

●院内感染防止対策自主管理票●令和4年度版

Ver1.0

これは貴院の院内感染防止対策についての自己点検を目的としたチェックシートです。項目によっては、貴施設に適さない内容も含まれている可能性があります。各項目の内容を十分に検討していただき、適切な院内感染対策にお役立てください。

立入検査当日までに施設側で自己点検・自己記入をお願いします。
 (適なら[○]、不適なら[×]、貴院に関係のない項目は斜線を記入してください。)
 項目の中で、法令に定められている項目には番号の横に”☆”をつけております。

施設名: _____

点検者名 _____

職種 _____

点検日: 年 月 日

点 検 項 目		自主チェック
■院内感染対策のための体制の確保		
・院内感染対策のための指針について		
1	☆ 次の事項を文書化した指針を作成している。	
	①院内感染対策に関する基本的な考え方 ②院内感染対策のための委員会その他の院内の組織に関する基本的事項 ③院内感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針 ☆ ④感染症の発生状況の報告に関する基本方針 ⑤院内感染発生時の対応に関する基本方針 ⑥患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ⑦その他院内感染対策の推進のために必要な基本方針	
2	☆ 当該指針の策定及び変更は院内感染対策委員会の議を経ること。	
3	☆ 当該指針に従業者に周知し、個々の従業者の院内感染に対する意識を高めている。	
・院内感染対策のための委員会について		
4	☆ 次の基準を満たす「院内感染対策委員会」を設置している。	
	①管理及び運営に関する規程が定められている。 ②重要な検討内容について、院内感染発生時及び発生が疑われる際の患者への対応状況を含め、管理者へ報告すること。 ☆ ③院内感染が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに従業者への周知を図ること。 ④院内感染対策委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行うこと。 ⑤月1回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催すること。 ⑥医師、看護師、薬剤師など職種横断的に構成されている。	
5	院内感染対策委員会の会議録が作成・保存されている。	
6	院内感染に関する情報(サーベイランス情報等)が委員会に報告され対応策が現場に迅速に還元される体制になっている。 (各病棟の微生物学的検査にかかる状況を記した「感染情報レポート」を週1回程度作成し、委員会において報告され、動向を分析している)。	
・従業者に対する院内感染対策のための研修について		
7	☆ 院内全体に共通する院内感染に関する内容について、全職員に対して研修を年2回程度定期的に開催している。	
8	☆ 研修を介して、院内感染対策のための基本的考え方および具体的方策について従業者に周知徹底を行っている。	
9	☆ 研修は、個々の従業者の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能やチームの一員としての意識の向上を図る内容となっている。	
10	☆ 研修の実施内容(開催日時、出席者、研修項目等)については記録している。	
◎今年度の院内研修の時期とテーマ ()		

