

小児医療施設における感染対策 チェックリスト

- | | | |
|----|----------------------------------|-----|
| 1. | 組織的な感染管理システムがある | P2 |
| 2. | 感染症発生の動向・感染対策順守率の把握 | P6 |
| 3. | ファシリティーマネジメントにおける
感染対策がなされている | P10 |
| 4. | 標準予防策・感染経路別予防策が実施できている | P14 |
| 5. | 病院職員に対する職業感染対策が行われている | P30 |
| 6. | 在宅看護において感染防止対策が実施されている | P31 |

1 組織的な感染管理システムがある。

1.1 院内感染対策の決定機関としての感染対策委員会がある。

1.1.1 委員会は、以下の構成員が任命されている。診療部門、看護部門、薬剤部門、臨床検査部門、洗淨・滅菌消毒部門、栄養部門、事務部門（管理関係）等の各部門を代表する職員からなっている。

- a 上記のメンバーすべてで構成されている。
- b 上記のメンバーの一部で構成されている。
- c 感染対策委員会がない。

1.1.2 感染対策委員会の議事録が残されている。

- a 議事録には、日時、出席者、議事内容、結論、残された問題が明記されている。
- b 議事録はあるが、具体的な結論・対策などが不明確である。
- c 議事録が残されていない。

1.2 日常の感染対策を実践する組織（IGT）がある。

1.2.1 感染対策を担当できる医師が任命されている。

- Sa 付記の4つのうち3つ以上を満たす医師が任命されている。
 - a 付記の4つのうち2つを満たす医師が任命されている。
 - b 付記の4つのうち1つを満たす医師が任命されている。
 - c どれも満たさないか、任命されていない。

[付記]

感染管理を担当できる医師とは（事前提出資料で確認）

- ① 感染管理および感染症の知識を持ち、それに基づいたコンサルテーションを行っている。
- ② 感染管理に関する院内教育を担当している。
- ③ 疫学の知識を感染管理に活用している。
- ④ 抗菌薬の知識を持ち、抗 MRSA 薬などの使用についてのコンサルテーションを受け、適正使用を促している。

1.2.2 感染管理を担当できる看護師が任命されている。

- Sa 教育を受けた専従の感染管理担当看護師が任命されている。
 - a 専従の感染管理担当者が任命されている。
 - b 専任ではないが、感染管理担当者が任命されている。
 - c どれも満たさないか、任命されていない。

[付記]

感染管理を担当できる看護師とは（事前提出資料で確認）専門職能団体主催の各種コースや6カ月以上のカリキュラムを持つ感染管理認定看護師養成コースをさす。

- ① 専従とは、専ら当該業務に従事（8割以上）する。兼任不可。
- ② 専任とは、当該業務に責任を持ち対処する、兼任可。

1.2.3 感染対策チーム(ICT)は、定期的に活動している。

- a 付記の項目をすべて満たす。
- b すべてではないが活動している。
- c 活動していない。

[付記]

定期的な活動とは、

- ① チームメンバーの2名以上で1週間に1回程度定期的に院内巡回し、院内感染事例の把握を行うと共に、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。
- ② 院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。
- ③ 微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。
- ④ 職員の研修を行う。
- ⑤ 院内感染に関するマニュアルを作成し、職員の遵守状況を巡回時に確認する。

1.2.4 感染管理担当者が感染管理活動を実施するために、臨床現場での協力体制が整っている。

- a 協力体制が整っている。
- b 部分的に協力体制が整っている。
- c 協力体制がない。

[付記]

感染管理担当者に次の事柄を聞く。感染管理担当者が

- ① 診療記録を自由に閲覧できる。
- ② 必要時に必要部署を回診できる。
- ③ 疫学調査への協力を受けられる。
- ④ 担当の医師、看護師とのディスカッションができる。

上記すべてが満たされ、院内すべてにおいて行える場合はaとする。

上記が1つでも満たされない場合、またはすべての部署で行えない場合はbとする。

* 1.2.1 及び 1.2.2 が共に c の場合には 1.2.4 は NA とする。

1.2.5 日常行っている感染対策の活動内容 (ICT 活動内容) が記録され残されている。

- a ①②全ての活動記録が残されている。
- b ①②のいずれかの活動記録が残されている。
- c 活動記録がない。

[付記]

- ① 日常行っている感染対策活動内容の記録とは、現状の把握・問題把握・対策・評価などの活動内容の証拠を指す。
- ② 感染事例の記録、コンサルテーションの控え、隔離対策実施・解除の指示書、活動報告書等の記録が整理され残されている。
- ③ 具体的な記録が確認されればよい。院内感染対策委員会(ICC)の議事録ではなく院内感染対策チーム(ICT)会議議事録でもよい。

* 1.2.1 および 1.2.2 が共に c の場合には 1.2.5 は NA とする。

1.3 院内感染防止マニュアルがある。

- 1.3.1 マニュアルが作成され、感染対策が変更になった時点及び一定期間(1回/2年)で見直しがされ改定されている。
- a 作成され改定されている。
 - b 作成されているが改定されていない。
 - c マニュアルがない。

[付記]

- ① 評価基準となるガイドライン（REDBook CDC ガイドライン等）とマニュアルの内容を比較し、改定内容や改定日を確認する。
- ② 厚生労働省より感染症法・ガイドライン・届出変更に対して、速やかに改定されているか確認する。

- 1.3.2 マニュアルに感染対策に必要な項目が網羅されている。

- a 付記の①の項目をすべて満たす。
- b （評価なし）
- c 付記①の項目を1つでも満たしていない。

[付記]

- ① マニュアルには感染予防策（標準予防策・感染経路別予防策）医療廃棄物の取り扱い規定、職業感染予防策、抗菌薬使用基準、消毒薬使用基準、医療器材の取り扱い、感染症発生時の対応方法と連絡系統、部門別マニュアルが含まれる。
- ② マニュアルの内容の適切性についてはここでは問わない。

- 1.3.3 マニュアルは必要な部署に配布されている。

- a 必要な部署にすべて配布され、所在が確認されている。
- b 必要な部署すべてに配布されていない、または職員が把握していない。
- c 配布されていない。

1.4 管理部門に感染管理活動を支援する方策がある。

- 1.4.1 感染管理活動のために活用される資金がある。

- a 必要な資金が確保されている。
- b 部分的に援助されている。
- c 確保されていない。

- 1.4.2 感染対策委員会での決定事項が病院の方針として反映されている。

- a 反映されている。
- b 部分的に反映されている。
- c 反映されていない。

1.5 感染管理教育が実施されている。

1.5.1 職員採用時に感染管理教育が行われている。

- a 責任者が決められており、必要な教育が行われている。
- b 必要な教育は行われているが、責任者は決められていない。
- c 行われていない。

[付記]

- ① 責任者とは、教育を統括している者、病院全体、または部門ごとの感染担当者とする。
- ② 教育の内容、出席率については、記録で確認する。

1.5.2 職員中途採用時に感染管理教育が行われている。

- a 責任者が決められており、必要な教育が行われている。
- b 必要な教育は行われているが、責任者は決められていない。
- c 行われていない。

[付記]

- ① 責任者とは、教育を統括している者、病院全体、または部門ごとの感染担当者とする。
- ② 教育の内容、出席率については、記録で確認する。

1.5.3 職員に対して感染管理の継続教育が各部門の特性に応じて計画的に行われている。

- a 責任者が決められており、必要な部門毎に計画的に教育が行われている。
- b 必要な教育は行われているが、責任者は決められていない。
- c 行われていない。

[付記]1.5.1の付記を参照のこと

- ① 計画的とは、必ずしも「定期的」を意味せず、目標を定めて教育活動が行われていることである。計画や目標は記録で確認する。
- ② 医療法に規定されている「病院等全体に共通する院内感染に関する内容について、年2回程度開催する」、は全職員に対し遵守されていること。
- ③ 例えばマニュアル改訂時やアウトブレイク時、その他必要時に該当部署に対する教育などを指す。

