

院内感染対策のための 自主管理チェックリスト

平成29年6月

東京都福祉保健局

院内感染対策のための自主管理チェックリスト《目次》

第一部 院内感染防止体制

1 院内感染防止のための組織・体制	1
2 院内感染対策部門・院内感染対策のための研修	3
3 院内感染対策マニュアルの整備・実践	5
4 感染症情報の把握・連絡体制	7
5 抗菌薬の適正使用・耐性情報等の共有	9
6 職員の健康管理と業務の維持	11
<資料> 院内・院外関係者への連絡体制（モデル例）	13

第二部 標準予防策と感染経路別予防策

（標準予防策）

1 手指衛生	
(1) 方法の選択	15
(2) 手洗い・手指消毒	17
2 感染防護具の使用（バリア・プリコーション）	19
3 患者の配置管理・移送	21
4 患者・来訪者の理解と協力	23
<資料>（普及啓発用）手を洗いましょう	25
（普及啓発用）咳エチケット（せき・くしゃみをカバー）	26

（感染経路別予防策）

5 接触感染予防策	27
6 飛沫感染予防策	29
7 空気感染予防策	31
<資料> 標準予防策と感染経路別予防策の概要	33

第三部 施設・場面に応じた感染防止対策

（医療処置に伴う感染の防止）

1 血管内留置カテーテル関連の感染防止	35
2 尿道留置カテーテル関連の感染防止	37
3 人工呼吸器関連の感染防止	39
4 経管栄養関連／処置室での感染防止	41

（病棟でのケアに伴う感染の防止）

5 日常生活ケアにおける感染防止	43
6 排泄ケア・汚物処理における感染防止	45
7 環境管理（清掃・施設衛生）	47

（器具・薬剤等の適切な取扱い）

8 器具の洗浄・消毒・滅菌	49
9 内視鏡関連の感染防止	51
10 消毒薬の適正使用及び薬剤の汚染防止	53
11 医療廃棄物の取扱い	55
12 針刺事故防止対策	57

(各部門における感染防止)	
13 外来部門における感染防止対策	59
14 透析室における感染防止対策	61
15 手術室・集中治療室における感染防止対策	63
<資料> 消毒の基本(消毒薬の選択)	65

第四部 院内感染発生時の対応

1 感染情報の把握	67
2 拡大防止対策の実施	69
3 多剤耐性菌対策	71
<資料> 発生状況整理表(サーベイランスシート)	73

第五部 新興感染症

1 新型インフルエンザ等	75
2 エボラ出血熱	77
3 MERS(中東呼吸器症候群)	79
4 蚊媒介感染症	81

[参考文献・資料一覧]	83
-------------	----

本チェックリストの利用方法

病院内で問題となる感染症の発生は、①入院中の治療や処置に関連した感染、②抵抗力の低下に伴う日和見感染、③医療従事者の針刺事故等による職業感染、④市中感染症の院内への持込みによる感染等が原因として挙げられます。

院内感染の対策には、これらの原因による感染症の発生を予防し、また、感染症が発生した場合にその拡大を防ぐことが重要となります。

東京都では、これらの対策支援を目的として、平成14年度に本チェックリストの前身となる「院内感染対策マニュアル」を発行し、改訂を行ってきました。

しかしながら、昨今、薬剤耐性菌や新興感染症等の脅威が増すに伴い、講ずべき対策も複雑化してきています。こうした中、病院には、施設の規模や受け入れる患者の特性に応じて、選択的に対策を組み立てていくことが求められています。

そのため、従来の手引書としての「院内感染対策マニュアル」という名称から、必要に応じてテーマを選べ、基本事項を繰り返し確認できることに重きを置いた「院内感染対策のための自主管理チェックリスト」に名称を変更し、新しく公開する運びとなりました。また、今回の改定に当たっては、平成22年度の「院内感染対策マニュアル」改定以降の法改正や新たに発出された通知・ガイドライン等を踏まえ、内容も加筆・修正しております。

本チェックリスト全体は五部構成としています。

第一部は、院内感染防止対策のための体制整備について取り上げ、感染対策委員会やICTの活動、感染症発生・病原体検出情報の院内での共有、さらに感染症流行期における業務の維持（診療継続計画BCPの作成）について記載し、体制整備の進捗状況をチェックできるようにしています。

第二部は、標準予防策の根幹をなす、手指衛生と感染防護具の適正使用について取り上げるとともに、付加的に実施される接触感染、飛沫感染、空気感染予防策のポイントを整理し、病原体に応じた感染経路遮断のためのチェック項目を挙げています。

第三部は、病棟等の医療の現場での様々な場面における感染防止のチェックポイントを掲げています。また、外来、透析室、手術室等部門ごとの特性に応じた感染防止対策の注意点についても、それぞれ項を設けて確認できるようにしました。

第四部は、院内感染発生時の対応について、感染症発生等の覚知から、関係者への報告、院内状況の情報収集・整理、拡大防止対策として実施する内容、収束判断まで対応の流れに沿ったチェック項目を設けています。

なお、針刺事故発生時の対応については第三部のテーマ12、職員の多数罹患における診療機能の維持については第一部のテーマ5もそれぞれ参照してください。

第五部は「エボラ出血熱」「新型インフルエンザ対策」「蚊媒介感染症」「MERS・SARS」等の新興感染症に関するチェックリストを備えました。

本チェックリストが、各病院における院内感染防止対策に寄与し、医療の現場で日夜奮闘されている方々の支援につながれば幸いです。

第一部 院内感染防止体制

検査日	年 月 日
部署	

1 院内感染防止のための組織・体制

院内感染の発生を抑止し、感染者の発生後においても感染拡大を制御するためには、病院全体が組織的に感染防止対策に取り組むことが必要とされます。

また、感染防止対策の実効性を高めるには、病院管理者が積極的に感染対策部門や感染管理担当者を支援し、一体となって対策に取り組むことが重要です。

<チェックリスト1-1>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
指 針	1	「院内感染対策指針」を定め、基本方針を明確にしているか。		
	2	指針の策定・変更は院内感染対策委員会の議を経ているか。		
	3	当該指針について従業者への周知を徹底しているか。		
院内感染対策委員会	4	院内感染対策委員会の管理及び運営に関する規定は定められているか。		
	5	院内感染対策委員会は定期的に(月1回程度)開催されているか。		
	6	恒常的に欠席している委員はいないか。		
	7	院内感染対策委員会は、職種横断的のメンバーで構成されているか。		
	8	院内感染対策委員会で協議すべき事項は、明確化されているか。		
	9	職員への院内感染対策に係る研修計画等は、作成されているか。		
	10	感染症の発生状況について、院内感染対策委員会に報告されているか。		
	11	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、管理者へ報告しているか。		
	12	院内感染対策委員会の決定事項は職員に周知されているか。		
	13	院内感染が発生した場合等、速やかに原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに従業者への周知を行っているか。		
	14	院内感染対策委員会で立案された改善策の実施状況を巡回等で確認し、評価・見直しをしているか。		
	15	感染症発生時には、院内感染対策委員会で対策の検討を行っているか。		共通対策等
	16	抗菌薬の使用基準について、院内感染対策委員会で協議されているか。		
	17	重要案件の発生時には、臨時の院内感染対策委員会を開催しているか。		重症死亡事例、アウトブレイク、特定多剤耐性菌の検出、等
	18	多剤耐性菌を検出した場合、必要な院内感染対策を実施しているか。		
	19	地域等におけるネットワークに参加し、医療機関間の日常的な相互の協力関係を築いているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 「院内感染対策のための指針」には、感染対策に関する基本的考え方、院内感染対策委員会等の組織、従事者への研修、感染症の発生状況の報告、発生時の対応、患者等への指針の閲覧に関する基本的事項・基本方針を記載することとされています。</p>	項目 1
<p>* 院内感染対策委員会は、診療部門、看護部門、薬剤部門、臨床検査部門、洗浄滅菌部門、給食部門、事務部門等を代表する職員(責任者等)で、職種横断的に構成される必要があります。病院の実情に合わせて、放射線検査部門、リハビリ部門、施設管理部門等の職員の参加も検討してください。</p>	項目 7
<p>* 院内感染予防対策も感染症の発症状況や病原体検出状況を把握した上で、P D C Aサイクルを回す取組が重要です。</p>	項目13 項目14
<p>* 「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」の検出があった場合、保菌も含めて1例目の発見をもってアウトブレイクに準じた厳重な感染対策が必要です。</p> <p>(参照法令・通知)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療法第6条の12 ○ 医療法施行規則第1条の11 (第2項第1号) ○ 医政地発1219 第1号 平成26年12月19日 「医療機関における院内感染対策について」 ○ 医政地発0330010号 平成19年3月30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」 	項目18

第一部 院内感染防止体制

検査日	年 月 日
部署	

2 院内感染対策部門・院内感染対策のための研修

具体的な院内感染予防対策の取組では、全従業者が感染予防に関する基本的な考え方及び具体的方策を身に付け、普段から実践することが必要です。
また、院内感染対策チームや感染対策担当者等によって迅速な対応がなされることが望まれます。

<チェックリスト1-2>

区分	No.	項目	チェック	備考
感染対策部門等	1	院内感染対策を担当する部門又は対策チームは設置されているか。		感染対策室、ICT等
	2	院内感染対策の実務的な中心となる医師等は決められているか。		感染管理者(ICD、ICN等)
	3	院内感染対策部門(又は担当者)の規定は定めているか。		
	4	感染対策部門等による感染防止対策の企画・立案は行われているか。		研修計画等
	5	職場・部門単位での院内感染対策担当者は、決められているか。		
	6	重要案件発生時の情報集約の方法・担当者は、決められているか。		リンクナース等
	7	感染対策部門等による定期的な院内巡回・点検等を行っているか。		予防対策の徹底
	8	病棟ラウンドで、感染症発生状況等を点検しているか。		検査室と連携
	9	病棟ラウンドで、予防策の実施状況や効果等を定期的に評価しているか。		
	10	院内感染等発生時には原因の分析、対策の立案周知をしているか。		ICT又はICC等
	11	院内感染等発生時には対策の実施状況の確認および評価をしているか。		ICT又はICC等
	12	抗菌薬の使用状況を把握し、必要に応じて指導・介入を行っているか。		ICT又はICC等
	13	300床未満を目安とする中小規模の病院で院内巡回や点検が行えない場合、必要に応じて地域の専門家に相談できる体制を整備しているか。		
院内感染対策のための研修	14	全職員を対象とした院内感染対策の研修を定期的実施しているか。		
	15	研修は病院等全体に共通する院内感染に関する内容であるか。		年2回程度
	16	研修の実施内容(開催日、出席者、研修項目、等)の記録はあるか。		
	17	研修に参加できなかった職員へも必要な内容の周知徹底を図っているか。		
	18	職場・部門単位で実施すべき研修内容は、明確にされているか。		
	19	標準予防策にかかる手技実技の研修は、実施されているか。		手技確認等
	20	院内感染対策の理解度・実施状況を評価する仕組みをとっているか。		手指衛生、ガウンテクニック等
	21	委託業者等への研修内容や実施状況を把握しているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 院内感染対策の重要性を考慮し、各病院には、院内感染対策の実務的責任者（感染管理者）を置き、さらに院内感染対策部門は院内感染対策チーム（ICT）が置かれていることが望ましいです。</p>	項目1
<p>* 院内感染対策部門や院内感染対策担当者が円滑に活動できるように、院内での位置づけ及び役割を明確化し、医療機関内の全ての関係者の理解及び協力が得られる環境を整えてください。</p>	項目3
<p>* 院内感染発生時だけではなく、対応を要する病原体（多剤耐性菌等）の検出を確認した場合等も原因の分析、対策の立案及び周知、実施状況の確認及び評価を行うことが必要です。</p>	項目4
<p>* 院内感染防止対策を組織的に実施するための院内のシステムとして、病棟等の各部署において業務を行いながら当たる担当者（リンクナース等）を配置することが望ましいです。</p>	項目5
<p>* 感染防止対策の現場での浸透度や実施の適正度を確認するため、感染管理者や院内感染対策部門、ICTによる定期的な巡視（院内ラウンド）を実施することが望ましいです。</p>	項目7
<p>* 病棟ラウンドについては、可能な限り1週間に1度以上の頻度で感染制御チームのうち少なくとも2名以上の参加の上で行うことが望ましいです。</p>	項目7
<p>(参照法令・通知)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療法第6条の12 ○ 医療法施行規則第1条の11（第2項第1号） ○ 医政地発1219 第1号 平成26年12月19日 「医療機関における院内感染対策について」 ○ 医政地発0330010号 平成19年3月30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」 	

第一部 院内感染防止体制

検査日	年 月 日
部署	

3 院内感染対策マニュアルの整備・実践

院内感染対策マニュアルは、それぞれの施設の実状に合ったものを備える必要がありますが、感染防止対策の基本となる事項が記載されているか再度確認しましょう。マニュアルの内容は定期的に見直し、最新の知見に基づいた内容としておく必要があります。また、マニュアルが実際に役立てられているか確認することも必要です。

<チェックリスト1-3>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
対共通	1	院内全体で活用できる総合的な院内感染対策マニュアルはあるか。		
標準予防	2	手指衛生の方法及びタイミングについて具体的に記載されているか。		手洗手技、実施タイミング等
	3	個人防護具の使用方法について具体的に記載されているか。		着脱タイミング等
経路別対策	4	接触感染予防策をとるべき感染症、感染防止策は記載されているか。		MRSA、多剤耐性菌等
	5	飛沫感染予防策をとるべき感染症、感染防止策は記載されているか。		インフルエンザ等
	6	空気感染予防策をとるべき感染症、感染防止策は記載されているか。		結核、麻疹等
報告体制	7	感染症(疑い)患者発生時の報告ルートは明確にされているか。		
	8	夜間・休日における緊急連絡のルートは明確にされているか。		
感染防止	9	清掃・環境管理等の方法について具体的に記載されているか。		
	10	機器や器具等の消毒・滅菌方法について具体的に記載されているか。		
	11	患者の隔離・移送時の注意事項は具体的に記載されているか。		
	12	抗菌薬の使用基準等は作成しているか。		
	13	針刺事故発生時の迅速検査・投薬等のマニュアルは作成しているか。		
個別対策	14	院内でのインフルエンザ患者発生時のマニュアルは作成しているか。		疾患別マニュアル
	15	院内でのノロウイルス患者発生時のマニュアルは作成しているか。		疾患別マニュアル
	16	各部署で使用する感染防止マニュアル・手順書等は作成しているか。		
更新・実践	17	各種マニュアルの内容については定期的に見直しをしているか。		最新知見、法令
	18	最新の知見、他病院の取組等の情報収集を行う担当者を置いているか。		
	19	院内感染対策マニュアルに基づく研修を実施しているか。		実技研修含む
	20	各種マニュアルの遵守状況の確認を行っているか。		院内巡回等

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 院内感染対策マニュアルを整備し、これに基づいて対策を実施していくことは、感染防止の考え方に基づいた業務の標準化を効率的に進めることになるとともに、診療の現場で従事する職員にとっても注意点が明確になるなどの助けにもなります。</p>	項目 1
<p>* 各医療機関においては、院内全体で活用できる総合的な院内感染対策マニュアルを整備するとともに、必要に応じ院内の各部門で実施されるべき特有の対策を盛り込んだ部門別マニュアルを整備しておくことも求められます。</p>	項目 1 項目 16
<p>* 適切な感染防止対策を実施するには、最新の知見と科学的な根拠に基づいた対策を採用したマニュアルにする必要があります。 感染対策部門の職員や院内感染対策担当者により、最新の知見や他病院の進んだ取組などに関する情報収集を行い、院内感染対策委員会での検討を踏まえて、マニュアル内容は定期的に見直すことが重要です。</p>	項目 17 項目 18
<p>* 対策マニュアルは、これに基づく業務が適切に実施されてはじめて感染防止対策としての効果をなすものです。 各部署においてマニュアルが遵守されているかどうか、感染対策部門やICTによる院内巡視（院内ラウンド）や簡易テスト等の実施により定期的に確認することも重要です。</p>	項目 20

第一部 院内感染防止体制

検査日	年 月 日
部 署	

4 感染症情報の把握・連絡体制

病院内における感染症の発生・病原体検出状況の把握は、日常的に実施されることが重要です。初動時から迅速・的確な対応をとれるよう、発生・検出情報が感染対策部門をはじめ関係部署に速やかに報告される体制の整備が求められます。各診療部門と感染対策部門において十分な情報共有が行われることも重要です。

<チェックリスト1-4>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
発生報告	1	感染症患者の発生を疑った場合の連絡体制は明確になっているか。		
	2	検査部門で病原体を検出した場合の連絡体制は明確になっているか。		
	3	感染症発生・病原体検出情報を集約する部門は、決められているか。		ICT、院内感染対策部門等
	4	病院管理者への連絡・報告体制は、明確になっているか。		
	5	夜間・休日において発生した場合の連絡体制は、明確になっているか。		
保健所連絡	6	保健所への感染症の届出基準は確認しているか。		最新基準確認
	7	感染症の届出基準は各部門に周知されているか。		
	8	保健所等との連絡を担当する部署・担当者は決められているか。		
情報把握	9	感染情報レポートは週に1回程度の頻度で作成されているか。		週単位
	10	複数の患者発生時や重要な病原体検出時は患者リストを作成し状況把握を行っているか。		
	11	感染症の発生状況や病原体検出状況について分析をしているか。		感染経路等
	12	易感染性患者等ハイリスク患者の情報把握は行っているか。		
	13	情報集約部門から院内感染対策委員会への報告は行われているか。		感染情報レポート等の報告
情報伝達・周知等	14	情報集約部門から各部署への情報提供の方法は定められているか。		発生状況等
	15	院内感染対策委員会の決定事項等の周知方法は明確になっているか。		
	16	感染防止対策に係る緊急情報の周知方法は明確になっているか。		
	17	各部署における職員一人一人への情報の周知方法は明確になっているか。		
	18	各部署における感染症患者の情報等の管理方法は定められているか。		看護記録、カルテ等記載
確認	19	感染対策部門により、感染対策の実施状況の把握は行っているか。		院内巡回等
	20	感染対策の実施状況について院内感染対策委員会で検討されているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 感染症発生情報・病原体検出情報は、主治医や病棟等の看護部門及び感染対策部門・ICT（感染対策チーム）に速やかに報告され、必要な部署で情報が共有されることが重要です。</p>	<p>項目 1～3</p>
<p>* 夜間・休日においては重大情報が迅速かつ確実に、病院管理者を含む責任者に伝達されることが重要です。夜間・休日における責任者への連絡方法は具体的に確認しておきましょう。</p>	<p>項目5</p>
<p>* 感染症法（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）に定められた届出疾患については、それぞれ決められた期間内に保健所への届出を行うことが義務づけられています。 届出対象は患者（有症状）か保菌者を含めるのか、疑似症患者の取扱い等についても確認しておきましょう。 なお、届出対象疾患でなくとも感染防止対策の実施は必要です。</p>	<p>項目6</p>
<p>* 感染症法に基づく届出以外にも、重大な院内感染事例の発生（発生を疑う事例を含む。）時には、保健所等の行政機関に適時相談し、技術的な支援や助言を求めることが望ましいです。 特に集団発生事例の場合などには、拡大防止の観点から速やかに報告を行い、連絡を密にしておくことが重要です。</p>	<p>項目8</p>
<p>* 感染情報レポート 院内の各病棟の微生物学的検査に係る状況等を記したレポート。 （入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が病院の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成する） 週1回程度作成され、院内感染防止対策委員会で十分活用されていることが必要。診療報酬：基本診療料の施設基準となっている。</p>	<p>項目9</p>
<p>* 感染症患者の発生が続いた場合には、発生状況整理表（サーベイランスシート／患者一覧表）を作成して、時系列的な情報整理を行うなど、院内全体の情報を収集・整理しておくことが迅速な拡大防止策の実施のために重要です。</p>	<p>項目11</p>

第一部 院内感染防止体制

検査日	年 月 日
部署	

5 抗菌薬の適正使用・耐性情報等の共有

薬剤耐性菌の発生を防止し、適切な対応を行うためには、薬剤感受性試験の結果等の情報を院内で共有し、抗菌薬の適切な選択・使用に繋げることが重要です。そのためには、検査部門、感染対策部門、診療部門とが協力して、治療と感染症対策を進めていくことが必要です。

