

タイトル

新しい重症心身障害ネットワーク 重症感染対策引き作成に向けた実態調査アンケート
「重症心身障害児(者)施設のシステムに関する調査」



メッセージ

1. 本調査にご協力いただける場合にのみご回答ください。
2. 病院で主に感染対策を担当されている方にご回答をお願いします。
3. ご施設の重症心身障害児(者)病棟主体の状況についてご回答ください。
4. 記入にはおよそ10分～15分程度かかります。
5. 2023年8月7日（月）までにご返信ください。

同意文・ボタン

「本調査について」

芳野裕子（独立行政法人国立病院機構やまと精神医療センター）

＊プランナー

<編集協力者>（五十音順）

木田耕平（独立行政法人国立病院機構本部）

黒木彰乃（独立行政法人国立病院機構本部）

回答する

◀ 改ページ ▶

【お答えいただく方について】

Q1. お答えいただく方の職種をお選びください。

【必ず回答】

- ☐ 医師
- ☐ 看護師
- ☐ 薬剤師
- ☐ 臨床検査技師
- ☐ 事務部職員
- ☐ その他

Q2. お答えいただく方の役職をお選びください。

【必ず回答】

- ☐ 医長以上の役職の医師（院長/副院長/部長/医長など）
- ☐ 医師
- ☐ 看護部長
- ☐ 副看護部長
- ☐ 看護師長
- ☐ 副看護師長
- ☐ 看護師
- ☐ 薬剤部長/科長
- ☐ 副薬剤部長/科長
- ☐ 臨床検査技師長
- ☐ 副臨床検査技師長
- ☐ 事務部長
- ☐ 企画課長/管理課長
- ☐ 庶務/班長/業務班長
- ☐ 専門職
- ☐ その他

◀ 改ページ ▶

Q3. 感染管理に関する認定資格をお持ちですか。

【必ず回答】

- ☐ はい
- ☐ いいえ
- ☐ その他

◀ 改ページ ▶

編集 削除 この質問を表示する条件 “Q3”で“はい”を“選択した”

Q4. 所有している認定資格の種類について、該当するすべてをお選びください。

【必ず回答】（複数選択）

- ☐ infection control doctor(ICD)
- ☐ 感染管理認定看護師(CNIC)
- ☐ 感染症看護専門看護師(CNSIC)
- ☐ 感染制御認定薬剤師(PIC)
- ☐ 感染制御専門薬剤師(ICPS)
- ☐ 感染制御認定臨床微生物検査技師(ICMT)
- ☐ その他

【貴院について】

[編集](#) [削除](#)  他の選択肢と同時に選べない選択肢 “不明（わからない）”

Q5. 感染管理に関する認定資格をもつ職員はいますか。
認定資格と勤務体系に該当するすべてをお選びください。
【必ず回答】 (複数選択)

- ☐ infection control doctor(ICD)
- ☐ 感染管理認定看護師(CNIC)
- ☐ 感染症看護専門看護師(CNSIC)
- ☐ 感染制御認定薬剤師(PIC)
- ☐ 感染制御専門薬剤師(ICPS)
- ☐ 感染制御認定臨床微生物検査技師(CMT)
- ☐ その他
- ☐ 不明（わからない）

[編集](#) [削除](#)  他の選択肢と同時に選べない選択肢 “不明（わからない）”

[編集](#) [削除](#)  この質問を表示する条件 “Q5”で “infection control doctor(ICD)”を “選択した”

Q6. infection control doctor(ICD)の勤務体系に該当するすべてをお選びいただき、その人数を入れてください。
「その他の勤務体系」をお選びいただいた場合は、その内容をご入力ください。
【必ず回答】 (複数選択)

- ☐ 専従 人
(半角数字)
[編集](#) [削除](#)
- ☐ 専任 人
(半角数字)
[編集](#) [削除](#)
- ☐ その他の勤務体系
- ☐ 不明（わからない）

