

公開用

医療関連サービスマーク制度 調査内容 (院内清掃業務)

Ver.4

〔平成22年10月1日1日
認定調査分から適用〕



一般財団法人医療関連サービス振興会

1. 認定審査時の提出書類及び実地調査時の確認書類等
2. 書類審査 P 1～P 3
3. 実地調査（支店等事業所） P 4～P 14
4. 〃（病 院） P 15～P 22

I. 認定申請時の提出書類

1. 医療関連サービスマーク認定申請書
2. 誓約書（様式1）
3. 事業概要書（様式2）
4. 組織概要書（様式3）
5. 本サービスに係る事業所一覧表（様式4）
6. 直近3か年分決算書（ただし、初回更新の場合は直近2か年分）の決算書類（貸借対照表、損益計算書等経営状態を表す書類。事業者が個人の場合は税務申告書類等の写し）
7. 認定基準に定める受託責任者（以下「受託責任者」という。）配置状況一覧表（様式5）
8. 受託責任者に係る指定講習会の終了証（写）
9. 登記簿謄本（事業者が法人の場合のみ）
10. 代表者の履歴書兼確認書（様式6）
11. 受託責任者の本サービスに係る経歴が判る履歴書（様式7）
12. 標準作業書
13. 業務案内書
14. 医療関連サービスマークの使用状況（様式8）（認定の更新申請の場合のみ）
15. 賠償資力の確保に関する書類
 - <実績がある場合>（制度保険）①制度保険加入依頼書（様式保-1）
（代替保険）②賠償責任保険に関する誓約書（様式保-4）
保険契約に関する証明書（様式保-6）
 - <実績がない場合>（制度保険）①制度保険に関する誓約書（様式保-2）
制度保険加入依頼書（様式保-1）
（代替保険）②賠償責任保険に関する誓約書（様式保-5）

II. 支店等実地調査時の確認書類等

1. 一般財団法人医療関連サービス振興会倫理綱領
2. 厚生省健康政策局長通知（平成5年2月15日健政発第98号）（写）
3. 厚生省健康政策局指導課長通知（平成5年2月15日指第14号）（写）
4. 緊急時の対応体制図
5. 締結済みの医療機関との契約書〔別冊仕様書含む〕（写）
6. 受託責任者の配置状況一覧表（写）（申請書様式5の（写））
7. 各受託病院毎の従事者名簿
8. 研修のスケジュール表及び研修記録
9. 健康診断記録簿
10. 各受託病院毎の清掃用具一覧表
11. 業務案内書
12. 標準作業書
13. 患者・家族等との対応マニュアル
14. 健康保険・厚生年金被保険者標準報酬決定通知書（写）
15. 再委託先を依頼する場合のリスト及び再委託の契約書（写）（再委託を行っている場合のみ）
16. 再委託を依頼する場合の業務内容と連絡方法を示す書類（再委託を行っている場合のみ）
17. 苦情対応体制図、苦情対応マニュアル及び苦情対応記録

III. 病院実地調査時の確認書類等

1. 一般財団法人医療関連サービス振興会倫理綱領
2. 緊急時の対応体制図
3. 従事者名簿、勤務表及び出勤簿
4. 日常的な健康管理の記録
5. 清掃用具一覧表（調査病院分）
6. 清掃用具保守点検記録簿
7. 点検結果に関する医療機関への報告書（写）
8. 作業計画書
9. 感染性廃棄物の取扱いマニュアル
10. 業務管理日誌（3年間分）
11. 患者・家族等との対応マニュアル
12. 苦情対応体制図、苦情対応マニュアル

I. 書類審査

事業者の資格要件 (実施要綱 2)

チェック項目	チェックポイント
<p>認定を受ける事業者は、次の要件を満たすこと。</p> <p>①経営状態が正常かつ良好であること。</p> <p>②継続的な本サービスの提供が可能であること</p> <p>③医療法、建築物における衛生的環境の確保に関する法律、廃棄物の処理及び清掃に関する法律等の関係法規及び労働関係法規を遵守するものであること。</p> <p>④認定取り消し後2年以上経過していること。</p> <p>⑤本サービス以外の業務を営む場合、本サービスの社会的信用を損なうものでないこと。</p>	<p>※別項の『申請手続き』欄に掲げる各申請書の内容を審査した結果判断する。</p> <p>決算書、代表者の履歴書兼確認書により確認する。</p> <p>事業概要書により確認する。</p> <p>事業実績がない場合又は申請時に病院との契約が中断している場合の申請書類の取り扱い、別項「申請手続き」のそれぞれに記載してあるので、留意し確認する。</p> <p>代表者の履歴書兼確認書、受託責任者の配置状況一覧表により確認する。</p> <p>振興会の管理記録簿により確認する。</p> <p>登記簿謄本、事業概要書により確認する。</p>

申請手続き (実施要綱 4)

チェック項目	チェックポイント
<p>申請事業者は、次の書類の提出が必要</p> <p>①誓約書 (様式1)</p> <p>②事業概要書 (様式2)</p>	<p>※左記に掲げる提出書類について、内容等下記により確認し、不備がある場合は、照会等により補正する。</p> <p>申請書に記載された代表者の「誓約書」であること。</p> <p>「設立年月日」及び「資本金」 登記簿謄本に記載されている当該事項が、符合していること。</p> <p>「年間総売上高」 決算書の損益計算上の総売上高と符合していること。</p> <p>「総人員」 事業者全体の総人員数であること。</p> <p>「本サービスの開始」 開始時期を確認する。 ※事業実績がない場合又は受託が中断している場合（以下「実績がない場合」と言う。）記載不要</p> <p>「本サービスの年間売上高」 月別売上高合計額と一致すること。</p> <p>「本サービスを行う事業所の数」 本サービスに係る事業所一覧表(様式4)に記載の事業所の数と符合していること。</p> <p>「本サービスの受託病院数」 受託責任者の配置状況一覧表 (様式5)に記載の病院数と符合していること。 ※実績がない場合記載不要</p> <p>「本サービス以外の事業」 社会的信用を損なう恐れのある事業が含まれていないこと。</p> <p>「本サービスに係る従事者の内訳」 ①受託責任者の数が、上記「本サービスの受託病院数」と一致していること。</p>

チェック項目	チェックポイント
	<p>②受託責任者の配置状況一覧表（様式5）に記載されている病院毎の受託責任者の合計人数と符合していること。 なお、受託責任者は専任とし、兼務は認められない。 ※実績がない事業所を含む場合は、予定者数が加えてあること ※実績がない場合は、予定者数が記載されてあること</p> <p>その他の欄の記載について、所定の記載がなされていること。</p> <p>「本サービスに係る売上高の内訳」 年度別の本サービスの売上高は、決算年度毎に記載されていること。</p> <p>「月別売上高」 月別の本サービス売上高は、申請月の前々月から過去12ヶ月分が記載されているか。また、合計額に誤りがないか検算して確認する。 ※実績が無い場合記入不要</p> <p>「本サービス以外の事業」 社会的信用を損なう恐れのある事業が含まれていないこと。</p>
③組織概要書（様式3）	<p>「組織の概要」 わかりやすく簡明に記載されていれば良い。</p>
④本サービスにかかる事業所一覧表（様式4）	<p>現在、院内清掃を実施している事業所が記載されていること。 「受託責任者の配置状況一覧表」に記載されている事業所名称と符合していること。 ※実績がない場合は、本サービス提供可能な事業所であること</p>
⑤決算書（直近3か年分（ただし、初回更新の場合は直近2か年分）。事業者が個人の場合は税務申告書類等）	<p>貸借対照表、損益計算書等からの経営状況、事業の継続性を考察する。 <損益状況> 慢性的な赤字決算で繰越し欠損額が事業規模から見て大幅な欠損が継続されるなど先行き経営不安が予想される場合は、資金繰り上支援する親会社、系列会社、金融機関などから支援措置が取れるかを確認しておく。 <財務状況> 資産・負債・資本の状況から見て流動資産の額を流動負債が大幅に上回っていないか、流動負債は損益計算上の年間収益の4か月分相当を超えていないか。損益状況及び財務状況から総合的に考察し、判断する。 なお、赤字の場合でも経営内容等検討し、一律に不可としないこと。</p>
⑥受託責任者の配置状況一覧表（様式5）	<p>次のことを確認する。 ①受託病院の業務に日常清掃が含まれていること。 ②受託責任者が病院毎に一名配置されていること。 ③受託病院の清掃場所が対象施設であること。 ④日常清掃業務を再委託していないこと。 （注）日常清掃業務を再委託している場合は申請対象とならない。 ※実績がない場合は、配置予定受託責任者及び配置予定従事者数を記載する。</p>
⑦受託責任者に係る指定講習会の修了証（写）	<p>次のことを確認する。 ①「受託責任者配置状況一覧表」（様式5）に記載されている受託責任者全員分の修了証（写）が提出されていること。 ②修了証（写）は有効期間内であること。 （講習会の受講は、認定日前4年以内のものであること） ※実績がない場合は、受託責任予定者</p>
⑧登記簿謄本（事業者が法人の場合のみ）	<p>提出書類（認定申請書、事業概要書、履歴書等）に記載の社名、所在地、資本金、設立年月日、代表取締役名及び事業内容が、登記簿謄本に合致していることを確認する。</p>
⑨代表者の履歴書兼確認書（様式6）	<p>当該代表者が、個人の履歴上特に問題ないかを確認する。</p>
⑩受託責任者の本サービスに係る経歴がわかる履歴書（様式7）	<p>本サービスを含む清掃業務に3年以上従事していることを確認する。 また、受託責任者が適格者かどうかは、当該履歴書、指定講習会修了証（写）により確認する。 ※実績がない場合は、受託責任予定者</p>
⑪業務案内書	<p>次の事項が明記されていることを確認する。 ①院内清掃に係る事業者の基本方針 ②業務の内容及び作業方法 ・受託可能な業務の種類と範囲 ・区域別の清掃・消毒の方法 等</p>

