

レジオネラ症防止対策年間 管理計画書・管理実施報告書の記入要領

【1ページ目】

- 1 年度を記入し、管理計画書・管理実施報告書のどちらかにチェックをしてください。
- 2 「施設名称」欄は、施設の名称を記入してください。
- 3 「施設所在地」欄は、施設の所在地を記入してください。
- 4 「施設用途」欄は、地区センター、地域ケア施設、特別養護老人ホーム、障害児施設、図書館などの施設用途を記入してください。
- 5 「設置者」欄は、民間施設の場合に記入します。施設の設置者の住所及び氏名（法人にあっては、その主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）を記入してください。また、担当者の所属部署と氏名、連絡先についても記入してください。
- 6 「所管課」欄は、公共施設の場合に記入します。施設を所管している部署名と担当者氏名及び連絡先を記入してください。
- 7 「管理の形態」欄は、公共施設の場合に記入します。該当する番号を選び、○で囲んでください。
- 8 「施設管理者」欄は、7で管理の形態が「指定管理」又は「その他」の場合に記入します。施設管理者の住所及び氏名（法人にあっては、その主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）を記入してください。また、担当者の所属部署と氏名、連絡先についても記入してください。
- 9 「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？」欄は、該当する番号を選び、○で囲んでください。
- 10 「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、常に更新されていきましたか？」欄は、該当する番号を選び、○で囲んでください。

【2ページ目】

- 11 ○○年度を記入し、管理計画書・管理実施報告書のどちらかにチェックをしてください。
管理計画書の場合は、表の予定日及び予定欄に計画を記入します。具体的な予定日が未定である場合は「中旬」等でも構いません。管理実施報告書の場合は実施回数、実施日、実施、結果欄等実績を記入します。
該当する設備がない場合は、表全体に斜線を記入してください。
- 12 「原湯を貯留する貯湯槽の清掃及び消毒」欄は、循環式浴槽設備に供給する原湯を貯留する貯湯槽の清掃及び消毒について記入します。

13 「浴槽水のレジオネラ属菌水質検査」欄は、浴槽水のレジオネラ属菌水質検査について記入し、結果については「菌数 (CFU/100mL)」欄に菌数を記入します。菌数が指針値を超過した場合は、「指針値を超過した場合の対応 (指針値 検出されないこと)」欄に、講じた対策について記入します。

※ 講じた対策例：浴槽の使用を中止し、5mg/L 塩素循環による消毒を実施後、再検査で不検出を確認

14 「その他」欄は、それぞれの項目の頻度について数字を記入するか、該当する番号を選び、○で囲んでください。

15 「浴槽水のレジオネラ属菌水質検査」欄は、左側の「機械浴槽・採暖槽」欄のどちらか該当するほうを○で囲み、その水質検査について記入し、結果については「菌数 (CFU/100mL)」欄に菌数を記入します。菌数が指針値を超過した場合は、「指針値を超過した場合の対応 (指針値 検出されないこと)」欄に、講じた対策について記入します。

16 「化学的洗浄 (過酸化水素、グルタルアルデヒド、塩素剤等)」欄は、使用期間前及び使用期間後の冷却水系に、過酸化水素等の薬剤を循環させて冷却水系全体の殺菌を行う化学的洗浄について記入します。

17 「洗浄」欄は、使用期間中に行う殺菌剤による洗浄や、物理的洗浄について記入します。

18 「レジオネラ属菌水質検査」欄は、冷却水のレジオネラ属菌水質検査について記入し、結果については「菌数 (CFU/100mL)」欄に菌数を記入します。菌数が指針値を超過した場合は、「指針値を超過した場合の対応 (指針値 10²CFU/100mL 未満)」欄に、講じた対策について記入します。

【3 ページ目】

19 「ボイラー、貯湯槽、膨張タンク等の清掃」欄は、ボイラー、貯湯槽 (密閉式を除く)、補給 (膨張) 水槽 (密閉式を除く)、シャワーヘッド、給湯栓の清掃について記入します。同一日に行わない場合は、それぞれ「ボ」、「貯」、「膨」、「シ」、「栓」と日にちを記入します。

20 「レジオネラ属菌水質検査」欄は、給湯末端のレジオネラ属菌水質検査について記入し、結果については「菌数 (CFU/100mL)」欄に菌数を記入します。菌数が指針値を超過した場合は、「指針値を超過した場合の対応 (指針値 検出されないこと)」欄に、講じた対策について記入します。

