

薬剤耐性（AMR）対策に関するアンケート

＜保険薬局における感染対策に関する意識調査＞

下記の設問に対して、○で記載をお願いします。また、記述に関しては直接ご記入ください。

記入後、お手数ですが、岩手県立中央病院薬剤部宛にFAXをお願い致します。（FAX：019-605-8711）

Q1. 薬剤師の経験年数を教えてください。

- | | | |
|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| 1. <u>5年未満</u> | 2. <u>5年以上～10年未満</u> | 3. <u>10年以上～15年未満</u> |
| 4. <u>15年以上～20年未満</u> | 5. <u>20年以上</u> | |

Q2. 薬局内でスタッフや患者さんの手指が高頻度に接触する部分（調剤台、ドアノブ、カウンターなど）は、いつ清拭していますか？ （複数回答可）

- | | | | |
|---------|--------|--------|-----------|
| 1. 始業前 | 2. 業務中 | 2. 終業後 | 4. 行っていない |
| 5. その他（ | | | ） |

Q3. 清拭はどのようなものを使用していますか？

- | | | |
|---------------|------------------|--------|
| 1. アルコール除菌シート | 2. アルコール以外の除菌シート | 3. 水拭き |
| 4. その他（ | | ） |

Q4. 一作業（秤量、軟膏混合、患者指導など）ごとに手指衛生（手洗い・消毒）は行っていますか？

- | | | |
|----------|-----------|--------------|
| 1. 行っている | 2. 行っていない | 3. どちらとも言えない |
|----------|-----------|--------------|

Q5. 手荒れを起こしているときはどのような手指衛生を行っていますか？

- | | | |
|-------------|------------------|--------|
| 1. アルコール消毒 | 2. アルコール以外の低水準消毒 | 3. 手洗い |
| 4. 特に行っていない | | |
| 5. その他（ | | ） |

Q6. 患者さんが使用した自己注射に係る注射針など回収していますか？

- | | | |
|-----------|-------------------|-------------|
| 1. 回収している | 2. 回収したことはないが回収する | 3. 回収するか検討中 |
| 4. 回収はしない | | |

＜ 2 枚目に続きます ＞