1.5.4 外部委託職員に対し、感染管理教育または指導が実施されている。

- a 責任者が決められており、必要な部門毎に教育または指導が行われている。
- b 必要な教育は行われているが、責任者は決められていない。
- c 行われていない。

[付記]

- ① 責任者とは、感染管理担当者、または外部委託職員を統括している事務部門も責任者とする。また、仕様書外部委託業者内における教育が記載されている場合は委託業者責任者でもよい。しかし、どんな教育がなされているかを感染管理担当者は把握していなければならない。

1.5.5 病院に関わる学生は、学校で感染管理の教育が行われている。

- a 学校で感染管理の教育が行われており、その内容が確認出来ている。
- b 学校で感染管理の教育が行われているが、その内容は把握出来ていない。
- c 行われていない。

[付記]

- ① 病院に関わる学生とは、医学生、看護学生、薬学生など病院の全ての部署に関わる実習生・研修生をいう。
- ② 学校で行われる感染管理教育には、標準予防策、職業感染防止策は必ず含まれているものとする。

1.6 説明と同意実施の記録が残されている。

1.6.1 感染対策の実施に際して、説明と同意が実施されたことが記録されている。

- a 説明と同意が行われ、カルテ内の記録に残されている。または、同意書がカルテ内に保存されている。
- b 行っているが記録がない。
- c 行っていない。

[付記]

感染対策の説明と同意とは、感染対策のための検査、隔離、医療従事者の防護具の使用、面会家族の防護具の使用、手洗いなどの実施説明などを指す。

2 感染症発生の動向・感染対策順守率の把握

2.1 感染症発生の動向が確認されている。

2.1.1 院内の感染症発生の動向が確認されている。

- a 定期的に感染症発生状況を収集し、スタッフに提示されている。
- b 定期的ではないが収集している、もしくは収集しているがスタッフに提示されていない。
- c 収集されていない。

[付記]

- ① 感染症とは、流行性ウイルス性感染症、肺炎、髄膜炎、腸炎、皮膚炎などの（市中および院内）感染や、血管内カテーテル関連血流感染、尿路留置カテーテル関連尿路感染、人工呼吸器関連肺炎、手術部位感染などの医療関連感染を指す。
- ② ①のうち流行性の感染症については、通年でなくても流行時期や地域の状況に合わせて実施するシステムが確立し、情報がスタッフに提示されていればaとする。

2.1.2 市中の感染発生や感染防止対策に関する情報収集が行われている。

- a 最新の情報が収集され、検討されて、スタッフに提示されている。
- b aのいずれかを満たさない。
- c 情報が収集されていない。

[付記]

- ① 感染管理に関連した成書や雑誌などが購読されているか、文献検索やインターネットなどを活用して最新の情報を取り入れている。
- ② 近隣の感染症の流行状況が把握されている。
- ③ 関連法規やガイドライン、指針などの新規・改訂について最新の情報を確認し、自施設への適用を検討している。

上記の①～③すべてを満たし、検討され、スタッフに提示されている場合はaとする

下記の1つでも満たしていない、または検討されていない、スタッフに提示されていない場合はbとする

2.1.3 関連部署へ情報提供を行なっている。(院内外を問わない)

- a 関連部署へ必要な情報を利用しやすい形で提供している。
- b a のいずれかを満たさない。
- c 行っていない。

[付記]

情報提供とは、感染管理に関する文献提供のみならず、院内の感染情報（耐性菌検出状況、抗菌薬使用量、アウトブレイクなど）および問い合わせに対する情報提供を含む。これらを記録で確認する。

2.1.4 信頼性のあるサーベイランスデータが収集されている。

- a 感染管理担当者が一定の定義に則って、院内感染を判定し、前向きに(prospective)データ収集を実施している。
- b サーベイランスを行なっているが a の条件を満たさない。
- c サーベイランスを行っていない。

[付記]

- ① サーベイランスとは、感染リスクの高い入院患者に焦点を絞って感染症の発生状況を把握し、分析して報告することを言う。
- ② 施設で、予め一定の基準を定めていることが要求される。一定の基準とは、いわゆる「感染症の診断基準」ではなく、「院内感染の判定基準」である。既存のものとしては、MNIS の定義、ICP の会の定義、NHSN、JHAIS、JANIS、厚労省の「中小規模の医療施設向けサーベイランス手順書」などがあるが、施設で独自の基準を作成していても良い。
- ③ 2.1.1 が c 評価の場合は、2.1、および 2.2 はすべて c 評価となる。
- ④ このサーベイランスには、医療器具別（血管内留置カテーテル、尿道留置カテーテル、人工呼吸器関連肺炎）や手術部位感染サーベイランスだけでなく耐性菌サーベイランスや流行性疾患サーベイランス、手指衛生サーベイランスなども含まれる。

2.2 サーベイランスの結果が分析・評価され、臨床現場にフィードバックされている。

2.2.1 サーベイランスデータの分析・評価が行なわれている。

- a 分析・評価が行なわれている。
- b (評価なし)
- c 分析・評価が行なわれていない。

[付記]

サーベイランスデータの分析・評価とは、傾向性の検討、データベースとの比較が行なわれているかどうかを指す。サーベイランスを行なっていない場合には c 評価とする。

2.2.2 サーベイランスの結果が臨床現場に返されている。

- a 対象となる臨床現場に返されている。
- b (評価なし)
- c 戻されていない。

[付記]

- ① 臨床現場とは、感染率を下げるための対策を実践する人々を指す。
 - ② 感染対策委員会のみで報告され、臨床現場に報告されていない場合は c となる。
- 2.2.1 の評価が c となった場合は、2.2 の評価は c とする。

2.2.3 臨床現場でサーベイランス結果を基にした具体的な改善案が作成され実施されている。

- a 改善案が作成され、実施されている。
- b 改善案は作成されているが、実施されていない。
- c 改善案が作成されていない。

[付記]

- ① 改善案と実施については記録で確認する。
- ② 2.2.2 の評価 c のときは 2.2.3 は c とする。

2.3 院内におけるアウトブレイクへの監視・対応手順が適切に整備されている。

2.3.1 感染管理担当者が感染管理に重要と思われる微生物の動向を把握している。

- a 菌種ごとのベースラインが把握され、常に比較されている（把握している）。
- b 菌の検出状況週報は作成されている（部分的に把握している）。
- c 把握していない。

[付記]

- ① 感染管理に重要と思われる微生物とは施設の必要性に応じて考慮してよい。
- ② 感染症法の対象病原体である MRSA、PRSP、MDRP、VRE、VRSA や ESBL 産生グラム陰性桿菌、多剤耐性アシネトバクターなどの把握を含む。
- ③ 微生物検査が外注の場合でも、同様の評価とする。

2.3.2 感染管理担当者がアウトブレイクの発生を把握している。

- a アウトブレイクの定義が明文化され、それに従い、分離菌の動向と院内感染の発生率と臨床現場からの報告により把握している。
- b 上記いずれかの方法が欠けている場合。
- c 把握する方法を一つも持っていない。

[付記]

2.1 と 2.3.1 が c の場合は a にはならない。これまでの活動記録から判断する。

2.3.3 アウトブレイクに対応する体制が整えられている。

- a 疫学調査、アウトブレイクの再確認、制御方法決定の手順が明文化されている。
- b (b 評価なし)
- c アウトブレイクに対応する手順が明文化されていない。

[付記]

