

**感染症対策の地域ネットワークに関する  
アンケート調査票**

平成 29 年 9 月 1 日

各都道府県・指定都市  
院内感染対策担当部局又は感染症対策担当部局  
ご担当者様

## 感染症対策の地域ネットワークに関するアンケート調査へのご協力をお願い

三重大学医学部附属病院 感染制御部長  
田辺 正樹

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

本アンケートは、平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）「地域における感染症対策に係るネットワークの標準モデルを検証・推進するための研究」の一環として、実施させていただくものです。

感染症対策の地域ネットワークは、平成 16 年に厚生労働省の事業（院内感染対策地域支援ネットワーク事業）として開始され、各地域においてさまざまな取組みが行なわれています。その後、平成 24 年に感染防止対策加算が「感染防止対策加算 1・2」、「感染防止対策地域連携加算」に改訂されたことを受け、医療機関の連携が全国で広がりました。しかし、中小規模の医療機関を中心に感染防止対策加算を算定していない医療機関も多く、これらの医療機関をカバーする地域連携の枠組みが求められています（平成 27 年 4 月 1 日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡『「薬剤耐性菌対策に関する提言」の送付について」参照）。

平成 28 年 4 月に日本の薬剤耐性（AMR）対策アクションプランが策定されました（厚生労働省ウェブサイト「薬剤耐性（AMR）対策について」<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000120172.html>を参照）。この中で、感染予防・管理に関しては、地域の病院と関係機関（診療所、薬局、高齢者施設、保健所、地方衛生研究所等）とが連携した総合的な感染症対策ネットワークの具体的な活動モデルを構築し、段階的に全国で整備を行なっていく方針が示されました。

本研究班は、AMR 対策を促進する「感染症対策の地域ネットワーク」の標準モデルを確立することを目的としており、モデルを提示するにあたり、全国の感染症対策の地域ネットワークの現状と課題を把握したいと考えております。

感染症対策の地域ネットワークは、当初、院内感染対策の枠組みで始まりましたが、AMR 対策においては、医療機関の枠組みを超え、高齢者施設なども含むネットワークの構築が求められており、都道府県・指定都市市内においても、部署がまたがる可能性が考えられます。このため、都道府県・指定都市市内において、調整いただき、主たる部署よりご回答いただければ幸いです。また、外部の機関が中心的役割を担っている都道府県・指定都市においては、主に感染症対策の地域ネットワークの運営に携わっている担当者にもご相談頂き、都道府県・指定都市庁にてご回答ください。

本アンケートで得られた内容は、研究報告書として記載されるほか、学会や論文などにおいて公表されますことをご承知おきください。なお、都道府県・指定都市名やウェブ上などで公開されている情報は記載しますが、アンケートでお答えいただいた公開されてない具体的な施設名などは報告書に記載しません。ご多忙中とは存じますが、アンケートへのご協力のほど、何とぞ宜しくお願いいたします。

謹白

## 【研究者】

- 研究代表者 田辺 正樹（三重大学医学部附属病院 感染制御部 部長、感染症内科 科長）  
分担研究者 鈴木 圭（三重大学医学部附属病院 感染症内科 副科長）  
分担研究者 新居 晶恵（三重大学医学部附属病院 感染制御部 感染管理認定看護師）  
分担研究者 村木 優一（京都薬科大学 医療薬科学系 臨床薬剤疫学分野 教授）  
分担研究者 中村 明子（三重大学医学部附属病院 感染制御部、中央検査部 主任臨床検査技師）  
研究協力者 賀来 満夫（東北大学大学院医学系研究科 総合感染症学分野 教授）  
研究協力者 村上 啓雄（岐阜大学医学部附属病院 生体支援センター 教授）  
研究協力者 八木 哲也（名古屋大学医学部附属病院 中央感染制御部 教授）  
研究協力者 柳原 克紀（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科病態解析・診断学分野 教授）  
研究協力者 大曲 貴夫（国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター長）  
研究協力者 植嶋 一宗（三重県松阪保健所 所長）  
研究協力者 松島 由実（岡波総合病院 副看護部長、感染管理認定看護師）  
研究協力者 木村 匡男（鈴鹿回生病院 薬剤管理課 課長）  
研究協力者 山崎 大輔（三重大学医学部附属病院 感染制御部 薬剤師）  
研究協力者 林 美知代（三重県健康福祉部医療対策局医務国保課 医務・県立病院・看護大学班 主幹）

