

# 1. 診療所調査票(無床診療所用)

(令和 年 月 日現在)

名称	TEL															
	FAX															
	MAIL															
所在地	〒															
開設者氏名 (又は法人名)			管理者氏名													
診療科目	(計: 科目)															
外来 診療時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	祝日								
従業者数	職種	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	診療放射 線技師	理学 療法士	作業 療法士	視能 訓練士	言語 聴覚士	事務	その他 (※)	合計
	常勤															
	非常勤															
(※)「その他」の従業者の内訳(職種及び人数)を記入してください。(例:臨床検査技師 ○名)															合計	
設備概要	エックス線装置	有・無		スプリンクラー		有・無		滅菌装置 (オートクレーブ等)			有・無					
	CTスキャン	有・無		自家発電装置		有・無		調剤所			有・無					
業務委託	業務				有 無				委託業者名							
	1. 検体検査業務				有(全部) ・ 有(一部) ・ 無											
	2. 医療機器等の滅菌消毒業務				有(全部) ・ 有(一部) ・ 無											
	3. 患者給食業務				有(全部) ・ 有(一部) ・ 無											
	4. 患者搬送業務				有(全部) ・ 有(一部) ・ 無											
	5. 医療機器の保守点検業務				有(全部) ・ 有(一部) ・ 無											
	6. 医療ガス供給設備の保守点検業務				有(全部) ・ 有(一部) ・ 無											
	7. 寝具類の洗濯業務				有(全部) ・ 有(一部) ・ 無											
	8. 施設の清掃業務				有(全部) ・ 有(一部) ・ 無											
	9. 感染性廃棄物の処理業務				有(全部) ・ 有(一部) ・ 無											
10. 医療用放射性汚染物の廃棄業務				有(全部) ・ 有(一部) ・ 無												
感染性廃棄物の処理方法	感染性廃棄物の収集、運搬、保管、処理について具体的に記入してください。															
薬の処方	① 院外処方のみ ・ ② 院内処方のみ ・ ③ 両方:主に ( 院外 ・ 院内 ) 処方															

## 2. 患者集計表

(1/2枚目)

医療機関名:

(期間:令和 年4月 ~ 令和 年3月)

月別	外来患者数(※1)				実外来 診療日数 (※2)	外来患者に係る 取扱処方せん数 (※3)
	一般 (右以外)	耳鼻 咽喉科	眼科	精神科		
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
1						
2						
3						
合計						
平均(※4)						

### (※1)外来患者数について

- ・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です。
- ・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してください。

### (※2)実外来診療日数について

- ア 各科別の年間の外来診療日数ではなく、貴院の実外来診療日数を記載してください。
- 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てください。
- ウ 定期的な休診日がある場合は、その日数を除いてください。
- 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、診療日数には加えません。

### (※3)外来患者に係る取扱処方せん数について

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に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。

### (※4)平均の算出・記載方法について

- ・外来患者数:合計を実外来診療日数で除した数を記入してください。(小数点第2位以下を切り捨て、小数点第1位まで)
- ・処方せん数:合計を実外来診療日数で除した数を記入してください。(小数点第2位以下を切り捨て、小数点第1位まで)

## 2. 患者集計表

(2/2枚目)

医療機関名:

(期間:令和 年 4月 ~ 令和 年 月)

月別	外来患者数(※1)				実外来 診療日数 (※2)	外来患者に係る 取扱処方せん数 (※3)
	一般 (右以外)	耳鼻 咽喉科	眼科	精神科		
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
1						
2						
3						
合計						
平均(※4)						

### (※1)外来患者数について

- ・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です。
- ・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してください。

### (※2)実外来診療日数について

- ア 各科別の年間の外来診療日数ではなく、貴院の実外来診療日数を記載してください。
- 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てください。
- ウ 定期的な休診日がある場合は、その日数を除いてください。
- 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、診療日数には加えません。

### (※3)外来患者に係る取扱処方せん数について

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に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。

### (※4)平均の算出・記載方法について

- ・外来患者数:合計を実外来診療日数で除した数を記入してください。(小数点第2位以下を切り捨て、小数点第1位まで)
- ・処方せん数:合計を実外来診療日数で除した数を記入してください。(小数点第2位以下を切り捨て、小数点第1位まで)



## 4. 院内感染の防止について

令和 年 月 日現在

施設名 ( )

### 1 院内感染対策委員会の設置

設置の有無	有 ・ 無	開催回数	年・月・週 ____回 年度計 ____回
設置年月日	年 月 日設置		
委員長職氏名	職種 ( ) 氏名 ( )		
構成メンバーの 職氏名	氏 名 ・ 職 種	氏 名 ・ 職 種	

### 2 マニュアルの作成

有 (作成年月日: 年 月 日)

無

### 3 院内感染についての職員への周知方法

①口 頭 (具体的に: )

②書 面 (具体的に: )

③その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

#### 4 感染防止のための具体的処置

①消 毒（具体的に： \_\_\_\_\_ )

②清 掃（具体的に： \_\_\_\_\_ )

③施設管理（集中治療室、新生児室、手術室、その他に区分し具体的に）

i 集中治療室：

ii 新生児室：

iii手 術 室：

iv その他（場所等）：

④その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

#### 5 患者の把握方法

検 査 方 法： ①全患者対象

②医師の判断で一部患者のみ実施

③その他 \_\_\_\_\_ )

#### 6 患者の発生状況（調査日現在）

有 発生件数 件  
・ 対応状況（別紙に記載のこと）  
無

## 6. 非常災害対策の状況

### (1) 防災設備等の状況

消防計画の届出 平成・昭和 年 月 日

防火管理者氏名 (職種)

施設・設備		消防法令による設備義務の有無	設備状況
防火設備	避難階段	有・無	有(か所)・無
	避難口(非常口)	有・無	有(か所)・無
	病室、地下、階段等の内装材料		適・不適
	防火戸・防火シャッター	有・無	有(か所)・無
消防用設備	屋内消火栓設備	有・無	有(か所)・無
	屋外消火栓設備	有・無	有(か所)・無
	スプリンクラー設備	有・無	有・無
	自動火災報知設備	有・無	有・無
	非常通報装置	有・無	有・無
	漏電火災警報器	有・無	有・無
	非常警報設備	有・無	有・無
	避難器具(すべり台、救助袋)	有・無	有(か所)・無
	誘導等及び誘導標識	有・無	有(か所)・無
	防火用水	有・無	有・無
非常電源設備	有・無	有・無	
カーテン・布製フライント等の防火性能	有・無	有・無	

