

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	
前年度実外来診療日数 R6.4/1～R7.3/31	日 (算定期間内に病床数の増減、病床種別変更のあった病院の入院患者数については、報告書提出日の直近3か月で算定して下さい。)					
1日平均外来患者数						
(再掲) 1日平均外来患者数 (通院リハ除)						
(再掲) 耳鼻いんこう科・ 眼科・精神科						
(再掲) 歯科・矯正歯科・ 小児歯科・歯科口腔外科						
[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〕						☐
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					☐
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〕						☐
1—4 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〕						☐
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〕						☐
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〕						☐

〔備考〕

※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

- ・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。
- ・使用する患者数は、昨年度実績です。
- ・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か月の患者数を、３か月に満たない場合は変更日以降の患者数を使用します。
- ・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。
- ・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。

[管 理]		
2ー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。	☐
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。	☐
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。	☐
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 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)	☐
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。	☐
2ー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。	☐
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。	☐
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	☐
4.病毒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)	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とっているか。 ※全ての病院が該当	☐
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 1 5 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。	☐
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 1 5 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。	☐
2ー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。	☐
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。	☐
2ー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	☐
	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。 □ 有 □ 無 ↓ → □ 常勤医のみ □ 非常勤のみ □ 混合型	

2ー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。		☐
	毒薬を貯蔵配置する場所に施錠がされているか。		☐
	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。		☐
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。		☐
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	☐
		・向精神薬	☐
		・温度管理や遮光管理が必要な薬品	☐
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)		☐
2ー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		☐
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。		☐
2ー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		☐

2-8 職員の健康管理 (医療法第15条第1項)	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。	適・否
(参考) ・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。 ・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。 ・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。 〔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。〕 ・放射線業務に常時従事する労働者で管理区域に立ち入るものは、雇入れ又は当該業務に配置替えの際及びその後6月以内ごとに1回、電離放射線障害防止規則に基づく健康診断を受診する必要がある。	労働安全衛生法に基づく定期健康診断の実施 (対象者：全職員) 検査実施月：_____月頃 昨年度対象職員数：_____人(産休、育休等の休職者を除く) 昨年度実施済職員数：_____人(受診率：_____%) 上記のうち深夜業務・放射線業務従事者について 2度目の検査実施月：_____月頃 昨年度対象職員数：_____人(産休、育休等の休職者を除く) 昨年度実施済職員数：_____人(受診率：_____%) 電離放射線障害防止規則に基づく特殊健康診断の実施 (対象者：放射線業務従事者) 検査実施月：_____月頃及び_____月頃 昨年度対象職員数：_____人(産休、育休等の休職者を除く) 昨年度実施済職員数：_____人(受診率：_____%)	☐
	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： 〔 〕	
2-9 医療の情報の提供 (医療法第6条の3)	医療機関の有する医療機能情報が公表されていますか。	適・否
	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。	☐
	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。	☐

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。		☐
	指針に以下の項目が記載されているか。 ● 医療安全管理に関する基本的考え方 ☐ ● 委員会等の組織に関する基本的事項 ☐ ● 研修に関する基本方針 ☐ ● 改善方策に関する基本方針 ☐ ● 事故発生時の対応に関する基本方針 ☐ ● 情報共有に関する基本方針 ☐ ● 患者相談対応に関する基本方針 ☐ ● その他医療安全の推進のために必要な基本方針 ☐		
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。		☐
	委員会の管理・運営規定はあるか。		☐
	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。		☐
	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。)		☐
	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。)		☐
	月1回程度開催されているか。 ☐ 月1回、 ☐ その他(月 回)		☐
3 職員研修	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 ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____		
	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。		☐
	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		☐
	年2回程度開催されているか。(定期： 回 臨時： 回) 開催実績 ① _____年 月 日 (令和6年度) 題名： _____ ② _____年 月 日 題名： _____		☐
	研修内容を記録しているか。	開催日時	☐
		出席者	☐
研修項目		☐	

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)	☐
	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。	☐
	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	
	医療事故等の情報収集・分析手順等を定めているか。	☐
	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)	☐
	医療事故等の分析結果が職員に周知されているか。	☐
	周知方法 ● 回覧 ☐ ● ミーティング ☐ ● その他 (方法： _____) ☐	
	重大事故発生時には速やかに管理者に連絡しているか。	☐
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。	☐
	● 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。 ☐ ● 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。 ☐	

