

医療法第25条第1項の規定 に基づく立入検査要綱

(令和4年5月)

鳥取県福祉保健部
健康医療局医療・保険課

目 次

○医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱	1
○第1表（施設表）	8
○第2表（検査表）	12
○別表1（従業員名簿）	20
○別表2（入院患者数調）	21
○別表3（外来患者数調）	22
○別表4（診療エックス線及び診療用放射線照射装置等調）	23
○別表5（施設平面図）	24
○検査基準	25
○構造設備基準	76
1 病室等	76
2 放射線装置及び同使用室	82
〔別紙〕	
常勤医師等の取扱いについて	92
○調査票（①～⑨）	96

医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱

I 概 要

1 目 的

医療法（昭和23年法律第205号）第25条第1項の規定に基づく立入検査により、病院が医療法及び関連法令により規定された人員及び構造設備を有し、かつ、適正な管理を行っているか否かについて検査することにより、病院を科学的で、かつ、適正な医療を行う場にふさわしいものとするを目的とする。

2 検査対象施設及び実施時期

医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査は、医療法に基づくすべての病院を対象とし、原則年1回実施する。ただし、前年度に文書指摘のなかった病院は、場合によっては立入検査を省略することもある。

3 実施すべき事項

第1表（施設表）の事項及び第2表（検査表）の事項のほか、医療法第25条第1項の規定に基づき、鳥取県知事（以下「知事」という。）が必要と認めた事項

4 実施の方法

医療法第25条第1項に基づく立入検査については、知事が任命した医療監視員が各施設に赴き、病院から提出された第1表（施設表）及び別表1から5について、IVの検査基準のうち被検査施設の該当する検査項目について検査し、所要の判定を行った結果に基づき、第2表（検査表）等を作成する。

5 各施設に対する指導等

知事は、不適合事項があるときは、当該病院開設者又は管理者に対して当該事実を通知するとともに、当該病院開設者又は管理者に改善計画書の提出を求めることも含め、改善のために必要な指導を行う。

Ⅱ第1表（施設表）作成要領

本表は被検査施設について、その概要を表示する表である。

※施設番号	○医療施設基本ファイルの番号を記入する。
(1) 施設名	○医療法に基づいて許可を受けた名称を記入する。
(2) 開設年月日	○医療法施行令（昭和23年政令第326号）第4条の2第1項に基づく届出に記載された開設年月日を記入する。
(3) 地域医療支援病院の承認年月日	○医療法第4条第1項に基づく知事の承認を得た年月日を記入する。
(4) 所在地	○郵便番号及び住所（番地まで）を、正確に記入する。
(5) 電話番号	○代表番号を市外局番から記入する。
(6) 管理者氏名	○医療法施行令第4条の2第1項に基づく届出に記載された管理者氏名を記入する。
(7) 開設者	○該当するものの番号を選択する。 ○「1. 国（厚生労働省）」とは、厚生労働省が開設する病院をいう。 ○「2. 国（（独）国立病院機構）」とは、独立行政法人国立病院機構が開設する病院をいう。 ○「3. 国（国立大学法人）」とは、国立大学法人が開設する病院をいう。 なお、国立大学法人が開設した大学の附属病院（分院）である場合は、「医育機関の有無」の欄に、有を記入する。 ○「4. 国（（独）労働者健康安全機構）」とは、独立行政法人労働者健康安全機構が開設する病院をいう。 ○「5. 国（（独）国立高度専門医療研究センター）」とは、独立行政法人国立高度専門医療研究センターが開設する病院をいう。 ○「6. 国（（独）地域医療機能推進機構）」とは、独立行政法人地域医療機能推進機構が開設する病院をいう。 ○「7. 国（その他）」とは、国及び国に準ずるものが開設する病院で、上記「1. 国（厚生労働省）」から「6. （独）地域医療機能推進機構）」までのいずれにも該当しない病院をいう。 （例：財務省、総務省、法務省、防衛省等の病院） ○「8. 都道府県」とは、 1 都道府県が開設する病院をいう。ここには地方自治法（昭和22年法律第67号）第284条第1項の規定により、総務大臣の許可を受けて設立した都道府県一部事務組合が開設するものを含む。 2 都道府県立大学の附属病院（分院）である場合は、「医育機関の有無」の欄に、有を記入する。 ○「9. 市町村」とは、 1 市町村が開設する病院をいう。ここには地方自治法第284条第1項の規定により、知事の許可を受けて設立した市町村一部事務組合が開設するものを含む。 2 国民健康保険法施行法（昭和33年法律第193号）第2条の規定により、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）の施行後も引き続き国民健康保険を行う普通国民健康保険組合が開設する病院もこの区分に含む。 3 市立大学の附属病院（分院）である場合は、「医育機関の有無」の欄に、有を記入する。 ○「10. 地方独立行政法人」とは、地方独立行政法人法（平成15

- 年法律第118号)に規定される地方公共団体が開設する病院をいう。
- 「11. 日赤」とは、日本赤十字社が開設する病院をいう。
 - 「12. 済生会」とは、社会福祉法人恩賜財団済生会が開設する病院をいう。
 - 「13. 北海道社会事業協会」とは、社会福祉法人北海道社会事業協会が開設する病院をいう。
 - 「14. 厚生連」とは、全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生(医療)農業協同組合連合会が開設する病院をいう。
 - 「15. 国民健康保険団体連合会」とは、国民健康保険法第83条の規定により設立した法人で、同法第84条の規定により知事の認可を受けた国民健康保険団体連合会が開設する病院をいう。
 - 「16. 健康保険組合及びその連合会」とは、健康保険法(大正11年法律第70号)の規定により設立した健康保険組合及び健康保険組合連合会が開設する病院をいう。
 - 「17. 共済組合及びその連合会」とは、次に掲げる各共済組合及びその連合会が開設する病院をいう。
 - 1 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)第3条の規定により設立された国家公務員共済組合及び同法第21条の規定により設立された同連合会
 - 2 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)第3条の規定により設立された地方公務員等共済組合(地方職員共済組合、公立学校共済組合、警察共済組合、都職員共済組合、指定都市職員共済組合、市町村職員共済組合等)及び同法第27条の規定により設立された全国市町村職員共済組合連合会
 - 3 私立学校教職員共済組合法(昭和28年法律第245号)の規定により私立学校教職員共済制度を管掌することとされた日本私立学校振興・共済事業団
 - 「18. 国民健康保険組合」とは、国民健康保険法第17条の規定により知事の認可を受けて設立され、同法第3条第2項の国民健康保険を行う国民健康保険組合が開設する病院をいう。
(注) 国民健康保険法第3条第1項の規定により国民健康保険を行う市町村はこの区分には含めず、「6. 市町村」の番号を○で囲む。
 - 「19. 公益法人」とは、公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律(平成18年法律第49号)第2条に規定する公益社団法人又は公益財団法人が開設する病院をいう。
(注) 一般社団法人及び一般財団法人に関する法律(平成18年法律第48号)により認可された一般社団法人又は一般財団法人が開設する病院は「25. その他の法人」とする。
 - 「20. 医療法人」とは、医療法第39条の規定に基づく医療法人が開設する病院をいう。
 - 「21. 私立学校法人」とは、
 - 1 私立学校法(昭和24年法律第270号)第3条に規定する学校法人が開設する病院をいう。
 - 2 学校法人が設立した大学等の附属病院(分院)である場合は、「医育機関の有無」の欄に、有を記入する。
 - 「22. 社会福祉法人」とは、社会福祉法(昭和26年法律第4号)第22条の規定で、第32条で認可された病院をいう。
 - 「23. 医療生協」とは、消費生活協同組合法(昭和23年7月30日法律第200号)第4条の規定による法人で、第10条第1

- 項第6号に定める事業を行う医療生協が開設する病院をいう。
- 「24. 会社」とは、従業員及びその家族のために開設された病院で、知事から開設許可（医療法第7条）を受けたものが会社である病院をいう。
- （注）開設許可を受けたものが会社の健康保険組合である病院はこの区分に含めず、「16. 健康保険組合及びその連合会」の番号を○で囲む。
- 「25. その他の法人」とは、上記「19. 公益法人」から「24. 会社」までのいずれにも該当しない法人が開設する病院をいう。
- 「26. 個人」とは、個人（法人格を有しない）が開設する病院をいう。
- 「医育機関」とは、学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学において、医学又は歯学の教育を行うことに付随して設けられた病院及び分院をいい、大学研究所附属病院も含める。
- (8) 許可病床数等及び1日平均入院患者数
- 許可病床数の欄には、医療法第7条の規定に基づいて許可を受けた病床数を記入する。
- また、稼動病床数の欄には、医療計画上の参考とするため、許可病床数から当該年度の4月1日現在で過去1年間、患者の収容を行っていない病床数を除いた実稼動病床数について記入する。
- 「1日平均入院患者数」の欄には、年度間の入院患者延数をそれぞれ暦日で除した数を記入する。（小数点第2位以下を切り捨て小数点第1位まで）
- ・入院患者延数とは、年度間における毎日24時現在に在院している患者数を合計した数である。
- 「1日平均入院患者数(歯科・矯正歯科・小児歯科・歯科口腔外科再掲)」の欄には、歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の前年度における1日平均入院患者数を再掲する。
- (9) 病床区分の届出
- 「病床区分の届出年月日」の欄には、医療法等の一部を改正する法律（平成12年法律第141号）附則第2条第1項に基づく病床区分の届出年月日を記入する。
- (10) 診療科名
- 標榜している診療科名については、医療法施行令第3条の2に基づく診療科名に○を記入する。
- なお、これらの診療科名のほか、同条第1項第1号ハ又はニ(2)若しくは第2号ロの規定による事項と組み合わせた名称を診療科名としている場合は、空欄に標榜している診療科名を記入する。
- (11) 1日平均外来患者数
- 「1日平均外来患者数」の欄には、年度間の外来患者延数を実外来診療日数で除した数を記入する。（小数点第2位以下を切り捨て小数点第1位まで）
- ・外来患者延数とは、年度間における毎日の新来、再来、往診、巡回診療及び健康診断の数を合計した数をいう。
 - ・同一患者が2以上の診療科で診療を受けた場合は、それぞれの診療科に計上する。
 - ・入院中の患者が、他の診療科で診療を受け、その診療科で診療録（カルテ）が作成された場合は、その診療科の外来患者として計上する。
- 「(再掲)耳鼻咽喉科・眼科・精神科」及び「(再掲)歯科・矯正歯科・小児歯科・歯科口腔外科」の欄には、それぞれ前年度における1日平均外来患者数を再掲する。
- なお、これらの診療科名に、医療法施行令第3条の2第1項第1号ニ(2)又は同項第2号ロの規定による事項を組み合わせた名称を診

- 療科名としている場合は、組み合わせ前の診療科として再掲すること。
- (12) 1日平均調剤数
- 「(再掲) 1日平均外来患者数(通院リハ除)」の欄には、医師及び看護師の標準数の算出に1日平均外来患者数から医師による包括的リハビリテーションの指示が行われた通院リハビリ患者(ただし、実施計画の立案日等、医師による外来診察が行われた日を除く。)を除いた数値を用いる場合に記入する。
 - 調剤数については、年度間の入院及び外来別の調剤延数をそれぞれ暦日及び実外来診療日数で除した数を記入する。(小数点第2位以下を切り捨て小数点第1位まで)
ただし、この欄は、特定機能病院である場合にのみ記入する。
 - 1枚の処方せんに2処方以上記載されている場合の調剤数は、原則として記載されている処方数とする。
- (13) 1日平均外来患者に係る取扱処方せん数
- 処方せんの数については、年度間の外来患者に係る取扱処方せんの数を実外来診療日数で除した数を記入する。(小数点第2位以下を切り捨て小数点第1位まで)
 - ・「外来患者に係る取扱処方せん」とは、院内の調剤所で薬剤師が外来患者に投与する薬剤を調剤するため必要な文書等を指し、その名称の如何を問わないものであり、患者に院外で調剤を受けさせるために交付する処方せん(院外処方せん)を含まないものである。
- (14) 従業者数
- 担当させている業務内容が2以上にわたる場合は、その主たる業務内容によってその該当欄に計上する。
したがって、取得資格のみによって記入しないよう注意する。
例えば、看護師の資格を有する者を専ら看護学生の教育に従事させている場合は「その他」の欄に計上し、「看護師」の欄に計上しない。
また、看護師及び助産師の免許を併せて有する者については、現に主として行っている業務内容により、そのいずれか一方に計上する。
 - 「医師」、「歯科医師」欄については、医師(歯科医師)の免許を有し、診療に従事する者(研修医(研修歯科医)も含む。ただし、特定機能病院については、免許取得後2年以上経過していない医師を除く。)の数を、別紙「常勤医師等の取扱いについて」の3に基づき、それぞれ常勤又は非常勤の欄に計上し、「薬剤師」欄以降の各欄についても同様に常勤、非常勤別に計上する。
なお、特定機能病院にあっては、免許取得後2年以上経過していない医師の有無を「臨床研修医」欄に記入する。
 - 「薬剤師」、「看護師」、「准看護師」、「管理栄養士」、「栄養士」、「診療放射線技師」、「理学療法士」、「作業療法士」欄については、それぞれの関係法による免許を有する者の数を計上する。
ただし、「管理栄養士」欄は、特定機能病院である場合にのみ記入(別掲)する。
 - 「看護補助者」欄には看護師(准看護師を含む。)の免許を有しないで、医師又は看護師の監督指示に基づき、看護の補助として介護にあたる者の数を計上する。
 - 「助産師」、「診療エックス線技師」、「臨床検査技師」、「衛生検査技師」、「臨床工学技士」、「視能訓練士」、「義肢装具士」、「言語聴覚士」、「精神保健福祉士」、「歯科衛生士」及び「歯科技工士」欄については、それぞれの関係法による免許を有する者の有無を記入する。

(15) 設 備 概 要

- 「その他」欄については、上記以外に何らかの免許等を有する者であって特に記載する必要があるものがある場合、職名及び有無を記入する。
- 「常勤換算後」欄には、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、准看護師、看護補助者、管理栄養士、栄養士、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士の非常勤者について、別紙「常勤医師等の取扱いについて」に基づき常勤換算した数を計上する。
- 「常勤合計」欄については、医療機関行政情報システムに入力することにより自動的に作成される。
- 設備概要については、有・無を記入する。
- 「1. 手術室」欄で有の場合は、「室・床数等」欄に設置室数を記入する。
- 「2. 臨床検査施設」とは、喀痰、血液、尿、ふん便等について通常行われる臨床検査のできる施設をいう。
- 「5. 給食施設」とは、入院患者のすべてに給食することのできる施設をいう。
- 「8. 機能訓練室」とは、機能訓練を行うために必要な器械、器具及び十分な広さを有している施設をいい、「室・床数等」欄には、療養病床（経過的旧療養型病床群を含む。以下同じ。）の許可を受けた病院で当該病床に係る機能訓練室の面積を記入する。
- 「10. 食堂」の「室・床数等」欄には、療養病床の許可を受けた病院について当該病床に係る食堂の面積を記入する。
- 「18. 医薬品情報管理室」とは、医薬品に関する情報の収集、分類、評価及び提供を行う機能を備えているものをいう。
- 「22. 診療用高エネルギー放射線発生装置」とは、1メガ電子ボルト以上のエネルギーを有する電子線又はエックス線の発生装置をいう。
- 「23. 診療用粒子線照射装置」とは、陽子線又は重イオン線を照射する装置をいう。
- 「24. 診療用放射線照射装置」とは、密封された放射性同位元素を装備している診療の用に供する照射機器でその装備する放射性同位元素の数量が下限数量に千を乗じて得た数量を超えるものをいう。
骨塩定量分析装置、ガスクロマトグラフ用エレクトロン・キャプチャ・ディテクタ又は輸血用血液照射装置については、それぞれ装備する放射性同位元素の数量が下限数量に千を乗じて得た数量を超えるものであっても、放射性同位元素装備診療機器として届け出たものは、この欄ではなく、「26. 放射性同位元素装備診療機器」の欄に記入することとなるので注意する。
- 「25. 診療用放射線照射器具」とは、密封された放射性同位元素を装備している診療の用に供する照射機器でその装備する放射性同位元素の数量が下限数量に千を乗じて得た数量以下のものをいう。
骨塩定量分析装置、ガスクロマトグラフ用エレクトロン・キャプチャ・ディテクタ又は輸血用血液照射装置については、それぞれ装備する放射性同位元素の数量が下限数量に千を乗じて得た数量を超えるものであっても、放射性同位元素装備診療機器として届け出たものは、この欄ではなく、「26. 放射性同位元素装備診療機器」の欄に記入することとなるので注意する。
- 「26. 放射性同位元素装備診療機器」とは、密封された放射性同位元素を装備している診療の用に供する機器で厚生労働大臣の定めるもの（昭和63年厚生省告示第243号）をいう。

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

Ⅲ 第2表（検査表）作成要領

本表は、Ⅳの検査基準に基づき、被検査施設の該当する対象項目ごとに判定欄に適、否を「○」、「×」の記号で、また、該当しない項目には「－」の記号で記入する。

（注）〔1 医療従事者〕は、第1表作成により、歯科医師を除き自動入力される。

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

(15) 設備概要	設 備		室・床数等
	1. 手術室	有・無	室
	2. 臨床検査施設	有・無	
	3. エックス線装置	有・無	
	4. 調剤所	有・無	
	5. 給食施設	有・無	
	6. 分べん室	有・無	
	7. 新生児の入浴施設	有・無	
	8. 機能訓練室 (単位：平方メートル)	有・無	m ²
	9. 談話室	有・無	
	10. 食堂 (単位：平方メートル)	有・無	m ²
	11. 浴室	有・無	
	12. 集中治療室	有・無	床
	13. 化学、細菌及び病理の検査施設	有・無	
	14. 病理解剖室	有・無	
	15. 研究室	有・無	
	16. 講義室	有・無	
	17. 図書室	有・無	
	18. 医薬品情報管理室	有・無	
	19. 救急用又は患者輸送用自動車	有・無	
	20. 無菌状態の維持された病室	有・無	
	21. 放射線治療病室	有・無	
	22. 診療用高エネルギー放射線発生装置	有・無	
	23. 診療用粒子線照射装置	有・無	
	24. 診療用放射線照射装置	有・無	
	25. 診療用放射線照射器具	有・無	
	26. 放射性同位元素装備診療機器	有・無	
	27. 診療用放射性同位元素	有・無	
	28. 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素	有・無	
	29. CTスキャン	有・無	
	30. 血管連続撮影装置	有・無	
	31. MRI	有・無	
	32. スプリンクラー	有・無	
	33. 自家発電装置	有・無	
	34. サイクロトロン装置	有・無	
	35. 滅菌装置 (オートクレーブ等)	有・無	
	36.		
	37.		
	38.		
	39.		
	40.		
	41.		
	42.		
	43.		

(16) 業務委託	業 務		有 (全部) ・有 (一部) ・無	
	1. 検体検査業務			
	2. 医療機器等の滅菌消毒業務			
	3. 患者給食業務			
	4. 患者搬送業務			
	5. 医療機器の保守点検業務			
	6. 医療ガス供給設備の保守点検業務			
	7. 寝具類の洗濯業務			
	8. 施設の清掃業務			
	9. 感染性廃棄物の処理業務			
10. 医療用放射性汚染物の廃棄業務				
(17) 建物の構造面積 ・ 敷地の面積	建 物 (単位：平方メートル)			
	構 造	建 築 面 積	延 面 積	
	耐 火 構 造			
	準耐火構造			
	そ の 他			
	計			
	土 地 (単位：平方メートル)			
病院敷地面積				
(18) 医療法に基づく 許可の状況	許 可 事 項		許 可 年 月 日	番 号
	1. 開設者以外を管理者に選任することの許可			第 号
	2. 管理者兼任許可			第 号
	3. 宿直医師免除許可			第 号
	4. 専属薬剤師免除許可			第 号
	5. 従業者の標準定員適用除外許可等 (精神・結核・老人・療養型病床群)		(精神)	第 号
			(結核)	第 号
(老人)			第 号	
(療養)			第 号	
6. 医師配置標準の特例措置に係る許可			第 号	

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

第2表 検 査 表
(年 月 日 調査)

施設名						
[1 医療従事者]	前年判定	当年判定	前 年	標 準 数 必 要 数	当年現員	不 足
1-1 医師数			名	名	名	名
1-2 歯科医師数			名	名	名	名
1-3 薬剤師数			名	名	名	名
			名	名	名	名
1-4 看護師数			名	名	名	名
1-5 看護補助者数			名	名	名	名
1-6 (管理) 栄養士数			名	名	名	名
A 総 項 目 数						
B 対 象 項 目 数						
C 適 「○」 数						
D 否 「×」 数						
E 非対象項目「-」数						
[2 管 理]	前年判定	当年判定	備 考			
2-1 医療法の手続	/	/				
1. 医療法の使用許可						
2. 医療法届出事項の変更						
3. 医療法許可事項の変更						
4. 地域医療支援病院、特定機能病院、臨床研究中核病院の承認						
5. 診療用放射線装置の届出						
2-2 患者入院状況	/	/				
1. 病室の定員遵守						
2. 病室以外の患者入院						
3. 精神病・感染症患者の一般病室への入院						
4. 病毒感染の危険のある患者の感染防止						
5. 装置、器具、同位元素治療患者の放射線治療病室以外の入院防止						
6. 放射線治療病室への他の患者の入院防止						
2-3 新生児の管理	/	/				
1. 管理及び看護体制						
2. 避難体制						
2-4 医師の宿直						
2-5 医薬品の取扱い	/	/				
1. 毒劇薬の区別と施錠保管						
2. 毒劇薬の表示						
3. その他の医薬品の管理						
4. 調剤所の衛生と防火管理						
2-6 医療機器等の清潔保持及び維持管理	/	/				
1. 医療機器及び看護用具の清潔保持						
2. 病棟諸設備の清潔保持						

[2 管 理]	前年判定	当年判定	備 考
2-7 調理機械・器具の清潔保持及び保守管理			
2-8 職員の健康管理			
2-9 医療の情報の提供			
2-10 医療の安全管理のための体制確保	/	/	
1. 医療に係る安全管理のための指針の整備			
2. 医療に係る安全管理のための委員会（医療安全管理委員会）の設置及び業務の実施			
3. 医療に係る安全管理のための基本的事項、具体的方策についての職員研修の実施			
4. 事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策			
5. 医療事故に係る再発防止策の周知及び遵守			
6. 医療安全管理責任者の配置			特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の該当項目（臨床研究中核病院の場合は「専任の医療に係る安全管理を行う者」、臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の場合は「医療に係る安全管理を行う者」とする。なお、臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設は兼任でも可）
7. 医療に係る安全管理を行う部門の設置及び業務の実施			特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の該当項目（臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の場合は「安全管理部門」とする。）
8. 患者からの相談に適切に応じる体制の確保			特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の該当項目（臨床研究中核病院の場合は「研究の対象者又はその家族」とする。）
9. 院内での死亡事例を遺漏なく把握できる体制の確保等			
10. 事故等事案の登録分析機関への提出			特定機能病院及び事故等報告病院の該当項目
2-11 院内感染対策のための体制確保	/	/	
1. 院内感染対策のための指針の策定			
2. 院内感染対策のための委員会の開催			
3. 従業者に対する院内感染対策のための研修の実施			
4. 感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策			

