

『院内感染予防対策マニュアル』の作成について

最近、本市を含め全国各地において、院内感染に関する事件が社会問題となっております。この院内感染を未然に防ぐためには、各医療機関が院内感染予防対策に対する認識を深め、対策の充実を図っていくことが不可欠です。

本市では、これら対策の一助として「院内感染予防対策チェックリスト」を作成しました。これを参考に各施設が院内感染予防対策について再確認していただきますようお願いいたします。

目 的

市民が安心して医療の提供を受けられるよう、医療機関における院内感染予防対策について、従事者一人ひとりが常に意識を持ち、実践していくことにより、安全で適切な医療環境の整備を図ることを目的とします。

特 徴

各医療機関が、実際に即して院内感染予防対策の確認できるよう主となる実践的なポイントを記載しています。

マニュアルには、各医療機関が院内感染予防対策について日常的・定期的に自己点検ができるようチェックリストを掲載しています。

留 意 点

このマニュアルは院内感染予防対策の指標として活用し、各施設に応じた院内感染予防対策の検討・実践を継続して行ってください。

チェックリスト等については、標準的な予防策について記載したものであり、各施設の実情に応じてチェック項目を追加しても構いません。

本市においても、随時チェックリスト等を見直し改訂していく予定です。この改訂版については保健所のホームページに掲載していくことを検討しておりますので参考にしてください。

参考資料

病院における隔離予防策のガイドライン（米国 CDC：疾病管理予防センター）

院内感染予防対策マニュアル（東京都健康局）

院内感染予防対策のための滅菌・消毒・洗浄ハンドブック（ICHG研究会編）

問い合わせ先：

北九州市保健所医務薬務課

TEL：522-8726

FAX：522-8774

院内感染予防対策マニュアル

目 次

- 実践ポイント 1 ----- 院内感染とは
- 実践ポイント 2 ----- 感染症が疑われる患者さんを見た場合
のフローチャート
- 資料 1 ----- 標準予防策の確認
- 資料 2 ----- 感染経路別予防策
- 資料 3 ----- 器具・器械に対する滅菌・消毒・洗浄
- 資料 4 ----- 手洗いと手指消毒
- チェックリスト 1 ----- 緊急対策チェックリスト
- チェックリスト 2 ----- 院内感染予防対策チェックリスト

実践ポイント 1

院内感染とは

院内感染とは、病院内で微生物に惹起された感染症である。病院外で微生物によって惹起された市中感染症（潜伏期を含む）とは区別される。院内感染には患者のみならず、医療従事者、訪問者にも適用される。

院内感染の予防対策

CDCのガイドラインでは、標準予防策(Standard Precautions)と感染経路別予防策(transmission-based precaution)という、2つの方法から成り立っている。標準予防策はすべての患者に対して適用される普遍的予防策であり、感染経路別予防策は感染力が強く標準予防策で不十分な感染症に対し感染経路の遮断を目的として標準予防策に追加される予防策である。感染経路別予防策を追加すべき疾患は以下の通りである。

感染経路

空気感染（飛沫核感染）

粒径5 μm以下の粒子に付着した微生物による感染経路。長時間空気中に浮遊しており、空調的対策が必要である。

結核、麻疹、水痘など

飛沫感染

咳、くしゃみなどによって生じる粒径5 μm以上の飛沫によっておこる感染経路。短い距離を飛び、宿主の結膜、鼻腔粘膜、口腔粘膜に沈着して感染する。飛沫は空中に浮遊し続けることはないので空調対策は必要とせず、空気感染とは一選を画する。

