**【　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（　　）医科診療所

　　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。**