

新型コロナウイルス感染症チェックリスト

記載日

年

月

日

(高齢者・障がい者施設用)

施設名	記入者	職種

下記チェック欄の「実施している」、「十分とはいえない」のいずれかを選択してください。下記の項目は、まん延防止のために収束まで行っていただきたい項目です。「十分とはいえない」項目については早急に見直しましょう。

	チェック欄		チェック項目	「十分とはいえない」理由をお書きください
	実施している	十分とはいえない		
感染対策の励行と適切な衛生管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手洗いの励行について利用者、来所者及び職員への注意喚起を行っている	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	職員は1ケア1手洗いを励行している。(手洗いは流水と石鹸、又は目に見える汚れがないときはアルコールなどのすりこみ式手洗いも有効)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手洗い後はペーパータオル又は個人タオルを使用し、共有はない	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手すり、ドアノブ、テーブル、ベッド柵など利用者及び職員が頻繁に触れる場所を1日に1回以上、70%以上アルコール又は0.02%～0.05%次亜塩素酸ナトリウム希釈液等適切な薬剤で拭き取っている	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	室温・湿度に留意し定期的に換気を行っている	
新たな患者の早期発見	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	利用者・職員の検温・健康観察を毎日実施し、有症状者は速やかに受診するようにしている	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	咳症状のある利用者には、マスク着用を促している	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	職員はマスク着用でケアを行っている	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発症者を個室管理又は同室に集めている(困難な場合はベッド間隔を1m以上として、カーテン等により飛沫感染予防を予防している)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発症者をケアする場合、特に痰など飛沫をあびる可能性がある場合は、マスクに加え、使い捨て手袋、エプロンを着用している。	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発症者をケアするスタッフは可能な限り限定している	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食事時は適切な距離を保ち、部屋の換気を十分に行い、会話を控えている(自室で食事をしている)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	濃厚に接触した状況のある職員や同室者などのハイリスク者の特定を行っている	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	職員陽性時の復帰時期は主治医に相談、又は施設で定めている	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	会議や委員会等において、感染拡大防止のための対策を検討している(活動・行事の変更や延期、面会に関すること等)		
報告の対策の整理と検討	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	毎日午前中のうちに、施設全体の欠席・欠勤状況や症状のある利用者・職員の状況をまとめている(報告体制がある)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	非常勤等を含めた職員間で、発生状況と対策を共有し取り組んでいる	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	施設医に発生状況を報告し、まん延防止に関する相談を行っている	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	区の高齢・障害等主管課に発生状況を報告した	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	利用者・家族に発生及び施設の対応について周知した	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	家庭での感染予防について指導した	

○施設の感染症対策マニュアルを作成していますか

はい いいえ

○年に1回はマニュアルの見直しを行い、職員全員で共有していますか

はい いいえ

○保健所への相談がありましたらご記入下さい

()