インフルエンザ、ジフテリア、マイコプラズマ肺炎、百日咳、流行性耳下腺炎、溶連菌性咽頭炎、風疹など

接触感染

感染源に直接接触した手や体によって起こる直接接触感染経路と、汚染された媒介無生物（器具、リネンなど）を介して起こる間接触感染経路とがある。

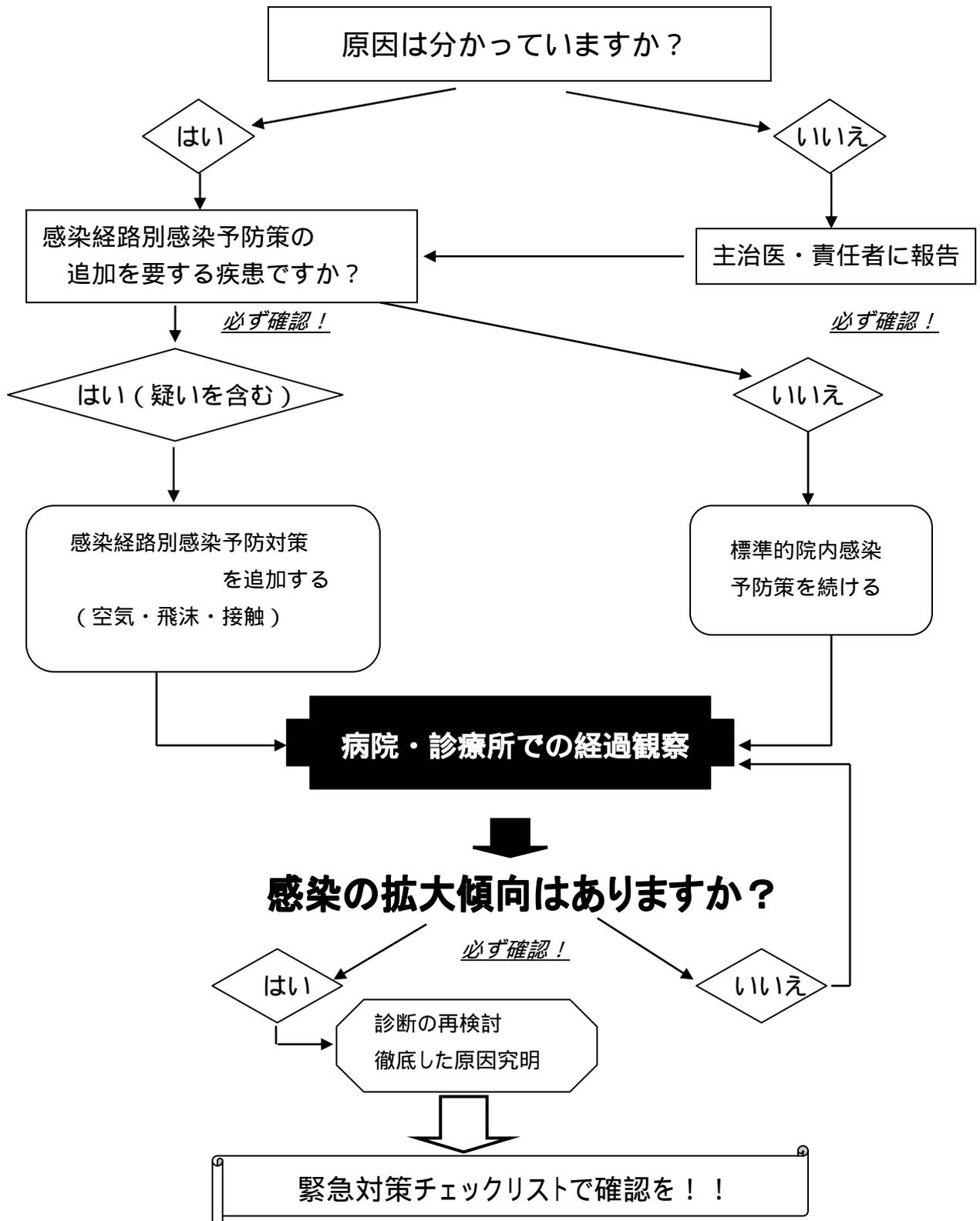
以下の病原体による感染症

MRSA、VRE、腸管出血性大腸菌 O-157、赤痢菌、緑膿菌、A型肝炎ウイルス、単純ヘルペスウイルス、ロタウイルス、RSウイルス、ダニ（疥癬）など

実践ポイント2

全症例に対して標準的院内感染予防策を行う

発熱・咳・下痢・皮疹の患者さんを見たら！



おかしいと思ったら、あなたが声をあげましょう
誰かがやってくれる、誰かがわかっているはずという思い込みは危険です！

資料 1

標準予防策の確認

標準予防策と感染経路別予防策

方法	背景にある考え方	対象	内容
標準予防策	すべての湿性生体物質は感染の危険がある	すべての患者	手洗い、生体物質に対する手袋、マスク、ガウン(プラスチックエプロン)等の着用、針刺し防止
感染経路別予防策	感染対策の第一原理は感染経路の遮断である	感染力の強い、重篤な病態を引き起こす感染症の患者	空気予防策、飛沫予防策、接触予防策の3つがある。標準予防策に追加して用いる

病院における隔離予防策のガイドライン(米国CDC:疾病管理予防センター)

