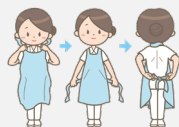


個人防護具適正使用チェックリスト①

～場面別～



A 着用場面

B 適切な着用

エプロン/ガウン

- | | YES | NA |
|---------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1.血液・体液・排泄物等に着衣が触れる可能性のある前に着用している | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.接触予防策が必要な入所者等とその周囲環境に着衣が触れる前に着用している | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.布エプロンを個人防護具として使用していない | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |

エプロン/ガウン

- | | YES | NA |
|-------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1.エプロン/ガウンを二重で着用していない | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.使用したエプロン/ガウンのまま他の処置・介助をしてない | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.使用後のエプロン/ガウンを消毒していない | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.再使用していない | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |

サージカルマスク

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 4.血液・体液・排泄物等が鼻・口に飛散する可能性のある前に着用している | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.飛沫予防策が必要な入所者等の病室に入る前に着用している | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |

サージカルマスク

- | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 5.上下、表裏を確認し、鼻と口を完全に覆っている | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|

N95レスピレーター

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 6.空気予防策あるいはエアロゾル対策が必要な場面で着用している | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------|-----------------------|--------------------------|

N95レスピレーター

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 6.フィットテストで自分に合ったN95レスピレーターを確認している | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. N95レスピレーターの着用ごとにシールチェックしている | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ヘッドバンド(締め紐)は製品ごとに決められた位置に掛けている | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |

シールド/アイウェア

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 7.血液・体液・排泄物等が眼に飛散する可能性のある前に着用している | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.飛散量や飛散方向に合わせてシールド/アイウェアを選択している | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |

シールド/アイウェア

- | | | |
|---|-----------------------|--------------------------|
| 9. 処置・ケアで着用したシールド/アイウェアのまま清潔/不潔ゾーンを行き来していない | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 眼鏡をシールド/アイウェアの代用としていない | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |

手袋

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 9.血液・体液・排泄物等に手が触れる可能性のある直前に着用している | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.接触予防策が必要な入所者等とその周囲環境に触れる直前に着用している | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |

手袋

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 11.未滅菌手袋を二重着用していない | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.処置・ケアで着用した手袋のまま入所者等のゾーンから出していない | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.手袋の上から消毒してない | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.再使用していない | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |

着用場面 ポイント

YESの合計	項目の合計	NAの合計	少数第1位まで算出
<input type="text"/>	/ (10 - <input type="text"/>) =	<input type="text"/>	<input type="text"/> 点

※ チェック項目を1ポイントとして合算

適切な着用 ポイント

YESの合計	項目の合計	NAの合計	少数第1位まで算出
<input type="text"/>	/ (14 - <input type="text"/>) =	<input type="text"/>	<input type="text"/> 点

※ チェック項目を1ポイントとして合算

参考: 個人防護具の適切な着脱順序



日付 20 / /

部署

確認者

個人防護具適正使用チェックリスト②

～場面別～

C 適切な交換・脱衣



エプロン/ガウン

YES NA

- 1.汚染時や破損時は交換している YES NA
- 2.同じ入所者等でも異なるケアの際に交換している YES NA

サージカルマスク

- 3.汚染時や破損時は交換している YES NA
- 4.使用後に腕などにつけ、別の機会に再使用していない YES NA

N95レスピレーター

- 5.回数・日数など交換頻度を明確にしている YES NA
- 6.汚染時や破損時は交換している YES NA

シールド/アイウェア

- 7.単回使用品を再使用していない YES NA
- 8.再使用可能品は適切に除染している YES NA

手袋

- 9.汚染時や破損時は交換している YES NA
- 10.同じ入所者等でも異なるケアの際に交換している YES NA

適切な交換・脱衣 ポイント

YESの合計 項目の合計 NAの合計 少数第1位まで算出

/ (10 -) = 点

※ チェック項目を1ポイントとして合算

適正使用チェック時のヒント

チェックリストの使用場面

- このチェックリストは、個人防護具の選び方や使い方を定期的にチェックするために使用します。
- チェックリストには、「個人防護具別」と「場面別」があります。
ご施設で使用しやすい方を使用してください。

ポイントの付け方

- 設問の内容そのものが当てはまらない場合には
「NA : Not Available (該当なし)」に✓をつけます。
- 設問の内容に当てはまる場合は「YES」に✓をつけます。
- 「YES」と「NA」に該当しない設問の場合は、✓をつけません。
- 「ポイント」の空欄に各回答の✓数を記入します。

すべての個人防護具の保管と品質管理



★★★定期的に確認しましょう★★★

	手袋	エプロン/ガウン	サージカルマスク	N95	シールド/アイウェア
1.水はねしやすい場所に置いていない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.直射日光下に保管していない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.着用時に生地の変色、縫製のほつれなどの不具合が生じない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.着用時にズレやサイズ感等に不具合がない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.着用の支障となる劣化や臭気など不快な装着感がない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.着用の支障となる汚染の付着やゴムだまり、偏肉等がない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.着用後にべとつき等が生じない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

日付 20 / /

部署

確認者