

201325040A

厚生労働科学研究費補助金  
地域医療基盤開発推進研究事業

感染制御システムのさらなる向上を目指す研究／  
特に中小医療施設を対象として

平成25年度 総括研究報告書

研究代表者 小林 寛伊

平成 26 (2014) 年 5 月

厚生労働科学研究費補助金  
地域医療基盤開発推進研究事業

感染制御システムのさらなる向上を目指す研究／  
特に中小医療施設を対象として

平成25年度 総括研究報告書

研究代表者 小林 寛伊

平成 26 (2014) 年 5 月

主任研究者 小林 寛伊

分担研究者 森屋 恭爾  
賀来 満夫  
大久保 憲  
岩田 敏  
緒方 剛  
村上 啓雄  
渡會 睦子  
菅原 えりさ  
吉田 理香

研究協力者（五十音順） 岩崎 恵美子  
奥住 捷子  
小栗 豊子  
梶野 健太郎  
黒須 一見  
佐々木 隆一郎  
鈴木 明子  
仙田 順子  
竹内 千恵  
中田 諭  
永野 美紀  
福士 久枝  
松本 小百合  
宮田 順子  
森兼 啓太  
森澤 雄司  
森田 和明  
八木 哲也  
渡邊 珠代  
渡邊 智子

平成 25 年度 総括研究報告書

■はじめに	1
Ⅰ 地域支援ネットワーク構築の現状分析と今後のより効果的支援策に関する提言	1
Ⅱ 中小医療施設への訪問ラウンドと合同カンファレンスによる介入	1
Ⅲ インфекション・コントロール・チーム (ICT) ラウンド時の介入項目リスト Intervention Item List (IIL) 2010 年度版の活用実績評価と必要に応じた改訂	1
Ⅳ 中小病院/診療所を対象としたガイドライン及びマニュアルと アウトブレイク早期特定策の改訂	2
Ⅴ 医療機関と保健所との協力体制 一院内感染管理についての保健所の中小病院などへの支援・連携指針 2013 (案)	2
Ⅵ Japanese Nosocomial Infections Surveillance (JANIS) の評価と提案	2
Ⅶ インфекション・コントロール・ナース (ICN) およびインфекション・ コントロール・ドクター (ICD) の日常業務必要時間に基づく必要人数の算定	3
Ⅷ 院内感染対策講習会 DVD および手引きの作成と全国配布	3
Ⅰ 地域支援ネットワーク構築の現状分析と今後のより効果的支援策に関する 提言	
Ⅰ-1 感染防止対策加算 2 施設の現状分析	5
小林 寛伊 鈴木 明子 大久保 憲 菅原 えりさ 吉田 理香 渡會 睦子	
Ⅰ-2 総務省行政評価局の勧告に基づく現場改善策	32
小林 寛伊 大久保 憲 菅原 えりさ 吉田 理香	
Ⅰ-3 岐阜県内感染防止対策加算算定全施設におけるデータ月例収集と フィードバックによる感染制御レベル向上への取り組みとそのアウトカム	41
村上 啓雄 渡邊 珠代	
Ⅱ 中小医療施設への訪問ラウンドと合同カンファレンスによる介入	53
小林 寛伊 吉田 理香 菅原 えりさ	
Ⅲ インфекション・コントロール・チーム (ICT) ラウンド時の 介入項目リスト Intervention Item List (IIL) 2010 年度版の 活用実績評価と必要に応じた改訂	58
小林 寛伊 菅原 えりさ 吉田 理香	
Ⅳ 中小病院・診療所を対象としたガイドライン及びマニュアルと アウトブレイク早期特定策の改訂	
Ⅳ-1 “中小病院/診療所を対象にした医療関連感染制御策指針 (ガイドライン) 2009”、“小 規模病院/有床診療所施設内指針 (マニュアル) 2009—単純かつ効果的マニュアルの 1 例	

—”、“無床診療所施設内指針（マニュアル）2009—単純かつ効果的マニュアルの1例—” の見直し、改訂による2013年度版の作成	64
小林 寛伊 大久保 憲 森屋 恭爾 賀来 満夫 菅原 えりさ 吉田 理香	
IV-2 アウトブレイク発生時の特定方法ならびに原因追求に関する指針案の改善改定 アウトブレイク発生時の特定方法ならびに一時的対応に関する指針案-IV	85
小林 寛伊 小栗 豊子 奥住 捷子 大久保 憲 菅原 えりさ 吉田 理香 竹内 千恵 黒須 一見	
V 医療機関と保健所との協力体制	
—院内感染管理についての保健所の中小病院などへの支援・連携指針 2013（案）—	98
緒方 剛 小林 寛伊 大久保 憲 佐々木 隆一郎 森兼 啓太 松本 小百合 八木 哲也 永野 美紀 菅原 えりさ 吉田 理香 森澤 雄司 賀来 満夫 村上 啓雄 仙田 順子 森田 和明 福士 久枝 岩崎 恵美子 宮田 順子 渡邊 智子 梶野 健太郎	
VI Japanese Nosocomial Infections Surveillance (JANIS) の評価と提案	108
大久保 憲 菅原 えりさ 吉田 理香	
VII インфекション・コントロール・ナース (ICN) および インフェクション・コントロール・ドクター (ICD) の 日常業務必要時間に基づく必要人数の算定	115
小林 寛伊 菅原 えりさ 吉田 理香 森屋 恭爾 賀来 満夫 中田 諭	
VIII 院内感染対策講習会 DVD および手引きの作成と全国配布	119
岩田 敏 小林 寛伊	

# 平成 25 年度 総括研究報告書

## 平成 25 年度 厚生科研 総括研究報告書

### はじめに

日本における感染制御システムを総合的に向上させることを目的に、院内感染対策中央会議の提言に基づき継続的に研究を実施してきた。特に 300 床未満の中小医療施設の質向上を念頭に、地域ネットワークの視点を含む組織化、感染制御に貢献できる人材育成等の研究は一定の成果をもたらした。これらの成果を基礎として 2012 年よりはじまった感染防止対策加算は、日本の感染制御においてはエポックメイキングともいえる大きな出来事であった。今回これまで継続してきた研究に加え、感染防止対策加算がもたらした影響および変化そして課題について明らかにしたばかりでなく、院内感染対策講習会 DVD および手引きの作成と全国への配布を実施し、感染制御の啓蒙にも寄与した。下記 8 項目にもわたる研究成果は、日本の感染制御の質向上の基盤作りに貢献したものである。

### I 地域支援ネットワーク構築の現状分析と今後のより効果的支援策に関する提言

- I-1. 感染防止対策加算 2 施設の現状分析
- I-2. 総務省行政評価局の勧告に基づく現場改善策
- I-3. 岐阜県内感染防止対策加算算定全施設におけるデータ月例収集と

