感染症対策の地域ネットワークに関する
アンケート調査結果報告書

2018 年 3 月

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」

研究代表者　田辺 正樹

研究班の体制（敬称略）

	氏名	所属
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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	植嶋 一宗	三重県松阪保健所　所長
	松島 由実	岡波総合病院　副看護部長、感染管理認定看護師
	木村 匡男	鈴鹿回生病院　薬剤管理課　課長
	山崎 大輔	三重大学医学部附属病院　感染制御部 薬剤師
	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

目　次

● 本報告書のポイント

1.　はじめに 1

2.　感染対策地域ネットワークの経緯について 2

2.1 厚生労働省院内感染対策地域支援ネットワーク事業（2004 年～） 2

2.2 院内感染対策中央会議提言・厚生労働省通知「医療機関等における院内感染対策について」（2011 年） 2

2.3 「感染防止対策加算 1・2」及び「感染防止対策地域連携加算」（2012 年） 3

2.4 総務省：医療安全対策に関する行政評価・監視（2013 年） 4

2.5 院内感染対策中央会議・厚生労働省事務連絡「薬剤耐性菌対策に関する提言」の送付について（2015 年） 5

2.6 薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2016 年） 6

3.　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（基本情報） 8

3.1 アンケート回答状況 8

3.2 感染症対策のネットワークの有無 8

4.　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（現状） 9

4.1 地域ネットワークの実施主体・地域単位 9

4.2 地域ネットワークの運営会議 11

4.3 地域ネットワークの参加施設 11

4.4 地域ネットワークの活動資金・活動内容 12

4.5 地域ネットワークの活動のスキーム、資金の支払い方法等 14

4.5.1 改善支援 14

4.5.2 相談支援 15

4.5.3 訪問ラウンド・訪問実地指導 16

4.5.4 微生物検査支援 17

4.5.5 微生物サーベイランス 17

4.5.6 抗菌薬サーベイランス 18

4.6 地域ネットワークが対象とする感染症・感染対策 19

4.7 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（自由記載） 20

5.　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（今後） 24

5.1 AMR 対策アクションプラン、地域ネットワークについて 24

5.2 感染症対策の地域ネットワークのあり方 24

5.2.1 地域単位 24

5.2.2 実施主体 25

5.2.1 地域ネットワークにおける都道府県・指定都市の役割 27
5.2.2 地域ネットワークにおける保健所の役割 30
5.2.3 地域ネットワークにおける大学病院・感染症指定医療機関などの役割 33
5.3 地域ネットワークが対象とすべき施設について 35
5.4 地域ネットワークが対象とすべき感染症・感染対策について 37
5.5 地域における AMR 対策の推進にあたって 38
5.5.1 都道府県・指定都市のアクションプラン 38
5.5.2 感染症対策の地域ネットワークに関する国からの通知等 39
5.5.3 ネットワーク構築に関する国からの補助 39
5.6 感染症対策の地域ネットワークについて、気づいた点（自由記載） 40
6. アンケート調査結果のまとめ（考察） 44
6.1 感染症対策の地域ネットワークに関するアンケートの実施について 44
6.2 感染症対策の地域ネットワークを構築するにあたって検討すべき事項 44
6.2.1 地域単位と実施主体 45
6.2.2 ネットワークの運営会議 46
6.2.3 対象とすべき施設 46
6.2.4 ネットワークの活動内容 46
6.2.5 対象とすべき感染症・感染対策 47
6.3 その他 47

● 本報告書のポイント

１）感染症対策の地域ネットワークについて整理した（p1-7）。

・2004 年～厚生労働省院内感染対策地域支援ネットワーク事業が開始、現在も医療提供体制推進事業費補助金（統合補助金）の運営事業の一つとして継続されている。

・2011 年厚生労働省通知において、医療機関関連携の構築について言及され、2012 年の診療報酬改定において、「感染防止対策加算・地域連携加算」が新設された。

・2015 年厚生労働省事務連絡において、感染防止対策加算の有無に関わらない地域連携ネットワーク、また、2016 年 4 月の「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」において、地域における総合的な感染症対策ネットワークの構築について言及された。

２）都道府県・指定都市の院内感染対策または感染症対策の担当者あてにアンケート調査を実施した（回答率：80%程度）。37 都道府県のうち 24（51%）、16 指定都市のうち 9（56%）の自治体において、何らかのネットワークが構築されていた（p8）。

３）都道府県・指定都市の主なネットワーク 46（都道府県 34、指定都市 12）の現状を整理した（p9-23）

・実施主体は、大学病院 26%、保健所 22%、県・院内感染対策部局 18%、県市・感染症対策部局 14%などであった。15%において業務委託が行なわれていた。運営会議体は 80%で開催されており、57%のネットワークは活動資金を有していた。

・ネットワークの参加施設は病院が主な対象であったが、医科診療所や高齢者施設においても 40%程度がネットワークの対象となっていた。

・活動内容としては、講演会の開催、相談支援、情報発信、訪問ラウンド、改善支援の順に行われていた。また、各活動・費用支弁のスキームの実例を提示した。

・対象としている感染症・感染対策としては、薬剤耐性（AMR）対策、感染症対策全般、インフルエンザ・ノロウイルス、アウトブレイク対応の順に多かった。

４）感染症対策の地域ネットワークのあるべき姿について調査した（p24-43）。

・自治体の 98%の担当者が感染症対策の地域ネットワークは必要との回答であった。

・ネットワークの地域単位として、都道府県・二次医療圏・保健所単位など様々な回答があったが、各単位が重層的となったネットワークが良いとの意見も多くみられた。

・実施主体については、都道府県の院内感染対策部局・感染症対策部局が連携すると良いとの回答が最も多く、市や病院との共同も含め、都道府県が実施主体という回答が 70%であった。

・ネットワークにおける都道府県・保健所・病院（大学病院・感染症指定医療機関等）が果たすべきと考えられる役割を列挙した。

・対象とすべき施設として、病院・診療所は、全て対象との回答が、対象施設を限定するよりも多かった一方、高齢者施設・保険薬局については、希望する施設を対象とする回答が多かった。

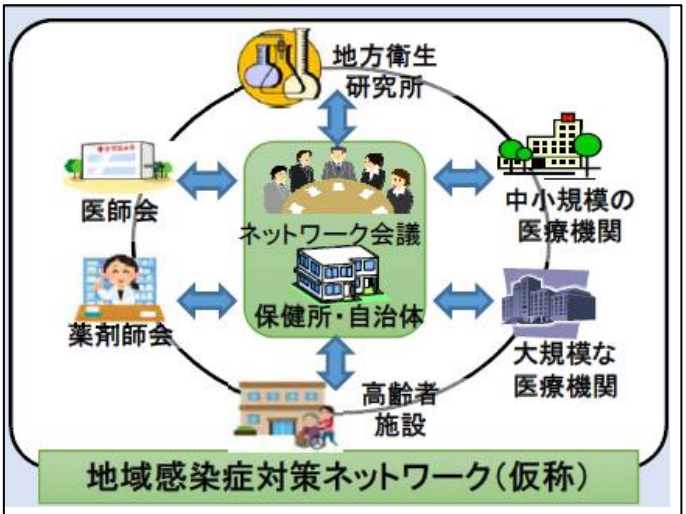
・都道府県・指定都市の AMR 対策アクションプランが必要との回答は 47%、また、ネットワーク構築に関する国からの通知は 88%で必要、ネットワーク構築に国からの補助は 96%で必要との回答であった。

５）アンケート結果をもとに地域ネットワーク構築に関して考察を行った（p44-47）。

1.　はじめに

○　2016 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、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（図表１）を構築し、段階的に全国で整備を行っていく方針が示された[1]。

図表１．　地域感染対策ネットワーク（概要図）



（出典）薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（概要）より抜粋
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000120172.html

○　感染症対策の地域ネットワークを全国で整備するにあたり、各都道府県・指定都市における現在の整備状況、及び、あるべき姿について、各都道府県・指定都市の担当者にアンケート調査を行い、現状把握を行った。

○　日本における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ったが、AMR 対策においては、医療機関の枠組みを越え、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いる。医療機関側からのアプローチにても一定程度の医療機関間連携の構築は可能であるが、広域かつ様々な関係機関を交えた総合的なネットワークを構築するには、行政の関与は必須であるため、本アンケートにおいては、都道府県・指定都市の担当者を対象とした。また、都道府県・指定都市庁内においても、部署がまたがる可能性が考えられたため、院内感染担当部局（医療法所管部局）又は感染症対策担当部局（感染症法所管部局）宛てとし、都道府県・指定都市庁内で調整し、主たる部署より回答を得ることとした。

---

[1] 厚生労働省ウェブサイト．薬剤耐性（AMR）対策について.薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン．http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000120172.html

2.　感染対策地域ネットワークの経緯について

2.1　厚生労働省院内感染対策地域支援ネットワーク事業（2004 年～）

○　感染症対策の地域ネットワークは、2004 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）として開始された（図表２）[2]。

図表２．　院内感染対策地域支援ネットワーク（平成１６年度モデル事業）

院内感染対策地域支援ネットワークについて

１．概要

院内感染対策の取り組みが遅れている中小病院等に対して、地域における支援体制の整備を図るため、地域の専門家からなるネットワークの構築等により、中小医療機関が速やかに相談・助言できる体制を整備する事業を、全国８都道府県（平成１６年度）においてモデル事業として実施するもの。

２．事業内容

○　地域の医療機関（特に、独自の感染制御に関する専門家等を有しない中小病院や診療所等）から寄せられた院内感染の予防や発生時の対処方法等に関する相談に対して、各地域支援ネットワークが日常的に対応する。

○　各地域支援ネットワークは、地域の医療機関からの相談事例について解析・評価を行い、その結果を各医療機関へ還元することにより、地域における院内感染予防対策に反映させる。

○　より高度な技術的知識が要求される相談が生じた場合については、各地域支援ネットワークからの要請に基づき、厚生労働科学研究班が専門的なアドバイスを行う。

○　これらのほか、院内感染対策として地域の中小医療機関を支援するための施策を行う。

※　院内感染対策上の責任は当該医療機関の管理者にあり、地域支援ネットワーク及び厚生労働科学研究班の技術的助言はあくまでアドバイスであることを前提とする。

３．事業実施都道府県

青森県、埼玉県、静岡県、富山県、滋賀県、岡山県、香川県、鹿児島県（これらのほかにも一部の自治体が、独自の財源等により同趣旨の院内感染対策支援体制を構築している。）

（出典）平成17年1月13日 院内感染対策中央会議（第１回）資料４－１
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/s0113-6.html

○　本事業は、医療提供体制推進事業費補助金（統合補助金）の運営事業の一つとなっており、基準額：１地域当たり 3,681 千円、対象経費：院内感染地域ネットワーク事業に必要な報償費、賃金、旅費、需用費（消耗品費、印刷製本費、会議費）、使用料及び賃借料（会場借料）、役務費（通信運搬費、雑枠務費）、検体検査費用（検査試薬、検査消耗品費）、委託料（上記経費に該当するもの。）、補助率：２分の１となっている。

2.2　院内感染対策中央会議提言・厚生労働省通知「医療機関等における院内感染対策について」（2011 年）

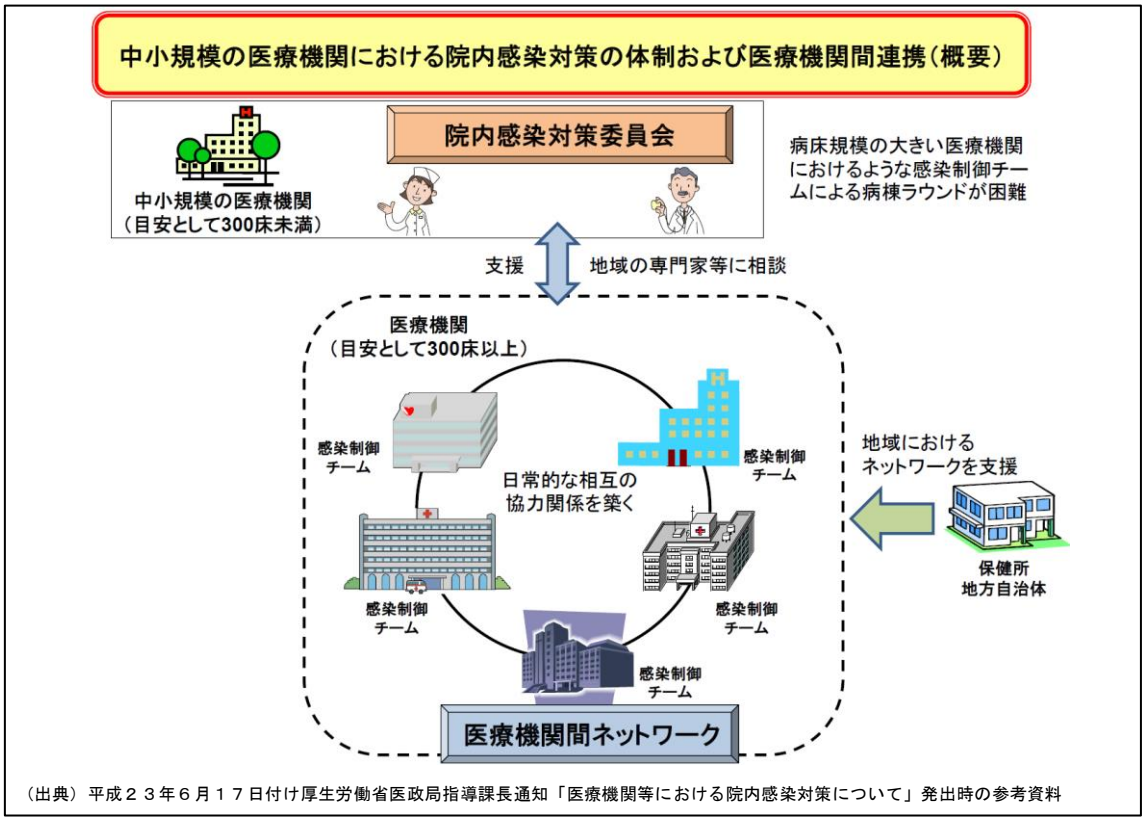
○　多剤耐性菌の院内感染対策への対応を強化するため、第 10 回院内感染対策中央会議

2 院内感染対策地域支援ネットワークについて．平成 17 年 1 月 13 日 院内感染対策中央会議（第 1 回）資料４－１．http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/s0113-6.html

（2010 年 12 月 21 日）[3]において検討がなされ、2011 年 2 月 8 日、院内感染対策中央会議の提言が発出された[4]。この中で、「個々の医療機関における日常的な実行ある感染制御の取組みとともに、地域の医療機関等でネットワークを構築し、院内感染発生時にも各医療機関が適切に対応できるよう相互に支援する体制の構築が重要である。」と記載された。

○ 上記提言を受け、2011 年 6 月 17 日付け厚生労働省医政局指導課長通知「医療機関等における院内感染対策について」において、「緊急時に地域の医療機関同士が連携し、各医療機関のアウトブレイクに対して支援がなされるよう、医療機関相互のネットワークを構築し、日常的な相互の協力関係を築くこと。」など、地域の医療機関等でのネットワーク構築が提唱された（図表３）。

図表３．中小規模の医療機関における院内感染対策の体制および医療機関間連携（概要）



（出典）平成２３年６月１７日付け厚生労働省医政局指導課長通知「医療機関等における院内感染対策について」発出時の参考資料

2.3 「感染防止対策加算 1・2」及び「感染防止対策地域連携加算」（2012 年）

○ 厚生労働省通知「医療機関等における院内感染対策について」（医政指発 0617 第 1 号）を受け、2012 年の診療報酬改定において、感染防止対策加算が、感染防止対策加算 1（入院初日 400 点）・2（入院初日 100 点）の 2 段間評価となり、感染防止対策加算 1 を

3 厚生労働省ウェブサイト.第 10 回院内感染対策中央会議（資料）
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000013exc.html

4 平成 23 年 2 月 8 日付け厚生労働省医政局指導課事務連絡「院内感染対策中央会議提言について」

算定する医療機関は、感染防止対策加算 2 を算定する医療機関と年 4 回以上、合同カンファレンスを開催すること、また、感染防止対策加算 1 を算定する医療機関同士の連携を評価した感染防止対策地域連携加算（入院初日 100 点）が新設され、年 1 回程度相互に赴いて感染防止対策の評価を行う病院間の連携が開始された。

2.4　総務省：医療安全対策に関する行政評価・監視（2013 年）

○ 2013 年 8 月、医療機関における医療安全体制（院内感染対策を含む）の確保状況、国等による医療安全対策の実施状況等の調査、必要な改善措置等の勧告が総務省から出された[5]。

○ 35 都道府県等（19 都道府県及び保健所を設置する 16 市）のうち 11 都道府県等では、感染症対策の地域ネットワークが整備されておらず、また、都道府県等による支援も行われていなかった（図表４）。その理由として、（１）地域ネットワークの具体的イメージが分からない、（２）医療機関からの要請がない、（３）厚生労働省から具体的指示がない等が挙げられている。