### (2) 各種防災訓練の実施状況

区分	実施回数	実施月	消防署への事前通報	消防署の立会	記録
避難訓練	< >	< >	有(回)・無	有(回)・無	有・無
うち夜間又は夜間想定	< >	< >	有(回)・無	有(回)・無	有・無
通報訓練	< >	< >	有(回)・無	有(回)・無	有・無
消火訓練	< >	< >	有(回)・無	有(回)・無	有・無

1 前年度1年間の実施状況を記入するとともに、< >内に本年度の実施回数及び実施月を記入すること。

2 総合訓練として実施した場合は、上記の区分に従って記入すること。

### (3) 緊急時連絡網等の整備状況

自動転送システムの設置	有・無	緊急時連絡網の整備	有・無
-------------	-----	-----------	-----

### (4) 消防署の立入検査の状況(平成 年度)

実施年月日	指導指示等の内容
	(文書)
	(口頭)
	(上記に対する改善措置)

7. 浴室設置状況調査 (施設名： )

記入日：

浴室の種類		内訳			
	種類	数	内訳		
			循環連日式	循環毎日換水	毎日換水
1	<input type="checkbox"/> 大浴場（複数人で入浴）		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 個室風呂		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 機械浴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ミスト浴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> シャワー浴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	気泡発生装置の有・無	設置場所：		
設置場所：					
設置場所：					
3	給油方式	<input type="checkbox"/> 瞬間湯沸かし機			
		<input type="checkbox"/> エコキュート			
		<input type="checkbox"/> ボイラー			
		<input type="checkbox"/> その他（ ）			
4	貯湯槽の有（数）・無	<input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無			
	貯湯槽の温度 °C	°C			
5	受水槽の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	容量（m <sup>3</sup> ）	（ ） m <sup>3</sup>			
	直近の清掃年月日	令和 年 月 日			

2. 入院患者給食施設設置状況調査

1	入院患者用給食提供	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
2	給食調理室	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し（ <input type="checkbox"/> 外部発注）
3	調理員数	（ ）名

記入方法：該当する箇所に☑して下さい。（ ）内は具体的に記入して下さい。



## 8. 安全管理自主点検票（無床診療所用）

・これは安全管理についての自主点検を目的としたチェックシートです。

・各点検項目について、適であれば「○」、不適であれば「×」、貴院に該当しない項目であれば「-」を、点検欄に記入してください。

・貴院で各項目の内容を十分検討され、適切な対策にお役立て下さい。

・点検項目は、「医療機関立入検査必携（平成25年3月日本公衆衛生協会）」、「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱（令和2年9月）」を参考に作成しています。

（医療機関名）

（点検日）令和 年 月 日

点検項目	点検	法令等
<b>■医療に係る安全管理のための指針の整備</b>		
1 医療に係る安全管理のための指針（医療安全管理マニュアル）が作成されているか。		法1通1
2 指針には、次の項目が記載されているか。 ①貴院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貴院等の組織に関する基本事項 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貴院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	法1通1	
<b>■医療安全管理委員会</b>		
3 院内に医療安全管理委員会を設置しているか。		法1通1
4 医療安全管理委員会の管理及び運営に関する規程が定められているか。		法1通1
5 医療安全管理委員会は、医師、看護師、薬剤師等、各部門の安全管理の責任者から構成されているか。		法1通1
6 医療安全管理委員会は定期的（月1回程度）に開催されているか。		法1通1
7 医療安全管理委員会の議事録は作成・保存されているか。		
8 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しているか。		法1通1
9 医療安全管理委員会では医療事故やインシデント事例の分析・評価がおこなわれ、改善計画がたてられているか。		法1通1
10 改善策の企画立案については、背景要因や根本原因を分析し検討しているか。		法1通1
11 医療安全管理委員会での検討事項、改善計画をマニュアルに反映し、それらを職員全体に定期的に周知徹底しているか。		法1通1
12 医療安全管理委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じ調査し見直しを行っているか。		法1通1
13 医療事故防止のための職員の教育・研修を年2回程度定期的に開催しているか。 ※研修では、当該医療機関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。		法1通1
14 研修の実施内容（開催日時、出席者、研修項目等）の記録を作成・保存しているか。		法1通1
<b>■医療事故およびインシデント事例の報告制度</b>		
15 医療事故およびインシデント事例が、速やかに医療安全管理委員会に報告されているか。		法1通1
16 些細なインシデント事例でも報告され、できるだけ多くの事例を収集しているか。		
<b>■医療事故発生時の対応</b>		
17 患者の苦情や相談に対応する窓口を設置しているか。		
18 重大な問題が発生した場合は、医療安全管理委員会を適宜開催しているか。		法1通1
19 重大な問題が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善案の立案及び実施並びに従事者への周知を図っているか。		法1通1

点 検 項 目		点 検	法 令 等
<b>■薬剤の管理、配薬、投与について</b>			
20	医薬品の安全使用を確保するための業務を行う責任者(以下、「医薬品安全管理責任者」という。)を設置しているか。 ※医薬品安全管理責任者は、医師、歯科医師、薬剤師又は看護師、歯科衛生士のうちいずれかの資格を有しており、医薬品に関する十分な知識を有する常勤職員であること。 ※医薬品安全管理責任者は、診療所等の管理者など他の役職との兼務も可能であること。 <u>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。</u>		法1通1
21	医薬品の取扱いに係る業務の手順を文書化した医薬品の安全使用のための業務に関する手順書(以下、「医薬品の業務手順書」という。)を作成しているか。		法1通1
22	<del>医療安全管理委員会において協議した上で、医薬品の業務手順書の作成又は変更を行っているか。</del>		法1通1
23	医薬品の業務手順書には、医療機関の規模や特徴に応じて、次に掲げる事項が記載されているか。 ①医療機関で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 ②医薬品の管理に関する事項(例＝医薬品の保管場所、医薬品医療機器等法などの法令で適切な管理が求められている医薬品(麻薬・向精神薬、覚せい剤原料、毒薬・劇薬、特定生物由来製品等)の管理方法) ③患者に対する医薬品の投薬指示から調剤までに関する事項(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) 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(医療機関、薬局等)との連携に関する事項		法1通1
24	医薬品の業務手順書は、作成後も必要に応じて見直しを行っているか。		法1通1
25	必要に応じて、医薬品の安全使用のための研修を開催しているか。 ※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。		法1通1
26	医薬品安全管理責任者は、従業者の業務が手順書に基づき行われているか定期的に確認し、確認内容を記録しているか。		法1通1
27	医薬品の安全使用のために必要となる情報を収集し、その他医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策を実施しているか。		法1通1
28	毒薬又は劇薬を他の薬剤と区別して保管しているか。		法2
29	毒薬は黒地に白枠、白字をもってその品名及び「毒」の文字の記載をしているか。		法3
30	劇薬は、白地に赤枠、赤字をもってその品名及び「劇」の文字を記載しているか。		法3
31	毒薬は鍵のかかる場所で保管しているか。		法4
32	毒薬の受け払い簿を作成し、定期的に数量を確認する等適正に保管管理しているか。		通2
33	麻薬は、麻薬以外の医薬品(覚せい剤を除く。)と区別し、鍵をかけた堅固な設備内に貯蔵しているか。		法5
34	向精神薬の保管は、盗難防止の注意が十分払われている場合を除き、鍵をかけた設備内で行われているか。 ※夜間、休日等で保管場所に注意を払う者がいないときは、ロッカーや引き出し、あるいはその部屋の出入口に鍵をかけること。		法6
35	毒物・劇物を保存する場所には、「医薬用外毒物」、「医薬用外劇物」の文字を表示し、他の物と区分して保管しているか。		法7・通9
36	毒物・劇物は鍵のかかる専用の保管庫に保管しているか。 不要になった劇物・毒物は適切に廃棄処分しているか。		法8・通9
37	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。		法8・通9
38	薬品庫や調剤室は、適正な温度管理を行っているか。		法28
39	引火の恐れのある薬品(アルコール類等)は不燃物の保管庫に保管するか、火気使用箇所と離して保管されてるなど、適正に保管されているか。薬品棚の転倒防止策がとられているか。		法28
40	冷蔵庫内で薬品と食品など薬品以外のものが混在していないか。		法28
41	病棟・外来及び救急カート内の常備薬の数量、使用期限および破損の有無等の確認をしているか。		
42	処方箋を交付する時は、次の必要事項を記載しているか。 ①患者の氏名・年齢 ②薬名、分量、用法、用量 ③発行の年月日 ④使用期間 ⑤病院の名称及び所在地 ⑥医師の記名押印又は署名		法10

