



公印省略

2 総医第 7 0 1 3 号
令和 3 年 3 月 2 2 日

各医師会長 様

久留米市保健所長 内藤 美智子
(総務医薬課)

「院内感染対策自主チェックリスト」について

日頃から、久留米市の保健衛生行政の推進に格別の御配慮をいただき、厚く御礼申し上げます。

標記の件について、久留米市では院内感染の発生及び拡大防止ために中小規模の医療機関を含めた医療機関において活用できる「院内感染対策自主チェックリスト」を作成しました。

つきましては、貴会員にご周知のほど、よろしくお願いいたします。

なお、通知内容に鑑み病院につきましては、別途通知しておりますことを申し添えます。

〒 8 3 0 - 0 0 2 2

久留米市城南町 1 5 番地 5

久留米市保健所総務医薬課

TEL : 0 9 4 2 - 3 0 - 9 7 2 5

FAX : 0 9 4 2 - 3 0 - 9 8 3 3

担 当 : 久保田

院内感染対策 自主チェックリスト



R3. 3

くるっぽ

久留米市イメージキャラクター

久留米市保健所

目 次

第1部	院内感染対策の組織・体制	
1	院内感染対策指針・院内感染防止委員会	1
2	院内感染対策部門・院内感染対策のための教育・研修	2
3	対策実施の適正化、職員の健康管理	3
4	感染症情報の把握・連絡体制	4
5	抗菌薬の適正使用・耐性情報等の共有	5
第2部	標準予防策と感染経路別予防策	
1	手指衛生	6
2	个人防护具の使用	7
3	空気・飛沫感染予防策	8
4	接触感染予防策	9
第3部	施設・場面に応じた感染防止対策	
1	薬剤等の汚染防止	10
2	血管内留置カテーテル関連の感染防止	11
3	尿道留置カテーテル関連の感染防止	12
4	人口呼吸器等関連の感染防止	13
5	経管栄養関連の感染防止	14
6	日常生活ケアにおける感染防止	15
7	排泄ケア・汚物処理における感染防止	16
8	環境管理（清掃・施設衛生）	17
9	器具の洗浄・消毒・滅菌と保管	18
10	内視鏡関連の感染防止	19
11	感染性廃棄物の取扱い	20
12	針刺事故防止	21
13	透析室における感染防止	22
14	手術室における感染防止	23
15	処置室における感染防止	24
第4部	院内感染発生時の対応	
1	感染情報の把握	25
2	拡大防止策の実施	26
3	ゾーニングの実施	27
	【参考資料一覧】	28

第1部 院内感染対策の組織・体制

～1 院内感染対策指針・院内感染対策委員会～

	No.	項目	チェック	備考
指針	1	「院内感染対策のための指針」を定め、基本方針を明確にしているか。		
	2	指針は、院内感染対策委員会において策定・変更等しているか。		
	3	当該指針について従事者への周知を徹底しているか。		
院内感染対策委員会	4	院内感染対策委員会の管理及び運営に関する規定は定められているか。		
	5	院内感染対策委員会は定期的（月1回程度）に開催しているか。		
	6	院内感染対策委員会の議事録を作成し、保管しているか。		
	7	院内感染対策委員会の委員は、職種横断的に構成しているか。		
	8	各部署から院内感染に関する情報が、院内感染対策委員会に報告されているか。		
	9	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。		
	10	院内感染が発生した場合等、速やかに原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに従事者への周知を行っているか。		
	11	院内感染対策委員会で立案された改善策の実施状況を応じて調査し、見直しをしているか。		
	13	重大な問題が発生した場合は、臨時の院内感染対策委員会を開催しているか。		重症死亡事例、アウトブレイク、特定多剤耐性菌の検出等
	14	多剤耐性菌を検出した場合、必要な院内感染対策を実施しているか。		
	15	地域等におけるネットワークに参加し、医療機関間の日常的な相互の協力関係を築いているか。		

補足・説明

※「院内感染対策のための指針」には次に掲げる事項を記載することとされています。（項目1）

- ア．感染対策に関する基本的考え方
- イ．院内感染対策委員会その他の当該病院等の組織に関する基本的事項
- ウ．院内感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針
- エ．感染症の発生状況の報告に関する基本方針
- オ．院内感染発生時の対応に関する基本方針
- カ．患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- キ．その他、院内感染対策の推進のために必要な基本方針

※院内感染対策委員会は、診療部門、看護部門、薬剤部門、臨床検査部門、洗浄・滅菌消毒部門、給食部門、事務部門等の各部門を代表する職員により構成される必要があります。（項目7）



第1部 院内感染対策の組織・体制

～2 院内感染対策部門・院内感染対策のための教育・研修～

	No.	項目	チェック	備考
感染対策部門	1	院内感染対策を担当する部門又は感染制御チーム（ICT）は設置されているか。		
	2	院内感染対策の実務的な中心となる医師等は決められているか。		感染管理者（ICD、ICN 等）
	3	院内感染対策部門等の院内での位置付け及び役割を明確にしているか。		
	4	感染対策部門等による感染防止対策の企画・立案は行われているか。		研修計画等
	5	各部署において感染症対策や情報の収集を行う担当者は決められているか。		リンクナース等
	6	感染対策部門等による定期的な院内巡回・点検等を行っているか。		病棟ラウンド
	7	病棟ラウンドで、感染症発生状況等を点検しているか。		
	8	病棟ラウンドで、予防策の実施状況や効果等を定期的に評価しているか。		
	9	院内感染が発生した場合等、速やかに原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに従事者への周知を行っているか。		
	10	院内感染対策委員会で立案された改善策の実施状況を応じて調査し、見直しをしているか。		
	11	抗菌薬の使用状況を把握し、必要に応じて指導・介入を行っているか。		
	12	300 床未満を目安とする中小規模の病院で院内巡回や点検が行えない場合、必要に応じて地域の専門家に相談できる体制を整備しているか。		
院内感染対策のための研修	13	全職員を対象とした院内感染対策のための研修を定期的実施しているか。		年 2 回程度
	14	研修は病院等全体に共通する院内感染に関する内容であるか。		
	15	研修の実施内容（開催日時、出席者、研修項目等）の記録はあるか。		
	16	研修に参加できなかった職員へも必要な内容の周知徹底を図っているか。		
	17	標準予防策にかかる手技実技等の研修は、実施されているか。		
	18	業務委託業者等の院外の職員に対しても定期的に院内感染予防のための研修を受けさせているか。		

