

医政発 1216 第 1 号  
令和 3 年 12 月 16 日

各 { 都道府県知事  
保健所設置市長  
特別区長 } 殿

厚生労働省医政局長  
( 公 印 省 略 )

「医療ガスの安全管理について」の一部改正について

令和 2 年 7 月に閣議決定された「規制改革実施計画」(令和 2 年 7 月 17 日閣議決定)において、「原則として全ての見直し対象手続(※)について、恒久的な制度的対応として、年内に、規制改革推進会議が提示する基準に照らして順次、必要な検討を行い、法令、告示、通達等の改正やオンライン化を行う」こととされていることを踏まえ、「押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令」(令和 2 年厚生労働省令第 208 号)が令和 2 年 12 月 25 日に公布・施行されたところである。

このため、「医療ガスの安全管理について」(令和 2 年 8 月 17 日付け医政発 0817 第 6 号厚生労働省医政局長通知)別添 2「医療ガス設備の保守点検指針」及び別添 3「医療ガス設備の工事施工監理指針」についても、別紙の新旧対照表のとおり所要の改正を行うこととする。

なお、既に使用されている改正前の様式については改正後の様式によるものとみなし、既に配布されている改正前の様式については、当分の間、これを取り繕って使用することができることとする。

貴職におかれては、本通知の趣旨について御了知いただくとともに、貴管下の病院等に対して周知をお願いする。

(※)「法令等又は慣行により、国民や事業者等に対して紙の書面の作成・提出等を求めているもの、押印を求めているもの、又は対面での手続を求めているもの」が「見直し対象手続」と定義されている。

○ 「医療ガスの安全管理について」（令和2年8月17日付け医政発0817第6号厚生労働省医政局長通知）新旧対照表

(下線は改正部分)

| 改正後                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 改正前                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>別添2</p> <p style="text-align: center;">医療ガス設備の保守点検指針</p> <p>この指針は、病院及び患者を入院させるための施設を有する診療所（以下「病院等」という。）における医療ガス（酸素、亜酸化窒素、治療用空気、吸引、二酸化炭素、手術機器駆動用窒素等をいう。以下同じ。）に関する構造設備（以下「医療ガス設備」という。）の使用上の安全確保を目的とした保守点検業務に当たり、安全管理上留意すべき事項を示すものである。なお、高圧ガス（高圧ガス保安法（昭和26年法律第204号）第2条に規定する「高圧ガス」をいう。以下同じ。）に関する構造設備の保守点検業務については、高圧ガス保安法も遵守すること。</p> <p>なお、患者を入院させるための施設を有しない診療所については、委員会の設置は要しないこととするが、診療所の管理者等の医療ガスに関する知識と技術を有する者が、実施責任者として、本通知の趣旨に鑑み適切な医療ガス設備の保守点検業務を行うこと。</p> <p>1～3 （略）</p> | <p>別添2</p> <p style="text-align: center;">医療ガス設備の保守点検指針</p> <p>この指針は、病院及び患者を入院させるための施設を有する診療所（以下「病院等」という。）における医療ガス（酸素、亜酸化窒素、治療用空気、吸引、二酸化炭素、手術機器駆動用窒素等をいう。以下同じ。）に関する構造設備（以下「医療ガス設備」という。）の使用上の安全確保を目的とした保守点検業務に当たり、安全管理上留意すべき事項を示すものである。なお、高圧ガス（高圧ガス保安法（昭和26年法律第204号）第2条に規定する「高圧ガス」をいう。以下同じ。）に関する構造設備の保守点検業務については、高圧ガス保安法も遵守すること。</p> <p>なお、患者を入院させるための施設を有しない診療所については、委員会の設置は要しないこととするが、診療所の管理者等の医療ガスに関する知識と技術を有する者が、実施責任者として、本通知の趣旨に鑑み適切な医療ガス設備の保守点検業務を行うこと。</p> <p>1～3 （略）</p> |

(様式1-1)