点 検 項 目		点検	法令等
43	麻薬を記載した処方箋を交付する時は、次の必要事項を記載しているか。 ※院内調剤の場合は、④⑤⑦は記載する必要はない。 ①患者の氏名、年齢(生年月日でも可) ②麻薬の品名、分量、用法用量 ③麻薬施用者の氏名、免許番号、記名押印又は署名 ④患者の住所 ⑤処方箋の使用期間 ⑥処方箋の発行年月日 ⑦麻薬施用者が処方を行った医療機関の名称及び所在地		法11
44	調剤済みの処方箋について、調剤済みの旨及び調剤年月日を記載し、調剤した薬剤師の記名押印又は署名を付しているか。		法12・13
45	調剤済み処方箋を2年間保管しているか。		法13・25
46	薬剤師は、処方箋中に疑わしい点があるときは、処方した医師に確認した後に調剤しているか。		法14
47	投薬に関する事故を防ぐため次のような工夫を取り入れているか。 ・オーダーリングシステムの導入 ・オーダーリングシステムによる入力時の処方チェック機能(例えば、投与量チェック、警告など)の採用 ・ダブルバック(ツインバック)の点滴やプレフィルドシリンジの採用 ・ユニットドーズシステムの利用(薬を1回量一包化して保管し、投薬直前の組み合わせをやめる) ・注射薬を含むすべての薬剤について、薬剤部門からの患者ごと薬剤払い出し		通3
<b>■間違いやすい医薬品について</b>			
48	「処方点検や調剤時、病棟への供給時に注意を要する医薬品」(日本病院薬剤師会)等を用いて、間違いやすい医薬品の採用状況を把握しているか。		通4
49	間違いやすい医薬品の組合せの双方が採用されている場合には、双方を採用することの必要性を再検討しているか。		通4
50	名称、外観、包装が類似して間違いやすい薬剤を採用している場合は、特に注意を喚起するような方法が取られているか。		
51	抗がん剤の使用に際しては、各医療機関において抗がん剤を処方する場合の条件を明確にするなど、処方ミスを防ぐための方策(※)を講じることや、薬剤部において抗がん剤の種類、投与量等の二重確認を可能な限り行うことなど、抗がん剤を安全に使用するための体制を確立するとともに、それが有効に機能しているかどうか確認しているか。 ※レジメン(投与薬剤の種類・投与量・投与日時などの指示がまとめられた計画書)による処方の活用など		通4
52	抗がん剤等は薬剤部門等の環境が整備された場所で準備を行っているか。		
<b>■輸血療法の安全対策(管理体制)</b>			資1
53	輸血用血液及び血漿分画製剤を使用したときは、血液製剤管理簿を作成し、20年間保存しているか。		通6
54	血液製剤管理簿には、以下の事項を記載しているか。 ※血液製剤の名称及び製造番号又は製造記号、使用した年月日、患者の氏名、住所(住所の代わりにID番号でも良い)。		通6
<b>■医療機器の扱い</b>			
55	医療機器の保守点検等、安全使用の確保に関する業務を行う責任者(以下、「医療機器安全管理責任者」という。)を配置しているか。 ※医療機器安全管理責任者は、医療機器に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、臨床検査技師、診療放射線技師、又は臨床工学技士のいずれかの資格を有していること。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。		法1通1
56	医療機器安全管理責任者は、医療安全管理委員会との連携のもと、次に掲げる業務を行っているか。 ①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 ③医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他医療機器の安全確保を目的とした改善のための方策の実施		法1通1
57	従業者に対する医療機器の安全使用のための研修を実施しているか。 ※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。		法1通1
58	当該医療機関にて以前に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、研修記録をつけているか。		法1通1
59	医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検を適切に実施しているか。		法1通1
60	医療機器の安全使用のために必要となる情報を収集し、その他医療機器の安全確保を目的とした改善のための方策を実施しているか。		法1通1
61	単回使用の医療機器・製品かどうか医療機器添付文書で確認しているか。		通5
62	単回使用医療機器を再使用していないか。		