・感染症の発生状況の把握及び報告の体制について		
11	検体からの薬剤耐性菌の検出情報、薬剤感受性情報など、院内感染対策に重要な情報が臨床検査部門から診療部門へ迅速に伝達される体制になっている。	
12	多剤耐性菌によるアウトブレイク(集団発生)の定義及び介入の基準が定められている。	
13	次の基準を満たす場合にはアウトブレイクの判断にかかわらず院内感染対策を実施している。	
	①1例目の発見から4週間以内に同一病棟において新規に同一菌種による感染症の発症症例が計3例以上特定された場合、または、同一医療機関内で同一菌株と思われる感染症の発症症例(抗菌薬感受性パターンが類似した症例等)が計3例以上特定された場合 ②カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌(VRSA)、多剤耐性緑膿菌(MDRP)、バンコマイシン耐性腸球菌(VRE)、多剤耐性アシネトバクター属について、保菌も含めて1例目が発見された場合	
14	異常事態を疑ったときの院内での報告体制(平日、休日、夜間)ができています。	
15	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。	
16	☆ 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(以下「感染症予防法」)に基づく全数把握対象疾患については、適切に保健所に届け出ている。	
17	夜間、休日の保健所、県への連絡方法を把握している。	
18	感染者の拡大や死亡などの重大な事例の場合、直ちに保健所、県庁、警察へ連絡する体制ができています。	
・専任の院内感染対策を行う者の配置について(特定機能病院)		
19	☆ 次の基準を満たす専任の院内感染対策を行う者を配置している。	
	☆ ①医師、歯科医師、薬剤師又は看護師のうちのいずれかの資格を有している。 ②院内感染対策に関する必要な知識を有している。	
・院内感染マニュアルの整備について		
20	総合的な院内感染マニュアルが整備されている。	
	①標準的予防策 ②感染経路別予防策 ③職業感染予防策 ④環境整備 ⑤洗浄・消毒・滅菌 ⑥廃棄物処理 ⑦異常時を疑った時、院内感染発生時の対応 ⑧針刺し事故 ⑨抗菌薬の適正使用 ⑩清掃 ⑪患者や家族への説明	
21	部門ごとに特有の対策を盛り込んだ院内感染マニュアルが整備されている。	
	①膀胱留置カテーテル関連 ②人工呼吸器関連 ③手術部位感染 ④血管留置カテーテル関連 ⑤経腸栄養法関連 ⑥内視鏡関連 ⑦透析関連 ⑧その他()	
22	院内感染マニュアルが各部署に配布され従業者に周知徹底されている。	
23	最新の科学的根拠や院内体制の実態に基づき適宜見直している。	

・感染制御チーム(ICT)について		
24	規模の大きな病院(目安として300床以上)は多職種からなるICTを設置している。	
25	ICT(設置していない場合は感染管理担当者)は病棟を巡回し、感染症患者の発生状況を点検するとともに、マニュアルに沿った対策がなされているか管理・確認している。	
26	ICTによる病棟巡回は、はおよそ週1回以上の頻度で、2名以上参加の上で実施している。	
・その他		
27	特定抗菌薬(抗MRSA薬等)の使用に際しては許可制または届出制をとり、抗菌薬の適正使用を監視している。	
28	委員会(ICT)は抗生剤の使用状況等を把握し必要に応じて指導・介入している。	
29	必要に応じて、地域の医療機関相互で支援・助言できる体制が整っている。	
■標準予防の具体的手法(日常で実施)		
・手指衛生(速乾性アルコールによる手指消毒、石けん・抗菌性石鹸を使用しての流水による手洗い)について		
30	適切な手洗い方を職員に周知徹底している。 また、実際に手洗いを観察しあって、適切な手洗いができているか確認している。	
	①手の爪は短く切っている。指輪・腕時計をはずし手首まで手洗いを行っている。 ②手指、手首全体を流水で濡らしている。 ③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。 ④指先・爪の先が洗えている。 ⑤手の平が洗えている。 ⑥指の間が洗えている。 ⑦親指は全体を他方の手の平で包み込みよく洗っている。 ⑧手の甲が洗えている。 ⑨流水で石けんを洗い流している。	
31	処置の前後に手洗い、もしくは手指用速乾性アルコール消毒器の使用を徹底している。	
32	目に見えて汚染している時、アルコールが無効なウイルスや芽胞菌を含む血液や排泄物等に接触した疑いがある場合、その他体液などで汚染している時は石鹸で手洗いしている。	
33	血液、すべての体液、分泌物、排出物、粘膜、創傷のある皮膚や創傷被覆材に接触があったら、目に見える汚染がなくても必ず手を洗っている。	
34	同一患者でも、異なる業務や処置を行う場合は処置の度に手指衛生を行っている。	
35	石けんは液体のものを使用し、つぎ足し使用は行っていない。	
36	手洗い時、蛇口の栓を手のひらでなく、肘や手首で開閉するようにしている。そのために、水道蛇口の栓はレバー式や自動感知式などになっている。	
37	タオルの共用はせず、ペーパータオルを使用している。また、ペーパータオルはホルダーを使用する等、汚染なく適切に使用できている。	
38	速乾性すり込み式手指消毒剤を使用する前に、 ①有機物で手が汚染されていない ②手が十分乾燥している を確認して適切に使用している。	
39	手指消毒剤には、その使用開始日や使用期限を明記し、適切な管理を行っている。	
40	各病室に手指衛生設備が設置されている。	
41	業務中は、自分の顔や髪の毛をさわらないようにしている。	
42	手洗いによる刺激性接触皮膚炎の発症を抑えるためにハンドローションやクリームで手の皮膚ケアを行っている。	