<チェックリスト1-5>

区分	No.	項目	チェック	備考
抗菌薬の使用基準等	1	抗菌薬の使用基準について、院内感染対策委員会で協議されているか。		
	2	院内における抗菌薬の使用基準等は作成しているか。		マニュアル記載
	3	使用基準に基づき適切な投与量、投与期間で使用することとしているか。		使用基準・方針
	4	薬剤感受性試験結果を抗菌薬使用の参考にしているか。		
	5	血中薬物濃度測定により適正かつ効果的な投与を行っているか。		TDM実施体制
	6	周術期の抗菌薬の予防投与は適切に実施されているか。		使用状況
	7	初期治療薬として必要以上に広域抗菌薬が使用されていないか。		使用状況
	8	重要な抗菌薬について届出を行うなど院内での使用を監視しているか。		
	9	広域スペクトラムの抗菌薬や抗MRSA薬の使用を監視しているか。		
薬剤耐性情報の把握・共有	10	薬剤感受性検査を実施し、耐性菌の検出情報等の把握を行っているか。 * 感染症法の対象疾患 (MRSA、PRSP、MDRP、VRE、VRSA、CRE、MDRA等) * その他 (ESBL産生グラム陰性桿菌、その他)		全数及び定点最新基準確認
	11	薬剤耐性に関する検査結果を院内で共有する仕組みをつくっているか。		主治医、病棟、感染対策部門
	12	薬剤耐性菌の検出について感染情報レポートを作成しているか。		
	13	薬剤耐性菌の検出状況は、院内感染対策委員会に報告されているか。		
	14	抗菌薬の使用、薬剤耐性菌についての説明は適切に行われているか。		患者・家族への説明の要点整理

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 薬剤耐性菌の出現を防止するため、薬剤感受性試験に基づいて抗菌薬を選択し、多剤併用投与、長期投与を避ける必要があります。</p>	<p>項目3 項目4</p>
<p>* 広域スペクトラムを有する抗菌薬や抗MRSA薬などの使用は許可制にするなど、使用を制限し、適正に使用されているかを病院として監視できる体制が望ましいです。これらの抗菌薬はTDM（治療薬物濃度モニタリング：血中薬物濃度測定）を行うことが推奨されています。</p>	<p>項目5 項目8 項目9</p>
<p>* 周術期の予防投与は、第1～第2世代セファルスポリン系抗菌薬を主体に使用し、術後長期間にわたる予防的抗菌薬投与を行わないことが求められます。第3世代セファルスポリンやバンコマイシンの予防投与は、術後のVRE感染のリスク因子となるため避けるべきとされています。</p>	<p>項目6</p>
<p>* 重症感染症、重篤な基礎疾患を有する患者の感染症、複数菌感染症が疑われる場合は、広域抗菌薬を初期治療薬として選択し、感受性試験の結果判明後は、狭域抗菌薬に変更することとされています。</p>	<p>項目7</p>
<p>* 薬剤耐性菌の発生に対し適切な対応をとるためには、検出情報が検査部門から関係各部門に速やかに伝達・共有される体制となっていることが重要です。</p> <p>① 主治医（治療薬の選択や適切な使用のための参考とする） ② 病棟看護部門（当該患者の看護において適切な感染防止策をとる） ③ 感染対策部門（抗菌薬使用に関する助言、病院としての対策検討）</p>	<p>項目11 項目12</p>
<p>* 抗菌薬への耐性情報を定期的に把握しておくことは、適切な抗菌薬使用と薬剤耐性菌の抑制に繋がるとともに、迅速な院内感染対策のためにも重要です。</p> <p>感染情報レポートを作成し、定期的に感染対策部門と院内感染対策委員会に報告される体制をとりましょう。</p> <p>※ 感染情報レポート： 院内の各病棟の微生物学的検査に係る状況等を記したレポート。 （入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が病院の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成する） 週1回程度作成され、院内感染防止対策委員会で十分活用されていることが必要。診療報酬：基本診療料の施設基準となっている。</p>	<p>項目12 項目13</p>
<p>* 医療従事者にとって当然のことで、一般の方には理解が進んでいない知識は多々あります。抗菌薬の使用によっておこる副作用や個々の薬剤耐性菌の特徴、日和見感染の意味などを分かりやすく説明できるよう、説明のポイントを整理しておくことも重要です。</p>	<p>項目14</p>

第一部 院内感染防止体制

検査日	年 月 日
部署	

6 職員の健康管理と業務の維持

職員が感染症に罹患した場合、感染症の種類に応じて就業制限や就業禁止、自宅での健康監視等が必要となる場合があります。また、職員の欠勤により診療機能等の維持が困難となることもあり、あらかじめ受入能力の想定、診療体制の一時的縮小、他部署・他病院への応援要請等についても検討しておくことが望ましいです。

<チェックリスト1-6>

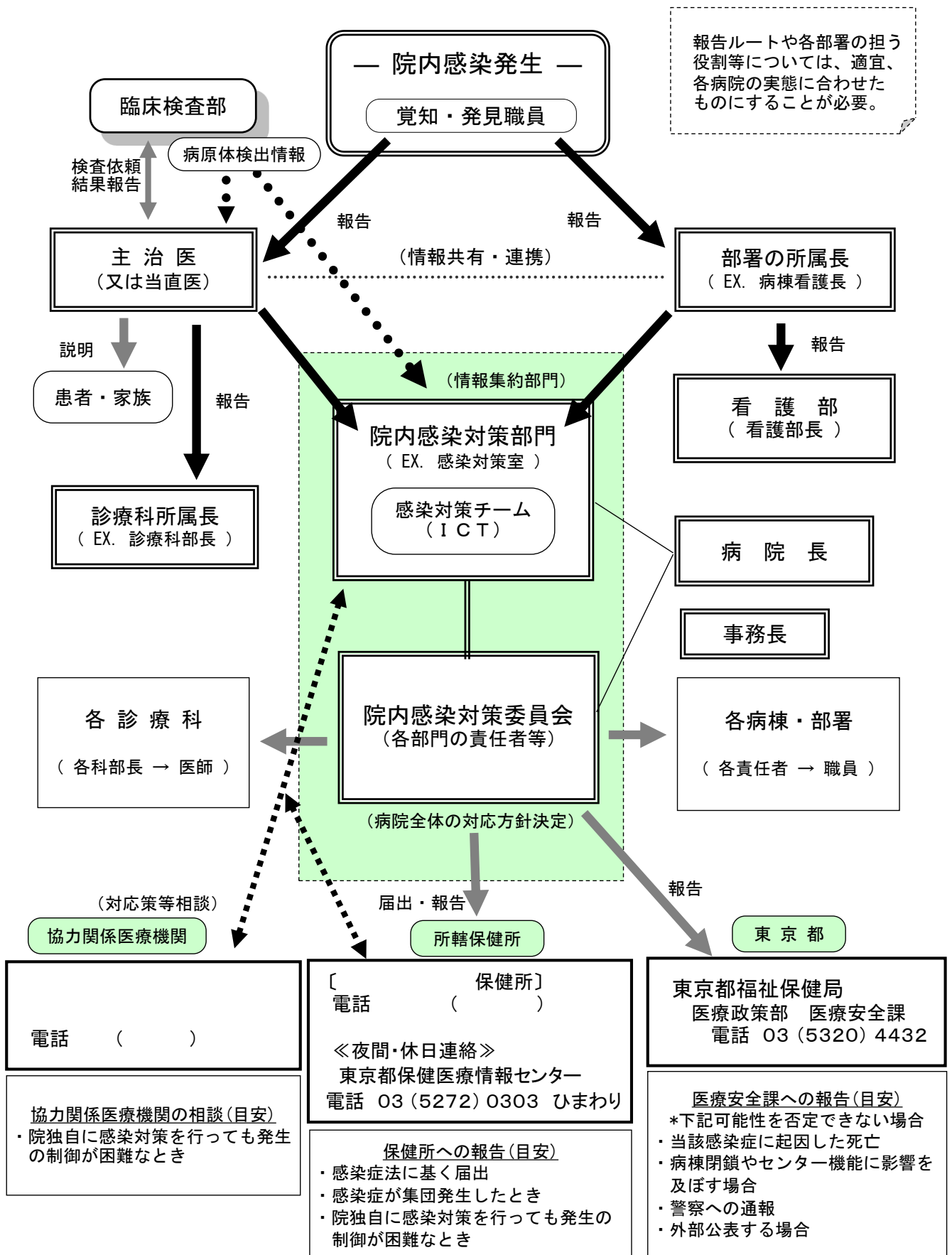
区分	No.	項目	チェック	備考
予防	1	職員への予防接種・予防内服の実施基準を定めているか。		インフルエンザ、風疹、流行性耳下腺炎、麻疹、水痘、等
	2	実施基準に基づいて流行期前に職員への予防接種を行っているか。		
情報把握	3	定期健診・接触者健診により、職員の感染例の把握を行っているか。		結核健診等
	4	職員から感染者が出た場合の報告方法は明確になっているか。		感染疑いを含む
	5	職員から感染者が出た場合の情報集約担当者は決められているか。		院内全体の情報
就業制限等	6	就業制限や就業禁止、健康監視等の基準は定められているか。		
	7	就業制限や就業禁止、健康監視等に関する職員用の説明資料は準備されているか。		
	8	給食・清掃業務等の従事職員の就業制限等の基準は定められているか。		委託職員含む
	9	就業制限等の解除の判断を行う者は明確になっているか。		医師の関与
防拡大	10	職員間で感染が広がりやすく、注意が必要な場所を把握しているか。		消毒実施強化
受入調整	11	感染症BCP(業務継続計画)を各職場で策定し、各職場において何人までの欠勤に対応できるか等について想定をしているか。		インフルエンザ、ノロウイルス、風疹、等
	12	多数の欠勤者が出た場合の患者受入制限の基準は検討されているか。		各部署単位
	13	患者の受入制限を行う場合の優先受入基準は検討されているか。		
	14	入院患者の転院が必要となった場合の協力病院の確保を図っているか。		受入協力関係
継続部門	15	病院として継続必須の診療部署及びその選択基準は検討されているか。		
	16	継続必須の部署での多数欠勤時の応援体制は定められているか。		応援部署・割振
	17	継続必須の部署での応援勤務者へのマニュアル等は準備しているか。		
管理部門	18	医薬品・衛生材料等の備蓄について確認しているか。		
	19	出勤者減少時の管理業務等の基本マニュアルは準備されているか。		診療部門以外
決意思	20	対策の立案、実施に係る意思決定の方法は明確になっているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 労働安全衛生法及び感染症法に基づく定期健康診断は全職員を対象に実施します。 結核は、職員が罹患した場合の影響も大きく、有症状者は早期の受診や検査を行う必要があります。結核患者に対応した職員には、保健所と協議の上、健康診断を実施し、感染の早期発見に努めます。</p>	項目 3
<p>* インフルエンザ、風疹、流行性耳下腺炎、麻疹、水痘、急性胃腸炎（ノロウイルス感染症等）、結核、その他伝染性疾患に職員が罹患した場合は、二次感染のおそれなくなるまで就業制限を行うこととなりますが、潜伏期間等も考慮して基準を明確にしておくことが必要です。</p>	項目 6
<p>* 職員間で感染が広がりやすい場所としては、職員食堂、ミーティングルーム、職員用トイレ、更衣室などがあります。職員からの感染症発生時には、これらの場所の消毒等を強化することも必要です。</p>	項目10 以下
<p>* インフルエンザなどの集団感染発生時の対応は危機管理として捉え、感染防止対策だけにとられないことも重要です。</p> <p>医療機関としての対応能力の低下が予想される場合の事態想定、一時的な受入制限を行う場合の基準等を「診療継続計画（BCP）」などのかたちで明確にしておくことが必要となります。</p>	項目11 以下
<p>* 職員自身が感染した場合以外にも、家族が感染したことで職員が出勤できなくなる場合があります。 米国の労働安全衛生庁では、新型インフルエンザまん延期には一般企業では最大40%の欠勤が出る可能性を指摘しています。</p>	項目11 項目12
<p>* 受入の調整の必要が生じた場合、慢性疾患を有する定期受診患者への定期薬の長期処方や待機可能な手術や入院予定の延期、外来診療科目の一時縮小などにより、医療の提供を一時的に減少させることも検討が必要です。受け入れる場合の優先基準も整理しておく必要があります。</p>	項目12 項目13
<p>* 受入調整とは反対にいわゆる「必須継続業務」にあたる、病院として機能を維持すべき診療科や部門についても検討しておきます。</p>	項目15
<p>* 診療を継続するための受入制限等の種々の対策は、医療機関の運営に直接関わることであり、対策の検討・決定には病院管理者等が積極的に関与することが求められます。</p> <p>(参考文献) ○「平成25年 政府行動計画・ガイドラインを踏まえた「医療機関における新型インフルエンザ等対策立案のための手引き」」 (平成25年9月暫定1.1版)</p> <p>(参考法令) ○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 第6条「感染症の定義等」、第18条「従業制限」 ○労働安全衛生規則第61条「病者の就業禁止」</p>	項目20

<資料>

院内・院外関係者への連絡体制 (モデル例)



第二部 標準予防策と感染経路別予防策

検査日	年 月 日
部署	

1 手指衛生(1) -方法の選択-

感染防止対策の基本は手指衛生（手洗い及び手指消毒）です。
 アルコールによる擦式消毒薬の使用は、手指衛生に要する時間を短縮できるなどの利点がありますが、アルコールが効きにくいノロウイルスなどには、石鹼と流水による手洗いが必要であり、場面や状況によって有効な方法を選択することが必要です。

<チェックリスト2-1(1)>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
手洗い・手指消毒の選択	1	目視できる汚れがあるとき又はタンパク質で汚染されているときは、石鹼と流水で手洗いをしているか。		
	2	患者の処置を行う際には、手指消毒を行っているか。		目視できる汚れがなくても
	3	患者に直接接触する際は、接触前に手指衛生を行っているか。		手袋使用の有無に関わらず実施
	4	粘膜に触れた場合は、手洗いの後、手指消毒を行っているか。		目視できる汚れがなくても
	5	創のある皮膚に触れた場合は、手洗いの後、手指消毒を行っているか。		〃
	6	創傷被覆材に触れた場合は、手洗いの後、手指消毒を行っているか。		〃
	7	血液、体液と接触した場合は、手洗いの後、手指消毒を行っているか。		〃
	8	分泌物と接触した場合は、手洗いの後、手指消毒を行っているか。		〃
	9	排泄物と接触した場合は、手洗いの後、手指消毒を行っているか。		〃
	10	輸液・薬液の調製前には、手指衛生を行っているか。		マスク着用、手指衛生後、手袋使用
	11	創傷のない皮膚に触れた場合は、手指衛生を行っているか。		目視できる汚れがなくても
	12	手袋やガウン・マスクを外した後には、手指衛生を行っているか。		着脱時の汚染
	13	同一患者であっても処置や業務の合間に、手指衛生を行っているか。		
	14	ノロウイルスに接触した疑いがある場合は、手洗いをしているか。		アルコール消毒は効果薄
	15	芽胞菌に接触した疑いがある場合は、手洗いをしているか。		アルコール消毒は効果薄
	16	清掃作業後は、手洗いをしているか。		

※ 手指衛生（手洗い・手指消毒）については、以下の定義としています。

- ① 手洗い：液体石鹼と流水による手洗い
- ② 手指消毒：擦式消毒薬による手指の消毒又は手指洗浄消毒薬と流水による消毒。

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 標準予防策の基礎となるのは、全ての湿性生物（血液、体液、分泌物、排泄物等）には感染の危険があるとみなす考え方です。これらのものに直接接触した場合には、必ず手洗が必要です。</p> <p>* 殺菌力の強いアルコールによる擦式手指消毒薬の使用も有効です。手指衛生にかかる時間を短縮し、また、ベッドサイドから手洗い設備まで比較的距離がある場合も、病室ごとに配備が可能な利点があります。</p> <p>擦式アルコール消毒薬以外にも、手指洗浄消毒薬と流水による手指消毒の方法もあります。</p> <p>* 手袋をしていても、着脱の際の汚染の可能性を考慮し、手袋を外した後は手指消毒を行います。</p> <p>* 同一患者であっても、気管内吸引の処置を行った後に、創傷の処置を行うなど、異なる部位への処置を行う場合は、一処置ごとに手指消毒を行います。</p> <p>* ノロウイルスや芽胞菌（クロストリジウム属金等）には、アルコールの消毒効果は低く、液体石鹸又は手指洗浄消毒薬と、流水による手洗いによって病原体を物理的にすすぎ落とす方法が推奨されています。</p> <p>医療従事者のみでなく、患者・家族など一般の方にも手洗いの重要性を理解していただくことも大切です。</p> <p>* WHO（世界保健機関）の医療機関における手指衛生ガイドラインでは、手指衛生を実施すべき5つの瞬間を提唱しています。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者に接する前 2. 清潔操作や無菌操作をする前 3. 体液暴露リスクの後 4. 患者に接触した後 5. 患者環境に触れた後 <p>手指衛生を適切なタイミングで正しく実施することが重要です。</p>	<p>項目2 ほか</p> <p>項目12</p> <p>項目13</p> <p>項目14 項目15</p>

第二部 標準予防策と感染経路別予防策

検査日	年 月 日
部署	

1 手指衛生 (2) - 手洗い・手指消毒の方法 -

手指は病原体が容易に付着するものであり、医療従事者の手指を媒介して感染が広がる可能性があります。院内感染防止対策における「感染経路の遮断」において、手指衛生は最も重要な手段であり、手洗い・手指消毒の方法等の遵守が院内感染の発生や拡大を未然に防ぐこととなります。

<チェックリスト2-1(2)>

区分	No.	項目	チェック	備考
手洗い (液体石鹸と流水による)	1	手洗いは、腕時計や指輪を外してから行っているか。		
	2	最低15秒間両手を擦り合わせ、正しい手技で手洗いをしているか。		
	3	手洗い後は、手指をペーパータオルや温風でよく乾燥させているか。		
	4	共用タオルは使用していないか。		
	5	ペーパータオルは、上から下に引き抜けるホルダーを使用しているか。		汚染防止
	6	固形石鹸は使用していないか。		
	7	液体石鹸の継ぎ足し使用はしていないか。		
	8	手洗いの手順・方法に関する職員の研修・演習を行っているか。		
	9	手洗いの方法等にかかる職員の遵守状況について確認を行っているか。		実施頻度
手指消毒 (擦式消毒薬等による)	10	消毒薬の使用方法をよく読み、適量を確認して使用しているか。		15秒以内に乾燥しない量
	11	消毒薬が乾燥し終わるまで、両手を擦り合わせているか。		
	12	消毒を行った手で髪の毛やエプロン等を触っていないか。		
	13	消毒薬は、必要かつ適切な場所に配置されているか。		病室、清潔区域
	14	定期的に消毒薬の使用期限、開封日を確認しているか。		
	15	消毒薬の継ぎ足し使用をしていないか。		消毒薬の有効性
	16	手指消毒の手順・方法に関する職員の研修・演習を行っているか。		
	17	手指消毒の方法等に係る職員の遵守状況について確認をしているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 手指衛生の確実な実施のためには、手洗い設備の整備や擦式消毒薬の病室ごとやベッドサイドなどに配置するなど、処置ごとに頻回に手指衛生を実施できる環境を整備することも重要です。</p> <p>液体石鹼や消毒薬の容器も清潔に管理するようところがけましょう。</p>	<p>項目13</p>
<p>* 長い爪や付け爪は、細菌の温床となりやすく、医療の現場では不適切といえます。指輪についてももしないほうが手指衛生をより確実にします。</p>	
<p>* WHOの医療機関における手指衛生ガイドラインでは、擦式手指消毒薬での手指衛生については20～30秒、石けんと流水による手指衛生は40～60秒かけて行うものとしています。 手指衛生は十分な時間をかけ、最低でも15秒間両手を擦り合わせて行いましょう。</p>	<p>項目2 項目11</p>
<p>* 擦式消毒用アルコール製剤は、15秒以内に乾燥しない程度の十分な量を使用し、アルコールが完全に揮発するまで両手を擦り合わせる必要があります。</p>	<p>項目10 項目11</p>
<p>* 手指衛生の遵守率の向上のためには、定期的・悉皆的な教育・研修の実施とともに、ICTなどの院内巡視（院内ラウンド）等による手指衛生の実施状況のモニタリングを行うことも必要です。</p> <p>手指衛生の教育・研修、実施状況の確認については、看護職を中心に医師、薬剤師その他コメディカルスタッフなど職種に関わらず、重視すべきです。</p> <p>(参考文献)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○「医療施設における院内感染（病院感染）の防止について」（平成15年度厚生労働科学研究費補助金／分担研究者 大久保 憲） ○「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」（平成18年度厚生労働科学研究費補助金／主任研究者 荒川 宜親） 	<p>項目8 項目9 項目16 項目17</p>

第二部 標準予防策と感染経路別予防策

検査日	年 月 日
部署	

2 感染防護具の使用（バリア・プリコーション）

標準予防策の基礎となるのは、全ての湿性生体物質（血液、体液、分泌物及び排泄物等）には感染の危険があると見なす考え方です。これらのものに触れた場合には、適切な方法で手指衛生を行うことは当然ですが、触れる可能性がある場合には、感染防護具を使用することが重要であり、患者、医療従事者双方の危険性を減少させることとなります。