日常点検チェックリスト

—警報表示盤—

|                                                                | 良否 | 対策事項 |
|----------------------------------------------------------------|----|------|
| (ア) 表示灯、ランプカバー等の損傷がないこと。                                       |    |      |
| (イ) ガス供給の正常を示す緑灯が点灯すること。                                       |    |      |
| (ウ) 可聴警報が作動すること。また、警報の消音又は弱音の機能が作動すること（テストボタンによる確認でもよいものとする。）。 |    |      |
| (エ) 警報作動時の黄灯又は赤灯が点灯すること（テストボタンによる確認でもよいものとする。）。                |    |      |

実 施 日 : 年 月 日

実 施 責 任 者 :

医療ガス安全管理委員長 :

(様式1-1)

日常点検チェックリスト

—警報表示盤—

|                                                                | 良否 | 対策事項 |
|----------------------------------------------------------------|----|------|
| (ア) 表示灯、ランプカバー等の損傷がないこと。                                       |    |      |
| (イ) ガス供給の正常を示す緑灯が点灯すること。                                       |    |      |
| (ウ) 可聴警報が作動すること。また、警報の消音又は弱音の機能が作動すること（テストボタンによる確認でもよいものとする。）。 |    |      |
| (エ) 警報作動時の黄灯又は赤灯が点灯すること（テストボタンによる確認でもよいものとする。）。                |    |      |

実 施 日 : 年 月 日

実 施 責 任 者 : 印

医療ガス安全管理委員長 : 印

(様式1-2)

日常点検チェックリスト

—供給設備（マニフォールド、定置式超低温液化ガス貯槽（CE））

—

|                                                                    | 良否 | 対策事項 |
|--------------------------------------------------------------------|----|------|
| (ア) 弁には常時、開閉の表示がされていること。また、その表示が正しい状態になっていること。                     |    |      |
| (イ) 各機器においてガス漏れの音がしないこと。                                           |    |      |
| (ウ) 圧力計及び液面計の指示値が正常範囲内であること。酸素ガスにあっては、他のガスより送気圧力が30kPa程度高くなっていること。 |    |      |
| (エ) 警報装置の表示灯に損傷がないこと（高圧ガス容器交換時には点灯及び消灯の作動を確認すること。）。                |    |      |
| (オ) 連結導管にねじれ、凹み及び折れがないこと。                                          |    |      |
| (カ) 高圧ガス容器の転倒又は移動防止装置にゆるみなどの異常がないこと。                               |    |      |
| (キ) 医療ガスの残量が十分であること（機器に内蔵された圧力計、重量計等で確認                            |    |      |

(様式1-2)

日常点検チェックリスト

—供給設備（マニフォールド、定置式超低温液化ガス貯槽（CE））

—

|                                                                    | 良否 | 対策事項 |
|--------------------------------------------------------------------|----|------|
| (ア) 弁には常時、開閉の表示がされていること。また、その表示が正しい状態になっていること。                     |    |      |
| (イ) 各機器においてガス漏れの音がしないこと。                                           |    |      |
| (ウ) 圧力計及び液面計の指示値が正常範囲内であること。酸素ガスにあっては、他のガスより送気圧力が30kPa程度高くなっていること。 |    |      |
| (エ) 警報装置の表示灯に損傷がないこと（高圧ガス容器交換時には点灯及び消灯の作動を確認すること。）。                |    |      |
| (オ) 連結導管にねじれ、凹み及び折れがないこと。                                          |    |      |
| (カ) 高圧ガス容器の転倒又は移動防止装置にゆるみなどの異常がないこと。                               |    |      |
| (キ) 医療ガスの残量が十分であること（機器に内蔵された圧力計、重量計等で確認                            |    |      |

|                                   |  |  |
|-----------------------------------|--|--|
| すること。)                            |  |  |
| (ク) 液化ガスの場合、平常時に比べて異常な霜付きがないこと。   |  |  |
| (ケ) 各機器において異常なガス流音又はその他の異常音がないこと。 |  |  |