すべての患者の血液、体液、分泌物、排泄物は感染の危険があるとみなす考え方

標準予防策 (全患者共通)	
手洗い	体液・体物質に触れた後 手袋を外した後 患者接触の間 通常、ふつうの石鹸を使う
手袋	体液・体物質に触るとき 粘膜・傷のある皮膚に触るとき 使用后、非汚染物・環境表面に触る前、他の患者の所に行くときは外し、手洗いをする
マスク	体液・体物質が飛び散って、目、鼻、口を汚染しそうとき
ガウン (プラスチックエプロン)	衣服が汚染しそうとき 汚れたガウンはすぐに脱ぎ、手洗いをする
器具	汚染した器具は、粘膜、衣服、環境などを汚染しないように、注意深く取り扱う
リネン	汚染されたりネンは粘膜、衣服、他の患者や環境を汚染しないように取り扱い、移し換え、処理する
患者配置	環境を汚染させるおそれのある患者は個室に入れる 個室がないときは専門家に相談する
その他	針刺し事故対策 毎日の清掃

資料 2

「感染経路を遮断する」という考え方に基づくもの

感染経路別予防策			
	空気予防策	飛沫予防策	接触予防策
主な適応疾患	麻疹 水痘 結核	インフルエンザ マイコプラズマ肺炎 風疹	VRE MRSA 腸管出血性大腸菌O157 疥癬
手袋			部屋に入るときは手袋を着用する 汚物に触った後は交換する 部屋を出るときは外し、消毒薬で手洗いをする
マスク	部屋に入るときはN95マスクを着ける	患者の1メートル以内で作業するときはサージカルマスクを着ける	
ガウン (プラスチックエプロン)			患者または環境表面・物品に接触しそうなときは、部屋に入る前に着用し、部屋を離れるときに室内で脱ぐ ガウン(プラスチックエプロン)を脱いだ後は衣類が環境表面や物品に触れないようにする
器具			できれば専用にする できなければ、他の患者に使用する前に消毒する
患者配置	個室隔離:部屋の条件 陰圧 1時間に6回の換気 院外排気 病室のドアは閉じておく 個室管理ができない場合、同一病原体による感染患者を同室とする	個室隔離あるいは集団隔離あるいは1メートル以上離す	個室隔離あるいは集団隔離あるいは病原体の疫学と患者集団を考えて対処する
患者移送	制限する 必要なとき、サージカルマスクを着用	制限する 必要なとき、サージカルマスクを着用	必要な場合のみ制限する
その他			*VRE対策

空欄は規定なし

資料 3

器具・器械に対する滅菌・消毒・洗浄

汚染された器具・器械は患者、医療従事者への感染リスクに応じた汚染除去の方法を選択することが必要である。汚染されたものは、まず、一次処理をし、その後に最終処理をする。

一次処理： 健常者が直接手などで触れても感染を起こさないレベルまで汚染を除去、又は封入して処理すること。その方法は、水による洗浄及び乾燥、あるいは袋、BOXなどに封入すること。

最終処理： 使用目的にあった消毒レベル(滅菌、消毒、洗浄)まで処理すること。

どの方法を選択するかは以下のように状況判断する。器具・器械の材質、人体への安全性、経済性を考慮することも大切である。

皮膚や粘膜を経て直接体内に入るあるいは接触する器械・器具
[吸引チューブ、気管カニューレ等]

滅菌

粘膜、体内あるいは病原体に接触したもの、易感染患者に使用する物品
[聴診器、血圧計のマンシェット、体温計、吸入容器(ネブライザー)、
経管栄養関連容器(ボトル、ライン)等]

消毒

傷のない健康な皮膚に接触するもの、あるいは接触しないもの
[酸素マスク等]

洗浄

乾燥

十分な洗浄は、消毒に限りなく近づく。

十分な乾燥は、消毒効果を高める。

あらかじめ洗浄しやすい器具を優先的に選ぶことが望ましい。

資料 4

手洗いと手指消毒

	方 法		場面	
日常手洗い	石けん (液体石けんが望ましい) 	流水 	日常業務全般時	
衛生的手洗い	消毒剤 (手術用イソジン液ヒビスクラブ) 	流水 	無菌操作時	
手術時手洗い	消毒剤 (手術用イソジン液ヒビスクラブ) 	ブラシ (毛先の柔らかいブラシまたはスポンジブラシ) 	流水 (滅菌水) 	手術時

手洗いは院内感染を予防するための最も重要な手段である。病院内ばかりでなく、家庭等でも感染を予防するための基本となる。

手洗いの目的は、医療従事者の手指を介した交差感染の予防と、病原微生物より医療従事者を守ることである。

手洗いに関しては、病院内では多様になる。トイレの後の手洗いと、手術時の手洗いは同じ方法では無いことは明らかである。

手洗いは一般的には以下のように分類できる。

日常手洗い (Social handwashing)