・手袋・ガウン・マスクなどのバリアについて		
43	血液、体液、排泄物等の感染のおそれがあるものに触れるときは、その度に手袋を着用・交換している。	
44	粘膜、傷のある皮膚に触れるとき、ガーゼ交換時は、その度に清潔な手袋を着用している。	
45	健全な皮膚に接触する場合であっても、医療従事者が手に切り傷、病変等がある場合は、清潔な手袋を着用している。	
46	感染性の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。	
47	汚染した手袋(患者に触れた・清掃した等含む)をしたまま、ベッドやドアノブ等に触れていない。	
48	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、汚染表面に触れないように手袋をはずしている。	
49	手袋をはずした後は、必ず手洗いを行うか又は擦式消毒液を使用している。	
50	想定される事態に応じて効果的なバリア(マスク・ガウン・ゴーグル・フェイスシールド等)を使用している。	
51	咳やくしゃみをしている人(患者及びスタッフ)にはサージカルマスクを着用させている。	
52	バリア用のガウンは撥水性のディスポ製品を使用している。	
53	着用していたガウンは使用後直ちに外して周囲を汚染しないよう廃棄した後手指衛生している。	
54	使用したバリア(ゴーグル・フェイスシールド等)は、他の患者や環境を汚染しないように使用後直ちに処理をし手指衛生している。	
・医療機器、器具等の扱いについて		
55	無菌の組織または血管内などに使用される医療器具・器材は滅菌したものを使用している。	
56	輸液セット、注射器及び滅菌器具等は、清潔な場所で保管している。 (扉付きの保管庫に収納することが望ましい)	
57	器材の滅菌について適切な方法(インジケーター、有効期限等)で確認するとともに、滅菌パックの破れや濡れ、汚染のないことを、確認してから使用している。(特に救急カート内の器具に注意)	
58	単回使用すべき医療機器、器具等については原則再使用していない。	
59	再使用可能な器材は先ず有機物の汚染を洗浄してから消毒滅菌している。	
60	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。	
61	内視鏡など粘膜に触れる器材、創傷皮膚に触れる器材は高水準消毒している。	
62	綿球などは消毒薬の継ぎ足しをせず、短期間で使用が終わる量を調整している。	
63	超音波ネブライザーは一患者使用ごとにマウスピース、蛇管、接続部品、薬液カップ等を洗浄、消毒、乾燥している。	
64	使用後の器具は、周囲を汚染ないように処理、廃棄している。	
65	使用後の器具類を清潔な場所(清潔区域)においていない。	
66	針刺し事故防止のため、注射針のリキャップは原則禁止している。	
67	使用後の注射針・アンプル類等鋭利器材は、直ちに密閉可能な耐貫通性医療廃棄物専用容器に捨てている。	
68	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している。	
69	処置終了後の物品を入れたトレー類は、用途に応じて適切に再消毒、再滅菌等している。	