[2 管 理]	前年判定	当年判定	備 考
5. 専任の院内感染対策を行う者の配置状況			特定機能病院の該当項目
2-12 診療用放射線に係る安全管理体制の確保			
1. 診療用放射線に係る安全管理のための責任者の配置			
2. 診療用放射線の安全利用のための指針の策定			
3. 放射線診療に従事する者に対する診療放射線の安全利用のための研修の実施			
4. 放射線診療を受ける者の当該放射線による被ばく線量の管理及び記録その他の診療放射線の安全利用を目的とした改善のための方策の実施			
2-13 医薬品に係る安全管理のための体制確保	/	/	
1. 医薬品の安全使用のための責任者（医薬品安全管理責任者）の配置状況			
2. 従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施			
3. 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び手順書に基づく業務の実施			
4. 医薬品安全管理責任者による前記3.の業務の定期的な確認の実施			
5. 医薬品の安全使用のために必要となる未承認等の医薬品の使用の情報その他の情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策			
2-14 医療機器に係る安全管理のための体制確保			
1. 医療機器の安全使用のための責任者（医療機器安全管理責任者）の配置状況			
2. 従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施			
3. 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の実施			

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

2—18	検体検査の業務の適正な実施に必要な基準への適合			
1.	検体検査の精度の確保に係る責任者の配置			
2.	遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者の配置			
3.	標準作業書の常備及び検体検査の業務の従事者への周知			
4.	作業日誌の作成			
5.	台帳の作成			
6.	検体検査の精度管理のための体制の整備			
7.	遺伝子関連・染色体検査の精度管理のための体制の整備			
A	総項目数			
B	対象項目数			
C	適「○」数			
D	否「×」数			
E	非対象項目「-」数			
[3 帳票・記録]		前年判定	当年判定	備 考
3—1	診療録の管理、保存			
3—2	助産録の管理、保存			
3—3	診療に関する諸記録の整理保管			
3—4	エックス線装置等に関する記録	/	/	
1.	装置及び器具の使用時間の記録及び保存			
2.	装置、器具及び同位元素並びに同位元素による汚染物の記録及び保存			
3.	線量当量等の測定、記録及び保存			
4.	治療用エックス線装置等の放射線量の測定保存			
3—5	院内掲示			
A	総項目数			
B	対象項目数			
C	適「○」数			
D	否「×」数			
E	非対象項目「-」数			

[4 業務委託]	前年判定	当年判定	備 考
4-1 検体検査			
4-2 滅菌消毒			
4-3 食事の提供			
4-4 患者等の搬送			
4-5 医療機器の保守点検			
4-6 医療ガスの供給設備の保守点検			
4-7 洗濯			
4-8 清掃			
4-9 感染性廃棄物の処理			
4-10 医療用放射性汚染物の廃棄			
A 総項目数			
B 対象項目数			
C 適「○」数			
D 否「×」数			
E 非対象項目「-」数			
[5 防火・防災体制]	前年判定	当年判定	備 考
5-1 防火管理者及び消防計画			
5-2 消火訓練・避難訓練			
5-3 防火・消火用設備の整備			
5-4 点検報告等			
5-5 防災及び危害防止対策			
A 総項目数			
B 対象項目数			
C 適「○」数			
D 否「×」数			
E 非対象項目「-」数			

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

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

別表2 入院患者数調

年 月 日から

年 月 日まで

	入院患者数												合計 (A)	暦日 (B)	1日平均 入院患者数 (A)/(B)	
	4月	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3				
内科																
外科																
整形外科																
脳神経外科																
婦人科																
皮膚泌尿器科																
眼科																
耳鼻いんこう科																
小児科																
精神科																
リハビリテーション科																
放射線科																
歯科																
一般病床																
療養病床																
結核病床																
精神病床																
感染症病床																
合計																

※「暦日(B)」欄は、通常の年は365日又は366日である。病院に休止した期間がある場合は、その期間を除く。

別表 3 外来患者数調

年 月 日から

年 月 日まで

	外 来 患 者 数												合 計 (A)	実外来 診 療 日 数 (B)	1日平均 患者数 (A)/(B)	
	4月	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3				
内 科																
外 科																
整 形 外 科																
脳 神 経 外 科																
婦 人 科																
皮 膚 泌 尿 器 科																
眼 科																
耳 鼻 い ん こ う 科																
小 児 科																
精 神 科																
リハビリテーション科																
放 射 線 科																
歯 科																
合 計																

※「実外来診療日数(B)」欄は、各科別の年間の外来診療日数でなく、病院の実外来診療日数(各科とも同一の日数)である。したがって、合計欄の「1日平均患者数(A)/(B)」は、病院の1日平均患者数である。

別表 4

診療用エックス線及び診療用放射線照射装置等調

年 月 日から
年 月 日まで

エックス線装置(医療法施行規則第24条の装置)									
製作者名	型 式	エックス線高電圧発生装置の定格出力	台 数	使用開始及び 廃止時期		摘 要			
				使用開始	年 月 日				
				廃止	年 月 日				
				使用開始	年 月 日				
				廃止	年 月 日				
				使用開始	年 月 日				
				廃止	年 月 日				
				使用開始	年 月 日				
				廃止	年 月 日				
診療用高エネルギー放射線発生装置(同第25条の装置)									
製作者名	型 式	エックス線高電圧発生装置の定格出力	台 数	使用開始及び 廃止時期		摘 要			
				使用開始	年 月 日				
				廃止	年 月 日				
				使用開始	年 月 日				
				廃止	年 月 日				
				使用開始	年 月 日				
				廃止	年 月 日				
診療用放射線照射装置(同第26条の装置)									
製作者名	型 式	台数	放射性同位元素の種類	数 量	使用開始及び 廃棄時期		1週間あたりの使用 延べ人員 延べ時間		摘 要
				ベクレル	使用開始	年 月 日			
					廃棄	年 月 日			
					使用開始	年 月 日			
					廃棄	年 月 日			
					使用開始	年 月 日			
					廃棄	年 月 日			
診療用放射線照射器具(同第27条の器具)									
放射性器具 の型式	筒 数	放射性同位元素の種類	数 量	使用開始及び 廃棄時期		廃棄の方法	1週間あたりの使用 延べ人員 延べ時間		摘 要
			ベクレル	使用開始	年 月 日				
				廃棄	年 月 日				
				使用開始	年 月 日				
				廃棄	年 月 日				
				使用開始	年 月 日				
				廃棄	年 月 日				
診療用放射性同位元素(同第28条の同位元素)									
放射性同位元素の種類	型 式	数量	使用開始及び 廃棄時期		廃棄の方法	摘 要			
		ベクレル	使用開始	年 月 日					
			廃棄	年 月 日					
			使用開始	年 月 日					
			廃棄	年 月 日					
			使用開始	年 月 日					
			廃棄	年 月 日					

作成要領

- 1 令和 4 年 5 月 1 日現在のものとする。
- 2 縮尺は指定しないが、洋紙のサイズは A 4 判・A 3 番で統一すること。
- 3 使用許可された角質の用途を記載すること。
- 4 各病室の面積及び許可病床数を記載すること。

IV 検査基準

検査基準の説明

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

項目番号	項目	根拠法令等	摘要	備考
1	医療従事者			
1-1	医師数 患者数に対応した数の医師がいるか。	医療法第 21 条第 1 項第 1 号（以下「法 21.1.1」等という。） 医療法施行規則第 19 条第 1 項第 1 号（以下「則 19.1.1」等という。）	医師の員数の標準の計算方法は次によること。 ①精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を 3 をもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。）の数と外来患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。）の数を 2.5（耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5）をもって除した数との和（特定数）が 52 までは 3 とし、特定数が 52 を超える場合には当該特定数から 52 を減じた数を 16 で除した数に 3 を加えた数とすること。	（計算事例） ①入院患者数 一般 90 療養 50 精神 30 結核 25 ※外来患者数 250 とすると ※医師の標準数を算出する際の「外来患者数」については、外来患者延数から医師により包括的なりハビリテーションの指示が行われた通院リハビリ患者（ただし、実施計画の立案日等、医師による外来診察が行われた日を除く。）を除いた患者数を用いることも可能。 $(90+50/3+30/3(*a)+25+250/2.5(*b)-52(*c))/16+3(*d)=$ $(90+16.666\dots(*e)+10+25+100-52)/16+3=$ $189.6/16+3=14.85 \text{ (人)}$ $\dots\dots \text{ (医師の標準数)}$ (*a)…大学附属病院等は 30/1 (*b)…耳鼻咽喉科、眼科又は精神科は 5 (*c)…療養病床が 50%を上回る病院は 36 (*d)…療養病床が 50%を上回る病院は 2 (*e)…端数が出る場合、小数点第 2 位を切り捨て小数点第 1 位までとする ○転換病床を有する病院 ※平成 24 年 3 月 31 日までの間に、都道府県に対して転換に係る届出を行った病院であって再び平成 30 年 6 月 30 日までの間に届出を行った病院。 <平成 30 年 4 月 1 日から令和 6 年 3 月 31 日までの間>（則附則第 52 条第 1 項第 2 号、則附則第 52 条の 2 第 1 項） 精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を 3 をもって除した数と、精

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
				<p>神病床（転換病床）及び療養病床（転換病床）に係る病室の入院患者の数を6でもって除した数と、精神病床及び療養病床に係る病室以外の病室の入院患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。）の数と外来患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。）の数を2.5（耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5）をもって除した数との和（特定数）が52までは3とし、特定数が52を超える場合には当該特定数から52を減じた数を16で除した数に3を加えた数</p> <p>○転換病床のみを有する病院 ※平成24年3月31日までの間に、都道府県に対して転換に係る届出を行った病院であって再び平成30年6月30日までの間に届出を行った病院。 <平成30年4月1日から令和6年3月31日までの間>（則附則第52条第3項、則附則第52条の2第1項）</p> <p>転換病床に係る病室の入院患者の数を6でもって除した数と、外来患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。）の数を2.5（耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5）をもって除した数との和（特定数）が36までは2とし、特定数が36を超える場合には当該特定数から36を減じた数を16で除した数に2を加えた数</p> <p>（計算事例） ②入院患者数 一般 550人 外来患者数 （歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科を除く。）とすると 300人 $(550+300/2.5) \div 8 = 83.75$（人） ……医師の標準数</p> <p>※特定機能病院全体において、医師の半数以上が平成26年改正省令による改正後の規則第22条の2第3項に規定する専門の医師であることを要件とす</p>
		法22の2.1.1 則22の2.1.1	<p>②特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、入院患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。）の数と外来患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。）の数を2.5をもって除した数との和を8で除した数</p> <p>なお、医師免許取得後2年以上経過していない医師については員数に含めない。 （平5.2.15健政発第98号（平</p>	

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
		則 43 の 2	28.6.10 一部改正) 参照) ③医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。）又は 100 人以上の患者を入院させるための施設を有し、その診療科名中に内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を含む病院であって、精神病床を有する病院については、療養病床に係る病室の入院患者の数を 3 をもって除した数と、療養病床に係る病室以外の病室の入院患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者を除く。）の数と外来患者（歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の外来患者を除く。）の数を 2.5（耳鼻咽喉科、眼科又は精神科については、5）をもって除した数との和（特定数）が 52 までは 3 とし、特定数が 52 を超える場合には当該特定数から 52 を減じた数を 16 で除した数に 3 を加えた数。	る。（規則第 22 条の 2 第 3 項関係）
		則 49	④療養病床の病床数の全病床数に占める割合が 100 分の 50 を超える病院については、当分の間、上記に基づき算出された和が「36 までは 2」とし、算定された和が 36 を超える場合には当該特定数から 36 を減じた数を 16 で除した数に 2 を加えた数とする。	
		則 50	⑤則 50.1 の規定により、法第 7 条第 2 項の許可を受けた病院については、許可を受けた日から起算して 3 年を経過するまでの間、特例的に、当該病院の医師配置標準を現行の算定式の 90 % 相当に緩和する。ただし、医師 3 人という最低の員数は下回らないものとする。(則 49 の適用を受けた病院は、医師 2 人という最低の員数は下回らないも	(特例が認められる病院) ○次の要件がすべて該当する病院 7. 次に掲げる地域をその区域内に有する市町村又はこれに準ずる市町村の区域に所在するものであること。 ア) 離島振興法の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域 イ) 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律に規定する辺地

項目番号	項目	根拠法令等	摘要	備考
1- 4	看護師数 患者数に対応した数の看護師（准看護師を含む。）がいるか。	法 21. 1. 1 法 21. 3 則 19. 2. 2 則 43 の 2 医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成 13 年厚生労働省令第 8 号）第 20 条 都道府県の条例	<p>入院患者の数が 30 又はその端数を増すごとに 1 以上とし、調剤数 80 又はその端数を増すごとに 1 を標準とすること。</p> <p>看護師の員数の計算方法は、厚生労働省令で定める基準に従い都道府県が条例で定めるところによること。</p> <p>【従うべき基準】</p> <p>①療養病床、精神病床及び結核病床に係る病室の入院患者の数を 4 をもって除した数と、感染症病床及び一般病床に係る病室の入院患者（入院している新生児を含む。）の数を 3 をもって除した数とを加えた数（その数が 1 に満たないときは 1 とし、その数に 1 に満たない端数が生じたときは、その端数は 1 として計算する。）に、外来患者の数が 30 又はその端数を増すごとに 1 を加えた数</p> <p>また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔外科においてはそのうちの適当数を歯科衛生士とすることができる。</p> <p>②精神病床を有する病院については、当分の間、精神病床に係る病室の入院患者の数を 5 をもって除した数（その数が 1 に満たないときは 1 とし、その数に 1 に満たない端数を生じたときは 1 として計算する。）を精神病床に係る病室の入院患者の数を 4 をもって除した数（その数が 1 に満たないときは 1 とし、その数に 1 に満たない端数が生じたときは 1 として計算する。）から減じた数を看護補助者とすることができる。</p> <p>③医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。）又は 100 人以上の患者を入院させるための施設を有</p>	<p>（計算事例）</p> <p>④入院患者数 一般 90 療養 50 精神 35 結核 25 } とすると</p> <p>※外来患者数 400</p> <p>※看護師の標準数を算出する際の「外来患者数」については、外来患者延数から医師により包括的なりハビリテーションの指示が行われた通院リハビリ患者（ただし、実施計画の立案日等、医師による外来診察が行われた日を除く。）を除いた患者数を用いることも可能。</p> <p>・入院 $(90/3+50/4)+35/4+25/4=30+12.5+8.7+6.2=57.4\approx 58$</p> <p>・外来 $(400/30)=13.3\approx 14$</p> <p>・入院+外来 $(58+14)=72$（人） ……（看護師等の員数）</p> <p>（経過措置）</p> <p>○療養病床を有する病院であって、 ①特定介護療養型医療施設 ②特定病院 であるもの。</p> <p>※平成 24 年 4 月 1 日から平成 24 年 6 月 30 日までの間に、都道府県に対して①及び②に係る届出を行った病院であって再び平成 30 年 6 月 30 日までの間に届出を行った病院。 <平成 30 年 4 月 1 日から令和 6 年 3 月 31 日までの間>（則附則第 53 条第 1 号、則附則第 53 条の 2 第 1 項）</p> <p>療養病床に係る病室の入院患者の数を 6 をもって除した数と、精神病床及び結核病床に係る病室の入院患者の数を 4 をもって除した数と、感染症病床及び一般病床に係る病室の入院患者（入院している新生児を含む。）の数を 3 をもって除した数とを加えた数（その数が 1 に満たないときは 1 とし、その数に 1 に満たない端数が生じたときは、その端数は 1 として計算する。）に、外来患者の数が 30</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
		<p>法 22 の 2. 1. 1 則 22 の 2. 1. 4</p>	<p>し、その診療科名中に内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を含む病院（特定機能病院を除く。）であって、精神病床を有する病院については、療養病床、結核病床に係る病室の入院患者の数を4をもって除した数と、結核病床及び療養病床以外の病床に係る病室の入院患者（入院している新生児を含む。）の数を3をもって除した数とを加えた数（その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1として計算する。）に、外来患者の数が30又はその端数を増すごとに1を加えた数</p> <p>また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔外科においてはそのうちの適当数を歯科衛生士とすることができる。</p> <p>看護師の員数の計算方法は、次によること。</p> <p>○特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、入院患者（入院している新生児を含む。）の数が2又はその端数を増すごとに1と外来患者の数が30又はその端数を増すごとに1を加えた数以上</p> <p>また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔外科においてはそのうちの適当数を歯科衛生士とすることができる。</p>	<p>又はその端数を増すごとに1を加えた数。ただし、産婦人科又は産科においてはそのうちの適当数を助産師とするものとし、また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔外科においてはそのうちの適当数を歯科衛生士とすることができる。</p> <p>○転換病床を有する病院</p> <p>※平成 24 年 3 月 31 日までの間に、都道府県に対して転換に係る届出を行った病院であって再び平成 30 年 6 月 30 日までの間に届出を行った病院。</p> <p><平成 30 年 4 月 1 日から令和 6 年 3 月 31 日までの間>（則附則第 52 条第 5 項、則附則第 52 条の 2 第 1 項）</p> <p>療養病床に係る病室の入院患者の数を6をもって除した数と、精神病床（転換病床）及び療養病床（転換病床）に係る病室の入院患者の数を9をもって除した数と、精神病床及び結核病床に係る病室の入院患者の数を4をもって除した数と、感染症病床及び一般病床に係る病室の入院患者（入院している新生児を含む。）の数を3をもって除した数とを加えた数（その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1として計算する。）に、外来患者の数が30又はその端数を増すごとに1を加えた数</p> <p>また、歯科、矯正歯科、小児歯科又は歯科口腔外科においてはそのうちの適当数を歯科衛生士とすることができる。</p> <p>（参考）看護師等の員数が定められた員数の7割に満たない場合、看護師等確保推進者を置くこととされている。（看護師等の人材確保の促進に関する法律第12条、同法施行規則第1条参照）</p> <p>（計算事例）</p> <p>⑤入院患者数 550 人 とすると 外来患者数 300 人</p> <p>入院 $550 \div 2 = 275$ 外来 $300 \div 30 = 10$</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
1- 5	看護補助者数 定められた数の看護補助者がいるか。	法 21. 1. 1 法 21. 3 則 19. 2. 3 都道府県の条例	看護補助者の員数の計算方法は、厚生労働省令で定める基準に従い都道府県が条例で定めるところによること。 【従うべき基準】 ○療養病床に係る病室の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1	275+10=285 (人) ……看護師の員数 「看護補助者」とは、医師、看護師等の指示に基づき、看護の補助として介護に当たる者を意味し、特段の資格を必要とはしない。 (経過措置) ○療養病床を有する病院であって、 ①特定介護療養型医療施設 ②特定病院 であるもの。 ※平成 24 年 4 月 1 日から平成 24 年 6 月 30 日までの間に、都道府県に対して①及び②に係る届出を行った病院であって再び平成 30 年 6 月 30 日までの間に届出を行った病院。 <平成 30 年 4 月 1 日から令和 6 年 3 月 31 日までの間> (則附則第 53 条第 2 号、則附則第 53 条の 2 第 1 項) 療養病床に係る病室の入院患者の数が 6 又はその端数を増すごとに 1 ○転換病床を有する病院 <平成 30 年 4 月 1 日から令和 6 年 3 月 31 日までの間> (則附則第 52 条第 6 項、則附則第 52 条の 2 第 1 項) 療養病床(転換病床を除く。)に係る病室の入院患者の数を 6 をもって除した数と、転換病床(療養病床に係るものに限る。)に係る病室の入院患者の数を 9 をもって除した数に 2 を乗じて得た数を加えた数(その数が 1 に満たないときは 1 とし、その数に 1 に満たない端数が生じたときは、その端数は 1)
1- 6	(管理) 栄養士数 定められた数の栄養士がいるか。	法 21. 1. 1 法 21. 3 則 19. 2. 4 都道府県の条例 法 22 の 2. 1. 1 則 22 の 2. 1. 5	栄養士の員数の計算方法は、厚生労働省令で定める基準に従い都道府県が条例で定めるところによること。 【従うべき基準】 ○100 床以上の病院に 1 管理栄養士の員数の計算方法は、次によること。	

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
	(参考) 助産師数	法 21.1.1 法 21.3 則 19.2.2 則 43 の 2 都道府県の条 例	<p>○特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、1以上の管理栄養士がいること。</p> <p>助産所の員数の計算方法は、次によること。</p> <p>○産婦人科又は産科を有する病院 産婦人科又は産科の患者に対する看護師（准看護師を含む。）の員数のうちの相当数を助産師とする。</p>	<p>相当数 産婦人科又は産科の入院患者がいる場合に1人以上。</p>

項目番号	項目	根拠法令等	摘要	備考
2	管理			
2- 1	医療法上の手続は適正に行われているか。	法 7.1 法 7.2 法 22 法 27 令 4.1 令 4 の 2 令 4 の 3 則 22 則 24～則 29	1. 病院の構造設備は使用の許可を受けていること。 2. 病院開設許可後の開設届及び届出事項に変更を生じたときにその届出がなされていること。 3. 病院の開設許可を受けた後に厚生労働省令で定める事項を変更したときその許可を受けていること。 4. 地域医療支援病院、特定機能病院、臨床研究中核病院として定められた事項を有し承認を得ていること。 5. 診療用放射線装置の設置、設置変更又は廃止の届出をしていること。	診療用放射線装置 エックス線装置、診療用高エネルギー放射線発生装置、診療用粒子線照射装置、診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、放射性同位元素装備診療機器、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素
2- 2	患者の入院状況は定められた基準により適正に管理されているか。	則 10. 1. 1～ 則 10. 1. 6 則 30 の 15. 1 則 30 の 15. 2	1. 病室に定員を超えて患者を入院させていないこと。(ただし、臨時応急の場合を除く。) 2. 病室以外の場所に患者を入院させていないこと。(ただし、臨時応急の場合を除く。) 3. 精神病患者又は感染症患者をそれぞれ精神病室又は感染症病室以外の場所に入院させていないこと。(ただし、臨時応急の場合(精神病患者の身体的合併症に対応するため入院させる場合を含む。))を除く。) 4. 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切な措置をとっていること。	・緊急時の対応として、救急医療(周産期救急医療及び小児救急医療を含む)に係る患者を入院させるときは、病室に定員を超えて患者を入院させること及び病室以外の場所に患者を入院させることができること。 ◇救急患者の受入れに係る定員超過入院等の取扱いについては、「救急患者の受入れに係る医療法施行規則第 10 条等の取扱いについて」(平成 21. 7. 21 医政総発 0721 第 1 号・医政指発 0721 第 1 号・保医発 0721 第 1 号)を参照 4. 適切な措置 ①当該患者を他の患者と同室に入院させないこと。 ②当該患者を入院させた室を消毒せずに他の患者を入院させないこと。