石けんと流水による手洗いである。日常手洗いは最も基本的であり、すべての手洗いはこれが原点である。通過菌を除去する手洗いである。一般病棟等の日常業務全般時に実施する。

衛生的手洗い (Hygienic handwashing)

消毒剤と流水による手洗いである。医療現場では本手洗いをよく理解しないと日常手洗い程度に終わってしまうこともあり、注意が必要である。主に、無菌操作時等を実施する。

手術時手洗い (Surgical handwashing)

消毒剤、ブラッシング等を行い、時間をかけて行う手洗いである。(特殊な手洗いのため、手術時手洗いの詳細は他の文献を参照のこと)

緊急対策チェックリスト

チェック項目	評価	備考
1. 緊急院内感染対策委員会の開催		
2. 徹底した原因究明に向けた担当者の選出と行動計画の策定		
担当者は医師、看護師、必要なら検査技師、薬剤師、栄養士、事務を加える		
行動計画は以下の内容		
ア) 患者の状態把握と検査・治療計画		
a) 患者の発病時期、発病経過、共通性の把握、症状の推移の確認		
b) 新規患者の発生状況		
c) 検査の種類と時期の計画		
d) 検査結果の確認と治療の選択		
e) その他患者管理に必要な事項		
イ) 院内感染拡大防止計画		
a) 空気感染、飛沫感染を疑ったら（結核、インフルエンザ、レジオネラ等）		
b) 接触感染を疑ったら（MRSA、セラチア、疥癬など）		
c) 想定できなければ両方を疑う		
ウ) 全職員への周知徹底		
3. 院内感染拡大防止計画と実施		
空気感染、飛沫感染を疑ったら		
ア) 患者隔離または集団管理 空気感染なら個室隔離、飛沫感染ならベッド間を1メートルあける		
イ) スタッフのマスク着用、空気感染ならN95タイプのマスク		
ウ) インフルエンザを疑えば室内の湿度調整（60～70%）		
エ) 空調・フィルタのチェック、フィルタの菌検査		
オ) 感染症流行期には有症状の面会人の制限		
カ) その他必要な事項		
接触感染を疑ったら		
ア) アルコール綿、万能つぼの交換（アルコール綿を菌検査に提出）		
イ) 消毒液の交換（消毒液を菌検査に提出）		
ウ) つくり置き薬品、点滴の撤去（薬品、点滴を菌検査に提出）		
エ) 点滴ライン、カテーテル、チューブ類の交換（ライン、カテーテル、チューブを菌検査に提出）		
オ) 医療器具（聴診器、血圧計、体温計）の患者への専用化		
カ) ガウンテクニック（プラスチックエプロンの使用、ガウンは1回使用ごとに交換）		
キ) その他必要な事項		
想定ができなければ両方を疑って上記の対策を同時にとる		
4. 専門医への相談		
5. 保健所への相談（特定の感染症については感染症法、結核予防法による届出） （北九州市保健所保健予防課 電話番号：522-8711）		
6. 死亡者が出た場合、直ちに警察への通報 （管轄警察署： 警察署 電話番号： ）		
7. 患者、家族への説明や誠意ある対応		

評価年月日： 年 月 日

院内感染予防対策チェックリスト (Ver.1)

評価者氏名：

	項 目	チェック	理 由	備 考
1 標準予防策の具体的手法(日常で実施)				
1 - 1手洗い				
1	指輪はしない(勤務中はしない)			
2	腕時計をしないか、手首を十分洗える付け方をしているか			
3	手指、手首全体を流水で濡らしているか			
4	石けん水(3ml程度)を手に取りよく泡立てて手洗いしているか			
5	指先・爪の先が洗えているか			
6	指の間が洗えているか			
7	手の平が洗えているか			
8	親指は全体を他方の手の平で包みこみよく洗っているか			
9	手の甲が洗えているか			
10	流水で石けんを洗い流しているか			
11	手指はペーパータオル又は温風でよく乾燥させているか(共用タオルは不適)			
12	押し上げ式蛇口は肘で閉めているか又は使用後のペーパータオルを使用しているか			
13	血液、すべての体液、分泌物、排出物に接触があったら、必ず手を洗っているか			
14	他の患者の処置に移る前に必ず手を洗っているか			
15	患者毎の手洗いの実施が不可能な時は、擦式消毒液の使用など同様の効果のある代替方法を利用しているか			
16	同一患者でも次の処置を行う前に手を洗っているか			
17	手洗いの手技について、正しく行われているか(石けんの使用、30秒)			
18	ペーパータオルは上から下への引き抜き式になっているか			
19	石けんは液体石けんを使用しているか			
20	固形石けんを使用している場合は、乾燥しているか			
21	液体石けんの液は、つぎ足して使用していないか			

