

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

| | |
|------------------|---|
| 施設名 | |
| 所在地 | 都・道・府・県 市・区・町・村 |
| 電話番号 | |
| 設置形態 (老人保健施設) | 1. 病院併設 2. 有床診療所併設 3. 無床診療所併設 4. 特別養護老人ホーム併設 5. その他施設併設 6. 独立型 7. その他 () |
| 設置主体 | 1. 医療法人 2. 社会福祉法人 3. 地方公共団体 4. その他 () |

2. 平成 25 年 3 月 1 日現在の従業員数をお答えください。

| 職 種 | 常 勤 | 非常勤(パート・アルバイトを含む) |
|---------------|-----|-------------------|
| 医師・歯科医師 | 人 | 人 |
| 看護師・准看護師 | 人 | 人 |
| 薬剤師 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 人 | 人 |
| そのうち、介護福祉士 | 人 | 人 |
| そのうち、ホームヘルパー | 人 | 人 |
| 支援相談員 | 人 | 人 |
| そのうち、社会福祉士 | 人 | 人 |
| そのうち、介護支援専門員 | 人 | 人 |
| リハビリテーション関連職種 | 人 | 人 |
| 管理栄養士・栄養士 | 人 | 人 |
| 調理師 | 人 | 人 |
| 事務職員・その他職員 | 人 | 人 |

3. 平成 25 年度の新規雇用職員数（予定）をお答えください。

| 常 勤 | 非 常 勤（パート・アルバイトを含む） |
|-----|---------------------|
| 人 | 人 |

4. 貴施設の運営状況をお答えください。

| | |
|--|---|
| 入所定員（平成 25 年 3 月末） | 人 |
| 入所者数（現時点） | 人 |
| 平成 24 年度（平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月末） の新規入所者数 | 人 |
| 平成 24 年度（平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月末） の退所者数 | 人 |
| この1年間（平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月末） で行なった看取りの数 ※加算の有無とは無関係に記載して ください。突然死を除きます。 | 人 |

5. 貴施設における採血などの医療行為についてお答えください。

| | | |
|--|---|---|
| <u>平成 24 年度</u> （平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月末） に確認された針刺し事故の数 | 約 | 件 |
| 平成 25 年 3 月（平成 25 年 3 月～平成 25 年 3 月末） に行なった採血の延べ回数 | 約 | 回 |
| 平成 25 年 3 月（平成 25 年 3 月～平成 25 年 3 月末） に行なった注射および点滴の延べ回数 ※インスリン・ワクチンを含みます | 約 | 回 |

6. 貴施設における、平成 25 年 4 月 10 日の抗菌薬の使用状況をお答えく
ださい（施設の都合により、1 日～2 日のズレは問題ありません）。

| | | |
|----------------------------|---|---|
| 抗菌薬経口投与の数 | 約 | 件 |
| 抗菌薬注射投与の数 ※点滴による投与を含みます | 約 | 件 |

7. 貴施設の利用者についてお伺いします。この1年間（平成24年4月～平成25年3月末）での新規の感染症の実態について、当てはまるものをそれぞれ1つお答えください。

| | 感染は なかった | 感染が確認された | |
|---------------------------------------|-------------|------------------|--------------------|
| | | 個人の感染者が 確認された | 他の利用者への 感染がみられた |
| 1. インフルエンザ | 1 | 2 | 3 |
| 2. ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルスを含む) | 1 | 2 | 3 |
| 3. B型肝炎 | 1 | 2 | 3 |
| 4. C型肝炎 | 1 | 2 | 3 |
| 5. エイズ | 1 | 2 | 3 |
| 6. 結核 | 1 | 2 | 3 |
| 7. 疥癬 <small>かいせん</small> | 1 | 2 | 3 |
| 8. MRSA 感染症 | 1 | 2 | 3 |
| 9. 多剤耐性グラム陰性桿菌感染症 (緑膿菌、アシネトバクターなど) | 1 | 2 | 3 |

