

感染防止対策地域連携加算チェック項目表(チェック用)

|      |   |
|------|---|
| 評価基準 | A: 適切に行われている、あるいは十分である<br>B: 適切に行われているが改善が必要、あるいは十分ではない<br>C: 不適切である、あるいは行われていない<br>X: 判定不能(当該医療機関では実施の必要性がない項目、確認が行えない項目等) |
|------|---|

| A.感染対策の組織           |   | 評価 | コメント |
|---------------------|---|----|------|
| 1.院内感染対策委員会         | 1)委員会が定期的開催されている<br>2)病院長をはじめとする病院管理者が参加している<br>3)議事録が適切である   |    |      |
| 2.感染制御を実際に行う組織(ICT) | 1)専任の院内感染管理者を配置、感染防止に関わる部門を設置している<br>2)感染対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師がいる<br>3)感染対策に5年以上の経験を有し、感染管理に関わる適切な研修を終了した専任看護師がいる<br>※医師または看護師のうち1名は専従であること |    |      |
|                     | 4)3年以上の勤務経験を有し、感染対策に関わる専任の薬剤師がいる  |    |      |
|                     | 5)3年以上の勤務経験を有し、感染対策に関わる専任の検査技師がいる   |    |      |

| B.ICT活動             |   | 評価 | コメント |
|---------------------|---|----|------|
| 1.感染対策マニュアル         | 1)感染対策上必要な項目についてのマニュアルが整備されている<br>2)必要に応じて改定がなされている   |    |      |
| 2.教育                | 1)定期的に病院感染対策に関する講習会が開催されている<br>2)講習会に職員1名あたり年2回出席している<br>3)必要に応じて部署ごとの講習会や実習が行われている<br>4)全職員に対し院内感染について広報を行う手段がある<br>5)外部委託職員に教育を実施している(または適切に指導している) |    |      |
| 3.サーベイランスとインターベンション | 1)部署を決めて必要なサーベイランスが行われている<br>2)サーベイランスデータを各部署にフィードバックしている<br>3)サーベイランスのデータに基づいて必要な介入を行っている<br>4)アウトブレイクに介入している<br>5)検査室データが疫学的に集積され、介入の目安が定められている     |    |      |
| 4.抗菌薬適正使用           | 1)抗菌薬の適正使用に関する監視・指導を行っている<br>2)抗MRSA薬の使用に関する監視・指導を行っている<br>3)抗菌薬の適正使用に関して病棟のラウンドを定期的に行っている<br>4)抗MRSA薬やカルバペネム系抗菌薬などの広域抗菌薬に対して使用制限や許可制を含めて使用状況を把握している  |    |      |
| 5.コンサルテーション         | 1)病院感染対策に関するコンサルテーションを日常的に行っている<br>2)コンサルテーションの結果が記録され、院内感染対策に活用されている<br>3)迅速にコンサルテーションを行うシステムが整っている  |    |      |

|             |   |  |  |
|-------------|---|--|--|
| 6.職業感染暴露の防止 | 1)職員のHBs抗体の有無を検査している                              |  |  |
|             | 2)HB抗体陰性者にはワクチンを接種している                            |  |  |
|             | 3)結核接触者検診にQFTを活用している                              |  |  |
|             | 4)麻疹・風疹・ムンプス・水痘に関する職員の抗体価を把握し、必要に応じてワクチン接種を勧奨している |  |  |
|             | 5)針刺し、切創事例に対する対応、報告システムが整っている                     |  |  |
|             | 6)安全装置付きの器材を導入している                                |  |  |
| 7.ICTラウンド   | 1)定期的なICTラウンドを実施している                              |  |  |
|             | 2)感染対策の実施状況についてチェックを行っている                         |  |  |
|             | 3)病棟のみならず、外来、中央診療部門等にもラウンドを行っている                  |  |  |

### C.外来

|             |  | 評価 | コメント |
|-------------|--|----|------|
| 1.外来患者の感染隔離 | 1)感染性の患者を早期に発見できる(ポスターなど)                    |    |      |
|             | 2)感染性の患者に早期にマスクを着用させている                      |    |      |
|             | 3)感染性の患者とそれ以外の患者を分けて診察できる                    |    |      |
| 2.外来診察室     | 1)診察室に手洗いの設備がある                              |    |      |
|             | 2)各診察室に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        |    |      |
| 3.外来処置室     | 1)鋭利器材の廃棄容器が安全に管理されている<br>(廃棄容器の蓋が開いていない、など) |    |      |
|             | 2)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                |    |      |
|             | 3)検査検体が適切に保管してある                             |    |      |
| 4.抗がん化学療法外来 | 1)薬剤の無菌調整が適切に実施されている                         |    |      |
|             | 2)咳エチケットが確実に実施されている                          |    |      |
|             | 3)患者および職員の手指衛生が適切に行われている                     |    |      |

