

2022年10月11日

公益社団法人日本透析医会
会員施設 各位

公益社団法人日本透析医会 会長 秋澤 忠男
医療安全対策委員会 委員長 安藤 亮一
感染防止対策部会 委員長 菊地 勘

「血液透析患者の COVID-19 予防・診療体制フォローアップ調査」へのご協力をお願い

平素より当会ならびに感染防止対策部会の活動にご協力いただきありがとうございます。

日本医学会連合「新型コロナウイルス感染症による他疾患を含めた医療・医学に与えた影響の解明に向けた研究」班(班長 東京大学腎臓・内分泌内科教授 南学正臣先生)より、「血液透析患者の COVID-19 予防・診療体制フォローアップ調査」へのご協力をお願いが届いております。

この研究班には、菊地勘先生も班員として参加しており、当会も参加している新型コロナウイルス感染対策合同委員会と連携して行われるアンケート調査です。

本アンケート調査により、全国の施設における COVID-19 感染対策の実情や対策に掛かる費用が明らかとなります。このアンケートデータは、COVID-19 透析患者への感染対策に貢献する資料として、「透析施設における標準的な透析操作と感染予防に関するガイドライン」の改訂作業の資料として、また、行政への要望や折衝に資する資料として重要なものと考えておりますので、何卒、ご理解、ご協力をよろしく願いいたします。

なお、本アンケートへのご質問やお問い合わせは、文末の<アンケートお問い合わせ先>にお願
いいたします。

(参考)

以下が研究班よりいただいた、アンケートへの協力依頼文です。

日本透析医会会員施設の皆様へ

COVID-19 蔓延下での診療体制についての透析施設向けアンケートご回答のお願い

このたび、「血液透析患者の COVID-19 予防・診療体制フォローアップ調査」を実施する運びとなりました。

本アンケートは、2020年10月～11月に施行した COVID-19 に対する感染予防、診療体制に関するアンケート調査のフォローアップ調査として実施いたしますが、新規の調査項目も含まれています(前回調査に非参加でもご回答いただけます)。

是非ともご協力をお願いしたく、日本透析医会会員施設の皆様にご回答を依頼いたします(重複しており恐れ入りますが、本アンケートへの回答依頼を郵送でもお送りさせていただいております)。

本アンケートは、主に COVID-19 に対する感染予防対策についてであり、結果は個別の施設が分からないように集計した上で、2023 年 3 月頃に日本透析医会・日本透析医学会のウェブページで公開予定です。お時間がございましたら、結果をご確認いただけましたら幸いです。

「血液透析患者の COVID-19 予防・診療体制フォローアップ 調査 (2022 年度)」

日本医学会連合「新型コロナウイルス感染症による他疾患を含めた医療・医学に与えた影響の解明に向けた研究」班

日本透析医会・日本透析医学会・日本腎臓学会合同 新型コロナウイルス感染対策合同委員会

●回答方法について

日本透析医学会会員施設および日本透析医会会員施設が対象となります。

回答締め切りは 2022 年 11 月 7 日(月)です。

回答時間は 10～15 分程度です。各施設 1 回答でお願いいたします。

以下の 2 種類の方法(Web 回答、FAX 回答)のどちらかでご回答ください。

1. Web での回答

下記 URL もしくは QR コードより Web アンケートにアクセスし、ご回答をご入力ください。

URL: https://bit.ly/touseki_covid19_2022

QR コード:



2. FAX での回答

郵送物に同封の回答用紙(本メールに PDF も添付いたします)に手書きでご記入の上、以下の番号まで FAX でお送りください(回答用紙 1 枚のみお送りください。設問用紙の送信は不要です。)

FAX: 03-5800-8969

<アンケートお問合わせ先>

東京大学 腎臓・内分泌内科 担当:羽柴豊大・菅原有佳・南学正臣

「腎臓病・透析患者における COVID-19 対策の全国調査」事務局

e-mail: covid19andkidney.office@gmail.com

電話:(代表) 03-3815-5411(内線 ①事務局 35727、②菅原有佳 37222)