チェック項目	チェックポイント
⑫標準作業書	<p>③清掃用具</p> <ul style="list-style-type: none"> ・所有する清掃用具の種類 ・他の区域との混同を避けるための識別方法 等 <p>④業務の管理体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受託責任者の配置 ・従事者の配置 ・作業計画の作成方法 ・教育・研修の方針 ・従事者の健康管理 ・業務関係帳票の作成、保管の方法 ・本社（支店等）の支援体制 ・医療機関側責任者との連携の方法 ・個人情報保護に関する体制 等 <p>※実績がない場合も提出が必要。</p> <p>次の事項について手順に沿って記載されていることを確認する。</p> <p>①清掃・消毒作業区域の設定</p> <p>②区域ごとの作業方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・区域ごとの作業項目、作業頻度、作業順序 ・区域ごとの清掃用具の区分 ・感染性廃棄物の取り扱い方法 ・区域ごとの注意事項・留意事項 等 <p>③清掃用具、消毒薬等の使用及び管理の方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・区域ごとに識別管理（色・マーク等）された用具の使用法 ・消毒薬の使用法 ・清掃用具の衛生管理 ・注意事項・留意事項 等 <p>④感染の予防</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染の予防方法 ・感染源の拡散防止方法 ・注意事項・留意事項 等 <p>※実績がない場合も提出が必要。</p>
⑬医療関連サービスマークの使用状況（様式8）	<p>マークの使用の有無欄の記載があることを確認する。 また、使用している場合は、下記事項について確認する。</p> <p>①用途の記載があるか</p> <p>②現物若しくは写真の添付がされているか</p> <p>③マークの形状についての承認日の有無</p> <p>※「更新申請の場合」のみ提出</p>
⑭賠償資力の確保に関する書類	<p>申請書添付の以下書式のうち①若しくは②が所定の事項が記載、捺印のうえ提出されていることを確認する。</p> <p><実績がある場合> 提出（①、②）</p> <p>①制度保険加入依頼書（様式保-1）</p> <p>②賠償責任保険に関する誓約書（様式保-4） 保険契約に関する証明書（様式保-6）</p> <p><実績がない場合> 提出（①、②）</p> <p>①制度保険に関する誓約書（様式保-2） 制度保険加入依頼書（様式保-1）</p> <p>②賠償責任保険に関する誓約書（様式保-6）</p>

実地調査における評価について

○ 基本事項

- ① 実地調査における評価は、調査時点での状況により行います。
- ② 「前回調査」において、下位評価（「D評価」及び「E評価」）のあった評価項目については、その改善状況の確認を行いません。
- ③ 事業実績のない事業者の実地調査における評価は、支店等実地調査をもって行います。

○ 評価記載方法

- ① 「a」「b」「c」に記載した内容は、評点の判断区分です。
- ② NA (Not Applicable) : 調査該当事由がないため評価から除外します。
- ③ 中項目「A」「B」「C」「D」「E」評価は、小項目「a」「b」「c」評価の積によります。
なお、小項目で「NA」のある場合は、母数から除外し評点する。

<評点方法>

- A : 全て a 評価の場合
- B : a、b の評価であり、a が 2 / 3 以上の場合
- C : a、b の評価であり、B 以外の場合
- D : c の評価があり、E 以外の場合
- E : c の評価が 2 / 3 以上ある場合

II. 支店等事業所実地調査

1. 基本的事項

チェック項目	チェックポイント
(1) 振興会倫理綱領を遵守していること。	<p style="text-align: right;">【1】 [A B - D E]</p> <p>代表者及び本サービスの担当役員（やむを得ない場合は、これに準ずる管理者等）が、内容について理解しているかを確認する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「倫理綱領」の存在を知っているか <ul style="list-style-type: none"> a 知っている c 知らない 2. 「倫理綱領」の内容を理解しているか <ul style="list-style-type: none"> a 理解している c 理解していない 3. 支店等職員に対しどのように周知徹底しているか <p><周知方法></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 社内掲示 <input type="checkbox"/> 朝礼等の会合 <input type="checkbox"/> 研修 <input type="checkbox"/> 配布 <input type="checkbox"/> その他 () <ul style="list-style-type: none"> a 周知している c 周知していない <p>NA 新規申請の場合</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか <ul style="list-style-type: none"> a 改善している b a, c 以外 c 改善していない <p>NA 改善要望事項等のない場合</p>
(2) 医療機関と緊密な連絡のもと業務を行うこと。また、医療機関と意思の疎通を図り、問題点の改善のため努力する意志とこれを具体的に実施していく能力を有すること。	<p style="text-align: right;">【2】 [A B C D E]</p> <p>医療機関との連絡体制、緊急時の対応体制等が明確になっているか、また、改善に努力しているかを確認すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医療機関との連絡・協議は行われているか <ul style="list-style-type: none"> a 月 1 回以上の協議等を行っている b 四半期（3 か月）に 1 回以上の協議等を行っている c 上記 b 未満 <p>NA 事業実績がない場合</p>

チェック項目	チェックポイント
	<p>2. 連絡・協議記録が作成されているか</p> <p>a 作成されている</p> <p>b 概ね作成されている</p> <p>c 作成されていない</p> <p>NA 事業実績がない場合</p> <p>3. 緊急時対応体制図が作成されているか</p> <p>a 作成している</p> <p>c 作成していない</p> <p>4. 緊急時対応体制図は、窓口責任者が定められている等、連絡報告体制が明確にされているか</p> <p>a 体系的であり、窓口責任者も明確</p> <p>b 体系化又は窓口責任者の明確化に一部補充を要す</p> <p>c 不明確（未整備含む）</p> <p>5. 事業者への緊急時の連絡方法が医療機関に知らされているか</p> <p>a 知らされている</p> <p>c 知らされていない</p> <p>NA 事業実績がない場合</p> <p>6. 緊急時の連絡方法を従事者に徹底しているか</p> <p>a 周知方法を定め徹底している</p> <p>c 実施していない</p> <p>7. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか</p> <p>a 改善している</p> <p>b a, c以外</p> <p>c 改善していない</p> <p>NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>【3】 [A B C D E NA]</p> <p>自己評価実施体制について確認すること。 ※新規申請の場合は「NA」とする</p>
<p>適任者を選任し、本サービスの提供体制等について、少なくとも年1回以上自らの評価を実施し、継続的改善に努めること。</p> <p>(3) 個人情報保護に関する方針を定め、事業者の遵守すべき義務等を規定し、個人情報の保護に努めること。</p>	<p>1. 実施担当部門（又は担当者）が定められているか</p> <p>a 担当部門（又は担当者）が定められている</p> <p>b 実施の都度、担当者を定めている</p> <p>c 定めていない</p> <p>2. 年1回以上実施しているか</p> <p>a 実施している</p> <p>c 実施していない</p> <p>3. 評価の記録を作成しているか</p> <p>a 作成している</p> <p>c 作成していない</p> <p>4. 評価結果に対する改善検討が行われているか</p> <p>a 実施している</p> <p>c 実施していない</p> <p>5. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか</p> <p>a 改善している</p> <p>b a, c以外</p> <p>c 改善していない</p> <p>NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>【4】 [A B - D E]</p> <p>基本方針を定めているか、また、従事者への周知等適切な対応がなされているか確認すること。</p> <p>1. 基本方針を定めているか</p> <p>a 定めている</p> <p>c 定めていない</p> <p>2. 従事者に対し、どう対処しているか</p> <p>※記録等により確認がとれること。</p> <p><対処方法></p> <p><input type="checkbox"/> 就業規則（その他これに準ずるもの）に規定している</p> <p>※〔その他規則名称： 〕</p> <p><input type="checkbox"/> 従事者から誓約書を提出させている</p> <p>a 上記いずれかの方法により対処している</p> <p>c 対処していない</p>