・リネン等について		
70	目に見える汚染がある場合は直ちに交換している。	
71	血液、体液、排泄物などで汚染された衣類・リネン類はその場で専用の蓋付容器または袋に密封し搬送している。	
72	感染症予防法1類～4類感染症の病原体に汚染された(おそれのある)ものについては同法に定められた消毒を実施している。	
73	感染症予防法1類～4類感染症以外の病原体に汚染された(おそれのある)ものについては適切な消毒効果のあるものを選択し実施している。	
	①熱水(80℃・10分)に浸す ②次亜塩素酸ナトリウム(250ppm 30℃5分以上)に浸す ③100℃以上の湿熱に10分以上(肝炎ウイルスや芽胞形成菌に汚染されている(おそれのある)リネン類については120℃以上の湿熱で20分以上)作用させる ④その他()	
74	清潔リネンは使用後のリネンと別保管している。	
75	感染者のベッドのシーツやカバーは防水の物を使用するなどしてベッド、マットレスを汚染しないようにしている。	
■感染経路別予防策		
・空気感染(飛沫核感染)予防策について		
結核菌・麻疹ウイルス・ヘルペスウイルス 等		
76	個室管理ないし同病者を集めて隔離管理している。排菌がある結核患者は、できれば陰圧設定の個室で対応している。	
77	陰圧室は独立換気とするが、空気を再循環させる場合にはHEPAフィルター等を使用している。	
78	結核患者の部屋に入室する時は、N95微粒子用マスクを使用している。	
79	N95マスクの着用にあたり、使用上の注意を遵守し、定期的にフィットテストを行っている。	
80	麻疹、水痘の患者の部屋へは、これらの病原体に免疫のない職員は、入室を控えている。	
81	患者が病室外にでる際は、サージカルマスクを着用させている。	
・飛沫感染予防策について		
インフルエンザ、インフルエンザ菌性髄膜炎、髄膜炎性髄膜炎、百日咳、マイコプラズマ肺炎		
82	個室管理ないし同病者を集めて隔離管理している。できない場合は、ベッド間隔を1m以上空けカーテン等で空間的分離をしている。	
83	患者に近づいてケアする場合は、サージカルマスクを着用している。	
84	患者が病室外にでる際は、サージカルマスクを着用させている。	
・接触感染予防策について		
病原性大腸菌・MRSA・緑膿菌・セラチア菌・疥癬・赤痢菌・VRE等		
85	個室管理ないし同病者を集めて隔離管理している。できない場合は、ベッド間隔を1m以上空けカーテン等で空間的分離し、手指衛生を徹底している。	
86	入室時に手指消毒後に手袋を着用し、退室時には手袋をはずして手指衛生を行っている。	
87	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。	
88	医療器具は極力患者ごとに専用としている。患者専用とできない機器等は使用後に消毒している。	
89	患者を移送する場合は、感染または保菌している場所を覆っている。	
90	患者移送を行う医療従事者は接触感染予防で使用したガウン及び手袋をはずし、手指衛生を行った後、新しいガウン及び手袋を着用している。	