(ダイヤルイン) 03-5800-8969 FAX:03-5800-8969

血液透析患者の COVID-19 予防・診療体制 フォローアップ調査 (2022 年度)

この度は本アンケートにご回答いただき、誠にありがとうございます。

本アンケートは、2020 年 10 月 20 日から 11 月 16 日に施行した COVID-19 に対する感染予防、診療体制に関するアンケート調査のフォローアップ調査です（前回調査に非参加でもご回答いただけます）。

なお、本アンケート結果は、個別の施設が分からないように集計した上で、2023 年 3 月頃に日本透析医学会・日本透析医会のウェブページで公開予定です。

ご協力のほどお願い申し上げます。

以下注意点を回答前にご参照ください。

- ご回答は、各施設より 1 回答のみとさせていただきますと幸いです。
(重複回答はご遠慮ください)
- 次ページにアンケート回答用紙がございます。当てはまる口に を入れ、番号を○で囲んでください。また、文末に(数字)があるときは数字を、(自由回答)は具体的にご記入ください。
- **回答時点**でのご状況をお答えいただければ結構です。
- **回答期間は 2022 年 10 月 11 日(火)～同年 11 月 7 日(月)**です。

本アンケートについての連絡先

「腎臓病・透析患者における COVID-19 対策の全国調査」事務局
東京大学医学部附属病院 腎臓・内分泌内科 羽柴豊大 菅原有佳 南学正臣
TEL・FAX: 03-5800-8969 E-mail: covid19andkidney.office@gmail.com

本アンケート回答は、以下の 2 つの方法で提出が可能です。

どちらかご都合の良い方法でご提出をお願いいたします。

1. Web 入力

以下のウェブページよりご入力ください。

回答内容が定まっている場合、入力の所要時間は 10～15 分程度です。

URL https://bit.ly/touseki_covid19_2022



2. FAX 送信

別紙回答用紙に回答をご記入の上、以下の番号まで FAX でお送りください。

(回答用紙 1 枚のみをお送りください。問題用紙の送信は不要です。)

FAX 03-5800-8969

【アンケート回答用紙】

差支えなければ以下ご記載いただければ幸いです（ご施設名、ご住所、連絡先、お名前は空欄可）。

ご施設名			
郵便番号		〒	
施設の位置する都道府県		(回答必須)	
電話番号			
E-mail			
ご回答者様のお名前			

【1】	<input type="checkbox"/> 日本透析医会会員施設	【25】	できる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 日本透析医学会会員施設		した	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
【2】	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	【26】	名		
【3】	1・2・3・4・5	【27】	1・2・3・4・5・6・7		
【4】	1・2・3・4 ()	【28】	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
【5】	名	【29】	名		
【6】	1・2・3	【30】	名		
【7】	<input type="checkbox"/>	【31】	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
【8】	<input type="checkbox"/>	【32】	<input type="checkbox"/> 変えている <input type="checkbox"/> 変えていない		
【9】	<input type="checkbox"/>	【33】	<input type="checkbox"/> 変えている <input type="checkbox"/> 変えていない		
【10】	<input type="checkbox"/>	【34】	<input type="checkbox"/> 変えている <input type="checkbox"/> 変えていない		
【11】	<input type="checkbox"/>	【35】	<input type="checkbox"/> 変えている <input type="checkbox"/> 変えていない		
【12】	<input type="checkbox"/>	【36】	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
【13】	<input type="checkbox"/>	【37】	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
【14】	<input type="checkbox"/>	【38】	名		
【15】	<input type="checkbox"/>	【39】	1・2・3・4・5		
【16】	<input type="checkbox"/>	【40】	名		
【17】	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	【41】	名		
【18】	例	【42】	名		
【19】	名	【43】	名		
【20】	名	【44】	1・2・3・4・5・6・7		
【21】	できる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	【45】	円
	した	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		【46】
【22】	室	【47】			
【23】	できる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	した	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
【24】	できる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	した	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		

