

(資料3)

1 保育施設に対するアンケート案

A 施設長に対するアンケート案

本アンケートにお答え頂ける場合は□にチェックをお願いします

□ アンケートに答えることに同意します

この調査は、保育園における血液の扱いについて現状を調査し、ウイルス性肝炎などの感染症対策に役立てることを目的とするものです。貴施設を代表しておひとりがお答えください

I あなたの職種をお答えください

1 施設長 2 副施設長 3 その他

II 園児の保育人数をお答えください

総数\_\_\_\_\_人

0 歳児\_\_\_\_\_人

1 歳児\_\_\_\_\_人

2 歳児\_\_\_\_\_人

3 歳児\_\_\_\_\_人

4 歳児\_\_\_\_\_人

5 歳児\_\_\_\_\_人

III 現在の園児のうち、日本人以外の父または母をもつ児の人数をお答えください

\_\_\_\_\_人

IV-1 現在の職員の人数(パート職員は含まない)をお答えください

\_\_\_\_\_人

IV-2 そのうち看護師資格を有する人数をお答えください

\_\_\_\_\_人

V-1 病児もしくは病後児保育を行っていますか

1 行っている 2 行っていない

V-2 行っている場合、定員は何人ですか

\_\_\_\_\_人

VI-1 職員の中にB型肝炎ウイルスのキャリアはいますか

VI-2 いる場合、およそ何人ですか

\_\_\_\_\_人

VII-1 職員の中にC型肝炎ウイルスのキャリアはいますか

VII-2 いる場合、およそ何人ですか

\_\_\_\_\_人

VIII よろしければ保育園の名称、所在地をお教えてください

\_\_\_\_\_都道府県\_\_\_\_\_市郡\_\_\_\_\_町

\_\_\_\_\_保育園(公立・私立・公設民営)

本アンケートを園医、職員の方にお渡し頂くことに関してご同意頂ける場合は□にチェックをお願いします

☐ 園医にアンケートを渡すことに同意します

☐ 職員にアンケートを渡すことに同意します

ご協力ありがとうございました

B 保育園 園医に対するアンケート  
(保育園から園医の方に返信用封筒と一緒にお願いします。)

この調査は、保育園における血液の扱いについて現状を調査し、ウイルス性肝炎などの感染症対策に役立てることを目的とするものです。貴施設の園医がお答えください

I あなたの専門をお答えください

1 小児科 2 内科 3 その他( )

II あなたの勤務形態をお答えください

1 開業医 2 病院勤務医 3 アルバイト医 4 その他( )

III-1 保育園職員を対象とした保健衛生関連の講義や研修を担当されることはありますか

1 はい 2 いいえ

III-2 以下のような感染症について取り上げることはありますか

|                                          | はい | いいえ |
|------------------------------------------|----|-----|
| インフルエンザ<br>ノロウイルス<br>水ぼうそう<br>B型肝炎<br>結核 |    |     |

IV 保育園の入園時に母子手帳などを使って感染症の罹患歴やワクチンの接種歴を確認していますか

1 確認している 2 確認していない

V 定期接種ワクチン(MRワクチン、三種混合、ポリオ、BCGなど)が未接種の場合、打つように勧めていますか

1 勧めている 2 勧めていない

VI 以下の任意接種ワクチンが未接種の場合、打つように勧めていますか

|                                                        | はい | いいえ |
|--------------------------------------------------------|----|-----|
| インフルエンザ<br>ヒブ<br>肺炎球菌<br>水ぼうそう<br>おたふく風邪(ムンプス)<br>B型肝炎 |    |     |

VII-1 園児の中に B 型肝炎ワクチンを受けている人がいますか

1 いる 2 いない 3 わからない

VII-2 いる場合およそ何人ですか

\_\_\_\_\_人

VIII-1 園児の中に B 型肝炎ウイルスのキャリアはいますか

1 いる 2 いない 3 わからない

VIII-2 いる場合およそ何人ですか

\_\_\_\_\_人

IX-1 園児の中に C 型肝炎ウイルスのキャリアはいますか

1 いる 2 いない 3 わからない

IX-2 いる場合およそ何人ですか

\_\_\_\_\_人

X 今までに園児や職員の B 型肝炎や C 型肝炎について相談されたり困ったりしたことがあれば、具体的に教えてください

答えていただいた事例について、後日直接お話を伺うことは可能でしょうか。もし可能であれば、お名前をお教え頂き、ご連絡方法をお選びください。

あなたのお名前

連絡の方法

電話でご連絡する (連絡先: \_\_\_\_\_)