8. 貴施設の従事者についてお伺いします。この1年間（平成24年4月～平成25年3月末）での新規の感染症の実態について、当てはまるものをそれぞれ1つお答えください。

| | 感染は なかった | 感染が確認された | |
|---------------------------------------|-------------|------------------|--------------------|
| | | 個人の感染者が 確認された | 他の利用者への 感染がみられた |
| 1. インフルエンザ | 1 | 2 | 3 |
| 2. ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルスを含む) | 1 | 2 | 3 |
| 3. B型肝炎 | 1 | 2 | 3 |
| 4. C型肝炎 | 1 | 2 | 3 |
| 5. エイズ | 1 | 2 | 3 |
| 6. 結核 | 1 | 2 | 3 |
| 7. 疥癬 <small>かいせん</small> | 1 | 2 | 3 |
| 8. MRSA 感染症 | 1 | 2 | 3 |
| 9. 多剤耐性グラム陰性桿菌感染症 (緑膿菌、アシネトバクターなど) | 1 | 2 | 3 |

9. 貴施設の従事者に対する健康管理についてお答えください。

| | |
|---|---|
| <p>この1年間（平成24年4月～平成25年3月末）の従事者の定期健康診断（胸部レントゲン検査を含む）の受診者数は何人ですか。</p> | <p>常勤職員 人 非常勤職員（パート・アルバイトを含む） 人</p> |
| <p>9-1. この1年間（平成24年4月～平成25年3月末）にB型肝炎対策を行いましたか。</p> | <p>1. 行なった ↓ 9-2へ 2. 行っていない</p> |
| <p>9-2. B型肝炎ワクチンの接種を従事者に勧めましたか。</p> | <p>1. 行なった ↓ 9-3へ 2. 行っていない</p> |
| <p>9-3. B型肝炎ワクチンの接種は全職種が対象ですか。</p> | <p>1. はい 2. いいえ（特定の職種のみ） ↓ 9-4へ</p> |
| <p>9-4. どの職種に対して、ワクチンの接種を行いましたか。 あてはまるものすべてをお答えください。</p> | <p>1. 医師・歯科医師 2. 看護師・准看護師 3. 薬剤師 4. 介護職員 5. 支援相談員 6. リハビリテーション系技師 7. 管理栄養士・栄養士 8. 調理師 9. 事務職員・その他職員</p> |

以上で質問は終わりです。ご協力誠にありがとうございました。

高齢者施設における感染症に関する実態ならびに職員の意識調査への同意書

後日予定されている貴施設の職員様を対象とした調査の協力を同意しますか。同意頂けた場合に、後日調査票を改めて郵送させていただきます。いずれかの□に✓を記入してください。

- 同意する
- 同意しない

高齢者施設における感染症に関する実態ならびに 職員の意識調査へのご協力のお願い

平成6年にMRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)感染症が社会問題化し、保菌者差別が顕在したことをきっかけとして、我々は当時の全国社会福祉協議会、東京都福祉保健局、全国老人保健施設協会などにおける感染症対策マニュアルの作成に関わってきました。以来これらのマニュアルは、標準的予防策を盛り込み施設事情を加えながら、編集者をかえながら改訂を重ねてきています。その基本的な考えは、現場での被害を考慮して、多種の感染症をバランスよく取り扱っていこうというものです。このたび、平成24年度厚生労働科学研究補助金を受けて行う「肝炎ウイルス感染者に対する偏見や差別の実態を把握し、その被害の防止のためのガイドラインを作成のための研究」班と、「生活集団の場における肝炎ウイルス感染予防ガイドラインの作成のための研究」班の研究の一環として本調査を行ないたいと思います。

本研究は、肝炎をはじめとする感染症及び医療従事者の感染の実態や意識を把握し、医学的及び法律的観点から分析・検討を行います。このことにより、施設利用者に対する偏見・差別被害の防止や感染予防のガイドラインを検討する上での基礎資料とすることを目的とします。

本調査は、無記名方式を採用しており、個人が特定されることはありませんのでご安心ください。このアンケートにご協力いただくかどうかは、皆様の自由意志に委ねられており、アンケートの回答をもって同意の意思があると判断をさせていただきます。なお、調査結果は、全体として統計を出すことに用いられ、研究班の報告書、学会発表、論文などで公表させていただきます。皆様お一人お一人を特定する情報は一切ありません。

