

医療法第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査  
に関する報告書  
(構造設備以外)

医療機関名

---



施設名称						
作成年月日	令和 年 月 日 現在					
点検統括責任者	所属	氏名			電話番号	
〔医療従事者〕						
	標準数	当年現員数			合計	適・否
		常勤	延べ非常勤	換算非常勤		
1-1 医師数 〔医療法第21条第1項第1号〕 〔医療法施行規則第19条第1項第1号〕						<input type="checkbox"/>
1-2 歯科医師数 〔医療法第21条第1項第1号〕 〔医療法施行規則第19条第1項第2号〕	該当 有・無					<input type="checkbox"/>
1-3 薬剤師数 〔医療法第21条第1項第1号〕 〔市条例*第4条第1項第1号〕						<input type="checkbox"/>
1-4 看護師数(含准看護師) 〔医療法第21条第1項第1号〕 〔市条例*第4条第1項第2号〕						<input type="checkbox"/>
(再掲) 准看護師数 〔医療法第21条第1項第1号〕 〔市条例*第4条第1項第2号〕		( )	( )	( )	( )	
1-5 看護補助者数 〔医療法第21条第1項第1号〕 〔市条例*第4条第1項第3号〕						<input type="checkbox"/>
1-6 栄養士数 〔医療法第21条第1項第1号〕 〔市条例*第4条第1項第4号〕						<input type="checkbox"/>
〔備考〕						
<p>※札幌市病院及び診療所における専属薬剤師の配置基準等に関する条例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療法等に定められた基準により、各職種の充足状況を確認して下さい。</li> <li>・使用する患者数は、昨年度実績です。</li> <li>・昨年度、病床数や病床種別に変更があった場合は、直近の3ヶ月の患者数を、3ヶ月に満たない場合は変更日以降の患者数を使用します。</li> <li>・医師配置標準について、1日外来患者数は通院リハビリテーションのみの患者数を除いた患者数を用いて算定することもできます。</li> <li>・精神科の外来患者に係る医師配置標準について、医師1人当たりの外来患者数の標準が40人から80人(耳鼻いんこう科・眼科と同じ扱い)となります。</li> </ul>						

[ 管 理 ]		
2-1 医療法の手続	医療法上の手続が適正に行われていますか。	適・否
1.医療法の使用許可 (医療法第27条)	構造変更を行った部分について、使用の許可を受けているか。	<input type="checkbox"/>
2.医療法届出事項の変更 (医療法施行令第4条、第4条の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されているか。	<input type="checkbox"/>
3.医療法許可事項の変更 (医療法第7条)	病院の開設許可を受けた後に厚生労働省令で定める事項を変更したときその許可を受けているか。	<input type="checkbox"/>
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 (医療法第22条、第22条の2、第22条の3)	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か。(該当病院のみ)	<input type="checkbox"/>
5.診療放射線機器の届出 (医療法施行規則第24条～第29条)	診療用放射線装置の設置、設置変更、廃止があった場合、届出をしているか。	<input type="checkbox"/>
2-2 患者入院状況	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ますか。	適・否
1.病室の定員遵守 (医療法施行規則第10条第1項第1号)	許可された定員を超えて患者を入院させていないか。	<input type="checkbox"/>
2.病室以外の場所への入院 (医療法施行規則第10条第1項第2号)	病室以外の場所に患者を入院させていないか。	<input type="checkbox"/>
3.精神病・感染症患者の入院病室 (医療法施行規則第10条第1項第3号、第4号)	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か。(身体疾患により精神病室以外の病室での入院治療が必要な場合を除く。) ※精神病床、感染症病床を有する病院が該当	<input type="checkbox"/>
4.ウイルス感染の危険のある患者の感染防止 (医療法施行規則第10条第1項第5～7号)	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切な措置をとっているか。 ※全ての病院が該当	<input type="checkbox"/>
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 (医療法施行規則第30条の15第1項)	診療用放射線照射器具又は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ていないか。	<input type="checkbox"/>
6.放射線治療病室への他の患者の入院防止 (医療法施行規則第30条の15第2項)	放射線治療病室に上記6に規定する患者以外の患者を入院させていないか。	<input type="checkbox"/>
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	新生児の管理が適切に行われていますか。	適・否
1.管理及び看護体制	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か。	<input type="checkbox"/>
2.避難体制	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。	<input type="checkbox"/>
2-4 医師の宿直 (医療法第16条)	医師の宿直体制は整っているか。 ※医師が病院に隣接した場所に待機する場合を含む	適・否
	宿直免除 (医療法施行規則第9条の15の2の規定による) ※H30.4.1より以前に免除の許可を受けていた施設を含む。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 .....> <input type="checkbox"/> 常勤医のみ <input type="checkbox"/> 非常勤のみ <input type="checkbox"/> 混合型	<input type="checkbox"/>

2-5 医薬品の取扱い (医療法第 15 条第 1 項、第 20 条)	医薬品の取扱いが適正に行われていますか。	適・否
1.毒劇薬の区別と施錠保管	毒薬又は劇薬が他のものと区別されているか。	<input type="checkbox"/>
	毒薬を貯蔵配置する場所に施錠がされているか。	<input type="checkbox"/>
	毒薬を貯蔵している金庫等を固定するなど、盗難防止措置がなされているか。	<input type="checkbox"/>
2.毒劇薬の表示	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か。	<input type="checkbox"/>
3.その他の医薬品の管理	その他の薬剤についてもその管理及び取扱いが適正に行なわれているか。	・麻薬 <input type="checkbox"/>
		・向精神薬 <input type="checkbox"/>
		・温度管理や遮光管理が必要な薬品 <input type="checkbox"/>
4.調剤所の衛生と防火管理	調剤所について衛生上、防火上適切な配慮がなされているか。(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)	<input type="checkbox"/>
2-6 医療機器等の清潔保持及び維持管理 (医療法第 20 条)	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ますか。	適・否
1.医療機器及び看護用具の清潔保持	医療用具及び看護用具が清潔を保つよう十分手入れがなされているか。 ○例示 ● 滅菌機材が適切に保管されている。 ● ディスポーザブル製品の再使用はしていない。 ● 経管栄養器具の清潔な保管 ● 吸引用具の適切な保管	<input type="checkbox"/>
2.病棟諸設備の清潔保持	病棟における諸設備は清潔に保たれているか。 ○例示 ● 病室内の清潔整頓 ● トイレの便器の清潔維持 ● リネン庫に清潔リネン類以外の物品等を保管していない。 ● 不潔物の洗浄・消毒場所が区別されている。 ● 水周りの清掃管理ができています。	<input type="checkbox"/>
2-7 調理機械・器具の清潔保持及び保守管理 (医療法第 15 条第 1 項、第 20 条)	給食施設や設備の清潔保持に注意していますか。	適・否
	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か。 ○例示 ● 清潔区域と不潔区域のゾーニング ● 専用トイレの設置 ● 手洗い設備の設置 (自動式・レバー式水栓) ● ペーパータオルの配備 ● 食器消毒設備の設置 ● 食品庫の鼠・昆虫等の進入防止対策	<input type="checkbox"/>

