

(様式3)

### 第3表 医師・看護師・薬剤師の人員に係る検査表

※ 医師・看護師の人員がともに医療法に定める標準数未満又は医師・看護師・薬剤師のいずれかが50%以下もしくは専属薬剤師が不在の病院について作成

実施年月日 (令和 年 月 日)

病院名				保健所名			
[病床種別]	精神	結核	感染症	療養	一般	合計	
【検査結果】							
平成 年度				平成 年度			
入院患者 人		外来患者 人		入院患者 人		外来患者 人	
医師数				医師数			
標準数	実人員	過不足	充足率	標準数	実人員	過不足	充足率
人	人	人	%	人	人	人	%
看護師数				看護師数			
標準数	実人員	過不足	充足率	標準数	実人員	過不足	充足率
人	人	人	%	人	人	人	%
薬剤師数				薬剤師数			
標準数	実人員	過不足	充足率	標準数	実人員	過不足	充足率
人	人	人	%	人	人	人	%
専属薬剤師	在 ・ 不在			専属薬剤師	在 ・ 不在		
1 医療従事者の確保が困難な理由【聴取結果】							
[医師]							
[看護師]							
[薬剤師]							
2 医師・看護師（准看護師）・薬剤師の充足率が昨年度と比較して低下している場合：その理由							
3 昨年度以降に実施した、改善のための方策							
4 充足のための計画と今後の見通し							
5 充足できないときの対応策							
6 診療報酬の請求に当たって入院基本料を減額しているか							
減額している 減額していない							
7 減額していない場合の対応 減額する 減額の予定はない							

(様式4)

病 院 名

第4表 医療事故防止対策検査表

項 目	前年判定	今年判定	備 考
1 基本的事項	/	/	
①管理者が果たすべき役割・責任			
②主治医の表示の明確性			
③麻酔開始時の主治医等の立会い			
2 取組の方策	/	/	
(1)患者識別のための個別的取組み	/	/	
①手術スタッフの術前訪問			
②複数患者の移送			
③患者の本人確認の方法			
④患者の移送とカルテ			
⑤カルテと患者の照合			
⑥手術スケジュール・進行管理			
(2)組織的な取組	/	/	
①事故等の報告義務			
②報告ルート・報告様式			
③委員会の開催状況			
④研修会の開催状況			
⑤マニュアルの改訂			
<その他特記事項>			

項目	前年判定	今年判定	備考
<b>1 院内感染対策</b>		/30	
(1)院内感染対策委員会		/19	
1 院内感染対策委員会の設置			
7 院内感染対策マニュアルの作成と周知			
8 院内感染対策マニュアルの改訂			
9 標準予防策、針刺し事故防止、発生時の報告体制等のマニュアルでの規定			
(2)感染制御チーム		/6	
1 感染制御チームの設置、相談できる体制			
4 病棟ラウンドは適切に行われているか。			
(3)院内感染症サーベイランス		/5	
1 院内感染サーベイランスの実施			
3 易感染性の入院患者の把握			
<b>2 行政機関への連絡</b>		/3	
1 感染症法等に基づく保健所への適切な届出			
<b>3 標準予防策(全患者共通)</b>		/81	
(1)手洗い		/14	
1 適切な手洗いの周知・確認			
2 One Care One Wash の徹底			
4 血液等の接触後の手洗い			
7 石けんの適切な管理			
9 共用タオルを使っていない			
11 部屋ごとの速乾性擦込式手指消毒剤の設置			
(2)手袋		/6	
1 血液、体液、排泄物等への接触時の手袋着用			
2 粘膜、傷等への接触時の滅菌手袋着用			
3 適切な手袋の交換			
5 使用済み手袋処理			
(3)ガウン・マスク等		/8	
3 飛沫感染が想定される患者に接近する際のマスクの使用			
5 空気感染が想定される患者に接近する際のN95マスクの使用			
7 スタッフが、咳の出るときのマスク着用			
(4)器具等の扱い		/10	
1 患者毎の滅菌したもの・使い捨て製品の使用			
2 輸液セット、注射器等の清潔な場所での保管			
(5)リネン等		/4	