[編集](#) [削除](#)  他の選択肢と同時に選べない選択肢 “不明（わからない）”

[編集](#) [削除](#)  この質問を表示する条件 “Q5” で “感染管理認定看護師(CNIC)” を “選択した”

Q7. 感染管理認定看護師(CNIC)の勤務体系に該当するすべてをお選びいただき、その人数を入れてください。
「その他の勤務体系」をお選びいただいた場合は、その内容をご入力ください。

【必ず回答】 (複数選択)

☐ 専従 人 (半角数字)

[編集](#) [削除](#)

☐ 専任 人 (半角数字)

[編集](#) [削除](#)

☐ その他の勤務体系

☐ 不明（わからない）

編集

削除

他の選択肢と同時に選べない選択肢“不明（わからない）”

編集

削除

この質問を表示する条件“Q5”で“感染症看護専門看護師(CNSIC)”を“選択した”

Q8.

感染症看護専門看護師(CNSIC)の勤務体系に該当するすべてをお選びいただき、その人数を入れてください。
「その他の勤務体系」をお選びいただいた場合は、その内容をご入力ください。

【必ず回答】

(複数選択)

専従

人

(半角数字)

編集

削除

専任

人

(半角数字)

編集

削除

その他の勤務体系

不明（わからない）

[編集](#) [削除](#)  他の選択肢と同時に選べない選択肢 “不明（わからない）”

[編集](#) [削除](#)  この質問を表示する条件 “Q5” で “感染制御認定薬剤師(PIC)” を “選択した”

Q9. 感染制御認定薬剤師(PIC)の勤務体系に該当するすべてをお選びいただき、その人数を入れてください。
「その他の勤務体系」をお選びいただいた場合は、その内容をご入力ください。

【必ず回答】 (複数選択)

☐ 専従 人 (半角数字)

[編集](#) [削除](#)

☐ 専任 人 (半角数字)

[編集](#) [削除](#)

☐ その他の勤務体系

☐ 不明（わからない）

[編集](#) [削除](#)  他の選択肢と同時に選べない選択肢 “不明（わからない）”

[編集](#) [削除](#)  この質問を表示する条件 “Q5” で “感染制御専門薬剤師(ICPS)” を “選択した”

Q10. 感染制御専門薬剤師(ICPS)の勤務体系に該当するすべてをお選びいただき、その人数を入れてください。
「その他の勤務体系」をお選びいただいた場合は、その内容をご入力ください。

【必ず回答】 [複数選択](#)

☐ 専従 人
(半角数字)

[編集](#) [削除](#)

☐ 専任 人
(半角数字)

[編集](#) [削除](#)

☐ その他の勤務体系

☐ 不明（わからない）

[編集](#) [削除](#)  他の選択肢と同時に選べない選択肢 “不明（わからない）”

[編集](#) [削除](#)  この質問を表示する条件 “Q5” で “感染制御認定臨床微生物検査技師(CMT)” を “選択した”

Q11. 感染制御認定臨床微生物検査技師(CMT)の勤務体系に該当するすべてをお選びいただき、その人数を入れてください。
「その他の勤務体系」をお選びいただいた場合は、その内容をご入力ください。

【必ず回答】 [複数選択](#)

☐ 専従 人
(半角数字)

[編集](#) [削除](#)

☐ 専任 人
(半角数字)

[編集](#) [削除](#)

☐ その他の勤務体系

☐ 不明（わからない）

[編集](#) [削除](#)  他の選択肢と同時に選べない選択肢 “不明（わからない）”

[編集](#) [削除](#)  この質問を表示する条件 “Q5” で “その他” を “選択した”

Q12. その他の感染管理に関する認定資格の勤務体系に該当するすべてをお選びいただき、その人数を入れてください。
「その他の勤務体系」をお選びいただいた場合は、その内容をご入力ください。

【必ず回答】 [複数選択](#)

☐ 専従 人
(半角数字)

[編集](#) [削除](#)