### D.病棟

|              |  | 評価 | コメント |
|--------------|--|----|------|
| 1.病室         | 1)部屋ごとに手洗い場がある                         |    |      |
|              | 2)床や廊下に物品が放置されていない                     |    |      |
|              | 3)必要なコホーティングが行われている                    |    |      |
|              | 4)隔離個室の医療器具は専用化されている                   |    |      |
|              | 5)隔離個室には必要なPPEが準備されている                 |    |      |
|              | 6)空調のメンテナンスが行われ、HEPAfilterが定期的に交換されている |    |      |
| 2.スタッフステーション | 1)水道のシンク外周が擦拭され乾燥している                  |    |      |
|              | 2)鋭利器材の廃棄容器が適切に管理されている                 |    |      |
|              | 3)鋭利器材の廃棄容器が必要な場所に設置されている              |    |      |
|              | 4)臨床検体の保存場所が整備されている                    |    |      |

|         |                                 |  |  |
|---------|---------------------------------|--|--|
| 3.処置室   | 1)清潔区域と不潔区域を区別している              |  |  |
|         | 2)滅菌器材が適切に保管され、使用期限のチェックが行われている |  |  |
|         | 3)包交車が清潔と不潔のゾーニングがなされている        |  |  |
|         | 4)包交車に不要な滅菌器材が積まれていない           |  |  |
| 4.薬剤の管理 | 1)清潔な状況下で輸液調整が実施されている           |  |  |
|         | 2)希釈調整したヘパリン液は室温に放置されていない       |  |  |
|         | 3)薬品保管庫の中が整理されている               |  |  |
|         | 4)薬剤の使用期限のチェックが行われている           |  |  |
|         | 5)薬剤開封後の使用期限の施設内基準を定めている        |  |  |
|         | 6)保冷库の温度管理が適切になされている            |  |  |

| E.ICU     |                           | 評価 | コメント |
|-----------|---------------------------|----|------|
| 1.着衣および環境 | 1)入室時に手指衛生を実施している         |    |      |
|           | 2)処置者は半そでの着衣である           |    |      |
|           | 3)処置者は腕時計をはずしている          |    |      |
|           | 4)ベッド間隔に十分なスペースがある        |    |      |
|           | 5)手洗いや速乾式手指消毒薬が適切に配置されている |    |      |

| F.標準予防策      |  | 評価 | コメント |
|--------------|--|----|------|
| 1.手洗い        | 1)職員の手指消毒が適切である                                      |    |      |
|              | 2)職員の手洗いの方法が適切である                                    |    |      |
|              | 3)手袋を着用する前後で手洗いを行っている                                |    |      |
|              | 4)手指消毒実施の向上のための教育を継続的に行っている                          |    |      |
| 2.手袋         | 1)手袋を適切に使用している                                       |    |      |
|              | 2)手袋を着用した後、廃棄する場所が近くにある                              |    |      |
| 3.個人防護具(PPE) | 1)必要なときにすぐ使えるように個人防護具(PPE)が整っている                     |    |      |
|              | 2)マスク、ゴーグル、フェイスシールド、キャップ、ガウンなどのPPEの使用基準、方法を職員が理解している |    |      |
|              | 3)個人防護具(PPE)の着脱方法を教育している                             |    |      |

| G.感染経路別予防策 |                                 | 評価 | コメント |
|------------|---------------------------------|----|------|
| 1.空気感染予防策  | 1)結核発症時の対応マニュアルが整備されている※        |    |      |
|            | 2)陰圧個室が整備されている                  |    |      |
|            | 3)麻疹発症時の対応マニュアルが整備されている※        |    |      |
|            | 4)水痘発症時の対応マニュアルが整備されている※        |    |      |
|            | 5)N95マスクが常備してある                 |    |      |
| 2.飛沫感染予防対策 | 1)インフルエンザ発症時の対応マニュアルが整備されている※   |    |      |
|            | 2)風疹発症時の対応マニュアルが整備されている※        |    |      |
|            | 3)流行性耳下腺炎発症時の対応マニュアルが整備されている※   |    |      |
|            | 4)可能ならば個室隔離としている                |    |      |
|            | 5)個室隔離が困難な場合、コホーティングしている        |    |      |
|            | 6)ベッド間隔が1メートル以上取られている           |    |      |
|            | 7)サージカルマスクの着用が入室前に可能である         |    |      |
|            | 8)飛沫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  |    |      |
| 3.接触感染予防策  | 1)MRSAが検出された場合の対応マニュアルが整備されている※ |    |      |
|            | 2)手袋が適切に使用されている                 |    |      |
|            | 3)必要なPPEが病室ごとに用意されている           |    |      |
|            | 4)処置時にはディスポのエプロンを用いている          |    |      |
|            | 5)処置時必要な場合はマスクを着用している           |    |      |
|            | 6)必要な場合には保菌者のスクリーニングを行っている      |    |      |
|            | 7)シーツやリネン類の処理が適切である             |    |      |

| H.術後創感染予防 |                                    | 評価 | コメント |
|-----------|------------------------------------|----|------|
|           | 1)除毛は術直前に行っている                     |    |      |
|           | 2)周術期抗菌薬がマニュアルで規定されている             |    |      |
|           | 3)必要な場合、抗菌薬の術中追加投与が行われている          |    |      |
|           | 4)バンコマイシンをルーチンに使用していない(または使用基準がある) |    |      |