ご回答いただく際は、周りの意見を参考にせず、あなたご自身の考えでお答えください。本調査の趣旨をご理解頂き、ご協力をお願いいたします。

同封のクオカードは、ささやかではございますが御礼としてお納めください。

○ 責任者

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所・事務局

担当：稲松孝思

住所：東京都板橋区栄町 35-2

FAX：03-3964-1982

*現在新施設に移動中の為、お問い合わせはFAXをご利用くださいますようお願い致します。

○ 研究協力

「肝炎ウイルス感染者に対する偏見や差別の実態を把握し、その被害の防止のためのガイドラインを作成のための研究」班

代表 学習院大学法科大学院客員研究員(弁護士)龍岡 資晃

「生活集団の場における肝炎ウイルス感染予防ガイドラインの作成のための研究」班

代表 東京大学大学院生体防御感染症(医師)四柳 宏

全国老人福祉施設協議会

会長 中田 清

全国老人保健施設協会

会長 木川田 典彌

本調査票回答締切日 平成 25 年 7 月 12 日(金)まで

※同封の返信用封筒にて、東京都健康長寿医療センター研究所・事務局まで、ご返信くださいますようお願い申し上げます。

1. あなた自身についてお伺いします。

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|--------------------------|
| 性別 | 1. 男性 | 2. 女性 | |
| 年齢 | 1. 20歳未満 4. 40歳～49歳 7. 70歳以上 | 2. 20歳～29歳 5. 50歳～59歳 | 3. 30歳～39歳 6. 60歳～69歳 |
| 職種 | 1. 医師・歯科医師 3. 薬剤師 5. 介護職員（ホームヘルパー） 7. 支援相談員（社会福祉士） 9. 支援相談員（その他） 11. 管理栄養士・栄養士 13. 事務職員・その他職員 | 2. 看護師・准看護師 4. 介護職員（介護福祉士） 6. 介護職員（その他） 8. 支援相談員（介護支援専門員） 10. リハビリテーション関連職種 12. 調理師 | |
| 雇用形態 | 1. 常勤 2. 非常勤（パート、アルバイトを含む） | | |
| 勤務形態 | 1. 日勤のみ | 2. 夜勤のみ | 3. 日勤と夜勤両方ある |
| 経験年数 ※現在の職種に就いてからの延べ年数をお答え下さい。 | 1. 1年未満 3. 3年～5年 5. 11年～15年 7. 20年以上 | 2. 1年～2年 4. 6年～10年 6. 16年～20年 | |

2. あなたは以下の感染症について、どの程度の理解がありますか。また、それらを保有する利用者を介護、看護するにあたってどのような意識をお持ちですか。それぞれについて、主観的に1つお答えください。

| | 理解について | | | 介護、看護への意識について | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------|-------------------------|---------------|----------------------|------------------------|
| | よく知っている（感染経路や治療方法を知っている） | 少し知っている | ほとんど知らない（名前を聞いたことがある程度） | まったく抵抗感を感じない | 少し危険に感じ、抵抗感を感じることもある | 自分自身に感染するのではないかと危険に感じる |
| (例) 肺炎 | 1 | ② | 3 | 1 | ② | 3 |
| 1. インフルエンザ | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 2. ウイルス性胃腸炎（ノロウイルスを含む） | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 3. B型肝炎 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 4. C型肝炎 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 5. エイズ | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 6. 結核 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 7. 疥癬 <small>かいせん</small> | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 8. MRSA 感染症 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |
| 9. 多剤耐性グラム陰性桿菌感染症（緑膿菌、アシネトバクターなど） | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 |

3-1. あなたが所属する施設内における経験についてお伺いします。

手袋をしている状態で以下のことをどの程度経験したことがありますか。それぞれについて、1つお答えください。

| | まったく ない | 今までに1 ~2度ある | 年に1回程 度ある | 年に2回以 上ある |
|----------------------|------------|----------------|--------------|--------------|
| 1. 血液を混じた嘔吐物、喀出物に触れる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. 下血に触れる（痔出血、下血） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. 外傷に触れる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. 医療関連事故（針刺し等） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. 患者に噛まれる | 1 | 2 | 3 | 4 |

3-2. 手袋をしていない状態で以下のことをどの程度経験したことがありますか。それぞれについて、1つお答えください。

| | まったく ない | 今までに1 ~2度ある | 年に1回程 度ある | 年に2回以 上ある |
|----------------------|------------|----------------|--------------|--------------|
| 1. 血液を混じた嘔吐物、喀出物に触れる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. 下血に触れる（痔出血、下血） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. 外傷に触れる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. 医療関連事故（針刺し等） | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. 患者に噛まれる | 1 | 2 | 3 | 4 |