メールでご連絡する(メールアドレス: \_\_\_\_\_)

その他の方法( \_\_\_\_\_)

よろしければ園医をされている保育園の名称、所在地をお教えてください

\_\_\_\_\_都道府県\_\_\_\_\_市郡\_\_\_\_\_町

\_\_\_\_\_保育園(公立・私立・公設民営)

ご協力ありがとうございました。封筒にお入れ頂き、厳封の上施設長にお渡し下さい。

C 保育園 職員に対するアンケート  
(保育園から園医の方に返信用封筒と一緒にお渡し下さい。)

この調査は、保育園における血液の扱いについて現状を調査し、ウイルス性肝炎などの感染症対策に役立てることを目的とするものです。

施設長を含む貴施設職員全員(パートは除く)にご協力をお願いします。

I あなたの職種をお答えください

1 施設長 2 副施設長 3 主任保育士 4 保育士 5 看護師 6 栄養士 7 調理師 8 その他

II-1 あなたの性をお答えください

1 男性 2 女性

II-1 あなたの年齢をお答えください

1 20 歳以下 2 21 歳～30 歳 3 31 歳～40 歳 4 41 歳～50 歳 5 51 歳～60 歳 6 61 歳以上

II-1 保育所に通算何年間勤務されていますか

\_\_\_\_\_ 年

III 「保育所における感染症対策ガイドライン」(平成 21 年 8 月 厚生労働省)は知っていますか

1 よく使っている 2 時々使っている 3 読んだことがある 4 名前は知っている 5 まったく知らない

IV-1 看護師や医師などによる保健衛生関連の職員研修や会議に参加したことがありますか

1 はい 2 いいえ

はいの場合は以下の質問に答えてください。いいうの場合は 5 の質問へ

IV-2 年におよそ何回参加していますか

\_\_\_\_\_ 回

IV-3 以下のような感染症について取り上げることはありますか

|         | はい | いいえ |
|---------|----|-----|
| インフルエンザ |    |     |
| ノロウイルス  |    |     |
| 水ぼうそう   |    |     |
| B 型肝炎   |    |     |
| 結核      |    |     |

V 保育園の入園時に母子手帳などを使って、感染症の罹患歴やワクチンの接種歴を確認していますか

1 確認している 2 確認していない

VI 定期接種ワクチン(MR ワクチン、三種混合、ポリオ、BCG など)が未接種の場合、打つように勧めていますか

1 勧めている 2 勧めていない

VII 以下の任意接種ワクチンが未接種の場合、打つように勧めていますか

|               | はい | いいえ |
|---------------|----|-----|
| インフルエンザ       |    |     |
| ヒブ            |    |     |
| 肺炎球菌          |    |     |
| 水ぼうそう         |    |     |
| おたふく風邪 (ムンプス) |    |     |
| B 型肝炎         |    |     |

VIII-1 園児の中に B 型肝炎ワクチンを受けている人がいますか

1 いる 2 いない 3 わからない

VIII-2 いる場合およそ何人ですか

\_\_\_\_\_人

IX-1 園児の中に B 型肝炎ウイルスのキャリアはいますか

1 いる 2 いない 3 わからない

IX-2 いる場合およそ何人ですか

\_\_\_\_\_人

X-1 園児の中に C 型肝炎ウイルスのキャリアはいますか

1 いる 2 いない 3 わからない

X-2 いる場合およそ何人ですか

\_\_\_\_\_人

XI 園では次のものを洗浄／消毒せずに複数の園児で共有することがありますか

|        | ある | ない |
|--------|----|----|
| 手ふきタオル |    |    |
| 歯ブラシ   |    |    |
| コップ    |    |    |
| 哺乳瓶／乳首 |    |    |
| シーツ    |    |    |
| 軟膏     |    |    |

XII 園では薬を塗る時にはどうしていますか

1 ヘラや綿棒(使い捨て) 2 ヘラや綿棒(使い回し) 3 素手で塗る 4 手袋をして塗る 5 園では塗らない

XIII 0～1 歳児クラスの玩具は洗浄していますか

1 洗浄しない 2 個人が使うごとに洗浄 3 1 日 1 回洗浄 4 その他

XIV ハーモニカやピアノカ(吹き口)は洗浄していますか

1 洗浄しない 2 個人が使うごとに洗浄 3 1 日 1 回洗浄 4 その他

XV 園児がけがや鼻出血などで出血するようなことはどの程度起こりますか(最も近いものを選んでください)