点 検 項 目		点 検	法 令 等
<b>■検体検査について</b>			
63	検体検査の精度の確保に係る責任者を配置しているか。(医師又は臨床検査技師)		法26
64	遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者を配置しているか。(医師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。) ※遺伝子関連・染色体検査の業務を実施する場合に限る。 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。		法26
65	検査機器保守管理標準作業書、測定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については、医療機器の添付文書、取扱説明書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。		法26
66	検査機器保守管理作業日誌、測定作業日誌が作成されているか。 ※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。		法26
67	台帳(試薬管理台帳、統計学的精度管理台帳、外部精度管理台帳)が作成されているか。 ※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。 ※統計学的精度管理台帳又は外部精度管理台帳については、内部精度管理又は外部精度管理調査の受験を行った場合に限る。		法26
68	検査業務について以下に掲げる事項を行うよう努めているか。※努力義務 イ 内部精度管理 ロ 外部精度管理調査の受験 ハ 検査業務の従事者に対する必要な研修の実施		法26
<b>■エックス線装置について</b>			
69	診療放射線に係る安全管理のための責任者が配置されているか。 ※診療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ること。 ※原則として医師及び歯科医師であるが、常勤の放射線技師が放射線診療における最適化を担保し、医師が当該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、診療放射線技師を責任者としても差し支えない。		法27
70	診療用放射線の安全利用のための指針の策定がなされているか。 (医療放射線安全管理責任者は、次に掲げる事項を文書化した指針を策定すること。)		法27
	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 (患者などに対する当該方針の閲覧に関する事項を含む)			
71	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(次に掲げる項目)を実施しているか。 ①患者の医療被ばくの基本的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 ※頻度は1年度あたり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、研修事項等)を記録すること。		法27
72	放射線診療を受ける者の被ばく線量の管理及び記録その他の診療放射線の安全利用を目的とした改善のための方策を実施しているか。 ①被ばく線量を適正に管理しているか。 ②被ばく線量の管理について、関係学会の策定したガイドライン等(以下ガイドライン)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っているか。またガイドラインの変更時、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合わせて必要に応じて見直しているか。 ③医療被ばくの線量記録はガイドラインを参考に、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っているか。 ④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し、必要なものは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を行っているか。		法27
73	診療用放射線照射装置の放射線量が、6ヶ月に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か。		法23
74	事故発生に伴う通報連絡網を操作室等に掲示しているか。		法24

点 検 項 目		点検	法令等
<b>■医療ガスの管理</b>			
75	医療ガス安全・管理委員会を設置しているか。		通7
76	医療ガス安全・管理委員会の要綱及びメンバー表が作成されているか。		
77	医療ガス安全・管理委員会の会議には医師も必ず参加しているか。(麻酔科医がいる病院では、麻酔科医が参加しているか)		
78	委員会は、医療ガスの安全点検に関わる業務の監督責任者及び実施責任者を定め、名簿を作成しているか。		
79	医療ガス安全・管理委員会が年1回以上定期的に開催され、会議録が作成されているか。		
80	医療ガス供給設備の保守点検業務について、認定事業者と委託契約を取り交わしている場合、契約書、業務案内書及び標準作業書等を保管しているか。		法19
81	医療ガスの保守点検指針に基づく供給設備の定期保守点検及び日常点検が実施され、点検結果簿を作成しているか。		通7
<b>■健康診断</b>			
82	1年以内ごとに、従業者の健康診断が実施されているか。		法15
83	常時深夜業に従事する者については、年2回健康診断を実施しているか。		法16
84	<del>給食従事職員は、毎月1回以上定期的な健康診断(検便)を行っているか。</del>		法17
85	放射線関係職員について、法令(電離放射線障害防止規則)に基づく健康診断を6ヶ月毎に(雇入れ又は当該業務に配置替えの際も)実施し、電離放射線健康診断個人票に記録しているか。		法16
86	定期健康診断の結果、異常等が発見された職員に対し、必要な措置がとられているか。		法18
<b>■防火・防災体制</b>			
87	資格を有している防火管理者を選任しているか。		法20
88	消防計画を作成し、必要事項を定めているか。(目的、予防管理組織、防火管理者の業務、火元責任者の業務、防火教育、訓練の実施、避難誘導・搬送に関する事項、自衛消防隊の設置等)		法20
89	各部署に火元責任者を定め、火元責任者一覧表を作成しているか。		
90	消防用施設・設備の整備及びその点検を実施しているか。また、下記の帳簿等で確認できるか。 ①消火設備保守点検簿:消火器、水バケツ、消火栓、スプリンクラー等 ②警報設備保守点検簿:自動火災報知器、ハンドマイク、放送設備等 ③避難設備保守点検簿:避難はしご、滑り台救助袋、誘導灯等		法20
91	電気設備の保守点検を実施し、点検簿を作成しているか。		
92	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気、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か。 ①電気を使用する診療用機械器具については、絶縁及びアースについて安全な措置が講じられているか。 ②光線を治療に使用する機械器具については、眼球その他に障害を与えないように配慮されているか。 ③熱を使用する機械器具については、加熱することのないよう断熱材、石綿等がが適当に使用されているか。 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っているか。 ⑤年1回以上漏電防止のための措置が講じられているか。		法21・22
93	地元消防署と連携を密にし、年2回は消防計画に基づく避難訓練を実施しているか。(うち1回については夜間を想定して実施しているか。)		法20通8
94	新生児が入院している施設では、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。		通8
95	火災等緊急時における重症患者、老人患者等の避難救出体制が定められているか。		通8
96	避難経路上に避難の妨げになるような不必要な物品が置かれていないか。特に、非常口の前に物品等を置いていないか。		
97	自家発電機を保有している医療機関は、自家発電設備の保守・点検を実施し記録しているか。		

点 検 項 目		点 検	法令等
<b>■給食施設について</b>			
98	常勤の管理栄養士又は栄養士が配置されているか。		通10
99	インシデント(ヒヤリ・ハット)報告を行い原因分析を行っているか。		通11
100	給食業務を委託している施設では、業務委託契約が締結されているか。		通12
101	病院側と受託側の業務分担が明らかにされ、それに基づいた運営がなされているか。		通13
102	給与栄養目標量が算出されているか。		通14
103	給与量が給与栄養目標量を満たしているか。		通14
104	特別食は医師の発行する食事箋に基づいた献立になっているか。		通14
105	特別食については、医師による指示がなされ、指示事項が明確であるか。(指示食種と病名に整合性がある)		通14
106	夕食時間は18時以降であるか。		通14
107	患者及びその家族に対し、適切な栄養指導(個別又は集団)を行っているか。		通14
108	職員の健康診断を年1回以上実施しているか。		資2
109	職員の採用時の検便・健康診断を実施し、陽性者には適切な処置を行っているか。		資2
110	食器類の洗浄・消毒・保管をする設備があり、適切に機能しているか。		資2
<b>■災害時の食事の提供について</b>			
111	災害時対応マニュアルが作成されているか。また、関係者に周知しているか。		通15・資3
112	備蓄食品があるか。( _____日分・1日当たり _____食分の備蓄あり) ←下線部を記入してください。		通15・資3
113	非常食献立が作成されているか。		通15・資3
114	設備(代替熱電源、食器、器具類)等があり、点検を行っているか。		通15・資3

