

チェック項目	現行	改定
<p>イ 設備及び器具等について 洗濯施設は、本サービス専用の次の設備及び器具等を有していなければならない。</p> <p>① 消毒、洗濯、脱水、乾燥、プレス及び給湯に係る機械又は器具類など寝具類を適正に処理するための設備 なお、これらの設備は、代替する機能を有する他の設備をもってこれに代えることができる。 また、消毒設備については、近隣の複数事業者が共同で運用しても差し支えない。</p> <p>② 寝具類の処理のために使用する消毒剤、洗剤、有機溶剤、しみ抜き薬剤等を専用に保管する保管庫又は戸棚等</p> <p>③ 敷布団、掛布団、枕その他の修理に必要な設備 なお、木綿わた製の布団の綿の打ち直しを外部委託する場合には、委託先との間で書面により契約を締結するとともに、綿を引き渡す際には、衛生面に配慮して取り扱うこと。</p>	<p>機 械 ・ 設 備 について確認する。 A - - D E</p> <p>◆(1)がcの場合Eとする (1) 各機械設備は病院洗濯物専用のものであるか。 a 専用である c 専用でない (2) 設備の保有状況を確認する。 消毒設備 有 無 (代替機能をもつ設備を含む) 洗濯設備 有 無 (内訳：連続洗濯機____台 バッチ式洗濯機____台) 脱水設備 有 無 乾燥設備 有 無 プレス設備 有 無 給湯設備 有 無 a すべて保有 (代替機能をもつ設備を含む) c 欠落がある</p> <p>機 械 ・ 設 備 について確認する。 A - - D E</p> <p>薬剤等の管理状況について確認する。 (1) 専用の保管庫があるか a ある c なし (2) 取扱責任者は定められているか a 適任者を定めている c 定めていない (3) 劇薬等は施錠できる保管庫で管理しているか a 適切 c 適切でない (4) 劇薬は、使用の記録がされているか。 a 記録されている c 記録されていない ※事業実績がない場合は、記録様式が定まっているか否かで判定する。</p> <p>※以下は木綿わたを使用している場合のみ調査する 木綿わたの打ち直しの確認 <input type="checkbox"/> 自社で行う <input type="checkbox"/> 委託処理をする <input type="checkbox"/> 木綿わたの取扱いがない</p> <p>機 械 ・ 設 備 について確認する。 A - - D E NA</p> <p>打直しの委託処理を行っている場合次のことを確認する ※委託処理をしていない場合は、NAとする (1) 契約書の有無 a あり c なし</p>	<p>【21】 (現行と変更無し)</p> <p>【22】 <u>消毒剤等の管理状況について確認する。</u> (1) - (2) (現行と変更無し)</p> <p><u>(3) 劇毒物等は施錠できる保管庫で管理しているか</u> a <u>適切</u> c <u>適切でない</u></p> <p><u>(4) 劇毒物等は使用の記録がされているか。</u> a <u>記録されている</u> c <u>記録されていない</u> ※事業実績がない場合は、記録様式が定まっているか否かで判定する。</p> <p>※以下 (現行と変更無し)</p>