チェック方法：各項目の達成度別に、・、×印をチェック欄に記入する。
 ・×印をつけた場合は、その理由を理由欄に記入する。

	項 目	チェック	理 由	備 考
1 - 2手袋				
1	感染性があるものに触れるときは、その度に手袋を着用しているか			
2	感染性があるものに接触があったら、同一患者でも他の部位に触れる前に手袋を交換しているか			
3	手袋で処置した後、汚染されていないものに触れるときは、手袋をはずしているか			
4	手袋をはずした後は、必ず手洗いをを行うかまたは擦式消毒液を使用しているか			
5	粘膜、傷のある皮膚に触れるときは、その度に滅菌手袋を着用しているか			
6	滅菌手袋の装用では手袋の外側と内側を意識して扱っているか			
1 - 3ガウン(プラスチックエプロン)、マスク、フェイスシールドなどのバリア(防護具)				
1	処置別に必要なバリア(防護具)を使用しているか			
2	使用したバリアは、他の患者や環境を汚染しないように使用后直ちに処理しているか			
3	感染性のあるもので汚染されることが予測される場合は、適切なガウン(プラスチックエプロン)を使用しているか			
4	ガウン(プラスチックエプロン)を保管する際は、清潔と不潔を区別し保管しているか			
5	ガウン(プラスチックエプロン)を着用して処置をした後、同室の非感染者の処置をするときはガウンを脱ぐか交換しているか			
6	ガウンは、適切は時期に交換されているか(一回ごとの交換が望ましい)			
7	患者の血液・体液で汚染されたガウン(プラスチックエプロン)は直ちに交換しているか			
8	汚染ガウンはビニール袋等に入れ、周囲を汚染しないよう処理しているか			
9	飛沫感染が想定される患者に近づくときは、サージカルマスクを使用しているか			
10	結核など空気感染が想定されるときは、N95マスクを使用しているか			
11	感染性のある患者の飛沫が予測される場合は、処置する者の粘膜等を保護する目的でフェイスシールド・ゴーグルなどを使用しているか			
1 - 4使用した器具				
1	患者に使用した器具は、汚染を拡げないように扱っているか			
2	適切に洗浄・消毒するまで他の患者に使用していないか			
3	使い捨ての器具は、周囲を汚染しないように廃棄しているか			

チェック方法:各項目の達成度別に、・・印をチェック欄に記入する。
印をつけた場合は、その理由を理由欄に記入する。

	項 目	チェック	理 由	備 考
4	器具の消毒にあたっては病原体に応じた消毒剤を選択し使用しているか			
	1 - 5 アルコール綿の作成と使用			
1	消毒に使用されるアルコール綿の保管には、滅菌消毒した万能つぼを使っているか			
2	消毒に用いるアルコール綿や万能つぼは24時間以内に新しいものに交換しているか			
3	アルコール綿は十分アルコールが湿っているものを使用しているか			
4	万能つぼのアルコール綿を取り出すときは滅菌せしを使用しているか			
5	万能つぼのアルコール綿を手指で取り出すときは、アルコール綿のつぼにいれる手指は汚染されていないか			
6	万能つぼへアルコールや綿球のつぎ足しをしていないか			
7	市販の滅菌済みアルコール綿を使用する場合は開封年月日を容器に記載しているか			
	1 - 6 輸液療法に関する手技			
1	点滴の調整は、清潔な区域で行われているか			
2	処置台は、作製前にアルコールガーゼ等の適切な消毒薬で拭き清潔にしているか			
3	輸液製剤の中央調剤を行っているか			
4	点滴剤・輸液セット・注射器等は、清潔な場所に保管されているか			
5	調剤前に石けんと流水下での手洗いをしているか			
6	手洗い後の手指は乾燥させているか(ペーパータオル・温風等を使用、共用タオルは不適)			
7	手洗い後不潔な物品には触れていないか			
8	調整後の点滴は、30分以内に使用しているか			
9	使用するまでの間清潔な環境で保管されているか			
10	注射器と針は滅菌のディスボを使用しているか			
11	混合薬を清潔操作で注射器に吸えているか			
12	アンブルカット前はアルコール綿で拭き、カットしているか			
13	点滴ボトル注入前は、ゴム栓をアルコール綿で拭き、乾燥を確認しているか			