点 検 項 目	点 検	法 令 等
---------	-----	-------

<法令等>

- 法1 医療法第6条の12、同法施行規則第1条の11
- 法2 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(以下、「医薬品、医療機器等法」という。)第48条第1項
- 法3 医薬品、医療機器等法第44条第1項及び2項
- 法4 医薬品、医療機器等法第48条第2項
- 法5 麻薬及び向精神薬取締法第34条
- 法6 麻薬及び向精神薬取締法第50条の21、麻薬及び向精神薬取締法施行規則第40条第1項及び第2項
- 法7 毒物及び劇物取締法第12条第3項
- 法8 毒物及び劇物取締法第11条第1項
- 法9 毒物及び劇物取締法第15条の2
- 法10 医師法施行規則第21条
- 法11 麻薬及び向精神薬取締法27条第6項及び同法施行規則第9条の3
- 法12 薬剤師法第26条
- 法13 医療法施行規則第20条第10号
- 法14 薬剤師法第24条
- 法15 労働安全衛生規則第44条
- 法16 労働安全衛生規則第45条
- 法17 労働安全衛生規則第47条
- 法18 労働安全衛生法第66条の5
- 法19 医療法第15条の2
- 法20 消防法第8条
- 法21 医療法第20条
- 法22 医療法施行規則第16条第1項
- 法23 医療法施行規則第30条の21
- 法24 医療法施行規則第30条の25
- 法25 医療法第21条第1項第9号
- 法26 医療法第15条の2、同法施行規則第9条の7、7の2、7の3
- 法27 医療法施行規則第1条の11、第2項第3号の2
- 法28 医療法施行規則第14条

<通知>

- 通1 平成19年3月30日付け医政発第0330010号厚生労働省医政局長通知「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」
- 通2 平成13年4月23日付け医薬発第418号厚生労働省医薬局長「毒薬等の適正な保管管理等の徹底について」
- 通3 平成16年6月2日付け医政発第0602012号・薬食発第0602007号厚生労働省医政局長・医薬食品局長連名通知「医療機関における医療事故防止対策の強化・徹底について」
- 通4 平成15年11月27日付け医政発第1127004号・薬食発第1127001号厚生労働省医政局長・医薬食品局長連名通知「医療機関における医療事故防止対策の強化について」
- 通5 平成16年2月9日付け医政発第0209003号厚生労働省医政局長通知「単回使用医療用具に関する取り扱い」について
- 通6 平成15年5月15日付け医薬発第0515012号厚生労働省医薬局長通知「特定生物由来製品に係る使用の対象者への説明並びに特定生物由来製品に関する記録及び保存について」
- 通7 昭和63年7月15日付け健政発第410号厚生省健康政策局長通知「診療の用に供するガス設備の保安管理について」
- 通8 平成25年10月18日付け医政発1018第17号厚生労働省医政局長通知「病院等における防火・防災対策要綱について」
- 通9 昭和52年3月26日付け薬発第313号厚生省薬務局長「毒物及び劇物の保管管理について」
- 通10 令和2年3月5日付け保医発0305第13号厚生労働省保険局医療課長通知「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
- 通11 令和2年3月5日付け保医発0305第2号厚生労働省保険局医療課長・厚生労働省保険局歯科医療管理官通知「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
- 通12 平成5年2月15日付け指第14号厚生省健康政策局指導課長通知「病院、診療所等の業務委託について」
- 通13 平成5年2月15日付け健政発第98号厚生省健康政策局長通知「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」
- 通14 令和2年3月5日付け保医発0305第14号厚生労働省保険局医療課長通知「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の実施上の留意事項について」
- 通15 令和2年3月31日付け健健発0331第2号厚生労働省健康局健康課長通知「特定給食施設における栄養管理に関する指導・支援等について」

<資料>

- 資1 血液製剤管理マニュアル(血液製剤保管管理マニュアル作成小委員会報告(平成5年9月16日))
- 資2 平成9年3月24日付け衛食第85号別添「大量調理施設衛生管理マニュアル」
- 資3 平成31年3月付け日本公衆衛生協会「大規模災害時の栄養・食生活支援活動ガイドライン」

## 9. 院内感染対策自主点検票（無床診療所用）

・これは院内感染対策についての自主点検を目的としたチェックシートです。

・各点検項目について、適であれば「○」、不適であれば「×」、貴院に該当しない項目であれば「－」を、点検欄に記入してください。

・貴院で各項目の内容を十分検討され、適切な対策にお役立て下さい。

・点検項目は、「医療機関立入検査必携(平成25年3月日本公衆衛生協会)」を参考に作成しています。

(医療機関名)

(点検日) 令和 年 月 日

点 検 項 目		点 検	法令等
<b>■院内感染対策の指針の整備、院内感染対策委員会について</b>			
1	院内感染対策のための指針(ガイドライン)は作成されているか。		法1・通1
2	指針には、次のことが記載されているか。 ①院内感染対策に関する基本的考え方 ②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。)その他の貴院の組織に関する基本的事項 ③院内感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針 ④感染症の発生状況の報告に関する基本方針 ⑤院内感染発生時の対応に関する基本方針 ⑥患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ⑦その他の貴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		法1・通1
3	院内感染対策委員会を設置しているか。		法1・通1
4	院内感染対策委員会の管理及び運営に関する規程が定められているか。		法1・通1
5	院内感染対策委員会は、院長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等により職種横断的に構成されているか。		法1・通1
6	院内感染対策委員会を月1回程度、定期的に開催しているか。(年____回開催) ←記入してください。		法1・通1
7	院内感染対策委員会の会議録が作成・保存されているか。		
8	重大な問題が発生した場合は、院内感染対策委員会を適宜開催しているか。		法1・通1
9	院内感染が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の案及び実施並びに従事者への周知を図っているか。		法1・通1
10	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、見直しを行っているか。		法1・通1
11	各病棟の微生物学的検査にかかる状況を記した「感染情報レポート」を週1回程度作成し、委員会で、院内のMRSA、結核、血流感染等の感染症患者の動向を分析しているか。 ※細菌別、月別に細菌検出数の推移をグラフで表すなど工夫をすることが望ましい。		
12	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(保健所等)に相談する体制が確保されているか。		法1・通1
13	重症患者について、喀痰・血液・尿検査等を定期的に行い、委員会に報告するシステムになっているか。		
14	薬剤師は、抗生剤の使用状況等を委員会に報告するシステムになっているか。		通3・資2
15	委員会は、特定抗菌薬(広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬など)の使用に際しては許可制もしくは居出制をとり、抗菌薬の適正使用を監視しているか。		資1
16	委員会で、MRSA・結核に限らず自院で起こりうる様々な感染症について議論しているか。		
17	従業者に対して、院内感染症対策に関する教育・研修会が年2回程度定期的かつ計画的に行われているか。		法1・通1
18	院内感染症対策に関する研修の実施内容を記録しているか(開催、又は受講日時、出席者、研修項目)		法1・通1
19	院内感染防止マニュアルを作成し、従業者に周知徹底しているか。(例えば、マニュアルがすべての部署に配布されているか。)		



