**　　**

**感染防止チェックリスト**

**＜日常の介護における留意点＞**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ｎｏ | 項目 | ◎○△× |
| １ | 毎日、入所者と利用者の健康状態（発熱、下痢、嘔吐、咳など）を観察し、記録していますか。 |  |
| ２ | 感染症患者の状況を感染症対策責任者、上司等に報告するようにしていますか。 |  |
| ３ | 家族や面会者の健康状態を把握するようにしていますか。とくに面会者の健康状態を申し出るよう、施設の入り口に掲示していますか。 |  |
| ４ | 常に爪は短く切り、時計・指輪をはずして手洗いしていますか。手洗いの時は、液体石けんを使用していますか。液体石けんは継ぎ足しをしていませんか。 |  |
| ５ | 爪の先や指先、指の間、親指の付け根など洗い残しがないように洗っていますか。 |  |
| ６ | 一定の手順にそって最低３０秒以上かけて丁寧に洗えましたか。 |  |
| ７ | 手ふきはペーパータオルを使用していますか。ペーパータオルは濡れた水滴がつきにくい位置に設置していますか。近くにゴミ箱を設置していますか。 |  |
| ８ | 手洗い後は手を十分に乾燥させていますか。 |  |
| ９ | 外出から戻った時、トイレの後、調理や食事の前は、必ず手洗いを行っていますか。 |  |
| １０ | 排泄物や嘔吐物、体液に触れた後は、必ず手洗いをしていますか。 |  |
| １１ | 一人ごとに手洗いや消毒を行う「１ケア１手洗い」を実施していますか。 |  |
| １２ | おむつ交換の際、一人毎に手袋を交換していますか。 |  |
| １３ | お尻についた便を拭き取るときには、使い捨ての布、お尻拭きなどを使っていますか。 |  |
| １４ | 交換したおむつや布は床に置かず、直接ビニール袋に入れていますか。 |  |
| １５ | １回のおむつ交換毎に手袋をはずして（内側を外側にする）、手洗いをしていますか。 |  |
| １６ | 布おむつについた下痢便を落とす場合は、マスクと手袋、エプロンを着用の上、汚物を捨てるシンクで行っていますか。　 |  |
| １７ | 下痢の続く患者は、おむつ交換を最後にしていますか。 |  |
| １８ | 下痢の続く患者は、入浴を中止したりシャワー浴にするなど、入浴の配慮をしていますか。 |  |
| １９ | 汚物のついたリネン、着衣を交換する際は、必ず使い捨ての手袋、マスク、エプロンを着用していますか。 |  |
| ２０ | 汚物のついたリネン、着衣はすぐ専用の袋に入れ、汚物を床等に付着させないようにしていますか。 |  |
| ２１ | 汚物のついたリネン、着衣は汚物を十分に落とし、他の洗濯物と分けて消毒、洗濯を行っていますか。 |  |
| ２２ | 汚物のついたリネン、着衣を扱った後は手洗いを行っていますか。 |  |
| ２３ | 急な嘔吐に備え、嘔吐物を処理するための物品（嘔吐物処理セット）を日頃から準備していますか。 |  |
| ２４ | トイレや廊下の排泄物、嘔吐物の処理にあたる職員は、使い捨て手袋、マスク、エプロンを着用し、感染しないようにしていますか。 |  |
| ２５ | 嘔吐物は次亜塩素酸ナトリウム液に浸したペーパーや布で拭き取っていますか。 |  |
| ２６ | 使用したペーパーや布は、直接ビニール袋に入れて処分していますか。 |  |
| ２７ | 処置後手袋をはずし（内側を外側にして）、手洗いを行っていますか。 |  |
| ２８ | 毎日トイレの清掃を定期的に行っていますか。汚れたときは、迅速に清掃を行うようにしていますか。 |  |
| ２９ | トイレのドアノブや取っ手など多人数が触れる場所を定期的に消毒していますか。 |  |
| ３０ | 使用した雑巾やモップは、こまめに洗浄し乾燥させていますか。 |  |
| ３１ | 浴槽のお湯の交換、清掃は毎日行っていますか。 |  |
| ３２ | 配膳や食事介助の前に必ず手洗いをしていますか。 |  |
| ３３ | 予防衣を着用したまま厨房などの清潔区域に入らないようにしていますか。 |  |
| ３４ | トイレ清掃後や汚物処理後には必ず、手洗いを行っていますか。 |  |

**＜施設内感染管理体制＞**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ｎｏ | 項目 | ◎○△× |
| １ | 施設における感染症対策の責任者を決めていますか。 |  |
| ２ | 施設入所者やデイケア等の利用者、職員の健康状態を毎日把握し記録していますか。また、異常があれば感染対策担当者に報告するようになっていますか。 |  |
| ３ | 利用者・職員の健康状態が普段と異なるときに、嘱託医にただちに連絡・相談できる体制が整っていますか。 |  |
| ４ | 施設内感染対策マニュアルはありますか。 |  |
| ５ | マニュアルは職員研修や会議を通して全員に徹底されていますか。 |  |
| ６ | マニュアルに基づいた作業を実施し、チエックリスト等を用いて実施状況を確認していますか。 |  |
| ７ | 施設内感染防止に係る研修が定期的に（年２回程度）開催されていますか。　 |  |
| ８ | 感染症発生時に患者を紹介できる連携病院がありますか。　 |  |
| ９ | 管轄市町、保健所、警察等の連絡先をまとめていますか。 |  |
| １０ | 職員が体調不良（下痢、嘔吐、嘔気、発熱等）のときには、休めるよう配慮していますか。 |  |

出典：岡山県　保健福祉施設等におけるノロウイルス感染防止チェックリスト改正