#### フィードバックによる感染制御レベル向上への取り組みとそのアウトカム

感染防止対策加算がもたらした影響および変化については、加算 2 施設の加算 1 へ変更が散見され、多くの場合専従看護師の確保をその理由として挙げており、感染制御の基盤作りとして人材育成が更に進んでいることがうかがえた。また、加算取得を契機にラウンドを開始した等の回答もあり、全体に感染防止対策加算が感染制御の質向上に寄与していることが示された。一方、総務省行政評価局の勧告に基づく改善として、具体的なラウンド項目の提示と加算要件である連携カンファレンスの内容を示し、具体例として、岐阜県での地域連携の取り組みをひとつのモデルケースとして挙げた。

### II 中小医療施設への訪問ラウンドと合同カンファレンスによる介入

東京医療保健大学大学院 感染制御実践看護学講座 (6 ヶ月研修) は、特に中小医療施設を対象とした感染制御実践看護師育成を目的とし、現職を続けながら受講できる日本初の教育カリキュラムであり、学んだことを直ぐ日々の業務に生かして実践できるという特徴を持っている。本講座のカリキュラム内で、指導者による施設訪問ラウンドと自施設の主要なスタッフと共に合同カンファレンスを開催し、受講生および施設の支援をおこなった。合同カンファレンスでは、指摘内容の意味と危険性、解説などをおこない、各施設で質問も多くあり、より良いディスカッションがおこなわれた結果、施設長も含み問題の共有ができた。さらに、試用の段階であるが、ラウンドの際に包括的な視点で指導が可能となるよう、「建築設備および環境的視点からみる自施設訪問ラウンドチェック項目 (案)」を考案し検討した。

### III インфекション・コントロール・チーム (ICT) ラウンド時の介入項目リスト Intervention Item List (IIL) 2010 年度版の活用実績評価と必要に応じた改訂

厚生労働科学研究で試作し、現場での使用経験により改善が繰り返され最終的に 50 項目に圧縮整理して、各施設で有効活用に使ってきたインフェクション・コントロール・チーム・ラウンド時の介入項目リスト Intervention Item List (IIL) の 2 年に亘る調査の結果から、更に焦点を絞り、チェック項目の具体的な改善点を検討した。

その結果、施設設備に関する項目、手指衛生や PPE 着用などラウンドでは確認しにくい項目、電子診療録の普

及などで情報収集方法の変化への対応、更にはチェックリストの表現などの見直しが必要であることがわかった。

#### IV 中小病院/診療所を対象としたガイドライン及びマニュアルとアウトブレイク早期特定策の改訂

IV-1. “中小病院/診療所を対象にした医療関連感染制御策指針（ガイドライン）2009”、  
“小規模病院/有床診療所施設内指針（マニュアル）2009—単純かつ効果的マニュアルの1例—”、  
“無床診療所施設内指針（マニュアル）2009—単純かつ効果的マニュアルの1例—”  
の見直し、改訂による2013年度版の作成

IV-2. アウトブレイク発生時の特定方法ならびに原因追求に関する指針案の改善改定  
アウトブレイク発生時の特定方法ならびに一時的対応に関する指針案-IV

— 肺結核感染対策 — （感染症治療には言及せず）2013年度案 2014年4月

医療関連感染のアウトブレイクの早期特定は、感染制御の専門家のいない中小病院診療所においては、患者安全及び職業感染などの観点から特に重要である。施設規模に応じた感染制御策を講ずるために必要な対応ができるように、新しい医療関連感染制御策指針（ガイドライン）2013年度案（2014年3月改訂）を作成した。

改正医療法（2007年4月施行）では、院内感染対策はすべての医療機関において法的遵守事項となり、指針の整備をはじめ感染対策委員会の開催、職員研修の実施、院内感染発生状況の報告が義務付けられている。そのため、中小病院、有床診療所、無床診療所において、今回の新しいガイドライン2013年度案（2014年3月改訂）を基にして施設内指針（単純かつ効果的マニュアル）を作成するための事例をそれぞれの施設規模別にまとめた。

さらに、感染症法上において強力な監視体制が求められている肺結核の感染対策に焦点をあて、患者背景の異なる具体的事例を挙げて、結核の蔓延防止のために第一線の医療現場において実施すべく対応につき提示した。肺結核は法的な取り扱いにおいて特殊性があり、遺漏なき対応を遂行するために十分理解しておかなくてはならない。

#### V 医療機関と保健所との協力体制

—院内感染管理についての保健所の中小病院などへの支援・連携指針 2013（案）—

中小病院などの一部では必ずしも感染防止対策が十分ではなく、感染防止対策加算を算定していないものも少なくないことから、このような医療機関への保健所の適切な支援・連携のあり方についての指針 2013（案）を作成した。具体的には、保健所は立入検査において適切な指導に努めること、医療関連感染発生時には適切に指導するとともに集団発生前の相談にも支援を行うこと、担当職員の資質の向上を図ること、地域における感染管理専門家やネットワーク整備の状況を把握して必要な協力を得ること、ネットワークに中小病院が参加できるよう支援を行うことである。

#### VI Japanese Nosocomial Infections Surveillance (JANIS) の評価と提案

平成12（2000）年7月から厚生省のJapanese Nosocomial Infections Surveillance (JANIS) 事業として、集中治療室（ICU）部門、検査部門、全入院患者部門の3部門が開始され、平成14（2002）年7月からは、新たに手術部位感染（SSI）部門と新生児集中治療（NICU）部門が追加されて、現在まで5部門で実施されている。その後、運営体制が見直されて還元情報の充実、迅速化と定期的な新規参加医療機関の募集が行われてきた。

平成26（2014）年からサーベイランス体制が整っている200床未満の医療機関も参加できることとなり、施設特性の多様化に伴って、特性別の集計結果が公表できるように、今後は病床数や平均在院日数、病床区分別などの情報収集が求められている。



各サーベイランス部門別において多くの課題を抱えており、今回その課題を抽出して、質の高いサーベイランスを実施することができるように検討した。

## Ⅶ インфекション・コントロール・ナース（ICN）およびインフェクション・コントロール・ドクター（ICD）の日常業務必要時間に基づく必要人数の算定

看護師が感染制御活動に従事するには適切（6か月以上）な教育を受けたものが望ましく、それが診療報酬上（感染対策加算1）の要件にもなっている。しかし、現役看護師に6か月以上の専門教育をおこなうには時間もコストもかかることより、各医療施設に配置する必要な人員を明らかにすることは人材育成および管理においても重要である。

過去、平成23年度は、感染制御実践看護学講座（6か月研修）の受講生を対象にDelphi法に基づいた調査を実施し600床規模の急性期病院には2.54人の専従感染制御看護師が必要であり、217床あたり1名の専従感染制御看護師が必要であるという結果が得られた。平成24年度は、CNICおよびインフェクションコントロールドクター（Certified Infection Control Doctor以下CICD）を対象とした調査を実施し、CNIC必要人数は191.7床に1名で、ICDでは600床規模の急性期病院において1.4人の専従CICDが必要であることから、438.0床あたり1人の専従ICDが必要であるという結果が得られている。