## 【同封書類・ご記入方法】

1. 感染症対策のための地域ネットワークに関するアンケート調査＜Ⅰ. 基本情報＞（回答票 A）
2. 感染症対策のための地域ネットワークに関するアンケート調査＜Ⅱ. 現状＞（回答票 B-1、B-2、B-3）
3. 感染症対策のための地域ネットワークに関するアンケート調査＜Ⅲ. 今後＞（回答票 C）
4. （参考）回答例（回答票 A、B）
5. （参考資料）厚生労働省事務連絡・AMR 対策アクションプラン（抜粋）

・回答票 B は、感染症対策の地域ネットワークがある場合、回答してください。複数のネットワークがある場合は、参加施設の多いネットワークを 3 つ選択し、それぞれ回答票 B-1、B-2、B-3 に記載してください。回答票 A、C はすべての都道府県・指定都市において記載してください。

・電子媒体での記入をご希望の場合は、三重県感染対策支援ネットワーク（MieICNet）のウェブサイト（<http://www.mie-icnet.org/>）から資料をダウンロードし、記入したものをプリントアウトし郵送していただくか、電子媒体を [m-tanabe@clin.medic.mie-u.ac.jp](mailto:m-tanabe@clin.medic.mie-u.ac.jp) までメールにてご提出ください。

・郵送される場合は、同封されている封書をご使用ください。

## 【ご提出期限】

平成 29 年 10 月 2 日（月）

## 【連絡先（問い合わせ先）】

〒514-8507 三重県津市江戸橋 2-174

三重大学医学部附属病院 感染制御部

TEL 059-231-5436 FAX 059-231-5308

E-mail [m-tanabe@clin.medic.mie-u.ac.jp](mailto:m-tanabe@clin.medic.mie-u.ac.jp)

担当 田辺 正樹

**【 感染症対策の地域ネットワークに関するアンケート調査 < I. 基本情報 > 】**

**I. 基本情報**

1. 都道府県・指定都市名をご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )

2. 回答部署、ご回答者氏名、問い合わせの際の連絡先をご記入ください。

回答部署 ( \_\_\_\_\_ )

ご回答者氏名 ( \_\_\_\_\_ )

連絡先：TEL ( \_\_\_\_\_ )、メールアドレス ( \_\_\_\_\_ )

3. 都道府県・指定都市内において 感染防止対策加算・地域連携加算の枠組みを超えた「感染症対策」または「AMR対策」のための地域ネットワーク（注1）がすでに構築されていますか？

あてはまるもの1つに○をつけてください（範囲、規模、内容、都道府県・指定都市庁の関与の有無を問わず、何らかの取組み（注2）が行なわれていれば、“はい”でお答えください）。

A (    ) はい（複数ある）

→ (    ) 個    (→ 回答票 B へお進みください。参加施設の多いネットワークを3つまで選択し、各ネットワークについて、回答票 B-1、B-2、B-3 にそれぞれご回答ください。なお、B-1、B-2、B-3 は同じものです。)

B (    ) はい（1つある）(→ 回答票 B-1 へお進みください。)

C (    ) いいえ・わからない (→ 回答票 C へお進みください)