<p>2—8 職員の健康管理 (医療法第15条第1項)</p>	<p>職員について定期的な健康診断を行い、その結果を職員に通知し必要な措置をとらせていますか。</p>	<p>適・否</p>
<p>(参考)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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。</li> <li>• 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第53条の2には病院開設者は労働安全衛生法による事業者として職員の定期健康診断を実施するよう規定されている。</li> <li>• 深夜業務・放射線業務従事者は、年2回の受診が必要である。</li> </ul> <p>〔深夜業務従事者とは、概ね月4回以上の深夜業務に従事する者をいう。〕</p>	<p>(検診実施月：毎年 月～ 月に実施)</p> <p>(昨年度対象職員数 人) …① ※産休、育休等の休職者を除く</p> <p>(昨年度実施済職員数 人) …②</p> <p>受診率 % (②/①×100)</p> <p>非常勤労働者、業務委託労働者に対する健康診断実施状況の把握方法：</p> <p>[ ]</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>2—9 医療の情報の提供 (医療法第6条の3)</p>	<p>医療機関の有する医療機能情報が公表されていますか。</p>	<p>適・否</p>
	<p>知事が定める方法により年に1回以上、規則第1条の2第2項に規定する事項を報告するほか、病院内で閲覧できる状況にあるか。</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
	<p>医療法施行規則別表第1第1の項第1号にある基本情報に変更があった場合、すみやかに知事に報告しているか。</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

2-10 医療安全管理 (1) (医療法第1条、第6条の12、第15条第1項、第17条)	医療の安全管理のための体制が確保されていますか。	適・否	
1 医療安全管理指針	医療安全管理指針を文書化しているか。	<input type="checkbox"/>	
	指針に以下の項目が記載されているか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療安全管理に関する基本的考え方 <input type="checkbox"/></li> <li>● 委員会等の組織に関する基本的事項 <input type="checkbox"/></li> <li>● 研修に関する基本方針 <input type="checkbox"/></li> <li>● 改善方策に関する基本方針 <input type="checkbox"/></li> <li>● 事故発生時の対応に関する基本方針 <input type="checkbox"/></li> <li>● 情報共有に関する基本方針 <input type="checkbox"/></li> <li>● 患者相談対応に関する基本方針 <input type="checkbox"/></li> <li>● その他医療安全の推進のために必要な基本方針 <input type="checkbox"/></li> </ul>		
2 医療安全管理委員会	医療に係る安全管理のための委員会を開催しているか。	<input type="checkbox"/>	
	委員会の管理・運営規定はあるか。	<input type="checkbox"/>	
	重要な検討内容について管理者に報告が行われているか。	<input type="checkbox"/>	
	改善策の立案・実施・周知がされているか。 (委員会での検討内容を職員に周知しているか。)	<input type="checkbox"/>	
	改善策の実施状況を確認しているか。 確認方法： _____ (例：自主点検状況の確認等。他の方法でもよい。)	<input type="checkbox"/>	
	月1回程度開催されているか。 □月1回、□その他(月 回)	<input type="checkbox"/>	
	委員は、職種横断的に構成されているか。 □医師            □看護師            □薬剤師 □ _____   □ _____   □ _____ □ _____   □ _____   □ _____		
3 職員研修	医療に係る安全管理のための職員研修を実施しているか。	<input type="checkbox"/>	
	職種横断的に開催されているか。 □医師            □看護師            □薬剤師 □ _____   □ _____   □ _____ □ _____   □ _____   □ _____		
	未受講者への対応をしているか	<input type="checkbox"/>	
	年2回程度開催されているか。(定期： 回 臨時： 回) 内容 ① _____年 月 日 題名： _____ ② _____年 月 日 題名： _____	<input type="checkbox"/>	
	研修内容を記録しているか。	開催日時	<input type="checkbox"/>
		出席者	<input type="checkbox"/>
研修項目		<input type="checkbox"/>	

2-10 医療安全管理 (2) (医療法第1条、第6条の12、第15条第1項、第17条)	医療の安全管理のための体制が確保されていますか。	適・否
4 医療安全確保のための改善方策	院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がとられているか。 (院内発生事故等の収集等)	<input type="checkbox"/>
	発生した事故等について医療安全管理委員会への報告を行っているか。	<input type="checkbox"/>
	年間報告数について 年間インシデント報告件数： _____ 件 年間アクシデント報告件数： _____ 件	<input type="checkbox"/>
	医療事故等の情報収集・分析手順等を定めているか。	<input type="checkbox"/>
	分析に基づく改善方策を立案しているか。 (マニュアルの改訂等)	<input type="checkbox"/>
	医療事故等の分析結果が職員に周知されているか。	<input type="checkbox"/>
	周知方法 ● 回覧 <input type="checkbox"/> ● ミーティング <input type="checkbox"/> ● その他 (方法： _____) <input type="checkbox"/>	
	重大事故発生時には速やかに管理者に連絡しているか。	<input type="checkbox"/>
5 医療事故に係る再発防止策の周知及び遵守	再発防止策が周知されていると共に、遵守されているか。	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 発生した医療事故の全てが報告されており、院内で情報共有されているか。 <input type="checkbox"/></li> <li>● 研修の実施等により、従事者による再発防止策の遵守が徹底されているか。 <input type="checkbox"/></li> </ul>	



<b>2-10 医療安全管理 (3)</b> <small>(医療法第1条、第6条の12、第15条第1項、第17条)</small>	医療の安全管理のための体制が確保されていますか。	適・否
<b>6-1 医療安全管理責任者の配置</b> <small>(医療法施行規則第9条の20の2、25)</small> <small>※特定機能病院、臨床研究中核病院が該当</small>	医療安全管理責任者を配置しているか。 <b>【配置基準】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療安全、医薬品及び医療機器安全について必要な知識を有している。 <input type="checkbox"/></li> <li>● 副院長（管理者を補佐する者のうち副院長と同等のものを含む）のうち管理者が指名するものである。 <input type="checkbox"/></li> <li>● 常勤職員であり、医師又は歯科医師の資格を有している。 <input type="checkbox"/></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>6-2 医療に係る安全管理を行う者の配置</b> <small>(医師法第16条の2第1項)</small> <small>※臨床研修病院、歯科医師臨床研修施設が該当</small>	医療に係る安全管理を行う者を配置しているか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。 <input type="checkbox"/></li> <li>● 医療安全に関する必要な知識を有している。 <input type="checkbox"/></li> <li>● 自院の医療に関する安全管理を行う部門に所属している。 <input type="checkbox"/></li> <li>● 医療に係る安全管理のための委員会の構成員に含まれている。 <input type="checkbox"/></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>7-1 医療安全管理部門の設置</b> <small>(医療法施行規則第9条の20の2、25)</small> <small>※特定機能病院、臨床研究中核病院が該当</small>	医療に係る安全管理を行う部門を設置しているか。 <b>【業務内容】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療安全管理委員会に係る事務 <input type="checkbox"/></li> <li>● 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業者への必要な指導 <input type="checkbox"/></li> <li>● 医療に係る安全管理に係る連絡調整 <input type="checkbox"/></li> <li>● 医療に係る安全の確保のための対策の推進 <input type="checkbox"/></li> <li>● 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 <input type="checkbox"/></li> </ul>	<input type="checkbox"/>

