委託する場合にあつては、当該業務に係る設備を設けないことができる。ただし、再加熱等の作業に必要な設備については設けなければならない。 (「医療法の一部を改正する法律等の施行について」(H13. 2. 22 医政発第 1 2 5 号参照))
1 2	歯科技工室 必要な設備が設けられているか。	則 16. 1. 13	※歯科技工室を有する病院 防塵設備及び防火設備が設けられていること。	
1 3	階数及び規模に応じた建物の構造 定められた基準に適合しているか。	則 16. 1. 2	1. 3 階以上の階に病室を設けている場合は主要構造部が耐火構造となっていること。 2. 放射線治療病室以外は、地階に病室を設けていないこと。	

区分	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
1 4	階段 定められた基準に適合しているか。	則 16. 1. 8 則 16. 1. 9	※第 2 階以上の階に病室を有する病院 1. 患者の使用する屋内直通階段が 2 以上設けられていること。 〔ただし、患者の使用するエレベーターが設置されているもの又は第 2 階以上の各階における病室の床面積の合計が、それぞれ 5 0 m ² （主要構造部が耐火構造であるか又は不燃材料で造られている建築物にあっては 1 0 0 m ² ）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. 2 m 以下、踏面は 0. 2 4 m 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 定められた基準に適合しているか。	則 16. 1. 10	※第 3 階以上の階に病室を有する病院 避難に支障がないように 2 以上の避難階段が設けられていること。（ただし、患者の使用する屋内の直通階段を建築基準法施行令第 1 2 3 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 定められた基準に適合しているか。	則 16. 1. 11	1. 精神病床及び療養病床に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1. 8 m 以上（両側に居室のある廊下は 2. 7 m 以上）となっていること。 ただし、大学附属病院（特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。）及び 1 0 0 床以上で内科、外科、産婦人科、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。	・平成 1 3 年 3 月 1 日における既存病院建物内の患者が使用する廊下幅は、内法による計測で 1. 2 m 以上（両側に居室のある廊下は 1. 6 m 以上）となっていること。 （平成 1 3 年厚生労働省令第 8 号（以下、平成 1 3 年改正省令）附則第 8 条）

区分	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
1 7	便所 適正な構造になっているか。	法 20	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. 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 4 0 m ² 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。 区分 1 9～2 3 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。	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。（平成 13 年 1 月 31 日厚生労働省令第 8 号則附則第 21 条参照） ※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の。
1 9	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。	1. 消毒を行う施設 蒸気消毒装置、ホルムアルデヒド、ガス消毒装置等 2. 繊維製品の滅菌消毒の業務を委託する場合における当該業務に係る設備を除く。
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 1 2 年 3 月 3 1 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 1 3 年改正省令附則第 2 2 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 1 2 年 3 月 3 1 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 1 3 年改正省令附則第 2 2 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 1 2 年 3 月 3 1 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 1 3 年改正省令附則第 2 2 条)

2 放射線装置及び同使用室

区分	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
1	エックス線装置及び同診療室 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	法 21. 1. 6 則 20. 1. 7 則 30 則 30 の 4 則 30 の 4 則 30 の 4	※エックス線装置を有すべき病院 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。 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。 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。 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。） 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	1. 所定の障害防止の方法 (則第 30 条参照) 2. 所定の線量 ① $1 \text{ mSv} / 1 \text{ 週間}$ 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。)
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
3	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。 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。	2. 所定の線量 ① 1 mSv / 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。)
	診療用粒子線照射装置及び同使用室	則 30 の 2 の 2	※診療用粒子線照射装置を有する病院 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。
	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 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。 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。	2. 所定の線量 ① 1 mSv / 1 週間 ② 画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。 (ただし、その外側が、人が通行し、又は停在することのない場所である場合を除く。)

区分	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
4	診療用放射線照射装置及び同使用室 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	則 30 の 3 則 30 の 6	※診療用放射線照射装置を有する病院 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。 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。 3. 画壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。 4. 出入口 人が常時出入する出入口は、1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。	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） 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. 所定の線量 ① $1\text{ mSv} / 1\text{ 週間}$ 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、又は滞在することのない場所である場合を除く。）
5	診療用放射線照射器具使用室 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設	則 30 の 7	※診療用放射線照射器具を有する病院 1. 画壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になる	1. 所定の線量 ① $1\text{ mSv} / 1\text{ 週間}$ ②画壁等

区分	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
6	放射性同位元素 装備診療機器使 用室 所定の障害防止 の方法等適正な 施設・設備が設 けられている か。	根拠法令等 則 30 の 7 の 2	ようにしゃへいされているこ と。 2. 出入口 人が常時出入する出入口は、1 ヵ所となっていること。 3. 標識 使用室である旨を示す標識が付 されていること。 4. 器具の紛失防止 器具の紛失発見を容易にするた め、突起物、くぼみ及び仕上げ 材の目地等のすき間の少ないも のとされていること。 ※放射性同位元素装備診療機器を 有する病院 1. 主要構造部等 使用室の主要構造部等は、耐火 構造又は不燃材料を用いた構造 となっていること。 2. 外部に通ずる部分 外部に通ずる部分には閉鎖のた めの設備又は器具が設けられて いること。 3. 標識 使用室である旨を示す標識が付 されていること。 4. 予防措置 骨塩定量分析装置と輸血用血液 照射装置に関しては、実効線量 が3月間に1.3ミリシーベルト 以下となるようなしゃへい物 又は間仕切りを設けるなど予防 措置を講じ、管理区域を明確に すること。	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。)
7	診療用放射性同 位元素使用室		※診療用放射性同位元素を有する 病院	

区分	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
	所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	則 30 の 8	1. 主要構造部等 使用室の主要構造部等は、耐火構造又は不燃材料を用いた構造となっていること。（ただし、所定の数量以下の診療用放射性同位元素を使用する場合は、この限りでない。） 2. 部屋の区画 準備室と診療室が区画されていること。 3. 画壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。 4. 出入口 人が常時出入する出入口は、1ヶ所となっていること。 5. 標識 使用室である旨を示す標識が付されていること。 6. 内部の壁等の構造 ①内部の壁、床等は、突起物、くぼみ及び仕上材の目地等のすきまの少ない構造となっていること。 ②内部の壁、床等の表面は、平滑であり気体又は液体が浸透しにくく、かつ、腐食しにくい材料で仕上げられていること。 7. 出入口に設けるもの 出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器、汚染除去に必要な器材及び排水設備に連結した洗浄設備並びに更衣設備が設けられていること。 8. 準備室に設けるべきもの ①準備室には排水設備に連結した	1. 所定の線量 (則別表第 2 参照) 2. 準備室（診療用放射性同位元素の調剤等を行う室） 3. 所定の線量 ① $1 \text{ mSv} / 1 \text{ 週間}$ 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、又は滞在することのない場所である場合を除く。)