チェック項目	チェックポイント
	3. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合

2. 本サービスの業務の範囲について

チェック項目	チェックポイント																																				
(1) 受託の形態は、請負契約であること。	<本サービスの対象施設の日常清掃の受託についての確認事項> <input type="checkbox"/> 事業実績有り 〔当該事業所受託件数： 病院〕 <input type="checkbox"/> 事業実績無し																																				
(2) 本サービスの業務は、日常的に行われる清掃業務及びこれに付随して行われる消毒業務であり、環境測定、ねずみ、こん虫等の防除等は含まない。	<実地調査病院に係る契約書から対象施設が含まれているかを確認する>																																				
(3) 本サービスの対象施設は、診察室、手術室、処置室、臨床検査施設、調剤所、消毒施設、給食施設、洗濯施設、分娩室、新生児の入浴施設、病室等の医師若しくは歯科医師の診療若しくは助産師の業務の用又は患者の入院の用に供する施設をいい、給水施設、暖房施設、汚物処理施設、事務室等は含まない。	<table border="0"> <tr><td>①診察室</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr><td>②手術室</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr><td>③処置室</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr><td>④臨床検査施設</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr><td>⑤調剤所</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr><td>⑥消毒施設</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr><td>⑦給食施設</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr><td>⑧洗濯施設</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr><td>⑨分娩室</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr><td>⑩新生児の入浴施設</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr><td>⑪病室</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr><td>⑫その他：上記①～⑫以外の施設で本サービスの対象となる施設</td><td>(</td><td>) 有 無</td></tr> </table>	①診察室	有	無	②手術室	有	無	③処置室	有	無	④臨床検査施設	有	無	⑤調剤所	有	無	⑥消毒施設	有	無	⑦給食施設	有	無	⑧洗濯施設	有	無	⑨分娩室	有	無	⑩新生児の入浴施設	有	無	⑪病室	有	無	⑫その他：上記①～⑫以外の施設で本サービスの対象となる施設	() 有 無
①診察室	有	無																																			
②手術室	有	無																																			
③処置室	有	無																																			
④臨床検査施設	有	無																																			
⑤調剤所	有	無																																			
⑥消毒施設	有	無																																			
⑦給食施設	有	無																																			
⑧洗濯施設	有	無																																			
⑨分娩室	有	無																																			
⑩新生児の入浴施設	有	無																																			
⑪病室	有	無																																			
⑫その他：上記①～⑫以外の施設で本サービスの対象となる施設	() 有 無																																			

3. 契約の締結

チェック項目	チェックポイント
本サービスの提供に当たっては、本サービスを委託する医療機関との間で、施設の清掃業務委託に係る契約を締結すること。 なお、契約書には、次の事項が盛り込まれていること。	【5】 [A B C D E NA] 医療機関との間で取り交わされた契約書（写）を2，3件抽出し下記事項が明記されていることを確認する。 ※事業実績のない場合は、「NA」とする。
(1) 医療機関名及び管理者名	1. 契約は、請負契約であるか
(2) 事業者名及びその代表者名	a 請負契約である
(3) サービスの内容	c 請負契約でない
(4) 賠償責任	2. 契約の締結は、書面をもって行っているか
(5) 委託料	a 契約書あり
(6) 契約の内容変更、解除	c 契約書なし
(7) 契約の期間	3. 契約書には、次の事項が明記されているか
	①医療機関名及び管理者名 有 無 ※県立及び市立病院等の場合、自治体の長でも可 ※契約先が、医療機関でない場合 〔契約相手先名称： 〕
	②事業者名及びその代表者名 有 無
	③サービスの内容 有 無
	④賠償責任 有 無
	⑤委託料 有 無 ※委託料の項目が存在していることを確認する （請負金額は白抜き等で可）
	⑥契約の内容変更、解除 有 無
	⑦契約の期間 有 無
	⑧個人情報の保護 有 無
	a 全て明記されている
	b 一部補充を必要とするが、概ね適切に記載している
	c 契約書の体をなしていない

	<p>4. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか</p> <p>a 改善している</p> <p>b a, c以外</p> <p>c 改善していない</p> <p>NA 改善要望事項等のない場合</p>
--	---

4. サービスの提供体制等

チェック項目	チェックポイント
<p>事業者は、次の全てを満たしていなければならない。</p> <p>(1)受託責任者の配置 受託責任者は、受託病院ごとに、専任で配置しなければならない。ただし、受託責任者の業務に支障のない場合に限り、当該受託業務の他の業務に従事することができる。</p> <p>(2)受託責任者の要件 受託責任者は、次の要件を満たす者であること。 ①次の事項について、十分な知識・経験を有すること。 ア 医療機関の社会的役割と組織 イ 医療関係法規、建築物における衛生的環境の確保に関する法律、廃棄物処理及び清掃に関する法律等の関係法規及び労働関係法規 ウ 作業計画の作成 エ 作業の方法 オ 作業の点検及び業務の評価 カ 清潔区域等医療施設の特性に関する事項 キ 感染の予防 ク 倫理綱領 ケ 個人情報の保護 ②本サービスを含む清掃業務に通算3年以上従事した経験を有する者であること。 ③振興会が指定する特定の講習会を修了した者。ただし、4年以内（認定日起点）の講習会であること。</p> <p>(3)受託責任者の責務 受託責任者は、常に当該業務に関する知識、技術の修得に努めるものとし、そのために振興会が指定する講習会を4年に1回受講しなければならない。</p>	<p>[A B - D E NA]</p> <p>受託責任者の配置状況一覧表（写）と従事者名簿を突合し、受託責任者が、支店等管下の全受託病院に配置されていることを、また、健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書（賃金職員等加入していない者にあつては、給与支払いを証する書類）（写）にて当該事業者の職員であることを確認する。 ※事業実績のない場合は、「NA」とする。</p> <p>1. 受託病院ごとに配置されているか a 配置している c 配置していない</p> <p>2. 受託責任者は専任(左記「ただし書き」を除く)か a 専任である c 専任でない</p> <p>3. 受託責任者は、全員当該事業者の職員か a 全員の確認ができた場合 c 確認できない者がいる場合 ※cの場合は、職員の身分について精査のこと</p> <p>4. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>『書類にて審査』</p> <p>『書類にて審査』</p>

チェック項目	チェックポイント
<p>(4) 従事者の配置 次の事項について、十分な知識・技術を有する従事者を確保すること。 ①要求される清潔さが異なる区域ごとの作業方法 ②清掃用具、消毒薬等の使用及び管理の方法 ③感染の予防 ④倫理綱領 ⑤個人情報の保護</p> <p>(5) 従事者の研修 従事者に対して、その資質を向上させ、業務を的確・安全に行うため、適切な研修・訓練を計画的に行うこと。 なお、従事者の研修は、内部の研修にとどまらず振興会が指定する特定の講習会等外部の研修も活用することが望ましい。 また、研修に関する記録を作成し、3年間保管すること。</p> <p>①初任者研修 初任者に対しては、講習及び実習により十分な研修を行った後業務に従事させること。</p>	<p>『省略：「従事者の研修」の項にて確認』</p> <p>初任者研修及び通常の研修の計画・スケジュール表、研修記録等を調査し、左記③の研修項目を包含した研修が行われていることを確認する。 【7】 [A B C D E] 〔研修体制整備〕</p> <p>1. 教育・研修を担当する部門（又は担当者）が定められているか a 担当部門又は担当者を定めている b 実施の都度、担当者を選定している c 定めていない</p> <p>2. 現任者カリキュラムは、作成されているか 〔カリキュラムとは：研修内容（研修項目、時間、手法等）が定められたもの〕 a クラス別（初級者、中級者、熟練者等）に計画作成している b 同一企画で計画作成している c 作成していない</p> <p>3. 初任者カリキュラムは、作成されているか a 作成している c 作成していない</p> <p>4. 年間実施計画は作成されているか ＜対象：現任者＞ 〔実施計画とは：時期、講師、対象者等実施運営方法を定めたもの〕 a 作成している c 作成していない</p> <p>5. 年間実施計画は、全項目を網羅しているか ※項目は、2か年以内の計画により全項目が包含されていれば可 a 全項目を網羅している b 概ね網羅している c 上記a、b以外</p> <p>6. 研修内容、実施方法等の改善見直し体制があるか a 改善見直し検討会等の設置がされ、検討している b 検討会等の設置はないが、年1回以上改善検討している c 上記a、b以外 NA 新規申請の場合</p> <p>7. 改善見直し検討記録は作成されているか a 作成している c 作成していない NA 新規申請の場合</p> <p>8. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>【8】 [A B C D E NA] 〔初任者研修の実施〕 ※調査日前1年間の採用者（社内の他の業務からの配置換え者含む）について確認する。なお、対象者がいない場合は「NA」とする。 ＜実施状況＞ ①対象者数 名 ②受講者数 名 ③研修項目</p>