4. あなたは以下の標準的予防対策（スタンダード・プリコーション）について、どの程度実施していますか。それぞれについて、あてはまるもの1つお答えください。

* 仕事上、利用者と直接接する機会が全くない場合は、次ページ問5へお進みください。

| | 必ず実施する | ほとんど実施する | ときどき実施する | たまに実施しない | ほとんど実施しない |
|--|--------|----------|----------|----------|-----------|
| 手洗いについて | | | | | |
| 1. 血液や排泄物に接触したら衛生学的手洗い*を行う(※速乾性すり込み式手指消毒剤の使用や、指輪や腕時計を外し手首まで洗うことを意味します) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 同一利用者でも、感染の可能性があると感じるものに接触したら、処置の度に手洗いを行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 手洗い時、センサー等を利用して、蛇口の栓に直接手を触れずに開閉している | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. タオルの共有を避け、ペーパータオルを使用している | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 手袋、ガウン、マスク等について | | | | | |
| 1. 血液や排泄物に触れるときは、その度に手袋、ガウン、マスク等を着用・交換している | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 使用済み手袋、ガウン、マスク等は所定の方法で処理している | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 白衣は適宜交換し、清潔を保つように心がけている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. 自分自身に咳が出ているときは、マスクを着用している | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | 必ず実施する | ほとんど実施する | ときどき実施する | たまに実施しない | ほとんど実施しない |
|--|--------|----------|----------|----------|-----------|
| 利用者への対応について | | | | | |
| 1. 結核等が疑われる利用者は、特定の感染対策がなされた区域に隔離している | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 飛沫感染の疑いのある利用者を他の利用者と隔離できない場合は、パーティションで区切るなど十分に空間的分離を行っている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 飛沫感染のおそれのある利用者の移送は極力制限し、必要に応じて利用者にマスクを着用させている | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. 飛沫感染の疑いのある利用者の手が日常的に触れる居室内の部位は消毒用アルコールで清掃している | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. 飛沫感染の疑いのある利用者が触れた施設内の場所は消毒用アルコールで清掃している | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. 吐物処理に関しては塩素系消毒薬を使用している | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. あなたは以下の検査を行なったことがありますか。またご自身の感染状態を把握していますか？それぞれについて、1つお答えください。

| | 検査をしたことがない | 検査をしたことがあるが、結果を忘れている | 検査をしたことがあり、結果を知っている | 検査をしたかどうかわからない |
|-------------------|------------|----------------------|---------------------|----------------|
| 1. B型肝炎抗原 (HBsAg) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. B型肝炎抗体 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. C型肝炎抗体 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. エイズ(HIV)抗体 | 1 | 2 | 3 | 4 |

6. あなたの健康管理についてお伺いします。

| | | | |
|---|--|--------------------|------|
| 6-1. 今までにB型肝炎ワクチンの接種を行った事がありますか。 | 1. はい ↓ 6-2へ | 2. いいえ 3. わからない | 6-4へ |
| 6-2. B型肝炎ワクチン接種を行ったのは約何年前ですか。 | 約 | 年前 ↓ 6-3へ | |
| 6-3. 接種したきっかけ（動機）は何ですか。 | 1. 所属施設ですすすめられた 2. 自発的に接種した 3. その他（ ） | ↓ 6-4へ | |
| 6-4. この1年間（平成24年4月～平成25年3月）に定期健康診断（胸部レントゲン検査を含む）を受診しましたか。 | 1. はい | 2. いいえ ← | |

7. あなたは感染症に関する知識を得る際に、参考にしているものについて、それぞれあてはまるものを1つお答えください。

| | よく利用する | たまに利用する | あまり利用しない | 全く利用しない |
|-----------------------------|--------|---------|----------|---------|
| 1. 専門医学雑誌・教科書 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. 従事している施設内部の研修会 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. 従事している施設外部の研修会・勉強会・講演会 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. 施設職員 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. 家族 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. 新聞・情報雑誌 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. テレビ・ラジオ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. 国や地方公共団体等の公的なHP等のインターネット | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. 「8」を除くHP等のインターネット | 1 | 2 | 3 | 4 |