- ① 対応は事例によって多様であるため、薬剤耐性菌のアウトブレイクについては、平成 23 年 6 月医政指発 0617 第 1 号の通知内のアウトブレイク時の対応を網羅した内容が明記されているかを問う。
- ② アウトブレイクを疑う基準：一例目の発見から 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病症例（以下の 4 菌種は保菌者を含む：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・バウマニ（*Acinetobacter baumannii*））が計 3 例以上特定された場合、あるいは、同一機関内で同一菌株と思われる感染症の発病症例（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。
- ③ 実際にアウトブレイクが発生した施設にはその対応方法について問う。
- ④ 2.3.1 が c または 2.3.2 が c の場合は、2.3.3 は c となる。

2.4 抗菌薬の使用を管理する体制がある。

2.4.1 抗菌薬（抗MRSA・カルバペネム系）の届け出制度（または許可制）が確立されている。

2.4.1.1 抗菌薬の使用基準がある。

- a ①および②が明確で明文化されている。
- b ①または②を満たしている。
- c ①および②が明確でない。

[付記]

- ① 抗菌薬使用マニュアルがある。
- ② 抗菌薬使用基準について感染対策委員会で協議されている記録がある。

2.4.1.2 抗菌薬の届け出制（または許可制）が確立されている。

- a ①②③が実施、管理されている。
- b ①または②か③が行われている。
- c ①および②か③が不十分である。

[付記]

- ① 使用基準に基づき、適切な投与量・投与期間で使用するとしている。
- ② 投与量を感染対策委員会で報告され監視体制が整っている。
- ③ 使用基準に満たない場合は注意がなされ改善されている。

2.4.1.3 適正使用管理がされている。

- a ①～③すべてにおいて明文化し、実施され監視システムがある。
- b 明文化しているが実施されていない部分がある。
- c 明文化されていない部分があるが、実施している。
- c 明文化されていない部分があるが、実施している。

[付記]

- ① 薬剤感受性試験結果を抗菌薬使用の参考にされているか。
- ② 院内のantibiogramは毎年作成されているか。
- ③ 血中薬剤濃度測定により適正かつ効果的な投与をおこなっているか。

2.4.1.4 抗菌薬使用量モニタリングがされている。

- a 月別・科別で毎月集計され院内感染対策委員会で報告され、使用量が多い部門は監査され評価されている。
- b 月別・科別で毎月集計され院内感染対策委員会で報告されている。
- c 集計されていない。

2.4.2 周術期の抗菌薬の使用が適正にされている。

- a マニュアルがあり、1回／年に見直しがあり、周術期の予防投薬は適切に実施されている。
- b aを満たさない。
- c マニュアルの内容が不適切であり、かつ実施が徹底されていない。

[付記]

- ① 実践については術後2日目の手術症例でclean手術症例の診療録を確認する。
- ② 適切な予防投薬とはCDC手術部位感染防止のためのガイドラインに沿ったものとする。

2.5 手指衛生が遵守されている。

2.5.1 各部屋に流水と石けんで手を洗うことのできる設備がある。

- a 各部屋に流水と石けんで手を洗うことのできる設備があり、汚染のない手拭が備えられている。
- b 手洗い設備はないが、手指消毒剤が設置されている。
- c 手洗い設備がない、またはあるが不適切である。

[付記]

- ① 汚染のない手拭とはペーパータオルなどを指し、複数の職員が共有するタオルは不可とする。
- ② 各部屋とは外来診療室および病室やナースステーションを含む。

2.5.2 手指衛生の監査が実施されている。

- a 手指衛生のプロセスサーベイランス、擦式アルコール製剤の使用量調査が定期的に行われている。
- b aの一部が不十分である。
- c 行われていない。

[付記]

- ① 手指衛生のプロセスサーベイランスとは直接観察法などによる質の評価
- ② 手指衛生プロセスサーベイランス計算式 (回/患者日)
=擦式アルコール製剤使用量÷延べ入院患者日数÷1回の使用量
- ③ 実施期間：通年または目的に沿って1～数か月に予め設定
(中小規模の医療施設向けサーベイランス手順書より抜粋)

3 ファシリティーマネジメントにおける感染対策がなされている。

3.1 中央材料滅菌室が感染対策の一環として運用されている。

3.1.1 洗浄・滅菌業務の体制が確立している。

3.1.1.1 洗浄・滅菌業務に必要な人員が適切に配置されている。

- a ①および②が明確で明文化されている。
- b ①または②を満たしている。
- c ①および②が明確でない。

[付記]

- ① 管理・責任体制が明確である。
- ② 機能および業務量に見合った職員が配置されている。

3.1.1.2 機能に見合った設備・機器・薬品などが整備され、適切に管理されている。

- a ①および②が実施・管理されている。
- b ①または②が行われている。
- c ①および②が不十分である。

[付記]

- ① 機能に見合った設備・機器が整備され、保守点検されている。
- ② 有害物質・薬品などが適切に保管・管理されている (EOG・過酸化水素等の管理を確認する)。

3.1.1.3 洗浄・滅菌業務の基準・手順が適切に整備されている。

- a すべてにおいて明文化し定期的に見直しがされている。
- b 明文化しているが見直しがされていない。
- c 明文化されていない。

[付記]

- ① 使用済み器材の受取と清潔物品払い出しの手順が明確である。
- ② 洗浄・滅菌業務の実施手順が明確である。
- ③ 滅菌確認の基準・手順が明確である。

3.1.2 洗浄・滅菌業務が適切にされている。

3.1.2.1 洗浄・滅菌された器材・材料が円滑に提供されている。

3.1.2.1.1 使用済み器材の一次洗浄・消毒が中央化されている。

- a すべて中央化されている。
- b 中央化を部分的に取り入れて改善に取り組んでいる。
- c 中央化を進めていない。

3.1.2.1.2 滅菌物の在庫量の確認と見直しが行われている。

- a 定期的に行われている。
- b 不定期である。
- c 見直しがされていない。

3.1.2.1.3 滅菌物が適切に保管・管理されている。

- a 滅菌物の保管を毎日確認し、定期的な見直しがされている。
- b 滅菌物の保管の確認を行うが、定期的な見直しがされてない。
- c 滅菌物の保管に関する記録と定期的な見直しが無い。

* 滅菌物を備えているセクションはすべて対象である。

3.1.2.1.4 滅菌が保証されている。

- a 物理的・生物学的・化学的インジケータの記録があり、保存されている。
- b 物理的・生物学的・化学的インジケータの記録がある。
- c 物理的・生物学的・化学的インジケータの記録が無い。

3.1.2.2 洗浄・滅菌業務の実施手順が遵守されている。

- a 洗浄・滅菌の手順が明文化され、遵守されている。
- b 洗浄・滅菌が明文化されている。
- c 洗浄・滅菌について明文化されていない。

[付記]

リコール発生時の手順、滅菌器のメンテナンス記録がある。

3.1.2.3 内視鏡を取り扱う場合の感染対策を遵守している。

- a ガイドライン・推奨事項に準じた曝露防止対策の手順が明文化され実施している。
- b 手順は明文化されているが、実践されていない。
- c 手順は明文化されいないが、実践されている。
- c 手順もなく、感染対策を行わずに使用している。

[付記]

手順には、使用後の内視鏡の保管、標準予防策の実施、環境整備などの方法を含む。

3.1.2.4 内視鏡の洗浄・消毒が適切管理されている。

- a 使用後の洗浄・消毒・滅菌は器材の取り扱い説明書をもとに管理手順を明文化し、実施の記録がある。
- b 手順は明文化されているが、記録がない。
- c 手順は明文化されていないが、記録されている。
- c 手順がなく、記録もされていない。

[付記]