<チェックリスト2-2>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
総論	1	想定される事態等に応じて、防護具の使用基準・方法を定めているか。		感染経路考慮
	2	防護具の使用基準・方法についての研修を実施しているか。		
	3	防護具の使用基準・方法が遵守されているかを確認しているか。		院内ラウンド等による確認
手袋	4	血液、体液、分泌液に接触するときは、手袋を着用しているか。		
	5	排泄物に接触するときは、手袋を着用しているか。		排泄ケア、尿道カテーテル等
	6	血液等に汚染された物に接触するときは、手袋を着用しているか。		感染性廃棄物
	7	感染性のものに接触したら、他部位に接触前に手袋を交換しているか。		同一患者でも
	8	粘膜や創傷皮膚への接触の際、清潔な手袋を使用しているか。		
	9	複数の患者の処置に、同一の手袋を使用していないか。		
	10	使い捨ての手袋を再使用していないか。		
	11	汚染した手袋をしたままベッドやドアノブ等に触れていないか。		
	12	使用した手袋を外すときは、汚染表面に触れないように行っているか。		
	13	手袋を着用する前及び外した後に手指衛生を行っているか。		
その他	14	皮膚や着衣の汚染が予想される場合、撥水性のガウンを着用しているか。		場面によりエプロン等
	15	着用していたガウンは使用后直ちに外して廃棄し、手指衛生をしているか。		
	16	マスクを外すときは、汚染面に触れることなく、適切に外しているか。		
	17	血液等の飛散が予想されるときは、マスク、ゴーグル等を使用しているか。		目・鼻・口の汚染防止
	18	マスク、ゴーグル等は使用后直ちに、汚染した表面に触れないように外し、手指衛生を行っているか。		
	19	単回使用の個人防護具は、再利用せず使用后直ちに廃棄しているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 患者の血液、体液、分泌物、排泄物に接触する可能性がある場合には、清潔な手袋を着用しましょう。（非滅菌可）</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 採血時、血管確保時 ② 検体採取時（血液、体液、痰、排泄物） ③ 汚染器具類の洗浄・消毒時（血液付着等） ④ 口腔ケア実施時 ⑤ おむつ交換等の排泄ケア実施時 ⑥ 人工肛門・人工膀胱等のパック交換時 ⑦ 留置ドレーン廃液・尿道留置カテーテル尿の廃棄時 ⑧ 救急患者の緊急処置実施時 <p>* 感染防護具は、装着行動をとりやすいよう、使用する場所の近くに配備されることが望ましいです。</p> <p>* 感染防護具は、単回使用のもの（ディスポ製品）であることが望ましいです。</p> <p>* 手袋をした安心感から、汚染した手袋でベッド、ドアノブ、その他の環境面に触れないよう注意が必要です。 また、防護具を外す際に自身が汚染されないよう、適切な方法で行うように注意してください。その後の手指衛生も必要です。</p> <p>* 皮膚や着衣の汚染が予想される場合には、撥水性のガウン等を着用するようにします。</p> <p>* 患者の処置やケアにおいて、目・鼻・口の粘膜に血液等による汚染が予測される場合（血液、分泌物の飛散等）には、マスクやゴーグル等を着用するようにします。</p>	<p>項目 4 以下</p> <p>項目 10</p> <p>項目 11 項目 12 項目 13</p> <p>項目 14</p> <p>項目 17</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>感染防護具の着脱順序</p> <ul style="list-style-type: none"> ○着用順序 手指衛生→ガウン・エプロン→マスク→ゴーグル等→手袋 ○外す順序 手袋→手指衛生→ゴーグル等→手指衛生→ ガウン・エプロン→手指衛生→マスク→手指衛生 </div>	

第二部 標準予防策と感染経路別予防策

検査日	年 月 日
部署	

3 患者の配置管理・移送

病原体の伝播を遮断する感染防止対策は、医療的な処置やケアを行う際など感染症患者（保菌者を含む。）との接触時において、感染リスクを低減させる対策（手指衛生・防護具使用等）と、当該患者と他の患者、来院者、従事スタッフとの接触機会を減らす対策（配置管理・入室制限等）とがあります。ここでは、後者について取り上げます。

<チェックリスト2-3>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
基準	1	感染症患者を個室等で管理（隔離）する基準を定めているか。		マニュアル記載
隔離・配置管理	2	感染症患者は他の患者との同室を避け、個室管理をしているか。		個室隔離
	3	個室にできない場合、同一感染症患者を一室管理としているか。		集団隔離
	4	集団発生時等は病棟・エリア単位での感染症患者の管理をしているか。		コホート病棟化
	5	集団隔離の場合、ベッド間隔1m以上、カーテンでの仕切りをしているか。		
	6	感染症患者と他の患者のトイレ・食堂等の共用を避けているか。		
	患者説明	7	転室（隔離）の際、患者・家族に必要性を説明し、理解を求めているか。	
8		感染防止のための隔離において、差額ベッド代を徴収していないか。		
9		患者や面会者に、手洗いや防護具の使用方法について指導しているか。		
入室制限	10	感染症患者の診療やケアを行う担当者は、限定しているか。		可能であれば専従化
	11	面会者・入室者は限定するように配慮しているか。		
病室外移送	12	感染症患者の病室外への移送時の手順・注意事項等を定めているか。		
	13	接触感染対策の対象患者の移送器具は、使用後に清拭しているか。		
	14	飛沫・空気感染予防対象患者の移送時は、マスク等を着用させているか。		インフルエンザ 結核、麻疹等
	15	空気感染予防対象患者の移送時は、従事者もマスクを着用しているか。		結核、麻疹等

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 感染症患者（又は保菌者）は、原則として個室管理が望ましいですが、多くの病院では、収容可能な個室数には限りがあり、全ての感染症患者を個室に収容することは難しいです。 このため、収容に際しての優先度、集団隔離を行う場合の方法・基準等について、あらかじめ院内で考え方を定めておく必要があります。</p>	項目 1
<p>* 隔離は、患者の行動を制限することになるため、その必要性について患者・家族に十分な説明を行い、理解を求めることが必要です。 一方、過度な心配や不必要な先入観を本人及び周囲が持たないように理解しやすく、かつ誤解を招かない説明を行う配慮が必要です。</p>	項目 7
<p>* 隔離や配置管理は、物理的に患者と他者を遮断することとともに、患者と他者の接触機会を減らす意味もあります。このため、対象患者は隔離期間中は、不必要に病室外に出ることを制限したり、感染症の種類や病態に応じて退室時はマスクを装着させることも必要になります。</p>	項目 6 項目 14
<p>* 腸管感染症患者は、共用のトイレを使用しないこととし、やむを得ず共用トイレを使用する場合には、腸管感染症患者の使用後に次亜塩素酸ナトリウム（0.1%、1,000ppm）などを用いて消毒をしてください。</p>	項目 6
<p>* 患者の処置やケアを介した感染拡大のリスクを低減させるため、当該患者を担当する従事者はできるだけ限定します。</p>	項目 10
<p>* 接触感染の可能性のある患者の移送（車椅子やストレッチャーでの移動等）を行った際は、使用した器具・用具等をアルコール消毒剤を用いて清拭するなど、環境面の汚染にも注意してください。</p>	項目 13

第二部 標準予防策と感染経路別予防策

検査日	年 月 日
部署	

4 患者・来訪者の理解と協力

病院内で問題となる感染症の発生については、治療や処置に関連した感染以外のいわゆる市中感染症が院内に持ち込まれることについても、対策を講じる必要があります。そのためには、スタッフだけでなく患者や見舞客等の協力も必要となります。特に感染症流行期には、持込リスクを極力少なくするため、積極的に協力要請を行っていく必要があります。









<チェックリスト2-4>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
励行依頼	1	外来患者・来院者に咳エチケットや手洗いの励行を呼びかけているか。		
	2	咳やくしゃみなどの症状がある場合は、マスク着用を促しているか。		
	3	咳やくしゃみを手で覆った場合は、手洗いを促しているか。		
接触回避・制限	4	感染症流行時には、有症状者の待合・動線を分ける工夫をしているか。		
	5	感染症流行時には、有症状者の診察時間帯を分ける工夫をしているか。		
	6	感染症患者・保菌者における隔離等の配置管理について説明しているか。		隔離の理由・必要性
	7	感染症患者・保菌者における面会制限について説明しているか。		
	8	感染症流行時の面会は、必要な範囲内に控えるよう呼びかけているか。		感染症患者以外の面会も
掲示・配布物	9	建物入口付近、待合室等でのポスター掲示等を行っているか。		
	10	エレベーター内に見舞客等向けのポスター掲示等を行っているか。		
	11	トイレ・洗面所出口付近において、手洗い励行の掲示を行っているか。		
	12	手洗い方法についてイラスト等を用いて分かりやすく説明しているか。		
	13	患者・家族等へ協力を促すために印刷物の作成・配布を行っているか。		
その他	14	建物入口付近などに擦式消毒薬等を設置しているか。		病棟入口等も配置
	15	ノロウイルス等の対策には、手洗いが必要であることを説明しているか。		アルコール消毒効果薄

説 明	該当項目
<p>* インフルエンザ、百日咳などの呼吸器感染症は、感染症に罹患した人の咳やくしゃみなどのしぶき（飛沫）に含まれるウイルス・細菌を吸い込むことにより感染します。 病気の有無に関わらず、普段から咳やくしゃみが直接人にかからないように口や鼻の周囲を覆うように配慮することを勧めてください。</p> <p><咳エチケット></p> <p>① 咳、くしゃみの症状があるときは、マスクをする。 ② 咳、くしゃみをするときは、口と鼻をティッシュなどで覆う。 ③ 咳、くしゃみをするときは、周りの人から顔をそむける。</p> <ul style="list-style-type: none"> 咳やくしゃみの際に使用したティッシュ等はすぐにゴミ箱に捨てましょう。手で覆った場合は、必ず手洗いをしましょう。 	<p>項目 1 項目 3</p>
<p>* インフルエンザの流行時には、発熱、咳などの症状を有する患者は、他の患者と接触する機会をなるべく少なくする工夫が必要です。 施設の構造上の制約も受けますが、空間的・時間的に接触を避ける工夫をお願いします。（事前連絡時における受診時間帯の指定等）</p>	<p>項目 4 項目 5</p>
<p>* 入院患者についても個室管理等が必要なケースがあり得ます。また、面会の制限をする場合も含め、患者等に理解を得られるよう、実施の必要性について説明の要点を整理しておくことが望ましいです。</p>	<p>項目 6 項目 7</p>
<p>* 患者・家族・見舞客等の一般の方への説明用のポスター等については、公的機関のホームページ等に掲載されているものも参考にできます。</p> <p>(参考) 東京都健康安全研究センターのホームページには、咳エチケット、適切な手洗いの方法についての啓発用見本が掲載されています。</p>	<p>項目 9</p>
<p>* 建物入口付近にアルコール擦式消毒薬を配置する施設が増えてきましたが、ノロウイルスやクリストリジウム属金等の芽胞菌には、アルコール消毒の効果は低いため、擦式消毒薬は万能ではなく、手洗いをまめに行うなど基本的なことが重要であることを周知してください。</p>	<p>項目 15</p>

手を洗いましょう。

石鹸を泡立て、以下の手順で洗いましょう。

<p>手洗い前の準備</p> <ul style="list-style-type: none">◆爪は短く切っていますか？◆時計や指輪をはずしていますか？ <p>Check!</p> 		<p>汚れが残りやすいところ</p> <ul style="list-style-type: none">◆指先◆指の間◆親指の周り◆手首◆手のしわ
<p>(1) 石鹸を泡立て、手のひらをよくこする</p>	<p>(2) 手の甲をのばすようにこする</p>	
		
<p>(3) 指先・ツメの間を念入りにこする</p>	<p>(4) 指の間を洗う</p>	
		
<p>(5) 親指と手のひらをねじり洗いする</p>	<p>(6) 手首も忘れずに洗う</p>	
		
<p>石鹸を洗い流し、清潔なタオルで拭き取って乾かす</p>		

東京都健康安全研究センター

咳エチケット

せき・くしゃみをカバー

インフルエンザ、百日咳などの呼吸器感染症は、かかった人のせきやくしゃみなどのしぶきに含まれるウイルス・細菌を吸い込むことによって感染します(飛まつ感染)。

感染症を予防するため、病気の有無に関わらず、普段からせき・くしゃみが直接人にかからないようにカバーしましょう。



その1 口と鼻をカバー

せき・くしゃみをするときは、ティッシュなどで口と鼻をおおいます。使用したティッシュにはウイルスなど病原体が多く付着しているため、すぐゴミ箱に捨てましょう。



その2 マスクをする

せき・くしゃみが続くときはマスクをしましょう。



その3 とっさの時は袖などでカバー

とっさのせき・くしゃみは手ではなく、袖や上着の内側でおおいます。手でおおった時は、手に付着したウイルスなど、病原体を他に広げないように手を洗いましょう。



その4 手を洗う

手洗いがもっとも大切です。アルコールを含んだ消毒液を手ですりこむのも有効です。

東京都健康安全研究センター

第二部 標準予防策と感染経路別予防策

検査日	年 月 日
部署	

5 接触感染予防策

接触感染予防策は、標準予防策に付加して行われることを再度確認してください。
 診療や看護行為を介した感染に特に注意が必要であり、手指衛生、防護具の適切な使用、当該患者担当者の限定などの対策のほか、環境面（高頻度接触面、設備、医療機器、医療器具等）の汚染にも注意が必要です。薬剤耐性菌対策としても注意を払ってください。

<チェックリスト2-5>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
対象	1	接触感染予防策をとるべき感染症を把握しているか。		
疾患別対応策	2	以下の感染症の発生、患者受入時の対応策を明確にしているか。		マニュアル整備
	3	* 薬剤耐性菌（MRSA、CRE、VISA、MDRP、VRE、MDRA等）対応マニュアル		
	4	* 新興・再興感染症（新型インフルエンザ、MARS、SARS等）対応マニュアル		
	5	* 腸管出血性大腸菌感染症（O-157等）対応マニュアル		
	6	* ノロウイルス感染症（感染性胃腸炎）対応マニュアル		空気感染予防策についても確認
	7	* 疥癬 対応マニュアル		
	隔離等	8	患者は個室隔離又は同一病原体の感染症患者の集団隔離としているか。	
9		感染症患者と他の患者のトイレ・食堂等の共用を避けているか。		感染力の強い病原体等に注意
処置時等の感染防止	10	感染症患者の診療やケアを行う担当者は、限定しているか。		
	11	感染症患者の病室への入室時は、手指消毒後、手袋を着用しているか。		
	12	患者、環境面に接触する場合は、入室前にガウンを着用しているか。		物品を含む
	13	病室退出時は、ガウン、手袋等を外した後、手指消毒を行っているか。		
	14	医療器具、看護用具は、患者ごとに専用としているか。		
	15	医療器具等を他の患者と共有する場合は、使用前に消毒しているか。		原則共用回避
面会・移送時等	16	面会者・入室者は限定するように配慮しているか。		
	17	患者や面会者に、手洗いの方法・必要性について指導しているか。		
	18	患者が病室外に出る際は、感染又は保菌部位を被覆しているか。		
	19	高頻度に患者が接触する環境表面は、注意して清潔保持をしているか。		頻回消毒等

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 空気感染しない多剤耐性菌（MRSA、VRE、MDRP（多剤耐性緑膿菌）等）の患者又は保菌者には、接触感染予防策を実施します。</p>	<p>項目3 項目4</p>
<p>* 腸管感染症は、接触感染予防策の検討が必要となります。 ノロウイルス感染症の場合は、吐瀉物などからエアロゾル化することがあるため空気感染予防策も考慮が必要となります。</p>	<p>項目5 項目6</p>
<p>* 通常疥癬と角化型疥癬（ノルウェー疥癬）がありますが、高齢者施設等での集団感染の多くは角化型疥癬で、注意が必要です。</p>	<p>項目7</p>
<p>* 接触感染予防策での患者配置は、個室管理が基本となります。 個室が不足する場合は、同一病原体の患者ごとに同室管理とします。同室管理の場合、ベッド間隔は1m以上とるようにします。</p>	<p>項目8</p>
<p>* 腸管感染症の患者の場合は、他患者と共用トイレの使用を避けます。 やむを得ず共用トイレを使用する場合は、当該患者の使用後に、次亜塩素酸ナトリウム液（0.1%、1,000ppm）などを用いて消毒します。</p>	<p>項目9</p>
<p>* 患者の処置やケアを介した感染拡大のリスクを低減させるため、当該患者を担当する従事者はできるだけ限定します。</p>	<p>項目10 項目16</p>
<p>* 感染防護具は、入室前に手袋、ガウンを着用するようにします。 防護具の着脱前後には手指消毒を行います。</p>	<p>項目12 項目13</p>
<p>* 患者の移送時は、患者の感染又は保菌している場所を覆います。 医療従事者は、移送時は新しい手袋とガウンを着用します。</p>	<p>項目18</p>
<p>* 環境管理では、病室内の日常清掃においてモップヘッドは病室ごとに交換します。カーテンは患者ごとに交換することが望ましいとされています。高頻度接触面は、毎日アルコール消毒薬を用いた清拭を行います。</p>	<p>項目19</p>

第二部 標準予防策と感染経路別予防策

検査日	年 月 日
部署	

6 飛沫感染予防策

飛沫感染予防策は、標準予防策に付加して行われることを再度確認してください。
 飛沫は咳、くしゃみ、会話などで生じ、これを吸入することで感染することとなります。
 他の患者や診療・ケアにあたる医療従事者への感染を防止するため、患者間の距離を保つこと
 や物理的に遮蔽することが必要です。インフルエンザ対策の基本も飛沫感染予防です。

<チェックリスト2-6>

区分	No.	項目	チェック	備考
対象	1	飛沫感染予防策をとるべき感染症を把握しているか。		
疾患別対応策	2	以下の感染症の発生、患者受入時の対応策を明確にしているか。		マニュアル整備
	3	* インフルエンザ 対応マニュアル		接触感染予防策についても確認
	4	* マイコプラズマ肺炎 対応マニュアル		
	5	* 風疹 対応マニュアル		
	6	* 百日咳 対応マニュアル		
	7	* 流行性耳下腺炎 対応マニュアル		
	隔離等	8	患者は個室隔離又は同一病原体の感染症患者の集団隔離としているか。	
9		集団隔離の場合、1m以上のベッド間隔、カーテンで仕切りをしているか。		
10		感染症患者と他の患者のトイレ・食堂等の共用を避けているか。		感染力の強い病原体等に注意
処置時等	11	感染症患者の診療やケアを行う担当者は、限定しているか。		
	12	病原体の種類に応じて、必要な感染防護具の使用を検討しているか。		
	13	患者と1m以内で接触するときは、マスクを着用しているか。		
面会・移送時	14	面会者・入室者は限定するように配慮しているか。		
	15	患者や面会者に、手洗いの方法・必要性について指導しているか。		
	16	患者が病室外に出る際は、マスクを着用させているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* インフルエンザ、マイコプラズマ肺炎、風疹、百日咳、流行性耳下腺炎等が疑われる患者には、飛沫感染予防策を実施します。</p> <p>アデノウイルス感染症やA群溶連菌感染症などの場合も、飛沫感染予防策を実施します。</p> <p>麻疹や水痘などについても飛沫感染予防に注意が必要です。</p>	<p>項目 3 以下</p>
<p>* 飛沫感染予防策での患者配置は、個室管理が基本となります。</p> <p>個室が不足する場合は、同一病原体の患者ごとに同室管理とします。同室管理の場合、ベッド間隔は1 m以上、カーテンの仕切りが必要です。</p>	<p>項目 8 項目 9</p>
<p>* 感染機会の減少のため、他患者と共用のトイレの使用を避けるようにします。</p>	<p>項目 10</p>
<p>* 患者の処置やケアを介した感染拡大のリスクを低減させるため、当該患者を担当する従事者はできるだけ限定します。</p> <p>また、風疹の患者には、風疹の抗体保有者を優先して従事させるなどの配慮をします。</p>	<p>項目 11 項目 14</p>
<p>* 感染防護具は、患者と1 m以内で接する場合は、マスクを着用するようにします。マスクの着脱時は汚染面に触れないよう注意します。</p>	<p>項目 12 項目 13</p>
<p>* 患者の移送時や病室外に出るときは、患者にマスクを装着させます。</p>	<p>項目 16</p>

第二部 標準予防策と感染経路別予防策

検査日	年 月 日
部署	

7 空気感染予防策

空気感染予防策は、標準予防策に付加して行われることを再度確認してください。
 空気感染は、病原体を含む飛沫（エアロゾル）が飛沫核（直径5μm以下の粒子）となり、長期間浮遊する飛沫核を吸入し感染します。空気感染を起こす代表的疾患については、救患収容時等に円滑に対応できるようマニュアルを整備しておくことが望ましいです。

