

記式の調査用紙を分析対象とした。

3 結 果

調査1

日本環境感染学会認定教育施設の認定を受けるためには、ICD や ICN が常勤職員で1名以上いることに加えて、感染制御に関する週1回以上の頻度でのラウンドや微生物検査室情報に基づくラウンドを実施し、Japanese healthcare associated infection surveillance (JHAIS) に準じた対象限定サーベイランスを実践し、微生物検査室からの微生物分離情報が定期的に報告され、感染制御に関する検討会や教育が行われているような厚生労働省が定める臨床研修病院であることが条件になる(図1)。

調査1では、日本環境感染学会認定教育施設39施設中10施設より回答を得た。回収率は25.6%であった。

1) 感染制御地域支援ネットワークの構築の実績

感染制御地域支援ネットワークの構築実績の報告として最も多かったのは、医療関連感染に対する質問への回答であり、8施設(80%)が実施した(表1)。次に多かった実績はICTラウンドへの参加であり、6施設(60%)であった。ほかにも、講演会、研修会、小児感染症検討会、感染管理研究会といった会を開催したものが5施設(50%)であった。地域感染フォーラム、感染対策ネットワーク、地域ICT連絡協議会、地域医師会を中心にしたICT連絡協議会といった新たな組織の構築や、県内のネットワークに参加といった、感染ネットワーク組織の構築が同じく5施設(50%)であった。

2) 医療関連感染に対する質問への回答

医療関連感染に対する質問への回答としては、複数回答で、他院からの質疑応答があったのが5施設、ラウンド、講習会、専門部会開催時といった機会に質疑応答が行われたのが3施設、掲示板を作り質疑応答をする環境を整えたのが1施設、なしは2施設であった(表2)。具体的な質問内容は、多剤耐性菌対策、ワクチン接種、針刺し、結核患者との濃厚接触者の検診対象範囲、血管内カテーテル由来感染予防のCDCガイドラインについて、サージカルマスクの使用法、清掃担当者への教育であった(表3)。

調査2

感染防止対策加算1を算定するためには、専任の院内感染管理者が配置されて感染防止対策部門を設置し、常勤医師、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師、専任の薬剤師、専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織して感染防止に係る日常業務を行い、年4回以上感染防止対策加算2施設と共同カンファレンスを行うことが施設基準となっている(図2)。

調査2では、898施設中292施設から回答を得た。回収率は32.5%であった。

1) 加算1施設の概要

① 加算の取得具合

感染防止対策加算1を取得したと答えたのは289施設(99.0%)であり、未回答が2施設(0.7%)であった。また、感染防止対策地域連携加算を取得したと答えたのが237施設(81.2%)であった。

② 病床数

300床以上の医療機関は212施設(72.6%)であり、300床未満では77施設(26.4%)にのぼった(図3)。

③ 感染制御チーム(Infection Control Team: ICT)に関わる医療従事者

医師は1施設平均3.1人(最大値19人、最小値1人、SD 2.6)、医師総数539人であった。そのうちCICDは1施設平均1.9人(最大値9人、最小値1人、SD 1.2)、全体で228人であった。また、専従者8人、専任者233人であった。

薬剤師は1施設平均1.5人(最大値9人、最小値1人、SD 0.9)、薬剤師総数141人であった。そのうち、感染

制御認定薬剤師 71 人、感染制御専門薬剤師 30 人、CICD3 人、抗菌化学療法認定薬剤師 29 人であった。また、専従者 4 人、専任者 210 人であった。

看護師は 1 施設平均 3.6 人（最大値 33 人、最小値 1 人、SD 3.5）、看護師総数 301 人であった。そのうち感染管理認定看護師 260 人、感染症看護専門看護師 5 人、感染制御実践看護師 16 人、CICD 1 人、感染制御認定薬剤師 1 人、感染症専門医 1 人であった。また、専従者 269 人、専任者 101 人であった。

臨床検査技師は 1 施設平均 1.4 人（最大値 5 人、最小値 1 人、SD 0.7）、臨床検査技師総数 74 人であった。そのうち、感染制御認定臨床微生物検査技師 57 人、CICD2 人であった。また、専従者 2 人、専任者 209 人であった。

④ 施設の基本情報

その他施設の基本情報としては、昨年度（2011 年度）入院患者の平均在院日数（精神科を除く）は 15.6 日（最大値 114.3 日、最小値 8.20 日、SD 8.2）であった。

昨年度（2011 年度）病床平均稼働率（精神科を除く）は 83.3%（最大値 102.5%、最小値 19.4%、SD 9.5）であった。昨年度（2011 年度）入院患者数は 79,972 人（最大値 2,812,111 人、最小値 136 人、SD 182,089）であった。

昨年度（2011 年度）1 日平均の外来患者数は 13,219 人（最大値 978,727 人、最小値 5.2 人、SD 81,888）であった。

昨年度（2011 年度）1 年間の手術件数（外来手術を除く）4,161 件（最大値 258,631 件、最小値 0 件、SD 15,587）であった。

昨年度（2011 年度）救急受け入れ件数は 7,332 件（最大値 46,239 件、最小値 0 件、SD 8,401）であった。

特定機能病院は 24 施設（8.2%）であり、そうではないのは 262 施設（89.7%）であった。

厚生労働省指定の臨床研修病院は 229 施設（78.4%）であり、そうでないのは 45 施設（15.4%）であった。

日本環境感染学会認定教育施設は 14 施設（4.8%）であり、そうでないのは 254 施設（87.0%）であった。

日本感染症学会認定研修施設は 42 施設（6.7%）であり、そうでないのは 234 施設（83.6%）であった。

厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）に参加しているのは 202 施設（69.2%）、参加していないのは 52 施設（17.8%）であった。

病院評価機構の認定を受けているのは 239 施設（81.8%）、受けていないのは 52 施設（17.8%）であった。

取り組んでいる医療としては、高度先進医療 55 施設（18.8%）、臓器移植は 35 施設（12.0%）、透析 197 施設（67.5%）、造血幹細胞移植 57 施設（19.5%）未熟児医療 72 施設（24.7%）、がん拠点病院 122（41.8%）となった。

⑤ 過去の加算取得状況

過去の感染防止対策に関する加算取得については、1996～1999 年の「院内感染対策加算 5 点」を取得したのが 183 施設（63%）であり、2006～2009 年の「医療安全入院時加算 50 点」を取得したのが 239 施設（82%）であり、2010～2011 年の「感染防止対策入院時加算 100 点」を取得していたのが 218 施設（75%）であった（図 4）。

⑥ 今回の加算取得を先導したもの

今回の加算取得を先導したものは、担当事務 133 施設（36%）、担当看護師 70 施設（19%）、ICT 65 施設（18%）、病院長 45 施設（12%）、担当医師 19 施設（5%）、その他 30 施設（8%）であった（図 5）。

2) 加算 1 施設が行っている感染対策の実践

① サーベイランス

中心静脈ライン関連血流感染サーベイランスを行っているのは 224 施設（77.2%）であった。尿路留置カテーテル関連サーベイランスを行っているのは 128 施設（44.0%）であった。人工呼吸器関連肺炎サーベイランスを行っているのは 92 施設（31.7%）であった。手術部位感染サーベイランスを行っているのは 206 施設（70.8%）であった。

② ICT ラウンド

ICT ラウンドの頻度は週に1回と答えた施設が229施設(77.6%)であり、週に2回と答えた施設が11施設(3.7%)であった。ICT ラウンドに参加するメンバーは、医師263施設、看護師292施設、薬剤師277施設、臨床検査技師263施設、事務82施設、リンクナース56施設、診療放射線技師23施設、臨床工学技士14施設、滅菌技師/士7施設、その他35施設であった。

③ 抗菌薬の使用

抗菌薬の使用について、届出制を採用しているのは287施設中276施設(96.2%)であり、許可制を採用しているのは85施設(29.6%)、未回答5施設であった。届出制の薬剤としてあげられたのは、274施設中、抗MRSA薬が265施設(96.7%)、カルバペネム系抗菌薬が231施設(84.3%)、その他85施設であった。許可制の薬剤としてあげられたのは、84施設中、抗MRSA薬52施設(61.9%)、カルバペネム系抗菌薬17施設(20.2%)、その他13施設であった。

④ 感染対策を目的とした職員の研修

昨年度(2011年度)実施した研修会は、平均8回(最大値81、最小値1、SD10.7)であり、参加者の延べ人数は平均値834.9人(最大値7,515、最小値45、SD1,099.7)、研修対象者は平均773.8人(最大値6,355、最小値100、SD629.4)であった。

また、今年度これまでに開催した研修会は、平均値7.6回(最大値46、最小値1)であり、これまでの参加者の延べ人数は平均714.5人(最大値5,921、最小値39)であった。今後予定研修会は、平均3.8回(最大値300、最小値1)であり、研修対象者は平均756.7人(最大値2,929、最小値126)であった。