***** 以下アンケート内容 *****

【1】 回答用紙記載のうち、貴施設が当てはまるものをお選びください。（複数回答可）

【2】 貴施設は新型コロナウイルス感染症患者等入院受入医療機関ですか。

【3】 貴施設で算定している感染対策向上加算について、当てはまるものはどれですか。

（注意：1 つだけ選択してください）

1. 感染対策向上加算 1（710 点：COVID-19 診療基幹病院）
2. 感染対策向上加算 2（175 点：加算 1 の協力病院、
十分な感染対策可能な医療者による感染防止対策部門を設置）
3. 感染対策向上加算 3（75 点：加算 1 の協力病院、感染防止対策部門を設置）
4. 外来感染対策向上加算（6 点：診療所）
5. 算定していない

<施設規模について>

【4】 貴施設が当てはまるものはどれですか。

1. 無床診療所（入院病床数 0 床）
2. 有床診療所（入院病床数 1-19 床）
3. 病院（入院病床数 20 床以上）
4. その他（自由回答）

【5】 貴施設では 1 週間に計何名の透析患者の診療を行っていますか。（数字）

（おおまかな人数で構いません）

例：月水金（AM）5 名、月水金（PM）4 名、火木土（AM）3 名、
週 1 回透析（+PD 等）1 名の場合、「13 名」とご回答ください。

<透析室での感染予防対策について>

【6】 ベッド間隔につき当てはまるものを選んでください。

1. 70cm 未満
2. 70～99cm
3. 100cm 以上

以下の感染予防対策のうち、貴施設の透析部署で行っているものに をつけてください。

【7】 スタッフに発熱や下痢等の感染症を疑う症状のある時は透析室に入室する前に医師の診察を受け就業可能か指示を仰いでいる

【8】 穿刺および抜針操作をするスタッフは、マスクを装着している

- 【9】 穿刺および抜針操作をするスタッフは、ディスポーザブルの非透水性ガウンまたはプラスチックエプロンを装着している
- 【10】 穿刺および抜針操作をするスタッフは、ゴーグルあるいはフェイスシールドを装着している
- 【11】 患者が感染症の疑われる状態にないかどうか、体温測定・症状の有無の確認などを用いて、入室前に確認している
- 【12】 感染症の疑われる患者を入室前に観察し、状態にあわせて対策を変更している
- 【13】 リネン類は患者ごとに交換している、もしくは非透水性ベッドマットを採用し患者ごとに環境消毒をしている
- 【14】 患者から離れた場所で患者やスタッフの手指が高頻度に接触する場所（ドアノブ等）は、1 日数回清拭や消毒を行っている
- 【15】 スタッフが食事場所でマスクなしの状態となる時には、会話を控えるよう指示している
- 【16】 透析中に患者に積極的にマスクをするよう指示している

<COVID-19 症例の診療経験について>

- 【17】 COVID-19 が疑われた症例の診療経験はありますか。
- 【18】 前回本調査を実施した 2020 年 11 月 16 日の翌日以降、COVID-19 の確定診断がなされた症例は貴施設では何例経験されましたか。（数字）
- 【19】 そのうち、他院に転送せず、貴施設のみで療養期間中の**透析治療**を完遂した患者は何名ですか（他院で抗ウイルス薬や中和抗体薬などの治療を受けていても構いません）。（数字）
- 【20】 あるいは、他院入院後、COVID-19 療養期間（発症日から 11 日間）終了前に退院し、残りの療養期間（隔離解除まで）貴施設で**透析治療**を実施した患者は何名ですか（他院で抗ウイルス薬や中和抗体薬などの治療を受けていても構いません）。（数字）

COVID-19 疑い例/診断例の透析の際に、以下の措置を行うことはできますか、実際にしましたか。

- 【21】 個室隔離透析
- 【22】 個室は最大何室用意できますか（数字）
- 【23】 空間的隔離（患者間の距離を 1-2m 空ける、パーティションで区切るなど）
- 【24】 時間的隔離（他透析患者がいない時間帯に透析を実施する）
- 【25】 対応するスタッフを分ける