2-10 医療安全管理 (4) (医療法第1条、第6条の12、第15条第1項、第17条)	医療の安全管理のための体制が確保されていますか。	適・否
<p>7-2 医療安全管理部門の設置 (医師法第16条の2第1項)</p> <p>※臨床研修病院、歯科医師臨床研修施設が該当</p>	医療安全管理部門を設置しているか。	<input type="checkbox"/>
	<p>【業務内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療安全管理委員会で用いられる資料及び議事録の作成及び、その他医療安全管理委員会の庶務に関すること。 <input type="checkbox"/></li> <li>● 医療事故等に関する診療録や看護記録等への記載が正確かつ十分になされていることを確認するとともに、必要な指導を行うこと。 <input type="checkbox"/></li> <li>● 患者や家族への説明など事故発生時の対応状況について確認を行うとともに、必要な指導を行うこと。 <input type="checkbox"/></li> <li>● 医療事故等の原因究明が適切に実施されていることを確認するとともに、必要な指導を行うこと。 <input type="checkbox"/></li> <li>● 医療安全に係る連絡調整に関すること。 <input type="checkbox"/></li> <li>● 医療安全対策の推進に関すること。 <input type="checkbox"/></li> </ul>	
<p>8 患者からの相談体制の確保 (医療法施行規則第9条の20の2、25)</p> <p>※特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研修病院、歯科医師臨床研修施設が該当 ※臨床研究中核病院の場合は「研究の対象者又はその家族からの相談」とする。</p>	患者からの相談に適切に応じる体制を確保しているか。	<input type="checkbox"/>
	<p>【設置基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者・研究対象者等相談窓口の活動の趣旨、設置場所、担当者及びその責任者、対応時間等について、患者等に明示されていること。 <input type="checkbox"/></li> <li>● 患者・研究対象者等相談窓口に活動に関し、相談に対応する職員、相談後の取扱い、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規約が整備されていること。 <input type="checkbox"/></li> <li>● 相談により、患者や家族等が不利益を受けないよう適切な配慮がなされていること。 <input type="checkbox"/></li> <li>● 患者及び研究対象者等の臨床研究に係る相談を幅広く受けているか。※臨床研究中核病院のみ該当 <input type="checkbox"/></li> </ul>	
<p>9 院内での死亡事例を遺漏なく把握できる体制の確保 (医療法第6条の10、11)</p>	医療事故（当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの）が発生した場合には、医療事故調査・支援センターに報告しているか。	<input type="checkbox"/>
	医療事故が発生した場合には、原因を明らかにするために必要な調査を行っているか。	<input type="checkbox"/>
<p>10 事故等報告書の提出 (医療法施行規則第12条)</p> <p>※特定機能病院、事故等報告病院が該当</p>	医療法施行規則第9条の20の2に基づき作成した事故等報告書を提出しているか。	<input type="checkbox"/>
	<p>①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2週間以内に、登録分析機関に提出しなければなりません。</p> <p>②登録分析機関は、「公益財団法人日本医療機能評価機構」です。</p>	

2-11 院内感染対策（1） <small>（医療法第6条の12、第15条第1項、第17条）</small>	院内感染対策のための体制が確保されていますか。	適・否
1 院内感染対策指針	院内感染対策指針を文書化しているか。	<input type="checkbox"/>
	指針に以下の項目が記載されているか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 院内感染対策に関する基本的考え方 <input type="checkbox"/></li> <li>● 委員会等の組織に関する基本的事項 <input type="checkbox"/></li> <li>● 研修に関する基本方針 <input type="checkbox"/></li> <li>● 感染症の発生状況の報告に関する基本方針 <input type="checkbox"/></li> <li>● 院内感染発生時の対応に関する基本方針 <input type="checkbox"/></li> <li>● 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 <input type="checkbox"/></li> <li>● その他院内感染対策の推進のために必要な基本方針 <input type="checkbox"/></li> </ul>	
2 院内感染対策委員会	院内感染対策のための委員会を開催しているか。	<input type="checkbox"/>
	委員会の管理・運営に関する規定はあるか。	<input type="checkbox"/>
	重大な検討内容について院内感染発生時等の対応状況が管理者へ報告されているか。	<input type="checkbox"/>
	改善策の立案・実施・周知がされているか。 <small>（委員会で検討された内容を、職員に周知しているか。）</small>	<input type="checkbox"/>
	改善策の実施状況を確認しているか。 確認方法： _____ <small>（例：自主点検の実施等。他の手法でもよい。）</small>	<input type="checkbox"/>
	月1回程度開催されているか。 <input type="checkbox"/> 月1回、 <input type="checkbox"/> その他（月 回）	<input type="checkbox"/>
3 職員研修	院内感染防止対策のための職員研修を実施しているか。	<input type="checkbox"/>
	職種横断的に開催されているか。 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
	未受講者への対応をしているか。	<input type="checkbox"/>
	年2回程度開催されているか。（定期： 回 臨時： 回） 内容 ① _____年 月 日 題名： _____ ② _____年 月 日 題名： _____	<input type="checkbox"/>
	研修内容を記録しているか。	<input type="checkbox"/> 開催日時 <input type="checkbox"/> 出席者 <input type="checkbox"/> 研修項目

2-11 院内感染対策（2） <small>（医療法第6条の12、第15条第1項、第17条）</small>	院内感染対策のための体制が確保されていますか。	適・否
4 院内感染対策改善方策	院内における感染症発生状況の報告等の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策がとられているか。 <small>（院内感染対策実施状況の確認等）</small>	<input type="checkbox"/>
	院内の感染症発生状況が報告され職員に周知されているか。	<input type="checkbox"/>
	院内感染対応に関するマニュアルを整備しているか。	<input type="checkbox"/>
	標準予防策が策定されているか。 <small>（個人用防護具の適正使用、手指消毒の励行）</small>	<input type="checkbox"/>
	経路別予防策が策定されているか。	<input type="checkbox"/>
	病原体別予防策を策定しているか。	<input type="checkbox"/>
	院内感染対応に関するマニュアルの定期的な見直し・確認が行われているか。 確認方法： _____ <small>（例：自主点検・院内ラウンド・外部評価等。他の方法でもよい。）</small>	<input type="checkbox"/>
5 院内感染対策者の配置 <small>（医療法施行規則第9条の20の2）</small>  <small>※特定機能病院が該当</small>	専任の院内感染対策を行う者を配置しているか。  <b>【配置基準】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医師、歯科医師、薬剤師又は看護師のうちいずれかの資格を有していること。 <input type="checkbox"/></li> <li>● 院内感染対策に関する必要な知識を有していること。 <input type="checkbox"/></li> </ul>	<input type="checkbox"/>

<p>2-12 診療用放射線 安全管理(1)</p> <p>(医療法第6条の12、第15条第1項、第17条)</p>	<p>放射線診療を受ける者への安全管理の体制が確保されていますか。</p>		
<p>1 医療放射線安全管理責任者の配置</p> <p>※常勤職員であること。</p>	<p>診療用放射線に係る安全管理のための責任者を配置しているか。</p>		<input type="checkbox"/>
	<p>資格</p>	<p><input type="checkbox"/> 医師    <input type="checkbox"/> 歯科医師    <input type="checkbox"/> 診療放射線技師</p>	
	<p>氏名</p>	<p>所属</p>	
<p>2 診療用放射線の安全利用のための指針</p>	<p>診療用放射線の安全利用のための指針を文書化しているか。</p>		<input type="checkbox"/>
	<p>指針に以下の項目が記載されているか。</p>		<input type="checkbox"/>
	<p>● 診療用放射線の安全利用に関する基本的考え方</p>		<input type="checkbox"/>
	<p>● 研修に関する基本的方針</p>		<input type="checkbox"/>
	<p>● 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</p>		<input type="checkbox"/>
<p>● 過剰被ばく等の事例発生時の対応に関する基本方針</p>		<input type="checkbox"/>	
<p>● 患者への情報共有に関する基本方針</p> <p>(当該方針の閲覧に関する事項を含む)</p>		<input type="checkbox"/>	
<p>3 職員研修</p>	<p>放射線診療に従事する者に対し、診療用放射線の安全利用のための職員研修を実施しているか。</p>		<input type="checkbox"/>
	<p>研修内容に以下の項目が含まれているか。</p>		<input type="checkbox"/>
	<p>● 患者の医療被ばくの基本的な考え方に関する事項</p>		<input type="checkbox"/>
	<p>● 放射線診療の正当化に関する事項</p>		<input type="checkbox"/>
	<p>● 患者の医療被ばくの防護の最適化に関する事項</p>		<input type="checkbox"/>
<p>● 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</p>		<input type="checkbox"/>	
<p>● 患者への情報提供に関する事項</p>		<input type="checkbox"/>	
<p>年1回以上開催されているか。</p> <p>直近の開催実績      年      月      日</p> <p>題名(内容)      _____</p>		<input type="checkbox"/>	
<p>研修内容を記録しているか。</p>		<p>開催日時</p>	<input type="checkbox"/>
		<p>出席者</p>	<input type="checkbox"/>
		<p>研修項目</p>	<input type="checkbox"/>