1 1 日 5 回以上 2 1 日 1-5 回 3 1 週間に 1-5 回 4 1 ヶ月に 1-5 回 5 それ以下

XVI 園では傷などの手当のときには使い捨ての手袋を使っていますか

1 常に使う 2 できるだけ使う 3 めったに使わない 4 使わない

XVII 鼻血の処置のときには使い捨ての手袋を使いますか

1 常に使う 2 できるだけ使う 3 めったに使わない 4 使わない

XVIII 園児の血が付いた綿球やティッシュなどはどうしていますか

1 そのまま捨てる 2 ビニール袋に入れて捨てる 3 血液付着物専用のゴミ箱に捨てる 4 その他  
( )

XIX 便のついたおむつの交換のときには手袋を使いますか

1 常に使う 2 下痢のときだけ使う 3 めったに使わない 4 使わない

XX 「B型肝炎」についてあなた自身はどれに該当しますか

- 1 この病気の名前を知らない
- 2 この病気の名前は知っているが、どのような病気か全く知らない
- 3 この病気がどのような病気であるかについて多少の知識がある
- 4 この病気がどのような病気であるかについてかなりの知識がある

XX I 「C型肝炎」についてあなた自身はどれに該当しますか

- 1 この病気の名前を知らない
- 2 この病気の名前は知っているが、どのような病気か全く知らない
- 3 この病気がどのような病気であるかについて多少の知識がある
- 4 この病気がどのような病気であるかについてかなりの知識がある

XX II 「B型肝炎」や「C型肝炎」についてあなたが抱いているイメージにを尋ねします。はいであれば 1、いいえであれば 2 を記入してください。

|                                   | B型肝炎 | C型肝炎 |
|-----------------------------------|------|------|
| 次第に進行して行く病気である                    |      |      |
| 病気の進行しだいでは、肝硬変や“肝がん”を合併する病気である    |      |      |
| 適切に治療することにより、病気の進行を止めることができる病気である |      |      |
| 輸血が原因でかかる病気である                    |      |      |
| アルコールの飲みすぎでかかる病気である               |      |      |
| 薬の投与が原因でかかる病気である                  |      |      |
| 遺伝する病気である                         |      |      |
| 性交渉が原因でかかる病気である                   |      |      |
| 予防接種で完全に予防できる病気である。               |      |      |
| 特にイメージはない                         |      |      |
| その他のイメージ                          |      |      |
| 次第に進行して行く病気である                    |      |      |

XX III 以下のケースで B型肝炎や C型肝炎に感染するリスクが高いと思うものに 1 を、思わないものに 2 を記入してください。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | B型肝炎 | C型肝炎 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| (感染者に)かまれる、ひっかかる<br>(感染者を)だっこする<br>(感染者と)同じ皿からものを取って食べる<br>(感染者と)同じ食器を使って食べる<br>(感染者が)口移しで物を他人に食べさせる<br>(感染者と)一緒にプールに入る<br>(感染者と)タオルを共有する<br>(感染者と)カミソリを共有する<br>(感染者と)歯ブラシを共有する<br>(感染者と)性交渉を持つ<br>感染者の血液が傷口につく<br>感染者の尿が傷口につく<br>感染者の大便が傷口につく<br>(感染者の血液が付いた)椅子に座る<br>(感染者から吸血した)蚊に刺される<br>(感染者に)かまれる、ひっかかる |      |      |

X X I V 今までに園児や職員の B 型肝炎や C 型肝炎について相談されたり困ったりしたことがあれば、具体的に教えてください

答えていただいた事例について、後日直接お話を伺うことは可能でしょうか。もし可能であれば、お名前をお教え頂き、ご連絡方法をお選びください。

あなたのお名前

連絡の方法

電話でご連絡する (連絡先: )

メールでご連絡する(メールアドレス: )

その他の方法( )

よろしければ園医をされている保育園の名称、所在地をお教えてください

都道府県 市郡 町

保育園(公立・私立・公設民営)

ご協力ありがとうございました。封筒にお入れ頂き、厳封の上施設長にお渡し下さい。

## 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。

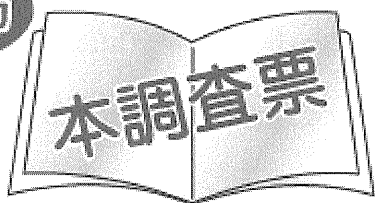
本研究は、肝炎を含めた各種の感染症及び医療従事者の感染の実態・意識を把握し、医学的及び社会的観点から分析・検討を行います。このことにより、施設利用者に対する偏見・差別被害の防止や、感染予防のガイドラインを検討する上での基礎資料とすることを目的とします。

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、ご協力の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▶▶▶