(注1) 今回の調査は、感染防止対策加算および地域連携加算のネットワークに関する調査ではありません。

また、厚生労働省が平成9年3月に策定（平成25年10月一部改正）した感染症健康危機管理実施要綱に基づく危機管理ネットワークは含みません。

(注2) 例えば、1職種による感染対策相談なども含みます。感染症対策の地域ネットワークとして何らかの取組みがあれば、“はい”でお答えください。

【 感染症対策の地域ネットワークに関するアンケート調査 <Ⅱ. 現状> 】

ネットワークが複数ある場合、各ネットワークについて、回答票 B1, B2, B3 にそれぞれ記載してください

I. 基本情報

都道府県・指定都市名をご記入ください。

( )

II 感染症対策の地域ネットワークの現状について

4. 感染症対策の地域ネットワークにおいて、ホームページがある場合や、運営要綱・事業報告などがウェブサイトに公開されている場合は、名称、URL、検索キーワードなどをご記入ください。

5. 感染症対策の地域ネットワークは、どのような地域単位で構築されていますか？ あてはまるもの1つに○をつけてください。

- A ( ) 都道府県全域を対象
- B ( ) 指定都市全域を対象
- C ( ) 都道府県・指定都市内の特定の地域  
(具体的な地域を記載してください：\_\_\_\_\_)
- D ( ) 都道府県を超えた地域  
(具体的な地域を記載してください：\_\_\_\_\_)
- E ( ) その他 (具体的な内容を以下に記載してください)

6. 感染症対策の地域ネットワークの実施主体はどこですか？ あてはまるもの1つに○をつけてください。

- A ( ) 都道府県・医療法所管部署 (院内感染対策担当)
- B ( ) 指定都市・医療法所管部署 (院内感染対策担当)

C ( ) 都道府県・感染症法所管部署

D ( ) 指定都市・感染症法所管部署

E ( ) 保健所

(具体的な保健所名を記載してください: \_\_\_\_\_)

F ( ) 都道府県・指定都市医師会

E ( ) 都道府県・指定都市病院協会

F ( ) 大学病院

(具体的な施設名を記載してください: \_\_\_\_\_)

G ( ) 大学病院以外の医療機関

(具体的な施設名を記載してください: \_\_\_\_\_)

H ( ) NPO 法人

(具体的な法人名を記載してください: \_\_\_\_\_)

I ( ) その他の団体 (感染管理認定看護師のネットワークなど)

(具体的な団体名を記載してください: \_\_\_\_\_)

J ( ) その他 (具体的な内容を以下に記載してください)

**7. 実施主体とは別の組織に業務委託を行っていますか？** あてはまるもの1つに○をつけてください。

A ( ) 業務委託している

(具体的な組織名を記載してください: \_\_\_\_\_)

B ( ) 業務委託していない

**8. 感染症対策の地域ネットワークにおいて、活動の資金はありますか？** あてはまるもの1つに○をつけてください。

A ( ) ある

B ( ) ない (→ 質問10へお進みください)

**9. 質問8において、「ある」場合、出資源と金額(単年度あたり)を記載してください。** あてはまるもの全てに○をつけてください(複数回答可)。 複数から資金援助がある場合や立ち上げに費用がかかった場合などは、Fその他の欄に詳細を記載してください。

A ( ) 医療提供体制推進事業費補助金(いわゆる「統合補助金」)の対象事業の1つ「院内感染対策地域支援ネットワーク事業」

(金額(総額): \_\_\_\_\_ 千円)

B ( ) 都道府県・指定都市費

(金額: \_\_\_\_\_ 千円)

C ( ) 各施設からの参加費

(総額: \_\_\_\_\_ 千円、 1施設あたり: \_\_\_\_\_)

D ( ) 寄付金

(総額: \_\_\_\_\_)

E ( ) 研究費等の外部資金

(厚生労働科学研究など、具体的な出資源: \_\_\_\_\_、 総額 \_\_\_\_\_ 千円)

F ( ) その他 (具体的な内容を以下に記載してください。)

**10. 感染症対策の地域ネットワークの運営を検討するための会議体はありますか？** あてはまるもの

1つに○をつけてください。

A ( ) はい

B ( ) いいえ (→ 質問12へお進みください)