項目番号	項目	根拠法令等	摘要	備考
2- 3	新生児の管理が適切に行われているか。	法 15. 1 法 20 則 19. 2. 2	<p>5. 診療用放射線照射装置若しくは診療用放射線照射器具を持続的に体内に挿入して治療を受けている患者又は診療用放射性同位元素若しくは陽電子断層撮影診療用放射性同位元素により治療を受けている患者を放射線治療病室以外の病室に入院させないこと。</p> <p>6. 放射線治療病室に上記 5 に規定する患者以外の患者を入院させないこと。</p> <p>※産科又は産婦人科を標榜する病院</p> <p>1. 新生児に対して必要な管理体制及び看護体制がとられていること。</p> <p>2. 火災等緊急時における新生児の避難体制があらかじめ定められていること。</p>	<p>③当該患者の用に供した被服、寝具、食器等を消毒しないで他の患者に使用しないこと。</p> <p>1. ①適当な看護要員が配置され、その責任体制が確立されていること。 ②新生児の識別が適切に行われていること。</p> <p>2. 避難に必要な器具が備えられていること。</p>
2- 4	宿直体制は整っているか。	法 16 則 9. 15. 2	<p>医業を行う病院にあつては医師を宿直させていること。ただし、医師がその病院に隣接した場所に待機する場合、その他病院の入院患者の病状が急変した場合においても病院の医師が速やかに診療を行う体制が確保されているものとして都道府県知事に認められた場合はこの限りでない。</p>	<p>隣接した場所に待機する場合、速やかに診療を行う体制が確保されているもの（平成 30 年 3 月 22 日医政発 0322 第 13 号「介護保険法施行規則等の一部を改正する等の省令の施行について（施行通知）」参照）</p>
2- 5	医薬品の取扱いが適正にされているか。	法 15. 1 法 20 則 14	<p>1. 毒薬又は劇薬が他のものと区別されていること。毒薬を貯蔵配置する場所に施錠がされていること。</p> <p>2. 毒薬及び劇薬の直接容器又は直接の被包にそれぞれの表示がなされていること。</p> <p>3. その他の薬剤についてもその管理及び取扱いが適正に行われていること。</p>	<p>1. 医薬品医療機器等法第 48 条第 1 項及び第 2 項参照</p> <p>2. 表示 毒薬は黒地に白枠白字をもってその品名及び「毒」の字を記載する。劇薬は白地に赤枠赤字をもってその品名及び「劇」の字を記載する。 (医薬品医療機器等法第 44 条第 1 項及び第 2 項参照)</p> <p>3. (参考)麻薬、向精神薬、覚せい剤については、麻薬及び向精神薬取締法、覚せい剤取締法により別途規制が行われていることに留意する。また、特に安全管理が必要な医薬品（要注意薬）に</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
2- 6	医療機器等は清潔な状態に保たれ、かつ、保守管理が十分に行われているか。	法 20	<p>4. 調剤所について衛生上、防火上適切な配慮がなされていること。</p> <p>1. 医療機器及び看護用具が清潔を保つよう十分手入れがなされていること。</p> <p>2. 病棟における諸設備は清潔に保たれていること。</p>	<p>についても、配置の工夫などの事故防止対策が必要であることが「医薬品の安全使用のための業務手順マニュアル」に示されていることに留意する。</p> <p>◇調剤室、病棟等における医薬品の管理については、「医薬品の安全使用のための業務手順書作成マニュアルについて」（平成 19. 3. 30 医政総発第 0330001 号・薬食総発第 0330001 号）を参照。</p> <p>4. (参考)引火のおそれのある薬品等の例 アルコール類、エーテル類、ベンゼン、クロロホルム等</p> <p>1. 適切な滅菌装置や消毒薬の使用を確認すること。</p> <p>・歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科を標榜する病院において歯科用ハンドピースを含む滅菌可能な歯科治療用器具・器材を使用した場合、患者毎の交換・滅菌が行われていること。また、再使用不可の器具・器材を使用した場合は、破棄されていること。</p> <p>(歯科用ハンドピースの本数) 歯科用ユニットの2倍以上を所持しているか確認すること。</p> <p>※診療の実情に応じて判断すること。</p> <p>2. 清潔保持 ①ベッド、マットレス等の寝具類及び病室内の清潔整頓 ②便器の清潔維持</p>
2- 7	調理機械、器具の清潔保持及び保守管理	法 15. 1 法 20 則 20. 1. 8	給食施設の施設・設備について清潔が保持され衛生上適切な管理が行われていること。	必要に応じ記録により確認すること。
2- 8	職員の健康管理	法 15. 1	職員について定期的な健康診断を行う等適切な健康管理体制が確立されていること。	<p>給食関係職員、放射線関係職員の健康管理については特に留意する。</p> <p>(参考 1) 病院開設者は労働安全衛生法により事業者として職員の健康を確保するよう規定されていることに留意する。</p> <p>(参考 2) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 53 条の 2 には病院開設者は労働安全衛生法による事業者として職員の定期健康診断を実施するよう規定されていることに留意する。</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
2-9	医療の情報の提供	法 1 法 6 の 3.1～ 法 6 の 3.3 則 1 の 2 則 1 の 2 の 2 則 1 の 3	医療機関の有する医療機能情報が公表されていること。	①病院、診療所又は助産所（以下「病院等」という）の管理者は、都道府県知事が定める方法により、1年に1回以上、都道府県知事が定める日までに、規則第1条2項に規定する事項（別表第1）を都道府県知事に報告するとともに、同事項を当該病院等において閲覧に供しなければならない。 ②病院等の報告事項のうち、規則別表第1第1の項第1号に掲げる基本情報に変更があった場合には、速やかに都道府県知事に報告する。 ③病院等の管理者は、当該病院等において、閲覧に代えて、パソコン等のモニター画面での表示、インターネット若しくは電子メールによる方法又はフロッピーディスク、CD-ROM等による交付とすることができる。 ◇医療機能情報提供の具体的実施方法等については、「医療機能情報提供制度実施要領について」（平 19.3.30 医政発第 0330013 号（平 28.6.10 一部改正））を参照
2-10	医療の安全管理のための体制が確保されているか。	法 1 法 6 の 10 法 6 の 11 法 6 の 12 法 15.1 法 17 則 1 の 10 の 2 則 1 の 11.1 則 9 の 20 の 2 則 9 の 25 則 12	1. 医療に係る安全管理のための指針を整備すること。	「医療に係る安全管理のための指針」は次に掲げる事項を文書化したものであること。また、本指針は、医療に係る安全管理のための委員会（以下「医療安全管理委員会」という。）を設ける場合には、医療安全管理委員会において策定及び変更することとし、従業者に対して周知徹底を図ること。 ①当該病院等における安全管理に関する基本的考え方 ②医療安全管理委員会その他の当該病院等の組織に関する基本的事項 ③従業者に対する医療に係る安全管理のための研修に関する基本方針 ④当該病院等における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針 ⑤医療事故等発生時の対応に関する基本方針（医療安全管理委員会に報告すべき事例の範囲、報告手順を含む） ⑥医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針（患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針を含む） ⑦患者からの相談への対応に関する基本方針

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>2. 医療に係る安全管理のための委員会を設置し、次に掲げる業務その他の医療に係る安全管理のための業務を行わせること。</p> <p>イ 当該病院等において重大な問題その他医療安全管理委員会において取り扱うことが適当な問題が発生した場合における速やかな原因の究明のため調査及び分析</p> <p>ロ イの分析の結果を活用した医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の立案及び実施並びに従業者への周知</p> <p>ハ ロの改善のための方策の実施の状況の調査及び必要に応じた当該方策の見直し</p>	<p>⑧その他医療安全の推進のために必要な基本方針（高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合には、関係学会から示される「高難度新規医療技術の導入を検討するに当たっての基本的な考え方」やガイドライン等を参考に実施することを含む。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療安全管理委員会とは、当該病院等における安全管理の体制の確保及び推進のために設けるものであり、各部門の安全管理のための責任者等で構成されるものであること。また、医療安全管理委員会の管理及び運営に関する規定が定められており、医療安全管理委員会が月1回程度開催されるとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催されること。 ・その他の医療に係る安全管理のための業務には、重要な検討内容について、患者への対応状況を含め管理者へ報告することを含むものであること。 ・原因の究明のための調査及び分析は、客観的な事実から構造的な原因を分析するものであり、個人の責任追及を行うものではないことに留意すること。 ・医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の立案及び実施並びに従業者への周知とは、当該病院等の組織としての改善のための方策を企画立案及び実施し、当該病院等においてこれらの情報を共有するものであること。また、改善のための方策については、背景要因及び根本原因を分析し検討された効果的な再発防止策等を含むものであること。 ・改善のための方策の実施の状況の調査及び必要に応じた当該方策の見直しとは、同様の事故等の発生状況の確認や、医療安全管理委員会の構成員が定期的に関係部署の巡回を行うなどをして調査を行い、必要に応じて医療安全の知見に基づいた見直しを行うものであること。

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>3. 医療に係る安全管理のため、従業者の医療の安全に関する意識、他の従業者と相互に連携して業務を行うことについての認識、業務を安全に行うための技能の向上等を目的として、医療に係る安全管理のための基本的な事項及び具体的な方策についての職員研修を実施すること。</p> <p>4. 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること。</p> <p>5. 当該病院等において発生した医療事故について再発防止策が院内に周知されるとともに、遵守されていること。</p>	<p>①医療に係る安全管理のための職員研修は、当該病院等の具体的な事例等を取り上げ、職種横断的に行うものであることが望ましいものであること。</p> <p>②本研修は、当該病院等全体に共通する安全管理に関する内容について、当該研修を実施する病院等の従業者に周知徹底を行うものであり年2回程度定期的に開催するほか、必要に応じて開催すること。また、研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録すること。</p> <p>③研修については、患者を入所させるための施設を有しない診療所及び妊婦等を入所させるための施設を有しない助産所については、当該病院等以外での研修を受講することでも代用できるものとし、年2回程度の受講のほか、必要に応じて受講することとする。</p> <p>・当該病院等における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に係る措置は、以下の①から④までに掲げるものを含むこと。</p> <p>①当該病院等において発生した事故等の医療安全管理委員会への報告等を行うこと。なお、特定機能病院又は臨床研究中核病院については、医療安全管理部門への報告でも差し支えないものであること。</p> <p>②あらかじめ指針で定められた報告すべき事例の範囲、報告手順等に関する規定に従い事例を収集、分析すること。これにより当該病院等における問題点を把握して、当該病院等の組織としての改善策の企画立案及びその実施状況を評価し、当該病院等においてこれらの情報を共有すること。</p> <p>③重大な事故の発生時には、速やかに管理者へ報告すること。また、改善策については、背景要因及び根本原因を分析し検討された効果的な再発防止策等を含むものであること。</p> <p>④事故の報告は診療録や看護記録等に基づき作成すること。</p> <p>※総務省からの医療安全対策に関する勧告事項（平成25年8月30日公表）</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>(特定機能病院の場合)</p> <p>6. 医療安全管理責任者を配置し、医療安全管理部門、医療安全管理委員会、医薬品安全管理責任者及び医療機器安全管理責任者を統括させること。</p> <p>(臨床研究中核病院の場合)</p> <p>6. 専任の医療に係る安全管理を行う者を配置していること。</p> <p>(臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の場合)</p> <p>6. 医療に係る安全管理を行う者を配置すること。</p> <p>(※特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研究病院及び歯科医師臨床研修施設の該当項目。(臨床研究中核病院の場合は「専任の医療に係る安全管理を行う者」、臨床研修病院及び歯科医師臨床研修病院の場合は「医療に係る安全管理を行う者」とする。なお、臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設については兼任でも可))</p> <p>(特定機能病院の場合)</p> <p>7. 専従の医師、薬剤師及び看護師を配置した医療に係る安全管理を行う部門(医療安全管理部門)を設置し、次に掲げる業務を行わせること。</p> <p>イ 医療安全管理委員会に係る事務</p> <p>ロ 事故その他の医療安全管理部門において取り扱うことが必要なものとして管理者が認める事象が発生した場合における診療録その他の診療に関する記録の確認、患者又はその家族への説明、当該事象の発生の原因の究明の実態その他の対応の状況の確認及び当該確認の結果に基づく従業者への必要な指導</p>	<p>◇特定機能病院における医療安全管理責任者の業務及び基準は、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」(平5.2.15 健政発第98号(平28.6.10 一部改正))を参照</p> <p>◇臨床研究中核病院における専任の医療に係る安全管理を行う者の業務及び基準は、「医療法の一部改正(臨床研究中核病院関係)の施行等について」(平27.3.31 医政発0331第69号(平28.6.10 一部改正))を参照</p> <p>◇臨床研修病院、歯科医師臨床研修施設における医療に係る安全管理を行う者の業務及び基準は、「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」(平15.6.12 医政発0612004号)、「歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」(平17.6.28 医政発0628012号)を参照</p> <p>◇安全管理者の業務については、「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針について」(平成19.3.30 医政発第0330019号・薬食第0330019号)を参照。</p> <p>◇特定機能病院における医療安全管理部門の業務及び基準は、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」(平5.2.15 健政発第98号(平28.6.10 一部改正))を参照</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>ハ 医療に係る安全管理に係る連絡調整</p> <p>ニ 医療に係る安全の確保のための対策の推進</p> <p>ホ 医療に係る安全の確保に資する診療の状況の把握及び従業者の医療の安全に関する意識の向上の状況の確認</p> <p>(臨床研究中核病院の場合)</p> <p>7. 専従の医師、薬剤師及び看護師を配置した医療に係る安全管理を行う部門（医療安全管理部門）を設置し、次に掲げる業務その他医療に係る安全管理のために必要な業務を行わせること。</p> <p>(1) 医療安全管理委員会に係る事務</p> <p>(2) 事故その他の医療安全管理部門において取り扱うことが必要なものとして管理者が認める事象が発生した場合における診療録その他の診療に関する記録の確認、患者又はその家族への説明、当該事象の発生の原因の究明の実施その他の対応の状況の確認及び当該確認の結果に基づく従業者への必要な指導</p> <p>(3) 医療に係る安全管理に係る連絡調整</p> <p>(4) 医療に係る安全の確保のための対策の推進</p> <p>(臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の場合)</p> <p>7. 安全管理部門を設置すること。</p> <p>(※特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の該当項目。(臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の場合は「安全管理部門」とする。))</p>	<p>◇臨床研究中核病院における専従の医療に係る安全管理を行う者の業務及び基準は、「医療法の一部改正（臨床研究中核病院関係）の施行等について」（平 27. 3. 31 医政発 0331 第 69 号（平 28. 6. 10 一部改正）を参照</p> <p>◇臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設における医療に係る安全管理を行う者の業務及び基準は、「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」（平 15. 6. 12 医政発 0612004 号）、「歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」（平 17. 6. 28 医政発 0628012 号）を参照</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>(特定機能病院の場合)</p> <p>8. 患者からの安全管理に係る相談に適切に応じる体制を確保すること。</p> <p>(臨床研究中核病院の場合)</p> <p>8. 当該病院が実施する特定臨床研究に関し、研究の対象者又はその家族からの相談に適切に応じる体制を確保すること。</p> <p>(臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の場合)</p> <p>8. 患者からの相談に適切に応じる体制を確保すること。</p> <p>(※特定機能病院、臨床研究中核病院、臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設の該当項目)</p> <p>9. 当該病院等の管理者は、医療事故（当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの）が発生した場合には、遅滞なく、医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。</p> <p>病院等の管理者は、医療事故調査制度の報告をするに当たっては、あらかじめ、医療事故に係る死亡した者の遺族に対し、説明しなければならない。</p>	<p>◇特定機能病院における患者からの安全管理に係る相談に応じる体制の基準は、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」（平 5. 2. 15 健政発第 98 号（平 28. 6. 10 一部改正））を参照</p> <p>◇臨床研究中核病院における研究の対象者又はその家族からの相談に応じる体制の基準は、「医療法の一部改正（臨床研究中核病院関係）の施行等について」（平 27. 3. 31 医政発 0331 第 69 号（平 28. 6. 10 一部改正））を参照</p> <p>◇臨床研修病院及び歯科医師臨床研修施設における患者からの相談に応じる体制の基準は、「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」（平 15. 6. 12 医政発 0612004 号）、「歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」（平 17. 6. 28 医政発 0628012 号）を参照</p> <p>・管理者が判断するに当たっては、当該医療事故に関わった医療従事者等から十分事情を聴取した上で、組織として判断する。</p> <p>・以下の事項を報告する。</p> <p>(1) 日時/場所/診療科</p> <p>(2) 医療事故の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・疾患名/臨床経過等 ・報告時点で把握している範囲 ・調査により変わることがあることが前提であり、その時点で不明な事項については不明と記載する。 <p>(3) 連絡先</p> <p>(4) 医療機関名/所在地/管理者の氏名</p> <p>(5) 患者情報（性別/年齢等）</p> <p>(6) 調査計画と今後の予定</p> <p>(7) その他管理者が必要と認めた情報</p> <p>・遺族へは、以下の事項を説明する。</p> <p>(1) 医療事故の日時、場所、状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日時/場所/診療科 ・医療事故の状況 ・疾患名/臨床経過等 ・報告時点で把握している範囲 ・調査により変わることがあることが

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>病院等の管理者は、医療事故が発生した場合には、速やかにその原因を明らかにするための調査（医療事故調査）を行わなければならない。</p> <p>病院等の管理者は、医療事故調査を終了したときは、遅滞なく、その結果を医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。</p>	<p>前提であり、その時点で不明な事項については不明と説明する。</p> <p>(2) 制度の概要</p> <p>(3) 院内事故調査の実施計画</p> <p>(4) 解剖又は死亡時画像診断（A i）が必要な場合の解剖又は死亡時画像診断（A i）の具体的実施内容などの同意取得のための事項</p> <p>血液等の検体保存が必要な場合の説明</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査項目については、以下の中から必要な範囲内で選択し、それらの事項に関し、情報の収集、整理を行うものとする。 ※調査の過程において可能な限り匿名性の確保に配慮すること。 ・診療録その他の診療に関する記録の確認 例）カルテ、画像、検査結果等 ・当該医療従事者のヒアリング ※ヒアリング結果は内部資料として取り扱い、開示しないこと。（法的強制力がある場合を除く。）とし、その旨をヒアリング対象者に伝える。 ・その他の関係者からのヒアリング ※遺族からのヒアリングが必要な場合があることも考慮する。 ・医薬品、医療機器、設備等の確認 ・解剖又は死亡時画像診断（A i）については解剖又は死亡時画像診断（A i）の実施前にどの程度死亡の原因を医学的に判断できているか、遺族の同意の有無、解剖又は死亡時画像診断（A i）の実施により得られると見込まれる情報の重要性などを考慮して実施の有無を判断する。 ・血液、尿等の検体の分析・保存の必要性を考慮 <p>・センターへは以下の事項を報告する。</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 日時/場所/診療科 (2) 医療機関名/所在地/連絡先 (3) 医療機関の管理者の氏名 (4) 患者情報（性別/年齢等） (5) 医療事故調査の項目、手法及び結果 <ul style="list-style-type: none"> ・調査の概要（調査項目、調査の手法） ・臨床経過（客観的事実の経過） ・原因を明らかにするための調査の結果

