

新しい重症心身障害者ネットワーク 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)施設の標準予防策に関する調査」



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. ご所属の重症心身障害児(者)病棟や床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分程度がかかります。
5. 2023年8月7日(月) までにご返信ください。

「本調査について」

<実施調査の名称>
 国立病院機構重症心身障害者研究ネットワーク院内感染対策推進委員会
 重症心身障害児(者)病棟における感染対策引き作成に向けた実態調査

<調査の目的と概要>
 本調査の目的は、重症心身障害児(者)病棟における感染対策引きの作成状況を

回答する

【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】

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

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

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）

< 戻る

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
- 専任 人
(半角数字)
編集
- 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
- 専任 人
(半角数字)
編集
- 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
- 専任 人
(半角数字)
編集
- 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
- 専任 人

- その他の勤務体系
- 不明（わからない）

編集 削除 他を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

専任 人
(半角数字)

編集

その他の勤務体系

不明（わからない）

編集 削除 他を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(ICMT)”を選択した”

Q11. 感染制御認定臨床微生物検査技師(ICMT)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

専任 人
(半角数字)

編集

その他の勤務体系

不明（わからない）

編集 削除 他を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

専任 人
(半角数字)

編集

その他の勤務体系

不明（わからない）

戻る

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

戻る

Q14. 貴院の重症心身障害児（者）の病棟数を教えてください。

【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ください。

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）

【手指衛生について】

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）”

Q16. 機式手指衛生剤の設置場所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）

病棟出入口付近

病室出入口付近

ベッドサイド

その他

不明（わからない）

Q17. 職員は機式手指衛生剤を携帯していますか。該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

はい

いいえ

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 “Q17” で “はい” を “選択した”

Q18. 機式手指衛生剤を携帯している職種すべてをお選びください。
【必ず回答】（複数選択）

医師

看護師

療養介助員

業務技術員

児童指導員・保育士

リハビリテーション科職員

その他

不明（わからない）

Q19. トイレで自己排泄される患者はいますか。該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

はい

いいえ

その他

不明（わからない）

編集 削除  この質問を表示する条件 “Q19” で “はい” を “選択した”

Q20. トイレ後の自己衛生行動について該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

自己にてシンクで手洗いをする

自己にてタオルで手を拭く

介助にてシンクで手洗いをする

介助にてタオルで手を拭く

何もしない

その他

編集 削除 警告 他の選択肢と同時に選べない選択肢「不明（わからない）」

Q21. 手指衛生の教育はどのように行っていますか。
行っている「対象者」、「定期・不定期」および「必須・任意」に該当するものすべてをお選びください。
各項目について、備考がある場合は、項目の下の備考欄に記入してください。
「その他」に該当する対象者がいない場合でも「該当なし」に印を付けて下さい。

【必ず回答】（複数選択）

	定 期	不 定 期	必 須	任 意	不 明（わ か ら ない）	該 当 な し
医師 備考 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
看護師 備考 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
リハビリテーション科職員 備考 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
児童指導員・保育士 備考 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
療養介助員 備考 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
業務技術員 備考 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
事務部 備考 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外部委託（清掃） 備考 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者 備考 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族 備考 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ボランティア 備考 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
特別支援学校教諭 備考 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【个人防护具について】

編集 削除 警告 他の選択肢と同時に選べない選択肢「不明（わからない）」

Q22. サージカルマスクの設置場所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）

- 病棟出入口付近
- 各病室出入口付近
- 各ベッドサイド
- スタッステーション
- 上記以外の決められた場所
- 設置していない
- その他
- 不明（わ か ら ない）

編集 削除 警告 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							
シューカバー	備考	<input type="text"/>	編集					
その他①		<input type="text"/>	編集					
その他②		<input type="text"/>	編集					
その他③		<input type="text"/>	編集					

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）”

Q27. 「口腔ケア」に使用している个人防护具について該当するすべてをお選びください。
すべてのタイミングで着用していなくても、原則として着用している場合に☑を付けて下さい。
その他に入力する項目がない場合は、「該当なし」に☑を付けてください。