2-12 診療用放射線 安全管理（2） <small>（医療法第6条の12、第15条第1項、第17条）</small>	放射線診療を受ける者への安全管理の体制が確保されていますか。	
4 被ばく線量の管理及び記録、安全利用を目的とした改善のための方策	次に掲げる放射線診療に用いる医療機器等（「管理・記録対象医療機器等」※）を用いた診療に当たっては、被ばく線量の評価及び最適化を行い、適正な線量管理を行っているか。	<input type="checkbox"/>
	<p>「管理・記録対象医療機器等」※</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 移動型デジタル式循環器用X線透視診断装置</li> <li>● 移動型アナログ式循環器用X線透視診断装置</li> <li>● 据置型デジタル式循環器用X線透視診断装置</li> <li>● 据置型アナログ式循環器用X線透視診断装置</li> <li>● X線CT組合せ型循環器X線診断装置</li> <li>● 全身用X線CT診断装置</li> <li>● X線CT組合せ型ポジトロンCT装置</li> <li>● X線CT組合せ型SPECT装置</li> <li>● 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素</li> <li>● 診療用放射性同位元素</li> </ul> <p style="text-align: center;"> <span style="font-size: 2em;">}</span>           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医療機器         </p>	
	線量管理の方法は、対象機器の買換え時等、必要に応じて見直しているか。	<input type="checkbox"/>
	「管理・記録対象医療機器等」を用いた診療に当たっては、診療を受ける者の医療被ばくによる線量を記録しているか。	<input type="checkbox"/>
	「管理・記録対象医療機器等」以外を用いた診療について、医療被ばくの線量管理及び線量記録をしているか。（行うことが望ましい。）	<input type="checkbox"/>
	線量記録は、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。 （診療録、照射録、エックス線写真等への記録も可）	<input type="checkbox"/>
	診療用放射線に関する情報を広く収集し、必要な情報について放射線診療に従事する者に周知徹底するとともに、管理者への報告等を行っているか。	<input type="checkbox"/>

2-13 医薬品安全管理（1） <small>（医療法第6条の12、第15条第1項、第17条）</small>	医薬品に係る安全管理のための体制が確保されていますか。	適・否					
<p>1 医薬品安全管理責任者の配置</p> <p>※管理者との兼務は不可。</p>	<p>医薬品安全管理責任者を配置しているか。</p>						
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="603 315 699 412">資格</td> <td data-bbox="699 315 874 412"><input type="checkbox"/> 医師</td> <td data-bbox="874 315 1050 412"><input type="checkbox"/> 歯科医師</td> <td data-bbox="1050 315 1225 412"><input type="checkbox"/> 薬剤師</td> <td data-bbox="1225 315 1410 412"><input type="checkbox"/> 看護師</td> </tr> </table>	資格	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/>
	資格	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 看護師		
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="603 412 1018 472">氏名</td> <td data-bbox="1018 412 1410 472">所属</td> </tr> </table>	氏名	所属				
	氏名	所属					
	<p>医薬品安全管理責任者が医薬品業務手順書の作成を行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>					
<p>医薬品安全管理責任者が医薬品業務手順書に基づく業務の実施を行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>						
<p>医薬品安全管理責任者が情報収集及び安全使用のための改善方策を行っているか。</p> <p>医薬品安全管理責任者が職員研修を実施しているか。</p>	<input type="checkbox"/>						
<p>2 職場研修</p>	<p>必要に応じ、従事者に対する医薬品の安全使用のための研修を実施しているか。</p> <p>直近の開催実績      年      月      日</p> <p>内容      題名： _____</p>	<input type="checkbox"/>					
	<p>研修内容には次の事項が含まれているか。</p>	<input type="checkbox"/>					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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 <input type="checkbox"/></li> <li>● 業務手順書に関する事項 <input type="checkbox"/></li> <li>● 副作用が発生した場合の報告等の対応に関する事項 <input type="checkbox"/></li> <li>● 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 <input type="checkbox"/></li> </ul>						
<p>3 業務手順書の作成とその実施</p> <p>（業務実施の徹底のための措置を含む）</p>	<p>医薬品の安全使用のための業務手順書を作成しているか。</p>	<input type="checkbox"/>					
	<p>業務手順書の変更等は、医療安全管理委員会で協議しているか。</p>	<input type="checkbox"/>					
	<p>業務手順書には以下の内容の記載があるか。</p>	<input type="checkbox"/>					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 病院で用いる医薬品の採用・購入に関する事項 <input type="checkbox"/></li> <li>※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。</li> <li>● 医薬品の管理に関する事項 <input type="checkbox"/></li> <li>● 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項 <input type="checkbox"/></li> <li>● 患者に対する与薬や服薬指導に関する事項 <input type="checkbox"/></li> <li>● 医薬品の安全使用に係る情報の取扱いに関する事項 <input type="checkbox"/></li> <li>● 他施設との連携に関する事項 <input type="checkbox"/></li> </ul>						
	<p>必要に応じ、記載内容の見直しを行っているか。</p>	<input type="checkbox"/>					
	<p>従業者の業務が業務手順書に基づき行われているかを定期的に確認し、記録しているか。</p>	<input type="checkbox"/>					

<p>2-13 医薬品安全管理（2）  <small>（医療法第6条の12、第15条第1項、第17条）</small></p>	<p>医薬品に係る安全管理のための体制を確保されていますか。</p>	<p>適・否</p>
<p>4 医薬品安全管理責任者による業務の定期的な確認の実施</p>	<p>医薬品安全管理責任者により、業務手順書に基づく業務の定期的な確認を、患者への与薬の段階まで行っているか。</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>5 未承認等の医薬品の使用の情報その他の情報収集と安全使用のための改善方策</p>	<p>未承認等の医薬品の使用（未承認医薬品の使用、適応外使用、禁忌での使用）の情報その他の情報収集など医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策がとられているか。</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
	<p>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情報を収集・管理しているか。  <input type="checkbox"/>添付文書 <input type="checkbox"/>製造販売業者情報 <input type="checkbox"/>行政機関通知等  <input type="checkbox"/>医薬品・医療機器等安全性情報 <input type="checkbox"/>学術誌</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
	<p>収集した安全情報等は職員へ周知しているか。  <input type="checkbox"/>全職員へ配布 <input type="checkbox"/>各部署へ配布  <input type="checkbox"/>別途情報誌を作成し配布 <input type="checkbox"/>院内電子メール等  <input type="checkbox"/>その他（_____）</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
	<p>院内で副作用等が発生した場合の報告体制（施設内での報告、独立行政法人医薬品医療機器総合機構への報告等）があるか。</p>	<p><input type="checkbox"/></p>