点検項目		点検	法令等
20	院内感染防止マニュアルに、標準予防策と接触感染・飛沫感染・空気感染などの感染様式ごとに対応する対策、および医療廃棄物取扱規程が含まれているか。		資1
21	委員会は病棟を巡回し、指針に添って対策がなされているか管理・確認しているか。 ※病床規模の大きい医療機関(目安として病床が300床以上)における定期的なラウンドは、可能な限り1週間に1度以上の頻度で感染制御に携わる医師、看護師、検査技師、薬剤師のうち少なくとも2名以上の参加の上で行うことが望ましい。		通3・資2・資5
<b>■手洗いについて</b>			
22	適切な手洗い方法を職員に周知徹底しているか。また、実際に手洗いを観察しあつて、適切な手洗いができているか確認しているか。		資1
23	一処置一手洗い、もしくは手指用速乾性アルコール消毒器の使用を徹底しているか。		資1
24	血涙・体液・排出物など感染のおそれがあるものに接触したら必ず手洗いをしているか。		通3・資2
25	同一患者でも、感染性のものに接触したら、処置の度に手洗いをしているか。		資1
26	処置室、重症病室など感染の機会が想定される部屋には手洗いでできる設備があるか。		
27	手の爪は短く切っているか。指輪・腕時計をはずし手首まで手洗いを行っているか。		資3
28	手洗い時は、液体石鹸を使用しているか。		資3
29	液体石鹸の継ぎ足し使用はしていないか。		
30	固形石鹸を使用する場合は、乾燥させるなど細菌が増殖しないように厳重に管理しているか。		
31	手洗い時、蛇口の栓を手のひらでなく、肘や手首で開閉するようにしているか。そのために、水道蛇口の栓はレバー式や自動感知式などになっているか。		資1
32	タオルの共用を避けるよう、ペーパータオル等を使用しているか。また、ペーパータオルはペーパーホルダーを使用する等し、汚染がなく適切に使用できるような設置状況か。		資3
33	速乾性すり込み式手指消毒剤を各部屋に準備しているか。		資1
34	速乾性すり込み式手指消毒剤を使用する前に、①有機物で手が汚染されていないか、②手が十分乾燥しているかを確認して適切に使用しているか。		資3
35	手指消毒剤には、その使用開始日を明記し、適切な管理を行っているか。		資6
36	業務中は、自分の顔や髪の毛をさわらないようにしているか。		資3
<b>■手袋について</b>			
37	血液・体液・排泄物等の感染のおそれがあるものに触れるときは、その度に手袋を着用・交換しているか。		資1
38	無菌操作時(広い開口創の処置、カテーテル等の取扱い時、透析の穿針時等)は滅菌手袋を着用しているか。		資1
39	手袋をはずした後は必ず手洗いをしているか。		資1
<b>■ガウン・マスク等について</b>			
40	血液・体液・排出物など感染のおそれがあるものに触れるとき、またそれらの飛沫が予想される場合は、撥水性のガウンやエプロンを着用しているか。		資1
41	白衣は適宜交換し、清潔に保つよう心がけているか。		資3
42	血液・体液・排出物など感染のおそれがあるものの飛散で目・鼻・口等の汚染が予測される時は、マスク(必要に応じてゴーグル・フェイスシールド)をしているか。		資1
43	スタッフは、咳の出るときはマスクを着用しているか。		
<b>■医療器具等の扱いについて</b>			
44	医療器具は、患者毎に滅菌したものか使い捨て製品を使用しているか。		
45	輸液セット、注射器及び滅菌器具等は、清潔な場所で保管しているか。※扉付きの保管庫に収納することが望ましい。		
46	中央材料室では、回収器材と滅菌器材の保管場所が明らかに区別されているか。		
47	定期的に滅菌期限を確認するなど、医療器具が清潔であることを確認できるシステムをとっているか。(特に救急カート内の器具)		
48	使用後の器具は、周囲を汚染しないように処理、廃棄しているか。		
49	酒精綿は大量に作り置きせず、毎日必要な分だけ作っているか。		

点検項目		点検	法令等
50	酒精綿は、消毒用アルコールが十分含まれていることを確認して使用しているか。		
51	点滴の調整は、清潔管理された点滴調整台で無菌操作に注意しているか。		
52	アンプルカット前のアンプル、バイアルのゴム栓部分は、酒精綿等で十分消毒しているか。		
53	点滴・注射液は調製後、直ちに使用しているか。		
54	作り置きしたヘパリン生理食塩水によるヘパリンロックは行っていないか。やむを得ず医師の指示によりヘパリンロックが必要な場合は、ヘパリン生食の注射器充填済みキット製品等を使用しているか。(あるいは、各患者専用かつ最小容量のボトルを使用し、その都度ヘパリン生食を調整して使用しているか。)		資1
55	・三方活栓は、手術室やICU以外では、極力使用しないようにしているか。やむを得ず三方活栓から薬液を注入する等で厳重に消毒しているか。 ・三方活栓から即注する場合の活栓口の消毒には、消毒用エタノールで厳重に消毒しているか。		
56	栄養療法が必要な場合は可能な限り経腸栄養を用いているか。 (静脈栄養は経腸栄養または経口摂取が不可能又は不十分な場合に用いる。)		資1
57	中心静脈カテーテルについて ・滅菌されたガーゼ型ドレッシングまたはフィルム型ドレッシングを使用しているか。 ・カテーテルの交換は定期的に行うのではなく、感染症状など抜去の必要性がある場合に交換しているか。		資1
58	膀胱留置カテーテルについて ・膀胱留置カテーテルは清潔器具を用いて無菌的操作で挿入しているか。 ・膀胱留置カテーテル挿入前に陰部洗浄を行っているか。 ・銀合金で被覆した膀胱留置カテーテルを使用しているか。 ・閉鎖式採尿システム(膀胱留置カテーテルと採尿バッグが一体化したもの)を使用しているか。 ・治療上必要な場合以外は膀胱洗浄は避けているか。		資1
59	カテーテル等の管理・交換は適切に行っているか。(尿路留置カテーテルに関しては、膀胱洗浄やカテーテル交換は定期的でなく、閉塞などの所見が見られた場合に実施しているか。)		資1
60	静脈炎のリスク減らすため、末梢静脈留置針は、原則として96時間以内で交換しているか。		
61	吸引をする場合は、手袋を装着するかセクションを使用しているか。		
62	吸引チューブは、単回使用(使い捨て)としているか。		資1
63	超音波ネプライザーは、一患者使用ごとにマウスピース、蛇管、接続部品等を洗浄、消毒、乾燥しているか。		
<b>■リネン等について</b>			
64	汚染した(感染のおそれがある)衣類・リネンは、ほこりが立たないように注意深く、ランドリーバック・ビニール袋などに現場で入れ、他の患者や周囲環境を汚染しないように搬送・処理しているか。		資3
65	汚染した(感染のおそれがある)衣類・リネンは、熱水(80℃・10分)で洗濯するか、または消毒液(次亜塩素酸ナトリウム等)で消毒しているか。		資3
66	清潔リネンはリネン庫に保管しているか。 リネン庫に、清潔リネン以外のものを保管していないか。		
67	ベッド、マットレス等の寝具類は清潔に保たれているか。		資3
<b>■隔離が必要な場合の対応</b>			
68	病原体の特性を考慮して、個室隔離、集団隔離等の対策をとっているか。		
69	感染症患者およびその家族には感染対策の実施に際して、当該感染症についての説明、および手洗い、手袋・ガウン・マスク等の使用について説明と同意がなされているか。		
70	感染症患者は、術後患者・重症患者など感染症発症のハイリスク患者との接触をできるだけ避けるようにしているか。		
71	感染症患者と乳幼児との面会(濃厚接触)を必要に応じて制限しているか。		
72	個人のプライバシー保護に留意した上で、スタッフからみて感染症患者であることを認識できるよう、カーデックス・患者表示板等に工夫がなされているか。		
73	感染症患者の移送は極力制限しているか。		