実 施 日 : 年 月 日  
 実 施 責 任 者 :  
 医療ガス安全管理委員長 :

|                                   |  |  |
|-----------------------------------|--|--|
| すること。)                            |  |  |
| (ク) 液化ガスの場合、平常時に比べて異常な霜付きがないこと。   |  |  |
| (ケ) 各機器において異常なガス流音又はその他の異常音がないこと。 |  |  |

実 施 日 : 年 月 日  
 実 施 責 任 者 : 印  
 医療ガス安全管理委員長 : 印

(様式1-3)

日常点検チェックリスト

—供給設備（圧縮空気供給装置、吸引供給装置）—

|                                                           | 良否 | 対策事項 |
|-----------------------------------------------------------|----|------|
| (ア) 起動及び停止の機能に異常がないこと。                                    |    |      |
| (イ) 運転中の異常音及び異常振動がないこと。                                   |    |      |
| (ウ) 消音器がある設備の場合、その効果が正常であること。                             |    |      |
| (エ) 給水を要する設備の場合、水位及び水の循環排水に異常がないこと（弁の作動及び水漏れの有無を確認すること。）。 |    |      |
| (オ) 電流計、電圧計等の計器類の指示値が正常範囲内であること。                          |    |      |
| (カ) 圧縮空気供給装置の安全弁に漏れがないこと。また、圧縮空気供給装置の露点計の指示値が正常範囲内であること。  |    |      |
| (キ) 空気圧縮機、アフタークーラ等にドレンが溜まっていないこと。                         |    |      |

(様式1-3)

日常点検チェックリスト

—供給設備（圧縮空気供給装置、吸引供給装置）—

|                                                           | 良否 | 対策事項 |
|-----------------------------------------------------------|----|------|
| (ア) 起動及び停止の機能に異常がないこと。                                    |    |      |
| (イ) 運転中の異常音及び異常振動がないこと。                                   |    |      |
| (ウ) 消音器がある設備の場合、その効果が正常であること。                             |    |      |
| (エ) 給水を要する設備の場合、水位及び水の循環排水に異常がないこと（弁の作動及び水漏れの有無を確認すること。）。 |    |      |
| (オ) 電流計、電圧計等の計器類の指示値が正常範囲内であること。                          |    |      |
| (カ) 圧縮空気供給装置の安全弁に漏れがないこと。また、圧縮空気供給装置の露点計の指示値が正常範囲内であること。  |    |      |
| (キ) 空気圧縮機、アフタークーラ等にドレンが溜まっていないこと。                         |    |      |

実 施 日 : 年 月 日

実 施 責 任 者 :

医療ガス安全管理委員長 :

実 施 日 : 年 月 日

実 施 責 任 者 : 印

医療ガス安全管理委員長 : 印

(様式2-1)

定期点検チェックリスト (3か月点検)

—配管端末器 (アウトレット) —

|                                                                                                                                                                           | 良否 | 対策事項 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| (ア) キャップ等の付属品があること。                                                                                                                                                       |    |      |
| (イ) リングカバーの作動に異常がないこと。                                                                                                                                                    |    |      |
| (ウ) 弁機能(特にロック機構)に異常がないこと。                                                                                                                                                 |    |      |
| (エ) リール式ホース巻上げ機能の作動に異常がないこと。                                                                                                                                              |    |      |
| (オ) ソケット取付け部のゆるみがないこと。                                                                                                                                                    |    |      |
| (カ) 医療ガスの種類ごとに定められた配管端末器 (アウトレット) が標準送気圧力内であるとき、最低流量を流した時の圧力変動が最大変動圧力の範囲内であること。<br>注1) 点検作業の際には点検用具を用いて個々の配管端末器 (アウトレット) ごとに確認すること。<br>注2) 標準送気圧力、最低流量、最大変動圧力は下表「配管端末器 (ア |    |      |

(様式2-1)

定期点検チェックリスト (3か月点検)