2-10 医療安全管理 (3) (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
6-1 医療安全管理責任者の配置 (医療法施行規則第9条の20の2、25) ☐ 特定機能病院 ☐ 臨床研究中核病院 ☐ 該当なし (回答不要)	医療安全管理責任者を配置しているか。	☐	
	【配置基準】 ● 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。 ☐ ● 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。 ☐ ● 常勤職員であり、医師又は歯科医師の資格を有している。 ☐		
6-2 医療に係る安全管理を行う者の配置 (医師法第16条の2第1項) ☐ 臨床研修病院 ☐ 歯科医師臨床研修施設 ☐ 該当なし (回答不要)	医療に係る安全管理を行う者を配置しているか。	☐	
	● 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。 ☐ ● 医療安全に関する必要な知識を有している。 ☐ ● 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。 ☐ ● 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。 ☐		
7-1 医療安全管理部門の設置 (医療法施行規則第9条の20の2、25) ☐ 特定機能病院 ☐ 臨床研究中核病院 ☐ 該当なし (回答不要)	医療に係る安全管理を行う部門を設置しているか。	☐	
	【業務内容】 ● 医療安全管理委員会に係る事務 ☐ ● 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 ☐ ● 医療に係る安全管理に係る連絡調整 ☐ ● 医療に係る安全の確保のための対策の推進 ☐ ● 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 ☐		

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
7-2 医療安全管理部門の設置 （医師法第16条の2第1項） ☐ 臨床研修病院 ☐ 歯科医師臨床研修施設 ☐ 該当なし（回答不要）	医療安全管理部門を設置しているか。	☐
	【業務内容】 ● 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。 ☐ ● 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。 ☐ ● 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。 ☐ ● 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。 ☐ ● 医療安全に係る連絡調整に関すること。 ☐ ● 医療安全対策の推進に関すること。 ☐	
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） ☐ 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 ☐ 該当なし（回答不要） ※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。	患者からの相談に適切に応じる体制を確保しているか。	☐
	【設置基準】 ● 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。 ☐ ● 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。 ☐ ● 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。 ☐ ● 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 ☐	
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）	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する体制を確保しているか。	☐
	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う体制を確保しているか。	☐
10 事故等報告書の提出 （医療法施行規則第12条） ☐ 特定機能病院 ☐ 事故等報告病院 ☐ 該当なし（回答不要）	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。	☐
	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。 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。	

2-11 院内感染対策（1） （医療法第6条の12、第15条第1項、第17条）		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。		☐
	指針に以下の項目が記載されているか。		
	● 院内感染対策に関する基本的考え方	☐	
	● 委員会等の組織に関する基本的事項	☐	
	● 研修に関する基本方針	☐	
	● 感染症の発生状況の報告に関する基本方針	☐	
	● 院内感染発生時の対応に関する基本方針	☐	
	● 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針	☐	
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。		☐
	委員会の管理・運営に関する規定はあるか。		☐
	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。		☐
	改善策の立案・実施・周知がされているか。 （委員会で検討された内容を、職員に周知しているか。）		☐
	改善策の実施状況を確認しているか。 確認方法： _____ （例：自主点検の実施等。他の手法でもよい。）		☐
	月1回程度開催されているか。 □月1回、□その他（月 回）		☐
	委員は職種横断的に構成されているか。 □医師 □看護師（外来） □看護師（入院） □薬剤師 □ _____ □ _____ □ _____ □ _____ □ _____		
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。		☐
	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。		☐
	年2回程度開催されているか。（定期： 回 臨時： 回） 開催実績 ① _____ 年 _____ 月 _____ 日 （令和6年度） 題名： _____ ② _____ 年 _____ 月 _____ 日 題名： _____		☐
	研修内容を記録しているか。	開催日時	☐
		出席者	☐
		研修項目	☐