21 「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？」欄は、該当する番号を選び、○で囲んでください。

22 (1) 「高リスク配管※がありますか？」欄は、配管系統図等から湯の滞留する恐れのある高リスク配管を把握しているか確認し、該当する番号を選び、○で囲んでください。

(2) 「1 ある」を選択した場合は、「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？」欄について、高リスク配管に対し滞留防止のための必要な対策が行われているか確認し、該当する番号を選び、○で囲んでください。なお、高リスク配管の滞留防止対策については、頻繁な通水のほか、湯が均一に循環するように循環ポンプや定流量弁が適切に作動しているか定期的に確認することや配管の切断、局所式給湯器

への切り替えなどの対策があげられます。

- 23 「点検及び清掃」欄は、水景設備の点検及び清掃について記入します。
- 24 「レジオネラ属菌水質検査」欄は、水景水のレジオネラ属菌水質検査について記入し、結果については「菌数 (CFU/100mL)」欄に菌数を記入します。菌数が指針値を超過した場合は、「指針値を超過した場合の対応 (指針値 検出されないこと)」欄に、講じた対策について記入します。
- 25 「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？」欄は、該当する番号を選び、○で囲んでください。
- 26 「点検及び清掃」欄は、ポータブル (家庭用) 加湿器以外の非加熱式の加湿装置の場合に記入します。使用開始直前と期間中の点検及び清掃について記入します。
- 27 「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？」欄は、ポータブル (家庭用) 加湿器の場合に記入します。該当する番号を選び、○で囲んでください。
- 28 「設備管理委託先」欄は、それぞれの設備について、管理を委託している管理会社がある場合にその名称を記入します。
- 29 「レジオネラ属菌水質検査機関」欄は、レジオネラ属菌水質検査を依頼している検査機関の名称を記入します。設備毎に異なる場合は、それぞれ記入してください。
- 30 「指導事項」欄は、提出先で使用しますので、記入しないでください。

年間管理計画書の記入例

〇〇年度 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	〇〇地域ケアプラザ		
施設所在地	〇〇 区 〇〇町 1-1-1		
施設用途	地域ケア施設		
民間の施設にあつては	設置者	住所(法人にあつては、その主たる事務所の所在地) 氏名(法人にあつては、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)	
	所管課	〇〇 区 〇〇 課 (TEL) ×××-××××	担当者氏名 ×× ×× (FAX) ×××-××××
市の施設にあつては	管理の形態	1 直轄 ・ 2 指定管理 ・ 3 その他	
	施設管理者	(管理の形態が2, 3の場合記入) 住所(法人にあつては、その主たる事務所の所在地) 〇〇県〇〇市〇〇町2-2-2 氏名(法人にあつては、その名称及び代表者の氏名) 公益財団法人〇〇〇 代表理事 〇〇 〇〇 (担当者所属部署名) 〇〇課〇〇係 (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

〇〇年度 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														
		実施回数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
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					10								
		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			10						10				
		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	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red; text-align: center;"> グレーの網掛け部分については記入しないでください </div>													
		結果 ②														
		※レジオネラ属菌水質検査 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														
	備	その他	浴槽水の交換頻度	予定	週	2	回	実施	週	回						
			ろ過器内の洗浄頻度	予定	週	2	回	実施	週	回						
ろ過器及び循環配管の消毒頻度			予定	週	2	回	実施	週	回							
		浴槽水の遊離残留塩素濃度は0.2mg/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・揉搓槽	浴槽水のレジオネラ属菌水質検査	年 1 回以上	予定日			10										
		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、グルタールアルデヒド、塩素剤等)	使用期間の前・後	予定日		下旬							上旬				
		回/年	実施日													
	洗浄	使用期間中 1回/月程度	予定日			5	5	5	5	5	5	5				
		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		30			20								
		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 10 ² CFU/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。															

該当設備が複数あり書ききれない場合は、様式をコピーして使用してください。

設備	維持管理 内 容	望ましい回数														
		実施回数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
中央式 給湯 設備	ボイラー、貯湯槽、膨張タンク等の清掃	年 1 回	予定日					10								
		回/年	実施日													
	レジオネラ属菌水質検査	年 1 回 以上	予定日			10										
		回/年	実施日													
		結 果 ①	グレーの網掛け部分については記入しないでください													
		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	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
		回/年	実施日													
	レジオネラ属菌水質検査	年 1 回 以上※	予定日					10								
		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									5	5	5	5	5
		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、加湿水を全て入れ替えましたか？ 1 はい ・ 2 いいえ																
設備管理委託先	循環式浴槽設備：A 株式会社 冷却塔：B 株式会社 中央式給湯設備：C 株式会社 水景設備：D 株式会社 加湿装置：E 株式会社						レジオネラ属菌水質検査機関			〇〇〇株式会社						
指導事項																