チェック項目	現行	改定															
<p>(6) 作業日誌等各種帳票類に関する事項 事業者は、各作業手順の内容を確認するため、次に掲げる帳票類を作成し3年間適切に保管しておかなければならない。</p> <p>① 受取り・引渡し記録 作業年月日、受取元の名称、各寝具類の数量、作業担当者名が記載されたもの。</p> <p>② 洗濯業務作業日誌 作業年月日、使用機器、稼働時間、受託先別の各寝具類の数量、作業担当者名が記載されたもの。</p>	<p>【31】 【32】 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr></table></p> <p>受取り・引渡し記録を見て、次のことを確認する。</p> <p>(1) 必要項目事項があること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関名 有 無 ・担当者名 有 無 ・品目・数量 有 無 ・受取・引渡日 有 無 ・留意事項 有 無 <p>a 全てを網羅した様式を定めている b 様式は定めているが、改善が必要 c 様式を定めていない</p> <p>(2) 決められた事項は漏れなく記入されているか a 適切 c 適切でない NA 事業実績がない場合</p> <p>(3) 引渡しのサインはあるか a あり c なし NA 事業実績がない場合</p> <p>(4) 記録の保管 a 3年間分以上保管されている b 2年間分以下が保管されている c 保管されていない NA 事業実績がない場合</p> <p>【32】 【33】 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr></table></p> <p>洗濯作業日誌を見て、次のことを確認する。</p> <p>(1) 洗濯作業日誌に次の項目事項があるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・作業年月日 有 無 ・使用機器 有 無 ・稼働時間 有 無 ・<u>受託先別の各寝具類の数量</u> 有 無 ・作業担当者名 有 無 <p>a 全てを網羅した様式を定めている b 様式は定めているが、改善が必要 c 様式を定めていない</p> <p>(2) 記載状況 a 適切に記載されている b 記載されているが、記載漏れが散見される c 記載されていない NA 事業実績がない場合</p> <p>(3) 記録の保管 a 3年間保管されている b 2年間分以下が保管されている c 保管されていない NA 事業実績がない場合</p>	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	<p>【32】 (現行と変更なし)</p> <p>【33】 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr></table></p> <p>洗濯作業日誌を見て、次のことを確認する。</p> <p>(1) 洗濯作業日誌に次の項目事項があるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・作業年月日 有 無 ・使用機器 有 無 ・稼働時間 有 無 ・<u>寝具類の数量(又は重量)</u> 有 無 ・作業担当者名 有 無 <p>a 全てを網羅した様式を定めている b 様式は定めているが、改善が必要 c 様式を定めていない</p> <p>(2)－(3) (現行と変更なし)</p>	A	B	C	D	E
A	B	C	D	E													
A	B	C	D	E													
A	B	C	D	E													

チェック項目	現行	改定
<p>③ 消毒業務作業記録 作業年月日、消毒方法、使用機器、消毒時間、受託先別の各寝具類の数量、作業担当者名が記載されたもの。</p> <p>《「(5) ア (ウ)」より》 (ウ) 寝具類の消毒は、「病院診療所の業務委託について」（平成5年2月15日指第14号厚生省健康政策局指導課長通知）の別添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6条第2項から第5項まで又は第7条に規定する感染症の病原体により汚染されているもの以外の汚染の危険のある寝具類に関する消毒方法」に示されている消毒条件を満たすものであること。</p>	<p>【33】 【34】 消毒作業記録について次のことを確認する。 A B C D E</p> <p>(1) 作業記録には、次の事項が含まれているか。 <ul style="list-style-type: none"> ・作業年月日 有 無 ・消毒方法 有 無 ・使用機器 有 無 ・消毒時間 有 無 ・受託先別の各寝具類の数量 有 無 ・作業担当者名 有 無 <ul style="list-style-type: none"> a 全てを網羅した様式を定めている b 様式は定めているが、改善が必要 c 様式を定めていない </p> <p>(2) 記載状況 <ul style="list-style-type: none"> a 適切に記載されている b 記載されているが、記載漏れが散見される c 記載されていない NA 事業実績がない場合 </p> <p>(3) 記録の保管 <ul style="list-style-type: none"> a 3年間保管されている b 2年間分以下が保管されている c 保管されていない NA 事業実績がない場合 </p> <p>【34】 【35】 洗濯物の消毒は適正に行われているか、実施している消毒内容の適否を確認する。 ※受託実績がない場合は、NAとする。 ※いずれにも該当しない消毒方法の場合はEとする。</p> <p>1. 理学的的方法 <input type="checkbox"/> 80℃以上の熱湯に10分以上浸す方法 <ul style="list-style-type: none"> ・80℃以上であるか 適 否 ・10分間継続して温度が保持できているか 適 否 <ul style="list-style-type: none"> a 適正に実施している c 適正でない NA 理学的的方法を実施しない場合 </p> <p>2. 化学的方法 <input type="checkbox"/> 塩素剤による消毒 <ul style="list-style-type: none"> ・濃度、温度の管理 適 否 ・終末遊離塩素が100ppmを下らないこと 適 否 <ul style="list-style-type: none"> a 適正に実施している c 適正でない NA 塩素剤による消毒を実施しない場合 </p>	<p>【34】 消毒作業記録について次のことを確認する。 A B C D E</p> <p>(1) 作業記録には、次の事項が含まれているか。 <ul style="list-style-type: none"> ・作業年月日 有 無 ・消毒方法 有 無 ・使用機器 有 無 ・消毒時間 有 無 ・寝具類の数量（又は重量） 有 無 ・作業担当者名 有 無 <ul style="list-style-type: none"> a 全てを網羅した様式を定めている b 様式は定めているが、改善が必要 c 様式を定めていない </p> <p>(2)－ (3) (現行と変更なし)</p> <p>【35】 (現行と変更無し)</p>