<チェックリスト2-7>

区分	No.	項目	チェック	備考
対象	1	空気感染予防策をとるべき感染症を把握しているか。		
疾患別対応策	2	以下の感染症の発生、患者受入時の対応策を明確にしているか。		マニュアル整備
	3	* 結核 対応マニュアル		
	4	* 水痘 対応マニュアル		飛沫・接触感染予防策も確認
	5	* 麻疹 対応マニュアル		飛沫・接触感染予防策も確認
隔離	6	患者は、出来るだけ個室隔離とすることとしているか。		
	7	患者の行動範囲は、治療上必要な場合以外、病室内に限定しているか。		
空調管理	8	病室から施設内への空気の流入を極力抑えるように配慮をしているか。		陰圧設備等
	9	病室のドアは閉められているかを、こまめに確認しているか。		
	10	換気は、実施間隔を定めて頻回に行っているか。		
処置時等	11	感染症患者の診療やケアを行う担当者は、限定しているか。		
	12	感染症患者の病室への入室前には、N95マスクを着用しているか。		
	13	N95マスクは、フィットテストを行い、適切なサイズ選択をしているか。		
	14	N95マスク使用時は、シールチェックを行い、正しく装着しているか。		
面会・移送時	15	面会者・入室者は限定するように配慮しているか。		
	16	患者や面会者に、手洗いや防護具の使用方法について指導しているか。		
	17	患者が病室外に出る際は、マスクを着用させているか。		
	18	患者の移送を行う医療従事者は、マスクを着用しているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 結核、水痘、麻疹等が診断された又は疑われる患者に対しては、空気感染予防策を実施します。</p>	項目 3 以下
<p>ノロウイルス感染症の場合なども、吐瀉物などからエアロゾル化することがあるため、状況により空気感染予防策の考慮が必要になります。</p>	
<p>* 空気感染予防策での患者配置は、個室管理・隔離が必要となります。（治療のため室外に出る際は、患者にマスクを着用させます。）</p>	項目 6 項目 17
<p>* 隔離病室は、陰圧空調設備を整備するなどにより、当該病室から建物内の廊下等への空気の流入を極力抑えるようにします。</p>	項目 8
<p>入退室時以外は扉は閉め、頻回に換気を行うようにします。（1時間に少なくとも12回の換気を行う空調設計とする。）</p>	項目 9 項目 10
<p>陰圧空調設備は独立換気とし、空気を再循環する場合はダクト内にHEPAフィルターを設置します。</p>	
<p>* 患者の処置やケアを介した感染拡大のリスクを低減させるため、当該患者を担当する従事者はできるだけ限定します。 また、水痘・麻疹等の患者には、当該ウイルスの抗体保有者を優先して従事させるなどの配慮をします。</p>	項目 11
<p>* 患者のケアのために入室する際は、N95マスクを適切に着用します。（特に肺結核、喉頭結核、漏出する結核皮膚病変を有する患者等）</p>	項目 12
<p><フィットテスト> 装着者ごとにフィットするマスクのサイズ・形を選択するテスト。 サッカリンなど味を感知できるものを噴霧した袋の中で、マスク着用状態で味を感知しないことにより、隙間のないことを確認します。</p>	項目 13
<p><シールチェック> 装着時にマスクの適正な密閉を確認するもの。両手でマスクを完全に覆うようにして息を吐き、鼻の周り等から息の漏れがないか確認します。</p>	項目 14
<p>※ 救急外来等で結核が疑われる患者に接する場合は、N95マスクを着用します。予診で結核が疑われる患者は、個室で待機・診療とします。</p> <p>結核患者を確認した際は、直ちに保健所に報告し、患者は必要に応じ結核病床を有する医療機関に紹介し、転院治療を行います。 患者に接触した職員には保健所と協議の上、健康診断及び必要に応じ潜在性結核感染症の治療を行います。</p>	

<資料> 標準予防策と感染経路別予防策の概要

		標準予防策 (全患者共通)	感染経路別予防策		
背景にある考え方	汗を除く全ての湿性生体物質は感染の危険性がある	感染防止対策の第一原理は感染経路の遮断である			
対象者	すべての患者	感染性の強い、重篤な病態を引き起こす感染症の患者			
対象疾患	—	接触感染予防策	飛沫感染予防策	空気感染予防策	
		MRSA、CRE、VRSA、MDRP、VRE、多剤耐性アシネトバクター、腸管出血性大腸炎(O-157)、疥癬、ノロウイルス感染症、C型肝炎ウイルス、等	インフルエンザ、風疹、流行性耳下腺炎、マイコプラズマ肺炎、等	結核、水痘、麻疹、SARS、等	
具体的 予防策	手指衛生	<ul style="list-style-type: none"> 湿性生体物質に触れた後 患者接触の前後 手袋を外した直後 患者ケアと患者ケアの間 	芽胞形成菌、ノロウイルス等では石鹸と流水での手洗いを推奨	—	—
	手袋	<ul style="list-style-type: none"> 湿性生体物質に触る時 粘膜や創傷に触れる時 手袋の使用後に、非汚染物質や環境表面に触れる前、他の患者の所に行く時などは手袋を外し、手指衛生を行う 	<ul style="list-style-type: none"> 部屋に入る時は手袋を着用する 汚染物に触った後は、手袋を交換する 部屋を出る際は手袋を外し、アルコール擦式消毒薬で手指消毒する 	—	—
	マスク ゴーグル	<ul style="list-style-type: none"> 湿性生体物質が飛散し、目・鼻・口を汚染しそうな時はマスク、ゴーグル等を着用する 	—	<ul style="list-style-type: none"> 患者の1メートル以内で作業する時はマスクを着用する 	<ul style="list-style-type: none"> 患者居室に入るときはN95マスクを着用する
	ガウン	<ul style="list-style-type: none"> 衣服が汚染しそうな時(汚染したガウンはすぐに脱ぎ、手指衛生をする) 	<ul style="list-style-type: none"> 患者又は環境表面若しくは物品に接触しそうな時は、入室前に着用し、部屋を離れる時に脱ぐ 	—	—
	器具	<ul style="list-style-type: none"> 汚染した器具は、粘膜、衣服、環境面を汚染しないように、注意深く取り扱う 	<ul style="list-style-type: none"> できるだけ専用にする 他の患者に使用前には消毒する 	—	—
	リネン	<ul style="list-style-type: none"> 汚染したリネンは、粘膜、衣服、環境面を汚染しないように取り扱い、処理する 	—	—	—
	患者配置	<ul style="list-style-type: none"> 環境を汚染させる恐れのある患者は個室管理する 個室がないときは専門家に相談する 	<ul style="list-style-type: none"> 個室隔離 集団隔離 病原体の特性と患者集団を考慮して対処 	<ul style="list-style-type: none"> 個室隔離 集団隔離 可能であればベッド間隔を1メートル以上離す又はカーテン等で仕切る 	<ul style="list-style-type: none"> 個室隔離: 構造条件(隔離室の要件) ①陰圧空調 ②6~12回/時の換気 ③フィルター処理後に院外排気 病室のドアは閉めておく
	患者移送	—	<ul style="list-style-type: none"> 必要な場合にのみ制限 感染部位の保護 	<ul style="list-style-type: none"> 制限する 必要な場合マスク着用 咳エチケット励行 	<ul style="list-style-type: none"> 制限する 必要な場合マスク着用
その他	<ul style="list-style-type: none"> 針刺事故対策 毎日の清掃 	—	—	—	

* —は特に規定なし

* 参考CDC2007ガイドライン

第三部 施設・場面に応じた感染防止対策

検査日	年 月 日
部署	

1 血管内留置カテーテル関連の感染防止

血管内留置カテーテルは侵襲性の高い処置を伴い、血流感染のリスクを考慮した注意深い衛生管理が必要です。輸液の調製は清潔な環境下で行い、速やかに投与を開始する必要があります。調製時・処置時の手指衛生、挿入部の消毒・保護・感染兆候の観察、器具の適切な取扱い・廃棄処理も重要です。

<チェックリスト3-1>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
基準	1	血管内カテーテル留置の手順は定められているか。		手順書 実施マニュアル
	2	輸液の調製は、清潔な専用スペースで行われているか。		病棟での混合は 極力少なく
実施準備時	3	輸液製剤、輸液ライン、注射器などは清潔に保管されているか。		
	4	消毒用アルコール綿は、個別包装（単包）のものを使用しているか。		
	5	ケース入りの消毒用アルコール綿の場合は、1日で使い切っているか。		
	6	輸液の調製前には、手指衛生を行っているか。		
	7	薬品の使用前に、容器や蓋の損壊や異物混入等がないか確認しているか。		ダブルチェック等
	8	輸液の調製の際は、マスクを着用し、手指衛生を行った後に清潔な手袋をしているか。		手袋は未滅菌 でよい
	9	混合調製した注射薬は、原則として速やかに使用しているか。		
実施時・実施後の注意	10	輸液ラインの交換間隔に関する基準を確認しているか。		
	11	血液や脂肪乳剤使用時は、24時間以内にラインを交換しているか。		
	12	挿入部には滅菌したドレッシング材を使用しているか。		
	13	挿入部の感染兆候を定期的に観察しているか。		発赤等の兆候
	14	挿入部のドレッシングは定期的に交換しているか。		
	15	使用後の針やカテーテルは、医療廃棄物専用容器に廃棄しているか。		
	16	血液が付着した輸液ラインは、医療廃棄物専用容器に廃棄しているか。		
IVH実施時	17	処置後には、手指衛生を行っているか。		
	18	中心静脈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か。		
	19	中心静脈カテーテルの輸液セットに三方活栓を使用していないか。		
	20	中心静脈カテーテル挿入時は、高度バリアプリコーションで実施しているか。		滅菌手袋、長袖滅菌 ガウン、マスク、帽 子、滅菌覆布
	21	挿入部の消毒は、血流感染を低減する消毒薬を使用しているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 病棟での輸液・薬剤調製は、清潔な専用スペースで実施するとともに薬剤師による薬液混合法等についての助言を得て実施することが望まれます。作業面の消毒には、消毒用アルコールを使用することが推奨されています。（「消毒薬の適正使用及び薬剤の汚染防止」の項も参照）</p>	項目 2
<p>* 使用前に輸液製剤について、白濁や異物混入等の異常の有無を確認し、同時に汚染防止用のシールを含む容器やふたを確認することは、安全管理としても求められます。</p>	項目 7
<p>* 中心静脈カテーテルの輸液ラインは、曜日を決め週 1～2 回定期的に交換することとされています。なお、脂肪乳剤の投与に使用する輸液ラインは、24 時間以内に交換とされています。 また、末梢静脈カテーテルの輸液ラインは、カテーテル入替時に交換する方が良いとされています。</p>	項目 10
<p>* 中心静脈カテーテルの挿入部のドレッシング交換は、曜日を決めて週 1～2 回定期的に行うこととされています。 また、末梢静脈カテーテル挿入部のドレッシングは、カテーテル入替時に交換する方が良いとされています。</p>	項目 14
<p>* 血流感染は、中心静脈カテーテル挿入中の患者において多く発生しています。IVH 実施に当たっては、実施の必要性について検討するとともに、早期に抜去できるように検討することも重要です。</p>	項目 18 以下
<p>* 高度バリアプリコーション ここでは、清潔手袋、長い袖の滅菌ガウン、マスク、帽子及び大型の滅菌ドレープ・清潔覆布を使用することを指します。</p>	項目 20
<p>* カテーテル挿入時の血流感染を防止するための消毒薬として、クロルヘキシジンアルコール（ヒビテンアルコール等）又はポピドンヨード（イソジン等）を使用します。</p>	項目 21
<p>(参考文献) ○「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」 （平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金） ○医政総発 1125 第 2 号 平成 28 年 11 月 25 日 「医療機関における安全管理について」</p>	

第三部 施設・場面に応じた感染防止対策

検査日	年 月 日
部署	

2 尿道留置カテーテル関連の感染防止

尿道留置カテーテルは尿路感染の原因ともなり、留置を回避できないかを検討することがまず重要です。留置期間が長ければ感染症の出現率が高まります。尿道カテーテルによる感染は、医療従事者の手指を介して起こる場合、カテーテル挿入時の微生物侵入、尿道粘膜の損傷によるもの、採尿バッグからの逆行性感染から起こる場合があります。

<チェックリスト3-2>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
基準等	1	尿道カテーテル留置の手順は定められているか。		手順書 実施マニュアル
	2	尿道カテーテルの留置は、必要時のみとしているか。		
準備	3	採尿バッグは閉鎖式のものを使用しているか。		
	4	カテーテル挿入処置の直前及び直後には、手指衛生を行っているか。		
実施時・実施後の注意	5	カテーテルの挿入時は、滅菌手袋を使用し、無菌的操作で行っているか。		
	6	採尿バッグは、常に膀胱よりも低い位置としているか。		
	7	採尿バッグは、床に接触しない位置としているか。		
	8	カテーテルや採尿バッグ等は屈曲しないようにしているか。		
	9	尿検体を採取する際は、無菌的操作で行っているか。		
	10	尿の廃棄時には、清潔な手袋・エプロン又はガウンを使用しているか。		非滅菌可
	11	尿廃棄の際、採尿バッグ廃液口と回収容器を接触しないようにしているか。		
	12	カテーテル挿入等の処置後には、手指衛生を行っているか。		
	13	尿道カテーテル留置中の感染兆候について観察しているか。		
	14	カテーテルや採尿バッグは、医療廃棄物として適切に廃棄しているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 尿道留置カテーテルは、必要時にのみ留置するものであり、医療従事者の便宜のために使うものではないとされています。 排尿が自立しているにもかかわらず、尿の電解質測定や培養検査を目的とした挿入、失禁患者の看護などの目的で実施すべきではありません。</p>	<p>項目 2</p>
<p>* 挿入部は清潔を保ち、清潔器具を用いて無菌的操作で挿入を行うことが求められます。 また、カテーテル挿入処置の前後には、手指消毒を行うこととされています。</p>	<p>項目 4 項目 5</p>
<p>* 定期的な尿道留置カテーテルの交換はしない方がよいとされています。 また、治療上必要な場合を除いては、膀胱洗浄は避けるべきとされています。</p>	<p>(項目 2)</p>

第三部 施設・場面に応じた感染防止対策

検査日	年 月 日
部署	

3 人工呼吸器等関連の感染防止

人工呼吸器を装着した患者の肺炎発生は、装着していない患者よりも高い頻度で発生しています。吸引処置や吸入器の使用を含め、使用する機器・器具等の衛生的な管理が対策の基本です。また、口腔内に存在する細菌の誤嚥による肺炎もあることから、口腔内の細菌等を減らし、気管への流入を防ぐことも大切です。

<チェックリスト3-3>

区分	No.	項目	チェック	備考
吸引処置	1	吸引器具の取扱方法や手順を定めているか。		手順書 実施マニュアル
	2	吸引用の物品は、口腔・鼻腔用と気管内用とを区別して使用しているか。		吸引チューブ等
	3	吸引回路、吸引ピンは、患者ごとに専用としているか。		
	4	気管内吸引の前後には手指消毒を行い、実施時は手袋を使用しているか。		
	5	気道内分泌物の飛散対策として、適切な感染防護具を使用しているか。		エプロン、マスク、 ゴーグル等
	6	気管内吸引チューブは、一処置ごとに廃棄しているか。(単回使用)		
吸入用薬液・器具	7	吸入用薬液や器具の取扱方法や手順を病院として定めているか。		手順書 実施マニュアル
	8	吸入用薬液は、作り置きせず、その都度準備しているか。		
	9	吸入用薬液の薬液ビンには、開封日を記載し管理しているか。		
	10	吸入用の器具は、患者ごとに専用としているか。		
	11	吸入器の接続管や延長ホースは1回ごと滅菌したものと交換しているか。		
人工呼吸器使用時	12	人工呼吸器の回路に汚染や作動不良が生じた場合は交換しているか。		
	13	人工呼吸器関連の単回使用(ディスポ)製品を再使用していないか。		
	14	新規患者の場合、人工呼吸器回路は滅菌したものを使用しているか。		再利用可能な 製品の場合
	15	アンビューバッグ等は汚染がなくとも患者ごとに交換しているか。		ジャクソリリースも 同様
	16	人工呼吸器回路内の結露は、患者側に流入しないように除去しているか。		
	17	気管内チューブの抜管は、カフ上部の分泌物の吸引後に行っているか。		分泌物の吸引 除去
	18	チューブを動かす場合は、カフ上部の分泌物の吸引後に行っているか。		分泌物の吸引 除去
	19	患者の口腔内の清拭を定期的に行っているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* レジオネラ菌、緑膿菌、セラチア菌などによる呼吸器感染症の発生や拡大を防ぐためにも、使用器具や薬液の取扱いは適切に行われる必要があります。取扱方法や手順を明確にするため、院内規定を定めスタッフが統一した操作を行えるようにすることが重要です。</p>	<p>項目 1 項目 7 項目 8</p>
<p>* 気管内吸引が終わった吸引チューブは、廃棄し、薬液に浸して再利用はしないことが勧められています。 口鼻吸引用のチューブも単回使用（ディスポ製品）が望ましいです。 吸引チューブの洗浄には、滅菌水を使用する必要があります。水道水や未滅菌蒸留水は微生物の生息の可能性があるので、推奨されません。</p>	<p>項目 6</p>
<p>* 人工呼吸器関連の肺炎の原因が、人工呼吸器内部の汚染であることが疑われる場合には、使用説明書に従って人工呼吸器内部の回路の除染、消毒等が必要となります。</p>	<p>項目 12</p>
<p>* 再利用可能な人工呼吸器回路を新規患者に使用する場合には、滅菌を行うことが推奨されています。</p>	<p>項目 14</p>
<p>* アンビューバッグやジャクソンリースは、汚染がなくとも患者ごとに交換することが必要です。</p>	<p>項目 15</p>
<p>* 気管内チューブの抜管時、又は気管チューブを動かす前には、カフ上の分泌物を吸引・除去することが勧められています。</p>	<p>項目 16</p>

第三部 施設・場面に応じた感染防止対策

検査日	年 月 日
部署	

4 経管栄養関連／処置室での感染防止

療養病床等においては経管栄養を実施する患者の割合も高く、栄養剤の調製・取扱いを適切に行う必要があります。投与容器、チューブ類は患者ごとに専用とし、使用の度に洗浄・消毒（熱水又は次亜鉛素酸ナトリウム液での消毒）を行い、清潔な場所での保管が必要です。処置室では、清潔区域での衛生管理に注意を払いましょう。

<チェックリスト3-4>

区分	No.	項目	チェック	備考
基準	1	経管栄養・胃ろうに関する看護手順は定められているか。		手順書 実施マニュアル
器具類	2	投与容器やチューブ類は、患者ごとに専用としているか。		
	3	単回使用（ディスポ）製品の器具の再使用をしていないか。		
栄養剤調製	4	バッグ型製剤（RTH製剤）を用いるようにしているか。		
	5	栄養剤を調製する場合は、投与の直前に行っているか。		
	6	調製から投与まで時間がある場合は、冷蔵庫内に保管しているか。		
	7	開封後、冷蔵しない状態で8時間以上経過した製剤は廃棄しているか。		
実施時	8	経鼻チューブ挿入後、誤挿入がないかX線撮影で確認しているか。		先端位置確認
	9	胃ろう周囲の状態は毎日観察し、清潔な状態を保っているか。		
洗浄・消毒	10	投与容器・チューブ類は、使用後に洗浄・消毒・乾燥を確実にしているか。		チューブ内 洗浄等
	11	投与容器・チューブ類は洗浄等を行った後、清潔な場所に保管しているか。		
	12	投与容器やチューブ類は、定期的に滅菌されたものと交換しているか。		
処置室の衛生	13	処置室での衛生管理を行う方法・実施者は明確にされているか。		マニュアル記載、 掲示等
	14	処置室は清潔区域と不潔区域を区別して衛生管理を行っているか。		
	15	清潔操作を行う作業台等は、使用前にアルコール清拭をしているか。		
	16	患者の処置終了ごとに、必要な環境衛生を実施しているか。		
	17	処置用ベッドをシートで覆う場合は、汚染がある場合は交換しているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 投与容器やチューブ類は、患者ごとに専用で使用することとし、患者間の使い回しは行わないことは基本的な対応です。 単回使用とされている器具等の再使用も厳に慎むべきことです。</p>	<p>項目 2 項目 3</p>
<p>* 調製による感染予防のためにもバッグ型製剤を用いることが勧められています。院内で調製する場合には、投与の直前に調製を行うこととし、投与まで時間を要する場合には、冷蔵庫内で保存することが良いとされています。また、栄養剤の注ぎ足しはしないことが望まれます。</p>	<p>項目 4 項目 5 項目 6</p>
<p>* 経腸栄養用の経鼻チューブを挿入する場合は、挿入後、X線撮影により先端位置を確認し、気管内誤挿入がないか注意することが勧められています。</p>	<p>項目 8</p>
<p>* 経腸栄養で使用する投与容器やチューブ類は、使用後の洗浄や乾燥が不十分であると、細菌繁殖につながります。 洗浄や乾燥、器具の保管が適切に行えるスペースの確保にも配慮することが必要です。</p>	<p>項目 10 項目 11</p>
<p>* 患者の処置後の環境面の除染・消毒、医療廃棄物の処理方法等は、起こり得る場面ごとに具体的に定めておくことが望ましいです。</p>	<p>項目 13</p>
<p>* 処置室は、清潔区域と不潔区域に区分して衛生管理を行い、交差感染防止のために適切な体制をとることが求められます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 清潔区域：患者の処置を行う場所 (創傷の手当て、簡単な縫合手術、注射、採血、侵襲の高い処置) ○ 不潔区域：処置に伴う感染性廃棄物の処理を行う場所 <p>感染性廃棄物及びそれを扱う人の流れは、清潔区域から不潔区域への流れとなるように配慮することが必要です。</p>	<p>項目 14</p>