区分	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
8	陽電子断層撮影 診療用放射性同 位元素使用室 所定の障害防止 の方法等適正な 施設・設備が設 けられ、かつ、管 理されている か。	則 30 の 8 の 2	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。 ※陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を有する病院 1. 主要構造部等 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室の主要構造部等は、耐火構造又は不燃材料を用いた構造となっていること。 2. 部屋の区画 準備室、診療室、待機室が区画されていること。待機室を有しないことが認められた施設については、待機室に準ずる場所を設定していること。 3. 画壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。 4. 出入口 人が常時出入する出入口は、1ヶ所となっていること。 5. 標識 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室である旨を示す標識が付されていること。 6. 撮影装置操作場所 陽電子放射断層撮影装置の操作場所を陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室の外部に設けていること。	1. 所定の線量 (則別表第2参照) ①準備室（陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の調剤等を行う室） ②診療室（陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を用いて診療を行う室） ③待機室（陽電子断層撮影診療用放射性同位元素が投与された患者等が待機する室） 3. 所定の線量 ① $1 \text{ mSv} / 1 \text{ 週間}$ 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、又は滞在することのない場所である場合を除く。)

区分	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			7. 内部の壁等の構造 ①内部の壁、床等は、突起物、くぼみ及び仕上材の目地等のすきまの少ない構造となっていること。 ②内部の壁、床等の表面は、平滑であり気体又は液体が浸透しにくく、かつ、腐食しにくい材料で仕上げられていること。 8. 出入口に設けるもの 出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器、汚染除去に必要な器材及び排水設備に連結した洗浄設備並びに更衣設備が設けられていること。 9. 準備室に設けるべきもの ①準備室には排水設備に連結した洗浄設備が設けられていること。 ②準備室にフード、グローブボックス等の装置が設けられているときは、その装置は排気設備に連結されていること。 ※診療用放射線照射器具、診療用放射線照射装置、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を有する病院	
9	貯蔵施設 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	則 30 の 9	1. 部屋の区画 貯蔵施設は、貯蔵室、貯蔵箱等外部と区画された構造のものとなっていること。 2. 画壁の構造 貯蔵施設の外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。 3. 主要構造部等 貯蔵室の主要構造部等は、耐火構造でその開口部には特定防火	2. 所定の線量 ① 1 mS 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、又は滞在することのない場所である場合を除く。) 3. 特定防火設備に該当する防火戸 建築基準法施行令第 112 条第 1 項に規定するもの。

区分	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			設備に該当する防火戸が設けられていること。（ただし、診療用放射線照射装置又は診療用放射線照射器具を耐火性の構造の容器に入れて貯蔵する場合は、この限りでない。） 4. 貯蔵箱等 貯蔵箱等は、耐火性の構造となっていること。（ただし、診療用放射線照射装置又は診療用放射線照射器具を耐火性の構造の容器に入れて貯蔵している場合は、この限りでない。） 5. 出入口 人が常時出入する出入口は、1ヶ所となっていること。 6. 外部に通ずる部分 外部に通ずる部分に、かぎその他閉鎖のための設備又は器具が設けられていること。 7. 標識 貯蔵施設である旨を示す標識が付されていること。 8. 貯蔵容器 ①貯蔵容器は、貯蔵時において1メートルの距離における実効線量率が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。 ②空気を汚染するおそれのある状態にある診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を入れる貯蔵容器は、気密な構造となっていること。また、液体状の診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を入れる貯蔵容器はこぼれにくい構造であり、かつ、液体の浸透しにくい材料が用いられていること。 ③貯蔵容器にその旨を示す標識が付され、かつ、貯蔵する診療用	8. 所定の線量率 100 マイクロシーベルト毎時

区分	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
10	運搬容器 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	則 30 の 10	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防止するための設備又は器具が設けられていること。 ※診療用放射線照射器具、診療用放射線照射装置、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を院内で運搬して使用する病院 1. 診療用放射線照射器具、診療用放射線照射装置、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を運搬する容器は、所定の要件を備えていること。	所定の要件 (則第 30 条の 9 第 8 号イ～ニ参照)
11	廃棄施設 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	則 30 の 11	※診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を有する病院 1. 画壁の構造 廃棄施設の外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。 2. 廃液中濃度 排水口における排液中の放射性同位元素の濃度を所定の濃度限度以下とする能力を有していること。	1. 所定の線量 ① 1 mS 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、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. 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

区分	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			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。 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れていること。 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。 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。	3. 排水設備（排水管、排液処理槽、その他液体状の診療用放射性同位元素又は放射性同位元素によって汚染された液を排水し又は浄化する一連の設備） 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） 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 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）

区分	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			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。 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。 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。	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。 (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) (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)

別紙

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ヵ月を超える者。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ヵ月を超えるときに、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、そのまま算定する。

（例）一般病床で患者数106人の場合

算定式： $(106 - 52) \div 16 + 3 = 6.375$ 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 $49.5 \text{ 時間} / 36 \text{ 時間} = 1.375$

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

$A + B + C = 1.23\cdots \rightarrow 1.2$

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

○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		

○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.	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
2	医療法人社団日高会日高病院	高崎市中尾町886	管理型

