●**院内感染対策体制確保状況自主点検票**●

**有床診療所・有床助産所**

* 貴診療所で自己点検を実施して、期日までに提出してください。
* 適合なら「○」、不適合なら「×」、該当がない項目は斜線を記入してください。
* ☆印のある項目は、医療法で義務づけられた事項です。

　診療所名：

　診療所側点検者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　点　検　日：令和　　　年　　　月　　　日

保健所側担当者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　確　認　日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　項　目 | 自己点検 | 立入検査 |
| **Ⅰ　院内感染対策の指針** |
| 1 | ☆ | 院内感染対策のための指針を整備しているか。ⅰ 初回作成年月日：　　　　　年　 　　月 　　　日作成ⅱ 直近の変更年月日：　　　　　年　 　　月　 　　日変更* 指針本文を添付してください
 |  |  |
| 2 | ☆ | 院内感染対策委員会の議を経て作成・変更しているか。  |  |  |
| 3 | ☆ | 次に掲げる事項が文書化されているか。1. 院内感染対策に関する基本的考え方
2. 院内感染対策委員会等組織に関する基本的事項
3. 従業者に対する研修に関する基本方針
4. 感染症の発生状況の報告に関する基本方針
5. 院内感染発生時の対応に関する基本方針
6. 患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
 |  |  |
| 4 |  | 従業者に対して、指針の内容を周知徹底しているか。* 周知方法（該当するものに×）

[ ] 　職員個々に配布　　[ ] 　各部署単位に配布 　[ ] 　携帯マニュアルの配布[ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |
| **Ⅱ　院内感染対策のための委員会（有床診療所は該当）** |
| 5 | ☆ | 院内感染対策委員会を開催しているか。ⅰ 委員会の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ⅱ 設置年月日：　　　　　年　　　月　　　日設置 |  |  |
| 6 | ☆ | 管理及び運営に関する規程が定められているか。* 規程本文を添付してください
 |  |  |
| 7 | ☆ | 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。* 最近の主な報告内容の概要（別紙添付でも可）

 ⅰ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ⅱ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　項　目 | 自己点検 | 立入検査 |
| 8 | ☆ | 院内感染が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに従業者への周知を図っているか。* 発生原因の分析、改善策の立案・実施した最近の事例の概要（別紙添 付でも可）

 ⅰ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ⅱ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |  |
| 9 | ☆ | 院内感染対策委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行っているか。 |  |  |
| 10 | ☆ | 月１回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催しているか。* 開催状況

 ⅰ 前年度：　　　　　回開催 ⅱ 本年度：　　　　　回開催（　　月現在） |  |  |
| 11 | ☆ | 院内感染対策委員会の委員は職種横断的に構成されているか。* 委員名簿を添付してください
 |  |  |
| **Ⅲ　従業者に対する院内感染対策のための研修** |
| 12 | ☆ | 個々の従業者の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能やチームの一員としての意識の向上を図るため、院内感染対策のための基本的考え方及び具体的な方策について、研修を行っているか。 |  |  |
| 13 | ☆ | 診療所の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下に行われているか。 |  |  |
| 14 | ☆ | 診療所全体に共通する院内感染に関する内容について、年２回程度定期的に実施するほか、必要に応じて実施しているか。* 過去１年間の主な開催状況（別紙添付でも可）

　　　　　　研　修　項　目　　　　　 　　　　開催年月日　　　　　　　出席者数 ⅰ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　人 ⅱ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　人ⅲ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　人 |  |  |
| 15 | ☆ | 研修の実施内容（開催または受講日時、出席者、研修項目）について記録しているか。* 立入検査時に、記録を確認します
 |  |  |
| **Ⅳ　感染症の発生状況の報告その他の院内感染対策の推進を目的とした方策** |
| 16 | ☆ | 院内感染の発生状況を把握するため、診療所における感染症の発生動向の情報を共有することで、院内感染の発生の予防及びまん延の防止を図っているか。 ○ サーベイランスの実施状況 　　　実施部門　　　　　　　　対象患者　　　　　　　　実施内容 ⅰ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ⅱ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ⅲ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 点　検　項　目 | 自己点検 | 立入検査 |
| 17 | ☆ | 重大な院内感染等が発生し、院内のみでの対応が困難な事態が発生し、または発生したことが疑われる場合には、地域の専門家等に相談が行われる体制を確保しているか。 |  |  |
| 18 | ☆ | 「院内感染対策指針」に即した院内感染対策マニュアルを整備するなど、院内感染対策の推進のために必要な改善策を図るとともに、それらを定期的に見直しているか。ⅰ　初回作成年月日：　　　　　年　　　　 月　 　　　日作成ⅱ　最終改正年月日：　　　　　年　　　　 月　　 　　日改正 |  |  |

16　サーベイランスについて

　　特定の疾病や出来事についての発生分布や原因に関するデータを継続的、組織的に収集、統合、分析し、その情報を共有すること。（例：特定の治療に使用している器具について細菌が検出された件数、特定の症状を有する患者へのスクリーニング検査の実施、一定の期間内に検査された感染症数）

　　組織内での感染症の発生動向を共有してもらい、必要な感染対策へとつなげることを目的としています。