第三部 施設・場面に応じた感染防止対策

検査日	年 月 日
部署	

5 日常生活ケアにおける感染防止

病棟での日常的なケアにおいても、それぞれの行為における感染リスクを考慮して、業務に取り組むことが大切です。日用品は患者ごとに専用とすることのほか、ひげ剃り等については切創事故にも注意しましょう。リネンは患者に直接触れるものであり、感染防止のため取扱いに注意が必要です。

<チェックリスト3-5>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
口腔ケア・洗面	1	歯ブラシ、タオルなどは、患者ごとに専用としているか。		
	2	使用後の歯ブラシや入れ歯などは、洗浄・乾燥を確実にしているか。		
	3	ひげ剃り用剃刀、整髪ブラシは、患者ごとに専用としているか。		
	4	ひげ剃り用剃刀は、切創による感染事故を防ぐため適切に廃棄しているか。		
入浴・浴室衛生	5	入浴時のタオル類は、患者ごとに専用としているか。		
	6	感染症患者については専用浴室の使用や入浴順の配慮等をしているか。		感染症患者等を後順とする
	7	タオルやマット等は、使用後に洗濯、乾燥させ、定期的に消毒しているか。		
	8	固形石鹸は使用していないか。		
	9	浴槽は、使用後に洗剤と流水による洗浄を行っているか。		
	10	浴室は、使用後の乾燥を確実にしているか。		
	11	定期的に浴室内のカビの繁殖対策を行っているか。		
リネンの取扱い	12	リネンの取扱基準、方法を病院として定めているか。		手順書 実施マニュアル
	13	リネン保管庫は、湿気や埃を避け、清潔リネンのみを保管しているか。		使用后リネンと区分
	14	血液等に汚染されたリネンは、感染性リネンと認識されているか。		看護助手、 委託業者含む
	15	感染性リネンは、汚染後速やかに清潔なリネンと交換しているか。		血液、体液、 分泌物、排泄物
	16	感染性リネンに触れる場合は、手袋等の感染防護具を使用しているか。		手袋・ガウン等
	17	感染症患者が使用したリネンは、感染性リネンと同様に取り扱っているか。		
	18	感染性リネンは、専用の容器又は袋に密封し、搬送しているか。		
	19	院内で感染性リネンを消毒する場合は、適切な方法で実施しているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 口腔ケアや洗面に用いる物品は、使用後の洗浄や乾燥が不十分であると、細菌の繁殖につながります。歯ブラシや入れ歯などは洗浄とともに水をよく切り、乾燥させることにも留意してください。</p>	項目 2
<p>* 剃刀など鋭利なものは、切創事故防止のためにも専用廃棄容器を備え、安全に廃棄することが望まれます。</p>	項目 4
<p>* 感染症患者（保菌者）は、最後に入浴するか、専用の浴室を使用するように配慮することが勧められています。</p>	項目 6
<p>* 水回りは細菌繁殖の温床になりやすく、特に浴室は、使用後の室内乾燥、使用したタオル等の洗浄・乾燥に留意する必要があります。</p>	項目 7
<p>浴室は、使用後に1日1回は中性洗剤で湯垢が残らないように洗浄し、乾燥させることが大切です。 シャワーヘッドも定期的に清掃することが勧められています。</p>	項目 9 項目 10
<p>* リネンは、使用前の清潔なリネンと使用後のものを区分して保管する必要があります。清潔なリネンは汚染を避けるよう、湿気や埃に注意して保管する必要があります。</p>	項目 13
<p>* 血液、体液、分泌物、排泄物に汚染されたリネンは、感染性リネンとして取扱い、専用の容器・袋に密封して搬送します。</p>	項目 14 以下
<p>* 感染性リネンを院内で消毒する場合は、熱水（80℃、10分間）で消毒するか、0.025%（250ppm）次亜塩素酸ナトリウム液で 30℃、5分間以上浸します。</p>	項目 19

第三部 施設・場面に応じた感染防止対策

検査日	年 月 日
部署	

6 排泄ケア・汚物処理における感染防止

排泄ケアにおいては、血液や排泄物は常にハイリスクな感染源となり得ることに留意し、業務を行う必要があります。処置や作業を通じて感染を広げないことに注意するとともに、感染防護具を適切に使用し、従事者自身の感染にも十分注意することが大切です。消毒等の実施に当たっては、ケースに応じた適切な消毒薬を選択してください。

<チェックリスト3-6>

区分	No.	項目	チェック	
標準化	1	排泄ケア（おむつ交換等）の手順書は作成しているか。		手順書 実施マニュアル
	2	手順書には、手袋、エプロン等の着脱のタイミングについて記載があるか。		患者ごとに交換
	3	手順書には、汚染物の処理方法について記載されているか。		感染性廃棄物
尿器・トイレ等	4	尿器・ポータブル便器は、個人使用としているか。		
	5	尿器・ポータブル便器は、1日1回以上、洗浄・消毒をしているか。		
	6	トイレの便器は、1日1回以上、洗浄をしているか。		中性洗剤使用
	7	便座、ドアノブなどの高頻度接触部位は、1日1回以上清拭しているか。		必要に応じて 頻回実施
	8	腸管感染症患者は、共用トイレを使用しないこととしているか。		共用の場合 使用後消毒
尿量計	9	自動尿量測定装置の操作後は、手指消毒を行っているか。		
	10	自動尿量測定装置の操作パネルは、1日1回以上、清拭をしているか。		アルコール消毒等
汚物処理室	11	汚物処理室での作業の前後に、手洗い又は手指消毒を行っているか。		
	12	汚物処理室での作業中は、手袋及び必要な防護具を使用しているか。		撥水性エプロン、 マスク等
	13	汚物処理室は、1日1回以上清掃・消毒を行っているか。		必要に応じて 頻回実施
	14	血液等による汚染がある場合、適切に除染と消毒を行っているか。		
流し設備	15	手洗い用の流しで汚染物を取り扱っていないか。		
	16	水道の活栓は、自動活栓又はレバー式活栓としているか。		
	17	流しは1日1回以上、洗剤を用いて清掃しているか。		
	18	流しの周囲は、こまめに水分を拭き取るようにしているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 排泄物はハイリスクな感染源となり得ることを十分に意識し、排泄ケアに携わる職員が、適切な手順を統一的に実施することが重要です。</p>	項目 1
<p>排泄ケア実施の際は、手袋やガウン、エプロンなどの感染防護具を着用し、処置前後の手指衛生も確実に実施することが必要です。</p>	項目 2
<p>* 尿器や便器は1日1回以上洗浄と消毒を行うことが望ましいです。 尿器や便器の洗浄は、ベッドパンウォッシャー（便器洗浄機）の使用が望ましいですが、手で洗浄をする場合には、使用ごとに洗剤で洗浄を行い、以下の薬品を用いて消毒、乾燥させることが推奨されています。 〔 0.1%塩化ベンザルコニウム液、0.1%塩化ベンゼトニウム液、 0.05%次亜塩素酸ナトリウム液 〕 用手洗浄の場合は、肘までの手袋、エプロン、マスク等を使用します。</p>	項目 5
<p>* 便座や水洗レバー、ドアノブなど高頻度接触部位は、1日1回以上、低水準消毒薬又はアルコール消毒薬で清拭することとされています。</p>	項目 7
<p>* 腸管感染症の患者の場合は、他患者と共用のトイレの使用を避けず、やむを得ず共用トイレを使用する場合は、当該患者の使用後に、次亜塩素酸ナトリウム液（0.1%、1,000ppm）などを用いて消毒を行います。</p>	項目 8
<p>* 不必要な尿量測定は行わず、また、測定後には確実に手指消毒を行います。患者も含め手指消毒の実施は徹底を図ることが重要です。（操作パネルを介した感染拡大にも注意を払ってください。）</p>	項目 9
<p>* 汚物処理は、汚物処理室で手袋、撥水製のガウン、マスク等を着用して行い、また、処理室での作業の前後には手指消毒を行います。</p>	項目 11 項目 12
<p>* 血液・体液等による汚染がある場合には、まず、ペーパータオルと洗剤で拭き取りを行い（除染）、中水準消毒を行います。</p>	項目 14
<p>* 水道の活栓は、接触による汚染の可能性を低くするために、自動活栓ないしはレバー式活栓であることが望ましいです。</p>	項目 16

第三部 施設・場面に応じた感染防止対策

検査日	年 月 日
部 署	

7 環境管理（清掃・施設衛生）

清潔保持の基本は清掃による汚染の除去です。清掃業務における実施内容・手順等を職種別（委託業者を含む）に明確にし、ケースに応じて使用する洗剤・消毒薬についても確認しておく必要があります。給水給湯、空調設備等についても定期的な保守点検を欠かさず行うとともに、特殊な設備を有する部門の状況を把握しておく必要があります。

<チェックリスト3-7>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
マニュアル整備	1	清掃作業について実施内容・手順等は明確化されているか。		標準作業書 業務マニュアル
	2	日常清掃、定期清掃、緊急清掃に考え方を区分して実施しているか。		
	3	感染症発生時において重点的に実施する内容は定められているか。		
	4	清潔区域、生活区域、汚染区域ごとに清掃方法を定めているか。		
	5	清掃用具や消毒薬の使用方法・管理方法を定めているか。		
清掃作業	6	ドアノブ、手すり、ベッド柵等の高頻度接触面は、1日1回以上は清拭をしているか。		
	7	医療機器・器具類は、毎日清掃し、埃や汚れを取り除いているか。		心電図モニター、 輸液ポンプ等
	8	床清掃は、毎日実施しているか。（通常は洗剤を用いた湿式清掃）		
	9	カーテン等は、目に見える汚れがなくても定期的に清掃を行っているか。		清拭・洗浄
	10	汚物処理室は、1日1回以上の清掃をしているか。		
	11	血液等による汚染がある場合は、除染後、消毒を行っているか。		
	12	血液等による汚染がある場合は、手袋等の防護具を使用しているか。		必要に応じ ガウン、マスク等
	13	清掃用具は、所定の場所で、洗浄・乾燥させ、適切に管理しているか。		
給水給湯・空調設備	14	清掃作業後は、手洗いを行っているか。		
	15	給水設備・給湯設備は、定期的に保守点検を行っているか。		
	16	給湯ボイラー内部は60℃以上、蛇口は55℃以上を維持しているか。		貯湯式・中央式 給湯設備
	17	加湿装置・加湿器は定期的に洗浄しているか。		
	18	冷却塔水のレジオネラ属菌水質検査は、基準に基づき実施しているか。		使用中毎月検査 年1回完全換水
	19	空調設備は、定期的に保守点検を行っているか。		
20	特別な空調設備を有する部門の状況把握、定期点検を行っているか。		陰圧空調設備、 HEPAフィルター等	

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 各病棟・部門ごとの手順書等を作成するに当たっては、日常清掃（毎日行う清掃）、定期清掃（一定期間ごとに行う清掃）、緊急清掃（血液等による環境が汚染された場合に行う除染・消毒）に分けて、実施内容を整理しておきます。消毒薬は、対象や使用目的に合わせ選択します。</p> <p><日常清掃>（原則として消毒薬を用いる必要はない。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高頻度接触面（ドアノブ、手すり、ベッド柵、オーバーテーブル、ナースコール、スイッチ等）は1日1回以上の清拭、又は中水準以下の消毒薬を用いて消毒を行う。 ・ 床の清掃は、洗剤を用いた湿式清掃を行う。 ・ 床清掃で用いるモップはモップヘッドを交換できるものを使用し、ヘッドは80℃熱水10分間で洗浄処理、乾燥した状態で保管する。 ・ 流し・シンクは、1日1回は洗剤を用いて清掃し、水分は拭き取る。 ・ 浴室は、使用後に1日1回は中性洗剤で洗浄し、乾燥させる。 ・ トイレの便器は、1日1回以上、中性洗剤で洗浄する。便座、水洗レバー、ドアノブ等の高頻度接触面は、アルコール消毒薬を用い清拭。 ・ 汚物処理室は、1日1回以上、清掃を行う。 ・ その他、各部門において必要な清掃を行う。 <p><定期清掃>（消毒薬を用いる必要はない）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 換気口、窓の格子、壁面、カーテン等は定期的に清掃する。（目に見える汚れがある場合には、速やかに清掃、除染等を行う） <p><緊急清掃>（除染と適切な消毒薬を用いた消毒）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 血液、体液等による汚染の清掃時には、感染防護具を着用する。 ・ 血液等の汚染物は、まずペーパータオルと洗剤で拭き取り（除染）、中水準消毒を行う。 ・ 消毒対象や殺菌効果を勘案して適切に消毒薬を選択する。 	<p>項目1 項目2</p>
<p>* 感染症患者が発生した場合は、高頻度接触面の清拭回数を増やしたり、カーテンやリネンの交換・洗浄、病原体に有効な消毒薬の使用等、必要に応じて通常の実施方法を強化した清掃を考慮します。</p>	<p>項目3</p>
<p>* 病棟での清掃方法や手順は、清潔区域（薬剤調製区域等）、生活区域（病室、食堂、面会室等）、汚染区域（トイレ、汚物処理室等）に区分して定めることが、効率的な実施に適うとされています。</p>	<p>項目4</p>
<p>* 「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日付 健感発第0725001号 厚労省結核感染症課長通知）</p>	<p>項目16 項目18</p>

第三部 施設・場面に応じた感染防止対策

検査日	年 月 日
部署	

8 器具の洗浄・消毒・滅菌と保管

病棟等で使用された器具は、その材質、汚染状況、感染の危険度に応じて消毒薬と消毒方法を選択し、適切な手順で洗浄・消毒・滅菌を行う必要があります。また、使用部位に応じ（無菌の組織、血管内、粘膜、皮膚等）消毒水準を考慮する必要があります。

洗浄・消毒・滅菌は、可能な限り中央部門で一括処理が望ましいとされています。

<チェックリスト3-8>

区分	No.	項目	チェック	備考
基準	1	器具の種類に応じた洗浄・消毒・滅菌方法を明確に定めているか。		手順書 実施マニュアル
洗浄	2	使用後の器具類を清潔な場所（清潔区域）に置いていないか。		
	3	使用後の洗浄等は、定められた場所で行っているか。		
	4	消毒・滅菌の前に有機物の汚染を除去するための洗浄を行っているか。		血液等による汚染
	5	使用後の洗浄を行う場合は、必要な感染防護具を着用しているか。		手袋、ガウン、ゴーグル等
	6	洗浄用具について、消毒・乾燥等を十分に行い清潔を保っているか。		スポンジ、ブラシ
	消毒・滅菌	7	消毒薬は、目的に応じた種類や使用方法を定め、使用しているか。	
8		粘膜又は創傷のある皮膚に触れる器材は高水準消毒を行っているか。		内視鏡等
9		無菌の組織又は血管内などに使用する器材は滅菌を行っているか。		
10		消毒薬は使用期限内のものを使用しているか。		
11		院内で行う滅菌について、滅菌方法・工程が適切か確認しているか。		
12		オートクレーブ等の滅菌器は、定期的な点検を行っているか。		
保管・点検	13	高水準消毒剤・滅菌剤である器具について表示を行っているか。		
	14	滅菌した器具類について、滅菌有効期限を定めているか。		
	15	滅菌有効期限について表示を行っているか。		
	16	病棟内の滅菌器具類の管理責任者、点検責任者を定めているか。		
	17	器具類の滅菌期限切れがないかを確認する点検は行っているか。		滅菌器具類の使用期限
	18	単回使用製品（ディスポ製品）の再使用は行っていないか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 生体の無菌領域に使用する器材は滅菌、粘膜に使用する器材は高水準消毒、清浄な皮膚に接触するものは低水準消毒又は水拭きが必要です。</p>	<p>項目 1 項目 7</p>
<p>* 洗浄を行う場所は、器具を使用した現場ではなく、中央の滅菌部門等で一括して洗浄を行うことが推奨されています。</p>	<p>項目 3</p>
<p>* 消毒や滅菌を行う前に、有機物の汚染を除去するための洗浄を行ってください。有機物が残存すると、消毒や滅菌の効果が減弱します。</p>	<p>項目 4</p>
<p>* 湿性生体物質（血液、体液、分泌物、排泄物等）に汚染された器具類の洗浄等は、専用の場所で行うとともに、感染防護具を使用し作業者の病原体への曝露予防策を徹底することが重要です。</p>	<p>項目 5</p>
<p>* ケミカルインジケータースーツやバイオリジカルインジケータースーツを使用して、滅菌装置の滅菌効果が十分か、確認するようにしてください。</p>	<p>項目 12</p>
<p>* 「単回使用」「再使用禁止」と表示されている用具を、消毒、滅菌して再使用するのは危険なので避けてください。</p>	<p>項目 18</p>
<p>(参照法令・通知) ○ 薬食安発第 0619 第 1 号 平成 26 年 6 月 19 日 「単回使用医療機器の取扱いの周知徹底について」</p>	

第三部 施設・場面に応じた感染防止対策

検査日	年 月 日
部署	

9 内視鏡関連の感染防止

内視鏡は体内への挿入、粘膜への接触を伴うものであり、高水準の衛生的管理が必要となります。使用後の一次洗浄、消毒・滅菌の動線を整理し、それぞれの過程において適切な処理が求められます。また、内視鏡室で従事するスタッフは、標準予防策を遵守して検査を行う必要があります。

<チェックリスト3-9>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
基準等	1	内視鏡の洗浄・消毒方法を明確に定めているか。		手順書 実施マニュアル
	2	内視鏡の衛生管理・保守点検の責任者を定めているか。		
一次洗浄	3	消毒前に外表面や吸引・生検チャンネル内の洗浄を十分に行っているか。		
	4	内視鏡の部品を取り外し、酵素系洗剤に完全に浸漬しているか。		
	5	開口部の大きさに合ったブラシを用いて洗浄しているか。		チャンネル、 部品、コネクタ
消毒・滅菌	6	内視鏡は使用ごとに、高水準消毒薬を使用して消毒又は滅菌しているか。		
	7	全てのチャンネルを満たすように内視鏡・部品を完全に浸漬しているか。		浸漬法 高水準消毒薬
	8	消毒後は、十分な量の水で内視鏡をすすぎ、消毒薬を除去しているか。		無菌水使用
	9	すすぎ水は、1回ごとに排水しているか。		
	10	チャンネルは、エタノール等を通した後、送気して乾燥させているか。		
	11	生検鉗子(再利用可能なもの)は滅菌しているか。		
保管	12	送水ボトルと連結チューブは、高水準消毒又は滅菌をしているか。		最低1日1回
	13	洗浄・消毒した内視鏡は、汚染を避け専用の保管庫で保管しているか。		
	14	内視鏡は乾燥しやすいよう垂直に立てて保管しているか。		
従事職員	15	使用前の内視鏡は、使用後のものと判別できるように管理しているか。		
	16	内視鏡室の従事職員に対し、標準予防策の研修を実施しているか。		手指衛生、PPE の着脱、等
	17	洗浄をする者は手袋、ガウン、マスク、ゴーグル(又はフェイスシールド)を着用しているか。		
	18	術者、介助者、洗浄担当者用の感染防護具は用意されているか。		
	19	感染防護具を着用したまま、カルテの記載等を行っていないか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 使用前の内視鏡と使用後の内視鏡は、動線の交差をさけるようにし、使用した内視鏡は、速やかに専用の搬送トレイ等で洗浄室に運ばれるようにすることが望ましいです。</p>	<p>項目 1 項目 15</p>
<p>* 酵素系洗剤は、使用ごとに廃棄が必要です。 ブラシなど洗浄用品は、単回使用とするか、使用ごとに洗浄・消毒を行います。</p>	<p>項目 4</p>
<p>* 高水準消毒薬としては、グルタラール、フタラール、過酢酸などがあります。濃度や消毒時間を確認して使用します。 消毒薬の使用期限にも十分注意をしてください。</p>	<p>項目 7</p>
<p>* 高い無菌性を必要とされる内視鏡では、すすぎ用の水は無菌水を使用するようにお願いします。</p>	<p>項目 8 項目 9</p>
<p>(注) 自動洗浄消毒機を使用する場合は、取扱説明書を十分に確認することが必要です。</p>	
<p>* 洗浄・消毒後の内視鏡は、ケースに保管せず、専用の保管庫で保管を行うようにします。 キャップ、弁など取り外し可能な器具は、外して保管してください。</p>	<p>項目 13</p>
<p>(参考文献)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医食安発 0320第 1 号 平成27年3月20日 「十二指腸内視鏡の洗浄及び滅菌又は消毒方法の遵守について」 ○ 「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」 (平成18年度厚生労働科学研究費補助金) 	