3) 加算1施設が連携している加算2施設

回答のあった292の加算1施設は、平均3.6の加算2施設と連携をした(最大値27、最小値1、SD3.5)(図6)。加算2施設の総数は1041施設であり、そのうち300床未満は890施設(85.5%)であった。平均3.3の300床未満の加算2施設と連携をした(最大値26、最小値1、SD3.4)(図7)。自施設以外の加算1施設とも連携している加算2施設は、平均2.5施設であった(図8)。

連携の経緯は、同じ医療圏だからという理由が187施設(42%)と最も多く、地域連携支援ネットワーク事業からの連携があった71施設(16%)、同じ系列病院66施設(15%)、当院知人を頼る48施設(11%)、後方支援施設36施設(8%)、その他33施設(7%)となった(図9)。

4) 加算1と加算2施設の連携の実際

① 加算2施設への対応

加算2施設からの相談窓口を決めているのは280施設(95.9%)であり、その対応職種は複数回答で看護師264施設(95.0%)、医師65施設(23.4%)、臨床検査技師41施設(14.7%)、薬剤師38施設(13.7%)、その他24施設(8.6%)であった。

② 共同カンファレンス

共同カンファレンスではすべての施設が集まったと答えたのが232施設(79%)、集まらなると答えたのが51施設(18%)であった。

12月までに約3回実施されており、1回目の参加者平均23.7人(最大値179人、最小値4人、SD23.5、のべ6,378人)、2回目の参加者平均26.2人(最大値291人、最小値2人、SD39.0、のべ6,683人)、3回目の参加者平均24.2人(最大値267人、最小値2人、SD28.2、のべ5,175人)であり、のべ18,236人の参加者が集まった。

共同カンファレンスの問題点として、どの程度の内容を求められているのか、達成すればよいかわからない177施設(61.0%)、議題を決めることが難しい140施設(42.8%)という項目があげられた(表4)。

③ 加算2施設の感染対策への関与

加算2施設の感染対策の関与は391施設のうち、十分できている33施設(8.9%)、まあまあできている176施設(47.2%)、あまりできていない138施設(37.0%)、まったくできていない26施設(7.0%)、未回答18施設であった(図10)。

加算2施設に対する具体的な関与として回答者276施設のうち、相談体制を217施設(78.6%)が実施し、ICT活動への助言を180施設(65.2%)、感染対策マニュアルへの助言が142施設(51.4%)で実施した(表5)。

具体的な関与として、相談体制535施設、ICT活動への助言439施設、感染対策マニュアルへの助言287施設、抗菌薬適正使用のための助言254施設、職員教育への助言215施設、自施設内定期的ラウンドの支援立ち上げ146施設、訪問による感染対策ラウンド145施設、アウトブレイク対応139施設、その他23施設があげられており、のべ2169施設で支援が行われた(表6)。

④ 加算1施設からみた加算2施設の評価

加算1施設は、連携している加算2施設(945施設)の感染対策について、すべて十分やっている93施設(9.8%)、一部では十分やっている584施設(61.8%)、まだまだである239施設(25.3%)、不十分である29施設(3.1%)と評価した(図11)。

感染対策をあまりやる気のない加算2施設は、回答した加算1の38施設によると、平均1.9施設(最大値15、最小値1、SD2.8)あるということだった。

感染防止対策加算取得が契機になり、感染対策が進んでいる加算2施設は583施設(56.0%)であり、回答した235施設のうちで平均2.5施設(最大値12、最小値1、SD1.9)であった。

5) 加算1施設同士の感染防止対策地域連携加算

加算1施設同士の感染防止対策地域連携加算による連携(以下地域連携)として、平均1.8施設の加算1施設と連携していた(最大値7施設、最小値1施設、SD1.1)(図12)。具体的な連携施設名として、イニシャルも含めて512施設名が記載された。

連携の経緯は、「同じ医療圏だから」という理由が248施設(36%)と最も多かった。続いて「地域連携支援ネットワーク事業からの連携があった」121施設(17%)、看護師のネットワーク118施設(17%)となった(図13)。

過去に相互評価の経験がある施設は39施設(13%)と少なく、250施設(86%)は相互評価の経験がなかった(図14)。経験がある施設では、最も古くて平成16(2004)年から、最も新しく平成24(2012)年以来、1年に1回程度実施していた。

相互評価は、自施設が相互評価を受けた(図15)、他施設を評価した(図16)、相互に評価した(図17)のいずれも平均1回行われており、その時間は2~4時間未満が最も多く180施設(60%)であった(図18)。事前にチェック項目表を使って院内ラウンドを実施するのが258施設(88%)であり、使用しないのが6施設(2%)であった。

自施設が相互評価を受ける場合、自施設の医師:405.5人(CICDは277.5人)、看護師:518.5人(6ヶ月以上の研修修了者は319人)、薬剤師:320人、検査技師:295人など総計1,772人が参加した(図19)。

また、他施設に評価に赴く場合、自施設の医師:342人(CICDは248.5人)、看護師:428.5人(6ヶ月以上の研修修了者は312人)、薬剤師:280人、検査技師:264人など総計1,460.5人が参加した(図20)。

自施設が評価を受けた場合に最後の講評を受けたのは214施設(73%)であるが(図21)、その講評には病院長、事務長、看護部長という組織のトップは出席しないと答えた施設が60%以上であった(図22)。

相互評価を実施する場合の視点として、厚生労働省が示している「感染防止対策地域連携加算チェック項目表」を使用している施設が234施設(79%)であった(図23)。

6) 保健所、行政機関との連携

加算取得以降、アウトブレイクなどで保健所に相談したケースがあると答えたのは、87施設(30%)であった(図24)。加算に関する地域ネットワークに保健所・行政機関が参加しているのは、わずか82施設(28%)にとどまった(図25)。具体的には、管内の保健所と答えた施設が72施設(77%)と最も多かった(図26)。

7) 加算による利益と不利益

加算取得による利益としては、経営的に役立った261施設(89%)、感染対策推進のために役立った231施設(79%)、病院経営者に感染対策の重要性を理解してもらうために役立った222施設(76%)、感染対策の質向上のために役立った213施設(73%)、医療従事者の感染対策のモチベーションや意識向上に役立った175施設(60%)と答えた(図27)。一方で、感染対策のために必要な人件費確保・組織構成強化や感染対策物品充実に関しては、変わらない・役立っていないという回答を得た。加算により新しいことを始める(始める予定がある)のは144施設(49%)であり、過半数に満たなかった(図28)。

加算取得による収益(145施設)は、平均値14,306,027.6円(最大値100,000,000円、最小値0円)であった。

逆に、加算取得により専従者にとって不便・不利益になったこととして、業務量が増えた246施設(84.8%)、休暇が難しくなった95施設(32.8%)、看護部管理当直ができなくなった58施設(20.0%)、出張が難しくなった25施設(8.6%)、収入が減った17施設(5.9%)などがあげられた(表7)。また、不便なことや不利益なことはないと25施設(8.6%)が答えた。

休暇や当直に関連する「専従」についての解釈は、当該業務の100%と答えた施設が最も多く181施設(61%)、90%と答えたのが12施設(4%)、80%と答えたのが66施設(22%)、専らその業務を行うが30施設(10%)となっており、専従の解釈の仕方が一様ではない(図29)。

8) アウトブレイクの早期発見

感染防止対策加算申請後の取組により、自施設のアウトブレイクを早期に特定できた事例があったのは78施設(27%)であった(図30)。

その原因微生物として最も多かったのがノロウイルス29施設(32%)であり、続いて*C. difficile* 16施設(17%)、MRSA 12施設(13%)、*P. aeruginosa*・多剤耐性緑膿菌 multi drug-resistant *Pseudomonas aeruginosa* : MDRP とインフルエンザウイルスが7施設(8%)、Extended-spectrum β -lactamase: ESBL 産生菌が5施設(5%)、水痘、メタロβラクタマーゼ産生菌、多剤耐性*A. baumannii*が2施設(2%)、疥癬、*S. marcescens*、O-157、ウイルス性腸炎、*Bacillus* 属菌、キノロン耐性*E. coli*、PISP、アデノウイルス、*B. cereus*、*A. baumannii*が1施設(1%)となった(図31)。

同一菌株による症例数(44施設)は平均6.0症例(最大値23症例、最小値0症例、SD 4.7)であった(図32)。

他施設のアウトブレイクを早期に特定できた事例があったのは17施設(6%)であり、なかったのは248施設(85%)であった(図33)。その原因微生物として最も多かったのもノロウイルス5施設(29%)であり、次に*C. difficile* とESBL 産生菌が3施設(18%)、MRSAが2施設(12%)、疥癬、多剤耐性緑膿菌、インフルエンザウイルス、多剤耐性*A. baumannii*が1施設(6%)であった(図34)。