チェック項目	チェックポイント																																																								
<p>②研修・訓練の継続 本サービスの水準を維持・改善するため、継続的に従事者の研修・訓練を実施すること。</p> <p>③研修項目は次の事項を含んでいること。 ア. 医療機関の社会的役割と組織 イ. 標準作業書の記載事項 ウ. 患者・家族等との対応 エ. 安全知識と衛生知識 オ. 倫理綱領 カ. 個人情報の保護</p>	<table border="0"> <tr> <td>ア. 医療機関の社会的役割と組織</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>イ. 標準作業書の記載事項（次の項目が含まれていること）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・区域ごとの作業方法</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>・清掃用具の管理</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>・消毒薬等の使用及び管理の方法</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>・感染の予防</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>ウ. 患者・家族等との対応</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>エ. 安全知識と衛生知識</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>オ. 倫理綱領</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>カ. 個人情報の保護</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> </table> <p>1. 受講状況はどうか（受講率は達成されているか）</p> <p>a 対象者100%</p> <p>b 対象者の90%以上</p> <p>c 対象者の90%未満</p> <p>2. 研修は、全項目網羅されているか</p> <p>a 網羅している</p> <p>b 基本項目※は網羅している</p> <p>※・医療機関の社会的役割と組織</p> <p>・病院でのマナー</p> <p>・安全知識と衛生知識</p> <p>・標準作業の基本</p> <p>c 基本項目すら網羅していない</p> <p>3. 研修記録は作成されているか</p> <p>a 作成している</p> <p>c 作成していない</p> <p>4. 修得状況評価がなされているか</p> <p>a 考査等により適切に実施している</p> <p>b a, c以外</p> <p>c 実施していない</p> <p>5. 研修の実施時期は適切か</p> <p>a 十分な研修を行った後、業務に従事させている</p> <p>b 基本項目の研修を行った後、業務に従事させている</p> <p>c 上記 a、b 以外</p> <p>6. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか</p> <p>a 改善している</p> <p>b a, c以外</p> <p>c 改善していない</p> <p>NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>【9】 [A B C D E NA]</p> <p>[現任者研修の実施]</p> <p>※従事者全員調査日前1年以内の採用者である等、対象者がいない場合は「NA」とする</p> <p><実施状況></p> <table border="0"> <tr> <td>①対象者数</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>②受講者数</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>③研修項目</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ア. 医療機関の社会的役割と組織</td> <td>有 無</td> </tr> <tr> <td>イ. 標準作業書の記載事項（次の項目が含まれていること）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・区域ごとの作業方法</td> <td>有 無</td> </tr> <tr> <td>・清掃用具の管理</td> <td>有 無</td> </tr> <tr> <td>・消毒薬等の使用及び管理の方法</td> <td>有 無</td> </tr> <tr> <td>・感染の予防</td> <td>有 無</td> </tr> <tr> <td>ウ. 患者・家族等との対応</td> <td>有 無</td> </tr> <tr> <td>エ. 安全知識と衛生知識</td> <td>有 無</td> </tr> <tr> <td>オ. 倫理綱領</td> <td>有 無</td> </tr> <tr> <td>カ. 個人情報の保護</td> <td>有 無</td> </tr> </table> <p>1. 実施計画に基づき、実施されているか</p> <p>a 計画に従い実施している</p> <p>b 期間内実施率90%以上</p> <p>c 上記 a、b 以外</p> <p>2. 受講状況はどうか（受講率は達成されているか）</p> <p>a 対象者100%</p> <p>b 対象者の90%以上</p> <p>c 対象者の90%未満</p>	ア. 医療機関の社会的役割と組織	有	無	イ. 標準作業書の記載事項（次の項目が含まれていること）			・区域ごとの作業方法	有	無	・清掃用具の管理	有	無	・消毒薬等の使用及び管理の方法	有	無	・感染の予防	有	無	ウ. 患者・家族等との対応	有	無	エ. 安全知識と衛生知識	有	無	オ. 倫理綱領	有	無	カ. 個人情報の保護	有	無	①対象者数	名	②受講者数	名	③研修項目		ア. 医療機関の社会的役割と組織	有 無	イ. 標準作業書の記載事項（次の項目が含まれていること）		・区域ごとの作業方法	有 無	・清掃用具の管理	有 無	・消毒薬等の使用及び管理の方法	有 無	・感染の予防	有 無	ウ. 患者・家族等との対応	有 無	エ. 安全知識と衛生知識	有 無	オ. 倫理綱領	有 無	カ. 個人情報の保護	有 無
	ア. 医療機関の社会的役割と組織	有	無																																																						
イ. 標準作業書の記載事項（次の項目が含まれていること）																																																									
・区域ごとの作業方法	有	無																																																							
・清掃用具の管理	有	無																																																							
・消毒薬等の使用及び管理の方法	有	無																																																							
・感染の予防	有	無																																																							
ウ. 患者・家族等との対応	有	無																																																							
エ. 安全知識と衛生知識	有	無																																																							
オ. 倫理綱領	有	無																																																							
カ. 個人情報の保護	有	無																																																							
①対象者数	名																																																								
②受講者数	名																																																								
③研修項目																																																									
ア. 医療機関の社会的役割と組織	有 無																																																								
イ. 標準作業書の記載事項（次の項目が含まれていること）																																																									
・区域ごとの作業方法	有 無																																																								
・清掃用具の管理	有 無																																																								
・消毒薬等の使用及び管理の方法	有 無																																																								
・感染の予防	有 無																																																								
ウ. 患者・家族等との対応	有 無																																																								
エ. 安全知識と衛生知識	有 無																																																								
オ. 倫理綱領	有 無																																																								
カ. 個人情報の保護	有 無																																																								

チェック項目	チェックポイント
<p>(6) 従事者の健康管理 事業者は、雇用形態を問わず全ての従事者に対する健康教育の実施によって、日常的な健康の自己管理を促し、感染症の感染を予防しなければならない。 また、雇用形態を問わず全ての従事者の疾病の早期発見及び健康状態の把握のため、労働安全衛生法に基づく健康診断を実施し、その記録を保管し、適切な健康管理を行わなければならない。</p>	<p>3. 研修は、全項目網羅されているか a 網羅している b 概ね網羅している c 項目に洩れがある</p> <p>4. 研修記録は作成されているか a 作成している c 作成していない</p> <p>5. 修得状況評価がなされているか a 考査等により、適切に実施している b a, c以外 c 実施していない</p> <p>6. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>健康診断記録簿等の健康管理に関する記録を調査し、雇入時及び定期的に健康診断を実施していること。また、労働安全衛生法に基づき行われていることを確認する。</p> <p>【10】 [A B - D E NA] 〔雇入時の健康診断〕 調査日前1年以内に雇い入れた者について調査する。なお、対象者がいない場合は「NA」とする。 <実施状況> ① 対象者数 名 ② 実施者数 名</p> <p>1. 受診状況はどうか(対象者全員実施しているか) a 対象者100%実施 c 未実施の者がいる</p> <p>2. 健康診断の結果の保管管理はされているか a 保管管理している c 保管管理していない</p> <p>3. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>【11】 [A B - D E NA] 〔定期健康診断〕 調査日時点における全ての従事者を対象に調査する ※従事者全員調査日前1年以内の採用者である等、対象者がいない場合は「NA」とする。</p> <p><実施状況> ① 対象者数 名 ② 実施者数 名 ※ただし、雇入時の健康診断を実施し1年を経過していない者にあつては、員数から除くことができる。</p> <p>1. 実施体制が整備されているか a 社内規程等により定めている b 社内規程等の定めはないが、実行システムとして確立している c 整備されていない</p> <p>2. 受診状況はどうか(対象者全員実施しているか) a 対象者100%実施 c 未実施の者がいる</p> <p>3. 前期、前々期の実施状況はどうか 〔調査対象：更新事業者〕 ※当該期前2か年分について、定期健康診断が実施されていることを確認する。</p>