第三部 施設・場面に応じた感染防止対策

検査日	年 月 日
部署	

10 消毒薬の適正使用及び薬剤の汚染防

消毒薬は、院内感染防止対策を実施する上で様々な場面で使用されますが、消毒対象や使用目的に合わせて、適切に薬品を選択し使用することが必要です。

輸液や注射剤は、汚染を避けるように取り扱い、清潔な環境下での調製、調製後の速やかな使用等が求められます。

<チェックリスト3-10>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
消毒薬の適正使用	1	消毒薬の作用機序、殺菌効果、抗菌スペクトルを考慮し使用しているか。		
	2	消毒対象、使用目的を考慮して消毒薬を選択しているか。		対象病原体、適用対象
	3	消毒薬の使用にあたって、使用期限を確認しているか。		
	4	消毒薬は、添付文書等に定められた濃度で使用しているか。		
	5	消毒薬を希釈する際、希釈水・容器は清潔なものを使用しているか。		
	6	環境消毒のため、消毒薬の噴霧、散布等を行っていないか。		効果不確実、作業者に有害
薬剤（注射剤）等の汚染防止	7	注射剤の混合は、清潔な専用スペースで行っているか。		無菌設備設置が望ましい
	8	混合作業を行う作業面は、消毒用エタノール等で消毒しているか。		
	9	混合作業の前には、手洗い・手指消毒を行っているか。		
	10	混合作業の際は、マスク・手袋を着用し、無菌操作を厳守しているか。		
	11	注射剤の分割使用をしていないか。		
	12	薬品の使用前、容器や蓋の損壊や異物混入等がないか確認しているか。		ダブルチェック等
	13	注射薬の混合調製後は、原則として速やかに使用しているか。		
	14	血液製剤・脂肪乳剤の分割使用をしていないか。		
	15	高カロリー輸液製剤を保管する場合は、冷蔵庫内で保管しているか。		使用時調製が望ましい
	16	高カロリー輸液製剤は、混合を含め28時間以内に投与終了しているか。		
	17	高カロリー輸液製剤への薬剤混合は、薬剤師の管理下で行っているか。		無菌環境下
	18	経腸栄養剤の調製は、投与の直前に行っているか。		経管栄養の項も参照

※「抗菌薬の適正使用」については、別項参照。

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 消毒薬は、消毒対象（一般細菌、緑膿菌、結核菌、芽胞菌、真菌、B型肝炎ウイルス）や、使用目的（環境、金属器具、非金属器具、手指皮膚、粘膜、排泄物による汚染）に合わせて選択する必要があります。</p> <p><参考> 「主な消毒薬の殺菌スペクトル」 「使用目的別にみた消毒薬の選択」（65頁に掲載）</p>	<p>項目1 項目2</p>
<p>芽胞形成菌（クロストリジウム属菌等）に対しては、一般の消毒が無効なため、洗剤を用いて物理的な拭取りによる除染を行います。消毒が必要な場合は、次亜塩素酸ナトリウムを含む消毒液で消毒します。</p>	
<p>* 開封後の消毒薬や希釈した消毒薬の有効期間を確認し、期限切れのものが使用されていないか点検を実施してください。</p>	<p>項目3</p>
<p>* 希釈水や保管容器が汚染されていたために、消毒薬が微生物汚染される事例が報告されています。</p>	<p>項目5</p>
<p>* 環境に対する消毒薬の使用法として、噴霧、散布、薫蒸などは効果が不確実であるばかりでなく、作業員への有害性及び周辺環境への残留毒性などの観点から行うべきでないと指摘されています。</p>	<p>項目6</p>
<p>* 注射剤の混合は、クリーンベンチなどの無菌的環境下で行うことが望ましいです。病棟で混合する薬剤数は極力少なくするべきですが、やむを得ず実施する場合は、専用スペースを確保して行います。</p>	<p>項目7</p>
<p>* 注射剤の分割使用は、細菌やウイルスに汚染される原因となるため、避けてください。分割使用によるセラチア菌の院内感染の事例も発生しています。</p>	<p>項目11</p>
<p>* 使用前に輸液製剤について、白濁や異物混入等の異常の有無を確認し、同時に汚染防止用のシールを含む容器やふたを確認することは、安全管理としても求められます。</p>	<p>項目12</p>
<p>* 高カロリー輸液製剤を保存する必要がある場合には、無菌調整下で調製し、冷蔵庫保存をすることとされています。使用時に調製することが基本ですが、混合後28時間以内に投与が完了することとされています。</p>	<p>項目15 項目16</p>
<p>* 高カロリー輸液製剤への薬剤の混合は、可能な限り薬剤師の管理下で無菌環境下において行うこととされています。</p>	<p>項目17</p>
<p>(参考文献) ○医政総発1125第2号 平成28年11月25日 「医療機関における安全管理について」</p>	

第三部 施設・場面に応じた感染防止対策

検査日	年 月 日
部署	

11 医療廃棄物の取扱い

感染性廃棄物は、公衆衛生の保持及び病原体の拡散防止の観点から、安全性に配慮した取扱いを要するものであり、廃棄物の発生時点において他の廃棄物と区別する必要があります。感染性廃棄物は専用の保管容器を使用し、適切な取扱いを行う必要があります。廃棄物の収集運搬・処分は、特別管理産業廃棄物処分の許可業者に委託して行います。

<チェックリスト3-11>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
基準等	1	医療廃棄物の処理・取扱いに関する院内規定を整備しているか。		管理規定 処理マニュアル
	2	医療廃棄物の分別・処理について、関係者へ周知しているか。		患者、来院者、 委託業者含む
分別・病棟内等での取扱い	3	感染性廃棄物の分別は、発生場所（病棟等）で行っているか。		
	4	手術室、集中治療室、検査室等の廃棄物の取扱いを確認しているか。		感染性廃棄物
	5	廃棄ボックスや保管容器は、清潔区域に近接しないよう配慮しているか。		薬剤準備処置 台周辺等
	6	破損や漏出をしないよう医療廃棄物用の保管容器を使用しているか。		
	7	保管容器には、廃棄物の形状・材質・汚染状況に応じた表示をしているか。		バイオハザード マーク（色別）
	8	* 血液など液状・泥状の廃棄物は、赤色マーク等で表示しているか。		液状・泥状
	9	* 血液などが付着したガーゼ等は、橙色マーク等で表示しているか。		固形状
	10	* 注射針など鋭利な器材は、黄色マーク等で表示しているか。		鋭利なもの
	11	注射針などの鋭利器材の廃棄は、耐貫通性の容器を使用しているか。		針刺事故防止
	12	非感染性廃棄物には、ラベル貼付等で非感染性の表示をしているか。		
	13	一旦容器に入れた廃棄物を素手で触れたり、取り出したりしていないか。		
14	病棟内等での一時保管は極力短期間としているか。			
廃棄処理	15	一時保管をする場所は、関係者以外が立ち入れないようにしているか。		感染性廃棄物 置場
	16	院内の一時保管場所には、保管場所である表示をしているか。		感染性廃棄物 保管場所
	17	特別管理産業廃棄物処理業者等に委託して処理しているか。		許可業者
	18	医療廃棄物の発生や処理状況を定期的に確認しているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 医療機関の管理者等は、必要に応じ感染性廃棄物の具体的な取扱方法や廃棄物の種類に応じた取扱上の注意事項を定めた管理規程を作成し、施設内の関係者に周知徹底を図ることとされています。 (廃棄物処理法の基づく感染性廃棄物処理マニュアル/環境省)</p>	項目 1
<p>* 廃棄物の中でも感染性廃棄物については、感染防止の観点から安全性に配慮した取扱いを要するものであり、院内各部署のスタッフ、委託業者への適切な取扱いの周知とともに、患者等への呼びかけも必要です。</p>	項目 2
<p>* 感染性廃棄物は、他の廃棄物と混在させることなく、発生した際に分別されることが必要です。</p>	項目 3
<p>* 排出場所として「感染症病床、結核病床、手術室、緊急外来室、集中治療室及び検査室において治療、検査等に使用された後、排出されたもの」は、廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物となります。</p>	項目 4
<p>* 交差感染を防止するため、薬液準備台などの清潔区域に隣接して廃棄ボックス等を設置しないよう配慮が必要です。</p>	項目 5
<p>* 感染性廃棄物の容器は、廃棄物を安全に移動できるよう、破損や漏出をしない保管容器を使用します。また、形状や材質、汚染状況に応じてバイオハザードマーク（赤色、橙色、黄色）等の表示をします。</p>	項目 7 以下
<p>* 耐貫通性容器内の廃棄物や感染性廃棄物は、内容物の移し変えや圧縮は行わないよう注意してください。針刺切創事故や汚染物からの感染の原因となるおそれがあります。</p>	項目 13
<p>* 感染性廃棄物は、病院内の感染性廃棄物置場に一時保管され、委託した特別管理産業廃棄物収集運搬業者が収集し、処理施設まで搬送します。 一時保管場所は、施錠管理をするなど関係者以外が立ち入れないように配慮する必要があります。</p>	項目 15
<p>* 感染性廃棄物処理は、適法な許可を有する特別管理産業廃棄物処理業者（収集運搬業者、処分業者）に委託します。</p>	項目 17
<p>* 医療廃棄物の発生量や分別処理の状況等を定期的に確認し、感染性廃棄物の適正処理のための検討材料とすることが望ましいです。</p>	項目 18

第三部 施設・場面に応じた感染防止対策

検査日	年 月 日
部署	

12 針刺事故防止対策

注射針や刃物など鋭利な器材の取扱いや廃棄方法等については、事故防止のため手順等をマニュアルに明記し、研修・教育訓練などにより徹底を図ることが重要です。

事故発生時において迅速に適切な対応がとれるよう、連絡体制や対応方法等を整理し、緊急対応マニュアルを整備しておくことも必要です。

<チェックリスト3-12>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
対応方針等	1	針刺し・切創事故防止のための注意点等を明確に示しているか。		マニュアル記載、掲示等
	2	事故発生時の緊急対応方法をマニュアル等で明確にしているか。		
	3	緊急検査や専門医への相談を含めた緊急連絡網を整備しているか。		
	4	HBV、HCV、HIVへの曝露時の対応方法をそれぞれ確認しているか。		
予防・事故防止	5	職員のウイルス抗体値検査、ワクチン接種を行っているか。		インフルエンザ、水痘、麻疹等
	6	血液等に曝露の可能性のある職員にHBVワクチンを接種しているか。		
	7	注射針のリキャップを行っていないか。		
	8	使用後の注射針等の鋭利器材は直ちに専用容器に廃棄しているか。		耐貫通性容器
	9	鋭利器材の廃棄容器は、処置後容易に手が届く場所に置いているか。		
	10	廃棄容器の移動・交換時は、蓋をしているか。		
発生時の対応	11	鋭利器材の廃棄容器は、満杯になる前に交換しているか。		8分目目安で交換
	12	血液等に曝露した場合、皮膚を石鹼・流水で、粘膜は流水で洗ったか。		応急処置
	13	事故発生後、速やかに所属長・院内感染対策担当者等に報告したか。		発生報告
	14	HBV、HCV、HIVの感染リスクの評価を行ったか。		リスク評価
	15	感染リスクに応じて、必要な抗ウイルス剤等の予防投与を受けたか。		予防投与
	16	ウイルス肝炎（肝臓）、HIV等の専門医の診察を受けたか。		専門医診察
	17	事故発生直後以降、定期的に検査を受けているか。		定期検査
再発防止等	18	院内感染対策担当者による事故の概要・経過整理は行われているか。		
	19	事故の分析、再発防止策の検討は行われたか。		
	20	院内感染対策担当者による事故の全数把握は行われているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 注射針のリキャップの禁止、採血時の安全操作、使用後の鋭利器材の廃棄方法、専用廃棄容器の設置・使用等については、業務手順書や安全管理マニュアル等に明記し、職員に周知徹底させます。</p>	項目 1
<p>* 針刺事故発生時において、迅速に報告、緊急処置、予防投薬、検査、専門医の診察、治療などの一連の対応が可能なように、緊急対応マニュアルを整備し、各部署において周知しておく必要があります。</p>	項目 2 項目 3
<p>* 血液由来感染を起こすB型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、H I Vウイルスに曝露した場合の対応をそれぞれ確認しておいてください。</p>	項目 4
<p>* 手術室、透析室、輸血部門、血清検査室、新生児室等に勤務する職員は、抗体検査及びH B Vワクチン接種を実施することが望ましいです。</p>	項目 5 項目 6
<p>* 医療従事者を雇用する医療機関は、労働者災害補償保険法に従い、労災保険加入のための必要な手続を行います。</p>	
<p>* 具体的な対応については各種学会等から最新エビデンスにもとづく推奨内容を確認しましょう。</p>	

第三部 施設・場面に応じた感染防止対策

検査日	年 月 日
部署	

13 外来部門における感染防止

外来部門の患者は、感染症の罹患状況や病原体の保有状況等が不明なことも多く、また、来院時の状態も様々です。外来部門での感染を防止するためには、できるだけ早期に患者の状態（感染症の疑い）を評価すること、次いで感染症患者と他の患者との接触を避けるように配慮すること、そして標準予防策に加え必要な感染経路別予防策をとることです。

<チェックリスト3-13>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
対応準備・職員感染予防	1	全てのスタッフは標準予防策を遵守しているか。		手指衛生等
	2	流行状況等を勘案し、あらかじめ飛沫予防策等を追加して実施しているか。		
	3	咳・発熱など患者の症状から早期に感染症のリスクを評価しているか。		電話、受付、問診時等含む
	4	感染症が疑われる患者の診察のため、必要な防護具を準備しているか。		
	5	結核が疑われる患者の診察・処置時は、N95マスクを着用しているか。		
	6	結核患者に対応したスタッフには、必要な検査・予防投薬は行っているか。		
	7	検体採取・検査材料の取扱時は、清潔な手袋を着用しているか。		
	8	耐性菌の保菌等を理由に受け入れを拒んでいないか。		
患者間感染防止	9	感染症患者の診察時は、他患者との接触を避けるよう配慮をしているか。		
	10	発熱症状等を有する患者とその他の患者の動線を分けているか。		特に流行期
	11	咳などの症状を呈する患者には、マスクの着用等を促しているか。		
	12	咳エチケットや手洗い励行等の患者への働きかけを行っているか。		
環境管理	13	清潔区域、汚染区域等の区分ごとに清掃方法を定め、実施しているか。		
	14	患者の分泌物等で汚染された環境は、直ちに除染・消毒を行っているか。		消毒方法確認
	15	感染症患者の診察・処置後、必要な環境面の除染・消毒を行っているか。		
感染管理	16	入院が必要な場合、受入病棟に感染症情報は十分に伝達されているか。		緊急入院時
	17	入院が必要な場合、個室管理・コホート管理の必要性を検討しているか。		
	18	感染症患者情報は、感染管理部門に情報伝達される体制となっているか。		連絡体制確認
	19	処方された抗菌薬は飲みきるように指導しているか。		耐性菌対策

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 流行性の疾患には、インフルエンザ、風疹、百日咳、流行性耳下腺炎など飛沫感染予防策の対象となるものが多く、流行状況に応じてあらかじめ付加的な対策（マスク着用等）を準備することを考慮します。</p>	項目 2
<p>* 外来では、患者の感染症罹患状況や病原体の保有状況などが不明であることも多く、できるだけ早期に患者の状態（感染症の疑い）を評価し、他患者との接触回避や感染防止策をとることが必要です。 受診前の電話連絡時や問診時なども含めた情報の収集が重要です。</p>	項目 3
<p>* インフルエンザの流行期などには、マスクなどの感染防護具について、必要となる量を想定し（受付職員、患者・見舞客等を含む。）、準備しておくことも必要となります。</p>	項目 4 項目 7
<p>* 救急外来等で結核が疑われる患者に接する場合は、N95マスクを着用します。予診で結核が疑われる患者は、個室で待機・診療とします。</p> <p>結核患者を確認した際は、直ちに保健所に報告し、患者は必要に応じて結核病床を有する医療機関に紹介し、転院治療を行います。 患者に接触した職員には保健所と協議の上、健康診断及び必要に応じて潜在性結核感染症の治療を行います。</p>	項目 5 項目 6
<p>* インフルエンザの流行時には、発熱、咳などの症状を有する患者は、他の患者と接触する機会をなるべく少なくする工夫が必要です。 施設の構造上の制約も受けませんが、空間的・時間的に接触を避ける工夫が必要です。（事前連絡時における受診時間帯の指定等）</p>	項目 9 項目 10
<p>* 患者・家族・見舞客等の一般の方への説明用のポスター等については、公的機関のホームページ等に掲載されているものも参考にできます。</p> <p>(参考) 東京都健康安全研究センターのホームページには、咳エチケット、適切な手洗いの方法についての啓発用見本が掲載されています。</p>	項目 12 項目 13
<p>* 清潔区域と不潔区域に区分して衛生管理を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 清潔区域：患者の処置等を行う場所 （創傷の手当て、簡単な縫合手術、注射、採血、侵襲の高い処置） ○ 不潔区域：処置に伴う感染性廃棄物の処理を行う場所 	項目 13
<p>* 消毒薬は、消毒対象（一般細菌、緑膿菌、結核菌、芽胞、真菌、B型肝炎ウイルス）や、使用目的（環境、金属器具、非金属器具、手指皮膚、粘膜、排泄物による汚染）に合わせて選択することが必要です。</p>	項目 14 項目 15

第三部 施設・場面に応じた感染防止対策

検査日	年 月 日
部署	

14 透析室における感染防止

透析は血液を直接扱う危険度の高い医療処置です。また、血液を介した職業感染、血液等の汚染による環境面の汚染の可能性も高く、感染を防止するための具体的な透析操作の方法、針刺事故防止対策、環境衛生・消毒方法等を十分に踏まえて、実施しなければなりません。

<チェックリスト3-14>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
基準	1	透析操作及び透析機器・器具等の洗浄・消毒方法を定めているか。		感染防止対策マニュアル
配置	2	透析室内のベッド間隔は、1メートル以上取られているか。		
	3	肝炎ウイルス陽性患者等は、透析室内の定位置で透析を実施しているか。		
操作時の感染防止	4	透析室内に専用の手洗い設備は備えられているか。		
	5	透析操作の前後に、十分な手指衛生を行っているか。		
	6	透析用の器具は、患者ごとに滅菌された単回使用製品を使用しているか。		
	7	透析の開始操作は、患者側・機械側にそれぞれ1名配置し、共同して行っているか。		血液付着手袋・機械汚染防止
	8	穿刺及び抜針操作時は、手袋を着用し、患者ごとに手袋を交換しているか。		
針刺防止	9	穿刺及び抜針操作時は、適宜、ガウンやエプロンを着用しているか。		
	10	注射針のリキャップは禁止し、耐貫通性の廃棄容器を使用しているか。		
環境衛生	11	スタッフへの肝炎ウイルス検査、ワクチン接種の機会は設けられているか。		
	12	リネン類は患者ごとに交換しているか。		血液等汚染時 感染性廃棄物
	13	血液汚染物は、周囲の汚染に注意し、感染性リネンとして処理しているか。		
	14	ベッド柵、オーバーテーブルは、透析ごと次亜塩素酸Na溶液で清拭しているか。		作業時は手袋
機器管理	15	床面の湿式清掃、高頻度接触面の清拭は、毎日行っているか。		血液等汚染時 除染・消毒
	16	透析装置の保守点検は、期間を定め計画的に実施しているか。		
	17	逆浸透水システムは、月1回以上、洗浄消毒を行っているか。		装置に適した 洗浄剤・熱湯
注射薬	18	透析用希釈水は、月毎に細菌学検査とエンドトキシン検査を行っているか。		
	19	注射薬準備は、透析エリアから区画された清潔な場所で無菌的に行っているか。		
	20	注射薬は、可能な限り使用時に準備し、速やかに使用しているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 透析は血液を直接扱う医療処置であり、また、侵襲度の高い処置を行うことから、透析による感染防止のための具体的な操作手順、針刺事故防止対策、環境衛生・消毒方法について明確化しておく必要があります。</p>	項目 1
<p>* ベッド配置は、感染予防や緊急時の対応を考慮した配置が必要です。患者のプライバシーへの配慮、スタッフの移動や緊急時の対応の容易さ、清潔物・不潔物の交差防止等の観点から 1 m 以上の間隔が必要です。</p>	項目 2
<p>* HBV、HCV 患者等の動線の交錯を避け、できるだけ専任スタッフが対応できるよう、まとまった位置に固定することが望ましいです。 インフルエンザ等の飛沫感染予防策の対象となる患者は、個室の隔離透析室での実施が望ましいですが、一般透析室で行う場合は、カーテン等で飛沫を遮断するとともに、他の患者との交錯が少ない場所に固定し実施します。</p>	項目 3
<p>* 透析操作前後にスタッフが十分な手洗いができるよう、専用の手洗い設備は必要です。</p>	項目 4 項目 5
<p>* 開始操作は、1 人で行う場合、手袋が血液や浸出液で汚染する可能性があり、汚染部位が機械に直接触れないように操作するため、患者側・機械側を各 1 名が担当し、共同で行うことが望ましいです。 終了操作も原則として 2 名共同で行うことが望ましいとされています。</p>	項目 7
<p>* 穿刺及び抜針操作を行う者は、ディスポ手袋を着用し 1 人の患者ごとに交換します。また、適宜、ガウン等の感染防護具も使用します。</p>	項目 8 項目 9
<p>* リネン類は患者ごとに交換することが望ましいとされています。ただし、血液等に汚染された場合は、感染性リネンとして扱い、直ちに交換します。</p>	項目 12 項目 13
<p>* ベッド柵、オーバーテーブルは、透析終了ごとに 0.05～0.1%（500～1,000ppm）次亜塩素酸ナトリウム液を用いて消毒します。</p>	項目 14
<p>* 透析用希釈水を生成する逆浸透水システムは、初期抜粋機構を備えた装置が望ましく、月に 1 回以上、洗浄消毒を行うことが望ましいです。</p>	項目 17
<p>(参考文献) 「透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するガイドライン」（四訂版）（平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金）</p>	