○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	産婦人科館出張佐藤病院	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											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	自主点検事項										評 価		
大 中 小	(細)												
1	医療従事者												
1 1	医師数												
① 患者数に対応した数の医師が確保されているか。												[]	
	医師	標準数 (法定必要人員)	常 動		非 常 動		計		過不足数	充足率			
		A	B	延べ人数	C	換算後	D	E=B+D	E	F=E-A	F G=E/A		
		人	人	人	人	人	人	0.00000	人	0.00000	#DIV/0! %		
1 2	歯科医師数												
① 患者数に対応した数の歯科医師が確保されているか。												[]	
	歯科 医師	標準数 (法定必要人員)	常 動		非 常 動		計		過不足数	充足率			
		A	B	延べ人数	C	換算後	D	E=B+D	E	F=E-A	F G=E/A		
		人	人	人	人	人	人	0.00000	人	0.00000	#DIV/0! %		
1 3	薬剤師数												
① 患者数に対応した数の薬剤師が確保されているか。												[]	
	薬 剤 師	標準数 (法定必要人員)	常 動		非 常 動		計		過不足数	充足率			
		A	B	延べ人数	C	換算後	D	E=B+D	E	F=E-A	F G=E/A		
		人	人	人	人	人	人	0.0	人	0.0	#DIV/0! %		
	備 考												
1 1	医師数												
1 2	歯科医師数												
1 3	薬剤師数												
1 4	看護師数												
① 患者数に対応した数の看護師(准看護師を含む)が確保されているか。 ※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。 ※療養病床を有する病院で「特定介護療養型医療施設」又は「特定病院」に係る届出をした病院：経過措置あり。 ※精神病床を有する病院：当分の間、精神病床で従事する看護師のうち一定の数を看護補助者として行うことができる。												[]	
	看 護 師	標準数 (法定必要人員)	常 動		非 常 動		計		過不足数	充足率			
		A	B	延べ人数	C	換算後	D	E=B+D	E	F=E-A	F G=E/A		
		人	人	人	人	人	人	0.0	人	0.0	#DIV/0! %		
1 5	看護補助者数												
① 定められた数の看護補助者が確保されているか。 ※病院の実情により、看護師又は准看護師を看護補助者として計算する(余剰をもってあてると)ことは差し支えない。 ※療養病床を有する病院で「特定介護療養型医療施設」又は「特定病院」に係る届出をした病院：経過措置あり。												[]	
	看 護 補 助 者	標準数 (法定必要人員)	常 動		非 常 動		計		過不足数	充足率			
		A	B	延べ人数	C	換算後	D	E=B+D	E	F=E-A	F G=E/A		
		人	人	人	人	人	人	0.0	人	0.0	#DIV/0! %		
1 6	(管理)栄養士												
① 定められた数の(管理)栄養士が確保されているか。 ※健康増進法等他法令の定めにより管理栄養士を置く必要があることに注意。												[]	
	栄 養 士	標準数 (法定必要人員)	常 動		非 常 動		計		過不足数	充足率			
		A	B	延べ人数	C	換算後	D	E=B+D	E	F=E-A	F G=E/A		
		人	人	人	人	人	人	0.0	人	0.0	#DIV/0! %		
	※(再掲)管理栄養士												
	管 理 栄 養 士		常 動		非 常 動		計						
			B	延べ人数	C	換算後	D	E=B+D	E				
			人	人	人	人	人	0.0	人				
	備 考												
1 4	看護師数												
1 5	看護補助者数												
1 6	(管理)栄養士数												
1 7	助産師												
① 産婦人科又は産科の患者に対応する看護師のうちの適当数として助産師が確保されているか。 ※産婦人科又は産科を有する病院の該当項目 ※適当数：産婦人科又は産科の入院患者がいる場合1以上												[]	
	助 産 師	標準数 (法定必要人員)	常 動		非 常 動		計		過不足数	充足率			
		A	B	延べ人数	C	換算後	D	E=B+C	E	F=D-A	F=D/A		
		人	人	人	人	人	人	0.0	人	0.0	#DIV/0! %		
	備 考												
1 7	助産師数												
1 ※ ※	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												
	(医師等当直)												
	薬剤師												
	看護師												
	看護補助者												
	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	自主点検事項①	評価	自主点検事項②
大 中 小	(細)		
1	医療従事者		
1 1	<資格の確認>		
(1 1 1)	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))	【 〇 】	
	② 登録事項変更時：精訂正が行われていることを確認しているか。	【 〇 】	
2	管理		
2 1	<医療法の手続>		
2 1 1	医療法の使用許可(医療法第27条)		
	① 構造設備の使用許可を受けているか。	【 〇 】	
2 1 2	医療法届出事項の変更(医療法施行令第4条第1項及び第4条の2)		
	① 届出事項を変更した場合、届出を行っているか。	【 〇 】	
2 1 3	医療法許可事項の変更(医療法第7条第2項及び医療法施行規則第1条の14第3項)		
	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。	【 〇 】	
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 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。	【 〇 】	
	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。	【 〇 】	
	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。	【 〇 】	
2 1 5	診療用放射線装置の届出		
	① 装置等の設置、変更又は廃止の届出を行っているか。	【 〇 】	
2 2	<患者入院状況>		
2 2 1	病室の定員遵守		①病床利用率 今年度： % 前年度： %
	① 定員を超えた患者が入院していないか。	【 〇 】	
2 2 2	病室以外の患者入院		
	① 病室以外の場所に患者を入院させていないか。	【 〇 】	
2 2 3	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。	【 〇 】	
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。	【 〇 】	
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		
	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。	【 〇 】	
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。	【 〇 】	
2 3	<新生児の管理>		
	※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。	【 〇 】	
	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。	【 〇 】	
2 3 2	管理及び看護体制		
	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。	【 〇 】	
	② 新生児及び母親の識別は適切に行われているか。	【 〇 】	
	③ 新生児室における誘拐防止対策が適切か。	【 〇 】	
	④ 母子同室における誘拐防止対策が適切か。	【 〇 】	
2 3 3	避難体制		
	① 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。	【 〇 】	
	② 避難に必要な器具が備えられているか。	【 〇 】	
2 4	<医師の宿直>		
2 4 1	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。	【 〇 】	
2 5	<医薬品の取扱い>		
2 5 1	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。	【 〇 】	
	② 毒薬を貯蔵し、又は陳列する場所が施錠されているか。	【 〇 】	
	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。	【 〇 】	
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。	【 〇 】	
2 5 3	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。	【 〇 】	
	② 医薬品及びその容器の清潔保持が図られているか。	【 〇 】	
	③ 薬品庫や調剤室は、適正な温度管理を行っているか。	【 〇 】	

	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、施設管理等、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。		
	⑥ 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。		
	⑦ (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を行い、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ボ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。		
	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。		
	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。		
	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。		
	⑤ 容器等に「(麻)」(※○の中に麻)等適正な表示をしているか。		
	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。		
	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。		
	⑧ 麻薬の廃棄は適切に行われているか。		
	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。		
	⑩ 麻薬管理者は、麻薬診療施設に必要な事項を記載した帳簿を備え2年間保存しているか。		
	⑪ 麻薬注射剤について、複数日(複数回)分を処方していないか。 また、残液について、適正な取扱をしているか。		
(3)	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。		
	② 保管場所もしくは部屋全体に施設できる状態で保管・管理をしているか。		
	③ 容器等に「(向)」(※○の中に向)等適正な表示をしているか。		
	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。 ※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設されているか。		
	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		
	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。		
(6)	毒物及び劇物の管理及び取扱		①取扱いの有無(☐ 有・ ☐ 無) 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()
	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。		
	⑥ 毒物劇物危害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。		
2 5 4	調剤所の衛生と防火管理		
	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。		
	③ 高温・多湿にならないよう管理しているか。		
	④ 調剤所の構造設備は要件を満たしているか。		
2 5 5	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。		
	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。		
	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。		
	④ 調剤した容器等に必要事項が記載されているか。 ※医師又は歯科医師:用法、用量、交付の年月日、患者の氏名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及び氏名 ※薬剤師:患者の氏名、用法、用量、調剤年月日、調剤した薬剤師の氏名(院内薬袋にも必要)、病院もしくは診療所の名称及び所在地		
	⑤ 調剤した薬剤の適正な使用のために、薬剤師は患者等に必要な情報を提供しているか。		
	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。	【 〇 】	
2	6	2 病棟諸設備の清潔保持 ① 病棟における諸設備は清潔に保たれているか。	【 〇 】	
2	7	<給食業務の運営管理、調理機械・器具の清潔保持及び維持管理>		
2	7	1 給食業務の運営管理 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。	【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】	
2	7	2 調理機械・器具の清潔保持及び保守管理 (1) 調理器具・容器等 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。	【 〇 】	
		(2) 施設・設備 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。 ⑦ 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。 ⑧ 施設・設備は必要に応じて補修を行っているか。	【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】	
		(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。	【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】	
(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。 ※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。	【 〇 】	
		(4) 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。	【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】	
		(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。 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。 ③ 検査結果を記録し保管しているか。	【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】	
		(6) 調理等 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。 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。	【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】	
		(7) 廃棄物の取り扱い 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。	【 〇 】	
		(8) 検査の保存 ① 検査は、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。	【 〇 】	
		(9) 栄養管理 ① 喫食者の身体の状態、栄養状態、生活習慣等を定期的に把握し、これらに基づ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、身体の状態等のほか、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。	【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】	
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、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。	【 〇 】	