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>病院等の管理者は、医療事故調査の結果の報告をするに当たっては、あらかじめ、遺族に対し、説明しなければならない。ただし、遺族がないとき、又は遺族の所在が不明であるときは、この限りでない。</p> <p>病院等の管理者は、医療事故調査制度の報告を適切に行うために、当該病院等における死亡及び死産の確実な把握のための体制を確保するものとする。</p> <p>10. 特定機能病院及び事故等報告 病院の管理者は、事故等事案が発生した場合には、当該事故等事案に係る事故等報告書を当該事故等事案が発生した日から原則として二週間以内に、登録分析機関に提出しなければならない。</p> <p>(※特定機能病院及び事故等報告病院の該当項目)</p>	<p>※必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・調査において再発防止策の検討を行った場合、管理者が講ずる再発防止策については記載する。 ・当該医療従事者や遺族が報告書の内容について意見がある場合等は、その旨を記載すること。 ・「センターへの報告事項」の内容を説明すること。 <ul style="list-style-type: none"> ・当該病院等における死亡及び死産の確実な把握のための体制とは、当該病院等における死亡及び死産事例が発生した事が病院等の管理者に速やかに報告される体制をいうこと。 <p>(1) 対象医療機関 特定機能病院及び事故等報告病院 (国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構の開設する病院、学校教育法に基づく大学の附属施設である病院(病院分院は除く))</p> <p>(2) 登録分析機関 公益財団法人日本医療機能評価機構 (平 16. 10. 1 厚生労働省告示 372 号参照)</p> <p>(3) 医療機関における事故等の範囲</p> <p>①誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案。</p> <p>②誤った医療又は管理を行ったことは明らかではないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案(行った医療又</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
				<p>は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。)</p> <p>③前二号に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事案。</p> <p>(4) 報告を求める項目</p> <p>①当該事案が発生した日時、場所及び診療科名</p> <p>②性別、年齢、病名その他の当該事案に係る患者に関する情報</p> <p>③職種その他の当該事案に係る医療関係者に関する情報</p> <p>④当該事案の内容に関する情報</p> <p>⑤前各号に掲げるもののほか、当該事案に関し必要な情報</p>
2-11	院内感染対策のための体制が確保されているか。	法 6 の 12 法 15. 1 法 17 則 1 の 11. 2. 1 則 9 の 20 の 2	<p>1. 院内感染対策の指針を策定すること。</p> <p>2. 院内感染対策のための委員会を開催すること。</p>	<p>院内感染対策のための指針は、次に掲げる事項を文書化したものであり、また、この指針は、医療法施行規則第 1 条の 11 第 2 項第 1 号ロに規定する院内感染対策のための委員会（以下「院内感染対策委員会」という。）の議を経て策定及び変更するものであることとし、当該指針は従業者へ周知徹底すること。</p> <p>ア 院内感染対策に関する基本的考え方</p> <p>イ 院内感染対策のための委員会（委員会を設ける場合を対象とする。）その他の当該病院等の組織に関する基本的事項</p> <p>ウ 院内感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針</p> <p>エ 感染症の発生状況の報告に関する基本方針</p> <p>オ 院内感染発生時の対応に関する基本方針</p> <p>カ 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</p> <p>キ その他の当該病院等における院内感染対策の推進のために必要な基本方針</p> <p>◇院内感染対策のための指針の策定については、「院内感染対策のための指針案及びマニュアル作成のための手引きの送付について」（平 19. 5. 8 医政局指導課事務連絡）を参照</p> <p>院内感染対策委員会とは、当該病院等における院内感染対策の推進のために設けるものであり、次に掲げる基準を満た</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>3. 従業者に対する院内感染対策のための研修を実施すること。</p> <p>4. 当該病院等における感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした改善のための方策を実施すること。</p>	<p>す必要があること。</p> <p>ア 管理及び運営に関する規程が定められていること。</p> <p>イ 重要な検討内容について、院内感染発生時及び発生が疑われる際の患者への対応状況を含め管理者へ報告すること。</p> <p>ウ 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、改善策の立案及び実施並びに従業者への周知を図ること。</p> <p>エ 院内感染対策委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行うこと。</p> <p>オ 月1回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催すること。</p> <p>カ 委員会の委員は職種横断的に構成されること。</p> <p>①従業者に対する院内感染対策のための研修は、院内感染対策のための基本的考え方及び具体的方策について、当該研修を実施する病院等の従業者に周知徹底を行うことで、個々の従業者の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能やチームの一員としての意識の向上等を図るものであること。</p> <p>②当該病院等の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下に行われるものであること。</p> <p>③本研修は、病院等全体に共通する院内感染に関する内容について、年2回程度定期的に開催するほか、必要に応じて開催すること。また、研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について、記録すること。</p> <p>①院内感染の発生状況を把握するため、当該病院等における感染症の発生動向の情報を共有することで、院内感染の発生の予防及びまん延の防止を図るものであること。</p> <p>②重大な院内感染等が発生し、院内のみでの対応が困難な事態が発生した場合、又は発生したことが疑われる場合には、地域の専門家等に相談が行われる体制を確保することが望ましいもの</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>5. 専任の院内感染対策を行う者を配置すること。</p> <p>(※特定機能病院の該当項目)</p>	<p>であること。</p> <p>③院内感染対策のための指針に即した院内感染対策マニュアルを整備する等、その他の院内感染対策の推進のために必要な改善策を図るとともに、それらを定期的に見直すことが望ましいものであること。</p> <p>◇アウトブレイクを疑う基準並びに保健所への報告の目安については、「医療機関における院内感染対策について」(平 26. 12. 19 医政地発 1219 第 1 号)を参照</p> <p>「専任の院内感染対策を行う者」は、当該病院における院内感染対策を行う部門の業務に関する企画立案及び評価、病院内における職員の院内感染対策に関する意識の向上や指導等の業務を行うものであり、次に該当するものである必要があること。</p> <p>①医師、歯科医師、薬剤師又は看護師のうちのいずれかの資格を有していること。</p> <p>②院内感染対策に関する必要な知識を有していること。</p> <p>◇「専任の院内感染対策を行う者」は、就業規則における通常の勤務時間の少なくとも半分以上の時間を院内感染対策業務に従事していること。</p> <p>(H15. 11. 5 事務連絡)</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
2-12	診療用放射線に係る安全管理体制が確保されているか。	則 1 の 11. 2. 3 の 2	<p>診療用放射線に係る安全管理体制が確保されているか。</p> <p>1. 診療用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。</p> <p>2. 診療用放射線の安全利用のための指針の策定がされているか。</p>	<p>病院等の管理者は、医療法施行規則第 1 条の 11 第 2 項第 3 号の 2 柱書きに規定する責任者（以下「医療放射線安全管理責任者」という。）を配置すること。</p> <p>医療放射線安全責任者は、診療用放射線の安全管理に関する十分な知識を有する常勤職員であって、原則として医師及び歯科医師のいずれかの資格を有していること。</p> <p>ただし、病院等における常勤の医師又は歯科医師が放射線診療における正当化を、常勤の診療放射線技師が放射線診療における最適化を担保し、当該医師又は歯科医師が当該診療放射線技師に対して適切な指示を行う体制を確保している場合に限り、当該病院等について診療放射線技師を責任者としても差し支えないこと。</p> <p>◇診療放射線の安全医療のための指針の策定については、「診療用放射線の安全利用のための指針策定に関するガイドラインについて」（令元. 10. 3 医政地発 1003 第 5 号）を参照</p> <p>医療放射線安全管理責任者は、医療法施行規則第 1 条の 11 第 2 項第 3 号の 2 イの規定に基づき、次に掲げる事項を文書化した指針を策定すること。</p> <p>(1) 診療用放射線の安全利用に関する基本的考え方</p> <p>(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方針</p> <p>(3) 診療用放射線の安全利用を目的とした改善のための方策に関する基本方針</p> <p>(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</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>3. 放射線診療に従事する者に対する診療用放射線の安全利用のための研修が実施されているか。</p> <p>4. 放射線診療を受ける者の当該放射線による被ばく線量の管理及び記録その他の診療放射線の安全利用を目的とした改善のための方策が実施されているか。</p>	<p>(5) 医療従事者と患者間の情報共有に関する基本方針（患者等に対する当該方針の閲覧に関する事項を含む）</p> <p>医療放射線安全管理責任者は、医療法施行規則第1条の11第2項第3号の2ロの規定に基づき、医師、歯科医師、診療放射線技師等の放射線診療の正当化又は患者の医療被ばくの防護の最適化に付随する業務に従事する者に対し、次に掲げる事項を含む研修を行うこと。</p> <p>また、当該研修の頻度については1年度当たり1回以上とし、研修の実施内容（開催日時又は受講日時、出席者、研修事項等）を記録すること。</p> <p>また、当該研修については当該病院等が実施する他の医療安全に係る研修又は放射線の取扱いに係る研修と併せて実施しても差し支えないこと。なお、病院等が主催する研修の他、当該病院等以外の場所における研修、関係学会等が主催する研修を受講させることも含まれること。</p> <p>(1) 患者の医療被ばくの基本的考え方に関する事項</p> <p>(2) 放射線診療の正当化に関する事項</p> <p>(3) 患者の医療被ばくの防護の最適化に関する事項</p> <p>(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</p> <p>(5) 患者への情報提供に関する事項</p> <p>医療法施行規則第1条の11第2項第3号の2ハに規定する放射線診療を受ける者の当該放射線被ばく線量の管理及び記録その他の診療用放射線の安全利用を目的とした改善のための方策として、医療放射線安全管理責任者は次に掲げる事項を行うこと。</p> <p>(1) 線量管理について</p> <p>ア 次に掲げる放射線診療に用いる医療機器等（以下「管理・記録対象医療機器等」という。）については放射線診療を受ける者の医療被ばく線量が他の放射線診療と比較して多いことに鑑み、管理・記録対象医療機器等を用いた診療に当たっては、被ばく線量を適正に管理すること。</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
				<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 C T 組合せ型循環器 X 線診断装置 ・ 全身用 X 線 C T 診断装置 ・ X 線 C T 組合せ型ポジトロン C T 装置 ・ X 線 C T 組合せ型 S P E C T 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 <p>イ 放射線診療を受ける者の医療被ばく管理とは、関係学会等の策定したガイドライン等を参考に、被ばく線量の評価及び被ばく線量の最適化を行うものであること。</p> <p>ウ 放射線診療を受ける者の医療被ばくの線量管理の方法は、関係学会等の策定したガイドライン等の変更時、管理・記録対象医療機器等の新規導入時、買換え時、放射線診療の検査手順の変更時等に合わせて必要に応じて見直すこと。</p> <p>※線量管理の実施に係る記録については、日付、方法、結果、実施者等を記録したものを確認すること。（ガイドライン）</p> <p>（２）線量記録について</p> <p>ア 管理・記録対象医療機器等を用いた診療に当たっては、当該診療を受ける者の医療被ばくによる線量を記録すること。</p> <p>※線量記録の実施に係る記録については、出力形式や出力線量等の記録を確認すること。（ガイドライン）</p> <p>イ 医療被ばくの線量記録は、関係学会等の策定したガイドライン等を参考に、診療を受ける者の被ばく線量を適正に検証できる様式を用いて行うこと。なお、医師法（昭和 23 年法律第 201 号）第 24 条に規定する診療録、診療放射線技師法（昭和 26 年法律第 226</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
2-13	医薬品に係る安全管理のための体制が確保されているか。	法 6 の 12 法 15.1 法 17 則 1 の 11. 2. 2	1. 医薬品の安全使用のための責任者（医薬品安全管理責任者）を配置していること。 2. 従業者に対する医薬品の安全使用のための研修を実施すること	号) 第28条に規定する照射録又は新規規則第20条第10号に規定するエックス線写真若しくは第30条の23第2項に規定する診療用放射線同位元素若しくは陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の使用の帳簿等において、当該放射線診療を受けた者が特定できる形で被ばく線量を記録している場合は、それらを線量記録とすることができること。 (3) その他の放射線診療機器等における線量管理及び線量記録について管理・記録対象医療機器等以外の放射線診療機器等であって、人体に照射又は投与するものについても、必要に応じて当該放射線診療機器等による診療を受ける者の医療被ばくの線量管理及び線量記録を行うことが望ましいこと。 (4) 診療用放射線に関する情報等の収集と報告 医療放射線安全管理責任者は、行政機関、学術誌等から診療用放射線に関する情報を広く収集するとともに、得られた情報のうち必要なものは、放射線診療に従事する者に周知徹底を図り、必要に応じて病院等の管理者への報告等を行うこと。 ・「医薬品の安全使用のための責任者」（以下「医薬品安全管理責任者」という。）を配置すること。ただし、病院においては管理者との兼務は不可とすること。 ・医薬品安全管理責任者は、医薬品に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師、助産師（助産所の場合に限る）、看護師又は歯科衛生士（主として歯科医療を行う診療所に限る。）のいずれかの資格を有していること。 従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の内容については、具体的には次に掲げる事項が考えられること。また、研修の実施については必要に応じて行うこととし、他の医療安全に係る研修と併せて実施しても差し支えないこととすること。 ①医薬品の有効性・安全性に関する情報、管理・使用方法に関する事項

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>3. 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務を実施すること。（従業者による当該業務の実施の徹底のための措置を含む。）</p>	<p>②医薬品の安全使用のための業務に関する手順書に関する事項</p> <p>③医薬品による副作用等が発生した場合の対応（施設内での報告、行政機関への報告等）に関する事項</p> <p>④医療安全、医薬品に関する事故防止対策、特に安全管理が必要な医薬品（要注意薬）に関する事項</p> <p>・ 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書（以下「医薬品業務手順書」という。）については、医薬品の取扱いに係る業務の手順を文書化したものであること。</p> <p>・ 病院及び患者を入院させるための施設を有する診療所における医薬品業務手順書の作成又は変更は、安全管理委員会において協議した上で行うこと。</p> <p>・ 医薬品業務手順書には、病院等の規模や特徴に応じて、次に掲げる事項を含むものであること。</p> <p>①病院等で用いる医薬品の採用・購入に関する事項（未承認新規医薬品等を採用・購入するに当たっては、当該未承認新規医薬品等の使用の妥当性について、関係学会のガイドライン等の科学的知見を確認するとともに、関係学会のガイドライン等に記載がなく、科学的根拠が確立していない未承認新規医薬品等の使用に当たっては、その有効性・安全性の検証を十分に行うことを含む。）</p> <p>②医薬品の管理に関する事項 （例＝医薬品の保管場所、医薬品医療機器法（昭和35年法律第145号）などの法令で適切な管理が求められている医薬品（麻薬・向精神薬、覚せい剤原料、毒薬・劇薬、特定生物由来製品等）及び特に安全管理が必要な医薬品（要注意薬）の管理方法）</p> <p>③患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項 （例＝患者情報（薬剤の服用歴、入院時に持参してきた薬剤等）の収集、処方せんの記載方法、調剤方法、処方せんや調剤薬の鑑査方法） （参考）</p> <p>※特に、入院患者に係る要注意薬（重複</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>4. 医薬品安全管理責任者により、前記3.の業務の定期的な確認が実施されていること。</p> <p>5. 医薬品の安全使用のために必要となる次に掲げる医薬品の使用（以下、「未承認等の医薬品</p>	<p>投与、相互作用、禁忌医薬品、病名禁忌、アレルギー歴、副作用歴等）について、疑義がある場合の薬剤師から処方医への問い合わせ、疑義解消後の調剤・投与の実施の徹底、照会や確認が円滑に行われるための職種間の連携体制の構築等に関する事項が盛り込まれているかに留意し、確認を行う。</p> <p>④患者に対する与薬や服薬指導に関する事項</p> <p>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</p> <p>⑥他施設（病院、薬局等）との連携に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医薬品業務手順書は、作成後も必要に応じて見直しを行う必要があること。 ・ 当該手順書に基づく業務の実施については、医薬品安全管理責任者に従業者の業務が医薬品業務手順書に基づき行われているか定期的に確認させ、確認内容を記録させること。なお、従業者による当該業務の実施の徹底のための措置とは、例えば、処方から投薬までの一連の業務手順について、職員間で相互に確認を行うことが考えられること。 <p>◇病院等における医薬品業務手順書の策定については、「医薬品の安全使用のための業務手順書作成マニュアルの改訂について」（平成30年12月28日付厚生労働省医政局総務課医療安全推進室・医薬・生活衛生局総務課事務連絡）を参照</p> <p>◇販売名の類似性に注意を要する医薬品の安全な使用、及び特に安全管理が必要とされた医薬品（要注意薬）の適切な管理などの医療事故防止対策については、「医薬品の販売名の類似性等による医療事故防止対策の強化・徹底について（注意喚起）」（平20.12.4医政発第1204001号・薬食発第1204001号）を参照</p> <p>※総務省からの医療安全対策に関する報告事項（平成25年8月30日公表）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医薬品安全管理責任者に対して、当該医療機関における未承認等の医薬品の使用のための処方状況や採用されてい

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>の使用」という。)の情報その他の情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策を実施すること。</p> <p>(1) 医薬品医療機器等法第 14 条 1 項に規定する医薬品であつて、同項又は同法第 19 条の 2 第 1 項の承認を受けていないものの使用</p> <p>(2) 医薬品医療機器等法第 14 条 第 1 項又は第 19 条の 2 第 1 項の承認 (同法第 19 条の 2 第 5 項において準用する場合を含む。)を受けている医薬品の使用 (当該承認に係る用法、用量、効能又は効果 (以下「用法等」という。)) と異なる用法等で用いる場合に限り、(3) に該当する場合を除く。)</p> <p>(3) 禁忌に該当する医薬品の使用</p>	<p>る医薬品全般の医薬品の添付文書の情報のほか、医薬品製造販売業者、行政機関、学術誌等からの情報を広く収集し、管理させるとともに、得られた情報のうち必要なものは当該情報に係る医薬品を取り扱う従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図らせること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 情報の収集等に当たっては、医薬品医療機器等法において、①製造販売業者等が行う医薬品の適正な使用のために必要な情報の収集に対して病院等が協力するよう努める必要があること等 (医薬品医療機器等法第 68 条の 2 第 2 項及び第 3 項)、②病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、医薬品について、当該品目の副作用等の発生を知った場合において、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して副作用等を報告することが義務付けられていること (医薬品医療機器等法第 68 条の 10 第 2 項) に留意する必要があること。 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策については、「医薬品の販売名の類似性等による医療事故防止対策の強化・徹底について (注意喚起)」 (平成 20.12.4 医政発第 1204001 号・薬食発第 1204001 号) を参照 医薬品の適正な使用を確保するための情報の収集に際しては、「PMDA メディナビ」の利用の促進について (お願い)」 (平成 23.7.29 薬食安発 0729 第 1 号) を踏まえ、PMDA メディナビを積極的に活用されたいこと。
2-14	医療機器に係る安全管理のための体制を確保しているか。	法 6 の 12 法 15.1 法 17 則 1 の 11.2.3	1. 医療機器の安全使用のための責任者を配置していること。	<p>(当該医療機器には病院等において医学管理を行っている患者の自宅その他病院等以外の場所で使用されている医療機器も含まれる)</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機器安全管理責任者を配置すること。ただし、病院においては管理者との兼務は不可とすること。 医療機器安全管理責任者は、医療機器に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師、助産師 (助産所の場合に限る)、看護

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>2. 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すること。</p> <p>3. 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検を適切に実施すること（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）。</p>	<p>師、歯科衛生士（主として歯科医業を行う診療所に限る）、診療放射線技師、臨床検査技師または臨床工学技士のいずれかの資格を有していること。</p> <p>・医療機器安全管理責任者は、以下に掲げる従業者に対する医療機器の安全使用のための研修を行うこと。</p> <p>①新しい医療機器の導入の研修 病院等において使用した経験のない新しい医療機器を導入する際には、当該医療機器を使用する予定の者に対する研修を行い、その実施内容について記録すること。</p> <p>②特定機能病院における定期研修 特定機能病院においては、特に安全使用に際しての技術の習熟が必要と考えられる医療機器に関する研修を定期的に行い、その実施内容について記録すること。 研修の内容については、次に掲げる事項とすること。なお、他の医療安全に係る研修と併せて実施しても差し支えないこととすること。また、上記①、②以外の研修については必要に応じて開催すること。</p> <p>ア 医療機器の有効性・安全性に関する事項 イ 医療機器の使用方法に関する事項 ウ 医療機器の保守点検に関する事項 エ 医療機器の不具合等が発生した場合の対応（施設内での報告、行政機関への報告等）に関する事項 オ 医療機器の使用に関して特に法令上遵守すべき事項</p> <p>医療機器安全管理責任者は、医療機器の特性等にかんがみ、保守点検が必要と考えられる医療機器については保守点検計画の策定等を行うこと。</p> <p>①保守点検計画の策定 ア 保守点検に関する計画の策定に当たっては、医薬品医療機器等法の規定に基づき添付文書に記載されている保守点検に関する事項を参照すること。また、必要に応じて当該医療機器の製造販売業者に対して情報提供を求めること。 イ 保守点検計画には、機種別に保守点検の時期等を記載すること。</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>4. 医療機器の安全使用のために必要となる次に掲げる使用の情報その他の情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策を実施すること。</p> <p>(1) 医薬品医療機器等法第2条第4項に規定する医療機器であって、同法第23条の2の5第1項若しくは第23条の2の17第1項の承認若しくは同法第23条の2の23第1項の認証を受けていないもの又は同法第23条の2の12第1項の規定による届出が行われていないものの使用</p> <p>(2) 医薬品医療機器等法第23条の2の5第1項若しくは第23条の2の17第1項の承認（同法第23条の2の5第11項（同法第23条の2の17第5項において準用する場合を含む。）の変更の承認を含む。）若しくは同法第23条の2の23第1項の認証（同条第6項の変更の認証を含む。）を受けている医療機器又は同法第23条の2の12第1項の規定による届出（同条第2項の規定による変更の届出を含む。）が行われている医療機器の使用（当該承認、認証又は届出に係る使用方法、効果又は効能（以下「使用方法等」という。）と異なる使用方法等で用いる場合に限り、(3)に該当する場合を除く。）</p>	<p>②保守点検の適切な実施</p> <p>ア 保守点検の実施状況、使用状況、修理状況、購入年等を把握し、記録すること。</p> <p>イ 保守点検の実施状況等を評価し、医療安全の観点から、必要に応じて安全面に十分配慮した医療機器の採用に関する助言を行うとともに、保守点検計画の見直しを行うこと。</p> <p>ウ 医療機器の保守点検を外部に委託する場合も、法第15条の2に規定する基準を遵守すること。なお、外部に委託する際も保守点検の実施状況等の記録を保存すること。</p> <p>・未承認等の医療機器の使用（未承認・未認証・未届の医療機器の使用、適用外使用、禁忌・禁止での使用）の情報その他の情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施については、次の要件を満たすものとする。</p> <p>①添付文書等の管理 医療機器安全管理責任者は、医療機器の添付文書、取扱説明書等の医療機器の安全使用・保守点検等に関する情報を整理し、その管理を行うこと。</p> <p>②医療機器に係る安全情報等の収集 医療機器安全管理責任者は、医療機器の不具合情報や安全性情報等の安全使用のために必要な情報を製造販売業者等から一元的に収集するとともに、得られた情報を当該医療機器に携わる者に対して適切に提供すること。</p> <p>③病院等の管理者への報告 医療機器安全管理責任者は、管理している医療機器の不具合や健康被害等に関する内外の情報収集に努めるとともに当該病院等の管理者への報告等を行うこと。</p> <p>・情報の収集等に当たっては、医薬品医療機器等法において、①製造販売業者等が行う医療機器の適正な使用のために必要な情報の収集に対して病院等が協力するよう努める必要があること等（医薬品医療機器等法第68条の2第2項及び第3項）、②病院若しくは診療所の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師その他の医薬関係者は、医療機器について、当該品目の副作用等の発生を知った場合において、保健衛生上の</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			(3) 禁忌又は禁止に該当する医療機器の使用	<p>危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対して副作用等を報告することが義務付けられていること(医薬品医療機器等法第 68 条の 10 第 2 項) に留意する必要があることに加え、当該医療機関で事前に使用したことの無い未承認・未認証の高度管理医療機器を採用・購入するに当たっては、当該医療機器の使用の妥当性について、関係学会のガイドライン等の科学的知見を確認するとともに、関係学会のガイドライン等に記載がなく、科学的根拠が確立していない未承認・未認証の高度管理医療機器の使用に当たっては、その有効性・安全性の検証を十分に行うこと。</p> <p>◇管理者の医療機器に係る安全管理のための体制確保のための措置については、「医療機器に係る安全管理のための体制確保に係る運用上の留意点について」(令和 3. 7. 8 医政総発第 0708 第 1 号・医政地発第 0708 第 1 号・医政経発 0708 第 2 号)を参照</p> <p>◇医療機器の安全確保等のため、医療機器事業者が医療現場に立ち入る際の留意事項については、「医療機関等における医療機器の立会いに関する基準について」(平成 18. 11. 10 医政経発第 1110001 号)を参照</p> <p>◇医療機器の安全使用のために必要となる未承認等の医療機器の使用の情報その他の情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策については、「医薬品の販売名の類似性等による医療事故防止対策の強化・徹底について(注意喚起)」(平成 20. 12. 4 医政発第 1204001 号・薬食発第 1204001 号)を参照</p> <p>◇医療機関の適正な使用を確保するための情報の収集に際しては、「PMDA メディナビ」の利用の促進について(お願い)(平成 23. 7. 29 薬食安発 07 29 第 1 号)を踏まえ、PMDA メディナビを積極的に活用されたいこと。</p>

項目番号	項目	根拠法令等	摘要	備考
2-15	ドクターヘリの運航に係る安全が確保されているか。		<p>※ドクターヘリ基地病院であり、かつ「離着陸の許可を受けていない場所に離着陸を行う運航であって、消防機関等の依頼又は通報に基づかない運航（以下「当該運行」という。）」を行う病院の該当項目。</p> <p>1. ドクターヘリの当該運航に係る要領（以下「運航要領」という。）を策定すること。</p> <p>（※運航要領の策定主体は、自治体等の関係諸機関で構成される「運航調整委員会」であるが、その構成員としてドクターヘリ基地病院が含まれる。）</p> <p>2. ドクターヘリの当該運航にあたり、運航要領に定められた事項が遵守されていること。 特に、当該運航を行った場合、運航調整委員会にその旨を報告し、安全性等について検証を受けなければならないことに留意する。</p>	<p>・運航要領に定める関係者間の連携や安全確保のために必要な事項として、次に掲げる内容が含まれること。</p> <p>①自ら入手した情報又は消防機関等以外の依頼若しくは通報により出動する場合におけるルールに関する事項</p> <p>②依頼又は通報の主体との連携に関する事項</p> <p>③離着陸場所が満たすべき要件に関する事項</p> <p>④離着陸場所において実施する安全確保のための取組に関する事項</p> <p>⑤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>⑥乗務員等及び想定される消防機関以外の依頼又は通報の主体に対する安全確保のための教育に関する事項</p> <p>⑦安全確認とその判断に関する事項</p> <p>⑧その他着陸における安全確保のために必要な事項</p> <p>◇「航空法施行規則第176条の改正に伴うドクターヘリの運航について（通知）」（平成25.11.29医政指発1129第1号）を参照</p>
2-16	高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等を用いた医療を提供するに当たっての必要な措置 （※特定機能病院以外の当該項目）	法6の12 法15.1 法17 則1の11.2.4	<p>高難度新規医療技術（当該病院で実施したことのない医療技術（軽微な術式の変更等を除く。）であってその実施により患者の死亡その他の重大な影響が想定されるものをいう。）又は未承認新規医薬品等（当該病院で使用したことのない医薬品医療機器等法第14条第1項に規定する医薬品又は同法第2条第5項に規定する高度管理医療機器であって、同法第14条第1項、第19条の2第1項、第23条の2の5第1項若しくは第23条の2の17第1項の認証を受けていないものをいう。）を用いた医療を提供するに当たっては、第9条の20の2第1項第7号又は第8号の規定に準じ、必要な措置を講ずるよう努めること （※特定機能病院以外の当該項目）</p>	<p>特定機能病院以外の病院に限り適用する。</p> <p>この措置については、高難度新規医療技術又は未承認新規医薬品等を用いた医療の提供を行うことにより、患者への重大な影響が想定されることから、医療法施行規則第9条の20の2第1項第7号又は第8号を参考にし、各病院の実情を踏まえた上で、可能な限りの対応が行われるよう努めること。</p>