☐ 専任 人
(半角数字)

[編集](#) [削除](#)

☐ その他の勤務体系

☐ 不明（わからない）

Q13. 感染管理・抗菌薬適正使用に関する加算について該当するすべてをお選びください。

【必ず回答】 [複数選択](#)

- ☐ 感染症対策向上加算Ⅰを算定している
- ☐ 感染症対策向上加算Ⅱを算定している
- ☐ 感染症対策向上加算Ⅲを算定している
- ☐ 指導強化加算もしくは連携強化加算を算定している
- ☐ 算定しているものはない

☐ その他

Q14. 貴院の重症心身障害児（者）の病棟数を教えて下さい。

【必ず回答】

- ☐ 1つ
- ☐ 2つ
- ☐ 3つ
- ☐ その他

☐ 不明（わからない）

Q15. 重症心身障害児（者）について、回答当日の状況を教えて下さい。

回答当日の在院患者数 [【必ず回答】](#)

人
0文字 (半角数字)

回答当日の自己移動可能な患者数 [【必ず回答】](#)

人
0文字 (半角数字)

回答当日の人工呼吸器装着患者数 [【必ず回答】](#)

人
0文字 (半角数字)

Q16. 平時、感染症の市中流行時、院内流行時に取り組んでいる対策について、該当するすべてをお選びください。
各項目について、備考がある場合には、項目下の備考欄に記入してください

【必ず回答】（複数選択）

	【平時】	【市中流行時】 CO VID-19	【市中流行時】 イ ンフルエンザ	【市中流行時】 CO VID-19やインフル エンザ以外の呼吸 器感染症	【市中流行時】 ノ ロウイルス感染症	【院内流行時】 CO VID-19	【院内流行時】 イ ンフルエンザ	【院内流行時】 CO VID-19やインフル エンザ以外の呼吸 器感染症	【院内流行時】 ノ ロウイルス感染症	該当なし	不明（わから ない）
外出行事の制限または中止	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
複数病棟合同での療育の制限または中止	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
集団療育活動の全面中止(すべて個別療育とするなど)	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
集合しての食事の制限または中止	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
リハビリテーションの制限または中止	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ボランティア活動の制限または中止	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
特別支援学校の授業の制限または中止	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
面会の制限または中止	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
外出治の制限または中止	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
新規入院(ショートステイも含む)の制限または中止	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	【平時】	【市中流行時】 CO VID-19	【市中流行時】 イ ンフルエンザ	【市中流行時】 CO VID-19やインフル エンザ以外の呼吸 器感染症	【市中流行時】 ノ ロウイルス感染症	【院内流行時】 CO VID-19	【院内流行時】 イ ンフルエンザ	【院内流行時】 CO VID-19やインフル エンザ以外の呼吸 器感染症	【院内流行時】 ノ ロウイルス感染症	該当なし	不明（わから ない）
入院時に本人および家族の症状、発症者との接触歴を確認	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
サージカルマスクを全職員が着用	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
患者の症候群サーベイランスを実施	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
職員の症候群サーベイランスを実施	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
抗インフルエンザ薬の予防投薬の事前承諾を得る	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
抗インフルエンザ薬の予防投薬	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
その他①	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
その他②	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
その他③	備考 編集 削除										
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Q17. 感染症の院内流行時に検討している対策の決定は主に誰が行っていますか。
該当するすべてをお選びください。

【必ず回答】（複数選択）

- ☐ 病棟医あるいは主治医
- ☐ 病棟看護部長
- ☐ 感染防止対策室・ICT
- ☐ 感染防止対策委員会
- ☐ 病院長
- ☐ 病院幹部（病院長を除く）
- ☐ その他
- ☐ 不明（わからない）

◀ 改ページ ▶

編集 削除 ⚠ 他の選択肢と同時に選べない選択肢 “不明（わからない）”

