

★：重点評価項目 無印：自己チェック項目

評価基準 A：適切に行われている、あるいは十分である
 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
 C：不適切である、あるいは行われていない

エビデンス 証拠書類を確認し準備しておく

コメント 内容を簡単に説明する、特にB、C判定についてはその理由を説明する

記載上の注意 ・専従：8割以上の従事（あるいは感染制御・診療を担当する部署が本来の所属）、専任：左記以外
 ・FTE（full-time equivalent；フルタイム当量）：フルタイム勤務職員が1週間働いたときの仕事量（40時間）を1FTEと考えて算出

施設名	
評価日	2024 / / ()
評価者	

A. 感染対策の組織	項目	自己評価	サーベイヤー 校評価	コメント
1. 院内感染対策委員会	病院長をはじめとする病院管理者が参加している			
2. 感染制御を実際に行う組織（ICT）	1) 感染防止対策部門が設置されている			
	★2) 感染対策に3年以上の経験を有する医師			
	医師専従			
	医師専任			
	医師感染症専門医			
	医師ICD			
	★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修了した看護師の数			
	看護師専従			
	看護師専任			
	感染管理認定看護師			
	感染症看護専門看護師			
	感染制御実践看護師			
	★4) 感染対策に関わる薬剤師の数			
	薬剤師専従			
	薬剤師専任			
	感染制御専門薬剤師			
	感染制御認定薬剤師			
	抗菌化学療法認定薬剤師			
	★5) 感染対策に関わる検査技師の数			
	検査技師専従			
	検査技師専任			
	認定臨床微生物検査技師			
	感染制御認定臨床微生物検査技師			
	★6) 感染対策に関わる事務担当者の数			
	事務担当者専従			
	事務担当者専任			
	7) ベッドコントロールに関する助言を行っている			
	★8) 予算など財政的保証がなされている			

★：重点評価項目 無印：自己チェック項目

評価基準 A：適切に行われている、あるいは十分である
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
C：不適切である、あるいは行われていない

エビデンス 証拠書類を確認し準備しておく

コメント 内容を簡単に説明する、特にB、C判定についてはその理由を説明する

記載上の注意 ・専従：8割以上の従事（あるいは感染制御・診療を担当する部署が本来の所属）、専任：左記以外
・FTE（full-time equivalent；フルタイム当量）：フルタイム勤務職員が1週間働いたときの仕事量（40時間）を1FTEと考えて算出

施設名	
評価日	2024/ / ()
評価者	

B. ICT活動	項目	自己評価	サーベイヤー 校評価	コメント
1. マニュアル	★1) 定期的または必要に応じて（ガイドライン改訂1年以内）に改訂がなされている（新型コロナウイルス感染症を含める）			
2. 教育	★1) 講習会に職員1名あたり年2回出席している			
	2) 必要に応じて部署ごとの講習会や実習が行われている			
	3) 全職員に対し院内感染について広報を行う手段がある			
	4) 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）			
	★5) 手指衛生実施率の向上のための教育を継続的に行っている			
	★6) PPEを正しく使用するための教育を行っている			
	★7) 次世代の感染制御担当者の教育体制が整備されている			
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			
	★2) サーベイランスのデータを各部署にフィードバックしている			
	★3) サーベイランスのデータに基づいて必要なインターベンションを行っている			
	4) アウトブレイク発生時の病院全体の対応が整備されている			
	5) 検査室データが疫学的に集積され、アウトブレイクを含めたインターベンションの目安が定められている			
	6) 職員あるいは部署の手指消毒薬の使用量をモニターしている			
	★7) 職員の手指衛生手技・実施状況を直接観察法でチェックしている			
4. コンサルテーション	1) 感染対策のコンサルテーションを行うシステムが整っている			
	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			
5. 職業感染曝露の防止	1) 職員のHBs抗体の有無を検査している			
	2) 結核接触者検診にIGRAを活用している			
	★3) 麻疹・風疹・ムンプス・水痘に関する職員のワクチン接種歴や抗体価を把握し、必要に応じてワクチン接種を勧奨している			
	4) 針刺し・切創、皮膚・粘膜曝露の原因解析を行い、具体的対応策をとっている			
6. ICTラウンド	1) 各職種を含むICTラウンドを毎週1回以上実施している			
	2) チェック表を用いたICTラウンドを実施している			
	3) ICTラウンドの結果をフィードバックし、改善状況を確認している			
7. 地域連携	★1) 行政機関、保健所、医師会等含めた県内地域ネットワーク体制が構築され、地域における指導的役割をはたしている。			
	2) 地域や全国のサーベイランス事業(U-SIPHE, JANIS等)に参加している			

★：重点評価項目 無印：自己チェック項目

評価基準 A：適切に行われている、あるいは十分である
 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
 C：不適切である、あるいは行われていない

エビデンス 証拠書類を確認し準備しておく

コメント 内容を簡単に説明する、特にB、C判定についてはその理由を説明する

記載上の注意 ・専従：8割以上の従事（あるいは感染制御・診療を担当する部署が本来の所属）、専任：左記以外
 ・FTE（full-time equivalent；フルタイム当量）：フルタイム勤務職員が1週間働いたときの仕事量（40時間）を1FTEと考えて算出

