

医療法に基づく立入検査により明らかになった課題を踏まえた院内感染対策研修会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

1 2022年5月28日現在、貴院で策定している多剤耐性菌対策のマニュアル、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、作成や改訂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、作成や改訂を検討	<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"/> MORA		<input type="checkbox"/> MORA	(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 2022年5月28日現在、貴院のマニュアルに規定しているMRSAの感染予防について、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。

<input type="checkbox"/> 個室管理する病状等	(補足すること)
<input type="checkbox"/> 個室管理する場合の個室のカーテンの除去	(補足すること)
<input type="checkbox"/> 多床室のカーテンや窓下ドア等への接触感染予防の指示	(補足すること)
<input type="checkbox"/> 作業別(例:検温、体位変換、リネン交換等)の個人防護具(例:手袋、袖なしエプロン、ガウン等)の選択	(補足すること)
<input type="checkbox"/> MRSA検出患者の病室内への物品の持ち込み制限	(補足すること)
<input type="checkbox"/> MRSA検出患者の病室からの物品の持ち出し制限	(補足すること)
<input type="checkbox"/> MRSA検出患者の病室の高頻度接触面の清拭等	(補足すること)
<input type="checkbox"/> MRSA検出患者の病室の清掃	(補足すること)
<input type="checkbox"/> MRSA検出患者専用とする物品等	(補足すること)
<input type="checkbox"/> MRSA検出患者が使用したリネンの洗濯	(補足すること)
<input type="checkbox"/> MRSA検出患者が使用したリネンの保管	(補足すること)
<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	(補足すること)
<input type="checkbox"/> その他(具体的に)	(補足すること)

3 現在、貴院で実施している手指衛生向上策について、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載して下さい。

<input type="checkbox"/> 研修会の実施	(具体的に)
<input type="checkbox"/> ICT等のラウンド時における声かけ	(具体的に)
<input type="checkbox"/> ミーティング時の声かけ	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 来院者への声かけ	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 手指消毒薬設置場所を増加させた。	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 手指消毒薬の携帯	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 個人別のアルコール使用量の計測	(具体的に)
<input type="checkbox"/> ポスター・アイコン等の掲示	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 手指衛生遵守率の高い部署の表彰等	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 職員提案の手指衛生対策の導入	(具体的に)
<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	(具体的に)
<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	(具体的に)
<input type="checkbox"/> その他(具体的に)	(具体的に)

4 2022年5月28日現在、貴院では、手指消毒用のアルコールの払出量に基づいて、手指衛生の遵守に関する評価を行っていますか?あてはまるものすべてに○をつけてください。

<input type="checkbox"/> 病棟全体の払い出し量で評価を行っている
<input type="checkbox"/> 病棟別・部署別の払い出し量で評価を行っている
<input type="checkbox"/> 行っていない
<input type="checkbox"/> その他(具体的に)

5 今後の貴院の院内感染対策に役立つ講義内容について、あてはまるものすべてに○をつけ、役立つ具体的内容について記入してください。

<input type="checkbox"/> 手指衛生向上対策	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 市内病院の多剤耐性菌に関するマニュアルの策定状況	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 多剤耐性菌の検出数・検出率	(具体的に)
<input type="checkbox"/> MRSAのマニュアルの例	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 市内病院のMRSAのマニュアル	(具体的に)
<input type="checkbox"/> グラム陰性多剤耐性菌の特徴	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CREとは	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CREの定義等	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CREの検出状況	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CRE対応に関する4学会の考え方	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CRE(検出時)	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CRE1:市中獲得か、院内感染か	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CRE2:周囲へ感染伝播する可能性の評価	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CRE3:感染管理の評価	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CRE4:CRE患者の接触者とは	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CRE/CFE発生時の対応1:個室管理	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CRE/CFE発生時の対応2:個室検査	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CRE/CFE発生時の対応3:環境整備等	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CRE/CFE発生時の対応4:複数例陽性者が判明した場合	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CRE/CFE発生時の対応5	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CRE/CFE発生時の対応(最後に)	(具体的に)
<input type="checkbox"/> Amp ^r 産生菌、ESBL産生菌について	(具体的に)
<input type="checkbox"/> ESBL集団発生事例等	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CRE対応の強化のお話し	(具体的に)
<input type="checkbox"/> MORAとは	(具体的に)
<input type="checkbox"/> MORAの検出	(具体的に)
<input type="checkbox"/> MORAの感染予防(平時)	(具体的に)
<input type="checkbox"/> MORA1例検出時の拡大防災策(概要)	(具体的に)
<input type="checkbox"/> MORA1例検出時の拡大防災策(①高頻度接触面の次亜塩素酸ナトリウム等による消毒)	(具体的に)
<input type="checkbox"/> MORA1例検出時の拡大防災策(④リスクアセスメントの実施)	(具体的に)
<input type="checkbox"/> MORA1例検出時の拡大防災策(⑤患者退出時のスクリーニング)	(具体的に)
<input type="checkbox"/> MORAのアウトブレイク時対応①	(具体的に)
<input type="checkbox"/> MORAのアウトブレイク時対応②	(具体的に)
<input type="checkbox"/> MORAのアウトブレイク時対応③	(具体的に)
<input type="checkbox"/> MORAの集団発生時のインパクト	(具体的に)
<input type="checkbox"/> MORAの院内感染についてのお話し	(具体的に)
<input type="checkbox"/> MDRP発生時対応	(具体的に)
<input type="checkbox"/> その他(具体的に)	(具体的に)

6 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。

<input type="checkbox"/> 手指衛生向上対策	(具体的に)
<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	(具体的に)
<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	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 多剤耐性菌検出患者の患者専用物品の明確化	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 多剤耐性菌検出患者の個室管理の基準の明確化	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 多剤耐性菌検出患者の病室等の環境整備	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 多剤耐性菌検出時のリスク評価	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 多剤耐性菌検出時の患者退出時の病室クリーニング	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 多剤耐性菌検出時のスタッフの配置	(具体的に)
<input type="checkbox"/> CRE/CFE患者の接触者についての検討	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 並びの区画発生時の対応	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 多剤耐性菌検出時等の環境改善	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 多剤耐性菌検出時等の接触者の履帯検査	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 多剤耐性菌アウトブレイク発生時の対応	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 入院時の履帯スクリーニングの実施	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 多剤耐性菌の感染予防に関する研修会の実施	(具体的に)
<input type="checkbox"/> その他(具体的に)	(具体的に)

7 貴院が希望する院内感染対策に関する情報提供等について、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。

<input type="checkbox"/> 市内病院の院内感染対策の実施状況の提供	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 市内病院の院内感染マニュアル(抜粋)の提供	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 病院職員参加グループワークの実施	(具体的に)
<input type="checkbox"/> 専門家等による助言等	(具体的に)
<input type="checkbox"/> その他(具体的に)	(具体的に)

御協力ありがとうございました。