年度 レジオネラ症防止対策年間 □管理計画書・□管理実施報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 |  |
| 施設所在地 | 　　　　　区 |
| 施設用途 |  |
| 民間の施設にあっては | 設置者 | 住所(法人にあっては、その主たる事務所の所在地)氏名(法人にあっては、その名称及び代表者の氏名)(担当者所属部署名)　　　　　　　　　　　　　　(担当者氏名)(TEL)　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　(FAX) |
| 市の施設にあっては | 所管課 | 　　　　　局・区　　　　　　課　　　　担当者氏名(TEL)　　　　　　　　　　　　　　　 (FAX) |
| 管理の形態 | １　直轄　　　・　　　２　指定管理　　　・　　　３　その他 |
| （管理の形態が２，３の場合記入）施設管理者 | 住所(法人にあっては、その主たる事務所の所在地)氏名(法人にあっては、その名称及び代表者の氏名) (担当者所属部署名)　　　　　　　　　　　　　　(担当者氏名)(TEL)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (FAX) |

|  |  |
| --- | --- |
| 全体に関して | 最新の配管図面、機器の仕様書等が保管されており、いつでも参照できる状態になっていましたか？　１はい　・　２いいえ |
| 設備の維持管理の手引書や、レジオネラ属菌が検出された場合等緊急時の対策及び連絡体制を定めた書類があり、常に更新されていましたか？１はい　・　２いいえ |

　　　　年度 レジオネラ症防止対策年間 □管理計画書・□管理実施報告書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 設備 | 維持管理内容 | 望ましい回数 |  | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 |
| 実施回数 |
| 循　　環　　式　　浴　　槽　　設　　備 | 原湯を貯留する貯湯槽の清掃及び消毒 | 年１回 | 予定日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　回／年 | 実施日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 浴槽水のレジオネラ属菌水質検査 | 年１回以上※ | 予定日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　回／年 | 実施日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 菌数(CFU/100mL) | 指針値を超過した場合の対応(指針値 検出されないこと) |
| 結果① | 　CFU/100ｍL |  |
| 結果② | 　CFU/100ｍL |  |
| ※レジオネラ属菌水質検査の頻度について 　１　年に１回以上（塩素系薬剤以外の薬剤で消毒している場合は、年２回以上）　　 ア　ろ過器を使用している浴槽水　　 イ　ろ過器を使用していないが、浴槽水を複数人が利用している（浴槽水を毎日完全に換水を含む）　２　必要に応じて実施　　ウ　利用者一人ごとに完全に換水しているが、浴槽水を循環させている |
|  |
| その他 | 浴槽水の交換頻度 | 予定 | 週　　　　回 | 実施 | 週　　　　回 |
| ろ過器内の洗浄頻度 | 予定 | 週　　　　回 | 実施 | 週　　　　回 |
| ろ過器及び循環配管の消毒頻度 | 予定 | 週　　　　回 | 実施 | 週　　　　回 |
| 気泡発生装置の清掃頻度 | 予定 | 週　　　　回 | 実施 | 週　　　　回 |
| 水位計配管の消毒頻度 | 予定 | 週　　　　回 | 実施 | 週　　　　回 |
| 浴槽水の遊離残留塩素濃度は0.4mg/L以上（モノクロラミンの場合は３mg/L以上）を保持しましたか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１はい　・　２いいえ |
|  集毛器の清掃及び消毒を毎日行いましたか？　　　　　　　　　　　　　　１はい　・　２いいえ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 機 械 浴 槽 ・ 採 暖 槽 | 浴槽水のレジオネラ属菌水質検査 | 年１回以上 | 予定日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　回／年 | 実施日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 菌数(CFU/100mL) | 指針値を超過した場合の対応(指針値 検出されないこと) |
| 結果① | 　CFU/100ｍL |  |
| 結果② | 　CFU/100ｍL |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 冷　　　　　　却　　　　　　塔 | 化学的洗浄（過酸化水素、ｸﾞﾙﾀｰﾙｱﾙﾃﾞﾋﾄﾞ、塩素剤等） | 使用期間の前・後 | 予定日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　回／年 | 実施日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 清掃 | 使用期間中１回／月程度 | 予定日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　回／年 | 実施日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| レジオネラ属菌水質検査 | 使用期間中２回以上 | 予定日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　回／年 | 実施日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 菌数(CFU/100mL) | 指針値を超過した場合の対応(指針値10２CFU/100mL未満) |
| 結果① | 　CFU/100ｍL |  |
| 結果② | 　CFU/100ｍL |  |
| 結果③ | 　CFU/100ｍL |  |
| １　冷却塔を夏場のみ使用する場合のレジオネラ属菌水質検査 　・　１回目の検査は，冷却塔を使用してから２～３週間後に行います。 　・　２回目の検査は，７月～８月の間に行います。 ２　冷却塔を１年中使用する場合のレジオネラ属菌水質検査 　・　菌数の変動を把握できる適切な時期に行います。このうち１回は７月～８月の間に行います。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 設備 | 維持管理内容 | 望ましい回数 |  | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 |
| 実施回数 |
| 中　央　式　給　湯　設　備 | ﾎﾞｲﾗｰ、貯湯槽、膨張ﾀﾝｸ等の清掃 | 年１回 | 予定日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　回／年 | 実施日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| レジオネラ属菌水質検査 | 年１回以上 | 予定日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　回／年 | 実施日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 菌数(CFU/100mL) | 指針値を超過した場合の対応(指針値 検出されないこと) |
| 結果① | 　CFU/100ｍL |  |
| 結果② | 　CFU/100ｍL |  |
| 給湯温度を貯湯槽内水温60℃以上、給湯栓末端水温55℃以上で管理しましたか？　　１はい　・　２いいえ |
| （1）高リスク配管※がありますか？　　　　　　　　　　　　　１ある　・　２ない　・３把握していない（2）１ある　の場合、高リスク配管に対し、頻繁な通水等の対策を行いましたか？　　ア　はい（行った対策：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・　イ　いいえ※高リスク配管･･･給湯栓が撤去され残置されている配管や、使用頻度が低い給湯栓の配管、枝管の長い配管等、湯が滞留している配管や付属する給湯栓 |
| 水　景　設　備 | 点検及び清掃 | 定期的 | 予定日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　回／年 | 実施日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| レジオネラ属菌水質検査 | 年１回以上※ | 予定日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　回／年 | 実施日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 菌数(CFU/100mL) | 指針値を超過した場合の対応(指針値 検出されないこと) |
| 結果① | 　CFU/100ｍL |  |
| 結果② | 　CFU/100ｍL |  |
| ※年１回は水温が高くなる７月～８月の間にレジオネラ属菌水質検査を行います。 |
| 使用中は、遊離残留塩素濃度を0.2mg/L以上に保持しましたか？　　　　　　　　　　１はい　・　２いいえ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 加 湿 装 置 | 点検及び清掃 | 使用開始直前と期間中１回／月程度 | 予定日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　回／年 | 実施日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ポータブル加湿器の場合：毎日、貯水部を清掃し、加湿水を全て入れ換えましたか？　１はい　・　２いいえ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 設備管理委託先 | 循環式浴槽設備：冷却塔：中央式給湯設備：水景設備：加湿装置： | レジオネラ属菌水質検査機関 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 指　導　事　項 |  |