実施の記録とは、患者名、診療録番号、手技名、術者、内視鏡シリアル番号、洗浄者、内視鏡洗浄消毒装置についての検査記録簿を作成していること。

3.2 施設設備管理における感染対策がなされている。また、感染体制が整備されている。

3.2.1 清浄度クラスに応じた空調管理が適切に行われている。

- a ゾーニングに応じた空調管理が行われ、管理されている。
- b 管理基準が明確でない。
- c 管理されていない。

3.2.2 水系の管理が行われている。

- a レジオネラなどの水系菌に対する調査、確認がされ記録を残している。
- b レジオネラなどの水系菌に対する調査、確認がされているが記録がない。
- c レジオネラなどの水系菌に対する調査、確認がされていない。

[付記]

- ① 滅菌水やカルキの消失した温水の出る蛇口には、供給水そのものの加熱あるいは加熱による殺菌装置を設置する。
- ② レジオネラ感染に対する対策が立てられているか、評価を行っておくことが望ましい。

3.2.3 施設設備における管理が適切である。

- a 施設設備の院内の管理責任者が明確であり、定期的な点検が実施されている。
- b 管理責任者が明確でないが、定期的な点検が実施されている。
- b 管理責任者が明確であるが、定期的な点検が実施されていない。
- c 管理責任者が明確でなく、点検が不定期である。

3.2.4 病室の清掃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。

- a マニュアルが合理的で、それに則った作業が行われている。
- b マニュアルがあるが不完全である。
- c マニュアルがない。

[付記]

- ① 過不足のないマニュアルは、消毒洗浄剤、清掃時期の規定、作業者の防護についての記載がある。
- ② 病室の清掃等に関して環境整備の係にマニュアルによる管理指導が行われているかどうかを質問する。「ある」と答えられた時はマニュアルを見せてもらい確認する。
- ③ 退院後の清掃状況を空室で確認する。

3.2.5 院内のリネンの保管、管理が適正である。

以下の諸点について確認する。

- ① 清潔リネンはカバーをして搬送している。
- ② 病棟の保管庫は扉があり、汚染リネンと別の保管庫である。
- ③ 使用済みリネンは洗濯袋に入れ、口をしっかりとしめて搬送している。
- ④ 搬送に用いるカートは清潔・不潔で分ける。
- ⑤ 洗濯業者の作業工程が確認され、セレウス等をはじめ汚染がないか確認が業者によって実施されているか把握する。
 - a ①から⑤までのすべてを満たす。
 - b どれか一つでも欠けた場合。
 - c 二つ以上欠けた場合。

3.2.6 患者給食の衛生管理が行われている。

以下の諸点について確認する。

- ① 食材の搬入経路が明瞭で保管場所が適切である。
- ② 素材が調理済みで持ち込まれない。
- ③ 手洗い設備がある。
- ④ 手指消毒薬または抗菌薬入り石けんとペーパータオルが準備されている。
- ⑤ 床面が、構造上水切れが良く、水たまりの場所がなく乾燥した状態が保たれている。
- ⑥ 食器洗浄機の洗浄温度 80℃が守られている。
- ⑦ 盛り付け時に手袋をして髪を覆っている。
- ⑧ カバーのある配膳車が使われている。
 - a すべてを満たす。
 - b 一部を満たす。
 - c すべてを満たさない。

[付記]

HACCP の基準に従っていること。

3.2.7 栄養課（部門）の職員の衛生管理が行われている。

- a 衛生管理マニュアルが作成され、食材が管理されている。
- b 衛生管理マニュアルはないが、適切に食材が管理されている。
- c 衛生管理マニュアルがあるが、適切に食材が管理されていない。
- d 衛生管理マニュアルもなく、食材が管理されていない。

[付記]

温湿度管理：厚生省の環境衛生基準に基づいた管理がされていることが望ましい。

3.2.8 感染性医療廃棄物の処理が適正に行われている。

- a 現場で分別がなされ、最終保管場所までの搬送および保管も適切に行われている。
- b 現場での分別はなされているが搬送・保管に不備がある。
- c 全てにおいて不十分である。

[付記]

- ① 廃棄物の蓋がされていない場合は「保管に不備あり」とする。
- ② 密閉した容器、密閉した状態で搬送される。
- ③ 保管場所が施設で業者が取りに来るまで安全に保管されている。(こどもが触れないよう保管されている)

4 標準予防策・感染経路別予防策が実施できている。

4.1 標準予防策・感染経路別予防策が実施されている。

4.1.1 手指衛生が適切なタイミングで実施されるように指導、教育している。

- Sa 手指衛生（手洗い・手指消毒）が実施されていることを定期的に確認している。
- a 職員に定期的に指導・教育するシステムが確立している。
 - b 院内ラウンド時に実施（ラウンド項目でも確認）している。
 - c a・bいずれも実施していない。

4.1.2 手荒れのケアが行われている。

- a 手荒れの指導を定期的に実施しているまたは、手荒れ予防用品が十分に整備されている。
- b 手荒れの指導を不定期で実施しているまたは、手荒れ予防用品が不十分ではあるが整備されている。
- c 手荒れの指導を実施していないまたは、手荒れ予防製品が整備されていない。

[付記]

手荒れケア用品が共有の場合はポンプ式であること。個別使用の場合は、チューブタイプでもよい。

4.1.3 個人防護具が適切なタイミング、適切な着脱方法で使用されるように定期的な指導、教育を行っている。

- Sa 個人防護具が適切なタイミング、適切な着脱方法で使用されていることを定期的に確認している。
- a 職員に定期的に指導・教育するシステムが確立している。
 - b 院内ラウンド時に実施（ラウンド項目でも確認）している。
 - c a・bいずれも実施していない。

4.1.4 感染性微生物伝播の危険性が高く環境を汚染させやすい場合について、患者把握と配置のコントロールが実施されている。

- a 患者の発達年齢、患者周囲の面会者の状況を確認し、感染症の可能性が高い場合のベッド配置が明文化され実施されている。
- b 環境が汚染されやすい状況にある患者のベッド配置について明文化はされていないが、実施されている。
- c 実施されていない。

4.1.5 呼吸器衛生が保たれるように調整されている。

- a 咳エチケットができる年齢は指導がされ、サージカルマスクが着用されている。
- b 咳エチケットができない年齢は、飛沫予防策に加えエプロン・手袋の着用が遵守されている。

上記のすべてが実施されている場合は a とする

上記の1つでも実施されていない場合は b とする

上記のどちらも実施されていない場合は c とする

- 4.1.6 腰椎穿刺・髄腔内への薬剤注入の際のマスク着用が実施されている。
- a 施術者、薬剤注入者、患者を固定する医療従事者（幼児以下の年齢の場合）はサージカルマスクを着用している。
 - b 施術者・薬剤注入者のみサージカルマスクの着用がある。
 - c 上記がない。
- 4.1.7 患者の周囲環境が整備されている。
- a 病室の清掃についての規定があり、明文化されている。高頻度接触面、低頻度接触面が把握され、適した頻度・処理方法で清掃を実施している。
 - b 病室の清掃についての規定はあるが、明文化されていない。高頻度接触面、低頻度接触面が把握され、適した頻度・処理方法で清掃を実施している。
 - c 病室の清掃についての規定がなく、実施が適切ではない。
- 4.1.8 血液・体液に触れる可能性があるときに、手袋の着用を実施している。
- a すべての患者に対して次のようなとき、必ず手袋を着用している。
 - 1) 採血や静脈路確保を行うとき
 - 2) 血液や体液に触れるとき
 - 3) 血液や体液に触れる可能性がある行為を行うとき
 - b すべての患者に対して a の 1)、2)、3) のうち、一つでも手袋が着用されていない。
 - c 感染症が判明している患者や未検の患者とその検体に対してのみ手袋を着用している。または、職員によって実施内容が異なる。
- 4.1.9 血液・体液が飛散し、目や口の粘膜、衣服を汚染する可能性があるときに、マスクやアイシールド（またはゴーグル）、ガウンの着用を実施している。
- a すべての患者において、血液・体液が飛散する可能性があるとき、その程度に応じてマスクやアイシールド（またはゴーグル）、ガウンの着用が実施されている。
 - b a の状況にマスク、アイシールド（またはゴーグル）、ガウンのうち1つでも着用されていない。感染症が判明している患者や未検の患者に対してのみマスクやアイシールド（またはゴーグル）、ガウンなどを必要に応じて着用している。あるいは、職員によって実施内容が異なる。
 - c a. b いずれもおこなわれていない。
- 4.1.10 使用後の針が正しく処理されている。
- a リキャップせずに安全に注射針を廃棄している。または、安全器材が導入され利用されている。
 - b 片手方法でリキャップしている。
- 上記のすべてが実施されている場合は a とする。
上記が1つでも実施されていない場合は b とする。
上記のどちらも実施されていない場合は c とする。
- 4.1.11 鋭利物様感染性廃棄容器が正しく利用されている。
- a 安全性の高い感染性廃棄容器が、処置時に常に手元にあるよう工夫され、遵守されている。（処置が行われる場所に患者が触れないように設置されている、携帯用廃棄容器を持参している等）
 - b 携帯用廃棄容器が必要な場面で持参していない事例がある。
 - c 感染性廃棄容器の設置または携帯用廃棄容器の導入がされていない。