チェック項目	チェックポイント
<p>(7) 清掃に関する用具 以下に掲げる用具が常備されていること。</p> <p>①真空掃除機、床磨き機その他清掃用具一式 ただし、清潔区域の清掃を行う場合の真空掃除機は、高性能エアフィルター付き真空掃除機またはこれに代替する機能を有する機器とする。</p> <p>②消毒を行うための噴霧器</p>	<p><確認></p> <p>① 前期分 有 無 ② 前々期分 有 無</p> <p>a 実施している c 実施していない NA 新規申請の場合</p> <p>4. 健康診断実施後の措置は適正に行われているか a 措置している c 措置していない NA 新規申請の場合</p> <p>5. 健康診断の結果の保管管理はされているか a 保管管理している c 保管管理していない</p> <p>6. 産業医の選任をしているか ※選任義務：常時50人以上の労働者を使用する事業場は必置 a 選任している c 選任していない NA 選任義務がない場合</p> <p>7. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>【12】 [A B - D E] 支店等で所管する受託病院の「清掃用具一覧表」により確認する。</p> <p>1. 清掃用具一覧表は、作成されているか a 作成している c 作成していない</p> <p>2. 次の清掃用具が常備されているか ①真空掃除機 有 無 ※清潔区域清掃の場合は高性能エアフィルター付 ②床磨き機 有 無 ④その他清掃用具一式 有 無 a 常備している c 常備していない用具がある</p> <p>3. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p>

5. サービスの実施方法

チェック項目	チェックポイント
<p>(1) 受託責任者の職務 (2) 作業計画の作成 (3) 清掃の方法 (4) 清潔区域の清掃及び消毒の方法 (5) 特定感染症患者の病室の清掃の方法 (6) 感染性廃棄物の取扱い</p> <p>(7) 業務案内書 次の事項を明記した業務案内書を作成し、常備しておくこと。 なお、業務案内書は、医療機関から求めがあった場合、開示できるようにしておくこと。</p> <p>①院内清掃業務に係る基本方針 ②業務内容及び作業方法 ③清掃用具及び消毒用具 ④業務の管理体制</p>	<p>『左記(1)～(6)は、病院にて調査』</p> <p>【13】 [A B C D E] 業務案内書を調査し内容が適確に記載されていること。また、常時開示できるように常備されていることを確認する。</p> <p>1. 常備されているか a 常備している c 常備していない</p> <p>2. 定期的に見直しが行われているか a 毎年定期的に見直しを行っている b 毎年ではないが、見直しを行っている（過去3年以内） c 上記 a, b 以外 NA 新規申請の場合</p>

チェック項目	チェックポイント												
<p>(8) 標準作業書 次の事項を明記した標準作業書（作業手順を画一化するもの）を作成し、常備しておくこと。 なお、標準作業書は、医療機関から求めがあった場合、開示できるようにしておくこと。</p> <p>①清掃・消毒作業区域の設定 ②区域ごとの作業方法 ③清掃用具、消毒薬等の使用及び管理の方法 ④感染の予防</p> <p>(9) 作業記録等 (10) 標準作業書の徹底</p> <p>(11) 患者、家族等との対応 業務遂行にあたり、患者・家族等に接する際に心得ておかなければならない事項について、マニュアルを作成し、従事者に周知すること。なお、マニュアルには次の事項が含まれていること。</p> <p>①個人のプライバシーを侵害しないこと。 ②正当な理由がなく、業務上知り得た秘密を漏らしてはならないこと。 ③医療上の言動と紛らわしい言動は、行わないこと。 ④その他一般事項。</p>	<p>3. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>【14】 [A B C D E] 標準作業書を調査し内容が適確に記載されていること。また、常時開示できるように常備されていることを確認する。</p> <p>1. 常備されているか a 常備している c 常備していない</p> <p>2. 定期的に見直しが行われているか a 毎年定期的に見直しを行っている b 毎年ではないが、見直しを行っている（過去3年以内） c 上記 a, b以外 NA 新規申請の場合</p> <p>3. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>『病院にて調査』 『省略：「従事者の研修」の項にて確認』</p> <p>【15】 [A B C D E] 患者・家族等との適切な対応について、次のことを確認する。</p> <p>1. マニュアルが作成されているか a 作成している c 作成していない</p> <p>2. マニュアルには、次の事項が含まれているか</p> <table border="0"> <tr> <td>①個人のプライバシーを侵害しないこと</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>②正当な理由がなく、業務上知り得た秘密を漏らしてはならないこと</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>③医療上の言動と紛らわしい言動は、行わないこと</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>④その他一般事項</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> </table> <p>a 適切に記載している b 一部補正を要するが、概ね適切に記載している c ①～③の事項で記載のないものがある</p> <p>3. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>『従事者への周知については、病院にて調査』</p>	①個人のプライバシーを侵害しないこと	有	無	②正当な理由がなく、業務上知り得た秘密を漏らしてはならないこと	有	無	③医療上の言動と紛らわしい言動は、行わないこと	有	無	④その他一般事項	有	無
①個人のプライバシーを侵害しないこと	有	無											
②正当な理由がなく、業務上知り得た秘密を漏らしてはならないこと	有	無											
③医療上の言動と紛らわしい言動は、行わないこと	有	無											
④その他一般事項	有	無											

6. 再委託について

チェック項目	チェックポイント
<p>日常的な清掃業務は再委託しないこと。</p>	<p>【16】 [A - - - E NA] 日常的な清掃業務を再委託していないことを確認する。 ※事業実績のない場合は、「NA」とする。</p> <p><確認日等> ①対応者 役職 氏名 ②確認日 平成 年 月 日</p> <p>「受託責任者の配置状況一覧表」記載病院の日常清掃業務は、再委託していないか a 再委託していない c 再委託している病院がある</p> <p><関連調査項目> 「受託責任者の配置」の項【6】の3</p>

<p>日常的な清掃業務以外の業務を再委託する場合には、医療機関に対して、再委託した業務の最終的責任を負うこと。</p> <p>また、再委託先の名称、業務内容について、医療機関に対して事前に十分な説明を行い、その了解を得ること。</p>	<p style="text-align: right;">〔 A B C D E NA 〕</p> <p>【17】 日常清掃業務以外の業務の再委託について、次により確認する。 ※事業実績のない場合は、「NA」とする。</p> <p>該当するものの□にチェックする。</p> <p><input type="checkbox"/> 再委託していない <input type="checkbox"/> 再委託している</p> <p>「再委託している」場合は、次の事項を確認する。 なお、再委託していない場合は、「NA」とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 再委託の契約の締結は、書面をもって行っているか <ol style="list-style-type: none"> a 契約書あり c 契約書なし 2. 契約書には、次の事項が明記されているか <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>①委託事業者名及びその代表者名</td><td style="text-align: right;">有</td><td style="text-align: right;">無</td></tr> <tr><td>②受託事業者名及びその代表者名</td><td style="text-align: right;">有</td><td style="text-align: right;">無</td></tr> <tr><td>③委託業務の内容</td><td style="text-align: right;">有</td><td style="text-align: right;">無</td></tr> <tr><td>④賠償責任</td><td style="text-align: right;">有</td><td style="text-align: right;">無</td></tr> <tr><td>⑤委託料の項目</td><td style="text-align: right;">有</td><td style="text-align: right;">無</td></tr> <tr><td>⑥契約内容の変更、解除</td><td style="text-align: right;">有</td><td style="text-align: right;">無</td></tr> <tr><td>⑦契約の期間</td><td style="text-align: right;">有</td><td style="text-align: right;">無</td></tr> <tr><td>⑧個人情報保護</td><td style="text-align: right;">有</td><td style="text-align: right;">無</td></tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> a 全て明記されている b 一部補充を必要とするが、概ね適切に記載している c 契約書の体をなしていない 3. 医療機関に対して、事前に再委託先の名称、業務内容について説明し了解を得ているか <ol style="list-style-type: none"> a 書面にて了解を得ている b 口頭にて了解を得ている [年 月 日] c 了解を得ていない 4. 業務報告に係る書類が整備されているか <ol style="list-style-type: none"> a 整備している c 整備していない 5. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか <ol style="list-style-type: none"> a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合 	①委託事業者名及びその代表者名	有	無	②受託事業者名及びその代表者名	有	無	③委託業務の内容	有	無	④賠償責任	有	無	⑤委託料の項目	有	無	⑥契約内容の変更、解除	有	無	⑦契約の期間	有	無	⑧個人情報保護	有	無
①委託事業者名及びその代表者名	有	無																							
②受託事業者名及びその代表者名	有	無																							
③委託業務の内容	有	無																							
④賠償責任	有	無																							
⑤委託料の項目	有	無																							
⑥契約内容の変更、解除	有	無																							
⑦契約の期間	有	無																							
⑧個人情報保護	有	無																							