2-11 院内感染対策（2） （医療法第6条の12、第15条第1項、第17条）	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。 （院内感染対策実施状況の確認等）	☐
	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。	☐
	院内感染対応に関するマニュアルを整備しているか。	☐
	標準予防策が策定されているか。 （個人用防護具の適正使用、手指消毒の励行）	☐
	経路別予防策が策定されているか。	☐
	病原体別予防策を策定しているか。	☐
	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： _____ （例：自主点検・院内ラウンド・外部評価等。他の方法でもよい。）	☐
5 院内感染対策者の配置 （医療法施行規則第9条の20の2） ※特定機能病院が該当	専任の院内感染対策を行う者を配置しているか。 【配置基準】 ● 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。 ☐ ● 院内感染対策に関する必要な知識を有していること。 ☐	☐

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

2-12 診療用放射線 安全管理（2） （医療法第6条の12、第15条第1項、第17条）	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。	☐
	設置している「管理・記録対象医療機器等」※ ※ 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 ● 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 ☐ ● 据置型デジタル式循環器用X線透視診断装置 ☐ ● 据置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 ☐ ● 「管理・記録対象医療機器等」の設置なし ☐	
	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。	☐
	「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。	☐
	「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。）	☐
	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）	☐
	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。	☐

2-13 医薬品安全管理（１） （医療法第6条の12、第15条第1項、第17条）		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
1 医薬品安全管理責任者の配置 ※管理者との兼務は不可。	医薬品安全管理責任者を配置しているか。			☐
	資格	☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 薬剤師 ☐ 看護師		
	氏名		所属	
	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。			☐
	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。			☐
	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。			☐
医薬品安全管理責任者が職員研修を実施しているか。			☐	
2 職場研修	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。 開催実績 年 月 日 内容 題名：			☐
	研修内容には次の事項が含まれているか。			☐
	● 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 ☐ ● 業務手順書に関する事項 ☐ ● 副作用が発生した場合の報告等の対応に関する事項 ☐ ● 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 業務手順書の作成とその実施 （業務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手順書を作成しているか。			☐
	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。			☐
	業務手順書には以下の内容の記載があるか。			☐
	● 病院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。 ● 医薬品の管理に関する事項 ☐ ● 患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項 ☐ ● 患者に対する与薬や服薬指導に関する事項 ☐ ● 医薬品の安全使用に係る情報の取扱いに関する事項 ☐ ● 他施設との連携に関する事項 ☐			
	必要に応じ、記載内容の見直しを行っているか。			☐
	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。			☐

2-13 医薬品安全管理（2） （医療法第6条の12、第15条第1項、第17条）	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。	適・否
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	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。	☐
5・未承認等の医薬品の使用の情報収集 ・その他の情報収集 ・安全使用のための改善方策	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）の情報収集、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。	☐
	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。 ☐添付文書 ☐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	☐
	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（_____）	☐
	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。	☐

2-14 医療機器安全管理（1） （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
1 医療機器安全管理責任者の配置 ※管理者との兼務は不可。	医療機器の安全使用のための責任者を配置しているか。			☐
	資格	☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 薬剤師 ☐ 看護師 ☐ 臨床検査技師 ☐ 診療放射線技師 ☐ 臨床工学技士		
	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。			☐
2 職場研修	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。 開催実績 年 月 日 内容 題名：			☐
	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）			☐
	研修に以下の内容が含まれているか。 ☐ 有効性・安全性 ☐ 使用方法 ☐ 保守点検 ☐ 不具合発生時の報告 ☐ 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	☐
			研修内容	☐
			研修資料	☐

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。	☐
	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（AEDは除く） □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	☐
	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。	☐
	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。	☐
	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。	☐
	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。)	☐
4 ・未承認等の医療機器の使 用の情報収集 ・その他の情報収集 ・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）の情報収 集、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。	☐
	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（_____）	☐
	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（_____）	☐
	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。	☐
	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。	☐
	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。	
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	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。 ☐ 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 ☐ 依頼又は通報の主体との連携に関する事項 ☐ 離着陸場所が満たすべき要件に関する事項 ☐ 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 ☐ 個々の状況を考慮した安全確保のために必要な事項 ☐ 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 ☐ 安全確認とその判断に関する事項 ☐ 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	運航要領において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。	☐
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。	☐
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。	☐
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	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。 ☐ 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 ☐ 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	☐