補足・説明

※病棟ラウンドについては、可能な限り 1 週間に 1 回以上の頻度で ICT のうち少なくとも 2 名以上の参加の上で行うことが望ましいです。（項目 6）



第1部 院内感染対策の組織・体制

～3 対策実施の適正化・職員の健康管理～

	No.	項目	チェック	備考
院内感染対策マニュアル	1	院内全体で活用できる総合的な院内感染対策マニュアルはあるか。		
	2	標準予防策についてのマニュアルは作成しているか。		
	3	感染経路別予防策についてのマニュアルは作成しているか。		
	4	職業感染予防策についてのマニュアルは作成しているか。		
	5	疾患別感染症対策についてのマニュアルは作成しているか。		インフルエンザ [*] ウイルス、 ノロウイルス等
	6	洗浄・消毒・滅菌についてのマニュアルは作成しているか。		
	7	抗菌薬の適正使用のマニュアルは作成しているか。		
	8	各部門で使用する感染防止マニュアル・手順書等は作成しているか。		
	9	各種マニュアルの内容については定期的に見直しをしているか。		少なくとも年1回
	10	各種マニュアルの遵守状況の確認を行っているか。		病棟ラウンド等
職員の健康管理	11	流行期前に必要な職員への予防接種を行っているか。		
	12	職員から感染者が出た場合の報告方法は明確になっているか。		感染疑いを含む
	13	就業制限等の基準は定められているか。		
	14	感染症 BCP（業務継続計画）を各職場で策定し、各職場において何人までの欠勤に対応できるか等について想定しているか。		インフルエンザ [*] 、ノロウイルス、風疹等

補足・説明

※必要に応じて部門ごとにそれぞれ特有の対策を盛り込んだマニュアルを整備することが重要です。
（項目8）

※最新の科学的根拠や院内体制の実態に基づき、適時見直しを行うことが必要です。（項目9）

※感染対策部門等により、職員が病院内のマニュアルを遵守していることを定期的に調査して確認する必要があります。（項目10）

※急性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス感染症を含む）、流行性角結膜炎、風疹、流行性耳下腺炎、麻疹、水痘、インフルエンザなどの伝染性疾患に職員が罹患した場合、二次感染の可能性がなくなるまで休業を含めて病原微生物に応じた対策を実施する必要があります。（項目13）



第1部 院内感染対策の組織・体制

～4 感染症情報の把握・連絡体制～

	No.	項目	チェック	備考
発生報告	1	感染症患者の発生を疑った場合の連絡体制は明確になっているか。		
	2	臨床検査部門から、院内感染対策に重要な情報が迅速に伝達されるよう、感染症情報の共有体制を作っているか。		
	3	病院等管理者への連絡・報告体制は明確になっているか。		
情報把握・周知	4	感染情報レポートは週に1回程度作成されているか。		
	5	各部署から院内感染に関する情報が、院内感染対策委員会に報告されているか。		感染情報レポート等の報告
	6	感染症の発生状況や病原体検出状況について分析しているか。		感染経路等
	7	全職員への周知方法は明確になっているか。		カルテ、一斉メール等
保健所連絡	8	保健所への感染症の届出基準は確認しているか。		
	9	保健所等との連絡を担当する部署・担当者は決められているか。		
確認	10	感染対策部門により、感染対策の実施状況の確認は行っているか。		病棟ラウンド等
	11	感染対策の実施状況について院内感染対策委員会で検討されているか。		

補足・説明

※感染症法に規定されている病原体が検出された場合やアウトブレイクが疑われる場合は、速やかに感染対策部門へ報告されることが重要です。（項目1～3）

※「感染情報レポート」は、入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が医療機関の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものです。診療報酬において入院基本料の算定要件になっています。（項目4）

※感染症法に基づく届出以外にも、医療機関で院内感染対策を実施した後、同一医療機関内で同一菌種の細菌又は共通する薬剤耐性遺伝子を含むプラスミドを有すると考えられる細菌による感染症の発病症例（CRE、MDRA、MDRP、VRSA、VREの多剤耐性菌は保菌者を含む）が多数に上る場合（目安として1事例につき10名以上となった場合）又は当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合には、保健所に報告してください。また、このような場合に至らない時点においても、医療機関の判断の下、必要に応じて保健所に報告又は相談することが望ましいです。（項目8）



第1部 院内感染対策の組織・体制

～5 抗菌薬の適正使用・耐性情報等の共有～

	No.	項目	チェック	備考
抗菌薬の使用基準等	1	院内における抗菌薬の適正使用のマニュアル等は作成しているか。		
	2	抗菌薬投与前に微生物検査を行っているか。		
	3	薬剤感受性検査結果を抗菌薬使用の参考にしているか。		
	4	検査結果の判明後は、検出された起因菌に有効かつ抗菌スペクトラムの狭い抗菌薬に変更しているか。		
	5	TDM（血中薬物濃度測定）に基づき投与量を調節しているか。		
	6	周術期抗菌薬の予防投与は適切に実施されているか。		
	7	初期治療薬として必要以上に広域抗菌薬が使用されていないか。		
	8	院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有しているか。		
薬剤耐性情報の把握・共有	9	薬剤感受性検査を実施し、耐性菌の検出情報等の把握を行っているか。 ※感染症法の対象疾患（MRSA、PRSP、MDRP、VRE、VRSA、CRE、MDRA 等） ※その他（ESBL 産生グラム陰性桿菌、その他）		
	10	薬剤耐性菌の検出情報、薬剤感受性情報などを院内で共有する体制を作っているか。		
	11	薬剤耐性菌の検出について感染情報レポートを作成しているか。		感染情報レポート等の報告
	12	患者・家族に対して、抗菌薬の使用、薬剤耐性菌についての説明は適切に行われているか。		

補足・説明

※重症感染症、重篤な基礎疾患を有する患者の感染症、複数菌感染症が疑われる場合には、推定起因菌に有効な広域抗菌薬を初期治療薬として選択することとされています。（項目7）

※特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗 MRS 薬等）については、届出制又は許可制の体制をとることが必要です。（項目8）