7. 代行保証について

チェック項目	チェックポイント
日常的な業務に関して、代行保証することが望ましい。	『省略』

8. 苦情対応

チェック項目	チェックポイント																		
<p>苦情対応とその体制</p> <p>(1) 事業者は、本サービスに関する苦情に対して、迅速かつ円滑な対応が行えるよう、次の事項が明記された苦情対応マニュアルを作成し、かつ、社内体制を整備すること。</p> <p>①苦情を受けた際の連絡報告体制 ②苦情内容に対する調査・対応方針の決定 ③医療機関、患者等への対応 ④その他必要事項</p>	<p style="text-align: right;">〔 A B C D E 〕</p> <p>【18】 苦情対応体制図、苦情対応マニュアルを調査し、次の事項を確認する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 苦情対応体制図が作成されているか <ol style="list-style-type: none"> a 作成している c 作成していない 2. 苦情対応体制図は、窓口責任者が定められている等、連絡報告体制が明確にされているか <ol style="list-style-type: none"> a 体系的であり、窓口責任者も明確 b 体系化又は窓口責任者の明確化に一部補充を要す c 不明確 3. 苦情対応マニュアルが作成されているか <ol style="list-style-type: none"> a 作成している c 作成していない 4. 苦情対応マニュアルには、次の事項が定められているか <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>① 苦情を受けた際の連絡報告体制</td><td style="text-align: right;">有</td><td style="text-align: right;">無</td></tr> <tr><td>② 苦情内容に対する調査・対応方針の決定</td><td style="text-align: right;">有</td><td style="text-align: right;">無</td></tr> <tr><td>③ 医療機関、患者等への対応</td><td style="text-align: right;">有</td><td style="text-align: right;">無</td></tr> <tr><td>④ 対応記録の作成</td><td style="text-align: right;">有</td><td style="text-align: right;">無</td></tr> <tr><td>⑤ 改善対策</td><td style="text-align: right;">有</td><td style="text-align: right;">無</td></tr> <tr><td>⑥ その他必要事項</td><td style="text-align: right;">有</td><td style="text-align: right;">無</td></tr> </table> 	① 苦情を受けた際の連絡報告体制	有	無	② 苦情内容に対する調査・対応方針の決定	有	無	③ 医療機関、患者等への対応	有	無	④ 対応記録の作成	有	無	⑤ 改善対策	有	無	⑥ その他必要事項	有	無
① 苦情を受けた際の連絡報告体制	有	無																	
② 苦情内容に対する調査・対応方針の決定	有	無																	
③ 医療機関、患者等への対応	有	無																	
④ 対応記録の作成	有	無																	
⑤ 改善対策	有	無																	
⑥ その他必要事項	有	無																	

<p>(2) 苦情の内容及び対応措置について、記録を作成し、3年間保管すること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> a 適切に記載している b 一部補充を必要とするが、概ね適切に記載している c ①～⑤の事項で記載のないものがある <p>5. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか</p> <ul style="list-style-type: none"> a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合 <p>【19】 [A B C D E NA]</p> <p>必要な対応対処方針がなされているか、また、記録は適切に保管されているかを確認する。</p> <p>※1. 事業実績のない場合は、「NA」とする。 2. 苦情事例のない場合は、その旨「所見欄」に記載し、「NA」とする。</p> <p>1. 苦情対応記録が作成されているか (直近1か年間件数 : 件)</p> <ul style="list-style-type: none"> a 作成している c 作成していない <p>2. 苦情対応記録の記載は適確か</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 必要事項の記載がされている 有 無 ② 連絡・報告等が適切に行われた旨の記載がされている 有 無 ③ 再発防止対応に係る記載がされている 有 無 <ul style="list-style-type: none"> a 適確に記載している b 一部補正を要するが、概ね適確に記載している c 上記 a, b 以外 <p>3. 3年間の苦情対応記録の保管はされているか</p> <ul style="list-style-type: none"> a 保管管理している ※受託期間が3年未満の場合は、その期間 b 2年間分の保管管理をしている c 上記 a, b 以外 <p>4. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか</p> <ul style="list-style-type: none"> a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合
--	--

Ⅲ. 病院実地調査

1. 基本的事項

チェック項目	チェックポイント
<p>(1) 振興会倫理綱領を遵守していること。</p> <p>(2) 医療機関と緊密な連絡のもと業務を行うこと。 また、医療機関と意思の疎通を図り、問題点の改善のため努力する意志とこれを具体的に実施していく能力を有すること。</p>	<p>【1】 [A B - D E] 受託責任者が振興会倫理綱領の存在を知っており、内容を理解しているかを確認する。</p> <p>1. 「倫理綱領」の存在を知っているか a 知っている c 知らない</p> <p>2. 「倫理綱領」の内容を理解しているか a 理解している c 知らない</p> <p>3. 従事者に対しどのように周知徹底しているか <周知方法> <input type="checkbox"/> 病院内(従事者控室)掲示 <input type="checkbox"/> 朝礼等の会合 <input type="checkbox"/> 研修 <input type="checkbox"/> 配布 <input type="checkbox"/> その他の周知方法 () a 周知している c 周知していない NA 新規申請の場合</p> <p>4. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>【2】 [A B C D E] 緊急時、迅速な対応が行えるよう、従事者に周知していることを確認する。</p> <p>1. 緊急時対応体制図を従事者に知らしめているか a 掲示等により常時確認できるようにしている b ファイルし、必要に応じ確認できるようにしている c 知らせていない</p> <p>2. 緊急時対応に関し、従事者への周知はどのような方法で行っているか <周知方法> <input type="checkbox"/> 研修 <input type="checkbox"/> ミーティング <input type="checkbox"/> その他 () a いずれかの方法で周知している c 周知していない</p> <p>3. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p>

2. サービスの提供体制等

チェック項目	チェックポイント
<p>事業者は、次の全てを満たしているものでなければならない。</p> <p>(1) 受託責任者の配置</p> <p>(2) 受託責任者の要件</p> <p>(3) 受託責任者の責務</p>	<p>『支店等にて調査』</p> <p>『書類にて調査』</p> <p>『書類にて調査』</p>

チェック項目	チェックポイント
<p>(4) 従事者の配置 次の事項について、十分な知識・技術を有する従事者を確保すること。</p> <p>①要求される清潔さが異なる区域ごとの作業方法 ②清掃用具、消毒薬等の使用及び管理の方法 ③感染の予防 ④倫理綱領 ⑤個人情報の保護</p>	<p style="text-align: right;">[A B - D E]</p> <p>当該病院の院内清掃業務従事者名簿、勤務表及び出勤簿が作成され、管理されていることを確認する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 従事者名簿は作成されているか ※名簿には、少なくとも氏名、雇入れ年月日は記載されていること a 作成している c 作成していない 2. 勤務表は作成されているか a 作成している c 作成していない 3. 出勤簿は作成されているか a 作成している c 作成していない 4. 直近の従事者名簿と勤務表は一致しているか a 入退社に伴う者を除き、一致している c 不一致 5. 直近の勤務表と出勤簿は一致しているか a 入退社に伴う者を除き、一致している c 不一致 6. 保存管理は適正か a 適正に管理している c 適正でない 7. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合 <p>『支店等にて調査』</p>
<p>(5) 従事者の研修</p> <p>(6) 従事者の健康管理 事業者は、雇用形態を問わず全ての従事者に対する健康教育の実施によって、日常的な健康の自己管理を促し、感染症の感染を予防しなければならない。 また、雇用形態を問わず全ての従事者の疾病の早期発見及び健康状態の把握のため、労働安全衛生法に基づく健康診断を実施し、その記録を保管し、適切な健康管理を行わなければならない。</p>	<p style="text-align: right;">[A B C D E]</p> <p>受託責任者による従事者の健康管理について、次により確認する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 従事者の日常的な健康管理は行われているか a 毎日始業時にチェックしている b 始業時ではないが、毎日チェックしている c 上記 a, b 以外 2. 日常的な健康管理の記録は作成されているか a 作成している c 作成していない 3. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合
<p>(7) 清掃に関する用具 以下に掲げる用具が常備されていること。また、整備点検に努め、特に真空掃除機、床磨き機は定期的に点検管理し、その記録を保管すること。</p> <p>①真空掃除機、床磨き機その他清掃用具一式 ただし、清潔区域の清掃を行う場合の真空掃除機は、高性能エアフィルター付き真空掃除機またはこれに代替する機能を有する機器とする。 ②消毒を行うための噴霧器</p>	<p style="text-align: right;">[A B C D E]</p> <p>当該病院用の清掃用具の常備、管理状況について確認する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 次の清掃用具が常備されているか ※仕様書及び作業計画書により、当該用具の使用を要しない場合は「NA」とする。 ①真空掃除機 有 無 NA (注) 清潔区域清掃の場合は高性能エアフィルター付 ②床磨き機 有 無 NA ③その他清掃用具一式 有 無 a 常備している c 常備していない用具がある 2. 真空掃除機、床磨き機は定期的に点検が行われているか ① 真空掃除機 適 否 NA ② 床磨き機 適 否 NA a 毎月1回以上実施している b 四半期に1回以上実施している c 上記 a, b 以外 NA ①、②共配置を要しない場合