- 4.1.12 感染性廃棄容器が正しく処理されている。
- a すべての鋭利物用感染性廃棄容器が、容器の7～8割程度で廃棄されている。
 - b 一部の鋭利物用感染性廃棄容器に、8割以上入っている。
 - c 内容物が飛び出している鋭利物用感染性廃棄容器がある。

4.1.13 空気感染予防策

対象

- 4.1.13.1 空気感染予防策をとるべき感染症を把握している。
- a 適切に把握が行われている。
 - b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
 - c 行われていない。

隔離

- 4.1.13.2 患者は、出来るだけ個室隔離とすることとしている。
- a 適切に行われている。
 - b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
 - c 行われていない。
- 4.1.13.3 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。
- a 適切に行われている。
 - b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
 - c 行われていない。

空調管理

- 4.1.13.4 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。(陰圧設備等)
- a 1日1回の陰圧のチェックがされ、記録に残されている。
 - b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
 - c 行われていない。
- 4.1.13.5 陰圧室でない場合、換気は実施間隔を定めて頻回に行っている。
- a 実施間隔を定めて頻回に行っている。
 - b 十分に行われていない。
 - c 行われていない。

[付記]

廊下側の窓やドアは解放しない。

* 陰圧室のある施設は設問を除外する

処置時等

- 4.1.13.6 感染症患者の診療やケアを行う担当者は、限定している。
- a 適切に行われている。
 - b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
 - c 行われていない。

[付記]

麻疹・水痘の患者への接触は抗体価のある職員が対応している。

面会・移送時

4.1.13.7 1回の面会時の入室者数を制限するように配慮している。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4.1.13.8 患者や面会者に、手洗いや防護具の使用法の指導をしている。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4.1.13.9 患者が病室外に出る際は、サージカルマスクを着用させている。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4.1.14 接触感染予防策

対象

4.1.14.1 接触感染予防策をとるべき感染症を把握している。

- a 適切に把握が行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

隔離等

4.1.14.2 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。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4.1.14.3 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。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

処置時の感染防止

4.1.14.4 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。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4.1.14.5 患者、環境面に接触する場合は、入室前にガウンまたはエプロンを着用している。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4. 1. 14. 6 病室退出時は、ガウンまたはエプロン、手袋等を外した後、手指消毒を行っている。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4. 1. 14. 7 医療器具、看護用具は、患者ごとに専用としている。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4. 1. 14. 8 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(原則、共用は回避)。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

面会・移送時等

4. 1. 14. 9 1回の面会時の入室者数を制限するように配慮している。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4. 1. 14. 10 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。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4. 1. 14. 11 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。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4. 1. 14. 12 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。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4. 1. 15 飛沫感染予防策

対象

4. 1. 15. 1 飛沫感染予防策をとるべき感染症を把握している。

- a 適切に把握されている。

- b 十分ではない。
- c 把握されていない。

隔離等

4. 1. 15. 2 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。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4. 1. 15. 3 多床室への入院の場合、1m以上のベッド間隔、カーテンで仕切りをしている。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4. 1. 15. 4 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。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

処置時の感染防止

4. 1. 15. 5 感染症患者の診療やケアを行う担当者は、限定している。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4. 1. 15. 6 患者と1m以内で接触するときは、サージカルマスクを着用している。また、咳エチケットができない患者への対応時には手袋とエプロンを着用している。

- a 適切に着用している。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

面会・移送時

4. 1. 15. 7 1回の面会時の入室者数を制限するように配慮している。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4. 1. 15. 8 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。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4. 1. 15. 9 患者が病室外に出る際は、サージカルマスクを着用させている。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。

- c 行われていない。

4.2 小児病棟における感染対策がなされている。

- 4.2.1 入院患者に対して、入院時に流行性ウイルス性疾患の感染症情報を確認している。
 - a 患者の麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、インフルエンザ、感染性胃腸炎などの罹患歴・ワクチン接種歴や、生活環境（家庭内、保育園、幼稚園、学校など）での流行状況を確認し、記録している。
 - b aの全ては満たしていない。
 - c 確認していない。
 - 4.2.2 面会者に対して、面会時の感染症情報を確認している。
 - a 面会者の感染症罹患状況や感染症状の有無を確認し、記録している。
 - b 確認しているが、記録されていない。
 - c 確認していない。
 - 4.2.3 経路別予防策の必要性についての対応が適切である。
 - a 患者家族に説明し、カルテへの記載がある。
 - b 患者家族に説明しているが、カルテへの記載がない。
 - c 患者家族への説明が不十分である。
 - 4.2.4 玩具・バギー・ベビーラック（トッター）などが適切に衛生管理されている。
 - a 個人用・共用の玩具・バギー・ベビーラックなどの衛生管理について明文化され実践されている。
 - b 玩具・バギー・ベビーラックなどの衛生管理について管理されている。
 - c 玩具・バギー・ベビーラックなどの衛生管理を踏まえた取り扱いについて検討されていない。
- [付記]
- ① 衛生的管理とは、日常の洗浄・消毒、汚染時の洗浄・消毒を指す。
 - ② バギー・ベビーラックは個人専用化または1名使用毎に洗浄・消毒を行う。
 - ③ 玩具は使用毎に洗浄・消毒する。
- 4.2.5 ベビーバス・沐浴槽などの浴用品が適切に管理されている。
 - a ベビーバス・沐浴槽などの浴用品の衛生管理について明文化され実践されている。
 - b ベビーバス・沐浴槽などの浴用品の衛生管理について共通認識のもと管理されている。
 - c ベビーバス・沐浴槽などの浴用品の衛生管理を踏まえた取り扱いについて検討されていない。
- [付記]
- ① 衛生的管理とは、日常の洗浄・消毒、汚染時の洗浄・消毒を指す。
 - ② ベビーバス・沐浴槽は1名使用毎に洗浄・消毒を行う。
 - ③ 浴用玩具は使用毎に洗浄・消毒する。
- 4.2.6 母乳の取り扱いに関する管理体制がある。
 - a 母乳に対するマニュアルがあり、適切に管理されている。
 - b 母乳に対するマニュアルがあるが、管理が不完全である。
 - c 母乳に対するマニュアルがない。

[付記]

- ① 母親への指導項目が定められている。
- ② 搾乳の手順、搾母乳・冷凍母乳の保存期間、冷凍母乳の解凍方法、解凍後の搾母乳の保存期間の管理が明文化されている。
- ③ 母乳誤哺乳の対策が取られている。