以上で質問は終わりです。ご協力誠にありがとうございました。

高齢者施設における感染症に関する実態ならびに 職員の意識調査へのご協力をお願い

平成6年にMRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)感染症が社会問題化し、保菌者差別が顕在したことをきっかけとして、我々は当時の全国社会福祉協議会、東京都福祉保健局、全国老人保健施設協会などにおける感染症対策マニュアルの作成に関わってきました。以来これらのマニュアルは、標準的予防策を盛り込み施設事情を加えながら、編集者をかえながら改訂を重ねてきています。その基本的な考えは、現場での被害を考慮して、多種の感染症をバランスよく取り扱っていこうというものです。このたび、平成24年度厚生労働科学研究補助金を受けて行う「肝炎ウイルス感染者に対する偏見や差別の実態を把握し、その被害の防止のためのガイドラインを作成のための研究」班と、「生活集団の場における肝炎ウイルス感染予防ガイドラインの作成のための研究」班の研究の一環として、本調査を行いたいと思います。

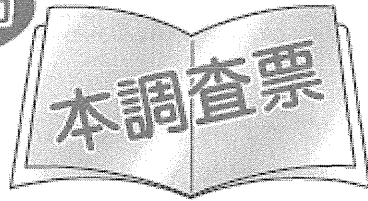
本研究は、肝炎を含めた各種の感染症及び医療従事者の感染の実態・意識を把握し、医学的及び社会的観点から分析・検討を行います。このことにより、施設利用者に対する偏見・差別被害の防止や、感染予防のガイドラインを検討する上での基礎資料とすることを目的とします。

この度、全国の高齢者施設からランダムに100施設を抽出し、ご協力をお願いをさせて頂いています。今回の調査では、貴施設の概要をお答えいただくと共に、4月中旬頃に予定しております貴施設職員様向けの調査にご同意をいただきたく存じます(次頁イメージ図参照)。

ご多忙の折、誠に恐縮に存じますが、本調査の主旨をご理解頂きご協力くださいますようお願い致します。

◀◀◀ 調査イメージ図 ▶▶▶

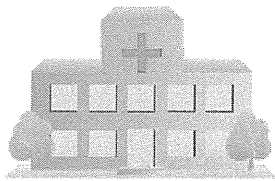
5月上旬



Step ①

同意欄にご同意頂けた場合
(同意欄は本調査票の裏面にあります)

○ 返信期限：
5月31日まで

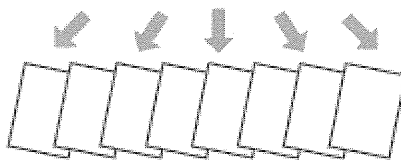


東京都健康長寿医療センター

Step ②

後日、職員様用の調査票をお送り致します。

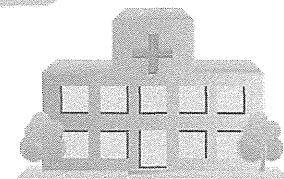
6月下旬



Step ③

職員様用の調査票を貴施設で従事する
多職種の職員に配布してください。

○ 返信期限(予定):
7月12日まで



東京都健康長寿医療センター

Step ④

ご回答頂いた調査票は、各職員様から
直接返信していただきます。

このアンケートにご協力いただくかどうかは、皆様の自由意志に委ねられています。回答いただいた結果は、全体として統計を出すことに用いられ、研究班の報告書、学会発表、論文などで公表させていただきたく存じます。皆様お一人お一人を特定する情報は、私たち研究者には一切伝えられませんので、ご協力頂いた方にご迷惑をお掛けするようなことは一切ありません。

また、本調査票および後日配布をして頂くアンケート調査は無記名方式を採用しており、個人が特定されることはありませんのでご安心ください。

回答にご協力頂いた御礼といたしまして、本研究事業が終了する頃を目処に結果をまとめた報告書を貴施設宛に送付させて頂く予定です。なお、同封のクオカードは、ささやかではございますが御礼としてお納めください。