同一菌株による症例数(10施設)は平均14.8症例(最大値50症例、最小値1症例、SD 17.4)であった(図35)。

4. 考 察

感染対策地域支援ネットワークを構築するにあたり、核となって周辺の(中小)医療機関をとりまとめることを期待されたのが、平成23(2011)年度では日本環境感染学会認定教育施設であり、平成24(2012)年度では感染防止対策加算による加算1算定施設である。

調査1による平成23(2011)年度に実施した日本環境感染学会認定教育施設による地域支援ネットワークの活動状況は、対象医療機関が39施設であり、調査2による平成24(2012)年度に実施した感染防止対策加算による地域支援ネットワーク状況は、対象医療機関が898施設である。これを単純に数の上で比較しても、感染防止対策加算により、地域の核となって活動するべき医療機関が飛躍的に増大したことが明らかである。

日本環境感染学会認定教育施設と加算1算定施設の基準を比較すると、感染制御に関する医療従事者がいて組織があり、感染対策を講じているというほぼ同じ内容であるが、とくに感染制御に関しては、日本環境感染学会認定教育施設の方がより具体的な内容となっている。また、サーベイランスをしていることがすなわち感染制御を実践していることではなく、感染症の診断や精度管理の質を担保してはじめてサーベイランスデータとしての意味を持つと考える。厚生労働省の院内感染対策事業である「院内感染対策サーベイランス事業 JANIS」に参加している加算1算定施設は、調査2より202施設(69.2%)であったが、より質の高いサーベイランスとしたうえでの今後の活用が期待される。

平成24年度診療報酬改定により新設された感染防止対策加算では、加算1施設と加算2施設に分けて算定し、地域の医療機関におけるネットワーク構築の具体的な取り組みは、二本立てで実施することになった。すなわち、加算1施設と加算2施設の連携と、加算1施設同士の連携である。施設基準の規定では、加算1施設と加算2施設は、年4回以上共同カンファレンスを開催することと、加算1施設同士で、少なくとも年1回程度相互に赴いて感染防止対策に関する評価を行うことが示された⁵⁾。こうして始まった地域ネットワーク構築のための取り組みの内容、それによる効果や問題点などを明らかにするために、調査2では、加算算定が平成24年4月1日である898施設を対象として、平成24年12月までの8か月間の取り組みと現状についてアンケート調査を行った。調査内容は11ページに渡り、発送から回収まで2週間という短期間であったにもかかわらず、292施設から回答を得られ、回収率は32.5%であった。一方調査1では、6月に発送し半年後の12月に回収というスケジュールであったが、回収率はそれよりも低い25.6%であった。調査2には自由記載にも多くの記述が書かれており、感染防止対策加算に対する前向きな反響の大きさがうかがえるものとなった。

全国の病院数は、厚生労働省の「平成23年医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況」(平成23年10月1日現在)による公式発表では、8,605施設である⁶⁾。また、厚生労働省から毎月発表される医療施設動態調査によると、平成24年4月末概数では、8,569施設である。後者を母数とした、感染防止対策加算が始まった平成24年4月1日当初に加算1を算定した医療機関の届出率は、10.5%となる。これ以降の10月~12月に行った平野らの調査によると、加算1を算定したのは973施設(届出率11.3%)と増加していることから⁷⁾、今後も加算を取得する施設の増加が見込まれる。

調査2によると、加算1施設は、平均3.6の加算2施設と連携をしているが、最も少なくても1施設、最も多くて27施設であった。また、そのうえ地域連携加算を取得したのが81.2%であり、平均1.8の加算1施設と連携しており、最も少なくても1施設、最も多くて7施設であった。連携施設が多いことによる加算1施設の本来業務への支障や連携内容なども懸念されるところであり、今後も動向を注視したい。連携している加算2施設の総数1041施設のうち300床未満は890施設(85.5%)であったことから、厚生労働省が想定している300床未満の施設が加算2施設となる枠組みは、おおむね保たれていると考えられる。また、1つの加算1施設が連携している加算2の3.6施設のうち、自施設以外の加算1施設とも連携しているのは平均2.5施設であり、加算1施設と加算2施設の重複した連携が、緊急時やアウトブレイク発生時にどのような効果をもたらすのか、今後も検討していく必要がある。

調査2によると、共同カンファレンスは、すべての施設が集まったと答えたのが79%であり、これまでに3回程度実施され、1回の参加者は平均23.7~26.2人、のべ18,236人の参加者が集まる大きな取組となった。共同カンファレンスの問題点として、どの程度の内容を求められているのか、達成すればよいかわからない(61.0%)、議題を決めることが難しい(42.8%)という項目があげられている。「地域支援ネットワークは、地域の実情に応じて構築され

るため、どれが正解というものはない」というのが厚生労働省の姿勢であれば、共同カンファレンスの達成目標を示すことは難しいかもしれないが、目標や内容に関してある程度の指針を掲げることで、現場の抱える不安や問題点は取り除けるだろう。また、この点は各施設が自身で検討課題を追究し、より効果的な共同カンファレンスを企画達成していくことが強く望まれる。

調査1では、他院からの医療関連感染に関する相談内容として、多剤耐性菌対策や職員や実習生のワクチン接種など具体的な感染対策に関する質問が多かった。それが調査2では、加算2算定施設からの相談体制の確立だけではなく、感染対策マニュアル作成やICTラウンド立ち上げなど感染対策を実施するためのシステム構築に関する支援が多くみられた。この理由として、加算2算定施設にも感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うことが施設基準であることが考えられるが、個々の事例の対応や相談だけではなく、加算2算定医療機関でも感染対策が実施できるための根本的な支援が行われていることが明らかとなった。加算2算定医療機関へのラウンドも行われており、感染防止対策加算により、加算2算定医療機関の感染対策が大きく発展したことが示唆された。

調査2では、加算2施設の感染対策の関与は、十分できている(8.9%)とまあまあできている(47.2%)を合わせて56.1%と半数を超え、相談体制が整い、助言や訪問など2169施設における具体的な支援が示された。感染防止対策加算取得が契機になり感染対策が進んでいる加算2施設は56.0%になり、感染防止対策加算により、感染制御が推進したという根拠のひとつになるだろう。

また、加算1施設同士の相互評価が始まり、過去に相互評価の経験がなかった86%の施設が、感染対策に関して第三者の視点で相互評価が推進されたことは、感染防止対策加算の大きな利点のひとつである。

感染防止対策加算申請後の取組により、自施設のアウトブレイクを早期に特定できた事例があったのは27%であり、他施設のアウトブレイクを早期に特定できた事例があったのは6%であった。自施設のアウトブレイクとは、44施設における同一菌株による症例数で平均6.0症例(最大値23症例、最小値0症例、SD4.7)であり、他施設のアウトブレイクとは、10施設における同一菌株による症例数で平均14.8症例(最大値50症例、最小値1症例、SD17.4)である。このような早期発見を可能にしたことも、感染防止対策加算の大きな利点となる。

調査2では、加算取得を先導したものは担当事務が最も多く133施設(36%)であり、病院長の45施設(12%)も合わせると178施設(48%)となった。それは、感染制御に関わる担当看護師70施設(19%)、ICT65施設(18%)、担当医師19施設(5%)を合わせた154施設(42%)を上回るものであることから、増収という経営的側面から加算取得が進んだと考えられる。

連携に至る経緯については、調査1では調査していないが、調査2では加算2との連携においても加算1との連携においても「同じ医療圏だから」という理由が最も多くなった(それぞれ42%、36%)。続いては「地域連携支援ネットワーク事業からの連携があった」という理由が多く(それぞれ16%、17%)、平成16(2004)年以降実施されている中小病院等に対する地域の専門家からなるネットワークを生かした上で、今回の連携構築がなったと言える。また、加算1との連携においては「看護師のネットワーク」も17%を占めており、専門の教育を受けて感染制御に従事する看護師が存在する医療機関の多くが加算1施設となり、地域ネットワークを構築していることが推測される。さらに、加算2施設からの相談窓口は、95.9%の加算1施設で決まっており、その対応職種は、複数回答であるが看護師は95.0%と大多数を占め、医師23.4%、臨床検査技師14.7%、薬剤師13.7%という他職種を大きく上回った。このように、連携においては、看護師がキーマンとなっている状況が明らかとなった。

感染防止対策加算に関連した地域支援ネットワークに保健所・行政機関が参加しているのはわずか28%であるが、具体的にそれは管内の保健所が77%であった。地域一丸で感染制御に取り組むためには、行政機関とも密に連携を取る必要がある。今後の検討課題は、どのようにして行政機関に感染制御に対し関心と知識を高めてもらい、医療機関と行政機関が連携している事例を紹介しながら、行政機関との新たな連携を推進させることである。