**11. 質問10において、「ある」場合、構成員のメンバー構成を記載ください。** あてはまるもの全てに

○をつけてください (複数回答可)。

A ( ) 都道府県・指定都市医師会からの推薦者

B ( ) 都道府県・指定都市病院協会からの推薦者

C ( ) 都道府県・指定都市看護協会からの推薦者

D ( ) 都道府県・指定都市薬剤師会からの推薦者

E ( ) 都道府県・指定都市病院薬剤師会からの推薦者

F ( ) 都道府県・指定都市臨床検査技師会からの推薦者

G ( ) 都道府県・指定都市獣医師会からの推薦者

H ( ) 都道府県・指定都市歯科医師会からの推薦者

I ( ) 都道府県・指定都市老人保健施設協会からの推薦者

J ( ) 都道府県・指定都市老人福祉施設協会からの推薦者

K ( ) 保健所長会からの推薦者

L ( ) 地方衛生研究所 (感染症情報センターを含む。) からの推薦者

M ( ) 都道府県・指定都市感染症所管部署職員

N ( ) 都道府県・指定都市医療法所管部署職員

O ( ) 感染症 (感染症診療・感染対策) を専門とする医師

P ( ) 微生物を専門とする医師

- Q ( ) 公衆衛生を専門とする医師
- R ( ) その他医師 (専門領域: \_\_\_\_\_)
- S ( ) 感染管理を専門とする看護師
- T ( ) その他看護師 (専門領域: \_\_\_\_\_)
- U ( ) 抗菌化学療法を専門とする薬剤師
- V ( ) その他薬剤師 (専門領域: \_\_\_\_\_)
- W ( ) 微生物を専門とする臨床検査技師
- X ( ) その他臨床検査技師 (専門領域: \_\_\_\_\_)
- Y ( ) その他 (具体的な内容を以下に記載してください)

**12. 感染症対策の地域ネットワークの参加施設はどのような施設を対象としていますか?** あてはまるもの全てに○をつけてください (複数回答可)。

- A ( ) 病院 (感染防止対策加算を取得)
- B ( ) 病院 (感染防止対策加算を取得していない)
- C ( ) 内科診療所
- D ( ) 歯科診療所
- E ( ) 老人保健施設
- F ( ) 老人福祉施設
- G ( ) 保険薬局
- H その他 (具体的な内容を以下に記載してください)

**13. 感染症対策の地域ネットワークの参加施設をどのように選定していますか?** あてはまるもの1つに○をつけてください。

- A ( ) 対象地域であればすべての施設を対象
- B ( ) 登録した施設 (参加希望のある施設) を対象
- C ( ) 一定の基準を満たした施設 (感染防止対策加算所得など参加希望以外の一定の基準をもとに選定) を対象  
(具体的な基準を記載してください: \_\_\_\_\_)



D ( ) その他 (具体的な内容を以下に記載してください)

**14. 感染症対策の地域ネットワークの活動内容を記載してください。** あてはまるもの全てに○をつけてください (複数回答可)。

A ( ) 改善支援 (アウトブレイクなどが発生した際に専門家を派遣し、原因究明、改善策立案などの支援を行うもの) (○の場合、質問15へ)

B ( ) 相談支援 (感染対策に関連した質問を電話・FAX・メールなどで受け付け、専門家が回答するもの) (○の場合、質問16へ)

C ( ) 訪問ラウンド・訪問実地指導 (アウトブレイクなどが発生しているわけではないが、感染対策の向上を目的として専門家が病棟などをラウンドし実地指導を行うもの) (○の場合、質問17へ)

D ( ) 微生物検査の支援 (各施設で実施できない微生物検査の支援を行うもの)  
(○の場合、質問18へ)

E ( ) 微生物サーベイランス (各施設の微生物データを集め、地域のデータを算出するもの)  
(○の場合、質問19へ)

F ( ) 抗菌薬サーベイランス (各施設の抗菌薬使用データを集め、地域のデータを算出するもの)  
(○の場合、質問20へ)