チェック方法:各項目の達成度別に、・・×印をチェック欄に記入する。
・×印をつけた場合は、その理由を理由欄に記入する。

	項 目	チェック	理 由	備 考
14	その際、アルコール綿はアンブルカット時に使用したものと異なっているか			
15	輸液セット接続前に、輸液ボトルのゴム栓をアルコール綿で消毒しているか			
16	輸液ラインの先端は密封(キャップにて保護)され、清潔が保たれているか			
17	回路の接続などの作業工程数を最小限にしているか			
18	貼付剤は、滅菌したものを使い定期的に交換しているか(針刺入部の貼付剤)			
19	カテーテル挿入部を観察できるよう透明な貼付剤で固定しているか			
20	カテーテル挿入部の消毒には、クロルヘキシジン(ヒビテンなど)またはヨード消毒液(イソジンなど)を用いているか			
21	発熱、挿入部の発赤等感染症の兆候を観察しているか			
22	輸液ラインは曜日を決め、定期的に変更しているか			
23	カテーテル接続部の消毒には、消毒用エタノールを使用しているか			
24	高カロリー輸液を使用時に三方活栓を用いる場合は、接続部を消毒用エタノールで消毒し、ラインの溶液をオーバーフローさせて、三方活栓開口部を洗い流しているか			
25	側管注入する薬剤は清潔なトレー等に入れベッドサイドに持参しているか			
26	その際、アルコール綿は持参しているか			
27	血管やカテーテル用、点滴調整用など清潔操作に使用するアルコール綿は、万能つぼごとの用途(環境のアルコール消毒など)に使用するものと区別しているか			
28	三方活栓や注射器を取り扱う前に手を清潔にしているか			
29	三方活栓の注入口はアルコール綿で十分消毒がされているか			
30	外した三方活栓の蓋は再使用していないか(滅菌された新しいものを使用しているか)			
31	アルコール綿の消毒液が血管内に注入されていないか			
32	アルコール綿は適度に絞って使用しているか			
33	注射・側管点滴ライン接続を他のものに触れずに行っているか			
34	ヘパリンロック中の患者に点滴を再開する場合、ライン内のヘパリン生食分を注射器で引き、血栓混入やラインの詰まりが無いことを確認しているか			
35	ヘパリンと配合禁忌の薬剤を接続する場合は生食液注入後に点滴・注射を開始しているか			
36	処置終了後は三方活栓口をアルコール綿で消毒しているか			
37	処置終了後の物品を入れたトレー類は再消毒されているか			
38	消毒は用途に応じた消毒剤が使われているか			

チェック方法:各項目の達成度別に、・・×印をチェック欄に記入する。
・×印をつけた場合は、その理由を理由欄に記入する。

	項 目	チェック	理 由	備 考
39	ヘパリンは最小容量のボトルを使用し、つくり置きをしていないか			
40	ヘパリンロックはなるべく避け、可能ならば生食か5%糖液の少量持続点滴を行っているか			
41	滅菌物品の保管・搬送方法が適切であるか			
42	使用後の注射器・アンプル類は医療廃棄物専用容器に捨てているか			
43	終了(抜去)後の輸液セットや針はトレー等にて安全に廃棄されているか			
	1 - 7病原体を持つ患者の移動等			
1	環境を汚染すると予測される患者は個室に移すか、同じ感染症患者を一室にまとめて管理できているか			
2	環境を汚染すると予測される患者を病室外に出すときは、患者にマスクをつけさせる等感染拡大措置がとられているか			
3	感染者の処置を最後にする等、処置患者の順番を考慮しているか			
4	移動に要した機器(ストレッチャー、車いす)等は、使用後消毒用エタノール等で清拭しているか			
2 病原体感染経路の理解				
	2 - 1空気感染<結核、麻疹、水痘など>			
1	職員はN95などの微小粒子を通過させないマスクを使用しているか			
2	排菌がある結核患者は、できれば負圧設定の個室で対応しているか			
3	他区域に排気する場合には、ヘパフィルター等を使用しているか			
4	これらの病原体に免疫のない職員は、患者との接触を控えているか			
5	患者の移動の際は、 最初から 患者に サージカル マスクを着用させているか			
	2 - 2飛沫感染<ジフテリア、百日咳、インフルエンザウイルス、溶連菌、マイコプラズマ、ムンプス、風疹、アデノウイルスなど>			
1	個室管理ないし同病者を集めて隔離管理しているか			
2	他の患者と隔離できない場合は、ベッド間隔を1m以上空け、空間的分離をしているか			
3	患者に近づいてケアする場合は、マスクを着用しているか			