平成16(2004)年から開始された厚生労働省のモデル事業としての「院内感染対策地域支援ネットワーク事業」

や、平成 22（2010）年から始まった、日本環境感染学会が認定している認定教育施設を核とした感染対策地域ネットワーク構築は、平成 24（2012）年度の診療報酬改定による感染防止対策加算が大きな推進力と成って、全国的、かつ、多大な前進を見るに至ったと推察する。したがって、日本環境感染学会の認定教育施設の務めには、ひとまず終止符を打つことに成ろう。感染防止対策加算による地域支援ネットワーク構築は始まったばかりであるが、わずか半年あまりで大きな成果を上げていることが明らかとなった。加算 2 施設への調査等で今後も引き続き検討していきたい。継続的な診療報酬加算に基づく全国的ネットワーク作りが、感染制御体制の向上を推進して、医療の質を高揚し、患者サービスに大きく貢献することを切望して止まない。

謝辞：本調査を行うにあたり、御多忙な時期に御協力いただきました感染制御担当者の皆様に、この場を借りて深く感謝いたします。

参考文献

- 1) 厚生労働省. 院内感染対策中央会議提言について（医政局指導課長発）
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/110215_1.pdf
- 2) 厚生労働省. 医療機関等における院内感染対策について（医政局指導課長通知）
<http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T110620G0010.pdf>
- 3) 日本環境感染学会. 日本環境感染学会教育施設認定制度規則
http://www.kankyokansen.org/modules/nintei/index.php?content_id=1
- 4) 厚生労働省. 感染防止対策の評価
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/iryuhoken15/dl/tuuchi3-1-3.pdf
- 5) 大久保憲. 厚生労働省通知「医療機関等における病院感染対策について」－わが国の感染制御の変遷を踏まえて－. *感染と消毒* 2012；19（1）：3-8.
- 6) 厚生労働省. 平成 23 年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/11/dl/1-1.pdf>
- 7) 平野泰弘. 大久保憲. 速報！都道府県別にみた「感染防止対策加算 1」「感染防止対策加算 2」の届け出施設数・届出率を調査集計. *INFECTION CONTROL* 2013；22（3）：4-6.

1. ICD の資格を持つ日本環境感染学会員が常勤職員で 1 名以上いること
2. 日本環境感染学会会員のインフェクションコントロール担当看護師（ICN）が常勤職員で 1 名以上いること
3. 感染制御（感染対策）チーム（ICT）が、感染制御に関する介入を目的とする臨床現場へのラウンドを、全病棟（分割してでも）週 1 回以上の頻度で実践していること
4. 本学会事業である Japanese healthcare associated infection surveillance (JHAIS) system に準じた対象限定サーベイランスを、微生物検査室情報に基づく病棟ラウンドにより実践していること
5. 微生物検査室をもち、ICT に対して、全病棟の微生物分離情報が 1 週間に 1 回以上定期的に報告され、問題の微生物が分離同定された場合には緊急に報告される体制が確立していること
6. 感染制御に関する検討会や教育が適切におこなわれていること、および、必要な情報が適宜全職員にフィードバックされていること
7. 厚生労働省が定める臨床研修病院であること

図 1 日本環境感染学会教育施設の認定条件

表1 地域支援ネットワーク事業に関し報告された実績とその施設数 n=10

報告された実績	施設数
医療関連感染に関する質問への回答	8施設
ICT病棟ラウンドへの参加	6施設
講演会、研修会、検討会、研究会の開催	5施設
感染ネットワーク組織の構築	5施設
院内感染支援調査の実施	1施設
感染管理認定看護師教育課程臨床研修の受け入れ	1施設
掲示板の作成	1施設

表2 医療関連感染に関する質問への回答 n=10 (複数回答あり)

他院からの質問への回答	具体例
他院から質疑応答があった (5施設)	4病院に働きかけを行った
	外部の施設2院から質疑応答があった
	他院からの質問があった
	3件の質問があった
	2件の質問があった
集まった機会に質疑応答があった (3施設)	ラウンド時に質疑応答をしている
	講習会時に6件の質問があった
	専門部会開催時には質疑応答を行った
質疑応答する環境を整えた (1施設)	掲示板を作り環境を整える
なし (2施設)	なし

表3 他院からの相談内容

多剤耐性菌対策	2件
ワクチン接種	2件
針刺し	1件
結核患者との濃厚接触者の検診対象範囲について	1件
血管内カテーテル由来の感染予防のCDCガイドラインについて	1件
サージカルマスクの使用方法について	1件
清掃担当者への教育	1件

[施設基準]

感染防止対策加算1

- ① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止対策部門を設置していること。
- ② 以下からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
 - (ア又はイのうち1名は専従であること。)
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を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共同カンファレンスを開催すること。

感染防止対策加算2 (感染防止対策加算1と異なる部分を記載)

- ① 一般病棟の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。
- ② 感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。感染防止対策チームの構成員については、感染防止対策加算1の要件から、イに定める看護師の研修要件を不要とする。また、ア又はイのいずれも専任でも可能とする。
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関の主催する共同カンファレンスに参加すること。

図2 感染防止対策加算1算定のための施設基準

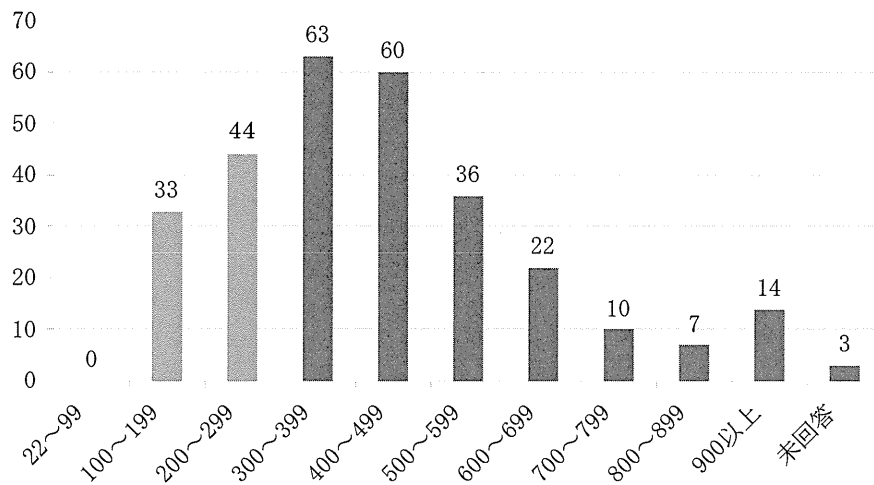


図3 病床数

<300床：77施設(26.4%) 300床≤：212施設(72.6%) 未回答：3施設(1.0%)

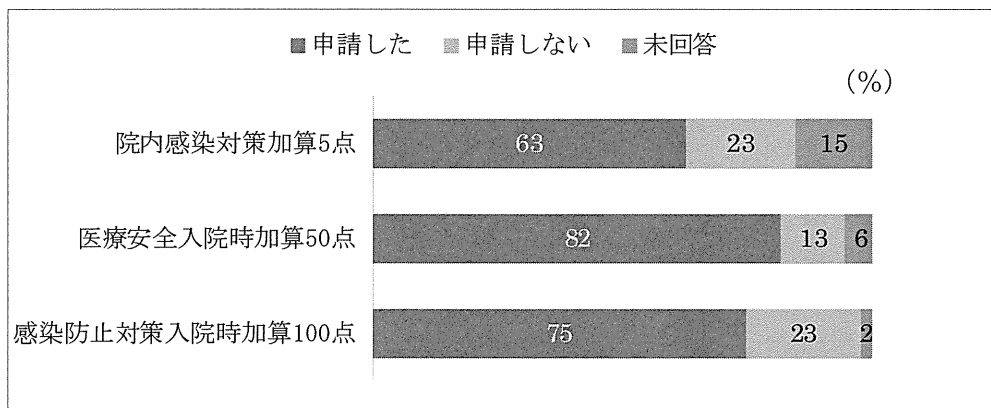


図4 過去の感染対策加算の状況

院内感染対策加算 5点/1床/1日 1996年～1999年
 医療安全入院時加算 50点 2006年～2009年
 感染防止対策入院時加算 100点 2010年～2011年