【必ず回答】（複数選択）

	編集	備考	編集	平時	院外感染症流行時	院内感染症流行時	全例に対してでなく症例に応じて	常時着用している	不明（わからない）	該当なし
N95マスク		<input type="text"/>	編集							
サージカルマスク		<input type="text"/>	編集							
ゴーグル		<input type="text"/>	編集							
フェースシールド		<input type="text"/>	編集							
ガード付マスク		<input type="text"/>	編集							
エプロン（袖なし）		<input type="text"/>	編集							
ガウン（長袖）		<input type="text"/>	編集							
手袋		<input type="text"/>	編集							
キャップ		<input type="text"/>	編集							
シューカバー		<input type="text"/>	編集							
その他①		<input type="text"/>	編集							
その他②		<input type="text"/>	編集							
その他③		<input type="text"/>	編集							

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）”

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。
 その他に入力する項目がない場合は、「該当なし」に印を付けてください。
 【必ず回答】（複数選択）

	平時	院外感染症流行時	院内感染症流行時	全例に対してでなく症例に応じて	常時着用している	不明（わからない）	該当なし
N95マスク <small>備考</small> <input type="text"/> <small>編集</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サージカルマスク <small>備考</small> <input type="text"/> <small>編集</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ゴーグル <small>備考</small> <input type="text"/> <small>編集</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
フェースシールド <small>備考</small> <input type="text"/> <small>編集</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ガード付マスク <small>備考</small> <input type="text"/> <small>編集</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
エプロン（袖なし） <small>備考</small> <input type="text"/> <small>編集</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ガウン（長袖） <small>備考</small> <input type="text"/> <small>編集</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手袋 <small>備考</small> <input type="text"/> <small>編集</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
キャップ <small>備考</small> <input type="text"/> <small>編集</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
シューカバー <small>備考</small> <input type="text"/> <small>編集</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他① <input type="text"/> <small>編集</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他② <input type="text"/> <small>編集</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他③ <input type="text"/> <small>編集</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◀ 前ページ

【療育活動について】

Q29. 療育活動で繰り返し使用する物品の洗浄消毒を行っていますか。該当する一つをお選びください。

- はい
 いいえ
 その他
 不明（わからない）

▶ 次ページ

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 “Q29” で “はい” を “選択した”

Q30. 行っている洗浄消毒方法すべてをお選びください。
【必ず回答】（複数選択）

- 環境クロスで清拭している
 洗浄後浸漬消毒を行っている
 紫外線照射を行っている
 洗浄や消毒は行っていない
 その他
 不明（わからない）

編集 削除 他を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 “Q29”で“はい”を“選択した”

Q31. 洗浄消毒の頻度すべてをお選びください。
【必ず回答】 (複数選択)

- 使用する患者が変更になる毎
- 使用した日の終わり
- 1週間に1回程度
- 2-3週間に1回程度
- 月に1回程度
- その他
- 不明（わからない）

改ページ

Q32. 療育活動中に援助する患者が変わる毎に手指衛生を行っていますか。該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- すべてのタイミングで行っている
- 半分か程度のタイミングで行っている
- 上記（すべてのタイミング/半分か程度のタイミング）未満足が行っている
- 汚染が明らかなきに行っている
- 行っていない
- 手指衛生は行わない
- その他
- 不明（わからない）

Q33. 療育活動中に援助する患者が変わる毎にサージカルマスクの交換を行っていますか。該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- すべてのタイミングで行っている
- 半分か程度のタイミングで行っている
- 上記（すべてのタイミング/半分か程度のタイミング）未満足が行っている
- 汚染が明らかなきに行っている
- 行っていない
- サージカルマスクは使用しない
- その他
- 不明（わからない）

Q34. 療育活動中に援助する患者が変わる毎にエプロン/ガウンの交換を行っていますか。該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- すべてのタイミングで行っている
- 半分か程度のタイミングで行っている
- 上記（すべてのタイミング/半分か程度のタイミング）未満足が行っている
- 汚染が明らかなきに行っている
- 行っていない
- エプロン/ガウンは使用しない
- その他
- 不明（わからない）

改ページ

Q35. 療育活動中に援助する患者が変わる毎に手袋の交換を行っていますか。該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- すべてのタイミングで行っている
- 半分か程度のタイミングで行っている
- 上記（すべてのタイミング/半分か程度のタイミング）未満足が行っている
- 汚染が明らかなきに行っている
- 行っていない
- 手袋は使用しない
- その他
- 不明（わからない）

