

レジオネラ防止条例対象の入浴施設に係る自主点検表

(対象:旅館業及び公衆浴場業)

施設所在地 _____

施設名称 _____

施設電話番号 _____

メールアドレス _____

点検日 _____ 年 月 日

点検者氏名 _____

以下の項目について、点検を行い、実施頻度等の欄に具表的な数値及び点検結果の欄に、できている「○」、できていない「×」、該当しない場合には「-」を記入してください。できていない「×」の場合は、改善方法を具体的に記載してください。

No.	点検項目	実施頻度等	点検結果	改善方法
1	① 貯湯槽を設置している場合、貯湯槽の温度を、通常の使用状態で60℃以上に保ち、かつ、最大使用時においても55℃以上に保っていますか。		(×の場合、②に対応していれば条例適合)	
2	② ①が実施できない場合は、貯湯槽内の湯水の消毒又は定期的に生物膜の除去を行うための清掃及び消毒を行っていますか。	回/() 直近実施日 (年 月 日)		
3	貯湯槽を設置している場合には、定期的に貯湯槽と浴槽を結ぶ配管の生物膜の除去を行うための清掃及び消毒を行っていますか。	回/() 直近実施日 (年 月 日)		
4	洗い場の湯栓やシャワーへ送る湯水の温度を調節するための槽(調節箱)を設置している場合は、当該設備を定期的に清掃していますか。	回/() 直近実施日 (年 月 日)		
5	利用者ごとに浴槽を完全に換水し、その都度清掃する場合は、5～15は点検不要			
	浴槽は、原湯又は十分にろ過した湯水により常に満杯状態に保ち、かつ、あふれさせ、浴槽水を清浄に保っていますか。			
6	浴槽水の換水を適切に実施し、清掃していますか。 (連日使用型循環浴槽：1回/週以上、それ以外は毎日)	回/週		
	浴槽水の消毒			
7	【塩素系薬剤の場合】 浴槽水中の遊離残留塩素濃度(結合塩素のモノクロラミン使用の場合はその濃度)を頻りに測定していますか。 (頻度：概ね2時間に1回程度(1回/2時間)程度。ただし経験上、濃度が確保されている場合は多少間隔を広げても差し支えありません。)	回/ 時間		
8	残留塩素濃度は0.4mg/L程度(最大1.0mg/L)を保っていますか。 (モノクロラミン使用の場合、3.0mg/L程度を保っていますか。)			
9	残留塩素濃度の測定結果を3年間保管していますか。			
10	【塩素系薬剤以外の場 次の3つに当てはまらない場合、消毒の方法について保健所長の承認を受けていますか。(条例施行規則第4条関係) ・原湯・原水が著しく多く、遊離残留塩素濃度を確保することができない場合 ・原湯・原水の性質により塩素系薬剤を使用できない場合 ・原湯・原水のpH値が高く塩素系薬剤の使用が有効でない場合			
11	水質検査結果が基準に適合していますか。			
12	ない【消毒でき 循環式浴槽となっていないですか。			
13	水質検査結果が基準に適合していますか。			
14	浴槽内に入る前は身体を洗うことなど、公衆衛生に害を及ぼす恐れのある行為をさせないよう注意喚起していますか。			
15	浴槽水の水質検査を行っていますか。			
16	水道水以外の使用水(原湯、原水、上がり用湯・水)の水質検査を行っていますか。			
17	水質検査の結果は、検査の日から3年間保管していますか。			
18	水質検査を実施する場合は、定められた頻度で実施していますか。 ・毎日完全に換水している浴槽水、使用水に水道水以外を利用(1回/年以上) ・毎日完全に換水していない浴槽水(2回/年以上、塩素系薬剤以外使用の場合は4回/年以上)	回/年 直近実施日 (年 月 日)		
19	水質検査の結果、基準に適合していないことが判明した場合は、入浴施設の利用を中止するなど利用者の安全を確保していますか。	基準超過日 (年 月 日)		
20	水質検査の結果、基準に適合していないことが判明した場合は、保健所に報告していますか。	報告日 (年 月 日)		

<裏面あります>

21	最新の水質検査の結果を利用者の見やすい場所（受付、ロビー、入口等）に掲示していますか。			
22	入浴施設の構造（循環・非循環・一部循環など）、換水の頻度、消毒の実施状況などの衛生管理に関する事項について、利用者の見やすい場所に掲示していますか。			
23	No.21に記載の入浴施設の衛生管理に関する事項について、利用者から説明を求められたときは、自主管理手引書や点検表等を用いて説明に努めていますか。			
24	集毛器は、毎日清掃していますか			
25	ろ過器は、1週間に1回以上、逆洗浄していますか。 なお、レジオネラ症防止条例の施行前に建設された施設等（レジオネラ条例の適用を受けない施設）において、逆洗浄できないろ過器を使用している場合は、その洗浄を適切に実施していますか。			【逆洗浄を行えない場合の洗浄法及び頻度を記載】
26	循環配管は適切な消毒方法で生物膜を除去していますか。			
27	循環式浴槽を 設置している場合 塩素系薬剤は、ろ過器の直前に注入又は投入していますか。			
28	循環配管の状況を正確に把握し、不要な配管は、除去し、又は通水しないこととする措置をとっていますか。			
29	オーバーフロー水及びオーバーフロー水を回収するために設置する回収槽内の湯水は、入浴のために使用できませんが、レジオネラ症防止条例施行前（H17.4以前）に建設された施設など、条例が適用されない一部の施設において、やむを得ず使用している場合は、頻繁に回収槽の内部、オーバーフロー水の配管等オーバーフロー水の流路の清掃・消毒を行うとともに、回収槽内の湯水の消毒（常時0.4mg/L以上の塩素濃度を維持）を行っていますか。		回/()	
30	気泡発生装置等を設置している浴槽は、毎日完全に換水していますか。			
31	打たせ湯又はシャワーは原湯又は原水のみを使用していますか。			
32	循環水の誤飲を防ぐための措置（飲用してはならない旨の表示等）を行っていますか。			
33	浴槽に湯水がある時は、ろ過器及び消毒装置を常に作動させていますか。			
34	配管を要する水位計を設置している場合は、その配管を1週間に1回以上、消毒していますか。		回/週	
35	① 1週間に1回以上、内部の水が置き換わるように通水していますか。		回/週	
36	シャワー ② シャワーヘッド及びホースは、6か月に1回以上点検していますか。		回/()	
37	③ シャワーヘッド及びホースは、1年に1回以上洗浄及び消毒していますか。		回/年	
38	衛生管理を行うため、自主管理手引書及び点検表を作成していますか。			
39	自主管理手引書及び点検表に基づき点検した結果を、一定期間保存していますか。			
40	日常の衛生管理を行うための責任者を定めていますか。		(責任者氏名)	

<添付書類>

- ・直近の水質検査結果（原湯、原水、上り用湯・水、浴槽水）（写し）
- ・自主点検の記録（直近3か月分）（写し）

上記のとおり相違ないことを、証明します。

年 月 日

営業者の住所 _____

営業者の氏名
(法人の場合は、法人名称及び代表者職氏名) _____

※保健所使用欄(以下には記入しないでください)

課長	主幹	参事	主査	課員

指導事項等