| I.医療器材の管理    |   | 評価 | コメント |
|--------------|---|----|------|
| 1.尿道カテーテル    | 1)集尿バッグが膀胱より低い位置にあり、かつ床についていない                                  |    |      |
|              | 2)閉塞や感染がなければ、留置カテーテルは定期的に交換しない                                  |    |      |
|              | 3)集尿バッグの尿の廃棄は、排尿口と集尿器を接触させない                                    |    |      |
|              | 4)尿の廃棄後は患者毎に未滅菌手袋を交換している  |    |      |
|              | 5)日常的に膀胱洗浄を施行していない  |    |      |
|              | 6)膀胱洗浄の際に抗菌薬や消毒薬をルーチンに局所に用いることはない                               |    |      |
| 2.人工呼吸器      | 1)加湿器には滅菌水を使用している   |    |      |
|              | 2)気管内吸引チューブはディスポのシングルユース又は閉鎖式である                                |    |      |
|              | 3)定期的に口腔内清拭を行っている   |    |      |
| 3.血管内留置カテーテル | 1)中心静脈カテーテル管理についてのマニュアルがある                                      |    |      |
|              | 2)中心静脈カテーテルの挿入はマキシマルバリアピプリコーション(滅菌手袋、滅菌ガウン、マスク、帽子、大きな覆布)が行われている |    |      |
|              | 3)高カロリー輸液製剤への薬剤の混入はクリーンベンチ内で行っている                               |    |      |
|              | 4)輸液ラインやカテーテルの接続部の消毒には消毒用エタノールを用いている                            |    |      |
|              | 5)ラインを確保した日付が確実に記載されている   |    |      |
|              | 6)ライン刺入部やカテ走行部の皮膚が観察できる状態で固定されている                               |    |      |
|              | 7)末梢動脈血圧モニタリングにはディスポーザブルセットを使用している                              |    |      |

| J.洗浄・消毒・滅菌 |                                   | 評価 | コメント |
|------------|-----------------------------------|----|------|
| 1.医療器具     | 1)病棟での一次洗浄、一次消毒が廃止されている(計画がある)    |    |      |
|            | 2)生物学的滅菌保証・科学的滅菌保証が適切に行われている      |    |      |
|            | 3)消毒薬の希釈方法、保存、交換が適切である            |    |      |
|            | 4)乾燥が適切に行われている                    |    |      |
| 2.内視鏡      | 1)内視鏡洗浄・管理が中央化されている(計画がある)        |    |      |
|            | 2)専任の内視鏡検査技師もしくは看護師が配置されている       |    |      |
|            | 3)用手洗浄が適切に行われている                  |    |      |
|            | 4)管腔を有する内視鏡は消毒ごとにアルコールフラッシュを行っている |    |      |
|            | 5)消毒薬のバリデーションが定期的に行われている          |    |      |
|            | 6)自動洗浄・消毒機の管理責任者がいる               |    |      |
|            | 7)自動洗浄・消毒機の液の交換が記録されている           |    |      |
|            | 8)自動洗浄・消毒機のメンテナンスの期日が記録されている      |    |      |
|            | 9)内視鏡の保管が適切である                    |    |      |
|            | 10)内視鏡の表面に損傷がない                   |    |      |

| K.医療廃棄物 |                                   | 評価 | コメント |
|---------|-----------------------------------|----|------|
|         | 1)廃棄物の分別、梱包、表示が適切である              |    |      |
|         | 2)感染性廃棄物の収納袋には適切なバイオハザードマークが付いている |    |      |
|         | 3)最終保管場所が整備されている                  |    |      |
|         | 4)廃棄物の処理過程が適切である                  |    |      |

| L.微生物検査室 |  | 評価 | コメント |
|----------|--|----|------|
| 1.設備・機器  | 1)安全キャビネット(クラスⅡ以上)を備えている                   |    |      |
|          | 2)安全キャビネットは定期点検(HEPAフィルターのチェック・交換等)が行われている |    |      |
|          | 3)菌株保冷库(冷凍庫等)は、カギを掛けている                    |    |      |
|          | 4)検査材料の一時保管場所が定められている                      |    |      |
| 2.検査業務   | 1)安全対策マニュアル等が整備されている                       |    |      |
|          | 2)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           |    |      |
|          | 3)抗酸菌検査、検体分離等は安全キャビネット内で行っている              |    |      |
|          | 4)遠心操作は、安全装置付きの遠心機を使用している                  |    |      |
|          | 5)感染性検査材料用輸送容器が準備されている                     |    |      |
|          | 6)廃棄容器にバイオハザードマークが表示されている                  |    |      |
|          | 7)感染防止のための手洗い対策が適切である                      |    |      |
|          | 8)感染性廃棄物が適正に処理されている                        |    |      |
|          | 9)関係者以外の立ち入りを制限している                        |    |      |