○ 責 任 者

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所・事務局

担当：稲松孝思

住所：東京都板橋区栄町 35-2

FAX：03-3964-1982

※現在新施設に移動中の為、お問い合わせはFAXをご利用くださいますようお願い致します。

○ 研究協力

「肝炎ウイルス感染者に対する偏見や差別の実態を把握し、その被害の防止のためのガイドラインを作成のための研究」班

代表 学習院大学法科大学院客員研究員（弁護士）龍岡 資晃

「生活集団の場における肝炎ウイルス感染予防ガイドラインの作成のための研究」班

代表 東京大学大学院生体防御感染症（医師）四柳 宏

全国老人福祉施設協議会

会長 中田 清

全国老人保健施設協会

会長 木川田 典彌

本調査票回答締切日 平成 25 年 5 月 31 日（金）まで

※同封の返信用封筒にて、東京都健康長寿医療センター研究所・事務局まで、ご返信くださいますようお願い申し上げます。

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

| | | |
|------------------|---|---|
| 施設名 | | |
| 所在地 | 都・道・府・県 | 市・区・町・村 |
| 電話番号 | | |
| 設置形態 (老人保健施設) | 1. 病院併設 3. 無床診療所併設 5. その他施設併設 7. その他 () | 2. 有床診療所併設 4. 特別養護老人ホーム併設 6. 独立型) |
| 設置主体 | 1. 社会福祉法人 3. その他 () | 2. 地方公共団体) |

2. 平成 25 年 3 月 1 日現在の従業員数をお答えください。

| 職 種 | 常 勤 | 非常勤(パート・アルバイトを含む) |
|---------------|-----|-------------------|
| 医師・歯科医師 | 人 | 人 |
| 看護師・准看護師 | 人 | 人 |
| 薬剤師 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 人 | 人 |
| そのうち、介護福祉士 | 人 | 人 |
| そのうち、ホームヘルパー | 人 | 人 |
| 生活相談員 | 人 | 人 |
| そのうち、社会福祉士 | 人 | 人 |
| そのうち、介護支援専門員 | 人 | 人 |
| リハビリテーション関連職種 | 人 | 人 |
| 管理栄養士・栄養士 | 人 | 人 |
| 調理師 | 人 | 人 |
| 事務職員・その他職員 | 人 | 人 |

3. 平成 25 年度の新規雇用職員数（予定）をお答えください。

| 常 勤 | 非 常 勤（パート・アルバイトを含む） |
|-----|---------------------|
| 人 | 人 |

4. 貴施設の運営状況をお答えください。

| | |
|--|---|
| 入所定員（平成 25 年 3 月末） | 人 |
| 入所者数（現時点） | 人 |
| 平成 24 年度（平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月末） の新規入所者数 | 人 |
| 平成 24 年度（平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月末） の退所者数 | 人 |
| この1年間（平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月末） で行なった看取りの数 ※加算の有無とは無関係に記載して ください。突然死を除きます。 | 人 |

5. 貴施設における採血などの医療行為についてお答えください。

| | | |
|--|---|---|
| 平成 24 年度（平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月末） に確認された針刺し事故の数 | 約 | 件 |
| 平成 25 年 3 月（平成 25 年 3 月～平成 25 年 3 月末） に行なった採血の延べ回数 | 約 | 回 |
| 平成 25 年 3 月（平成 25 年 3 月～平成 25 年 3 月末） に行なった注射および点滴の延べ回数 ※インスリン・ワクチンを含みます | 約 | 回 |

6. 貴施設における、平成 25 年 4 月 10 日の抗菌薬の使用状況をお答えください（施設の都合により、1 日～2 日のズレは問題ありません）。

| | | |
|----------------------------|---|---|
| 抗菌薬経口投与の数 | 約 | 件 |
| 抗菌薬注射投与の数 ※点滴による投与を含みます | 約 | 件 |

7. 貴施設の利用者についてお伺いします。この1年間（平成24年4月～平成25年3月末）での新規の感染症の実態について、当てはまるものをそれぞれ1つお答えください。

| | 感染は なかった | 感染が確認された | |
|---------------------------------------|-------------|------------------|--------------------|
| | | 個人の感染者が 確認された | 他の利用者への 感染がみられた |
| 1. インフルエンザ | 1 | 2 | 3 |
| 2. ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルスを含む) | 1 | 2 | 3 |
| 3. B型肝炎 | 1 | 2 | 3 |
| 4. C型肝炎 | 1 | 2 | 3 |
| 5. エイズ | 1 | 2 | 3 |
| 6. 結核 | 1 | 2 | 3 |
| 7. 疥癬 ^{かいせん} | 1 | 2 | 3 |
| 8. MRSA 感染症 | 1 | 2 | 3 |
| 9. 多剤耐性グラム陰性桿菌感染症 (緑膿菌、アシネトバクターなど) | 1 | 2 | 3 |