チェック方法:各項目の達成度別に、・・×印をチェック欄に記入する。
・×印をつけた場合は、その理由を理由欄に記入する。

	項 目	チェック	理 由	備 考
2 - 3 接触感染 < 赤痢、コレラ、ジフテリア、A群溶連菌、病原性大腸菌、MRSA、VRE、緑膿菌、A型肝炎ウイルス、ヘルペス、ロタウイルス、RSウイルス、アデノウイルス、エンテロウイルス、ダニ(疥癬)など >				
1	汚染物に接触した場合は手袋を交換し、終了後は手袋を外して手洗いをしているか			
2	汚染物との接触が予測される場合は、状況に応じてガウン等のバリアを着用しているか			
3	なるべく患者専用の器具(血圧計・体温計・聴診器など)を用意しているか			
4	共有する器具は、使用前後に消毒しているか			
5	個室管理ないしは、同病者を集めて隔離管理しているか			
3 職業感染予防				
3 - 1 針刺し事故防止				
1	針刺し事故防止のため、注射針にリキャップしていないか			
2	リキャップしなければならない場合は、安全な方法が周知徹底されているか			
3	針や鋭い刃物は貫通しない専用容器に廃棄しているか			
4	針や鋭い刃物を扱う時は、スタッフの動線を短くしているか			
5	針や鋭い刃物で処置をするときに、介助者を傷つけないように十分注意しているか			
6	処置後の針や鋭い刃物は、安全な方法で運搬されているか			
4 院内の感染予防対策システム				
4 - 1 委員会の運営				
1	感染症対策委員会を設置しているか			
2	委員会は定期的開催しているか			
3	委員会の要綱は整備されているか			
4	委員会の構成員は医師、看護師、検査技師、薬剤師、看護助手、栄養士および事務職員等を含んでいるか			
5	感染症対策委員会の議事録が残されているか			
6	感染症対策委員会で取り上げられた情報(サーベイランス情報等)が、院内の職員(看護助手まで)に伝達されているか			
7	感染症対策委員会での決定事項が予算などにおいて反映されているか			

チェック方法:各項目の達成度別に、・・×印をチェック欄に記入する。
・×印をつけた場合は、その理由を理由欄に記入する。

	項 目	チェック	理 由	備 考
8	MRSA等、院内での感染状況が適宜議題として取り上げられているか			
9	新聞報道などで報じられた他病院での感染事故事例等についても適宜議題とし、院内で教訓として活かされているか			
10	感染症委員会のメンバーが定期的に院内巡視を行っているか			
	4 - 2院内感染予防対策の実施			
1	各疾病について院内感染防止マニュアルを作成し、スタッフに周知徹底しているか			
2	マニュアルはすべての職種が即実行できるような具体的なものになっているか			
3	マニュアルは定期的に改訂されているか			
4	重症患者について喀痰・血液・尿等の検査が定期的に行われ、委員会に報告されているか			
5	スタッフに対して、感染症対策に関する教育が定期的に行われているか			
6	職員採用時および各部門の特性に応じた感染管理の教育が繰り返しなされているか			
7	院内感染対策上重要な病原体が新たに検出された場合、主治医と感染管理担当者に電話連絡するシステムがあるか			
8	感染管理を担当する医師がいるか			
9	感染管理を担当する看護師がいるか			
10	感染管理担当者が活動を実施するため現場での協力体制が整っているか			
11	感染管理活動のために活用される予算があるか			
12	抗菌薬の適正な使用基準が作成されているか			
13	抗菌薬の採用・配備に関して、自院の患者や環境から分離した菌の感受性に合わせた検討が行われているか			
14	グラム染色の結果を速やかに報告し、治療法選択に役立てているか			
15	感染対策の実施に際して患者や医療スタッフにインフォームドコンセントが実施されているか			
16	患者給食の衛生管理が行われているか			
17	栄養課の職員の衛生管理が行われているか			
18	針刺し事故(B型肝炎・HIV等)についての院内マニュアルが整備できているか			
19	異常事態を疑ったときの院内での報告体制がマニュアル上、規定されているか			
20	休日・夜間の院内の報告体制はどうか			