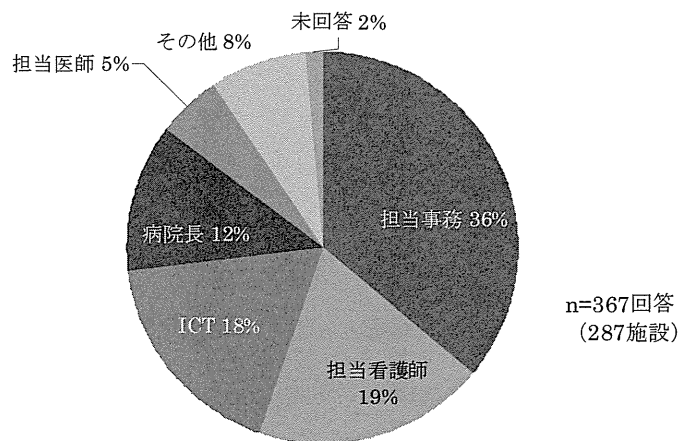


図5 加算取得を主導したもの

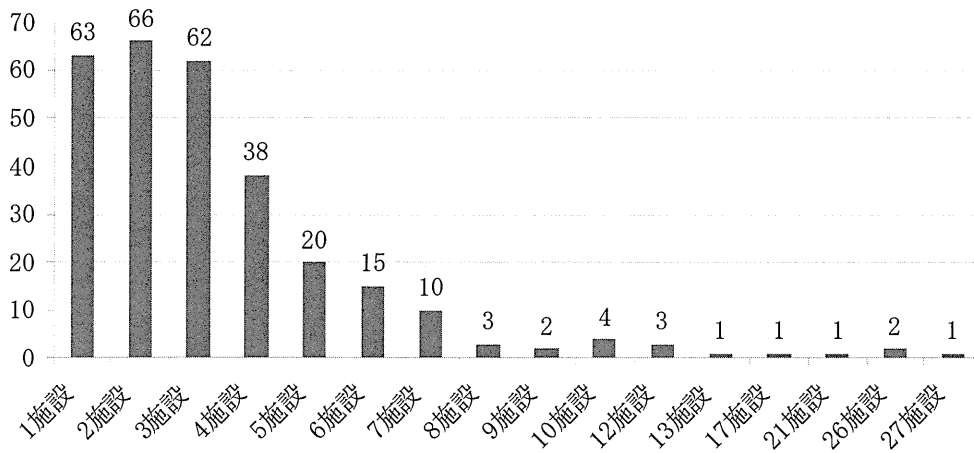


図6 連携する加算2施設数

総数で1041施設 平均3.6施設 (最大値27 最小値1 SD3.5)

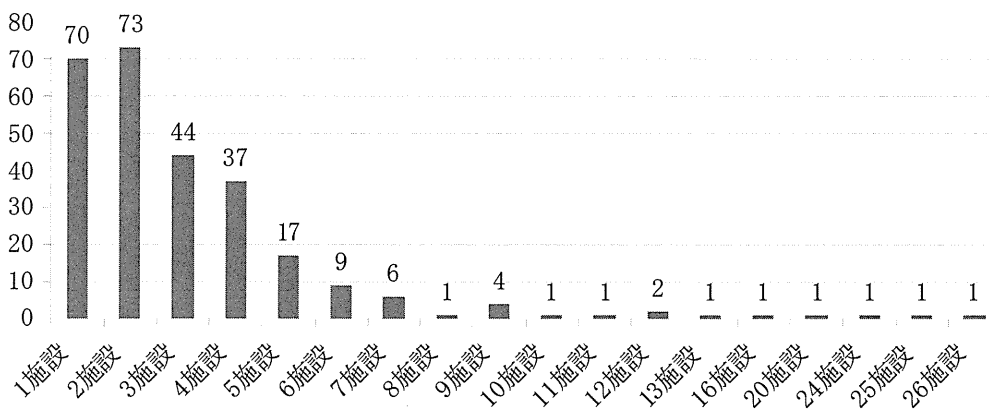


図7 連携する300床未満の加算2施設数

300床未満の施設は総数で890施設 (85.5%) 平均3.3施設 (最大値26 最小値1 SD3.4)

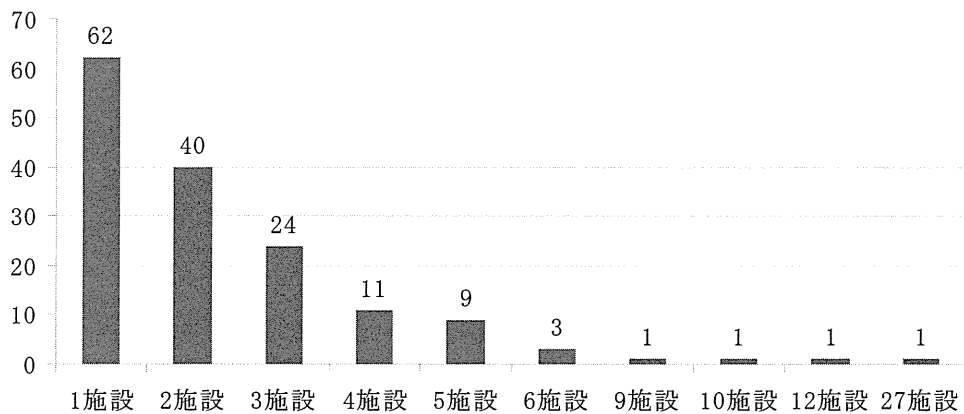


図8 自施設以外の加算1施設と連携する加算2施設数

平均2.5施設 (最大値27 最小値1 SD2.6)

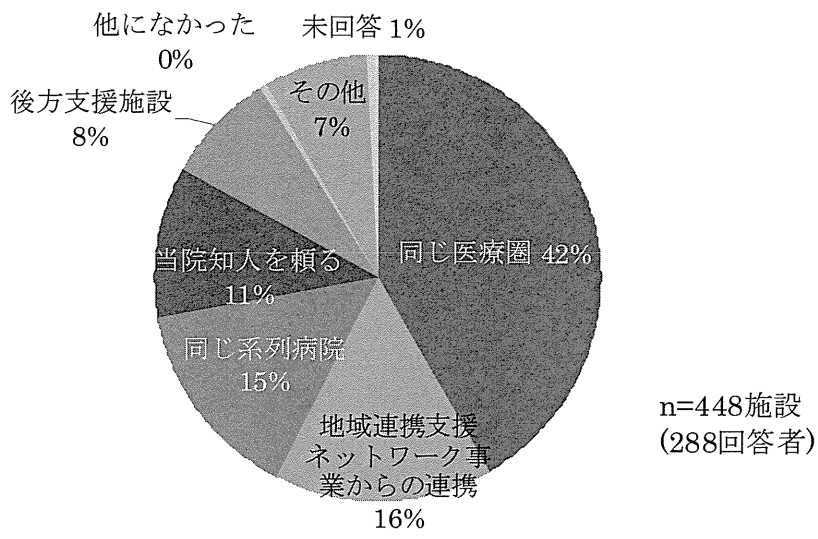


図9 加算2施設との連携の経緯

表4 共同カンファレンスで生じた問題点

どの程度の内容を求められているのか、達成すればよいかわからない	177施設
日程調整が難しい	140施設
議題を決めることが難しい	124施設
共同カンファレンスをどう進めてよいかわからない	83施設
特に問題点はない	46施設
議事録の作り方がわからない	22施設
リーダーシップをとる人がいない	12施設
その他	37施設
未回答	2施設

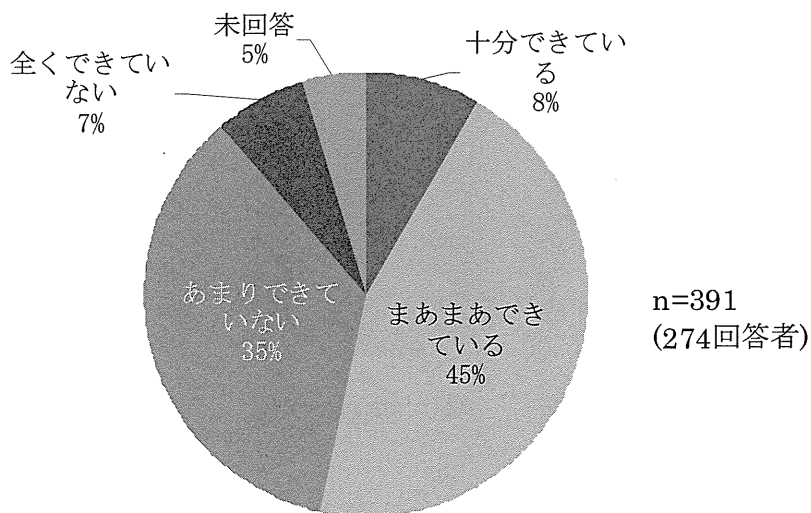


図10 加算2施設の感染対策への関与

表5 加算2施設への感染対策の具体的な関与 n=276

相談体制	217 施設 (78.6%)
ICT 活動への助言	180 施設 (65.2%)
感染対策マニュアルへの助言	142 施設 (51.4%)
職員教育への助言	119 施設 (43.1%)
抗菌薬適正使用のための助言	108 施設 (39.1%)
訪問による感染対策ラウンド	94 施設 (34.1%)
アウトブレイク対応	74 施設 (26.8%)
定期的ラウンドの支援、立ち上げ	71 施設 (25.7%)
その他	4 施設 (1.4%)
未回答	16 施設 (5.8%)

