

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、2024年11月1日現在の実施状況について、ご記入ください。参加医療機関で感染対策の強化に役立てていただく調査内容となっておりますので、御協力をお願いいたします。

1 多剤耐性菌対策のマニュアルについて、現在策定しているマニュアル、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、作成や改訂を検討	<input type="checkbox"/>	MRSA
	<input type="checkbox"/>	CRE		<input type="checkbox"/>	CRE
	<input type="checkbox"/>	MDRP		<input type="checkbox"/>	MDRP
	<input type="checkbox"/>	MDRA		<input type="checkbox"/>	MDRA
	<input type="checkbox"/>	ESBL産生菌		<input type="checkbox"/>	ESBL産生菌
	<input type="checkbox"/>	その他（具体的に）		<input type="checkbox"/>	その他（具体的に）

2 CREの感染予防や環境整備について、現在、貴院のマニュアルに規定している内容と今後規定について検討したい項目について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

CRE		
現在規定している	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"/>	<input type="checkbox"/>	個室管理の基準
<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"/>	<input type="checkbox"/>	患者の病室からの物品の持ち出し制限
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者専用とする物品等
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	環境整備
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	検出時のリスク評価
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者退室時の病室クリーニング
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	検出時のスタッフの配置
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	接触者の範囲
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	接触者の保菌検査
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アウトブレイク発生時の対応
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	感染管理の評価
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	感染性がなくなったとする基準
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他（具体的に）

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

3 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関して、あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

現在実施している	今後、実施を検討したい	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	研修会の実施
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ICT等のラウンド時における協力依頼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ミーティング時の協力依頼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	来院者への協力依頼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手指消毒薬設置場所を増加させた（増加させる）。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手指消毒薬の携帯
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	個人別のアルコール使用量の計測
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ポスター・アイコン等の掲示
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手指衛生遵守率の高い部署の表彰等
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	職員提案の手指衛生対策の導入
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	直接監視下における医療従事者の手指衛生のチェック
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他（具体的に）

4 貴院のナースステーションや病室の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、あてはまるものすべてに○をつけてください。病院の一部で実施している場合でも○をつけてください。

現在実施している	今後、導入を検討したい	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手洗い専用になっている。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水はね防止版を設置している。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	シンクはサイドガードがあるものを導入している。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	職員用には、グースネック型の蛇口を導入している。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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している。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	シンクの深さは24cm以上のものを導入している。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	シンクの周囲1メートル以内には物を置いていない。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	オーバーフロー穴のないシンクを導入している。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自動水栓を導入している。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水道水が直接排水口に入らない構造となっている。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	シンクの縁は、スロープ状になっていて物を置きづらい構造となっている。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	環境整備の状況の評価し、フィードバックを実施している。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食べ物や、薬剤等を流さないようにしている。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他（具体的に )

5 貴院でシンクの感染予防対策の改善に支障となっていることについて、あてはまるものすべてに○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	コストがかかること
<input type="checkbox"/>	病院組織の理解が得られないこと
<input type="checkbox"/>	スタッフの理解が得られないこと
<input type="checkbox"/>	中央材料部門との連携が難しいこと
<input type="checkbox"/>	感染対策を改善するのにスペースを確保できないこと。
<input type="checkbox"/>	感染対策の改善により、スタッフが作業しにくくなること
<input type="checkbox"/>	感染対策の改善は、病棟の構造上難しいこと
<input type="checkbox"/>	国や学会のガイドラインがないこと
<input type="checkbox"/>	シンクの感染対策を改善しても、コストが改善するかどうかかわからないこと
<input type="checkbox"/>	シンクの感染対策を改善しなくても、感染拡大につながるとは考えにくいこと
<input type="checkbox"/>	その他（具体的に )

6 2023年6月1日から2024年10月31日までに貴院が行った多剤耐性菌対策の研修内容と今後研修内容として追加を検討したい内容について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

現在実施している	今後、説明を検討したい	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	実施していない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者の病状等を取返し、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ソシメーション型研修
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手指衛生向上対策
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	着用するPPE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
<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"/>	<input type="checkbox"/>	検出時の環境整備(患者退室時クリーニングを除く)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	検出患者の退室時のクリーニング
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	検出時の接触者の範囲
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	検出時の接触者の検査
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	検出時の環境培養
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	検出時の感染管理の評価
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	検出時の個室管理
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	検出時のコホート管理
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	検出患者の外来受診時の感染予防
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	検出時のスタッフの配置
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	検出患者の感染性がなくなったとする基準
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他（具体的に )

7 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○をつけてください。

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

8 貴院が院内感染対策を改善するために障害となっていると考える項目について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	コストがかかること
<input type="checkbox"/>	病院組織の理解が得られないこと
<input type="checkbox"/>	スタッフの理解が得られないこと
<input type="checkbox"/>	改善に関しての十分な情報を持っていないこと
<input type="checkbox"/>	マニュアルの記載内容が不十分であること
<input type="checkbox"/>	スタッフの知識不足
<input type="checkbox"/>	スタッフの不足
<input type="checkbox"/>	業務量の負担
<input type="checkbox"/>	院内感染対策を改善しても、どの程度感染拡大を防止できるか、わからないこと
<input type="checkbox"/>	院内感染対策が改善しても、コストが改善するかどうかかわからないこと
<input type="checkbox"/>	国や学会のガイドラインがないこと
<input type="checkbox"/>	人材（講師・指導者等）の確保が難しいこと
<input type="checkbox"/>	委託業者との連携が難しいこと

<input type="checkbox"/>	患者転出先、患者転入元の医療施設等との情報共有が難しいこと
<input type="checkbox"/>	その他（具体的に )

9 貴院がこの研修で役立った情報についてあてはまるものすべてに○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	「手指衛生遵守率向上策」、「入院時スクリーニングの実施」の改善は、病院組織の理解が得られて実現する可能性があること。
<input type="checkbox"/>	組織やスタッフが院内感染対策に取り組むにはコスト対効果の情報を提供すること
<input type="checkbox"/>	手指衛生遵守率向上策の改善には、院内感染対策の改善に効果的だった情報を病院に提供することが良いこと。
<input type="checkbox"/>	院内感染が減少し、病院のコストが削減した環境整備のバンドルの内容
<input type="checkbox"/>	遵守率向上に効果があった手指衛生遵守率向上策
<input type="checkbox"/>	手指衛生遵守率向上に効果があった、もしくは、効果があると考えられる報告には、フィードバックとコミュニケーションを実施したことが共通していること
<input type="checkbox"/>	シンクに栄養分を流すとCPEが検出されやすくなること
<input type="checkbox"/>	シンクから患者へ多剤耐性病原体が感染する可能性があること
<input type="checkbox"/>	水はね防止板等による水はね防止効果
<input type="checkbox"/>	病院と委託業者の連携により、環境整備に病院の意向が反映できるようになったこと
<input type="checkbox"/>	環境整備に従事するスタッフの教育を強化したことによる新規の多剤耐性病原体の検出の減少
<input type="checkbox"/>	研修の院内感染対策に関する効果（スタッフの知識の増加、MRSAの感染低下）
<input type="checkbox"/>	病院に「スタッフの研修により、多剤耐性病原体の検出が減少したこと」を情報提供すると、病院は研修に取り組むようになること
<input type="checkbox"/>	スタッフの専任化の導入を含む感染対策の強化により、多剤耐性病原体の検出が減少すること
<input type="checkbox"/>	CPEもしくはCREIに関してコスト対効果のあった入院時スクリーニングの内容
<input type="checkbox"/>	その他（具体的に )

御協力ありがとうございました。