点 検 項 目		点検	法令等
<b>■感染性廃棄物について</b>			
74	特別管理産業廃棄物(感染性廃棄物)、非感染性産業廃棄物、一般廃棄物を適切に分別しているか。		法2・通2
75	廃棄物容器に、それぞれ「感染性廃棄物」、「非感染性産業廃棄物」、「一般廃棄物」が区別できるよう明示しているか。		法2・通2
76	患者に出したインシュリン自己注射器、腹膜透析器具等の感染性廃棄物は病院で回収し、処理されているか。		
77	感染性廃棄物を次のように分別し、感染性廃棄物である旨及び取り扱い時の注意事項が表示されているか。 ①液状のもの(多量の血液など):液漏れしない容器:赤色のハザードマーク ②固形のもの(血液付着のガーゼ等):破れない容器:橙色のハザードマーク ③鋭利なもの(針や鋭い刃物等):耐貫通性の容器:黄色のハザードマーク		法2・通2
78	廃棄物等の取扱いについての認識を統一し、医療従事者全員に周知徹底しているか。		法2・通2
79	感染性廃棄物は関係者以外が立ち入れない範囲に保管しているか。		法2・通2
80	感染性廃棄物の容器については、感染性廃棄物の飛散や他の廃棄物の誤投入を防止するためにも、常時蓋を閉めているか。		法2・通2
81	委託した感染性廃棄物が適切に収集、運搬及び処理されたことを特別管理産業廃棄物管理票(B2、D、E票の写し)により確認し、5年間保管しているか。送付されていない分については確認しているか。		法2・通2
82	B2、D、E票の写しが返送された時点で、産業廃棄物管理票(マニフェスト)A票の照合確認欄に日付を記載しているか。		法2・通2
<b>■患者指導</b>			
83	患者に正しい手洗いの方法を指導し、手洗いの励行を勧めているか。(必要な場合はうがい)		
84	患者に洗面所やトイレ等では個人用タオルやペーパータオル等を用い、布タオルの共用を避けるよう指導しているか。		
85	咳の出ている患者にはマスクを着用してもらっているか。		
86	患者の電気剃刀、歯ブラシ、タオルは各自専用とし、適切に保管しているか。		
87	患者等に、止血綿など血液で汚染された物品は放置せず、所定の感染性廃棄物入れに廃棄するよう指導しているか。あるいは、看護師が詰所に持ち帰るなどして適切に処理しているか。		
88	患者にはインフルエンザ等に対するワクチン接種の機会が提供されているか。		
<b>■その他</b>			
89	針や鋭い刃物等の移動については、動線を短くしているか。		
90	清潔シンクと不潔シンクを区別するなど、シンク周辺で清潔と不潔の交差がないか。(流しなどの水場の排水溝および湿潤部位などは必ず汚染しているものと考え、水の跳ね返りによる汚染に留意する。)		資1・資6
91	ベッド・器具などの配置・整頓を適切にし、空間的余裕を確保しているか。		
92	床に近い棚(床から30cm以内)に、清潔な機材を保管していないか。		資6
93	病室の床はモップ等で毎日清掃(湿式清掃)を行っているか。		資1
94	使用後のモップはよく洗浄し、十分乾燥して使用しているか。		資1
95	便所(便器)は清潔に維持されているか		資1
96	ホルマリンは、発がん性や生体毒性を考慮し、環境消毒には使用していないか。		
97	抗生剤を使用する際は、培養検査を実施し薬剤感受性パターンを把握しているか。		
98	術前の患者準備で、硬毛が邪魔になる場合以外は除毛していないか。除毛する場合もクリッパー(電気カミソリ)等を使用して、カミソリによる剃毛は行っていないか。		通3・資2
99	冷却塔の使用開始時及び使用期間中は一月以内ごとに一回、定期的に冷却塔及び冷却水の汚れの状況を点検し、必要に応じ、冷却塔の清掃及び換水等を実施するとともに、一年に一回以上、清掃及び完全換水を実施しているか。		告1
100	循環式浴槽の場合でも、浴槽水は、毎日、完全に換えることが原則であり、これにより難しい場合であっても、浴槽水の汚染状況を勘案して最低でも一週間に一回以上完全に換えているか。また残留塩素は、0.2～0.4ppmに保持されているか(使用ごとに残留塩素温度を測定する)。		告1