表6 加算2施設への感染対策の具体的な関与

相談体制	535 施設
ICT 活動への助言	439 施設
感染対策マニュアルへの助言	287 施設
抗菌薬適正使用のための助言	254 施設
職員教育への助言	215 施設
自施設内定期的ラウンドの支援、立ち上げ	146 施設
訪問による感染対策ラウンド	145 施設
アウトブレイク対応	139 施設
その他	23 施設

(のべ2,169施設)

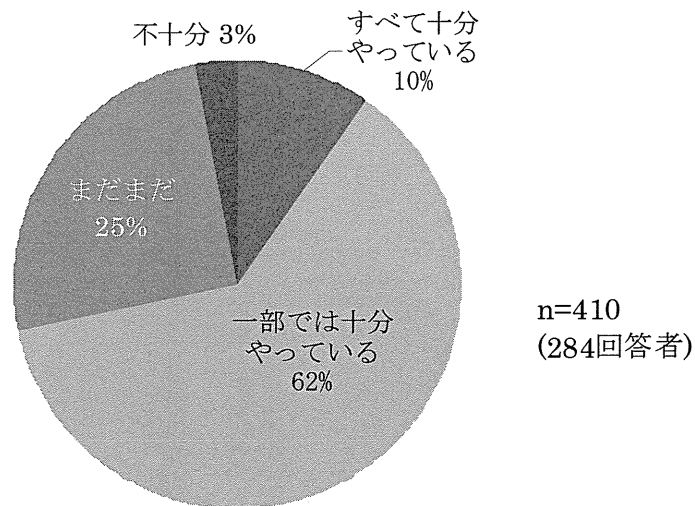


図11 加算2施設の評価

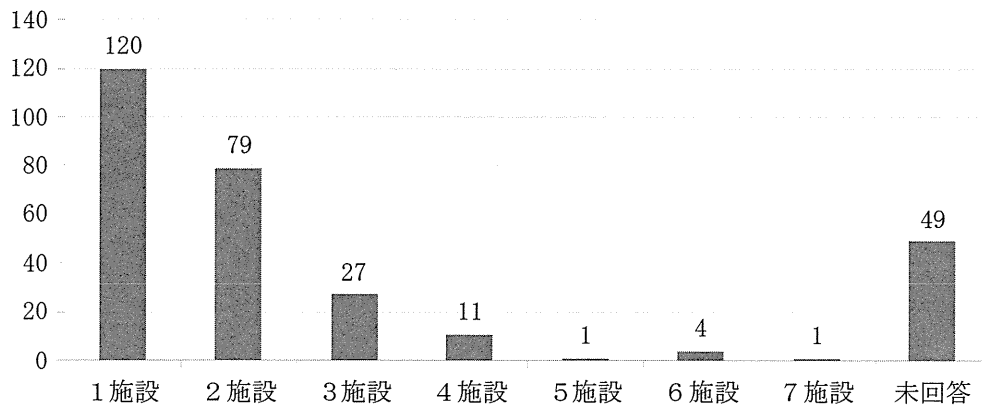


図12 連携する加算1施設数

施設数 平均1.8施設 (最大値7施設 最小値1施設 SD 1.1)

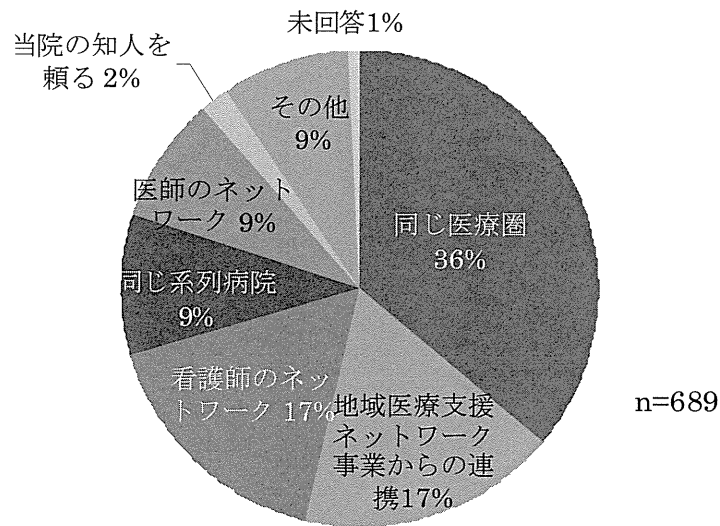


図13 加算1施設との連携の経緯

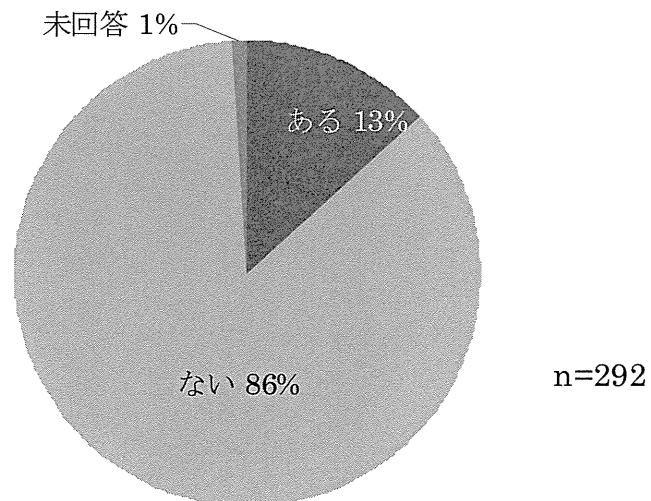


図14 相互評価の経験の有無

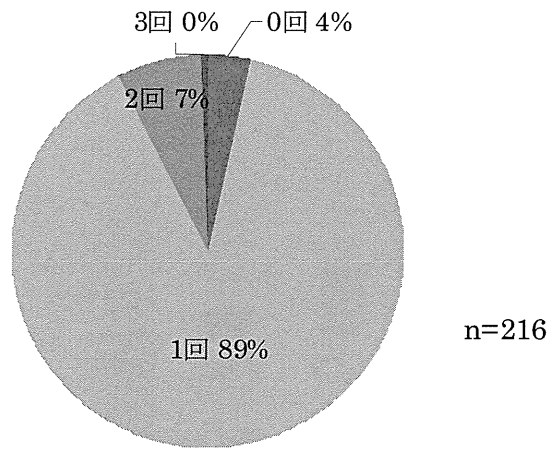


図15 自施設が相互評価を受けた回数
平均1.0回 (最大値3回 最小値0回 SD 0.4)

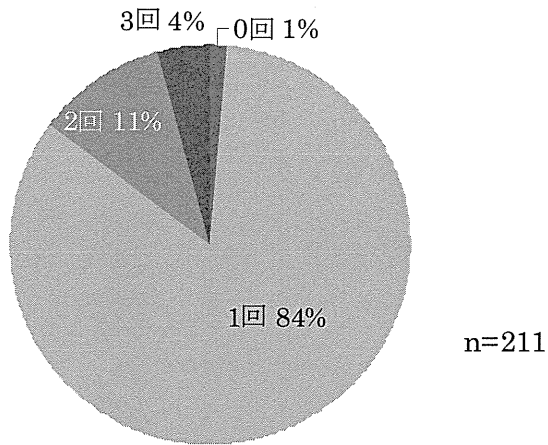


図16 他施設を評価した回数
平均1.2回 (最大値3回 最小値0回 SD 0.5)

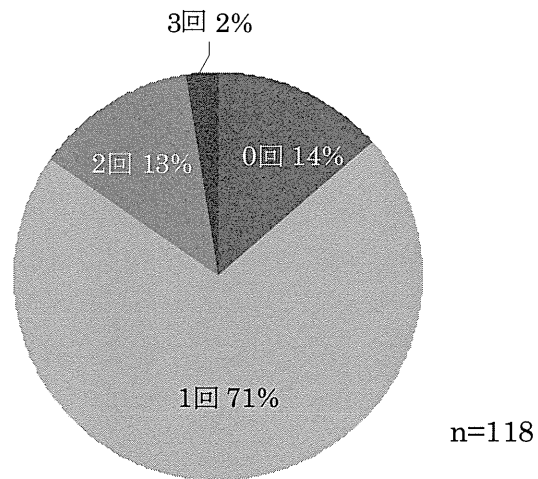
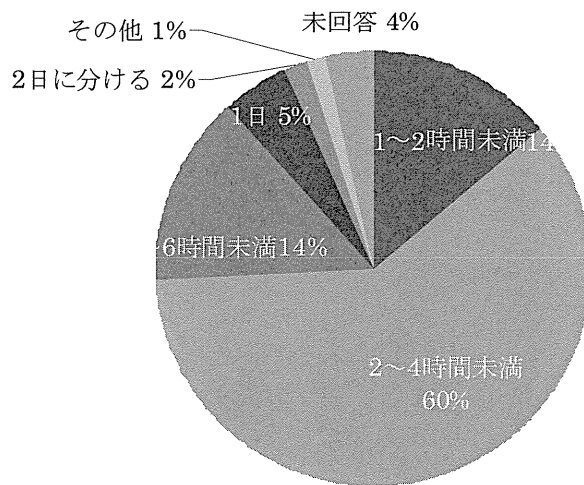


