

ICTラウンドチェックリスト

部署: _____ (チーム)

| チェックポイント | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <環境・器材> | | | | | | |
| ①床や廊下に物品が放置されていない | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ②水道のシンク外周が擦拭され乾燥している | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ③手洗いや速乾式手指消毒薬が適切に配置されている | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ④包交車が清潔と不潔のゾーニングがなされている | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ⑤包交車に不要な滅菌器材が積まれていない | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ⑥臨床検体の保存場所が整備されている | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ⑦消毒器材の乾燥が適切に行われている | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| <スタンダードプリコーション・感染経路別予防策> | | | | | | |
| ⑧速乾性手指消毒薬が使用されている | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ⑨環境表面を清掃・消毒できるスキットクロスやエタノールなどがある | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ⑩隔離に必要なコホーティングが行われている | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ⑪隔離個室の医療器具は専用化されている | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ⑫隔離個室には必要なPPEが準備されている | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ⑬感染症患者に対し、感染対策が必要な患者であることが職員に周知されている (病室前・ネームプレートへの掲示等) | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| <医療廃棄> | | | | | | |
| ⑭鋭利器材の廃棄容器が必要な場所に設置されている | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ⑮鋭利器材の廃棄容器が処置を行う場所の近くに設置してある | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ⑯廃棄物の分別、梱包が適切である | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ⑰感染性廃棄物の容器には適切なバイオハザードマークが付いている | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ⑱鋭利器材の廃棄容器が安全に管理されている (廃棄容器の蓋が開いていない、など) | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| <教育> | | | | | | |
| ⑲院内感染防止対策マニュアルが設置・周知されている | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ⑳感染対策ポスターが掲示・更新されている | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ㉑マスクを正しく着用している | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 | 良 / 不良 |
| ㉒スタッフの手荒れ | 無 / 有 | 無 / 有 | 無 / 有 | 無 / 有 | 無 / 有 | 無 / 有 |
| ルミテスター値(測定場所: _____) | RLU | RLU | RLU | RLU | RLU | RLU |
| 相談・評価 | | | | | | |