6. 継続的な業務の遂行について

チェック項目	現行	改定
<p>事業者は、受託洗濯施設の受託業務の全部又は一部の遂行が困難となった場合の危険の担保のため、次の体制を整備しなければならない。</p> <p>(1) 財団法人医療関連サービス振興会のサービスマーク認定事業者との間で代行保証契約を締結するか、又は事業者団体等が行う代行保証制度へ加入するか、又は社内の他の病院寝具類専門施設から継続してサービス提供を実施する体制を構築すること。</p> <p>(2) 代行の実施が必要となった場合の対応のため、次の事項を記載したマニュアルを作成し、従事者及び医療機関に周知しておかなければならない。</p> <p>① 代行者の名称及び連絡方法 ② 代行の内容及び期間 ③ その他代行の実施に必要な事項</p>	<p>【37】 【38】 A - - D E</p> <p>代行保証体制について確認する</p> <p>(1) 代行保証体制は整備されているか</p> <p>a 代行保障あり</p> <p><input type="checkbox"/> 他の事業者と契約 <input type="checkbox"/> 事業者団体が行う代行保証制度に加入 <input type="checkbox"/> 自社施設間で行う（複数の専門施設を保有すること）</p> <p>c 代行保障なし</p> <p>(2) マニュアル等は作成されているか</p> <p>a あり c なし</p>	<p>【38】 A - - D E NA</p> <p>代行保証体制について確認する <u>※事業実績のない場合は、「NA」とする。</u></p> <p>(1) 代行保証体制は整備されているか</p> <p>a 代行保障あり</p> <p><input type="checkbox"/> 他の事業者と契約 <input type="checkbox"/> 事業者団体が行う代行保証制度に加入 <input type="checkbox"/> 自社施設間で行う（複数の専門施設を保有すること）</p> <p>c 代行保障なし</p> <p>(2) マニュアル等は作成されているか</p> <p>a あり c なし</p>

7. 再委託について

チェック項目	現行	改定
<p>7. 再委託について</p> <p>受託した本サービスの履行は、受託事業者自らが行わなければならない。</p> <p>ただし、次の要件を満たすときは、受託した業務の一部を、他の事業者に再委託することができる。この場合、当該業務に対する最終責任は、直接業務を受託した者が負わなければならない。</p> <p>① 再委託を行う合理的理由があること。 ② 再委託先は、本サービスの認定施設であること。 ④ 再委託先及び再委託する業務の範囲について、委託元である医療機関から書面で承諾を得ていること。 ③ 再委託先と、契約が締結されていること。</p>	<p>【38】 【39】 A - - D E NA</p> <p>再委託について次のことを確認する。 ※再委託をしていない場合は「NA」とする。 〈確認〉 対応者役職氏名 <u> </u> 役職 <u> </u> 氏名 <u> </u></p> <p>(1) 再委託を行う合理的理由</p> <p>a あり c なし</p> <p>(2) 再委託先</p> <p>a 認定施設 c 認定施設でない</p> <p>(3) 再委託先との契約書</p> <p>a あり c なし</p> <p>(4) 再委託についての医療機関の承諾</p> <p>a 書面で承諾を得ている c 承諾なしに実施</p>	<p>(現行と変更無し)</p>