図17 相互に評価し合っている回数
平均1.0回 (最大値3回 最小値0回 SD 0.6)



n=298
(281回答者)

図18 相互評価1回にかかる時間

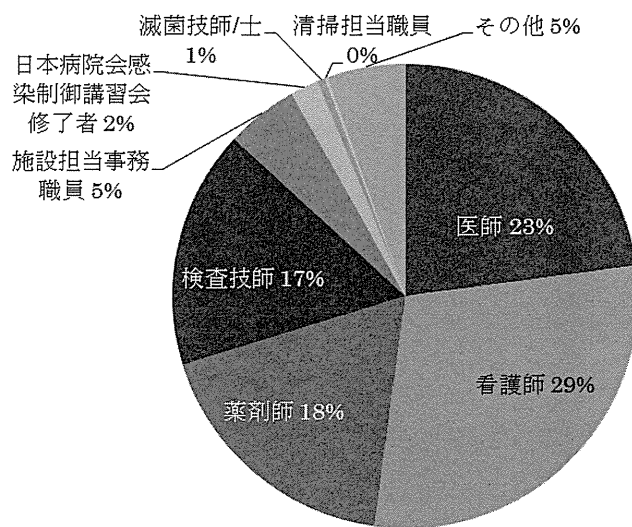


図19 自施設が評価を受けた場合の自施設からの参加者

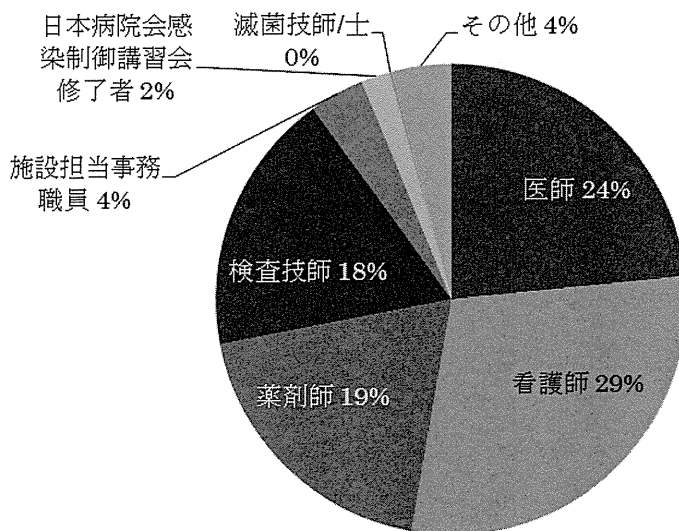


図20 他施設へ評価に赴くときの自施設からの参加者

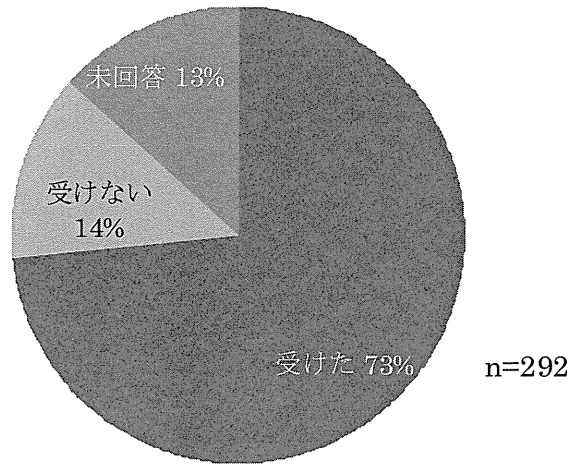


図21 自施設が評価を受けたときの講評の有無

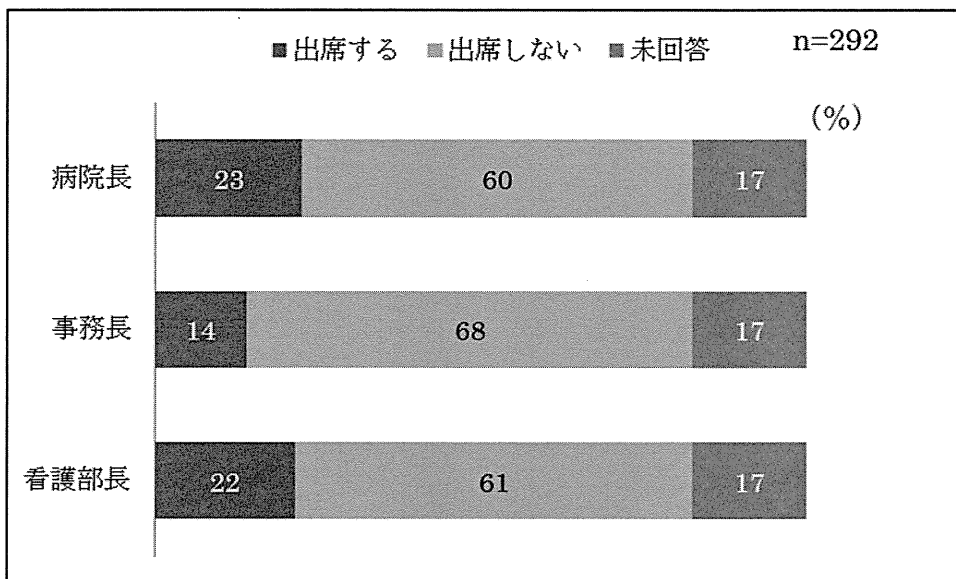


図22 相互評価講評への出席

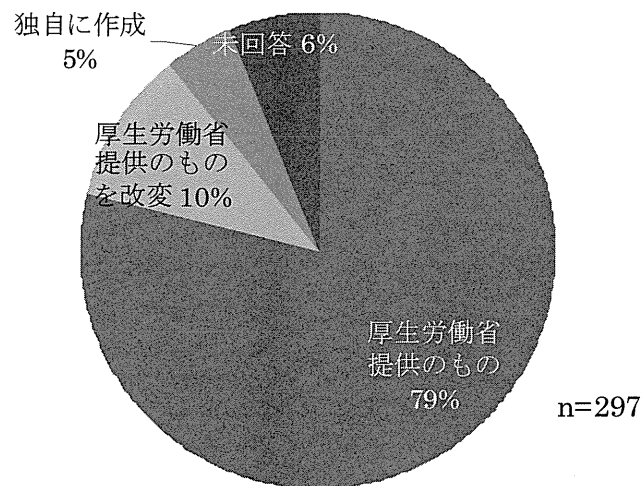


図23 相互評価を行う場合のチェック項目について

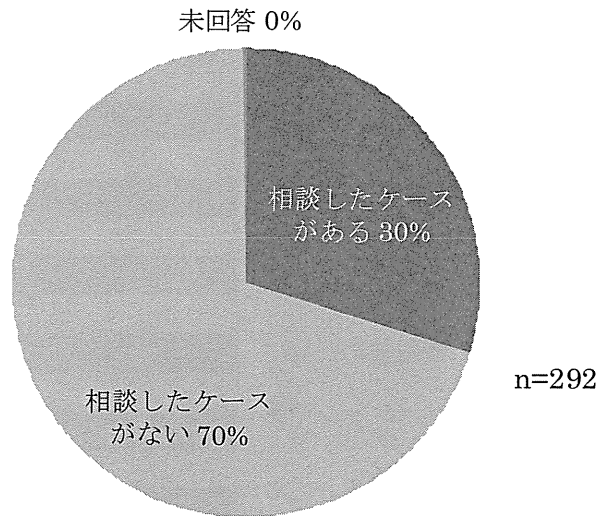


図24 保健所・行政機関への相談の有無

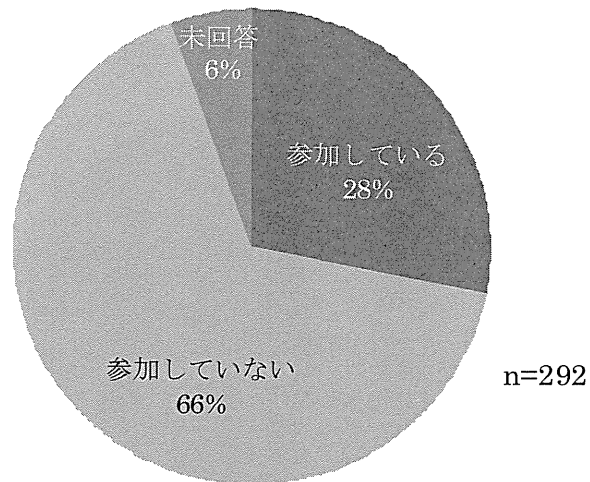


