

院内感染対策に関するアンケート

川口市保健所

医療機関名 御所属 部・課・室 記入者御氏名

連絡先 TEL

ご回答は、指定している場合を除き、2023年6月1日現在の実施状況について、ご記入ください。

1	多剤耐性菌対策のマニュアルについて、現在策定している今後作成や改訂を検討する多剤耐性菌に関するマニュアルについて、あてはまるものすべてに○をつけ、作成や改定を検討する具体的内容について記入してください。					
	策定しているマニュアル	<input type="checkbox"/>	MRSA	今後、作成や改定を検討	<input type="checkbox"/>	MRSA (具体的に )
		<input type="checkbox"/>	CRE		<input type="checkbox"/>	CRE (具体的に )
		<input type="checkbox"/>	MDRP		<input type="checkbox"/>	MDRP (具体的に )
		<input type="checkbox"/>	MDRA		<input type="checkbox"/>	MDRA (具体的に )
		<input type="checkbox"/>	ESBL産生菌		<input type="checkbox"/>	ESBL産生菌 (具体的に )
		<input type="checkbox"/>	その他 (具体的に )		<input type="checkbox"/>	その他 (具体的に ) (具体的に )

2	現在、MRSAおよびCREの感染予防について、現在、貴院のマニュアルに規定している、あわせて、今後、改善、検討したい項目についてあてはまるものすべてに○をつけ、補足したいことがあれば記載してください。				
	<b>MRSA</b>				
	現在規定	今後、規定を検討したい			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	個室管理する病状等	<input type="checkbox"/>	補足すること )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	個室管理する場合の病室のカーテンの除去	<input type="checkbox"/>	補足すること )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	多床室のカーテンや個室ドア等への接触感染予防策の掲示	<input type="checkbox"/>	補足すること )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	作業別 (例: 検温、体位変換、リネン交換等) の个人防护具 (例: 手袋、袖なしエプロン、ガウン等) の選択	<input type="checkbox"/>	補足すること )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA検出患者の病室内への物品の持ち込み制限	<input type="checkbox"/>	補足すること )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA検出患者の病室からの物品の持ち出し制限	<input type="checkbox"/>	補足すること )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA検出患者の病室の高頻度接触面の清拭等	<input type="checkbox"/>	補足すること )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA検出患者の病室の清掃	<input type="checkbox"/>	補足すること )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA検出患者専用とする物品等	<input type="checkbox"/>	補足すること )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA検出患者が使用したリネンの洗濯	<input type="checkbox"/>	補足すること )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA検出患者が使用したリネンの保管	<input type="checkbox"/>	補足すること )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA検出患者の病棟外 (リハビリ・放射線・透析部門等) で診療を受ける際の感染予防	<input type="checkbox"/>	補足すること )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他 (具体的に )	<input type="checkbox"/>	補足すること )	

<b>CRE</b>				
現在実施	今後、規定を検討したい			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入院時もしくは転棟時の多剤耐性菌のスクリーニング	<input type="checkbox"/>	補足すること )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	個室管理の基準	<input type="checkbox"/>	補足すること )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者の病室内への物品の持ち込み制限	<input type="checkbox"/>	補足すること )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者の病室からの物品の持ち出し制限	<input type="checkbox"/>	補足すること )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者専用とする物品等	<input type="checkbox"/>	補足すること )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	環境整備	<input type="checkbox"/>	補足すること )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	検出時のリスク評価	<input type="checkbox"/>	補足すること )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者退室時の病室クリーニング	<input type="checkbox"/>	補足すること )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	検出時のスタッフの配置	<input type="checkbox"/>	補足すること )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	接触者の範囲	<input type="checkbox"/>	補足すること )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	接触者の保菌検査	<input type="checkbox"/>	補足すること )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アウトブレイク発生時の対応	<input type="checkbox"/>	補足すること )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	感染管理の評価	<input type="checkbox"/>	補足すること )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	感染性がなくなったとする基準	<input type="checkbox"/>	補足すること )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他 (具体的に )	<input type="checkbox"/>	補足すること )

3	埃の除去について、現在実施している場所と、今後実施を検討したい場所について、あてはまるだけ○をつけてください。				
	現在実施	今後、実施を検討したい			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	通気口	<input type="checkbox"/>	補足すること )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	エアコンの吹き出し口	<input type="checkbox"/>	補足すること )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	空調	<input type="checkbox"/>	補足すること )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ベッドランプ	<input type="checkbox"/>	補足すること )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	カーテンレール	<input type="checkbox"/>	補足すること )	

( )	( )	窓前さん	(補足すること )
( )	( )	廊下の巾木	(補足すること )
( )	( )	手すり	(補足すること )
( )	( )	コンソール	(補足すること )
( )	( )	ドア上部	(補足すること )
( )	( )	壁面の上	(補足すること )
( )	( )	ロッカーの上	(補足すること )
( )	( )	棚の上	(補足すること )
( )	( )	その他(具体的に )	(補足すること )