図表４．　都道府県等による地域のネットワークの整備・支援の状況

都道府県等における地域のネットワークの整備状況

区分	都道府県等数（単位：機関）	
ネットワークあり	17	24
ネットワーク整備中	7	
ネットワークなし	11	
合計	35	

都道府県等における地域のネットワークの支援状況

区分	都道府県等数（単位：機関）
支援あり	17（10）
支援なし	18（7）
合計	35（17）

（　）内は内数で、地域ネットワークが整備されている都道府県等を示す

都道府県等における地域のネットワークの整備・支援が行われていない主な理由

整備	支援	理由
×	×	地域ネットワークの具体的なイメージが分からない。
×	×	医療機関から地域のネットワークの整備に係る要請がない。
×	×	厚生労働省から具体的な指示がない。
○	×	厚生労働省から地域ネットワークの具体的内容やイメージが示されていないため、ネットワークを定義付けることができず、医療機関の指導・支援につなげることができない。
○	×	所管地域又はその周辺に大学病院や大規模病院がそれぞれ複数あり、具体的にどの病院を拠点医療機関とするか、どの病院同士を結びつけてグループ形成していけばよいかの判断が難しく、また、どのような方法で取り組んでいけばよいか分からない。
○	×	予算や体制上の問題から23年6月通知の趣旨に沿った対応ができない。
○	×	地域のネットワークの事業内容を承知していない。

（出典）総務省.医療安全対策に関する行政評価・監視＜結果に基づく勧告＞平成25年8月30日　（抜粋）
http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/77608.html

5 総務省ウェブページ.医療安全対策に関する行政評価・監視＜結果に基づく勧告＞
http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/77608.html

○　地域のネットワークがある 17 都道府県等のうち 7 都道府県等においては、（１）23 年 6 月通知ではネットワークの具体的内容やイメージが示されておらず医療機関への指導ができていない、（２）予算や体制上の問題から 23 年 6 月通知の内容に沿った対応ができない、（３）地域のネットワークの事業内容を承知していない等として、当該地域のネットワークの積極的な支援が行われていない状況となっている。

○　また、地域のネットワークの整備に関しては、全国保健所長からも、厚生労働省に対し、ネットワーク整備における保健所の役割について示すよう要望が出されている（「平成 26 年度　保健所行政の施策及び予算に関する要望書」（平成 25 年 6 月））。

○　以上より、総務省から、厚生労働省に対して、地域の医療機関における院内感染対策の一層の推進及び地域のネットワークの整備を促進する観点から、次の措置を講ずる必要があるとされている。

- 23 年 6 月通知で示された地域のネットワークの具体的イメージを明示するとともに、都道府県等による地域のネットワークの整備・支援について、その具体的方策を都道府県等に対し示すこと。また、都道府県等における先進的な取組事例を把握し、それを他の都道府県等に情報提供することなどにより、都道府県等による地域のネットワークの整備を促進すること。

2.5　院内感染対策中央会議・厚生労働省事務連絡「薬剤耐性菌対策に関する提言」の送付について（2015 年）

○　薬剤耐性（Antimicrobial Resistance, AMR）が国際的に大きな問題となっていることを受け、第 12 回院内感染対策中央会議（2015 年 2 月 2 日）[6]において、検討がなされ、2015 年 4 月 1 日、薬剤耐性菌対策に関する提言が取りまとめられた[7]。

○　上記提言は、抗菌薬適正使用、感染制御の強化、サーベイランスの強化の３本柱から成り立っている。地域連携については、「感染制御の強化」の中で、以下のように述べられており、感染防止対策加算によらない地域連携の枠組みの構築が求められている。

- 近年、我が国独特の感染制御の在り方として、地域連携の取組が徐々に進んできている。各地で様々な先進的な取組がなされ、地域全体の感染制御の水準の引き上げに貢献している。<u>地方自治体等の行政機関は、大学病院等の中核的医療機関からの助言を得つつ、保健所を中心とした薬剤耐性菌対策や院内感染対策のため</u>

6 厚生労働省ウェブサイト.第 12 回院内感染対策中央会議（資料）
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000072946.html

7 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

の地域連携ネットワーク（以下、地域連携ネットワーク）を支援することが望ましい。

- 現在、医療提供体制推進事業費補助金（いわゆる「統合補助金」）の対象事業の一つとして、「院内感染対策地域支援ネットワーク事業」があり、平成 26 年度の基準額は 1 地域当たり 3,681 千円となっている。交付する事業の選定は、都道府県が、「各都道府県の医療計画を踏まえ、地域医療の状況を把握した上で」行うこととなっており、平成 26 年度は 12 都県が交付を行っている。

- 保健所は、管内及びその周辺の医療機関に対し、地域連携ネットワークへの参加の呼びかけを行い、感染防止対策加算及び感染防止対策地域連携加算算定の有無に関わらず、地域連携ネットワークの構築に努める必要がある。地域連携ネットワークとしては、これまでにも感染防止対策加算により加算 1 と加算 2 の届出を行っている施設の連携が促進されており、感染防止対策地域連携加算により加算 1 同士の連携も進められているところである。しかし、中小規模の医療機関を中心に、感染対策防止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を構築することが急務となっている。現在、既に保健所がハブとなっている地域連携の実例があるが、今後はこの動きが全国的に広がることが期待される。地域連携ネットワークを機能的なものとするためには、薬剤耐性菌に対する専門的知識を確保することが必須であるが、保健所は必ずしもその専門性を備えていないことから、保健所は地域の専門家から支援を得るとともに、自らの資質の向上に取り組むことが必要である。

2.6　薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2016 年）

○ 2015 年 5 月に世界保健総会で採択された「AMR に関するグローバル・アクション・プラン」に基づき、日本においても 2016 年 4 月に薬剤耐性（AMR）対策アクションプランが策定された[8]。

○ アクションプランは、１．普及啓発・教育、２．動向調査・監視、３．感染予防・管理、４．抗微生物剤の適正使用、５．研究開発・創薬、６．国際協力の６分野について、目標を設置し、目標を達成するための戦略について、その目的、背景、具体的な取組項目、各取組みの関係府省庁・機関、各取組を評価するための指標について記載している。

○ ３．感染予防・管理においては、「適切な感染予防・管理の実践により、薬剤耐性微生物の拡大を阻止する」ことを目標としている。その戦略の一つとして、「医療、介護における感染予防・管理と地域連携の推進」が挙げられており、以下の内容が記載されて

8 薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン 2016-2020. 平成 28 年 4 月 5 日 国際的に脅威となる感染症対策閣僚会議

いる。

- 【背景】　平成 18 年の医療法改正により、全医療機関に対し、院内感染対策委員会の設置が義務付けられ、院内感染対策が推進されてきた。平成 24 年度の診療報酬改定により、地域における中小規模の医療機関の感染防止対策を支援するため、感染防止対策地域連携加算が創設され、「医療機関間の感染対策ネットワーク」が構築されつつある。

- 【方針】医療機関の入院及び外来部門、高齢者施設、在宅医療などの様々な臨床現場においても感染予防・管理（IPC）に一体的に取り組めるような連携体制を推進する。また、現場レベルでの既存の感染制御チーム（ICT）の取組と新たな抗微生物薬適正使用（AMS）の取組とを連携させ、総合的に薬剤耐性（AMR）対策を推進する。感染予防・管理（IPC）に関する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）とが連携した活動を広げ、地域における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、段階的に全国での整備を支援する。

- 【取組】地域における感染防止対策の具体的な活動モデル（「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」）の開発に資する調査研究を実施。

- 【関係府省庁・機関】厚生労働省、国立感染症研究所、国立国際医療研究センター、保健所、地方衛生研究所、日本医療機能評価機構

- 【評価指標】要件を満たす「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」を設立した自治体数

○ アクションプランにおける戦略に基づき、平成 29 年～平成 31 年にかけて、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）において、「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」が実施されることとなった。本アンケートは、当該研究に基づき実施したものである。

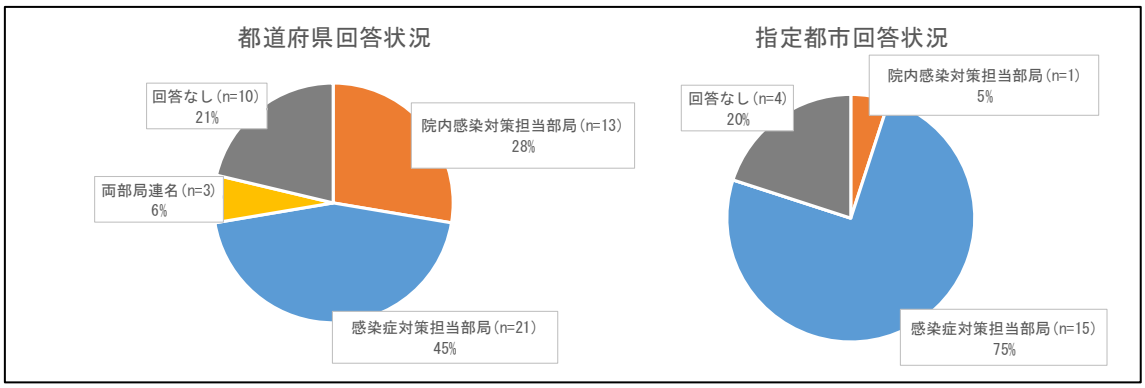
3.　感染症対策の地域ネットワークに関するアンケート調査（基本情報）

3.1　アンケート回答状況

○　平成 29 年 9 月、47 都道府県及び 20 指定都市の院内感染対策担当部局又は感染症対策担当部局の担当者宛にアンケートを送付した。

○　47 都道府県のうち 37（79%）、20 指定都市のうち 16（80%）より回答を得た。回答者の所属は、都道府県については、院内感染対策担当部局（28%）、感染症対策担当部局（45%）、連名（6%）であったのに対し、指定都市においては、大部分が感染症担当部局からの回答であった（図表５）。

図表５．　都道府県・指定都市別回答状況



3.2　感染症対策のネットワークの有無

○　回答があったもののうち、ネットワークがすでに構築されているとの回答であったのは、37 都道府県のうち 24（51%）、16 指定都市のうち 9（56%）であり、およそ半数の自治体において、何らかのネットワークが構築されていた。

4.　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（現状）

4.1　地域ネットワークの実施主体・地域単位

○　都道府県・指定都市の回答状況、主なネットワーク 46（都道府県 34, 指定都市 12）の概要を図表６・７に示す。なお、保健所ごとのネットワークついて回答した自治体においては、内容を集約して集計している場合がある。

図表６．　都道府県別ネットワークの構築状況（概要）

都道府県名	ネットワークの有無※1	実施主体	委託先	地域単位	活動資金	活動内容									ネットワーク名 ウェブサイト
						改善支援	相談支援	訪問ラウンド・訪問実施指導	微生物検査支援	微生物サーベイランス	抗菌薬サーベイランス	講演会の開催	出張講演	ホームページ等での情報発信	
北海道	－														
青森県	○	大学病院	－	県全域	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	青森県感染対策協議会（AICON） http://www.aicon-ict.com/
岩手県	○	県（感染症対策部局）	－	県全域	－	－	－	－	－	－	－	○	－	－	
		県（感染症対策部局）	－	県全域	○	○	○	○	－	－	－	－	○	○	いわて感染制御支援チーム（ICAT） http://www.pref.iwate.jp/iryou/kenkou/icat/index.html
宮城県	－														
秋田県	○	保健所	－	県内特定地域	○	－	－	○	－	－	－	○	－	－	
		大学病院	－	県全域	○	－	－	－	－	○	－	－	－	○	あきた感染対策情報共有ネットワーク（Akita-ReNICS） http://www.hos.akita-u.ac.jp/ict/arenics.html
		その他	－	県全域	○	－	－	－	－	－	－	○	－	○	秋田県感染症対策協議会
		その他	－	県全域	○	－	－	－	－	－	○	○	－	－	秋田県薬剤師感染制御研究会（APICS）
山形県	○	その他	－	県全域	－	－	○	－	－	－	－	○	○	○	山形県感染対策ネットワーク
福島県	－														
茨城県	○	保健所	－	県内特定地域	－	－	○	○	－	－	－	○	－	○	
栃木県	○	その他	－	県を越えた地域	－	○	○	○	－	－	－	○	○	○	栃木地域感染制御コンソーティアム（TRICK） http://square.umin.ac.jp/trick/
群馬県	－														
埼玉県	－														
千葉県	○	県（院内感染対策担当部局）	大学病院	県全域	○	－	－	○	－	－	－	○	－	－	
東京都	－														
神奈川県	－														
新潟県	－														
富山県	－														
石川県	○	県（院内感染対策担当部局）	－	県全域	○	－	○	○	－	－	－	○	－	○	石川県院内感染対策ネットワーク会議 http://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryou/innaikansen.html
福井県	○	大学病院	－	県全域	－	○	○	○	－	○	○	○	－	○	福井感染制御ネットワーク http://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kenkou/kansensyo-yobousessyu/innaikansen.html
山梨県	－														
長野県	○	大学病院	－	県全域	○	○	○	－	○	○	－	○	－	－	
岐阜県	○	県（院内感染対策担当部局・感染症対策部局）、大学病院、県医師会が連携	－	県全域	○	○	○	○	○	○	○	○	－	－	岐阜県院内感染対策検討会 岐阜県院内感染対策協議会 http://www.pref.gifu.lg.jp/kensei/gyosei-kanri/shingikai/iryo-seibi/index13.html 岐阜県リアルタイム感染症サーベイランス http://infect.gifu.med.or.jp/influ/influcondition/
静岡県	○	その他	－	県全域	－	－	－	－	－	－	○	○	○	○	
		その他	－	県内特定地域	－	－	○	－	－	－	－	○	－	－	
		県（院内感染対策担当部局）	病院協会	県全域	○	－	○	○	－	－	－	○	○	○	静岡県病院協会 感染対策相談窓口 http://www.shizuoka-bk.jp/advice/
愛知県	○	県（院内感染対策担当部局）	看護協会	県全域	○	○	○	○	－	○	○	－	－	－	院内感染に対する相談窓口 http://www.pref.aichi.jp/soshiki/imu/0000069197.html
三重県	○	県（院内感染対策担当部局）	大学病院	県全域	○	○	○	－	○	○	○	○	－	○	三重県感染対策支援ネットワーク（MieICNet） http://www.mie-icnet.org/
滋賀県	○	県（院内感染対策担当部局）	病院協会	県全域	○	○	○	○	－	－	－	○	○	○	滋賀県病院協会　感染制御ネットワーク http://sbk.co-site.jp/sub/network.html
京都府	－														
大阪府	－														
兵庫県	－														
奈良県	○	大学病院	－	県全域	－	－	－	－	－	－	－	○	－	－	
		保健所	－	県内特定地域	－	－	－	－	－	－	－	○	－	○	
和歌山県	○	保健所	－	県内特定地域	－	－	－	○	－	－	－	○	－	○	
鳥取県	○	県（院内感染対策担当部局）	大学病院	県全域	○	○	○	○	－	○	－	○	－	－	
島根県	－														
岡山県	－														
広島県	○	県医師会	－	県全域	－	○	○	－	－	－	－	－	－	－	広島県医師会（感染対策相談窓口・感染対策支援ネットワーク）
		大学病院	－	県全域	－	－	－	－	－	○	－	－	－	－	広島大学　院内感染プロジェクトセンター https://www.hiroshima-u.ac.jp/prc/center_list/procen_innaikansensyo
		NPO法人	－	県全域	○	○	○	○	○	○	－	○	○	○	NPO法人ひろしま感染症ネットワーク http://nich.or.jp/
山口県	○	保健所	－	県内特定地域	－	－	○	○	－	－	－	－	○	○	
徳島県	○	大学病院	－	県全域	○	○	○	○	○	－	－	○	○	○	徳島県感染地域ネットワーク http://www.tokushima-ict.com/jp/project/index.html
香川県	－														
愛媛県	－														
高知県	○	県（院内感染対策担当部局）	－	県全域	○	○	○	○	－	－	－	○	－	－	高知県医療関連感染対策地域支援ネットワーク事業 http://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/132101/2017051800044.html
		県（院内感染対策担当部局）保健所	－	県内特定地域	○	○	○	○	－	－	－	○	－	－	高知市(他の福祉保健所のネットワークもある) http://www.city.kochi.kochi.jp/soshiki/35/kochicityarea-iryokansennetwork.html
福岡県	－														
佐賀県	－														
長崎県	－														
熊本県	○	大学病院	－	県全域	－	－	○	○	○	○	－	○	○	○	熊本県感染管理ネットワーク http://kumamoto-haic.net/
大分県	－														
宮崎県	－														
鹿児島県	○	大学・大学病院	－	県全域	－	○	○	－	○	○	○	○	－	○	鹿児島感染制御ネットワーク(KICN) http://www.kufm.kagoshima-u.ac.jp/~kict/index.html
沖縄県	－														

