

新しい重症心身障害者ネットワーク 重症感染対策手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)施設の抗菌薬使用に関する調査」



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. 重症心身障害児(者)施設における抗菌薬治療について最も詳細な回答ができる方に回答をお願いします。
3. ご施設の重症心身障害児(者)病棟全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。

「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担当委員会
重症心身障害児(者)病棟における感染対策手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手引きの作成です。

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"/> 副看護部長 | <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 <input type="text"/> |

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(CMT)
- 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(ICMT)
- その他
- 不明（わからない）

◀ 前ページ

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

Q10. 感染制御専門薬剤師(CPS)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](#) 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 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
〇人
(半角数字)
編集 削除

専任
〇人
(半角数字)
編集 削除

その他の勤務体系
〇

不明 (わからない)

改ページ

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
〇

改ページ

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
〇

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】

〇人

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】

〇人

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】

〇人

0文字 (半角数字)

改ページ

【管理体制について】

Q16. 抗菌薬適正使用推進チーム(antimicrobial stewardship team: AST)はありますか。
一つお選びください。

【必ず回答】

はい

いいえ

その他
〇

不明 (わからない)

改ページ

編集 削除 この質問を表示する条件 "Q16"で"はい"を"選択した"

Q17. ASTは重症心身障害児（者）病棟も対象に活動していますか。
一つお選びください。

【必ず回答】

はい

いいえ

その他
〇

Q18. アンチバイオグラムが作成されていますか。
一つお選びください。

【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“Q18”で“はい”を“選択した”

Q19. アンチバイオグラムは、重症心身障害児（者）病棟のみを集計対象としたものも作成されていますか。
一つお選びください。

【必ず回答】

- はい
- いいえ
- その他
- 不明（わからない）

Q20. 抗菌薬使用密度(antimicrobial use density: AUD)を算出していますか。
一つお選びください。

【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“Q20”で“はい”を“選択した”

Q21. AUDは重症心身障害児（者）病棟のみを集計対象としたものも算出されていますか。
一つお選びください。

【必ず回答】

- はい
- いいえ
- その他
- 不明（わからない）

Q22. 抗菌薬使用日数(days of therapy: DOT)を算出していますか。
一つお選びください。

【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“Q22”で“はい”を“選択した”

Q23. DOTは重症心身障害児（者）病棟のみを集計対象としたものも算出されていますか。
一つお選びください。

【必ず回答】

- はい
- いいえ
- その他
- 不明（わからない）

Q24. 感染症診療目的で（院内感染対策の目的以外で、例えば再発や重症化のハイリスク、既往ありの患者）監視培養を行っていますか。一つお選びください。

【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 “Q24”で“はい”を選択した

Q25. 監視培養をいつ行っていますか。一つお選びください。

【必ず回答】

- 院内で感染症が流行している時(アウトブレイク発生時)
- 平時から
- 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 “Q25”で“平時から”を選択した [もしくは] “Q25”で“その他”を選択した

Q26. 監視培養は対象を限定して行っていますか。一つお選びください。

【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 “Q26”で“はい”を選択した

Q27. 監視培養を行う対象すべてをお選びください。

【必ず回答】 （複数選択）

- 新規入院患者
- 短期入院患者(ショートステイ)
- 超重症児(者)
- 準超重症児(者)
- 気管切開患者
- 人工呼吸器装着患者
- 経管栄養患者
- 尿道留置カテーテル留置患者(膀胱瘻患者含む)
- 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 “Q26”で“はい”を選択した

Q28. 監視培養を行っている頻度で最も近いもの一つをお選びください。

【必ず回答】

- 新規入院時のみ
- 月に1回程度
- 半年に数回程度
- 年に1回程度
- 数年に1回程度
- 不定期
- その他
- 不明（わからない）

【個々の患者への検査や治療について】

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）”

Q29. 感染症の治療のための(院内感染対策目的以外の)細菌培養検査はどのようなときに行いますか。該当するすべてをお選びください。

【必ず回答】 （複数選択）

- 抗菌薬開始時
- 抗菌薬変更時
- 治療終了時
- 決まりはない
- 細菌検査を行っていない
- その他
- 不明（わからない）

改ページ

Q30. 無症候性細菌尿の患者に対し抗菌薬を投与しますか。
【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 この質問を表示する条件 "Q30" で "はい" を "選択した"

Q31. 抗菌薬を中止する目安について、該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- 培養陰性になったら中止する
- 一定期間投与したら中止する
- 実質中止しない
- その他
- 不明（わからない）