2-14 医療機器安全管理（1） <small>（医療法第6条の12、第15条第1項、第17条）</small>	医療機器に係る安全管理のための体制を確保されていますか。	適・否				
<p>1 医療機器安全管理責任者の配置</p> <p>※管理者との兼務は不可。</p>	医療機器の安全使用のための責任者を配置しているか。	<input type="checkbox"/>				
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="603 315 699 405">資格</td> <td data-bbox="699 315 1410 405"> <input type="checkbox"/>医師 <input type="checkbox"/>歯科医師 <input type="checkbox"/>薬剤師 <input type="checkbox"/>看護師  <input type="checkbox"/>臨床検査技師 <input type="checkbox"/>診療放射線技師 <input type="checkbox"/>臨床工学技士 </td> </tr> </table>		資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士		
	資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士				
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="603 405 699 483">氏名</td> <td data-bbox="699 405 1018 483"></td> <td data-bbox="1018 405 1118 483">所属</td> <td data-bbox="1118 405 1410 483"></td> </tr> </table>	氏名		所属		<input type="checkbox"/>
	氏名		所属			
	医療機器安全管理責任者が医療機器保守点検計画の策定及び実施を行っているか。					
医療機器安全管理責任者が情報収集及び安全使用のための改善方策を行っているか。						
医療機器安全管理責任者が職員研修を実施しているか。						
新機種導入等の機会に、医療機器に関する研修が行われているか。						
2 職場研修	<p>直近の開催実績 _____年 _____月 _____日</p> <p>内容 題名：_____</p>	<input type="checkbox"/>				
	保守管理を要する医療機器に関する定期的な研修が行われているか。（特定機能病院が該当）					
	<p>研修に以下の内容が含まれているか。</p> <input type="checkbox"/> 有効性・安全性 <input type="checkbox"/> 使用方法 <input type="checkbox"/> 保守点検 <input type="checkbox"/> 不具合発生時の報告 <input type="checkbox"/> 法令上遵守すべき事項					
	研修実施記録を作成し保存しているか。					
			出席者 <input type="checkbox"/>			
			研修内容 <input type="checkbox"/>			
		研修資料 <input type="checkbox"/>				

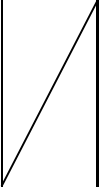
2-14 医療機器安全管理(2) (医療法第6条の12、第15条第1項、第17条)	医療機器に係る安全管理のための体制を確保されていますか。	適・否
3 保守点検計画の策定と その実施 (従業者による当該保守 点検の適切な実施の徹底の ための措置を含む。)	保守点検計画を策定し保守点検を行っているか。	<input type="checkbox"/>
	保守点検計画が必要な医療機器について、機種別に保守点 検に関する計画策定及び保守点検の実施をしているか。 □人工心肺装置 □人工呼吸器 □血液浄化装置 □除細動装置 □閉鎖式保育器 □診療用放射線照射装置 □X線CT装置 □MRI装置 □診療用粒子線照射装置 □診療用高エネルギー放射線発生装置	<input type="checkbox"/>
	保守点検計画が必要な医療機器について、機種別に保守点 検の時期・保守点検の実施状況・使用状況・修理状況・購 入年等を記録しているか。	<input type="checkbox"/>
	保守点検を外部委託する際、適正な能力を持つ者と契約し ているか。	<input type="checkbox"/>
	点検結果(業務委託の場合は点検結果報告書)を適切に 評価・保存しているか。	<input type="checkbox"/>
	病院が管理する医療機器の全てに係る安全管理のための 体制を確保しているか。 (院内の医療機器の一覧表を作成し管理する等。他の方法 でもよい。)	<input type="checkbox"/>
4 未承認等の医療機器の使用 の情報その他の情報収集と 安全使用のための改善方策	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 の他の情報収集など医療機器の安全使用を目的とした改 善のための方策がとられているか。	<input type="checkbox"/>
	医療機器の情報を収集・管理しているか。 □添付文書 □取扱説明書 □製造販売業者情報 □行政機関通知等 □医薬品・医療機器等安全性情報 □学術誌 □その他(_____)	<input type="checkbox"/>
	収集した安全情報等は職員へ周知しているか。 □全職員へ配布 □各部署へ配布 □別途情報誌を作成し配布 □院内電子メール等 □その他(_____)	<input type="checkbox"/>
	医療機器の不具合や安全性情報について管理者へ報告し ているか。	<input type="checkbox"/>
	院内で医療機器の不具合等が発生した場合の報告体制(施 設内での報告、独立行政法人医薬品医療機器総合機構への 報告等)があるか。	<input type="checkbox"/>
	未承認・未認証の高度管理医療機器を採用・購入する場 合は、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っているか。	<input type="checkbox"/>

2-15 ドクターヘリの運航に係る安全の確保	ドクターヘリの運航に係る安全が確保されていますか。	適・否
1 ドクターヘリの運航に係る要領の策定	<p>運航要領において、安全確保等のために必要な以下の事項が規定されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 自ら入手した情報又は消防機関等以外の依頼若しくは通報により出動する場合におけるルールに関する事項</p> <p><input type="checkbox"/> 依頼又は通報の主体との連携に関する事項</p> <p><input type="checkbox"/> 離着陸場所が満たすべき要件に関する事項</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 個々の状況を考慮した安全確保のために必要な事項</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 安全確認とその判断に関する事項</p> <p><input type="checkbox"/> 着陸における安全確保のために必要な事項</p>	<input type="checkbox"/>
2 運航要領に定められた事項の遵守	運航要領において定められた事項が遵守されているか。	<input type="checkbox"/>
2-16 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 (医療法施行規則第1条の11第2項第4号)		適・否
	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に当たっては、特定機能病院の規定に準じ、必要な措置を講ずるよう努めているか。	<input type="checkbox"/>
2-17 特定機能病院における安全管理等の体制(1) ※特定機能病院のみ該当 (医療法施行規則第9条の20の2)	特定機能病院における安全管理等の体制が確保されていますか。	適・否
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	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。	<input type="checkbox"/>
2 診療録等の管理に関する責任者の選任状況	診療録等の管理に関する責任者を定めているか。	<input type="checkbox"/>
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	<p>高難度新規医療技術を提供するに当たり、次に掲げる措置を講じているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該高難度新規医療技術の提供の適否等を決定する部門の設置</p> <p><input type="checkbox"/> 従業者が順守すべき事項及び上記の部門が確認すべき事項等を定めた規程の作成</p> <p><input type="checkbox"/> 上記規程の順守状況の確認</p>	<input type="checkbox"/>

<p>2-17 特定機能病院における 安全管理等の体制（2） ※特定機能病院のみ該当 （医療法施行規則第9条の20の2）</p>	<p>特定機能病院における安全管理等の体制が確保されていますか。</p>	<p>適・否</p>
<p>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</p>	<p>未承認新規医薬品等を用いた医療を提供するに当たり、次に掲げる措置を講じているか。 □当該未承認新規医薬品等の使用条件を定め、使用の適否等を決定する部門の設置 □従業者が順守すべき事項及び上記の部門が確認すべき事項等を定めた規程の作成 □上記規程の順守状況の確認</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>5 監査委員会の設置状況</p>	<p>次に掲げる要件を満たす監査委員会を設置しているか。 ● 3人以上の委員を選任すること ● 年に2回以上開催すること ● 各部門の責任者の業務の状況について管理者等から報告を求め、又は必要に応じて自ら確認を実施すること ● 必要に応じ、開設者又は管理者に対し、医療に係る安全管理についての是正措置を講ずること ● 上記2点の業務の結果を公表すること</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>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</p>	<p>入院患者が死亡した場合、死亡の事実及び死亡前の状況を医療安全管理部門に報告しているか。</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>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</p>	<p>年に1回以上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を実施しているか。</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>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</p>	<p>窓口を設置しているか。</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>9 管理者のための研修の実施状 況</p>	<p>必要な研修を実施しているか。</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

