

滋賀県感染制御ネットワーク 合同ICTラウンドチェック表

スタンダード上位項目				中位項目		判定基準		評価者コメント
評価				評価				
1	組織的な感染管理システムがある	A B C	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	a b c	1.1.1 委員会は、診療部、看護部、検査部、薬剤部、栄養部、事務部(管理関係)、院内環境整備(ハウスキーピング:院内担当者または委託側の責任者)の代表者と病院管理者および感染管理担当者からなっている。	a b c	a-左記のメンバーすべてで構成されている b-左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	a
				a b c	1.1.2 感染対策委員会の議事録が残されている	a b c	a-議事録には、日時、出席者、議事の内容、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	a
			1.2 日常の感染対策を実践する組織がある。	a b c	1.2.1 感染管理を担当できる医師または看護師が任命されている	a b c	a)専任が任命されている b-専任ではないが任命されている c-任命されていない	a
				a b c	1.2.2 各部署に実際の活動をサポートする体制が整っている	a b c	a)すべての部署で感染管理担当者の活動が認識され、協力体制がとられている(リンクナースなど各部署で担当者制度が整っている) b-一部署で感染管理担当者の活動が認識され、協力体制がとられている c-協力体制なし	a 感染防止対策委員会に感染管理担当者が参加。看護部以外の部署(放射線技師、栄養士、理学療法士など)を含めたチーム体制(ICP)が望ましい。
				a b c	1.2.3 日常的に行っている感染対策の活動内容が記録され残されている	a b c	a)適かつ十分な活動記録が残されている b-活動記録が不適切または不十分である c-記録なし	a
			1.3 院内感染防止対策のマニュアルがある。	a b c	1.3.1 マニュアルが定期的に改訂されている	a b c	a)改定あり(作成後2年以内を含む) b-(評価なし) c-改定なし(3年以上改定がない場合)	a
				a b c	1.3.2 マニュアルには感染対策に必要な項目が網羅され、施設の現状に合った具体的なものになっている(ガイドライン的な内容は望ましくない)	a b c	a)①感染予防策(標準予防策、感染経路別予防策)、②医療廃棄物取扱規定、③職業感染対策、④抗菌薬使用基準が含まれ、具体的な内容となっている b-内容が不十分 c-内容が著しく不十分、またはマニュアルなし(ガイドラインのみを含む)	a アウトブレイク時の対応を別項目で設け、アウトブレイクの定義、対応フローチャートの記載が望ましい。
			1.4 管理部門に感染管理活動を支援する方策がある。	a b c	1.4.1 感染管理活動のために必要な予算が確保されている	a b c	a)予算確保のための方法が確立されている b-必要に応じて予算を請求している c-確保されていない	a
				a b c	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尊重されている	a b c	a)尊重されている b-部分的に尊重されている c-尊重されていない	a
			1.5 インフォームドコンセント(説明と同意)実施の記録が残されている。	a b c	1.5.1 感染対策の実施に際して、インフォームドコンセントがとられている	a b c	a-検査、隔離、隔離予防策、手洗いなどの説明文書に基づき、説明し同意を得ている b)口頭で説明し、同意を得ている c-十分な説明が行われていない [付記]感染対策のインフォームドコンセントとは、感染対策のための検査、隔離、ガウンテクニック(予防策、マスク、手袋の使用)、手洗いなどの実施説明等を指す。	b MRSA患者の隔離やHIV検査の患者同意に関して統一した説明文書と同意書を用いICを得る必要がある。

スタンダード上位項目				中位項目				判定基準		評価者コメント
		評価		評価			評価			
2	サーベイランスが行われている		2.1 院内感染の発生率が把握されている	a b c	2.1.1	感染サーベイランスが実施されている(手術部位感染、人工呼吸器関連肺炎、血管内留置カテーテル感染、尿道留置カテーテル感染等)	a b c	a) どれか一つでも通年で実施されている(ICUなどの特定の部署のみでも可) b-通年ではないが実施されている c-実施されていない		a サーベイランスとしては、耐性菌サーベイランス、手術部位感染、人工呼吸器関連肺炎、血管内留置カテーテルサーベイランスが必要部署で行われている。
			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	a b c	2.2.1	サーベイランスデータの分析・評価が行われている	a b c	a) 分析・評価が行われている b-(評価なし) c-分析・評価が行われていない [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われているかどうかを指す。サーベイランスを行っていない場合にはc評価とする。		aサーベイランス委員会がありそこで検討された結果が、感染対策委員会で報告をされていることは信頼度が高いと考えられる。