改ページ

Q32. Extended spectrum β -lactamases(ESBL)産生細菌感染症患者の治療について、該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- カルバペネム系抗菌薬を第一選択する
- 可能であればカルバペネム系以外の抗菌薬を第一選択とする
- その他
- 不明（わからない）

改ページ

Q33. マクロライド少量長期投与を行っていますか。一つお選びください。
【必ず回答】

- はい
- いいえ
- その他
- 不明（わからない）

改ページ

編集 削除 この質問を表示する条件 "Q33" で "はい" を "選択した"

Q34. マクロライド少量長期投与を施行していると回答された方への質問です。定期的にレントゲン撮影や感受性検査などを行って投与継続に関する評価をしていますか。一つお選びください。
【必ず回答】

- はい
- いいえ
- その他
- 不明（わからない）

改ページ

編集 削除 この質問を表示する条件 "Q34" で "はい" を "選択した"

Q35. マクロライド少量長期投与を施行していると回答された方への質問です。評価する時期について該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- 毎月

- 7ヶ月以上～11ヶ月毎
- 1年毎
- それ以上
- その他
- 不明（わからない）

改ページ

Q36. 軽症の発熱患者[※]に抗菌薬を投与していますか。該当する一つをお選びください。
※ ウイルス感染、中重症発熱、体温調節障害、けいれん、環境、過緊張などが原因の発熱の可能性が高い場合
【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 “Q36”で “はい”を “選択した”

Q37. 軽症の発熱患者によく使用している経口抗菌薬すべてをお選びください。
【必ず回答】 (複数選択)

- 第3世代セフェム
- 第1～2世代セフェム
- アモキシシリン
- アモキシシリン・クラブラン酸、スルタミシリン
- マクロライド
- キノロン
- その他
- 不明（わからない）

改ページ

Q38. 経口第3世代セフェムを処方しますか。該当する一つをお選びください。
【必ず回答】

- 想定される病原菌にかかわらず比較的良好使用
- 想定される病原菌により選択
- 極力または基本的に使用しない
- 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 “Q38”で “想定される病原菌にかかわらず比較的良好使用”を “選択した” [もしくは] “Q38”で “想定される病原菌により選択”を “選択した”

Q39. 使用頻度の高いものすべてをお選びください。
【必ず回答】 (複数選択)

- セフゾレンピボキシル(メイアクト)
- セフカペンピボキシル(フロモックス)
- セフジニル (セフゾン)
- セフボドキシムプロキセチル(パナン)
- セフテラムピボキシル(トミロン)
- その他
- 不明（わからない）

改ページ

Q40. トスフロキサシン(オゼックス)を処方していますか。一つお選びください。
【必ず回答】

- はい
- いいえ
- その他
- 不明（わからない）

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“Q40”で“はい”を“選択した”

Q41. トスフロキサシン(オゼックス)の処方に関して該当する理由すべてをお選びください。
【必ず回答】 (複数選択)

- アモキシシリン耐性の肺炎球菌やインフルエンザ菌
- マクロライド耐性マイコプラズマ
- 緑膿菌
- その他の病原体で他に感受性のある薬剤がないもの
- 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）”

Q42. 患者への急性感染症に対する抗菌薬の使用についてどれが適正と考えますか。
該当するすべてをお選びください。
【必ず回答】 (複数選択)

- 年齢に準じた通常の投与量
- 年齢に準じた最大量
- 体重に準じた通常の投与量
- 体重に準じた最大量
- 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）”

Q43. 患者への急性感染症に対する抗菌薬期間についてどれが適正と考えますか。
該当するすべてをお選びください。
【必ず回答】 (複数選択)

- 症状が改善するまで
- 血液検査で炎症所見が改善するまで
- 一般の入院患者よりも長期間
- 一般の入院患者と同じ期間
- その他
- 不明（わからない）

改ページ

Q44. 内服可能な患者に対してLVFXの静注を行っていますか。
一つお選びください。
【必ず回答】

- はい
- いいえ
- その他
- 不明（わからない）

改ページ

Q45. 緑膿菌が継続的に検出されている患者の感染症発症時に、
抗緑膿菌活性のある抗菌薬を使用することへのご意見がありましたら以下にご記入ください。

0文字

改ページ

Q46. その他、重症心障害医療における抗菌薬使用について問題と感じていることがあれば、以下にご記入ください。

0文字

改ページ

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://nha.hosp.go.jp/>)

メッセージ 

ご協力ありがとうございました。