項目	前年判定	今年判定	備考
(6)レジオネラ対策		/9	
2 貯湯槽の定期的清掃・消毒			
3 循環式浴槽の1週間に1回以上の濾過器内の生物膜除去			
4 打たせ湯及びシャワーには、循環している浴槽水を用いていないか。			
5 エアロゾル発生器具の適正使用			
6 浴槽水の入れ換え			
7 浴槽水の年1回以上水質検査			
9 冷却塔の点検・1年に1回以上の清掃・完全換水			
(7)手術室・ICU・CCU等		/3	
(8)患者配置と移送		/9	
1 個室隔離、集団隔離等の対策			
7 処置患者の順番の考慮			
(9)患者指導		/6	
1 患者への手洗い等指導			
2 患者へのタオル等の適正使用の指導			
3 咳の出ている患者へのマスク着用指導			
(10)その他		/12	
1 病棟内作業時の清潔・不潔区域の区別			
3 廃棄物の専用容器使用等			
<b>4 空気感染(飛沫核感染)予防策</b>		/10	
2 咳や痰が続く患者の結核への配慮			
4 排菌している結核患者の個室対応			
8 結核患者に接する際のN95マスク使用			
<b>5 飛沫感染予防策</b>		/3	
2 飛沫感染患者ケア時のマスク着用			
<b>6 接触感染予防策</b>		/8	
<b>7 医療行為別対策</b>		/59	
(1)血管内留置カテーテル等について		/26	
12 点滴・注射液調製後の使用までの時間等			
19 輸液ラインの交換			
21 ヘパリンロックの回避努力			
22 ヘパリン生食の注射器充填済みキット製品の使用等			
23 三方活栓の適切な管理、蓋の再使用禁止の徹底			
(2)吸引		/4	

項目	前年判定	今年判定	備考
(3)吸入		/4	
(4)尿道留置カテーテル		/9	
1 尿道カテーテル留置の必要性の検討			
(5)経管栄養		/5	
(6)排泄ケア等		/5	
(7)入浴		/5	
<b>8 職業感染予防策</b>		/13	
1 針刺し事故発生対応マニュアルの作成			
4 注射針のリキャップ禁止または片手法			
8 針等の貫通しない医療廃棄物専用容器への廃棄			
9 スタッフの定期健康診断受診			
<b>9 透析感染対策</b>		/17	
1 透析操作と感染予防に関するマニュアルの整備			
5 各患者の透析操作前後の手洗い			
6 透析ステーションでの適切な手袋使用			
12 患者交代時の掃除・消毒、リネンの交換			
<b>10 歯科院内感染予防対策</b>		/43	
(1)手洗い・手袋		/13	
1 患者ごとに確実かつ適切に手洗いをしているか。			
2 手袋使用と患者ごとの取り替え			
3 処置後適切に手袋をはずしているか。			
(2)滅菌・消毒		/11	
1 歯科治療前のうがいの励行			
7 滅菌体制での歯髄処置			
8 バー、リーマー、ファイル、超音波チップ等の患者ごとの滅菌、清潔操作			
(3)器具の使用		/19	
8 タービンヘッド、コントラヘッド、ハンドピース・スリーウェイシリンジ等の患者ごとの交換、滅菌			
<その他特記事項>			