				a b c	2.2.2	サーベイランスの結果が臨床現場の具体的な改善策に活かされている	a b c	a-改善策が作成され、実施されている b-改善策は作成されているが、実施されていない c-改善策が作成されていない		b 現場へのフィードバックが十分にできていない状況であるので今後検討していただきたい。
			2.3 アウトブレイクへの対処が行える	a b c	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 b c	a) 把握している b-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は、施設の必要性に応じて考慮してよい。(2)MRSAと結核菌のみ把握している場合は、bとする。(3)微生物検査が外注の場合でも、同様の評価とする。	a	
				a b c	2.3.2	感染アウトブレイクに対応する体制が整えられている	a b c	a-アウトブレイクの定義および対応の手順が明文化されている b-定義または対応のどちらかが明文化されていない c-明文化されていない		b 自施設の特徴を踏まえ定義化が望まれます。すなわち、アウトブレイクの確認は1例でもアウトブレイクと想定して動く場合と、サーベイランスデータからベースラインデータ(平均値)を算出し+2SDより増加した場合に動く場合など、病原体の種類、患者の重症度などによって異なりますので、病原体ごとでアウトブレイク基準を決めておくよと思われる。また、施設内で対応できない場合もあると思われるので、保健所や外部へ相談できる体制、さらには遺伝子学的検査が必要な場合は検査できる機関と費用を事前に調査しておくよと思われる。

スタンダード上位項目				中位項目				判定基準		評価者コメント
		評価			評価					
3	病院における種々の分野での感染対策がなされている		3.1	患者ケアにおける院内感染のリスクを低減させる具体的な感染対策がなされている	a b c	3.1.1	外来に感染症が疑われる患者が来院した際、適切に対応できる	a b c	<p>a-次の疾患(水痘、結核、麻しん、流行性耳下腺炎、るゆ厚生角結膜炎など)を疑う場合にトリアージし、感染経路に応じて隔離の規定があり、その設備が整えられている</p> <p>b-規定と設備のいずれかが欠けているが不十分である。</p> <p>c-トリアージがなされていない、または規定も設備もない</p> <p>[付記]結核の疑いのある患者を扱う職員が、N95マスクを着用する規定が盛り込まれていない場合には、cとする。患者は外科用マスクを着用する。</p>	a
					a b c	3.1.2	適所に速乾性手指消毒剤が配置され管理されている	a b c	<p>a)適所に配置(または携帯用との併用)され、常に使用状況を把握・監視する体制がなされている</p> <p>b-適所に配置はされているが、使用状況の把握は不十分である</p> <p>c-手指消毒剤は、適時・必要時実施できる配置となっていない。また、使用状況を把握するシステムがない</p> <p>[付記](1)適所とは、外来診療室、各病室前・廊下など、日常ケアが頻繁に行われる(患者と接する機会が多い)箇所、重症観察室、処置室など処置・ケアの頻度が高いと予測される箇所、喀痰吸引措置、排泄介助、MRSA等の接触感染が危惧される患者のベッドサイドなど</p> <p>(2)検温・看護巡回・診察回診など患者間を横断する場合は、携帯用を持参することも検討する</p>	a
					a b c	3.1.3	隔離に用いることのできる個室あるいは多床室がある	a b c	<p>a)病院として陰圧に保たれる個室あるいは多床室が設置されている</p> <p>b-病院全体として個室が確保されている</p> <p>c-個室がない</p>	a
					a b c	3.1.4	感染経路に応じた隔離予防策が実施されている	a b c	<p>a)隔離予防策が適切に実施されている</p> <p>b-実践が過剰または不足している</p> <p>c-行われていない、またはマニュアルがない</p> <p>[付記]資料2:隔離対策一覧表、参照。この資料2を参照して、適切であるかどうかを判断する。</p>	a
					a b c	3.1.5	抗菌薬の外科的予防薬投与の時期、抗菌薬の種類、継続期間などが適切に行われている	a b c	<p>a-マニュアルの内容が適切であり、実践されている</p> <p>b-aを満たさない</p> <p>c-マニュアルの内容が不適切であり、かつ実践が徹底されていない</p> <p>[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)マニュアルがない場合はcとする。(3)適切な予防投与とは1999年のCDC術後感染防止ガイドラインに沿ったものとする。(資料3:予防的抗菌薬投与、参照)</p>	b マニュアル内に予防投与の継続期間についての記載あり。一方、時期や薬剤の種類については追記の余地があると思われる。各科毎に、使用抗菌薬の種類、投与量、投与期間を定めマニュアルに記載することが望ましい。また、抗MRSA薬などの使用マニュアルはありましたでしょうか？投与方法、TDMの測定に関する記述が望まれます。各科の代表的な感染症についての感染症治療マニュアルの作製が望まれます。機能評価ver.6では周術期の抗菌薬予防投与について、各科で抗菌薬の種類、投与量、投与期間などの統一を求められており、それらの一覧表の作製も必要となります。