（※1）「-」は、アンケートへの回答なし、又は、ネットワークなし

図表７．　指定都市別ネットワークの構築状況（概要）

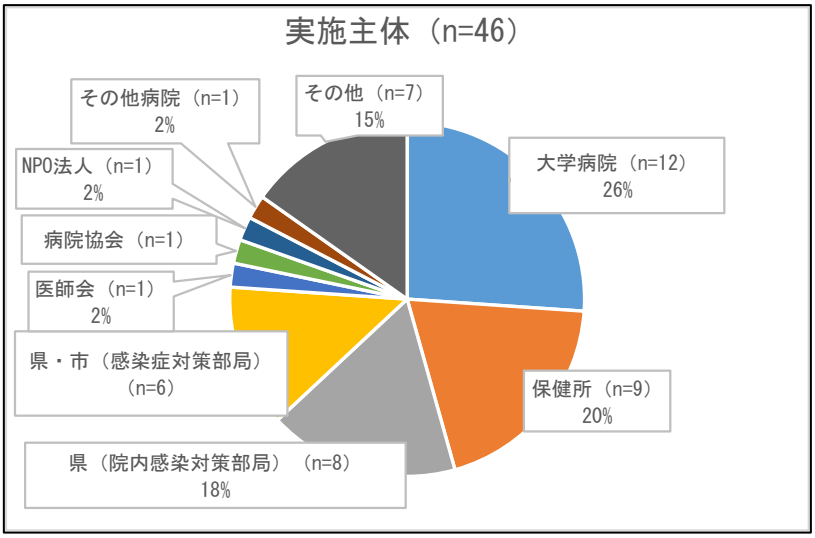
都道府県名	ネットワークの有無※1	実施主体	委託先	地域単位	活動資金	活動内容									ネットワーク名
						改善支援	相談支援	訪問ラウンド・訪問実施指導	微生物検査支援	微生物サーベイランス	抗菌薬サーベイランス	講演会の開催	出張講演	ホームページ等での情報発信	
札幌市	－														
仙台市	○	市（感染症対策部局） 保健所	－	市全域	○	○	○	○	－	－	－	○	－	○	
さいたま	○	市（感染症対策部局）	－	市全域	○	－	－	－	－	－	－	－	－	○	
千葉市	－														
横浜市	○	市（感染症対策部局）	－	市全域	○	－	－	－	－	○	－	○	－	○	横浜市感染防止対策支援連絡会 http://www.city.yokohama.lg.jp/iryo/jigyosyayo/kansenbousisien.html
川崎市	○	市（感染症対策部局）	－	市全域	○	－	○	○	－	－	－	○	○	－	
		市病院協会	－	市全域	○	○	○	－	－	○	○	－	－	－	Kawasaki地域感染制御協議会 http://kawasakiconference.web.fc2.com/
相模原市	－														
新潟市	－														
静岡市	－														
浜松市	○	大学病院		市内特定地域	－	○	○	－	○	○	○	－	－	○	
名古屋市	－														
京都市	－														
大阪市	－														
堺市	－														
神戸市	○	市（感染症対策部局） 保健所	－	市全域	○	－	－	－	－	○	－	－	－	○	ILI情報センター http://www.kobe-medical.com/idsc.html
岡山市	－														
広島市	－														
北九州市	○	市（感染症対策部局）	NPO法人	市全域	○	○	○	○	－	－	－	○	○	○	北九州感染症対策支援ネットワーク http://www.city.kitakyushu.lg.jp/ho-huku/18300148.html KRIT北九州感染制御チーム http://www.krict.org/
福岡市	○	大学病院	－	市を超えた地域	－	○	○	○	○	○	○	○	○	○	福岡地区感染対策ネットワーク https://fukuoka-ict-net.jimdo.com/
		中核病院	－	市内特定地域	－	○	○	○	－	○	○	○	○	○	
		保健所	－	市内特定地域	－	－	－	－	－	－	－	○	○	○	
熊本市	○	大学・大学病院	－	県全域	－	－	○	－	－	○	－	○	－	○	熊本県感染管理ネットワーク http://kumamoto-haic.net/

（※1）「－」は、アンケートへの回答なし、又は、ネットワークなし

○　実施主体については、大学病院が最も多く 12（26%）、次いで、保健所 9（22%）、県の院内感染対策部局 8（18%）、県・市の感染症対策部局 6（14%）の順であった（図表 8）。自治体が実施主体の場合、都道府県においては、院内感染対策部局が多く、指定都市においては、全て感染症対策部局が実施主体となっていた。その他の実施主体としては、保健所と医療機関で組織しているもの、大学病院と県、医師会が連携しているもの、感染症に携わる職員有志によるチーム、感染制御に関わる医療従事者のネットワーク、感染制御に関わる薬剤師のネットワーク、病院環境管理懇話会、病院の感染対策担当者によるネットワークなどがあった。

○　行政が実地主体で業務委託している自治体が 7 あり、委託先としては、大学病院 3. 病院協会 2、看護協会 1、NPO 法人 1 であった。

図表８．　ネットワークの実施主体



○　地域単位としては、県・市全域が最も多く 34（74%）、次いで県内・市内の特定地域 10

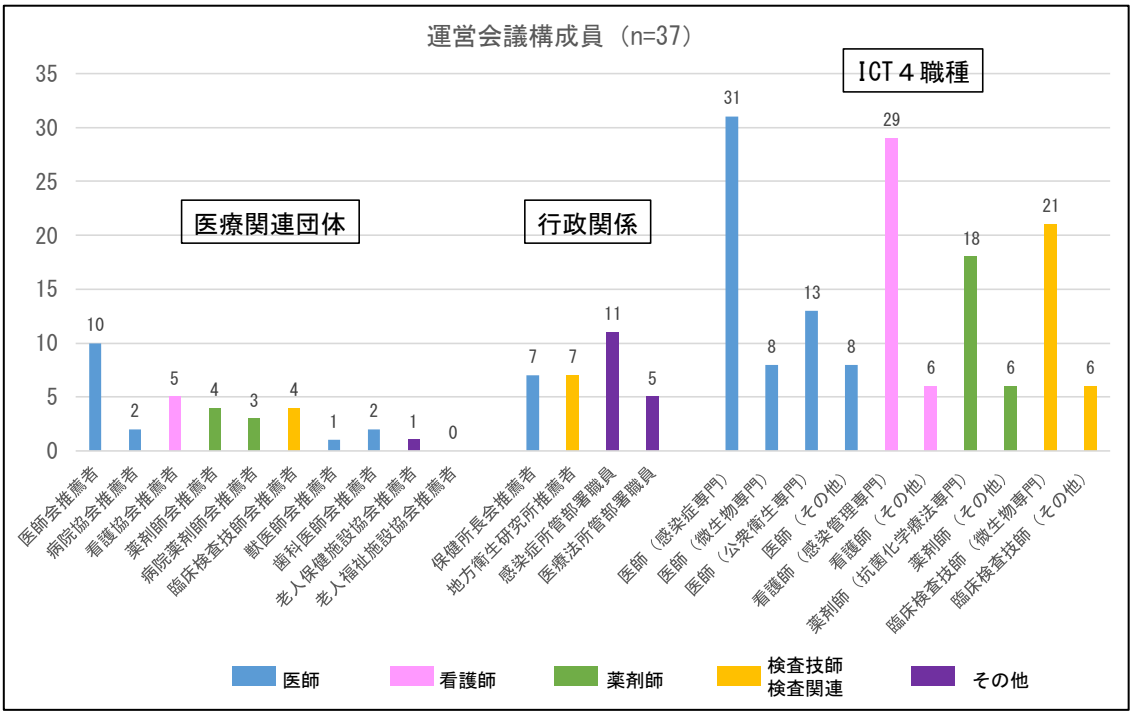
（22%）、県・市を超えた地域が 2（4%）であった。県内・市内の特定地域に限定したネットワークの多くは、保健所が実施主体であった。

4.2　地域ネットワークの運営会議

○　地域ネットワークの運営を検討するための会議体は、37（80%）で設置されていた。運営会議の構成員としては、ICT4 職種（医師・看護師・薬剤師・検査技師）が含まれている場合が多く、中でもそれぞれの専門性を有する医療者の割合が高かった。医療関連団体が構成に含まれているところは少なかったが、団体の中では、医師会からの推薦者の割合が高かった。行政関係では、一定の割合で、保健所所長会、地方衛生研究所、感染症所管部署職員、医療法所管部署職員が含まれていた（図表 9）。

○　医師（その他）として医療情報の医師、また、その他の構成員として、社会福祉協議会からの推薦者、歯科医師、保健所職員、事務職員、市の救急課職員などの記載があった。

図表９．　ネットワーク運営会議の構成員



4.3　地域ネットワークの参加施設

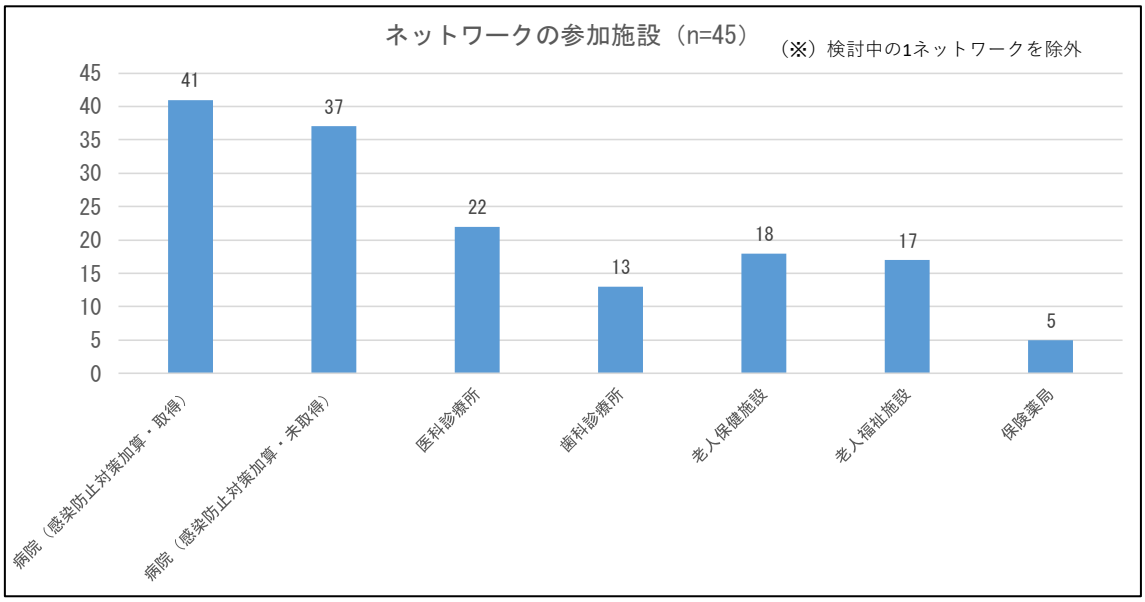
○　地域ネットワークの参加施設としては、感染防止対策加算・取得病院が 41（91%）と最も多かったが、感染防止対策加算・未所得の病院も 37（82%）と高率であり、感染防止対策加算の有無によらないネットワークの構築が進められていることが伺われた（図表 10）。診療所については医科診療所 22（49%）、歯科診療所 13（29%）と一定程度で含まれていた。また、高齢者施設に関しても、老人保健施設 18（40%）、老人福祉施設 17（38%）が含まれており、医療機関を超えた感染対策のネットワークが進められている

ことが伺われた。

○　病院が含まれていないネットワークについては、医療系団体（医師会、歯科医師会、獣医師会、薬剤師会、臨床検査技士会）を対象としているもの、避難所を対象としているもの、医師会や基幹病院の医師や都道府県関係課の職員など人を対象としているものなどがあった。

○　その他の対象としては、保健所、検疫所、障害者施設、訪問看護ステーション、社会福祉協議会、製薬会社、外注検査会社、地域住民などがあった。

図表１０．　ネットワークの参加施設



○　参加施設の選定に関して、回答のあった 44 ネットワークのうち、対象地域であれば全ての施設を対象 17（39%）が最も多かったが、登録した施設（参加希望のある施設）16（36%）、一定の基準を満たした施設 4（9%）など、対象が限定されているネットワークが半数程度みられた。

○　参加施設に関するその他の回答として、精神科を除く 200 床以上の病院、施設ではなく個人単位を対象としている、地域で感染症に携わる職員有志が活動、研修会等のテーマに合わせて対象を選定などがあった。

4.4　地域ネットワークの活動資金・活動内容

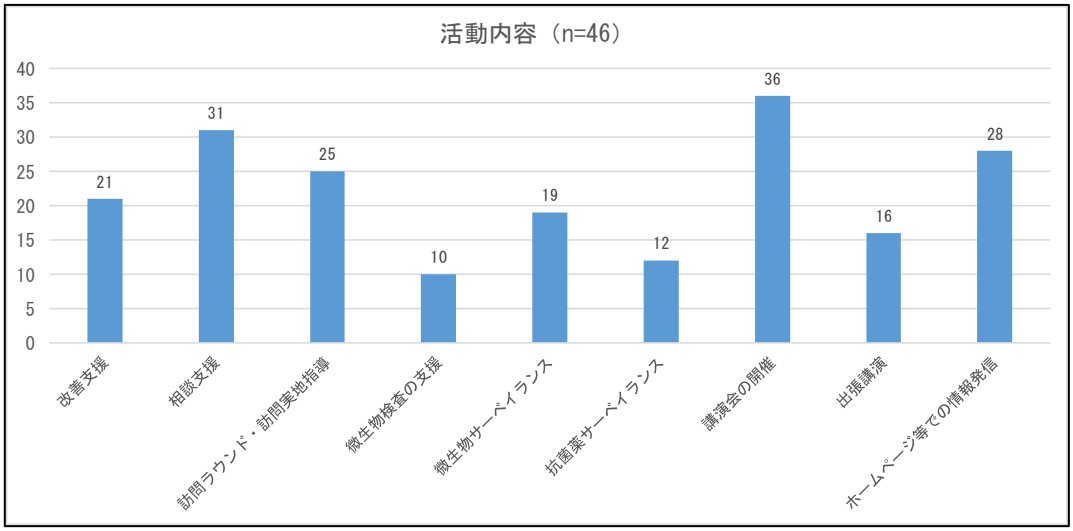
○　活動資金があるネットワークは 26（57%）あり、その内訳（重複あり）としては、都道府県・指定都市費 14、医療提供体制推進事業費補助金 7、各施設からの参加費 2、寄付金 1、その他 10 であった。都道府県・指定都市費の最大値/最小値（中央値）は、4,139/123（852）千円で、医療提供体制推進事業費補助金の最大値/最小値（中央値）は、2,925/400（882）千円であった。その他として、細菌検査情報システム整備事業費として、単年度の都道府県費で支出したもの、地域医療再生基金の一部を用いたもの、国立大学法人設備整備費補助金を用いたものがあった。また、国・都道府県費に加え大学病院が負担している例や、検討会の開催に際して製薬関連企業の共催よる資金支援および参加者

から会場費を徴収している例もあった。

○　活動内容としては、講演会の開催が 36（78%）と多く、次いで、相談支援 31（67%）、ホームページ等での情報発信 28（61%）、訪問ラウンド・訪問実地指導 25（54%）、改善支援 21（46%）などであった（図表 11）。サーベイランスについては、微生物サーベイランス 19（41%）と比較し、抗菌薬サーベイランス 12（26%）を実施しているネットワークが少なかった。また、出張講演 16（35%）、微生物検査の支援 10（22%）で実施されていた。その他の活動内容として、以下のような記載があった。

・新聞に感染症および感染制御関連記事を掲載
・行政・保健所が行なう実地訓練への参加
・加算の有無に関わらず感染対策等についての意見交換カンファレンスの開催
・都道府県内の感染防止対策加算算定全病院合同カンファレンスを開催
・都道府県内病院の微生物感受性結果を元にアンチバイオグラムを作成し、診療所などに疾患ごとの推奨抗菌薬を公開
・各医師会で AMR に関わる内容を会報に載せる
・感染管理認定看護師のみで情報交換を実施
・アウトブレイク前の相談支援
・病院を訪問し、その場に応じたマニュアルを作成
・感染防止対策地域連携加算の加算Ⅰ連携の調整
・啓発資材の作成（ビデオ・冊子等）
・地域の感染症の分析及び報告
・取材対応
・手指衛生サーベイランス
・メール等での情報共有（感染症に関する法令・通知、国内外の感染症の流行状況、大規模あるいは事例の少ない病原微生物による院内感染発生事例や対処方法、感染症に関する新たな研究報告など）