第2部 標準予防策と感染経路別予防策

～1 手指衛生～

	No.	項目	チェック	備考
手洗い・手指消毒の選択	1	目に見えて汚染しているとき、あるいは血液やその他の体液で汚染しているときは、手洗いを行っているか。		
	2	目に見える汚れがない場合は、手指消毒を行っているか。		
	3	患者に直接触れる際は、接触前に手指衛生を行っているか。		手袋使用の有無に関わらず実施
	4	粘膜に触れた場合は、手洗いの後、手指消毒を行っているか。		目視できる汚れがなくても
	5	創のある皮膚に触れた場合は、手洗いの後、手指消毒を行っているか。		"
	6	創傷被覆材に触れた場合は、手洗いの後、手指消毒を行っているか。		"
	7	血液、体液と接触した場合は、手洗いの後、手指消毒を行っているか。		"
	8	分泌物と接触した場合は、手洗いの後、手指消毒を行っているか。		"
	9	排泄物と接触した場合は、手洗いの後、手指消毒を行っているか。		"
	10	薬剤混合作業前には、手指衛生を行っているか。		マスク着用、手指衛生後、手袋使用
	11	創傷のない皮膚に触れた場合は、手指衛生を行っているか。		目視できる汚れがなくても
	12	手袋やガウン・マスクを外した後には、手指衛生を行っているか。		
	13	同じ患者であっても業務や処置の合間に、手指衛生を行っているか。		
	14	ノロウイルス、芽胞菌を含む排泄物に接触した疑いがある場合には、手洗いをしているか。		アルコール消毒は効果薄

※手指衛生（手洗い・手指消毒）については、以下の定義としています。

①手洗い：普通石鹸と流水による手洗い

②手指消毒：擦式消毒薬による手指の消毒又は手指洗浄消毒薬と流水による手洗い

補足・説明

※WHO の手指衛生ガイドラインでは、「手指衛生の5つの場面」として以下の5つのタイミングで手指衛生を行うように求めています。

1. 患者に接触する前
2. 清潔／無菌的処置を行う前
3. 体液に暴露する可能性がある場合
4. 患者に接触した後
5. 患者の周囲に触れた後



第2部 標準予防策と感染経路別予防策

～2 個人防護具の使用～

	No.	項目	チェック	備考
手袋	1	血液、体液、あるいは分泌液に接触する可能性があるときは、手袋を着用しているか。		
	2	排泄物に接触する可能性があるときは、手袋を着用しているか。		排泄ケア、尿道カテーテル等
	3	血液等に汚染されたものに接触する可能性があるときは、手袋を着用しているか。		感染性廃棄物等
	4	粘膜や創傷皮膚に接触する可能性があるときは、清潔な手袋を使用しているか。		
	5	汚染した手袋でベッド、ドアノブなどに触れていないか。		
	6	患者ごとに手袋を交換しているか。		
	7	同じ患者であっても、処置ごとに手袋を交換しているか。		
	8	単回使用の手袋は、再使用していないか。		
	9	手袋を着用する前及び外した後に手指衛生を行っているか。		
その他	10	皮膚や着衣の汚染が予想される場合、撥水性のガウンを着用しているか。		場面によりエプロン等
	11	着用していたガウンは使用後直ちに外して廃棄し、手指衛生をしているか。		
	12	目・鼻・口の粘膜に体液などによる汚染が予測される場合（血液やその他体液、分泌物の飛散）は、マスク、ゴーグル等を使用しているか。		
	13	マスク、ゴーグル等は使用後直ちに、汚染した表面に触れないように外し、手指衛生をしているか。		
	14	単回使用の個人防護具は、再使用していないか。		

補足・説明

※手袋を着用した安心感から、汚染した手袋でベッド、ドアノブなどに触れないよう注意が必要です。（項目5）

※手袋を外す動作で手指が汚染される可能性があるため、手袋を外した後は、手指衛生を行います。（項目9）



第2部 標準予防策と感染経路別予防策

～3 空気・飛沫感染予防策～

	No.	項目	チェック	備考
空気感染予防策	1	患者は、出来るだけ個室隔離しているか。		
	2	病室から施設内へ空気の流入を極力抑えるように配慮をしているか。		陰圧設備等
	3	換気は、実施間隔を定めて頻回に行っているか。		
	4	感染症患者の診療やケアを行う担当者は、限定しているか。		
	5	感染症患者の病室への入室前には、N95 マスクを着用しているか。		
	6	患者の行動範囲は、治療上必要な場合以外、病室内に限定しているか。		
	7	患者が病室外に出る場合は、マスクを着用させているか。		
飛沫感染予防策	8	患者は個室隔離又は同一病原体の感染症患者の集団隔離としているか。		
	9	集団隔離の場合、1 m以上のベッド間隔、カーテンで仕切りをしているか。		
	10	感染症患者と他の患者のトイレ等の共用を避けているか。		
	11	感染症患者の診療やケアを行う担当者は限定しているか。		
	12	患者と1 m以内で接触するときは、マスクを着用しているか。		
	13	患者が病室外に出る場合は、マスクを着用させているか。		

補足・説明

※空気感染予防策の必要な患者が多数発生し、個室が不足した場合は、共通の病原体が分離された複数の患者をコホートします。（項目1）

※病室は陰圧室とします。陰圧室は独立換気とし、空気を再循環させる場合は、ダクト内に HEPA フィルターを設置します。（項目2）

※1 時間に少なくとも 12 回の換気を行う空調設計とします。（項目3）

※空気感染対策の対象患者の移送時は、従事者もマスクを着用します。（項目7）



第2部 標準予防策と感染経路別予防策

～4 接触感染予防策～

	No.	項目	チェック	備考
接触感染予防策	1	患者は個室隔離又は同一病原体の感染症患者の集団隔離としているか。		
	2	感染症患者と他の患者のトイレ等の共用を避けているか。		感染力の強い病原体に注意
	3	感染症患者の診療やケアを行う担当者は限定しているか。		
	4	感染症患者の病室への入室時は、手指消毒後、手袋を着用しているか。		
	5	患者、環境表面に接触する場合は、入室前にガウンを着用しているか。		
	6	病室退出時は、ガウン、手袋等を外した後、手指消毒を行っているか。		
	7	患者が病室外に出る際は、感染又は保菌している部位を覆っているか。		
	8	高頻度に患者が接触する環境表面は、注意して清潔保持をしているか。		頻回消毒等

補足・説明

※ベッド柵、オーバーベッドテーブル、ドアノブなどの高頻度接触面や患者に使用している医療機器などよく触れる場所は、1日1回以上環境消毒薬を用いて清拭清掃を行います。（項目8）