2-18 検体検査 (医療法施行規則第9条の7、9条の7の2、9条の7の3)				
臨床検査技師等に関する法律 施工規則第1条の規定による 検体検査	検体検査の業務を実施しているか。 ※ 尿検査、血液検査、インフルエンザや新型コロナウイルス 抗原定性検査などを実施している場合は対象となります。			<input type="checkbox"/>
検体検査の精度に係る責任者 の配置	検体検査の精度に係る責任者を配置しているか。			<input type="checkbox"/>
	資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師		
	氏名		所属	
遺伝子関連・染色体検査 の業務	遺伝子関連・染色体検査の検査をしているか。(業務委託を除く)			<input type="checkbox"/>
	検査をしている場合、遺伝子関連・染色体検査の業務に関し相当の 経験を有する責任者を配置しているか。			
	資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> その他		
	氏名		所属	
標準作業書、作業日誌の整備	検査機器保守管理標準作業書、測定標準作業書が整備されてい るか。			<input type="checkbox"/>
	検査機器保守管理作業日誌、測定作業日誌が整備されているか。			<input type="checkbox"/>
台帳の整備	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整 備されているか。(血清分離のみを扱う施設は除く)			<input type="checkbox"/>
内部精度管理	精度の管理のための体制を整備し、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。			<input type="checkbox"/>
	遺伝子関連・染色体検査を行っている場合、内部精度管理がお こなわれるように配慮しているか。			<input type="checkbox"/>
外部制度管理	外部精度管理調査を受けるよう努めているか。 (血清分離のみを扱う施設は除く)			<input type="checkbox"/>
研修の実施	検査業務従事者に適切な研修を受けさせるよう努めているか。 直近の開催実績    _____年    _____月    _____日 内容    題名： _____			<input type="checkbox"/>
	遺伝子関連・染色体検査を行っている場合、必要な研修を受け させているか。 直近の開催実績    _____年    _____月    _____日 内容    題名： _____			<input type="checkbox"/>

2-18 検体検査（受託） （医療法施行規則第9条の8）		
受託業務の有無	他の医療機関等から検体検査業務を受託しているか。	<input type="checkbox"/>
受託する業務の責任者	受託業務に関し相当の経験を有する責任者を配置しているか。	<input type="checkbox"/>
	資格 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師	
	氏名 <input type="text"/> 所属 <input type="text"/>	
指導監督医	責任者が臨床検査技師の場合、受託業務を指導監督するための医師（指導監督医）を選任しているか。	<input type="checkbox"/>
	氏名 <input type="text"/> 所属 <input type="text"/>	
精度管理の職務	検査業務、精度管理に関し相当の経験を有する者を配置しているか。（上記の責任者、指導監督医以外の者であること。）	<input type="checkbox"/>
	資格 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師	
	氏名 <input type="text"/> 所属 <input type="text"/>	
遺伝子関連・染色体検査の業務	遺伝子関連・染色体検査の受託検査をしているか。	<input type="checkbox"/>
	検査をしている場合、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責任者を配置しているか。	
	資格 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> その他	
	氏名 <input type="text"/> 所属 <input type="text"/>	
検査機械器具	規則第9条の8第1項第5号に定められた検査用機械器具を有しているか。	<input type="checkbox"/>
標準作業書	規則第9条の8第1項第6号に定められた標準作業書を作成しているか。	<input type="checkbox"/>
業務案内書	規則第9条の8第1項第7号に定められた業務案内書を作成しているか。	<input type="checkbox"/>
作業日誌	規則第9条の8第1項第8号に定められた作業日誌を作成しているか。	<input type="checkbox"/>
台帳	規則第9条の8第1項第9号に定められた台帳を作成しているか。	<input type="checkbox"/>

<p>2-19 サイバーセキュリティの確保</p> <p>(医療法施行規則第14条の2、「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～」(令和5年6月9日))</p>		適・否
	<p>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ているか。</p>	<input type="checkbox"/>
	<p><input type="checkbox"/> 「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か。</p> <p><input type="checkbox"/> インシデント発生時の連絡体制図を作成しているか。</p>	

【 帳 票 ・ 記 録 】		
3-1 診療録の管理、保存 (医療法第 15 条第 1 項)		適・否
	適切に作成された診療録が適切に管理、保存されているか。	<input type="checkbox"/>
	診療録の記載事項 (医師法第 24 条第 1 項、医師法施行規則第 23 条) <input type="checkbox"/> 診療を受けた者の住所・氏名・性別及び年齢 <input type="checkbox"/> 病名及び主要症状 <input type="checkbox"/> 治療方法 (処方及び処置) <input type="checkbox"/> 診療の年月日  診療録の保存期間 <input type="checkbox"/> 5 年間保存している。(医師法第 24 条第 2 項)	
3-2 助産録の管理、保存 (医療法第 15 条第 1 項)		適・否
	適切に作成された助産録が適切に管理保存されているか。(助産師がその業務に従事している病院)	<input type="checkbox"/>
3-3 診療に関する諸記録の整理保管 (医療法第 21 条第 1 項第 9 号)		適・否
	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。	<input type="checkbox"/>
	診療に関する諸記録 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 処方せん (院内で調剤する処方せんにあつては、患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、処方医師の記名押印又は署名。調剤が終了した処方せんにあつては、調剤済みの旨、調剤年月日、調剤した薬剤師の記名押印又は署名が必要です。) <input type="checkbox"/> 手術記録 (手術室の管理、各科の利用状況などの事項の記録) <input type="checkbox"/> 看護記録 <input type="checkbox"/> 検査所見記録 (検査室において行われた検査結果の記録) <input type="checkbox"/> エックス線写真 <input type="checkbox"/> 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ありません。) <input type="checkbox"/> 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して作成し、患者又は家族へ交付し適切な説明が必要です。)	



3-4 エックス線装置等に関する記録		適・否
1 装置及び器具の使用時間の記録及び保存 (医療法施行規則第30条の23第1項)	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年間保存しているか。 <u>又は、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遮蔽されているか。</u>	<input type="checkbox"/>
2 装置、器具、同位元素及び同位元素による汚染物の記録及び保存 (医療法施行規則第30条の23第2項)	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線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か。 また、帳簿を1年ごとに閉鎖し、閉鎖後5年間保存しているか。	<input type="checkbox"/>
3 線量当量等の測定、記録及び保存 (医療法施行規則第30条の22第1項)	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か。 (ただし、 <u>固定されたエックス線装置等の場合は6か月に1回以上測定すること。</u> )	<input type="checkbox"/>
4 治療用エックス線装置等の放射線量の測定、記録及び保存 (医療法施行規則第30条の21)	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か。	<input type="checkbox"/>
3-5 院内掲示 (医療法第14条の2第1項)		
	<p>病院内の見やすい場所に以下の事項が掲示されているか。</p> <p>【掲示すべき事項】</p> <p>管理者の氏名 <input type="checkbox"/></p> <p>診療に従事する医師又は歯科医師の氏名 <input type="checkbox"/></p> <p>医師又は歯科医師の診療日及び診療時間 <input type="checkbox"/></p> <p>建物の内部に関する案内 <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>

〔業務委託〕	
4-1 検体検査 (医療法施行規則第9条の8)	
医療法第21条第1項第5号の規定による臨床検査室の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
委託契約の有無	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 無
	業者名
契約期間	<input type="checkbox"/> 自 年 月 日 ・ 至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 年より自動更新
代行保証	契約に代行保証が含まれていますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない (業務確保方法：_____)
受託業者の検査場所	<input type="checkbox"/> 全て委託病院の臨床検査室で実施 <input type="checkbox"/> 全て院外の受託業者の施設 <input type="checkbox"/> 委託病院の臨床検査室と受託業者の施設の両方
標準作業書等	業者より標準作業書を徴収していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
業務案内書	業者より業務案内書を徴収していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4-2 滅菌消毒 (医療法施行規則第9条の9)	
医療法第21条第1項第12号の規定による消毒室の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
医療材料を滅菌消毒する施設	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ある場合の名称等 例：中央材料室 ( _____ )
医療材料の滅菌消毒業務の委託契約の有・無	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし
	業者名
契約期間	<input type="checkbox"/> 自 年 月 日 ・ 至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 年より自動更新
院内作業書	業者に委託している場合、要滅菌消毒対象物を業者に引き渡すまでの作業工程表を作成し病棟職員等に周知しているか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	業者に委託していない場合、院内での作業工程表を作成し職員等に周知しているか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
標準作業書	業者より業者の標準作業書を徴収しているか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
業務案内書	業者より業務案内書を徴収しているか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