図25 ネットワークへの保健所・行政機関の参加

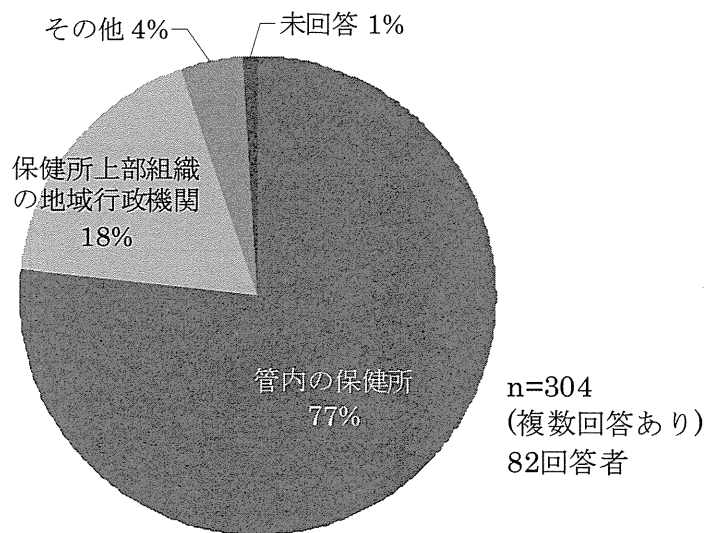


図26 ネットワークに参加している行政機関

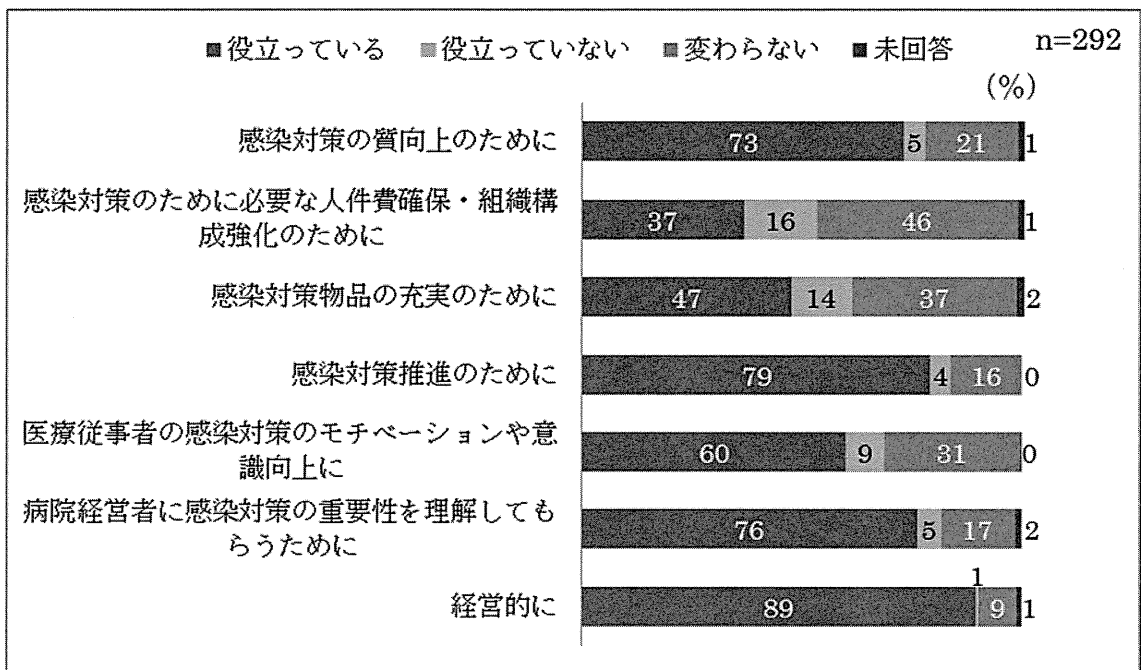


図27 加算による取組がどのように役立っているか



図28 加算を背景にした新規事業

表7 加算取得に伴い不便・不利益になったこと

業務量が増えた	246 施設
休暇が難しくなった	95 施設
看護部管理当直が出来なくなった	58 施設
出張が難しくなった	25 施設
国内出張が難しい	17 施設
国外出張が難しい	8 施設
収入が減った	17 施設
その他	36 施設
未回答	2 施設
不便なことや不利益はない	25 施設

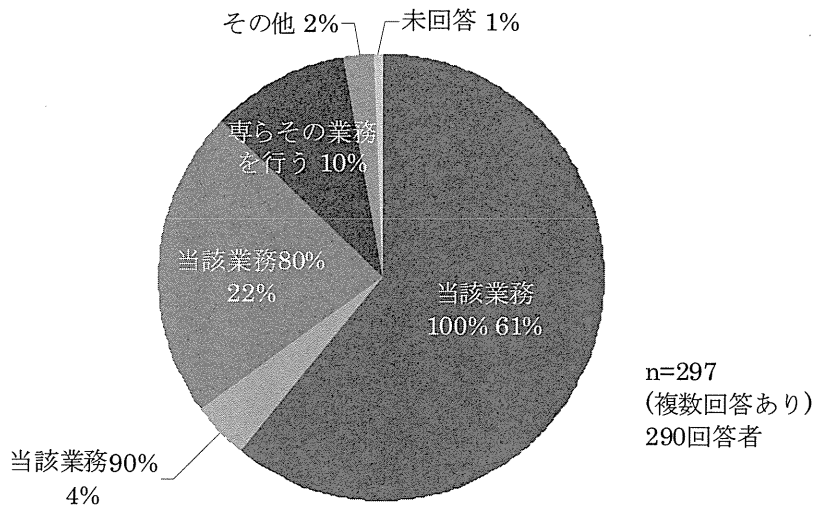


図29 専従の解釈

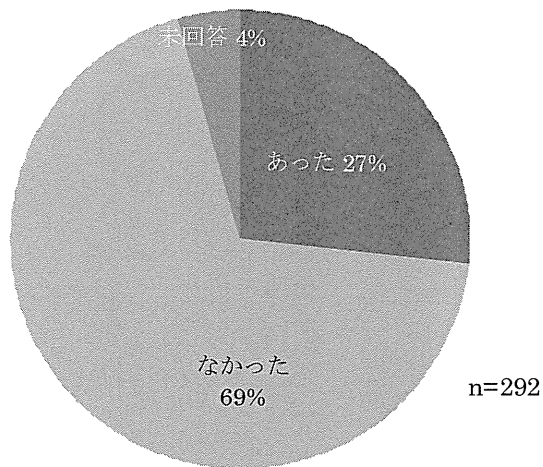


図30 自施設のアウトブレイクを早期に特定できた事例の有無

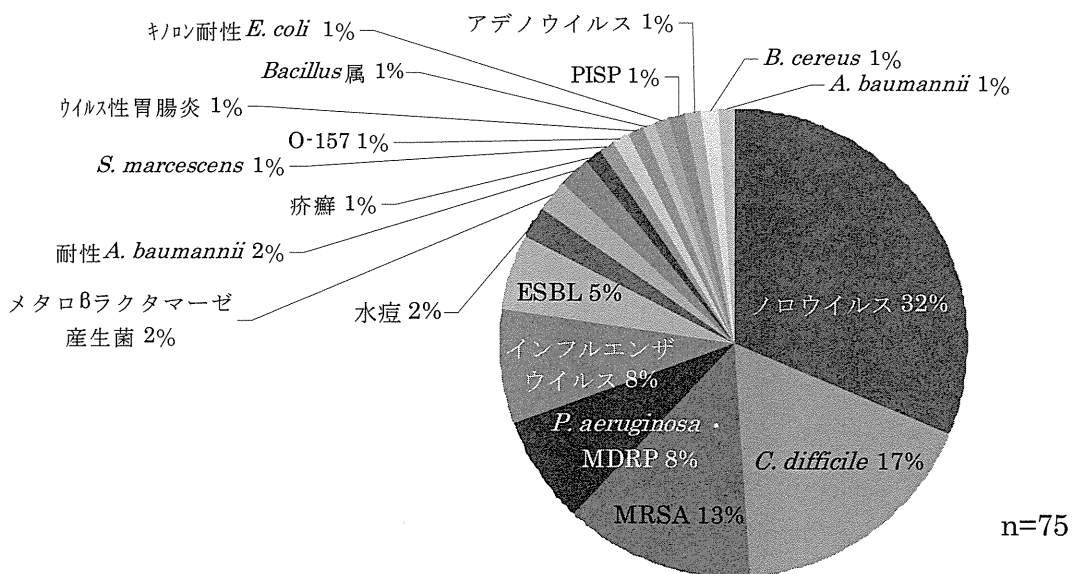


図31 自施設のアウトブレイク原因微生物