第3部 施設・場面に応じた感染防止対策

～1 薬剤等の汚染防止～

	No.	項目	チェック	備考
薬剤等の汚染防止	1	注射薬の混合は、クリーンベンチなど無菌的な環境下で行っているか。		無菌設備設置が望ましい
	2	作業面は消毒用エタノールなどを使用して消毒しているか。		
	3	薬剤混合作業前には、手指衛生を行っているか。		
	4	薬剤混合作業では、マスクを着用し、手指衛生を行った後に清潔な手袋をしているか。		手袋は未滅菌でよい
	5	医薬品の使用前には、容器や蓋の損壊や異物混入等がないかダブルチェックなどにより確認しているか。		
	6	混合調製した注射薬は、原則として速やかに使用しているか。		
	7	高カロリー輸液製剤を保管する場合は、冷蔵庫内で保管しているか。		使用時調整が望ましい
	8	高カロリー輸液製剤は、混合時間を含め28時間以内に投与終了しているか。		
	9	薬剤師は薬剤混合、調製場所の選択・薬剤の管理に関して指導・助言をしているか。		
	10	調製する必要がある経腸栄養剤は、投与直前に調製しているか。		

補足・説明

※注射薬の混合は、クリーンベンチなど無菌的な環境下で行うことが望ましいです。病棟での混合薬剤数は極力少なくするべきですが、やむをえず病棟で薬剤混合を行う場合は、専用スペースで行います。（項目1）



第3部 施設・場面に応じた感染防止対策

～2 血管内留置カテーテル関連の感染防止～

	No.	項目	チェック	備考
基準	1	血管内カテーテル留置の手順は定められているか。		手順書 実施マニュアル
実施準備	2	輸液の調製は、専用スペースで行われているか。		病棟での混合は極力少なく
	3	輸液の調製前には、手指衛生を行っているか。		
	4	医薬品の使用前には、容器や蓋の損壊や異物混入等がないかダブルチェックなどにより確認しているか。		
	5	輸液の調製の際は、マスクを着用し、手指衛生を行った後に清潔な手袋をしているか。		手袋は未滅菌でよい
	6	混合調製した注射薬は、原則として速やかに使用しているか。		
実施時・実施後	7	輸液ラインは定期的に交換しているか。		週1～2回
	8	血液、血液製剤及び脂肪乳剤の投与に使用する輸液ラインは、24時間以内に交換しているか。		
	9	挿入部には滅菌したドレッシング材を使用しているか。		
	10	挿入部の感染兆候を定期的に観察しているか。		発赤等の兆候
	11	挿入部のドレッシングは定期的に交換しているか。		週1～2回
	12	中心静脈カテーテル挿入部位は、感染リスク等を考慮して選択しているか。		
	13	中心静脈カテーテルの輸液セットに三方活栓を使用していないか。		
	14	中心静脈カテーテル挿入時は、高度バリアプリコーションを行っているか。		
	15	挿入部の消毒は、血流感染を低減する消毒薬を使用しているか。		

補足・説明

※混合時間を含め28時間以内に投与が完了するように計画します。保存する必要がある場合には無菌環境下で調製し、冷蔵庫保存します。(項目6)

※カテーテル挿入部の発赤、圧痛、汚染、ドレッシングの剥れなどを毎日観察します。(項目10)

※中心静脈カテーテル挿入時は高度バリアプリコーション(滅菌手袋、長い袖の滅菌ガウン、マスク、帽子と広い滅菌覆布)を行います。(項目14)

※カテーテル挿入部の皮膚消毒は、クロルヘキシジンアルコールまたはポビドンヨードを使用します。(項目15)



第3部 施設・場面に応じた感染防止対策

～3 尿道留置カテーテル関連の感染防止～

	No.	項目	チェック	備考
基準	1	尿道留置カテーテル留置の手順は定められているか。		手順書 実施マニュアル
	2	尿道留置カテーテルの留置は、必要時のみとしているか。		
準備	3	カテーテルと採尿バッグが一体化した閉鎖式採尿システムを使用しているか。		
実施時・実施後	4	カテーテルは滅菌済みの器具を用いて、無菌操作で挿入しているか。		
	5	採尿バッグは、常に膀胱よりも下の高さに置いているか。		
	6	採尿バッグは、床に直接接触させていないか。		
	7	カテーテルや採尿バッグは屈曲しないようにしているか。		
	8	採尿バッグは定期的に回収しているか。		
	9	尿の回収時に排液口を回収容器に接触させてないか。		

補足・説明

※尿道留置カテーテルは適応がある場合のみ留置し、医療従事者の便宜のためには使用しないとされています。（項目2）

※定期的なカテーテルの交換を行う必要はないとされています。また、感染予防のための膀胱洗浄は行いません。（項目2）



第3部 施設・場面に応じた感染防止対策

～4 人工呼吸器等関連の感染防止～

	No.	項目	チェック	備考
吸引処置	1	吸入器具の取扱方法や手順を定めているか。		手順書 実施マニュアル
	2	吸入回路、吸入ピンは、患者ごとに専用になっているか。		
	3	気管内吸引の前後には手指消毒を行い、実施時は手袋を使用しているか。		
	4	単回使用の吸引チューブは、再使用していないか。		
人工呼吸器使用時	5	人工呼吸器の本体表面に汚染があった場合は使用説明書にしたがって汚染の除去と消毒を行っているか。		
	6	人工呼吸器に関連した単回使用製品は、再使用していないか。		
	7	人工呼吸器回路を新規患者に使用する場合は、滅菌したものを使用しているか。		再使用可能な製品の場合
	8	人工呼吸器回路に目に見える汚染がある場合は交換しているか。		
	9	アンビューバッグやジャクソンリースは汚染がなくても患者ごとに交換しているか。		
	10	人工呼吸器回路内の結露は、患者側に流入しないように除去しているか。		
	11	気管チューブの抜管時、または気管チューブを動かす前には、カフ上の分泌物を吸引・除去しているか。		
	12	定期的に患者の口腔内清拭を行っているか。		

補足・説明

※人工呼吸器回路を同一患者に使用する場合は、特別の汚染や破損がない限り1週間以内に定期的に交換する必要はありません。(項目8)