チェック項目	チェックポイント
	3. 定期点検記録は作成されているか a 作成している c 作成していない NA 配置を要しない場合 4. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合

3. サービスの実施方法

チェック項目	チェックポイント
(1)受託責任者の職務 受託責任者は、受託業務が円滑に行われるよう従事者に対する指導監督、医療機関側の責任者との随時協議等を行うとともに、定期的な点検を少なくとも月1回以上行い、その結果を医療機関に報告する等の業務を行う。	【6】 [A B C D E] 作業計画に基づく指導監督が行われていることを確認する。 1. 従事者に対し、報告事項や連絡方法等について、周知徹底がされているか a 毎月1回以上実施している b 四半期に1回以上実施している c 上記a, b以外 2. 次の事項について、従事者との打合わせ、調整を行っているか ① 日常的な作業の確認等（ミーティング等） ② 変則時の指示・対応 ③ 不具合発生時の指示・指導 a 行っている c 行っていない 3. 定期点検評価結果等に対する改善指導が行われているか a 毎月1回以上実施している b 四半期に1回以上実施している c 上記a, b以外 4. 定期点検評価に関する改善指導の記録を作成しているか a 作成している c 作成していない 5. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合 【7】 [A B C D E] 日常清掃に係る定期点検評価及び当該病院への報告が行われていることを確認する。 1. 評価基準が定められているか a 明確に定めている b 概ね定めている c 定めていない 2. 成果物（作業結果）に対する点検評価が定期的実施されているか <実施状況（評価頻度）> <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> その他（ ） a 毎月1回以上実施している b 四半期に1回以上実施している c 上記a, b以外 3. 定期点検評価記録が作成されているか a 作成している c 作成していない 4. 定期点検評価を当該病院へ報告しているか a 報告している c 報告していない NA 病院が受け取ってくれない場合（その旨「所見欄」に記載すること）

チェック項目	チェックポイント																					
<p>(2) 作業計画の作成 受託責任者により、契約内容に基づき、医療機関の指示に対応した作業計画が作成されていること。 なお、その内容については、当該病院の確認がされていること。</p>	<p>5. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>【8】 [A B C D E] 定期清掃等に係る点検評価及び当該病院への報告が行われていることを確認する。</p> <p>1. 評価基準が定められているか a 定めている b 概ね定めている c 定めていない</p> <p>2. 点検評価が作業完了時実施されているか a 実施している c 実施していない NA 定期清掃等に係る業務受託のない場合</p> <p>3. 点検評価記録が作成されているか a 作成している c 作成していない NA 定期清掃等に係る業務受託のない場合</p> <p>4. 点検評価を当該病院へ報告しているか a 報告している c 報告していない NA (1) 定期清掃等に係る業務受託のない場合 NA (2) 病院が受け取ってくれない場合（その旨「所見欄」に記載すること）</p> <p>5. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>【9】 [A B C D E NA] 医療機関側責任者との協議体制について確認する。 ※1 当該病院側の協力が得られない場合は、その旨「所見欄」に記入し、「NA」とする。</p> <p>1. 当該病院の責任者と随時協議しているか a 行っている c 行っていない</p> <p>2. 協議内容記録が作成されているか a 作成している b 病院からの指示事項は記録作成している c 作成していない</p> <p>3. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>【10】 [A B C D E] 作業計画書について次のことを確認する。</p> <p>1. 作業計画書が作成されているか a 作成している c 作成していない</p> <p>2. 次の内容が適確に記載されているか</p> <table data-bbox="746 1868 1233 2056"> <tr> <td>① 区域設定がしてある</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>② 清掃施設が明記してある</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>③ 作業方法が定められている</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>④ タイムスケジュールが決められている</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>⑤ 定期清掃の予定が決められている</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>⑥ 評価実施の予定が決められている</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>⑦ 作業記録等の定めがある</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> </table>	① 区域設定がしてある	有	無	② 清掃施設が明記してある	有	無	③ 作業方法が定められている	有	無	④ タイムスケジュールが決められている	有	無	⑤ 定期清掃の予定が決められている	有	無	⑥ 評価実施の予定が決められている	有	無	⑦ 作業記録等の定めがある	有	無
① 区域設定がしてある	有	無																				
② 清掃施設が明記してある	有	無																				
③ 作業方法が定められている	有	無																				
④ タイムスケジュールが決められている	有	無																				
⑤ 定期清掃の予定が決められている	有	無																				
⑥ 評価実施の予定が決められている	有	無																				
⑦ 作業記録等の定めがある	有	無																				

チェック項目	チェックポイント
<p>(3) 清掃の方法等 従事者は清掃用具、消毒薬等の薬液の適切な使用・保管管理を行うこと。 なお、清掃用具は区域ごとに区別して使用すること。</p>	<p>a 適確に記載してある b 一部補充を必要とするが、概ね適確に記載してある c 適確でない</p> <p>3. 従事者に周知されているか a 周知している c 周知していない</p> <p>4. 当該病院の確認がされているか (仕様書との整合性等) a 確認了解されている c 確認されていない</p> <p>5. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>【11】 [A B C D E] 清掃用具、消毒薬等の適切な使用・保管管理について、作業計画(標準作業書を含む。)に基づき行われていることを確認する。</p> <p>[清掃の方法]</p> <p>1. 清掃用具は、作業計画書に従い区域毎に区別されているか a 区別している c 区別していない</p> <p>2. 清掃用具の洗浄、消毒、交換に関する定めがあるか a ある c ない</p> <p>3. 上記1及び2に関し、定められた使用方法が守られているか、 <2, 3人の従事者に確認する> a 守られている b 概ね守られている c 守られていない</p> <p>4. ワンパス等定められた使用方法が守られているか <従事者の作業状況により確認する> a 守られている b 概ね守られている c 守られていない</p> <p>[清掃用具の保管管理]</p> <p>5. 清掃用具の保管は区別管理されているか a 区分管理している b 一部補正を要するが、概ね区分管理している c していない</p> <p>6. 関係者以外の者が勝手に使用できないよう工夫されているか a 適正 b 概ね適正 c 適正でない</p> <p>[薬品の使用管理]</p> <p>7. 消毒薬の使用記録が作成されているか a 作成している c 作成していない NA 消毒薬の使用に係る業務受託のない場合</p> <p>8. 希釈率の指示記録が作成されているか a 作成している c 作成していない NA 消毒薬の使用に係る業務受託のない場合</p> <p>9. 希釈用具は、専用とし、他の用途と兼用していないか a 専用 c 兼用 NA 消毒薬の使用に係る業務受託のない場合</p> <p>10. 希釈を行う者が定められているか a 定めている c 定めていない NA 消毒薬の使用に係る業務受託のない場合</p> <p>11. 消毒薬は、施錠できる場所に保管されているか a 適正 c 適正でない NA 消毒薬の使用に係る業務受託のない場合</p>