4 貴院の手洗い用シンクの感染予防対策について、現在実施している感染対策と今後導入を検討したい感染対策について、あてはまるだけ○をつけてください。

現在実施	今後、導入を検討したい		
( )	( )	手洗い専用になっている。	(補足すること )
( )	( )	水はね防止版を設置している。	(補足すること )
( )	( )	シンクはサイドガードがあるものを導入している。	(補足すること )
( )	( )	職員用には、グースネック型の蛇口を導入している。	(補足すること )
( )	( )	水栓は壁付タイプを導入し、周囲が汚染されにくいようになっている。	(補足すること )
( )	( )	シンクの深さは24cm以上のもを導入している。	(補足すること )
( )	( )	シンクの周囲1メートル以内には物を置いていない。	(補足すること )
( )	( )	オーバーフロー穴のないシンクを導入している。	(補足すること )
( )	( )	自動水栓を導入している。	(補足すること )
( )	( )	水道水が直接排水口に入らない構造となっている。	(補足すること )
( )	( )	シンクの縁は、スロープ状になって物を置きづらい構造となっている。	(補足すること )
( )	( )	環境整備の評価のフィードバックを実施している。	(補足すること )
( )	( )	食べ物や薬剤等を流さないようになっている。	(補足すること )
( )	( )	その他(具体的に )	(補足すること )

5 貴院で現在、院内感染対策マニュアルに規定している環境整備の内容と今後規定について検討したい項目について、あてはまるだけ○をつけてください。

現在	今後、規定を検討したい		
( )	( )	院内感染対策マニュアルに環境整備を規定していない。	(補足すること )
( )	( )	環境整備の評価の実施方法	(補足すること )
( )	( )	環境整備の評価のフィードバック	(補足すること )
( )	( )	高頻度接触面の清拭	(補足すること )
( )	( )	床の清掃	(補足すること )
( )	( )	床のワックスがけ	(補足すること )
( )	( )	退院時清掃	(補足すること )
( )	( )	浴室の清掃	(補足すること )
( )	( )	血液等による汚染時の環境整備	(補足すること )
( )	( )	手術室内の環境整備	(補足すること )
( )	( )	調度品等(机・テーブル・椅子等)の環境整備	(補足すること )
( )	( )	トイレの清掃	(補足すること )
( )	( )	排水口の清掃	(補足すること )
( )	( )	水回りの環境整備(手洗い等)	(補足すること )
( )	( )	埃の除去	(補足すること )
( )	( )	その他(具体的に )	(補足すること )

6 貴院で実施している手指衛生向上策について、現在実施している項目と今後実施を検討したい項目に、あてはまるだけ○をつけ、その具体的内容について記載して下さい。

現在実施	今後、実施を検討したい		
( )	( )	研修会の実施	(具体的に )
( )	( )	ICT等のラウンド時における声かけ	(具体的に )
( )	( )	ミーティング時の声かけ	(具体的に )
( )	( )	来院者への声かけ	(具体的に )
( )	( )	手指消毒薬設置場所を増加させた(増加させる)	(具体的に )
( )	( )	手指消毒薬の携帯	(具体的に )
( )	( )	個人別のアルコール使用量の計測	(具体的に )
( )	( )	ポスター・アイコン等の掲示	(具体的に )
( )	( )	手指衛生遵守率の高い部署の表彰等	(具体的に )
( )	( )	職員提案の手指衛生対策の導入	(具体的に )
( )	( )	直接監視下における医療従事者の手指衛生のチェック	(具体的に )
( )	( )	手指衛生遵守に関する結果の集計と、職員へのフィードバック	(具体的に )

( )	( )	その他(具体的に )	(具体的に )
-----	-----	------------	---------

7 2022年6月29日から2023年5月31日までに行った多剤耐性菌の研修内容と今後説明を検討したい内容について、あてはまるだけ○をつけてください。

多剤耐性菌の研修内容			
現在実施	今後、説明を検討したい		
( )		実施していない	(補足すること )
( )	( )	患者の病状等を仮定し、必要な感染対策をスタッフがを行い、観察した結果を評価するシミュレーション型研修	(補足すること )
( )	( )	スタッフの多剤耐性菌に関する知識のアンケートの実施とフィードバック	(補足すること )
( )	( )	手指衛生向上対策	(補足すること )
( )	( )	着用するPPE	(補足すること )
( )	( )	多剤耐性菌のアウトブレイク疑いと判断し保健所に相談する基準	(補足すること )
( )	( )	入院時もしくは転棟時の多剤耐性菌のスクリーニング	(補足すること )
( )	( )	検出時の環境整備(患者退室時クリーニングを除く)	(補足すること )
( )	( )	検出患者の退室時のクリーニング	(補足すること )
( )	( )	検出時の接触者の範囲	(補足すること )
( )	( )	検出時の接触者の検査	(補足すること )
( )	( )	検出時の環境培養	(補足すること )
( )	( )	検出時の感染管理の評価	(補足すること )
( )	( )	検出時の個室管理	(補足すること )
( )	( )	検出時のコホート管理	(補足すること )
( )	( )	検出患者の外來受診時の感染予防	(補足すること )
( )	( )	検出時のスタッフの配置	(補足すること )
( )	( )	検出患者の感染性がなくなったとする基準	(補足すること )
( )	( )	その他(具体的に )	(補足すること )