第3部 施設・場面に応じた感染防止対策

～5 経腸栄養関連の感染防止～

	No.	項目	チェック	備考
栄養剤調整	1	バッグ型製剤（RTH 製剤）を用いるようにしているか。		
	2	調製する必要がある経腸栄養剤は、投与直前に調製しているか。		
	3	経腸栄養剤を調製後、投与までに時間がある場合は冷蔵庫内に保存しているか。		
	4	開封後、冷蔵していない状態で8時間以上経過したものは廃棄しているか。		
実施時・実施後	5	経腸栄養用経鼻チューブ挿入後には先端位置を X 線撮影で確認しているか。		
	6	胃瘻周囲の状態は毎日観察し、清潔な状態を保っているか。		
	7	経腸栄養剤投与容器は使用のたびに洗浄・消毒し、経腸栄養剤の注ぎ足しをしていないか。		
	8	経腸栄養投与ラインは、使用するたびに洗浄・消毒を行っているか。		チューブ内洗浄等

補足・説明

※溶解・希釈を行う製剤では8時間以内に、RTH 製剤では24時間以内に投与します。
（項目2）



第3部 施設・場面に応じた感染防止対策 ～6 日常生活ケアにおける感染防止～

	No.	項目	チェック	備考
浴室	1	特定の病原体を保菌する患者は、最後に入浴するか専用の浴室を使用しているか。		
	2	浴室は、使用後に1日1回中性洗剤で洗浄し、乾燥させているか。		
リネンの取扱い	3	使用前のリネンは使用後のリネンとは別に独立したスペースで保管しているか。		
	4	リネンは目に見える汚染のある場合直ちに交換しているか。		
	5	血液等に汚染されたリネンは、感染性リネンと認識されているか。		
	6	感染性リネンは、専用の容器又は袋に密封し、搬送しているか。		
	7	院内で感染性リネンを消毒する場合は、適切な方法で実施しているか。		
	8	身体清拭用タオルは使用直前に加湿・加温しているか。		
	9	使用後の身体清拭用タオルはその日のうちに洗濯し乾燥させているか。		

補足・説明

※シャワーヘッドも、定期的に清掃することが勧められています。（項目2）

※血液、体液、排泄物などに汚染されたリネンは、感染性リネンとして取扱い、専用の容器又は袋に密封し、搬送します。（項目5、6）

※院内で感染性リネンを消毒する場合は、熱水（80℃、10分間）で消毒するか、0.025%（250ppm）次亜塩素酸ナトリウム液で30℃、5分間以上浸します。（項目7）



第3部 施設・場面に応じた感染防止対策 ～7 排泄ケア・汚染処理における感染防止～

	No.	項目	チェック	備考
トイレ・便器等	1	ポータブル便器や尿器は個人使用とし、共用していないか。		
	2	ポータブル便器や尿器は、1日1回は洗浄、消毒、乾燥を行っているか。		
	3	トイレの便器やその周囲は、1日1回以上、洗浄を行っているか。		中性洗剤等
	4	便座、ドアノブなどの高頻度接触部位は、1日1回以上清拭しているか。		アルコール消毒等
	5	腸管感染症患者は、共用トイレを使用していないか。		共用の場合使用後消毒
尿量計	6	尿量計の操作した後は、手指衛生を行っているか。		
	7	尿量計の操作パネルは、1日1回以上清拭しているか。		アルコール消毒等
汚物処理室	8	汚物処理室での作業の前後に、手指衛生を行っているか。		
	9	汚物処理は、手袋及び必要な個人防護具を使用しているか。		撥水性ガウン、マスク等
	10	汚物処理室は、1日1回以上清掃・消毒を行っているか。		
流し	11	手洗い用の流しと汚染物を取り扱う流しを区別しているか。		
	12	水道の活栓は、自動活栓としているか。		
	13	流しは1日1回以上、洗剤を用いて清掃しているか。		
	14	流しの周囲は、こまめに水分を拭き取るようにしているか。		

補足・説明

※便器や尿器をやむなく共用する場合は、使用後に洗浄、消毒、乾燥を行います。（項目1）

※腸管感染症患者が、やむを得ず共用トイレを使用する場合は、腸管感染症患者使用後に 0.1%（1,000ppm）次亜塩素酸ナトリウム液などを用いて便座および汚染箇所を消毒します。（項目5）

※不必要な尿量測定は行いません。（項目6）

※血液や体液による汚染がある場合には、まずペーパータオルと洗剤で拭き取り（除染）、0.1%（1,000ppm）次亜塩素酸ナトリウム液などによる消毒を行います。（項目10）

※流しは、水が身体に跳ね返らないように、深さのあるシンクを採用することが望ましいです。（項目11）



第3部 施設・場面に応じた感染防止対策

～8 環境管理(清掃・施設衛生)～

	No.	項目	チェック	備考
基準	1	清掃方法についてはマニュアル（委託業務を含む）を作成し、定期的に見直しているか。		手順書 実施マニュアル
	2	清掃は日常清掃、定期清掃、緊急清掃の3つに分類して実施しているか。		
	3	汚染管理区域（トイレ、汚物処理室等）や一般清潔区域（薬剤混合区域、一般病室、食堂、面会室等）等のように、清浄度に応じて区分しているか。		
清掃作業	4	手指が高頻度に接触する表面は、1日1回以上は清拭をしているか。		
	5	接触の少ない床面は1日1回洗剤を用いた湿式清掃を行っているか。		
	6	カーテン等は、目に見える汚れがなくても定期的に清掃を行っているか。		
	7	血液等による汚染がある場合は、汚染の除去と消毒を行っているか。		
	8	血液等による汚染がある場合は、個人防護具を着用しているか。		
給水（湯）設備	9	給水（湯）設備やシャワーの蛇口などでレジオネラが繁殖しないよう、定期的な消毒を行っているか。		
	10	菌が生育できない高い水温や塩素濃度を維持しているか。		

補足・説明

※日常清掃：毎日行う清掃であり、原則として消毒薬を用いる必要はない。（項目4、5）

- ・手指が高頻度に接触する表面（ベッド柵、ナースコール、医療機器など：高頻度接触表面）は1日1回以上の日常清掃または低水準消毒薬もしくはアルコールを用いて消毒を行う。
- ・床の清掃で使用したモップのモップヘッドは80℃の熱水で10分間処理する。