Q18. アウトブレイク防止または発生時の対応として以下のような対策を行っていますか。
該当するすべてをお選びください。

【必ず回答】（複数選択）

- ☐ フェーズ対策^{a)}を行っている
- ☐ 施設独自の一覧表^{b)}を活用している
- ☐ フェーズ対策も施設独自の一覧表の活用も行っていない
- ☐ その他
- ☐ 不明（わからない）

^{a)} フェーズ対策: 地域や病院内でのインフルエンザや感染性胃腸炎等の発生状況をレベル分けして、それぞれの「レベル」＝「フェーズ」において実施する対策を予め設定しておく。
^{b)} 施設独自の一覧表: アウトブレイク発生時に行うことのチェックリストや、制限する内容とその連絡先を一覧表にまとめたもの、など。

◀ 改ページ ▶

Q19. 手引き作成のためにご提供いただくことが可能な「フェーズ対策」や「施設独自の一覧表」など(アウトブレイク対策または対応として独自に工夫されているもの)はありますか？

【必ず回答】

- ☐ はい ➡ 下志津病院 鈴木由美 yumi@work@me.com までお送りいただけますと幸いです。
- ☐ いいえ
- ☐ その他
- ☐ 不明（わからない）

◀ 改ページ ▶

Q20. 重症心身障害児（者）に関わる人々を対象に感染対策に関する教育研修会などを行っていますか。

【必ず回答】

- ☐ はい
- ☐ いいえ
- ☐ その他
- ☐ 不明（わからない）

◀ 改ページ ▶

編集 削除 ⚠ 他の選択肢と同時に選べない選択肢 “不明（わからない）”

編集 削除 ➡ この質問を表示する条件 “Q20”で“はい”を“選択した”

Q21. どのような職種が重症心身障害児（者）に関わっていますか。
該当するすべてをお選びください。

【必ず回答】（複数選択）

- | | |
|--|--|
| ☐ 医師 | ☐ 歯科医師（外部） |
| ☐ 看護師 | ☐ 外部委託業者（理容師） |
| ☐ 療養介助員 | ☐ 外部委託業者（清掃） |
| ☐ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | ☐ 外部委託業者（リネン） |
| ☐ 業務技術員 | ☐ 外部委託業者（廃棄物） |
| ☐ 児童指導員・保育士 | ☐ その他① <input type="text"/> |
| | 編集 削除 |
| ☐ 特別支援学校の教諭 | ☐ その他② <input type="text"/> |
| | 編集 削除 |
| ☐ 家族 | ☐ その他③ <input type="text"/> |
| | 編集 削除 |
| | ☐ 不明（わからない） |

◀ 改ページ ▶

Q22. 過去3年間に実施した教育研修会の実績について教えてください。研修内容、対象職種について該当するものすべてをお選びください。各項目について、備考がある場合には、項目の下の備考欄に記入してください。

【必ず回答】（複数選択）

医師	看護師	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	療養介助員	業務技術員	児童指導員・保育士	支援学校の教諭	家族	歯科医師（外部）	外部委託業者（理容師）	外部委託業者（清掃）	外部委託業者（リネン）	外部委託業者（廃棄物）	その他	該当なし	不明（わからない）
編集 削除															

手指衛生

備考

編集

削除

⇒

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

PPE

備考

編集

削除

⇒

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

環境衛生

備考

編集

削除

⇒

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

集団感染(アウトブレイク)対策

備考

編集

削除

⇒

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

職業感染管理

備考

編集

削除

⇒

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

廃棄物

備考

編集

削除

⇒

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

その他

備考

編集

削除

⇒

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Q23. 重症心身障害児（者）病棟の建物の設計において介入した点、失敗例や課題などありましたら以下にご記入ください。

0文字

Q24. 重症心身障害児（者）施設のシステムについて、ご意見などありましたら自由にお書き下さい。

0文字

調査は以上になります。ご協力ありがとうございました。

編集 削除



送信後に指定URLに移動 <https://nho.hosp.go.jp/>

メッセージ



ご協力ありがとうございました。