チェック方法:各項目の達成度別に、・・×印をチェック欄に記入する。
・×印をつけた場合は、その理由を理由欄に記入する。

	項 目	チェック	理 由	備 考
21	報告体制の中で各部門別に責任者が設置され、かつ役割が明確になっているか			
22	看護助手を含めたすべての職種からの報告体制もできているか			
23	マニュアルに日常行うべき予防策、発生時の対応策及び原因別の対応策が盛り込まれているか			
24	マニュアルに患者及び家族への説明や対応が盛り込まれているか			
	4 - 3 院内感染症サーベイランス			
1	検出状況を定期的に集計して、院内感染の動向を調べているか			
2	血液から菌が検出された場合、検査担当者から直ちに報告が入るか			
3	サーベイランスの結果が適切にフィードバックされているか			
4	フィードバックされた部署で具体的な改善策が作成され、実施されているか			
5	アウトブレイクに対する体制が整えられているか			
6	分離菌の感受性率を算出し、その変化を定期的に報告しているか			
7	術後の創感染率が把握されているか			
	4 - 4 個別症例の検討機会(医師、看護師など)			
1	症例検討会があるか			
2	検討会は定期的に開催しているか			
3	検討会資料として特定の感染症について患者管理を徹底させるため患者リストを作っているか			
4	特定の感染症の患者リストには、診断・現状・投薬・処置・今後の見通し・治療計画・予後が記入されているか			
5	在院患者の易感染性の有無を確認しているか			
6	感染症情報を得る手段がカルテや看護記録などに記載されているか(検査、検体等)			
7	病原体が環境中に拡散する程度の情報が医療スタッフに共有されているか(要注意例の特定)			
8	抗生剤の適否が検討されているか			
9	個別の感染症情報が看護サイド(看護助手も含む)に伝えられているか			
10	個別の感染症情報が管理サイドに伝えられているか			

チェック方法:各項目の達成度別に、・・×印をチェック欄に記入する。
・×印をつけた場合は、その理由を理由欄に記入する。

	項 目	チェック	理 由	備 考
11	勤務交代時に十分な申し送りがされているか			
12	処置の優先性、順序が検討されているか			
	4 - 5その他			
1	感染症を診断したときは、感染症法に従って保健所に届け出ているか			
2	夜間、休日の保健所への電話連絡方法を把握しているか			
3	感染者の拡大や死亡などの重大な事例の場合、ただちに保健所、警察へ連絡する体制ができていますか			
5 環境の整備				
	5 - 1患者の周囲環境の整備			
1	ベッド、リネン、ベッドサイドの器具、マットレスなどの洗浄・消毒を適切に行っているか			
2	目に見える汚染や異物の付着がないか			
3	ベッドや医療器具の下に汚染がないか			
4	テーブルなどの表面が清潔か			
5	ドアやドアノブが清潔か			
6	窓やサッシが清潔か			
7	カーテンが清潔か(定期交換されているか)			
8	カーテンレールや窓などのさんが清潔か			
9	病室の清掃を定期的に行っているか			
10	水回り(配水管含む)が清潔か			
11	ベッド、器具などの配置を適切に調整し、空間的余裕を確保しているか			
12	清潔区域と不潔区域が(区別を表示しているなどして)区別されているか			
13	無菌治療室、ICU、手術室などで必要に応じ落下細菌検査、表面汚染検査等を実施しているか			
14	手術室に見合った清潔マニュアルがあり、それに則った清掃作業が行われているか			
15	病室の清潔管理についてマニュアルがあり、それに則った作業が行われているか			

チェック方法:各項目の達成度別に、・・×印をチェック欄に記入する。
・×印をつけた場合は、その理由を理由欄に記入する。

	項 目	チェック	理 由	備 考
16	廃棄物が適切に処理されているか			
17	院内ゴミは分別マニュアルにしたがって分別されているか			
18	給水設備、給湯設備の保守管理が適正に行われているか			
19	空調・換気設備の保守管理が適正に行われているか			
20	各部屋に流水と石けんで手洗いができる設備があるか			
21	病室毎に擦式消毒液が設置されているか			
6 リネンの管理				
1	リネン交換の手順書が作られ、周知徹底されているか			
2	院内のリネンの保管、管理が適正であるか			
3	使用済みのリネンを保管する場所が確保されているか			
4	湿性の汚染リネンはその場でビニール袋へ入れているか			
5	汚染リネンと清潔リネンは別のカートで運搬しているか			

チェック方法：各項目の達成度別に、・・×印をチェック欄に記入する。
・×印をつけた場合は、その理由を理由欄に記入する。