該当設備が複数あり書ききれない場合は、様式をコピーして使用してください。

年間管理実施報告書の記入例

△△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	〇〇地域ケアプラザ	
施設所在地	〇〇 区 〇〇町 1-1-1	
施設用途	地域ケア施設	
民間の施設にあつては	設置者	住所(法人にあつては、その主たる事務所の所在地) 氏名(法人にあつては、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)
	所管課	〇〇 区 〇〇 課 担当者氏名 ×× ×× (TEL) ×××-×××× (FAX) ×××-××××
市の施設にあつては	管理の形態	1 直轄 ・ 2 指定管理 ・ 3 その他
	施設管理者	住所(法人にあつては、その主たる事務所の所在地) 〇〇県〇〇市〇〇町2-2-2 (管理の形態が2, 3の場合記入) 氏名(法人にあつては、その名称及び代表者の氏名) 公益財団法人〇〇〇 代表理事 〇〇 〇〇 (担当者所属部署名) 〇〇課〇〇係 (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										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	グレーの網掛け部分については記入しないでください														
		1 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														
		2 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	不検出	CFU/100mL													
		結果 ②	不検出	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	2	回	実施	週	2	回							
		ろ過器内の洗浄頻度	予定	週	2	回	実施	週	2	回							
ろ過器及び循環配管の消毒頻度		予定	週	2	回	実施	週	2	回								
浴槽水の遊離残留塩素濃度は0.2mg/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・揉搓槽	浴槽水のレジオネラ属菌水質検査	年 1 回以上	予定日														
		1 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	200	CFU/100mL 浴槽水を遊離残留塩素濃度5mg/Lで4時間循環して消毒を実施後、6/18に再検査で不検出を確認														
	結果 ②		CFU/100mL														
冷却塔	化学的洗浄 (過酸化水素、グルタールアルデヒド、塩素剤等)	使用期間の前・後	予定日														
		2 回/年	実施日														
	洗浄	使用期間中 1回/月程度	予定日														
		6 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															
		2 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 10 ² CFU/100mL 未満)														
	結果 ①	20	CFU/100mL														
	結果 ②	不検出	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。																	

該当設備が複数あり書ききれない場合は、様式をコピーして使用してください。

設備	維持管理 内 容	望ましい回数	月 11月 12月 1月 2月 3月															
		実施回数	グレーの網掛け部分については記入しないでください															
中央式 給湯 設備	ボイラー、貯湯槽、膨張タンクの清掃	年 1 回	予定日	10														
		1 回/年	実施日	10														
	レジオネラ属菌水質検査	年 1 回以上	予定日	10														
		1 回/年	実施日	10														
			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	不検出	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？ <input checked="" type="radio"/> 1はい ・ 2いいえ																	
	(1) 高リスク配管※がありますか？ <input checked="" type="radio"/> 1ある ・ 2ない ・ 3把握していない																	
	(2) <input checked="" type="radio"/> 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？ <input checked="" type="radio"/> ア はい (行った対策：毎週●曜日に使用頻度が低い給湯栓で●分間の通水を実施) ・ 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	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5				
		12 回/年	実施日	5	6	5	5	5	7	5	5	5	5	4	5			
	レジオネラ属菌水質検査	年 1 回以上※	予定日	10														
		1 回/年	実施日	10														
			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	300	CFU/100mL 物理清掃し、3%過酸化水素を2時間循環後、8/18再検査で指針値以下を確認。														
	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？ <input checked="" type="radio"/> 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											5	5	5	5	5
		5 回/年	実施日											5	5	5	5	5
ポータブル加湿器の場合：毎日、貯水部を清掃し、加湿水を全て入れ替えましたか？ <input checked="" type="radio"/> 1はい ・ 2いいえ																		
設備管理委託先	循環式浴槽設備：A 株式会社 冷却塔：B 株式会社 中央式給湯設備：C 株式会社 水景設備：D 株式会社 加湿装置：E 株式会社			レジオネラ属菌水質検査機関		〇〇〇株式会社												
指導事項																		

該当設備が複数あり書ききれない場合は、様式をコピーして使用してください。