平成25年度の継続調査では352.9床あたり1人のICNが必要との結果であった。この度、本邦で報告されている平成21年から5年間の必要人員をまとめ、平均病床数254床に1名のICNが必要であるとの結果を得た。

## Ⅷ 院内感染対策講習会DVDおよび手引きの作成と全国配布

2013年8月の総務省による“医療安全対策に関する行政評価・監視結果に基づく勧告”において、所見の一つとして、“院内感染対策講習会について、診療所における院内感染対策研修の実施を支援する観点からも、講習内容を記録したDVDを作成・配布するなど、参加できなかった者に対しても講習内容が受講できるような方策を講ずること。”という勧告を厚生労働省が受けた。

この勧告を受けて、当研究班では、急遽、追加交付を受けて、院内感染対策講習会のDVDを作成し、さらに、感染制御にあまり馴染のない医療施設上層部の方でも、研修の内容を知ることができるよう、DVDの内容を紹介し、注意点をまとめた手引きを作成し、全国47都道府県に配布することとした。このDVDと手引きの配布がより多くの医療関係者の啓発に役立ち、全国医療関連感染制御体制の更なる向上に資することと考える。

## I-1. 感染防止対策加算2施設の現状分析

小林寛伊、鈴木明子、大久保憲、菅原えりさ、吉田理香、渡會睦子

### 1. はじめに

感染防止対策加算は、平成22年度診療報酬改定に14年ぶりに独自加算として新設され、さらに、平成24年度診療報酬改定では、それまでの医療安全対策加算から独立した評価体系として位置づけられた。具体的には感染防止対策加算（入院初日）として、感染防止対策加算1は400点、感染防止対策加算2は100点、また加算1に加えて感染防止対策地域連携加算100点である。

今回は、感染防止対策加算2施設の視点による、加算1施設と加算2施設の連携やネットワーク構築の状況および感染対策の推進状況について明らかにするために、全国実態調査を行った。

### 2. 方法

#### 1) 対象

調査の対象施設は、感染防止対策加算を算定開始当初に算定した2,069の感染防止対策加算2のうち、無作為抽出で選んだ1,006施設である。

具体的には、全国8か所の地方厚生（支）局HPに平成24年6月1日付で公表された「届出受理医療機関名簿」より、感染防止対策加算2を平成24年4月1日に算定し届け出た医療機関から、無作為抽出で1,000施設を選んだ。

また、この加算2のうち、20床未満の有床診療所については全施設を調査対象とし、無作為抽出から漏れた6施設も含めたため、合計で1,006施設が対象となった。

#### 2) 調査方法

記名自記式の調査用紙を平成26年3月12日に郵送し、平成26年3月27日を必着として回収した。平成26年4月3日到着分までを分析対象とした。

#### 3) 倫理的配慮

施設長あての文書によって調査の目的、方法について説明し、返送をもって同意を得られたものとした。調査協力の可否は施設の自由意思に基づいて行い、匿名性を保持し、調査に協力しなくても不利益を被らないこと、調査目的以外にはデータを使用しないこと等を文章で説明した。

### 3. 結果

調査用紙を発送した1,006施設中、241施設から回答を得た（回収率24.0%）。

#### 1) 施設の概要

##### ① 現在の加算の取得状況

現在も加算2を続けているのは217施設（90%）であり、加算1に変更したのは19施設（8%）、加算算定を受けていないのは5施設（2%）であった（図1）。加算1への変更理由は、感染管理認定看護師が専従者として確保できたことをあげたのが15施設（79%）と最も多く、続いて看護師が研修を終えた3施設（16%）、要件を満たすことができた1施設となった（図2）。また、現在は加算算定を受けていない理由としては、看護師の休職、薬

剤師不足、人員不足、要件を満たさなくなった、未回答がそれぞれ1施設ずつであった。

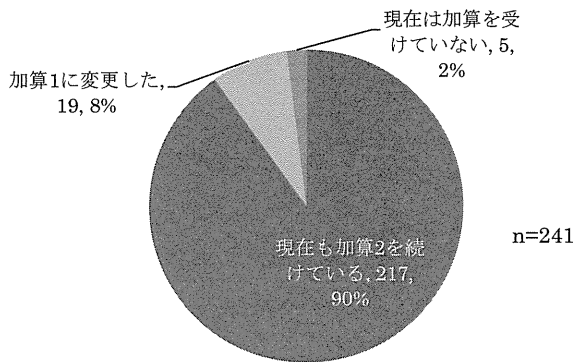


図1 現在の加算状況

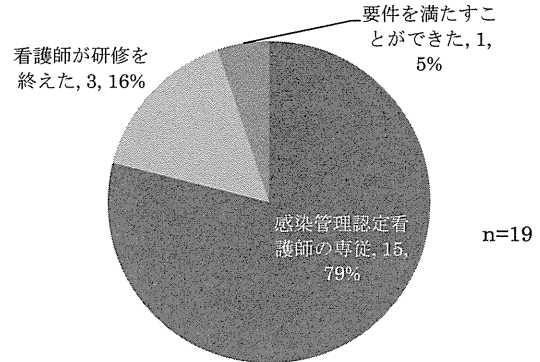


図2 加算1への変更理由

## ② 回答施設の施設概要

回答の得られた施設の病床数は、平均 155 床（最小値 16、最大値 767、中央値 125、SD 117.4）であった（図3）。300 床未満は、203 施設（84.2%）であった。在院日数は、平均 46.6 日（最小値 4、最大値 993、中央値 17.5、SD 96.0）であった（図4）。病床稼働率は、平均 81.7%（最小値 8.7、最大値 105、中央値 83.7%、SD 13.5）であった（図5）。

厚生労働省院内感染サーベイランス事業（JANIS）に参加しているのは 58 施設（24%）であり、参加していないのは 180 施設（75%）であった（図6）。部門別の参加状況では、全入院患者部門 33 施設、検査部門 31 施設、手術部位感染（SSI）部門 16 施設、集中治療室（ICU）部門 5 施設、新生児集中治療室（NICU）部門 2 施設、未回答 5 施設となった（図7）。

公益財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価の認定を受けているのが 114 施設（47%）であり、受けていないのは 124 施設（52%）、未回答 3 施設であった（図8）。認定開始時期は 2003 年から 2006 年にかけての 4 年間に 46 施設（40%）が集中した（図9）。