※定期清掃：一定期間ごとに行う清掃であり、消毒薬を用いる必要はない。（項目6）

- ・換気口や窓の格子、壁面、カーテンは目に見える汚染がない限り定期清掃を行う。

※緊急清掃：血液、体液、排泄物などによる環境の汚染時には、汚染の除去と消毒を行う。（項目7、8）

- ・血液、体液、排泄物などの汚染の除去をする方法は、乾燥する前にまずペーパータオルと洗剤で拭き取って汚物を除去し、1,000ppm（0.1%）次亜塩素酸ナトリウム液を用いて清拭消毒する。
- ・血液、体液、排泄物などの汚染の除去をする際には、個人防護具（手袋、マスク、ゴーグルまたはフェースシールド、エプロンなど）を着用する。



第3部 施設・場面に応じた感染防止対策 ～9 器具の洗浄・消毒・滅菌と保管～

	No.	項目	チェック	備考
洗浄	1	消毒と滅菌の前に有機物の汚染を除去するために洗浄を行っているか。		血液等による汚染
	2	器具の洗浄は各部署で行わず、中央部門で一括処理しているか。		
	3	洗浄を行う場合は、必要な个人防护具を着用しているか。		
消毒・滅菌	4	無菌の組織又は血管内などに使用する器材は滅菌を行っているか。		
	5	粘膜又は創傷のある皮膚に触れる器材は高水準消毒を行っているか。		内視鏡等
	6	創のある皮膚などに使用する体温計などは中水準消毒を行っているか。		
	7	創傷のない皮膚に触れる器材は、洗浄もしくは低水準消毒を行っているか。		
保管	8	滅菌した器材類について、滅菌保証期限内に用いているか。		
	9	滅菌物の保管は、汚染が起こらないよう注意しているか。		
	10	単回使用製品の再使用は行っていないか。		

補足・説明

※高水準消毒した器材は、高水準消毒済みであることを確認できるように、タグを付けておきます。
(項目5)

※医療機器の使用に当たっては、その種類を問わず、添付文書で指定された使用方法等を遵守するとともに、特に単回使用医療機器については、特段の合理的理由がない限り、これを再使用しないでください。(項目10)



第3部 施設・場面に応じた感染防止対策 ～10 内視鏡関連の感染防止～

	No.	項目	チェック	備考
基準	1	内視鏡の運用方法を明確に定めているか。		手順書 実施マニュアル
	2	内視鏡の衛生管理・保守点検の責任者を定めているか。		
	3	患者名、診療録番号、手技名、術者、内視鏡シリアルナンバー、洗浄者、内視鏡洗浄消毒装置についての検査記録簿を作成し記録しているか。		
一次洗浄	4	内視鏡の部品を取り外し、酵素系洗剤に完全に浸漬しているか。		
	5	開口部の大きさに合ったブラシを用いて洗浄しているか。		チャンネル、部品、コネクタ
消毒・滅菌	6	内視鏡は使用ごとに、高水準消毒又は滅菌しているか。		
	7	高水準消毒薬を全てのチャンネルを満たすように内視鏡・部品を完全に浸漬しているか。		浸漬法 高水準消毒薬
	8	消毒後は、滅菌水、濾過水、水道水のいずれかで内視鏡をすすぎ、消毒薬を除去しているか。		
	9	すすぎ水は、1回ごとに排水しているか。		
	10	チャンネルは、エタノール等を通した後、送気して乾燥させているか。		
	11	生検鉗子（再利用可能なもの）は滅菌しているか。		
保管	12	送水ボトルと連結チューブは、高水準消毒又は滅菌をしているか。		最低1日1回
	13	洗浄・消毒した内視鏡は、汚染を避け専用の保管庫に保管しているか。		ケースに保管しない
	14	内視鏡は乾燥しやすいよう垂直に立てて保管しているか。		
	15	使用前の内視鏡は、使用後のものと判別できるように管理しているか。		
従事者	16	内視鏡の衛生管理に関する院内研修会を開催しているか。		
	17	術者、介助者、洗浄者は必要な個人防護具を着用しているか。		
	18	個人防護具を着用したまま、カルテの記載等を行っていないか。		

補足・説明

※酵素系洗剤は温度管理が重要であり、使用毎に廃棄が必要です。（項目4）

※高水準消毒薬としてグルタラール製剤、フタラール製剤、過酢酸を使用します。
（項目6、7）

※使用前の内視鏡と使用後の内視鏡が交差しないようにし、使用後の内視鏡は専用の搬送用トレイに入れ、周囲に汚染のないように洗浄室まで搬送します。（項目15）

（注）自動洗浄消毒機を使用する場合は、取扱説明書を十分に確認することが必要です。



第3部 施設・場面に応じた感染防止対策

～11 感染性廃棄物の取扱い～

	No.	項目	チェック	備考
基準	1	感染性廃棄物の取扱いについて、管理規定を作成しているか。		手順書 実施マニュアル
分別・病棟内等での取扱い	2	廃棄物が発生した場所で、感染性廃棄物と非感染性廃棄物とを区別しているか。		病棟内等
	3	破損や漏出しないよう感染性廃棄物の容器を使用しているか。		
	4	保管容器には、廃棄物の形状、材質・汚染状況に応じた表示をしているか。		バイオハザードマーク (色別)
	5	鋭利な廃棄物は、耐貫通性容器に廃棄しているか。		
	6	一旦容器に入れた廃棄物を素手で触れたり取り出したりしていないか。		
	7	病棟内等での一時保管は極力短時間としているか。		
廃棄処理	8	感染性廃棄物置場は、関係者以外が立ち入れないようにしているか。		
	9	感染性廃棄物保管場所には、保管場所である表示をしているか。		
	10	特別管理産業廃棄物処理業者等に委託して処理しているか。		許可業者
	11	感染性廃棄物の発生や処理状況を定期的に確認しているか。		

補足・説明

※感染性廃棄物を施設内で安全に移動できるように、破損や漏出しない容器を使用します。(項目3)

※感染性廃棄物の容器には、形状や材質、汚染状況、排出場所及び感染症の種類によって感染性廃棄物を判断し、バイオハザードマーク(赤色、橙色、黄色)などを添付します。

(項目4)