点検項目		点検	法令等
<b>■空気感染(飛沫核感染)予防策</b> <結核菌・麻疹ウイルス・ヘルペスウイルス等>			
101	外来受診者のうち、咳などの自覚症状から結核等が疑われる患者については、患者の申し出および担当看護師等の判断により、その患者を一般の待合い区域から感染対策のなされた特定の区域に隔離しているか。		資1
102	咳や痰が2週間以上続く患者については、胸部X線検査や喀痰検査をするなどして、結核の早期発見に努めているか。		
103	結核症およびそれが疑われる患者を確認した場合、医師は、直ちに最寄りの保健所長に届け出ているか。		資1
104	排菌している(または疑われる)結核患者は、最低限、個室で対応しているか。		
105	結核患者を収容した部屋では、換気を十分に行っているか。		
106	結核患者を収容した部屋では、独立した空調またはへパ(HEPA)フィルター等を使用しているか。		資1
107	(結核患者等で)排菌している者のみならず、その恐れがある者と接する場合にも、スタッフはN95マスクを使用しているか。		資1
108	空気感染のおそれのある患者移送は極力制限し、必要に応じて患者にサージカルマスクなど適切なマスクを着用させているか。		資1
109	喀痰採取のための専用の場所があるか。また、喀痰採取の場の空気が他の区域に流出しないよう環境整備されているか。		
110	気管支内視鏡検査を行う部屋の空気が他の区域に流出しないよう環境整備されているか。(独立換気で、他区域に対して陰圧になるような部屋での検査が望ましい。)		
<b>■飛沫感染予防策</b> <ジフテリア菌・百日咳菌・インフルエンザ菌・溶血性レンサ球菌・マイコプラズマ・インフルエンザウイルス・ムンプスウイルス・風疹ウイルス・アデノウイルス等>			
111	飛沫感染患者を他の患者と隔離できない場合は、パーティションなどで仕切り、ベッド間隔を1m以上離すなど、十分な空間的分離をしているか。		資1
112	飛沫感染患者に近づいて(1m以内で)ケアする場合、サージカルマスクを着用しているか。		資1
113	飛沫感染のおそれのある患者移送は極力制限し、必要に応じて患者にマスクを着用させているか。		資1
<b>■接触感染予防策</b> <病原性大腸菌・MRSA・緑膿菌・セラチア菌・疥癬・赤痢菌・VRE等>			
114	接触感染患者の手が日常的に触れる部位(ベッド柵・テーブル・ドアノブ・手すり等)は、消毒用アルコール等で清拭しているか。		資1
115	接触感染患者が使用した食器類は、熱水(80℃)で食器洗浄機により十分に洗浄しているか。また、必要ときは次亜塩素酸ナトリウムで消毒しているか。(MRSAの場合、消毒剤を用いたり、使い捨ての食器にする必要はない)		
116	医療器具(体温計・聴診器・血圧計等)は極力患者専用になっているか。		
117	患者専用とできない機器等は、使用後は消毒用アルコールで清拭するなどして消毒した上で室外へ持ち出しているか。		資1
118	MRSA保菌者等の入浴は最後に行っているか。		
119	浴槽使用後は通常の洗剤で洗浄し、その後、熱湯で浴槽・浴室の床を十分に洗い流しているか。		
120	MRSAやVREの排菌患者あるいは出血傾向のある患者に使用するマットレスには、あらかじめ防水性のシーツを敷いているか。		
<b>■透析感染対策</b>			
121	穿刺、止血、創部のガーゼ交換など侵襲的手技の前後に必ず入念な手洗いをしているか。なお、前記手技ごとに新しいディスポーザブル手袋に交換しているか。		資4
122	透析ステーション(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。		
123	患者間または透析ステーション間では必ず手袋をはずしてから手を洗っているか。		
124	ベッド配置は、感染予防や緊急時の対応などを考慮した配置が必要であり、ベッド間隔を1m以上とっているか。		資4
125	透析に使用する医療器具は患者毎に滅菌したものか、ディスポーザブル製品を使っているか。 ※患者の透析ステーションに持ち込んだ未使用薬剤(回数量薬剤バイアルなど)やサプライ(注射器、アルコール等)はその患者のみに使用すべきであり、共通清潔区域に戻すべきでない。また、他の患者に使用すべきではない。鉗子、ハサミその他の使い捨てできない物品は滅菌または適切な消毒がされなければ複数の患者に用いるべきでない。		資4

点検項目		点検	法令等
126	患者の交代時は、椅子、ベッド、リネン、テーブル、透析装置などを掃除および消毒しているか。 ※透析装置外装は、透析終了ごとに0.5%～1%次亜塩素酸ナトリウム溶液で清拭する。血液付着時は消毒用アルコール(70%イソプロピルアルコールでも可)綿等で拭き取り、水拭きし、その後上記操作を行う。特に機械のつまみなどをきちんと清拭する。		資4
127	透析中に投与される抗凝固薬やエリスロポエチンなどの薬剤は、透析室から区画された場所で無菌的に準備されているか。		資4
128	B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルスの新たな感染が起こっていないことを確かめる目的で、前者については、HBs抗原、HBs抗体、HBc抗体の検査を、後者についてはHCV抗体の検査を年2回以上定期的に行っているか。		資4
129	肝炎ウイルス陽性の患者は透析室内の一定の位置に固定して透析されているか。また、できる限り専任のスタッフが治療を担当しているか。		資4
<b>■職業感染予防策</b>			
130	針刺し事故防止のため、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。		資1
131	針刺し事故発生時の対応マニュアルはあるか。		資1
132	スタッフは定期的に健康診断を受けているか。		資1
133	スタッフは手指に外傷や創がある場合は、創部を覆うなど注意を払い、自らへの感染を防止すると同時に感染を媒介しないよう注意しているか。		
134	スタッフにはB型肝炎等のワクチン接種の機会が提供されているか。		資1

#### <法令等>

法1 医療法第6条の12、医療法施行規則第1条の11第2項

法2 廃棄物の処理及び清掃に関する法律

通1 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について(平成19年3月30日付け医政発第0330010号厚生労働省医政局長通知)

通2 感染性廃棄物の適正処理について(平成16年3月16日付け環産産発第040316001号環境省大臣官房廃棄物・リサイクル対策部長通知)

通3 医療機関等における院内感染対策について(平成23年6月17日付け医政指発0617第1号厚生労働省医政局指導課長通知)

告1 レジオネラ症を予防するために必要な措置に関する技術上の指針(平成15年7月25日付け厚生労働省告示第264号)

資1 医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き(案)(平成18年度厚生労働科学研究費補助金(新興・再興感染症研究事業)「薬剤耐性菌等に関する研究」(H18-新興-11)分担研究「医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き」作成の研究班) <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/070508-5.pdf>

資2 医療施設における院内感染(病院感染)の防止について(平成15年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)分担研究報告書)分担研究者 大久保 憲 <http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/02/tp0202-1.html>

資3 ユニバーサルプレコレーション実践マニュアル(「医療の安全に関する研究会」安全教育分科会編・南江堂発行)

資4 透析医療における標準的な透析換作と院内感染予防に関するマニュアル(三訂版)東京女子医科大学血液浄化療法科 秋葉 隆(平成20年3月) <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/jinshikkan/02.html>

資5 院内感染対策中央会議提言(平成23年2月8日厚生労働省医政局指導課)

資6 中小病院/診療所を対象にした医療関連制御策指針(案)2006(厚生労働科学研究安全性の高い療養環境及び作業環境の確立に関する研究班)中小病院/診療所を対象にした医療関連感染制御策指針(第2次案2008)

資7 小規模病院/有床診療所施設内指針(案)2006安全性の高い療養環境及び作業環境の確立に関する研究班