—配管端末器 (アウトレット) —

|                                                                                                                                                                           | 良否 | 対策事項 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| (ア) キャップ等の付属品があること。                                                                                                                                                       |    |      |
| (イ) リングカバーの作動に異常がないこと。                                                                                                                                                    |    |      |
| (ウ) 弁機能(特にロック機構)に異常がないこと。                                                                                                                                                 |    |      |
| (エ) リール式ホース巻上げ機能の作動に異常がないこと。                                                                                                                                              |    |      |
| (オ) ソケット取付け部のゆるみがないこと。                                                                                                                                                    |    |      |
| (カ) 医療ガスの種類ごとに定められた配管端末器 (アウトレット) が標準送気圧力内であるとき、最低流量を流した時の圧力変動が最大変動圧力の範囲内であること。<br>注1) 点検作業の際には点検用具を用いて個々の配管端末器 (アウトレット) ごとに確認すること。<br>注2) 標準送気圧力、最低流量、最大変動圧力は下表「配管端末器 (ア |    |      |



「アウトレット)の圧力と流量」によるものとする。

表 配管端末器 (アウトレット) の圧力と流量

| 医療ガスの種類        | 標準送気<br>圧力<br>(kPa) | 配管端末器<br>最低流量<br>(NL/min) | 最大変動<br>圧力<br>(kPa) |
|----------------|---------------------|---------------------------|---------------------|
| 酸素<br>治療用空気    | 400±40              | 60                        | -40                 |
| 亜酸化窒素<br>二酸化炭素 | 400±40              | 40                        | -40                 |
| 吸引 (水封式)       | -40~-70             | 40                        | +40                 |
| 吸引 (オイル式)      | -50~-80             | 40                        | +40                 |
| 駆動用圧縮ガス        | 900±180             | 350                       | -180                |
| 麻酔ガス排除 (吸引方式)  | -4~-5               | 30                        | +1                  |

※ 標準送気圧力：配管端末器 (アウトレット) に送気される圧力の範囲。ただし、酸素は、亜酸化窒素及び二酸化炭素よりも静止圧状態において 30kPa 程度高いこと。また、治療用空気は酸素と亜酸化窒素及び二酸化炭素との中間の送気圧力とすることが望ましい。

配管端末器最低流量：当該配管端末器 (アウトレット) だけを

「アウトレット)の圧力と流量」によるものとする。

表 配管端末器 (アウトレット) の圧力と流量

| 医療ガスの種類        | 標準送気<br>圧力<br>(kPa) | 配管端末器<br>最低流量<br>(NL/min) | 最大変動<br>圧力<br>(kPa) |
|----------------|---------------------|---------------------------|---------------------|
| 酸素<br>治療用空気    | 400±40              | 60                        | -40                 |
| 亜酸化窒素<br>二酸化炭素 | 400±40              | 40                        | -40                 |
| 吸引 (水封式)       | -40~-70             | 40                        | +40                 |
| 吸引 (オイル式)      | -50~-80             | 40                        | +40                 |
| 駆動用圧縮ガス        | 900±180             | 350                       | -180                |
| 麻酔ガス排除 (吸引方式)  | -4~-5               | 30                        | +1                  |

※ 標準送気圧力：配管端末器 (アウトレット) に送気される圧力の範囲。ただし、酸素は、亜酸化窒素及び二酸化炭素よりも静止圧状態において 30kPa 程度高いこと。また、治療用空気は酸素と亜酸化窒素及び二酸化炭素との中間の送気圧力とすることが望ましい。

配管端末器最低流量：当該配管端末器 (アウトレット) だけを

使用した場合に、標準圧力範囲内の配管圧力で得なければならない流量。

最大変動圧力：配管端末器最低流量を放出したときに許される圧力変動の最大値。

駆動用圧縮ガス：手術機器駆動用空気及び手術機器駆動用窒素を含む手術機器の動力に使用する圧縮ガスの総称。

実 施 日 : 年 月 日

実 施 責 任 者 :

医療ガス安全管理委員長 :