■輸液に関する対策		
・共通項目		
91	点滴の調製は、消毒用エタノール等で消毒した専用の清潔区域で行っている。	
92	調製作業は、手指衛生の後マスク、手袋を着用して実施している。	
93	調製は点滴を実施する直前に行う。保管が必要な場合は冷蔵庫で保管している。	
94	輸液ラインの交換間隔に関する基準を確認している。	
95	挿入部に滅菌したドレッシング材を使用し、定期的に交換している。	
96	挿入部の感染兆候を定期的に確認している。	
97	カテーテルロックに使用するヘパリン生理食塩水は作り置きしていない。	
・中心静脈カテーテルの衛生管理について		
98	高カロリー輸液は混合時間を含め28時間以内に投与を終了している。	
99	カテーテル挿入部位は感染リスク等を考慮して選択している。	
100	カテーテル挿入時は高度バリアプレコーション(清潔手袋、滅菌ガウン、マスク、帽子、清潔覆布)を行っている。	
101	カテーテル挿入部の消毒には、クロルヘキシジン(ヒビテン等)またはヨード消毒液(イソジン等)を用いている。	
102	三方活栓は、極力使用しないようにしている。やむを得ず三方活栓から薬液を注入する場合は、酒精綿等で厳重に消毒している。	
■患者の周辺環境の整備等		
103	シンク周辺で清潔と不潔の交差がない(流しなどの排水口及び湿潤部位などは必ず汚染しているものと考え、水の跳ね返りによる汚染に留意する)。	
104	床に近い棚(30cm以内)に清潔な器具を保管しない。	
105	清掃は次の3つに分類して実施している。	
	①日常清掃(毎日行う清掃)床の清掃は洗剤を用いた湿式清掃を行う。手指が高頻度に接触するドアノブ、ベッド柵等は清拭または必要に応じて消毒する ②定期清掃(一定期間ごとに行う清掃)カーテン、壁面 等 ③緊急清掃(血液、体液、排泄物などによる汚染に対する清掃)防護具を着用し、局所の除染と消毒を行う	
106	廃棄物は「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」に掲げられた基準を遵守し、適切に処理されている。	
	①廃棄物の発生場所で感染性医療廃棄物と非感染性廃棄物とを区別している ②感染性医療廃棄物は破損や漏出しない保管容器を使用し、常時蓋をしている ③感染性医療廃棄物は液状のもの、固形のもの、鋭利なものに分類し、容器には取扱い時の注意事項を表示している	
107	清潔区域と不潔区域を(区別を表示しているなどして)区別している。	
108 ☆	給水設備、給湯設備の保守管理を適正に行っている。	
109 ☆	給水施設について、定期又は臨時の水質検査を実施している。 ア 専用水道を使用する病院 色及び濁り並びに消毒の残留効果に関する検査(1日1回) 化学的分析及び細菌検査等の水質検査(1月1回) イ 簡易専用水道を使用する病院 公的機関の検査を受けている(年1回) 受水槽の清掃が行われている(年1回)	

110	冷却塔及び冷却水の汚れの状況を月1回程度点検し、年1回以上、また必要に応じて冷却塔の清掃及び換水を実施している。	
111	空調・換気設備の保守管理を適正に行っている。	
■その他		
・職業感染防止について		
112	患者由来の血液や体液に暴露された場合はHBV、HCV、HIV、梅毒の感染のリスク評価を行っている。	
113	暴露された時の報告、緊急措置の体制が整っている。	
114	感染対策担当者は暴露事故の全数とその後の経過を把握している。	
115	職員は必要に応じてワクチンを接種している。	
・その他		
116	伝染性疾患に職員が罹患した場合、2次感染の可能性がなくなるまで、休業を含めて病原微生物に応じた対策を実施している。	
117	患者・患者家族・見舞い等のために来院する人に対し、ポスターやパンフレットを用いて院内感染予防のための啓発を行っている。	
集 計		/117

関連法規・通知

- ・医療法
- ・水道法
- ・廃棄物の処理及び清掃に関する法律
- ・建築物における衛生的環境の確保に関する法律
- ・医療施設における院内感染の防止について(医政地発1219第1号・平成26.12.19))
- ・「医療法施行規則の一部を改正する省令」の施行(特定機能病院に専任の院内感染対策を行う者を配置すること等に係る改正関係)について
(医政発1105010・平成15年11月5日)
- ・良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について
(医政発第0330010号・平成19年3月30日)
- ・病院、診療所等の業務委託について(指第14号・平成5年2月15日))
- ・患者等の寝具類の洗濯の業務等について(医政発第0330042号・平成19年3月30日)
- ・感染症法に基づく消毒・滅菌の手引きについて(健感発第0130001号・平成16年1月30日)

参考資料

- ・医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き(案)(Ver6.02)
- ・中小病院/診療所を対象にした医療関連感染制御策指針(ガイドライン)2013年度案
- ・結核院内(施設内)感染予防の手引き(厚生労働省インフルエンザ等新興再興感染症研究事業・平成26年版)
- ・透析医療における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン
(厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業・平成27年3月四訂版)
- ・院内感染対策講習会Q&A (平成18年度・社団法人日本感染症学会)
- ・東京都感染症マニュアル 平成22年発行
- ・医療機関立入検査必携 平成25年3月発行
- ・レジオネラ症を予防するために必要な措置に関する技術上の指針(平成15年7月25日)