

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

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。		

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。		

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
共通対策	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

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。		

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必要があります。

<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。		全数及び定点最新基準確認
		* 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)		
	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	

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
拡大防止	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
意思決定	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。		

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。

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。		

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になります。

<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後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、ゴーグル等は使用後直ちに、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、再利用せず使用後直ちに廃棄しているか。			

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

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・保菌者の場合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・保菌者の場合における面会制限について説明しているか。		
掲示・配布物	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
	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。		
その他	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。		
	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

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。		
	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
疾患別対応策	3	* 薬剤耐性菌（MRSA、CRE、VRSA、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

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。		
	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
疾患別対応策	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。		

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、救急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。		

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。		
	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。		
実施時・実施後の注意	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。		
	17	処置後には、手指衛生を行っているか。		
IVH実施時	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、高度バリアアプリケ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。		

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等があります。

<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。		

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	吸入用薬液の薬液ピンには、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。		

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ツで覆う場合は、汚染がある場合は交換しているか。		

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。		

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	備考
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
尿量計	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
	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。		
汚物処理室	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
	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
流し設備	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。		
	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。		

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・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。		
14	清掃作業後は、手洗いを行っているか。			
給水給湯・空調設備	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、H EPAフィルター等

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
	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。		
洗浄	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。		

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。		
	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
保管	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。		
	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。		
従事職員	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。		

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

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。		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。		

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。		
	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
発生時の対応	12	血液等に曝露した場合、皮膚を石鹸・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。		

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

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
	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。		
配置	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。		
	4	透析室内に専用の手洗い設備は備えられているか。		
操作時の感染防止	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。		
	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。		
針刺防止	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。		
	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。		
環境衛生	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
	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。		
注射薬	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。		

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。		

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を行ったか。		
	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。		

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。		

第四部 院内感染発生時の対応

検査日	年 月 日
部署	

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ないか。		不十分な対応、過剰対応の評価

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了した場合、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。		

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3万人にものぼり、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。		

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。		
	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、または換気の良好な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

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。		