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。 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 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 ※常時50人以上の従事者を使用する病院が該当 (50人未満の病院については努力義務) 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) 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になっているか。 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か。 ※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」: (1) 病院の名称、(2) 病院の開設者、 (3) 病院の管理者、(4) 病院の所在地、 (5) 病院の案内用の電話番号及びFAXの番号、(6) 診療科目、 (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 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。 ② 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。 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、適切な保存と廃棄、業務委託先への監督等)。 ※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 □ 責任者の配置と責任体制の明確化 □ 責任者による利用者への確認、運用体制の見直し 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 □ 個人情報の取扱いに関するルールの明示と遵守 3 物理的安全管理措置 □ 個人情報を取り扱う電子機器・装置の固定 □ 診療録等保管場所の錠・入室管理 4 技術的安全管理措置 □ アクセス管理(認証(ID・顔・静脈等)＋パスワード) □ アクセス記録の保存 □ 不正ソフトウェア対策(ウイルス対策ソフトの導入等) ④ 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、手続の中で、開示理由を記載させたり、尋ねたりしていないか。 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。 ⑥ 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。 ⑦ ⑥の取扱いに関する規程を整備しているか。	[☐] [☐] [☐] [☐] [☐] [☐] [☐]	① 規定の有無(☐ 有・ ☐ 無) [無の場合 設置予定 年 月 頃] 規定の周知方法: ② 責任者又は部署の設置(☐ 有・ ☐ 無) 責任者: 役職: 氏名: 部署名: 委員会の設置(☐ 有・ ☐ 無) 委員会名称: 開催頻度: 年 回(又は月 回) [昨年度開催回数 回] 直近の実施年月日: 令和 年 月 日 ③ 個人情報の取扱いに関する職員への取組 □ 教育研修の実施 □ 個人情報の取扱いに関する誓約書の徴取 □ その他() ④ 個人情報の開示手続(☐ 有・ ☐ 無) 1 開示方法(☐ コピーの交付 ☐ 閲覧 ☐ 説明) 2 開示等の請求受付先: 3 開示等の請求方法: 4 本人又は代理人の確認方法: 5 手数料(☐ 現金 ☐ 為替 ☐ その他()) コピー(円/枚) CDR(円/枚) () () [前年度開示請求件数: 件] [うち、開示 件、非開示 件、部分開示 件] ⑤ (利用目的の特定・公表方法) □ 院内掲示 ☐ ホームページへの掲載 □ その他()
2	9	3	医療広告の適切な取扱い(医療広告ガイドライン) 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	<医療の安全管理のための体制の確保>			
2	10	1	医療の安全管理のための指針の整備 ① 医療の安全管理のための指針が整備されているか。 ② 必要な項目が文書化されているか。 1 当該病院における安全管理に関する基本的な考え方 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 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 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 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) 6 医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針(患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針を含む) 7 患者からの相談への対応に関する基本方針 8 その他医療安全の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。	[☐] [☐] [☐]	① 指針(☐ 有・ ☐ 無) [有の場合 最新改訂 年 月] [無の場合 作成予定 年 月 頃] ② 必要な項目 □ 全て有 □ 記載もれ事項 [☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8] ③ 周知の状況

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 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。 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。 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。 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、適宜開催しているか。委員会の議事内容を記録しているか。 ⑤ 重要な検討内容について、患者への対応状況を含め、管理者へ報告されているか。 ⑥ 重大な問題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。 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っているか。	【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無	①委員会(☐ 有・ ☐ 無) [無の場合 設置予定 年 月頃] 委員会の名称: ②構成員 ☐ 病院長 ☐ 看護部長 ☐ 内科部長 ☐ 薬剤部長 ☐ 外科部長 ☐ 事務部長 ☐ 検査部長 ☐ 感染症専門医 ☐ その他() ③規程(☐ 有・ ☐ 無) 決定事項の周知方法 ④頻度[月 回(又は年 回)] [昨年度開催回数 回]
2	10	3	医療に係る安全管理のための職員研修の実施 ① 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るか。研修の実施内容を記録しているか。 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。	【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無	①(全体研修) 開催回数[令和 年度 回] 主な内容等: (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:
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を作成しているか 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図られているか。 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。	【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無	①事故防止マニュアル等(☐ 有・ ☐ 無) [有の場合 最新改訂 年 月] [無の場合 作成予定 年 月頃] ②体制の整備等 ☐ 報告の様式が定められている ☐ 報告の手順が指針やマニュアルに明示されている ☐ 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() 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	10	5	医療事故に係る再発防止策の周知及び遵守 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。 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。	【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無	
2	10	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 ※厚生労働省HP「特定機能病院について」等を参照 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。	【☐ 有 ☐ 無	①医療安全管理責任者(☐ 有・ ☐ 無) 有: 専任職員職種: ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 看護師 ☐ 薬剤師 ※兼任可
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 ※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 ① 臨床研修病院:安全管理部門を設置しているか。	【☐ 有 ☐ 無	①医療安全管理部門の設置(☐ 有・ ☐ 無) 有: 組織名称:
2	10	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 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。	【☐ 有 ☐ 無	①患者相談窓口(☐ 有・ ☐ 無) 有: 組織名称:
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。 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。 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。 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。 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。 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。 ※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。	【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無	
2	10	10	事故等事案の登録分析機関への提出 ※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 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。 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。	【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無	記載事項 1 事故事案が発生した日時、場所及び診療科名 2 性別、年齢、病名その他の事故等事案に係る患者に関する情報 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 4 事故事案の内容に関する情報 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>		
2	11	1	院内感染対策のための指針の策定 ※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。 ① 院内感染対策のための指針が整備されているか。 ② 必要な事項が文書化されているか。	【☐ 有 ☐ 無 【☐ 有 ☐ 無	① 指針(☐ 有・ ☐ 無) [有の場合 最新改訂 年 月] [無の場合 設置予定 年 月頃]

		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指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 ☐ 記載もれ事項 [☐ 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 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 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。 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。	委員会(☐ 有・ ☐ 無) [無の場合 設置予定 年 月 頃] 委員会の名称: ⑤頻度[月 回(又は年 回)] [昨年度開催回数 回] ⑥構成員 ☐ 病院長 ☐ 看護部長 ☐ 内科部長 ☐ 薬剤部長 ☐ 外科部長 ☐ 事務部長 ☐ 検査部長 ☐ 感染症専門医 ☐ その他()
2	11	3	院内感染対策のための職員研修の実施 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。 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頻度[年 回] [昨年度開催回数 回] 研修内容: ②ラウンド(頻度) [週 回(又は月 回)] ラウンド実施箇所: ③相談体制(300床未満の病院)状況:
2	11	4	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 ※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。 (1) 感染制御チーム 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 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。 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。 (2) 保健所への報告体制 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 ※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、多剤耐性アシネトバ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ブレイクに対して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。 ※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・プレコネクション、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) 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。 ③ 各マニュアルは職員等に周知・活用されているか。	①感染制御チーム(☐ 有・ ☐ 無) [無の場合 設置予定 年 月 頃] 構成員 ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 薬剤師 ☐ 臨床検査技師 ☐ その他() ②ラウンド(頻度) [週 回(又は月 回)] ラウンド実施箇所: ③相談体制(300床未満の病院)状況: ①報告体制状況: ①ネットワークの構築状況: 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] 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()
			④ 減菌・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。 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。	[☐] [☐]