					a b c	3.1.6	輸液製剤の調剤を中央で行っている	a b c	<p>Sa-すべての輸液製剤の調剤を中央で行っている</p> <p>a-IVH製剤のみを中央調剤もしくは病棟でクリーンベンチを用いている</p> <p>b-中央調剤だが、無菌的操作および環境が適当でない</p> <p>c-行っていない</p>	a 薬剤部内で高カロリー輸液および抗がん剤をそれぞれクリーンベンチ、安全キャビネットを設置して調製されている。

スタンダード上位項目				中位項目				判定基準		評価者コメント
評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	評価	
		3.2 手術室における感染管理がなされている	a b c	3.2.1 手術室には適切な換気設備があり、確認され記録されている	a b c	<p>Sa-陽圧に保持され、1時間に15回以上の換気が定期的に確認され記録されている</p> <p>a) 陽圧に保持され、定期的に確認され記録されている b-陽圧に保持されているが、定期的に確認されていない c-陽圧に保持されていない</p> <p>[付記](1)ただし、陽圧の確認は少なくとも年1回とする。方法はゲージの読み取りでもスモークテストでも構わない。 (2)記録がない場合はbとする。</p>	a			
			a b c	3.2.2 手術室に見合った清掃規定がある	a b c	<p>a) 適切な清掃規定があり、遵守されている b) 清掃規定が適切でないが、遵守されていない c-清掃規定がない</p> <p>[付記](1)規定は適切で過剰でないものとする。(2)過剰な清掃とは汚染及び感染のある手術に対して特別な清掃規定を設けている場合、消毒、洗浄剤は環境及び人体に悪影響を及ぼさないものとし、グルタルアルデヒドは使用してはならない。使用している場合はbとする。(3)清掃規定は事前提出資料とし、サーベイヤーは事前に規定を確認する。</p>	a			
			a b c	3.2.3 手術用ガウンおよび覆布に関して適切に管理されている	a b c	<p>a) 手術用ガウンおよび覆布は全て透過性のない使い捨ての素材を使用している b-透過性のない使い捨て素材および、縫いのない布製品を使用している c-一部でも縫いのある布製品を使っている</p>	a			
		3.3 細菌学的検査が組織的に機能している。	a b c	3.3.1 細菌学的検査が院内で実施されている場合、組織的に機能している	a b c	<p>a-組織的に機能している b)部分的に機能している c-機能していない</p> <p>[付記]院内で実施されている組織的な機能とは、 (1)院内検査項目が適切に選択でき、患者情報と連携できている。 (2)グラム染色の報告体制が整っている。 (3)血液培養(陽性時点)結果を主治医に報告するシステムが確立されている。 (4)感染対策上重要な病原菌名を含め、適切な細菌名で報告されている。 (5)同定菌種に対する感受性検査薬剤が適切に選択され報告されている。 (6)基本的なサーベイランスデータが定期的に作成・報告されている。 (7)迅速検査の種類と報告体制が整っている。 (8)検査マニュアルの作成と改定が行われている。 (9)抗酸菌検査が院内検査の場合は、適切に実施されている。こと等を指す。</p>	a	<p>b 付記の(1)から(9)までの項目についてはほぼ組織的に機能していると思われます。患者情報については紙カルテであるため、すべての情報を検査室側が収集して適切に行えているかは限界であり、検査室、主治医または感染管理室との連携が必要であると思われる。</p> <p>基本的なサーベイランスデータも定期的に作成、報告されています。感染管理室の負担を軽減するために、データのみで報告ではなく、データに対するコメントを検査室で作成することが望まれます。特に、MRSAなど毎月検査されている場合は、病棟ごと、材料ごとでデータの集積性がないかを検討することも必要です。さらに、参加されているJANISのサーベイランスデータとの比較も定期的(3ヶ月または半年ごと)に実施されるとさらによいと思います。</p>		

スタンダード上位項目			中位項目			判定基準		評価者コメント
	評価		評価		評価			
			a b c	3.3.2	細菌学的検査が院外で実施されている場合(外部委託検査の場合)、組織的に実施されている	a b c	<p>a-組織的に機能している b-部分的に機能している c-機能していない</p> <p>[付記]院外で実施されている場合(外部委託検査の場合)組織的な機能とは、 (1)外部委託検査項目が適切に選択できる。 (2)グラム染色の報告体制が整っている。 (3)血液培養(陽性時点)結果を主治医に報告するシステムが確立されている。 (4)感染対策上重要な病原菌名を含め、適切な細菌名で報告されている。 (5)同定菌種に対する感受性検査薬剤が適切に選択され報告されている。 (6)分離菌集計や菌種別薬剤感受性率表などが定期的に作成され(年1回以上)、報告されている。こと等を指す。</p>	