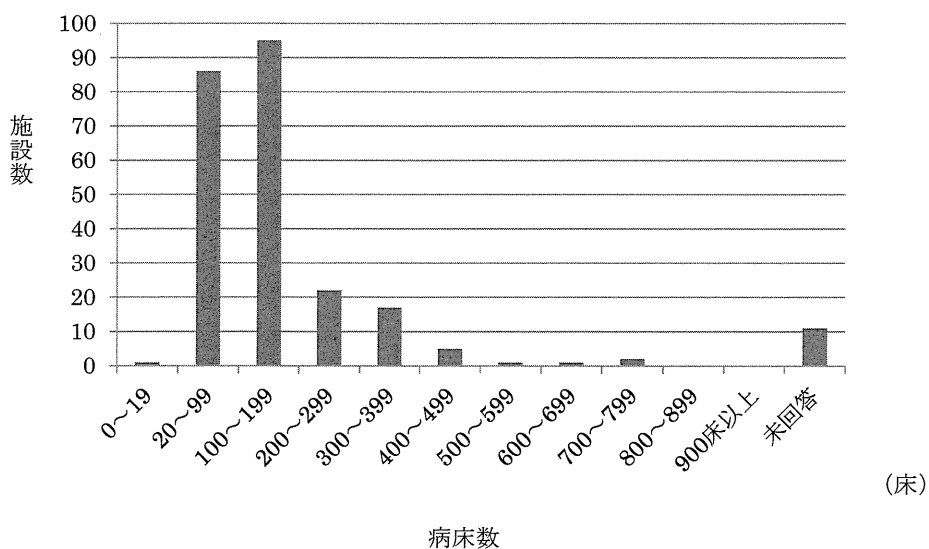
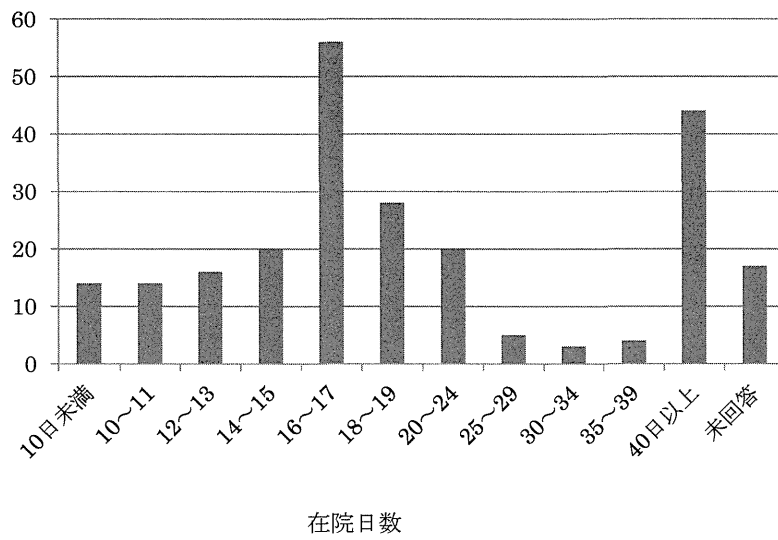
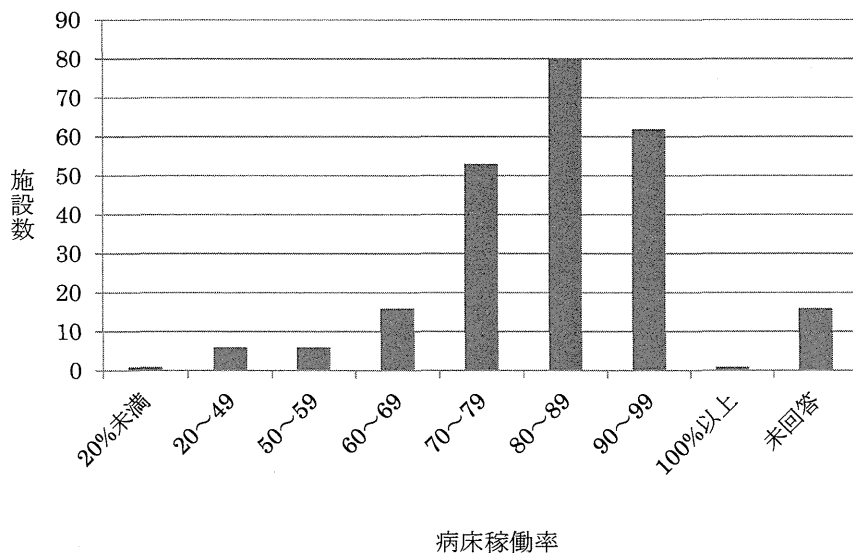


図3 回答施設の病床数



(日)

図4 回答施設の平成24年度 平均在院日数



(%)

図5 回答施設の平成24年度 平均病床稼働率

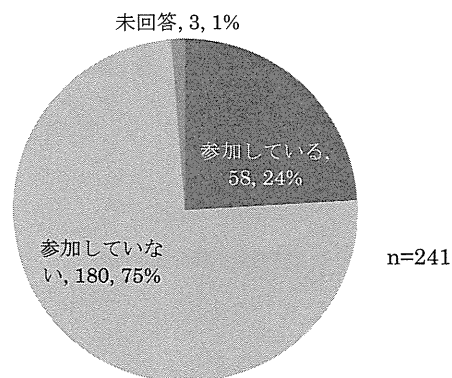


図6 厚生労働省院内感染サーベイランス事業 (JANIS)