図表１１．　ネットワークの活動内容



4.5　地域ネットワークの活動のスキーム、資金の支払い方法等

4.5.1　改善支援

○　改善支援を行っている 21 ネットワークのうち 16（76%）において、派遣や支払いのスキームが構築（検討）されていた。具体例は以下のとおり。

実施主体	活動資金	費用の支弁	派遣・支払いのスキーム
都道府県	あり	事務局（ネットワーク）	事務局である都道府県からメンバー及び所属機関に派遣要請。派遣されたメンバーに対して直接支弁。
			感染制御ネットワーク委員会に派遣依頼があった場合、医師・感染管理認定看護師等の専門家チームが派遣される。交通費、報償費は委託先（ネットワーク）から支給される。
			医療機関等からの要請に基づき、感染制御専門家チーム員の中から実地指導チームを編成し、実地指導を行う。県担当課（事務局）から対応者へ報償費・旅費を支払う。
			ネットワーク会議の委員に事務局（都道府県）より相談し、支援方法を決め、各機関、支援者と事務局が調整を行う。報償費・旅費等は事務局が支払う。
		要請した医療機関	依頼をする医療機関が直接、委員へ依頼（文書等）で行う。交通費・日当を依頼医療機関が負担する。
			改善支援の要請を行った医療機関は、改善支援担当者の所属医療機関の長に対して派遣依頼を行い、旅費、宿泊費、日当を負担する。
大学病院その他病院	あり	事務局（ネットワーク）	大学病院（事務局）がチームを選定。アウトブレイクがあった近隣病院の ICD,ICN,薬剤師を選定し依頼。そのほかに ICD と検査技師を大学から派遣。ネットワークから各施設の病院長に派遣依頼を行い、各施設の業務として改善支援に参加。日当なし、交通費をネットワークから支払う。
		大学又は要請機関	大学病院のスタッフが派遣される場合は、大学病院の出張扱い、その他の病院のスタッフを派遣する場合は、要請元が負担。
	なし	大学または派遣側医療機関	派遣は、病院長から病院長に依頼。交通費・日当などは、依頼を受けた施設の負担。
			改善支援の要請のあった現地へ直接向かい、ラウンド後に改善策の提案や支援を行っている。謝金や日当はなく、交通費等も大学病院の負担で行なっている。
		要請した医療機関	参加施設からの依頼に基づき、実施主体の病院から改善支援への派遣を行なっている。派遣先施設の規定等に基づき、交通費や日当等の支払いが有る場合はある（規定がない場合は、支払いなし）
その他（医師会、NPO を含む）	あり	都道府県（事務局の一部）	ネットワーク会長が改善指導を行う医師、看護師を選定した上で、都道府県の担当課より改善支援担当者の所属機関の長に対して派遣依頼を行い、旅費及び日当を負担。
		要請した医療機関	アウトブレイク支援要請を行なった施設がネットワークへ派遣依頼し、必要経費を支払っている
	なし	要請した医療機関	医療機関からの依頼が事務局にあり、地域の基幹病院の ICT に支援を依頼する。交通費、日当は明確に規定していないが、基幹病院が ICN などに時間外手当を支給した際には、その金額を、医療機関に請求した例はある。また、謝金として本人へ支払った例はある。

○　改善支援に際して、支払いを行っていないケースの具体例は、以下のとおり。

実施主体	活動資金	費用の支弁	派遣・費用支弁のスキーム
大学病院、その他病院	なし	なし	基本的にはボランティア。県医師会の相談窓口を通じた相談の場合は、交通費が県医師会から支払われることになっている。
			まだ開始していないが、当面はボランティアで行き、いずれは県や国からの支援を検討したい。
			アウトブレイク等発生施設からの支援要請を受け、専門の病院職員を派遣。支援を依頼する施設が直接、ネットワークの実施主体である医療機関に依頼し、当該医療機関の主に感染管理認定看護師が訪問して支援する。無償（交通費・日当等の授受なし）。
その他（医師会、NPOを含む）			所属施設からの出張または休暇取得の上で、ボランティアとして参加。
			医療機関などの依頼により、ネットワーク会員を推薦する。交通費、日当はネットワークからは払っていない

○　活動資金のあるネットワークにおいて、事務局から交通費・報償費等が支払われる仕組みが取られているところがあった。また、活動資金のある・なしに関わらず、要請した医療機関が支払う仕組みがとられているところもあった。一方、活動資金がなく、事務局となっている大学病院が支払うケースや、ボランティアで改善支援を行っているところもあった。

4.5.2　相談支援

○　相談支援を行っている31ネットワークのうち6（19%）において、支払いスキームが構築（検討）されていた。いずれも都道府県が実施主体で、活動資金のあるネットワークであった。具体例は以下のとおり。

実施主体	活動資金	費用の支弁	相談・費用支弁のスキーム
都道府県	あり	あり	メールで相談を受け、院内感染対策ネットワーク会議委員のうち回答者１名、及び、最終確認者である委員長（医師）に謝金を支出。
			委員に相談支援料謝金を支払っている。
			相談窓口担当者として、委託事業費の中から、職員を雇用。
			感染制御相談窓口である保健所からの依頼により、感染制御専門家チーム員が医療機関等から寄せられた感染制御に関する相談対応を行った案件について、１相談案件あたり5,000円の報償費を支払う。
			委託先の看護師が対応できない専門的な相談については、感染対策地域支援委員会委員が対応。１件5,000円。
			運営要綱上、ネットワークが相談支援に要する費用を負担するとしているが、現状、謝金の支出実績はない。

○　その他多くのネットワークにおいて、相談支援についての支払いは行われていなかった。記載のあった具体例は以下のとおり。

実施主体	活動資金	費用の支弁	派遣・費用支弁のスキーム
都道府県	あり	なし	文書回答のみであれば謝金は支払っていない。
			都道府県から大学への委託事業の一環として実施しているため、謝金等の支払いは行っていない。
その他（医師会、NPOを含む）			医療機関などの相談は、ネットワーク会員が回答する。
			ネットワーク会員施設からの相談であれば無料で対応（ネットワーク非会員施設からの相談は受け付けていない）。
大学病院	なし		支払いはない。ネットワークの ICD や ICN が回答。回答内容については事務局で確認後に相談先に回答。

4.5.3　訪問ラウンド・訪問実地指導

○　訪問ラウンド・訪問実地指導を行っている 25 ネットワークのうち 9（36%）において、派遣や支払いのスキームが構築（検討）されていた。具体例は以下のとおり。

実施主体	活動資金	費用の支弁	派遣・費用支弁のスキーム
都道府県	あり	事務局（ネットワーク）	１施設あたり５名（医師１名、看護師２名、臨床検査技師１名、薬剤師１名）での実地指導を計４施設で実施。毎回、各参加者に謝金を支出。
			事務局（県担当課）から対応者へ報償費・旅費を支払う。
			訪問ラウンド・訪問実地指導の謝金は、委託先から支払われる。
		要請した医療機関	依頼医療機関が負担。
			謝金及び旅費について基準を定め、施設が負担。謝金は半日の場合 1 万円以上、1 日の場合 3 万円以上。旅費は実費。
その他（医師会、NPOを含む）	あり	事務局（ネットワーク）	県担当課（事務局の一部）より、改善支援担当者の所属医療機関の長に対して派遣依頼を行い、旅費及び日当を負担。
		要請した医療機関	ネットワーク会員施設のみ。支援要請を行なった施設が、ネットワークへ必要経費を支払う。
	なし		訪問先の規定による。

○　その他多くのネットワークにおいて、訪問ラウンド・訪問実地指導についての支払いは行われていなかった。記載のあった具体例は以下のとおり。

実施主体	活動資金	費用の支弁	派遣・費用支弁のスキーム
その他（医師会、NPOを含む）	あり	なし	医療機関などの依頼により、ネットワーク会員を推薦する。交通費、日当はネットワークからは払っていない。
保健所	なし		訪問ラウンドはネットワーク参加病院間で行っており、謝金は支払っていない。

4.5.4　微生物検査支援

○　微生物検査支援を行っている10ネットワークの多くで、費用支弁のスキームが構築されていた。微生物特殊検査については、実施主体が大学病院である場合や研究費等により大学病院で支弁されている例がみられた。また、一方で、依頼者負担の例もあった。具体例は以下のとおり。

実施主体	活動資金	費用の支弁	費用支弁のスキーム
大学病院	あり	事務局（ネットワーク）	ネットワークから支払う。
			実施主体である大学病院が負担
			大学負担。試薬については、補助金で購入したことがある。
	なし		依頼を受けた施設の負担事務局が置かれている大学の研究費から支払われる。
		依頼を受けた施設	依頼を受けた施設の負担。
		依頼した医療機関）	費用は原則、依頼者側の負担としている。徴収については事務を通じて振込みで行なっている。
都道府県	あり		微生物特殊検査が実施可能な医療機関の紹介を行っている。検査の実施に当たっては、実施医療機関が定めた依頼方法により依頼を行うとともに、必要な費用を支払うこととしている。
その他（医師会、NPOを含む）	あり	依頼を受けた施設	感染症法に基づく患者の届け出があり、保健所が院内感染対策協議会に支援を求めた場合等に、県保健環境研究所の負担にて微生物検査を実施。
			医療機関などの依頼により、行うことがあるが、費用は無料（大学細菌学教室のボランティアで行っている）。

4.5.5　微生物サーベイランス

○　微生物サーベイランスを行っている19ネットワークのうち7（37%）において、費用に関する記載があった。具体例は以下のとおり。

実施主体	活動資金	費用の支弁	サーベイランス・費用支弁のスキーム
都道府県	あり	事務局（ネットワーク）	参加施設からの費用は徴収していない。サーバーのメンテナンスやサーベイランスに必要な費用はネットワークの運営費（委託費）から支出している。
			大学病院に県院内感染対策サーベイランス事業を委託しており、県担当課から委託料を支払う。
大学病院	あり		実施主体である大学病院が負担。
			ネットワークから支払う
			費用については初期費用のみで設備を立ち上げ、以降は大学の持ち出しとして運営
	なし	参加施設	各施設の負担
			参加施設、各病院の負担で行なっている。データの集計等にかかる費用は大学病院が負担している。

○　費用支弁の記載がなかった関する記載があった。具体例は以下のとおり。

実施主体	活動資金	費用の支弁	サーベイランス・費用支弁のスキーム
都道府県指定都市	あり	なし	委員が病院どうしでおこなっており、費用は発生しない。
			参加医療機関から月１回、CRE または VRE の患者及び保菌者数を報告し、集計したもの（個々の病院名は伏せ医療圏ごとに集計）を、定期的に参加医療機関に情報提供。
保健所	あり		協力医療機関より実施した病原体情報を報告してもらっている
大学病院	なし		自施設でのデータをもとに行なっている。
			各施設のデータは事務局である大学病院で集約しているが、労務費等の費用はもらっていない
			大学病院が設置したサーベイランスシステムを利用している。
その他（医師会、NPO を含む）	あり		excel ファイルと電子メールでデータを収集し、事務局で解析
	なし		医療機関などの依頼により、行うことがあるが、費用は無料（大学細菌学教室がボランティアで行っている）
			技師会と協力し、院内で微生物検査を行っている県内すべての施設から感受性結果を収集し、代表施設で集計

4.5.6　抗菌薬サーベイランス

○　抗菌薬サーベイランスを行っている 12 ネットワークのうち 3（25%）において、費用に関する記載があった。具体例は以下のとおり。

実施主体	活動資金	費用の支弁	サーベイランス・費用支弁のスキーム
大学病院	あり	参加施設	参加施設が自主負担
	なし		各施設の負担
			参加施設、各病院の負担で行なっている。データの集計等にかかる費用は大学病院が負担している。

○　費用支弁の記載がなかった関する記載があった。具体例は以下のとおり。

実施主体	活動資金	費用の支弁	サーベイランス・費用支弁のスキーム
都道府県指定都市	あり	なし	委員が病院どうしでおこなっており、費用は発生しない。
			参加施設からの費用は徴収していない。抗菌薬使用動向調査システム（https://www.jacs.asia/）の一部としてサーベイランスを実施。
大学病院	なし		各施設のデータは事務局である大学病院で集約しているが、労務費等の費用はもらっていない
			大学病院が設置したサーベイランスシステムを利用している。
その他（医師会、NPO を含む）	あり		excel ファイルと電子メールでデータを収集し、事務局で解析
			費用を取らず各施設の薬剤師が業務外として実施

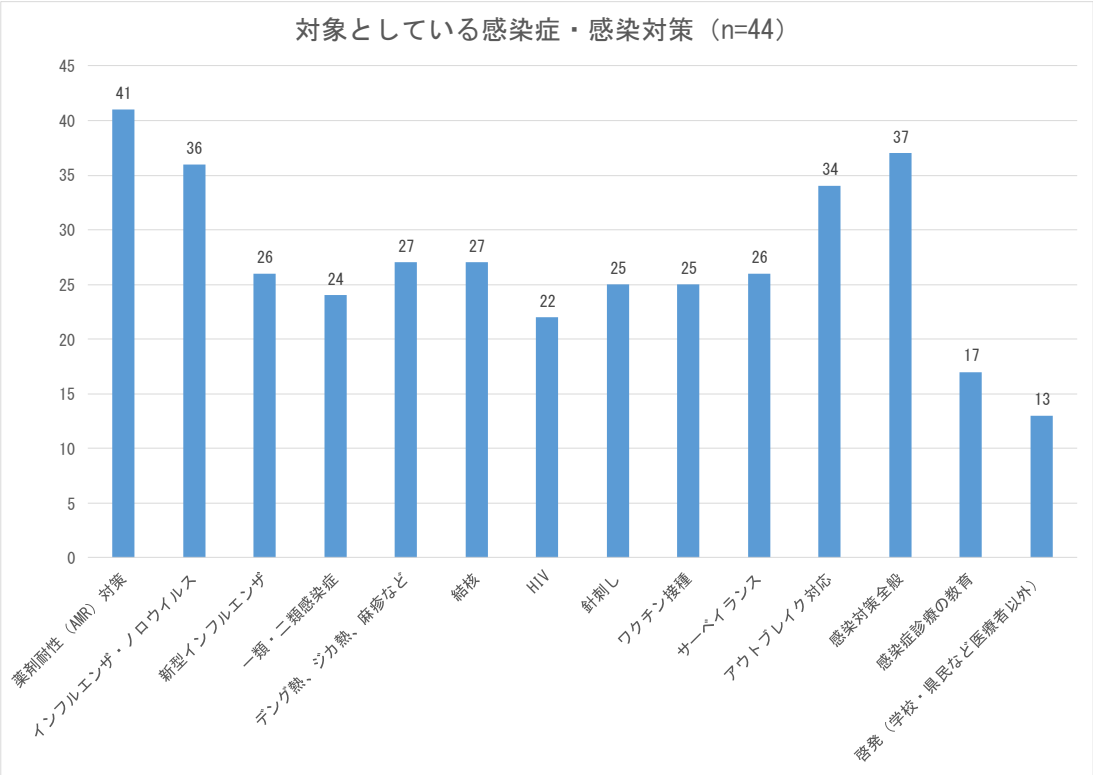
4.6　地域ネットワークが対象とする感染症・感染対策

○　ネットワークが対象としている感染症・感染対策に関しては、薬剤耐性（AMR）対策、感染対策全般（手指衛生・個人防護具など）、インフルエンザ・ノロウイルス、アウトブレイク対応が多く、77-93%のネットワークにおいて対象としていた（図表 12）。

○　次いで多かったのが、デング熱・ジカ熱・麻疹等その都度問題となった感染症、結核、新型インフルエンザ、サーベイランス（地域の感染症流行状況）、針刺し、ワクチン接種、一類・二類感染症（エボラ出血熱・MERS など）、HIV であり、50-61%のネットワークにおいて対象としていた。

○　感染症診療は 39%、啓発（学校・県民など医療者以外）30%と、他の項目に比して少なく、これら２項目を除いて全てという回答も多かった。一方で、AMR 対策、感染症診療の教育、啓発のみを対象とし、感染対策や他の感染症を対象としていないネットワークもあった。

図表１２．　ネットワークが対象としている感染症・感染対策



○　その他の対象として、以下のような記載があった。

・介護福祉施設での感染対策
・口腔衛生
・CDI、O157
・感染対策ネットワーク自体の在り方の検討
・感染対策を専門とする薬剤師の育成や情報共有　　など

4.7　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（自由記載）

○　ネットワークの運営

・医療法所管部署と感染症法所管部署との連携・役割分担が必要。医政局や厚生労働省からの通知もバラバラに発出され分かりにくい。

・高齢者施設等もネットワークに入れていくとした場合、所管課との調整が必要となる。内容も病院向けから福祉職対象となり内容の検討が必要。

・医療提供体制推進事業費補助金を利用して事業を実施していることから、医療法担当課が所管している。このため、ネットワークの対象施設を医療機関以外に広げることは難しいと考えている。

・院内感染のアウトブレイクを疑ったときに保健所だけでは支援が難しい。加算１・２の病院による地域の支援体制が必要。

・現在は保健所が主体となり企画・運営を実施しており、病院の参加・専門会の無償の協力が得やすい。今後は参加病院を中心に、自立した組織として運営が期待される。

・院外の抗菌薬使用量の把握が難しく、調査には予算と手間がかかる。AMR 活動の指標となる抗菌薬使用量について、迅速（少なくとも１年以内）な結果を得るためのシステム作りは地域レベルでは難しく、国レベルでの対策を早急に作り挙げていただきたい。

・中小規模の医療機関が多く、感染対策の体制が脆弱な医療機関があるため、標準化された質の高い院内感染対策ができるよう継続した事業の実施が必要。

・公的な枠組みが作られておらず、活動時の責任の所在が課題。

○　活動範囲・参加施設

・県単位や複数の医療圏を含めた広域なネットワーク構築が必要である。

・保健所主導での実施となっており、今後は管内各病院が中心となって勉強会等を実施できるようにしていきたい。しかし、感染防止対策加算のカンファレンスや地域連携など、２つの病院が中心となって、それぞれのネットワークを作っている現状がある。また、県境に位置しているため、それらには、４県にまたがっての連携となっている。保健所単位でのネットワークを考えると範囲がせばまり、医療機関の日頃の活動と合致しない状況となる。県をまたがっての広域でのネットワーク構築が必要となってくるため、行政間での調整も重要である。