			a b c	3.3.3	病院検査室の感染予防対策が実施されている	a b c	<p>a-感染予防対策が実施されている b-部分的に感染予防対策が実施されている c-感染予防対策が実施されていない</p> <p>[付記]病院検査室の感染予防対策とは、 (1)検体運搬時の搬送方法が適切である(蓋付き密閉容器)。 (2)汚染物のゴミ箱(足踏み式・蓋付き)が適切である。 (3)感染性廃棄物の対応とバイオハザードマークが適切である。 (4)手洗い設備とペーパータオルが設置されている、または手指消毒剤が設置されている。 (5)手袋・マスク・ゴーグルが整備されている。 (6)細菌学的検査が院内で実施されている場合には、安全キャビネットと安全装置付き遠心機が整備されている。こと等を指す。</p>	<p>a 付記の(1)から(6)までの項目についてはほぼ問題ないと思われます。検査室で使用した試験管は、消毒剤に一次消毒するのではなく、先にオートクレーブで滅菌後、洗浄されてはいかがでしょうか。安全装置付き遠心機は、抗酸菌検査の前処理を実施される場合は遠心力が弱いため(通常は3000G)、できれば3000Gの遠心機を購入いただくか、新しい集菌用試薬(TBeans:極東製薬)が今後発売されるのでご検討いただければと思います。 検査室の流し台が汚れていた箇所がありましたので、定期的に清掃してください。</p>
		3.4	a b c	3.4.1	抗菌薬の適正な使用基準が作成されている	a b c	<p>a-適正な使用基準が作成されている b-使用基準は作成されているが、内容が不十分である c-使用基準はない</p> <p>[付記](1)適正かどうかの判断は資料4:抗菌薬の使用基準を参照する。 (2)3.4.1がc評価の場合は自動的に3.4.2はcとなる。</p>	<p>b 診療科ごとの使用基準あり。周術期予防投与や抗MRSA薬、広域スペクトル抗菌薬などの使用基準の充実が望ましい。</p>
			a b c	3.4.2	抗菌薬の使用基準の遵守を評価するシステムがある	a b c	<p>a-評価システムがあり、機能している b-評価システムはあるが、機能していない c-評価システムはない、または使用基準が作成されていない</p> <p>[付記](1)責任者が明確にされている必要がある。(2)特別な抗菌薬(カルバペネム系・バンコマイシンなど)使用の際に、許可制・届は出用紙に記入するようになっているか</p>	<p>a 特定の抗菌薬(抗MRSA薬、カルバペネム系、第4世代セファロスポリン系)については届出制を採用されており、週1回のラウンドで使用症例を確認されている。</p>
			a b c	3.4.3	抗菌薬の採用に関して、各施設の分離菌感受性パターンにあわせて検討が行われている	a b c	<p>a-採用基準が明確になっている b-採用基準が不明確である c-採用基準がない</p>	<p>b 分離菌感受性パターンは、抗菌薬の採用基準としては利用されていない。分離菌感受性パターンは作成されています。これを抗菌薬の採用の資料にできるかどうかについては、感受性パネルに載っていない抗菌薬は各施設では検討できないものと思われます。従って、ガイドライン、論文、JANISまたは地域のデータなどを参考に決定されてはいかがでしょうか。</p>
			a b c	3.4.4	抗菌薬の使用状況が薬剤部により調査され、その結果が検討されて医師にフィードバックされている	a b c	<p>a-定期的に行われている b-不定期あるいは不十分である c-調査されていない</p>	<p>b 毎月特定の抗菌薬については、ICT会議にて薬剤部から使用状況が報告されている。フィードバックという点では、結果のさらなる有効利用が望まれる。</p>

スタンダード上位項目				中位項目				判定基準				評価者コメント				
評価				評価				評価								
				a b c	3.4.5	薬剤耐性に対して、定期的に採用抗菌薬の検討が行われている	a b c	a b c	a-定期的に行われている b-不定期あるいは不十分である c-検討されていない						b 抗菌薬の新規採用に際しては、ICTへコンサルトされている。薬剤師1名が薬事委員会とICTを兼務されている。現在のところ定期的ではない。	
		3.5	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	a b c	3.5.1	中央材料滅菌室の職員の感染に対する安全が確保されている	a b c	a b c	a-全ての物品を感染ありとして扱い、職員は防護衣を着用して処理している b-対策はなされているが、不十分である c-特別な防護をしていない [付記]不十分とは、防護衣としてガウン、手袋、マスク、ゴーグルのうちひとつでも満たさない場合、或いは感染患者の使用した物品のみを、防護衣を着用して処理している					a		
				a b c	3.5.2	滅菌のモニターが適切に行われている	a b c	a b c	a-ボウイデックテスト、生物学的インジケーターが定期的に使用され、化学的インジケーターが適切に使用されており、滅菌の記録が保存されている b-頻度や方法は適切ではないが滅菌モニターを行っており、滅菌の記録は保存されている c-滅菌モニターの方法は適切ではなく、滅菌記録もない [付記](1)蒸気滅菌の場合、生物学的インジケーターとボウイデックテストは、少なくとも一週間に1回は行う。(2)化学的インジケーターは毎回バッグの内側と外側に使用され、使用者に解るようになっていく。(3)エチレンオキサイドガス滅菌には毎回生物学的インジケーターが使われている					a		