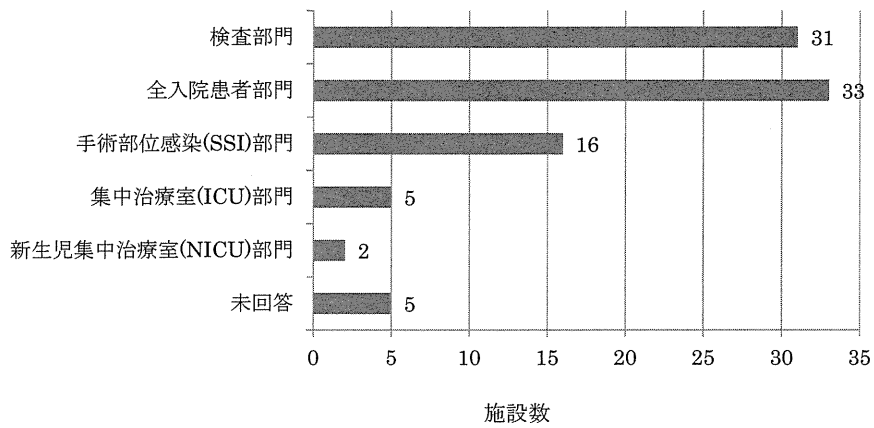


図7 厚生労働省院内感染サーベイランス事業の参加部門

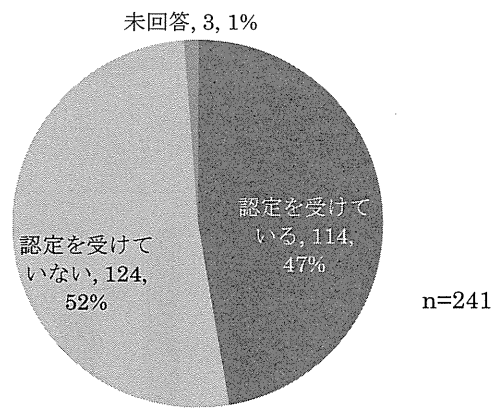


図8 公益財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価の認定の有無

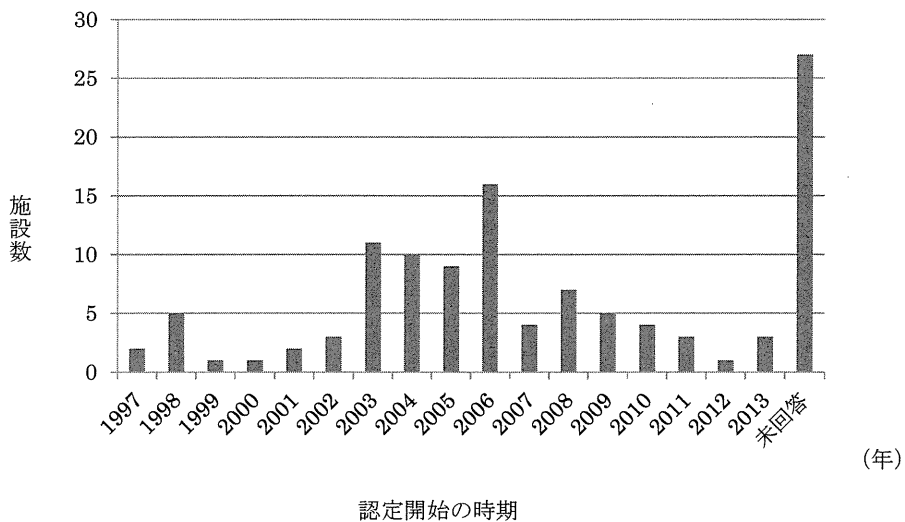


図9 病院機能評価の認定時期

③ 回答者の属性

回答者の属性は、看護師 103 名 (42%)、臨床検査技師 47 名 (19%)、医師 44 名 (18%)、薬剤師 14 名 (6%)、

その他 23 名 (10%)、未回答 13 名であった (図 10)。

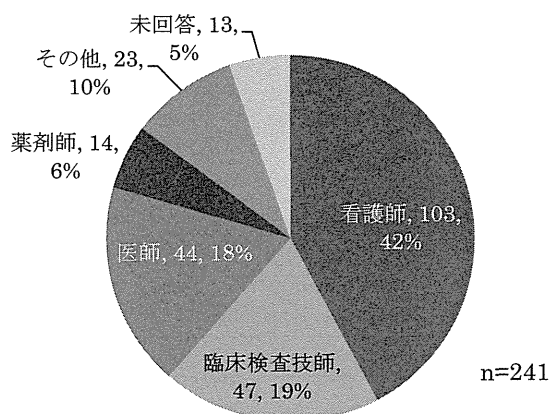


図 10 回答者の属性

## 2) 感染対策の実践

### ① 組織

院内感染対策委員会は、加算取得前から設置されていたのは 238 施設 (99%) であり、加算取得を契機に設置されたのは 2 施設 (1%)、未回答 1 施設となった (図 11)。感染制御チーム ICT は、加算取得前から設置されていたのは 157 施設 (65%)、加算取得を契機に設置されたのは 71 施設 (29%)、医療安全部門で行っているのは 4 施設 (2%)、未回答 10 施設であった (図 12)。

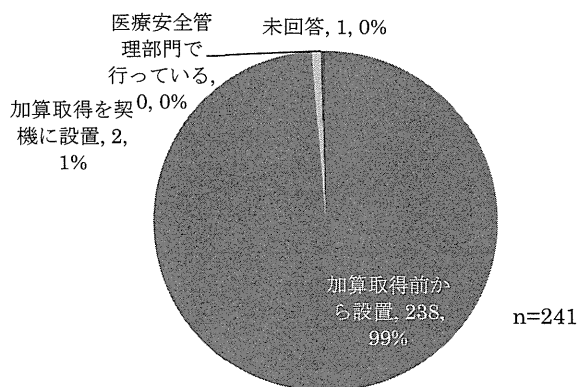


図 11 院内感染対策委員会の設置

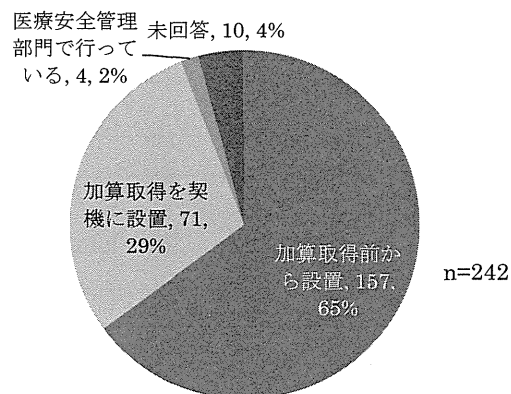


図 12 感染制御チーム ICT の設置

### ② 感染制御チーム ICT に関わる医療従事者

医師は、1 施設平均 1.7 名 (最小値 1、最大値 10、中央値 1、SD 1.2) であり、234 施設より ICT に医師がいるという回答が得られた (表 1)。

看護師は、1 施設平均 4.6 名 (最小値 1、最大値 24、中央値 1、SD 3.9) であり、234 施設より ICT に看護師がいるという回答が得られた。

薬剤師は、1 施設平均 1.1 名 (最小値 1、最大値 3、中央値 1、SD 0.4) であり、233 施設より ICT に薬剤師がいるという回答が得られた。

臨床検査技師は 1 施設平均 1.2 名 (最小値 1、最大値 4、中央値 1、SD 0.5) であり、230 施設より ICT に臨床検査技師がいるという回答が得られた。

そのほかには事務 143 施設、診療放射線技師 65 施設、(管理) 栄養士・栄養科(課)・給食 41 施設、臨床工学士 28 施設、理学療法士 16 施設、リハビリ 12 施設、作業療法士 7 施設、看護助手・看護補助者 7 施設、歯科医師 4 施設、滅菌技師/技士 4 施設、ケースワーカー・(医療) ソーシャルワーカー 3 施設、その他職種 13 施設という職種が参加して、ICT は組織されていた。

専任者の職種は、看護師 99 施設、医師 83 施設、薬剤師 72 施設、臨床検査技師 70 施設となっており、続いて事務 26 施設、診療放射線技師 6 施設、臨床工学士 3 施設、歯科医師、滅菌技師/技士 1 施設、その他 5 施設となった(表 2)。

表 1 ICT の構成者 (施設)

医師	234
看護師	234
薬剤師	233
臨床検査技師	230
事務	143
診療放射線技師	65
栄養士・管理栄養士・栄養科(課)・給食	41
臨床工学士	28
理学療法士	16
リハビリ	12
作業療法士	7
看護助手・看護補助者	7
歯科医師	4
滅菌技師/技士	4
ケースワーカー・ソーシャルワーカー・医療ソーシャルワーカー	3
その他	13