赤色：血液などの液状又は泥状の廃棄物

橙色：固形状(血液などが付着したガーゼなど)の廃棄物

黄色：鋭利な廃棄物



第3部 施設・場面に応じた感染防止対策 ～12 針刺事故防止～

	No.	項目	チェック	備考
基準	1	針刺し・切創事象発生後の対応をマニュアル化しているか。		
予防・事故防止	2	職員のウイルス抗体検査、ワクチン接種を行っているか。		インフルエンザ、水痘、麻疹等
	3	血液等に暴露の可能性のある職員に HBV ワクチンを接種しているか。		
	4	注射針は原則として、リキャップを行っていないか。		
	5	使用後の鋭利器材は直ちに専用容器に廃棄しているか。		耐貫通性専用廃棄容器
	6	鋭利器材の廃棄容器は、処置終了時に容易に手が届く場所に設置しているか。		
	7	廃棄容器の移動・交換時は、蓋をしているか。		
	8	鋭利器材の廃棄容器は、内容が八分目に達した時点で交換廃棄しているか。		
発生時の対応	9	血液等に暴露した場合、皮膚を石鹸・流水で、粘膜は流水で洗ったか。		応急処置
	10	事故発生後、速やかに院内感染対策担当者等に報告したか。		発生報告
	11	感染リスクに応じて、必要な抗ウイルス剤等の予防投与を受けたか。		予防投与
	12	ウイルス肝炎（肝臓）、HIV 等の専門医に相談したか。		
再発防止	13	院内感染対策部門による事故の概要・経過整理は行われているか。		
	14	院内感染対策部門による事故の全数把握は行われているか。		

補足・説明

※緊急報告、緊急処置、治療、予防、経過観察をとれる体制をとり、マニュアルを整備します。（項目1）

※医療従事者を雇用する医療機関は、労働者災害補償保険法に従い、労災保険加入のために必要な手続きを行います。



第3部 施設・場面に応じた感染防止対策

～13 透析室における感染防止～

	No.	項目	チェック	備考
基準	1	透析操作及び透析機器・器具等の洗浄・消毒方法を定めているか。		手順書 実施マニュアル
配置	2	透析室のベッド間隔は、1メートル以上取られているか。		
	3	肝炎ウイルス陽性患者等は、透析室内の定位置で透析を実施しているか。		
操作時の感染防止	4	透析操作の前後に、十分な手指衛生を行っているか。		
	5	透析患者の器具は、患者ごとに滅菌された単回使用製品を使用しているか。		
	6	透析の開始操作は、患者側と装置側それぞれ1名ずつ担当し共同で行っているか。		
	7	廃棄容器の移動・交換時は、蓋をしているか。		
	8	穿刺および抜針操作時は、手袋及び必要な个人防护具を使用しているか。		撥水性ガウン、マスク等
針刺防止	9	穿刺後の針はリキャップせずに耐貫通性容器に廃棄しているか。		
	10	スタッフへの定期的健康診断、HBV ワクチン接種の機会は設けられているか。		
環境衛生	11	リネン類は患者ごとに交換しているか。		
	12	血液、体液の付着したものは感染性リネンとして処理しているか。		
	13	透析ベッドの柵やオーバーテーブル等は、透析終了ごとに洗浄し、適切な消毒薬で清拭しているか。		
危機管理	14	透析装置の保守点検は、期間を定めて定期的の実施しているか。		
	15	逆浸透水システムは、月1回以上、洗浄消毒を行っているか。		
	16	透析用水は細菌学検査とエンドトキシン検査を月1回行っているか。		
注射	17	透析中に投与され注射薬剤は、透析室から区画された場所が無菌的に準備されているか。		

補足・説明

※開始操作を1人で操作する場合は、手袋が血液や浸出液で汚染する可能性もあり、汚染物質がついた手袋が装置に直接触れないように操作します。（項目6）

※血液汚染がある際の消毒に中水準消毒薬、特に 300～600 ppm（0.03～0.06%）次亜塩素酸ナトリウムを推奨しています。（項目13）



第3部 施設・場面に応じた感染防止対策 ～14 手術室における感染防止～

	No.	項目	チェック	備考
空調	1	手術室内の空調は、廊下その他の区域に対して陽圧を維持しているか。		
	2	再循環した空気であっても外気であっても、空気は HEPA フィルターまたは高性能フィルターを通過させているか。		
	3	必要時以外は、手術室の扉は閉めているか。		
	4	手術室への入室者数は必要最小限とし、手術中の部屋の出入りもなるべく少なくしているか。		
手指衛生・防護具	5	術者の手指は爪を短く切って清潔にし、装身具をつけていないか。		
	6	手から肘上までの手洗いの後、肘上まで手指消毒を行っているか。		
	7	皮膚から排膿のある従事者は、治癒するまで就業を制限しているか。		
	8	従事者は、口と鼻を覆うマスク、頭髮を完全に覆う帽子を着用しているか。		全ての手術室入室スタッフ
	9	手術ガウンや覆布は、撥水性のものを使用しているか。		
手術創	10	一次閉鎖された手術創は、フィルムドレッシング材で被覆しているか。		
	11	手術部位への接触時は、手指消毒後、手袋を着用しているか。		ドレッシング材交換時 も同様

補足・説明

※1時間あたり15回以上の換気を行い、そのうち3回以上は外気を導入します。
(項目2)

※空気は天井から床の方向に流れるようにします。(項目2)

※手術創はドレッシング材で、術後48時間は保護します。(項目10)



第3部 施設・場面に応じた感染防止対策

～15 処置室における感染防止～

	No.	項目	チェック	備考
処置室の感染防止	1	処置室の衛生管理の責任者を決めているか。		
	2	処置室は、清潔区域と不潔区域を区別（ゾーニング）して使用しているか。		
	3	患者の処置終了ごとに、環境衛生を行っているか。		
	4	処置用ベッドをシーツで覆う場合は、目に見える汚染のある場合は交換しているか。		
	5	清潔操作を行う作業台の表面を使用前に消毒用アルコールなどで清拭しているか。		