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）	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
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	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	☐
5 監査委員会の設置状況	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	☐
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	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。	☐
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	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。	☐
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	窓口を設置しているか。	☐
9 管理者のための研修の実施状 況	必要な研修を実施しているか。	☐

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 施行規則第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。		☐
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。		☐
	資格	☐ 医師 ☐ 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)		☐
	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	☐ 医師 ☐ 臨床検査技師 ☐ 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		☐
	☐ 検査機器保守管理作業日誌 ☐ 測定作業日誌		☐
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(血清分離のみを扱う施設は除く)		☐
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。		☐
	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。		☐
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)		☐
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。 開催実績 年 月 日 内容 題名: _____		☐
	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。 開催実績 年 月 日 内容 題名: _____		☐

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。		☐
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。		☐
	資格	☐ 医師 ☐ 臨床検査技師	
	氏名	所属	
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。		☐
	氏名	所属	
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。）		☐
	資格	☐ 医師 ☐ 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・染色体検査の受託検査をしているか。		☐
	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	☐ 医師 ☐ 臨床検査技師 ☐ その他	
	氏名	所属	
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。		☐
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。		☐
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。		☐
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。		☐
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。		☐

2-19 サイバーセキュリティの確保 (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))		適・否
	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。	☐
	☐ 「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。 ☐ インシデント発生時の連絡体制図を作成しているか。	

2-20 長時間労働となる医師に対する面接指導の実施及び休息時間の確保等の状況 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)		適・否
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がいるか(令和6年度)	☐ いる ☐ いない(以下回答不要)	
面接指導の実施状況	「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」(面接指導対象医師)を作成している。	☐
	面接対象医師に面接指導が実施されているか。	☐
就業上の措置(時間外・休日労働月100時間以上見込み)	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)を講じていることを確認できるか。	☐
就業上の措置(時間外・休日労働月155時間超)	時間外・休日労働が月155時間超に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。	☐
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	「特定対象医師の名簿」を作成しているか。	☐
	勤務状況がわかる資料を作成し、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が確認できるか。	☐

【 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。	☐
	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) ☐ 診療を受けた者の住所・氏名・性別及び年齢 ☐ 病名及び主要症状 ☐ 治療方法 (処方及び処置) ☐ 診療の年月日 診療録の保存期間 ☐ 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)	☐
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。	☐
	診療に関する諸記録 ☐ 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) ☐ 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) ☐ 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。) ☐ 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) ☐ 看護記録 ☐ 検査所見記録 (検査室において行われた検査結果の記録) ☐ エックス線写真 ☐ 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。) ☐ 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ー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>	☐
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)	<u>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。</u> 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。	☐
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。 <u>(ただし、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>	☐
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)	<u>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。</u>	☐
3ー5 院内掲示 (医療法第14条の2第1項)		
	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。 【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 ☐	☐