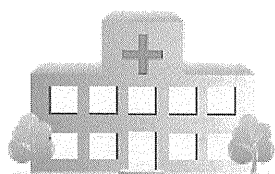
5月上旬



### 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

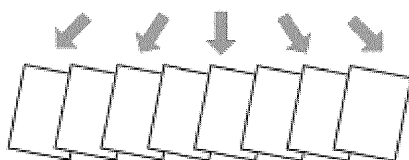
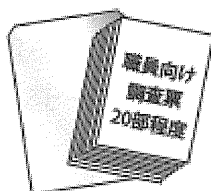


東京都健康長寿医療センター

### Step ②

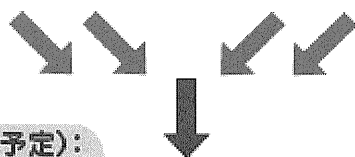
後日、職員様用の調査票をお送り致します。

6月下旬

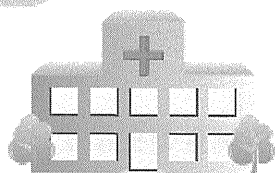


### Step ③

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。

回答にご協力頂け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<br>(老人保健施設) | 1. 病院併設<br>3. 無床診療所併設<br>5. その他施設併設<br>7. その他 ( | 2. 有床診療所併設<br>4. 特別養護老人ホーム併設<br>6. 独立型<br>) |
| 設置主体             | 1. 医療法人<br>3. 地方公共団体                            | 2. 社会福祉法人<br>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）<br>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）<br>の退所者数                                      | 人 |
| この1年間（平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月末）<br>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<br>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）<br>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）<br>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）<br>に行なった注射および点滴の延べ回数<br>※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<br>※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<br>なかった | 感染が確認された         |                    |
|---------------------------------------|-------------|------------------|--------------------|
|                                       |             | 個人の感染者が<br>確認された | 他の利用者への<br>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<br>（ノロウィルスを含む）            | 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 <sup>かいせん</sup>                 | 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<br>（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<br>なかった | 感染が確認された         |                    |
|---------------------------------------|-------------|------------------|--------------------|
|                                       |             | 個人の感染者が<br>確認された | 他の利用者への<br>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<br>（ノロウィルスを含む）            | 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 <sup>かいせん</sup>                 | 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<br>（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。

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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。 | 常勤職員<br><div style="text-align: right;">人</div> 非常勤職員（パート・アルバイトを含む）<br><div style="text-align: right;">人</div>                                                                                                                                                                            |
| 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。                  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1. 行なった</span> <span>2. 行っていない</span> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; width: 50px; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: center;">↓ 9-2 へ</div> </div>     |
| 9-2. B型肝炎ワクチンの接種を従事者に勧めましたか。                                 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1. 行なった</span> <span>2. 行っていない</span> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; width: 50px; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: center;">↓ 9-3 へ</div> </div>     |
| 9-3. B型肝炎ワクチンの接種は全職種が対象ですか。                                  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1. はい</span> <span>2. いいえ（特定の職種のみ）</span> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; width: 50px; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: center;">↓ 9-4 へ</div> </div> |
| 9-4. どの職種に対して、ワクチンの接種を行いましたか。<br><br>あてはまるものすべてをお答えください。     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医師・歯科医師</li> <li>2. 看護師・准看護師</li> <li>3. 薬剤師</li> <li>4. 介護職員</li> <li>5. 支援相談員</li> <li>6. リハビリテーション系技師</li> <li>7. 管理栄養士・栄養士</li> <li>8. 調理師</li> <li>9. 事務職員・その他職員</li> </ol>                                                                |

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に同意しますか。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<br>4. 40 歳～49 歳<br>7. 70 歳以上                                                                          | 2. 20 歳～29 歳<br>5. 50 歳～59 歳                                                                       | 3. 30 歳～39 歳<br>6. 60 歳～69 歳 |
| 職 種                               | 1. 医師・歯科医師<br>3. 薬剤師<br>5. 介護職員（ホームヘルパー）<br>7. 支援相談員（社会福祉士）<br>9. 支援相談員（その他）<br>11. 管理栄養士・栄養士<br>13. 事務職員・その他職員 | 2. 看護師・准看護師<br>4. 介護職員（介護福祉士）<br>6. 介護職員（その他）<br>8. 支援相談員（介護支援専門員）<br>10. リハビリテーション関連職種<br>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<br>※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      2. 1 年～2 年<br>3. 3 年～5 年      4. 6 年～10 年<br>5. 11 年～15 年      6. 16 年～20 年<br>7. 20 年以上          |                                                                                                    |                              |

# 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がある | 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                      |