- 【26】 COVID-19 に罹患した透析患者を最大何名まで受け入れ可能ですか。（数字）

【27】 これ以上の受け入れを阻む要因のうち最も影響が大きいものはどれですか。

（注意：1 つだけ選択してください）

1. 人手が足りない
2. 隔離するスペースがない
3. 感染防護具が足りない
4. 対応するノウハウがない
5. 通院手段の確保が困難
6. 社会的判断（入居するビル管理者の方針、医療法人としての判断、等）
7. その他（自由回答）

<COVID-19 の院内感染について>

- 【28】 前回本調査を実施した 2020 年 11 月 16 日の翌日以降、COVID-19 の院内感染（院内におけるスタッフあるいは患者の水平感染）は起こりましたか。
- 【29】 起きた場合、計何名が感染しましたか。（数字）
- 【30】 そのうち、スタッフは何名ですか。（数字）

<COVID-19 ワクチン接種について>

- 【31】 患者に積極的にワクチン接種をすすめていますか。

ワクチン接種の有無により、以下の状況で隔離方法は変えていますか。

- 【32】 平常時
- 【33】 発熱時
- 【34】 発熱がなく、咳などの呼吸器症状だけを認める時
- 【35】 クラスタ発生時

- 【36】 ワクチン接種後の副反応と思われる発熱時にも隔離は実施しますか。

【37】 患者のワクチン接種回数を把握し、すぐに調べられる所に記載していますか。

【37】 の設問で「はい」と選択された方で、

【38】 現在、ワクチンを一回も接種していない患者は何名いますか。（数字）

【39】 ワクチン未接種の症例がワクチンを接種していない理由を、全て選択してください。
（複数回答可）

1. 患者が接種を希望しない
2. 患者に接種を勧めていない
3. COVID-19 感染の既往がある
4. アレルギーや背景疾患により、ワクチン接種が困難
5. 接種に関しては患者に一任しており、理由は分からない

【40】 1 回以上のワクチン接種を受けている状態で、COVID-19 に感染した症例は何名
いますか。（数字）

（注意：初回感染についてのみお答えください。ワクチン未接種の状態で 1 回、その後接種を受けてから 1 回 COVID-19 に罹患した場合、本設問ではカウントしないでください。）

【41】 【40】 の中で、COVID-19 が原因で亡くなられた方は何名いますか。（数字）

【42】 ワクチン未接種の状態で、COVID-19 に感染した症例は何名いますか。

（注意：初回感染についてのみお答えください。ワクチン未接種の状態で、2 回 COVID-19 に感染した場合、“1 例”とお答えください。）（数字）

【43】 【42】 の中で、COVID-19 が原因で亡くなられた方は何名いますか。（数字）

<診療への影響>

【44】 COVID-19 による影響で、現在診療上困っていることを全て選択してください。
（複数回答可）

1. スタッフ数（人手）が足りない、減った
2. 隔離するスペースが足りない
3. 感染防護具が少ない
4. 合併症治療などの他院との連携が以前よりも難しい
5. 患者-スタッフ間、患者-患者間等のトラブルが増えた
6. 病院/クリニック経営が悪化した
7. 困っていることは特にない

貴施設が無床/有床診療所である場合のみ、【45】・【46】をご回答ください。

COVID-19 感染対策のために要した費用は概算でいくらですか。（数字）

（おおまかな金額で構いません）

【45】 施設改修・大型機器などの導入費用

具体例：個室の設置、配管の変更、換気方法変更、HEPA フィルタ付空気清浄機購入、
体温測定センサーの購入、カーテンやパーティションの設置

【46】 維持費用（ひと月あたりの金額をご回答ください）

具体例：毎月の人件費加算、追加での个人防护具や消毒薬の購入費用

<自由記載>

**【47】 COVID-19 予防対策、診療体制において、工夫した点やお気づきの点があれば、
ぜひ教えてください。（自由回答）**

（回答欄に回答が収まりきらない場合には、別紙にご記載いただいて構いません）

ご協力をありがとうございました。