項目番号	項目	根拠法令等	摘要	備考
2-17	<p>特定機能病院における安全管理等の体制</p> <p>※平成 28 年医療法施行規則の一部改正に基づく事項。 ※地方厚生(支)局と連携して確認。</p> <p>(※特定機能病院の該当項目)</p>	<p>則 9 の 20 の 2 則 9 の 20 の 2. 1. 4</p> <p>則9の20の 2. 1. 5</p> <p>則 9 の 20 の 2. 1. 7</p> <p>則 9 の 20 の 2. 1. 8</p> <p>法 19 の 2. 2 則 15 の 4. 1. 2</p> <p>法 19 の 2. 2 則 15 の 4. 1. 2</p> <p>則 9 の 20 の 2. 1. 10</p>	<p>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</p> <p>2. 診療録等の管理に関する責任者の選任状況</p> <p>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> <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>5. 監査委員会の設置状況</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>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>◇特定機能病院における医療を受ける者に対する説明に関する責任者の基準は、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」(平 5. 2. 15 健政発 98 号(平 30. 5. 30 一部改正))を参照</p> <p>◇特定機能病院における診療録等の管理に関する責任者の基準は、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」(平 5. 2. 15 健政発 98 号(平 30. 5. 30 一部改正))を参照</p> <p>◇特定機能病院における高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合に講ずる措置は、「医療法施行規則第 9 条の 20 の 2 第 1 項第 7 号ロの規定に基づき高難度新規医療技術について厚生労働大臣が定める基準について」(平 28. 6. 10 医政発 0610 第 21 号)を参照</p> <p>◇特定機能病院における未承認新規医薬品等を用いた医療を提供する場合に講ずる措置は、「医療法施行規則第 9 条の 20 の 2 第 1 項第 8 号ロの規定に基づき未承認新規医薬品等を用いた医療について厚生労働大臣が定める基準について」(平 28. 6. 10 医政発 0610 第 24 号)を参照</p> <p>◇特定機能病院における監査委員会の基準は、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」(平 5. 2. 15 健政発第 98 号(平 30. 5. 30 一部改正))を参照</p> <p>◇特定機能病院における医療安全管理部門への報告の基準は、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」(平 5. 2. 15 健政発第 98 号(平 30. 5. 30 一部改正))を参照</p> <p>◇特定機能病院における相互立入り及び技術的助言の基準は、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」(平 5. 2. 15 健政発第 98 号(平 30. 5. 30 一部改正))を参照</p>

項目番号	項目	根拠法令等	摘要	備考
2-18	検体検査の業務の適正な実施に必要な基準への適合	則9の20の2.1.11	8. 医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等の情報提供を受け付けるための窓口の状況	◇特定機能病院における情報提供受け付けの基準は、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」（平5.2.15 健政発第98号（平30.5.30 一部改正））を参照
		則9の20の2.1.13	9. 管理者のための研修の実施状況	◇特定機能病院における管理者のための研修の基準は、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」（平5.2.15 健政発98号（平30.5.30 一部改正））を参照
		法15の2 則9の7 則9の7の2 則9の7の3	病院、診療所又は助産所において検体検査の業務を行う場合に、検体検査の業務の適正な実施に必要な基準に適合させること。 1. 検体検査の精度の確保に係る責任者として、次のイからハまでに掲げる場所の種別に応じ、当該イからハまでに定める者を有すること。 イ 医業をなす病院若しくは診療所又は医業及び歯科医業を併せて行う病院若しくは診療所であって主として医業を行うもの 医師又は臨床検査技師 ロ 歯科医業をなす病院若しくは診療所又は医業及び歯科医業を併せ行う病院若しくは診療所であって主として歯科医業を行うもの 歯科医師又は臨床検査技師 ハ 助産所 助産師 2. 遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者として、次のイ及びロに掲げる場所の種別に応じ、当該イ及びロに定める者を有すること。（遺伝子関連・染色体検査の業務を実施する場合に限る。） イ 医業をなす病院若しくは診療所又は医業及び歯科医業を併せ行う病院若しくは診療所であって主として医業を行うもの 遺伝子関連・染色体検査の業務に関し相当の経験を有する医師若しくは臨床検査	病院又は診療所が、他の医療機関から検体検査の業務を受託して実施している場合は、「病院又は診療所間において検体検査の業務を委託及び受託する場合の留意点について」（平成30年11月29日付医政総発1129第1号・医政地発1129第1号厚生労働省医政局総務課長・地域医療計画課長連名通知）も参照し、検体検査の業務の受託が適切に行われるよう、必要に応じて指導を行うこと。 遺伝子関連・染色体検査の精度の確保に係る責任者は、検体検査の精度の確保に係る責任者と兼任して差し支えない。 遺伝子関連・染色体検査の業務に関し相当の知識及び経験を有する者の例については、「医療法等の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令の施行について」（平30.8.10 医政発0810第1号）第2.1(2)イを参照すること。

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>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</p> <p>ロ 歯科医業をなす病院若しくは診療所又は医業及び歯科医業を併せ行う病院若しくは診療所であって主として歯科医業を行うもの 遺伝子関連・染色体検査の業務に関し相当の経験を有する歯科医師若しくは臨床検査技師又は遺伝子関連・染色体検査の業務に関し相当の知識及び経験を有する者</p> <p>3. 次に掲げる標準作業書を常備し、検査業務の従事者に周知していること。ただし、血清分離のみを行う病院等にあつては、ロに掲げる標準作業書において血清分離に関する事項以外の事項を、血清分離を行わない病院等にあつては、ロに掲げる標準作業書において血清分離に関する事項を記載することを要しない。</p> <p>イ 検査機器保守管理標準作業書</p> <p>ロ 測定標準作業書</p> <p>4. 次に掲げる作業日誌が作成されていること。ただし、血清分離のみを行う病院等にあつてはロに掲げる作業日誌において血清分離に関する事項以外の事項を、血清分離を行わない病院等にあつてはロに掲げる作業日誌において血清分離に関する事項を記載することを要しない。</p> <p>イ 検査機器保守管理作業日誌</p> <p>ロ 測定作業日誌</p>	<p>検査機器保守管理標準作業書については、医療機器の添付文書、取扱説明書等をもって検査機器保守管理標準作業書とすることも認められること。</p> <p>各作業書については、作業の内容に応じて整理統合して差し支えないこと。</p> <p>検査機器保守管理作業日誌や測定作業日誌に記入すべき事項として考えられるものについては、「医療法等の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令の施行について」（平 30. 8. 10 医政発 0810 第 1 号）第 2. 1 (3)イを参照すること。</p> <p>いずれの作業日誌も記録の頻度としては、検体検査を実施した都度又は週～月単位が望ましいこと。</p> <p>各作業日誌については、作業の内容に応じて整理統合して差し支えないこと。</p>

		<p>5. 次に掲げる台帳が作成されていること。ただし、血清分離のみを行う病院等にあつては、作成することを要しない。また、以下のロ又はハに掲げる台帳については、内部精度管理又は外部精度管理調査の受検を行った場合に限られる。</p> <p>イ 試薬管理台帳 ロ 統計学的精度管理台帳 ハ 外部精度管理台帳</p> <p>6. 病院等における検査業務（遺伝子関連・染色体検査に係るものを除く。）について、いかに掲げる事項を行うよう努めること。</p> <p>イ 内部精度管理 ロ 外部精度管理調査の受検 ハ 検査業務の従事者に対する必要な研修の実施</p> <p>7. 遺伝子関連・染色体検査の業務を行う病院等においては、当該病院等における遺伝子関連・染色体検査について、以下に掲げる事項を行うとともに、外部精度管理調査の受検又は他の病院等若しくは衛生検査所等との連携による遺伝子関連・染色体検査の精度についての相互確認を行うよう努めること。</p> <p>イ 内部精度管理 ロ 検査業務の従事者に対する必要な研修の実施</p>	<p>試薬管理台帳、統計学的精度管理台帳及び外部精度管理台帳に記入すべき事項については、「医療法等の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令の施行について」（平30.8.10 医政発 0810 第1号）第2. 1 (3)ウを参照すること。</p> <p>各台帳については、作業の内容に応じて整理統合して差し支えないこと。</p> <p>内部精度管理の実施に努める上で留意すべき事項は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日々の検査・測定作業の開始に当たっては、機器及び試薬に必要な較正が行われていること。 ・定期的に当該病院等の管理試料等の同一検体を繰り返し検査した時の結果のばらつきの度合いを記録及び確認し検査結果の精度を確保する体制が整備されていること。 <p>検査業務の従事者に対する研修の実施に努める上では、研修は検体検査の業務を適切に行うために必要な知識及び技能を習得することを目的とし、次に掲げる事項を含むものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各標準作業書の記載事項 ・患者の秘密の保持 <p>病院等が遺伝子関連・染色体検査を行う場合、その検査項目ごとに内部精度管理を実施すること。なお、内部精度管理を実施する上で留意すべき事項は以下のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日々の検査・測定作業の開始に当たっては、機器及び試薬に必要な較正が行われていること。 ・定期的に当該病院等の管理試料等の同一検体を繰り返し検査した時の結果のばらつきの度合いを記録及び確認し検査結果の精度を確保する体制が整備されていること。 <p>検査業務の従事者に対する研修を実施する上では、研修は検体検査の業務を適切に行うために必要な知識及び技能を習得することを目的とし、次に掲げる事項を含むものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各標準作業書の記載事項 ・患者の秘密の保持
--	--	--	---

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
3	帳票・記録			
3- 1	診療録の管理、 保存	法 15. 1 法 25	適切に作成された診療録が適切に 管理、保存されていること。	(参考 1) 診療録の記載事項については医師法第 24 条第 1 項及び同法施行規則第 23 条に より ①診療を受けた者の住所・氏名・性別 及び年齢 ②病名及び主要症状 ③治療方法（処方及び処置） ④診療の年月日 と規定されている。 (参考 2) 診療録は医師法第 24 条第 2 項により 5 年間これを保存することと規定され ている。
3- 2	助産録の管理、 保存	法 15. 1 法 25	※助産師がその業務に従事してい る病院 適切に作成された助産録が適切 に管理、保存されていること。	(参考 1) 助産録の記載事項については保健師助 産師看護師法第 42 条第 1 項及び同法施 行規則第 34 条により ①妊産婦の住所、氏名、年齢及び職業 ②分娩回数及び生死産別 ③妊産婦の既往疾患の有無及びその経 過 ④今回妊婦の経過、所見及び保健指導 の要領 ⑤妊娠中医師による健康診断受診の有 無（結核、性病に関する検査を含 む。） ⑥分娩の場所及び年月日時分 ⑦分娩の経過及び処置 ⑧分娩異常の有無、経過及び処置 ⑨児の数及び性別、生死別 ⑩児及び胎児附属物の所見 ⑪産じょくの経過及びじょく婦、新生 児の保健指導の要領 ⑫産後の医師による健康診断の有無 と規定されている。 (参考 2) 助産録は保健師助産師看護師法第 42 条第 2 項により 5 年間これを保存する ことと規定されている。
3- 3	診療に関する諸 記録の整理保管	法 21. 1. 9 則 20. 1. 10	①過去 2 年間の診療に関する諸記 録が適正に整理保管されている こと。	診療に関する諸記録 ア 病院日誌（病院の経営管理に関する 総合的特記事項の日誌） イ 各科診療日誌（各科別の診療管理上 の総括的事項の日誌並びに看護に関す

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
				<p>る記録日誌)</p> <p>ウ 処方せん（患者の氏名、年齢、薬名、分量、用法、用量、発行年月日、使用期間及び病院若しくは診療所の名称、及び所在地又は医師の住所を記載し、記名押印又は署名されたもの） （注：内服薬にあつては「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について」（医政発 0129 第 3 号・薬食発 0129 第 5 号）を参考にして記載すること。）</p> <p>エ 手術記録（手術室の管理及び各科の利用状況などの事項の記録）</p> <p>オ 看護記録</p> <p>カ 検査所見記録（検査室において行われた検査結果の記録）</p> <p>キ エックス線写真</p> <p>ク 入院患者及び外来患者の数を明らかにする帳簿（注：病院日誌に記入されていても差し支えない。）</p> <p>ケ 入院診療計画書（患者が入院した日から起算して 7 日以内に診療を担当する医師により、入院中の治療に関する計画等を書面にて作成し、患者又は家族へ交付し適切な説明を行うこと。）</p>
		法 22.2 則 22 の 5.2	②地域医療支援病院として都道府県知事の承認を受けている場合は、過去 2 年間の診療に関する諸記録が適正に管理保管されていること。	<p>診療に関する諸記録</p> <p>ア 病院日誌</p> <p>イ 各科診療日誌</p> <p>ウ 処方せん</p> <p>エ 手術記録</p> <p>オ 看護記録</p> <p>カ 検査所見記録</p> <p>キ エックス線写真</p> <p>ク 紹介状</p> <p>ケ 退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約</p> <p>コ 入院診療計画書</p>
		法 22.3 則 22 の 5.3	③地域医療支援病院として都道府県知事の承認を受けている場合は、過去 2 年間の病院の管理及び運営に関する諸記録が適正に整理保管されていること。	<p>病院の管理及び運営に関する諸記録</p> <p>ア 共同利用の実績</p> <p>イ 救急医療の提供の実績</p> <p>ウ 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実施</p> <p>エ 閲覧実績</p> <p>オ 紹介患者に対する医療提供の実績</p> <p>カ 他の病院又は診療所に対する患者紹介の実績</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
		法 22 の 2.3 則 22 の 3.2	④特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、過去2年間の診療に関する諸記録が適正に整理保管されていること。	診療に関する諸記録 ア 病院日誌 イ 各科診療日誌 ウ 処方せん エ 手術記録 オ 看護記録 カ 検査所見記録 キ エックス線写真 ク 紹介状 ケ 退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約 コ 入院診療計画書
		法 22 の 2.4 則 22 の 3.3	⑤特定機能病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、過去2年間の病院の管理及び運営に関する諸記録が適正に整理保管されていること。	病院の管理及び運営に関する諸記録 ア 従業者数を明らかにする帳簿 イ 高度の医療の提供の実績 ウ 高度の医療技術の開発及び評価の実績 エ 高度の医療の研修の実績 オ 閲覧実績
		法 22 の 3.3 則 22 の 7.2	⑥臨床研究中核病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、過去2年間の診療及び臨床研究に関する諸記録が適正に整理保管されていること。	診療及び臨床研究に関する諸記録 ア 病院日誌 イ 各科診療日誌 ウ 処方せん エ 手術記録 オ 看護記録 カ 検査所見記録 キ エックス線写真 ク 研究対象者に対する医薬品等の投与及び診療により得られたデータその他の記録
		法 22 の 3.4	⑦臨床研究中核病院として厚生労働大臣の承認を受けている場合は、過去2年間の病院の管理及び運営に関する諸記録が適正に整理保管されていること。	病院の管理及び運営に関する諸記録 ア 従業者数を明らかにする帳簿 イ 特定臨床研究の計画の立案及び実施の実績 ウ 他の病院又は診療所と協同して特定臨床研究を実施する場合にあつては、特定臨床研究の実施の主導的な役割を果たした実績 エ 他の病院又は診療所に対し、特定臨床研究の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行った実績 オ 特定臨床研究に関する研修の実績 ◇診療録等の電子媒体による保存等については、「民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用

項目番号	項目	根拠法令等	摘要	備考																			
3-4	エックス線装置等に関する記録	則 30 の 21 則 30 の 22 則 30 の 23.1 則 30 の 23.2	<p>※エックス線装置等を有する病院</p> <p>1. 装置または器具の1週間当たりの延べ使用時間をその使用する室ごとに帳簿に記載し、これを1年ごとに閉鎖し、閉鎖後2年間保存していること。(ただし、その室の画壁等の外側における実効線量率がそれぞれ所定の線量率以下になるようしゃへいされている場合は、この限りでない。)</p> <p>2. 医療法施行規則第30条の23第2項に規定する診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の入手、使用及び廃棄並びに放射性同位元素によって汚染された物の廃棄に関する帳簿の記載が適正に行われていること。また、帳簿を1年ごとに閉鎖し、閉鎖後5年間保存していること。</p> <p>3. 放射線障害が発生するおそれがある場所について、所定の方法により診療開始前及び開始後1か月に1回以上放射線の量及び放射性同位元素による汚染の状</p>	<p>に関する法律等の施行等について」 (平成 28.3.31 医政発 0331 第 30 号・薬生発 0331 第 10 号・保発 0331 第 26 号・政社発第 0331 第 1 号) 参照</p> <p>1. 所定の線量率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>診療室等</th> <th>装置等</th> <th>所定の線量率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>治療用エックス線装置を使用しないエックス線診療室</td> <td>治療用エックス線装置以外のエックス線装置</td> <td>40 マイクロシーベルト毎時</td> </tr> <tr> <td>治療用エックス線装置を使用するエックス線診療室</td> <td>エックス線装置</td> <td>20 マイクロシーベルト毎時</td> </tr> <tr> <td>診療用高エネルギー放射線発生装置使用室</td> <td>診療用高エネルギー放射線発生装置</td> <td rowspan="3">60 マイクロシーベルト毎時</td> </tr> <tr> <td>診療用粒子線照射装置使用室</td> <td>診療用粒子線照射装置</td> </tr> <tr> <td>診療用放射線照射装置使用室</td> <td>診療用放射線照射装置</td> </tr> <tr> <td>診療用放射線照射器具使用室</td> <td>診療用放射線照射器具</td> <td>60 マイクロシーベルト毎時</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. 必要な記載事項</p> <p>①入手、使用又は廃棄の年月日</p> <p>②入手、使用又は廃棄に係る診療用放射線装置又は診療用放射線照射器具の型式及び個数並びに装備する放射性同位元素、診療用放射性同位元素、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素又は放射性同位元素によって汚染された物の種類及びベクレル単位をもって表わした数量</p> <p>③使用した者の氏名又は廃棄に従事した者の氏名並びに廃棄の方法及び場所</p> <p>3. 放射線障害が発生するおそれのある場所(測定場所)</p> <p>①放射線の量……エックス線診療室、診療用高エネルギー放射線発生装置使用室、診療用粒子線照射装置使用室、診</p>	診療室等	装置等	所定の線量率	治療用エックス線装置を使用しないエックス線診療室	治療用エックス線装置以外のエックス線装置	40 マイクロシーベルト毎時	治療用エックス線装置を使用するエックス線診療室	エックス線装置	20 マイクロシーベルト毎時	診療用高エネルギー放射線発生装置使用室	診療用高エネルギー放射線発生装置	60 マイクロシーベルト毎時	診療用粒子線照射装置使用室	診療用粒子線照射装置	診療用放射線照射装置使用室	診療用放射線照射装置	診療用放射線照射器具使用室	診療用放射線照射器具	60 マイクロシーベルト毎時
診療室等	装置等	所定の線量率																					
治療用エックス線装置を使用しないエックス線診療室	治療用エックス線装置以外のエックス線装置	40 マイクロシーベルト毎時																					
治療用エックス線装置を使用するエックス線診療室	エックス線装置	20 マイクロシーベルト毎時																					
診療用高エネルギー放射線発生装置使用室	診療用高エネルギー放射線発生装置	60 マイクロシーベルト毎時																					
診療用粒子線照射装置使用室	診療用粒子線照射装置																						
診療用放射線照射装置使用室	診療用放射線照射装置																						
診療用放射線照射器具使用室	診療用放射線照射器具	60 マイクロシーベルト毎時																					