・各エリアの取組に温度差がある。

・参加医療施設が県全体の約 30%であるため、さらに増やしていきたい。

・感染症対策研修会の開催案内を管内の病院・診療所・保健施設等に送っているが、参加率は低い。

・感染防止対策加算を所得していない施設への参加の呼びかけ。

・加算１・２病院では連携が取れ始めている。互いの相談・支援体制ができつつあるが、

その他の病院が連携体制に参加できていない。

・加算１・２に入っていない病院も感染症対策の地域ネットワークに参入することで何らかのメリット（診療報酬上の加算など）があれば、ネットワークの組織率や参加率が向上するのではないか。

・加算１病院の地域感染対策の支援拡大、例えば、加算２病院だけでなく、その他の病院、診療所、高齢者施設まで拡大する必要がある。特に ICN を活用することにより、地域の感染管理だけでなく、基幹病院の地域連携が促進することにもつながる。

・転院の可能性のある施設（医療機関及び高齢者施設）に対して、地域ネットワークへの参加を呼びかけるとともに、感染症対策の向上を図っていく（病院で感染対策が取られていても、転院先の施設が感染症対策をとれていなければ意味がない）。

・より広範な医療施設（精神科病院など）、保健施設、行政の参加。

○　高齢者施設・診療所

・老健施設及び診療所における感染制御の構築。

・老人保健施設などでの感染対策をどのように行うかのか。

・病院で対策を行っても、施設内で耐性菌が広がっており、入院・退院のサイクルの中で耐性菌が広がってしまう。

・在宅医療、地域包括ケアシステムにおける感染対策に関与していく必要がある。

○　連携

・医師会との連携強化。

・行政との連携をさらに深めたい。

・保健所との連携強化（さらなる体制強化）。

・現在の課題は、参加施設が限定されていること、活動資金がないことである。現在の参加施設は主に基幹病院が中心であり、今後特に行政（県、保健所など）との連携をより深めていきたい。さらに医師会からの参加も募りたい。

・地域での感染症対策については、職種や目的ごとのネットワークを作ることはできるが、それらがさらに連携していくことが重要。この多方面、他職種のネットワークの管理も必要で、地域の専門家がこれにあたることが重要。

・院内感染対策の情報の共有や日常的な相互の協力関係の構築のため、地域の感染管理の専門家との関係作りの強化が必要。

・感染症対策研修会の開催を病院と保健所の共催とすることで、研修テーマや講師陣も広範に渡り、研修内容の充実や参加者増が期待できる。

○　活動資金・人材育成

・活動資金がなく、各施設それぞれで負担している現状であり、運営資金の獲得が課題

である。現在ネットワークの範囲が狭く、県などの単位に今後広げることが課題である。

・ネットワークの運営費用の確保が課題となっている。

・ネットワーク運営継続に係る費用捻出。

・活動に係る人件費用（出張費用など）の負担ルールの構築。

・活動資金についても、各参加施設だけでなく行政も交えて検討していきたい。

・ネットワーク運営のための予算が必要。

・施設の予算は限られているため、対策を十分に行うことができない。公的な資金や、ネットワークからの介入、援助が必要と考えます。

・AMR 対策が地域で円滑に行えるよう、地域への予算配分があると活動しやすい。

・出務する ICN などや、担当する病院への評価や手当が必要で、加算１の要件や DPC への評価、あるいは同様に、地域支援病院の用件や評価の検討が必要。

・ボランティアでは長続きしないし、出務する ICN などへの病院での評価もあがらない。

・地域での薬剤耐性菌について、詳細な検討を行っているが、資金・人材不足。

・かなり高額なシステムであり、運営や維持のための資金（事務的な業務に関わる人件費）の確保に難渋している。

・運営資金（事務的な業務に関わる人件費）と人材の確保。

・多くの活動は、各施設や各感染制御部、各担当者の負担によって支えられており、活動の継続や拡充を図るためには、経済的あるいは人的支援が必要である。加えて、活動を担う専門家の後進育成が課題である。

・人材育成（特に医師）。

・専門薬剤師の人材育成。

○　活動内容

・地方の医療圏単位であると、医療機関数が限られており、療養型病床主体の医療機関がほとんどの中で耐性菌モニタリングや抗菌薬適正使用の議論は難しい面があり、結局は基本的な感染防止対策の話になってしまう。

・現時点では、各病院の感染対策担当者の情報交換が主な活動となっている。具体的にはメーリングリストでの情報共有や研修会の開催くらいであり、まだ活動内容は十分とは言えない。

・AMR 対策に対するサーベイランス、耐性遺伝子解析などについて、感染症法に沿った全国的な取り組みが示されているが、アウトブレイク時の細菌学的検討などは、地域で迅速に行う必要がある。

・アウトブレイク発生時の医療機関への委員派遣による指導は実施していないため、今後検討したい。

・医療機関を対象とした抗菌薬使用量サーベイランスの実施について検討中である。

・AMR を基本としているが、平時だけでなく災害時の感染症対策を含めて検討。

・歯科領域における感染制御の実現。

○　その他

・現状として多剤耐性緑膿菌や VRE などの感染症患者は、病院として受け入れができないことから、今後対応できるように改善していく必要がある。

・院内感染対策について、実際に経験した医療機関の経験を共有することは、各施設における予防的措置にも大変役立つと思われるが、病院の規模や人員配置によって、ネットワークに関与する時間や労力には温度差があるのではないかと思う。

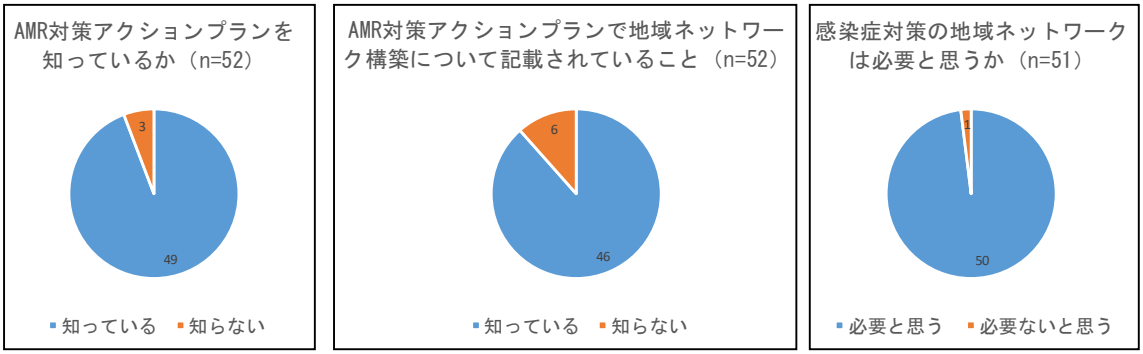
5.　感染症対策の地域ネットワークに関するアンケート調査（今後）

5.1　AMR 対策アクションプラン、地域ネットワークについて

○　感染症対策の地域ネットワークがない地域も含め、どのような形が望ましいかを質問した。都道府県 37 名、指定都市 15 名の計 52 名の担当者より回答を得た。

○　AMR 対策アクションプランを知っている担当者は 49（94%）、AMR 対策アクションプランで地域ネットワークについて記載されていることを知っている担当者は 46（88%）であった。また、感染症対策の地域ネットワークは必要と感じている担当者は 50（98%）と高率であった（図表 13）。

図表１３．　AMR 対策アクションプラン、地域ネットワークについての質問



5.2　感染症対策の地域ネットワークのあり方

5.2.1　地域単位

○　都道府県 33 名、指定都市 15 名の計 48 名の担当者より回答を得た。地域単位については、都道府県単位が 15（31%）と最も多かった。二次医療圏については、都道府県・二次医療圏、二次医療圏・保健所の回答を含め 15（31%）、保健所は、都道府県・保健所、二次医療圏・保健所の回答を含め 8（17%）、指定都市は、都道府県・指定都市の回答で 5（10%）であった（図表 14）。

○　その他の意見として、以下のような回答があった。都道府県を基本とし、指定都市、二次医療圏単位、保健所単位など重階層的なネットワークが必要との意見が多く見られた。

・５階層（国＞地域ブロック＞都道府県＞県内地域＞各保健医療圏）。

・都道府県単位と医療圏・指定都市単位（重層的に必要）、加算のネットワークも必要。

・都道府県、指定都市、医療圏単位。

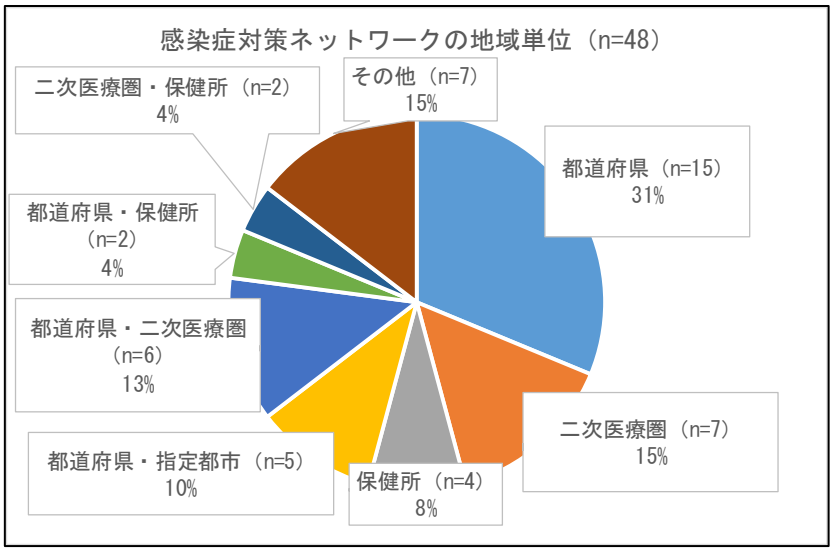
・郡市医師会、保健所の管轄地域を最小単位とし、それらを都道府県単位で総括。

・保健所設置市または指定都市単位で構築し、その上で二次医療圏や広域連携につい

ても検討。

・大枠としては、「都道府県（及び隣接する都道府県）」又は「市」若しくは「区」といった行政単位で実施されるべきである。一方で、人口１５０万を超える規模の都市などでは、地域ネットワークを一つに集約することが必ずしも適当とは言い難いため、地域の実情に応じて単位を検討する余地は残すべきである。行政単位内の地区毎（指定都市であれば〇〇区、△△区など）或いは「地域特性が類似する２～３保健所単位」）で実施することを想定した場合、加算１の病院が複数（2 施設以上）あり、かつ、できれば専門的な分野からの技術的支援を行うことができる大学病院等の中核的医療機関や感染症指定医療機関が少なくとも１施設含まれる地域単位での実施が望ましい。また、中心的指導的役割を担う医療機関については、特定機能病院などの基幹病院が含まれることでより高度な技術的支援が期待されるものと認識している。

図表１４．　感染症対策の地域ネットワークの地域単位について



5.2.2　実施主体

〇　実施主体について、都道府県の院内感染対策部局・感染症対策部局が連携という回答が最も多く 13（28%）、感染症対策部局は 8（17%）、院内感染対策部局は 7（15%）で、その他、都道府県・市、都道府県・病院なども含め、都道府県が実施主体という回答は、33（70%）と高率であった（図表 15）。都道府県に関しての具体的な内容としては、以下の記載があった。

・県が担当することで、関係部署の協力は得られやすいが、業務量が多いため負担となっている。

・医療機関におけるアウトブレイク等の院内感染対策を基本とするネットワークであれば、医療法所管部署が主体で実施すべき。

・医療法所管部署（感染症対策の地域ネットワークは、病院の院内感染を対象として医療機関を念頭においているため）。ただ、国の動向により、ネットワーク参加施設を拡大する必要があれば、感染症法等の所管部署も主体となる可能性がある。

・医療安全の確保における院内感染対策の主管課は医療法所管部署であるが、感染症発生時の対応については感染症法所管部署となり、連携が必要。

・現在、院内感染の担当部署は医療法所管部署で対応しているが、適宜、感染症法所管部署と連携して対応する必要がある。

・実施主体は都道府県・指定都市。地域ネットワークに求められる活動の主たるものが、院内感染対策等、医療機関に対する取組みであるなら医療法所管部署、感染症の発生動向把握と解析等により得られた情報の地域への還元であるなら感染症法所管部署。

・院内感染の性質上、医療法所管部署及び感染症法所管部署が連携して実施していくべきであると考える。

・医療法所管部署または感染症所管部署と思われるが、各自治体の業務分担や体制によると思われるため、一概には言えない。

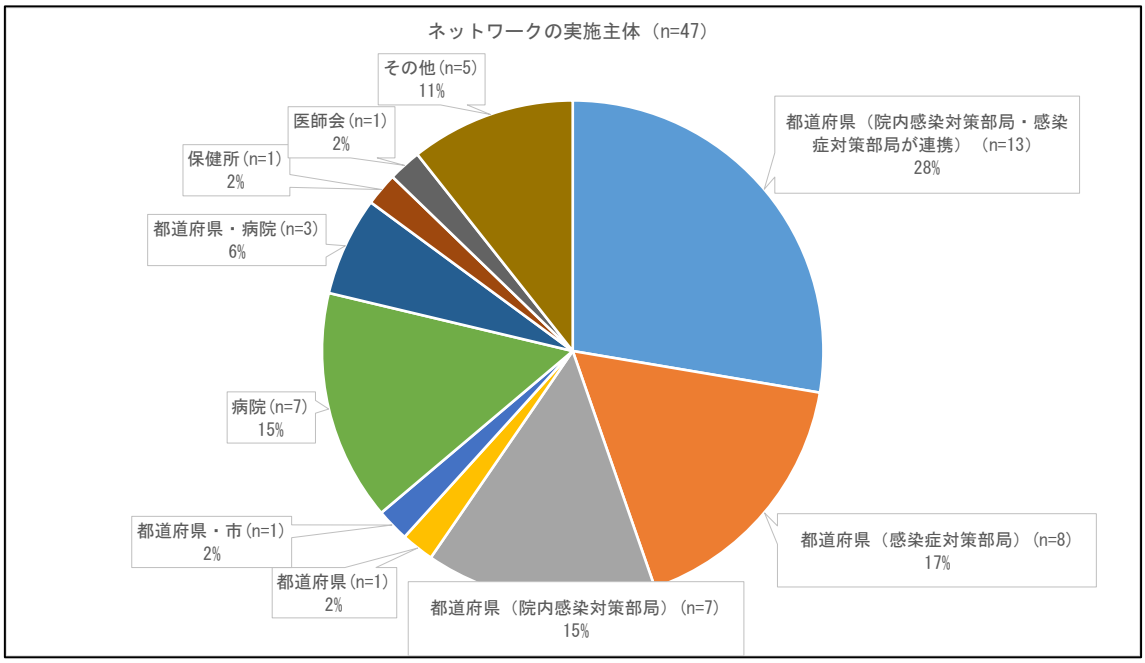
・（都道府県・指定都市が実施主体となる場合は、）感染症法所管部署が「主」、医療法所管部署が「副」として実施すべきと考えます。

・医療法所管部署と感染症法所管部署が共同で実施した方が良い。また、片方が主体となった場合でも他方も関与することが望ましい。

・範囲が広範囲に渡るため、医療法所管部署と感染症法所管部署が連携をとりながら実施するのが望ましい。

・担う役割によるが、保健衛生統括部署、医療法所管部署、感染症法所管部署。

図表１５．　地域ネットワークの実施主体について



○　病院が実施主体という意見も一定程度あり、都道府県と病院を含め、10（21%）であった。病院に関しての具体的な内容としては、以下の記載があった。

・医療機関（大学病院等）と県、感染症法所管部署。

・地域の中核的医療機関または都道府県（感染症法所管部署）

・都道府県・指定都市あるいは他の機関（大学病院等医療の中枢を担う機関）でも良い。

・大学病院や感染症指定医療機関。

・地域の中核医療機関。

・大学病院など中核的な医療機関が実施主体となることが望ましい。

・現在，大学病院が実施主体となって，感染症地域ネットワークを運営しており，県としても協力していきたいと考えている。

○　保健所、医師会という回答もそれぞれ１つあった。その他の意見としては、以下の回答がった。

・都道府単位であれば、都道府県庁（医療法所管部署を中心に感染症法所管部署、地方衛生研究所が協力）と大学医学部感染制御部が協力。医療圏・指定都市単位であれば、保健所と感染防止対策加算１の医療機関または大学病院感染制御部が協力。

・医療機関が主体となる場合は、地域の基幹病院又は既存の加算１・２の病院ネットワークの核となる病院が実施主体となり、既存のネットワークを有効活用して新規参入者を増やすことが、地域ネットワークづくりへの近道となる。また、実施主体の医療機関と管轄保健所が連携して、加算無しの医療機関や医療機関以外の施設に幅広く呼びかければ、地域ネットワークの円滑な運営と組織拡大が期待できる。行政が主体となる場合、高齢者施設、訪問介護ステーション、医療系学校や地方衛生研究所など対象を医療機関以外の関係機関にまで拡げた場合には指定都市の感染症法所管部署が、病院などの医療機関が主な構成メンバーであれば、医療法所管部署が実施主体となるべきと考える。いずれにしても、両部署が協力の下の実施が望ましい。なお、感染症指定医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会等を中心に実施し、都道府県や指定都市がオブザーバーとして参画するという形を検討しても良いものと考えている。