補足・説明

※清潔区域：患者の処置を行う場所

（創傷の手当て、簡単な縫合手術、投薬・注射、採血、身体計測、
侵襲の高い処置）

不潔区域：処置に伴う感染性廃棄物の後始末をする場所
（項目2）



第4部 院内感染発生時の対応

～1 感染情報の把握～

	No.	項目	チェック	備考
発生確認・伝達	1	感染症法に規定されている病原体が検出された場合やアウトブレイクが疑われる場合は、速やかに感染対策部門へ報告されているか。		
	2	院内感染対策チーム（ICT）は組織・編成されているか。		
	3	職員の感染状況を含め、院内全体の発生状況の確認を行ったか。		
	4	臨時の院内感染対策委員会を開催し、病院管理者に報告を行ったか。		
情報整理・対策検討	5	アウトブレイクが疑われる場合、「症例定義」を作成したか。		
	6	発生状況（時、場所、人）について整理し、感染源・感染経路等について検討したか。		サーベイランスシートの作成
	7	保菌者検索の要否について検討したか。		
	8	環境調査（環境面からの病原体検出）の要否について検討したか。		
	9	院内感染対策委員会で対策を提示し、実施したか。		
届出・報告	10	感染症法等法令に基づく保健所への届出は行ったか。		保健予防課 0942-30-9730
	11	患者発生の拡大傾向が続く場合などは、保健所等に報告をしたか。		総務医薬課 0942-30-9725
	12	通常とは異なる発生状況等が見られる場合、保健所等に報告をしたか。		総務医薬課 0942-30-9725

補足・説明

※カルバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE）、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）、多剤耐性緑膿菌（MDRP）、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）及び多剤耐性アシネトバクター属（MDRA）の5種類の多剤耐性菌については、保菌も含めて1例目の発見をもってアウトブレイクに準じた嚴重な感染対策が必要です。（項目1）

※症例定義には、①感染症・無症状病原体保有患者の定義、②発生期間、③病棟、の3項目を含めます。（項目5）

※発生状況を時（発症日、検体提出日等）、場所（病棟等）、人（年齢、性別、診療科等）について整理します。（項目6）



第4部 院内感染発生時の対応 ～2 拡大防止策の実施～

	No.	項目	チェック	備考
周知	1	全職員に、発生したアウトブレイクに対して迅速に情報共有を行なったか。		
感染防止策	2	標準予防策に加え、病原体に応じた感染経路別予防策を実施したか。		
	3	病原体の種類に応じて、必要な隔離や従事者の限定を行ったか。		
	4	職員に対し、個人防護具等の使用と手指衛生の管理を徹底・強化を行ったか。		
	5	環境整備、清掃実施状況を確認したか。		
	6	当該病棟等への新規患者受入制限等の検討（又は実施）を行っているか。		
	7	予防薬やワクチンがある場合は、その適応を考慮したか。		
対策評価	8	拡大防止策の実施状況について、確認をしているか。		
	9	新規発生状況等について、確認しているか。		
終息判断	10	新規の症例発症が一定期間認められなかった場合に、終息判断しているか。		
	11	終息判断を行うまで、注意深く発生状況等の把握を行っているか。		

補足・説明

※継続的な監視を行っても新規の症例発症が一定期間*認められなかった場合には、アウトブレイクの終息と判断します。（項目10）

*一定期間：非常在性の病原体の場合は、一般的には潜伏期間の2～3倍の期間



第4部 院内感染発生時の対応

～3 ゾーニングの実施～

	No.	項目	チェック	備考
ゾーニングの考え方	1	汚染区域と清潔区域を明確に区別しているか。		
	2	汚染区域は可能な範囲で狭く設定しているか。		
	3	ナースステーションは原則として清潔区域としているか。		
	4	医療従事者は汚染区域に入る際に必要な個人防護具を着用し、汚染区域から出る際に個人防護具を脱衣しているか。		
	5	個人防護具の着用場所と脱衣場所は明確に指定しているか。		
	6	清潔区域では、汚染の起こりやすい部位を中心に頻回に清掃消毒を行うなど、意識して清潔な状態を保ってるか。		
	7	いずれの区域においても十分な換気を行っているか。		

補足・説明

※汚染区域をレッドゾーン、清潔区域をグリーンゾーンと呼ぶなど、様々な場面において各区域が色で表現されています。（項目1）

※汚染区域を広く設定すると環境表面や機材類がより広く汚染され、医療従事者の曝露機会が増えるとともに後の清掃消毒の負担が大きくなります。（項目2）

※ナースステーションを汚染区域にすると医療従事者が常に感染リスクの高い状態におかれ、ストレスや疲労を強めることとなります。（項目3）

※個人防護具の着用と脱衣は別の場所で行います。着用場所には必要十分な個人防護具、脱衣場所には感染性廃棄物容器を準備します。また、手指消毒を確実に行えるよう、いずれにも手指消毒剤を用意します。（項目5）

※空気が清潔区域から汚染区域の方向に流れるよう工夫します。（項目7）



- ・「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」
(平成 19 年 3 月 30 日 医政発第 0330010 号 厚生労働省医政局長通知)
- ・「医療機関における院内感染対策について」
(平成 26 年 12 月 19 日 医政地発 1219 第 1 号 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)
- ・「医療機関における安全管理について」
(平成 28 年 11 月 25 日 医政総発 1125 第 2 号 厚生労働省医政局総務課長通知)
- ・「単回使用医療機器の取扱いの再周知及び医療機器に係る医療安全等の徹底について」
(平成 29 年 9 月 21 日 医政発 0921 第 3 号 厚生労働省医政局長通知)
- ・「医療機関における院内感染対策のための自主点検等について」
(令和 2 年 7 月 31 日 事務連絡 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部)
- ・「医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き（案）」
(平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）「医療機関における感染制御に関する研究」研究代表者：八木哲也)
- ・「中小病院／診療所を対象にした医療関連感染制御指針（ガイドライン）（2013 年度案 2014 年 3 月改訂）」
(平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「医療機関における感染制御に関する研究」研究代表者：小林寛伊)
- ・「透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン（五訂版）」
(日本透析医会（「透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン」改訂に向けたワーキンググループ）)
- ・「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」
(2019 年 3 月 感染症教育コンソーシアム（中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス作成チーム）)
- ・「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」
(平成 30 年 3 月 環境省環境再生・資源循環局)
- ・「平成 25 年 政府行動計画・ガイドラインを踏まえた「医療機関における新型インフルエンザ等対策立案のための手引き」（平成 25 年 9 月暫定 1.1 版）」
(平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金 新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業「新型インフルエンザ等発生時の市町村におけるワクチンの効率的な接種体制のあり方の検討」分担研究「新型インフルエンザ等に対する医療機関における BCP 策定の手引きの検討」)
- ・「院内感染対策のための自主管理チェックリスト」
(平成 29 年 6 月 東京都福祉保健局)