施設名	
評価日	2024 / / ()
評価者	

C. AST活動	項目	自己評価	コメント
	★1) 医師の数		
	医師専従		
	医師専任		
	医師感染症専門医		
	医師ICD		
	医師ICDと兼任		
	感染症診療コンサルテーションを受けることのできる医師数		
	★2) 薬剤師の数		
	薬剤師専従		
	薬剤師専任		
	感染制御専門薬剤師		
	感染制御認定薬剤師		
	抗菌化学療法認定薬剤師		
	ICTとの兼任		
	★3) 検査技師の数		
	検査技師専従		
	検査技師専任		
	認定臨床微生物検査技師		
	感染制御認定臨床微生物検査技師		
	ICTとの兼任		
	★4) 看護師の数		
	看護師専従		
	看護師専任		
	感染管理認定看護師		
	感染症看護専門看護師		
	感染制御実践看護師		
	特定行為研修修了看護師		
	5) 医師のAST従事に対するFTE（業務時間内を対象）		
	専従者計		
	専任者計		
	医師合計		
	6) 看護師のAST従事に対するFTE（業務時間内を対象）		
	専従者計		
	専任者計		
	看護師合計		
	7) 薬剤師のAST従事に対するFTE（業務時間内を対象）		
	専従者計		
	専任者計		
	薬剤師合計		
	8) 検査技師のAST従事に対するFTE（業務時間内を対象）		
	専従者計		
	専任者計		
	検査技師合計		

★：重点評価項目 無印：自己チェック項目

評価基準 A：適切に行われている、あるいは十分である
 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
 C：不適切である、あるいは行われていない

エビデンス 証拠書類を確認し準備しておく

コメント 内容を簡単に説明する、特にB、C判定についてはその理由を説明する

記載上の注意 ・専従：8割以上の従事（あるいは感染制御・診療を担当する部署が本来の所属）、専任：左記以外
 ・FTE（full-time equivalent；フルタイム当量）：フルタイム勤務職員が1週間働いたときの仕事量（40時間）を1FTEと考えて算出

施設名	
評価日	2024 / / ()
評価者	

C. AST活動	項目	自己評価	サーベイヤー 校評価	コメント
2. 活動	1) 支援の対象患者を定めている			
	2) 抗菌薬使用状況や検査実施状況をモニタリングし、必要に応じて支援している			
	★3) 対象症例に対し、週に1回以上の検討（ラウンド）を実施している			
	★4) 感染症診療に関するコンサルテーションに対し、同日中に対応している			
	★5) 他施設からの抗菌薬使用方法についての相談に対応している、またはその体制を構築している			
	6) 抗菌薬の採用や削除について関与している			
	7) 抗菌薬使用マニュアルを作成し、最新のガイドラインを反映し定期的に改訂している			
3. サーベイランス	★1) 血液培養の2セット採取率を年1回以上フィードバックしている			
	2) アンチバイオグラムを年1回フィードバックしている			
	3) 注射用抗菌薬の使用量をモニタリングし、結果を定期的にフィードバックしている			
	4) 外来における急性気道感染症および急性下痢症に対する処方状況を含めた経口抗菌薬の使用量を定期的にモニタリングしている			
	★5) 術後感染予防薬の種類や投与日数などを把握している			
	★6) 皮膚切開1時間以内の予防抗菌薬投与率が把握されている			
4. 抗菌薬適正使用	1) 抗MRSA薬や広域抗菌薬（カルバペネム系薬等）の使用が適切であるか確認している			
	2) 長期投与症例を把握している			
	3) 抗菌薬の使用量や投与方法が適切であるか確認している			
	★4) 抗菌薬開始後の継続・変更・中止評価のためのフォローアップ期間を設けた支援を行っている			
5. TDM	1) TDM対象抗菌薬使用患者を把握している			
	2) TDM用採血を適切なタイミングで行う体制が構築している			
	★3) TDM対象薬の全症例で初期投与設計を行う体制がある			
	4) 投与方法提案後の実施状況を確認している			
6. 教育	1) 抗菌薬適正使用に関する研修会を年2回以上実施している			
7. 評価	★1) 活動のプロセスとアウトカムを年1回程度評価している			

★：重点評価項目 無印：自己チェック項目

評価基準 A：適切に行われている、あるいは十分である
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
C：不適切である、あるいは行われていない

エビデンス 証拠書類を確認し準備しておく

コメント 内容を簡単に説明する、特にB、C判定についてはその理由を説明する

記載上の注意 ・専従：8割以上の従事（あるいは感染制御・診療を担当する部署が本来の所属）、専任：左記以外
・FTE (full-time equivalent；フルタイム当量)：フルタイム勤務職員が1週間働いたときの仕事量（40時間）を1FTEと考えて算出

施設名	
評価日	2024 / / ()
評価者	

D. 医療器材の管理	項目	自己評価	サーベイヤー 校評価	コメント
1. 血管内留置カテーテル	★1) 中心静脈カテーテルの挿入はマキシマルバリアプリコーション (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			
	★2) 高カロリー輸液製剤への薬剤の混合は薬剤部でクリーンベンチ内で行っている			
	★3) カテーテルを確保した日付が確実に記載されている			
	4) カテーテル刺入部やカテーテル走行部の皮膚が観察できる状態で固定されている			
2. 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、かつ床についでいない			
	★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していない			
	4) 尿の廃棄後は患者毎に未滅菌手袋を交換している			

★：重点評価項目 無印：自己チェック項目

評価基準 A：適切に行われている、あるいは十分である
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
C：不適切である、あるいは行われていない

エビデンス 証拠書類を確認し準備しておく

コメント 内容を簡単に説明する、特にB、C判定についてはその理由を説明する

記載上の注意 ・専従：8割以上の従事（あるいは感染制御・診療を担当する部署が本来の所属）、専任：左記以外
・FTE（full-time equivalent；フルタイム当量）：フルタイム勤務職員が1週間働いたときの仕事量（40時間）を1FTEと考えて算出

施設名	
評価日	2024 / / ()
評価者	

E. 洗浄・消毒・滅菌	項目	自己評価	サーベイヤー 校評価	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）			