項目番号	項目	根拠法令等	摘要	備考
			<p>況が測定され、その結果に関する記録が5年間保存されていること。（ただし、固定されたエックス線装置等ではしゃへい壁等が一定のときは6か月に1回以上測定すること。又、排気口及び排水口における汚染状況の測定は排気若しくは排水のつど又は連続して行うこと。）</p> <p>4. 治療用エックス線装置、診療用高エネルギー放射線発生装置、診療用粒子線照射装置及び診療用放射線照射装置の放射線量が6か月に1回以上線量計で測定され、その結果に関する記録が5年間保存されていること。</p>	<p>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、貯蔵施設、廃棄施設、放射線治療病室、管理区域の境界、病院内の人が居住する区域、病院の敷地の境界</p> <p>②放射性同位元素による汚染の状況…… 診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素により治療を受けている患者を収容する放射線治療病室、排水（気）設備の排水（気）口、排水（気）監視設備のある場所、管理区域の境界</p> <p>◇帳簿の保存等については、「民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律等の施行等について」（平成28.3.31医政発0331第30号・薬生発0331第10号・保発0331第26号・政社発0331第1号）を参照</p>
3-5	院内掲示 見やすい場所に定められた事項が掲示されているか。	法14の2.1 則9の3 則9の4	<p>病院の管理者が見やすい場所に掲示すべき事項</p> <p>①管理者の氏名</p> <p>②診療に従事する医師又は歯科医師の氏名</p> <p>③医師又は歯科医師の診療日及び診療時間</p> <p>④建物の内部に関する案内</p>	<p>・①②③は、病院の入口、受付又は待合所付近の見やすい場所</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考	
4	業務委託				
4-1	検体検査	法 15 の 3.1 則 9 の 7 の 4 則 9 の 8	規則で定める基準に適合するものに委託していること。	<p>業務委託の基準については、医療法施行規則の他、「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」（平 5.2.15 健政発第 98 号）、「病院、診療所の業務委託について」（平 5.2.15 指第 14 号）、「衛生検査所指導要領の見直し等について」（平 30.10.30 医政発 1030 第 3 号）及び「病院又は診療所間において検体検査の業務を委託及び受託する場合の留意点について」（平 30.11.29 医政総発 1129 第 1 号・医政地発 1129 第 1 号）を参照</p> <p>委託の事実の有無を契約書等により確認し、また、規則で定める内容を業務案内書、標準作業書等により確認すること。</p> <p>医療ガスの保守点検指針にしたがって行われていること。</p> <p>「医療ガスの安全管理について」（平 29.9.6 医政発 0906 第 3 号参照）</p>	
4-2	滅菌消毒	法 15 の 3.2 則 9 の 9	規則で定める基準に適合するものに委託していること。		
4-3	食事の提供	法 15 の 3.2 則 9 の 10	規則で定める基準に適合するものに委託していること。		
4-4	患者等の搬送	法 15 の 3.2 則 9 の 11	規則で定める基準に適合するものに委託していること。		
4-5	医療機器の保守点検	法 15 の 3.2 則 9 の 8 の 2	規則で定める基準に適合するものに委託していること。		
4-6	医療ガスの供給設備の保守点検	法 15 の 3.2 則 9 の 13	規則で定める基準に適合するものに委託していること。		
4-7	洗濯	法 15 の 3.2 則 9 の 14	規則で定める基準に適合するものに委託していること。		
4-8	清掃	法 15 の 3.2 則 9 の 15	規則で定める基準に適合するものに委託していること。		
4-9	感染性廃棄物の処理	法 20	感染性廃棄物の処理を業者に委託する場合は適切な業者を選定して委託するなど、感染性廃棄物が汚染源とならないよう適切な処理を行うこと。		<p>(参考)</p> <p>感染性廃棄物については、廃棄物の処理及び清掃に関する法律により別途規制が行われていることに留意する。</p>
4-10	医療用放射性汚染物の廃棄	則 30 の 14 の 2	<p>「医療法施行規則第 30 条の 14 の 2 第 1 項の診療用放射性同位元素又は放射性同位元素によって汚染された物の廃棄の委託を受ける者を指定する省令」（平 13.9.28 厚生労働省令第 202 号）により指定されている者に委託していること。</p> <p>医療用放射性汚染物の処理を業者に委託する場合には、医療用放射性汚染物が医療機関内の放射線汚染源とならないよう、廃棄施設内（保管廃棄設備）において適切な管理を行うこと。</p>		<p>(参考)</p> <p>陽電子断層撮影診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素によって汚染された物を廃棄する場合は、これら以外の物が混入又は付着しないよう封及び表示をし、7 日間を超えて管理区域内の廃棄施設において保管廃棄する場合に限り、保管廃棄施設を設けることを要しない。</p> <p>(則 30 条の 11 第 1 項第 6 号及び第 4 項並びに平成 16 年厚生労働省告示 306 号参照)</p>

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
5	防火・防災体制			
5- 1	防火管理者及び 消防計画	法 20 法 23	適切な防火体制を整備するにあたり、 1. 防火管理者の資格を有し、その責務を果たし得る管理的又は監督的地位にある者を防火管理者として定めるとともに、これを所轄の消防署に届け出ていること。 2. 消防法令に即して消防計画を作成するとともに、これを所轄の消防署に届け出ていること。	(参考) 防火・防災体制については、消防法により別途規制が行われていることに留意する。 【病院、診療所又は助産所における基準】 防火管理者は、収容人員が 30 人以上の施設について配置。 【病院、診療所又は助産所における基準】 消防計画は、収容人員が 30 人以上の施設について作成。
5- 2	防火訓練・避難 訓練	法 20 法 23	消火訓練及び避難訓練をそれぞれ年 2 回以上実施すること。	※避難訓練のうち 1 回は、夜間・休日を想定して実施するよう努めることとする。 【病院、診療所又は助産所における基準】 消火訓練及び避難訓練は、収容人員が 30 人以上の施設について年 2 回以上実施。
5- 3	防火・消火用の 設備	法 20 法 23 則 16. 1. 15 則 16. 1. 16	防火・消火上必要な設備が整備されていること。	【病院、診療所又は助産所における基準】 1. 消火設備 ・消火器：延べ面積が 150 m ² 以上 ・屋内消火栓：延べ面積が 700 m ² 以上 ・スプリンクラー：病院にあっては、3000 m ² 以上 ・屋外消火栓：1 階及び 2 階の部分の床面積の合計が 3000 m ² 以上 2. 警報設備 ・自動火災報知器：延べ面積が 300 m ² 以上（平成 27 年 4 月より全ての有床の施設に設置が義務化） ・非常ベル及び自動式サイレン：収容人員が 20 人以上の施設について設置 ・放送設備：収容人員が 300 人以上の施設について設置 3. 避難設備 ・避難はしご、すべり台、救助袋、緩降機、避難橋：収容人員が 20 人以上の施設について、2 階以上の階又は地階で、いずれか一つの設備を設置 ・誘導灯、誘導標識等：全ての施設について設置

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
5- 4	点検報告等	法 20 法 23 則 16. 1. 15 則 16. 1. 16	適切な防火体制の整備にあたり、 消防・建築関係法令に即して防火 対象物、消防用設備、防火扉の点 検報告等を実施していること。	(参考) 病院、診療所などの特定建築物等のう ち、特定行政庁が規模等を定めて指定す るものの所有者等は、定期に当該建築物 について建築士等の資格者に調査させ、 特定行政庁に報告しなければならない。 (建築基準法第 12 条第 1 項)
5- 5	防災及び危害防 止対策	則 16. 1. 1	診察の用に供する電気、光線、 熱、蒸気又はガスに関する構造設 備について危害防止上必要な方法 を講じていること。	(参考) 危害防止上必要な方法の例 ①電気を使用する診療用器械器具につい ては絶縁及びアースについて安全な措 置を講ずること。また、電源プラグに ついては時々抜いて、トラッキング現 象防止のための適切な処置を講ずるこ と。 (平 25. 10. 18 医政発第 17 号参照) ②光線を治療に使用する器械器具につ いては眼球その他に障害を与えぬよう配 慮すること。 ③熱を使用する器械器具については過熱 することのないよう断熱材等を適切に 使用すること。 ④保育器、酸素テント、高圧酸素室等 について定期点検及び使用前点検を行 うこと。 ⑤年 1 回以上漏電防止のための措置が講 じられていること。 ⑥LP ガス設備の保安点検を行うこと。 (昭 57. 11. 26 指第 35 号参照)

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
6	放射線管理		※放射線等取扱施設を有する病院	
6- 1	管理区域について適切な措置がとられているか。	則 30 の 16. 1 則 30 の 16. 2	1. 病院内の場所であって外部放射線の線量、空気中の放射性同位元素の濃度又は放射性同位元素によって汚染される物の表面の放射性同位元素の密度が所定の線量、濃度又は密度を超えるおそれがある場所を管理区域と設定していること。 また、管理区域である旨を示す標識が付されていること。 2. 管理区域内に人がみだりに立ち入らないような措置が講じられていること。	所定の線量、濃度又は密度 (則第 30 条の 26 第 3 項参照)
6- 2	敷地の境界等における防護について適切な措置がとられているか。	則 30 の 17	敷地内の人が居住する区域及び敷地の境界における線量を所定の線量限度以下にするためのしゃへい等の措置が講じられていること。	所定の線量限度 実効線量が 3 か月につき 250 マイクロシーベルト
6- 3	放射線等取扱施設に患者及び取扱者に対する放射線障害の防止に必要な注意事項の掲示がされているか。	則 30 の 13	目につきやすい場所に掲示されていること。	
6- 4	放射線装置・器具・機器及び診療用放射性同位元素・陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の使用室及び病室である旨を示す標識が付されているか。	則 30 の 4～ 則 30 の 8 の 2 則 30 の 12 則 30 の 5～ 則 30 の 8 の 2	1. エックス線診療室、診療用高エネルギー放射線発生装置使用室、診療用粒子線照射装置使用室、診療用放射線照射装置使用室、診療用放射線照射器具使用室、放射性同位元素装備診療機器使用室、診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室及び放射線治療病室等についてその旨を示す標識が付されていること。 2. 診療用高エネルギー放射線発生装置使用室、診療用粒子線照射装置使用室、診療用放射線照射装置使用室、診療用放射線照射器具使用室、診療用放射性同位	

項目番号	項目	根拠法令等	摘要	備考
6- 5	使用中の表示について必要な注意事項の掲示がされているか。	則 30 の 20. 2 則 30 の 5 則 30 の 5 の 2 則 30 の 6	元素使用室及び陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室については、人が常時出入りする出入口が1か所となっていること。 1. エックス線装置を使用している時はエックス線診療室の出入口にその旨を表示していること。 2. 診療用高エネルギー放射線発生装置使用室及び診療用粒子線照射装置使用室並びに診療用放射線照射装置使用室の出入口に放射線発生時又は照射時に自動的にその旨を表示する装置が設けられていること。	
6- 6	取扱者の遵守事項が守られているか。	則 30 の 20. 1. 1 則 30 の 20. 1. 2～3	1. 診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室又は廃棄施設においては作業衣等を着用して作業していること。また、作業衣を着用してみだりにこれらの室又は施設の外に出ないこと。 2. 放射性同位元素により汚染された物をみだりに診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室、廃棄施設又は放射線治療病室若しくは管理区域から持ち出さないこと。	2. ①診療用放射性同位元素使用室、陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室、廃棄施設又は放射線治療病室からみだりに持ち出していけない場合（則第30条の26第6項参照） ②管理区域からみだりに持ち出してはいけない場合 （則第30条の26第6項参照）
6- 7	放射線診療従事者の被ばく防止について適切な措置がとられているか。	則 30 の 18. 1	1. 被ばくする線量が所定の実効線量限度及び等価線量限度を超えないような措置が講じられていること。 2. 眼の水晶体に受ける等価線量が所定の線量限度を超えないような措置が講じられていること。	1. 実効線量限度 （則第30条の27第1項参照） 2. 等価線量限度 （則第30条の27第2項参照） 3. 実効線量限度及び等価線量限度の測定方法 ①外部被ばく 放射線測定用具（フィルムバッチ等）による測定が原則 位置は胸部（女子は腹部）が原則だが、被ばくする量が最大となるおそれのある人体部位が胸部（女子は腹部）以外の場合は、当該部位もあわせて測定

項目番号	項目	根拠法令等	摘要	備考
6- 8	患者の被ばく防止について適切な措置がとられているか。	則 30 の 19	放射線により、治療を受けている患者以外の入院患者が所定の実効線量を超えて被ばくしないようなしゃへい等の措置が講じられていること。	<p>②内部被ばく 3月を超えない期間に1回が原則厚生労働大臣の定める方法（昭和63年厚生省告示第245号参照）</p> <p>※経過措置等については、「医療法施行規則の一部を改正する省令等の交付について」（令和2.4.1医政発0401第8号）を参照</p> <p>所定の線量限度 実効線量が3か月間につき1.3ミリシーベルト</p>
6- 9	診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素により治療を受けている患者に適切な表示を付しているか。	則 30 の 20. 2.		
6-10	放射線装置・器具・機器の使用または放射性同位元素の使用・貯蔵・運搬・廃棄について認められた施設設備で使用、貯蔵、運搬又は廃棄をしているか。	則 30 の 14		・認められた使用室以外の使用については規則を参照。
6-11	診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素及び陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の管理が適切に行われているか。	則 30 の 7 則 30 の 24	<p>1. 診療用放射線照射器具の紛失防止について適切な措置が取られていること。</p> <p>2. 診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の使用廃止後の措置について適切な措置がとられていること。</p>	

項目 番号	項 目	根拠法令等	摘 要	備 考
6-12	放射線装置に所定の障害防止の方法が講じられているか。	則 30 則 30 の 2 則 30 の 2 の 2 則 30 の 3 則 30 の 7 の 2	エックス線装置、診療用高エネルギー放射線発生装置、診療用粒子線照射装置、診療用放射線照射装置及び放射性同位元素装備診療機器について所定の障害防止の方法が講じられていること。	
6-13	必要な施設に閉鎖のための設備または器具を設けているか。	則 30 の 7 の 2 則 30 の 9 則 30 の 11	1. 放射性同位元素装備診療機器使用室、貯蔵施設、保管廃棄設備の外部に通ずる部分に閉鎖のための設備または器具を設けていること。 2. 排液処理槽の上部開口部の周囲に人がみだりに立ち入らないよう柵等で区画され、その出入口に鍵そのほか閉鎖のための設備又は器具が設けられていること。	
6-14	診療用放射性同位元素使用室及び陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室に所定の設備が設けられ管理されているか。	則 30 の 8～ 則 30 の 8 の 2	1. 出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器、汚染除去に必要な器材及び洗浄設備並びに更衣設備が設けられていること。 2. 準備室にフード、グローブボックス等の装置が設けられているときは排気設備に連結されていること。また、洗浄設備を設けること。	
6-15	貯蔵箱等の貯蔵容器、運搬容器及び保管廃棄容器について所定の障害防止の方法がとられ、適切に管理されているか。	則 30 の 9 則 30 の 10 則 30 の 11 則 30 の 9.8 ロ 則 30 の 9.8 ハ 則 30 の 9.8 ニ	1. 貯蔵及び運搬時に 1 メートルの距離における実効線量率が 100 マイクロシーベルト毎時以下になるようにしゃへいされていること。 2. 貯蔵容器、運搬容器について、空気を汚染するおそれのある場合は気密構造となっていること。また、液体状の場合はこぼれにくい構造で液体の浸透しにくい材料でできていること。 3. 貯蔵容器、運搬容器または保管廃棄容器を示す標識が付されていること。	

項目番号	項目	根拠法令等	摘要	備考
6-16	廃棄施設について所定の障害防止の方法がとられ、適切に管理されているか。	則 30 の 11. 1. 2 のハ 則 30 の 11. 1. 3 のニ	1. 排水設備において排液流出の調整装置が設けられていること。 2. 排気設備において放射性同位元素によって汚染された空気のひろがりを急速に防止することのできる装置が設けられていること。	
6-17	通報連絡網が整備されているか。	則 30 の 25	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こと。	
6-18	移動型エックス線装置は適正に保管されているか。	則 30 の 14	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こと。	
6-19	陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用できる体制が確保されているか。	則 28. 1. 4 則 28. 1. 5	1. 放射線障害の防止に関する予防措置を講じていること。 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を配置していること。	①陽電子断層撮影診療に関する所定の研修を修了し、専門の知識及び経験を有する診療放射線技師を、陽電子断層撮影診療に関する安全管理に専ら従事させること。 ②放射線の防護を含めた安全管理の体制の確立を目的とした委員会等を設けること。 ③陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の取扱いに関し、陽電子断層撮影診療を担当する医師又は歯科医師と薬剤師との連携が十分に図られるよう努めることが望ましいこと。 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用する者として、以下に掲げるすべての項目に該当する医師又は歯科医師を1名以上配置していること。 ア 当該病院又は診療所の常勤職員であること。 イ 陽電子断層撮影診療に関する安全管理の責任者であること。 ウ 核医学診断の経験を3年以上有していること。 エ 陽電子断層撮影診療全般に関する所定の研修を修了していること。

V 構造設備基準

1 病室等

区分	項目	根拠法令等	摘要	備考
1	病室 定められた構造になっているか。	則 16.1.2.2～ 則 16.1.5 則 16.2 則附則5条	区分1～18の構造設備基準については、厚生労働省令の定めるところによること。 1. 患者定員に見合う床面積を有していること。 2. 機械換気設備については、結核病室、感染症病室又は病理細菌検査室の空気が風道を通じて他の部分へ流入しないようにすること。	①内法による測定で、患者1人につき6.4㎡以上となっていること。 ②療養病床に係る一の病室の病床数は、4床以下となっていること。 ③小児だけを入院させる病室の床面積は、上記の床面積の2/3以上とすることができる。ただし、一の病室の床面積は6.3㎡以下であってはならない。 (経過措置) ①既存病院建物内の療養病床又は、経過的旧療養型病床群に係る病室以外の病室の床面積は、内法による測定で患者1人を入院させるものにあつては6.3㎡以上、患者2人以上を入院させるものにあつては、患者1人につき4.3㎡以上となっていること。 ②平成12年3月31日までに療養型病床群に転換したものについては、1人につき6㎡(建築基準法施行令第2条第1項第3号の算定方法による。)以上となっていること。
2	精神病室 医療及び保護のために必要な方法がとられているか。	則 16.1.6	精神病室の設備については、精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な方法を講じること。	必要な方法の例 (昭44.6.23衛発第431号参照) ①自傷他害のおそれがある者を入院させるための保護室を設置すること。 ②保護室は、採光、換気、通風、冷暖房等の環境条件には特に考慮すること。 ③合併症(結核、感染症)病棟は、他としゃ断し、病棟配膳、病棟消毒を行う等の方法により感染を防止すること。
3	結核病室 感染予防のための必要な方法がとられているか。	則 16.1.7 則 16.1.12	・病院の他の部分及び外部に対して感染予防のためにしゃ断その他必要な方法を講じていること。	その他必要な方法 医療・看護用具、被服、寝具、汚染物、食器等の消毒設備が設けられていること。

区分	項目	根拠法令等	摘要	備考
4	感染症病室 感染予防のための必要な方法がとられているか。	則 16.1.7 則 16.1.12	・病院の他の部分及び外部に対して感染予防のためにしゃ断その他必要な方法を講じていること。	その他必要な方法 医療・看護用具、被服、寝具、汚染物、食器等の消毒設備が設けられていること。
5	放射線治療病室 定められた構造になっており、かつ、適正に管理されているか。	則 30 の 12.1.1 則 30 の 12.1.2 則 30 の 12.1.3	※診療用放射線照射装置、診療用放射線照射器具、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を有する病院 1. 画壁等の外側が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。(ただし、画壁等の外側を人が通行等できない場合を除く。) 2. 放射線治療病室である旨の標識が付されていること。 3. 汚染除去のための所定の方法が講じられていること。(ただし、診療用放射線照射器具により治療を受けている患者のみを収容する放射線治療病室においては適用しない。)	1. 所定の線量限度 実効線量が1週間につき1ミリシーベルト以下 3. 汚染除去のための所定の方法 (則第30条の8第6号～第8号参照)
6	診察室・処置室 整備されているか。	法 21.1.2 法 21.1.4 則 20.1.1 則 20.1.4	1. 診療科ごとに専門の診察室を有していること。(ただし、1人の医師が同時に2以上の診療科の診療に当たる場合その他特別な事情がある場合を除く。) 2. 処置室は、なるべく診療科ごとにこれを設けることとする。 (ただし、場合により2以上の診療科についてこれを兼用し、又は診療室と兼用することができる。)	2. 兼用する場合は、処置の内容、プライバシーの保護等に十分配慮すること。
7	手術室 整備され、かつ、必要な設備が設けられているか。	法 21.1.3 則 16.1.1 則 20.1.2 則 20.1.3	※手術室を有すべき病院 外科、整形外科、美容外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、産科、婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科の一を有する病院又は歯科医業についての診療科名の	

区分	項目	根拠法令等	摘要	備考
			<p>みを診療科名とする病院</p> <p>1. 手術室は、なるべく準備室を附設しじんあいの入らないようにし、その内壁全部を不浸透質のもので覆い、適当な暖房及び照明の設備を有し、清潔な手洗いの設備を附属して有しなければならないこと。</p> <p>2. 起爆性のある麻酔ガスの使用に当たっては危害防止上必要な方法を講じること。</p>	<p>1. 不浸透質のもの（陶製タイル、セラゾー、プラスチックなど）床の構造が電導床である場合又は湿度調整の設備を有する場合は必ずしも必要でない。</p>
8	分娩室及び新生児に必要な施設が整備されているか。	法 21. 1. 10	<p>・産婦人科又は産科を有する病院にあっては分娩室及び新生児の入浴施設（沐浴室及び浴槽）を有しており、適正な構造になっていること。</p>	<p>・沐浴室は専用であることが望ましいが、分娩室等と適宜仕切られるような構造であってもよい。</p>
9	臨床検査施設整備され、かつ、必要な設備が設けられているか。	法 21. 1. 5 則 16. 1. 15 則 16. 1. 16 則 20. 1. 5 則 20. 1. 6	<p>1. 血液、尿、喀痰、糞便等について、通常行われる臨床検査に必要な設備が設けられていること。</p> <p>2. 火気を使用する場所には防火上必要な設備が設けられていること。</p>	<p>1. 検体検査の業務を委託する場合には、当該検査に係る設備を設けないことができる。ただし、休日・夜間や救急時の体制が確保されていること。また、生理学的検査を行う場所は原則として病院又は診療所等医業の行われる場所に限定されるものであること。（H13. 2. 22 医政発第 125 号参照）</p>
10	調剤所整備され、かつ、必要な施設、設備が設けられているか。	法 21. 1. 7 則 16. 1. 14	<p>1. 調剤所の採光及び換気が十分で、かつ、清潔が保たれていること。</p> <p>2. 冷暗所が設けられていること。</p> <p>3. 調剤に必要な器具を備えていること。</p>	
11	給食施設定められた構造になっており、かつ、必要な施設、設備が設けられているか。	法 20 法 21. 1. 8 則 10. 1. 6 則 20. 1. 8 則 20. 1. 9	<p>1. 入院患者のすべてに給食することのできる施設を有していること。</p> <p>2. 床は耐水材料で作られ、洗浄及び排水又は清掃に便利な構造となっていること。</p> <p>3. 食器の洗浄消毒設備が設けられていること。</p>	<p>・調理業務又は洗浄業務を委託する場合には、当該業務に係る設備を設けないことができる。ただし、再加熱等の作業に必要な設備については設けなければならない。（H13. 2. 22 医政発第 125 号参照）</p>

区分	項目	根拠法令等	摘要	備考
12	歯科技工室 必要な設備が設けられているか。	則 16.1.13	4. 病毒感染の危険のある患者の用に供した食器について他の患者の食器と別個に消毒する設備となっていること。 ※歯科技工室を有する病院 防じん設備及び防火設備が設けられていること。	
13	階数及び規模に応じた建物の構造 定められた基準に適合しているか。	則 16.1.2	1. 3階以上の階に病室を設けている場合は主要構造部が耐火構造となっていること。 2. 放射線治療病室以外は、地階に病室を設けていないこと。	
14	階段 定められた基準に適合しているか。	則 16.1.8 則 16.1.9	※第2階以上の階に病室を有する病院 1. 患者の使用する屋内直通階段が2以上設けられていること。 〔ただし、患者の使用するエレベーターが設置されているもの又は第2階以上の各階における病室の床面積の合計が、それぞれ50㎡（主要構造部が耐火構造であるか又は不燃材料で造られている建築物にあっては100㎡）以下のものについては患者の使用する屋内の直通階段を一とすることができる。〕 2. 階段及び踊場の幅は内法1.2m以上、けあげは0.2m以下、踏面は0.24m以上となっており、適当な手すりが設けられていること。	
15	避難階段 定められた基準に適合しているか。	則 16.1.10	※第3階以上の階に病室を有する病院 避難に支障がないように2以上の避難階段が設けられていること。	