G ( ) 講演会の開催

H ( ) 出張講演 (施設からの要望に応じて、各施設での感染対策講習会に講師を紹介するもの)

I ( ) ホームページやメールなどで感染症情報を発信

J ( ) その他 (具体的な内容を以下に記載してください)

15. 質問14で改善支援を行っている場合、派遣依頼はどのように行い、交通費・日当などはどのように支払っていますか？（具体的な内容を以下に記載してください）

16. 質問14で相談支援を行っている場合、謝金は支払っていますか？ 支払っている場合は、どのように支払っていますか？（具体的な内容を以下に記載してください）

17. 質問14で訪問ラウンド・訪問実地指導を行っている場合、謝金は支払っていますか？ 支払っている場合は、どのように支払っていますか？（具体的な内容を以下に記載してください）

18. 質問14で微生物検査支援を行っている場合、費用はどのようにしていますか？ 依頼施設から徴収している場合は、どのような仕組みにしていますか？（具体的な内容を以下に記載してください）

19. 質問14で微生物サーベイランスを行っている場合、費用はどのようにしていますか？ 各施設から徴収している場合は、どのような仕組みにしていますか？（具体的な内容を以下に記載してください）

20. 質問14で抗菌薬サーベイランスを行っている場合、費用はどのようにしていますか？ 各施設から徴収している場合は、どのような仕組みにしていますか？（具体的な内容を以下に記載してください）

21. 感染症対策の地域ネットワークでは、どのような感染症・感染対策を対象としていますか（講演会での内容を含む。）？ あてはまるもの全てに○をつけてください（複数回答可）。

- A ( ) 薬剤耐性 (AMR) 対策
- B ( ) インフルエンザ・ノロウイルス
- C ( ) 新型インフルエンザ
- D ( ) 一類・二類感染症 (エボラ出血熱、MERS など)
- E ( ) デング熱、ジカ熱、麻疹など、その都度問題となった感染症
- F ( ) 結核
- G ( ) HIV
- H ( ) 針刺し
- I ( ) ワクチン接種
- J ( ) サーベイランス (地域の感染症流行状況)
- K ( ) アウトブレイク対応
- L ( ) 感染対策全般 (手指衛生、個人防護具など)
- M ( ) 感染症診療の教育
- N ( ) 啓発 (学校・県民など医療者以外)
- O ( ) その他 (具体的な内容を以下に記載してください)

22. 現在の感染症対策の地域ネットワークの課題、今後改善すべき点、改善するために必要な事項等、お気づきの点を記載してください。

**【 感染症対策の地域ネットワークに関するアンケート調査 <Ⅲ. 今後> 】**

**I. 基本情報**

都道府県・指定都市名をご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )

**Ⅲ 今後の「感染症対策の地域ネットワーク」の構築に向けて**

以下の質問については、感染症対策の地域ネットワークが“ない”地域においても、今後ネットワークを構築することを検討した場合、また、すでに感染症対策の地域ネットワークが“ある”地域においては、どのような形が望ましいが、あるべき論で記載してください。

**23. AMR 対策アクションプランを知っていますか？**（回答している行政担当者自身の状況でお答えください） あてはまるもの1つに○をつけてください。

- A (    ) 知っている
- B (    ) 知らない (知らなかった)

**24. AMR 対策アクションプランで地域ネットワークの構築について記載されていることを知っていますか？**（回答している担当者自身の状況でお答えください） あてはまるもの1つに○をつけてください。

- A (    ) 知っている
- B (    ) 知らない (知らなかった)

**25. 感染症対策の地域ネットワークは全ての地域で必要と思いますか？**（回答している担当者自身の状況でお答えください） あてはまるもの1つに○をつけてください。

- A (    ) 必要と思う
- B (    ) 必要ないと思う (理由を以下に記載してください)