表 2 専任者の職種 (施設)

看護師	99
医師	83
薬剤師	72
臨床検査技師	70
事務	26
診療放射線技師	6
臨床工学士	3
歯科医師	1
滅菌技師/技士	1
その他	5

### ③ 加算取得による変化

感染対策は、加算取得が契機となって推進したのは 185 施設 (77%)、変わらないのは 53 施設 (22%)、推進していない 1 施設、未回答 2 施設であった(図 13)。

感染対策で困ったことがあるときの相談相手としては、加算取得により連携施設と相談できるようになったのは 186 施設 (74%)、加算取得以前から連携施設に相談していたのは 44 施設 (17%)、加算とは関係ない施設と相談できるのは 17 施設 (7%)、相談できる相手はいないのは 5 施設 (2%)、未回答 1 施設となった(図 14)。

### ④ ICT による病棟ラウンド

ICTによる病棟ラウンドを、加算取得以前より実施していたのは138施設(57%)、加算取得を契機に実施したのが97施設(40%)、実施していないのは4施設(2%)、未回答2施設であった(図15)。病棟ラウンドの頻度は、週に1回が149施設(61%)、週に2回が3施設(1%)、その他84施設(35%)、未回答7施設であった(図16)。加算取得により病棟ラウンドの頻度は増えたのは128施設(53%)、変わらない99施設(41%)、未回答14施設となった(図17)。また、ICTラウンドのメンバーとしては、看護師232名、薬剤師208名、臨床検査技師208名、医師184名、事務94名、リンクナース58名、診療放射線技師42名、臨床工学士19名、滅菌技師/技士3名、歯科医師2名、その他45名、未回答6名となった(表3)。

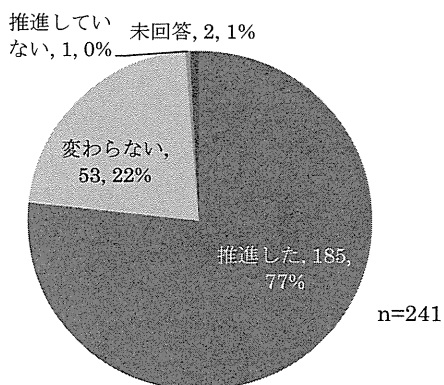


図13 感染対策は加算取得が契機となって推進したか

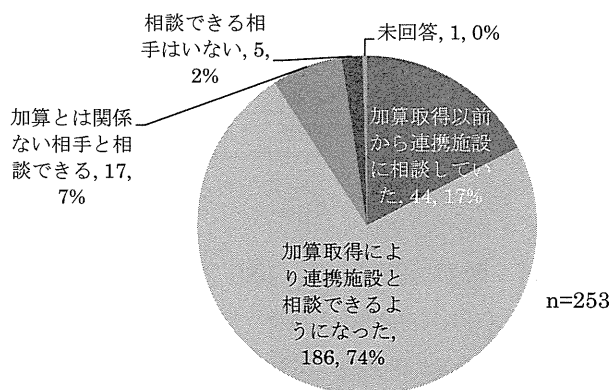


図14 感染対策で困ったことがあるときの相談相手

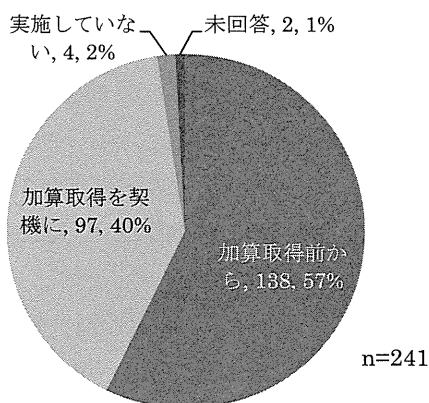


図15 ICTによる病棟ラウンド

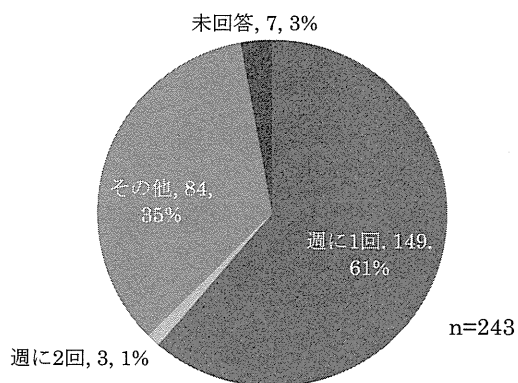


図16 ICTによる病棟ラウンドの頻度

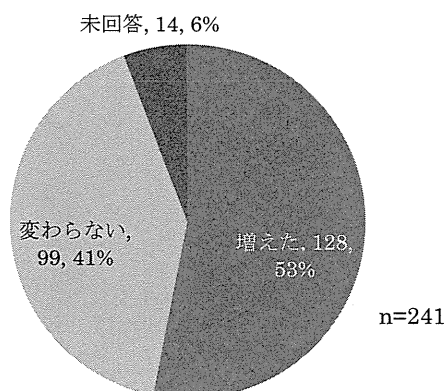


図17 加算取得による病棟ラウンドの頻度の変化



表3 ICT ラウンドの参加メンバー (人)

医師	184
看護師	232
薬剤師	208
臨床検査技師	208
診療放射線技師	42
臨床工学技士	19
滅菌技士/師	3
歯科医師	2
事務	94
リンクナース	58
その他	45
未回答	6

⑤ サーベイランス

中心ライン関連血流感染 (CLA-BSI) サーベイランスを実施しているのは 67 施設 (28%)、実施していないのは 171 施設 (71%)、未回答 3 施設であった (図 18)。サーベイランスを実施している施設のうち、加算取得前から実施しているのは 45 施設 (66%)、加算取得を契機に実施したのは 14 施設 (21%) であった (図 19)。また、JANIS への参加は 9 施設 (12%) であり、参加していないのは 52 施設 (68%) であった (図 20)。

尿道留置カテーテル関連尿路感染 (CA-UTI) サーベイランスを実施しているのは 67 施設 (28%)、実施していないのは 171 施設 (71%)、未回答 3 施設であった (図 21)。サーベイランスを実施している施設のうち、加算取得前から実施しているのは 44 施設 (65%)、加算取得を契機に実施したのは 14 施設 (20%) であった (図 22)。また、JANIS への参加は 7 施設 (9%) であり、参加していないのは 52 施設 (68%) であった (図 23)。

人工呼吸器関連肺炎 (VAP) サーベイランスを実施しているのは 22 施設 (9%)、実施していないのは 213 施設 (88%)、未回答 6 施設であった (図 24)。サーベイランスを実施している施設のうち、加算取得前から実施しているのは 19 施設 (83%)、加算取得を契機に実施したのは 3 施設 (13%) であった (図 25)。また、JANIS への参加は 5 施設 (14%) であり、参加していないのは 29 施設 (78%) であった (図 26)。