4.2.7 乳首、哺乳瓶の取り扱いに関する管理体制がある。

- a 乳首、哺乳瓶に対するマニュアルがあり、適切に管理されている。
- b 乳首、哺乳瓶に対するマニュアルがあるが、管理が不完全である。
- c 乳首、哺乳瓶に対するマニュアルがない。

[付記]

乳首と哺乳瓶について、使用前の保管方法、使用後の保管と回収方法、消毒方法について明文化されている。

4.3 NICUにおける感染対策がなされている。

4.3.1 NICUにおける感染予防体制が確立している。

4.3.1.1 必要な人員が適切に配置されている。

- a 必要な人数が確保され、専属の医療スタッフで構成されている。
- b 専属の医療スタッフで構成されているが、人員は不足している。
- c a・bともに満たさない。

[付記]

- ① NICUで特に患者との接触回数の多い看護スタッフはNICU専属としなくてはならない。
- ② 産科新生児室との兼務もNICUのMRSAなど多剤耐性菌を正常新生児に伝播させる可能性もあるため避けたほうが良い。

4.3.1.2 NICUに勤務する医療者に対して、感染予防のための教育と訓練がなされている。

- a スタッフ全員に対し、定期的に教育が行われている。
- b aのいずれかを満たさない。
- c 行われていない。

[付記]

- ① 教育内容は手指衛生・NICUで問題となる感染、中心静脈カテーテル関連血流感染（CLA-BSI）・薬剤耐性菌の発生を予防する知識の習得と実践能力向上などである。
- ② 教育的介入には、定期的な講義による動機付け、標準化された手順の明文化やポスター掲示による周知が含まれる。
- ③ 新しくNICUに配置された医療者や定期的に入れ替わる研修医などに、NICUの感染対策に関するオリエンテーションを実施すると手指衛生の実施状況が向上する。

4.3.1.3 胎児と母体の感染について産科と情報交換を行っている。

- a 定期的に産科と情報交換する場がある。
- b 定期的ではないが、産科と情報交換する手段がある。
- c 情報交換することがない。

[付記]

B群溶血性連鎖球菌などの膿培養結果、風疹やB型肝炎、HIVなどに関する血液検査、羊水検査と培養

結果などについて産科との間で情報交換を行い、妊娠中・出生後の対応について検討しなければならない。

4.3.2.1 NICUにおける感染症発生状況が把握されている。

- a 定期的に感染症発生状況を収集し、NICUのスタッフに提示されている。
- b 定期的ではないが収集している、もしくは収集しているがスタッフに提示されていない。
- c 収集されていない。

[付記]

感染症とは、敗血症・肺炎・髄膜炎・腸炎・皮膚炎などを指す。

期間別・部位別・起炎菌別の感染症発生率及び感染予防対策内容を比較検討し、月単位・年単位でまとめ、評価する。JANIS（厚生労働省 院内感染対策サーベイランス事業）に参加するのが望ましい。

4.3.2.2 NICUにおける細菌の定着状況を監視するためのシステムがある。

- a 定期的に監視するシステムがある。
- b 不定期または症状が見られたときに検査をしている。
- c 検査はしていない。

4.3.3 保育器の管理が適切に行われている。

- a 保育器の管理に関するマニュアルがあり、遵守されている。
- b マニュアルがあるが遵守されていない。
- c マニュアルがない。

4.3.4 新生児の正常細菌叢確立のための取り組みがなされている。

4.3.4.1 早期母子接触を行い、咽頭常在細菌叢定着のための取り組みがなされている。

- a 早期母子接触の基準や手順があり、実施されている。
- b 基準や手順はないが、早期母子接触が実施されている。
- c 早期母子接触がなされていない。

[付記]

- ① 経膈分娩時から母親と接触した新生児は腸内細菌科細菌の母親由来株を獲得し、咽頭には α -連鎖球菌、 β -連鎖球菌など緑色連鎖球菌を中心とする正常細菌が早期に定着する。
- ② 母子分離され、NICUでの入院管理を必要とする早産児に対してカンガルーケアなどの母子皮膚接触を行うことにより早産児の咽頭には常在細菌叢が定着する。

4.3.4.2 口腔内常在細菌叢の確立のための取り組みがなされている。

- a 生後早期の早産児に対する母乳の口腔内塗布の基準や手順があり、実施されている。
- b 基準や手順はないが、母乳の口腔内塗布が実施されている。
- c 口腔内塗布が実施されていない。

[付記]

口腔内常在細菌叢の確立および、MRSA 保菌に対する予防効果がある。

4.3.4.3 母乳育児が推奨されている。

- a 母乳育児の指針、母乳の取り扱いについてのマニュアルがあり、母乳育児が推奨されている。
- b 母乳育児が推奨されているが、母乳育児の指針、母乳の取り扱いについてのマニュアルがない。
- c 母乳育児を推奨していない。

[付記]

母乳は感染予防効果だけでなく、免疫学的に広範な働きをしているのは周知の事実である。

4.3.4.4 腸管の正常細菌叢の確立のための取り組みがなされている。

- a ビフィズス菌の投与についての基準・手順があり、早産児には早期からビフィズス菌の投与がなされている。
- b ビフィズス菌の投与はされているが、基準・手順はない。
- c ビフィズス菌の投与はされていない。

[付記]

NICU入院児(特に早産児)には、早期からビフィズス菌の投与を行い、腸内細菌叢の安定化を図ることが望ましい。

4.3.5 超早産児の皮膚ケアに関する配慮がある。

- a 超早産児の皮膚ケアに関する基準・マニュアルがあり、遵守されている。
- b 基準・マニュアルはあるが遵守されていない。
- c 基準・マニュアルがない。

[付記]

- ① 超早産児に皮膚は非常に未熟で、皮膚のバリア機能としては無効であり、感染の危険性を増大させる。
- ② 未熟な超早産児でも生後2週間で皮膚のバリア機能は成熟するが、その間の皮膚ケアには粘膜として愛護的に取り扱う、剥離刺激を最小限にするなど特別な配慮が必要である。

4.3.6 臍処置が確立している。

- a 適切な方法で臍処置がなされている。
- b 統一した臍処置が行われていない。
- c 臍処置の方法が適切ではない。

[付記]

- ① ポビドンヨードは経皮的に吸収され、新生児の甲状腺機能をかく乱する可能性があるため臍処置に使用するべきではない。
- ② 乾燥剤などのパウダーは吸入により呼吸器系の過敏性が誘発される可能性があるため使用は薦められない。

4.3.7 臍カテーテルの管理が適切に行われている。

- a 臍カテーテルの管理方法についてマニュアルがあり遵守されている。
- b 臍カテーテルの管理方法についてマニュアルがあるが遵守されていない。
- c 臍カテーテルの管理方法についてマニュアルがない。

4.4 PICUにおける感染管理がなされている。

4.4.1 PICUにおける感染予防体制が確立している。

4.4.1.1 必要な人員が適切に配置されている。

- a 必要な人数が確保され、専属の医療スタッフで構成されている。
- b 専属の医療スタッフで構成されているが、人員は不足している。
- c a・bともに満たさない。

4.4.1.2 部署内での感染対策に関する権限を持った感染対策責任者(医師および看護師)が配置されている。

- a 医師および看護師が配置されている。
- b 医師または看護師が配置されている。
- c a・bともに配置されていない。

4.4.1.3 PICUに勤務する医療者に対して、感染予防のための教育と訓練がなされている。

- a スタッフ全員に対し、定期的に教育が行われている。
- b aのいずれかを満たさない。
- c 行われていない。

[付記]