				a b c	3.5.3	滅菌物のリコール手順が作成されている	a b c	a b c	a-手順が作成され、感染対策委員会との連携をとっている b-手順はあるが、院内での連携がない c-作成されていない						b 院内での連携の強化が望めます。	
				a b c	3.5.4	滅菌物品の保管、搬送方法が適切である	a b c	a b c	a)滅菌された物品は、汚染されない方法で保管・搬送され、使用部署での保管も適切である b-供給部門での保管は適切であるが、搬送または使用部署の保管が不適切である c-供給部門での保管が不適切である [付記](1)供給部門の保管棚は清潔区域であればオープンでもよいが、清潔区域としての空調が整っていない場所では扉のある棚であること。(2)滅菌物品は清潔なカートを用い、覆いをして搬送する。(3)使用部署では扉のある棚に保管されている。					a		
		3.6	施設設備管理における感染対策がなされている	a b c	3.6.1	病室の清潔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 b c	a b c	a-マニュアルの内容が合理的で、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、①消毒洗浄剤、②清掃の時期の規程、③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おこなわれているかどうか質問、あると答えられたときは現物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。						b	

スタンダード上位項目				中位項目				判定基準				評価者コメント			
		評価				評価				評価				評価者コメント	
				a b c	3.6.2	院内のリネンの保管、管理が適正である	a b c	以下の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 a-①から④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	a						
				a b c	3.6.3	患者給食の衛生管理が行われている	a b c	① 食材の搬入経路が明瞭で保管場所が適切である ② 素材が調理済み区域に持ち込まれない ③ 手洗い設備がある ④ 床面が構造上水切れがよく、水たまりの場所がなく乾燥した状態が保たれている ⑤ 食器洗浄機の洗浄温度80℃が守られている ⑥ 盛り付け時に手袋をして髪を覆っている ⑦ 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-⑤～⑦のすべてを満たす c-⑤～⑦のいずれかを満たさない	a						
				a b c	3.6.4	栄養課(部門)の職員の衛生管理が行われている	a b c	a-衛生管理マニュアルが作成され、職員に周知されている b-衛生管理マニュアルの内容が職員に周知されていない c-衛生管理マニュアルがない	a						
				a b c	3.6.5	感染性医療廃棄物の処理が適切に行われている	a b c	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) 保管場所が施設でき業者が取りに来るまで安全に保管されている	a						
4	病院職員に対する教育および職業感染対策が行われている		4.1	感染管理についての教育活動が行われている	a b c	4.1.1	職員の採用時オリエンテーションとして感染管理の教育が行われている	a b c	a-責任者が決められており、必要な部門毎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) 教育の内容については、記録で確認する。(2) ここで言う「職員」とは学生、ボランティア、委託職員も含む。(3) 必要な部門とは診療部門、看護部門、中央材料滅菌室などを含む。	a					
				a b c	4.1.2	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 b c	a-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]4.1.1の付記(1)-(3)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。(2) 例えば、マニュアル改訂時やその他必要時に該当部署に対する教育などを指す。	a						

スタンダード上位項目			中位項目			判定基準			評価者コメント
評価			評価			評価			
			a b c	4.1.3	感染管理に関する情報の収集が行われている	a b c	a 最新の情報が収集され、一元管理されている 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) 情報の管理されている場所は、図書室でも感染管理担当者のもともよい。	a	