第三部 施設・場面に応じた感染防止対策

検査日	年 月 日
部署	

15 手術室・集中治療室における感染防止

手術室や集中治療室は、開創状態の患者や術後等の免疫状態の低下した患者等があり、高い清浄度クラスに位置づけられ、設備面において整備されていることが必要とされます。また、重症患者や侵襲的処置が必要な患者への対応も多いことから、十分な手指衛生ができる環境を整え、従事者を介した感染のリスクをできるだけ低減させる注意が必要です。

<チェックリスト3-15>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
手術室 (空調)	1	手術室内の空調は、廊下その他の区域に対して陽圧を維持しているか。		清浄度クラス :清潔区域
	2	室内への清浄空気供給を確保し、HEPAフィルターを通過させているか。		
	3	必要時以外は、手術室の扉は閉めているか。		
	4	手術室に入るスタッフは、最小限に制限しているか。		
(手指衛生・ 防護具)	5	術者の手指は爪を短く切って清潔にし、装身具を身につけていないか。		
	6	手から肘上までの手洗いの後、手首まで手指消毒を行っているか。		
	7	皮膚から排膿のある従事者は、治癒するまで就業を制限しているか。		
	8	従事者は、口と鼻を覆うマスク、頭髪を完全に覆う帽子を着用しているか。		全ての手術室 入室スタッフ
	9	手術用ガウンや覆布は、撥水性のものを使用しているか。		
(環境)	10	手術で使用した医療廃棄物は、感染性廃棄物として取り扱っているか。		産廃処理法上
	11	手術室の清掃方法・手順を明確化し、業務担当者に周知しているか。		
集中治療室	12	ICU内の空調は、廊下その他の区域に対して陽圧を維持しているか。		清浄度クラス :準清潔区域
	13	専用の手洗い設備は備えられているか。		
	14	各ベッドサイドに擦式消毒薬が設置されているか。		
(手術創)	15	一次閉鎖された手術創は、フィルムドレッシング材で被覆しているか。		
	16	手術部位への接触時は、手指消毒後、手袋を着用しているか。		ドレッシング材 交換時も同様
(環境)	17	ICUで使用した医療廃棄物は、感染性廃棄物として取り扱っているか。		産廃処理法上
	18	ICUの清掃方法・手順を明確化し、業務担当者に周知しているか。		
(研修)	19	従事者への血流感染防止、尿路感染防止の研修は実施されているか。		
	20	従事者への人工呼吸器関連感染防止の研修は実施されているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 一般手術室は、室内の空気清浄度や湿度・温度に留意するとともに、周囲の廊下・諸室よりも陽圧を維持しなければならないとされています。換気は1時間当たり15回以上とし、うち3回以上は外気を導入します。</p> <p>(「病院空調設備の設計・管理指針」日本医療福祉設備協会)</p>	項目1
<p>* 外気であっても再循環した空気であっても、HEPAフィルターを通過させるようにします。 空気は天井から床の方向に流れるようにします。</p>	項目2
<p>* 必要時以外は、手術室の扉は閉めておきます。また、手術室に入るスタッフの人数は最小限に制限します。</p>	項目3 項目4
<p>* 術者は手指の爪を短く切って清潔にし、指輪などの装身具も外します。手指衛生では、手から肘上までの手洗いの後、手首まで手指消毒を行います。なお、手洗いには必ずしも滅菌水を使用する必要はなく、清潔な流水で十分であるとされています。</p>	項目5 項目6
<p>* 手術中の手術室に入室する全ての医療従事者は、口と鼻を完全に覆うマスクと、頭髪を完全に覆う帽子を着用します。 なお、手術室の入室に際しての履物交換は不要であるとされています。</p>	項目8
<p>* 手術室で使用された後、排出された廃棄物は、廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物となります。</p>	項目10
<p>* 手術終了後の手術室清掃は、目に見える汚染がない場合には、水拭き清掃を行います。血液や体液が付着した部分は、汚れを安全な方法で拭き取った後に必要に応じて局所的消毒を行います。 なお、手術室内を無菌状態とすることを目的とした、消毒薬を使用した床消毒は日常的に行う必要はないとされています。</p>	項目11
<p>* 集中治療室は、一般区域よりも高度な清浄度が要求される準清潔区域として、空調は周囲の廊下・諸室よりも陽圧を維持します。</p>	項目12
<p>* 集中治療室は、術後患者など重症患者の対応を行う施設であり、侵襲性の高い処置も多いことから、処置にあたっての手指衛生は特に厳格に遵守される必要があります。</p>	項目13 項目14
<p>* 高度な医療処置に伴う感染防止対策の研修も、適宜実施が必要です。</p>	項目19 項目20

<資料> 消毒の基本（消毒薬の選択）

主な消毒薬の殺菌スペクトル

区分	消毒薬	一般細菌	緑膿菌	結核菌	芽胞	真菌 *1	B型肝炎ウイルス
高水準	グルタール	○	○	○	○	○	○
	過酢酸	○	○	○	○	○	○
	フタール	○	○	○	○	○*3	○
中水準	次亜塩素酸ナトリウム	○	○	○	○	○	○
	アルコール	○	○	○	×	○	○
	ポピドンヨード	○	○	○	×	○	○
	クレゾール石けん *2	○	○	○	×	△	×
低水準	両性界面活性剤	○	○	△	×	△	×
	第四級アンモニウム塩	○	○	×	×	△	×
	クロルヘキシジン	○	○	×	×	△	×

* 1 :糸状菌を含まない * 2 :クレゾールには排水規制がある

* 3 :バシラス属(Bacillus spp.)の芽胞を除いて有効

○ :有効。 △ :効果が得られにくい、高濃度の場合や時間をかければ有効となる場合がある。 × :無効

使用目的別にみた消毒薬の選択

区分	消毒薬	環境	金属器具	非金属器具	手指皮膚	粘膜	排泄物による汚染
高水準	グルタール	×	○	○	×	×	△
	過酢酸						
	フタール						
中水準	次亜塩素酸ナトリウム	○	×	○	×	×	○
	アルコール	○	○	○	○	×	×
	ポピドンヨード	×	×	×	○	○	×
	クレゾール石けん	△ *4	×	×	×	×	○
低水準	両性界面活性剤	○	○	○	○	○	△
	第四級アンモニウム塩	○	○	○	○	○	△
	クロルヘキシジン	○	○	○	○	×	×

* 4 :主に糞便消毒に用いられる。広い環境には散布しない。

○ :使用可能、 △ :注意して使用、 × :使用不可

(「[新版増補版]消毒と滅菌のガイドライン」
2015年5月15日 より作成)

第四部 院内感染発生時の対応

検査日	年 月 日
部署	

1 感染情報の把握

院内での感染症患者の発生に迅速・適切に対応し、感染拡大を限局的なものにとどめるためには、感染対策部門や感染対策担当者が正確な情報を把握することが第一に重要です。院内全体の情報を集め、整理するに当たっては対策を検討するために重要なポイントを漏らさず確実に押さえることが必要です。

<チェックリスト4-1>

区分	No.	項目	チェック	備考
発生情報等確認・伝達	1	感染症発生・病原体検出情報は、院内感染対策部門に報告されたか。		院内感染対策担当者等
	2	発生・検出情報は、院内感染対策責任者に報告されたか。		院内感染対策部門の医師等
	3	院内感染対策チーム（ICT）は組織・編成されているか。		常設でない場合 臨時に編成
	4	当該患者の主治医や病棟の看護担当者等から詳細情報を確認したか。		
	5	検査部門から病原体検出の詳細情報を確認したか。		
	6	複数患者・箇所からの発生がある場合、院内全体の状況を確認したか。		
	7	職員の感染状況について把握したか。（職場、職種、予防接種等）		当該職員の担当患者も確認
	8	臨時の院内感染対策委員会を開催し、病院長に報告を行ったか。		開催基準整備
情報整理・対策検討	9	集団発生事例の場合、状況把握のための「症例定義」を行ったか。		症状・検出有無、対象期間等
	10	患者発生状況・症状・検査結果等を時系列、発生場所別に整理したか。		一覧表作成 (サーベイランスシート)
	11	発生状況（範囲・期間等）をもとに感染経路等について検討したか。		
	12	潜伏期間の確認、接触者探索の範囲について検討したか。		
	13	保菌者検索の要否について検討したか。		
	14	環境調査（環境面からの病原体検出）の要否について検討したか。		
	15	易感染性患者などハイリスクに区分される患者についての把握したか。		術後患者、透析患者等
	16	院内感染対策委員会で当面の対策を検討し、速やかに実施したか。		
届出・報告	17	各部門の担当者を決め、日々の報告・情報伝達を行う体制をとったか。		感染対策チーム等で情報集約
	18	感染症法等法令に基づく保健所への届出は行ったか。		
	19	患者発生の拡大傾向が続く場合などは保健所等に報告をしたか。		
	20	通常と異なる発生状況等が見られる場合、保健所等に報告をしたか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 病棟等で感染症患者の発生があった場合や院内感染の原因となる薬剤耐性菌の検出がみられた場合は、それらの情報が感染対策担当者や担当部門（ICT等）に集約される必要があります。</p>	<p>項目1 項目2</p>
<p>感染患者の拡大傾向を察知した場合、職員からの感染症患者の発生、感染力や病原性の強い感染症の発生時などには、直ちに連絡すべきです。</p> <p>上記の状況が見られる場合は、感染対策担当医師を中心に対策チーム（常設でない場合は臨時編成）で情報収集と応急対策の検討に入ります。</p>	<p>項目3</p>
<p>* 対策チーム（ICT）は主治医、看護担当者、検査室等の関係者から速やかに可能な限り詳細情報を収集します。複数病棟からの発生が見られる場合は、院内全体を視野に状況把握に努めてください。</p>	<p>項目4</p>
<p>* 職員から感染者が出た場合は、当該職場の協力を得て（所属長、リスクマネージャー等）、当該職員の職種・業務内容を確認の上、接触時間の長い同僚、受持ち患者等をリスト化し、感染拡大の範囲の検討材料とします。</p>	<p>項目7 項目12</p>
<p>* 情報収集を踏まえ、出来るだけ早期に委員会で対策を協議します。</p>	<p>項目8</p>
<p>* 情報整理を行うにあたっての対象期間、対象範囲（病棟、建物、病院全体）、及び対象疾患（症状、病原体検出）を定義します。</p> <p>症例定義で情報の範囲を設定した後、発生状況を時系列、発生場所別（病棟、病室別）にサーベイランスシートを用いて整理します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員からの発生と入院患者等からの発生は、区分して整理します。 ・ サーベイランスシートの見本は参考資料として添付しています。 	<p>項目9 項目10</p>
<p>* 当面の対策として迅速に実施しなければならないこととしては、当該患者への適切な治療の提供と、感染拡大防止の2点が最重要です。</p> <p>院内感染対策委員会を開催し、病院全体として取り組む対策を決定することは重要ですが、緊急に必要な対応については、感染対策担当医師等を中心に緊急的措置として投薬・隔離等を行うことも必要となります。</p>	<p>項目16</p>
<p>* 発生状況がまだ収束していない間は、日々の発生報告の仕組みを決め組織的な情報整理を行うようにします。（担当者への業務集中回避）</p>	<p>項目17</p>
<p>* 感染症法及び感染症法施行規則に従い、届出までの期間、届出対象（患者、疑似症、病原体保有者）を保健所に確認しておきましょう。集団発生時の対応等についても、適宜、相談を考慮してください。</p>	<p>項目18 以下</p>

第四部 院内感染発生時の対応

検査日	年 月 日
部署	

2 拡大防止対策の実施

院内での感染拡大のおそれがある場合には、迅速に病院内で統一的な対応を行うことが必要となります。拡大防止のためには、収集・整理された情報をもとに的確に感染経路を遮断するための措置をとること、各職員による対策実施が徹底されることが鍵となります。保健所や専門医の助言を受けるとともに、適宜、対策の効果を検証することも重要です。

<チェックリスト4-2>

区分	No.	項目	チェック	備考
周知	1	院内感染対策委員会の決定事項等について情報周知は行ったか。		周知内容整理 (周知対象考慮)
投薬等	2	感染症患者に対して適切に治療薬の選択、予防内服等を行ったか。		専門医に相談
	3	接触者に対して必要な予防内服や注意事項等について説明したか。		専門医に相談
感染防止対策	4	標準予防策に加え、病原体に応じた感染経路別予防策を実施したか。		
	5	病原体の種類に応じて、必要な隔離や従事者の限定を行ったか。		配置管理等
	6	患者・家族に対して隔離等の理由や必要性について説明したか。		対策実施への理解と協力
	7	職員に対し手指衛生、防護具使用等の注意喚起を行ったか。		
	8	医療器具や環境面の衛生管理に関する注意喚起を行ったか。		清掃担当者等含む
	9	当該病棟等への新規患者受入制限等は検討(又は実施)したか。		実施基準整理が必要
	10	面会や来院制限等は検討(又は実施)したか。		理由・必要性の説明
	11	職員が感染した場合、院内基準に従って出勤・従事制限を行ったか。		
	12	職員の業務復帰に際しては、院内基準、担当医師の確認等を行ったか。		
対策評価等	13	拡大防止対策の実施状況について、確認する仕組みはとられているか。		
	14	新規発生の情報等を日々把握できる体制をとっているか。		感染対策チーム等で情報集約
	15	拡大防止対策について保健所や専門医等の助言を活用しているか。		
感染拡大時	16	集団発生時に対応可能範囲を検討し、新規受入制限等を行ったか。		
	17	職員に多数の欠勤者が出た場合、一部休止・機能集約等を行ったか。		
	18	自院のみでの対応が困難となった場合には、応援要請を行ったか。		近隣医療機関、医師会等
収束判断	19	保健所等と相談し集団感染に関する終息判断を行っているか。		
	20	終息判断を行うまで、注意深く発生状況等の把握を行っているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 感染患者の拡大傾向や感染力・病原性の強い感染症の発生時等には、感染対策委員会で迅速に対応を協議し、決定する必要があります。 また、感染症発生情報や委員会での決定事項は、各部署に迅速・確実に周知が行われないと、対策の遅れ、不徹底につながります。</p> <p>情報周知は、発生が限局的な段階（同一病棟での少数発生等）では、①当該部門での感染拡大防止策の指示、②その他の部門への注意喚起が主たる内容となり、情報量もそれほど多大でない可能性が高いです。</p> <p>感染者が多数、複数病棟での発生、拡大傾向が見られる段階では、③病院全体での拡大防止対策の実施が必要となり、情報量も当然多くなることが考えられるため、感染対策部門で伝達すべき内容の整理が必要となります。</p>	項目 1
<p>* 感染症発生時の対策を大別すれば、①治療や予防内服、②拡大防止対策に分けられます。 また、拡大防止対策は、患者の配置管理を含む感染経路別予防策、器具や環境面の衛生管理の強化、患者の一次受入制限、感染した職員の就業制限等が主な内容となり、具体的な指示が必要です。</p>	項目 2 項目 4 以下
<p>* 隔離等を行う患者以外にも、入院患者・家族等には感染防止対策の実施について十分な情報提供を行い、理解と協力を得るようにします。</p>	項目 6
<p>* 手指衛生や環境管理が各部門で適切に実施されているか、ICT等が院内巡回し確認することが望ましいです。 感染防止対策は内容が多岐にわたることも多いため、十分に実施事項が理解されているか、基本的な手技が行われているか等、現場の取組の徹底をICTが支援する姿勢で確認を実施してください。</p>	項目 13
<p>* 集団発生時や職員からの感染者発生時などには、新たな感染防止や診療機能の維持のために、一時的な患者受入制限を行う必要も検討が必要となります。</p>	項目 16
<p>* 専門医の治療が必要である場合や自院のみでの対応が困難になった場合（一時的受入制限や院内応援での対応が困難となった場合）は、系列医療機関、近隣医療機関への応援要請も検討が必要です。 非常時の協力体制については、日ごろから協力関係の構築を図っておくことが望ましいです。</p>	項目 18
<p>* 対策の実施内容については、適宜、感染症対策の専門家や保健所に相談し、助言を得ることが望ましいです。</p>	項目 15 項目 19

第四部 院内感染発生時の対応

3 多剤耐性菌対策

多剤耐性菌対策は、耐性を獲得させないための「抗菌薬の適正使用」、耐性菌を早期に発見するための「サーベイランスの活用」、検出された耐性菌の感染拡大を防止するための「組織的対応」、「感染源や感染経路の特定と予防策の徹底」等が重要です。

<チェックリスト4-3>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
事前の対応	1	院内における抗菌薬の使用基準は作成しているか。		マニュアル整備
	2	使用基準に基づき適切な投与量、投与期間で使用しているか。		ICT介入
	3	多剤耐性菌を持つ患者受け入れ時の対応策を明確にしているか。		マニュアル整備
	4	患者のリスク評価に基づき入院時のスクリーニング検査を実施しているか。 (海外渡航歴、生活歴、治療経過等)		情報の把握
	5	薬剤感受性検査を実施し、耐性菌の検出情報等の把握を行っているか。 (MRSA、CRE、VRSA、MDRP、VRE、多剤耐性アシネトバクター(MDRA)等)		情報の把握
	6	多剤耐性菌に関する検査結果を院内で共有する仕組みはあるか。		主治医、病棟、 感染対策部門
耐性菌検出時の対応	7	CRE、VRSA、MDRP、VRE、MDRAについては、保菌も含めて1例目の発見をもって、アウトブレイクに準じた嚴重な感染対策を実施しているか。		
	8	多剤耐性菌検出時、院内感染対策委員会(又はICT)で迅速に対応を協議しているか。		1週間以内
	9	多剤耐性菌検出時、状況の分析をしているか。		感染経路等
	10	多剤耐性菌検出時、分析に基づいた対策の立案、周知をしているか。		
	11	多剤耐性菌検出時、対策を周知し、実施状況の確認と評価をしているか。		PDCAサイクル の実践
	12	地域のネットワーク、専門家、保健所等と早期から連携しているか。		行政への報告を 含む
感染対策の実践	13	適切な患者配置としているか。(個室、コホート、等)		
	14	標準予防策、手指衛生を強化しているか。		臨時OJT、遵守確 認のラウンド等
	15	接触感染予防策は実施しているか。		臨時OJT、遵守確 認のラウンド等
	16	接触者の把握及び保菌検査は行っているか。		疫学的調査
	17	患者及び家族へ必要な内容を説明しているか。 (多剤耐性菌について、治療(対応)、予後、注意点、等)		
	18	必要性評価に基づいて、病棟閉鎖、面会制限等は実施しているか。		
	19	必要性評価に基づいて、遺伝子検査、環境培養等は実施しているか。		
	20	地域等のネットワーク、専門家、保健所等の技術的支援を取り入れているか。		
	21	保菌者に対して、感染性の評価に基づく適切な対応ができているか。		不十分な対応、 過剰対応の評価

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 抗菌薬の使用制限だけでなく、抗菌薬の適正使用と他の感染対策との組み合わせにより耐性菌の出現を抑制することが期待されます。</p>	項目 1
<p>* 必要な疫学的調査と嚴重な感染対策を遅滞なく実施するために、多剤耐性菌に対する事前対応策を明確にしておくことが大切です。</p>	項目 3
<p>* 多剤耐性菌検出時は、アウトブレイク発生時と同様に、院内感染対策委員会（又は I C T）から全ての職員に対して、事例ならびにその対策に関する情報を提供することが大切です。</p>	項目 6
<p>* 薬剤耐性菌の院内感染の可能性が否定できない場合、保菌検査で状況を把握することが必要です。その範囲は症例と同一の看護単位の全入院患者を対象とした方が良いとされています。</p>	項目 9 項目 16
<p>* 適正なタイミング、適正な方法での「手指衛生」が徹底されるように、I C T 等で十分な介入を行うことが大切です。</p>	項目 14
<p>* 多剤耐性菌発生時に円滑に地域のネットワークと連携ができるように、普段から地域のネットワークに積極的に参加し、地域全体で多剤耐性菌対策や院内感染対策に積極的に取り組むことが重要です。</p>	項目 12 項目 20
<p>* 5 類感染症として保健所への届出が必要な場合があります。滞りなく保健所への届出が行えるように、届出基準を把握しておくことが大切です。最新の基準を把握しておきましょう。</p>	項目 4 項目 12
<p>(参考文献)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医政地発1219 第1号 平成26年12月19日 「医療機関における院内感染対策について」 ○ 「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」 (平成18年度厚生労働科学研究費補助金) ○ 院内感染対策中央会議「薬剤耐性菌対策に関する提言」 (平成27年4月1日 事務連絡) 	