区分	項目	根拠法令等	摘 要	備 考
16	廊下 定められた基準に適合しているか。	則 16. 1. 11	と。(ただし、患者の使用する屋内の直通階段を建築基準法施行令第 123 条第 1 項に規定する避難階段としての構造とした場合は、その数だけ避難階段の数に算入することができる。) 1. 精神病床及び療養病床に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8m以上(両側に居室のある廊下は 2.7m以上)となっていること。 ただし、大学附属病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)及び 100 床以上で内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科(令第 3 条の 2 第 1 項第 1 号ハ又はニ(2)の規定によりこれらの診療科名と組み合わせた名称を診療科名とする場合を除く。)を含む病院であって、精神病床を有する病院を除く。 2. 1 以外の廊下の幅は内法による測定で、1.8m以上(両側に居室のある廊下は、2.1m以上)となっていること。	・平成 13 年 3 月 1 日における既存病院建物内の患者が使用する廊下幅は、内法による計測で 1.2m 以上(両側に居室のある廊下は 1.6m 以上)となっていること。 (平成 13 年厚生労働省令第 8 号(以下、平成 13 年改正省令)附則第 8 条)
17	便所 適正な構造になっているか。	法 20	1. 清潔を保持するものとし、その構造設備は、衛生上、防火上及び保安上安全と認められるようなものでなくてはならない。	便所の構造 採光及び換気のため直接外気に接する窓を設けること。(ただし、水洗便所でこれに代わる設備をしたときはこの限りでない。)
18	機能訓練室 定められた基準に適合しているか。	法 21. 1. 11 則 20. 1. 11 則附則 21	1. 療養病床を有する病院にあっては、1 以上の機能訓練室は面積 40 m ² 以上(内法)であること。また、必要な機器、器具を備えていること。 区分 19~23 の構造設備基準については、厚生労働省令で定める基準を参酌し都道府県が条例で定めるところによること。	1. 既存病院建物内に療養病床又は経過的旧療養病床群を有する病院については、機能訓練を行うために十分な広さを有すること。(則附則第 21 条参照) ※参酌すべき基準 地方公共団体が十分参照した結果としてであれば、地域の実情に応じて、異なる内容を定めることが許容されるもの。
19	消毒施設	法 21. 1. 12 法 21. 3	【参酌すべき基準】 1. 蒸気、ガス若しくは薬品を用い	1. 消毒を行う施設 蒸気消毒装置、ホルムアルデヒド、ガス消毒装置等

区分	項目	根拠法令等	摘 要	備 考
20	定められた基準に適合しているか 洗濯施設 設けられているか。	則 16.1.12 則 21.1.1 則 21.2.1 都道府県の条例 法 21.1.12 法 21.3 則 21.1.1 都道府県の条例	又は、その他の方法により入院患者及び職員の被服、寝具等の消毒を行うことができるものであること。 【参酌すべき基準】 1. 洗濯施設が設けられていること。	2. 繊維製品の滅菌消毒の業務を委託する場合における当該業務に係る設備を除く。 1. 寝具 布団、毛布、シーツ、枕、包布等 2. 寝具類の洗濯の業務を委託する場合における当該業務に係る設備を除く。
21	談話室 定められた基準に適合しているか。	法 21.1.12 法 21.3 則 21.1.2 都道府県の条例	【参酌すべき基準】 1. 療養病床を有する病院にあっては、患者同士又は患者とその家族が談話を楽しめる広さとなっていること。（食堂等との共用は可能）	1. 平成12年3月31日までに療養型病床群に転換したものについては、談話室がなくても可。 （平成13年改正省令附則第22条）
22	食 堂 定められた基準に適合しているか。	法 21.1.12 法 21.3 則 21.1.3 都道府県の条例	【参酌すべき基準】 1. 療養病床を有する病院にあっては、療養病床の入院患者1人につき1㎡以上の広さとなっていること。	1. 平成12年3月31日までに療養型病床群に転換したものについては、食堂がなくても可。 （平成13年改正省令附則第22条）
23	浴室 定められた基準に適合しているか。	法 21.1.12 法 21.3 則 21.1.4 都道府県の条例	【参酌すべき基準】 1. 療養病床を有する病院にあっては、身体の不自由な者が入浴するのに適したものとなっていること。	1. 平成12年3月31日までに療養型病床群に転換したものについては、浴室がなくても可。 （平成13年改正省令附則第22条）

2 放射線装置及び同使用室

区分	項目	根拠法令等	摘 要	備 考
1	<p>エックス線装置及び同診療室</p> <p>所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。</p>	<p>法 21.1.6 則 20.1.7</p> <p>則 30</p> <p>則 30 の 4</p> <p>則 30 の 4</p> <p>則 30 の 4</p>	<p>※エックス線装置を有すべき病院</p> <p>内科、心療内科、リウマチ科、小児科、外科、整形外科、形成外科、美容外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、泌尿器科、リハビリテーション科及び放射線科の一を有する病院又は歯科医業についての診療科名のみを診療科名とする病院。</p> <p>1. 防護措置 エックス線装置に所定の障害防止の方法が講じられていること。</p> <p>2. 壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。</p> <p>3. 操作する場所 エックス線装置を操作する場所は、エックス線診療室と別室になっていること。（ただし、所定の箱状のしゃへい物を設けたとき、近接撮影を行うとき等の場合に必要な防護物を設けたときは、この限りでない。）</p> <p>4. 標識 エックス線診療室である旨を示す標識が付されていること。</p> <p>※診療用高エネルギー放射線発生装置を有する病院</p>	<p>1. 所定の障害防止の方法 (則第 30 条参照)</p> <p>2. 所定の線量 ① 1 mSv / 1 週間 ② 画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。 (ただし、その外側が、人が通行し、又は滞在することのない場所である場合を除く。)</p>
2	<p>診療用高エネルギー放射線発生装置及び同使用室</p> <p>所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管</p>	<p>則 30 の 2</p> <p>則 30 の 5</p>	<p>1. 防護措置 診療用高エネルギー放射線発生装置に所定の障害防止の方法が講じられていること。</p> <p>2. 壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされているこ</p>	<p>1. 当該使用室出入口が開放されているとき、放射線の発生を遮断するインターロックを設けること。（則第 30 条の 2 第 4 号）</p> <p>2. 所定の線量 ① 1 mSv / 1 週間 ② 画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。</p>

区分	項目	根拠法令等	摘要	備考
3	<p>診療用粒子線照射装置及び同使用室</p> <p>理されているか。</p> <p>所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。</p>	<p>則 30 の 2 の 2</p> <p>則 30 の 5 の 2</p>	<p>と。</p> <p>3. 出入口 人が常時出入する出入口が1ヶ所で、その出入口には放射線発生時に自動的にその旨を表示する装置が設けられていること。</p> <p>4. 標識 使用室である旨を示す標識が付されていること。</p> <p>※診療用粒子線照射装置を有する病院</p> <p>1. 防護措置 診療用粒子線照射装置に所定の障害防止の方法が講じられていること。</p> <p>2. 壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。</p> <p>3. 出入口 人が常時出入する出入口が1ヶ所で、その出入口には放射線照射時に自動的にその旨を表示する装置が設けられていること。</p> <p>4. 標識 使用室である旨を示す標識が付されていること。</p>	<p>(ただし、その外側が、人が通行し、又は滞在することのない場所である場合を除く。)</p> <p>1. 当該使用室出入口が開放されているとき、放射線の照射を遮断するインターロックを設けること。</p> <p>2. 所定の線量 ① 1 mSv / 1 週間 ② 画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。 (ただし、その外側が、人が通行し、又は滞在することのない場所である場合を除く。)</p>
4	<p>診療用放射線照射装置及び同使用室</p> <p>所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。</p>	<p>則 30 の 3</p> <p>則 30 の 6</p>	<p>※診療用放射線照射装置を有する病院</p> <p>1. 防護措置 診療用放射線照射装置に所定の障害防止の方法が講じられていること。</p> <p>2. 主要構造部等 使用室の主要構造部等は耐火構造又は不燃材料を用いた構造となっていること。</p>	<p>1. 所定の障害防止装置が講じられている但し書きの装置の操作以外にあっては、当該照射装置の照射口は、当該使用室の室外から遠隔操作によって開閉できるものであること。 (則第 30 条の 3 第 3 項)</p> <p>2. ①主要構造部等 (建築基準法第 2 条第 5 号に規定する主要構造部並びに当該使用室を区画する壁及び柱をいう。以下同じ。)</p>

区分	項目	根拠法令等	摘要	備考
5	診療用放射線照射器具使用室 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	則 30 の 7	<p>3. 画壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。</p> <p>4. 出入口 人が常時出入する出入口は、1ヵ所で、その出入口には放射線発生時に自動的にその旨を表示する装置が設けられていること。</p> <p>5. 標識 使用室である旨を示す標識が付されていること。</p> <p>6. 装置の紛失防止を容易にするため、突起物、くぼみ及び仕上げ材の目地等のすき間の少ないものとされていること。</p> <p>※診療用放射線照射器具を有する病院</p> <p>1. 画壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。</p> <p>2. 出入口 人が常時出入する出入口は、1ヵ所となっていること。</p> <p>3. 標識 使用室である旨を示す標識が付されていること。</p> <p>4. 器具の紛失防止 器具の紛失発見を容易にするため、突起物、くぼみ及び仕上げ材の目地等のすき間の少ないものとされていること。</p>	<p>②耐火構造又は不燃材料（建築基準法第2条第9号に規定する不燃材料をいう。以下同じ。）</p> <p>3. 所定の線量 ① 1 m S v / 1 週間 ②画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。 （ただし、その外側が、人が通行し、又は滞在することのない場所である場合を除く。）</p> <p>1. 所定の線量 ① 1 m S v / 1 週間 ②画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。 （ただし、その外側が、人が通行し、又は滞在することのない場所である場合を除く。）</p>

区分	項目	根拠法令等	摘要	備考
6	放射性同位元素 装備診療機器使用室 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられているか。	則 30 の 7 の 2	<p>※放射性同位元素装備診療機器を有する病院</p> <p>1. 主要構造部等 使用室の主要構造部等は、耐火構造又は不燃材料を用いた構造となっていること。</p> <p>2. 外部に通ずる部分 外部に通ずる部分には閉鎖のための設備又は器具が設けられていること。</p> <p>3. 標識 使用室である旨を示す標識が付されていること。</p> <p>4. 予防措置 骨塩定量分析装置と輸血用血液照射装置に関しては、実効線量が3月間に1.3ミリシーベルト以下となるようなしゃへい物又は間仕切りを設けるなど予防措置を講じ、管理区域を明確にすること。</p>	
7	診療用放射性同位元素使用室 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	則 30 の 8	<p>※診療用放射性同位元素を有する病院</p> <p>1. 主要構造部等 使用室の主要構造部等は、耐火構造又は不燃材料を用いた構造となっていること。（ただし、所定の数量以下の診療用放射性同位元素を使用する場合は、この限りでない。）</p> <p>2. 部屋の区画 準備室と診療室が区画されていること。</p> <p>3. 画壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。</p> <p>4. 出入口 人が常時出入する出入口は、1ヶ所となっていること。</p>	<p>1. 所定の線量 (則別表第2参照)</p> <p>2. 準備室（診療用放射性同位元素の調剤等を行う室）</p> <p>3. 所定の線量 ① 1 m S v / 1 週間 ② 画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。 (ただし、その外側が、人が通行し、又は滞在することのない場所である場合を除く。)</p>

区分	項目	根拠法令等	摘要	備考
8	陽電子断層撮影 診療用放射性同 位元素使用室 所定の障害防止 の方法等適正な 施設・設備が設 けられ、かつ、管 理されている か。	則 30 の 8 の 2	<p>5. 標識 使用室である旨を示す標識が付 されていること。</p> <p>6. 内部の壁等の構造 ①内部の壁、床等は、突起物、く ぼみ及び仕上材の目地等のすき まの少ない構造となっているこ と。 ②内部の壁、床等の表面は、平滑 であり気体又は液体が浸透しに くく、かつ、腐食しにくい材料 で仕上げられていること。</p> <p>7. 出入口に設けるもの 出入口付近に汚染の検査に必要 な放射線測定器、汚染除去に必 要な器材及び排水設備に連結し た洗浄設備並びに更衣設備が設 けられていること。</p> <p>8. 準備室に設けるべきもの ①準備室には排水設備に連結した 洗浄設備が設けられているこ と。 ②準備室にフード、グローブボッ クス等の装置が設けられている ときは、その装置は排気設備に 連結されていること。</p> <p>※陽電子断層撮影診療用放射性同 位元素を有する病院</p> <p>1. 主要構造部等 陽電子断層撮影診療用放射性同 位元素使用室の主要構造部等 は、耐火構造又は不燃材料を用 いた構造となっていること。</p> <p>2. 部屋の区画 準備室、診療室、待機室が区画 されていること。待機室を有し ないことが認められた施設につ いては、待機室に準ずる場所を 設定していること。</p>	<p>1. 所定の線量 (則別表第 2 参照)</p> <p>①準備室 (陽電子断層撮影診療用放射性 同位元素の調剤等を行う室) ②診療室 (陽電子断層撮影診療用放射性 同位元素を用いて診療を行う室) ③待機室 (陽電子断層撮影診療用放射性 同位元素が投与された患者等が待機す る室)</p>

区分	項目	根拠法令等	摘 要	備 考
			<p>3. 画壁の構造 画壁等は、その外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。</p> <p>4. 出入口 人が常時出入する出入口は、1ヶ所となっていること。</p> <p>5. 標識 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室である旨を示す標識が付されていること。</p> <p>6. 撮影装置操作場所 陽電子放射断層撮影装置の操作場所を陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室の外部に設けていること。</p> <p>7. 内部の壁等の構造 ①内部の壁、床等は、突起物、くぼみ及び仕上材の目地等のすきまの少ない構造となっていること。 ②内部の壁、床等の表面は、平滑であり気体又は液体が浸透しにくく、かつ、腐食しにくい材料で仕上げられていること。</p> <p>8. 出入口に設けるもの 出入口付近に汚染の検査に必要な放射線測定器、汚染除去に必要な器材及び排水設備に連結した洗浄設備並びに更衣設備が設けられていること。</p> <p>9. 準備室に設けるべきもの ①準備室には排水設備に連結した洗浄設備が設けられていること。 ②準備室にフード、グローブボックス等の装置が設けられているときは、その装置は排気設備に連結されていること。</p>	<p>3. 所定の線量 ① 1 m S v / 1 週間 ②画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。 (ただし、その外側が、人が通行し、又は滞在することのない場所である場合を除く。)</p>

区分	項目	根拠法令等	摘 要	備 考
9	貯蔵施設 所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	則 30 の 9	※診療用放射線照射器具、診療用放射線照射装置、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を有する病院 1. 部屋の区画 貯蔵施設は、貯蔵室、貯蔵箱等外部と区画された構造のものとなっていること。 2. 画壁の構造 貯蔵施設の外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。 3. 主要構造部等 貯蔵室の主要構造部等は、耐火構造でその開口部には特定防火設備に該当する防火戸が設けられていること。（ただし、診療用放射線照射装置又は診療用放射線照射器具を耐火性の構造の容器に入れて貯蔵する場合は、この限りでない。） 4. 貯蔵箱等 貯蔵箱等は、耐火性の構造となっていること。（ただし、診療用放射線照射装置又は診療用放射線照射器具を耐火性の構造の容器に入れて貯蔵している場合は、この限りでない。） 5. 出入口 人が常時出入する出入口は、1ヶ所となっていること。 6. 外部に通ずる部分 外部に通ずる部分に、かぎその他閉鎖のための設備又は器具が設けられていること。 7. 標識 貯蔵施設である旨を示す標識が付されていること。	2. 所定の線量 ① 1 m S v / 1 週間 ② 画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。 （ただし、その外側が、人が通行し、又は滞在することのない場所である場合を除く。） 3. 特定防火設備に該当する防火戸 建築基準法施行令第 112 条第 1 項に規定するもの。

区分	項目	根拠法令等	摘要	備考
			<p>8. 貯蔵容器</p> <p>①貯蔵容器は、貯蔵時において1メートルの距離における実効線量率が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。</p> <p>②空気を汚染するおそれのある状態にある診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を入れる貯蔵容器は、気密な構造となっていること。また、液体状の診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を入れる貯蔵容器はこぼれにくい構造であり、かつ、液体の浸透しにくい材料が用いられていること。</p> <p>③貯蔵容器にその旨を示す標識が付され、かつ、貯蔵する診療用放射線照射装置若しくは診療用放射線照射器具に装備する放射性同位元素又は貯蔵する診療用放射線同位元素若しくは陽電子断層撮影診療用放射性同位元素の種類及び数量が表示されていること。</p> <p>9. 受皿、吸収材その他放射性同位元素による汚染のひろがりを防止するための設備又は器具が設けられていること。</p>	<p>8. 所定の線量率</p> <p>100 マイクロシーベルト毎時</p>
10	<p>運搬容器</p> <p>所定の障害防止の方法等適正な施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。</p>	則 30 の 10	<p>※診療用放射線照射器具、診療用放射線照射装置、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を院内で運搬して使用する病院</p> <p>1. 診療用放射線照射器具、診療用放射線照射装置、診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を運搬する容器は、所定の要件を備えていること。</p>	<p>所定の要件</p> <p>(則第 30 条の 9 第 8 号イ～ニ参照)</p>
11	<p>廃棄施設</p> <p>所定の障害防止の方法等適正な</p>		<p>※診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を有する病院</p>	

区分	項目	根拠法令等	摘 要	備 考
	施設・設備が設けられ、かつ、管理されているか。	則 30 の 11	<p>1. 画壁の構造 廃棄施設の外側における実効線量が所定の線量以下になるようにしゃへいされていること。</p> <p>2. 廃液中濃度 排水口における排液中の放射性同位元素の濃度を所定の濃度限度以下とする能力を有していること。</p> <p>3. 排水設備 排水設備は、排液の漏れにくい構造であり浸透しにくく、かつ、腐食しにくい材料が用いられていること。</p> <p>4. 廃液処理槽 ①排液処理槽は、排液採取又は排液中の放射性同位元素の濃度測定ができる構造であり、かつ、排液流出の調節装置が設けられていること。 ②排液処理槽の上部開口部はふたのできる構造となっていること又はその周囲に人がみだりに立ち入らないよう柵その他の施設が設けられていること。</p> <p>5. 標識 排水管及び排液処理槽並びに人がみだりに立ち入らないための柵等を設けた場合の出入口付近に排水設備である旨を示す標識が付されていること。</p> <p>6. 排気設備 ①排気設備は、排気口における排気中の放射性同位元素の濃度を所定の濃度限度以下とする能力を有していること。</p>	<p>1. 所定の線量 ① 1 m S v / 1 週間 ②画壁等 天井、床及び周囲の画壁をいう。 (ただし、その外側が、人が通行し、又は滞在することのない場所である場合、人が通行し、又は滞在しない措置が講じられている場合を除く。)</p> <p>2. 所定の濃度限度 排水口（排水監視設備を設けた場合は境界）において則第 30 条の 26 第 1 項に定める能力</p> <p>3. 排水設備（排水管、排液処理槽、その他液体状の診療用放射性同位元素又は放射性同位元素によって汚染された液を排水し又は浄化する一連の設備）</p> <p>6. 診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を使用する病院（則第 30 条の 11 第 1 項第 3 号ただし書に規定する場合を除く。） ①排気設備（排風機、排気浄化装置、排気管、排気口等気体状の放射性同位元素又は放射性同位元素により汚染された空気を排気し又は浄化する一連の設備）</p>

区分	項目	根拠法令等	摘要	備考
			<p>②排気設備は、人が常時立ち入る場所における空気中の放射性同位元素の濃度を所定の濃度限度以下とする能力を有していること。</p> <p>③排気設備は、気体が漏れにくい構造であり、腐食しにくい材料が用いられていること。</p> <p>7. 標識 排気浄化装置、排気管及び排気口に排気設備である旨を示す標識が付されていること。</p> <p>8. 保管廃棄設備 保管廃棄設備は、外部と区画された構造となっていること。</p> <p>9. 外部に通ずる部分 保管廃棄設備の外部に通ずる部分に鍵その他閉鎖のための設備又は器具が設けられていること。</p> <p>10. 保管廃棄設備の構造 空気を汚染するおそれのある状態にある物を入れる保管廃棄の容器は気密な構造であること。また、液体状の診療用放射性同位元素又は放射性同位元素によって汚染された物を入れる保管廃棄の容器は、こぼれにくい構造であり、かつ、浸透しにくい材料で作られていること。</p> <p>11. 保管廃棄設備である旨を示す標識が付されていること。</p>	<p>②所定の濃度限度 排気口（排気監視設備を設けた場合は病院の境界）において則第 30 条の 26 第 1 項に定める能力</p> <p>6-②所定の濃度限度 （則第 30 条の 26 第 1 項及び 2 項に定める限度）</p> <p>8. 保管廃棄設備 医療用放射性汚染物を保管廃棄する設備</p> <p>（注）陽電子断層撮影診療用放射性同位元素又は陽電子断層撮影診療用放射性同位元素によって汚染された物のみを廃棄する場合、これら以外の物が混入又は付着しないように封及び表示をし、7 日間を超えて管理区域内の廃棄施設において保管廃棄する場合に限り、保管廃棄設備を設けることを要しない。（則第 30 条の 11 第 1 項第 6 号及び第 4 項並びに平成 16 年厚生労働省告示 306 号参照）</p> <p>（注）廃棄物については、厚生労働大臣が指定した者（日本アイソトープ協会）へ、その処理を委託できる。（則第 30 条の 14 の 2 参照）</p>

常勤医師等の取扱いについて

1. 一日平均患者数の計算における診療日数

(1) 入院患者数

ア 通常の年は、365日である。

イ 病院に休止した期間がある場合は、その期間を除く。

(2) 外来患者数

ア 実外来診療日数（各科別の年間の外来診療日数で除すのではなく、病院の実外来診療日数で除すこと。）

イ 土曜・日曜日なども通常の外来診療体制をとっている場合及び救急の輪番日などにより外来の応需体制をとっている場合は、当該診療日数に加える。

ウ 病院に定期的な休診日がある場合は、その日数を除く。

エ イに掲げる体制をとっていない場合で、臨時に患者を診察する場合は、診療日数に加えない。

2. 標準数の算定に当たっての特例

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

ただし、変更後3カ月を経過していない場合は、通常のとおりとする。

※ 医療法施行規則は、前年度平均としているが、医療法第25条第1項に基づく立入検査の目的から、検査日以降の診療体制についても担保する必要があるための特例措置である。

3. 常勤医師の定義と長期休暇者等の取扱い

(1) 常勤医師とは、原則として病院で定めた医師の勤務時間の全てを勤務する者をいう。

ア 病院で定めた医師の勤務時間は、就業規則などで確認すること。

イ 通常の休暇、出張、外勤などがあっても、全てを勤務する医師に該当するのは当然である。

(2) 病院で定めた医師の1週間の勤務時間が、32時間未満の場合は、32時間以上勤務している医師を常勤医師とし、その他は非常勤医師として常勤換算する。

(3) 検査日現在、当該病院に勤務していない者で、長期にわたって勤務していない者（3カ月を超える者。予定者を含む。）については、理由の如何を問わず医師数の算定には加えない。

(4) (3)にかかわらず、労働基準法（昭和22年法律第49号。以下「労働基準法」という。）で取得が認められている産前・産後休業（産前6週間・産後8週間・計14週間）並びに育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）等で取得が認められている育児休