・指定都市の判断。

・産学共同実施。

・法的位置づけが難しい。

5.2.1　地域ネットワークにおける都道府県・指定都市の役割

○　　実施主体、事務局

・実施主体としての役割。また、他の機関が実施主体であれば、その機関との連携を密にする、あるいは、支援を行うことが必要であると考える。

・事務局として調整する役割。

・事務局として構成機関の調整、事業の取りまとめを担うのが適当。

・事務局としてネットワークを安定して運営させるため、予算の確保や情報の集約、協議会開催等を行う。

・活動全体を総括する役割。

・ネットワークの事務局として、情報の取りまとめ役を担うことになると思われます。

・ネットワークの事務的役割。

・会議の開催や運営に係る事務処理等。

・県内各地域階層での会議体の設置及び財政支援。

・協議や情報共有の場を提供し、検討された必要な情報については発信、啓発を行なう。

・関係機関と現状共有および方針の検討を行なうための会議等の企画・調整などを行い、都道府県・指定都市における今後の対策について考えていけると良い。

・（都道府県・指定都市が実施主体となる場合は、）当該ネットワークの事務局的な立場を担うべきと考えます。例えば、参加医療機関等の院内感染対策への技術的支援、地域の感染症に関する調査・研究・情報提供等に関する連携と調整、医療従事者への研修。

○　ネットワークの体制整備、支援、とりまとめ

・ネットワークの体制整備、運営の支援。

・地域ネットワーク構築のための支援。

・感染管理体制の整備に対する助言や支援。

・後方支援。

・ネットワークの取りまとめ、啓発などを担うべきと思うが、現状では AMR 対策の手法や知識が十分ではなく対応は難しい。都道府県内の大学、保健所などのネットワーク関係機関の連絡・調整、病院・関係機関へのネットワーク形成に関する啓発・普及、財政的支援。

・ネットワーク構築の支援、アウトブレイクに対する感染対策の支援、情報発信、県民への啓発。

・地域ネットワークの総括、国との連携調整等。

・保健所単位での地域ネットワークのとりまとめ、全国のサーベイランス情報の保健所への情報提供等。

・保健所が加算 1 の病院へ働きかけやすいようバックアップしていく。

○　情報収集、連絡・調整、連携・コーディネート

・情報収集・提供、全体の連絡調整。

・事務局と関係機関との調整支援。

・ネットワーク形成における連絡・調整事務。

・各関係機関との連絡調整などのコーディネート。

・感染症対策の地域ネットワークを構成する医療機関等と保健所等の行政機関とのコーディネーター的役割を担うべきである。

・コーディネーター役。発生動向調査の情報提供。

・対策の立案、関係機関の調整。

・市内の医療機関全体を把握した加算を超えた医療機関同士の相談などがしあえる連携体制を構築する役。

・医療機関との協力体制の構築、医療機関同士や医療機関と関係機関との橋渡し役。

・地域の実情を踏まえた関係機関の調整。

・他の自治体の状況について共有する役割など。

・国からの情報を関係機関に提供。

・地域の感染症発生動向に関する関係機関への情報提供。

・医療機関に対する院内感染対策サーベイランス（JANIS）事業への参加案内を行なうとともに、地域における感染症発生状況の把握・分析した内容を医療機関に提供することや、地方衛生研究所における検査体制の整備や検査結果の還元をすること。

○　その他

・直接的には、ネットワークの拠点医療機関として、大学病院等の医療機関が中心的な役割を担っていることを踏まえて、都道府県二次医療圏域毎の保健所において、ネットワークに参加する医療機関等にどのような支援が進められているのか、都道府県において、定期的に確認し、必要に応じて検証ができる体制を構築していくことが望ましいと考える。

・県は、関係機関（消防、警察、地区医師会、一般医療機関、感染症指定医療機関）がネットワークに積極的に参加していただけるようにコーディネートする役割があります。またネットワークにおいては、各関係機関がその機能を発揮し役割を担えるリーダーシップを発揮する必要があります。

・県内の状況を把握でき，また国や他都道府県と直接やりとりできる立場にあることから，以下のような情報共有を主とした役割が考えられます。感染症発生動向調査事業により県内の感染症流行状況を把握し，情報をまとめて県民に還元する。国や他都道府県と連携をとり，国内外の感染症の発生状況や最新の検査法・治療法等の情報を，県内に還元する。県医師会との連携。

・医療機関や高齢者施設等において薬剤耐性菌が感染拡大した際に、薬剤耐性感染症専門家の指導、助言に基づき、感染拡大防止を図ることができるよう人的基盤・システムを構築する役割を担うべきと考える。

・事務局としての役割。行政区域を跨るようなネットワークを構築する場合の調整役及び保健所等を含む行政内部の担当部署との連絡調整などの行政機関の縦と横の連携を図るとともに、大学病院・感染症専門医や医師会等の関係機関とのパイプ役としての役割を担うべきで、具体的には下記のとおり。(1)　国や県からの情報などを共有でき

るシステムの構築、運営。(2)各地域のデータ集計（サーベイランス）、プラン進捗状況の把握、保健所への情報提供。(3)関係施設への事務連絡及び国や自治体の施策等の情報提供並びに地域の医師会、薬剤師会に対する協力要請の働きかけ。(4)感染予防・管理のための地域ネットワーク会議の開催など各施設間のつながりを作る場の提供。(5)医療・介護分野における薬剤耐性に関する動向調査の強化。(6)地域ネットワークづくりを推進し、支援するための施策。(7)市民啓発（市政だよりやホームページ等による広報）。

5.2.2　地域ネットワークにおける保健所の役割

○　事務局・調整・とりまとめ

・保健所は地域のネットワークの要となり、地域の関係機関のコントロールタワーの役割を担うべきと考えます。

・感染症対策のネットワークとの連携のもと、管轄区域のリーダー、中枢的役割を担うものであると考える。

・ネットワーク事務局としての役割。会議研修会等の開催、相談窓口、各参加機関との連絡調整等。

・専門性の高い有識者から助言を得る等をしながら、管内の医療機関等関係機関へ適切な相談対応を行っていくとともに、今後より充実した地域ネットワークの構築に努めてほしい。

・地域におけるネットワークの支援。会議の開催、院内感染発生時の対応のコーディネート役。

・ネットワークの事務局として、情報の取りまとめ役を担うことになると思われます。

・事務局として調整する役割。

・ネットワーク形成における連絡・調整事務。

・各関係機関との連絡調整などのコーディネート。

・地域課題の把握、施設間の調整。

・院内感染対策についての医療機関への研修や耐性菌の病原体情報の共有、又、加算にかかわらず相談できる関係機関間の体制作り。

・医療機関同士や医療機関と関係機関との調整、橋渡し役。

・薬剤耐性菌が感染拡大している医療機関と、薬剤耐性感染症専門家及び検査部門としての地衛研との橋渡し。

・管内の医療機関、福祉施設等および中核医療機関との連携の促進。

・各機関の顔の見える関係づくり。

・構成機関として取組みを推進する又は事務局として構成機関の調整・事業のとりまと

めを担うのが適当。

・管内の活動を取りまとめ、情報を積極的に収集し事務局及び中核的な医療機関に報告するとともに、ネットワークで得られた成果については、管内に積極的に還元を行う。

・地域での感染対策の基幹であり、都道府県と医療機関等連携の窓口としての役割。

○　助言・支援

・地域ネットワーク構築のための支援。

・実際の活動に、助言や支援を行う役割。

・感染症対策に関する助言。

・加算１の病院へのネットワーク作りの働きかけとバックアップ。

・後方支援。

○　指導的立場、立入検査・相談窓口

・各地域の指導的役割。

・医療立入検査で、当該医療機関の感染対策の状況確認。

・保健医療圏内でのまとめ役、及び、病院立入調査等の同行。

・院内感染発生時の一次的な相談窓口であり、感染症対策のネットワークの専門家の指導を受けた場合には改善計画の実施状況等について、感染症法、医療法を所管する行政機関として、継続的な助言、指導を行っていく必要がある。

・院内感染発生の報告を受けた際には、医療法所管部署と感染症法所管部署が連携して、医療機関への立入検査等を実施若しくは地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家の判断を参考に感染対策に関する助言や支援を行うこと。

・行政として地域施設等からの相談や情報探知の最も身近な窓口。

○　サーベイランス（情報収集・提供）

・医療機関が取り組む院内感染対策への支援、アウトブレイクの収集、解析。

・コーディネーター役。発生動向調査、学校欠席者サーベイランス等情報提供。

・地域ネットワーク体制作りの支援、地域サーベイランス。

・開催に向けた日程調整、全国および地区のサーベイランス情報の情報提供等。

○　啓発・研修

・薬剤体制（AMR）対策の啓発、研修等。

・中小医療機関のネットワーク参加に向けての啓発活動。感染症専門家への協力依頼。

・地域内での感染症に関する情報発信、共有。AMR の啓発。地域内の施設等での感染症対策の均一化（レベルアップ）。

・抗菌薬使用時の届出制、許可制の徹底を促す。医療機関ごとに抗菌薬使用マニュアルを作成してもらう。

○　難しい

・ネットワークの取りまとめ、啓発などを担うべきと思うが、現状では AMR 対策の手法や知識が十分ではなく対応は難しい。

・各地域の指導的役割はあると考えるが、地域ネットワークにおける役割はないと考える。

○　その他（総合的なコメント）

・ネットワークの拠点医療機関として、大学病院等の医療機関が中心的な役割を担っていることを踏まえて、各地域のアウトブレイク等に対する医療機関の対応が、事案発生当初の計画どおりに実施され効果を上げているのか、また、ネットワークに参加する医療機関等の専門家による支援が順調に進められているのか、二次医療圏域毎の保健所において、一定期間、定期的に確認し、必要に応じて支援ができるような役割を担えることが望ましいと考える。

・感染症対策研修や情報交換などの実施調整。アウトブレイク対応。地域の感染症発生動向に関する関係機関への情報提供。相談及び指導においてオブザーバの役割。

・ネットワークへの中小医療機関参加に向けての啓発。感染症専門家への協力依頼。情報交換・研修・グループワーク・模範的ラウンドなどの実施・調整。アウトブレイク対応(AMR については大学病院などと連携)。地域の感染症発生動向に関する関係機関への情報提供とイベントベーストサーベイランス。都道府県単位ネットワークとの連携。

・管内の流行状況を詳細に把握でき，また管内の医療機関と密に連携をとることができる立場にあることから，以下のような各地域の事情に即した実務的役割が考えられます。管内の感染症の流行状況について情報収集を行う。集団発生の兆候がみられるような施設については，問い合わせを行い，状況を確認する。施設における集団感染発生の探知，立入，指導。市郡医師会との連携。感染対策の指導。研修会。

・保健所がコーディネーターとして、また実情に応じて事務局として、ネットワークの運営に直接、間接的に携わっていくことが考えられる。具体的には下記のとおり。(1)アウトブレイク対応、感染対策全般の指導及び相談役。地域の医療機関や薬局等を管轄する立場として、管内の医療機関等に対し、地域における感染症対策のネットワークへの参加の呼びかけや支援を行うことが求められる。また、小規模医療機関への指導・助言も含め、管内の医療機関が相互に連携し、協力できる関係を構築できるようサポートする役割も求められる。(2)合同カンファレンスへの参加。地域におけるプラン進捗状況の発表。(3)各医療機関のデータ集計、都道府県・指定都市への報告。(4)管内の高齢者社会福祉施設担当部署等と連携し、高齢者社会福祉施設への感染症対策に関する情報提供等に努めるとともに、必要に応じて、地域ネットワークへの参加の呼びかけ（医療、介護における感染予防・管理と地域連携の推進　）(5)基幹病院との連携強化、情報の共有(6)薬剤耐性感染症の集団発生への対応能力の強化（感染症集団発生対策関係

者に対する研修会の実施等）(7)地域の身近な情報などを、地域ネットワークへ提供するオブザーバーとしての役割(8)地域ネットワークからの情報を、必要時に各施設や市民へ情報提供する役割。

・（都道府県・指定都市が実施主体となる場合は、）当該ネットワークの事務局的な立場を担うべきと考えます。例えば、参加医療機関等の院内感染対策への技術的支援。地域の感染症に関する調査・研究・情報提供等に関する連携と調整。医療従事者への研修。

5.2.3　地域ネットワークにおける大学病院・感染症指定医療機関などの役割。

○　実施主体・中心的な役割

・地域ネットワークの中心となっていたいだきたい。

・司令塔。

・中小規模医療機関の支援等を含め、地域ネットワークの中枢を担うものであると考える。

・他の医療機関をまとめる中心的な役割。

・実施主体的な役割、とりわけ院内感染対策について、地域の医療機関に対する指導的役割。

・地域のネットワークの拠点医療機関としての役割を担うことが望ましい。講演会の開催など指導的役割。院内感染発生時の相談への対応における指導的役割。

・保健所の支援、ネットワークでの指導的役割。

・感染症医療を中心的に実施するとともに、一般の医療機関の医療従事者研修や治療方法の指示を与えるなど地域ネットワークの治療面の指導的な役割を期待します。

・大学病院など中核的な医療機関については、感染対策のネットワークにおいて中心的役割を担う必要がある。

・活動の中心となってネットワークの構築、強化を図りながら、ネットワークの構成施設に対して、専門的な助言や支援を行う役割。

・構成機関として取組みを推進する役割の担当が適当。

○　地域病院の支援

・医療現場での積極的な取組み状況等を通じた地域医療機関の牽引役。

・大学病院等を拠点とした二次医療圏域の中核病院（感染症指定医療機関）との連携により、院内感染発生状況の把握・分析・評価が行える機能を構築し、特に中小規模病院等の医療機関に対する感染制御活動を推進支援できる役割を担えることが望ましいと考える。

・地域ネットワークとの協力による地域の医療機関に対する感染症対策の助言。

・ネットワーク内で薬剤耐性菌がアウトブレイクしているところがあれば、指導・助言により、対策の一助を担う。

・専門的な知見や最新の情報を踏まえ、他の医療機関等からの相談や助言を行うべきと考えます。

・相互協力。

・医療機関に対する相談支援。

・診療所等、自身で感染対策が難しい医療機関に対する助言や支援。

・診療所も含めた地域の医療機関に対する指導的立場。

・先駆的に対策に取り組み、他の病院の教育的役割。

・保健医療圏内の参加医療機関に対する感染症対策の指導・助言。

・院内感染対策が充実していない医療機関への支援。高齢者施設への支援。現場に密着した情報の発信。

○　人的・技術的支援

・人的・技術的支援。

・専門的な立場からの助言・相談対応。研修会の開催等。

・周辺医療機関のとりまとめ、研修・技術的助言。

・専門知識を生かした技術的支援、指導的役割。

・医師や薬剤師の知識・意識向上を目指した教育の機会をつくる。

・相談・指南、研究・調査役。

・医療に関わる技術的な助言等を行政サイドから発信することは困難であるため、医療に関わる助言や、情報発信等を担っていただくことが望ましいかと思われます。

・技術的援助、院内感染、集団感染時に専門医として助言。

・薬剤耐性感染症の専門家としての役割。診療所等への感染症対策支援（アドバイス）。

・専門的立場からの技術的支援。感染症相談、専門家の派遣、研究会講師等。

・院内感染対策に関するカンファレンス等対策の推進、支援、研修会やマニュアルの作成。

・中小規模医療機関や在宅医療現場等の相談窓口となり、助言や技術的支援を行い、また情報の専門的な解析等を行う。

・専門的な内容の講演会講師や研修会の企画、又は、個別の病院からの相談を受けたり、アドバイス等を行なう役割。

・専門及び臨床的な立場にあることから、感染症対策に対する適切な助言や技術的支援を行う役割を担っていただきたい。

・多くの症例や知見を活かし、出前講座、ラウンド等を実施する主体となる。

○　その他（総合的なコメント）

・地域における院内感染発生時の感染対策に関する助言や支援を行うほか、医療機関間の感染症対策の中心的な役割を担うこと。また、地域ネットワーク会議等を通じて、院内感染事例や対策に関する講演を実施すること。

・大学：抗菌剤使用量・アンチバイオグラムなどの統計分析（地方衛生研究所でもよい）、相談支援・研修会などの技術的指導、地域のガイドラインの作成。加算 1 算定病院：他の加算 1 算定病院との連携・加算 2 算定病院の支援。

・ネットワーク作り・連携会議でのアドバイス。院内感染事例での現場ではわからない、専門家としての助言。ネットワーク参加希望病院への研修の実施。

・抗生剤の使用量やアンチバイオグラムによる統計分析。相談支援や研修会の技術的な指導。アウトブレイクに対する技術支援。マニュアル作成に関する支援。講演による一般住民への啓発。情報の共有化。発生時の人材支援。