8. 貴施設の従事者についてお伺いします。この1年間（平成24年4月～平成25年3月末）での新規の感染症の実態について、当てはまるものをそれぞれ1つお答えください。

| | 感染は なかった | 感染が確認された | |
|---------------------------------------|-------------|------------------|--------------------|
| | | 個人の感染者が 確認された | 他の利用者への 感染がみられた |
| 1. インフルエンザ | 1 | 2 | 3 |
| 2. ウイルス性胃腸炎 (ノロウイルスを含む) | 1 | 2 | 3 |
| 3. B型肝炎 | 1 | 2 | 3 |
| 4. C型肝炎 | 1 | 2 | 3 |
| 5. エイズ | 1 | 2 | 3 |
| 6. 結核 | 1 | 2 | 3 |
| 7. 疥癬 ^{かいせん} | 1 | 2 | 3 |
| 8. MRSA 感染症 | 1 | 2 | 3 |
| 9. 多剤耐性グラム陰性桿菌感染症 (緑膿菌、アシネトバクターなど) | 1 | 2 | 3 |

9. 貴施設の従事者に対する健康管理についてお答えください。

| | |
|---|---|
| <p>この1年間(平成24年4月～平成25年3月末)の従事者の定期健康診断(胸部レントゲン検査を含む)の受診者数は何人ですか。</p> | <p>常勤職員 人 非常勤職員(パート・アルバイトを含む) 人</p> |
| <p>9-1. この1年間(平成24年4月～平成25年3月末)にB型肝炎対策を行いましたか。</p> | <p>1. <u>行なった</u> 2. 行っていない ↓ 9-2へ</p> |
| <p>9-2. B型肝炎ワクチンの接種を従事者に勧めましたか。</p> | <p>1. <u>行なった</u> 2. 行っていない ↓ 9-3へ</p> |
| <p>9-3. B型肝炎ワクチンの接種は全職種が対象ですか。</p> | <p>1. はい 2. <u>いいえ</u>(特定の職種のみ) ↓ 9-4へ</p> |
| <p>9-4. どの職種に対して、ワクチンの接種を行いましたか。 あてはまるものすべてをお答えください。</p> | <p>1. 医師・歯科医師 2. 看護師・准看護師 3. 薬剤師 4. 介護職員 5. 生活相談員 6. リハビリテーション系技師 7. 管理栄養士・栄養士 8. 調理師 9. 事務職員・その他職員</p> |

高齢者施設における感染症に関する実態ならびに 職員の意識調査へのご協力のお願い

平成6年にMRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)感染症が社会問題化し、保菌者差別が顕在したことをきっかけとして、我々は当時の全国社会福祉協議会、東京都福祉保健局、全国老人保健施設協会などにおける感染症対策マニュアルの作成に関わってきました。以来これらのマニュアルは、標準的予防策を盛り込み施設事情を加えながら、編集者をかえながら改訂を重ねてきています。その基本的な考えは、現場での被害を考慮して、多種の感染症をバランスよく取り扱っていこうというものです。このたび、平成24年度厚生労働科学研究補助金を受けて行う「肝炎ウイルス感染者に対する偏見や差別の実態を把握し、その被害の防止のためのガイドラインを作成のための研究」班と、「生活集団の場における肝炎ウイルス感染予防ガイドラインの作成のための研究」班の研究の一環として本調査を行ないたいと思います。

本研究は、肝炎をはじめとする感染症及び医療従事者の感染の実態や意識を把握し、医学的及び法律的観点から分析・検討を行います。このことにより、施設利用者に対する偏見・差別被害の防止や感染予防のガイドラインを検討する上での基礎資料とすることを目的とします。

本調査は、無記名方式を採用しており、個人が特定されることはありませんのでご安心ください。このアンケートにご協力いただくかどうかは、皆様の自由意志に委ねられており、アンケートの回答をもって同意の意思があると判断をさせていただきます。なお、調査結果は、全体として統計を出すことに用いられ、研究班の報告書、学会発表、論文などで公表させていただきたく存じます。皆様お一人お一人を特定する情報は一切ありません。

ご回答いただく際は、周りの意見を参考にせず、あなたご自身の考えでお答えください。本調査の趣旨をご理解頂き、ご協力をお願いいたします。

同封のクオカードは、ささやかではございますが御礼としてお納めください。