チェック項目	チェックポイント																														
<p>(4) 清潔区域の清掃及び消毒の方法 清潔区域は、区域の特性に留意した方法で清掃を行うこと。</p>	<p>12. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>【12】 <受託している場合のみ> [A B - D E NA] 作業計画書等により、清潔区域の清掃については、区域の特性に応じて行っていることを確認する。 ※ 業務受託のない場合は、「NA」とする。</p> <p>1. 入室時の手洗い及び手指消毒が行われているか a 行っている c 行っていない</p> <p>2. 入退室時のガウンテクニックの適切な実施がされているか a 実施している c 実施していない NA 病院の指示により実施しない場合 (書面確認をし、その旨「所見欄」に記載すること)</p> <p>3. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p>																														
<p>(5) 特定感染症患者の病室の清掃の方法 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に定める一類感染症・二類感染症、結核予防法等により定められた特定の感染症患者の病室の清掃及び消毒業務を行う場合は、感染源の拡散防止を行うこと。</p>	<p>【13】 <受託している場合のみ> [A B - D E NA] 作業計画書等により、特定の感染症患者の病室の清掃及び消毒業務を行う場合には、感染源の拡散防止を行っていることを確認する。 ※1 業務受託のない場合は、「NA」とする。</p> <p>1. 退室時の手洗い及び手指消毒が行われているか a 行っている c 行っていない</p> <p>2. 入退室時のガウンテクニックの適切な実施がされているか a 実施している c 実施していない</p> <p>3. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p>																														
<p>(6) 感染性廃棄物の取扱い 廃棄物の処理及び清掃に関する法律に基づき、次の事項を盛り込んだ感染性廃棄物取扱マニュアルを作成し、従事者に周知すること。</p> <p>① 医療機関から発生する主な廃棄物、感性感棄物の種類 ② 感染性廃棄物の取扱い ③ 針刺し事故予防措置 ④ 事故対応</p>	<p>【14】 [A B C D E] 感染性廃棄物の取扱いについて、次のことを確認する。</p> <p>1. 受託の有無に関わらず感染性廃棄物取扱マニュアルが作成されているか a 作成している c 作成していない</p> <p>2. マニュアルには、次の事項が含まれているか</p> <table border="0"> <tr> <td>① 医療機関から発生する主な廃棄物、感性感棄物の種類</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>② 感染性廃棄物の取扱い</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ア 医療機関からの分別排出容器の確認</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>イ 移動方法(カート等)についての取扱い(移動途中での内容物の飛散・流失防止等)</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>ウ 保管場所での取扱い注意事項</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>③ 針刺し事故予防措置</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>④ 針刺し事故の対応策</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>a 適確に記載している</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b 一部補充を要するが、概ね適確に記載している</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c 上記a, b以外</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>3. 従事者への周知は十分に行われているか <周知方法> <input type="checkbox"/> 研修 <input type="checkbox"/> マニュアル配布 <input type="checkbox"/> ミーティング <input type="checkbox"/> その他 ()</p>	① 医療機関から発生する主な廃棄物、感性感棄物の種類	有	無	② 感染性廃棄物の取扱い			ア 医療機関からの分別排出容器の確認	有	無	イ 移動方法(カート等)についての取扱い(移動途中での内容物の飛散・流失防止等)	有	無	ウ 保管場所での取扱い注意事項	有	無	③ 針刺し事故予防措置	有	無	④ 針刺し事故の対応策	有	無	a 適確に記載している			b 一部補充を要するが、概ね適確に記載している			c 上記a, b以外		
① 医療機関から発生する主な廃棄物、感性感棄物の種類	有	無																													
② 感染性廃棄物の取扱い																															
ア 医療機関からの分別排出容器の確認	有	無																													
イ 移動方法(カート等)についての取扱い(移動途中での内容物の飛散・流失防止等)	有	無																													
ウ 保管場所での取扱い注意事項	有	無																													
③ 針刺し事故予防措置	有	無																													
④ 針刺し事故の対応策	有	無																													
a 適確に記載している																															
b 一部補充を要するが、概ね適確に記載している																															
c 上記a, b以外																															

チェック項目	チェックポイント																		
<p>(7) 業務案内書 (8) 標準作業書</p> <p>(9) 作業記録等 作業の実施状況を確認するため作業記録等を作成し、3年間保管しておくこと。 なお、医療機関の求めがあった場合には開示しなければならぬ。</p> <p>(10) 標準作業書の徹底</p> <p>(11) 患者、家族等との対応 業務遂行にあたり、患者・家族等に接する際に心得ておかなければならない事項について、マニュアルを作成し、従事者に周知すること。なお、マニュアルには次の事項が含まれていること。</p> <p>①個人のプライバシーを侵害しないこと。 ②正当な理由がなく、業務上知り得た秘密漏らしてはならないこと。 ③医療上の言動と紛らわしい言動は、行わないこと。 ④その他一般事項。</p>	<p>a 2つ以上の方法で周知している b いずれかの方法で周知している c 周知していない</p> <p>4. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合 『左記 (7) (8) は、書類調査及び支店等にて調査』</p> <p>【15】 [A B C D E] 業務管理日誌を調査し、作業の実施状況が的確に記載されていること、また、3年間分の保管がされてことを確認する。</p> <p>1. 業務管理日誌は作成されているか a 作成している c 作成していない</p> <p>2. 業務管理日誌には、次の事項が含まれているか</p> <table border="0"> <tr><td>① 日常作業実施個所</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr><td>② 定期、特別、臨時作業実施個所</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr><td>③ 事故、クレームの発生状況</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr><td>④ 業務責任者への報告事項</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr><td>⑤ 業務責任者との連絡・協議事項</td><td>有</td><td>無</td></tr> <tr><td>⑥ 作業確認事項等 (従事者との打合せ・調整等)</td><td>有</td><td>無</td></tr> </table> <p>a 全事項あり b ③～⑥に一部不足事項あり c 上記 a, b 以外</p> <p>3. 作業の実施状況等が適確に記載されているか a 適確に記載している b 一部補正を要するが、概ね適確に記載している c 上記 a, b 以外</p> <p>4. 3年間分の業務管理日誌の保管がされているか a 保管管理している ※受託期間が3年未満の場合は、その期間 b 2年間分の保管管理をしている c 上記 a, b 以外</p> <p>5. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p> <p>『支店等にて調査』</p> <p>【16】 [A B C D E] 患者、家族等との対応に関し、従事者へ周知されていることを確認する。</p> <p>1. 従事者への周知は十分に行われているか <周知方法> <input type="checkbox"/> 研修 <input type="checkbox"/> マニュアル配布 <input type="checkbox"/> ミーティング <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>a 2つ以上の方法で周知している b いずれかの方法で周知している c 周知していない</p> <p>2. 反復教育をしているか a 毎週1回以上行っている b 毎月1回以上行っている c 上記 a, b 以外</p> <p>3. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合</p>	① 日常作業実施個所	有	無	② 定期、特別、臨時作業実施個所	有	無	③ 事故、クレームの発生状況	有	無	④ 業務責任者への報告事項	有	無	⑤ 業務責任者との連絡・協議事項	有	無	⑥ 作業確認事項等 (従事者との打合せ・調整等)	有	無
① 日常作業実施個所	有	無																	
② 定期、特別、臨時作業実施個所	有	無																	
③ 事故、クレームの発生状況	有	無																	
④ 業務責任者への報告事項	有	無																	
⑤ 業務責任者との連絡・協議事項	有	無																	
⑥ 作業確認事項等 (従事者との打合せ・調整等)	有	無																	

4. 苦情対応

チェック項目	チェックポイント
<p>苦情対応とその体制</p> <p>(1) 事業者は、本サービスに関する苦情に対して、迅速かつ円滑な処理が行えるよう、次の事項が明記された苦情対応マニュアルを作成し、かつ、社内体制を整備すること。</p> <p>(2) 苦情の内容及び対応措置について、記録を作成し、3年間保管すること。</p>	<p style="text-align: right;">[A B C D E]</p> <p>【17】 迅速かつ円滑な対応が行えるよう周知されていることを確認する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 苦情対応体制図に従事者に知らしめているか <ol style="list-style-type: none"> a 掲示等により常時確認できるようにしている b ファイルし、必要に応じ確認できるようにしている c 知らせていない 2. 苦情対応マニュアルに関し、従事者への周知はどのような方法で行っているか <周知方法> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 研修 <input type="checkbox"/> マニュアル配布 <input type="checkbox"/> ミーティング <input type="checkbox"/> その他 () <ol style="list-style-type: none"> a 2つ以上の方法で周知している b いずれかの方法で周知している c 周知していない 3. 前回調査における改善要望事項等は、改善されているか <ol style="list-style-type: none"> a 改善している b a, c以外 c 改善していない NA 改善要望事項等のない場合 <p>『支店等にて調査』</p>