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

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

4. 非常勤医師の常勤換算

- (1) 原則として、非常勤医師については、1週間の当該病院の医師の通常勤務時間により換算して計算するものとする。ただし、1週間の当該病院の医師の通常勤務時間が32時間未満と定められている場合は、換算する分母は32時間とする。
なお、非常勤医師の勤務時間が1週間サイクルでない場合は、所要の調整を行うこと。
（例）月1回のみ勤務サイクルである場合には1/4を乗ずること。
- (2) 当直に当たる非常勤医師についての換算する分母は、病院で定めた医師の1週間の勤務時間の2倍とする。
 - ア 当直医師とは、外来診療を行っていない時間帯に入院患者の病状の急変等に対処するため病院内に拘束され待機している医師をいう。
 - イ オンコールなど（病院外に出ることを前提としているもの）であっても、呼び出されることが常態化している場合であって、そのことを証明する書類（出勤簿等）が病院で整理されている場合は、その勤務時間を換算する。
 - ウ 病院で定めた医師の1週間の勤務時間が32時間未満の場合、当該病院の当直時の常勤換算する分母は、64時間とする。
- (3) 当直医師の換算後の数は、そのまま医師数に計上すること。

(4) 病院によっては、夕方から翌日の外来診療開始時間までの間で、交代制勤務などにより通常と同様の診療体制をとっている場合もあるが、その時間にその体制に加わって勤務する非常勤医師の換算は、(1)と同様の扱いとする。

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

5. 医師数を算定する場合の端数処理

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

(1) 病院に置くべき医師の員数の標準の算定に当たっては、端数が生じる場合には、そのまま算定する。

(例) 一般病床で患者数106人の場合

$$\text{算定式：} (106 - 52) \div 16 + 3 = 6.375 \text{人}$$

(2) 病院における医師の員数の算定に当たっては、端数が生じる場合には、そのまま算定する。

(3) (2)において非常勤医師が複数いる場合には、非常勤医師全員の1週間の勤務時間を積み上げた上で、当該病院の医師の通常の勤務時間により換算して計算するものとする。

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

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

(例) 常勤医師…5名 (週36時間勤務)

非常勤医師… (週36時間勤務により常勤換算)

A医師 週5.5時間 B医師 週8時間

C医師 週16時間 D医師 週20時間

$$A + B + C + D = 49.5 \text{時間} \quad 49.5 \text{時間} / 36 \text{時間} = 1.375$$

$$\text{実人員：} 5 + 1.375 = 6.375 \text{人}$$

6. 他の従業者の取扱い

(1) 準用

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

なお、常勤換算に当たっては、通常の勤務か当直勤務かにより取扱いが異なっている。

例えば、看護師などで三交代制等の場合の夜勤の常勤換算の分母は、病院で定めた1週間の勤務時間となるが、当直の場合の常勤換算の分母は、病院で定めた1週間の勤務時間の2倍となる。

(2) 従業者数を算定する場合の端数処理

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

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

ただし、1人の従業者について換算後の数値が1を超える場合は、1とする。

(例) A:0.04…、 B:0.19…、 C:1.05→1

A+B+C=1.23… → 1.2

7 施行期日

上記の取扱いについては、平成25年4月1日から適用する。

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

令和4年度 職員研修等調査票

①

医療機関名	立入検査年月日 年 月 日
-------	---------------

記入者名 _____

1 人権学習における職員研修

項 目		回 答 欄
①開催状況	ア、前年度の開催実績	(合計) 回、 (参加延べ職員数)延 人 (研修内容)
	イ、今年度の研修計画	(合計) 回 (研修内容)
②実施内容についての記録整備		有 ・ 無

2 医療に係る安全管理のための職員研修

項 目		回 答 欄
①開催状況	ア、前年度の開催実績	(合計) 回、 (参加延べ職員数)延 人 (研修内容)
	イ、今年度の研修計画	(合計) 回 (研修内容)
②実施内容についての記録整備		有 ・ 無

3 院内感染対策に対する職員研修

項 目		回 答 欄
①開催状況	ア、前年度の開催実績	(合計) 回、 (参加延べ職員数)延 人 (研修内容)
	イ、今年度の研修計画	(合計) 回 (研修内容)
②実施内容についての記録整備		有 ・ 無

4 医薬品の安全使用のための職員研修

項 目		回 答 欄
①開催状況	ア、前年度の開催実績	(合計) 回、 (参加延べ職員数)延 人
		(研修内容)
	イ、今年度の研修計画	(合計) 回
		(研修内容)
②実施内容についての記録整備		有 ・ 無

5 医療機器の安全使用のための職員研修

項 目		回 答 欄
①開催状況	ア、前年度の開催実績	(合計) 回、 (参加延べ職員数)延 人
		(研修内容)
	イ、今年度の研修計画	(合計) 回
		(研修内容)
②実施内容についての記録整備		有 ・ 無

6 研修参加率の低い職員(未受講者含む)へのフォロー体制はどのようにしていますか。

※ 回答欄には、貴院の状況を具体的に回答してください。

医療機関名	立入検査年月日 年 月 日
記入者名	

項 目	回 答 欄	
	チェック欄	備 考
○組織体制づくり		
① ☆医療に係る安全管理を行う者を配置していますか。 (専任か兼任か)※全病院ご記入ください。 (特定機能病院は専任。臨床研修病院等は兼任可。)	有 無	専任 ・ 兼任 職種:
② 医療安全管理委員会の会議内容等の職員への周知方法を具体的に記入してください。	(方法)	
○医療事故・インシデント(ヒヤリ・ハット)レポート		
① 昨年度の医療事故・インシデント(ヒヤリ・ハット)レポートの作成件数を記入してください。	件	医療事故
	件	インシデント
② 医療事故・インシデントの多い項目を記入してください。 ※多い順番に具体的に記入してください。回答欄が不足する場合は、別紙(様式は任意)にて提出してください。 (例:投薬エラー、転倒転落等)	1. 2. 3. 4. 5.	
③ 医療事故・インシデント事例の職員へのフィードバック方法を記入してください。 ※自院の事例と県・(公財)日本医療機能評価機構(以下「機構」)等からの情報別に分けて記入してください。	自院: 情報:	
④ 職員への周知方法を記入してください。	(方法)	
⑤ インシデントの分析により改善した事項があれば記入してください。		
○報告制度		
① 重大な医療事故が発生した場合における保健所や警察等の関係行政機関への報告基準はありますか。	有 無	
② 医療法において定める医療事故(「別紙1」参照)があった場合の調査体制及び医療事故調査・支援センターへの報告体制はありますか。	有 無	前年度の報告総数 _____件
③ 医療事故(レベル4・5又は1~3で多数患者等…「別紙1」参照)があった場合の保健所への報告体制はありますか。	有 無	前年度の報告総数 _____件
④ 医療事故事案についての記録整備はしていますか。	有 ・ 無	
⑤ 機構の「医療事故情報収集・分析・提供事業」、「ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業」への参加状況を記入してください。 ※該当する番号に○をしてください。	1. 医療事故情報収集・分析・提供事業に参加 2. ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業に参加 3. 参加していない	
機構への医療事故・インシデント(ヒヤリ・ハット)事例の提出状況(前年度の提出件数を記入してください)	件	医療事故
	件	インシデント
○医療機器の安全使用		
① 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集及び医療機器の安全使用を目的とした方策を実施していますか。	有 無	

※ 回答欄の「有無」等については該当するものに○印を、その他は貴院の状況を具体的に回答して下さい。

☆特定機能病院:鳥取大学医学部附属病院

☆基幹型臨床研修病院:鳥取市立病院、県立中央病院、鳥取赤十字病院、鳥取生協病院、県立厚生病院、鳥取大学医学部附属病院、山陰労災病院、米子医療センター

☆協力型臨床研修病院:鳥取医療センター、渡辺病院、岩美病院、智頭病院、倉吉病院、野島病院、三朝温泉病院、藤井政雄記念病院、博愛病院、養和病院、米子病院、済生会境港総合病院

医療事故報告基準(国及び県基準)について

<国が定める報告制度>

1 用語の定義(医療法第6条の10)

医療事故:当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものをいう。

2 報告先 … 医療事故調査・支援センター

<県への報告制度>

1 用語の定義

- (1)医療事故:医療にかかわる場所で、医療の全過程において発生する人身事故一切をいう。廊下で転倒した場合のように医療行為とは直接関係しないもの、また、医療従事者が業務を遂行する過程で心身に被害を受けた場合も含む。
- (2)医療過誤:(1)のうち、医療の遂行において、医療従事者が当然払うべき善良なる管理者としての注意義務に違反して、患者の心身に何らかの被害を発生させた行為をいう。ただし、医療水準に適合した最善の注意義務を果たしていれば医療過誤にはならない。

2 医療事故の分類

区分	患者への影響の内容
レベル1	患者本人、医療従事者等の行為により何らかの影響を与えた可能性があり、観察の強化や心身への配慮が必要な場合
レベル2	患者本人、医療従事者等の行為により何らかの変化が生じ、観察の強化及び検査の必要性が生じた場合
レベル3	事故により治療の必要が生じた場合、また治療のため入院日数が増加した場合
レベル4	事故による障害が長期にわたって続く場合
レベル5	事故が死因となった場合

3 報告を要する医療事故

2の分類に基づく、医療過誤による次の医療事故

- (1)レベル4、レベル5の医療事故
- (2)レベル1～3の医療事故が多数の患者に対して発生するなど、病院の医療安全管理上重大であると判断される場合

4 報告先 … 各所管保健所長

医療機関名	立入検査年月日 年 月 日
記入者名	

項目	回答欄	
	チェック欄	備考
○針刺し事故防止対策		
①針刺し防止マニュアルの有無	有 ・ 無	
②貴院の取り組み状況 ※具体的な取り組みを備考欄 に記入してください。	ア 新人教育等の徹底	(方法)
	イ リキャップ禁止の取り組み	(方法)
	ウ 感染者の把握、情報伝達の徹底	(方法)
	エ HIV感染を疑う針刺し事故発生時の取り組み	(方法)
	オ 職員への周知方法 ※具体的に記入してください。	(方法)
	カ その他	(方法)
○誤薬事故防止対策		
①誤薬事故防止マニュアルの有無	有 ・ 無	
②貴院の取り組み状況 ※具体的な取り組みを備考欄 に記入してください。	ア 声出し確認の徹底	(方法)
	イ ダブルチェックの徹底	(方法)
	ウ カラーシリンジの使用	(方法)
	エ 患者及び家族の参加	(方法)
	オ その他	(方法)

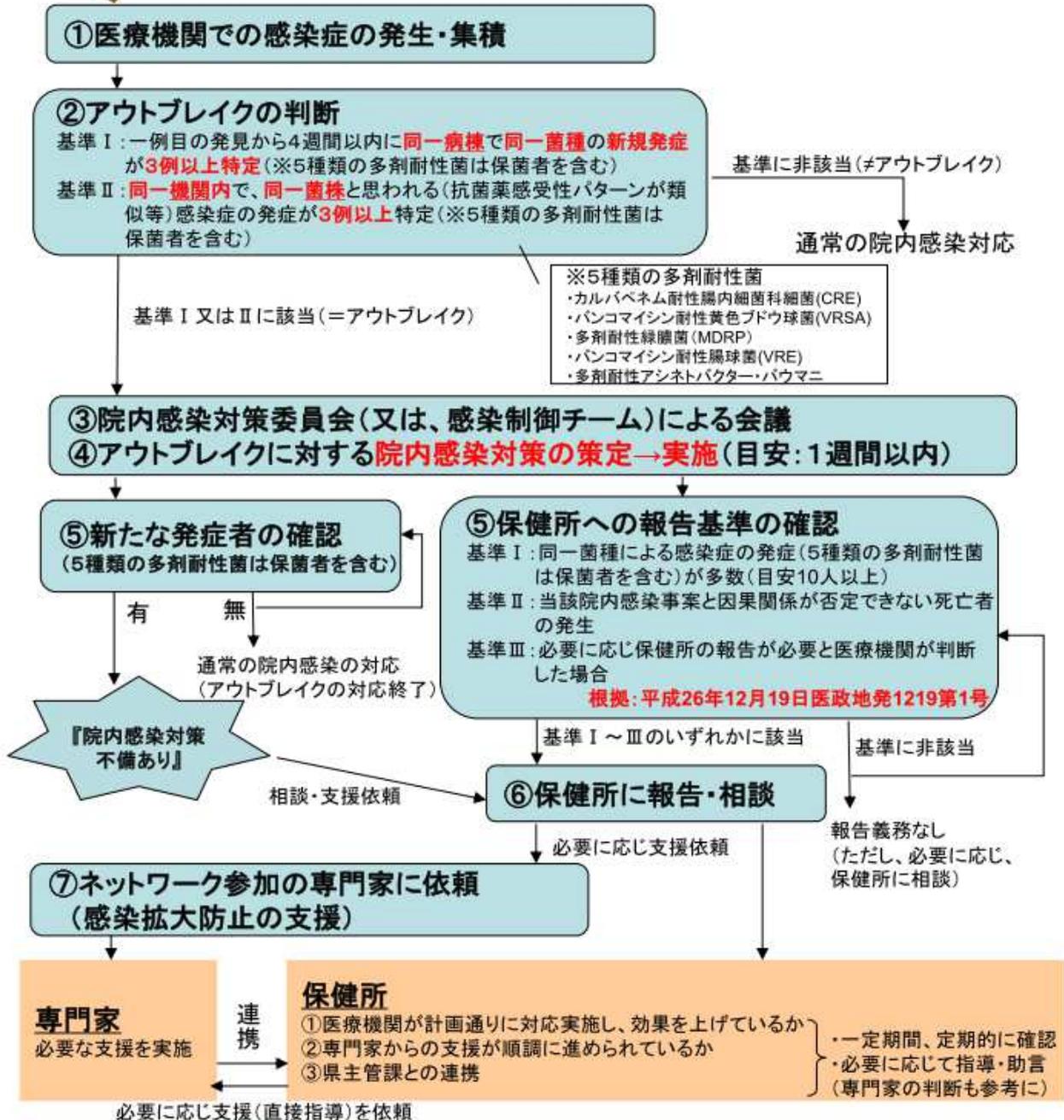
※ 回答欄の「有無」等については該当するものに○印を、その他は貴院の状況を具体的に回答して下さい。

医療機関名	立入検査年月日	年	月	日
記入者名				

項目	回答欄								
	チェック欄	備考							
○院内感染対策委員会									
① 感染情報レポートの有無	有 ・ 無								
② 針刺し事故の報告	有 ・ 無	前年度の針刺し事故件数：							
③ 職員への周知方法 ※具体的に記入してください。	(方法)								
○感染制御チーム									
① 感染制御チーム(IGT)の有無	有 ・ 無								
② ICTの職種・人数・活動内容									
③ 院内ラウンド回数(前年度)	回/年								
④ ラウンドを行った結果、改善が図られた事項(適宜、行を追加してください。)	1. 2. 3.								
○鳥取県感染制御地域支援ネットワーク(HACTネット)									
① 鳥取県感染制御地域支援ネットワーク(以下「ネットワーク」)に参加していますか	はい ・ いいえ								
② ネットワークを院内感染対策委員会で周知していますか。	はい ・ いいえ								
③ ネットワークの相談窓口を院内感染対策委員会で周知していますか。	はい ・ いいえ								
④ ネットワークの相談窓口で実施している感染制御にかかる相談対応や専門家(IGD、IGN等)による(業務改善支援のための)院内ラウンドについて、申込み方法を知っていますか。	はい ・ いいえ								
○院内感染に対するマニュアルの整備									
① マニュアルが整備してある感染症名に○をしてください。	ア B型肝炎 オ インフルエンザ ケ 疥癬 シ その他 イ HIV カ セラチア菌 コ 腸管出血性大 ウ MRSA キ VRE 腸菌感染症 エ 結核 ク ノロウイルス サ レジオネラ	()							
② ①の中で、前年度に改善した点、新規に作成した感染症名を記載してください。	(内容)								
○報告制度									
① 同一の感染症が多数発生した場合、保健所へ報告を行う体制の有無(「別紙2」参照)	有 ・ 無								
② 前年度の保健所への報告件数		件/年							
○前年度に院内感染が認められた入院患者の状況(持ち込みを除く)									
<p>院内感染より感染が認められた入院患者数を記載してください。 ※単に感染症の診断名のついた患者数や検査で感染が確認された患者数を記載するのではなく、病院として「院内感染」と判断した入院患者数を記入してください。 ※平成21年度に発生宣言された新型インフルエンザ(A/H1N1)は、通常の季節性インフルエンザとして取扱ってください。</p>									
B型肝炎	HIV	MRSA	結核	インフルエンザ	セラチア菌	VRE	ノロウイルス	疥癬	その他
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※ 回答欄の「有・無」「はい・いいえ」等は該当するものに○印を、その他は貴院の状況を具体的に回答して下さい。

医療機関のアウトブレイク時の対応（想定：多剤耐性菌）



感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症発生動向調査事業）

- ・1類～4類・・・診断後直ち
- ・5類（全数把握をするもの）・・・診断後7日以内
- ・5類（定点把握をするもの）・・・週単位又は月単位

最寄りの保健所に報告

※ 県独自の報告基準（県が国通知を参考に定めた基準）

- ・同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間に2名以上発生
- ・同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生
- ・特に施設長が必要と認めた場合（通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われる場合など）

最寄りの保健所に報告

（※）平成17年2月22日健発第0222002号等

医療機関名	立入検査年月日 年 月 日
記入者名 _____	

項 目	回 答 欄	
	チェック欄	備 考
○患者相談窓口の設置状況	有 ・ 無	窓口の名称： 設置場所： 対応する職員(職種等)： 相談に応じる時間帯 : ~ : 毎月の相談件数: 約 件
○窓口の活動に関する患者等への明示方法 (明示していない場合は、アに○をしてください。 明示している場合はその状況についてイ～オのうち、該当するものに○をしてください。)	ア 明示していない	
	イ 病院内の掲示	(場所)
	ウ 入院時の説明	
	エ パンフレット	
	オ その他	(内容)
○投書箱(意見箱)の設置の有無	有 ・ 無	(意見への対応方法)
○相談後の周知方法： (職員へのフィードバックの方法を具体的に記入してください。)	(方法)	
○相談窓口の担当者 (県へ相談があった場合、貴院の窓口となる方)	氏名： 職種： 連絡先：	
○セカンドオピニオン		
①セカンドオピニオンの方針の有無	有 ・ 無	(方針の内容)
②方針の院内掲示	有 ・ 無	

※ 回答欄の「有・無」は該当するものに○印を、その他は貴院の状況を具体的に回答して下さい。

医療機関名	立入検査年月日	年	月	日
記入者名 _____				

項目	回答欄	
	チェック欄	備考
○個人情報保護に関する研修会について		
①開催状況を記入してください。	ア、前年度の開催実績	(合計) 回、(参加延べ職員数)延 人
		(研修内容)
	イ、今年度の研修計画	(合計) 回
		(研修内容)
②実施内容についての記録は整備していますか。	有 ・ 無	
③個人情報保護に関するマニュアルはありますか。	有 ・ 無	
○個人情報保護に関する患者等への明示方法について (明示していない場合は、アに○をしてください。明示している場合はその状況についてイ～オのうち、該当するものに○をしてください。)	ア 明示していない	
	イ 病院内の掲示	(場所)
	ウ 入院時の説明	
	エ パンフレット	
	オ その他	(内容)
○診療記録の開示について		
①診療記録の開示手続きを定めていますか。	有 ・ 無	
②開示に要する費用を定めていますか。	有 ・ 無	
有の場合 (該当する方に○をしてください。)	ア 国の指針を踏まえて実費を勘案した合理的な範囲内の額で定めている。	
	イ その他()	
○データ漏洩時の報告・連絡体制はありますか。	有 ・ 無	

※ 回答欄の「有・無」は該当するものに○印を、その他は貴院の状況を具体的に回答して下さい。

医療機関名	立入検査年月日 年 月 日
記入者名 _____	

項目	回答欄	
	チェック欄	備考
○防犯管理に関するマニュアルはありますか。	有 ・ 無	
○防犯カメラは設置していますか。	有 ・ 無	設置場所： 設置台数： 録画機能の有無： チェック体制：
○その他防犯対策用具はありますか。	有 ・ 無	刺股 ・ 防御盾 ・ 警杖 ・ 催涙スプレー その他()
○警備員又は事務当直者はいますか。	有 ・ 無	
○夜間における病院内の巡回について		
①巡回を実施していますか。	有 ・ 無	
②誰が実施していますか。		
③いつ、何回行っていますか。		回
○出入り口の管理状況について		
時間外(特に夜間)に一般人の出入りを制限・チェックする体制はありますか	有 ・ 無	(具体的な内容) ・ 窓口前でのチェック ・ 施錠の上インターホンで呼出、開錠 ・ その他()
○面会について		
①面会時間を記入してください。	: から :	まで
②面会者は名前の記載をしていますか。	有 ・ 無	
○事件・事故発生時の病院内の連絡体制について		
①院内の連絡体制網が整備及び職員への周知(災害時の緊急連絡網を準用している場合はその旨ご記入ください。)	有 ・ 無	(方法)
②警察、保健所への連絡の判断基準はありますか。	有 ・ 無	
○その他、防犯対策について取り組みがあればご記入ください。		

※ 回答欄の「有・無」は該当するものに○印を、その他は貴院の状況を具体的に回答して下さい。

令和4年度 身体拘束の実施状況に関する調査票

⑨

※精神病床以外の病床での対応について記入してください。

医療機関名	立入検査年月日	年	月	日
-------	---------	---	---	---

記入者名 _____

項目	回答欄	
	チェック欄	備考
○患者に対し身体拘束を行うことがありますか。	有 ・ 無	
○身体拘束を実施する場合の決定者について (該当するものに○をしてください。)	ア	医療安全管理委員会等の院内の委員会で決定 (委員会名: _____)
	イ	主治医の判断で決定
	ウ	看護師の判断で決定
	エ	その他(_____)
○身体拘束を実施する場合の本人又は家族等の同意について (該当するものに○をしてください。)	ア	原則として同意を得ようとしている
	イ	必要に応じて同意を得ようとしている
	ウ	同意を求めている
	エ	その他(_____)
○身体拘束の実施に関する独自の対応マニュアル等を作成していますか。	有 ・ 無	

(参考)

身体拘束の対象となる具体的な行為

(平成13年4月6日付老発第155号厚生労働省老健局長通知「身体拘束ゼロへの手引き」より)

- ①徘徊しないように、車いすやひも、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ②転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- ④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ⑥車いすやひもからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げないようを使用する。
- ⑧脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- ⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

- ・上記の手引きについては、介護保険施設等が対象。
- ・現在、厚生労働省から医療機関を対象とした身体拘束に関する基準、手引き等は示されていない。
- ・精神病床を有する精神科病院については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律により「入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる」と規定され、その一定の基準が示されており、障がい福祉課が精神科病院の実地指導時に身体拘束の実施状況等を確認している。

※医療機関を対象とした身体拘束に関する基準、手引き等は、厚生労働省から示されていませんが、患者の人権を尊重し、必要最小限のものとなるよう留意してください。