<資料> 発生状況整理表（サーベイランスシート）

感染症名											
区分	No	氏名 (イニシャル)	年齢	病棟・病室 (職員は 職種等)	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	月 日()	備 考
	1										
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
	9										
	10										
	1										
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
	9										
	10										
計											
総計											

- 下痢 ○下痢症状消失
- ▲嘔吐 △嘔吐症状消失
- 発熱 □発熱症状消失

第五部 新興感染症

検査日	年 月 日
部署	

1 新型インフルエンザ対策

平成21年のパンデミック以降、新型インフルエンザの発生は確認されていません。ただ、海外では強毒型鳥インフルエンザのヒト感染例が多数報告され、これがいつ遺伝子変異によるヒト-ヒト伝播を引き起こすとも限らない状況にあるなど、依然として脅威をはらんでいます。

新型インフルエンザが都内感染期にまで到達した場合、季節性インフルエンザの診療を行う全医療機関が診療を担うことになるため、あらかじめ情報収集体制や診療継続計画等の整備が求められています。

<チェックリスト5-1>

区分	No.	項目	チェック	備考
流行期への準備	1	新型インフルエンザ関連の情報収集担当者は決められているか。		感染制御部等
	2	職員へのインフルエンザ予防接種は計画的に実施しているか。		
	3	必要な感染防護具、消毒薬、抗ウイルス薬の準備はできているか。		
	4	病院としての対応方針、対応マニュアル等の職員周知は実施したか。		標準・飛沫予防ベースで策定
	5	対応能力低下時の「診療継続計画（BCP）」は作成しているか。		チェックリスト1-5参照
外来診療	6	有症状患者の診察は、他患者との接触を避けるよう配慮をしているか。		診療時間区分、事前連絡誘導
	7	有症状患者とその他の患者の動線（待合・診療場所）を分けているか。		入口付近でのスクリーニング
	8	有症状患者に渡航歴（発生国からの帰国）や患者との接触歴を問診しているか。		
	9	ハイリスク者の受診については、適切な誘導をしているか。		基礎疾患をもつ患者、妊婦
	10	咳などの症状を呈する患者には、マスクの着用等を促しているか。		
	11	咳エチケットや手洗い励行等の患者への働きかけを行っているか。		チェックリスト2-5参照
従事者	12	従事者はマスクなど必要な感染防護具を着用しているか。		受付職員含む
	13	検体採取・検査材料の取扱時は、清潔な手袋等を着用しているか。		必要に応じてゴーグル等
	14	接触した職員に対する予防投与の基準は決められているか。		専門医、保健所等に相談
	15	職員が発症した場合の就業制限・解除の基準は決められているか。		
入院診療	16	患者は個室隔離又は同一病原体の感染症患者の集団隔離としているか。		
	17	集団隔離の場合、広めのベッド間隔、カーテンでの仕切りをしているか。		
	18	感染症患者と他の患者のトイレ・食堂等の共用を避けているか。		
	19	感染症患者の診療やケアを行う担当者は、限定しているか。		
	20	面会者・入室者は限定するように配慮しているか。		
	21	患者が病室外に出る際は、マスクを着用させているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 厚生労働省新型インフルエンザ対策室、国立感染症研究所、東京都健康安全研究センター等からの情報には常に注意を払います。最新情報をするよう毎日確認でき担当者を決め、収集にあたります。また、地域的な流行状況についても確認し、受診者の増加への備えをしておくことが望ましいです。</p>	項目 1
<p>* マスクなどの感染防護具や治療薬について、流行期に必要となる量を想定し（受付職員、患者客等含む）準備しておくことが必要です。</p>	項目 3
<p>* 職員自身が感染した場合以外にも、家族が感染したことで職員が出勤できなくなる場合があります。 医療機関としての対応能力の低下が予想される場合の事態想定、一時的な受入制限を行う場合の基準等を「診療継続計画（BCP）」などで明確にしておくことが必要です</p>	項目 5 (項目 14)
<p>* インフルエンザの流行時には、発熱、咳などの症状を有する患者は、他の患者と接触する機会をなるべく少なくする工夫が必要です。 施設の構造上の制約も受けますが、空間的・時間的に接触を避ける工夫が必要です。（事前連絡時における受診時間帯の指定等）</p>	項目 6 項目 7
<p>* 有症状者には、事前の電話連絡、マスク着用での受診を呼び掛けます。</p>	項目 6
<p>* 海外発生時から都内発生早期は、発生国からの帰国者や患者との濃厚接触者が発熱・呼吸症状を呈している場合は感染症指定医療機関の外来で診療を行います</p>	項目 8
<p>* 慢性呼吸器疾患、慢性心疾患、代謝性疾患、腎機能障害、免疫機能不全等の基礎疾患を有するハイリスク者には、かかりつけ医と相談の上、マスクをして受診するように促します。 妊婦の場合は、産科医療機関に直接受診することは避け、かかりつけの産科医師と相談の上、マスクをして受診するよう促します。 (かかりつけ医がない場合などは保健所に相談するよう促します。)</p>	項目 9 項目 10
<p>* 患者・家族・見舞客等の一般の方への説明用のポスター等については、公的機関のホームページ等に掲載されているものも参考にできます。</p>	項目 10 項目 11
<p>* エアゾルを発生させるような手技(心肺蘇生・気管吸引・気管挿管・咽頭ぬぐい液採取、剖検等)を行う場合、及び感染様式に関する知見が乏しい場合には、空気感染予防策及び接触感染予防策を追加します。</p>	項目 12
<p>* 飛沫感染予防策での患者配置は、個室管理が基本となります。 個室が不足する場合は、同一病原体の患者ごとと同室管理とします。 同室管理の場合、ベッド間隔は 1 m 以上、カーテンの仕切りが必要です。 患者の移送時や病室外に出るときは、患者にマスクを装着させます。</p>	項目 16 以下
<p>強毒性の変異型が発生・流行する場合には、専門機関・行政機関等からの情報に注視して、既存の感染防止対策を強化した対応を行うとともに、診療継続計画(BCP)に基づいて診療機能の維持を図る必要が生じ得ますので注意が必要です。 厚生労働省の示す行動計画やガイドラインには常に注意を払ってください。</p>	

第五部 新興感染症

検査日	年 月 日
部署	

2 エボラ出血熱

平成26年頃から西アフリカで流行し、同年8月にはWHOから緊急事態宣言が出されました。これは平成28年3月には解除されていますが、ギニア、リベリア、シエラレオネでは、これまでに確定診断あるいは感染の可能性の高いとされた患者は3万人にもおぼり、このうち1万1千人が死亡しています。

エボラ出血熱は、第1類感染症に指定されており、有症状患者は第1種感染症指定医療機関で入院加療することになっていますが、一般の医療機関でも疑似症患者が受診する可能性があります。そのため、流行の動向を把握し、必要時に備えておくことが大切です。

<チェックリスト5-2>

区分	No.	項 目	チェック	備 考
流行期への準備	1	エボラ出血熱関連の情報収集担当者は決められているか。		感染制御部等
	2	病院としての対応方針、対応マニュアル等の職員周知は実施したか。		厳重な接触感染・空気感染予防
	3	必要な感染防護具、消毒薬の準備はできているか。		
患者対応	4	有症状患者の診察は、他患者との接触を避けるよう配慮しているか。		事前連絡誘導
	5	有症状患者とその他の患者の動線（待合・診療場所）を分けているか。		
	6	有症患者に渡航歴（発生国からの帰国）や患者との接触歴を問診しているか。		
	7	疑似症患者移動時は手指衛生の実施、サージカルマスクの着用をさせているか。		
	8	疑似症患者対応者は必要な感染防護具を着用しているか。		
	9	患者が接触した物品環境は次亜塩素酸系の消毒剤で消毒しているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 厚生労働省、国立感染症研究所、東京都健康安全研究センター等からの情報には常に注意を払います。担当者を決め、収集に当たり、海外流行期に入った場合はエボラ出血熱疑似症患者受診に対する備えをしておくことが望ましいです。</p> <p>エボラ出血熱疑似症患者の定義（健感発1002第1号 平成27年10月2日） 医師が38℃以上の発熱又はエボラ出血熱を疑うその他の有症状（※1）を有し、次のア又はイを満たすものを診察した結果、エボラ出血熱が疑われると判断した場合、エボラ出血熱の疑似症患者として取り扱うこと。 ア 21日以内にエボラ出血熱患者（疑い患者を含む。）の体液等（血液、体液、吐瀉物、排泄物など）との接触歴（感染予防対策の有無を問わない。）がある イ 21日以内にエボラ出血熱発生地域（※2）由来のコウモリ、霊長類に直接手で接触するなどの接触歴がある</p> <p>※1 嘔吐、下痢、食思不振、全身倦怠感等 ※2 ギニア、シエラレネオ、リベリア、ウガンダ、スーダン、ガボン、コートジボワール、コンゴ民主共和国、コンゴ共和国</p> <p>今後、発生地域が変わる可能性があるため、下記の厚生労働省ホームページ等から発生地域を確認すること。</p> <p>http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/ebola.html</p> <p>また、有症状者からの電話相談によりエボラ出血熱への感染が疑われると判断した場合、二次感染拡大のリスクを避けるため、保健所職員が訪問するまでの間、自宅などその場で</p>	<p>項目1</p>
<p>* エボラ出血熱疑似症患者が発生した場合には、所轄の保健所への速やかな連絡が必要です。連絡報告体制を整備しておきましょう。 海外流行期に入ったら、外来患者への確認事項、疑似症患者に対応するときに个人防护具について、医療施設内での患者移送方法・隔離場所・消毒方法について決め、職員に周知しましょう。</p> <p>* エボラ出血熱（疑いを含む。）に対する必要な个人防护具は、2重手袋、サージカルマスク（またはN95マスク）、ゴーグルまたはフェイスシールドで眼粘膜を確実に保護できるもの、感染防護服などです。着脱方法も重要となります。「エボラ出血熱に対する个人防护具（暫定版）医療従事者に関する个人防护具ガイドライン」（平成27年1月22日改訂）を参照することが望ましいです。</p>	<p>項目3 項目6～9 項目8</p>

第五部 新興感染症

検査日	年 月 日
部署	

3 MERS（中東呼吸器症候群）

平成24年9月以降、サウジアラビアやアラブ首長国連邦など中東地域で広く発生している重症呼吸器感染症です。ヒトコブラクダが保有宿主（感染源動物）であると言われていますが、人から人への感染力もあります。これまでに観察されたヒト-ヒト感染は、主に院内感染で、咳などによる飛沫感染や接触感染によるものと考えられています。

平成27年には、韓国の病院内において集団感染があり、日本国内での感染拡大も懸念されました。現在でも中東地域では患者の発生があり、発生地域に渡航した人が帰国後発症するケースも多数報告されているため、依然、注意すべき新興感染症です。

<チェックリスト5-3>

区分	No.	項目	チェック	備考
流行期への準備	1	MERS関連の情報収集担当者は決められているか。		感染制御部等
	2	日常的に呼吸器衛生/咳エチケットを含む標準予防策を徹底しているか。		
	3	病院としての対応方針、対応マニュアル等の職員周知は実施したか。		標準予防策 飛沫感染予防策
患者対応	4	有症状患者の診察は、他患者との接触を避けるよう配慮しているか。		事前連絡誘導
	5	有症状患者とその他の患者の動線（待合・診療場所）を分けているか。		
	6	有症患者に渡航歴(発生国からの帰国)や患者との接触歴を問診しているか。		
	7	有症状患者には手指衛生、可能な場合サージカルマスクの着用をさせているか。		
	8	疑似症患者・患者は陰圧管理ができる、または換気の良い個室を使用しているか。		
	9	疑似症患者対応者は必要な感染防護具を着用しているか。		飛沫感染予防策 場合により空気感染予防策

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 厚生労働省、国立感染症研究所、東京都健康安全研究センター等からの情報には常に注意を払います。担当者を決め、収集に当たり、国内発生時にはMERS疑似症患者受診に対する備えをしておくことが望ましいです。</p>	項目 1
<p>* MERSの初期は他の呼吸器感染症と鑑別が困難です。MERSの診断の有無に関わらず、すべての患者に対し標準予防策を行うことが重要です</p>	項目 2
<p>MERS疑似症患者の定義（健感発0918第6号 平成27年9月18日）</p> <p>医師が下記1の ア、イ又はウに該当し、かつ、他の感染症又は他の病因によることが明らかでなく、MERSへの感染が疑われると疑われる場合には当面の間、MERS疑似症患者として取り扱うこと</p> <p>ア 38℃以上の発熱及び咳を伴う急性呼吸器症状を呈し、臨床的又は放射線学的には肺炎、ARDSな どの実質性肺病変が疑われる者であって、発症前14日以内に対象地域(※)に渡航又は移住していたもの</p> <p>イ 発熱を伴う急性呼吸器症状(軽症の場合を含む)を呈する者であって、発症前14日以内に対象地域(※)において、医療機関を受診若しくは訪問したもの、MERSであることが確定した者との接触歴があるもの又はヒトコブラクダとの濃厚接触歴があるもの</p> <p>※対象地域：アラビア半島又はその周辺諸国</p> <p>ウ 発熱又は急性呼吸器症状(軽症の場合を含む。)を呈する者であって、発症前14日以内に、対象地区か否かを問わず、MERSが疑われる患者を診察、看護若しくは介護していたもの、MERSが疑われる患者と同居(当該患者が入院する病室または病棟に滞在していた場合も含む)していたもの又はMERSが疑われる患者の気道分泌物若しくは体液等の汚染物質に直接接触したもの</p>	
<p>※ MERS疑似症患者が発生した場合には、所轄の保健所への速やかな連絡が必要です。連絡報告体制を整備しておきましょう。国内発生期に入ったら、外来患者への確認事項、疑似症患者に対応するときの個人防護具について、医療施設内での患者移送方法・隔離場所・消毒方法について決め、職員に周知しましょう。</p> <p>※ MERS疑似症患者に対する必要な個人防護具は、手袋、サージカルマスク(またはN95マスク)、ゴーグルまたはフェイスシールド、ガウン装着などです。特に患者の気道吸引や気管内挿管の処置時にはエアゾル発生の可能性を考え空気感染予防策を追加することが望ましいです。</p>	<p>項目 3～9</p> <p>項目 8</p> <p>項目 9</p>

第五部 新興感染症

検査日	年 月 日
部署	

4 蚊媒介感染症

本項目は、平成27年厚生労働省告示第260号「蚊媒介感染症に関する特定感染症予防指針」に基づき、デング熱、ジカウイルス感染症及びチクングニア熱について確認するものです。

現時点では、いずれも国内感染症例の報告はありませんが、日本国内に広く分布するヒトスジシマカが媒介することが知られています。そのため、今後も、海外で罹患した者が帰国又は入国することを起点として国内で感染拡大する恐れは十分あり、各医療機関においても、最新の知見を収集する等、注意を怠らないでください。

<チェックリスト5-4>

区分	No.	項目	チェック	備考
平時対策	1	蚊媒介感染症関連の情報収集担当者は決められているか。		感染制御部等
	2	感染症の届出方法について把握しているか。		4類感染症
	3	防蚊対策を行っているか		
	4	病院としての対応方針、対応マニュアル等の職員周知は実施したか。		ウイルス血症
	5	有症患者に渡航歴(流行地域からの帰国)や蚊に吸血されたかを問診しているか。		
	6	蚊媒介感染症の疑い例の診断・治療・入院の要否・必要に応じた患者の受入等について相談できる、日本感染症学会「蚊媒介感染症専門医療機関」の情報を把握しているか。		

補足・解説

説 明	該当項目
<p>* 厚生労働省感染症情報、国立感染症研究所、東京都健康安全研究センター等からの情報には常に注意を払います。 最新情報を毎日確認できるよう担当者を決め、収集に当たります。</p>	項目 1
<p>* デング熱、ジカウイルス感染症及びチクングニア熱は4類感染症に分類され保健所への届出が必要です。平成28年3月にジカ熱も追加になりました。</p>	項目 2
<p>* 患者来院中にヒトスジシマカに吸血され、伝播する可能性があります。 医療施設内の媒介蚊発生源の対策に取り組みましょう。</p>	項目 3
<p>* 患者の血液に曝露することで感染可能性があります。針刺し事故防止や患者が出血を伴う場合は個人防護具を着用します。 * 確定診断が難しい状況の場合、最寄の保健所に相談の上、地方衛生研究所、国立感染症研究所において検査を行うことができる場合があります。</p>	項目 4
<p><参考> ○ 日本感染症学会 蚊媒介感染症専門医療機関一覧 http://www.kansensho.or.jp/mosquito/medical_list.html</p>	

[参考文献・資料 一覧]

- 「良質な医療を提供する体制を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」
(平成19年3月30日 医政発第0330010号 厚生労働省医政局長通知)
- 「医療機関における院内感染対策について」
(平成26年12月19日 医政地発1219号第1号 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)
- 「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 厚生労働省告示第264号)
- 「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」
(平成24年5月 環境省大臣官房廃棄物・リサイクル対策部)
- 「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)」
平成25年度厚生労働科学研究費補助金(新興・再興感染症研究事業)
「医療機関における感染制御に関する研究 研究代表者:八木哲也」
- 「中小病院/診療所を対象にした医療関連感染制御策指針 2006」
(厚生労働科学研究 安全性の高い療養環境及び作業環境の確立に関する研究班 主任研究者:小林寛伊)
- 「透析医療における標準的な透析操作と院内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)(HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究(H24-エイズ-指定-002)(HIV感染患者における透析医療の推進に関する研究))
- 「医療施設における手指衛生のためのガイドライン 病院感染対策実施の勧告2002」
(疾病管理予防センター(CDC)、市川高夫訳)
- 「隔離予防策のためのCDCガイドライン 医療現場における感染性微生物の伝播の予防2007」(疾病管理予防センター(CDC)、矢野邦夫監訳)
- 「医療機関における結核菌の伝播予防のためのCDCガイドライン」
(疾病管理予防センター(CDC)、満田年宏訳)
- 「血管内留置カテーテルに関連する感染予防のCDCガイドライン2002」
(疾病管理予防センター(CDC)、満田年宏監訳)
- 「カテーテル関連尿路感染予防CDCガイドライン2009」
(疾病管理予防センター(CDC)、市川高夫監訳)
- 「手術部位感染予防のためのCDCガイドライン1999」
(疾病管理予防センター(CDC)、市川高夫監訳)
- 「医療施設等における環境感染管理のためのCDCガイドライン2003」
(疾病管理予防センター(CDC)、満田年宏監訳)
- 「医療施設における消毒と滅菌のガイドライン2008」
(疾病管理予防センター(CDC)、満田年宏訳)
- 「東京都感染症マニュアル2009」
(監修:東京都新たな感染症対策委員会)
- 「WHO GUIDELINES ON HAND HYGIENE IN HEALTH CARE」
(世界保健機関(World Health Organization))
- 「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」
(平成25年6月7日 新型インフルエンザ対策閣僚会議)
- 「新型インフルエンザ等対策ガイドライン」
(平成25年6月26日、平成28年3月25日一部改訂 新型インフルエンザ等に関する関係省庁対策会議)
- 「平成25年政府行動計画・ガイドラインをふまえた「医療機関における新型インフルエンザ等対策立案のための手引き(平成25年9月 暫定1.1版)」
(平成25年度厚生労働科学研究費補助金 新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業
「新型インフルエンザ等発生時の市町村におけるワクチンの効率的な接種体制のあり方検討 分担研究「新型インフルエンザ等に対する医療機関におけるBPC策定の手引きの検討」)
- 「成人の新型インフルエンザ治療ガイドライン」(2014年3月31日 厚生労働省)
- 「新型インフルエンザ等発生時の診療継続計画作りの手引き」
(平成24年度厚生労働科学研究費補助金 新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業
「新型インフルエンザ等発生時の公衆衛生対策の再構築に関する研究」
分担研究「新型インフルエンザ等発生時の診療継続計画作りに関する研究」)
- 「東京都新型インフルエンザ等対策行動計画」(平成25年11月 東京都)
- 「中東呼吸器症候群(MERS)の国内発生時の対応について」
(平成27年9月18日 健感発0918第6号 厚生労働省健康局結核感染症課長通知)
- 「東京都エボラ出血熱対応マニュアル」(平成26年12月 東京都)
- 「エボラ出血熱の国内発生を想定した対応について」
(平成27年10月2日 健感発1002第1号 厚生労働省健康局結核感染症課長通知)
- 「蚊媒介感染症の診療ガイドライン(第3版)」(2016年7月14日 国立感染症研究所)