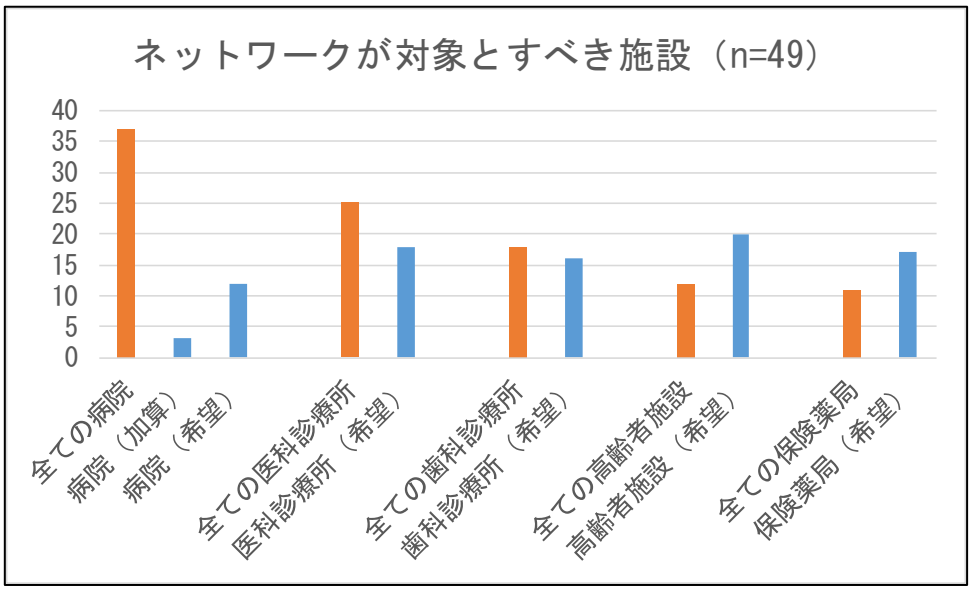
・症例数が多く，院内マニュアルや院内の感染症に関する組織（ICT 委員会等）も充実していると考えられることから，以下のような，地域の医療機関に対してサポート的役割が考えられます。経験した症例の共有，院内における活動の共有（研修会等）。他医療機関からの研修の受け入れ。その他，感染症対策等に関する医療機関からの相談受付。地域のアンチバイオグラムの作成。

・(1)地域における感染対策の支援、指導的役割（①感染対策推進、②専門及び実臨床の立場から適切な技術的助言、③合同カンファレンスを通じた最新かつ専門的な知見の提供）。②について、特に大学病院等の中核的な医療機関は、薬剤耐性菌対策や院内感染対策について、臨床、かつ専門的な見地からの助言や技術的指導等を行う役割が求められる。(2)地域ネットワークにおける相談窓口の設置及び実際の相談体制の確保。(3)地域ネットワークにおける教育（感染症診療、研修会やカンファレンスの開催、出張講演、平常時の訪問ラウンドと実地指導等）。(4)アウトブレイク発生時における指導的役割、施設に対する専門家の派遣と改善支援⇒感染症指定医療機関、とくに加算１の病院にはネットワークの中心的な役割を担ってもらいたい。耐性菌等への対策は、病院だけに留まらず、診療所も含めすべての医療機関の共通見解が大切となってくる。感染症の専門的な面を支えてもらいたい。また、病院の視点から地域の感染症対策の視点をもっていただきたい。(5)必要に応じて、サーベイランスデータに基づく地域レベルでの感染症流行状況及びその対策について情報提供する役割が求められると思われる。例えば、病院名等が特定できる情報を秘匿化処理し、実際に院内で起こった感染症について対策などの事例発表が考えられる。

5.3　地域ネットワークが対象とすべき施設について

○　地域ネットワークが対象とすべき施設として、すべての病院が 37（76%）と最も多かった。医科診療所は、すべて 25（51%）、ネットワークへの参加を希望する施設 18（37%）、歯科診療所は、やや減少し、すべて 18（37%）、ネットワークへの参加を希望する施設 16（33%）であった。高齢者施設、保険薬局については、すべてが減り、希望する施設の方が上回る結果であった（図表 16）。

図表１６．　ネットワークが対象とすべき施設



○　その他として、以下の回答があった。

・すべての医療機関（歯科を含む）を対象とすることが望ましいと考えるが、まずは、病院及び有床診療所において、優先的に対応ができるようなネットワークの構築が必要と考える。

・都道府県のネットワークは、加算算定病院を骨格としてよい(都道府県内全病院を対象とするきめの細かい活動は容易ではない)。医療圏のネットワークは、中小病院をターゲットとし、顔の見える関係のもとで行う。歯科診療所・高齢者施設・保険薬局については、病院とは性格が質的に異なるため、活動については研修会や特定テーマなどを別途の単位で実施する方がよい。

・診療所は有床診療所を対象とすべき。

・患者搬送のための消防本部（救急）、重大な感染症発生時の検体搬送や医療機関警備のための警察、可能であれば医薬品卸組合。

・すべての病院、診療所、高齢者施設、保健所、行政、製薬企業や住民代表なども含め、産官学のネットワークにして、地域全体の感染症対策およびその制御の規格統一とレベルアップを図るべきである。

・医師会、歯科医師会、薬剤師会。

・地域環境衛生研究所等の研究機関。

・障害者施設。

・保育所、幼稚園、学校等。

・アプローチする優先順位をつけたほうが良い。

・大学、獣医師会。

・社会福祉施設（児童福祉施設、障害者福祉施設）、地方衛生研究所。ワンヘルスや薬

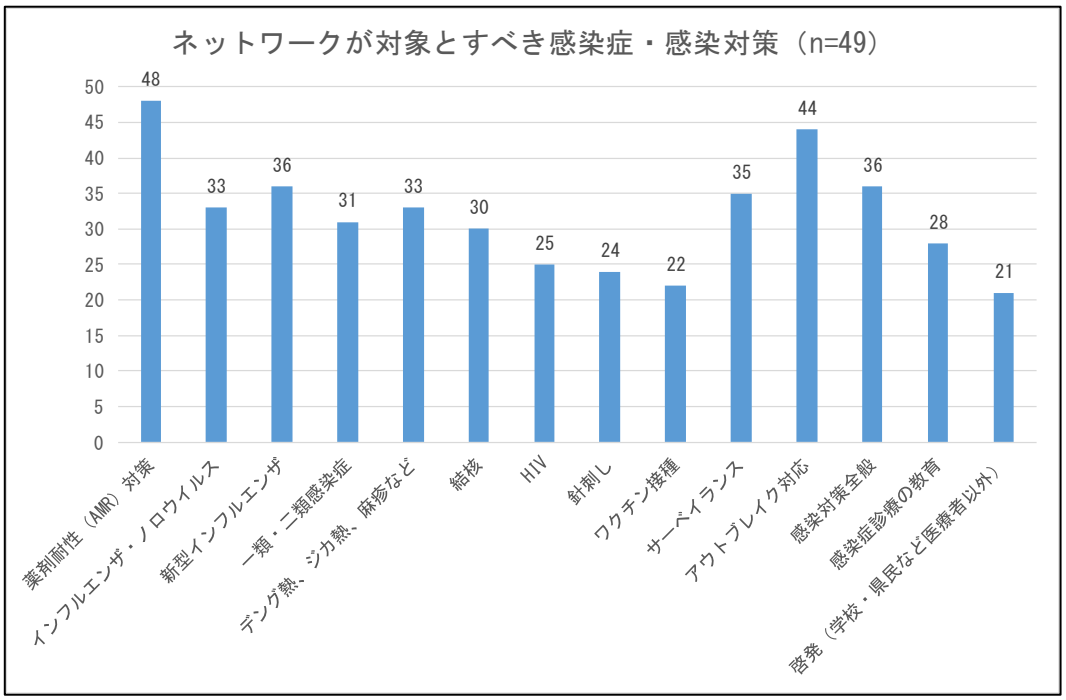
剤耐性対策の観点から、産業動物に関する機関（家畜保健所、食肉検査所等）や愛玩動物等に関する機関など獣医療も地域ネットワークに参画すべきと考える。

・広範な事業者に対し、参加希望の有無を確認することが望ましいと思われますが、規模が大きく、行政の所管部署も様々に渡るため、取りまとめが困難になると推測されます。

5.4　地域ネットワークが対象とすべき感染症・感染対策について

○　地域ネットワークが対象とすべき感染症・感染対策としては、薬剤耐性（AMR）対策が最も多く 48（98%）、次いで、アウトブレイク対応 44（90%）が多かった（図表 17）。既存のネットワークで対象としている感染症・感染対策（図表 12）と比較し、インフルエンザ・ノロウイルス 33（68%）、感染対策全般 36（73%）は低い結果となった。一方で、既存のネットワークで少なかった感染症診療の教育 28（57%）、啓発（学校・県民など医療者以外）が多くなっており、既存のネットワークと AMR 対策を主眼においた今後のネットワークでは、対象とすべき感染症・感染対策が変化してきている可能性が示唆された。

図表１７．　ネットワークが対象とすべき感染症・感染対策



○　その他として、以下の回答があった。

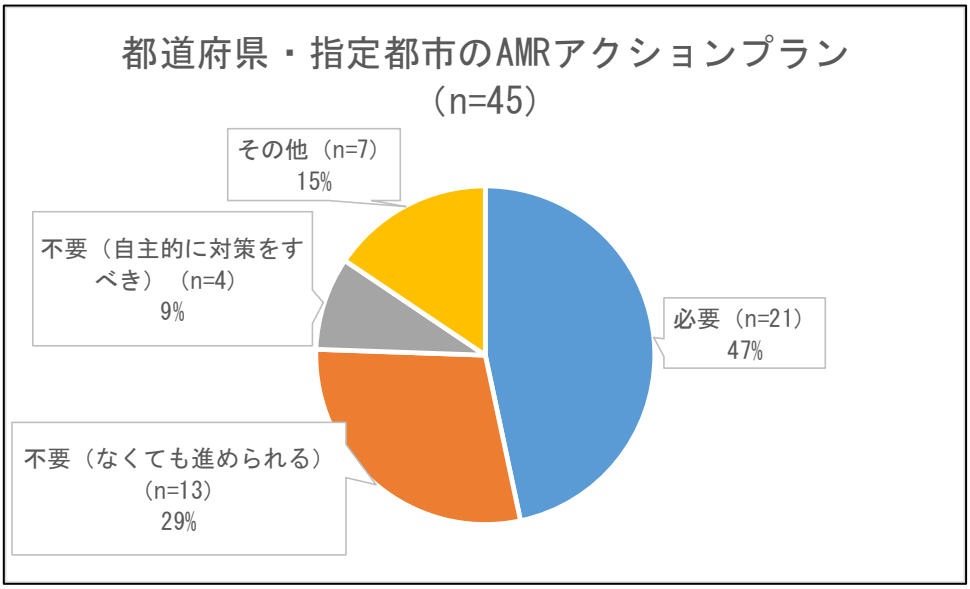
・テーマについては、医療機関に限定したり、すべてのネットワーク登録施設を対象にする場合など、構成要因に応じたテーマの選定や研修方法等に工夫や配慮が必要と思われる。例えば、薬剤耐性対策をテーマとする場合、抗菌剤の適正使用の観点では医療施設等に特化し、院内感染対策（標準感染予防策）としては介護や医療に関わるすべての施設を対象とするなどが考えられる。

5.5　地域における AMR 対策の推進にあたって

5.5.1　都道府県・指定都市のアクションプラン

○　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が必要と回答したのは、21(47%)、なくても進められるが 13(29%)、医療機関が自主的に AMR 対策をすべきは、4（9%）であった（図表 18）。

図表１８．　都道府県・指定都市の AMR アクションプラン



○　その他として、以下の回答があった。

・医療機関に係る院内感染に特化したものでなく、畜水産や獣医療に係る動物由来感染症分野に係る対策も含む幅広い対策が求められるものであれば、医療法所管部署（今回の回答者）での必要か不要かの判断はできない。

・ロードマップがあると進めやすい。

・国、自治体それぞれの役割に応じて統一的な対応が講じられるようアクションプランの各分野に応じた要綱等を策定し、それに基づき地域の実情を考慮しつつ柔軟に対応できるような仕組みを整備していただきたい。

・具体的な取組みについては模索中でなんともいえない。

・アクションプランを定めることは一つの手段であるが、一方で医療機関の AMR 対策の自主性が失われる懸念があり、医療機関に対する自主性を担保する必要がある。

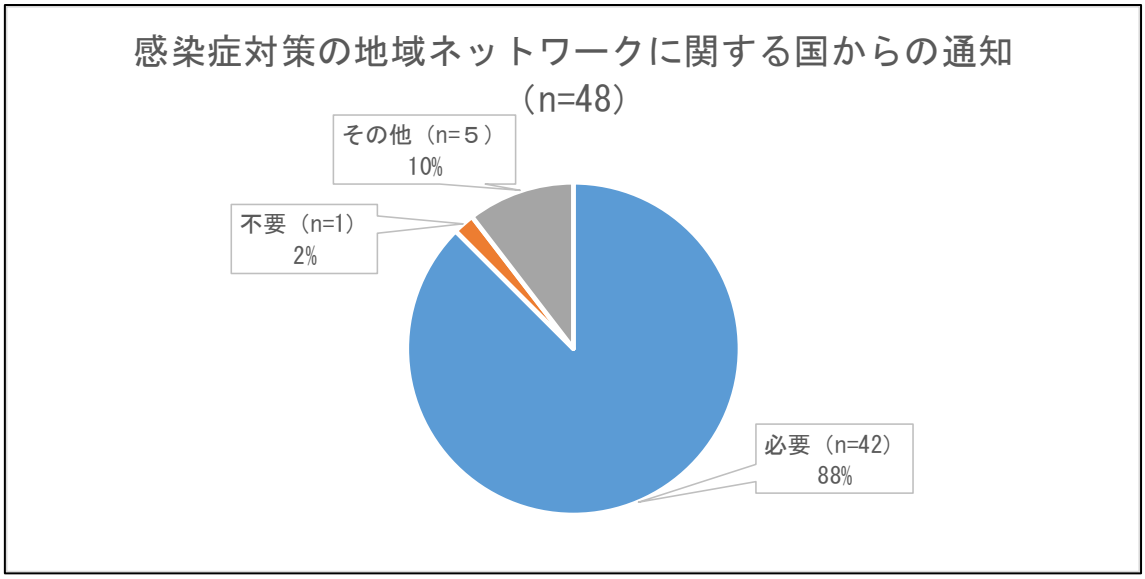
・ネットワーク内のある程度統一したルール作りは必要。そのルールに基づいた上で、各医療機関等が実施可能な対策を進めれば良いかと考える。

・必要があれば作成した方がよい。

5.5.2　感染症対策の地域ネットワークに関する国からの通知等

○　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、国からの通知等での依頼の必要性については、必要と回答したのは、42（88%）、不要 1（2%）であり、必要との回答が大多数であった（図表 19）。

図表１９．　地域ネットワークに関する通知の必要性



○　その他として、以下の回答があった。

・都道府県および医療圏単位でのネットワークについて通知していただきたい。都道府県・指定都市および保健所は行政機関であり、国からの通知により活動は容易となる。

・どちらでもよい。

・行政向けの通知ではなく、病院が組織的に（病院長の責任の下）参加できるような通知等があると良い。

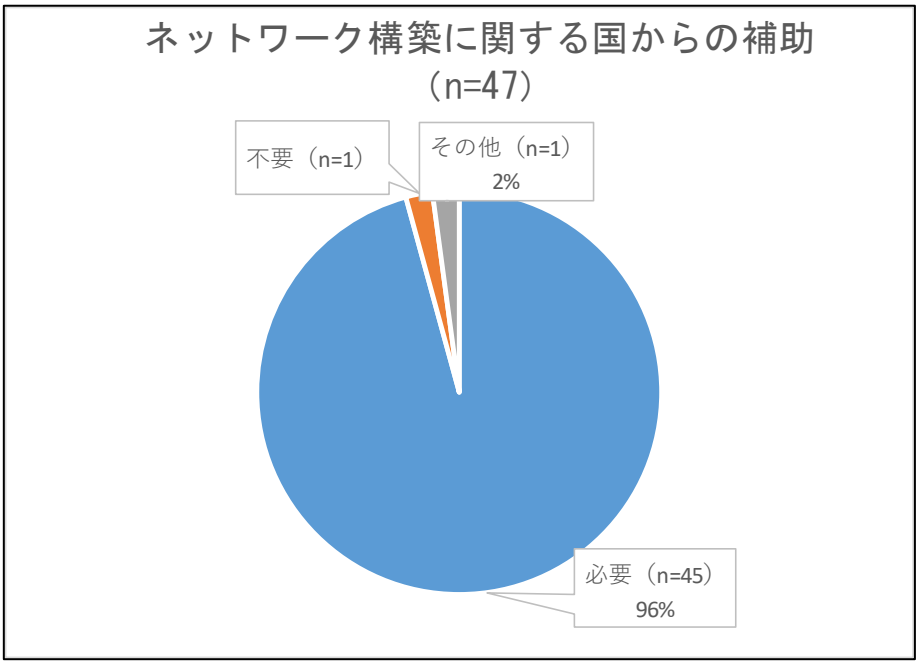
・必要な情報、指標、方向性などは示してほしい。各地域の状況については取りまとめていただきたい。

・通知をいただく場合には、実施主体等を明確にした上で発信いただくことが望ましいと思われます。

5.5.3　ネットワーク構築に関する国からの補助

○　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（あった方が良いか）については、必要と回答したのは、45（96%）、不要 1（2%）であり、必要との回答が大多数であった（図表 20）。