(7)	感染性胃腸炎のまん延防止策		
	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。	[]	
	② おう吐物の処理の正しい手法及び消毒液(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。	[]	
(8)	デイスコ手袋の取扱い		
	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。	[]	
	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后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予防接種の実施(□有・□無) 有(種類): □インフルエンザ □麻しん □風しん □B型肝炎 □新型コロナウイルス感染症(COVID-19) □その他() 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() ②麻しん、風しんに関する確認状況
	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、予防接種歴または抗体検査歴を確認しているか。	[]	
	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。	[]	
	④ 針刺し事故防止のために原則として注射針のリキャップは行わないようにしているか。	[]	
(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に関するガイドライン(六訂版)」を参照
	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。	[]	
	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。	[]	
	④ 透析室(透析ベッド及びその周辺)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。	[]	
	⑤ 患者間または透析室間では必ず手袋をはずしてから手を洗っているか。	[]	
	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。	[]	
	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。 ※交換することが望ましい。	[]	
	⑧ 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。	[]	
	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。	[]	
	⑩ 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。	[]	
(11)	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。	[]	
	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。	[]	
	⑤ 患者・家族への説明と同意が適切にされているか。	[]	
	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。	[]	
	⑦ 輸血マニュアルが整備されているか。	[]	
2	11	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院内感染対策を行う者を配置しているか。
2	12		<診療用放射線に係る安全管理の体制確保>
2	12	1	診療用放射線に係る安全管理のための責任者の配置 ① 医療放射線安全管理責任者を選任しているか。
			① 医療放射線安全管理責任者(□有・□無) 有:氏名: 資格: ※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)
2	12	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。 [診療用放射線の安全利用に関する基本的考え方]
			① 指針(□有・□無) [有の場合 最新改訂 年 月] [無の場合 設置予定 年 月頃]

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。 ※管理者との兼務は不可。医師、歯科医師、薬剤師、看護師、診療放射線技師、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。	①医療機器安全管理責任者(☐ 有・ ☐ 無) 有: 氏名: 資格:
2	14	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 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。 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。 ※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 2 人工呼吸器 3 血液浄化装置 4 除細動装置(AEDを除く) 5 閉鎖式保育器 6 診療用高エネルギー放射線発生装置(直線加速器等) 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) ※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。 ※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。 ③ 研修内容は次の事項が含まれるよう努めているか。 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 5 法令上遵守すべき事項について	①過去に使用実績の無い医療機器の導入 (☐ 有・ ☐ 無) ②左記の医療機器のうち、病院で所持しているもの (該当番号に○) [☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8] ③研修会の開催(☐ 有・ ☐ 無) 実施内容: ※特定機能病院は年2回程度定期的に実施すること ※「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) <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、特に安全使用に際して技術の習熟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、定期的な研修を行うよう措置すること。
2	14	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 ① 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。 ※保守点検が必要な機器として次の機器を含むこと 1 人工心肺装置及び補助循環装置 2 人工呼吸器 3 血液浄化装置 4 除細動装置(AEDを除く) 5 閉鎖式保育器 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) 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うに保守点検状況が記録されているか。	①保守点検計画(☐ 有・ ☐ 無) ※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(☐ 実施・ ☐ 未実施) ②保守点検の記録(☐ 有・ ☐ 無) ※記録内容(以下の事項が含まれるよう配慮されたい) 1 医療機器名 2 製造販売業者名 3 型式、型番、購入年 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
2	14	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 ① 医療機器安全管理責任者は、医療機器の添付文書、取扱説明書等の医療機器の安全使用・保守点検等に関する情報を整理し、その管理を行っているか。 ② 医療機器安全管理責任者は、医療機器の不具合情報や安全性情報等の安全使用のために必要な情報を製造販売業者等から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。 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。 ※PDMAメディアナビの積極的な活用が望まれる。	①機器の添付文書・取扱説明書等の管理 (☐ 整備済・ ☐ 未整備) ②機器の安全性情報、不具合情報の周知方法 ③機器に関する情報の病院管理者への報告体制 (☐ 整備済・ ☐ 未整備) ④その他取り組んでいる事項
2	15	<ドクターヘリの運航に関わる安全の確保>		
			※ドクターヘリ基地病院であり、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」を行う病院の該当項目	
2	15	1	ドクターヘリの運航に係る安全の確保 ① ドクターヘリの運航要領を定めているか。	
2	15	2	運航要領に定められた事項の遵守 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。	
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>		
			※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努めているか。	※「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
2	17	<特定機能病院における安全管理等の体制>		
			※特定機能病院の該当事項 ※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	
(2	17	1)	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	17	2)	② 診療録等の管理に関する責任者を選任しているか。	
(2	17	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。	
(2	17	4)	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か。	
(2	17	5)	⑤ 監査委員会を設置しているか。	

(2 17 6)	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いるか。	【 ☐ 】	
(2 17 8)	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しているか。	【 ☐ 】	
(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。	【 ☐ 】	①検体検査の精度の確保に関する責任者 (☐有・☐無) 有: 氏名: 資格:
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。	【 ☐ 】	①遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に関する責任者(☐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。 ※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 5	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) ☐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。 ② 外部精度管理調査を受けるよう努めているか。 ※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配慮しているか。 ※実施する検査項目ごとに内部精度管理を実施すること。 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。 ※血清分離のみを行う場合を除く。 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 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、インシデント発生時の対応等の体制を整備しているか。	【 ☐ 】	※サイバーセキュリティ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き」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」を参照してください。
2 20	医師の働き方改革の推進 ① 時間外・休日労働時間が月100時間以上となることが見込まれる医師(面接指導対象医師)に対して医療法上の面接指導を実施しているか。 ② 面接指導対象医師に対する面接指導実施後、必要に応じて、労働時間の短縮のために必要な措置を講じているか。 ③ 時間外・休日労働が月155時間超となった医師について、労働時間の短縮のために必要な措置を講じているか。 ④ 特定労務管理対象機関のみ 特定労務管理対象機関に勤務する特例水準の業務に従事する医師(特定対象医師)に対し、勤務間インターバルや代償休息が確保されているか。	【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】	※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(群馬県医師会)から必要な支援を受けること。

3		帳票・記録		
3	1	<診療録の管理、保存>		
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。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
		③ 診療録に診療した医師の署名がされているか。	【 〇 】	
		④ 診療録管理規程を整備しているか。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
		⑦ 診療録は、適切な方法で廃棄されているか。	【 〇 】	
(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。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
		※最新のガイドラインは「第6.0版」。		
3	2	<助産録の管理、保存>		
		※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。	【 〇 】	
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		
		(1) 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。	【 〇 】	
		(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		
		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。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
		(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		
		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。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
		(4) 臨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		
		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。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
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。	【 〇 】	
		② 入院診療計画書に必要な事項が記載されているか。	【 〇 】	
		※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。	【 〇 】	
		※提供したファイル等から書面が入手できること。		
3	3	3 退院療養計画書		
		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。	【 〇 】	
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。	【 〇 】	
		※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。	【 〇 】	
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。	【 〇 】	
		※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。	【 〇 】	