4-3 食事の提供 (医療法施行規則第9条の10)	
委託契約の有・無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	業者名
契約期間	<input type="checkbox"/> 自 年 月 日 ・ 至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 年より自動更新
代行契約	代行契約を行っているか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない(業務確保方法: _____)
栄養士	委託の場合、受託業者の栄養士が受託業務を行う場所にいるか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
栄養管理	委託業者により作成された献立表について、基準を満たしていることを確認しているか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当なし(病院が献立表を作成)
食中毒発生時の供給体制	食中毒等障害発生時の食事提供体制を確保していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	確保の方法(体制の継続可能な期間や切替にかかる日数など具体的にご記入下さい。書ききれない時は別紙でお願いします。)
	必要食数に対応できるか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	特別食に対応できるか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 一部対応 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当なし
	対応マニュアルがあるか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	対応マニュアルに則したシミュレーションを行っているか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
給食委員会	<input type="checkbox"/> 実施している。(直近の実施日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 実施していない。
	委託業者の参加状況 <input type="checkbox"/> 参加している。 (参加者の資格等: _____) <input type="checkbox"/> 参加していない。

健康管理	委託業者職員の健康状態の把握方法：
標準作業書	病院が自ら実施すべき業務について、医療法の別表に定められた事項が入っている標準作業書を作成しているか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
標準作業書	業者より標準作業書を徴収しているか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
業務案内書	業者より業務案内書を徴収しているか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4-4 患者等の搬送 (医療法施行規則第9条の11)	
委託契約の有・無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	業者名
契約期間	<input type="checkbox"/> 自 年 月 日 ・ 至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 年より自動更新
標準作業書	業者より標準作業書を徴収していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
業務案内書	業者より業務案内書を徴収していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4-5 医療機器の保守点検 (医療法施行規則第9条の12)	
委託契約の有・無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	業者名
契約期間	<input type="checkbox"/> 自 年 月 日 ・ 至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 年より自動更新
標準作業書	業者より標準作業書を徴収していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
業務案内書	業者より業務案内書を徴収していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

4-6-1 医療ガスの供給設備の保守点検 (医療法施行規則第9条の13)		
委託契約の有・無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	業者名	
契約期間	<input type="checkbox"/> 自 年 月 日 ・ 至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 年より自動更新	
標準作業書	業者より標準作業書を徴収していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
業務案内書	業者より業務案内書を徴収していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
4-6-2 医療ガスの供給設備の保守点検 (医療法施行規則第16条、医療ガスの安全管理について(令和2年8月18日医政発0817第6号))		適・否
1 医療ガス安全管理委員会	医療ガス安全管理のための委員会を開催しているか。	<input type="checkbox"/>
	年1回程度開催されているか。 <input type="checkbox"/> 年1回、 <input type="checkbox"/> その他(月 回)	<input type="checkbox"/>
	委員は職種横断的に構成されているか。 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 医療ガス設備の管理業務に従事する職員 <input type="checkbox"/> 麻酔科医 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
	医療ガス安全管理委員長を設置しているか。	<input type="checkbox"/>
2 職員研修 (※医療に係る安全管理のための職員研修と併せて実施しても差し支えない)	医療ガスに係る安全管理のための職員研修を実施しているか。	<input type="checkbox"/>
	職種横断的に開催されているか。 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 医療ガス設備の管理業務に従事する職員 <input type="checkbox"/> 麻酔科医 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
	未受講者への対応をしているか	<input type="checkbox"/>
	年1回程度開催されているか。(定期: 回 臨時: 回) 内容 ① _____年 月 日 題名: _____	<input type="checkbox"/>
	研修内容を記録しているか。	<input type="checkbox"/>
	開催日時	<input type="checkbox"/>
	出席者	<input type="checkbox"/>
	研修項目	<input type="checkbox"/>

3 医療ガス設備の保守点検	医療ガス設備の保守点検指針に基づき、適切に医療ガス設備の保守点検業務が行われているか。	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 日常点検 <input type="checkbox"/> 定期点検 (直近の実施年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日) 日常点検及び定期点検の記録の保存期間 <input type="checkbox"/> 2年間保存している。	
4-7 洗濯 (医療法施行規則第9条の14)		
医療法第21条第1項第12号の規定による洗濯施設の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
委託契約の有・無	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし	
	業者名	
契約期間	<input type="checkbox"/> 自 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ・ 至 ____ 年 ____ 月 ____ 日 <input type="checkbox"/> ____ 年より自動更新	
代行契約	業務確保のため代行契約を行っているか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない(業務確保方法: _____)	
対象物	<input type="checkbox"/> 患者病衣 <input type="checkbox"/> 患者リネン <input type="checkbox"/> ベッド用マット <input type="checkbox"/> 従事者業務衣料  <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]	
院内作業書	院内での作業書を定めるなどして、洗濯物を業者に引き渡すまでの工程表を作成し病棟職員等に周知しているか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
標準作業書	業者より標準作業書を徴収し確認しているか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
業務案内書	業者より業務案内書を徴収し確認しているか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
4-8 清掃 (医療法施行規則第9条の15)		
委託契約の有・無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	業者名	
標準作業書	<input type="checkbox"/> 委託契約がある場合、業者より標準作業書を徴収し確認しているか。	
	<input type="checkbox"/> 委託契約がない場合、院内の標準作業書を作成しているか。←	
契約期間	<input type="checkbox"/> 自 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ・ 至 ____ 年 ____ 月 ____ 日 <input type="checkbox"/> ____ 年より自動更新	

代行保証	契約に代行保証が含まれているか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない(業務確保方法：_____)
業務案内書	委託契約がある場合、業者より業務案内書を徴収し確認しているか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
作業内容の検討	院内感染防止の観点から、清掃の標準作業書の内容について、院内感染防止対策委員会等で検討しているか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4-9 感染性廃棄物の処理 (医療法第 20 条、廃棄物の処理及び清掃に関する法律第 12 条の 2)	
管理責任者	氏名： _____ 資格： _____
処理計画	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (特別管理産業廃棄物排出量が前年度 50 t 以上の病院が対象となります。)
管理規定(内規)	<input type="checkbox"/> あり( 年 月 日策定) <input type="checkbox"/> なし
周知方法	管理規定及び処理計画をどのように職員に周知徹底しているか。
マニフェスト	7枚綴りのうち、A票、B2票、D票及びE票を整理して綴っているか。 (5年保存) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 電子マニフェストを使用
処理実績報告	年間処理実績を6月末までに市長に報告しているか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 電子マニフェストを使用
許可証の確認	受託業者の許可証に記載された業務内容や有効期間を確認しているか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
委託契約の有・無	委託業者名と所在地： 1 収集・運搬業者 名称： _____ 所在： _____ 2 中間処理業者 名称： _____ 所在： _____ 3 最終処理業者 名称： _____ 所在： _____