Q36. 療育活動中に援助する患者が変わる毎にアイゴーグル/アイシールドの交換を行っていますか。該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- すべてのタイミングで行っている
- 半分か程度のタイミングで行っている
- 上記（すべてのタイミング/半分か程度のタイミング）未満足が行っている
- 汚染が明らかなきに行っている
- 行っていない
- アイゴーグル/アイシールドは使用しない
- その他

【療養環境について】

Q37. 廊下の床を這って移動する患者はいますか。該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- はい
- いいえ
- その他
- 不明（わからない）

編集 削除 この質問を表示する条件 "Q37"で"はい"を"選択した"

Q38. 病棟に入る時に靴の履き替えを行っていますか。該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- はい
- いいえ
- その他
- 不明（わからない）

編集 削除 この質問を表示する条件 "Q38"で"はい"を"選択した"

Q39. 職員の履き替える靴は共用ですか。該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- はい
- いいえ
- その他
- 不明（わからない）

編集 削除 この質問を表示する条件 "Q39"で"はい"を"選択した"

Q40. 共用する職員の履き替える靴の管理方法について該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- 定期的に洗浄している
- 定期的に浸漬消毒している
- 定期的に環境用のディスポーザブル製ワイプで清拭している
- 使い捨てにしている
- 取り決めはない
- その他
- 不明（わからない）

編集 削除 この質問を表示する条件 "Q38"で"はい"を"選択した"

Q41. 面会ご家族の履き替える靴は共用ですか。該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- はい
- いいえ
- その他
- 不明（わからない）

編集 削除 この質問を表示する条件 "Q41"で"はい"を"選択した"

Q42. 共用する面会ご家族の履き替える靴の管理方法について該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- 定期的に洗浄している
- 定期的に浸漬消毒している
- 定期的に環境用のディスポーザブル製ワイプで清拭している
- 使い捨てにしている

不明（わからない）

編集 削除 この質問を表示する条件“Q38”で“はい”を“選択した”

Q43. 面会目的以外で来訪者する人々の履き替える靴は共用ですか。該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- はい
- いいえ
- その他
- 不明（わからない）

編集 削除 この質問を表示する条件“Q43”で“はい”を“選択した”

Q44. 共用する面会目的以外で来訪者する人々の履き替える靴の管理方法について該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- 定期的に洗浄している
- 定期的に浸漬消毒している
- 定期的に環境用のディスパーザブル製ワipesで清拭している
- 使い捨てにしている
- 取り決めたはなし
- その他
- 不明（わからない）

編集 削除 この質問を表示する条件“Q38”で“はい”を“選択した”

Q45. 車椅子やストレッチャー、台車などの車輪の清拭は行っていますか？該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- はい
- いいえ
- その他
- 不明（わからない）

編集 削除 他を選択肢と同時に選ばない選択肢“不明（わからない）”

Q46. 車椅子の清掃頻度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】

- 1回/週程度
- 1回/2週間程度
- 1回/月程度
- 1回/年程度
- 汚染時など不定期
- 清掃していない
- その他
- 不明（わからない）

編集 削除 他を選択肢と同時に選ばない選択肢“不明（わからない）”

Q47. 感染性廃棄物の管理について、該当するすべてをお選びください。
【必ず回答】 【複数選択】

- 鍵のかかる部屋やスペースで管理している
- オープンスペースで管理している
- スタッフステーションで管理している
- 患者のベッドサイドに設置している
- その他
- 不明（わからない）

【患者配置・その他について】

編集 削除 物の選択肢と同時に選べない選択肢“不明（わからない）”

Q48. 自身で糞便を触るなど環境を汚染させる可能性がある患者はどのように空間的分離を行っていますか。該当するすべてをお選びください。
【必ず回答】 （複数選択）

- 個室で管理している
- 同様の汚染リスクのある患者をコホートで管理している
- 特に行っていない
- その他
- 不明（わからない）

戻る

Q49. 重症心身障害児（者）施設の標準予防策について、ご意見などありましたら自由にお書き下さい。

0文字

戻る

調査は以上になります。ご協力ありがとうございました。

戻る

編集 削除 送信先に指定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。