〔 業 務 委 託 〕	
4－1 検体検査 (医療法施行規則第9条の8)	
委託契約の有無 (施設表p4と合致すること)	☐ 全部 ☐ 一部 ☐ 無 業者名
契約期間	☐ 自 年 月 日 ・ 至 年 月 日 ☐ 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。 ☐ ある(代行保証先：_____) ☐ ない(業務確保方法：_____)
受託業者の検査場所	☐ 全て委託病院の臨床検査室で実施 ☐ 全て院外の受託業者の施設 ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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。 ☐ はい ☐ いいえ
4－2 滅菌消毒 (医療法施行規則第9条の9)	
医療材料の滅菌消毒業務 の委託契約の有・無 (施設表p4と合致すること)	☐ 全部 ☐ 一部 ☐ なし(消毒室の名称：_____) 業者名
契約期間	☐ 自 年 月 日 ・ 至 年 月 日 ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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 (施設表p4と合致すること)	☐ あり ☐ なし 業者名
契約期間	☐ 自 年 月 日 ・ 至 年 月 日 ☐ 年より自動更新
代行契約	代行契約を行っているか。 ☐ ある ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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。 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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。 ☐ はい ☐ いいえ(代替案: _____)
	特別食に対応できるか。 ☐ はい ☐ 一部対応 ☐ いいえ(代替案: _____) ☐ 該当なし
	対応マニュアルがあるか。 ☐ はい ☐ 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。 ☐ はい ☐ いいえ
給食委員会	☐ 実施している。(直近の実施日 年 月 日) ☐ 実施していない。
	委託業者の参加状況 ☐ 参加している。 (参加者の資格等: _____) ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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 (施設表p4と合致すること)	☐ あり ☐ なし
	業者名
契約期間	☐ 自 年 月 日 ・ 至 年 月 日 ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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 ☐ はい ☐ 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 (施設表p4と合致すること)	☐ あり ☐ なし
	業者名
契約期間	☐ 自 年 月 日 ・ 至 年 月 日 ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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 (施設表p4と合致すること)	☐ あり ☐ なし		
	業者名		
契約期間	☐ 自 年 月 日 ・ 至 年 月 日 ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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。		☐
	年1回程度開催されているか。 ☐ 年1回、 ☐ その他(月 回)		☐
	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 ☐ 臨床工学技士 ☐ 医療ガス設備の管理業務に従事する職員 ☐ 麻酔科医 ☐ _____ ☐ _____		
	医療ガス安全管理委員長を設置しているか。		☐
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。		☐
	職種横断的に開催されているか。 ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 薬剤師 ☐ 臨床工学技士 ☐ 医療ガス設備の管理業務に従事する職員 ☐ 麻酔科医 ☐ _____ ☐ _____		
	未受講者への対応をしているか		☐
	年1回程度開催されているか。(定期： 回 臨時： 回) 開催実績 ①_____年 月 日 (令和6年度) 題名：_____		☐
	研修内容を記録しているか。	開催日時	☐
		出席者	☐
研修項目		☐	

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。	☐
	☐ 日常点検 ☐ 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 ☐ 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)		
委託契約の有・無 (施設表p4と合致すること)	☐ 全部 ☐ 一部 ☐ なし (洗濯施設の名称: _____)	
	業者名 _____	
契約期間	☐ 自 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ・ 至 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ☐ ____ 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。 ☐ ある ☐ ない (業務確保方法: _____)	
対象物	☐ 患者病衣 ☐ 患者リネン ☐ ベッド用マット ☐ 従事者業務衣料 ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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 (施設表p4と合致すること)	☐ あり ☐ なし	
	業者名 _____	
標準作業書	☐ 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。	
	☐ 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	☐ 自 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ・ 至 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ☐ ____ 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。 ☐ ある (代行保証先: _____) ☐ ない (業務確保方法: _____)	

	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。）
契約期間	☐ 自 年 月 日 ・ 至 年 月 日 ☐ 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）	
	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。 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 該当なし
	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。 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 該当なし

[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る者を防火管理者として定め、管轄消防署に届けているか。		☐
	防火管理者	職	
	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。		☐
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（令和6年度） 実施日： 年 月 日、 年 月 日		
	消火訓練（令和6年度） 実施日： 年 月 日、 年 月 日		
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		☐
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。		☐

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。	☐
	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：()	☐
	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。	☐

〔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	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。	☐
2.管理区域への立入制限と被ばく防止の措置	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。	☐
6-2 敷地の境界等における防護措置		適・否
	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		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。	☐
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	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。	☐
2.各使用室の出入口の構造＊	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。	☐ ＊
6-5 使用中の表示		適・否
1.使用室の出入口の標識	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。	☐
2.放射線の発生・照射が自動的に表示する装置＊	診療用高エネルギー放射線発生装置使用室及び診療用粒子線照射装置使用室並びに診療用放射線照射装置使用室の出入口に放射線発生時又は照射時に自動的にその旨を表示する装置が設けられているか。	☐ ＊
6-6 取扱者の遵守事項＊		適・否
1.作業衣の着用＊	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。	☐ ＊

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。	☐ ＊
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。	☐
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。	☐
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。	☐
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	☐ ＊
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。	☐ ＊
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。	☐ ＊
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。	☐ ＊
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。	☐
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。	☐ ＊
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。	☐ ＊

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。	☐ *
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。	☐ *
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。	☐ *
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。	☐ *
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。	☐ *
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。	☐ *
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。	☐ *
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。	☐
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。	☐
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。	☐ *
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。	☐ *