**26. 感染症対策の地域ネットワークは、どのような地域単位で実施すべきと思いますか？**

27. 感染症対策の地域ネットワークは、どのような実施主体で実施すべきと思いますか？（都道府県・指定都市が実施主体となる場合、具体的な担当部署（医療法所管部署、感染症法所管部署など）を記載してください）

28. 感染症の地域ネットワークにおいて、都道府県・指定都市はどのような役割を担うべきと思いますか？

29. 感染症対策の地域ネットワークにおいて、保健所はどのような役割を担うべきと思いますか？

30. 感染症対策の地域ネットワークにおいて、大学病院や感染症指定医療機関など中核的な医療機関はどのような役割を担うべきと思いますか？

31. 感染症対策の地域ネットワークは、どのような施設を対象とすべきと思いますか？ あてはまるもの全てに○をつけてください（複数回答可）。

- A (    ) すべての病院
- B (    ) 病院（感染防止対策加算を取得している施設のみ）
- C (    ) 病院（ネットワークへの参加を希望する施設のみ）
- D (    ) すべての医科診療所
- E (    ) 医科診療所（ネットワークへの参加を希望する施設のみ）

- F ( ) すべての歯科診療所
- G ( ) 歯科診療所（ネットワークへの参加を希望する施設のみ）
- H ( ) すべての高齢者施設（老人保健施設・老人福祉施設）
- I ( ) 高齢者施設（ネットワークへの参加を希望する施設のみ）
- J ( ) すべての保険薬局
- K ( ) 保険薬局（ネットワークへの参加を希望する施設のみ）
- L ( ) その他（具体的な内容を以下に記載してください）

**3 2. 感染症対策の地域ネットワークでは、どのような感染症・感染対策を対象とすべきと思いますか（講演会での内容を含む。）？** あてはまるもの全てに○をつけてください（複数回答可）。

- A ( ) 薬剤耐性（AMR）対策
- B ( ) インフルエンザ・ノロウイルス
- C ( ) 新型インフルエンザ
- D ( ) 一類・二類感染症（エボラ出血熱、MERS など）
- E ( ) デング熱、ジカ熱、麻疹など、その都度問題となった感染症
- F ( ) 結核
- G ( ) HIV
- H ( ) 針刺し
- I ( ) ワクチン接種
- J ( ) サーベイランス（地域の感染症流行状況）
- K ( ) アウトブレイク対応
- L ( ) 感染対策全般（手指衛生、個人防護具など）
- M ( ) 感染症診療の教育
- N ( ) 啓発（学校・県民など医療者以外）
- O ( ) その他（具体的な内容を以下に記載してください）

**33. AMR 対策を都道府県・指定都市単位で進めることを検討した場合、都道府県・指定都市のアクションプランの作成は必要と思いますか？** あてはまるもの1つに○をつけてください。

- A (    ) 必要 (アクションプランを定めたほうが進めやすい)
- B (    ) 不要 (都道府県単位でアクションプランがなくても進められる)
- C (    ) 不要 (医療機関が自主的に AMR 対策をすべきである)
- D (    ) その他 (具体的な内容を以下に記載してください)

**34. AMR 対策を一つの目的として感染症対策の地域ネットワークを都道府県・指定都市単位で構築するにあたり、国から通知等で依頼は必要(あった方がよい)ですか？** あてはまるもの1つに○をつけてください。

- A (    ) 必要 (あった方がよい)
- B (    ) 不要
- C (    ) その他 (具体的な内容を以下に記載してください)

**35. 都道府県・指定都市が感染症対策の地域ネットワークの構築を進める場合、国からの補助は必要(あった方がよい)ですか？** あてはまるもの1つに○をつけてください。

- A (    ) 必要 (あった方がよい)
- B (    ) 不要
- C (    ) その他 (具体的な内容を以下に記載してください)



36. 全体を通じて、感染症対策の地域ネットワークについて、お気づきの点がございましたら自由に記載してください。

アンケートは以上です。お疲れ様でした。  
ご協力、誠にありがとうございました。