使用した場合に、標準圧力範囲内の配管圧力で得なければならない流量。

最大変動圧力：配管端末器最低流量を放出したときに許される圧力変動の最大値。

駆動用圧縮ガス：手術機器駆動用空気及び手術機器駆動用窒素を含む手術機器の動力に使用する圧縮ガスの総称。

実 施 日 : 年 月 日

実 施 責 任 者 : 印

医療ガス安全管理委員長 : 印

(様式2-2)

定期点検チェックリスト (3か月点検)

—供給設備 (マニフォールド、定置式超低温液化ガス貯槽 (C E)、圧縮空気供給装置、吸引供給装置) —

|                                       | 良否 | 対策事項 |
|---------------------------------------|----|------|
| (ア) 供給設備の設置場所の出入口の扉が施錠されていること。        |    |      |
| (イ) 供給設備の設置場所に消火設備が完備されていること。         |    |      |
| (ウ) 各機器に損傷、塗装の剥離、腐食等がないこと。            |    |      |
| (エ) 圧力計の指示値が正常範囲内であること。               |    |      |
| (オ) 異常検出器が正常に作動すること。                  |    |      |
| (カ) 各機器のフィルタ類のエLEMENTに目詰まりがないこと。      |    |      |
| (キ) 各機器のフィルタ類のエLEMENTが使用期限内であること。     |    |      |
| (ク) 吸引ポンプ、アフタークーラ等の給水量及び水温に異常がないこと。   |    |      |
| (ケ) 空気圧縮機、アフタークーラ等のオートドレンの作動に異常がないこと。 |    |      |

(様式2-2)

定期点検チェックリスト (3か月点検)

—供給設備 (マニフォールド、定置式超低温液化ガス貯槽 (C E)、圧縮空気供給装置、吸引供給装置) —

|                                       | 良否 | 対策事項 |
|---------------------------------------|----|------|
| (ア) 供給設備の設置場所の出入口の扉が施錠されていること。        |    |      |
| (イ) 供給設備の設置場所に消火設備が完備されていること。         |    |      |
| (ウ) 各機器に損傷、塗装の剥離、腐食等がないこと。            |    |      |
| (エ) 圧力計の指示値が正常範囲内であること。               |    |      |
| (オ) 異常検出器が正常に作動すること。                  |    |      |
| (カ) 各機器のフィルタ類のエLEMENTに目詰まりがないこと。      |    |      |
| (キ) 各機器のフィルタ類のエLEMENTが使用期限内であること。     |    |      |
| (ク) 吸引ポンプ、アフタークーラ等の給水量及び水温に異常がないこと。   |    |      |
| (ケ) 空気圧縮機、アフタークーラ等のオートドレンの作動に異常がないこと。 |    |      |

|                                          |  |  |
|------------------------------------------|--|--|
| (コ) 圧縮空気供給装置及び吸引供給装置のタンク類にドレンが溜まっていないこと。 |  |  |
| (サ) 冷凍式エアードライヤの放熱板に変形及び目詰まりがないこと。        |  |  |

実 施 日 : 年 月 日  
 実 施 責 任 者 :  
 医療ガス安全管理委員長 :

|                                          |  |  |
|------------------------------------------|--|--|
| (コ) 圧縮空気供給装置及び吸引供給装置のタンク類にドレンが溜まっていないこと。 |  |  |
| (サ) 冷凍式エアードライヤの放熱板に変形及び目詰まりがないこと。        |  |  |

実 施 日 : 年 月 日  
 実 施 責 任 者 : 印  
 医療ガス安全管理委員長 : 印

(様式2-3)

定期点検チェックリスト (6か月点検)

—配管端末器 (アウトレット) —

|                                                                                                    | 良否 | 対策事項 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| (ア) 天吊り式、リール式等の配管端末器 (アウトレット) の一部を構成するホースアセンブリに劣化、変形及び亀裂がないこと(加圧されていない状態でホース内径の10倍の内半径に曲げて確認すること。) |    |      |

実 施 日 : 年 月 日  
実 施 責 任 者 :  
医療ガス安全管理委員長 :

(様式2-3)

定期点検チェックリスト (6か月点検)