(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。	【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】	
	④ 電子照射録の場合は、以下の項目を担保していること。 ※承認(指示)医師の個人認証が確保されていること。 ※必要事項が掲載されていること。 ※必要に応じて、書面に出力できること。	【 〇 】	
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 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るか。 ※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。	【 〇 】	①見やすい場所に掲示すべき事項 ☐管理者の氏名 ☐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 ☐建物の内部に関する案内
4	業務委託 ※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る病院の該当項目 ※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5.2.15指第14号)等を参照。		※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。
4 1	<検体検査> ※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 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。	【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】	※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」の一部改正について(R1.7.10医政総発0710第1号及び医政地発0710第2号)に留意すること。
(4 1 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 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。 ② 病院本来の検体検査業務に支障が出ていないか。 ③ 非営利性を確保しているか。 ④ 検体検査業務の再委託を行っていないか。	【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】	
4 2	<医療機器等の滅菌消毒業務> ※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 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。	【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】	
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 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。	【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】	
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 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。	【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】	※患者等搬送業務とは『患者、妊婦、産婦又はじよく婦の病院、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行うもの』をいう。
4 5	<医療機器の保守点検業務> ※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 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() ※受託者名() ※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。	【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】	
4 6	<医療の用に供するガスの保守点検の業務> ※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 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。	【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】 【 〇 】	
(4 6 1)			
(4 6 2)	医療ガスの安全管理 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。 ※委員会には、原則として、医師又は歯科医師、薬剤師、看護師、臨床工学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おいては、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)。 ※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。 ※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)を置くこと。 ※実施責任者は病院の職員のうちから選任すること ※委員会の構成員を明らかにした名簿を備えておくこと ② 委員会を年1回定期的に開催しているか。 また、必要に応じて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。	【 〇 】 【 〇 】	①医療ガス安全管理委員会(☐有・☐無) 【無の場合 設置予定 年 月 頃】 委員会の名称: 医療ガス安全管理委員長: ※病院における医療安全管理についての知識を有し、かつ、医療ガスに関する知識と技術を有する者 氏名: 職名: 実施責任者: ※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する専門的知識と技術を有する者 氏名: 職種:

	③ 委託契約書に必要な事項が記載されているか。 1 委託する産業廃棄物の種類及び数量 2 運搬契約の場合は、運搬の最終目的地 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 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 5 委託契約の有効期間 6 委託者が受託者に支払う料金 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 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 ロ)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 ニ)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。 ⑤ 反社会的勢力の排除に関する事項を定めているか。	【 ☐ 】	③必要な事項 ☐ 全て有 ☐ 記載もれ事項 [☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10] マニフェストの種類 (☐ 電子 ・ ☐ 紙) マニフェスト返送日の確認 (☐ 有 ・ ☐ 無)
(4 9 2)	① 特別管理産業廃棄物管理責任者を設置しているか。 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。	【 ☐ 】 【 ☐ 】	①特別管理産業廃棄物管理責任者 (☐ 有 ・ ☐ 無) 有: 氏名: 資格: ②特別管理産業廃棄物管理責任者設置報告書の提出 (☐ 有 ・ ☐ 無)
(4 9 3)	① 感染性廃棄物の分別・管理 ② 感染性廃棄物を他の廃棄物と区分して保管しているか。 ③ 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・流出するおそれがない容器で行っているか。 ④ 保管場所は、関係者以外の者が立ち入れないようにしているか。 ⑤ 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要な措置を講じているか。 ⑥ 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。 ⑦ 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 ⑧ 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意事項を表示しているか。 ※バイオハザードマーク「登」で「鋭利なもの【黄】」、「固形状のもの【橙】」、「液状又は泥状のもの【赤】」に区分することが望ましい。	【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】	①感染性廃棄物専用の保管場所 (☐ 有 ・ ☐ 無) ⑦容器に感染性廃棄物を認識できるマーク (バイオハザードマーク等)の付与及び取扱い時の注意事項の表示 (☐ 有 ・ ☐ 無) 容器周辺に分別方法の掲示 (☐ 有 ・ ☐ 無)
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: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。 ④ 反社会的勢力の排除に関する事項を定めているか。	【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】	※平成13年厚生労働省令第202号(H13.9.28)「医療法施行規則第30条の14の2第1項の診療用放射性同位元素又は放射性同位元素によって汚染された物の廃棄の委託を受ける者を指定する省令」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。
5	防火・防災体制 ※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。 ※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	<防火管理者及び消防計画> 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出ているか。 ※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。 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、変更した場合も届け出ているか。	【 ☐ 】 【 ☐ 】	①防火管理者: 役職: 直近の届出日:(平成・令和) 年 月 日 ②消防計画 直近の届出日:(平成・令和) 年 月 日
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。 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。 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。 ※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。	【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】	①②③直近2回の消火訓練及び避難訓練 1:令和 年 月 日 (☐ 夜間又は夜間想定 ☐ 消防機関等の立会い) 2:令和 年 月 日 (☐ 夜間又は夜間想定 ☐ 消防機関等の立会い)
5 3	<防火・消火用の設備> ① 防火・消火に必要な設備(消火設備、警報設備、避難設備)が整備され、維持管理は適切に行われているか。 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。 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。	【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】	①直近2回の防火・消火設備点検 1:令和 年 月 日 2:令和 年 月 日 ②消防機関への届出 (☐ 有 ・ ☐ 無) [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いるか。 ※報告は2年に1回(令和6年度は病院は対象外です)。 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課に報告しているか。	【 ☐ 】	

		※報告は毎年。 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。 ① 防災管理者を定めているか。 ※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)。 ※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。 ② 防災管理に係る消防計画を作成しているか。 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。	【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】	
(5	5	3) 水害・土砂災害対策に係る避難計画及び避難訓練 ※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。 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、要配慮者利用施設として市町村地域防災計画に掲載されているかどうか確認しているか。 ※併せて高崎市ハザードマップ等を確認してください。 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、従業員等に周知しているか。 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、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、避難確保計画の策定時及び変更時に高崎市長に報告しているか。 ※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、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。 ※国土交通省HP「水防法」、「砂防」を参照 ※厚生労働省HP「災害医療」を参照 ※市町村や他の医療機関等と相談の上、策定してください。 ※併せて事業継続計画(BCP)の作成に努めてください。 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。 ※必ずしも災害ごとに避難訓練を行う必要はないが、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。	【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】	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 (☐ 有・ ☐ 無) 有: ☐ 立地している(水・土砂) ☐ していない 病院が要配慮者利用施設として高崎市防災計画に掲載されているかどうかの確認 (☐ 有・ ☐ 無) 有: ☐ 掲載されている ☐ されていない ※①において、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おり、なおかつ、要配慮者利用施設として市町村地域防災計画に掲載されている場合、下記の③～⑤を記入してください。 ※「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」、「病院が要配慮者利用施設として市町村地域防災計画に掲載されている」の、どちらか一方のみ該当する場合、高崎市防災安全課に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。 ③避難確保計画(☐ 有・ ☐ 無) 【 有の場合 新規作成 年 月 】 【 有の場合 直近改訂 年 月 】 【 有の場合 直近の届出 年 月 】 【 無の場合 届出予定 年 月 頃 】 ④避難訓練(☐ 有・ ☐ 無) 【 有の場合 直近の実施 年 月 】 【 無の場合 実施予定 年 月 頃 】 ⑤自衛水防組織(☐ 有・ ☐ 無) 【 有の場合 直近の届出 年 月 】 【 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る場合に限る。
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 ※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は、検査基準に記載の根拠法令等を参照。		
6	1	<管理区域>		
6	1	1 管理区域の設定と標識 ① 目的外使用(他の医療機器使用、診察室、倉庫等)はないか。 ② 管理区域が適切に設定されているか。 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。	【 ☐ 】 【 ☐ 】 【 ☐ 】	
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。	【 ☐ 】	
6	3	<放射線障害の防止に必要な注意事項の掲示>		
		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事項が掲示されているか。	【 ☐ 】	
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	<使用中の表示>		
6	5	1 使用室の出入口の標識		
		① エックス線装置を使用している時はエックス線診療室の出入口にその旨を表示しているか。	【 〇 】	
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		
		① 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に自動的にその旨を表示する装置が設けられているか。	【 〇 】	
6	6	<取扱者の遵守事項>		
6	6	1 作業衣の着用		
		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るか。	【 〇 】	
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。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
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な措置が講じられているか。	【 〇 】	
6	7	2 6-7-1の措置のうち、目の水晶体の被ばく防止の措置		
		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。	【 〇 】	
(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。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
(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。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
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線量限度を超えないよう、しゃへい等の必要な措置が講じられているか。	【 〇 】	
6	9	<器具又は同位元素で治療を受けている患者の標示>		
		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。	【 〇 】	
6	10	<使用・貯蔵等の施設設備>		
		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。	【 〇 】	
6	11	<照射器具及び同位元素の管理>		
6	11	1 照射器具の紛失防止		
		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。	【 〇 】	
		② 放射線障害予防規程の見直しを行っているか。	【 〇 】	
6	11	2 同位元素の廃止後の措置		
		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。	【 〇 】	
6	12	<障害防止措置>		
		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。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
6	13	<閉鎖施設の設備・器具>		
6	13	1 外部に通じる部分の閉鎖のための設備等		
		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。	【 〇 】	
6	13	2 排液処理槽の開口部の構造と人の立入禁止措置		
		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。	【 〇 】	
		② 当該場所について適切な表示がなされているか。	【 〇 】	
6	14	<放射性同位元素使用室の設備>		
6	14	1 放射線測定器、汚染除去器の設置		
		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。	【 〇 】	
6	14	2 準備室の排気設備		
		① 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。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
(6	14	3) 準備室の構造等		
		① 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か。	【 〇 】	