- ① 教育内容は手指衛生、PICU で問題となる感染、中心静脈カテーテル関連血流感染（CLA-BSI）・人工呼吸器関連肺炎（VAP）薬剤耐性菌の発生を予防する知識の習得と実践能力向上などである。
- ② 教育的介入には、定期的な講義による動機づけ、標準化された手順の明文化やポスター掲示による周知が含まれる。
- ③ 新しくPICUに配置された医療者や定期的に入れ替わる研修医などに、PICUの感染対策に関するオリエンテーションを実施すると手指衛生の実施状況が向上する。

4.4.1.4 PICU部門の感染防止マニュアルがある。

- a マニュアルがあり、遵守されている。
- b マニュアルはあるが遵守されていない。
- c マニュアルがない。

4.4.1.5 感染症の持ち込みを防止する対策が講じられている。

- a 面会者による感染症の持ち込みを防止する対策がたてられている。
- b 対策はあるが不十分である。
- c 対策がない。

[付記]

- ① 水痘、麻疹、風疹などの伝染性の強いウイルスに感染あるいは感染した可能性がある場合は陰圧個室に収容する。
- ② PICUに入る前に以下についてチェックすることが望ましい。
* 感冒症状、発熱、下痢、発疹、流行性ウイルス感染症罹患患者との接触の有無

4.4.1.6 空気感染対策を実施するための陰圧隔離に用いることのできる個室がある。

- a 陰圧に保たれる個室が設置されている。
- b 個室が確保され、空調がない事についてのマニュアルがある。
- c 個室がない。

4.4.1.7 免疫不全患者を収容するための個室がある。

- a 前室のある陽圧に保たれる個室が設置されている。
- b 前室はないが、陽圧に保たれる個室が設置されている。
- c 個室がない。

4.4.1.8 ICTと連携して感染対策を実施している。

- a PICUに感染対策チームがあり、院内のICTと連携してメンバーを構成している。
- b PICUに感染対策チームがあるが、院内のICTとは連携していない。
- c PICUに感染対策チームがない。

[付記]

チームのメンバー構成は、感染対策責任医師（ICD であることが望ましい）1 名、感染対策担当看護師（そのうち 1 名は ICN あるいはリンクナースであることが望ましい）数名で組織する。

4.4.1.9 細菌検査室と情報連携を図っている。

- a 細菌検査室から PICU に直接、迅速に情報の入るシステムがある。
- b システムはあるが、直接、迅速ではない。
- c システムが存在しない。

[付記]

検査部門の細菌検査担当者は PICU 感染対策チームの準構成員と意識し、病棟の分離菌などについて情報交換をしておく。

4.4.2.1 PICU における感染症発生状況が把握されている。

- a 定期的に感染症発生状況を収集し、PICU のスタッフに提示されている。
- b 定期的ではないが収集している、もしくは収集しているがスタッフに提示されていない。
- c 収集されていない。

[付記]

- ① 感染症とは、敗血症・肺炎・髄膜炎・腸炎・皮膚炎などをさす。
- ② 期間別・部位別・起炎菌別の感染症発生率および感染予防対策内容を比較検討し、月単位・年単位でまとめ、評価する。

4.4.2.2 PICU における細菌の定着状況を監視するためのシステムがある。

- a 定期的に監視するシステムがある。
- b 不定期または症状が見られたときに検査をしている。
- c 検査はしていない。

4.4.3 空気の管理が行われている。

- a 適切なフィルターの使用と適切な換気が守られている。
- b 一部が不十分である。
- c 守られていない。

[付記]

- ① 日本医療福祉設備協会規格 病院空調設備の設計・管理指針（HEAS-02-2013）では、PICU は清浄度クラスⅢ（準清潔区域）に該当する。
- ② 最小換気回数（回/時間）として外気量で 2 回、全風量で 6 回をと例示している。
- ③ 高性能フィルターを使用し、清浄化された空気が 1 時間に上記の回数を目安として供給されることが重要である。
- ④ 適切な空調維持のため、埃による目詰まりやカビ等の繁殖がしないように吸気孔の日常的な清掃が重要である。

4.5 外来における感染対策がなされている。

4.5.1 外来診察室に手指衛生や簡単な器材消毒ができる準備がある。

- 1) 各診察室に手洗いの設備がある。
- 2) 各診察室に擦式速乾性手指消毒薬がある。
- 3) 各診察室に聴診器などの医療器具の表面を消毒できるアルコール綿などがある。
 - a 1)～3) 全てを満たす。

- b (なし)
- c 1つでも満たさない。

4.5.2 感染症の患者を早期に確認し感染隔離ができる。

- 1) 感染症の患者・感染症状がある患者をトリアージするシステムがある。
- 2) 感染症の患者・感染症状がある患者の待機場所が分けられている。
- 3) 感染症の患者・感染症状がある患者の診察室が分けられている。
- 4) 空調の独立した陰圧の診察室がある。
- 5) 外来検査や薬剤払い出し、事務手続き（支払いも含む）などで感染症の患者・感染症状がある患者が他の患者と交差しない動線が保たれている。
 - a 1)～5)全てを満たす。
 - b (なし)
 - c 1つでも満たさない。

4.6 手術室における感染対策がなされている。

4.6.1 手術室には適切な換気設備があり運用が確実に行われている。

- 1) ヘパフィルターが適切に配置されている。
- 2) 手術中は陽圧が保たれている。
- 3) 必要時以外は、手術室の扉は閉められている。
- 4) 手術中に手術室内に入るスタッフは最小限に制限している。
- 5) 空調の定期的なメンテナンスが行われ記録に残されている。
 - a 1)～5)すべて満たす。
 - b (なし)
 - c 1つでも満たさない。

4.6.2 手術室に見合った清掃規程がある。

- 1) 清掃手順が明文化され実施している。
- 2) 1日の手術の最後にオフロケーション式(*付記)により清掃されている。
- 3) 手術と手術の間には汚染された部位だけを拭う様に清掃する。
 - a 1)～3)すべて満たす。
 - b (なし)
 - c 1つでも満たさない。

[付記]

オフロケーション方式：モップと交換用スペアを持って行き、その場では「スペアを交換しながら拭く。拭き掃除終了後、汚れたスペアをまとめ洗いをを行う方法を言う。

4.6.3 術中の感染防止対策について適切に管理されている。

- 1) 術前、手術部位や周辺の体毛は、手術の支障にならない限り除毛は行わない。除毛時には電気クリッパーや除毛クリームを使用して手術直前に行っている。
- 2) 手術前夜および当日朝にシャワー浴や入浴を行っている。
- 3) 手術時手洗いに持続効果がある擦式速乾性手指消毒薬もしくは抗菌性石鹼（生体消毒のスクラブ剤）を用いている。
- 4) 周術期の体温管理が行われている。
- 5) 手術創部は術後 24～48 時間滅菌材料で被覆している。
 - a 1)～5)すべて満たす。

- b (なし)
- c 1つでも満たさない。

4.6.4 周術期抗菌薬使用が適切に管理されている。

- 1) 適切な種類の予防的抗菌薬とその投与量を決め、初回投与は手術開始前 60 分以内に行う。
- 2) 長時間手術時は 3~4 時間ごとに術中追加投与を行う。
- 3) 予防的抗菌薬投与期間は、手術日を含めて 24 時間以内（心臓血管手術では 48 時間）とする。
- 4) バンコマイシンを日常的な予防には使用していない。
 - a 1)~4)すべて満たす。
 - b (なし)
 - c 1つでも満たさない。

【日本手術医学会：手術医療の実践ガイドライン（改訂版）第 7 章手術と感染防止 VII 予防的抗菌薬投与の項参照】

4.6.5 手術器械・器材が適切に管理されている。

- 1) 単回使用器材は 1 回使用后適切に廃棄されている。
- 2) 対象器材に適した洗浄方法・洗浄剤を用いて洗浄が行われている。
- 3) 洗浄後の機器・器材は Spaulding の分類に準じて処理されている。
- 4) クロイツフェルト・ヤコブ病 (CJD) 対策が明文化され実施されている。
 - a 1)~4)すべて満たす。
 - b (なし)
 - c 1つでも満たさない。