—配管端末器 (アウトレット) —

|                                                                                                    | 良否 | 対策事項 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| (ア) 天吊り式、リール式等の配管端末器 (アウトレット) の一部を構成するホースアセンブリに劣化、変形及び亀裂がないこと(加圧されていない状態でホース内径の10倍の内半径に曲げて確認すること。) |    |      |

実 施 日 : 年 月 日  
実 施 責 任 者 : 印  
医療ガス安全管理委員長 : 印

(様式2-4)

定期点検チェックリスト (6か月点検)

—供給設備 (マニフォールド、定置式超低温液化ガス貯槽 (C  
E)、圧縮空気供給装置、吸引供給装置) —

|                                                | 良否 | 対策事項 |
|------------------------------------------------|----|------|
| (ア) 各機器の固定にゆるみがないこと。                           |    |      |
| (イ) 警報装置の機能に異常がないこと。                           |    |      |
| (ウ) 予備供給設備又は緊急用供給設備がある場合、その機能に異常がないこと。         |    |      |
| (エ) マニフォールドの切換え機能に異常がないこと。                     |    |      |
| (オ) 制御盤等のリレーが損傷していないこと。また、端子にゆるみがないこと。         |    |      |
| (カ) 空気圧縮機、吸引ポンプ等の駆動ベルトに損傷やゆるみがないこと。            |    |      |
| (キ) 吸引ポンプ、アフタークーラ等の給水ストレーナに目詰まりがないこと。          |    |      |
| (ク) 圧縮空気供給装置の圧力スイッチ及び吸引供給装置の真空スイッチの機能に異常がないこと。 |    |      |
| (ケ) 管理責任者の氏名、緊急時連絡先(電話番号)等を示す表示があること。          |    |      |

(様式2-4)

定期点検チェックリスト (6か月点検)

—供給設備 (マニフォールド、定置式超低温液化ガス貯槽 (C  
E)、圧縮空気供給装置、吸引供給装置) —

|                                                | 良否 | 対策事項 |
|------------------------------------------------|----|------|
| (ア) 各機器の固定にゆるみがないこと。                           |    |      |
| (イ) 警報装置の機能に異常がないこと。                           |    |      |
| (ウ) 予備供給設備又は緊急用供給設備がある場合、その機能に異常がないこと。         |    |      |
| (エ) マニフォールドの切換え機能に異常がないこと。                     |    |      |
| (オ) 制御盤等のリレーが損傷していないこと。また、端子にゆるみがないこと。         |    |      |
| (カ) 空気圧縮機、吸引ポンプ等の駆動ベルトに損傷やゆるみがないこと。            |    |      |
| (キ) 吸引ポンプ、アフタークーラ等の給水ストレーナに目詰まりがないこと。          |    |      |
| (ク) 圧縮空気供給装置の圧力スイッチ及び吸引供給装置の真空スイッチの機能に異常がないこと。 |    |      |
| (ケ) 管理責任者の氏名、緊急時連絡先(電話番号)等を示す表示があること。          |    |      |

実 施 日 : 年 月 日

実 施 責 任 者 :

医療ガス安全管理委員長 :

実 施 日 : 年 月 日

実 施 責 任 者 : 印

医療ガス安全管理委員長 : 印

(様式2-5)

定期点検チェックリスト (1年点検)

—配管端末器 (アウトレット) —

|                                           | 良否 | 対策事項 |
|-------------------------------------------|----|------|
| (ア) 配管及び配管端末器 (アウトレット) の接続部でガス漏れの音がしないこと。 |    |      |
| (イ) ソケットの取付け部でガス漏れの音がしないこと。               |    |      |

—区域別遮断弁 (シャットオフバルブ) —

|                                    | 良否 | 対策事項 |
|------------------------------------|----|------|
| (ア) 他の機材等で隠れていないこと。                |    |      |
| (イ) 弁からのガス漏れの音がしないこと。              |    |      |
| (ウ) 制御区域を示す模式図及び室名又は部門名を示す表示があること。 |    |      |