			a b c	4.1.4	関連部署へ情報提供を行なっている	a b c	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](1) 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。	a	
	4.2	病院職員に対して職業感染対策を実施している	a b c	4.2.1	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 b c	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	a	
			a b c	4.2.2	血液・体液が飛散し、目や口の粘膜を汚染したり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 b c	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 c-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	a	
			a b c	4.2.3	防護用具(PPE)は、適切な箇所に取り扱いやすい配置をされている	a b c	a PPEは適所に配置され、全種類が不足なく整理・補充されるシステムとなっている b-配置箇所の検討を要すが、種類・量を補充・管理するシステムがある c-PPEの配置箇所が不適切であり、種類・量に不足があり管理が不明確となっている [付記](1) 適所とは、処置室・観察室など処置を実施する頻度が高い場所。(2) システムとは、各部署の中央保管場所には、PPE一式(手袋、各種マスク、プラスチックエプロン、ゴーグルなど)が取り扱いやすいように整理され、管理する担当者・役割が明確にされている。(3) 取り扱いやすい方法とは、一目でPPEの種類・サイズが見分けられるように整理(壁掛け等)されている。	a	
			a b c	4.2.4	針刺し事故対策が確立している	a b c	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-片手でリキャップしている c-注射針を両手でリキャップして、あるいはシリンジから外して廃棄している	a	

スタンダード上位項目				中位項目				判定基準				評価者コメント			
評価				評価				評価							
				a b c	4.2.5	安全な感染性廃棄容器が正しく利用されている	a b c	a	b	c	<p>a-安全性の高い感染性廃棄容器が処置が行われる場所に設置されている</p> <p>b-安全性の高い感染性廃棄容器が各病室もしくは回診車に固定され、利用されている</p> <p>c-感染性廃棄容器は用いられているが、安全性が保証されない。(廃棄物が容器が倒れたときに容器の口から出てくる、注射針など鋭利なものが容器を貫通するおそれがあるなど)</p>				
				a b c	4.2.6	B型肝炎抗体陰性者にワクチンの接種が行われている	a b c	a	b	c	<p>a-感染の可能性のある職員全員を対象としている</p> <p>b-対象が不十分である</p> <p>c-行われていない</p> <p>[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を対象とし、事務職員は除いてもよい。</p>				
				a b c	4.2.7	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	a b c	a	b	c	<p>a-システムが明文化され、24時間対応している</p> <p>b-明文化または対応が不十分である</p> <p>c-明文化されていない</p>				
				a b c	4.2.8	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	a b c	a	b	c	<p>a-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</p> <p>b-報告されているが、改善に結び付けられていない</p> <p>c-把握されていない</p>				
				a b c	4.2.9	結核菌に曝露される可能性のある職員の結核に関する予防・管理を行っている	a b c	a	b	c	<p>a-採用時胸部X線、QFT検査(不可能な時はツベルクリン反応2段階テスト)を実施し、特に陰性者に対しては、1年に1回定期チェックを行い、結果が記録されている</p> <p>b-採用時の実施はしているが、aのすべては満たしていない</p> <p>c-実施されていない</p> <p>[付記](1)定期チェックとは、問診調査、健康診断結果等から判断し、必要時QFT検査などを実施する。</p>				
				a b c	4.2.10	結核曝露時の対応、曝露後のフォローがなされている	a b c	a	b	c	<p>a-結核菌曝露時の対応と経過追跡に関する方法が定められ、実践されている</p> <p>b-対応手順は定められているが、内容が不十分、または実践されていない</p> <p>c-何も定められていない</p>				