8 貴院が院内感染対策で今後改善したい、もしくは、新たに検討したい項目について、あてはまるものすべてに○をつけ、その具体的内容について記入してください。

( )	手指衛生向上対策	(具体的に )
( )	多剤耐性菌検出患者の病室への物品等の持ち込み制限	(具体的に )
( )	多剤耐性菌検出患者の病室からの物品等の持ちだしの制限	(具体的に )
( )	多剤耐性菌検出患者の患者専用物品の明確化	(具体的に )
( )	多剤耐性菌検出患者個室管理の基準の明確化	(具体的に )
( )	多剤耐性菌検出患者の病室等の環境整備	(具体的に )
( )	多剤耐性菌検出時のリスク評価	(具体的に )
( )	多剤耐性菌検出患者退室時の病室クリーニング	(具体的に )
( )	多剤耐性菌検出時のスタッフの配置	(具体的に )
( )	CRE/CPE患者の接触者についての検討	(具体的に )
( )	非CPEのCRE発生時の対応	(具体的に )
( )	多剤耐性菌検出時等の環境培養	(具体的に )
( )	多剤耐性菌検出時等の接触者の保菌検査	(具体的に )
( )	多剤耐性菌アウトブレイク発生時の対応	(具体的に )
( )	入院時の保菌スクリーニングの実施	(具体的に )
( )	多剤耐性菌の感染防御に関する研修会の実施	(具体的に )
( )	その他(具体的に )	(具体的に )

9 貴院が今回の研修で初めて知った情報について、あてはまるものすべてに○をつけ、その具体的内容について記入してください。

( )	フィードバックが手指衛生遵守率向上に効果があったこと	(補足すること )
( )	手指衛生遵守率向上に効果があったフィードバックの方法	(補足すること )
( )	シミュレーション型研修が手指衛生遵守率向上に効果があったこと	(補足すること )
( )	多剤耐性菌の検出患者が入院していたICU病室に入院すると感染するリスクが高くなること	(補足すること )
( )	CPE発生時に感染拡大防止策を実施しても、間接的な接触のあつた患者の発生は減少しなかつたこと	(補足すること )
( )	CPEの患者の菌株が過去のアウトブレイクの菌株とリンクしていたこと。	(補足すること )
( )	同じ系列の医療施設に入院していた2人の患者は、疫学的にリンクがなくても、ゲノム解析の結果、ほとんど同一の菌株で、同じプラスミド遺伝子をもっていたこと	(補足すること )
( )	MRSAのアウトブレイクでは、環境中のほこりの中にMRSAが含まれていたこと	(補足すること )
( )	人工呼吸器等の内部の埃から検出されたMDRAは患者と同じ菌株であったこと	(補足すること )
( )	患者から検出されたCPEについて、病室のシンクの菌のプラスミド遺伝子とほぼ一致したこと	(補足すること )
( )	環境整備のバンドルの導入により、院内感染が減少し、病院のコストが削減したこと	(補足すること )
( )	院内感染対策に効果のあった環境整備の強化の事例	(補足すること )
( )	保健所での情報交換の事例	(補足すること )
( )	研修の院内感染対策に対する効果	(補足すること )
( )	ICUの個室化を実施せずに、接触感染対策を強化して、多剤耐性菌の伝播を防止した事例	(補足すること )
( )	オーストラリアの病院のCPEアウトブレイクでは、約3年間で検出された7名の患者と3名の保菌者はゲノム解析の結果リンクしていたこと	(補足すること )

( )	その他(具体的に )	(補足すること )
-----	------------	-----------

10	院内感染対策の改善に役立つと考えられる情報提供等について、あてはまるだけ○をつけ、その理由について記入してください。	
	( )	国のより具体的な指針 (理由 )
	( )	学会等のより具体的なガイドライン (理由 )
	( )	他の医療機関が、組織全体の理解を得られるために行っている活動(例、成功事例の報告会等) (理由 )
	( )	他の医療機関の多剤耐性菌の入院時スクリーニング検査の実施対象者 (理由 )
	( )	他の医療機関の多剤耐性菌のアウトブレイクと判断する基準(例:複数例のCREが検出など) (理由 )
	( )	他の医療機関の多剤耐性菌検出者の感染伝播しなくなったとする基準(例:入院患者は培養陰性3回確認) (理由 )
	( )	他の医療機関の多剤耐性菌の接触者の保菌検査の実施のタイミングと回数 (理由 )
	( )	院内感染対策を実施したことにより、医療機関のコストがどうなったか (理由 )
	( )	院内感染対策に効果のある教育や介入 (理由 )
	( )	他の医療機関との情報交換 (理由 )
	( )	他の医療機関とのより密接な交流(例:解決困難な問題に直面した際に相談できる) (理由 )
	( )	専門家の病院訪問による助言 (理由 )
	( )	その他(具体的に ) (理由 )

御協力ありがとうございました。