実 施 日 : 年 月 日

実 施 責 任 者 :

医療ガス安全管理委員長 :

(様式2-5)

定期点検チェックリスト (1年点検)

—配管端末器 (アウトレット) —

|                                           | 良否 | 対策事項 |
|-------------------------------------------|----|------|
| (ア) 配管及び配管端末器 (アウトレット) の接続部でガス漏れの音がしないこと。 |    |      |
| (イ) ソケットの取付け部でガス漏れの音がしないこと。               |    |      |

—区域別遮断弁 (シャットオフバルブ) —

|                                    | 良否 | 対策事項 |
|------------------------------------|----|------|
| (ア) 他の機材等で隠れていないこと。                |    |      |
| (イ) 弁からのガス漏れの音がしないこと。              |    |      |
| (ウ) 制御区域を示す模式図及び室名又は部門名を示す表示があること。 |    |      |

実 施 日 : 年 月 日

実 施 責 任 者 : 印

医療ガス安全管理委員長 : 印



(様式2-6)

定期点検チェックリスト (1年点検)

—供給設備 (マニフォールド、定置式超低温液化ガス貯槽 (C E)、圧縮空気供給装置、吸引供給装置) —

|                                                                                                | 良否 | 対策事項 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| (ア) 各機器の安全弁からのガス漏れの音がしないこと。                                                                    |    |      |
| (イ) 各機器の弁の開閉が円滑であること。                                                                          |    |      |
| (ウ) 主遮断弁 (メインシャットオフバルブ) を含む供給装置に使用されている弁にガス漏れがないこと (検知液で確認すること。)                               |    |      |
| (エ) 各機器の電源装置の絶縁抵抗に異常がないこと。                                                                     |    |      |
| (オ) 各機器の圧力スイッチ及び真空スイッチの機能に異常がなく、圧力計及び真空計の設定値及び指示値が正常範囲内であること (必要であれば、校正 (キャリブレーション) 又は交換すること。) |    |      |
| (カ) マニフォールド及び圧縮空気供給装置の圧力調整器のシート漏れがないこと。                                                        |    |      |

(様式2-6)

定期点検チェックリスト (1年点検)

—供給設備 (マニフォールド、定置式超低温液化ガス貯槽 (C E)、圧縮空気供給装置、吸引供給装置) —

|                                                                                                | 良否 | 対策事項 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| (ア) 各機器の安全弁からのガス漏れの音がしないこと。                                                                    |    |      |
| (イ) 各機器の弁の開閉が円滑であること。                                                                          |    |      |
| (ウ) 主遮断弁 (メインシャットオフバルブ) を含む供給装置に使用されている弁にガス漏れがないこと (検知液で確認すること。)                               |    |      |
| (エ) 各機器の電源装置の絶縁抵抗に異常がないこと。                                                                     |    |      |
| (オ) 各機器の圧力スイッチ及び真空スイッチの機能に異常がなく、圧力計及び真空計の設定値及び指示値が正常範囲内であること (必要であれば、校正 (キャリブレーション) 又は交換すること。) |    |      |
| (カ) マニフォールド及び圧縮空気供給装置の圧力調整器のシート漏れがないこと。                                                        |    |      |

|                                                                           |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|--|
| (キ) 各機器においてガス漏れの音がしないこと。                                                  |  |  |
| (ク) マニフールド及び圧縮空気供給装置の圧力調整器の設定圧力が正常範囲内であること。                               |  |  |
| (ケ) 圧縮空気供給装置の露点計その他の計器類の指示値が正常範囲内であること<br>(必要であれば、校正(キャリブレーション)又は交換すること。) |  |  |
| (コ) 可搬式超低温液化ガス容器のマニフールドのエコノマイザ弁の設定圧力に異常がないこと。                             |  |  |