		② 診療用放射性同位元素の調剤等を行う室(準備室)とこれを用いて診療を行う室とに区画しているか。	【 〇 】	
		③ 画壁等は、その外側における実効線量が一週間に付き1ミリシーベルト以下になるようにしゃへいすることができるものとなっているか。 ※その外側が、人が通行し、又は滞在することのない場所である画壁等については、この限りでない。	【 〇 】	
		④ 人が常時出入する出入口は、一箇所となっているか。	【 〇 】	
		⑤ 診療用放射性同位元素使用室である旨を示す標識を付しているか。	【 〇 】	
		⑥ 内部の壁、床その他放射性同位元素によって汚染されるおそれのある部分は、突起物、くぼみ及び仕上げ材の目地等のすきまの少ないものとしているか。	【 〇 】	
		⑦ 内部の壁、床その他放射性同位元素によって汚染されるおそれのある部分の表面は、平滑であり、気体又は液体が浸透しにくく、かつ、腐食しにくい材料で仕上げているか。	【 〇 】	
6	15	<貯蔵箱等の障害防止の方法と管理>		
6	15	1 貯蔵容器等の防護の状況について		
		① 貯蔵容器及び運搬容器等が貯蔵及び運搬時に1mの距離における実効線量率が100μSv毎時以下になるようようしゃへいされているか。	【 〇 】	
6	15	2 容器の構造と材質について		
		① 貯蔵又は運搬する際に空気を汚染するおそれがある場合に使用する貯蔵容器及び運搬容器は気密構造となっているか。	【 〇 】	
		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、こぼれにくい構造で液体の浸透しにくい材料でできているか。	【 〇 】	
6	15	3 標識の標示		
		① 貯蔵箱等の貯蔵容器、運搬容器又は保管廃棄容器を示す標識が付されているか。	【 〇 】	
6	16	<廃棄施設>		
6	16	1 排水処理槽の構造について		
		① 排水施設において排水流出の調整装置が設けられているか。	【 〇 】	
6	16	2 排気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。	【 〇 】	
(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。	【 〇 】	
6	17	<通報連絡網の整備>		
		① 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通報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。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
6	18	<移動型エックス線装置の保管>		
		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。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
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>		
6	19	1 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。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
		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。	【 〇 】	
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を配置し、法令に基づく届出を行っているか。	【 〇 】	
(6	20)	<MRI(核磁気共鳴画像診断装置)>		
(2	14)	※MRIを有する病院の該当項目 ※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・医政経発第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。	【 〇 】	
(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		
		① 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。	【 〇 】	
(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。	【 〇 】	
(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。	【 〇 】	
(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。 ※10kHz以上の高周波電流を利用する医療用設備が該当	【 〇 】	
(6	21)	<移動健診等施設を用いた健康診断等>		
		※車輦内で健康診断等が実施可能な構造設備を持つ車輦(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。	【 〇 】	
		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続きを行っているか。	【 〇 】	
		③ 病院の事業としてではなく、健康診断等を行う場合、実施場所毎に診療所開設手続きを行っているか。	【 〇 】	

(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。 ※計画名() ※作成年月(年 月)	[☐]	①業務継続計画『自然災害』(☐ 有・ ☐ 無) [有の場合 最新改訂 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。 ※計画名() ※作成年月(年 月)	[☐]	②事業継続計画『感染症』(☐ 有・ ☐ 無) [有の場合 最新改訂 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。 ※計画名() ※作成年月(年 月) ※策定済の場合、計画名及び作成年月を記入してください。	[☐]	③事業継続計画『サイバー攻撃』(☐ 有・ ☐ 無) [有の場合 最新改訂 年 月] [無の場合 ☐ 作成予定 年 月頃・ ☐ 未定] ※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

区 分	法定必要人員 A	現 員 数			現 員 計 D=B+C	過不足数 E=D-A
		常 勤 B	非常勤			
			換算数 C			
医 師	人	人	人	人	人	人
歯科医師						
薬剤師						
栄養士						
看護補助者						

区 分	法定必要人員 A	現 員 数									現員計 D=B+C	過不足数 E=D-A	
		常 勤				非 常 勤							
		看護師	准看護師	助産師	計	看護師	准看護師	助産師	計	換算数			
		A				B					C	D=B+C	E=D-A
看護師等		人	人	人	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

整理 番号	院内役職名 担当診療科名	氏 名	免 許		採 用 年 月 日	常勤・非常 勤の別	一日の勤務時間			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
			登録番号	登録年月日			勤務曜日	勤務時間	除外(休憩)時間	勤務先	所在地	曜日	始業	～	終業	
1								～	～					～		
								～	～					～		
2								～	～					～		
								～	～					～		
3								～	～					～		
								～	～					～		
4								～	～					～		
								～	～					～		
5								～	～					～		
								～	～					～		
6								～	～					～		
								～	～					～		
7								～	～					～		
								～	～					～		
8								～	～					～		
								～	～					～		
9								～	～					～		
								～	～					～		
10								～	～					～		
								～	～					～		
11								～	～					～		
								～	～					～		
12								～	～					～		
								～	～					～		

病院名

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

職種		一週間の所定労働時間		病院名							
整理番号	院内役職名	氏名	免許		採用年月日	常勤・非常勤の別	夜勤の有無	非常勤職員である場合の勤務時間			備考
			登録番号	登録年月日				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										～	

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 許		採 用 年 月 日	常勤・非常勤の別	夜勤の有無	備考
			登録番号	登録年月日				
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 許		採 用 年 月 日	常勤・非常勤の別	夜勤の有無	備考
			登録番号	登録年月日				
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 許		採 用 年 月 日	常勤・非常勤の別	夜勤の有無	区分	備考
			登録番号	登録年月日					
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 許		採 用 年月日	常勤・非常勤の別	夜勤の有無	備考
				登録番号	登録年月日				
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	
------------	--