第6表 給食業務検査表

項目	前年判定	今年判定	備考
1 給食委員会、検食、給食時間	/	/	
(1) 給食委員会の開催	/	/	
①委員会の構成メンバー			
②委員会の開催状況			
③給食運営に反映されているか			
(2) 検食	/	/	
①検食者			
②検食簿			
(3) 給食時間	/	/	
・給食時間は適切か			
(4) 温度	/	/	
・適切な温度か			
2 栄養管理	/	/	
(1) 栄養関係帳簿			
(2) 栄養管理体制			
(3) 給与栄養量の算出方法			
(4) 食数の把握・伝票			
(5) 献立表	/	/	
①献立表の作成			
②献立表の変更			
③食事せん又栄養管理計画に基づいているか			
(6) 給与栄養量の確保	/	/	
①給与栄養量の目標達成度			
②栄養管理報告書の作成等			
(7) 献立内容	/	/	
①調理方法、盛りつけ、味等			
②地域性・季節感等の配慮			
(8) 喫食調査・嗜好調査	/	/	
・喫食調査・嗜好調査の実施			
(9) 栄養指導	/	/	
①喫食者に対する栄養指導			
②外来患者への栄養指導			
③患者への十分な栄養指導			
3 その他	/	/	
(1) 給食従事者の研修	/	/	
①研修への出席			
②調理技術の向上			
(2) 食事の区分	/	/	
①患者食と職員食の区分			
②関係帳簿・予算の区分			
<その他特記事項>			

(様式7)

## 令和 年度立入検査実施計画表

保健所名	
担当者名	

実施(予定) 年月日	前年度 実施年月日	病院、診療所 の別	実施予定医療機関名	備 考
		病・診		
		病・診		
		病・診		
		病・診		
		病・診		
		病・診		
		病・診		
		病・診		
		病・診		
		病・診		
		病・診		
		病・診		
		病・診		
		病・診		

(注)既に実施済の医療機関についても記入すること。

書類審査による立入検査を行う医療機関については、実施日の欄に実施通知を予定する時期(〇月〇旬頃)を、備考欄には「書類審査」と記入すること。

# 令和 年度立入検査実績報告書(病院分)

		保健所名				担当者名											
区分	分	一般病院 (A)				精神病院 (B)				その他の病院 (B)				計 (A+B+C)			
		従業者不足	超過	その他	その他	従業者不足	超過	その他	その他	従業者不足	超過	その他	その他	従業者不足	超過	その他	その他
		医師	看護師	その他	収容	医師	看護師	その他	収容	医師	看護師	その他	収容	医師	看護師	その他	収容
※ 立入検査実施病院数																	
※ 不適合事項病院数																	
不適合事項へ対応	文書等で指導した病院数																
	医療法第23条の2に基づく人員の増員又は業務の停止命令を行った病院数																
	医療法第24条に基づく使用制限(禁止)命令、改善命令を行った病院数																
	医療法第28条に基づく管理者の変更命令を行った病院数																
	医療法第29条の基づく閉鎖命令等を行った病院数																
計																	
改善済																	
一部改善済																	
未措置																	
計																	

(注) (1) ※印欄は、今年度における立入検査実施病院数及びその際に従事者不足、患者超過収容、その他の不適合事項が指摘された病院数を記入すること。  
 (2) 「その他の病院」は、結核病院、感染症病院とすること。病院種別の分類は「医療監視要綱」によること。  
 (3) 「不適合事項に対する措置」欄の「文書等で指導した病院数」欄は、医療法第23条の2、24条、28条及び29条に基づく処分以外で口頭及び文書により指導を行った病院数を記入すること。また、医療法第23条の2、24条、28条及び29条に基づく処分を行った場合については、具体的内容を別様に記載し、添付すること。  
 (4) 「病院の改善状況」欄は、不適合の指摘事項について、今年度未までに病院が講じた措置であること。  
 (5) 「不適合事項に対する措置」及び「改善状況」欄の計は、それぞれ「不適合事項病院数」欄と一致すること。



### 令和 年度立入検査実績報告書(診療所分)

保健所名	
担当者名	

区 分		実施診療所数
一 般	有床診療所	カ所
		カ所
	無床診療所	カ所
		カ所
合 計	カ所	
	カ所	
歯 科	有床診療所	カ所
	無床診療所	カ所
	合 計	カ所
合 計	有床診療所	カ所
	無床診療所	カ所
	合 計	カ所

(注)一般の上段には、眼科診療所の実施数を再掲として計上すること。