4.7 微生物検査室における感染対策がなされている。

4.7.1 微生物検査室における感染対策がなされている。

以下の諸点について確認する。

- 1) 血液培養が陽性になった時点で、結果を主治医に報告するシステムが確立している。
- 2) 院内感染対策上重要な病原菌が新たに検出された際に、検査室が主治医と感染管理担当者(感染管理担当者がない場合は感染対策委員長)に報告している。
- 3) 検査室が分離菌の感受性率を計算し、その変化を定期的に感染管理担当者(感染管理担当者がない場合は感染対策委員長)に報告している。
- 4) グラム染色の結果を速やかに報告し、医師の治療方針選択に役立てている。
 - a 1)~4)すべてを満たす。
 - b (なし)
 - c 1つでも満たさない。

4.7.2 安全キャビネットが設置してある。

- a 設置している。
- b (なし)
- c 設置していない。

4.7.3 業務内容により N95 マスク、手袋、専用ガウン等を着用している。

- a 業務内容により、個人防護具を適切に選択し着用している。
- b 抗酸菌検査時のみ、N95 マスクと専用ガウンを着用している。

c 個人防護具は設置しているが着用していない。

4.7.4 感染性廃棄物が適切に処理されている。

a 感染性廃棄容器が設置され適切に処理されている。

b (なし)

c 感染性廃棄容器が設置されているが適切に処理されていない。

4.8 薬剤部における感染対策がなされている。

抗菌薬の使用基準等

4.8.1 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。

a 適切に行われている。

b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。

c 行われていない。

4.8.2 院内における抗菌薬の使用基準等が作成されている。

a 使用基準があり、明文化されている。

b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。

c 行われていない。

4.8.3 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。

a 適切に行われている。

b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。

c 行われていない。

4.8.4 薬剤感受性試験結果を抗菌薬使用の参考にしている。

a 感受性試験結果を抗菌薬使用の参考にしている。

b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。

c 行われていない。

4.8.5 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。

a 血中薬物濃度測定結果に基づき、効果的な投与が行われている。

b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。

c 行われていない。

4.8.6 周術期の抗菌薬の予防投与は適切に実施されている。

a 適切に行われている。

b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。

c 行われていない。

4.8.7 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。

a 必要以上に広域抗菌薬が使用されていない。

b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。

c 広域抗菌薬が使用されてしまっている。

4.8.8 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。

a 適切に行われている。

- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4.8.9 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。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない
- c 行われていない。

薬剤耐性情報の把握・共有

4.8.10 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。

- a 把握を行っている。
- b 行っているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4.8.11 薬剤耐性に関する検査結果を院内で共有する仕組みをとっている。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4.8.12 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。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

[付記]

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ある。

- 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）

4.8.13 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。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

4.8.14 抗菌薬の使用について、院内感染対策委員会には適切に報告されている。

- a 適切に行われている。
- b 行われているが改善が必要、あるいは十分ではない。
- c 行われていない。

5 病院職員に対する職業感染対策が行われている。

5.1 病院職員に対して職業感染対策を実施している。

- 5.1.1 B型肝炎について職員の抗体の有無を把握し、必要な職員にはワクチン接種を実施している。
- 感染の可能性のある職員全員を対象としている。
 - 対象が不十分である。
 - 行われていない。

[付記]

患者に接触する可能性のある職員と患者の血液体液に接触する可能性のある職員、廃棄物に関わる職員を対象とする。

- 5.1.2 医療従事者が感染を受けるような機会が生じた場合、予め決められている責任者に報告され、迅速な対応がとられるシステムが明文化され、24 時間対応している。
- システムが明文化され、24 時間対応している。
 - 明文化または対応が不十分である。
 - 明文化されていない。

- 5.1.3 血液・体液由来の汚染事故について、発生が担当者に報告されて原因の分析が行われている。
- 血液・体液由来の汚染事故の発生状況が分析され、対策に活かされている。
 - 報告されているが、改善に結び付けられていない。
 - 握されていない。

- 5.1.4 結核菌暴露時の対応手順が決められている。

- 対応手順が明文化されている。
- 明文化または対応が不十分である。
- 明文化されていない。

[付記]

ツベルクリン反応を使用しているところはベースラインがある。ツベルクリン反応の陽性は硬結のサイズで判定する。

- 5.1.5 結核に曝露時の医師・看護師・検査技師等各個人の QFT 検査または T. SPOT 法検査結果の状況を病院で把握している。
- QFT 検査または T. SPOT 法検査が実施され、その結果が記録されている。
 - (なし)
 - 実施されていない。

- 5.1.6 小児流行性ウイルス疾患（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）について職員の抗体価を把握し、基準を満たさない職員に対してワクチン接種を実施している。

- Sa 採用時に抗体価陰性の職員に対してはワクチン接種を実施し、接種後の抗体価を確認している。また、抗体価を記録している。
- 採用時に抗体価を測定し記録されている。陰性の職員に対してはワクチン接種を実施している。
 - a のすべてを満たしていない。
 - 実施されていない。

[付記]

ここで言う「職員」とは、ボランティア、保育士、養護教員、委託職員を含む。

5.1.7 インフルエンザワクチン接種が職員に実施されている。

- a 職員に対しインフルエンザワクチンの接種が実施され、接種率が把握されている
- b aのすべてを満たしていない。
- c 実施されていない。

[付記]

ここで言う「職員」とは、ボランティア、保育士、養護教員、委託職員を含む。

5.2 医療現場に実習に来る学生に対して職業感染対策を実施している。

5.2.1 病院に関わる学生の小児流行性ウイルス疾患（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）についての抗体価を把握し、必要な者にはワクチン接種を実施している。

- Sa 実習前に抗体価陰性の学生に対してはワクチン接種を実施し、接種後の抗体価を確認している。
また、抗体価の記録を病院が把握している。
- a 実習前に抗体価を測定し記録されている。陰性の学生に対してはワクチン接種を実施している。
- b aのいずれかを満たしていない。
- c 実施されていない。

5.2.2 インフルエンザワクチン接種が学生に実施されている。

- a 学生に対しインフルエンザワクチンの接種が実施され、接種の有無を病院が把握している。
- b 学生に対しインフルエンザワクチンの接種は実施されているが、病院は接種の有無を把握していない。
- c 実施されていない。

6 在宅看護において感染防止対策が実施されている。

6.1 患者、家族、介護者への感染対策教育が行われている。

6.1.1 患者、家族、介護者に対し、日常の感染予防について、教育・指導がされている。

- a 在宅での日常生活における感染予防を説明する教材があり、教育が実施されている。
- b 教育する教材はないが、口頭では実施している。
- c 実施していない。

[付記]

説明する教材とは、手洗いやマスク着用、感染症流行期の過ごし方、医療的ケアにおける感染対策などが明記された指導用パンフレットなどをいう。

6.1.2 在宅で使用するケア用品の管理について、教育・指導がされている。

- a 在宅で使用するケア用品の管理方法が明文化され、指導している。
- b 明文化されていないが、指導している。
- c 指導していない。

[付記]

ケア用品の管理方法とは、人工呼吸管理、胃瘻管理、間欠的（自己）導尿などで使用するケア用品の使用前の保管、使用後の処理（廃棄時の回収までの保管、再利用時の処理方法など）をいう。

6.1.3 感染症状がある場合の対応について、教育・指導がされている。

- a 患者、家族、介護者に感染症状がある場合の対応について明文化され、指導している。
- b 明文化されていないが、指導している。
- c 指導していない。

[付記]

感染症状がある場合の対応とは、患者、家族、介護者の感染症状の確認と有症状時の対応、連絡体制などをいう。