手術部位感染 (SSI) サーベイランスを実施しているのは 52 施設 (22%)、実施していないのは 184 施設 (76%)、未回答 5 施設であった (図 27)。サーベイランスを実施している施設のうち、加算取得前から実施しているのは 38 施設 (68%)、加算取得を契機に実施したのは 11 施設 (21%) であった (図 28)。また、JANIS への参加は 14 施設 (21%) であり、参加していないのが 47 施設 (71%) であった (図 29)。

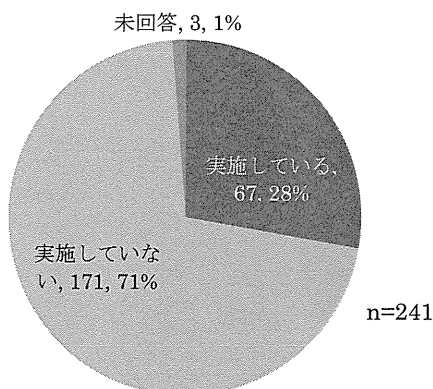


図 18 中心ライン関連血流感染 (CLA-BSI) サーベイランス

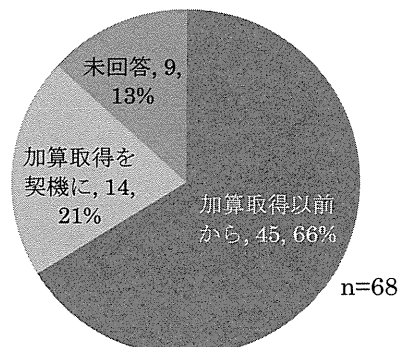


図 19 中心ライン関連血流感染 (CLA-BSI) サーベイランス開始の時期

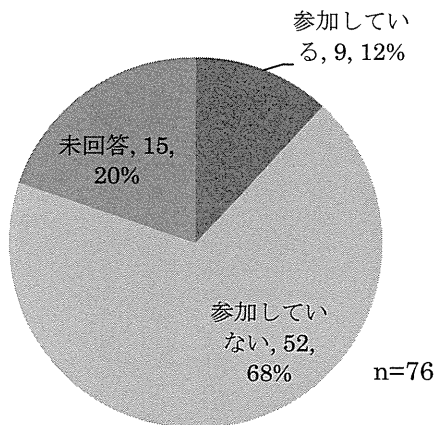


図20 JANISへの参加

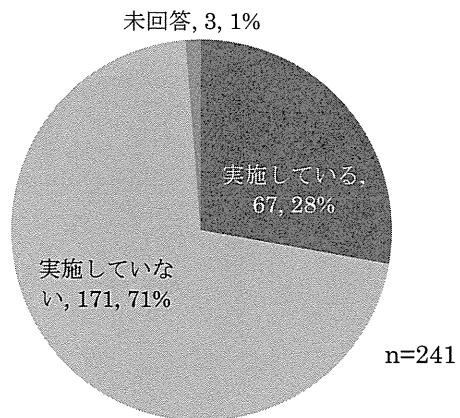


図21 尿路留置カテーテル関連尿路感染(CA-UTI)サーベイランス

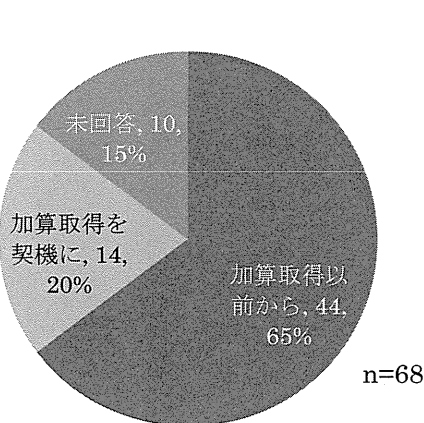


図22 尿路留置カテーテル関連尿路感染(CA-UTI)サーベイランス開始の時期

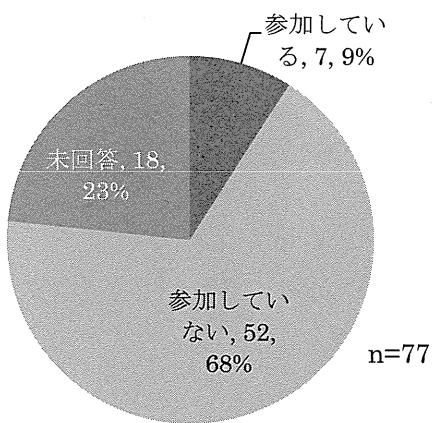


図23 JANISへの参加

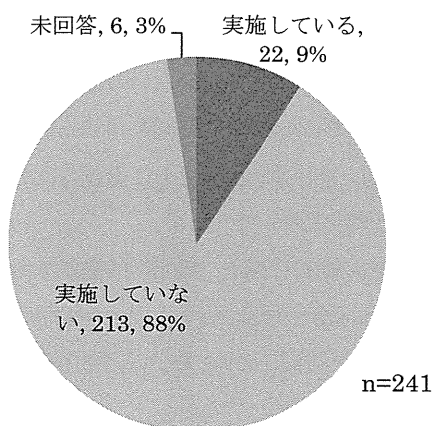


図24 人工呼吸器関連肺炎(VAP)サーベイランス

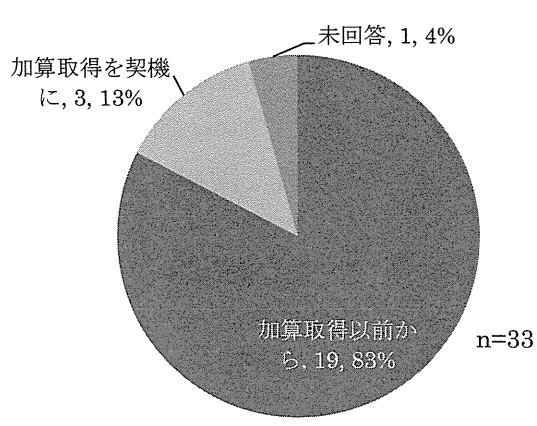


図25 人工呼吸器関連肺炎(VAP)サーベイランス開始の時期

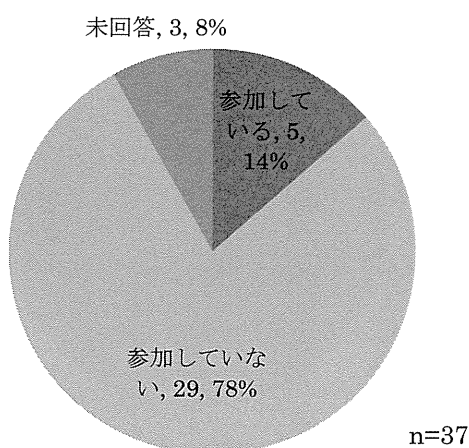


図26 JANISへの参加

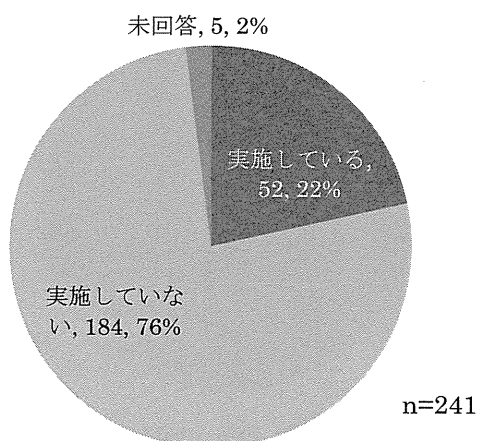


図27 手術部位感染(SSI)サーベイランス

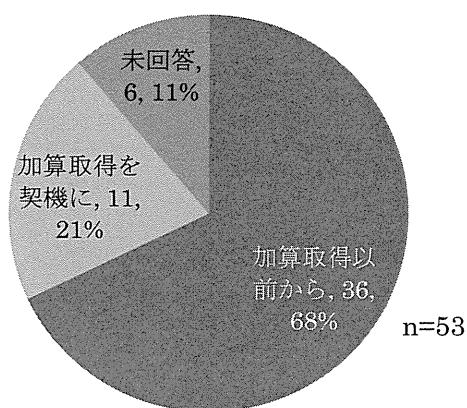


図28 手術部位感染(SSI)サーベイランス開始の時期

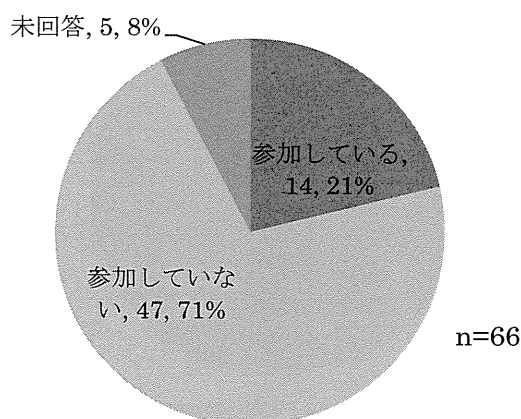