図表２０．　地域ネットワーク構築に関する国かの補助



○　その他として、以下の回答があった。

・あればベターであるが、財政状況、運営の自由度などを考えれば、必須ではない。

5.6　感染症対策の地域ネットワークについて、気づいた点（自由記載）

○　地域ネットワークのあり方について

・地域ネットワークについては、歴史的経緯、大学の力量、地域の状況などが地域によって多様であり、一律に決めることは難しい。また、単一の組織構築によって必ずしもすべての目的・機能が果たされるわけではない。したがって、基本的な形を提示しながらも、地域における多様性、重層性、相補性を認めていくことも必要である。

・今回の調査では、施設（ハード）を起点とした取組みの質問が中心であるが、対策ネットワークでは、人的支援（ソフト）の面も重要と考える。

・基本的には「感染防止対策加算２」を届けている施設は、自分の施設で感染対策をとり、自施設で対応できない場合は「感染防止対策加算１」を届出している地域の中核的な病院と連携し対応していく体制になっている。問題となるのが、「感染防止対策加算２」の体制が整えられない医療機関及び介護施設等になると考えられるが、それらの施設に対する助言および支援する機関により補助金等で支援できれば大部分の施設の感染対策ができるのではないかと思う。

・感染症ネットワーク研修会は今後地域の医療従事者の人材養成に非常に重要な役割を担う。

・今の段階では、「感染症対策の地域ネットワーク」の役割や活動内容等が不明確なた

め、自治体の役割が分からない。もう少し具体的なことが分かれば、回答しやすい。

・都道府県・指定都市単位で感染症対策の地域ネットワークに大きな差が生じていることから、先進的に取り組まれている自治体をモデル事業として、見学する場を設けていただくか、ネットワークの内容を示す資料を提供していただきたい。

○　現行の地域ネットワークの現状・課題について

・平成 25 年度に設立された本県（設立時の協議会及び細菌解析システム設置費を補助）のネットワークは、直接的には、拠点医療機関である大学病院が中心的な役割を担っているが、二次医療圏域毎のネットワークに参加する中規模病院が主であり、頭打ちとなっていることから、全ての医療機関にまで支援できる体制の構築には至っていない。また、保健所等の行政機関との連携体制の構築についても今後検討が必要な課題と考える。

・本県では、感染症対策のネットワークを構築するために県医師会、各種医療団体、感染症指定医療機関の院長、消防本部、県警、医療法所管課、地方衛生研究所、保健所、感染症の専門家、感染症医療の専門家からなる協議会を立ち上げるとともに、地域のネットワークとなるチーム作りから、重大感染症発生時のルールを定めたマニュアル作成に取り組んでいます。今後、感染症対策の地域ネットワークが機能するためのマニュアルを作成した後に、それに各医療機関や関係機関がルールに従って、行動するための実行性の確保が課題となっています。

・これまで保健所・地方衛生研究所は市中感染症対策を中心に携わっており、AMR 対策は医療機関が主体的に実施してきた。行政機関と関係機関が一体となった地域ネットワークの必要性は概念的には理解できるが、行政機関が AMR 対策について十分な専門的知識を持っているとは言いがたい現状であり、基本的な知識を得ることから始める必要があると思われる。また、必然的に業務量が増大することになるため、保健所、地方衛生研究所、担当部局の体制強化が必要不可欠と思われる。

○　国との関係について

<u>・がん対策、難病対策、アレルギー疾患対策と同様に、感染症対策においても地域の医療提供体制と住民や専門職に対する啓発・教育を推進するためには、国からの通知等があった方が、よいと思います。</u>

・AMR 対策におけるネットワーク構築は部署がまたがることから、国が要領等を作成し、具体的な対応をとる必要があるように思う。

・地域ネットワークの整備にあたっては、都道府県単位では予算確保が難しい。また、AMR 対策にかかる検査を含めた費用やサーベイランスの構築等は、自治体をまたいで広域的に取り組む必要があり、国の予算措置及び制度整備が必要と考える。自治体における体制には差があり、地域の実情に応じたネットワーク整備への配慮が求められる。

・現在、国が主導で事業を進めているが、都道府県の役割が不明確であり、対策を進めるとした体制やマンパワーも整っていないため、国からの技術的・財政的支援が必要。

・感染防止対策加算病院（１・２）は、感染対策部門を設置し感染制御チーム（ICT)が

定期的に病棟等をラウンドし、院内の必要な部署への適切な支援を行っている。しかし、チームでラウンドが困難な未加算の医療機関は必要に応じて地域の専門家に相談できる体制を構築する必要がある。また、院内感染症のアウトブレイクが疑われる場合、他の医療機関の専門家が感染拡大防止に向け支援するシステムが必要と考える。多剤耐性菌による院内感染対策は、個々の医療機関の対応だけでは限界があり、地域全体で取り組む必要もある。自治体の財政状況は厳しく、自治体が地域ネットワークを支援するとしても財政的支援は困難。国による財政支援を求めたい。

・医療関連感染対策のみならず、幅広く感染対策について検討している。委員の方々は熱心で AMR 対策を含め、災害対策等でも具体的な取組みの希望があるが、他部署主管の業務については予算もなく、当課主体で進めることはできないため苦慮している。例年、医療提供体制推進事業費は減額回答なので困っている。

・H28 年度、当地域においては保健所が実施主体となり以下の取組みを行った。管内全病院を対象とした院内感染対策担当者の意見交換会、管内医療機関を対象とした感染症に係る講習会。AMR 対策と一般感染症対策のどちらを主眼に置くかで、対象とすべき施設や対象とすべき感染症・感染対策が変わってくるのではないか。指定都市単位よりまだ小さな単位のネットワークが良いと考えており、年１回の会議から始めている。加算１や２の病院だけでなく、診療所を含めたネットワークを作り、管内全体の感染症（耐性菌含む）対策を推進していきたい。その為には、感染症指定医療機関や加算１の病院にはネットワークの中心的な役割を果たしてもらいたいが、現在は、管内病院との情報交換や顔の見える関係づくりに留まっている。今後この病院が中心となり、ネットワークの会議体となり、診療所や歯科医療機関、薬局、老人施設等を巻き込んでのネットワークづくりに広がっていければよいと思う。しかし、現実は加算１・２の病院間の連携や研修会、情報共有は、すでに進んでいるものの、地域全体のネットワークの考え方がまだ薄いと思う。また、保健所も職員の体制や専門性も弱いので、保健所長一人の想いでは、現実として進んでいくことは難しい。地域のネットワークは、病院、医師会、行政等が一緒になって動いていける通知や環境づくりがあった方がよい。地域ネットワークへの参加を促すために、新たな診療報酬加算等のしくみがあればよい。例えば、加算 1・2 以外の医療機関や施設等が地域ネットワークに参加すると得られる加算や、ネットワーク内の施設を個別に指導した中核病院に対する新たな加算など。医療機関以外にも、関係機関には何らかのインセンティブが必要と考える。感染症専門医や感染管理認定看護師等の更新時の条件として、加算 1・2 以外の医療施設や地域に対する啓発活動等を義務付けるとよい。地域ネットワークの中に、複数の部会があることが望ましい。例えば、薬剤耐性対策部会、院内感染対策部会、新興感染症部会など。部会毎に研修会等を実施することで、研修テーマや目的が明確となるため。

○　その他

・災害などの発生に備えて普段から顔の見えるネットワーク作りが必要と考える。

・対人と対動物の AMR 対策を並行的に進めていくことが現実的に可能か疑問がある。

・人と動物の共通感染症や薬剤耐性対策を含むワンヘルスの観点から、医療と獣医療が連携するためにも、今後は獣医療の地域ネットワークへの参画も必要と考える。

・回答するに至っていない段階のものが多く、今後、各担当部署と連携して検討していく予定。また、専門家の配置がないため、自治体がどのような役割を担うかについて不安がある。

・このアンケートの結果は、是非、各自治体に還元していただきたい。

6. アンケート調査結果のまとめ（考察）

6.1 感染症対策の地域ネットワークに関するアンケートの実施について

○ 感染症対策の地域ネットワークのモデルを提示するにあたり、全国のネットワークの現状について、具体的な内容も含め現状を調査する必要があると考え、アンケート調査を実施した。

○ アンケートの調査対象については、ネットワーク構築の中心的な役割を担うとともに、全国を一定の条件で調査できる組織として、都道府県を対象とした。また、指定都市については、指定都市単位でネットワークを構築している地域もあるため、都道府県と一部重複する面はあるものの、指定都市も対象とした。

○ 感染症対策の地域ネットワークは、院内感染対策の要素と感染症対策全般の要素の２面を持ち合わせており、自治体によって担当が異なる場合があるため、アンケートの送付先は、院内感染対策担当部局又は感染症対策担当部局とした。

○ アンケートの実施にあたっては、三重県感染対策支援ネットワーク（Mie Infection Control Newtork: MieICNet）の関係者（医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・保健所職員・行政職員）のほか、他県において、AMR 対策や地域ネットワーク構築を推進している専門家の医師にも協力いただき、できるだけ多くの視点を踏まえて調査項目を設定した。

○ アンケートは、紙媒体を郵送するほか、MieICNet の HP 上にも電子媒体で回答票を掲載し、電子的な回答も可能とすることや、回答例をつけるなどの工夫をした。既存のネットワークに関する質問に関しては、複数ある場合が想定されたため、３つまで回答を得られるようにした。

○ 都道府県・指定都市担当者の多大な協力のもと、80%程度の高率で回答を得ることができた。

6.2 感染症対策の地域ネットワークを構築するにあたって検討すべき事項

○ 感染症対策の地域ネットワークについては、2004 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）として開始された以降、多くの経緯を経て現在に至っているため、ネットワーク構築について検討する上で、関係者の知識の共有化の一助となるよう、背景について整理した（p2-7）。

○ 本アンケートの結果を参考に、感染症対策の地域ネットワークを構築するステップに

ついて考察した。

6.2.1　地域単位と実施主体

○　ネットワーク構築にあたって、第一に検討すべき事項は、地域単位と実施主体であり、この２点はともに関連するため、まずは、この２点について整理した（p9-11、p24-27）。各地域で AMR 対策を進めていく上で、AMR 対策アクションプランの成果指標となっている「微生物の薬剤耐性率（微生物サーベイランス）」と「抗菌薬使用量（抗菌薬サーベイランス）」はモニタリング指標として必須となる。これらのデータをどのような地域単位で整理するかを検討した場合、各施設からの積み上げ方式と全国を対象としたビッグデータからの分割方式の２法あるが、いずれの場合であっても、47 都道府県が１つの切り口となるため、対象地域を検討する上で、47 都道府県は一つの地域単位になると思われる。

○　どのような地域単位がよいかとの質問に対する回答を集約すると、「都道府県を基本としつつ、指定都市、二次医療圏単位、保健所単位など重階層的なネットワーク」が地域単位の１つの形態になると思われる。しかし、大都市など、必ずしも上記が適当とは言えない地域もあるため、都道府県内において、区分けをする場合は、地域の事情に応じて検討していくことになると思われる。

○　地域単位と連動して検討すべき事項が実施主体である。既存のネットワークにおいては、大学病院が実施主体との回答が多かったが（p10）、各地域における大学病院の数や役割・地理的状況も異なるため、一律に大学病院が適切とは限らない。また、対象とする施設とも関連するが、地域のすべての施設を対象とする場合、行政の関与なく継続的な運営は難しい。

○　今後、ネットワーク構築を検討する際、どのような実施主体で実施すべきかとの質問については、都道府県と市、都道府県と病院なども含め、都道府県が実施主体との回答が多かった（p25-27）。ネットワークの枠組みづくりについては都道府県・指定都市など自治体が行うのが適当と考えられるが、病院が主体的にかかわるべき医学的内容も多いため、自治体が実施主体となり、中核的な病院へ業務委託をするなど、自治体と医療機関が共同して運営を担っていくのが望ましいと思われる。

○　都道府県・指定都市内での役割分担については、内容的に、院内感染対策部局と感染症対策部局の両部局に関わることが多いため、両部局が連携して実施していくのが良いと思われる。

○　保健所の役割についても様々な意見があった（p30-33）。都道府県全体の調整においては、都道府県庁が主体となるが、都道府県内で二次医療圏単位や保健所単位でネットワークを構築する際には、地域の関係機関のコントロールタワー的な役割が求められる。

6.2.2　ネットワークの運営会議

○　各地域においてネットワーク構築を行っていく上で、方針を決定する運営会議体が必要となる。運営会議の構成員として、大きく、医療関連団体、行政関係、ICT４職種を選択肢として既存のネットワークを対象に調査した（p11-p12）。既存のネットワークにおいては、ICT４職種が構成員となっているところが多く、医療関連団体が構成に含まれているところは少なかった。

○　しかし、ネットワークの周知や講演会の案内などを、関連する地域内のすべての組織・施設に周知する上で、医療関連団体を構成員に含めておくことは、ネットワークを継続的に運営していく上で重要な要素になると思われる。また、行政関係についても、保健所、地方衛生研究所、感染症所管部署、医療法所管部署など、関係する行政部署を含めておくことも必要と思われる。

6.2.3　対象とすべき施設

○　地域単位、実施主体、運営会議体を検討した次のステップとして、対象とすべき施設を設定する（p35-37）。ネットワークによっては、参加施設を募り、登録した施設のみを対象としている例もあるが、感染防止対策加算を算定していない医療機関、診療所、高齢者施設なども含めた総合的なネットワーク構築を検討する上では、地域内の施設すべてを対象とするのが望ましいと思われる。

○　施設としては、病院、医科診療所、歯科診療所、高齢者施設、保険薬局を選択肢として挙げたが、対象が広がるとネットワークの運営も困難となるため、病院から始め、診療所、高齢者施設へ、また歯科領域も含めるなど、段階的に対象を広げていくのも一つの方法と考えられる。

6.2.4　ネットワークの活動内容

○　既存のネットワークに関するアンケートにおいて、活動内容の調査を行った（p12-18）。改善支援、相談支援、訪問ラウンド・訪問実地調査、微生物検査の支援、微生物サーベイランス、抗菌薬サーベイランス、講演会の開催、出張講演、ホームページでの情報発信を選択肢として挙げた。

○　地域ネットワークの活動として、講演会の開催やホームページ等での情報発信は、実施しているネットワークも多く、活動の基本になると考えられる。

○　改善支援、相談支援は、地域ネットワークの役割として重要な内容となるが、病院等で

勤務する医療者が本来業務以外で活動することとなるため、依頼のスキームや費用の支弁が課題となる。各ネットワークにおいて様々な方法がとられていたため、これらの例（p14-16）を参考に、各地域の実情に応じて、体制を検討していただくのが良いと思われる。

○ 次いで、微生物サーベイランス・抗菌薬サーベイランスも活動内容の一つとして挙げられる。これらは技術面・資金面で難易度の高い内容であり、様々な工夫をしながら実施している状況がうかがわれた（p17-18）。実例を参考に各地域の専門家と検討し、実現可能な方法を探っていくことになる。一方で、サーベイランスデータについては、国全体で地域の情報を集約するシステムを構築する動き（Japan Surveillance for Infection Prevention and Healthcare Epidemiology: J-SIPHE）もあるため、そのようなシステムが出来上がれば、統一的な仕組みに移行していく形になると思われる。しかし、得られたサーベイランスデータを解釈し、改善へとつなげていく必要があり、データを検討する場を設ける必要もある。

6.2.5 対象とすべき感染症・感染対策

○ 既存のネットワークにおいても、対象とすべき感染症・感染対策に差がみられた（p19）。既存のネットワークでは、薬剤耐性（AMR）対策、感染対策全般（手指衛生・個人防護具など）、インフルエンザ・ノロウイルス、アウトブレイク対応が多かった。今後のネットワークにおいては、どのような感染症・感染対策を対象とすべきかとの質問については、既存のネットワーク同様、薬剤耐性（AMR）対策、アウトブレイク対応が多かったが、既存のネットワークで少なかった感染症診療の教育や啓発（学校・県民など医療者以外）も多くなっていた（p37）。

○ ネットワークが対象とすべき感染症・感染対策をどのように設定するかによって、ネットワークの枠組みも異なってくるため、ネットワーク構築を行っていく上で、この項目の設定も重要な要素の一つと思われる。

○ 院内感染対策と AMR 対策は共通する内容も多いため、院内感染対策のためのネットワーク、AMR 対策のためのネットワークなど、対象とすべき感染症・感染対策ごとにネットワークを構築することは現実的ではないため、AMR 対策と感染対策を組みあわせ、参加者が興味をもってもらえるよう内容にすると良いと思われる。

6.3 その他

○ 既存のネットワークの課題（p20-23）、今後のネットワークの自由欄（p40-43）において、さまざまな意見がみられた。ネットワーク構築を検討する上で、参考になる内容も多い

ため、ぜひ、目を通していただきたい。

○　地方自治体が AMR 対策や感染症対策の地域ネットワークを構築していく上で、国からの通知や費用面での補助を求められていることが分かった（p38-40）。

○　本アンケート調査結果が、各地域において、ネットワーク構築を検討する上での一助となれば幸いである。