整理番号	院内役職名	区分	氏 名	免 許		採 用 年月日	常勤・非常勤の別	夜勤の有無	備考
				登録番号	登録年月日				
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 許		採 用 年月日	常勤・非常勤の別	夜勤の有無	備考
				登録番号	登録年月日				
1									
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	
------------	--

整理番号	院内役職名	氏 名	免 許		採 用 年 月 日	常勤・非常勤の別	夜勤の有無	備考
			登録番号	登録年月日				
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 許		採 用 年 月 日	常勤・非常勤の別	夜勤の有無	備考
			登録番号	登録年月日				
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	
------------	--

整理番号	院内役職名	氏 名	免 許		採 用 年 月 日	常勤・非常勤の別	夜勤の有無	備考
			登録番号	登録年月日				
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	
------------	--

整理番号	院内役職名	氏 名	免 許		採 用 年 月 日	常勤・非常勤の別	夜勤の有無	区分	備考
			登録番号	登録年月日					
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	登録年月日	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				

- (注) 1 区分欄には該当するところに○印を記入すること
2 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 番号	院内役職名	氏 名	採 用 年月日	常勤・非 常勤の別	夜勤の 有無	療養・精 神の別	非常勤職員である場合の勤務時間				備考
							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		役 職 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	

(1 6) 病院検査業務従事者調

検 査 種 別	装置 の有無	従 事 者 名 (資格をかつこ書きすること)	備 考
X線検査			
R I 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			

第 6 表

医師の人員が医療法に定める従事者の標準数の 7 0 % 以下の病院の立入検査調査表

				実施年月日		令和 年 月 日		
病 院 側 出 席 責 任 者				聴 取 責 任 者				
職 名		氏 名		職 名		氏 名		
病 院 名				開 設 者				
所 在 地				電話番号				
病床種別	一般 ・ 療養		病 床 数	一 般	療 養	精 神	結 核	感染症
	精神 ・ 結核							
感染症								
検査結果								
令和 年 度				令和 年 度				
入院患者 人		外来患者 人		入院患者 人		外来患者 人		
医 師 数				医 師 数				
標 準 数	実 人 員	過 不 足	充 足 率	標 準 数	実 人 員	過 不 足	充 足 率	
人	人	人	%	人	人	人	%	
聴取結果								
1 医師確保の困難な理由								

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)	行っている 行っていない ()
7 減額していない場合の対応	減額する 減額する予定はない

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）

				実施年月日		令和 年 月 日	
病 院 側 出 席 責 任 者				聴 取 責 任 者			
職 名		氏 名		職 名		氏 名	
病 院 名				開 設 者			
所 在 地				電 話 番 号			
病床種別	一般 ・ 療養 精神 ・ 結核 感染症	病床数	一 般	療 養	精 神	結 核	感 染 症
検査結果							
結 果	1 70%を上回った			3 前回と同様			
	2 50%を上回ったが、70%以下			4 前回より悪化した			
その他の措置	病床の削減を行った （削減した病床の種類と病床数： 床 許可年月日： 年 月 日） 現在病床削減の申請中 （削減する病床の種類と病床数： 床 申請年月日： 年 月 日） 病床区分の変更を行った （変更した病床の種類と病床数； 床 許可年月日； 年 月 日）						
前 回 の 結 果				今 回 の 結 果			
医 師 数				医 師 数			
標 準 数	実 人 員	過 不 足	充 足 率	標 準 数	実 人 員	過 不 足	充 足 率
人	人	人	%	人	人	人	%

第8表 診療所施設表

1. 施設名		7. 許可病床数	一般	床
2. 所在地			療養	床
3. 電話番号			精神	床
4. 管理者氏名			その他	床
5. 開設年月日			合計	床
6. 開設者名				
開設者の区分（該当するものに○）	国（厚生労働省）	厚生連		
	国（（独）国立病院機構）	国民健康保険団体連合会		
	国（国立大学法人）	健康保険組合及びその連合会		
	国（（独）労働者健康安全機構）	共済組合及びその連合会		
	国（（独）国立高度専門医療研究センター）	国民健康保険組合		
	国（（独）地域医療機能推進機構）	公益法人		
	国（その他）	医療法人		
	都道府県	私立学校法人		
	市町村	社会福祉法人		
	地方独立行政法人	医療生協		
	日赤	会社		
	済生会	その他の法人		
	北海道社会事業協会	個人		
	8. 診療科目名（標榜しているすべての科目に○）			
内科	内科（ペインクリニック）	胃腸外科	腫瘍放射線科	
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	
神経内科	整形外科	婦人科	呼吸器科	
心療内科	脳神経外科	眼科	消化器科	
感染症内科	形成外科	耳鼻咽喉科	胃腸科	
漢方内科	美容外科	リハビリテーション科	循環器科	
老年内科	腫瘍外科	放射線科	皮膚泌尿器科	
女性内科	移植外科	放射線診断科	性病科	
新生児内科	頭頸部外科	放射線治療科	こう門科	
性感染症内科	胸部外科	病理診断科	気管食道科	
内視鏡内科	腹部外科	臨床検査科	麻酔科	
人工透析内科	肝臓外科	救急科		
疼痛緩和内科	脾臓外科	児童精神科		
ペインクリニック内科	胆のう外科	老年精神科		
アレルギー・疾患内科	食道外科	気管食道・耳鼻咽喉科		

第9表 診療所立入検査表

(令和 年 月 日 調査)

1 / 2

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. 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		

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	0	
B 対象項目数	0	
C 適 「○」 数	0	
D 否 「×」 数	0	
E 非対象項目数「ー」	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。

第10表 診療所資格者等名簿

(1) 医師・歯科医師

整理 番号	院内役職名 担当診療科名	氏 名	免 許		採 用 年月日	常勤・非 常勤の別	一日の勤務時間			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
			登録番号	登録年月日			勤務曜日	勤務時間	除外(休憩)時間	勤務先	所在地	曜日	始業	～	
1								～	～				～		
								～	～				～		
2								～	～				～		
								～	～				～		
3								～	～				～		
								～	～				～		
4								～	～				～		
								～	～				～		
5								～	～				～		
								～	～				～		
6								～	～				～		
								～	～				～		
7								～	～				～		
								～	～				～		
8								～	～				～		
								～	～				～		
9								～	～				～		
								～	～				～		
10								～	～				～		
								～	～				～		
11								～	～				～		
								～	～				～		
12								～	～				～		
								～	～				～		

(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					
薬剤師					
栄養士					
診療放射線技師					
診療X線技師					
臨床検査技師					
衛生検査技師					
その他の					
	氏 名	常勤・非常勤の別	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。

様式 1

第 号
令和 年 月 日

管理者 様

高崎市長 ○ ○ ○ ○
(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：○○

所在地 〒370-0829
高崎市高松町 5 番地 2 8

電 話 027 - 381 - 6111

F A X 027 - 381 - 6124

別紙

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

様式 2

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 ○ ○ ○ ○
(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：○○

所在地 〒370-0829
高崎市高松町 5 番地 2 8

電 話 027 - 381 - 6111
F A X 027 - 381 - 6124

別紙

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 ○ ○ ○ ○
(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。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：○○

所在地 〒370-0829
高崎市高松町 5 番地 2 8

電 話 027 - 381 - 6111

F A X 027 - 381 - 6124