図29 JANISへの参加

## ⑥ 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221施設(92%)であり、採用していないのは16施設(6%)、未回答は4施設であった(図30)。届出制は、加算取得以前から行われていたのが133施設(60%)、加算取得を契機に行われたのが62施設(28%)、未回答28施設であった(図31)。届出制の薬剤としてあげられたのは、抗MRSA薬が193施設、カルバペネム系抗菌薬が164施設、その他42施設であった(表4)。

許可制を採用しているのは46施設(19%)、採用していないのは180施設(75%)、未回答15施設であった(図32)。許可制は、加算取得以前から行われていたのが32施設(68%)、加算取得を契機に行われたのが13施設(28%)であった(図33)。許可制の薬剤としてあげられたのは、抗MRSA薬42施設、カルバペネム系抗菌薬31施設、その他12施設であった(表5)。

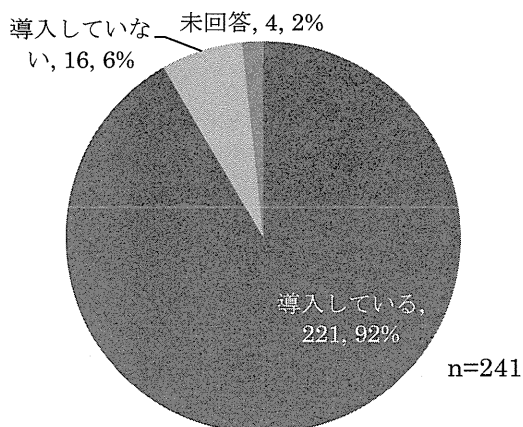


図30 抗菌薬使用の届出制

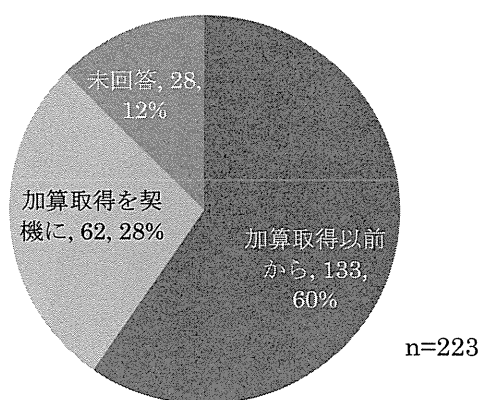


図31 抗菌薬使用の届出制の導入時期

表4 届出制の薬剤 (施設)

薬剤	施設数
抗MRSA薬	193
カルバペネム系抗菌薬	164
その他	42
未回答	25

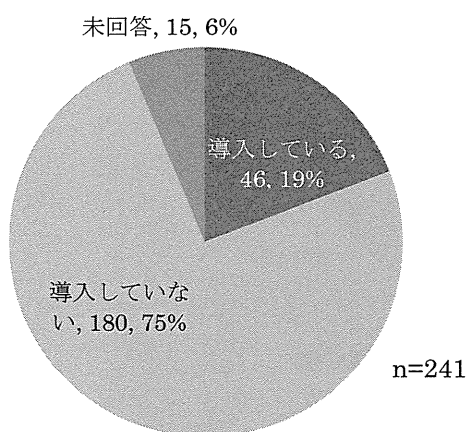


図32 抗菌薬使用の許可制

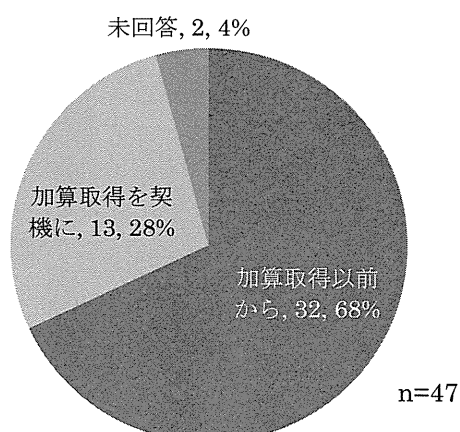


図33 抗菌薬使用の許可制の導入時期

表5 許可制の薬剤 (施設)

薬剤	施設数
抗MRSA薬	42
カルバペネム系抗菌薬	31
その他	12
未回答	7

⑦ 検査体制

細菌検査業務を自施設で行い、微生物検査体制が整っているのが67施設(27%)、外注しているのが175施設(72%)、未回答2施設であった(図34)。耐性菌情報を把握するための検査を実施しているのが202施設(84%)、実施していないのが26施設(11%)、未回答13施設であった(図35)。耐性菌情報を把握するための検査は、加算取得以前から行われていたのは186施設(89%)、加算取得を契機に行われたのは5施設(2%)、未回答19施設であった(図36)。