実 施 日 : 年 月 日  
 実 施 責 任 者 :  
 医療ガス安全管理委員長 :

|                                                                           |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|--|
| (キ) 各機器においてガス漏れの音がしないこと。                                                  |  |  |
| (ク) マニフールド及び圧縮空気供給装置の圧力調整器の設定圧力が正常範囲内であること。                               |  |  |
| (ケ) 圧縮空気供給装置の露点計その他の計器類の指示値が正常範囲内であること<br>(必要であれば、校正(キャリブレーション)又は交換すること。) |  |  |
| (コ) 可搬式超低温液化ガス容器のマニフールドのエコノマイザ弁の設定圧力に異常がないこと。                             |  |  |

実 施 日 : 年 月 日  
 実 施 責 任 者 : 印  
 医療ガス安全管理委員長 : 印

別添 3

医療ガス設備の工事施工監理指針

この指針は、病院及び患者を入院させるための施設を有する診療所（以下「病院等」という。）における医療ガス（酸素、亜酸化窒素、治療用空気、吸引、二酸化炭素、手術機器駆動用窒素等をいう。以下同じ。）の使用上の安全確保を目的とした医療ガスに関する構造設備（以下「医療ガス設備」という。）の新設及び増設工事、部分的な改造、修理等（以下「工事」という。）に当たり、安全管理上留意すべき事項を示すものである。なお、高圧ガス（高圧ガス保安法（昭和 26 年法律第 204 号）第 2 条に規定する「高圧ガス」をいう。以下同じ。）に関する構造設備の工事に関しては、高圧ガス保安法も遵守すること。

なお、患者を入院させるための施設を有しない診療所については、委員会の設置は要しないこととするが、診療所の管理者等の医療ガスに関する知識と技術を有する者が、実施責任者として、本通知の趣旨に鑑み適切な医療ガス設備の工事施工監理を行うこと。

1・2 （略）

3 医療ガス設備の工事完了の際には、医療ガス設備の臨床使用に先立って、全ての配管端末器（アウトレット）に不備がなく、安全で、かつ所定の機能を備えていることを確認すること。なお、

別添 3

医療ガス設備の工事施工監理指針

この指針は、病院及び患者を入院させるための施設を有する診療所（以下「病院等」という。）における医療ガス（酸素、亜酸化窒素、治療用空気、吸引、二酸化炭素、手術機器駆動用窒素等をいう。以下同じ。）の使用上の安全確保を目的とした医療ガスに関する構造設備（以下「医療ガス設備」という。）の新設及び増設工事、部分的な改造、修理等（以下「工事」という。）に当たり、安全管理上留意すべき事項を示すものである。なお、高圧ガス（高圧ガス保安法（昭和 26 年法律第 204 号）第 2 条に規定する「高圧ガス」をいう。以下同じ。）に関する構造設備の工事に関しては、高圧ガス保安法も遵守すること。

なお、患者を入院させるための施設を有しない診療所については、委員会の設置は要しないこととするが、診療所の管理者等の医療ガスに関する知識と技術を有する者が、実施責任者として、本通知の趣旨に鑑み適切な医療ガス設備の工事施工監理を行うこと。

1・2 （略）

3 医療ガス設備の工事完了の際には、医療ガス設備の臨床使用に先立って、全ての配管端末器（アウトレット）に不備がなく、安全で、かつ所定の機能を備えていることを確認すること。なお、

確認に当たっては次に掲げる点に留意すること。

(1) 実施責任者等は、工事施工者が配管端末器（アウトレット）の確認を行う際に立ち会い、(3)に掲げる事項について、工事施工者と共に配管端末器（アウトレット）に不備がないことを確認すること。確認終了後、実施責任者等は、工事施工者が作成する検査書に氏名を記載し、委員会に提出すること。

(2)・(3) (略)

確認に当たっては次に掲げる点に留意すること。

(1) 実施責任者等は、工事施工者が配管端末器（アウトレット）の確認を行う際に立ち会い、(3)に掲げる事項について、工事施工者と共に配管端末器（アウトレット）に不備がないことを確認すること。確認終了後、実施責任者等は、工事施工者が作成する検査書に署名・捺印し、委員会に提出すること。

(2)・(3) (略)