	<p>委託をしていない場合の処理方法  (書ききれない場合は、別紙に記載して下さい。)</p>
契約期間	<input type="checkbox"/> 自 年 月 日 ・ 至 年 月 日 <input type="checkbox"/> 年より自動更新
4-10 医療用放射性 汚染物の廃棄 (医療法施行規則第 30 条の 14 の 2)	
	<p>医療用放射性汚染物の廃棄については、指定業者に委託しているか。  <input type="checkbox"/> はい   <input type="checkbox"/> いいえ   <input type="checkbox"/> 該当なし</p> <p>医療用放射性汚染物質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源とならぬよう、廃棄施設内（保管  廃棄設備）において適切な管理を行っているか。  <input type="checkbox"/> はい   <input type="checkbox"/> いいえ   <input type="checkbox"/> 該当なし</p>



[ 防 火 ・ 防 災 体 制 ]		
5-1 防火管理者及び消 防計画 (医療法第20条、第23条) (消防法第8条関係)		適・否
	適切な防火体制を整備するにあたり、防火管理者の資格を有す 者を防火管理者として定め、管轄消防署に届けているか。	<input type="checkbox"/>
	防火管理者 職 _____ 氏名 _____	
	消防法令に即して消防計画を作成し、管轄消防署へ届け出ているか。	<input type="checkbox"/>
5-2 消火訓練・避難訓練 (医療法第20条、第23条)		適・否
	避難訓練及び消火訓練をそれぞれ年2回以上実施しているか。  避難訓練（直近1年間） 実施日： _____ 年 _____ 月 _____ 日、 _____ 年 _____ 月 _____ 日 消火訓練（直近1年間） 実施日： _____ 年 _____ 月 _____ 日、 _____ 年 _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/>
5-3 防火・消火用設備の 整備 (医療法第20条、医療法施行規則第 16条)		適・否
	防火・消火上必要な設備が整備されているか。 1. 消火設備の例（消防法施行令第7条第2項） 消火器、水バケツ、水槽、乾燥砂、屋内消火栓、 スプリンクラー、泡消火器、化学薬品による消火設備、 屋外消火栓、動力消防ポンプ等 2. 警報設備の例（消防法施行令第7条第3項） 自動火災報知器、警鐘、ハンドマイク、手動式サイレン、 非常ベル、放送設備、自動式サイレン等 3. 避難設備の例（消防法施行令第7条第4項） 避難はしご、すべり台、救助袋、緩降機、避難橋、 誘導灯、誘導標識等	<input type="checkbox"/>
5-4 点検報告等 (医療法第20条、医療法施行規則第 16条)		適・否
	適切な防火体制の整備にあたり、消防関係法令に即して防火対 象物、消防用設備の点検報告等を実施しているか。	<input type="checkbox"/>

5-5 防災及び危害防止 対策 (医療法施行規則第16条)		適・否
	「病院防災対策マニュアル」が整備されているか。	<input type="checkbox"/>
	緊急時の職員連絡網を整備し職員へ周知しているか。 周知の方法：( _____ )	<input type="checkbox"/>
	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か。 危害防止上必要な方法の例 1. 電気を使用する診療用器械器具については絶縁及びアースについて安全な措置を講ずること。 2. 光線を治療に使用する器械器具については眼球その他に障害を与えぬよう配慮すること。 3. 熱を使用する器械器具については過熱することのないよう断熱材等を適切に使用すること。 4. 保育器、酸素テント、高圧酸素室等について定期点検及び使用前点検を行うこと。 5. 年1回以上漏電防止のための措置が講じられていること。 6. LPガス設備の保安点検を行うこと。	<input type="checkbox"/>

〔放射線管理〕	放射線等取扱施設を有する病院 (*のついた項目はR I 取扱施設に関する事項)	
6-1 管理区域		適・否
1.管理区域の設定と標識	<p>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か。 また、管理区域である旨を示す標識が付されているか。</p>	<input type="checkbox"/>
2.管理区域への立入制限と被ばく防止の措置	<p>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か。</p>	<input type="checkbox"/>
6-2 敷地の境界等における防護措置		適・否
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。		<input type="checkbox"/>
6-3 放射線障害の防止に必要な注意事項の掲示		適・否
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目につきやすい場所に掲示されているか。		<input type="checkbox"/>
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		適・否
1.診療室及び各装置・器具・機器使用室並びに治療病室としての標識	<p>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か。</p>	<input type="checkbox"/>
2.各使用室の出入口の構造*	<p>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か所となっているか。</p>	<input type="checkbox"/> *
6-5 使用中の表示		適・否
1.使用室の出入口の標識	<p>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。</p>	<input type="checkbox"/>
2.放射線の発生・照射が自動的に表示する装置*	<p>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。</p>	<input type="checkbox"/> *
6-6 取扱者の遵守事項*		適・否
1.作業衣の着用*	<p>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か。</p>	<input type="checkbox"/> *

2.同位元素に汚染された物の持出し禁止*	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、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していないか。	<input type="checkbox"/> *
6-7 従事者の被ばく防止の措置		適・否
1.被ばく防止措置	被ばく防止について適切な措置がとられているか。	<input type="checkbox"/>
2.眼の水晶体の防止被ばく防止措置	眼の水晶体への被ばく防止について適切な措置がとられているか。	<input type="checkbox"/>
6-8 患者の被ばく防止の措置		適・否
	患者の被ばく防止について適切な措置がとられているか。	<input type="checkbox"/>
6-9 装置、器具又は同位元素で治療を受けている患者の標示*		適・否
	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標示を付しているか	<input type="checkbox"/> *
6-10 使用・貯蔵等の施設設備*		適・否
	放射線装置・器具・機器の使用または放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬、廃棄をしているか。	<input type="checkbox"/> *
6-11 照射器具及び同位元素の管理*		適・否
1.照射器具の紛失防止*	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とられているか。	<input type="checkbox"/> *
2.同位元素の廃止後の措置*	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か。	<input type="checkbox"/> *
6-12 障害防止措置		適・否
	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。	<input type="checkbox"/>
6-13 閉鎖施設の設備・器具*		適・否
1.外部に通じる部分の閉鎖のための設備等*	放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通ずる部分に閉鎖のための設備または器具を設けているか。	<input type="checkbox"/> *
2.排液処理槽の開口部の構造と人の立入禁止措置*	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か。	<input type="checkbox"/> *

6-14 放射性同位元素使用 室の設備*		適・否
1.放射線測定器、汚染除去器 の設置*	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か。	<input type="checkbox"/> *
2.準備室の排気設備*	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か。また、洗浄設備を設けているか。	<input type="checkbox"/> *
6-15 貯蔵箱等の障害防止 の方法と管理*		適・否
1.貯蔵容器等の防護*	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か。	<input type="checkbox"/> *
2.容器の構造と材質*	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か。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か。	<input type="checkbox"/> *
3.標識の標示*	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 るか。	<input type="checkbox"/> *
6-16 廃棄施設*		適・否
1.排液処理槽の構造*	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か。	<input type="checkbox"/> *
2.排気設備の空気拡散防止 の設備*	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か。	<input type="checkbox"/> *
6-17 通報連絡網の整備		適・否
	事故発生に伴う連絡網並びに通報先等を記載した、通報基準や通報 体制を予め定めているか。	<input type="checkbox"/>
6-18 移動型エックス線装 置の保管		適・否
	移動型エックス線装置に鍵のかかる保管場所又は鍵をかけて、移動 させられないようないずれかの措置を講じているか。	<input type="checkbox"/>
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*		適・否
1.放射線障害の防止に関す る予防措置*	放射線障害の防止に関する予防措置を講じているか。	<input type="checkbox"/> *
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*	陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる医師又は歯科医 師を配置しているか。	<input type="checkbox"/> *

