**介護医療院における感染対策調査表**

（令和　年　　月　　日記載）

　　　　　　　　　　　施設名

１．健康管理（□をクリックして下さい、以下同じ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 感染症 | 調査項目 | | 回　答 |
| 新型コロナウイルス | １ | 予防接種の実施機会の提供　　　　　入所者の予防接種 | 有 無 |
| 職員の予防接種 | 有 無 |
| ２ | 有症状者の個室対応等 | 有 無 |
| ３ | ケア従事職員について発熱等の症状がある職員のケア従事禁止 | 有 無 |
| ４ | アルコール消毒薬による手指消毒の励行 | 有 無 |
| インフルエンザ | １ | 予防接種の実施機会の提供　　　　　入所者の予防接種 | 有 無 |
| 職員の予防接種 | 有 無 |
| ２ | 有症状者の個室対応等 | 有 無 |
| ３ | ケア従事職員についてインフルエンザ症状等のある職員のケア従事禁止 | 有 無 |
| ４ | 手洗い・うがいの励行 | 有 無 |
| 結核 | １ | 入所者・利用者の入通所時のＸ線検査の実施 | 有 無 |
| 未受検者には受検勧奨を行っているか？ | はい いいえ |
| ２ | 入所者・利用者の定期的なＸ線検査の実施 | 有 無 |
| ３ | 職員雇い入れ時の2段階ツベルクリン反応検査実施 | 有 無 |
| ４ | 職員雇い入れ時のＸ線検査等定期健診の実施 | 有 無 |
| ５ | 職員のＸ線検査等定期健診の実施 | 有 無 |
| ６ | 呼吸器有症状時の受診体制 | 有 無 |
| ７ | N95マスク（微粒子マスク）の使用 | 有 無 |
| O157等 | １ | 入所者・利用者の排泄（通じ）の有無の把握 | 有 無 |
| ２ | 下痢・嘔吐・腹痛等の健康状態の観察 | 有 無 |
| ３ | 吐物・便・オムツの処理時の手袋使用 | 有 無 |
| ４ | 看護・介助職員の手洗いの励行 | 有 無 |
| ５ | トイレ・洗面所の清掃実施後の定期的な消毒実施 | 有 無 |
| 疥癬 | １ | 入所者・利用者の皮膚の観察 | 有 無 |
| ２ | 痒みの訴えの確認 | 有 無 |
| ３ | 疑わしい症状や所見がある時医師受診相談 | 有 無 |
| ４ | 感染拡大予防について |  |
| (1)感染確認後の個室対応 | 有 無 |
| (2)適切な予防対策を図っているか（長袖使い捨てガウン・手袋等）場合により予防治療を行っているか | はい いいえ |
| (3)汚染されたリネンや衣類を取り扱う時の汚染時と清潔時の手袋の区別 | 有 無 |
| (4)処置前後の手洗いの実施 | 有 無 |
| (5)衣類・リネン類の煮沸の有無と金属類は60度以上の湯に15分以上つける | 有 無 |
| ウィルス性肝炎 | １ | 本人の了承を得た上で、入所者・利用者の入通所時の血液検査を実施 | はい いいえ |
| ２ | 職員の医療処置時（採血時や傷等処置時の取り扱い）の注意事項を定めている | はい いいえ |
| ３ | 針刺し事故予防及び針刺し事故時対応についての周知 | 有 無 |
| ４ | 持続感染者の基本的対応マニュアル | 有 無 |

以降は、項目ごとに該当するものをチェックし、その内容に関して（　）があるところは（　）内に具体的事項を記入してください。

２．消毒

|  |  |
| --- | --- |
| １ | 消毒液保管分  エタノール　ポビドンヨード　次亜塩素酸ナトリウム　　塩化ベンザルコニウム  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

３．手洗い

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 業務の中で職員は、石鹸と流水による頻回の手洗いを行っているか。 | はい いいえ |
| ２ | 職員は、擦式消毒用アルコール製剤による手洗いを行っているか。 | はい いいえ |
| ３ | 職員の手洗い後の手拭は適切に行われているか。 | はい いいえ |
| 手拭の方法は？　 ﾍﾟｰﾊﾟｰﾀｵﾙ　　 温風乾燥機　　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ４ | 入所者・利用者は、擦式消毒用アルコール製剤による手洗いを行っているか。 | はい いいえ |
| ５ | 入所者・利用者の手洗いは、石鹸と流水による手洗いが行われているか。 | はい いいえ |
| 手拭の方法は？　 ﾍﾟｰﾊﾟｰﾀｵﾙ　　 温風乾燥機　　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | |

４．入浴上衛生管理

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | 入浴場の清掃と乾燥の実施 | | 有 無 |
| ２ | 浴槽の湯の交換状況  （　 毎日交換　・　（　　）日毎に交換　・　 循環式（　　　）毎に入れ替え　） | | |
| ３ | 感染症発生時の対応について | | |
| 0157 | ①利用者・入所者の入浴は、最後にしているか？ | はい いいえ |
| ②バスマット使用後熱湯消毒 | 有 無 |
| ③身体に直接触れるタオルの共用 | 有 無 |
| ④ケア時に専用のゴム手袋を使用 | 有 無 |
| 疥癬 | ①利用者・入所者の入浴は、最後にしているか？ | はい いいえ |
| ②バスマット使用後熱湯消毒 | 有 無 |
| ③身体に直接触れるタオルの共用 | 有 無 |
| ④ケア時に専用のゴム手袋を使用 | 有 無 |
| その他  ※ | ①利用者・入所者の入浴は、最後にしているか？ | はい いいえ |
| ②バスマット使用後熱湯消毒 | 有 無 |
| ③身体に直接触れるタオルの共用 | 有 無 |
| ④ケア時に専用のゴム手袋を使用 | 有 無 |

※入浴場衛生管理について、Ｏ－１５７、疥癬以外で対応策をとっている疾病があれば、（　　）内に疾病名を記載してください。

５．衛生管理の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設・設備の状況 | １ | 使用水 | 水道水 地下水（消毒方法　　　　　　　　）  併用（地下水の主な屋内使用場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　（　　　　主な屋外使用場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２ | 貯水槽 | 有　（清掃年月日：　　　年　　月　　日）　　無 |
| ３ | 空気環境の把握 | 湿度・温度・その他把握している項目（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４ | 空調設備 | 部屋独立型　　　　　　建物共通型 |
| ５ | 清掃方法（内容） | 自己実施（　　　　　　　　　）　業者委託（　　　　　　　　　　　　） |
| ６ | ねずみ・昆虫の発生状況 | 発生有り　（発生時の対応：　　　　　　　　　　　　　　　　）  発生無し |
| 寝具衣類 | １ | リネンの交換 | （　　　　　　　回／月）　　リース　　　施設内洗濯 |
| ２ | 共同洗濯場（衛生管理状況） | 有（衛生管理を行っている　衛生管理を行っていない）　　無 |
| ３ | 汚染リネン等と清潔リネン等の取扱区別の有無 | 区別有　　区別無 |